

## 第4回日本糖尿病対策推進会議総会



副会長 安里 哲好



去る6月7日（金）、日本医師会館において、道永麻里常任理事司会のもと、標記総会が開催されたので報告する。

### 来賓挨拶

厚生労働大臣（代読：矢島健康局長）

我が国では、糖尿病が強く疑われる方が約890万人いると想定されており、実際に治療を受けている方が約500万人と約6割の受療率となっている。

糖尿病治療の必要な方が適切な治療を受けられることが重要な課題と認識している。

厚生労働省では、今年4月から健康日本21の第2次計画をスタートしており、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目標としており、例えば糖尿病だと、糖尿病の9割以上が、食生活や運動習慣、生活習慣に関係があると指摘を受けている。それら生活習慣病の発症予防・重症化予防の徹底を図ることが重要と考えている。

また、糖尿病が原因で人工透析を導入する方が多く、透析患者は約30万人おり、そのうち

の約4万人が新規透析導入しており、さらにそのうちの1万6千人が糖尿病が原因で人工透析の導入に至っている。

厚生労働省としては、健康日本21を推進するために、具体的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数の減少を目指している。

実際に糖尿病が強く疑われているなど、健診で指摘をされているにも関わらず治療を受けている方は6割程度であることから、治療を継続していく患者を増やしていくことを目標に掲げ、取り組みを行うとともに、コントロール不良者の割合も減らしていきたい。

厚生労働省においては、社会環境の整備を進めるとともに、医療関係者の皆様とも連携をしながら、しっかりと糖尿病対策に取り組んでいきたい。

### 挨拶

横倉義武（日本医師会会長）

日本糖尿病対策推進会議は平成17年2月に、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本医師会

の三者により設立した。

平成 19 年に日本歯科医師会、平成 20 年に健康保険組合連合会と国保健康保険中央会に参画いただき、その後も日本腎臓病学会、日本眼科学会、日本看護協会、日本病態栄養学会、健康体力づくり事業財団、日本健康運動士会、日本糖尿病教育看護学会の加入により、現在、13 団体で構成される組織となっている。

我が国の疾病構造が急性疾患から慢性疾患へシフトするなかで、糖尿病をはじめとする生活習慣病の罹患者は増加の一途を辿っており、その対策は国民の健康の維持・増強という視点からも重点的に実施すべき課題である。

昨年公表された WHO 世界保健統計においても、生活習慣の改善により予防可能な疾患を非感染性疾患と位置付け、世界レベルで糖尿病や高血圧等の生活習慣病のリスクが高まっていることを指摘しているところである。

また、本年度から第 2 次を迎えた健康日本 21 においても、がん、循環器疾患、糖尿病、COPD 等の生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底をあげている。

これら、NCD 対策においては、地域住民への啓発教育、早期からの医療介入が重要であることは言うまでもない。

そのためには、医療資源が必ずしも平準化していない我が国において、地域の特性に応じた医療連携、多職種間連携により、地域で医療を完結する体制を構築することが不可欠な対応であるとともに、日本糖尿病対策推進会議や都道府県や各地域の糖尿病対策推進会議が果たすべき役割は益々重要になっているものと思われる。

本日は各地域における先駆的な連携の取り組み、医科歯科連携、HbA1c の国際標準化、日本糖尿病対策推進会議が実施した尿中アルブミン調査など、あるべき糖尿病対策を様々な角度から紹介していただく事としているので、拝聴いただきたい。

**門脇 孝 (日本糖尿病学会理事長)**

日本糖尿病学会は、糖尿病の合併症が深刻な状況であることに鑑み、早期診断体制および早期治療体制の構築のための取り組みを行うなど、6 項目のアクションプラン (DREAMS プ

ラン) を展開してきた。

その中で、昨年 4 月 1 日から HbA1c の国際標準化について、日本糖尿病対策推進会議の皆様と取り組んできた。

また、今年 4 月 1 日からは、特定健診・保健指導においても国際標準化がなされ、NGSP 値に統一された。来年の 4 月 1 日からは日常臨床を含め、全ての表記が NGSP 値に統一されるということで、引き続き、国際標準化の推進に理解賜りたい。

さらに、これまでの HbA1c の目標値の改訂を行い、良好なコントロールが NGSP 値では 6.9% 未満と切りの悪い数字であることや国際的には 7% 未満が用いられていることから、種々の検討を重ねてきた。また、これまで優良か不可という形で血糖コントロールの評価が行われてきたことに対し、患者さん目線ではないとの意見があったことから、5 月 16 日の第 56 回日本糖尿病学会年次学術総会において、新 HbA1c の合併症を抑制する目標値として、7% 未満とすることで採択され、6 月 1 日から施行されている。

Keep your A1c below 7% を合言葉に、日本糖尿病学会としても、日本糖尿病対策推進会議を最も重要な活動の場として、糖尿病患者の幸福を慈しむために邁進していきたい。

**清野 裕 (日本糖尿病協会理事長)**

本年 4 月より、新公益法人に移行し、現在、患者 6 万、医療スタッフ 3 万、市民・企業等 1 万 5 千人と合計 10 万 5 千人の会員が力を合わせて国民の健康増進に取り組んでいきたいと決意を新たにしているところである。

特に、糖尿病対策推進会議のプランニングを実行に移す役割が、我々の担うべき役割と認識しており、日本糖尿病学会の認定する専門医を補完する登録医、あるいは医科歯科連携の要になる歯科医師登録医を要して対策を図っているところである。

なかでも、療養指導に最も重きを置いており、日本糖尿病療養指導士認定機構の認定する糖尿病療養指導士 1 万 7 千人に加え、地域で医療を完結させ、質の高い医療を提供するという意味で、各府県に地域療養指導士を立ち上げ、既に

1万人が取得している。

我々は、国民に対し、均一な質の医療を提供する環境を整備し、糖尿病学会の専門医の指導を得ながら進めていきたい。また、日本医師会や日本歯科医師会とも密な連携を図り、糖尿病の合併症も防いでいかなければならず、当会議は非常に重要な会議と認識している。

当会で討論されたことを地域の隅々まで伝えていただき、本日の会を実り多きものにしていただきたい。

**大久保満男（日本歯科医師会会長）**

口の中の大きな疾患は虫歯と歯周病であり、国民病とも呼ばれ、罹患率の非常に高い疾患である。近年、歯周病と糖尿病の間に相互の関係があるといわれてきた。

糖尿病の患者が歯周病になると、極めて運が悪く治療してもなかなか治らないことは経験上知っているが、歯周病の存在が糖尿病のコントロールに支障を来すことが分かってきた。歯周病の治療をすることでHbA1cの数値が下がってくることも少しずつ判明されてきている。

虫歯も歯周病も感染性の疾患である。細菌が存在するだけで発病しないが、口腔内の不適切な処置により細菌が結び付き、感染し発病するというメカニズムが解明されてきた。

当会議に参加させていただきながら、広い意味から、口の中を通して患者の生活をみるという事を診療の根底に置くことを会員に浸透させていこうとしている。

今後も国民の健康を守るために、日本歯科医師会として、最大限の努力を続けて参るのでご支援賜りますようお願い申し上げます。

**日本糖尿病対策推進会議を構成する団体及び役員紹介等**

**道永麻里（日本医師会常任理事）**

日本医師会の道永麻里常任理事より、日本糖尿病対策推進会議を構成する下記の団体及び役員が紹介された。

〔幹事団体〕 日本医師会、日本糖尿病学会、

日本糖尿病協会、日本歯科医師会

〔構成団体〕 健康保険組合連合会、国民健康保

険中央会、日本腎臓学会、日本眼科医会<sup>\*</sup>、日本看護協会<sup>\*</sup>、日本病態栄養学会<sup>\*</sup>、健康・体力づくり事業財団<sup>\*</sup>、日本健康運動指導士会<sup>\*</sup>、日本糖尿病教育・看護学会<sup>\*</sup>

※は今回より新規加入

〔会 長〕 横倉義武（日本医師会会長）

〔副 会 長〕 門脇 孝（日本糖尿病学会理事長）

清野 裕（日本糖尿病協会理事長）

大久保満男（日本歯科医師会会長）

今村 聡（日本医師会副会長）

〔常任幹事〕 春日雅人

（国立国際医療研究センター総長）

荒木栄一（日本糖尿病学会常務理事）

植木浩二郎（日本糖尿病学会理事）

田嶋尚子（日本糖尿病学会糖尿病

データベース構築委員会委員長）

稲垣暢也（日本糖尿病協会理事）

羽生田俊（日本医師会副会長）

三上裕司（日本医師会常任理事）

道永麻里（日本医師会常任理事）

〔幹 事〕 松本義幸

（健康保険組合連合会参与）

飯山幸雄

（国民健康保険中央会常務理事）

松尾清一（日本腎臓学会理事長）

福田敏雅（日本眼科医会常任理事）

福井トシ子（日本看護協会常任理事）

山田祐一郎（日本病態栄養学会理事）

増田和茂（健康・体力づくり事業財団常務理事）

黒田恵美子

（日本健康運動指導士会理事）

数間 恵子

（日本糖尿病教育・看護学会理事長）

**都道府県糖尿病対策推進会議活動に関する調査結果**

**道永麻里（日本医師会常任理事）**

当該調査は、日本糖尿病対策推進会議設立以来、平成17年度より各都道府県に対し糖尿病対策推進事業の活動状況を調査しているものである。

また、当該調査結果は、都道府県医師会にフ

ィードバックするとともに、構成団体に対しても情報提供しているところである。

さらに、事業状況に応じ日本医師会から都道府県医師会に財政支援を行っているところである。

平成 24 年度の糖尿病対策推進事業の主な事業内容は、講演会、研修会、セミナー等の開催や、啓発資料としてポスター等の作成、地域連携システムの構築としてクリティカルパスの作成が行われている。また、全国 45 か所で、世界糖尿病デー等の事業が実施されている。広報ツールとしては、TV、ラジオ番組、新聞掲載、刊行誌等への掲載が行われている。

参加団体は、行政、大学、薬剤師会、栄養士会、教育委員会、学校保健会等と一緒に活動が行われている。

医療計画における糖尿病の医療体制構築へ関与しているところは 41 か所となっている。

日医は平成 22 年 8 月 20 日付、糖尿病疾病管理強化対策事業費の予算要求について、厚労省健康局長へ要望書を提出した。結果、平成 23 年度、24 年度に予算計上されたものの、平成 23 年度は 12 医師会、平成 24 年度は 9 医師会の執行に留まっている。

この事業内容は、糖尿病に関し、関係団体との連携、特に都道府県糖尿病対策推進会議の活用により、それぞれの医療資源等の実状に応じた医療連携のあり方を検討し、検討結果を踏まえた事業を実施するものである。

平成 26 年度予算の国に対する概算要求要望の中で、生活習慣病対策の推進として、糖尿病疾病管理強化対策事業費の継続を要望している。糖尿病等の生活習慣病対策の推進には、医療計画に基づく診療計画が促進されることが望ましいとされており、多職種の連携が重要であると訴えている。

**糖尿病治療における医科歯科連携**

**佐藤 保（日本歯科医師会常務理事）**

日本歯科医師会における糖尿病・歯周病連携の基本的な考え方は、「疾病の減少と重症化予防」、「医科歯科連携の推進」、「医療計画の推進」である。

これらを推進していくにあたり、「歯周病検

診の推進・充実」、「医科歯科連携事業の推進」、「都道府県における糖尿病・歯周病連携の推進」に取り組んでいく必要がある。

我が国の抜歯原因の第 1 位は「歯周病 (41.8%)」、第 2 位は「う蝕 (32.4%)」となっており、特に歯周病の罹患率は、若い世代でも高く、加齢に伴い増えている。また、中高年の 50% 以上は歯周病に罹っており、65 歳を過ぎると急激に歯を失うなど、歯周病は国民病とも言われている。

歯の本数が多いと何でも噛んで食べることができるが、本数が少ないと食べられるものが制限される。バランスの良い食事を美味しく、しっかり噛むためには自分の歯を健康に保つことが重要である。

糖尿病治療の基本は、適切な「食事」と「運動」であるが、歯周病が進み、歯が失われると、早食いや柔らかい食品に偏りがちになる。また、よく噛んで食事をするすることで、食べ過ぎを防止したり、食物繊維の食品中の脂肪や糖質の吸収を緩やかにすることができることから、歯科医師会の初歩の連携として、しっかり噛んだ糖尿病予防対策を図っていきたいと考えている。

先般行われた日本医師会市民公開フォーラムにおいて、日本歯科医師会より、糖尿病の人は歯周病になりやすく、血糖コントロールが悪いほど歯周病が悪化する等の糖尿病が歯周病に及ぼす影響を訴えさせていただいた。

また、国が推進する「どこでも MY 病院」糖尿病記録の中に、歯科の問題として歯周病を取り上げていただいていることや、厚労省委託事業である医療情報サービスの Minds に「糖尿病患者に対する歯周病治療ガイドライン」が掲載されており、エビデンスに基づく歯科医療も確立されている。

さらに、第 5 次医療計画における 4 疾病（がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞）のうち、全国で医科歯科連携が進んでいるのは糖尿病であることや、日本糖尿病協会登録歯科医を糖尿病の医療体制図のかかりつけ歯科医療機関の要件とする県もあること等から、今後、より良い医科歯科連携が推進されることを期待する。

**事例報告**

**①熊本県「熊本県における糖尿病対策推進会議活動報告」**

**古川昇（熊本大学大学院生命科学研究部附属臨床医学教育研究センター准教授）**

熊本県における糖尿病対策推進会議の活動として、下記6点について報告された。

〔熊本県糖尿病対策推進会議連携医制度〕

熊本県では、糖尿病患者が多く、糖尿病専門医のみで管理することが出来ない状況にあることから、かかりつけ医の先生方に地域の糖尿病診療の窓口となっていただくことが期待されている。

そこで、一般医家で研修会受講により糖尿病診療をスキルアップした先生方を熊本県糖尿病対策推進会議が「連携医」として認定する制度を設けている。

熊本県における糖尿病の推計患者数は約14万人となっている。一方、糖尿病専門医は82名で、認定教育施設が16施設、連携医は209名認定されている。

連携医は、熊本県糖尿病対策推進会議のホームページや一般市民向けの啓発チラシ等に掲載し、広く呼び掛けを行っている。

連携医の認定要件および更新は以下のとおり。

○認定要件

1. 日本医師会（熊本県医師会）会員であること
2. 糖尿病患者を実際に診療していること
3. 実務者研修会※ A・Bコースを受講していること

※実務者研修会

Aコース — 糖尿病診療のBrush up —

- ①日本の糖尿病の現状
- ②糖尿病診療の実践・診断
- ③糖尿病診療の実践・治療
- ④糖尿病合併症の管理
- ⑤専門医との連携

Bコース — 症例検討会 —

- ①糖尿病と歯周病
- ②いわゆる「軽症糖尿病」への対応
- ③糖尿病微小血管合併症を有する症例
- ④糖尿病急性合併症への対応
- ⑤インスリン導入

○連携医更新

1. 期間は3年とする

2. 更新するまでの3年間に、熊本県糖尿病対策推進会議が認定した糖尿病関連の講演会に5回以上、参加すること

〔DM熊友パス〕

DM熊友パスは、糖尿病患者の日常診療や境界型への対応、軽症患者の管理等を行う連携医と年に1、2回ほど、慢性合併症の精査・管理や栄養指導等を行う専門医療機関への紹介・逆紹介を円滑に行う循環型連携ツールである。

また、眼科・歯科や調剤薬局のほか、医療保険者（市町村）による有所見者の受診勧奨等も行える仕組みとなっている。

DM熊友パスは手帳方式となっており、裏表紙に薬剤師や健診機関、保健師等から指導内容等を自由に記入できるスペースを設けているほか、患者自身が情報を管理し意識を持てるよう自己管理チェック表を備えている。

実際の患者の診療情報等のデータに関しては、日本糖尿病協会が作成する糖尿病連携手帳を併用しており、診察券やDM熊友パス、糖尿病連携手帳、お薬手帳、市町村発行の健康手帳等が一式に纏められるようなビニールカバーを作成して運用している。

連携の対象となる患者は、基本的には糖尿病加療中であれば、どなたでも対象となる。

また、患者は複数の医療機関を跨ぐことになるので、誤解を与えないような周知用ポスターやパンフレットを作成し配布している。

〔軽症糖尿病取り扱い指針（熊本県版）〕

熊本県では、特定健診等で、糖代謝異常を指摘され「医療機関受診」を勧められた患者については原則、医療機関における定期的なフォローアップを要するため、「軽症糖尿病、境界型の取り扱いの基本指針」を定めている。

当該指針は、本邦における軽症糖尿病および境界型の管理の問題点や軽症糖尿病および境界型の継続的管理の意義、経口糖負荷試験（75g-OGTT）の意義・必要採血項目・判定基準のほか、軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャートが掲載されている。

〔糖尿病地域連携ネットワーク研究会から住民フォーラムへ〕

熊本県では、11の二次医療圏の連携医、専門医療機関、コメディカル、医療保険者、行政の顔の見えるネットワークを構築し、各圏域において研究会を開催し糖尿病対策を図ってきた。平成22年8月から平成24年3月までの期間で合計1,170名の関係者による研究会を実施してきた。

これは、特定健診などにより、スクリーニングされた糖尿病患者に速やかに連携医を受診してもらうための道筋を作成していくものである。

また、県行政や保健所、市町村保健師、栄養士、大学、連携医、専門医により、平成24年10月～平成25年4月までの期間において、糖尿病学会年次学術集会開催にリンクした医療圏域毎の市民向け糖尿病予防フォーラムを開催した。

〔ブルーサークルメニュー〕

熊本県では、県内の飲食店・弁当店・惣菜店等が考案した外食メニュー（600kcal未満かつ塩分3g未満のメニュー）をブルーサークルメニューとして、認定している。

現在、92作品が登録されており、糖尿病や肥満の予防・改善を目指している。

また、一般市民や患者向けの啓発用パンフレットを作成、配布し広く周知している。

〔その他の啓発活動〕

その他の啓発活動として、熊本市電のラッピング電車による啓発や、世界糖尿病デー（11月14日）におけるブルーライトアップ（熊本城等）事業を展開するほか、世界糖尿病デー記念ウォークを実施している。

②和歌山市「糖尿病地域連携クリニカルパス・サイバーパス

～良質な地域医療の提供を目的として～

田中章慈（和歌山市医師会会長）

平成23年度国民健康・栄養調査では、20歳以上の国民の4人に1人が糖尿病を強く疑われる、もしくは糖尿病予備軍であるとされている。和歌山市における平成23年度特定健診結果では、40～74歳の市民の約40%が糖尿病もし

くは予備軍であることが分かり、糖尿病の脅威が身近に迫ってきていると感じる。地域における糖尿病診療の質の確保と療養指導技術の向上を図る効果的な地域連携システムの構築が必要となってきた。

地域で望まれる医療連携とは、病診・病病連携といわれる従来型のピラミッド型連携と患者さんも治療者の一員と位置付けて、その周辺を様々な職種が取り囲むドーナツ型の連携を組み合わせた地域包括医療連携である。

これら、多職種事業者への情報提供、情報共有手段として地域連携パスが注目されることとなった。

和歌山市では2007年頃から糖尿病連携パス作成の動きがあり、市内拠点病院はもとより、県医師会や保健所等の参画もあり、糖尿病診療地域連携和歌山方式の構築への検討を行ってきた。

結果、2008年11月14日の世界糖尿病デーにおいて、和歌山医療圏ならびに那賀医療圏において、糖尿病診療地域連携和歌山パスを地域共通のツールとして、患者さんを中心とした、かかりつけ医と専門医療機関の二人主治医制度による診療を通じ、地域医療の効率化と質の向上に努めることを宣言した。

糖尿病診療地域連携和歌山方式は、糖尿病連携パスに則り、普段の診療はかかりつけ医で、毎月受診、検査、投薬、治療・指導を行うこととし、3、6、12ヶ月後（2年目以降は6ヶ月毎）に専門医療機関を定期受診し、定期検査、療養状況のチェック、栄養指導やアウトカムを再設定し、かかりつけ医へ戻る二人主治医診療システムである。2か所受診による診療報酬の請求漏れや重複請求を避けるためのルールも備えている。

また、情報共有とアドヒアランス向上を目的に、糖尿病連携手帳や糖尿病眼手帳、地域連携カードの活用を推奨している。地域連携カードには、治療目的の3要素を設定することと、緊急時は専門医療機関で対応することを明記している。

地域診療システムが構築されても、実際に利用され、効果が患者さんに還元されなければ意味がないため、和歌山市医師会主導により、連携支援策の検討を行った。

和歌山方式の最大の目標は、合併症の新たな発症や進展を防ぐことにあり、眼病部からは、定期的な眼科の受診が指摘された。腎病部からは、経過中に明らかな蛋白尿が出現した際、 $CRE < 1.5$ 、 $eGFR < 30$  の場合は速やかに腎専門医を受診することとした。

和歌山市における地域連携パスの現状は、大腿骨頸部骨折パスや脳卒中パスは比較的スムーズに運用されているものの、5大がんパスについては、利用は極めて少ない。

また、糖尿病パスは1施設100例以上から0例など、基幹病院からクリニック間様々であるなど、専門病院上層部の意向に大きく影響されているように感じる。

これまで、地域連携パスは紙媒体が主流であったが、手書きでの医師業務煩雑や患者外来時の持参忘れ、患者破損、紛失時のためのバックアップ、共有情報の遅延・錯綜、診療報酬算定上の問題等々の課題があったことから、ITを活用し、サーバー内の共有フォルダに連携パスを置いて、インターネット環境クラウド方式の運用により課題克服を試みた。

糖尿病サイバーパスはエクセルファイルそのものである。診療工程表かつデータシートとなっている。診療データをテキスト・数値、プルダウン等で入力し、BMIやLH比、eGFRは自動計算で出てくることになっている。

現在、倫理委員会で承認を得た2基幹病院で10数例のサイバーパスが稼働し、1病院ではパイロットスタディが開始されたところである。

クラウド方式でのサイバーパスの運用は、はじめに、専門医が提携先かかりつけ医との専用の共有フォルダを作成し、サーバーに設置されている糖尿病テンプレートに患者データを入力して共有フォルダに収納する。

本システムでは、サイバーパスが共有フォルダに収納されるために、お知らせメールが提携先へ自動発信されるようになっている。

連携開始を感知したかかりつけ医はサーバーにアクセスし、サイバーパスを取り出し、医療情報を入力し、共有フォルダに収納する。このような操作を交互に行い情報共有を進めていくことになる。

アクセスの手順は、はじめに、機器の認証が

問われ、利用者のID・PWを入力し、WEBサイトと歌山糖尿病連携サイバーパストップページから連携パス共有ページを経由し、共有フォルダへ進む。共有フォルダにアクセスするには、再度、ID・PWの入力が求められ、認証確認後、サイバーパスに到達する。

和歌山糖尿病診療地域連携サイバーパスシステムの管理・運用主体は和歌山市医師会が行っており、運用実務は当会医療情報室にて行っている。

運用支援として、サーバーの保守・管理は株式会社メディエイド、株式会社スズケンに委託し、機密保持契約等の締結も行っている。

また、当会内に和歌山サイバーパス制度管理・セキュリティ委員会を設置し、厚労省、経産省、総務省の制定するセキュリティガイドラインを準拠したセキュリティポリシー等を作成するとともに、SSL方式による暗号化通信等のセキュリティ対策を行っている。

地域における専門医とかかりつけ医の二人主治医制診療に介在する糖尿病連携パス・サイバーパスは、診療工程を示し、役割分担を図り、情報共有するという3つの目的を持ち、療養計画の提示、診療情報の提供ならびにアウトカムの選定という3つの役割を果たし、さらに、地域多職種事業者間に行くと目的が共通認識され、達成過程が明瞭で療養効果が確認されるという3要素を備えている。

日本医師会は、地域連携は線ではなく面で行われるべきで、住民が分かり易く、かかりつけ医が使いやすいものであり、地域全体をカバーするものであるべきで、医師会が拠点病院と連携しながら共同で実施するべきと見解を示している。

我々が構築する糖尿病診療地域連携クリカルパス・サイバーパスは、かかりつけ医と専門医の役割分担による二人主治医制連携診療を支援する有力なツールである。

また、情報の共有が図られ、地域多職種間連携を促進し、バリエーションへの迅速かつ臨機応変な対応が可能となるものである。

さらに、メガコンピュータやデータベースを必要とせず、安価で汎用性の高いクラウド方式地域医療支援システムとなっている。

**糖尿病に関する尿中アルブミン実態調査報告**

鈴木芳樹

(新潟大学保健管理センター教授・所長)

糖尿病患者における尿中アルブミン実態調査として治療状況等を把握することを目的に、都道府県医師会に対し、各々 800 症例の回収を目的に、チェックシートの配布を依頼した。なお、調査の期間は平成 22 年 11 月～平成 23 年 1 月の 3 か月間とした。

回答方法は FAX もしくは WEB による回答とした。

今回の調査結果より、以下の点について纏められた。

- ①尿中アルブミン実態調査として、14,971 例を解析した。
- ②尿中アルブミンの実施率は、糖尿病専門医で高いが、全国の正確な実施率は不明で、地域・医療機関による差が大きい。
- ③正常アルブミン尿は 60%、微量アルブミン尿は 34%、顕性アルブミン尿は 6% である。
- ④尿たんぱく (-) ~ (+) では、微量アルブミン尿である可能性が高い。
- ⑤腎症の進行とともに、細小血管合併症は増加するが、よりきめ細かい点検が必要である。また、大血管合併症も増加するが、前者の頻度よりは少ない。
- ⑥腎症の進行とともに、高血圧の合併頻度は増加するが、降圧目標の達成率は収縮期血圧で低い。血糖管理の達成率は、それよりも低い。
- ⑦CKD 重症度分類では、ステージ 2 が最多で、その中では正常アルブミン尿に次いで微量アルブミンが多い。後者では腎機能低下例が増加する。
- ⑧腎症が進行した場合に、避けるべき内服薬を確認する必要がある。

**DREAMS プランと HbA1c 国際標準化**

植木浩二郎 (日本糖尿病学会理事 / 東京大学医学部附属病院糖尿病・代謝内科科長)

日本糖尿病学会では、糖尿病診療の向上と糖尿病の撲滅を目指して、2005 年より対糖尿病戦略 5 ヶ年計画を策定している。第 2 次対糖尿

病戦略 5 ヶ年計画では、日本糖尿病学会のアクションプラン 2010 (DREAMS) を今後 5 年間の活動目標として重ねている。

DREAMS は、①糖尿病の早期診断・早期治療体制の構築 (Diagnosis and Care)、②研究の推進と人材の育成 (Research to Cure)、③エビデンスの構築と普及 (Evidence for Optimum Care)、④国際連携 (Alliance for Diabetes)、⑤糖尿病予防 (Mentoring Program for Prevention)、⑥糖尿病の抑制 (Stop the DM) の頭文字から組み合わされている。

また、糖尿病の患者や予備軍を正しく診断し、早期介入することの重要性に鑑み、2010 年に新しい診断基準を作成した。それは、糖尿病診断の一つの指標として取り入れ、早期診断・治療に努めることを普及し、昨年 3 月まで使用してきた HbA1c の JDS 値である。

JDS 値で表記された HbA1c は、世界に先駆けて精度管理や国内での標準化が進んでいるが、海外で使用されている NGSP 値で表記された HbA1c と比較して約 0.4% 低くなっている。早急に国際標準化を進め、疾患の診断は世界と統一したものとなるよう、日本糖尿病対策推進会議を中心に推進してきた。

2014 年 4 月から、著作物・学会発表当、日常臨床、特定健診・保健指導のすべての表記が NGSP 値への単独表記へ完全移行となる。

さらに、糖尿病治療ガイド 2012-2013 における「血糖コントロール目標」が改訂され、血糖正常化を目指す際の目標が HbA1c 6.0% 未満、合併症予防のための目標が HbA1c 7.0% 未満、治療強化が困難な際の目標が HbA1c 8.0% に設定され、本年 6 月 1 日より運用が開始されることになっている。

去る 5 月 16 日、熊本県において開催された第 56 回日本糖尿病学会年次学術集会では、糖尿病の合併症予防を重点的目標に掲げ、HbA1c 7% 未満を保つとする「熊本宣言 2013」が宣言された。

第 2 次対糖尿病 5 ヶ年計画においては、日本糖尿病対策推進会議を中心として、糖尿病撲滅に向けた社会環境の構築を様々な形で啓発していくことを計画している。

質疑応答

＜島根県医師会より事前質問＞

多くのDDP-4阻害薬や新たな薬剤の登場に伴い、炭水化物摂取量の議論、国際規格など、薬剤やデータの扱い方などに更に眼を向けがちな状況があるように感じる。上記は重要な部分ではあるが、糖尿病対策とは何かについて考えていく上で、現在の医療にクライアントの人生目標を支えていける医療部分について考えていただきたい。学会や対策推進会議の中でカロリー制限、運動療法、検査データや治療薬以外でのクライアントへの働きかけを医療全体で考えていければすばらしい力になると思う。

また、そのためにどのような言語的・非言語的な働きかけを施行する事が有用であるかについて、医師以外の意見も聞きながら、ともに学ぶ姿勢で考えていけるような場が必要に感じる。

このことは、糖尿病に限らず、全ての医療で学会レベルで検討していただきたい部分である。

＜道永常任理事より回答＞

日本糖尿病対策推進会議は医師以外の様々な団体を構成している。ご要望の趣旨を踏まえ、今後の活動について検討していきたい。

また、地域においても糖尿病対策については都道府県糖尿病対策推進会議として、多職種連携の下、地域の実情に応じた活動を進めていただくようお願いしたい。

Q. 公立等の病院がデータ提供する際には、交渉が必要となってくると思われるが、どのように対応してきたのか、経験があれば伺いたい。

A. 各公立病院の倫理委員会にて協議いただきパイロットスタディとして進めていくこととしている。今後の状況をみながら、正式な運用を倫理委員会で諮っていくことになる。

Q.ITによる医療連携を今後どのように展開していくかお聞かせいただきたい。

A.PC環境のない方が多く、未だITを進めておらず、今後の課題となっている。一方、ITを使うと連携が広がらないのではないかという意見もあり課題を残している。

Q.HbA1cの目標値について、手術など緊急時における位置づけをどうするか。

A. あくまで長期的なコントロールの目標値であり、緊急性を要する手術等に関しては別に考えていただきたい。

Q. ブルーライトアップ事業で熊本城をライトアップしているが、費用をどのように工面しているかお聞かせいただきたい。

A. 熊本城はもともとライトアップされており、フィルムを作成する作業費が50～100万と聞いている。その維持費が年間20万円で、日本糖尿病対策推進会議や日本糖尿病協会から補助いただいている。

＜要望＞

当県では、24名の専門医しかいないため、県内のDM医療のレベル上げは難しい。キーパーソンは、CDEになると思うが、資格をとるハードルと更新のハードルが高いし、費用も高いと伺っている。医療機関の期間的、人的、金銭的な面から、更新日の低減や診療報酬への関与を図っていただくようお願いしたい。

## 印象記

副会長 安里 哲好

日本糖尿病対策推進会議総会（4回目）が3年ぶりに日本医師会で開かれ、小生にとっては初めての参加であった。横倉義武日本医師会会長は、同会議は平成17年2月、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本医師会の三者により設立し、現在13団体で構成されていると述べ、糖尿病を初めとする生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底、そして地域住民への啓発教育と早期からの医療介入が重要だと話されていた。森脇孝日本糖尿病学会理事長は、糖尿病の合併症が深刻な状況であることを鑑み、早期診断体制及び早期治療体制の構築のための取り組みとして、6項目のアクションプラン（DREAMSプラン）を展開しており、その中で、今年の4月より特定健診・保健指導でHbA1cの国際標準化がなされ、NGSPを用いるようになり、糖尿病合併症を抑制する目標値として7%未満（実際は6.9%未満が良好なコントロール状態だが、区切りが良いので）を提唱することになったと述べていた。

熊本県の古川昇先生は、熊本県における糖尿病の推計患者数は約14万人で、糖尿病専門医は82名で、認定教育施設が16施設、連携は209名認定されている現状を話され、事例報告の内容として、1) 熊本県糖尿病対策推進会議連携医制度、2) DM熊友パス、3) 軽症糖尿病取扱い指針、4) 糖尿病地域連携ネットワーク研究会から住民フォーラムへ、5) ブルーサークルメニュー、6) その他の啓発活動について述べていた。

和歌山市医師会田中章慈先生は、糖尿病診療地域連携和歌山方式について報告があった。かかりつけ医と専門医との二人主治医制度を確立し、和歌山パスは地域内共通項目と医療機関選択項目、そして患者さんの状態に合わせて使用されており、また合併症対策も重要課題とされていた。連携パスをIT化に向けてパイロットスタディを開始したところと述べていた。

新潟大学保健管理センター教授鈴木秀樹先生は、14,971例を対象に尿中アルブミン実態調査を報告していた。日本糖尿病学会理事の植木浩二郎先生はDREAMSプランとHbA1c国際標準化について報告していた。

一方、沖縄県においては、厚生労働省「平成21年地域保健医療基礎統計」の「糖尿病の推計患者の受療率（人口10万対）の年次推移、入院-外来・都道府県（患者住所地）別」によると、「入院受療率（人口10万対）」が19人（全国平均20人）でワースト29位、「入院外受療率（人口10万対）」が99人（全国平均147人）で最も受診率が低かったにもかかわらず、日本透析医学会統計調査委員会の調査（平成22年）によると、都道府県別人工透析患者数（人口10万対）が2,940人、都道府県別糖尿病性腎症による新規導入患者の割合が47.8%といずれも全国平均をはるかに上回るワースト5位であること等から、有病者でありながら未受診であることが多く、重症化してから医療機関へかかる傾向が見られる。死因別死亡率では、糖尿病の死亡率の順位は男女とも1位（平成17年年齢調整死亡率）から、男性11位、女性7位（同22年）と改善傾向を示しているも、その予備軍とも言えるメタボリック症候群該当者・予備軍の割合（平成23年度県民栄養調査）は、男性65.8%（全国31.5%）、女性33.1%（全国22.8%）となっており、全国平均を大きく上回っている。さらに、メタボリック症候群の重要項目である肥満は男性46.7%（全国29.3%）、女性39.4%（全国26.6%）と共に全国1位である（平成22年国民健康・栄養調査）。また、糖尿病およびメタボリック症候群は脳卒中（死因全国2位：40～59歳）・心筋梗塞（死因全国4位：40～59歳）に進展して行く。かような状況で、糖尿病対策・メタボリック症候群対策・肥満対策は、県民の生命と健康保持そして長寿県復活への喫緊かつ最重要課題であろう。

# 一般社団法人 医療安全全国共同行動 設立記念シンポジウム ～医療安全は新たなステージへ～



常任理事 稲田 隆司



## 開会・議長挨拶

医療安全全国共同行動の高久史麿議長より、概ね以下のとおり挨拶が述べられた。

医療安全全国共同行動では、医療事故による患者の死亡事故が年間約 10 万人とするアメリカの報告を基に、日本においても医療を担う人々と医療機関、医療を支えるさまざまな団体・学会・行政・地域社会が立場や職種の壁を超え、一致協力して有害事象の低減と医療事故の防止に総力をあげて取り組むべきとの考えの下、2008 年 5 月に医療安全全国共同行動（“いのちをまもるパートナーズ” キャンペーン）の実施の呼びかけを行ってきた。

この活動を通じ、安全対策の普及が進み、次第にその成果が現れている。その成果を維持し、更なる医療安全の普及を進めるため、キャンペーンという形ではなく 2013 年 5 月 1 日より一般社団法人医療安全全国共同行動を設立した。

医療安全全国共同行動は、日本の医療を支え

る全国の医療機関、医療従事者、医療団体が、職種や専門分野を超えて連携・協力し、患者の安全を守り、患者と医療従事者が安心して治療に専念できる医療環境づくりを促進することを目的とし、(1) 医療における有害事象の低減と患者安全の確保に資する対策の普及を促進する活動、(2) 医療安全の向上に向けた医療団体、医療機関の相互協力を促進する活動、(3) 医療安全全国フォーラムの開催、(4) 安全な医療環境づくりに資する提言、また、これらの目的を達成するために必要なその他の事業を行うこととしている。

医療安全の更なる普及のため、共同行動の一層の拡大と発展が重要と考えている。全国の医療機関と医療団体、医療に関わる全ての人々に是非このプロジェクトにご参加いただき、共に力を合わせて信頼される医療の確立を実現することの呼びかけを行いたい。また、患者と医療従事者が共に安心して治療に専念できる医療環境づくりに、国民の皆様のご協力とご支援をお願いしたい。

**特別講演「非難から改善へ—患者安全のためのスウェーデンの取組—」**

独立行政法人静岡県病院機構の神原啓文理事長の司会により、スウェーデン自治体協議会医療福祉部門患者安全担当部長のエバ エストゥリング氏より、「非難から改善へ—患者安全のためのスウェーデンの取組—」と題し、2011年に患者安全法を制定したスウェーデンでの、処罰よりも改善を重視した患者安全の取り組みについて、その実情と展望が報告された。

患者安全法制定前のスウェーデンでは、医療ミスに対して非難思考が強く、失敗や間違いを起すことを恐れ、失敗を改善し実現することが困難であったが、患者安全法制定後は、医療提供組織により体系的な患者安全業務が遂行されるよう明確な責任が与えられていると説明があった。また、有害事象は、個人及び技術、組織の連携が欠如した際に発生し、組織である以上間違いもあり得るという考えを持つという意識改善が行われた結果、異常等があった場合、速やかな報告が出来るような環境を作ることができたと述べられた。

また、各医療区（医療圏）に対し、医療安全についていくつか定められた基礎的な要件をクリアすることで成果報酬を支払うことにしているとの説明があり、各医療区の4年間でトータル350億円の成果報酬が支払われたと報告があった。

今後の取り組みとして、患者の安全に対する研修及び研究行っていくこと、患者自身の参加を増やすこと等、より安全な医療を作りだすこととしていると説明があった。

**医療安全全国共同行動 “いのちをまもるパートナーズがめざすこと”**

医療安全全国共同行動技術支援部会長の小泉俊三先生、日本集中治療医学会看護部会の山口弘子先生、医療の質・安全学会の山口桂子先生より、医療安全全国共同行動 “いのちをまもるパートナーズがめざすこと” と題した講演が行われた。

はじめに、小泉俊三部会長より、医療安全全国共同行動の9つの行動目標の概要について説明が行われた。（行動目標：1. 危険薬の誤投与防止、2. 周術期肺塞栓の防止、3. 危険手技の安全な実施、4. 医療関連感染症の防止、5. 医療機器の安全な操作と管理、6. 急変時の迅速対応、7. 事例要因分析から改善へ、8. 患者・市民への医療参加について、9 (S) .安全な手術—WHOの指針の実践）

次いで、山口弘子先生より行動目標5の「医療機器の安全な操作と管理」について、人工呼吸器が関わる有害事象とこれに起因する死亡を防ぐことを目標に、人工呼吸器の日常的・定期的な保守点検の確実な実施等、推奨される対策の取り組み等について説明があった。

最後に、山口桂子先生より、行動目標8.「患者・市民への医療参加」について、患者・市民と医療者のパートナーシップを通じてケアの質・安全と相互信頼を向上させることを目標とした活動として、患者と医療者の共同によるフルネーム確認「安全は名まえから」等、医療現場での成功体験や教訓を紹介する等の活動について説明があった。

**診療所の医療安全のあり方について**

診療所部会長の高杉敬久先生（日本医師会常任理事）、日本歯科医師会医療安全対策委員の松尾亮先生より、診療所の医療安全のあり方についてと題した講演が行われた。

はじめに、高杉敬久先生より、日本医師会では、医療安全推進者養成講座、医療安全推進者ネットワーク（Medsafe.Net）、及び医療安全対策委員会等、医師や医療従事者に対するさまざまな医療安全の取り組みを行っている等の説明があった。

次いで、松尾亮先生より、歯科診療所と内科診療所及び基幹病院との連携、歯科診療所における医療安全の活動事例等について説明があった。

**共同行動のパートナーズ**

企画委員長の上原鳴夫先生より、共同行動の

パートナーズと題した講演が行われた。

はじめに、医療安全全国共同行動の発足の原点として、「患者が亡くなってからでは遅い。安全への危機意識を風化させず、恒常的、継続的な安全向上の取り組みを、施設間、地域間のばらつきをなくし、地域連携により、患者が、いつでもどこでも安心して治療に専念できるような安全文化、安全環境を構築する。」との見解が述べられた。

1999年以降、リスクマネジメント・プログラム（事故後対応）の確立が取り込まれ次第に浸透してきたが、医療技術革新の急速な進展により、医療事故や有害事象は稀な事ではなくなってきたと指摘し、これらを低減するために、医療技術の急速な変化に対応した「安全を重視したシステムへの改善と改革」を急がなければならないとともに、さまざまな立場の人が、それぞれの立場で役割を果たすことが重要であり、今後の医療安全は、新しいステージとして、「発生後対策（リスクマネジメント）から未然予防（患者安全）へ」へ向けた改革を行わなければならないと説明があった。

また、医療安全には、自責（自分の努力で解決できること）と他責（政府、企業等の協力によって解決できること）があり、自責を行い、他責にも提言していくことが大切であると述べ、例として、点眼剤に類似した容器を用いた薬品が多く存在することは、自責として努力していくこととともに、他責にも提言（容器の形態自体の変更等）していかなければならないと説明があった。

最後に、本事業の目的に賛同いただける患者や市民の方々の協力と支援を求め、患者や市民の期待と励ましこそが医療安全を進め、広げる、大きな推進力となると強く意見された。

### 共同行動への応援メッセージ

ドイツ患者安全推進協議会より、ビデオによる医療安全全国共同行動への応援メッセージが届けられた。

### 共同行動への期待と抱負

医療安全全国共同行動の高久史磨議長の司会のもと、高杉敬久先生（日本医師会）、溝渕健一先生（日本歯科医師会）、菊池令子先生（日本看護協会）、島田光明先生（日本薬剤師会）、佐藤景二先生（日本臨床工学技士会）、河野龍太郎先生（医療の質・安全学会）より、医療安全全国共同行動への期待と抱負について意見が述べられた。

高杉敬久先生（日本医師会）

任意団体から法人化されたことで社会的に役割が認められたと同時に責任も生まれる。安全を文化にするためには、さまざまな立場の人が同じ目標に向かっていくことは、非常に良いことであると意見が述べられた。

溝渕健一先生（日本歯科医師会）

日本歯科医師会として、医療安全全国共同行動の診療所部会の取り組みを更に強化し、医療事故の発生予防、発生時対応、再発防止策、感染予防対策等が、適切に行われる活動を展開していくこと、また歯科衛生士の歯科診療所における今後の活躍に期待したいと意見が述べられた。

菊池令子先生（日本看護協会）

日本看護協会における医療安全に関する事象について、医療安全に関するガイドラインの見直しと啓発、情報収集と情報発信、医療安全管理者の養成等の活動を行っているとの説明があった。

今後、医療安全全国共同行動の場が、医療施設、職能を超えた医療安全やチーム医療の推進の場となることに期待したいと意見が述べられた。

島田光明先生（日本薬剤師会）

日々進化する医療に伴い、日々医薬品が進化しており、行動目標1.「危険薬の誤投与防止」にもあるよう十分な配慮が必要と考えたと意見され、薬剤師も医療安全全国共同行動の一員として、医療安全に対しベストと尽くしたいと意見が述べられた。

佐藤景二先生（日本臨床工学技士会）

一般社団法人医療安全全国共同行動が新たなステージへ向かうこの瞬間、社員団体として、医療機器の安全対策をより力強く推進するため、関連団体の皆様、並びに全国の臨床工学技士会と一致協力し、より多くの医療機関に対し共同行動への参加を呼びかけたいと意見が述べられた。

河野龍太郎先生（医療の質・安全学会）

医療の質・安全学会は、広く英知を結集して医療の質・安全の向上に資する科学的、実践的な研究を推進し、国内外における研究成果の交流・普及を促進することを通じて、医療の質・安全に関する学術的基盤の確立と発展に寄与

し、もって患者本位の質と安全を提供する新しい医療システムのあり方を実現することを目的としていると述べ、研究成果の交流・普及を促進し、医療安全全国共同行動と連携を図りたいと意見が述べられた。

#### 閉会

高久史磨先生（医療安全全国共同行動）、高杉敬久先生（日本医師会）、溝渕健一先生（日本歯科医師会）、菊池令子先生（日本看護協会）、島田光明先生（日本薬剤師会）、佐藤景二先生（日本臨床工学技士会）、河野龍太郎先生（医療の質・安全学会）が壇上中央に集まり、一般社団法人医療安全全国共同行動のスローガンである「医療安全は新たなステージへ」の宣言が行われた。

## 印象記

常任理事 稲田 隆司

まず、基となる定義と事実を記してみたい。

医療に伴う傷害/有害事象＝防止可能なものなのか、過失によるものか、入院後に生じたものか否かにかかわらず、医療の結果として、あるいは医療が関与して（必要な医療が行われなかった場合も含む）生じる、意図しない身体的損傷で、そのために観察、治療あるいは入院が必要となるもの、あるいは死に至るもの（Institute of Healthcare Improvement）。

有害事象の発生率（WHO,2005）

米国（ニューヨーク州）3.8%、米国（ユタ、コロラド州）3.2%、オーストラリア16.6%、英国11.7%、デンマーク9.0%、ニュージーランド12.9%、カナダ7.5%、日本6.8%となっている。年代は異なるが、世界各国で医療に伴う傷害/有害事象が生じている事がわかる。この現状に対して医療安全全国共同行動“いのちを守るパートナーズ”は発足した。イングランドのMartin Flefoher氏のメッセージが理念をよく表しているので引用する。

「私たちが最も伝えたいことは、何かの間違いが起きた時、個人を非難することはやめ、システムやプロセスをよく見つめ、それらを改善し強化することで医療をより安全なものにしなければならない、ということです。医療の安全性を向上させることは、いま世界中の医療システムが等しく直面している課題だからです。一中略一患者安全（patient safety）は世界中のあらゆる医療機関にとってすべてに優先するもっとも重要な活動なのだということを、あなたたちとともに確認したいと思います。」

琉大の久田友治先生、前理事の當銘正彦先生の御提言を受けて、沖縄県医師会は一早くこの行動に参加している。今年度も講演会を企画している。多くの会員諸施設にこの行動に参加して頂き、連携し、共に医療安全の質の向上を目指していかねばと感じた。ホームページを記しますので、ぜひ御参照下さい。（<http://kyodokodo.jp/index.html>）

## 第 129 回日本医師会定例代議員会



常任理事 真栄田 篤彦



平成 25 年 6 月 23 日（日）、日本医師会館において標記代議員会が開催されたので、その概要を報告する。

代議員会に先立ち、九州ブロック日医代議員連絡会議が、宮城沖縄県医師会長の進行のもと開催された。

財務委員の堤先生（福岡県）（長崎県：福田先生）から昨日行われた財務委員会の報告があり、続いて議事運営委員の蒔本先生から本日の予定について説明があった。

定刻になり加藤議長から開会の挨拶が述べられた後、受付された出席代議員の確認が行われ、定数 357 名中、出席 351 名、欠席 6 名で過半数以上の出席により、会の成立が確認された。その後引き続き、議事録署名人として、17 石川議員（岩手県）、197 安達議員（京都府）が指名され、代議員会議事運営委員 8 名の紹介があり、議事が進行された。

### 横倉義武日本医師会会長挨拶

本日は、第 129 回日本医師会定例代議員会に、ご出席をいただき、誠にありがとうございます。

また、日本医師会の会務運営と諸事業にわたり、日頃からご理解とご支援をいただいておりますことに対し、厚く御礼申し上げます。

本日の定例代議員会では、平成 24 年度日本医師会決算をはじめとする 3 つの議案について、ご審議いただく予定であります。慎重にご審議の上、なにとぞご承認賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

さて、本代議員会の開催に当たり、若干の所感を申し上げたいと存じます。

現在のわが国は、世界が未だ経験したことの無い急速な少子高齢社会を迎えており、そうした事態をどのようにして乗り切るのか、世界中が注目しているところであります。

この難題を乗り越えるためには、わが国を世界トップレベルの健康長寿国まで押し上げた国民皆保険制度を堅持したうえで、“持続可能な

システムとしての地域医療をいかに再興していくか”という制度面と、“医療資源をいかに適正に配分し、信頼に基づく医療を実践していくか”という運用面から、十分な議論を行っていくことが必要であります。

安倍首相は社会保障にも精通されており、われわれの考えにも一定の理解を示されておりますが、民間議員が入った経済財政諮問会議や規制改革会議、さらには産業競争力会議等の財政面からの議論を見ていると、規制緩和の名の下に、国民皆保険制度を崩壊へと導くような議論が一部でなされており、大変危惧を覚えます。

そもそもわが国の公的医療保険制度の理念は、全ての国民が支払い能力に応じて公平な負担をするなかで、同じ医療を受けられる制度を持続していくことであり、本来、これに反するような議論や政策が進められることはあってはならないはずで

す。日本医師会は、わが国の医療制度が誤った方向にいかないよう、これまでも、医療への営利企業の参入や混合診療の全面解禁を阻止し、また、患者負担増に繋がる受診時定額負担制の導入に反対するなどして、国民皆保険制度を堅持してまいりました。

そして、今後とも日本医師会は、「国民の安全な医療に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か」を政策の判断基準に、国民が必要とする医療給付を過不足なく提供できるよう、TPP 交渉をはじめとする政府の動きに厳しく対処してまいります。

また、国民皆保険制度の下、国際的に見ても低い医療費で高い水準の医療を国民に提供できていることは、急速に進歩する医学知識の習得と医療技術の修練に生涯に亘って励み、日夜診療に勤しむなかで「かかりつけ医」機能を担ってきた、われわれ医師の努力の結晶であると考えております。こうした医師の生涯学習を支援し、個々の能力を適正に評価できるのは、当然、医師以外にはありません。そのため、医師のプロフェッショナルオートノミーの理念に基づき、医師の養成や研修につきましても、医師会として一層取り組みを強化してまいります。

そのうえで、“特続可能なシステムとしての地域医療の再興”に向けて、「かかりつけ医」を中心とした切れ目のない医療・介護の提供を目指すことを、政府与野党に対し、今後も強く主張してまいります。

高齢社会における高齢者への医療・介護は、生活の維持・改善というライフサポートシステムの一部であり、従来の医療に加え「在宅医療」の役割が重要となります。

そのため、医師は地域を一つの病棟と捉える視点などの意識改革をもって、医療と介護が協働する地域包括ケア体制の整備に努めていくとともに、患者が日常生活の延長としての「生」に満足し、自然に終末期を迎えていくことを、地域医療のなかで継続的・包括的に支援していくことが求められます。

こうした地域包括ケア体制の整備にあたって、最も重要なものが、「かかりつけ医」機能であります。日本医師会が考える「かかりつけ医」の特性は、日常行う診療における医療的機能の他に、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに、保健・介護・福祉関係者との連携を行う社会的機能を有することです。

この「かかりつけ医」が中心となって、地域の身近な通院先、急性期から慢性期、回復期、在宅医療と、切れ目のない医療・介護を提供することで、国民の健康と安心を支えていくとともに、各地域における人口構成や有病率等の現状と将来予測から医療ニーズを導きだし、それに則した地域連携を、全国に約 900 ある地域医師会が主導して構築していくことこそが、地域医療の再興に向けた最善の道だと確信しております。

そして、このような地域医療連携を後押しするためにも、地域医療を担う医療機関の経営安定化に向け、来年 4 月に増税が予定されております消費税に係る取り組みを強化し、医療機関にとって一番の問題である控除対象外消費税について、患者負担が増えることのないように配慮した形で、引き続き、問題解決を図ってまいります。

一方、“医療資源の適正な配分と、信頼に基づく医療の実践”に向けて、全国どこでも良質な医療提供体制を実現させるためには、医師不足・偏在問題の解消が急務であります。そのため『医師養成についての日本医師会の提案（第三版）』で示した、仮称であります「都道府県地域医療対策センター」を設置したうえで、医師養成と医師確保対策を医師会、地域、行政、大学とが協働して推進していくことを、広く提言してまいります。また、医療を真に医療提供者と患者の信頼関係に満ちたものとするためには、いわゆる「医療基本法」といったものを制定し、そのなかで、医療政策の基本理念や医療提供者・患者・行政等の役割と責務等を明確化するとともに、現在の医事法制全体を秩序と整合性のとれたものに再編成していくことも必要と考えております。今後、会内をはじめ医療界全体で幅広い議論を喚起し、取り組みを進めてまいります。

さらに、本来、慈意で行う医療行為を刑事罰に問うことはあってはならないと考えておりますが、現状は毎年70人から100人程度の医師が業務上過失致死・過失傷害罪で送検されており、甚だ遺憾であります。そのため、医療にある不確実性について国民に理解を求めていくとともに、医療現場が萎縮せずに、誠実且つ積極的に医療の向上に取り組めるよう、医療界・医学界あげての医療事故調査制度の創設に向け、引き続き努力をしてまいります。

他方で、医療事故を繰り返す医師に対し、医療界の自浄作用として、教育・指導に当たることが求められます。そのため、日本医師会は医療賠償保険制度を通じて、教育・指導が必要と認められる会員を把握し、当該会員への具体的な指導内容等を諮問する組織として、新たに「改善・指導委員会」を会内に設け、今後、対応を強化してまいります。

以上、述べてまいりました通り、医療の現状と問題、そしてその解決に向けた、国民の生命と健康を守るための最善の方策を一番熟知しているのは、医療現場に立つ、われわれ医師であります。

そして、医療を取り巻く環境が厳しくなり、多くの問題が顕在化した今、われわれ医師はさらなるプロフェッショナルオートノミーと、真に国民に必要な医療制度を実現するための強力なリーダーシップをもって、国民と共に歩んでいくことが求められています。そうした社会的要請に応えるためには、まずはすべての医師が小異を捨てて大同団結し、わが国の医師の総意として、国民医療の向上に向けた医療政策等を国民や政府に強く訴えていくことが必要であります。後ほどご質問への答弁のなかで詳細は述べさせていただきますが、「日本医学会法人化の意向」に対しましても、こうした基本姿勢の下、拙速な解決を図るのではなく、変わらぬ連携とさらなる協働を推進する方策を慎重に探してまいります。ただ残念なことに、従来からわが国では、医師を「勤務医」と「開業医」とに分けて捉え、あたかもそこに対立があるようなイメージがマスコミ等を通じて喧伝され、政治的に利用されてきたという経緯がございます。しかしながら、病に苦しむ人を救いたいという医師としてのアイデンティティは共通のものであり、また、そもそも医師は医療に従事するなかで過度の利益を追及することはありませんので、勤務形態や専門領域等の違いがあったとしても、根本的には医師間に利害を通じた対立関係は生じないものと考えております。

すなわち、世間に喧伝される「勤務医」と「開業医」の意見の相違とは、この国の医学・医療を良くし、多くの患者さんを救うためにどのような医療制度を作っていくかという目標に向けて、一人ひとりの医師が自らの就業環境と体験とをエビデンスにした意見を、様々な媒体を通じて発信している、議論であると考えております。

ただ、より良い議論をしていくためには、互いへの理解と尊重が前提であり、そのためには同じテーブルにつくことが必要です。真摯な議論の末に導き出された、国民の生命と健康の確保に向けた提言を国政に届けることで、われわれ医師は、はじめて所期の目的を達成することになるのです。

日本医師会は、医師であれば入会が可能であり、会費上の区分はあるものの、会員身分は一つで、等しく権利と義務を有しております。また、行政のカウンターパートナーとして活動していくなかで、現場の声をエビデンスにした政策提言を行ってきており、それを政府へと届ける強いパイプも持っています。

すなわち、目的を同じくする者同士が、協調・親睦の気持ちをもって論議するならば、おのずから物事の道理にかなない、最善の答えが得られるはずであり、そして、その議論の場こそが、医師会であると確信しております。

そのため、未加入の医師に対し、同じテーブルにつくよう、われわれ会員から積極的に呼びかけていくことが肝要であります。

それには、医師会がなにを目標とするのかを、明確にした指標が必要です。そうした思いもあり、前年度、会内に「日本医師会綱領検討委員会」を設け、本日お諮りしております「日本医師会綱領案」をおまとめいただきました。

内容の詳細は後に譲りますが、医師の大同団結に向けた指標として、本綱領を採択いただくとともに、採択いただいた後は、本綱領を活用いただくなかで、未加入の医師に対し広く加入を呼びかけていただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

結びになりますが、本日は公益社団法人へ移行後、はじめてとなる代議員会です。

その記念すべき会の開会に臨み、公益社団法人として、様々な活動の公益性を深化させていくなかで、国民皆保険制度の堅持と、医学・医療を通じた国民への奉仕を、執行部一同、改めてここにお誓いいたします。

そのうえで、真に国民に求められる保健・医療・福祉の実現に向けて、今後とも一層の努力をしまいたしますので、代議員各位におかれましても、さらなるご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます、挨拶の言葉とさせていただきます。

## 会務報告

横倉会長の挨拶に引き続き、羽生田副会長から毎事業年度終了後、定例代議員会において会務報告をしなければならないと、新公益法人制度に則った新定款に定められており、既に平成24年度会務報告については平成25年3月に行われた代議員会においてご報告しているので、それをもって報告と替えさせていただきたいのでご了承頂きたい旨説明があった。

## 議 事

第1号議案 平成24年度日本医師会決算の件

第2号議案 平成26年度日本医師会会費賦課徴収の件

第1号議案と第2号議案は関連があるので一括して上程する旨議長から説明があり、今村副会長から次のとおり説明があった。

①平成20年公益法人会計基準で決算しており、平成24年度より新たに特別会計で医師年金(認可特定保険業)を連結表示している。また、従来の決算報告書は内部管理資料として引き続き作成していると前置きがあり、議案書に基づいて決算の説明が行われた。

②平成25年4月1日から公益社団法人へ移行したので、予算については理事会で承認し執行することになった。「会費及び負担金の額並びにその徴収方法は、代議員会で定める。」と定款第8条に謳っている。事業年度開始日まで行政庁へ提出する事が求められていることから、事前にお諮りすることになったので、本日、平成26年度会費賦課徴収の件について提案することになった。

③議長より第1号議案の審議に付託する財務委員14名の紹介が行われた。

④笠原吉孝財務委員長(滋賀県)より、本日の代議員会に先立って前日(6/22)開催した財務委員会について、慎重に細部まで審査した結果、出席者13名全員が適正と認め、提案どおり承認決定した旨の報告があった。

財務委員会について笠原財務委員長の報告を受け、第1号議案並びに第2号議案表決を行っ

た結果、起立多数で承認可決された。

なお、財務委員の北海道の三宅直樹代議員と竹広晃代議員の辞任に伴い、藤原秀俊代議員と林正作代議員を新たに財務委員に指名した旨報告があった。

### 第3号議案 日本医師会綱領の件

羽生田副会長から日本医師会綱領にかかる策定にいたるまでの説明があり、提案理由の説明があった。

平成24年4月2日に開催された第126回定例代議員会の所信表明の中で、横倉会長より基本理念として日本医師会の綱領なるものを検討し、組織として目的・目標の理想を会員のみならず国民の皆様を示したいとの考えが示されると共に、代議員会における長崎県の福田先生から綱領の策定について要望があり、早急にプロジェクト委員会を立ち上げたいと回答した。これを受けて第1回委員会が平成24年7月23日に開催され、これまで4回の委員会が行われた。平成25年3月6日には横倉会長へ答申され、3月19日の理事会においてその報告があった。その後4月2日の第1回理事会においてその成案を日本医師会綱領案とする事が決定され、本日上程されている。また、「医師会が何を目標とするのかを明確にした指標」「医師の大同団結に向けた指標」について説明があり、幅広い浸透を呼び掛けたものであると追加説明があった。

第3号議案表決を行った結果、挙手多数で原案のとおり承認可決された。

#### 日本医師会綱領

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。

### 代表質問・個人質問

その後、ブロック代表質問（8件）及び個人質問（12件）について質疑が行われ、日本医学学会法人化に関する諸問題や医療事故調査制度、TPPをめぐり皆保険制度の堅持、そのほか日医執行部に対する要望などに対し、日医の見解が求められた。

#### ◆日本医学学会法人化に関する諸問題

日本医学学会の法人化に伴い日本医師会から独立した場合、日本医師会の学術団体としての存続が危惧されることに対し、北海道ブロックから代表質問があり、答弁に立った横倉会長より概ね下記のとおり回答があった。

日本医学学会の法人化に対する執行部の意見としては、会員が納得する形での帰結が大前提である。登記だけで誰でも一般社団法人をつくることは可能であり、最も懸念するのは、両団体がけんか別れしたとの印象を持たれ、これをきっかけに医療界が分断されるような事態に陥ることである。今後、定款・諸規程検討委員会から、日本医師会と日本医学学会が車の両輪となって、わが国の医学・医療を牽引していることが、外部からも分かる関係を構築していく具体的方策を答申頂く予定となっている。

「日本医師会と分科会との連携」についても、従来、日本医学学会と連携することが各分科会との連携と認識しており、日本医学学会が法人化した場合でも、同様の認識で問題ないと考えている。定款諸規定検討委員会より答申が提出された際には、直ちに都道府県医師会と代議員の先生方にご確認頂きたい。一方、議論の結果、定款改正が必要との意見に集約された場合は、最終的な取り扱いを代議員会に諮ることになる。

最後に、日本医学学会の定款（案）については現在日本医学学会法人化組織委員会にてたたき台を検討中であり、成案までに日本医師会の意向も組んでいただくこととしている。

また、日本医学学会の高久会長より、医学学会の法人化をめぐり日本医師会と仲間割れするよう

な印象を与えたくない。日本医師会執行部と歩調を合わせ、慎重な検討を進めたい。分科会に所属する医師以外の会員の中に日本医師会の下に日本医学会があることに不満があること、各分科会は法人化しており日本医学会も法人化すべきだとの見方も出ている。仮に法人化にかじを切っても日本医師会と連携して日本の医療の進歩のために尽くすことを定款に明記するつもりである。日本医師会と医学会が仲間割れするような印象を世間に与えたくないのが私の信念である。

医学会の法人化によって勤務医の多くが医師会に加入しなくなることを不安視する見方が根強いが、病院団体と医師会の双方に加入している会員がいることなど、法人化に伴う影響は少ないと考えるとの発言があった。

◆ TPP と国民皆保険制度の堅持について

TPP に参加した場合の日本医師会の見解について、北海道ブロックから代表質問があり、羽生田副会長から概ね下記のとおり回答があった。

医療は市場原理に曝すべきではないと考える。実際に市場原理により医療が行われている米国では6人に1人は無保険者である。その事実から米国が以前から日本の医療を市場開放するよう主張していたことを考えれば、TPP（環太平洋連携協定）を利用して日本の医療に市場原理を導入しようとしているものと考えられる。TPP などの国際条約は、憲法の定めにより、国内法よりも優位であるため、米国が健康保険法などの改正を求めてくる恐れもあると危惧している。また、TPP は日本と米国の経済規模でGDPの80%以上を占めてしまい、日米2国間協定のような様相を呈している。TPP 交渉では、参加する12カ国のうち、日本以外の国が米国に追随することも考えられ、そのような状況になったときには11対1の議論になる。このとき日本はどうするのかということも考えなければならない。

日本国内でも、米国からの要求に応えるかの

ように国民皆保険を揺るがす医療の営利産業化に向かいかねない動きがある。政府の規制改革会議では「医療・介護・保育・農業などの官製市場には、関連団体が強く反対し解決がつかない岩盤のような規制がある」との意見が出ている。日本医師会としても現行の仕組みの中で医療イノベーションを進めることには全く異論はない。しかし営利企業の医療機関経営の参入と、医療本体への規制緩和は行うべきではなく、次の3点が守られることが重要であり、①公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること。②混合診療を全面解禁しないこと。③営利企業を医療機関経営に参入させないこと。これを守ってこそ国民皆保険が守られたといえる。

TPP 交渉で、日本の国益に反すると判断された場合には交渉から速やかに撤退することも選択肢として持つべきである。今後も TPP の動向を、強く注意深く監視し、政府に力強い働き掛けを行う。

◆ 強い医師会をつくるために

高い組織率をもった強い医師会をつくるための方策について関東甲信越ブロックから代表質問があり、今村副会長から概ね下記のとおり回答があった。

組織率を高めるということには執行部も同様の考えであり、組織全体の発言力や政策の実現力を強め、誤った規制改革を阻止していくためには、医師会にできる限り多くの医師の力を結集し、多くの勤務医に医師会の活動を理解してもらい、入会して頂きたいと考えている。

日本医師会は世界医師会に認められている日本で唯一の医師個人の資格で加入する組織である。現在は医師の6割弱、勤務医に限ると約4割の加入にとどまっている。

日本医師会でも各種協議会などで、勤務医に係る取組を行っている。入会に対してある程度の強制力を持った方策についても一つの可能性として検討を進める必要があると認識している。昨年度の勤務医担当理事連絡協議会で「加入率向上の方策」として5つの段階を示した。

一番緩やかなものとして「勤務医の発言の場として積極的に医師会という組織を活用して頂く」。2番目に「医師会に加入することのメリット論」。3番目に「日本医師会の認証局や生涯教育制度の専門医の要件化など、加入していない勤務医にとって不便な状態の創出」。4番目に「保険医の指定を医師会が行うようにするなどの実質的な全員加入を図る」。最後に「法的根拠を伴う完全な強制加入を図る」の5段階である。最終的にどの段階を目標とするかについては、勤務医や会員の先生方の考えに耳を傾けて決めていく必要があるが、日本医師会への加入促進を考えていく上で非常に重要な、そして避けては通れない論点になると考えている。今後、具体的な方法についても検討していきたい。

最後に入会異動については、以前から手続きの煩雑さが指摘されている。平成22年10月に同一県内の異動に係る新様式導入調査を行った際、業務処理の煩雑や事務量の増加等のご意見があり、導入に至っていないが、医師会組織全般の見直しを行っているところである。

◆医療費適正化計画に書き込まれている診療報酬の特例について

都道府県毎に診療報酬点数を変えるような動きが行政内において画策されていることに対し、九州ブロックから代表質問があり、中川副会長より概ね下記のとおり回答があった。

厚生労働省より、現時点において、都道府県ごとの診療報酬の設定を検討する予定はないとの回答を得ている。理由は、各都道府県から現実的な要請が上がってきていないことを踏まえ、厚労省としては、理由の第1に都道府県と協議して合意に至ることが前提条件と考えており、都道府県からの具体的な要請がない中で、厚労省自らが特例診療報酬を検討することはないとの判断であった。地域ごとの診療報酬の特例が認められるのは、地域の実情を踏まえつつ適切な医療を各都道府県間において公平に提供するために合理的な範囲内であると明記されている。現状において、各都道府県間の公平のた

め、地域に特例診療報酬を認める合理的な理由は見当たらず、将来においても難しいと思う。

理由の第2は、社会保障審議会・医療保険部会で、都道府県ごとの診療報酬が否定されていること。社会保障制度改革国民会議では、地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みを積極的に活用すべきとの意見があったが、医療保険部会では保険者側の委員から「一物一価、全国统一にしないと国民の納得は得られない」と明確な反対意見があった。現在のところ都道府県ごとの診療報酬の特例が実現される見通しはない。

しかし、今後都道府県によっては、個性的独断的意向が働くことは否定できない。日本医師会は、診療報酬をはじめとする医療制度や医療政策が都道府県ごとに決定される仕組みの導入を警戒していく。

◆新しい事故調査制度について

医療事故に係る調査仕組み等の基本的なあり方について、個人質問があり、高杉常任理事より概ね下記のとおり回答があった。

医療事故調査制度について、厚生労働省の医療事故に係る調査の仕組み等の検討部会では日本医師会から構成委員として参画したが、13回に及ぶ議論を終え、5月31日に基本的な在り方が公表された。この基本的な在り方は医療事故調査制度の骨子を纏めたものである。詳細については日本医師会などが参画した上でガイドラインを策定することになっている。日本医師会の事故調査検討委員会でも横倉会長に答申が提出された。既に全国の医師会にも示している。この厚生労働省の検討部会報告書は日本医師会会長への委員会答申の考え方を大きく反映されたものとなっている。診療に関連した予期しない事故が発生した場合には、①全ての医療機関で院内事故調査を先行して徹底する。②事例が発生したことを第三者機関に届けておく。③院内調査でご遺族の納得が得られない場合、また院内調査の限界がある事例は第三者機関による調査を用意する。となっている。

ただし第3者機関の組み立て、構成については、厚労省部会案と日本医師会案では異なるが、5年半の医療界の様々な提案を受けての厚労省の事故調査に係る調査の仕組みの在り方に関する検討部会は評価するべきものがあり、大きな動きとなることが期待される。今後ガイドライン作りや法律案作成の過程で日本医師会としても積極的に踏み込んで議論したい。

医療事故調査制度の創設は、十分な原因究明がなされないままに刑事訴追がなされていた現状を変える。迅速に事故調査を行い、真摯に患者側に説明する。医療機関が真剣に対応することで、患者・遺族を守り、ひいては職員を守ることになる。結果として納得が得られない事例は、刑事ではなく民事の話し合いによる解決が促進されることとなり、医療のあるべき姿になると考える。制度自体は責任追及とは切り離された原因究明と再発防止という純粋に医療・医学の中の営みの中で、すなわち医療の枠の中で取り込まれるべきものであることは、厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」の案、日本医師会の「医療事故調査に関する検討委員会」からの答申ともに共通の理念と言える。民事責任については、従来の医師賠償責任制度で対応すれば、刑事責任の追及は避けられると考える。

警察への届け出や、医師法21条にいう異状死体とは切り離して考えるべきということで、厚労省の検討部会では整理された。日本医師会の報告書では、事態混乱の一因となった医師法21条については、医療界の自律的な取り組みの中で社会に再評価を求め、医療への刑事介入を抑制する。将来的には改正ないし、解釈の整理が必要である。ガイドラインや法律など、具体的な内容が議論されるこれからはもっとも厳しい道のりであると覚悟している。医療界はもとより患者・国民・行政が議論し、結果として新たな道を実現する歴史的にも極めて意義のある未来へ向けた取り組みといえる。

#### ◆日本医師会主導の新しい日本警察医会について

新しい警察医組織の概要及び都道府県警察医会との関係、その指揮命令系統、活動内容について、また検案活動の両輪とされる歯科医師会・警察歯科医会との連携について個人質問があり、葉梨常任理事より概ね下記のとおり回答があった。

日本警察医会は警察活動に協力する医師の全国組織として平成7年の発足以来、現在まで活動を続けてきたが、加盟する都道府県警察医会の数は20余りと伸び悩んでいた。警察活動に協力する医師の活動内容はもとより、名称についても「警察医」「警察協力医」「検案医」など県ごとにまちまちであり、全国を網羅する組織化するため、対処について協議を続けてきた。

このたび、日本警察医会としては警察活動に協力する医師の組織基盤を確固たるものとするため発展的に解散し、新たに日本医師会の下に力の結集を図るべきとの結論を出された。これを受けて日本医師会では平成26年度をめどに準備を進めている。

新しい組織として各都道府県医師会には「警察活動に協力する医師の部会」を設置いただく予定である。既存の各県の組織を移行して頂くことでも差し支えないと考えている。その上で、全国組織として日本医師会内に連絡協議会を設置し、総会と学術集会を兼ねた大会を年1回程度開催したいと考えている。検視立ち会いにかかる身分保障や費用、要員の確保といった諸問題について検討する専門の委員会を日本医師会内に設ける予定である。

大災害時の検視・検案に際しての歯科医師会、警察歯科医会との連携については、地域ごとに警察、医師会、歯科医師会がユニットとして活動できる体制が最も機能的だと考える。関係団体・諸機関と実践的な協議に入りたい。

その他、「病床機能報告制度」、「第6次医療計画における基準病床について」、「予防接種法改正法のもの実効性のある予防接種基本計画の策定に向けて」等についても活発な質疑が交わされた。

## 印象記

常任理事 真栄田 篤彦

公益社団法人移行後の初めての代議員会で、横倉義武会長は、日医として様々な活動の公益性を深化させていくなかで、国民皆保険制度の堅持と医学・医療を通じた国民への奉仕を、執行部一同、改めてここにお誓いすると述べている。国の方針としての経済財政諮問会議や規制改革会議、産業競争力会議等の財政面からの議論に関して、規制緩和の名の下に、国民皆保険制度を崩壊へと導くような議論に危機感を示し、日医としては、我が国の公的医療保険制度の理念は、全ての国民が支払い能力に応じて公平な負担をするなかで、同じ医療を受けられる制度を持続していくことであり、本来、これに反するような議論や政策が進められることはあってはならない。日医は我が国の医療制度が誤った方向にいかないよう、これまでも医療への営利企業の参入や混合診療の全面解禁を阻止し、患者負担増につながる受診時定額負担制の導入に反対し、国民皆保険制度を堅持し、「国民の安全な医療に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か」を政策の判断基準に、国民が必要とする医療給付を過不足なく提供できるよう、TPP 交渉をはじめとする政府の動きに厳しく対処していくと表明した。TPP に関してはすでに日本が7月下旬から交渉参加ということになっており、医療関係、知的財産等の分野でどのような方向性が出るか注目したい。アメリカの日本に対する TPP での最大の狙いは郵貯が一番大きいものと思われる。桁はずれの多額の郵便貯金が医療保険分野から日本を攻め、国民皆保険制度への影響を強めていくのではと危惧される。

第3号議案の日本医師会綱領の件に関しては、特に異論も無く、承認された。

これまではヒポクラテスの誓いに基づいた医の倫理綱領はあったが、医師会としては初めての綱領で非常に大切に必要綱領だと思う。

代表質問では、日本医学会法人化に関する諸問題について最初に取り上げられており、日本医学会の高久史磨会長も特別参加し、日医からの独立に関する見解を述べていたが、学会の法人化に関して、日医は法人化に向けて前向きに検討していくとのことであった。日医と医学会は車の両輪との表現に対し、高久会長は、緊密な連携を取りながらとの表現であった。今後の成り行きが注目される。

2014年開始予定の「病床機能報告制度」に対する件や、新しい事故調査制度等に関しての日医の今後の対応に期待したい。

平成25年度も上半期を無事に終え、真に国民に求められる保健・医療・福祉の実現に向けて、横倉日医執行部の益々のご活躍を祈念申し上げたい。

最後に、第23回参議院議員比例区当選の羽生田俊先生の祝当選！

## 都道府県医師会救急災害医療 担当理事連絡協議会



沖縄県医師会災害医療委員会委員長 出口 宝



去る6月27日(木)日本医師会館において、標記連絡協議会が開催された。本協議会では、日本医師会 ACLS 研修の活性化、並びに各県における災害時医療救護協定の現況について報告があった。また、災害医療研修では、地域における災害医療体制構築、医師会における災害対応組織づくりについて、それぞれ専門的な立場より講和が行われたので、以下に会議の様相を報告する。

### 開会・挨拶

#### 横倉義武日本医師会長

現在、日本医師会では地域医療の再興を政策テーマに、第一の目標をかかりつけ医を中心とした切れ目のない医療介護の体制について、それぞれの地域で構築していくことにある。高齢化の進展により、傷病や体調の急変等により、その初期対応が重要になってくる。かかりつけ医には最新の医療情報を熟知し、変化に対する総合的な能力を有することが求められる。その

為にも、すべての医師には救命処置を継続的に研鑽していただきたいと考えている。今日は、日本医師会 ACLS 研修の見直しと、今後の活性化を中心に救急医療について協議頂きたい。また、災害医療については、南海トラフの問題が近々に起こる可能性が指摘されているが、JMAT が携行すべき医薬品リストの提示や各県における災害時医療救護協定の現状について説明を行う。また、昨年3月・7月に引き続き災害医療研修として、医師会における災害対応組織づくり (Incident Command System) 等をテーマに企画をしている。

地域医療の再考が、結果として災害医療の対応能力を高めることになる。震災の教訓を大切に活かしながら、次の大災害に備えていきたい。

### 救急医療について

#### 日本医師会 ACLS (二次救命処置) 研修 石井正三 日本医師会常任理事

日本医師会では、医師による効果的な救命処

置・治療の実施を推進し、救急患者の救命率及び社会復帰率の向上に資するべく、標記研修を実施している。本事業の基本理念の主なものとしては、(1) ACLS 研修を、日本医師会の生涯教育に位置づける。(2) 医師による救命処置・治療実施の意義を訴え、それを推進する。(3) わが国の ACLS 教育の整合を図る - 等である。2012年3月に纏められた「救急災害医療対策委員会」報告書において、研修会指定数、修了証交付者数が減少傾向にあり、また、修了証交付者の年齢や属性に偏りもみられることや、CoSTR2010 及び日本版救急蘇生ガイドラインの策定、救急蘇生法の指針（医療従事者用）の改訂を契機に、医学的な内容変更と同時に、学習目標・到達目標、教育内容を見直すべきであると提案している。さらに、各都道府県医師会等への周知活動や小児や虚血性心疾患などのオプション研修の充実等を提言した。

その後、日本医師会 ACLS 運営委員会において審議の上、本研修要綱を一部改正し、本年7月1日より施行する。

説明の後、大阪府医師会や愛知県医師会から、インストラクターの数がある程度養成されたので、近年は県医師会主催という形ではなく他団体（病院など）が開催した研修を日医 ACLS として認定しているとの説明があった。日医として開催団体から申請をして頂くことを勧めているとの事であった。また、熊本県等から日本医師会 ACLS 事業の普及促進の観点から一部名称の変更や日本救急医学会 ICLS に準ずる等、追記表現を改めては如何かとの意見があった。

## 災害医療について

### 石井正三 日本医師会常任理事

#### ・JMAT の環境整備について

次の災害に備え JMAT の環境整備については、①災害時医療救護協定の締結（医師会・行政等間、医師会間）、②防災行政への医師会の参画、防災計画へ JMAT の位置づけ、③「5 疾病 5 事業」への JMAT の位置づけ、④災害時

医療救護計画やマニュアルの策定、⑤平常時からの関係行政機関や団体との連携（特殊災害関係、交通関係、ライフライン関係）、⑥地域の災害リスクの評価 - 等の環境整備を推進する必要がある。

・JMAT 携行医薬品リスト（Ver.1.0）について  
JMAT が被災後 1 週間以内に被災地入りする場合、初期対応として準備することが望ましい携行医薬品の指針を提示する。

携帯する薬剤選定の必須条件としては、①大多数の医療従事者が知っていて扱いやすい。②値段が安価である。③流通上のフローとストックで確保しやすい - の 3 項目を考えている。

予想される首都直下型地震そして南海トラフ巨大地震では、3～7日、状況によっては1ヶ月以上の薬剤の不足及び供給低下が予想されるため、それまでの間は携帯する薬剤で初期の避難所の巡回診療や被災者への医療活動を行うことが求められる。

指針は、春や秋を想定した災害で大よそ 1,000 人規模の地域の避難所（5カ所程度）へ行き、1週間で約 300 人程度を診察する。1人あたり最大 3 日分処方することを想定し、「A：成人基本セット」として提示する。また、リストは「B：精神科」「C：妊婦緊急搬送」「D：小児科」「E：簡易診断」「F：緊急用薬剤」「G：消毒関係」「H：特殊災害関係」まで分類化し、まとめていく方針である。

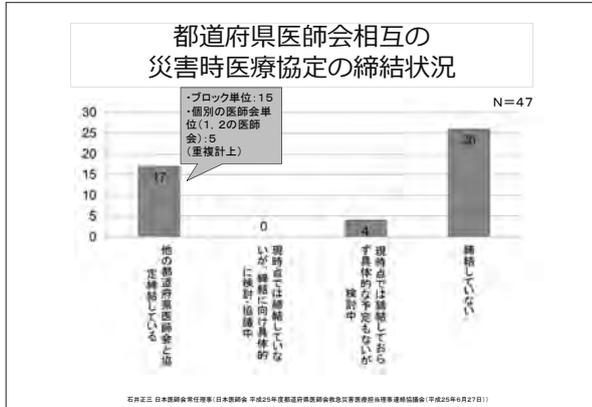
なお、今回のリストはバージョン 1.0 と位置づけ、公表後、全国の医師や医師会、関係学会・医療関係団体などからの意見を受け、随時バージョンアップを図っていく。

・平成 25 年度「災害医療に関する調査」結果概要

本年 5 月 1 日現在を基準に各都道府県医師会と都道府県行政との医療救護協定等の状況を把握すべく、各県医師会を対象にアンケート調査を実施した。（回答率 100%）

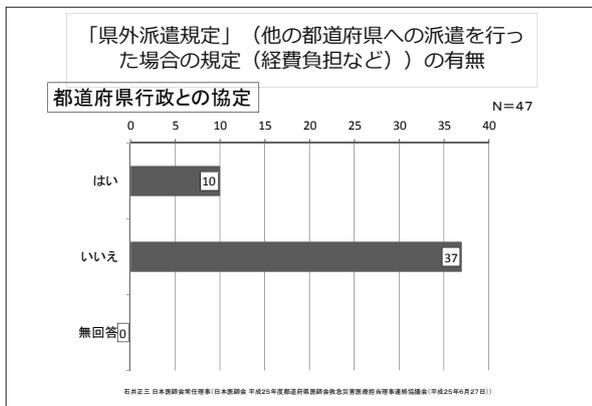
調査結果

- 他の都道府県医師会との間で災害時の相互支援協定を締結しているのは17医師会に留まり、26医師会が未締結、4医師会が具体的な予定はないが検討中であると回答した(①)。



①

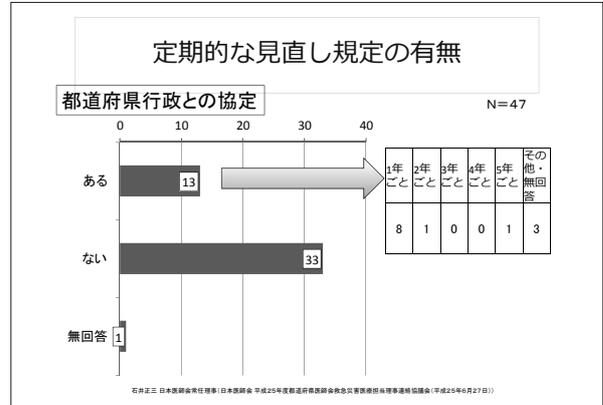
- 全ての都道府県医師会が行政との間で災害時医療協定を締結していると回答した。
- 本会は平成20年3月付、沖縄県との間で締結した『沖縄県と(社)沖縄県医師会における災害時の医療救護に関する協定』がある。
- 「災害時やむを得ない時は、都道府県知事等からの要請がなくとも医師会の判断で救護班を派遣でき、事後報告を行えば要請があったものとみなし、知事等が経費等を負担する」とした協定を都道府県行政と締結しているのは33医師会だった。しかし、「県外派遣規程」の条文が盛り込まれているのは10医師会に留まった(②)。



②

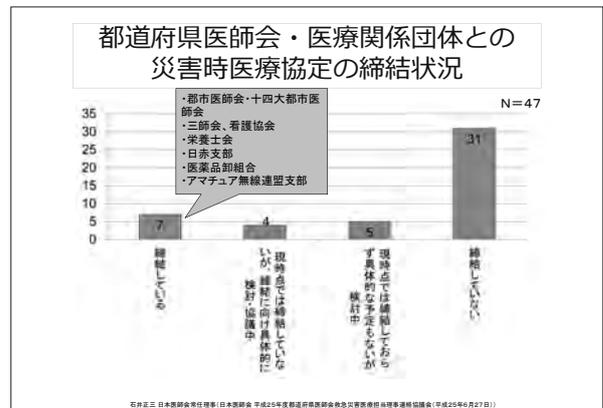
- 本会の締結の協定では、現状、県外派遣に関する規程がないため、今後、県外派遣の対応

- ができるよう県行政と調整していきたい。
- 都道府県との協定を定期的に見直しているのは13医師会にとどまり、30医師会が協定の形骸化の懸念や課題があったとした(③)。



③

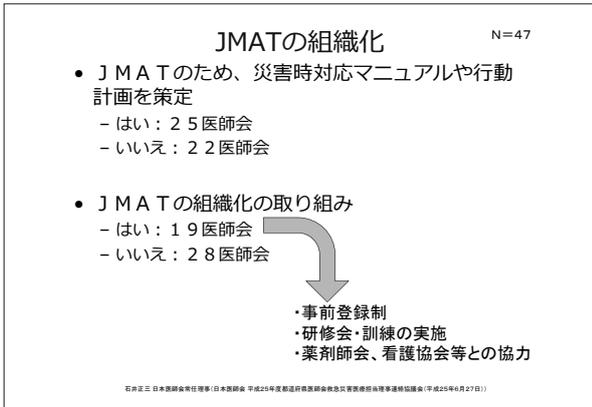
- 本会の締結の協定においても、有効期間は1年と定められており、定期的な見直しの条文はないため、双方からの意思表示がなければ、協定は延長される。
- 医療関係団体との間で災害時医療協定を締結しているのは、7医師会(三師会、看護協会、栄養士会、日赤支部、医薬品卸組合、アマチュア無線連盟支部)で、締結に向けて具体的に協議中が4医師会、検討中が5医師会、31医師会が締結していないと回答した(④)。
- 本会は、現時点で関係団体との災害時医療救護協定、応援協定等は締結していないが、今後具体的な協議を進めていくこととしている。



④

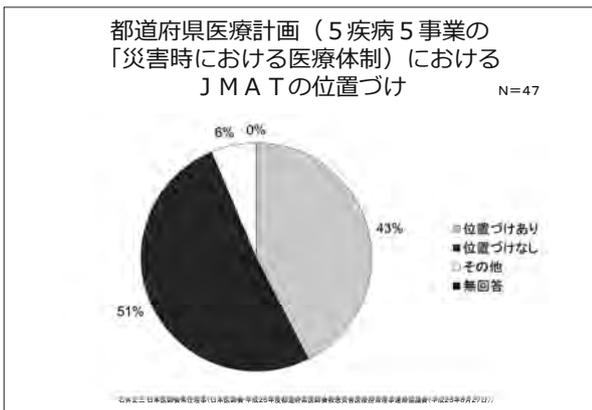
- JMATの組織化について、災害時対応マニュアルや行動計画を策定したのは25医師会あり、事前登録制などの関しては、19医師会

が事前登録制や研修会・訓練の実施、薬剤師会、看護協会等との連携を挙げた (5)。



⑤

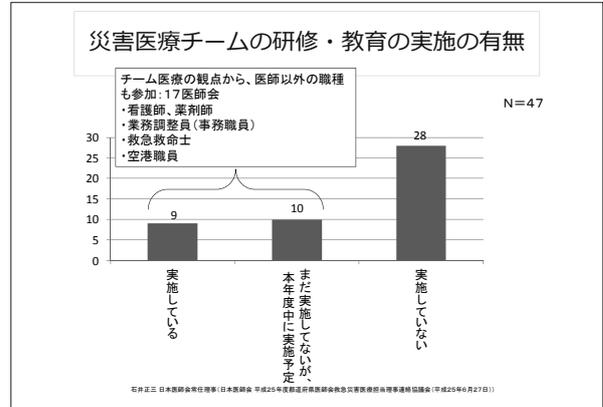
- ・ 本会は、東日本大震災の教訓を活かし「沖縄県医師会災害医療計画並びに地区医師会災害医療計画」の策定や災害医療研修会を開催している。また、今年度は沖縄県医師会医療救護班(JMAT)の事前登録を開始する予定である。
- ・ 都道府県防災計画におけるJMATの位置づけは、8医師会が位置づけられている。また、医療計画(5疾病5事業の「災害時における医療体制」)におけるJMATの位置づけは、20医師会が位置づけられていることが分かった(6)。



⑥

- ・ 本会は、平成25年3月に見直された沖縄県保健医療計画並びに沖縄県防災計画において「県医師会災害医療チーム(JMAT)」が明記された。
- ・ 災害医療チームに関する研修・教育の実施については、既に実施が9医師会、本年度中に

実施予定が10医師会あった。その研修・教育には、17医師会がチーム医療の観点から医師以外の職種(看護師、薬剤師、事務職員、救急救命士、空港職員)も参加対象にしていることが分かった(7)。



⑦

- ・ 本会は、昨年度実施した災害医療研修会において、医師以外の職種(看護職者、業務調整員(コメディカル、事務員))にも参加いただいており、今年度も同様に実施することとしている。

・ JAXA との連携

本年1月30日付、JAXA 及び日本医師会は、非常時通信デモンストレーションの結果を踏まえ、超高速インターネット衛星による災害時の情報共有手段の確立を目指すべく、さらなる実証実験を行うことで協定を締結した。また、本年11月を目途に、JAXA 合同による防災訓練を企画し、日医TV会議システムを併せて利用する。今回は、南海トラフ巨大地震の発生を想定して訓練を行いたい。

災害医療研修

①地域における災害医療体制構築

郡山一明 救急振興財団救急救命九州研修所教授は、災害医療構築の必要性について、今後30年以内の地震確立を考え、次代の医師のためにも、体制を構築することは、我々に課せられた責務であると述べ、現在、他地域支援は整備されつつあるが自地域体制構築の遅れを指摘した。

災害医療はすべての医師のミッションとして位置づけられるべきものとし、我々医師は「災害発生ゼロ時」から対応が求められる。そのため、地区医師会が主体的に体制構築を図っていくことが極めて重要であると強調した。この他、直ぐに対応が求められる透析患者（約30万人）については、地区医師会の中で状況を整理し、全体として構築することが肝要であると述べた。また、北九州市では北九州市危機管理参与を務める傍ら、行政と連携した災害医療計画における体制構築についての手引きを紹介した。

②医師会における災害対応組織づくり (Incident Command System)

永田高志 九州大学大学院医学研究院先端医療医学講座災害医学助教・日医総研客員研究員並びに、秋富慎司岩手医科大学附属病院岩手県高度救命救急センター助教より、危機管理・緊急時対応の組織のあり方について、米国で開発されたインシデントコマンドシステム（個人・組織を統制管理し指揮命令するための標準化ルール）を用いた JMAT の運用や地区医師会での活用方法について次のように提言があった。

1. 現場に指揮命令に関する権限を委譲する (delegation of authority)

最近の米国の例を挙げると、本年4月に発生したボストン爆弾事件ではボストン警察所長が指揮官となり、消防・警察・医療機関が共同で緊急時の対応にあたった。本インシデントコマンドシステムでは、オバマ大統領といえども現場に介入することは認められていない。現場に全ての責任と権限を与えて対応にあたる。この部分をしっかり押さえなければならない。

2. 組織に関わらず危機管理・急時対応において基本的な部分を標準化する (ICS 組織図)

事態の大小に関わらず、共通となる組織機能として、指揮部 (Command)、実行部門 (Operation)、計画部門 (Planning)、ロジスティック部門 (Logistic)、財務管理部門 (Finance/Administration) の5つを挙げた。現場指揮官

Incident Commander は医師会長や上級幹部が就き、他県 JMAT や地域医療救護班は、現場指揮官の下、実行部門に入り活動を行う。また、ロジスティック部門には薬剤師、計画部門や財務管理部門には所属医師会事務局が担当する。

3. 現場活動に対して支部、本部、中央政府は後方支援に徹する (Coordination)

災害による直接的被害を受けていない支部・本部の医師会は、災害現場での活動に対して、最大限の後方支援を行うことである。JMAT の派遣調整、情報収集、関係各機関との調整業務、財政支援、マスコミ対応など数多くの業務を担う。

4. 現場そして後方は共通認識図 (Common Operational Picture) を通じた情報を共有

現場及び後方では、情報のギャップが生まれるものである。それらを埋めるツールとして、1枚の地図上に災害の現状を提示し、関係者で情報の共有化を図ることが必要である。

続いて、秋富助教からは、災害で大混乱・情報網が不通となった状況下においても、都道府県医師会・災害対策本部は全体への指示が求められると述べ、いかに情報管理を実現するかについては、①ルーチン業務を否定すること（活動目的と内容を明確化し、全員の意思を方向付ける）、②黙っていても欲しい情報があがってくる環境にすること（予め必要な情報を定めておくことで情報の漏れを防ぐ）③組織だった JMAT のシームレスな「自立型支援」を計画すること（現地指揮下で活動を行うこと。現地が疲労することを防ぐため、申し送り等も組織内で行うこと。毎日、現地の責任者と会議を行い、逐次医師会に報告し不足部分を補うこと）を挙げ、働きやすい環境をシステム化すべきであると提言した。

全体協議

全体協議では、「災害医療コーディネーター養成校座」や「会員の意識高揚」「医薬品の備蓄」等について活発な質疑応答が行なわれた。

石井常任理事は、災害医療コーディネーターについては、災害の事象によってコーディネーターは変わって良いと考えていると回答した。その上で、一人で全てを取り仕切ると言うよりもフェーズによってタスクシフトした方が良く、複合型災害においては、多様な人員によってオペレーションすべきと補足した。

また、養成講座については、昨年本協議会を通じて活用したリソースが既に存在しており、これ等を活用いただきたいと回答した。また、依頼があれば担当理事や救急災害医療委員会委員が講師を引き受けても良いと説明した。また、救急災害医療委員会委員より日医で映像データを製作し、各県へ配布した方が全国的な浸透は早いとの提言があった。

岐阜や岡山県から会員の意識高揚を図るにはとの質問については、秋富助教よりそれぞれロジスティックの中継地になり得る地域であり、後方支援拠点になることも考えられる。場合によっては、数万人単位で被災者を受け入れなければならない。公衆衛生学的支援や栄養学的支援、保健学的支援、医学的支援等、全体的に医師会としてマネジメントを求められることもあるため、災害に対する認識を深めていただき、会員へ周知いただければと返答した。

医薬品の備蓄についても、秋富助教から流通上に少し多めに在庫を持たせるような運用も実例としてある旨提案があった。

この他、石井常任理事より、本年10月23日から25日までの3日間、東京国際フォーラムに於いて第7回アジア救急医学カンファレンス(ACEM2013)を開催する旨紹介があった。

## 印象記

沖縄県医師会災害医療委員会委員長 出口 宝

平成25年度都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会に出席させて頂いた。

救急医療についての議題の中心は「日本医師会 ACLS (二次救命処置) 研修の見直しと活性化」であった。ここで、日本医師会 ACLS とアメリカ心臓協会 (AHA) の ACLS は別ものなのである。日本医師会の ACLS は Advanced Cardiac Life Support であり、AHA の ACLS は Advanced Cardiovascular Life Support である。日本医師会には vascular がないのである。また、日本救急医学会の ICLS とも別ものようでもあるが、中身はこれにほぼ近いのである。さて、今回の協議でも名称が問題となったが ACLS とは別の「日医 ACLS」という事で一件落着となった。本題はそこではない。「日医 ACLS」研修会の開催を各都道府県医師会、都市地区医師会で活性化していこうということである。現在、県内では ICLS コースが定期的に開催されているが、開催回数や定員に限りがある。本会でも今後いかに「日医 ACLS」研修会を活性化していくかが課題である。

災害医療では、南海トラフ地震が30年以内に発生すると予測されているだけに日医でも具体的な取り組みが進められていた。そして、「災害発生ゼロ時」は被災地の医師や医師会で対応しなければならないことが強調されていた。大阪府医師会の災害・外傷初期診療研修会が紹介されていたが、JMAT 研修とは全く異なり JPTEC や MCLS、そして BDLS のようなカリキュラムが行われていた。本会の災害医療委員会でも JMAT 研修のみでなく、「災害発生ゼロ時」に対しても検討して

いかなければならない。

災害医療研修では災害時の体制について2つの講義があり、詳細は伝達講習会で報告させて頂くが、北九州市では災害時には医師会の本部を消防本部内に置くことになっているそうである。質問をしたところ、災害医療に必要な情報は消防本部に逸早く集まるからだそうである。協定も出来ているようである。昨年の県の総合防災訓練時にぶつかった行政の壁の経験があるだけに、この先例は参考にさせて頂きたい。また、災害対応組織づくりとしては Incident Command System (ICS) が国際的にも実績があり有効であるとのことであった。東日本大震災における石巻赤十字病院を成功事例に災害コーディネーターが有効と考えられているが、災害対応組織づくりには ICS が優れているとのことであった。講師の岩手医科大学の秋富慎司先生は、東日本大震災時には岩手県庁の対策本部で医療救護の指揮をとった岩手県知事指名による災害コーディネーターである。福島原発事故の経験から東京電力も ICS を導入したとの事であった。

政府は今秋にも日米合同の防災実動訓練を実施することを発表した。本県では8月23日に陸上自衛隊第16旅団による「沖縄県における災害対処図上訓練」が開催され本会も参加する。南海トラフ地震が発生する確立は高いのである。

梅雨の晴れ間の東京はさほど暑くもなく、日医会館を出て今回得た情報や見えてきた課題をいかに活かそうかと思案しながら駒込駅に向かって歩くのには良い夕方であった。

## 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

# ご注意を！

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

## 1. 【金銭交渉について】

医事紛争発生時に、**医師会に相談なく金銭交渉を行うと医師賠償責任保険の適応外となります。**

医事紛争発生時もしくは医事紛争への発展が危惧される事案発生時には、必ず地区医師会もしくは沖縄県医師会までご一報下さい。

なお、医師会にご報告いただきました個人情報等につきましては、厳重に管理の上、医事紛争処理以外で第三者に開示することはありませんことを申し添えます。

## 2. 【日医医賠償保険の免責について】

日医医賠償保険では**補償されない免責部分があり100万円以下は自己負担となります。**その免責部分を補償する団体医師賠償責任保険があります。この団体医師賠償責任保険は医師の医療上の過失による事故だけでなく、医療施設の建物や設備の使用・管理上の不備に起因する事故も補償いたします。

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

## 3. 【高額賠償責任保険について】

最近の医療事故では高額賠償事例が増えていることから、日医医賠償保険（1億円の限度額）では高額賠償にも対処できる特約保険（2億円の限度額）があります。特約保険は任意加入の保険となっております。

詳細については、沖縄県医師会へお問い合わせ下さい。

### 【お問い合わせ先】

沖縄県医師会：TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート：TEL (098) 888-1241

## 九州医師会連合会第 334 回常任委員会



会長 宮城 信雄



去る 6 月 7 日（金）午後 4 時から鹿児島市の城山観光ホテルで開催されたので、その概要を報告する。

### 報 告

#### 1) 平成 25 年度（第 35 回）九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会長合同会議の開催について（鹿児島）

鹿児島県医師会の池田会長より、当常任委員会終了後開催されるみだし合同会議の開催内容について報告が行われた後、議題を提案している鹿児島の池田会長と長崎県の蒔本会長より、提案要旨の説明があった。

なお、提案された議題は次のとおり。

- (1) 県境における医療体制（救急医療を含む）について（鹿児島県医師会）
- (2) 九州・山口 9 県の災害時医療救護支援体制整備の進捗状況について（長崎県医師会）

#### 2) 第 129 回日本医師会定例代議員会（6 月 23 日（日）日医）における代表・個人質問について（沖縄）

九州ブロックの代表・個人質問が下記のとおり決定した旨報告した。

##### 代表質問

「医療費適正化計画に書き込まれている診療報酬の特例について」

蓮澤 浩明代議員（福岡県）

##### 個人質問

1 位「日医新執行部への期待と提案」

福田 俊郎代議員（長崎県）

2 位「新しい事故調査制度について」

佐藤 光治代議員（長崎県）

### 協 議

#### 1) 九州地方社会保険医療協議会委員推薦について（福岡）

福岡県医師会の松田会長より、「九州地方社会保険医療協議会の一部委員の任期が本年 10

月13日付けで満了となることに伴い、九州厚生局企画調整課より次期委員の推薦について関係医師会へ依頼に伺いたい旨、本会へ連絡があった。今回委員が満了となるのは、佐賀県、鹿児島県で、次期委員を推薦いただくのは、大分県、長崎県となっている。次期委員の推薦を依頼する県に、九州厚生局企画調整課より6月末を目途に委員の推薦を依頼するとのことであるので、該当県のご対応をお願いしたい」との提案があり、了承された。

**2) 九州医師会連合会第8回事務局長連絡協議会の開催について（沖縄）**

みだし連絡協議会を平成25年8月下旬から9月上旬にかけて沖縄県医師会館で開催することについて提案し、原案どおり開催することが承認された。

尚、今回の連絡協議会では、本年4月に全ての県が新法人に移行したことから、公益法人会計並びに税務に精通されている講師を招聘し、移行後の決算や税務対応等を主なテーマとした研修、情報交換を行う予定である。

**その他**

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

来る8月3日（土）・4日（日）の両日、沖縄県医師会の担当で、「健やかな子どもの未来

～子どもたちとの絆を求めて～」をテーマに掲げ、同大会を開催することになっていることから、両日のプログラムを紹介し、九州各県からの多数の参加を要請した。

また、4日（日）の基調講演の講演Ⅱ「学校健診と発達障害への対応」について、講師が鳥取大学地域学部地域教育学科教授の小枝達也先生から准教授の関あゆみ先生に変更になったことから、変更の案内を行った。

**2) 「一般社団法人医療安全全国共同行動」設立の報告とお願いについて（沖縄）**

一般社団法人医療安全全国共同行動議長の高久史麿先生より、各県あて、①医療安全全国共同行動“いのちをまもるパートナーズ”の地域推進拠点としての登録について、②一般社団法人医療安全全国共同行動の正会員（社員）となることについて、③6月16日（日）の記念シンポジウムと連絡会議への出席について依頼があることから、各県の対応について意見交換を行った。

各県の対応としては、大分県は依頼事項の3項目全てに応じる旨の報告があり、他の県についても前向きに対応したいとの見解が示された。



## 九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県 医師会長合同会議



会長 宮城 信雄



去る6月7日(金)、城山観光ホテルにおいて、九州各県保健医療福祉主管部長・九州各県医師会長合同会議が開催された。

本会議では、はじめに、今回担当の鹿児島県行政より開会が宣言され、開催地の鹿児島県伊藤祐一郎知事(代読：布袋嘉之副知事)、九州医師会連合会宮城信雄会長からの挨拶、九州厚生局中澤一隆局長より来賓挨拶が述べられた。その後、「県境における医療体制(救急医療を含む)」「九州・山口9県の災害時医療救護支援体制整備の進捗状況」についての2題について協議が行われたので、その概要を報告する。なお、当協議会には、沖縄県行政から崎山八郎福祉保健部長が出席された。

### 挨拶

#### 鹿児島県知事

伊藤祐一郎(代読：布袋嘉之副知事)

さて、国においては、①復興・防災対策、②成長による富の創出、③暮らしの安心・地域活

性化に重点を置いた平成25年度予算が成立し、日本経済の再生に向けて、大胆な金融政策、機動的な財政政策、民間投資を歓喜する成長戦略に取り組んでいるところである。

私としては、速やかに実効のある施策展開がなされることを強く望むと共に、国民の不安を払拭し、国民生活の安定につながるように、東日本大震災からの復興や経済の再生、外交安全保障等、山積する諸課題に国の総力を挙げて取り組み、わが国に漂っている閉塞感からの脱却が図られることを期待する。また、昨年、社会保障・税一体改革関連法案が成立し、新たに設置された社会保障制度改革国民会議において医療や介護年金、少子化対策の分野を中心に、審議が進められている。社会保障制度については、国民全体に関わる極めて重要な問題であり、国民の関心の高い分野である。

本日出席の皆様は、正しくこの分野の中核的な役割を担われている方々であり、その皆さまが一堂に会し、九州は一つという理念の下、各

種課題等について検討されることは、今後の九州地域全体の保健・医療・福祉分野の政策を推進していく上で、大きな成果につながるものと期待している。

**九州医師会連合会長 宮城信雄**

九州医師会連合会を代表して挨拶を申し上げます。

当合同会議は、九州各県の保健・医療・福祉に関わる種々の問題・課題について、行政側と医師会側が協議し、より良い解決・推進を行うことを目的に毎年開催されているものである。

本日は、今日的課題である「県境における医療体制（救急医療を含む）」、「九州・山口9県の災害時医療援護支援体制整備の進捗状況」の2点について協議をお願いしている。

県境における医療体制について、各県共に様々な地理的特殊性があり、ドクターヘリを含めた他県との連携による諸課題の解決が求められている。また、災害時医療援護支援体制整備の進捗状況については、一昨年東日本大震災の発災を受けて、広域災害における他県への医療救護支援体制の早急な整備対応が求められており、各県が互いに被災地の医療を支援するという共通認識のもと、その調整が行われているものである。

いずれの課題も、県民、国民の生命を第一に考え、いかなる地域でも同様に最良の医療が受けられる体制づくりを構築していかなければならない。その為には、行政と医師会が連携し、諸問題の解決に当たらなければならない。

そのようなことから、毎年開催される本会議は誠に意義あるものであり、本日も実りある会議となるよう切に願っている。

**来賓挨拶**

**厚生労働省九州厚生局長 中澤一隆**

昨年9月に赴任し、当会議への参加は初めてである。全国に厚生局のブロックは8つあるが、この様な形式で会が行われているのは九州ブロックだけの取り組みではないだろうか。国民の生活を支えていく主要プレイヤーである県の民

生衛生部局や健康局と、医師会長が一堂に会する会合は誠に意義深い。九州のユニークさの現れであると同時に、厚生局長として、非常に心強い思いを抱いている。また、常日頃より、政厚生行政の推進にご尽力賜り感謝申し上げる。

現在、国においては、社会保障と税の一体改革で種々議論がなされている。議論の中核は、社会保障制度改革国民会議が総理のもとに置かれ、議論が進められている。この会議は8月21日までしか設置されないと法律で決まっているため、それ以前には何らかの報告が出てくると思う。現在、総論の部分で止まっており、具体策に踏み込めていない状況である。何れにしても8月末までには何らかの報告書が出てくる。また、年内の検討を経て、12月の恐らく政府予算案の決定時にはある程度の骨格が分かり、かつ法律改正が必要なものは、来春の通常国会に法案が出てくる展開になるかと思う。如何せん何とも概要が分からない状況であり、本来なら私からある程度説明が出来ればと思っていたが、申し訳なく思っている。皆様と同様、どういう形なのか関心を持ち注意していきたい。本日の会合が実り豊かなものにあることを祈念する。

**座長選出**

慣例により、鹿児島県（担当県）の松田典久保健福祉部長を座長に選出し、議事に入った。

**議 事**

**(1) 県境における医療体制（救急医療を含む）について（鹿児島県医師会）**

**【提案要旨】**

本県は、宮崎、熊本、沖縄の3県と隣接しており、地域の実情に応じ県境における医療体制を構築している。県境における医療体制の問題は行政の理解なしには出来ない問題である。今後、県境の医療問題は、ますます重要となる。我々は隣接する県医師会と県行政間で協議する場を設置することが急務と考えている。

本日この場で決定することは難しいと思うが、いつまでという期限を決めていただきたい

い。具体的な開催方法については、年1回、開催地は隣県間で交互に行い、議題はその都度照会する。議題に沿った関係部局や医師会役員等が参加する形態で如何か。一定の方向性を示していただきたい。

**【県医師会からの回答】**

- ・ 協議の場の設置については、全ての県医師会が賛成・必要であるとの回答があった。
- ・ また、松田峻一良福岡県医師会長より、診療報酬にかかる将来の問題として「医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一つの都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、各都道府県間において公平に提供する観点から合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」との考えがあがっている。県境で懸命に医療提供体制を構築しながらも、各県の事情で変えられることは、今後大きな問題をはらむのではないかと指摘があった。

**【県行政からの回答】**

- ・ 協議の場の設置については、宮崎・鹿児島・沖縄の3県行政が賛成であるとの回答であった。
- ・ 佐賀県は隣県の意向も確認する必要があるとしながらも、今年度運航予定のドクターヘリ協定時に各県の意向を伺い対応を検討したいと回答した。
- ・ 大分県も重要なテーマであるとの認識を示し、何らかの対応は必要だが、既に県域での取り組みがある点や隣県の意向を踏まえる必要があると述べた。
- ・ 福岡県や熊本県は、県境地域の状況に応じて、既に圏域毎に取り組みがあり、今後も県境を越えた取組は必要との認識を示した。
- ・ この他、長崎県では、地域や分野ごとに個別の課題に応じて対応しているが、今後、関係機関から要望があれば検討したいと回答があった。

**【まとめ】**

- ・ 松田典久議長から方向性については、大方賛同いただけたものと考えている旨説明があった。今後、各県持帰り隣県同志で、今後の計画について議論していくことについて提案が出された。
- ・ 提案県の池田琢哉鹿児島県医師会長から、各県事情はあると思うが、最終目的は住民のためであることを理解いただき、来年この会議の場で、その後の取り組み状況等について報告いただきたいと提案があり、異議なく承認された。

**(2) 九州・山口9県の災害時医療救護支援体制整備の進捗状況について**

(長崎県医師会)

**【提案要旨】**

昨年6月、福岡県で開催された本合同会議において、九州ブロックにおける災害時協力体制の構築については、長年「九州・山口9県災害時相互応援協定」、「同運営要領」、「同応援協定に係る医療支援に関する細目」の整理・拡充を求めてきたが、中々協議が進まない状況にあり、今後、早急に課題を整理し、実効性のある協力体制の確立を求める要望がなされ、平成18年当時、幹事県であった長崎県行政が中心となり、検討を進めていくことが確認された。

これを受けて、長崎県医師会と長崎県行政は、これまでの経緯を踏まえ、JMATに関する協定内容について整理を行い、去る3月に協定の締結を行った。JMATに関する協定内容については、長崎県行政と九州各県行政の間でも協議調整を行っていると同っているが、各県の取組状況について伺いたい。

**【県医師会からの回答】**

- ・ 既に再締結を済ませた県は、提案県の長崎と宮崎の2県に留まり、現在、協議中が福岡、佐賀、沖縄の3県であった。
- ・ また、大分県は行政の都合により保留であると回答があった。
- ・ 熊本県は、平成16年に交わした医療救護協

定書以降、動きは無いとしながらも、県行政に設置された「熊本県災害医療検討委員会」に役員を派遣し、災害時の医療体制の充実に向けた協議を行っている」と説明があった。

- ・ 鹿児島県は、日医救急災害対策委員会の報告書の取り纏めを受け、今後の対応を検討するとの回答があった。
- ・ この他、3県医師会（福岡、佐賀、宮崎）より、事後承諾での県外派遣について、県レベルでの対応が難しいようであれば、国レベルでの議論が必要との意見・要望があった。
- ・ また、池田秀夫佐賀県医師会長から、行政はDMATとJMATに差を付けて考えているが、時期的な差はあっても同じ医療活動を行っていることに理解を求める意見があった。

**【県行政からの回答】**

- ・ 再締結・協議中は前述のとおりである。
- ・ 熊本県は、行政主催の検討委員会で県内災害医療体制の充実強化に向けた検討に着手したとして、今後、JMATの体制の整備も検討したいと述べた。
- ・ また、大分県は、見直しの必要性はあるとしながらも、JMATの位置づけの問題もあり、具体的に協議に至っていないと回答した。
- ・ 鹿児島県は、今後、長崎県のモデルを参考に検討を進めたいと回答した。
- ・ 熊本県より、追認事項については、佐賀県医師会提案のとおり国レベルでの協議が必要との認識を示し、県レベルでの答えは出し難いと述べた。
- ・ この他、福岡県より、県外派遣にかかる追認は難しいが、最終的に九州の応援協定内で、取扱いを揃えられれば良いのではとの意見が出された。

**【九州厚生局からのコメント】**

- ・ JMATの問題は難しく、本省でも議論が煮詰まっていない状況である。
- ・ DMATは阪神・淡路大震災後、要綱や要領、活動内容、指揮命令等、明確な位置付けがある。JMATについては、議論が進められてい

るようであるが、明確なあり方については未だ示されていない。

- ・ 私の立場で申し上げるならば、国レベルで、明確な活動内容や指揮命令系統等を位置付けることがスムーズな展開に繋がると考えている。
- ・ また、県外派遣については2つの側面があると考えている。一つはブロック内の総合協定、もう一つはブロックを超えての派遣である。後者については、総論的なところが決まらなると全国展開は難しい。前者であれば関係者間でのコンセンサスが得られれば展開できると思う。

これを受けて、蒔本恭長崎県医師会長から、九州ブロック統一での取扱いができれば県境での災害時に効果を発揮するとの意見があった。くわえて、松田峻一良福岡県医師会長から、九州知事会にJMAT九州をアピールすれば行政の理解を得られるのではないかとの意見もあった。

**【まとめ】**

- ・ 松田典久議長より、JMATについては、その位置づけや機能、分担、財政支援等について、国レベルでの検討がなされれば、九州ブロック統一の取扱いも進展するだろうとの見解が示された。
- ・ 合同会議に先立ち開かれた県の部長会議においてもJMATとDMATの関係性やタイミングの問題、対応業務等が明確化されていないとの意見が相次いだことを報告した。
- ・ 各県においては、それぞれの事情を加味し、引き続き、行政と医師会で協議を重ね前進させて頂きたいと述べた。

**次期開催地当番について**

松田典久議長より、次期開催地当番については、宮崎県において、宮崎県医師会担当のもと開催することについて提案があり、異議なく了承された。

その後、稲倉会長より次期担当県を代表して挨拶があった。

# e- レジフェア 2013 in TOKYO e- レジフェア 2013 in OSAKA



理事 村山 貞之



去る4月21日(土)、パシフィコ横浜において開催された「e-レジフェア2013 in TOKYO」及び、5月19日(日)大阪ATCにおいて開催された「e-レジフェア2013 in OSAKA」の概要について以下のとおり報告する。

## 【目的】

沖縄県の15臨床研修病院が合同で説明会へ参加し、来場する医学生・研修医を効率的に「オール沖縄～赤瓦プロジェクト～」ブースに集め、研修医確保につなげる。

## 【オール沖縄～赤瓦プロジェクト～ブースのルール】(図1)

- ① 出入り口にて、ブース内への来訪者に来訪者カード・パンフレットを配布する。(図2, 図3)
- ② 県医師会スペースで、来訪者カードをご記入いただいた後、パンフレットをもとに沖縄での研修について説明する。  
※オール沖縄の説明は概ね5分以内とする。

- ③ ②終了後、来訪者カードの「Q2. どの研修群・研修病院の情報が知りたいですか?」を確認し、チェックのあるブースのコンシェルジュに案内する。

※チェックのあるブースが満員の場合、県医師会スペースで待機してもらおう。その際、チェックの無い群・病院のコンシェルジュに声かけし、チェックの無い群・病院スペースにおいてチェックのあるブースが空くまで、その群・病院の説明をする(空き次第誘導)。

- ④ 各群・各病院の説明終了後、来訪者カードを回収する。来訪者カードを確認し、3群から説明を受けた者にUSBを配布する。

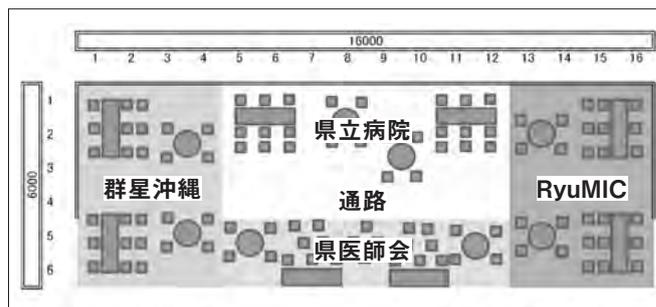


図1 オール沖縄～赤瓦プロジェクト～ブース

## オール沖縄 ～赤瓦プロジェクト～

### 来訪者カード

大学 \_\_\_\_\_ 年生 \_\_\_\_\_

出身県 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

★アンケートにご協力をお願いします。

**Q1.各研修群・研修病院に何を聞きたいですか？**

病院全体 研修環境 研修プログラム 病院見学 採用試験

給与・処遇 専門研修 離島医療・救急 研修群の特徴 その他

**Q2.どの研修群・研修病院の情報が知りたいですか？（複数回答可）**

沖縄県立病院群

県立北部病院 県立中部病院 県立南部医療センター・こども医療センター

RyuMIC群

琉球大学医学部附属病院 北部地区医師会病院

那覇市立病院 沖縄赤十字病院

群星沖縄研修群

中頭病院 中部徳洲会病院 浦添総合病院 ハートイ病院

大浜第一病院 沖縄協同病院 南部徳洲会病院 豊見城中央病院

全15病院

**Q3.将来の希望診療科は？（複数回答可）**

内科

消化器科 循環器科 呼吸器科 腎臓内科 総合内科

内分泌代謝内科 糖尿病 膠原病 リウマチ アレルギー

血液内科 神経内科 心療内科 感染症科 腫瘍科

外科

消化器外科 呼吸器外科 心臓血管外科 乳腺外科

甲状腺外科 小児外科 肛門科

整形外科 形成外科 脳神経外科 小児科 産婦人科

皮膚科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科

放射線科 精神科 麻酔科 臨床検査科 救命救急

病理診断科 その他 未定

**Q4.どの研修群・研修病院をまわりましたか？（複数回答可）**

沖縄県立病院群

県立北部病院 県立中部病院 県立南部医療センター・こども医療センター

RyuMIC群

琉球大学医学部附属病院 北部地区医師会病院

那覇市立病院 沖縄赤十字病院

群星沖縄研修群

中頭病院 中部徳洲会病院 浦添総合病院 ハートイ病院

大浜第一病院 沖縄協同病院 南部徳洲会病院 豊見城中央病院

全15病院

※記入した個人情報は、オール沖縄～赤瓦プロジェクト事務局にて「医学学生誌」として管理・活用させていただきます。  
その他の目的に使用することはありません。プース退席時にご提出ください。

※群から説明を受けると医師より見られます！

沖縄県立病院群	群星沖縄研修群	RyuMIC群

図2 来訪者カード

**ジェネラル層のスーパーオートプログラムが主**

1年層	2年層	3年層	4年層	5年層	6年層	7年層	8年層	9年層	10年層	11年層	12年層	13年層	14年層	15年層
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

**RyuMIC 研修群のプログラム**

1年層	2年層	3年層	4年層	5年層	6年層	7年層	8年層	9年層	10年層	11年層	12年層	13年層	14年層	15年層
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

**研修群のプログラム**

1年層	2年層	3年層	4年層	5年層	6年層	7年層	8年層	9年層	10年層	11年層	12年層	13年層	14年層	15年層
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

**海外との盛んな交流**

**海外からの研修医も増加しています**

**独自のレセプション**

**おきなわクリニカルシミュレーションセンター**

研修医の地域医療再発見

オール沖縄の取り組み

県立病院群 RyuMIC群 研修群病院

おきなわクリニカルシミュレーションセンター

研修医の声

研修医	3年層	4年層	5年層	合計
県立病院群	27	22	18	67
RyuMIC	47	18	20	85
研修群病院	32	25	22	79
合計	116	65	50	231

図3 パンフレット

【e-レジフェア 2013 in TOKYO 報告】

当フェアへの総来場者数は619名、出展機関は190施設、学年別人数は6年生137名、5年生308名、4年生139名、研修医及びその他は35名であった。(図4)

オール沖縄～赤瓦プロジェクト～ブースへの

総来訪者数は102名で、内5年生66名、4年生30名、その他6名であった。(図5)

【来訪者へのアンケート集計結果について】

「各研修群・研修病院に何を聞きたいですか？」では、研修プログラムについて伺いたい

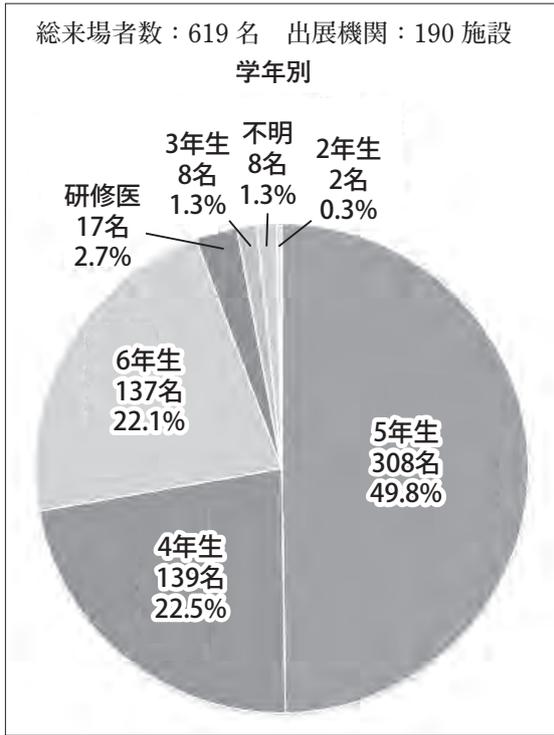


図4

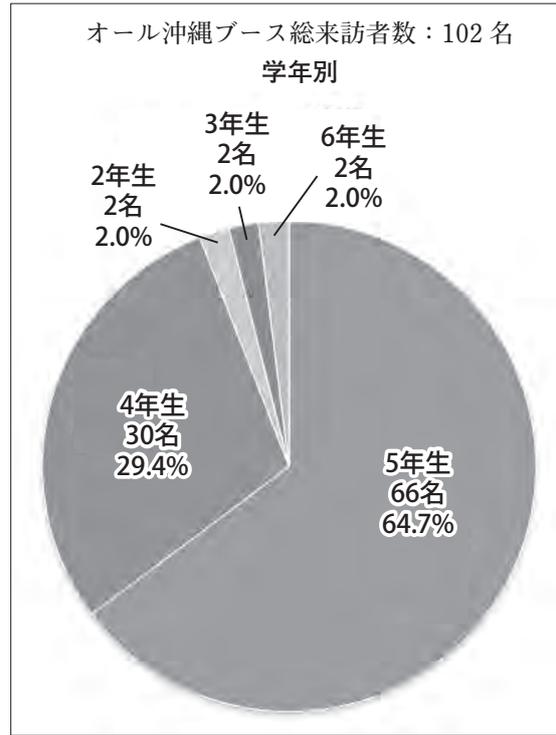


図5

が55名(21.2%)となっており、以降は、研修環境47名(18.1%)、病院全体44名(17.0%)、病院見学25名(9.7%)、採用試験25名(9.7%)、離島医療・救急23名(8.9%)、給与・処遇15名(5.8%)、研修群の特徴12名(4.6%)、専門研修11名(4.2%)、その他2名(0.8%)であった。(図6)

「どの研修群・研修病院をまわりましたか？」では、県立病院群が93名(91.1%)、RyuMIC群67名(65.6%)、群星沖縄研修群65名(63.7%)であった。また、3研修群全てから説明を受けた人数は59名(57.8%)であった。(図7)

**【e-レジフェア 2013 in OSAKA 報告】**

当フェアへの総来場者数は639名、出展機

関は115施設、学年別人数は6年生62名、5年生388名、4年生169名、研修医及びその他は20名であった。(図8)

オール沖縄～赤瓦プロジェクト～ブースへの総来訪者数は157名で、内5年生93名、4年生42名、研修医及びその他は23名であった。(図9)

**【来訪者カード 集計結果報告】**

「各研修群・研修病院に何を聞きたいですか？」では、研修プログラム・研修環境について伺いたいのが73名(20.4%)となっており、以降は、病院全体64名(17.9%)、病院見学44名(12.3%)、採用試験30名(8.4%)、離島医療・救急26名(7.3%)、給与・処遇21名



e-レジフェア 2013 in TOKYO

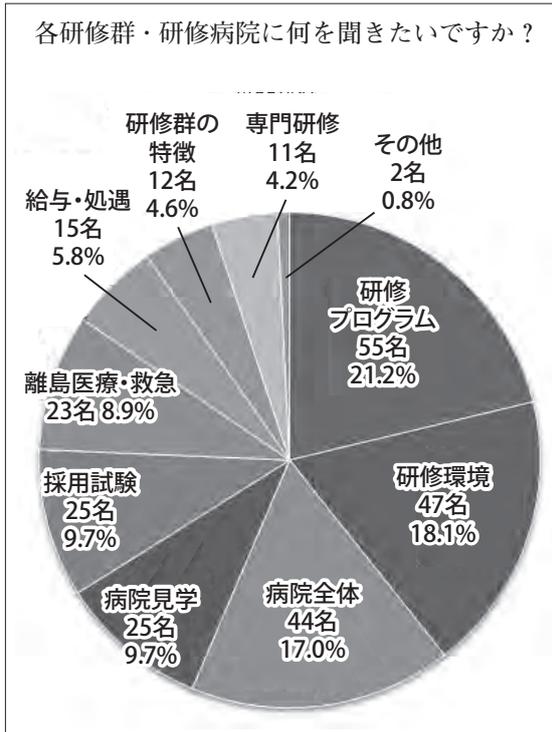


図 6

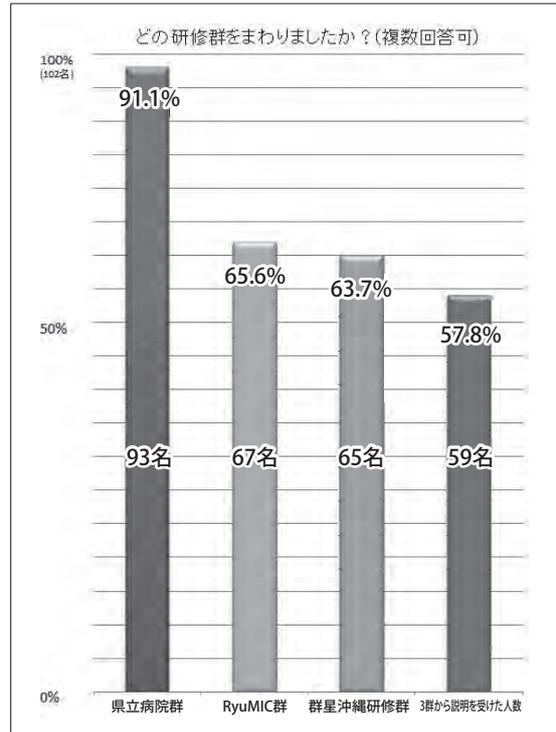


図 7

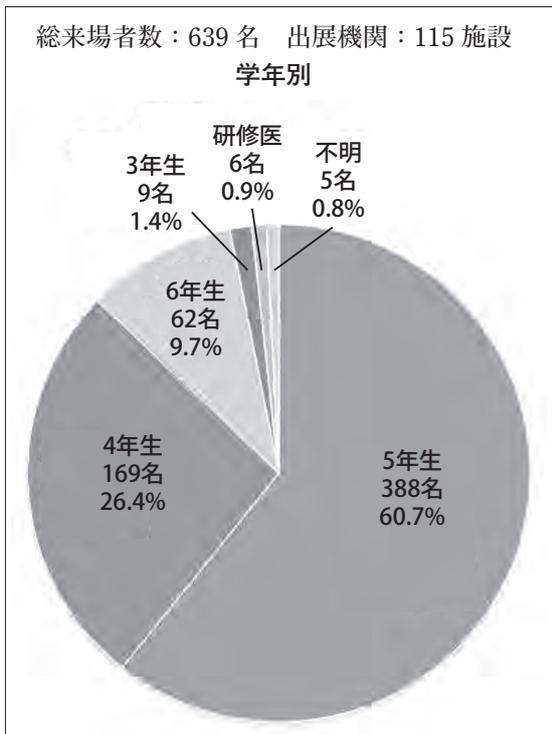


図 8

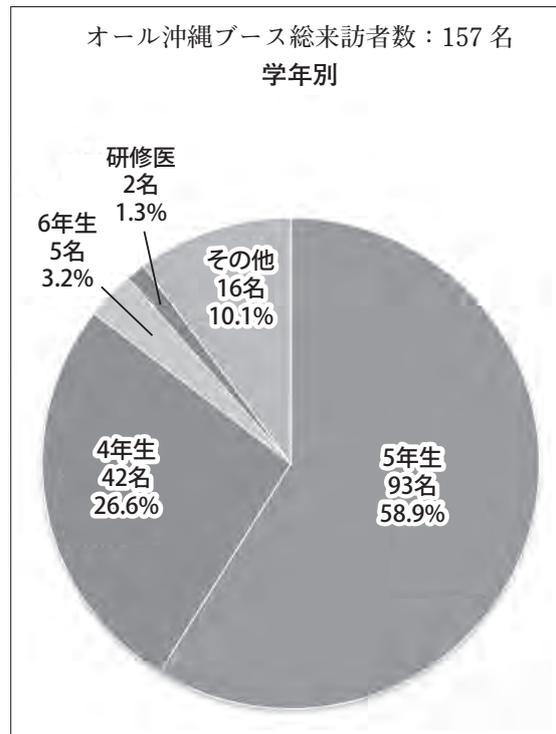


図 9

(5.9%)、研修群の特徴 15 名 (4.2%)、専門研修 12 名 (3.4%) であった。(図 10)

「どの研修群・研修病院をまわりましたか？」では、県立病院群が 112 名 (71.3%)、群星沖縄研修群 93 名 (59.2%)、RyuMIC 群 89 名 (56.6%) であった。また、3 研修群全てから説明を受け

た人数は 79 名 (50.3%) であった。(図 11)

**【平成 24 年度・25 年度に参加した説明会の比較】**

e-レジフェア TOKYO (H24.4.29) では、総来場者数が 1,361 名、出展機関は 130 機関、学年別来場者数は 6 年生 379 名、5 年生 631 名、

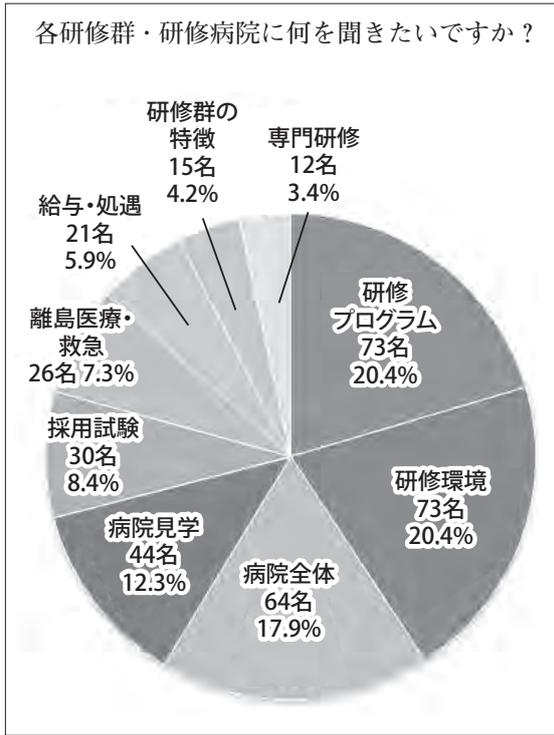


図 10

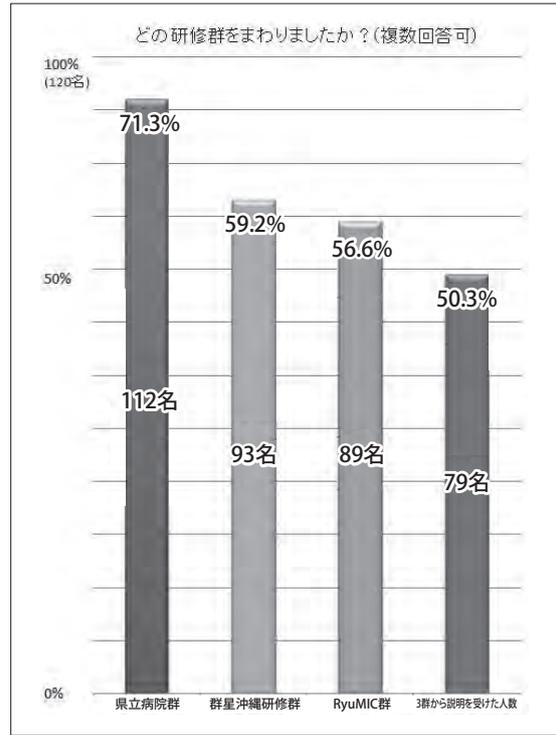


図 11

4年生 294名、その他 57名であった。オール沖繩～赤瓦プロジェクト～ブースへの総来訪者数は 260名で、内 6年生 26名、5年生 167名、4年生 60名、その他 6名であった。3研修群全てから説明を受けた人数は 105名となっている。

レジナビフェア OSAKA (H24.7.1) では、総来場者数が 1,506名、出展機関は 360施設、学年別来場者数は 6年生 140名、5年生 1,176名、4年生 168名、その他は 22名であった。オール沖繩～赤瓦プロジェクト～ブースへの総来訪者数は 190名で、内 6年生 12名、5年生 162名、4年生 12名、その他 2名であった。3研修群全てから説明を受けた人数は 69名となっている。

e-レジフェア福岡 (H24.9.22) では、総来場者数が 625名、出展機関は 95機関、学年別来

場者数は 6年生 24名、5年生 236名、4年生 356名、その他 9名であった。オール沖繩～赤瓦プロジェクト～ブースへの総来訪者数は 95名で、内 5年生 32名、4年生 55名、その他 8名であった。3研修群全てから説明を受けた人数は 41名となっている。

e-レジフェア TOKYO (H25.4.21) では、総来場者数が 619名、出展機関は 190機関、学年別来場者数は 6年生 137名、5年生 308名、4年生 139名、その他 25名であった。オール沖繩～赤瓦プロジェクト～ブースへの総来訪者数は 102名で、内 6年生 2名、5年生 66名、4年生 30名、その他 4名であった。3研修群全てから説明を受けた人数は 59名となっている。

e-レジフェア OSAKA (H25.5.19) では、総



e-レジフェア 2013 in OSAKA

来場者数が 639 名、出展機関は 115 施設、学年別来場者数は 6 年生 62 名、5 年生 388 名、4 年生 169 名、その他は 20 名であった。オール沖縄～赤瓦プロジェクト～ブースへの総来訪者数は 157 名で、内 6 年生 5 名、5 年生 93 名、4 年生 41 名、その他 18 名であった。3 研修群全

てから説明を受けた人数は 79 名となっている。(図 12, 図 13, 図 14, 図 15)

沖縄県のモデル事業（委託）として実施している本事業について、今回を以て終了することから、これまでの反省や事業評価について 15

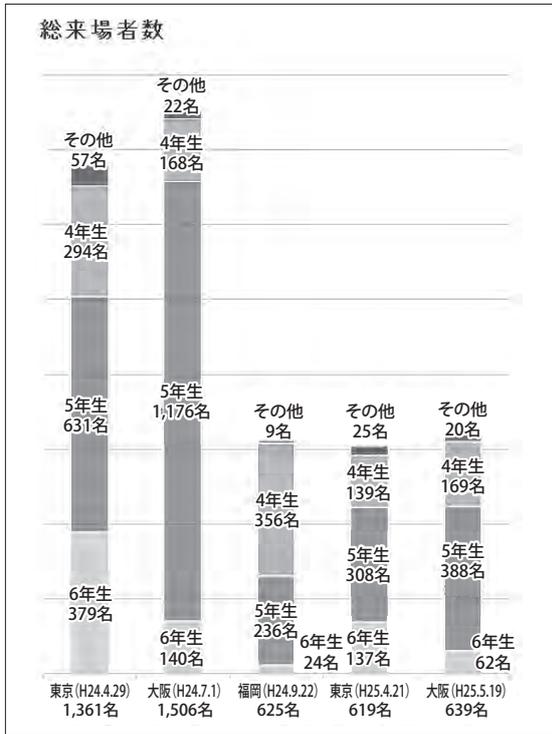


図 12

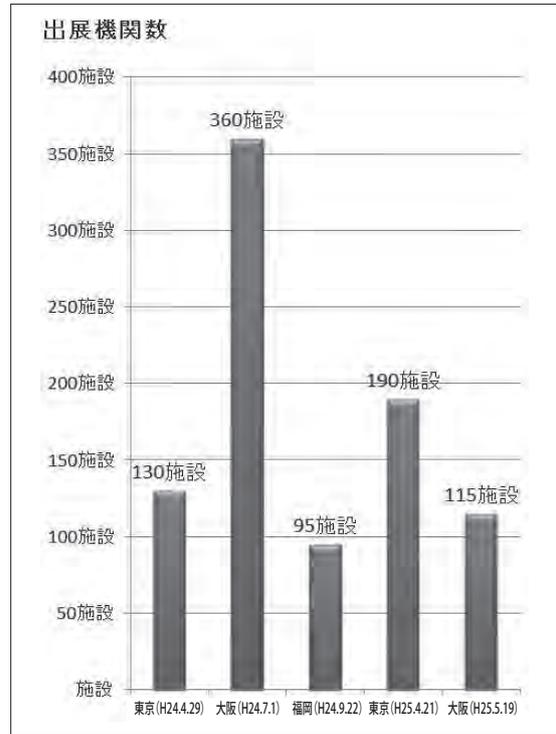


図 13

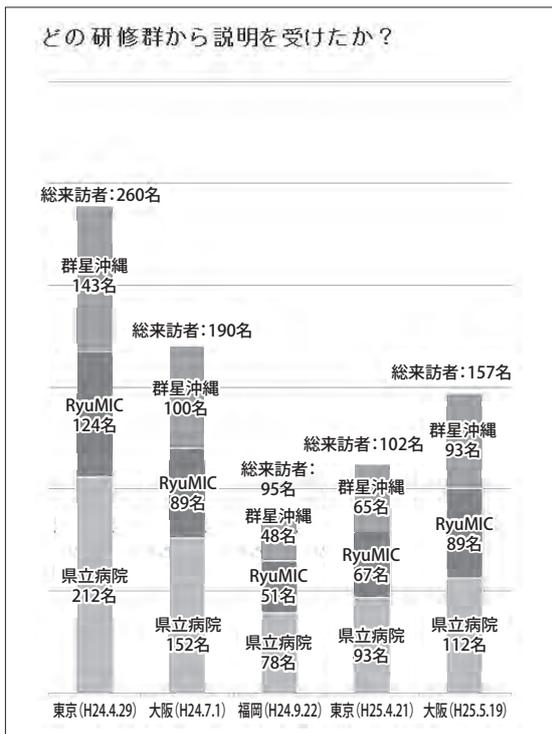


図 14

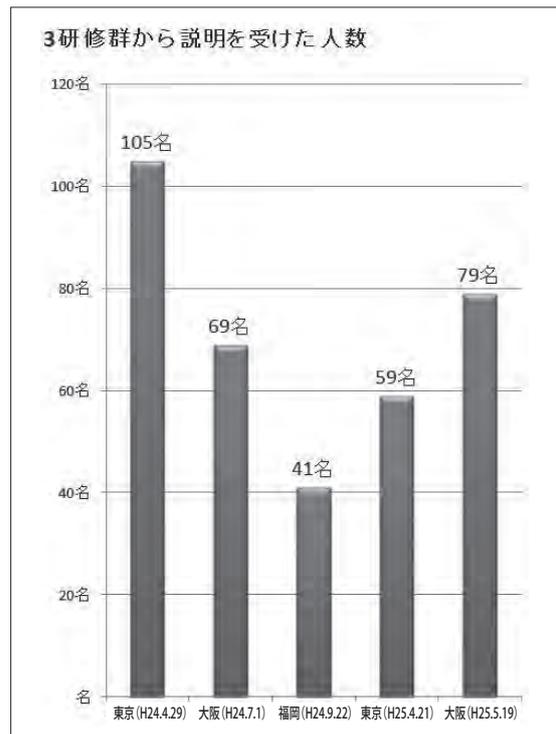


図 15

臨床研修病院並びに各研修群より意見を伺った。主な意見は下記のとおりである。

**【主な意見等】**

- ・ 作業部会、作業部会ワーキンググループ等で取り決めたオール沖縄のルールやコンシェルジュ等が機能していた。今後、オール沖縄で出展する場合、このルールを継続しつつ、ちゅらSimをアピールしたい。今年度は、リンクスタッフ社のe-レジフェアに2回参加したが、開始から終了まで多くの講演会が催されていたことや、リンクスタッフ社への事前登録者数と当日の参加者数に大きな隔たりがあったことから、全体的に出展しているブース内に来訪者が少なかった。
- ・ 平成24年度から始まったこの事業は成功している。これまでは、各群・各病院が単独で合同説明会に参加し、競合していた。今後も県医師会を中心としてオール沖縄の取り組みは継続すべきである。オール沖縄で取り組むことにより、それぞれの研修事業がよりよいものとなる。費用面も含め、この取り組みの継続を検討していただきたい。
- ・ 今後、オール沖縄で出展する場合は、参加者数の多い説明会に出展すべきである。
- ・ オール沖縄で出展することにより、最大で3研修群、15病院を紹介できることが良い点である。今後も継続していただきたい。
- ・ 当院は県外からのマッチングが少ないが、オール沖縄で参加することで、当院をアピールできることはありがたい。
- ・ 東京会場のオール沖縄ブースの配置場所は問題があった。ブースの配置場所を検討していただきたい。オール沖縄での取り組みは、研修医の増加につながり活性化すると考えられる。来年度以降も継続していただきたい。
- ・ 県外の学生数名から病院見学の申込みがある。効果であると考えられる。
- ・ 当院が単独で出展した際は、ネームバリューがないため来訪者が少なかった。オール沖縄での出展や、USBの効果により、当院をアピールすることができた。地域で一体となって取り組

- むことにより、学生や研修医に与えるインパクトが強い。沖縄県全体で研修医を育てている印象を植え付けることが出来る。来年以降も継続してやるべきである。オール沖縄で出展して以降、県外の学生が8名病院見学に来ていただいた。当院にとっては大きな数字である。
- ・ 昨年の大阪会場で、当院のブースに来ていただいた学生に、研修プログラムをアピールすることができ、今年度採用に至った。効果観点であった。
- ・ 初期研修医の立場から説明することにより、効果があると考えられる。また、オール沖縄で出展することにより、各研修群、各病院の研修プログラムを紹介でき、本県が研修のメッカであることをアピールできる。
- ・ 沖縄県のために一つになれたことが良かった。今後は、オール沖縄の取り組みを後期研修に活かせればと考えている。
- ・ 第三次地域医療再生基金の柱は、医師確保・災害・在宅医療である。この取り組みは医師確保にあたると思われる。個人的にもこの取り組みは継続すべきと考えている。
- ・ 沖縄の初期研修・後期研修が、ここ数年レベルが上がっている。地域医療再生基金の活用を考えてもよいが、沖縄県に医師を確保する事業として予算措置として対応いただきたい。また、次回出展する際は、主催者と交渉しプログラムを確認して決定すべきである。
- ・ 来年度以降も継続して取り組めるように、今年度採用の研修医に、沖縄に来たきっかけなどをアンケート調査し、沖縄県へ予算化の要望資料を作成していきたい。
- ・ 合同説明会に参加することだけでなく、本日のように、3研修群、15研修病院が集まり、協議していることもアピールすべきポイントである。
- ・ 沖縄県のため、日本のため、そして世界の医療に役立つための医師を育てられるような研修事業にしていかなければならない。今後も、県医師会が中心となって本県での研修がよりよいものとなるよう取り組んでいただきたい。

## 印象記 (2013inTOKYO)



沖繩県立中部病院  
内科医長 尾原 晴雄

今年4月21日に東京で開催されたe-レジフェアに参加された各臨床研修病院群の皆様、お疲れ様でした。

沖繩県内3つの臨床研修病院群合同で4回目の出展でしたが、回を重ねるごとに各病院の来訪者に対する説明やブース内の運営などがスムーズになっており、全国の医学生及び研修医に対し、沖繩での臨床研修の魅力をより発信できているものと思われ、今年度のマッチング結果が楽しみです。

今回の「オール沖繩での取り組み」をきっかけに、今後は広報活動に留まらず、研修内容についてもオール沖繩で考えていけるようになれば、理想的だと考えております。初期から後期研修のプログラムにおいて、離島・北部地域を含めた沖繩の医療全体を踏まえ、県内の各研修病院が連携していくことが、将来の「沖繩の医療の発展」に繋がるものと期待しております。

今年度のマッチングについて、県内の臨床研修病院にとっていい結果になることを祈念すると共に、今回の取り組みにご尽力頂いている玉城副会長を始めとした県医師会事務局の皆様にご敬意と感謝を申し上げます。

## 印象記 (2013inTOKYO)



RyuMIC 北部地区医師会病院  
プログラム責任者 吉池 昭一

去った4月21日の日曜日、午前10時30分から午後5時30分の日程で、パシフィコ横浜にて「e-レジフェア 2013 in TOKYO」が開催されました。

今年も昨年に引き続き、県立病院を中心とした「県立病院群」、琉球大学を中心とした「RyuMIC群」、民間病院を中心とした「群星沖繩研修群」の3グループが集結した「オール沖繩～赤瓦プロジェクト～」として、来場する医学生・研修医に沖繩県で初期研修を行う魅力や、合同で参加していることでニーズにあった様々な研修プログラムを提供することが出来ました。

本プロジェクトは、私たちのような規模の病院が研修のメッカとなっている沖繩県の一研修病院として参加させて頂く事で、全国の医学生・研修医に周知出来ることは非常に有意義なことと考えております。

今回、私の役割はオール沖繩の説明者として、パンフレットを用いて3つの異なる研修プログラムやその特色等について説明を行い、医学生の希望を確認しながら来訪者カードの記入のうえ、

病院群へ案内して行くことを行いました。

私が驚かされたのは、今の医学生は初期研修について非常に勉強しており「自分が将来どのような医師になりたい」という強いイメージを持っている人が非常に多く、皆熱心に話を聞いていた事が印象に残っております。医師としてのスタートとなる初期研修の2年間のローテーションを大事に考えている事が伝わりました。その熱意に応える為、私もいろいろと説明を行うと持ち時間の5分間をあっという間に過ぎてしまいました。これも沖縄県の研修が「アツイ」という事を物語っていることと思います。

当日は生憎の大雨でしたが、オール沖縄ブースには沢山の来場者が訪れ盛況に終了した事を嬉しく思います。

最後に、昨年からはまった本事業「オール沖縄～赤瓦プロジェクト～」として参加した成果が今年のマッチングに繁栄され、多くの研修医が沖縄で研修することを祈念し、また、本事業に携わった全ての皆様のご尽力に感謝を申し上げます。

## 印象記 (2013inTOKYO)



浦添総合病院 研修管理副委員長 入江 聡五郎

今回4月21日にパシフィコ横浜にて開催されたeレジフェア2013 in TOKYOにオール沖縄説明者として参加させていただき、その印象を述べたい。今回は主所属先の浦添総合病院スタッフと言うよりも、ちゅらSimリーダースタッフとして学生達の対応に当たった。全ての基幹型臨床研修病院の状況を把握している訳では無いが、2008年度より群星沖縄若手医師救急懇話会を開催して県内若手医師の繋がり場の提供しつつ、2012年度より開始されたちゅらSimとハワイー琉球ティーチングフェロシップという二つの「オール沖縄」プロジェクトのいずれにもコアメンバーとして参加させていただいている関係からか、県立病院群・RyuMIC群・群星沖縄の3プロジェクトに垣根を感じておらず、オール沖縄の説明についてもさほど苦心する事はなかった。

総評は「オール沖縄の取り組みは、コンセプト・姿勢・実動部隊ともに素晴らしい。しかし、eレジフェアへの今後の参加は再考すべき。」である。

まず、今回の主催者側の対応は「今後の参加を継続しましょう」、と提案できるものでは無かった。事前の調整などの詳細は不明だが、本会合は学生と各研修管理病院とのコンタクトが主目的のはずである。会場の設置状況は明らかにその主旨を逸脱していた。例えば会場の中心に初期研修とは無縁の遠隔操作手術ロボットダ・ヴィンチが設置され、そこで学生達を足止めし、更には趣旨不明なセミナーに囲い込んで彼らの時間を奪っていた。ブース配置も学生と研修管理病院との交流を考慮されたものではなかった。沖縄ブースは会場入り口から一番奥まった所に配置され、その正面を覆う形で北海道ブースが配置されていた。「人気がありそうなブースを奥に入れておけば、その通り道で人気の無いブースにも足を運べるだろう」という安直さを感じてしまう構造と見たのは私だけであろうか？

結局、沖縄ブースに「蓋」をしていた北海道ブースは早々に引き上げ、その閑散としたブース

が前面に出ている中でも終了間際までオール沖縄には学生が足を運んでくれていたが、これはオール沖縄の勢いであって、あの異様な雰囲気の中では学生がかわいそうであった。

主催側スタッフがやたら大声で挨拶していたが、それも異様な雰囲気を醸し出していた。仕事でなければ会場に入ろうとは到底思えず、会場への誘導も途中の物産展や骨董品展を見た時点で迷子になり、帰宅した者も多いのではないかと思うほどずさんであった。

最終発表は600名超の参加とのことで、100名を超える学生がオール沖縄ブースに足を運んでくれたため成果は有ったと言えるが、主催側が当初2,400名超の事前登録であったことを考えると主催者の集客力そのものに疑問を覚える。同じ関東開催のレジナビは群星沖縄ブース単日出展で170名超の学生対応を記録した事も踏まえて考えると、むしろオール沖縄はそちらに出るべきではないかとも感じる。主催者側が今回の失態をどう改善するかで、今後の参加を再度考えるべきだと感じている。

その一方でブース内の雰囲気は終始和やかで、各病院群からの参加者が熱心に説明している様子は、他のどのブースよりも勢いと研修教育への情熱を具現化していた。群星沖縄に至ってはスタッフが揃いのユニフォームで対応しており、現場を整然とさせる良い要因になったと思う。改善点があるとすれば、ちゅらSimのポスターが無かった事位であろうか。

大阪での同セミナーにも参加するが、主催者側の対応が改善される事に期待しつつ、ちゅらSimをシンボルとしたオール沖縄のコンセプトを具現化した紹介動画作成などの準備を進めて更に学生達が理解し易い説明を心がけたい。

## 印象記 (2013inTOKYO)



沖縄県医師会副会長 玉城 信光

寒い、寒い日であった。外気温が10度以下の4月21日の日曜日である。昨年東京では1,361名の来訪者があったのだが、今年は寒さのためか横浜での開催のためか来訪者619名にすぎなかった。オール沖縄～赤瓦プロジェクト～ブースへの総来訪者数は102名で昨年の260名を大きく下回った。時間を持て余した1日であった。

しかしながらオール沖縄のプロジェクトは回を重ねるごとにスムーズに運んでいる様である。県立中部病院を目標に来訪する学生さんが多いが、他の研修群の話もよく聞いて頂いている。沖縄での研修の素晴らしさを伝えることができていると思われる。単独では研修医獲得に難渋していた病院にも話を聞いてくれる学生さんがくることによりスタッフの生き生きとした姿が印象的である。

オール沖縄の取り組みは沖縄に研修医を呼び込むのみではなく、各施設の指導医やスタッフの交流の場にもなり、沖縄での連携にもつながっている様である。今年度で予算がきれるのではあるが是非とも来年度以降もしっかりした予算措置をお願いしたいものである。これを継続することが沖縄県における医師確保、地域医療や離島・へき地医療の充実発展につながることに間違いのないと思われる。

## 印象記 (2013inOSAKA)



沖繩県病院事業局医療企画監 篠崎 裕子

去る5月19日(日)に大阪で開催されたe-レジフェア2013 in OSAKAに参加された各臨床研修病院群の皆様、本当におつかれさまでした。

オール沖縄のブースに来訪した医学生が3つの臨床研修病院群すべてから説明を受けるよう、各病院群が連携協力して来訪者の橋渡しを行いました。今回はブース参加者全員があたかも1つのチームのように機能し、圧巻でした。

また、特筆すべきは、群星沖縄の宮城先生、RyuMICの村山先生といった各研修病院群のトップの先生方も自ら参加され、率先して来訪者の対応をなさっていたことです。

沖縄県の医療提供体制の充実のため、情熱を傾けられる先生方のお姿を間近で拝見することができ、大変感動いたしました。

さて、「オール沖縄～赤瓦プロジェクト～」としての今年度の出展は最後となりますが、沖縄県全体が大都市圏に劣らない卒後臨床研修の拠点、医師の集積地となりますよう、また、県民に対しますます充実した医療が提供できますよう、今後も県内各研修病院群が「オール沖縄」として力を合わせ、臨床研修医の確保や卒後臨床研修制度の充実、医療提供体制の充実に取り組んでいく必要があると考えております。

最後に、「オール沖縄～赤瓦プロジェクト～」を運営し、県内医療機関を一つにまとめあげてくださった、玉城副会長を始め県医師会事務局の皆様には深く感謝を申し上げます。

## 印象記 (2013inOSAKA)



RyuMIC (Ryukyu Medical Interactive Collaboration)  
琉球大学医学部附属病院 奥村 耕一郎

5月19日「e-レジフェア2013 in OSAKA (以下e-レジ)」が大阪ATCホールで開催され、RyuMIC (Ryukyu Medical Interactive Collaboration) 臨床研修グループとして、沖縄赤十字病院、那覇市立病院、北部地区医師会病院、琉球大学医学部附属病院の4施設が参加した。

当日は雨混じりのあいにくの天気、会場も市街地からやや離れた南港近くのため、当初は果たして学生が来てくれるのか心配であった。しかし、時間が経つにつれ来訪者は増え、最終的には600人以上が会場を訪れた。今回は100施設以上が参加し、各ブースは古典的呼び込み(一応自分のブース外での呼び込みは禁止)から“くまもん”で誘うなど学生の呼び込み競争も見られた。

オール沖縄ブースは会場正面入り口近くで、他の施設と比べてブースも広めで目立っていた。設置の好条件に加え、沖縄に対する学生の関心の高さもあり、参加者の約1/4にあたる157人が

オール沖縄ブースを訪れた。ブースではまず始めに沖縄全体の臨床研修概要を説明し、次に各々の学生が希望した施設または臨床群で説明を受けるという二段構えで行った。もし希望する施設が混雑していれば、他の県内施設を紹介し、3つの臨床研修グループの施設から説明を受けるとUSBメモリーが貰えるなど、学生がなるべく多くの施設に接触できるように趣向を凝らしていた。この様な工夫もあり RyuMIC 研修群にも 89 人の医学生が訪れた。学生とのやりとりで印象に残ったのは、ブースを訪れた理由が施設を特定せず、「沖縄」はレベルの高い研修が受けられるので「沖縄」の何処かの施設で研修したいと答えた学生が予想外に多かったことである。多分他の地域では見られないことだと思う。

今回の e-レジでは偶然にも研修医時代等にお世話になった県内の施設の先生方と久しぶりにお会いすることができた。狭い沖縄では初期研修を何処で行っても、将来いろいろな医療機関と関わる機会が増えてくる。その意味においても、オール沖縄として研修医を勧誘し育てて行くことは十分意義があることと思われる。

個人的な反省点として、今回の e-レジに関し、もう少し他の施設の方々とコミュニケーションを密にすればよかったと思うことである。今後もオール沖縄というブランドを維持しながら、県内の医療機関が互いに切磋琢磨し研修医も含めた全体のさらなる医療向上を目指し、臨床研修地としての「沖縄」の地位が高まることを期待している。

## 印象記 (2013inOSAKA)

群星沖縄臨床研修センター 宮城 征四郎



「オール沖縄～赤瓦プロジェクト～」と銘打った「e-レジフェア 2013 in TOKYO」(パシフィコ横浜) 及び「e-レジフェア 2013 in OSAKA」(大阪 ATC ホール) への出展は成功裏に、否、大成功に終わったと言っても過言ではない。

私はオール沖縄代表団の一員として、そして群星沖縄研修事業の責任者として臨床研修医確保対策には率先して参加している。これが研修事業を預かる責任者に課せられた使命であり、研修医を集めきれないリーダーたるは失格であり、そうであるが故に粉骨砕身取り組んでいる。

県立病院群・RyuMIC・群星沖縄が、個々バラバラに出展するよりも「オール沖縄」として団結して県単位で大きく打って出た方が遥かにインパクトがあり、「臨床研修のメッカ沖縄」をより一層印象付け、きっと少なくない若者が医師としての第一歩をオキナワで踏み出したいと高揚するのではないか。

去る 6 月に行われた第 1 回作業部会での振り返りの中では、「これまでの地元大学生に偏った研修医確保対策が全国に広がった」(事務担当者)、「これまでにない県外大学からの病院見学者が増えたことは当院にとっては劇的な事」(指導医) 等、業者選定の在り方や「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」の打ち出しが弱かったなど反省点は幾つかあったものの、多くの仲間がオール沖縄の成果に確信を持った発言が相次いだ。

群星沖縄としても、今年 3 月に東京 (ビッグサイト) へ出展して 50 大学より 178 名の来訪者

を得たかと思いきや一転、4ヶ月後の東京出展では20大学より僅か56名の大惨敗を喫し、このように単独出展ではその成果に凸凹があり、オール沖縄方式を更に追及していくべきではなからうかと考えている。

また、オール沖縄方式は、研修医確保に直接有効であるだけでなく、沖縄県下の臨床研修委員長や教育研究室の担当事務が共同作業を通じて交流が図られ、つながりが生まれる点でもとても意義深い取り組みである。

去る8月12日に開かれた第148回群星研修委員長会議にて明らかにされたマッチング対象者の集計は以下の通りである（8基幹型病院合計で面談終了者数：145名、面談予定者数：15名）。

マッチング対策も終盤に入っており、夏バテなどと言っておれない。公募定員合計67名のフルマッチを目指して最後まで奮闘する決意だ。

最後に、オール沖縄研修医確保事業が取り組まれるにあたり特別な協力者を紙面をお借りして記しておきたい。

玉城信光 沖縄県医師会副会長、同・安里哲好 副会長、崎原靖 県医師会事務局課長・久場周多郎 臨床研修担当者の4氏は、常にオール沖縄の陣頭指揮を執り、その素晴らしい仕事ぶりがオール沖縄の成果を導き出した。感謝に堪えない。

## 印象記 (2013inOSAKA)



沖縄県医師会副会長 安里 哲好

平成25年5月19日に開かれた「e-レジフェア2013 in OSAKA」（臨床研修医確保対策合同説明会参加モデル事業の一環）に参加し、医学生への合同説明（今年度は2回目）を行いました。10年前のこの様な合同説明会では、群星群がグループおよび個々の研修病院の説明があり、その他は個々の研修病院がブースを借りて行っており、琉大病院や県立中部病院以外の県立病院は参加していなかったのではと記憶しています。

今回の大阪での会場は、入口を入った左側に比較的大きなブースがあり、県医師会はブースの正面を陣取り、3～4名の医師が来室した医学生の意見を聴きかつアンケートを取り、希望するグループや病院に振り分けており、村山貞之理事（琉大病院院長）や小生も最初の説明に加わりました。空いた時間に全体のブースを見学した際、当県のブースはTグループの次に広く、学生が一番多く訪れている印象でした。10年前は、宮城征四郎先生と他1名の方の講演があったと記憶していますが、今回は医師国家試験対策の講義や卒後教育のカリスマ的医師の講演など盛り沢山のレクチャーに加え、ダ・ヴィンチの模擬操作の指導や実践があり、以前と様変わりして祭りのような雰囲気、マネージメントする側のスタッフも必要以上に多かった様に思えました。2時間前後もオール沖縄～赤瓦プロジェクト～ブースに滞在していた医学生も多く、沖縄での初期臨床研修への関心の高さを如実に感じると同時に、「おきなわブランド」が醸成されつつあるのだろうかと感じました。沖縄県における、24年度のマッチング率は全国2位（94.3%）で素晴らしく、今年度も同じような実績を獲得したいものです。

さて、臨床研修医は当初、研修1年目は145名前後で、研修3年目はその70%の100名前後になり、研修5年目は更にその70%の70名前後あったのを記憶しています。平成24年度の5年目は50名との報告を受けており、後期・専門臨床研修へ進む過程における研修医の減少が今後の大きな課題であろうと強く感じています。平成27年度からの医師臨床研修制度見直し際、医道審議会・医師臨床研修部会は、①募集定員の設定方法、②地域枠への対応、③臨床研修病院群の在り方について検討しており、①については前回見直した募集定員の設定方法を継続した上で激変緩和措置は予定通り13年度末で廃止すると報告しています。

平成25年度琉球大学公開講座にて、小宮一郎先生より「地域医療を担う医学生」のテーマでの講演がありました。その中で、現在の医学生1～4年生の12名と、5年生7名の地域枠の学生たちが地域医療を学ぶ機会を多く持ち、8年後には約100名の地域枠の医学生が卒業・研修を終え離島・へき地医療に従事し、離島・へき地診療所の医療の充足・充実に寄与する（現在は、県立中部病院でのプライマリ・ケアコース、自治医科大学卒業医師やドクターバンク等の全国公募で毎年やり繰りしており、年度末は次年度の医師確保にいつも難渋している現状である）であろうと述べており、大いに期待したいと思います。

県医師会は卒後初期研修・後期専門研修も含め、地域医療において、現在の重要な問題（医師の地域偏在・診療科の偏在等も含め）は何かを分析しターゲットを絞って、県民や行政、多くの医療機関、そして会員の協力を得てネットワーク作り（情報の交換、医師の育成や派遣等）を行い実効的な対策を進めていきたいものです。

## お知らせ

### 日医白クマ通信への申し込みについて

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

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

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

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

#### ユーザーID

※会員ID（日医刊行物送付番号）の10桁の数字（半角で入力）。

日医ニュース、日医雑誌などの宛名シール下部に印刷されているID番号です。

「0」も含め、すべて入力して下さい。

#### パスワード

※生年月日6桁の数字（半角で入力）。

生年月日の西暦の下2桁、月2桁、日2桁を並べた6桁の数字です。

例) 1948年1月9日生の場合、「480109」となります。

## 第 23 回沖縄県医師会県民公開講座

### 「ゆらぐ健康長寿おきなわ」

～がんの最先端放射線治療について～

理事 玉井 修



#### 式 次 第

司会：理事 玉井 修

#### 1. 挨拶

沖縄県医師会会長 宮城 信雄  
 沖縄県福祉保健部長 崎山 八郎

#### 2. 講演

座長 沖縄県医師会理事 玉井 修

##### ①特別講演 重粒子線治療について

群馬大学重粒子線医学研究センター長 中野 隆史

##### ②重粒子線治療施設を沖縄につくりたい

沖縄県医師会副会長 玉城 信光

##### ③重粒子線治療を体験して

元岐阜県知事 梶原 拓

#### 3. 討論・質疑

#### 4. 閉 会

平成 25 年 6 月 8 日（土曜日）午後 2 時 30 分より沖縄都ホテルあやばねの間において第 23 回沖縄県医師会県民公開講座が開催されました。今回のテーマは「がんの最先端放射線治療について」と題して群馬大学重粒子線医学研究センター長の中野隆史先生をお迎えして、重粒子線治療に関してご講演いただきました。医療の進歩により様々な治療法が研究開発され、日進月歩の癌治療においても未だに日本の死亡原因の第 1 位は癌であります。今回の公開講座においても大きな関心が寄せられ事前申し込みも非常に多くありました。公開講座では約 500 人のご参加があり、中野先生の話に食い入る様に聞いている参加者が多かった印象です。癌治療において大きな期待が寄せられる重粒子線ですが、当然、全ての癌を魔法の様に消し去る治療法ではなく、その適応をしっかりと理解する事が必要です。引き続き沖縄県医師会副会長の玉城信光先生から沖縄県に重粒子線を誘致するという事が決して夢物語ではないこと、そのため

にクリアすべき課題がいくつかあることをお話頂きました。そして今回、実際に重粒子線治療を受けた体験を、元岐阜県知事の梶原拓さんにご講演いただきました。重粒子線治療にたどり着くまでの経過は紆余曲折があり、現在重粒子線治療を受ける場合の敷居の高さを想像させます。講演のあと、フロアからの質問に答えてディスカッションを行いました。質問には沖縄から重粒子線を受けるためのプロセスに関する質問が多く寄せられておりました。自分や家族の癌に重粒子線は適応があるのかというご質問が多く寄せられ、質問用紙には「助けてください！」等の書き込みも見られ、切羽詰まった気持ち伝わってきました。沖縄に重粒子線治療

を行える施設は無く、重粒子線治療に関する窓口が無いため行き場が無く困っているというのが現状です。急いで対応しなくてはならない人たちにどのような窓口を提供すべきか、重粒子線治療に関するより詳細な情報をどのように提供するかという喫緊の課題をまずクリアしなくてはなりません。そして、近い将来、群馬大学等との協力を得ながら重粒子線治療装置を沖縄県に設置し、それに関わる人材を多く養成し、更にアジアに対して重粒子線治療のハブ施設として沖縄が機能できる日を夢見たいものです。今回のお話を聞いて、実際この様な事は決して夢物語ではないと思いました。

## 講演の抄録

### 重粒子線治療について



群馬大学 重粒子線医学研究センター長 中野 隆史

本邦では2人に1人が生涯で癌に罹患する時代となり、がん医療が医療福祉において益々重要性を増すとともに、QOL(Quality Of Life)を重視した低侵襲がん治療法の確立ががん医療の喫緊の課題となっています。この中で放射線治療では、がん病巣に放射線の線量の集中性を高める先進的放射線治療技術が目覚しく進歩し、いわゆる、“臓器を温存してがんを治す放射線治療”が脚光を浴びています。そうした先進的放射線治療の中で、ピンポイントの放射線線量の集中性と高い生物効果で注目されているのが、重粒子線治療です。

この重粒子線治療とは炭素イオンなどの重い

イオンを大型の加速器で光速の70%近くまで加速させ、がんの病巣に当てる治療法です。この治療は、現在、主な病院で行われているX線治療に比べて、がん細胞を殺傷する効果が2～3倍強く、さらに放射線の集中性に優れており、がん病巣だけを照射し周囲の臓器に及ぼす影響を最小限に抑えられるという特徴を持っています。そのため、肺癌、肝臓癌、骨軟部腫瘍などの通常の放射線が効果的でない癌に対しても優れた治療成績が得られています。いわば“切らずに生活機能を損なわずにがんを治す“優れた治療法と言えます。また、従来の放射線治療では、週5回照射で6～8週間の治療期間がかかるのに対して、重粒子線治療では、1回照射法や4回照射法など短時間で寡分割照射法ができるので、患者の精神的肉体的負担、さらには社会的負担まで軽減される特徴を持っています。この治療施設はまだ、世界で数か所であり、この内、群馬大学を含む3施設が日本にあります。つまり、この治療法は、強力ながん制御能に加えて治療中、治療後のQOLが高い最も優れた低侵襲がん治療法の一つであり、国際的にも我が国が世界をリードする数少ない革新的ながん

治療法と言えます。これまで放射線医学研究所（千葉）において5,000名以上のがん患者に炭素イオン線治療が行われ、肺がん、頭頸部腫瘍、頭蓋底腫瘍、肝癌、前立腺癌、骨肉腫、軟部腫瘍など多くのがんに良好な治療成績が得られています。現在では、普及を目的に小型の重粒子線治療装置が開発され、群馬大学において、平成22年3月から600名以上のがんの重粒子線治療が行われています。

群馬大学の治療は、放医研の治療経験をもとに、肺がん、頭頸部腫瘍、頭蓋底腫瘍、肝癌、前立腺癌、骨肉腫、軟部腫瘍など、手術が適応となりにくいがんや一般の放射線治療でも治療困難ながんを初期の治療対象として、臨床試験として開始しました。治療法の基本を週4回4週間16回法において、治療を行っています。しかし、肺癌、肝臓癌については放医研の治療実績を踏まえ、1週間で4回法の短期寡分割照射法を採用し呼吸同期法による照射を行っています。平成10年3月から平成12年9月までに470名の治療が行われ、前立腺癌345名、肺癌28名、肝臓癌27名、頭頸部癌30名、骨軟部腫瘍20名、その他20名でした。未だ経過観察期間の中央値が1年程度で短く治療成績を紹介する時期ではないですが、現在までに重篤な急性、慢性放射線反応は起きていません。重粒子線治療は、近い将来の重要ながん放射線治療法になると考えられます。

**重粒子線治療施設を沖縄につくりたい**



沖繩県医師会副会長 玉城 信光

沖縄県の長寿という財産が危機に陥っています。沖縄県医師会は2011年沖縄県の長寿復活のプランと医療を通じた沖縄県の発展のための政策を沖縄県の21世紀ビジョンに提言し

ました。

その中で先進医療を沖縄県に誘致することにより、沖縄の医療を全国一にする。ひいては世界一にまで引き上げたい。また医療を通じて沖縄を豊かにする方策を考えてきました。そのひとつが現在すすめられている重粒子線治療施設の沖縄への設置です。

重粒子線治療は日本が世界の先頭を走っています。いろいろな癌を消滅させることができるのです。治療に際して痛みを感じることもありません。手術が難しい高齢者の肺がんなども簡単に治せます。しかしながら、重粒子線のみでは治らないがんもあるのです。他の治療、手術や抗がん剤、ホルモン療法など総合的な医療の支えが必要です。がんの範囲をしっかりと診断できるようにすることも重要です。痛みを伴わない治療なので沖縄観光をしながら治療を受けることもできます。

重粒子線が沖縄にくると県民の多くに恩恵が行き渡ります。また沖縄県は「万国津梁」というアジアにむけ多くの人々が往来する琉球王朝からの伝統があります。日本の南の玄関口としてアジア、世界の人々の健康にも寄与することができるでしょう。

このように夢のような放射線治療を導入するには沖縄県のご理解と支援が必要です。沖縄県の未来のために種々の振興計画の中に重粒子線治療をいれて頂きたいものです。高額な機器なので沖縄に設置した場合に運営がうまくできるのが課題になります。昨年からは沖縄県医師会を中心に沖縄県の委託を受けて調査を行っています。

この県民公開講座の講師をして頂いている中野先生の群馬大学重粒子線医学研究センターや千葉の放射線医学総合研究所も見学してきました。兵庫県立粒子線医療センターも見せて頂きました。がんの患者さんにとり大変重要な施設であることを痛感しました。これらの装置は将来アジアの皆さん、世界の皆さんのお役に立つことができると思います。沖縄県に設置された場合、群馬大学など粒子線治療をしている全国の施設との連携を通じて、よりコンパクトで効率のよい装置の開発を沖縄でしたいものです。

がんの早期発見や重粒子線を中心に手術療法、抗がん剤治療、免疫療法などがんの総合的な医療が行える沖縄県を目指したいものです。

ただ現在の難点は治療費用が300万円ほどかかることです。沖縄県民に何らかの援助ができないかも検討しています。

沖縄県に施設ができて、東北、北海道にもできると重粒子線治療が健康保険の対象になると思われます。そうなるともっともっと治療が受けやすくなります。

この県民公開講座を通じて県民の皆さんのご理解とご支援をお願い致します。

**重粒子線治療を体験して**



元岐阜県知事 梶原 拓

**・沖縄向けの提案として**

1. 沖縄に「重粒子線治療施設」を設置、放医研と連携
2. アジア地域の「がん治療センター」に、各国技術者の研修センターを兼ねる、いずれ

**施設の輸出も**

3. できれば施設は2台以上、需要に応える、一番大切なことは「自然治癒力」、先端的治療法とともに

今年度は、農水省交付金「都市・農村交流・対流事業」「広域ネットワーク」事業

農村は「ゆらぎ症候群」自立歩行・自力避難・安全運転が困難

「健康道場」を設け、「統合的心身活性化」の実践、運動療法が中心

都市側の企業と提携、共同で「健康づくり」

職員の「うつ病」家族の「認知症」

職員は地域に滞在し農業等、地域活性化に協力

複数の有料「老人ホーム」などで「シニア村」の建設、「健康道場」でぼけ防止も

「市民学」の時代：「お任せ」から「自己責任」へ

1. 「クラウド」健康法：「脳」のソフトウェアが健康を左右する（プラス思考かマイナス思考か）
2. 「類人猿」健康法：「脳」以外はあまり進化していない。（体は塩、砂糖、酒や食べ過ぎ、徹夜、運動不足など現代生活に適応できていない）
3. 「親和力」健康法：人間も宇宙の原理に支配されている。（万物・万有の宇宙エネルギー「気」の吸収）（呼吸法、交感神経調整など）



※公開講座終了後、公開講座の内容の検証と今後の対応に資するべく、講師間の意見交換会を行ったので、その概要を掲載する。

## 意見交換会

○玉井理事 本日は「がんの最先端放射線治療について」をテーマに講座を開催しました。今日のご感想を伺いたいと思います。まず中野教授いかがでしょうか。

○中野教授 今日は沖縄の皆さん、非常に重粒子線について興味をもってお集まり頂き、話していてかなり熱気を感じました。やはり癌は高齢者が多いので、高齢者が多かったというのがありますけど、かなり重粒子線についてご理解頂けたかと思います。是非沖縄でも重粒子線を導入して頂きたい。私自身が放射線治療専門医としてやってきて、専門医が惚れた治療であるということは間違いありません。ですから是非沖縄に実現して頂きたいと思います。

○玉井理事 今日質問の中に助けくださいという切実な質問が多かったです。沖縄県ではどこが窓口になっているのか。私は対象なのか、誰が決めてくれるのか、そういった質問が多かった気がします。

○中野教授 私どもの施設については、ホームページ上で患者支援センターという窓口を設けています。それ以外にも主治医の先生や、患者さんからお便りをもらったりして、その都度対応をしています。各施設の問題ではなくて日本全国の問題として、今重粒子線をやっている施設で一堂に会して重粒子線のない地域の方も、受け入れられるネットワークづくりが必要だと感じます。

○玉井理事 沖縄には全然情報が届いていないと思います。治療を受けるにしても宿泊代、飛行機代を考えないといけないので、不安に思っている質問が多かったです。

○中野教授 患者さんを集める意味でも、医者への依頼に対して効率的に対応する意味で総務省からお金を頂いて、患者さんの画像を群大の重粒子センターに転送して電話レベルで画像を見ながら適用について主治医と話していただけるようなシステムを開発しました。

そういうものを窓口になってくれる先生の所

にシステムを提供していければと思っています。

○玉城副会長 明日の医学会は琉大の村山教授もいらっしゃいますので、そこで調整するとネットワークはできると思います。医師会の先生方はどこにキーとなるステーションがあるかを分かれば使えると思います。

○中野教授 医師会と琉球大学が中心となっていたらいいのであれば、是非こちらのシステムを活用して頂きたいです。

○玉城副会長 琉大にもPET-CTが入っていて離島でも遠隔画像診断をしようとしていますので、おそらくすぐ一緒に活用できると思います。

○玉井理事 玉城副会長、今日実際に講演されてみていかがでしたか。

○玉城副会長 熱気が凄かったです。今まで一人で旗を振っていたのですが、後ろ見たら誰もいないんじゃないかと心配していました。

講演が終わってから、脳に移り、脊髄に移っているのが適用になるのかと話しがありました。今も放射線治療をしているようですが、全身的な治療を併用しないといけないと話しました。やはり皆、関心がありますよね。家族が困っているのどうにかしてあげたいということで、先ほど中野教授が仰っていたように、どこかに窓口があって、写真を持ってきてこちらで一度スクリーニングできれば良いなと思いました。

○梶原氏 私も中野教授と同様に非常に熱気を感じました。そこでつい番外で若様姫様外様バカ殿様が地域活性化の主役だと話をしましたが、やはり患者のグループを作ったらいいなと、沖縄でも重粒子線治療を体験した方もいらっしゃると思います。我々患者レベルで考えると、患者様の情報が重要なんです。中野教授がどんなに立派でも業者だと思ってしまう。同じレベルの仲間の情報というのが、今は市民社会になっていますので、信頼できます。沖縄タイムスさんが患者を集めて座談会をやる

とか沖繩タイムスに聞けば前立腺癌患者を紹介してくれるとか。役所の方はやりにくいので、沖繩タイムスさんが患者仲間の座談会をやって紹介までもっていく方が良いと思います。治療は中野教授を紹介するとか、仲介的なことをやってもいいと思います。医師会や県だと難しい話になってしまいます。

とっさの思いつきなんですけど上手く提案すれば患者を救えると思います。検討会とかシンポジウムは何回やっても駄目なんです。具体的な行動をしないとダメなんです。そのためには家庭の主婦や女性の集まりを利用していかないとはいけません。座談会などで玉城副会長にも入っていただいて紙面に載せる。また相談センターの案内も一緒に載せる。そこから中野教授を紹介するようにしたらいいと思います。

○玉井理事 まさか壇上で電話番号を仰るとはビックリしましたよ。

○中野教授 テレビに出てから、お手紙が届いて、お手紙に対応するのは大変なのですが、患者さんのご心配を考えると一生懸命相談にのっています。

○梶原氏 中野教授に電話がいても秘書がしっかり受け答えするとか、担当医師に回すとかやってもらいたいんです。

○中野教授 重粒子線のことを知ってもらうことは非常に重要なことで、今日女性の方がどうして「設置の署名活動しないのよ」と言っていました。用紙を置いておけば、住所と連絡先を書いてその中から頑張る方が出てきて、その力を結集してやるのが良いと思います。

○玉井理事 今日沖繩タイムスさんがこういうことをやったのも一つの縁だと思いません。例えば世論が県民の中で盛り上がっていきければ、県内に誘致するための署名を広げようとか、県民運動に繋げていけるかもしれませんね。

○平良編集局次長 (沖繩タイムス)



我々は患者の闘病記をやっていまして、反響は大きいです。今回のシンポジウムでいうと来場者の切実感があって、僕らが思う以上に期待が大きいと感じました。

今日の特集記事は1週間後に掲載されますが、その後も掲載していきたいです。

○中野教授 具体的に今日の患者さんたちのご意見をくみ上げるという意味では、群大や放医研の連絡先を新聞に載せることもやっていただければいいと思います。各施設に連絡頂ければ私たちがすぐ情報提供します。

○梶原氏 それぞれで相談センターがあるんですけど、みんな知りません。インターネットみればいいといたって、どこにあるのか。それは沖繩タイムスさんが重粒子線治療の総合窓口を記載したらいいです。すごい威力を発揮すると思います。

○玉井理事 例えば、沖繩タイムスさんのホームページに放射線治療リンクバナーをつくることはできるんですか。

○比嘉広告局局長 (沖繩タイムス)



医師会さんといろんな事業をやっていますので医師会の事業のバナーをつくってリンクできるようにすることはできると思います。

○平良編集局次長 検診の部分とかいろいろな取組がありますよね。それとタイアップしてやっていこうと思います。

○玉城副会長 私も今度の特集記事に相談窓口の問い合わせ先を載せた方がいいと思います。

○中野教授 沖繩タイムスで特集を出した時に群大にも頂きたいです。沖繩出身の人も刺激になると思います。それを見て我々も勇気づけられますし具体的なところからネットワーク

が強くなりますので是非お願いします。

○梶原氏 患者が500人いなきゃいかな  
いとかケチな話しですよ。重粒子線治療は痛く  
もかゆくもないし、兵庫県では患者がゴルフを  
しています。患者は閑ですから閑者と言ってい  
ます。沖縄でもゴルフをやりながら治療をする  
といい。観光も十分できると思います。私は治  
療に4週間かかりました。僕の前は5週間でし  
た。私が忙しいから4週間にしてくれと頼みま  
した。病院も丁度短縮したかったみたいです。

○平良編集局次長 もっと短くなる可能性  
はあるんですか。

○中野教授 最近では3週間で12回法を  
やっています。そこで再発なしとなれば基本的  
な治療方法になると思います。

○梶原氏 沖縄のブランドが大きいんです  
よ。失礼だけど群馬にはわざわざ行こうと思  
いません。草津温泉もあるけど、沖縄の場合は魅  
力があるから観光医療ツーリズムが成り立つと  
思います。痛くもかゆくもない1日1時間ぐら  
いの拘束では観光に支障はないでしょう。

○中野教授 群馬の代表としていっておき  
ますが、群馬もメディカルツーリズムで伊香保  
温泉、草津温泉、ゴルフ場もありますので、県  
のイメージとして人気ないと言われていま  
すが、重粒子と一体となってメディカルツーリ  
ズムをかけたて人気回復に頑張っております。

○宮城会長



沖縄県は県内に重粒  
子を入れるために、数年  
前からずっとやってい  
て、稲嶺知事の頃も熱心  
にやっていました。仲井  
真知事も1期目の時に  
計画を立てたことがあ  
るんですよ。それが途中  
で中断したことがあり  
ますが、今回はかなり知  
事の方も熱を入れてい  
ます。知事が決めると言  
ったらすぐ決まると言  
っていますが、かなり本  
気になってきています  
ので、可能性が高くな  
っていると思います。そ  
れも県民が必要だと理  
解をして頂かないと動  
きにくいことがあります  
ので、今日の講演会を  
積み

重ねて重粒子がどうい  
うものなのか全員が知  
るようにマスコミの方  
も協力して頂きたい  
です。

○梶原氏 知事を経験して思うこと  
ですが、やはり有権者の盛り上がり  
が大事なんですよ。仲井真知事は熱心  
です。が個人的にやるぞと言  
われても、みんなでバックア  
ップしなきゃ駄目なんです。  
やはり女性ですよ。選挙でも  
女性です。それをターゲットに  
沖縄タイムスさんがやっても  
らえればいいと思います。

○梶原氏 僕が6年後に来てまた  
同じことをいわなくてもい  
いようにしてもらいたい。

○玉城副会長 次回はそうなら  
ないと思います。オープン式典  
で是非お会いしましょう。

○中野教授 我々も県民に重粒  
子線の話をしていました。保  
険会社がアンケートをとった  
ところ以前から広告をしてい  
たPET-CTはだいたい20%ぐ  
らい県民の方が知っているの  
に対して、重粒子が22~23%  
とあつという間に重粒子線も  
周知されてきました。その後  
30%ぐらいの群馬県民には  
「詳しくはわけわからないけ  
ど重粒子線ってあるらしい」と  
分って頂いたと思います。県  
庁の方も、重粒子を群馬に持  
ってきて県民に良い治療を  
受けさせたいということで、  
県議会議員の方も超党派で、  
重粒子線をサポートするた  
めに全体の費用の約三分の一  
の40億円を県と地方公共団  
体が拠出して頂いたんですよ。  
それで国も群馬大学に置いて  
やろうとなったんですけど、  
ベースは県民が望んだから  
という事だと思います。

○梶原氏 僕が患者の時に放医  
研の中で研究会を作ったん  
です。放医研の課長で文科省  
から出向してきた岐阜県出  
身の女性がいる、彼女と話  
して研究会をつくってお医  
者さんも専門家も来てもら  
ってイニシャルコスト50億  
でつくりたいということで  
勉強会をやりました。その  
結果、文科省から出向して  
いる課長が頑張って、翌年  
の文科省の調査費5億円を  
とったんですよ。それがや  
がて群馬大学の予算計上の  
方向にいきました。これは  
群馬県自体も頑張られたけ  
ども、中曽根元総理の時に  
癌対策の総合戦略でご自身  
が重粒子線を勉強して、世  
界でもなかった独自の技  
術を応援したんですよ。そ  
れで放医研の病院

○梶原氏 僕が患者の時に放医  
研の中で研究会を作ったん  
です。放医研の課長で文科省  
から出向してきた岐阜県出  
身の女性がいる、彼女と話  
して研究会をつくってお医  
者さんも専門家も来てもら  
ってイニシャルコスト50億  
でつくりたいということで  
勉強会をやりました。その  
結果、文科省から出向して  
いる課長が頑張って、翌年  
の文科省の調査費5億円を  
とったんですよ。それがや  
がて群馬大学の予算計上の  
方向にいきました。これは  
群馬県自体も頑張られたけ  
ども、中曽根元総理の時に  
癌対策の総合戦略でご自身  
が重粒子線を勉強して、世  
界でもなかった独自の技  
術を応援したんですよ。そ  
れで放医研の病院

の前に中曽根元総理の顕彰碑がありますよね。

そんなことで、結構世の中は夢が実現するんですよ。検討会やシンポジウムを何回やっても駄目なんです。具体的な行動に移せば結果がついてくるんですよ。

沖縄自体は知事の裁量で使える予算はあるわけだから、あとは県民の盛り上がりですよ。医師会がこれだけ熱心なところは全国にはないわけですから。

○玉城副会長 話し始めた時も、これ金持ちの機械じゃないかと言われるのが大変だという話が付いて回るから、県民にどのようにして等しく提供できるかということを考えています。

○梶原氏 沖縄らしく医療特区にして300万の負担はなしということで行きたい、抗がん剤でも財政負担は変わらない訳だから、これで治した方が安いんですよ。

それも3~4日で治るようになれば、コスト少ないから300万はいりません。文科省の縄張りだから厚労省がいじわるしているとは思いますが、自分たちの医療特区で勘定を合せようとしたら300万はいりません。それを世界に展開しようとするれば、成長戦略の中に取り入れて大きく考えてやる。群馬とか放医研とか兵庫県と同じ並びの沖縄ではなく、そういうものの集合体の一つの拠点だと位置づけをして医療特区にもって行って、成長戦略としてアジア全体から患者が来る、あるいは研修に来ることをすれば医療観光として十分成り立つと思います。

○中野教授 フィリピン、ベトナムにしてもお金持ちいっぱいいますからね。いま日本でも腎臓移植でメディカルツーリズムやろうとしている方がいますが、沖縄であれば現実的に医療ツーリズムが成り立つと思います。

○比嘉広告局局長 一昨年医療ツーリズムの視察で、タイに行ったんですけど、向こうは欧米の金持ちだけかと思いましたが、中近東、インドネシア、アジアの富裕層がタイに集まっています。あちらのイメージは医療技術が低い印象でしたが、向うは株式会社の病院を作って、医療ツーリズムを徹底的にやっているんですよ。人材の問題もありますけど、重粒子の拠点をつくって海外からも呼び寄せることも可能性はあると思います。

○梶原氏 バンコクの病院に行きましたけど、医者がほとんどアメリカの留学生で、行ってみるといろんな人種がいました。アラブ人がたくさん来ていました。中近東はすべてカバーしている通訳さんもいました。

○玉城副会長 そういう病院はいいのですが、田舎にいくと昔の沖縄と似ており、医療がなくて大変困っているということもあります。中野教授がタイに応援にいくとか聞いていますけど、東南アジアでみんな協力しあっていければいいと思います。

○玉井理事 是非沖縄タイムスさんには頑張ってください。沖縄県の重粒子線誘致にお力添えをお願いしたいと思います。本日はありがとうございました。



# 向精神薬処方箋偽造に関する注意喚起ポスターについて

理事 玉井 修

昨年、沖縄県内の医療機関において発行された向精神薬の処方箋をカラーコピーし、複数の調剤薬局に持ち込んで大量の向精神薬を入手し、それをネット販売で横流ししていたとして北海道出身の男性が逮捕されました。この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。



## 第 200 回沖縄県医師会定例代議員会



常任理事 真栄田 篤彦



去る6月26日(水)、午後7時30分より本会館において第200回定例代議員会が開催された。

はじめに新垣善一議長より定数の確認が行われ、定数58名に対し、46名が出席し定款28条に定める過半数に達しており、本代議員会は有効に成立する旨宣言された。

続いて、宮城会長より次のとおり挨拶があった。

### 挨拶

#### ○宮城信雄沖縄県医師会長



皆さんこんばんは。本日は第200回定例代議員会を開催いたしましたところ、時節柄大変お忙しい中、また日中の診療でお疲れのところを多数の代議員にご出席をいただきまして心より感謝を申し上げます。

さて、ご高承のとおり新公益法人制度改革に伴い、本会は昨年4月より一般社団法人として会務を遂行してまいりました。おかげをもちまして平成24年度の会務も代議員の先生方、会員各位のご協力により予定をしておりました諸事業も滞りなく推進することができました。

特に本県の地域医療再生計画における対策課題のひとつとして、本会が構築を進めてまいりました地域連携クリティカルパスシステムの運用を開始しております。これによりまして糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞などの生活習慣病を中心として良質な地域医療連携が図れるものと期待をしております。会員各位におかれましても、同事業の発展にご協力をお願い申し上げます。

また新制度の施行によりまして、現執行部が本日をもって任期満了となることから、次期役員等候補者について公示を行いましたところ、いずれも定数内の候補者となり本日の代議員会において選任をしていただくことになりました。後ほどお諮りいただきますのでご承認賜り

ますようお願いいたします。

さて現在、安倍政権下において TPP 交渉をはじめ経済財政諮問会議や規制改革会議、産業競争力会議等、医療分野において財政面の視点で捉えた議論が行われて、国民皆保険制度を形骸化に導く動きが再燃をしております。

世界で最も優れた医療制度に対して、産業的、経済的な観点のみで規制緩和を図り、国民医療をないがしろにする政府には厳しく対処していかなければなりません。

このような事からも、ぜひ我々医師会の代表を国政に送り、早急に医療政策を正していかなければなりません。

医療界にとりましては非常に厳しい状況が続いております。これを打開するためにも、ぜひとも会員が一丸となり医療界発展のために行動を起こさなくてはなりません。

会員の皆様におかれましては、今後ともご理解をいただきご協力を賜りますようお願い申し上げます。

本日は、先ほど申しあげました役員等選任の他、報告を 2 件、議事 8 件を上程しております。報告、議事の詳細につきましては、各担当理事より説明をしていただきますので、慎重にご審議の上ご承認賜りますようお願いを申し上げて挨拶いたします。最後までよろしく願いいたします。

続いて、報告・議事に移り、報告事項は安里副会長から平成 24 年度沖繩県医師会会務について、山里監事から平成 24 年度沖繩県医師会監査について報告があった。

議事は、以下の議案について行われ、第 1 号議案役員等選任の件は、本会役員（会長、副会長、理事、監事）、裁定委員いずれも定数内の候補者で、投票によらず選任された。選出された本会役員、裁定委員は 67 頁のとおりである。

なお、再選された宮城会長から挨拶があり、より良い県民医療をめざして役員一同決意を新たに精進してまいりたいと思う。沖繩県医師会の一層の活性化と連携強化を図るとともに、本県の保健・医療・福祉の向上発展のために事

業を展開してまいる所存であるので、ご支援ご協力をお願いする旨の所信表明が述べられた。

第 2 号議案沖繩県医師会顧問委嘱の件については、引き続き、宜保好彦先生、比嘉国郎先生、桑江朝彦先生、稲富洋明先生に委嘱することが承認された。

第 3 号議案～第 8 号議案については、各担当理事から説明が行われ、全て原案どおり承認可決された。

第 9 号議案沖繩県医師会定款改正案の件については、真栄田常任理事から、本会は公益法人制度改革に伴い、昨年 4 月より一般社団法人へ移行し、新定款に則って会務運営に当たっている。去る 3 月 28 日に開催した代議員会においては、新定款（沖繩県の認可）に基づき平成 25 年度の事業計画、諸予算をご報告申し上げ承認をいただいたところであるが、報告事項であるため代議員からの質疑がなく、代議員会が形骸化されるのではないかと懸念するご指摘を受けている。については、会務運営に当たって重要事項である事業計画、予算について、代議員会における報告事項から決議事項として定款を改めるべくご審議いただきたい旨説明があり、採決を行った結果、満場一致で原案のとおり承認可決した。

- 第 1 号議案 役員等選任の件
- 第 2 号議案 沖繩県医師会顧問委嘱の件
- 第 3 号議案 平成 24 年度沖繩県医師会一般会計収支決算の件
- 第 4 号議案 平成 24 年度沖繩県医師会医事紛争処理特別会計収支決算の件
- 第 5 号議案 平成 24 年度沖繩県医師会会館建設特別会計収支決算の件
- 第 6 号議案 平成 24 年度沖繩県地域産業保健センター事業特別会計収支決算の件
- 第 7 号議案 平成 24 年度地域医療連携体制総合調整事業特別会計収支決算の件
- 第 8 号議案 平成 25 年度沖繩県医師会一般会計収支予算補正の件
- 第 9 号議案 沖繩県医師会定款改正案の件

続いて、その他の事項で中部地区医師会から寄せられた代表質問について、次のとおり担当理事から答弁があった。

質疑応答（要旨掲載）

○與那嶺吉正代議員 ①特定健診料金について



特定健診については、毎年、何度となく保険者と話し合いが行われているが、そのほとんどの協議が「特定健診単価」について行われ、「受診者増の対策」など

は置き去りにされている感がある。九州各県の「特定健診単価」は幅があり、このことは市町村の財政状況に大きく左右されていると思われる。健診単価は財政状況で判断、決定するものではなく、保険点数などの何らかの基準によって健診料金を決定すべきと考える。

また、①各検査個別判定及び総合判定、②紹介状発行と精密検査受診勧奨、③精密検査受診状況、精密検査結果等の集計業務も健診料金の設定では考慮すべきと思う。

②沖縄県特定健診項目について

沖縄県では、厚生労働省の定めた「特定健診実施項目」の他に、追加検査項目として全受診者に対して、ヘモグロビンA1c、尿酸、クレアチニン、尿潜血を沖縄独自に行っているが、追加検査は実施医療機関がコストを負担しており、大きな負担となっている。

中部地区医師会としては、現在の健診単価は下げずに、健診項目は厚生労働省の定めた「特定健診実施項目」のみを実施し、追加項目はなくすか、あるいはもし追加項目を入れるなら別契約（別料金）としていただきたいと考えている。そのような事を言うのも沖縄県独自の追加項目を除くと、沖縄県特定健診単価が全国的にも非常に安い状況にあるからである。

③消費税増税について、2014年4月より8%、2015年10月より10%となる予定であるが、その分も特定健診単価に反映させるべきと考えるがいかがか。

回答（玉井理事）



日頃は特定健診及び特定保健指導の実施運営に関して、会員の皆様のご協力をいただき大変感謝している。

特定健診は、そもそも厚生労働省の制度設

計が甘いために、単価も内容も保険者と受託医療機関等において協議、研究していただきたいということで、ほとんど丸投げというような状況になっている。その為、各地域によって単価が非常にばらついている現状があり、日医でも非常に大きな問題になっている。

しかしこのような状況においても、本県は6年間、特定健診の集合契約を維持してきた。その単価を形成するために大きな労力を割いてきたということはおっしゃるとおりである。

受診勧奨に関しては、ないがしろにされてきたわけではないが、確かにおっしゃるとおり、もう少し力を注ぐべきではないかと考えている。特定健診単価の算定に関しては、当初から保険者とともに議論して、積算根拠を積み上げつつ単価を交渉してきた。確かに沖縄県においては、各自治体の体力が非常に弱い。しかもへき地・離島を抱えているという地域的な特徴もあり、非常に単価の交渉が困難を極めている。毎年各自治体の代表の方たちに集まっていた単価の交渉をするが、時には自治体に対して頭を下げながら、創りあげてきたのがこの特定健診の集合契約である。

昨年は、南城市が特定健診の集合契約から一時離脱して、非常に大慌てした。それによりこのような特定健診の集合契約の離脱が、医療資源が充実している市町村に広がれば、特定健診の集合契約が瓦解し、それがへき地・離島の特定健診を脅かすことになるのではないかと非常に大

きな危惧を抱いた為、昨年、本会から南城市長に対して、特定健診の集合契約に戻って頂きたい旨、文書で依頼し、戻っていただいた。特定健診の集合契約は、このような経緯があり、毎年困難をクリアしながらやってきたものである。

しかし、このような苦勞を乗り越えてきたために、特定健診というのは我々各医療機関そして保険者と親密な信頼関係を構築することができている。それにより、今回特定健診データを国保連合会及び協会けんぽから提供していただき、それが「おきなわ津梁ネットワーク」という大きなものに形づくられようとしている。このような状況ができたのも、この特定健診の集合契約があればこそだと思っている。我々がやってきたことに間違いはなかったと思っている。

特定健診の単価に関しては、非常にご無理を言っているということは理解している。しかし、特定健診の集合契約の維持に関しては、沖縄県医師会は必ず守っていくというつもりで今後も頑張っていくので、ぜひ各地区医師会及び先生方のご協力をこの機会にお願いしたい。

- ①特定健診料金については、資料に詳細が書いてあります。
- ②健診項目に関してであるが、特定健診の健診項目は、沖縄県においてはCKDが多い、DMに関しての死亡率が高い等の理由により、非常に大きな危機的な状況がある為、HbA1c、尿酸、血清クレアチニン、尿潜血をこれに加えている。それによって現在全国に類を見ないメガデータができ上がろうとしている。このデータベースをもとに、今大きな研究がされようとしている。大学を中心に厚生労働省を突き動かそうとするデータとして提言して、まとまろうとしている。ぜひこの項目に関しても沖縄県全体でワンセットとして堅持していきたいと考えているが、それに対して各地区医師会または検査センター等にご負担をかけているのは承知している。このことについても、今後も検討させていただくので、ぜひご協力をお願いしたいと思っている。

③消費税増税に関して、特定健診単価への増額に関してであるが、これは今後、2014年、2015年と8%、10%になっていくということであるので、これについては鋭意検討していく。まだ保険者と協議はしていないが、いずれ消費税増税について重要な議論をしないといけないと思っている。

<書面回答>

①特定健診料金について

貴見のとおり、特定健診については、例年「特定健診単価」についての協議が多く、これまで受診率向上に向けての協議があまりされていない状況にあった。今年度は、受診率向上に向けた協議についても、しっかりと対応させていただきたいと考えている。

本会では、受診率向上の1つの対策として、現在構築中である「おきなわ津梁ネットワーク」において、診療を行う際に市町村国保と協会けんぽの特定健診データを参照できることになっている為（おきなわ津梁ネットワークの登録に同意いただいた患者に限る）、来院された患者の特定健診データが取り込めない場合は、特定健診を受診されていないこととなり、その場で受診勧奨を行うことで、より効果的かつ効率的な受診率向上に向けた取り組みを行うことができるのではないかと期待しているところである。

特定健診単価については、保険点数を基準に用いた場合、特定健診単価とその保険点数を比較（追加健診項目を含む）すると、診察部分を初診料、再診料のどちらで算定するかで合計金額が大きく変わる。（初診料で算定した場合は7,320円、再診料で算定した場合は5,310円）

特定健診を初診として取り扱うのか再診として取り扱うのか、明確な取り決めがない為、保険点数を基準に用いることは慎重な検討が必要ではないかと考えている。

本会としては、特定健診単価の引き上げについては、保険者毎に異なる受診券様式や健診結果の送付先等、より煩雑化する事務処理を理由に、単価引き上げを強く要求していきたいと考えている次第である。

○與那嶺吉正代議員

よくわかりました。どうもありがとうございました。ただ私ども医師会としては、追加項目をやるのであれば、現在の単価に含めるのではなく、別契約でやっていただきたい。そうしな

ければ、我々の負担がかなり大きくなってしまって、去年の例で追加項目だけでも何千万と負担を強いられているという状況であるので、その辺はご検討をお願いしたいと思う。

沖縄県医師会役員等

役 職 名	氏 名	再
会 長	宮 城 信 雄	〃
副 会 長	玉 城 信 光	〃
〃	安 里 哲 好	〃
理 事	真栄田 篤 彦	〃
〃	稲 田 隆 司	〃
〃	金 城 忠 雄	〃
〃	宮 里 善 次	〃
〃	村 山 貞 之	〃
〃	本 竹 秀 光	〃
〃	玉 井 修	〃
〃	佐久本 嗣 夫	〃
〃	照 屋 勉	〃
〃	石 川 清 和	〃
〃	平 安 明	〃
〃	比 嘉 靖	〃
監 事	山 里 将 進	〃
〃	喜久村 徳 清	〃
〃	名 嘉 恒 守	〃
裁定委員	眞喜屋 実 之	〃
〃	喜屋武 郁 夫	〃
〃	長 嶺 安 哉	〃
〃	仲 地 紀 正	〃
〃	大 田 守 弥	〃
〃	藤 田 次 郎	〃
〃	仲 本 晴 男	〃

任 期

- 理事、裁定委員：平成 25 年 6 月 26 日より平成 26 年 6 月の定例代議員会終了時まで。
- 監事：平成 25 年 6 月 26 日より平成 28 年 6 月の定例代議員会終了時まで。

### 貸借対照表

平成25年 3月31日現在

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増減
<b>I 資産の部</b>			
<b>1. 流動資産</b>			
現金預金	65,644,001	94,006,582	△ 28,362,581
未収会費	1,890,300	4,559,600	△ 2,669,300
未収金	46,381,274	13,915,455	32,465,819
立替金	1,155,486	516,726	638,760
仮払消費税	0	547,700	△ 547,700
流動資産合計	115,071,061	113,546,063	1,524,998
<b>2. 固定資産</b>			
<b>その他固定資産</b>			
土地	198,385,094	198,385,094	0
建物	336,842,970	344,219,093	△ 7,376,123
建物附属設備	98,141,172	107,322,748	△ 9,181,576
構築物	38,650,881	40,270,714	△ 1,619,833
備品	6,780,355	8,006,728	△ 1,226,373
電話加入権	401,500	401,500	0
特定預金	3,000,000	3,000,000	0
建物減価償却引当預金	51,660,000	41,660,000	10,000,000
役員退職慰労引当預金	4,520,000	4,760,000	△ 240,000
職員退職給与引当預金	66,598,986	80,169,306	△ 13,570,320
備品減価償却引当預金	3,500,000	3,000,000	500,000
その他固定資産合計	808,480,958	831,195,183	△ 22,714,225
固定資産合計	808,480,958	831,195,183	△ 22,714,225
<b>資産合計</b>	<b>923,552,019</b>	<b>944,741,246</b>	<b>△ 21,189,227</b>
<b>II 負債の部</b>			
<b>1. 流動負債</b>			
未払金	40,321,303	37,367,441	2,953,862
預り金	15,430,655	14,226,750	1,203,905
流動負債合計	55,751,958	51,594,191	4,157,767
<b>2. 固定負債</b>			
長期借入金	256,780,000	273,160,000	△ 16,380,000
役員退職慰労引当金	4,520,000	4,760,000	△ 240,000
職員退職給与引当金	72,580,230	86,953,890	△ 14,373,660
固定負債合計	333,880,230	364,873,890	△ 30,993,660
<b>負債合計</b>	<b>389,632,188</b>	<b>416,468,081</b>	<b>△ 26,835,893</b>
<b>III 正味財産の部</b>			
<b>1. 指定正味財産</b>			
指定正味財産合計	0	0	0
<b>2. 一般正味財産</b>	533,919,831	528,273,165	5,646,666
<b>正味財産合計</b>	<b>533,919,831</b>	<b>528,273,165</b>	<b>5,646,666</b>
<b>負債及び正味財産合計</b>	<b>923,552,019</b>	<b>944,741,246</b>	<b>△ 21,189,227</b>

貸借対照表に対する注記

1. 実施事業資産は、次のとおりである。

固定資産

その他の固定資産	土地	49,596,274
	建物	84,210,743
	建物附属設備	24,535,293
	構築物	9,662,720
	備品	1,695,089
	電話加入権	100,374
	建物減価償却引当積立預	12,915,000
	備品減価償却引当預金	875,000
	役員退職慰労引当預金	2,983,200
	職員退職給与引当預金	<u>39,293,402</u>
	合計	<u>225,867,095</u>

## 正味財産増減計算書

平成24年4月1日から平成25年3月31日まで

(単位:円)

科 目	当年度	前年度	増減
I 一般正味財産増減の部			
1 経常増減の部			
(1) 経常収益			
基本財産運用益			
受取入会金	1,822,000	1,936,000	△ 114,000
受取会費	258,630,700	254,637,600	3,993,100
事業収益	8,697,000	6,655,000	2,042,000
受取助成金	10,398,410	11,258,050	△ 859,640
受託等収益	193,104,931	95,872,304	97,232,627
賃貸収益	32,415,000	24,783,008	7,631,992
雑収益	9,771,301	5,272,697	4,498,604
経常収益計	514,839,342	400,414,659	114,424,683
(2) 経常費用			
事業費			
会議費	10,221,116	9,710,747	510,369
役員報酬	13,536,000	8,221,200	5,314,800
給料手当	61,484,991	67,741,565	△ 6,256,574
役員退職給付費用	632,000	584,000	48,000
職員退職給付費用	6,726,503	9,828,835	△ 3,102,332
賃 金	6,207,254	6,487,681	△ 280,427
福利厚生費	9,392,824	9,302,291	90,533
旅費交通費	36,528,914	26,571,648	9,957,266
減価償却費	17,851,593	17,851,593	0
通信運搬費	10,193,399	11,595,012	△ 1,401,613
支払報酬料	2,520,000	1,260,000	1,260,000
印刷製本費	24,835,776	22,137,667	2,698,109
消耗品費	8,130,689	9,626,670	△ 1,495,981
光熱水料費	5,051,525	5,745,953	△ 694,428
賃借料	33,881,624	19,543,413	14,338,211
保険料	3,994,327	3,822,403	171,924
租税公課	9,554,647	9,520,712	33,935
諸謝金	19,465,800	16,548,200	2,917,600
リース料	0	1,339,485	△ 1,339,485
備品購入費	95,686	0	95,686
助成金	13,007,500	12,427,500	580,000
委託費	133,743,216	52,033,710	81,709,506
管理委託費	5,190,511	4,802,373	388,138
保守管理費	1,999,332	2,865,231	△ 865,899
広告宣伝費	4,131,750	8,161,706	△ 4,029,956
交際費	8,952,825	3,600,981	5,351,844
雑 費	1,473,969	1,418,898	55,071

科 目	当年度	前年度	増減
管理費			
役員報酬	3,384,000	3,868,800	△ 484,800
給料手当	18,621,653	17,166,148	1,455,505
福利厚生費	2,929,722	2,638,733	290,989
会議費	5,931,946	5,771,231	160,715
役員退職給付費用	158,000	146,000	12,000
職員退職給付費用	2,124,158	2,935,885	△ 811,727
賃 金	1,104,386	549,917	554,469
旅費交通費	495,450	225,280	270,170
通信運搬費	3,071,147	3,325,006	△ 253,859
消耗品費	706,621	652,981	53,640
修繕費	375,665	4,076,267	△ 3,700,602
支払報酬料	325,500	0	325,500
印刷製本費	850,447	1,121,139	△ 270,692
光熱水料費	439,263	499,648	△ 60,385
管理委託費	451,349	417,597	33,752
保守管理費	126,168	128,099	△ 1,931
賃借料	2,391,583	2,499,841	△ 108,258
保険料	346,622	332,383	14,239
租税公課	827,138	827,888	△ 750
委託費	1,470,000	1,050,000	420,000
雑 費	232,707	407,258	△ 174,551
支払利息	4,703,068	5,033,992	△ 330,924
減価償却費	1,552,312	1,552,312	0
支払手数料	7,770,000	3,759,000	4,011,000
經常費用計	509,192,676	401,734,879	107,457,797
当期經常増減額	5,646,666	△ 1,320,220	6,966,886
1 經常外増減の部			
(1) 經常外収益			
資産移管益			
土地売却益			
(2) 經常外費用			
資産移管損			
固定資産除却損			
他会計振替額			
当期一般正味財産増減額	5,646,666	△ 1,320,220	6,966,886
一般正味財産期首残高	528,273,165	529,593,385	△ 1,320,220
一般正味財産期末残高	533,919,831	528,273,165	5,646,666
II 指定正味財産増減の部			
基本財産評価益			
当期指定正味財産増減額	0	0	0
指定正味財産期首残高	0	0	0
指定正味財産期末残高	0	0	0
III 正味財産期末残高	533,919,831	528,273,165	5,646,666

収支計算書内訳  
平成24年

科 目	実施事業等会計				
	地域医療の推進に必要な情報交換・教育・研修・広報啓発事業	県内の保健・医療・福祉体制の整備事業	県民への医療提供のための保険制度事業		
	継続1	継続2	継続3	共通	小 計
I 一般正味財産増減の部					
1 経常増減の部					
(1) 経常収益					
基本財産運用益		0	0		0
受取入会金	0	0	0		0
受取会費	0	0	0		0
受取負担金	0	0	0		0
事業収益	5,640,000	3,057,000	0		8,697,000
受取助成金	1,682,250	1,510,000	0		3,192,250
受託等収益	17,255,000	43,934,090	995,000		62,184,090
賃貸収益	0	0	0		0
受取寄付金	0	0	0		0
雑収益	0	0	0		0
引当金戻益	0	0	0		0
繰入金収入	0	0	0		0
経常収益計	24,577,250	48,501,090	995,000		74,073,340
(2) 経常費用					
1. 事業費					0
会議費	3,418,538	3,153,142	278,684		6,850,364
役員報酬	4,060,800	5,583,600	1,522,800		11,167,200
給料手当	20,949,360	24,052,969	775,902		45,778,231
役員退職給付費用	189,600	260,700	71,100		521,400
職員退職給付費用	2,389,678	2,743,705	88,507		5,221,890
賃金	2,270,513	1,426,499	46,016		3,743,028
福利厚生費	3,411,308	3,784,225	122,072		7,317,605
旅費交通費	21,639,651	8,440,153	1,742,500		31,822,304
減価償却費	2,134,430	1,940,391	776,156		4,850,977
通信運搬費	5,561,356	1,744,525	959,176		8,265,057
支払報酬料	0	0	0		0
印刷製本費	14,881,766	421,575	4,804,160		20,107,501
消耗品費	2,609,087	3,228,813	283,687		6,121,587
修繕費	0	0	0		0
光熱水料費	603,987	549,079	219,631		1,372,697
賃借料	16,471,606	9,158,310	285,574		25,915,490
保険料	476,605	441,453	173,311		1,091,369
租税公課	1,179,871	1,033,923	413,569		2,627,363
諸謝金	1,200,000	940,000	100,000		2,240,000
備品購入費	0	0	0		0
助成金	3,855,000	9,152,500	0		13,007,500
委託費	0	44,608,689	995,000		45,603,689
管理委託費	620,605	564,186	225,674		1,410,465
保守管理費	173,481	706,110	63,084		942,675
新聞図書費	0	0	0		0
広告宣伝費	1,629,600	0	0		1,629,600
交際費	0	100,000	0		100,000
雑費	0	0	0		0
事業費小計	109,726,842	124,034,547	13,946,603		247,707,992

表(正味財産増減計算書内訳表)

4月1日から平成25年3月31日まで

(単位:円)

その他会計					法人会計	内部取引 消 去	合 計
会員福祉・医療連携・対外交流に係る事業	県内の地域住民・労働者に対する医療・健康増進事業	会館の貸付収益事業	共通	小 計			
その他1	その他2	その他3					
0	0	0		0	0		0
0	0	0		0	1,822,000		1,822,000
3,638,000	0	0		3,638,000	254,992,700		258,630,700
0	0	0		0	0		0
0	0	0		0	0		8,697,000
0	0	0		0	7,206,160		10,398,410
0	130,920,841	0		130,920,841	0		193,104,931
0	0	32,967,000		32,967,000	0	△ 552,000	32,415,000
0	0	0		0	0		0
1,621	0	0		1,621	9,769,680		9,771,301
0	0	0		0	0		0
0	0	0		0	0		0
3,639,621	130,920,841	32,967,000		167,527,462	273,790,540	△ 552,000	514,839,342
2,595,185	775,567	0		3,370,752			10,221,116
1,861,200	338,400	169,200		2,368,800			13,536,000
8,534,924	4,844,129	2,327,707		15,706,760			61,484,991
86,900	15,800	7,900		110,600			632,000
973,573	265,520	265,520		1,504,613			6,726,503
506,177	1,820,001	138,048		2,464,226			6,207,254
1,342,789	366,215	366,215		2,075,219			9,392,824
841,100	3,865,510	0		4,706,610			36,528,914
388,078	194,039	12,418,499		13,000,616			17,851,593
969,044	959,298	0		1,928,342			10,193,399
2,520,000	0	0		2,520,000			2,520,000
109,200	4,619,075	0		4,728,275			24,835,776
1,205,658	715,116	88,328		2,009,102			8,130,689
0	0	0		0			0
109,816	54,908	3,514,104		3,678,828			5,051,525
1,096,142	7,123,044	298,948		8,518,134		△ 552,000	33,881,624
86,655	43,328	2,772,975		2,902,958			3,994,327
206,785	103,392	6,617,107		6,927,284			9,554,647
385,000	16,840,800	0		17,225,800			19,465,800
0	95,686	0		95,686			95,686
0	0	0		0			13,007,500
0	88,139,527	0		88,139,527			133,743,216
112,837	56,419	3,610,790		3,780,046			5,190,511
31,542	15,771	1,009,344		1,056,657			1,999,332
0	0	0		0			0
0	2,502,150	0		2,502,150			4,131,750
8,852,825	0	0		8,852,825			8,952,825
0	1,473,969	0		1,473,969			1,473,969
32,815,430	135,227,664	33,604,685		201,647,779	0	△ 552,000	448,803,771

科 目	実施事業等会計					会員福祉・医療連携・対外交流に係る事業 その他1
	地域医療の推進に必要な情報交換・教育・研修・広報啓発事業	県内の保健・医療・福祉体制の整備事業	県民への医療提供のための保険制度事業			
	継続1	継続2	継続3	共通	小 計	
2.管理費						
役員報酬						
給料手当						
法定福利費						
福利厚生費						
会議費						
役員退職給付費用						
職員退職給付費用						
賃 金						
旅費交通費						
通信運搬費						
消耗品費						
修繕費						
支払報酬料						
印刷製本費						
光熱水料費						
管理委託費						
保守管理費						
賃借料						
保険料						
租税公課						
委託費						
雑 費						
支払利息						
減価償却費						
退職引当金繰入						
支払手数料						
2管理費小計	0	0	0		0	0
経常費用計	109,726,842	124,034,547	13,946,603		247,707,992	32,815,430
当期経常増減額	△ 85,149,592	△ 75,533,457	△ 12,951,603		△ 173,634,652	△ 29,175,809
1経常外増減の部						
(1)経常外収益						
資産移管益						
土地売却益						
(2)経常外費用						
資産移管損						
固定資産除却損						
他会計振替額	279,283,609	247,743,483	42,480,185		569,507,277	
当期一般正味財産増減額	194,134,017	172,210,026	29,528,582		395,872,625	△ 29,175,809
一般正味財産期首残高	△ 79,847,354	△ 75,324,689	△ 14,833,487		△ 170,005,530	△ 19,513,191
一般正味財産期末残高	114,286,663	96,885,337	14,695,095		225,867,095	△ 48,689,000
II 指定正味財産増減の部						
基本財産評価益						
当期指定正味財産増減額						
指定正味財産期首残高						
指定正味財産期末残高						
III 正味財産期末残高	114,286,663	96,885,337	14,695,095		225,867,095	△ 48,689,000

その他会計				法人会計	内部取引 消 去	合 計
県内の地域住民・ 労働者に対する医 療・健康増進事業 その他2	会館の貸付収益事 業 その他3	共通	小 計			
				3,384,000		3,384,000
				18,621,653		18,621,653
				0		0
				2,929,722		2,929,722
				5,931,946		5,931,946
				158,000		158,000
				2,124,158		2,124,158
				1,104,386		1,104,386
				495,450		495,450
				3,071,147		3,071,147
				706,621		706,621
				375,665		375,665
				325,500		325,500
				850,447		850,447
				439,263		439,263
				451,349		451,349
				126,168		126,168
				2,391,583		2,391,583
				346,622		346,622
				827,138		827,138
				1,470,000		1,470,000
				232,707		232,707
				4,703,068		4,703,068
				1,552,312		1,552,312
				0		0
				7,770,000		7,770,000
0	0		0	60,388,905	0	60,388,905
135,227,664	33,604,685		201,647,779	60,388,905	△ 552,000	509,192,676
△ 4,306,823	△ 637,685		△ 34,120,317	213,401,635	0	5,646,666
						0
						0
						0
						0
				△ 569,507,277		0
△ 4,306,823	△ 637,685		△ 34,120,317	△ 356,105,642	0	5,646,666
△ 4,175,297	△ 10,567,379		△ 34,255,867	732,534,562		528,273,165
△ 8,482,120	△ 11,205,064		△ 68,376,184	376,428,920	0	533,919,831
						0
						0
						0
△ 8,482,120	△ 11,205,064		△ 68,376,184	376,428,920	0	533,919,831

財務諸表に対する注記

1. 重要な会計方針

(1) 固定資産の減価償却方法

有形固定資産一定額法による減価償却を実施している。

(2) 引当金の計上基準

役員退職慰労引当金—役員の退職慰労金の支給に備えるため、期末要支給相当額を計上している。  
職員退職給与引当金—職員の退職給付に備えるため、期末要支給相当額を計上している。

(3) リース取引について

通常の賃貸借処理に係る方法に準じた会計処理を適用している。

(4) 消費税等の会計処理

消費税等の会計処理は税込み方式によっている。

2. 基本財産及び特定資産の増減額及びその残高は、次のとおりである。

(単位:円)

科 目	前期末残高	当期増加額	当期減少額	当期末残高
基本財産	0	0	0	0
小 計	0	0	0	0
特定資産				
役員退職慰労引当預金	4,760,000	790,000	1,030,000	4,520,000
職員退職給与引当預金	80,169,306	9,654,000	23,224,320	66,598,986
建物減価償却引当預金	41,660,000	10,000,000	0	51,660,000
備品減価償却引当預金	3,000,000	500,000	0	3,500,000
特 定 預 金	3,000,000	0	0	3,000,000
小 計	132,589,306	20,944,000	24,254,320	129,278,986
合 計	132,589,306	20,944,000	24,254,320	129,278,986

3. 基本財産及び特定資産の財源等の内訳は、次のとおりである。

(単位:円)

科 目	当期末残高	(うち一般正味財産 からの充当額)	(うち負債に対応する 額)
基本財産	0	—	
小 計	0	—	
特定資産			
役員退職慰労引当預金	4,520,000	—	(4,520,000)
職員退職給与引当預金	66,598,986	—	(66,598,986)
建物減価償却引当預金	51,660,000	(51,660,000)	—
備品減価償却引当預金	3,500,000	(3,500,000)	—
特 定 預 金	3,000,000	(3,000,000)	—
小 計	129,278,986	58,160,000	71,118,986
合 計	129,278,986	58,160,000	71,118,986

4. 固定資産の取得価額、減価償却累計額及び当期末残高は次のとおりである。

(単位:円)

科 目	取得価格	減価償却累計額	当期末残高
建 物	368,806,169	31,963,199	336,842,970
建物附属設備	137,928,000	39,786,828	98,141,172
構築物	45,670,156	7,019,275	38,650,881
備 品	12,842,140	6,061,785	6,780,355
合 計	565,246,465	84,831,087	480,415,378

5. 担保に供している資産

資産(土地・建物)535,228,064円(帳簿価格)は、長期借入金256,780,000円の担保に供している。

6. 補助金等の内訳並びに交付者、当期の増減額及び残高は、次のとおりである。

(単位:円)

補助金等の名称	交付者	前期末 残高	当期増加額	当期減少額	当期末 残高	貸借対照表上 の記載区分
補助金						
地域医療連携体制 総合調整事業補助金	沖縄県	0	103,162,450	103,162,450	0	
合 計		0	103,162,450	103,162,450	0	

附属明細表

1 特定資産の明細

財務諸表注記に記載をしているため、省略

2 引当金の明細

(単位:円)

科 目	期首残高	当期増加額	当期減少額		期末残高
			目的使用	その他	
役員退職慰労金引当金	4,760,000	790,000	△ 1,030,000		4,520,000
職員退職給与引当金	86,953,890	8,850,660	△ 23,224,320		72,580,230
合 計	91,713,890	9,640,660	△ 24,254,320		77,100,230

収支計算書(総括表)

平成24年4月1日から平成25年3月31日まで

I 事業活動収支の部

1. 事業活動収入

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	地域産業保健セ ンター事業特別会計	地域医療連携体制総合 調整事業特別会計	内部取引消去	合計
入会金収入	1,822,000						1,822,000
会費収入	230,726,700	3,638,000	24,266,000				258,630,700
事業収入	8,697,000						8,697,000
助成金収入	10,398,410			27,758,391	103,162,450		10,398,410
受託金等収入	62,184,090						62,184,090
賃貸料収入	32,967,000						32,967,000
雑収入	9,766,112	1,621	3,568			△ 552,000	9,771,301
事業活動収入計	356,561,312	3,639,621	24,269,568	27,758,391	103,162,450	△ 552,000	514,839,342

2. 事業活動支出

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	地域産業保健セ ンター事業特別会計	地域医療連携体制総合 調整事業特別会計	内部取引消去	合計
事業費支出	168,461,347	4,482,052	4,703,068	27,758,391	103,162,450	△ 552,000	303,312,240
管理費支出	196,387,123						196,387,123
事業活動支出計	364,848,470	4,482,052	4,703,068	27,758,391	103,162,450	△ 552,000	504,402,431
事業活動収支差額	△ 8,287,158	△ 842,431	19,566,500	0	0		10,436,911

II 投資活動収支の部

1. 投資活動収入

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	地域産業保健セ ンター事業特別会計	地域医療連携体制総合 調整事業特別会計	内部取引消去	合計
特定預金取崩収入	24,254,320	0					24,254,320
投資活動収入計	24,254,320	0	0	0	0		24,254,320

2. 投資活動支出

科目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	地域産業保健セ ンター事業特別会計	地域医療連携体制総合 調整事業特別会計	内部取引消去	合計
特定預金支出	20,944,000						20,944,000
投資活動支出計	20,944,000	0	0	0	0		20,944,000
投資活動収支差額	3,310,320	0	0	0	0		3,310,320

Ⅲ 財務活動収支の部

1. 財務活動収入

科 目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	地域産業保健セン ター事業特別会計	地域医療連携体制総合 調整事業特別会計	内部取引消去	合 計
財務活動収入計	0	0	0	0	0		0

2. 財務活動支出

科 目	一般会計	医事紛争処理 特別会計	会館建設 特別会計	地域産業保健セン ター事業特別会計	地域医療連携体制総合 調整事業特別会計	内部取引消去	合 計
長期借入金返済支出			16,380,000				16,380,000
財務活動支出計	0	0	16,380,000	0	0		16,380,000
財務活動収支差額	0	0	△ 16,380,000	0	0		△ 16,380,000

当期収支差額	△ 4,976,838	△ 842,431	3,186,500	0	0	0	△ 2,632,769
前期繰越収支差額	45,090,133	1,352,373	15,509,366	0	0		61,951,872
次期繰越収支差額	40,113,295	509,942	18,695,866	0	0		59,319,103