

日本医師会テレビ健康講座 ふれあい健康ネットワーク 「なんくるないさあ」は命取り!?

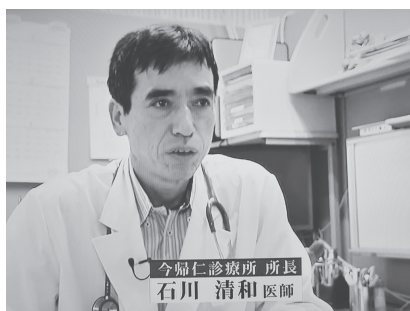
～自覚症状が少ないメタボリックシンドロームの恐怖～

理事 玉井 修



4年前にもあった日医によるテレビ番組の収録、オンエアを再度やってみないかという打診を平成24年5月に受けた。4年前は確かテーマはメタボで、かなり苦労した覚えがあった。テレビ番組の制作は那覇市医師会の医療ホットラインで合計109本の1時間番組を8年かけて手がけた事があり、ある程度のノウハウは心得ているつもりではあるが、OTV（沖縄テレビ）という大きなテレビ局での制作はかなりの力仕事となる。まして、東京から放送作家も来るし、日医の石川広己常任理事もご出演となるとかなりの作り込みをしなくてはならない事になる。折角の申し入れであるが、これを成し遂げるのは簡単ではないと思った。最初に頭に浮かんだのは、岩手での医療支援とその後の大槌町との交流をドキュメンタリーでできないか？という事であったが、予算の都合上難しそうである。どうしようかな～と考えているうちに、石川清和理事の手がけている、小学校のお弁当の日を取り上げれば何か面白いものが出来そうだと思います。子供、お弁当、食育など様々な切り口で前回よりもよりイキイキとした、朗らかな番組が出来れば良いと考え、今回もまた沖縄県医師会で番組の制作に協力させて頂く事にした。

実際の制作に関しての調整は6月に琉大第2内科の益崎裕章教授に是非出演して頂こうという話から、石川清和理事のお弁当の日の取り組みの話まで漠然と決まったものの、あまり明確には見えて来なかった。大丈夫かな？等と考えていると突然、10月30日に詳細な打ち合わせを行うため、放送作家のさらだたまこ様、OTVの関係者、医師会の関係者を一堂に会して打ち合わせを行う事になった。本格的な打ち合わせは初めてであったにも関わらず、番組の進行から事前取材の内容までほとんどこの1回の打ち合わせで済んでしまった。細かい事はメールでやりとりしましょうという事で、あとは年が明けての1月12日（土曜日）の収録まで



今婦仁診療所 所長
石川 清和 医師



兼次小学校




那覇市医師会
糸数 功 理事

VTRの事前取材をいくつか行う手筈となった。この時唯一誤算だったのは、都道府県別の平均寿命が年末には発表され、女性の一位陥落というセンセーショナルな事態を予測してタイムリーな番組を提供しようと思っていたが、実際には番組オンエアの時期になっても発表は行われず、進行表の中身はやや迫力不足になる事が予想された。

事前のVTR収録は、私がかかりつけ医を持つ大切さを訴える内容のVTR、石川清和理事は地元今帰仁における小学校の弁当の日に関するVTR、那覇市医師会の糸数功理事には伝統ある那覇市医師会の健康ウォーキング大会に関するVTRを担当して収録した。また、益崎教授にはメタボリックシンドロームの詳細な学術的コメントをお願いした。11月23日に予定されていた健康ウォーキング大会が雨のため中止になったため過去のビデオを利用し、糸数理事はネクタイ姿でコメントを収録させて頂いた。弁当の日のVTRは子供達の笑顔が溢れ、

番組全体を明るくしてもらった。1月12日の収録はOTV局で約2時間にわたって行われ、宮城信雄会長と石川広己常任理事の素晴らしい掛け合いでスタジオ収録も難なく終了した。

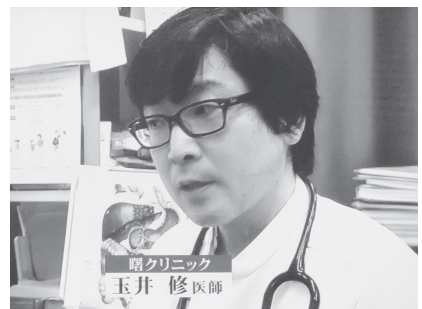
1月26日(土曜日)午後3時半から30分番組でオンエアされた番組を実際にご覧になった会員も多い事と思う。くどいようだが、アナウンサーのコメント、宮城会長のコメント、石川常任理事のコメント、VTRのコメント全てが寸分違わず台本通りなのである。ぶっつけ本番で適当に話したものを編集で繋いでいるのではない。テレビ番組の制作は秒単位まで綿密に練られた進行表を用いて行われる。このあたりの方法論がラジオ番組と違うところである。確実な番組制作ができる反面、その時のノリが生かせないという難点もある。テレビ番組でノリが出せればそれはプロである。カメラに向かって(カメラ目線で)笑顔が出来ればそれはプロである。

<p>金城アナ 「日本医師会が沖縄県の皆様にお送りするふれあい健康ネットワーク。ここからは沖縄県医師会、宮城信雄会長と日本医師会、石川広己常任理事にお話を伺います」</p> <p>(挨拶あつて)</p> <p>金城アナ 「宮城先生、食事や運動といった日常生活でできることで生活習慣病は予防できる、その大切さが改めてよくわかりましたが、いざ、実践するとなると難しいようですね」</p> <p>宮城先生 「*そこが問題です。ですから医療の立場から、積極的に予防に取り組みたいと考えています。沖縄県では、ちよつとぐらい具合が悪くても、我慢する方が多いのですが、このようなことをせずに、せひ身近なかかりつけ医を持って、健康管理・生活習慣病の予防に医療機関を活用していただきたいと思っています」</p>	<p>スタジオ② 鼎談</p> <p>石川常任理事 宮城会長 金城アナ</p>  <p>■ 沖縄県医師会 宮城信雄会長 ■ 日本医師会 石川広己常任理事 ■ 聞き手 金城わか菜 アナウンサー</p>
--	--

シナリオ



那覇市医師会ウォーキング大会



平成 24 年度 第 3 回都道府県医師会長協議会



会長 宮城 信雄



去る 1 月 15 日（火）午後 2 時 20 分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。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・報告等が行われたので概要について報告する。

冒頭、横倉義武日本医師会長より概ね次のとおり挨拶があった。

「去る 12 月 16 日に衆議院総選挙が行われ、ご案内のとおり自由民主党を中心とする与党が 300 議席を超える大きな政治勢力を握った状況である。新たにスタートした安倍晋三新政権では経済再生を第一政策に挙げている。デフレからの脱却、東北大震災からの復興、国境線沿いを含む危機管理対策を大きなテーマとして挙げている。経済再生政策における司令塔として経済財政諮問会議を復活させ経済財政本部をつくり、その下に産業競争力会議を設置して各産業のレベルアップに努めるにあたって小泉内閣時の主要メンバーを起用している。先日、首相官邸に副会長と共に伺った際、「経済財政諮問会議」、「骨太の方針」については、我々は大変なアレルギーを持っていることを申し上げた。確

かに経済の再興は重要であるが、同時に社会保障の確立にも触れなければ一方に偏するのではないかと申し上げている。安倍晋三氏は元々社会保障を自らの専門分野としていたことを忘れないようお願いをしている。デフレからの脱却については、金融政策、財政政策、成長戦略の三つを柱として何としてもやり遂げたいと述べておられた。また、社会保障については、社会保障と税の一体改革をしっかりと継続していくとも述べておられた。我々としては国民医療を守っていくこと、公的医療保険による国民皆保険体制の堅持と持続を常に主張していかなければならない。そういう中で、公的医療保険の継続性については自由民主党の三党合意にもあるが「自助・自立」が明記されている。「自助・自立」が中心となると共助や公助はどうなるのかしっかりと明言してもらわないといけない。ご案内のように我が国の医療保険の財源は「自助・共助・公助」の 3 本柱で成り立っていることから、これらのバランスを大きく歪めることがあれば、国民が不安を抱くことになる。

日本では貧富の差が拡大をしていることか

ら、その差がこれ以上拡大しないようにしてもらおうべく、先週の金曜日に官邸に資料を届けたところである。幸い官邸には私どもと緊密な関係にある官房副長官はじめ補佐官等がいることから、必要なときには随時資料を届けることにしている。」

続いて協議に移る前に、金井埼玉県医師会長より、近畿医師会連合から要望のある「都道府県医師会長協議会等のあり方に対する要望について」は、協議事項では無く「その他」として当協議会に上程されているが、協議として取り上げ結論を出して貰いたい旨の提案があり、三上常任理事より下記のとおり答弁があった。

三上常任理事答弁

重要案件がある場合については別途会議を開催すべきとのご意見について、前回の都道府県医師会長協議会は正にそうした思いから、例年は無い11月に急遽開催したものであり、今後とも同様の運営を心がけて参りたい。

都道府県医師会長協議会の時間超過の件に係るご要望については、近年はほぼ予定時間内に終わっていると考えているが、今後も予定時間内に終わられるよう資料を事前に都道府県医師会に送付し、会議では役員の答弁から行うという運営を継続させて頂きたい。

開催通知の中でご案内している通り、時間内に回答が叶わない質問については、後日書面回答する対応も継続させて頂きたい。今後とも役員答弁は簡潔を旨とし、時間内に終了出来るよう努めて参るが、答弁要旨の事前配付については開催間際まで答弁準備を行っているためご容赦願いたい。代議員会の運営に係るご要望については、加藤議長にご検討を頂きたい。

本件について以下のとおり意見があった。

質問 1

前回の会長協議会は、別途行われたもののお話であったが、そういった趣旨で開かれる場合には事前に明確な趣旨をお知らせ頂きたい。また、最近の会議は比較的時間通り進んでいるが、やはり伸びる場合がある。それにはやむを得ず伸びる場合と、検討すれば伸びずに済んだ

場合があるが、出席者のために様々な努力をして伸びないようにして頂きたい。答弁については、間際まで準備を行っているとのことであるが、骨子だけでも事前に送っていただければ更に深い議論が行えるのではないかと思う。ご検討頂きたい。

加藤議長答弁

昨年の10月の代議員会の前に議事運営委員会において同件について討論がなされ、執行部は理事の答弁に関しては、3～4回話し合いをして時間超過しない旨を申し合わせしたとのことであったため、ベルを鳴らすという話も出たが、今まで通りの運営を採った。理事者側の回答は以前より短縮されたと思うが、3月の代議員会の前に、議事運営委員会において再度この問題を取り上げ検討したい。代議員会における代表質問と個人質問において同様な質問が出ることについては、前回の代議員会において整理したが、代表質問は受付の数が多いのではないかの意見が出されている。

この件も10月の議事運営委員会で問題になったが、これも3月開催の議事運営委員会にて再度検討したい。

協 議

(1) 日医認証局の現況と今後について

[鹿児島県]

<提案要旨(抜粋)>

日医認証局に関して、①現在、地域医療連携においてどのような形で使われているのか、②今後、一般会員が利用できるようになるまでには、どれぐらいの時間が掛かる見込みなのか、③普及促進を図るためには、認証局の意義(必要性)、メリット、具体的な利用方法費用などを会員に理解してもらう必要があると思われるが、今後、会員へはどのように案内していく予定なのか。

回答：石川広己常任理事

日医認証局のシステムは既に完成している。具体的には、認証局から発行するICカードをご希望の利用者のお手元に届けることが可能となっている状況である。しかしながら、この

ICカードは電子の世界で医師の資格を証明するものとして活用するため、認証局自体が完成していても実際に利用する地域のシステムが無いと使えないのが現状である。従って、現在は各地域や行政の事業の中でITを用いた地域医療連携のプロジェクト単位で活用されている。現在の使われ方については、①地域医療連携システムの中で患者の情報を参照する際に医師であることを確認して患者情報を閲覧したり記載したりするための認証である通行証のような使われ方、②現実世界の署名や押印に相当する電子署名としての利用（電子的に作成した紹介状に医師自らが書いたと証明するために付与する）、これらの仕組みは電子署名法に則っているため、電子的に作成された医療関連文書に日医認証局の電子署名を付与すれば、それが真正に成り立つことになる。電子文書のため、原本として取り扱うことが可能となっている。一般会員の利用については、現在でも申請すれば利用出来ることになっているが、ICカードの発行に際しては厳密な本人確認審査と医師資格の確認を実施していることから、広く一般的に利用してもらうためには、日本医師会内に事務局体制の整備が必要になっている。そのため、現在部局の整備をすべく、会内において検討しており来年度中の早い時期には広く先生方にご利用頂けるよう環境を整えたいと考えている。なお、部局整備と併せ、日医認証局の利用者のための会員制度も検討を進めており、現在の日医会員とは別枠の仕組みとして検討を開始するが、これらの制度が完成すれば、各地域の医師会にもご協力頂くことも出てくる。その際には会員の先生方へご案内差し上げ、ホームページや問い合わせ窓口の整備を図り丁寧にご案内したいと考えている。最終的には、提示すれば医師資格を証明出来るカードとなるよう、日医が主導権を握りながら進めていきたいのでご理解、ご協力をお願いしたい。

質問 1

登録が非常に煩雑である。また、費用がどのくらい掛かるのか、手続きは県単位で出来ないのか伺いたい。

石川常任理事

一人のカード作成費用は約5,000円～6,000円を考えている。しかしながら、実際には事務的な手続き等があるため、日医会員では無い先生方が申請される場合には上乗せした料金を頂く仕組みも考えている。しかしながら、これらは会内に部局体制を設置していることからそこで検討をしたい。また、登録が煩雑であるという点については、原本照合が大事であることから、各地区医師会、県医師会の事務局のご協力が必須になってくると考えている。病院単位では、医局、事務室にご協力頂かなければならない。可能な限り簡易且つ確実な医師本人の証明書を作りたいと考えている。その際の事務量の問題、対価についても検討していきたい。

質問 2

現在、認証局を必要としているシステムはどのくらい動いているのか。また、維持費について教えて頂きたい。

石川常任理事

既に実証実験で現実に認証カードが使われている。今後については、岡山県、広島県、そして地域として島根、別府からシステムを作る際にデフォルトで導入したいとの要求がある。また、年間の費用についてはカード数が増えると、専従の従業員が必要となることから、人件費等を考えると初年度の持ち出しは1億～2億円は掛かるのではないかと考えている。しかしながら日医認証局は年間約5,000万円の予算で動いている。来年度の予算については、少し上乗せして対応したい。本件については、厚労省に様々な形での支援をお願いしている。

質問 3

別の組織にも利用してもらえるような活動も必要なのではないか。

石川常任理事

競合相手は、現在「メディス」の1件のみとなっている。なお、メディスは日医に任せると言っている状況である。他の業種の利用について

ては、現在は考えていないが、そういったビジネスモデルが発生する可能性は大いにあると考えている。今後、ITの連携等においてこのシステムは無くしてはならないものになると考えている。

(2) 日本医師会代議員選任について

[兵庫県]

< 提案要旨 (抜粋) >

日医代議員任期と都道府県医師会役員選任との時間的整合性が重要なポイントである。これに対する兵庫県医師会の打開策を紹介するので解決法の一つとして参考にされたい。

回答：三上裕司常任理事

前回の代議員会でご承認頂いた新制度移行後の定款施行細則において、新代議員の選出報告期限を5月31日までとした経緯についてご説明させて頂く。平成23年8月、都道府県医師会に対し、新制度移行後の日医代議員任期の始期に関する意見調査を実施した。その結果、従来どおり4月1日からとすべきで、この場合日医への代議員選出報告期限は2月末日を想定する意見に賛成が6県、都道府県医師会役員と日本医師会代議員を同一の代議員会で選べる運用も可能となるよう4月1日より送らせるべきで、この場合日医への代議員選出報告期限は遅くとも5月末日を想定する意見に賛成が23県、どちらでも良いが15県、回答無し等が3県となっている。この結果を踏まえ、前期定款諸規定改定検討委員会で十分ご議論頂いた結果、都道府県医師会役員と日本医師会代議員を同一の代議員会で選べる運用も可能となるよう日本医師会の定例代議員会の開催を6月下旬に想定した上で、報告期限を5月31日までとすることになった。因みに前回の代議員会において、5月31日を過ぎた報告の取扱に関するご質問が出されたが、従来からも期限を過ぎた報告は事務的に受け付けているので移行後も同様の取扱をさせて頂く。ただし、代議員会開催直前に報告を受けると当該代議員に事前に資料の送付が叶わないことや、資料として配付している代議員名簿に名前の記載が間に合わない等の事務的な問

題の他、選挙運動を行う上で候補者、代議員双方に不都合が生じるなどの問題が想定される点について予めご了承頂きたい。同時に期限遵守に向けたご協力についても重ねてお願いする。

前期定款諸規定改定検討委員会では、新公益法人制度移行後の都道府県医師会及び郡市区等医師会の代議員会開催スケジュール並びに都道府県医師会代議員任期について、具体的モデル案を資料としながら議論が行われた。その中で各都道府県で事情がそれぞれ異なるため、日本医師会としての代議員会開催日程のみを示し、後は各都道府県医師会の判断に任せるべきとの意見が多く出されている。移行後の法人運営については、例えば役員の選任、選定について、法人法通りの手続きの他、兵庫県医師会のように予備選挙を採用することや、代議員会で代表理事、業務執行理事を直接選定することも可能である等、様々な選択肢がある。法人法上に特段の規定を持たない予算や事業計画についても承認機関を理事会とするか、代議員会とするかについては任意であり、代議員任期や代議員と役員の兼任の可否についてもまたしかりである。仮に兵庫県医師会のご提案を採用し、且つ予算を代議員会承認事項とした場合、最低3回代議員会を開催する必要がある。従来は年2回開催していた医師会については、多額の開催費用が1回分増え、経費上大きな負担となることも考えられる。このように様々な制度設計が可能な上に各都道府県医師会でそれぞれ事情が異なっていることから、前期定款諸規定改定検討委員会での議論と同様、日本医師会から画一的なモデルを示すことは難しいと考えている。ただし、その代わりとして、都道府県医師会の参考となるよう、現在新法人へ移行した医師会、あるいは移行が決まった医師会のご協力の下、ホームページにおいて移行後の定款並びに定款施行細則について情報提供を行っているところである。現在、171医師会の定款等を掲載している。これらを参考にして頂き、各都道府県医師会が自主的に制度設計されることが最前と考えているのでご理解をお願いしたい。

小澤兵庫県医師会副会長

当県は役員改正の際、4月に予算を諮る代議員会を開催することから、通年で代議員会を余分に1回開催することは無い。5月31日までに代議員選出報告を受けたいという日医のスタンスには賛成である。そうでなければ6月の代議員会をスムーズに運営出来ないと考える。

ただ5月に都道府県医師会の代議員会を開く場合、都道府県医師会は決算資料が膨大となるが5月上旬には資料を代議員に送らなければならない。そうすると4月末には決算処理をしなければならないことを考えるとそれは不可能と言える。恐らく都道府県医師会も6月に代議員会を開くことになると思う。日医が第4日曜日とすれば、恐らく都道府県医師会は第3日曜日になるかと思う。日医の代議員、執行部を選ぶ場合は予定者を4月に決めて、6月に確定するという手続きを採らなければ現実的に無理だと考える。

(3) 結果の活用を考えた調査のあり方について [東京都]

<提案要旨 (抜粋) >

都道府県医師会としても地域医療の充実のために調査を行っていることを考慮すると、その規模や対象の抽出などが異なるとはいえ、日本医師会による調査データが各都道府県医師会で活用できる仕組みにできないでしょうか。

また、各都道府県で行われている医療機能情報提供制度がありますが、日本医師会による全国規模での医療機能のデータベースがあるべきではないかと思えます。

回答：石川広己常任理事

様々な調査データを先生方に使って頂くことは、大変喜ばしいことだと考えると共に更なる使い易さを検討していきたい。

調査については、当初から先生方あるいは地区医師会の先生方と一緒に出来るものがあれば計画していきたい。日医総研では社会保障制度論、国民医療費の動向などの中長期的課題と併せて、短期的な政策課題に対応するための調査研究を実施している。研究成果を会員の先生方、国民に還元し、国民医療の向上に努めていると

ころである。調査データを各都道府県医師会が活用できる仕組みに関するご提案については、総研では地域医療再構築を重視し、昨年の11月に「地域の医療提供体制の現状と将来」を都道府県別二次医療県データ集として纏め、ホームページで公表している。また、12月には地域の在宅医療の現状を公表しているが、静岡県在宅医療機能調査をモデルとし、各地域において在宅医療の現状把握を進める際に本調査手法等を参考の一つとして検討して頂けるよう手法等も材料として用意しているので活用して頂きたい。更に、地域医師会が在宅医療の現状に関する調査を実施する際の支援の一環として、各種調査票のひな形、回答結果入力用データベース、集計報告のひな形等を作成し、1月中には都道府県医師会に提供したいと考えている。会内の各種委員会においても、会長諮問に答えるため様々な調査を実施しているが、委員の先生方に企画の段階からご検討頂いているところである。医療機能のデータベースについては、現在日本医師会会員については、診療科目、住所等データ管理を行っているが、公開されているものではない。これについては検討課題とさせて頂きたい。

質問 1

自分が診ている患者はどこに入院できるか、どこに掛かれるかということを考えると、今の医療機能情報提供制度では、限界がある。急性期で入院していた遠方の病院から地元に戻ってくる際に、病診連携が非常にやりにくい。可能であれば日医で医療施設の情報を把握しそれを利用できればと思う。

質問 2

二次医療圏における医師配置のデータを見せて頂いたが、それには医師が各地域で不足であるとされているが、このデータを医学部を新設する理由として利用されるのではないかと危惧している。ただ、このデータは勤務医のみのデータであり、診療所のデータは無い。診療科の偏在についてのデータも日医が持つべきであると考え。

(4) 医療機関における控除対象外消費税問題に対する今後の日本医師会の対策について [栃木県]

<提案要旨 (抜粋) >

このまま医療機関における「控除対象外消費税」についての問題が解決できずに実施されれば、横倉会長が年頭所感で述べているように社会保障が充実する前に医療機関の経営に深刻な影響を及ぼし地域医療の崩壊に繋がることは必至であります。僅かな増額のために大変なエネルギーを注いでおりました診療報酬改定どころではありません。

医療における消費税の問題は一刻の猶予もできない重要課題でありますので、政府税制調査会の動向を踏まえ、今後日本医師会のとられる対策について、伺いたい。

回答：三上裕司常任理事

昨年8月成立の消費税増税法においては、非課税制度のまま高額投資に係る消費税負担については一定の手当を行うことを検討すると同時に、厚生労働省が医療機関の消費税負担について検証する場を設けることが決まっている。長い間消費税分は、診療報酬に上乘せしているの負担問題は無いとされてきたことからすると、非常に大きな前進ではないかと考える。設置された中医協消費税分科会には日医から今村副会長と鈴木常任理事が委員として参加し議論しているところである。現行の非課税制度は診療側からは勿論のこと、支払側の視点に立ってみても非課税と言いながら、患者、保険者、事業主が消費税負担を負わされ、診療報酬に消費税を上乘せする現行制度は不透明な仕組みとして認識されている。中医協消費税分科会では、この点での両者の意見はほぼ一致しており、患者負担、被保険者負担、事業主負担を増やすことなく、透明性を確保する制度としての課税制度への解決の方向性については十分合意出来る内容であると考えている。しかしながら、分科会は税制を検討する場に成り得ないことから、昨年11月、横倉会長を筆頭に三師会会長、四病院団体の幹部が厚生労働大臣と財務大臣に会い、税調等においても控除対象外消費税問題に

ついて検討する場を設置するよう連名での要望書を提出している。政権交代により、政府税調出身の仕組みから党税調中心の仕組みへ変更されているが、私共としては中医協消費税分科会での検討と平行し、税制を議論する場で議題として検討するよう求めて参る。また、三党合意により、8%段階での複数税率導入の可能性も出てきており、これを契機として日医は8%段階で課税制度への抜本的解決を求めて参る。昨年12月15日の国民医療推進協議会での決議には、消費税問題の解決が盛り込まれている。控除対象外消費税問題は医療機関の問題であると同時に、国民負担、患者負担の問題でもある。日医は全ての医療関係者及び労働組合や経済団体等とも幅広く協力、協働し、関係各方面への働きかけを一層強化し国民運動を展開したいと考えている。

質問 1

消費税については2年ごとに薬価が強制的に下がっている。その結果、現在既に逆ざやになっているものがある。仕入れよりも薬価の方が低いという状況にある。もし8%にアップとなれば更にそういった品目は増えることになる。昨年、厚生労働副大臣に直接この問題について説明したところ、日医を通して実例を挙げただけならば、検討したいと述べておられた。この件についてもご検討頂きたい。

今村副会長

現実にもそのような問題が起こっている。そのひとつの原因は本来は今の薬価の中に我々が仕入れの際に業者に払う消費税分を計算上入れているが、そのことが分からないで価格交渉になってしまっている現状がある。

今回の中医協の分科会において今の薬価の中でどれが本来の公定の薬の価値である価格であって、どの部分が我々が卸しに払う消費税分の補填として入っているか明確に分かるような形での線引きを、課税の前に行うことが我々の大きな方針である。頂いたご意見も参考にさせて頂き要望していくが、そういうことをしなくても良いような課税の仕組みに取り組んでいきたい。

質問 2

テレビ番組で、来年の4月の段階においては様々な事情があって、8%の段階では軽減税率は行わないと言っていたが、それに対してどのような方針を立てているか。

今村副会長

現在は綱引き状態となっている。基本的には軽減税率については民主党は否定的であった。自民党の中には一部、低所得者対策、逆進性対策のために軽減税率を入れざるを得ないだろうとする考えもある。公明党は積極的に8%の段階から軽減税率を行うことを考えている。現在与党になって公明と自民の中でどういう方向で進めるか検討されている。我々も8%の場合、10%の場合におけるそれぞれの対策について検討を行っているところである。

(5) 日本医学会の法人化について [日医]

今村聡副会長説明

日本医師会は4月1日より公益社団法人としてスタートする予定である。移行後の定款諸規定については、過去2期に亘る検討委員会においてご検討頂き、現行の新公益法人制度は非常に縛りが多く、各都道府県医師会、郡市区医師会におかれてはご苦労されたことと思う。日本医師会も公益認定がスムーズに行えるように現行に近い形で答申を取り纏めて頂いた経緯がある。昨年10月に三上常任理事会からもお話があったように臨時代議員会で定款変更をご承認頂いた後に、直ちに移行申請を行った。現在、内閣府の担当事務局と様々な文言等の詰めを行っているところである。一方日本医学会は現在112の分科会があり、必ずしも医師だけではない様々な職種の方々が入っていることから、分科会そのものが医師会と直接関係があるわけではないが、分科会の連合体である日本医学会が日医の中に置かれているということになっている。この医学会の分科会から連合体である日本医学会に対し、法人化を強く臨む声が上がっている。これを受けて一昨年の5月になるが、高久日本医学会長より当時の原中執行部に対し、日本医学会の法人化についての検討する意向が示された。日本医学会が内部に立ち上

げた法人化の検討委員会の予算については代議員会において既に承認して頂いているところである。これらの経緯をふまえて、今期の定款諸規定検討委員会において、公益社団法人移行後の日本医師会が諮問を行う予定である。その中で、日本医師会と日本医学会が、今までも医学と医療の車の両輪として進んできているが、より一層我が国の医学・医療を両者が一緒になって牽引していることを外部から明確に分かってもらうための方策を検討していきたいと考えている。その中で、医学会の法人化をはじめとして、従来から代議員会等で要望のあった、理事の勤務医枠や女性医師枠を設けることの是非等についてご議論頂きたいと考えている。本委員会から答申が提出された際には、直ちに都道府県医師会並びに代議員にお送りさせて頂く。同時に定款改正を伴う内容であれば、その取扱について理事会、代議員会にてご議論頂くことになるのでご理解ご協力頂きたい。

質問 1

公益社団法人が傘下に法人を持つということは、現行の法人法で認められているのか。

今村副会長

大変大事なご指摘である。法人の中に法人を持つことは原則的に出来ないことになっている。従って、日本医師会と日本医学会の関係をどうやれば今まで通り今後も続けることができるのか工夫が必要であり、そのことについて検討していただく必要がある。

過去に日本法医学会が医師法21条の解釈を独自に出したことにより、現在医療現場が非常に苦労している状況にある。そもそも日本法医学会は日本医学会の傘下にある団体でありながら、日本医学会そのものは全くそれに対応出来なかった。そういうこともあり、各分科会としては連合体である、日本医学会をしっかりとした法人としての扱いにし、医学会としての取り纏めができるようにしたいと考えている。それに対して日本医師会がどのように連携をとることが出来るか工夫が必要になってくると思っている。

質問 2

消費税が導入された際、当時の日医執行部は窓口で患者から税金をもらうことは絶対許さないと、本来医療に関する消費税は非課税にしたと思っている。医療費に消費税をかけた場合、年間の医療費が 30 兆円である場合、単純に 2 兆数千億の消費税がかかることになる。医療に消費税をかけることになった場合、我々が行っている判断料や技術料等と、損税となっている材料費、薬剤、器具などの購入費については、論議の中でこれらを分けて検討をしているのか伺いたい。逆に言うと、窓口では判断料、技術料等については消費税を取らず、薬剤、材料、器具等のみ消費税を払ってもらう方向で検討をしてはどうか。

今村副会長

過去において、医療は非課税とした経緯があるが、自分で好んで物を買う消費と違って、病気になるって受ける医療に対して税をかけることはできないとして非課税としたと理解している。しかし、我々が仕入れに払う消費税を負担するということはおかしな話であるため、その分を診療報酬で補填する扱いとなった。

その際に、医療費の中における課税の割合が出され、その分が補填されることになった。

しかしながらこの 20 年間の間に、仕入れに関わる課税仕入れの割合は変化しているわけであり、本来であれば定期的にそれを検証して見直しが行われなければならなかった。

日本医師会は医療に課税せよと言っているが、元々消費税と関係の無い医療行為にまで一律に消費税をかけるのか、実際に仕入れに消費税を払っているもののみを対象とするのか、今後これらについても検討を行っていききたい。因みにヨーロッパ諸国では、薬や医療材料についてはゼロ税率か軽減税率で課税している。

しかしながら今の段階では、先ず医療の中に課税の仕組みを導入するというを最優先で進めていきたい。それをやらない限り何も始まらない。

質問 3

患者の窓口負担が増えた場合、医療機関に来る患者が減ることも考えられるが、これまで通

り非課税で通すことはできないのか。

今村副会長

国民からすると非課税ということで負担が無いと思われているが、薬は本来の値段よりほぼ 5% 分高い設定になっている。それは我々が卸に支払う消費税分を、予め薬価の中に組み込んだ形で現在の薬価が決められているからである。従って、課税とした場合に、今の薬価は約 5% 下がることになる。国民は医療というものは消費税負担が無いと思っているだけで、実は負担をしていることを殆ど認識していない。その負担を出来るだけ増やさない課税の仕組みにすることが必要になってくる。一方、消費税率が上がって行く中で、医療機関だけに負担を更に負わされることがあっては医療が成り立たなくなる。その点について先生方にご理解頂きたい。

質問 4

消費税が導入された 89 年の診療報酬改定 0.76% 上乗せ分について分析すると、本体が 0.11、薬価が 0.65 となっており、本体部分は僅かとなっている。2 回目では本体が 0.32%、薬価が 0.40%、材料費が 0.05% で、全体で 1.53% となっている。我々は感覚として診療報酬を真水としてももらったように錯覚しているが、実は本体は僅か 0.43% のみである。そのマジックに引っかけたような感じがしている。それも踏まえて頑張ってもらいたい。

三上常任理事

1.53% が真水とは考えていないが、現在我々の調査でも 2.2% の消費税負担があることが分かっていることから、例え 1.53% 上乗せされたとしてもまだマイナスであるという結果が出ている。また、調整幅と消費税の問題については、平成元年に 15% あった調整幅が、短期間の間に 2% まで下げられた。薬価差も殆どない状況の中で、消費税負担は医療機関にとって非常に厳しいものとなる。この件についても変えていく必要があると考えている。

平成 24 年度都道府県医師会 共同利用施設担当理事連絡協議会



理事 本竹 秀光



平成 24 年度 都道府県医師会
共同利用施設担当理事連絡協議会
日時：平成 25 年 1 月 16 日（水）14：00～16：00
場所：日本医師会館小講堂・ホール
司会：日本医師会常任理事 葉梨之紀

1. 開会

2. 挨拶

日本医師会会長 横倉義武

3. 議事

- (1) 医師会立病院と公的医療機関について
平子哲夫（厚生労働省医政局指導課医師確保等地域医療対策室長）
- (2) 公益社団法人移行後 1 年を振り返って
伊藤丈雄（函館市医師会会長・医師会共同利用施設検討委員会委員）
- (3) 在宅医療政策の最近の動向について
平子哲夫（厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室長）
- (4) 医師会共同利用施設を巡る諸問題についての協議・質疑応答

4. 総括

日本医師会副会長 今村 聡

5. 閉会

去る 1 月 16 日（水）日本医師会に於いて、標記連絡協議会が開催された。協議会では、厚生労働省医政局事務官より「医師会立病院と公的医療機関について」「在宅医療政策の最近の動向について」それぞれ説明があり、医師会共同利用施設を巡る諸問題について質疑応答が行われた。また、伊藤丈雄函館市医師会会長から「公益社団法人移行後 1 年を振り返って」と題し事例報告が行われたので、以下に会議の様子を報告する。

挨拶 日本医師会会長 横倉義武

医師会共同利用施設については、2011 年 4 月現在、医師会病院が 84 施設、健診・検査センター等が 175 施設、訪問看護ステーション・地域包括支援センターなどの介護保険関連施設を合わせると 1,310 施設に上る。高齢化がますます進展する現状においては、国民が地域で明るく健康的に生活するために、急性期から慢性期、在宅医療を通じて切れ目のない医療・介護

が必要である。そのためには、地域医師会が運営する医師会共同利用施設が、各地域で中核となり取り組んでいくことが望まれる。

医師会共同利用施設には、運営上の問題をはじめ様々な問題が山積している。これらは地域毎に事情や課題が異なる。本日の協議会を通じ問題の共有化を図りながら、諸課題解決の手掛かりになればと思う。

議 事

(1) 医師会立病院と公的医療機関について

厚生労働省医政局指導課

医師確保等地域医療対策室長 平子哲夫

○公的医療機関制度について

公的医療機関については、戦後間もなく公的医療機関制度が設けられた。医療機関の整備が不十分であった時代に、必要な医療の確保・向上を進める必要があったことから、一般の医療機関に常に期待することのできない業務（農山村地域等の不採算地域での医療の提供や生計困難者に対する無料・定額診療等）を公的医療機関として指定することにより実施していただくことを目的とした。また、行政的関与を加えつつ、医療提供体制の整備に努めてきた制度である。

具体的に行政の関与については、(1) 厚生労働大臣が公的医療機関の設置を命ずることができる。(2) 厚生労働大臣又は都道府県知事は、公的医療機関に対し、医療の確保等に関する命令を行う権限を有する。(3) 都道府県知事が、病院の開設や病床増加の許可を与えないことや休眠病床の削減命令を行うことができる等、制度上の関与として定められている。

○公的医療機関の追加指定について

現在では、民間も含め多くの医療機関が救急医療等の様々な役割を担うようになってきた為、昭和 31 年以降、新たな指定は行われていない。

○税制措置について

現在の公的医療機関については、法人税・事業税等が非課税とされているが、新たに指定す

る場合には、政府税調や与党税調での議論を経て、法人税法の改正等をする必要があるため、逆に課税強化の議論の端緒となりかねない懸念がある。

また、医師会立病院については、公益認定を受ければ公益目的事業は非課税になる。また、一般社団・財団法人（非営利型）であっても、医師会が行う開放型病院等は非課税とされていることに留意が必要である。

○補助金について

都道府県が補助金の対象医療機関を選定する際、公的であるか民間であるかを判断基準とはしていない。医療計画への位置付け等、その行う医療の内容で、補助の対象か否かが判断されるべきものだと考えている。

なお、不採算医療等の機能を担う公的病院等に対する市町村からの助成については、特別交付税措置が公立病院に準じて実施されている。

具体的に、平成 21 年度からは対象となる公的病院等として、公的医療機関に加え、特例民法法人、公益財団法人、公益社団法人等が追加され、現在では「医師会立病院」も当該措置の対象となっている。また、平成 23 年度からは都道府県からの助成も特別交付税措置の対象となっている。公的医療機関と民間医療機関の税制上の取扱いの違いについては図 1 参照。

(2) 公益社団法人以降後 1 年を振り返って

函館市医師会・医師会共同利用施設
検討委員会委員 伊藤丈雄

本会では、平成 21 年より日医の新公益法人制度に関するモデル研究事業として、公益社団法人化に向け取り組んできた。当初は地域医療の質の向上を図り、以って住民が安心して暮らせる地域社会の実現に寄与する事業として、大きな一括りで「地域診療所が共同で利用可能な開放型病院の運営」を目指したが、所管官庁から認められず修正申請を行った。具体的には次の 8 項目に区分した。①地域の診療所が共同で利用可能な開放型病院の運営、②函館市内及びその近郊住民の健康を増進する事業、③准看護

公的医療機関	民間医療機関
<p>【法人税】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保健業：非課税 ・医療保健業以外：収益事業のみ課税 (19%) <p>【事業税】（地方法人特別税を含む）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保健業：非課税 ・医療保健業以外：収益事業のみ課税 (所得に応じて約 4.9～約 9.6%) <p>【固定資産税等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非課税 ※社会福祉法人 (済生会、北海道社会福祉事業協会) については、 社会福祉事業（無料低額診療等）の用に供する もののみ非課税 	<p>【法人税】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課税（25.5%） ※公益社団・財団法人の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・公益目的事業：非課税 ・公益目的事業以外：課税（25.5%） ※社会医療法人の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・医療保健業：非課税 ・医療保健業以外：課税（19%） <p>【事業税】（地方法人特別税を含む）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保健業：社会保険診療のみ非課税 ・医療保健業以外：課税（所得に応じて約 4.9～約 6.5%） ※公益社団・財団法人の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・公益目的事業：非課税 ・公益目的事業以外：課税（所得に応じて約 4.9～約 9.6%） ※社会医療法人の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・医療保健業：非課税 ・医療保健業以外：課税（所得に応じて約 4.9～約 6.5%） <p>【固定資産税等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課税 ※公益社団・財団法人の場合、無料低額診療等を行う 病院・診療所は非課税 ※社会医療法人の場合、救急医療等確保 事業に係るものは非課税

図 1 公的医療機関と民間医療機関の税制上の取扱いの違い

師及び看護師の養成事業、④広域救急医療対策事業、⑤学術及び科学技術の振興を目的とする事業、⑥健康教育事業、⑦学童の保健管理、教職員の健康管理、就学・就園予定者健康診断事業、⑧救急医療啓発事業及び休日夜間診療対策事業がそれぞれ独立した事業として認められた。

その後、公益社団法人認定1年が経過したことから昨年9月に所管官庁より「運営組織及び事業活動の状況に関する立ち入り検査」が行われた。その結果、①の病院運営事業（746万5千円増）、③の看護養成事業（2,100万円増）の黒字について「収支相償を満たしていない」と指摘を受けた。その後、別途要因と基準を満たすために講じる措置など、詳細な報告書の提出を求められ、何とか理解を得ることが出来たが、公益目的事業の中で黒字が発生した場合には、その処理に対して執拗に指導される。今後の対応策としては、「特定費用準備資金」とし

て積み立てを行う等して、収支相償を満たすような決算処理を心がけなければならない。

この他、移行時に検討してきたメリット（▽会員の意識の高揚と公共性のアピール▽種々の補助金を受けやすい▽国公立の事業（健診等）を受けやすい▽税金面の軽減）は、正直未だ効果的に良かったとは言い難い。また、デメリットは、公益目的事業の展開における抑制や法制下における事務の煩雑化と増加、更に厳格化が挙げられる。本会は8つに事業が区分されたため、相互間での収支調整が難しい点が大きな問題である。今後難題を克服すべく所管官庁との折衝を重ねていく。

(3) 在宅医療政策の最近の動向について

厚生労働省医政局指導課
在宅医療推進室長 平子哲夫

厚生労働省では、高齢化による医療需要の増

大や今後の死亡者数の増加などから、療養の場及び看取りの場の確保は喫緊の課題と捉えており、2012年度を「新生在宅医療・介護元年」と位置付け、行政で考える施策・手段を投じて各種支援（在宅医療を担う人材の育成、実施拠点の整備、患者へのサービス支援等）の推進を図っている。

○在宅医療に関する国民のニーズ及び推進にあたっての課題

国民の6割が何らかの形で自宅での療養を望んでいるが、在宅医療の推進にあたっての課題としては、①在宅医療・介護サービス供給量の拡充、②在宅医療者の後方ベッドの確保・整備、③24時間在宅医療提供体制の構築等があげられるが、中でも家族の支援が最も重要であり、在宅療養移行や継続の阻害要因ともなっている。

○都市部における医療提供体制のあり方

2025年までの都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数は、大都市圏（東京、神奈川、大阪、埼玉、愛知、千葉、北海道、兵庫、福岡）で全体の約60%を占める。都市部は医療資源に恵まれているとの声もあるが、今後の医療を考えた場合、都市部における医療提供体制のあり方は大きな課題となる。高齢者の急速な増加は、医療需要の急激な集中化を招くことが予測される。

○医療・介護機能再編の方向性

医療・介護分野における数値で見た主なサービスの拡充については、現況と2025年（平成37年）を対比してみると、病床数はそれ程変わらないが、平均在院日数をかなり短縮することによる効果を見込み、同程度の病床数として見込んでいる。その一方で、退院後の在宅医療ニーズの需要が増す。在宅医療は1日あたり「12万人増」の29万人を見込んでいる。また、在宅介護は「143万人増」の463万人を見込み、訪問看護は、1日あたり「20万人増」の51万人を見込んでいる。今後、社会保障の機能強化を行うべく、

充実と併せて重点化や効率化を検討していく。

○在宅医療・介護連携・推進にあたっての課題

- ①現状を将来に投影した場合、1日当たり入院者数は133万人から162万人（2025年）に増加する。このニーズに対応する必要病床数も急増が見込まれる。
- ②都市部における高齢者数の増加は深刻である。
- ③現場からの課題として、ケアマネージャーは医師との連携が取り辛いと感じている。また、医師も生活支援に関する関心も高いとはいえず、医療と介護の連携が十分ではない。
- ④供給体制についても、訪問診療を提供している医療機関は、病院が3割、診療所が2割程度であり、十分とは言えない。

○医療計画の見直しについて

現在、各都道府県で策定中の医療計画については、新たに在宅医療に関して、昨年度指針を作成した。この指針に基づき「在宅医療に係る圏域の設定」については、従来の二次医療圏に拘らず、少し小さな生活圏で対応したほうが良いケースもあるかと考える。また、個別の事業目標等を設定していただくことをお願いしている。当医療計画にしっかり位置づけていただくことが、今後非常に大事になる。

○平成23年度在宅医療連携拠点事業総括

全国10ヵ所で事業を展開してきたが「地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる」ことが、非常に重要なキーワードとしてあがってきた。一事業者が行った場合、患者の取り合いの要素が無きにしても非ずであり、市町村が中心となり郡市区医師会等と連携協力し推進していく方向性が適切であろうとの分析結果が出ている。

○平成25年度概算要求における在宅医療連携拠点事業の強化

地域の実情にあわせて、①症状が急変した時の対応の強化、②薬物療法提供体制の強化、③小児等の在宅医療提供体制の強化について、連

携体制の構築を目指していきたい。

また、昨日（15日）政府の中で決定した補正予算案（地域医療再生基金積み増し）の中で、在宅医療に取り組む方針が示されているところである。

○在宅医療・介護連携にあたっての郡市区・都道府県医師会へのお願い

在宅医療・介護を推進するためのキーパーソンは、郡市区医師会、市町村、都道府県医師会、都道府県の4者である。何れが欠けても成り立たない。郡市区医師会には、①多職種協働による在宅医療の提供やそのための研修への参加、拠点事業への協力について、地域医療を担う医師に呼びかけていただきたい。②市町村と連携し、地域の在宅医療に携わる医療機関への働きかけ（24時間体制のバックアップ体制の調整、後方病床を果たす病院への協力依頼等）をお願いしたい。③郡市区医師会を一つの核として、地域医療関係団体への働きかけや連携調整をお願いしたい。

都道府県医師会には、郡市区医師会へサポートや県全体での統一性や取り纏め、県行政との交渉等をお願いしたい。また、都道府県と市町村がしっかり連携し対応するよう支援いただきたい。

(4) 医師会共同利用施設を巡る諸問題について 協議・質疑応答

各県から寄せられた質問・意見等を含め、医師会共同利用施設を巡る諸問題について活発な意見交換が行われた。

①医師会立病院に対して、日本医師会からの補助金や助成金の交付をお願いしたい。

(鹿児島県医師会)

・葉梨常任理事は、自治体から正しい評価を受け、正当な補助金の配分がなされるべきであるとした上で、日医からの補助金交付については、医師会立病院の開設主体・病院規模が多種多様であり、会費収入で運営している日医としては、余裕がなく実効性に乏しい内容になってしまうと回答した。しかし、国に対

して、高額医療機器購入や補助事業の更なる拡充、福祉医療機構への低金利の融資等を働き掛けていると説明があった。

②今後 ORCA とオンライン可能な電子カルテの開発はあるか。

(函館市医師会健康検査センター)

・葉梨常任理事は、電子カルテを開発する予定はないと回答した。その理由として、診療科・診療スタイル・年齢層・操作の好み等、多種多様な異なる要素があり、大手メーカーが膨大な費用をかけ開発していることやターゲット絞り設計に着手することは難しいと説明した。

③医師会立病院が公的医療機関として認められるためには、公益社団法人であることが必須条件か。(栃木県医師会)

・葉梨常任理事は、公的医療機関は医療法によるものである。また、公益社団法人は、公益法人認定後によるものであり、枠組みとしては全く異なるもので、公益が必須条件にはならないと回答した。また、この問題については、先ほど平子室長から解説のあったとおりであると補足した。

④医師会立病院を地域の基幹病院として将来に亘り安定した運営を行うために、公的医療機関へ位置付け願いたい。

(公益社団法人益田市医師会)

・葉梨常任理事は、医師会立病院が地域住民の健康に貢献し、公的な役割を担っていることは周知の事実である。献身的な取り組みに対し、正当に評価できる方法がないか等、今後委員会でもしっかり検討していきたいと回答した。その上で、平子室長からの説明を例にあげ「都道府県は医療計画への位置づけ等、その行う医療の内容で判断すべき」と述べ、行政への理解を深めていただくよう要請した。

この他、各県から厚労省に対し、財政措置のあり方や後方病院への支援、訪問看護師への診療報酬上の優遇、医師法第31条の見直し等に

ついて、厚労省へ要望があった。

総括 日本医師会副会長 今村 聡

- ・ 公的医療機関の取り扱いについては、医療法改正を求める意見もあったが、大きなハードルであり時間も要する。問題の発端は、名称によって補助金等の待遇に差が生じているところである。厚労省から説明があったとおり、都道府県の補助金対象の選定は、医療計画への位置づけなど行う医療の内容で判断すべきであり、同計画へ反映できるように是非強調頂きたい。
- ・ 厚労省から出される様々なポンチ絵について、医師会の名称が一つも出て来ないことに大変不満を持っている。我々医師会が本当に重要であるならば、絵の中にしっかり医師会の文言を入れて頂くようお願いしたい。
- ・ 恐らく都道府県の担当者は、裁量行政により自らの判断で進めている節がある。厚労省がきっちり絵の中に位置づけることで、都道府県行政も医師会の役割を改めて理解していただけるものと考えている。

- ・ 函館市医師会から報告のあった公益社団法人に関する件については、医師会事業を8つに区分しなければならず、そのため、収支相償を満たすのに苦労し返って公益法人としての活動が制限されかねないことになった。国民のために公益事業の拡大するはずが、逆に活動が制限されるというおかしなことになってしまっているので、この点については日医も経過を注視しながら強く要望していきたい。
- ・ 在宅医療については、是非とも医師会が積極的に関わっていただきたいと考えている。地域の中で関係職種を取り纏めることが出来る団体は医師会をおいて他にない。また、地域の中で共同利用施設を有する医師会においては、在宅医療推進の拠点となっただけならばと考えている。
- ・ 今日の議論を踏まえ、日本医師会として全国医師会の共同利用施設の発展に向けて一層力を注ぎたいと思っている。

最後に葉梨常任理事から閉会の挨拶があり、連絡協議会を終了した。

印象記

理事 本竹 秀光

平成24年度 都道府県医師会共同利用施設担当理事連絡協議会が平成25年1月16日に日本医師会館で開催された。

初めに横倉会長から挨拶があった。その内容は、高齢化がますます進む我が国において、国民が健康的な生活を送るためには、急性期から慢性期、在宅医療を通じて切れ目のない医療・介護が必要であるが、その中核的役割を担う医師会共同利用施設（医師会病院84施設、健診・検査センター175施設、訪問看護ステーション・地域包括支援センターなどの介護保険関連施設1310施設）で山積している様々な問題をこの協議会で討論し解決の糸口をみいだしてほしい旨であった。

議事の一番目は、医師会立病院と公的医療機関についてと題して、厚生労働省医政局指導課医師確保等地域医療対策室長の平子哲夫氏によるプレゼンテーションが行われた。はじめに、公的医療機関設立の背景について述べられ、それらの施設に対する税制措置、補助金などについての説明がなされた。医師会立病院は公益認定を受ければ公益目的事業に関しては非課税になること、また、公立病院に対すると同等の特別交付税措置も条件を満たせば受けられるとの事であった。具体的には、平成21年度からは特別交付税措置が受けられる対象に特例民法法人、公益財団法人、

公益社団法人が追加されたが、医師会立病院も公益財団法人に移行すればその対象となる。更に平成 23 年度からは公的病院等に対する財政措置の拡充が行われた。すなわち、公立病院を有している都道府県・市町村にある医師会病院であっても交付税措置が受けられるように改善されている。沖縄県で唯一の北部地区医師会病院も公益財団法人に移行すれば同等の税制措置が受けられるということである。

議事の二番目は公益社団法人移行後 1 年を振り返ってと題して、函館医師会会長の伊藤丈雄先生からの報告であった。まず、公益認定を受けるのにかなりのハードルがあった。医師会が行ってきたさまざまな事業が一括りで運営することができず、最終的に 8 つの独立した事業に分け、ようやく認定を受けたなどの苦労話が報告された。また、決算についても同様で、それぞれの事業の収支相償も厳しく指摘されたようで、特定費用準備資金などの対策を行う必要があると述べておられた。しかし、会員の意識の高揚と公共性のアピール、税制措置の優遇、補助金が受けやすいなどの面でのメリットも同時に述べておられた。

議事の三番目は平子室長による在宅医療政策の最近の動向についてであった。国民の 6 割が何らかの形で自宅での療養や看取りを望んでいることから始まった、在宅医療政策であるが、現状はあまり機能していない。在宅医療推進があまり進まない大きな要因の一つが家族の支援である。介護される側に介護してくれる家族への負担を気にして在宅を望めないという現状があるようである。在宅医療を推進させるためには家族の支援が重要でありそのための対策として、(1) 在宅医療・介護サービス供給量の拡充、医療・介護の連携によるサービス質の向上及び効率化 (2) 在宅療養者の後方ベッドの確保・整備 (3) 24 時間在宅医療提供体制の構築を掲げ、2012 年度を新生在宅医療・介護元年と位置づけ、推進を図っていると室長は述べられた。これらの対策が前進するには各医師会の協力が不可欠であると支援を要請した。

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す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。

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

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。この様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。

この様な事例は、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、大変困っているのの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、この様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、今後この様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。

処方せんの偽造・変造は犯罪です!

コピーしない

処方せん
1. 〇錠 10mg
2. 〇カプセル 15mg
3. 〇錠 20mg
4. ▲錠 15mg
書き加えない

処方せん
14日
28錠 4日分
書き換えない

模造しない

沖縄県薬剤師会 沖縄県医師会
沖縄県歯科医師会 沖縄県福祉保健部

次期診療報酬改定の要望事項に係る 平成 24 年度 医療保険対策協議会

理事 平安 明



去る1月26日(土)、宮崎観光ホテルにおいて次期診療報酬改定の要望事項について、九州ブロックの意見を取り纏めるための協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

当日は、日医から鈴木常任理事、今村常任理事、藤川常任理事が出席された。

開 会

○宮崎県医師会 稲倉会長

お忙しいなかお集まり頂き感謝申し上げます。0.004%アップの財源の中で実施された平成24年度診療報酬改定からはや10カ月が経とうとして。前回の改定でもエビデンス無くして引き下げられた再診料や、入院中の患者における他医療機関の受診の取扱いに引き続き、今回は入院基本料の算定要件に包括された栄養管理体制が大きな問題となっている。我々は無理難題を要求している訳ではない。当たり前の医療をして、当たり前の評価をして欲しいと要求をして

いるだけである。本日は日医より鈴木常任理事並びに今村常任理事にご出席頂いている。今後の中医協のなかでしっかりと意見を反映させて頂きたいと考えている。医師会の使命は国民が安心して医療を受けられる医療制度の堅持、地域医療提供体制の充実である。政権交代後、初めての社会保障制度国民会議が1月21日に開催された。この動向についても財政の状況をみながら十分注意していく必要がある。最後に本協議会が実り多きものになるように祈念する。

挨拶

○日本医師会 鈴木常任理事

九州の先生方の熱心なご意見を是非お聞かせ願いたい。本日はよろしく願いたい。

座長選出

宮崎県医師会 河野副会長が座長に選出された。

協 議

(1) 次回診療報酬改定に対する要望事項について

日医社会保険診療報酬検討委員会委員である寺澤先生（福岡県医師会常任理事）より九医連として次期診療報酬改定に対する要望事項の取り纏めの依頼を受け、各県より10項目を限度

としてご提案頂いている。（※資料1参照）

ご提案頂いた要望事項の中から、複数県より提案されているものを重要事項として優先的に選択し、資料1のとおり10項目に取り纏めているので、これを基本案としてご検討いたしたい。（※資料2参照）

【資料1】各県から提案された要望事項について

沖縄県	大分県	長崎県	熊本県	福岡県	鹿児島県	佐賀県	宮崎県
初・再診料		初・再診料	初・再診料	初・再診料	初・再診料	初・再診料	初・再診料
入院基本料	入院基本料	入院基本料	入院基本料	入院基本料	入院基本料	入院基本料	入院基本料
他医療機関受診		他医療機関受診	他医療機関受診	他医療機関受診	他医療機関受診	他医療機関受診	他医療機関受診
特定疾患療養管理料	特定疾患療養管理料	特定疾患療養管理料	特定疾患療養管理料	特定疾患療養管理料	特定疾患療養管理料		
在宅関連	在宅医療	在宅患者訪問診療料	在宅患者訪問診療料	在宅医療	在宅医療		在宅医療
		小児外来診療料	小児外来診療料	小児外来診療料		小児外来診療料	
			リハビリ	リハビリ		リハビリ	リハビリ
処方箋料		処方料・処方箋料		多剤投与減算の廃止			処方箋料
					医療事務作業補助体制加算		医療事務作業補助体制加算
	画像診断				画像診断		
地域医療貢献加算							
	コンタクトレンズ検査料						
		整形外科的処置					
			ウイルス検査				
				検査			
				手術			
					総論		
					時間外加算		
						特定疾患管理料（小児）	
						A E D	
						耳垢栓塞除去	
							緊急搬送加算

※ は重複項目となっており、九州ブロックの要望事項として取り上げている。

【資料2】次期（平成26年度）診療報酬改定に対する要望書（案）

九州医師会連合会

点数項目	具体的内容	参 考	
		現行点数	要望点数
1 初診料・再診料	○再診料の71点への引き上げ 診療所の主たる財源である再診料が明確な理由なく2点引き下げられ、今回改定でも同様に69点のままである。地域医療を支える診療所の体力は限界に来ており、再診料を少なくともまず元の71点に戻すべきである。 ○初診料・再診料等の基本診療料の引き上げ 初・再診料等の「基本診療料」は医師の技術料の最も基本部分であり、経営の原資となるものである。特に、再診料は長期投与の増加とともに減少傾向にある。医療機関の健全な経営のために、医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数の設定を要望する。	69点	71点 3%の引き上げ、再診料通減性：1回目150点、2回目100点、3回以降71点
2 入院基本料	○入院基本料における栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化の見直し 医学的に管理栄養士による指導を要しない専門医療機関等も存在するので、管理栄養士の絶対的な配置要件を廃止する。褥創対策要件も同じである。今回包括化されたこれらの加算を廃止し、医学的な必要性に応じて選択性等への見直しを行うべきである。 ○有床診療所の入院基本料の引き上げ 高齢者社会において地域医療に大きな貢献をしている有床診療所の役割等について適正な評価を行い、有床診療所が存立維持できるような入院基本料の引き上げを要望する。		基本料 1、2、3、それぞれ200点以上の加算
3 入院中の患者の他医療機関受診	○入院中の患者の他医療機関受診時の入院基本料減算の廃止 前回の改正により透析、PET等の一部の検査については緩和されたが、抜本的改革には程遠い。入院料の減算並びに他医療機関での専門的な医療を制限することのないように、入院中の患者の他医療機関受診時の入院基本料減算の廃止を要望する。		
4 特定疾患療養管理料	○特定疾患療養管理料の月1回（450点）への改正 従来、慢性疾患に対する診療管理は月2回程度が標準的であったが、現在は月1回の診療管理が主体となってきているので、実態に合わせて月2回算定（1回225点）を月1回（450点）に改正することを要望する。 ○対象疾患の見直し 本管理料は内科系の技術料として設定されてきたが、医療技術の進歩とともに、対象とすべき長期管理を要する慢性疾患も時代によって変化してきているので、対象疾患の見直しを要望する。具体的には、慢性腎不全、認知症、膠原病・関節リウマチ、骨粗鬆症、痛風、逆流性食道炎、緑内障、子宮内膜症、前立腺肥大症、慢性前立腺炎等の追加を要望する。	1回225点の月2回まで	月1回450点
5 在宅医療	○一般診療所における往診料、在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料の引き上げ 従来の1人体制の一般診療所も地域医療に必要な在宅医療を行っているので、在宅診療および機能強化型在宅診療の三者間の格差を是正し、1人体制の診療所でも長年の主治医として在宅での看取りが出来るような手当や施策が必要であり、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等の引き上げを要望する。 ○在宅患者訪問診療料（同一建物居住者の場合）の引き上げ 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者の場合）において、その人数が2～4名の場合は、同一建物居住者以外の場合の830点に満たないので合理的な引き上げを要望する。		
6 小児科外来診療料	○小児科外来診療料の見直し（包括の撤廃あるいは引き上げ） 日常小児診療において、小児科外来診療料の包括となっている高額な検査および薬剤を必要とすることが多くなり、現在の点数では赤字となることがしばしばである。次のような高額な検査や薬剤は、包括から除外し出来高で算定可能とするか、これに見合う小児科外来診療料の引き上げを要望する。 （検査）インフルエンザ、RSウイルス、アデノ、ロタウイルス、ノロウイルス等の迅速診断検査並びにIgE（RAST）等のアレルギー検査 （薬剤）シナジス等		
7 リハビリテーション算定期間の制限の緩和等	○リハビリテーション算定期間の制限の緩和 リハビリテーションを継続することが、医学的に効果的で必要と判断できる場合には、医療保険の算定期間の制限を延長できるように改正することを要望する。特に高齢者では脳血管リハ（180日）や運動器リハ（150日）と同様となるように調整すべきである。 ○リハビリテーション算定における次の不合理な点の改正を要望する。 ・疾患別の算定点数上限の緩和 ・疾患別リハビリテーションの点数格差の是正 ・運動器リハビリテーション料（I）の算定要件として入院外も可とする ・運動器リハビリテーションにおける医師の毎回診察の要件緩和		
8 投薬 処方料・薬剤料・処方せん料	○7種類以上の内服薬を投薬した場合における処方料、処方せん料のならば薬剤料減額の廃止 7種類以上の内服薬を投薬した場合の処方料、処方せん料および薬剤料の減額を廃止することを要望する。合併症を多く抱える患者さんや難治疾患患者さんにおいては、7種類以上の内服薬を医学的に必要とすることが多く、これらの患者さんの診療においてはむしろより一層の知識と管理が必要であり、内服薬の種類が多いとこの事で処方箋料が通減されることは不合理であるので、これらの減額を廃止することを要望する。		

9	医師事務作業補助体制加算	○医師事務作業補助体制加算の算定対象医療機関の拡大 電子カルテ入力等の事務作業の増大とこれに対応した医療秘書の導入によるコスト増に対応して、急性期病院以外の医療機関並びに診療所における医師事務作業補助体制加算の算定対象の拡大を要望する。	
10	画像診断	○死亡時の画像検査の新設 死亡時の画像診断 (Ai) は現在保険請求することができない。救急にて来院し蘇生を行うも画像検査を実施できないまま死亡に至った場合等に限定して、CT/MRI等の検査を保険請求できるような点数の新設を要望する。 ○認知症患者における画像診断加算の新設 認知症患者に対する検査等については人手を要することが多いことからCT・レントゲン検査時における認知症加算の新設を要望する。	

【要望事項案に対する主な追加意見】

■社会保険診療報酬検討委員会委員 寺澤先生 (福岡県)

各県より貴重なご意見を頂いた。この中から3つを重点項目に決めていただくことになる。「(1) 初・再診料」、「(2) 入院基本料」、「(3) 入院中の患者の他医療機関受診」の3つについてはこの数年続けて要望しているものである。

「(4) 特定疾患療養管理料」については以前月1回だったものを日医の提案により月2回とした経緯がある。これを要望することで外来管理加算や特定疾患療養管理料自体の議論に拡大することも考えられる等、難しい問題をはらんでおり、内容については絞り込むことも検討した方がよい。「(8) 投薬」について、7種類以上の内服薬を投与した場合にペナルティが課せられるのは薬価差が無い時代に決まったものであり、現在の高齢化社会では廃止しなければならない。「(10) 画像診断」について、死亡時の画像診断 (Ai) を保険請求ではなく別枠とする方法も検討できるのではないかと。認知症患者の画像診断加算についても小児や乳幼児の加算と同じように考えるのか議論が必要である。

今回の改定では入院基本料に栄養管理体制や褥創対策が包括された件について、中医協では診療側より大きな反対もなく通っており、改定後に大きな問題となってしまった。今後このような事が起きないようにチェック体制について検討委員会の中で提案している。

■鹿児島県

「再診料」について。再診料の通減制については、ドクターの技術料 (ドクターフィー) が評価されることが診療報酬議論の大きな前提に

なるということで要望事項とした。今後は慢性疾患や合併症等が増加し、また75歳以上が4人に1人になる時代が今後控えているなかで再診料は重要となってくるものと考えられる。

■社会保険診療報酬検討委員会委員 寺澤先生 (福岡県)

再診料は公益側の裁定によってエビデンスなく下げられたものであるから、いろいろと理屈を付けずに元に戻すべきものである。コスト計算や通減制の話となると内容が変わってしまう。「理由が無いのに下げられた」、これを強く言っていたきたい。

■大分県

「(4)の特定疾患療養管理料」について。現点数225点×2=450点の要望は通らないと思うので、月1回400点としてはどうか。

「(10)の画像診断」について。救急にて来院し蘇生を行うも画像検査を実施できないため、死亡診断書作成の際に困っている。またこのような検査の積み上げによりエビデンスが得られて普段の診療にも利用できるのではないかと。保険請求ではなく別の方法とのお話があったが、その場合には複雑な手続きとならないような議論も必要である。

■熊本県

「(4)の特定疾患療養管理料」について。小児科では長くて2週間である。場合によって2回算定、1回算定と区別してはどうか。月1回450点とすると、2回目に患者さんが来院した場合に料金の差が生じる為、戸惑うことも考えられる。

**■社会保険診療報酬検討委員会委員 寺澤先生
(福岡県)**

「(4)の特定疾患療養管理料」について。最初から減額するのではなく450点で要望し、いろんな意見があることについて日医でよく議論しフィードバックしてもらうのはどうか。中医協委員である安達委員からは特定疾患療養管理料を触ることで外来管理加算に影響しないか懸念しているとのことである。

■沖縄県

「(4)の特定疾患療養管理料」について。退院後1カ月以内でも算定出来るように議論に加えて頂きたい。また対象疾患についても現状に則した形で拡大していただきたい。

重点項目としては「再診料」、「入院基本料」、「入院中の患者の他医療機関受診」を提案している。入院基本料に栄養管理体制が包括されたが、本県の離島地区では特に管理栄養士の確保が難しく、地域から必要な医療が消え去ってしまう恐れがあることを伝えたい。また「入院中の患者の他医療機関受診」については、一部緩和されたが根本的な解決にはなっておらず、全廃として要望項目に入れて頂きたい。

■長崎県

院外処方には「一包化加算」等が認められているので、院内処方でも認めて欲しいとの意見があるので、要望として取り上げて頂きたい。

■熊本県

有床診療所や中小病院より「嚥下食の提供・準備」に対する評価を求める意見がある。

**■社会保険診療報酬検討委員会委員 寺澤先生
(福岡県)**

従来の特別食の見直しが必要と考える。日医の方で洗い直して頂きたい。病名に対して特別食が査定される場合もある。「嚥下食」、「特別食」についてご検討いただきたい。

■熊本県

この5、6年間の経過を見てみると、加算点数しか上がらない。方法として加算点数の新設や増点について要望してはどうか。

○日医 鈴木常任理事

今回の改定では2回連続のプラス改定であったことから、支払側、財務省からは再診料の引き上げに対してものすごい反発を受けた。再診料については元に戻すように要望を続けているが非常に厳しい状況である。先日の中医協では外来診療について話し合ったが「総合診療医」の話が出てきており、点数を包括化や引き下げたいとの思惑が見え隠れしている状況である。どのような作戦で要望していくのかご意見をお聞かせ願いたい。

■宮崎県

先ほど方法論として加算を求めてはどの話があったが、加算項目はある程度経つと包括されたり減算されるので、そのようなことがないように対策を十分に取っていただきたい。

○日医 鈴木常任理事

一定の方向に進めたいときには加算等を設置し、その後減算、廃止していくのは厚労省の良く使う手であり、日本の診療報酬制度の特色である。海外の診療報酬制度はもっと大雑把なものである。我々としては点数が下がるところについては下げ幅を少なくしたり、先延ばしといういろいろと考えているところである。

【総括】

○日医 鈴木常任理事

どの項目についても尤もな話であり、この後の医療保険対策協議会でも提案されている項目については、その中でお話ししたいと考えている。「(6)小児科外来診療料」については、要望事項の内容を主張していきたいと思う。

「(7)リハビリテーション」についても尤もである。「(8)投薬」についても、前回の不合理な

項目に入っていたが優先順位から外れたものである。先日の社会保険診療報酬検討委員会のなかでも話が出ており、主張していきたいと考えている。

「(10) 画像診断」について。診療報酬とするのか、別にするのか意見が分かれるところだと思う。認知症については、他にも手のかかるものはあるのでどのように判断されるかだと思うが、要望事項として上げて頂ければ検討したい。貴重なご意見を出して頂き感謝申し上げる。

○日医 今村常任理事

先生方の要望についてお聞かせ頂いた。私共が当然と思うところが、なかなか話が煮詰まらないのは日医全体の力がもう一つなのかなと感

じている。7月の参議院選挙で羽生田日医副会長を当選させることが少なくとも直接的には非常に大事なことだと思う。

診療報酬に係る問題としては、ミクロ的にみれば厚労省医療課の権限が大きいようである。医療課長や課長補佐の基本的な考え方を把握すると共に、日医の考え方を理解してもらうことが重要である。鈴木先生を中心に私共日医の考え方を理解してもらえるように力を注いでいきたい。

■宮崎県医師会 河野議長

本日まで提案いただいたご意見を集約し各県に目を通して頂いた後、日医へ提案したい。本日はご協力いただき感謝申し上げます。

印象記

理事 平安 明

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が、平成25年1月26日に宮崎観光ホテルにて行われた。日医から医療保険担当の鈴木常任理事を始め、今村常任理事、藤川常任理事も参加され、各議題毎に日医からコメントを頂き、質疑応答等を行った。

各県からの要望事項はどれも大きく異なることはなく、特に平成20年改定時に理由なく引き下げられた再診料と、栄養管理実施加算と褥瘡管理加算が廃止され入院基本料の算定要件に含まれたことに対する見直し、地域医療に貢献しているもののあまりにも低い有床診療所の入院基本料の見直しについてはほとんどの県に共通した要望であった。

初・再診料に関する鈴木常任理事のコメントは、「前回改定時には、2年連続でプラス改定になったことと入院外来の枠を取り払ったことなどから、再診料の見直しには踏み込めなかった。次期改定に向けて中医協で議論が始まったところだが、なかなか難しい状況である」として、2年前と変わらず厳しい旨を述べていた。藤川常任理事から、「自民党から民主党に政権交代した前回改定時には、中医協委員として鈴木先生が孤軍奮闘したが、如何せん多勢に無勢といった様相で厳しく、医師会自体が政治的に発言力を失っている状況を思い知らされた点多かった。そういった意味からも来たる参議院選挙では是が非でも羽生田副会長を当選させ、医師会の意見を反映できるようにすることが重要である」と述べられた。

各地区の要望は地域で奮闘している会員の先生方の最低限の声であり、それすら絵に描いた餅にしてはならない。診療報酬は極めて政治的に決着されていることを改めて鑑み、行動を起こすことが必要であると感じた。



九州医師会連合会第 330 回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る 1 月 26 日（土）、午後 4 時より宮崎観光ホテルにおいて標記常任委員会が開催されたので、その概要を報告する。

九州医師会連合会会長挨拶

稲倉正孝会長より次のとおり挨拶があった。

本日は、常任委員会と併行して 3 会場に分かれて第 2 回各種協議会を開催し、日本医師会から今村常任理事、三上常任理事、高杉常任理事、藤川常任理事、鈴木常任理事にご出席いただいている。懇親会には羽生田副会長もご参加して頂くことになっている。

又、本日は、午後 2 時から次期診療報酬改定の要望に係る医療保険対策協議会が開催され、明日は、九州各県医師会情報システム担当理事連絡会が開催されることになっており、全ての行事が滞りなく終了することが出来るようご協力をお願いしたい。

報 告

1) 第 112 回九州医師会連合会総会・医学会及び関連行事について（宮崎）

宮崎県の稲倉会長より、標記の件について以下のとおり報告があった。

①参加者数について

平成24年		
11月24日(土)	総会・医学会	405名(25)
11月25日(日)	分科会(7分科会)	1,254名(24)
〃	記念行事(5種目)	258名(3)
延べ出席者合計		1,917名(52)
*()は沖縄からの参加数		

②宣言・決議の取扱いについて

第 112 回九州医師会総会において可決、決定した宣言・決議文の取り扱いについて、内閣総理大臣をはじめ関係機関（163 名）へ送付しその実現方を要請した。

2) 日医周産期・乳幼児保健検討委員会 委員の推薦について（宮崎）

宮崎の稲倉会長より、以下のとおり報告があった。

前委員の佐藤雄一先生（宮崎）の急逝に伴う後任委員として、沖縄県医師会の宮里善次常任理事を推薦した。

3) 平成 25 年度九州医師会連合会及び各種関連行事予定表（案）について（沖縄）

沖縄県より、来年度本県が九州医師会連合会の担当をするに当たり、年間行事表（案）について報告した。

協 議

1) 医療基本法（仮称）制定に関するシンポジウムの開催について（宮崎）

宮崎県の稲倉会長より、日医から要請のある標記シンポジウムの開催について提案があり、来る 2 月 9 日（土）、下記の内容で開催することに決定した。

日 時 平成 25 年 2 月 9 日（土）
16：00～18：00

場 所 福岡県医師会館 5 階研修室

【開会挨拶】九州医師会連合会会長・宮崎県医師会会長 稲倉 正孝

【報 告】

報告者：

小西 洋之（参議院議員・民主党政調会長補佐・医療基本法議連）

大井 利夫（日本病院会顧問・医事法関係検討委員会副委員長）

鈴木 利廣（弁護士・薬害オンブズパーソン会議代表）

田中 秀一（読売新聞東京本社 論説委員）

2) 九州医師会連合会第 331 回常任委員会（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、標記常任委員会について提案があり、下記のとおり開催することに決定した。

日 時：平成 25 年 3 月 9 日（土）

16：00～16：50

場 所：シーガイアコンベンションセンター

3) 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、標記代議員連絡会議について提案があり、下記のとおり開催することに決定した。

日 時：平成 25 年 3 月 9 日（土）

17：00～18：30

場 所：シーガイアコンベンションセンター

(1) 日本医師会各種委員会報告（60 分）

①医療事故調査に関する検討委員会

（堤 康博先生・福岡）

②日本医師会綱領（仮称）検討委員会

（福田 俊郎先生・長崎）

(2) 日本医師会中央情勢報告（30 分）

4) 第 128 回日本医師会定例代議員会（3月 31 日（日）日医）について（宮崎）

宮崎県の稲倉会長より、標記代議員会の対応について提案があり、下記のとおり決定した。

①当日午前 9 時より 30 分間、九プロ控室において、九州ブロック日医代議員連絡会議を開催する。

②九州ブロック代表・個人質問については、後日各県に照会し、3月 9 日（土）の第 331 回常任委員会において決定する。

5) 九州医師会連合会第 7 回事務局長連絡協議会の開催について（宮崎）

宮崎県の稲倉会長より、標記事務局長連絡協議会の開催について提案があり、下記のとおり開催することに決定した。

日 時：平成 25 年 2 月 4 日（月）

16：00～18：00

場 所：宮崎県医師会館 5 階 会議室

主な議題：「公益法人制度改革に伴う新法人移行後の監査のあり方について」他

そ の 他

1) 主治医意見書記載ガイドブックについて（福岡）

福岡県の松田会長より、この度、福岡県で主治医意見書のガイドブックを作成したとして、紹介があった。

2) 九州ブロックの日医連医政活動研究会の開催について（宮崎）

宮崎県の稲倉会長より標記研究会の開催について提案があり、下記のとおり開催することに決定した。

日 時：平成 25 年 3 月 2 日（土）16：00～

場 所：宮崎県医師会館

内 容：①宮崎県医師会会員である県議会議員による活動報告

②実際の選挙の戦い方について

九州医師会連合会 平成 24 年度 第 2 回各種協議会

理事 平安 明

去る、1月26日（土）、宮崎観光ホテルにおいて開催された標記協議会（医療保険対策協議会、介護保険対策協議会、地域医療対策協議会）について、以下の通り報告する。

1. 医療保険対策協議会



開 会

宮崎県医師会 河野副会長

この会議に先立ち開催した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でも議論していただいたが、再診料の値上げ、入院基本料の要件の見直し等々、問題が山積している。その他、本日の協議会では指導や審査に関わる件、医療基本法、消費税に関する件についてご協議頂く予定としている。特に消費税問題については自民党政権が誕生したことによりどのような議論が進んでいくのか注意していく必要がある。

毎回同じような議題で協議しているが、それだけ我々にとっては切実な問題である。単なる言葉のキャッチボールに終わらないことを切に願っている。今一度地域の実情をお伝えして今

後の日医の活動に反映させて頂きたいと考えている。

挨 拶

日医 今村常任理事

本日の議論される内容をみると、我々にとって非常に切実な問題が次から次に掲げられている。先ほどの要望の連絡協議会でも申し上げたが、私共日医にとっても、都道府県医師会にとっても、今年最大のイベントは羽生田日本医師会副会長を参議院選で出来るだけ高位で当選させることではないかと考える。そしてそのことが私共の懸案を解決する一助になるのではないかと考えている。そのことも含めて先生方には今後ともご支援ご協力を賜りたい。

日医 藤川常任理事

有床診療所に関係する議題が医療保険と介護保険に渡るということで前半は医療保険、後半は介護保険へ出席したいと考えている。

先ほど今村先生からも報告があったが、羽生田先生が立候補されることが決まってから厚労省の態度が一変した。日本医師会が一枚岩に纏まったことと、自民党が政権に戻ったこと、この2つの大きな要素を厚労省も歓迎しているし、日医に対するスタンスも良くなってきた。

この度、武見先生が繰り上げ当選となったが、来年の参議院選挙に自民党公認候補として東京の地方区から出馬するというので、6月の都議会選挙まで一生懸命都議会選挙の応援をしながら、東京都のなかでの武見票を掘り起こすという運動を我々日本医師会も東京都医師会と併せて応援をしていこうと思っている。

また選挙方法について様々な工夫をし、目標300万票に設定しているが、最低でも50万票を獲得するようにどうやっていくかを各県で知恵を絞っていただくと共に、日医も同様に知恵を絞って医師会だけの票だけで50万票獲得するように努力したいと考えている。

九州からはいつも沢山の票を出して頂いているので、今回も期待をしていると共に様々な選挙運動のテクニックを教えて頂きたい。

日医 鈴木常任理事

先ほどの改定の要望事項に係る協議会と共通な内容が多いが、さらに突っ込んだ議論をしていただければと考えている。

羽生田副会長の件は今村先生、藤川先生からも発言があったとおりに医療界の代表として申し分ないと思う。九州先生方の団結は特に強いので、大量得票できるようにご協力をお願いしたい。羽生田先生が当選されれば、診療報酬改定にも大きな力を発揮していただけるかと思う。

協 議

(1) 再診料について (福岡県)

【提案要旨】

2月15日の定例記者会見で日医は、「前回改

定で、明確なエビデンスなく引き下げられた再診料を復活できなかったことは遺憾である。しかしながら、中医協答申書の附帯意見にも、今後検討を行なうと記載されているので、引き続き再診料をはじめとする基本診療料の引き上げに尽力したい。」と述べておられます。あれから中医協も始まり基本問題小委員会で再診料の問題は取り上げられていますが、どのようなエビデンスでどのように元に戻されるのか日医のお考えをお尋ねします。

<各県の主な意見>

再診料については、各県とも早急に元に戻す、或いは引き上げを求める意見で一致しており、今後の中医協での議論等について日医の意見を伺うことになった。

□日医 鈴木常任理事

再診料については、なかなか本体を元に戻すことが出来ないでいるが、これは一つには2回連続のネットでの僅かながらのプラス改定と、入院・入院外の配分枠の設定が出来なかったことが1号側及び財務省にとっては非常に大きな失態であり、さらに再診料の引き上げまでも認めることは絶対に出来ないということで非常に強い抵抗にあった結果、このような形となった。その代わりとして、「同1日2科目の再診料・外来診療料の新設」、「時間外対応加算の再編」、「一般名処方加算の新設」などのいろんな加算の形として対応せざるを得ない状況であった。次回に向けては再診料の引上げよりも「回復」を目指していきたいと思っている。今回の改定結果を見ても再診料や初診料、入院基本料等の基本診療料がずっと据え置かれてきたということが全体の中で非常にマイナスとなっている。手術或いはDPC包括の部分はプラスとなり、大病院には前回に続けて良い結果となったが、診療所や手術件数の少ない中小病院には厳しい状況であった。次回はこれまで据え置かれてきた基本診療料の底上げを求めたいと考えている。

1月23日(水)に開催された中医協では「外

来医療」について、フリートーキングという形で第1回目の議論が行われたが、1号側の方からいきなり「総合診療医」の話が出てきているので、これに対抗できるように日医が主張する「かかりつけ医の充実」ということが今後重要となってくると考えている。

■福岡県

結論からすると、再診料を戻すことは不可能ということなのか。

同1日2科目の再診料・外来診療科については、複数科を抱えている病院が対象であり、診療所はあまり関係ないと思う。また「総合診療医」の問題については複雑であり、ここで議論出来るものではない。まずは再診料について会員に納得のいく回答を頂きたい。

□日医 鈴木常任理事

再診料について現時点では具体的な協議はされておらず、次回の改定で元に戻すことができるように今後の協議の中で主張していきたいと考えている。

同1日2科目受診については診療所でも複数科あるところは算定できる。基本診療料については、いつまでも加算の形では地域医療は守れ

ないことを主張し、引続き要望していきたいと考えている。

(2) 診療所療養病床環境改善加算について

(長崎県)

【提案要旨】

診療所療養病床環境改善加算2(40点)が診療所病床環境改善加算(35点)に改編された。

この施設基準に平成24年3月31日において加算を算定している病床のみとされたため、今後病床転換した時に他の施設基準を満たしていても算定できなくなった。

このことは不合理であり従前どおり算定できるようにして欲しい。

<例>

①一般病床は、「有床診療所入院基本料2」を算定。

②療養病床は、全て介護療養病床で、その内3床(2室)は「医療保険と介護保険の給付調整」の届出を行い、医療療養病床として「有床診療所療養病床入院基本料」及び「診療所療養病床療養環境改善加算(24年3月31日までは診療所療養病床療養環境加算2)」を算定。

【図1】

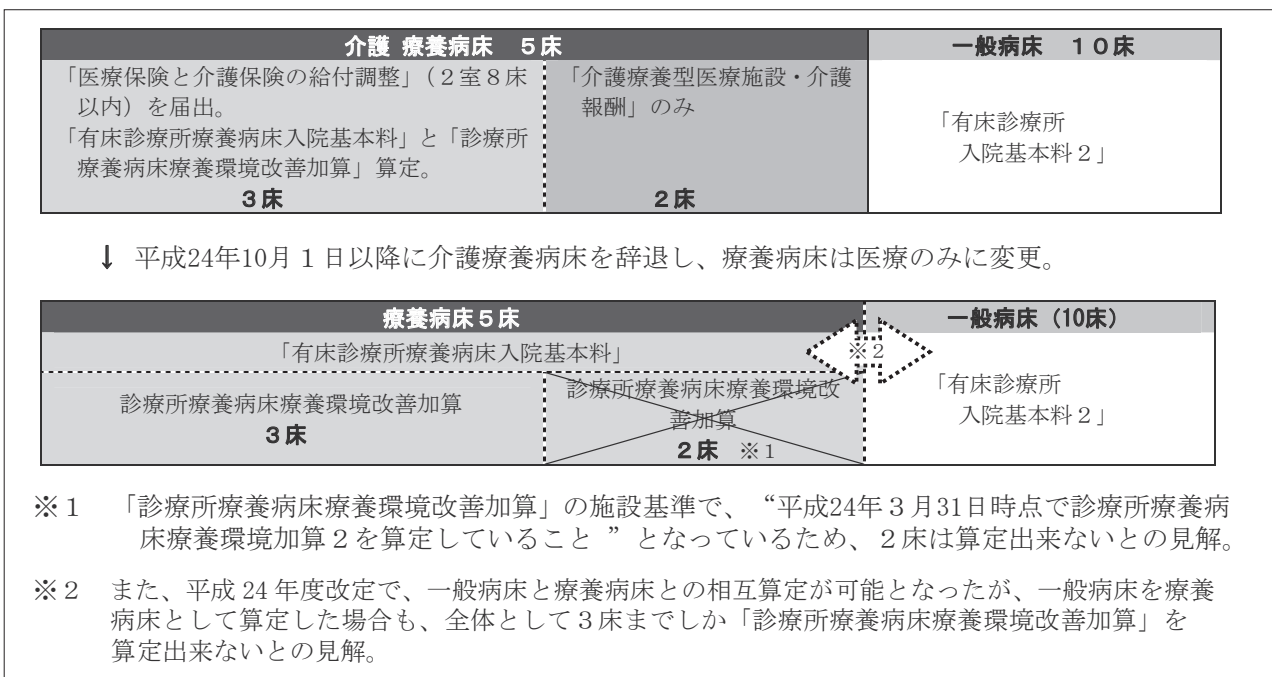


図1

＜各県の主な意見＞

各県からは従前どおり算定できるように見直して欲しいとの意見が殆どであった。

また、大分県からは「この加算は、医療法上の原則は満たさないものの、医療法の経過措置として施設基準の緩和が認められている医療機関のみが対象となり、診療所もこの措置と一連の対応と解釈される」、佐賀県から「明らかに評価の低い有床診療所の入院基本料の見直しを図ることが一番の本質である」との意見がそれぞれ提案された。

□日医 鈴木常任理事

同加算については当初、大幅な引き下げを求められた。しかし、病院や診療所の経営に非常に大きな影響を与えるとの数値を示して交渉した結果、我々としては最小限に引き留めたと考えていたが、今後、改善を求めていきたいと考えている。

■長崎県

施設基準に期限を設けるのはどうかと考える。

□日医 鈴木常任理事

厚労省の事務局としてはどこかで期限を設けて線を引きたい考えのようである。今回のように問題点があれば申し入れていきたいと考えている。

(3) 特定疾患療養管理料の算定について
(鹿児島県)

【提案要旨】

特定疾患療養管理料の算定については、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対し、療養上必要な管理が行われた場合に算定できることになっている。

本県の社保では、厚生労働省の「主病は1患者1つ」の考え方により、特定疾患療養管理料についても1医療機関でしか算定できない取り扱いとなっており、複数の医療機関で特定疾患療養管理料が算定されていた場合、どの医療機関が算定するか医療機関同士で話し合うよう医

療機関に連絡している。

しかしながら、実際には、患者はいくつもの疾患を抱え、それぞれの専門医療機関で治療を受けており、1つの医療機関でしか算定出来ない取り扱いは不合理と考える。

また、どの医療機関が算定するか医療機関同士で話し合うという取り扱いに、各医療機関は頭を悩ませているのが現状である。

本件に関する各県の状況と、日医の見解を伺いたい。

＜各県の主な意見＞

同加算の算定に関する支払基金の対応については、提案県の鹿児島県と本県以外では問題は特に生じていないとの回答であった。各県からは「一患者に主病は一つという考え方自体が無理な発想」、「1人の患者に主病が複数存在することへの理解を深めてもらうことが大事」等の意見が上がっており、同管理料に対する考え方に對し疑問が投げかけられた。

□日医 鈴木常任理事

都道府県によって対応が異なるようだが、同管理料の取扱いについて厚労省に照会することから新たに問題が生じることも考えられることから、時には曖昧にしていた方が良いこともあると思う。各県の支払基金によっては、同管理料を複数の医療機関で算定している場合、どの医療機関で算定するか医療機関同士で話し合いをさせているようだが、患者の個人情報保護に関して問題にならないかと考える。

厚労省では「主病は1つ」或いは「主治医は1人」という考え方を伝統的に持っており、外総診（老人疾患外来総合診療料）や後期高齢者診療料にそれが現れたが、いずれもうまくいかなかった。複数の疾患を抱えていれば、複数のかかりつけ医を持っていることもありえる。そのようなことを前提にした制度にしなければならない。

今後、総合診療医を主張する1号側との議論が行われるが、少なくとも来年の改定には間に合わないと考えている。それを踏まえた上で1

号側がどのような主張をしてくるかであるが、我々としては「かかりつけ医の充実」を主張していきたいと考えている。

■**沖縄県 平安理事**

本県では同管理料の算定に係る支払基金の対応について、提案県と同様の取扱いと回答しているが、個別事案でそのようなケースがあった場合、いったん医療機関同士で確認するようにしている。実際に査定とかではなく一次審査の段階なので現実的には大きな影響は出ていない。支払基金には審査の段階でチェックすべきではないと主張していきたいと考えている。

(4) 「外来リハビリテーション診療料 1、2」の算定 (福岡県)

【提案要旨】

24 年度改定新設の「外来リハビリテーション診療料 1、2」は、入院外の患者に対して、状態が安定している場合等、毎回医師の診察を必要としない場合に算定するとある。ところが、一方、リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したりリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状態等を確認し、診療録に記載するとある。

状態が安定していて毎回医師の診察を必要としない場合には後者にある留意事項はあまりにも厳しく設定されており緩和されるべきと考える。各県のご意見ならびに日医のお考えをお尋ねしたい。

<各県の主な意見>

各県からは点数の割に厳しい規程となっていることから、提案県と同様に要件の緩和を求める意見が提案された。

□**日医 藤川常任理事**

医師が毎回診察せず、リハビリを行うことは現実的にある。症状が変わらない、例えばむちうち症や慢性の腰痛症等については、毎回毎回、皆が集まってカンファレンスする患者では

ない。一番心配しているのは医師が診察せずに包括的なりハビリの指示を出している場合、それを逆手にとって PT の開業に持っていかうとする話が出ていることである。

医師の指示のもと、コメディカルのあり方を検討しないと医療安全が担保されないだけではなく、指示を出した医師の責任を問われることになるので、やはり医師が監督、指導をしてリハビリを行うことが必要と考えている。

この加算点数の算定要件に関しては、毎回カンファレンスすることはあり得ないので、例えば週に一回リハビリ部門でカンファレンスする際に医師はその報告を受け、カルテに記載することも良いのではないかと考えている。

□**日医 鈴木常任理事**

リハビリ団体等からの要望により無診察リハビリを避けることが目的であった。算定要件が厳しいということだが、新たに設けられた項目ということで当初厳しい算定要件とし、状況を見ながら問題があれば緩和していく方向だと考えている。

一方ではセラピストの開業権の主張等もあることから、そういったものに影響しない形で先生方の負担を少なくする方向、例えば毎回のカンファレンスから「定期的なカンファレンス」というような形に見直すようなところで対応していきたいと考えている。

(5) 「医療事務補助体制加算」について (佐賀県)

【提案要旨】

医師事務作業補助体制加算については、現在、急性期医療を担う病院にのみ算定が可能とされているが、医師の事務作業は、急性期のみでなく、慢性期医療や精神科医療においても、相当な量が求められており、また「地域連携診療計画」や「がん治療連携」の推進の観点からは、有床診療所、無床診療所においても、今後、医師の事務作業がさらに増大していく事が予測される。

以上より、算定要件の緩和と対象医療機関の拡大を求めたい。

本件に関する各県と日医のご意見を伺いたい。

<各県の主な意見>

各県からも提案県と同様、算定要件の緩和と対象医療機関の拡大を求める意見が提案された。その一方、「同加算と引き換えに他の点数が引き下げられたり、或いは再診料を始めとする見直しが必要な重要項目等の議論がすり替えられたりすることのないように注視する必要がある」、「算定要件の緩和は報酬の削減に、報酬の増加は算定要件の厳格化につながることで多いので慎重な対応をお願いしたい」との意見が本県及び大分県より提案されている。

□日医 鈴木常任理事

この点数は20年度改定の際に病院勤務医師の負担軽減策として創設されたものである。

日本医師会としては、急性期病院に限定するのではなく、中小病院や診療所、或いは精神科の病棟にも適用拡大を一貫して主張している。医療事務作業補助者の配置により一定の負担軽減の効果があることが調査の結果、明らかになったことから、平成22年度改定では加算の引き上げを行うと共に多くの事務を配置した場合の評価が設けられており、今回の改定では補助者の人数配置に応じたきめ細かい評価がなされている。

ご指摘のように医師の事務作業の質や量は増加しており、外来での書類作成義務が負担になっているということは事実なので、今後は病院、診療所における実態を調査した上で診療所や中小病院医師の負担軽減策としてさらに評価されるように引続き働きかけていきたいと考えている。

(6) 入院患者の他医療機関受診の取扱いについて (沖縄県)

【提案要旨】

入院患者の他医療機関受診に関しては、精神病棟、結核病棟、有床診療所入院患者が、透析または共同利用を進めている検査のため他の医療機関を受診する場合については15%控除となり一部緩和されましたが、入院基本料を減算し

入院患者の他医療機関の受診を制限するといった根本的な問題の解決は図られておりません。

入院患者の他医療機関受診の取扱いについて、今後の日医の対応についてご意見をお伺いしたい。

(7) 入院患者の他医療機関受診の取扱いについて (福岡県)

【提案要旨】

この件に関しては、本年の診療報酬改定において、日本医師会の御努力で一部緩和されましたが、その内容は、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、有床診療所入院基本料で、なおかつ透析、共同利用を進めている機器による検査(PET、光ポトグラフィー、中枢神経磁気刺激誘発筋電図検査)のみの場合が、30%が15%減額と変更されています。

また、入院医療機関が入院基本料等算定の場合には30%減額、特定入院料等では一部の精神科関連の特定入院料及び有床診療養病床を除き70%減額しなければなりません。厚労省からは、これらの数字の根拠は何ら示されていません。

未だ多くの医療機関が、この制度のために、医療現場での混乱をきたしており、患者さんのための病診・病病連携の大きな障害となっています。

この制度の全廃を強く要望します。この件について各県のお考えをお聞かせください。日本医師会として、現在の進捗状況をお聞かせください。

(6)、(7)については関連している為、一括協議された。

<各県の主な意見>

各県とも入院患者の他医療機関受診の取扱いについては、早期見直し或いは撤廃を求めるとの意見が提案された。なお、この協議会の前に関催された「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」においても協議された結果、次回改定に対する要望事項として取り上げることになっている。

□日医 鈴木常任理事

これは保険者側が強く抵抗している部分であり、限定された形になった。

24年度改定では社会医療診療行為別調査で他医療機関の受診割合の多い精神病棟や有床診、結核病棟について、減額幅を縮小する形となった。

次回の改定では現状を踏まえて働きかけていきたいと考えているが、1号側は総合医を評価したいとの考えがあるようなので、今までの「かかりつけ医」をさらに充実させて総合医に対抗できるようにしなければならない。なかなか思ったようには進まないが、少しずつでも問題点を解決できるように取り組んでいきたい。

■沖縄県

先ほどの要望の中でも取り上げていただいている。

精神科では、入院患者が他医療機関受診をすることで人手がかかることもある。いろいろ切り口はあると思うが、これについてはぜひ全廃の方向で進めていただきたい。

(8) 個別指導に対する事前及び事後における指導（勉強会）について（沖縄県）

【提案要旨】

本会では開業されて間もない医療機関を主に対象として勉強会を企画・開催しているところである。勉強会では、医療保険制度に関する基本的な部分のほか、個別指導の概要等についてレクチャーを行っており、医療機関に少しでも事前の心構えとして役立ててもらうように工夫している。

今後の課題として、担当理事が変更しても当勉強会が継続できるようにするためのマニュアル作りができないか考えているところである。各県でも様々な形式で勉強会を開催されていると思うが、開催方法等について差し支えがなければご教示いただきたい。

(9) 個別指導、監査に対する医師会の対応について（大分県）

【提案要旨】

現在、個別指導や監査には医師会役員が立ち会いを行っているが、個別指導の内容によっては再指導、監査に至る事態も発生する。そのような場合、都道府県医師会や郡市医師会では個別の事案について、別に時間や場所を設けて指導や助言をあるいは善後策の協議を行っているか、貴県の状況をお伺いしたい。

(8)、(9)については関連している為、一括協議された。

<各県の主な意見>

各県の事前及び事後指導（勉強会）の実施状況について報告が行われた。

□日医 鈴木常任理事

沖縄と大分の取り組みが非常に進んでいると感じ、参考になった。九州の先生の熱心な取り組みの一つの表れ、医師会としての自浄作用、指導に対する非常に良い取り組みの例だと思う。むしろこのような形でお互いに情報開示をしながらより良い診療に向けて協力していく形になれば、立ち会われる先生方の負担も減っていくものと思われる。

(10) 電子レセプトの突合・縦覧審査について（熊本県）

【提案要旨】

先発品と効能効果の違う後発品への変更調剤や一般名処方後発品が選択され、結果として適応外となる場合の保険者間での対応の差異、低用量アスピリン投与時の「胃潰瘍再発」抑制に使用されるPPI製剤等の同系統薬剤の適応症の問題や処方した薬剤が全て査定された場合、処方箋料の他、調剤料、薬剤服用歴管理指導料、調剤基本料や同加算等の調剤報酬も医療機関の負担となるなどその影響は徐々に大きくなっている。

「処方箋内容不一致連絡書」など一部改善点もみられるが、適応外後発品について厚労省による明確な通知や疑義解釈が必要であると思われます。

後発品の品質向上はもちろん、レセプト審査の機械化を推進するのであれば、先発品との差異の解消、点数算定要件の簡素化、地域間格差や不明確な審査基準の是正等の基盤整備も行うべきである。この問題について日医の見解と各県の医療機関への対応などについてご意見をお伺いしたい。

＜各県の主な意見＞

各県からは、電子レセプト請求の拡大を図るための環境・基盤整備の必要性や、後発医薬品事態の品質問題、生産・流通体制の整備、先発品との効能差等の改善を求める意見が提案された。

□日医 鈴木常任理事

電子レセプトの突合・縦覧審査について、3月の審査状況の結果は、特に病名漏れが多かったようである。縦覧点検については複数月に1回の算定と規定されている検査等について算定ルールに照らし合わせた結果、明らかな請求の誤りが殆どであった。

その後の経過をみると、当初は増えたが月を踏むごとに減少している。例えば縦覧点検では3月に10万1千件だったものが10月には5万3千件となっており、点数も大幅に減少している。各県の医師会からの情報提供により、医療機関内でのチェックが進んでいるものと思われる。一方、縦覧点検については件数は横ばいだが、点数は減少している。この辺については状況を見ながら判断したい。

先発品から後発品への調剤変更等に関する問題については、大分県の回答にもあるように厚労省から支払基金に対し「一律に査定を行うことは後発品への変更調剤が進まなくなることで、医療費が増える可能性があることなどを保険者に説明し、影響を理解してもらうよう努めていきたい」とする通知のとおりである。

■熊本県

電子レセプトにより突合、縦覧、横覧、通覧等が自由自在に振り回されているが、電子レセプトを推進するのであれば、やはり先発品と後発品の差異の解消、或いは点数の簡素化に取り組んでいただきたい。

また社保と国保の判断基準の統一化に係る連絡協議会の設置について日医より先般、通知が出されており、国と都道府県レベルで連絡会議が作られることになるようだが、この中には医師会が当然入ることになると思うので「社保と国保の差」については、医師会として十分主張すべきではないかと考えている。しかしながら、医療提供体制や人口構成が異なる等の理由から、ローカルルールは「悪」としながらもこれまで容認されてきた。このような点を踏まえて連絡協議会に関する日医の考え方をお聞かせ願いたい。

□日医 鈴木常任理事

連絡協議会については、サービス向上計画の中で決まっていたものが、ようやく動き出したものである。まずは地方で解決できるものは解決し、解決出来ないものは中央で議論することに形となっている。この協議会のなかには厚生局も入ってくるので硬直的な議論にならないように申し上げているが、何か問題があれば日医までご連絡いただきたい。

ローカルルールを全て無くすということではなく、明らかに不合理な差異を無くしていくことを目的に活用していただきたい。また事務連絡でもお知らせしているが、各県においては独自の取組として医師会・支払基金支部・国保連による検討会を設け、審査情報の共有化や審査基準の統一化を図られてきた地域もあると思う。そのような地域におきましては、従来の検討会に地方厚生（支）局をメンバーに加えていただき、それを持って連絡協議会とすることも可能である。また、従来の検討会そのまま継続し、新たに連絡協議会を設置いただくことも可能であり、地域の実情にあわせ、都道府県においてよりよい体制としていただきたい。厚生

局から理不尽な要求や主張があるようならご連絡をいただきたい。

(11) 医療基本法について (長崎県)

【提案要旨】

医療の理念をあらわす医療基本法の制定をねらい、主に患者側で案の作成が図られている。

これに対して日本医師会医事法関係検討委員会により、平成24年3月「医療基本法の制定に向けた具体的提言」を答申している。

その後も委員会内で継続的な話し合いを行っているが、いまだ医師会会員に十分に「医療基本法案」の必要性が理解されているとは言い難い。

このため12月22日、日医会館で医師会会員のためのシンポジウムが開催され、ご出席された先生方もおられると思うが、医療基本法及び日医の提言に関する各県のお考えをお伺いしたい。

なお、会員への周知のために、各ブロックでの講演会開催要望がなされており、九州ブロックでも4月位までに企画したいと考えているので、開催の際はご協力をお願いしたい。

<各県の主な意見>

医療基本法は患者の権利を明らかにするとともに、医療提供者と患者の信頼関係に基づいた安心安全な医療を構築することを目的としており、各県とも同法の制定について議論を進めることに賛成の意見であった。また、九州ブロックでの講演会開催を求める意見が多数上がった。

□日医 今村常任理事

日医は医療基本法の制定に向けて準備中である。日医の会内委員会である医事法関係検討委員会では、昨年3月に「医療基本法」の制定に向けた具体的提言を答申した。その背景には、医療全体を俯瞰するような基本的な法律が無いため、医療法あるいは医師法等の個別的な法律に齟齬を来して全体が十分に機能していない状況があるからである。

更に、患者団体あるいは市民団体を中心として患者の権利を中心に据えた医療基本法の制定

の向きがある。そして全国各地で市民向けのシンポジウムが活発に開催されている状況にある。

日本医師会としては、患者の権利のみを強調した医療基本法では我が国の医療を守ることは出来ないという立場から、日本国憲法と医療関連の個別法を繋ぐ医療基本法の制定を目指している。具体的には配付している資料を基にし、医療関係者と市民を対象として昨年12月22日に日本医師会の主催による医療基本法制定に向けての市民公開シンポジウムを開催し大変好評を頂いた。その中で、同様の趣旨のシンポジウムを各ブロックにおいて開催して頂きたいとの希望を申し上げたところ、九州医師会連合会におかれては早速全国に先駆け、2月9日に福岡県において開催して頂ける旨のご連絡を頂いた。これを切っ掛けにし、全国各ブロックで開催して頂くシンポジウムで様々な意見をお聴きした後、日医として会内委員会の答申から日医の見解に格上げした素案を作成し、当局ならびに国会議員との折衝に移りたいと考えている。

(12) 社会保険診療に関する消費税について (熊本県)

【提案要旨】

社会保障と税の一体改革大綱により、平成26年4月には8%に消費税の増税が行われる。同時に次期診療報酬改定も重なっており、医療機関にとっては困難な局面に対峙することになると予想される。

この問題は政府税制調査会や中医協の「医療機関における消費税負担に関する分科会」等で協議されていますが、日医は「社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度を仕入税額が控除可能な課税制度に改めること、設備投資に係る消費税は公費による特例の創設」を主張します。

12月中旬の衆議院総選挙の結果にも左右されると思われるが、その後の議論の進捗状況、日医主張の案件が実現する可能性や改革大綱に示されている「医療保険制度において手当する」との文言への対応策等についての見解と、九州各県の消費税に対するご意見をお伺いしたい。

＜各県の主な意見＞

消費税については各県とも大きな問題と位置付けており、非課税のまま8%、10%と引き上げられれば、医療機関の経営は成り立たず廃業を余儀なくされるところも出てくる可能性があることから、早急な改善を求めるとする意見や、中医協及び政府税調を始め政治家、患者団体、マスコミ等を含め多面的に対応すべきとの意見、設備投資に係る消費税については早急な手当てが必要であり、診療報酬の転嫁は患者負担を増やすことになる上、過去2回と同じ轍を踏まないようにするべきとの意見等が提案された。

□日医 鈴木常任理事

昨年8月に成立した消費増税法においては、非課税制度のまま高額投資に係る消費税負担については、一定の手当を行うことを検討すると同時に厚労省が医療機関の消費税負担について検証する場を設けることが決まった。このことは、長い間消費税分は診療報酬に上乗せしていることから負担の問題はないとされてきたことからすると非常に大きな前進と言える。

設置された中医協における消費税の分科会には、日本医師会から今村副会長と私が参加し議論を続けている。診療報酬に消費税分を上乗せする現行制度は診療側からは勿論のこと、支払側の視点から見ても非課税と言いながら患者、被保険者、事業主が消費税負担を負わされているという不透明な仕組みとして認識されている。中医協の消費税分科会ではこの点での両者の意見はほぼ一致しており、患者負担、被保険者負担、事業主負担を増やすことなく、透明性を確保する課税制度に向けて十分合意出来る内容である。

しかしながら分科会の性格上、決定することは出来ないことから、昨年11月に横倉会長を筆頭に三師会の会長、四病院団体の会長を含む医療団体の幹部が厚労大臣と財務大臣に面会し、税調等においても医療に係る消費税の課税のあり方を検討する場を設置するよう連名による要望書を提出した。その後、総選挙による政権交代となり、それにより政府税調の仕組みか

ら党税調の仕組みに変更されたが、私共としては中医協消費税分科会での検討と平行して税制を議論する場での議題として検討するよう求めている。

去る1月24日に決定された平成25年度税制改正大綱においては、残念ながら8%段階での複数税率導入及び社会保険診療の課税化は明記されなかった。大綱には「医療に係る税制のあり方については、消費税率が10%に引き上げられることが予定される中、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を担保しつつ適切な措置を講じることが出来るよう、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて医療関係者、保険者等の意見も踏まえ、総合的に検討し結論を得る」と記載されている。この記載を踏まえ、今後の対応について日本医師会として早急に検討を進めて参りたいと考えており、引き続き先生方のご支援をお願い申し上げます。

■熊本県

元々民主党は、軽減税率、複数税率は否定していたが、自民党は今回の8%では軽減税率をしないとのニュースが流れている。平成元年の消費税導入と平成9年の増税の際に診療報酬改定においてその分を上乗せして手当済みとされたように、今回も同様に扱われることが無いのか、その可能性について日医はどう対応を考えているのか伺いたい。

また、神戸地裁での裁判の件だが、医療機関が勝訴したとは言え、厚労省は盛んに1.53%が生きていると言っている。仮に今後ゼロ税率になった場合、この1.53%を理由に税務署からの戻しは無いと主張されることもあり得る。

□日医 鈴木常任理事

10%の段階では課税も含めて検討することになると思うが、8%は現行制度の延長ということになるかと思う。ただ、高額投資を切り分けるとして調査を実施することになっている。なお、この財源については診療報酬ではなく別に確保すべきと訴えている。

年末年始にかけて何回か消費税分科会が開かれる予定であったが、今月31日の分も含めて全て中止になっており、中々方向性が決められない状況にあるようである。

設備投資については、出来る限り医療機関に平等に手当される方向で議論を進めたい。

当然、これまでのような不透明な形にはならないよう対応していきたい。

印象記



理事 平安 明

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に引き続いて医療保険対策協議会が同じ会場で執り行われた。内容は先に行われた会議と重複する点多かったため、それ以外の項目を中心に話し合われた。詳しい内容は議事録を参照して頂きたい。

毎回取り上げられる協議事項として個別指導や監査に関することがあるが、今回は指導や監査に対する事前、事後の医師会の対応についての情報交換が行われた。当県からの提案事項でもあったが、当会における新規個別指導対象医療機関に対する事前の勉強会や個別指導後の事後確認、郡市医師会での保険勉強会といった取り組みが参考になるとのコメントを頂いた。今後も医師会の重要な役割として、会員医療機関に対する情報提供や勉強会を随時行っていく必要があると感じた。

その他、医療基本法や消費税について議題が上がった。特に消費税問題は中医協消費税分科会でも検討するとのことだが、最終的にはおそらく政治的に決着するのではないかとと思われる。そう考えるとやはり次の参議院選挙は極めて重要と言わざるを得ない。

今回の協議事項は若干地味な内容であったが、現場の声をどのようにして具体的な形にしていこうかという意味では、日医執行部の先生方のコメントは分かりやすかった。社会保障全体のあり方をどうしていくかという時に、その中に声を届けられないのでは議論にもならないという事である。会内の代表者を国政に参加させることが当面の重要課題であることは論を待たないであろう。しかし、本当に大事なものは、どのような声を届けるのかということであり、地味に感じるがやはりこのような協議会で繰り返し協議することは意味があると改めて感じた。協議会後の懇親会には羽生田副会長も参加し意気込みを述べておられた。

2. 介護保険対策協議会

理事 比嘉 靖



挨拶

宮崎県医師会の立元祐保常任理事より挨拶が述べられた。

介護保険制度も開始から12年を過ぎ、いろいろな制度上の問題が顕在化してきている。本日は9題の協議題が提示されている。在宅チーム医療に関し多職種協働による在宅チーム医療研修事業、在宅医療連携拠点事業に関するものが4題提出されている。その他、医療保険での在宅医療と介護保険での地域包括ケアシステムの関係性について、施設での看取りや配置医師の問題、そして通所リハビリにおける認知症を有する高齢者の受入れについて、あるいは認知症患者医療センターの問題等、多岐にわたっている。

限られた時間ではあるが最後まで活発なご討論をお願いしたい。

次いで、日本医師会の高杉敬久常任理事より挨拶が述べられた。

介護保険、医療保険は大きな改定が4月にあった。スタートしているが、細かなところで直さなければならないところがたくさんある。そういう話を本日持ち帰り、中央の意見に反映させたいと考えている。

今日の次第にある、在宅医療支援事業につい

てもボタンの掛け違いがいろいろある。本日は情報提供をしたい。

充実したご討論をお願いしたい。

協議

(1) 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業「地域リーダー研修」への取り組みについて（沖縄県）

<提案要旨>

厚生労働省では、「平成24年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業委託費実施要綱」を定め、平成24年4月1日から適用することとしており、本事業においては、国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行い、その後、都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う。さらに地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市町村で地域の多職種への研修を行うことをされている。

本事業については、県医師会及び地区医師会の参画が不可欠であると認識しているが、本県においては、現時点で具体的な検討は行われて

いない状況にある。

については、本事業への対応について、各県医師会のご意見をお伺いしたい。

(2) 各県における在宅医療連携拠点事業への取り組みについて（福岡県）

<提案要旨>

高齢化の急速な進展に伴い、在宅医療を必要とする患者は今後益々急増することが確実であり、このような慢性期高齢患者の受け皿として、医療・介護に関わる多職種が連携して在宅チーム医療を推進していく体制作りが目下の急務であり、厚生労働省においては、第6次保健医療計画の中で在宅医療・介護推進プロジェクトを立ち上げ、在宅チーム医療を担う人材育成事業や在宅医療連携拠点事業等の取り組みが行われている。

本県においては、10月に開催された都道府県リーダー研修受講者が県リーダーとなり、県主導で地域リーダー研修プログラム検討会を立ち上げ、地域リーダー養成のための研修会の開催が予定されている。研修会は、4ブロックで、郡市医師会毎に医師、ケアマネ、歯科医師、訪問薬局、保健所、訪問看護ステーション等よりなるチームを編成し、開催する予定である。次年度以降は郡市医師会毎に育成された地域リーダーが中心となり、地域毎に多職種研修を実施し、多職種連携体制の裾野を広げていくという目論見である。

国から県、さらに郡市医師会単位と研修を進めていくにあたっては、医師会等の関係団体が協力しあって、多職種グループを編成し、連携体制の構築を図る必要があると思われる。しかるに福岡県においては、県リーダーになるべき在宅医療連携拠点事業者が、県や医師会とは無縁のところでは採択された事情もあり、郡市医師会が足並みを揃えて研修プログラムを進めていくことが出来るか若干懸念されるところでもある。

については、各県における在宅チーム医療を担うリーダー研修実施計画の進捗状況や、各郡市医師会レベルに広げていく今後の方向性に関してどの程度の見通しが立っているか現状をご教

示いただきたい。また、本件に関する日医の見解もお伺いしたい。

(3) 在宅医療リーダー研修への医師会の関わりについて（佐賀県）

<提案要旨>

平成24年10月に多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業の都道府県リーダー研修が行われた。九州地区ではまだ大都市近郊に比べると本格的な在宅医療推進の動きは少ないと思われるが、研修会の中で地区医師会が在宅医療推進の中心となるべきであるとの認識が持たれていて、各県でも在宅医療リーダー研修が企画されていることと思う。医師会がこれにどのように関わっているのかを各県にお伺いしたい。

(1) (2) (3) 一括協議

<各県回答>

在宅医療連携拠点事業や多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業については、各県の取組状況に差異があることが示された。

大分県では、在宅医療連携拠点事業に2つの郡市医師会が選定され、当該事業が比較的スムーズに行われていると報告があり、熊本県では、医療、介護、福祉、行政関係者による「熊本県在宅医療連携体制検討協議会」を設置し、在宅医療に係る典型体制及び今後の取り組み等について検討を行なっているところであると報告があった。また、福岡県から、福岡県医師会が多職種連携地域リーダー研修事業の委託を受け、今年2月から3月にかけて実施予定である旨の報告があり、佐賀県からは、県行政が在宅医療拠点事業を受託し、保健福祉事業所、郡市医師会、県医師会と連携し、県下全域で取り組みを行なっているとの報告があった。

また、在宅医療に係る多職種連携事業については、各県ともに、地域の医師会の関与が不可欠であるとの認識であり、地域の特性に応じた医療資源の効果的かつ効率的な活用が今後の重要な課題であると意見された。

<日医コメント>

九州各県の取り組みを聴き安心した。各県とも既に取り組みされており、それなりの成果が上がりつつあると考える。

在宅医療拠点事業については、先生方に情報が遅れており、本事業に医師会が入っていない、あるいは医師会を通じていないというところがある。情報が国から県に行き、その県の捉え方で取り組み方に差異がある。医政局マターであるが、事業を受けている長寿医療センターが、最初の10か所をモデル事業とし、次に100か所に広げるということで、ドタバタ騒ぎの3月に募集をしている。

7月に厚労省で開催された説明会には私も行き挨拶をした。本事業は、地域の医師会がきちんと動かないと何にもならないということで、日本医師会から各医師会に対し本事業に参画していただきたいとするお願いを行い、少しずつ広まった。ただ100か所のモデル事業を受けるに当たり、指定には非常に齟齬があり、医師会と行政が上手くいっているところは医師会が受けているが、そうでないところは全く医師会が関係していないということで、全国で非常に温度差があると考えます。

本事業の報告集会在3月にある。モデル事業を受けられた方はもちろん参加されるであろうし、その情報はきちんと流したいと考える。

2025年に団塊の世代が後期高齢者になる。これが爆発的かつ未曾有のスピードで起こる。何とかしなければならない。これは東京周辺の話である。今回の医療保険、介護保険の改定も全てそちらに向けて改定されたと思っただきたい。柏プロジェクト、松戸プロジェクトも都市型であり、あまり九州地方には参考にならないことが多いと考える。しかし、この爆発的に増えることをどうしたら良いか。高齢者に地域で幸せに過ごしてもらうためにはどうしたら良いか。これは都心であろうと地方であろうと変わらないことは確かである。従って、これからの超高齢社会になる日本の処方箋として、時間がないから急ぐということは良く分かるが、

治すという視点ではなく、お年寄りをどう支えていくか、生活を支えながら診ていくという視点が必要になると、そういう頭の切り替えをしなければならない。医療政策の変換も求められている。

その中で、老健局マターの地域包括ケアシステム、医政局マターの在宅医療連携拠点事業を上手くフィットさせていただく。この起因はやはり医師会が関係しないといけない。特にこれは、地域の地区医師会が、それぞれのまちづくりの中で行政とスクラムを組み動かなければどうにもならないと考える。県には通達が来る。県の介護保険事業計画や医療保険事業計画にフィットさせながら地域づくりをしていく。そのためには県医師会も地区医師会もスクラムを組んでいく。

もう一つ、地域医療再生基金の臨時特例交付金の拡充というものが出ている。500億円。それに対して使うことは、来るべき地震に備えての事業、医師確保の事業、そして在宅医療推進事業として、25年度からの医療計画には、新たに『在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制』等を明記すべきとされたことから、それに対応するために必要となる事業費がおりるということである。県とスクラムを組み、まちづくりのためにしっかりと計画を立てていただきたい。

これから急ぎまちづくりを進め、地域の特性に応じたまちづくり、あるいは医療のバックアップづくり、あるいは病院との連携づくりが大切だと考える。

また、お年寄りが増えてくるということは、病院のあり方も問われると考える。中小病院、あるいは地域の有床診療所のこれからの機能は、やはりバックアップ機能であり、急性変化をきちんと診る、あるいは看取りを行う、リハビリを行う、そういう機能が求められてくると考える。高齢社会に見合った医療のあり方も考えていかなければならない。

(4) 在宅医療の普及への取り組み状況について (長崎県)

<提案要旨>

厚生労働省は、地域包括ケアシステムの中核として、在宅医療連携拠点事業を利用し、在宅医療の推進を図っている。

長崎県では、先ず、在宅医療を担う医師の育成事業を手がけようと動き始めたところであるが、連携事業の推進までは手が回らない状況である。

各県の在宅医療の普及への取り組み状況はどうか。

<各県回答>

各県ともに、在宅医療連携拠点事業や独自の事業展開等、在宅医療に係る事業に取り組んでおり、福岡県や鹿児島県より、在宅医療の推進に係る研修会等を開催していると報告があり、本会からは、中部地区医師会や浦添市医師会で取り組まれている在宅医療連携拠点事業の概要等について報告を行った。

宮崎県より、「佐賀県の取り組みについて、県が受託し医師会に事業を下ろす形は一見理想的に見えるが、在宅医療に関心のある医師と、そうでない医師との温度差が非常に大きいと考える。その点はどうか」と発言があり、佐賀県より、「拠点事業に係る在宅医療の提供体制について県医師会長がビジョンを描いた。県がリーダーシップを取り、地区医師会にきちんと下ろしていけば、それなりの形が見えてくるのではないかと考える。」と意見された。

(5) 医療保険での「在宅医療」と介護保険での「地域包括ケアシステム」の関係性をどのように考えるか。(熊本県)

<提案要旨>

それぞれの県医師会は県行政と共に、この「在宅医療」や「地域包括ケアシステム」の構築について話し合っていると思うが、保健医療計画とか介護保険計画など紙面に文言を記載することは比較的易しい。

困難な問題は、実際に地域医師会で実行可能

な方法をどのように構築するかであり、それと同時に「在宅医療」と「地域包括ケアシステム」が、どの様な関係性があり、それをいかにして、医療・介護関係者に理解しても実行してもらうかが問題と考えている。

「医療のない介護はない」と以前より言われているが、「介護のない医療もない」ということも事実であり、最先端の現場では、その融合したサービス提供が求められる。

各県医師会として、どのようにしてこの関係性、必要性を地域医師会に説明し、理解し実行してもらうかが、妙案がありましたらご教授いただきたい。

<追加発言>

在宅医療に参加する医師は一人ではとても無理である。主治医と副主治医等、ペアを組み患者様にあたるが、その場合に何かトラブルがあった際に、それぞれの医師は保険に加入していると思うが、在宅医療に関心を持ってもらうためには、トラブルがあった際の保険に市町村が加入してもらう等、安心できる方策があれば、地域で在宅医療に参加される医師も増えるのではないかと考えている。

<各県回答>

各県ともに、在宅医療と地域包括ケアシステムの効果的な連携は非常に有用性が高いとの回答が示され、福岡県では、地域包括ケアシステムの方向性を検討し各地域に情報を発信することを目的とした「地域包括ケアシステム構築検討委員会」を今年度より発足させ、県行政や政令市等にも参画いただき検討を加えているところであると報告があった。

また大分県からは、「地域包括ケアシステムはアウトリーチを中心にした考え方であり、診療所等を点で結び、日常生活圏内にあるエリアをきちんと決め、地域の実情を把握し、情報の収集を行い、その拠点を診療所に求める。そこに関係者に集まっていただき、いわゆる地域ケア会議をそこで行う。そこで情報共有しながら、デイトimeを過ごしていただく。夜はアウトリ

一チという概念を導入する。チームで何か問題があれば、また救急が発生したら、そこに行くことで24時間365日のケアが可能になるのではないかと。そうすると福祉も医療もそれぞれの力を出し合いながら、高齢者の生活を守ることができるのではないかと考える。」との見解が示された。

<日医コメント>

(4) (5) 一括コメント

医療機関に通えない高齢者に、最適な医療をどのように提供するかという在宅医療しかない。在宅医療を手取り足取り十分にということではなく、程良くでも良いと考えている。そういう意味で、介護保険の究極の目的と医療保険の究極の目的とを合わせた今回の国の施策は、まさにパラダイムシフトであり、これから迎える高齢社会を私達がどうみていくか、これからの若い人達をどうみていくかということが大切である。

我々かかりつけ医とは何か、総合医とは自分の専門を柱にし、社会でいろいろな相談機能を持つ、あるいは学校医活動、産業医活動等、自分の専門ではないところで医師会の活動としてずいぶん繰り広げられている。その一環として地域をみるという視点に立てば、時代に合わせて医師会も変化していくことは当然であり、そこに国がどのような施策を展開し我々をどう誘導していくか、国の制度を利用しながら進まなければならない。

高齢者は急性変化を繰り返しながら、だんだんと体の能力が落ちていき、最後に死を迎える。そのポイントポイントで医療がきちんと提供されるのであれば、長期に入院する必要はない。どのように若い人達が理解していくか、在宅医療に見向きもしない人達をどのように啓発していくのかということが大切である。

新しく開業した医師に目を向けさせないと将来危ないと考える。どのように理解してもらうか。先生方の取り組みの中に、必ず若い医師を入れた形の連携づくり、あるいは主治医、副主治医制等のチームづくりは、まさに医師会の仕

事であろうと考える。それをやっていくことが大切だと考える。

トラブルをどうするかという点については、医師は一人でサービスを提供することはあり得ない。チームで提供する。チームの誰かの目があれば、医師を誹謗するようなことはないと考ええる。

キーポイントは地域ケアであり、地域のまちづくりである。そこに行政がしっかりと絡んでこないと良いまちにはならない。医療を担当する部署と一緒に肩を組みましようとして引っ張っていきまちづくりが大切だと考える。

(6) 特別養護老人ホームにおける配置医師の諸問題について (福岡県)

<提案要旨>

特別養護老人ホームには医療法上の診療所の開設が必要であり、そのために管理医師が必要となる。

管理医師は、特別養護老人ホームから給与をもらう一方、特別養護老人ホーム入居者に対する診療報酬の請求には著しい制約を受ける。他方、同様な状態像の方が有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等に入居している場合には在宅医療の診療報酬の請求が可能で、著しい違いが生じている。

例えば、特別養護老人ホームの方を診察した場合、処方せん料68点しか請求できないが、有料老人ホーム等の場合には、在医総管を請求すると6,000点ほどの請求が可能で、その差は100倍である。

この著しい格差を解決する必要があると思うが、日医の見解を伺いたい。

また、特別養護老人ホーム側からみた場合、配置医師がいないと特別養護老人ホーム自体の存続も危ぶまれる。特別養護老人ホームでは、施設内看取りを行なっているところも増えているため、配置医師が24時間365日待機をせざるを得ない例もある。

更に、昼間の診療中に入居者の急変でよばれることも増えてきている。このような現状を鑑み、配置医師を敬遠する医師も増えているよう

である。厚生労働省等の施設内看取りを推奨している現状の中で、地域の開業医が配置医師とならないといけない現状の制度は無理があると思えるが、併せて日医の見解を伺いたい。

**(7) 福祉施設等での看取りについて
(鹿児島県)**

<提案要旨>

今後増加する死亡者数に対応するため、看取りの場所を医療機関だけでなく、自宅や施設とするため、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、特定施設、グループホームでの看取りに関する加算について施設又は要件緩和が介護報酬の改定で行われてきている。

施設等においては、医師、看護師、介護職員がチームとして総合的な看取りの体制を構築する必要があるが、介護老人福祉施設や特定施設、グループホームにおいて看取りを行うには、体制が十分とはいえない課題がある。

看取りに際して福祉施設等では、医師による診断や治療又は指示などの医行為が必要であり、医師、医療機関の関与が極めて重要な要素である。

特に、介護老人福祉施設での看取りを進めるために、配置医師や在宅療養支援診療所（病院）が十分に関与していけるようターミナルケアの外付けをより一層進めていく必要があると考えるが、各県のお考えと日医の見解を伺いたい。

(6) (7) 一括協議

<各県回答>

各県ともに、特別養護老人ホームにおける医療の外付けの見直しや、診療報酬上の制約の緩和等が必要であるとの回答が示されるとともに、福祉施設等における看取りについても、現行の医療給付と人員体制では極めて困難であるとの認識が示された。

また宮崎県より、宮崎県国保援護課が宮崎県内の特養の嘱託医宛に出した文書（平成 22 年 6 月）において、「施設内に配置している職員が行った医療行為については、算定できない。

従って、点滴注射等の算定はできない。医療機関の看護師等が医師の指示により単独で施設に赴き点滴注射等を行った場合でも、手技料はもちろん薬剤料は算定できない。」と示されていると説明があり、この文書は特養における看取りの妨げになるのではないかと提起された。

<日医コメント>

配置医師がおられて看取りをした場合には、特養には看取り加算が今回ついた。特別養護老人ホームの場合には医師ではなく施設につく。しかし訪問診療でやる場合の見取りにはつく。特別養護老人ホームの配置医師のメリットはどこにあるのかというと、これは入っている人が安心するであろうし、看取りについては、死亡前日、前々日、1 週間、と加算がついたということは、これは明らかに評価していることとあり、特別養護老人ホームについてもどのようにするのかは今後の検討である。

**(8) 通所リハビリテーションにおける認知症を有する高齢者の受入れについて
(鹿児島県)**

<提案要旨>

通所リハビリテーションにおいては、認知症を有する利用者に対してサービスを提供した場合、若年性認知症利用者受入加算(60 単位/日)、認知症短期収集リハビリテーション実施加算(240 単位/1 日・週 2 日迄)が設けられている。

在宅の認知症を有する利用者は、地域密着型サービスを利用している場合と、居宅サービスを利用している場合があり、通所リハビリテーションにおいても認知症を有する利用者は多く、今後増加していくものと考えられる。

認知症を有する方々が在宅で生活を続けるためには、通所リハビリテーションをはじめ、居宅サービスにおいて認知症の高齢者を十分に受け入れられる体制づくりはもちろん、重度な認知症を有する利用者の受入れも必要であり、若年性認知症利用者受入加算の他、何らかのインセンティブが必要だと考えるが、各県のお考えと日医の見解を伺いたい。

＜各県回答＞

認知症を受け入れる際のインセンティブの考え方については、九州各県において賛否両論あり、大分県より、「加算がついたらやる、つかなければやらないということでは、世間から評価されない。」とした意見も示された。

＜日医コメント＞

認知症の受け入れや、リハあるいは若年性認知症の場合は加算がついている、それはやってくれという意味であろうと考える。我々は試されているのかもしれないと考える。

(9) 「認知症疾患医療センター」の今後の整備方針について (大分県)

＜提案要旨＞

大分県医師会は、二次医療圏に1か所以上の「認知症疾患医療センター」の整備をめざして大分県と協議してきたが、平成24年10月9日付で「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」が以下のように一部改正された。

「認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1か所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1か所程度（特に65歳以上が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数か所が望ましい。）を確保すること。」が追加された。

この内容は当方にとって大変好都合であるが、上記下線の部分の字句の解釈で悩んでいる。

①二次医療圏に認知症疾患医療センタープラス認知症の鑑別診断を行える医療機関を整備するのか、②二次医療圏に認知症疾患医療センターまたは認知症の鑑別診断を行える医療機関を整備するのかである。

各権の整備方針及び日医の見解をご教示いただきたい。

＜各県回答＞

本県以外の各県においては、認知症疾患医療センターは既に整備済みとなっており、認知症疾患医療センター等において、認知症の鑑別診断やBPSD対応等を行なっていることが報告された。中でも福岡県においては、県行政や県医師会、センター関係者による「認知症医療センター連絡協議会」を年に2回開催し、今後の整備拡大や業務整理等を協議検討しているとの回答が示された。

＜日医コメント＞

認知症施策検討プロジェクトチームが取りまとめた「今後の認知症試作の報告性について」が平成24年6月18日に公表された。当初、その中に、身近型認知症疾患医療センターなるものが載っていた。身近型というのは何かと確認すると、サポート医のもっと近くで認知症を診られる医療機関を指定するということがあった。日医としては、これはおかしいということで、そうであれば、サポート医が勉強したことを身近に発揮できるようなインセンティブをつけてくれということを申し入れ、この文言が消えた。

認知症に早期介入し悪化させないということが目標であり、そのための施策は大いに賛成である。5年計画や初期集中支援チーム等、いろいろな考え方がある。地域で早く見つけ、判断が難しい場合は専門医に診ていただく。これから増えていく認知症に対してもこれは大きな課題である。これも地域で取り組んでいただきたいと考えている。

印象記



理事 比嘉 靖

平成 25 年 1 月 26 日に九州医師会連合会の平成 24 年度第 2 回各種協議会が宮崎県で開催され、日本医師会からは高杉敬久常任理事が参加しておりました。

介護保険対策協議会においては各県から 9 つの議題が提出され、今回は多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業「地域リーダー研修」への取り組みが、当会を含め 3 県から提案されました。「団塊の世代」が後期高齢者になることで起こる高齢者人口の爆発的増加、「2025 年問題」を約 10 年後に控え、医療と介護の連携の要とされる「地域リーダー育成事業」について、九州各県での取組状況に差異があることが明らかになりました。日医からは、この事業は高齢者人口が爆発的に増えるとされる都市部に合わせた施策ではあるが、今後高齢化の進む地方でも同様な対策が必要となることは明らかであり、老健局の地域包括ケアシステム、医政局の在宅医療連携拠点事業を上手くフィットさせ、これに医師会、特に地域の地区医師会がそれぞれのまちづくりの中で行政とスクラムを組み動かさなければいけないとのコメントがありました。

その他、各種介護保険施設間の医師の医療行為に対する報酬の差異、施設内での看取り、通所リハビリでの認知症ケアについての報酬について、各県での認証疾患医療センターの整備状況などについての協議がなされました。

今回の協議会では、これからの高齢者人口の爆発に備えて、介護保険サービス、在宅医療が統合的に運用され、その受け皿を構築していくことが急務であることが強く感じられましたが、当県での行政の取り組みはかなり遅れており、早急に県医師会、地区医師会が今後協力し、行政へ取り組んでいくところが重要であると感じられました。



3. 地域医療対策協議会

常任理事 宮里 善次
 理事 本竹 秀光
 理事 照屋 勉
 理事 玉井 修



協 議

(1) 基準病床数の算定について (沖縄県)

【提案要旨】

現在、基準病床数の算定については、医療法第30条の4第2項第11号の規定に基づき、一般病床と療養病床それぞれの種別に応じ算定した数の合計数を二次保健医療圏ごとに定めることとされている。

これにより、沖縄県の二次保健医療圏によっては、一般病床の既存病床数が基準病床数を極端に下回る場合であっても、療養病床の既存病床数が基準病床数を上回ることで、総数として基準病床数が過剰となる医療圏が存在している。具体的には、中部保健医療圏において、一般病床の基準病床数は3,056であるのに対し既存病床数は2,486と570床の不足となっているが、療養病床の基準病床数は73であるのに対し既存病床数は1,298と1,225床の過剰となり、総数として中部保健医療圏の基準病床数は640床の過剰となってしまう現状にある。

本県は、人口10万人当たりの救急告示病院数が全国平均(3.1)よりも低く(2.0)、ま

た救急病院の病床数も全国(680.5)より低い(535.6)状況にあり、特に中部保健医療圏においては、人口10万人当たりの救急病院数1.0、救急病院の一般病床数336.2(県内医療圏の63%)と、本県の医療圏においても最も低い状況となっている。このような状況において、中部保健医療圏の救急病院の病床利用率は94~104%(平均100%)を超えるとともに、平均在院日数も9~14日(平均12.9日)と非常に短く、中部保健医療圏における救急医療の体制は限界の状況にあり、喫緊かつ適切な対策が求められているところである。

県行政においては、救急医療に係る特例病床を一定程度増やすことで救急医療の現状をわずかながらでも緩和したいとする方針を示しているところであるが、本来は医療計画の中で地域のニーズに応じた病床数を確保することが緊要であり、そのためにも基準病床の算定については、一般病床と療養病床を合わせた形ではなく、それぞれの必要数に応じた数を算定すべきであるとする。また、基準病床数の算定に老人保健施設や特別養護老人ホームが加味されている

ことも大きな問題であると考える。
 以上について、日本医師会並びに九州各県のご意見をお伺いしたい。

【九州各県回答】

九州各県ともに、既存病床が基準病床を上回る過剰病床となっている。また、基準病床数については、多くの県で一般病床と療養病床を分けて算定すべきであり、特に療養病床の算定に問題意識を抱えている。

一方、佐賀県では、現行制度化で一般病床と療養病床を区分して算出し、運用する場合には、医療機関の地域のニーズを反映した柔軟な病床転換を阻害することが懸念されるとし、基準病床数のシステムも含めて慎重に検討する必要があるとの意見があった。

さらに、大分県からは、「医療圏によっては救急やリハビリに問題があるなど個別の指摘があり、現行制度では医療圏で足りない種別のベッドを作ることはできず、既存病床の病床転用しかない。病床増で医師・看護師確保を求める方が、より困難という問題もあり、ベッド規制がなくなれば解決する問題ではないか。」との意見があった。

【主な意見】

○大分県：先進国では基準病床制度を撤廃していることから、厚労省のワーキンググループでは基準病床制度の見直しが行われている。今後、基準病床撤廃の可能性も考えられる。ただし、仮に撤廃となって自由競争した場合、7対1看護の問題等もあるので、与えられた病床を有効に使えるかどうかについては分からない。流れとしては、新規参入や医療圏で足りない病床の増床が不可能なため、既存病床の転換やM&A等で種別を変えることしか出来ないの、将来的には数回改正が行われて基準病床撤廃の動きが出てくるのではないかと考えられる。

○熊本県：熊本県でも全ての二次医療圏が病床過剰となっているが、病床利用率は約70%となっている。また、二次医療圏内の法人合併や有床

診療所が一般病院へ吸収される動きが見られる。

○長崎県：長崎県でもM&Aが行われ、一般病院が有床診療所の病床を吸い上げ、結果的に有床診療所が廃止になる傾向がみられる。高齢化が進む中で有床診療所の役割は高くなると考えるので、本来あってはならないことで、それなりの規制は必要であると考ええる。

【三上常任理事コメント】

沖縄県からの一般病床と療養病床を分けて算定した方がいいとの提案があるが、逆に言うと、地域の医療ニーズや患者特性が変わった場合を考えると、それぞれの基準病床数に縛られて一般から療養、療養から一般といった移行が出来ない事が考えられるので、別に分けるより、トータルの方が良いのではないかと考える。

基準病床の算定方法には問題があり、一つは平均在院日数を短縮して病床数を削減しようということ、実測地に0.9を乗じて10%を削減していく形がとられている。また、ブロック別に分けた基準値を設定しており、地域ニーズに合わないことが起こっている。さらに、在院日数についてはDPCの関係から、これ以上減らすことが出来ないにもかかわらず、0.9を乗じていることが問題である。

もう一つは、療養病床の算定についても、介護施設などで対応可能な数が差し引かれているため、本来必要な数よりも少なく算定されている可能性があり、今後、見直していく必要がある。

さらに、有床診療所の病床を一般病院の病床に吸収されている傾向が見られるが、本来、有床診療所の病床数を基準病床数に盛り込まれることになっているものの、本来、有床診療所と病院の病床の役割は違うと考えているので、問題意識として持っており、現在調整中の段階である。

(2) 地域医療計画の見直しについて(福岡県)

【提案要旨】

地域医療計画の見直しについては、平成24

年9月29日の同協議会にて各県での対応についてお伺いした。

本県では、この見直しについて、地域の医療を担っている医師会としての意見を積極的に提言するため、県医師会に地域医療計画見直しプロジェクト委員会を発足させ、平成24年10月の第6回委員会で取り纏めを行い、「福岡県保健医療計画見直しの提言」として福岡県医療審議会医療計画部会に提出した。

現在、行政では保健所を中心に5疾病・5事業および在宅医療の現状と課題について取り纏められており、やや遅れているものの、今後、ヒアリングやパブリックコメントを経て医療審議会での答申、保健医療計画の公示となる予定となっているので、今回の提言が計画の内容に反映されることを期待している。

については、各県における保健医療計画の見直しの進捗状況についてお伺いしたい。

【九州各県回答】

九州各県ともに、会内委員会もしくは県行政が設置する医療審議会や医療計画策定に関する協議会等へ会長や担当役員が参画し、医師会の意見を反映している。

また、今後のスケジュールに関しても、協議会等での意見を踏まえ、パブリックコメント等を経て医療審議会での答申、当該計画の公示の予定となっている。

前回の地域医療対策協議会の回答と同様に、福岡県と熊本県、宮崎県においては既存の委員会ではなく、医療計画見直しのためのプロジェクト委員会や意見交換会等を開催し、県行政への提言を行っている。

【主な意見】

○大分県：福岡県のようにプロジェクト委員会を設置し、行政に提言することは理想的な事である。本県では、二次医療圏の見直しや基準病床等に関して、前回と変わらないのが現状である。結局は、厚労省が描いたシナリオに乗っかって、一部、二次医療圏の見直しについては反映したという結果になった。現実的には変わっ

ていないが、内容的にはかなり深い議論が展開でき、自県の地域格差が明瞭に出たのではないかと思う。

【三上常任理事コメント】

地域医療の再興は横倉会長のキャッチコピーでもある。

平成23年に日本医師会は、4疾病5事業に関する調査を行ったが、医師会が主導的あるいは関与し、医療計画を策定した方が地域の実状を確認できるという結果になっている。

地域医療対策協議会や医療審議会が形式的な傾向にみられるので、是非、医師会の積極的な関与をお願いしたい。

厚労省の病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会では、平成30年度に都道府県地域医療ビジョンを策定するための議論を展開している。

当検討会の制度設計の中で、都道府県医師会の関与を強調し、連携を密度の濃いものにしなければ地域差が生じるといふ提言をしていきたい。

※ (3) (4) 一括協議

(3) 第6次保健医療計画における在宅医療圏の設定等について（熊本県）

【提案要旨】

計画（案）では、各市町村の医療資源の状況には大きな差があることから、一般的な保健医療が概ね完結できる二次医療圏をもってひとまず在宅医療圏とし、その上で、在宅医療に関する医療と福祉の連携体制や在宅医療圏のあり方などについて、引き続き、十分な検討を行うことになっている。

在宅医療圏の設定について、各県の状況をご教示いただきたい。

また、本県では、平成24年度内の計画として、二次医療圏単位とした各郡市医師会をはじめ各職種の代表者に「地域リーダー研修会」を開催する予定であり、県医師会、郡市医師会の役割が重要となるが、各県においてどの様な取り組みとなっているかご教示いただきたい。

(4) 在宅医療における都市医師会、県医師会の関わりについて (宮崎県)

【提案要旨】

今後の高齢者の増加と若年者の減少という人口構造が変化する中で、現状の急性期入院医療を中心とした医療提供体制のままでは、患者ニーズに応えられないだけでなく、医療機関経営にも機器をもたらすことが危惧される。

在宅医療の充実が必要になることは明白であるが、現状は、在宅医療へ積極的に関わる医師が少なく、在宅患者の病状変化に対応する後方病床の確保が困難、訪問看護や介護施設との連携不足、また情報不足など、解決すべき課題は多岐にわたる。これらに対して都市医師会、県医師会が積極的に働きかけていくことが必要と考えている。当県では、本年5月に宮崎県医師会在宅医療協議会を立ち上げ、都市医師会ごとに医療・介護資源のマップ化と、多職種連携を図るための定期的な協議会や交流会を行う方向で動き始めた段階である。

各県における医師会としての在宅医療の関わりの方、また有用な取り組みがあればご教示いただきたい。

【九州各県回答】

在宅医療圏の設定は、二次医療圏を単位とした設定が多くみられるが、大分県、長崎県においては、都市医師会を単位に設定している。沖縄県では現時点で検討は行われていない現状である。

「地域リーダー研修会」の今後の予定については、九州各県ともに事業主体や具体的な方法が定まってはいないものの、県医師会や各都市医師会の役割について重要視している。

今後の医師会としての関わりについては、九州各県ともに、地域リーダー研修会の実施や多職種による協議会の設置、実態調査、人材育成、普及啓発活動等々、体制整備に向けた取り組みを展開していくことが重要であるとしている。

【主な意見】

○大分県：在宅医療圏については、小さすぎる

と纏まらないので都市医師会単位としている。10のモデルがある中で、まずは別府市医師会立の訪問看護ステーションを連携拠点とし、開業医と訪問看護、その他の施設を連携して実施している。問題は地域包括ケアの都市部と郡部では状況が違うので、県医師会の役割としては都市部や郡部などの地方であっても、どう支援していくかというアイディアを考える必要がある。

○長崎県：長崎県では、長崎在宅 Dr. ネットを立ち上げて活動している。県の役割は在宅、救急医療体制が整っていないところの支援を考えていくべき。リーダー研修等を通じて県医師会として関わりを持っていきたいと考えている。

○鹿児島県：在宅医療は多くの関係機関等との連携が必要である。そのためには、二次医療圏単位で設定し、都市医師会等の意見を踏まえるべきである。連携の中心になるのは医師会であると考えている。

○佐賀県：拠点は医師会が良いと県に調整している。在宅医療圏を中学校区にするにしても都市医師会と調整が必要になる。後方支援も医師会がないと出来ない。二次医療圏に都市医師会と訪問看護ステーションがあるところは、拠点として成り立つが、ないところをどうするか問題が残っている。

○熊本県：ペイがなければ進まないと思う。診療報酬の関わりについても研修の中に盛り込んでいきたい。

○宮崎県：市内は体制が整っているところもあるが、少し離れると有床診療所の無床化や高齢化等により厳しい状況にある。地域包括ケアを都市医師会が中心となって調整役となれば、上手くいくのではないかと考える。

○長崎県：2年前に在宅医療に係る地域の医療資源調査を実施したところ、へき地に関して在宅医療を実施するところが少なく、訪問看護師

も少ない状況にあった。介護施設での在宅死が現実なのではないかと考える。そのためには在宅医療に対する意識を持っていただく事や在宅医療に関する技術的指導を行うような研修会が必要ではないかと考える。

【三上常任理事コメント】

基本的に在宅医療は介護をベースにしなければ出来ない。従って、医療圏ではなく在宅（介護）医療圏で設定する必要がある、2次医療圏での設定は難しいと考える。ただ、地域包括ケアシステムは中学校区が基本となっているものの、都市部と郡部でも明らかに違う。地域ケア研究会のタナカ先生が作っているモデルは都市部の高齢化を見据えたモデルで作られている。

リーダー研修は、九州ブロックで齟齬があり、国立長寿医療センターの説明会が行われたが、医師会を通さず行われた経緯がある。先方には申し入れをして謝罪を受けている。

また、医政局を中心とする在宅医療連携拠点事業と老健局が主導している地域包括ケア支援センター事業等、二本で走っていることから齟齬が生じている。今回は、在宅医療連携拠点事業の中で市町村を中心に実施していくということもあり、郡市医師会に委託できる形となっているので、郡市医師会が計画を立てていくことが重要となってくる。

さらに、今回、地域医療再生基金の積み増しとして500億円が補正され、在宅医療が盛り込まれることになった。その中で、災害対応と急変時対応の部分で、郡市医師会が関与できるものとされている。在宅医療連携拠点事業には薬局の部分と小児対応の2つしか残っていないので、既に市町村と郡市医師会と話し合いをして、最終的に県医師会が関与していく形を取り、地域医療再生基金に組み替えていく形を取った方が良いと考える。

在宅死の届出が少しずつ増えてきている。しかし、自宅ではなく介護施設での増加である。医療において在宅とは特養までで、介護においては特養は施設で、グループホームや高専賃、サ高住は在宅となる。本来の自宅と集合住宅の

ような居住系施設と24時間看護師等が配置されている介護老健施設や病院等、様々な形で分ける必要があるが、それぞれ地域の実状に応じて展開していく必要がある。

今後、自宅あるいは居住系施設等での看取りも考えていく必要があるが、これら診療報酬や介護報酬を同じように扱っては効率的でないと考えている。

(5) がん地域連携パス利用の普及にむけて (長崎県)

【提案要旨】

長崎県においては、がん地域連携パスの普及に向けてワーキンググループを立ち上げ、活動を行っているところであるが、登録数が増えないのが現状である。

そこで、九州各県における、がん地域連携パス利用の現状と、普及に向けた取り組みをお教え願いたい。

ちなみに、本県においては、8拠点病院（6がん診療連携拠点病院と、それに準ずる2県指定がん診療連携推進病院）と209の連携医療機関が登録。連携医療機関は全拠点病院と連携する事になっているが、県下統一のパスは作っておらず、その作成にむけて提案中である。連携医療機関数は、24年度の登録患者数は次のとおり。

	乳がん	胃がん	大腸がん	肝がん	肺がん
連携医療機関数	145	198	195	184	170
登録患者数	34	28	12	3	15

【九州各県回答】

九州各県ともに、連携医療機関数は多くの医療機関が参加しているものの、登録患者などパスの適用が低い状況となっている。

熊本県から、拠点病院間や診療科において、パスに対する意思の偏りがあり、如何に熱心なスタッフを養成するかが重要との意見があった。

佐賀県から、年1回の報告会より、パス本体の精度が高すぎることで、拠点病院あるいは連携する地域の医療機関等において、パスの理解や自覚が不十分であること等の意見があった。

福岡県から、パスを使用する医療機関のアンケートより、記入が大変であることや費用の問題、拠点病院が自己完結型で地域医療連携の意義がない等の結果が紹介された。

大分県から、行政主導で実施している為、趣旨が伝わらない。拠点病院のコーディネータの役割が重要で、横のつながりに重点を置くべきであるとの意見があった。

鹿児島県から、自己完結やコーディネータの役割が連携パスに繋がる運用になっていないとの意見があった。

【三上常任理事コメント】

平成22年の診療報酬改定において、がんの地域連携推進やがん医療水準の均てん化の目的で、がん診療連携拠点病院と診療計画策定の連携病院や診療所で算定が可能となった。

がん地域連携クリティカルパスを普及させることで、診療所と病院間の一層の連携推進に繋げることをしている。

日本医師会の公衆衛生がん対策推進委員会において、都道府県医師会を対象とした、がん地域連携クリティカルパスの調査を行った。

調査結果では、70%で5大がんのパスが実施されており、90%のがん診療連携拠点病院がパスに参加している状況である。

また、がん診療連携拠点病院より、医師会や地域医療対策委員会に協力・支援を求める声や地方厚生局への届出の件について協力を求める声があった。

パスの全県下統一については、必要性は認めるが、既に独自で成功しているところもあるので、全て統一するのは難しく、必ずしも推進するものではない。しかし、患者の囲い込みが行われることが無いよう、医師会が参加して適切な医療提供体制の整備を図るべきであるとする。

日医のがん対策推進委員会では、会長諮問を「我が国におけるがん対策の諸問題とその解決

のための模索」としている。

当委員会の議論の中で、パスについて措置が進んでないとの意見やパスを利用して報われないとの意見があがっている。

また、医師会を中心に医師のみならず市民向けの啓発活動も重要であるとし、委員会において対策を検討し、作業の煩雑においても統一パス作成やインセンティブの面で国に要望していきたいと考えている。

(6) ①へき地医療についての各県の取組みについて
②社会医療法人とへき地医療について
(熊本県)

【提案要旨】

①少子・高齢化、地域の医師不足は深刻である。本県は県立病院がなく、義務年限を終了した自治医大出身者の地元定着率も低く、特にへき地医療も厳しい状況にある。県民の医療に関する問題であるので、政策医療とは言え県医師会としても協力・支援する必要があると思うが、各県の状況は如何か。

②今後「1年間のへき地医療支援の実績を経て社会医療法人になれば非課税」ということを主目的とした社会医療法人も増えてくる（行政側は増やしたいと考えている）と思われるが、医療の質・継続性、住民の希望への対応など少なからず懸念が残る。へき地医療支援と社会医療法人に関してどの様なスタンスで対応していくか、各県のご意見等をご教示いただきたい。

【九州各県回答】

九州各県ともに、へき地医療の取り組みについては、直接的な関与はないものの、行政が設置する協議会等への参画や自治医大卒業生の義務年限等を活用している。

なかでも、福岡県では、福岡市医師会が福岡市より運営委託を受けて、玄界島診療所の運営を行っている。

鹿児島県では、鹿児島赤十字病院が実施している離島での特定診療科（眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科）巡回診療において、眼科医会や耳鼻咽

喉科医会と連携して協力している。

宮崎県では、県・市町村、宮崎大学及び県医師会で構成する県地域医療支援機構を設置し、医師のへき地医療機関への派遣について協議を行うなど、へき地医療の充実に向けた積極的な取り組みが進められている。

社会医療法人とへき地医療については、九州各県ともに、社会医療法人が地域の実状に応じた公益性の高い役割を担うことは望ましいとするものの、質や継続性、サービスの向上等は必須要件であるとし、認定審査の書類上の基準を満たすだけでなく、非営利性を徹底し、年度ごとの活動実績を審議・評価する場が必要であるとされた。

なお、へき地医療で認定されているのは、鹿児島県（4か所）と長崎県（1か所）のみとなっている。

【主な意見】

○鹿児島県：医師不足の背景には研修制度があげられる。出身大学で研修を行うという事に戻さないと根本的な解決は図れないのではないか。

○三上常任理事：地域に残ってもらう方策として医師養成のグランドデザイン第3版を作成中である。卒業大学に研修センターを作り、そこに登録後、マッチングするという仕組みになっている。出身大学で全て研修することは難しいので、出身大学を中心に研修をしていくというシステムになる。医師偏在対策として、地域医療支援センター構想と地域医療対策協議会の活性化、大学病院の研修センターと都道府県研修機構を設置し、都道府県単位で医師の配置を考える仕組みを構想として考えている。

○大分県：社会医療法人は公的意味合いが強い医療法人であるが、実状はそうでもない気がする。ある程度、透明性の担保や評価・検証等が行える仕組みづくりが必要と考える。

【三上常任理事コメント】

基本的にへき地で簡単に社会医療法人が取得できるかという点、ほとんどが救急医療での認定になっていると思う。いわゆる優遇税制があるので法人経営は楽になる。

本来は、公立病院の指定管理者になってもらおうと考えていた。日医の立場としては医師会が主導でやってもらうという考えであった。

現在、社会医療法人の要件は4疾病5事業のうちの5事業と公益性が高い事業を実施することが認定要件となっている。また、非営利徹底という事で特定医療法人と同様な要件を満たしていることになる。5事業の問題に関しては逆に、人口が増えればへき地要件がなくなることや橋が架かれれば離島でなくなることで、近場に大きな救急病院が出来て救急患者が激減するなどの外的要因が基準に入っていることが大きな問題で、要件を満たさない場合、内部留保を無限に遡り、それに対し課税する制度となっているので見直す必要がある。

(7) 高齢者の救急搬送と高次救急医療施設の後方支援について（佐賀県）

【提案要旨】

救急搬送の中で高齢者、特に75歳以上の割合は今後急速に増加するものと考えられている。特に居宅系の介護施設や介護老人保健施設などからも搬送が増加傾向にある。さらに、高齢者は合併症も多く、急性期病院から退院が可能となっても、元の施設あるいは在宅では受け入れられないケースも多く、後方支援の入院施設を探すことに労力を費やすことも多い。

このまま推移すれば高次救急機能の低下が懸念されるが、これらの問題に対し各県で何らかの取り組みをされているのか伺いたい。

【各県回答】

①各県の対応策について

高齢者の救急搬送については、各県とも救急搬送の増加傾向が見られ、具体的な対応策を講じているのは大分県のみであった。大分県は、国が実施する「在宅医療連携拠点事業」を通じ

て、3地域で医師会を中心に取り組みを開始していると報告した。

また、長崎県、熊本県、福岡県、沖縄県の4県では、行政や各々専門部会等での検討段階にあるとの回答であった。

この他、長崎県から日医へ、在宅医療の推進にあたり、後方支援の手段として、有床診療所の必要性と入院基本料の増額を訴えて欲しいとの要請があった。また、福岡県では、救急告示病院の医師やコ・メディカル等で構成された「福岡救急医学会」で「予防救急」という概念が提唱され、今後、救急搬送を減少させるための方策を検討することを説明した。また、沖縄県からDNARの意思表示について統一したフォーマットでの運用が望ましいとの意見があった。

【三上日医常任理事からのコメント】

高度・急性期病院へ終末期の方々が搬送されることは避ける必要がある。基本的には、慢性期病院や有床診療所等で引き受けて貰えるような連携システムを各地域において構築していく必要がある。地域の実情に応じて勧めていただきたい。

(8) 県医師会医療紛争処理委員会の今後について (長崎県)

【提案要旨】

長崎県医師会医療紛争処理委員会は昭和40年4月1日に設置され、会員の物心両面の負担軽減を図るため、付託された当該医療紛争事件について、相手方との交渉、紛争処理並びに解決にあたっている。

委員構成は、医師16名、顧問弁護士3名で、加入者はA会員全員加入、B・C会員任意加入で平成24年11月現在A会員1,236名、B・C会員667名(1,979名中)で、現在、加入者から月額200円の負担金を徴収している。新法人移行にあわせて平成25年4月から負担金徴収を廃止することになったが、医療紛争処理委員会はこれまで通り継続し、その事業に要する費用はこれまでの積立金を充当することとした。

昨年、日本医師会は医療事故調査に関する検

討委員会答申において「すべての医療機関に院内医療事故調査委員会を設置」、「ADRの活用を推進する」などの目標を掲げた。診療所においては院内医療事故調査委員会を設置することは難しく、県医師会又は郡市医師会の中に設置し各診療所での事故発生時に指導・活用できるように考えているが長崎県ではまだ手つかずの状態である。またADRについても中立処理の場を提供できるよう設置が望まれるができていない。県の医療紛争処理委員会は今後進化してADRの役割、医療事故調査委員会の役割を果たせるのか、または別組織を作っていくのか各県の動向を教えてください。

【九州各県回答】

九州各県ともに、「医療事故調査委員会」、「ADRの活用」については、中小病院や診療所に設置が困難な事や日医の方向性がはっきりした段階で検討することとしている。

熊本県では、平成24年8月に「医療安全会議」を設置し、その下に「医療安全委員会」、「医療事故調査委員会」、「医事紛争処理委員会」の3委員会を設置し、組織強化を図った。

福岡県では、既存の「福岡県医師会医事調停委員会」が最善のADRと考えており、郡市医師会長宛に医療ADRに乗らないよう会員にお願いしている。また、院内医療事故調査委員会については、診療行為に関連した福岡県医師会調査分析事業を立ち上げ、医師会が院内医療事故調査委員会の設置を支援する「福岡方式」を構築している。

沖縄県では、既存の医事紛争処理委員会が「医療事故調査委員会」や「ADR」的な役割を担うことを検討するとともに、既に委員会に医療側だけではなく患者側からの意見聴取の場(顧問弁護士同席)も設定する等、ADR的な取り組みを行っている。

【三上常任理事コメント】

昨年の12月26日に第2期目の医療事故調査に関するプロジェクト委員会で検討が行われ、各ブロックの医師会、全国医学部長病院長

会議の代表を中心に議論が展開されている。

日医の基本的な考えとしては、善意で患者の命を救おうとする医師が、結果が悪かったことで刑事責任を問われることのない仕組みを構築することである。

原因が明らかにならない場合は、まず医療提供者自身により医学的な原因究明を院内調査という仕組みで決定し、それでも納得が得られない場合に第三者機関を活用する。

これは医療提供者の原因究明と患者遺族への説明、再発防止を徹底するための仕組みであり、遺族への説明や理解を得るための ADR 活用や最終的に救済制度の活用を提言している。

各医師会で実質的に ADR 的な機能として実績である医事紛争処理委員会というものを活かしつつ、患者遺族側にも開かれた仕組みを目指すということも重要である。

しかし、今後具体的な制度設計をしていく中で、地域の実状や経験から学ばせていただくという認識をもっている。

(9) (10) については、関連議題につき一括協議が行われた。

- (9) 大規模災害における九州ブロックの JMAT 活動を認識した災害医療救護協定の各県における進捗状況について (大分)
- (10) 第 6 次保健医療計画 (災害医療) における県医師会の位置付け並びに県防災計画における JMAT の位置付けについて (熊本県)

【提案要旨】

「災害医療救護協定」「第 6 次保健医療計画」「県防災計画」における各種位置づけについて、各県の状況を伺いたい。

【各県回答】

①「JMAT」活動を認識した「災害医療救護協定」への位置づけについて

JMAT を認識した救護協定の締結は長崎県が先行しており、ほぼ完成に近い状態にあると回答した。協定では、県医師会が派遣する医療救護班を「JMAT 長崎」として位置づけられ、活

動内容は、トリアージ、応急処置、搬送支援、死亡確認他を、原則として避難場所、避難所、及び災害現場等の救護所において実施する。さらに、県行政が必要と認めた場合には、県外での活動要請もあるとのことである。

熊本県、佐賀県、宮崎県の 3 県は、今年度中に「JMAT」の文言が盛り込まれる見込みであるとした一方、福岡県、沖縄県の 2 県は、現時点で行政と調整段階にあると述べた。

また、鹿児島県では、既に保健医療計画 (案) に「災害時医療救護協定に基づき県医師会と連携し、医療救護班や JMAT の適切な配置に務める」と明記されているが、役割等明確な位置づけがないと説明した。

この他、沖縄県が関係団体への JMAT の意識付けを図るため、県防災訓練に「JMAT 沖縄」として参加したとの報告があった。福岡県は、郡市区医師会にも行政との協定の締結を図るよう促していると報告があった。

また、大分県から作業が思うように進んでいない要因として、JMAT が日医からの要請に基づく派遣であるのに対し、現行の救護協定は「県から県医師会に派遣要請を行う」点であると説明し、この問題を解決しないことには、「事後追認や補償の問題などの具体的な検討が難しい」と指摘があった。

各県とも先駆的に進められている長崎県の協定を参考にしたいとの意見があった。

②「第 6 次保健医療計画」における「県医師会」の位置づけについて

大分県、鹿児島県、宮崎県の 3 県で県医師会救護班あるいは JMAT の文言が明記されているとの回答があった。なかでも宮崎県は「県外派遣」を想定した災害時における医療救護に関する協定の見直しについても記載されているとの報告があった。また、佐賀県や沖縄県では、県行政と調整段階にあるとの回答があった。

提案県の熊本県は、古くからの特性もあり行政の理解が乏しく、目標達成には程遠い状況にあることを報告した。

③「県防災計画」における「JMAT」の位置づけについて

現在のところ、大分県が「県医師会医療救護班」、長崎県が「JMAT」として、それぞれ明記されていると回答した。熊本県、福岡県、鹿児島県、沖縄県の4県は、それぞれ行政等と調整段階にあると回答した一方、宮崎県は、次期改定時にJMATも医療救護班の1つとして記載される見通しであると報告があった。

また、佐賀県では、現行の災害時医療救護マニュアルで、県医師会理事が県行政の災害対策本部における医療救護部門へ、非公式アドバイザー的位置付けで出動することになっていると説明があった。

④その他意見要望

大分県から日医に対して、JMATが自画自賛にならないよう、日医の積極的な研修会の企画開催を求める意見があった。

また、鹿児島県から日医救急災害対策委員会の報告書を3月を目途に取り纏めることになっているとの説明があった。報告書ではJMATの役割や衛星ステーションのコラボ、ブロック単位での対応、薬の選別など「医師会による救急・災害医療体制の整備」について提示する予定とのことである。

宮崎県からJMATの位置づけについては、県行政も理解しだしているものの、日医や国のスタンスを明確にして貰わなければ、前進しない問題であるとの意見があった。

【三上日医常任理事からのコメント】

JMATについては、防災計画や医療計画の中にしっかり位置づけることが肝要である。その為には、県と行政との間で、災害時の医療救護協定の締結をお願いしたい。

医療救護協定の締結に関しては、震災直後に日医が調査したところ44県で既に県との締結がされていたと伺っている。

その後、県行政との見直しについては、①費用負担、②二次災害時の補償責任、③緊急時の事後承諾等、定期的に見直す必要がある。日医

としても各県で前に進むようにバックアップしていきたい。

各県においては、協定の締結が済み次第、内容について日医へお知らせいただきたい。この協定が出来た段階でJMATの派遣先もある程度決まってくるものと考えている。各県から協定書が出てれば国も位置付けし易くなると考えている。

(11) 大規模災害時の医科歯科連携の取り組みについて (鹿児島県)

【提案要旨】

災害時における歯科医師会との連携について各県の状況をお伺いしたい。

本会では、本年11月、歯科医師会からの呼びかけにより、災害時の医療連携体制の整備に向けて意見交換会を開催した。

今後は、災害時の「医療救護業務」「死体の検案、身元確認業務」の2点について、顔の見える関係を構築し、年1回程度協議の場を設けることになった。また、本会警察協力医会と警察歯科医会が連携の上、研修会を催すことなどが確認されている。

については、大規模災害時における歯科医師会との連携の取り組みや、警察協力医会と警察歯科医会との連携の取り組みなどあればご教示いただきたい。また、併せて、救護所での活動には不可欠な薬剤師会との連携についてもご教示いただきたい。

【各県回答】

①歯科医師会との連携について

鹿児島県を除く全ての県で、災害時における医科歯科連携は出来ていないとの回答があった。大分県、佐賀県、宮崎県、沖縄県の4県は、行政主体の取り組み(県防災訓練、救急医療協議会、国民保護共同実動訓練等)を通じて、歯科との連携はあると回答があった。

この様な中、沖縄県が策定中の「沖縄県医師会災害医療計画」において、歯科医師会や薬剤師会、看護協会等と協力協定を結ぶ予定との説明があった。

次いで、熊本県が既存の熊本県救急医療連絡協議会（警察・消防・歯科医師会・薬剤師会・看護師協会・警察医会・熊本空港・自衛隊・海上保安局・県医療政策総室など）で歯科連携も視野に入れているとの説明があった。また、佐賀県では「科学捜査研究会」において、警察医・検案嘱託医（医師、歯科医師、警察関係者）の交流が行われており、また、県内外災害時の検案班派遣体制については、県警と医師会間で協議を行っているとの説明があった。

長崎県は、従来の関係団体としての枠組みで連携は図っていると述べた。

②薬剤師会との連携について

現状、全ての県で薬剤師会との連携は無いと回答したが、沖縄県で協力協定を結ぶ動きや福岡県で協議の場の検討も考えるとの説明があり、各県とも連携の重要性は認識しているとのことであった。

印象記



常任理事 宮里 善次

平成 25 年 1 月 26 日に宮崎観光ホテルにおいて、九州医師会連合会が開催された。『平成 24 年度第 2 回各種協議会』は①医療保険対策、②介護保険対策、③地域医療対策の三部門が協議されたが、筆者は地域医療対策部門に参加させて頂いた。

今後在宅医療の推進を考えている厚労省は「平成 24 年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業委託費実地要綱」を定めた。

当県から「地域リーダー研修」の状況を伺ったところ、医師会立の訪問看護・ヘルパーステーションや在宅医療連携事業者の代表等を中心に受講したり、熊本県のように医療、福祉、介護、行政からなる在宅医療連携体制検討協議会を発足させて活動している現状が報告された。

福岡県においては国立長寿医療研修センターから提供されたテキストを使って、グループワークを展開する予定である。

佐賀県では、在宅医療連携拠点事業を県行政が受託し、保健福祉事務所、郡市区医師会、県医師会が連携して県下全域で実施している。

報告では各県とも取り組み方が若干異なるが、地方医師会が主導し県医師会が応援する形で本事業を推進すると云う点は共通であった。

その中で大分県から「特定の医療機関や事業所が主導すると囲い込みの懸念から他の医療機関や事業所の参加が停滞する恐れがある」と云う指摘は印象的であった。

さて、当県において在宅医療連携拠点事業として中部地区医師会と浦添市医師会の事業が採択され取り組みが行われているが、他県における在宅医療の普及への取り組み状況については医療圏の範囲をどう設定するかで議論がなされた。二次医療圏を範囲と考えている県が多かったが、在宅医療を積極的に行う医師が不足していることや、在宅から入院となった場合の受け入れや退院調整の困難さが指摘された。

日医の担当理事からは、在宅医療は東京や大阪、愛知、福岡などの大都市を念頭にいった計画であり、30 分以内の連携を考えていることが示された。

地方においては地方にあったやり方を工夫する必要があると述べられたが、少子高齢化で共稼ぎをしないと生活できない時代に、逆行する制度ではないのかと云う意見も印象に残った協議会であった。

印象記



理事 本竹 秀光

平成 25 年 1 月 26 日（土曜日）に宮崎県で開催された九州医師会連合会平成 24 年度第 2 回各種協議会における地域医療対策協議会に宮里常任理事、照屋理事、玉井理事とともに参加した。その中で私の担当は医事紛争処理に対する長崎県からの提案事項「県医師会医療紛争処理委員会の今後について」の協議への参加であった。提案の内容は、長崎県は昭和 40 年に長崎県医師会医療紛争処理委員会を設置、会員の物心両面の負担軽減を図るべく、医療紛争処理並びに解決にあたってきた。昨年、日本医師会は医療事故調査に関する検討委員会答申において「すべての医療機関に院内医療事故委員会を設置」、「ADR の活用を推進する」などの目標を掲げている。しかし、現実問題として診療所においては院内事故調査委員会の設置は困難であり、代わりに県医師会や郡市医師会の中に設置し、診療所での事故発生等に関して対処できるよう考えているが、実行には至っていない。そこで各県の現状はいかがかの提案であった。沖縄県は院内医療事故調査委員会を設置していないが、既存の医事紛争処理委員会がその任に当たっている。内容は医療側だけでなく患者側からの意見聴取（顧問弁護士同席）も設定し、できる限り公平性を保ち、ADR（裁判外紛争解決手続き）的機能も合わせて行っている旨回答した。印象に残ったのは熊本県からの回答であった。平成 24 年 8 月に医療安全会議を設置、その下部組織として「医療安全委員会」、「医療事故調査委員会」、「医事紛争委員会」を設置し、それぞれの問題に対処しているようであった。また、福岡県は昭和 38 年に「福岡県医師会医事調停委員会」を設置し、医師 11 名、弁護士 3 名で構成し、毎月 1 回の委員会を開催しており、3,953 件の事案に対処してきたと報告していた。この委員会は極力中立の立場をとっており、改めて ADR の必要性はなく、むしろ会員には安易に ADR に乗らないよう通知しているとのことであった。結論として多くの県では医事紛争処理委員会が依然中心であり、現段階で新たに院内医療事故委員会を設置することは人的、物的な面で困難であるとの意見が多かった。また、ADR の活用については否定的であった。

印象記



理事 照屋 勉

「九州医師会連合会：平成24年度第2回各種協議会」に初めて参加させて頂きました。小生が参加したのは、「地域医療対策協議会」…。とても内容の濃い“11題”もある協議事項の中の、(1)「基準病床数の算定について」、(2)「地域医療計画の見直しについて」、(5)「がん地域連携パス利用の普及に向けて」、(6)①「へき地医療に関する各県の取り組みについて」、②「社会医療法人とへき地医療について」…という“4題”の担当ということで協議を拝聴いたしました。沖縄県が提案いたしました協議事項(1)に関しましては、【日本医師会：三上常任理事】からの、①「地域の医療ニーズや患者特性が変わった場合、一般から療養・療養から一般という移行が出来ない事態が想定できるので一般病床・療養病床を分けて算定するより、トータルで考えた方が良いのではないか?」、②「基準病床・療養病床の算定方法には問題があるので、今後見直していく必要がある!」、③「有床診療所の病床を一般病院の病床に吸収する傾向が見られるが、“有床診療所と病院の病床の役割は違う!”と考えているので、現在、問題意識を持って調整中の段階である!」…というコメントがとても印象的でした。また、協議事項(2)・(5)・(6)に関しましては、「各県医師会・地区医師会が積極的に関与して欲しい!」というのが最終結論のようです。ところで、沖縄県においても、平成元年に「沖縄県保健医療計画」が策定され、ほぼ5年毎に見直しを行っておりますが、平成24年度まさに今年度が、その見直しの年です。ご周知の通り、平成24年3月に、国の「医療提供体制の確保に関する基本方針」が一部改正されました。「4疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)」に「精神疾患」を加え、「5事業(小児医療・周産期医療・救急医療・災害医療・へき地医療)」に「在宅医療」を加え、「5疾病5事業及び在宅医療」となり、今後も各々の医療提供体制の構築が重要課題であるとされております。新しく追加された「精神疾患」に関しては、「うつ病対策」・「自殺対策」・「認知症対策」など早期に精神科医療が提供され、再び社会復帰することができる体制創りが求められております。また、少子高齢化社会において、慢性期及び回復期患者の受け皿として、“看取り”を含む「在宅医療」の提供体制の整備も求められております。そして、「沖縄21世紀ビジョン基本計画及び実施計画」の個別計画として位置付けられている「沖縄県保健医療計画」の基本的な方向性のポイントとして、①保健医療サービスの推進、②主要な疾病ごとの医療連携体制の整備、③離島・へき地医療の向上、④保健医療従事者の養成・確保と資質の向上、⑤医療機能情報提供の推進…などが挙げられます。今後も、県民・医療機関・医師会・教育関係者・保健関係者・行政がさらなる連携の強化を図り、“肥満解消”を目的とした「メタボ・ロコモ対策、禁煙・節酒、ストレスマネジメント・歯周病対策」を推進させ、「健康長寿復活」を願い、「安心・安全に暮らせる島」を目指し、一丸となって奮闘努力することが最重要課題と考えます。それにいたしましても、「九州医師会連合会：各種協議会」の多岐にわたる問題点・膨大な情報量・限られた時間etc…。「同協議会」の必要性・重要性・奥の深さを痛感し、かなり勉強させて頂きました。本当にありがとうございました。

印象記

理事 玉井 修



平成 25 年 1 月 26 日（土曜日）午後 4 時より開催される九州医師会連合会に参加するために鹿児島空港経由で陸路宮崎に入った。午前 of 外来をギリギリまで診てからの移動なので慌ただしいが、飛行機でも移動中のチャータータクシーでも今回は照屋勉先生とご一緒なので何だかビールでも飲みたい気分である。会議会場である宮崎観光ホテルには会議開始 30 分前の 15:30pm に到着し、身支度を整えて会議へと臨んだ。

地域医療対策協議会は基準病床の算定、地域医療計画の見直し、在宅医療圏の設定、在宅医療における郡市医師会、県医師会のかかわり、がん地域連携パス、へき地医療について、社会医療法人とへき地医療について、高齢者の救急搬送と高次救急医療施設の後方支援について、医療紛争処理委員会、災害医療救護協定について、県防災計画における JMAT の位置づけ、災害時の医科歯科連携についてなど、広範囲で内容的に深い問題を扱っていた。この様なボリュームのある内容を僅か 2 時間で協議するのは大変な事だろうと思っていたが、予想通り会の進行は困難を極め、日医の三上裕司常任理事からの発言をもっとじっくり聞きたいと思ってしまう事も多かった。

私の担当する救急災害医療に関しては後半の協議だったのでほとんど議論の時間もなく、少々物足りない感じがした。もう少し協議項目を絞り込んでも良いのではないかと感じた。来年度は沖縄県で同協議会が開催される予定となっており、今回の経験は来年度の運営方法を考える上でも非常に参考になった。コンテンツを絞る事、そして闊達な議論を盛り上げる工夫をイメージする必要があったと思った。

協議会のあとは懇親会が開催され、宮崎の美味しいお酒と食事を楽しんだ。一次会会場から流れて四次会の会場では偶然三上常任理事とご一緒させて頂いた。私は促されるままに、何曲も絶唱してしまい時間を忘れてしまった。いったい何時に帰ってきたのか解らない。奇跡的に翌朝しっかりと朝ご飯を食べてホテルのロビーでくつろいでいると、四次会までご一緒だった本竹理事は朝風呂を浴びて悠々と歩いているし、同じく四次会までご一緒だった照屋理事も平然とチェックアウトをしていた。凄い体力である。人間の身体の 60% は水分らしいが、理事の身体の 60% は肝臓で出来ているのかも知れない。

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



九州各県医師会 医療情報システム担当理事連絡協議会



理事 佐久本嗣夫



去る1月27日（日）、宮崎観光ホテルにおいて開催された標記協議会について、以下の通り報告する。

挨拶

宮崎県医師会の富田副会長より挨拶が述べられた。

日医認証局について

始めに、日本医師会総合政策研究機構主任研究員の矢野氏より、日医認証局（HPKI）の概要について説明があった。

日医認証局は、厚生労働省に設置されている「医療情報ネットワーク基盤検討会」の提言に則って制度設定がされている。また、厚生労働省において認証局を運用する規格や基準が定められており、日医認証局はそれに則って運用している。

始めは、電子署名を作るべきとの提言であったが、2009年に新たに認証基盤を作るべきとの提言がなされた為、日本医師会では、電子署

名と認証ができる基盤を構築しているところである。

次いで矢野氏より、認証局の2つの利用用途（電子署名と認証）について説明されるとともに、日医認証局のICカード発行までの手順や日医認証局を取り巻く環境の変化について説明され、その後、質疑応答が行われた。

<主な意見等>

◆質問：日医認証局に登録した後に、日医認証カードを紛失したり、なくしたりした場合は、悪用される可能性はないか。

◇日医：暗証番号がある為、カードを単に取得しただけでは使用出来ないと思う。しかし、クレジットカードやキャッシュカードと同じように、悪用される可能性はある為、紛失した際にご連絡をいただければ直ぐに使えなくするという措置を取ろうと考えている。

◆質問：現在コンピュータウイルス等で、銀行等でも個人情報が取られていることがあるが、このシステムのセキュリティはどうか。

◇日医：本会の認証基盤を経由する為、防げる
と考えている。

◆質問：日医認証局のターゲット資格名に、准
看護師が入っていないが、今後永遠に入らない
となると地域連携等が全て電子化された時に、
准看護師は入れないということになるのか。

◇日医：この質問については、全国からいただ
いている。介護支援専門員も含め、日医認証局
がある限り入れない。日医認証局は、厚生労働
省と接続している為、このような縛りがあるが、
本認証局の仕組みをコピーして、他の領域に准
看護師を入れることは可能である。しかし、各
県、各地域において認証局を展開されると、勝
手に医師の資格を入れる等のことが有り得る
為、日本医師会がルートとなった認証局で准看
護師やケアマネージャーが入れられるようなも
のを提供出来ないかと内部で検討しているところ
である。

◆質問：電子署名を受け取る側は、どのように
それを電子署名と認識すれば良いか。

◇日医：電子署名は判子である為、判子を買っ
ていただく必要はあるが、受け取る側に対して
は、日本医師会から電子署名を確認できるアプ
リケーションを無料で提供している為、それを
ダウンロードしていただきたい。

◆質問：今の仕組みであれば、板橋で問題とな
った医師のなりすましそのものは、防げないと
考えるがいかがか。

◇日医：板橋の案件については、非常に巧妙に
されていたと考える。現在、医籍を直接確認で
きる仕組みを認証局として出来ないか、厚生労
働省と話を進めているところである。

協 議

(1) 遠隔地との会議手段としてのテレビ会議 (長崎県)

<提案要旨>

九州各県とも離島・その他地理的条件等で、
会議を開催する場合は、その開催場所や日時の
選択に苦慮されていると思われる。

近年、遠隔地を結ぶテレビ会議が可能となっ
てきている。

現時点での各県での状況を下記の①～④及び
具体的にご教示願いたい。

- ①テレビ会議を実施
- ②テレビ会議を行う環境を整備中
- ③テレビ会議を検討中
- ④現在、検討してはいない

<各県回答>

各県のテレビ会議の実施状況として、福岡県、
鹿児島県、宮崎県、本県が実施しており、大分
県、熊本県、佐賀県が実施していないとのこと
であった。

各県ともに、遠隔地の会員の為にもテレビ会
議実施の必要性はあるとするものの、佐賀県に
おいては、使用頻度が低く、会議中に機材が不
具合を起こす等のトラブルが発生したことや各
郡市医師会において光回線負担額が年間約 10
万円に上ること等の理由により、平成 24 年 5
月にテレビ会議システムを廃止したとの意見も
あった。

しかし、宮崎県においては、平成 19 年に光
回線を利用し（利用できない郡市医師会の場合
は ADSL 回線で対応）、「県内どこでも 30 分以
内に研修会会場へ」のスローガンによる研修シ
ステムができているとのことであった。参加箇
所は計 8 か所で、初期費用の約 700 万円を県
医師会が負担し、SONY 社製 TV 会議システ
ム「PCS-G50」を使用しており、画像はクリ
アかつ音声は CD 並みの環境が提供可能とな
ったとのことであった。また、平成 23 年度利用
実績として、研修会 22 回、県医師会各種委員
会 7 回開催したとのことであった。

実施していない 3 県においては、テレビ会議
システム導入について、対象会議の頻度や予算等
を鑑みて、今後検討していくとのことであった。

(2) 医療に特化したイントラネットの構築 (長崎県)

<提案要旨>

あじさいネットの目指すところは、医療に特
化したイントラネットの構築である。

このイントラネットを使って、医療・会議・
福祉・行政のより密な連携を作る事が最終目標
である。

このイントラネット内を動く情報は、デジタ
ル化されたアナログ情報であり、今までと何ら

変わる事はない。ただ、情報伝達媒体が電話・ファックス・手紙から、インターネットへと変わり、より速く、より多くの情報を伝達する事ができるようになる。

今、基幹病院の電子カルテを診療所で閲覧する事が注目を浴びているが、これはイントラネット活用の一つのサービスであり、普及させるための手段に過ぎない。

医療イントラネットの構築についての各県のお考えをお聞かせ願いたい。

＜各県回答＞

各県ともに、イントラネットの構築については、多くの診療情報を効率的に取り組み、より良い医療を提供する為に必要であるとの見解があるものの、費用やセキュリティの問題を始め、患者側の利益や医療者の責任等の課題が非常に多いとの意見があった。

その中でも宮崎県においては、地域診療情報連携システムとして、はにわネットをインターネットにて利用し、VPNを用いて情報の漏洩はしない仕組みとなっており、イントラネットのひとつと考えているとのことであった。

また、熊本県では、地域中核病院がそれぞれ独自に地域の病院・診療所とネットワークを構築しつつあるが、相互に情報交換できる体制にはなっていないとのことであった。

各県ともに、今後、自県の特性を踏まえ、各地域のイントラネットを参考にしながら検討していきたいとのことであった。

(3) 地域医療連携における医療情報の有効活用と、情報連携による問題点の検討について (福岡県)

＜提案要旨＞

9月に開催された、第1回各種協議会においても「ICTを活用した連携システムについて」議論が行われたが、地域医療の充実、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その一端を担うと想定される。

現在、各地域でそれぞれのネットワークが構築されつつあるが、独立したネットワークが混在すると、今後地域を超えて連携を拡大する際に、混乱を生じ、連携に支障をきたす可能性が

高い。

また、全国で地域の中核病院のカルテをかかりつけ医が閲覧できるシステムが増加しているが、中核病院の当該患者のカルテの内容を全て閲覧しないと、重要な診療情報の見逃し等が発生し、医療ミスにつながる可能性が懸念され、見逃しがあった場合の責任の所在問題も生じる。更に、いわゆる「閲覧システム」への参加の同意の有無については、患者の権利であるのか、参加しない場合は診療の妨害となるのかも不確かである。

個々のネットワークが確立するまえに、各地域だけではなく全県を想定した連携にむけ、統一した情報システムについての基本概念、患者の権利についてなど法整備・運用整備・ルール徹底・事業に対する歯止め等が必要である。

今後、九州においても県を越えた連携を行うために、診療情報連携に関する本質的な課題について、また診療情報の有効活用とその情報による有害事象について早期に検討を行い対応する必要があると考えるが、各県の意見をお伺いしたい。

＜各県回答＞

熊本県、鹿児島県、佐賀県においては、各地域のネットワークがそれぞれ互換性を持っていないければ、その地域以上の連携が難しくなる為、九州において患者の権利やセキュリティの課題等について検討を行うとともに、共通認識をもっておく必要があるとの見解であった。

その一方で、宮崎県より、実際に県を越えて連携することは稀であることから、全国統一のシステム構築を待つと地域の連携が進まない為、現時点では、各地域で異なるシステムが構築されても良いのではないかとの意見があった。

(4) 地域における ICT (情報通信技術) を用いた医療情報連携システムの進捗状況について (鹿児島県)

＜提案要旨＞

ICT (情報通信技術) を用いた医療情報連携システムを構築されている医師会へ、現在システムは有効活用されているかどうか、またシステムの構築及び運用する際の費用の面で問題点等

はないか、各県の現状をお伺いしたい。

<各県回答>

既に医療情報連携システムが構築されている長崎県においては、ICTを用いた地域医療ネットワークを構築しており、本ネットワークの特徴として、VPN通信網を用いてそれぞれの基幹病院や診療所を繋ぎ、医療に特化した秘匿性の高いネットワークとなっているとのことであった。また、運営費については、会員の会費で賄われているとのことであった。

また、佐賀県の地域医療ネットワークについては、地域医療再生基金にて運営しており、基金等終了後の継続性については不明であるとのことであった。

宮崎県の地域医療ネットワークについては、中核病院として参加している病院が全て負担しているとのことであった。

(5) 災害時における医師会間および会員との連絡網確保について (宮崎県)

<提案要旨>

東日本大震災においては日常の通信手段が断絶し、最も情報が必要とされる災害時に情報が届かない状況に陥った。平成23年度の日医医療情報システム協議会においてもメインテーマとして取り上げられ、各地からさまざまな提案がなされたところである。

本県においては、各郡市医師会に防災無線が設置され、また携帯電話等による緊急時メーリングリストを設けたが、十分な対応とは言いがたい現状にある。各県においての取り組みを参考にしたいと考えるので、通信手段設置の状況と訓練の実施状況についてお教え願いたい。

<各県回答>

各県ともに、衛星電話は必須であるとの見解で、購入予定や既に設置しているとのことであった。また、無線の設置についても、検討していくとのことであった。

一方、FAXの一斉送信システムやメーリングリストを設ける等の対策もされているものの、日常の通信手段が出来なくなる状況考えられる為、対応が難しくなるではないかとの意見や、県、県医師会、郡市医師会等の各団体との災害時の連絡手段等について情報交換していったらどうかとの意見があった。

その中で、長崎県においては、平成25年2月より、「長崎県広域災害救急医療情報システム」を導入予定であり、県医師会及び郡市医師会を登録している。また、本システムを厚労省の広域災害救急医療情報システム(EMIS)と接続することで、国や都道府県と情報共有し、災害支援体制を整備していくこととしているとの意見があった。

(6) 九州各県花粉情報の観測について

(熊本県)

<提案要旨>

九州各県において花粉情報・検査定点医療機関に花粉飛散動向の調査を1月31日～4月30日までお願いし、それをまとめて国立病院機構福岡病院へFAXにて毎日報告していることと思われるが、この事業は平成2年から開始されたと聞いている。

今年も、福岡県医師会より観測の依頼が来ているが、検査定点医療機関よりダーラム型花粉検査機が古くなったので変えてほしいとの依頼があった。

この事業が開始された当初は、各県医師会が花粉検査機を購入し、それぞれの検査定点医療機関に配布したと聞いている。

現時点での各県での状況をご教示願いたい。

<各県回答>

宮崎県の一部、本県を除く、各県ともに、花粉検査機については県医師会が購入し、それぞれの検査定点に配布しているとのことであった。

福岡県医師会より、今後ご協力をお願いしたいとの発言があった。

印象記

理事 佐久本嗣夫

デジタル情報通信技術の進歩は目覚ましく九州各県においても大なり小なり種々創意工夫をこらした医療イントラネットを構築している。さらにそれは年々進化していることが今回の協議会で確認できた。

当県でも「おきなわ津梁ネットワーク」として他地域では類をみない県内41市町村を連携する大きな医療イントラネットを構築中である。これは糖尿病、脳卒中、心筋梗塞を主とする地域連携パスで本年度4月には糖尿病を先駆けて本格的運用を開始する予定である。

それについて技術的には追いついていると思われるが、問題はその維持費である。この事業運営は地域医療再生基金を利用しているためH25年度までは運用可能だが、その後はその他の助成金や、利用者負担も考慮しなければならないと思われる。全会員で協力しつつこの他県に誇れる医療イントラネットを継続していきたい。

もう一つの課題として法的整備の問題が挙げられる。電子カルテが共有されると責任範囲はどこまで広がるのか、医療イントラネットに参加する・しないは患者の権利なのか、参加しなければ診療の妨害なのか、逆に患者がイントラネットに参加して全ての共有情報を把握せず医療ミスに繋がったら責任はどう問われるのか、等々不確かなことが多い。このように法的整備が不十分でありながら現時点では決定的な法規制は困難と思われる。

患者にとっても我々医療人にとっても医療イントラネットは便利なツールである。しかし、今後は前述した法的問題が目の前にあることを念頭におきつつ、この便利ツールを利用していくべきだと思った。

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 暴力団追放沖縄県民会議

第 115 回沖縄県医師会医学学会総会



理事 玉井 修



第115回沖縄県医師会医学学会総会

Near fatal asthma症例(治療・転帰)

症例No.	年齢	性別	ステロイド	抗コリン薬	β2激动薬	テワゼン	ホスフィン	人工呼吸	転帰
No.1	25	M	あり	なし	なし	なし	なし	NPPV	軽快
No.2	33	M	あり	なし	あり	なし	なし	NPPV	軽快
No.3	36	F	あり	なし	なし	なし	あり	NPPV	軽快
No.4	48	F	あり	あり	あり	なし	なし	NPPV→挿管	軽快
No.5	54	M	あり	なし	なし	なし	あり	挿管	死亡
No.6	55	M	あり	なし	なし	あり	あり	NPPV	軽快
No.7	56	M	あり	あり	なし	なし	なし	NPPV→挿管	軽快
No.8	61	M	あり	なし	なし	なし	なし	NPPV	軽快
No.9	68	M	あり	あり	なし	なし	なし	挿管	軽快
No.10	76	M	あり	なし	あり	なし	あり	挿管	軽快
No.11	77	M	あり	なし	なし	なし	なし	挿管	軽快
No.12	79	M	あり	なし	なし	あり	なし	NPPV	軽快
No.13	79	M	あり	なし	なし	なし	あり	挿管	死亡

「食道癌と胃癌」早期発見と内視鏡治療
 糸原 博之 先生
 小山 恒男 先生

第 115 回沖縄県医師会医学学会総会日程

会 期：平成 24 年 12 月 9 日（日）
 会 場：沖縄県医師会館、沖縄県薬剤師会館

ポスター掲示、準備、閲覧

第 115 回沖縄県医師会医学学会総会開会宣言

第 115 回沖縄県医師会医学学会総会挨拶

一般講演 口演部門

沖縄県医師会医学学会賞（研修医部門）

一般講演 ポスター部門

ミニレクチャー（ランチョンセミナー）

座長：琉球大学医学部医学科器官病態医学講座病態消化器外科学分野教授 西巻 正
 講師：琉球大学医学部医学科器官病態医学講座病態消化器外科学分野助教 国仲 弘一
 演題：「甲状腺の画像診断～生検適応の見分け方について～甲状腺結節の取り扱いについて～超音波診断を中心に」

座長：ファミリークリニック小塚院長 国吉 賢
 講師：アワセ第一医院院長 浜端 宏英
 演題：「予防接種：基礎から接種まで」

沖縄県医師会医学学会賞（研修医部門）選考委員会

沖縄県医師会医学学会賞（研修医部門）受賞者発表

特別講演

座長：沖縄消化器内視鏡会会長
 ハートライフ病院院長 奥島 憲彦
 講師：佐久総合病院胃腸科部長 小山 恒男
 演題：「食道癌と胃癌 一早期発見と内視鏡治療一」

分科会長会議

平成 24 年 12 月 9 日（日曜日）沖縄県医師会館において第 115 回沖縄県医師会医学学会総会が開催された。今回も一般演題 213 題にミニレクチャー 2 題、特別講演 1 題と非常に内容の濃いものであった。午前 8 時と早い時間からであったが、ポスターセッション会場には早くから演者のポスターが掲載され大変な賑わいであった。沖縄県医師会医学学会会長の名嘉村博先生による開会の挨拶の後、今回の会頭である上原秀政先生によるご挨拶のあと各ブースにおいて発表と意見交換が行われた。今回で 3 回目となる沖縄県医師会医学学会賞（研修医部門）の選考会もお昼の 13 時から開催され、かなり熱の入ったものとなった。様々なご意見があった県医師会医学学会賞の選考に関しても、今回で 3 回目を数え、各研修病院における研修医のモチベーションを高める事に繋がっていると思われる。前回の口演形式では選考委員による質問がやりにくいとの事で、今回はポスターセッションでのプレゼンテーションであったが、遠くからは内容が見えにくい印象であった。沖縄県医学会

賞の発表形式は今後も検討が必要であろうと思われる。

尚、今回の受賞者は・最優秀賞：金武有為子先生（豊見城中央病院）「若年発症の慢性腰痛と末梢関節炎を呈した脊椎関節炎の1例」・優秀賞：本庄裕二郎先生（沖縄協同病院）「入院後に急激な呼吸状態悪化を認めた再発性多発軟骨炎の1例」・優秀賞：白瀬統星先生（琉球大学医学部附属病院）「悪性骨軟部腫瘍広範切除術におけるバリア理論について」となっている。受賞された先生方、今後も精進されてください。

午後のミニレクチャーは「甲状腺の画像診断～生検適応の見分け方について～甲状腺結節の取り扱いについて～超音波診断を中心に」というテーマで琉球大学医学部医学科器官形態医学講座病態消化器外科学分野 助教 乳線甲状腺外科グループ長国仲弘一先生による甲状腺の超音波診断とその生検適応についての講演があった。日頃臨床現場で気軽に施行可能な甲状腺エコー検査ではあるが、その質的診断はかなり悩ましいのが現状であり、生検を前提に専門病院に送るべきか否かはかなり現場で苦勞されている先生方も多いと思う。この様な臨床現場に直結するような有意義な講義が聴けるのも医学会

総会の良いところである。またミニレクチャーの2題目は「予防接種：基礎から接種まで」と題してアワセ第一医院の浜端宏英先生にご講演頂いた。最近種類が増えて対応に難渋している予防接種に関して、様々な良いお話を聴けた。同時接種の考え方、接種部位の選び方、また生ワクチンの方が不活化ワクチンよりも痛くないなど、実地医家には大変為になるお話しが聴けて耳ぐすいとなった。今回の特別講演は「食道癌と胃癌—早期発見と内視鏡治療—」と題して佐久総合病院胃腸科部長 小山恒男先生にご講演頂いた。内視鏡治療で行われる様々な治療にビックリした。様々なデバイスを用いた切除が内視鏡で行われ、これに果敢に挑戦する姿に感銘を覚え、この様な事を大都市ではなく長野県で行い、それこそ世界的な仕事をされている事に感動した。是非、小山先生の知識と技術が世界中に広がり、内視鏡治療のスタンダードがより高くレベルアップしていく事を祈念したい。

今回の医学会総会の参加者は442名であったという。前回よりは少ないようだが、今後も充実した医学会総会の開催を大いに期待したいものである。

医学会 頭 挨拶

第115回沖縄県医師会医学会総会 会頭
上原 秀政



沖縄県医師会医学会の名嘉村博会長からのご指名により、第115回医学会総会の会頭挨拶を申し上げます。八重山の地で日々の診療に従事している私にとりまして、中央の伝統ある本医学会総会で会頭の任に当たることは身に余る光栄で恐縮するばかりです。

私を含む離島の会員は、本島で開催されるこのような学会に参加する機会が少ないのが現状で、私自身も実際この場に参加するのは数える

くらいしかありません。参加できなくても後から発行される沖縄医学会雑誌はできるだけ目を通すようには心がけてはいますが、やはり発表の場にいるのといないのとは臨場感が異なり、情報のインパクトの強さが異なります。離島にいるからと自分に甘えることなく最新の医学的知識を仕入れるのは医師の勤めの一つであろうと反省している次第です。

私は1981年に消化器内科の医師になりました

た。今から約30年前です。そのころの胃潰瘍の治療は胃粘膜保護剤など防御因子増強薬か、さもなければ外科手術といった時代でした。ところがまもなく「H2ブロッカー」が出てきて、治験薬として使ってみたところ、そのすばらしい効果に感銘をうけたものでした。その後1990年代になると「プロトンポンプ阻害薬」が出現し、さらに消化性潰瘍の治療が容易になっていきました。また胃潰瘍は心身症の一つで精神的ストレスが主な原因と一般的に認識されていたものが、オーストラリアの病理学者ロビン・ウォレンとバリー・マーシャルによってH・ピロリ菌が発見され、その菌の感染で引き起こされる胃粘膜防御機構の破綻が原因だということが判明しました。以後除菌治療の発展とともに胃潰瘍が根治できるようになってきました。

私が医師になりたての頃は、C型肝炎がまだ非A非B肝炎と呼ばれ、AIDSという男性同性愛者間で流行る奇病が初めて発表された時代でした。それが約30年を経過した現在、C型肝炎はインターフェロンを中心とする薬剤の併用療法の発達のおかげでウイルス排除が可能となり、AIDSは抗ウイルス薬をはじめとする多剤併用療法のおかげで延命が可能となっています。医学は1年や2年の経過では進歩は見えにくく、先年まで肯定されていた学説が今年も否定されたりして、後退しているのではないかとさえ思うようなこともあります。しかしこのように30年の年月を通して眺めると明らかな進歩を見いだすことができます。

ところで昨年(2011年)の東日本大震災から1年9カ月の月日が経ちました。テレビなどのニュースから流れる情報ではかの地はいまだに復興は

果たせず、福島第一原発事故に至っては将来的ビジョンも見いだせないままです。この沖縄はオスプレイの普天間配備や尖閣問題など国際政治的トラブルを抱え、人々の間には自信のない鬱々とした気分が満ちていました。

そのような中、10月8日の夕、日本人としての誇りを取り戻す、すばらしいニュースが飛び込んできました。京都大学の山中伸弥教授がiPS細胞の研究開発で今年のノーベル医学・生理学賞を受賞することが決定したのです。新薬の開発、神経系難病や心臓病など再生医療のあらゆる分野で大いに貢献が期待されています。30年後の医療はどうなっているのでしょうか。想像するだけでワクワクします。生き延びてその恩恵にあずかりたいものです。

今回、長野県東信地域の佐久総合病院で胃腸科部長をなされている小山恒男先生をお迎えして「食道癌と胃癌—早期発見と内視鏡治療—」と題して特別講演をしていただくことになりました。小山先生は内視鏡による診断治療分野においては、Hookナイフを用いたESD(内視鏡的粘膜下切除術、かつては切開剥離EMRとよばれた)のさきがけとして有名で、この分野では世界トップクラスの技術をもち、日本各地だけでなく世界中から集まった内視鏡医、内視鏡技師など多数の後進の指導にあたっています。今回の医学会総会において先生のご講演を拝聴できることを幸いに思います。

最後に本医学会の開催にご尽力いただいた関係者の皆様に感謝申し上げますとともに、本医学会のさらなる発展を祈念し私の挨拶とさせていただきます。

特別講演

「食道癌と胃癌 ー早期発見と内視鏡治療ー」



佐久総合病院胃腸科部長 小山 恒男

食道癌の危険因子は飲酒と喫煙であり、WHOは飲酒に関連したアセトアルデヒドを Group 1 の carcinogen としている。アルデヒドはアルコール代謝産物のひとつだが、アルデヒド脱水素酵素 ALDH2 のヘテロ欠損の場合は体内にアルデヒドが滞留するため、発癌の危険度が高まる。ALDH2 のヘテロ欠損者は初めて飲酒した際に赤くなる事が特徴的で、アルデヒドによる頭痛や嘔気を自覚するが、次第に耐性を獲得するため頭痛や嘔気を自覚しなくなる。「最初は酒に弱かったが、鍛えられて、強くなりました」という者が最も食道癌になり易いと言える。

早期食道癌では自覚症状が無いため、その早期発見に内視鏡検査が必須だが、食道表在癌は平坦型が多く、通常観察での発見は困難であった。そこで、従来はヨード染色によるスクリーニングが推奨されてきたが、ヨードは刺激が強く被験者に苦痛を強いる問題があった。近年、開発された NBI(Narrow Band Imaging) はヘモグロビンに吸収される狭波長の光のみを用いており、SCC は境界明瞭な Brownish area (BA) として認識される。また、NBI と拡大内視鏡を併用すると血管構造をより詳細に観察することができる。拡大内視鏡による微細血管の観察は深達度診断に有用だが、分類が複雑で、あまり普及していなかった。そこで、日本食道学会ではより簡便化した食道癌の拡大内視鏡分類を作成し、普及しつつある。

一方、胃癌の危険因子は腸上皮化生や慢性胃炎とされていたが、H.pylori 感染が大きな危険因子である事が判明し、WHO は H.pylori を Group 1 の carcinogen に認定した。内視鏡治療の適応となる粘膜内癌の発見には内視鏡検査が有用であり、ヘリコバクター陽性で萎縮のある患者に対しては年に 1 回の内視鏡検査が推奨されている。

食道癌診断・治療ガイドラインは 2012 年に改定され、内視鏡治療の適応が変更された。従来は周在性 2/3 周までの T1aEP/LPM 癌が適応とされていたが、今回の改訂にて大きさの制限が無くなり、周在性にかかわらず深達度 T1aEP/LPM が適応となった。深達度 T1aMM では約 10%、T1bSM1 では約 20% の症例で転移が認められるため、標準的治療は食道切除術とされる。しかし、手術侵襲や術後 QOL の問題から、clinical N0 の場合は内視鏡治療の相対適応と位置づけられている。

一方、胃癌治療ガイドラインでは内視鏡治療の適応を長径 2cm 以下の潰瘍を合併しない高分化型粘膜内癌としている。また、2cm を越える潰瘍を合併しない分化型粘膜内癌、3cm 以下で潰瘍を合併した分化型粘膜内癌。および 2cm 以下の潰瘍を合併しない未分化型粘膜内癌を適応拡大病変とした。このように、内視鏡治療の適応は拡大されつつあるが、大きな病変や潰瘍癒痕合併例の切除には技術的なハードルがあり、治療困難例に関するセンター化が行われつつある。

食道癌、胃癌の内視鏡的切除術には EMR(Endoscopic mucosal resection) と ESD (Endoscopic submucosal Dissection) があり、前者は 1980 年代に、後者は 2000 年前後に開発された。EMR は snare を用いて病変を切除する方法であり、簡便で良い手技だが、切除面積に制限があり、大きな病変切除には分割切除が必至であった。分割切除例では正確な病理学的検索が困難であり、また局所再発率が高い事から、よ

り大きく正確な切除を可能とするESDが開発された。ESDでは様々電気メスを駆使して食道や胃の内腔側から病変周囲粘膜を切開し、引き続き粘膜下層を内視鏡下に剥離する方法で、正確且つ大きな一括切除が可能である。技術的ハードルが高く、開発当初は偶発症の発症率も高かったが、技術的に安定し2006年には胃癌ESDが、

2008年には食道癌ESDが保険収載された。

現在年間に1,000例を越える食道ESDが、また20,000例を越える胃癌ESDが施行されており、ESDは早期食道・胃癌治療の第一選択手技となった。日本で開発されたこの新しい内視鏡治療は世界でも高く評価され、アジア、ヨーロッパでも普及しつつある。

ミニレクチャー

(1)「甲状腺の画像診断～生検適応の見分け方について～甲状腺結節の取り扱いについて～超音波診断を中心に」



琉球大学医学部附属病院第一外科助教
乳腺甲状腺外科グループ長 国仲 弘一

甲状腺結節は有病率が非常に高く、超音波検査にて受験者の2割ないし4割に何らかの病変が発見される事が報告されている。また、近年の画像診断技術の向上に伴い、頸部超音波検査、CT、PET等で偶然に発見され、精査の対象となるケースも多く経験する様になった。甲状腺結節は非腫瘍性から良性・悪性腫瘍まで様々であり、その取り扱いに関しては正確な確定診断もしくは臨床診断が不可欠である。本ミニレクチャーでは、甲状腺結節精査に最も有用な画像モダリティである、超音波診断装置（エコー）による画像診断を中心に述べる。

甲状腺結節は、①エコー所見、②細胞診、③甲状腺機能検査の3つを用いて診断を推定し、最終的には手術標本の病理検査により診断が確定する。甲状腺はその解剖学的環境から、通常は針生検（コアニードルバイオプシー）を行う

事が困難なため、術前に確定診断が得られない場合も存在する。また、良性と判断した場合には、経過観察後に振り返って最初の診断を確認する。この様に確定診断が得られにくい理由としては、①エコー検査の精度の限界、②細胞診の正診率の限界、が挙げられる。

エコー検査は簡便・非侵襲的で質的診断に優れ、甲状腺結節に対する画像評価の第一選択である。一方で精度の限界として、非腫瘍性・良性ないし悪性腫瘍でいずれも非常に似た形態を示す事がある点が挙げられる。このような事があるため、当科では出来るだけ早い段階で細胞診を施行し、判断の一助としている。細胞診の適応には諸説あり、統一されたプロトコールは未だ存在しないが、各国の学会が“甲状腺結節取り扱い規約”として提唱している。本ミニレクチャーでは、それらに関して提示すると共に、当科での適応に関し述べる。

穿刺吸引細胞診は比較的簡便で非侵襲的であり、甲状腺結節の病理診断として第一選択である。但し、細胞集塊による診断であるため、形態学的な限界があり、また細胞が採取しにくい結節に関しては適正な検体自体が得られない事は、日常臨床においてよく経験する事である。甲状腺結節の診断においては、この様なエコー検査及び細胞診の限界を踏まえ、総合的に判断せざるを得ない場面にしばしば遭遇する。切除すべきは切除し、一方で不要な手術を避けるための工夫に関して、エビデンスには乏しいながらも実際の手術症例等を供覧しつつ考察する。

最後に甲状腺の超音波検診に関して述べる。こちらに関しては、現在“日本乳腺甲状腺超音

波診断会議（JABTS ジャッツ）”が提唱している評価方法と精査基準に沿って述べる。

(2) 「予防接種：基礎から接種まで」



アワセ第一医院院長 浜端 宏英

平成 13 年に始まった沖縄県はしかゼロプロジェクトは、全国の小児科医の賛同を経て各地ではしかゼロ活動が積極的に行われた。はしかゼロ活動はわが国の予防接種行政が 20 年遅れていた「ワクチンギャップ」を明らかにし、そのことは多くの国民に知られることとなった。平成 18 年、麻疹（はしか）については画期的な法改正が行われ、麻疹・風しん混合ワクチンを用いた 2 回接種が開始された。VPD（ワクチンで防げる病気 Vaccine Preventable Diseases）という分かりやすい言葉が紹介され、予防接種の意義が改めて認識されるようになった。平成 24 年 7 月 31 日「日本再生成長戦略」が閣議決定され、その中でワクチンギャップ解消が目標として掲げられた。今後、予防接種法改正を経て、WHO 推奨の予防接種が次々に定期接種に組み込まれて行く予定である。現在のところ 7 ワクチン（子宮頸がん、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌ワクチン、B 型肝炎）が定期接種になる予定である。このように急激に増加する予防接種を適切な時期までに終了させるには、小児科医だけでは困難である。多くの医師がワクチンとわが国の予防接種について十分理解し、積極的に関わっていくことが求められている。

現在、3 ワクチン（子宮頸がん、ヒブ、小児用肺炎球菌）が緊急促進事業として行われている。3 ワクチンが増えるだけで、小児に行われる予防接種は急速に増加している。特に生後 6

カ月までに必要な予防接種は定期接種だけで 4 回（BCG + DPT3 回）から 10 回（ヒブ、肺炎球菌 3 回ずつ増加）となっており、今後さらに WHO 推奨の B 型肝炎やロタウイルスワクチンを加えると 14 ~ 15 回の接種となる。生後 2 か月から接種を開始し、同時接種を行わなければ接種を完了することは困難である。

今回のミニレクチャーでは、以下のことを中心にまとめてみたい。

1. ワクチンや予防接種の基礎知識の整理。
 - ・ VPD と接種時期の関係
 - ・ 2 種類のワクチン：生ワクチンと不活化ワクチン
 - ・ 接種間隔について：生ワクチン、不活化ワクチン、同じワクチンの接種間隔
 - ・ 接種部位について：上腕部位、大腿部、皮下注、筋注
 - ・ 実際の接種についての工夫：接種順番、兄弟での接種。など
2. 同時接種、特に生後 6 カ月までに行うワクチンについて。
 - ・ 同時接種についての基礎知識
 - ・ 接種間隔
 - ・ 実際の接種方法
 - ・ 接種時に気をつけるべき事。など
3. 接種の間違いやヒヤリハットについて
 - ・ 実際に起きている接種の間違いやヒヤリハットを中心に報告する予定である。

小児用肺炎球菌ワクチンの 4 回目接種が 1 歳未満で行われた例があり、接種の間違いは医師や医療機関だけでなく、市町村担当者も混乱させている。予防接種は副反応が心配されるが、接種の間違いは保護者にとって予想外の出来事であり、医療機関や行政に対する不信感だけでなく、ワクチンへの不信感が出ないように気をつけるべきである。

多くの混合多価ワクチンが開発されるまで、同時接種は必要である。予防接種は、十分に理解

をした医師が行うべきであり、特に同時接種については十分に理解した上で行っていただきたい。

予防接種の目的はVPDから守ることであり、『適切な時期までに必要なワクチン接種』が基

本である。今後増加して行く予防接種に関して、小児科医だけでなく、多くの医師がワクチンに対する理解を深め、自信を持って接種が出来るようになればと考えている。

一般講演 演題・演者一覧

<口演部門>

1. 県立宮古病院における気管支喘息入院症例の検討
中頭病院 呼吸器内科 名嘉村 敬
2. ウコンによる薬物性肝障害の症例について
沖縄協同病院 研修医 2年目 関口 卓也
3. 当院での抗SS-A抗体妊婦における胎児房室ブロックの追跡と胎内治療の検討
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 産婦人科 菅 更紗
4. 難治性成人T細胞白血病リンパ腫(ATLL)に対してモガムリズマブ投与後に、著明なリンパ球減少が遷延した1例
琉球大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 島袋 わかな
5. おきなわ脳卒中地域連携の試み
沖縄赤十字病院 おきなわ脳卒中地域 連携委員会 饒波 正博
6. 蛋白尿を契機に発見されたA3243G遺伝子変異を伴うミトコンドリア病の1例
豊見城中央病院 神経内科 長谷川 樹里
7. 腹部大動脈瘤に対するOpen Surgeryとステントグラフトの比較検討
中部徳洲会病院 心臓血管外科 大城 裕理
8. COPD、CKDおよび虚血性心疾患を合併した肺癌に対する根治切除の1例
浦添総合病院 呼吸器病センター 谷口 春樹
9. 沖縄県ドクターヘリの運行状況と今後の課題
浦添総合病院 救命救急センター 福井 英人
10. 石垣島・宮古島から沖縄本島に通院する乳癌患者の受療行動について
浦添総合病院 乳腺センター 宮里 恵子
11. 緩和病棟における消化器癌患者の検討
国立病院機構沖縄病院 外科 久志 一郎
12. ビスホスホネート製剤使用に伴うと考えられる非定型骨折(atypical fracture)の1例
ハートライフ病院 後藤 敬子

<ポスター部門>

沖縄県医師会医学会賞(研修医部門)

13. 入院後に急激な呼吸状態悪化を認めた再発性多発軟骨炎の1例
沖縄協同病院 総合内科 本庄 裕二郎
14. 診断に難渋した腸結核の1例
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 清水 俊輝

15. HTLV-1キャリアに発症し、器質化肺炎様画像所見を呈したリンパ球性間質性肺炎の1例
浦添総合病院 呼吸器センター 福嶋 真弥
16. 糖尿病患者に合併した腸管気腫症の1例
沖縄協同病院 総合内科 宮平 誉丸
17. ステロイドが著効した好酸球性胃腸炎の1例
那覇市立病院 屋良 奈七
18. 筋肉内アミロイドーシスを契機に診断されたIgG4関連疾患の1例
琉球大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 喜友名 しのぶ
19. 間質性肺炎先行でMPO-ANCA陽性の顕微鏡的多発血管炎が疑われた1例
ハートライフ病院 内科 上原 盛幸
20. ステント血栓症を再発したCYP2C19遺伝子異常の1例
浦添総合病院 循環器内科 加藤 拓也
21. 取り下げ
22. 若年発症の慢性腰痛と末梢関節炎を呈した脊椎関節炎の1例
豊見城中央病院 金武 有為子
23. 偶発的に診断された右冠動脈仮性動脈瘤の1例
中頭病院 心臓血管外科 木村 祐介
24. 小児発症の亜急性壊死性リンパ節炎
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 城田 ふみ
25. 画像上、胆嚢癌と鑑別を要した胆石症の1例
ハートライフ病院 新里 輔鷹
26. 悪性骨軟部腫瘍広範切除術におけるバリア理論について。
琉球大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 白瀬 統星
27. 外傷性症候性脳血管攣縮の1例
南部徳洲会病院 脳神経外科 伊元 孝光

消化器外科

28. 食道瘻瘻症(+食道アカラシア)に対してPOEMを施行した1例
ハートライフ病院 外科 国吉 史雄
29. 超高度肥満に対するガストリックバイパス術とスリーブ状胃切除術の長期成績
中頭病院 稲嶺 進
30. 腫瘍出血による準緊急手術を施行した胃腺扁平上皮癌の1例
ハートライフ病院 外科 宮平 工
31. 血液凝固第XIII因子製剤が著効した胃全摘後の難治性瘵液瘻の1例
ハートライフ病院 嘉手苺 由梨

報 告

32. 腹腔鏡補助下十二指腸部分切除術を施行した十二指腸 GIST の一例
 浦添総合病院 消化器病センター 外科 長友 俊郎
33. 当院における腹腔鏡下虫垂切除術の単孔式と従来法の比較
 沖縄協同病院 一般外科 宮崎 康幸
34. 単孔式腹腔鏡下回盲部切除術を施行した盲腸子宮内膜症の一例
 浦添総合病院 原 鐵洋
35. 腹腔鏡下大腸癌手術における合併症の検討
 沖縄赤十字病院 外科 中川 裕
36. 救命できた急性上腸間膜静脈血栓症の一例
 沖縄県立中部病院 外科 田中 浩登
37. 大腸ポリープ切除後に腸管壁内血腫にて緊急手術を施行した一例
 豊見城中央病院 外科 島袋 伸洋
38. イレウスで発症した小腸アニサキス症の1例
 大浜第一病院 外科 長尾 瞳
39. 腸管脱出を伴う鼠径ヘルニア症例の検討
 豊見城中央病院 外科 仲地 厚
40. 腸管壊死を伴った鼠径ヘルニア陥頓に対し、メッシュを用いて修復を行った一例
 南部徳洲会病院 大田 貴弘

感染症

41. 膀胱尿管逆流症合併した複雑性尿路感染症の1例
 沖縄県立中部病院 大山 亮
42. インフルエンザ迅速診断において繰り返し陽性と診断される一例
 浦添総合病院 救急総合診療部 角谷 和歌子
43. 当院における過去5年間のESBL産生E.coli、K.pneumoniaeの血液培養陽性率およびセフメタゾール感受性の変化について
 浦添総合病院 西村 真唯
44. 当院における、日本紅斑熱の診断に至った2例
 沖縄県立北部病院 小松 泰生
45. 犬咬傷によるCapnocytophaga canimorsus敗血症性ショックで救命しえた1例
 浦添総合病院 救命救急センター 福井 美典
46. 髄液培養にて診断に至った亜急性結核性髄膜炎の一例
 豊見城中央病院 腎臓・膠原病内科 中田 知愛
47. 脳梗塞症状で発症した結核性髄膜炎の1例
 中部徳洲会病院 救急総合診療部 猪山 陽介
48. 旅行者下痢症にデング熱を合併した1例を経験した。
 浦添総合病院 救急総合診療部 三浦 航

一般・その他

49. 沖縄県のアルコール性肝疾患死亡率とアルコール消費量について
 沖縄協同病院 仲田 精伸
50. 熱中症の分析と予防(2012):9月の沖縄で野外開催された数万人の集会における熱中症対策について—熱中症指標(WBGT)測定からの考察—
 沖縄協同病院 内科 横矢 隆宏
51. 一般内科通院患者の中における夜間頻尿実態調査—第2報
 琉球大学医学部 泌尿器科学分野 宮里 実

52. A case of beriberi heart disease presenting with chief complaint of urinary incontinence : Urinary incontinence requires comprehensive medical care
 西崎病院 泌尿器科 我喜屋 宗久
53. 緩和ケアチームが関与した膵臓癌患者51例の検討
 浦添総合病院 緩和ケア 新里 誠一郎
54. 「職業性ストレス簡易調査票」を用いた職場の健康リスク実態調査の一例
 辻田労働衛生コンサルタント・産業医事務所 辻田 敏
55. おきなわ津梁ネットワーク「糖尿病地域医療連携パスシステム」の運用実践と課題
 すながわ内科クリニック 地域医療連携体制総合調整事業:糖尿病部会 砂川 博司
56. アリルイソプロピルアセチル尿素による固定薬疹の一例
 沖縄赤十字病院 皮膚科 粕谷 百合子
57. ステロイドに誘発された躁状態に対してアリピプラゾールが奏効した1例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 初期研修医2年次 福里 勇人
58. 自己教示カードを用いて認知の修正と支持をおこなった統合失調症の1例
 博愛病院 仲里 淳

脳神経外科

59. 慢性副鼻腔炎に合併した硬膜下膿瘍の症例
 中部徳洲会病院 救急総合診療科 山本 孝太
60. くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術—膨潤型コイルHydrocoilの使用経験—
 沖縄赤十字病院 脳神経外科 與那覇 博克
61. おきなわ脳卒中地域連携委員会パスシート分析結果
 琉球大学医学部附属病院第三内科、おきなわ脳卒中地域連携委員会 伊佐 勝憲
62. Cerebellomedullary cisternに発生した神経腸管嚢胞
 沖縄協同病院 城間 淳
63. 破裂急性期に血行再建術を行った内頸動脈背側部動脈瘤の一例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 脳神経外科 竹下 朝規
64. 原発性下垂体膿瘍の一例
 沖縄県立中部病院 脳外科 名越 章裕



65. 内頸動脈海綿静脈洞部大型動脈瘤の治療におけるバイパス術の検討
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 脳神経外科 長嶺 知明

一般外科

66. 免疫不全患者の周術期管理
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 神納 幸治
67. 化学療法中に間質性肺炎をきたした再発乳癌の一例
 浦添総合病院 乳腺センター 丸木 千陽美
68. 乳癌術前化学療法中に HBV-DNA が検出された B 型肝炎既感染患者の 1 例
 沖縄県立中部病院 外科 上田 真
69. 当科における乳癌 T4 症例の検討
 豊見城中央病院 比嘉 淳子
70. 鈍的甲状腺損傷で呼吸困難を呈した一例
 沖縄県立中部病院 外科 當山 千巖
71. 外傷性腎萎縮損傷の 1 例
 沖縄県立中部病院 外科 井上 学
72. 鈍的腹部外傷により破裂した肝血管腫の一例
 沖縄県立中部病院 外科 藤居 勇貴
73. Fournier 症候群の 1 例
 沖縄県立中部病院 外科 田邊 太郎
74. 劇症型溶血性連鎖球菌感染症による右下腿壊死性筋膜炎の一例
 沖縄県立北部病院 外科 赤間 悠一
75. 救命できた重症広範囲熱傷の一例
 沖縄県立中部病院 外科 島垣 智成

内分泌・代謝

76. ビタミン B1 欠乏による身体合併症をきたした精神科通院患者の 2 例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 永田 恵蔵
77. 臍腫瘍にて発見された多発性内分泌腺腫症 (MEN) 1 型の 1 例
 沖縄県立中部病院 外科 村上 隆啓
78. HbA1c 値の評価が困難であったことから異常ヘモグロビン血症が疑われた症例
 島尻キンザー前クリニック 島尻 佳典
79. 当院におけるリラグルチド使用患者の効果検討
 大浜第一病院 谷川 幸洋

腎・泌尿器

80. 入院後急速に腎機能低下した古典的結節性多発動脈炎が疑われた一例
 中部徳洲会病院 救急総合診療部 小畑 慎也
81. 線維筋痛症とうつ病で自殺に至った症例
 おおうらクリニック リウマチ科 大浦 孝
82. Henoch-Schonlein 紫斑病から急速進行性糸球体腎炎へと進行した 1 例
 沖縄県立北部病院 角田 洋平
83. 薬剤性尿細管間質性腎炎の一例
 豊見城中央病院 喜久村 祐
84. レプトスピラ感染症に伴う急性腎不全の 1 例
 豊見城中央病院 永山 聖光

85. 血液透析患者における長期型バスキュラーカテーテルの入れ替えを工夫した 1 例
 沖縄赤十字病院 外間 実裕
86. シェーグレン症候群を基礎疾患として急性腎不全で発症した悪性リンパ腫の 1 例
 沖縄県立中部病院 腎臓内科 吉川 裕貴
87. 運動後急性腎不全 (ALPE:acute renal failure with loin pain and patchy renal ischemia after anaerobic exercise) と診断した 4 例の検討
 沖縄県立中部病院 腎臓内科 未田 善彦
88. 琉球大学医学部附属病院における、前立腺癌に対するリニアック (直線加速器) を用いた強度変調放射線治療 (Intensity modulated radiotherapy : IMRT) の品質保証に関する検討
 琉球大学医学部附属病院 放射線科 粕谷 吾朗
89. 腹膜側に発生した出血性腎嚢胞の 1 例
 南部徳洲会病院 泌尿器科 鈴木 和治
90. 若年性前立腺癌の 1 例
 南部徳洲会病院 泌尿器科 山下 健
91. 当院における preemptive 腎移植の 4 症例
 豊見城中央病院 外科 大宜見 由奈
92. 豊見城中央病院における腎移植 40 症例の検討
 豊見城中央病院 外科 大田 守仁

麻酔科

93. 巨大甲状腺腫による気管狭窄を合併した患者の胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術の麻酔経験
 沖縄赤十字病院 麻酔科 居垣 紗織
94. 当院でのエアウェイスコープの使用実績と今後の使用拡大について
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 渋井 勇一
95. 病的肥満患者の麻酔導入法の検討
 中頭病院 麻酔科 山口 裕崇
96. 手術補助ロボット通称ダヴィンチを使用した前立腺全摘出術における麻酔
 中部徳洲会病院 麻酔科 土井 啓史

小児科

97. 全身麻酔下の摘便を要した小児遺糞症の一例
 中部徳洲会病院 下谷 陽子
98. 2008 年度から 2012 年 8 月までの小児ヘリコプター搬送症例の検討 : 第 2 報 ~ PICU 搬送件数は増加しているのか ~
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 小児総合診療科 松茂良 力



報 告

99. 小児のアナフィラキシー患者へのマネージメント
～救急室で適切に対処するには～
沖縄県立中部病院 小児科 竹蓋 清高

救急

100. 浦添総合病院におけるドクターカー業務の報告
浦添総合病院 救命救急センター 総合診療部
竹原 由佳
101. 沖縄県ドクターヘリ ～市民権を得るための活動報告～
浦添総合病院 救命救急センター 葵 佳宏
102. 沖縄県ドクターヘリ搬送患者予後報告
浦添総合病院 救命救急センター 八木 正晴
103. PTP包装シート誤飲後、食道潰瘍を形成した1症例報告と対策について
中頭病院 内科 林 圭吾
104. 当院での肺血栓塞栓症の患者背景～精神疾患患者に注目して～
沖縄協同病院 宮崎 香織
105. 若年者の頭痛症状なくめまいを主訴とした椎骨脳底動脈解離の1例
中部徳洲会病院 東 弘太郎
106. 急性アルコール中毒（血清浸透圧 461mOsm/L）に対して血液透析を行い、神経学的後遺症なく救命し得た1例
大浜第一病院 内科 兵頭 徹也

整形外科

107. 腰椎レベルで認められたピロリン酸カルシウム結晶沈着症の1例
沖縄赤十字病院 屋富祖 綾乃
108. 比較的稀な両側鎖骨骨折の1例
豊見城中央病院 西川 正修
109. 脛骨高原骨折5症例の検討
豊見城中央病院 笠 麻裕
110. 片麻痺を呈し脳出血病変との鑑別が重要になった特発性脊髄硬膜外血腫の1例
沖縄協同病院 津田 智弘
111. 対麻痺で初発した転移性脊髄内腫瘍の1例
与那原中央病院 整形外科 勢理客 ひさし
112. 第5頸椎骨折に対する前方固定術後に右C5麻痺を呈した1例
南部徳洲会病院 整形外科 金城 幸雄
113. 急性右片麻痺で発症した頸椎後縦靭帯骨化症の1例
豊見城中央病院 六角 高祥
114. Os peroneum 障害の2例
南部病院 整形外科 垣花 隆之
115. 肩腱板断裂における腱内断裂の関節鏡視下手術はえばる北クリニック 安里 英樹
116. 当院で経験した反張膝に対する人工膝関節全置換術の2例
沖縄協同病院 整形外科 比嘉 清志郎
117. 同種骨を用いた opening wedge 法による高位脛骨骨切り術（HTO）
豊見城中央病院 整形外科 工藤 啓久
118. 当院における人工股関節置換術後大腿ステム周囲骨折の治療経験
豊見城中央病院 津曲 保彰

119. 過去10年間の当院での短縮骨切りを併用した人工股関節全置換術の成績
豊見城中央病院 比嘉 克行
120. Femoro Acetabular Impingement の経験
豊見城中央病院 整形外科 永山 盛隆

形成外科

121. 高IgE血症に起因した肺アスペルギルス症からの気管支瘻・慢性膿胸に対して筋皮弁による再建術を行った一例
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
形成外科 上野 一樹
122. ゴアテックスを利用した先天性眼瞼下垂症の治療経験
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
形成外科 神戸 未来
123. 唇裂初回手術後の二次修正術
沖縄県立中部病院 形成外科 石田 有宏
124. 『口唇周辺表情筋に対するボツリヌストキシン（BTX）の臨床応用』
当山美容形成外科 當山 護

呼吸器外科

125. 定位照射後再増大肺腫瘍の摘出を行い病理で悪性所見を認めなかった1例
国立病院機構沖縄病院 外科 平良 尚広
126. von Recklinghausen 病に合併した肺癌の1例
南部徳洲会病院 外科 新垣 碧
127. 結核結節の周囲に発症した限局性細気管支肺胞上皮癌の1例
沖縄赤十字病院 外科 宮城 淳
128. 肺癌に合併した縦隔腫瘍の2手術例
中頭病院 外科 新垣 康
129. 肺動脈欠損症に合併した肺アスペルギローマの1例
国立病院機構沖縄病院 外科 饒平名 知史
130. 多発性結節性肺アミロイドーシスの1例
豊見城中央病院 呼吸器外科 我喜屋 亮
131. 単孔式胸腔鏡下手術を施行した後縦隔発生神経鞘腫の1例
中頭病院 外科 嘉数 修
132. 化学療法後の残存腫瘍を摘出しCRが得られた縦隔セミノーマの1例
琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座
古堅 智則
133. 月経随伴性気胸症例の臨床的検討
中頭病院 外科 上里 まどか



134. 胸部外傷に対する胸腔鏡補助下手術症例の検討
 中頭病院 外科 大田 守雄
 135. 左肺分画症に対する胸腔鏡下手術の1例
 中頭病院 外科 村山 義明

循環器外科

136. 大動脈基部再建を伴う急性A型大動脈解離手術症例の検討
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 心臓血管外科 山里 隆浩
 137. 大動脈弁温存基部再建術(David手術)16例の検討
 琉球大学医学部附属病院 喜瀬 勇也
 138. 薬剤抵抗性頻発性PVCを伴うASrに対し術中心外膜アブレーションを併施した1例
 牧港中央病院 心臓血管外科 達 和人
 139. 左前下行枝の重複病変に対する左内胸動脈Jumping graftの1手術例
 琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座
 新垣 涼子
 140. 低左心機能(EF<35%)症例に対するOff-pump CABG
 豊見城中央病院 心臓血管外科 山内 昭彦
 141. 繰り返すCPAを伴う広範囲AMIに対して、PCPS補助下に緊急CABGを施行した一治験例
 浦添総合病院 心臓血管外科 安藤 美月
 142. 巨大肝動脈瘤切除血行再建およびCABGを行った一例
 琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座
 小崎 教史
 143. 1型VSD術後ARに対するAVRの一手術例
 琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座
 神谷 知里
 144. 右肺動脈上行大動脈起始症術後遠隔期の再建グラフト狭窄に対して再々手術を行った一例
 琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座
 比嘉 章太郎
 145. 繰り返す心室細動を伴う心臓線維腫に対して腫瘍切除、ICD植え込みを行った1歳児の経験
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 小児心臓外科 庄嶋 賢弘
 146. 人工血管非吻合部仮性瘤に対して開窓型ステントによるTEVARの1例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 心臓血管外科 阿部 陸之
 147. 透析患者の感染性胸部下行大動脈瘤切迫破裂に対し、ステントグラフト内挿術を施行した一例
 中部徳洲会病院 心臓血管外科 上門 あきの
 148. 頸椎損傷を伴う外傷性胸部大動脈損傷に対し、ステントグラフト内挿術を施行した一例
 中部徳洲会病院 心臓血管外科 小山 淳
 149. 遠位弓部大動脈瘤に対するZenith TX2 pro-form deviceの使用経験
 琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座
 前田 達也
 150. 膝窩動脈瘤の1切除例
 南部徳洲会病院 戸塚 裕一

消化器内科

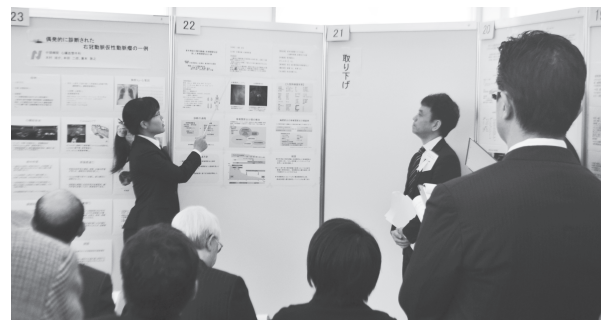
151. 初診医で診断がつかなかった食道アカラシアの3例
 ハートライフ病院 外科 奥島 憲彦
 152. 胃静脈瘤破裂に対しDBOE(Dual Balloon Occluded Embolotherapy)にて治療を行った1例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 消化器科 上原 康史
 153. 当院における大腸ステント留置術の検討
 浦添総合病院 消化器病センター 内科 星野 訓一
 154. ガストログラフィン注入にて駆虫し得た無鉤条虫の1例
 ハートライフ病院 消化器内科 仲吉 博亮

肝胆膵内科

155. 当院における肝硬変症の成因別実態
 沖縄協同病院 山城 彩乃
 156. 急性肝炎を発症した脂肪肝の一例
 ハートライフ病院 仲村 武裕
 157. EPLBD:Endoscopic Papillary Large-Balloon Dilataion 導入の検討
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 消化器内科 嘉数 雅也
 158. 当院におけるアルコール性肝硬変の現状と傾向
 沖縄協同病院 露木 寛之
 159. <背景に家族性高TG血症のあった妊娠合併膵炎>
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 消化器内科 上原 隆治
 160. 取り下げ
 161. Expandable metallic stent (EMS) 留置後に繰り返す逆行性胆管炎に対して、円錐らせん型(spiral-K)ステントを複数留置した一例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 大城 武春

肝胆膵外科

162. 腹痛を契機に発見された膵Solid-pseudopapillary tumor (SPT)の1例
 沖縄赤十字病院 外科 豊見山 健
 163. 膵頭十二指腸切除術を施行した高齢者膵腫瘍の1例
 ハートライフ病院 外科 西原 実
 164. 膵癌切除症例の検討
 浦添総合病院 消化器病センター 外科 伊佐 勉



165. 成人発症の先天性総胆管拡張症の一例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 一般外科 富樫 佑一
166. 術後遺残総胆管結石に対しニトログリセリン胆
 道内投与を行った2例の検討
 ハートライフ病院 外科 宮城 良浩
167. 診断に苦慮した下部胆管癌の1例
 浦添総合病院 消化器病センター 外科 藤田 隆一

産婦人科

168. Restless legs syndrome を合併した妊婦の一例
 豊見城中央病院 産婦人科 小林 剛大
169. TTTS を発症したMD 双胎に対しFLP 施行し、
 術後両児羊水過少、元供血児に臍帯動脈途絶、元受
 血児に肥大型心筋症様変化を認めたが術後4週間後
 から改善した1例
 琉球大学医学部附属病院 産婦人科 知念 行子
170. 妊娠中に脳動静脈奇形破裂を来した1例
 豊見城中央病院 産婦人科 田近 映子
171. 当院におけるヘパリン在宅自己注射療法を行っ
 た4例
 沖縄県立中部病院
 総合周産期母子医療センター産科 柴田 綾子
172. 切迫早産に対するCaチャンネルブロッカーの使
 用経験
 沖縄県立中部病院
 総合周産期母子医療センター産科 黒岩 征洋
173. 当院で経験した産褥期心筋症の1例
 ハートライフ病院 喜久本 藍
174. 帝王切開術後の子宮切開創離開・膿瘍形成の一例
 沖縄県立中部病院 産婦人科 熊谷 翔平
175. 帝王切開術後に発症した卵巣静脈血栓症の一例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 産婦人科 鎌田 麻由美
176. 妊娠高血圧症として経過観察中に、甲状腺機能
 亢進症と判明し緊急分娩となった1例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 内科 篠原 直哉
177. 妊娠高血圧症候群にて帝王切開術施行後に高安
 病と診断された一例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 仲里 信彦
178. HELLP 症候群の診断で緊急帝王切開術後、MCTD
 と診断された一例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 産婦人科 栗原 みずき
179. 外陰部に病変のない子宮頸部単純ヘルペス感染
 症の1例
 浦添総合病院 叶 三千代
180. 卵巣癌術後に心タンポナーデを発症し心膜癒着
 術を施行した1例
 琉球大学医学部附属病院 産婦人科 仲宗根 忠榮
181. 多量の不正出血を主訴に受診した子宮内膜間質
 性肉腫の一例
 南部徳洲会病院 産婦人科 樋口 さやか
182. 卵管水腫または付属器腫瘍との鑑別が困難であ
 った虫垂腫瘍の一例
 那覇市立病院 産婦人科 平川 誠

血液

183. リンパ芽球性白血病の治療中に気管支鏡下の生
 検で診断に至った気管内 Actinomycosis の1例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
 和田 伊織
184. 不明熱の原因精査に骨髓生検が有用であったホ
 ジキンリンパ腫の1例
 琉球大学医学部附属病院 第二内科 森近 一穂
185. 5年後に濾胞性リンパ腫として再発したびまん
 性大細胞型B細胞リンパ腫の1症例
 ハートライフ病院 血液内科 前本 均
186. 血球貪食症候群を併し急激かつ致死的な経過
 をたどったキャスルマン病の一例
 沖縄赤十字病院 血液内科 朝倉 義崇
187. Azacitidine と Deferosirox の併用により輸血依存
 から離脱できたMDS(RARS)の1症例
 那覇市立病院 内科 内原 潤之介

産婦人科

188. 食後血糖と虚血性心疾患
 大浜第一病院 大城 康一
189. 三尖弁逸脱症の一例
 沖縄県立北部病院 内科 仲宗根 令子
190. 当院での閉塞性動脈硬化症への血管内治療例
 の検討
 那覇市立病院 比嘉 南夫
191. 当院における超高齢者急性冠症候群の臨床予後
 豊見城中央病院 循環器内科 嘉数 真教
192. 心房細動のカテーテルアブレーションに対する
 CARTO SOUND(star)の有効性
 翔南病院 循環器科 大城 力
193. B型急性大動脈解離を併発した難治性高血圧を
 呈する睡眠呼吸障害に対し、CPAP療法を施行した
 1例
 大浜第一病院 循環器内科 原田 大幹
194. 循環器科通院例の睡眠時無呼吸
 大道中央病院 循環器科 山本 明
195. ペースメーカー感染の診断にPET-CT、および
 ガリウムシンチグラフィが有用であった3例
 豊見城中央病院 循環器内科 日高 幸宏
196. 発症から急激にショック状態に陥った急性心筋
 心外膜炎の1例
 ハートライフ病院 循環器内科 佐久川 裕行
197. 意識障害にて発症したタコツボ型心筋症の1例
 沖縄県立中部病院 循環器内科 矢野 裕之
198. 腎機能障害を併発した難治性心不全に対しトル
 パタンが有効であった2例
 沖縄赤十字病院 潮平 朝洋
199. 当院における急性心不全患者の来院時血圧によ
 る特徴
 那覇市立病院 循環器内科 旭 朝弘

呼吸器内科

200. マイコプラズマ肺炎に続発した器質性肺炎の1例
 沖縄県立中部病院 内科 島袋 祐士
201. 当院における特発性器質性肺炎26例の検討
 豊見城中央病院 呼吸器内科 小波津 香織

202. 乳癌術後照射後に発症した放射線性肺炎の一例
 沖縄赤十字病院 内科 赤嶺 盛和
203. 尿路感染症を治療中に、ARDS で発症した粟粒結核の一例
 中頭病院 呼吸器内科 安富 き恵
204. 高齢者結核症例の検討
 国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 久場 睦夫
205. マクロライド系抗生剤少量長期療法の最少維持量
 榕原医院 池田 祐之
206. 食道アカラシアに合併した膿胸の1例
 沖縄県立中部病院 廣澤 孝信
207. 胸腺静脈から血管内に進入し SVC 症候群をきたした浸潤型胸腺腫の1例
 那覇市立病院 與那嶺 圭輔
208. 特徴的な胸部 CT 所見を呈した再発性多発軟骨炎の1例
 豊見城中央病院 呼吸器内科 戸高 貴文
210. 延髄内側梗塞の一例
 沖縄県立中部病院 内科 坂下 碧
211. 水痘・帯状疱疹による単麻痺の一例
 豊見城中央病院 神経内科 新垣 朋弘
212. 肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス R）接種後に眼・頸部神経障害を惹起した一例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 神経内科 高辻 健太
213. 難治性吃逆、嘔吐及び過眠を呈した NMO spectrum の一例
 沖縄県立中部病院 山本 一太
214. 抗 NMDA 受容体脳炎による難治性痙攣重積をきたしたが軽快に至った1例
 浦添総合病院 井上 稔也
215. ウイルス性髄膜炎・脳炎に対してアシクロビル投与中に、意識障害が悪化し、アシクロビル脳症が疑われた一例
 浦添総合病院 救命救急センター 伊集院 駿
- 神経内科**
209. 当初末梢性めまいと診断した小脳梗塞の1例
 沖縄県立中部病院 神経内科 村田 祥子



沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）
 左から、優秀賞：本庄先生、白瀬先生 最優秀賞：金武先生

第54回地区医師会連絡協議会



那覇市医師会理事 白井 和美



地区医師会が抱える諸問題・課題について県内7地区医師会が共通の認識を持てるように協議する本連絡協議会が、1月20日（日）、那覇市医師会担当の下、パームヒルズゴルフリゾート会議場にて開催された。総勢67名の参加者が一堂に会する中、本会真栄田篤彦会長から、短い時間ではあるが、活発な協議を期待する旨の挨拶があり、早速協議に移った。

協 議

1. 予防接種の広域化について

那覇市医師会 理事 宮城政剛

〔提案要旨〕 予防接種の接種機会の拡大を図るための最大の課題は、那覇市の接種委託料金の低さであることは十分承知しており、行政とも今後も協議を続けていく予定ですが、これと並行して予防接種の相互乗り入れを御願いたい。

〔各地区医師会の回答〕

○北部地区医師会 接種率向上のために相互乗

り入れは効果がある。現在はほとんどの地区医師会と契約を締結しており、今後はミスを少なくするための予診用紙の統一等にも取り組みたい。
○中部地区医師会 相互乗り入れは、「かかりつけ医の下での接種が望ましい」との観点からは賛同できるが、委託料金に差がある場合、自治体が低い料金設定の処と合わせるように働きかけるのは必至であり、那覇市医師会側の更なる努力が無ければ難しい。

○浦添市医師会 定期接種に関しては、料金にかかわらず相互乗り入れを行っていくべきと考えている。全国的には県単位での広域化が行われている例もあるので、検討すべきである。

○南部地区医師会 BCG以外の予防接種について、那覇市医師会が代表者となり自治体と集合契約を締結すれば相互乗り入れは可能だ。ただ、この場合も接種料金が他地区医師会と差が無くなるような努力をお願いしたい。

○宮古地区医師会 集団接種を中心に実施しているため、全県統一料金の設定は困難と考える。

○八重山地区医師会 地理的に考えて住民サイドの利便性はないと考える。しかし、委託料金が担保されるのであれば広域化に反対はしない。

○沖縄県医師会 佐賀県と長崎県の2県で県下統一料金を実現することなく相互乗り入れに成功している。これは、各地区の異なった委託料金を承知の上で、手挙げ方式で相互乗り入れを行っているものだ。参考にできる部分があれば、当県でも相互乗り入れが実現できるよう工夫していきたい。

○中部地区医師会 この例は、失敗ではないか。行政から一本釣りされて協力を行う医療機関が出ると、いずれ料金への懸念も出てくる。中部地区医師会は、確固たる算定根拠に基づき予防接種委託料を設定し、行政と交渉している。この姿勢を見習って欲しい。

○那覇市医師会 他地区医師会にご迷惑をお掛けしていることは、大変心苦しく思っている。新規の委託料金は、中部地区医師会が設定された料金算定根拠を提示し交渉した結果、おおよそ同程度の委託料金で契約することが出来た。今後も積極的に行政に働きかけていきたいので、ご理解のほどよろしく申し上げます。

○那覇市医師会 (真栄田会長) MRの個別接種化を県内でいち早く実施したのは那覇市であったが、委託料金に関してはなかなか進展が見られなかった。しかし、今後は適正な委託料金設定に近づけるべくさらに努力したい。また、消費税に関して、増税時にきっちりと上積金を請求できるように注意していく必要があると考えている。

2. 地区医師会の認知症への関わり方について

那覇市医師会 理事 喜納美津夫

〔提案要旨〕 沖縄県では平成23年3月末現在、30,000人を超える認知症患者がいる。今後増加の一途をたどる認知症患者対策として、那覇市では講演会の開催、多職種との連携を図る「認知症連携の会」などを行っているが不十分である。来年度からは12か所の地域包括支援センターが稼働し、認知症対応の主要な窓口となる予定だが、市全体の連携に関しては未知数だ。

各地区での認知症対策の現状、課題、展望などについて伺いたい。

〔各地区医師会の回答〕

○北部地区医師会 今後は認知機能低下の早期発見に取り組んでいく必要があり、対策を講じたい。リスクファクターの把握、地域での多職種連携による情報共有、認知症疾患医療センターの設置、社会全体へ向けた取り組みなども行っていきたい。

○中部地区医師会 厚労省の補助事業、「在宅医療連携拠点事業」を行っており、この中で認知機能の低下した患者の掘り起こしと対策について考えている。地域包括支援センター、ケアマネとともに、介護認定された高齢者、認知症患者への対応で手一杯である。しかし、これは重要な課題であり、多業種と連携して活動したい。また、グループホームも待機患者が多く不足は明白なため行政への働きかけも必要である。

○浦添市医師会 2007年から「認知症地域支援体制構築等推進事業」に取り組んでいる。広報誌による市民への啓発、市のHPで「地域資源マップ」の作成、3,400名超の認知症サポーターも養成した。市の高齢者プラン策定委員に医師会から委員が参加し、意見の反映を図っている。

○南部地区医師会 「東風の里」を運営し、高齢者の入所、通所、リハビリを行っている。また、認知症疾患医療センターは2か所で設置予定がある。しかしそれ以外の取り組みは遅れている。日精協高齢者医療・介護保険委員会作成の「オレンジ手帳」は、地域連携に役立つものと考え提示した。

○宮古地区医師会 地域特性を考えた支援体制の構築が不可欠で、宮古島独自のプランを医師会が全面的に支援して構築すべく計画実行委員会を発足させる予定。

○沖縄県医師会 県医師会として主体的に取り組んでいる事はないが、各地域で特性を生かした取り組みのバックアップを行って行く。平成25年度に基幹型と地域型の2カ所の認知症疾患医療センターの設置を目標にしており、今後

は各地区の問題を集約してサポートしたい。

3. 複数の医療機関（病院または診療所）が同一の患者に睡眠薬、抗不安薬等の過量処方しないための対応策について

那覇市医師会 副会長 友利 博朗

〔提案要旨〕 宮古地区において今回、ハルシオン（0.25 mg×2T）が2つの院外薬局と2つの院内薬局で2年以上も処方されていたケースが見つかった。当会では、今後お薬手帳の活用の徹底、1年以上同一の睡眠薬、抗不安薬を処方されている、用量が短期間に増加しているケースに関しては病院・診療所でのリストアップや確認指導を行っていくこととした。各医師会での対応と、支払基金との連携の可能性などについて知りたい。

〔各地区医師会の回答〕

○北部地区医師会 お薬手帳の有効な活用で故意による薬の乱用は防止できると考えている。他県では、院外処方箋の不正コピーに対し、複写であることが表示される用紙が使用されている。

○中部地区医師会 患者の意図的とおもわれる過剰な薬剤の要求に対して現在のところ、医師会でも薬剤師会でも抜本的な対策はない。疑わしい場合は、支払基金からの情報提供もお願いしたい。

○浦添市医師会 現状チェック体制はない。意図的に過量投与を要求する患者は、お薬手帳を提示することもないであろう。個人情報保護法の関連で、どの程度のことのできるかわからないので、今後検討したい。

○那覇市医師会 以前過量投与に関する注意喚起を文書で行ったが、特別な取り組みは行って

いない。ただ、薬効が不十分のケースも否定できず、専門医との連携も重要と考える。

○南部地区医師会 特に対策を講じていなかったが、宮古地区の示された防止策は有効だと考える。支払基金での審査システム改正により、問題となるケースの特定が可能なら、基金サイドに要請しても良い。

○八重山地区医師会 こういう問題は、患者側に何らかの問題がある場合が多い。問題がある患者には、主治医以外決して処方しないようにする以外対策はない。

○沖縄県医師会 基金からの情報提供は有効ではあるが、一方で、その患者に関する全ての医療機関での処方への裁量権を基金が持ちかねないと云う両刃の剣でもあるため、十分慎重に考える必要性を感じている。

活発な討論が行われたが、紙面の関係でごく一部のみの掲載となった。

次いで、県医師会から、「特定保健指導の支援ツールのデモンストレーション」、「重粒子線治療施設導入に係る検討基礎調査事業について」の報告が行われた。

最後に、本協議会を締めくくるに当たり、沖縄県医師会 宮城信雄会長よりご挨拶を頂いた後、次期開催地区医師会を代表して、北部地区医師会の大西弘之副会長より、「自然豊かな北部の地での開催に是非ご期待ください。」と力強いご挨拶があり、協議会は無事終了した。

また、午後には有志の方々によるゴルフコンペも引き続き開催された。午前中のくもり空と打って変わった晴天の中、良いストレス解消になっただろうか。




沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

沖縄県ドクターバンクでは

- ✦ 再就業を希望する医師のお手伝いをします
- ✦ 育児支援や生活支援に関する情報を提供します
- ✦ 医師の求人募集を紹介します

まずは、お気軽にご相談ください

- ✦ 相談員が個々の相談に対応します
- ✦ 医療機関からの医師の求人情報を代行して紹介します

MENU	Contents
再就業支援	再就業・再研修の情報提供や相談 
育児支援	保育に関する情報提供や相談 
生活支援	掃除・洗濯、子供の世話等、家事支援の情報提供や相談 

ホームページも開設しています

- ✦ URL : <http://www.d-bank.okinawa.med.or.jp/Portal/>



沖縄県ドクターバンク
南風原町字新川 218-9
(沖縄県医師会館内)
TEL. 098 - 888 - 0087
相談員:山城



平成 24 年度沖縄県国民保護共同図上訓練

災害医療委員会委員長 出口 宝



平成 25 年 1 月 22 日 13 時から沖縄県庁 4 階講堂において「平成 24 年度沖縄県国民保護共同図上訓練」が行われました。国民保護法では都道府県医師会は指定地方公共機関となり国民保護計画や国民保護業務計画づくりを実施して有事の時には実動が求められます。本訓練は平成 20 年と 21 年に続いて第 3 回目の開催となりました。本会へも参加案内があり沖縄県医師会事務局業務 1 課とともに参加をしました。

訓練目的は『平成 18 年に策定された沖縄県国民保護計画に基づき、国、県、市町村及び関係機関が一体となった訓練を実施し、国民保護計画に定めた国民保護措置に係る手順を確認するとともに関係機関相互の機能確認及び連携を図り、あわせて、テロ以外の大規模災害への応用にも資することを目的とする。』とされていました。

参加機関は内閣官房、消防庁、第十一管区海上保安本部、沖縄防衛局、自衛隊（陸・海・空）、自衛隊沖縄地方協力本部、沖縄県、沖縄県警察本部、那覇市、那覇市消防本部、日本赤十字社沖縄支部、沖縄県都市モノレール株式会社、NPO 法人那覇市体育協会、沖縄県内全市町村となっていました。当日は、上記以外の機関は実際の訓練参加ではなく、会場にての見学のみ限定されていました。

会場では、対策本部の構成として県庁内各部局から各々 4～5 名、防衛局、自衛隊、海上保安本部から各々 2～3 名ほどの連絡員が参加をしていました。本部のレイアウトは正面にスクリーンを設置、それらを背にして知事らが座る指揮命令所を設置、その前のフロアに統括情報

班、そして各々の部局と自衛隊などの連絡員のための島（各部局単位のテーブル席）が設置されていました（Fig.1）。今回の訓練では、情報は全て統括情報班に集めて、同班が各々の島へ伝達をして情報共有するというシステムが強調されていました。従って本部内を動き回るのは統括情報班のみで、他は自らの島から動かないということになります。



fig.1

訓練開始となりました。事前の訓練シナリオでは、那覇市内で化学剤散布事案が発生して多数の死傷者が発生、その後に爆発物を保有したテログループによる立てこもり事案が発生と知らされていましたが、その他はブラインドとなっていました。13 時 30 分、県警から「イベントに約 2,000 名が参加している沖縄セルラースタジアム那覇の内野席で化学剤散布による化学テロが発生して多数の死傷者が発生している」との第 1 報が県庁に入電されました。正面スクリーンにはその内容を記入したペーパーが映し出され、そのコピーが統括情報班によって各々の島へ配布されました。事件を報道する NHK 沖縄によるニュースが正面スクリーンに

映し出されるなど凝った演出もされていました (Fig.2)。その後、国際テロ組織 X による犯行声明が出され、奥武山公園駅への立てこもりなど、次々と入る警察情報が統括情報班によって伝えられていきました。そして、住民避難が行われ、テロリストの身柄が確保されて終結となりました。



fig.2

医療班は福祉保健部の職員で構成されていました。そして、DMATの要請、ドクターヘリの要請、医療機関の受入れ調整、避難所の開設や運営に関する業務などを行っていました。死傷者が縮腫しているなどの情報が入るようになり、化学剤がサリンと判明してからは有機リン中毒の解毒剤であるプラリドキシムヨウ化メチル (PAM) とアトロピン硫酸塩注の県内在庫の確認作業などが行われていました。全ての情報は時刻と連絡元と連絡先が所属機関と固有名詞で記録され、何時、誰が誰に伝えたのか、誰が誰から受けたのかが明確にされていました (Fig.3)。



fig.3

災害医療活動の視点から今回の訓練を見てみると、図上訓練とは言え現着している警察からの情報は時々伝達されましたが、現場の消防・救急隊からの情報は殆どなく、災害医療の原則である「CSCA&TTT」Command&Control (指揮と統制)、Safety (安全)、communication (情報伝達)、Assessment (評価) と Triage (トリアージ)、Treatment (治療)、Transport (搬送) が不確実なまま進められているような印象でした。さらに、見学している我々だけだったのかも知れませんが、警戒区域、活動区域、現場指揮本部、傷病者集積場所、トリアージエリア、現場救護所などが設置されているのか、どうなっているのかも判りませんでした。また、細かい事ですが、現実にはこのような化学テロ災害が発生した場合の搬送先の調整を本当に県福祉保健部が直接するのか、それが最善であるのかなどの一つをとっても疑問が残りました。

現実の大規模災害においては県庁内部局間のみでなく実動する関係機関相互との連携が重要になります。これらがいざという時に機能する為には平常時から関係機関が参加する訓練を実施して顔が見える関係を構築しておくことが重要と思います。本訓練では目的を『…関係機関相互の機能確認及び連携を図り、あわせて、テロ以外の大規模災害への応用にも資することを目的とする…』としたのならば、医療班の島に統括 DMAT、消防、日赤、本会らの関係者も参加するべきだったのではないのでしょうか。

一方では、災害時には県庁がどのような形で庁内部局からなる災害対策本部を構成し、どのような指揮系統がとられるのかを目の当たりにする事が出来るなど有意義な見学参加となりました。

平成 24 年度第 4 回 沖縄県・沖縄県医師会連絡会議

副会長 玉城 信光



去る 1 月 23 日（水）、県庁 3 階第 1 会議室において標記連絡会議が行われたので以下のとおり報告する。（出席者は以下のとおり）

出席者：宮城会長、玉城副会長、安里副会長、稲田常任理事、宮里常任理事、玉井理事（以上医師会）、崎山福祉保健部長、国吉保健衛生統括監、里村参事、国吉健康増進課長、平医務課長（以上県福祉保健部）

議 題

1. 「災害への対応について」

（提案者：沖縄県医師会）

- ①災害発生時の県外派遣に関する協定を早急に締結いただきたい

<提案要旨>

本件については、昨年 5 月 26 日開催の本連絡会議において本会より「地震等により被災し

た地域での医療救護活動に当たっては、県内外を問わず活動できるよう沖縄県と沖縄県医師会とで災害時派遣協定を締結いただきたい」旨提案した。

それに対し、県より「今後、災害時の医療提供体制を構築していくにあたり、貴会をはじめ DMAT 病院及び関係団体と、次のような観点から協議を進めていきたいと考えている。(1) DMAT との関わり (2) 災害対策基本法等の対象となる医療救護活動 (3) 沖縄県医師会、沖縄県看護協会ほか各関係団体の災害発生時から復興までの役割」「提案の趣旨は理解できるので、改善すべきは改善したい。医師会とは、県内の災害時については既に協定があるが県外についてはまだないので、協議を行っていきいたい。」との回答をいただいた。

災害に万全を期すために、県内外を問わず活動できるよう早急に県外派遣に関する協定を締結すべきであると考えているが、その後県における検討状況についてお伺いしたい。

②沖繩県保健医療計画並びに沖繩県地域防災計画等に、沖繩県医師会 JMAT（日本医師会災害医療チーム）を公的に位置づけていただきたい。

＜提案要旨＞

現在沖繩県において見直し作業を行っている「沖繩県保健医療計画」に「沖繩県医師会 JMAT（日本医師会災害医療チーム）」を公的に位置づけていただくよう要望する。

また、沖繩県地域防災計画においても沖繩県医師会 JMAT を位置づけていただくよう関係部署と調整をお願いしたい。

なお、本会では、マニュアルの策定、定期的な研修の実施、備品整備等、災害医療チームとしての環境整備を進めているところであり、災害時に万全を期すよう努めているところである。

また、昨年 8 月 9 日に鹿児島県において開催された「九州各県医務主管課長会議」において、「大規模災害時における九州ブロックの JMAT 活動を認識した災害時医療救護協定について（長崎県版修正案）」検討がなされたと伺っておりますが、検討内容についても伺いたい。

＜県福祉保健部回答＞

昨年 8 月の九州各県医務主管課長会議の意見交換を踏まえて、今月中に長崎県が県外の派遣協定を既存の協定の中に盛り込む方向で進んでいる状況であり、福祉保健部においても既存の協定の中に盛り込むことで検討しており、部内で調整して早いうちに医師会に提示し調整させていただきたい。

また、公的な位置づけについて、現在の保健医療計画および地域防災計画においても医療班の要請を医師会にと書いてあるが、次期保健医療計画にも JMAT と明記していきたい。その点についても医師会に提示させていただきたい。

昨年 8 月の九州各県医務主管課長会議では、基本的なこととして①県外派遣のあり方②DMAT と JMAT との役割分担③公的な位置づけに等について意見交換を行った。

九州各県とも県外派遣について検討しているということであった。また、DMAT と JMAT の役割分担については、各県での検討も必要だが、必要に応じて厚生労働省と日本医師会、国全体的な協議が必要ではないかとの意見があった。

同会議において、基本的な事項について意見交換を終了したところである。長崎が今月中に協定を作っていくということなので、それを取り寄せて調整していきたいと考えており、医師会と調整していきたい。

＜主な意見等＞

◇県医師会：九州のみならず他の県にも派遣できるようにしてもらいたい。

◆県福祉保健部：基本的に「県外」としており、九州に限定してはいない。

◇県医師会：今回（東日本大震災）のことをいい経験にしてどうしたらいいかを考えて取り組んでいただきたい。医師会は、協定があってもなくても行くときには行く。県との取り決めの中で県の派遣として行くことで、県自身も早くに取組んだことになり県にとっても良いことである。

◇県医師会：本院は、DMAT が 2 チームあり、本来なら 3 日以内の出動であるが、長々と要請が続いた。県も医師会もそれぞれ独自で応援に行っている。実際 3 日を過ぎると DMAT の役割は終わっている。災害が落ち着いてくると、慢性の病気や子どもたちの感染症など、JMAT の方が力を発揮できる。本院も JMAT に参加したかったが、県から DMAT 要請があったのでできなかった。

◆県福祉保健部：阪神淡路大震災の際にはガレキの中からの救護であったが、東日本大震災の場合は、津波のため医療提供体制が消失してしまつて DMAT と JMAT が一緒に入り込むという必要性が出るのが想定された。8 月の九州

各県医務主管課長会議では、DMAT 活動後急性期以降の対応は JMAT との位置づけができるのか、整理も必要なのではとの意見もあった。

議 題

2. 「がん検診について」

(提案者：沖縄県医師会)

①胸部 CT による肺癌検診にて、肺癌死亡を減少する事業に取り組んで欲しい

<提案要旨>

現在の胸部レントゲンと喀痰細胞診検診では早期肺癌を見つける事が困難です。

肺癌のハイリスクグループを対象に胸部 CT 検診を実施してもらいたい。

(補) 沖縄県では約 86,000 人 (H22 年度) の肺癌検診の受診者がある。全てで CT 検診を導入することは、効率、対費用効果、読影能力から見ても実現困難と考えられるが、5 年毎の節目や、あるいは 40 歳以上で喫煙指数が 600 以上のハイリスクグループに対して、胸部 CT による肺癌検診への公費助成を行うことは実現可能と思われる。

②乳癌死亡を減少させる為、乳癌検診の質を向上する事業に取り組んで欲しい

<提案要旨>

乳癌検診のレベルの向上の為、マンモグラフィと、乳腺エコー検査の技術者養成事業に取り組んでもらいたい。

(補) 現在市町村の乳がん検診やクーポンによる乳がん検診が実施されているが、マンモグラフィによる検診においては、設備とともに専門的な知識と技術を有する技術者の不足がボトルネックとなっている現実がある。従って、乳がん検診の受診率向上に向けて、技術者養成事業に県として取り組んでいただきたい。

◆県福祉保健部：①現在、がん検診については市町村の責務として位置付けられ、「がん予防

重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づき実施されています。肺癌検診については、胸部レントゲンと喀痰細胞診検診とされています。

国立がん研究センターがん対策情報センターによると「低線量の胸部 CT による肺癌検診は、死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、集団を対象とした対策型検診としては勧められません。」となっているため、胸部 CT 検査については、他府県の市町村においても実施しているところは少ない状況です。

都道府県では、鹿児島県が主催として実施しており、今後、鹿児島県の導入経緯と他府県の動向を踏まえ検討していきたいと考えています。

②平成 16 年 4 月 27 日に「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正され、市町村における乳がん検診についてはマンモグラフィにより実施することが原則となりました。

指針の改正に伴い、県ではマンモグラフィ撮影技師及び読影医師養成研修事業を平成 18 年度まで実施し技術者の養成に努めてきました。

平成 18 年度に撮影技師数及び読影医師数の必要な人数を算定し、研修会実施した段階で技術者数は概ね充足されたと判断し、県としての事業を終了しています。

(撮影技師数 63 人、読影医師数 66 人 県集計：平成 18 年 6 月末現在)

NPO 法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会報告書 (第 8 版) によると読影医師数 144 人、技師数 181 人 (平成 24 年 3 月 31 日現在) となっていますが、従事者の状況については未把握ですので、今後調査し検討していきたいと考えています。

＜主な意見等＞

◇**県医師会**：医師数は足りているのではないかと考えるが、精度が伴っていないと思う。資格を持っている人については、レベルアップの講習が必要であるということで、年に2回程度、中部地区医師会において講習を実施しているが、全体には行き届いていない。レベルの統一が出来ていないのではないかと考える。

また、同じ施設の中のみで診るのではなく、外の目がないとレベルがアップしないのではないかと考える。以前、那覇市医師会が、病院で1回読影を実施し、医師会に数名の先生を集め、再度読影をするという取り組みを行っていた。

◇**県医師会**：読影や診断精度の更なる向上も必要であると思うが、受診率はどうか。

◆**県福祉保健部**：受診率が20%台で留まっている。特定健診が始まる少し前位から下げ留ま

っている状況である。がん検診や精検の受診率については、非常に問題であると考えており、生活習慣病管理指導協議会で受診率の向上について協議しているところである。

また、がん基本計画や健康おきなわ21においても精密検査の受診率向上を目標に、力を入れていきたいと考えている。

◇**県医師会**：がん検診については、市町村毎に内容や単価が異なっている。理想的なことではあるが、特定健診の集合契約のように、相互乗り入れを可能にすることが受診率の向上に繋がるのではないかと考える。是非検討いただきたい。

◆**県福祉保健部**：医療機関によっては、特定健診は実施できるががん検診は難しいというところや、がん検診の中でも出来るものと出来ないものがある等、このような状況も鑑みると難しいのではないかと考える。

印象記

副会長 玉城 信光

議題1は災害医療についてである。

災害発生時に医師会の医療団を県外に派遣するための取り決めについては九州各県でも検討されており、沖縄県でも県外派遣に向けた準備をしていると回答があった。また保健医療計画の中でもDMAT、JMATの位置づけをはっきりさせたいとの回答であった。九州では長崎県が先行して派遣に関しての締結がなされるのでそれを参考にしながら沖縄県の協定を作っていくことになった。

議題2はがん検診についてである。

一つは肺がん検診に胸部CTの導入を検討してはどうかとのことであるが、健康増進課の回答ではCTによる検診は鹿児島県で行われているが、国立がん研究センターの意見ではまだ集団検診に対するエビデンスがないことで沖縄での導入は考えていないとのことである。

二つ目は乳がん検診の技術向上のためのマンモグラフィや超音波の講習会を行ってほしいとの浦添市医師会からの要望である。現在県内にはマンモグラフィ読影医師が144名、読影技師が181名いることになっており数の上では充足していることになっている。しかし、その業務の実態がどうなっているか把握する必要があると回答があった。

今後の課題としては、読影精度の検証などが必要になるであろうとの意見が出された。

今回は議題も少なく早めに終了した会議であった。今後は保健医療計画に向けた作業が加速するのでこの会議の外にも県に対して多くの意見を出していきたいと思う。

都道府県別平均寿命陥落にかかる 緊急アピール

理事 玉井 修



年末には発表される予定の都道府県別平均寿命が年が明けても発表されず、いつまでも発表されない平均寿命の統計発表に私は少々いらついておりました。しかし、2月26日のお昼頃になって、どうやら平均寿命の発表が2月27日から3月1日の間に行われそうだという情報が県医師会に伝わり、急遽2月26日(火)の理事会に県医師会として何らかの緊急アピールを行う必要があるのではないかという事で議論されました。やるならば、県庁の記者クラブで緊急記者会見を行い、広くマスコミに訴えるために緊急アピール文を作成しようという話になりました。理事会では緊急アピール文のたたき台を示して議論し、各理事者からご意見を頂き、2月26日深夜から緊急アピール文の練り直しを行いました。翌2月27日の夜、私が特定健診の説明会のため名護会場に入ると、突然私の携帯に電話が入り、男性30位女性3位という情報が入ったこと、これに対応した緊急記

者会見を2月28日午後7時から県庁記者クラブで宮城会長と私とで行う事となりました。ついに、2月28日当日となりました。正式な厚生労働省からの発表は午後4時でありましたが、記者会見に臨むには事前に出来るだけの情報を収集する必要があります。私は日本医師会をお願いして出来るだけ早急に情報の提供を頂きたいとお願いしましたところ、午後には詳細なデータが手に入りました。これを元に記者会見に臨むためにデータを頭に詰め込みました。

午後7時前に県庁記者クラブに到着すると、そこには4~5台のテレビカメラと10本はあろうかと思うマイクが机に並べられ、20人ほどの記者が我々の到着を待っておりました。緊急アピール文を配布し(別に掲載)早速記者会見が行われました。地元新聞社、朝日、読売、毎日新聞社、共同通信社、沖縄テレビ、NHK、地元ラジオ局も駆けつけ、非常に鋭い質問と答弁が行われました。

今回の都道府県別平均寿命において男性 30 位と更に順位を下げ、女性は長年堅持してきた首位の座から陥落するという事態は長寿県沖縄において象徴的な出来事であり、これを機に健康長寿を取り戻す県民運動を真剣に取り組まなくてはならない事をマスコミに訴えました。また、厚生労働省のデータ表 2 には平均寿命の伸び率が男性 32 位、女性 46 位となっており、今後更に順位を下げる事が容易に予想される状況であり、早世率全国 1 位の事態を改善するために壮年期、青年期、あるいはもっと若い世代である子供達に対する生活習慣改善の取り組みが急がれている事をマスコミにお話しました。マスコミ側からは具体的な対策をどのようにやっていくのかという質問が多かった様に思います。啓発事業だけでは事態が改善しない事はこ

れまでの歴史が教えてくれています。県民に積極的に介入する事業を具体策として検討する必要があります。現在沖縄県医師会が進めている特定健診事業とそれにリンクさせた特定保健指導支援事業などが頭に浮かびました。生活習慣改善の為に積極的に介入するシステム作りを様々な立場の方達と協働して行っていく具体的な行動が求められています。また、未だに危機感の薄い県民に対して、しっかりとした問題意識を持ち続けて貫うためにもマスコミと今後一層の協力体制作りが大事であると記者会見でお話しました。

あれほど多くの記者に囲まれ、雨のように浴びせられる質問に答えるという得難い経験をさせて頂きました。日頃緊張する事は滅多にない私ですが、今回はかなり緊張しました。

都道府県別平均寿命陥落にかかる緊急アピール

このたび、都道府県別平均寿命の順位が発表され、沖縄県の女性の平均寿命が首位から陥落し、男性の平均寿命も 30 位に転落という事態を踏まえ、沖縄県医師会は長寿県沖縄の復活を目指し、ここに緊急アピールを行います。

我が沖縄県は去る大戦の後、食糧難を生き抜き、懸命に働いた先人達が多くのものを我々に遺してくれました。その最たるものは健康長寿という素晴らしい遺産であり、この事により沖縄県は対外的に多くのブランドイメージを発信する事が出来、これは現在、沖縄県の重要な産業基盤の一つとなっている事は論を俟ちません。

しかし今、先人達が遺したこのブランドイメージは大きく傷つこうとしています。10 年前に男性の平均寿命が 26 位に転落、メタボリック症候群に代表される生活習慣病の増大、健診受診率の伸び悩み、65 歳未満の死亡率（早世率）の悪化など、既に多くの危機的状況が明らかになり、沖縄県医師会も保健医療活動、広報活動等を通じて様々な取り組みを行って参りましたが、今般、特に女性の平均寿命順位が首位から陥落したことは遺憾とするところであります。

ここに沖縄県医師会は沖縄県の健康長寿復活を期して県民の皆様をお願い申し上げます。ご自身とご家族、そして社会全体を救えるのは県民一人一人の意志の力です。誰かが何とかしてくれる事ではありません。県民一人一人の意志の力で、沖縄県の健康長寿を復活させるため、以下の提言を致します。

- 1) 肥満解消のため、食事や運動など生活習慣の改善に取り組みましょう。
- 2) 特定健診など各種健診（検診）を受けて、病気を未然に防ぎましょう。
- 3) 治療中の方は、医師の指示に従って治療を継続しましょう。

沖縄県医師会は県民と共にあります。これから健康長寿を取り戻すため、一緒に努力してまいります。この素晴らしいふるさと、沖縄の健康長寿を取り戻すため、一緒に頑張ってください。

都道府県別にみた平均余命

平均寿命

平均寿命(0歳の平均余命)は、全国の男で79.59年、女で86.35年となっているが、これを都道府県別にみると、男では、長野が80.88年で最も高く、次いで滋賀(80.58年)、福井(80.47年)の順となっている。女では、長野が87.18年で最も高く、次いで島根(87.07年)、沖縄(87.02年)の順となっている。

平均寿命の最も高い都道府県と最も低い都道府県との差は、男3.60年、女1.84年となっている。(表1)

表1 平均寿命

(単位:年)

順位	男		女	
	都道府県	平均寿命	都道府県	平均寿命
...	全 国	79.59	全 国	86.35
1	長 野	80.88	長 野	87.18
2	滋 賀	80.58	島 根	87.07
3	福 井	80.47	沖 縄	87.02
4	熊 本	80.29	熊 本	86.98
5	神奈川	80.25	新 潟	86.96
6	京 都	80.21	広 島	86.94
7	奈 良	80.14	福 井	86.94
8	大 分	80.06	岡 山	86.93
9	山 形	79.97	大 分	86.91
10	静 岡	79.95	富 山	86.75
11	岐 阜	79.92	石 川	86.75
12	広 島	79.91	滋 賀	86.69
13	千 葉	79.88	山 梨	86.65
14	東 京	79.82	京 都	86.65
15	岡 山	79.77	神奈川	86.63
16	香 川	79.73	宮 崎	86.61
17	愛 知	79.71	奈 良	86.60
18	石 川	79.71	佐 賀	86.58
19	富 山	79.71	愛 媛	86.54
20	宮 崎	79.70	福 岡	86.48
21	三 重	79.68	高 知	86.47
22	宮 城	79.65	東 京	86.39
23	埼 玉	79.62	宮 城	86.39
24	兵 庫	79.59	香 川	86.34
25	山 梨	79.54	北 海 道	86.30
26	島 根	79.51	長 崎	86.30
27	新 潟	79.47	鹿 児 島	86.28
28	徳 島	79.44	山 形	86.28
29	群 馬	79.40	岐 阜	86.26
30	沖 縄	79.40	三 重	86.25
31	福 岡	79.30	愛 知	86.22
32	佐 賀	79.28	静 岡	86.22
33	鹿 児 島	79.21	徳 島	86.21
34	北 海 道	79.17	千 葉	86.20
35	愛 媛	79.13	兵 庫	86.14
36	茨 城	79.09	鳥 取	86.08
37	和 歌 山	79.07	山 口	86.07
38	栃 木	79.06	福 島	86.05
39	山 口	79.03	秋 田	85.93
40	鳥 取	79.01	大 阪	85.93
41	大 阪	78.99	群 馬	85.91
42	高 知	78.91	埼 玉	85.88
43	長 崎	78.88	岩 手	85.86
44	福 島	78.84	茨 城	85.83
45	福 岩	78.53	和 歌 山	85.69
46	秋 田	78.22	栃 木	85.66
47	青 森	77.28	青 森	85.34

表2 平均寿命の延び(平成22年-17年)

(単位:年)

順位	男		女	
	都道府県	延び	都道府県	延び
...	全 国	0.80	全 国	0.60
1	山 形	1.43	愛 媛	0.90
2	徳 島	1.34	大 分	0.86
3	鹿 児 島	1.24	愛 知	0.82
4	和 歌 山	1.10	奈 良	0.77
5	大 分	1.08	秋 田	0.74
6	宮 崎	1.08	京 都	0.72
7	熊 本	1.07	大 阪	0.72
8	栃 木	1.05	千 葉	0.70
9	宮 城	1.05	長 野	0.70
10	長 野	1.05	岐 阜	0.70
11	島 根	1.03	東 京	0.69
12	青 森	1.01	新 潟	0.69
13	福 井	1.00	福 井	0.69
14	高 知	0.99	広 島	0.68
15	滋 賀	0.97	三 重	0.67
16	佐 賀	0.97	福 岡	0.64
17	福 岡	0.95	宮 城	0.64
18	千 葉	0.93	栃 木	0.63
19	岐 阜	0.93	高 知	0.61
20	山 口	0.92	福 島	0.60
21	奈 良	0.90	神奈川	0.60
22	愛 媛	0.88	埼 玉	0.59
23	北 海 道	0.88	鹿 児 島	0.58
24	兵 庫	0.87	茨 城	0.57
25	京 都	0.87	山 形	0.56
26	福 島	0.87	佐 賀	0.54
27	広 島	0.85	青 森	0.54
28	香 川	0.83	徳 島	0.53
29	大 阪	0.78	兵 庫	0.52
30	秋 田	0.78	北 海 道	0.52
31	三 重	0.78	滋 賀	0.52
32	沖 縄	0.76	宮 崎	0.50
33	長 崎	0.75	島 根	0.50
34	鳥 取	0.75	山 梨	0.48
35	茨 城	0.74	香 川	0.45
36	神奈川	0.73	山 口	0.45
37	新 潟	0.72	岡 山	0.45
38	岩 手	0.72	長 崎	0.44
39	愛 知	0.67	群 馬	0.44
40	山 梨	0.65	熊 本	0.43
41	富 山	0.64	富 山	0.43
42	群 馬	0.62	岩 手	0.37
43	静 岡	0.59	和 歌 山	0.35
44	埼 玉	0.57	石 川	0.29
45	岡 山	0.55	静 岡	0.17
46	東 京	0.47	沖 縄	0.14
47	石 川	0.45	鳥 取	△0.19

県医師会が県庁で開いた緊急会見で、玉井修理事は語気を強めた。

宮城信雄会長は①生活習慣の改善による肥満解消②各種検診受診で病気の未然防止③治療の継続—を呼び掛けた。その上で「県民はあまり病院に行かず、治療もやめてしまおう」とし、「県民が意識改革する具体的提案をしなければ」と、行政など幅広い連携の必要性を訴えた。

「介護を考える女性の会」の堀川美智子代表は「沖縄では『平均寿命』と『健康寿命』の差が年々開いている。1位という順位だけを単純には喜べない、と以前から言ってきた」と指摘。

長寿の基本に食生活を挙げ「飽食の時代にどう立ち向かうかが難しい。『女性3位』を受け、行政は真剣に対策を講じる必要がある。県民を巻き込み、長寿県へ向け再チャレンジする機会にすべきだ」と話した。

ネット保健指導7月にも 県医師会が新システム

県医師会（宮城信雄会長）は、ネット環境があれば、だれでも特定保健指導を受けられる「特定保健指導支援システム」を、7月にも導入する方向で準備を進めている。ネット端末を介して、どこでも健康指導を受けられるようにし、健康づくりの動機付けを促す狙いがある。同会は「指導を受けやすい環境をつくり、沖縄の健康長寿回復に役立てたい」としている。

特定健診・保健指導は40～74歳の公的医療保険加入者を対象に腹囲や血圧、血糖値などを測って、保健指導につながる生活習慣病対策。同会によると、県内の特定健診受診者の60%が保健指導を受けておらず、健康対策に至っていないのが現状という。

新システムでは、対象者がネット端末で医師会にアクセスし、医師、保健師らから個別に指導を受けられる。特に離島や小規模病院しかない地域でも、簡単に指導を受けられるようになるメリットもある。

沖縄タイムス提供 沖縄タイムス3月1日（金）掲載

「県民意思で 長寿復活を」

県医師会が緊急アピール
厚生労働省が発表した2010年の「都道府県別生命表」で、沖縄県の女性の平均寿命が3位になるなど、男女共に後退したことを受け、県医師会（宮城信雄会長）は28日、県庁記者クラブで会見し、緊急アピールを発表した。同会が緊急アピールを発表するのは初めて。

アピールでは「特に女性の平均寿命順位が首位から陥落したことは遺憾」と表明し、「県民一人一人の意思の力で健康長寿を復活させよう」と訴えた。

提言として①肥満解消のため食事や運動など生活習慣の改善、②各種検診を受診し、病気を未然に防ぐ、③医師の指示に従って治療を継続することを呼び掛けた。

の平均寿命順位が首位から陥落したことは遺憾」と表明し、「県民一人一人の意思の力で健康長寿を復活させよう」と訴えた。

琉球新報社提供 琉球新報3月1日（金）掲載