

# 平成23年度 第1回都道府県医師会長協議会



副会長 小渡 敬



去る6月21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より概ね次のとおり挨拶があった。

「東日本大震災に際しては、会員の先生方には大変なご協力を頂き、感謝申し上げます。現在に至るまで1,200人以上の先生方に現地で支援活動を続けて頂いている。

まだ、福島原発問題の解決には至ってはならず、この問題が解決しなければ今回の大震災は終結しないと考えているので、今後とも引き続きご協力をお願いしたい。

政権の混乱が生じ、私たちは随時方向性を判断していかなければならない。しかし、日本医師会としては、どのような場合でも日本医師会としての信念をもち、医療を中心に、会員並びに

国民の為に地域医療の崩壊を正していくための予算や制度上の問題を提案していく次第である。

また、これまで社会保障審議会、その他の審議会に委員が派遣されていなかったが、今は重要な会議には日医より代表を送れており、その中で意見を述べる機会がある。また常任理事が、担当の官僚や政府の三役に対して提言をしているので、少しずつではあるが成果が出てくるものだと思っている。」

引き続き協議に移り、各県から寄せられた10題の質問並びに日本医師会から提案された議題2題について協議・報告が行われたので概要について報告する。

## 協 議

### (1) 母体保護法について [石川県]

#### <提案要旨（抜粋）>

母体保護法第14条には、「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は、本人および配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。」とあるが、すべての都道府県医師会が公益法人に移行する保証はなく、一般社団法人となった都道府県医師会は指定権限を失い、母体保護法指定医師の空白地域が発生することは明らかである。これらの課題解消のために、現行法の改正について政府との交渉を期待する。

**回答：今村定臣常任理事**

ご存じのように、去る6月17日に改正母体保護法が成立した。改正法には日医が要望した内容が100パーセント取り入れられ、先生方にお約束を果たすことが出来たとホッとしているところである。当局との交渉が本格化してから1年余りになるが、都道府県の会長先生方には様々な方面からご指導・ご支援を頂き、今回の成果を勝ち得ることが出来た。衷心よりお礼申し上げます。

今後、母体保護法の運用については従来通り都道府県医師会に依頼することになったので、よろしくお願ひしたい。あらためて会長先生方の絶大なご支援・ご協力に深甚の謝意を申し上げます。

**(2) 災害に対する医療支援について [石川県]**

**<提案要旨 (抜粋) >**

東日本大震災でのJMATの活躍は評価できるが、DMATや各病院系列等からの医療支援活動がばらばらに行われている感が否めない。これを機に日本医師会が中心となり災害に対する医療支援活動のシステム構築を希望する。

また、通常より原発事故を含めたあらゆる災害を想定し、災害支援に即対応可能な部署を日本医師会内に設置することを希望するとともに、活発な啓蒙活動を期待する。

**回答：石川広己常任理事**

6月20日現在のJMAT活動状況は、派遣中・派遣済みが1,295チームある。多大なるご

尽力を賜っている。

システム構築については、ご指摘通り、東日本大震災では様々な医療支援チームが被災地に派遣され、更に個人によるボランティア活動も行われ、日本医師会では二次災害への補償を目的として、医師会以外のチームもJMATの枠組みにするよう都道府県医師会にお願いした経緯がある。JMATは、被災発生時はまだ構想段階であり、急遽立ち上げたため準備不足であったことは否めないが、これを大きな拠り所として、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会の組織力を十二分に発揮した医療支援システムの構築に今後も努める所存である。

更には、中央防災会議への日本医師会の参画を果たし、災害時の医療活動の指揮系統、役割分担と連携の重要性を国に主張していく。

また、関係団体、関係行政機関との連携については、原中会長が会長、横倉副会長が事務局長として被災者健康支援連絡協議会を立ち上げている。本会を含む16団体、厚労省を含め4省が参画しており、被災地のニーズを聞きながら、各団体の力を結集して支援に携わっていく所存である。

通常時から日本医師会内に災害対応の部署を設置するご要望については、大災害時の支援活動が医師会組織の総力を挙げて取り組むべきと考えている。重要なのは、災害発生時に即座に通常モードから災害モードに切り替えることであろうと考える。日本医師会では、今回の災害が発生した時、即座に災害対策本部を立ち上げ、本部長の原中会長を筆頭に副会長、常任理事がそれぞれ担当分野を受け持ち、事務局も、局長の下、平時とは異なる分野も担当し対応した。

活発な啓蒙活動への期待については、震災直前まで、救急災害医療対策委員会とその小委員会でアメリカ医師会の災害医療研修コースも参考にしながら、JMATへ参加する医療関係者の研修とすべての医師会員への研修について検討していた所であった。残念ながら実現していないが、今後も引き続き検討していく所存である。

**(3) 災害時医療等の支援に対するタイムリーな情報提供システムの構築について**

**[新潟県]**

**<提案要旨 (抜粋) >**

今回の東日本大震災では、医師会や各医療機関の災害時の連携を高める上で災害時における地理情報システム (GIS : Geographic Information Systems) が役立つのではないかと考えられている。避難生活の長期化が予想される現在、医療面での支援活動の充実が求められているが、各医師会においても災害発生時からタイムリーな情報提供を行うための各種システムの構築が必要と考える。

**回答：石川広巳常任理事**

日本医師会では、被災地の医療支援活動に於いて正確かつ迅速な情報が必要と考え、第28報まで情報提供をFAXで行ってきた。

今回の大震災の教訓の一つが、被災地との正確な情報のやり取りであると痛切に感じている。避難所の医療とともに、感染症発生動向把握、衛生環境、食事、自宅避難者の状況把握等について、GISの応用は有用と考えている。このような情報が入力され被災地の関係者、後を引き継ぐチーム、チームの派遣を検討する各都道府県と情報共有ができれば素晴らしいことである。

しかし、実際にはGISの情報端末に誰がデータ入力し、誰とデータを共有するかが課題となる。新潟県のご提案では、避難所の収容可能人数や病院の患者受け入れ状況、心のケア、感染症発生動向の把握が挙げられているが、そうすると端末にデータを入力し、共有するのは、JMATや地元医師会だけではなく、JMAT以外の様々な医療支援チーム、保健市、避難所のリーダー、地元行政の担当者、被災地の病院の担当者など、非常に広範囲である。

情報端末やソフトの価格統一、他県を含む関係者への配布など医師会単独では対応が難しくなる恐れがある。

また、日医総研では津波の浸水地域と医療機

関の位置情報をマップに落とし、被災状況の把握に利用していただいている。また、この地理情報システムは災害時だけでなく、例えば、地域の医師不足状況などをマップで示すことで、平時の医療政策を考慮するうえでも有用である。

厚労省の4疾病5事業に関する指針でも、GIS等の結果を参考に救命救急センターの整備を地理的空白地域を埋める形で進めるよう求めている。

現在、本会では被災者健康支援連絡協議会を立ち上げているが、4省 (内閣府、厚労省、文科省、総務省) が詳細な避難所の状況を把握しており、情報端末の入力も可能である。いずれにせよ、地理情報の活用が災害医療の新たなツールとして重要であることを今回の震災で十分に理解している。これを教訓として次の災害に備えて、GISを含めた医療支援活動を検討して参りたいと考えている。

**(4) 予防接種ワクチン価格について [山口県]**

**<提案要旨 (抜粋) >**

国のワクチン接種緊急促進事業により、平成23年1月より子宮頸がん予防ワクチン、Hibワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンがほぼ全額公費負担で個別接種されることとなったのは評価できるが、ワクチン価格が高すぎるという意見が郡市医師会だけではなく市町の実務担当者からも複数あった。世界的にも予防接種政策の後進国と言われている我が国の予防接種向上を図るためにも、ワクチン価格を下げるべきと思うが、日医の見解をお聞きしたい。また、関係方面にも働きかけていただきたい。

**回答：保坂シゲリ常任理事**

価格については、日本と海外の価格を比べると、必ずしも日本の価格は高くはない。

米国を例に出すと、米国は二重価格である。無料で摂取するワクチンについては国が全面的に買い取っており、日本と比べて安価ではあるが、民間保険の予防接種をカバーしていることも多く、そこで使うワクチンは民間の医療機関



が買入れるため、その価格は日本と比べて決して安くはない。

補正予算による3つのワクチンの接種事業が開始される以前から、各メーカーにはワクチン価格の引き下げを申し上げ、再三再四価格交渉しているところだが、結果的には値下げ交渉は成功していない。しかし、今後も引き続き強く交渉して参るつもりであるので、予防接種法改正等に合わせて国がワクチンを買上げる仕組みや国によるメーカーへのワクチン価格の値下げ申し入れの必要性について、地元選出議員への働きかけやお力添えをお願いしたい。

#### (5) 消費税補填分問題について [福岡県]

##### <提案要旨 (抜粋) >

四病協は、消費税を「原則課税」に改めるには、診療報酬上乘せ分の1.53%を国に返すべきとの驚くべき認識を示している。

また、日医は以前より、補填分の1.53%は実態不明と言っているが、日医の考えと今後の方針をお尋ねしたい。

##### 回答：今村 聡常任理事

診療報酬の中に1.53%が含まれていると言うことについては実態とは解離している。さらに、診療行為に対する0.43%についても、度重なる診療報酬のマイナス改定で実態が無くなっている。

病院団体も共通の認識だと思っている。日医の税制検討委員会の中に病院団体も入っているが、その一方で、病院団体は独自の協議会を設置し様々な議論が行われているようである。その中で1.53%を戻さなければとの議論が出て、その部分だけマスコミが取り上げ記事になったと言うことである。日医としては、メディファックスに掲載された当日、4病院団体に今後注意するよう申し出たところである。

現在、国と与党の中で社会保障と税の一体改革の議論が進められ、消費税の引き上げが必要という事になっている。このままの仕組みでは、医療機関は消費税で倒れてしまうことにな

りかねない。多くの国会議員もこの問題を解決しなければならないとの認識を持っているようである。政府税調の答申書を見ても、消費税率を上げると言う総論の中で、個別の問題として医療の対応が取り上げられており、また、仙石氏もゼロ税率と言っているようであり、気運は高まっている。日医としても、今後とも関係団体と一致協力して要望を続けていきたいと考えている。

また、日医としては、患者の負担を増やさないう主張しているが、ゼロ税率であれ、軽減税率であれ課税の仕組みになると、医療機関は控除のための事務手続きや患者への説明等負担が出てくる。消費税問題については、広く会員の意見を聞いて対応したいと考えており、近々日医からアンケートを行うのでご協力頂きたい。

#### (6) 改めて診療報酬、介護報酬の同時改定論議について [静岡県]

##### <提案要旨 (抜粋) >

未曾有の東日本大震災に遭遇し、国は、復旧・復興には大きな財源が必要であるが、崩壊の危機に晒されている地域医療や介護の現場では、今回の診療報酬・介護報酬同時改定に期待している関係者が数多くいるのは歴然たる事実である。

例え引き下げになってもいいから、改定論議を通じて現状を訴え、不合理な制度は是正してほしいということが会員の正直な気持ちではないか。このまま、同時改定の見送りを主張し続ければ、日医だけが蚊帳の外に置かれるのではと危惧している。今一度日医執行部のお考えをお聞きしたい。

#### (7) 2012年度の診療報酬・介護保険同時改定についての日本医師会の申し入れ (要請) について [福岡県]

##### <提案要旨 (抜粋) >

診療報酬の改定は、今後の医療保険制度に与える影響は非常に大きく、真剣かつ慎重に対応すべきであるが、医師会が国家の財源問題を理



由に、地域医療を崩壊に導いている診療報酬問題を避けることが日本の医療を望ましい方向に導くとは思えない。日医の申し入れ（要請）が理事会で前もって協議されていないようだが、その検討及び意思決定がどうなされたのか。また、医療介護の崩壊への道を歩まないように2012年度の診療報酬・介護報酬の改定に取り組む考えはないか。

\* (6)、(7) については関連していることから、一括して回答があった。

#### 回答：中川俊男副会長

本会の同時改定見送りの意思決定については、4月24日に第124回代議員会で、診療報酬・介護報酬についての代表質問で、被災地の復興に全力を注ぎ、一日も早く被災地の医療を再生させるため、2012年度の同時改定を見送ることを提案した。しかし、静岡県医師会がおっしゃるように、2012年度の改定では全体的かつ大幅な引き上げは不可欠であり、本会執行部もそのことを熱望し、今度こそ財源の配分を正し、地域医療を救わなければならないために、社会保険報酬検討委員会、有床診療所の在り方に関するプロジェクト委員会、同時改定に向けたプロジェクト委員会を新たに設置し、エネルギーに改定に向けた準備を怠りなく進めてきた。しかし、東日本大震災が発生し、福島原子力発電事故は今なお進行中である。

本会では、JMATの被災地への医師派遣をはじめとする被災地の方々の生命を守る活動、厚生労働省をはじめとする行政との交渉等が山積みであり、一刻の猶予も許されず、全身全霊を捧げなければならないことから、我々は苦渋の決断を行った。

代議員会に提出された同時改定の見送りを含む決議案は、結果的に取りまとめには至らなかったが、我々執行部は、日本の医療を守りたいという思いは一致しているとも受け止め、その後、常任役員間で熟慮を重ね、5月10日の常任理事会で政府に対して、2012年度診療報酬・介護報酬同時改定の見送りを申し入れる

ことをあらためて諮り、承認を受けた。

また、5月12日の定例記者会見で、急いで同時改定見送りを重ねて主張した件については、第一に、被災地の方々に安心していただけるメッセージを早く示したかったこと、第二に、他の病院団体を含め医療界に対して、本会の方針を明確にかつ速やかに伝えるべきであると判断したためである。

5月17日の理事会、それに先立つ理事打合会にて、経緯を説明申し上げた。5月19日には原中会長が、細川厚生労働大臣に直接同時改定の見送り等の5項目の要請を申し入れた。

次に、あらためて同時改定の日本医師会の考えを申し上げる。同時改定の見送りを要請し、併せて不合理な診療報酬・介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しを要請した。

まず、全面改定の見送りということを確認に示した。不合理な診療報酬については、静岡県医師会のご指摘のとおり、診療報酬上の評価に他ならないが、過去にも、期中改定、部分改定が行われた事例がある。例年の決まった時期における改定率の決定を伴う大掛かりな改定を行うべきではないが、部分改定は不可避であると考えている。地域医療の崩壊はなんとしてでも食い止める。

医療経済実態調査については、6月3日の中医協総会で医療実態調査を行うこと自体が、診療報酬改定を行うことを意味することではないこと、本会の調査の取り扱いが従来と異なるものであることが確認され、理解を示した。但し、当実態調査は改定年を挟んだ平成21・22年度の調査である。現在進行中に大震災の影響が全国的に波及する平成23年度の実態もきちんと把握するよう強く求めている。

次に、細川厚生労働大臣の会見のご指摘については、中医協で当実態調査を実施することが同意された6月3日の記者会見では、「改定は延期しない」と発言したとの報道があった。発言内容を詳細に検討すると、大臣は「医療経済実態調査は進めていくということで、今のとこ

る、それを延期することについては考えていない」と発言している。この時の記者の質問が、「来年の診療報酬改定をやるべきか」との内容だった。延期しないと回答したのは、実態調査のことであったのにもかかわらず、改定を延期しないと誤って報道があった。

この後、厚生労働省が実調を行ったことや改定を行うことを意味するものではないと発言している。なお、原中会長が、細川大臣に5項目を申し入れた翌日の5月20日、枝野官房長官は記者会見で、本会が改定見送りを要請していることを問われ、「厚生労働省限りで判断いただける話ではなく、制度全体に係る問題であり、厚労省から相談が上があれば慎重に検討したい」と述べ、明確な方針は示していない。

日本医師会は同時全面改定の見送りの主張を続けつつ、被災地を最優先に、そして日本の医療全体の再生のために万全の態勢で取り組む。

最後に、例えマイナス改定になっても、診療報酬改定を粛々と進めるべきとのご指摘については、本日敢えて踏み込んだ形でお答えしたい。復興は遅々として進まず、原子力発電所事故は進行中である。この国難の混乱期においては現行制度の弾力的な運用で乗り切るべきであり、国の根幹を揺るがす制度改革である全面改定は行うべきではないと考えている。

執行部としては、日本医師会の地域医療を再生したいという思いは、他のどの団体にも負けず、その為に、絶対にマイナス改定は阻止しなければならない。しかし、財務省は、第二次、第三次補正予算編成に向けて、財源不足を表明している。さらに、改定率が決まる年末の2012年度予算編成においては、財政状況はさらに悪化したというだろう。現政権では財務省がますます強大化しており、復興を建前に、本来あるべき改定財源を奪い取り、医療界を徹底的に裁くだろう。更に社会保障費2200億円削減の実質的な復活まで目論んでいる。

医療界の中で財源の奪い合いになるのは必定である。病院対診療所、勤務医対開業医の対立構造が作られる。我々の主張が正しいとして

も、診療報酬引き上げの要求はマスメディアの格好の批判材料になり、それこそが財務省の思うつぼである。

日本医師会は、国民と国民の医療を守る責務がある。我が国の将来にも責任を負う立場がある。将来に希望ある医療を残すため、我々は徹底してあるべき医療の姿を示し、国民に理解をいただく努力をしていきたい。

大震災からの復興は一刻の猶予もないが、今は、復興と原子力発電所事故の終息に全国民が全身全霊を傾けるべきである。全国の医療再生もまったなしであるが、将来も持続する医療を思った時、我々は復興の為にすべきことを優先しないわけにはいかない。我々は医療再生にも必死の思いで取り組む所存である。どうぞ、ご理解のほどお願いしたい。

**(8) 医療・介護制度の改革案について**

[埼玉県]

**<提案要旨(抜粋)>**

社会保障国民会議において出された、非効率な資源利用・非最適化の現状を、充実・強力かつ効率的な資源利用にかえる将来像とするという考えの流れから社会保障改革案が出来上がっているが、効率化と言うものは、医療費特性の意味があるように思われる。

改革案には多くの問題点があると思われるが、大きな問題点についてご教示いただきたい。

**回答：鈴木邦彦常任理事**

政府の社会保障改革案は、本会の社会保障改革案も医療介護に人的資源及び財源を投入する方向性を打ち出したことは評価できるが、そこに効率化を盛り込みさらなる患者負担を強いることは、断固として反対である。今回の社会保障改革案の大きな問題点は以下のとおりである。

第一に、財源確保のために受診時定額負担や70～74歳の患者の一部負担割合の引き上げなど患者にさらに経済的負担を求めていることである。わが国では自己負担割合は最高3割とすでに公的介護保険のある先進各国中、最も高

く、限界に達しており、これ以上の患者負担が増加すれば、受診を控え重篤化するケースが生じかねない。

公的保険財源は、患者の負担に求めるものではなく、保険料や公費に求めるべきである。

第二に、さらなる急性期医療の強化を通じた平均在院日数の短縮化を打ち出していることである。日本が先進各国に比べて、平均在院日数が長く、受診回数が多いと指摘されているが、国民医療費が低く抑えられている中で、国民の健康度は極めて高く、海外からも注目されている。平均在院日数の短縮化は、高齢者の増加や医療の安心・安全確保の面からも限界である。

第三に、急性期医療とその集約化及び在宅医療に偏重していることである。医療介護については、「切れ目のない医療・介護」という視点を持つべきであり、亜急性期医療や慢性期医療を含めた全体的な機能強化が必要である。また、政府案では、医療介護の提供体制の将来像の例として、小・中学校区レベルなど地域単位を切り口に、それぞれに機能を持たせているが、地域の実情はさまざまである。日本医師会は一定の地域に限定せず、幅を持たせて都市や地方の実情や、家族の在り方も考慮した多様な提供体制を柔軟に活用できる仕組みを提案している。

第四に、医療や介護の質の低下を招きかねない強引な業務分担を前提にしていることである。政府は人的資源を投入するとはしているが、その前提として医師については他の職種との役割分担により、20%業務が減ることを見込んだとある。医療の質が低下し、国民の健康が損なわれる恐れがある業務分担を安易にするべきではない。

現行の保助看法の下でも、一定の対応は可能である。その範囲で業務分担を検討し、チーム医療を強化していくべきである。

去る5月17日に、今回の政府案について三師会の要望を取りまとめた意見書を、与謝野社会保障税一体改革担当大臣、岡田民主党幹事長、細川厚労大臣宛に提出したところである。

また、政権与党である民主党及び国民新党の関係国会議員に問題点の説明を行い、理解を求めてまいった。

超高齢社会の医療介護制度の見直しにあたっては、今後も世界的にも極めて評価の高い我が国の医療介護制度を、既存資源を活用し、超高齢社会に対応した日本型モデルとして進化できるように、国に対してさまざまな提案をしていきたいと思う。

**(9) 監査の立会について [岡山県]**

**<提案要旨 (抜粋) >**

監査の立会については、医療機関擁護の観点から担当役員が積極的に対応してきた。これに対して医師会の旅費日当は、わずかにあるものの、調書一枚ごとに署名捺印を求めるなど事務作業が大きく、1医療機関に数日かかり、1月に3、4日も監査があり負担が大きい。

監査立会会の担当者の負担について、厚労省と協議して負担軽減を図っていただきたい。

**回答：鈴木邦彦常任理事**

監査の際の学識経験者の立会については、昭和55年12月の健康保険法改正に於いて定められたものであり、これにより指導監査の更なる円滑な実施を図る事を目的とし、立会については、三師会からの働きかけにより改正された経緯がある。

行政としても公平・公正な指導監査を行うためにも、医師会が指定した学識経験者を立ち会わせることが大切と理解している。なお、本会が学識経験者を指定しない場合は、例外として基金か国保の審査員に立ち合いが依頼されることとなっている。

ご指摘のように、最近の監査案件は複雑になっており、弁護士が帯同する場合も多く、時間がかかる傾向にある。特に病院では事情聴取などに時間がかかる。監査の結果により、取り消しなどの行政上の措置が行われるため、開設管理者、保険医、医療施設の従業員等に対する調書が作られ、確認の為、最後のページに聴取さ



れた人から署名捺印をいただくことになっている。この作業は大変なものだと拝察する。

監査立会者の負担軽減については、出来るだけ一人の先生のご負担にならぬよう、都道府県、地区医師会の担当の先生方で交代する等工夫して対応いただきたい。

**(10) 日本医師会の代議員の任期及び届け出期限の変更について (要望) [宮崎県]**

**<提案要旨 (抜粋) >**

公益法人制度改革関連三法の施行により法人の役員任期が規定されることから、日医代議員と都道府県医師会の役員選出の時期にずれが生じることになる。

ついては、日医代議員の任期及び届出期限の変更を要望したい。

**回答：今村聡常任理事**

従来、都道府県医師会では役員改選年の2月に代議員会を開催し、役員と日医代議員を選出している。しかし、新制度移行後は、役員の任期は、就任日ではなく選任日から起算されるという新たな法律の縛りを受けることになることから、これまでどおり役員任期2年で運営していくためには、新年度開始後の4月以降に役員を選任する必要が出てくる。

一方、日医の代議員の任期は、前期の定款諸規程改定検討委員会で4月1日からスタートするという答申を纏めている。本会では4月に代議員会を招集し、予算、事業計画の報告を行うこととし、6月の代議員会で役員選挙と決算の承認を得るといった段取りを組んでいる。

このことを受け、宮崎県では、日医代議員の任期を4月1日にすると、都道府県医は日医代議員を前年度の2月ないし3月に選出し、また、都道府県医師会の役員は新年度の4月以降に選出しなければならないことになり、いろいろ不都合が生じる。日医代議員の任期を4月1日から5月1日に変更することにより、各都道府県医師会では、新年度の4月に都道府県医師会の役員と日医代議員を同時に選任できるので

はないかと言う具体的な提案をしてきたものであると考えている。

従来、日医役員選挙事務は代議員会の議事運営委員会で担っているが、この度、「会長選挙制度に関する検討委員会」の答申を受けた。答申の内容を「定款諸規程改定検討委員会」で検討していただいたところ、次期役員選挙(平成24年度)から、代議員会から離れた形の選挙管理委員会を設置することが提言されている。

従って、役員選挙事務が代議員会から離れることになると、代議員の任期を4月1日から5月1日に変更しても何ら問題はないことになる。ついては、宮崎県からのご提案の代議員の任期変更については、今後「定款諸規程改定検討委員会」で検討させていただきたい。

**(11) 日本医師会定款施行細則改正 (選挙管理委員会関連) [日医]**

**説明：今村聡常任理事**

本件については、先ほどの宮崎県からのご提案に対する回答でも説明したが、平成23年3月25日に「会長選挙制度に関する検討委員会」の答申が提出された。

その中で、代議員以外の会員を以って組織する選挙管理委員会を、次回選挙(平成24年度)から設置することが提言されている。これを受け、4月13日の第3回定款諸規程改定検討委員会で次回役員選挙までに、代議員会以外の会員で組織する選挙管理委員会を設置することを合意した。そして6月11日の第4回委員会で、選挙管理委員会に関する定款施行細則の改正案を検討し、本日当委員会の蒔本委員長(長崎県医師会長)から原中会長宛て中間報告として答申された。

当該施行細則の改正案については、今後、都道府県医師会と全代議員会へ送付し内容をご確認いただくと共に、来月の理事会で協議した上で、来る10月の日医代議員会で承認を得、来年4月の役員選挙から実施する運びとしたい。

**(12) 特定看護師（仮称）について [日医]**

説明：藤川常任理事

チーム医療推進会議の議論における日本医師会の考えとして、チーム医療の推進については本会としても賛成の立場である。

しかし、厚労省は、専門看護師、認定看護師を特定看護師という位置づけにして、医師が行うべき医行為の中で、侵襲性の高い行為例えリスクがあっても、研修を受けていれば良いという流れが作られつつあり、患者の医療安全の立

場からも反対の立場をとっている。

医療界、特に救急救命センターや心臓外科等からの要望が強いようであり、厚労省と看護協会が動いているが、あくまでも医師不足の医行為については医師が行うべきである。

研修医や学生にきちんと指導し医師を育てることが、医師不足の解消につながる道であろうと主張しているのご理解いただき、各県に於いても看護協会や大学病院、救急病院からきちんと同意を得て、世論形成をお願いしたい。

**印象記**

副会長 小渡 敬

平成23年6月21日、第1回都道府県医師会長協議会が行われ参加した。今回も各県より10題、日医より2題の議題が提出された。どの議題もそれぞれ重要な議題であると思われるが、特に母体保護法については従来通り医師会で行えるように議院立法で整備された。これについては執行部の話ではかなりの政治力を駆使して立法化する事が出来たという話をしていた。次に診療報酬・介護報酬の同時改訂議論については、代議員会で執行部一任になったにもかかわらず、また蒸し返すような意見が聞かれた。それに対して原中会長の答えは、震災を理由に延期すべきだと力説しており、理にかなっていない部分もあるが会長の話は妙に説得力があり、反論する者はいなかった。

政府の社会保障改革案の問題点を日医が4項目上げているので、それについて詳しくは本文に目を通して頂きたい。第1の問題は財源確保のために受診時の定額負担や患者の一部負担割合を引き上げようとしていること、第2に急性期医療の平均在院日数の短縮化を図ろうとしていること、第3は急性期医療および在宅医療に偏重していること、第4は特定看護師の問題である。

今回はそれほど活発な議論はなく時間内に終わることができた。

## 第43回九州地区医師会立 共同利用施設連絡協議会

理事 金城 忠雄



平成23年7月9日(土)・10日(日)の2日間に亘り、佐賀県医師会主催によりマリトピアにおいて、約700名が参加し、みだし協議会が開催された。

9日の第1日目は、各部門管理者会、分科会司会・演者・座長打合会が行われた後、3分科会が開催され、「第1分科会:医師会病院部門」、「第2分科会:検査・検診部門」、「第3分科会:高齢社会事業部門」に分かれて、発表・討論が行われた。

私が参加した第2分科会の「検査・検診部門」では、4医師会より発表があった。

また、10日の第2日目は、葉梨日本医師会常任理事より「今後の医師会共同利用施設のあり方」について、佐賀県立九州陶磁文化館長の鈴田由起夫先生より「九州のやきもの文化」と題して講演が行われた。第2分科会並びに講演の概要については、以下のとおり。

### 第2分科会「検査・検診部門」

#### 1. 島原市医師会の特定健診への取組について

島原市医師会 事務局員 永川直幸

島原市医師会では、特定健診は平成20年度

より島原市国保の委託を受け、島原市国保及び後期高齢者を対象に会員医療機関による個別健診と各地区公民館等を巡回して行う集団健診にて実施している。平成20年度から3年間、様々な取り組みを実施しているが、受診率アップにはつながらない。この協議会を機会に各郡市医師会の受診率アップへの取り組みについて、又、島原市国保加入者で特定健診未受診者を対象に特定健診に関するアンケートを実施した。今回、そのアンケート内容や受診率向上のために取り組んだ3年間の報告があった。

また、医療機関で定期的に受診しているのに、特定健診は受けないという受診者に、年1回は特定健診を受けていただくよう、特定健診への参加方法などを検討する必要があること等今後の課題や、特定健診事業を医師会が実施する場合、手数料等が医師会に入り、事業として十分に成り立つことの説明があった。

#### 2. 特定保健指導による諸指標変化の検討および北九州市におけるCKD対策について

北九州市小倉医師会 副会長 今渡龍一郎

北九州市小倉医師会では、北九州市国保保険



者で集団健診および個別医療機関からの保健指導依頼者の合計1,343名（男性787名、女性556名、平均年齢64.6歳）を対象とし、小倉医師会健診センターで保健指導を実施後、6ヶ月の体重変化および次年度の特定健診を受けた同一対象者665名（男性348名、女性281名）の諸指標変化を検討した。又、減量群（-1kg以上）、無変化群（±1kg）、増加群（+1kg以上）に分けて解析を行った。

その結果、保健指導6ヶ月後、動機づけ支援（996名）はそれぞれ53.2%、34.7%、12.2%、積極的支援（347名）は60.8%、25.4%、13.8%の体重変化を示し半数以上は減量に成功した。さらに次年度の特定健診を受診した同一対象者665名の全体評価では、体重1.5kg、腹囲1.9cmの有意な減少を認めた。結論としては、保健指導後、受診者全体では体重・腹囲の有意な減少を認められ、さらに体重・腹囲減少群では血圧下降、脂質代謝の有意な改善、一方増加群では血圧上昇、糖代謝（HbA1c値上昇）の悪化を認め、特定保健指導による体重、腹囲減少効果は生活習慣病発症抑制に有効と思われるとして発表があった。

また、北九州市が今年度より取り組んでいるCKD（慢性腎臓病）対策についての報告も行われた。

### 3. 大腸がん個別検診を導入して（実績報告） 熊本市医師会ヘルスケアセンター

担当理事 宮本大典

熊本市医師会では、従来大腸がん検診は集団検診でのみ実施していた。平成22年度から特定健診との同時実施という形で大腸がん個別検診を導入し1年が経過したので、実績を検証した。その結果、平成20年度の集団検診受診者数は3,771名、平成21年度の集団検診受診者数は3,620名であったが、平成22年度は集団検診受診者数は3,146名、個別検診受診者数は8,039名で合計11,185名となった。従来の集団検診のみに比べ、受診率は格段にアップした。初回受診者の掘り起こし（個別検診の88.7%（7,134名）は初回受診者であった）

や、がん発見数（個別検診で28名、集団検診で5名の発見）等で大きな成果が見られた。今後の課題は、平成23年度も実施予定の大腸がん個別検診の方法や改善について。又、がん検診の受診率アップに、個別検診は相当な効果が見込めるため、現在集団検診で実施している胃がん、肺がん検診についても個別検診体制を構築する必要があるが、画像処理や読影等の問題があるため慎重に進める必要があるとして発表があった。

### 4. 二次検診における「頸動脈エコー検査等」 の取組みについて

北部地区医師会 副会長 石川清和

北部地区医師会では、メタボリックシンドロームの生活習慣改善への早期介入を目的に、平成18年度より今帰仁村を皮切りに国頭村、名護市、本部町、東村の順に、5つの市町村と「二次検診業務委託契約」を取り交わし、市町村が指定した方を対象者として、「頸動脈エコー」、「糖負荷試験」、「尿中アルブミン検査」を取り入れた二次検診を実施している。又、診断結果を受け取った市町村保健師等により、食事指導や医療機関への受診勧奨が実施されるなどの取組みが行われている。

特定健診、二次検診の結果から、HbA1cが5.2%でも50%近くに耐糖能異常がみられ、動脈硬化も早期から発症しており、この取組みは患者指導においては有用であると考えられたとして、今回、本検診事業の概要と二次検診受診者に対するフォローアップの取組み等について発表があった。

### 講 演

#### 演題「今後の医師会共同利用施設のあり方」 日本医師会常任理事 葉梨之紀

葉梨日本医師会常任理事より、先ず、東日本大震災における日本医師会の主な活動について報告があった。

#### ①災害医療チーム「JMAT」の派遣

全国から、1,300チーム以上を被災4県（岩手・宮城・福島・茨城）に派遣した。又、

JMATとは別に、検案担当医の派遣に協力した。

②医薬品の搬送

アメリカ軍、自衛隊、警察、製薬団体等との連携を行った。

③被災者健康支援連絡協議会の結成

関係団体、内閣府、厚労省、文科省、総務省などで構成し、情報の共有、被災地の医療ニーズへの対応などを行った。

④被災地の医療再生のため、国との折衝

被災地の医療機関の再建（建替え、修繕、医療機器の購入など）のため、補助金、公的融資、優遇税制について折衝を行うとともに、被災地の医療従事者（医師、看護職員、技師、リハビリ担当者、事務職員など）の雇用の維持について折衝を行った。

日本医師会災害医療チーム「JMAT」は、医師1名、看護職員2名、事務職員1名等の構成で、被災地病院、診療所の日常診療への支援を行い、避難所、救護所における医療を行った。6月27日現在のJMAT登録状況は、1,349チーム（派遣中・派遣済み1,328チーム、派遣に向けて準備中21チーム）で、6,022名（医師2,147・看護職員1,770・薬剤師460・事務1,145・その他500）が参加している。

又、6月1日現在のJMAT参加医師会病院（暫定版）は15病院である。

次に医師会共同利用施設に関する事項について、次のとおり説明があった。

<平成22・23年度医師会共同利用施設検討委員会について>

委員会では、会長諮問「地域社会に貢献する医師会共同利用施設の今後の方向性について－医療と介護の連携を見据えて－」について検討を行っており、今期の主な議題は、公益法人制度改革への対応、医師会病院における公的医療機関への位置づけ、地域医療支援病院の位置づけ、介護や在宅医療について、医師会共同利用施設の理念、総会（今年9月・山形市にて開催）に向けた検討等を行うことにしている。

<第24回全国医師会共同利用施設総会について>

平成23年9月3日（土）・4日（日）山形市において開催し、第1分科会（医師会病院関係）、第2分科会（検査・健診センター関係）、第3分科会（介護保険関連施設関係）の3つの分科会に分けて行う予定であり、是非参加いただきたい。

<新公益法人制度について>

現在、公益社団法人に移行した郡市区医師会は、北海道の函館市医師会と東京都の調布市医師会の2医師会である。又、一般社団法人である移行法人は15医師会となっている。平成25年11月30日までに移行する必要がある、対応を迫られている。

<都城市郡医師会病院の移転について>

	設置	運営
都城市郡医師会病院	医師会	医師会
都城救急医療センター	都城市	医師会
都城健康サービスセンター	都城市	医師会

都城市郡医師会病院は、医療計画で、脳卒中・急性心筋梗塞・救急医療・小児医療の各分野の「急性期を担う中核的な医療機関」等に位置づけられている。3つの施設を中心に昭和60年より24時間365日切れ目のない救急医療体制が構築されている。

又、都城北諸県医療圏の夜間救急搬送の46%は都城救急医療センターに搬送されており、重篤な患者については3つの施設の連携で治療チームが編成されている。地域完結型の医療体制が構築されている。

移転前の課題として、各施設は昭和60年に開設されて以来25年もの間、24時間365日無休で稼働してきた施設であり、全体的に老朽化が進んできていること。現在の観点からみると、床面積等施設が狭隘化している上に、増設を繰り返してきたために効率が落ちてきていること。又、市内の診療所の無床化が進み、医師会病院へ紹介入院が増加したことなどから病床

稼働率が95%前後で推移しており、救急で重篤な患者が搬送されたときにスムーズに入院を受け入れられない事態も生じている。さらに都城市の人口の28%は救急搬送に20分以上かかるエリアに居住している。

移転計画の事業推進の基本方針は、①都城市が土地造成等の整備を行う。②都城市、三股町及び都城市北諸県郡医師会が共同で事業を推進する。③基本的には現施設と同じ状況で整備を進める方針とするが、3施設をより効率的に運用するために、一体的に、一棟建てにより整備し、都城市と都城市北諸県郡医師会が各々区分して施設を所有する「共同整備・区分所有方式」とする。

移転のメリットとして、都北ICや主要国道のそばに移転することで、各医療圏からの交通アクセスが改善することができる。又、大学から派遣される医師がアクセスしやすく、医師確保が期待できる。

なお、都城市郡医師会病院の移転についての詳細は、来る9月3日開催の第24回全国医師会共同利用施設総会第1分科会にて発表予定である。

<地域医療支援病院の要件について>

日本医師会は、去る5月19日、細川厚生労働大臣へ「2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定に関する申し入れ」を行った。今回の申し入れ事項は、4月24日に開催された第124回定例代議員会での議論を踏まえて、執行内部で検討を行った結果、取りまとめられたものである。申し入れ（要請）内容は次の5つの事項となっており、現行制度の不合理な点として、地域医療支援病院の要件等について、早急な見直しを求めた。

- ① 2012年度の診療報酬、介護報酬同時改定を見送ること。
- ② 今年度の医療経済実態調査、薬価調査、保険医療材料価格調査を中止すること。
- ③ 介護報酬の改定は見送るが、介護保険料の決定のために必要なことは行うこと。

④ 不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行うこと。

⑤ 必要な医療制度改革は、別途行うこと。

地域医療支援病院は、1988年に紹介患者に対する医療提供などを通じて、地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する目的で創設された。しかし、2004年に承認要件が緩和されて、地域医療支援病院は、大幅に増加し、現在では330病院に達しており、国公立病院が多く承認されている。

地域医療支援病院は、入院初日に地域医療支援病院入院診療加算1,000点を算定できる。DPC病院の場合には、機能評価係数を付加され、2010年以降は機能評価係数で0.0327（収入に3.27%上乘せされるということ）である。現在、地域医療支援病院の9割近くはDPC病院であるが、DPC病院も地域医療支援病院入院診療加算を算定しているとすれば、地域医療支援病院に加算されている医療費は、年間100億円にも達することを問題視し、地域医療支援病院本来の姿に戻すことを求めた。

<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。

なお、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。

なお、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、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実施率、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、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是非)等である。未解決課題等について検討すべく厚労省「保険者よる健診・保健指導等に関する検討会」として、平成23年度にようやく再開予定である。

(検討会の検討項目)

- ・ 特定健診、保健指導の実施方法について
- ・ 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容について
- ・ 保険者における特定健診、特定保健指導への取組みの評価方法等について
- ・ その他特定健診、保健指導に関連する事項について

(検討事項の進め方)

- ・ 被用者保険の被扶養者の国保への委託による対応
- ・ がん検診等との同時実施に向けた対応
- ・ 保険者毎に、健診項目をより柔軟に決定するなど、円滑な実施に向けた集合契約のあり方の検討

なお、国保への委託により受診率の向上が図られる可能性と医師会共同利用施設が受託できる可能性がある。

#### <今後の医師会共同利用施設のあり方>

○「社会保障改革に関する集中検討会議」に提出された「社会保障改革案」に対する日本医

#### 師会の見解・提言について

日本医師会は、2011年6月2日開催の社会保障改革に関する集中検討会議に提出された社会保障改革案に対し、「改革案は、社会保障の強化に向け、医療、介護に相当の資源(費用、マンパワー)を投入する方向性を打ち出しており、このことは評価できる。しかし、財源を確保するため、受信時定額負担や高齢者(70～74歳)の患者一部負担割合の引き上げなど、患者の経済的負担を求めていることは問題である。財源は患者(利用者)負担に求めるのではなく、保険料や税財源に求めるべきである。

又、政府案はさらなる急性期医療の強化を通じた平均在院日数の短縮化を打ち出している。しかし、患者負担および医療の安心・安全面から、平均在院日数の短縮化はもはや限界である」との見解を示した。

上記の見解を示した上で、日本医師会は、国民がさまざまな格差に苦しむことなく必要な医療・介護を受けることができる社会を持続させるため、以下の提言を行った。

- ①医療・介護については、地域(特に地方)や個々の家族の事情を踏まえて多様なあり方を認め、そのために、全体的かつ幅広く資源を投入すること。
- ②日本は、先進諸国に比べ平均在院日数が長く、受診回数が多いと指摘されている。しかし、国民医療費が低く抑えられている中、日本国民の健康度がきわめて高いことも事実である。今後は国民医療費を引き上げ、これまでの日本の医療のあり方を尊重しつつ、強化すること。
- ③財源は、保険料の見直し(保険料率の公平化、高所得者や大企業の応分の負担)、さまざまな税制改革によって確保すること。あらたな患者負担は求めないこと。また、消費税率を見直す場合には、控除対象外消費税を解決すること。
- ④社会保険の持続可能性を高めるため、医療・介護分野のみならず、社会全体の就業人口を確保するための雇用対策を進めること。

※「受診時定額負担」については、毎回一定額を支払うことになり、受診回数の多い高齢者には大きな負担になる。当初は定額100円であっても、いったん導入されれば、その水準が引き上げられていくことは明らかだとして、高齢者や低所得者の受診抑制につながる可能性を示唆し、導入に反対した。

※「財源」について、保険料を見直し、被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げ公平化することや、国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求めることを提言した。(保険料率は、協会けんぽ95%、組合健保79.26%、国家公務員共済69.43%などと大きな格差がある。大企業が組織し平均給与の高い組合健保や、事業主負担にかわって公費負担のある国家公務員、地方公務員、私学教職員の保険料率を、協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべき。保険料の増収効果は約1.8兆円と見込まれる)

※また、「政府案(パターン1)における医療・介護のマンパワー必要量(2025年度に704~739人)」に無理があるとして、将来の就業可能人口から見た実現可能性のあるマンパワーに設定し直すとともに、医療・介護だけでなく、社会全体での雇用対策が求められるとした。

※「医療・介護の提供体制」について、政府案の将来像の例で設定されている提供体制の圏域(都道府県単位、市町村単位、小・中学校区レベル)などを切り口に、それぞれ機能を持たせているが、日本医師会は一定の地域にこだわらず、幅をもった地域で、地域(特に地方)の実情や、家族のあり方に考慮した多様な提供体制、柔軟に活用できる仕組みを提案した。そのうえで、政府案は急性期医療と在宅医療を重視しているが、「切れ目のない医療・介護」とい

う視点を持つべきであり、全体的な機能強化が必要であるとした。

医療提供体制を整備し、救急医療から、亜急性期・回復期、慢性期、在宅療養までの切れ目のない医療を提供→医師会共同利用施設=医師会員が運営

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、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。

### 特別講演

#### 演題「九州のやきもの文化」

佐賀県立九州陶磁文化館 館長 鈴田由紀夫

鈴田佐賀県立九州陶磁文化館長から、「九州のやきもの文化」について、主に、唐津焼と有田焼を中心に歴史的・美術的・産業的観点から講演があった。

- ・2011年の九州・山口陶芸展における応募者数は147名であり、佐賀県が52%、福岡県が19%、山口県が13%の比率である。(沖縄県は3%)
- ・佐賀県内の江戸時代の登り窯跡が、唐津市・伊万里市・佐賀市・有田町・武雄市・嬉野市にある。
- ・九州陶芸のスタートラインは、安土桃山時代に始まる(「白さ」と「描くこと」の始まりは1580~1610年代)。
- ・唐津焼の場合は、1580年代に創業した。需要→高麗茶碗は朝鮮からの輸入品。技術→朝鮮陶工に来てもらう。原料→地元の土が使えた。
- ・有田焼の場合は、1610年代に創業したとのことである。需要→磁器は中国からの輸入品。技術→朝鮮陶工に来てもらう。色絵技術は中国人。原料→地元の石が使えた。
- ・肥前の甕は日本全国および東南アジアまで流通した。又、江戸時代には、土地と陶器(名品)の交換も行われたとのことがあった。

## 印象記

理事 金城 忠雄

九州各県各地区医師会からの総勢約700人の参加者であった。例年この連絡協議会は参加者が多く盛会である。沖縄県からは、北部地区医師会5人、中部地区医師会16人、南部地区医師会11人、那覇市医師会11人、沖縄県医師会理事として事務局と共に特別参加総勢45人参加した。

医師、看護師、検査部門、事務部門と3分科会に分かれ活発に発表討論が行われた。演題発表の概略については、報告本文を見て欲しい。

熊本市医師会から大腸がん個別検診についての印象深い報告があった。

特定健診との同時実施の大腸がん個別検診についてである。特定健診と個別検診大腸がん発見率0.4%は、驚くべき発見率である。がん検診の受診率アップに個別検診は相当な効果が見込めるため胃がん、肺がん検診についても個別検診体制を提案している。

日本医師会葉梨之紀常任理事の「今後の医師会共同利用施設のあり方」の講演では、はじめに東日本大震災における日本医師会JMATの活動状況の報告からはじまった。

例年話されることだが医師会立病院は、極めて公益性の高い仕事をしているが、開設者が公的でない医師会ということで公的医療機関として認定されていない。行政からそれなりの補助金があってもよさそうだが、行政のバックアップ財政の補助ができないのは疑問である。

印象深いのは「九州のやきもの文化」佐賀県立九州陶磁文化館鈴田由紀夫館長の特別講演であった。陶磁器など高価な骨董品を扱う人は、目利き独特のセンスが必要でありさもないととんでもない安物をつかまされる心配があると。「穴子の蒲焼」と「うなぎの蒲焼」の違いが分からない人は手をだしてはいけないと、陶磁文化館各職員の「湯のみ」の品定めがあり、職務上気品ある湯飲みを利用して欲しいとユーモアたっぷりの導入で始まった。私など穴子もうなぎも同じようなものと思う者には、高価な骨董品に関わってはいけない人種であると理解し、いたく感心した。

陶磁器の九州地場産業の歴史として、当初は中国朝鮮から輸入、安土桃山時代になり、朝鮮から陶工を連れて来てはじめて地元の原料で焼けるようになった。唐津焼有田焼ができるようになったのは1580～1610年代で、現在の芸術性の高い産業的發展につながっていると話された。

当連絡協議会終了後、近代日本を築いた佐賀鍋島藩の賢人たちの足跡や「弥生人の吉野ヶ里」を訪ねた。吉野ヶ里で思ったことは、日本人は弥生時代の昔から立派な土器を作りしかも芸術的な品性を持っている。そのセンスのある日本人が陶磁器を焼き作るのには、4～500年前の中国朝鮮半島から来た陶工たちの指導でしか作成できなかったとは、専門家が言うから疑いないとは思いますが不思議であり納得しがたい。

当連絡協議会に参加して、九州各県各医師会の活発な活動状況が見聞できた。平成25年は、沖縄南部地区医師会の担当で開催される予定になっている。



## 第112回沖縄県医師会医学学会総会



広報委員 白井 和美



梅雨も明け、抜けるような青空に、早夏の日差しが眩しく照りつける6月12日(日)、第112回沖縄県医師会医学学会総会が開催された。当日は、朝8時頃県医師会館に到着したが、すでに駐車場は8割がた埋まっており早くも盛会が予想できた。医師会館に入ると、ホール正面には、東日本大震災の県医師会医療班への感謝メッセージが書かれた大きな寄せ書きが目飛び込んできた。被災された方々の1日も早い復旧・復興を願ってやまない。正面受付は大勢の来場者で混雑していた。その横には来春完成予定のおきなわクリニカルシミュレーションセンターのデモビデオが流されており、その美しい映像に思わず見とれてしまった。

さて、昨年12月に開催された第111回医学学会総会から日曜日1日での開催となり、このところ学会運営に創意工夫が見られるが、今回も

更なる改良が加えられていた。総会日程表をご覧頂くとお解かりの様に今回の日程には一切重複が見られない。特別講演、ミニレクチャーと、分科会長会議・一般演題に重複が無いため、誰もが貴重な講演を聞き逃すことなく大変スマートな学会運営であった。このため、医学会長挨拶、会頭挨拶は若干早めに始まったが、これを実現されるためご苦労されたプログラム編成委員会委員を始め関係各位のご努力には頭が下がる想いであった。当日、関係された先生にお話を伺うと、「まだまだ変化の途中でこれからもより良い学会運営のための更なる飛躍にご期待ください。」との力強いお答えを頂いた。

総会は、須加原一博医学会副会長の司会で始まった。医学会長挨拶では、次回の医学学会総会から研修医を対象とした、沖縄医学会賞(仮称)の創設を検討中であることや、各分科会を

紹介する施策として県医師会報に紹介文を掲載予定であるなど意欲的な取り組みの紹介があった。会頭挨拶では、画像診断を中心とした医学の進歩の中で、おどなりにされて来た感のある患者さんとの communication の重要性を今一度認識する機会として本日の特別講演を企画されたとの説明があった。医療訴訟が急激に増加しつつある昨今の情勢に対し、時宜を得た企画を頂いた会頭に心から感謝したいと思った。

挨拶の後は、各会場に分かれ一般演題の発表・討論が行われた。事務局の隅々まで行き届いた配慮の元、滞りなく議事は進行して行く。が、想定外の事態というものは起きるわけで、今回は発表者が使う指示棒が不足し、一時はどうなる事かと気をもんだが、直に予備の指示棒が調達され事無きを得た。裏方の苦勞の一端が伺える貴重な経験であった。

1時間の一般講演の後、特別講演が行われた。3階のホールは、人で埋め尽くされ、特別講演への熱い期待が感じられた。座長は、今回は沖縄プライマリ・ケア学会代表世話人の、稲福全三先生が務められた。稲福先生は演者の永井友二郎先生とは御昵懇の間柄で、今回の講演実現のためにわざわざ東京まで出かけ、永井先生に強力に働きかけて下さったという。熱い心をお持ちの先輩方に深く感謝申し上げたい。さて、永井友二郎先生の特別講演「人間的な良い医療を目指してープライマリ・ケアこそ医学の本道ー」は、太平洋戦争中の先生の貴重なご経験の紹介に始まった。臨床経験を重ねながら、「医療は病人のため、病人中心でなければならない」と確信され、実地医家のための会、日本プライマリ・ケア学会、日本プライマリ・ケア連合学会と、着実な成果を上げられ、更に医学会の中心にプライマリ・ケア連合学会が存在するという理想の実現に今も努力されている先生の熱意に終始圧倒された。92歳とは思えぬ先生の力強いお声、お姿は、サクセスフル・エイジングのお手本であり、ますますのご活躍が期待できると感じさせた。

ミニレクチャーが始まる前に、来春完成予定

のおきなわクリニカルシミュレーションセンターに関するプロジェクトの進行状況の報告が、琉球大学地域医療教育開発講座阿部幸恵准教授より行われた。「All 沖縄」を目指し、全ての医療人が利用できる教育施設として多彩なプログラムを用意して着々と準備が進められているという。展示ブースには、最新のシミュレーション機器が展示され、心肺蘇生のモデル人形しか知らない著者には隔世の感があり、センターへの期待感がいやがうえにも膨らんだ。

ミニレクチャー2題は、どちらも実地医家の関心事が取り上げられた。タイムリーな演題を両演者とも大変わかりやすく講演され、フロアからも活発な質疑応答が行われた（詳細は割愛する）。この後再び一般講演が行われ、最後に分科会長会議が開かれ全ての日程が終了した。

大変充実した内容の学会であり、タイトな時間割の中、司会の須加原先生のスムーズな進行が目をつけたが、各セッション間の移行が10分というのは少し慌しく感じた。医学会総会の今後の更なる進歩を期待したい。

※永井友二郎先生の特別講演の内容については、本会会報10月号へ掲載致します。

第 112 回沖縄県医師会医学会総会日程

会 期：平成 23 年 6 月 12 日 (日)  
会 場：沖縄県医師会館

- |   |               |  |
|---|---------------|--|
| 1 | 08:00 ~ 08:30 | ポスター掲示、準備、閲覧   |
| 2 | 08:30 ~ 08:40 | 医学会会長挨拶・会頭挨拶   |
| 3 | 08:50 ~ 09:50 | 一般講演① 発表・討論  |
| 4 | 10:00 ~ 11:00 | 特別講演<br>「人間的な良い医療を目指してー<br>プライマリ・ケアこそ医学の本道ー」<br>永井医院 院長 永井 友二郎   |
| 5 | 11:10 ~ 12:10 | ミニレクチャー (ランチョンセミナー)<br>①「心房細動に対するカテーテルアブレーションーどのような心房細動症例がアブレーションの適応かー」<br>翔南病院循環器内科部長 大城 力<br>②「緑内障の疫学と他科処方における留意点」<br>琉球大学医学部附属病院眼科講師 酒井 寛 |
| 6 | 12:20 ~ 13:30 | 一般講演② 発表・討論  |
| 7 | 13:40 ~ 14:20 | 分科会長会議   |

## 医学会頭挨拶



第112回沖繩県医師会医学会総会会頭  
平安山 英達

名嘉村博医学会長から会頭の依頼があり、本日の第112回沖繩県医師会医学会総会の会頭挨拶を申し上げることになりました。誠に恐縮で身に余る光栄でございます。

ご存知のとおり、3月11日、東日本で未曾有の、甚大な被害をもたらした大震災、大津波、それに続く原発事故と、かつて日本が経験したことのない災害がおこりました。多くの尊い命が失われ、まことに残念無念、言葉もなく、ただただ涙の連日でございます。

震災により不幸にも亡くなられた方のご冥福を謹んでお祈り申し上げるとともに、被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。

震災後、被災地へは、国内はもとより、130を超える国・地域より多くの温かい人々の物的、精神的支援がありました。地域復興に向けた医療支援も本格化してくる中、県医師会もこれまで多数の医療STAFFを派遣されておりますが、三ヶ月たった今日、まだ復旧復興は緒に就いたばかりです。

各地で予定されていた多くの文化、学術、スポーツ等のイベントが自粛する動きが広がっています。行き過ぎた自粛は、国民の消費活動が停滞し、日本経済や被災地の復興にもマイナスになりかねないという主催者のご意向もあり、今回の開催に至ったと理解しております。

多くの尊い命を奪い、甚大な災害をもたらした東日本大震災からの復興は長期を要する様相になってきましたが、被災された方たちが、ごく当たり前の日常生活を取り戻す日々が1日も早く来ることをお祈り致します。

さて、本会の開催も112回を数えることになりました。私が初めて参加したのは1969年ご

ろだったと思います。当時は原稿を書き、写真にとって、スライドを作るのに一苦労でした。発表はプロジェクターにスライドを入れて一枚一枚投影していました。あれから40年余、パソコンを駆使しての現在のスライドは、発表者の意図する情報データを緻密でありながらも鮮明でわかりやすく迅速に伝達可能なものになっています。

パソコンに未熟なわれわれの時代は過ぎた感があります。

この40年間、医療も大きな変化を遂げました。特に超音波エコー、CT、MRIによる診断技術の進歩は目を見張るものがあり、隔世の感があります。当時は診断に難渋していた疾患が、いとも簡単に、しかも非侵襲的に診断がつくようになりました。非常にありがたいことです。治療の面でも、分子、遺伝子を標的にした治療が始まっています。

他方、診断技術、治療の発展のかげで失われたものもあるような気がします。それは、患者や家族との人間関係が希薄化したことではないでしょうか。

かつては、病歴や理学的所見を駆使しないと、診断できなかった疾病が、画像診断の発達で簡単に診断できるようになり、言葉によるcommunicationや、触診による非言動的communicationが薄くなってきているように思えてなりません。いくら医学が進歩しても、臨床医の基本たるものは、懇切丁寧に問診をとり、診察する姿勢であると信じています。それが患者とのcommunicationをより良くし、好ましいDoctor-patient relationshipの構築に不可欠の要素であると思います。これは今も昔も変わ



りないと思っています。

今後も医学の進歩は止まる事はないし、医者  
と患者間にある目に見えない垣根は高くなるば  
かりであろう。如何にそれと対峙して解決して  
いくかは、医療の最前線である臨床医の原点に  
立ち返るしかないと思われれます。

40年余にわたっての臨床医として勤務し、  
若い医者への研修に携わってきた者の率直な感想  
をのべてきましたが、これからの自分を律する  
意味をこめての自戒の念でもあります。

今日は、特別講演として【人間的な良い医療  
を目指して—プライマリ・ケアこそ医学の本  
道—】と題しまして、永井友二郎先生の貴重な

ご講演を拝聴することができますことはこの上  
ない喜びであります。私たち会員にも多くの示  
唆に富んだお話が聞けるものと喜んでいま

また、演題を発表される先生方の実践の成果  
を発表、討議することにより、ご出席の皆様  
にはさらなる知識と技術の研鑽を深められ、臨  
床の現場でご活用くださいますようお願い申し  
上げます。

最後に、本会の発展にご尽力くださいました、  
多くの諸先輩方、先生方に衷心より敬意を表す  
るとともに、医学会の開催に大変ご苦労くださ  
いました医師会関係者の皆さんにも心から感謝  
を申し上げ私の挨拶とさせていただきます。

## ミニレクチャー

### (1) 「心房細動に対するカテーテルアブレーション —どのよう な心房細動症例がアブレーションの適応か—」



翔南病院循環器内科部長 大城 カ

心房細動は我々臨床家が日常もっとも遭遇する  
機会の多い不整脈である。心房細動になると  
心房は単に痙攣状態となり、収縮機能がなくな  
るため25%心拍出量が低下する。さらに、頻  
脈や全く不規則な心室拍動により心不全の原因  
となる。また心房収縮の欠如により心房内で血  
栓が形成され重篤な脳血栓塞栓症の原因とな  
る。これまでは根治が困難な不整脈と思われ薬  
物療法が一般的であった。薬物療法は、抗血栓  
療法、発作回数を少なくするための抗不整脈療

法と発作時の心拍数を抑えるレートコントロール  
が行われてきた。しかし、心房細動は進行性  
の疾患であり、薬物療法ではその進行を抑制す  
ることは出来ず、常に脳梗塞や心不全のリスク  
と隣り合わせである。ところが心臓電気整理検  
査の目覚ましい発展により、カテーテルアブレ  
ーションで高い根治率が得られるようになった。  
発作性心房細動の約90%が根治可能とな  
った。現在の心房細動に対するガイドラインで  
は、自覚症状が強く、薬剤抵抗性の発作性心房  
細動がクラスIIの適応となっている。しかし、  
自覚症状がなくとも脳梗塞の原因となりえ、進  
行性疾患であるが故、いずれ薬物も無効となり  
年間5.5%で発作性心房細動は慢性化する。し  
たがって、アブレーションは心房細動歴ができ  
るだけ短い心筋の変性が少ないうちに行ったほ  
うが望ましいと考える。心房細動と一生付き合  
っていくか、あるいは根治させるかは大きな違  
いである。そこで現段階でどのような症例がア  
ブレーションの良い適応か当院での知見を報告  
する。

**(2)「緑内障の疫学と他科処方における留意点」**



琉球大学医学部附属病院眼科講師 酒井 寛

緑内障は本邦における失明原因の第一位であり、疫学的に重要な疾患である。日本における緑内障疫学調査としては、多治見市で行われた多治見スタディと、それと同じプロトコルを用いて本県久米島町で行われた久米島スタディがある。以前から沖縄県においては患者数が多いことが知られていたが、やはり沖縄県における閉塞隅角緑内障の有病率が高いこと、失明原因としても重要であることが示された。閉塞隅角緑内障は自然または薬物による散瞳が急性

型の発症の引き金となることが知られている。抗コリン作用のある多くの薬物の禁忌、注意に緑内障が含まれる理由である。眼科において高周波超音波検査、隅角鏡検査などの精密検査を行うことが確実であるが、霧視、眼痛、頭痛、嘔吐等の急性症状をあらかじめ患者に説明すること、遠視、高齢、女性などの疫学的バックグラウンドを知っておくことも有用である。逆に、特に小児に対するステロイド投与は自覚症状なく著しい眼圧上昇と不可逆的な視力低下の原因ともなる。この症状の有無は、眼圧上昇が急性であるか亜急性または慢性であるかの違いにより生じる。

講演項目はおおよそ以下の通りである。

1. 緑内障の疫学 (世界、日本、沖縄)
2. 緑内障の分類と解剖学的特徴
3. 抗コリン作用薬剤による閉塞隅角緑内障の誘発  
ステロイド投与による眼圧上昇の特徴

**一般講演 演題・演者一覧**

**呼吸器外科**

1. 白血病治療中に併発した肺アスペルギルス症の1切除例  
琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座 古堅 智則
2. 気管気管支、静脈還流異常を伴う症例に対し胸腔鏡下手術を施行した2例  
中頭病院 外科 嘉数 修
3. 他疾患治療中に発見された縦隔原発静脈性血管腫の1例  
中頭病院 外科 矢田 圭吾
4. 導入化学療法にて完全切除し得た進行胸腺癌 (正岡III期) の1例  
国立病院機構 沖縄病院 外科 饒平名 知史
5. 酸化セルロースによる被覆後に気胸を再発した2例  
中頭病院 外科 小渡 稚子
6. 横隔膜腫瘍との鑑別を要したsolitary fibrous tumorの1切除例  
中頭病院 外科 日高 竜太
7. 単孔式内視鏡下手術を施行した呼吸器外科手術症例の検討  
中頭病院 外科 大田 守雄

**形成外科**

8. 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2) 皮膚拡張器挿入の注意点  
クリニックいなみ 伊波 博雄

9. 脱毛レーザー後、埋没毛と似た症状を呈した色素斑  
当山美容形成外科 當山 護
10. 下腹部正中切開術後の患者における、腹部皮弁による乳房再建について  
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
11. 小児85% 3度熱傷症例における、自家培養表皮 (ジェイス&reg;) の使用経験  
県立南部医療センター・こども医療センター形成外科 西関 修

**整形外科**

12. 上腕骨近位骨端線離開 (little leaguer's shoulder) の治療経験  
与那原中央病院 大城 朋之
13. スポーツ選手における肩Bennett病変  
与那原中央病院 高江洲 美香
14. スポーツ選手における肩関節脱臼に対する治療  
はえばる北クリニック 安里 英樹
15. 第5/6頸椎片側椎間関節脱臼と第6頸椎椎弓骨折を合併した1例  
南部徳洲会病院 整形外科 宮崎 洋介
16. 特発性脊髄硬膜外血腫症例の臨床的検討  
沖縄協同病院 津田 智弘
17. バルーン椎体形成術  
大浜第一病院 整形外科 宮里 剛成

**呼吸器内科**

- 18. 診断に苦慮した肺塊状陰影の1例  
浦添総合病院呼吸器センター  
前住 忠秀
- 19. 当院で経験したデング熱の一例  
ハートライフ病院 新垣 珠代
- 20. 前立腺癌に対するMaximum Androgen Blockade療法施行中に発症した間質性肺炎の一剖検例  
中頭病院 病理科 青山 肇
- 21. 咯血で来院した気管原発のcapillary hemangiomaの1例  
豊見城中央病院 小林 剛大
- 22. 劇症型A群連鎖球菌性肺炎で死に至った一例  
豊見城中央病院 内科 高橋 伸幸
- 23. Klebsiella菌による敗血症性肺塞栓と腎膿瘍を合併した一例  
豊見城中央病院 新垣 桂
- 24. ステロイド減量中に再発を繰り返した特発性器質化肺炎の1例  
中頭病院 名嘉村 敬
- 25. アミオダロンが原因薬剤と考えられる薬剤性間質性肺炎の一例  
中頭病院 小倉 加奈子
- 26. 胸水貯留をきたしたIgG4関連疾患の1例  
国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 那覇 唯
- 27. 当院における結核性リンパ節炎症例の検討  
国立病院機構沖縄病院 原 真紀子
- 28. 肺扁平上皮癌の治療中に悪性線維性組織球腫を合併した1例  
那覇市立病院 上間 貴仁
- 29. Phase-contrast MRIによる肺血流評価と肺動脈圧の関連性  
琉球大学医学部 放射線科 土屋 奈々絵

**感染症**

- 30. 中年女性に発症したA群溶連菌による急性腹膜炎の一例  
豊見城中央病院 腎臓膠原病内科  
村山 知生
- 31. 当院で経験したデング熱の一例  
沖縄赤十字病院 内科 儀間 清悟
- 32. 多剤耐性肺炎球菌による髄膜炎の1症例  
中頭病院 内科 河野 圭
- 33. 神経梅毒の再燃に対し、再度PCG大量療法を実施した1例  
浦添総合病院 総合内科 橋本 成司
- 34. インフルエンザ桿菌による血栓性内頸静脈炎の1例  
中頭病院 内科 仲村 尚司
- 35. 早期診断し、長期間の集中治療管理を必要とした破傷風の一例  
中頭病院 岩田 はるか

**消化器外科**

- 36. 腹腔鏡下胃全摘後のPetersen's defectに生じた内ヘルニアに対し腹腔鏡下に整復しえた1例  
中頭病院 外科 卸川 智文
- 37. 胃軸捻転症を伴い、胃前庭部がかん頓した食道裂孔ヘルニアの1例  
大浜第一病院 外科 高江洲 享
- 38. 術前診断の可能であった左傍十二指腸ヘルニアの一例  
県立中部病院 外科 菊川 元博
- 39. CT検査にて早期診断に至った子宮広間膜ヘルニアの1症例  
那覇市立病院 外科 林 裕樹
- 40. 緊急開腹手術となった出血性胆嚢炎の一例  
豊見城中央病院外科 島袋 伸洋

- 41. 胆石イレウスの2例  
那覇市立病院 外科 知花 朝史
- 42. コイル塞栓術が有用であった胃大網動脈瘤破裂の一例  
県立中部病院 伊志嶺 徹
- 43. 特発性気腹症の一例  
豊見城中央病院 外科 大宜見 由奈
- 44. 臍混合型IPMNに対して腹腔鏡補助下脾温存全摘術を施行した1症例  
琉球大学大学院医学研究科消化器・腫瘍外科学講座  
赤松 道成
- 45. 追加切除を行った腹腔鏡下直腸切除2症例の検討  
沖縄赤十字病院 外科 安藤 美月
- 46. 腹腔鏡下嚢胞開窓術および大網被覆術を施行した巨大肝嚢胞の1例  
県立中部病院 外科 井上 学
- 47. 腹腔鏡下リンパ節生検が有用であった悪性リンパ腫の2症例  
与那原中央病院 外科 平良 一雄
- 48. 家族集積性を認めた異時性重複癌の1例  
那覇市立病院 上江洲 一平
- 49. 直腸内分泌細胞癌に対しCDDP+etoposide併用療法が奏効した一例  
県立八重山病院 外科 神田 幸洋
- 50. 治療に難渋した胃全摘術後重症逆流性食道炎の1例  
県立中部病院 外科 村上 隆啓
- 51. 成人腸重積症の2例（大人は子供とは違う）  
県立中部病院 外科 別城 悠樹

**一般外科**

- 52. 当院における閉経前ホルモン受容体陽性乳癌における術後内分泌療法の検討  
那覇西クリニック 上原 協
- 53. 乳癌に対するラジオ波焼灼術の成績  
那覇西クリニック まかび 玉城 信光
- 54. 当院におけるパセドウ病に対するヨード内用療法の効果と安全性の検討  
那覇市立病院外科 玉城 昭彦
- 55. 新生児下咽頭梨状窩瘻孔の1例  
県立中部病院 外科 島垣 智成
- 56. 非外傷性腹壁血腫の2例  
中頭病院 外科 間山 泰晃
- 57. 当院で経験した鼠径ヘルニア再発例3例  
豊見城中央病院 外科 仲地 厚
- 58. 尿路結石様症状で来院した後腹膜神経鞘腫の一例  
県立中部病院 外科 藤居 勇貴





報 告

**消化器内科**

- 59. 粗大結節肝を呈した原因不明の重症急性肝炎の1例  
ハートライフ病院 富里 孔太
- 60. 超高齢者の慢性C型肝炎患者(2b型高ウイルス量)に対しペグインターフェロン $\alpha$  2a単独投与が著効した1例  
大浜第一病院 消化器内科 山城 惟欣
- 61. EUSガイド下嚢胞ドレナージ術が奏功した臍仮性嚢胞の4症例  
県立中部病院 消化器内科 吉田 幸生
- 62. 臍癌十二指腸ステント留置後、ステントエッジにより潰瘍形成されたが、ステントを湾曲させ穿孔を回避しえた1例  
県立中部病院 消化器内科 久保田 富秋
- 63. 胃悪性狭窄に対するステント治療の検討  
浦添総合病院消化器センター 内科 仲村 将泉
- 64. 小腸内視鏡にて整復しえた小腸捻転の1例  
県立中部病院 消化器内科 松本 理沙
- 65. 気管支拡張症を伴う非結核性抗酸菌症に生じた難治性下痢の1症例  
国立病院機構沖縄病院 消化器内科 樋口 大介
- 66. 門脈血栓症にK.pneumoniae敗血症を合併した1例  
沖縄協同病院 高嶺 光

**産婦人科**

- 67. 子宮鏡により診断に至った早期子宮体癌の1例  
豊見城中央病院 産婦人科 濱川 伯楽
- 68. 卵巣腫瘍との鑑別を要した小腸由来のGastrointestinal Stromal Tumor (GIST) の二例  
琉球大学医学部附属病院 産婦人科 金城 淑乃
- 69. 骨盤臓器脱に対するTVM (Tension-free Vaginal Mesh) 手術の合併症の検討  
沖縄協同病院 泌尿器科 嘉手川 豪心
- 70. 当科における臍帯脱出症例の検討  
県立中部病院総合周産期母子医療センター 産科 諸井 明仁
- 71. 妊娠22週で発症したHELLP症候群の1例  
県立南部医療センター・こども医療センター 産婦人科 大原 康弘
- 72. 当院で経験した子癇症例の検討  
県立中部病院総合周産期母子医療センター 産科 高江洲 庸子
- 73. 沖縄宮古島地区「子どもの健康と環境に関する全国調査」の進捗状況  
琉球大学医学部産婦人科 佐久本 薫

**一般**

- 74. 当施設におけるClinical physiology of vital signs Simulationの実績  
大浜第一病院 救急総合診療科 入江 聡五郎
- 75. 脳卒中再発予防と地域連携に関するアンケート - 県内かかりつけ医からの集計 -  
琉球大学医学研究科循環器・腎臓・神経内科学 伊佐 勝憲
- 76. 未成年禁煙治療の現況  
沖縄大学 山代 寛
- 77. 双極性障害の抑うつに認知行動療法を行い再入院を回避した1例意欲の図式化の試み  
博愛病院 仲里 淳

**血液**

- 78. 当院で経験したEBV抗体陰性のEBウイルス関連血球貪食症候群の報告  
豊見城中央病院 腎・リウマチ膠原病内科 西平 守邦

- 79. 抗生剤使用後に発症した後天性血友病(複数凝固因子インヒビター高値)の1例  
沖縄協同病院 内科 澤紙 秀太
- 80. 寒冷凝集素症の1例  
沖縄赤十字病院 血液内科 中里 哲郎
- 81. ラスプリカーゼにより救命できた悪性リンパ腫に合併した腫瘍崩壊症候群の1例  
琉球大学卒後臨床研修センター 大山 泰司

**内分泌・代謝**

- 82. 骨粗鬆症による胸背部痛を主訴に受診し、Cushing症候群と診断された1例  
県立南部医療センター・こども医療センター 外間 亮
- 83. 意識障害と後頭部痛にて受診したCushing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 窪田 圭志
- 84. 当初抑うつ症と診断されていた多腺性自己免疫症候群2型(Schmidt症候群)の1例  
琉球大学医学部附属病院(第二内科) 砂川 澄人
- 85. シタグリブチンの使用経験:6ヶ月以上治療継続例における検討  
かつれん内科クリニック 勝連 英雄
- 86. OKINAWA study <経口吸着炭素製剤(クレメジン)の2型糖尿病性腎症早期腎不全に対する有効性についての研究>  
名嘉村クリニック糖尿病甲状腺センター 幸喜 毅
- 87. 当センターにおける初期研修医向け短期研修プログラムの有効性  
大浜第一病院 糖尿病センター 谷川 幸洋

**膠原病**

- 88. 腎出血を契機にChurg-Strauss症候群と診断された1例  
豊見城中央病院 腎臓内科 矢萩 浩一
- 89. 全身性エリテマトーデス(SLE)に合併した線維筋痛症(FM)  
おおうらクリニック 大浦 孝
- 90. 不明熱と両側乳房の皮疹で発症した結節性多発動脈炎の1例  
那覇市立病院 喜瀬 高庸
- 91. 高カルシウム血症を機に発見されたサルコイドーシスの1例  
那覇市立病院 仲宗根 尚子



**腎・泌尿器**

- 92. LOH 症候群に対するホルモン補充療法の経験  
 沖縄赤十字病院 泌尿器科 外間 実裕
- 93. 腎血管筋脂肪腫の自然破裂に対して選択的動脈塞栓術を施行した1例  
 県立中部病院 國崎 正造
- 94. 気腫性腎盂腎炎の1例  
 南部徳洲会病院 泌尿器科 仲宗根 啓
- 95. 当院における腹水濾過濃縮再静注法の検討  
 沖縄赤十字病院外科 豊見山 健
- 96. ARDS 発症後、好酸菌増多症を来とし、呼吸器症状・心不全症状を繰り返した透析患者の症例  
 沖縄協同病院 内科・血液浄化 柏木 宏幸
- 97. 診断に苦慮したMPGNの1例  
 豊見城中央病院 腎臓・リウマチ膠原病内科 永山 聖光

**循環器外科**

- 98. 左内胸動脈 (LITA) - 左前下行枝 (LAD) バイパス術後 25 年後造影症例の検討  
 沖縄協同病院 心血管センター外科内科 當山 真人
- 99. OPCAB と On-pump beating CABG の比較検討  
 南部徳洲会病院 上江洲 徹
- 100. rt-PA 投与後緊急手術を施行した急性期脳梗塞を合併した急性大動脈解離症例  
 琉球大学 胸部心臓血管外科 神谷 知里
- 101. Bartonella henselae 感染性心内膜炎の1例  
 県立中部病院 心臓血管外科 谷口 直樹
- 102. 嘔声にて発見された嚢状弓部大動脈瘤の1手術例  
 牧港中央病院 心臓血管外科 達 和人
- 103. 腹部大動脈瘤血栓閉塞症の1手術例  
 琉球大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座 新垣 涼子
- 104. 3 度の大動脈瘤手術を要した1例  
 南部徳洲会病院 心臓血管外科 樋口 さやか
- 105. 2 度目の人工血管破綻をきたした大動脈炎症候群に伴う、非吻合部仮性動脈瘤に対する EVAR の1例  
 琉球大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座 戸塚 祐一

**循環器内科**

- 106. 冠動脈ハイリスク症例における心血管代謝因子の管理状況  
 豊見城中央病院 嘉数 真教
- 107. 造影CTにより急性冠症候群と大動脈解離の鑑別が有効であった症例  
 豊見城中央病院 仲松 元二郎
- 108. 当院の冠動脈CTにおける偽陽性例の検討  
 大浜第一病院 放射線科 新里 仁哲
- 109. 僧帽弁の感染性心内膜炎から多発関節炎、脳塞栓を発症した1例  
 豊見城中央病院 林 健太郎
- 110. 心筋梗塞を疑わせる心電図変化を呈した急性心筋炎の1例  
 那覇市立病院 川畑 有香
- 111. 完全房室ブロックを起こした急性心筋炎の1例  
 豊見城中央病院 循環器内科 日高 幸宏
- 112. 慢性好酸球性肺炎の経過中に好酸球性心筋心膜炎を発症した1例  
 ハートライフ病院 下浦 広之
- 113. wide QRS tachycardia の初期診療における pit-fall : 硫酸マグネシウム投与により心室細動が誘発された1例  
 大浜第一病院循環器科 前田 武俊
- 114. 当科における右室・左室流出路における高周波カテーテルアブレーション  
 豊見城中央病院 大庭 景介

- 115. 心房細動のカテーテルアブレーションにおける NavX システムの有用性  
 豊見城中央病院 内科 前田 峰孝

**肝胆膵**

- 116. インスリン過分泌を伴わない低血糖発作を呈した巨大肝細胞癌の1例  
 浦添総合病院 研修医 鈴木 志穂
- 117. 肝内結石に合併した胆管細胞癌の1例  
 沖縄県立中部病院 外科 田邊 太郎
- 118. 切除不能悪性下部胆管狭窄に対しEUS-CDSにて減黄処置した1例  
 沖縄県立中部病院 山田 航希
- 119. 当院における腹腔鏡下肝切除術  
 中頭病院外科 砂川 宏樹

**緩和**

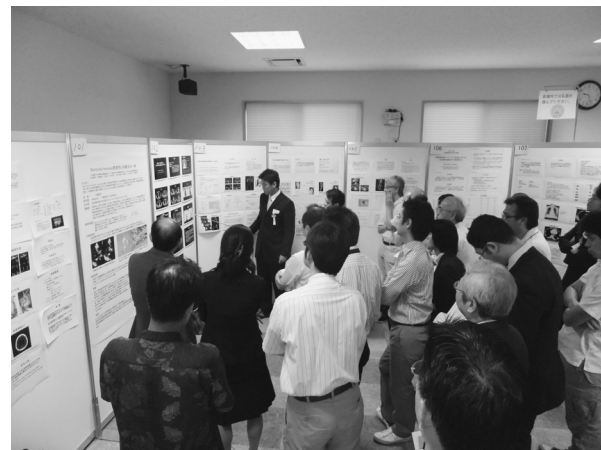
- 120. 腹膜悪性中皮腫の強い腹痛に対し使用したフェンタニル注に耐性を示した1例  
 浦添総合病院 新里 誠一郎
- 121. あなたの施設のがん患者の痛みは本当にとれているか? : Quality Indicator としての沖縄県内がん診療病院での疼痛除去率調査の始まり  
 南部病院 笹良 剛史
- 122. 名嘉村クリニックの在宅医療における看取りの現状とその問題点について  
 名嘉村クリニック 在宅ケアセンター 大浜 篤

**脳神経外科**

- 123. 当院における germinoma の治療戦略  
 琉球大学医学部附属病院 脳神経外科 長嶺 英樹
- 124. 脳幹部病腫瘍の臨床的診断  
 琉球大学医学部 脳神経外科 外間 洋平
- 125. パーキンソン病に DBS 手術が有効であった症例の報告  
 沖縄セントラル病院脳神経外科 宮城 航一
- 126. 脳腫瘍摘出術の術前検討において3次元画像解析システムが有効であった1例  
 琉球大学医学部脳神経外科 宮城 智央

**神経内科**

- 127. Vogt-小柳-原田病の1例  
 沖縄赤十字病院 神経内科 嘉手川 淳
- 128. 道順障害を生じた脳出血の1例  
 豊見城中央病院 神経内科 小居 浩之
- 129. 脳底動脈閉塞症の臨床検討  
 県立南部医療センター・こども医療センター神経内科 神里 尚美



## 第194回沖縄県医師会臨時代議員会

—平成22年度会務報告・諸決算を承認、理事補欠選挙で村山貞之理事を選出—



去る6月22日（水）、午後7時30分より本会館において第194回臨時代議員会が開催された。

はじめに新垣善一議長より定数の確認が行われ、定数59名に対し、46名が出席し定款34条に定める過半数に達しており、本代議員会は有効に成立する旨宣言された。

続いて、宮城会長より次のとおり挨拶があった。

### 沖縄県医師会会長挨拶

○宮城会長



皆さんこんばんは。本日は平成22年度の会務、諸決算などについてご審議いただくべく、第194回臨時代議員会を開催いたしましたところ、多数の代議員に

ご出席を賜り厚く御礼申し上げます。

おかげを持ちまして、平成22年度の会務も

代議員の先生方、会員各位のご協力によりまして予定しておりました諸事業も滞りなく推進することができました。

さて、去る3月11日に発生いたしました東日本大震災においては、未曾有の大災害をもたらし、多くの尊い人命が失われました。いまだに行方がわからない方が数多くおられます。亡くなられました方々に哀悼の意を表するとともに、被災された方々にお見舞いを申し上げたいと思います。

ご存じのとおり、本会では3月15日より岩手県大槌町に医療支援班を派遣いたしまして、被災された方々の診療にあたっておりましたが、現地の医療の復興状況を確認すると共に地元の医師会と対策本部とも調整し、5月末日をもって無事撤退をいたしました。

約2カ月半にわたり、総勢79名の医療班を派遣いたしましたが、ご協力をいただいた会員各位並びにコ・メディカルスタッフ、事務職員をはじめ、関係各位にはこの場をお借りして改



めて感謝を申し上げる次第であります。

沖縄県医師会といたしましても、今後も復興に向けて協力していく所存でありますので、引き続きのご支援を賜りますようお願い申し上げます。

一方、政局に目を向けますと、国民の期待を受け、昨年6月に就任した菅総理は、いまや党内からも批判が相次ぎ、早期の退陣を迫られている状況にあります。

就任した当時は、「強い経済、強い財政、強い社会保障」の一体的実現を表明し、民主党として、総選挙において総医療費に対するGDP比をOECD加盟国平均まで引き上げると公約しておりました。しかし蓋を開けてみますと、「混合診療全面解禁」、「株式会社の参入」、これらは自公時代にやってきた方針をそのまま再提案しており、現在も医療の営利産業化に向けた政策を展開しております。

しかしながら、医療の営利産業化によって、国民が受ける医療に格差をもたらし、国民皆保険制度の崩壊につながることを非常に危惧しております。

県医師会としましても、国民皆保険制度の堅持、公的医療保険の給付範囲を拡充していくように、日本医師会と共に政策提言を行っていく所存であります。

既にご案内のとおり、今年度の沖縄県医師会の最重要課題を昨年に引き続き「地域医療再生」と位置づけております。当該計画の着実な実行を目指し、①クリニカルシミュレーションセンターの設置・運営、②県下三臨床研修グループにおける研修の相互乗り入れのプログラムの作成、③生活習慣病を中心とした地域連携クリティカルパスのIT連携システムの構築、④医師確保の一環として女性医師の復職支援、勤務環境の改善等に資するための「女性医師バンク事業」の推進、⑤北部・離島地域における産婦人科医不足解消のための「産婦人科医師確保・養成プロジェクト」等の事業を積極的に展開していきます。

代議員各位におかれましては、本会の事業推進に際しまして、ご意見、ご要望、ご提案等が

ございましたら、ご遠慮なくお申し付けくださいますようお願い申し上げます。

本日は、報告2件、議事9件を上程しております。詳細につきましては、後ほど各担当理事より説明いたします。慎重にご審議の上、ご承認賜りますようお願い申し上げますご挨拶といたします。

続いて、この度、須加原一博理事から琉球大学医学部長就任に伴い辞任届けが提出されたので、理事1名を新たに選出する必要があり、当代議員会において補欠選挙が行われた。

なお、沖縄県医師会理事定数1人に対し、候補者は村山貞之先生1人のため、投票によらず村山先生を当選人と決定した。

続いて、報告・議事に移り、報告事項は玉城副会長から平成22年度沖縄県医師会会務について、名嘉監事から平成22年度沖縄県医師会会計監査について報告があった。

議事は以下の議案について各担当理事から説明が行われ、全て原案どおり承認可決された。

- 第1号議案 平成22年度沖縄県医師会一般会計収支決算の件
- 第2号議案 平成22年度沖縄県医師会医事紛争処理特別会計収支決算の件
- 第3号議案 平成22年度沖縄県医師会会館建設特別会計収支決算の件
- 第4号議案 平成22年度沖縄県医師会共済会特別会計収支決算の件
- 第5号議案 平成22年度沖縄県地域産業保健センター事業特別会計収支決算の件
- 第6号議案 平成22年度地域医療連携体制総合調整事業特別会計収支決算の件
- 第7号議案 平成22年度臨床研究連携基盤構築事業特別会計収支決算の件
- 第8号議案 平成23年度沖縄県医師一般会計収支予算補正の件
- 第9号議案 沖縄県医師会母体保護法指定医師審査規則の改訂の件

続いて、その他の事項で各地区医師会から寄せられた代表・個人質問について、次のとおり各担当理事から答弁があった。

**質疑応答（要旨掲載）**

「消費税について」

（中部地区医師会：代表質問）

○中田安彦代議員



今回の震災時の沖縄県医師会の対応には、私たちも非常に心強かったが、メディアなどによると東日本大震災の復興及び社会保障の費用のための財源として消費税増税が視野に入っていると思われる。

今後、大連立などが実現した場合、消費税増税が本格化すると思われるが、診療報酬の消費税が非課税の為医療機関にとって消費税は損税であるので現状のままだと、増税された場合、医療界においては大きな打撃となると思う。

これまでの医療界の対応では非常に不安があり、今後の沖縄県医師会、日本医師会の対処及び考え方についてご教示願いたい。具体的に言うと、県医師会として、もし、増税が本格化する場合、どういうふうな行動をするのか。あるいは我々会員が今できることは何だろうかということをご教示願いたい。

「消費税増税に対する日本医師会の対応について」（南部地区医師会：個人質問）

○城間寛代議員



皆さんご存じのように、消費税は医療材料を多く使う病院ほど出費が多い税になっている。これは以前から問題視されていて、日本医師会でも対応されていると聞いているが、ただ、何ら具体的な動きになる気配が見えてこない中で、今回5%から

10%に上がるという消費税の議論がされているもので、これは早く対応しないとイケないのではないかと考え、再度、問題を提起したい。その中でやはり非課税方式にするとか、日本医師会の対応があるようだが、果たしてこれが国民の認知が得られるのかどうか。医療だけ非課税にする、あるいはほかにそういうものもあるかもしれないが、そういう対応は本当に国民の認知を得られて、それが実行されていくのか疑問な点もある。例えば一般の消費税並みに課税してもらおう等、逆に、医療界に損税にならない方法はどういう方法があるかということ、より国民に認知されるような方法を具体的に示して早く動かないと、増税に間に合わないんじゃないか。増税されてから医師会が動いても、また、国民の目からみたら医療界が何か言っているぐらいにしか映らないとしたら、非常にこれも問題である。ですから早く医師会として有効に国民に認知されるような行動を起こしてほしいと思ひ質問させていただいた。

10%に上がるという消費税の議論がされているもので、これは早く対応しないとイケないのではないかと考え、再度、問題を提起したい。その中でやはり非課税方式にするとか、日本医師会の対応があるようだが、果たしてこれが国民の認知が得られるのかどうか。医療だけ非課税にする、あるいはほかにそういうものもあるかもしれないが、そういう対応は本当に国民の認知を得られて、それが実行されていくのか疑問な点もある。例えば一般の消費税並みに課税してもらおう等、逆に、医療界に損税にならない方法はどういう方法があるかということ、より国民に認知されるような方法を具体的に示して早く動かないと、増税に間に合わないんじゃないか。増税されてから医師会が動いても、また、国民の目からみたら医療界が何か言っているぐらいにしか映らないとしたら、非常にこれも問題である。ですから早く医師会として有効に国民に認知されるような行動を起こしてほしいと思ひ質問させていただいた。

回答（玉城副会長）



実は有床診療所から代表して、数年前まで日医の医業税制の検討委員会委員として在籍していたが、日本医師会としては、自民党時代は大蔵省その他、税制調査会等に毎年要請はしていた。当初日本医師会として理想的な姿というのは0税率であるとして、この消費税が、いろいろなものに課税されることになった際、日本医師会としては診療報酬に対して消費税はかけないということを書いてしまった経緯がある。その代わり診療報酬の中でいろんな消費税にかかわる分の保険点数を上げるということで解消した部分がある。

ところが、それから数年、1、2回はそれであったかもしれないが、毎年、診療報酬がずっと下げられてきて、消費税分のアップの診療報酬の中の含み益は全部なくなったという認識を持っているようである。

そのため、患者さんに対しては負担をかけないで、医療機関が自分たちが支払った消費税を還付できるようにするためには、「0税率」ないしは「低減税率」というか、安い消費税をかけてもらい、理想的には0をかければ100万円払った消費税は、診療報酬から収益を得た100万円から償還できる。かけないと言ったために何もできない状況になっていて、病院の皆さん、団体からも、それからほかのところからも同じようなことをやっていて、日本医師会の代議員会でも毎回同じ問題が出ている。

医師会としては、消費税をかけてほしい。その代わり国民負担を少なくする方向でかけていただけというのを、ずっと政府税調にもいろいろお願いをしている。

しかし、食料品と医療というものにどのぐらい消費税がかかるかというのは、これからの議題になると思うが、先生がおっしゃるように国民運動にはまだなっていない。そのため、今回の議論の中でも日医も、前の仙石官房長官等と会いながらいろいろ調整はしているようである。

日本医師会からも近々、アンケートを会員の皆様にすると言っているが、ぜひともお願いしたいのは、やっぱり消費税はかけていただきたい。その代わり国民の負担はなるべく少なくしてほしいという、そういうアンケートの結果が多くなると、そのようにいくんじゃないかと思っている。

方向性は先生方が考えていることを日医でも、沖縄県医師会の理事会でも議論しており、2年ほど前の代議員会でも私も同じような質問をして、同じ回答を得ている。

消費税問題は大きいためアンケート調査をするとのことであり、どのようなアンケート内容が出てくるのかわからないが、私自身としても消費税は診療報酬にかけてもらったほうがいい。その代わり患者さんの負担がないためには0税率。ところが、政府税調とか自民党の税調の時代にも話し合っており、0税率というのは、まず難しいだろうとしている。だから5%、1%でもいいからかけてもらえれば、消費税が

10%になっても、9%は償還できるということがあると思う。消費税をかけないと言ってしまったからおかしくなっている。

○城間寛代議員

今のお話では最初に医師会が消費税をかけないと言ったことを今回撤回して、かけてほしいという形で交渉している。後は具体的に法律をつくる段階で国会議員なりにどのように働きかけるかということが、次の行動の問題ということになると思う。

回答（玉城副会長）

実は医師会としても、地方税とか、いろいろなところで実は優遇税制をもらっているところがある。それらを含めてもう1回全体を見直す段階になると思う。各々の医療機関によって税金のかかる率が若干変わってくることもあると思うので、そのへんの見直しについても毎年、日本医師会が要望している。日本医師会のホームページにも載っているのだから、参考にさせていただきたい。今後かける方向でいくと思う。

○城間寛代議員

医療情報紙などを見てみると、医療経営コンサルタント協会なども、同じような感じで福祉目的税とか、あるいは消費税をかけるような形での税制の改善を既に国に提案しているようで、やはり医師会、あるいは医療に関係しているような諸団体と一緒に、そういう動きをしていけばもっと有効になると思う。

回答（玉城副会長）

今、先生がおっしゃるように日本医師会と日本歯科医師会、日本薬剤師会も同じような方向で改革を進めるように協議を始めているようである。

それと消費税問題の大切なことは、国の消費税は何に使われるかということである。実は規定されている。これも少しずつ変わっていかなくてはならないのだけれども、消費税の国税分は、後期高齢者医療、介護、年金の国保負担に使われている。診療報酬とか医療には、ほとんど何も関わっていない。

ただ今の消費税は、我々の負担を減らしたい



という意味だが、社会保障のトータルの中で消費税をどう使うかということになると、医療の分野もこれから議論が1つ必要かと考えている。

○城間寛代議員

ぜひ、そういう方向で沖縄県医師会、日本医師会、国会議員などを含めた働きかけを強力にさせていただきますことをお願い申し上げます。

○中田安彦代議員

玉城副会長、宮城会長をはじめとする皆さんが消費税について一生懸命頑張ってくれているのは重々承知で、非常に有り難いと思っている。私たち会員も含めて今後、医療機関において消費税は損税になって負担が大きいことを政治家にレクチャーしたり、もう一つはやはりマスコミ懇談会のときに、こういう消費税についてレクチャーしていくことも重要と考える。地道な努力だが、そうしないと多分うまくいかないかもしれないのではないかと思うので、ぜひみんなで力を合わせて消費税が国民の負担にならないように、それでいて増税にならないように頑張っていきたい。

「災害時医療に対して、沖縄県医師会独自の必要医療機器、薬品等のリスト作成、これら物品の供給体制の整備について」

(那覇市医師会：個人質問)

○長嶺信夫代議員



今回の東日本大震災に際して、沖縄県医師会は迅速に医療支援班を現地に派遣し、避難所における医療を実施したことは高く評価されている。

その反面、事前の医療機器や薬品等のリスト作成など基本的な災害時医療対策が欠如していたため、初期においては十分な医療が実施できなかった。

例をあげれば、第3陣になってはじめて滅菌済み手術用手袋が準備され、外傷に対して破傷風トキソイド注射が実施された。

沖縄県内の災害に際しては、各医療機関や地区医師会が独自に対応しているが、今回のような他府県に医療支援班が派遣される場合にそなえ、十分な準備体制が必要と考えられるが県医師会の対応を問う。

回答(玉城副会長)

長嶺先生ご指摘のとおり、今回派遣をするにあたって、どのような医薬品が必要であったか、その反省を今後に生かしていきたいと思っている。また、たくさんの医薬品、その他を持って行ったが、かなりの分が戻ってきた。それは裏返せば大槌町の復興が早かったとも言える。2週間目ぐらいには隣に調剤薬局が設置されて、薬はそこで調達できるようになった。その他いろんな条件があったと思う。縫合セット等いろんなものも持って行った。ナイロンの糸も相当余った。震災の状況によって怪我の状況も変わってくると思うが、今回余っていた物資をこれから整理をして必要なものを残して、いざとなったときに供給できる体制をつくっていききたいと思う。もう1つは県医師会独自で、また、沖縄県とも調整しながら、沖縄で災害が起こったときに、中心になって動く医療組織はどこにあるべきかということ検討していきたい。もし那覇、南部で災害が起こって、沖縄県医師会・那覇市医師会・南部地区医師会の動きがとれないときには、第2段階として中部地区医師会が陣頭指揮をとるということも次のステップとして考えておく必要があるのではないかとということも踏まえ、いろんなことを考えながらこれからの計画を進めていこうと思う。

長嶺先生が言われるように、迅速にいろんな対応ができるように、今回、派遣された先生方の知恵をお借りしながら、これから検討していきたいと思う。

○長嶺信夫代議員

外傷患者の縫合のとき、縫合針がないため、針つきの縫合糸を使用した。ナイロン糸が余ったのは、使用したくても縫合針がなかったためである。最初は縫合時、糸を切るハサミさえなかった。

薬品を備蓄するとなると、1年、2年という使用期限もある。医療機器に関してはそれぞれの医師会で滅菌消毒して、放置するわけにもいかない。薬品に関しては製薬会社から緊急の支援体制ができるような準備、あるいは機材に関しては、各基幹病院等にいろいろとあると思う。これらに関して県全体で検討していただけたらと思う。

**回答（玉城副会長）**

実は県の防災会議の中で沖縄県医師会が入っていない。国の防災会議の中でも日本医師会が入っていない。なぜ、医師が入らない防災会議があるのかよくわからないが、それも含めて県とも調整しながら、今回、県が派遣した部分と、沖縄県医師会が行った部分と多少ずれがあるのかと思うので、そのへんも最初から調整できるような体制を今後つくっていきたいと思っているので、ご協力をお願いしたい。

**「沖縄県島嶼地区における遠隔地医療情報交換システムの構築について」**

（宮古地区医師会：個人質問）

○下地晃代議員



沖縄県は、宮古・八重山を含む多くの離島を抱えている。

県医師会においては、三年前から宮古・八重山地域へのインターネット会議システムの導

入がなされ、以前よりスムーズな情報の交換がなされるようになったが、その内容はまだ充分とは言えない。

沖縄本島での会議への参加や講演会等への出席が思うようにできない離島の医師会員にとっては、更なる情報交換システムの充実が望まれる。

県医師会主催の各種講演会や研修会等の映像や文書等がリアルタイムで随時ネット上で掲載できるようなシステムが構築できないのか、今後県医師会では、離島地域における医療情報

の提供や交換をどのように進めていくのか、計画があれば御教示願いたいと思う。

**回答（佐久本理事）**



本会では、平成20年1月16日に開催した沖縄県医師会情報システム委員会において、本会と北部地区医師会・宮古地区医師会・八重山地区医師会の4拠点を

結ぶインターネット会議の導入に向けて検討を行った結果、Apple社の「iChat」というインターネット会議用ソフトを使用したインターネット会議システムの導入を決定した。

その決定を受けて、翌20年度に、北部地区医師会・宮古地区医師会・八重山地区医師会にApple社のMacBook、これはノートパソコンだが、これをそれぞれ1台ずつ設置させていただいている。

現在は、本会議のシステムはこれまでに広報委員会をはじめとした各種委員会や、各地区医師会役員との事前調整等に使用していただいている。

しかし、本システムの導入から3年が経過しているため、各地区医師会のご意見やご要望等を改めて確認させていただき、本システムの見直し等について再検討を行う必要があると考えているところである。その際は、ぜひ率直なご意見をいただきたいと思う。

なお、本会は、今年度より「沖縄県医師会文書映像データ管理システム」の運用を開始させていただいており、本システムには、本会で開催した各種講演会や、研修会等の映像を閲覧するための仕組みを設けている。

今後、本システムに随時映像を掲載していきたいと考えているので、併せてご活用いただければ幸いである。

映像管理システムは、まだ完全にフル稼働しているとはいえない状況であるが、現在「iChat」を使って会議をしているが、もう少し良い方法があるのではないかと考えている。

以上の議事が終了した後、この度、理事を退任される須加原一博先生の長年のご労苦に対し、沖縄県医師会を代表して、宮城会長から感謝状と記念品の贈呈が行われ、須加原先生から次のとおり挨拶があった。  
 「3年ちょっとの間沖縄県医師会の理事を務めただけで、このようなものをいただいて大変申しわけないと思っております。沖縄県医師会の皆さん方は、日頃から真摯に、県民の医療を考え、あるいは健康を考えておられ、非常に感銘

をいたしております。大震災のときも、一番遠い被災地から迅速に対応ができたというのも、日頃のそういう体制だからだろうと非常に感心したところです。こういう運営の仕方というのを勉強させていただいて、医学部長としても今後頑張っていきたいと思っております。琉球大学医学部は今後も医師会の支援が必要ですので、今まで以上に支援していただければと思っていますとところでございます。ありがとうございました。」

貸借対照表(総括表)

平成23年3月31日現在

(単位:円)

科 目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	共済会 特別会計	地域産業保健セン ター事業特別会計	地域医療連携体制総 合調整事業特別会計	臨床研究連携基盤 構築事業特別会計	合 計
<b>I 資産の部</b>								
1. 流動資産								
現金預金	52,515,487	1,688,425	12,446,915	0	7,533,928	0	0	74,184,755
未収会費	2,535,800	8,000	368,500	0	0	0	0	2,912,300
未収金	12,900,500	0	0	0	0	5,585,423	19,418,316	37,904,239
立替金	22,812,560	324,140	0	0	0	0	0	23,136,700
流動資産合計	90,764,347	2,020,565	12,815,415	0	7,533,928	5,585,423	19,418,316	138,137,994
2. 固定資産								
その他固定資産								
建物	351,595,216	0	0	0	0	0	0	351,595,216
建物附属設備	116,504,324	0	0	0	0	0	0	116,504,324
構築物	41,890,547	0	0	0	0	0	0	41,890,547
備品	9,233,101	0	0	0	0	0	0	9,233,101
土地	198,385,094	0	0	0	0	0	0	198,385,094
電話加入権	401,500	0	0	0	0	0	0	401,500
特定預金	0	5,000,000	0	0	0	0	0	5,000,000
建物減価償却引当預金	29,660,000	0	0	0	0	0	0	29,660,000
役員退職慰労引当預金	4,150,000	0	0	0	0	0	0	4,150,000
職員退職給与引当預金	65,685,306	0	0	0	0	0	0	65,685,306
備品減価償却引当預金	2,000,000	0	0	0	0	0	0	2,000,000
その他固定資産合計	819,505,088	5,000,000	0	0	0	0	0	824,505,088
固定資産合計	819,505,088	5,000,000	0	0	0	0	0	824,505,088
資産合計	910,269,435	7,020,565	12,815,415	0	7,533,928	5,585,423	19,418,316	962,643,082
<b>II 負債の部</b>								
1. 流動負債								
短期借入金	0	0	0	0	0	5,585,423	15,990,427	21,575,850
未払金	23,244,056	4,000	0	0	2,400,082	0	3,427,889	29,076,027
預り金	9,384,804	0	0	0	5,133,846	0	0	14,518,650
流動負債合計	32,628,860	4,000	0	0	7,533,928	5,585,423	19,418,316	65,170,527
2. 固定負債								
長期借入金	0	0	289,540,000	0	0	0	0	289,540,000
役員退職慰労引当金	4,150,000	0	0	0	0	0	0	4,150,000
職員退職給与引当金	74,189,170	0	0	0	0	0	0	74,189,170
固定負債合計	78,339,170	0	289,540,000	0	0	0	0	367,879,170
負債合計	110,968,030	4,000	289,540,000	0	7,533,928	5,585,423	19,418,316	433,049,697
<b>III 正味財産の部</b>								
1. 指定正味財産								
指定正味財産合計	0	0	0	0	0	0	0	0
2. 一般正味財産								
一般正味財産合計	799,301,405	7,016,565	△276,724,585	0	0	0	0	529,593,385
正味財産合計	799,301,405	7,016,565	△276,724,585	0	0	0	0	529,593,385
負債及び正味財産合計	910,269,435	7,020,565	12,815,415	0	7,533,928	5,585,423	19,418,316	962,643,082



第21回沖縄県医師会県民公開講座

ゆらぐ健康長寿おきなわ

～あなた、飲み過ぎていませんか？～



理事 玉井 修



平成23年6月25日（土曜日）ロワジールホテルにおいて第21回県民公開講座が開催されました。今回のテーマは「あなた、飲み過ぎていませんか？」と題して、飲酒に関しての様々な問題に関してとりあげました。沖縄県は飲酒に関して寛容な土地柄と言われます。深夜あるいは朝方まで飲酒ができる居酒屋の営業形態、ひどい場合は夕食を居酒屋で済ませてしまう家族のあり方にも問題があるのでしょうか。居酒屋で子供たちが走り回っている風景でさえ今や違和感を感じない状況となっています。

飲酒による社会弊害は様々な薬物によるものを凌駕しており、気軽に手に入るという事実を併せて、すでに日本ではCMなどで気軽に飲酒に関する広報を人気のある俳優が爽やかな映像に乗せて行い飲酒に対しての敷居を下げる事に貢献しています。

しかし、飲酒運転やアルコール依存によって生じている様々な社会問題に関して真正面から

向き合う機会が少なく、飲酒が実際に人の人生をどの様に狂わせているのかを考える機会はほとんど無く、仕方のない事、個人の問題として遠ざけてしまうような風潮にあります。しかし、飲酒の問題は非常に身近な問題なのです。

飲酒が過ぎて社会生活に問題を生じているのなら、それは社会においてみっともない事として扱う事が普通の事なのです。安易に許してしまうのが良いコミュニティのあり方ではないと思います。

昭和の良い時代に小学生だった私は、明け方まで飲んで酔っぱらいによく呼び止められて説教をされました。酔っぱらいは私に「俺みたいになるなよ、しっかり勉強しろ！」と説教をしてくれました。みっともない自分を、みっともない生き方だと自覚し、こんな自分になるなど論してくれました。

今回の公開講座には、飲酒運転で人身事故を起こした女性や、飲酒によって家庭を崩壊させ

た方が紹介されました。会場にはカミングアウトした多くの痛みを背負った人々がいました。父親が息子に酒を買いに行かせた時、小学生の息子は自分の買ってくるお酒がお父さんの最後

のお酒になるようにと願をかけて買って来たそうです。お金を握る小さい手、お酒を抱く小さい身体には、それでもお父さんを愛し続ける子供の心が通っていたのだと思います。

## 講演の抄録

### アルコールの害について



糸満晴明病院院長 稲富 仁

“あなた飲みすぎではありませんか？”と聞かれたら何が頭に浮かぶでしょうか。水・コーラ・薬などではなく多くの人が酒の飲みすぎと考えるのではないかと思います。

社会の中で上手に人付き合いをするのに、飲酒は切り離せないものとして広く親しまれています。

“酒は百薬の長”などという言葉もありますが、実際は飲み過ぎによる病気を気にしながら飲酒している人が多いようです。

近年の経済・政治の混乱や悲惨な自然災害に原発問題・複雑な情報化社会において、油断すると誰でもかかる可能性があるのがアルコール依存症という病気です。

しかしながら、この病気は正常と病気の線引きが難しく、本人だけではなく周囲も病気であることを認めるまでに時間がかかるという特徴を持っています。

また、日本はいつでもどこでも飲酒出来る便利な国であり、成人なら法律でも守られているため酒は安全というイメージがあります。

ところがWHO（世界保健機構）は芸能関係の報道で話題となった覚せい剤や麻薬など違法なものを含めた薬物の中で、最も有害なものはアルコールであるという調査結果などをもとに、飲酒問題に真剣に取り組むべきであるとしています。

実際アルコールの弊害は多岐にわたり、数多くの体や脳の病気や怪我の原因になります。それだけでなく家族など周囲のひとへの精神的・身体的ダメージや飲酒運転や事故、自殺や事件との密接な関連、経済的損失など計り知れない影響があります。

アルコールは依存性薬物であるため、酒に頼る機会が多ければ、その分だけ控えたり止めたりする努力が必要になります。

依存症と診断されたら断酒のステップをこつこつと歩むことをお勧めしますが、そこまで行き着く前に末永くお酒を楽しみたい方は、酒だけではなくほかのストレス解消法を取り入れたり、コミュニケーション能力を向上させたりとそれなりの努力や工夫が必要になるでしょう。

アルコール依存症という病気は“意志が弱い”とか“暴力的”“だらしない”など誤解も非常に多く、偏見も強いいため、回復へのチャンスを得られず不幸な結末となる方も多くみられます。

沖縄は長寿県と言われていますが、肥満・中年男性の自殺・未成年の非行・家庭内暴力・離婚・失業・飲酒運転など沢山の問題を抱えています。これらの多くは飲酒が密接に関連しているといえます。

アルコール依存症からの回復や予防には沖縄

県民ひとりひとりの意識改革が大切です。

下記のテストで自己診断もしくはご家族など周囲の方にもお勧めしてみてください。

{AUDIT}

(Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？

- 0. 飲まない 1. 1カ月に1度以下
- 2. 1カ月に2～4度 3. 1週に2～3度
- 4. 1週に4度以上

2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

- 日本酒1合＝2ドリンク、ビール大瓶1本＝2.5ドリンク、ウイスキー水割りダブル1杯＝2ドリンク、焼酎お湯割り1杯＝1ドリンク、ワイングラス1杯＝1.5ドリンク位 (1ドリンク＝純アルコール9～12g)
- 0. 1～2ドリンク 1. 3～4ドリンク
  - 2. 5～6ドリンク 3. 7～9ドリンク
  - 4. 10ドリンク以上

3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

- 0. ない 1. 1カ月に1度未満
- 2. 1カ月に1 3. 1週に1度
- 4. 毎日あるいはほとんど毎日

4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない 1. 1カ月に1度未満
- 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度
- 4. 毎日あるいはほとんど毎日

5. 過去1年間に、普通だで行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない 1. 1カ月に1度未満
- 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度
- 4. 毎日あるいはほとんど毎日

6. 過去1年間深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない 1. 1月に1度未満

2. 1カ月に1度 3. 1週に1度

4. 毎日あるいはほとんど毎日

7. 過去1年間飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない 1. 1カ月に1度未満
- 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度
- 4. 毎日あるいはほとんど毎日

8. 過去1年間飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことがどのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない 1. 1カ月に1度未満
- 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度
- 4. 毎日あるいはほとんど毎日

9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

- 0. ない 2. あるが、過去1年にはなし
- 4. 過去1年間にあり

10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

- 0. ない 2. あるが、過去1年にはなし
- 4. 過去1年間にあり

core AUDITを採点する際は、各質問の回答番号を合計する → (点/40点)

1) 10点未満の方は

- ・今のところ、あなたのお酒の飲み方に大きな問題はないようです。
- ・1日2ドリンク (缶ビール500ml1本か日本酒1合弱) までの飲酒にとどめましょう。

2) 10～19点の方は、

- ・現在のお酒の飲み方を続けると、今後お酒のためにあなたの健康や社会生活に影響が出るおそれがあります。
- ・これまでのお酒の飲み方を修正された方が良いでしょう。
- 具体的には1日2ドリンク (缶ビール500ml1本か日本酒1合弱) までの飲酒にとどめましょう。



3) 10～19点で、現在糖尿病や肝臓病の治療中の方は、

- ・現在のお酒の飲み方を続けると、お酒が現在治療中の病気の回復の妨げになるばかりか、病状を悪化させるおそれがあります。
- ・まずは、これから2週間お酒をやめて、お酒が体に与えた影響を確かめましょう。

4) 20点以上の方は、

- ・現在のお酒の飲み方ですと、アルコール依存症が疑われ飲酒のためにあなたの健康だけでなく、家庭や職場での生活に悪影響が及んでいることが考えられます。
- ・今後のお酒の飲み方については、一度専門医にご相談下さい。診断によっては、断酒が必要となります。

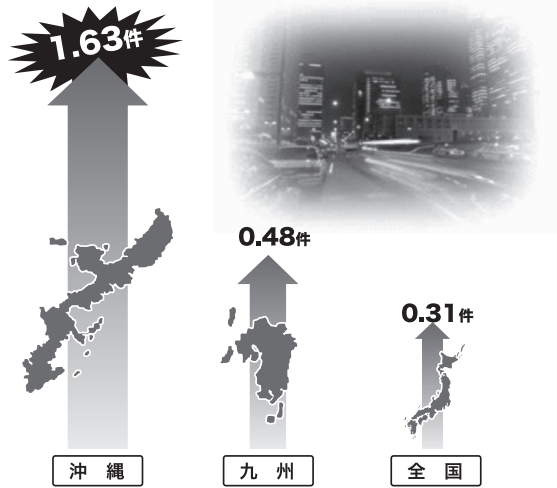
**【飲酒運転検挙の実態】**

～全国・九州と比較すると～

- 平成22年中の沖縄県の飲酒運転検挙件数は2,269件。
- 全交通違反検挙件数(54,150件)の4.2%。
- 全国では2番目に多い飲酒運転検挙者数。

沖縄以外の上位は  
全て大都市圏

飲酒運転を人口千人当たりの検挙件数で比較(全国・九州)すると、



で「全国の約5.2倍、九州の約3.4倍」も多い。

**飲酒運転・一杯の代償**



沖縄県石川警察署副署長  
ASK 飲酒運転防止上級インストラクター 大城 辰男

多く構成率で2.37%と21年連続全国ワースト1が続いている。飲酒運転による人身事故の割合は、全国に比べて約3倍と高い。

**(3) 飲酒絡みの死亡事故の推移**

平成22年中の飲酒絡みの死亡事故の発生件数は8件で昨年に比べ5件減少しているものの構成率で17.0%と全国ワースト2(昨年まで15年連続ワースト1)。

飲酒運転による死亡事故の割合は、全国に比べて約2.6倍と高い。

**1 沖縄県における飲酒運転の実態**

**(1) 飲酒運転検挙の実態**

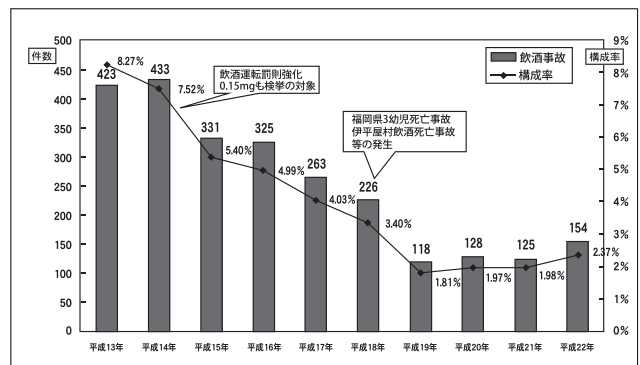
平成22年中の沖縄県の飲酒運転検挙件数は2,269件で、この数は全国で2番目に多い飲酒運転の検挙件数であります。(沖縄県以外の上位全て大都市圏)飲酒運転を人口千人当たりの検挙件数で比較(全国・九州)しますと、沖縄は1.63件、九州0.48件、全国0.31件で全国の約5.2倍、九州の約3.4倍と多い。

**(2) 飲酒絡みの人身事故の推移**

平成22年中の飲酒絡みの人身事故の発生件数は154件で昨年に比べ29件も

1 飲酒絡みの人身事故の発生件数の推移(過去10年)

**【飲酒絡み事故の推移】**



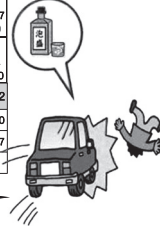
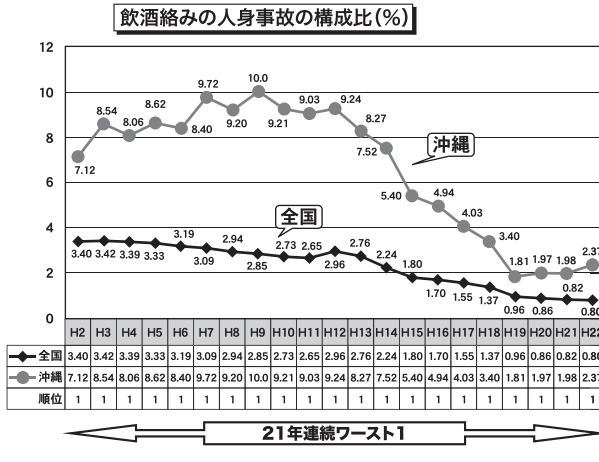
飲酒絡みの人身事故(内容別、構成率等)

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
飲酒事故	423	433	331	325	263	226	118	128	125	154
内										
酒酔い	33	41	34	22	7	11	6	14	9	6
酒量(0.15mg)	236	237	195	205	183	159	86	91	96	122
酒量(0.15mg)未満										
基準以下	102	80	43	55	30	21	8	11	6	14
検知不能	52	44	29	30	23	20	10	5	8	6
構成率	8.27%	7.52%	5.40%	4.99%	4.03%	3.40%	1.81%	1.97%	1.98%	2.37%

2

飲酒絡みの人身事故の構成比の推移

- 沖縄県の飲酒運転事故は、**21年連続全国ワースト1**
- 沖縄県の飲酒運転事故の割合は、**全国に比べて約3倍高い。**(H22)



転で同僚を引きずって死亡させた悲惨な事故は今でも記憶に残っている。このような悲惨な事故が起こった後も一向に減らない飲酒運転。本当に残念でならない。

平成21年6月には飲酒運転の罰則が強化され、全国的に飲酒運転根絶運動が盛り上がりつつある中、またしても飲酒運転による死亡事故が発生してしまった。

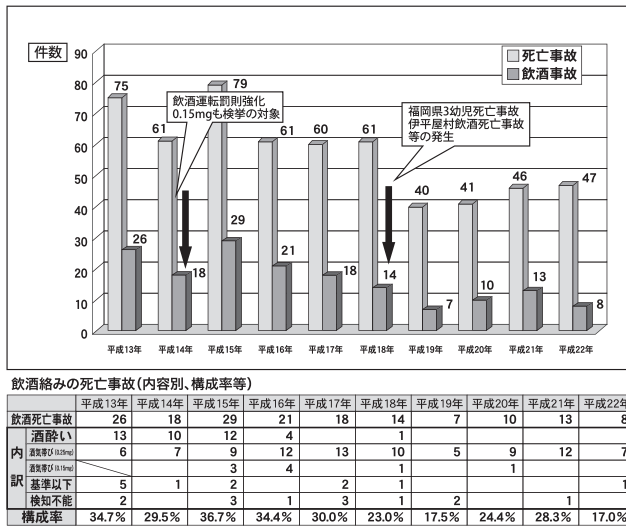
その事故を起こした「加害者A子からの手紙」から引用

泣かないで 泣かせないで もう、

だれ一人として泣いてほしくない。誰一人として泣かせないでほしい。私が多くの人々を泣かせてしまったから、私のように泣かせないでほしい。私は残忍かつ卑劣で無責任な行為によって何の罪もない尊い命、未来や可能性など、すべてを奪い、被害者のご遺族の皆様へ辛く苦しく、悲しい思いをさせ、また多くのものを奪いました。私が事故を起こした月からは、飲酒運転の罰則強化が始まったばかりでした。なのに何故私はあの時飲酒運転の怖さや悲惨さや飲酒運転の厳しさ「もしかしたら事故を起こしてしまうかもしれない」等と少しも頭をよぎらなかったのだろう。なぜ、なぜと何度も自分を責め、何度も自分自身に問いました。私は今まで何度も目にし、耳にしてきた飲酒運転の怖さ、悲惨さを「可哀想だな、大変なことがあったんだ」と感じても、もしも自分が被害者だ

3

飲酒絡みの死亡事故の発生件数の推移(過去10年)

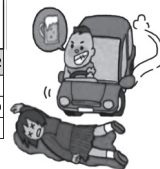
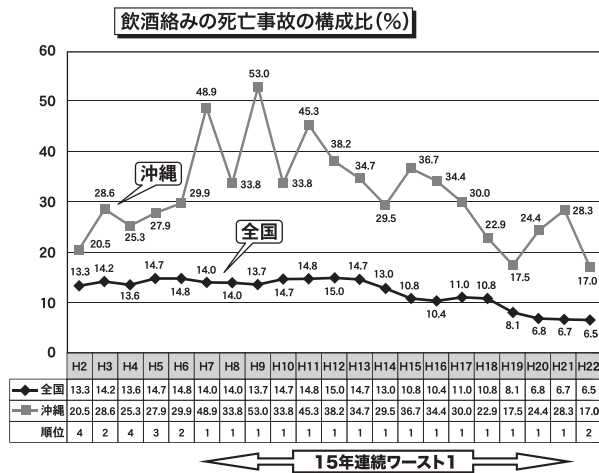


内訳	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
飲酒死亡事故	26	18	29	21	18	14	7	10	13	8
酒酔い	13	10	12	4		1				
酒気帯び(15mg)	6	7	9	12	13	10	5	9	12	7
酒気帯び(15mg)未満			3	4		1		1		
基準以下	5	1	2		2	1				1
検知不能	2		3	1	3	1	2		1	

4

飲酒絡みの死亡事故の構成比の推移

- 沖縄県の飲酒死亡事故は、**全国ワースト2**
- 沖縄県の飲酒死亡事故の割合は、**全国に比べて約2.6倍高い。**(H22)



2 一杯の代償

平成18年8月飲酒運転の乗用車が多目的レジャー車に衝突し車両ごと海に転落して幼児3名が死亡。県内でも伊平屋村で同じ日に飲酒運

つたら、加害者の立場だったらと自分に置き換えて考えて見ることは一度もありませんでした。そう、自分とは関係ないかのように全て他人の事として受け止めていたのです。飲酒

運転をする人を見かけたら、飲酒運転の先にある怖さ悲惨さを身近な親しい人々だけにでも教えてあげてください。私のようにやってしまっただけからいくら後悔しても遅いのです。もう、被害者にも加害者にもだれ一人となつてほしくありません。だれ一人として悲しんで泣かないでください。

と今もこの事故の責任を強く感じて生きています。それだけ飲酒運転はその人や周りの人の人生を大きく変えてしまうのです。

### むすび

平成22年中の飲酒運転実態調査分析結果(被検挙者2,269人中1,586人(69.9%)が回答)において飲酒運転をしてはいけないことは知っているが、「その程度は大丈夫と思った」が39.7%と約4割が誤った解釈をしております。今後の飲酒運転防止はお酒を飲むのではなく、いかに正しい知識を持ち、飲み過ぎ防止を浸透させることが大事なことであると思っています。

## アルコール問題で悩むあなたへ…



ASK 飲酒運転防止上級インストラクター  
豊見城断酒家族会 大田 房子

私の夫は17年前にアルコール依存症と診断されました。

アルコール病棟に入院したものの、半年前まで仕事をし、社会的責任を果たしてきた夫を病氣と受け入れることが出来ませんでした。その浅はかな考えが家庭崩壊へと追いやっていったのです。どんな手立てをしても夫の酒を止めさせることは出来ませんでした。家庭は荒れ果て、すべての責任が自分の肩に重くのしかか

り、自分の無力さを責め、希望のない日々。ど  
ん底の生活を家族は体験しました。

依存症の宣告から4年近くたち、夫は自ら助けを求め断酒会につながりました。進行とともに夫が失ったのは身体ではなく人間性だったことを例会出席の中で気づかされ、私も同じ状態だったことを思い出し、反省させられました。アルコール依存症は「家族ぐるみ」の病氣であることを学び、子供に与えたつらい記憶がよみがえり苦しんだ日々もありました。

夫婦で断酒会に参加し続けたおかげで、夫はお酒を止め12年目を迎えています。1回目の入院当時、小学6年生だった長男を頭に4人の息子が社会人として自立し、壊れかけていた家族が夫の断酒のおかげで、それぞれが自分らしく人並みの生活を送っております。

私は現在、断酒会という自助グループの家族会員として、夫とともに酒害相談やアルコール依存症に対する社会的偏見の解消をめざし啓蒙活動をしています。

かつて夫も私自身も病氣として認めるまで時間がかかりました。それまで「人間性の問題」「人間失格」とレッテルを貼り、また社会からは「自己責任」「身内の責任」と見放されているように感じ、孤立感がありました。

社会一般の持つアルコール依存症のイメージは病氣が進行した一部の酒害者の行動や外見から生まれているもので、早期治療と回復に大きな妨げとなる大きな原因となっています。

2年前、厚生労働省障害者事業の一環で「アルコール・薬物問題全国家族フォーラム」が東京で行われ参加しました。アルコールや薬物依存症者を抱える家族や支援者が集い、現状と今後の課題について討議された中で、問題飲酒が始まってから治療や自助グループにつながるまで平均8年かかっているという調査結果を知り、愕然としたのです。

この長期にわたる酒害で、本人を含めその周りの人たちの人生にどれだけの影響を及ぼしているかを考えると、社会損失の大きい病氣であることが分かります。



治療しなければゆっくりと悪化していき、その間に心身の健康、仕事、社会からの信頼性、家庭を失っていきます。最後の絆で結ばれている家族が見放したとき、人間関係の孤立と経済的な孤立が重なり、自らの命を絶った会員を数名見送りました。アルコール依存症は望んだ死ではなく、迫られた死といえるのではないのでしょうか。まずは悩んでいる家族が回復者のいる断酒会に足を運ぶことです。

断酒会の中で失ってきた人間関係を同じ悩みを持つ仲間の中で絆をつくることができます。

また子供らしく安心して暮らすことが出来ない機能不全家族の中で育った子供の世代間連鎖の問題は断酒会でも大きな課題となっています。

特に他国では考えられない過剰なお酒のCMの影響で、本能はいやおうなしに刺激され若年層や女性のアルコール依存症も増加しているのが現実です。これに歯止めをかけるためには先

ず、アルコールのもたらす害と、その正しい飲み方を知る必要があります、またその行き過ぎたPRや販売方法に警告を発し続けることがこれからも必要なのです。

私は断酒会の活動と共に、NPO法人ASK認定飲酒運転防止インストラクターとして、県警の協力で企業や団体等で飲酒運転予防と銘打ってアルコールの基礎知識（アルコールが脳や身体に与える影響、飲酒後の肝臓での処理される時間、飲みすぎの危険性、飲酒運転にならないための上手な飲酒の仕方、依存症にならないための飲酒習慣の見直し、依存症治療や介入等）を習得することで、飲酒がらみの事件、事故のない社会を目指すことを目標に活動しております。ご理解とご協力を宜しく願います。

・・・人は誰かに自分を理解してもらいたいと思っています。お気軽に断酒会にお越しください・・・



座談会～県民健康フォーラムを終えて～

○玉井理事 県民公開講座を終えてのご感想を伺いたと思います。

先ず、小渡座長、いかがでしたでしょうか。

○小渡座長



台風の影響で悪天候にも関わらず、約300名の方々に参加頂いたことに、非常にアルコール問題に関心が高いという印象を持ってお

ります。

各シンポジストの先生方が、それぞれの講演時間を守って頂いたお陰でスムーズな進行が行えました。

質疑応答では質問を沢山頂き、それを集約して先生方にご回答頂きました。個人的な質問も多く、会場では回答出来なかったのですが、それほど深刻な問題を抱えている方が多いということを感じております。

○玉井理事 切羽詰まった質問が多数寄せられておりました。

○稲富先生 当初、参加者の数が伸びそうもなかったのですが、300名来て頂いて安心しました。

講演ではいろいろ欲張って盛り込みすぎ、うまく説明が出来なかったと反省しております。病院に来られる方も人それぞれで、みなさんおっしゃる事が違うため、即座に答えられない事が多々あります。1件の相談を受けるのに1時間掛かったりします。

本日の質問に対する答えも難しいところもありました。

○玉井理事 大城さんいかがでしたでしょうか。

○大城氏 今回、このような会に参加させて頂きありがとうございました。飲酒運転の問題は様々な周知が行われ、皆さん良くと存じかと思いますが、それでもまだまだとの感じは持っております。実際、マスコミによって飲酒運転事故が報道されますが、当事者がその後どういった人生を歩んでいるかということについては、中々知られておりません。少しでも多くの方々に、事故を起こしてしまった後はこういうことになってしまうということを知ってもらいたいと思っております。

これまで、警察だけの立場で何度か講演する機会がありましたが、最近は今回のように稲富先生や、大田さんのような方々と連携できる機会が出来ましたので、今後もこのような活動を続けて行き、事故を防ぐことが出来ればと思



ております。

○玉井理事 今回のアンケートでも、県民に対する啓発が重要だと多くの方が回答されておりました。

決して罰則を厳しくすれば良いのでは無いという本質の部分を知っていることに、少しホッとした気持ちです。

○大城氏 これまで各地域で講演を行った際、警察の取締や、罰則の強化を訴える方が多かったのですが、本日のアンケートでは教育や啓発が約7割をしめており、かなり意識が変わってきているとの印象を持っております。

○大田氏 私もこういう機会を与えて頂きよかったですと思っております。ASK 飲酒運転防止インストラクターの役割はアルコール教育ですが、アルコールの飲み方を企業で講演すると、今までの飲み方だったら自分も依存症になっていたかもしれないという方が大半なんです。

そのため、今、沖縄に必要なのはアルコール教育だと思います。企業の方からも出来たら成人式の日にやって欲しいとの要望もありました。国や県がもっと積極的に関わって地域や企業などへの教育活動を行ってほしいと思います。

○国吉県福祉保健部健康増進課長



福祉保健部長からもお話がありましたように、「健康おきなわ21」において、アルコール問題対策を進めているところではありますが、本日、アルコール問題は非常に裾野が広いということと、本人以外に

も非常に大きな影響があるということをお話頂いたことは非常に有難いと思っております。

本当に日常生活そのものに関わっているものですから、それについて自分自身を見つめ直すことは非常に難しいことだと思いますが、こういった機会を何度も設けていくことは非常に大切だと感じております。

今年は、お酒やタバコについての部会を立て直して対策を進めていく予定です。

アルコール問題は自殺や沖縄の自立を妨げるなど大きく関わってくる問題でありますので、重点的に取り組んで参りたいと思っております。

本日はありがとうございました。

○玉井理事 今回、沖縄タイムス社さんとの共催ですが、中根さん、今日の内容は良い記事になるのではないのでしょうか。

○中根沖縄タイムス社編集局長



今回、医療、警察、更にはご家族の側からの濃密なお話が伺えました。予想よりも参加者が増えたのは、それだけ関心が高かった表れだと思います。

質問にしても個人に照らしあわせたものが多いとのことでしたので、それだけ深い悩みを抱えていると感じました。私ども新聞記者も酒とは中々縁が切れないものですから、本日の講演を参考にさせて頂きたいと思っております。ありがとうございました。

○諸見里沖縄タイムス社専務取締役



大田さんが、「泡盛文化」という言葉を使っておられました。さらに、酒やタバコに甘い社会というお話を聞きつつ、アルコール依存

症というのは個人の病気かもしれませんが、ある意味社会が逆の環境を整えてしまっているのではないかと印象を強くしました。

特に、沖縄の場合は夜型社会を含めて、様々な戦後の社会の歪みとでも言いましょうか、そういった中で随分課題を抱えていますが、そういう中からアルコール問題が生み出されてきたのではないかと感じております。

質の良い酒を少しずつというものが本来の沖縄の酒の嗜み方だったのではないかと改めて勉強させていただきました。

何度か飲酒運転も含めて連載してきましたが、今回を機会に改めてテレビCMだけではなく、CMのあり方も私どもの課題なのかもしれません。

今後は、読者にそういったことを伝えていけるよう、編集局長共々考えていきたいと思っております。ありがとうございました。

○宮城会長



先生方、ありがとうございました。2時間という時間を全く感じさせない内容でした。会場の方々も真剣にこの問題を考えておられました。個人的に色々な

問題を抱えておられる方が大勢参加されていたかと思えます。アルコール問題は沖縄の社会問題でありますし、こういう機会をもっと作りながら問題解決に役立てていきたいと考えておりますので、それぞれの立場から是非お知恵を貸して頂きたいと思っております。本日はありがとうございました。