

平成22年度 家族計画・母体保護法指導者講習会

「母体保護法の理念とその運用」をテーマに



理事 金城 忠雄

平成22年12月4日（土）日本医師会と厚生労働省主催により、日本医師会館で開催された標記講習会に出席したので、その概要を報告する。

司会の今村定臣常任理事から開会が宣言された。

挨拶

原中勝征日本医師会長は、「子育ては、社会全体の責任であり、安心して子育てが出来る環境を整備することは、国の喫緊の課題である。この世に生を受ける時の担い手は、先生方であり、そこから、親からの子供への愛情、育て方、家庭の楽しみをご指導願いたい」と挨拶した。

来賓挨拶

寺尾俊彦日本産婦人科医会長は、「医師免許に上乘せる国の定める認定資格は、母体保護法

指定医と精神保健指定医の二つしかない。母体保護法指定医は、“胎児の生命に関わる医療”、後者は、“強制的に入院させる人権に関わる医療”と特別な位置づけがなされている認定資格である。いずれも限られた「指定医師」のみに許されている医療である。指定医師の資格を有するには、専門的な知識と優れた技術、高潔な人格が必須である。資格を継続するには、更新の必要があり、指定医師は常に研鑽を積む必要がある。そのために日本医師会と厚生労働省主催による指導者講習会がある」と挨拶された。

講演

「医療の明日のために、今、できること」

原中 勝征（日本医師会長）

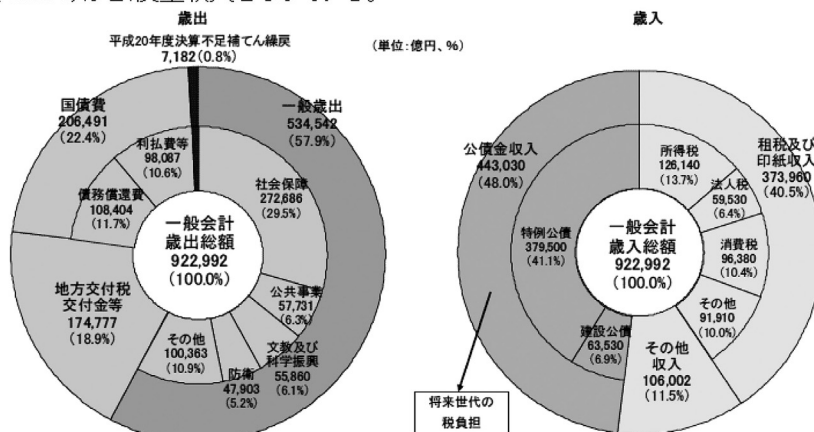
医療費増加政策への転換

平成22（2010）年度の一般会計予算の概要

2010年度一般会計予算の概要

一般会計歳出は、社会保障関係費(27.3兆円)、国債費(20.6兆円)、地方交付税交付金等(17.5兆円)の三大経費で全体の約7割を占める。

一般会計歳入は、租税及び印紙収入は4割程度にとどまり、残りのうち44兆円程度(48.0%)が公債金収入となっている。



* 出所：財務省「わが国税制・財政の現状全般に関する資料(平成22年10月現在)」 <http://www.mof.go.jp/iauhou/syuzei/siryou/002.htm>

医療費の引き上げと患者一部負担の引き下げについて

原中会長は、「今の時代、我々の最大の望みは、公的医療保険制度が持続的に運営されることであり、その実現のため、医療を取り巻く状況について、政府へ提言している」と述べ、その一例として、日医が公表した、「日本医師会 国民の安心を約束する医療保険制度」を紹介した。

現在の地域医療の崩壊状況は、これまでの医療費削減政策による医師数削減、ベット数の削減、診療報酬改定によるものである。

医師養成数の抑制は、昭和57(1982)年に閣議決定され、平成20(2008)年になってはじめて医師数増加を決定した。医学部増設による医師不足対策では、多数の指導医の確保やコメディカル定員確保で地域の医療が崩壊する。ある時期に来ると医師過剰になり、将来の医師過剰問題を考慮すると、医学部増設は反対である。予算や将来のことを考慮すると、現在の医学部入学定員を増やすことが、理にかなっていると述べた。

さらに、今後必要なこととして、国民皆保険を堅持するために雇用を創出すること、所得と生活環境を是正すべきであり、超高齢社会を見据えた長期的ビジョン、医療費抑制政策をやめさせること、市場原理主義の医療への参入を阻止することなどがあったとした。

医療ツーリズムについては、産業として営利企業が医療に参入することは、混合診療全面解禁につながる可能性が大きく、容認できない。

医療・介護への公費の投入について

経済産業省は、医療・介護施設と民間の関連サービスとの連携による市場拡大を目指している。医療・介護は国民の安心・安全そのものであり、国家が責任を負うべきであり、民間にゆだねるべきではないと述べた。

シンポジウム

座長：今村 定臣（日本医師会常任理事）
 「母体保護法の理念とその運用」
 (1) 日本産婦人科医会の立場から：寺尾俊彦
 (2) 日本医師会の立場から：今村定臣
 (3) メディアからみた“人工妊娠中絶”
 ：迫田朋子（NHK チーフディレクター）
 指定発言—行政の立場から
 泉 陽子
 （厚労省雇用均等・児童家庭局母子保健課長）

(1) 日本産婦人科医会の立場から

公益法人制度改革による母体保護法指定権の行方

寺尾俊彦日本産婦人科医会長は、昭和23年の優生保護法の成立を受け、翌年に「日本母性保護医協会」（現、日本産婦人科医会）が発足したことや、男女雇用機会均等法の制定を受けて、国際人口開発会議や世界女性会議において「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」（性と生殖に関する健康/権利）が提唱されたことを説明した。

優生保護法の成立 と 日本母性保護医協会の創設

昭和23年(1948) 優生保護法成立
 各都道府県に母性保護医協会設立
 昭和24年(1949) 日本母性保護医協会
 全国の優性保護法指定医師を以て組織
 昭和27年(1952) 社団法人日本母性保護医協会
 平成 6年(1994) 社団法人日本母性保護産婦人科医会
 平成 8年(1996) 母体保護法成立
 平成13年(2001) 日本産婦人科医会

母体保護法指定医師の指定権

指定医師には医師による審査が必要。また、公益法人制度改革に関連して、母体保護法指定医師を「公益法人たる医師会」が指定する旨が明記された問題を取り上げ、「公益法人制度改革によって変えられることは問題であり、指定の許可や更新には、指定を受けようとする医師

の専門的知識、技術、倫理性が求められ、審査には、医師によるピア・レビューが適している」と述べた。

母体保護法指定医師の指定権

公益法人制度改革(平成18年6月2日公布、平成20年12月1日施行)

母体保護法第14条
 医師の認定に依る人工妊娠中絶可能な医師は「都道府県の区域を単位として設立された公益社団法人たる医師会の指定する医師」と改正された。

公益法人制度改革への対応についての調査(21年10月):
 公益法人移行予定: 13医師会
 一般社団法人移行予定: 12医師会
 検討中: 22医師会

指定には医師による審査が必要

母体保護法が成立して以来60年になるが、この間、各都道府県医師会による行政権(指定権)の行使と日本産婦人科医学会各都道府県支部による運用は、適切、かつ、円滑に行われて来た。指定された医師は、倫理を守り、安全に手術を行ってきたと評価できる。

今日まで適切に運用されて来たシステムが、本法と全く無関係の公益法人制度改革によって変えられるようなことがあってはならない。

指定の許可や更新には、指定を受けようとする医師の専門的知識、技術、倫理性が審査されるが、これには医師による評価が必要である。行政による審査よりも、医師の人となりや力量を良く知る医師によるピア・レビューが適している。

(2) 日本医師会の立場から

今村定臣常任理事は、母体保護法指定権について、日医のとるべき対応をまとめる必要があるとし、指定権問題に特化した、「母体保護法

母体保護法指定医師の指定権に関する検討小委員会

- 片瀬 高 (日本産婦人科医学会九州ブロック長/前福岡県医師会常任理事)
- 畔柳 達雄 (日本医師会参与/弁護士)
- 齋田 幸次 (大阪府医師会理事)
- 白須 和裕 (小田原市立病院副院長/日本産婦人科医学会常務理事医事法制担当)
- 寺尾 俊彦 (日本産婦人科医学会会長)
- 福田 稠 (熊本県医師会会長) ※委員長
- 森崎 正幸 (長崎県医師会常任理事)

指定医師の指定権に関する検討小委員会」を立ち上げ、現在、議論していると説明した上で、「法人の形態にかかわらず、従来どおり都道府県医師会が母体保護法指定医師の指定権限を保持すべき」と述べ、指定医師の空白地帯が生じないように働きかけを行う考えを示した。

優生保護法成立時の経緯

* 昭和23年第2回国会 参議院厚生委員会議録より抜粋

社団法人であります都道府県の医師会をしてこの医師を指定させる、指定医師という制度がございますが、それで医師を指定せしむるよりか、都道府県の優生保護委員会その他のもので指定させた方がよくはないかというお尋ねがありました。対しまして、社団法人であります医師会は、現存都道府県に一つずつ設置せられておるのであります、いずれも公的存在であります、会員は任意加入でありますために、全医師には及んでおりませんけれども、役員は官公私立又は組合立の病院、医院の医師とか、或いは学界人でありますから、指定の際には会員であるか否かに拘わらず、必ず公平に医師の技術と設備等を参酌して指定しますので、医師の技術とか設備などを最もよく知っておるのは医師会でありますので、従つて医師会をして指定せしむるのが妥当であるというような答えであつたのでございます。

都道府県医師会が指定権を持つことの意義

- ▶ 日本医師会が「母体保護法指定医師指定基準」の雛形を策定、都道府県医師会に提示。
- ▶ 都道府県医師会が雛形を基本としつつ、「指定基準」を策定。



各地域の医療提供体制の特性等を反映した基準設定が可能。

⇒ 行政主導による画一的・硬直的な制度運営の回避

都道府県医師会が指定権を持つことの意義

- ▶ 昭和23年の法制定(当時は優生保護法)以来、各都道府県医師会は、62年間にわたり同法を遵守し、この極めて公共性の高い母体保護法指定医師の指定という重い責務を全うしている。
- ▶ 社会的使命を果たしてきた実績は正当に評価されて然るべきである。

まとめ

- ▶このままでは、平成23年度(来年度)中に、母体保護法指定医師の空白地域が発生することが明らかである。
- ▶これらの課題解消のためには、現行法の改正しか方法がなく、来年度のなるべく早い段階での法改正を実現すべく、現在在政府ならびに立法府に働きかけている。
- ▶関係各位の強力な支援をあらためて願う。

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

25

その後、「指定権については、今の公益法人制度との関係で、すべての都道府県医師会が公益法人に移行すると見込んだ記述となっている。我々としても、指定権者がいなくなることへの懸念を持っている。日本医師会では、母体保護法指定医師の空白地域を作ってはならないとの強い認識のもと、あるべき対応を審議継続して、空白地帯を1箇所たりともつくりたくないよう、精力的に働きかけている」とした。具体的な制度のあり方については、「この法律が優生保護法の制定時から議員立法として法制化された経緯もあり、今後の自由な議論を妨げることをないよう、私からのこれ以上のコメントは控えたい」と述べた。

(3) メディアからみた“人工妊娠中絶”

迫田朋子NHK チーフディレクターは、リプロダクティブ・ヘルスについて、NHKが過去に特集した番組を取り上げながら解説した。

中絶に直面した、女性たち

- ▶ 早く決断しなくてはならない
- ▶ 誰にも相談できない
- ▶ パートナーとの思いのずれ
- ▶ 産科医も、味方に思えない
- ▶ インフォームド・コンセントという発想がもてない
- ▶ カウンセリングがない
- ▶ その後の人生に多かれ少なかれ、影響を与える
- ▶ パートナーとの関係
- ▶ セックスレス
- ▶ その後の不妊、次に生まれた子ども

そのなかで、メディアでは人工妊娠中絶について、ほとんど真正面から取り上げられることがないこと、リプロダクティブ・ヘルス/ライツが国際的に広められた1994年ごろは活発であった議論も、現在では減少しており、人工妊娠中絶を行った女性たちの心の葛藤を語る場がないことなどが述べられた。

指定発言—行政の立場から

泉陽子厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長は、母体保護法の概要を説明し、人工妊娠中絶の実施件数や実施率が年々減少してきている現状の説明がなされた。

コメント

今度の指導者講習会は、母体保護法指定医の指定権者空白地域がおこることで深刻な問題になることが印象深かった。

従来の指定権者は「社団法人たる医師会」から今度の法律改正により「公益法人たる医師会」となったことより極めて憂慮すべき事態となっているようだ。母体保護法は、成立して60年間今日まで適切に運用されてきたが、全く無関係と思われる公益法人改革により混乱が起りそうである。公益法人制度改革法の変更により、指定権者不在になりそうな空白地域に対して、日本医師会や日本産婦人科医会は、空白地域が起らぬよう努力している。もし、母体保護法指定権が空白地帯になると厚生労働省が指定することになり、混乱が予想されるので、そうならぬよう鋭意努力している。確かに、指定の許可や更新には、医師の専門的知識、技術、倫理性が審査されるので、その地域の医療界の実情を確認できる地域医師会による評価審査が必要と思う。

母体保護法は、指定権者問題のほかに、妊娠中絶の倫理的なことなど産婦人科医の苦悩が多いことがあげられた。母体保護法指定医師は、中絶には、妊娠週数、女性の自己決定の同意だけでいいのか、奇形胎児条項の適応、多胎妊娠の減胎術など倫理的心の葛藤に悩むことが多すぎる。

平成22年度 第2回都道府県医師会長協議会

副会長 小渡 敬



去る1月18日（火）午後3時より日本医師会館において標記会長協議会が開催され、宮城会長（日医理事）の代理で出席した。

はじめに、今村聡常任理事の司会により開会の辞があり会次第に沿って議事が進められ、原中勝征日本医師会長から概ね次のとおり挨拶があった。

「日本医師会に山積された諸問題に対して、現在政権与党との交渉を盛んに進めている。まず、医師会のあるべき姿を中心に物事を捉え、国民の安全、安心な医療を基本姿勢として交渉を進めている。今後、人口減少が進む中で社会保障制度が維持できるよう進めていきたい。医師全員が一丸となって取り組んでいくことが重要である。」

引き続き協議に移り、各県からの質問並びに日本医師会から提案された議題等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）医師国民健康保険組合に対する適正な国庫補助金の存続について（徳島県）

行政刷新会議の事業仕分けで、国保組合に対する定率補助は廃止するとの結論が出された。国の適正な補助が存続するよう積極的な働きかけをお願いしたい。

＜羽生田副会長回答＞

補助金を削減するためには法律改正が必要であり、今後政府与党或いは野党に対しても働きかけて行きたい。

医師国保組合の将来については検討を進めており、対応策として①三大臣の合意を阻止すること、②このまま医師国保組合を存続させる（この場合は医師国保の保険料の値上げも考えないといけない）、③医師国保を解散し地域保険或いは健保に加入する。④全国組織で健康保険組合を作るということも方策の一つとして提案頂いている。これらは今後の検討課題として

進めていくことにしている。現段階では、削減については反対していくこととし、医師国保組合の役員からご意見を頂いた上で検討を重ねて参りたい。

(2) 指導大綱の見直しについて (鳥取県)

①現行の指導大綱における平均点数算出方法の把握、情報開示についての考え方、②指導大綱を見直すよう厚生労働省に働きかけるためアンケート等を実施しているが、見直しの方向性、内容等について見解をお伺いしたい。

<鈴木常任理事回答>

指導監査の見直しについては、昨年夏に保険局長等へ申し入れている。現在、アンケートにより都道府県医師会の担当役員からいただいた意見を整理し、医療指導監査室と継続的に折衝をしている。まずは運用で見直しができないか検討している。例えば集团的個別指導の対象医療機関を選定する際の類型区分の改善、集团的個別指導を医師会のピアレビューと連携した形にすることや、集团的個別指導を継続して高点数であった場合の個別指導での改善等については厚生労働省も前向きな姿勢である。

平均点数を厚生局のホームページに掲載することについては、都道府県単位の平均点数は次年度の指導計画を医師会と協議する際、各厚生局から口頭又は書面で示しており、ホームページに掲載することまで強要することはできないとの見解であった。また、平均点数の算出方法や個別の医療機関の点数を公にすることについては、厚生労働省は指導監査の適切な遂行に支障を及ぼす恐れがあり難しいとの見解であった。

レセプト一件当たりの点数が高いことや、翌年度も高点数の場合に個別指導の対象となることについて厚生省に対して改善を求めた結果、平成10年3月の医療課長通知により現行の指導大綱は変えないが、運用上従来の都道府県個別指導を優先して実施することで、集团的個別指導の集団部分のみを実施することも差し支えない。即ち、都道府県個別指導で手いっぱいになれば集团的個別指導の面談部分は実施しなく

ても良いということになっている。

(3) 産業保健推進センター廃止後の産業保健について (秋田県)

- ・産業保健推進センターの廃止に伴う、医療の地域格差問題に対する日医の見解。
- ・同センターで行っていた産業医研修（年間30～38単位）への今後の対応。
- ・メンタルヘルス支援センター業務に関する医師会の役割。
- ・今後の産業保健医療に対する日医の考え方をお教え願いたい。

<今村聡常任理事回答>

労働者の健康保持増進のためには、産業保健推進センター或いはメンタルヘルス対策支援センターはかかせない存在になっている。地域格差がない産業保健を提供するためにはこれらが一体となった活動が、全都道府県において展開されることが重要である。

日医は集約化については一環して反対し、見直しについての要望等を行っているが、その実効性がきちんと担保されていない状況であり、日医の集約化に反対する考え方は変わっていない。

産業医の研修事業について、日本医師会ではテレビ会議システムを利用拡大することになっている。具体的には、これまで生涯研修のみを対象にしていたテレビ会議システムを、この3月から基礎研修会にも対象を拡大したモデル事業を実施して、その成果を踏まえて推進していく。

メンタルヘルス対策支援事業は、厚労省の委託事業として実施しており平成22年度に労働者健康福祉機構が受託し、産業保健推進センター内にこの支援センターが設置されている。産業保健推進センター事業とメンタルヘルス対策支援センターは別事業で、そこで平成23年度も引き続き47都道府県にメンタル支援センターが設置され、事業が実施される。受託者に対して人員を増員するよう働きかけていくことにしている。

地域産業保健事業の果たす役割は重要で、この事業に協力できるのは医師会以外にはないと

考えている。これまで築き上げられてきた事業が後退して、悪影響を起すような事態は避けなければいけない。必要な予算確保できるよう厚労省へ要請する等環境整備に努めていきたいと考えている。

(4) 公益法人制度改革に係る要望 (兵庫県)

- ・特例民法法人の名称変更による登記については、4月1日(及び半期決算は10月1日)が、土・日であっても登記ができるように法務局へ要望していただきたい。
- ・円滑な移行のため、期間延長の法改正を要望していただきたい。

<今村聡常任理事回答>

登記日に係る要望の件については、平成24年4月1日が日曜日であることから内閣府の公益認定等委員会事務局に確認した結果、全国の法務局を1日開けると費用が非常に膨大になること、或いはそういう対応をしなくてもやっているところもあるので、要望があるところだけのためにそういう対応をとるとということについて法務省は消極的であるとの回答をもらった。日医としては重要な問題であり、引き続き対応していきたい。

移行期間については整備法第44条に規定されているので、延長することは難しい。しかしながら、最後の年に一齐に申請が出ると物理的に不可能になるので、必要に応じて対応していきたい。

質疑の中では、法務局に土日に業務をやってもらうということではなく、事前に書類を受けて、登記日を4月1日にするような事務手続きをやってもらいたいとの追加意見がだされ、再度法務省へ確認することになった。

(5) 公益法人制度改革に対する日本医師会の対応について (大阪府)

- ・新公益法人制度移行に関する会員の不安として、①代議員(社員)の任期の問題、②役員選挙の時期③定例代議員会(定時社員総会)の任務等④母体保護法の指定医師の指定権の

問題⑤自家共済事業等の問題があるが、日本医師会の考えをお聞きしたい。

- ・日本医師会の移行作業の実態、スケジュール。また、日本医師会の一般社団並びに公益社団への移行の方向性。
- ・日医が提示された定款変更案について

大阪府では日医の策定した定款変更案は、法人法との適合性が立証されていないため、定款変更案のモデルとして適当でないとして、内閣府が示した変更案に準拠して、定款変更を行うよう指導されている。

<今村聡常任理事回答>

日本医師会は、平成19年5月に公益法人を目指す方向性を理事会で決定している。現執行部においても公益法人を目指す方向性を確認している。

日本医師会が公益法人に移行する大きな課題として、医師年金事業に係る保険業法の問題と公益目的事業比率の2点の問題があった。保険業法の問題は、一部改正法案が成立したので従来の公益法人が新法人に移行した場合でも事業継続の道が開かれている。もう1点の公益事業比率50%については内閣府の事務局とやり取りをして、公益等認定委員会が認めてもらえる最終案ができ上がっている。母体保護法第14条に関する問題は、国民側の不利益を被りかねない問題で、一般法人になった場合でも継続して都道府県医師会が指定権者になれるように法改正も前提にして検討している。

その他、新制度移行後の医師会運営についての問題点をいくつか上げてもらっているが、いかんせん法律の中に記載されている事項に関しては、既に新制度の下で新たな公益法人を設立運営されていくので、従来通りに戻すというのは難しい面がある。

内閣府公益認定委員会の定款に関する見解は、法人自治の原則の下各法人において自主的に定められるものとしており、定款審査の基本的な考え方は、定款の必要的記載事項、相対的記載事項及び任意的記載事項の内容が、法人法等の規定に適用するかを判断するものというこ

とが示されている。

内閣府が示した定款モデル案でも、その冒頭で本資料は法人において定款の変更の案を作成する際も参考に資するため作成した。法人法等に適合しているか否かを直接判断する基準ではないとお断りを入れている。法人法への適合性は申請する各法人が行わなければならない。

日本医師会定款諸規程改定検討委員会が、検討した定款変更案は膨大な量ではあるが、かなり細かく留意点をつけているのでご参照いただきながら進めていただきたい。行政とのやり取りの中で不適切な事例等があれば、日本医師会にあげていただき内閣府公益認定委員会に確認しながら解決していきたい。

その他質疑の中では、今村常任理事から「日本医師会の法人移行の問題は、最終的には日医代議員会で決めていただくことになる。唯一大きな問題は、年金が非常に大きな資金を運用していて、そこから出る利子とか配当は非課税になっているので、加入されている先生方に大変有利な設計ができています。その辺を考えながらとりあえず公益を目指すことにしています。また、定款の件について、内閣府が文書で出すのは難しい面があるので、例えばQ & Aみたいな形でできないか検討していきたい。」との説明があった。

(6) 滋賀県における特定健診・特定保健指導の現状と今後への提言（滋賀県）

本事業が開始されて3年目である。その現状と問題は、一向に改善しない低い受診率にある。より魅力的で意義のある健診（検診）事業構築のため、積極的に政府に働きかける時期が来ていると考えるが日医の見解をお伺いしたい。

<保坂常任理事回答>

日本医師会としては、特定健診、特定保健指導が抱える問題に対処するため、検討会の開催を働きかけてようやく再開することになった。特定健診特定保健指導は、医療費適正化計画の一環として制度化されたものであるが、この事業により医療費が削減に繋がっているのか、健

診内容がふさわしいものかどうかの疑問は払拭されていない。

広く国民に有益な健診の機会を保証することは、日本医師会として取り組むべき大きな柱であると認識しており、現在までもあらゆる場面で特定健診特定保健指導の問題点について指摘し、国民の健康の保持増進に寄与する健診の在り方を提言していくつもりである。

又、今期会内委員会の公衆衛生がん対策委員会においては、特定健診を含めた今後の健診の在り方に関するワーキンググループを立ち上げ、これらの課題に対して精力的に議論していただくことになっている。

(7) 地域医療支援病院について（福岡県）

地域医療支援病院が真にその目的で機能しているのか、紹介外来制も要件に入れるなどの点についても検討が必要と考える。

<鈴木常任理事回答>

地域医療支援病院の課題は大きく二つに分けて考えている。一つ目は、将来の在り方についてで、4疾病5事業の医療提供体制の構築や地域連携パスの普及が進められている中で、今後どのような存在意義を見出していくか、そのためには要件をどのように見直せばよいか。二つ目は、既存の地域医療支援病院に対するチェック評価機能で、平成22年11月19日現在で327の病院が承認を受けている。

福岡県は神奈川県と大阪府の23病院に次ぐ数で人口比では全国最多となっている。又、全国的には平成22年で41病院が新たに加わっている。医師会病院はともかく、こうした既存の病院が承認後も紹介率や逆紹介率を堅守し共同利用、救急医療、地域の医療従事者への研修、患者の相談対応、そして前回の医療法改正で加わった在宅医療を行う協議会の支援等の役割を果たしているかチェックすることが必要である。

そのため従来より地域医療支援病院には、地域のかかりつけ医の要請に適切に対応し地域医師確保・地域医療確保のために必要な支援を行っているのか、業務遂行状況をチェックする委

員会が設置されることになっており、その委員会には地域医師会をはじめ外部のメンバーで構成されることになっている。

また、前回医療法改正により各都道府県は地域医療支援病院の業務報告を公表しなければならないことになり、その資料を基に問題がある病院には、都道府県医療審議会で説明を求めることも可能となっている。このようなチェック機能が実際に効果を上げれば新たに承認する病院も限られてくると思う。付け替えれば、地域医療支援病院の承認は、都道府県医療審議会が地域の実情を踏まえて審議を行った上で行われるとされているので、本来は自動的に要件を満たせば承認するというものではない。

厚労省のこれまでの検討経緯をみると、医療施設体系に関する検討会が平成19年度来実質的な議論がなされていない。日本医師会としては特定機能病院と共に地域医療支援病院のあるべき姿について、社会保障審議会医療部会等の公の場で議論するよう求めていく所存である。その際には各都道府県がそれぞれの地域特性に応じた独自の承認基準を設けられるよう提案することも検討していきたい。

(8) 医療保険制度改革に関する日医案について (愛知県)

この度、日本医師会は医療保険制度改革に関する改革を2025年を目途に現行総ての保険者を解体し日本で唯一の保険者による一本化を提案した。今回の日医案では保険制度としての具体像があまりにも曖昧で、従来の日医案をくつがえし、今回の提案に至った基本理念がみえない。政策提言としてはあまりにも漠然としており、日医としての単なる願望を述べたにすぎないといわれても反論の余地はない。

<中川副会長回答>

日医は、昨年11月国民の安心を約束する医療保険制度を公表した。その基本理念は現行の後期高齢者医療制度を踏まえて3点とした。第一に全ての国民が同じ医療を受けられる制度であること、第二に全ての国民が支払い能力に応

じて公平な負担をする制度、第三には将来に亘って持続可能性のある制度であること。その上で最終的に公的医療保険の全国一本化を目指すという提案をした。

今回の提案はこれまでの日医の提案を否定するものではない。日医は高齢者を保障の理念で支えるという考えの下で高齢者の独立保険方式を提案してきた。現行の後期高齢者医療制度は独立医療保険方式であるが、当初は高齢者の切捨てと批判され、また世代間、制度間の納得も十分に得られないものであった。こうした境遇を経て日医は全ての国民が年齢、地域、所得の格差に苦しむことなく、公平な負担な下で同じ医療を受けられることの重要性を改めて確認した。高齢者に手厚くする低所得者に配慮するといった覚えは過去から今日までいささかも揺らいではない。様々な課題があるが、それを関係機関と協議して中身を詰めていきたい。

本日は、負担と給付面について検討すべき項目を具体的に挙げていただいた。特に保険者に変わる運営機構については慎重に考えるべきと認識している。今後一つ一つ検討を重ね成案を得ていきたいと思っている。

公的医療保険制度の全国一本化はサラリーマン、公務員、自営業者、農林水産業者が同じ制度の下で助け合う日本国民が未だ経験したことのない夢の夢であると考えている。一部に理想論であるのご指摘があることも十分承知している。しかし、地域医療は崩壊し公的医療保険が閉塞感というものが充満している中で、今こそ日医主導で回復が必要であると思っている。ご意見、ご指導をいただき、日本の国の希望の光となるような公的医療保険制度を立て直していきたいと思う。

(9) 患者負担割合と財源について (埼玉県)

日本医師会は、患者一部負担割合を一般2割、高齢者1割を原則とすることを提案されている。高齢者医療新制度と日医案の患者負担割合との整合性をどのように図るかお聞かせ頂きたい。原中会長は、財源確保のために健保組合

の保険料、中でも企業負担を増やす事が必要ではないかと言われた。また、医療フォーラムでは、高額所得者には応分の負担を求める必要があると言われた。これらは非常に困難を伴うものであると考えられるが、今後の活動方針があればご説明いただきたい。

＜三上常任理事回答＞

先日発表した日医の国民の安心を約束する医療保険制度は、高齢者医療制度改革会議に合わせて作成したのではなく、公的医療保険制度のあるべき姿を提案したものである。

今回の日医案を作成するに当たってはまず年齢区分を無くすること、医療が高齢者を切り捨てることのないようにいう考えの下に、現執行部でゼロベースで考え直したもので、現執行部が全員で真摯な議論を重ねた結果である。高齢者医療制度改革会議の見直し案と日医の第一段階、第二段階においては大きな齟齬はなく、第三段階以降については難しい課題が非常に多くあり、更に時間をかけて慎重に検討するというスタンスである。

次に財源として保険料改革、消費税改革、国の歳出改革を同時併行で行うことを提案している。今回は保険料改革、消費税改革に重点を移し、特に保険料については被用者保険の保険料率を、最も保険料率の高い協会健保の水準に引き上げることを主張している。現在の組合健保の保険料率は76.2%、共済が82.3%でこれを協会健保と同じ93.4%に引き上げた場合、保険料の増収効果はそれぞれ1.4兆円と0.3兆円で合計1兆7千億円という大幅な増収効果が期待できる。又、被用者保険の保険料上限を引き上げることも主張しており、日医としては全ての国民が支払い能力に応じて公平な負担をすべきであると考えている。

総報酬制の問題については、国庫の協会健保への負担と国庫負担の2,100億円を肩代わりする形ということであるが、負担の公平化からは総報酬制に賛成の立場で行っているが、その浮いた分の2,100億円については公費として別に投入していただくよう要望している。

患者負担割合の引き下げ等については、政権与党、野党にも説明を行い、各種審議会においても理解を求めていく所存であるのでご理解ご協力をお願いしたい。

(10) 研修医会員（県医師会員）確保の提案
（岡山県）

現在、県医師会員になるには、郡市地区医師会に加入した上で県医師会員として加入する必要があった。この二重入会の制度を改め、卒後研修医を2年間県医師会無料会員として入会できるようにすることを提案する。

＜今村聡常任理事回答＞

平成22年度に日本医師会で実施した勤務医に関する都道府県医師会での調査では、臨床研修医のC会員の会費を2年間免除している県や、2年間地区と県医師会の会費を免除している県等があり、各県でご尽力されている。医師会は社団法人であり、日本医師会が同様に同じようなことができるかということ、難しいところがあると思っている。

これまでご提案頂いた事項で具体的に進めているのは、臨床研修医が会員の資格がなくても自分の情報をインターネットで登録することによって、日医が提供する会員サービスの一部を無料で受けられるよう検討している（インターネットによる日医の医学図書の閲覧等）。研修医の臨床研修を支援すると共に医師会への関心も加味して将来へ繋げていければと考えている。

質疑の中では、岡山県から平成24年の医療・介護の同時改定に向けて医療崩壊を阻止するためにも、国民運動的なものを日医が展開していただきたいとの要請があった。

原中会長からは、毎年削減されていた2,200億円が廃止になり、この2年間で4,400億円がこの医療費に回ってきた。それにより、この前の改定は0.19%であったが、例えば病院は6%の増収になり、開業医はわずかであるがマイナスは一切なくなった。それで満足しているということではなく、この次の改定では診療所のお金を病院に回すというこの姿勢だけは改めさせ

ないといけないと思っている。同時改定に向かってプロジェクトチームを作って早めに提案を進めていくことにしている。また医療費に関する国民運動も進めていくよう計画しているとの説明があった。

(11) 日医総研の見える化について (奈良県)

都道府県医師会や、郡市区医師会が知りたい情報や施行してほしい研究など、日本医師会に依頼することができるよう研究テーマは可能な限り公開していただきたい。

<石井常任理事回答>

はじめに日医総研の情報公開（ホームページ）、今後の活動状況等について説明があり次のとおり説明があった。

研究員が研究テーマに掲げた研究成果は、原則としてワーキングペーパーにまとめて発表のプロセスに掲載される。このワーキングペーパーは全役員が出席する研究企画会議で報告させて討議に付した上で、役員決済を経て初めて外部に公開することが許可されている。

加えて、研究員に対する時局の課題に関する短期的な研究依頼等についても成果的に取り扱っており、対応力の向上に努めている。しかしながら、特定のものについては日医における公平性を担保する観点からお受けできないケースも存在するというご理解いただきたい。

(12) 同一都道府県内で郡市区等医師会を移る際に用いる新様式の導入の是非に係る調査結果について (日医)

<今村聡常任理事説明>

会員の先生方が都道府県内で郡市区医師会を異動する際に、なるべく簡単な方法で手続きがとれるよう日医事務局内で検討して「異動様式案」を作成して、各都道府県医師会（郡市医師会も含めて）にアンケート調査を実施した。

その結果、導入が可能と回答した県が8医師会、残り44医師会ができないとの回答であった。とりあえず今回提案したものは取り下げることにしたのでご報告する。

(13) 平成22年度補正予算における地域医療再生基金について (鹿児島県)

みだし地域医療再生基金について県から説明があり、1月中に関係団体の意見をとりまとめ3月16日までに国へ計画を出さなければいけないことになっている。①提出期間が短いこと②日医から活用案を示してもらいたい。③交付基準額15億円については、国庫単独（事業の全額）で交付できるよう働きかけてもらいたい。

<鈴木常任理事回答>

日本医師会では、今回の医療再生基金が補正予算であるため、短期間で計画を策定する必要があることを見越して、既に補正予算成立直前の昨年11月24日付の文書により、地域医療再生基金の拡充について都道府県行政との協議等の対応を開始していただくよう全都道府県医師会にお願いをした。又、有効な活用の仕方については、平成20、21年度の再生基金の参考となる事例を日本医師会より全都道府県医師会宛にお知らせをしている。各都道府県医師会の計画については全て厚生労働省のホームページ上で閲覧できるようになっている。

今年度の地域医療再生基金の拡充においては、公立病院の立替等ハード中心でなく医療・介護の連携や地域の医療従事者への教育研修等のソフト充実にも活用すること、地域医療再生計画の作成実施に対する各都道府県医師会の位置付けを明確にすることを厚生労働省に強く働きかけてきた。その結果、厚生労働省が各都道府県行政に示した地域医療再生計画作成指針では、医師会等関係団体に意見を聞くとの文言が各項目に記載されると共に、高度専門医療機関や救命救急センターと連携する地域の医療機関の機能強化及び介護職員等の医療関係職種を広く含む、地域医療を担う人材育成がメインにされている。

去る12月15日に開催された厚生労働省の全国説明会では、再生基金の交付額と同額以上の負担を都道府県や事業所に求めるのは加算額部分のみとしていたが、その後財務省サイドの圧力により基礎額部分にも拡大することを交付条

件の案として昨年末に示していた。

これに対し日本医師会では、これでは従来の補助金と同じで再生基金の意を否定するものであるとして、厚生労働省担当者に強く抗議を行い、原中会長の折衝により厚生労働省からも当初のとおりに戻すとの連絡があり決着した。

尚、ソフトの規制に関しては、それらの制約はないとのことである。又、基礎額以上の上乗せ部分については厚生労働省に設置された有識者会議での5段階評価によるコンペ方式で決定

されることになっている。

その他

- ・ 医師数増加一医師の養成に関する日本医師会の提案について (案)

＜中川副会長説明＞

みだし案を作成した。改めて都道府県医師会に送付するので今月末までにご意見があれば出していただきたいのでよろしくお願ひしたい。

印象記



副会長 小渡 敬

平成23年1月18日、都道府県医師会会長協議会に会長の代理で初めて参加した。12の議題が提出されており、各質問事項に対して執行部が答える形で代議員会とさほど変わりはない。むしろ別な形の議論の仕方が無いのかと疑問を感じた。議題は多岐に渡っており一貫したテーマがないこと自体が現在の医療情勢を表しているのかも知れない。本来なら来年春には診療報酬と介護報酬が同時改訂されるので、そのことについて何か説明があるかと思ったが、それについては全く触れられなかった。まだ議論が進んでいないものと思われた。個々の議題については本文を読んでいただきたい。公益法人制度改革については、日医の担当理事の説明を聞いていると国側もかなり柔軟な対応に変わってきたような印象を持った。粘り強く交渉している様子が窺われ、最終的にはどのような方向になるか今のところ分からないが、ベストな方向を選択してくれるだろうと感じた。

東京に行くといつも思うことであるが、日頃の運動不足を痛感させられる。電車に乗るため駅の階段を上ったり降りたり、さらに日医会館まで15分くらい歩いただけで息がきれ、情けなくなってしまった。帰りの飛行機の中で「帰ったら運動するぞ」と決意したが、いま、印象記を書きながら挫折していることを反省している。

平成22年度 都道府県医師会共同利用施設担当理事連絡協議会

理事 金城 忠雄

平成23年1月19日（水）、日本医師会館において標記協議会が開催されたので、その概要を報告する。

開 会

葉梨日医常任理事から開会が宣告され、引き続き同常任理事の司会進行により議事に入った。

挨 拶

原中日本医師会長から、概ね次のとおり挨拶があった。

2009年3月現在の医師会共同利用施設の設立状況をみると医師会病院が85ヶ所、介護老人保健施設が36ヶ所、健診センターが181ヶ所、訪問看護ステーション等その他の施設が1,049ヶ所あり、合計1,351ヶ所となっている。この共同利用施設については公益認定上いろいろな問題が出てきたが、本日は函館市医師会並びに富山市医師会から新公益法人制度改革への取り組みについてご報告いただくことになっているので、参考になるものと考えている。

今、医療を取り巻く環境は大変厳しいものがあり、今回の診療報酬改定ではプラス改定となったが、その改定率はわずか0.19%であった。病院、診療所ともにマイナスにはなっていない。社会保障費2,200億円削減方針も撤廃され、良い方向には向かっているものと思うが、政府が44兆円という国債をあてにした国家予算を組んでおり、これがいつまで続けられるのかと考えると更に厳しい状況であると考えている。

来年は診療報酬・介護報酬の同時改定があり、日本医師会では、早々とねじれ国会を見越して、適正な費用をつけていただくためのプロ

ジェクトを設立している。

日医としても出来る限りのことをするつもりであり、先生方も地域医療のために今後とも努力されますことをお願い申し上げたい。

議 事

(1) 新公益法人制度改革について

北海道医師会理事・函館市医師会の伊藤会長から、新公益法人制度改革への取り組みについて、資料に基づき次のとおり報告があった。

函館市医師会は現在、A会員212名、B会員406名の計618名の会員と職員345名からなる郡市区医師会である。当医師会では医師会病院、救急医療、看護学校、健診・検査センター等の事業を行っている。

この度の移行認定申請にあたり、公益目的事業比率100分の50以上クリアするためには、医師会共同利用施設が公益目的事業として認められるかどうか最大の課題であった。公益社団法人への選択については、会員から賛否両論の意見があったが、臨時総会において税制面等を説明し、法人税の非課税が存続可能な方を目指すとして公益社団法人を取得すべく会員の理解を得た。日医のモデル事業に選出されたこともあり、一昨年夏頃から公益社団法人へ向けて、本格的に作業に取りかかり、日医総研と連携を取りながら、顧問税理士や経営コンサルタントと契約し医師会内部でも事業の洗い出しを行った。

現在、展開している公益目的事業の括り方や定款の改正には役職員一丸となって、活発な議論を重ね、取り組んできた。

行政の窓口は北海道庁であり、北海道公益認

定等審議会においては当初なかなか理解を得られず、一つ一つハードルをクリアしていく必要があった。医師会共同利用施設の必要性を説明していった結果、結果的に本会が展開している8つの事業（公1～公8）の全てについて、公益目的事業としてみなされた。

なお、1回目の申請において、8つの事業を独立させる必要もなく、大きな括りで良いとして「公1 地域医療の質の向上を図り、もって住民が安心して暮らせる地域社会の実現に寄与する事業」として申請したが認められず、公1～公8に括り直して申請した結果、公益認定審議会の理解を得られた。

当会が大きな括りの「公1」を粘り強く主張しなかった理由として、7つの理由を示しているが、これから公益社団を目指して移行認定申請を行う医師会は、これらの要因を十分考慮され、作業を進められることをお勧めしたい。

数々の難題もあったが、本年1月12日開催の北海道公益認定等審議会にて答申書が承認され、平成23年4月1日より、公益社団法人函館市医師会として出発する予定である。

続いて、富山市医師会の吉山副会長から、新公益法人制度改革への取り組みについて、資料に基づき次のとおり報告があった。

富山市医師会は、各種地域産業保健、学校保健、看護専門学校、健診事業、検査センター事業、救急医療センター等医療サービスの実施に関わる担い手と欠くことの出来ない存在となっている。

このような状況の中で、新公益法人制度への対応に関しても医師会としての法人のあり方を矮小化することなく、最終的には公益法人を目指すべきだということで、平成22年1月に理事会に諮り、検討委員会の立ち上げを決議し、目的、事業の状況、機関設計、財務状況について現状把握を行い、問題点と改革案（対応策）の方向性を探ることになった。

先ず、作業としては、旧会計基準での部門別事業比率、事業区分の見直し等を行い、17事

業を26区分に細分化し公益性を確認した。

次に新公益法人会計（20年度会計）への移行に当たり、①富山市医師会の事業内容（大項目）、②事業内容から見た公益目的事業（公益目的事業比率は76% > 50%）、③収支相償を勘案した公益目的事業（公益目的事業比率は33.5% > 50%）、④非営利一般法人を選択した場合（新たな税負担が生じる）等分析を続けた結果、大項目の事業区分が複数の部門に跨ることが分かった。

そこで、医師会の組織運営管理を確認し、分類を改めて、組織構成を踏まえた事業区分への再編（事業区分（17大区分）を主となる部門別に26中区分に分類）を行い、①26事業中区分+管理費の内訳、②26事業中区分+管理費の内でのグループ化、③26事業中区分に於ける公益目的事業等を検討した。

今後の公益法人申請へのスケジュールとして、平成23年3月に理事会へ答申書を提出し、移行改革案の方向を確認する。同年6月には理事会において、4つの基本方針（移行先法人、申請時期、定款変更回数、最初の役員選任方針を仮決定）を確認する。

また6月の総会において、①4つの基本方針を決議、②移行改革案の方向を決議、③改革案を反映した「定款変更案」「諸規定案」の起草に着手する。

さらに、24年3月の理事会において、①最初の代表理事・執行理事を停止条件付き選任し、②「定款変更案」「諸規定案」の総会提出を決定（申請書類作成に着手）する。又、6月の理事会で申請書類主要事項を確認し、同月の総会において、①最初の会計監査人停止条件付き選任、②「定款変更案」「諸規定案」を停止条件付き決議、③申請書類主要事項を確認し、7月を目処に申請書を提出したいと考えている。

引き続き、日本医師会の今村常任理事から、医師会共同利用施設と新公益法人制度について、資料に基づき次のとおり説明があった。

今回、日医から「医師会共同利用施設の公益

認定上の考え方（平成21年3月17日）」と「公益法人制度改革への対応に関するアンケート調査（平成22年10月）結果報告」の2点について、情報提供ということで出させていたであり、既に都道府県医師会へもお送りしているものであるが、是非参考資料としてご活用いただきたい。

公益法人制度改革への対応に関するアンケート調査については、47都道府県医師会と892郡市区等医師会を対象にアンケート調査を行い、回答数は、都道府県医師会が47件（100%）、郡市区等医師会が654件（73.3%）であった。

現時点での新制度下における方向性について、「①公益社団法人」を選ばれた医師会は、都道府県医師会13（27.7%）、郡市区等医師会46（7%）、「②非営利徹底型一般社団法人」を選ばれた医師会は、都道府県医師会10（21.3%）、郡市区等医師会367（56.1%）、「③非営利徹底型一般社団法人へ移行した後に、公益法人を目指す」を選ばれた医師会は、都道府県医師会5（10.6%）、郡市区等医師会35（5.4%）であった。未だ検討中の医師会もあり、道府県医師会19（40.4%）、郡市区等医師会159（24.3%）であった。又、公益社団法人への移行を決めた理由について、「公益社団法人になることの社会的評価の高さに魅かれたため」と回答した医師会が多く、都道府県医師会8（61.5%）、郡市区等医師会29（63%）であった。

また、「非営利徹底型一般社団法人」または「非営利徹底型一般社団法人へ移行した後に、公益認定を目指す」を選ばれた医師会について、非営利徹底型一般社団法人への移行を決めた理由等について確認した結果、「公益認定取消し時に財産を失うリスクがあるため」、「将来に亘り、継続して公益認定基準を満たせるか不安なため」、「公益社団法人になることのメリットを感じないため」等の回答が多かった。

移行時期については、平成24年度中に申請予定という回答が多く、その他各県の意見も出

されているので、参考にさせていただきたい。

質疑応答

■函館市医師会では「公1地域の診療所が共同で利用可能な開放型病院の運営」を主要理由に公益目的事業として認められたとのことであったが、これについては、北海道という地域の特殊性が働いているのではないかと考えるが。

□函館市医師会は、行政にかなり具体的に理由を説明しているものと思う。我々医師会は、地域にこれだけ貢献しているということを説明することが大事である。

■地域性が非常に影響するということか。

□そのとおり。病院がどうして地域にとって必要かということを説明することが大事である。

■富山市医師会の場合は、編成前が73%だったのが、編成をして何%になったのか教えていただきたい。

□編成をして68.8%になった。

(2) 平成20・21年度医師会共同利用施設 検討委員会報告書について

医師会共同利用施設検討委員会の篠原委員長（静岡県医師会副会長）より、医師会共同利用施設の課題と将来展望について、資料に基づき説明があった。

<医師会共同利用施設とは>

医師会共同利用施設とは、地域医師会が学術的基盤に立って、地域ニーズに対応した形で医療・保健・福祉に関する活動、医師の生涯教育を組織的に実施し、これを通じて地域の医療・保健・福祉の充実向上に貢献することを基本理念とした施設である。具体的には、医師会病院、医師会診療所、医師会臨床検査・健診センター等の他に訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、地域包括支援センター等の医療・介護・福祉分野の施設があり、全国に計1,351施設が設立されている。

＜医師会病院について＞

医師会病院は、現在、全国に85病院あり、診療所が外来機能を担い、病院は専門外来、救急や高度先進医療、入院機能に特化することにより病診連携と機能分担を推進し、限られた医療資源の有効利用により地域における医療提供体制のあるべき姿を図ることを目的に設立された。医師会病院の現状は（問題点）は、①医師不足・看護師不足、②診療報酬の引下げ等による財務状況の悪化、③地域医療支援病院の問題点、④病院の建替え・公設民営化等、⑤借入金・融資等の問題を抱えている。このような状況の中、今後①公設民営について、②借入金の連帯保証人について、③融資について、④医療法31条に基づく公的医療機関認定についての4課題について検討する必要がある。

○医師会病院の公設民営について

公設民営の医師会病院は約13.9%（10病院）であり、主要病棟群に改修又は立替えを必要とするものは、日医総研調査回答群の56.9%（41病院）にも上がっている。しかし、そのうち、独自で或いは条件付でも改修・立替えの対応が可能かどうかについて問題があると考えられる病院は、34.2%（14病院/41病院中）にも上る。公設民営化は、今後の対応方策として前向きに評価されており、病院が今後とも地域で存在していくためには、一つの代替案として検討すべきである。

ある自治体では、地域に欠かせない医師会病院のうち小児医療部門の赤字分を負担（共有部分は按分計算）するという、一部門のみの公設民営方式をとり、地域医療提供体制に貢献している。地域医療の提供体制を維持・発展していくためにも、このような公設民営方式も検討すべきであると考えられる。

○借入金の連帯保証人について

日医総研調査より、医師会関係者が保証人の割合は77%となっている。

鹿児島県曾於郡医師会から、①債務保証をA

会員が限定根保証という形式で、5年間限定で均等に3,000万円ずつ分け合った。②地域医師会の役員のみが連帯保証という過大な負担を受け持つのではなく、地域の医師会員全体で債務保証を分け合ったとの限定根保証が報告されている。全国の医師会病院や地域医師会には固有の事情があり、その導入については慎重な対応が必要である。

また、医師会病院への融資は民間の銀行等が多いが、これを公的機関による新たな保証制度の整備、既存の都道府県中小企業信用保証協会の保証制度の拡充、福祉医療機構等の公的融資機関からの融資に借り換えることも検討する必要がある。

○医療法31条に基づく公的医療機関認定について

医師会病院は、診療所と病院の連携による地域医療の拠点であり、極めて公益性の高い医療機関であることは論を持たない。

しかし、「公的医療機関」には、行政より多額の補助金が出ているが、地域医療提供体制に多大な貢献をし、同様に公益性の高い医師会病院には補助金はほとんどない。

医療法31条に基づき厚生労働大臣が定めるのは「公的医療機関」自体ではなく、その開設者である。そのため、それぞれの地域医師会を「公的医療機関の開設者」として定める必要がある。

このような状況で公益法人制度改革を控え、「公的医療機関の開設者」として、今後厚生労働大臣告示において医師会病院ではなく「地域医師会」を医療法第31条の中でどのように位置づけるかについて、検討が必要である。

また、それぞれの地域医師会と医師会病院は固有の事情を抱えており、将来的に全ての医師会病院が公的医療機関となるのを希望するかは不透明であり、今後検討が必要である。

＜臨床検査・健診センターについて＞

臨床検査・健診センターは、医療の高度化へ

の対応と地域医療の向上を目的とし、会員の診療を支援する共同の検査室として開設され、施設数は181施設ある。現在、診療報酬における検体検査実施料の引下げ、健診事業における競争入札、健診システムや検査システムにかかる高額な更新費用、民間検査センターとの競合、会員利用率の低下等、様々な運営上の問題を抱えている。このような状況の中、今後の方向性としては①会員や地域医療・地域保健に貢献できるような事業展開、②特定健診・特定保健指導への積極的な関与、③その他、健診（検診）制度の改革・変革への迅速な対応、④検査試薬共同購入、⑤地域住民の検診・検査データの蓄積による地域保健への貢献、⑥診療報酬の適正な評価が何よりも求められる。

< 特定健診・特定保健指導について >

平成20年度から実施された特定健診・特定保健指導については、早急に解決が求められる様々な課題がある。①制度についての国民への周知不足、②特定健診の低い受診率、③特定保健指導のさらに低い利用率、④健診項目の減少（従来基本健診で実施されてきた健診項目が実施できない）、⑤特定健診等データの電子化に関する取扱いの煩雑さと必要経費の増加、⑥総合的な生活習慣病対策の必要性（対象疾患を内臓脂肪症候群に特化したことの問題点）等である。

こうした中、積極的に特定健診・特定保健指導に取り組んでいるところも多く、当日健診・当日保健指導を実施している東京都江戸川区医師会方式は、極めて特徴的であり、今後の受診率向上に向けての参考事例になるものと思われる。

また、未解決課題等について検討すべく厚労省「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」が平成22年度に再開予定である。

< 訪問看護ステーションについて >

医師会共同利用施設における介護関連施設は、老人保健施設や地域包括支援センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション等

様々である。いずれも今日の課題である「地域包括ケアにおける医療・介護・福祉の協働」に大きく貢献している。高齢化の進展の中、訪問看護ステーションは、最も多くの地域医師会が取り組んでいる事業であり、全国で475ヶ所設置されている。

訪問看護ステーションの現状は、人材不足・過重な業務負担や経営上の問題があるが、今後の取り組みとして、①在院日数の短縮による緩和ケアの需要が増大し、療養病床の再編による医療依存度の高い患者の在宅での看取りが増えてくる中、人材不足と過重な業務負担の2課題の克服が急務であること、②ステーションの特性を生かすために会員の先生方の協力を最大限に求めていくこと、③今後の超高齢化社会に備え、地域医師会としても在宅医療の推進に積極的に取り組んでいく必要がある。

主治医との緊密な連携のもと訪問看護を実施する医師会訪問看護ステーションは、地域包括ケアにおいても、極めて重要な役割を果たすことは間違いない。

地域社会における今後の医師会共同利用施設のあり方としては、医師会共同利用施設は連携と継続による地域医療体制の再構築における中心的存在として活動することである。

(3) 医師会共同利用施設を巡る諸問題についての協議

県・郡市区医師会より寄せられた質問、意見、要望について、葉梨常任理事から次のとおり回答があった。

「医師会立病院を公的医療機関に位置づける」働きかけについて、日医が積極的に取り組んでいただき御礼申し上げる。現在の日医の活動内容取り組みについて情報提供を行って頂きたい。又、日医の今後の展開について伺いたい。現在、病院存続の危機を迎えている医師会立病院もあり、新公益法人制度改革で公益社団か一般社団かの判断に医師会病院運営が大きく関わる法人もある。何とか目安だけでも教えていただきたい。（島根県・益田市医師会）

回答：益田市医師会が調査した「医師会立病院を公的医療機関に位置付けること」について、賛成は13病院であり、全ての医師会病院が公的病院を希望するかはまだ見えない。公的医療機関は現在、日赤、済生会、農協病院があるが、開設者が規定されている。医師会病院を持つ全ての医師会が公益法人となって公的医療機関を希望しない限りは、現在の法律の中では対応が出来ない。これを踏む場合には、医療法改正にかけないと無理だろうと考える。

日医総研では、日本医師会、島根県医師会、益田市医師会の合同による市民を対象にしたアンケート調査を行う予定である。共同利用施設検討委員会でも検討中であり、出来るだけ良い案を考えて対応したい。総会で報告出来ればと考えている。

総括

横倉副会長から、次のとおり統括があった。

本日は、先生方に熱心にご討議いただき感謝申し上げます。新公益法人制度改革については、函館市医師会の伊藤会長と富山市医師会の吉山会長から、それぞれの取り組みについてご報告いただき、各県におかれてもご参考になるだろうと考えている。また、医師会立病院を公的医療機関に位置づけるというお話もあった。

今、菅政権においてはTPP問題、内閣府のライフ・イノベーション改革等様々な提案が出されており、我が国の医療制度に大きな嵐が来るのではないかと危機を感じている。そのような中でロビー活動、情報収集に当たりながら、情報の共有に努めて行かなければならないと考えている。今後とも先生方のご協力、ご支援をお願いしたい。

印象記



理事 金城 忠雄

平成22年度標記連絡協議会の印象は、公益法人認定までの函館市医師会と富山市医師会の苦心談の報告と、医師会共同利用施設が、医師会員のやりがいと地域住民の期待に応えられる充実した体制構築についての報告であった。

平成20年公益法人制度が施行されるに伴い、各地医師会は、公益法人認定か非営利性一般法人認定かを選択することになる。

公益法人を選ぶ理由としては、社会的評価が高くなることの魅力と公益法人だけに認められる税制上の優遇措置と会員の増加が期待できることなどをあげている。一方、非営利性一般法人を選択することについては、公益法人認定後、認定が取り消されて財産を失うリスクや将来にわたり継続して公益認定基準を満たせるのか不安など考慮してのようである。

日本医師会は、医師会共同利用施設が可能な限り公益目的事業として認定を受けられるよう、その環境づくりのために関係省庁への働きかけをしてきた。

日医のモデル事業として指定された函館市医師会は、日医総研、顧問税理士等と契約し、医師会内部でも公益法人認定に向けて定款の改定や事業の洗い出し区分けなど役職員一丸となって取

り組んだ。一時は北海道公益認定等審議会の理解が得られず、途中で放棄したくなる程の苦勞をしたと報告している。

次に、共同利用施設検討委員会の平成20・21年度の報告がなされた。医師会共同利用施設は、地域医師会が学術的基盤に立ち、地域のニーズに対応した形で医療・保健・福祉の充実向上に貢献することを基本理念とした施設である。代表的な事例としてA開放型病院、B開放型病院と老健施設の併設、C訪問看護ステーション、D健診センター、E臨床検査センターの5つの例を想定した。地域住民の医師への期待は、大きく幅広く頼りにされている。

今後、超高齢社会においては、在宅医療への取り組みが地域医師会の重要課題となってくる。医療保険・介護保険共に十分な報酬設定がなされていないこと、過重な業務でもあり人材不足と施設の数も増えず、経営上も極めて深刻な状態が続いている。

医師会共同利用施設が、将来に亘り住民の期待に応えるには、「かかりつけ医」機能を発揮し、医師会員と医師会共同利用施設の連携強化を緊密に図る必要がある。医師会員の生きがいと地域住民の期待の目的達成のため、公益法人認定と共に相当の準備工夫や対策が必要であるとの印象であった。

お知らせ

日医白クマ通信への申し込みについて

さて、日本医師会では会員及び、マスコミへ「ニュースやお知らせ」等の各種情報をEメールにて配信するサービス（白クマ通信）をおこなっております。

当該配信サービスをご希望の日医会員の先生方は日本医師会ホームページのメンバーズルーム (<http://www.med.or.jp/japanese/members/>) からお申し込みください。

※メンバーズルームに入るには、ユーザーIDとパスワードが必要です。(下記参照)

不明の場合は氏名、電話番号、所属医師会を明記の上、bear@po.med.or.jpまでお願いいたします。

ユーザーID

※会員ID（日医刊行物送付番号）の10桁の数字（半角で入力）。

日医ニュース、日医雑誌などの宛名シール下部に印刷されているID番号です。

「0」も含め、すべて入力して下さい。

パスワード

※生年月日6桁の数字（半角で入力）。

生年月日の西暦の下2桁、月2桁、日2桁を並べた6桁の数字です。

例) 1948年1月9日生の場合、「480109」となります。

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

第111回沖縄県医師会医学学会総会



広報委員 玉城 清酬



「沖縄県医師会医学学会総会が変わります。」名嘉村医学会長の巻頭の挨拶で述べたように今回の医学学会総会は大きく変わった。内容を凝縮した日曜日だけの1日開催となった。土曜日の午後も診療されている多くの施設の医師が参加できるように、効率的な運営のために県医学会で検討され、県医師会で決定されたとのこと。例年、土曜日の特別講演、シンポジウムと日曜日の講演、ポスターセッションと2日間であった。それが日曜日1日だけとなった。

開催プログラムも医学や医療全般に関わる問題をテーマにし、全会員が参加し易いようにという意図で、シンポジウムのテーマを「沖縄県におけるがん対策の現状と今後」と設定、「沖縄におけるがん対策」、「がん診療拠点病院におけるがん対策について」、「がん診療における病診・病病連携について」、「沖縄県の緩和ケア」とその道の専門医のシンポジウムの発表が行わ

れた。期待以上の素晴らしい内容であった。今回、改革的なことを考え司会をされた先生方も、かなり素晴らしい進行をされた。どんなに最高のシンポジストを揃えてもその内容の良し悪しは実は司会者の腕による。今回、個人的見解であるが2人の司会者は最高であった。周到的な準備をされていたと思われる。

その根拠の一つが、今回医学学会総会参加者全員を対象にしたアンケートである。特に時間ぎりぎり入り場した先生方は「何かこれは？面倒くさいな。」と思われたかもしれませんが、それがまた、シンポジウムで生きてきた。今までにない発想力であった。あっという間にアンケート結果の発表があった。特筆すべきは「先生自身は、毎年いわゆるがん検診を受けていらっしゃいますか？」という質問に、なんと69%の先生が「いいえ」と答えてしまっている。特定健診の受診率向上を目指す医師会の先生とし

ては深く反省すべき内容である。今、私も深い反省をしているところである。

特別講演、「日本の医療を考える」、私ごときの論評は大変失礼と思われる。一言でいえば最高に面白かったでしょうか。聞いた人しか分からないと思います。宇沢先生が日本の医療を考えてテーマどおりに話されたどうか分からなくなるほど、彼の人間性を含め深い内容でした。

その後のミニレクチャー（ランチョンセミナー）、ゆっくり食事を摂りながらと思っていたが、「認知症の地域連携クリニカルパス（脳健康手帳）の利用について」は、恥ずかしながら私は全然知らなかった内容であり大変勉強になった。確立した実践的な内容、というよりは既に実践化されている内容に対しての啓蒙的な内容であった。多くの先生方が勉強になったと思われる。

「PET 診療の現状」、結局 PET で何がわかるの？ は、分かりやすい最高の画像診断を供覧、説明された。興味深い内容にて私も思わず質問させてもらった。

さて、ポスター・セッションは、午前中からポスターの提示・閲覧をできるようにされているようであったが、実際は午後には照準を合わせゆったりしたスタートだった感じである。

しかし、ポスターセッションは例年のごとく熱い討論であり素晴らしかった。私自身専門分野での、ぜひご紹介したい素晴らしい発表もあり、ご報告したいのであるがあえて割愛させて頂く。

今回、立場上、周辺環境も気になり少し調べてみた。まず、メイン会場の外側、いつものように事務関係の方が気を使い、完璧な対応をされていた。気になるのはトイレ、やはり品の良い先生方の集団ですので時間の経過ともに汚くなっていくことはなかった。さて、会館外、全ての関係者の方が気にされるのがやはり駐車場。これだけの学会であるのでやはり大変だったようである。午前中はまだ余裕があったようであるが、午後から予想どおり駐車場は満杯と

なり周辺地域への協力を要請。予想どおりに動き大きな混乱は無かったと聞いている。

今回は、多少の問題があったかもしれないが、全体的には、非常にいい学会であり個人的には最高の学会だと感じている。

関係者の皆様、本当にお疲れさまでした。

第 111 回沖繩県医師会医学学会総会日程

会 期：平成 22 年 12 月 12 日 (日)

会 場：沖繩県医師会館

- | | | |
|---|---------------|--|
| 1 | 09:00 ~ 09:25 | 第 66 回沖繩県医師会定例総会 |
| 2 | 09:30 ~ 09:32 | 第 111 回沖繩県医師会医学学会総会開会宣言 |
| 3 | 09:32 ~ 09:35 | 第 111 回沖繩県医師会医学学会総会会頭挨拶 |
| 4 | 09:40 ~ 11:40 | シンポジウム テーマ：「沖繩県におけるがん対策の現状と今後」 座 長：那覇西クリニックまかび 院長 玉城 信光 沖繩県医師会医学学会副会長 田名 毅 シンポジスト (1) 沖繩県におけるがん対策 ーがん対策基本法制定後の動きー 琉球大学医学部附属病院がんセンター長 増田 昌人 (2) がん診療拠点病院におけるがん対策について ーできたこと、今後行うことー 沖繩県立中部病院乳腺外科部長 上田 真 (3) がん診療における病診・病病連携について ー沖繩県がん診療連携クリティカルパス運用にあたってー 那覇市立病院外科 宮里 浩 (4) 沖繩県の緩和ケア ー過去、現在、そして未来ー 南部病院麻酔科医長 笹良 剛史 |
| 5 | 11:50 ~ 12:50 | 特別講演 演 題：「日本の医療を考える」 講 師：日本学士院会員、東京大学名誉教授 宇沢 弘文 座 長：沖繩県医師会医学学会会長 名嘉村 博 |
| 6 | 13:00 ~ 14:00 | ミニレクチャー（ランチョンセミナー） 座 長：浦西医院 仲間清太郎 シンポジスト (1) 認知症の地域連携クリニカルパス（脳健康手帳）の利用について ー医療と介護の円滑な連携と認知症の人とご家族の安心のためにー 城間クリニック院長 城間 清剛 (2) PET 診療の現状 結局、PET で何がわかるの？ FDG-PET 検査の利点・欠点、その特徴について ちばなクリニック 西藏盛 由紀子 分科会長会議 |
| 7 | 14:10 ~ 17:05 | 発表・討論 |

医学会長挨拶



沖繩県医師会医学会長
名嘉村 博

第111回沖繩県医師会医学会総会開催に際して
沖繩県医師会医学会総会が変わります。

例年、12月の沖繩県医師会医学会総会は、土曜日の特別講演、シンポジウムと日曜日の講演、ポスターセッションと2日間の日程でしたが、今回より日曜日の1日間の開催になりました。他の学術集会在以前より多くなったこと、土曜日の午後でも診療されている施設が多数あり参加に支障をきたしている医師も多いこと、また効率的な運営の必要性から、県医学会で検討のうえ県医師会で決定されました。

開催プログラムも変わり今回の医学会では、医学や医療全般にかかわる問題をテーマにし全会員が参加し易いようにしたシンポジウム、特別講演を午前中に、その後、ランチョンセミナーとしてミニレクチャーを昼食時に開催します。ポスターセッションの発表・討論が午後になります。ポスターの掲示・閲覧は8時半から16時35分まで実施し、いつでも閲覧できるようにしました。従来参加が少なかった終了後の懇親会は廃止になります。

沖繩県医師会医学会は他府県にはないユニークな学術集會です。

沖繩県医師会医学会は、県医師会に参加するほぼすべての医学や医療領域を網羅する専門領域の分科会から構成される沖繩県医師会の学術団体です。今回新たに沖繩県プライマリ・ケア研究会の参加が県医師会で承認され参加分科会は21分科会となりました。会員も

開業医、病院、大学勤務医だけでなく保健・福祉領域に関わる県の行政職の医師を含めて健康や福祉に関わる県内の医師の大多数が参加しております。このような形の学術集會は他県には類がありません。本土に比較して戦後極端に医師の少ない時代に実地医家、勤務医、行政のすべての医師が専門を問わずに医療をせざるを得ない状況で医療の向上をめざして生まれた学術集會です。諸先輩医師のご苦勞と献身的な活動の賜物です。このようにハンディキャップとも言える状況で誕生したのですが医師が増え学会も専門分化が強くなりつつある昨今では逆に各専門が一堂に会する学術集會は生涯学習や専門以外の医師との懇親などの機会としてますます存在意義が高まっているとも言えます。

現在は、明治維新以後に確立し戦後でも生き残っていた社会の基本構造が大きなうねりや変革している時代です。マスメディアでは不安をあおり将来への悲觀論が大勢ですが現在ほど今までの膿が是正されている時代もなく将来は今以上に悪くなることはないと思っております。6月の特別講演でウイルスでも組織でも生き残るのは強いから、良いからではなく変化に対応するからだとする内容のお話がありました。医学会も今までの良い面は残しつつ何らかの変革が迫られているとも言えます。いつも参加していただいている先生方に加え研修医や若手の医師の積極的な参加と活動を期待いたします。

会頭挨拶



第111回沖繩県医師会医学会総会会頭
當山 護

名嘉村沖繩県医学会長のご指名によりこの度、第111回沖繩県医学会会頭をお引き受ける事になりました。有難く拝命し、且つこれ迄の会頭や執行部の足跡を汚す事無く、つつがなく職を勤めさせて頂く所存です・・・が、ある年令に近づきつつあるのかなぁ～とも実感しております。

歴史を紐解く迄もなく、先人達の築き上げた業績は立派なものがありますが、この機会にこれからの県医学会、並びに生涯教育のあり方に一部私見を述べ、会頭としての挨拶にかえてみたいと思います。

生涯教育は日医の3大目標のひとつであります。医者として日頃学ばなければならない事は多々あり、多くの方々が努力の最中でもあります。学ぶ事を怠ったらその時点ですぐに医者としての資質を問われる昨今でもあります。その意味で日医の柱は大切であり、これ迄県医学会の果たしてきた役割は大きく、関係各位に感謝の念を表しておきます。

但し、近年の学会や専門医集団の勉強会、地方会は一時期の比ではなく、毎週、毎夜の如くに開催されていると云っても過言ではなく、且つインターネットの普及は各家庭に迄入り込み、我々が学ぶチャンスが多くなっていると同時に息が詰まるようなスピードで事は進んでおります。

そのような中で日医の示す生涯教育の自己申告制のあり方、学会毎の専門医・認定医の統一性のなさはどうかにならないものかと考えます。時代のスピードが早過ぎ対応が後手勝ちになりますが、医師集団の組織自体が肥大・肥満化し小回りが効き難くなっているのが気にかかる所なのです。

繰り返しますが、県医学会のこれ迄の業績は

申し分のない所であります。・・・が然し、一方で本学会は研修医や若い研究者発表の練習の場ではないかとの声も漏れ聞こえ、その声に対し私は「おやおや」とも感じています。今時の若い医者は古い医師よりはるかに勉強家で知識も豊富であるからです。ただ経験が乏しいだけではないかと思うのです。古い医師を批判するつもりはありませんが、ベテラン医師の経験も尊く、そのような経験こそ医療には大切な力となりますのでどうぞ本学会を単なる若い医師だけの研修の場だけにするのではなく、積み上げられたご経験を沢山我々にお教え頂きたいと思っております。若い人も経験のある医師も参加する事が本会の特徴であり、これ迄育てて下さった先人達の願いでもあると思うからです。

数年前から発表形式がポスター発表となりました。ミニレクチャーも一部加わり、開業医コーナーも増えています。それぞれに小さな進歩が垣間見えるのは嬉しいと思えますし、恐らく数年後にはe-Poster方式にもなるであろうと考えます。然し、各科・各部署でこじんまり感がみえます。細部化されてしまった専門性の医学・医療の見直しは必須であり、細部化された医療であるからこそ新しい他科の専門技術を覗いてみたい衝動に駆られます。発表者の一部からも他科の先生にこそ聞いてもらいたい報告内容であるとの声もあります。

ひとつひとつの報告は重要で恐らく演者の方の発表準備は大変であった事でしょう。半日で消え去るにはもったいないポスター展示は山ほどにありそうですし、幾等スピードのある時代となっても尊い発表は逆に永久に残す努力と工夫が必要な時代であります。聞く人、聞かせる医師、お互いを生かす糧がそこに横たわってい

るのです。

東大、宇沢弘文先生の日本の医療制度のお話しには興味を湧きます。日本の医療が公的制度で成り立ち、その制度にどっぷり浸かってしまって身動きの取れない我々がいるからです。

将来的に維持できる公的制度を今後も構築していくと日医は主張しますが、ややもすれば受け身で保守的(?)な行動になりがちです。患者さんの要求は高度となり、高齢化はさらに進みますが、果たして本当にこれからも医療が安全・安心を維持出来るのでしょうか? 学問と医療がバランス良く成り立つ為の公的財源はどこにあるのでしょうか? となりますと日医の主張に少し疑問が残りますし、具体的施策を世に示して頂きたいと思います。この問題の解決は医療人や厚労省行政のみの枠組みでは限界があると思っております。

ます。即ち医療行政のみの法整備や解決ではなく、どのような国作りが必要で生活の質が補償されるかを問われている事になります。

医療の改革は必要ですが、国のあり方と国民の合意なくして成り立たない部分は多く、その点を含め今回、講演内容をじっくりお聞きしたいと思っています。

駄文な挨拶の最後に!

名嘉村医学会長は私の無呼吸症の主治医であります。私の命は彼の手の中にあるようなものですが、医者として患者としても私自身は優等生ではない事を知っております。然し、平々凡々とした一人の医師の立場としても気軽に学べる本医学会は素晴らしいものがあり、この機会を大切に、多くの医師や医療従事者の日々の努力に患者として感謝しつつ筆をおきます。

特別講演

「日本の医療を考える」



日本学士院会員、東京大学名誉教授 宇沢 弘文

日本の国民皆保険制度はもともと、すべての国民が齊しく、そのときどきに可能な最高の医療サービスを受けられることを社会的に保障するという高邁な理想を掲げて発足した。社会的共通資本としての医療を具現化するものであった。しかし、理想と現実の乖離は大きかった。その乖離を埋めるために、医師、看護師を中心とする医療に関わる職業的専門家の献身的な営為と医療行政に携わる人々の真摯な努力がつつ

けられてきた。

病院の物理的条件も医療設備も必ずしも満足できるものではなかった。日本の医師、看護師など医療専門家の人口当たりの人数は極端に少なく、その経済的、社会的処遇も、諸外国に比較して極めて低く、また勤務条件も過酷であった。しかし大多数の医師、看護師たちは高い志を保って、患者の苦しみ、痛みを自らのものとして、献身的に診療、看護に当たってきた。日本の国民医療費はGDP当たりで見ると、いわゆる先進工業諸国の間で、最低の水準である。OECD 諸国全体のなかでも最低に近い水準にある。しかし、日本の医療はどのような基準をとっても、最高、ないしは最高に近いパフォーマンスを挙げてきた。国民の多くはこのことを高く評価し、医師、看護師を始めとして医に関わる職業的専門家に対して深い信頼と心からの感謝の念をもってきた。

この理想に近い状況は、中曽根政権に始ま

り、とくに小泉政権の下で強行された度重なる冷酷な医療費抑制政策によって維持しつづけることが極めて困難になってしまった。日本の医療はいま、全般的危機とっていい状況にある。かつては、日本で最高水準の医療を提供していたすぐれた病院の多くが経営的に極めて困難な状況に陥っている。とりわけ地方の中核病院の置かれている状況は深刻である。数多くの医師、看護師たちは志を守って、医の道を歩むことが極めて困難な状況に追いやられている。この危機的な状況の下で、2008年4月1日、医療費抑制をもっぱらの目的に掲げて、後期高齢者医療制度が発足した。この制度は、75歳以上の老人全て、それに65歳から74歳までの障害をもつ老人を加えて、他の公的医療保険制度から完全に切り離して、また地域的にも分断して、それぞれ独立に運営し、保険料は個々の保険者の経営的観点に立って決められている。しかも後期高齢者一人一人が、これまで扶養家族として保険料を支払う必要のなかった老人も、それぞれ個別的に保険料を支払わなければならない。療養の給付についても、医療的基準を無視して、ひたすら医療費抑制の観点からさまざまな、極めて恣意的、反社会的な、ときとしては信じられないような制約的条件が課せられている。そして被保険者資格証明書の制度が

全面的に取り入れられ、数多くの「後期高齢者」たちが無保険者となることは必至である。社会的共通資本としての医療を具現化するという高邁な理想を掲げて、1961年発足した世界に誇るべき日本の国民皆保険制度は、その完全な崩壊への決定的な一步を歩み始めようとしている。

市場原理主義の日本侵略が本格化し、社会のほとんどすべての分野で格差が拡大しつつある。この暗い、救いのない状況の下で行われた2009年8月30日の衆議院選挙の結果は、国民の多くが望んでいるのは、市場原理主義的な「改革」ではなく、一人一人の心といのちを大切に、すべての人々が人間らしい生活を営むことができるような、真の意味におけるゆたかな社会だということをはっきり示した。しかし、新しい民主党連立政権の下で、果たして、年金制度と医療制度を中心とする社会的共通資本について、大多数の国民の信頼を回復し、すべての国民のすべての人々の人間的尊厳が守られ、魂の自立が保たれ、市民的権利が最大限に享受できるような、真の意味におけるリベラリズムの理念に適った経済体制を再現することは可能であろうか。しかし、新しい政権のこれまでの医療政策を見る限り、この問題について極めて悲観的にならざるを得ない。



シンポジウム

「沖縄県におけるがん対策の現状と今後」



(1) 「沖縄県におけるがん対策—がん対策基本法制定後の動き—」



琉球大学医学部附属病院がんセンター長 増田 昌人

1. 国の動き

2007年4月に施行された「がん対策基本法」と同年7月に閣議決定された「がん対策推進基本計画（以下計画）」により、我が国のがん対策はようやく本腰が入れられた。がん対策基本法では、がん対策を総合的かつ計画的に推進することが謳われ、特に『がん医療の均てん化』の促進が第一目標となった。がん患者や家族、遺族や有識者を委員に含むことが義務付けられたがん対策推進協議会が設置され、患者関係委

員を中心に積極的な提言が行われ、その一部はすでに政策として実現されている。がん対策推進基本計画では、全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減・療養生活の質を向上させることと、10年以内のがん患者の死亡率を20%減少させることを二大目標としている。

2. 沖縄県の動き

前項で述べたがん対策基本計画を受けて、「沖縄県がん対策推進計画」が2008年3月に策定された。本計画は、学会・シンクタンクの評価では残念なことに下位にランクされている。

また、日本医療政策機構の調査によれば、2007年度の沖縄県のがん対策費用は1,990万円で、人口当たりの予算は全国で45位、全国平均の約1/10、最高位の島根県の約1/100となっている。

がん対策基本法の施行により国のがん予算が倍増され、がん医療の均てん化が図られたが、各自治体の取り組みには大きな差が認められ、一部では逆に格差を助長しているという皮肉な結果となりつつある。

3. 沖繩県がん診療連携協議会

本協議会は、国が都道府県「がん診療連携拠点病院」(本県の場合は琉球大学医学部附属病院(以下琉大病院))に設置を義務付けている組織で、沖繩県と地域拠点病院である県立中部病院と那覇市立病院、そして琉大病院の4者で組織され、年4回開催している。県医師会からは会長として宮城信雄先生、沖繩県政策参与として玉城信光副会長が参加され、その他にがん患者関係者、県内外の有識者、医療界を代表する方にも入っていただき、活発な意見交換をしている。

協議会は下部に7つの部会(1)緩和ケア部会(緩和ケア研修会の企画・実施、緩和ケアチームの増加、緩和ケア外来の普及等)、(2)がん登録部会(地域がん登録・院内がん登録を行う施設の増加、登録データの解析等)、(3)普及啓発部会(検診啓発、子宮頸がんワクチンの啓発等)、(4)地域ネットワーク部会(各種がんの地域連携クリティカルパスの導入等)、(5)相談支援部会(がん相談支援センターの普及と啓発等)、(6)研修部会(医師向け早期診断のための研修会やメディカルスタッフ向け研修会の企画・実施等)、(7)がん政策部会(条例案作成・県への予算案も含む政策提言等)が組織されている。それぞれ10人から20人余りの県内(がん政策部会は県外の有識者も入る)の専門家が揃い、月1回は会議を持ち、また各地で活動を展開している。これらの事務局を琉大病院がんセンターが一括して行っている(活動の詳細は協議会ホームページ(<http://www.okican.jp/>)参照)。

協議会及び部会の実績は、(1)昭和63年から行っているものの、国の定めた方式になっていなかった沖繩県地域がん登録を、協議会の要望書により県が予算を

付けて国の標準様式に改革した、(2)沖繩県に対し地域医療再生基金事業に提言を行い、一部が採用された、(3)来年4月から厚労省の新規事業『がん患者必携』の中の「地域がん情報」の沖繩県版を先行して作成し、その内容が国の標準様式に参考にされた、(4)5大がんのクリティカルパスを先行して作成し、その内容が本年4月の診療報酬に参考にされたこと等である。

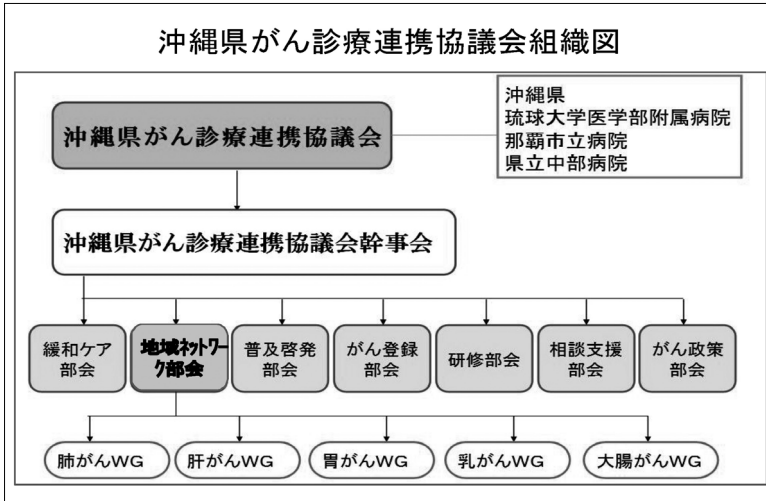
4. 今後について

沖繩県のがん対策はまだ不十分であり、沖繩県版『がん対策推進基本条例』の早期制定が望まれる。今後は、患者/患者団体、議会、行政、医療従事者、企業、メディア、教育等が一体(七位一体モデル)となって、がん対策を推進する必要があると考える。

5. 最後に、医師会会員の先生方へは3つのお願いがあります。

- (1)『緩和ケア研修会』へのご参加をお願いします。
 - (2)『地域連携クリティカルパス事業』へのご参加をお願いします。
 - (3)『院内がん登録』及び『地域がん登録』へのご協力をお願いします。
- それぞれの詳細は、協議会ホームページ(<http://www.okican.jp/>)をご覧ください。





(2) 「がん診療拠点病院におけるがん対策について—できたこと、今後行うこと—」



沖繩県立中部病院乳腺外科部長 上田 真

沖繩県には県と地域拠点病院合わせて昨年まで4施設、現在3施設指定されています。

その拠点病院が行ってきたがん対策はその指定要件と重なります。その中から抜粋して検討します。「今後行うこと」については他の施設まで広げます。

1. 緩和ケア

「できたこと」：どの拠点病院にも緩和ケアチームがあり、緩和ケア研修会を開催しています。緩和ケアチームは緩和ケア医、精神科医、看護師、薬剤師、リハビリ、栄養士、MSWなどで構成されます。医師は指導者講習会等を受講し、他の職種も緩和ケアの勉強会が増えています。研修会は県内の緩和ケアに関わる人たちが協力して開催しています。緩和ケアについての理解と利用が医療者と患者・家族両者に広まってきました。

「今後行うこと」：どの拠点病院でも緩和ケア担当医は緩和ケア専門医が専従するようにして、緩和ケアの質を高める必要があります。他の施設にも緩和ケアチームを作るように促します。緩和ケア研修会を全てのがん診療に携わる医師が修了することが今後数年間の課題です。

2. がん登録

「できたこと」：がん登録の項目が策定され、拠点病院でがん登録が始まりました。拠点病院以外では、県の協議会の部会が勉強会を開催し20数ヶ所の施設でがん登録が始まっています。県のがん登録の様式もこの標準様式に合わせられました。

「今後行うこと」：この1、2年以内に県立病院でがん登録を始めます。数年内にがんを診療する全ての施設でがん登録が義務化されると予想されます。先行する拠点病院は患者の追跡調査をしなければなりません。また患者・家族や市町村にがん登録士が問い合わせしますので理解が必要です。この周知のために、医師会や県、マスコミの協力が必要ですし、法・条例等の整備が必要と考えます。

3. 放射線治療

「できたこと」：県内には那覇・南部地区と中部地区に治療装置があります。

当院では新規治療設備が今年より稼働しました。放射線治療医の常勤医が就任しました。

「今後行うこと」：当院の新しい装置はIMRTができますのでIMRTの準備をしています。安全のため放射線物理士の配置が望まれます。安定稼働のため定期点検費・維持費・修理費が不可欠です。放射線治療に関する政策（ポリシー）が全県的に必要と考えます。

4. チューマーボード

「できたこと」：どの施設でも様々な形態で開催しています。

「今後行うこと」：主治医・腫瘍内科・放射線科・病理医などの医師と他の職種が集まり全ての患者の診療について検討を行うのが本来の

チューマーボードです。この本来のチューマーボードにどれだけ近づけるかが課題です。

がん対策基本法の理念である「がん診療の均てん化」のため県内の全ての施設や関連する方々と協力していくことが必要と考えます。

(3) 「がん診療における病診・病病連携についてー沖縄県がん診療連携クリティカルパス運用にあたってー」



那覇市立病院外科
沖縄県がん診療連携協議会 ネットワーク部会 宮里 浩

平成18年に制定されたがん対策基本法に基づき、がん対策推進基本計画において、がん診療連携拠点病院が設置され、5大がんの地域連携クリティカルパスを整備することが義務づけられた。

沖縄県においては、がん診療連携協議会のもとに地域ネットワーク部会を設け、4がん拠点病院で共通の沖縄県統一のがん診療連携クリティカルパスを作成することとした。

平成20年11月5日がん拠点4病院より各1名、琉球大学医学部附属病院がんセンターより2名が参加し、第1回の地域ネットワーク部会が開催された。部会では拠点病院以外の5大がんの診療を行っている施設でも利用可能な、沖縄県統一のがん診療連携クリティカルパス（以下、「連携パス」という。）を作成することを目標に、5大がんに関して、県内にて症例数の多い病院の医師に参加していただき、平成21年3月に連携パス作成ワーキンググループを発足。厚生労働省科学研究費による地域連携クリティカルモデル開発班（谷水班）、先進地域である

千葉県の連携パス、各疾患の診療ガイドラインを参考に、5大がん（胃癌、大腸癌、肝癌、肺癌、乳癌）の地域連携パスの作成を開始し、約14回の会合を重ね、平成21年9月地域連携パスが完成した。

パスの広報、意見聴取を目的に平成21年12月より宮古、八重山を含め、北部、中部、南部地区にて計14回の研修会を実施した。

平成22年連携パス運用ワーキンググループを発足し、各地区医師会代表者および4拠点病院の連携室担当者にも参加していただき、実際の運用にあたっての問題点、広報活動などを含め検討している。

沖縄県がん地域連携クリティカルパスは

- ① 地域連携パス運用の手引き
- ② 患者基本情報書
- ③ 共同診療計画表
- ④ 共同診療経過表
- ⑤ 私のカルテ

より構成されている。

患者さんに安心、安全で質の高い医療を提供するため、かかりつけ医（一般病院、診療所等）と専門医（がん診療連携拠点病院、専門病院）、看護師、薬剤師等が患者さんの診療計画、検査結果、治療経過を共有するためのツールとして活用されることを目的としている。

運用にあたっては、連携の意志がある地域の全医療機関が使えるものとし、県内で共通のフォームで運用できるツールとすること。連携を説明し同意を得ること緊急時の対応は、最終的には専門医施設が責任をもって、調整することを基本的コンセプトとした。

参加にあたっては、登録フォームに記載し、それぞれかかりつけ施設、専門施設に登録をしていただくこととなっており、平成22年10月27日現在、かかりつけ医45施設、専門医14施設の登録をいただいている。

本シンポジウムにおいて、沖縄県5大がん地域連携クリティカルパスを医師会会員の皆様へご紹介し、周知を図るとともに、運用も含めた今後の課題について報告する。

(4) 「沖縄県の緩和ケア —過去、現在、そして未来—」



南部病院麻酔科医長 笹良 剛史

以前の話です。あまり自己主張しない患者が、がんと診断がついたら、医師は家族を呼び、治療方針を話しました。ショックを受けた家族は真実を隠すことを要求する。患者には病名をごまかして伝え手術や抗がん剤を行う方針を立て、治療を行なう。患者は副作用に耐えながら、先行きもわからず、内容を聞くに聞けずに治療を受け、転移、再発。効果がない状態になっても、抗がん治療をやめるにやめられない。長期入院し治療に反応しない時期になると、在院日数短縮も頭に浮かびながら、「もうやることはありません、ターミナルケアしかありません。」と医師から家族に引導がわたされ転院がすすめられる。そして「ホスピスだと患者にばれる」と家族にいわれ、同門の医師のいる他の一般病院に転院。不安と後悔のなかで、「がん」だからしょうがないと医者も家族もあきらめる。転院先の病院で、痛みをとるには「モルヒネを使うしかないが、使いすぎると呼吸抑制等の副作用が起きるかもしれない」、と家族は説明され、十分な鎮痛薬が投与されない。経口摂取が少なくなると、IVHが開始される。全身のむくみと腹水が増加するが、「点滴をしないと元気にならない」といわれ、続ける。患者は孤独と不安と苦痛、倦怠感の中で絶望し口数も少なくなくなり、「帰りたい」とだけいうようになる。入院も長くなり、小康状態となった時に、「何かあったらつれてきて下さい」と退院許可。翌日、激痛と呼吸苦を訴え救急車で搬送され、その後急な血圧低下、心肺停止。主治

医は不在で、救急担当医師に「どうしますか」と聞かれ、家族は「できることは何でもやって下さい」というしかない。CPRを、少し疑問も感じながら研修医が一生懸命やる。家族は部屋の外に出され、30分後に「手は尽くしましたが」と救急当直医から死を言い渡される。これは一昔前の極端な作り話ですが、今ではうちあたいる医師がいないことを願います。

以前の「ターミナルケア」は「絶望+死」であり「希望」とは対極の意味で一般医師は用いていた気がします。この10年間で、多くの変化が起きました。「ターミナルケア」という言葉自体が書物、文献から消え、終末期に行われる治療は「End of Life Care」といわれるようになりました。「緩和ケア」が病期の初期から行われるもので、患者の自己決定を尊重し、「希望」を支え、QOL向上のためにいつでもどこでも受けられるべきもの、としてより広い包括的な概念で再設定されました。病気の説明にしても『ムンテラ』が『インフォームド・コンセント』に変わりました。心のケアとコミュニケーション法はがん診療医師の必須の技術ととらえられ、「患者さん本人に告知をしなかった時代」から、「告知をしても予後を告げない時代」、そして「告知」という言葉すら使わない、臨床倫理学と心理学的EBMに裏打ちされた『真実を医師が話し、患者が知る時代』に移ってきました。伝統的な上から目線のパターンリズムが反省され、患者の目線、患者の視点、一人一人の人生を大切にするNarrative based approachが重要視されるようになりました。麻薬や鎮痛補助薬をWHO方式で正しくしっかりと用いれば大部分の苦痛はコントロールできるようになり、終末期の高カロリー輸液や経管栄養が無益なことがEBMで証明され、終末期輸液による合併症が予防できるようになりました。「安楽死」とは異なる、「終末期鎮静」のガイドラインも整備され、医学的、心理的、倫理的に矛盾のない苦痛のない終末期ケアの道標が見えてきました。医師は絶対的な権威者から、病院内や地域で患者を支えるための多職種医療

チームの一員に変わりながらも、ますます重要な役割を求められるようになっていきます。

診療報酬では1990年にホスピスに対して緩和ケア病棟基本料が保険算定され、2002年には、緩和ケアチームに対する診療加算が算定されるようになりました。平成19年に「がん対策基本法」が制定され、がん医療の均てん化が目標としてあげられ、地域格差、施設格差を是正し、いつでもどこでも質の高いがん医療、緩和ケアがうけられるような体制を作ることになりました。2010年より麻薬性鎮痛薬使用の際の患者への説明に対してがん疼痛緩和指導管理料、がんの治療方針を看護師と一緒に患者と話し合うことに対してがんカウンセリング料が新たに設定されています。

このように様々なパラダイムシフト、制度変革が起きていますが、最近2009年の全国がん遺族調査(J-HOPE Study)からは、全がん死亡患者の約5%を占めるにすぎないホスピス緩和ケア病棟や在宅ケア施設では7割以上の遺族が症状緩和が充分であった、と答えているのに比して、がん拠点病院では約半数の患者遺族が患者の苦痛の緩和は不十分であったと感じていたとの結果が示されました。大多数の患者がなくなる急性期病院での緩和ケアは、未だ不十分な現状であることがわかり、更なる改善が求められています。

平成19年6月に策定された厚生労働省の「がん対策推進基本計画」で、がん診療に従事するすべての医師が緩和ケアに関する基本的な知識、技術を身につけることが責務となり、全国で「緩和ケア基本研修会」が開催されています。この緩和ケア基本研修会は末期医療に関わる医師のみではなく、がん診療の予防、診断、早期から末期までの治療、在宅療養のすべての病期に関わる医師が対象で、1疼痛、身体症状の緩和、2がん告知などのコミュニケーションスキル、心の問題の緩和、3地域連携、療養場所の問題の解決、等を学習する2日間の参加型ワークショップ形式の医師対象の研修会です。平成24年度まで、年数回、各医療圏でがん拠

点病院が主催となり研修会が開かれ、これまで大多数の参加者から有意義な学習であったとの評価を得ています。全国で約10万人の医師が受講する予定の戦後最大規模の卒後教育プロジェクトとなっています。

沖縄県においても、沖縄県がん診療連絡協議会が音頭をとり、琉球大学附属病院、県立中部病院、那覇市立病院の3拠点病院、北部地区医師会病院、日本緩和医療学会(豊見城中央病院共催)が主催し、H20年度からこれまでに宮古、八重山での開催を含み計11回研修会を開催いたしました。計291名の医師がこの研修を受講し、厚生労働省からの修了証書を受けとられております。これは、研修修了者一人あたりのがん患者数でいうと全国で7位であり、いいほうですが、がん診療に関わるすべての医師が研修をうける目標には未だ遠いと考えられます。今後、県内各医療施設での修了者数と研修必要者の実態調査を行ない、一人でも多くの医師に受講していただき、緩和ケアの底上げをする必要があります。

世界、日本、これからの沖縄の地域緩和ケア

緩和ケア先進国のイギリス、カナダ、オーストラリアでは、緩和ケアの対象はがん、AIDSのみではなく、認知症、慢性肺疾患、慢性心疾患、神経難病などの非がん性疾患も対象になっています。緩和ケアを提供している病院や施設は厳格な「質の評価」を受けており、患者の希望に沿って病院、ホスピス施設、在宅ケアがバランスよく配置され、濃厚な緩和医療の提供がおこなわれています。最近では、遠隔地との地域カンファレンスのための情報システムの整備、死亡前2週間の在宅24時間常駐訪問看護サービスなども導入されており、本邦と大きな差があります。

本邦での緩和ケア提供体制については地域によりかなりの差があります。がん拠点病院に緩和ケアチームが設置され、院内の相談支援体制も整いつつありますが、沖縄県内においては多職種の専任スタッフを確保できず、緩和ケアチーム診療加算を算定できる施設がまだないのが

現状で、専門スタッフの育成が急務です。県内にはホスピス緩和ケア病棟が3施設（オリブ山病院、アドベンチストメディカル病院、独立行政法人国立病院機構沖繩病院）ありますが、常に飽和状態ですので、急性期病院や在宅での緩和ケア体制の充実も求められています。

多くの国民はがんが治らないのなら可能な限り自宅で過ごしたいと考えていますが、「在宅ホスピスケア」はまだ一般市民には浸透しておらず、介護負担が大きいことや、医師からの説明が不十分で在宅体制に不安があるために、患者側から積極的に在宅終末期ケアを希望することは沖繩県内では少ない現状です。退院前カンファレンスも行われることはまだ少なく、特定の在宅支援診療所への患者集中、丸投げ状態、急変時のバックアップ病院の対応の問題もあり、がん患者の円滑な病病連携、病診連携には課題が山積しています。

どのような地域連携を作ればいいのか、日本緩和医療学会が進めているOPTIMというプロジェクトでは鶴岡、長崎、柏一流山一我孫子、

浜松の4地域が緩和ケア地域モデルとして選択し、2013年の地域連携、在宅ケア推進のガイドライン策定に向けて地域医師会やホスピス、がん拠点病院を巻き込んだ地域介入研究が行なわれています。

沖繩県内でも在宅支援診療所の数は徐々に増加しており、浦添市医師会では在宅ネットワークも立ち上がりました。がん患者サロンが作られ、市民運動も始まり、がん患者連合会が立ち上がりました。医師同士の顔がみえやすく学閥の垣根がなく、研修医教育が充実していて、狭くて、情報交換しやすい沖繩ならではの「うちなー地域緩和ケアネットワーク」作りが期待されます。

がんに対する緩和ケアのモデルが、将来は非がん疾患、高齢者医療にも適応できることは他国で実証済みです。病気がどんなに進行して悪い状態でも「沖繩では県全体がチームとなってあなたを支えますから、心配しないで。」といえるように、そろそろ皆で病院、行政、職種の垣根をこえて話し合いませんか？

ミニレクチャー

- (1) 「認知症の地域連携クリニカルパス（脳の健康手帳）の利用について
—医療と介護の円滑な連携と認知症の人とご家族の安心のために—」



城間クリニック院長 城間 清剛

65歳以上の約10人に1人が何らかの認知症を患っていると言われていています。軽微な異常にも

関わらずさまざまな愁訴で複数の医療機関を頻回に受診したり不安発作等で度々救急受診したりする患者さんが実は認知症による症状の場合があります。また定期受診している患者さんの病状悪化の原因が、経過中に併発した認知症による薬の飲み忘れや重複服薬による場合もあり、認知症の診療は、すべての診療科において欠かすことのできない疾患の一つとなっています。

各自治体では「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」の実施が求められ、沖繩県では平成19年度から研修会を開催し、212名の医師が研修を修了しています。かかりつけ医をサポートするサポート医のフォローアップ研修も平成22年度から開催されており、フォローアップ研修では、医療と介護、地域住民との連携の重

要性が指摘され、認知症に対する取組の先進事例の紹介がなされました。

認知症の診療には、かかりつけ医、専門医、介護施設との情報の共有と円滑な連携が必要ですが、必ずしも十分な連携が図られていないのが実情です。

沖縄認知症研究会では、認知症の人とご家族が安心して医療や介護サービスを受けられることを目的として、認知症の地域連携クリニカルパスの作成に取り組み、一定の完成をみましたので、県医師会のご協力を頂き会員の皆様にご紹介いたします。

クリニカルパスには、一方向型パスと循環型パスがあります。脳卒中や心筋梗塞、大腿骨骨折のパスでは、イベントから入院・手術などの集中的治療、回復期リハビリ、在宅もしくは施設等への一連の流れで治療やケアが行なわれ、パスの成果として、治療の標準化、治療期間短縮、費用低減などのアウトカムがあります。一方、糖尿病などの慢性疾患では、かかりつけ医での日常診療と一定期間毎に専門医療機関で精密検査、教育入院、栄養指導等を経て、再び、かかりつけ医のもとで日常の治療を継続していくという、循環型パスが用いられます。循環型パスのアウトカムは、情報の共有、円滑な連携、検査等の標準化などが重視されます。

認知症の地域連携クリニカルパス（脳健康手帳）は、循環型パスに準じ、関係する医療機関や介護施設等との情報の共有と円滑な連携、および主治医意見書作成の際の参考情報、認知症に関する平易な情報提供に重点を置いて作成しました。他県の認知症クリニカルパスともっとも異なるのは、パスに介護機関等も含めた連携を取り入れている点です。認知症の診療とケアにおいて、介護機関の役割は大きな位置を占めており、医療と介護の連携をより積極的に図ることが重要です。

脳健康手帳の運用に際し、まず運用マニュアルを参考に、ご家族に脳健康手帳についてご説明いただき、ご家族もしくは医療機関、介護施設職員にて関係機関の連絡先をご記入いた

だき、ご家族に同意書面頁に署名をいただきます。同意書頁の写しは、かかりつけ医、専門医療機関、ケアマネージャー、介護サービス機関の各施設で保存して下さい。

手帳には、4大認知症の分類、認知症の治療や検査、経過の概略、かかりつけ医および専門医等での検査を記載する経過表の頁があります。主治医意見書作成の参考情報のために、ご家族、介護機関、かかりつけ医、専門医の自由記載欄も設けました。この他にご家族や介護機関職員の観察による、患者さまの認知機能や生活機能の症状チェック表があります。3～6ヶ月毎に患者さまの症状をチェックしていただき、治療薬の効果や症状経過の評価にご利用下さい。このチェック欄も主治医意見書作成の参考資料となります。手帳の他に、患者さまの現在の病状を確認し今後の経過と介護サービス立案の参考となるように、認知症の一般的経過表とその裏に、4大認知症の特徴や症状、治療や介護のポイントについて一覧表として記載した用紙を添付しています。

患者さまの病状変化に、かかりつけ医、専門医、介護サービス機関との間で、円滑かつ迅速な情報連絡を行なうための一案として、FAXによる連絡票をご用意しました。認知症の患者さまを、わざわざ医療機関までお連れすることはご家族にも介護施設職員にも、もちろんご本人にも大きな負担となります。それを多少とも軽減するため、簡便な内容に関しては、この連絡票を用いて当面の対応を助言していただくと、ご本人はもちろん、ご家族や介護施設職員、かかりつけ医、専門医のすべてに有益だと思われれます。患者さまの病状が不安定な際には、連絡票での情報交換が頻繁になり、かかりつけ医や専門医にはややご負担になる場合もあるかもしれません。しかし、ささいな相談にも丁寧に応えていくことで強い信頼関係が構築され、患者さまやご家族中心の医療を実践することに繋がり、医療機関にもさまざまな形でメリットがあると考えております。

かかりつけ医認知症対応力向上研修会を通し

て、国が掲げる目標は「認知症になっても安心して生活できる地域作り」、「誰もが安心して生活できる地域作り」です。認知症の診療は、決して人ごとではなく、安心して生活できる地域作りのスタート地点です。

認知症の地域連携クリニカルパス（脳の健康手帳）が、かかりつけ医や専門医療機関、介護機関、ご家族、ご本人に有意義なものとして県内各医師会で広く活用され、認知症の診療やケアの一助となればと考えております。パスの今後の改良のために皆様には是非、忌憚のないご意見を沖縄認知症研究会までお寄せ下さい。現在、県内の認知症に関する情報を掲載するホームページ（「沖縄の認知症ネット」www.ninchisho.okinawa-1.net）を作成中です。HPには、沖縄認知症研究会がこれまでに作成した、「認知症評価スケールバッテリー」その他の資料がダウンロードできるように掲載しています。パスと併せて、是非ご利用いただき皆様の貴重なご意見をお寄せください。

(2) 「PET 診療の現状

結局、PET で何が分かるの？ FDG-PET 検査の利点・欠点、その特徴について」



ちばなクリニック 西蔵盛 由紀子

PET 検査はがん診療においてなくてはならない検査になりつつある。2010年4月の診療報酬改正にてFDG-PET検査の対象疾患が拡がり、早期胃癌を除く全ての悪性腫瘍が保険適応となった。がん症例の病期診断や治療方針決定の際にPET検査はとても有用で、今後も検査の需要が増えていくことが予想される。しかし、FDGは悪性腫瘍に特異的に取り込まれる

物質ではなく、正常細胞にも取り込まれる。FDG-PETは「糖代謝を反映した機能画像」であり、その特徴を理解しておく必要がある。

FDGはブドウ糖によく似た構造をしており、ブドウ糖と同様に細胞膜にあるグルコーストランスポーターを介して細胞内に取り込まれ、FDG-6-リン酸となって細胞内に留まる。代謝・活動が盛んな悪性腫瘍細胞は糖代謝も亢進しているものが多く、正常の細胞に比し数倍～十数倍多くブドウ糖を取り込むと言われている。FDG-PET検査はそれを利用したもので、病変の状態や転移の有無などを含め、一度の検査でほぼ全身の評価をすることが可能である。患者の体の負担も少ない。

その一方で留意すべきポイントもいくつかある。FDGの取り込みはブドウ糖と競合するため、高血糖の状態ではFDG集積が低下してしまう。脳実質・扁桃・心臓・腸管・生殖器などはFDGの生理的集積が目立つ臓器であるし、FDGは尿中に排泄されるため腎尿路系には生理的排泄が見られる。運動等の影響による骨格筋への集積、褐色脂肪組織への集積が見られることもある。また、炎症性疾患、術後性変化、一部の良性腫瘍にもFDG集積が認められ、これらの像は診断の際にピットフォールとなることがある。

次に、PET画像の解像度の限界や腫瘍の性質による影響が挙げられる。現在のところ病変が1cm程度の大きさであればPETによる評価が可能だが、1cmに満たない小さな病変については悪性であってもFDG集積が反映されない可能性があり、評価困難なことが多い。また、早期・高分化癌や、腫瘍の性質上FDG集積がそれほど高くない症例が存在する。早期の肺腺癌、高分化肝細胞癌、印環細胞癌、粘液癌などがその例である。このような症例ではその他の臨床情報と併せて判断する必要がある。

現在わが国では、PET検査といえばPET/CTが主流となっている。CT画像を利用して体内の放射能の減弱を補正することができ、融合像を作成することで病変の部位判断が

容易になった。ただしCT上アーチファクトを生じるような金属濃度（歯冠、ペースメーカー、人工関節、バリウム残存など）が存在する場合はPET画像でもアーチファクトの原因となる。

以上のように、FDG-PET画像には様々な要素が影響している。その特徴をふまえたうえで、従来の検査にPET検査を組み合わせることで利点をうまく活用し、より良い診療につながれば幸いである。

一般講演 演題・演者一覧

一般外科

1. 巨大乳腺葉状腫瘍の2例
浦添総合病院 外科 伊集院 駿
2. 外傷性肝損傷後の仮性動脈瘤に関する検討
県立中部病院 外科 伊志嶺 徹
3. 乳房MRIにて発見され診断に至った両側乳癌の1例
豊見城中央病院 外科 佐野 由紀子
4. 巨大副腎偶発腫瘍として発見された副腎癌の1例
県立中部病院 外科 田中 教久
5. 難治性潰瘍を有するPAD・DM症例に対する治療経験 ～フットケアチームを立ち上げて～
中頭病院 外科 矢田 圭吾
6. 右深大腿動脈瘤の1手術例
中頭病院 外科 浜比嘉 一直
7. 外耳道腺様嚢胞癌に合併した成人発症の腸重積の1例
県立中部病院 外科 野坂 潮
8. 胃石による腸閉塞の1例
県立中部病院 外科 青木 のぞみ
9. 自然解除した成人発症小腸軸捻転症の1例
中部徳洲会病院 外科 土田 真史
10. 胆管空腸吻合術後に、内ヘルニアによる絞扼性イレウスを来した中部胆管癌の1例
那覇市立病院 仲本 正人
11. Press Through Package 誤飲による小腸穿孔の1例
ハートライフ病院 澤岬 安勝
12. 腹腔鏡下にイレウス解除を施行し得た食餌性小腸閉塞の1例
豊見城中央病院 外科 島袋 伸洋
13. S状結腸脂肪腫による成人逆行性腸重積症の1例
南部徳洲会病院 外科 佐々木 高信

消化器外科

14. 水疱性類天疱瘡に伴う食道粘膜剥離の1例
南部徳洲会病院 金城 泰幸
15. 当院における高齢者胃癌手術症例の検討
那覇市立病院 外科 比嘉 宇郎
16. 腹腔鏡下胃腹壁固定術を施行した慢性胃軸捻転症の1例
県立中部病院 外科 加藤 崇

17. 当科における上部消化管の腹腔鏡手術
琉大医学部附属病院 消化器・腫瘍外科学講座 狩俣 弘幸
18. 当院における腹腔鏡下尾側膵切除術の導入と術式の工夫
中頭病院 外科 砂川 宏樹
19. 魚骨と思われる膵鉤部異物の1例
浦添総合病院 消化器病センター外科 山下 智也
20. 原発性小腸癌切除例の治療経験
中頭病院 外科 新垣 淳也
21. バリウムが原因と思われた急性虫垂炎の2症例
豊見城中央病院 外科 安里 昌哉
22. Single Incision Laparoscopic Surgeryを施行した虫垂粘液嚢胞腫瘍の1例
ハートライフ病院 外科 宮平 工
23. 横行結腸間膜平滑筋肉腫の1例
県立八重山病院 外科 神田 幸洋
24. 上腸間膜静脈の血行再建を要した横行結腸癌の1例
沖縄赤十字病院 外科 安藤 美月
25. S状結腸癌による膀胱結腸瘻に後腹膜膿瘍を合併した1例
ハートライフ病院 外科 花城 直次
26. 大腸ファイバー通過不能直腸・結腸癌における口側大腸のPETによる評価
豊見城中央病院 外科 城間 寛



肝胆脾

- 27. 巨大肝腫瘍の2切除例
南部徳洲会病院 外科 (非常勤) 永井 基樹
- 28. 肝右葉前上区域枝の分枝を考慮し系統的肝切除を
施行した一例
中部徳洲会病院 外科 玉榮 剛
- 29. 混合型肝癌の1例
浦添総合病院 外科 本成 永
- 30. 気腫性胆嚢炎の一例
沖縄赤十字病院 外科 清水 佐知子
- 31. 胆嚢結石に起因した肝動脈瘤出血の1例
中頭病院 外科 卸川 智文
- 32. 胆嚢小細胞癌の1例
県立中部病院 外科 伊江 将史
- 33. 腹腔鏡補助下幽門輪温存臍頭十二指腸切除術を施
行した2症例
琉大医学部附属病院 第一外科 赤松 道成
- 34. 腫瘍成分の乏しい臍 Solid pseudopapillary neo-
plasm の1例
浦添総合病院 消化器病センター外科 柿本 忠俊
- 35. 臍頭十二指腸切除術後、腫瘍再発による慢性輸入
脚症候群の1例
県立中部病院 外科 横山 淳也
- 36. 臍頭十二指腸切除術でなく臍部分切除にて救命し
得た十二指腸癌の1例
与那原中央病院 外科 新垣 義人
- 37. Letton & Wilson法を施行した外傷性主臍管損
傷の1例
県立中部病院 外科 谷口 直樹
- 38. 鈍的単独臍損傷の1例
県立南部医療センター・こども医療センター
石井 翔
- 39. 興味深い画像を呈した臍嚢胞の1例
ハートライフ病院 西原 実
- 40. 臍癌疑いにて手術施行し、術後自己免疫性臍炎と
診断された1例
県立南部医療センター・こども医療センター
高江洲 怜

感染症

- 41. 日常診療にて診断した急性HIV感染症の1例
県立北部病院 内科 関 雅浩
- 42. 発熱と皮疹を主訴に受診、非典型的の経過をたどっ
た菊池病の1例
県立南部医療センター・こども医療センター 内科
新垣 かおる
- 43. 本県2例目のツツガムシ病の自験例の報告
中頭病院 内科 西平 守邦
- 44. 沖縄本島で初めて発生し、確定診断に至った日本
紅斑熱の1例
豊見城中央病院 岩間 秀幸

- 45. RSウイルス細気管支炎の経過中に続発した敗血症
性ショックの1例
中部徳洲会病院 新垣 朋弘
- 46. 扁桃膿瘍に急性喉頭蓋炎を合併した症例
中頭病院 内科 飯田 智子
- 47. 基礎疾患のない女性に発症した緑膿菌性肺膿瘍の
一例
豊見城中央病院 呼吸器内科 大中 祐太郎
- 48. 浦添総合病院外来患者より分離されたESBLの
検討
浦添総合病院 呼吸器内科 山田 絵美理
- 49. Kocuria kristinaeによる敗血症の1例
浦添総合病院呼吸器センター 杉山 賢明
- 50. 百日咳に対するラシックス吸入
南部徳洲会病院 樋口 さやか
- 51. トルコ旅行後に発症したアメーバ赤痢の1症例
県立南部医療センター・こども医療センター
堤 範音

消化器内科

- 52. rosuvastatinによる高度肝機能障害を発症した1例
県立北部病院 内科 真玉 英生
- 53. EUS - FNAにて診断できた後腹膜神経症腫の1例
浦添総合病院 消化器内科 小橋川 嘉泉
- 54. 内視鏡的胆管ステント留置による総胆管結石の縮
小効果の検討
県立中部病院 山田 航希
- 55. 薬剤性肝障害から劇症肝炎を来した1例
県立中部病院 内科 中山 泉
- 56. 食道癌ESD術後狭窄防止にステロイド局注が有
効だった2例
ハートライフ病院 外科 奥島 憲彦
- 57. 当院における切除不能結腸直腸癌のKRAS 遺伝子
変異の有無に対するの検討
浦添総合病院消化器病センター 内科 仲村 将泉
- 58. 難治性の術後逆流性食道炎の1例
ハートライフ病院 島袋 全志



報 告

59. A 当院で施行した超音波内視鏡下穿刺吸引組織細胞診 (EUS-FNA) の検討
 県立中部病院 知念 健司

60. C 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) 前に超音波内視鏡 (EUS) を施行することで、診断的 ERCP を回避することができるか?
 県立中部病院 吉田 幸生

61. 当院における胆汁培養中 CMZ 耐性 Enterobacter の動向
 県立中部病院 内科 高橋 賢亮

62. 当院における潰瘍性大腸炎入院患者の検討
 豊見城中央病院 内科 眞喜志 知子

神経内科

63. 炎症性疾患を背景とした非細菌性血栓性心内膜炎により脳塞栓症を発症した1例
 琉大医学部附属病院 循環器・腎臓・神経内科学 國場 和仁

64. 嚥下障害を呈した水痘帯状疱疹ウイルス感染症の1例
 県立中部病院 依光 映佳

65. 痙攣重積後の可逆性後頭白質脳症候群 (RPLS) を再発した1例
 県立南部医療センター・こども医療センター 神経内科 新垣 若子

66. 早期発見、治療により良好な経過をたどった Fisher 症候群の1例
 中頭病院 呼吸器内科 石川 真

67. 両側声帯麻痺を来し緊急気管挿管された多系統萎縮症の1例
 中頭病院 呼吸器内科 岡 和一郎

68. 典型的画像所見を呈し、早期診断・治療を行えた脳静脈洞血栓症の1例
 中頭病院 内科 小崎 教史

69. 痙攣発作を主訴とした肥厚性硬膜炎の1例
 那覇市立病院 内科 玉城 昭彦

70. 頸部痛で発症した結核性脊椎炎の1例
 那覇市立病院 内科 佐久間 淳

71. 高次機能障害を伴う小脳障害症例の検討
 豊見城中央病院 小林 剛大

72. 癒着性くも膜炎による慢性疼痛と足ジストニアの1症例
 豊見城中央病院 神経内科 中田 知愛

73. パーキンソン病患者にうつ病は多いか
 南部病院 神経内科 国吉 和昌

74. 構音障害で発症した片側性前方型顎関節脱臼の1例
 琉大医学部附属病院初期臨床研修センター 田中 照久

脳神経外科

75. 耳鼻科、脳外科共同による olfactory neuroblastoma 摘出術を施行した1例
 琉大医学部附属病院脳神経外科 宮城 智央

76. 腫瘍内出血を来した聴神経鞘腫の1例
 琉大医学部附属病院 脳神経外科 長嶺 英樹

77. VEP モニタリング下に摘出した鞍結節髄膜腫の1例
 琉大医学部附属病院脳神経外科 外間 洋平

78. 塞栓術を行い摘出した髄膜腫の1例
 沖縄協同病院 脳神経外科 山城 啓太

79. 筋間アプローチにて摘出した L2 神経鞘腫の1例
 浦添総合病院 脳神経外科 原國 毅

80. 後頭蓋窩に発生した血管奇形4例の検討
 浦添総合病院 脳神経外科 銘苅 晋

81. 横静脈洞部硬膜動静脈瘻に対して対側アプローチで経静脈的塞栓術を行った1例
 沖縄協同病院 脳神経外科 城間 淳

血液

82. POEMS 症候群様、先端肥大症様症状を呈した多発性骨髄腫の1例
 沖縄医療生活協同組合 とよみ生協病院 西銘 圭蔵

83. パルス療法により急激な腫瘍崩壊症候群の進行で死亡したリンパ腫の1例
 県立南部医療センター・こども医療センター 外間 亮

84. 後天性血友病の2例
 沖縄赤十字病院 内科 親川 幸信

85. 骨髄検査および肺生検にて診断がなされた血管内リンパ腫の1例
 那覇市立病院 内科 内原 潤之介

86. 空腸瘻経管栄養管理下で貧血亜鉛含有胃潰瘍治療剤投与中に銅欠乏性を来した1例
 琉大医学部附属病院 第二内科 友寄 毅昭

形成外科

87. 性同一性障害 (GID) 患者の当院における治療の現状と課題 (第3報) ~受診した202例の分析から~
 山本クリニック 山本 和儀

88. 当院で行っているシリコンインプラントによる乳房再建 (その1)
 クリニカいなみ 伊波 博雄

89. 眼球後出血の1例
 県立中部病院 外科 田邊 太郎

90. 取り下げ

91. 当院に於ける顔面、にきび痕の治療
 医療法人形成会 当山美容形成外科 當山 護

92. 後頭部表皮嚢胞より発生した扁平上皮癌の1例 (epidermal cyst)
 中頭病院 病理科 割栢 健史

整形外科

93. 観血的整復を要した月状骨周囲脱臼の2例
 ハートライフ病院 整形外科 渡慶次 学

94. A 群連鎖球菌による Toxic shock-like syndrome の1例
 沖縄協同病院 佐々木 毅志

報 告

95. 当院におけるリスフラン関節損傷の検討
南部徳洲会病院 整形外科 五日市 綾美
96. 大腿骨近位部骨折治療困難例に対する CCHS の使用経験
豊見城中央病院 永山 盛隆
97. 絞扼輪症候群に併発した内反足の治療経験
琉大医学部附属病院 整形外科 神谷 武志
98. 腸骨骨折に対して CCS を用いた骨接合術を施行した2例
豊見城中央病院 石原 昌人
99. Spring hook plate を用いた白蓋後壁骨折の治療経験
ハートライフ病院 渡辺 美和
100. 舟状骨遷延治癒骨折に対して保存的および観血的治療に超音波療法を用いた2例
与那原中央病院 整形外科 高江洲 美香
101. 肩関節ガングリオンに対して鏡視下徐圧術を行い復帰した水泳選手の1例
与那原中央病院 整形外科 船越 雄誠
102. 肩板断裂・大きな骨頭陥凹を伴った反復性前方脱臼に対し骨移植術を併用した鏡視下修復術を行った1例
与那原中央病院 整形外科 金城 英雄
103. 腰椎椎間板ヘルニア手術例MRIの検討—保存治療無効例—
ハートライフ病院 整形外科 新垣 勝男
- 救急**
104. 当施設シミュレーションセンターでの救急教育に対する取り組み
大浜第一病院 救急総合診療科 入江 聡五郎
105. ドクターカー運用における過去5年間の活動状況とこれから
中部徳洲会病院 福井 美典
106. 急性バルプロ酸中毒で血液浄化法が有効であった一例
中頭病院 岩田 はるか
107. 当院救急外来で診断に至った肺塞栓4例における診断プロセスの考察
大浜第一病院 救急総合診療科 松本 航
108. 病歴から致死性不整脈を疑いBurgada症候群と診断された一例
大浜第一病院 救急総合診療科 川口 英明
109. 胃石嵌頓により小腸イレウスを惹起した透析患者の症例
沖縄協同病院 目々澤 遥
110. 当院救急外来にて18G針での骨髄輸液路確保により救命し得た成人の2重症症例
大浜第一病院 救急総合診療科 平山 雄也
111. Marfan症候群が疑われる若年男性に発症した大動脈解離の一例
豊見城中央病院 小居 浩之

- 産婦人科**
112. 妊娠中に肺動静脈瘻に対して動脈塞栓術を施行した1例
琉大医学部附属病院 産婦人科 金城 忠嗣
113. 子宮内膜症合併妊娠の疼痛コントロールに苦慮した一例
県立中部病院総合周産期母子医療センター 産科 星野 香
114. 羊水過多症で紹介された筋強直性ジストロフィー妊娠の3例
県立南部医療センター・こども医療センター 産婦人科 與那嶺 尚絵
115. 妊娠後期に心拡大を来とし、胎児卵円孔閉鎖・狭小化と診断された3症例
県立南部医療センター・こども医療センター 産婦人科 荻原 章子
116. 超低出生体重児の帝切時にニトログリセリン投与(緊急子宮弛緩法)する事の子宮切開法への効果について
県立中部病院 産婦人科 井上 格
117. 産褥期に頸部腫瘤の縮小を認めた子宮頸部上皮内癌の症例
豊見城中央病院 産婦人科 當眞 真希子
118. 男性化徴候をきたした卵巢ステロイド細胞腫瘍の一例
琉大医学部附属病院 環境長寿医科学女性・生殖医学講座 仲本 朋子
119. 手術による摘出が不可能であるも放射線療法が有効であった成人型顆粒膜細胞腫を疑われた一例
那覇市立病院 平良 祐介
120. 子宮留膿症の自然穿孔により汎発性腹膜炎を来した一例
県立中部病院 産婦人科 上野 晃子
121. 骨盤臓器脱に対するTVM手術60例の検討
沖縄協同病院 泌尿器科 嘉手川 豪心

- 一般**
122. 沖縄県がん診療連携協議会研修部会の活動報告
県立中部病 呼吸器内科 玉城 仁



報 告

- 123. 沖縄県におけるがん臨床試験（治験）の推進に関する活動報告（第一報）りゅうきゅう臨床研究ネットワーク：がん臨床研究部会
琉大医学部附属病院 放射線科 戸板 孝文
- 124. 沖縄の研修医教育にクリニカルシミュレーションセンターをどう利用するか？
県立中部病院 総合内科 尾原 晴雄
- 125. 離島診療所からコンサルテーションされた整形外科的疾患に関する検討
県立中部病院 内科・プライマリ・ケア 西森 栄太
- 126. 長期入院患者のカンジダ血症
県立北部病院 初期研修医 中村 弘
- 127. 浦添市在宅医療ネットワークの構築とその現状
名嘉村クリニック 大浜 篤
- 128. 在宅・施設における胃瘻カテーテル交換後の確認方法—ガイドワイヤーを用いた携帯型体外式超音波装置による画像診断
かじまやークリニック 金城 聡彦
- 129. 最近、経験した筋内または筋間血腫の2例
宜野湾記念病院 リハビリテーション科 平 敏裕

麻酔・ペイン

- 130. 自発呼吸温存下で AirwayScope 挿管を行った2症例
中頭病院 河野 圭
- 131. 当院における術前経口補水療法の取り組み
ハートライフ病院 麻酔科 佐久川 陽子
- 132. 腹腔鏡下での長時間頭低位手術後に喉頭浮腫を起こした2症例
琉大医学部附属病院麻酔科 日名 太一
- 133. 甲状腺腫手術による神経障害性疼痛に星状神経節ブロックと抗うつ薬の併用が奏功した1例
大浜第一病院ペインクリニック 太田 敏久

緩和

- 134. 外来での緩和ケアで使用したプロクロルペラジンによるアカシジア（静座不能症）の2例
浦添総合病院 緩和ケアチーム 新里 誠一郎
- 135. 当院における緩和医療への取り組み～看取りカンファに関して～
那覇西クリニック 上原 協
- 136. 腹水濾過濃縮再静注法（CART）の2例
国立療養所沖縄病院 緩和医療科 上原 忠大

呼吸器内科

- 137. 器質化肺炎様の所見を呈した5症例の検討
おもろまちメディカルセンター 兼島 洋
- 138. 環境調査を行い再発予防に努めた過敏性肺臓炎の1例
県立中部病院 呼吸器内科 後藤 愛子
- 139. 薬剤性間質性肺炎のステロイド投与中に縦隔気腫を合併した1例
県立中部病院 内科呼吸器グループ 伊勢川 拓也

- 140. 確定診断し得た夏型過敏性肺炎の1例
中頭病院 呼吸器内科 笹野 幹雄
- 141. 室内温水プールが原因と考えられた過敏性肺臓炎の1例
豊見城中央病院 呼吸器内科 小波津 香織
- 142. 肺胞蛋白症の1例
国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 那覇 唯
- 143. 体外式心肺補助装置を用いて救命し得た特発性びまん性肺胞出血の1例
中頭病院 高橋 和成
- 144. 淡明細胞型肺扁平上皮癌の1例
中頭病院 内科 日高 竜太
- 145. 腫瘤内石灰化を呈した原発性肺癌の1例と、当院での5年間の肺癌症例の検討について
県立中部病院 放射線科 渡口 真史
- 146. 当院で経験したyellow nail syndromeの1例
ハートライフ病院 呼吸器内科 喜久本 藍
- 147. 内科的治療のみでは改善せず、外科的手術を要した難治性膿胸の1例—最近5年間の当院における膿胸症例の検討を含めて—
県立中部病院 内科 長嶺 由衣子

- 148. 肺腫瘍との鑑別をようした肺結核腫の4例
県立中部病院 内科呼吸器グループ 篠原 正樹
- 149. 気管支結核の1例
国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 原 真紀子

呼吸器外科

- 150. 9th. line 以降の既治療非小細胞肺癌に対して CPT-11 単剤+ベバシズマブが奏功した1例
国立病院機構沖縄病院 外科 饒平名 知史
- 151. 脳転移が疑われた右肺癌の1切除例
中頭病院 外科 仲村 尚司
- 152. 中縦隔に発生し嚢胞状を呈したカルチノイドの1手術例
国立病院機構沖縄病院 河崎 英範
- 153. 重症筋無力症に対して単孔式胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行した1例
中頭病院 外科 大田 守雄
- 154. 肺癌との鑑別が困難であった肺放線菌症の1例
国立病院機構沖縄病院 外科 比嘉 昇
- 155. 左鎖骨上窩に発生した腕神経叢由来の神経鞘腫の1例
中頭病院 外科 大島 晋
- 156. ポリグルコール酸シート使用例における胸腔鏡下自然気胸術後再発例の検討
那覇市立病院 呼吸器外科 上原 忠司
- 157. 難治性気胸に対し Endobronchial Watanabe Spigot (EWS) 併用外科的治療が有効であった1例
浦添総合病院 呼吸器センター 阿川 幸人
- 158. 多発性ブラを伴った子宮間質肉腫の肺転移に対する胸腔鏡下手術の1例
中頭病院 外科 喜瀬 祥啓

159. 胸腔ねずみ（胸腔内結石）の1例
中頭病院 外科 嘉数 修

内分泌・代謝

160. インスリノーマが疑われた一例
豊見城中央病院 糖尿病・生活習慣病センター
土井 生子

161. 意識障害、血圧低下、発熱を主訴に救急室を受診した下垂体卒中の一例
県立中部病院 内科腎臓内科グループ
久保田 修司

162. 高血圧を伴う偶発性副腎腫瘍からクッシング症候群の診断に至った一例
県立中部病院 総合内科 上原 由美子

163. 低炭水化物食によるダイエット外来300症例のまとめ -HbA1c改善の視点から-
中部徳洲会病院 今西 康次

164. 2型糖尿病に抗インスリン抗体血症を認め、ステロイドの投与が著効した1例
那覇市立病院 内科 玉城 啓太

165. ホモ接合体性家族性高コレステロール血症の1例
琉大医学部附属病院 第二内科 尾崎 潤

166. 低血糖発作を契機にインスリノーマと診断され、局在診断に選択的動脈刺激静脈サンプリング(ASVS)を要した1例
琉大医学部附属病院 第二内科 難波 豊隆

膠原病

167. 蛋白漏出性胃腸症を契機に診断に至った原発性アミロイドーシスの一例
県立北部病院 内科 富岡 淳

168. SLE治療経過中に発症した成人発症still病の1例
豊見城中央病院 腎臓膠原病リウマチ科 北村 謙

169. 当院における膠原病性肺高血圧症(CTD-PAH)の臨床学的検討
豊見城中央病院 腎臓膠原病リウマチ科
与那覇 朝樹

170. 線維筋痛症か脳脊髄液減少症か？
おおうらクリニック リウマチ科 大浦 孝

171. PET-CTが診断に有用であった側頭動脈炎の一例
豊見城中央病院 腎・膠原病内科 喜久村 祐

172. 両下肢筋力低下を主訴に来院されたANCA関連血管炎の一例
県立北部病院 三宅 崇文

173. 浮腫を契機に診断したRS3PE症候群の1例
那覇市立病院 内科 金城 健大

174. 取り下げ

175. 関節リウマチ治療中に大腿に発症したMTX-LPDの一例
豊見城中央病院 村山 知生

腎・泌尿器

176. 当院透析患者における週初めのHb値の検討
豊見城中央病院 張 同輝

177. 敗血症を契機に発症したと思われる尿細管性アンダーシスの1例
沖縄赤十字病院医局 儀間 清悟

178. ACE阻害薬とARBの併用は腎機能を保持する治療方法なのか？
首里城下町クリニック第一・第二 田名 毅

179. 異なる経過を示したヘパリン起因性血小板減少症(HIT II型)2例
中頭病院 内科 名城 一臣

180. 腎生検にて肉芽腫性間質性腎炎を認めた1例
豊見城中央病院 腎臓・膠原病内科 小禄 雅人

181. 腎腫瘍と術前診断された左副腎癌の1例
南部徳洲会病院 泌尿器科 仲宗根 啓

182. 当院におけるブラッドアクセスの管理 ~病診連携も含めて~
中頭病院 外科 矢田 圭吾

183. 小切開創根治的前立腺全摘除術95例の経験
那覇市立病院 泌尿器科 呉屋 真人

184. 当院での腎移植：167例の経験から学ぶ現状と将来展望
県立中部病院 外科 村上 隆啓

循環器内科

185. PCI施行患者における高純度EPA製剤の抗血小板凝集抑制作用について
大浜第一病院 大城 康一

186. 突然の左片麻痺を主訴に来院した心脳卒中患者の一例
豊見城中央病院 循環器内科 城間 美咲

187. 起始異常を伴った右冠動脈急性心筋梗塞の1例
南部徳洲会病院 循環器科 嘉数 朗

188. カテーテルアブレーションで3Dマッピングシステム(NavX)が有用であった3症例
豊見城中央病院 循環器内科 親川 明香

189. 基礎疾患のない若年女性に発症した心筋梗塞の一例
豊見城中央病院 循環器内科 須田 晃充

190. 様々な症状を呈した心筋架橋の症例
与那原中央病院 中村 義人

191. 急激な経過をたどった α -streptococcusによる感染性心内膜炎の一例
中部徳洲会病院 山本 芳樹

192. 国内旅行で発症した肺梗塞の一例
那覇市立病院 真志取 多美

193. 肺炎を契機に咳嗽失神を繰り返した一症例
豊見城中央病院 循環器内科 榮野川 清香

194. 持続性心房細動に対するカテーテルアブレーション後の心機能改善効果
翔南病院 循環器科 大城 力

195. 薬剤抵抗性の心室頻拍に対するカテーテルアブレーションの有効性について
翔南病院 循環器科 山城 啓

循環器外科

196. 冠動脈バイパス術後遠隔期における大動脈基部拡大を伴う大動脈弁閉鎖不全症の一手術例
 琉大医学部附属病院 胸部心臓血管外科学講座
 前田 達也
197. 重度肺高血圧症を伴う成人Scimitar syndromeの1手術治験例
 県立南部医療センター・こども医療センター
 稲福 斉
198. 当院における心臓血管外科手術部位感染(Surgical Site Infection:SSI) 対策
 県立中部病院 心臓血管外科 天願 俊穂
199. 遠位弓部大動脈瘤に対しFrozen elephant trunk techniqueを併用し弓部大動脈人工血管置換術を行った症例の検討
 県立中部病院 井上 学
200. 大動脈縮窄症に合併した急性B型解離性大動脈瘤の1例
 南部徳洲会病院 心臓外科 宮崎 洋介
201. 複数機種デバイス使用による腹部ステントグラフト内挿術(EVAR) 2症例の経験
 琉大医学部附属病院 胸部心臓血管外科学講座
 戸塚 裕一
202. トロンピン注入療法により治癒傾向にある外傷性腋窩仮性動脈瘤の1例
 中部徳洲会病院 外科 渡邊 零美
203. Alfieri法による僧帽弁形成術を施行した1例
 牧港中央病院 達 和人
204. 幼児期僧帽弁置換術後34年目に再置換術を要した僧帽弁狭窄症(PPM)の1例
 琉大医学部附属病院 第二外科 神谷 知里

205. A冠動脈バイパス術後遠隔期における連合弁膜症手術症例
 琉大医学部附属病院 胸部心臓血管外科学講座
 新垣 涼子
206. 単径靭帯以下の多発性動脈病変に対する治療選択:特に自家静脈不足(不良)例に対する人工血管と自家静脈を用いたsequential bypass術の成績
 豊見城中央病院 外科・血管外科 佐久田 斉
207. 予防的処置を十分に行ったにもかかわらず下肢静脈瘤術後に肺塞栓症を発症した一例
 豊見城中央病院 外科・血管外科 大宜見 由奈
208. MRLymphangiographyにて評価した下肢リンパ浮腫に対するリンパ管細静脈吻合の一治験例
 豊見城中央病院 外科・血管外科 松原 忍



なごみ会県民健康フェア

常任理事 真栄田 篤彦



平成22年12月26日(日)10時より、沖縄コンベンションセンター展示場に於いて標記フェアを開催した。当日は、年末の多忙な時期と、あいにくの天候不良の為、参加者は予想より少なかったが、約1,000名の来場数があった。

当フェアについては、平成21年8月12日(水)に、県下の保健医療関係17団体で構成する沖縄県医療保健連合(通称：なごみ会)の平成21年度幹事会において、沖縄県看護協会より県民の健康増進を図るため、年1回はなごみ会として健康フェアを開催してはどうかとの提案があり、全会一致で開催に向け検討を進めることが決定されたものである。

これを受けて同年12月に開催された第1回目のフェア開催に係る打合会を皮切りに、2回の打合会と、11回の実行委員会で種々検討・協議を重ね、平成22年9月5日(日)に開催することが決定された。

しかし、9月5日当日は台風9号の接近によ

り中止のやむなきに至ってしまったが、各団体から延期開催の要望があり、会場のコンベンションセンターの利用が可能であった12月26日(日)に、改めて開催することになった。

フェア当日のステージイベントでは、初めて開催するのに相応しく、開会セレモニーの幕開けとして、浦添市の広栄保育園の園児17名によるエイサーの演舞があり、その後、当フェア参加の16団体の会長が登壇し、代表して沖縄県医療保健連合会長の宮城信雄(本会会長)より次のとおり挨拶があった。

「本日は、年末のお忙しい中にも関わらず、ご参加いただきまして有り難うございます。

県民の健康寿命の延伸は誰もが等しく願うものであります。しかしながら、本県の現状は、肥満をはじめ生活習慣に起因する疾病の増加、早世等が顕著となっており、県民の健康づくりが喫緊の課題となっています。

特に、本県では、成人男性の二人に一人、成

人女性の四人に一人は肥満度（BMI）25以上であり、男性の肥満割合はフランスやオランダ、イタリア等の西欧諸国に匹敵すると言われています。

かかる状況に鑑み、県下の保健医療関係17団体で構成する沖縄県医療保健連合（通称：なごみ会）は、健康おきなわ21の基本理念「県民が健康長寿を維持継承し、生きがいに満ちた豊かな人生を送ることが大切である」に基づき、県民の健康福祉の向上を図ることを目的に、なごみ会ではじめての共催イベントとなる「県民健康フェア」を開催し、県民の健康づくりについて専門的な立場から指導・啓発に取り組むことにいたしました。

今回の県民健康フェアを機に、県民一人一人が各自の健康を考え、健康に対する意識改革の動機づけとなることを期待しております。私どもは、今後とも県民の健康をサポートすべく、「なごみ会」として、或いは個々の団体において様々な計画を実践していく所存でありますので、長寿県復活に向け県民一丸となって頑張らしましょう。」

引き続き、沖縄県福祉保健部奥村啓子部長より以下のとおり来賓のご挨拶があった。

「沖縄県医療保健連合 なごみ会 主催による初めての「県民健康フェア」の開催おめでとうございます。

さて、沖縄県では「健康おきなわ21」を策定し、「早世の予防」と「健康長寿の延伸」、その結果としての「生活の質の向上」を目標に「健康・長寿沖縄の維持継承」を目指しています。

目標を達成するためには、他県より高い「20歳から64歳の年齢調整死亡率」を指標に設定して、全国並み、さらには全国より改善するよう取り組んでいくこととしております。その改善手法として食生活や運動、タバコ、飲酒等の健康づくり6分野で目標指標を設定しております。その中で、県民の皆さんと関係機関や関係団体が一体となって健康づくり運動に取り組むことが必要であり、今回開催する「県民健康フェア」が大いに寄与するものと期待しております。

この県民健康フェアは、医療関係団体が専門的な立場からの健康相談や各種体験コーナーが用意されているブースイベント、シンポジウムやミニコンサート等のステージイベント、ドクターヘリ展示等の屋外イベントなど、多くのプログラムが用意されているようです。個人でもご家族でも楽しんで各イベントに参加していただき、県民の皆さんが「健康づくり」に対して、これまで以上に興味を持っていただければ幸いです。

今回の県民健康フェアが成功するとともに、永く継続していただくことで県民の皆さんの健康保持増進に繋がっていくことを祈念申し上げます。」

次に、小生（真栄田）が座長を務めさせていただき、「1に運動 2に食事 3にしっかり禁煙～めざそう、長寿復活！」をメインテーマにシンポジウムを行った。シンポジストの沖縄県看護協会健康おきなわ看護2010委員会委員長の大城節子氏からは、「肥満予防・禁煙アピールウォーキング大会に取り組んで」と題し、職



ステージイベント：シンポジウム

能団体として県民の健康づくりの為に行ってきた活動の報告と、当ウォーキング大会の特徴や成果についてご講演いただいた。沖縄県栄養士会副会長新垣慶子氏からは、「～本気で変えよう！ぽっちゃりおなか～」と題して、本県の食環境による肥満者増加を改善する為、肥る原因となる身に付いた食生活や習慣や癖を見直し、無理のないダイエット方法についてご講演いただいた。沖縄県薬剤師会理事笠原大吾氏からは、「禁煙サポート薬局が応援します、あなたの禁煙一薬剤師による禁煙支援」と題して、禁煙治療を受ける患者さんに対し薬局の立場からのサポートについてご講演があった。

シンポジウム終了後、来場者には、日本健康運動指導士会の指導の下、「沖縄・Let's プチ体操」に参加いただいた。

その他、団体毎に設置したブースイベントで、ポスター展示、健康相談・指導、骨密度測

定や血糖値検査等のほか、各種体験コーナーを展開した他、関係団体・企業による8つの出展ブースでは、商品の展示紹介、AEDの体験、無料の健康測定や学校案内、PETの紹介、ドクターヘリの活動紹介等があった。

また、来場者が楽しく参加できるようにお楽しみイベントとして、県内を中心に活動しているNSAさんによるミニコンサートや、各ブースを回りスタンプを集め、スタンプがたまってきた来場者には関係業者からいただいた協賛物品をプレゼントした。更にホテル宿泊券やディナー券、人間ドック無料券等が当たるお楽しみ抽選会も行った。

屋外イベントとして、会場に隣接する宜野湾海浜公園スポーツ広場に、浦添総合病院のドクターヘリを展示、会場入り口横には那覇市医師会生活習慣病検診センターの乳房X線（マンモグラフィ）検診車を展示し、来場者に直に触れ

プログラム

ステージイベント

| 時間 | 内容 |
|-------------|--|
| 10:00～10:30 | 開会セレモニー ○こどもイサー（浦添市法人保育園連絡協議会3保育園園児） ○主催者挨拶：宮城 信雄（沖縄県医療保健連合会長） ○来賓祝辞：奥村 啓子（沖縄県福祉保健部長） |
| 10:30～12:00 | シンポジウム 『1に運動 2に食事 3にしっかり禁煙～めざそう、長寿復活！～』 |
| 12:00～12:10 | 沖縄県民体操「沖縄・Let's プチ体操」（日本健康運動指導士会沖縄県支部） |
| 13:00～13:40 | ミニコンサート NSA |
| 14:30～15:00 | お楽しみ抽選会 |

ブースイベント

| 団体名 | 内容 |
|--------------|---|
| ① 沖縄県薬剤師会 | 健康チェックとお薬相談会並びに薬剤師の仕事についての展示 |
| ② 沖縄県歯科医師会 | ①咬合力測定コーナー 小学生以上を対象に咬む力を測定。咬む事の大切さ、効用について解説および指導・助言する。(定員120名) ②在宅歯科診療コーナー 訪問診療相談、口腔ケア用品の展示と使用方法の説明、口腔ケアの意義、口腔内細菌と全身疾患との関係(パネルとパソコンによるプレゼン) ③予防歯科コーナー フッ素洗口体験(定員1,000名)、パネル展示、フッ化物配合歯磨き剤など展示、フッ化物配合飲料水試飲(無くなり次第終了) |
| ③ 沖縄県歯科衛生士会 | ①口腔ケア相談コーナー(乳幼児～老年期) 口腔ケア相談(パネル前相談) パネル展示グッズ展示 ②歯磨剤作りコーナー 10:30～11:30、12:30～13:30、14:30～15:30(各時間とも人数制限あり) |
| ④ 沖縄県歯科技工士会 | ①歯科用石こうによるおもちゃプレゼント(子供用)コーナー *プレゼント:数に限りあり ②歯科用石こうによる手形作り体験コーナー 体験コーナー11:30～12:30、13:30～14:30 *人数制限あり *小学生以下 |
| ⑤ 沖縄県栄養士会 | 1)パネル及び食品展示(終日) ①食品に含まれる見えない油と見えない砂糖 ②アルコール類の展示(エネルギー表示) ③料理法によるエネルギー比較 2)相談コーナー(終日) ①病態別食事相談 ②アードモデルによる食事チェック(終日) ③パソコンを使った食事チェック |
| ⑥ 沖縄県放射線技師会 | ①医療機器紹介パネルと各検査説明コーナー ②医療画像情報・3D・3Dプロモーション画像表示 ワークスایشン展示・実演操作コーナー ③各検診・検査説明パネル・DVD上映コーナー ④検診コーナー(無料骨密度測定) ⑤相談コーナー(放射線測定機器紹介・測定、医療・環境被曝(レントゲン・放射線検査パネル)) |
| ⑦ 沖縄県臨床検査技師会 | 簡易血糖測定(300名限定) ⇒検査結果説明 |

ブースイベント

| 団体名 | 内容 |
|-----------------------|--|
| ⑥ 日本健康運動指導士会 沖縄県支部 | ・簡易体力測定 ・測定結果に基づいた運動相談 ・生活習慣病予防のための運動の取り入れ方を個別相談コーナーで実施 ・日常生活で取り入れることのできる各種の運動実践を体験してもらう(チェアエクササイズ、ボール体操、マット上でのストレッチ体操、ピラティス、腰痛やひざ痛・肩こり予防のための体操、その他) ・体験ノルディックウォーキング |
| ⑦ 沖縄県医療ソーシャルワーカー協会 | ・医療ソーシャルワーカーの仕事紹介 ・医療福祉相談コーナー ・がん相談支援センター紹介 |
| ⑧ 沖縄県精神保健福祉士協会 | ・精神保健福祉士の職能紹介 ・精神保健福祉相談 ・依存症やうつ診断チェック票の配布 |
| ⑨ 沖縄県鍼灸師会 | ・鍼灸治療の効果を知ってもらうためのパネルの展示 ・鍼灸治療を知ってもらうための簡単な鍼体験 |
| ⑩ 沖縄県理学療法士会 | 1)パネル展示(膝・腰・肩等の体操・生活指導、生活習慣病予防、介護予防等) 2)相談コーナー 3)ミニ講演会: ①ロコモティブシンドロームを予防・改善できる運動療法 ②メタボリックシンドロームを予防・改善できる運動療法 |
| ⑪ 沖縄県作業療法士会 | 作業療法の紹介・作業療法士の紹介(パネル展示) |
| ⑫ 沖縄県言語聴覚士会 | ・相談:進路相談、ことばの発達相談、ことばと飲み込みに関する相談 ・嚥下食の試食 ・DVD上映 |
| ⑬ 沖縄県医師会 | 生活習慣病相談及び禁煙指導コーナー 専門医3名による生活習慣病相談、禁煙指導を行う |
| ⑭ 沖縄県看護協会 | ①肥満予防・禁煙アピールウォーキング大会 ②子どもの事故予防 ③小児～大人のBLS講習 ・子どもの救急の見分け方・対処方法など、救急の指導 ④女性の味方・助産師ブース ・妊婦の体験コーナー、ベビーマッサージ、性教育コーナー(生まれる体験)、母乳育児相談、妊婦・分娩相談コーナー、妊婦の姿勢と骨盤ケア、月経のお話をしましょう ⑤まちの保健室 ・健康相談・生活指導 ⑥看護協会・訪問看護ステーションの活動 |
| ⑮ ドクターヘリ 展示ブース | ・写真展、DVD視聴、資料配布 |

屋外イベント

| | |
|----------------------|---|
| ●ドクターヘリ展示 | *展示機ブースにて、写真展、DVD視聴、資料配布を行います。 展示時間/10:00～16:00 展示場所/宜野湾海浜公園スポーツ広場(但し緊急出動要請の場合、難陸あり) |
| ●肥満予防・禁煙アピールウォーキング大会 | 開催時間/12:10～13:00 |
| ●ノルディックウォーキング体験 | 開催時間/11:00～15:30(受付 10:30～15:00) |

て頂き、その役割等について県民へ広く周知をはかった。

当フェアの開催に御賛同いただき、ご協力いただきました会員及び関係者又、本会ブースに於いて、来場者に対し健康相談・指導のご協力をいただいた那覇市医師会会員の長嶺信夫先生（長嶺胃腸科内科外科医院）、白井和美先生（白井クリニック）、崎原永辰先生（那覇市医師会生活習慣病検診センター）へ改めて感謝申し上げます。



健康相談・指導に立たられた長嶺先生（左）と白井先生（右）

ステージイベント



子どもエイサー



沖縄県民体操「沖縄・Let's プチ体操」



会場風景

各ブースの催し物



咬合力測定の様子 (沖縄県歯科医師会)



動脈硬化度測定の様子 (沖縄県薬剤師会)



妊婦体験の様子 (沖縄県看護協会)



フードモデルによる食事チェック (沖縄県栄養士会)



簡易血糖測定の様子 (沖縄臨床検査技師会)



運動実践 (日本健康運動指導士会沖縄県支部)



AED体験 (協賛ブース)



鍼体験 (沖縄県鍼灸師会)



協賛ブースの様子

野外イベント等



ドクターヘリの内部



ドクターヘリ展示



遊具ふあふあ



マンモグラフィ検診車展示



雨・風の中、ウォーキング大会に参加された方々

平成23年沖縄県医師会新年祝賀会・ 医事功労者表彰式



常任理事 真栄田 篤彦



沖縄県医師会新年祝賀会・医事功労者表彰式 式次第

日 時：平成23年1月8日（土）19：00～

場 所：沖縄ハーバービューホテル
クラウンプラザ（彩海の間）

司会 渡辺克江アナウンサー

- 1 開会のことば 玉城信光副会長
- 2 会長挨拶 宮城信雄会長
- 3 第25回沖縄県医師会医事功労者表彰
 - ・県知事表彰 3名
 - ・県医師会会長表彰 53名
 - ・被表彰者代表挨拶
- 4 来賓祝辞 仲井眞弘多沖縄県知事
- 5 鏡開き・乾杯 岩政輝男琉球大学学長
- 6 祝宴・余興 サウンドオフィス・名城
- 7 福引き
- 8 閉会のことば 小渡敬副会長

去る1月9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23年沖縄県医師会新年祝賀会・医事功労者表彰式が開催された。

従来12月開催の定例総会と併せて開催していた医事功労者表彰式を今回から新年祝賀会と合同で開催したところ、会員111名、家族56名、来賓等63名と例年になく多数の方々にご参加いただき、大いに賑わった。

今回受賞されたのは県知事表彰3名、県医師会会長表彰53名の先生方です。

初めに、玉城信光副会長から開会の辞が述べられ、その後宮城信雄会長が挨拶にたたれ、次のとおり述べられた。

宮城会長挨拶



新年あけましておめでとうございます。

本日は、2011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、仲井眞弘多知事をはじめ、

ご来賓の方々、会員並びにご家族の皆様方多数ご参加頂きまして衷心より感謝申し上げます。

先ず、皆様方にお礼申し上げたいことがございます。今日、ご本人にもお越し頂いておりますが、昨年11月の県知事選挙において、沖縄県医師会をあげて支援した仲井眞弘多知事が見事再選を果たしました。この場をおかりし、ご支援、ご協力を頂きました皆様方に対しまして改めてお礼申し上げる次第です。

仲井眞知事がマニフェストに掲げた「保健医療の充実と健康福祉社会の実現」には、各地区医師会の意見を取りまとめ、本会から提案した政策が盛り込まれております。その政策実現のためにも私どもはより一層県行政との連携を図り、仲井眞知事を支援して参りたいと考えておりますので、会員各位のご協力をお願い申し上げます。

さて、沖縄県医師会では、例年12月開催の定例総会に合わせ、長年にわたり本県の保健医療福祉の向上ならびに医師会の会務運営に貢献された会員に対し医事功労者表彰を行ってまいりましたが、より多くの方々にご祝福いただくべく本年より新年祝賀会とあわせて開催させていただくことといたしました。今回受賞されるのは県知事表彰3名、県医師会長表彰53名の先生方です。特に、慶祝表彰におきまして、白寿の先生が2名、米寿の先生が2名、喜寿の先生が23名おられることは誠に喜ばしくおめでたい限りであり、沖縄県医師会の誇りであります。受賞者の皆様におかれましては衷心よりお慶び申し上げます。現在の本県の医療事情は国による振興計画や県の諸施策により、大幅に改善されておりますが、その陰にはここにおられ

る先生方をはじめとする諸先輩方が、戦後の脆弱な医療環境のもとで日夜を分かたず保健・医療・福祉の向上確保にご尽力いただいた基盤があったからこそ成し得たものであり、ここに改めて先生方の永年のご労苦に対し、深甚なる敬意と感謝の意を表する次第であります。

一方、中央情勢に目を向けて見ると、長年続けられた医療費抑制策により今や我が国の地域医療は崩壊し始め、医療現場は荒廃の危機にさらされております。

世界で最も優れた制度である我が国の国民皆保険制度を、財政難を理由に公的財源の投入を減らし、なし崩し的に解体しようとする動きさえ出てきております。

そのような中、日本医師会は公的医療保険を4段階に分けて順次統合し2025年以降に一本化することを柱とする「国民の安心を約束する医療保険制度」を公表しております。

国は国民にとって何が最良か改めて考えていただき、実現のための政策を進めていただきたいものであります。

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23年の卯年を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。

第25回沖縄県医師会医事功労者表彰

引き続き、医事功労者表彰式に移り、仲井眞知事から沖縄県知事表彰(3名)の授与、宮城会長から県医師会長表彰の授与が行われた。県医師会表彰については、受賞者が53名と多数おられることから、ご出席頂いた先生方のお名前をご紹介させていただき、代表で知念清先生に授与された。その後、受賞者を代表して、県知事表彰を受賞された幸地賢治先生から挨拶があった。

| 平成 22 年度 沖繩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 | 24 | 比嘉 康文 | 喜寿表彰 |
| 1 | 幸地 賢治 | 県医師会・地区医師会役員 10 年以上 | 25 | 岸本 幸治 | 喜寿表彰 |
| 2 | 野原 薫 | 県医師会・地区医師会役員 10 年以上 | 26 | 池原 幸雄 | 喜寿表彰 |
| 3 | 仲間 清太郎 | 地区医師会役員 10 年以上 | 27 | 仲本 将人 | 喜寿表彰 |
| 沖繩県医事功労者県医師会長表彰受賞者 | | | 28 | 知念 清 | 公的医療機関病院長・副院長 8 年以上 |
| No. | 氏 名 | 受賞理由 | 29 | 大浦 孝 | 学校医歴 15 年以上 |
| 1 | 當山 堅次 | 白寿表彰 | 30 | 久場 睦夫 | 広報委員会委員 10 年以上 |
| 2 | 伊豆見 元俊 | 白寿表彰 | 31 | 高良 吉広 | 学校医歴 15 年以上 |
| 3 | 喜屋武 朝章 | 米寿表彰 | 32 | 山里 二郎 | 学校医歴 15 年以上 |
| 4 | 佐久本 政彦 | 米寿表彰 | 33 | 安里 公 | 学校医歴 15 年以上 |
| 5 | 新里 陽弘 | 喜寿表彰 | 34 | 中山 貞之 | 学校医歴 15 年以上 |
| 6 | 上里 忠敏 | 喜寿表彰 | 35 | 川野 幸志 | 医学会役員・地域医療委員会委員 10 年以上 |
| 7 | 大城 英紀 | 喜寿表彰 | 36 | 須加原 一博 | 麻酔科医会長 10 年以上 |
| 8 | 久場 長毅 | 喜寿表彰 | 37 | 太田 孝男 | 学校医部会役員 10 年以上 |
| 9 | 饒波 剛 | 喜寿表彰 | 38 | 饒波 正吉 | 医療保険研究委員会委員 10 年以上 |
| 10 | 比嘉 盛吉 | 喜寿表彰 | 39 | 知花 朝美 | 地区医師会役員 8 年以上 |
| 11 | 宮里 義弘 | 喜寿表彰 | 40 | 平良 博史 | 地区医師会役員 8 年・情報システム委員会委員 10 年以上 |
| 12 | 島袋 正夫 | 喜寿表彰 | 41 | 山城 千秋 | 地区医師会役員 8 年以上 |
| 13 | 桑江 朝彦 | 喜寿表彰 | 42 | 仲本 昌一 | 地区医師会役員 8 年以上 |
| 14 | 石島 英郎 | 喜寿表彰・学校医歴 15 年以上 | 43 | 比嘉 章 | 学校医歴 15 年以上 |
| 15 | 金井 孝雄 | 喜寿表彰 | 44 | 金城 英典 | 学校医歴 15 年以上 |
| 16 | 普天間 稔 | 喜寿表彰 | 45 | 松嶋 顕介 | 情報システム委員会委員 10 年以上 |
| 17 | 山里 将人 | 喜寿表彰 | 46 | 友利 博朗 | 地区医師会役員 8 年以上 |
| 18 | 齊藤 泰 | 喜寿表彰 | 47 | 照屋 勉 | 地区医師会役員 8 年以上 |
| 19 | 又吉 正哲 | 喜寿表彰 | 48 | 神谷 仁 | 地区医師会役員 8 年以上 |
| 20 | 福地 龍夫 | 喜寿表彰 | 49 | 諸見里 秀和 | 医学会役員 10 年以上 |
| 21 | 内原 啓允 | 喜寿表彰 | 50 | 新垣 実 | 形成外科研究会会長 10 年以上 |
| 22 | 新垣 哲 | 喜寿表彰 | 51 | 中田 安彦 | 県医師会代議員 10 年以上 |
| 23 | 宮里 尚義 | 喜寿表彰 | 52 | 新垣 均 | 医学会役員 10 年以上 |
| | | | 53 | 諸見里 秀彦 | 医学会役員 10 年以上 |

幸地賢治先生受賞者代表挨拶



本日は、私達のためにこのような盛大な表彰式を催していただき誠にありがとうございます。小生がこのような晴れがましい席に座っていいものかどうか、

寧ろ頑張れと、何か重荷を負わされたような気持ちです。また、當山堅次先生をはじめとする白寿、米寿、喜寿を迎えられた先生方には永きに亘って、私のような者には想像の出来ない様なご苦勞の末に今日を迎えられたかと存じます。先生方のご苦勞のお陰で今の私たちがいるのだと強く心に刻み、今後とも地域に根ざした医療を確立・維持出来るように微力ながら頑張っていきたいと考えます。私どもは本日の表彰を大きな励みとし、今後益々地域医療、保健・福祉活動に一層の努力をお誓いして、お礼の挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

続いて、来賓を代表して仲井眞弘多知事が祝辞を述べられた。

仲井眞知事挨拶



本日の新年祝賀会・医事功労者表彰式にお声を掛けていただきまして誠にありがとうございます。

昨年 11 月の県知事選挙では、医師会の先生方及び医療関係の多くの団体の皆様から力強いご支援を賜り無事に当選することが出来ました。私は、11 公約を掲げて当選いたしました。この公約の実現に向け一生懸命全力を尽くしたいと思っております。どうか先生方のお力添えを末永くよろしくお願い申し上げます。

そして、恐れ多くも私の後援会長には医師会長をされておられる宮城信雄先生、そして県の医療に係る政策参与には玉城副会長と、医師会の皆様のお力を得て仕事をさせていただいてお

ります。

改めまして、新年あけましておめでとうございます。

さて、お集まりの皆様には希望に満ちた新年をお迎えのこととお喜び申し上げます。

本日、沖縄県医事功労者県知事表彰及び県医師会長表彰を受賞されました幸地賢治様他55名の皆様、この度の栄えある受賞、誠におめでとうございます。皆様の長年にわたる医療の向上に対する多大な御尽力と御功績に対し、改めて心から敬意を表しますとともに、今後とも御支援、御指導を賜りますようお願い申し上げます。

私の公約に掲げた「保健医療の充実と健康福祉社会の実現」に向け、医師確保の推進、医師等医療従事者の育成及び資質向上を図るための「シミュレーションセンター」の整備、緊急搬送体制の充実、がん対策の推進等に取り組んで参る所存でございます。

また、昨年7月から実施しております#8000事業におきましても、関係各位の御尽力に感謝申し上げますとともに、引き続き御協力をよろしくようお願い申し上げます。

結びになりますが、本日受賞されました皆様の御健勝と、沖縄県医師会のますますの御発展、並びに本日お集まりの皆様にとりまして、健康で幸多き年となりますよう心から祈念申し上げます。ご挨拶とさせていただきます。

引き続き、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

賓を代表して岩政琉球大学学長が下記のとおり挨拶された後、乾杯の音頭をとられた。

岩政琉球大学学長乾杯挨拶



新年おめでとうございます。

最近は大変な不景気でありますし、いろいろ困難な問題もありますが、医師会の先生方は地域の皆さんの健康

を守るために大変なご努力をなさって、今日もたくさんの先生方が表彰を受けられました。心から敬意を表します。私どもの大学も県からシミュレーションセンターや寄附講座をいただきまして、医師会や県の皆様と一緒に地域住民の健康を守るため努力したいと思っております。

年の初めにあたりまして、新しい年の計画であるとか、いろいろな思いを語ることは非常にいいことだと思います。外国でもオーデンの「新年の手紙」という詞もありますし、日本では、皆様もよくご存じの万葉集の一番最後の締め歌は、大伴家持の「あたらしき年の初めの初春の・・・」というよく知られた新年をお祝いする歌でございます。しかし、一方石垣さんの詩のように、「新年とってみても、それは昨日の今日のこと」というようなものもございまして、人それぞれの思いがあると思います。今日は医師会の新年会でございますから、やはり地域の皆様のご健康とご発展をお祈りしなが



乾杯

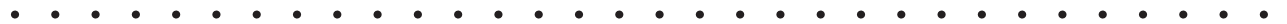
報 告

ら、そして会員の皆様、ご出席の皆様のご健康と今年が良い年であるように願って乾杯をしたいと思います。宜しくお願い致します。

その後、サウンドオフィス・名城の3人のメンバーによるフルート、バイオリン、ピアノの演奏とソプラノ歌手の川満美紀子さんによる歌を披露していただき、祝宴が和やかに行われた。

福引きで幸運を射止めた方は、17名おられました。1等賞（液晶テレビ）はおろくハートクリニックの知花幹雄先生、2等賞（自転車）は仲宗根雅広週刊レキオ社取締役、3等賞（コンポ）は眼科クリニック幸地の幸地賢治先生ご令孫の高木花さんであった。

最後に小渡副会長より2011年が明るい年になるよう祈念する旨の挨拶があり、閉会となった。



県医師会長表彰を代表で授与される知念清先生



余興：サウンドオフィス・名城



左から、名嘉先生、大山先生、永山先生、金城先生、眞境名先生



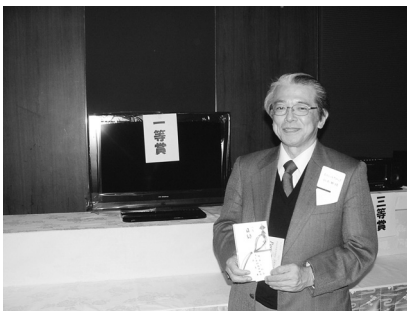
左から、與儀先生と翁長那覇市長



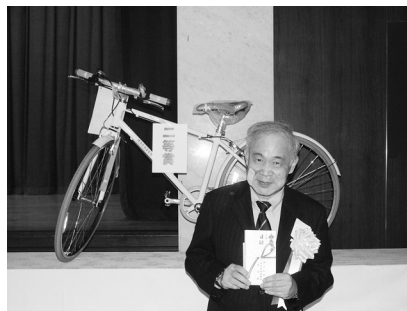
左から、石川先生、岸本先生、屋良先生、稲福先生



左から、池村先生ご家族と稲田先生の奥様



1等を当てた知花幹雄先生



2等を当てた仲宗根雅広週刊レキオ社取締役



3等を当てた幸地賢治先生のご令孫高木花さん（右）

沖縄県小児救急電話相談事業 (# 8000) 意見交換会



理事 玉井 修

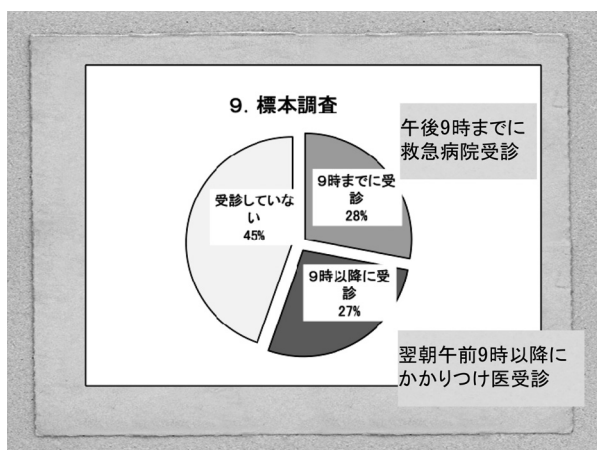
平成 22 年 7 月 5 日に沖縄県小児救急電話相談事業 (# 8000) が開始されて半年が経過しました。去る 1 月 26 日 (水) に、# 8000 事業に関わる看護師、医師、事務局が一堂に会してこれまでの経過を確認し、今後の課題について意見交換を行いました。# 8000 事業がより円滑に運用されるよう、今回の意見交換会で出た様々なご意見を生かしていきたいと思えます。

1) 実施状況報告：

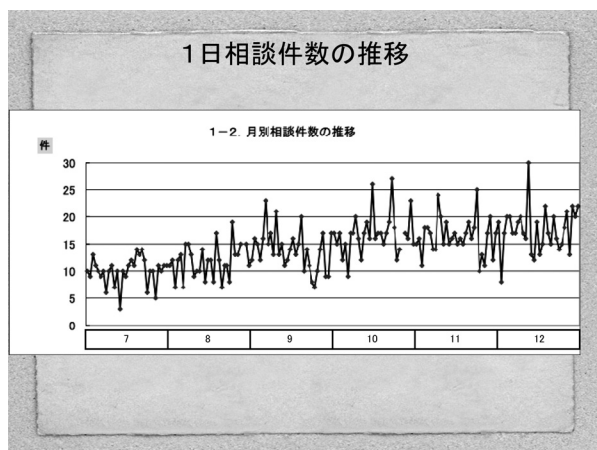
沖縄県医師会担当理事 玉井修

この半年、# 8000 事業は順調にその実績を伸ばしてきたと思われる。1 日の相談件数は 20 ~ 30 件で、台風の日を除く毎日午後 7 時から午後 11 時まで電話相談に応じてきた (スライド 1)。相談電話はまず看護師が取り、対応に困った場合に当番医師に電話して対処を確認するという方法で、ドクターコールは約 8 % に落ち着いてきている。標本調査を毎日 5 件行っているがその日の 9 時までに救急病院を受診したのは全体の 28 % であり、コンビニ受診を抑制できたかどうかの判断は難しいが数字の上では一応の

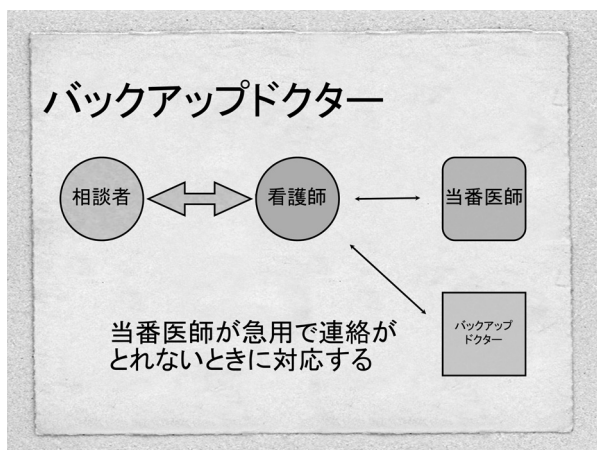
効果が期待できると思われる (スライド 2)。しかし、半年が経過し多くの問題も露呈してきた。最も重要な課題は、現在、当番医師に対し 18 時 50 分に # 8000 からこれから当番であるという確認の電話を入れるようにしているが、その半分以上の場合にその当番医師への連絡が取れないという問題である。この様な事態に対応するために現在当番医師がつかまらない場合のバックアップドクターの体制を作っている (スライド 3)。しかし、この体制はバックアップドク



(スライド 2)

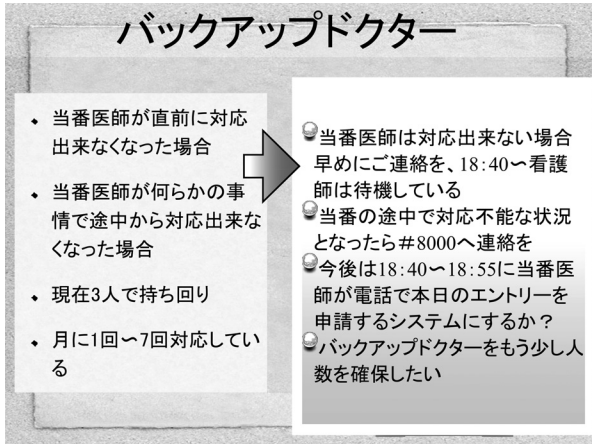


(スライド 1)



(スライド 3)

一への負担が大きくなり、深刻な疲弊の問題が生じつつある。バックアップドクターは現在真栄田医師、具志医師、小生（玉井）の3人で回しているが今後はバックアップドクターの人数も増やす工夫をする必要がある（スライド4）。



(スライド4)

2) 沖縄看護協会長挨拶：奥平登美子

看護師の相談事業が円滑に運用される為にはどうしても当番医師による円滑な支援が欠かせない。そのためにも当番医師への円滑な連絡体制の整備が肝要と思われる。また、相談内容を聞いていると、臨床現場での保健指導の重要性を痛感し、多忙な診療中に大変だとは思いますが、もう一言二言のアドバイスが保護者に与えられると良いのかな？と思う。

ここでフロアのご意見を伺った。

今後当番医師への円滑な連絡体制を構築するためにどのような方策があるのか

以下はフロアからのご意見

1. 18：40～18：55の間に医師の方から自分が当番医師であるというエントリーをかける
2. 18：50と18：55の2回だけ看護師はコールし、それで出なければそれ以上は探さない
3. 当番医師を毎回2人体制にしてファーストコールで出なければセカンドコールをする
4. 現在60名のドクターを絶対対応できる人に絞り込む

様々な意見が出ましたが、今後方策を検討していきたいと思います。

3) この6ヶ月を振り返って：

コーディネーター 志茂ふじみ

かなり育児相談的な内容が多く、この育児相談を毎回#8000で解決するのは困難である。育児相談に対応するどこか窓口を案内できないかと考えている。また、相談内容が適切であったかどうかの見返りの必要性も考えており、今後どこかで意見交換を行いたい。

実際の育児相談的内容の具体例：

| | |
|-------------------------|---|
| 1才2ヶ月 育児相談 | 保育園に預けているが、園で三食、離乳食にしたいと言っている。粉ミルクの缶には3才までミルク400mlあげてと書いてある。どちらが正しいか？体重も先月に比べ減っているが、それもどうか？ |
| 3ヶ月 貧血 | 3ヶ月健診で少し貧血といわれて心配で電話した。Hb10.8との事。離乳食は未だで、健診後栄養相談で人工乳を勧められたが乳首があわないのか、受け付けない。現在は母乳のみ。身長・体重は増加している。 |
| 10才 食欲低下 | 1week前頃より、食欲低下している。日中も遊ぶ事無くダラダラしている。どうしたら良いか？何か変わった事等無いか尋ねた。母「その頃、給食時に周りから頑張って食べて～」と言われ、食べ切れない為に清掃時間まで食い込んで食べて泣いていたらしい。」との事 |
| 2才5ヶ月・ 11ヶ月 発熱・発疹 | 上の子が発熱と発疹があり救急受診し、はしかか突発性発疹かと言われた。この児は予防接種しているが、下の11ヶ月の児は予防接種をしていない。病院受診してグロブリン剤をした方が良いか？（母親はインターネットで調べた） |

その他：

- ①室温はどれくらいが適当か？本に書いてある温度だと寒い感じがする。
- ②クーリングの方法は？
- ③水痘や突発性発疹と診断されたが、いつお風呂に入れたら良いのか？
- ④母乳をちゃんと飲んでいるかどうか心配。
- ⑤粉ミルクを普段飲ませているが、本日、同じメーカーの固形ミルクをあげたら激しく泣いた。違いがあるのか？子供に変わった事はない。
- ⑥4～5日前にポリオを受けた。今、便でお臍（へソ）の辺りまで汚染されたが大丈夫か？便から菌が出ると聞いたが・・・。
- ⑦3ヶ月の児、飛行機に乗せても良いか？
- ⑧3ヶ月健診で少し貧血があるとと言われて心配で電話しました。

4) バックアップドクターについて：具志一男

現在、土壇場に対応出来なくなった場合や、当番中にどうしても対応出来ない状態になった

場合に対応しているが、思った以上にバックアップする件数が多い。今後バックアップドクターの体制強化も課題であろう。

ここでフロアからのご意見を伺った。

1. 来年度4月からの当番医師は継続の意志の有無について調査する必要がある
2. その場合、確実に連絡が取れる体制で当番して欲しいというリクエストも付加する
3. 新しくエントリーする医師も早急に募集するべき
4. 事務局がやっている事前の通知をFaxして返す場合にコメント欄に次月外して欲しい日や、希望日などについても記載して貰えると、当番の日を確実に対応して貰えるのではないかと

様々なご意見を頂きました。

5) 意見交換では闊達なご意見を頂きました。以下に記します。

1. #8000によって実際にコンビニ受診が減っているのかどうかは実際に救急医療を行っている機関にヒアリングをして調査すべき、県医師会の標本調査では不十分
2. 実際に救急現場にいる者としては、若干電話相談の件数は減っている感があるがまだ結論としては言えない(県立南部医療センター)

3. 冬場の繁忙期は1日30件あまりの相談に応じ、看護師は記録用紙を書く時間もない。冬場だけでも看護師2人体制をとれるような予算措置はあり得ないか
4. 大きな数字ではないが、離島や僻地からの電話相談はアクセスできる医療機関が限られている保護者に対して大切なアドバイス環境となっている感がある
5. 実際標本調査を行うと、ほとんどの保護者からは感謝の言葉を頂く
6. コンビニ受診の抑制、救急医療の疲弊緩和についてのもっとしっかりした評価をするべき
7. 県立南部医療センターに通院中の患者さんの電話で、県立南部医療センターのスタッフでないと答えられないような電話相談も#8000に回ってくる事もあったので、最近ではフローチャートを作って南部医療センター対応電話と#8000で対応する電話を振り分けるようにしている。
8. 119番にかけたら、#8000を紹介されたとして回ってくるケースもあった。結局緊急性があると判断された症例で、直ぐに救急病院を受診する様に指示したが、やはり保護者が緊急事態と判断した場合は119番で対応するのが筋ではないだろうか

多くのご意見を頂きました。闊達なご意見を頂きまして誠にありがとうございました。

