

# 平成21年度第1回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



去る6月16日（火）、日本医師会館でみだし会長協議会が開催された。

はじめに、唐澤祥人日本医師会長から「今日にでも骨太の方針あるいは基本方針2009が決まる。根本的に大きなものが達成されるかどうか分からないが、我々は自らの努めを果たし、国民医療のため医療崩壊から守るということを大切にして頑張っていきたい。今後ともご指導に賜りたい」と挨拶があった。

引き続き協議に移り、羽生田常任理事の司会のもと都道府県医師会から提案（抜粋）された12題と日本医師会から提案された3題、計15題について協議、説明が行われたので概要について報告する。

## 協 議

### (1) 国の医師確保・救急医療体制のあり方について（佐賀県）

#### <提案要旨>

今年度当初予算で国（政府・厚労省）から示

された医師確保・救急医療体制について、補助事業の特徴として救急医療や産科医療に従事する勤務医等への「新たな手当の創設」に対する直接的な補助となっていること、県などの自治体からの補助がない場合も国からの補助金のみで実施できることになっていることから、県等が実施しないことにより医療機関の負担増の問題や医療機関格差を可能性もある。又、補助事業がなくなった場合は、就業規則を変更している医療機関が100%負担することにもなりかねない問題がある。日医は、安易な国の対策を受け入れるのではなく、OECD並みの医師数を確保するための政策や、主要先進国並みの対GDP比総医療費を実現するような、抜本的な政策の実施を求めていくべきである。同補助金等に関する日医の考えをお聞きしたい。

#### 【内田常任理事回答】

医師の偏在・不足問題の根本的な解決策は、診療報酬の引き上げによって医療全体の底上げを図り、医業経営の改善、安定を担保すること

であると考えている。それにより病院は十分な数の勤務医を確保でき、且つ労働に対する適正な評価が可能となり、勤務医の長い労働時間や過酷な勤務環境の改善を果たすことができる。日本医師会では、救急勤務医支援事業や産科医等確保支援事業はあくまでも医療費が十分に引き上げられるまでの臨時、過渡的な措置であると考えている。この点を政府与党行政に対し強調している。

この補助制度は、都道府県や市町村が負担しなくても実行可能な利点がある反面、地域の財政力の差によって新たな格差を生じかねない危険性もある。そこで日本医師会は、厳しい経営状況にある医療主が負担することができず補助制度の実効性が著しく損なわれる恐れがあることから、救急医や産科医の処遇改善を図るという事業の趣旨に則り、国庫補助率の引き上げと補助額の増額を要求している。

また日本医師会では、二つの補助事業と併せ、21年度補正予算によって創設される地域医療再生基金を活用することで、医師会を中心とした連携と継続の地域医療体制の再構築を図るべきと考えている。医療費の引き上げによる恒久的な財源確保とともに、地域医療再生基金や各種補助事業によって医師の確保、救急医療対策を実現していきたいと考えているので、都道府県医師会においても行政に対する折衝を強力に進めていきたい。

質疑では補助事業に日医も賛同しているような印象を受けるが、補助金で暫定的に給料(手当て)を上げるということはおかしい。それより救急に関する診療費を上げるべきであるとの意見が出された。それに対しては内田常任理事から、当然診療報酬を上げることを基本としている。直接的にはなかなか手当てできてないということもあり補助事業が提案されている。病院個々あるいは地域特性といったものがあるかと思うが活用できるとお考えのところは是非ご利用いただきたいとの説明があった。

## (2) 有床診療所の活用について (山口県)

### <提案要旨>

平成19年4月現在有床診療所の数は12,638施設と20年前と比べ半減している。激減の大きな要因は、有床診療所の診療報酬、特に入院基本料が低すぎることである。平成22年度診療報酬改定では、是非、有床診療所の活用についてご高配いただきたい。

### 【今村常任理事回答】

質問の中で、第五次医療法改正で新規開設が容易でなくなった感があるとのことだが、これについては特例が設けられている。地域で特に必要があり、医療計画に記載または記載されることが見込まれる診療所の一般病床は、病床過剰地域か否かに関わらず、許可ではなく届け出により設置できるようになっている。都道府県における医療審議会で、地域で特に必要な診療所であることを説明いただければ比較的容易に開設可能なものと理解している。

無床化が進んでいるということについては、診療報酬上の評価が低いことが主な原因と考えている。日本医師会の対応として、現在、有床診療所検討委員会で中医協での診療報酬引き上げのための理論構築を検討している。また有床診療所の現地施策も企画し、厚労省の担当者に現場を視察していただき、地域住民のニーズに応え地域の医療を支えているということを理解してもらうよう活動を進めている。また、参議院厚生労働委員会の中でも有床診療所に関する質問をしていただき、舛添厚生労働大臣から、今後活用方法を検討し然るべき支援をしていきたいという答弁をいただいている。また今年8月19日に都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会を初めて開催するので、先生方のご意見ご要望を踏まえ適切に対処していきたい。

## (3) 開放型病床の運用について (徳島県)

### <提案要旨>

地域医療を推進するためにも、また、医療機関相互の連携強化を図るためにも、疾病構造の変化、患者・家族のニーズの多様化等にも対応

した、開放型病床の弾力的な運用が不可欠である。日本医師会として国に対し、強くその弾力的運用について要請していただきたい。

**【藤原常任理事回答】**

開放型病院共同利用施設について届出を行っている病院は、平成20年度において796施設であり、平成18年度の729施設から67施設増加している。開放型病院の代表格である医師会病院は15病院あり病床が16,129床、その内開放型病床は12,336床で約76%を占めている。開放型病床は、開業医と勤務医との連携、かかりつけ医と専門医との連携にとって有効な手段であり、また医師の偏在・不足問題にとっても病院勤務医の解決策となる。

開放型病院の推進策について、過去の全国医師会共同利用施設総会等の議論において、共同指導は、患者のベットサイドやステーションで開業医と病院勤務医がディスカッションを行うことが理想であるが、両者の時間が合わないために複写式の共同指導伝票に開業医が気になる点や指導内容を書き勤務医がその回答を書くという方式をとるケースや、医師会の中で開放病床委員会を設置しているというケースの報告をいただいている。また、開業医が円滑な開放型病院の中で、オーダーリングシステムや電子カルテ等に対応できるよう、医療プランの設置推進等も考えられているところである。ご指摘のように地域における包括的な医療体制の確立が必要であり、そのためには地域医師会を中心とした開業医と開放型病院との連携体制作りが重要と考える。

今年の12月20日には全国医師会共同利用施設の臨時総会を日医会館で、また平成23年9月3、4日には定時総会を山形県で開催する予定であり、開放型病床に関する積極的な議論が行われることを期待している。その上で開放型病院共同指導用の弾力的な運用や開放型病床のあり方について地域医療が円滑に進むよう検討していきたい。

**(4) 新卒看護師の免許登録までの身分等について (秋田県)**

**<提案要旨>**

看護師・准看護師の資格試験に合格した養成所等の卒業生は、免許の登録が完了するまでに一定の期間を要する。医療従事者不足の現状から、本来の看護師・准看護師として速やかに就業できるべきであり、また可能ではないかと考える。

**【羽生田常任理事回答】**

医師、看護師に限らず、国家試験を合格した時に免許が与えられるものではなく、登録して初めて免許が与えられたことになる。国立病院等でも、看護師を雇い入れた際は登録をして初めて看護師としての職に就くことになり、それまでは日雇いの看護補助者ということで勤務させている。研修医についても、研修が始まって直ぐに医師免許がある訳でなく、5月に入ってから免許をいただくということが多く、それまでは医療行為はさせずオリエンテーション等を行っている状況である。国家資格全てにおいて、登録され初めて免許の資格があるということであるため、残念ながら4月1日から直ぐに看護師として働けるという状況ではない。早く登録するための一番のネックは学校が3月末でないと卒業が決定しない。卒業が決定して初めて登録の下地ができるということであり、それから診断書を作り保健所に出し県を通過して厚労省に届くということであり、免許を発行するまでに非常に時間がかかる。

**(5) 日本医師会館敷地内禁煙について (愛媛県)**

**<提案要旨>**

第120回日本医師会定例代議員会で、「日本医師会館を敷地内禁煙に！」という熱い要望があった。敷地内禁煙にするための環境整備について検討する必要があるとの答弁であったが、その後の経過と方向を伺いたい。

**【内田常任理事回答】**

一昨日、日本医師会館における2009年世界禁煙デー記念講演会が開催された。その際、日

本医師会としても受動喫煙の防止という視点から敷地内禁煙に対して前向きに検討するというところをご説明申し上げたところである。

平成15年3月に「禁煙推進に関する日本医師会宣言」を代議員会で決議し、その中に医師会館の全館禁煙を盛り込んでいる。これに伴い館内完全禁煙を実施し屋外に喫煙所を設け分煙を徹底した。またその後、屋外の喫煙場所を開閉扉から離し更なる受動喫煙の防止を図ってきたところである。

タバコの害に関しては、発がん性の問題に留まらずCOPD等広く健康に影響を及ぼすことは医療関係者ならずとも理解が進んできている。しかしながら会議等で来館される方の中には喫煙される方がまだまだ少なからずおり、敷地内禁煙を実施した場合、喫煙される方々が屋外の別の場所で喫煙されることになり、受動喫煙の防止という視点からは必ずしも望ましい状況にはならないことも考えられる。このようなことから、現時点では敷地内禁煙に至っていないという現状である。ご指摘は十分に理解しており、その意義も認識しているので、改めて会内での検討を踏まえ結論を出したいと考えている。

### (6) 要介護認定方法の見直しの問題点について (京都府)

#### < 提案要旨 >

今回の要介護認定方法の見直しの大きな問題は、毎日新聞の報道にもあった、「要介護認定平成21年度改正案」と題した資料の中身である。

この資料では、「要介護1」と「要支援2」の比率に地域差がみられる上、厚生労働省の想定と異なり、要介護1と要支援2の比率が5対5となっている現状を問題点として指摘し、その原因を「要介護認定審査会委員が判断基準を拡大解釈している」と分析し、対策として「要介護認定審査員の関与を減らし、地域差をなくすとともに当初想定していた割合に近づける」としている。認定審査会の責任にしながら、このこと背景にあるのは介護費の抑制策であって、非該当とされた一次判定が重度に変更され

る割合を10%減らせれば「約87億円縮減できる」とも記載されている。

京都府医師会では、京都府下の各市町村の依頼を受け、医師の認定審査委員の推薦を行っている。多忙な先生方に無理をお願いして審査委員を引き受けていただいている。このような改悪が続くなら、審査委員などお断りという方が出てきてもおかしくない状況である。

このことに関する日医の考えと、今後の日医の対応についてお伺いしたい。

#### 【三上常任理事回答】

まず、新聞等の報道にあった厚労省の内部資料の問題については、要介護認定の検証検討会でも議題となっている。厚労省老健局の調査結果では、老健局内で財源確保等が求められる可能性があったことから、約1年前の平成21年度予算要求の検討に当たり実現可能性を問わず局内における議論のための材料として作成した資料ということであった。

要介護認定の見直しにあたり、今回実施したモデル事業において、新たな要介護認定方法による判定で、要支援2が約45%、要介護1が約55%という結果が出ており、新認定は介護給付費の削減を意図したものではないというデータが示されたとして厚労省から説明があった。ただやはり動機は不純ではないかという疑念は吹っ切れてはいない。

今年度の介護報酬改定では、介護従事者の処遇改善等を目的にプラス3%の改定ではあったが、要介護認定において全体的に軽度判定されるようことが起これば事業者にとっては減収となり処遇改善が実施できなくなるということになる。そうなれば、そもそもの介護報酬改定の目的にまで影響してくる問題であると考えている。

一方で、日医として、今回の見直しの方法やその手続きについて当初から疑問を持っており、介護給付費分科会の場合において、要介護認定の見直しについての検討の場をもつよう強く意見をしてきた。その後も厚労省に対し、再三に際し早期検証を行うよう主張した結果、厚労

省は当初9月頃の検証を予定していたが、それを4月に前倒しし、要介護認定の見直しに係る検証検討会という形で検証を行う場が組織され、議論が開始されたところである。要介護認定の見直し後の状況について、検証に耐えうる新しいデータ量を揃え、当検討会で検証を行うとともに、要介護認定制度の整備を行うため、引き続き議論を行う予定であり、本会としては検討の場においてこれ以上現場での混乱が起きないよう意見する所存である。

また、認定結果に不満があれば、申請によって元の要介護度に戻して良いという今回の経過措置については、厚労省としては利用者の安定的な介護サービスを確保し利用者の不安を解消するという観点から設けたとしているが、本会としては、施設側からの観点も考慮するよう、例えば、重度変更された場合に元に戻すことがないよう、厚労省に対し強く意見を申し入れ、施設に不利が被らないようQ&Aを示したところである。

今回の見直しについて、認定調査では、基本的に観察や聞き取りに基づき、選択肢を選び、介助の補足等の情報を特記事項に記載することにより一次判定のばらつきを減らし、介護認定審査会による二次判定で、特記事項等を勘案し適切に判定を行う方法へと変更したところである。本会としては今回の見直しにより、主治医意見書と介護認定審査会の役割はますます重要になっていると認識している。確かに経過措置が設けられたことによって却って現場の混乱を増幅させ、認定審査会が形骸化されたとして考えられたこともよく理解しているが、あくまでも利用者への不安解消という趣旨をご理解いただき、今後も円滑な要介護認定の実施にご協力いただくようお願いしたい。

**(7) 介護報酬改定の問題点 (京都府)**

**< 提案要旨 >**

改定の問題点

I 基本報酬は上げず加算中心の改定

① 今回の改定では基本の報酬は上げず40

を超える加算と新設が中心。②サービス提供加算③地域区分の見直し④加算要件が不明確  
II 利用者への配慮に欠ける

介護報酬のアップは利用者の一部負担増となり、支給限度額は変わらないのでサービス利用の変更を余儀なくされたり、利用ひかえにつながる。

III 保険料のアップにつながる。

介護保険は介護提供料が増えれば保険料が上がる仕組みとなっている。今のままの制度では、介護報酬のアップは保険料のアップにつながる。

以上、今回の介護報酬改定に伴う問題点の一部を述べた。これ以外にも多くの問題はあるが、もともと介護という人間的な行為に保険制度がどこまでマッチするのか、どちらにせよ措置として高齢者を支えるべき公費負担の多くを保険料で賄おうとする国の姿勢を根本的に見直す時期に来ているのではないか。

**【三上常任理事回答】**

一つ目の問題点として、「I 基本報酬を上げず加算中心の改定」について、ご指摘のように、今回の介護報酬改定では基本報酬がほとんど上がり加算で評価を行う仕組みとなっている。日医としては、介護給付費分科会において介護従事者の処遇改善を実施するためにも介護サービス基本報酬の全体的な底上げをすることが必要であると主張してきた。しかしながら、介護保険財源の配分を考慮した上で厚労省は平成20年通常国会で成立した「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」を踏まえ、手厚く人員を配置している等処遇改善に努力している事業者に対し、介護報酬上の評価をより充実させ、事業者が処遇改善を図ることで介護報酬の効果を一定程度得ることができるよう、一定の要件を必要とする加算という方式をとっている。本会としては、努力している事業所を評価することについては理解しているが、例えばサービス提供体制評価加算等、介護福祉士以外の従事者の勤続年数や常勤職員の割合の上で評価するとした仕組みにつ

いては問題があり、その指標については疑問があると申し上げている。これについては、検証検討会の方で検討することになっている。また地域区分についても、今回は人件費の高い大都市や人材確保が難しい過疎地について手厚くしているが、請求事業所の60%から70%を占めるその他の地域については見直しが行われておらず、その結果サービスや人材の偏在を通じ地域間の格差がより広がることが懸念される。なお、今回の介護報酬改定における介護従事者処遇改善について、現在分科会の下部組織、調査実施委員会において検討が行われているところである。妥当性のないものについては次回の改定において改善していくことになっている。本会としても現場からの問題点について随時厚労省と協議していくつもりである。

二つ目の問題点として、「Ⅱ利用者への配慮に欠ける」というご指摘について、介護サービスの単位数が上がることにより利用者の一部負担が多くなることは事実であり、対応に苦慮されている利用者、サービス提供者がおられることは大きな問題であると認識している。介護報酬の改定と支給限度額の問題については、介護給付費分科会においても問題点として挙げられていたが、支給限度額については、プラス改定に伴って支給限度額を引き上げるべきという意見がある一方で、支給限度額の引き上げにより保険で手当てするサービス量が増えることとなり、保険財政にとって負担増になるという意見があった。厚生労働省より、要介護認定者の介護サービス利用率の平均は支給限度額の5割から6割であると説明があったが、これはあくまで平均の利用率であり、中には上限のいっぱいを使っている方もおり、この4月からこれまでと同様の介護サービスを受けることができなくなる利用者があることも事実である。支給限度額は介護サービス利用者にとって受給できる量を示すものであり、介護報酬の改定毎に変更することが制度運営において妥当であるかどうかは制度体系の見直しに繋がる。また、本来介護サービスは、ケアマネジメントを行い、ケアプ

ランを作成し利用者の安心と安全を支えることが重要である。そのために支給限度額を見直さなければならないということであれば、法律の見直しが必要であり、限度額の設定方法も再考すべきであると考えている。厚労省としても今回の介護報酬改定に伴い、既に区分支給限度額の上限までサービスを利用している方に対するサービス提供について課題があるということは認識しており、そうした課題を踏まえ、次の介護保険制度の大きな制度改正に当たり慎重に議論していく必要があると考えている。

三つ目の「③保険料のアップにつながる」という問題点について、介護保険制度は給付費の半分を40歳以上の方から保険料で賄っており、サービスを利用する者と利用しない者との公平性の観点から、介護保険サービスを受けた場合には原則として1割負担することになっている。今回の介護報酬改定に伴い、利用したサービスの費用が増える場合についてもその1割を利用者が負担するとともに、介護給付費の増加に伴い保険料が上昇することになる。介護サービスの質と量の確保のためには、その時の社会経済の状況を見た上で適切な介護報酬の見直しを行うことになるが、同時に利用者の負担増に繋がることにもなる。利用者の自己負担については、一定の軽減措置や1割負担が高額とならないよう世帯全体での上限、あるいは生活が困難と市町村が認めた低所得者に対しては社福等が1割負担を一定程度軽減するという軽減措置が講じられている。また、被保険者の負担についても、第二次補正予算において、今回の介護報酬改定に伴う保険料の上昇を抑制するための措置が講じられている。利用料や保険料が増加することは被保険者である国民にサービスの需要供給及びその内容について納得してもらう必要がある、単純に自己負担の増加で善し悪しをみるのではなく、国民にとって介護保険のあるべき姿を目指すことが重要であると考えている。保険財政は税金等で徴収した財源をもっと投入すべきであるということであれば、そのような方向で制度を改善すべきであると考えている。

支給限度額や保険料については、介護保険制度運営に直結する大きな問題であり、介護保険法の見直しを含めた制度のあり方について検討し、国民に広く受け入れられる施策を目指すということが必要である。

**(8) 新型インフルエンザ (HIN1) 対策について (埼玉県)**

**< 提案要旨 >**

今回、水際対策の効果不十分、診療拒否との批判、医師の補償、診療をする者への防護服等の提供問題等、様々な問題が露呈したが、幸いにも弱毒性であったため、あまり大きな問題にはならなかったと考える。しかし高病原性鳥インフルエンザ由来の新型インフルエンザであった場合を考えると、従来の行動計画、ガイドラインでは大問題に発展した可能性もある。これらの問題点について、今後、日本医師会は国にどのような働きかけを行うか。5月22日に舛添厚生労働大臣の会見で示された2つにテリトリーを分けるという考えなら、災害救助法の適応、またはこれに準じた法整備をした方が良いと思うがいかがか。WHOのフェーズ分類と国の行動計画における段階分類の整合性について調整するつもりはあるか。

**【飯沼常任理事回答】**

5月16日に神戸で集団発生が報じられたが、その前日の15日に、舛添厚生労働大臣と日本医師会をはじめ三師会との会議があり、その際に唐津会長から新型インフルエンザに対する6項目の事について要望した。①国民に対する正確で有用な情報の提供、②新型インフルエンザワクチンの対策と充実、③抗インフルエンザウイルス薬の備蓄と拡充と分配ルート確立、④PPEの十分なサプライ、⑤発熱外来等の充実とそれに対する補助、⑥発熱外来等に出務された際の補償の問題、を申し上げ、最後に鳥型インフルエンザに対する監視も怠らないようお願いした。

日本医師会では、5月18日に厚生労働省から担当官を招き、今回の新型インフルエンザは

強毒でないというデータが集まってきたので、運用について弾力的に行ってほしいという申し入れをしている。それを受け、5月22日に政府は新型インフルエンザに対して、各地域の実情に応じて図るようにと示した。またPPE等を備えるための予算を付けるということ、補償について前向きに考えるという答えをもらっている。

今後の働きかけについては、もう少し落ち着いてから、新型インフルエンザで学んだことも含めて、厚労省と協議していきたい。災害救助法等の法律の問題は、補償に関しては厚生労働大臣が前向きに考えているので、具体的に相談したいと考えている。WHOのフェーズの問題と日本の感染ステージの問題については、感染症法で1類を残しておかないと強制入院がさせられないということがあり、法律が絡んでくるので、弾力的な運用として理解しても良いと考えるが、今後も検討していきたい。

質疑では、補償については是非明文化していただきたい。又日本の行動計画が良くできているので、日本医師会がフェーズ分類に行動計画を加味したひな型を作成して、WHOに提起していただきたいとの要望があった。

**(9) 日医の「総合医認定制度」創設について (岡山県)**

**< 提案要旨 >**

- ① 昨年10月以降、日医での「総合認定制度」に関する検討はどのようになっているのか、検討の内容、経緯、今後の予定等について教えていただきたい。
- ② 過去日医は、フリーアクセスの制限、人頭制、定額払いにつながるとして、この制度創設に反対してきた。今回は、日医が主導的に創設することこそがフリーアクセスの制限、人頭制、定額払いに結びつかない唯一の方策であると述べているが、このあたりに会員の多くは矛盾と不安を感じているのではないかと思う。従ってこの問題は、認定制度に絡め

ず、別途取り組むべき課題ではないかと考えるが日医の考えをお聞きしたい。

**【飯沼常任理事回答】**

総合認定制度に関する議論は、その後進んでいない。現在は、日医生涯教育制度認定証の価値を高めるため会内委員会でカリキュラムの問題等について検討している。カリキュラムについては、日本医師会雑誌、日本医師会ホームページにも掲載したが、地域医療を担う医師の負担が大きくなるよう既存の講習会形式の学習方法に加え、新しいカリキュラムを含めたEラーニングを作成する等、多様な学習方法、単位取得方法を検討している。制度全般については、学術推進会議の作業部会を通して会長諮問の「医師の生涯教育と認定医制、専門医制」への答申に向けて検討していくことにしている。又、生涯教育推進委員会では、平成22年度以降の単位取得換算方法や生涯教育認定証の発行基準について検討している。

総合認定制度については、関連の3学会で早急に意見を纏めて執行部で検討した上、都道府県医師会にお示ししたい。

質疑では、3学会で検討することについて日医会内で検討すべき問題として、日本医学会所属の意見を聞いていただきたいとの意見が出された。

**(10) 受診時の保険証確認について (徳島県)**

**< 提案要旨 >**

徳島県医師会支払基金によると、平成20年度において保険証資格関係誤りによる過誤調整金額は全国で約350億円、徳島では4億5千万円になっている。またそのうち、保険証資格喪失後の受診によるものが全国では約175億4千万円、徳島では1億5千万円という巨額を呈している。

解決策として、究極的にはデジタル化された社会保険証カードの導入が有効と思われるが、それまでの暫定処置として、受診時に必ず保険証の確認を行なう運動を日本医師会として全国的にってもらうことを提案する。

**【藤原常任理事回答】**

保険証の確認については療養担当規則により、患者から療養の給付（保険診療）が求められた場合には受給資格を確認しなければならない。

保険証資格確認誤りには保険者側の問題と医療機関側の問題がある。日本医師会としては、以前被保険者証の一人一枚のカード化と被保険者記載内容の自動化、オンラインによる資格確認システムを厚生労働省に要求してきたが、年金問題を発端に社会保障カード導入の検討が平成19年に閣議決定され、それが淘汰している現状である。

医療保険の資格確認システムが完成することで、診療報酬をデジタルで請求する意味が医療機関側に出てくる。個人カードになるとカードに入力しておく情報が各省庁の思惑で複雑になるし、プライバシーの問題も発生して中々進展しないのではないかと心配している。

ご提案の「受診時の保険証確認運動」については、医療機関としては保険請求するためには当然の義務であると思う。日医としても保険者の問題やカード化については厚生労働省をとおして保険者を指導するよう要請していきたい。

**(11) 勤務医の入会しやすい日本医師会にするために (三重県)**

**< 提案要旨 >**

日本医師会の勤務医の環境に関連する委員会は10委員会近くに及ぶと考えられるが、その関連する委員会で、例えば①日医会費それに含まれる医賠償保険料と勤務医賠償責任保険の問題の検討 ②日本医学学会に所属する107学会の内45学会と未加入の6学会に認められている50の広告可能な専門医名の問題 ③全会員一律に送付されている日医雑誌の内容の検討 ④会員管理コストの算出 ⑤定款の検討等を行なって、勤務医が入会しやすい環境を作るという立場で考える必要があるのではないかと思慮される。執行部の見解をお伺いしたい。

**【三上常任理事回答】**

勤務医問題が初めて取り上げられたのは昭和

58年4月の代議員会で、その翌月には勤務医委員会が設置されている。委員会に対する初期の会長諮問は「勤務医の日医入会促進の方策」で、その後、「勤務医の生涯教育制度」、「医師会組織強化への勤務医からの提言」、「勤務医と医師会活動」、「医師不足偏在を因るための方策」「過重労働」等で、ご提案された件については様々な見地から検討され施策が講じられてきている。

例えば、勤務医の医師賠償責任保険については、A2会員（B）で対応し、更には研修医向けにA2会員（C）が設けられている。この中でA2会員（B）については、全体的に会費を値上げしなければならない状況の中で55,000円に据え置き、A1会員のみ55,000円から70,000円の引き上げを行なった経緯があり、A2会員（C）についても55,000円から34,000円の引き下げを平成19年度から行なっている。

入会手続きの簡素化については、前期の定款諸規定検討委員会で議論され、最終的には現在の入会方法以上の簡素化は望めないという結論が出されている。また、勤務医の生涯教育については、申告率向上に向けて制度の改定やカリキュラムの改定が行なわれ学会の認定医専門医制度との関連等が論じられてきた。

日医雑誌については、勤務医、開業医等多様な医師の集団であり、全ての医師が知っておくべき、あるいは持っておくべき医学医療の内容であるということの方針として作成されたものであることをご理解いただきたい。また加重労働に関する喫緊の課題については、昨年設置したプロジェクト委員会で検討され、11月に島根県で開催される全国都道府県医師会勤務医部会連絡協議会で報告されるものと思っている。

昨今、国の審議会においては開業医と勤務医を対立軸として捉える傾向が強く見られている。背景には診療報酬の総枠抑制、医療関係団体の分断、医師会組織率の弱体化という意図が明白であり、医師として共通の使命の下、大同団結しなければならない。それに対して、昨年医師の大同団結を目指す委員会が立ち上げられ

具体的な答申が取りまとめられている。今後、具体的な方策が示されることを期待しているところである。

勤務医入会促進は、単なる組織の拡大に終わるのではなく、組織力の強化に繋がる必要がある。様々な活動の中で、医師会活動の重要性を知ってもらうこと、そして医政にも関心を持ってもらうことが非常に重要であると考えている。それぞれの地域の実情に合わせてより一層の取組を進めていただくようお願いしたい。

**(12) 後発医薬品使用促進事業について**

**(福岡県)**

**<提案要旨>**

本件においても、後発医薬品促進事業の一環として、モデル事業の実施が検討されており、後発医薬品に変えた場合の自己負担額の軽減額が大きい方を対象に、後発医薬品に切り替えた場合の自己負担額の差額を通知し、患者に直接、後発医薬品使用を促す取り組みを行なう内容である。このような露骨な手法は容認できるものではない。日医のこの種の事業に対する考えをお伺いしたい。

**【藤原常任理事回答】**

後発医薬品については国を挙げて実施されているところであり、社会保障の国庫負担分2,200億円の手当てとして、昨年度220億円、今年度は230億円計上されている。予算上様々な対策が講じられている。ご指摘のモデル事業もその一環である。

後発医薬品に対する厚生労働省の見解は、品質、有効性、安全性は先発品と同等としている。また副作用が生じた場合も先発品と同様に副作用被害救済基金が適用されることになっている。患者さんが自己負担額の軽減のために後発医薬品を希望された場合、医師として不満があれば、患者さんにしっかり説明する必要がある、またそのやりとりが患者さんとの信頼関係の構築にも繋がっていくものと思う。

中医協検証部会における平成20年度の後発医薬品使用状況調査では、薬局も医師も未だ後

発医薬品に対する不信感があり、それを解消する必要があると評価している。

後発医薬品を使うより先発医薬品の特許期限がきたら単価を下げるべきとの意見については、当然そうあるべきで、合わせて検討していくことになっている。

療養担当規則では投薬を行なうに当たって後発医薬品の使用を考慮する努力義務が規定されている。5月20日に開催された中医協では後発医薬品の使用促進を本当に進めたいなら国立病院から取り組むべきで、個人の診療所にプレッシャーをかけることは意味がないし、そのような対応はしないように話している。そのような通知がだされるよう現在厚生労働省と調整中である。

質疑では、提案した福岡県から後発医薬品使用に反対するものではない。あくまでもモデル事業の通知内容が、患者さんと医療機関との間に不信感を招く恐れがあり、このモデル事業の通知内容はやりすぎである。①この通知文書が患者さんに送られるということ②会員は指導を受けることについては不安があり、後発医薬品を使用しないという事だけで、軽々指導対象にしないよう監視してもらいたいとの要望があった。又、ジェネリックカードが協会健保、国保でも配布されようとしている事例について紹介があり、慎重に進めるようお願いしたいということ。日本でも米国と同様に先発医薬品の全成分を公開できるよう努力してもらいたいとの意見等が出された。

**(13) レセプトオンライン請求について(日医)**

竹嶋副会長から、去る5月29日付で送付した「レセプトオンライン請求完全義務化への対応指針について」説明があった。

平成21年3月31日に「規制改革推進のための3ヶ年計画」再改定が閣議決定され、例外なく完全な義務化であった規定が「完全」ではなくなり、各種の例外を認める方針となった。閣議決定を改正させたことは非常に大きなことで、地元選出国會議員の働きかけなど、会員の

先生方のご支援の賜である。引き続き厚生労働省令に規定されている義務化スケジュールの実施に当たっての例外措置並びに代行請求について鋭意折衝を続けている。

**(14) “医療安全調査委員会設置法案(仮称)に関するアンケート調査”結果報告について(日医)**

木下常任理事から、先に各都道府県医師会に実施したみだしアンケート調査結果について報告があった。

アンケート調査の結果は、賛成が27都道府県(57.4%)、どちらかと言えば賛成が11都道府県(23.4%)、併せて80.9%。反対を示された県が8県(17.0%)。どちらでもないが1県(2.1%)となっている。

主な賛成意見は100%我々医療界にとって思うようなものではないものの一步進めて現実的な対応をするということではないかと思う。主な反対意見は、委員会が捜査する事例の具体的な点がみえないということが第一点。遺族が告訴した場合にその場合どうするかということが第二点、また以前も出た問題だが、5月21日から改正検察審査会法ができ、これは2回の審査を持って一般の国民が起訴する権利を保障したということであるが、そのことについてどのように行うのかということが第三点となっている。

日医で医療事故に対する責任問題検討委員会を立ち上げているが、そこでは具体的に通知する内容の検討、重大な過失の内容、行政処分での対応等を具体的に検討している。特に大事なことは、このような仕組みは医療界だけで決して決まるものではない。従って、患者の代表、マスメディア、患者の弁護士等を含め議論し、合意点を見つけて決めていくというものである。8割の先生方に賛成をいただいているのでこれを押し進めたいと思っている。又、問題点はクリアしていきたいと思う。

**(15) 地域医療再生基金について(日医)**

内田常任理事から、今年度補正予算で地域医

療再生基金の創設が承認された。各都道府県医師会において、早急に、地域医療対策協議会等より、「地域医療再生計画」の策定作業に取り掛かっていただくことが、必要として下記「地域医療再生基金」について説明があった。

※域医療再生基金

都道府県が地域の医療課題の解決に向けて策定する「地域医療再生計画」に基づいて行なう、医療圏単位での医療機能の強化、医師等の確保等の取り組みを支援。

「地域医療再生基金」事業のあらまし

○趣旨

- ・地域医療の課題を解決するため、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づき、事業を実施する。

○地域医療再生計画の策定

- ・都道府県が、2次医療圏（複数医療圏可）

を対象に策定

- ・平成21年度中の策定を基本
- ・計画期間:5年間程度
- ・総額3,100億円/年。10医療圏:100億円、70医療圏:30億円

○基金の設置

1. 国が地域医療再生計画を認定し、費用を都道府県に交付
2. 都道府県が、地域医療再生基金を設置

○補助対象事業

- ・救急、周産期医療などについて医療機能連携による診療機能の強化や、持続的な医師確保の仕組みづくりのための事業
- ・地域の実情に応じて実施するため、あらかじめメニューを限定しない。
- ・対象経費は、ハード（施設・設備整備）、ソフト（事業運営）の費用双方
- ・既存の国庫補助事業との併用可



# 日本医師会女性医師支援センター・シンポジウム

## —女性医師の更なる活躍のために—

沖縄県医師会女性医師部会委員 仁井田 りち



去る5月30日（土）日本医師会に於いて、標記シンポジウムが開催された。基調講演では、外口崇厚生労働省医政局長より「女性医師の更なる活躍のために」と題した講演が行われた。つづいて、保坂シゲリ女性医師支援センターマネージャーより「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」（初の全国規模アンケート調査）の結果報告が行われた。シンポジウムでは6名の演者による発表が行われ、その後フロアを交えた総合討論が行われた。参加者は248名であった。以下に会の模様を報告する。

はじめに、唐澤祥人会長から「今般、厚労省からの委託事業である医師再就業支援事業は、女性医師の就業継続への支援を重点に、女性医師支援センター事業に名称が変更になった。本会でもそれに伴い、名称を日本医師会女性医師支援センター事業と改めて、新たな出発を迎える。そこで、女性医師の更なる活躍のために、本日のシンポジウムを企画した。この様な会

が、男女共同参画社会推進のための大きな機運に資するものと考えている。日本医師会では、女性医師への支援は医師全体への就業環境の改善にも繋がる重要な問題として真摯に取り組みを進めて参る所存であるので、より一層のご協力を賜りたい」と挨拶があった。

### 基調講演

外口崇厚生労働省医政局長から「女性医師の更なる活躍のために」と題して講演。その中で、この分野で活躍している2人の先生の言葉を用い、「男女を問わず」、「勤務環境を改善すること」の2つが我々の目標である。女性医師が就業継続できるよう環境整備に取り組んでおり、短期的、中期的、長期的、予算、政府、診療報酬等をうまく組み合わせた総合的な政策が必要である。

我々行政も様々な軽減策をあげている。現状の取り組みとしては、1) 勤務医の過重労働を解消する環境の整備、i) 「短時間正規雇用制」

「交代勤務制」の導入、ii) 医師と他の医療従事者・事務職員との役割分担の推進、2) 女性医師の働きやすい環境の整備、i) 病院内保育所の設置支援、ii) 再就業支援の女性医師バンク事業、iii) 離職している女性医師が復職するための研修支援などがある。とりわけ、短時間正規雇用については、法律上、提起されている訳ではないが、多様な働き方を就業規則等において制度化する。つまり、ライフスタイルに応じた働きを提供しながら、就業時間に比例した待遇が得られ、社会保険の適用も受けられる仕組みとなっている。今後の方向性としては、平成20年6月、舛添大臣の下で作成された「安心と希望の医療確保ビジョン」の中で、医療分野が男女共同参画のモデルとなるよう早急に対策を進める必要がある。また、平成20年4月に策定した「女性の参画加速プログラム」の基本的方向として、活躍が期待されながら女性の参画が進んでいない分野に、医師、研究者、公務員の三分野があがっており、特に女性医師については、①勤務体制の見直し、②継続就業支援、③復帰支援、④意思決定の場への女性の投与促進、⑤医療専門職全体への支援等を取り組むこととし、これらの分野の取り組みが進むことで、社会的に大きな効果が期待できる。男女共同参画は、四半世紀前に比べると、だいぶ世の中は進んできたかのように思うが、現実にあがってくる声を伺うと、まだまだ意識改革が必要であると痛感する。今後、皆さんと力を併せ頑張っていきたい。

**「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」  
結果報告**

保坂シゲリ女性医師支援センターマネージャーより、昨年末、女性医師支援の一環として全国の女性勤務医を対象に行われたみだし調査結果について報告があった。

調査は2008年12月から09年1月まで、全国の病院勤務の女性医師を対象に実施。7,467人から有効回答を得た。有効回答率は49.7%だった。

**1. 主な調査結果**

- 女性医師7,467名の年齢内訳は、30歳代が48.3%と約半数を占めており、次いで、40歳代が2割強、29歳以下が2割弱となっている。
- 既婚者が54.6%と半数以上となっており、未婚者は39.1%となっている。また、既婚者（離別、死別を含む）の配偶者の職業は、70.4%が医師であった。
- 勤務先での役職は、医員が約5割を占めており、次いで、医長が14.2%となっている。
- 勤務形態は、常勤勤務が79.1%と約8割で、短時間正職員が1.8%、非常勤（嘱託・パート・その他）勤務が19.1%となっている。また、勤務病院での勤務年数は5年未満が最も多く66.4%、5～9年が18.5%と、10年未満が8割強を占めている。
- 契約上の勤務時間（一週間）と比べて、実際の実勤務時間との比較では、全体の1/4が61時間以上の勤務となっており、過労死基準を超えて働いていることが分かった。
- 仕事を続ける上で必要と思われる制度や仕組み・支援対策については、託児所・保育園などの整備・拡充、人員（医師）の増員、宿直・日直の免除、病児保育を6割以上が求めている。
- 産前・産後休暇（産前6週間産後8週間）を取得したのは約8割で、そのうち74.9%は完全に取得したが、25.1%は一部の取得であった。休暇を取得しなかった約2割のうち、休暇が取り辛くて一時休職または退職した人が46.3%にのぼっている。

**2. まとめ**

1. 実働勤務時間、宿日直回数、休日日数などから多くの女性勤務医師が過酷な勤務環境にいる。
2. 勤務医全体の勤務環境が厳しいことや医師の勤務・労働に関して、法についての十分な理解が無いこととともに、若い女性医師には、非正規雇用の立場の人が多いため、出産・育児について、法の保護を十分に受け

- られていない。
3. 育児・家事について配偶者の協力は、配偶者が医師である場合には非医師である場合より得られる割合が低い。
  4. 多くの女性医師が求めているのは医師全体の勤務環境の改善であり、そのための医療への財政投入（それによる医師不足の解消）、勤務医の身分の確立である。
  5. 多くの女性医師は出産・育児を経ても働き続けられる環境の整備、又、一時休業せざるを得なかった場合の復帰支援を求めている。
  6. 出産・育児についての支援策として、24時間・病児保育を併設した院内保育所の普及の他、様々な保育サービス利用に対する補助、及び学童保育の充実を求めている。
  7. 多くの女性医師は意思決定に関わる立場・指導的立場に女性が少ないことに問題を感じ、男性中心の医療界の意識改革を希望している。

### シンポジウム

シンポジウムでは、6名の演者から(1)医師再就業支援事業の経過、(2)女性医師バンクを通じて仕事に就いて、(3)女性医師バンクの紹介で再研修を始めて、(4)コーディネートをしてみえてきたこと、(5)、(6)今後の女性医師支援について、と題して発表が行われた後、フロアを交えた総合討論が行われた。

家守千鶴子女性医師バンクコーディネーターは、「日本医師会医師再就業支援事業」について、主な活動内容として、1)女性医師バンク事業、2)再就業講習会事業、3)広報活動の3つの柱からなっている。女性医師バンク事業は、平成19年1月30日に開設し、着実に成果を挙げている。現在コーディネーターは当初の4名から11名に大幅増員。平成21年4月30日現在、就業成立件数は138件で、再研修紹介件数は14件である。バンク事業の主な特徴としては、通常の人材派遣業とは異なり、バンクコーディネーターは医師が担当していることにあ

る。その理由に、医師の業務の特殊性は医師でないとコーディネートが難しいとの考えからであり、結果として登録者から大きな信頼を得て、実績に結びついている。女性医師問題は、女性医師のみならず男性を含めた医師全体の勤務環境の改善に繋がることが認識され始めており、今後も女性医師支援センターの活動に力を入れていきたいと述べた。

出澤美央子財団法人東京都保健医療公社豊島病院産婦人科勤務医師は、女性医師バンクを通じて最適な職場に巡り会えた。女性医師の更なる活躍のための提言として、女性医師の勤務体制を改善するための方策として、妊娠中・育児中の支援に関しては調査データや考察も行われるようになってきており、また、育児休暇、勤務緩和、院内保育所の対策も立てられつつある。しかし、一般的に結婚年齢が高い女性医師の中には、妊娠出産を強く希望するにもかかわらず、叶えられないケースもある。特に、不妊治療を目的に産婦人科に通院するとなると、数多くの外来や当直の制約により継続的な通院事態が難しく、そうこうしているうちに、女性の年齢があがり、妊娠率も低下していくことに繋がる。近年、特に叫ばれるワークライフバランスとは、自分たちの思い描く家庭像、社会生活の両立を目標としており、その中で妊娠出産後の配慮を大切に考えるならば、妊娠前の配慮も同様に大切になってくると考える。一般の社会でも少しずつ認識されてきていると思うが、医師の世界でも不妊治療に対しての配慮もなされることが産婦人科医師としての願いであると述べた。

岸由香社会医療法人社団カレスサッポロ時計台記念病院女性総合診療センター勤務医師は、15年間も専業主婦として現場を離れた状況から、地元の医師バンクへ問合せたところ、全く相手にされず半ば諦めつつあった。そのような中、日医の女性医師バンクを知り、軽い気持ちで問合せを行ったところ、登録完了後、直ぐに研修先を紹介され「対応の早さ」に感動した。

また、コーディネーター保坂先生の献身的なサポートの甲斐あって、登録から約1ヶ月足らずで再研修を開始し、その半年後に、現場へ復帰した。私の様に長いブランクを経ての復帰は稀であろうが、同じ様な境遇にいる方も諦めずにチャレンジしていただきたいと思う。また、再研修制度のより一層の拡充も必要不可欠だと思うので、多くの施設のご協力を仰ぎたい。最後に女性医師バンクのコーディネーターの先生方に深く感謝したいと述べた。

秋葉則子女性医師バンクコーディネーターは、平成19年1月30日の開設から僅か2年4ヶ月の期間で、女性医師バンクの登録者数は、平成21年4月末現在、求職登録者数308名(延べ449名)、求人登録施設数1,017施設(延べ1,139施設)と順調な伸びを示している。各種の広報活動が実を結びつつある結果となっている。また、就業成立と再研修紹介を併せた実績でも152件(就業成立138件、再研修紹介14件)を達成し、着実に成果を挙げている。女性医師バンクの特色である「医師によるコーディネート」が大きく寄与していると考えられる。これまで様々なケースをコーディネートしてきたが、求人先をもっと増やさなければマッチングがうまくいかない現状もある。10人の先生がいれば10人のケースがある。加えて、就業に結びついた事例と就業まで至っていない事例を比べると、いずれも保育の問題が重要な鍵を握っている。日本医師会では、このような点を鑑み、昨年度「保育システム相談員講習会」を開催し、各県へ相談員の養成・普及をお願いしたところである。今年度も、引き続き、女性医師就業継続支援として保育の問題に取り組んでいきたいと述べた。

後藤隆久横浜市立大学大学院研究科生体制御・麻酔科学教授は、医局における出産・育児中の医師支援体制について、医師としてのキャリアを中断しなくて済むよう平成16年よりジョブシェアリングを採用し女性医師支援を行って

いる。ジョブシェアとは、一つの常勤ポストに対し2名を雇用(常勤扱い)してもらうことで、1人あたりの勤務日数(週3~4回勤務)を減らし、時間外や夜勤勤務は原則として行わないものである。また、給与は常勤職員に比べ勤務時間が短い分、比例して減額される仕組みとなっている。これらの方策を通して見えてきた今後の課題については、短時間勤務の女性医師が増加すれば、誰が当直、オンコール、時間外など、夜間や休日の仕事を行うのか。現在、当直や夜間時間外労働には正当な報酬が支払われていないケースが多く、それらを担う医師の不公平感が高まることを懸念する。また、女性医師支援は、医師不足の解決策としてではなく勤務医の労働条件の問題であることを認識しなければならない。今後の女性医師支援のポイントとして、1) 育児や家事を女性のみが行う社会慣行を変えるべきで、2) 当直や時間外労働に対する報酬を昼間の労働時間に対する報酬を削ってでも良いからまともに支払うこと、その医師が辞めてしまえば女性医師支援は根底から崩れてしまう。3) 病時保育や24時間保育など社会基盤を充実させることが必要であると述べた。

桃井真里子自治医科大学小児科学主任教授は、女性医師支援は勤務医不足という現状から出てきた。国が女性医師問題を取り上げるのは、勤務医不足の対策としてであって、女性医師問題の本質を十分に取上げているとは言いがたい。育休明けの女性医師の復職支援や多様な勤務形態の提供、保育施設の充実などは、問題の周辺を支援する提案であり、本質的解決ではない。これらの対策に目を奪われると、女性医師は勤務医のセカンドシフトにならないか危惧している。この現状をこれからプロを目指す女子医学生達に教えることについて果たしてこれで良いのか自問自答する。しかし、現実には女性医師支援は“Must”である。男女ともに、家庭生活の時間が保証される、当直問題にメスを入れる、救急担当明けには休日確保される、連続勤務時間を規定するなどの対応があ

って初めて女性医師問題の本質に踏み込めると考えている。勤務環境の改善なしに、問題の周辺を支援する提案は、今後の日本の医療にプラ

スにならない。病院勤務医の労働環境について強く議論されない限り女性医師の未来はないと述べた。

## 印象記

県医師会女性医師部会委員、再就職再研修担当 仁井田 りち



去る5月30日、日本医師会館で日本医師会女性医師支援センター・シンポジウムが開催されました。女性医師の勤務環境の現状に対する約7,500名の全国的なアンケート調査の報告があり、女性医師の約3分の1が休職（離職）経験があり、理由のベスト3に出産（70%）、育児（38%）、自分の病気療養（14.5%）と続きました。出産した医師は産後休暇の取得ができず実に46%が産後退職。そして64%の女性医師が、常に家事と仕事の両立で悩んでいるとの結果が発表されました。

アンケート結果より見えてきた実態はやはり、医師は産後に就労困難な職種であるという事実です。そもそも昨今「医師不足」の問題が表面化しなければ「女性医師支援」という活動も生まれてきませんでした。女性医師支援がいいか悪いかではなく、10年後勤務医の半分は女性医師であり、現在の産婦人科医、小児科医の医師比率において34才以下は女性医師が半分を占めているのは現実であり、これから女性医師を活用しなければ医療界は成り立たないという未来を予測しての対策を今から始めなければいけないと切実に思いました。

では具体策は？

講演での私の感想をまとめますと

1. ワークシェア、フレックスタイムの導入、ジョブシェア（短時間正規雇用）という多様性のある就労条件が必要である
2. 男性医師の意識改革（既婚女性医師の実に70%は男性医師と結婚していて家事はほぼ女性側というアンケート結果と、女性が働くことに一番理解がないのは男性医学生というデータの紹介あり）
3. 女性医師自身もライフプランをしっかりと持ち女性が働くために出そろった男女参画企画等の法律を有効活用して、キャリアアップを目指す事が必要

会では具体的には15年専業主婦後50代で復帰した女医の事例、結婚で他県に嫁ぎ、女医バンクの紹介で新しい職場復帰を見つけた事例が報告されました。

フロアから意見がでる度に、建設的な意見が出ましたが、国レベルの話と、各都道府県の実態はまた別で離島医療も含めた特殊な地域である沖縄は、沖縄の実情にあわせた取り組みが必要と思われました。

本当に大切なのは「再就職再研修支援」ではなく、出産育児後も継続して就労できる「継続支援」のシステム作りなのです。女医バンクから始まる活動は今後「男女問わず全ての医師が勤務条件を改善するシステム作り」に繋がるでしょうが、現在はまだ意識改革の段階であり、活動は全国で同時に始まったばかりです。

これからの会では現場のアイディア、創意工夫の見本となる改革例を報告していくことになるでしょう。来年は沖縄から全国の先頭を切って、よい見本になれる、型作りができればと考えています。

# 第11回 いのち 生命を見つめる フォトコンテスト

**作品募集**

日本医師会と読売新聞社は生命の尊さ、大切さを考えてほしいとの願いを込め、「生命(いのち)を見つめる」フォトコンテストを開催しています。  
周囲の生きとし生けるものすべてが被写体です。  
レンズを通して「生命」を感じた作品をご応募ください。



「はじめまして! 私がお姉ちゃん!」  
木村 律子

主催:日本医師会/読売新聞社

- 審査員** 田沼武能(日本写真家協会会長)・椎名誠(作家)  
口ザンナ(歌手)・織作峰子(写真家) ほか
- 賞** 最優秀賞…1点/30万円 日本医師会賞…1点/10万円  
読売新聞社賞…1点/10万円 審査員特別賞…1点/10万円  
入選…5点/5万円 佳作…20点/図書カード5千円分

- 応募規定**
- 応募作品(プリント)は、本人が撮影したフィルムの本発表作品に限りませう。
  - ※デジタルカメラで撮影したもの、及びデジタルプリントまたは500万画素以上のデジタルデータも応募可能です。
  - ※500万画素以上であれば携帯電話での撮影も可能です。 ※画像処理等の加工、合成及び組み写真は不可。
  - 作品のプリントサイズは、キャビネ判(2L)とします。
  - 応募作品は、原則として応募日から3年以内に撮影したものに限りませう。
  - 1人3点までに限りませう。
  - 二重応募や類似作品の応募を禁じます。
  - 肖像権やプライバシーの侵害には十分ご注意ください。主催者では責任を負いかねませう。
  - 作品は返却しません。
  - 入賞作品の著作権・使用権は1年間、主催者に帰属します。
  - 上記規定に違反した場合は、受賞を取り消します。

入賞者発表/2010年2月の読売新聞紙上(予定)  
※2010年2月に東京で入賞作品展を開催する予定です。

応募 問い合わせ先 〒104-8325 東京都中央区京橋2-9-2  
読売新聞東京本社 事業開発部「フォトコン」係  
TEL.03-5159-5895  
公式ホームページ <http://info.yomiuri.co.jp/event/contest/>

※応募作品の裏に、タイトル、撮影年月日、住所、氏名、年齢(生年月日)、職業または学校名、電話番号を明記した紙を貼ってください。  
※ご記入いただいた個人情報(受賞した場合は連絡、作品に関する問い合わせ、取材のみに使用し、それ以外の目的での使用や、第三者に譲渡することはありません。)

締切  
**2009年  
11月13日 金**  
必着



「冒険旅行」  
鈴木 治彦



「驚き」  
織田 祐宏



「生命の鼓動」  
岡 光明



「共に歩む道」  
原 史織

※写真はすべて第10回の入賞作品です

## 第108回沖繩県医師会医学会総会



広報委員 豊見山 直樹

平成21年6月14日、嶺井進先生を会頭に第108回沖繩県医師会医学会総会が開催されました。今回は新川に新設された沖繩県医師会館を使用した第2回目の会で、若い発表者、聴衆の先生方には初めての来館の方も少なくはなかったようでした。

演題は126題と、普段よりやや少ないものでしたが、早朝からの発表討論にもかかわらず、各分野とも熱い議論が飛び交い、時間を超過するセッションが数多かったようです。私自身も、演題数の1例しかない脳神経外科（今回は神経内科、リハビリと合同に）の発表をさせていただきましたが、その後の討議のみは熱く、だいたいじめられてしまいました。

午前中最後のプログラムは研修医企画ミニシンポジウムで「よりよい後期研修をめざして～なぜ沖繩を選んだのか?～」と題されたものでした。前回、第107回医師会医学会総会で指導医をシンポジストにした臨床研修に関するシンポジウムでしたが、今回はそれと対をなし、研修医側の視点からの報告になりました。研修医のアンケート調査の報告が豊見城中央病院の大内元先生からありました。また、県立中部病院、琉球大学附属病院、豊見城中央病院、那覇市立病院、沖繩協同病院、公立久米島病院の各病院で後期研修医として勤務と修練に勤しむ山田直樹先生、近藤俊輔先生、佐野由紀子先生、上原圭太先生、比嘉千明先生、伊藤淳先生の6人先生方から、その専門科の選択理由と沖繩で後期研修を行う意義と問題点等についての討論がなされました。全国的に初期研修医の偏在が問題視されるなか、沖繩は幸い初期研修については恵まれています。しかし、その後の後期研修までをどう魅力的なものとして、多くの人材が残るようにしていくべきか。諸先生方の話の中に多くのヒントが見える気がしました。

分科会長会議を挟んで、午後の日程は、会頭

の嶺井進先生からのご挨拶を頂いた後、聖路加国際病院院長 福井次矢先生の特別講演「医療の質を測り改善する：聖路加国際病院の試み」を多くの会員の皆様とともに拝聴いたしました。医療の質を測るのに利用される Quality Indicator (QI) という指標は、エビデンスに基づく医療と実際に行われた医療の乖離 (Evidence-Practice Gap) を知ることになり、個人的にも病院としてもその医療の質を向上させることに結びつくということ。さらにこれらの各QIは病院の各部門個人の自発的な取り組みによって規定され改善がはかれるようになってきたこと。など今後医療への科学的な取り組みがその質を改善させていくという非常に魅力あるお話で、早速病院に持ち帰り、準備を始める会員の方も多かったと思われました。

### 第108回沖繩県医師会医学会総会プログラム

期 日：21年6月14日(日) 8:15～

会 場：沖繩県医師会館

#### 一般講演 (126題)

#### 研修医企画ミニシンポジウム

「よりよい後期研修をめざして～なぜ沖繩を選んだのか?～」

座長：琉球大学医学部附属病院専門研修センター 玉 寄 真 紀  
 県立中部病院総合内科 尾 原 晴 雄

#### 【アンケート結果報告】

豊見城中央病院・腎臓内科・4年目 大 内 元

#### 【シンポジスト】

県立中部病院・救急・4年目 山 田 直 樹  
 琉球大学医学部附属病院・耳鼻科・3年目 近 藤 俊 輔  
 豊見城中央病院・外科・5年目 佐 野 由 紀 子  
 那覇市立病院・内科・4年目 上 原 圭 太  
 沖繩協同病院・小児科・6年目 比 嘉 千 明  
 公立久米島病院・小児科・7年目 伊 藤 淳

開会宣言 沖繩県医師会医学会長 玉 城 信 光

会頭挨拶 第108回沖繩県医師会医学会総会会頭 嶺 井 進

#### 特別講演

「医療の質を測り改善する：聖路加国際病院の試み」

聖路加国際病院院長 福 井 次 矢

## 会 頭 挨 拶



第108回沖縄県医師会医学会総会 会頭  
嶺井 進

第108回沖縄県医師会医学会総会の開催にあたり、本医学会会頭の指名を受け承りました嶺井でございます。恒例によりご挨拶申し上げます。

振り返りますと、本県の医療は1944年から1945年にかけて米軍を主力とした連合軍により壊滅的な打撃を受け、医師も激減しました。その後、国費留学制度など人材養成制度や1981年の琉球大学医学部設置もあり、急速に人材の充実が図られ、また、医療施設も県立病院を中心として整備され、地域医療、医療従事者の養成に貢献してきました。

医学会総会も1951年の第1回から今回の108回まで数えるに至っております。その間、地域独特の風土病たるフィラリア、マラリヤを防圧し、戦後猛威をふるった結核、ハンセン氏病の発生を抑え、長寿県沖縄を世界に向け宣言するまでになりました。

しかし、アメリカ占領下での生活が26年も続いたため、欧米流の生活習慣の結果として、肥満による健康被害や、精神的な問題や悩みおよび経済的困難に起因する自殺の増加など、新たな課題も生じてきました。我が国においても、不況対策として様々な政策が実行されつつありますが、最も有効な政策は、労働分配率の高い医療、介護に注力することだと思います。高齢社会が進行しつつある今日、安心して暮らすには医療、介護の充実は不可欠であります。

失業率は悪化の一途をたどり、6%に近いと報道されておりますが、実質的には潜在化している部分もあり、もっと高いと思われます。また、他方、地域医療、介護の分野は人材不足で慢性疲労状態であり、過労死、診療拒否、病院

の廃院などが社会問題となっております。この様な労働力のミスマッチの現象は、政府の政策が現実と乖離していることによるものであり、政府が社会のニーズに応じた労働配分を誤った結果に他なりません。試みに、医療従事者の人材不足の程度を、有効求人倍率から見てみますと、例えば、医師は6倍、薬剤師は5倍、看護師は3倍となっています。これは、医師1人に対して6人の求人が、薬剤師1人に5人の求人が、看護師1人に3人の求人があることを意味します。その事からも、いかに医療人材が不足しているかがわかります。

人材の養成、育成は時間がかかります。為政者は社会のニーズを敏感にキャッチして、早めにそれに基づいた人材の養成を心がけるべきと思われま。この様な政府の無策や怠慢を目の前にして、我々医師会の取るべき道は、医療の効率化、質の向上を図るのはもちろんであります。国、政府に対し、国民のニーズにあった提案、提言をし、また、自らも社会のニーズに応じて変わることでもあります。質の向上には、量の確保が大切であると思います。また、医療を生きがい、働きがいのある分野とするためには、人並みのゆとりある生活を送れるようにすることだと思います。

サブプライム問題にもとづく不況で、失業者が急速に増えつつある今日、政府が至急にするべき事は、雇用の確保だと思います。医療、介護は労働集約的職業で、多くの労働力を要します。全国的に医療人材不足で、医療が崩壊しつつありますが、雇用を確保し医療崩壊を防ぐには、医療従事者の増員が最も有効だと思われま。

本日は、聖路加国際病院院長の福井次矢先生のご講演がごございます。医療の質の向上や医療のあり方に参考になるお話を拝聴出来ると期待しております。

最後に、本医学会総会が実り多く、会員にと

って有益で、県民の医療の質の向上に役立つことを祈念すると共に、本医学会総会の準備にご苦労された玉城信光医学会長、宮城信雄医師会長、ならびに、関係各位に感謝し、私の挨拶と致します。

## 特別講演

# 「医療の質を測り改善する：聖路加国際病院の試み」



聖路加国際病院院長 福井 次矢

【称号】	京都大学名誉教授
【学歴】	
S51	京都大学医学部卒業
S59	ハーバード大学公衆衛生大学院卒業
【職歴】	
S51～S55	聖路加国際病院内科研修医、医員
S55～S56	コロンビア大学 St.Luke's Hospital Center リサーチアソシエイト
S56～S59	ハーバード大学 Cambridge Hospital クリニカルフェロー
S59～S63	国立病院医療センター循環器科厚生技官
S63～H4	佐賀医科大学附属 病院総合診療部助教授
H4～H6	同上 教授
H6～H11	京都大学医学部附属病院総合診療部教授
H11～H16	京都大学大学院医学研究科臨床疫学教授
H12～H16	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系 専攻健康情報学教授兼専攻長
H13～H16	京都大学大学院医学研究科EBM共同研究 センター長
H16～現在	テキサス大学健康情報科学大学院特任教授 (Adjunct Professor)
H16～H17	聖路加国際病院副院長、内科(一般内科)医長
H17～現在	・聖路加国際病院院長 ・自治医科大学客員教授 ・東京医科大学客員教授
H18～現在	聖ルカ・ライフサイエンス研究所常務理事
H19～現在	聖路加国際病院事業管理部部長兼務

医療の質は、構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の3つの側面から評価できる。それらの中で、アウトカムこそ最も重要であることは論を待たない。しかしながら、人体の生物学的解明がいまだ不完全であるため、医学・医療には不確実性がつきもので、アウトカムから適切な医療であったかどうかを正確には判断できないことから、医療のプロセス評価が重要視されている。

臨床研究の多くは、どのような診療プロセスが最もアウトカムを良くするのか、科学的厳密性を高めるような特別な状況下で、検証するものである。そのようにして、臨床研究によって確立された“エビデンスに基づく医療”がどのくらい行われているのかを示す指標をQuality Indicator (QI) という。たとえば、血糖降下薬を処方されている患者のうちHbA1cが7%未満（HbA1c<7.0%）にコントロールされている患者の割合、予定手術患者のうち執刀開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与された患者の割合などである。

QIを知ることは、エビデンスと実際に行われている診療との乖離（Evidence-practice Gap）を知ることであり、そうすることで、組織としても医師個人としても、診療内容を改善する必要性と目標が明らかとなり、改善への行動変容に向けた動機付けがなされる。

聖路加国際病院では、2004年以降の電子カルテのデータを用いて、約100種類のQIを算

出し公開している。たとえば、上記の HbA1c < 7.0 % にコントロールされていた糖尿病患者の割合について、2004年と2005年のデータ（それぞれ、46.3 %、50.1 %）を公表するとともに、電子カルテのデータを解析して、糖尿病を専門としない多くの医師も血糖降下薬を処方していること、必ずしも最新のエビデンスに基づいた治療が行われていない（つまり、異なるメカニズムの血糖降下薬が適切に使われていない可能性がある）ことや HbA1c < 7.0 % にコントロールされている糖尿病患者の割合が医師により 18 % から 75 % の範囲で大きく異なること、なども明らかとなった。そして、この QI の改善を病院の 2007 年度の年次目標に掲げ、毎月の QI 委員会や病院管理協議会で病院全体の数値や医師（匿名）ごとの数値を示したり、内分泌代謝科部長による最新の糖尿病治療に関する勉強会を繰り返し開催したりした。

その結果、驚くほど多くの医師や看護師が糖尿病治療に関する勉強会に出席し、その甲斐もあり、HbA1c < 7.0 % をクリアしている糖尿病患者の割合は、2006年は 51.0 %、2007年は 62.5 % へと著しく改善した。しかも、勉強会に出席した医師での QI 改善の度合いは、出席しなかった医師に比較して、統計学的に有意に大きいことも判明した。

QI の算出・公開については、欧米では診療報酬と連動させる試み (Pay-for-Performance) が始まっていて、医療の質に与える影響の評価も行われつつある。わが国では、QI を診療報酬と連動させることは、近い将来起こるとは考えられないが、医療の質を改善するツールとしての有用性は高いと思われる。昨年には、国立病院機構からも QI が公表され、いくつかの病院も QI の公表に踏み切った。今後、わが国でも QI をめぐる話題は注目を集めるであろう。



# 一般講演 演題・演者一覧

## 〈肝胆臓（内科）〉

1. UDCA が著効を示した原因不明の慢性肝炎の1例  
ハートライフ病院 消化器内科 仲吉 朝邦
2. 沖縄県の一般住民におけるHBV保有率の年次推移  
ハートライフ病院 消化器内科 佐久川 廣
3. 当院における肝硬変の成因別実態 第2報  
浦添総合病院 北古味 りか
4. アルコール性非代償性肝硬変に発症したEdwardsiella tarda敗血症の1例  
中頭病院 消化器内科 喜友名 美和
5. 高齢者におけるERCPの検討  
ハートライフ病院 内科 宮里 賢
6. 長期間経過観察を行っているGroove pancreatitisの1例  
県立中部病院 外科 坂本 奈津紀
7. 被膜外浸潤を認めた膵Solid-pseudopapillary tumorの1例  
浦添総合病院 外科 谷口 春樹
8. PET検査において興味深い肝画像所見を呈したサルコイドーシスの1例  
国立沖縄病院 樋口 大介

## 〈消化器内科〉

9. 当院におけるHelicobacter pylori感染診断法  
～内視鏡的生検組織での鏡検法と迅速ウレアーゼ試験の比較検討～  
中頭病院 消化器内科 崎原 正基
10. EUSガイド下腫瘍生検を施行した胃GISTの1例  
沖縄赤十字病院 内科 高木 亮
11. 左傍十に指腸ヘルニアによる内ヘルニアの1例  
豊見城中央病院 菅野 彩
12. 当院に於ける大腸ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）の現状と課題  
中頭病院 消化器内科 石原 淳
13. オクトレオチドが有効であった直腸カルチノイド肝転移の1例  
沖縄赤十字病院 内科 仲村 将泉
14. Meckel憩室に起因した急性腹症の1例  
中頭病院 放射線科 奥濱 真輔
15. 好酸球性腸炎の1例  
県立北部病院 内科 辻 真之介

## 〈消化器外科〉

16. 早期手術にて救命し得た非閉塞性腸管虚血の1例  
県立中部病院 外科 田中 教久
17. 門脈ガス像を呈した盲腸軸捻転症の1例  
県立中部病院 外科 佐々木 裕哉
18. 腸管内異物で穿孔通過障害をきたし緊急手術を要した1例  
那覇市立病院 外科 平良 清
19. 救命しえたコレステロール結晶塞栓症による小腸穿孔の1例  
中頭病院 外科 卸川 智文

20. 診断に難渋した妊娠合併虫垂炎の1例  
県立中部病院 外科 宮地 洋介
21. 腸間膜に発生した嚢腫の1例  
浦添総合病院 外科 松田 剛
22. 結核性腹膜炎の1例  
県立中部病院 外科 平良 尚広
23. 直腸癌との鑑別に苦慮した直腸子宮内膜症の1例  
中頭病院 外科 西里 美奈子
24. 再発性子宮広間膜ヘルニアの1例  
県立中部病院 外科 中野 輝基
25. 表面型大腸癌に対する腹腔鏡下手術の経験  
沖縄赤十字病院 外科 神谷 知里
26. 治療方針の選択に苦慮した1型肝損傷の1例  
県立中部病院 外科 池田 知也
27. 胸膜播種が疑われた肝細胞癌の1例  
ハートライフ病院 外科 カ石 洋平
28. 膵頭十二指腸切除術の検討  
中頭病院 外科 砂川 宏樹
29. 胆嚢管癌の1例  
ハートライフ病院 外科 西原 実
30. 下肢切断にて救命しえた劇症型A群溶血性連鎖球菌による壊死性筋膜炎の1例  
県立中部病院 外科 谷口 直樹
31. 腹壁癒痕ヘルニア修復術後メッシュ感染をきたし再手術を行った1例  
沖縄赤十字病院 外科 豊見山 健
32. StageIII, IV胃癌に対するTS-1による術後補助化学療法症例の検討  
ハートライフ病院 外科 宮平 工
33. UFT投与が有効であった高齢者直腸癌術後多発肺転移の1例  
ハートライフ病院 外科 大橋 和広

## 〈麻酔科〉

34. 硬膜外自家血パッチが有効であった脳脊髄液減少症/低髄圧症候群の3例  
ハートライフ病院 麻酔科 国吉 史雄
35. 自殺企図による左上肢裂傷にて大量出血・PEAを来した1例  
ハートライフ病院 麻酔科 佐久川 陽子
36. プロポフォール注入時血管痛に対するケタミンの鎮痛効果について  
南部徳洲会病院 平良 良集
37. パチスタ手術の既往をもち冠動脈三枝閉塞を伴う重症心疾患患者の麻酔経験  
ハートライフ病院 麻酔科 釜野 武志
38. 低体温療法、ヒルトニンで良好な神経学的予後を得られた1例  
中頭病院 救急科 宮城 宏江

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

〈呼吸器〉

- 39. 菌血症性PRSP肺炎を契機に診断された原発性免疫不全症候群の一例  
豊見城中央病院 石原 祐史
- 40. 間質性肺炎治療中にpneumocystis pneumoniaを発症した一例  
中頭病院 呼吸器内科 原野 知佳
- 41. 救命しえたARDS合併播種性結核の一例  
沖繩赤十字病院 内科 小菅 則豪
- 42. EDTA-2K採血管にて血小板貪食像を呈した肺炎クラミジア感染症の一例  
中部徳洲会病院 小児科 今西 康次
- 43. 慢性好酸球性肺炎の検討  
国立沖繩病院 呼吸器内科 仲本 敦
- 44. Pulmonary Langerhans cell histiocytosis の2例  
国立沖繩病院 呼吸器内科 山内 桃子
- 45. 横隔膜ヘルニアを呈した月経随伴性気胸の一例  
県立中部病院 外科 加藤 崇
- 46. 局所麻酔下胸腔鏡下にスネアを用いて切除し、診断に至った悪性中皮腫の1例  
那覇市立病院 大平 哲也
- 47. 高度進行左肺癌における手術治療の役割  
浦添総合病院 呼吸器外科 梶浦 耕一郎
- 48. 大動脈弁置換術後の乳び胸に対して酢酸オクトレオチドが有効であった一例  
中頭病院 外科 間山 泰晃

〈膠原病〉

- 49. 生物学的製剤投与に際して副腎皮質機能不全およびニューモシスチス肺炎を来した1例  
国立沖繩病院 豊原 一作
- 50. 当院におけるトシリズマブ（アクテムラ）投与症例の臨床的検討  
豊見城中央病院 腎臓・リウマチ膠原病内科 与那覇 朝樹
- 51. 腎機能障害を伴わないANCA関連肺出血の1例  
県立北部病院 内科 杉原 裕基
- 52. 口内炎で発症し低ガンマグロブリン血症、好酸球増多を合併した尋常性天疱瘡の1例  
県立中部病院 内科 佐々木 陽典

〈腎・泌尿器〉

- 53. 沖繩県を訪れた旅行透析者の動向（2008年）  
—当院15年の実績を含めて—  
おおうらクリニック 大浦 孝
- 54. 血液透析濾過（HDF）療法が奏功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 柿本 忠俊
- 55. 糖尿病性外眼筋麻痺を発症した維持透析患者3例の検討  
ちばなクリニック 内科 島尻 艶子
- 56. 心肺停止を契機にレヴィ小体型認知症と診断され塩酸ドネペジルが有効だった透析患者の1例  
中部協同病院 内科 犬尾 仁

- 57. 血液透析用長期型バスキュラーカテーテル（ソフトセル）挿入法の工夫  
沖繩赤十字病院 泌尿器科 外間 実裕
- 58. PDカテーテルトラブルおよび腹部手術既往患者に対する腹腔鏡下PDカテーテル修復留置術の臨床的検討  
同仁病院 泌尿器科 血液浄化療法センター 謝花 政秀
- 59. 糖尿病性腎症（維持透析）、PADを有する下肢難治性潰瘍の一例  
中頭病院 外科 三田村 康貴
- 60. 進行性腎がんに対する分子標的薬sorafenibの使用経験  
那覇市立病院 泌尿器科 呉屋 真人
- 61. 異所性副甲状腺腫による高Ca血症・高Ca尿症に併発したと考えられる右結石性腎盂腎炎で敗血症性ショックを呈した1例  
中頭病院 名嘉村 敬
- 62. 糖尿病に合併した気腫性腎盂腎炎の1例  
県立北部病院 内科 滝上 隆一
- 63. 若年健常者に発症したESBL産生菌による腎膿瘍の1例当院における市中尿路感染症でのESBL産生菌の分離状況の報告  
中頭病院 内科 笹野 幹雄
- 64. 突然の開口・発語障害を主訴に救急受診した腎不全の1例  
中頭病院 内科 西平 守邦

〈循環器内科〉

- 65. 心不全に合併した心室内血栓の1例  
豊見城中央病院 循環器内科 大内 元
- 66. 滲出性収縮性心膜炎の1例  
那覇市立病院 下門 杉子
- 67. 腰部脊柱管狭窄症術後に肺塞栓症を来し救命しえた1例  
敬愛会中頭病院 眞境名 豊文
- 68. 出産後深部静脈血栓症（DVT）を発症し、40年を経て慢性血栓性肺高血圧に至った1例  
豊見城中央病院 玉城 優子
- 69. 三枝ブロック、局所的左室壁運動異常を契機に発見された孤発性心臓サルコイドーシスの1例  
県立北部病院 循環器内科 下里 倫
- 70. C型肝硬変に合併したPortpulmonary hypertensionの1例  
県立北部病院 三浦 大典
- 71. 人工弁置換術後にHaemophilus paraphrophilusによる感染性心内膜炎を来した1例  
県立中部病院 内科 杉田 周一
- 72. 弓部大動脈瘤、冠動脈バイパス術後に心不全を来しバイパス血管が責任病変と考えられnative血管へPTCAを施行した1例  
中頭病院 内科 仲村 義一
- 73. 非肺静脈起源の心房細動に対するカテーテルアブレーションについて  
翔南病院 循環器科 山城 啓
- 74. 心房細動に対するカテーテルアブレーション  
—“Box 隔離術（Box Isolation）”の経験—  
翔南病院 循環器科 大城 力

報 告

- 75. 当院における負荷心エコーの実績報告  
豊見城中央病院 循環器 玉城 正弘
- 76. 冠動脈CT実施症例のその後の検討  
ハートライフ病院 島袋 活子
- 77. 開心術後急性期頻脈に対する塩酸ランジオロールの使用経験  
琉大医学部機能制御外科 喜瀬 勇也
- 78. 補助人工心臓 (BVS5000) による重症心不全の治療経験  
県立南部医療センター・こども医療センター  
末田 智紀
- 79. 回復期心リハの有用性の検討～運動耐容能と再発抑制効果～  
浦添総合病院 循環器センター 谷川 幸洋

〈循環器外科〉

- 80. 三尖弁形成術におけるテイラーリングの使用経験  
県立中部病院 心臓血管外科 安元 浩
- 81. 腹部大動脈瘤術後の人工血管の感染をきたしたパーチェット病の一例  
豊見城中央病院 血管外科・外科 松原 忍
- 82. 上行大動脈人工血管内挿術後31年目に再手術を施行した1例  
南部徳洲会病院 心臓血管外科 遠藤 民子
- 83. 高度石灰化を伴った異型大動脈縮窄症に発症した感染性大動脈瘤の1例  
南部徳洲会病院 心臓血管外科 山本 匠
- 84. 腹部大動脈瘤に対するExcluderをもちいたステントグラフト内挿術の1例  
豊見城中央病院 外科・血管外科 佐久田 斉
- 85. 間欠性跛行に対してdistal bypass術を行った2例  
豊見城中央病院 外科・血管外科 城間 寛

〈産婦人科〉

- 86. 貯血式自己血の病病連携における取り扱いについて  
豊見城中央病院 輸血療法委員会 永山 盛隆
- 87. 先天性心疾患術後に経膈分娩した一例  
県立中部病院 総合周産期母子医療センター  
石川 裕子
- 88. MRIでRPLSと診断した子癇発作の2例  
県立南部医療センター・こども医療センター 産婦人科  
栗原 みずき
- 89. 当科で経験した胎児腹壁破裂6例の検討  
県立南部医療センター・こども医療センター 産婦人科  
多和田 利香
- 90. 妊娠16週、流産後に診断された子宮底部嵌入胎盤の一例  
那覇市立病院 産婦人科 田代 朋子
- 91. 当科における帝王切開癒痕部妊娠に対するメソトレキセート局所注入療法の検討  
琉大医学部 産婦人科 屋宜 千晶
- 92. 腹腔鏡下卵管間質部妊娠術後に子宮破裂を2回繰り返した1症例  
琉大医学部器官病態医科学講座 女性・生殖医学分野  
上里 忠和
- 93. 当院における妊婦の末梢カテーテル由来血流感染症  
県立中部病院 総合周産期母子医療センター 後藤 禎人

- 94. 大動脈周囲リンパ節へ再発をきたした卵巣癌の一例  
豊見城中央病院 産婦人科 濱川 伯楽

〈形成外科〉

- 95. 豊胸術後のシリコンバッグ除去、その理由  
当山美容形成外科 當山 護
- 96. 耳介軟骨を用いて人中を再建した唇裂症例 (Abbe氏法術後症例) の経験  
琉大医学部 耳鼻咽喉科 新濱 明彦
- 97. hemifacial microsomiaの患者において、頬部の難治性瘻孔を呈した1例について  
県立南部医療センター・こども医療センター 形成外科  
東恩納 邦子

〈整形外科〉

- 98. 連続捲り動作で長母指伸筋腱皮下断裂を発症した一例  
ハートライフ病院 整形外科 渡慶次 学
- 99. 肩関節周囲炎 (いわゆる五十肩) の回復経過の特徴  
与那原中央病院 安里 英樹
- 100. 緊急手術を行った脊椎硬膜外膿瘍の一例  
県立中部病院 外科 松岡 峰造
- 101. リンパ浮腫に合併した人工骨頭置換術後感染の2例  
豊見城中央病院 山内 貴敬
- 102. 白蓋ソケットガイドを用いた人工股関節置換術における白蓋カップ設置  
ハートライフ病院 新垣 薫
- 103. 腰椎椎弓切除後に多発性小脳出血を発症した1例  
南部徳洲会病院 整形外科 山中 俊祐

〈神経内科・脳外科〉

- 104. HAM/TSPに対するプレドニン・インターフェロンα併用療法の試み  
豊見城中央病院 内科 比嘉 恭子
- 105. 当院での嚥下造影検査のまとめ  
宜野湾記念病院 リハビリテーション科 平 敏裕
- 106. 虚血性脳血管障害に対する血行再建術とそのpitfall  
那覇市立病院 脳神経外科 豊見山 直樹

〈耳鼻咽喉科〉

- 107. 甲状腺眼症に対し眼窩減圧術を行った症例の検討  
琉大医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学 長谷川 昌宏
- 108. 耳管開放症と真珠腫性中耳炎  
～鼻すすりが真珠腫をつくる～  
琉大医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科 大田 重人
- 109. 当科における人工内耳症例の検討  
琉大医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科 我那覇 章
- 110. 片側性声帯痙攣 (反回神経麻痺) の外科治療例の検討  
琉大医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科 喜友名 朝則

〈乳腺・甲状腺〉

- 111. 当院におけるHerceptin投与症例の検討  
那覇西クリニック 外科 上原 協
- 112. 乳癌の腹膜播種と考えられた2例  
ハートライフ病院 外科 照屋 なつき

報 告

113. 乳頭先端から突出する腫瘤を形成した乳腺乳頭部腺腫の1例  
浦添総合病院外科 福山 貴子

114. 穿刺細胞診で癌と診断困難な甲状腺腫瘍の検討  
浦添総合病院 外科 長嶺 義哲

〈開業医〉

115. 興味あるプライマリケアの2症例  
愛聖クリニック 中田 安彦

116. 診療所における頸動脈エコー検査の意義  
愛聖クリニック 島田 靖

117. 当院で受診したうつ病および気分障害患者820人の休職・  
復職・退職の実態調査  
山本クリニック 山本 和儀

118. 不発弾爆発事故による外傷（爆傷：Blast injury）の治療  
経験  
県立南部医療センター・こども医療センター 西関 修

〈一般〉

119. NST回診受診患者死亡率33%は改善したか？  
一回診受診患者200例の前後における臨床指標の変化—  
大浜第一病院 内科 今井 千春

120. 第1回院内および地域クリティカルパス研修会の報告  
琉大医学部第一外科 宮国 孝男

121. 浦添総合病院でのSTAS-J（ホスピス・緩和ケアの評価  
尺度）の導入の検討  
浦添総合病院 緩和ケアチーム 新里 誠一郎

122. 喫煙対策 沖縄大学の取り組み  
沖縄大学人文学部福祉文化学科 山代 寛

〈内分泌〉

123. 副腎偶発腫を契機に、アルドステロン産生腺腫と診断し得  
た一症例  
豊見城中央病院 喜久村 祐

124. 診断に難渋した副腎原発血管肉腫の一例  
沖縄県立中部病院 横山 淳也

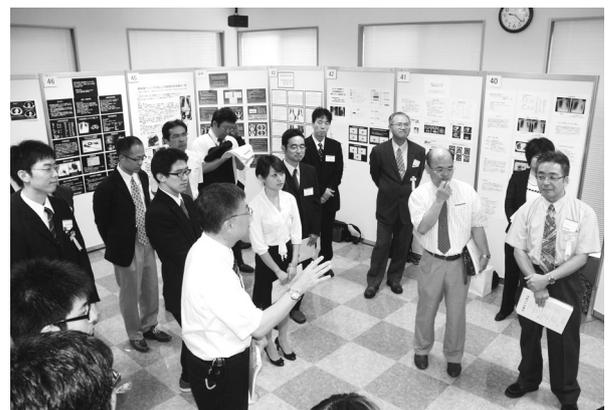
125. うつ病との鑑別を要した下垂体腺腫の一例  
豊見城中央病院 奥山 和明

126. 沖縄と本土の2型糖尿病外来患者の比較  
翔南病院内科糖尿病・生活習慣病科 島尻 佳典

〈ミニシンポジウム〉



〈一般講演〉



## 平成21年度第1回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議

常任理事 安里 哲好



去る5月28日（木）、県庁3階第1会議室において標記連絡会議が行われたので以下のとおり報告する（出席者は以下のとおり）。

出席者：宮城会長、玉城副会長、小渡副会長、  
安里常任理事、大山常任理事

（以上、医師会）

奥村部長、宮里保健衛生統括監、川久保参事、大嶺参事兼福祉保健企画課長  
上原国保・健康増進課長、新垣医務課長

（以上、県福祉保健部）

### 議 題

#### 1. 新型インフルエンザの医療体制の整備に関するご協力について（福祉保健部）

##### <提案要旨>

新型インフルエンザA/H1N1は、北米から感染が拡大し、世界43カ国にまん延する状況となっており、国内でも340例余りが報告され

ている。

沖縄県新型インフルエンザ対策行動計画は、高病原性のウイルスを想定した内容になっているが、国内発生初期には感染拡大を遅らせる目的で、感染症指定医療機関等に発熱外来を設置して、振り分けを行うこととしている。

発熱外来の設置及び運営には、会員の先生方のご理解とご協力が必要ですので、ご高配よろしくお願い致します。

また、感染拡大期及びまん延期の患者の診療については、各医療機関における感染予防策の強化が必要と思われるので、会員の先生方への周知方よろしくお願い致します。

なお、今後感染地域等への渡航歴や患者との接触歴がない方が発熱した場合は、発熱相談センターではなく、かかりつけ医等の医療機関に電話して、指導を仰ぐという広報を行いたいと考えているので、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

＜主な意見等＞

■全国で見受けられた新型インフルエンザ発生に伴う受診拒否については、調査したところ本県では1例も起こっていない。先生方のご理解とご協力のおかげである。感謝申し上げたい。新型インフルエンザについては、そろそろ収束に向けた手続きが取られていく。今後ともかかりつけ医の先生方にご協力をお願いしたい（福祉保健部）。

□今回の新型インフルエンザについては、行政も医師会も経験したことが無いため、情報の共有とその対応が重要な点であった。各段階の医療提供体制については、感染早期の際の県立病院の対応、まん延期の全医療機関での対応については理解できたが、感染拡大期の際の対応が分かり難い点であった（県医師会）。

□本県では1例も発生しておらず、本来であれば従来の季節性インフルエンザと同様の対応で良いはずなのに慌ただしくなった。また、時系列での情報伝達の体制が無いため、発出された情報が、いつ、だれが、どこで決めたのか不明であり混乱が生じた。例えば、患者数1～32名等の医療体制を決める数字が、県全体の共通の取り決めなのか、各地域毎の話なのか分かりにくかった（県医師会）。

■時々刻々と情報が変わり混乱があった。今後、各保健所長と発熱外来設置医療機関との意見交換会の場を持ちたいと考えている（福祉保健部）。

□新型インフルエンザに感染した精神障害者の対応を検討していただきたい。感染した方を精神科に紹介されたとしても対応に困り、現場での混乱が予想される（県医師会）。

□インフルエンザ迅速診断キットの数を県では把握しているか。現在、発熱の症状がある方のほぼ全ての方に診断キットを用いており、診断キットが不足しつつある。肝心の時に迅速キットが不足する事態が起こりかねない（県医師会）。

■迅速キットの数については県で把握している（福祉保健部）。

■今後、感染地域等への渡航歴や患者との接触歴がない方が発熱した場合は、発熱相談センターではなく、かかりつけ医等の医療機関に電話していただくという対応についてもご協力をお願いしたい（福祉保健部）。

2. 沖縄県「がん登録事業」への「地域がん登録標準データベースシステム」の導入について（県医師会）

＜提案要旨＞

沖縄県がん診療連携協議会は、がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（平成20年3月1日厚生労働省健発第0301001号）に基づき、琉球大学医学部附属病院に設置され、県の地域がん診療連携拠点病院等、県内の医療機関関係者と患者関係者の委員による全県的な組織として設立されている。その下部組織として、研修部会、がん登録部会、普及啓発部会、地域ネットワーク部会、相談支援部会、緩和ケア部会の6部会が活動している。

沖縄県のがんによる死亡は逐年増加の一途をたどり、死亡順位の第一位を占め、県民にとって健康上の大きな脅威となっている。

国では、平成19年に「がん対策基本法」が施行され、同法に基づき「がん対策推進基本計画」が策定され、その中で重点的に取り組むべき課題の一つとして「がん登録の推進」を掲げている。

沖縄県では、昭和63年より県内の全住民に発生した全てのがんについて、発症から治療、死亡に至るまでの全医療経過に関する情報を収集し、その情報を基に罹患率の測定、受療状況の把握等を行い、がん予防の推進、がん医療の向上に役立てることを目的とした「がん登録事業」を行っている。しかし、現状ではがん罹患の把握漏れが多く、本県のがん罹患の実態を把握しているとは言い難い状況にある。また、県独自のシステムの登録を行っているため、国が推進している「地域がん登録標準データベースシステム」と比較して、登録データの精度や、保守・運用面での安全性、信頼性、継続性に乏

しい現状となっている。

沖縄県内では、既に院内がん登録を行っている施設が11施設あり、その内、国立がんセンターが配信している院内がん登録支援ソフト「Hos-canR」を使用している施設が9施設ある。いずれも、沖縄県におけるがん診療の中心となる施設である。また、「地域がん登録標準データベースシステム」は、「Hos-canR」からのデータインポート機能が備わっており、将来的には院内がん登録から電子データの受け渡しが可能となる。

この「地域がん登録標準データベースシステム」を導入し、効率的かつ精度の高いがん罹患登録を行うことにより、生存率の測定、がん予防・医療活動の評価、医療機関への情報サービス、がん疫学研究などに大きな役割を果たすことが期待できる。更に、がんに係る医療活動や、県のがん対策の企画立案、評価等に大きく資するものと思われる。

以上の理由により、国が推奨する「地域がん登録標準データベースシステム」を、沖縄県の「がん登録事業」に速やかに導入して頂きたい、昨年度3月に琉球大学から要望書が提出されているのを踏まえ、これに対する県のお考え、対応をお聞きしたい。

<福祉保健部の回答>

沖縄県では、国の対がん10か年総合戦略の推進に対応し、沖縄県悪性新生物登録事業（がん登録事業）を昭和63年から継続実施しており、平成16年には、厚生労働省第3次対がん10か年総合戦略研究事業の第一期支援地域（全国15地域）の指定を受けた。当時は、全国的な標準登録システムがなく、各道府県独自の登録システムで登録を行っていた。

本県ではこれまで、がんの予防の推進や医療の向上に資する目的で登録の精度向上に取り組んできたが、死亡票からの登録割合が高いなど、登録の精度が悪く、生存率等の重要な指標を得ることが難しい状況であった。

国では、平成14年頃から全国標準データベ

ースシステムの検討が行われ、モデル地域での実施を経て、平成18年度から各道府県で国庫補助による導入が開始された。

そこで、本県も登録の精度を向上させるため、全国標準データベースシステムの導入が必要であると考え、国立がんセンターや先進県から導入についての具体的な作業手順などの情報を得ている。昨年度から実施体制を整えつつ予算確保を検討してきたが、確保に至らず、今年度、緊急経済対策枠で、6月補正予算に予算要求（980万円）を提出しているところである。

<主な意見等>

- 国は一般のPCで扱えるようなフリーソフトの配布が出来ればよいと考える（県医師会）。
- がん拠点病院の占めるがんの割合が出せないか。それが高ければがん拠点病院の登録率を100%近くまで持って行くことで解決する話なのか。（県医師会）。
- 琉大だけの登録では解決するものではないので、各医療機関の院内がん登録などに協力を仰ぐという方向に持っていきたい。（福祉保健部）。
- 保健医療計画では、がんの専門的病院等ががんに関する治療がなされている。しかし、各々の濃淡があり、拠点病院だけで沖縄県のがん治療をしているわけではないことから、広く行き渡る必要がある。また、法人病院は放射線治療機器がない事や沖縄病院は肺がん単独のため、あらゆるがんを網羅しないといけないというシステムになっているので拠点病院になれない（県医師会）。
- 全数が網羅される方向に取り組んでいきたい（福祉保健部）。

3. 国からの補助事業（保健医療福祉分野）の全項目提示について（お願い）

（県医師会）

<提案要旨>

本来、国からの様々な保健医療福祉分野に関する補助事業が各都道府県で実施されている

が、国から提示される全ての補助事業（保健医療福祉分野のみ）についてご教示いただきたい。

＜福祉保健部の回答＞

標記の件について、福祉保健部各課に照会し取り纏めた（合計135事業）。補助事業ごとに福祉保健部の所管課を記載しているので、詳細については各所管課へ問い合わせさせていただきたい。

＜主な意見等＞

- マスコミ等で盛んに言われており、全国的に問題となっている介護士不足について、今年の診療報酬改定で3%UPを行ったが、実質はそこまでUPされない。依然として介護士不足という事で今回は補正予算において手当とする事となっている。また、自立支援法の中でも精神保健福祉士等の資格者に対する人件費の補助を行うとっている。その話は県に来ているのか。また、それを県はやるのかやらないのかご教示いただきたい（県医師会）。
- 基金事業となっており、国からの説明が先週あったばかりで6月の補正予算には間に合わないで9月に対応を予定している（福祉保健部）。
- 介護関係の職務改善については各都道府県で行うことになると思うが、国が予算審議中で具体的な事業の内容を十分に周知されていない状況である。（福祉保健部）。
- これまでの補助事業の県側の負担率は1/3などであったが、最近では1/3以内という事業が増えてきているので対応の幅は広がってくると思われる（福祉保健部）。
- 昨年度本会から情報提供を行った産婦人科医の分娩に対する補助や救急医の当直に対する補助などは県の負担が1/3以内なので、出来れば早急に申請していただきたい（県医師会）。
- 産婦人科医の分娩に対する補助の件については、国の方から調査依頼があり、現在、産婦人科医療機関へどれぐらいの分娩手当を支

- 給しているか調査することになっており、調査結果が出て調整となる（福祉保健部）。
- 看護学校の講師の講習が補助事業であると聞いているがいかかが（県医師会）。
- 5年に1回ぐらいの割合で実施しており、補助事業では30名の定員を確保することとなっている。今年度実施しているが40名の予測員に対し20名しか応募がない状況である。また、長崎県も実施していることから受講生が少ないのではないかと考えられる（福祉保健部）。
- 調整中ではあるが6月補正の方で、障害者自立支援特別対策事業費を要求しているが、具体的な内容や額等についてはこれから検討していく（福祉保健部）。
- 基本的には介護報酬できちんと見れば良いことでありおかしな話である。現場のスタッフも混乱する（県医師会）。
- 自立支援法の改正に伴い、自立支援の請求業務がこれまで補助事業であったのに対し、補助金でなくなり自立支援法に基づく請求業務となった。それをオンラインで実施するよう国保からプログラムが配布されているが、重複入力等が多いなど非常に手間がかかっている。早急に改善していただきたい（県医師会）。
- 補助事業に関しては優先順位を付けて、より効果的な事業が実施できるよう検討していきたい（福祉保健部）。
- 他県の医師会の事情を聞くと、県から数億円の補助事業を行っているところもある。それは、医師会と行政が一体となって保健医療福祉事業に取り組んでいることとなる。沖縄県は医療連携体制推進事業のみしかない。これだけ国の補助事業があれば医師会と連携して効果的に事業ができるという事なので積極的に検討していただきたい。また、がん対策に関して、沖縄県は1/2の補助となると殆ど手をつけていないのが現状であるので、がん対策向上を図る上でも是非着手していただきたい（県医師会）。

## 印象記



常任理事 安里 哲好

今年度の県福祉保健部の人事は奥村啓子氏が福祉企画統括監から部長になられ、宮里達也氏が北部福祉保健所所長から保健衛生統括監に就任された。福祉領域の方が7年間連続で部長に就任されているが、保健医療の領域、特に5疾病（CKD：慢性腎臓病を加え）6事業（新型インフルエンザを加え）についても絶大なご尽力を頂きたいと切に希望する。今年度第1回の会議があり議題は3題（県から1題、本会から2題）であった。

「新型インフルエンザの医療体制の整備に関するご協力について」は感染拡大期およびまん延期における発熱外来の設置・運営には、会員の先生方の協力についての依頼と、診療の際には各医療機関における感染予防対策の強化について、会員への周知依頼があった。新型インフルエンザの医療体制について、一つの流れは出来たようである。しかし、どの時点が感染拡大期かあるいはまん延期かは明確でない状況であったように思えるし、基準・指標が地域によっても、受け入れ態勢の程度によっても、日々刻々と変化しており、各保健医療圏の保健所、医師会、基幹病院（感染症病院・救急告知病院）で何度も検討し、柔軟かつ適切な対応が望まれる。まん延期を想定して、医療従事者の感染防御策も十分に強化しつつ、全医療機関で患者を診察し治療できる状況を準備する必要性を痛切に感じた。また確定診断に要する時間の短縮やワクチンの早い時期の生産が望まれる。一方、医師の発熱外来への応援、新型インフルエンザ感染による休業等に対し、厚生労働省は、2009年度補正予算に盛り込まれた「地域活性化・経済危機対策臨時交付金」を利用することが可能とし、積極的な活用を自治体に求めているとのこと。

「沖縄県『がん登録事業』への『地域がん登録標準データベースシステム』の導入について」は6月補正予算に予算要求（980万円）を提出したと述べていた。現在、がん拠点病院は県下で大学病院も含めて4病院あり、既に院内がん登録を施行している施設が11施設あるとのこと。更に、DPC病院の参加や積極的ながん治療を行っている診療所等も含めネットワーク作りが望まれる。がん登録率が高いだけで、その地域のがん診療の向上が如実に現れるという研究者もいる。アメリカ、デンマーク、スウェーデンなどでは国全体でがん患者の登録が実施されているようだ。

「国からの補助事業（保健医療福祉分野）の全項目提示について」は生活支援も含めて132件あった。県福祉保健部がどのような事業を推進しているか、今回は、十分には把握できなかった。九州各県の医師会では、数千～数億円単位で、保健医療福祉事業を取り組んでいるが、本会においては、平成20年度は妊婦HIV母子感染防止事業の約1,000万円（郡市医師会は医療連携体制推進事業で150万円）のみで、それも平成21年度からは廃止になった。一方、平成21年度は医療連携体制推進事業について400万円の補助があり、県医師会（172万円）と4郡市医師会（各57万円）とで、脳卒中と糖尿病の地域医療連携の充実に利用することになっている。大きな問題として、国の補助事業における財政支援のその多くは県の負担を伴う。県行政は県立病院に100億円近くのリターンを行うと、もうそれ以外の保健医療福祉領域の支援が困難になる。また、莫大なる臨時補正予算が生じても、県行政の負担がなければ、短期間で申請をしなければならないので委託先は県立病院を中心に行われ、負担があれば時間切れも生じ、申請しないという構図になる。

この度、「地域医療再生基金」事業が平成21年度中（10月中）の計画策定を基本に5年間、100億円が10医療圏、30億円が70医療圏で、沖縄全体を網羅した視点でこれを活用してもらいたいものだ。

## 慰霊祭（慰霊の日）に参加して



会長 宮城 信雄

沖縄戦終結から64年目の「慰霊の日」を迎え、去る6月23日（火）、沖縄全戦没者追悼式が糸満市摩文仁の沖縄平和祈念公園で執り行われた。

例年、梅雨明けに開催されている慰霊祭も、今年は珍しく未だ梅雨が明けきらず、それでいて天気が良く、例年どおり暑い中での開催となった。

慰霊の日の式典、関係行事への参加は、これまで歴代会長が毎年出席されており、当日は沖縄戦殉職医療人の碑を参拝し、沖縄陸軍病院慰霊会（長田紀春会長）が執り行う慰霊祭（沖縄陸軍病院の塔）に出席し、最後に沖縄全戦没者追悼式に参加した。

沖縄戦殉職医療人の碑は、1948年に沖縄医療団により建立されている。当日は本会の供花に加え、沖縄県歯科医師会と広島県の沼田鈴子様からの供花が添えられていた。碑はひめゆりの塔のすぐ近くにあるので、皆さんも機会がある時には立ち寄って参拝していただきたい。

引き続き沖縄陸軍病院の塔慰霊祭へ出席した。沖縄陸軍病院の塔には、「この塔は戦死された沖縄陸軍病院傷病兵及び職員と学徒の慰霊塔である。慰霊会（遺族及び戦友の会）が昭和39年1月26日に建立し、平成4年6月23日これを再建す」と碑文が刻まれている。塔には本会をはじめ関係団体や個人から寄せられた供花が12対程飾られ、その内の半分くらいは県外の方からと思われる。

はじめに、慰霊会の内間副会長から、「当時もこんな暑い中で大変だったと思う、皆で慰霊の心を捧げてもらいたい」と開会の挨拶があり、せみの鳴き声等が交錯する中、黙祷、読経の後、関係者からの弔辞へと移った。

慰霊会の長田会長からは、「心静めてこの地

に立つと、戦火の音は何一つ聞こえない。しかし、私の耳に聞こえてくるのは、二度と戦争をしてはいけないという戦友からの叫び声である。」として、反戦平和と近隣友好に努めなければならないとの弔辞（代読）が読み上げられた。その後、城間俊安南風原町長、私（沖縄県医師会長）、奥平登美子沖縄県看護協会会長からの弔辞、続いて代表焼香（本土からの出席者（6名）、患者代表、遺族代表、戦友代表）等があり、最後に一般焼香が行われ慰霊祭を終了した。凡そ140名位の方が参加されている。

引き続き、平和祈念公園（糸満市摩文仁）で執り行われる平成21年沖縄全戦没者追悼式へと向かった。同追悼式については、マスコミから詳細に報道されているので割愛するが、当日慰霊祭に向かう中、沿道では各慰霊祭に参加するためびしょり汗をかきながら、手ぬぐいで額や頬を拭い、ひたすら摩文仁を目指している光景が印象的で、参加する方々の御霊への追悼と反戦平和への思いが伝わってくる。

改めて御霊のご冥福と世界の恒久平和を願うものであります。



（沖縄陸軍病院の塔慰霊祭）



## 八重山地区医師会並びに沖縄県公務員医師会役員改選

この度、八重山地区医師会並びに沖縄県公務員医師会の役員が過日の総会にて下記のとおり決まりましたので、お知らせいたします。

### 八重山地区医師会

(任期：平成21年4月1日～平成23年3月31日)

役職名	氏名	医療機関名	TEL
会 長	上原 秀政	上原内科医院	0980-88-7068
副会長	金城 浩	石垣島徳洲会病院	0980-88-0123
副会長	宮良 長治	宮良眼科医院	0980-82-3068
理 事	上地 国生	かりゆし病院	0980-83-5600
理 事	照屋 寛	てるや内科胃腸科	0980-88-1616
理 事	富山 健太	とみやま耳鼻咽喉科	0980-88-8741
理 事	仲間 健二	仲間内科クリニック	0980-88-8500
理 事	新村 政昇	にいむら内科胃腸科クリニック	0980-83-7771
理 事	宮良 善雄	宮良内科胃腸科医院	0980-82-4181
監 事	藤井 弘人	ひふ科藤井医院	0980-86-7300
監 事	高良 和男	高良税務会計事務所	0980-82-5043

### 沖縄県公務員医師会

(任期：平成21年4月1日～平成22年3月31日)

役職名	氏名	医療機関名	TEL
会長	本竹 秀光	県立中部病院	098-973-4111
副会長	小濱 守安	県立中部病院	098-973-4111
副会長	宮里 義久	県立南部医療センター・こども医療センター	098-888-0123
書記	尾原 晴男	県立中部病院	098-973-4111
理事	大城 真理子	県立北部病院	0980-52-2719
理事	遠藤 和郎	県立中部病院	098-973-4111
理事	橋口 幹夫	県立中部病院	098-973-4111
理事	當銘 正彦	県立南部医療センター・こども医療センター	098-888-0123
理事	吉村 仁博	県立南部医療センター・こども医療センター	098-888-0123
理事	久貝 忠男	県立南部医療センター・こども医療センター	098-888-0123
理事	宮川 治	県立精和病院	098-889-1390
理事	上原 哲夫	県立宮古病院	0980-72-3151
理事	上原 真人	県立八重山病院	0980-83-2525
理事	宮里 達也	福祉保健部	098-866-2161
理事	安慶田 秀樹	病院管理局	098-866-2832
監事	上原 真理子	福祉保健部	098-866-2209
監事	糸数 公	福祉保健部	098-866-2169