

平成 24 年度新型インフルエンザの 診療に関する研修



常任理事 宮里 善次

平成 24 年 11 月 4 日、厚生労働省主催で東京都のイイノホール & カンファレンスセンターに於いて、「平成 24 年度新型インフルエンザの診療に関する研修」が行われた。

始めに、川崎市衛生研究所所長の岡部信彦先生より、「新型インフルエンザに関する最近の動向」と題した特別講演が行われた。

内容は昨年と同様、メキシコ型プタインフルエンザ A/H1N1 pdm09 の総括が行われた。

流行状況を見ると、季節型インフルエンザに比べて①約 4～5 ヶ月早い流行、②患者数は季節型を上回った、③ピークは低く、幅広い流行であった。(図 1)

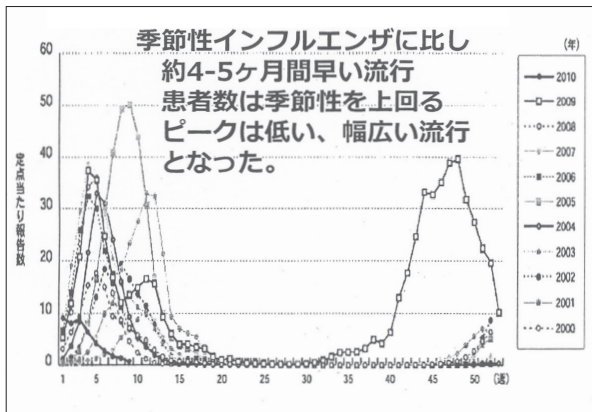


図 1 インフルエンザの年別・週別発生状況 (2000～2010年 第9週)

死亡率の各国比較では米国が推定 12,000 人で最も高く、2 位はメキシコの 1,111 人、3 位が英国の 457 人で、日本は最も少ない 198 人であった。(図 2)

その理由として①皆が知っていて注意をした。②個人衛生レベルが高い。③医療機関への受診が容易。④医療費が安い。⑤多くの人が結局まじめに取り組んだ。

以上の結果だけ見ればうまく対応したような

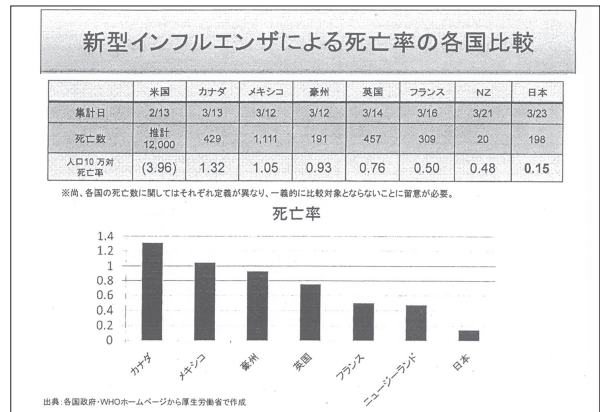


図 2

印象を受けるが、振り返ってみれば当時のドタバタ感は否めない。

平成 22 年 6 月 10 日に行われた「新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議報告書 (議長: 金澤一郎)」は下記のように総括している。①新型インフルエンザ発生時の行動計画・ガイドラインは用意されていたが、病原性の高い鳥インフルエンザ (H5N1) を念頭に置いたものであったこと。②行動計画・ガイドラインは、突然大規模な集団発生が起こる状況に対する具体的な提示が乏しかったこと。③平成 21 年 2 月のガイドラインの改正から間もない時期に発生したことから、検疫の実施体制など、ガイドラインに基づく対策実施方法について、国及び地方自治体において、事前の準備や調整が十分でなかったこと。④パンデミックワクチンの供給については、国内生産体制の強化を始めたばかりであり、一度に大量のワクチンを供給できなかったこと。病原性がそれ程高くない新型インフルエンザに対応して、臨時にワクチン接種を行う法的枠組みが整備されていなかったこと。

演者の岡部先生を議長とする新型インフルエ

ンザ対策専門家会議は総論的事項として、厚生省に下記の表に示すような4つの見直しを提言している。(表1)(表2)

表1

総論的事項(1)

旧行動計画は、病原性の高い新型インフルエンザのみを想定した内容となっているが、2009年度の経験を踏まえて、ウイルスの病原性・感染力等に応じた柔軟な対策を迅速・合理的に実施できるよう、以下のように見直す。

1. 行動計画の対象の明確化
 - 行動計画が対象とする新型インフルエンザについては、発生したウイルスによって、病原性・感染力等は様々な場合が想定される
2. 行動計画の運用の弾力化
 - 対象となる新型インフルエンザの多様性を踏まえ、対策も多様
 - ウイルスの特徴(病原性・感染力等)に関する情報が得られ次第、その程度等に応じ、実施すべき対策を決定
3. 意思決定システムの明確化
 - 政府対策本部、厚生労働省対策本部、新型インフルエンザ専門家会議といった政府の意思決定に関わる組織を整理

表2

総論的事項(2)

4. 地域の状況に応じた対策の必要性
 - 地方自治体を中心となって実施する医療提供体制確保、感染拡大防止等に関して、地域の状況に応じて判断を行い対策を推進
 - 国レベルでの発生段階に加えて、地域(都道府県)レベルでの発生段階を新たに設置
 - ・地域未発生期
 - ・地域発生早期
 - ・地域感染期

次に、厚生労働省新型インフルエンザ対策推進室の佐々木健室長から、「新型インフルエンザ対策に関する行政の対応について」と題した基調講演が行われた。

本講演では平成21年に発生したA/H1N1 pdm09の経験を踏まえ、平成23年9月に政府の「新型インフルエンザ対策行動計画」を改訂しその実効性を確保するため、各種対策の法的根拠の明確化等、法的整備の必要性から平成24年5月に「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が制定されたことが報告された。

新型インフルエンザ等対策特別措置法については、①体制整備等、②新型インフルエンザ等緊急事態発生の際の措置が示された。(表3) また、国及び都道府県、市町村の今後のスケジュール案(予定)が提示された。(表4) 細かい内容については内閣官房の新型インフルエン

表3

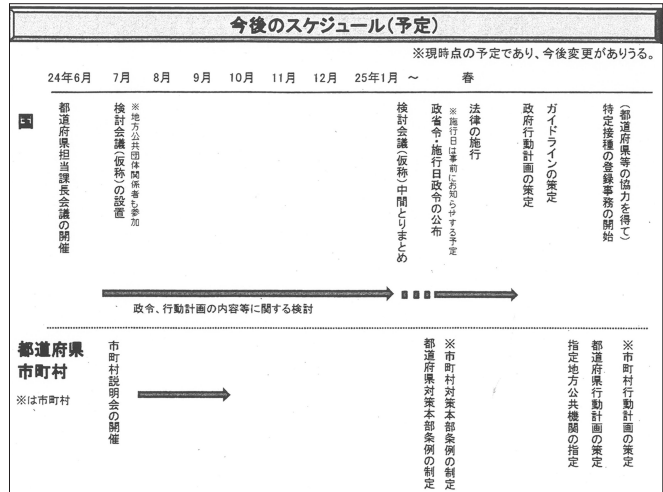
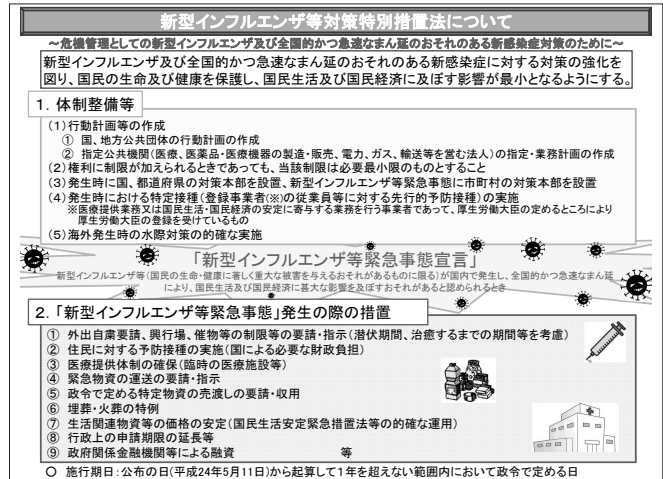


表4



ザ等対策 <http://www.cas.go.jp/jp/influenza/index.html> をご参照して頂きたい。

次に内科の立場から、防衛医科大学校内科学講座2教授の川名明彦先生より「呼吸器・感染症診療の立場から」と題して講演が行われたが、内容は特別講演の岡部先生とダブルところが多かった。

A/H1N1 pdm09の世界的流行を受けた後、インフルエンザ(H1N1)2009に対する抗ウイルス薬治療に対してWHOとCDCが勧告を変更したことが述べられた。

WHOはそれまで重症化あるいは合併症発症のリスクが高くない患者や合併症のない患者については抗ウイルス薬で治療する必要はないとしていたが、2010年2月には、「インフルエンザ確定患者やあるいは強く疑われる患者であって、合併症の無い患者、並びに重症化や合併症

発症のリスクのある患者は、オセルタミビルかザナミビルで直ちに治療すべきである。診断の結果を待って治療が遅れることがあってはならない」としている。

また CDC も、それまで「インフルエンザに罹患しても、多くの健常人は抗ウイルス薬治療を受ける必要はない」と云う勧告を 2009 年 11 月に「重症化のリスクがない事は抗ウイルス薬が必要ないことを意味しない。重症化のリスクの無い患者にとっても抗ウイルス薬の利益がある。治療は臨床的判断に基づき、確定検査の結果を待たずに開始すべきである」としている。

ここで思い出すのは、当時の沖縄県保健福祉部の宮里統括官が、WHO や CDC の勧告よりも先に、「治療は臨床的判断に基づき、確定検査の結果を待たずに開始すべきである」と判断し、通達したことである。今にして思えば、大英断だったと痛感する。

また演者は、成人の肺炎合併死亡例について、全国のアンケートを基にデータを示されたが軽症、中等症、重症等の重症度と致死率の相関関係はなく、重症化予測は困難であると述べられた。

最後に岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医科学教授の森島恒雄先生から「小児科診療の視点から」と題した講演が行われた。

前三者の講演者 A/H1N1 pdm09 は概して病原性は強くはなかったと述べられていたが、森島教授は小児科の立場からすれば病原性は強かったと述べられた後、講演を開始された。

その根拠は、①日本における入院患者数の割合は、(0～14歳/全年齢) = 13,981人/17,646人で、79.4%が小児科である。②6月30日時点で重症肺炎(小児科学会対策室届出)が404人を数え、全国で約1万人が肺炎で入院したと推定される。③また脳炎は4月30日の段階で188人で、2010年2月17日までに厚労省に届出のあったものは543人となっている。④15歳未満の小児死亡は6月30日時

点で全年齢死亡者202人の20%であった。⑤CDCの18歳未満の小児死亡は1,200人。

以上五つの理由をあげられた。

推計受診者数の年齢別割合は0～14歳が60%を占め、19歳以下で見ると約70%を占めている。

2011/2012シーズンにおける季節型インフルエンザでは0～14歳が約25%、0～19歳以下でも30%に届いてないことと比較すると、如何に小児科領域の罹患者が多かったが、高齢者の罹患が極端に少なかった点を強調された。

肺炎の概要として、①入院症例は年長児が多かった。②入院理由は呼吸障害が多かった。③発熱から呼吸障害までの時間が短かった。④低酸素血症の程度が強く、SPO2測定が大切と考えられた。⑤肺炎のほとんどはウイルス性肺炎であった。⑥喘息の既往が多いが、肺炎の発症と喘息の重症度は必ずしも関連しなかった。⑦IgE-mediatedの好酸球性炎症が惹起されていた。

また脳症の概要として、①188例が報告された。②脳症は季節型に比べ年長児に多く、男児に多い傾向があった。③初発神経症状として、新型では異常行動が多く、発症年齢分布の差が影響していると考えられた。④頭部MRI送検で脳梁異常を呈する例があり、異常行動との関連が示唆された。⑤死亡例が13例(7%)、後遺症例が23例(14.4%)。後遺症の頻度は季節性に比較して少なかった。⑥重症例では、治療経過中のAST、CKの上昇が著名で、季節性同様、多臓器不全などの病態にサイトカインの関与が推定された。⑦小児死亡の中で、脳症の占める割合は高く、その重要性を再確認した。

最後にH5N1だけではなく、米国ではAH1N1pdmが再び豚に侵入し、H3N2として既に数百例の発症が報告されており、強い感染力とヒト-ヒト感染を呈し、やや高い病原性を有しているとの懸念が示された。

平成 24 年度 第 2 回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



去る 11 月 20 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た。はじめに、司会の三上裕司常任理事より開会の辞があり、引き続き日医横倉会長より概ね次のとおり挨拶があった。

「今後の社会保障については、社会保障国民会議で検討が進められている。この会議には日本医師会を医療界の代表として参加させて頂くため、強く申し入れをしているところだが、利益団体ではないかとの批判があり、今のところ社会保障の学識者だけで当初進めたいとの意見がある。現場の意見を反映しない机上の空論となる可能性があることで、強く要望を続けている。

この国民会議の議題では、医療改革、介護改革、年金改革、少子化対策と、4 つに分類をされている。特に、医療改革の検討項目では、健康の維持・増進や疾病の予防、早期発見を積極的に促進すると同時に、医療従事者、医療施設などの確保、有効活用を図ることで国民負担の増大を抑制する必要な医療を確保したい。

2 点目が、医療保険制度について、財政基盤の安定化、保険料の国民負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養範囲の適正化を実施する検討課題。

3 点目では、医療のあり方について、個人の尊重が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるような必要な見直しを行って、特に、人生の最終段階を穏やかに過ごせる環境整備を検討してもらいたい。

4 点目が、今後の高齢者医療制度改革を検討課題としている。

政治が非常に不安定のなかで医療を取り巻くさまざまな問題がある。日本医師会の政策に誤りがないように、この各都道府県の会長会議を通じて各医師会との意見調整を行いながら業務を遂行していきたいと思っている。」

引き続き協議に移り、各県から寄せられた質問事項や日本医師会から提案された議題等について協議・報告などが行われたので概要について報告する。

協 議

(1) 精神科救急問題について「愛媛県」

＜提案要旨（抜粋）＞

厚生労働省 2013 年予算概算要求を見ると、精神科救急体制の整備については昨年予算と同額の 20 億円の要求となっており、具体的には新たな施策が盛り込まれているのかどうか明確ではない。日本医師会として、精神科救急問題を、どのように捉え、具体的にどのような施策を国に要望していくのか見解をお伺いしたい。

回答：三上常任理事

平成 25 年度の厚生労働省予算概算要求の精神科救急 20 億については、その内訳を確認している。具体的には輪番等の体制整備、医師等の待機料で 16 億円と、全体の 8 割である。救急情報センター等のトリアージに関する人件費が 4 億円、約全体の 2 割となっている、日医より概算要求に対して要望した事項が十分反映されていないことで、遺憾な状況だと考えている。

日医からの要望については、精神科救急医療の充実、継続かつ増額、精神科救急医療センターや精神科救急情報センター機能の整備、精神科医療機関間、あるいは身体合併症等の受け入れ可能な一般医療機関、総合病院精神科との連携強化を図るなど、精神科救急医療体制、自殺対策等の充実を図ることを目的に、精神科救急医療体制整備事業の充実強化、さらに精神科救急医療体制の整備事業交付基準額に増額を行っていただきたいと要望をした。さらに、情報システムを含む連携体制の強化と自殺未遂者増の自殺リスクのある救急患者に対する現状の医師と精神科医師との連携についての要望をしている。さらに、精神科疾患を伴う精神科救急搬送患者の増加が懸念されるなか、現在の救急医療を取り巻く問題点として、ご指摘のように 2 つあることを日医として認識している。

1 つは、診療報酬上の評価があってもさまざまな施設基準によって、実際には算定できない、もう 1 つは一般救急医療体制において救急告示医療機関のなかに精神科を有している医療機関が極めて少ない、この 2 点である。

精神疾患患者の夜間急変時や、自殺未遂者のように薬物の多量服用やリストカット等の身体

的な症状を有する者の多くは一般救急医療機関へ搬送されているが、精神科を有していない救急告示医療機関において身体的な症状への対応のみならず、同時に精神症状への対応も行う必要があり、非常に苦慮している。そのために、夜間急変患者あるいは自殺未遂者への対応として、一般救急医療において精神科医がかかわれるよう、身体科と精神科との連携による受け入れ体制の整備が喫緊の課題であると認識しており、財政支援を国が行うべきとの要望をしている。

厚生労働省は精神保健医療福祉の充実に関する取り組みの 1 つとして、必要な場合には夜間・休日でも適切な医療にかかることができるための精神科救急医療体制を構築するとうたっており、救急医療機関との連携強化等により身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れ体制を確保することを推進している。

これに対して、厚生労働省にあった精神科救急医療体制に関する検討会では、一般医療機関と精神科医療機関との連携の対応モデルとして、複合的な問題にそれぞれ専門的対応が並行して同時に行われる並列モデル、優先度の高い問題からそれぞれ専門的対応が順次行われる縦列モデルが示されている。今後、精神科医療機関と一般医療機関との間で患者紹介、あるいは診療支援、転院等が円滑に行われるための対策を講じることが必要だと考えている。

現在、各都道府県において、精神科救急医療体制整備事業では精神科と身体科の連携の推進のための双方の関係者が参加する協議会の開催や、情報共有の取り組み、事例検討会等の従事者の研修会等を実施するとされているが、事業費については国庫補助率 2 分の 1、すなわち地方財政が逼迫している状況下では残りの 2 分の 1 を地方自治体が捻出しなければならない、それぞれ都道府県の財政状況によっては全く活用できない状況である。今後、国庫補助率の改善、すなわち 10 分の 10 事業にすることだが、この事業費のさらなる拡充を粘り強く訴えていきたいと考えている。

そして、このことに加えて、次回の診療報酬改定において、例えば一般診療科の医療機関の身体疾患をもつ患者が精神症状の発現・増悪等により、精神科病院で受け入れた場合等の連携

についても、縦列モデルとして点数表上評価するなどの具体的対応について交渉していきたい。精神疾患が医療計画上5疾病の1つとして位置づけられたことを契機に、国も、積極的な支援策を展開すべきであることは言うまでもない。我々もそれを期待するところである。不採算の象徴とも言える救急医療のなかで、特に精神科救急、これは施設の整備が十分でないことに加え、精神疾患の増加で各地域において対応に苦慮している実情がある。地域医療崩壊が叫ばれるなかで、これまで地域医療を守るために努力してきた医療現場のモチベーションを高める対応が今求められていることを国に認識させるためにも今後とも強く対応を求めていく所存である。

(2) 医療現場での事務作業量の軽減を

〔東京都〕

＜提案要旨（抜粋）＞

種々の医療連携を進めている中、担当する医師、そして医療事務の事務作業量はますます増加し、しかも煩雑となってきている。医師、看護師をはじめとするマンパワー不足の医療現場では、患者さんとそのご家族に相対する時間を大切にしたいと、いかに効率よく事務作業をこなしていくかが求められている。

日本医師会として、全国で心暖まる医療を展開するためにも、考慮いただきたい。

回答：藤川常任理事

ご指摘のとおり、医師の医療事務作業量はすべての医療機関において、今後も増加するとともに煩雑化することが予想される。この医師の事務作業が増加することにより、医師の本来業務を阻害し、その結果が患者さんに提供する医療に悪影響を及ぼすのであれば、その見直しや改善は絶対に必要である。

特に、医師不足の解消対策の観点からも、本会としては厚生労働省に対して医師の本来業務を阻害するような書類等について簡素化するように働きかけを行う。

具体的には、急性期医療機関の厳しい在院日数の基準を患者さんの病状にふさわしい必要な

入院期間に緩和することや、先生方の医療事務を煩雑にしている書類等を事務方である医療秘書に担当させ適切な診療報酬を設定するなど、医師のみならず看護師等を含めた事務作業の削減対策を練りたい。

また、ご案内のとおり、日本医師会認定医療秘書の制度は、昭和56年より診療報酬請求事務を含む医療事務の知識と最新の情報処理技術を備え、診療所・病院で質の高い医療秘書として働くことができる人材養成を目指してきた。

そして、昨年度までの2年間にわたる日本医師会認定医療秘書のあり方に関する検討委員会の成果を受けて、医療秘書としての能力を高めるため、科目にコミュニケーション論を新設、また、演習を含む授業などを行うなど、接遇教育を初めとした全人的教育の充実を図るカリキュラム改正を、現在、準備している。

平成20年度の診療報酬改定においては、病院の医師事務作業補助体制加算が認められ、これは地域の急性期医療を担う医療機関で、医師、医療関係職員、事務職員の間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する医師事務作業補助者を配置する体制を評価する入院基本料の加算である。

平成22年度改定では、医師事務作業補助者の配置によって一定の勤務医の負担軽減効果が見られたことから、加算の引き上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を設置した場合の評価が設けられた。また、平成24年度改定では、補助者の人数設置に応じたよりきめ細かい評価がなされたところである。

しかしながら、診療所や中小病院の医師においても、当然、事務作業に大変な負担を強いられている状況があり、日本医師会としては今後とも一貫してこの加算の適用拡大を求めていく。

さらには民間保険等の診断書作成など、医師の事務作業負担が増加している事実もあり、本会は診断書の書式統一を要望するなど、診断書の標準化、電子化の協力を得ている事実もある。

今後は、その他関連業界との連携を図り、医師の本来業務へ支障を来す事務作業の軽減化を図っていきたい。

(3) 新型インフルエンザ等感染症危機管理体制の強化について「兵庫県」

＜提案要旨（抜粋）＞

国の「行動計画」改定に対するパブリックコメントとしての県医意見（2011.8）を発して、その問題点を1.「新型インフルエンザ」の定義ととらえ方について、2.「流行規模及び被害の想定」について、3.「対策の基本方針」について指摘したが、改善されないままである。

新型インフルエンザ等感染症への対応については、日医はじめ全国の医師会のより積極的な関与と準備が求められると思うが、関わってこられた日医の担当役員より、現状説明と日医としての取組の方向性をお聞きしたい。

回答：小森常任理事

「(H1N1) 2009」においては、兵庫県医師会を初め、地域の先生方が大変なご活動をされたおかげで、死亡者数 199 名で済んだことはご承知のとおりであり、特に兵庫県医師会が平成 22 年 9 月に発行された新型インフルエンザ対応検証報告書は、私も有識者会議等に参加をするとき常に携えて出席をしている。まず、ご指摘の第 1 点目、「新型インフルエンザ」の定義の考え方では、ご承知のように、病原性については病原体側の要因、また重症化率や致死率はウイルスの病原性に宿主側の要因を加味して表されるものであり、新型インフルエンザ対策行動計画においては、感染率につきまして全人口の最大 25% が罹患、致死率についてはアジア・インフルエンザなどの中程度のもの場合は 0.53%、スペイン・インフルエンザのような重症のもので 2.0% と、仮置きで想定をしている。

また、本年 1 月 31 日に新型インフルエンザ専門家会議が公表したガイドラインの見直しに係る意見書においても同様の表現がされているほか、感染力については感染拡大防止策は感染力にかかわらず必要となること、感染力の大きさと対策の効果との関係は複雑であり、感染力を数値化して対策を区分することは困難であることから、感染力によって対策を区分せず、個々の対策の実施の判断において必要な場合に感染力を考慮することとされている。

一方、今回の新型インフルエンザ等対策特別措置法成立の際の附帯決議においては、私どもからさまざまな観点で決議をしていただいた。その 1 点としても、被害想定については最新の科学的知見を踏まえ、いたずらに過大なものとするのがないようにすることで、明記をされたところである。

新型インフルエンザ等対策有識者会議及び分科会においては、現時点では H5N1 は伝播力が小さいが、ブタ等を経由してヒト・ヒト感染するようになった場合も考慮し、また病原性についても専門家に科学的な分析・検証すべきであると議論がされ、その結果、亜型を限定的に明記することを避け、海外及び国内の臨床例を集積し、それらに基づき基本的対処方針等を諮問委員会で検証・判断することになった。

続いて、第 2 点目の流行規模及び被害の想定では、先ほどのように仮置きの前提のうえで登録事業者の事業計画の策定等について定めているところであるが、同会議において、新型インフルエンザの被害想定については、あくまで全く医療が介入しない場合の致死率を使用していることから、2009 年のデータ等に基づいて、医療介入の係数や病原性の高低も考慮しつつ、被害想定をより精緻化しないと無意味であり、このままの形での行動計画やガイドラインが策定されてしまうと各地域での計画も立てられない。そして予想される入院者数、死亡者数などにより数パターンの計画を準備していくことが必要であることを従来からも主張している。

また、ご指摘のとおり、2009 年の流行の際には我が国の死亡率が諸外国と比べ低かったことは、日本の医療水準、国民皆保険制度、患者・医師の信頼関係、抗インフルエンザウイルス薬の早期投与等、流行時のみならず、日ごろからの医師を初めとした医療関係者の真摯な努力結果であることを指摘した。

さらに、当会員においては、緊急事態宣言に基づく緊急措置の発動においては、兵庫県医師会における取り組みのように、各都道府県の自律的行動を阻害するものであってはならないことを終始一貫して主張していることをご理解いただきたい。また、感染拡大防止対策については、ご指摘の兵庫での対策を踏まえ、特措法に

において、集会の自粛等の規定が盛り込まれ、現在、その具体的内容について審議が継続している状況である。

3点目の対策の基本方針については、「帰国者・接触者外来」以外を排除した通知と運用には問題点が余りにも多いとのこと指摘には、全く見解を同じくするものであり、地域の実情に応じた弾力的な運用こそが大切であることは今後とも指摘をしていく。

また、特措法においては、医療関係者に対する罰則規定を伴わない従事要請、あるいは指示権限が都道府県知事に付与されており、本件についても極めて謙抑的に行うよう、再三にわたり主張している。

また、予防接種や診療に必要な医療従事者数等については、調整されないまま、それぞれ別途に縦割りで議論されていることを問題点として指摘している。そのうえで医療資源には限りがあり、例えばインフルエンザ治療を行いながら一方で予防接種を全国民に3カ月で完了することは、到底不可能であること。被害想定からのみならず、現実の医療資源からそれぞれの配分も考慮したうえでの必要な医療従事者数の想定をすべきであることを主張している。

先般の有識者会議の「医療・公衆衛生分科会」においては、診療科別重症化別医療体制を計画している自治体の事例等も紹介されたが、今後、各自治体が実際に行動計画を立てる際には今回の兵庫県医師会のご指摘も踏まえ、各地域の医師会等と連携をして対応することも、国からも指導・助言するよう求めていく。

いずれにしても、現在、有識者会議の親会議、あるいは医療・公衆衛生、社会機能それぞれの分科会において、政省令、告示の制定に関するものと並行して行動計画、ガイドラインの見直しについても議論している。年明けの中間的な取りまとめ、5月の法施行に向けて、医療体制、医療関係者への補償等も含め、幅広く議論を進めるなかで、ご指摘の事項を反映させるべく、さらに努力をしてまいり所存である。ご理解とご協力を改めてお願いを申し上げます。

(4) 専門医制度のあり方について「日医」

<提案要旨：小森常任理事>

専門医制度のあり方に関する議論について、その進捗状況のご報告をさせていただき、ご議論のたたき台とさせていただきたい。

専門医に関する議論については、30年以上にわたり日本医師会、厚生労働省等の間で大変厳しい意見の対立があることはご承知のとおりである。

ただ、平成14年に厚生労働省より、専門医広告の告示の通知が示され、会員数が1,000人以上であり、8割以上が医師であることなどの一定の要件を満たせば、その学会に所属して要件を満たした方が専門医としての広告を行ってよい措置がされた。この平成14年の厚労省の告示は学会の外形基準のみを対象とするもので、専門医の資質については全く問われないため、さまざまな分野の専門医が乱立し、現在、その数は医科領域で実に55事態になっている。このまま放置すると、設立される学会や認定される専門医の資質が担保されず、国民にも専門医制度がわかりにくいというえに、医療界のプロフェッショナル・オートノミーによる自律機能が発揮されないことになり、この流れを是正する必要がある。専門医制度の改革の機運が生まれてきたのも、1点の現状だろうと思う。

日本専門医評価認定機構からこの問題を是正するため、中立的な第三者機関を設置する必要があるのではないかとの意見が、一昨年5月に出された。専認機構の主催の会議として第三者機関検討委員会が設置され、日本医師会からは高杉常任理事が出席をしている。

第三者機関の設置については、専門医制度のみならず、医療制度の将来に大きな影響を与えるものであることから、当時の日本医師会執行部としても緊張感をもってこの対応に当たり、第三者機関検討委員会は合計6回開催されたが、その都度常任理事会、役員打合せ等で協議を重ねた。平成22年11月30日には専認機構の池田理事長を日本医師会にお招きし、専門医制度の将来像について、意見交換をしたほか、非公式にも議論を重ね、専門医機構設立の理念をまとめることについて、合意した。

専門医機構（仮称）の件については、設立の理

念として、我が国の医学、医療の中核をなす日本医学会と日本医師会の緊密な協力体制を中心に全医学会の英知を結集して新たな理念に沿った日本専門医認定機構を設立することとしている。

これらの動きに対抗して、昨年夏、厚生労働省は省内に専門医のあり方に関する検討会を設置したい旨申し出があった。この検討会の設置につきましては、かじ取りを誤ると専門医制度の基本設計について国が強く関与することになりかねないため、日本医師会としては、細心の注意を払って頻回に議論し、委員の人選に至るまで厚生労働省側に私どもの意見を強く主張した。検討会の構成員については、日本医師会を2名とすることで合意され、当初は三上常任理事と高杉常任理事、本年4月から高杉常任理事と私が担当して出席をしている。また、平成24年1月11日、第4回の検討会では、日本医師会の考え方について意見陳述を行った。専門医に関する日本医師会の主張は大別して5項目である。

1. 専門医の評価認定については、プロフェッショナル・オートノミーを基盤としてこれを行うこと。
2. 現行の医療制度と整合性のとれた専門医制度とし、現在、地域医療に従事されているかかりつけ医について十分に評価すること。
3. 専門医制度を医師の偏在・是正を目的とすることにより制度自体を歪めないこと。
4. 専門医のインセンティブについては慎重に議論すること。
5. 日本医師会の生涯教育制度を専門医の認定更新に活用することであります。

また、専門医制度は、いわゆる総合医、総合診療医との議論とも密接に絡みますので、生涯教育推進委員会の答申を踏まえ、日本医師会の考え方となっている。

要点としては有床、無床を問わず、現在の開業医師の先生方が日々の診療のなかで地域住民の健康と生活を支え、我が国の医療に貢献している認識を踏まえて、かかりつけ医という現在の日本の医療のあり方を評価すべきであることを第一に主張している。

かかりつけ医の先生方はそのほとんどが大学や中核病院で少なくとも10年以上勤務・研

究を積み、セカンダリーケアはもちろん、救急、超急性期や重篤な疾患に対応する能力を身につけられ、それぞれの分野でのしっかりとした専門性を背骨にもたれたうえで地域で開業することによって多くの患者さんを診療所の段階で治療をしている。このかかりつけ医制度こそが日本の医療の根幹を支えており、日本の医療が国際的にも安価で高質で平等な医療提供体制が保たれていることを繰り返し主張してきた。

一方、総合診療医については、へき地など、地域によっては総合的な診療能力を有する医師が必要な状況も考慮したうえで、こういった医師不足などの地域の医療を担うなどの医師の能力を専門領域の1つとして評価することについて、一定の理解をしているところである。

総合診療医の名称については、総合医（仮称）に関する検討会のなかで議論が行われ、この検討会は7月から10月にかけて3回開催をされている。この検討会は専認機構が主催しているが、厚労省の検討会の座長である高久日本医学会会長から、専門医のあり方に関する検討会の場で、名称等については専認機構の当該検討会で議論し、その結果を厚労省の専門医のあり方に関する検討会で報告するよう要請を受け設置され、委員長は国の検討会の副座長である金澤一郎元日本学術会議議長であり、厚労省もオブザーバーとして参加をしている。私が委員として参画しているので、そこでも繰り返しかかりつけ医の意義についてもご説明を申し上げている。

この結果、10月1日に行われた第3回検討会において、日本医師会の主張が全面的に受け入れられ、専門医の認定に当たる呼称については、総合診療医に統一する見解で意見集約がされた。総合診療医はあくまで専門医の1つとしてへき地などでプライマリ・ケアに当たる医師を医療的側面から評価するものであり、認定要件については内科、外科、整形外科等、他科の専門医の先生方と同様な一定の水準を要求されるものである。この結論については、11月29日、あるいは12月の国の検討会に報告されるため、国の検討会においても強い拘束力をもつものと考えられている。

国の検討会の議論の推移では中間取りまとめについては、検討会での激しい議論を含め、検

討会の開催前には必ず厚労省担当課長とも折衝し、十数回以上にわたり文言の修正に努めてきた。日本医師会としては、検討会で行われた議論を確認し、再三再四強い主張を繰り返した結果、当初の原案とは大きく隔たった医療側の主張を取り入れた中間まとめになっている。

厚労省側の意図は、専門医制度や総合的な診療能力を有する医師にかかわる諸制度について、国がこれに強く関与して管理を行おうとするものであり、中間まとめからはそれらの関与をにおわせる文言については徹底して削除するよう努めてきた。

一例を挙げさせていただくと、専門医の地域偏在、診療科偏在の是正について、国がこれに関与することについては、全国レベル、都道府県レベルで各診療領域の専門医の養成数を管理・調整する。専門医の養成プロセスにおいても偏在対策につながる取り組みについての強い要請がある、医療制度上に位置づける必要がある、などの文言を削除している。

また、総合医を専門医の1つとして位置づけ、その育成に当たっては国がこれに関与する点については、いわゆるゲートキーパー制の創設に結びつきかねないような文言についても丹念に削除している。当初、総合医と記載していた名称については、総合医、総合・総合診療医、さらにはすべて「総合医」「総合診療医」と書き分けるように日本医師会より指摘・修正済みであり、さらに先ほどご紹介したように、選任機構での検討会の報告を受けて、最終的には総合診療医の名称となるよう議論を終始リードしている。

総合医・総合診療医が必要とされる背景には、高齢者の心身を総合的に診る医師の不足や、地域の中核的病院における医師の不足などの問題もある。あるいは医療行政的なバックアップも考える必要があるなどの文言についてもすべて削除させてきたところである。

したがって、先ほど申し上げた選任機構の検討会での議論も踏まえ、へき地などにおいてプライマリ・ケアを担う医師の専門医としての評価にかかわる名称は総合診療医となり、現在、地域医療を担っているかかりつけ医の先生方は、地域の患者・住民の疾病、健康、生活にかかわる種々の要請に応える存在であり、専門医

制度とはなじまないものとして、明確に整理されることになると考えている。

これらが検討会の現在までの動きであり、専門医制度の設計に当たっては、あくまで医療界のプロフェッショナル・オートノミーによってこれを堅持する日本医師会の主張はこの検討会でも大多数の委員の合意が得られており、検討会の今後のスケジュールについては、年度内にあと5回程度の会議が開催を予定されているところである。

ここからは、まだ公にされていない情報で、お心のうちだけにとどめておいていただきたいが、水面下でも種々の議論があった。本年秋、厚労省は第三者機関に対する財政支援について、来年度予算に相当額の概算要求を行いたいと考えを内々に打診してきた。本件については、国が主導権を握り、管理医療への道を意図することが明確であったため、日本医師会としては、第三者機関に対する財政支援そのものが検討会の議論の結論に反したものであり、全く容認できないと反論してきたところである。今後も国の意図する医療にかかわる管理体制のもくろみに対しては徹底的に闘い、粉碎していきたいと思う。

また、専門医にかかわる制度設計については、細心の注意を払いながら協議に当たっているため、先生方の一層のご理解とご支援を賜りたく、改めて心からお願い申し上げます。

(5) 診療に関連した予期しない死亡の調査機関設立について「日医」

<提案要旨 高杉常任理事>

23年の6月に、医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について提示をした。

この要点は、ご存じのとおり、きちんと死因を分析して調査していく、その院内事故調査委員会が機能した場合には、医療安全調査機構に依頼する。そして、このようなケースは警察に届けるのではなく、医療安全調査機構に届けて分析して予防に役立てる。医療の不確実性、複雑性、リスク性からは、個人の追及ではなく、病院を挙げて究明、予防対策につなげる。当然、対話型のADR、あるいは医療メディエーションの技術が大切になってくるだろう。これらの

医療界挙げての真摯な取り組みを続けていくことで医師法 21 条の改正につなげていく。できれば、医療無過失救済制度は検討したい内容であるが、こういう動きを見て、23 年 8 月に厚労省の医療の資質向上に資する無過失補償制度のあり方に関する検討会が設置された。

そして、平成 23 年 10 月から 11 月に全国の医師会にアンケート調査をした。

24 年の 2 月に動きを見て、今度は無過失補償制度ではだめだと。医療事故に係る調査の仕組みのあり方に関する検討部会を設置しようと申し上げ、厚労省で医療事故にかかわる調査に関しての検討部会が現在まで 8 回行われている。

一方で、24 年 3 月から医事紛争医療裁判外紛争処理解決機関連絡調整会議が、すなわち ADR だが、この会議が 5 回行われた。その 6 回目に日医で私が初めて参加をした。

そして、24 年 5 月から医療関係団体と意見集約に向けて話し合いをしている。四病協や、全国医学部長病院長会議、日本医師会との担当役員の意見交換会も行っている。

24 年 6 月 15 日には死因究明 2 法案が決まり医療関連死はこれから外すようにと意見を述べ、何とかこれは医療関連死を外すことができた。

本件を受けて、代議員総会も意識したが、24 年 9 月 21 日に、もし周囲の状況から見て法律にされるのならこれだけのことは外さないでくれという骨子（案）をお見せした。

そして、24 年 10 月 16 日に日医理事会、24 年 10 月 28 日に日本医師会代議員総会において、十分な議論がなされていない等の声を受けてもう 1 度プロジェクト委員会を設けることになった。

背景については、医療事故に係る調査の仕組みのあり方検討会は 8 回になった。前回は、捜査機関のかかわり方の段階に入っている。捜査機関とのかかわりにおいては、途端に医療界がアレルギーとなって、そのまま進んでいない。

一方、モデル事業を引き継いだ医療安全調査機構は事業仕分けに遭い、7,000 万円程度の減額査定を受けた。しかし、関係各学会、そして、

日本医師会、病院団体も、これは意義のある事業のため、何とか医療界の試みとして制度化に向けて頑張っている。

そして、企画部会、これは日本医師会の提言を素案にした背景でつくっているが、そこには意見を十分に述べた。そのたたき台が先般まとめ、骨子（案）を出す段階では、まだこの企画部会の意見はまとまっていなかった。日医の提言実現に向けて頑張っているつもりであった。

一方、政権は非常に不安定で、解散となったが、その死因究明法案、あるいは消費者庁の医療事故に対する視点、あるいは死因究明法案の成立過程を見たときに、原則、考えだけはまとめてお示ししたつもりである。医療の未来を決めることであり、早急に事を進めるつもりではないが、誤解を招いたことは担当としておわびする。

また、プロジェクト委員会もまとまると思うが、再度確認意見をまとめながら、その過程を再度ご報告したいと思う。

ただ、私は各地域にお邪魔して直接にいろいろお話をすると、ご理解いただいている場合が多く、反対意見よりもむしろ頑張れとの意見をたくさんいただいている。文章ではなかなかわかりにくく、あるいは書きにくい面があった、あるいはその文章表現が下手な点も認めるが、意のあるところをご理解いただきながら、何とかお知恵を借りながら、そう慌てることはないと思うが、頑張りたいと思う。

(6) 「都道府県医師会宛て文書管理システム」の郡市区等医師会への開示について「日医」

<提案要旨 三上常任理事>

「都道府県医師会宛て文書管理システム」の郡市区等医師会への開示について、発信文書が日医から出ているが、郡市区医師会に届くのが遅いということで、今は都道府県医師会あての文書管理システムだが、郡市区医師会へも開示したいということである。準備が必要となるため、利用ができるようになればまたお知らせする。

平成 24 年度都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会

常任理事 宮里 善次



平成24年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

◇日 時 平成 24 年 11 月 30 日 (金) 午後 2 時～ 4 時
◇場 所 日本医師会 3 階 小講堂

次 第

1. 開 会 (小森常任理事)

2. 会長挨拶 (横倉会長)

3. 議 事

【報 告】

全国医師会勤務医部会連絡協議会について

- ①平成 24 年度報告 (愛媛県医師会)
- ②平成 25 年度担当医師会挨拶 (岡山県医師会)

【シンポジウム】

「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」

司会：泉 良平 勤務医委員会委員長

- 1. 日本医師会から (今村 副会長)
- 2. 各地からの報告
(大阪府医師会・兵庫県医師会・鹿児島県医師会)

3. 議 論

4. 閉 会 (小森常任理事)

去る 11 月 30 日 (金) 日本医師会館に於いて標記連絡協議会が開催された。協議会では、先般、愛媛県で開催された全国医師会勤務医部会連絡協議会について報告があり、続いて、次期担当県の岡山県医師会より開催の概要について説明があった。その後、シンポジウム形式で会が進められ「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」をテーマに、日本医師会から組織力向上の必要性について考え方が示された他、3 府県医師会 (大阪府、兵庫県、鹿児島) より、勤務医の組織率向上に向けた取り組みについて報告があった。報告のあと、医師会加入によるメリットや勤務医の加入率向上などを巡り意見交換を行ったので、会の概要について下記のとおり報告する。

会長挨拶 日本医師会長 横倉義武

現在、国の社会保障政策は、政局の不安定さを含め予断を許さない状況にある。日医としては引き続き、地域医療全体の底上げによる地域医療の再興に努めていく所存である。その様な

ことから国をはじめ関係各所に意見を申し上げているところである。また、医師の健康支援や勤務環境の改善、女性医師の就労支援についても、一層詰めて参りたい。

日医が掲げる政策目標の達成のために、全ての医療関係者が勤務形態、性別など、様々な立場を乗り越え、結集しなければならない。

前期の勤務医委員会の提言の中で、勤務医が医師会と共に行動して行くためには、勤務医の代表が意志決定の場に加わらなければ、真の議論はできないとして、答申と共に委員の総意として、日本医師会理事に勤務医枠の設置の要望を頂いた。本年9月より勤務医委員会委員長にオブザーバーとして理事会に入っている。

今期の勤務医委員会に対する諮問は「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」とのテーマをお願いしている。

本日の議事においても、勤務医の組織率向上に向けた具体的方策をテーマにシンポジウムを行うことになっている。勤務医の組織率向上、引いては医師の大同団結に向けて活発な討議をお願いしたい。

議事【報告】全国医師会勤務医部会連絡協議会について

①平成 24 年度報告（愛媛県医師会）

佐藤博彦愛媛県医師会常任理事より「新しい医療の姿 - 勤務医の明日 -」をメインテーマに、10月6日（土）松山市に於いて標記連絡協議会（日医主催、愛媛県医師会担当）を開催（参加者：386名）した。全国より多数の先生方にご参加いただきこの場を借りて感謝申し上げます。

当日の協議会では、横倉会長による特別講演「地域に寄り添う医療政策の実現に向けて」、嘉山孝正国立がん研究センター名誉総長・山形大学学長特別補佐・山形大学医学部脳神経外科教授による特別講演「勤務医の処遇改善における課題と解決策案」、日本医師会勤務医委員会報告、次期担当県挨拶が行われた。

午後の部は、「女性医師支援とその問題点」「医療コンフリクト・マネージメントの活用」「救急医療体制維持の工夫」をテーマに、それぞれ

シンポジウムを行った。

また、協議会の総意の下、満場一致で採択された「愛媛宣言」については、後日、日医勤務医委員会で検討していただき公表することになっていた。本日、ブラッシュアップされた宣言文を読みあげ報告とする。

愛媛宣言

勤務医に関する問題として、劣悪な労働環境、絶対的な医師不足、勤務医の地域や診療科ごとの偏在化、医療の高度化・複雑化と情報の氾濫による医師-患者関係の変化などがあげられる。

しかし、これまで実施されてきた勤務医に関する政府の施策は、地域や医療機関それぞれにおいてその問題点が異なるため、勤務医個々にまでその効果が及んでいるとはいえない。

このような現状の中で、勤務医はそれぞれの地域で、その特性に合わせた方法を用い、すべての医療従事者、住民、行政とともに急性期から慢性期医療、そして介護を含めた医療を平時のみならず災害時においても支え続けている。

この状況を顧み、今後の医療の新たな展開に向けて、以下の宣言をする。

- 一、 勤務医として、男性、女性の別なく、仕事と生活の調和がとれる労働環境の整備、さらに女性医師の潜在能力の発揮を可能とするような労働環境の実質的な推進を政府ならびに病院開設者に求める。
- 一、 多忙な勤務医、あるいは高度先進医療を担う勤務医には、常に高いリスクが課せられているが、このリスクから勤務医を守るためには、勤務医の実質的な処遇改善による勤務医の増加、無過失保障制度のさらなる整備を政府に対して求める。
- 一、 勤務医に関する問題の解決方法において、それぞれの地域が固有に持つ問題点に合致した施策が実施されるために、政府が地域医療の実態を示す統計を様々な角度から検討・把握することを求める。

平成24年10月6日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・愛媛

②平成 25 年度担当医師会挨拶（岡山県医師会）

次期担当県の丹羽国泰岡山県医師会長より、来年の開催期日について紹介があった。

次年度の開催期日について、平成25年11月9日（土）岡山市のホテルグランヴィア岡山にて開催する。協議会のメインテーマは「勤務医の実態とその環境改善 - 全医師の協働にむけて -」とし、特別講演2題、パネルディスカッション「様々な勤務医の実態とその環境改善を目指して」、フォーラム「岡山からの発信 - 地域医療人の育成」と題する企画を予定している。多くの先生方の参加をお待ちしている。

シンポジウム「勤務医の組織率向上に向けた具体的な方策」

シンポジウムでは、日本医師会より組織力向上の必要性について考え方が示されると共に、3府県医師会（大阪府、兵庫県、鹿児島）より、勤務医の組織率向上に向けた取り組みについて報告があった。

(1) 日本医師会から（日本医師会副会長 今村 聡）

日本医師会は、世界医師会に認められた日本で唯一の医師個人資格で加入できる団体である。しかしながら、全医師に占める日医会員の割合は56.2%で、とりわけ勤務医では39.7%に留まっている。勤務医対策が喫緊の課題である。日医への加入率は都道府県によってばらつきが見られる。具体的には、鹿児島県が95%と最も高い加入率であるが、一方で40%に満たない府県（千葉、石川、京都）もある。

今期勤務医委員会に対する会長諮問は「勤務医の組織率向上に向けた具体的な方策」である。組織の力（会員数）が大きければ「組織全体の発言力、実現力が増す」国を動かす力となる。

加入率向上の方策として強制度の高い順に、①「医師法に規定し完全な強制加入（法的根拠を伴う）とする」②「医師会が保険医の指定を行うことで実質的強制加入（開業に関わるものを伴う）」③「日医認証局、生涯教育制度の専門医を要件化し、加入していないと不便な状態とする」④「メリット論を打ち出す」⑤「発言の場として積極的に組織を活用させる（任意度：高い）」など最終的にどの段階を目指すか検討していく。

組織参加を自覚させるものとして、(ア) 会長選挙の直接選挙化、(イ) 理事会勤務医枠の設置、(ウ) 勤務医代議員数の増加、(エ) 医師会加入三層構造の改善—など今後検討し、勤務医の意志反映が十分果たされる状況を考えていかなければならない。

また、実際に勤務医の意見が結実した具体的な活動事例として、平成20年に発足した「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」と「死亡時画像診断 (Ai) の活用に関する検討委員会」がある。前者は、勤務医の健康の現状と支

援のあり方を検討してきた委員会で、本年10月厚生労働省に設置された「医療分野の雇用の質向上PT」からも、当委員会の検証結果を参考にフォローアップしたいとの依頼がある。また、後者も本委員会で鋭意検討した内容が最終的に死因究明推進法案の中に文言が入り、警察庁から依頼があり日医が委員として参画している。

現在進めている主な事例は、(a) 理事に勤務医1名が参加、(b) 本年9月より勤務医委員会委員長が理事会にオブザーバー参加、(c) 日本医師会勤務医委員会臨床研修医部会 in 愛媛県（愛媛県内の5病院10名の臨床研修医との意見交換）の開催などがある。

従来から実施しているツールは、日本医師会医学賞（3名 副賞1名あたり500万円）、医学研究奨励賞（15名 副賞1名あたり150万円）、ハーバード大学 武見プログラムへの留学、医師年金、医賠償、生涯教育などがある。また、今年度より医学生向けの無料情報誌「ドクターゼ」(<http://www.med.or.jp/doctor-ase/vol3/index.html>) を発行しており、高等学校からも希望が急増している。

(18 ページ資料参照：ドクターゼ掲載の「医賠償」を紹介)

この他、本会では、平成23年4月より「日本医師会臨床研修医支援ネットワーク (<http://www.med.or.jp/rsn/index.html>)」を開設。具体的には、本サイトを通じて登録した臨床研修医に対して、日医会員専用ページである「メンバーズルーム」の全てのコンテンツを公開し、日本医師会医学図書館、日本医師会雑誌 online、提携ホテルの特別割引等のサービスを提供している。**(登録・利用料：無料、利用期間：臨床研修期間中。登録方法)**

結びに、勤務医の意志反映が十分果たされるよう、①医師会の組織強化策として、すべて医師の意見を反映する仕組みを構築する。②勤務医支援として、今できることを一歩ずつ着実に実行していく所存である。

日本医師会 臨床研修医支援ネットワーク

Resident Support Network (RSN)

日本医師会では、臨床研修医の皆さまを支援するため、日本医師会の事業のうち、広く利用できるサービスを無償提供しています。日本医師会ホームページ内 臨床研修医支援ネットワーク (<http://www.med.or.jp/rsn/>) から登録でき、登録料、利用料とも無料です。是非ご登録のうえご利用下さい。

対象

臨床研修医

登録・利用料

無料

利用期間

臨床研修期間中

登録方法

日本医師会ホームページにある登録フォームに必要事項を入力してください。申請受付が完了した際のメールを自動通知し、その後、コンテンツにアクセスするためのIDとパスワードをあらかじめメールでご連絡いたします。

日本医師会ホームページ
臨床研修医支援ネットワーク <http://www.med.or.jp/rsn/>

サービス内容

- 日本医師会会員専用ページの閲覧
- 日医医学図書館の利活用
- 日本医師会雑誌のPDF閲覧
- 生涯教育 on-line の利活用
- 日医白くま通信の配信
- 日医会員特別割引ホテルオンラインサービスの利活用
- その他情報(武見フェロー等)の配信 等

(2) 大阪府医師会勤務医部会活動の現状

(大阪府医師会理事 / 勤務医部会副部長
上田真喜子)

大阪府では昭和39(1964)年に勤務医部会の前身である勤務医委員会が設置され、昭和48(1973)年7月勤務医部会が正式に発足した。発足時の勤務医会員数は3,451名で、平成24年3月末現在9,976名で医師会員の55.4%を占める。勤務医部会では毎月2回(第2・4火曜日/年22回開催)常任委員会を開催している。また、年1回部会研修会や在阪5大学医師会・2行政医師会との懇談会、大阪府医師会役員との懇談会を開催している。また、府内11地域のブロックでは、それぞれ年3~4回委員会を開催し、毎年3地域において、それぞれブロック合同懇談会を開催している。この他、女性医師支援については、男女共同参画検討委員会や都市区医師会等と連携の上、府内11ブロック別に地域女性医師支援ワーキンググループを設置し、地区別に諸課題解決に向け取り組んでいる。

また、このような活動を広報すべく「大阪府医師会報(年4回発行)」の勤務医部会だよりを通じ各種懇談会や協議会の概要を報告している。さ

らに「大阪府医ニュース(年36回発行)」では、勤務医コーナーを設け、部会の主要行事やブロック別活動状況を報告、コラム欄「勤務医の窓」には、医療諸問題に関する勤務医の声を届けている。

部会では、勤務医自ら委員会参加が有意義であると実感できるようなテーマ設定やアクションプランの企画などが重要だと考えている。また、勤務医は開催時間の設定や欠席時の対応等、運用面での柔軟性も必要である。現在の医師会において、医学・医療の諸問題を解決するためには、開業医と勤務医の両者の連携を基盤にした部会・委員会活動が重要だと考えている。

(3) 兵庫県医師会勤務医委員会の取り組み

(兵庫県医師会理事 妹尾栄治)

兵庫県も他県同様、勤務医の組織率向上に向けた方策については歴代の勤務医委員会において重点的に検討されてきた。企画や提案は出来るものの主体的に先導し、実践する人材が不足であった。

今期の勤務委員会では、更に検討を加え、本年2月29日、兵庫県医師会長あての意見書として、都市区医師会と同列に「勤務医医師会」の設立を提案した。既存の都市区医師会への入会の意義は、主に病診連携である。勤務医個人の意見を反映するための医師会活動には馴染まない。特に管理的地位にない勤務医の意見は反映される環境にない等の理由が挙げられる。そのため、勤務医医師会では、①県下全域の初期・後期研修医、管理的立場にない未入会勤務医を対象とする。②会員数に応じ県医師会理事や代議員に推挙できる。③意見集約や協議の場はウェブサイトで行う。④会費は既存のC会員(3,600円/年)と同額とする。⑤会員の総意による事業は県医師会が委託を受けて執行する。兵庫県医師会にとっては「県下全医師唯一の代表機関」として錦の御旗になる。

設立に向けて本年10月「研修医・勤務医懇話会(10医療圏の研修指定病院より委員1名参画)」を開催した。今後の予定は平成25年4月までに「研修医会」を発足させ、26年度以降「勤務医医師会」を設立させたいと考えてい

る。勤務医医師会には、県下全域の初期研修医に加入して貰い、年度を重ねて規模を拡大していきたい。設立初年度の会員が中堅医師となる8年～10年を目安に自立的に発展させたい。

(4) 鹿児島県医師会報告

(鹿児島県医師会常任理事 中村一彦)

鹿児島は、平成23年12月1日現在、県医師会への加入率が95.2%（会員3,937名、非会員198名）である。組織率の向上に関する秘策はないが、増加の要因として考えられるのは、①毎年4月県医師会長が鹿児島大学新入局ガイダンスにおいて医師会の事業内容や医師賠償責任保険制度等の重要性について講義している。②初期研修医歓迎レセプションを開催し、知事をはじめ鹿児島大学病院長、各研修病院院長、指導医らが出席し門出を祝う。③医師確保を目的として「医師不足対策基金」を設立している。基金では、鹿児島県内で研修する一定の要件を充たした医師に対し研修期間中の生活支援を支給している。④県医師会長が大学において「医の倫理について」医学生へ講義を行っている。⑤県内の臨床研修病院及び関係団体（医師会、行政）が連携・協力し、県外に出た地元出身者等に出前セミナーを実施し、研修医獲得活動を展開していること - 等である。

また、入会後の支援策では、(1) 医師信用組合の利用（研修医フレッシュローン：300万円以内、保証人不要の低金利2%台）、(2) 勤務医師生活協同組合の利用（山形屋ドクターズカード提示で5%割引される、駐車場3時間無料、生命保険、損害保険、ガソリン2～3%割引、書籍ネット販売割引等）、(3) 医事紛争へのサポート対応を行っている。

これらの取り組みにより、勤務医の69%が勤務医師生活協同組合に加入している。また、医師信用組合も勤務医の約50%が加入するなど、金銭的なメリットの付与が一定の評価を得ているのではないかと考えている。実益で入ったものの、現在は勤務地の医師会に移り、仕事がしやすいとの声もある。

【議 論】

報告の後行われた協議では、医師会加入によるメリットや勤務医の加入率向上などを巡り、本日のテーマである「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」について意見交換を行った。

● メリット論について

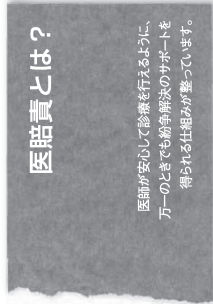
鹿児島県や大阪府医師会では、医師協同組合からの金銭的なメリットの付与が加入率向上の促進に繋がっているとした一方で、愛知県からはお金はあっても使う暇がない。医協カードによる経済的なメリットをPRすることに疑問を感じる。今は余りメリットにならないと考えるべきだと意見した。また、今期より日医理事に勤務医として参画している新潟県の塚田理事は、今日の会議を経て「組織化するには汗をかく人材を作ることが肝要だ」と述べ、研修病院も汗をかく指導医に集まるとした。

● なぜ加入率向上を考えるのか

京都府医師会より郡市医師会に加入していることでは駄目なのか日医会員とする理由について質問があり、今村副会長から地域医療を復興させるためには、郡市医師会の活性化が大事である。その様な視点から先ず郡市医師会に入っていくことが第一である。また、組織の力は「数」と説明したところだが、日医がいろいろな活動を行う中でネックになっていることは「開業医の団体」という印象が根強く、様々な活動の障害になっている。中には、勤務医の意見も加味されているのであればと、スムーズに物事が進展するケースも少なくない。従って、日医としてはできる限り多くの勤務医会員を増やしたい思いがあると回答した。

最後に小森貴常任理事より、すべての医師が団結し一つの旗のもとに集う事が極めて大事である。勤務医の意思が国を動かす。今日の議論を踏まえ、会務に反映させていきたいと挨拶し、連絡協議会を終えた。

日本医師会の 取り組み



病院だけでなく、勤務医個人もカバー

みなさんは「医賠償（医師賠償責任保険）」をご存知ですか？これは、もし医療事故などが起こってしまった場合、金銭面などで紛争解決のサポートを受けられることのできる保険です。医学生のみならず、卒業ししばらくは病院勤務になることがほとんどという「医賠償（医賠償責任保険）」を開業医だけでなく勤務医も加入しなきゃいけません。近年、医療事故が増えたこと、その病院を訴えただけでなく、勤務医個人に責任を押し、個人に対して訴訟を起すケースも増えています。少し前までは、病院が保険に加入していれば、勤務医も自動的に担保されるよう

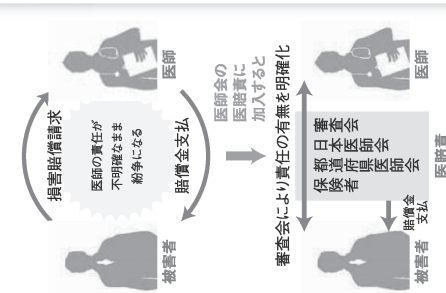
な補償が一般的でした。しかし、数年前から病院を対象とした保険がなくなってきており、追加の保険料を支払わなければ勤務医は補償の対象とならないものが増えているそうです。そのため、もし医療事故が起こった場合、病院の意向によっては必ずしも勤務医が保険でカバーされるという限らなくなっているのです。

医賠償は医師個人を対象とした保険なので、勤務医がどのような保険に入っているかにかかわらず、このような「もしもの時」に備えることができません。日本医師会の医賠償は、医師会の会員になれば自動的に被保険者となる仕組みになっており、1事故につき1億円まで補償されます。また、勤務先を定めた場合、アルバイト先や勤務先がなくなった場合も補償されます。

日本医師会による医賠償のメリット

日本医師会の医賠償は既に、民間にも医賠償保険があります。では、日本医師会の医賠償の特長・メリットは何でしょうか。

- ① 専門の調査・審査機関がある
- また、日本医師会の医賠償には、調査委員会と審査会があります。事故が報告されると、調査委員会にその情報が送られ、調査が行われるのです。この調



査委員会は、各科の専門の医師をはじめ、医療の知識を持った弁護士、保険者などを構成されています。この調査委員会が事故を一つ一つ調査し、その後、中立・公正な審査会が賠償責任の有無、賠償責任額などを判断しています。こういった調査・審査機関があるのは、日本医師会の医賠償ならではの特長と言えます。専門家による中立的審査が行われるので、医師にとっても安心につながります。（医賠償保険ではこういった手順は保険会社が行っています）

② 訴訟や示談を代行できる
もう一つの特徴は「医賠償」でできるだけ手面に立つことなく紛争を解決できるように、訴訟、示談などの交渉を代行する仕組みが整っている点です。例えば訴訟が起こった際、民間の保険では自ら弁護士の手配を行わな

れはなりません。医師会の医賠償では医療分野を専門としている弁護士が費用負担まで、医賠償保険内で医師会が当事者に代わって行います。これは、医師が安心して医療を行うことができるようにという配慮に基づいた仕組みです。裁判での敗訴の場合だけでなく、和解や示談といった場合にかかった費用も補償の対象になります。

患者と医師がともに安心して暮らせる仕組みとして

もちろん、患者さんの命を預かる立場である以上、医師は強い責任感を持って患者さんの治療にあたらなければなりません。しかし医療には多少の不確実性がありますから、医療事故とそれにもなる紛争は避けられません。

日本医師会の医賠償と、民間保険の比較

	日本医師会医賠償	民間保険
概要	判定機構が医師の責任を公正に判断し、医師が高額の賠償にも耐えられるよう、経済的保証をする。	弁護士がつくことはあるが、最終的な判断は保険会社が行う。医学知識に基づき詳細的な支援があるわけではない。
医療紛争の特徴	審査会が判断	保険会社が判断
紛争処理の方法	医師会が弁護士の手配を代行	医師本人が対応、もしくは保険会社が弁護士を手配
加入の手続き	医師会の会員になれば、医賠償そのものの手続きは不要	医師自らが保険会社に申し込む
会員の退会及び死亡後の特例措置	・ 医師会を退会後、あるいは死亡後でもサポートが受けられる ・ 適用期間は10年間	・ 左記のようなサポートのためには別途保険契約を結ぶ必要がある（年17,000円程度） ・ 適用期間は5年間
保険料	会費に含まれる保険料相当額（年間）34,000円（研修医）～66,000円（開業医）	基本保険料（団体割引・年間）40,664円程度（研修医）～91,488円程度（有床診療所院長）



日本医師会 常務理事

「みなさんが将来医師になり、自身が当事者となる紛争が起こってしまったとしても、自分の責任の有無をきちんと判断し、適切な賠償がなかつたとしても、そして高額な賠償に対応できる経済的な裏付けがなかつたとしても、さらには安心して診療にあたることもできないのではないのでしょうか。そしてその不安感が原因となつて適切な医療が行われなくなれば、患者さんに与える不安、不信を抱かせることになってしまいます。そんな事態を避けるため、医師と患者がともに安心して医療にかかわれるように、医賠償は設立されました。避けれない医療事故の被害者には十分な補償がなされることも、医師自身が紛争に巻き込まれることのないよう、医師会のサポートが受けられる——それが、医賠償の掲げる理念なのです。」（常務理事 理事）

印象記

常任理事 宮里 善次

平成 24 年 11 月 30 日、日本医師会館において『平成 24 年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会』が開催された。

当日のテーマは「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」である。

横倉会長は挨拶の中で、日本医師会は世界医師会に認められた、日本で唯一の医師個人資格で加入する団体であり、日医が掲げる政策目標達成のために、全ての医療関係者が勤務形態、性別など、様々な立場を乗り越え、結集しなければならないと強調された。

そのためには数的に多い勤務医の参加と代表が意思決定の場に参加することが必要であると述べられ、シンポジウムが開始された。

まず始めに、今村日本医師会副会長から、現在の医師会加入率の詳細と日本医師会で取り組み中の内容が報告された。

平成 24 年度の勤務医の医師会加入率は 39.7%と低く、また医師会における会員構成割合でも 47.4%と半数にも満たない。

加入率向上の方策(案)として強制力の強いレベルから、①完全な強制加入(例、医師法に規定)、②実質的強制加入(例、保険医指定)、③加入していないと不便な状態にする(例、日医認証局、生涯教育制度の要件化)、④メリット論、⑤積極的に組織を活用(発言の場として)が供覧されたが、最終的にどのレベルを目指すのか多くの議論が必要であると述べるに止まった。

また、そもそも勤務医が組織への参加自覚ができるものなのか?と云う観点から、様々な議論や取り組みが報告され、最後にメリット論の一つと考えられる日本医師会提供の情報提供のツールが紹介されたが、詳細は本文を参照して頂きたい。

次に「大阪府医師会勤務医部会活動の現状」と題して、上田真喜子勤務医部会副会長から報告があった。

大阪では 1964 年に勤務委員会が設置され、1973 年に勤務医部会を正式に発足した。勤務医会員数は医師会員の 55.4%を占め、日本医師会の割合よりも 8%高い割合となっている。月 2 回の常任委員会を開催し、5 大学や 2 行政医師会との懇談会や 11 ブロックとも綿密に委員会やブロック合同懇親会が開催されていることが報告された。

病診連携を軸にしたテーマを選ぶと勤務医側の参加や反応が高くなる。

この点は大変重要で、患者を中心とした医療を軸にすれば、病診連携と云う枠組みで開業医と勤務医が協力できることを示していると強調されていた。

三番目に兵庫県の報告が行われた。

歴代会長たちが以前から重要テーマとして議論してきたが、提案書や企画段階から前進したことはない。

それは勤務医の中に率先してやろうという人材がいないう、汗をかく人が出てこないと云うことにつきる。

そのことを踏まえて、8~10 年の長期計画が示された。

勤務医個人の意見を反映させるには医師会活動はなじまない。参加するとすれば、病診連携のために、やっと郡市区医師会に入会するであろうと思われる。

兵庫県医師会では本年度に研修医や管理的立場にない勤務医を中心に「研修医・勤務医懇話会」を発足させ、26 年度に勤務医医師会に格上げ予定であり、設立初年度の会員が中堅医師となる 8~10 年を目安に自立的に発展させたいと、長期展望が述べられた。それまでは、彼等から何らかの提案があった場合、医師会が“汗かき役”を担う覚悟であると発表があった。

最後に入会率 95%を誇る鹿児島県の報告があった。

一週間前に行われた九州医学会総会で、横倉会長が鹿児島県の入会率に触れ、その秘策を全国に知らせて欲しいと要望があった程である。

中村一彦常任理事によれば秘策はないが、考えられる要因としては①鹿児島大学入局説明会で医師会長が医師会の事業内容や医師賠償責任保険制度について説明を行っている。②初期研修医歓迎レセプションを知事、大学病院長、研修病院長と指導医が出席し門出を祝う。③「医師不足対策基金」を設立し、収入の少ない研修医の生活支援を行っている。④医師会長が大学で「医の倫理」を講義。⑤県をあげて県外医学部で学ぶ鹿児島県出身者の勧誘。⑥医師信用組合の利用。⑦生活協同組合の利用。⑦医事紛争へのサポート対応が述べられた。

フロアーからの意見で「医師会は加入率で見れば開業医の団体として十分に機能しているが、勤務医の加入率から見ればその限りではない。開業医が入会する理由を、きちんと分析して勤務医にも分かるように提示すれば、よろしいのではないか?」「勤務医の中にも“汗をかく人”は必ずいる。そうした人材を発掘すべきである」と云う意見が印象的であった。

平成 24 年度 (第 29 回)九州学校検診協議会第 2 回専門委員会 九州各県医師会学校保健担当理事者会



常任理事 宮里 善次

去る 11 月 17 日 (土)、福岡県医師会館にて標記会議が開催されたので報告する。

I. 平成 24 年度 (第 29 回)九州学校検診協議会 第 2 回専門委員会



開 会

福岡県医師会の原口常任理事の司会により会が開かれた。

挨 拶

福岡県医師会の野田副会長より、概ね以下の通り挨拶があった。

本日は平成 24 年度九州学校検診協議会第 2 回専門委員会に際し、ご多忙の中ご出席を賜り厚く御礼申し上げます。

本専門委員会も早いもので 29 回目の開催を迎えることが出来た。これも各県の先生方や関係者のご尽力の賜物であると感謝申し上げますと共に、これからも学校検診のより一層の充実を図っていききたいと考えている。

今回はお手元の日程にもあるように、心臓部門、腎臓部門、小児生活習慣病部門への提案事項が合計 11 題出されている。皆様方の十分な

ご協議をお願い申し上げ、挨拶とさせていただきます。

各専門委員会別協議

1) 心臓部門

① AED 使用状況、ニアミス症例の状況と調査票の改定について (鹿児島県)

<提案理由>

前回 (H24.8.4) の専門委員会で標記提案事項について各県専門委員からの意見を受け、その後、石川委員から加筆修正された調査票を 10 月 9 日にメーリングリストで提示した。

また、調査概要を含め最終確認をお願いしたい。

<協議内容>

前回からの継続審議となっており、「児童生徒の心肺蘇生事例調査票」の様式について最終確認が行われた。

結果、経過部分のスペースをもう少し広く確

保し、足りない部分については別紙にて対応することになった。また、対象は医療機関、教育委員会とし、可能である地域は救急隊も含め、各県医師会、郡市医師会を通じて調査を行うことが確認された。

なお、依頼文書については前回の文書を基に2週間以内に文案を作成するので、その2週間後までに加筆・修正し事務局に報告することとした。

本件の集計については、来年夏の専門委員会にて各県より報告いただく事になった。

また、「児童生徒の心肺蘇生事例調査票」を基に今年度のAED使用状況等について、福岡県より2例、鹿児島県より4例の事例報告が行われた。

長崎県からも1例あがっていたが詳細を把握していないとのことで、次回の専門委員会において報告することとなった。

さらに、AEDの使用状況については各県医師会の事務局より、各県行政や消防等の担当者から情報収集して頂きたいとの要望があった(AEDの使用日が分かれば、その後の確認は比較的容易との事)。

②心臓検診時の統一病名について (鹿児島県)

<提案理由>

前回(H24.8.4)の専門委員会で標記提案事項について各県専門委員からの意見を頂き、加筆修正した心臓検診時の統一病名を提示するので、最終確認をお願いしたい。

<協議内容>

前回からの継続審議となっており、「心臓検診時の統一病名」について最終確認が行われた。

座長の吉永先生より、これまで検討を重ねてきた「心臓検診時の統一病名」であるが、日本小児循環器学会学校心臓検診委員会(委員長:吉永正夫)において、「器質的心疾患を認めない不整脈の学校生活管理指導ガイドライン」を作成している中で、不整脈疾患の統一病名が非常に簡素化されていることから、その項目を基にし、これまで当委員会において検討してきた

必要な項目を加えて不整脈の統一病名としたいが如何との提案がなされた。

検討の結果、「A.不整脈疾患」については提案どおりとし、「B.先天性心疾患のうち弁疾患」については状況により把握が難しいとのことで、手術あり・なしのみとするか検討、「C.心筋疾患」については原案どおりとしてスタートすることとした。

統計については疾患の母数がはっきりしている地域を基本的な対象とし、来年夏の専門委員会において、平成24年度の集計結果を報告いただき、データのばらつき等を確認し、今後のあり方を検討していくことになった。

2) 腎臓部門

①長崎県における学校検診検査機関等協議会について (紹介) (長崎県)

<提案理由>

平成24年度第1回専門委員会で、検査機関への検尿方法やカットオフ値等の周知に関して話題になったが、長崎県では以前より「学校検診検査機関等協議会」を年1回開催し、県下の学校検尿を実施している全ての検査機関から1~2名ずつ出席してもらっている。出席率はほぼ100%で、この出席で検尿方法やカットオフ値等の統一、各検査機関の集計結果の評価等を話し合っている。

<協議内容>

長崎県より、毎年1回、開催している学校検診検査機関等協議会の内容等について情報提供があった。

②九州各県における私立学校と県立高校の学校検尿についてのアンケート調査集計結果報告 (宮崎県)

<提案理由>

8月に公立小中学校の学校検尿についてのアンケート調査集計結果報告を行った。

今回はそれ以外の学校の集計結果を報告する。

＜協議内容＞

宮崎県より、県立高校及び私立小学校及び中学校、高校の学校検尿についてのアンケート調査に係る集計結果報告が行われた。

県立高校については、一次及び二次、三次の検尿結果を県医師会が把握している県と、一次及び二次、三次の検尿結果を教育委員会が集計しているが個人情報等の問題により、県医師会に対し、検尿結果を開示しておらず、検尿結果を把握できていない県があることが確認された。

協議の結果、県立高校における一次及び二次、三次の検尿結果を把握できていない県については、県医師会から県教育委員会に対し、一次及び二次、三次の検尿結果の開示の協力依頼を求めることについて検討していただくこととした。

私立小学校及び中学校、高校については、県教育委員会が一次及び二次、三次の検尿結果を集計していないことから、学校、あるいは、検査機関に対し、それぞれ協力依頼を求めているかとの意見が示された。

③潜血・蛋白のカットオフ値（+）の採用状況について（熊本県）

＜提案理由＞

九州学校腎臓病検診マニュアルに示されております潜血・蛋白のカットオフ値（+）の採用状況について、昨年専門委員会で宮崎県、長崎県及び沖縄県では100%（+）で実施されているとの報告がありました。

その他の他県の状況はいかがでしょう。

＜協議内容＞

宮崎県、並びに、長崎県、沖縄県では、潜血、蛋白のカットオフ値（+）が採用されているが、それ以外では（±）を採用しているところもあると報告があり、今後引き続き（±）を（+）にしていくための検討を行っていくことが重要であるとの見解が示された。

④「九州学校腎臓病検診マニュアル」の事後措置について（鹿児島県）

＜提案理由＞

日本学校保健会の「学校検尿のすべて」が改訂され、本会の「マニュアル」と若干異なる点のある事後措置については継続審議となったので、各県のご意見を賜りたい。

＜協議内容＞

「九州学校腎臓病検診マニュアル」と「学校検尿のすべて」では、事後処置及び暫定診断名等において若干異なる点があるので、今後どちらに合わせるのか継続的に審議することが必要であるとし、また、第3版「九州学校腎臓病検診マニュアル」の改訂についても今後検討することとした。

⑤異なった暫定診断名分類による頻度差（福岡県）

＜提案理由＞

学校検尿の手引きが新しくなり、暫定診断名も変更された。しかし、九州学校検診協議会では従来の診断名をしばらく使用することを前回の委員会で決定した。従って、2つの暫定診断名分類で診断名の頻度がどのように変わるかを計算してみたので検討願いたい。

＜協議内容＞

「九州学校腎臓病検診マニュアル」と「学校検尿のすべて」において、暫定診断名の頻度を比較した結果、平成16年度～18年度の平均と平成21年度～23年度の平均で、0.1%（5,000人）の陽性者の差があることが明らかになり、今後、更に詳しい解析をすることとした。

⑥学校検尿の検査判定機関に対する判定基準アンケート調査集計結果について（宮崎県）

＜提案理由＞

本年8月に開催された第1回目の専門委員会において、検査判定機関に対する判定基準のアンケート調査を実施することが承認された。今

回、その集計結果を取り纏めたので、報告する。

＜協議内容＞

宮崎県より、九州各県における学校検尿を実施している調査機関にて、判定基準等についてアンケート調査を行った結果、九州学校腎臓病検診マニュアルを約90%の調査機関が知っているが、本マニュアル通りに一次及び二次の判定基準が蛋白尿（+）以上を異常、血尿（+）以上を異常としている機関は約70%となっているとの報告があった。

3) 小児生活習慣病部門

①一次検診で肥満度チェックし、二次検診で採血検査を実施する場合の検査（検診）項目について（再提案）

＜提案理由＞

一次検診において、「肥満度」だけチェックしている場合は、脂質関連と糖代謝関連の検査で良いと思われませんが、如何でしょうか。

脂質関連検査としては、総コレステロール、中性脂肪、HDL-Cの3項目。

また、脂質肝のチェックのためには、ATL、AST、ChEの3項目を追加する。

さらに、糖代謝関連は、空腹時血糖、インスリン、HbA1c等も必要と考えます。

先生方のご意見を伺いたいと思います。

また、現在、各地区において、既に検診が行われている場合は、どのような組み合わせ検査項目を用意されているのか、ご教示下さい。

＜協議内容＞

協議の結果、検査項目にγ-GDPと尿酸を加えることとし、保険診療にて検査を実施する場合には、各県において診断内容に差異があることが分かったため、今後、慎重な検討を加えていくこととした。

②平成24年度九州地区尿糖陽性者群の集計について

＜提案理由＞

この時期、平成24年度の事業もほぼ終了し

ているものと思われしますので、追って、今年分の集計を取りまとめさせていただきたいと考えています。改めて、ご依頼させていただきますので、よろしくお願い致します。

なお、平成23年度は、高校生の尿糖陽性者群についての集計に若干問題があったようですので、今後の集計について各県のご意見をご教示下さい。

＜協議内容＞

各県より、平成22年度、23年度分の尿糖陽性者群のデータが提出されているが、データに不足があったことから、協議の結果、今回集計する24年度分については当該項目を整理したうえで集積を行い、次年度において、これまでのデータも含め改めて検討を行うこととした。

③肥満児・やせ過ぎ児の保健指導について

＜提案理由＞

学校検診で肥満児・やせ過ぎ児の児童に対する採血検査項目および生活指導についてどのようになされているか。また、採血結果データ等を基に、医学的指導をどのようにフォローしているかご教示いただきたい。

現在、鹿児島県医師会では4郡市医師会で地域の医療機関と連携し、毎年「親子健康教室」を学校などで実施している。内容としては、体重・体脂肪を測定し、小児生活習慣病の概要を説明する。その後、心臓、薬物、歯科、栄養、運動の5教室に分かれ学習を行う。その他郡市医師会では、例年テーマを決め、「こころ」、「超音波・放射線」、「小児生活習慣病」、「うがい・手洗い」、「歯科」、「栄養」、「たばこ」、「いのち」についての様々な実験、実習、講義を行っています。

そこで他県医師会について、郡市医師会などで親子健康教室など親への啓発活動の取り組み等が実施されているところをご教示いただきたい。

また、実施されている郡市医師会への経済的な援助はどのようになされているか重ねてお願い致します。

＜協議内容＞

鹿児島県や大分県、本県（沖縄県）において、肥満児ややせ過ぎ児に対する保健指導を実施している地区はあるとの報告があったが、各県ともに継続的な対応となると難しい状況であるとの見解が示された。

協議の結果、肥満児ややせ過ぎ児については、学校側より家庭に連絡を取っていただき、二次検診を受けるよう啓発していただく形を検討していくこととした。ただし、そのためには医療機関側の受け皿をきちんと整備する必要があることから、次年度までに受け皿となるべき問診票や検査項目等のたたき台を作成し検討を加えていくこととした。

全体協議

各専門委員会別協議の協議内容について、各座長から報告があった。

九州学校検診協議会 次年度（平成 25 年度）の日程について

- 1) 第 1 回専門委員会 平成 25 年 8 月 3 日（土）
15：00～17：00 於 沖縄県
- 2) 幹事会 平成 25 年 8 月 3 日（土）
17：00～18：00 於 沖縄県
- 3) 年次大会 平成 25 年 8 月 4 日（日）
9：00～12：00 於 沖縄県
- 4) 第 2 回専門委員会
於 福岡県
(第 1 案) 平成 25 年 11 月 16 日（土）
15：00～16：45
(第 2 案) 平成 25 年 11 月 30 日（土）
15：00～16：45

上記の会議日程について協議が行われ、1)～3) については特に異議なく了承され、4) の第 2 回専門委員会の開催日時については、平成 25 年 11 月 16 日が九州医師会医学会の開催日であることから、第 2 案の平成 25 年 11 月 30 日（土）に行うことが決定した。

Ⅱ . 九州各県医師会学校保健担当理事者会



開 会

沖縄県医師会常任理事の宮里善次先生の司会により会が開かれた。

挨 拶

沖縄県医師会会長の宮城信雄先生より、概ね以下の通り挨拶があった。

本年 8 月に福岡県で開催された九州医師会連

合会学校医会評議委員会において、来年度の第57回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成25年度九州学校検診協議会を、私共沖繩県医師会が担当することに決定した。これを受け、本会学校医部会常務理事会及び関係者等で大会の内容を鋭意検討し、本日開催要項案として提出させて頂くことになった。

詳細は後ほど、協議事項の中で担当理事よりご説明させて頂くので、慎重にご審議の上ご承認賜りますようお願いしたい。

また、本日は鹿児島県、並びに、福岡県から2題の協議事項をいただいている。これについても活発な議論を頂くようお願いを申し上げ、簡単ではあるが開会挨拶とさせて頂く。よろしくお願ひしたい。

協議に移る前に、第56回大会の担当県であった福岡県医師会の野田健一副会長より「8月に福岡県で開催した第56回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成24年度九州学校検診協議会については、各県の先生方に大変ご協力を頂き、この場を借りて御礼を申し上げる」とお礼の言葉があった。

座長選出

慣例により、開催県（沖繩県医師会）の宮城信雄会長が座長となり協議が行われた。

協 議

1) 第57回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成25年度九州学校検診協議会（年次大会）について（沖繩県）

沖繩県医師会常任理事の宮里先生より提案事項について説明があった。

平成25年8月3日（土）、4日（日）、沖繩ハーバービューホテルクラウンプラザで開催を予定している。大会のメインテーマを「健やかな子どもの未来 一子どもたちとの絆を求めて」とし、年次大会では、教育講演3題と、基調講演2題を開催する。また、分科会の眼科部門、並びに、耳鼻咽喉科部門、運動器部門に

おいては講演形式及び講演時間等は未定であるが、それぞれ講師は決定している。

開催日時、場所、開催内容については、先に開催要項案を提示し、各県にご意見を伺っている。大会全般については特にご意見がなかった。

参加対象者並びに会費等は例年通りである。

なお、前日の諸会議については、15時から平成25年度九州学校検診協議会第1回専門委員会を開催し、16時から九州医師会連合会常任委員会、以後幹事会、担当理事者会、懇親会まで例年通りの開催を予定している。

次に、大会当日のプログラムについて説明する。

午前中は、平成25年度九州学校検診協議会（年次大会）として、心臓部門・腎臓部門・小児生活習慣病部門計3部門の教育講演を行う。九州学校検診協議会と並行して、九州ブロック学校保健・学校医大会分科会として、眼科部門・耳鼻咽喉科部門・運動器部門を実施する。

11時半から12時半の昼食時間を利用して、九州医師会連合会学校医会評議委員会を開催する。なお、議事については改めてご連絡させて頂く。

12時半からは九州医師会連合会学校医会総会を開催し、13時10分から15時10分まで、基調講演2題を開催する。

【各県回答】

協議の結果、各県とも特に異議なく承認された。

2) 子宮頸がん予防（HPV）ワクチン・ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチンの無料化について（鹿児島県）

現在、全国では子宮頸がん予防（HPV）ワクチン・ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチンが無料（全額公費負担）である。

しかし、国の方針で平成25年3月31日（予定）までとなっており、引き続き無料化に向けた国への働きかけを行いたいと思っておりますが、他県医師会において、国への「働きかけ」および「取

り組み」をどのようになされているかご教示いただきたい。

ちなみに、鹿児島県医師会では、昨年、厚生労働大臣と鹿児島県知事宛に「ヒブワクチン並びに小児用肺炎球菌ワクチン、子宮頸がん予防ワクチンの公費助成の継続と定期接種化に向けた取組みの推進に関する要望書について」を送付しております。

【各県回答】

各県ともに厚生労働大臣及び県知事等に対し、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の継続を求める要望書を提出、あるいは、申し入れ等を行っている旨の回答であった。

大分県医師会より、現在、子宮頸がん予防ワクチン、並びに、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン等の定期接種化について、国が協議しているところだが、本件に係る進捗情報をご存じの先生がいたらご教示いただきたいとの発言があった。

それに対し、沖縄県より、政府が子宮頸がん予防ワクチン、並びに、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンを定期接種化する予防接種改正案を提出したとのことであるが、未だ審議はされていないようであると情報提供を行った。

また、鹿児島県医師会より、鹿児島県から離れた離島において、髄膜炎で1名死亡したとの報告があり、同様な事例が北海道においても発生したとの情報提供があった。

長崎県より、現在は、公費負担で子宮頸がん予防ワクチン、並びに、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン等の予防接種が可能だが、強制することは出来ない。定期接種化となった場合、更なる推奨が可能になるのではとの意見が述べられた。

3) 学童期の運動器検診について（福岡県）

学童期に運動器検診を行い、成長期に生ずる特有の運動器疾患・障害を早期に発見することの必要性・重要性については、ほぼコンセンサスが得られている。しかしながら、実施の手法や・制度については、まだ解決すべき課題も多

く残っており、医師会、行政、教育現場、保護者会など関係各所との協議や連携が必須である。そこで、運動器検診について各県の現状と対応についてご教示願います。

【各県回答】

各県ともに学校運動器検診の重要性を認識しており、宮崎県及び熊本県では実際に運動器検診が実施されている旨の回答であった。

大分県医師会より、今年度、小・中学校の保護者が脊柱側弯症のチェックを家庭で行い、養護教諭が確認し、学校検診の際、疑わしい生徒については、学校医から専門医を紹介するという形式を用いた。その結果、整形外科にて精密検査を受診する生徒数が増えたとの報告があった。しかし、精密検査の結果報告書は統一されておらず、学校により異なっているため、医療機関より、本報告書も統一していただきたいとの要望が出されていることから、来年度より、県医師会が本報告書を作成し、統一していくこととしているとの説明があった。

それに対し、沖縄県より、昨年度の当理事者会において、大分県より、大阪府で脊柱側弯症の見落としで敗訴した事例の情報提供があったので、早速、那覇市医師会と教育委員会等で本件について、話し合いを行ったところであり、那覇市においては、以前は、小学4年生及び6年生に対し、整形外科医が脊柱側弯症の検査を行っていたが、予算の関係上削除された経緯があったが、今回、このような事例が発生したことを踏まえ、那覇市医師会では、再度、脊柱側弯症のチェックを行うこととなったと発言した。

また、長崎県より、脊柱側弯症の検査を行っているが、児童一人一人に対し、立ち位置等を言わなければならない、時間を要しており、また、脱衣の問題等もあり、打開策を検討しているところであるとの意見が述べられた。

福岡県医師会より、本県においても、大分県から提案があったように家庭で脊柱側弯症チェックを行っていただくこととしたいと述べられるとともに、各県ともに大分県医師会の様式を参考にし、家庭での脊柱側弯症チェックを行っ

ていくことを検討していきたいとの意見が述べられた。

「去る 11 月 10 日に熊本県で開催した第 43 回全国学校保健・学校医大会については、全国から 694 名の参加者があった。各県の先生方に変えて協力を頂き、この場を借りて御礼を申し上げる」とお礼の言葉があった。

4) その他

第 43 回全国学校保健・学校医大会の担当県であった熊本県医師会の前田利為副会長より

印象記

常任理事 宮里 善次

平成 24 年度九州学校検診協議会第 2 回専門委員会

平成 24 年 11 月 17 日、福岡医師会館において平成 24 年度九州学校検診協議会第 2 回専門委員会が開催された。

専門医委員会は、①心臓部門、②腎臓部門、③小児生活習慣病部門に分かれて協議が行われた。筆者は担当理事として、どの分野に参加しても良いフリーの立場にあるが、今般は心臓部門に参加させて頂いた。

心臓部門では二つの提案事項について協議がなされた。

まず始めに、「AED 使用状況、ニアミス症例の状況と調査票の改定について」協議が行われた。AED 普及と時を同じくして、学校現場における突然死が減少している。しかし、それが果たして AED 使用による減少なのかは明らかではない。

前回の専門委員会で九州各県に AED 使用例やニアミス症例の調査をすることとなったが、「児童生徒の心配蘇生事例調査票」における内容の最終確認及び各県医師会、教育委員会、学校医部会等への依頼文書の確認が行われた。

また、今季半年間の AED 使用例が報告され、福岡県から 2 例、鹿児島県から 4 例の報告があったが、福岡県の一例に後遺症が残った以外は、現在後遺症もなく生存しているとの報告であった。AED が十分に機能していることが伺われる。

鹿児島県の一例は患者も AED 施行者も高校生であり、学校によっては周知徹底されていることが分かった。

次に「心臓検診時の統一病名について」協議が行われた。

統一病名を用いることで、疫学的把握ができるだけでなく、突然死症例において特徴がつかめるのではないかという意見があった。

特に不整脈の場合、心電図をとった時に臨床症状がなかったとしても、後日 AED を使用し、ニアミス症例となった時に、症例を集めれば特徴が出る可能性が高い。

そうした点においても統一病名は必要である。全国に先駆けて、今季から開始することとなった。

九州各県医師会学校保健担当者理事会

平成 24 年 11 月 17 日、福岡医師会館において九州各県医師会学校保健担当者理事会が開催された。

協議事項は 3 題である。

始めに第 57 回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成 25 年度九州学校検診協議会（年

次大会) について、担当県である沖縄県医師会からプログラム概要を申し述べた。

本件に関しては異議なく認められ、平成 25 年 8 月 4 日、沖縄ハーバービューホテルのクラウン・プラザに於いて、「健やかな子どもたちの未来 一子どもたちとの絆を求めて」をメインテーマにして開催されることが決定した。

次に子宮頸がん予防 (HPV) ワクチン・ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチンの無料化については、各県とも既に県知事や自治体、あるいは厚労大臣まで要望書を出している現状が確認された。

鹿児島県から無料化になったとは云え、本土から離れた離島にて髄膜炎で 1 名死亡したとの報告例があった。

離島のワクチン接種をどうすべきか? と云う課題が提案されたが、基本的には啓発が重要であると云う点で一致したが、踏み込んだ具体的な意見は示されなかった。

最後に学童期の運動器検診について協議がなされた。

大阪の脊柱側弯症訴訟の敗訴を受けて、各県医師会とも対策を講じたようである。

当日は大分県医師会より、上半身裸になるのを嫌がる思春期の保護者に対して、“家庭で前屈時の背部の左右差があるかをみてみましょう” と題し、図入りの『家庭で行う側わん症チェック』表を配布し、養護教諭が確認し、学校検診の際、疑わしい生徒については、学校医から専門医を紹介するという形式を用いているとの報告があった。

沖縄県では那覇市医師会が今年度からこの大分方式を採用し使用している。

先の沖縄県学校医部会にて、那覇市医師会の結果を見て全県下に漸次採用しましょうと決まったばかりであったが、実物を見てこれなら親でも簡単に分かりやすいし、実用的だなと実感した。

お知らせ

会員にかかる弔事に関する医師会への連絡について (お願い)

本会では、会員および会員の親族 (配偶者、直系尊属・卑属一親等) が亡くなられた場合は、沖縄県医師会表彰弔慰規則に基づいて、弔電、香典および供花を供すると共に、日刊紙に弔慰広告を掲載し弔意を表することになっております。

会員に関する訃報の連絡を受けた場合は、地区医師会、出身大学同窓会等と連絡を取って規則に沿って対応しておりますが、日曜・祝祭日等に当該会員やご家族からの連絡がなく、本会並びに地区医師会等からの弔意を表せないことがあります。

本会の緊急連絡体制については、平日は本会事務局が対応し、日曜・祝祭日については、緊急電話で受付して担当職員へ取り次ぐことになっておりますので、ご連絡下さいませようお願い申し上げます。

○平日連絡先：沖縄県医師会事務局

TEL 098-888-0087

○日曜・祝祭日連絡先：090-6861-1855

○担当者 庶務課：知念さわ子 國吉栄人 山城政

向精神薬処方箋偽造に関する注意喚起ポスターについて

理事 玉井 修

昨年、沖縄県内の医療機関において発行された向精神薬の処方箋をカラーコピーし、複数の調剤薬局に持ち込んで大量の向精神薬を入手し、それをネット販売で横流ししていたとして北海道出身の男性が逮捕されました。このような不正な向精神薬の入手はこれまでもいくつか県医師会にも報告があり、犯罪組織との結びつきが懸念されております。

このような事例は、受付終了間際に駆け込みで受診し、医療機関を慌てさせて判断を急がせる。小さい子供と一緒に受診し、大変困っているで何とかして欲しいと情に訴える。旅行先で困っており自費で払っても構わないから、何とか

して欲しい等と判断を鈍らせる。僕が嘘つきの様に見えますか？と言って食い下がる。などと、巧妙に、しかし思い返してみるとやや不自然な形の受診形態が特徴となっております。

このたび、沖縄県薬剤師会が、このような不正な処方箋偽造による不正入手が刑法違反であるというポスターを作成し、各医療機関への配布をお願いし、併せて新聞各社に対し県民への注意喚起をお願いする事と致しました。

会員の先生方には、今後このような不正行為への注意を更に徹底して頂きますようお願い申し上げます。



九州医師会連合会第 329 回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る 11 月 23 日（金）午後 4 時から宮崎市のシーガイアコンベンションセンターにおいて、みだし常任委員会が開催されたので、概要を報告する。

当日は、九州医師会連合会事業現況・歳入歳出現計報告のため宮崎県医師会から河野雅行委員、富田雄二委員が出席した。

報 告

1) 九州医師会連合会事業現況について（宮崎）

河野委員から、平成 24 年 4 月 1 日から 10 月 31 日までに開催された九州医師会連合会の主な事業内容について、資料に基づき報告があった。

2) 九州医師会連合会歳入歳出現計について

（宮崎）

富田委員から、平成 24 年 10 月 31 日現在の九州医師会連合会会計の歳入並びに歳出の現計について、資料に基づき報告があった。

歳入合計	68,164,943 円
歳出合計	16,539,696 円
差引残高	51,625,147 円

3) 第 112 回九州医師会医学会及び関連行事について（宮崎）

河野委員より、本日から 3 日間亘って開催される第 112 回九州医師会総会・医学会関連行事について報告があった。

4) 第 65 回日本医師会設立記念医学大会における各種表彰者に対する慶祝（祝電）について（宮崎）

宮崎県の稲倉会長より、下記受賞者へ九州医師会連合会長名で祝電をお送りした旨報告があった。

【日本医師会最高優功賞】

○医学、医術の研究により医学、医療の発展又は社会福祉の向上に貢献し、特に功績顕著なる功労者（都道府県医師会会長推薦）

竹嶋 康弘先生（福岡）

（地域医療の推進及び国民医療の向上に貢献）

阿久根廣一先生（鹿児島）

（へき地医療活動に著しく貢献）

桑江 朝彦先生（沖縄）

（医師会活動を通じて地域医療の充実・発展に貢献）

【日本医師会優功賞】

○在任 10 年日本医師会委員

河野 雅行先生（宮崎）

【日本医師会医学研究奨励賞】

○野村 政壽先生（九州大学病院）

（ミトコンドリアダイナミクスによるエネルギー代謝調節機構の解明からナノ治療へ）

5) 秋の叙勲受章者に対する慶祝について（宮崎）

宮崎県の稲倉会長より、下記受賞者へ九州医師会連合会長名で祝電をお送りした旨報告があった。

○旭日小綬章 嶋津 義久先生

（前大分県医師会会長）

○瑞宝大綬章 高久 史麿先生

（日本医学会会長）

6) 九医連からの弔意について (宮崎)

宮崎県の稲倉会長より、去る10月25日に宮崎県医師会の佐藤雄一常任理事(九医連委員、日医周産期・乳幼児保健検討委員会委員)がご逝去されたことから、九医連の慶弔規程に則り弔意を表した旨報告があった。

7) その他

(1) 平成24年度第43回全国学校保健・学校医大会について (熊本)

熊本県の福田会長より、去る11月10日(土)、熊本市において、メインテーマ「子どもたちの健やかな成長を願って」の下に標記大会を開催したところ、全国から694人参加者があり、盛会に終了することが出来たとして報告と謝意が述べられた。

協 議

1) 第111回九州医師会連合会総会の宣言・決議(案)について (佐賀)

宮崎県の稲倉会長より、みだし宣言・決議(案)について、これまでの審議経過等について説明があり、原案どおり承認され、この後開催される臨時委員総会に提案することになった。

2) 九州医師会連合会第2回各種協議会の開催種目について (宮崎)

宮崎県の稲倉会長より、標記各種協議会開催種目・日程について提案があり、下記のとおり決定した。

日 時 平成25年1月26日(土)～

場 所 宮崎観光ホテル

- (1) 第330回常任委員会 (16:00~17:50)
- (2) 第2回各種協議会 (16:00~17:50)
 - ①医療保険対策協議会
 - ②介護保険対策協議会
 - ③地域医療対策協議会
- (3) 各種協議会報告 (18:00~18:50)
- (4) 懇親会 (19:00)

3) 第331回常任委員会並びに九州ブロック日医代議員連絡会議 (3月9日(土)宮崎市)の開催について (宮崎)

宮崎県の稲倉会長より、標記常任委員会並びに九プロ日医代議員連絡会議の開催日程について提案があり、下記のとおり決定した。

日 時:平成25年3月9日(土)

- ①第331回常任委員会 16:00～16:50
- ②九州ブロック日医代議員連絡会議 17:00～
- ③懇親会

4) 日本医師会会内委員会委員の推薦について (宮崎)

宮崎県の稲倉会長より、日本医師会より、「医療事故調査に関する検討委員会(プロジェクト)」を設置するに当たり、ブロック宛委員の推薦依頼がある。各県へ照会したところ、佐賀県を除く7県から推薦があるので、その人選について協議頂きたいとの提案があった。

協議の結果、福岡県では本年6月よりモデル事業として、「診療行為に関連した死亡の福岡県医師会調査分析事業」を実施しており、担当理事の堤康博専務理事が当該問題に精通している。又、日医との連携も上手く行っているとして、堤先生を推薦することになった。

また、宮崎県の故佐藤雄一先生が就任されていた「周産期・乳幼児保健検討委員会委員」についても、近々各県に委員の推薦を願いたいとの提案があった。なお、同委員会は「小児保健法制定」についての検討が行われており、小児科医を推薦して欲しいとの要望があった。

5) その他

(1) 次期診療報酬改定の要望事項に係る医療保険対策協議会 (1月26日(土)宮崎市)について (宮崎)

宮崎県医師会の稲倉会長より、標記協議会を来たる1月26日(土)の第2回各種協議会当日の午後2時より、宮崎観光ホテルで開催したいとの提案があり、了承された。

**(2) 九州各県医師会医療情報システム担当理事
連絡協議会 (1月27日(日)宮崎市) について
(宮崎)**

宮崎県医師会の稲倉会長より、標記協議会を来たる第2回各種協議会の翌日の1月27日(日)、午前9時より、宮崎観光ホテルで開催したいとの提案があり、了承された。

なお、当該協議会については、9月に開催された第1回各種協議会の地域医療対策協議会において、医療情報システム担当理事連絡協議会開催の要望があり、今回の開催となった。

また、当常任委員においても、現在、各県においてIT連携事業等が実施され、いろいろな問題も提起されていることから重要な会議であり、継続開催して欲しいとの意見があった。

その他

1) 平成25年度保健医療計画策定に係る基準病床および特例病床の進捗状況について(沖縄)

標記の件について、沖縄県より以下のとおり提案した。

保健医療計画の見直し状況等については、先日の第1回各種協議会で各県の状況が確認され

たところであるが、今回は、病床数の問題について各県の状況を確認したい。まず、基準病床数については、国の統一された計算式により病床は減少される方向で算定されることになっており、殆どの県で病床減になると思うが、九州各県ではどのようなになっているか。このような中、本県では、救急医療において病床が不足しているとして、特例で病床の増床を要請している病院があり、県行政もその向きで調整に入っている。本来、特例病床は、ベッドが不足しているからと言ってその穴埋めに使っては行けないと思うが、九州各県において特例病床はどのように適用されているのかお伺いしたい。

各県の状況としては、基準病床については、各県にとも全ての医療圏において病床過剰になるとの見解が示された。

特例病床については、熊本県と福岡県において、病院ではなく有床診療所の特例が認められ、又、鹿児島県においては、市立病院のCCU(20床)、国立病院の循環器(70床)、治験(40床)が特例として認められたとの報告があった。



第112回九州医師会総会・医学会及び関連行事



副会長 玉城 信光

去る11月23日（金）から25日（日）の3日間にわたり、宮崎市において九州医師会連合会総会・医学会関連諸行事が開催されたので、その概要を報告する。

I . 九州医師会連合会第104回臨時委員総会

日 時：平成24年11月23日（金） 17：00～17：50

場 所：シーガイアコンベンションセンター4階 樹葉（宮崎）



定刻になり、宮崎県医師会立元祐保委員の司会のもと、会が進められた。

挨拶

稲倉正孝九州医師会連合会長

私ども宮崎県の担当により本日から3日間、九州医師会総会医学会および関連諸会議を開催させていただく。昨年5月の委員総会で私どもの担当が決定し、以降佐賀県医師会の見事な運営をお手本にさせて頂きながら、鋭意準備を進めてきた。この間、九医連副会長の宮城沖縄県医師会長をはじめとする九州各県の先生方、また会員の先生方の暖かいご助言を賜りながら、

なんとかこの日を迎えることができた。この場を借りて、九州各県医師会の先生方に厚く御礼申し上げる。開催にあたり、担当県として遺漏のないよう取り組んできたつもりであるが、不行き届きの点が多々あろうか存じる。その際は何卒ご容赦頂きたい。本日の臨時委員総会では、九医連の現況報告に加え明日の総会に提出する宣言・決議案についてご審議頂く。当案については宮崎県医師会で原案を作成し、事前に各県医師会にご意見をお伺いしたうえで、常任委員会でも2回に亘って協議・確認させて頂いたことから是非とも満場一致でご承認賜るようお願い申し上げます。

また、横倉義武日本医師会長は公務の都合上、本日の懇親会でご紹介させて頂き、明日の合同協議会で中央情勢報告を行って頂く予定である。この臨時委員総会を円滑に進め、今村常任理事、藤川常任理事にも中央情勢報告を頂きたいと考えているので、ご協力お願いしたい。

この3日間の諸行事を無事滞りなく無事開催出来るよう先生方のご協力をお願い申し上げ、ご挨拶に代えさせていただきます。

来賓祝辞

横倉義武日本医師会長（代読 今村定臣常任理事）

日本医師会は医師を代表する唯一の団体であり、医療界全体をリードする無二の団体である。多くの関係団体との連携のもとに我が国の医療政策を推進してきた。その中で改めて感じることは、地域住民を守る医療活動の重要性と医療がなければ地域は存在し得ないということである。このことを踏まえ、今後も日本医師会が国民の健康と生命を守る専門家集団としての役割を担い、その責務を果たしていくためには2つのことが重要になると考えている。ひとつは日本医師会の基本理念の明確化とその発信である。日本医師会が国民のために何をするのかを明示することは、医師会あるいは医師会員がより良い医療環境を構築する役割を果たしていくためにも非常に重要なことである。現在、会内のプロジェクト委員会で鋭意ご検討頂いているところであるが、医師会員の活動の拠り所として浸透するよう、また、国民の理解や支援が得られることが出来るよう強く期待を寄せているところである。今ひとつは、地域医療の再興である。我が国ではこれまで、かかりつけ医を中心として地域の身近な通院先、急性期から回復期、慢性期、在宅医療と切れ目のない医療介護が提供され、国民の健康と安心を支えてきた。国が推進する医療の機能分化は、それぞれの地域の事情に応じて適切に対応していくべきものであり、地域によって異なる医療を一括りにした一律の政策では国民本位の医療に結びつかないということを明確に主張していく必要が

ある。そのため、来年後策定される都道府県の地域医療計画は、国や都道府県という行政だけにまかせるのではなく、各地域の医師会が主導して策定していかなければならない。一方、医療全般について申し上げれば、半世紀に亘り、国民の生命と健康を守り続けてきた国民皆保険を、今後とも持続可能な社会保障体制として確立していくことは国家が追うべき当然の責務である。しかしながら、国が誤った政策を採るようなことがあれば、それを是正し、我が国を正しい方向へ導くことが肝要である。そしてそれこそが国民の生命と健康を預かる我々医師会の役割であると考えている。九州医師会連合会の皆様におかれては、平素より本会活動に特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼を申し上げるところであるが、今後とも更なるご支援を賜るようこの場をお借りしてお願い申し上げます。

座長選出

慣例により、座長に九州医師会連合会長の稲倉会長が選出された。

報 告

1) 第329回常任委員会について（宮崎）

座長の稲倉会長より、当臨時委員総会に先立って開催された標記常任委員会について報告があった。

2) 九州医師会連合会事業現況について（佐賀）

河野委員（宮崎）より資料に基づき、平成24年10月31日までに行われた九州医師会連合会事業（常任委員、委員総会、各種協議会等）及び関連行事について報告が行われた。

3) 九州医師会連合会歳入歳出現計について（佐賀）

富田委員（宮崎）より資料に基づき、平成24年10月31日現在の九州医師会連合会歳入歳出現計について報告があった。

なお、歳入・歳出合計並びに差引残高については下記のとおり。

歳入済額合計	68,164,943 円
歳出済額合計	16,539,696 円
差引残高	51,625,247 円

4) 第 112 回九州医師会医学会及び関連行事について (宮崎)

河野委員 (宮崎) より資料に基づき、11 月 23 日 (金) の前日諸会議、24 日 (土) の合同協議会、総会・医学会、25 日 (日) の分科会、記念行事について報告があった。

5) 議事

第 1 号議案 第 112 回九州医師会連合会総会の宣言・決議 (案) に関する件

座長の池田会長より提案理由の説明が行われた後、河野委員 (宮崎) より宣言・決議 (案) の朗読があり、審議した結果、原案のとおり承認され、翌 24 日 (土) の総会に上程することが決定された。

以上の議事修了後、来賓である日本医師会の今村常任理事、藤川常任理事より概ね下記のとおり担当職務の現況について報告があった。

今村定臣日本医師会常任理事

○医療基本法の制定について

日医の医事法制検討委員会では本年 3 月医療基本法制定に関する提言を会長に答申した。この背景には患者の権利を守ることを中心とした医療基本法制定の動きが、市民団体あるいは患者団体の間で急速に活発化していることにある。これに対し、日医として患者の権利のみに偏った医療基本法では我が国の医療は守れないとの立場から日医主導の医療基本法の制定を目指している。委員会答申の提言を更に具体化より進化させるべく検討を進めている。これを医療提供者、国民に啓発するべく、来たる 12 月 22 日 (土) に日医会館において日医主催で市民公開シンポジウムを開催する。また、この委員会には各ブロックの代表の先生方にご参加を頂いているが、九州ブロックからは長崎県の高

原晶先生にお願いをしているところである。出来れば全国各ブロックにおいて同様のシンポジウムを開催して頂ければ大変有難い。

○周産期乳幼児保健検討委員会について

前執行部では乳幼児保健検討委員会であったが、この委員会の検討項目に参加医療を拡大し、周産期乳幼児保健検討委員会に格上げされたものである。

九州ブロックからは、宮崎県の佐藤先生にご参画頂いていたが、先般委員会開催翌日に急逝され、痛惜の念に堪えない。この委員会においては主として小児科の先生方から強い要望がある小児保健法の制定に向けて、現行の母子保健法との整合性について検討を行うと共に、今般成立した「こども支援・子育て関連三法」との関連についても併せて検討している。この事については、来年 2 月 17 日 (日) に開催予定している母子保健講習会においてシンポジウムのテーマとして取り上げる予定である。また、日医の母子保健事業の主要事業のひとつとして位置づけている「こども虐待防止」については、平成 23 年度に引き続き、都道府県医師会と共催で各ブロックで市民公開フォーラムを開催している。

○母体保護法等検討委員会について

前執行部では小委員会という位置づけであったが、正規の委員会に格上げし委員長には福田稠熊本県医師会長にご就任いただいている。また、九州ブロックからは学会の代表として大分県の松岡幸一郎先生、長崎県の森崎正幸先生にご参画頂いている。この委員会においては、昨年 6 月に先生方の強力なご支援により成立させて頂いた改正母体保護法下の指定・更新のあり方を中心に検討を進めているところである。恐らく今年度末までには新しい指定基準のモデル案をご呈示できるものと考えている。

○体外受精胚移植について

現在、我が国において年間約 3 万件に登る体外受精胚移植によるこどもが出生している。学会あるいは司法界などからはこのことに対し何らかの法による規制が必要であるという提言が

十数年来なされているが、具体的な法制定への動きはなかった。このままでは国が関与する形での法規制が施行されることが非常に懸念される事態となってきている。そこで日医に生殖補助医療法制化検討委員会を新たにプロジェクト委員会として設置した。この委員会において生殖補助医療の指定医師、あるいは指定医療機関の指定権を母体保護法の場合と同様に都道府県医師会に付与すること等を念頭に鋭意検討中である。このことについては、来る12月1日(土)に日本医師会が厚労省と共催で行う「家族計画母体保護法指導者講習会」のシンポジウムのテーマに取り上げご議論頂く予定である。

藤川謙二日本医師会常任理事

○生命倫理問題について

尊厳死の法制化については、超党派の議員連盟を立ち上げ、法案を国会にあげて何とか法制化したいという動きがあったが、日弁連、難病患者団体等が絶対的に反対している。我々医療側としては終末期医療のガイドラインを通じて現場で対処しているが、まだまだ治療の中止などについては、医療事故として訴えられる危険性があるという現場の不安は改善されていない。法制化の法案を見ても、同意できるところまでには至っておらず慎重な議論が必要である。法制化した際の内容については、医師の民事・刑事・行政上の責任を問わないと書いているが、これについても日弁連から同意が取れていない。その辺りの国民的コンセンサスが得られてから法制化をしないと、多数決で進めるためには内容が厳しいと理解している。

○日本老年医学会における「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」について

老年医学会において、胃ろうについての見直しがなされた。胃ろうは以前、どんどん作って、特老、老健、老人ホームからの退院を促す一つのツールとされていたが、本人の意思、家族の同意を得られているのか見直し論議が起こってきた。そのため、懇談会において講師をお呼び

し、お話を伺ったところである。

○出生前診断（母体血に浮遊する胎児DNAを検査）をめぐる倫理問題について

妊婦の血液検査でダウン症が診断できるとマスコミ報道されたが、これにより墮胎率が増えることが懸念されること、人権問題になるのではないかと問題提起がなされている。本件については、生命倫理懇談会にて国立生育医療研究センターの佐合治彦先生に講義頂く予定である。

更に、遺伝子診断の商業化、個人情報保護、包括同意の問題についても今後議論を進めていく予定である。また、生命倫理懇談会以外でも、日本医師会「生殖補助医療法制化検討委員会」、厚生労働省「再生医療の安全性確保と推進に関する専門委員会」において、生殖補助医療、再生医療について議論している。

○有床診療所の管理栄養士配置問題について

中医協において実施されている「平成24年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」の結果も踏まえて検討がなされていく見込みである。もし1件でも入院基本料が算定できないという事例が発生した場合には、直ちに中医協において検討すべく対処していく。少なくとも次回の改定までには結果を出す予定である。

なお、有床診療所の社会的なプレゼンスを示すために、昨年より12月4日を“有床診療所の日”としており、今年は来る12月9日(日)に日本医師会館において記念講演会を開催することになっている。

○特定看護師について

日本医師会の立場は、医行為の一部を他職種へ委譲することについては、世界医師会やWHOにおいて決議している項目に則って対応する。(以下参照)

- ・タスク・シフティングを医療人員附則の最終的な解決策としないこと
- ・業務委譲は技術領域に限定し、診断および処方等の知識集約的業務に拡大しないこと
- ・政府はタスクシフティングを費用削減の方法と見なさないこと

○柔道整復師の問題について
医療保険部会内にワーキンググループが出来ており検討が開始されている。

最終的には柔道整復療養費の受領委任払いをどのように考えるかという点まで議論が進むのではないかと期待している。

II . 九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会

日 時：平成 24 年 11 月 24 日（土） 10：00～12：00

場 所：シーガイアコンベンションセンター 4階「樹葉」



開 会

宮崎県医師会立元常任理事より開会が宣言された後、稲倉正孝九州医師会連合会会長（宮崎県医師会長）より、次のとおり挨拶があった。

挨 拶

九州医師会連合会会長挨拶 稲倉正孝

本協議会では、横倉会長から中央情勢についてご講演いただくことになっているが、例年、日医に対する意見・要望を九州各県に照会し、それらに対する日医の見解を含めてお話を伺っている。本年度も同様に照会したところ、「医師事務作業補助者」「医師確保」「基準病床数に係る算定式」「ICT等を活用した診療情報連携」「広報活動」「有料老人ホームなどへの訪問診療における問題点」、以上6題の広範囲にわたる要望、質問を頂いた。

先般、10月の日医代議員会、11月の都道府県医師会長協議会において、種々の問題につい

て質疑が行われたばかりであるが、本日は一歩踏み込んだ形での日医の考え方や医療情勢の行方等、本音の部分もお伺い出来るものと期待している。

山積する問題を我々の代表である横倉会長がどの様に考え、どの様に対処し、強い日医を創っていくか、また、国民の地域医療を守っていくのか、これらの課題に対する日医の戦略、戦略についてお聞かせ願えれば幸いである。

座長選出

慣例により、稲倉正孝九州医師会連合会会長が選出された。

講 演

「中央情勢報告」

日本医師会長 横倉義武

4月1日に実施された日本医師会長選挙において、九州各県の絶大なるご支援の下で会長職

に就任した。早くも7ヶ月が経過した。就任直後から私の思いは、オールジャパン体制を如何に創るか、医師会がもう一度団結を取り戻すためにはどうすれば良いか、非常に苦心してきた。幸いにして、各県の協力の下で、かなりオールジャパン的になりつつある。

我々は国民の健康と生命を守る、強い専門家集団として始動している。

1. 我が国の医療

- 日本の医療は「国民皆保険体制」「現物給付」「フリーアクセス」の三本柱で支えられている。フランスやオランダでは、公的医療保険制度を導入しているものの、GPへの受診には申込みから2週間から20日程度の期間を要する。我が国では、国民皆保険でフリーアクセスが確保されており、いつでも、どこでも医療が受けられる良さを国民は理解して貰わなければならない。
- 国民皆保険制度は、我が国の平均寿命と経済成長に大きく寄与してきた。Conference Board of Canadaが纏めた「世界の医療の評価」でも日本の医療は安く高品質であると国際的にも高く評価されている。この様な実績も広く国民に周知していかなければならない。
- 日本の医療保険制度は、「公助（公費）」「共助（保険料）」「自助（患者一部負担）」の社会連帯型で成り立っているが、様々な問題を抱えている。公助は、日本は対GDP公的医療費が6.9%（2008年）で、先進国のなかで最下位の状況である。今回、高額所得者の所得税率上限引き上げや消費税増税の方向性については、将来、社会保障費財源が枯渇することを考えれば必要な措置だったと考えている。共助の中では、被用者保険の保険料率には大きな格差があるため、協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべきだと考えている。今後更に保険料率を引き上げなければ運営が厳しいとされており、くわえて2012年度見通しの数値に基づく単純な試算でも、協会けんぽの国庫補助（医療分）は、約2,500億円

の増額が必要とされている。自助の面では、日本の患者一部負担割合は、公的医療保険がある先進諸国と比べてかなり高い。フリーアクセスの良さが返って抑制の効かない状況を生んでいる。今後どの様に考えていくかが課題である。

- 医療費は「保険料」「公費」「患者負担」で構成されるが、新たな税金の投入や保険料の引き上げが難しいことから、患者負担が注目されるが健康保険法本則において30%上限が規定されている。これを変えることは至難の業である。自助の割合を引き上げていくと、「民間保険の拡大」と「公的給付の縮小」が連動して起きるのではないかと心配している。
- 我が国の医療の現状の中で保険のあり方について、どう考えていくか、引いては市場主義を何処まで許すかに繋がる。市場主義を出来るだけ排除する形で、我々は主張を続けなければならない根拠の一つである。

2. 地域医療の再興

- 日本医師会の目指す方向は、地域医療の再興と質の向上である。国民皆保険の堅持を主軸に、各地域の実情に応じた医療提供体制づくりだと考えている。そのことによって、国民にとっても医療提供者にとっても望ましい医療体制の構築が必要である。
- 医療体制の構築にあたっては、ITを利用した地域の医療連携を図っていくことが重要である。また、望まれる地域医療体制を構築していくためには、将来の人口推計を踏まえながら、直面する高齢化について、各地域でどの様に対応していくか、それぞれの医師会に課せられた課題である。
- 地域医療の再興と質の向上には、①「切れ目のない医療体制」の維持、発展、②地域の医療ニーズの見極め、③医療機能の役割分担と連携、④住民・患者の医療へのアクセスの堅持、⑤医師、看護職員等の生涯教育一等が挙げられる。医師会の果たすべき役割として、行政に対する医療現場の意見の反映や多様な

関係者・職種間の協力体制の構築等が求められる。医師会は、医療提供者を代表する立場から、地域の様々な関係者を取り纏め、連携を進めることができる。

- そのため、日本医師会や日医総研のIntelligence機能を活用し、患者を取り巻く医療環境の時間的変化の把握、それぞれの地域が抱える医療問題の空間的な把握（医療資源・専門医師の分布）を行い、①分析、②解決すべき項目の抽出、③順位付け（有用性、効率性、実効性）を行いながら、医療政策への反映や時代が必要とする医師を育成していくことである。
- また、多くの地域が抱える共通の問題は中央での解決策を図り、地域特性による問題は、その地域の主体性を活かした解決策が図られるよう支援していく。我々は常に「全体の把握」「部分の把握」「流れの把握」に注視しなければならない。

3. 医師不足・偏在

- 医学部入学定員は、2007年度を基準に、2008年度は168人、2009年度は861名、2010年度は1,221人、2011年度は1,298人、2012年度は1,366人増加している。新設医学部の定員数を仮に100人とすると、2012年度までに既存医学部で増加した定員数1,366人は約13大学分に相当している。
- 昭和45～46年の田中角栄総理大臣時代に、医師の地域偏在を無くすことを目的として、各都道府県1医科大学構想が立ち上がったが、入学がフリーアクセスであり、卒業後はそれぞれの地元に戻ることが一般的であった為、医師の地域偏在を無くすことにはつながらなかった。このことを解決するために地域枠が設けられている。地域の出身者が、その地域の医学部に入学した場合、非常に多くの方が残り、その地域で医療を行っていくというデータがでていいる。地域枠の人数は年々増加し2011年度は1,292人となっている。
- この養成数を続けていけば、2025年に医師

数が36.4万人になり、日本の人口1,000人当たり医師数は3.0人になると見込まれている。これは現在のG7平均に相当する水準になる。医学部を新設すべきとの意見もあるが、現在、少しずつ人口1,000人対医師数は増えている。まずは、既存医学部における現在の定員数を当面維持し、人口減少等を踏まえて、医師数の在り方を検討すべきであると考えている。

- 日本医師会が当面の改革案として考える臨床研修制度の基本的方向性は、「基本的なプライマリ・ケア能力を獲得し、地域医療を担うことができる医師を養成するため、地域社会で充実した研修体制を整備する」、「研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数を概ね一致させる。都道府県の募集定員は人口や地理的条件など地域の実情を踏まえて設定する」、「臨床研修医が単なる労働力として位置付けられることなく研修に専念できる環境を整備する」ことである。
- 平成24年度に研修医を対象に研修前と研修後に希望する診療科を調べたところ、平成23年度の内科系の希望者は研修前後で34.4%から33.1%と、やや減少しているが、平成24年度についてはやや増加している。また、前年と比べて変化の傾向があったのは救急で、前年は研修の前と後で希望診療科は変わらないが、平成24年度は3.0%から2.2%に落ちている。その他の診療科は研修前後の希望診療科に大きな変化はないが、外科系がやや落ちており、麻酔科は増加している。また、小児科や産婦人科もやや落ちており、精神科がやや増加する傾向となっている。研修前と研修後で、将来従事を希望する人数に減少がみられる診療科では、研修プログラムを含め、処遇問題等を改善する余地があると考えている。
- 平成23年度、県内医師の地域偏在が大きい、へき地、無医地区が多い15の道府県において、医師の地域偏在の是正など地域医療を担う人材の確保を図るとともに、質の高い医療サービスを実現し、国民が安心・信頼できる

医療提供体制を確保することを目的に「地域医療支援センター」が設置された。宮崎県においても宮崎県、宮崎県医師会、宮崎大学医学部が協力し、平成24年3月31日現在で40人のあっせん、派遣が行われている。

- 2006年2月、福島県立大野病院の産婦人科医師が、警察によって業務上過失致死罪と医師法第21条に規定する異状死の届出義務違反容疑で逮捕、勾留、その後直ちに地検が起訴するといった不幸な事件が発生した。その後、無罪判決が出るものの、産婦人科医師を目指す医師が減少した。産科医療補償制度の議論が進み、2009年に運用が開始された。その後、産科医師は増加傾向となるが、未だに訴訟リスクの高い外科系の人材は不足している。これらのことから、真の原因究明と再発防止に努め、医療現場が萎縮せず誠実かつ積極的に医療の向上に取り組める医療事故調査制度を早期に創設しなくてはならないと考えている。

4. 医療事故調査制度

- 医療事故調査制度に関する最近の状況は、平成20年6月に厚労省より「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」が公表された。救急学会、麻酔科学会などからいくつかの反対意見がだされた。平成24年2月に厚労省に「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が設置され、医療事故の原因究明及び再発防止の仕組み等のあり方について幅広く検討されている。平成24年9月～10月にかけて日本医師会が「診療に関連した予期しない死亡の調査機関設立の骨子」案を提示したが、多くの反対意見がだされ、現在、全国の医師会、医療関係団体等からの意見をとりまとめている。医療関係団体である四病協、全国医学部長病院長会議と日本医師会等の担当役員間による意見交換を随時行い意見を集約する。

5. 社会保障・税一体改革

- 日本医師会の見解として、社会保障の機能強化と持続可能性確保の方向性は同じである。そして、安定財源を確保するための消費税引き上げも、控除対象外消費税の解消を大前提として異論はない。また、医療・介護・子育て分野の雇用創出が経済成長に非常に効果が高いという点でも同意している。しかしながら、営利産業化を医療本体に持ち込むという事については、いくつかの問題を指摘していく。
- 我々が考える国民の安心を約束する医療保険制度の基本理念として、すべての国民が同じ医療を受けられ、支払能力に応じた公平な負担、将来にわたって持続可能な制度であり、様々な医療保険制度の案を政府へ提示してきた。

しかし、今問題となっているのが地域の国民健康保険が破たん状況にあるという事である。市町村国保を都道府県単位に集約し、財政基盤を強くしていく事が求められており、悪戯に財政負担を国民に転嫁すべきではないと考える。
- こういう状況の下で社会保障制度改革推進法が決定され、この中で消費税の引き上げにより確保された安定財源が年金、医療、介護、少子化のために充当する事が明確化された事については評価できるが、消費税増税分の使途や国民皆保険を堅持できるかという事について日本医師会として懸念している。
- 消費税増税分の使途については、社会保障以外または赤字国債の穴埋めに使うのではないかという不安があるが、すべて社会保障として国民の皆様へ還元するという明確な表明を要望しており、今回の各政党のマニフェストですべて社会保障として使う旨の明記がされた事については評価している。
- 控除対象外消費税の解消について、消費税を8%へ引き上げると同時に仕入税額控除が可能な課税制度へ改める旨を明記させたいと努力しているところである。今まで医療の消費税については、政府の正式な書類へ『問題あり又は検討すべき』との記載は一度も無かつ

たが、昨年末によく明記された。

そして先日、厚生労働大臣をはじめ政務三役に税制調査委員会で議論をしていただく旨の要望を申し入れ、政府側より確約を得た。また財務省への要望も申し入れる予定である。さらには消費税の10%引き上げ時には無論、課税制度に改め、ゼロ税率ないし軽減税率で適用する方向で対応していただく為にも今のうちの体制づくりが必要だと考えている。

- 国民皆保険堅持の懸念事項として、特に健康保険の適用範囲の縮小が起きないように日本医師会として注視する必要がある。
- また医療・介護における雇用創出について、雇用誘発係数が他の産業に比べて高く、就職への道をつくる事が重要である。医療というものは人と人の生業であると考えており、医療費の財源の大半が人件費であるべきという事もしっかり主張していく。
- TPPに関連するが対主要国別にみた貿易総額の比較を見てみると、日本はアジア諸国との貿易総額が比較的高い。これらの国々と手を組むという方向性を作っていくべきであり、米国へ依存しすぎる事には問題があると考えている。
- 社会保障制度改革推進法等に対する日本医師会の見解としては、公的医療保険制度について『原則として』という従来無かった文言が三党合意により明記された事によって例外をつくる可能性があり、国民皆保険の崩壊につながる懸念があるので三党へ申し入れた。三党による回答は、生活保護の問題がある為の表現であるとの事であったが、日本医師会としてしっかり注視していかなければならない。

6.TPP

- TPPについては、日本医師会は反対の意見表明をしているところであるが、TPPそのものが全て駄目だというより日本の医療を市場化する恐れのある一つだと認識をもっている。
現在、分野別のTPPの内交渉が進んでいく中で、特に保険の分野で『民間保険の参入』

を強く望んでいる。また、診療報酬の中では薬の値段交渉に米国の製薬メーカーを参入させるという圧力が強くあり、一部参入しているところもある。米国の製薬メーカー及び医療機器メーカーは、日本の公的医療保険制度を利用し、高価格で取引をしようという方向性が強くでている。

こうした中で日本医師会はTPPに対して懐疑的に表明していくところである。

- TPPになると、①中医協での薬価決定プロセスへの干渉、②私的医療保険の拡大、③株式会社の医療への参入と3つの大きな危険性がはらんでいる為、日本医師会としてはこの危険性に対して手当をする事で初めて理解を進めていく事ができるのではないかと考えている。
- これまで米国からの医療に対する市場化要望については、1985年の『MOSS 協議』以降、数々の要望が出ている。

米国の医療機器団体による新年パーティーに、厚生労働省の保険局経済課の方々や、歴代の局長らが参加しており、こういった交渉の過程で日本の行政の中に大きな人脈を作っている様子がうかがえた。

勿論、米国の医療機器を使わなければ日本の医療が出来ないという現実も当然あるが、国内医療機器の開発の促進をしっかりと進めていく必要がある。こうした米国との過度の癒着に関して、米国民に提供される価格より高価格で提供される事に我々は極めて違和感を覚える。

この他2011年11月に米韓FTA協定が批准されたあとの韓国側の反応は、医師のストライキ計画が持ち上る等大きな問題に直面しており、こうした経緯の中で日本医師会も諸手を挙げて賛成とはいかないと主張している。

- 三党は、日本の公的医療保険制度はTPPの対象ではないと言うが、我々は株式会社の参入や中医協での薬価決定のプロセスへの干渉、民間医療保険の導入を問題だと申し入れている。
- 国民皆保険を守るには、①公的な医療給付範

圏を将来にわたって維持すること、②混合診療を全面解禁しないこと、③営利事業（株式会社）を医療機関経営に参入させないことをしっかり明記していただく事が重要だと考えており、さらに国民皆保険制度を継続していくという事は、日本医師会に課せられた大きな使命であると考えている。

- この国民皆保険制度が崩れ混合診療になれば、新しい医薬品や治療法は自由診療の中に組み込まれてしまう。最近の例でいうと重粒子線治療があり、全てが公的医療保険で対応が出来ておらず、自費部分を民間保険の特約で対応するという事が増えている。本来、先進医療を公的医療保険で対応していく方向にならなければいけないが、そうすることによって、十分な利益を確保できないといった声があり、公的医療保険の給付範囲に対する不満がでてくる事を懸念している。
- 混合診療を全面解禁することは、一部の高所得者のみしか先進医療や新薬を受けられず、国として安全性、有効性に責任を負わない治療や医薬品が普及する事になりかねず、公的医療保険に対する信頼性の低下につながるという問題がある。
- 現在の日本では、『評価療養』・『選定療養』といった混合診療が解禁されているが、慎重な協議がなされた上で認められている為、ただ全ての混合診療を解禁することは公的医療保険の崩壊につながる為、容認できない。
- 規制制度改革や TPP がこのまま進むと、第一の懸念は、公的医療保険が TPP の対象になり、第二の懸念は、TPP をきっかけに医療の市場化を容認する考えが広がる事にある。ひいては所得によって受けられる医療に格差がある社会となる為、我々は全力をあげて国民皆保険を守る。
- 日本医師会は、『国民と共に歩む専門家集団としての医師会』を目指し、世界に冠たる国民皆保険の堅持を主軸に、国民の頂点に立った多角的な事業を展開し、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、これから

も国民とともに努力していく。

7. 九州各県からの質問・要望事項

1) 医師事務作業補助者（医療クラーク）について（沖縄県医師会）

〔要 旨〕

すでに病院では医療クラークに対する点数が設けられ、医師の過重労働の原因の一つとされている診断書記載を省くことで負担軽減が図られている。しかし現在の診療報酬では、診療所への配置に対する点数が設けられてないため、開業医からは病院と同等の点数設定を求める声がある。当会としては、診断書の記載に対する医師の負担感は開業医も同等であるとの認識から診療所における医療クラーク配置に対する点数設定は当然のことと考える。

については、開業医師の負担軽減を図るためにも診療所への医療クラーク配置に対する医療保険点数の設定を要望する。

●日医回答

医療クラークに対する診療報酬は、平成 20 年度の診療報酬改定から医師の事務作業を補助する補助者を配置する体制を評価する入院基本料加算が導入された。平成 22 年度改定では、加算の引き上げとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した際の評価が設けられ、平成 24 年度改定では、補助者の人数配置に応じた、よりきめ細かい評価がなされ、徐々に使い易くする方法での改正が続けられている。

次回改定の要望として、診療所における医療クラークの評価については、日本医師会としても当然要望していく。また、併せて、記載書類の簡素化についても主張していきたい。

2) 医師の確保について（沖縄県医師会）

〔要 旨〕

公的医療機関（ハンセン療養所、障がい者医療を担う施設を含む）の医師確保が極めて困難な状況にある。

早急な対応、抜本的な施策が必要と考えられ

るが、日本医師会の基本的な考えを伺いたい。

●日医回答

医師の偏在解消については、医学部教育や初期臨床研修システムの見直しを通じながら、地域に定着する医師の育成を図っており、また、医師のキャリアアップ形成や医療事故調査制度の創設、医師の就業環境の整備に務めている。

また、地域医療支援センターの整備と活性化を図るべく、都道府県医師会の関与をお願いしたい。

3) 基準病床数に係る算定式について

(沖縄県医師会)

〔要 旨〕

基準病床数の算定方法については、医療計画作成指針に基づき、療養病床および一般病床のそれぞれの算定式により算出した数に都道府県内外への流出入院患者数を加えた数の合計数を標準としており、以下の計算式となっている。

<療養病床>

{(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別入院・入所需要率)の総和 - (介護施設で対応可能な数) + (0 ~ 当該区域への他区域からの流入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0 ~ 当該区域から他区域への流入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1/ 病床利用率)

<一般病床>

{(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別退院率)の総和 × 平均在院日数 + (0 ~ 当該区域への他区域からの流入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0 ~ 当該区域から他区域への流入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1/ 病床利用率)

一般病床の算定式においては、平均在院日数が少なければ少ないほど、基準病床数が減少し、

病床利用率の悪い地域では基準病床が多くなる計算式に疑問を感じる。沖縄県では救急医療を担う病院の病床不足が問題になっている。

また、療養病床から介護施設で対応可能な数を引くのは妥当か。このようなことは療養病床を減少させる結果になるのではないか。

日医として基準病床の算定式の検討や地域の基準病床とはどのようなものを行政と検討する必要があるのではないか。

さらに、地域における基準病床の策定を今後も続ける必要があるのかご検討いただき、日医の見解をお伺いしたい。

●日医回答

非常に難しい問題だと感じている。現在も基準病床の算定式の見直しについては常に主張している。特に厚労省が定めている『平均在院日数、療養病床の入院・入所需要率、一般病床の退院率』のブロックの単位がはたして適切なのかという見直しも必要であり、一般病床の算定式の中には五年間に短縮する事を見越して、平均在院日数に【0.9】をかけて算定するという事についても、高齢化社会の中でふさわしいものなのかを議論したい。また病床利用率や療養病床の入院・入所需要率、介護施設の対応可能な数についても、医療の病床削減とつなげていのかという基本的な問題も議論していく。

日本医師会では、2015年の一般病床の必要病床数を103.7万床、2030年は75歳以上の高齢者人口が増えるという事で116.4万床と推計している。

4) 診療情報連携について (福岡県医師会)

〔要 旨〕

地域連携の推進のためにはICTを使用した診療情報連携が不可欠と思われる。各地域で各種の連携システムが稼働しつつあるが、地域を超えて連携が拡大する際に、各種のシステムが混在していると混乱を生じ、広域の連携が阻害される可能性が高い。今のうちに、連携のための情報システムの基本概念を統一すべきと考え

るが、日医の考えを伺いたい。

また、現在は地域中核病院の電子カルテを「かかりつけ医」が閲覧することができるというシステムが増加しているが、中核病院の当該患者のすべての電子カルテ内容を閲覧しないと、重要な診療情報の見逃し等の問題が発生し、医療ミスを助長してしまうという懸念も指摘されている。また患者が連携の中に入ることを拒否することは患者の権利であるのか、もしくは診療の妨害に当たる行為であるのかも不確かである。現在、増加しているいわゆる「閲覧システム」のデメリットも考察する必要があり、連携に関する法整備も必要とも思えるが、日医の考えを伺いたい。

●日医回答

日本医師会は相互連携の取り組みとして、異なるシステム間でも正しい情報交換を可能とするために、厚生労働省の標準化規格を策定して、随時通知を発出している。日医総研メンバーも対応しているので詳細をお尋ね頂きたい。また厚労省のSS-MIX（厚生労働省電子的診療情報交換推進事業）も始まっている。

次に、医療分野の個人情報保護へ向けた議論の具体化であるが、医療等分野の個別法の議論が具体化しており、日医役員も参加し報告書を取りまとめている。この中で、患者の同意のあり方についても触れており、今後さらに検討を進めていく。医師と医療職の認証基盤についてだが、現在、医師と偽って医療行為を行うという事件が起きており、医師又は医療職であると認証する必要がある。日医では既に認証局というものが立ち上がっており、様々な地域でのモデル事業を利用して頂いている。熊本大学からは医師の認証にあたって、日本医師会の認証局と一緒に利用させていただけないかというご提案があった。日医としては、この医師の認証局を進めていかなければならないと考える。料金的な面での反対の地域もあるが、10年近く懸案事項であるので、全国の医師を登録できるような形にもっていききたい。また登録の際には照

合が必要となるので各医師会へご迷惑をかけると思うが宜しくお願いしたい。

標準的なアーキテクチャについては、内閣官房で検討中であるため報告書にまとめて報告したいのもうしばらくお待ちいただきたい。また進行状況については担当にお尋ね頂きたい。

つづいて大量の医療情報の考え方だが、これまでの紙の情報に比べると、電子の情報は手軽に大量に持ち運べる。こうした中で連携の中のルールを決めていく必要がある。連携のルール作りについてもこれから検討していく予定である。患者によっては連携に入る事を拒否する事があるので、そのあり方について、ご意見があれば頂きたい。

5) 広報活動について（鹿児島県医師会）

【要 旨】

日本医師会でも、各都道府県医師会でも広報活動は医師会事業の中で最重要事業の一つである。メディアを利用した対外広報は各都道府県医師会でも行われていると思うが、鹿児島県でもラジオを利用した広報活動など行っているものの、メディアを利用するには大きな予算が必要で、十分な広報が出来ないでいる。日本医師会として、もう少し予算をつけてテレビを利用した医師会のイメージ戦略を全国的にしていきたい。対内広報も大事で、医師会組織の弱体化が問われる中で、組織の活性化には若者、ばか者、よそ者が必要といわれる。そこで、勤務医、女性医師、研修医を含む若い医師を取り込んでいく活動が必要ではないかと思う。お考えをお聞かせいただきたい。

●日医回答

日本医師会では、現在、日医ニュースの刊行（月2回、全会員等に配送）、日医白クマ通信の配信（※Eメールによる情報配信サービス）、定例記者会見の実施（毎週水曜日）、テレビコマーシャル、全国紙への意見広告掲載、テレビ番組「鳥越俊太郎医療の現場！」の企画・提供、日医ホームページの開設（<http://www.med>）

or.jp/)等の広報活動を行っている。テレビを利用した医師会のイメージ戦略を全国的に展開したいと考えているが予算の確保が難しい。各都道府県医師会から少しでも費用負担をいただければタイアップというかたちで全国展開も可能であると考えている。また、医師会組織率の向上については、今期の勤務医委員会に対し、「勤務医の組織率向上に向けて具体的方策」を諮問した。鹿児島県医師会は全国でトップの組織率を誇っている。そのノウハウをご教授いただき、全国に広めていただきたい。

6) 有料老人ホームなどへの訪問診療における問題点について (宮崎県医師会)

【要 旨】

今後我が国において、在宅医療の重要性は増すばかりである。診療報酬上もその普及に向けて様々なインセンティブが施されてきた。これも献身的に在宅医療を行ってきた先駆者の努力のたまものである。しかしながら現在、自宅よりも有料老人ホームなどの集合施設に赴いて訪問診療が行われるケースが増えている。その際、要介護度に関係なく一律に在医総管を請求して全員に訪問診療を行うなど、不適切な医療行為が行われている例が散見される。このままでは健全な在宅医療の普及が妨げられ、また医療報酬の面でも適正化の名の下に、締め付けがなされる可能性がある。訪問診療のあるべき指針を日本医師会で作成し、医師のモラルハザードが起きないように指導する必要があるのではないか。日医の考えをお聞きしたい。

●日医回答

各病院団体や在宅療養支援診療所の団体がバラバラな動きを始めていたため、前年度に在宅医療連絡協議会を発足し、日医が中心となって、各団体の取り組みを調整した。今後、地域包括ケアの中に在宅医療が組み込まれていくと思われるが、在宅医療での主役は郡市区医師会である。日医としては、今後とも、在宅医療に対する地域医師会の取り組みを支援する活動を推進していきたいと考えている。

意見交換

大分県医師会

平成20年6月に厚労省より発表された「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」と民主党が作成した「対案」は、内容がまったく違う。その点について日医の考えをお聞きしたい。

日本医師会横倉会長

基本的に「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」と民主党が作成した「対案」はあまり変わらない。医療事故調査に関する検討委員会は、答申「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」を発表し、全国の都道府県医師会と郡市医師会にアンケート調査を行った。その結果を踏まえて、「診療に関連した予期しない死亡の調査機関設立の骨子(日医案)」を提示した。現在、全国の医師会、医療関係団体からの意見を取りまとめている。

沖縄県医師会玉城副会長

女性医師の生涯労働能力は男性を1とすると私は0.7だと考える。

医師数のカウントの中で現在、大学において30%~40%が女学生であるが、外国のように女性が第一線に立って働くという環境が日本にはない。日本医師会はこれから先、女性医師数を踏まえ、医師数の伸びについてどう考えているかお聞きしたい。

日本医師会横倉会長

女性医師の生涯労働能力は国際的には平均0.6とされている。私も親族に女性医師がいるが、0.5~0.7あたりだと考えている。それを踏まえるともう少し養成数を増やさなければならないかと考えるが、そうなった場合には、それぞれの地域偏在を踏まえ、従来の自由開業制の見直しも含め考えざるを得ない。また、保険診療機関の指定を医師会が勘案した仕組みづくりを並行してやらなければならない。単に医師養成数を増やすだけでは、将来に禍根を残すと考えている。

福岡県医師会

飯塚病院では2割程度が女性医師であるが、結婚・妊娠・出産により偏在が生まれる。自院では24時間の院内保育所の設置やキャリア

アップなど女性医師が働ける環境づくりを心掛けています。その様なことから目いっぱい考えて0.8%あたりだと考えている。

Ⅲ . 第 112 回九州医師会連合会総会・医学会

日 時：平成 24 年 11 月 24 日（土）午後 1 時～
場 所：シーガイアコンベンションセンター



第 112 回九州医師会連合会総会

九州医師会連合会会長挨拶 稲倉正孝

九州医師会医学会は、明治 25 年 5 月に第 1 回大会を開催して以降、今年で 112 回数え、九州各県の先輩、偉人の方々が幾多の困難を乗り越え、努力を重ね営々と引き継いでこられたことに深く敬意を表する。

現在日本は、政治、経済の混迷、巨額の財政赤字、科学技術力、想像力および競争力を喪失するなど戦後最大の危機に陥っている。世界に冠たる国民皆保険制度の存続も危ぶまれている。

九州医師会連合会は、日本医師会はもとより全国医師会との連携を強化し、まさに各県医師会相互の交流を厚くし、緊密な連絡協調を保ち、団結を持ってすべての国民が安心してより良い医療介護を受けられる環境づくりに最善を尽くしていかなければならないと考えている。後ほどその実現に向け、宣言・決議案を上程させて

いただくので会員各位の絶大なるご理解とご支援をお願い申し上げます。

本日はこの後、医学会特別講演と 2 題の講演を予定している。

特別講演第一席では、宮崎大学名誉教授 国立循環器病研究センター名誉所長で平成 22 年度文化功労賞受賞の松尾壽之先生に「未知のペプチド・ホルモン探索から医薬品の創生まで～LH-RH ANP そして BNP～」と題してご講演いただき、第二席は宮崎大学教育文化部教授 竹井成美先生に「初の国際人・伊東マンショが生きた時代～没後 400 年の節目を記念して～」と題して、講演を伺うこととしている。

また、先に開催した行事もあるが本日から明日にかけて 7 つの分科会と 4 つの記念行事を開催するので併せて多数ご参加くださるようお願い申し上げます。

最後に、本総会医学会の開催にあたり、多大のご支援とご協力を賜った来賓各位、九州各県会員各位に対して、重ねてお礼申し上げ挨拶とする。

来賓祝辞

横倉義武日本医師会長

始めに九州医師会連合会の先生方におかれましては、本年4月の日本医師会長選挙におきましては、多大なるご支援を賜りました事を改めて厚く御礼申し上げます。

さて、現在我が国では少子高齢化の進展や長引く経済の低迷、更に不透明な政治情勢も加わり、国民の間に将来の不安や閉塞感が広がっている。こうした中、我々日本医師会執行部は国民が安心して生活していくために地域医療の再興を最重要課題に掲げてきた。来年4月からはいよいよ第六次地域医療計画がスタートする。

地域の医療・介護・福祉まで見据えた、急性期だけではなく、予防、亜急性期、回復期、慢性期、在宅医療まで、「切れ目のない医療・介護」の提供体制を提案できるのは地域の医師会しかない。各都道府県医師会の先生方には積極的に行政と協力し、地域の実情を反映した地域医療計画の策定実現にご尽力を頂きますようお願いしているところである。

一方、去る8月10日には社会保障・税一体改革関連法が成立した。

社会保障の機能強化と持続可能性確保の方向性、消費税率の引き上げにより社会保障の安定財源の確保については評価していると思う。

しかし、社会保険診療が非課税となっていることから、医療機関が課題に負担している控除対象外消費税の問題や保険給付の重点化、適用範囲の縮小等が懸念されているところである。そして国会では衆議院が解散し、12月16日に総選挙が行われることになった。今回の選挙はTPPの交渉参加問題だけでなく、社会保障政策全般を問われるいわば将来の試金石とも言える選挙になると思っている。国民皆保険を歪める保険免責制や受診時定額負担の導入、さらには混合診療の全面解禁といった方向につながる事

がないよう今後とも重視していきたいと思う。

また、今週、政府より社会保障制度改革国民会議の一部の委員名が公表された。日本医師会では再三に亘り参加要請を申し上げたが、今回は選出されることは無かった。この決定は幅広い観点に立って審議すると謳う社会保障制度改革法の主旨に反するものであると同時に、医療現場を代表する医師会の参画なしでは机上議論に終始するだけである。そしてますます国民の声とはかけ離れ、一步まちがえば市場原理主義に導く恐れさえある。

我々としては、医療現場の患者さんそして地域住民の皆さんの声を受け止め、医療政策を提言してきた自負がある。これからも日本の医療を守るため医療現場の代表として国民の生の声を反映した政策を提言していく。国民皆保険において医療の現場を代表し、幅広い情報と深い経験を元に随時意見を申し述べる所存である。九州医師会連合会の先生方におかれましては、今後ともご指導ご協力をお願い申し上げます。

結びに本日の総会開催にあたり、ご尽力頂きました九州医師会連合会長稲倉正孝会長を始め役員関係者に深い敬意を申し上げますと共に、ご参集の皆様方のご健勝と、九州医師会連合会のますますのご発展を祈念してお祝いの挨拶とする。

宮崎県知事（代読 福祉保健部長土持正弘）

第112回九州医師会連合会総会が盛大に開催されることをお慶び申し上げますと共に、九州各県からご来県の皆様、並びに日本医師会からお越し頂きました横倉会長、今村常任理事、藤川常任理事を心から歓迎する。

また皆様方には日頃から地域住民の安全・安心の確保のため、医療の最前線で献身的な取り組みを頂いていることに対し、深く感謝申し上げます。

さて、我が国は高齢化の進展や医療の高度化専門家がすすみ、医療ニーズはますます対応化している。

その一方で全国的に医師不足が深刻な問題となっており、限られた医療資源の中で安全で質の高い医療サービスを提供するためには医療機

関の役割分担等、切れ目のない医療連携を提供することが大変重要であると考えている。

そのような中、九州各県から地域に根付いた医療活動に取り組みられる皆様が一同に開催し、三日間に亘る多くの講演や分科会を通じて見識を高められることは大変意義深いものであると考えている。今回の大会の成果がそれぞれの地域や現場に生かされることを大いに期待している。本県はいきいきと暮らせる健康福祉の社会を売り出し、誰もがいつまでも元気で活躍できる環境作りを進めているが、こうした取り組みが地域医療の現場を支える皆様方との連携とお力添えが不可欠であるので、引き続きご支援ご協力お願い申し上げます。

所で、今年には日本最古の歴史書といわれる古事記編纂 1300 年の節目に当たる。古事記には宮崎が舞台となっており、天孫降臨等の日向神話が多く記載されており、現在、県では様々な記念事業に取り組んでいる。因みに阿波岐原は国産みの神であるイザナミノミコトが史上初めてみそぎをされた地であると伝えられている。まさに古事記の舞台となっているので機会を見

つけて散策して頂きたい。

また、南国の太陽いっぱいに浴びた農産品や 5 年に一度の全国和牛能力共進会で史上初日本一 2 連覇を成し遂げた宮崎牛など、すばらしい食にも恵まれている。皆様方にも是非この機会に本県の魅力をご堪能頂ければ幸いである。

終わりに本大会の開催にご尽力頂きました関係者の皆様、心より感謝申し上げますと共に、九州医師会連合会のますますのご発展と皆様方のご健勝とご多幸を祈念申し上げてお祝いの言葉とする。

宣言・決議

慣例により議長に稲倉正孝九州医師会連合会長が選任され、稲倉議長進行のもと、国民皆保険制度を堅持し、よりよい社会保障の充実の実現を目指した宣言（案）ならびに、政府に対して別紙 6 項目の事項を要求する決議（案）が、九州医師会連合会総会の総意の下、満場一致で採択された。

なお、宣言・決議の送付先等については九州医師会連合会長に一任された。

宣 言

我が国の国民皆保険制度は、いつでも、どこでも、だれでも、質の高い医療が受けられるものとして国民に定着し、国際的にも高い評価を受けている。

我々は、この貴重な制度をさらに充実させなければならない。

しかしながら、東日本大震災からの復興、長引く経済不況・慢性的な財政赤字からの脱却などの政治的諸課題が山積する中、政治は混迷を極め根本的な解決策を決められない状態が続いている。その結果、国力は低下し、医療・介護を取り巻く環境も日々悪化している。

TPP 参加を巡っては混合診療の全面解禁、医療への株式会社参入、医療ツーリズムなど市場原理主義の導入が懸念されている。また、社会保障・税一体改革関連 8 法案が、8 月 10 日参議院本会議で可決・成立した。消費税率の引き上げは社会保障の財源確保への一歩として一定の評価ができる。しかしながら「医療は非課税」であるため、医療機関が控除対象外消費税を負担させられている現状があり、消費税率が上がれば、その負担は更に大きくなり、医療機関の経営を圧迫し、地域医療を危うくさせる為、その対応は喫緊の課題である。

国民が最も不安に感じていることは、病気と老後の生活である。社会保障の充実が国民に安心を与え、ひいては経済の活性化をもたらすことが期待できる。医療への市場原理主義の導入は、格差社会を生み、国民に不安と不幸をもたらす。

我々は、全ての国民が安心してより良い医療・介護を受けられる環境づくりに最善を尽くすことを宣言する。

平成 24 年 11 月 24 日

第 112 回九州医師会連合会総会

決 議

我々九州医師会連合会は、政府に対し、次の事項を強く要求する

- 一、国民皆保険制度の堅持・強化
- 一、東日本大震災による被災地の早期復興・医療体制の再生
- 一、社会保障の充実と質の高い医療・介護のための恒久財源確保
- 一、株式会社参入や混合診療解禁に道を開く TPP への不参加
- 一、控除対象外消費税の解消
- 一、地域医療の重要な担い手である准看護師の積極的養成

以上、決議する

平成 24 年 11 月 24 日

第 112 回九州医師会連合会総会

次期開催県会長挨拶 沖縄県医師会長宮城信雄

来年度の第113回九州医師会総会医学会の開催期日は、平成25年11月15日(金)から17日(日)の3日間、合同協議会、総会、医学会、分科会、記念行事と那覇市のハーバービューホ

テルクラウンプラザを中心に開催する。紺碧な青い海と、また、おいしい泡盛・琉球料理をご堪能いただきたく、多くの先生方のご参加をお願い申し上げます。

第112回九州医師会医学会

去る11月24日(土)14:00より、シーガイアコンベンションセンター4階「天瑞」において第112回九州医師会医学会が開催されたので、その概要を報告する。

特別講演Iは、宮崎医科大学医学部内科学(第一内科)教授北村和雄先生の座長のもと、宮崎大学名誉教授 国立循環器病研究センター名誉所長松尾壽之先生より、「未知のペプチド・ホルモン探索から医薬品の創生まで～LH-RH, ANPそしてBNP～」と題して概ね次のとおり講演があった。

「ホルモン」とは生体が常に様々な環境の変化にさらされる中、その状況に応じてメッセージを全細胞に伝達しホメオスタシスを維持する信号を伝えるものである。そのホルモンの中でも未発掘であったペプチド・ホルモンというアミノ酸が鎖状に手をつないだ物を重点的に研究し続けた。

ペプチド・ホルモンの中で最も有名であるのは「インスリン」であり、1921年に発見以来、糖尿病の特効薬として用いられてきたが、1950年にフレデリック・サンガー氏によってその構造が明らかにされ、アミノ酸51個から成るペプチドの化学構造が決定したのを機にようやくペプチド化学が始まった。ペプチド化学の開始に伴い分子遺伝学、分子生物学が急速に発展し、わずか50年間でヒト遺伝の解析が完了したのである。フレデリック・サンガー氏の業績に感銘を受け、当時未開発であったペプチドC-末端分析法の発表を縁に、1970年にLH-RH研究の為、アメリカチューレーン大学へ招待される事になり、幸いにも同氏のノーベル

賞受賞という功績に携わる事が出来たのは大変光栄に思う。

帰国後は独自にペプチド研究法を確立し、幸いにも医薬品に3つのケースで発展する事が出来た。1つ目は前立腺癌治療薬となったLH-RH、2つ目としては急性心不全薬になったANP、3つ目としては優れた心不全診断薬BNPが医薬品である。しかし、未知の物質の発見がすぐに新しい医薬品の創生に繋がるわけではなく苦労したが、今後も同研究について携わっていきたいと考えている。

講演の後、北村座長より次のとおり意見が述べられた。

LH-RH等の1つの重要なホルモンが見つかる、医学や医療が次の段階へ大きくステップアップする事ができ、また、研究者としてこのような大きな発見を1つでもすると誇らしい事であるが、松尾先生は何度もこのような医学の発展に貢献出来る大きな発見をされて非常に感銘を受けたところである。先生の今後のますますのご健勝を祈念する。

引き続き、特別公演IIは、宮崎県医師会稲倉正孝会長の座長のもと、宮崎大学教育文化学部竹井成美教授より、「初の国際人・伊東マンショが生きた時代～没後400年の節目を記念して～」と題して概ね次のとおり講演があった。

今から400年前、ヨーロッパへの往来には片道2年半もの歳月を要していた。帆船による旅のため、マカオやゴアなどに帰港して10ヶ月あまり次の風を待つ必要があったからである。し

かも、4隻に2隻、3隻に1隻の割合でしか辿り着けない交通事情であり、今なら、宇宙に行くくらいの強靱な体力と気力を備えた人物でしか成しえない行程であったに違いない。そんな旅をして、8年がかりでヨーロッパから帰ってきた人物に、宮崎県出身の伊東マンショがいる。

洗礼名マンショ、幼名は虎千代麿。都於郡(とのこおり;現宮崎県西都市)出身のマンショは、豊後(現大分)のキリシタン大名・大友宗麟の「妹の娘の夫の妹の子」という縁で、「天正遣欧少年使節」の正使としてヨーロッパに派遣され、歴史にその名前を残すことになる。有馬(現南島原市)のセミナリオ(小神学校)で、毎日、ラテン語、日本語、音楽を学んだ。ザビエルの時代にも使節として17、18歳の青年がヨーロッパに向かったが、たどり着く前に相次ぐ病死により、若くて気力と体力のある子ども達が選ばれることになった。織田信長の時代1582年に13歳のマンショが使節の一員として選ばれ、ヨーロッパへ出発した。

ポルトガル、スペイン、イタリアの、いわゆるルネサンス文化の息吹を1年8ヶ月味わい、セミナリオで学んだ音楽を活かし、ポルトガル

のエヴォーラでのオルガン演奏、スペインのフェリペ2世のもとで聴いたであろう音楽、イタリアのピサでの舞踏体験、ローマでのグレゴリオ13世との謁見と諸外国を訪れる中で音楽の技量を高めていき、さらにはマンショたちが実際には行くことのなかったドイツの新聞に掲載されるほど知名度があった。

1590年、キリスト教禁止に向かう豊臣秀吉の時代にかろうじて帰国した。土産である4つの楽器を使い秀吉の前で演奏し、感動した秀吉は3回もアンコールしたという。土産のもう一つであるグーテンベルク活版印刷機で初めて印刷技術を伝えている。

徳川家康の時代には、再度マカオで学ぶ機会を得て、司祭に叙階されたのは1608年。マンショたちより以前に、ヨーロッパから帰国できた日本人はいなかった。1612年に亡くなっているのに、今年で没後400年の節目に、日本が初めてヨーロッパ文化と出会った時代であり、マンショは、信長、秀吉、家康と、日本史を彩る三英傑の時代を生き抜いた、まさに「初の国際人」と言える。

印象記

副会長 玉城 信光

神話の里、宮崎で会議がもたれた。「世界のほとんどの神様は天地を創造するが、日本の神は男女の神様である伊邪那岐命(イザナキノミコト)と伊邪那美命(イザナミノミコト)が国土、淡路、四国、沖、九州、壱岐、対馬、佐渡、本州を生んだとされる。また天照大御神や須佐之男命を産むことにより国が始まったとする」ダイナミックな古事記の世界で会議がもたれた。

2010年3月に口蹄疫の発生で絶滅寸前まで追いやられた宮崎牛が復活したお祝いとも重なった記念すべき時期であった。

シーガイアコンベンションセンターで日医横倉会長の中央情勢報告がなされた。沖縄県医師会から医療クラークの診療所への配置への要請、医師確保対策、基準病床の算定方法の改善策などの要望も盛り込まれた報告がなされた。

世界の中で日本の医療の評価は寿命や糖尿病、循環器、がん死亡など世界のAランクであるが、国民の健康状態評価のみがDランクである。国民は現在の医療体制が世界一であるにも関わらず不安も持っているといわれる (<http://sso.conferenceboard.ca/hcp/default.aspx>)

医師の2012年までの増加は1,366名大学13校に相当する数がふえている。

控除対象外消費税の解消に努力していくなど多くのことが話され、その後質疑応答が行われた。沖縄県の女性医師部会を担当するものとして質問をした。「女性医師の生涯労働能力を日医は男性医師のどのくらいと計算して必要医師数を計算しているのか」との質問に対して、外国では6割と計算している。日医も6～7割とっていると回答があった。これは医師の頭数のみで医師数の基準を作るべきでないことを示す重要なことであると私は考えている。

九州医師会医学会では特別講演として1「未知のペプチド・ホルモン探索から医薬品の創生まで～LH-RH,ANPそしてBNP～」を宮崎大学名誉教授の松尾 壽之先生の講演があった。私たちが乳がんのホルモン療法として治療しているLH-RH agonistが宮崎の地で開発されていったことを知った。2013年の日本の政治も変わっていくので、このようなメイドインジャパンをもう一度大きくすすめることができると大変おもしろいし、われわれ沖縄の地でも行いたいものである。講演2「初の国際人・伊東マンショが生きた時代～没後400年の節目を記念して～」宮崎大学教育文化学部教授竹井成美先生の話も面白かった。キリシタン大名の命を受けヨーロッパに派遣された若者の話である。その時代の音楽や衣装を想像させながら演奏を交えての講演であった。世の中には面白い方々が多いのに感心する。私の話は面白くないので勉強になること多しである。

夜は例のごとく宮崎の美味しい料理を堪能した。翌日は内科学会、外科学会、産婦人科学会など多彩な発表がなされた。この学会は2013年11月に沖縄で開かれるのである。会員の皆様のご協力、応援よろしく申し上げます。

お知らせ

文書映像データ管理システムについて（ご案内）

さて、沖縄県医師会では、会員へ各種通知、事業案内、講演会映像等の配信を行う「文書映像データ管理システム」事業を平成23年4月から開始しております。

また、各種通知等につきましては、希望する会員へ郵送等に併せてメール配信を行っております。

なお、「文書映像データ管理システム」（下記URL参照）をご利用いただくにはアカウントとパスワードが必要となっており、また、メール配信を希望する場合は、当システムからお申し込みいただくことにしております。

アカウント・パスワードのご照会並びにご不明な点につきましては、沖縄県医師会事務局（TEL098-888-0087 担当：平良・池田）までお電話いただくか、氏名、医療機関名を明記の上omajimusyo@okinawa.med.or.jpまでお問い合わせ下さいませようようお願い申し上げます。

○「文書映像データ管理システム」

URL： <http://www.documents.okinawa.med.or.jp/>

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

沖縄県医師会館利用のご案内

フロアガイド

<p>●会議室1～4 (会議室1・2 S=42席 T=64席 □=35席 会議室3・4 S=36席 T=54席 □=30席)</p> <p>2F</p>	<p>●ホール (S=144席 T=234席)</p> <p>3F</p>
<p>機能的に各種会議が開催できるよう 4つの会議室(40～60名)を備えています。</p> <p>各部屋とも小規模な研修会や委員会等(会議)が開催できるようスクリーンを設置し、必要に応じて音響への対応も可能となっております。</p>	<p>研修会、講演会などを行うホールを 完備しています。</p> <p>最大240名収容のホールを完備。仮設舞台や音響設備をはじめ、講師控室やラウンジなども設置しておりますので、スムーズな運営が可能です。</p>

(S=スクール、T=シアター、□=□の字)

アクセス



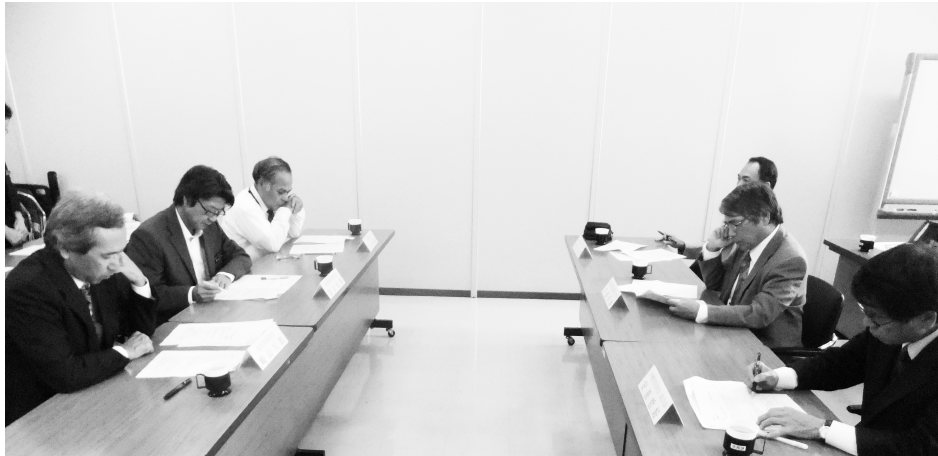
会館利用に関する問い合わせ



沖縄県医師会事務局 経理課(城間)
〒901-1105 沖縄県南風原町字新川218-9
TEL:098-888-0087/FAX:098-888-0089

平成 24 年度第 3 回 沖縄県・沖縄県医師会連絡会議

副会長 安里 哲好



去る 11 月 22 日（木）、県庁 3 階第 3 会議室において標記連絡会議が行われたので以下のとおり報告する。（出席者は以下のとおり）

出席者：宮城会長、安里副会長、宮里常任理事（以上医師会）崎山福祉保健部長、国吉保健衛生統括監、平医務課長、垣花福祉企画統括監、照屋母子保健班長（健康増進課長代理）（以上、県福祉保健部）

議 題

1. 地域医療再生基金の執行率と軽微な事業の 2 次募集の現況について

（提案者：沖縄県医師会）

<提案要旨>

厚労省地域医療再生計画に係る有識者会議にて（H24.11.5）、地域医療再生基金の平成 24 年度末の執行率は 1 次が 60.9%、2 次が 39.0%との報告があります。沖縄県における、地域医療再生基金の 1 次および 2 次の執行率はどの様な状況か、お伺いしたい。

軽微な事業の 2 次募集の現況についてもご教示いただきたい。また、軽微な事業の 2 次募集に際しまして、民間の医療機関の直接的な応募状況や、事業内容によりそれを受理する可能性があるかどうかについてもお教えいただきたい。

<県福祉保健部回答>

地域医療再生基金の執行率については、一次計画の基金総額 50 億円に対し、平成 24 年度末までの執行累計額は 3,382,006 千円を見込んでおり、執行率は 67.64%となっている。

また、二次計画の執行率については、基金総額 2,168,497 千円に対し、平成 24 年度末までの執行累計額は 1,179,246 千円を見込んでおり、執行率は 54.38%となっている。

地域医療再生基金については、一次及び二次の地域医療再生計画の評価を行い、事業の執行残や基金の運用利子等を有効に活用するため、新規事業や事業の拡充について、9 月 19 日に関係機関・団体等へ募集を依頼したところである。

一次計画については、拡充で 7 件、新規で 3 件の応募があり、二次計画については、拡充で

4件、新規で15件の応募があった。

しかし、一次計画の基金残が約128,000千円、二次計画が約95,000千円と、事業に充当できる基金残額が乏しいこともあり、事業の採択は一次及び二次計画ともに4件程度になる見込みである。

なお、地域医療再生計画は、圏域全体が直面する課題を解決することが目的であることから、各圏域の中核的な医療機関や関係団体と協議して圏域単位の計画を策定し、その課題解決に必要な事業を実施しているところである。

また、補助対象事業が、救急、周産期医療などについての医療機能連携による診療機能の強化や持続的な医師等の確保の仕組みづくりのための事業等であるため、民間の医療機関から個別に事業募集を行わず、各圏域の中核的な医療機関や医師会等の関係団体から事業募集を行っているところである。

<主な意見等>

◆**県福祉保健部**：一次計画では、シミュレーションセンターに基金の大部分を投入している。今回の執行残等の用途については、離島の支援を中心に行っていくことになる。

ただし、平成25年度にも執行残の調整を行っていく。

なお、何らかの理由で建物が竣工できないなど、止むを得ない理由があれば、平成26年度も対応可能となっている。

◇**県医師会**：今回の執行残の用途はあくまで今年度時点ということで、次年度も精査するという事でよいか。

◆**県福祉保健部**：おっしゃるとおり。医師会からも連携事業等で案件が出ていたが、何らからの形で来年3月までに調整したいと考えている。

◇**県医師会**：中部の民間病院では骨髄移植等の無菌室整備をあげているが、県内で唯一の施設であり、まさしく県全体の地域医療を担っていると考える。

◆**県福祉保健部**：本件を除外している訳ではなく、医師会を通じて連携が構築されているかと

いう点が重要となってくる。

◇**県医師会**：本来であれば、一つ一つの事業の執行率をチェックすべきである。地域医療再生事業については本来、何のために使うべきか限定されているはずである。

◇**県医師会**：宮古・八重山のIT整備については進んでいるのか？

◆**県福祉保健部**：現場と局のすり合わせで、建物の竣工に遅れをとっている。建物が出来ていないので設備整備も出来ない状況にある。現在、地区医師会との間で調整中とのことである。

◇**県医師会**：医療連携を条件に電子カルテを整備することになっていると思うので、計画に則った事業展開をお願いしたい。

議 題

2. 自立支援医療（育成医療）の審査体制について（提案者：県福祉保健部）

<提案要旨>

地域主権戦略大綱（H22.6.22閣議決定）を踏まえ、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（平成23年法律第105号）が平成23年8月30日に公布された。障害者自立支援法に基づく自立支援医療（育成医療）の下記の事務について、都道府県から市町村へ権限移譲されることになった。

施行期日：平成25年4月1日

育成医療の移譲内容

①育成医療に係る医療費の認定及び支給

※権限移譲に伴い、それぞれの市町村においては、公正中立な立場から医学的な判断を行う審査体制の整備を行う必要がある。

- ・医学的な判断が可能である医師及び医療関係者の確保
- ・専門家からなる審査会等の設置

県の取り組み

①審査体制について

- ・平成 24 年 7 月：第 2 回権限移譲についての取り組み状況調査
(育成医療の審査体制等)
調査の結果：41 市町村中 36 市町村が小児保健協会への委託を希望
- 9 月：調査を受けて小児保健協会に育成医療の審査受託について打診
- 10 月：常任理事会で了承
(最終的には 12 月理事会で決定)
- 11 月：委託料について調整中
- ②説明会及び研修会等
 - ・市町村への説明会の実施 (H24 年 3 月、5 月～6 月保健所管轄ごとに開催)
 - ・研修会の実施 (保健所単位での実務研修)
 - ・広報 (健康あいらんどへの掲載、ホームページに掲載予定)
 - ・市町村へ育成医療の事務マニュアルの提供予定 (現在修正中)
 - ・指定医療機関への周知等

<主な意見等>

- ◇**県医師会**：更生医療は県で行っているのか。更生医療施設の指定等は県で行っていると考ええる。
- ◆**県福祉保健部**：更生医療は市町村であるが、実際の判定は更生指導士が行っており、その判定に基づき、市町村が受給者証を交付している。また、指定医療機関に関しては、県の役割として残る。
- ◇**県医師会**：41 市町村全てが育成医療の審査体制等を小児保健協会に依頼するということか。
- ◆**県福祉保健部**：36 市町村である。
- ◇**県医師会**：残り 5 市町村は独自で行うということか。
- ◆**県福祉保健部**：市町村は、那覇市、石垣市、宮古島市、竹富町、与那国町であるが、福祉事務所の嘱託医がいることや診療所があること等を理由に希望はしていなかった。しかし、12 月に全市町村に対し、委託料も含めて説明会を開催するので、そこで変更が出てくる可能性がある。

印象記

平成 24 年度第 3 回沖繩県・沖繩県医師会連絡会議

副会長 安里 哲好

議題は福祉保健部から 1 題と当会から 1 題であった。

県医師会から、「地域医療再生基金の執行率と軽微な事業の 2 次募集の現状について」を提案した。平成 24 年度末の見込みは、一次計画の執行率は 67.64%、二次計画の執行率は 54.38%となっているが、平成 25 年度終了時には高い執行率になると推測していた。一次計画の基金残が約 128,000 千円、二次計画が約 95,000 千円と、事業の選択は一次及び二次計画とも 4 件程度になる見込みと述べていた。

健康増進課から、「自立支援医療 (育成医療) の審査体制について」が提案された。障害者自立支援法に基づく自立支援医療 (育成医療) の「育成医療に係る医療費の認定及び支給」が都道府県から市町村へ権限移譲されることになった。権限移譲に伴い、それぞれの市町村において、育成医療に係る医療対象者の認定および医療費の支給を施行することになった。その折、①医学的な判断が可能である医師及び医療関係者の確保、②専門家から成る審査会等の設置が必要で、ほとんどの市町村が小児保健協会への委託を希望しているとのこと。今後の、推移を見守って行きたいと思う。

さて、平成 24 年度は 5 年に 1 回の沖繩県保健医療計画の策定の年で、平成 25 年度はそれを実施して行く年度の初めになる。医療計画は過去を振り返りかつ現状を分析して、今後の 5 年間に向けた各保健医療圏の現状と課題、そして各保健医療圏における保健・医療・介護・福祉の関係者との意見交換等が適切に行われ、それらに基づいた或いは反映された医療計画が推進されていくであろうかと危惧している。

医療計画の柱は、① 2 次保健医療圏の検討、② 基準病床数、③ 4 疾病 5 事業→5 疾病(がん・糖尿病・脳卒中・急性心筋梗塞・精神疾患) 5 事業(救急医療体制の整備・周産期医療体制の整備・小児救急を含む小児医療体制の整備・災害体制の整備・離島へき地医療の向上)、④ 在宅医療体制の整備、⑤ 保健医療と介護・福祉の連携、⑥ 保健医療従事者の確保・養成と資質の向上等を中心的に分析と対策がなされる。県行政が単独で行うのか、県行政が中心となって、市町村行政そして公的医療機関や民間医療機関や介護・福祉施設等と協力して進めて行くのか、策定過程が不透明である。

また、過去 5 年間の改善する領域を明確にして順位を立てて、初年度はそこに対して重点的に、具体的な対策を推進するなどの計画はあるのだろうか。おそらく、平成 25 年 2 月に、平成 25 年度の県保健医療計画が知事に答申されるであろう。誰が中心に、どの様な委員会で検討されて提出されるのか。平成 24 年の年の瀬に感ずるところである。

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日(ただし、祝祭日は除きます)

午前 10 時 00 分～午後 5 時 00 分

TEL (098) 868 - 0893 なくそうヤクザ 862 - 0007 スリーオーセブン

FAX (098) 869 - 8930 (24 時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は

.....悩まずに今すぐご相談を(相談無料・秘密厳守!)

財団法人 暴力団追放沖繩県民会議

平成24年度第1回沖縄県医療保健連合(なごみ会) 幹事会・懇談会



副会長 玉城 信光



去る11月7日(木)、沖縄ハーバービューホテルクラウンプラザにおいて標記幹事会並びに懇談会が開催されたので、以下の通り報告する。

幹事会

幹事会は各団体の代表等19名、懇談会には各団体の役員等40名が参加した。

幹事会においては、なごみ会の会長である

本会宮城信雄会長から、各団体より多数のご参加をいただいたことに対するお礼が述べられると共に、県民生活の基盤である健康福祉の向上のため、加盟各団体の英知を結集して取り組むべく忌憚のないご意見を賜りたい旨の挨拶があった。

その後、宮城会長の進行のもと、以下のとおり協議が行われた。

表1 平成24年度沖縄県医療保健連合(なごみ会)役員名簿

No.	役職名	氏名	所属(役職)	No.	役職名	氏名	所属(役職)
1	会長	宮城 信雄	沖縄県医師会(会長)	12	常任委員	儀間 武司	沖縄県歯科技工士会(会長)
2	副会長	比嘉 良喬	沖縄県歯科医師会(会長)	13	常任委員	平良 淳勇	沖縄県放射線技師会(会長)
3	副会長	神村 武之	沖縄県薬剤師会(会長)	14	常任委員	池城 正浩	沖縄県理学療法士会(会長)
4	副会長	奥平登美子	沖縄県看護協会(会長)	15	常任委員	平良 光政	沖縄県柔道整復師(会長)
5	常任委員	真栄田 篤彦	沖縄県医師会(常任理事)	16	常任委員	久場 良男	沖縄県鍼灸師会(会長)
6	常任委員	真境名 勉	沖縄県歯科医師会(専務理事)	17	常任委員	樋口美智子	沖縄県医療ソーシャルワーカー協会(会長)
7	常任委員	吉田 洋史	沖縄県薬剤師会(副会長)	18	常任委員	眞榮平 勉	沖縄県精神保健福祉士協会(会長)
8	常任委員	與儀とも子	沖縄県看護協会(専務理事)	19	常任委員	比嘉 靖	沖縄県作業療法士会(会長)
9	常任委員	新垣 慶子	沖縄県栄養士会(副会長)	20	常任委員	與儀 賢也	沖縄県言語聴覚士会(会長)
10	常任委員	松川 正男	沖縄県臨床検査技師会(会長)	21	常任委員	山城 麗子	日本健康運動指導士会沖縄県支部(支部長)
11	常任委員	仲程 尚子	沖縄県歯科衛生士会(会長)				

(1) 役員の内

なごみ会の役員について、本会会則第6条の規定により会長は県医師会長とし、副会長は幹事団体の長を充て、常任委員は各団体より推薦するものを充てることになっていることから、予め各団体よりご推薦いただいた常任委員を含め、資料に示すとおり役員名簿を作成した旨報告し、異議なく承認された。なお、任期は平成25年3月31日までとなっている。

(2) 県民健康フェアの収支報告について

本会より、去る8月19日(日)に沖縄コンベンションセンターにおいて当フェアを開催したところ、2,000名近くの県民の参加があった旨報告を行った。開催にあたっては、各団体負担金802,029円、沖縄県保健医療福祉事業団補助金3,000,000円、をいただき、収入総額については、3,802,029円となった。支出総額については、会場使用料、会場設営費、広告関係費、その他雑費を併せ、3,759,594円であった。収支の差額については42,435円の余剰がある旨報告した。

(3) 県民健康フェアについて

沖縄県薬剤師会より、去る8月19日に開催したなごみ会主催県民健康フェアは、大変盛況であったことから、来年度の開催について提案があり、各団体の意見を伺った結果、来年度開催に向け実行委員会を立ち上げ、検討していくことに決定した。

なお、来年度の開催日程について第1回の当フェアは台風で延期になったことから、台風シーズンを外した10月・11月頃の開催も検討した方がよいとのご意見があり、台風で開催できなかった場合の当フェアの延期または中止の判断も予め検討頂いた方がいいのではとのご意見があった。

(4) ウォーキング大会への参加案内について

沖縄県看護協会より、来る11月10日浦添市陸上競技場において、一般の方を対象に、こ

ころ♡さわやかウォーキング～ゆっくり・のんびり・チャージング～をテーマにウォーキング大会を開催するにあたり、各団体へ参加の呼びかけがあった。

(5) 第14回沖縄県理学療法学会大会開催の案内について

沖縄県理学療法士協会より、来る11月23日沖縄市民会館において、標記大会を開催するにあたり、各団体へ参加の呼びかけがあった。

一般公開講座では、「甲子園 春夏連覇を支えた理学療法士」をテーマに、小嶺衛氏より興南高校野球部に理学療法士チームが帯同してケアを行った等、理学療法士がアスリートたちに出来ることを紹介する内容である旨説明があり、当講座へ是非参加いただきたいとの案内があった。

懇談会



幹事会終了後、会場を移し白鳳の間において懇談会が開かれ、沖縄県医療保健連合(なごみ会)の宮城信雄会長から「長寿県と云われ続けた本県であったが、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る。

年末には、5年に一度の平均寿命全国順位が発表されるが、長年一位の座を守り続けてきた女性の地位も男性に続いて、ついに陥落すると予測されており、本県の健康長寿のブランドは正に危機的状況にある。

かかる状況に鑑み、県民一人一人が健康に対する意識改革の動機づけとなるよう、去る8月19日になごみ会主催による県民健康フェアを開催している。今回の開催にあたっては、去年8月の幹事会にて第2回県民健康フェアを開催することが決定され、10月には当フェア実行委員会を立ち上げ、種々検討を重ねて頂いたところ、

前回のフェアが大変好評であったことから、財団法人沖縄県保健医療福祉事業団より連携事業として共催として協力できるとの話を頂き、前回と同規模のイベントとして開催することができ無事成功裏に終えることができました。この場をお借りして皆様の御協力に感謝申し上げます。

当フェアは県民の健康づくり活動の推進にも大いに寄与するものであり、今後も継続開催にご協力いただくと共に、なごみ会全会員が丸となって、長寿県復活に向けご尽力賜るようお願い申し上げます。

最後になるが、全団体が一堂に会するのは年1回であり、お互いの絆を深める良き交流の場とするためにも、是非とも忌憚のないご意見、ご提言、ご要望をお願いしたい」との挨拶があった。

引き続き、小生（玉城）から幹事会報告を行った。



続いて、沖縄県福祉保健部崎山部長より「沖縄県の保健医療福祉の向上のためご尽力頂き感謝申し上げます。沖縄21世紀ビジョン計画では、沖縄県保健医療計画

の中で、健康長寿の継承を目標としており、おそらく12月頃に都道府県別の平均寿命が公表

されるが、順位を落とすのではないかと心配している。

是非とも皆様と一緒に健康長寿の維持のため取り組んでいきたいと思う。

今年は福祉保健部において、中間評価・見直しを行う時期であり、沖縄県保健医療計画の見直しの中で4疾病5事業と精神疾患の整備や在宅医療の充実強化を目指している。是非ともご協力ご支援よろしくようお願い申し上げます。

終わりに、なごみ会の益々の発展とご出席の皆様のご健勝ご活躍を祈念申し上げ挨拶とする」との来賓祝辞が述べられた。

その後、沖縄県歯科医師会 比嘉良喬会長による乾杯の後、懇談に入り、終始和やかな内に会を終えた。



平成 24 年度永年勤続医療従事者表彰式 222 名が表彰される



理事 石川 清和



去る 11 月 22 日（木）ロワジールホテル那覇に於いて、平成 24 年度永年勤続医療従事者表彰式が行われた。

同表彰式は会員が開設する医療機関及び医師会に 20 年勤務する医療従事者に対して行うもので、当日は新垣善一沖縄県医師会代議員会議長、来賓に崎山八郎沖縄県福祉保健部長ご臨席の下、68 施設から 222 名の方々が表彰された。



始めに、宮城信雄沖縄県医師会会長から受賞者への挨拶として「一口で 20 年と言っても、平坦な道りではなかったと思います。その間、家族の理解や働く職場の上司、仲間など周りの皆様の協力に支えられ、頑張ってきたものと思います。これまでの献身的な活動に深く敬意を表し、あらためて感

謝申し上げます。

さて、近年、医療の現場では、超高齢社会を見据えた医療提供体制の確立が求められています。しかし一方で、効率化と称する医療費抑制政策や機能分化と称する医療資源の集中化、更には、医療の営利産業化に向けた市場開放の考えが急速に進められようとしています。しかし、より効果的に機能分化を進めていくためには、地域の実態をしっかりと把握し、分析していくことが必要であります。

こうした中、来年 4 月には各都道府県において新たな保健医療計画がスタート致しますが、各地域で必要とされる医療を適切に提供していくためには、かかりつけ医を中心とする地域の身近な医療機関から、急性期、回復、維持、在宅、終末期に至るまで、一貫した医療提供体制の整備充実が求められています。

幸いにして、今回表彰を受けられる皆様は、非常に経験豊かな方ばかりでございます。永年

培った経験や知識、技術を活かし、地域に根ざす医療職者として、良質な医療の提供に努め、沖縄の医療福祉の向上にご尽力を賜りたいと思います。

皆様の今後ますますのご健勝とさらなるご活躍を祈念し、挨拶と致します。本日は、誠にありがとうございます。」と激励の言葉があった。

続いて、宮城会長より各施設の代表者へ表彰状の授与が行われた。



来賓挨拶として、崎山部長から「それぞれの職場において、長きにわたり職務に精励されてこられたことが評価されたものであり、その努力に対し深く敬意を表します。また、沖縄県の医療・福祉等の現場において、県民の保健、医療、福祉の向上に、日々、尽力されていることに対して、心から感謝申し上げます。

さて、沖縄県においては、日本復帰 40 周年となる今年 5 月に「沖縄 21 世紀ビジョン基本計画」を策定したところであります。同計画においては、医療や福祉、保健が充実し、子どもから高齢者まで安全で安心して生活できる「沖縄らしい優しい社会の構築」を施策展開の基軸のひとつとして明示しています。今後その実現に向けて各種施策を推進して参りますので、関係者の皆様のなご一層のご支援、ご協力をお願い申し上げます。」と挨拶があった。

引き続き、受賞者を代表し、北部地区医師会病院看護師の大城康子さんから「20 年前、新人だった私たちが今日の表彰を頂けるのは、院長先生をはじめ、諸先生方のご指導、ご支援があればこそだと深く感謝しております。また、このような受賞の機会をいただきましたことは、皆様方の深いご厚情の賜物であると存じます。

今、受賞者それぞれが 20 年前、緊張や期待に胸ふくませ、就職した日や若かりしあの頃、また、楽しく無茶した日々や苦く悔し涙を流し頑張った日々を思い出し、本日を迎えたと感じています。

そして、20 年の間には苦しい時、辛い時もありました。そのような時、常に相談に乗り、私たちを支えて下さった職場の上司や同僚の皆様、大変なのに笑顔で声をかけて下さった患者様、そして家族に改めて感謝を申し上げたいと思います。

私たちは、働く場所は違いますが、今後も心身に傷つき、痛む患者様へより一層のケアを提供できるよう日々精進し、また、自己研磨を積み重ね、その道のプロとして技術を磨いていきたいと思っております。そして、微力ではありますが地域医療の充実のため、更に頑張っていきたいと思っておりますので、今後ともご指導・ご鞭撻の程、よろしく願いいたします。」と謝辞が述べられた。

表彰式終了後に引き続き行われた懇親会では、新垣議長の乾杯の音頭で祝宴に入り、被表彰者の所属する施設長や同僚が多数参加し、受賞者の永年の労をねぎらい盛会のうちに終了した。



印象記

理事 石川 清和

11月22日日本列島を西高東低の冬型気圧配置が覆い、沖縄でも11月にしては珍しく肌寒く冷え込む中、ロワジールホテル龍宮の間で永年勤続医療従事者表彰式が執り行われた。表彰式は午後7時からクラシック音楽が流れる厳かな雰囲気の中ではじまった。

宮城信雄県医師会長の、長年の勤務医療貢献への労苦のねぎらいの挨拶の後、受賞者一人一人の名前が呼びあげられ、各医療機関の受賞者の代表が登壇し、表彰状を受け取った。

受賞者を代表し北部地区医師会病院の大城康子さんが、長年の勤務の懐かしい思いで、支えてくれた家族、友人、同僚、指導してくれた先生方への感謝の思い、今後さらに医療に向き合う真摯な思いを、緊張の中にもしっかりと言葉で語ってくれた。

さらに来賓の崎山八郎福祉保健部長から、祝福の言葉と今年制定された「沖縄21世紀ビジョン基本計画」の医療行政へ協力依頼があった。

表彰式のあと、隣の天妃の間で祝賀会が行われた。表彰式場から祝賀会会場までは送り届けられた花束が山と積まれ、医療機関や友人・家族から受賞者へ20年永続勤務への感謝・祝福の思いが、華やかな花束とともに送り届けられた。

新垣善一代議員議会議長の乾杯を合図に祝賀会は開催され、家族や友人が駆け付け300名を想定して用意された会場も狭く感じるほど大盛況であった。

今回で40回目（昭和48年より実施）を迎える永年勤続医療従事者表彰は20年継続勤務者が対象で、医療機関にとっては非常に重要なことだと感じる。懇親会の医師会の役員の方との話の中で、医療は命と向き合う厳しい職業であり、運営方針で衝突し退職していった職員もいるが、歳を取ると経営者として配慮が足りなかったと反省する点もある。この永年勤続表彰式に参加することで、経営者として大切なことを考えさせてくれるいい機会になるとの意見があった。次年度は多くの会員の先生方に参加して頂きたい取り組み出である。

その一方表彰対象者は年々増加してきており、今後も増加が見込まれる。今年度は予算内で取り行われたが、今後増加する表彰者を考えた時に、一部随伴者や施設参加者を有料にするなど祝賀会自体の持ち方を検討する時期に来ていると感じた。

