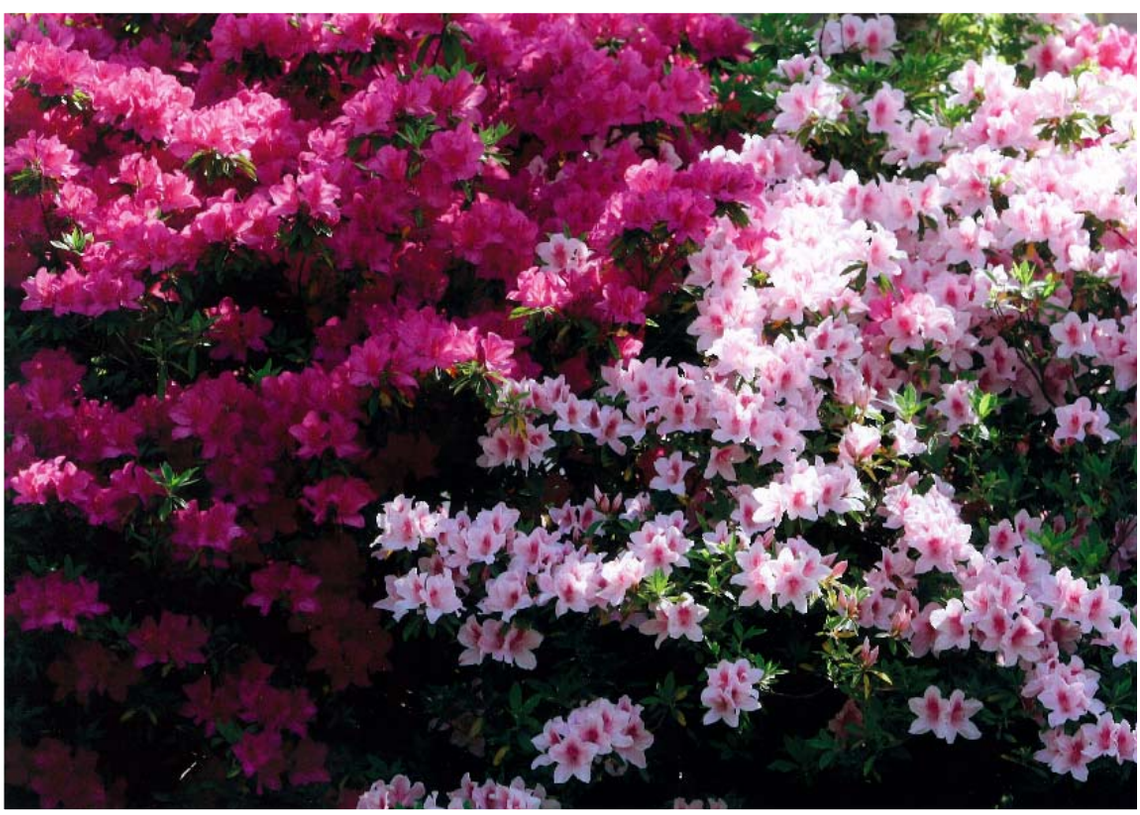
山口県医師会報

2006
平成 18 年
5 月号
No.1749



5 月の彩り　　渡邉惠幸　撮

Topics

Medical Topics：産婦人科医逮捕事件

特集：専門医会懇談会

Contents

●郡市医師会長インタビュー①「下松医師会長」…… 403
● Medical Topics「産婦人科医逮捕事件」
・今月の視点「福島県立大野病院の産婦人科医師逮捕・起訴事件について」
…… 吉本 406
・加藤克彦先生の「不当逮捕」に憤怒の抗議 …… 藤野俊夫 410
・日本医師会代議員会 質疑応答 …… 412
●特集「専門医会懇談会」…… 417
●専門医会シリーズ①「山口県眼科医会」…… 浅山琢也 433
●阿武郡医師会解散の報告と経過…… 松井 健 440
●公告…… 443
●日医学校医講習会…… 杉山 444
●日医乳幼児保健講習会…… 濱本 448
●体験学習「神経内科」……川井元晴・阿部政則 456
●小児救急医療対策協議会…… 弘山 458
●都道府県情報システム担当理事連絡協議会…… 加藤 464
●卒後臨床研修医・研修病院・山口大学教授・県医役員懇談会 …… 加藤 467
●県医師会の動き…… 三浦 468
●理事会…… 470
●勤務医のページ「終末期医療を憂う」…… 安永 満 475
●飄々「愛と死をみつめて」…… 吉岡 476

転載コーナー
●「救命蘇生と自動体外式除細動器（AED）」…… 北海道医報 478

●日医 FAX ニュース ……466
●お知らせ・ご案内……482
●山口県ドクターバンク求人・求職情報……488
●編集後記……加藤 490

郡市医師会長 インタビュー

第1回　下松医師会長　河野隆任 先生

と　き　平成18年4月10日（月）
ところ　下松医師会館

［聞き手：阿部政則 編集委員］

阿部：お忙しいところインタビューに時間を割いていただきましてありがとうございます。
　それでは早速ですが、下松医師会のご紹介からお願いいたします。

河野会長：現在会員数82名、42の診療所と周南記念病院をはじめとする3つの病院とで構成されています。僕の希望するところとは少し異なるのですが、アメリカナイズされて来ているというか･･･、みんなが和気藹々と仲良くやっていってくれるとよいですね。

阿部：現状の医師会の状況をどのように感じられますか？

河野会長：若い人の元気のなさが目につくというか･･･。若手会員や新入会員の方々の元気がないなと思います。そういう人達が何とか元気になるような考え方をしていきたいと思っています。

阿部：周辺地域の医師会、行政などとのかかわりはどうでしょう？

河野会長：僕たちは、周南は一つという考えで動いていますから、周南・光・下松は皆兄弟のような形で一緒にやっていきたいなという感じです。先生方も一体化しているように思いますが、ただ行政区域で分けられているだけであって、医師会同士は一緒に活動しているのではないでしょうか。行政に関しては、僕が会長になる前は、一会員ですから特に意識したことはなく、行政とのかかわりを考えずに自由に行動できたのですが、会長になってからはより一層行政とのかかわりが明確になり、そこから見えてきたことは一方的な行政からの押しつけでした。医師会と一緒になって、協力体制を作らなければならないと思います。一方的に、通達として伝えてくるのではなく、医師会と一緒に考えていく姿勢が必要なのではないでしょうか？医師会（医者）の方も一緒に協力してやっていくということは必要です。介護保険が最たる例で、新しく変わった介護保険について、ハイこうなりましたと分厚い冊子を持ってきて、とにかくやっとけばよい、ではいけない。心がないというか･･･。医療にしても介護にしても行政に心がないと感じます。また、同じことが医療者側にも言え、会長になって行政等とかかわっていく

と、行政の方にも一理あると感じることがあり、医療側も行政に協力していくと、より良くなると思います。

それに、僕は医療はあまり介護にタッチするべきではないと思っています。今の国の方針は、介護は根底に医療を必要としない方向で計画されているので、医療の側は患者が必要としているときだけ提供していくスタンスでよいと思います。

阿部：昨年の一年間で、国公立の病院の未収金が 3,300 万円に達したという報道がありましたが・・・。

河野会長：国公立の病院はそれでよいのではないかと思います。それでも給料は出るのだから・・・。国公立がプラスになるわけがない。田舎の病院は全部国公立にするべきだと思います。

阿部：先生は、日頃どのようなことを心がけて日常の業務をされていらっしゃいますか？

河野会長：僕は日頃から、「和」、「心」、「哲」を心に置いて過ごしています。一番最初に「和」。気持ちは「和」というのが中心で、そして「心」がないといけない。その後に決断する「哲」が続くという感じです。だれにも「和」と「心」を中心としながらやっていかなければならないと思いますが、今の先生方はそうもいかないのでしょう。

僕がもっとも嫌うのは、今の“金だけの時代”で、徹底して嫌に思います。今の診療は“金儲け”の診療になっているので、萎縮診療になっている。気持ち（心）からやりたいと思う診療を・・・。診療を楽しむというようにしていきたいと考えています。今の先生方はかわいそうというか、今の診療では楽しむことができない。

僕が学生の頃の昭和 41 年頃は希望があった。先輩も少なかったし、貧乏だった。僕のいた循環器は 5 年もすればだいたい好きなことができた時代だった。今は希望もなく、すべて抑えられるという・・・。アレをしてはいかん、コレをしてはいかんという、プラス思考が一つもない時代になっている。少しでも先生方がプラス思考に変わるような診療や、何かやってみようじゃないかというような気持ちにさせることがあるといい。専門の先生方も多いので、何かやれるのではないかというカタチで進めたいと思います。あの先生がこれをやっているから自分もやってみようというカタチでやっていけばいいが、今は寧ろ何かやると保険で削られるという恐れがあって、やったらイカンぞイカンぞというようなカタチで進んでいる。

昔のようにこれをやったら明るい診療ができるというような、その辺りを何とか取り戻したいですね。昔は良かったというか、昔は出来が悪いのに何でもできたが、今は出来がよいけどやってはいけないことばかりという感じですね。

下松医師会に入会したばかりの時は、とても良く「和」がとれていたと思っていましたが、やはり時代の流れか、若い世代が「和」に入って来ようとしない。今の医師会は通達事項ばかりで、若い世代の要望や意見を吸い上げようというところがなくなってきているように思います。

阿部：医師会長になられての抱負は？

河野会長：できるかどうか分からないが、できるだけ若い世代の組織を作り上げるということを考えています。今、自分の現状だけで精一杯で、医師会活動なんてとてもじゃないができないという時代になっているが、今の現状を顧みると、若い世代の人が頑張らないといけないと思います。医師会離れは、昔は逆のカタチでよい時代であったので、何でもドンドンやっていけたことが、悪い時代になった為に何もできなくなり、ドンドン個人主義に走っていっている。こういう時代だからこそ若い先生方に頑張ってもらって、国の抑えつけに立ち向かっていかなければならないと思います。今の社会風潮は、医者はまだ金儲けをしているように見ているが、現状はそんなものではなく、従業員の給料も満足に出せないような惨憺たる場合も存在しています。僕はこの風潮に反対です。

医療は、患者をいかにして最先端の治療法で治して行くかというスタンスから、治療よりも相談を受けるというスタンスに変わって行き、若い先生方が一生懸命した勉強が、現実的には使えない時代に突入していくんじゃないかと懸念していま

す。ちょっと前まではプラス思考で来ていたものが、どんどんマイナス思考へと変わっていく不安を感じます。

阿部：若い世代の組織というのは具体的にどのようなものですか？

河野会長：50 歳代以下の先生方が意見を出し合えるような、これからどんなことをやっていけばよいと、みんなを引っ張ってゆけるような組織です。その先生方を中心に、今の医師会を進めていきたいと考えています。

阿部：それでは最後になりましたが、先生ご自身のことについて御紹介いただけますでしょうか？

河野会長：私は昭和 14 年 9 月 24 日生まれで、とても貧乏な時代でした。昭和 33 年鹿児島大学水産学部へ入学したのですが、体格が小さく、視力が悪いということで水産学部に向かないということから、昭和 35 年山口大学医学部に入学しなおしました。昭和 41 年、卒業するときは“希望”というものがあって、何でもできるような感じがありましたが、僕が他の人と違っていたのは、自分に医者という意識があまりなかったことです。数学が好きだったので、今も自分の趣味は数学を生かして、症例のデータ整理や薬のエビデンスの統計的検討などをやっています。職人みたいな医者になりたいと思っていました。

阿部：今日はお昼の貴重な時間を割いていただきまして本当にありがとうございました。これからも医師会の発展のためにご活躍いただきたいと思います。

インタビューを終えて

河野会長の独特な用言止めの世界で、さまざまな思いを巡らせながらお話しをお伺いいたしました。先生の思いが的確に伝わっているか些か心配ですが、詳しいことはまたの機会がありましたら、その時にお願いしたいと思います。

メディカルトピックス
Medical Topics　産婦人科医逮捕事件

今月の視点

福島県立大野病院の産婦人科医師逮捕・起訴事件について

常任理事　吉本正博

平成18年2月18日に福島県立大野病院の産婦人科医師が、業務上過失致死および医師法違反で逮捕され、その後起訴された事件が、医療関係者の間に大きな衝撃を与えている。事故が起きたのは平成16年12月17日で、その後計3回の医療事故調査委員会が開催され、平成17年3月22日に報告書が提出された。その報告を受け、警察では同年4月に病院を家宅捜索するなどして捜査を進めてきた。そして事故1年以上経った時点で、警察は「事故を警察に届けておらず、証拠隠滅の恐れがあった」として、異例ともいえる逮捕に踏み切ったという。この事件について医事法制担当理事としての考察を加えたいと思う。

医療事故調査委員会報告書について

福島県立三春病院の宗像正寛診療部長を委員長とする医療事故調査委員会の報告書は「前1回帝王切開の既往、後壁付着の前置胎盤であれば、一般に癒着胎盤の頻度は高くはないため癒着胎盤を強く疑ってはいなかった」とし、そのため「癒着胎盤という認識が少ないため輸血の準備として濃厚赤血球5単位を用意したものであり、癒着胎盤の疑いを強く持っていれば少なくとも10単位以上の準備は必要であった」としているが、あくまでも結果論であり、「癒着胎盤の頻度は高くない」のであれば「癒着胎盤の疑いを強く持って」いる必要は少なく、欧米先進国に比べ、異常に低く抑えられた診療報酬のもとでの病院の経営状態を考えると、術前に必要以上の血液を確保することは一医師の判断としては困難であったと思われる。

また報告書は「用手的に剥離困難の時点で癒着胎盤と考え」「剥離を止め子宮摘出に直ちに進むべきであった」としているが、報告書も指摘しているように「妊婦は20歳代と年齢も若く、子宮温存の希望があったため、子宮摘出の判断の遅れが生じた」のであり、産婦人科医師はできれば子宮を温存しようと考え、剥離を続行したことが結果的に大出血につながったのである。また報告書を読む限り医師は止血についても最大限の努力を払っている。

報告者はさらに「人手があれば輸液ルートをもっと確保し輸液量を十分に投与できたと思われる。マンパワーの不足が痛感される」としているが、病院のマンパワーが不足しているのは何も大野病院だけではない。診療報酬の問題であり、システムの問題である。今回の医療事故は医師の判断ミスとしてではなく、現在の医療界の抱える問題として捉えるべきであると考える。そのような視点が新聞報道の中に見られなかったのは残念で

ある。

起訴状について

福島地方検察庁が福島地方裁判所に提出した起訴状は、執刀医は「前回帝王切開創部への胎盤の付着を認めていた」としているが、前述したように調査委員会の報告書では胎盤は帝王切開創部とは異なる後壁に付着していたことになっている。帝王切開創部への付着であれば、癒着が強く、剥離が困難となる可能性はより高くなる。このあたりは医師の判断ミスを強調するため、あえて事実を誤認している可能性が大である。

「胎盤を用手剥離しようとして、胎盤が子宮に癒着していることを認識」した段階で、「剥離を継続すれば、子宮の胎盤剥離面から大量に出血」し、「生命に危機が及ぶおそれがあったから、直ちに胎盤の剥離を中止して子宮摘出術等に移行」すべきであったのを「クーパーを用いて漫然と胎盤の癒着部分を剥離した過失により」「失血死させた」としているが、癒着を認識した段階で、おそらく産婦人科医師は剥離を続けるべきか、子宮摘出に移行すべきかを悩み、患者の年齢、子宮温存の希望を考慮した上で、慎重な剥離を続けることを選択したはずで、決して「漫然と」剥離を行ったわけではない。起訴状にしても、調査委員会報告書にしても、あくまでも結果論であり、早急な判断を要求されつつ治療行為を行わなければならない実際の医療現場で、結果が悪かったからといって、全てを医師の判断ミスであったと結論されては、われわれ医師はとても怖くて診療を行うことができなくなる。

さて起訴状の中では業務上過失致死のほかに、医師法違反が起訴罪名として取り上げられている。「死体を検案した際」「同死体に異状があると認めたにもかかわらず、24 時間以内に所轄警察署に届出をしなかった」のが医師法第 21 条に違反しているというものである。県立大野病院の院長は「当初は（届け出が必要な）医療過誤と考えなかった」と説明しているが、福島地検の判断は「医療過誤でないから届け出ないのは誤った法律の解釈」とのことである。

医師法 21 条について

「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めたときには、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」という医師法 21 条の届出義務については、日本法医学会が平成 6 年 5 月に「異状死ガイドライン」を発表し、その中で「病気になり診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡することが『ふつうの死』であり，これ以外は異状死と考えられる」として、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」も異状死として届け出る義務があるとした。すなわち「注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡」「診療行為自体が関与している可能性のある死亡」「診療行為中あるいは比較的直後の死亡で、死因が不明の場合」は異状死に含まれるものとし、診療行為の過誤や過失の有無を問わないとした。日本法医学会のガイドラインは発表当時、診療従事者の間ではそれほど知られていなかったが、平成 11 年 2 月に起きた都立広尾病院の「消毒液誤注患者死亡事件」で主治医や院長等が、刑事責任として医師法 21 条違反に問われたことがきっかけとなって注目を浴びることとなった。

この刑事裁判を受け、国立大学医学部付属病院長会議常置委員会は急遽、医療事故防止方策の策定に関する作業部会を立ち上げ、平成 12 年 5 月に、「患者が死亡するなど結果が重大であって、医療水準からみて著しい誤診や初歩的ミスが存在する場合」等「医療行為について刑事責任を問われる可能性があるような場合は、速やかに届け出ることが望ましい」、「判断に迷うような場合であっても、できるだけ透明性の高い対応を行うという観点から、先ずは速やかに警察署に連絡することが望ましい」との中間報告をとりまとめ発表した。

これに対して日本外科学会は平成 14 年 7 月に発表した「異状死ガイドライン」の中で「説明が十分になされた上で同意を得て行われた診療行為の結果として，予期された合併症に伴って患者の死亡・傷害が生じた場合については、診療中の傷

病の一つの臨床経過であって、重大かつ明らかな医療過誤によって患者の死亡・傷害が生じた場合と同様に論じることは適切でない」と反論した。

そもそも医師法 21 条については、昭和 24 年 4 月 14 日に発令された厚生省医務局長通知の中で、「死体又は死産児については、殺人、傷害致死、死体損壊、堕胎等の犯罪の痕跡を止めている場合があるので、司法警察上の便宜のためにそれらの異状を発見した場合の届出義務を規定したものである。したがって、異状とは病理学的の異状ではなくて法医学的のそれを意味するものと解される」と司法警察上の便宜のために規定されたと明確に述べられている。

都立広尾病院の「消毒液誤注事件」で最高裁は、医師法 21 条の届出義務は「警察官が犯罪捜査の端緒を得ることを容易にするほか，場合によっては，警察官が緊急に被害の拡大防止措置を講ずるなどして社会防衛を図ることを可能にするという役割をも担った行政手続上の義務と解される」(平成 16 年 4 月 13 日 第三小法廷判決）と司法警察上だけでなく公衆衛生上の便宜のためであると、さらに拡大した解釈を示した。医師法が本来「公衆衛生の向上・増進」を立法目的としていると解釈するならば、この最高裁の解釈も納得できるところである。しかしながら最高裁の解釈のように公衆衛生上の便宜のために届出するのであれば、「検案」して異状があると認めたときの届出先が所轄警察署というのは問題があるように思われるし、また不届けに対して刑罰を課していることも不適切であると考えられる。

このように医師法 21 条の解釈について混乱が生じていることから、日本内科学会・日本外科学会・日本病理学会・日本法医学会の 4 学会は共同で検討を重ね、平成 16 年 4 月 1 日に「診療行為に関連した患者死亡の届出について　～中立的専門機関の創設に向けて～」と題する共同声明を公表し、その中で「医療の過程において予期しない患者死亡が発生した場合や、診療行為に関連して患者死亡が発生した場合に、何らかの届出が行われ、死体解剖が行われる制度があることが望ましいと考える。しかし、医療従事者の守秘義務、医療における過誤の判断の専門性、高度の信頼関係に基礎をおく医師患者関係の特質などを考慮すると、届出制度を統括するのは、犯罪の取扱いを主たる業務とする警察・検察機関ではなく、第三者から構成される中立的専門機関が相応しいと考えられる」として、中立的専門機関の創設を提唱した。これを受けて厚生労働省は平成 17 年 9 月から東京・愛知・大阪・兵庫の 4 都府県で、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を開始し、本年からはさらに茨城県、新潟県がモデル事業実施地域として追加されたところである。

福島県立大野病院の事故と医師法 21 条

前述のごとく日本法医学会と日本外科学会の診療行為に関連した「異状死」についての解釈には大きな隔たりがある。日本外科学会は、「何らかの重大な医療過誤の存在が強く疑われ，または何らかの医療過誤の存在が明らかであり，それらが患者の死亡の原因となったと考えられる場合」のみを異状死としているのに対し、日本法医学会は「事件や事故に限らず、すべての診療行為に関連した予期しない死亡やその疑い例」までを異状死に含めている。大野病院の患者死亡事件の場合、検察側は明らかに日本法医学会の立場を取っている。

最近警察あるいは検察が、医療事故の捜査の端緒として医師法 21 条違反を問題とする、あるいは起訴の対象、不利な情状の資料として医師法 21 条を使うケースが増えている印象がある。山口県医師会の末永汎本顧問弁護士は「医師法 21 条に基づく届出をするか否かについては、医療事故死は、（１）異状死にあたらないから届出しない、（２）異状死にあたるから届出をする、（３）定説がないが、念のため届出をする、という３つの立場が考えられ、このいずれをとるのが良いかはケースバイケースと言える」としながらも、もし（２）あるいは（３）の立場から届出をするのであれば、「具体的には書面提出は原則として差控え、『医療過誤とは考えませんが、念のため届出ておきます』といった説明をしておくこと。病院長、主治医らが警察に赴くのではなく、事務長などが届け出ること」と忠告している。

今回の大野病院の医療事故については、主治医である産婦人科医はその届出を上司である病院長

に行っている。その後医療事故調査委員会が設置され、医師の判断ミスという結論が出たのが事件後３ヵ月経ってからであった。病院側は「手術直後はミスという認識はなく、届けなかった」とのことであるが、医療事故はいわゆるグレーゾーンのものが大部分で、事故直後に過失や過誤の有無が明らかなものは多くない。その点からも医師法 21 条の「24 時間以内」という規定は、本来は医療事故を想定したものではないと考えられる。いずれにしても、今回の大野病院の産婦人科医師を医師法 21 条違反で逮捕・起訴したのは適当とは思えない。

また逮捕理由が「証拠隠滅のおそれがある」とのことであるが、カルテ、レ線フィルム等は当然押収しているはずであるし、医療事故調査委員会の報告書もあったわけで、これも逮捕理由としては根拠に乏しいと思われる。平成９年以降医師が医療事故による業務上過失致死で逮捕されたケースは、東京女子医大の心臓手術での人工心肺操作ミス事件、慈恵医大青戸病院の前立腺癌腹腔鏡手術事件の２件のみである。これらは医療過誤が明らかであった、あるいはカルテ等の改竄があったケースで、今回のようなグレーゾーンでの逮捕は初めてである。そういう意味でも異例中の異例ともいえる事件であった。

あなたにしあわせをつなぐ
株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社

メディカルトピックス
Medical Topics

産婦人科医逮捕事件

加藤克彦先生の「不当逮捕」に憤怒の抗議

下関市医師会　藤野俊夫

はじめ

今回亡くなられた患者様とそのご遺族の方々に心からお悔やみを申し上げる。

福島県立大野病院で前置胎盤の適応で帝王切開を受けた患者が死亡し、担当の産婦人科加藤克彦医師が「業務上過失致死」容疑と「医師法 21 条」違反（異状死の届出義務違反）で逮捕・起訴されるという衝撃的な事件が起きた。逮捕・連行される様は誠に痛ましく無残であった。加藤先生の無念はいかばかりであろう。不意打ちのような司法の強権行使に対して、医療関係者は激しく反発し全国各地で抗議の声が上がっている。

「業務上過失致死」容疑

前置胎盤でしかも癒着胎盤の帝王切開は大量出血が予見できたはずなのにその対策を怠り死に至らしめたという「業務上過失致死」容疑は、司法側の知識不足による事実誤認である。医師に過失があったか否か、現在われわれには判断しがたい。しかし、「県立大野病院医療事故調査委員会」報告書の内容からは、医師には逮捕・起訴されるような明らかな過失はないと思われる。まず、前置胎盤が剥離しにくい癒着胎盤であることを術前に診断していなかった点については、そもそも現在の産科医療水準では術前の確定診断は困難なのである。癒着胎盤をクーパーで漫然と剥離したことや子宮摘出の判断の遅れも問題視されているが、これは患者の子宮を温存してほしいという希望に沿う方向に最大限の努力をしようとしたのである。その場にいる術者にしか判らない現場判断である。また、術中出血に備えて濃厚赤血球 5 単位を準備して手術に臨んでいるし、術中出血に対しても、ガーゼ充填圧迫、子宮動脈血流遮断、子宮摘出というなすべき一連の手順をきちんと踏み、適切に医療行為を行っている。病態によっては、たとえ十分な人員や設備の整ったところで、最善の努力をしても不幸にして死に至ってしまうものもある。今回の事例は、その一つであったのかもしれない。医師個人に刑事上の責任を負わせるべきではない。

ところが、この報告書の総合判断が医師の過失や医療体制の不備を認めたものになっていたために、この公表が捜査のきっかけになり、結果的に刑事処分の資料に使われてしまった。報告書は事故の再発防止や遺族への謝罪を含めて書かれたようであるが、医師の裁量を尊重するような記載上の配慮があってもよかったのではないか。

医師法 21 条問題

今回の「医師法 21 条」違反の適用は権力の過剰行使である。「医師法 21 条」では、医師は死体を検案し異状であると認めた場合には 24 時間以内に所轄警察署に届け出ることを義務づけている。しかし、現在、届出の基準になるものが 2 つ存在し、基準の異状死の定義が明確にされていないのが現状である。一つは日本法医学会の「診療行為の過誤や過失を問わず届け出る」とするもの、もう一つが日本外科学会などの「明らかな過誤がある場合に限る」とするものである。このような届出義務の判断基準があいまいな現実の中で、今回の事案が発生したのである。届け出るかどうかについて病院内で検討され、医療過誤による異状死ではなく届出義務違反には相当しないと

判断したことは妥当である。

異状死の届出問題は以前からの懸案事項であり、これまで医療関係者は死因の究明や患者の家族が納得できる体制作りを棚上げにしてきた感は否めない。今まさに「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が実施されている最中に、検察は強権を発動したのである。これはわれわれ医療関係者へのメッセージとも言われている。早速、日本医師会は届出基準を検討する委員会を設置することになったようだが、医療界と司法界の協議の下で、医療関連死は中立的な専門機関で扱う仕組みが確立されることを望みたい。

ネット医師会の活動

加藤医師の逮捕直後から、「不当逮捕」として全国の医師から抗議の声が噴出した。全国各地で抗議声明が発表され、先生を支援する活動が活発に展開されている。「周産期医療の崩壊をくい止める会」（代表：福島県立医大佐藤章教授）がインターネットを通じて、署名を呼びかけたところ、わずか 1 週間で 6500 名の署名が集まった。陳情書と署名簿を川崎厚生労働大臣に手渡し、要望を直接申し入れたことはこれまでになかった現象である。「ネット医師会」と呼ばれる組織の初めての活動であろう。その活動のスピードと実行力は非常に新鮮に感じられた。われわれ医師の新しいタイプの組織活動として、今後も期待したい。

これに比べ、既存の組織の動きは緩慢に思えた。大きな組織が動くためにはしっかりした裏づけが必要であり、そのために時間がかかることは理解するが、現在どのような対応をしているのかをリアルタイムに知りたいものである。

明日はわが身の不安

驚いたことに、加藤医師を逮捕した事件によって担当警察署が県警本部長賞を受賞した。不気味である。警察は今回の事例を前例として、過失の有無を問わず医療関連死を担当した医師を次々に逮捕するようになるのではないか。私の経験例を紹介する。約 17 年前、順調に妊娠経過していた初産婦が分娩台の上で突然硬直痙攣状態となった。通常の痙攣とも、子癇発作とも違う状態であった。直ちに、麻酔医に応援を頼み救急処置にあたったがあっという間に心停止に陥ったのである。死因を究明するために茫然自失のご主人を説得し病理解剖させていただき、羊水栓塞症であったことが判明した。重篤な場合は致死的なもっとも怖い疾患である。カルテ保全の手続が行われた。数回にわたり、遺族や相手側弁護士に説明し、ご理解、納得していただき訴訟には至らなかった。その時は警察に届け出ることなんて思いもしなかったが、今同じような症例に遭遇したら、届け出るべきなのだろうか。届け出なかったら逮捕されるのだろうか。非常に不安である。

開業医の頼りは所属する学会、医会そして医師会である。特に医師会には、開業医で医療関連死が発生した時の対応システムを是非、早急に構築してもらいたい。

これからの産科医療体制

産科医療は常に危険と隣り合わせである。それまで正常であったものが突然異常となり、死にいたることさえある。妊産婦死亡は平成 16 年には全国で 49 名、比較的身近にある。異常事態への対応の原則はまずマンパワーの確保である。産科医の少ない地域ではハイリスク症例が集まりやすい病院でありながらやむを得ず医師一人体制のところが少なからずある。今回の事例はそのような病院や産科医に大きな衝撃を与えたに違いない。産科医の減少から、産科診療を休止する病院が増えてきている。今回の事件がこの傾向に拍車をかけることは間違いない。そのあおりを真っ先に受けるのは僻地や離島で、そこの妊婦は出産難民となる。少ない産科医を効率的に配置して、安全で安心できる産科医療提供体制を構築していくこと、そして、産科医を増やす対策を早急に立てることが喫緊の課題である。

最後に

見せしめのような今回の「不当逮捕」に、改めて憤怒の抗議をする。

今後、加藤先生の無罪を勝ち取るために、医療関係者は一丸となって戦っていかなければならない。

医師会の皆様には、一層のご協力とご支援をいただきたい。

メディカルトピックス
Medical Topics

産婦人科医逮捕事件

第114回日本医師会定例代議員会
産婦人科医逮捕事件に関する質疑応答

とき　平成18年4月2日　ところ　日本医師会館

代表質問

質問：加藤紘之　代議員（北海道ブロック）

「福島県立病院における医療事故に関連した医師逮捕について」

去る2月18日、福島県立大野病院に勤務する38歳の産婦人科医師が帝王切開中の大量出血により患者さんが死亡した件に関連して業務上過失致死罪および異常死の届出義務違反（医師法21条違反）の刑事事件として逮捕されました。果たしてこの逮捕は妥当性を有するものでしょうか。

第一の業務上過失致死罪について考えてみますと癒着胎盤は全分娩の0.01～0.04％というまれな病態であり、これを事前に確定診断することは困難であります。ちなみに前置胎盤に癒着胎盤が合併する頻度は4％であります。この点につき担当医師は前置胎盤であることを事前に診断していたことから、ある程度の予測を立てその場合には子宮摘出の可能性があることを妊婦本人、および夫に説明しています。妊婦は子宮の温存を強く望んでいました。

帝王切開は外科医の協力を得つつ、麻酔専門医、看護師4名でスタートしました。児を取り出した後、癒着胎盤を剥離せんとしましたが多量出血が始まり、用意した輸血1000mlに加え計3000mlを追加発注しつつ、子宮摘出術を決断し、施行するも、最終的に出血総量が12000mlに及び心停止に到ったものであります。経過を通して、術前予測、チーム編成、輸血発注、術中処理法など標準医療に劣る点はありません。

福島県警の言う

①大量出血の危険があるのに高度な医療が可能な病院へ転送しなかった。

②癒着胎盤を剥離する際の手技が拙劣であった。

とする指摘は的外れの見解であります。術前予知不可能な病態を“あり得ること”としてほとんど全ての分娩を高度医療機関に転送すべきとするのは医療機関、患者・家族を無視した暴論であり、回避医療、たらい廻しにつながり医療の崩壊を意味します。

第二の医師法21条違反について考えてみますとその主旨は変死などの異常死に医師が協力することであり24時間以内の届出を義務付けています。1999年都立広尾病院で起きた薬剤取り違え事故に関連して病院長が届出義務違反として最高裁で有罪判決を受けています。しかしこの例では事故の透明性を欠いた点が問題とされたのであって他に法律がないことから医師法21条を適応せざるを得なかったのであります。その後、日本外科学会、国立病院の指針は「明らかな医療過誤または過誤が疑われる場合に院長が警察署に届け出る」としています。これらはあくまで、第三者的機関が創設されるまでの間のやむを得ない方策としています。

この点について大野病院の病院長は直ちに緊急会議を開き「指針には該当しない」として警察には届けず、県に届け出を行うことと決定しました。それを受けて、専門家を含めた専門委員会が設置されその結果を受けて県は担当医、病院長を行政処分にしています。県が謝罪の上、遺族と和解を進めてきた途中、すなわち事故から1年2か月を経て県警が逮捕、起訴したのであります。県警に言わせますと証拠が少ないので“口裏合わせ”を封じるためとのことであります。4月9日にはカルテ等を差し押さえており、ましてや担当医はその後も実直に勤務を続けており逃亡のおそれな

どあり得ないことであります。

これらからして今回の“逮捕”は断じて許し難く、万が一にもこの医師が「有罪」となれば警察はあらゆる医療に関わる死亡例につき“担当医を逮捕する”という判例を得ることになります。これに対し、医師を派遣している大学病院・地域医師会、有志の方々そして東京都医師会の唐澤会長は素早く行動を開始し、声明文を出し政府関係者に申し入れました。また西島英利参議院議員は厚生労働委員会で政府の見解を求めています。川崎厚生労働相は「医師が患者の安全性を確保した上で萎縮せず、安心して医療ができる体制をしっかり構築するよう努力しなければならない」と述べ今回の事件は「個人のみに帰する問題ではないだろう」と述べています。

ここで日医執行部にお伺いします。この件につきどのような見解に立ち、かつどのような行動を起こし、具体的な獲得目標をどこに置くのかについて明解なお答えを頂きたく存じます。

答弁：唐澤日医会長

亡くなった女性、ご遺族に哀悼の意を表しつつ、発言していきたい。

非常にまれな事例で、医学的にはまれな経過をたどった事例と聞いている。これは個別的な事例だと医学上は思えるかもしれない。しかし、ここで取られたいろいろな手続きは、われわれ医療担当者にとって非常に大きな問題を投げかけている。

各地域で本当に良識を持って、誠意を持って安全な医療を提供しようと努力している先生方がたくさんいる。しかし、われわれが医療を行う場合、たとえ一服の薬でも、1 錠の錠剤でも、簡単な予防注射であっても、予測しえない事態が発生することがある。

（今回の事例は）「予測しえない事態」がどのように社会的に考えられるか、ということを考えるひとつの機会になると思う。医療を提供する側にとっては、この産婦人科医のこういう取り扱いで産婦人科を志す先生が一層委縮し、そしてまた、さまざまな分野で力が発揮できなくなるという事態が一番恐ろしい。

この問題は、社会的にまず提起して、日医としても専門家、一般国民、患者の声を入れてしっかりと検討していくことが大事。

すでに厚生労働省において、また国政の場においても大きな問題となっている。報道機関も取り上げつつあるので、必ずやこれが大きな世論を喚起し、その流れの中で、私たち医療担当者が医療を提供する場合に支障のないよう、また若い先生方が 1 つの脅威も感じず、十分な意欲を持って医療に臨めるような道を聞いていくべきだ。

具体的な方策については、担当理事を中心にして作りたい。

個人質問

質問：三浦　修　代議員（山口県）

「日医は産婦人科医逮捕に対し迅速な行動を」

福島県立大野病院における帝王切開中における妊婦死亡に関連しての産婦人科医逮捕の報道はまさに痛ましく、亡くなられた 29 歳の女性とその関係者の方々には心よりお悔やみを申し上げる。

この報道に対して、東京都医師会がいち早く声明文を出されたことは、死亡に至った問題点と、その背景を広く世間に訴えるためにも時期を得た適切な対応であったと敬服申し上げる。日本法医学会の出した異状死ガイドラインでは、事件・事故に限らず、すべての診療行為に関連した予期しない死亡や、その疑い例までをそれに含めるとある。

しかし、外科関連学会は明らかな医療過誤のみとし、診療行為の合併症として予期される死亡は、異状死に含まれないとしている。このような患者死亡までも、警察署に届ける義務が課せられるとすれば、刑事被疑事件として捜査の対象とされ、遺族との信頼関係が崩れ、大きな誤解を招く結果となりかねない。

今後、医師法 21 条の異状死の取り扱いに関する解釈の違いで、医療の現場が混乱することのないよう早急な法整備が必要と考えるが、日医の考えは如何か。

また、この逮捕された産婦人科医はいわゆる一人医長であり、県立大野病院は産婦人科医不在のまま休診状態になっていると聞く。産婦人科、小

児科、麻酔科に限らず、多くの地域医療は、極端な医師不足の中、地道で献身的な多くの医師たちの過重労働の上に成り立っている。日医は、地域医療の崩壊に地域医療を崩壊させかねない医師の偏在あるいは医師不足の問題を喫緊の課題として厳粛に受けとめ、一日も早く有効な政策実現に向けての重要課題として取り組んでいただきたいと思うがいかがか。日医執行部の考えを伺いたい。

答弁：木下日医常任理事

福島県立大野病院の大変痛ましい、気の毒な事故に関して、日本医師会の基本的なスタンス・見解は先ほど唐澤会長が述べたとおりで、私はこの問題に関する各論的なことを若干申し上げる。

この問題が実際に起こったのは 2004 年だが、その間に県立病院と医師との間のいろいろな報告・状況を聞き取って報告書を公表している。それによると、医師はその後も診療を続け、年間 200 近くの分娩をしていた。その後、警察は時々事情聴取をしていたが、その結果、突然今年の 2 月 18 日に逮捕・拘留という、われわれから見ると極めて不当な出来事が起こった。その被疑事実は、業務上過失致死容疑と医師法第 21 条違反となっている。そうなった以上、今度は司直の手に移るわけなので、検事と弁護士が直ちに付いて 3 月 10 日には起訴にまで至った。

拘留というのは本来、海外に逃亡するだとか、証拠隠滅を図るだとか、関係者にいろいろな事情の口裏を合わせるだとかという場合にはあり得る話だが、この医師にはこういったことがまったくないにもかかわらず、拘留されたことは非常に不当だ。直ちに産婦人科学会や医会などが全面的な援助をして拘留は解除され、いまは自宅待機している。

業務上過失致死罪に当たるかどうかだが、これは産婦人科専門医として、詳細は裁判の場で検事と弁護士のやり取り、あるいは鑑定人、そしてその意見書に基づいて科学的・医学的に純粋に行われると思う。

ただ一般論から言うと、29 歳の方には前回も帝王切開が行われ、2 回目の分娩も母体・胎児にとって最も安全と思われる方法として帝王切開を選択したわけだが、不幸にして前置胎盤であって、なおかつそれが癒着胎盤だった。これは術前になかなか診断が難しい。ひとたびこのような状況で胎盤剥離が行われると、大量出血が起こってなかなかコントロールできないという病態である。米国などでは、癒着胎盤の約 10％以上が亡くなる病態で、加藤医師が全力を尽くしたにもかかわらず及ばなかった病態だとわれわれは考えている。

今は裁判の途中なので、しかも現在、証拠書類としてカルテ、そのほかのすべての資料は検察側に保管されている。法廷の場で初めてその資料が出てくるので、それに基づきわれわれ産婦人科医としては科学的・医学的にきちんとした対応をする視点で、学会・医会全力を挙げてこの問題に対応しよう、つまり、有罪には絶対にしない視点で動いている。

これはすべての医師にかかわる問題だ。業務上過失致死のほかにもう 1 つの問題は、医師法 21 条の異状死の問題である。

法医学会と外科学会の見解も異なる。正式な定義もはっきりしない。つまり、届けたわれわれは異状かどうかにかかわらず、24 時間以内に届けた方がよいといって届けた場合、相手はまったくの素人であるため、その事案が果たして業務上過失致死に当たるのか、場合によっては殺人ではないかという視点で見る。その結果、数多くの案件が警察に届けられる。このこと自体、異常なことだが、われわれは司法との関係でしばしば協議会を設けて話し合いをしているときに、いま問題となっているのは、民事事件にとどまらず刑事事件にまでいくというケースが、すべての診療科における訴訟事件で起こりつつあることだ。どのように防いでいくかということもあるが、その 1 つの問題は医師法 21 条の問題も関係しているといわれている。

日医としては、法そのものを動かすというのはなかなか難しいが、ナチュラルな死だったのかアンナチュラルな死だったのか、明らかにこれは届けるべきであるというものは明確になると思う。そのような視点で他学会とも一緒に検討し、1 つの指針を出したいと考えている。

日医の姿勢としては先ほど唐澤会長が話した通りで、現在事件そのものに対しては、これ以上いたずらに動くことはかえって得策ではない。従っ

て、医師法 21 条に関する問題を中心に、今後医療安全にまで広げて検討していきたいと考えている。

質問：伊藤宣夫代議員（愛知県）

福島の産婦人科医師の逮捕・起訴は、産婦人科医はむろん日本中の医師に、「明日は我が身」という大きな衝撃を与えました。日本中の医師、専門家やその団体が不当逮捕だと抗議する中、幸い保釈が決まるまで、医師を拘留して日夜取調べを続けた福島地検はあくまでも有罪だと強弁しています。

昨年 3 月、福島県「県立大野病院医療事故調査委員会」報告書は医師の判断ミスを認め、県は遺族に謝罪し、医師を減給 1 か月の処分にしました。この事故調査委員会の会見が富岡署による捜査の端緒になったと報道されました。「報告書」は事故の再発防止や謝罪を含めて書かれたものと聞いていますが、現状では、肝心の遺族との補償交渉には未だ入れず、形の上では既にミスを認めてしまったこの報告書だけが刑事処分の手段として一人歩きしています。

このように事故調査委員会の報告自体が司法捜査の端緒になった事実は、医療事故の原因究明と事故再発防止のため日本各地でなされている多大な努力に冷や水をあびせるもので、今回の事例が悪しき前例になる恐れがあります。また医師の行政処分類型見直しで新たに「戒告」が新設されることで、処分を求める申し立て件数が増えて、それらが行政処分された事例として公表されることで捜査の端緒が今後益々拡大する可能性も危倶されます。

医療事故の原因究明と再発予防のため作成される調査委員会の報告書が責任追及ひいては刑事処分の端緒となり、断罪のための証拠として使われるようなら、本来の目的のために必要とする情報は出てきません。「異常死」に対する見解・解釈が大きく分かれているのに関係者間での共通認識とは言えない司法の論理のみが暴走して逮捕・拘留が続くようなら、何をしたら処罰されるのかわからない医療現場では大混乱が起き、急速に萎縮医療に陥る危険があります。

こうした事態を防ぐには、①厚生労働省のみならず、司法分野の省庁も加えて、例えば官房長官が主催するような複数官庁にわたる大きな枠組みでの協議･解決に向けた動きが必要だと考えます。日本医師会としてはそうした方向の実現を目指すプロジェクトチームをつくって緊急の取組みを開始すべきではないでしょうか。

今回遺族が未だ福島県の謝罪を受け入れずに補償交渉に入れないでいることもこの逮捕に影響している可能性があります。医療事故の無過失補償制度のより強力な推進はもちろんですが、②患者やその家族に、起こり得るリスクへの認識も共有できるような、個々の医師の努力にまかせるということではない、客観的情報提供のための公的な枠組みの立ち上げが必要だと考えます。例えば今回設けられることになった癌診療連携拠点病院での相談支援センターと類似の機能のものをセンター的な病院に配置して機能させるようなことが考えられます。

これら（①、②）に対する会長の考えをお聞かせ下さい。

答弁：木下日医常任理事

福島県立大野病院の事件に関しては、事故調査委員会の報告書が大きな影響を及ぼした事実がある。実際の状況を聞くと、事件が起きて以来、医師に対して弁護士がついていない。事故調査委員会、病院側と医師との間での調査報告書と理解している。

このこと自体が問題で、県立病院という特殊性から、いろいろな背景があってこのような調査報告になったと聞いている。こういった不幸なことが起きたときにはやはり、少なくとも弁護士と病院サイド、医師とでどのような対応をすべきかということを詰めた上で行動することが必要だろう。

これが前例になって、すべて同じようなことになるとは思わないが、今日の医師・患者の間は今までのように「お医者さまに診ていただいた」と尊厳を持って感謝して診ていただく、その結果については「先生に診ていただいたから、ありがとうございました」と言って引き下がる状況ではなくなっている。司法関係の方々と話すと、「医師

の方々は、現在では医師と患者は医療契約の関係にあることをぜひ、理解していただきたい」と言われる。どういうことかと言うと、医療行為をするに当たって、われわれはベストを尽くすという契約があって、それに十分に対応できなければ、訴えてきても仕方ないと理解していただきたいと。これは司法、判事の見解である。このため、情報をきちんと流す、インフォームド・コンセントが必要だ。

いろいろなリスクに対して、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと類似の機能の施設をセンター的な病院に作って集中的に話をしたらどうかという指摘はもっともだが、それ以上に今日では、医師個人が何か医療行為をするときに、そのようなことを理解した上で（患者に）話をして納得させるステップを踏まざるを得ないので、あえて、そのような拠点病院、がんのような特殊な専門病院でしか治療できないことに関しては可能かと思うが、一般診療の中では難しいと思う。ただ、方向性としては、医師一人一人が同じような視点で、なおかつ病院でそういう窓口をつくることは可能だと思う。

長い間検討されている「無過失補償制度」は、スウェーデンやニュージーランドなどで現実に行われているが、国の社会保障制度に対する認識が日本とはまったく違う。そういうところでは、「それだけの支出をしても弱者に対する救済を」という視点があって実際に行われている。

日本に導入するに当たって最大の問題はファンドをどうするか。そのためには、過失なのか無過失なのかを第三者機関で検討することが必要である。現状では、何か起これば、司法の場に持っていかざるを得ない、負けた方は支払わざるを得ない形になっている。その枠の中で第三者機関を設けて無過失補償の方向へ、ということは、かなり大きな仕事になる。方向性としては医師を守っていく視点からは大事な施策だと思うので、具体的に可能な限り検討して、また報告したい。

寄贈図書・資料等一覧

（平成 18 年 4 月）

名　称	寄贈者、筆者（敬称略）	受付日
開業医だからできること	関根医院院長　関根　博	18.4.5
開業医の力　－医者と患者さんの心をつなぐ処方箋－	関根医院院長　関根　博	18.4.5
第 14 回大阪府医師会「治験セミナー」 DVD	大阪府医師会	18.4.6
大阪府民とともに考える治験パネルディスカッション DVD	大阪府医師会	18.4.6
徳山医師会　創立七十周年記念誌	徳山医師会	18.4.10
岡山県医師会史　第二巻	岡山県医師会	18.4.17
日本警察医会雑誌　日本警察医会創立 10 周年記念誌	日本警察医会	18.4.21

特集

専門医会懇談会

と　き　　平成18年3月11日（土）午後3時～
ところ　　山口県医師会館　5階　役員会議室

［報告：常任理事　加藤欣士郎］

司会（三浦専務理事）：それでは、専門医会懇談会を開催させていただきます。本日は、お忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。初めに藤原会長がごあいさつ申し上げます。

藤原会長：土曜日の貴重なお時間にお集まりいただき、お礼申し上げる。

さて、小泉政権のもと、医療制度改革が着々と押し進められているが、昨年12月の医療制度改革大綱に沿って、医療制度改革関連2法案が今国会に提出され、今会期中に成立の見通しである。今回は診療報酬改定、介護報酬改定の年でもあり、さらに介護保険法の改正も絡み、厚生労働省は総力を挙げて、かつてないほどの大がかりな改革を目指している。その理念は、厚生労働省の幹部の発言を借りれば、「どのような制度であっても、医療費の伸びを抑制しなければならない」である。患者負担が増え、よい制度が壊れる前に、負担を含めて総合的な施策を提案・提言する機能をもつ機関がどこにもない。いまの政府にも、そうした視点での気持ちはないように思われる。ともかく、医療の大きな転換点、変革の年にあたって、今回ほど日医の存在を薄く感じたことはない。

ところで、昨年12月15日に開催した郡市医師会長会議において、県医師会に対し、小野田市の砂川会長より、各専門医会の横の連携について、情報交換の場をつくっていただきたいという要望が出された。県医師会として、地域医療の現状を見るとき、例えば医師の地域偏在、科の偏在による医師不足、これには新医師臨床研修制度も絡んできているが、こうした医師不足や学校地域保健連携推進事業における専門校医派遣問題等、課題は山積しており、貴重な提言をいただいたと考え、直ちにこの専門医会懇談会の開催に向けて着手し、今回の開催となったところである。

特に小児救急医療体制の確保について、国は小児科・産科における医療資源の集約化・重点化という基本的な考えを示し、公立病院を中心とした連携体制の確立を構築するとし、都道府県が主体となり、平成18年度を目途に実施の必要性を検討し、具体的な対策を、20年度から施行される医療計画に盛り込む考えを示している。山口県においても医師不足が顕在化し、県医師会として先般、二井県知事に直接面会し、麻酔科医の不足に

対する対応をお願いしたところである。2006 年度の県予算において、医師確保対策推進事業が盛り込まれており、また離職した医師の復職に向けての研修制度の新設や、山口大学医学部の推薦入試に県内出身者を対象とした地域枠の新設など新たな施策が見られ、医師不足に対する解消を目指し、県も本腰を入れ始めている様子がうかがえる。

一方、県医師会においても、「山口県医師会ドクターバンク」を創設し、徐々にではあるが、実績を上げつつある。また女性医師懇談会を設け、女性医師の復職等、多くの課題について検討していただいているところである。

本日の、この懇談会は、まさに緒に就いたばかりだが、まずは自由に意見交換をしていただき、方向性を探り、今後の地域医療の円滑な推進に役立つよう、本日のお話が結実するよう願って、あいさつとさせていただく。

専門医会の現状と課題について

司会：それでは早速、協議事項に移らせていただきます。初めに、専門医会の現状と課題ということで、それぞれの専門医会の先生方にご発言いただきます。山口県内科医会からお願いします。

中村（県内科医会）：本会ができたのは昭和 38 年、およそ 20 年前になります。定期的に年 1 回の総会と学術会（学会）、会長会議を年 2 回開催しています。会員数は、近年の 10 年くらいを見てみると、平成 5 年が 797 名、一番多かったのが平成 7 年の 804 名。残念ながら、少しずつ減少傾向に、平成 17 年度の会員は 685 名という状況です。

総会や学会以外に、年 1 回、山口県内科医会会報を出しています。さらに、山口県内科医会会誌を出しています。この会報は、一年間の会計や主な行事、人事のことを主に掲載しています。会誌は、学術的な意味の多い書物です。これを見れば、いろいろな分野のことも勉強できるようになってきています。これから、より発展的に内容を充実させていかなければいけないわけですが、なかなか編集等にも人数・編集委員の問題があって、なかなか思うようにいかないのが実情です。

他県にも内科医会があり、そこからもいろいろな雑誌が出ており、いろいろな情報交換をしています。内科は、日本内科学会とは別に、日本臨床内科医会があります。これは、臨床の内科医が集う全国的な会であって、この入会者は約 1 万 9,000 人。これも少しずつ減り、いま 1 万 8,000 人くらいではないかと思います。その中で、各県の代表、あるいは私も理事になっておりますが、

出席者

専門医会

山口県内科医会	会長	中村　克衛
	副会長	木村　直躬
山口県神経精神科医会	副会長	兼行　浩史
山口県眼科医会	会長	浅山　琢也
山口県臨床整形外科医会	会長	今釜　哲男
山口県小児科医会	会長	砂川　　功
	総務委員長	富田　　茂
日本産婦人科医会山口県支部	支部長	伊東　武久
日本臨床皮膚科医会山口県支部	副会長	安野　秀敏
山口県臨床外科学会	監事	松本　　正
		清水　良一
山口臨床泌尿器科医会	会長	小金丸恒夫

山口県医師会

会　　長	藤原　　淳
副 会 長	木下　敬介
専務理事	三浦　　修
常任理事	吉本　正博
	濱本　史明
	佐々木美典
	西村　公一
理　　事	湧田　幸雄
	杉山　知行
	加藤欣士郎

地方によって地方から理事や評議員などが出ていて、木村副会長がその編集委員長をやっています。その関係の集会が年に 1 回、中四国ブロックの代表者会議というものが行われます。そこでいろいろその地方の、ブロックの問題点を協議し、それを日本臨床内科医会に提議する、あるいは提案するという形をとっています。

しかしながら、山口県内科医会の会員全てが臨床内科医会に加入しているわけではありません。山口県内科医会非会員が、その臨床内科医会に入会することはまずありませんが、山口県内科医会の何割かが入っております。今年度は、山口県内科医会の会員が 685 名、そのうちで 420 名が、日本臨床内科医会に入会しています。よって、私どもは両方のことを考えながら運営していく必要があることになります。

会費は、山口県内科医会の年会費が 5,000 円です。一昨年までは 3,000 円でしたが、これでは単年度赤字でどうにもならないので、昨年から年会費を 5,000 円にし、それでなんとか黒字運営ができている現状です。したがって、もう少し会員を増やさないといけないわけで、どういう形で会員を増やすか、いつも頭を悩ませていますが、大学の内科医師を少しでも引き込もうというつもりで、今年はいろいろ策を練っている最中です。

司会：ありがとうございました。次に、山口県神経精神科医会、よろしくお願いします。

兼行（県神経精神科医会）：精神科医会の特色は、専門医が設立段階に入っており、実際に精神科領域では、精神保健指定医という厚生労働省の決めた資格があるために、専門医制度がなかなかできなかったと言えます。いま、準備段階が進み、認定の第 1 号が来年、再来年に出るといった状況です。

現在、精神科領域では臨床研修において 1 か月以上の必須化が設けられ、総合病院における精神科の役割が少し高まっている現状ですが、非常に人手不足で、特に来年度から日赤も非常勤、関門医療センターもまた非常勤になり、実質的に県内の総合病院で精神科の常勤医がいるのは、東から岩国医療センター、県立総合医療センター、そして山陽病院、山口労災病院と、そうした実情になりつつあります。

医会としては、ここ 3 年、年 1 回ほど、特に学習項目として、医療観察法が去年の 7 月から施行されていますが、そちらに関することや、障害者自立支援法がこの春から施行されますが、そのことや、また施行が進んでいる後見人制度、そうした制度の勉強会を開催しています。

現在、事務局は県立清和荘が行っており、会長が水木先生です。この県立清和荘が、この春からこころの医療センターと名前が変わり、新たにスタートを切るところです。いま精神科救急システムを山口県中心で、その体制をこの 4 年間整えており、それが今後の課題になっていくと思います。

司会：眼科医会、よろしくお願いします。

浅山（県眼科医会）：山口県眼科医会は、社団法人日本眼科医会の山口支部を兼ねていますので、県独自の活動のほか、本部方針に沿った活動をしています。会員は A 会員が 76 名、B 会員が 64 名、C 会員が 12 名、D 会員が 3 名、合計 155 名で構成されています。約 7 割が眼科専門医として活動し、A 会員の会費が 2 万 5,000 円、B 会員が 1 万円、C 会員が 7,000 円で、D 会員は免除会員です。

眼科は、医会と学会が車の両輪のようによい関係を保っており、山口県においても、大学との連携を重視し、助け合って地域医療への貢献と会員相互の融和を図るように努力しています。例えば、会員の生涯研修や学術講演会を大学と共同で行っており、目の健康講座、過疎地無料検診を各地で開催し、地域社会活動を行っています。また、IT 化を促進しており、ホームページもつくっていますが、会員の過半数がメーリングリストに登録しています。通信網も、会員相互の情報交換も盛んに行われています。

また会報は年 2 回発行しており、会員が少ない割には立派なものができていると思っています。

最近ちょっとした問題があって、県内各地にコンタクトレンズ量販店が進出し、医師会や眼科医会に入会せず、非眼科医が開設する医療機関が

増えている。現在、眼科医会は医師会に入会しないと眼科医会には入れないことにしており、その両方に入会されていないために、仲間として引き入れて強制するわけになかなかいかない現状がある。ちょっと懸念をしているところです。お知恵をまた拝借したいと思います。

司会：臨床整形外科医会、お願いします。

今釜（臨床整形外科医会）：山口県臨床整形外科医会の会員数は 95 人。入会率は 95% と、山口県で整形外科を開業しているほとんどの先生方が入っておられます。この上部団体として、日本臨床整形外科医会があって、会員数が 5,300 人です。この日本臨床整形外科医会とともに行動している状態です。

この医会の先生方を年代別に見ると、40 代が 25 人、50 代が 25 人、60 代が 24 人、70 代が 12 人と、まあ均等に分かれています。診療所別に見ますと、無床診療所が 65 か所（71％）、有床診療所は 21 か所（23%）、病院が 6 か所（6%）と、無床診療所が約 7 割を占めており、無床化が進んでいるということであります。これから有床診療所の役割ということを考えていかなければならないかなと思います。全体的な整形外科の診療所の数については、徐々に増加傾向にあります。それから、活動は、年 6 回の理事会を開催し、研修会は年 4 ～ 5 回行っております。それと、「骨と関節の日」のイベントを毎年 10 月に開催しております。これは、各地区の持ち回りで、昨年は宇部でありました。600 人の市民を集めて盛大に行われました。それから会報は 2 年に 1 回作成しております。

整形外科が抱えている問題点として、医業経営という問題からすると、ご存じのように収入も多い代わりに経費も多い科です。リハビリの機械や機能訓練室など大きな設備投資が必要であり、また PT やリハビリ助手など多くのマンパワーが必要です。昨年の医療経済実態調査を見てみても、医業収入は断トツですが、その収支差額は第 5 位で、非常に経費のかかる科で、今後設備投資を少なくして、人件費も少なくして、こぢんまりとした医業経営が可能かどうかということも模索する必要があります。

また整形外科は診療報酬点数が低く設定されて、多くの患者さんに来ていただかないといけませんが、最近は患者さんも減少しております。その要因の一つは、患者さんの自己負担の増加です。もう一つは、介護保険が実施され、主治医意見書を書くと、いままで来られていた患者さんがデイケア、デイサービスに行ってしまい、来なくなり、患者さんは減ってしまうという現実です。今後、開業医の増加、あるいは患者さんの自己負担にともなう受診抑制がさらに予想されます。私たちも介護保険事業に積極的に出ていく必要があるのではないかと考えています。

また、患者数減少の要因のもう一つに柔整師問題があります。柔整師は打撲、捻挫、脱臼、骨折など初期治療しか施術できません。しかし、慢性疾患を捻挫と称して施術するのが実態です。毎年 5,000 人～ 6,000 人の人たちが柔整師の学校を卒業しており、脅威に感じます。われわれとしては共存していくのか、あるいは法的な手段で訴えていくのか、難しい問題を抱えています。ぜひ日本医師会からも、解決に向けた努力をお願いしたいと思います。打撲、捻挫、脱臼、骨折を長期間施術することは、医師の同意書が必要です。他科の先生方におかれても、簡単に同意書を書かれると、トラブルが起こった場合にその責任を問われることになるので、安易に同意書を書かないでほしいと思っています。

さらにもう一つお願いですが、山口県の整骨院の保険審査委員に医師を多く加えていただくように働きかけてほしいと思います。いま国保は奥山先生が整形外科医として頑張っていただいていますが、社保には整形外科医が入っていません。ぜひ整形外科医を入れていただきたいと思います。

次に再診料の問題ですが、診察をせずにリハビリだけで再診料ということは、非常におかしいことです。しかし、再診料を算定しない場合は、消炎鎮痛処置 35 点、現在は 5 回目から 18 点、180 円しかもらえません。昨年、日本臨床整形外科学会がリハビリテーションの実態調査を全国で行いました。それによると、一人の患者さんに物理療法を行っている時間は、平均所要時間が 50 分です。これで 180 円では、われわれはやっ

ていけません。患者さんのお話だけを聞くと、再診料と外来管理加算で 125 点が取れます。この矛盾をご理解いただいて、リハビリの点数を上げていただくのか、あるいは再診料を施設使用料などのような名目に変えていただくか、ぜひ日本医師会として考えていただきたいと思います。

県医師会にも保険委員の方がおられますが、このような疑問、質問にお答えいただけるのでしょうか。ぜひわれわれの意見を取り上げてくださる委員会として、機能してほしいと思っています。

司会：はい、ありがとうございます。あとでまたディスカッションの時間を取りたいと思います。小児科医会、よろしくお願いします。

砂川（小児科医会）：山口県小児科医会は、昭和 42 年に結成され、今年で 39 年、いま全都道府県に小児科医会が結成されていますが、全国でも早い時期の結成ということになります。当初は、東部、中部、西部と 3 年毎のいわゆる長老の先生方を中心としたに医会が運営されてきたのですが、12 年前に全県下一区と、全会員による選挙となり、いま理事・役員が 19 名、そのうちの 15 名を直接選挙で選んでいます。その直接選挙で選ばれた理事・役員の中から、互選の上、会長・副会長等が選ばれます。地域など、いろいろな偏りを補正するために、残り 5 名は会長推薦として理事を構成しています。お陰様で、こうした制度をとるようになってから、非常に若い先生方が医会で活発に活動していただけるようになり、50 代の非常に若い先生方が中心になって活動しています。

年に 4 ～ 5 回開く理事会のあとには、1 週間以内に必ず内容をまとめて全会員に FAX ニュースを出しています。また、年に 2 回、速報性のある医会ニュース、年に 1 回いろいろな企画を組んだ会報と、充実した広報活動をしていますし、小児科医会のホームページもつくり、メーリングリストも活用しています。

われわれが構成している小児科医会の会員の中は、全国的に活動する先生方が結構いらっしゃいまして、山口県小児科医会は、全国の小児科医会中では非常に活動が活発で人材豊富ということで注目されている小児科医会であります。

実は、先ほど藤原会長が言われましたように、私がなぜこのような会を希望したかといいますと、今度の 18 年度の診療報酬を見ていただいたらわかるのですが、皆さんマスコミ等で小児科は追い風だとかと非常にいいと思われているかもわかりませんが、先月末東京で社保委員会の代表者会議があったので、私も出席してきました。実は、小児科はなにもいいことが起こっていません。むしろマイナス改定になってしまい、われわれ診療者レベルでは、5% の減が見込まれているくらいです。ただ、深夜加算や病院のまるめの点数が少し上がっているくらいが唯一取柄のあるところであって、いわゆる 18 年度の診療報酬改定では、まったく小児科は追い風どころかマイナス改定に追い込まれています。

そうしたことを見てみると、全国的な会議に出て意見も述べるのですが、東京の先生方が中心で、日医に働きかけ、また厚生労働省に働きかけていることはよくしっているのですが、なぜもう少し現場の声が通らないのだろうかと、本当に腹立たしく思っています。特に小児に関して、どんどん小児科の数も少なくなり、いまの財政状況で、この小児医療だけを突出して診療報酬を厚くすることはまず不可能です。そのためには、小児保健、小児医療だけが別枠、いわゆる診療報酬制度などもつくっていかないといけないような状況で、そうした時代に来ていると思います。そうすれば、こんなところでがたがた言っても仕方がないので、やはり

木下副会長が一生懸命されておられるように、いわゆる政治的な動きがないと、こうした活動は起こってこないだろうと、私はつくづく考えています。

たまたま、私は小野田市の医師会の会長をさせていただいているので、いわゆる郡市医師会の考え方と、こうした専門医会的な考え方に、やはりギャップがあります。県医師会は、下部に郡市医師会、上部に日医といった組織となって、そのもとでよい仕事をしておられるのですが、もう少しわれわれの切実な診療にかかわる問題については、やはり専門家的な者たちがものを言わないと動くような気配がありません。

したがって、ここでこうした会をもたせていただきたいと希望したのは、そこに意図がありました。やはり、これからのわれわれの活動は、医政連的な、いわゆる政治活動がなければ、われわれの診療の環境改善を望むことはできません。現在、東京の霞ヶ関で若い先生方を連れて国会議員と接触しながら医政連というものを育てておられます。素晴らしいことなのですが、それならば、むしろわれわれ小児科医や整形外科医、本当に現場で苦労している先生方を、そこの会議に出させてほしい。そして、その現状を訴えたい。ぜひ私どもを国会議員にぶつけていただき、小児医療の改善や整形外科の問題点を、医政連的なもので少し活動させていただければありがたいと思い、それで今日は出席させていただいています。ぜひ皆さんで一緒に協力し合っていきましょう。

司会：ありがとうございました。では産婦人科医会、お願いします。

伊東（産婦人科医会）：産婦人科の伊東です。この産婦人科は、山口県では産婦人科医会と産婦人科学会と二つの団体があり、学術は学会、業務や勤務医の問題などは全て医会で解決しています。そして、中央の日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会に直結しており、それらが両輪になって活動しています。会員についても、医会・学会どちらも同じくらいの人数で活動しており、ほぼ全員が学会と医会に所属することになっています。

そして、われわれ産婦人科の問題として特に一番大きな問題が、やはり医師不足だと思います。この医師不足に関しては、いままでは麻酔科、小児科が問題になっていましたが、ようやく私たち産婦人科にも目を向いていただき、マスコミにもようやく取り上げていただけるようになりました。しかし、実際はまだまだこれからの問題であって、特に各産科医療の総合病院が統廃合しないといけないことが、もう各県で起こっています。だから、これをどうのように解決するかが問題ですが、一番大きな問題は、やはり産婦人科医の過重労働です。やはり若い医師はどうしても、きつい科を選びたがらない、そこが婦人科の医師不足の原因になっていると思います。少しずつ保険制度、点数の改善はされていますが、まだまだこの問題が大事なことではないかなと思います。

それから、もう一つ大きな問題を抱えているのは、補助看法問題と言って、助産師の免許を持たない看護師に内診をさせたということで問題になりました。開業医の先生が実際に医療をしようと思ったときには、やはり看護師が診察の補助をしないとやっていけない状態になっている、このへんもぜひ、一番大きな問題になってくると思います。

それからもう一つ、皆さまもご存じのように、いま非常に問題に挙がっているのですが、県立病院の産婦人科の医師が逮捕されました。それも結局、異状死の届け義務違反で逮捕なのです。こうした逮捕はあってならない。われわれ産婦人科医会と産婦人科学会も連名で抗議をしていますが、やはりこれは婦人科だけの問題ではなく、皆さんの科でも、必ず刑事問題として起こり、いままでは民事訴訟が主だったのが、これからは刑事訴訟が問題になってくる。このへんをもう少し、日本医師会としても考えていただきたい問題だと思います。

司会：ありがとうございました。皮膚科医会、よろしくお願いします。

安野（臨床皮膚科医会）：日本臨床皮膚科医会山口県支部となっていますが、山口県部会から出席しました安野です。部会では、年に1度の総会と、3年に1度、中国支部の総会を山口県で行ってい

ます。また、部会で行っていることはあまりないのですが、「皮膚の日」の行事を 11 月 12 日に特別な行事として行っています。

部会は現在、構成員が 57 名、ほかの医会に比べて非常に少ないのですが、山口県は、日本皮膚科学会山口地方会という大学を中心とする会と、この臨床皮膚科医会とに分かれています。部会の目的としては、できるだけほかの医会と同じように、双方を同じレベルまで引き上げたいということで、日本皮膚科学会の入会者を臨床皮膚科医会にも入会させ、その組織率を上げることに努力している最中です。まだ組織が固まっているという状況ではありませんので、他の医会のようにいろいろやっている状況ではありませんが、学校・地域保健連携推進事業など、医会としては取り組んでいます。

司会：ありがとうございました。それでは臨床外科学会、お願いします。

松本（臨床外科学会）：山口県臨床外科学会は、年に 1 回行っています。会員は、1,000 人前後だったと思います。会費は 4,000 円。臨床外科医会は、（労災部会）と一緒ですけれども、特別講演は非常にレベルが高くて、参加者もいつもたくさん来られています。会報はありません。幹事会は、各地域より 1 人代表が集まり、年に 1 回行っています。診療報酬は、開業医レベルでは、前回の改定で大幅ダウン、おそらく 10% 前後だろうと思います。かなり問題にしているのですが、何回言っても、何もありません。それから外科なので、病院と開業医では問題点が少し違うのですが、病院の外科の問題点は、清水先生から説明していただきます。

清水：外科の現状をお話しいたしますには、やはり外科の専門医制度がどういういきさつでできたかというところ、1 分ほど時間をまず最初に割いて、お話しさせていただきたいと思います。
1936 年に、アメリカの Board が認定する外科医の専門医制度ができ、それから 40 年遅れて、1978 年にわが国で外科の認定制度ができました。くしくも私がその第 1 期生であって、1986 年に全国で 500 名近くの、初代の外科の認定医ができたわけです。それから、sub-speciality といいますか、私は消化器外科の方に進みましたので、消化器外科の専門医として、1990 年ですが、初回の試験以来、昨年までに約 2,000 人の、試験での消化器外科専門医がようやく誕生し、第 1 期生がいま 50 歳を過ぎたといった現状です。

そこで問題点なのですが、アメリカでも日本より 40 年先に外科の専門医制度ができて、初めの 20 年間は、何のために専門医をつくったのだという、そういったけんけんがくがくとした、意味がないのではないかという議論がたくさんあったそうです。ところが、いまやアメリカの専門医は、例えば年収にすると日本の 4 倍近くの報酬であり、一人のドクターに対して、ナースコーディネーター以下、カルテを書かなくてもすべてが自動的に雑務が進んでいくスタッフを抱えられるほどの、本当の専門職として生きていける、素晴らしい専門医制度ができているわけです。日本でもようやく、第 1 期生が 50 歳を超えてきた昨今、15 年先を見据えたグランドデザインのようなものが、専門医会で話し始められたと私は認識しています。

そこで、もう一度先ほどの問題に戻ると、やはり人口 30 万人に 1 つの病院、つまり 1 億 2,000 万人ならば、全国に 400 の拠点病院、ただしその拠点病院は、どこに乱立するのでもなく、人口 30 万人に 1 つくらいの病院をつくっていただければ、その専門医になった人たちを 5 人あて、いまの 2,000 人強の、試験で通った専門医を、いま現在配置したとしても 5 人程度配置できます。5 人の専門医がいれば、一人 300 例くらい年間に手術できるので、3,000 人くらいは賄える。具体的に、15 年先にどういったビジョンを持ってやるかといえば、その 30 万人の人口に対して 1 つの拠点病院、そこに専門医が集中するようなものをビジョンとして考え、いまからやっていけば、外科に入局する者も増えてくるし、将来性もあり、豊かな将来が広がると思うのです。

現状は、2 年間の卒後臨床研修を終えた後、私の教室（山口大学第二外科）には、今年 4 名しか入局していません。2 年間で 4 名ということは、過去の例で言うと、1 年に 2 名しか入っていない

状態です。全国レベルでも同じことが起こっています。ハイリスク・ローリターンの状況で、コーディネーターがいない状況、雑務を全部こなさないといけない状況。そして、そういう拠点病院に集めてもらって腕が振るえるならいいのですけれども、私の勤めている小郡第一総合病院でも、これは消化器外科専門医制度における外科の専門医修練施設になっておりまして、既に 3 名の専門医を送り出しているわけですが、指導医と専門医が二人、あと二人は単なる平といいますか、そういう最低限度の状況で、日常の激務に忙殺されながら、なんとか体を成しているのが現状です。

これは提言ですが、麻酔医の確保も同様ですが、日本の外科医は収入は低くても、とにかくいいチームで働けるのであれば、燃焼しきろうという気概を持った外科医がそろっていますので、ぜひともそうした専門医制度で専門医となった外科医が、お互いチームを組み、恵まれたといいますか、優れたコメディカルとともに、働きがいのある施設をつくってほしい。これを人口 30 万人に 1 つつくる目標を持ち、なんとか国に働きかけていただきたい。直ぐになくても、アメリカから 40 年遅れているわけだから、60 年先でもいい。とにかく、人口 30 万人に対して 1 つの拠点病院で、そこへ行けば、卒後臨床研修ですべての外科が、とにかくオールラウンドの外科医、要するに general surgeon を育てる意味で、すべての外科医の専門医がじゅうぶんな数働いているという、そういう将来的な構想をお願いしたいと思います。その施設の周辺に、ホームドクターといいますか、そこに送れば安心して自分のところに患者さんを返してもらえるといったシステムができれば、いまのあらゆる弊害はなくなってくるものと思います。かなり大上段に構えて話してしまいましたが、外科医は気概を持ってやっておりますので、ぜひとも国のほうに働きかけていただきたいと思います。

司会：はい、ありがとうございます。臨床泌尿器科医会、お願いします。

小金丸（臨床泌尿器科医会）：山口臨床泌尿器科医会は、おそらくこの中でも歴史はもっとも浅く、発足して 10 年です。平成 8 年の 3 月に設立総会を開いて発足し、現在の会員数は 92 名、これは山口県内に在住している泌尿器科の専門医です。日本臨床泌尿器科医会も同年に発足していますが、これももっとも遅れて、日本泌尿器科学会との両輪とし、保険診療関係の問題に取り組もうとする全国組織の臨床医会をつくろうとし、各都道府県から代表者が集まって議論し、その中で山口の臨床泌尿器科医会をつくったわけです。

現在、年 1 回の総会を 3 月に開催しています。これは、特別講演と、審査委員との意見交換の場を設けて、保険診療の審査委員と会員との間のいろいろな議論を行っています。その他、前立腺がん検診の普及啓発に努めており、最近は前立腺がん検診があちこちで行われるようになりましたが、その検診の実施要項を作成し、また精密検査実施医療機関の一覧表も作成して、各関係市町村等にも配布しています。また、県の予防保健協会と PSA 検査で協力関係にあります。

課題といえるかわかりませんが、臨床医会は会報はつくっていません。各医会は立派な会報を作成されており、私自身が文章を書くのが苦手であまり好きではないので、この問題にはあまり触れずに来ています。やはりいろいろな活動の記録として残すためには、やはり必要ではないかと感じています。

司会：はい、ありがとうございます。

藤原：先生方の生の声、熱気のあるお話を聞き、本来この懇談会を設けた私の意図とは若干違うのですが、それを聞いただけでも、この懇談会を今回開催した意味があるように思いました。ただ、いろいろなところで誤解もあるようなので、全体的にお話ししておきたいと思います。

まず診療報酬のことですが、ただいま整形外科医会、小児科医会からご意見が出ましたが、日医診療報酬検討委員会は、全国の各ブロックと、各医会、学会を代表する委員それから病院団体、更に今回から外保連、内保連の代表委員を加え、いわばオールジャパンのような形になっています。大学病院関係については、委員会の下部組織として専門部会を設置することになっています。今

期、日医の診療報酬検討委員会委員長を務めているところです。いま言った各ブロックや各医会等の意見を全部吸収し、その中で整理されたものを各委員が具体的な提案として重点要望項目としてあげ、重点要望項目は多くの場合は勘案されることになっています。こうしたステップがあることをご理解いただきたい。

山口県を例としてみると、県医師会では各郡市にとにかく要望を出してくれと、働きかけているのですが、要望がなかなか上がってこない。それからもう一つは、そうした医会の強い要望としてならば、各医会でまた上がってくるはずです。今回の診療報酬検討委員会は、いま松原常任理事がずいぶん頑張ってくれ、多くの場合要望が通っています。ただ、残念ながらできないものは、やはり診療報酬がマイナス 3.16% という状況の中で、各科共通で抑えられているためであり、重点的なものだけに限定されています。それでも要望は今回のマイナス改定の中で、それなりに通っていて、そういった意味では、私は日医の頑張りは評価しています。

それから、それぞれの科で政治団体をつくって取り組む、これはもう私から言わせればまったくナンセンスで、日医の力が分断されて、相手側の思うつぼになり、それは功を奏さないと思います。このことを松原常任も言っていますし、この委員会を通したものでないと、絶対上に上げないことを言っていますので、作業はそうした方針で行われていることをよくご理解いただきたいと思います。

その他、いろいろ貴重な意見をいただいたのですが、異状死の問題は県内でも同様の案件があって、これは都道府県会長協議会にも上げました。日医もそのことについて、考えてはくれているのですが、なかなか早急に具体的な方向を示すことができていない。ただ、いま厚生労働省が第三者機関をつくって、検討しているのですが、最近の毎日新聞だったと思うのですが、立ち入り調査を強制的に行うと書いてあったと思います。それは、産科医が警察に直接逮捕されるよりはいい手段かどうかは検討はしておりませんが、やはりもうちょっときちんとした形にしないと、われわれは本当に安心して医療は行えない。医療事故で逮捕されるとなると、まったく医療になりませんので、これは強く言っていき、良い形の機構を作っていかねばと思っています。

主に気がついたところは、そういうことですが、個別具体的な提案は、整形外科医会あるいは県にある保険関係の委員会に上げていただければ、県としては必ずそれを上げていきますので、まずそういうようなルートを通していただきたいということを強く申し上げたいと思います。

司会：いままでのところで、浅山先生、はい。

浅山：ひとつお願いがあります。実は現在、医会の事務局は、会長のもとにあるわけです。会長のところでやっていますが、これがかなり経済的にも精神的にも負担になっています。現在、県の医師会の中に、内科と外科の事務局があると聞いておりますが、私たち他の科は、それぞれ事務局は会長のところにあると思うのですが、同じ会員なのにという気持ちはあります。

５～６年前でしたか、私のほうから、小児科と耳鼻科に働きかけまして、県の医師会の中に事務局を置いてくれないかというお願いをいたしました。これは前々会長のときだったか、お願いをしたのですけれども、真剣に取り上げてもらえなかったという経緯があります。ぜひこれは一度検討していただいて、みんなそろって県の医師会の中に置いて欲しいところです。というのは、他県、特に大きな県は、ほとんど県の医師会の中にそれぞれの医会の事務局を持っております。ですから、内科と外科は古いですから、既得権なのだと思います。ですが、ぜひ置いていただくといいなあというふうに思います。

藤原：その問題は、前の執行部のときに上げられたかと思うのですが、これまでの長い経過の中で、いま言われたように既得権のような形で、まだ二つの会が残っていると思います。県医の基本的な方針としては、いまの県医師会は、人員やスペースなどを考えて飽和状態にあるので、できればそれぞれでやっていただきたいということです。キャパがないのが一番の問題かなというふうに思っていますけれども。

司会：ほかになにかご意見ありますか。

清水：専門医の数を設定するような枠組みづくりの中で、各学会がそれを決めていく国もあれば、国家試験で決めている国もある。米国のように、卒業した 3 万人のうちの 1,000 人しか専門医になれないという、そういう枠を決めている国もあるのですが、日本では外形基準だけで、どの学会でも勝手に専門医をつくられているわけです。同じ専門医という名のもとに、実力で判断すると、同じレセプトの点数でいいのかといった問題があるやにも聞いています。そうした専門医の数や決め方の枠組み、これは学会に任せていく方向なのか、国家試験のようなタイプでいくのか、その二つの方向、どちらになるのでしょうか。

藤原：先生のおっしゃるとおりで、専門医が各学会によって基準が統一されていないということで、今回診療報酬に乗せるという意味では、全体での一致は見なかったのです。ただ、いま日本医師会として、そこのところの検討に着手しておりますので、近い将来、どういった形まで専門医として認めるのか、これは各学会でもいま検討しているようですので、いずれ結論が出る問題だと思います。基本的には、専門医に対して診療報酬をそれなりに払うということについては、この間の診療報酬検討委員会でも多くの方々が賛同しておりました。

清水：われわれはもういいのですが、これから卒業して医師を目指そうとする人たちに、そうした目標があれば、チャレンジするというハードルが、どのようなハードルであるのかを見えるような形にしてあげることが大切だと思ったので、質問させていただきました。

司会：ほかは、よろしいでしょうか。

それでは、次に学校・地域保健連携推進事業について、杉山理事のほうから説明していただきます。

学校・地域保健連携推進事業

杉山：この事業について、説明させていただきます。

元来、校医は一人でしたが、ある時期から内科系、眼科、耳鼻科という 3 科校医体制になりました。さらに最近では、心の問題や性の逸脱行為など、学校でも多くの問題が発生し、3 科だけでは対処できないために、精神科・産婦人科・皮膚科・整形外科の 4 科を入れていこうとし、平成 16 年度から 3 年間のモデル事業としてスタートしたものです。

実際には、「連絡協議会」が設置されており、専門家派遣事業、学校専門医相談事業、合同研修事業、ワーキング会議とあります。専門相談校医を派遣して定着したものにすることを目指しています。

当初、この専門家というのは医師だけではなく、例えば助産師さんや臨床心理士など、いろいろな専門家を派遣することからスタートしました。そして 2 年目の 9 月から、4 科の先生方にお願いし、県内で各 4 科共 4 ずつ（産婦人科は 2 人）で、相談を FAX で受付ける事業がスタートしたところです。

それから、来年度が最後の年になりますが、学校専門医が各科 7 名、4 × 7 ＝ 28 人ほど増やすことになりました。臨床皮膚科医会や臨床整形外科医会では、当初からこの状況をよく知っていただき、熱意を持って取り組まれ、私たちも尻をたたかれている状況です。この事業は来年度で終わりますが、将来的なイメージは、各

郡市に各 4 科 1 人ずつの相談医を置き、問題があればそこに学校から問い合わせをし、それに対処する。ただし、いまのところ予算のこともあって、すぐに引き続いて実施できるかわかりません。しかし、これからの子どもを大事育てていくという今後の方向がありますので、将来的にはこのようになると思います。

では、予算がない期間はどうするかですが、私はボランティア、noblesse oblige 的な考え方が必要だと思います。医師に対する風向きが強い現在、こうした社会医療運動を淡々とこなしていくことも必要ではないかと思っています。

既に 4 科には協力していただいていますが、いまのところ他科には直接関わりがないかもしれません。今後、他科の先生方のお力が必要になることもあると思います。その時には、ぜひご支援をお願いいたします。

最後に、いくら医師会だけが肩ひじを張っても、相手は子どもであり、接するのは養護教諭です。よって、その養護教諭の方々の会にできるだけ出席をし、顔を会わせて話をしていくことで、自然に相談が集まってくると思います。しばらくは少しずつ努力していくことになりますが、ぜひご協力いただきたいと思います。

医師確保対策について

三浦：それでは、医師確保対策について、説明させていただきます。このことについては、今年度の第 3 回都道府県医師会長協議会で藤原会長が、「臨床研修制度が入ったことによって、地域での医療提供体制のバランスが崩れてしまい、医師不足、科の偏在、地域の偏在等、そのしわ寄せが来ている」と日医の見解を伺いました。

山口県としても、医師不足対策を行政を含めて行っているわけですが、（読売）新聞の 2006 年県予算という記事に、「産婦人科医、小児科医、麻酔科医、女性復職へ研修制度、医師不足解消目指す」とありました。県内の医師は 3,578 人、うち女性は 433 人。人口 10 万人あたり 237 人で、全国平均よりはわずかに上回っている。ただ、10 万人あたり内科は 64.1 人、それに対して、産婦人科医 7.4 人、小児科医 11.3 人、麻酔科医 5.5 人と、非常に平均あるいは下回る状況です。慢性的に不足している。特に婦人科は、医療訴訟の問題など、また麻酔科は女性医師が多く、出産あるいは育児等でせっかく身につけた技術を生かし切れていないことが、医師不足にさらに拍車をかけているような現状です。

県が、2006 年度予算に、「医師確保対策推進事業」という予算を盛り込んでいます。これは、新規事業として、医師の偏在等による地域や診療科における医師不足の解消に向けて、医学生に対する修学資金の貸付や在宅医師に対する再就業の支援などを行います。修学資金の貸与としては、月額 15 万円で 5 人。それから山口大学医学部の推薦入学に地域枠というものを設け、貸付制度を始めます。また、ドクターバンク、在宅医師、一度仕事から離れられた、特に女性医師等の再就業を支援するための研修、6 か月以内を山口大学医学部へ委託して行う。さらに、これは高校生等を対象とした医師確保セミナーの開催です。そのほか情報誌等で、1,850 万円の予算をつくっています。実際に、これがどのような効果を上げていくかは、これからの問題だと思いますが、少しでも前向きに歩き始めたという印象です。

山口県医師会としても、平成 16 年の 12 月 1 日にドクターバンクをつくり、1 年少し経過したところです。現在、求人件数 39 件、求職件数 5 件で、成立 4 件。まだ数としては少ないですが、今後女性医師も含めて積極的に事業を進めていきたいと思います。

それから、新しい事業として、「女性医師懇談会」を始めました。県内の女性医師にお集まりいただき、出産・育児、あるいは再就職の問題等、いろいろなご意見をうかがいながら、平成 18 年度の事業として、懇談会や名称は確定ではありませんが女性医師部会を立ち上げ、女性医師の働きやすい環境整備を医師会としてサポートしていくことを計画しています。

三浦：それでは、認知症のサポート医のことを説明してください。

佐々木：国では昨年度より超高齢化社会に向けて、認知症に対するかかりつけ医の対応力向上研

修を推進しています。県医師会では、生涯教育部門で毎年 1 回特別講演を企画してセミナーを行っていますが、今年度より地域医師会に出かけてかかりつけ医の先生方に認知症の対応力向上研修を受けていただこうと考えています。神経精神科医会に講師をお願いして、県医師会と一緒に、地域の医師会の先生方に認知症の早期診断・早期発見につながるような研修を行っていただきます。さらに認知症の早期発見だけではなく、その後の診断あるいは治療につながる、認知症を専門に診ておられる先生方のサポート体制を構築して行く必要があり、今後神経精神科医会の先生方と連携をとっていきたいと考えています。どうぞよろしくお願いいたします。

司会：それでは、時間が限られていますが、フリーディスカッションをしていたただきたいと思います。

浅山：先ほど学校保健のところで話したほうがよかったのですが、私たちはできるだけ年 1 回行われる学校保健委員会に出席しています。実は私たちの調査では、学校保健委員会を開設している学校が約半数、51% です。ぜひこれを全学校で実施していただけるように働きかけていただきたいと思います。

それからもう一点、眼科では、色覚検査が学校の定期検査から外れました。しかし、色覚検査はずっと以前から続けて小学校で行っていたわけですが、私たち眼科医会は、やはり進学、就職、結婚と、本人が全然知らないまま成人すると、大変戸惑うことが多いと思うのです。ぜひこの検査を希望者だけでも継続していきたいという方針で活動しており、現在約半数の小学校で実施はしています。しかし、各地区の対応の善し悪しでかなり差があります。ぜひこれにも県医師会のお力を借り、全校、だいたい希望される方、これは保護者が希望するわけですけれども、希望される方はやっていたほうがいいという方針でおりますので、ご協力のほどよろしく、その二点を学校保健関係でお願いしたいと思います。

濱本：いまの問題ですけれども、学校保健、先ほど杉山理事が申しましたように、非常に問題がたくさん出ておりまして、『小児内科』という雑誌がありまして、ずっと長いこと出ているのに、この次に学校保健のことが初めて特集として出ることになったのです。小児科の専門雑誌でも、学校保健を取り上げているものがなかったのです。やっと出るような状態で、そういう状態をふまえ、県医師会でも、18 年度の 4 月から、学校医部会をつくることにしています。そこにもやはり眼科の先生はすべて出ていただきまして、そういう色弱の問題、これも中四国の学校保健担当理事協議会では出ております。日本医師会にもその旨、一応どうだろうかという提案が出ておりましたけれども、やはり答えとしては、手を挙げて希望する方はやっていただきたいということで、上からそうやらないようにという話が出ましたけれども、やはり眼科医会のほうから、希望される方は手を挙げてくださいということで、実施しているところもやはりあります。それは、そういう会を通じまして、また各全県下のいろいろな学校医の先生方に連絡していきたいと思っております。

それから、学校保健委員会は、これもやはり設置率が少ないところと、年 4 回行っているところもありますが、やはり行っていないところも、いまだにあります。これもやはり、しっかりやっていかないと、いま、盛んにここに先ほど出ましたいろいろな問題が出ておりますので、これも校長がやるやらないという、校長の裁量によるものですから、こちらがいくらこう言っても、動かない校長はいますね。そのためには、やはり学校医は、学校に行かなければいけないということを考えて、とにかく学校に行ってくださいと。要するに、検診だけで年に 1 回か 2 回行くのではなくて、毎月でも、学校に顔を出せと。忙しい先生が多いのですけれども、なるべく率先して学校に行く。行くと、養護の先生のところへいろいろな情報が入りますので、とにかく学校に行ってくださいということで、そういう記事を書いておりますし、私自身も月 1 回は、近いですから必ず、昼休みを利用して、月 1 回は学校に行っております。だから、そういう問題がどんどん出てきますので、そういうことを考えまして学校医部会をつくる予定です。ぜひそのときまた、各医会の先生方もご

参加をよろしくお願いしたいと思っております。

杉山：いまちょうど、このモデル事業で、ちょっと意識が高まっておりますし、だんだん学校保健委員会も設置率がやや高まっていると思います。先生、そこで「やろう」と主張されたら、またそうなると思います。よろしくお願いします。

木下：私も地域保健を担当しており、特に学校保健は特別なムードがあります。教育庁や教育委員会、実際やってみると少し敷居が高いんですよ。これは、国でも、厚生労働省と文部科学省、どこか溝があるようなところですね。学校保健に関しては、お互いが連携をとらないといけないのですが、どうもうまくいっていない。

実は、一昨年から、県の教育庁及び教育委員会の幹部の方、職員の方と、公式な懇談会と、ざっくばらんに話せる懇談会を設けることができ、現場での大事なことを、教育長、トップのほうに言えるようなパイプをつくってきましたので、ぜひそこでやっていきたいと思います。

浅山：お願いします。私のほうも、県の教育委員会、それから市の教育委員会に働きかけているのですが、先ほどおっしゃったように、多くのことは学校長の裁量権なので、いくら教育長に話しても、学校長がやらないと言えばやらないようです。ですから、ぜひ県医師会長名で、やろうとおっしゃっていただければ、少し動くのではないかというふうに思いますので、よろしくお願いいたします。

砂川：学校医の問題ですから、小児科医会からも意見を言わせていただければ、内科系の、いわゆる学校医というのは、各学校一人、ないし二人といって選任されているのですけれども、浅山先生がおっしゃるように、眼科の先生方は、一人で 4 校も 5 校も持っておられるんです。眼科の先生自体が少ないもので、非常に多忙を極めていますから、その中で、宇部はいいのでしょうが、山陽小野田市で出てこいといったって、なかなかそれは不可能な状況だと思います。ですから、そのへん、よく会員のご意見が反映されるように、よろしくお願いしたいと思います。

浅山：確かに、いまおっしゃったように、眼科は一名が 10 校くらい持っている学校医もいます。これについて眼科医会では、まとめて指導しろとお願いしています。全校に出務することは大変なので、同じ地区で集まっていただいて、検診などをしたらどうかと提言しています。

今釜：学校地域保健連携推進協議会のことですが、いま日本整形外科学会は、「運動器の 10 年」ということで、運動器のキャンペーンを行っています。山口県でも、山口県運動器の 10 年の推進委員会というものをつくって、河合先生を中心に積極的に取りくんでいます。子どもたちの発育の段階で、運動器は非常に大事だということで、整形外科も積極的にかかわっていこうと、去年からかかわってきました。

そこで、県教委の話を聞くと、どこか相談事業はそっちのけで、講師の派遣事業をやりたいと。昨年は、東西に分けてやったのですが、全然だめで、18 年度は 7 地域ぐらいに分けて実施するようです。やはり養護の先生方と、顔の見える連携で行っていきたいと思っているのですが。

ただ一つ、私たちはボランティアでもという気持ちでおりますが、ほかの学校医の先生方は、それでは困ると、整形だけがボランティアだったら困るということで、去年、理事会でちょっと話をしたら、学校医を通さないといけない等、なかな

か難しい問題があって、ぜひ県の方から郡市医師会に対して説明してもらいたいと思います。最初はお金がなければボランティアでもいいのといった形で、私たちは学校医になりたいとはまったく考えていませんし、子どもたちの発育ということで関わっていきたいと思っていますので、よろしくお願いしたいと思います。

杉山：学校医部会もできますので、そこでもいろいろと議論を積み重ねていきたいと思います。将来的には内科系校医が主任校医のような形にはなるのではないかと思います。

木村：いまの内科医が学校医の主任になるというお話ですが、片手間にと言ったら申し訳ないのですが、片手間に学校医をすることが将来難しくなるのではないかと思います。そうした場合には、県医師会が主導権をとり、いわゆる学校専門医を養成するようにしていただきたいと思っていますが、いかがでしょうか。

濱本：認定医については、以前から日本医師会が認定医をつくるといっていますが、なかなかつくらない。いろいろな予算の問題や、認定医をつくった後の活動の問題などがあって、進まない。そこで、いつになったらやるのか日医に問うと、「アンケートなどをとって 60% くらいの賛成意見が出れば認定医をつくろう」ということが、いまの執行部の考えです。

しかし、それではいつまでたってもできそうもないので、先ほどの学校医部会をつくり、既に大阪府が行っているのですが、山口県医師会独自の認定医制度をつくっていこうかと思っています。ただ、いまでも年 1 回、県医師会で学校医研修会を行いますが、学校医の先生方はどこか片手間という意識なのか、どうも研修会の出席が少ない。熱心さが非常に足らないということを危惧しています。そうした出席も求めるためにも、認定制度を考えていきたいと思っています。また、新任の学校医になられた先生方、若い先生方に対しても、学校医の役割などの勉強会などもつくっていきたいと思っています。

それから、本当の学校医だけをされる先生ということは、まだそこまで私も考えておりません。

木村：将来はそうなるんじゃないかと私は思っているんですが･･･。

濱本：医師が余り、学校医専門の先生が必要かもしれませんが、様々な科をやらなければいけないので、まだ難しいとは思っています。

しかし、やはり学校と積極的にかかわっていくことは重要で、学校での問題はどんどん大きくなっています。子どもが少なくなっていく割には、問題がたくさん出ていますので、とにかく前向きに、一生懸命、県医師会では取り組んでいく予定です。

木村：お願いします。

杉山：郡部での現状では、仕方なく学校医をやられるという方々にとって、いまそんなことをしたら、とても務まらないという意見だと思います。

小金丸：別の問題です。いま国立長寿医療センターの認知症について、昨年の 3 月に全国で 3 か所か 4 か所のモデル事業で、徳山医師会もその中に入って、受けました。そして、研修を受けた人は、国立長寿医療センターからの修了証書を持っています。追加しておきます。

司会：佐々木先生、いいですか。

佐々木：小金丸先生からご紹介がありました通り、国では平成 16 年度から認知症対策を進めておりますが、そのモデル事業の委託先として、全国 3 か所の一つに徳山医師会が選ばれました。今年度よりこれを全国的に拡大していくということで、山口県ではまず 18 年度に県内 4 か所のうち 1 か所は従来通り県医師会で行い、そのほか県内の 3 つの地域医師会に出かけ、認知症の対応力向上研修と専門医の先生方のサポート体制を確立することを目的に、新しく事業を展開していく予定にしています。ぜひご協力をお願いいたします。

司会：兼行先生、なにかコメントはありますでしょ

うか。

兼行：現在、この国立長寿医療センターが主導権をとって、いまから進めていかれる話だろうと思います。

木下：ご意見を聞きたいのですが、平成 18 年度山口県予算案の新規事業の中に、「医師確保に向けた情報雑誌の発行」があります。私は県の医師確保対策等専門部会に出席しているのですが、この会で、県内外の若い医師や医学生に対して情報誌を発行する事業を行っていますが、これは県がリストアップして直接出すと、個人情報保護法に抵触するのではないかという話があり、私が出席していたので、医師会員を通じて、医師会員の親から医学部に通っているあるいは、研修医である子どもに、親のほうから配る手はどうだろうかと発言しました。すると、ぜひそうしてほしいと言われたのですが。先生方、如何ですか。ちょうどいい機会ですので、ご意見をお聞かせください。

出席者：いいことと思います。

木下：県医師会としても、そういう方向で、会員の先生方あるいはこの医会の先生方にもご協力をお願いしたいと思います。

砂川：われわれ小児科医会でも理事会で話し合っていることは、ご存じのように小児科医がどんどん少なくなっているので、小児科はこんなに素晴らしいものだということを、若い学生さんたちに知ってもらいたいという考えを持っています。そうした事業があるのでしたら、われわれ医会の方からも全面的に協力して、先生方からいろいろな情報を手に入れて報告したいと思います。

三浦：全体の PR 誌もそうですが、各医会ごとのなにか PR 誌、リーフレットみたいなものがあれば、一緒に送るというのも一つのアイデアかもしれません。

木下：はい。そのときはよろしくお願いします。県も喜ぶと思います。

司会：ほかは、よろしいでしょうか。

松本：外科からの要望ですが、乳がん検診のマンモグラフィーの講習が、これも今まで 3 回あったのですが、4 回目で打ち切りだそうです。ぜひ続けてほしいんですけどね。

濱本：今年も一回やります。そして、一旦打ち切ります。今後は未定です。

松本：まだ、マンモグラフィーの研修をした人は少ないので、ぜひそれを毎年定期的に続けていただきたい。この間は少なかったですが、いずれ、打ち切ったらたまってくると思いますので、よろしくお願いします。

清水：その件で、昨年 2 回も開いていただき、お礼申し上げます。やはり､全国レベルで言うと、名古屋など都市部では開催されていますから、どうしてもというときには、そういったところに講習を受けに行かれれば、まず受けられる状況だと思います。

それから、もう一つお願いがあるのですが、県内でもう A 判定でかなり指導医として実力をつけられている先生方が増えておられますので、本部から 1 人参加していただければ、県内のそうしたスタッフで独自の講習会を開いてもいいという条項があるように聞いています。精度管理中央委員会が主催するものは、たとえ打ち切りになったとしても、この先は県内独自で行うことは可能だと思いますので、県でもしっかりと計画していただきたいと思います。

伊東：今まで私たちは、いろいろな医会の問題は、中央の医会のトップに上げてから日本医師会の方へと、連携体制をとっていました。そうするとやはり日本医師会と、例えば私たち産婦人科医会の仲が悪かったりすると、全然通じないわけです。そうすると、やはり一番大事なのは日本医師会だと思うのです。そこに、いろいろな問題点を上げるためには、どうしてもやはり、一つのルートはそういう専門医会から上がっていく方向と、もう一つはやはり県医師会から上げていただかないと

いけないと思います。

もしも、そういうふうにするとしたら、やはり私たち産婦人科医会でも、理事の先生が産婦人科医会から出たときには非常によかった。やはり理事が県医師会へ出られないと、どうしてもいろいろな連携不足などが起こってくるので、できれば県医師会として、各医会の役員に入っていただきたい。この会議が代用できるのかもしれませんが、実際に各医会で出てきた問題を、県医師会から日本医師会へ持っていくようなルートをもう少し強くできたらいいと思いますが、いかがでしょうか。

木下：実は県医師会、産婦人科の先生、どうしても欲しくて、探したんです。

伊東：私たちの運動不足で申し訳ありません。

木下：やはり開業の先生は難しいです。勤務医の先生も、結構忙しくてそれどころじゃないということで。県医師会としてはぜひ産婦人科の役員が欲しいんです。ただ、全科となると、予算や規約などで、難しいとは思います。

砂川：私たち小児科医会も同じように、この県医師会の理事を大変大切に思っています。医会から出ていただくようになってから、非常に風通しがよくなり、小児科に関しては県の事業も非常にスムーズに動くようになりました。これは本当にありがたいと思っています。ぜひそれは、実現するように頑張ってもらいたい。

司会：はい、ほかはよろしいでしょうか。では、だいぶ時間も押していますので。

加藤：会報を担当しています加藤です。本日は大変有意義なご意見を聞かせていただきました。そこで、各医会でもっと意見を述べられたいことがおそらくあると思いますので、各医会に対して、会報の原稿の依頼を申し上げます。各医会の現状と課題ということで、紹介を含めて掲載していきたいと思います。どうぞご協力をよろしくお願いいたします。

司会：よろしくお願いします。それでは最後に藤原会長からごあいさつ申し上げます。

藤原：本日は初めての専門医会懇談会でしたが、目の覚めるような貴重なご意見も多々あったかと思います。本当に有益なご意見をいただいたと思います。各医会が抱えられている問題、これはわれわれ県医師会の問題としても取り組んでいきたいと思います。いま医療は大きな転換点にあります。今後、都道府県ごとに医療提供体制を考えることがより強く義務づけられる方向の中で、今回の取り組みは、おそらくその先鞭を付けることになろうかと考えています。県民のため、安全で安心な地域医療の創造に向けて、県医師会としても全力で取り組むつもりですので、どうぞご指導ご支援をよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

＜終了＞

専門医会シリーズ

第 1 回　山口県眼科医会

山口県眼科医会の現状と課題

［記：山口県眼科医会 前会長　浅 山 琢 也］

1. はじめに

山口県医師会員は､各専門医会に属しているが、専門化が進む中で、他科の活動内容については知識が乏しいと思える。会員相互の融和を図り、協力して地域医療に貢献するためには、各専門医会の現状を執行部も会員もよく知る必要がある。医師会発展のために、県・各郡市医師会は、専門医会との相互理解・協力関係をより高めるべきと考える。山口県医師会が平成 17 年度末に開催した専門医会懇談会は遅ればせながら良い企画であった。山口県眼科医会の現状と課題を紹介し、医師会と会員の理解と支援を得たい。

2. 眼科医会の歴史

山口県眼科医会は、山口医学専門学校第 2 代教授大石省三先生の尽力により昭和 26 年 3 月に発足した。当時の記録は、貴重な資料として 4 冊の大石メモに残されている。因みに山口大学眼科学講座開設は昭和 19 年である。

山口県医師会創立 100 周年記念に発行された山口県医師会史や防長医学史・山大眼科 50 周年記念誌によると、山口県眼科の始まりは江戸時代に遡る。

萩藩の馬島流吉田正悦光重により始まり、江戸時代後期に外科を兼ねた土生玄硯流眼科の和田昌景が医学校南苑医学所の眼療掛（眼科教授）に任じられ、名著「眼科新書」を講義した。そのほか、山根文秀は萩伴鶴堂医院で名声を得、岡泰安はシーボルトに師事し、岩国藩侍医として活躍した。明治･大正と眼科を専門とする医師は少なかったが、徐々に増加し、現在県内の眼科医療機関は病院 20 施設、診療所 70 施設である。

山口県眼科医会は、創立 50 周年記念を 2001 年に終えたが、20 世紀半ばの変動の激しい時期にスタートした医会の歩みは、歴代会長（大石、辻、上田、三木、大西、浅山各会長）･歴代教授（浅山、大石、小林、栗本、西田各教授）また諸先輩方の活躍で着実に発展した。が、これまでの道程は決して平坦ではなかった。先人のご苦労を思い今日があることを感謝したい。

3. 眼科医会の現状

山口県眼科医会は社団法人日本眼科医会山口支部を兼ねるため、支部活動のほか本部企画事業に参加することが多い。活動目的は、「眼科医の専門知識向上を計り、社会保険及び医療・福祉制度の健全な発展と社会事業への貢献、会員の福祉並びに相互の親睦を図ること」と会則にある。

会員は 155 名で、内訳は A 会員 76 名、B 会

員 64 名、C 会員 12 名、会費免除の D 会員 3 名で構成されている。会費は A 会員 25,000 円、B 会員 10,000 円、C 会員 7,000 円である。大学医局を含め県内 9 地区に地区理事を配し、会員の理解を得て、理事会・委員会が会務を立案し、種々の事業を着実に実行している。

4 期 8 年会務を担当した浅山が今年度で退き、鈴木新執行部が引き継ぐことになった。

(1) 総務

医会事務全般の管理運営を行い、会長・副会長を補佐し、理事会や総会の議事作成と会の進行、各委員会の開催場所確保と日程調整、そして各役員の会務が円滑に遂行できるようにサポートする。「目の愛護デー」「目の健康講座」など目の健康についての啓発関連事業を推進、県や関連機関との折衝、本部や各支部との連携強化に努めている。

(2) 医療対策

昭和 60 年、眼鏡店が行なう検眼車での医療行為は医師法違反であるという理由で、山口県眼科医会は県内のある眼鏡店を医師法違反で告発した。結果は「眼鏡店の行なう検眼は医療行為である。但し、諸般の事情を勘案して不起訴とする」と言うものであった。一時鳴りを潜めていた検眼車は、各地で再び活動を強めており、監視を続けている。コンタクトレンズは角膜に直接装用することから、人体へのリスクが高い人工呼吸器・透析器と同じ高度医療機器のランクⅢとなった。が、医療用具であると同時に、物品であるため多くの矛盾する問題を抱える。眼科医は CL 眼障害を未然に防ぐため、地域住民への啓発活動を行い、厚生労働省に対して矛盾点の改善を求め続けている。その他、非医師が活動する視力回復センターにも注目している。

末永汎本顧問弁護士を委嘱し、諸問題の解決に対処している。また、県医務課・薬務課を年数回訪問し、県内眼科の現況について情報交換を行なっている。

(3) 地域医療

毎年、県内 5 箇所で「眼科過疎地無料健診」を会員の協力で実施している。むつみ村、阿東町、牛島、平郡島のほか今年から須佐に変わり祝島を加える。地道な地域医療活動を続け、地域自治体や住民に喜ばれている。県医師会に眼科過疎地の調査を依頼したことがあるが、今後も要望を尋ねていきたい。

会員の協力を得て 10 月 10 日の「目の愛護デー活動」、毎年各地区持ち回りで「目の健康講座」を実施し、地域住民の目の健康保持について地道な啓発活動を行なっている。

山口県眼科医会　役員並びに会務分担

会　務	会長	副会長	担当理事
総務	鈴木紘子	小林克巳	高比良健市　網野憲太郎
書記			伊藤　忍　永谷　学
会計			森　繁広
広報・医療情報			藤本伸一　新川邦圭
会員福祉			丸久修一
従業員対策			大西　徹
健保			永谷　学
学術			廣田　篤
学校保健			永田正夫
医療対策			大西　徹
地域医療			中村旭男
勤務医対策			榎　美穂

顧　問	西田輝夫　浅山琢也
議　長	中村建徳
副議長	守田明子
監　事	石津　衛　野村弥生
代議員	鈴木紘子
予備代議員	小林克巳

（4）学校保健

毎年春季に実施される定期学校健診に眼科学校医として出務する。眼科医が少ない地域では数校の兼務や勤務医に依頼しているところがある。学校健診の完全実施と保健委員会や健康相談への積極的な参加を促している。

平成 15 年より色覚検査が定期学校健診からはずれ、希望者のみ実施することになった。児童・生徒が将来の進学、就職、結婚に関係することであり、眼科医会は希望者への実施を続ける方針である。各地区では教育委員会や学校長・養護教諭に要請をしているが、実施されている小学校は約半数である。

最近「学校現場におけるコンタクトレンズ実態調査」「山口県の眼科医保健活動の実態調査」を実施した。全国眼科学校医連絡協議会に参加して研修や協議を行っている。児童・生徒の視覚系の管理に眼科学校医としての責務を果していきたい。

（5）学術

会員の生涯研修のため大学医局との連携を重視している。日本眼科学会専門制度認定事業として、「山口県眼科医会集談会」と「やまぐち眼科フォーラム」をそれぞれ年 2 回行っている。そのほか「山口県眼科手術懇話会」や「山口大学眼科研究会」に参加できる。

西田輝夫教授の協力が大きく、会員は最先端医療の講演を聴講する機会が多い。

「山口県眼科医会賞」を設け、優秀な業績を挙げた研究者や山口県眼科の発展に寄与した人を表彰することにしている。

（6）健保

審査委員を交え、適時に健保委員会を開催し、保険問題について協議を行なっている。会員には健保便りをインターネットや FAX 通信網で通知し、周知の徹底を図っている。また、春秋の総会で会員と直接保険に関する質疑応答を行なっている。とくに保険改正時には、審査委員と意見調整をし、会員に役立つ見解を示すように努めている。

（7）医療情報

山口県医療情報ネットワークに加入し、会員や理事会・委員会用のメーリングリストを作り、過半数の会員が双方向性の情報交換を行なっている。また、山口県眼科医会のホームページを開設し、県・市医師会にリンクして、地域社会へ情報の提供を行なっている。

メディカルクリエイティブセンター所長八木英俊氏に委嘱し指導を受けるが、活用は不十分であり今後の課題である。

（8）広報

毎月開催する理事会の協議内容や通達事項を、F ネットとメーリングリストで月数回速やかに会員に伝えている。会報を年 2 回総会時に発行し、各種活動状況を記録として記載すると共に、学会報告や会員の随筆・紀行記など会員のための誌面作りを心掛けている。歴代編集担当者の努力で支部会報としては誇れるものであり、関係機関に配布している。

（9）会員福祉並びに従業員対策

総会、講習会開催時に懇親会を設け、会員の親睦と融和に努めている。また、春秋ゴルフコンペのほか、広島県眼科医会や賛助会員との交歓ゴルフコンペを開催している。関連業者と意思疎通を図るため、年 1 回「賛助会員との集い」を開設して意見交換を行なっている。２年に一度会員名簿を発行している。

眼科コ・メディカル講習会受講希望者を、広島県と福岡県に委託して受講させている。また、スタッフ教育の一環として、「やまぐち眼科スタッフ講習会」を毎年開催し参加者から好評を得ている。眼科では以前から OMA（眼科医療補助者）を養成しているが、無資格のため、国家資格のある ORT（眼科視能訓練士）が増えつつある。

（10）勤務医対策

大学医局や勤務医代表が理事会に加わり、医局や勤務医の意見や要望が医会活動で反映するよう努めている。

毎年、全国眼科勤務医連絡協議会と中四国ブ

ロック勤務医部会に担当理事が出席し、勤務医間の意識調整や情報交換を行っている。

4. 平成 17 年度 山口県眼科医会事業報告

(1) 会議

（県内）
- 山口県眼科医会理事会（10 回開催）
- 第 105 回山口県眼科医会春季総会並びに集談会
- 健保委員会（4 回開催）
- 広報委員会（2 回開催）
- 第 106 回山口県眼科医会秋季総会並びに集談会
- 地域医療委員会（1 回開催）
- 従業員対策委員会（1 回開催）
- 「目の健康講座」準備委員会（4 回開催）
- 学校保健委員会（1 回開催）

（県外）
- 日本眼科医会定例代議員会（2 回開催）【東京】
- 平成 17 年度全国審査委員連絡協議会【東京】
- 平成 17 年度中国四国ブロック協議会（2 回開催）【高松】
- 平成 17 年度中国四国眼科勤務医ブロック会議【高松】
- 第 101 回中国四国眼科学会世話人会【高松】
- 平成 17 年度日本眼科医会支部長会議【東京】
- 平成 17 年度日本眼科医連盟協議委員会【東京】
- 第 29 回全国眼科学校医連絡協議会【東京】
- 日本眼科医会各支部健保担当理事連絡会【東京】
- 第 6 回全国勤務医連絡協議会【東京】

(2) 各事業部報告

ア）総務
- 理事会および総会の議題作成、会の司会進行、各委員会の場所と日程の確保、調整
- 第 105 回山口県眼科医会春季総会準備・第 106 回秋季総会並びに集談会準備
- 平成 17 年度第 1 回中国四国ブロック協議会議題
- 日本眼科医会定例代議員会並びに定例総会議題
- 「目の愛護デー」ＰＲ行事、新聞広告
- 顧問・役員会議

イ）会計
- 会費並びに眼科医連盟費徴収業務
- 第 105 回春季総会・第 106 回秋季総会の会計業務
- 目の健康講座（防府）の会計業務
- 17 年度眼科医過疎地域健診の会計業務
- 各種学会・会合時の講師への支払の源泉票の作成と送付
- 理事会・委員会出務交通費（下半期）県外出張交通費の会計業務
- 第 2 回やまぐち眼科スタッフ講習会の会計業務

ウ）学術
- 山口眼科手術懇話会（2 回開催）
- やまぐち眼科フォーラム（2 回開催）
- 山口県眼科医会春季総会・秋季総会並びに集談会
- 山大眼科研究会への参加

エ）広報
- 広報委員会（2 回開催）
- 山口県眼科医会会報第 74・75 号発行
- 平成 18 年度の広告協賛の依頼（趣意書・請求書等）

オ）会員福祉
・山口県眼科医会ゴルフコンペ（2 回開催）
・賛助会員との集い
・広島県眼科医会ゴルフコンペ参加
カ）従業員対策
・従業員対策委員会（1 回開催）
・第 2 回やまぐち眼科スタッフ講習会
・眼科コメディカル講習会を広島・福岡支部に依頼
キ）健保
・健保委員会（4 回開催）
・全国審査委員連絡協議会
・各支部健保担当理事連絡協議会
ク）学校保健
・学校保健委員会（2 回開催）
・第 29 回全国眼科学校医連絡協議会
・眼科学校医実態調査
ケ）医療対策
・医療対策委員会（2 回開催）
・県健康福祉部訪問・懇談（2 回）
・コンタクトレンズ診療所の実態調査報告
・新規会員オリエンテーション
・県医務課･薬務課訪問（2 回）
コ）地域医療
・地域医療委員会（1 回）
・眼科医過疎地域健診 4 か所（牛島、むつみ村、平郡、阿東町篠目）
・「目の健康講座（防府）」準備委員会（4 回開催）
・「目の健康講座（防府）」開催
サ）医療情報
・山口県医療情報ネットワーク説明会
・HP の更新
・メーリングリストの更新
シ）勤務医対策
・第 6 回全国勤務医連絡協議会
・中国四国眼科勤務医ブロック会議
ス）眼科医連盟
・林芳正議員在職 10 周年を祝う会
・河村建夫政経セミナー
・高村正彦を励ます会
・河村建夫新春の集い
・二井せきなり後援会宇部 21 会新春総会

5. 山口県眼科医会の課題

眼科医会を取り巻く環境は年々厳しさを増しており、執行部は次々と発生する問題に苦悩を強いられる。たとえば、平成 15 年は学校定期健診から色覚検査が削除された。16 、17 年は薬事法改正によるコンタクトレンズの規制強化、18 年は診療報酬改正でコンタクトレンズ検査の丸めが問題となった。法改正や保険に関する見解は、県単位で微妙に異なり、会員のために対応することが多くなっている。

以下項目に分けて課題を取上げ、ご理解をいただきたいと思う。なお、記載した内容には個人的な意見が含まれることを断っておきたい。

（1）コンタクトレンズ問題

最近、各地区に非眼科医が関わるコンタクトレンズ量販店が進出し大きな影響がある。コンタクトレンズは目に重大な障害を来たす可能性があることから、薬事法ではリスクの高い高度医療機器Ⅲにランクされている。コンタクトレンズ自体は物品であり、眼科医は販売行為ができない。眼科医は患者に適正なコンタクトレンズを処方し、正しい指導に従って装用してもらう必要がある。しかし、いわゆる量販店に処方を委ねると、指示通りの調整・指導が守られないケースがある。内科医が自分の患者のために介護施設を必要とするように、眼科医も必要があってコンタクトレンズ店を併設している。

また、コンタクトレンズのインターネット販売や廉売により、眼障害が多くなっていることは統計上明らかにされている。重篤な障害を眼科医が治療する例は珍しくない。医師会や眼科医会に入会しない非眼科医、他科医師の名義貸し、無規制広告など問題は多く、画一的検査で約 2,000 億円の保険請求をしているコンタクトレンズ量販店の実態を知ってほしい。

（2）検眼問題

検眼行為は医師法で医師が行なうものと定められている。しかし、医師の中にも、メガネを作るときは眼鏡店に行くものと思っている方が多い。わが国では明治以降の眼科医不足のため、眼鏡店

にメガネ作成を任せてきた。しかし、眼科医が充足した現在、国民の目を守るためにも、処方権を眼鏡士側に譲ることはできない。眼科医会は「メガネ・コンタクトレンズを作るときはまず眼科専門医で！」と啓発活動を続けているが、現実には眼鏡店が機器で測定して眼鏡処方することも少なくない。眼科専門医で検査を受け、処方せんを持って眼鏡店でメガネを調整するのが正しい。他科の先生方には、このことを是非ご理解いただき、患者さんに適正な指導をお願いしたい。

また、「視力回復センター」と称して、無資格者が機器販売のため活動を展開しており、学校保健などで問題視してほしい。

（3）学校保健

色覚検査が定期学校健診から除外された。が、文部科学省は希望者には実施してよいとしている。日本眼科医会では、希望者には実施が望ましいという方針であり、教育委員会や学校長に進言をしている。

学校保健委員会を実施している小・中学校と高等学校は私たちの調査では 51％であった。児童・生徒の目の健康を守るためには、ぜひ教職員、PTA 、生徒と学校医が一緒に協議する場が望ましく、全校で実施してほしい。

学校保健については他科との連携が欠かせないと感じており、県・郡市医師会の助言と協力を得たい。

（4）医療事故対策

近年、眼科では白内障手術やレーザー治療などに医療事故が目立つようになった。山口県医師会作成の事故防止マニュアルを遵守し、医師賠償責任保険への加入徹底を図り事故防止に努めたい。事故発生時には市医師会担当者に速やかに報告するよう指導しているが、難解な専門分野の事案は、別途末永顧問弁護士に指導や対応を依頼することがある。

（5）救急医療

以前、眼科の休日・夜間救急医療の 1 次、2 次、3 次受入れ態勢について真剣に検討したことがある。1 次救急医療は自治体と会員の協力が必要であり、地区により対応は異なる。すでに 2,3 の地区で実施されているが、多くは地区の病院に依頼しているのが現状である。眼科の場合、2 次は医療圏に 1 箇所、3 次は県内に 2 箇所あれば十分と考える。この問題は、県医師会が強力に主導しないと解決は難しいと思う。

（6）混合診療

眼科医とくに勤務医には混合診療賛成派が多いように感じる。他科同様、眼科領域でも高度医療機器や医療材料の開発が目覚しい。保険医療に抑圧されている部分を何とかしたい、混合診療にしたら解決すると単純に思う。しかし、一旦保険から外れると保険会社や政府の思惑通りになるかも知れない。矛盾の多い医療の現状を眼科医は真剣に考える必要がある。

（7）勤務医問題

県内眼科基幹病院は大学医局の努力でとくに支障はない。が、数名単位の医師確保は十分でなく、眼科勤務医の数は決して多くない。新臨床研修医制度や大病院研修指向の影響で、入局者が減少している現状を憂慮する。

病院では眼科医も夜間当直を避けることはできないが、専門外の急患を診療するのは負担が重過ぎる。県医師会から改善に向けての働きかけをお願いしたい。

（8）医師会との連携

眼科医過疎地域への無料健診を 15 年ほど前から続けている。どこの過疎地に要望があるのか、他科と共催はできないかなど、地方自治体との調整に医師会の支援があると助かる。

「目の健康講座」を県・市医師会の後援を得て毎年各地区持ち回りで開催しているが、県医師会の会報誌面で他科にも紹介したい。また、10 月 10 日の「目の愛護デー」活動については、県医師会との共催ができないか検討してみたい。

県内眼科医の分布は、ほぼ適正に配置されており、2 次、3 次医療機関である基幹病院・大学病院はよく機能していると考える。理事会や委員会の開催場所は新山口駅前が最適であり、現在ホテルみやけを常設としているが、医師会員が集まり

やすい施設が小郡近辺にあればよいと思う。医師会や他科との連携のため、眼科医会事務局を県医師会内にと重ねてお願いしたが、無理であるとのことで残念に思っている。県医師会費について、眼科医は合理性のある均等割り会費を望む声が多い。

開業医の高齢化が進んでいるが、休診を余儀なくされたとき代診医が必要となる。大学医局に余裕がないので困ると言う声を聞くようになった。山口県医師会に開設されたドクターバンクを早急に充実させてほしい。

眼科医会は IT 化の推進に力を入れ、過半数会員への通達と相互情報交換を行なっている。県医師会が山口医療情報ネットワークの構築を進めているが、眼科医も参加できる通信網が早くできればよいと思う。

(9) 眼科医連盟

昭和 40 年代、眼鏡士組合は眼鏡処方の合法化を企て法案を提出しようとしたが、日本眼科医会執行部はこれを阻止した経緯がある。この時以来、政治活動の必要性を痛感し眼科医連盟を立ち上げた。その後も地道な活動が水面下で行なわれ、眼科発展に寄与している。

山口県眼科医会は、昭和 60 年ある眼鏡店を告発したが、この時は日本眼科医連盟の強力な支援を得た。

本部や県医師会の指示もあり、医系議員のほか 4 名の地元議員を支援している。眼科医の多くは政治に疎いが、関心をもたないと環境はよくならぬと訴えている。専門性の案件は眼科医連盟活動が必要となるが、政治活動は医師会方針に沿って行動を共にするのが大事と考える。

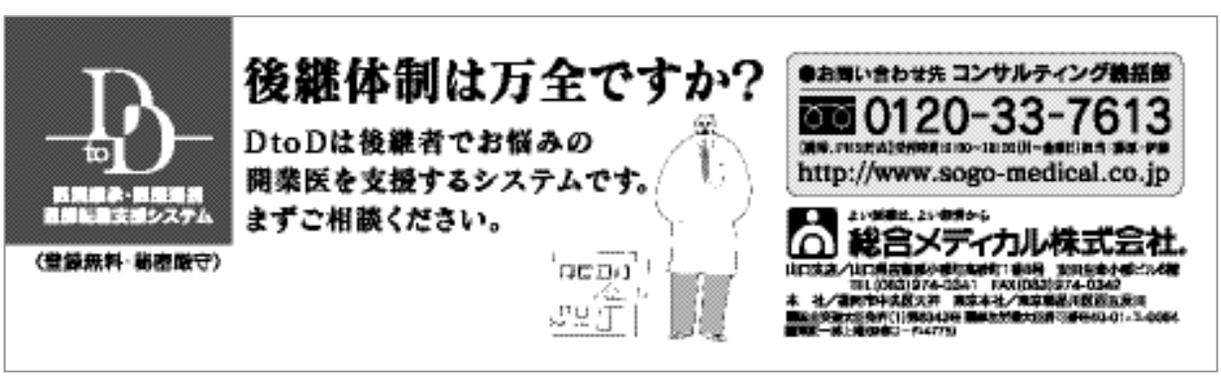
6. おわりに

山口県眼科医会は有能な理事の努力でこれまで幾多の問題を解決し、地域社会や会員のための施策を行なってきた。が、医師会や他科との連携が必要なことは多く、それぞれ信頼できる関係でありたい。そのためには、県・郡市医師会の支援や指導が望ましい。

たとえば、県医師会には、眼科が行なう各種事業への助言や後援、県や教育委員会への仲介、IT 化推進によるネットワークの構築など要望することは少なくない。関連他科とは、学校保健、救急医療、勤務医問題など協力したいことは多い。

眼科医会は専門医会の一員として、県医師会事業に対して積極的な協力を惜しまない。相互連携を保ち、会員の生涯研修や地域社会への適切な啓発活動ができればよいと思う。

（平成 18 年 3 月記）



阿武郡医師会解散の報告と経過

［記：元阿武郡医師会長　松井　健］

1. 阿武郡の一部地域が萩市と合併する前の状況

阿武郡は山口県の北部に位置し、西は萩市、東は島根県益田市、南は山口市に隣接しており 4 町（阿東町、阿武町、須佐町、そして田万川町）4 村（旭村、川上村、福栄村、そしてむつみ村）より構成されていた。面積は全域で 969.73km^2（東京23区より広い）、人口は 26,822 人であった。萩市内より薬の卸業が毎日配達に回るが、彼らは 1 日約 200Km 走行するそうである。医師会員は 21 名で、このうち開業医 14 名、直営診医師 6 名、3 号会員 1 名であった。

上記から分かるように直営診が多い地域であった。阿東町に阿東町国民健康保険嘉年診療所、阿武町に阿武町国保福賀診療所、須佐町に須佐町国保弥富診療センター、須佐町国保須佐診療センター、川上村に川上村国保診療所、むつみ村に国保むつみ診療所、福栄村に福栄村国保福川診療所の計 7 医療機関があった。有床診が 3 医療機関（開業医 2 件、直営診 1 件）で、全部で 57 床を有していた。

医療圏としては阿東町が山口医療圏に属するが、その他の町村は萩医療圏に属していた。特に県境の須佐町、田万川町は地理的、歴史的な要因によって島根県益田市の病院と関係が深く、医療圏の考え方が通用しにくい地域であった。郡内には病院がないので日頃からお世話になっている病院としては、須佐町、田万川町は益田市内の病院、阿東町の一部地区は島根県の津和野町内の病院、その他の地区は山口市内の病院、阿武町、福栄村、むつみ村、川上村は萩市内の病院と、非常に多岐に渡った。

医師会活動としては、一人の先生に複数の理事職を受けていただいて何とか県医師会のご要望に応じられていたといった状況であった。開業医だけでは人数が足りないので、直営診の先生方にもご協力いただいて何とか体制を取っていた。

阿武郡は山口県内でも過疎化、高齢化が著しい場所で、医師もその例外ではなく、開業医の平均年齢は 63.3 歳、直営診の平均年齢は 50.5 歳と、開業医の高齢化も問題になっていた。開業医の新規入会は平成 9 年に 2 名あったのみでその後はなかった。

2. 解散決定に至るまでの経過

私自身、平成 13 年 5 月 21 日、萩広域 1 市 3 町 4 村で「萩広域市町村合併調査研究会」が設置されたのをきっかけに、阿武郡医師会の将来像を模索する事になった。当時、私は副会長であったので澤田英明会長にご相談し、澤田会長には会長会議等で合併問題を取り上げていただけるようお願いをし、質問をしていただいたが、当時は、県医師会としては郡市医師会の合併にはタッチしないとの事で相手にしていただけなかった。当時私は地域医療計画委員会委員、地域医療計画担当理事であったため、会で何回か意見を申し上げ、取り上げていただけるようお願いはしたが結果は同じであった。

その後、県医師会長が現、藤原淳会長に代わり、新執行部は合併問題を取り上げようと前向きの姿勢を示していただいたが、県医師会主導の合併誘致は出来ないという事であった。その後県医師会

でもご検討をいただき、平成17年1月6日、「山口県医師会市町村合併対策会議」が開催され、「医師会合併の手引き」が作成されたようである。

阿武郡医師会では、私が会長になった平成16年4月より本格的に検討を始めたが、最初は雲を掴むような話であった。色々な立場の方のご意見・アドバイスを受け、平成16年12月2日に「私の任期の切れる平成18年3月31日をもって、阿武郡医師会を解散する。」と最終的に決断し、平成16年12月3日に行なわれた役員会で私の考えを表明し、出席役員全員の同意を得た。

平成16年12月18日に開催された、阿武郡医師会臨時総会で議案を提案した。議長は、「重要な問題なので賛成の先生は挙手をお願いします。」と、挙手で採決したところ、全員挙手をされ、議案は決定された。先ずは解散ありき。パターンは今から考えるといった具合であった。格好良く云うと、背水の陣をひいたようなものであった。

医師会合併には合併方式として、①新設合併（対等合併して新しい医師会を設立する。）、②編入合併（編入される医師会が解散し、編入する医師会は存続する。）、③部分合併（医師会単位の合併ではないが、会員が当該医師会を脱会して、部分合併する医師会へ入会し移動する。また、この場合、当該医師会が存続する場合と解散する場合がある。）以上の3パターンがあるが、最初の頃は皆目検討がつかず、私としては次のパターンを考えていた。当時は新萩市がどのようなパターンになるか検討中で、また阿東町も山口市に合併するかどうか分からないといった、町村合併そのものが流動的な状況であった。

案①：阿武郡医師会が運営的に行き詰まる前に（実際には1年くらいの時間が必要か？）、直営診のドクター等の問題で政策的に行き詰まってきたら、あるいは、阿東町が県央部に合併されるようなら合併を考えるがそれまでは現状のままとする。但し、会員の減少（高齢化、医師会退会、死亡等）により、ここ5年が勝負と思われる。

案②：現阿武郡医師会を全て萩市医師会と合併し、時が来たら（阿東町が県央部に合併する時）、阿東の先生方は萩市医師会を退会し、山口市医師会と合併する。これは、阿東町の先生方の考えもあるし、山口市医師会の考えもある。

案③：阿北地区は萩市医師会に、阿南地区は山口市医師会に合併し、阿武郡医師会は消滅する。

案④：直営診の先生で新萩市になる先生（具体的には4名の先生方）は萩市医師会に入会させていただき（阿武郡医師会は退会）、残った会員で従来どおり医師会活動を続ける。

以上4つの案を考えていた。会員にアンケートを行ったところ、上記案①が34％、案②が22％、案③が22％、案④は0％、その他は22％であった。このアンケートを行っていた頃、山口市医師会執行部の先生方と合併の話し合いをもっていただく機会を得た。

3. 入会金の問題

阿武郡医師会では入会金は存在しなかった。入会の時は会長に入会の意志を伝え日本酒2升持っていくというのが慣習であった。私も平成9年の入会の際は当時の会長である藤原剛先生宅を訪問し入会のお願いをした。ところが市部医師会はン百万の世界である。年配の会員からは、「自分はあと2～3年しか働けないだろうから、ン百万も出して市部医師会に入ろうとは思わない。」等の意見も出た。この件は山口市医師会奥山会長のご尽力で大幅にハードルは下げていただいたが、われわれ阿武郡医師会会員一同は大変驚いたものであった。

4. 山口市医師会との話し合い

平成17年1月22日、私と藤原弘副会長、吉岡伸二事務局長が山口市医師会館を訪問し「山口市医師会との話し合い」を行った。山口市医師会からは奥山暁会長、斎藤永副会長、伊藤正博副会長、安藤啓次郎理事、西村壽財事務長が出席され

た。この席上、「阿武郡医師会阿東町管内会員の受け入れについて」を山口市医師会から出していただいた。まず、奥山会長から厳しいお話があり、その後条件が提示された。但し、「この条件は現執行部の考え方であり、総会での承認はなされていない。総会でこの話を出せば、山口市医師会会員から厳しい意見が出るのは承知の上。執行部としてはこの案で押しとおすつもりだ。」と言われた。奥山会長からの厳しいお話しというのは「阿東町の医師がまとまって来るのなら受け入れる、但し、バラバラで入ってくるのなら、はっきり言って入って欲しくない。」これが前提である。その後、私と藤原副会長に約束が出来るかと念を押された。「阿東町の先生の考えもあるので確約は出来ないが会員にこの事を伝え、まとまる様に努力をする。」と申し上げた。この話し合いで私は頭をぶっ叩かれた気持ちになり、同時に迷いはなくなった。何とか話をまとめて阿東町管内の阿武郡医師会員を山口市医師会に入会させてもらわなければ、阿武郡医師会に選択権はないのだ、と。奥山会長は私の心の迷いを一瞬のうちに見抜き、鋭い判断で私の心の迷いを絶ち切るべくあえて厳しい事を発言されたのだろう。さすがは経験豊富な山口市医師会のボスである。平成 17 年 1 月 28 日、阿東町管内会員全員出席の話し合いで、阿東町管内会員は全員、山口市医師会に入会する事が決定された。

5. 萩市医師会との話し合い

歴史的には萩町はもともと阿武郡に所属しており、萩町在住の医師会の先生方は阿武郡医師会員であった。昭和 7 年 7 月 1 日、萩町は市制を施行し萩市となった。これを受けて、同年 7 月 27 日、萩町在住阿武郡医師会員は阿武郡医師会を脱退し萩市医師会を設立した。分離独立であったため、残存阿武郡内医師会会員により新たに阿武郡医師会創立の臨時総会を育英小学校講堂で開催した。これによりこれまで 57 名の会員が 37 名となった。（つまり萩市医師会は当初 20 名の会員で発会した事になる。）このような歴史的な背景から、阿北地区の阿武郡医師会員が萩市医師会に移動するのは、親と子の関係であり、比較的理解しやすい状況であった。萩市医師会池本和人会長からは、「どうぞどうぞ。仲良くやりましょう。元は同じだったのだから。」とよく言っていただいた。

6. 合併のパターンは

結局のところ、萩市は阿武郡内の、阿東町と阿武町を除く 2 町（須佐町、田万川町）4 村（旭村、川上村、福栄村、むつみ村）と合併し、新萩市となった。阿武町、阿東町はそれぞれ単独で残る事になった。阿武町在住の先生は医師会としては萩市医師会に入会する事となった。近未来的に阿武町が萩市と合併し、阿東町が山口市と合併する日が訪れるかもしれないが、その時初めて医療圏と行政圏が一致し整合性が得られる事になるであろう。

7. 解散事務手続きは

平成 18 年 1 月 23 日に「社団法人阿武郡医師会解散について」申請し、平成 18 年 2 月 12 日、解散についての認可が、山口県知事より出された。（公益法人解散届、公益法人解散許可申請書）今後、残務処理として、公益法人残余財産処分許可申請書、公益法人清算人就任届、公益法人清算結了届、等を今から施行していかなくてはならない。

8. 反省点としては

合併を受ける側の医師会の気持ちをあまり考えていなかった。こちらは合併をお願いするのに必死で、合併を受ける側の医師会の立場を考慮する余裕がなかった。受ける側としては総会での承認、定款の変更、事務局においては事務手続きが増える等々、色々な負担が増える割にメリットが余りない、のであるが。この点は反省すべき事である。申し訳ございませんでした。

9. 終わってみれば

私が会長を引き受けてからこの 2 年間、合併に向けて気の休まる暇はなかった。終わってみればほっとした気持ちであるが、一方、心の片隅で

これで良かったのかという疑問が残っている。阿武郡医師会 99 年の歴史の重みというか、先輩諸先生方が今まで守り抜いてきた城をぶち壊した様な気持ちがする。罪悪感のような、何とも云えない心地悪さが残っている。これが今後消滅していくのか、次第にぶり返してくるのか、今後の私の課題の 1 つであろう。なにはともあれ、1 つの医師会がこの山口県から消滅したのである。

10. 御礼

阿武郡医師会解散に伴い、山口市医師会奥山会長をはじめ執行部の諸先生方、萩市医師会池本会長をはじめ執行部の諸先生方、山口県医師会会長藤原淳先生、山口県医師会小倉淑夫事務局長に多大なお願い事、ご迷惑をおかけする事になったが、それぞれ快く対応していただき、厳粛に解散の日を迎える事が出来ました事を深く感謝を申し上げます。

公　告

第 60 回山口県医師会総会

下記のとおり開催しますのでお知らせします。

記

日　時　　平成 18 年 6 月 11 日（日）午前 11 時 20 分～

場　所　　長門市　ルネッサながと

表　彰

議　事　　○平成 16 年度山口県医師会決算報告
○平成 17 年度山口県医師会事業報告
○第 151・152・153 回山口県医師会代議員会
議決事項の報告

平成 18 年 5 月 15 日

山口県医師会長　　藤　原　　淳

平成 17 年度　日本医師会 学校医講習会

と　き　　平成 18 年 2 月 18 日（土）
ところ　　日本医師会館

［報告：専務理事　杉 山 知 行］

植松治雄日医会長の挨拶（代理 寺岡副会長）に続いて、植松治雄日本学校保健会会長の来賓挨拶（代理 内藤専務理事）があった後、3 題の講演とシンポウムが行われた。

講演 1

「最近の学校健康教育行政の課題について」

文部科学省スポーツ・青少年局体育官
戸 田 芳 雄

文科省の各種施策のうち学校保健、学校安全、食に関する指導、学校給食について概説した。

学校保健では①薬物乱用防止教育、②喫煙防止教育、③性教育、④環境衛生、⑤アレルギー対策、⑥心の健康問題について述べた。

①政府は平成 15 年から「薬物乱用防止新 5 か年戦略」を行っている。学校においては教科や特別活動で指導を行っているが、合成麻薬事犯の増加など中・高校生の薬物乱用は予断を許さない。

②平成 15 年 4 月 30 日付の通知で、健康増進法の趣旨等を踏まえ、学校での受動喫煙防止対策及び喫煙防止教育の一層の推進をお願いしている。

③児童生徒の発達段階に応じて、性に関する知識を身に付けさせるとともに、生命を尊重する態度や、自ら考え判断する能力を身に付け、望ましい行動がとれるようにすることをねらいとして、授業のみでなく学校教育活動全体を通じて指導することとしている。

④「シックハウス症候群」の問題に対応するため、学校環境を衛生的に維持するためのガイドラインである「学校環境衛生の基準」を昨年 2 月に再改定し、エチルベンゼン及びスチレンの 2 物質の測定がホルムアルデヒド等に追加して加えられた。

⑤平成 16 年度に専門家等からなる調査研究会を設置し、児童生徒の各種アレルギー疾患の実態等について調査を行っている。この調査結果を踏まえ、今後学校におけるアレルギー疾患への支援方策を検討していく。

⑥心の健康をはじめとする児童生徒のさまざまな健康問題に対応するため、文科省では平成 16 年度から、学校の要請により 4 診療科の専門医の派遣を行う等のモデル事業（学校・地域保健連携推進事業）を行っている。

学校安全については、学校や通学路周辺で凶悪な犯罪が相次いで発生していることから、緊急な防犯対策が求められている。その一つとして本年度 1,200 人、来年度 2,400 人のスクールガードを委嘱することになっている。その他、多発する熱中症に対してパンフレットを作成し配布した。また防災に関して防災教育の充実や校舎の耐震化が重要である。

朝食欠食や肥満児の増加など、子どもたちの食生活について懸念が増大している。昨年「食育基本法」が成立し、今後学校で食育を推進するためには指導体制の整備、指導内容の充実、家庭や地域との連携が重要と考えられる。その中核となるのがこの 4 月より開始された「栄養教諭」であろう。栄養教諭は学校における食育推進の中核を担う者として創設され、今後順次各地域で配置される。

地場食産物は安心な食材であるとともに地域の伝統や文化などが凝縮しており、学校給食への活用は多様な教育的効果が期待できる。また米飯の

正しい食習慣を身に付けさせることや、稲作など日本の文化について理解させる等の意義もあり、週 3 回ないしそれ以上の米飯給食の実施を指導している。

講演 2

「NO SMOKING ―受動喫煙の防止と学校敷地内禁煙」

1）医師会の立場から

千葉県医師会会長　藤 森 宗 徳

日本医師会における禁煙運動は肺癌学者でもある坪井栄孝前日本医師会会長の強い信念によって始まった。がんセンターを辞して故郷に戻って地域でのがん早期発見・予防などに取り組むとともに、禁煙運動にも関与していたが、全国的・組織的取り組みの必要性を痛感。平成 10 年日医会長就任を期に、国民に啓発していく方法の模索を開始。平成 11 年、WHO の「たばこと健康に関する神戸国際会議」でブラントランド事務総長と対談して「日本は禁煙に消極的である」と指摘されたのを契機に、医師会として積極的取り組みを決意。以後次のような経過である。

平成 12 年、日医会員の喫煙意識調査実施。

平成 13 年、禁煙プロジェクト委員会を設置し、日本医師会館全館禁煙を決定。

平成 14 年、日医代議員会において「禁煙日医宣言」を採択し、全国医師会館、医療施設における禁煙の推進を決定。

平成 15 年、禁煙推進委員会報告で「たばこの警告表示」について提案。また「たばこ規制枠組み条約」の署名、批准についての要望書を関係機関に提出。

平成 16 年、植松会長、第 3 次禁煙推進委員会に「未成年者の禁煙防止対策」を諮問。

平成 17 年 12 月、上記諮問に関して答申。

2）医学的立場から

国立成育医療センター研究所成育政策科学研究部成育医療政策科学研究室室長
原 田 正 平

世界的にたばこの悪影響についての認識が深まってきて、平成 15 年 5 月 21 日「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）」が採択された。わが国でも平成 15 年 5 月 1 日健康増進法第 25 条が制定された。それによれば「学校を筆頭（多くの施設の例示あり）に、多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない」とある。

しかし、種々の法律や通達にもかかわらず、若年者の喫煙率は最近上昇傾向にある。特に女性でそうである。若年者は短い期間、少ない量で嗜癖が生じ、これは女性でより著しい。喫煙者の 89％が 18 歳までにタバコを始める。したがって学校における喫煙防止教育は非常に重要である。教職員が自らモデルになる事は大変望ましいことだが、完全な達成には無理な点がある。一方学校敷地内禁煙は到達可能な目標となりうる。教育長等のトップの決断が決め手となる例が多い。

講演 3

「食育について」

日本栄養士会会長
神奈川県立保健福祉大学教授　中 村 丁 次

日本人は主食であるご飯を中心とした伝統的な食習慣を継承してきたが、明治維新後すべての生活様式と同様、食事の欧米化も進められた。第二次大戦後食糧不足による栄養失調に悩まされたが、経済成長とともに畜産物や油脂などの摂取が増加し、欧米化はさらに進んだ。昭和 50 年頃には、エネルギー・栄養素ともほぼ満足すべき基準に達したが、脂質の消費が増加する一方で、穀類やイモ類、野菜、特に米の消費が減少し続け、さらに不規則な食事の形態が重なり、肥満、糖尿病等、生活習慣病は国民病になりつつある。

ライフスタイルの変化等により、24 時間いつでも、好きな物が、食べたいだけ、食べられるようになり、孤食も増加してきた。食の安全・安心や 40％と低い食料自給率、また高い食料廃棄率も問題である。箸が持てない、家庭で食べない、感謝しない、弁当ばかり、異常な拒食等、挙げればきりがないくらい、食事を取り巻く課題は多様化している。これらは行政や産業界さらに専門家の努力だけで解決できるものでなく、国民自らが食について考え判断するための、「食育」を進める必要が出てきた。

国は「食育基本法」を作り、食育活動を国民運動として盛り上げようとしている。すべての国民が心身の健康を確保し、生涯にわたって生き生きと暮らすことができるためには、何よりも食事が重要であることから、「食育基本法」では改めて「食育」を生きる上での基本であって「知育」、「徳育」及び「体育」の基礎となるべきものと位置づけています。

シンポジウム

「学校・地域保健連携推進事業実施の問題点 ―専門校医普及のために―」

1）神奈川県厚木市立鳶尾小学校校長　山口吉春

小学校長として、学校側の視点からこの事業について述べられた。

厚木市では平成 15 年秋より専門校医のモデル事業が小学校 2 校、中学校 2 校の計 4 校でスタートした。FAX 相談が主で、家庭からのアクセスもできる。保護者へ何度もよく周知したのが良かったのか、概ね順調に活動している由。

現在学校は週 5 日制に加え、特別支援や同和教育等の研修に時間をとり、また防犯や防災などの緊急課題への対応もあってスケジュールが非常にタイトで、予定された以外の催物を急に行うことなどは非常に難しい状況にあることを話され、参考になった。

2）大阪府医師会理事・日医学校保健委員会委員　井藤尚之

大阪府医師会として平成 16・17 年度に行った事業内容の報告と今後の課題について述べられた。

①モデル地域への専門医派遣：研修会、健康相談、事例検討会の実施（精神科、産婦人科、皮膚科、整形外科、小児科、歯科など）。平成 16 年度 3 地域、平成 17 年度 4 地域で行った。

②性に関する電話相談：府教育センターへ出務して、産婦人科医師による電話相談を 2 回 / 月実施。

③性感染症予防のための講習会：府立高等学校生徒が対象。

④学校派遣のための説明会：大阪府学校・地域保健連携推進事業内容説明会を開催。

⑤「学校管理下での事故災害への対応」研修会：整形外科、小児科、耳鼻科、皮膚科、眼科、精神科、歯科各専門医による講演会。

⑥事業報告会：

モデル地域における研修事業等と性に関する電話相談において、ある程度の成果が収められた。しかし学校と学校医や専門医との連携は十分とはいえなかった。今後専門医のさらなる参画を促進するとともにそれらを支えるための既存の三科校医による学校保健委員会活動などを中心とした学校医活動を発展させねばならない。当事業が専門校医普及のためにはもちろんのこと、また医師会というネットワークを通して、医師が医療の専門家として地域医療の大きな柱である学校保健活動に寄与する事業として発展させることが期待されている。

3）日本臨床皮膚科医会　日医学校保健委員会委員　岩井雅彦

日本臨床皮膚科医会の都道府県学校保健担当者への平成 17 年度当事業への参画状況アンケート調査結果を報告され、今後の問題点についても述べられた。

47 都道府県中、皮膚科の参加は 28 、精神科 39 、整形外科 26 、産婦人科 34 で、4 科すべてで過半数を超えた。また 20 都道府県で 4 科ともの参画があった。

また都道府県医師会の学校保健委員会への皮膚科の参加は 13 で、今年度参加予定を合わせると 17 であった。今後本事業に参画するためにはまずこれへの参加が重要であると思われる。

今後この制度が定着発展するためには、文科省、日医、都道府県教育委員会、都道府県医師会の密接な協力体制が重要である。さらに既存の 3 科、専門 4 科の協力体制も肝要である。また専門 4 科は専門校医として児童生徒、教職員、保護者の要望にきめ細かく対応していく必要がある。

4）神奈川県医師会理事　日医学校保健委員会委員　富永　孝

神奈川県及び他県医師会の専門校医実践経験を

参考にしつつ、平成 17 年 11 月に行った 47 都道府県へのアンケート調査への回答を交えながら専門校医普及への問題点を述べられた。

敷居が高かったのか、これまで学校の教職員は学校医と胸襟を開いて話し合うことが余りにも少なかった。専門校医体制を開始する際には、各専門校医のプロフィールを「学校保健だより」などに気さくな形で掲載して教職員、児童生徒、保護者等に気が置けない先生達と思わせることが大事である。彼らと身近に接して、専門校医の情熱に触れてもらうことで、信頼度は高まり、いろいろの相談が気兼ねなく来るようになる。

学校保健委員会には地域の人々や保護者・児童性も出席しているので、健康教育の成果がもっとも期待できる場であり、定期的に開催してもらい、相互理解を深めることが望ましい。残念な事に専門校医はこの委員会に現在わずか 19％しか参加していない。

日医が要望している県医師会主導の専門校医体制はわずか 6.4％で、70.2％が県教育委員会主導である。連携協力は 7％である。

具体的な事業としては、児童生徒、教職員、保護者を対象とした健康教育、講話、講演活動が多く、続いて個人相談、電話相談、FAX 相談、スポーツ障害予防の指導である。

精神科：罹患児童生徒及びその母親との対処法に苦慮している教職員から、大きな評価と感謝を得ている。少数名の児童生徒の事例研討会も大変喜ばれている。精神疾患の問題点は発達にしたがって異なってくることから、それぞれ別々に対象者を選んで講演を行うことが望ましい。

産婦人科：小・中・高校生の年齢に則した講演、講話をすることが大事である。内容についても関係者と事前に多少協議しておく方が無難なこともある。

皮膚科：アトピー性皮膚炎を中心とした問題が多い。また講演後に個人面談が多いが、日頃の面談はほとんどない。

整形外科：成長期の子供達には整形外科専門校医は不可欠である。短期成績を重視する学校現場の指導者とスポーツ外傷や障害が起こらないようにと考えている専門校医との間にはギャップが存在する。スポーツ障害の予防指導にはスポーツトレナーや理学療法士の協力も大きい。時間外のスポーツ外傷に対応する体制整備も大事である。

以上、この専門校医モデル事業は我国の学校保健、学校教育に不可欠なものとして、緩やかではあるが確実に定着し、発展しつつある。しかしこのモデル事業の先が読めない懸念があり、文科省は今後の方針を早急に打ち出してもらいたい。文科省と日医がこの事業を推し進めている今こそ、専門校医はこれを軌道に乗せるため意欲を燃やし、学校現場への参画に協力すべきであろう。

平成 17 年度　日本医師会 乳幼児保健講習会

メインテーマ「小児医療充実のための環境整備」

と　き　　平成 18 年 2 月 19 日（日）
ところ　　日本医師会館

［報告：常任理事　濱 本 史 明］

講演 1

「IT 時代と子どもの人格形成」

ノンフィクション作家･評論家　柳 田 国 男

小児科を取り巻く状況は変化していて、言葉の問題、メディアの問題に関心を持っている。

90 年代の終わり頃、米国の小児科学会が 2 歳以下の子どもにテレビを見せないように勧告を出している。脳が未成熟な乳小児期において、暴力シーンや性的な映像を見ることにより、脳の発達がゆがめられているという報告がある。その後の研究報告によるとかなり裏付けられている。

最近の子どもに対するアンケートを保育士に出した結果、夜遅くまで起きている子どもが多く、粗暴になってきている。半数以上の子どもの基本的しつけができていない。

佐世保事件に見る人格特性と、いまの子どもの状況と重ねて考える

口頭でもはばかれられるような残虐な殺害を 11 歳の女の子が行っている。この少女自身もその生育歴において、何らかの犠牲者であるかもしれない。

「四つの人格特性」

1. 自分を見つめ、言語化することが苦手である

1 つは、自分のなかにある曖昧なものを整理して言語化する作業が苦手であるということ。言語化する作業とういのは、心のなかにカオス状態にあるさまざまなものを、ある文脈を持ったかたちで整理する作業に等しいわけである。

言語化というとは、まさに自分自身を見つめ、自分の心を見つめ､それを表現していくことから、それが苦手であるということは自分の心の中にあるもの、あるいは感情を整理することができないということである。同時に言語化する能力が未発達であったということにもなる。

2. 基本的な安心感が希薄で、他者への愛着が形成しにくい

幼初期に親からの愛着が希薄であるために他者への愛着が形成しにくい。この少女の場合、母親の証言によると､幼少期から泣くことが少なくて、おんぶや抱っこをせがむこともなく、おもちゃを与えたり、テレビをつけておくと、黙ってテレビの前で何時間でも過ごしていた。育てやすい子どもであったというのは、とんでもない勘違いで、子どもというものは、本能的におねだりをし、自分の欲望、欲求を表現するものである。それがなかったということは、そういう感情を押さえ込んで、しまいこんでいるという「抑圧」が起こっている。感情をしまい込むことにより、年齢相応に発達してくるさまざまな感情の分化が育たない。自分も他者に対して、細やかな感情表現ができなくなってきて、怒りやうらみだけが発達する。

3. 文脈をとらえて理解する力が未熟である

会話や文章の文脈を理解するのが不器用であった。言葉や、文章の一部にとらわれやすく、相手の言動から人物像全体を把握するなど、文脈全体を捉えて理解するという能力が未熟であった。

この少女はおんぶ遊びをしていて、被害者の女の子に「重くなったね」と言われたこと、重いということはイコール「太っている」、太っていることは醜いとうこと。相手は、自分を醜いいやな奴だと見ていると想い始め、そこから抜けられな

くなる。そこで、「ケンカ」になればよいが、感情を「抑圧」してしまう。

4. 表現回避か攻撃への両極端に走る傾向がある

その抑圧された感情は、その感情の表現を回避するか、相手を攻撃して怒りを発散、爆発させるという両極端に走る傾向として現れる。自己中心的な、キレやすい、すぐ粗暴になる、暴力に訴える、物を投げつけたり殴ったりする子どもは、裏返していうと、そういう子どもたちが、そういう行動を習慣的に、家庭のなかや映像から得ている、また、学んでいることが推測できる。感情の分化が進んでいないために、表出を回避するか、攻撃するかという両極端な対処のしかたとなる。

メディア環境の変化のなか、失われた生身のコミュニケーション

親と子どもの接触のしかたが変わってきたわけで、子どもをメディアの前で解放してしまった。ハンディなゲーム、携帯電話、インターネットで本質的にコミュニケーションが変わってきた。子どもが接触するのが、圧倒的に機械的なメディアになった。人と生身で接触するよりも、メディアを介して接する方が多くなった。

一日の 24 時間を、8 時間寝ている、学校に 8 時間行っている、食事に何時間かかかる。そのいわば基礎控除の時間を差し引いて、残りの時間をどういう形で過ごすかということが問題になる。

この残りの大事な時間をメディアや機械を相手に過ごしている。生身のコミュニケーションや、生身のぶつかり合いの遊びはなくなってきた。

改めて重視したい『アタッチメント』の大切さ

乳幼児期に、母親との生身の接触、本当の愛着関係というものが成り立っていないときの子どもというのは大変不幸である。母親が子どもを抱きしめるということ（アタッチメント）がいかに大事であること、愛されていることが触れられて感じられることが大事なことである。今日の電子メディアに囲まれた時代のなかでは、生身の接触というのが、いかに大事か、相当意識して対応しなければならない育児の条件であることを痛感する。

脳には B.B.B. のように、ある程度麻薬のような薬物が侵入してこない機能を持っているが、残念ながらメディアによる有害な情報を排除する機能がない。

子どもにゲームをプレゼントすることは、麻薬をプレゼントすることと等しいと考えなければならない。

不幸にして、2003 年の 4 月からパソコンが教室にどんどん入ってきている。そのことにより生身の人間関係が築かれなくなってくる。

情報環境は人格形成であり、物を考える力であり、言語力であり、感情のきめ細かな発達であると思っている。情報環境を考えながら、子どもたちが示すさまざまな身体的な病気とも深い関係があるのではないかと考えることも必要である。

講演 2

母子保健をめぐる最近の動向

厚生労働省雇用均等室
児童家庭局母子保健課長　佐 藤 敏 信

1. 小児科・産科医の状況

小児科医の絶対数は着実に増加しているが、医師全体のそれと比べれば、増加は小幅にとどまっている。

平成 8 ～ 16 年において、小児科医は 13,781 人から 14,677 人へと約 900 人（6.5％）増加したが、同じ時期に医師全体は 230,297 人から 256,668 人へと約 26,000 人（11.5％）増加した。小児科医の増加は医師全体の増加の半分程度に過ぎなかった。

小児科医

男女別に見ると、同時期に男性は 9,887 人から 10,102 人へと、約 200 人（2.2％）の増加であるが、女性は 3,894 人から 4,572 人へと、約 700 人（17.4％）の増加である。小児科医全体に占める女性の割合も同期間中に約 28％から 31％とじりじりと上昇している。この傾向は若い層で顕著であり、30 歳未満では既に男女比は逆転しているものと見られる。

産科医

産科医の場合は、絶対数が減少しており、小児科医の場合よりも状況は深刻と言える。

平成 8 ～ 16 年において、産科医（婦人科医含む）

は 12,422 人から 12,156 人へと約 300 人(2.1%)減少している。

男女別に見ると、同時期に男性は 10,499 人から 9,461 人へと、約 1,000 人（10%）の減少であるが、女性は 1,953 人から 2,695 人へと、約 750（38%）の増加である。その結果産科医全体に占める女性の割合も同期間中に約 16%から 22%へとじりじりと上昇している。この傾向は小児科の場合と同様、若い層で顕著であり、30 歳未満では既に男女比は逆転しているものと見られる。

2. 考えられる対応

＊大学医学部の定員の増等により医師全体の数を増加させるという方法は、次の理由から事実上困難と考えられる。

・短期的には不足感があっても、長期的には日本全体で相当の医師過剰が見込まれていること。

・大学医学部の定員の増等が医師全体の数につながるまでには、10 年以上の期間が必要であること。

・大学医学部卒業後の診療科の選択が個々人の自由に任されている現状で、医師全体の数を増加させても、これらが直ちに産科医・小児科医の増加につながる保証はないこと。

＊小児科・産科を選択する医師の増加

・前述のとおり産科医・小児科医に占める女性の割合が増加していることから、こうした女性医師の確保や働き方を支援するような対策の構築

・卒前、卒後教育における啓発の増等が医師全体の数の増加につながるまでには、10 年以上の期間が必要であること。

＊小児科・産科診療の効率化

両科に共通する問題として、地域偏在の問題がある。地域偏在は都道府県間の偏在はもちろん、一つの県の中でも著しい偏在として指摘されているところである。

小児科固有の特徴は外来の受診が多いということである。厚生労働省患者調査によれば、人口千人あたりの年齢階級別外来診療件数は、満 5 歳くらいまでは高齢者と同程度の受診状況となっている。また、外来診療の中でも時間外の受診が際だって多い。

一方、産科、特に一定規模以上の病院の産科の場合には、急な分娩や手術に対応するためにある程度以上の数の医師が必要ということである。

こうした状況を踏まえると、貴重な医師や医療機関を効率的に活用することが重要となる。

3. 行政としての対応

(1) 厚生労働科学研究

平成 17 年 6 月に、厚生労働科学研究「小児科産科若手医師の確保･育成に関する研究」(通称「鴨下研究班」) が取りまとめられたところである。

(2) 関係省庁連絡会議

平成 17 年 8 月、厚生労働省、総務省、文部科学省の 3 省からなる「地域医療に関する関係省庁連絡会議」において、特定の地域や産科・小児科等特定の診療科における医師不足への対応として、「医師確保総合対策」を取りまとめたところである。

(3) 関係省庁連絡会議・ワーキンググループ

連絡会議の取りまとめのあと、さらに、有職者の参画を得つつ、ワーキンググループを設けて、検討を行った。これは、小児科・産科の医師偏在が問題となる地域を中心に、公立病院を中心とした医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供と医師勤務環境の改善のため、当面の有効な方策と考えられるところからである。同ワーキンググループは平成 17 年 12 月末に報告書を公表したところである。

(4) 予算等

こうした中で、平成 18 年度予算案においては、統合補助金である母子保健医療対策等総合支援事業において、新たに小児科・産科医療体制整備事業を実施し、医師の確保策、女性の就労支援策など、都道府県における小児科医療・産科医療の体制整備に必要な経費の補助を行うこととしている。

具体的には、小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応として、1 都道府県当たり 3 年に限って補助することとし、

＊医療資源の集約化・重点化を図るための計画検討調整費

＊地域住民などへの理解のための広報啓発費

＊集約化・重点化関係及び女性医師の労働環境

改善関係のための制度趣旨徹底及びノウハウの検討のためのブロック別講習会費及び調査研究費などにかかる事業について補助を行うこととしている。

また、医政局においては女性医師のライフステージに応じた就労を支援するため女性医師バンク（仮称）を設立するほか、離職医師の再就業を支援するための講習会を実施する医師再就業支援事業を行うこととしている。

小児科医・産科医の確保は容易ではないが、種々の方策を講じ、また、関係者の協力も得ながら適切に対応したい。

シンポジウム「小児救急体制の新たな動き」

(1) 地域小児科医連携型：印旛方式

国立病院機構下志津病院長
千葉県小児科医会長　西牟田敏之

千葉県印旛医療のケースは、初期救急システムがないことによって、診療所小児科のパワーが結集できず、病院勤務小児科医が初期並びに二次以上の救急を遂行する限界が見えてきた地区における、小児救急の再生モデルとして参考になると思われる。印旛郡市は 11 市町村で構成され、総面積 60,903ha 、総人口 668,862 人、0 ～ 14 歳人口 97,765 人で、当医療圏の小児科を担う医師の体制は、小児科主標榜診療所が 14％、準標榜診療所が 54％、病院小児科が 32％で、小児科診療所医師が少なく、小児科勤務医数の比率が高い特徴がある。病院は独立行政法人国立病院機構下志津病院、東邦大学医学部附属佐倉病院、日本医科大学千葉北総合病院、成田赤十字病院の 4 病院があり、合計 36 人の小児科医が勤務しており、年間 20,000 人の小児救急患者の 97.6％を、これら 4 病院小児科において対応をしており、ことに小児救急が集中する病院の担当医の疲弊は極度に達していた。このような状況下で、地区の小児医療資源をフル活用し、一部医療機関に負担が集中しない診療体制で、小児科に特化し、かつ入院や検査を要すると判断した場合には、必ず輪番病院で対応できる救急システムを小児科医会が策定した。

小児救急に対する不安と要望（受療サイドの意識・要望）

＊ 育児不安の第 1 位は子どもの急病
＊ 365 日、24 時間対応可能な体制
＊ 待たないですぐ受けられる診療体制
＊ 小児科専門医による診療
＊ 検査・入院が可能な完結型診療体制
＊ 自宅からあまり遠くないこと

わが国の小児医療の現状と小児救急の問題点

1. 経営的視点から小児科医療は縮小傾向
2. 核家族化・少子化により小児科専門医診療希望が増加
3. ことに夜間・休日時間外診療のニーズが高まる
4. 小児科専門医診機関の減少により中核病院に集中
5. 対応する小児科医の勤務状況が悪化
6. 小児科の激務と経済的に恵まれないイメージにより小児科希望が減少
7. 小児救急担当者の健康障害と生命的危機

印旛市郡における小児救急医療

＊初期急病診療所の開設

1. 佐倉市が設置主体となり印旛市郡医師会に運営委託
2. 参加スタッフ
   医師 48 名（小児科開業医 13 、地域開業医 15 、勤務医 20）
   看護師 23 名、薬剤師 120 名、事務外注
3. 診療時間帯：平日、土曜の準・深夜、休日・祝祭日の全日

＊二次輪番病院

印旛医療圏の 4 病院が担当
国立病院機構下志津病院、東邦大学医学部附属佐倉病院、日本医科大学千葉北総合病院、成田赤十字病院

平成 14 年度から 17 年度にかけての各年度の二次医療機関紹介率は約 3％平均である。年齢別割合は 0 才児が約 16.7％、1 ～ 5 才児が 62.3％、6 ～ 10 歳児が 16.3％、11 ～ 15 才児が 4.5％であった。平成 16 年度受診者の疾病分類では、呼吸器 44.6％、消化器 24.3％、伝染性疾患 11.7％、アレルギー 8.1％、神経 3.0％、感覚器 3.0％、皮膚 2.3％、その他 3.2％である。月別疾患動向（平成 16 年度）は 12 月から 3 月

が多く、2 月がもっとも多い、逆に少ないのは 8 ～ 9 月である。時間帯別受診状況では、夜間（通年）：24,443 人のなかで、19 ～ 22 時が 58.8%、22 ～ 24 時が 24.1%、0 ～ 4 時が 12.1%、4 ～ 6 時が 5.0%であった。

広域小児救急医療体制構築の必然性

1.1 地区では体制の構築に必要な小児科資源が不足している場合
2. 地区に単独で二次救急機能を果たせる中核病院がない場合
3. 二次救急の可能病院があっても支援体制がなければ早晩疲弊して機能を失うことが予測される場合
4. いくつかの地区の小児資源を統合すれば、体制が構築できると考えられる場合

小児救急体制が継続的に維持できる条件

1. 中核病院があって、複数の担当医によって救急が遂行でき、かつ良好な勤務環境が整っている場合
2. 中核病院体制上、初期～二、三次救急を依存できない場合には、それを支援する初期救急体制が不可欠である
3. 小児科医だけで初期救急が構築できれば最良であるが、この条件を満足している地区は、ほとんど存在しない。
4. 一部献身的な医師の努力によって維持するのではなく多くの医師が参加して負担を軽減する工夫が必要
   - 二次救急に参加していない病院小児科医は率先して初期救急に参加すべきである
   - 日頃から小児の診療をしている他科医師も初期救急に参加することが望まれる

広域小児救急システムが成功するためには

1. 救急医療に関しては自治体の壁をなくすこと
   - 事業に必要な経費の応分負担
   - 救急設置場所に関する合意
2. 初期救急にできるだけ多くの医師の参加を得ること
   - 検査、処方をできるだけ省くこと
   - 処方を簡素化すること、薬剤師会の協力を得ること
3. 例外を除き、時間外は初期救急を経るルールを住民に徹底すること
4. 初期救急からの紹介患者が結果的に軽症であっても、二次病院は的確に対応すること
5. 二次病院の待機ベッドに対して、補助すること

印旛市郡小児初期急病診療所の診療は、平成 14 年 10 月より開始され 3 年経過した。感染症の流行期の忙しさは、どこの救急診療所も同様であるが、診療所開設当初危惧していた時間外診療の急増はなく、最近ではこの体制のあることによる安心感からか、適正な利用が浸透し、むしろ利用数は減じている傾向さえみられる。また、2 次病院のバックアップ体制も確実に行われており、システムの成熟が伺われる。

(2) 町田市医師会準夜救急こどもクリニックの軌道：東京都町田市における小児救急の現状

豊川小児科内科医院院長　豊 川 達 記

町田市の救急体制

一次救急医療

平日・土曜 19：00 ～ 22：00

町田医師会準夜急患こどもクリニック

22:00 ～翌朝

町田市民病院小児科（常勤医 5 名）

日曜・祭日 09：00 ～ 17：00

町田医師会休日当番医

（輪番制、市内 5 ブロックに 1 か所は小児科クリニックを含む）

19：00 ～ 22：00

町田医師会準夜急患こどもクリニック

22:00 ～翌朝

町田市民病院小児科（常勤医 5 名）

二次救急医療

町田市民病院小児科

その他、市内には有床小児科病院はない

高次救急医療

隣接する近隣の有床小児科を持つ病院

運営、経営は町田市であり、受託事業であるが、あくまでも医師会主体となっている。責任者は医師会会長で、昨年度の予算は市からの委託料として、約 3,000 万、医師会からほぼ同額が出ている。収支は市からの委託料があってかろうじて若干の黒字となる。

診療体制は、平日 : 医師 1 名、看護師 2 名、事

務 1 名、土日祝日：医師 2 名、看護師 3 名、事務 2 名、薬剤師 2 名である。内訳は、登録総数 73 名の内、医師会会員数 43 名、派遣医師数（延べ 30 名）、会員内訳は、小児科医 21 名、内科医 20 名、外科医 2 名である。看護師 14 名。事務受付 5 名。薬剤師は土日祝日のみに、市内薬局の有志のみであったが、新たに東京都薬剤師会町田支部と正式協定を結んだ。

医師会員の参加者平均年齢は 57.2 歳で、診療体制は、電話受付を行っており、受付は午後 6 時から 9 時 30 分までである。診療日時は、365 日、午後 7 時から午後 10 時までとなる。対象患者は 15 歳未満の小児であり、熱傷・外傷等の外科疾患は除き、救急車は原則的に受け入れない。検査及び治療は、血算、CRP 、溶連菌及びインフルエンザ簡易キット、簡単な点滴、喘息に対する吸入療法で、投薬は原則 1 日分で、院内約束処方形式である。

受診者数は、2003 年 2 月から 2005 年 11 月までで、延べ 19,350 名、一日平均 18.6 名であった。患者は 3 歳未満が 61.5％、町田市内が 96％を占めていた。

診察医の診た重症度では、軽症・中等症が約 95％、重症が 1 ～ 2％であり、紹介件数は全受診数の 3.1％であった。

町田市のクリニックは市民病院近接型形式を選択した。それにより準夜帯の市民病院受診数減少はクリニックのひとつの成果と評価できる。開設直後から有効にクリニックが機能した要因として、事前の連携協議で市民病院への電話問い合わせ者を積極的にクリニックへ紹介したこと、市の広報や医師会のホームページでの宣伝効果、啓発運動が挙げられる。それに対して深夜帯の市民病院受診者数はクリニック開院後でも影響は見られなかった。**これは救急医療のコンビニ化の危惧も感じられる。**今後の課題としてはまず深夜帯受診状況改善を目指し、準夜帯のクリニック受診となる広報活動とともに、日勤帯で、かかりつけ医を受診するよう、医師会及び市からの促進運動、救急受診の場での患者教育とともに診療レベルの統一化、標準化を絡めた診療の質の向上、さらに他科の医師との協働及び二次、三次救急病院への転送先の確保と使いやすい医療圏の確立及び連携が必要と思われる

(3) 小児救急医療提供体制と電話相談事業：広島県の事例

桑原医院長
広島県小児科医会会長　桑 原 正 彦

広島県の小児科医及び小児外科医の合計は 361 人で、人口 10 万対 87.0 である。全国のそれは 83.4 となり、比較すると恵まれた県と言えるが、広島県は全国で 2 番目に無医地区の多い県であるという事実が示すように、小児科医に恵まれた医療圏と極めて小児医療が厳しい医療圏に 2 分されて、全国の縮図のようなところである。

広島県の小児救急医療提供体制

広島県は 7 つの二次医療圏にわかれ、その中で、23 の地域医師会が地域医療を行っている。地域医師会病院を持っている大規模医師会では、付属の夜間急患診療所を持っている。多くは、休日・準夜の開設であるが、開業小児科医の勤務のみでは運営できなくて、小児科標榜の開業内科医の応援を得て、365 日体制を維持している。広島市内の 3 つの医師会に所属する開業小児科医等は、在宅当番医制とは別に、交代で舟入病院（広島市立の病院で 365 日 24 時間体制を維持し 2 次医療も引き受けている）の準夜勤務を行っている。その他に、病院群輪番制をしいて、初期から 2 次までの急患に対応している。

小児救急電話相談事業・広島

平成 14 年 9 月から開始した「小児救急電話相談事業・広島」は、開業小児科医による小児医による小児救急相談として、平成 17 年 3 月まで施行事業を続けた。キャッチフレーズは、「今行くべきか、明日まで待ってよいか」である。電話での相談という、非常に難しい設定の中で、「あくまでも助言であり、決定者は保護者ですよ」と、広報を徹底的に行った。試行期間 2 年半の相談件数は、5,463 件であり、法的問題を起こした事例は皆無であった。事後の患者行動調査と利用者の満足度調査では、先生の助言とおりに「あの晩は受診しなかった」69.7％、「すぐに、受診した」18.3％、「救急車で受診した」0.6％であった。本事業に対する満足度は「満足」78.3％であった。しかし、相談小児科医の負担はかなりのものがあ

り、看護師や保健師の応援をえて、事業の継続を計る計画である。

一晩の相談件数は約 20 件と限られていて、現場の患者数の目に見える減少に役立つほどには成熟していないが、育児不安の解消、緊急の判断事例等、相談事例の 100 倍もの県民の安心ネットとしての貢献度は高い。

少ない資源で地域の小児医療を行うためには、地域に合った提供体制の構築とそれを支援する行政、医師会、そして何より住民の理解と協力がなくてはならない。そのためには、医師会や小児科医会、小児学会、その他の関係団体、行政が参加した「地域医療協議会」（仮称）の活発な議論と活動が必要である。

(4) 地域の開業医と勤務医が連携：鹿屋方式

まつだこどもクリニック　松田　幸久

大隅半島は鹿児島県の東半分の広い地域で、2 市 17 町で人口約 27 万人の過疎地をかかえた地域である。

小児科医はこの地域で、地域基幹病院が健康プラザ県立鹿屋医療センター（以下医療センターと略す）の 1 か所のみで、小児科開業医が 7 名。地区別に高度医療を確保する「2 次医療圏」でみると、県内 12 か所のうち、大隅半島の肝属地区は小児 10 万人当たりの小児科医が 26.8 人と、全国でもワースト 10 である。このように、鹿屋市を中心とした大隅地区では、全国でも有数の小児科医不足の深刻な地域となっている。

鹿屋方式

「鹿屋方式」は、鹿屋市医師会と医療センターが協力してはじめた取り組みで、軽症の外来患者や一次救急は地域の医療機関が担当し、重症の外来患者や二次救急は、医療センターが担当するという分業制のことである。

小児の救急患者に関しては、「夜間、休日の救急患者については、市医師会の決めた内科系、外科系の輪番医が対応（一次救急）し、高度の医療が必要なものは、医療センターに紹介して、同センターが治療にあたる（二次救急）という前提のもとに対応する。患者のたらいまわしをなくし、「必要な場合、かならず小児科医が診察する」ことを実践している。

鹿屋方式導入前と後の小児患者数の比較と問題点

鹿屋方式の小児の救急患者を比較するとおよそ 4 倍となり、当番を担当する医師の負担が急増してきた。特に鹿屋方式が定着し、鹿屋市以外でも知られるようになった平成 13 年ころから、受診者数が急激に増加し、現在では、患者の 1/3 は鹿屋市外である。

医療環境の激変と、患者意識の向上とともに、たとえ夜間であっても患者サイドから医療サイドに求められる医療レベルの質は高いものが要求されるようになってきた。鹿屋地域での時間外救急は、質的にも数的にも、担当医は疲労困憊し、改善策を求める声が異口同音に訴えるようになった。

鹿屋方式存続のための検討

平成 17 年度 6 月より、検討会を行い、以下の 3 点を実施することとした。

1. 当番医ポスター作成と、医療機関に掲示
2. 母親啓発ビデオの作成と、市への公報依頼
3. 近隣郡市医師会への当番医協力以来

また、7 月には、内科、小児科の当番医に係る勉強会を実施し、医師会で作成した母親啓発ビデオは、鹿屋市の集団の予防接種や、健診の待ち時間に放映するようになった。その後も、解決策について検討会を行い、平成 17 年 12 月には、鹿屋市医師会当番医を担当する医師の懇談会、そして、代表を選出し、鹿屋市医師会当番医検討委員会を設立し、検討をかさねている。

解決策としての案

1. 定点制
2. 時間外救急の大きなウエイトを占めている小児時間外診療を夜間輪番制以外に機能分担する
   a. 土曜、日曜、祭日のみ、小児科医でローテーション
   b. 年末年始、ゴールデンウィーク等で施行
   c. 小児科開業医で、連日でなくても、週に何回か夜間当番と並列で行う
   d. インフルエンザ等の患者急増の時期を見越して、臨機応変に小児科医の夜間当番を施行する
   e. 患者教育……母親学級、各種セミナーで、

時間外救急の学習会を行う

今後は検討委員会に、行政、医師会、基幹病院、救急隊、患者などの意見を出し合い早急に検討して、鹿屋方式の存続のための対応策を検討していく予定である。

討議

印旛市の初期救急体制がうまくいき、4 基幹病院の初期救急が 3%になったのは、県内で、急病の時にはどこを受診したらよいかということを、自治体が機会ある度に住民に説明し、医師会も講演活動を行ってきた。0.5 次の電話相談を実施し、住民参加のフォーラムを作成した。

電話相談を地域で保健師が行うという考えは理想である。しかし､公衆衛生の立場では可能だが、小児医療に詳しい保健師を作ることは、今の保健師の人数と予算では不可能であろう。

薬剤の管理は、薬剤師会の先生方に協力していただき、常時薬剤師がいる状態になっている。病院薬剤師から、長期保存が効くように散剤だけを大量に調剤していただいている。約束処方を利用している。

鹿屋市の夜勤当番の先生方は、次の日はかなり疲弊され、休まれる先生方がおられる。

小児一般医療と救急医療を分けて考えるのは難しいと考えられる。保護者からの要求と医療者の対応にズレが生じるが、それも補填していかなければならない。また、子どもたちの病気に対して安心して医療が受けられるようにしていかなければならない。電話相談は全国の 30 県で行われているし、小児救急医療圏が 406 か所あるうちの 180 地区、44.3%が実現されている。全国の小児救急に関する検討委員会を作っていただき、本日提出された問題等、協議していただき対応していただきたい。

第 41 回山口大学医師会･山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）

『神経診察法と神経画像診断の実際』

と　き　　平成 18 年 3 月 5 日（日）午前 9 時～正午
ところ　　山口大学医学部中央研究棟

報告：山口大学医学部脳神経病態学（神経内科）　川 井 元 晴

第 41 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）を、平成 18 年 3 月 5 日に山口大学医学部中央研究棟で当科が担当し開催させていただきました。タイトルを「神経診察法と神経画像診断の実際」としました。

日常診療でもっともありふれた訴えの 1 つである、頭痛、めまい、しびれといった神経症状に対して、一般的には時間がかかり難解であるという印象を持たれることが多い神経診察法に親しんでいただき、コツをつかめばそうでもないのだと思っていただけるように講演と実技を取り混ぜてプログラムしました。

事前の参加予定者は 39 名で、当日は雨模様にもかかわらず、地元宇部市周辺の先生方のみならず大島や岩国からもご出席いただき計 37 名の先生方に受講いただきました。

まず始めに中央研究等 3 階の講義室にて、根来清助教授による神経診察法の講義がありました。意識障害の診かたでは、項部硬直の所見を写真でご紹介し、脳神経症状に関しては、眼球運動や構音障害の診かたなどをご紹介しました。運動系、感覚系、小脳系の診察法では症例のビデオ映像を交え約 1 時間で基本的な診察法を分かりやすくご紹介いたしました。診察道具についても打鍵器には数種類あり、工藤式打鍵器のような比較的長さがあり適度な重さのあるものがよいこと等もご紹介いたしました。

続いて、川井元晴講師の神経画像診断の講義がありました。脳血管障害でもっとも多い脳梗塞について、大学病院では超緊急に CT 及び MRI を撮像し、適応症例には tPA を投与し血管再開通を行い後遺症をゼロか最小限にする対応ができていること、神経変性疾患の代表であるパーキンソン病とその関連疾患についてや、神経免疫疾患の代表である多発性硬化症、最近話題になっている低髄液圧症候群やクロイツフェルト･ヤコブ病についても CT や MRI を呈示いたしました。

講義終了後は中央研究等 1 階に移動していただき、3 ～ 4 名の小グループに別れて神経診察の実技講習及び個別に質疑応答を行いました。近年の医学教育においても、テュートリアルや OSCE 実習など小グループでの discussion 形式が数多く取り入れられております。お互い非常に近い距離でざっくばらんな議論ができるという点で有意義だと思いますが、実習室には診察用のベッドと神経内科の診察道具 1 セットを準備し、先程講習していただいた腱反射や筋トーヌス等の診察が容易にできるようにしました。皆様には実際に靴下を脱いで Babinski 徴候の診察をお互いにしていただきました。また、いざ診察するにあたって湧き上がった疑問点についてのみならず、講義の中での疑問点や質問事項についても活発に議論していただくことができたと思います .

最後に神田教授から講評があり講習を終了しま

した。あいにくの天候不順の中、神経診察に興味を持たれ、また日常診療の中でも神経診察の重要性に気づかれご参加くださった多くの先生方の、熱心に講義や実習を受けておられた姿を拝見し、私たちもよりよい情報・技術提供を行い、地域の患者様や先生方に貢献できますよう頑張りたいと改めて肝に銘じました。

最後になりましたが、教育講座の準備のお世話をしてくださった山口県医師会の方々に深く感謝いたします。

受講印象記

[記：下松医師会　阿部政則]

平成 18 年 3 月 5 日（日）午前 9 時。山口大学医学部中央研究棟に集合ということで、久し振り（本当に何年振りか）の大学へやって参りました。中央研究棟という聞き慣れない名前とすっかり姿の変わった大学で、迷子になりながらやって来た所は、懐かしい RI 棟でした。ここでマウスを虐めてやった（実は虐められていた）ものだと懐かしむ間も無く、神経内科助教授根来清先生による講義 1「神経診察法」が始まり、普段外来で診る場合の神経内科的診方とその後の神経症状の診方、確認のための診察法の講義を受けました。プレゼンテーションに出てくる実際のビデオなどは、ただ言葉や絵だけでは実感し難いニュアンスまで理解することができたように思います。次に講師の川井元晴先生による講義 2「神経画像診断法」が行われ、典型的な疾患の画像診断を示されました。CT や MRI 、MR アンギオ等による脳梗塞、多発性硬化症、パーキンソン病、その類縁疾患等々の説明があり、さらに最近話題になっている髄液漏出症候群（低髄液症候群）やアルツハイマー病、クロイツフェルト・ヤコブ病、ヘルペス脳炎、重症筋無力症などについても典型例を挙げられ非常にわかりやすく説明されましたが、初期の問診、神経診察の重要性を改めて強調されていらっしゃいました。日常診療ではあまり遭遇することがない疾患でも、最初の問診と適切な診察でかなり予想がつくことが理解され、初期診療はここでも重要であることが認識されました。

次に場所を移動し、総勢 39 名が 10 班に分かれて実技指導を受けました。講義 1 で習った神経学的診察を、一つ一つ確かめながらの実習でしたが、普段見慣れているハンマーや音叉なども随分使い方が違うのだなあと実感した次第でした。どうやれば反射がよく出るか、被験者の姿勢や角度、向きなど自分が普段行っているときに気がつかなかったことが次々と出てきたり、反応の出方によって障害部位の予想がより明確にできることが実感できたりと、非常に有意義な実技指導でした。アッという間の 3 時間でしたが、同班となった淵上先生と「宇部の先生方は、何時でもこんな有意義な講義が受けられていいよね。」と羨ましく思いながら家路につきました。

最後にこのような充実した体験学習を提供してくださいました山口大学医学部脳神経病態学脳神経内科学教室の神田隆教授並びにスタッフの先生方に心から感謝を申し上げます。

平成 17 年度 第 2 回 小児救急医療対策協議会

と　き　　平成 18 年 3 月 9 日（木）午後 3 時～
ところ　　山口県医師会館

［報告：理事　弘 山 直 滋］

藤原会長挨拶

年度末のお忙しい中、県行政、下関市、宇部市、周南市の各行政の方、医師会の方々にお集まりいただきありがとうございます。小児救急医療体制は、地域や科の偏在による医師不足、さらに小児科医の過重労働の形で悪循環を招いて、小児科医不足に拍車がかかっている状態である。2 月 21 日､日本小児科学会が発表した小児科入局者数が、3 年前に比べて半減しているとの報告もある。地方においては、小児救急医療体制は瀬戸際といってもいい状況である。厚労省は小児科、産科における医療資源の集約化、重点化という基本的な考えを示し、公立病院を中心に連携強化病院、連携病院を設定し連携体制を構築するとしている。都道府県が主体となって、平成 18 年度末を目途に実施の必要性を検討し、具体的な対策を 20 年度末から施行される新しい医療計画に盛り込む考え方を示している。

日本医師会の診療報酬検討委員会では、先に平成 18 年度診療報酬の会長諮問「平成 16 年度 4 月の診療報酬改訂の影響とその対応」､「現在の診療報酬における問題点」､この 2 つの答申の取りまとめを行ったところである。この中で専門医と診療報酬についても触れているが、専門医認定制機構においても、答申に添った日医の意見が述べられている。今回初めて、日医も先々は専門医に診療報酬を考える必要があるのではないかと言って、画期的な捉え方をしている。この委員会で、医師の偏在と診療報酬についても意見の取りまとめをした。小児科では、休日夜間の診療要望と診療体制のミスマッチがあって、休日夜間に患者が集中し、その結果、病院の医師が過重労働で退職したり、また小児科医の診療報酬についても業務内容や業務量が反映されていない為に赤字体質となっていることを指摘した。今回の改正は、過去最大のマイナス改定で全体として大変厳しい状況であるが、この委員会の意見がある程度反映されている。しかし、相対的に反映されたという意味合いでしかなく、この問題点の根本的な解決になっているとは言い難い。この委員会に小児科の松平委員がでておられ、会議の中で小児科独自の診療報酬体系について発言されていたが、これについては本格的な検討はされていない。

先般、二井県知事に直接お会いして、県下の医師不足、特に麻酔科医等の不足に対する対応をお願いした。2006 年度県予算で、医師確保対策予算が盛り込まれており、また、離職した女性医師の復職に向けての研修制度の新設、山大医学部推薦入試に県内出身者を対象にした地域枠の新設など、新たな施策がみられ、医師不足の解消を目指した予算をみて、県が本腰を入れられたように感じた。

この協議会は、本来小児救急電話相談の会議であるが、その枠を超えて小児科医師不足について国の方向性を睨みながら、県の今後の取り組みを踏み込んで議論していただけるのは県医師会としてありがたい。

小児救急電話相談は平成 16 年 7 月～ 17 年 2 月まで 502 件、17 年 7 月～ 18 年 2 月まで 820 件と 1.6 倍増となっている。曜日の違いがあるが、周南、下関、宇部の順で多いようだ。病院の夜間受診の緩和に役立つことを期待している。本日の協議は、前回の積み残しの議論などをさらに深めていただくことが主眼であり、行政の方にも聞い

ていただくことで県や市の施策に反映されることを期待している。活発な議論をお願いする。

砂川県小児科医会会長：本日は、主に電話相談事業の報告と事業計画が主眼となっているが、藤原会長挨拶にもあったように小児救急医療の組織的なものが難しい状況に入っているので、その辺をしっかり議論したい。

協議事項

(1) 平成 17 年度小児救急医療電話相談事業報告について

山口県小児科医会理事　冨田　茂

前回 12 月に発表した平成 16 年 7 月から今年 1 月までの 1 年半のデータについて整理、解析したので発表する。前回、佐々木常任理事から急患数が減っているのではないかとの質問があったので、月別の夜間だけの急患数を地区別に各保健センターに問い合わせて調べてみた。電話相談事業が始まってから、急患受診数が減ったような傾向にはなっておらず、むしろ増加している印象さえする。

相談件数は前年比で 1.4 ～ 2.4 倍を超える件数がある。担当地域別件数では周南、下関、宇部の順となっており、一日平均件数は下関、周南、宇部の順となっている。相談電話がどこからかかってくるかでは山口が一番多く、次いで周南、防府、宇部、下関となっており、岩国は低い。今後、市町村合併に応じたデータに変えていく。

相談時間帯は最初の 30 分がもっとも多い。相談時間は 5 分前後が一番多い。年齢別、相談者、相談内容などは今までの報告と変わりがない。電話相談対応者では、看護師のみが 87％、医師の助言、関与も 12％あるので、電話相談でのよいところが再確認されたと思う。

まとめると、電話相談の内容については、16 、17 年と大きな変化はない。電話相談をやってみて夜間の急患数が減少しているわけではないが、電話相談には電話相談の役割があるのではないかと痛感した。電話相談件数は 1.4 ～ 2.4 倍の増加があり、これがこの状態のまま増加していくのか、それとも落ち着くのか、今後の経過を見ていかなければならない。

砂川県小児科医会会長：全国的に見ても、山口県は電話相談事業に早く取り組んだ。山口県方式は、いわゆる夜間診療を実施している夜間急患診療所にナース及びドクターが出務して電話相談をしている。山口県小児科医会は、救急電話相談事業を引き受ける時に救急医療の観点ではなく、0.5 次医療すなわち子育て支援の一つであるという観点で引き受けた。そういう意味で、少し救急患者とのズレが生じていること、また現在、小児救急医療は日中の診療より休日夜間の方がかかりやすい

出席者

山口県小児科医会

	会　長	砂川　　功
	副会長	金原　洋治
		冨田　　茂
		河村　一郎
		門屋　　亮

山口県健康福祉部医務課

	調整監	吉谷　修二
	主　査	岡本　正浩
下関市 保健部	総務課長	松崎　淳志
	主　事	真弓登志也
宇部市	健康増進係長	吉富まゆみ
周南市	健康増進課主査	佐伯　良光

山口県医師会

	会　　長	藤原　　淳
	副 会 長	木下　敬介
	常任理事	濱本　史明
		佐々木美典
	理　　事	弘山　直滋
下関市医師会	事務局長	濱本　忠雄
		和田　智美
宇部市医師会	事務局長	重冨　　孝
徳山医師会	事務長	田中　　潔

状況ができており、増える傾向がある。全国的に見ても、電話相談をやったから急患が減ったという資料はない。

香川県では、休日土日だけドクターに携帯電話を回している。広島県はモデル事業をやってきたが、難しくなって止め、新たに平日夜間は夜間急患診療所に電話を回し、土日だけドクターが受けるという方式に変更した。山口県小児科医会は、山口県方式が無理のないやり方だと思っている。

金原委員：当初から、広島県の例を見ても、国の要綱では難しいだろうと言うことだったので、予想どおりだった。

河村委員：将来的には、電話相談員（船橋で実施）が全国的に増えるとなれば、それまでの繋ぎとして山口県方式がいいと考える。

門屋委員：現在、山口市では休日夜間診療所の内科系当番に小児科医が加わって行っている。当面の暫定的な形態として、今秋から土日の準夜帯のみに現在の休日夜間診療所に小児科部門をつくり、小児科開業医が出務して実施する予定である。

2. 平成 18 年度小児救急医療電話相談事業計画等について

山口県健康福祉部医務課　調整監　吉谷修二
地域医療班主査　岡本正浩

小児救急医療相談電話事業については、現在順調に実施されているので、平成 18 年度も 17 年度と同様でいきたい。

（参考）平成 18 年度小児救急医療関係事業

（1）小児救急医療啓発事業（新規）

小児の保護者に対して、小児の病気の知識等に関する講習会を県内 9 か所で、山口県医師会に委託して開催する予定。

（2）小児救急地域医師研修事業

小児科を専門としない医師を対象に、小児患者に必要なプライマリケアの技能を取得するための研修会を県内 9 か所で、市町村が郡市医師会に委託して実施する。

（3）小児救急医療確保対策事業

小児科医の確保が困難なため、国の小児救急医療支援事業を実施できない医療圏において、休日・夜間の一部について小児二次救急医療が提供できるように、体制を整備する。

診療時間：休日　9 時～ 14 時、
夜間　18 時～ 23 時
実施機関：周東総合病院（柳井医療圏）、
長門総合病院（長門医療圏）

（4）小児救急医療支援事業（国庫）

二次救急医療施設において、休日夜間に円滑に小児重症救急患者を受け入れられるように、診療体制を整備する。

診療時間：休日　8 時～ 18 時、
夜間　18 時～　8 時
実施機関：徳山中央病院（周南医療圏）、
周東総合病院（柳井医療圏）

（5）小児救急医療拠点病院運営事業（国庫）

複数の二次医療圏を対象として、休日及び夜間における入院治療を必要とする小児の重症救急患者の医療を確保する。

診療時間：休日　8 時～ 18 時、
夜間　18 時～　8 時
実施機関：山口赤十字病院（山口医療圏、萩医療圏）
済生会下関総合病院（下関医療圏、長門医療圏）

佐々木常任理事：電話相談研修会を 6 月 18 日（日）に予定している。平成 17 年度は啓発のために、ポスターやパンフレットを作成して幼稚園、保育園、医療機関に配布したところ、非常に反響が良かったので、平成 18 年度は手札サイズを用意して、もっと多くの方に配り周知していきたいと考えているので、ぜひ活用してほしい。

砂川：だんだん市民に知れ渡ると、より有効な事業としないといけない。あくまでも相手が見えないところで話をする事業だから、事故が起こらないように、お互いに目配り気配りをしっかりやって、皆さんに喜ばれる事業にしてほしい。研修会も行い、スキルアップしていきたいと考えているので、よろしくお願いする。

3. 小児科医師確保が困難な地域における当面の対応について

吉谷調整監

国は基本的な考えとして、都道府県が主体となり、医療対策協議会を活用して、検討するとしている。対象病院は、原則として公立病院を中心として、病院の小児科機能の集約化・重点化の必要性を検討する。平成 20 年度までに具体的な対策を取りまとめ、医療計画に盛り込むこととしている。

連携強化病院は 1 医療圏に 1 つ作って、小児科医師を集約する。NICU を設置している病院を中心として、連携強化病院を設置する。連携病院は、連携強化病院から医師を派遣して、昼間の小児救急及び専門外来だけする。医師の配置の問題は、1 連携強化病院に小児科医を 15 人としており、現在の山口県では、非現実的な数字である。

山口県としては、小児科医、産婦人科医、麻酔科医を育てるために、全国の医学生で山口県に帰ってくる予定の医学生を対象に、月 15 万円の奨学金制度を創設したので、是非、活用してほしい。国の方針をそのまま行うことは無理なので、県としても医師確保対策等専門部会で何かよい方法はないかと検討している。

砂川：それでは、各地域の実情をお聞きしたい。

金原委員：下関市には、15 歳以下の小児人口が 3 万 5000 人いる。下関市小児科医会では、小児夜間救急医療について、勤務医が疲弊して倒れれば下関市の小児救急医療体制は崩壊する、との認識に立って考えている。公的 3 病院の勤務医が、今年 3 月末で、海外留学や定年で減少する。これにより、二次救急の輪番制がさらに難しくなる。済生会下関総合病院には、拠点病院として小児科医の増員の要請及び小児科ベッドの確保要請を行っているとともに、現在小児科医会から準夜応援医が 3 名出務しているが、応援医を増やす努力もしている。また、休日夜間診療所については、365 日準夜帯をやっているが、準夜帯の一次救急はすべて受けて、勤務医の負担を軽くしたいと考え、各方面へ働きかけている。

冨田委員：宇部地区は、夜間急患センターで 365 日準夜帯を行っている。深夜帯は山大病院に受け入れてもらっているので助かっている。二次救急は、山大病院、山口労災病院に受けてもらっている。現時点で問題はないが、今後、マンパワーが不足したら問題になる。

河村委員：周南市は下松市、光市を含む救急医療体制ができている。一次については休日夜間診療所で 365 日準夜帯をやっている。日祝日も午前 9 時～午後 5 時まで休日夜間診療所で行っている。二次は徳山中央病院が 365 日引き受けてくれている。徳山中央病院の側に小児専門救急センターを作ってほしいということで市と話し合ったが、断られたのでしばらくは現体制でいく。

門屋委員：山口市の行政から市医師会を通じて市小児科医会に答申を求められた。山口市小児科医会では日赤病院併設でいきたいといったが、現時点では難しいという医師会からの返事だった。当面、小児科開業医が土日の準夜帯だけ、夜間診療所に内科、外科とは別に出務することになっている。

吉谷調整監：小児科医師不足の解消策として、県医師会の協力を得て、女性医師の掘り起こしを会員に照会し、もし該当者がいたら、山大に委託する復帰研修制度を設置した。研修期間の給料も支払う制度である。何とか現場復帰を期待している。アンケート調査を実施するので協力してほしい。

金原委員：女性医師については、非常勤ならいいという人は結構いると思う。また、昼間だけでも、あるいは 5 時までという保障が確保できるなら、働ける女性医師は多いと思う。そういうことが配慮できるよう、病院も働きやすい環境づくりが必要だ。

話は変わるが、国の言う集約化・重点化がどれだけ実行できるか、国のやるべきこと県・市・公的病院それぞれがやるべき事を危機感を持ってやらないといけない。行政が果たす役割はどうか。

吉谷調整監：協議会で実際にできることを話し

合って、一つずつ実施していきたい。

木下副会長：国が、小児科だけでなく医療に対してお金を掛けていない。これが一番大きな問題である。私たちの役目として、上京する度に国会議員に現場の声を伝えているが、なかなか難しい。山口県医師会では女性医師部会を作り、女性医師の環境を良くすることや、ドクターバンクに時間割（パート）条件なども入れたらもっと上手くいくと思う。もう一つ、専門医会相互の情報交換の取り組みを行うように動き出している。

今回の小泉改革は、三位一体化が特徴で、国というより県、市町村レベルで何ができるか考えていかなければならない。ぜひ、実務担当者はその辺のことを考えて、動いてほしい。

門屋委員：国のラインに添っていくように県医師会や病院レベルで調整するべきことで、うまくいくよう県の力添えが必要だ。

パート医師ということで、フリーの立場をとる先生方は夜勤ができない方が多い。そういう意味で、パートの先生方が働けるようにするために、勤務医側をシフト勤務にして、昼から出勤して 10 時に帰るとか、当直の翌日は代休にするとか、病院の中の枠組みを変更するなど発想の転換が必要と思う。他方、何でも主治医だからという現実があるが、上手に割り切っていかなければいかない。

奨学金の問題は、スーパーローテートで医局の縛りがないということになると、今までは最終的に山口に帰って来たいから山大に入局して勉強しようという選択肢があったが、これからはどこにいても最終的に山口に帰って来ればいいという事になる。そうすると、学生の段階から唾を付けておくことができなくなった。奨学金もいい発想だが、現実問題、学生の内から山口に骨を埋めるという考えの人は少ないと聞いている。

吉谷調整監：今、提案をいただいたが、女性医師問題は、夜勤がなく休みたい時に休めて代替えがすぐ来てくれるという２つの条件を満たさないといけない。山口県医師会に今年からドクターバンクを委託するが、細かい情報を出せるようにしてもらうつもりである。また、病院には本当に欲しいのであれば、そういうことを考えてもらいたい。県立総合医療センターも、女性医師で昼間だけの方も採用する予定である。

門屋委員：行政の指導力が明確に示されると周りの者が動きやすい。トップダウンがいいとは思わないが、バランスが取り難い時に行政がこういう形だと示してもらうと医師会､病院は乗りやすい。

吉谷調整監：医師の集約化は地方でやっている。今後、医療対策協議会で検討していく。

金原委員：協議会に小児科の代表を入れてほしい。

木下副会長挨拶

電話相談事業については山口県方式でご尽力いただき、感謝している。これからもよろしくお願いしたい。今日の話を聞いていると、政府は医療にお金を掛けなさすぎる｡ある医療経済評論家が、今の政府はガリガリに痩せた人がダイエットするようなもので、非常に危険だと言っている。イギリスのサッチャーが社会保障とりわけ医療費を削った結果､イギリスの医療はガタガタになった。今、建て直そうとすると以前の倍くらいのお金がかかるそうだ。今、日本がまさにその方向に進んでいるとしたら、どうにかしないといけない。医療制度の問題は、根幹的なところをうまくしてもらいたい。私たちは医療人として、医療の現場から声を政治に上げていきたいと考えている。

地域医療については、医師会と行政とで相談しながら、地域住民のためになるように行っていきたい。これからも委員の先生方、行政の方には、いろいろとご協力をお願いしたい。本日はありがとうございました。

医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。　◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆　医師年金の特徴　◆◆◆

その１　積立型の私的年金

●掛金として積み立てた資金を、将来自分の年金として受け取る制度です。
●公的年金のように若い方の掛金で老人を支える制度ではありません。

その２　希望に応じて自由設計

●医師年金は掛金に上限がなく、いつでも増減が可能です。
●余剰資金をまとめて掛金とすることもできます。

その３　受取時期や方法が自由

●年金の受給開始は、原則 65 歳からですが、75 歳まで延長できます。
　また、56 歳から受給することも可能です。
●年金のタイプは、受給を開始する際に選択できます。
　（15 年保証期間付終身年金、5 年確定年金、10 年確定年金、15 年確定年金）

その４　法人化しても継続可能

●勤務医・開業医（個人・法人）に関係なく、日医会員であるかぎり継続的に加入できます。

＜問い合わせ先＞　資料請求、質問、ご希望のプランの設計等何でもお気軽にご相談ください。

日本医師会　年金・税制課

TEL：03（3946）2121（代表）　　FAX：03（3946）6295

（ホームページ：http://www.med.or.jp/）　（E-mail：nenkin@po.med.or.jp）

平成 17 年度
都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会

と　き　　平成 18 年 3 月 23 日（木）午後 3 時～午後 4 時 50 分

ところ　　日本医師会館　3 階ホール

［報告：常任理事　加藤欣士郎］

寺岡副会長挨拶

本日は年末のお忙しい中、都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会にお集りいただき、誠にありがとうございました。情報化社会の到来において、IT の発展のために、さまざま解禁化が行われてきたことは皆様ご存知のとおりである。医療分野の IT 化は安全で効率的な医療提供体制のための手段である。医療分野に貢献する IT 分野でこそ推進する価値があると思い、医師会総合医療ネットワークの構築を推進している。昨年 11 月に全国医師会医療情報システム協議会を開催、各地区の医師会のさまざまな IT 化への取り組み、ネットワークについて検討、協議をした。ORCA プロジェクトにおいては推進体制を最優先し､より効率的な日レセの普及に努めてきた。医療施設のホームページのガイドラインについては、医療界の信頼を損なわないように本ガイドラインを参照したホームページの運営を各医療施設に推奨してもらいたい。本日は十分討議していただきたいと思う。

協議事項

1. 日医 TV 会議システムの運用について

TV 会議運用の第一段階として昨年秋から日医からの一方通行の配信実験、第二段階として、日医事務局と都道府県医師会事務局の 1 対 1 での接続テスト、第三段階として日医を主催者とする多拠点接続テストを行っている。接続テストにおいては、音質が悪い、画像が乱れるなどの問題が生じたが、対策として、音声入力方法の見直し、赤外線ワイヤレスマイクシステムの導入を考えている。

今後の運用予定としては、事務局のシステム研修、情報関連委員会への本格的な導入、講演会の配信を行う。現在は一度に 60 か所と接続ができるようにしているが（60 ライセンス）、今後は 100 程度まで増加し、日本医師会と都道府県医師会の会議だけでなく、都道府県医師会の会議でも TV 会議できるようにライセンスの貸し出しをしたい。

（サンプル TV 会議画面）

2. 医療施設ホームページのガイドラインについて

光ファイバーを利用してのブロードバンド普及により、医療施設の情報入手の方法にインターネットを利用する人が増えてきている。厚生労働省の調べでは、ホームページを開設しているところは病院で 53%、診療所では 13%でありかなりの数である。しかし、一部医療施設ホームページ

では虚偽・誇大な表現、代替医療の宣伝をかねた情報提供をするところが見られ、医療界の信頼を損ねてしまう恐れもある。そこで、日医として、ホームページの記載内容に関してのガイドラインを作成し、基本用件、不適格事項を提示した。関連法規、規則を守り、患者や地域住民本位として、正確で最新の情報提供に努めること、ホームページ作成においては、だれもが見やすく、使いやすいものにすることが挙げられる。ホームページの内容では、診療日、科目、駐車場などの設備内容、医師の略歴、所属学会などについてをなるべく取り入れ、逆に医学的根拠のない民間療法や虚偽の情報、患者や地域住民の不安をあおる内容、必要以上の勧誘を図る内容は載せないことが挙げられている。本ガイドラインは、山口県医師会のホームページ http://www.yamaguchi.med.or.jp や、やまぐち医療情報ネットワークシステム（Yamame-net）の文書管理室より入手できる。

3.ORCA プロジェクトについて

日レセは見事に完成した。従来のレセコンでは有料であったオプションが、日レセでは無料であり、多くのアドインソフトや電子カルテとの接続性も確保されるようになった。先日発表した主治医意見書「医見書」も全国で 1 万件以上の申込があった。

現在、日レセを利用している医療機関は 2,356 件にまで達し、未だ申込が殺到しているが、今申し込めば早ければ今年の 7 、8 月には日レセに移行できる（日レセ導入窓口 TEL：0120-544-170）。認定サポート事業所を選ぶに当たり、安さを売りとしているところは避け、すでに導入している医療機関の口コミや日医総研のホームページを参考にしてもらいたい。（http://www.jma-receipt.jp/）

地方公費について、「県単位でレイアウトやコードの桁数などのフォーマットを統一してもらうと、算定ルールは違っても無駄のない作業ができ、さらに地域医師会のプレゼンスも上がるので地方公費のフォーマットが統一するようにしてもらいたい」と石原日医総研研究部長より協力依頼があった。

＊　＊　＊

今回の担当理事協議会はこの 2 年間の IT 問題検討委員会の報告を受けるものであった。上記 3 課題にそれぞれに委員会の熱心な協議の成果が得られたものであり、委員会の諸氏に敬意を表する次第である。そのため質問もそれぞれの課題について確認をすることが中心となった。

TV 会議システムについては音声の技術的な問題が解決すればすぐに導入できるとのことであり、いまからその実働が待ちどうしいところである。すでに兵庫県では医師会会議に導入しているとのことで、日医と県医の回線だけでなく、日医と郡市との回線も将来構想すべきとの方向性が提案された。

ホームページのガイドラインが策定された。医療機関のホームページはもはや患者さんが得る情報手段として欠くことのできないものとなっている。ガイドラインの策定は至急の課題であった。しかしその認証とチェックについては方法がまだ定かにできず今後の課題として残された。また、アメリカのように医師の経歴、訴訟件数までも掲示義務にするべきか、医療法に開示規定を定めるべきかなどが議論された。

ORCA はすでに完成されたレセプトソフトになった。その医療機関への導入実績も急成長である。山口県でもその導入のため日医総研と協力して ORCA 研修会を開催してきた。また今後も積極的に研修会を多くの郡市で開催していくつもりである。そして研修会はパソコンを用意して実技研修を重視し、事務職員の理解を得ることを目的にするため当県から日医に研修会用にパソコンを用意することを要望した。

ORCA は現在 2,356 件の導入実績があり、さらにその数はうなぎ上りとのことであり、松原常任から 3,000 件になったら診療報酬のチェックのための定点調査に利用したいとの発言があった。これに私が異議を唱えた、昨年度の中国四国ブロック医師会連合会で診療報酬改訂の影響度の調査のためモニター機関を選定して定点の置き換え試算をすぐに実施することを松原常任に求めていた経過があった。ところが今回の診療報酬改定でもそれが実施されず、そのため日医は今回も改

定の影響度を知るすべがなかった。折りしも改訂の最中であり、この件には各理事から意見が殺到した。その多くは ORCA の普及に拘らずに定点調査をすぐに実施すべきとの意見であった。松原常任が保険担当でもあることからこの先の議論は診療報酬に関することばかりになってしまった。せっかくの医療情報システムの協議会が保険担当理事協議会に代わってしまった。議論の矛先を変えてしまった私としては責任を痛感する次第である。

さて担当の松原常任、IT 問題検討委員会の委員の先生方には本当にご尽力いただきありがとうございました。当県の吉本先生も委員会のメンバーとしてご奮闘いただきました。

ご苦労様でした。

日医 FAX ニュース

2006 年（平成 18 年）4 月 25 日　1623 号

- さらなる給付費削減に否定的見方
- 療養再編で給付費 4000 億円削減
- 後発品への信頼が不足

2006 年（平成 18 年）4 月 21 日　1622 号

- 産婦人科医起訴で医療現場への影響懸念
- 格差なく医療受けられる報酬目指す
- 医療安全コスト、調査法確立へ
- 06 年度の DPC 対象は 360 病院
- 過剰地域の公・民病院再編、5 月から可能に

2006 年（平成 18 年）4 月 18 日　1621 号

- 与党がん対策推進に関するプロジェクトチーム
- 小児科医の過酷な労働裏付け

2006 年（平成 18 年）4 月 14 日　1620 号

- 医療改革法案が実質審議入り
- 安楽死の基準策定、法制化含め検討
- ８地域で治験ネットづくり
- 複数訓練室の面積合算可
- 各都道府県に中核拠点病院

2006 年（平成 18 年）4 月 11 日　1619 号

- 歳出・歳入一体改革で中間まとめ
- 看護師比率 40％に緩和を
- 強度変調放射線治療を承認
- 未設置７府県、月内に推薦へ

2006 年（平成 18 年）4 月 7 日　1618 号

- 唐澤会長が小泉首相に就任あいさつ
- 保険担当は竹嶋・鈴木両氏
- 社会保障など歳出改革プログラムを策定
- 医療費増えていない
- 医師給与は平均 72 万円

2006 年（平成 18 年）4 月 4 日　1617 号

- 会長、副会長、常任理事が決定
- 唐澤会長が今後の抱負などを説明
- 日医総研再生へ戦略会議
- 療養病床で介護、医療の組み合わせ提言
- 異状死の届け出明確化へ「指針」も

平成 18 年度
卒後臨床研修医・臨床研修指定病院長・山口大学教授・県医師会役員　懇談会

と　き　　平成 18 年 4 月 5 日（水）　午後 6 時 30 分～

ところ　　宇部全日空ホテル　3F 国際会議場

［報告：常任理事　加藤欣士郎］

今年度で 3 回目となる研修指定病院長を交えた臨床研修医の懇談会が去る 4 月 5 日に宇部全日空ホテルで開催された。今年は県下 59 名の新臨床研修医が参加し、各研修指定病院長 11 名、山大教授 14 名、県健康福祉部 3 名、勤務医部会 2 名、卒後研修センターから 2 名の列席をいただき、県医師会から 16 名の役職員が出席して会は和やかにかつ盛大に催された。

はじめに藤原会長が挨拶した。研修医が診療の基本を身に着けるように頑張っていただくことを期待すると同時に医師会活動にも理解をいただくことをお願いされた。その中で福島の産婦人科医逮捕事件、日医会長選挙、診療報酬改訂、医師不足問題など最近の医師会の抱える諸問題を研修医にわかりやすく説明された。

次に健康福祉部次長今村孝子氏から研修医の県内定着をめざすことを行政の立場で説明していただいた。平成 16 年山口県の医師数は 3,371 人で 10 万人当り 2,241 人、全国平均の 2,014 人より多い、しかし小児科・産科・眼科医が不足していること、地域、診療科に偏在があること、さらに女性医師の勤務状況に不足があることが指摘された。

山大松﨑院長からは研修医の間は楽しんで研修に励んでほしいとエールが送られた。そして研修終了後は山大へ入局してほしいことを強く希望された。山口県の医師供給の安定のために大学と県、医師会が協力していくことを説明された。

各研修指定病院長の紹介をした後、県医師会より三浦副会長が県医師会の事業について説明をした。山口県の臨床研修体制の整備と充実を図る目的で、「山口県医師臨床研修運営協議会」の設立をすることを報告した。また、医師会の活動の理解のため、メリット・デメリットよりも個々の医師の意見の集約の場が医師会の役目であることが訴えられた。

研修指定病院長を代表して関門医療センターの佐柳院長に乾杯の発声をしていただき、懇親会が始まった。59 名研修医の先生方はいづれも初々しく、はつらつとされ、気さくに院長、教授、県役員と歓談することができた。2 年後このすべての研修医の先生方が山口県に残ってくださることを切望するところである。また、さらに来年はもっと多くの研修医が山口県で研修していただけることを期待するものである。

最後に県医木下副会長の恒例の一本締めで閉会した。

県医師会の動き

副会長　三浦修

3月31日、藤原県医師会長始め、県医師会代議員5名は、**第114回日本医師会定例代議員会**出席のため上京した。早朝の第2便で羽田に到着し、満開の染井吉野を眺めながら、その足で山口県出身の福田良彦、河村健夫、岸信夫、林芳正各先生方、さらに武見敬三、西島英利両先生を永田町衆参両議院会館に表敬訪問し、さらに安倍晋三先生を首相官邸の内閣官房長官室に訪ねることができた。短い時間ながらも、各先生方には快く応対していただき、社会保障制度や医療制度の進むべき方向性について、あるいは山口県の医療の現況、とくに新臨床研修制度以後の医師不足の問題、救急医療、産科、小児科、麻酔科などの置かれている危機的状況などについて、意見を交わすことができた。

夕方からは、**中国四国医師会連合常任委員会**が、品川プリンスホテルで行われ、翌日に迫った日本医師会会長選挙を前に、植松、唐澤両会長候補並びにそれぞれのキャビネットの候補者先生方が交代で挨拶に来られた。

翌朝、駒込の日本医師会館に向かう途中、皇居脇の千鳥が淵を過ぎた東京国立近代美術館の横で、目にも鮮やかな深いピンク色の二本並んだ垂れ桜の大木を見ることができた。東京の朝の景色は、ふだん灰色に近い中間色しか思い浮かばないだけに、そこだけまるで異空間のような不思議な雰囲気であった。アスファルトの間のごく狭い地面でも、精一杯根を張り、枝を伸ばし、一年のうちでこの一週間のために力を蓄え、一気に花を咲かせ、そして散っていく潔さ、その健気さに日本人は皆心惹かれるのであろう。

さて、すでに皆様ご存じのように、日本医師会会長選挙は、唐澤祥人氏が植松治雄氏に対して198票対152票という、予想外の大差で日本医師会第17代会長に就任された。開票結果が日本医師会大講堂にアナウンスされた瞬間の会場には大きなどよめきとため息が流れ、代議員各人のそれぞれの思いを表していたようであった。今回の日医会長選挙が、多くの報道に見られるような日医内の新たなしこりを残すことなく、国民と日医会員に納得され支持されるよう執行部の新しい船出を期待したい。

4月5日（水曜日）**「卒後臨床研修医・臨床研修指定病院長・山口大学教授・県医師会役員懇談会」**が宇部全日空ホテルで開催された。この懇談会の目的としては、一つには卒後臨床研修制度に関する情報交換並びに研修の円滑な推進体制の確立を図ることであり、もう一つには、研修医の先生方に対して、医師会活動の意義と参画することへの理解を求め、積極的に医師会へ入会をお願いするという趣旨である。会員一人ひとりの意見を集約させて、医師会全体としての意思を持たせて日医へ提言し、さらに医療政策に反映させるという大きな目的を少しでも理解してもらえるよう、これからも機会あるごとに訴えて行く必要がある。また、この懇談会の前に吉本常任理事から、これも恒例になっているが、「山口大学医学部附属病院研修医オリエンテーション」が行われた。この会の中では、研修医に対して医療安全や医療事故、医療訴訟などに対しての心構えなどの話がなされた。

4月6日（木曜日）**「山口県医師会警察医会役員会・総会・記念講演会」の第1回打合会**が開催された。これは、今年度の新事業であり、警察活動協力医の業務全般について協議し、課題や問題点について県警本部と連絡協議会を開催し、さらに法医学・検案業務に掛かる実地研修、研修会、講習会を開催し、広域大規模災害時のトリアージ、検案業務に対してスムーズに対応できるようにするものである。6月3日（土曜日）の役員会・総会・記念講演会にむけての第1回準備会を行い、役員会の会長、副会長、理事、講演会講師などを協議決定し、次回5月11日に第2回打ち合わせ会の予定とした。

4 月 13 日（木曜日）**認知症対応研修会打合せ会**を開催した。これも今年度新規事業である。認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となり、認知症への支援体制を構築する、「認知症高齢者早期診断のための研修事業」である。本年 2 月に、山口県医師会から役員 3 名が、名古屋の国立長寿医療センターでの 2 日間の認知症サポート医研修会に出席した。これをもとに今年度かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携をはかることを目的として、県内 3 か所で研修会を開催する予定である。打ち合わせ会では、研修会の日程、講師の選定、実施地区医師会の選定などを協議決定した。

4 月 18 日（火曜日）**日本医師連盟執行委員会**が日本医師会で開催された。先の日医執行部の役員交代にともない、唐澤祥人委員長以下日本医師連盟役員も変更となった。山口県の執行委員は、木下敬介副会長と杉山知行専務理事に決定した。この会の中で、武見参議院議員が挨拶され、「医療保険改革関連法案については、従来財政的な改革という色彩が強いが、法案の中身をきちんと精査し、確認した上で、運用するときの問題点も含め、可能であれば衆議院レベル、参議院レベルで修正していきたい。さらには、付帯決議の中に、私どもの意見を汲み入れ、国民の医療を守ると言う視点に立って対応していきたい」の述べられた。

4 月 19 日（水曜日）付けの山口新聞で、**県内の診療所での医師に対する暴力事件**が報道された。診察の対応に立腹した男 2 人が、診療所の男性医師の顔を数十回殴り、さらに医師の自宅で包丁を振り回したというものであった。県医師会長と郡市医師会長は連名で、直ちに市長に対して診療所の安全管理の強化についての要望書を提出した。とくに僻地での医師確保が大きな社会問題となりつつある現在、医師が安心して診療し、生活できる環境作りは最低限の条件と思われ、行政に対して強く要望したものである。

4 月 20 日（木曜日）**母体保護法指定審査委員会**が開催された。県内母体保護法指定医更新について協議し、更新該当者 51 名、更新しない県外転出者 1 名、不適合 1 名であった。また、「母体保護法指定医師の指定基準」改定に向けて、日本医師会がモデル案を策定しているが、平成 19 年 4 月からの適用に向けて、山口県の指定基準を策定すべく今後検討していく予定である。

今回の日医執行部には、中国ブロックから村山高知県医師会長とともに藤原県医師会長がブロック代表としての理事に就任することとなった。また、新日医執行部は、日医総研の機能を再生し、根拠のある政策提言を果たすために、日医総研と担当理事との橋渡し役として機能させる「日医総研戦略会議（仮称）」を発足させることを表明していたが、藤原会長がそのメンバーの一人に選ばれた。日医総研は、この 2 年間に研究員も大幅に減らされ、予算も削減されたため、そのシンクタンクとしての機能が大幅に失われてしまった。唐澤会長のいう、「魂の入った説得力のある医療政策をつくり、国政や行政、国民に力強く提言できるよう」この日医総研を再生することが「戦略会議」立ち上げの目的と聞く。今まで以上に多忙とならざるを得ない藤原会長であるが、新日医執行部の一員としてのご活躍を山口県医師会員全員で応援したい。

理事会　第1回

4 月 6 日　午後 5 時～ 6 時 40 分

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、吉本・濱本・佐々木・西村・湧田・加藤各常任理事、正木・小田・萬・弘山・田中（豊）・田中（義）各理事、青柳・山本・武内各監事

協議事項

1　第 153 回定例代議員会の運営について

4 月 27 日（木）に開始される定例代議員会の日程、内容等を協議した。

2　船員健康管理手帳の交付を受けた者に対する健康診断の実施に係る委託医療機関の選定について

山口社会保険事務局より、船員の石綿健康対策として選定対象医療機関において選定要件を満たしているかについて調査依頼があり対応を協議。対象医療機関の選定基準について再度確認した上で、協力する方向で担当常任に一任された。

3「学校専門医相談事業」に係る医師の推薦について

平成 18 年度は学校専門医数を増員し引き続き実施されるため、7 ブロックから 4 専門医師の推薦について各科に要請することが了承された。

人事事項

1　会内委員会の委員について

会内 24 委員会の委員を決定した。なお、今年度学校医部会を設立することににともない「学校保健問題対策委員会」を廃止することとなった。

2　県及び関係機関の各種委員について

県並びに関係機関の各種役員の担当について協議、承認。

報告事項

1　山口県ケアマネジメント研究大会実行委員会（3 月 11 日）

第 3 回山口県ケアマネジメント研究大会の準備状況等について協議した。（弘山）

2　専門医会懇談会（3 月 11 日）

山口県内科医会外 8 専門医会 12 名の参加を得て、各専門医会の現状を報告いただき、今後の課題、医師会との連携、医師確保対策等について意見交換をした。（三浦）

3　臨床研修に関する懇談会（3 月 13 日）

KRY 竹島知江キャスターによる「医療現場におけるコミニュケーションのあり方について」の講話後、新医師臨床研修制度等について懇談した。研修医・学生 41 名の参加があった。（湧田）

4　山口県成人病検診管理指導協議会乳がん部会（3 月 15 日）

16 年度乳がん検診の実施報告があった。17 年度は 33 市町村中 18 市町村でマンモグラフィ併用検診が実施。18 年度から全市町において併用検診実施が可能となった。18 年度乳がん啓発事業について協議した。（正木）

5　山口県成人病検診管理指導協議会子宮がん部会（3 月 15 日）

16 年度子宮がん検診の実施状況の報告があった。18 年度子宮がん検診啓発事業について協議した。来年度から所管が県健康増進課に変更。

（文書提供：藤野俊夫）

6　山口県社会保険健康づくり事業推進協議会（3 月 16 日）

17 年度事業報告の説明があり、18 年度事業計画について協議した。以前申し入れがあった情報提供書持参の健康施設利用者件数は 0 だった。

（田中（豊））

7　山口県環境審議会環境企画部会（3 月 16 日）

18 年度環境基本計画が協議された。（事務局長）

8　介護保険施設看護職員研修会検討会議（3 月 16 日）

平成 17 年度の実施状況について報告があった。

研修会参加者への事後評価アンケートの結果により、18 年度も実施することに決定された。
（事務局長）

9　郡市保険担当理協議会（3 月 16 日）

4 月 1 日より実施される社会保険診療報酬点数改正等について、郡市担当理事へ伝達を行った。
（西村）

10　山口大学医学部附属病院システム監査（3 月 17 日）

運用規定等の整備、情報システムの運用管理状況について監査した。（吉本）

11　体験学習「総合診療部」（3 月 19 日）

山口大学附属病院総合診療部の協力で、「行動科学に基づく医療面接」について講義 2 題と患者教育の実際について模擬患者実習が行われた。受講者 10 名。（三浦）

12　中国四国医師会連合常任委員会（3 月 19 日）

次期日本医師会役員選挙について協議した。
（藤原）

13　三師会懇談会（3 月 20 日）

山口県歯科医師会、山口県薬剤師会と意見交換を行った。（三浦）

14　山口県社会福祉審議会児童福祉専門分科会保護母子部会（3 月 22 日）

里親の認定（専門里親数 6 件、養育里親数 3 件）について協議した。（佐々木）

15　山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会（3 月 22 日）

保険者へのレセプト電子データ提供事業、「障害者自立支援法」並びに「石綿による健康被害の救済に関する法律」制定にともなう審査支払業務の受託、審査委員及び学識経験者審査委員選考協議会委員の辞任等について報告があった。（藤原）

16　第 66 回国民体育大会山口県準備委員会第 7 回常任委員会（3 月 22 日）

水泳プール整備基本計画（案）の概要が報告され、きらら浜にプールが建設されることになった。また、中央競技団体正規視察が行われ、山口国体の開催が承認された。（事務局長）

17　山口地方社会保険医療協議会（3 月 22 日）

医科 5 件（新規 3 件、移転 2 件）が承認。（藤原）

18　第 21 回国民文化祭山口県実行委員会常任委員会（3 月 23 日）

総合フェスティバル等の実施計画、17 年度事業報告・決算見込み、18 年度事業計画・予算（案）が協議された。（事務局長）

19　山口県社会福祉協議会地域福祉推進委員会（3 月 23 日）

第 3 次県域活動計画（ネットワークプランやまぐち）の進捗状況の説明があり、18 年度の取り組みについて協議した。（佐々木）

20　山口県障害者施策推進協議会（3 月 23 日）

障害者自立支援法による制度の概要の報告と 18 年度障害者（児）保健福祉関係予算について協議した。（弘山）

21　第 27 回山口県環境審議会（3 月 23 日）

山口県地球温暖化対策地域推進計画、山口県循環型社会形成推進基本計画について協議。また、18 年度水質測定計画の作成、環境調査計画の概要等について報告があった。（事務局長）

22　山口県成人病検診管理指導協議会胃がん部会（3 月 23 日）

16 年度胃がん検診の実施状況の報告があり、市町村合併による受診率低下やがん検診個票の未提出状況について協議した。（三浦）

23　山口県成人病検診管理指導協議会大腸がん部会（3 月 23 日）

16 年度大腸がんの実施状況及びがん検診に関する検討会、17 年度がん県民講座の実施状況について報告があり、要精検者の未受診者対策など協議した。（三浦）

24　都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会（3 月 23 日）

TV 会議システムの運用、医療施設 HP ガイドライン、ORCA プロジェクトについて説明があった。（加藤）

25　医療保険関係団体九者連絡協議会（3 月 23 日）

山口県薬剤師会の当番で開催。はじめに各団体（機関）の現状、懸案事項等の報告があった。つづいて、本会より提出の「向精神薬等の常習者の対応」「レセプトの再々審査の申し出」「県保険者協議会」について協議を行った。18 年度の担当は健保連山口連合会。（西村）

26　広報委員会（4 月 6 日）

会報主要記事の掲載予定を協議。また、臨時に「福島県立大野病院、医師逮捕」についての記事を掲載することになった。（加藤）

27　会員の入退会異動

28　その他

肺がん検診の精密検査機関について、各郡市医師会の見解や意見を 6 月開催の郡市成人高齢者保健担当理事協議会に諮り検討することが報告された。（木下）

県下唯一の医書出版協会特約店
井上書店

理事会　第 2 回

4 月 20 日　午後 5 時～ 7 時 25 分

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、吉本・濱本・佐々木・西村・湧田・加藤各常任理事、井上・正木・小田・萬・弘山・田中（豊）・田中（義）各理事、
青柳・山本・武内各監事

議決事項

1　山口県医師会総会について

6 月 11 日（日）11 時 20 分より、長門市「ルネッサ長門」において開催する

第 60 回山口県医師会総会運営について協議。

協議事項

1　診療報酬改定に伴う連携体制について

平成 18 年歯科診療報酬改定で「歯科疾患総合指導料」が新設された。この施設基準に、医科の内科等の保険医療機関と連携していることが算定要件となっており、日本医師会・県歯科医師会より連携医療機関の確保等について協力依頼があったもの。了承。

2　第 3 回「指導医ための教育ワークショップ」の開催について

「カリキュラムプランニング」をテーマに、9 月 30 日（土）～ 10 月 1 日（日）に一泊二日の合宿形式により開催することに決定。

3　山口県医師臨床研修運営協議会について

新医師臨床研修制度における臨床研修病院及び関係団体等の協力体制を構築し、臨床研修の円滑な推進及び研修医の県内定着を図り、地域医療体制の充実確保を目的とし協議会を開催することが決定。第 1 回協議会は 5 月 13 日の予定。

4　第 153 回定例代議員会予告質問について

4 月 27 日開催する定例代議員会の質問について検討した。

5　山口県健康福祉部との懇話会について

今年度の事業・予算等について協議、意見交換のため 5 月 11 日（木）に懇話会を開催することとなった。

6 「福島県立大野病院医師逮捕事件」にかかる記事の会報掲載について

5 月号の会報に特集する記事の内容について協議した。

報告事項

1　林芳正山口地区後援会総会（3 月 25 日）

支援団体として出席した。（藤原）

2　山口県医療対策協議会（3 月 27 日）

第 5 次山口県保健医療計画の策定（案）についての説明及び各専門部会の開催状況の報告があった。次年度の医師確保対策予算の説明があった。（佐々木）

3　山口県社会福祉事業団理事会（3 月 27 日）

18 年度事業計画・予算について協議した。（事務局長）

4　山口県成人病検診管理指導協議会「がん登録・評価部会」（3 月 27 日）

平成 17 年度地域がん登録の実施状況について報告があった。10 年度をピークに登録件数、協力医療機関数が減少。大病院への登録協力について要請していくこととなった。（三浦）

5　山口県予防保健協会評議委員会（3 月 28 日）

18 年度事業計画・予算について協議した。（小田）

6　山口県医療審議会（3 月 29 日）

第 5 次山口県保健医療計画を承認。（佐々木）

7　山口県予防保健協会理事会（3 月 29 日）

18 年度事業計画・予算が承認された。（藤原）

8　損保ジャパン業務改善計画の説明（3 月 30 日）

業務改善計画について説明を受けた。（事務局長）

9　医事案件調査専門委員会（3 月 30 日）

病院 3 件、診療所 1 件の事案について審議した。（吉本）

10　中国四国医師会連合常任委員会（3 月 31 日）

中四国選出理事より中央情勢報告のあと、日本医師会役員等の推薦、日本医師会代議員会における質問、予算委員会委員の選出、次期中四国医師会ブロック当番県について協議した。（杉山）

11　第 114 回日本医師会定例代議員会・第 64 回定例総会（4 月 1・2 日）

4 月 1 日は、代議員 350 名の出席のもとで開催され、開会の後、役員選挙が行われた。4 月 2 日は唐澤会長の所信表明、竹嶋副会長の会務報告の後、17 年度会費減免申請の件、18 年度事業計画の件、18 年度一般会計・特別会計予算の件等が審議され、議案通り可決した。なお、三浦副会長が「日医は産婦人科医逮捕に対し迅速な行動を」と題して個人質問を行った。

定例総会では唐澤会長が、庶務及び会計の概況に関する事項、事業概要に関する事項、代議員会において議決した主要な決議に関する事項について報告を行った。（杉山）

12　山口大学医学部附属病院研修医オリエンテーション（4 月 5 日）

山口大学の臨床研修医を対象に「医療事故の最近の動向と医療事故防止」について講演した。（吉本）

13　卒後臨床研修医との懇談会（4 月 5 日）

臨床研修医 59 名、研修指定病院長 11 名、山口大学教授 14 名、卒後臨床研修センター 2 名等 107 名で懇談を行った。（湧田）

14　学校医部会総会準備打合会（4 月 6 日）

学校医部会の委員構成について協議、会長は県医師会長、副会長は会長が指名。委員は 20 以内とすることを決めた。総会は 7 月 16 日開催予定。（濱本）

15　警察医会役員会・総会・記念講演会第 1 回打合会（4 月 6 日）

警察医会の役員構成について協議した。会長、副会長２名、理事６名（県医役員３名、地域から３名）とすることを決めた。役員会・総会・記念講演会を６月３日（土）午後に開催予定。

（佐々木）

16　山口県医師会・山口産業保健センター連絡協議会（4 月 10 日）

平成 17 年度事業の実施報告及び 18 年度事業計画（案）について説明があった。利便性の向上に力を入れるため、利用者に対する調査を行うことになった。（小田）

17　産業医研修カリキュラム策定等委員会（4 月 13 日）

平成 17 年度研修会の実績報告及び 18 年度の研修計画について協議した。今年度の研修会は 5 回開催予定。（小田）

18　認知症対応研修会打合せ（4 月 13 日）

今年度の新規事業。開催日時、講師選定、実施地区（3 地区）について協議した。（佐々木）

19　労災保険指定医部会監査･理事会（4 月 13 日）

役員の改選を行い、部会長に松本良信、副部会長に秀浦信太郎、監事に柴田眼治・亀田美久各先生を選任。

つづいて山口労働局新井労災補償課長・西村労災医療監察官､藤田 RIC 山口事務所長からご挨拶･現況説明があり、労災かくし等について意見交換を行ったった。

平成 18 年度総会対策について協議、要望書・規則の一部改正・事業報告・決算・事業計画・予算について協議、決定した。（正木）

20　母体保護法指定医師審査検討委員会（4 月 13 日）

母体保護法指定医の更新、「母体保護法指定医師の指定基準」について協議した。（三浦）

21　山口県歯科医師会理事会（4 月 15 日）

「組織とは」と題して講演した。（木下）

22　第 21 回国民文化祭山口県実行委員会総会（4 月 17 日）

常任委員会で協議された、総合フェスティバル等の実施計画、17 年度事業報告・決算見込み、18 年度事業計画・予算（案）が承認された。

（事務局長）

互助会理事会　第 1 回

1　傷病見舞金支給申請について

1 件申請、承認。

母体保護法指定審査委員会

1　母体保護法による指定医更新について

母体保護法指定医 51 名の更新について承認。

山福株式会社取締役会

1　第 30 期決算案承認の件

決算案、利益処分案が承認された。

2　第 30 回定時株主総会開催の件

5 月 25 日（木）に開催することが決定した。

勤務医のページ

終末期医療を憂う

光市立大和総合病院長　安永　満

4月より2年ごとの診療報酬・薬価の改定があり、改定介護保険法も施行されました。特に、リハビリ、在宅医療、療養型・介護型病床についての改定は大きな影響がでるように思います。平成20年度から後期高齢者（75歳以上）医療制度の改革がスタートしますが、今年はその最初のステップの年であります。私どもの病院も療養型病床がありますが、3月末から療養病棟の患者さんの退院が多くなっています。なかなか転院を受け入れていただけなかった患者さんも退院されており、不適切な表現かもしれませんが、患者さんの「入れ替え現象」がおきています。現場においては予想以上の変化がおきているように思います。

さて、富山県の某市民病院での終末期・末期患者さんへの人工呼吸器取り外し問題についての報道がありました。患者さん本人・家族の同意や消極的安楽死あるいは尊厳死などについて、常に話題となる問題が提起されています。人工呼吸器による管理を継続するか否かという、一般のひとにわかりやすい問題ばかり取り上げられてしまい、終末期医療をもっと広く議論することができなくなっているように思います。

臓器移植法が制定される際に、脳死は人の死であるとされましたが、国内での脳死移植は進んでいません。もっぱら国外での移植か、生体臓器移植がおこなわれています。社会全体のコンセンサスが得られなければ、終末期医療は何も変わらないのでしょうか。終末期の患者さんの数は移植を必要とする患者数の比ではありません。現在、亡くなられる方の8割は病院で死亡されていますので、医師であればだれもが終末期の医療を経験しています。一般的に受け入れられているガイドラインもなく、法的整備もなく、また職業倫理での判断も曖昧で確立していない中で、現場の医師は個々に対処しているのが現状であります。多くの医師は、一刻も早く、終末期医療のガイドラインが作成されることを望んでいると思います。

医師にとって、自分の専門領域を診療することがいちばん楽なことです。専門以外の領域であっても、一般診療であればあまり負担になりませんが、終末期の診療は精神的に負担が大きくなります。私など、正直なところあまり診たくないと、つい思ってしまうことがあります。医師だけでなく、看護師等の医療スタッフにとっても同じかもしれません。さらに、現在の状況は患者さん自身や家族にとっても、望ましい終末期医療とはいえないように思えるのは私だけでしょうか。

日本の医療提供体制では、病院が独自に新しい技術を開発し、新しい組織や患者さんニーズを開拓したりすること、すなわち個別病院でのinnovationは期待されていません。調査、企画、研究開発は国の役割となっています。これまで、病院は国の示すプランにいかに早く対応していくかが求められてきました。医療界での話題やマスコミにおいても国の行政方向にいち早く対応した病院が取り上げられてきたのが現状であります。国民全体も、この体制におおむね賛同しているようであります。

したがって、是非、国が終末期医療の指針を策定すべきであります。こういった意見は、私の意見というより多くの医師の意見ではないでしょうか。

飄々

編集委員

吉岡達生

愛と死をみつめて

先日TVドラマ「愛と死をみつめて」が放送された。今回は朝日放送系列で、ミコ・広末涼子とマコ・草剪剛である。ミコとマコの純愛が主題で、ミコの死とともにマコはこの世に一人のこされる。今回のドラマでは、昨年の映画「三丁目の夕日」が話題となったためか、病棟や町並みは昭和三十年代を忠実に再現していたようだ。現代に置き換えていないのは、私にとってリアリティーを感じさせた。

高校生だった二人が、昭和三十年代に大阪大学附属病院の入院患者として出会った。出会いの場所は病棟の中で、コンクリート造りの洗面所と一緒の小さな調理場である。置きっぱなしのラジオで、プロ野球中継が流れていた。そのとき、阪神タイガースの並木選手がタイムリーヒットを打ったので、偶然に二人とも喜んだことが、きっかけになった。

ミコは、兵庫県赤穂市の造り酒屋のお嬢さんである。上顎洞の骨肉腫になり、最初の放射線療法でコントロールできず、ついで患側の拡大上顎全摘術（眼摘をふくむ）をうける。主治医はずっと放射線科医で、手術そのものは耳鼻咽喉科医に依頼して施行される。ただし、耳鼻科医の姿は、ほとんど登場しない。マコの方は、長野県伊那市の農家の息子である。出会ったときは、慢性中耳炎の手術をうけたものであろう。

おそらく当時の大阪大学耳鼻咽喉科では、内藤教授のもとに、若き日の酒井俊一先生（のち香川医科大学教授）が上顎悪性腫瘍の治療担当であろう。そもそも上顎洞の悪性腫瘍の中では、癌腫が97％と大部分で、肉腫は3％と少ない。好発年齢は、癌腫が高齢で、肉腫は若い。十代、二十歳代の患者さんは､肉腫の可能性が高い。上顎洞は、一般に早期診断も治療もむずかしい。五年生存率は、癌腫が現在でも50％程度で、肉腫は成績がさらに悪い。なお、精神分析学で有名なフロイトは、上顎癌による死の直前まで、激しい疼痛の中で著作したといわれている。

上顎洞の肉腫であるミコの場合、残念ながら現代でも治癒させることは困難であろう。現在からみれば、肉腫に対する放射線療法は、当時のコバルトでは無効であり、その後のリニアックも無効であろう。いま話題のサイバーナイフは、有効に形態を保存できるであろうか。もし手術治療が必要となった場合、できるだけ早い段階で施行すべきと考える。しかし、顔面の片側に破壊的侵襲を加えるので、年輩の患者さんでも手術の了承をとるのは難しい。進行した段階での手術となると、治癒の観点からは、有効ではない。

昭和三十年代のミコは、医学的には不治の病をわずらっていたことになる。手術の説明をうけたころには、本人も死を覚悟したようである。マコの必死の説得により、生きる望みをかけて大手術をうけた。最終的に、ミコはジャーナリストになる夢はかなえられなかった。しかし、マコとの愛の物語により、多くの人々に感動をあたえて、永遠の存在となった。マコは、のちにジャーナリストになったそうだ。

ところで、「愛と死をみつめて」は、東京オリ

ンピックの昭和 39 年頃に、まず吉永小百合と浜田光夫の主演で映画化された。白黒映画のせいもあり、全編にわたって暗いイメージである。当時の著者は中学一年生くらいで、封切りは見ていない。リバイバルで TV 放映されたものをみたが、せつなくて耐えられなかった。青山和子の同名の歌も昭和 39 年に流行した。のちに TBS 系列で大空真弓と山本學の主演で、再ドラマ化された（カラー放送）。TV ドラマのため、ごく一部しか放送をみていない。今回の再・再ドラマ化は、韓流ドラマの純愛が話題になったことに便乗したように感じる。

さて、耳鼻咽喉科医の私の眼からみると、映画・テレビドラマに気になる部分がある。吉永小百合と広末涼子の患側は左であるが、大空真弓は患側が右である。かつて、著者は岩国市准看護学院で耳鼻咽喉科を講義していたとき、上顎洞の悪性腫瘍（上顎癌の項目）のところでは、「愛と死をみつめて」を例にして説明していた。一通り診断と治療を解説したあとに、医療従事者の目から、前二作（吉永の映画と大空の TV ドラマ）の患側の違いを指摘していた。原作を読んでいないので、どちらが正しいかわからない。いまから考えると、平成初めの若い准看護学生は、前二作を知らなかったであろう。印象に残るようにと思って講義していたが、ひとりよがりだったようだ。今回の放送により、しばらくは若い世代にも話が通じるであろうか。

日向ぼこ　徳医句会

闇雲に噛む白魚のおどりかな　浅海日出子
ままごとのお皿で食べる雛あられ
肥後に会ふ山頭火句碑花の昼
文机に散りくる桜一二片

虚子館の君が俳碑春の雪　村田　周陽
懐手ときて唱名となへける
往診の小道いっぱいいぬふぐり
春の島天主堂白く海にたつ

茶髪の子黒にもどして卒業す　武田　子龍
口論に亡父の一喝春の雷
過疎の里何時も変わらぬ春の風
春の水築地に沿って流れけり

寒行の水は熱気に弾みけり　姫野　豊山
日向ぼこ野菜畑の芽は伸びる
一人居のゆったり入りし初湯かな
春暁や三日続きの木ぎの雨

転載

救命蘇生と自動体外式除細動器（AED）

札幌医科大学附属病院高度救命救急センター
浅井康文、武山佳洋、伊藤　靖、今泉　均

（北海道医報　第 1049 号）

はじめに

救急医療の現場でも、プレホスピタルケア・心肺蘇生・外傷初療におけるグローバルスタンダードの必要性が認識され、その研修コースが国内でもスタートした。米国では 1980 年代より、コストパフォーマンスを考慮した国民の健康推進・維持を目的に、政府主導で救急医療体制の強化が行われた経緯がある。その一環として ACLS（心肺蘇生法）、BTLS（病院前一次外傷処置）、ATLS（救急処置室での外傷初療）などの標準化教育コースが誕生した。2000 年には、改訂版・心肺蘇生ガイドライン 2000（以下 G2000）が米国心臓協会から出され、一般市民の行う心肺蘇生法への自動体外式除細動器（AED）の導入が提唱された。G2000 にあわせて、わが国でも心肺蘇生法の全国レベルでの統一と普及がなされている。

ACLS は BLS（一次救命処置）に引き続き行われる二次救命処置であり、心肺蘇生法を絶え間なく継続しながら、気管挿管などによる確実な気道確保と酸素化の後、薬剤投与、鑑別診断などを進めていく。実際の教育コースでは、講義の後、それぞれの項目について蘇生訓練人形および心電図モニターを用いた実習と診療 algorithm の実習を行う。心室細動（VF）に対する AED の解説、実習もある。

北海道医師会でも生涯教育として、ACLS の中で特に心停止への対応に着目した ICLS（Immediate Advanced Life Support）の普及を昨年より開始した。今回はこのうち、今話題となっている AED について述べたい。

心臓突然死の救命率向上

米国での死亡原因の第 1 位は突然の心停止で、年間 20 ～ 30 万人が死亡と推定されている。また本邦での突然の心停止は、年間 2 ～ 3 万とも、5 ～ 7 万人とも推定されている。日本国内においては、突然の心停止からの救命率は現在 5％以下にすぎず、突然死は VF が主因とされており、VF の最も有効な治療法は、早期の除細動である。また、少年野球の練習中にボールが胸部に当たったとき等の衝撃で致死性不整脈が起こる「心臓震盪」は、胸郭の柔らかい子供で生じやすいとされ、突然死の原因の一つとして注目されている。

不特定の場所で発生する心臓突然死を救命するには、第 1 に AED をできるだけ多くの場所に配備し、第 2 に AED を使える人を増やす必要がある。米国ではすでに法令により公共施設等への配置が進んでいるが、日本でも一般人の AED 使用許可を機に行政の取り組みが始まっている。

AED の位置づけ

G2000 で、AED を「救命の鎖」として強調し、BLS の一部に組み込んだ。VF・無脈性心室頻拍を起こした患者が生存退院できる確率は、発症から最初の除細動を受けるまでの時間と反比例している。すなわち VF の救命率は、除細動が 1 分間遅れるたびに約 7 ～ 10％の割合で低下する。これを改善するには、G2000 では、院外では 5 分以内、院内では 3 分以内に除細動できるように救急システムを整備するよう勧告された。勧告の背景には AED の性能が向上し、市民でも安全に施行可能となったことがある。

転載

現在日本での AED は、フィリップス社、日本光電、メドトロニックス社の 3 社から発売されている。AED は Automated external defibrillator の頭文字をとっており、Automated は automation からの造成語である。AED は、操作が簡単で電源を入れ、体表面にパッドをはれば、音声指示し、心電図を解析し、ボタンを押すだけになっている。また小型・軽量で、長時間使用のバッテリーを備えている。初期の除細動器は、放電タイプとして単相（Monophasic）を採用していたが、ここ数年来 2 相性（Biphasic）タイプの除細動器が開発され、少ないエネルギーで同等の除細動効果があるとされて欧米で広く採用されるようになった。最近まで日本光電の AED は 1 相性であったが、2005 年 11 月より 2 相性が発売された。米国ではすべて 2 相性であり、本邦でも心筋への損傷が少ないと言われている 2 相性に順次切り替わっていくと思われる。

設置場所

多数の人が集まる場所で、5 年に 1 回程度心肺停止患者が発生するような場所に AED は設置される。たとえば空港、駅、イベントホール、ショッピングセンターなどである。病院内では、外来・待合室・廊下・病棟（図 1）ナースステーション、麻酔や造影など、ショックを起こす可能性のある検査室、また診療所やクリニック、各自治体の休日診療所などに設置されるようになった。

図 1　札幌医大病棟の AED

AED 使用の原則

倒れた人に意識がない場合は、すぐに人を呼び、119 番通報し、AED の手配を依頼する。心肺停止と判断したら絶え間ない心肺蘇生（CPR）を開始し、AED を準備できしだい使う。AED の使用者は、AED の使用を含めた CPR についての訓練を受けた人が望ましい。

装着のための主なチェック項目
以下のごとくである。
1. 金属製アクセサリー、下着のワイヤーは外す
2. 貼付薬剤は剥がす
3. 濃い胸毛は剃る
4. 濡れた皮膚は拭く
5.PM,ICD からは 2.5cm 離して電極パッドを貼る
6. 外れないアクセサリーは黙認する

海外

海外での AED の使用者は、病院内医療従事者（看護師、呼吸療法士など）、警察官、警備員、ライフガード、航空機乗客乗務員、大規模施設管理者など市民の命を守る責任のある立場の人々で、CPR に遭遇する可能性のある職種である。

設置場所は、人の集まる所で、たとえば空港（図 2）・カジノ・映画館・劇場などの Public Space である。シカゴオヘア国際空港の AED 設置は 2005 年で 42 台である。米国のカジノでの研究報告では、VF の発生から AED パッチ装着まで 3.5 ± 2.9 分で、除細動まで 4.4 ± 2.9 分かかっている。そして VF の発生から 3 分以内に除細動が行われた場合は 74％の生存、退院である

図 2　シカゴオヘア空港の AED

転載

が、VF の発生から 3 分以上の場合は 49％の生存、退院で、いかに早期除細動が有効かを示している。

日本での早期 DC への取り組みの推移

当初、除細動が認められていたのは、医師、看護師、医師の指示を受けた救急救命士（1992 年救命救急士法制定）であった。

G2000 の発展を受け 2001 年 12 月 19 日には、飛行機内では、ドクターコールをしても医師等による速やかな対応を得ることが困難な場合は、客室乗務員が AED を使用しても良いことを、厚生労働省が認可した。2003 年 4 月以降は、救急救命士の包括指示下除細動が認められ、メディカルコントロール下に、まず札幌、旭川、釧路の救急救命士から開始された。そして 2004 年 7 月より、一般市民や消防職員などの非医療従事者による除細動器の使用（PAD ＝ Public Access Defibrillation）が認められ、公共施設や企業などへの AED の普及が全国的に始まっている。

日本での AED 設置場所は、JAL 、ANA などの国際線から、医療機関や救急車へと広がっていった。また空港への設置も進み、年間約 6,200 万人が利用する羽田空港には合計 50 台の AED が設置されている。

このように AED を正しく理解し使用できる事、さらにその知識と手技を他の医療従事者や市民に教育できることが、医師・看護師・救急救命士・救急隊員、さらには一般市民に求められるようになった。

札幌市でも学校への AED の導入が報道されているが、8 歳以下または体重が 25kg 以下の小児に対する AED の使用はわが国では未だ認められていない。2003 年 7 月に、ILCOR（国際蘇生法連絡委員会）が小児への AED 使用に関する勧告の改定を行い、1 ～ 8 歳までの小児に対し、1 分間心肺蘇生法（CPR）を行っても循環が回復しないことを確認した上で、AED を使用してもよいとしている。これを踏まえて、欧米諸国では、1 歳以上の小児に対し小児用パッドを使用し、AED の使用を行っている。以上のような状況を踏まえ、本邦においても、安全性・有効性が世界的に認められている AED の小児への適応が早急に実現できるよう、日本救急医学会や日本救急医療財団より、独立行政法人の医薬品医療機器総合機構に要望書が出されており、AED の小児への適応が実現するものと期待される。

北海道内 AED 設置状況の概算

2005 年 8 月までの、北海道内 AED 設置状況の概算は、メーカーの販売台数を問い合わせて推測すると約 650 台程度である。内訳は医療福祉関連機関が 522 台、スポーツ関連施設が 52 台、学校が 10 台、イベント施設、公共施設等が 10 台、その他が 7 台、空港が 20 台（千歳：16 台、旭川：3 台、中標津：1 台）などである（表 1）。2005 年 11 月 30 日現在の札幌市内の AED 設置状況は、札幌ドーム：5 台、円山球場：1 台、中島体育館：1 台、札幌駅：4 台、札幌医科大学附属病院：4 台、北海道大学病院：11 台、市立札幌病院：8 台、手稲渓仁会病院：3 台などで、105 施設、138 台である（表 2）。現在札幌市の専門学校には AED3 台が設置され、札幌市の予算が認められれば中学校：110 校と高等学校：7 校に、2006 年 6 月から AED が設置される予定となっている。

このように AED は社会的に急激な増加傾向にあり、リース会社を介した設置の台数は不明で、全体の正確な台数の把握は困難である。

表 1　北海道内の AED 設置状況（2005/8）

・医療福祉関連機関	522 台
・スポーツ関連施設	52 台
・学校	10 台
・イベント施設、公共施設等	10 台
・その他	7 台
・空港（千歳、中標津、旭川）	20 台
・その他リース会社を介した設置	詳細不明

転載

表 2　札幌市内の AED 設置状況
（札幌市消防局調査　2005/11/30）

区分	台数
市有施設等	57
スポーツ施設	14
スポーツ団体等	4
遊技場等	8
宿泊施設等	5
会館・集会所等	2
医療機関（施設）等	5
大学附属病院等	26
学校施設等	6
町内会等	1
建設業等	1
デパート・スーパー等	8
マンション等	1
105 施設	138

最近の話題

愛知県で昨年 185 日間にわたって開催された、21 世紀初めての愛・地球博は、2,204 万人余の観客を集めた。愛知万博では AED は 100 台設置され（図 3）、期間中に 5 人の心室細動に対し、AED を使用して 4 人が社会復帰をしており、AED の有効性が示された。民間組織においても AED 普及の取り組みが盛んになっている。NPO（非営利団体）法人としては、「ノース・エイド」が平成 17 年に設立された。活動内容は、AED 使用法の啓発のための講習会や講演会の開催、AED 設置促進のための募金活動及び AED 寄付活動、その他本会の目的を達成するために必要な活動となっている。また 2005 年 12 月より、米国でホーム AED として販売されている HS － 1（フィリップス社製）が発売されている（図 4）。これは心肺蘇生と AED について音声ガイドがついている。

図 3　愛知万博の AED

まとめ

救命の鎖：「突然の心停止」を救うには救命の鎖（Chain of survival）と言われる、4 つの行動が重要である。まず救急隊への迅速な 119 番通報。ついでそばにいる人（bystander）の迅速な心肺蘇生法。そして迅速な除細動と、気管挿管、エピネフリン投与などの高度な救命処置である。

そのうち重要な役割を果たす AED は、自動的に除細動が必要な心電図波形を解析・充電し、あとは通電ボタンを押せば除細動ができる全自動タイプの除細動器で、心臓突然死の救命率向上のため誰でもが簡単に操作でき早期除細動を実現することを目的とした装置である。現在は一般市民の使用も認められているが、心肺停止と判断したら絶え間ない心肺蘇生を行いながら AED を準備できしだい使うことが重要である。そのため救急救命において AED の使用を含めた訓練を受けた人の育成拡大を推進していかねばならない。

文献

1）森　和久、浅井康文：救急医療におけるグローバルスタンダード、北海道医報、第 999 号、14 － 16 、2002
2）浅井康文、豊田　馨：気道確保と、二次救命処置（ACLS）、北海道医報、第 1024 号、42 － 44 、2004
3）ACLS プロバイダーマニュアル、Japan Re-suscitation Council,American Heart Association

図 4　HS-1（フィリップ社製）：心肺蘇生と AED について音声ガイドがついている

夏季特集号「緑陰随筆」
原稿募集

山口県医師会報平成 18 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
②写真（カラー印刷）
※写真等ありましたら 1 ～ 2 枚添付してくださるようお願いします。
③絵（カラー印刷）
④書（条幅、色紙、短冊など）

字数

1 ページ（1,500 字程度）を目安に、特に長文にならないようお願いします。

提出・締切

可能であれば、できる限り**作成方法①②**でご協力願います。
作成方法により、締切日が異なりますのでご注意下さい。

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで作成の場合	電子メール または フロッピー /CD-R の郵送	**7 月 4 日**
②ワープロ専用機で作成の場合	フロッピーの郵送	
③手書き原稿で作成の場合	郵送	**6 月 28 日**

原稿送付先

〒 753-0811　山口市大字吉敷 3325-1　山口県総合保健会館 5 階
山口県医師会事務局　総務課
E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

備考

①未発表の原稿に限ります。
②投稿された方には緑陰随筆 3 部程度を謹呈します。

お知らせ・ご案内

山口県社会保険診療報酬支払基金から

平成 18 年度における診療報酬の支払日について

平成 18 年度における一般医療機関への診療報酬の支払日につきまして、下記のとおり予定しておりますのでご連絡いたします。

記

平成 18 年	4 月 21 日（金）	9 月 21 日（木）	平成 19 年 1 月 22 日（月）
	5 月 22 日（月）	10 月 20 日（金）	2 月 21 日（水）
	6 月 21 日（水）	11 月 21 日（火）	3 月 22 日（木）
	7 月 21 日（金）	12 月 21 日（木）	
	8 月 22 日（火）		

第 132 回山口県東洋医学研修会　例会

と　き　　平成 18 年 5 月 25 日（木）　午後 7 時～ 9 時

ところ　　ホテルみやけ
山口市小郡黄金町 2-24　新山口駅新幹線口　TEL：083-973-1111

演　題　　**「III　薬物学」**　※「入門漢方医学」解説第 4 回目
山口大学医学部漢方医学講座 教授　**宮本　泰嗣**

※一般の方の参加を歓迎いたします。

主催 : 山口県東洋医学会
共催：日本東洋医学会中•四国支部山口県部会
事務局：〒 744-0011　下松市大字西豊井 1404-10
クリニック・アミカル内　TEL：0833-43-8180

第 65 回山口県臨床外科学会 及び総会
第 51 回山口県労災医学会

と　き　　平成 18 年 6 月 4 日（日）午前 9 時～

ところ　　厚生連周東総合病院　東館 7 階講堂
柳井市古開作 1000-1

特別講演　**「えっ！こんなに違う欧米と日本における手術部位感染対策」**
兵庫医科大学感染制御学 教授　**竹末　芳夫**

特別講演　**「医師会における勤務医の現状と将来」**
山口県立大学 学長　**江里　健輔**

一般演題　2 題を予定しています。
12：00 ～ 12：30　幹事・評議員会
12：30 ～ 13：00　山口県臨床外科学会総会
山口県労災保険指定医部会総会

取得単位　日医生涯教育制度 3 単位

参加費　　1,000 円

学会長　守田知明、準備委員長　新郷雄一

演題申し込み並びにお問い合わせ先
〒 742-0032　柳井市古開作 1000-1　周東総合病院内
第 65 回山口県臨床外科学会　準備委員会事務局　瀬山厚司
TEL：0820-11-3456　FAX：0820-22-2786

お知らせ・ご案内

山口県腰痛研究会

と　き　平成 18 年 5 月 25 日（木）午後 6 時 30 分～午後 8 時 30 分

ところ　山口グランドホテル　2F「鳳凰の間」
山口市小郡黄金町 1-1　TEL：083-972-7777

トピックス　**1.「腰椎椎間関節症の診療について」**
山口大学大学院医学系研究科整形外科学 講師　**金子　和生**

2.「いわゆる心因性腰痛について」
淵上整形外科医院 院長　**淵上　泰敬**

特別講演　**「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療」**
仙台整形外科病院 院長　**佐藤　哲朗**

取得単位　日本整形外科学会教育研修単位　1 単位
（単位認定の必要な方は受講料 1,000 円が必要です。）
日本生涯教育制度　5 単位

※研究会終了後、意見交換の場をご用意しています。

共催：山口県腰痛研究会・吉南医師会ほか

山口性差医療研究会　第 2 回学術講演会

と　き　平成 18 年 6 月 25 日（日）午後 1 時～午後 4 時

ところ　山口グランドホテル　（新幹線新山口駅前）
山口市小郡黄金町 1-1　TEL：083-972-7777

特別講演 **1「女性更年期について　－ 漢方医療も含む－」**
藤井レディースクリニック 院長　**藤井　恒夫**

特別講演 2「夫婦で治す更年期　－ 男性更年期外来の現状　－」
大阪大学大学院保険学機能診断学講座 助教授　**石蔵　文信**

対　象　医療関係者

参加費　1,000 円

取得単位　日本生涯教育制度　5 単位
日本産婦人科学会専門医シール　5 単位

※講演会終了後、交歓会を予定しています。

当番世話人：小笠麻紀、兼定啓子、國近尚美、田村正枝、田村博子、野瀬橘子

共催：山口性差医療研究会ほか　後援：山口市医師会・吉南医師会

第 259 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　平成 18 年 6 月 8 日（木）午後 7 時

ところ　ホテルサンルート徳山　別館 1F「飛鳥の間」
周南市築港町 8-33　TEL:0834-32-2611

テーマ　**症候の発生機序と弁証意義⑤「頭が痛む（1）」**
針灸症例トレーニング　総合 1「ノイローゼ」

年会費　1,000 円

※漢方に興味おありの方、歓迎致します。お気軽にどうぞ。

［代表世話人・解説］周南病院院長　磯村　達　TEL:0834-21-0357

お知らせ・ご案内

第 89 回山口県医学会総会・第 60 回山口県医師会総会

と　き　　平成 18 年 6 月 11 日（日）　午前 9 時 10 分～

ところ　　ルネッサながと　長門市仙崎 818-1　TEL：0837-26-6001

Ⅰ. 開会の辞（9：10 ～ 9：20）

Ⅱ. 市民公開講座

第 1 席（9：20 ～ 10：20）**「初動負荷理論の創案・発明・発展」**

（株）ワールドウィング エンタープライズ 代表　**小山　茂隆**

第 2 席（10：20 ～ 11：20）**「山口発・肝再生医療の今」**

山口大学大学院医学研究科　消化器病態内科学 教授　**坂井田　功**

Ⅲ. 県医学会総会並びに県医師会総会（11：20 ～ 11：50）

Ⅳ. 昼食・休憩（11：50 ～ 12：40）

Ⅴ. 映画上映（12：40 ～ 14：40）**『4 日間の奇蹟』**

Ⅵ. 市民公開講座（14：50 ～ 15：50）**「人が映画をつくり、映画が人をつくる」**

映画監督　**佐々部　清**

Ⅵ. 謝辞（15：50 ～ 15:55）

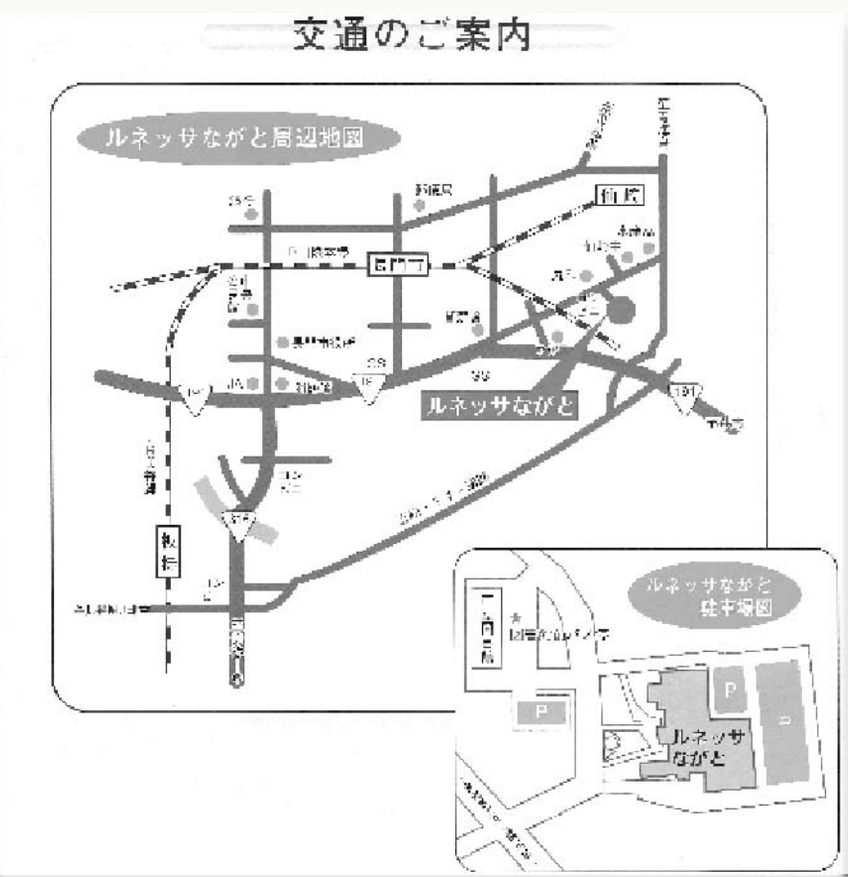
Ⅶ. 閉会の辞（14:55 ～ 15:00）

※所属郡市医師会を通してお申し込みください。

取得単位：日本医師会生涯教育制度　5 単位

日本内科学会認定内科専門医の更新単位　2 単位

開催引受：長門市医師会 / 山口県医師会



長門までの所要時間

◆山口市から車で
……約 1 時間
◆宇部空港から車で
…約 1 時間 10 分
◆下関市から車で
…約 1 時間 20 分
◆新山口駅から車で
……約 1 時間
◆中国自動車道
美祢 IC から車で
……約 30 分

お知らせ・ご案内

学術講演会

と　き　　平成 18 年 5 月 25 日（木）　午後 7 時 20 分～
ところ　　ホテルサンルート徳山　別館 3F「銀河の間」
演　題　　**「排尿障害に対する薬物療法の最近の話題」**

良秀会高石藤井病院 副院長　**杉山　高秀**

主催 : 徳山医師会

学術講演会

と　き　　平成 18 年 5 月 30 日（火）　午後 7 時～
ところ　　岩国市医療センター医師会病院 東館 4 階講堂
演　題　　**「糖尿病血管合併症の治療戦略」**

久留米大学医学部内科学心臓血管内科 講師　**山岸　昌一**

主催 : 岩国市医師会

山口県医師会メーリングリスト（通称メドオール）参加者募集について

メーリングリストとは、あるアドレスに送信すると参加者全員に同じメールが配信されるものです。メドオールは医師会員同士が互いに意見交換や情報提供を行う場を提供するもので、メドオールを通して地域医療の発展、さらには医師会全体の向上に繋がればと思います。また、将来的には医師会からの文書通達の手段として利用する予定です。

このメドオールは 7 年前から設置しており、現在の参加者は百数名です。医師会員でまだ未加入の方はこの機会に参加してみてはいかがでしょうか。

参加希望の方は当会メールアドレス（info@yamaguchi.med.or.jp）にお名前と所属郡市医師会、メールアドレスをご記入の上送信、もしくは下記申込書にご記入の上、当会まで FAX してください。

また、現在登録しておられる方で、メールアドレスの変更･脱会を希望される方は、当会までお知らせください。

＜注意事項＞

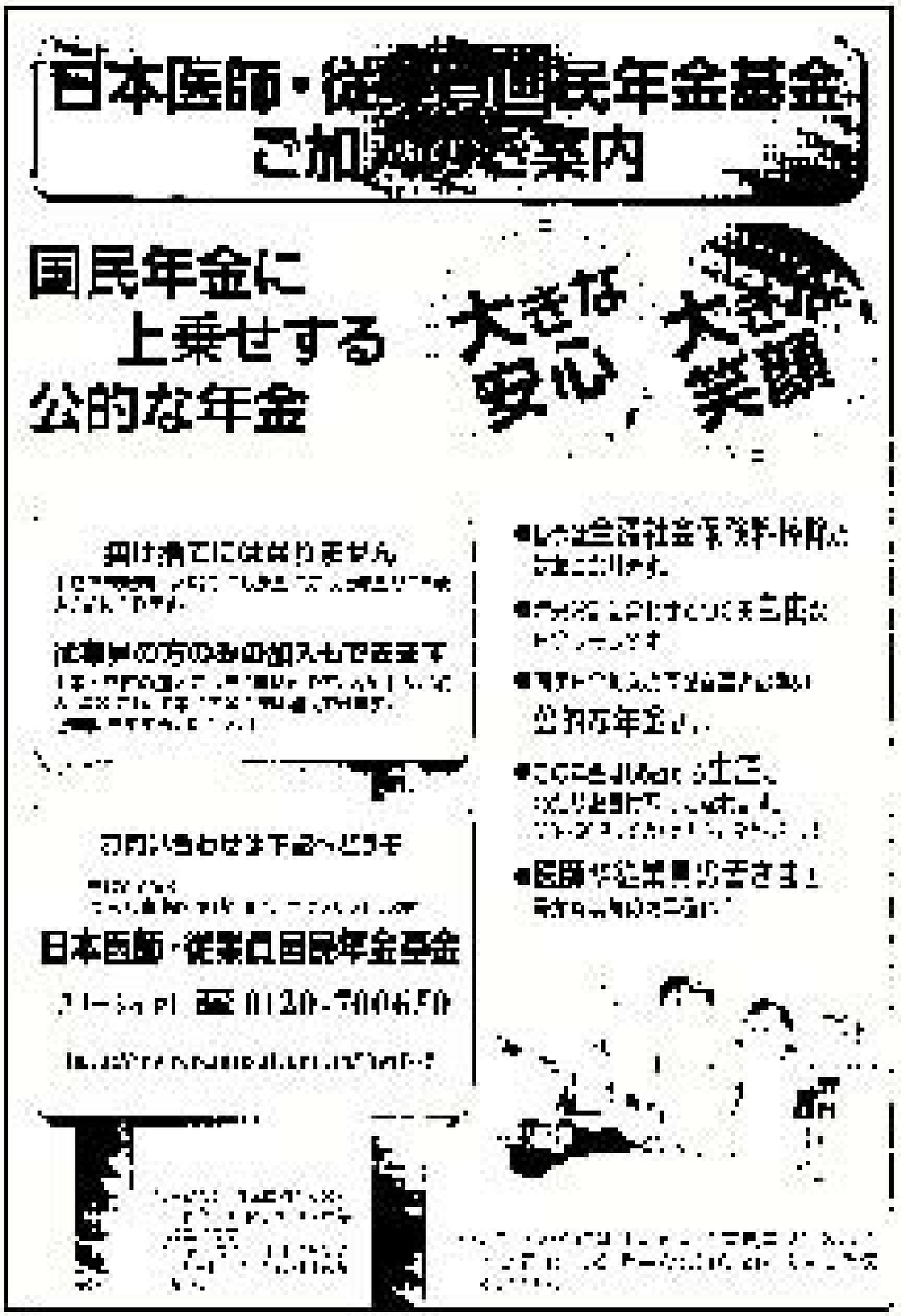
山口県医師会員相互の情報交換を目的としてますので、不平不満、他人を誹謗中傷するような記事はご遠慮願います。また、大量の容量のメールも禁止いたします。

山口県医師会　総務課　宛

以下のとおり、メーリングリスト登録･変更･脱会を申し込みます。

申込年月日：平成　　年　　月　　日

メドオール　登録・変更・脱会　申請書	
メドオール	□参加します　□変更します　□脱会します　✔をつけてください
フリガナ 氏　名	
所属郡市医師会	医　師　会
登　録 メールアドレス	@
備　考	


日本医師・従業員国民年金基金
ご加入のご案内
国民年金に
上乗せする
公的な年金
大きな
安心
笑顔
日本医師・従業員国民年金基金

山口県ドクターバンク

求人情報

最新情報はこちらで　http://www.yamaguchi.med.or.jp/doctorbank/banktop.htm
問合先 : 山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒 753-0811　山口市吉敷 3325-1　　山口県医師会内ドクターバンク事務局
TEL:083-922-2510　FAX:083-922-2527　E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

平成 18 年 5 月 1 日現在

	登録日	所在地	施設種別	診療科目	雇用形態	備考
22	H17.05.24	下関市	病院	内科 2 、精神科 1 、 消化器科 3 、小児科 2 、 脳外 4 、泌尿器科 1 、 産婦人科 2 、眼科 1 、 放射線科 1 、麻酔科 1 、 臨床病理 1 、救命救急 2	常勤	年齢 30 ～ 50 歳 8:30-17:15 定年制 63 歳
23	H17.05.24	防府	病院	精神科 1 名	常勤	平成 17 年 5 月より雇用 8:30-17:00 年齢 60 歳くらい
24	H17.06.05	秋穂	無床診療所	内科または外科 医師 1 名	非常勤	9:00-13:00（休憩 60 分） 週 4 回、3 時間、70 歳くらい 特別養護老人ホーム
25	H17.06.05	秋穂	無床診療所	リハビリテーション科 理学療法士 1 名	常勤または 非常勤	H17.06-　雇用予定 8:30-17:30　月～金曜 年齢 30 歳くらい
26	H17.06.06	山口市	特殊法人	5 名献血検診業務	非常勤	週 2 ～ 3 回 1 日 8 時間
27	H17.07.28	宇部市	病院	脳神経外科医師 1 名	常勤	9:00-17:00 年齢 55 歳くらいまで 面談の上、決定
28	H17.07.28	宇部市	病院	看護師　2 ～ 3 名	常勤	8:30-17:15 年齢 55 歳くらいまで 年 60 歳、再雇用あり
29	H17.07.28	宇部市	病院	リハビリテーション科 理学療法士 2 ～ 3 名	常勤	8:30-17:15 年齢 55 歳くらいまで 年 60 歳、再雇用あり
30	H17.08.10	宇部市	病院	小児科あるいは 内科医師　1 名	常勤	8:30-17:15 年齢 55 歳くらいまで 65 歳定年制
31	H17.08.30	下松市	病院	婦人科医師　1 名	常勤	8:45-17:30 年齢 55 歳くらいまで 定年 60 歳、再雇用制度あり
32	H17.09.27	柳井市	病院	内科医師　2 名 整形外科医師　1 名 小児科医師　1 名	常勤	8:30-17:15 年齢 65 歳まで 定年 65 歳
33	H17.10.03	宇部市	病院	整形外科・外科医師　1 名	常勤	8:30-17:00 60 歳定年 当直可能な方
34	H17.10.17	岩国市	病院	内科、皮膚科それぞれ 1 名	非常勤	雇用予定期間の定めはなし 週 3 回、9:00-18:00 年齢 60 歳くらいまで
35	H17.11.07	光市	病院	内科　2 名	常勤	雇用予定期間は随時 8:30-17:00 年齢 60 歳くらいまで

	登録日	所在地	施設種別	診療科目	雇用形態	備考
36	H18.01.06	山口市	常勤	精神・神経科 2 名	常勤	65 歳くらい 専門科を問わず精神保健指定医取得を希望される方 定年後再雇用制度あり
37	H18.01.16	防府	病院	内科 1 名	常勤または非常勤	8:30-17:30
38	H18.02.01	山口市小郡	無床	健診判定医 1 名 （内科・放射線科）	常勤	8:30-17:30 常勤、非常勤、パートでも可（1 名）
39	H18.02.08	厚狭	病院	内科（消化器科）2 名 整形外科 1 名	常勤	8:30-17:15 定年 65 歳
40	H18.03.24	宇部市	病院	内科・外科・整形外科・小児科 若干名	常勤・非常勤	8:50-17:30 50 歳くらい
41	H18.04.25	萩市	病院	内科・泌尿器科・麻酔科・小児科・心臓血管外科　各 1 名	常勤	8:15-17:15 30 ～ 50 歳くらい 60 歳定年（但し 65 歳まで再雇用制度有）

求職情報

	登録日	希望の担当科目	雇用形態	備考
1	H17.05.16	皮膚科	・常勤・非常勤どちらでも可 ・9:00-17:00 ・日・月・火・水・木・金曜 ・週休については特にこだわらず ・宿舎不要 ・H17.07 頃希望 ・宇部市希望	

お知らせ・ご案内

山口県医師会カード〔ゴールドカード〕の発行について

当会では会員福祉事業として、㈱やまぎん JCB と提携し当会会員に年会費永久無料の山口県医師会カード（ゴールドカード）を発行しました。

このカードは下記の特典があります。お申込は郡市医師会窓口にてお願いします。

＜特典＞

1　年会費永久無料
　家族会員カード年会費　　1 名無料

2　優遇宿泊施設の確保
　国内　　900 施設　　宿泊料割引サービス
　国外　12,000 施設　　優待割引サービス

3　利用限度額　　100 万円

4　出張手配サポート　　航空券・JR 券・ホテルの手配やベストプランの提示

5　旅行傷害保険サービス　　最高 5,000 万円の傷害保険を自動付与

6　空港ラウンジの無料サービス

7　全国タクシーチケットサービス

8　その他

※　申込用紙は郡市医師会に準備しております。

編集後記

今回も日医会長選挙が行われた。3 期連続の選挙である。それも 3 期とも現職、あるいは現執行部が敗れるという結果であった。日医の執行部はキャビネット制である、会長が代わることは執行部全体が代わることになる。つまりまた新しい執行部の出発となった。

前植松会長はわずか一期の短命に終わり、その執行部も一期で総退陣することになった。果たして、そうなるべきであったのか。代議員会の投票で唐澤新会長 198 票、植松前会長 152 票である、代議員選挙であること、現職有利であることからしてこれは圧倒的な差であり、植松前会長の不信任が強かったといえる。この結果を前執行部は真摯に受け止めるべきであろう。

今回の日医会長選挙はわれわれ医師会員だけでなく、マスコミも注目した。しかしその注目する視点はいささか冷めたものであった。マスコミ各紙は会長選を大きく報じた、しかしその見出しは「内紛」「泥仕合」であった。会長選の争点が医師会と自民党の関係修復の一点であるとの報道は各紙共通であったし、事実、これが、あるいはこれだけが争点であった。日医会長選がマスコミや世間に注目されるならば、それは本来ありがたいことである。しかし、今回の注目についてはありがた迷惑千万である。実のところ内輪の恥を世間に知らせたくはなかった。

日医会長の拠って立つべきところはいずこにあるのか。16 万会員の長である、開業医、勤務医の代表である、医療の提供者として求められることをすべて熟知し、実践し、敷衍できる存在である。医政に関することは極めて重要である、しかし、会長の職責の大分ではない。一つの政治的判断ミスが致命的になることはあってよしとするべきか、私には疑問が残った。まして、長たるものは責任を負ったとしても、その部下が総退陣しなければならない現今のキャビネットシステムは改めるべきであろう。

とはいえ日医には問題山積である。選挙があった以上そのシコリはしばらく続くことは必定であろう。とくにブロック単位で両陣営の確執があったことから新執行部には厳しい出発が強いられるであろう。しかし、ここは会員が一致団結して唐澤執行部を応援してほしい。会長選挙の翌日、朝日新聞のひと欄は唐澤新会長の紹介であった。先生の温和な横顔の写真と東京都医師会長であったときも日夜地域医療に献身されていることが好意的な記事として載った。日頃の朝日とは思えない暖かく優しい論調であった。これはきっと唐澤先生の人徳が朝日の記者に伝わったに違いないと了解した。うれしい船出のエールとなった。

悲しいお報せをしなければなりません。絵門ゆう子さんが去る 4 月 3 日逝去されました。享年 49 歳でした。昨年 12 月 4 日、「県民の健康と医療を考える会」主催の県民公開講座のメインゲストとして来県され、「がんと一緒にゆっくりと」の講演とシンポジウムをしていただいたばかりでした。そして会報 2 月号にその記事を掲載し、編集後記で当日の絵門さんの様子を紹介したところでした。絵門さんにも会報と当日の記録集をお届けしたのはつい先日のことでした。山口で講演していただいたときはたいそう元気にお見受けしました。長時間の講演、シンポもこなされ、颯爽とした足取り、溌剌とした話しぶりに圧倒されるほどでした。ただ、東京に帰り体調をくずし、聖路加病院で輸血や化学療法をしていたことを朝日新聞のコラムで書いておられました。「がんとゆっくり日記」は 3 月 30 日絶筆となりました。

乳がんと闘って 4 年間、絵門さんはちっとも「ゆっくりと」じゃなかった。懸命に走り続けわれわれに勇気を与え、生きることの大切さを伝えてくれました。その 4 年間は決して短くはありません、何十年にも匹敵するような輝いた 4 年間でした。帰天された今どうか「ゆっくりと」おやすみされることをお祈りいたします。アーメン。　（加藤）

From Editor

HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。

2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。

3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。

4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。

5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。

6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

〒 753-0811 山口市吉敷 3325-1
TEL：083-922-2510
総合保健会館 5 階
FAX：083-922-2527
印刷 : 大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

ホームページ http://www.yamaguchi.med.or.jp
E-mail info@yamaguchi.med.or.jp