山県医師会報

2007

平成 19 年

2 月号 No.1758



雪の日 渡邉惠幸 撮

Topics

県民公開講座「医療の安全を求めて」

山口県医師会報

Contents

●顕彰 ●県民公開講座「医療の安全を求めて」 ●故 佐々木美典先生を偲んで・・・ 三浦 修 ●第5回「学びながらのウォーキング」大会・・ 田中豊秋 ●日医認定健康スポーツ医学再研修・・ 濱本史明 ●第37回全国学校保健・学校医大会・・ 濱本史明・田中義人 ●第18回介護保険対策委員会・・ 田中義人 ●山口県医師会学校医研修会・・ 濱本史明 ●山口県医師会予防接種医研修会・・	124 128
●勤務医のページ「抜本的な社会保障論議を望む」 小山孝則 ●いしの声「素心」 淵上泰敬 ●いしの声「外科専門医制度に思う―第1期生の視点から―」 清水良一	230232233234238
●日医 FAX ニュース●お知らせ・ご案内●編集後記弘山直滋	237240253

専門医会

第9回 山口県内科医会



山口県内科医会の 現状と課題

「記:山口県内科医会 会長 中村 克衛]

1. 山口県内科医会の歴史

山口県内科医会は昭和38年に始まる。第1回 の総会および学会は、11月16、17日下関市に おいて開催され、会長影山民治(山口市)、副会 長梅本英夫(下関市)、荘子峰男(岩国市)のもとで、 特別講演7題、学術映画、会則審議、役員選出が 行なわれた。その後、年一回の開催で他市へ受け つがれ、更に、昭和43年頃、阿武寿人らの努力 で全県的な組織ができ上がり今日に至っている。

当初の会則には「本会は会員相互の学術の向上、 医業経営の合理化及び親睦を図るを目的とする」 とあるが、その後変更され、今日では「内科領域 における医学の研鑽、保険診療の向上、会員相互 の親睦、および他の都道府県内科医会との連携を 図るをもって目的とする」となっている。

歴代会長は、影山民治(昭和38~41)、棟久 一夫(昭和41~45.8)、坂本克己(昭和45.9~ 53.3)、阿武寿人(昭和53.4~57.3)、村田寿太 郎(昭和57.4~平成6.3)、中村克衛(平成6.4~ 現在)。会員数は昭和56年4月795名、平成7 年804名(うち日臨内486)であったがその後 漸減している。

2. 内科医会の現状

平成18年度の会員数は675名、うち日本臨 床内科医会加入会員は409名である。(日本臨床 内科医会については後述する。)会費は年5000 円。

郡市内科医会会長会議は年2回開催する。役 員会議は会長、副会長、委員、監事をもって構成 し適宜開催し、会の円滑な運営を図る。役員なら びに郡市会長名簿は別に掲げる(表 1.2.3 参照)

山口県内科医会学会ならびに総会は年1回、8 月最終日曜日に開催する。12市1郡の内科医会 の輪番制の引受けとし、学会の内容は、原則とし て引受け医会に一任する。平成6年以降の学会 内容は別紙表 4 に示す。平成 18 年度第 44 回学 会ならびに総会は、防府内科医会の引受けで開催 された。

会報及び会誌はそれぞれ年1回発行している。 因みに平成18年3月山口県内科医会誌第6号の 内容を表5に示す。

日本臨床内科医会(以下日臨内と呼ぶ)との関 わり。山口県内科医会は日臨内の下部組織ではな いが前述の如く、本会の409名が加入している のでふれることとする。日臨内は内科学会と異な り、全国の第一線の臨床内科医を主体とする会で ある。昭和50年に"全国臨床内科医の集い"と して発足し、昭和60年に日本臨床内科医会、更 に平成17年に中間法人日本臨床内科医会と改組 した。「日本医師会および日本内科学会と緊密な 連繋を保ち、臨床内科学の発展を図り、もって国 民医療の向上を期することを目的とする」とある。 事業は(1)臨床内科学の調査、研究(2)学会、 講習会、生涯研修(3)社会保険診療の改善、向 上(4)地域医療の推進(5)会誌の刊行と広報 等々である。現在、会員は約1万7千名を擁す るに至り、認定医制度も設けられ、約6千名が 認定されている。4月に日本内科学会と連動して 理事・代議員会、総会、講演会が、また、9月に 学会が開催されている。本内科医会から理事1人、 代議員5人を出している。(表6)

また、7月に中・四国ブロック代表者会議が開 催され、2,3名が出席している。会誌は年4回、 日臨内ニュースは年6回刊行されている。近年、 活動の一環として、会員による大規模臨床試験、 調査が行われ評価を得ている。○糖尿病性神経障 害、○高齢者高血圧の治療目標値の研究、○イン フルエンザの臨床的研究、○少量アスピリン投与 による血管イベント一次予防効果の研究などであ る。全国的には日臨内の下部組織として名称替え をしているところが増えている。

3. 今後の課題

①会員増強。

平成18年の会員数は675名で、山口大学を 除く山口県医師会員の 1/3 弱を占めるが漸減し ている。会の運営にも支障を来たしかねないので、 勤務医も含めて入会を勧奨しているところである が、魅力ある会への施策が必要であろう。

②生涯研修と他郡市内科医会との交流。

日本医師会、県医師会、内科学会、日臨内学会、 その他で広い分野の勉強の機会があるので、山口 県内科医会としては屋上屋を重ねることはしたく ないが、19年度から、年1回、希望する地域で 特定の主題に対する講演会を開催することにして いる。また、これらの集会を利用して近隣内科医 会との交流を推奨し、地域医療の向上に資したい と考えている。

③保険医療に関して。

内科は広範な分野にわたるため不合理な点が 多い。内科診療の実態をもっと理解する必要があ る。日医、県医の努力は多とするが、一層の配慮 をお願いする。内科医会の意見は日臨内を通じて 内保連に要望されることになっている。

④日本臨床内科医会について。

日臨内に対して軽視する内科医もなお多い。発 足して20年、役員の定年制も敷かれ、若返りと 共に充実した医会に成長してきた。第一線の内科 医として有益な場である。

⑤内科医会は国民医療、保健、福祉向上のための 研鑽の場であり、内科医の親睦、団結の場でもあ る。開業医、勤務医を問わず一緒になって医療の 中核を担っていきたいと思う。

表 -1 山口県内科医会役員

(仟期 H18.4.1 ~ H20.3.31)

役職名	氏 名	医療機関名
会長	中村克衛	(医) 社団中村胃腸科医院
副会長	木村直躬	(医) 木村医院
//	神徳翁甫	(医) 社団素心会神徳内科
常任委員	田邉 完	田辺内科
委員	河村康明	(医) やよい河村循環器神経内科
//	宮﨑誠司	宮﨑内科クリニック
//	福本陽平	山口大学大学院医学系研究科情報解析医学系総合診療医学
監事	宮川祥一	宮川医院
//	川口茂治	川口医院

山口県内科医会顧問

(任期 H18.4.1 ~ H20.3.31)

	(12/1)
氏 名	医療機関名
阿武 寿人	(医) 社団青藍会あんの循環器内科
沖田 極	社会保険下関厚生病院
松﨑 益德	山口大学大学院医学系研究科応用医工学系器官病態内科学
谷澤 幸生	山口大学大学院医学系研究科応用医工学系病態制御内科学
坂井田 功	山口大学大学院医学系研究科応用分子生命科学系消化器病態内科学

表 -2 郡市内科医会会長

(任期 H18.4.1 ~ H20.3.31)

郡市	氏	名	医療機関名
大島郡	川口	茂治	川口医院
玖珂郡	河郷		(医) 社団河郷診療所
玖珂郡	志熊	粛	志熊医院
吉南	田邉	完	田辺内科
厚狭郡	吉武	和夫	吉武医院
美袮郡	増田	恭孝	(医)社団豊美会田代台病院
豊浦郡	小田	正義	(医)小田医院
下関市	宮﨑	誠司	宮﨑内科クリニック
宇部市	宮川	祥一	宮川医院
山口市	渡邉	恵幸	(医)清仁会鴻城医院
萩市	波多里	野 裕	(医)社団裕嵩会波多野医院
徳山	千治林	公洋一	(医)社団千治松呼吸器循環器内科
防府	杉山	知行	(医)杉桑会杉山内科小児科医院
下松	美野	眞悟	(医)日立製作所笠戸事業所附属日立病院
岩国市	藤本	俊文	(医)社団三志会藤本循環器内科
小野田市	早川	幹夫	(医)社団早川内科医院
光市	河村	康明	(医) やよい河村循環器神経内科
柳井	村岡	貴	(医)南町内科循環器科
長門市	天野	秀雄	(医)天野内科胃腸科医院
美祢市	藤村	寛	(医)寛仁会藤村内科クリニック

表 -3 山口県内科医会 会誌編集委員会

(任期 H18.4.1 ~ H20.3.31)

		(127,1110.1.1 1120.5.51)
役職名	氏 名	医療機関名
委員長	木村直躬	(医) 木村医院
顧問	早川幹夫	(医) 社団早川内科医院
委員	安藤正也	安藤内科
	渡邉恵幸	(医) 清仁会鴻城医院
	森川章彦	(医) 森川胃腸科内科

表-6 日本臨床内科医会理事・代議員

(任期 H17.4.1 ~ H19.3.31)

		(エバ)!!!!!!!!!!!!!!
役職名	氏 名	医療機関名
理事	中村克衛	(医) 社団中村胃腸科医院
代議員	木村直躬	(医) 木村医院
(会誌編集委員長)		
代議員	三好正規	(医) 協愛会阿知須共立病院
代議員	神徳翁甫	(医) 社団素心会神徳内科
代議員	河村康明	(医) やよい河村循環器神経内科
代議員	宮﨑誠司	宮﨑内科クリニック

37 · · \$

13公康內得於心以為一般決定級一對

751	/17k	1 1	1 38 38	ig 1		
.y	Bussia		TWENTE TO BENTAL STANDARD (CONTRACT TRANSPORTER	\$ \$51.1.00人學在928來的學校學學問題 \$	493	A
10			ር - ዓ.ያኛ፡፡ የኩቶ-ት ሽናና የ	製造資金與從大學的實施的	Yes	we f
-		<u> </u>	 (1) 所以2月中海衛星 (2月前4年後5年) (1) 中海衛衛 	Roman de de la companya della companya de la companya de la companya della compan	Ris.	18, m 3
			2	हैव अनुस्कृतकार । स्टब्स	OB.	9.9. \$
× 1			n i svetička Divištavič vita	\$0.6周春大型 第1次自殺器	$\mathbb{Q}(\mathbb{Q})$	6.4
12	90 Sept.	hariti T	- 1: William -	Services : Services (Alexander	410	12 1
			5、 网络下的特殊等的 1.	15 15 15 16 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	-1 1:1	: :× }
:			4 . (9 06 · 9 (8) 4) 5) 40 (5 ° (9) 7 ° 7	(seduared a gentile)	Pito	41 g
			і , Ф.И.В.А. Екстінтін Миносия язіколомін і інна тапалада ад			3
1			1. STOO NAME	ĝa ingrasi alvada ve	Augu	
1.5	76:36	95 7714	1	· 1949 (A 2010年) (A 2010年	₩66 25133	(R)
4.0		L	7、新されの資産と企作の統領 (AMM)	Section Notes and Associated Control (1994)	r: 1::	A 8
			(1995)	\$1000年安全年金田原原历。 	38	58 2
			[] (A 27 (A) (A 27	-		
			0 . 100/60 (0.6.10 (0.1.) (0.6.40 (0.1.) 902/600 (1.00.6.6.40 (0.1.)	The second secon		4
:			្រាក្សាម្យាញាកាសកម្មនា	表示: 於何於非所知一首的數位。		ក្∺ឱ
		5		i fig. en treget engligt i dipartisación. Total i recomo como la carrio como	36.13	海鱼
	A:31	į., ,;	- 1 世際 - 学科は1945年代の第一 - 1 文用編 - 片数のサーフで終現機構表表	- jan - "Kome pagas - glogusene - gan guadassen unden Albei ingelia	951 410	1:85 g sp : i
10.				TO TO THE PROPERTY OF THE PROP		~ {
			all · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	हुँ एए १ ९ छ। इस स्थापन स्थापन स्थापन स्थापन	A,A	(KA
			(25/4/80)	The state of the s		3
:			(a), agaggagat kan Upan tah a ()46646.02)	- 1400年 1985年 198	無	2011
:		}	1. 12 (10 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	Brancoun Homeson a species residents	Altr	# 3
		,	.% (γ <u>⊭</u> :ξ:	ŧ		
			ି ଓ ଅଟେମ୍ପର୍ଶ ନିର୍ଦ୍ଧ ମଧ୍ୟ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ ଅଧିକ	等16点的作用:数据数据数数量)	1,251	36 to 1
1.00			了。 2、据解路内的含本与含甲酚及聚合规则是6。	。 指於 人名英格雷斯 () 的音音级	4:44	2.2 }
1	Jirwi:	(111.195) (Station !	;	- 18	3
24			(है। महाराज्य सेन्य के लियों हों	.7g(Y	mr }
			i - gragosa kon (Alabagajara	Jes & Artes &	W. T.	11/4 2
÷ · · ·			Carteria	C C C C C C C C C C C C C C C C C C C		
			i i dhandisharan kirinda - Basi babakan Sidok C	· (4.5)(63)(1/25)(1/6)(1/5)	:444	$\Phi_{\frac{1}{2}}$
: v			- 0.5980(% n -)	Secretary and the consideration and		
	.00	1.5!	河,我们可能在30 [1] (347) 11月 日本版表现的1500 《唐德子集发的第四十	80 (1988)	16.70	51.24
		\$ = :	CINTROS AL E El transfer antibilità del management del Maria Maria			3
			1 TOMBREAL OF THE BURNS OF BURNS	Benedica Bandar	₫99	₩ 3
			reproduct (in)	Security of a supplier of	- 24.44	8
	-1	ļ	4 0-19-1-1000000000000000000000000000	: 314 (0.85 (0.70)) 1344 (0.3580) (2.55 - 1	iiiis.	<u> }</u>
			n en	English of representative of several designations and		2 2 1 2 1
			Grant strategas to the organia	\$600 Charlestes & 88209 \$500 \$100 \$	2.3.	** X ;
.L			1449800 (A		
	20 Pesa		5 - 16 25 10 0 0 0 0 0 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	ित्रम् पुरुष्ट स्थान्यः प्राप्तकारकारम् स्थानसम्बद्धाः स्थानसम्बद्धाः स्थानसम्बद्धाः स्थानिक	1145	7. 6
			er i Herragerera en protesta a protesta del colo en	。 (2) 政场的人中海都企業由等代码中极效构础。	共止	81.10 j
		ļ 🏻	-15574FG-7	S. I Poor. I B.OMICE	9000	10.00
·		Ĺi	2. 對众人被拒絕所	ind swale that state	.:: 3	7º 2 }

		,	727430		~!~!~!	
កុ ស៊ី _២ .១១១		Ì	 新航空後衛先至機 一次度、第二八百章制度工事制度工時向日本。 	展力聯發所主能和監網裝備	*frd	!9 50
	y v	(原制指定 10) 5 2、被破容性質無の施施が行の企業的 (50%有限 15) 5	NOVINGREAMSANCE AND CANDOLOGICA	(NI)	18 92	
ij:			3. バーキンソン的の責任の物題 [188]第38(1))	1.10元学者学是经济经济基本提供 网络四种华教园	.Ri-fit	2.45
			4、可懷の強制主力指令指導	en erstensker oppskrymet hømmeligere	2017	1,6
: £			「物質退路」 1、對核影響目開空型最近の考えと 「評略相談!!:) }	四華委養大学环境署的科教授	磁等	旅群
	megg	1912:19	 独心の子類酸液気室が緩延さその電影を用 (砂筋高液(2)) 	erra Coboloct Mare available a considerate described	its ex	机路 建
q:		1	3、 かつうの機能性の中の結構な動脈腫 (株物機体 141)	act cox人の特色学者動物部令 (2013年2月14日) 政権	\$93°E	1878
			4 (1839)に変更に基準の関係は多ので数	30年形界天空第三四颗教教	22	433
			(神野海海 (4) 2 1、 福地水平なの奔儺と何しい推覧場所 Denotateは (7)	2017年中央学科的自然集体多学来说(第二次会)	131 kir	按
作政	Marie	100.0E-11	2. 大型的外の物理人名称の無效数 (例96数数 0) 5	多集別な類ケリエック後数	% (%	紙
10 Mars		, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	3. (CFUS 60%30 CPU (CFUS 60%30	日本縣见的林溪为公民 第二次学令基实权	柳鄉	ELX.
			4、經過關係政府の移動機能 一般被各种的信息で、(第7/60/20機能を針列で	(37)大学各学部用发展需要建分的机场(是1984年)	泰 森	833
_		[""]	1961所以 017 1 - でだっすマローケアと - 2004発展をひせて格が。	11(1)大学即位)保持国际经验和(政治等数据)	M.e	92.00
华城	9 04(0)		(10 million 12) } 3. 注抗机 最新的概要是进入的A	(部) 转换子的旅会 - 特殊署55年主教 -	111/2	Ŋ.r
16			次は40周報(1999年次:の) 3. 『動物の支援を定えーペットの研究で開発すー の記公開議第 【特別機能(4)】	5日大守路年高度用学科教授《资路中科学》	發热	番
			4. 自然中国基本教会《大学工程》如此是	化比NP的特殊基本可能有效。0.30次率人被较级	2000	\$0.00g
Ų.			「病外病体」) 	1027年中央中央分子线加速和设备线 克莱华华森县	9048	ES
25	ធ្លាកល	5 1	2	(多) 给收予货售金给款研究所证实证收	3083	Rit
ij:			3. 《新教教教徒》(20)の総共・英雄・東東) (2008年19)	小自紀念機能 的算長	\$6.8°	64
_ ;			4. FR,2571 × 98,50303	map was a complete our contract the contract to the contract t	30	75.28
		1	(特殊権) (5)、報告を各合の各級と新しい法療機構 (20%的90)	12.2大学大学发展学及研究和器要训练内科学学校	2008	288
(F 42. 17	Que (Vi	NV M	2. (特殊數据の限制。 [短期論論形]	建出中華省 电对应转旋转模 发生紧张的现在	1916	91.385
72 (4-1-10 Y	1	1	Ji C大学各路装板	Ø.	88	
			4. (687:47)	<u> </u>	··· 5ï	2.74

表—5

《管觀》

第11日被各种联系 表表 一一中的一体数

继续组织

的印度的复数分别类的第三人称形式的复数形式

1660489 667 SCOMB

\$2,70,933 (0):

《華歐區和海岸的新藍典卷》的法總領接廣。

築の前面は「華内国際会学会会とは総会機能信息

928/05/58/05/A AUS 92/9/07 (8)

\$50000000 (I)

The following and making buying a particular way to be a second of the contract of the contrac

338 88

特别物源(图)

1等以中籍的特徵)一種數學學是自然實育數數文字

理机组织学数级交 纳克斯克州 智能规则

物数 统第

· 1. 公别教教教教部(\$P\$) (2) 数数、现在。20%。

THE CONTRACT SERVICE S

整治线线(重)

下级(5)[5](x)(5)[6](3) 和\$P\$美数学的特别的特别的一个多数。

一道數學學主義的和學學學學

40.0000000 由1000亿吨位。英基第四周年间。在大本一等。

维维特的特殊等级投资数据。 STANDARD (GERE) 2015年第四個學院發展 在實際數學學院發展

168 876

「東等頻繁を全の進行と治療に関する後針」

激性サンパ酸

《報報區派生作》,與禁制的			
	AMETERSANCE TERM	riurië.	28,6
	04 \$1980 of \$1980 1995% 5%	-2-6-6	() 23
海都里加州南部苏建筑设置			
\$62K\$\$64\$9.55.55	57.50	38.te.	123
影響的特別發	9.83	₩.ix	iig y
心神知病者科系統	PR Sh	59.1	99 A
一种就發酵金			
EU 16660000000000000000000000000000000000	Davie Sessi Massage	498F	gree
"特別な中央病院での疾能非療動強命	ewity4548 www.	şlav	ï
数的智能量分	多数处理器用的现 象	48.j8:	\$8.00
(實籍複數及於多無等)			
প্ৰেইট্টেইনে বিভাগ সেইটাইট্টি কেইট্টেই	n waqood	3,00	U
四個地位的 在本外的的機能發展			
	96 7/80 to 01/2/19 0 #86839 \$8 \$3498	Call of a	· · · · ·
	78.468289	200	303
四個性のための予算機器の知識	· 由於第二十年8月第二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	138	ź
並繼續接級處準問舊統			
	CONTRESION WILK		2
展育定表页 次点分析法形象。 4903			
	· 普朗尔有种经验	\$\$00	923
· 建			
「銀子を乗りますの日」	是不是否多的数	äk	水色
(情報) の特別を決決は《技術集集はへのいて	1.3 3° 26°		
	-128987X8835	ή() (į,
7.古小写真の年級[20 FORM OF MOST (S.	Joint.	.enp
{ (5)@10 m 2 }	数价额供款400mm为	6880	938
	G1088880810	90383	Ţ,

今月の 視点

行政評価事務所の調査について ~領収証交付「義務化」の問題点~ 常任理事 加藤欣士郎



山口行政評価事務所による保険医療機関が発行す る領収証等の実態調査

行政評価事務所とは総務省管轄の全国調査機関で、中国四国管区の一機関として山口行政評価事務所が置かれている。その目的は政策評価の実施、行政評価・監視の実施、行政相談である。その中で、行政評価は全国計画調査と地域計画調査があり、この度の山口県の実態調査は地域政策調査(年3回実施)の一環として、広島の立案で山口、鳥取の3県が実施したものである。

調査は昨年9月後半から11月中旬に社会保険 事務局、県、保険医療機関、医師会、利用者など を対象に実施され、11月30日に調査結果が公 表された。12月1日に新聞各紙がその結果を報 道した。

今回の調査の内容は、医療費の内容の分かる領収証の交付状況、患者に対する情報等の提供状況(院内掲示)、処方箋の発行形式(備考欄の後発品変更記載)であった。調査対象は直接には社会保険事務局となるが、関連調査として県、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者、関連団体、利用者等が対象になった。

9月になって行政評価事務所から県医師会にこの調査に対する協力要請があり、9月28日行政評価事務所と県医で協議を行った。医療機関で調査の対象は無作為抽出した病院9機関、診療所9機関であった。調査は立ち入りで、30分程度、診療に影響のない時間帯にすること。対象医療機関を調査前に県医に連絡すること。調査結果を県医に報告すること。調査結果の個人名は公表しないこと、また、個人名については社会保険事務局に知らせないことを確認した。

調査対象となった医療機関へは県医から文書で調査の内容、協議での確認事項、調査はあくまで任意であることを連絡した。ただ、この時点ですでに病院のいくつかには調査が実施されていた。そのためか、調査後に行ったアンケートで、調査時間が長かったこと、調査事務所がその施設の施設基準をよく把握していないために説明に時間を要したこと、届出書類のコピーを求められたことなどいくつか問題点が指摘された。診療所には事前連絡が周知でき、その結果2つの機関が立ち入り調査を拒否した。

また、県医師会に対しても調査が実施された。 それは上記の調査内容について医師会として会員 に対して指導状況を調べるものであった。これに は診療報酬伝達説明会、集団指導、保険ミーティ ングなどを実施して会員に周知していることを伝 えた。

10月になって、行政評価事務所は保険医療機 関の調査と並行して、患者に対して街頭調査を実 施して領収書の交付状況を調べていた。そこで集 めた領収証の中で不備のある30機関に対して調 査を実施したい旨、再び県医に協力要請があった。 11月9日再度、行政評価事務所と協議をもった。 行政評価事務所の依頼は10月には医療費の内容 の分かる領収証の交付義務の経過期間が終了し、 全医療機関が全患者にその領収証を交付すべきと ころ、患者調査により不備な領収証をいまだ交付 している機関が多くみつかり、その理由を個別の 機関に電話で照会したいとのことであった。県医 はこの協力要請を拒否し、さらに調査の中止を要 請した。それは、もともと県医は今回の領収証の 交付「義務化」に反対の立場をとり、日医へも「義 務化」の撤廃を要望しているところであること。 さらに、行政評価事務所の調査目的は本来行政の 監視にあり、領収証の交付状況ならば、その全体 状況を把握することで十分であり、患者から得た 情報を特定の医療機関に照会することなどはその 任務を逸脱していると認識したからである。協議 の翌日、調査対象となった30医療機関に対して、 この経過を連絡した。しかし、遺憾ながら行政評 価事務所は電話での照会調査を実施した。

行政評価事務所の調査結果について

11月30日に行政評価事務所は調査結果を公表した。今回の調査の主題である医療費の内容の分かる領収証の交付状況については、428機関中18機関(4.2%)が総額だけの領収証を発行していた。295機関中12機関(4.1%)が点数項目の分類に不備があり。その他、自己負担割合、点数合計などの不備があり、全体で72機関、17%に領収証の不備がみつかったとの内容である。

院内掲示では立ち入り調査した19 医療機関中、 入院基本料が2機関、入院時食事療養が5機関、 保険外併用療養が7機関に不備があったとのこ とである。

処方箋の備考欄への後発品変更記載については 調査機関のすべてが対応していたとの結果であっ た。

翌日12月1日には新聞全紙が調査結果を報道した。見出しは、「72医療機関不適切」(朝日)、「2割が領収証に不備」(毎日)、「医療領収証改善指導を」(読売)、「明細領収証交付徹底を」(山口)などである。各紙とも記事の内容を読めば行政評価事務所の発表を概ね正確に伝えている、しかし、見出しは度派手である、また、「2割に」とか「徹底指導」とか医療機関の「怠慢」が強調されている。一般県民は報道からしか情報は得られない、このままでは医療機関の「不備」ばかりが県民に伝わったままになる。そのため県医師会のこの問題に対する見解を県民に理解してもらえる機会を得るため、記者会見を設定した。

県医師会として記者会見を行う

12月14日、県政記者クラブで記者会見を開き、 西村常任と筆者が各社記者に領収証交付義務化の 問題点と医療機関の対応の現況を説明した。まず、 行政評価事務所の指摘に対してそれぞれの医療機 関の対応を説明した。全額のみの領収証を発行す ることについては患者が税額控除のための年間領 収書を希望することが多く、領収証は二重発行で きないため、年間領収書を優先し、つどにはレシートでかえること。また、患者が内容の分かる領収 証の交付を希望しないことが多いことなどを詳述 した。点数項目の設定についても診療科により特 性があることを説明した。

さらに、県下 1304 医療機関の中、レセコンが 1121 機関、手書きが 182 機関で、まだ 14%の 機関が明細領収証の発行に対応できない現況も訴えた。それに、点数表が複雑であることを解説し、患者の疑問、相談があったとき窓口で説明することが困難であり、受付業務に多大なに支障を生じることを述べた。

医療機関は患者へ様々な説明責任を負わされている。診療内容については最大の説明責任があり、患者も最も重要としている。インフォームドコンセントの時代、このことに医療者は時間と労力を惜しまない。診療点数の説明に時間と手間を割くことが医療の質と安全に寄与するものとは考えにくいことを訴えた。

医療費の内容の分かる領収証の交付は療養担当 規則に義務化された。これに違反すれば行政処分 の対象にもなり得る。現在の医療機関の実状、患 者の要望を踏まえるならば、「義務化」いかに不 合理な規則であるかについて理解を求めた。

院内掲示の不備については、改善されるべきであり、医療機関へは周知していくことを述べた。しかし、各医療機関では入院には案内の文書を作成しこれで患者に詳しく説明していること、実際には院内掲示が患者への情報提供にそれほど寄与していないことも追加しておいた。

さて、翌日、読売が「県医師会が反対表明、個 人病院など物理的に困難」、山口が「病院領収証 交付現状は徹底困難」宇部日報が「県医師会が反 論」と報じた。それぞれ記事は、会見での当会の

今月の視点

見解を正しく伝えてくれた。会見には多くの新聞社、テレビ局が集まったが、報道したのは3社のみであった。本来、多くの県民に領収証問題を知ってもらうために行った記者会見であったことから、その目的は十分には達成できなかった。

行政評価事務所の調査の問題点

今回の行政評価事務所の調査が医療費の内容の 分かる領収証の交付の進捗状況を対象にしたこと がまず問題である。この領収証の交付の「義務化」 自体が問題であり、県医はこの「義務化」に反対し、 その撤廃を先の日医代議員会で強く要望したとこ ろである。その理由は文中でも述べ、会報 18年 5月号今月の視点でもすでに解説している。中医 協の審議の中で、領収証の義務化は患者代表の一 委員の「思いつき」で提案され、それに保険者 代表が便乗し、医療側は猛反発したが成立してし まった。「思いつき」とあえていうのは、そこに 一般の患者の共通した視点が欠落していること、 医療の現場に対する認識、理解がないことである。 いま患者が最も求めているのは医療の安全と質で ある、ここに領収証が入り込む余地などない。ま た、医療者も患者に安全で質の高い医療を提供す ることに最大の努力をしている。領収証などに時 間と労力を費やしたくはない。

行政評価事務所の役目は政策の評価、行政の評価・監視、さらには地域での住民に対する行政サービスである。どうして医療費の領収証がその調査対象に選定されるのか、もっと大事な案件が他にあるのではないか。これも「思いつき」とするしか理解できない。今回の調査は広島の立案で、山口と鳥取で実施された。中国四国管区でも他の県は参加せず、また、全国的にも実施の予定はない。さらに、今回実施した3県でも二次の調査は予定がない。つまり、一発、一回限りの調査でしかない。そこには一つの課題を横断的に、また継続

的に調査し、評価していく方針が欠落している。 果たして、これで我が国の行政評価が成し得るの か大いに疑問である。

医療費の内容の分かる領収証の交付「義務化」の 撤廃に向けて

行政評価事務所は調査結果を公表し、同時に社会保険事務局に対して、その改善策を今年1月15日までに回答するように求めていた。それで、1月12日付で社会保険事務局から各保険医療機関に対して「医療費の内容の分かる領収証の交付及び施設基準等に係わる院内掲示について(通知)」が送付されることになった。

県医としては、この領収証問題についてさらに実態を調査することにしている。医療機関対応の状況と患者の意識を把握するため県下の全医療機関にアンケート調査を実施することになっている。そして、一刻も早く療養担当規則から「義務化」が撤廃されるようにしていきたい。

日本医師・従業員国民年金基金

国民年金に 上乗せする 公的な年金



至 戦制上の優遇措置 ■

44 工

場合は金額は金属機可機器の対象と なりますのでも開発、住民間が開業 されませ (長四818,003円 / 年か 四線の対象し、

华曲

登り収る年差にも公的年登書投票で 外用されます。優美一時(3,000 す 企事が真正明というます

お問い者わせは下記へど3点

to the all the distance is the Control Course

日本医師·従秦馬国民甲金華登

フリータ・4.1 **3日** (社**20**-7月月65**0** - Idhi: Veses enerall no.jp/1;p5s5

> To Detect Par nyon of Factor Arms

.프로우아 우리는 아니다 (- 토래 - 골, > 11동일 ~ * - 토래 中途で新記載した場合にも 掛け指でにはなりません。 (AZICT)と#AX(そ5564.UBL) a

事業で書物を選ぎては終りませんので、 支書へ大が組ました。C ・2条目の 音楽とし組まる単して、ましてはある でからし、

基準を入り基準部分に合けたそうです。 開始が実にプラックで、

- ●このでき 1/3をから生涯にE2/3 ・使える21 ことによる
 - (1) いいまで監察できた。そのなり表表点を影響。
- 事業以与金(高)(高等)(物で)のの(人書 (ある)と人(記書です。



የመዘባ የመቀር ነው በተው የላዲነት ነው ለ**ምር ው**። መመስ የተመር መስመያው ነው የተመለፉ ምር ነው ከተናው

顕 彰

ご栄誉をたたえ心からお祝い申し上げます。



●旭日双光章

西 辻 知 生 先生(下松) 平成 18 年 5 月 8 日 地域医療と保健衛生に格段の功績がありました。



●旭日双光章

青柳龍平 先生(豊浦郡) 平成18年11月3日 地域医療と保健衛生に格段の功績がありました。



●厚生労働大臣表彰

小西知己 先生(柳井) 平成18年10月17日

永年にわたり社会保険診療報酬支払基金の「審査の 充実」の向上に貢献され、医療保険制度の発展に寄与 されました。



●総務大臣表彰

伊藤博彦 先生 (厚狭郡) 平成 18年 10月 19日

35年以上県議会議員として、地方自治発展に寄与されました。



●文部科学大臣表彰

藤井宏康 先生(吉南) 平成18年11月9日 永年にわたり地域医療と学校保健に貢献されました。

●山□県選奨

保健衛生・地域医療の推進において貢献されました。

平成 18年 11月 17日

貞國燿先生(山口市)藤井康宏先生(長門市)岡澤寛先生(防府市)

●日本公衆衛生協会長表彰

公衆衛生事業に貢献されました。 平成 18年12月19日 野瀬善光 先生(山口市) 宮村恵盲 先生(山口市)

●山口県教育委員会表彰

学校保健において貢献されました。 平成 18 年 11 月 15 日

丸岩巖先生(光市)森山禮先生(下関市)牧野典正先生(山口市)岡澤寛先生(防府市)

●山口県学校保健連合会表彰

平成 19 年 1 月 18 日 学校保健において貢献されました。 **高 橋 建 次** 先生 (光 市)

●第 37 回全国学校保健・学校医大会における日本医師会長表彰

平成 18 年 11 月 11 日 「学校保健事業」に貢献されました。 **國近満男** 先生(山口市)

●山□県警察本部長感謝状

平成 18 年 9 月 1 日 警察協力医として貢献されました。 中野 洋 先生(厚狭郡)

●厚狭警察署長感謝状

平成 18 年 3 月 23 日 警察協力医として貢献されました。 吉 武 正 男 先生 (厚狭郡)

●宇部警察署長感謝状

平成 18 年 7 月 27 日 警察協力医として貢献されました。 中野 洋 先生(厚狭郡)

●旭日双光章

平成 17 年 7 月 22 日 地域医療に貢献されました。 **故柏村皓** 一 先生(下関市)

●旭日双光章

平成 17 年 8 月 15 日 地域医療に貢献されました。 **故坂本 守** 先生(山口市)

県民の健康と医療を考える会 県民公開講座

と き 平成 18 年 12 月 2 日 (土) 14:30 ~ ところ 山口市ホテルニュータナカ

挨拶

山口県医師会会長 藤原 淳



皆さん、こんに ちは。県民の健康と 医療を考える会の代 表をしております山 口県医師会会長の藤 原淳です。本日は肌 寒く年末のお忙しい 中、ご参加いただき

まして厚く御礼申し上げます。

この県民公開講座は県民の健康と医療を考える会が主催しております。この会の成り立ちについて簡単に説明いたします。この会は平成15年2月、患者負担が2割から3割になることを反対するために、医療関係団体14団体と老人クラブ連合会とで発足いたしました。その後、1団体が加わり、現在は16団体で成り立っております。県民の方々と医療関係団体が意思の疎通を図り、お互いに信頼関係を築き、山口県民の医療と健康を守り、よりよい地域医療づくりをしていこうということが目的であります。今回で4回目となるこの県民公開講座のほか、国民皆保険制度を守

る署名活動も行いました。

今年4月からの実施された診療報酬マイナス3.16%改定のほか、6月には医療制度改革関連法が国会で成立され、医療は今後一層厳しくなると予測されます。今日本の医療は療養病床の削減、あるいは廃止、リハビリの日数制限、医療費の窓口負担増、医療事故の多発、小児科産科・救急医療の不足などさまざまな問題が生じております。長年にわたる医療費抑制政策によるツケといっても過言ではなく、医療界に多大なるしわよせがきている現状です。

ご承知のとおり、日本の医療は総合評価世界一でありながら、医療費の対 GDP 比では世界 17位となっています。これまで先進7カ国の中で医療費が日本と同じくらいであったイギリスでは、厳しい医療費抑制策のため、入院待機者が100万人を超え、救急患者が3時間以上待たされ、医療従事者が長時間労働させられ、医療事故が多発する状況となっています。これを反省し、ブレア政権は医療費をフランス並みにする医療政策をしています。日本では国民皆保険制度のお陰で、保険証1枚あれば、いつでもだれでも安心して医療を受けられておりました。しかし、最近は20年前のイギリスを後追いしている状況であ

県民の健康と医療を考える会 構成団体

山口県医師会 山口県栄養士会 山口県鍼灸師会

山口県臨床検査技師会

山口県歯科医師会 山口県作業療法士会 山口県病院協会 山口県老人クラブ連合会 山口県薬剤師会 山口県歯科衛生士会 山口県放射線技師会 日本助産師会山口県支部 山口県看護協会 山口県歯科技工士会 山口県理学療法士会 山口県女性団体連絡協議会 ります。本日の講演では立去り型サボタージュという流行語を生み出された「医療崩壊」の著者である小松先生に「医療を崩壊させないために」というテーマで講演をしていただくことになっております。その後、シンポジウムも行いますので、本日ご参加された皆様方にも今後の日本の医療を考える上で参考になると思いますし、ぜひ討論に参加してもらいたいと思います。是非最後までお付き合いいただきますようお願い申し上げますとともに挨拶とさせていただきます。

講演

「医療を崩壊させないために」

虎ノ門病院 泌尿器科部長 小松 秀樹

山口と東京の現在の救急医療について



日本の医療は本当に危なくなってきている。山口市一帯では小児救急が2箇所あり、1箇所で年に8000人、もう1箇所は4000人きている。後者では医師

がくたびれ果てていて、前者では現在 5 人で対応している。1日 20 数名の患者で過重労働しているので、このシステムは持たないと思う。医師のくせにきちんとしないのは如何なるものかといわれてもしょうがないが、そもそも長持ちしないシステムなのである。東京もこの手の傾向があり、救急医療そのものが悪くなっている。以前、子どもののどに割り箸が突き刺さった事があったが、この事件後、中小病院は救急をやめ、救急医療をする医師がいなくなった。そのために埼玉、千葉では救命救急医療センターに患者が殺到するようになった。最後の砦があぶなくなっている現状である。東京はたくさん医師がいるといわれるが、現状では欠員の病院が多い。

1) 死生観と医療

医療に関係のない友人から伝えられた医事紛争 を紹介する。患者は5年前60歳当時、膀胱がん のために手術を受けた。2年後に肺転移が出現し、 抗がん剤の投与を受けた。転移巣は一旦縮小した が、その後全身に広がった。疼痛のために麻薬が 投与された。友人の手紙には、モルヒネの過剰投 与のために患者が死亡したと書かれていた。また、 家族は、再発したのは、5年前の治療方針に問題 があったからだと主張しているという。

浸潤性膀胱がんでは、転移がなければ一般的に膀胱全摘除術が行われる。手術時の進行度が予後を決める。病巣が肉眼的に取りきれたとしても、膀胱の筋層外に浸潤していると 60 - 70%の確率で再発する。再発患者の大半は膀胱癌のために死亡する。

手術で取りきれないと判断されたとき、あるいは、再発、転移が生じたときは、M-VAC療法という抗癌剤治療が行われる。奏効率(病巣がすべて消失した症例数と病巣の大きさが半分以下になった症例数の和をすべての症例数で割ったもの)は、60%ぐらいだが、この数字の印象からうけるほど有用なものではない。抗癌剤で完治することはまれといってよい。たとえ、病巣の大きさが半分以下になっても、残存しているかぎり生存期間は延長されない。

膀胱がんの末期には、疼痛緩和のために、しば しばモルヒネなどの麻薬が投与される。疼痛が強 いと大量に投与される。大量投与している患者は がんのために早晩死を迎える。

この患者の経過は膀胱がんとしてめずらしいものではない。担当医と行き違いがあったかもしれないが、死を受容できないことが紛争をこじらせた大きな原因だろう。

死や障害を医療のせいにする考えは、教育水準に関係なく容易に伝播する。ある大手出版社の編集者が、知人がひじの外傷を受けた後、医療ミスのため障害が残ったと語った。障害の原因が外傷そのものでなく、ミスであると判断した理由を尋ねたところ、根拠がないことに初めて気付いた。ミスがあったかどうか分からないが、医療側と議論があったわけではないらしい。編集者の知人にとって、ミスとしてしまうほうが、納得するのに楽だったのだろう。

歴史的には、つい最近まで、日本人は日常的に 死に直面していた。司馬遼太郎氏の明治維新を扱 った小説群は国民小説といってもよいほど読まれているが、惜しむらくは、死に急いだ若者達の死生観が見えない。

史伝「渋江抽斎」は、あまり読まれないが、森 鴎外の作品の中では評価が極めて高い。江戸末期 の知識人の生活が忠実に再現され、その端々に抽 斎のものの見方、考え方が現実感を持って示され ている。抽斎は、坂本龍馬より31歳年長の同時 代人の医師である。抽斎は生涯に4人の妻を迎え た。最初の妻は6年で離別した。2番目の妻は長 女出産後2ヶ月で死亡した。3番目の妻は結婚後 13年目に病死した。抽斎は安政5年、54歳で コレラのために亡くなった。この年、江戸でコレ ラにより2万8千名の人命が奪われた。抽斎は 4人の妻との間に7男7女を生んだが、抽斎が死



亡したときに生存していたのは6名だけである。 死と隣り合わせの日常で、幕末の革命家は、何も しないうちに死んでしまうことを恐れたに違いな い。

今、普通の日本人が死を目にすることはめったにない。しかも、日本人の少なからざる部分は、生命は何より尊いものであり、死や障害をあってはならないことだと信じている。このため、死や障害が不可避のものでも、自分では引き受けられず、誰かのせいにしたがる。メディアや司法はこのような甘えを正当なものとみなして、ときに、社会で責任を果たしている医師を攻撃する。

人間は必ず死ぬ。これは今も抽斎の時代と変わらない。死は欲望を空しくし、個人のいさかいに終止符をうつ。死の覚悟は、人を成熟させる。そもそも社会は人の死を前提として成立している。

2) 不確実性の許容

医療現場を落ち着いたものにするためには、医療の不確実性についての認識を、患者と医師で共有しなければならない。知人の読売新聞本田麻由 美記者の文章にこの難しさが書かれている。

「がんと私」(本田麻由美、読売新聞 2006 年 6 月 16 日朝刊) より

「『医療は万能ではなく、不確実なものだ』一。 間もなく4年になる乳がんの闘病生活を通じ て、この言葉の意味がわかるようになった。」

「医療の限界を実感したのは、患者になって からだ。きっかけは最初の手術から半年で見 つかった局所再発だった。」

「彼らは、乳房全摘でもすべてのがん細胞を取り切れない場合もあること、がん細胞が増殖して大きくならないと検査でも発見できないこと、標準治療がすべての人に効くかどうかは分からないこと―など、人間の身体の複雑さや医療の難しさを、とことん説明してくれた。」

「延べ 10 時間は超える対話を通して、『現代 医療も不完全で分からないことだらけ』とい うことを認識できた。」

「知人の小松秀樹・虎の門病院医師は、『医療の不確実性』を理解してもらうことが、医師と患者の不毛な対立を防ぐのに役立つという。」

「その通りだとは思うが、患者には、『不確 実性』についての説明を受ける機会が少ない。 そこに『不信』の根がある。」

私自身、医療の不確実性については、かなり説明しているつもりである。しかし、納得するのに10時間の説明が必要だとすると、医療現場にこの責任を押し付けるのは無理がある。人間はいつか必ず死ぬこと、医療が不確実性であることは、本来、社会の共通認識とすべきである。しかし、現実にはメディア自身が不確実性を受け入れようとせず、逆に、対立を煽ってきた。

不確実性をめぐる齟齬は、環境問題など医療以 外の分野でもよくみられる。慶應大学の権丈善一 教授によると、年金問題でも、不確実なものを不 確実として受け入れない人達が、適切な議論の障 害になっているという。

勿凝学問 48(権丈善一)より

「人口推計や経済予測・医療論議における医療費予測が外れたときに激しく予測者たちを非難するメディア・研究者たちの姿勢は、医療行為には『不確実性』が伴うことを理解しないままに『医療事故』を報道し、今日の『医療崩壊』を引き起こす原因を作ったメディアの姿勢と同じなのである。」

「公的年金は、将来の予測に対して < 人知の限界 > があるゆえに存在する。」

「人間が的確な予測力をもつのであれば、勤労世代から退職世代に所得を再分配する現在のような賦課方式の公的年金など必要ないであろう。」

入院診療では退院数を母数として、10%近い 有害事象が発生している。多くは不可抗力による 合併症や副作用である。手術では術者による技量 の差があり、これが生死を分けることもある。中 には医療提供者の過誤による傷害も含まれる。患 者側が不信に思うような事態も発生する。

3)「人は誰でも間違える」以後の病院の変化

社会が医療に過剰な期待を持ち、それゆえに攻撃的になっている。一方で、医療側は無謬を前提にしていたため、過誤に対応する制度をもたなかった。このため、「隠蔽し謝らない」傾向があった。一部ではまだその体質を引きずっている。不毛な紛争が起こりやすい状況にあるといってよい。1999年の「人は誰でも間違える」の出版以後、過誤が起こることを前提に、対応するようになった。通常の医療で刑事責任が問われるようになったことから、2003年ごろより、全国の病院で改革が始まった。

以下、虎の門病院での努力を中心に紹介する。

①正しい医療についての合意形成

「医師のための入院診療基本指針 虎の門病院」

(後掲)(虎の門病院のホームページに掲載)。何をもって正しい医療とするのかについて、社会と病院との考え方の齟齬を小さくするために作成した。基本的な考え方は、説明責任、各医療従事者の自発性尊重と責任の明確化、透明性。

②医療安全管理者

厚労省の英断で、病院の医療安全と事故に対応 する専従職員がおかれるようになった。安全対策 の要。虎の門病院では最も優秀な看護師長がこの 職に就いている。

2006年6月、医療安全管理者の講習を企画、 実行をした際に、多くの病院の医療安全管理者と 議論した。大半は看護師だった。安全管理に何が 必要なのか、医療安全管理者の役割と権限はどの ようなものであるべきか、病院幹部が理解してい ないため、医療安全管理者が活動できていない病 院が少なくなかった。今後、病院間の連携、医療 安全対策についての共通認識の形成が必要と思わ れた。現在、この講習の参加者でメーリングリス トを作り、安全業務について連絡を取り合ってい る。

③医療安全推進委員会:インシデント報告を受ける。医療事故の予防のための対策をたてる。

④調査委員会

事故の報告(オカレンス報告)を受け、調査する。議論に第三者が参加。虎の門病院では元裁判官がメンバーになっている。専門領域の判断が必要なときは、外部の専門家に参加を求める。

RCA (根本原因分析): 重要なインシデントあるいはオカレンスを分析し、根本原因を同定する。 分析結果に基づいて、安全推進委員会で対策をたてる。

事故の公表:公表基準に基づき、委員会が決定。

⑤事故防止のための各種具体的安全対策

患者確認、投薬の安全確保、呼吸器管理、中心 静脈カテーテル(免許制)、手術室安全マニュア ル他

⑥シミュレーション・ラボ・センター:ロボット

で診療の技術練習。

新人医師へのシミュレーションラボでの研修 動静脈採血

縫合

中心静脈カテーテル挿入

気管内挿管

腰椎穿刺

BLS

上記以外のトレーニングメニュー

ACLS

アナフィラキシーショックの治療

消化管内視鏡

腹腔鏡手術

人工呼吸管理

⑦透明性:「バリアンス手術報告制度」(後掲)

⑧説明責任:「診療行為説明文書の作成と登録の 手順」(後掲)「説明と同意確認マニュアル」

⑨医療の不確実性と限界の説明(個々の診療行為の内容の詳しい説明より紛争回避能力が高い): 「手術・検査・治療法等 診療行為同意書」(前文 後掲)

医師のための入院診療基本指針 虎の門病院

2003年10月20日改正(抜粋)

(原則)

- 1 (医師の責任) 医師の医療上の判断は命令や強制ではなく、自らの知識と良心に基づく。したがって、医師の医療における言葉と行動には常に個人的責任を伴う。
- 2 (医療の質の向上) 虎の門病院は時代時代の最 良の医療を提供することを自らに課している。と くに、入院診療は病院における医療活動の根幹で あり、入院診療の質を高く維持するために不断の 努力が求められる。
- 3 (患者の権利と健康の尊重) 診療に際し、患者 の権利を損なうことのないよう細心の注意を払わ なければならない。患者の人格を尊重し、患者個 人の秘密を守り、患者の健康と安全を全てに優先 させなければならない。
- 4 (診療行為とその正当化の手続き) 医療は個々

の診療行為とそれを正当なものにする手続きからなる。診療行為正当化の手続きとは、診療行為実施の前に、適切な手順で適切な内容の説明を行ない合意を得ること、また、実施後、結果と診療行為を通して得られた情報を患者に伝達して理解を得ることからなる。

- 5 (医療の不確実性) 医療はしばしば身体に対する侵襲を伴う。人間の生命の複雑性と有限性、及び、各個人の多様性ゆえに、医療は本質的に不確実である。医療が有害になりうること、医療にできることには限界があることを常に自覚して謙虚な態度で診療にあたる。
- 6 (医療事故への対応) 医療の安全性を高めるために最大限の努力をしても、医療事故は常に発生する可能性がある。発生した場合には責任を回避せずに誠実に対応する。決して虚偽の説明や、診療録への虚偽の記載をしてはならない。

(診療チームの構成と任務)

- 8 入院診療を担当する診療単位の部長(あるい は部長に準ずる医師)は、少なくとも週1回の 管理者回診を行ない、当該診療単位の全入院患者 について、個々の医師の診療状況を把握し、助言・ 指導する。
- 9 主治医とは、患者の診療に主たる責任を有する医師を指す。

(コメディカルとの協調)

- 21 質の高い医療を提供するためには、コメディカルとの良好な協力関係が不可欠である。関連職種各職員の自発的努力が医療の質を高める。このためにも、協力にあたっては互いの人格を尊重しなければならない。
- 22 病棟での診療内容の指示は所定の手順にしたがい正確に伝達する。
- 23 看護師を含めたコメディカルから、入院患者の診療の要請があった場合には、速やかに診療し、その結果をコメディカルに伝える。
- 24 普段より看護師を含めたコメディカルと、 診療内容や患者の反応について円滑な意思疎通に 努める。特に、コメディカル側に診療内容に疑問 があった場合、積極的に医師に伝えることを奨励 し要請する。診療内容によってはコメディカルが

法的責任を問われることがありうるので、疑問に は誠実に答える義務がある。こうした意思疎通の 努力が医療の質の向上につながる。

(診療方針の決定と変更)

29 部長(あるいは部長に準ずる医師)は少なくとも週1回カンファレンスを開催し、管理下にある全患者の診療の基本方針を討議に付す。診療方針の決定は当該診療単位の全員一致を原則とする。カンファレンスでは既往歴、現病歴、身体所見、検査値、画像診断等から、患者の病像を再構成する。これに、過去の文献上の証拠、患者の社会的背景、意思等を加え、合理的議論によって診療方針を決定する。特定の医師の恣意や、科学的裏付けのない権威を診療方針決定の根拠としない。

- 32 医師は予定された診療行為が適切でないと 判断した場合、この判断を変更することなく当該 診療行為を実施してはならない。
- 33 医師は予定された診療行為が適切でないと 判断した場合、カンファレンスでその旨表明し、 合理的議論で適否を検討しなければならない。
- 34 深刻な意見の対立が合理的議論で解消されない場合、虎の門病院のすべての医師は個別に調査委員会に調査検討を要請することができる。また、調査要請の行動そのものを理由に人事上、不利な扱いを受けることはない。
- 35 主治医、担当医は入院患者の経過、画像診断、 検査値を経時的に検討して、病像を確認あるいは 修正する。重要な変化があった場合や、再構成し た病像を変更せざるを得ない場合は、カンファレ ンスで、時間的猶予のない場合は部長(あるいは 部長に準ずる医師)に直接報告して、その後の診 療方針を議論し、必要があれば変更する。

(説明と同意)

41 患者は自身の病状について説明を受ける権利を有している。医師は患者、あるいは、患者の代理人に対し、患者の病状、診療計画、治療内容、検査の結果等を適宜説明しなければならない。

42 説明は当該診療を直接担当する医師が 患者本人に説明して同意あるいは理解を得る ことを原則とする。

ただし、小児や知的障害、精神的問題を有する患者などで、同意に必要な能力がないと判断される場合、あるいは、説明が本人にとって有害と判断される場合には、本人の理解力や状況に応じた説明をする。別に、親権者、後見人に十分に説明して同意あるいは理解を得る。

43 病状の説明に際しては、事実と推測を区別する。根拠のない推測は避け、わからないことはわからないと率直に説明する。

44 侵襲を伴う診療行為(手術、検査等)を実施する場合には、病状の説明に加えて、当該診療が必要な理由、診療の具体的内容、予想される身体障害と合併症、実施しない場合に予想される結果、他の手段とその利害得失、実施後の一般的経過等を説明し、同意を得なければならない。また、説明内容と同意の記録を残さなければならない。ただし、緊急事態で同意を得ている時間的猶予がない場合に限り説明を省略できる。

45 重要な説明には、看護師等医師と異なる立場の医療関係者が立ち会うことが望ましい。また、患者の同意の得られる場合は、患者が信頼する家族あるいは親族の同席が望ましい。

46 重要な説明は、静かで落ち着いた、外部からみられず、音声が外部にもれない部屋で行なう。 47 重要な説明では、説明文書をあらかじめ渡して、理解の向上を図ると共に、患者に説明文書中の不明点、疑問点を前もって確認することを要請する。不明点、疑問点があれば説明に際し、重点的に説明して、理解の向上を図る。

48 重要な説明では、説明中には節目ごとに、 また、説明終了時にも、理解できないことがない か確認し、質問を受ける。理解できていないと思



われる場合には立ち会いの看護師等に医師と異なる視点からの補助を求めるなど、理解を得るための努力を惜しまない。必要な場合、説明の機会を 複数回設けて理解の徹底を図る。

- 49 説明直後に同意書への署名を求めることは 極力避ける。別の場所で家族あるいは知人と十分 相談できるよう配慮する。
- 50 治癒の可能性が低い場合等、患者の心理的ストレスが大きい場合には、説明後、患者と密に接触して、反応を確認し、あるいは、ストレスの軽減を図る。また、説明に同席した看護師にも、医師と異なる立場で接触することを依頼し、患者の精神的状況の把握に努める。必要な場合には臨床心理士あるいは精神科医に援助を仰ぐ。
- 51 同意書に署名を求める場合は、他の医療機関の医師の意見(セカンド・オピニオン)を聞くことが可能であること、その際には必要な資料を提供することを伝える。
- 52 経験の少ない診療行為を実施する際には、 その旨患者に説明し、準備状況についても説明す る。患者が希望すれば経験の豊富な医療機関に紹 介する。
- 53 虎の門病院で実施していない診療行為でも、他の医療機関で相当程度実施されているものについては説明しなければならない。また、希望があれば適切な医療機関に紹介する。

(患者の自己決定権の限界)

- 54 患者の希望があっても、当該診療科に経験がなく、かつ、十分な準備のない診療は、原則として行なってはならない。
- 55 患者の希望があっても、倫理や法律に反する行動をとってはならない。
- 56 患者の希望があっても、医学上適切と思われない診療行為は実施しない。
- 57 適切でない診療行為は、他の医療機関で行なうとしても、その実施に承認を与えたり、実施の援助をしない。

1.2.1 バリアンス手術報告制度

下記バリアンス項目が発生した場合、手術室立 ち会い者(術者チーム医師、麻酔医、看護師、臨 床工学士等)はバリアンス手術報告用紙に患者名、 ID番号、病棟名、手術日を記載し、該当するバ リアンス項目にチェックして医事課長を通じて、 あるいは、直接医療安全管理者に提出する。手術 室内の専用鍵付きポストに入れてもよい。

バリアンス項目

- 1) 予期せぬ手術室内での心停止、呼吸停止、心 筋梗塞、脳血管障害、肺梗塞
- 2) 予定外再手術:同一入院中あるいは退院後7 日以内に起きたもの
- 3) 術中の予期しない事態に対する予定外術式施行(予定していない臓器の摘出、腸管、血管、神経、尿管吻合等)
- 4) 手術時間が予定時間より3時間以上延長した場合
- 5) T & S で MAP5 単位以上使用。あるいは、クロスマッチした準備血に加えて MAP が 5 単位以上追加使用された場合
- 6) 麻酔に伴う有害事象で、術後治療を要する、 あるいは、後遺症を伴う可能性のあるもの
- 7) 輸血過誤
- 8)薬剤の誤投与で追加治療を要する場合
- 9) 医療機器による傷害
- 10) 予期せぬ低血圧で術中の収縮期血圧 50mmHg以下が一度でも計測された場合。
- 11) 術野で使用したガーゼ、器械、針のカウントが合わなかった場合(X線撮影で見つかったものも含む)

医療安全管理者はバリアンス手術報告書を見て、実情を調査し、オカレンス報告に該当するものを選びだす。もしオカレンス報告が提出されていなければ、オカレンス報告の提出を担当部長に要請する。

診療行為説明文書の作成と登録の手順

- 1) 各診療科で使用する診療行為説明文書のうち、 頻用されるものはオンラインドキュメントに登録 する。ただし、まれな診療行為や、特殊な状況の 患者にその都度説明文書を作成して使用すること を妨げるものではない。
- 2) 登録、削除、変更申請の窓口は企画課とする。
- 3) 登録申請された説明文書は、説明・同意文書 管理小委員会で検討する。
- 4) 説明・同意文書管理小委員会で文書を検討し、修正すべき点があれば、当該科に修正、再提出を

要請する。問題がなければ企画課から情報システム課に依頼し、オンラインドキュメントに登録する。

- 5) 企画課は文書の保存、管理を行う。
- 6) 原則として説明文書は一つの診療行為に対し て作成されるものとする。
- 7) 原則として同意書は病院全体で承認されたものを使用し、説明文書には同意書を含まないものとする。ただし、病院全体の共通の診療行為に対するもので、承認されているものはこの限りにない。(消化管内視鏡検査同意書、麻酔同意書、行動制限に関する同意書、輸血同意書、自己血輸血同意書、HIV 検査同意書、IVH カテーテル挿入の為の同意書など)
- 8) 説明文書は最大 A4 で 4 枚以内とする。
- 9) 説明文書の文章は意味が明確であること(誤解を招かないこと)、分かりやすいこと(必要に応じて図を適宜用いる)、社会常識に則っていることを要する。
- 10) 説明文書には以下に示す内容が記載されていることを要する。説明もれをなくするためにも、それぞれ、項目を設けて説明することが望ましい。
 - ①病名
 - ②診療行為名称
 - ③診療行為が必要な理由
 - ④診療行為(方法)の概略
 - ⑤合併症・実施後の身体障害の程度
 - ⑥別の手段(他の選択肢)とその利害得失
 - ⑦実施しない場合の予後(診療行為の効果)
 - ⑧実施後の一般的経過
 - ⑨その他必要と思われる事項

説明と同意についての原則

多くの診療行為は、身体に対する侵襲(ダメージ)を伴います。通常、診療行為による利益が侵襲の不利益を上回ります。

しかし、医療は本質的に不確実です。過失がなくとも重大な合併症や事故が起こり得ます。診療行為と無関係の病気や加齢に伴う症状が診療行為の前後に発症することもあります。合併症や偶発症が起これば、もちろん治療には最善を尽くしますが、死に至ることもあり得ます。予想される重要な合併症については説明します。しかし、極め

て稀なものや予想外のものもあり、全ての可能性 を言い尽くすことはできません。こうした医療の 不確実性は、人間の生命の複雑性と有限性、およ び、各個人の多様性に由来するものであり、低減 させることはできても、消滅させることはできま せん。

過失による身体障害があれば病院側に賠償責任が生じます。しかし、過失を伴わない合併症・偶発症に賠償責任は生じません。

こうした危険があることを承知した上で同意書に署名して下さい。疑問があるときは、納得できるまで質問して下さい。納得できない場合は、無理に結論を出さずに、他の医師の意見(セカンド・オピニオン)を聞くことをお勧めします。必要な資料は提供します。他の医師の意見を求めることで不利な扱いを受けることはありません。

4) 民事訴訟の問題

立証責任:民事訴訟では立証責任が患者側にある。 患者側の立証を阻む3つの壁(加藤良夫弁護士): 専門性、密室性、封建制。

訴訟費用負担:勝訴しないと費用がでない。貧しい患者・家族は訴訟に踏み切れない。費用負担に加えて訴訟自体に多大なエネルギーが必要:多くの被害者が泣き寝入りになっている。

二当事者対立構造:徹底した叩き合いになる。 「裁判では双方けなしあいになり、歩み寄るというプロセスはありませんでした。勝訴したのですが、何の解決にもならないのです。」(医療事故市民オンブズマンメディオ代表阿部康一氏)メディオの調査によれば、患者側は勝訴しても満足しない。

医療水準の考え方:過剰な要求を避けるための概念だったが、最大限何ができたかを問うようになった。結果が悪いと、何らかの言いがかりはつけられる。

医療の費用の問題:医療に十分な費用がかけられておらず、人手不足。訓練不足がある。過酷な労

働条件で勤務している。検察、裁判所はこれを考慮しない。竹やりで B 2 9 に立ち向かえというのと似たような精神論が司法を支配している。

不法行為:法律家の賠償の考え方は損害の負担を 誰が負うかという意識が強い。裁判官は負担能力 の大きい立場、公的立場に対して安易に賠償を命 じる傾向がある。しかし、「賠償」には非難が含 まれる。これが医療に対する攻撃を承認すること になる。

医療裁判の結果が医療過誤の有無を反映するか:

李啓充氏が紹介されたハーバード・メディカル・プラクティス・スタディの論文 (NEJM, 325; 245,1991.) の原文に当たってみた。ニューヨークの51の病院を1984年に退院した患者から無作為に選んだ31,429 症例の診療録を、研究グループの医師が検討したところ、医療過誤があったと判定されたのは280症例で、そのうち、医療訴訟になったのは8例だけだった。一方、医療訴訟は51例あったが、多くは過誤がない症例だった。

さらにこれらの訴訟の帰結を 10 年間追跡した 調査 (NEJM, 335; 1963, 1996.) では、51 例中 46 例で訴訟が終了していた。過誤がまったくな かっただけでなく、有害事象そのものもがなかっ たと考えられる 29 例のうち 5 例が係争中で、決 着のついた 24 例中 10 例に賠償金が支払われて いた。有害事象があったが過誤がなかったと判断 された 13 例のうち、6 例に賠償金が支払われて いた。過誤による有害事象 9 例中(数が先の論 文より 1 例増えている)、5 例に対し賠償金が支 払われていなかった。また、賠償金額は過誤の有 無には関係なく、障害の程度に相関していた。

日本に同様の研究はないが、救済されるべき患者の多くが救済されていないことは疑いを入れない。また、不可抗力による障害や、本来の疾病による障害に対し、賠償金がしばしば支払われていることも間違いない。

賠償金:本邦の医療は国民皆保険でぎりぎりまで 費用が低く抑えられている。競争原理は働いてい ない。賠償について、値段をサービス提供者が決 められる分野と同様の考え方でよいのか。

医療の結果、傷害を受けて、生活に困るようなことがあれば、医療に過失があろうがなかろうが必要な援助はなされなければならない。しかし、患者が死亡したときに遺族が莫大な賠償金を得ることには、大きな問題がある。

5) 監禁と自白 警察・検察の方法

不満の持って行き場のない患者が警察に訴える。患者の立場に立てば理解できる行動。

最近、民事訴訟を有利にするために警察に訴える傾向がある。弁護士の立証作業を警察に肩代わりさせるようなことになる。

桶川ストーカー事件の影響もあり、警察・検察 は護民官として捜査に着手せざるを得ない。

医療という善意の行為の結果起こったことについても、凶悪犯罪と同じ扱い(「法の無関心」)。

警察・検察は捜査を開始すると、努力の方向は 有罪を立証することに向かう。

日本では、犯罪の立証に自白が重視される。事 情聴取で警察の意に沿った証言をしないと、逮捕 監禁して自白を迫る。密室での取り調べは録音さ れず、弁護士も立ち会えない。自白するとしばし ば略式起訴で罰金50万円。自白をしないと勾留 延長から起訴。一二審で無罪になっても検察は最 高裁まで争う。人生の大切な時期10年ほどが奪 われることになる。争点があり、無罪を主張する ほど実質的な罰が大きくなる。このため、医師は 無罪だと思っていてもしばしば罪を受け入れる。 密室での取り調べは世界的には問題があるとされ ている。私は、在日米軍も日本の犯罪の捜査方法 に問題があると考えていると想像する。中国です ら、警察の取り調べに弁護士の立会いが検討され ている(05年11月27日、読売新聞「地球万華 鏡」)。

6) 過失は罪か 刑法 211 条業務上過失致死傷

東武伊勢崎腺竹ノ塚の踏み切り事故で、保安係の男性が業務上過失致死で有罪になった。ヒューマンファクター工学からみれば誘発されたエラー

であり、他の誰がいても、起こりうる事故だった。 この男性は善良な下積みの市民。逮捕までする意味があったのか疑問。社会が理不尽な攻撃性を持っている。寛容度の低い貧しい社会になっている。 刑法では原則として過失を罪としない(刑法38条)。業務上過失致死傷は例外規定の一つ(アメリカに同様の罪はない)。罪刑法定主義から遠い規定で、広い範囲まで罪になる。

証明するには、予見義務、結果回避義務に違反することを示すだけでよい。業務上過失致死傷と 民事の不法行為には本質的な差がない。医療は人の身体を扱っているという性質上、過失は傷害に直結する。このため、民法 709 条の不法行為として訴えることのできる事件は、業務上過失致死傷で刑事訴追できる。刑事事件とするのかどうかは、担当官の判断にゆだねられる。このような重要な決定について法律による裏づけがない。「恨み」の強さとメディアからの非難が、刑事訴追するかどうかの判断を左右しているようにみえる。

医療は危うくなった生命を救おうとするがしばしば成功しない。医療は極めて多様な決定をしながら実施される。ある状況での正しい医療行為は一つに限定されているわけではない。正しい医療は多数あり、医師は妥当と思われる範囲で選択・決定しながら診療を進めていく。選択された医療によって、発生するリスクの性質が異なるような状況もある。さらに、医療は、診断の過ちを病理解剖で確認し、治療行為の結果を検証して、反省しつつ進歩してきた。医療は不完全技術。常に改善すべき点が存在する。医療に対し、業務上過失致死傷を適用すると、医療に内在する性質ゆえに、極めて広い範囲まで犯罪とすることが可能となる。

加えて、警察官も検察官も医療についてあまりに知らない。医療がどのような経過で進められていくものかがまったく想像できていない。自分が想像できていないことが想像できていなかった(最近手術を受けた元検察官の弁)。警察官・検察官に罪とすべき医療(この定義も問題)を過不足なく判断する能力があると思えない。

7) 国家の維持 検察の基本思想

検察には、国家を守り維持するという意識が強い。これは法の番人とは多少ニュアンスが異なる。被害者感情や、メディアに世論として表現された社会の不満に、法的決着をつけて、国家が社会の構成員に常に配慮していることを示すことにより、自らに正当性を付与し、結果として社会の秩序の維持をしやすくしようとしているようにみえる。ある意味当然の努力である。

しかし、法律家にも異論がある。刑法学者の町野朔氏は、過失犯罪について、わが国には、被害者感情や世論が責任の重さを決める風潮がある、としている(「ロゴスドン」31号)。認識があったから責任が重いということが徐々になくなってきたというのは、責任に実体がなくなってきたということだ、としている。さらに、今のような世論がそのまま突っ走ることを認めろ、ということになると、リンチを認めるということになる、と警告を発している。

福島県立大野病院事件では業務上過失致死傷、 医師法 21 条違反で産婦人科医が逮捕された。検 察と医師の団体(日本産婦人科学会を含む多数の 医師の団体)の間で、逮捕の正当性について意見 の食い違いが明確になっている。

8) 国民国家から世界社会への変貌と司法

2005 年 9 月日本におけるドイツ年記念法学集会 の基調講演

グンター・トイブナー「グローバル化時代における法の役割変化 各種のグローバルな法レジームの分立化・民間憲法化・ネット化」

1971年、ニクラス・ルーマンは、将来の世界社会では、規範的な予期類型(政治、道徳、法)ではなく認知的な予期類型(経済、学術、テクノロジー、医療など)が主役を演ずるようになり、世界社会の法はそれぞれの社会分野ごとに形成され、極端な分立化に至ると予測した。

社会科学の予測はめったに当たらないが、この 予側は的中している。現在、グローバルに活動す る分野ごとに紛争解決機関が設立され、100以 上並存している。 トイブナーは、利害や政策をめぐる衝突より、 世界社会の分野ごとに形成された部分社会間の合理性の衝突が重要になってきたとする。法による 統一的規範は成立することはなく、法は到底それ らの矛盾を解消できない。互いの規範を尊重し、 自律的部分社会同士の相互観察で共存をはかるし かないとした。ブラジルでのエイズ治療薬の特許 を無視した製造販売では、経済の特許についての 合理性と、保健分野の合理性が衝突し、保健の合 理性が優先された。

「現実的に見るなら、法にできるのは、さまざまの合理性の衝突の自己破壊的傾向を法的『形式化』によって阻止することだけである。法が社会におけるさまざまの合理性の衝突そのものと取り組んで成果を挙げることなど、どうしてできよう? うまくいくのは、そうした合理性の衝突の限定された一部だけでも法律問題に翻訳し、それによって平和的解決のフォーラムを提供する場合なのだ。しかも、その場合も、法は上位の調整者として働くのではない。全面的支配の傾向や一方的な圧政に抗して、相互的な自律を法的形式によって保証できればそれだけでも、たいしたことである。」

この観点から日本の状況をみると、司法が国際 的に形成されたさまざまな専門分野の合理性に対 し、素人の判断を強権で押し付ける形になってい る。国内的な司法レジームが国際的に形成されて いる医療レジーム、航空運輸レジーム、産業レジ ームなどと対立し、ときに、これらに破壊的影響 を与えつつあるようにみえる。

民事を専門とする法律家にも問題はあるが、彼らは現代の複雑な社会と正面から向かいあうことを常としている。しかし、刑法を専門とする裁判官は、故意犯罪が哲学的思考により定義されているが故に、思考が内にこもり、社会との接点をもたない。(検察官は犯罪者の取調べを担当しており、現実との接点がまだ多い。)大半の刑事事件は非常にシンプルなものである。この中にどっぷり浸かって、法廷で通常の犯罪者を相手に、反論を受けない高みから、判断を下していると、現実の社会が見えなくなるのではなかろうか。故意犯罪と過失犯罪はまったく異なるものであることの認識が、刑法を専門とする裁判官に乏しいように

思えてならない。

法は規範の源泉ではない。規範は人間の営みから歴史的に生じる。トイブナーは、法は対話の形式だとしている。100年も前の刑法、しかも、例外規定である業務上過失致死傷を絶対の規範として振りかざして、現代の複雑なシステムの事故を、個人の責任として処理することには、そもそも無理がある。

9) 患者は消費者か イギリスでは医療が崩壊した

イギリスではサッチャー政権による長年の医療費抑制政策で医療従事者の士気が崩壊した。入院待ち患者が100万人を超え、手術可能と判断された肺がん患者の20%は手術を待つ間に手遅れになる。ある1日の救急外来の調査によると、救急では入院が決まってから病棟に移るまで平均3時間32分。最大78時間もの間、救急外来で待たされていた。イギリスでは医療従事者への暴力が頻発。年間10万人が被害を受けている。多くの医師がオーストラリア、カナダ、アメリカに移住している。このため、ブレア政権は2000年に5年間で医療費を50%増やすと宣言した。しかし、いったん医師の士気が崩壊すると費用を増やしても元に戻らない。

05年5月のイギリス総選挙の前のランセット誌(世界でもっとも権威ある臨床医学雑誌)の社説(365巻1515)は、政治家は患者を消費者と見立てて、「消費者中心の医療」を声高に唱えているがこれは間違い、と主張した。イギリスの全政党が医療の改善を阻む最も重要な問題、すなわち、医師の士気の壊滅的崩壊に焦点を当てることに失敗した、と表紙に書いた。

新古典派経済学のF・A・ハイエクは「競争は 意見の形成過程(中略)競争は何がもっとも良 くもっとも安いかについて、人びとがもつ見方を 創り出す。」(「競争の意味」『市場・知識・自由』) と競争を重視した。競争に、「価格を自然価格に 誘導する機能」(アダム・スミス)を超える意味 を付与した。

一方、ランセット誌の主張。「正しい市場とは、 競争原理が機能し、情報へのアクセスが平等でふ んだんにあるという前提で、消費者が自ら参加す るゲームである。医療では情報を誰もが平等に得て、しかも、それを正しく理解できるなどということはかつてなかったし、未来もない。医療はゲームではない。医療は社会的善であり、公平でなければならない。患者は消費者ではなく、純粋に、ただ単に患者である。」

完全競争市場とは①市場に多数の売り手と買い 手がいること、②独占・寡占状態ではないこと、 ③十分な情報を売り手と買い手が共有すること、 ④参入・退出の自由があること、の4点が求め られる。医療がこれを満たすことはありえない。 「消費者中心の医療」は個々の患者が自分の利益 を言い募ることを正当化する。市場原理では、高 度なサービスには需要が集中し値段が跳ね上がる ので、自分の財政状況を考慮してほどほどの要求 にとどめざるを得なくなる。ところが、イギリス や日本では、値段は極端に低く抑えられている。 このため生産設備の遊休化は許されず、常にフル 操業していないと採算がとれない。このため、「人 手不足」「超多忙」が強いられることになる。日 本やイギリスでは医療サービスの総量が足りてい ない。個々の患者の気ままな要求にこたえられる 余裕はない。

10) 私有財としての医療 アメリカの医療

大井玄「環境問題をどう考えるか」サングラハ 76号13ページ。

倫理は、ある個人、あるいは集団の生存確率を 最大化する行動パターンに由来。

開放系の倫理

(アメリカのような) 開放系の場:人間活動に 比ベスペースが極めて広い上に移動の自由があ り、資源が豊かで、異なる背景を持つ人間との接 触が多い場。

あからさまな競争を通じた生存が可能。自律、 欲望追及と移住の自由を尊重。個人の利己的欲望 追及努力の総和がそのまま社会の利益であると理 解される。自我拡張的心理が形成される。たえざ る他者からの賞賛と優越性の確認が必要(トック ビル)。

自己実現:自己の才能や欲望の具現化

閉鎖系の倫理

(江戸期の日本のような) 閉鎖系の場:移動が制限され、異文化的人間との交流が少ない場。

自我縮小的心理が形成される。謙遜、自責、協調が重視される。対立や競争を避ける。自己の欲望の抑制。

自己実現:他者から期待された自分の役割を果た し、人間関係を良好にする。

新古典派経済理論は開放系倫理に基づく。

新古典派経済理論の前提 利己的に経済行為を行う人間を想定

生産手段の私有制

経済活動に必要な「ものとサービス」は個々の 経済主体に分属する稀少資源

私有化されていない資源は各経済主体が自由に 使用できる

これは強者に有利な理論。

アメリカ社会では貧者は敗北者。清貧や、「足るを知る」という考えはない。欲望を持ったまま貧しい状態に置かれている。誇りが奪われている。 貧者が社会に組み込まれず、犯罪が頻発。ハリケーンで略奪が横行。警察は貧しい被災者に銃を突きつけた。乳児死亡率は途上国並み。これは医療より社会の問題。貧しい階層で家庭が崩壊している。

アメリカの医療:金儲けのための産業。費用が 高騰。有名な医師ほど金持ち。医療費の対 GDP 比は世界最高。産業として発展しているのでけっ こうなことと理解される。

中間からやや下の階層は医療保険を購入できない。無保険者が 4500 万人。医療にかかれないのは自分の責任と放置されている。医療が個人破産の最大原因。貧困層 3700 万人はメディケイドで医療を支給。医療費が日本より高いので、政府の医療への支出が日本よりはるかに大きい。それでも、メディケイドは相対的に医療費を安く設定している。メディケイドの患者の診療を拒否する医師が増え、50%にも達している(李啓充氏談)。

11) 公平な紛争処理システム

医療を崩壊させないようにするためには、医療 事故を少なくする努力だけでは不十分。医療過誤 があることを前提にして、公平な処理システムを 医療制度に組み込むべき。

専門の医療事故調査機関、公平な補償制度、安全向上を目指す行政処分制度の整備が必要。

患者との軋轢を小さくしないと、医師、看護師の 病院からの離職が止められない。

12) それで崩壊が防げるか チェック・アンド・バランス

議論相手の先輩医師(病院管理者):「日本人が変容した。壊れている。いくら制度を変えても攻撃はなくならず、医療の崩壊は止められない。いきつくところまでいく。」

こうした攻撃は少なくとも日本固有のものではない。 イギリスでも同様の攻撃行動がある。

ハナ・アーレント「全体主義の起源」(みすず書房:ナチによるユダヤ人攻撃が動機になって書かれた):大衆による攻撃についてトックビルの発見を紹介「フランスで大革命の始めに突然堰を切ったように起きた貴族階級に対する一般の憎悪の理由と動機は何か(中略) 貴族階級はその権力の絶頂にはおらず、抑圧だの搾取だのはまったく存在しなかった。誰の目にもあきらかな権力喪失が民衆の憎悪をかきたてたのだ。」

オルテガ・イ・ガセット「大衆の反逆」(ちくま 学芸文庫) 82 ページ

「彼らの最大の関心事は自分の安楽な生活でありながら、その実、その安楽な生活の根拠には連帯責任を感じていないのである。彼らは、文明の利点の中に、非常な努力と細心の注意をもってして初めて維持しうる奇跡的な発明と構築とを見てとらないのだから、自分たちの役割は、それらを、あたかも生得的な権利ででもあるかのごとく、断乎として要求することにのみあると信じるのである。飢饉が原因の暴動では、一般大衆はパンを求めるのが普通だが、なんとそのためにパン屋を破壊するというのが彼らの普通のやり方なのであ

る。」

現在の医療への攻撃は、民主主義と大衆そのものの性質に内在する問題のようにもみえる。現在、地方公共団体の病院で、医師の大量辞職が目立つ。この原因は、地方公共団体では、有権者と地方議会議員の距離が近く、いわば直接民主主義に近い形になっていることが原因となっているようにみえる。議員は有権者からの要求や苦情を評価することなく、そのまま病院にぶつける。院長は議員の無理難題を反論することなくそのまま現場に伝える。ぎりぎりの状況で働いている医師は、患者のわがままがまかり通る事態に、ある時点で辞職を決意する。残った医師に負担がかかり、大量辞職となってしまう。

もし、権威の喪失が攻撃の引き金になっているとすれば、現在、医療側が実施している改善そのものが、攻撃をかえって促進させ、崩壊を早める可能性すらある。だからといって、現在医療側が行っている説明の徹底、透明化の努力を放棄することはできない。なぜなら、これ自体進歩であり、価値あることだからである。

一部の患者の問題行動をそのままにすると、医療を破壊しかねない。現在、医療側は患者に問題行動があっても、これをたしなめる方法をもたない、あるいは、あえて持とうとしなかった。医師は応召義務を過大に捉えすぎており、悪口雑言の中でも、あるいは、暴力を受けながらも診療をつづけている。患者からの医療従事者への暴力は、日本でも大きな問題となっている(「医療職のための包括的暴力防止プログラム」医学書院)。医師と患者の契約をもう少し明確にして、患者の行動によっては診療契約を医療側から解消できるような条件を明確にすることも必要かもしれない。

13) 結論

日本に、イギリス型の医療崩壊が発生し、国民 に適切な医療サービスが提供できなくなりつつあ る。本格的な対策を早急に講じる必要がある。

死生観を含めて、医療についての考え方の齟齬が大きい。具体的対策を考える前に、国民的大会議を開き、日本人の行動様式を含めて、基本的な

認識と考え方について、国民に注視される中で、 象徴的議論を行って総論部分の齟齬の解消を図る 必要がある。その上で、医療事故の調査、公平な 補償、医療事故に関する刑事責任と行政処分のあ り方を総合的に検討する必要がある。事態は緊急 を要する。

「医療の安全を求めて」―法律家の立場から-

下関第一法律事務所 臼井俊紀



下関で患者側の弁護士として、医療側と交渉したり裁判したりしている。ただ私は医療専門の弁護士ではない。なぜ私が患者さん側の弁護をするかというと、医療側のには、紛争に

なったときに、医師会の顧問の弁護士さんがおられるが、患者さん側にはそのような弁護士がいないからである。

いざ紛争になったとき、患者さん側が交渉や訴訟等を頼んでくる時、弁護士会を通じたり、いろいろなつてで聞かれて来られるわけだが、実は、患者さん側の弁護士というのは、あまり多くない。現実的には、非常に難しいということで、なさらない先生が多い。それで、弁護士会が紹介するのも、ついついそれをやるという弁護士で、どうしても私がやっていくような形になっているというのが現状である。

小松先生のお話や著書で、たいへん啓発される ところがある。ただ、民事訴訟の問題等々、やは り立場が違うと思う部分もあるし、一致できると ころもかなりある。いろいろな複雑な思いで、今 日お話をさせていただく。

いま言ったような立場で、私が考えていることを言いたいと思う。医療事故の防止という観点、これは今日のお話の中にもあったが、著書の中でずいぶん書いておられる。人員とか費用の拡充の問題は、これはたいへん重要な問題だと思う。ただ、私に与えられたテーマではないと思うので、そのへんは端折らせていただく。医療事故を防止するというときに、患者さん側の訴えの中で重要

なのは、事故の原因をきっちりと、真実を知りたいということ、それから、それを再発を防止してほしいということ、この気持ちが患者さんの中にあるのも間違いないことである。

医療の場合には、情報が偏在しているということと、専門的な知識というものが、圧倒的に格差があるという特徴がある。それをどう是正していくのかという観点が重要なことになってくる。その意味で、第三者的な公平な事故原因の調査、それから再発を防止する制度を、きちんとつくりあげていく必要があると思う。

それから、刑事事件の問題にちょっと触れられていたが、私も刑事事件を、業務上過失致死傷罪という形で専門的な領域に適用するのには慎重であるべきだという立場である。これを重罰化していったり、あるいは適用を緩くしたりしていくことによって事故が防止できるのだろうかと思う。

しかし、そうは言っても、非常に悪質な例というのがあり得る。特に事故原因そのものだけではなくて、その後の処置や対応で、証拠を隠滅したりするような行為があり得る。こういうものに関しての、刑事罰の適用は、その余地を残しておく必要は絶対にあると考えている。

それからもう一つ、医療事故が不幸にして起こった場合に、その事故後の対応の問題がある。これは民事的な補償の問題になるが、そういう問題をちょっとお話しさせてもらいたい。

現行の法や制度の問題が、中心にならざるをえないが、事故イコール紛争ではないということは、やはりきちんと医療機関の側も押さえておいてもらいたいし、患者側も押さえてもらいたいと思う。 事故が発生した場合に、即、対立あるいは対決型の紛争になるということではなくて、患者側と医療側が過不足なく早期に適正に解決をするということができれば、これが理想であり、そのためにどうしなければいけないのかが、制度の問題、あるいは努力の問題になると思う。

先ほどのお話の中での事故前のインフォームドコンセント、これはたいへん重要なことだと思うし、訴え続けられてきたことである。話の中では、虎の門病院での入院診療基本指針と、説明と同意についての原則ということがでた。これが実現されると相当程度インフォームドコンセントという

ものが確立していくのではないかという印象を受けた。

事故が起こってきた場合に一番大切なことは、 事故原因について、医療機関が真実を十分説明し、 誠実に対応するということだろう。現在、その情 報がきちんと患者さん側に伝わっていないという 不満が紛争の根本原因になってきているように思 う。

このようなことがきちんと行われれば、事故が起こっても、それが対立的な紛争という形に至らないで、紛争の前に、医療機関と患者側の話、協議の中で解決できるシステムや方法ができるのではないか。具体的にはシンポジウムの中でお話ししたい。

それから、どうしても解決ができないで紛争になった場合であるが、私は、この場合は司法的な解決が、合理的なのだろうと思う。司法的解決というのは、なにも民事訴訟だけではないというのが私の持論であり、当然、訴訟の解決というのは踏まえるが、私のような患者の弁護士の場合には、対決の構造にしないで、交渉をまずするという形での解決を図ろうとしている。

ADR (裁判外紛争解決)といい、裁判外の紛争処理手続というものが立法化されたが、これが医療の中でどの程度機能するかはよくわからないが、なにも新しい制度をつくらなくても、普通の交渉、それからあるいは裁判所に調停という制度があるが、これを活性化するということも考えていいのではないかと思い、実際、利用を何件かしているところである。

こういうような解決をした中でも、どうしても 訴訟というのは残る。交渉では解決しないという



ことはずいぶんある。実はこれまで医療事故について訴訟が起こってくるケースは、その前の当事者での話し合いができなくて、交渉がうまくいかないことにある。ほとんど医療機関の側の対応は、過失があった場合でも、交渉での解決そのものを嫌われている傾向があった。そうすると、患者側はもう訴訟しかなく、やむなく起こしていたのがいままでの訴訟だった。

いまは、いろいろな選択肢ができてくるようになった。その中で、訴訟も増えてきているが、どうしても解決できない責任問題の判断の違いが残る場合に、これが訴訟で解決されるのは、民主主義の社会では有効な機能を発揮すると思う。

この場合に、医療側が、不適切な形で争点をぼかしたり、そらしたりすることが、かつてはあった。私自身も現実に経験した。これが、紛争を長引かせたり、あるいは患者側の気持ちを傷つけたりということの大きな理由の一つになっていたと思う。仮に訴訟になったとしても、お互いが、たたき合いにならないような努力をする必要があると思う。それは、患者側の対応だけではなくて、医療機関の側もきちんと誠実な対応をしていただくことで初めてできることではないかと思っている。

医療の安全性、あるいは医療を崩壊させないためにどういうことが必要なのかという観点で、この紛争の処理がどの程度有効に機能するのかは、よくわからないところがあるが、ここできっちりと誠実なお互いの関係をつくりあげていくことができれば、それは医療の安全性の向上にも資することだろう。その関係というのはいったい何なのだろうかというのを、私も考えているところだが、まず両者が、お互いの立場をわかった上で対等な関係に立つ努力をすることが必要なのではないかと思う。

患者の自己決定権の尊重は、言われて久しいが、これがどの程度まで実現できるのかが、ひとつポイントになるだろう。それと、先ほどの話でも出た医療の不確実性、専門性といった問題、これについても、患者側も節度を持った対応をする必要があろうかと思う。医師、医療機関の側がprofessionという立場で、患者さんの切実な欲求を理解して、対等な立場での対応をしていく必要

があるのではないかと思っている。

先ほど、この医療の分野というのが市場原理で動くべきではないと言われたが、私もそのとおりだと思う。ここは市場原理が動くべきではない、公共的な領域だろうと思う。それは医療だけではなくて、教育とか福祉とか、そういう分野もそうだと思う。その中で、どういう関係をつくっていくのかが、今後の重要な課題になっていくのではないだろうか。そして同時に、それを可能にするための条件整備、これを行政がきっちりしていく必要があるだろうが、この観点で言えば、医師側も患者側も協力して、一致して、どういう医療があるべきか、どういう条件整備ができるのかを、同じ立場での議論ができるのではないかと考えている。

「 医療の安全を求めて 」―報道の立場から―

読売新聞西部本社編集委員 小川直人



小松先生が『医療 崩壊』という本を出 され、すごくタイ トルがいいなと思っ て、早速買った。

これまで臨床現場 の先生がどれだけ本 を書かれているかよ く知らないが、ここ

まで現場医師の問題意識から発して、あらゆる分野にわたってくまなく医療問題を取り上げられた本というのを初めて拝見した。書いてあることをとにかく実行することだと思う。臨時行政調査会(臨調)というものがあったが、医療に関する臨調を小松先生のご指導のもとにやっていけば、医療崩壊を食い止められるのではないか、そういう感想すら持っている。今日は報道の立場ということで、先生が批判されている、医療に対するマスコミ報道の攻撃、国民をそちらにあおっているという部分についてを含めて、「いや、もうそのとおりだ」という部分と、マスコミ報道の立場というのはどういうものであるかという点で、ささやかな反撃をしておかないと議論にならないのではないかと思い、壇上に上がっている。

わが社では医療専門記者は、東京、大阪にしかいない。地方に勤務する記者は何でもやらされるし、専門性を磨くというのは本人の努力以外にないのである。記者になって真っ先に放り込まれるのが、いわゆる支局のサツ回りという事件記者である。1年生、2年生、それくらいで、警察をまず担当する。つまり、警察の発表を基本にして、その裏付け、関連取材というものが新聞報道の社会面の基本である。

だから医療報道も、社会面に載るときは事件としてとらえているのがほとんどだと思う。警察が検挙した、検察が摘発したということで、病院にメスを入れている。その報道を、あたかも拍手喝采しているかのように医療関係の方は受け止めておられるかもしれないが、基本的には、警察がこういう捜査をしている、ここではこういう問題があるということを、さらに関係者取材を含めて、重大事件と思われるときは大きな見出しをつけて展開している。

問題はそういう駆け出しのときからの取材の手法が、いまだに続いているということで、そういう手法で医療の問題を取り上げていいのかということ、その影響があまりにも大きすぎるのではないかと小松先生はおっしゃっている。医療崩壊を加速させているのではないかということである。その部分について、東京では、小松先生のところに、わが社含めて何十人という記者が今意見交換したりしているようである。報道の流れは、この小松先生の著書『医療崩壊』によって相当変わってくるだろうと思う。

それで、私の取材体験をごく簡単に話すと、私は法学部出身で、全く医療の世界には踏み込んだことがない。20年から30年前の医療の世界、お医者さんの世界というのは、非常に高みにあり、イメージで言えば『白い巨塔』という、あの有名な小説、映画、テレビドラマにもなった、その世界のイメージがまだ崩れていなかった時代に記者になった。

ということは、白い巨塔、つまり巨大な壁が厚くて、中に入れない、教えてくれない、医者はプライドの塊、中で何をやっているのか、全くこちらからうかがい知れないというような形で、新聞記者の方もほとんど関心がないというか、取材

テーマにならなかったといってもよいと思う。

当時は、取材に行ったら「今日は何書いたか」ということで、常に鵜飼いの鵜のように吐き出すのがわれわれの仕事であるから、何もくわえてこない記者というのは評価されない。だから、時間や手間暇のかかる、しかも中に入ってもニュースになるかならないかわからないようなところに行く記者は、あまりいなかった。よほど物好きだというような感じだったと思う。

病院と接触するというのは、結局、事件の時なである。病院の不祥事があった時にしか、われわれは取材しない。私は、いくつかかかわったことがあるが、それも医療の本質というか、人の命にかかわる部分ではなくて、経営にかかわる、例えば保険医療費の不正請求とかであった。ある精神病院でのことであるが、それを告発する方は辞めた看護師であった。看護師数をごまかして、保険点数を過大に請求していたということで、取材申し込みしても、院長は一切会わない。あの手この手で、取材をやめるように手を回されていて、私も当事者から聞けなければ、書くこともできずにいた。結局、県の医療監視をしているところが入っていって、いろいろな勤務表の点検とかやった結果、結局、8,000万円くらいの返還になった。

しかし、県の職員が途中から情報を伏せ、8,000 万円というのをなかなか教えてくれなかった。どうも私の計算見込みより少ないなあと思ってたずねると、しぶしぶ8,000万円と教えてくれ、やっと書いた。後日談では別の病院からその県の医療監視員が賄賂をもらって、その2年後に捕まるという事件になった。しかも最初の病院はその十数年後にまた同じようなことで県の指導を受け、全然変わらないなという印象を受けた。

われわれのほうで反省材料となる事件もある。 それはある大学の検査部の中でのスキャンダルで した。いろいろな検査をされる技師の方々の間の

いじめみたいなもので、 その仕返しで、タリウ ムをお茶に入れてのま せたという事件があっ た。

タリウムをのむと髪 の毛がごそっと抜ける。



少量ずつ入れて、憎たらしい同僚にのませたらしい。同僚は髪の毛が抜けて、休みを取った。どうもこれはおかしいと警察に届けが出て、警察が捜査した。われわれのところには、業務上過失傷害事件として警察が大学病院に入るようだという情報だったが、ある新聞が殺人未遂として、どんと一面に書いてしまったものであるから、それからすごい取材合戦が始まった。

私も動員され、直接事件担当はしなかったが、 検査技師の名簿を入手したので、手分けして当 たった。たまたま私と同じ団地に一人住んでいた ので、そこに行って、「なにか大変なことになり そうなんですけど、どうでしょう」と言ったら、「知 りません」といってバタンと閉められたが、実は そのあとに、その方が自殺した。私が訪ねた後、 わずか1時間以内くらいではないかと思う。

新聞には「殺人未遂か」と書いたのと、業務 上傷害かなにかで県警が大学病院を捜査するとい う、二つしか出ていなかったが、亡くなる方が突 然現れ、ということで、一気に過熱した。福岡は 民間テレビも5社くらい、それと新聞各社もある し、たいへんな取材合戦になって、しかももう亡 くなっているので一番怪しいというのは常識なの であるが、「ほかに黒幕がいるのではないか」とか、 いろいろな情報が出てきて、疑心暗鬼の中で、た いへんな取材競争が展開された。

最後は、その検査部の部長が黒幕だということを地元テレビが堂々と言って、「あす逮捕」というニュースも出て、担当する警察署長が「自殺者以外に容疑を抱かせる者はいない」とわざわざ会見し、自殺した人がいじめの仕返しをしようとタリウムを入れて大変なことになったと断定してやっと収まった。

これで大学病院はガタガタになった。そのころ 私も若くて、動員されて取材の一部しかやっておらず、全体を見ているわけではないので、とにかく「いや、面白い事件だなあ」と、非常に気楽な 発想でやっていた。最近のテレビの威力がすごく 強まっている中で、ワイドショーとか、いろいろ な角度で、やはり面白おかしく取り上げる部分も あるし、それによって医療関係者のイメージダウンというのはすさまじくなっていることは確かに ご指摘のとおりだと思う。

しかし、本質的なところでどうなのだろうかと 思って、言い訳材料を探してみた。読売新聞は、 医療問題にかなり先駆的に取り組んだ新聞ではな いかというのが、私どもの支えである。「医療ル ネサンス」という企画があるが、これは、心と体 に優しい医療の実現を掲げて、読者にわかりやす い医療記事を提供することが目的だが、社内的に は「そんなものをやったって、客はつかないよ」 といわれ、当時流行らなかった。

医療といったら、「ノーベル賞級だ」とか、先端の研究紹介とか、科学部の中の取材テーマであって、あとは、さっき言ったような、社会面で騒ぐようないろいろな事件、両極端だったわけである。しかし、そうではなくて、医療問題はわれわれの生活に密着した記事ではないかということで、「医療ルネサンス」は、普通の読者の目線で医療問題を見たらどうなるかということで始まったわけである。

「毎日掲載する」というのが当時の方針で、現在は週5回くらいになっているが、先日確認したら、3,996回と書いていたから、相当長く続いている。テーマを次々に、時代とともに変えながら、しかもそれは、批判記事とかではなくて、役に立つ記事という基本的な考えで展開してきている。いま医療が新聞の中で1ページあるいは2ページにわたって各紙が割くようになった先駆けであろうと思う。

テーマは当初はハイテク医療、脳ドックなど、 最先端の新しい医療方法の紹介で始まったが、が んのQOLとか緩和ケアとか、たばこと病院、肥 満防止など、だんだん周辺に広がっていき、健康 全般、医療のシステム、地域保健医療、医療経営、 医療制度など、様々なテーマで、毎日、着実に書 いている。

組織的にも、医療情報部が1997年に立ち上がり、12~13人の専門記者がいる。さらに科学部には最先端の科学的な側面から追究する専門記者もいるし、生活情報部でも、生活者の目から医療とのかかわり、福祉と医療のかかわりとか、いますごく紙面を割いている。基本的に読者の役に立つという方針での紙面づくりをそのような記者が担っている。

一方で、小松先生にガツンとやられるような、

大事件式の報道があり、これとのバランスがやはり新聞社内でもとれていないだろうと思う。さらに言えば医療の専門記者の発言力がまだ弱いということだろう。新聞社の中のトップの意識改革が必要だし、これを組織として機能するように、どういう新しい組織をつくるかが大切である。

そして、医療の価値付けである。医療崩壊という実態に直面しているというのがいまのお話だったと思うが、実際、われわれの周辺でも、さまざまな医療崩壊現象というものが目に見えてきた。「崩れだしたものはもう止められないよ」と小松先生が警鐘を鳴らしておられる。それに対して新聞社は、それを感じ取る力を発揮し、そういう方向で、社内的な組織替えとか、記者の教育をどうするか、医療取材の方法、そのチェックシステムをつくっていかなければいけないのではないだろうか。

お手元に配っている「反射角」で、医療被害者 に窓口をという記事についてはシンポジウムの中 でまた触れさせていただきたい。

シンポジウム

司会(山口県医師会常任理事加藤欣士郎) 基調



講演をいただいた小松 先生には、さらにこの シンポジウムでコメン テーターとしてお話を いただきたいと思う。 臼井先生から法律の問題、それから小川直人 さんから報道の問題に

ついて、それと小松先生の指摘に対してはお答え を既にいただいていると思う。この二つの問題に ついて、少し時間を割いてやっていきたい。

医療の安全ということについては、小松先生の 講演で、医療安全の管理者というところ、さらに 虎の門病院の「医師のための入院診療基本指針」 で、たいへん詳しく解説をいただいている。臼井 先生からも、それに対する評価をいただいている ので、ここでは、さらに法律の問題、それから報 道の問題を先に少し進めたい。先ほど臼井先生は 少しお話を残されたとのことであるが、どうぞ。 臼井 紛争になる前後のことで、ちょっとお話を端折ったが、それは、賠償責任の問題である。現行の法制度は過失責任主義で、過失があれば責任が発生するが、多くの医療機関あるいは医師個人は賠償責任保険に入っていると思う。賠償責任が発生した場合には、この保険が機能するということになっている。

この機能が、早期にかつ適切な形でフォローができているかというと、実はそうではない。先生の著書にもあるが、保険約款上は保険会社が責任を認めるまでは責任を認めてはいけないということになっていて、「すみません、私どもがミスをいたしました」と認めてしまうと、保険会社がクレームをつけるというネックがある。そんなことでも、解決できるのが阻害されていないかということ、これは、現行の法制度の中でも、もっときちんとフォローできるような体制ができないかと常々思っている。

それから、新聞報道でご存じのとおりであるが、 無過失補償制度、産科で分娩をした場合に脳性ま ひのお子さんが産まれたということに関して、か なり訴訟も起こっている。それが産科医療を崩壊 させている原因ではないかということもあって、 無過失補償制度というものができるようになっ た。

私は、これは非常にいいことだろうと思うが、 すべての医療事故の場合に、無過失補償制度が実 現されるのかどうなのか、あるいは、これはすべ きなのかどうなのかということも、コストの問題 としても十分考えなければいけないと思う。

司会 臼井先生の提案は、 事故や紛争になる前に、い くつかの方法があるという ことで、先ほど講演の中で、 交渉、あるいはADR、そ れから調停をもっと活性化 させる、この三つの具体的 な方法を提示していただい た。

それから医療保険の支払 いの問題である。医療側の ほうがミスを認めると、保険会社が賠償保険を発動しないということが実際ある。このことと、無過失賠償の話が出たので、いずれも大切なことであるから、まずこのあたりについて、小松先生にもご意見をいただきたい。

小松 あらゆる方法をやったらいいと思う。メディエーションという言葉がよく使われるようになっているが、家族の不幸で精神的に混乱し、対応できない状況にある人を、医療側の立場ではなくて、中間の立場から、状況に向き合えるところまでを手助けして、冷静に対応できることを手助けする立場の人をつくったらいいということが言われている。

先ほど無過失補償は費用の問題と言われたが、いまの賠償では少なくとも訴訟自体はいけないことではない。アメリカの法律家が日本の医療について書いているが、「日本ではあまりに訴訟が少なすぎる。これは人権が守られていないのではないか」と言っているくらいである。実際に泣き寝入りになっている人が多いのは間違いない。

それからもう一つは全部が裁判になったとき、 裁判所にその処理能力があるかということ、これ も非常に問題がある。そういう意味では、私は調 査機構がちゃんと調査をして、その結果を無過失 補償に流用するというのは非常に重要だと思う。 簡単な形で、あるいは民事の(第一審)に代わる ような形で、公平に誰でもやれるようなものをや る必要がある。

お金の問題が出たが、いまの賠償額だとすべての被害者の救済は無理だ。賠償額を少なくしないといけないが、国民医療を守るためにはみんな



が負担を共有するという意味でやらないといけない。

いまの紛争解決について、何点か重要な論点がある。一つは、民法 709 条である。あれが生きている限りは莫大な賠償金の支払い制度がそのまま生き残ることになり、公平に賠償するのは私的保険では無理である。自由診療は診療費を高く設定できるので、それでやってもらえばいいが、保険診療については契約を明確にして、709 条ではなくて医療契約の中に、なにかあったときの処理方法を明記したほうがいい。

スウェーデンの無過失補償は過失がないものという意味ではなくて、対立させないというだけで、基本的には過失のあるものしか払われない。普通に病院に行って、普通に病気で亡くなった人に対して払われるわけではない。普通の合併症があっても払われるわけではない。訴えるのを抑えるためにメディエーションをするのも反対だし、訴訟をさせないようにやって、それで賠償しないというのも反対なのである。公平にしないと、いまの状況は解決できないし、公平にしようとすると、やはりそのへんの制御が必要だろうというのが考えである。

臼井 コストの問題と言ったのは、無過失補償制度をつくった場合に、その保険を誰が負担するのかということになる。国民が負担することに最終的にはなってしまうのかもしれないが、ほかの社会保障制度とのあり方、リンクの仕方を議論しておかないいけないということで、コストという言葉を使わせていただいた。

それと、無過失というのが、確かに完全に無 過失かというと、そうではない部分が残る。例え ば自賠責保険を見ればそうなのだろうが、過失が 立証責任が転換されていないような場合の補償額 と、過失が立証できる場合の補償額、これは違い が出てくることは制度上仕方がないだろうし、私 はあっていいことだろうと思う。むしろ、なけれ ば納得感がないだろう。

そういう意味では、709条の責任の部分は、 709条でやるのか診療契約の注意義務でやるの かはあるが、実質は一緒だから、そういうものの 領域というのはやはり残るだろうし、残すべきも のではないか。それは、無過失賠償責任保険と両立しないものではないという理解をしている。

司会 無過失賠償保険の話なのであるが、産科で費用負担をどこがするかということでは、医師と国が持つということである。いま提案されている無過失賠償保険の場合は、分娩中、日本の場合は1,000件に6件ほど、そういう障害が発生するから、それの過失のあるなしを問わずに補償するということである。いま小松先生のほうがスウェーデンの例を挙げられたが、少し補償制度が違うようである。日本の、いま産科のほうで出ている補償制度について、小松先生はどのように評価をされるか?

小松 産科は、保険診療ではないからいずれにしても、賠償の額が高くなれば、その分診療費に上乗せされるのは非常に簡単なことで、つぶれるかつぶれないかになったら、当然上乗せになると思う。そのへんのところは、お金の問題に関しては、保険診療の部分とは全く違うということが言えると思う。

司会 産科のほうから始まったのは確かにそうだし、患者さんの救済という意味では、具体的に方法ができてきた。これが、ほかの診療科に、保険診療のほうに持っていくということについては、たいへん難しい問題である。何とかできないものだろうか。

小松 そのままでは無理だと思う。それで、産科の特殊性があって、脳性まひでお子さんが産まれると、親御さんにはものすごい負担がかかる。それから、賠償金額がものすごい高額になるがもう一つ挙げられる。また、とにかく過失があってもなくても、非常に大変なことになるということである。それは、過失の有無にかかわらず、やはりその不幸な状況はなんとかしないといけないだろう。

スウェーデンの制度は、ほかにいっぱい社会保障があって、その分は引かれるようになっている。 単独でやるのか、ほかの制度との絡みでやるのかだろう。私はほかの制度との絡みでやったほうが いいと思うが、日本の社会保障がそれほど進んでいないことがあって、少し難しいかもしれない。だけど、こういうものを端緒に、ほかのものと絡めながらやるのも、スタート点としてはいいかもしれない。まだこれから議論になるところだと思う。

司会 先に民事のほうの話に行ったが、次は刑事である。小松先生の発言の発端となった慈恵医大青戸病院事件では、腹腔鏡下前立腺全摘除術が、泌尿器科医のミスであったということで、泌尿器科医が逮捕された。これが刑法 201 条、いわゆる業務上過失致死罪で、既にこの夏に禁固刑が確定した。3人の医師が裁かれ、逮捕されるということになったが、ここに先生の、今回『医療崩壊』に至る発端があったと思う。

弁護士の立場として、この業務上過失致死罪、これで医療関係者、あるいはほかの領域の専門家もそうなのであるが、裁かれるということについて、臼井先生はどのようにお考えか?

臼井 医療事故が起こって、それがミスだった場合、経験で言うと、一人のミスではなくて、複合的なミスが原因であることが、ままある。あるいは、組織としてのあり方みたいなものにまで行ってしまうのかもしれない。それを個人責任という形で追及していくこと、刑事制裁という極めて非難の強い形で行われることが果たして妥当なのかどうなのかという問題はあると思う。

特に、看護師とか、現場のサイドの方々に対してそういうものが適用されていくことは、捜査をやればやりやすいというところがあろうかと思う。だけど、責任の取り方としての問題もあるし、同時に医療事故を防止するという観点での取り上げ方としてどうなのかという、そういう気持ちを、私自身は持っている。

患者側は事故が発生したときには、医療事故が

どこに原因があったのか、きちんと知りたい、それから、再発防止してほしいという気持ちがあるのは間違いない事実だと思う。不幸にして、いまそれが刑事事件、あるいは民事の訴訟と



いう形になっているのかもしれない。公平に事故 原因を調査して、その事故から学んで再発防止す ると、制度として確立され、それが適切に運用さ れていくことができれば、刑事事件に依拠しなけ ればいけないという患者の気持ちとか、そういう 制度に基づいて厳罰化をすべきだという社会の風 潮はだいぶ変わっていくのではないか。

司会 いま、刑事それから民事、法律の問題に、 さらに深くコメントいただいたるが、フロアから、 この法律の問題にご意見はあるか?

会場A あの事件が取り上げられたときには、マスコミは一人の医師を攻撃するような形で、ばっと取り上げて、その方向に流れてしまった。マス



コミにあおられた形で責任追及が進んでいくというのはいかなるものかなと、マスコミの報道に関しても思っているが、そのあたりの本音を小松先生に教えていただきたい。

司会 法律の問題から、もう既にマスコミのほうに移っているので、そちらのほうに行きたいと思う。いまご指摘いただいた慈恵医大の事件というのは、一般の方もおそらく極悪非道の泌尿器科医、あるいはたいへん技術が稚拙な泌尿器科医、逮捕されても当たり前、実は医療に携わっている現場の医師でも、そういうふうに理解していた。泌尿器科医の専門の先生でもそういう認識である。

小松先生は、報道を「攻撃の 嵐」と表現されているが、本当 にすさまじいものであった。わ れわれ専門の診療側にいる者で も、なかなか事件の真相がわか らずに、報道をそのまま受けて しまう。

小川さんは先ほど、報道がなかなか医療機関と接することがなくて、警察の発表をそのまま裏付けすることになる。報道するといわれたが、これからは変わっていくような方向であろうか。

小川 さっき、報道の体質も変えていかなくてはいけないと、はっきり申したが、変えていく動きが、いま目の前にあるかということになると、ほとんど感じない。

基本的に、いまの報道が警察の発表を基に取材しているからである。操作したら、立件して裁判にかけるわけであるから、検察庁も当然、報告を受けているわけである。

罪名では、業務上過失致死傷というのが非常に クリアしやすい。その時点で最善の治療を選択し ても、結果的に患者が亡くなった場合には、亡く なった原因を遡及していくと、どこかで過失とか 勘違いがあったと、そういうことが業務上過失で ある。過失として押さえていくということが、か なりたやすいのではないかと思う。だから、法律 に引っかけよう、挙げようと思うと非常にやりや すいのが日本の法律である。医師を刑事罰で追及 しようと捜査機関が踏み出すと、防げない。いま の法律では、堂々たる責任追及の法的根拠になっ ているわけである。その法律が変わるか、医師の 医療行為については適用を除外することにしない と、状況は変わらないのではないかと思う。

それを報道する問題にしても、警察という捜査機関の発表を基にした記事展開になっているから、その法律適用を警察がやっていく以上は、事件報道はあまり変わらないだろう。報道機関の中の組織を変えることによって自制した報道をやっていかなくてはいけないという認識は、私はあるが、ではほかの記者にもあるかというと、共通認識には当分ならないのではないか。小松先生のように東京でさまざまな報道関係と接触されている方が努力を発揮すれば、あっという間にできてしまうかもしれないし、それはわれわれ九州、山口のほうにもすぐ波及しますから、絶望はしていないが、目の前には見えていない。

小松 いったん社論みたいな形になると変えられ

ないということが、いままであったようである。 朝日は医療報道については、科学部、社会部がいままでやっていた。科学部については、基礎的な研究と診療を離して、診療を扱っている科学部と、社会部で医療を扱っている人と、それから生活部でやっている人を一緒にして、統括するスーパーバイザーを付ける形に組織を変えるという話をうかがった。だから報道も、多少変わる可能性がある。

もう一つの刑事責任の問題であるが、医療事故 の調査をし、事故の真相究明機関をつくるという ことについては、検察は非常に前向きである。前 の検事総長も、いまの検事総長も、なんとしても つくりたいとのこと。彼らと話していて、一番彼 らが危惧しているのは、調査機関をつくったとき に、どういうものを刑事事件にするかということ



について、きちんと しておかないうこと 変が非難を受けること である。だから、 とになるとかりたいが、 件だけについると、 なかな かなかな

かうまくいかないだろうと思う。

先週あった医療の質・安全学会で、刑事事件責任と民事責任、それから、医師の専門機関、学会でのサンクションを全体として、すみ分けを議論する、そういうものに検察、裁判所、患者側でやっている人、被害者団体の人にも入ってもらって協議をしたらいいのではないかということを提案した。その学会で、ちょうどそれをしゃべるときに、検察の方にお願いして、少し発言をいただいた。だから、そういう機運は出ている。

ほかにも、東大の医療政策人材養成講座というものがある。これに21人の方の共同研究で、筆頭研究者が神谷さんという弁護士さんなのであるが、「医療過誤における民事・行政・刑事責任の線引きはどのように行われるべきか」ということで、過去の刑事事件について、それを各立場の人がどう評価するかを含めてやっている。それで、全員一致で刑事責任が問われるものがあるという

ことも言っておられた。

それがもし故意犯で片付けられるものだったら、もう故意犯にしてしまって、業務上過失致死傷はなくしたほうがいいと思っている。実は、業務上過失致死傷の問題は、先ほど申し上げたが、医療だけの問題ではなくて、日本全体の問題、各産業の問題、それから航空機の問題であり、工場の問題である。業務上過失致死傷は、ヒューマンファクター工学、新しい最近の安全に関する工学と全く相いれない考えに基づいている。これに関しては、医療だけでやってもだめで、いろいろなところ全体で考え直す作業が必要なのではないかと、私は個人的には思っている。

司会 小川さんは本日は新聞の資料を用意しても らっているが、これについてなにか一言あればお 願いする。

小川 2002年、も う4年前なのだが、 検査入院で心臓カ テーテル検査を受け た66歳の方が、検 査の翌日に突然心肺 停止した事故があっ た。



この方は、それ以来寝たきりになり、2004年の5月に亡くなられた。それで、3年近く、病院と患者側でいろいろなやりとりがあったが、結局、「原因について責任はない」というのが病院側の一貫した見解だった。

発生から1年半くらいした時点で、患者のほうから私に相談があり、「警察に訴えたらいいという親戚の医者もいる。どうだろうか」ということでした。「警察は、この種のものは手を出したがらないのではないか」というのが、私の考えだったが、実は、最近の傾向からいくと、この時点でも警察に訴えれば、警察がやったかもしれないと今は思う。

結局、弁護士で非常に優秀な方が見つかった。 その弁護士は医療訴訟のベテランで、いろいろな 証拠をあっという間に集めて提訴し、今年8月に 医師を証人で呼んで尋問した。当該医師は、たじ たじになっていた。調べ方がすごく上手で、結局、 業務上過失を立証するのが、事前の検査の必要性 があったかなかったかというところから始まって いくわけである。「事前検査では大したことがな いじゃないか、なぜカテーテルというリスクを伴 う検査をやったのか」というところから、どんど ん理詰めで追及した。それから、あとの処置で、 一晩縛ったことが決定的に過失だということに なった。あるいは翌日の立ち上がった時の最初の 歩行とか排尿とか、「それが一番危ないというの は、研究論文があるじゃないか」ということを彼 は調べていて、それで追及する。いろいろ医師側 も反論していたが、かなり「ああ、これは(患者 側が)いけるんじゃないか」と、われわれは傍聴 席で見ていた。

しかし民事裁判では何が反省されて、どういう 改善がされたのかというのが全然見えてこない。 患者と病院・医師の関係が修復されたわけでもな い。立証するのが過失であるから、これからどう あるべきか、どこをどう改善するのかということ を病院側が裁判の場で表明するわけでもない。あ まり意味のない、しかし勝ったという、勝訴した という証明だけしか意味がないのかなあというの が、率直な感想である。

ではどうするか、医療事故調査専門機関によって、専門的に検討して、結果を患者家族に教えてくれれば、大半の方は納得するのではないだろか。加害者と見られている病院でやるよりは、別の機関で中立的に調査された結果というのは受け入れやすいものだと思う。それに、補償が若干でも伴うということが付随すれば、あまり敵対関係を引きずっていかなくても修復できる、そういう流れができるのではないか。第三者による公的な事故調査専門機関が早急に設立されることを私は非常に期待している。

会場 B 30年くらい開業して、患者さんを診ているが、いまから約20年前、1985年から1990年にかけて、なにか日本が変わったというか、患者さんの質がかなり変わったような印象を受けてならないのである。

一つは、確かに権利意識というものが変わって きたのではないかと思う。同時に、それに伴って、 かなり患者さんは、利己的になられた方が多いような気がする。最近では、「あの患者さん、もう診たくないなあ」と感じるのは、昭和時代にはなかったのである。これは医者として不謹慎と言えば不謹慎、不徳の致すところであるが。

そこで先ほど小松先生は医師法 19条の医師の 応召義務ということについて触れられていたが、 いま患者のモラルハザードというか、治療費を確 信犯的に払わないケースがかなり増えてきている し、国民健康保険の保険料の滞納というか、全く 払わない人が相当増えてきて、国保が空洞化しつ つあるということが現在言われている。

これは、医師側から応召義務を取っ払えとは到 底言える問題ではないが、議論しておく必要はあ ると思う。先ほど先生が応召義務のことについて 少し触れられたが、先生のお考えをお聞きしたい。

小松 私も、そういう状況があるのはよく認識している。外来で大きな声を出してどなって乱暴な振る舞いをする人は、よく見かける。それが正しいときもあるのかもしれないが、ちょっとどうかなあと思うことのほうが、実は多い。

ある大学の人から聞かれたが、患者を診ていると、酔ったヤクザが来て暴れ始めて、その患者さんを守るために二人けがしたのだそうである。そこで逃げ出した医療従事者は責任を問われるのかと聞かれて、「逃げたって、問われるわけはない」という話を申し上げたのであるが、そこまでみんなまじめにやっているし、その暴れ込んできた暴力団も、やはり診療している。

この状況だと普通の人の診療に、もう影響が出 始めていると思う。医療の質・安全学会では、何 をやるべきかを、先週の日曜日に6時間くらい連 続で、ずらっと挙げていく作業をやっていたので



あるが、患者さんの問題行動に対する合理的かつ 統一的な対応の仕方というのを研究する必要があ るだろう。

そのときに、科学史の米本さんが来られていたが、医者の側は、こういうことはあまり言わないが、私くらいしか言わなくて、私は不謹慎な人間なので申し訳ないのであるが、その米本さんが非常に賛成された。

会場 C 現在大学院生をしており、日常は循環器内科として循環器の診療に携わっている。皆さんがお話をされた内容は、事故が起こったあとにどうするか、例えばエアバッグを付けるとか、そういったほうの話がメインであり、本来、安全を高めるために一番しなければいけないことは、その事故を回避するためにどうするか、例えばABSを付けるとか、そういうパッシブセーフティーとアクティブセーフティーをどうするかという点で、今日はパッシブセーフティーのほうに終始して、アクティブセーフティーが少なかったのが、ちょっと残念だったと思う。

産科、小児科、救急、そして忘れてはいけないのは、たぶんへき地だと思うが、そういったところから逃げるというのは、車の運転に例えるならば、運転そのものを放棄していると思う。危険な運転をしない、リスクの少ないところに逃げるところが本質的にあって、今の医療崩壊を進めていると思う。逆に言えば、医療崩壊が進めば進むほど、患者さんのアクセスはどんどん悪くなり、そしてコストをかけないのであればクオリティーも落ち、その結果、安全性が落ちるというような悪循環にはまっているのではないだろうか。

であるから、一番議論しなければいけないのは、 現在のアクセスとコストとクオリティーのこの三 要素をいかにまとめていくか、その上でどうやっ てアクティブセーフティーをとっていくか、そ ういった点だと思う。

残念ながら、この医療崩壊の流れはたぶん止まらない、国民皆保険制度はそのまま破たんしてしまうのではないかと思っているが、それを食い止めるためにはどうすべきか、そういった意見を最後に小松先生にお聞きしたい。

小松 すごくいっぱいあるが、事故が起きたあとの対策をちゃんとやるのがひとつ重要なのと、医療の提供体制だと、フリーアクセスは、もういまは無理だと思う。開業の先生にもっと頑張ってもらって、外来診療については負担をしてもらい、病院については、外来診療をやめる方向に行かざるをえない。それから、集約の流れは止められないと思う。いまのフリーアクセスはそのままで維持をせよというのは、ちょっと無理だというのが私の感想である。

司会 小松先生からもっとお答えいただきたいことがあると思うが、時間がだいぶ超過してきた。まだご質問の方もあるようで、たいへん申し訳ないが、そろそろこれで終えたい。

この県民公開講座、第1回に行ったのが3年前で、そのときのテーマは「県民の求める医療を考える」として、NHKの飯野奈津子さんに来てもらい、その講演テーマは「患者本位の医療を求めて」であった。3年たって、本日はもう「医療崩壊」。この3年間でガラッと医療情勢が変わった。おまけに医療の提供者からの、どちらかというと「問題提起」である。小松先生は最後に事態は急を要すると締めくくっておられる。そのために、本日の県民集会が、小松先生の提起されているものの見方、考え方、まずその総論的なところで少しでも認識が改められたらいいかと思う。これで本日のシンポジウムを終了したい。どうもありがとうございました。

(終了)

県長公園館館の開催にあたって 常任理事 加藤欣士郎

今回の県民公開講座のテーマを「医療の安全を求めて」としたが、実は「医療崩壊」がその基調であった。昨年5月に小松秀樹先生が「医療崩壊」(朝日新聞社)を出版されるや、これが勤務医のメーリングリストで話題になり、医療界のベストセラーとなった。「医療崩壊」は決して誇張ではなく、現実の医療の状況を表現している、実際、すでに小児科救急や産科診療の一部は崩壊している。小松先生の提起が多くの医療者の共感を得るのは、急性期医療の担い手による現場から生の報告であり、医療者として真摯な発言であることによる。

小松先生が医療問題に傾注することになったきっかけは慈恵医大青戸病院の泌尿器科医師の逮捕事件であった。このとき報道機関はいっせいに医師を極悪人として扱った。この事件に違和感を覚えた先生は事故の真相を究明し、「慈恵医大青戸病院事件、医療の構造と実践的倫理」(日本経済評論社)を出版した。この著書で事故の主因が泌尿器科医の技術の優劣よりも輸血体制の不備など複合的な要因にあることが解明された。さらに、大学病院の研究至上主義と隠蔽体質、警察の介入、業務上過失致死罪を適応する刑法の不備、民事訴訟の限界、厚労省の不作為、偏った報道などが医療に立ちはだかり、現場の医師を「極悪人」に追い落とす構造が報告される。ところが、本著はあまり話題にならなかった。それは著者が先に進み過ぎ、世間がそれについていけなかったからである。このとき、一般人も医療者も慈恵医大の医師を報道されるままに「極悪人」と認識していた。

2年たって状況は一変した。急性期医療の現場にひたひたと「崩壊」の兆しがやってきていることを多くの医療者が感じはじめた。「医療崩壊」の副題「立ち去り型サボタージュ」が現実のものであることが認識され始めた。今、医療は「患者本位」「安全と質」が求められている。医療者がこの患者の要求に対応するようになったのもまだ最近のことである。しかし現場では患者の安全要求に答えきれない現状になっている。一つは急性期医療の提供体制が完備できないこと、医師不足、看護師不足である。これは国がすすめてきた低医療費政策にその元凶がある。もう一つは患者の安全要求が過度になってきていることである。医療には不確実な要素が多い、絶対安全は求め得ない、しかし、患者はそれを望むことが多い。ここに、患者と医療者の確執が生じる。さらには患者の要求は攻撃の変わる危惧がある。患者の過度な要求、攻撃が度重なると医師は疲弊し、その士気は低下する。そして医師は急性期医療の現場から離れていく。無言のストライキ、これが「立ち去り型サンボタージュ」と表現される。

小松先生は医療を崩壊させないために様々な提案をしている。その中で総論として患者と医療者が 医療の理念の合意を形成することを急務としている。今回の県民公開講座がその一端を担えることを 期待したい。

聴講印象記

広報委員 渡邉惠幸

医療の崩壊の足音がひたひたと聞こえてくる。 山口県下でもそこまできている。県下の基幹病院 から小児科医、麻酔科医や産科医の引き上げが行 われている。その結果、救急医療ができなくなっ てきている。この結果を一般市民は知らない。マ スコミが報道しても市民は絵空事のように思って いるだけである。しかし事は重大である。市民の 命に直接かかわっているからである。なぜ病院か ら医師がいなくなるのか、一般の人々には理解し がたいことだろう。むしろ医師のごり押しぐらい にしか考えないであろう。国の官僚が机上の思考 で各種政策を作り我々に押し付けてくる。そして その矢面に我々はさらされるのである。標的にさ れるべきは行政や官僚である。しかしそのあたり を彼達は巧みにすり抜ける。一番困るのは市民で あるのに、医師の悪口をふりまくマスコミに迎合 しまた行政はそのように誘導する。市民も医療人 もしっかり目を見据えなければならない。

この大変な時代に、昨年12月2日、県民の健康と医療を考える会主催の下にタイムリーな講演会が持たれた。演者の小松秀樹先生は虎ノ門病院の泌尿器科部長で「医療崩壊 立ち去り型サポタージュとは何か」の著者である。医療界のこのベストセラーになった著者の講演とあって部屋は満員の盛況であった。それは言い換えればいかに医療関係者が危機感を持っているかの証左であろう。講演は著書の医療崩壊を要約されたレジメを説明される形でなされた。細かな説明は本を読んでいただくことにして、感じたことを少し印象記として述べさしていただく。

先生は弁舌鋭く流れるような言葉が次から次へと続く方かと思ったが、まったく逆で静かに言葉を選ばれ考え考え発表される方で著書の内容と同じように誠実な講演であった。

そのなかで、とりわけ興味を引いたのは、医療の不確実性についての認識を、患者と医師で共有しなければならないと話された。つまり医療に絶対ということは無いということだと思う。医師はその場しのぎや責任逃れの説明ではなく医療の限界も十分考慮しながら患者の同意を得る努力をしなければならない。それが医療過誤を防ぐ大事な

方法だと言っておられるのだと思う。私も勤務医 の時、一般の人と我々医療人の間のギャップを何 時も感じた。つまり病院は病気が治癒する場所で ある。それと同時に死亡する場所でもある。一般 の方は後者に関しての認識が薄いのである。だか ら病院で亡くなった時、はっきりとした病因があ れば納得される。しかしある程度、元気な状態で 入院されたが、不幸な転帰をとられた時は誤診が あったのでは、何か不都合なことがあったのでは と医師に攻撃がむけられる。最悪の場合、医療と いう善意の行為の結果起こったことについても、 凶悪犯罪と同じ扱いにされてしまうのであると先 生は述べられ現在の医療裁判にも言及された。さ らに賠償金を少しでも多くもらうために、刑事 裁判で有罪の判決を勝ち取ったほうが有利になる から民事より刑事裁判のほうにもっていく例があ ると述べられた。背筋が冷たくなるようなお話で あった。医療過誤の面からも患者との軋轢を小さ くしないと、医師、看護師の病院からの離職を止 められない。また医療を崩壊させないために、医 療過誤があることを前提にして専門の医療事故調 査機関、公平な保障制度、安全向上をめざす行政 処分制度の整備が必要であると強請された。先生 のように物事を冷静に論理的にそして平等に見る ことができる方が医療の現実を書籍で発刊された 意義は大きい。最も素晴らしい点は先生が現場で 働いておられる臨床医であることだと思う。それ は司法、行政から請われてお話をされていること からも理解できる。最後に結語に書かれているこ とを記しておく。日本に、イギリス型の医療崩壊 =国民に適切な医療サービスが提供できなくなり つつあり、本格的対策を早急に講じる必要がある と述べられた。医療事故に関しても公平な調査機 関を立ち上げるなどの総合的な検討が必要であり またそれは緊急を要すると結ばれた。

あらためて医療はどのような方向に進んでいくのだろうか。行政は国民の健康を本当に考えてくれるのだろうか。それとも先生が語られたように金儲けのための産業のアメリカ型医療に進んでいくのだろうか。それらをふまえ数年後に先生の講演をまた聴講できたらと思った。

山口県医師会常任理事 佐々木美典先生を偲んで 故

副会長 三浦 修

佐々木美典先生が、突然亡くなられてから1 カ月が過ぎた。この1ヶ月間、県医師会役員室 の故佐々木美典先生の机には、花瓶に生けられた 花が絶えることがない。華やかな花を見るたび に、また新たな悲しみと無念さとが湧き上がって くる。

昨年12月11日のご葬儀には、ご親族、医師 会関係、友人の方々、クリニック職員や患者さん など本当に多くの方々が参列し、静かに手を合わ せて先生を見送った。

最後の、佐々木映子先生のお言葉に、また会 場は涙を誘われた。体調を崩してから、こんなに も短い間に、それこそ唐突に遠く旅立たれた美典 先生に対して、「出張で出かけることが多かった から、またいつもと同じように、出張からひょっ こり帰ってくるような気がします。山口大学医学 部附属病院に入院して病状が悪化してからは、覚 悟を決めたように、家族のこと、子ども達のこと、 クリニックのことなどに細やかに心を配り、そし て自分の葬儀に使う写真まで決めて逝きました」 と、しっかりした口調で挨拶された。本当に、誰 にも真似の出来ない、佐々木先生らしい強さであ り、優しさであり、愛情であり、配慮だったのだ ろう。

思えば、佐々木美典先生と最初にお会いした のは、平成 12 年春の山口県医師会役員歓送迎会 の席だった。前藤井康宏山口県医師会長による新 執行部発足に伴って、新しい理事8名の中に佐々 木先生もいらっしゃった。同じ理事として、私よ り3つ以上も若いのに、幅広く豊富な知識を裏 付けに、非常に論理的な話し方をされる方だと感



心したのを覚えている。最初の理事会では、私が 理事としてのありきたりの抱負を述べたのに対し て、「将来の県医師会を背負って立つつもりで県 医師会に入ってきた」と、力強く挨拶された。感 情をあまり表に出さない静かな語り口で、温厚で、 細やかな配慮をされる先生に、芯の強さと熱い情 熱を兼ねあわせて持っていらっしゃるのを初めて 知ることとなった。

先生は、昭和49年3月に山口県立山口高校 を卒業され、日本医科大学に入学、その後同大学 の第1内科で循環器内科を専門とし、東京都立 駒込病院や大学の心カテ室などで超多忙の日々を 過ごされた。平成5年から権現山ササキ医院の 権現先生と呼ばれたお父様佐々木暢彦先生の後を 継ぎ、ササキクリニックの院長として、皮膚科を 専門とされる奥様の映子先生と一緒に地域の医療 を支えて来られた。

山口県医師会健康スポーツ医学委員、山口市

故 佐々木美典先生 ご略歴

```
昭和 30 年 9 月
            山口県山口市牛
昭和 49 年 3 月
            山口県立山口高等学校卒業
昭和60年 3月
            日本医科大学卒業
昭和60年6月
            日本医科大学第1内科入局
昭和62年 7月
            東京都立駒込病院内科勤務
平成 2年 7月
            日本医科大学第1内科医員
平成 5年 8月
           (医)社団医心会ササキクリニック 院長就任
            山口県医師会 健康スポーツ医学委員就任
平成 8年 4月
平成 10 年 4 月
            山口市医師会 理事就任
            山口市医師会 理事退任
平成 12 年 3 月
平成 12 年 4 月
            山口県医師会 理事就任
平成 12 年 4 月
            山口県医師会 地域医療計画委員就任
平成 12 年 4 月
            山口県医師会 地域医療対策委員就任
            山口県医師会 学校保健問題対策委員就任
平成 12 年 4 月
平成 13 年 4月
            山口県医師会 保険委員就任
            山口県社会保険診療報酬支払基金 審査委員就任
平成13年 6月
平成 16 年 4 月
           山口県医師会 常任理事
            日本医師会予備代議員就任
平成 16 年 4 月
平成 12 年 4 月
            山口県医師国保組合 理事就任
平成 16 年 4 月
            山口県医師国保組合 常務理事
```

医師会理事などを経験されたあと、平成12年から44歳で県医師会理事に就任された。同時に、山口県医師会地域医療計画委員、地域医療対策委員、学校保健問題対策委員などに就任され、翌平成13年からは県医師会保険委員に就任、山口県社会保険診療報酬支払基金審査委員としてレセプト審査業務も兼務されることとなった。

平成16年4月の藤原淳現県医師会長執行部発足とともに常任理事に就任され、最も守備範囲の広い地域医療を担当されることとなった。介護保険事業推進に関わり、主治医の役割、主治医意見書やケアカンファランスの重要性などを強調さ

れ、介護保険制度の問題点、方向性などで数多くの提言をし、制度の円滑な運用の為に全力投球された。また、平成17年5月に山口県維新百年記念公園スポーツ文化センターアリーナにおいて、山口県、山口県医師会、山口救急初療研究会が主催した「県民向けAED心肺蘇生講習会」の開催については、熱い情熱を注がれた。県内各地より救命救急士60名、医師30名等総勢120名のスタッフ等にご協力頂き、210名の一般県民、県施設職員、看護師、事務員などが参加、テレビや新聞などにも大きく取り上げてもらうことが出来た。県下のAED心肺蘇生の普及・啓発活動が、

この講習会以後急速に広まり軌道に乗ったことを考えると、佐々木先生のご功績は極めて大きい。また、これらと並行して山口県社会福祉審議会委員、山口県医療審議会保健医療計画部会専門委員、山口県医療対策協議会委員として行政や他機関との折衝あるいは橋渡し役として、忙しく幅広くかつ奥深い業務内容をこなされていた。

私が、佐々木美典先生と一緒に出かけた出張で最後となったのは、昨秋10月20日から22日まで沖縄で開催された全国医師国保健康保険組合連合会第44回全体協議会であった。先生は山口県医師国保組合の常務理事を務められ、この全体協議会には藤原理事長、木下副理事長、佐々木常務理事、田中常務理事、そして私と事務局の8名が出席した。

いま振り返ってみると、佐々木先生ご自身、 この旅行中にご自分の身体の中に起こっている何 らかの異変を感じていらしたのかも知れない。い つもより、食事の量も酒の量も控えめであったの も、「毎年、この時期の全医連全体協議会では疲 れが出て、あまり食が進まないし飲めなくもなる」 と、言い訳のように呟いていらしたし、沖縄から の帰途の飛行機の中では、隣の席の木下副理事長 に、「今まで2人の山口県医師会役員が全医連の 会議の後体調を崩し亡くなっている」と暗示めい て話されていたと聞く。そして、それからわずか 1ヵ月も経たないうちに黄疸が発症し、容易なら ざる事態となられた。最初は、少し風邪っぽいと 言われていたが、黄疸が出、腹痛が出現し、そし てその後の精密検査により、病魔がすでに先生の 身体の奥深くまで忍び込んでしまったことが判明 した。

先生と最後にお会いしたのは、木下副会長、濱本常任理事と一緒に山口大学医学部附属病院の病室にお伺いした11月23日の夕方だった。経十二指腸的な減黄処置のあと、疲れ気味のご様子ではあったが力強く皆の手を一人一人握って下さった。「元気になったらまた皆で、油谷湾の見える温泉に泊まりに行こう」と、話された言葉が今も耳に残る。そのわずか2週間余り後に、永遠の別れをしなければならないなどと、誰が想像するだろうか?これも運命かも知れないが、余りにも逝ってしまうのが早過ぎやしないか。まだまだ、

これからもずっと一緒に仕事をし、一緒に夢を語り、そして一緒に大いに酒を飲みたかった。

これから先、地域医療の場や医師会内外の活動で、何年にも亘って精力的に先生が残されたであろう数々の業績を思うと、失ったものが余りにも大きい。残された役員一同、先生の意思を継ぎつつ、業務を分担し、なんとか事業遂行に努めたい。

あまりにも突然に、先生を失うこととなった ご家族の悲しみを思うと言葉も出ないが、昨年医 学部に入学されたご長男の嶺君始め3人のお子 様達が、きっと先生の意思を立派に継ぎ、そして 先生の心を後へ伝えていってくれるものと確信す る。

今となっては、ただただ先生のご冥福を心から祈らざるを得ない。また、いつの日か、そっちへ行ったら皆で楽しく夢を語りながらのんびりと一杯やろう。

それまでは、ゆっくり油谷の海でも見ながら 休んでいて欲しい。

平成 19 年 1 月 29 日 合掌。

第5回「学びながらのウォーキング」大会

と き 平成18年11月23日(木・祝) ところ ウェルハートピア萩及び萩市内

講演「長州ファイブ」

[報告:医師国保組合常務理事 田中 豊秋]

今年度も、11月23日(木曜日・祝日)に恒例 となった山口県医師国保組合の保健事業である第 5回「学びながらのウォーキング」大会を開催し た。昨年に引き続き、日医認定スポーツ医研修会 (「運動による動脈硬化予防」山口大学大学院医 学系研究科保健学系学域教授 松田 昌子先生) も並行して行った。

これまで、山陰地区でウォーキングを開催し たことが無かったため、歴史の町として旅情ある 萩を選んだ。昨年と同じく、山口市(総合保健会 館)に集合する方々と、直接萩(ウェルハートピ ア萩)に集合する方々というふうに、2か所の集 合場所を設置し、山口市に集合した方は大型バス で萩に向かった。

藤原理事長による主催者挨拶後、池本和人先 生に「長州ファイブ」と題したご講演をいただい

池本先生は前萩市医師会会長であり、山口日 英協会発起人の1名でもある。また、同協会は" 長州5傑の渡英"をテーマにした映画「長州ファ イブ」制作への協力をされており、池本先生は その支援委員会会長としてご尽力された方でもあ る。講演では、映画制作に携わった立場として、 その裏側秘話も楽しく語られ、聴講者は楽しくそ の話に吸い込まれた。

講演後、本日のウォーキング指導者として、 周南健康福祉センターの健康運動指導士である恵 美須勝美さんより、ウォーキングの効用・注意事 項のご説明をいただき、ストレッチ体操を行った。

なお、今年は初めて試みとして、ウォーキン グコースを2つに分けた。萩は歴史の町であり、 その城下町をゆっくり堪能しながら歩く少々短め

のAコースと、従来通りの長距離で、途中「長 州ファイブ」のロケ地にもなった旧湯川家屋敷を 経由する B コースである。

しかし、今回の大会には大きな心配事が1つ あった。それは、何日も前から当日の天気予報が 雨となっていたからだ。関係者及び参加者にも不 安が募っていたが、当日は幸いにも、曇りのまま 天気が持ちこたえそうであった。もし、途中で大 降りになれば、ウォーキングを途中で中止して ウェルハートピアに戻り、昼食の後、レクレーショ ンをして大会を終了するかもしれない、という可 能性を残しながら、2班に分かれたそれぞれのグ ループは指導員の合図のもと、いよいよ出発した。

多少寒い風が吹く中、長い列をなした参加者 は黙々と歩き始め、しばらくすると、萩名所の1 つである「鍵曲(かいまがり)」を進んでいった。 これは、左右を高い土塀で囲み、道を鍵のように 曲げて迷路のようにしたものであり、別名「追い 廻し筋」とも呼ばれている。そして、鍵曲を終え たところのかんきつ公園(旧田中別邸)で昼食と なった。公園のすぐ横には橋本川が流れており、 その綺麗に舗装された川沿いや、公園内で豪邸を 眺めながら食事をした。しかし、この頃から小雨 が降り始め、午後ウォーキングの開始となる頃に は、参加者の多くが持参した雨具を取り出しはじ めた。

さて、ここからは2コースに分かれ、最終地 の山口県立美術館隣の球場跡地に向かい出発。A コースは鍵曲の道を少し戻り、やがて城下町に進 んでいった。通常この季節なら多くの観光客で賑 わうため、約90名ものウォーキンググループが 円滑に進んでいけるのかと心配されたが、幸か不 幸か、既に小雨が降っている状況なので、観光客は少なく予想以上に速いペースで進んでいった。

Bコースは橋本川沿いを延々と歩くコースであるため、小雨の状況では多少大変な思いをされた参加者もいたかと思われるが、映画長州ファイブのロケ地(旧湯川家屋敷)を眺めながら、最終地に向かっていった。

最終地となる球場跡地にはバスが待機しており、山口市とウェルハートピアにそれぞれ向かうことになっていた。Aコースが最終地に到着した頃には雨も多少強くなっており、また予想以上に早くウォーキングを終了したため、Bコースの到着を待たずに解散とし、バスはそれぞれの帰路に向かった。それから約30分後にBコースグループが最終地に到着。疲れ切った参加者はすぐさまバスに乗り込み、それぞれの帰路についた。

さて、今回は天候不良で、雨が降ったのは第1回ウォーキング大会以来でした。しかしながら、183名となる多くの方々にご参加いただき、歴

史の町を眺めながら歩く楽しさを味わっていただけたのではないかと思います。

ウォーキングのお世話をしていただいた指導員 及び山大の学生スタッフの方々、そして大会の準 備にあたられた事務局に感謝いたします。

来年も景観を十分楽しめるウォーキングを企画しますので、多くの方々のご参加をお待ちしています。

ウォーキングコース

<u>A コース</u>: 萩城城下町周辺の伝統的建造物・歴史的景観の眺望がメイン 観光地中心をゆっくりと散策 総歩行距離 約 6.7 キロ

「橋本川河川歩道を北西方面」→「平安橋」→「市街地散策」→「球場跡地」

B コース: 橋本川沿いの河川歩道及び藍場川沿いのウォーキングがメイン 途中休憩地である旧湯川家屋敷は「長州ファイブ」の撮影地 総歩行距離 約8.9キロ

「橋本川河川歩道を東方面」→「藍場川」→「旧湯川家屋敷」→「球場跡地」

日医認定健康スポーツ医制度における健康スポーツ医学再研修

と き 平成18年11月23日(木・祝) ところ ウェルハートピア萩

[報告:常任理事 濱本 史明]

あいにくの雨模様であったが、山口県総合保 健会館に集合の方達はバスでウエルハートピア萩 に、直接現地集合の方達も集まられ、10時から 受付を開始した。日医認定スポーツ医の認定を受 けられる先生がたは、「運動による動脈硬化予防」 の講演を山口大学大学院医学系研究科保健学系学 域教授の松田昌子先生から受けられた。スポーツ 医以外の参加者は、特別講演「徴集ファイブ」を、 萩市医師会前会長の池本和人先生より受けられ た。

松田先生の講演では、副題が「運動は健康に 関連する OOL を高める重要な治療法」であった。 特に高血圧の頻度や虚血性心疾患による死亡率 が、閉経前では明らかに女性の方が男性より低い こと。閉経後は徐々に男性の割合に近づくことを、 エストロゲンが血管に及ぼす作用から説明され た。その作用は、急性効果で遺伝子の関与なしで は、血管拡張、EDRF 増加、Ca2+電流抑制、慢 性効果で遺伝子が関与し、エストロゲン受容体を 介しての作用としては、動脈硬化抑制、血管障害 抑制、血管内皮増殖抑制、血管平滑筋増殖抑制が ある。おそらく生殖可能な年齢は動脈硬化になり にくいということが考えられる。

動脈硬化のリスクファクターでライフスタイル の変更により修正可能なものは、喫煙、肥満、身 体活動低下であり、脂質代謝異常や高血圧やイ ンシュリン抵抗性は、ライフスタイルの変更や薬 物治療により修正可能である。修正不可能なリス クは、加齢や男性 / 閉経や遺伝子である。修正可 能な死因のほとんどが喫煙や、不適切な食事/運 動不足であり、飲酒や病原体感染等はその約 1/5 である。

BMI と冠疾患相対危険度(20年間追跡された 39歳~61歳の女性) は、BMIが27~29.9を 境に急激に増加する。

加齢とトレーニングに対する筋の適応は、ト

レーニングをすることにより好気性代謝が増加 し、酸素利用能力は上昇し、毛細血管密度は増加 し、収縮速度は増加する。男性は女性に比べ、短 期間に強い力を出す運動に適しているが、女性の 力は弱くても持続的な運動には、男性よりも優っ ている。

動脈硬化予防への運動の役割では、コレステ ロールや高血圧や糖尿病や肥満という危険因子を 減らし、直接作用としては、抗炎症作用や血管壁 進展がある。

それぞれの講演の後、ウォーキングの効用・注 意事項・準備運動を行い、午前中のウォーキング を開始した。菊ヶ浜海水浴場を通り、萩市内の城 下町を通りながら、かんきつ公園まで約 4km 弱 を歩いた。橋本川沿いで河辺に遊ぶ鴨を見ながら 昼食を摂ったが、少し雨が降り出してきた。昼食 を早々に切り上げ、午後のウォーキングを開始し た。コース1は、萩城下町周辺の伝統的建造物 や歴史景観がメインで6.7kmであり、コース2は、 橋本川を上流に向かい、河川歩道及び藍場川がメ インの 8.9km であった。私はコース 2 であった が、市内を流れる藍場川に沿った民家のたたずま いを始めて見ることになった。藍場川が生活の一 部になっているようで、きれいな藍場川の水で野 菜や食器が洗われるように建築されている風情が 珍しかった。また、津和野ほど肥満ではないが、 色とりどりの鯉が藍場川に放たれ優雅に泳いでい る風景は、萩の城下町にとても溶け込んでいるよ うだった。

残念ながら、午後には雨が降り出し最後まで止 まなかったが、幸い寒くも無くけが人も無く無事 に研修会は終了した。

参加人数は183人で、子どもたちも多く参加 され、ウォーキングを楽しんでいたようである。

平成 18 年度

第 37 回全国学校保健·学校医大会

と き 平成18年11月11日(土)10:00~ ところ ホテル一畑・ホテル白鳥

[報告:常任理事 濱本 史明]

「報告:理 事 田中 義人]

第1分科会「からだ」

1 愛知県の高等学校心臓検診における二次検 查実態調查報告

愛知県医師会学校保健部会学校保健委員会

纐纈 雅明

愛知県医師会では、昭和58年に心臓検診の対 象が高校1年生まで拡大されたため、その普及 と精度向上を目的として学校保健部会に心臓検診 委員会を設置し、昭和59年には愛知県心電図検 診協議会を発足した。以来20年以上にわたり県 医師会の学校保健部会の中に学術担当の心臓検診 委員会と実行担当の心電図検診協議会の両者を活 用することによってさまざまな課題に取り組んで

本年からは、学校保健部会学校保健健診委員会 および愛知県学校保健健診協議会と改称し、その 精度管理を検尿の精度管理、腎疾患の管理にまで 拡げた。

愛知県では、一次検診異常者に対し、平成2 年度から毎年、二次検査実態調査表を配布・回 収し、その実態を把握している。平成16年度の 一次検診受診者は39,903名、うち要二次検査と された者は 3,978 名 (9.97%) であった。平成 17 年度にその調査票を回収・解析し、平成18年1 月に学校心臓検診懇話会で心電図判読医、検診実 務者、養護教諭など検診に携わる関係者への報告 を行った。平成16年度の解析結果を報告すると 同時に、愛知県の高等学校心臓検診における二次 検査実態調査の流れを報告する。

調査対象者は公立高校の生徒 39.903 名のう ち要精検者は3.978名で約1割、実態調査票の

回収は 3.825 名分、回収率 96.2% であった。回 収された3.825名のうち、二次検査が必要とさ れた者は 1.478 名、不要とされた者は 2.347 名 (61.4%) である。不要の理由は、校医の判断 2.166名(97%)、要経過観察195名(8.3%)、 その他 60 名、理由不明が 270 名あった。

二次検診の必要な理由としては心電図所見が 一番多く58.7%、問診28.8%、血圧9.6%、未 記入も約1割ある。受診した医療機関は病院 77.5%、健診機関 6.3%、学校医 1.9%、問題は 未受診あるいは不明その他の15%である。

実施された検査については、ほぼ循環器検査を 網羅している。

二次検査結果は、異常なし587名、異常あり 534名、未記入230名、検査必要理由なく結果 のみ記入されたものも 133 名あった。また、最 終判定では、放置可639名、要観察353名、さ らに要精密検査8名、要治療14名であった。未 記入も 249 名あった。

学校生活管理区分は、管理不要 375 名、E管 理 351 名であった。

まとめとして、一次検査が的確に実施・判断さ れることも重要であるが、さらに二次検査が的確 に施行され、的確な疾患の拾い上げから、より良 い治療・生活の指導までにいたるようにすること が、健診の重要な目的である。したがって、二次 検査の実態調査は重要であり、医療機関にうまく 受診されているかということをずっと調査してい

現在、ようやく調査報告書の回収率が96.2% までに達したが、その内容はまだ不十分なものが あり、今後さらに改善していく必要があると思わ れる。

2 高校1年生から2年生の同一人の循環器疾 患危険因子の変化に関する研究

和歌山県日高医師会学校医部会 大谷 和正 日高地区では、1992年より小学4年生と中学 1年生を対象に生活習慣病予防健診を実施してき た。その結果、生活習慣と肥満、高脂血症等と循 環器疾患の危険因子が密接な関連があることが明 らかになった。

今回は、日高管内の3高校の高校生を対象に健康診査を実施し、前年受診者の循環器疾患危険因子が1年前とどのように変化しているかについて報告する。

血液検査項目は、血清総コレステロール、H D L コレステロール、中性脂肪、空腹時血糖、インスリンである。H O M A 指数は空腹時血糖(mg /dL)にインスリン値(μ U/dL)を乗じ 405 で割って求めた。

肥満度の判定方法は、標準BMIを算出した後に標準体重を算出し、その後に肥満度を算出した。 実測体重が標準体重を下回れば肥満度はマイナスの値となる。

平均値の変化を見ると、

- ・肥満度については2年生の方が男女とも有意に増加した。
- ・血圧は、女子のみが収縮期血圧が有意に低下した。
- ・血清脂質値は、男子では総コレステロールと中性脂肪が有意に上昇し、HDLコレステロールが有意に低下した。女子では総コレステロールが有意に上昇し、HDLコレステロールが有意に低下した。
- ・平均空腹時血糖は男女とも有意な低下を示した。
- ・HOMA指数は女子で有意に低下した。

高校1年時と2年時の危険因子の相関について 見ると

- ・肥満度は男女とも相関係数が 0.9 以上の非常に高い相関を示した。
- ・収縮期血圧は男女とも 0.6.以上の強い相関を示した。
- ・総コレステロールは男女とも 0.8 以上の強い正の相関を示した。

- ・HDLコレステロールは男女とも 0.8 以上の強い正の相関を示した。
- ・中性脂肪は 0.3 以上と、総コレステロール、H D L コレステロールに比べ弱い相関を示した。
- ・空腹時血糖は 0.5 以上のあまり強くない相関を示した。
- ・HOMA指数は男子では有意な相関が見られたが、女子では見られなかった。

3 多摩市における小児生活習慣病予防健診 18年目の考察 一新しいシステムを導入して一 東京都多摩市医師会学校保健担当理事・ 多摩市学校保健会理事・

多摩市聖ヶ丘小学校学校医 前原 孝治 多摩市は多摩ニュータウンの南西部に位置し、 人口 14 万人、小中学生の総数は約1万人である。 昨年度、昭和63年度から平成16年度までの 17年間の小児生活習慣病予防健診のまとめを報 告した。

平成17年度、1次健診と2次健診を統合して、 健診項目にHDLコレステロールとLDLコレス テロールを追加した新システムによる健診を行っ たので、その結果を報告する。

対象者は小学5年生及び中学1年生のうち保護者 が希望する者で、健診→判定→指導の流れにより 行っている。

採血は学校医の立ち会いにもとに行っている。 健診結果の判定は、項目別判定基準の組み合わせにより総合判定を行い、総合判定の各レベルに対応させて指導区分を5段階に区分している。多摩市では I 「要医学的管理」および II 「要経過観察」を事後措置の対象としている。

事後措置の内容は学校医による医療相談、管理栄養士による栄養相談、健康運動指導士による運動指導である。なお、待合室等には清涼飲料水やファーストフードに含まれる糖分やカロリー量を表示している。

受診状況については、保護者の関心が高いためか、平成17年度小学生で90%、中学生88%と高い値を示している。

肥満度に関しては、中学1年女子で肥満に比べ 痩身の傾向が高い。

考察として、①1次健診と2次健診をまとめた

ことにより日程調整など学校現場での負担が減った。②血圧については1回の測定になり、いわゆる白衣高血圧の増加が懸念されたが、事後相談会で対応できた。③調査票から家族歴の項目を除外し、より重い管理区分にならないように改訂した。多摩市では今後、新システムによる健診を持続し、有用なデータの評価を行っていきたい。

4小・中学生の食についてのアンケート調査 山梨県医師会 島田 和哉

昨年、食育基本法が国会を通過したことにより、 学校関係における食に関して見直す傾向が見られる。そこで今回、小中学生および保護者を対象に アンケート調査を行ったので、その結果を報告する。

- ・学校給食について良い点として「栄養のバランスがよい」という回答が圧倒的に多い
- ・食物アレルギーに対する関心は余り高くない。また、食物アレルギーを持つ児童は増加している。「食物アレルギーについて学校に相談したことがある」という回答は少なかった。保護者に理由を聞いてみると、相談しても診断書がないと学校が対応してくれないから、とのことである。食物は牛乳、卵、魚、そば、などの他に口腔アレルギー症候群として南国産のくだもの(キウイ、バナナ、メロン)などがあり、保護者への注意を行う必要がある。
- ・家庭で給食のことが話題になるかについては「よくなる」15%「時々なる」73%、献立表や 給食だよりを見ているかについては「よく見る」 39%、「時々みる」55%であった。
- ・食品添加物については遺伝子組み換え食品、内 分泌かく乱物質、残留農薬などの問題に関心が高 い
- ・給食費の推移については大きな変化はない。山 梨県内では公費負担をしている市町村は非常に少 ない。

なお、口腔アレルギー症候群について、スギ花 粉症の $20 \sim 30\%$ に口腔アレルギーがあると言 われている。

給食費については、以前山梨県内のF市で2ヶ月間給食費を滞納した子どもに給食を停止するとの決定を巡って、一時期新聞の投書が目立ったと

いうことがあった。

5 秋田市小中学校児童生徒の小児肥満症の実態 秋田県医師会 小松 和男

秋田市小児科医会では、秋田市医師会及び秋田市内小中学校の学校医および学校長の協力を得て、1989年から秋田市内児童生徒の健康評価の一つとして肥満調査を行ってきた。2005年度からは新たに小児肥満症の実態調査も行うため、小児適正体格検討委員会の提言を参考に肥満調査及び判定を行った。

【方法】

秋田市小児科医会・秋田市医師会連名により 秋田市内の小中学校の学校長宛てに調査依頼を行い、実際には養護教諭が判定し、肥満度20%以上、 保護者の了解を得られた児童生徒に対して、夏休 み中に医療機関で精密検査を受けるよう指導して いる。受診結果は医療機関が調査票に記載して保 護者に指導しながら渡すとともに、秋田市小児科 医会に発送、集計が行われ、各学校に報告する。

【結果】

肥満頻度を 1995 年から経年的に集計した結果、95 年には全学年の肥満度は 8.0% であったがその後増加傾向を示し、2001 年には 10.5% となった。その後次第に減少し 2004 年には 7.4% まで減少したが、2005 年再び 8.2% と増加した。

各検査値で異常値を示した頻度について、中性脂肪では全体で 14%、総コレステロールでは全体で 19%、ALT ≥ 31 では全体で 18%、尿酸 ≥ 6 では全体で 9%、空腹時インスリンでは全体で実に 31%が異常値を示した。インスリンは肥満度 50% 以上で実に 67% が異常値を示した。

各検査値と肥満度・体脂肪・腹囲・腹囲/身長 比で相関を見ると、腹囲が最も良い相関を示した。 また、相関係数が比較的高かったのは腹囲と尿酸、 腹囲と空腹時インスリンで有意な相関があった。

小児肥満判定基準の6点以上で医学的関与が必要な小児肥満症の児童は51%にのぼる。学年別に見ると小学1年44.5%の肥満症頻度であるが中学3年では77%実になっており、早期対策が必要である。

6 小学4年生の通学方法・通学時間と肥満の関係について(小児生活習慣病予防検診アンケート調査結果より)

高松市医師会小児生活習慣病予防検討委員会

眞鍋 正博

高松市においては平成11年度より3年間のモデル事業の後、平成14年度から高松市内の小学4年生を対象に小児生活習慣病予防検診を開始している。受診率は年々上昇し現在は約90%であり、有所見率は減少している。

平成17年度はこの検診に伴い、保護者を対象に通学方法、通学時間、放課後の過ごし方に関するアンケート調査を実施した。回収率98.2%でうち身長体重が測定できていた97.9%について検討を行った。

方法は、検討については stat view 4.5 を用い、 肥満度については ANOVA検定、身長、体重から肥満度(POW)を計算しPOW 20%以上を 肥満とし、この出現率(obesity frequency(%): OF)についてはカイ2乗検定により行った。

- ①通学方法については、徒歩通学 96.8%、車通学 3.1% であるが、徒歩通学群と車通学群では O F で有意な差は見られなかった。しかし、男女別に比較すると有意な差を認めた
- ②放課後の過ごし方については、部屋の中で過ごす子どもに肥満の出現率の高値が認められた。男女別での検討では、部屋の中で遊ぶ男子群に有意にPOWの高値を認めた。
- ③通学方法と放課後の過ごし方により4群(「徒歩通学・部屋で遊ぶ」「徒歩通学・外で遊ぶ」「車通学・外で遊ぶ」)に分けた。肥満出現率検討では、「車通学・部屋で遊ぶ」が高く有意の差を認めた。上記をさらに男女別に分けてみると、女子は肥満度の出現率が低い。
- ④徒歩通学時間の検討では、10分未満の群で15.2%の肥満出現率が認められた。男女別では、10分未満の通学時間の男子は5人に一人の割合で肥満の出現率がある。
- ⑤放課後、部屋で遊ぶ子どもについて通学時間別に見ると、10分未満で22.2%に肥満出現率が認められ、特に男子では約3割で肥満度も高い。
- ⑥放課後、外で遊ぶ群の肥満出現率は通学時間で

差が認められなかった。また、男女別に見ても差がみられなかったが、肥満度については若干相関が認められた。

以上から、学校教育現場で肥満児の生活指導を考える場合に、学校生活でもっと体を動かすことを取り入れる必要があり、長期休みでは家庭において少なくとも 10 分以上の歩行は必要と考えられる。また、男女別に肥満指導を行う際には、その背景を詳しく調査し、それに基づく指導が必要と想われる。

7 兵庫県川西市内小学校における小児生活習 慣病予防検診事業について(第2報)

兵庫県川西市医師会 上月 清司

第1報を平成12年の福岡大会で発表した。今回、その後の現状と問題点について発表する。

川西市は兵庫県の東部に位置し大阪府に隣接している。人口約15万人の中核都市である。小学校16校、中学校7、高校5校がある。

小学4年生を対象にしているのは、10歳前後で食習慣や環境などの生活習慣がある程度固まり、生活習慣病リスクファクターが顕在化する時期であるためである。

検診事業の三本柱は①アンケート調査、②精密 検診、③事後指導説明会である。

①アンケート調査については、身長・体重、家族 歴、本人の生活習慣および食生活、保護者からの 意見について記入してもらう。調査はスコア化し、 A群:医学的検査、定期的検査が必要、B群:生 活習慣と食生活の改善が必要、C群:さしあたり 問題なし、に分けている。回収率は約90%。

肥満度については、全国平均と同じ9%である。 アンケート調査の中で平成15~17年を見ると 糖尿病、高血圧、肥満、高脂血症の順番で高い割 合を認めている。肥満児童の内訳を見ると、3年 間のデータでA群・B群の割合が高い。

②精密検診の内容は、血圧測定、体脂肪率測定、 血液検査であるが、この中で一番苦労しているの は採血である

異常値の判定は、コレステロール 200mg/dl 以上、血圧 135/80mmHg 以上、糖尿病(随時) 160mg/dl 以上としている。体脂肪については、 平成15年、16年、17年とも体脂肪率と肥満度には相関関係があることがわかる。

精密検査については、回答者のうち $A \sim C$ 群について参加を呼びかけており、 $70 \sim 100$ 人が受診している。

検査結果については、平成15年度で約4割が 有所見者であったが、年々その割合が増えており、 平成17年度は50%近くになった。肥満と合併 症(高脂血症・肝機能障害)を伴う児童が増えて おり、将来メタボリックシンドロームになるおそ れがあるため、これら児童の要観察をしている。 ③事後指導説明会については、学校医による小児 生活習慣病についての講話および児童・保護者へ の個別指導、栄養士による栄養指導を行っている。 考察として、

- ・20% 以上の肥満は $7 \sim 9\%$ に見られたが、 A・B 群の割合が 70% 以上に認められた。
- ・精密検査の受診率は 20% 前後であるが、受診 児のうち約 40% の児童になんらかの異常を認め た。
- ・保護者の意見として、つづけてほしいというも のがある一方、個人情報に関連して批判的な意見 もあるので注意して事業を進めている。

今後の課題としては、肥満と合併症を伴う児童について、 $4\sim6$ 年の3年間フォローアップしているが、 $5\sim6$ 年が(精密検査に)来てくれない点である。

また、学校・医師会・行政が協力した検診システムの構築が重要である。

最後に、医師会では保護者・市民に啓発するため、医師会のホームページの中に検診についてのページを掲載している。

8 徳島県における生活習慣病予防対策委員会 の試み 6

徳島県医師会生活習慣病予防対策委員会

副委員長 中堀 豊

今回は民間活動を振り返り、社会的活動についてお話させていただく。

平成12年度から徳島県下の全小中学校を対象に体格の調査を継続して行っている。平成17年度には4月から配布した徳島県体格評価ソフト「あわっこ」を用いてデータを提出した学校が多

かった。

肥満度50%の児童については、家庭の事情によりかかりつけ医に受診しない者が多い。

徳島県は、糖尿病死亡率全国第1位が続いているため、徳島県医師会長と徳島県知事が合同で「糖尿病緊急事態宣言」を行い、ポスターによる啓発等を行っている。なお、県は健康づくりのためのツールとして「阿波踊り体操」を作成し、DVDで配布している。

9 中学生の運動能力と骨量および生活習慣との関係についての検討

千葉市健康スポーツ医学研究委員・

なかむら医院 中村眞人

最近、子どもの運動時の外傷が増えており、その原因として、生活習慣や運動能力のおよび骨量の低下が関係していないか検討を行った。

対象は、運動部に所属している男女 10 名、文化部に所属している男女 10 名の計 40 名を 3 年間追跡調査した。さらに前記の生徒が 3 年生になった時点で、調査対象を広げて 158 人の生徒全員について調査した。

方法は、身長、体重、肥満度(BMI)、生活習慣のアンケート調査、骨量測定、運動能力(片足立ちによる脚力測定)を測定した。なお、生活習慣アンケートの中で家族歴について聞きたかったが、それについては削除させられた。また、片足立ちについてはほとんどが脚力があり、床から立ち上がることができた。

結果として、3年生では、身長と骨量は男子ではほとんど相関がなく、女子で少し相関が見られた。体重についても同様である。

運動能力(脚力)と骨量、肥満の関係では、脚力 0 cm (床から片足で立ち上がれる)の A 群と、脚力 $30 \sim 40 \text{cm}$ (床から $30 \sim 40 \text{cm}$ の高さから片足で立ち上がれる)の B 群を比較すると、骨量は A 群が有意に高く、また肥満度も低かった。

次に、骨量の3年間の変化を運動部系と文化 部系で分けてみると、女子について運動部系で骨 量が増加したが、文化部系でほとんど変わらなか った。

〔報告:常任理事 濱本史明〕

〔第2分科会〕「こころ」

座長:島根県医師会学校医部会常任委員

安藤幸典

島根県学校・地域保健連携推進事業 健康相談活動アドバイザー 細田真司

Ⅰ「見て、ふれて」はじめて感じる命の尊さ― 小学生による「赤ちゃんふれあい体験学習」―

岩手県医師会気仙医師会 大津定子

平成 16 年 5 月気仙医師会学校医部会は気仙方式「赤ちゃんふれあい体験学習」を企画し、平成 16 年 9 月に第 1 回を試みた。

- ①小学 5・6 年生が対象で、クラス全員(男女) 参加
- ②妊婦腹部エコー見学は産婦人科医が指導し、妊婦の腹部に触れる(胎動触知)
- ③見学後に産婦人科医、小児科学校医が指導児童 の質問に答える。
- ④行政と病院の関係者が積極的に協力体制を作っている。
- ⑤関連事業につなぐ仕組みを作っている。

3ヶ月乳児健診を見学

中学生になれば、保育園との交流授業を行い、 乳幼児の発達・発育の特徴を把握する。

課題

- ①授業として行われるので、授業の日程に組み入れることが難しい。(校長、教頭の理解)
- ②受け入れ側の病院の問題として、産婦人科医・ 小児科医の人員不足と多忙のため協力が困難
- ③妊婦ボランティアさんの協力が困難
- ④移動手段、交通安全、教育委員会の予算配分 (バス代)の確保

いずれにしても人間存在の素晴らしさを学び、 明日の日本を担う健全な大人に育つことを期待し て取り組みを続けている。

Ⅱ健康診断におけるプライバシー保持のための施策 -特に高学年女子の身体的プライバシー対応-

愛知県医師会学校医部会(名古屋市学校医会)

高田秀夫

定期健診時の小学校高学年(4~6年生)以上

の女子の必要以上の上半身脱衣不履行は胸背部視 診、心音及び呼吸音の聴診を不可能にし、診断精 度や診察効率を大きく低下させている。

これらの原因の一つに診察室コーナーが、彼女 たちの身体的プライバシーを十分に保持するに足 る設備がなされていないことがある。そこで対応 する現保健室での比較的安価で出来る改良案を提 示したい。

通常よく学校で用いられる方法は、レールカーテンで視界を遮る方法、キャスター付カーテン衝立を複数組み合わせて仕切る方法が多いが、これらは風や人が少し触れただけで動いてしまうものが多い。そこでキャスター付で可動式乍ら完全に固定出来る三つ折式の遮蔽板に脱衣、診察、着衣の三つのコーナーに分離するその衝立から突き出たカーテンで分離し、被験者は右(or 左)から左(or 右)への一方通行で流れをスムーズにした。この衝立は診察しない時は保健室内のベッドの横にL字型にたたんで、ベッドルームの遮蔽にも利用できる。

保健室への誘導、立会いは女性教諭のみとしている。女性看護師の立ち合わせがあれば申し分ない。記録者への診断結果報告は符号化している。また名古屋市学校医会では、以前から「予診票」方式を取り入れ、過去の異常の見落しを少なくし、効率を上げている。

こうした工夫により、女子の児童、生徒が安心して診察を受けられるような環境を作り、診察時間の短縮、診断効率を高めることが期待できる。

Ⅲ教職員を対象とした児童・生徒の心の健康相 談事業について

広島県安佐医師会理事

広島県安佐医師会学校保健委員会委員長 心の健康小委員会委員長 中山純雄

安佐医師会では平成8年7月から教職員を対象とした「先生と子供の心のふれあい相談」事業を行ってきた。この事業は、対象を学校の教職員に限定している。平成18年6月で満10年を迎え、この相談事業を総括して報告する。

①安佐地区内の小学校、中学校の児童、生徒、父兄、

教職員を対象に安佐南区と安佐北区の2ヶ所の会場で昭和54年から毎年1回「健康教室」を開催している。各科の医師、臨床心理士、薬剤師、栄養士が相談を受けている。

昭和59年からは「心の健康」コーナーも開設している。このコーナーの相談が予想以上に多く昭和61年、学校医、養護教諭、一般教諭、臨床心理士が集い、「広島心の健康研究会」を結成した。②この研究会は昭和61年から平成13年まで毎月1回、その後現在まで隔月で開催されている。この中で教職員が相談できる相談機関が少ないという意見があり、教職員を対象にした相談事業が開始された。

毎月第1木曜日の午後4~6時まで精神科医と臨床心理士が相談を受けている。

(調査結果)

平成8年7月~平成18年6月までで延べ372件、事例数で323例の相談を受けた。男子171例、女子147例、不詳5例であった。

相談内容:不登校 151 例、問題行動 116 例、神経症 15 例、統合失調症 14 例などが多く、その他、教師や親に関する相談もあった

相談件数の年度別推移:この事業が認知されるのに4年程を要している。平成13年以降は毎年40件以上の相談がある。

相談件数の学年別分布: 高校1年生(57件)、 高校2年生(44件)と高校生が多く、それも女 子の相談が多い。次いで小学校2年生が44件、 小学校3年生が40件で男子が多かった。

不登校: 男子67例、女子80例

問題行動:男子92例、女子24例

(老效)

問題行動の相談件数が増えているが、やはり不 登校が最も多い。

不登校には「学校恐怖症」的なもの、「登校拒否」 的なもの、「無気力」的なものの3つのタイプが 見られた。

発達障害との概念が注目されるようになり、そのような相談も増えているが、病名告知は非常に繊細な問題であり、配慮が必要であろう。

発達障害に対応できる医師が少なく、学校医は 研修会に参加し、研鑽を積む必要がある。

Ⅳ「子供たちは今」

―ストレスチェック調査から見えてくるものー 山口市学校医部会・山口市学校保健会会長

野瀬橘子

山口市学校保健会は平成16年度に山口市内の小・中学生約2,300人を対象に、アンケートによるストレス調査を行い、報告した。平成17年度は小・中・高生3,452人について再調査を行ったので報告する。

[調査目的·調査対象]

調査目的

「いじめや不登校、その他心の問題」に苦しむ児 童生徒が毎年微増し蓄積され、その発生 が低年齢化し続けている。このことについて早急

に実態調査を行い、集団不適応の予防と
治療に役立てることを目的として調査研究を行っ

治療に役立てることを目的として調査研究を行った。

調査対象と調査内容

1. 調査対象

- ①小学校は調査対象学年 $4^{\circ}6$ 年生 1,092 人 (男子 575 人、女子 517 人)
- ②中学校は調査対象学年 1~3 年生 1,253 人(男子 658 人、女子 595 人)
- ③高等学校は調査対象学年 1~3 年生 1,107 人 (男子 459 人、女子 648 人)

2. 調査内容

平成 16 年作成の「ストレスチェック」問診票を 用いてアンケート調査

調査期間:平成17年10~11月

結里

1. ストレス度判定結果

ストレス訴え項目 $0 \sim 2$ (ストレスなし) 小・中学生 50.1%、高校生 41.9%

ストレス訴え項目 $3 \sim 6$ (イエローカード) 小・中学生 34.8%、高校生 41.7%

ストレス訴え項目 7以上(レッドカード) 小・ 中学生 15.1%、高校生 16.4%

2. 校種別ストレス症状訴え頻度

「疲れ気味」「イライラ」は小中高生共通して高 頻度

「面倒だ」「肩こり」「気分が沈む」「気になる」は中高生の訴えが多い。

「眠れない」「肩こり」「気になる」は小学生に多い。

3. レッドカードの中・高生のストレス状態は?

高校生は「気分が沈む」「下痢や便秘」の訴えが中学生より多く、「眠れない」の訴えが少ない。高校生は男女共に「夜眠れない」が中学生に比して少なかった。

考察とまとめ

「睡眠障害」の訴えは小学生に多く、高校生に は少ないが、現実には高校生は夜、寝ていない者 が多いことから、「睡眠障害」の認識が高校生に はないのではなかろうか。

ストレスは加齢と共に蓄積されており、年々レッドカードが増加していた。永年培われた生活習慣に問題があることを伺わせた。

Vアンケート調査から考えられる学校医の役割 の変化について

京都市学校医会精神衛生研究班 平井喜七郎

学校における児童、生徒の健康管理の実態が大きく様変わりし、感染症予防や疾病の発見からアトピーや肥満の予防に移り、今は不登校やいじめ等に代表される心の問題や発達障害にどのように対応すれば良いのかが一番大きな問題となっているため、学校長、学校医、養護教員、スクールカウンセラー(SC)の四者に平成17年11月アンケート調査した。

アンケート調査結果と考察

回収率は

学校長 78/80 (97.5%)

学校医 64/80 (80%)

養護教員 82/94 (88.2%)

S C 79/80 (98.7%)

学校長の生徒の健康問題で一番困っている課題は、82%が心の問題(不登校、心の健康、学習障害、社会的逸脱行為等)であったのに対して学校医は身体の問題 73%(アトピー、肥満、感染症、気管支喘息など)で、心の問題は 13%(不登校、校内暴力など)と差があり、学校医の役割に大分ズレが生じて来ている。

そこで学校医とSCと養護教員との定期的な話し合いの場を持つ必要性がある。現在、京都市では児童精神科医にも参加して貰って、内科、小児科医で心の相談事業を立ち上げつつある。

VI学校におけるメンタルヘルス推進活動の医師 会による支援事業

三重県医師会(独立行政法人 国立病院機構 榊原病院精神科) 長尾圭造

目的と方法

学校が期待するメンタルヘルス活動を支えるために、学校が計画する事業に協力する。

県下でこの支援を希望する学校は7校あったが、そのうち5校(小学校2校、中学校1校高等学校2校)に対し、2年間にわたり支援を行った。

結果と考察

小、中、高等学校により、取り組むべき課題が 著しく異なった。

小学校では発達障害の理解とその対応、中学校では対人関係と自尊感情への取り組み、高等学校では生徒自らが青年期心性を理解し、そのストレスの対処法などメンタルへルスの知識を与えることである。

具体的取り組みは簡単には進まないが、問題に 取り組もうとする真摯な姿勢が具体的に示され始 めている。

VII大阪府堺市における防煙・禁煙教育について 大阪府堺市医師会

日本禁煙推進医師歯科医師連盟 山家康嗣 平成9年度から、積極的な禁煙推進運動とし て防煙・禁煙教育を目的とした禁煙教室を行って きた。堺市立五箇荘中学校の「喫煙防止教育の取り組み」を中心に報告する。

平成17年4月から堺市では、新設の堺市市庁舎が館内全面禁煙にすることから市内の公共施設すべてを同時に禁煙にし、市立の小・中・高校が「敷地内禁煙」となった。子供達の安全と権利を守るために「非タバコ三原則」「吸わない、吸わせない、持ち込ませない」を提唱したい。

タバコは5才ぐらいから吸い始め、10才、15 才頃から急上昇し、中学・高校生・大学生になっ た頃が最も吸い始める人が多く、25才以上では 吸い始めることは非常に少ない。

〔禁煙教室〕

①小学校:5-6年生対象と6年生だけの時

②中学校:新1年生全員に年1回

③タバコの煙と有害物質、ニコチン、タール、一酸化炭素の害、タバコと病気との関係、

受動喫煙、女性の喫煙の害、特に妊婦の喫煙の害などを話す。

〔五箇荘中学校での取り組み〕

平成15年度から取り組みを始めた。禁煙講話は新1年生に対して毎年行っている。

平成17年度には、モデル校に指定され、禁煙グッズを作った。

平成18年度には「学校における喫煙防止教育」 と題して、校長と養護教員とが発表した。

その後、校医校以外の二つの小学校でも禁煙教育 が許可された。

医師会、校医会、教育委員会、学校それに行政 が連携していくことが最重要課題である。

〔将来への展望〕

禁煙・防煙の動きは、校区だけでなく、学校だけでなく、家庭や社会にまで及ぶことが望まれる。 学校での禁煙教室の成果は生徒達の努力により地域にまで及ぶのである。

₩ 「横浜市における児童・生徒の生活習慣病対策」(その1)

一学校医による担当校の喫煙防止教育の取り組 み-

横浜医師会 大久保愼一

横浜市医師会学校医部会小児生活習慣病委員会では、小児生活習慣病対策の一つとして喫煙を取り上げ、「学校医による担当校の喫煙防止教育への参加」を横浜市の全学校医へ広げるよう展開している。

平成16年2月横浜市学校薬剤師会アンケートでの小・中学生の喫煙経験率は

小学5年生:5.9% 小学6年生:5.6%

中学1年生:10.1%

中学2年生:14.1% 中学3年生:16.8%

平成16年度より委員会で討議し、平成17年8月〔学校医により担当校で「喫煙の害」の講義を保健体育の時間に行うこと〕が委員長より提案された。その後、講義の結果、講義後の反響も良好で喫煙の害の知識が深まったとの意見が出された

今後の活動方針として「全ての内科校医、耳 鼻科校医等が担当学校での喫煙防止早期教育を行 う」として幹事会にはかった結果、了承され、今 後、横浜市学校医部会総会で会員の承認を受けて 発動することとなった。

IX思春期の抑うつ症状の背後に見えてくるもの 戸田市立医療保健センター 平岩幹男

思春期における抑うつ症状の頻度は 10% 程度 と考えられるが、一般外来でのうつ病の受診は少 ない。これには保護者の受診動機が乏しいことと ともに、抑うつの背景因子が周知されていないと いう問題がある。

そこでX市において小学校5年生から中学3年生を対象として自己記入式抑うつ尺度(SDS)に準拠した調査を行い、検討した。

SDS (Self-rating depression scale) の質問数を減らして実施した。2004年10月にSDSの20問を15問に縮小して小学5年生~中学3年生までの4,376人に質問し、15問すべてに回答した3,768人で算出した。

得点が高い方が抑うつ傾向が強いと判断し、 41点以上を抑うつ傾向あり、46点以上を強い抑 うつ傾向と判定した。

(結果)

抑うつ傾向は男子全体では 11.4%、女子全体では 16.1%で、強い抑うつは男子では 2.1%、女子では 4.0%と女子の方が抑うつ傾向が強かった。

学年を追うごとに有意に抑うつを示した子供が明らかに増加しており、小学5年生では抑うつ傾向が9.9%、強い抑うつが1.7%で、中学3年生ではそれぞれ13.0%、4.5%であった。また健康状態の評価が悪くなると共に有意に抑うつ得点が上昇する傾向が見られた。疲れを登校時すでに感じている子供達も得点が上昇する傾向が見られた。抑うつと肥満についての検討ではBMIとSDS得点が関連していた。この他、不定愁訴(頭痛、腹痛、不眠など)の頻度が上昇するとSDS得点の上昇を認めた。中学生ではSDS得点の上昇は飲酒習慣や喫煙とも関連した。

(考察)

子供の抑うつの最大の問題点は、その存在は知られていても実際に患者さんを目にすることが少ないことである。子供の場合には不眠、食欲不振、倦怠感、疼痛などの主訴で小児科外来を受診することは少ない。

子供を含めたうつ病の存在と対応についてもっ と周知して、子供のうつ病が珍しいものではない ということが社会的にも認知されることである。

〔報告:理事 田中義人〕

開会式・表彰式

島根県医師会長、日本医師会長の挨拶ののち、 学校医9名、養護教諭9名、学校栄養士7名に対 し日本医師会長表彰が授与された。山口県からは、 本会から推薦した國近満男先生(学校医)、吉岡 和子氏(養護教諭)、高松満子氏(学校栄養士) が受賞され、受賞者を代表して國近先生が謝意を 述べられた。

引き続いて文部科学大臣(代読)、島根県知事、

松江市長、日本学校保健会会長(代読)、島根県 教育委員会教育長(代読)の祝辞が述べられた。

シンポジウム「学校医による健康教育の実践」

1 学校医活動と運動器検診の島根県の現状 出雲市立幼稚園・小・中学校校医

島根県医師会学校医部会副部会長 秦 正 従来の学校医の職務は主として保健管理業務 であったが、これからの学校医には、健康問題の発生そのものを予防する健康教育が求められてい

平成 18 年、島根県医師会学校保健委員会では、健康教育のあり方を考える基礎として、学校医部会会員 356 名を対象にアンケート調査を行い、88.8% から回答を得た。

- ・「健康教育を担当する専門家のひとりとして学校医も位置づけられるとお考えですか」の問いに対しては「担当すべきであるとは思うが、主体的には担えずあくまでも脇役である」との意見が大半であった。
- ・学校医としての日常活動においては、健康診断や健康相談活動はなされているが、学校保健委員会を含め組織活動は4割でなされておらず、保健学習、環境学習はほとんどなされていなかった。・学校関係者との連携については、年間スケジュールについては、健診の日程調整などの最低の意見か、養護教諭任せであった。学校保健委員会の内容についても学校にお任せというのが実態である。
- ・学校医執務記録については、存在そのものを知 らない会員もあった。
- ・学校医活動に関する連携の内容については、インフルエンザ流行期の電話連絡や相談が多い。学校長や保健主事との連携については、保健主事の存在そのものを知らない会員もあった。
- ・学校への要望については、ほとんど養護教諭に 話を持っていっている。
- ・学校保健委員会の開催回数は、ほとんどが1回ないし2回で、3割で開催されていない。

次に、島根県学校医運動器検診の現状と島根県 雲南市児童・生徒の運動器検診について述べる。

学校医は定期健康診断時に運動器の異常、スポーツ障害の発見にどのように注意を払っているか

について、島根県医師会学校医部会会員 358 名 に対して整形外科的アンケートを実施した。

その結果、胸郭、脊柱の視診は70%以上実施されていたが、側腕症については50%以下であった。四肢についてはさらに低い。学校医のほとんどが内科、小児科系の医師であるため、運動器検診に不慣れであり、加えて時間的制約も障害になっている。

このほど、「運動器の10年」日本委員会実施の「学校における運動器検診体制の整備・モデル事業」により、島根県雲南市の児童生徒約5,000人を対象に、当委員会が作成した問診票に基づく1次スクリーニングをし、要精検者に対し整形外科専門医による2次検診を行い、要3次検診者(医療機関紹介必要者)を抽出した。

学童・生徒総数 4.827 名のうち、問診票によ って 4.4.13 名の回答を得た (回答率 91%)。 問 診票によって異常ありとされた要精検者は 2.105 名、このうち実際に2次検診受診者は854名を 行い異常があった要3次検診者は103名であっ た。運動器疾患罹患率(推定)は総数の6.5%で あった。年代別では小学生4%、中学生7%、高 校生26%と学年が進むにつれて罹患率は高くな る。疾患としてはスポーツ障害が 1/3、側腕症 が 1/6、腰痛、下肢変形 (O脚) が 1 割あった。 小学生では側わん症、中学生以降はスポーツ障害 が主たる疾患であった。罹患部位は、小学生では 脊柱、中学生では膝、脊柱、高校生では膝、脊柱、足・ 足関節が主たる罹患部位であった。ただし、異常 について整形外科を受診したものは1割意に満 たず、特に側腕症では皆無であった。

以上のことから、内科系学校医に対する運動器 検診マニュアルを示す必要を感じる。また、スク リーニング体制の確立やスクリーニング後の整形 外科医による要精検者への適切な指導・治療体制 の構築が急務であると考える。

「学校・地域保健連携推進事業」に初めて整形 外科医が相談アドバイザーとして登場したが、将 来は学校医として運動器検診を実施する制度の確 立を切望する。

2 学校・地域保健連携推進事業における産婦 人科専門医のかかわり

松江生協病院女性診療科部長

島根県健康相談活動アドバイザー 河野 美江 島根県では平成 16 年度より文部科学省の委託 により「学校・地域保健連携推進事業」を行って いる。この事業の背景には、「こころの問題」「性 の問題」など、従来の校医で対応することが困難 になったということがある。

島根県学校・地域保健連携推進事業は、学校・ 地域保健連携推進協議会が事業を計画し、専門医 など地域保健と学校保健の連携の推進を図る。

平成17年度はアドバイザー設置事業、研修事業、専門医派遣事業、スーパーバイザー派遣事業を行った。

演者は平成17年度から産婦人科専門医としてこの事業に参加している。今回、その実践活動について報告する。

アドバイザー事業

平成17年度は精神科医4名、小児科医5名、整形外科医1名、皮膚科医1名がアドバイザーになっている。児童生徒のこころやからだの様々な問題に対して、まず校内の支援体制の中で管理職、担任、養護教諭、学校医、スクールカウンセラー等が対応するが、専門医のアドバイスが必要な場合に、健康相談活動アドバイザーに相談する。そして、アドバイザーからの指導助言を校内の支援体制に反映させ、それを生かして児童生徒・保護者への支援を行う。

平成17年度の相談件数は延べ141件で、診療科別では小児科が最も多く、相談の内容としては、頻尿、保健室登校、摂食障害、円形脱毛症、発達障害、夜尿症、体調不良、拒食症、過呼吸等であった。校腫別では中学校が最も多かった。

このうち演者が産婦人科医としてかかわったものは延べ24件であり、依頼内容を大きく分けると、

①もとから演者の外来を受診していた生徒について、本人と家族の了解を得た上で、学校側に治療方針を説明し、学校・家族の連携、今後の対応について話し合ったもの(摂食障害や不登校)。

②性感染症や妊娠の兆候があり、生徒が困って養

護教諭に相談し、養護教諭から今後の対応につい て相談されたもの。

事例について紹介すると、摂食障害では、養護教諭から「中学校3年生の女子について、1学期から体重が減少しているがどうしたらよいか」との相談があった。当院の思春期外来の受診を勧め、本人・家族が来院した。当院で行動制限療法を行っていたが、学校での安静について本人・家族とも不安があり、養護教諭と本人・家族の対応について連絡を取り合った。その後体重が増え、元気で卒業した。生徒は学校での生活が多いため、行動制限療法を行う場合は、学校との連携が不可欠である。養護教諭の協力でうまくいく治療が進んだ例である。

次に妊娠の事例であるが、「高2女子で妊娠しているが受診しない。どうすればよいか」との相談があった。金銭的な問題で病院を受診できないとのことであったので、地域の保健師、養護教諭、ケースワーカーとカンファレンスを開き、受診に向けてどうしたらよいか話し合いを行った。その後無料券を使って受診し無事分娩した。学校から医療機関につなげるためにたくさんの機関が必要だった事例である。

この事業に対する学校側の感想として

- ・専門的見地から指導を受けることができ、ありがたい。
- ・スクールカウンセラーの配置がない学校にとって大変心強い
- ・校医との関係もあり、どこまで活用してよいのか、相談しようか迷った。
- 一方、アドバイザー側からは
- ・本事業が学校側に周知徹底されていない。
- ・気軽に相談してほしい。
- ・学校からの情報のみで、診療が必要であるかの 判断基準や受診先との連携やフォローについてど こまで携わればよいか。

などの意見があった。

専門医派遣事業

学校における研修会、講演会、個別指導へ専門 医を派遣する事業である。演者は平成 17 年度保 護者研修会 2 校、教職員研修会 2 校、生徒に対す る性教育講演会 20 校に出向き、計 4,047 名に講 演を行った。また、中学生2名の小グループでも 性教育も行った。彼女たちはすでに性交経験があ り、一般生徒に対する性教育より具体的な指導を 行い、その後受診につなげることができた。

学校における専門医の役割を考えてみると、た だ生徒に講演をするだけでは校内体制は変わらな い。却って担任や保健指導の先生の役割を取って しまうこともあり、専門医が学校に入る上で一番 重要なことは、専門医の活動がどのような効果が あるのかについての共通認識を持つことである。 そこで演者は講演の前には必ず、担当教員と打合 せをして、その学校の置かれている状況や生徒の 発達段階を聞き、担当教員とともに講演を作って いくようにしている。教職員や保護者を対象に校 内研修会を行い、生徒に対しては性教育講演会、 気になる生徒に対しては個別指導をすることがで きれば校内で共通理解ができるので、とてもやり やすくなる。これらはそれぞれ校内体制作り、集 団的アプローチ、ハイリスクアプローチと考えら れ、ヘルスプロモーションにおいて大切な視点だ と言われている。

これらの活動を通じて、現在の学校におけるさまざまな健康問題の困難さを痛感した。しかし、教師や養護教諭と親しくなり連携がとりやすくなったし、学校に出かけていくことで生徒達に思春期外来を紹介するよいチャンスになった。さらに、県医師会、学校医部会、地域の学校医や専門医と話し合う中で、地域・家庭・学校を考慮した広い視野で見ることができるようになったことは大きな収穫だった。今後もこのような活動が続き、生徒児童を地域全体で守り、育むことができるよう願っている。

3 小学校の総合学習でのエイズ教育に関わった学校医の経験

松本医院 松本 祐二

昭和57年から益田市立西益田小学校の校医をしており、定期健康診断、就学時健診、年1回程度の学校保健委員会への出席をして学校医の務めとしていたが、同校ではここ数年、健康集会と呼ばれる総合学習の一環として、児童が研究発表を行う。この会には保護者も出席して、年度によっては授業参観も行われている。

今年度は11月1日に行われ、今年度のテーマである「早寝、早起き、朝ごはん運動」に沿って、生活リズムを整えようということで講演を行った。その後、小学校の中でウオークラリー大会などが行われた。

平成元年、同校の教諭から性教育についての講演依頼があった。対象は4~6年生をまとめて同一日に40分程度の話を2回に分けて行うというものであった。事前の打ち合わせの際に学校側から、「愛」という言葉を使ってくれるな、小学生は大人が考える愛とは違って捉えるから、「愛情」と言い換えてほしい、性交そのものは小学校では教えないので、その点について気を付けてほしい、とのことであった。講演の内容について学校側の許可を得たあとに、PTA総会で保護者に講演し、保護者の同意も得た上で、児童に実施した。数年間同校で講演していたが、その後、松江市内や近隣の小中学校からも依頼があり、現在までに小学校12校、中学校5校、高校9校、養護学校で講演を行った。

平成11~13年度には、エイズ教育推進地域 事業が益田市で実施されることになり、学校医を していた小学校も指定校の一つとなった。これは エイズを予防する能力や態度を育てて、エイズに 対する徒な不安や偏見を払拭することを目的とし た事業である。当時、地域でどのような取り組み を行うか、また学校で何を教えるかについて問題 とされたが、とりあえず今まで分かっていること を教えることになった。

当時の小学校にはIT教育の一環で児童3人あたり1台のパソコンがあり、インターネットでエイズの情報を調べさ、エイズの知識をまとめさせるということを行った。また、保護者参観はで公開授業を行い保護者にも参加してもらった。

小学校4年生の授業からは免疫という言葉を使って授業を行っていく。児童が作った免疫応答細胞のイラストを使って授業を進めていく。

エイズ教育推進地域事業の関連では、学校医を していない中学校あるいは高校でも出向いて授業 を行った。事業最終年の平成13年度の益田市の 発表会では、アドバイザーとして出席した。

性教育、あるいはエイズ教育にかかわって感じることは、さまざまなバッシングがあり、避けて

通ろうという風潮があることである。「寝た子を起こすな」「自然に覚える」という屁理屈で腫れ物に「触らない」ようにしているようにも思える。演者は「寝ている子は必ず起きる、そのときに間違いだらけの偏見に満ちた世界で目覚めさせるか、それとも体の発育・発達、性感染症の実態や性にかかわる問題を適切なカリキュラムのもとで教えながら起こすのか?」と保護者や学校の教師に問いかけている。性教育と聞いて、それぞれの立場の違いから、性教育に求めるものが違うことがあり、しゃべっていても隔靴掻痒の感があることは否めない。「教えていれば防げた不幸を現実の話にしないための努力をあえてしないのは、そのこと自体が不幸である」との考えで活動している。

4 生活習慣病予防健診 高脂血症対策モデル から出発した実践

浜田市立幼稚園・小中学校医 小池 茂之 合併前の旧浜田市は人口5万人弱、かつては 漁業で栄えた町である。昭和50年ごろ、地域の 子どもたちの食の欧米化、身体活動の低下が目立 ちはじめた。浜田市医師会学校医部会は、昭和 60年に生活様式の急激な変化が身体に与える影響についての調査が必要な時期であると認識し、 問題提起したところ関係者の理解が得られた。

そこで、プロジェクトチームを結成し、浜田市内の小学校1年生、4年生、中学校1年生を対象に動脈硬化危険因子のパイロット調査を行い、その結果を当時研究的になされていた数件のデータと比較したところ、コレステロール平均値がかなり高いことが判明した。この実態を学校関係、行政、マスコミなどに働きかけたところ、継続的に取り組むべき事業として全面的な賛同を得た。これを受けて健診システム、事後対応のデザインづくりを始めた。活動のスタートにあたっては、必要な経費として、学校医の手当て1年分の供出と県医師会学校医部会からの補助があった。

生活習慣病予防健診のスタートと事後対応にあたってのスローガンは「学校保健活動を中心に地域ぐるみで血清コレステロールの山を動かそう」であった。血清コレステロール値が高い子どもへの介入(ハイリスク介入)と、数から言えば圧倒

的に多い境界値への子ども(集団介入)の組み合 わせで行った。

次に学校医部会を中心としたネットワークづくりであるが、地域のあらゆる年齢層の人が集まりやすい場所である学校から地域に広がるネットワークづくりとして、学校医部会を中心に、保健所、市役所の関係部署、PTA連合会などを巻き込んだ予防対策合同協議会を結成し、年2回の会合を開き、それぞれの立場で何ができるかを話し合っている。

介入にあたっては、小児の特性の認識が必要と のことから、子どもの発達段階(他律・模倣から 自立・自律、理解力、自己肯定感の育成)に合わ せながら生活習慣掲載に対応することが肝要であ り、それには、養育者が良いモデルを示し、信頼 関係、安心感を形成する大切な場である家庭にお ける「楽しい食卓」が大前提であると考えた。ま た、保育園、幼稚園、学校も子どもが長い時間を 過ごす場であるため、生活習慣に大きな影響を持 つ。また、氾濫するマスメディアからの情報、特 にテレビ、ゲームの身体活動に与える影響は大き い。

生活習慣は知識・情報だけでは行動が変わり、 それが習慣化するのは容易ではない。まず氾濫す る健康情報から各自が医学的根拠のある知識を受 けいれ、次に熊度が変容し、続いて行動変容、習 慣化する過程があり、その結果、危険因子が軽減 し、最終的には生活習慣病が予防できる。個人が 知識をもとに行動まで進化させるには介入者の技 術が必要である。また、自己肯定感が低いと生活 習慣の変容が難しいことから、これを高めること も必要である。我々は完全に危険因子をなくし、 生活習慣病を予防できる介入手段をもちあわせて いない。しがたって、健診で得られた数値にこだ わりすぎると、不安だけを残してします危険性が あるため、「測定値は少しでも改善すればそれな りの効果はある」「生活習慣の改善はできること から始めよう」という姿勢で取り組んでいる。最 初から高い目標を立てても多くは挫折してしま う。信頼関係を築き、生活習慣、栄養に適した実 践メニューを示し、少し努力すればできそうな短 期目標をまず立てて実践する。

介入後は、動脈硬化のもっとも高い危険因子だ

といわれているLDLコレステロールに注目し、昭和 60 年から追跡してきた。ハイリスクグループの介入評価のため、高コレステロール出現率の年次推移を見ると、1988 年の中学 1 年生が小学校 4 年生で介入された最初の介入集団になるが、その後の横断推移をみると、高LDLコレステロール出現率は減少傾向となり、この結果からわれわれのハイリスク介入は有効であったことが示唆される。また、この展開をモデルにして肥満対策にも取り組み始めている。

特別発言

「運動器の検診体制の整備・充実を」

東京大学大学院身体教育学講座教授

日本医師会学校保健委員会委員 武藤 芳照 運動器の健診体制の整備・充実について大学の 身体教育講座の教員、また整形外科医、日本医師 会学校保健委員会委員、「運動器の10年」日本 委員会の委員の立場から発言させていただく。

運動器という言葉は、一般的には運動器具と捉える方が多いが、循環器、消化器、呼吸器と並んで、骨、関節、筋肉、腱、神経などをもって運動器している。

2000年から2010年を「運動器の10年」世界運動は、1998年にスウェーデンのルンド大学のリドグレン教授が提唱し、翌年、国連のアナン事務総長が支持を表明しているもので、2000年から2010年の10年間、WHOや世界の96か国と地域が協調して活動しており、運動と運動器の大切さを知り、けが、故障、病気を減らしていこうという運動である。

子どもから高齢者まで、身体を通して自己を表現することの骨格になるものが運動器であり、特に児童生徒たちに運動器、そして運動の大切さを知ってもらいたいというのが私達の願いである。

ここで、文部科学省が先月発表した児童生徒の体力、運動能力の状況をみますと、20年前に比べて、体格は向上しているが、体力、運動能力は依然低い水準にあることが指摘さている。しかし、私が20年前に医師として活動し始めた頃も同じことが言われていたので、おそらく50年前くらいこの傾向が続いている。

昨年から文部科学省が、運動の実践の具合と体力、運動能力の関係を示しているが、一言で言えば、体力、運動能力の低下の度合いは、運動、スポーツをしていない子どもの方がより大きいことが示されている。例えば、毎日運動する子どもから、「時々」「時たま」「しない」とグループ分けをすると、11歳の男子・女子を比較しても体力の低下の度合いは運動、スポーツの実践と極めて強く相関していることが示されている。

さらに、先程来問題になっている生活習慣と体力、 運動能力の低下との関連が示されており、正しい 生活習慣が身に付いていないと思われる群の体力 は低い傾向を示す。例えば、朝食を食べない、睡 眠時間が短い、テレビ視聴時間の長い、といった 子どもは体力低下の傾向が大きく、生活習慣と体 力、運動能力の低下とは極めて強い関係があるこ とが示された。

子どもの運動と身体についての現代的な課題については、私は二極化と捉えている。つまり身体活動とスポーツは、過度の状態はスポーツ外傷・障害を招き、一方これらが過小の状態は体力低下として、生活習慣病を来す。これらを予防、教育するために学校医、さらには専門医が参画し、子ども達の体力向上、健康増進、スポーツ外傷・障害の低減に努めることが社会的使命と考える。

ところで、学校における運動器検診の整備・充 実の効果を捉えると、

①スポーツ障害の早期発見と悪化の予防に繋がる。

②学校専門医による身体活動や運動、スポーツ医 に対する専門的な指導や教育に繋がる。

つまり予防と教育である。

学校・地域保健連携推進事業については、もともと学校と地域保健が連携し、学校の要請により、精神科、産婦人科、皮膚科、整形外科の専門医の派遣を行う等、教職員への指導・助言、児童生徒の心身の健康相談や健康教育を行う国家的事業である。平成16年度は2億1,100万円、1都道府県当たり約448万円の予算で発足した。しかし、47都道府県の事業実施の質的・量的な内容は予想より低いと財務省で裁定され、17年度は1億6,800万円(1都道府県当たり357万円)に減額された。さらに18年度は1億5,200万円(1

都道府県当たり323万円)とさらに減額された。 来年度については本年度と同規模の予算により事業が継続されるとのことである。こころの問題、 性に関する問題、運動器、スポーツ障害の問題、 アトピー性皮膚炎などアレルギー疾患の問題など に専門的に対当しようという国家的施策である。

専門医の主な活用状況をみると精神科医がもっとも多く、続いて産婦人科医、整形外科医、皮膚科医となっており、運動器、スポーツ障害に関する専門的な対応が学校現場から求められていることが分かる。

ご承知の通り、学校における健康診断の関連法規は、昭和33年に制定された学校保健法および学校保健法施行令、学校保健法施行規則であり、就学時健康診断については市町村教育委員会、定期健康診断については学校が主体となっており、いずれもその結果に基づいて事後措置が定められている。検査の方法については、就学時健診は政令第2条、定期健診については規則第4条で定められているが、いずれも文言は同じであり、「脊柱および胸郭の疾病および異常など」である。四肢、関節への対応が必要であるとして平成6年12月4日付け文部省体育局長通知で補足事項となった。その中には、脊柱および胸郭の検査の際には併せて骨関節の異常および四肢の状態にも注意することという情報伝達がなされている。

そこで、「運動器の10年」日本委員会では杉岡委員長のもと、現在の学校健診における運動器検診体制の整備・充実のためのモデル事業が推進されており、平成17年度、18年度それぞれ予算800万で、北海道、京都府、徳島県、島根県の4グループにより継続中である。

この中で、島根県グループの報告によれば、脊柱の視診について学校医の先生方は7割程度、四肢の検診については3~4割程度であることがわかった。そして運動器検診を実施して頂くと、4,827名の1次対象を追跡すると、最終的には12%に異常があることがわかった。スポーツ障害がもっとも多く、次いで脊柱側わん症であるが、これにより推定罹患率を出すと全体で約7%であることがわかった。これを学校保健統計調査結果の他の疾患と比較すると、肥満傾向3.6%、心臓疾患0.55%、ぜんそく2.85%であり、運動器疾

患の7%は高い値であることがわかる。

そこで私達は、現在の検診体制、予算措置の大きな変更を伴わないで実効ある体制作りをしたいということで考えているのが、問診の中の保健調査の内容に運動器に関することを組み込む→1次検診を学校医の先生方に実施していただく→専門医療機関で受診して頂く→学校に報告する、という流れである。ただし1次検診の仕方、専門医療機関受診の受け皿体制の整備が課題であることは承知しており、現在「運動器の10年」日本委員会学校保健委員会においてこの問題を検討している。

例えば、徳島県グループから報告のあった、野球に伴う右上腕骨しょうとう骨軟骨障害の小学4年生の例(野球歴1年、9歳男子)では、1次検診で異常が発見され、内側の肘が痛いという訴えであったが、レントゲンを撮ってみると、外側に明らかな骨軟骨異常が発見された。これを追跡して保存療法で1年間経過観察し、手術をすることなくまったく問題なく治癒したケースである。したがって、私達は運動器検診体制の一層の整備のための学校保健関連法規の改正の必要性であるが、

- ①児童生徒の運動器疾患、特にスポーツに伴う骨軟骨障害が多発している。
- ②一方、児童生徒の体力、運動能力の低下傾向が 続き、運動過多と過少の二極化減少により、児童 生徒の健全な運動器の発育、発達が阻害されつつ ある。
- ③運動器検診は運動器疾患、特に骨軟骨障害の早期発見に有効で、適切な保存療法を実施することにより、形態的、機能的修復が可能である。
- ④一方、運動器の形態異常、機能不全を早期に発見することにより、健全な運動器の発育、発達を促し、子どもの体力、運動能力の向上に結びつく。 ⑤このような横断的かつ縦断的な障害予防対策と運動器検診の実施の徹底には、国家的仕組み作りと強制力が必要である。

以上のことから、調査をし、さまざまな手続き を踏んでいる最中である。実際には検査項目についての法規(政令第2条、規則第4条)を「脊柱 及び胸郭、骨関節および四肢の疾病および異常」 と変えるか、もしくは「運動器および胸郭、疾病 および異常」と変更してほしいとの申し入れを文部科学省の青少年スポーツ局長に「運動器の10年」日本委員会委員長の杉岡委員長と私が説明を行ったところである。

いずれにしても、「予防に勝る治療はない」ということから、「Education」とはもともとは、子ども達の持っている能力を引き出すということであり、予防として健康教育の実践が極めて大事である。

質疑応答

○ 学校医の守備範囲が整形外科、産婦人科、皮膚科、精神科とどんどん広くなっているが、先日、朝日新聞に日本医師会が「学校医は児童生徒の駆け込み寺」という1面広告を出していた(注:平成18年10月24日朝日新聞朝刊)が、私たち学校医の体制がまだまだなのに、そういう広告を打って、私たちが本当に駆け込み寺的な受け取り方ができるのか、日本医師会に広告の意図するところ、また学校医の今後の体制についてお尋ねしたい。

回答(内田日医常任理事):大変厳しいご意見をいただいたが、今回の広告に関しては背景がいろいろとあり、実は広告を出すことが決まった段階で私のところに話がきた。本来であれば、日医の学校保健委員会、理事会で検討した後に出すべきところであるが、それがなかった。広告の内容についてもいろいろとご批判をいただいているところであるが、一方で市民8,000人を対象にしたアンケートでは、概ね好評であった。ただ、現場で広告の内容に伴うだけの対応ができるかという点は課題として残されていると認識している。

○ 産科医にとって養護教諭から生徒の妊娠に関する相談は大変シビアな問題であり、養護教諭から中絶の相談を受けたこともあった。河野先生のご発表の中に保護者の関与について触れておられなかったので、その点について伺いたい。

回答(河野先生):県との話し合いの中では、学校・地域保健連携推進事業のアドバイザーは全部

を引き受けてしまうと負担が大きくなるので、基本的には養護教諭からの電話相談ということだった。受診されない場合が大変であるが、養護教諭を励ましながら生徒から保護者に相談の上受診してもらうようにしている。

○ 学校・地域保健連携推進事業における研修会の講師について学校側が「この先生をお願いしたい」と指名して依頼してこられるが、医師会としてはなるべく多くの専門医に講師になっていただきたいと考えるが、良い方法がないかお尋ねしたい。

回答(内田常任理事):教育委員会と医師会との連携をよくしていただくということと、もう1点、今年度、日本医師会では健康教育に関する講演会で使用する教材をデータベース化して日本医師会のホームページに集積し、それらを使用していただくことで、多くの先生が適切な健康教育をすることが可能になるので、そういう体制を作っていきたい。

座長:島根県では、当初は行政主導であったが、 平成17年度より学校医部会がこの事業に入り込んで連携を密にし、行政と医師会とのタイアップ によりアドバイザーを任命するなどの形をとって いる。

○ 生活習慣病予防対策については厚生労働省で も 40 歳以降について進めているが、幼稚園、小 学校のうちから対策を行っていくべきであり、腎 臓検診、心臓検診のように学校保健法の中で行う ことを考える時期に来ているのではないかと考え るが、日本医師会のお考えを伺いたい。

回答(内田常任理事):ご指摘のとおりだと思う。 40歳以上からの健診・保健指導で成果を上げる には莫大な費用もかかり、どれだけの成果を得ら れるかのエビデンスもないということが言われて いる。その中で私自身も学童期からの生活習慣病 対策を健診・保健指導も含めて取り組むことが非 常に重要な課題になっていると思うので、今後文 部科学省との話し合いの中で、その辺りのことを 詰めていきたいと考えている。

○ エイズ教育に関する講演の依頼があり、高校の保健体育の教科書を軸に講演を行っているが、5年に1度改訂されている教科書の中では、事実を認知するためのデータがすべて消されて、理念的な文章ばかりの教科書になっている。やはりエビデンスをきちんと示して講演を行うべきではないかと考えるが如何か。

回答(内田常任理事): 現場の先生方が講演される際のデータ集積の中で、よりよいものを作っていくということを現在考えているので、今後の課題ということで承りたい。

回答(松本先生):講演をする際は現場の先生に 「この段階の児童・生徒にこのレベルの話は理解 できるか」ということを聞き、理解できる言葉を 使って子ども達に語りかけないと意味がない。ま た、数字を見ても、平成4~5年頃は日本におけ るエイズによる年間死亡者が60人くらいであっ たものが、ここ5~6年は20人くらいである。 インパクトのある数字により性感染症の恐ろしさ を伝えたいが、数字は常に変わっていく。今の数 字だけを覚えさせると、その数字だけが頭に残る ので、そのため最近では「数字は常に変わってい くものだから、一生の健康管理は自分で考えてほ しい」ということを言っている。健康教育を、生 涯にわたる健康管理を考えさせるチャンスと捉え たい。現場の先生方によると、医師に話をしても らうと難しい話をされるので、教員でも理解でき ない、もっとレベルを下げてほしい、と言われる。 私達が言いたいことと、学校側が求めていること、 子ども達が知りたいこととの間にはかなり乖離が あることを感じている。

フロアから関連発言:私の子どもが医科大学の最終学年であるが、子どもの友人 4 人がHIV検査を受けたところ3 人がポジティブであったとのことである。このような現状に非常にショックを受けたが、さきほど松本先生から「寝た子は起こしてでも」教育をしなくてはいけない時期にあると思う。

コメント (内田常任理事)

本日は大変厳しいご意見をたくさんいただいたが、学校保健の現状はそれだけ厳しいものであると認識している。

本日は学校・地域保健連携推進事業もテーマの 一つであったが、この事業は平成16年度から3 年間の事業の予定であったが、来年度もほぼ現状 どおりの予算請求をして認められる方向にあると 伺っている。ただ、このモデル事業はいつまでも この形で続けるというわけにはいかないという問 題がある。今後、国、県、市町村からの予算が付 かなければ事業の継続は望めないので、今後はぜ ひ、現場の先生方と行政との風通しを良くしてい ただくとともに、日本医師会と先生方との協力関 係の中で、この事業を継続・発展させていかなけ ればならない。そのためには、一つは教育現場と の連携、そして教育委員会との連携、さらには日 本医師会レベルでは文部科学省との連携というこ とがあるし、もう1点は、この事業をさらに充実 した内容にするために日本医師会として、データ ベースを作っていこうと思っているので、それを 現場の先生方でご活用いただければと思ってい る。

今後も現場の先生方の多様なご意見、ご助言を いただきながら取り組んできたい。

特別講演 「小泉八雲と松江」

講師:早稲田大学大学院教授・

国際言語文化研究所長 池田 雅之

座長・コメンテーター:

島根県立島根女子短期大学助教授 小泉 凡

講演に先立ち、小泉八雲の祖々孫にあたられる

小泉凡氏がコメントを述べられた後、池田先生の講演に入った。

八雲は明治 23 年来日し、明治 37 年東京で没するまでの 14 年間、松江、熊本、神戸、東京と移り住んだが、松江には 1 年 3 ヶ月しか滞在していない。しかし、八雲と言えば松江という印象が強く、その理由として、八雲が生まれ故郷のギリシアをユートピアに見たてていたように、古き良き日本の象徴である松江および出雲地方もまた八雲にとってはユートピアとして捉えていたものと思われる。

小池先生は、昨今の子どもを取り巻く状況から、「鎌倉てらこや」という活動に取り組んでおられ、この中で子どもに朗読をさせることで情感と思いやりの心を育てること目指している。ところで、八雲の文学は「耳で読む文学」ということができ(擬声語・擬音語のおもしろさ)、朗読や読み聞かせには大変適している。また、八雲の作品の中には昔の日本人の生活のたたずまいの中に、日本人特有の美意識などが描かれており、八雲の作品は子どもを育てるのは大変よいテキストである。

〔報告:常任理事 濱本史明〕

新自動車総合保険・住宅総合保険・店舗総合保険・家庭総合保険・積り火災総合保険・タチ (一保険・積立ファミリー交通制書保険・積立家族制書保険・交通事故傷書保険・医師賠償 保険・所得種機関策・国内銀行傷書保険・ゴルファー保険・ハンター保険・つり保険なぎ

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

由福株式会社

TEL 083 822 2551

第 18 回介護保険対策委員会

と き 平成 18 年 11 月 16 日 (木) ところ 山口県医師会館

[報告:理事 田中 義人]

第1758号

木下副会長挨拶

大変お忙しい中、こうしてお集まりいただきま してありがとうございました。特に県の方からは 長寿社会課から鶴田様、藤井様、医務保険課から 淺野様にご出席いただき御礼申し上げます。平成 18年4月、改正介護保険法の施行が始まりまし た。それと同時に診療報酬の改定もありまして、 また、6月には医療制度改革関連法案が可決され、 この10月から一部導入されるという事で、これ らは介護保険と医療保険を連動させていずれも医 療費抑制の政策であることは間違いない。政府の 政策としては今後5年間も社会保障費を削減し ていくという方針ですから、これらの法案がそう いう方向に向かっていくのは間違いないと思いま す。去る 10 月 25 日の中医協の総会におきまし て日医による療養病床の再編に関する緊急調査の 結果が発表されました。これによると調査データ から割り出された結果は医療難民が2万人、介 護難民が4万人でるのではないかという試算が 発表されております。この数がこれ以上増えるの か、あるいはもっと減るのかは定かではありませ んが、しかし、医療保険適用型、介護保険適用型の療養病床で、23万床も減らすということになれば、いずれかなりの難民といわれる方々が発生するというのは間違いないと思われます。この度の医療制度改革関連法案は、三位一体改革とも密接な関連がありまして、県の行政におかれましては山口県で多くの介護難民が発生しませんように山口県独自の取り組みについてご配慮いただきますようお願い致します。山口県医師会としましても地域医療、保健、福祉に積極的に関与して県民の医療と健康に充分寄与したいと考えています。本日は主に介護保険対策のさらなる充実を図るために協議する会議でございます。実りのある協議を期待して挨拶とさせていただきます。

協議事項1

療養病床アンケートについて ~現在の状況と今後の進め方~

山口県健康福祉部医務保険課 概要ということに なる。今、県において取りまとめを行っているの で数字は出せない。

出席者

委 員 長 副委員長 委 員 木下 敬介(県医師会副会長) 佐々木美典(県医師会常任理事) 西村 公一(県医師会常任理事) 湧田 幸雄(県医師会常任理事) 弘山 直滋(県医師会理事) 田中 義人(県医師会理事) 木下 毅

斎藤永西村敏郎村田秀雄

玉田隆一郎

吉岡 春紀

県医師会

会 長藤原淳

県長寿社会課

調整監 鶴田 宗之

県医務保険課

調整監 淺野 晃臣

山口県介護支援専門員協会

会長 松井 康博事務局長 久野 隆一

12月4日までに国に結果を上げる。それを国 において集計、分析し、来年の2月に公表する。 県段階での公表は国の指導もあり公表できない。 まず、調査対象は療養病床を有する全ての医療機 関だ。当初、県の医師会に話した時は121医療 機関だったが、最終的なものは回復期リハビリ テーション入院料のみを算定するところ、病床 を休止中のところは調査対象外であるから、113 医療機関、79病院、診療所34になった。調 査の内容は療養病床の概要と療養病床の転換意 向、それと入院患者の状態だ。調査票の回答期限 10月末日。現時点で5つの診療所から回答がな い。調査対象の病床数は全体としては医療病床が 5878、介護病床が、3654床、あわせて9532 床になっている。先ほど述べたように回復期リ ハの入院料を算定しているところは対象外だ。こ れが492ある。これを除いたものが9532だ。 現時点で回答をもらっているのが、医療病床で 5858、介護病床で3634だ。あわせて9492床で、 もう少し待たないと結果は出ない。一番関心の高 い医療区分に関して言えば、日本医師会が中医協 に出された数字では医療区分の1が42.1パーセ ント、医療区分の2が45.2パーセント、医療区 分の3が12.7パーセントになっている。山口県 の状況を見ると、医療区分の2についてはほぼ 同様の数字になっているが、医療区分1につい ては何パーセントか低い数字になっている。逆に 医療区分の3については高めの数字が出ている。 今後の進め方だが、5つの医療機関から回答がな いので、基本的には調査依頼という事で引き続き 提出の依頼を行い、取りまとめが出来た段階で、 提出をし、来年の2月に国の方から全国集計結果、 県の結果が分かった段階で、公表する。調査内 容については療養病床の概要、転換意向、状態と いうことでやっているが、療養病床の転換意向に つても情報があまりない、今後どうなるか見極め たいということで未定のところが多い。また、と りあえず医療の療養病床として残りたいというこ とが大きかった。介護施設への転換を考えている ところはそんなに数が出ていない。調査票の最後 のところに自由記載欄というところを設けている が、その中については30の医療機関から記入を いただいた。このような調査をして医療区分なり

ADL区分なりを決定するのが筋だが、そのような流れになっていないので、この調査に協力しがたいとか、医療区分の1については今でも医療の必要度の高い方がいるので医療区分の2を広げて高めの診療報酬で対応して欲しいという国なり県に対する要望が多かったのが印象的だった。

木下委員 数を公表出来ない理由は何か。

県医務保険課 物理的に公表出来ないという事ではないが、国に提出してあらためて国の方も医療経済研究機構というところに委託しているが、そこと調査票を出された医療機関とのやり取りも想定される。数字も動く可能性もある。現時点では公表を差し控えたい。

木下委員 県の整備計画を作成するのは2月以降になるのか。

県医務保険課 国の指針というものが3月に予定されているので、それを受けて基礎数値を把握するので、それ以降になる。

吉岡委員 山口県独自の数字を出すためには我々に知らせるべきだ。国の平均値が出ても役に立たない。国が全国の平均値を出した時、山口県との差はどれだけあるのか。それがどこに活かせるのか。まとめたらこういう結果だったということは知らせてもらっても問題ないように思う。県内での回答率を見ると素晴らしい。日医のものは5割を切るような状況だ。あれはもっとみんなが回答して回答率を出せば良い。同じ調査をやられたら大変だ。一つ一つの調査に回答するのが大変だ。今回の場合は県の話だ。

県医務保険課 調査自体は県という事になっているが、実質上は国の調査という事で国が様式を定めている。県としても基礎数値が出ても国の指針が具体的に出ないと検討作業は出来ない。

吉岡委員 全国レベルになった時には、例えば国の指針というものは各県各県に合わせた実状で指導していくのか。例えば、介護施設、老健なり療

養病床はみんな各県でバラバラだ。どうするのか。 全国レベルでやられたらおかしな事になる。まず 県がどうしたいのか出していただきたい。

県医 2月に公表されてから、県ではもっと細かい数字が示されるのか。療養区分の3が多いような傾向だと、地域差もあるのではないか。

県医務保険課 高知県で7月時点で調査をした時に公表されたものを見ると、保健医療圏別にも出している。具体的なフォーマットについては示されていない。地域差はあると思うので、そこは示さないと次のステップにつながらない。

県医 山口県は街が分散しているので地域によってかなり要介護度にも差がある。

県医務保険課 ケア構想が医療費適正計画や保健 医療計画等に反映されるので医療圏別に数字を示 すことが出来ると思う。

県医 来年度夏以降に地域ケア整備計画を作る時の参考資料になるデータだが、国の示す次期介護保険整備計画の参酌標準と今回の療養病床のアンケートの結果というものは、つながりがあるのか。

県長寿社会課 次期介護保険計画の参酌標準はこの療養病床の転換が円滑に行われるように配慮すると法の附則で謳われているので、今回の結果も踏まえて、国としては次期の介護保険事業計画の参酌標準を出してくると理解している。

県医 平成 18 年の秋のデータを見て、平成 21 年度以降の参酌標準の計画というのは厳しい。少し、また後に同じような調査をするのか。

県長寿社会課 今までの国の参酌標準の出し方は いわゆる公に調査をやって出しているというふう には理解していない。

木下委員 国と県の責任のなすり合いをしている ようにも見える。国は整備計画を立てるのに都道 府県の実績を積み上げた数字で計画すると言って いる。調査票に対しても国は標準的な様式は発表 するが、都道府県がいろいろ変更してやってくれ と言っている。かなり都道府県に主体性があるよ うに思えるが、国がやらないから出来ないという のは、双方の言っていることが違う。

県医務保険課 先生の言われるとおりだが、県としても国が示した様式のみで調査をやったわけではない。一部は修正している。基本的には国のフォーマットを使ってやった。責任の所在がどうなのかと言えば、何とも言えないところもある。

木下委員 是非人口構成とか老齢化とかを見て山口県独自の計画を立ててもらいたい。

県医 木下委員が出ている日本療養病床協会の方の医療区分の見直しの話だが、現行の医療区分については厚生労働省は変更しないと言っているのか、それとも見直した上でまだ変わる可能性があるのか。

木下委員 中医協で検証するようにと言われている。それに対して今年中に調査をするという事だ。 年内に調査をやりたい。患者情報の調査と一分間 タイムスタディーとコストの調査と今度入りのが 病院長の意向等がある。年度内に集計したい。

県医 現在の医療区分で日医も各都道府県も調査 したが、医療現場から見ると医療区分は妥当では ないという意見がみんなにある。もし医療区分が 見直されて、医療区分の1と2と3の中身が変 わってくると地域ケア整備計画にも大きな影響を 与えるし、参酌標準にも大きな影響を与える。ま ず先生方が言われているように医療区分の見直し が先ではないか。

木下委員 それが再来年の診療報酬改定に出てくるかどうか。医療区分の1の解釈という事で、ある先生も質問して医療区分1は医療療養に入院の必要がない人という解釈なのか、介護保険でみるという解釈なのか、かなりいろいろな質問があったが、医療区分1はどうも介護保険でみていくということではないかというニュアンスで受

け取れる。

県医 木下委員が前から言われていた慢性期のある分科会の当初の医療区分の目的が最初から社会的入院をどれくらいと決めて、それを医療保険からはずすように利用した。

木下委員 そこの議論をやり直すという事で、医療区分2と3については随分議論があったが、 医療区分1については2と3以外という事で位置づけについては全く検討されていないので、今後検討しようということにはなっている。

西村委員 国が考えている事がそのまま行われれば、かなりの介護難民が出るのではないか。そういう点、代替策があるのか。

県長寿社会課 今回のアンケート調査を踏まえて、来年度地域ケア整備構想を作って、そこで大枠の転換を含めた、マスタープランを作る。介護保険の方で言うと次の計画が20年度が見直し時期だから、その地域ケア整備構想の絵姿を踏まえて次の計画を作成し、具体的な転換枠を計画の中に盛り込んでいく。実際の病床の転換については平成21年度以降にやらざるを得ないのではないか。その前の段階をどうするのかはまた、検討しないといけない。平成20年度まで今のままで待っていれるのか、分からない。そこは計画と別途対応を検討しないといけない。

西村委員 別途の計画においては市町の状況に応じて、市町の方で上げていけば、認めてもらえるのか。そういう事はあり得るのか。

県長寿社会課 基本的には特養なり老人保健施設なりの整備については今の現行計画で数値目標を作っているので、その範囲でしか動けない。今から整理しないといけない。病床の転換というと21年度以降の話になる。手があるかないかと言えば苦しい。その前に病院から出てくる方の受け皿を、今の計画の中でどうするかは苦しいがそこは計画とは別途の所で検討する必要がある。

県医 この度のアンケートで療養病床を他の施設 に転換する希望は取られているのか。

県医務保険課 転換の希望ということで言えば、 介護施設に転換意向があるのが20パーセントだ。 未定が30パーセントだ。残りが引き続き医療病 床でということだ。

県医 次の整備計画でこういう意向も取り入れられるのか。

吉岡委員 今の意向をそのまま取り入れられることはないのではないか。まだ、転換計画が示されていないので、それに対応できないでいる。それを希望を聞かれてもどうしようもない。こういう形で転換してよいという基準が示されて応じるのか応じないかが出せる。何も予定もない。例えば目標もない。今は出ない。

県医務保険課 転換プランなりは構想で示すこと は出来る。確かに考える前提がないのに、調査を するのは問題があったかと思う。

吉岡委員 だから山口県ではこういう転換計画を示すからどうですかというなら、回答できる。一つの問題は老健にするには部屋を大改造しなさいという事ではどこも手が挙がらないのではないか。

県医 介護療養病床は廃止になるにしても、医療療養病床を6割削減するところを、3割削減しませんと言ったらどうなるのか。何か国は県に対して指導なりするのか。

県医務保険課 今のところ、何もないが。傾斜配分になるのか。それぞれの実状を踏まえて各県ごとの数字が置けるのか、何とも言えない。ただ15万床に関しては堅く守っていきたいという思いはあるようだ。具体的には何もない。

県医 新聞報道では6割削減するように決まってあっても、木下委員が出られていた会議では厚生労働省の課長は「あれはあくまで、推計値だ」

と言って逃げていた。

木下委員 あくまで 15 万床というのは推計値でという事で、老健局はあれを発表した時点で、医療療養の医療区分 1 が 5 割、介護療養の医療区分 2・3 に相当するのが 3 割程度、その数を足したものが 15 万床ということだ。ごく粗い計算だという表現をしている。15 万床という推計値だけがひとり歩きしている。あまり 15 万床にこだわらない方が良い。結果的に 15 万床にはならないのではないか。国は都道府県から実際に出た整備計画の数字を積み上げたものが最終的なものになるという言い方をしている。

協議事項2

認知症かかりつけ医対応力向上研修と診療連携 体制の構築について

県医 国の事業として認知症の予防という事に 力を入れていて、医師会に関係する事業として認 知症のかかりつけ医対応力向上研修というのがあ る。山口県医師会では今年度の新規事業として、 かかりつけ医認知症対応力向上研修というものを 開始する。萩の長北医療センターにおいて、萩・ 長門地区の会員の先生方を対象にその研修を行 う。このプログラム自体は国の定めたものに従っ てやっている。基礎知識、診断、治療とケア、連 携編と分かれている。内容はスライドとビデオだ。 今年度はもう一カ所岩国で行う予定だ。

また、国が4カ所モデル事業に指定して、徳山

医師会が平成 16 年度末に引受てこの研修を会員 に実施された。周南地区の会員の先生方が参加さ れた。そのときの様子を西村委員から紹介しても らう。

西村委員 徳山医師会としては認知症に対する地域ケアの仕組みを作るという事を重点的に進めてきている。

まず、最初に正しい知識の普及という事で、地域住民、ケアスタッフ、医療関係者を対象にフォーラムを平成15年から実施している。県が進めている地域リハビリテーション構想の中で、周南圏域の中の一つの事業に組み込んでこれを進めてきている。

その中で認知症を取り上げた。その後、早期発見をするため、診断ソフトを徳山医師会病院に導入した。相談の窓口となっているかかりつけ医というのは内科の医者が多いが、内科の医者の認識が薄いと早期発見は難しいというのが現状だ。検診事業を行う場合は地域の行政との連携が重要になる。

次に、関係職種のネットワークだが、認知症の患者、家族を支える意味ではかかりつけ医の役割が非常に大切だが、行政、保健所の位置づけも重要だ。地域の中に出来ている地域包括支援センターのなかに認知症のケアの専門士というのがあり、国の資格ではないが、学会資格であり、認知症ケアの専門士というのを養成している事業もある。こういう方を1人なり配置して相談窓口の方となってもらうことも必要ではないか。また、患



者・家族を支えた、かかりつけ医が早期発見をに なった中で次は専門医への流れを作る。

また、私どもには認知症の研究会があり、平成14年から勉強会をしている。専門医の知識を医師も含めてケアスタッフに提供し、質の向上を図る試みをしている。実際、こういう事をやっても、認知症に対する知識も不足しているため、仕組みづくりが難しいことも実感している。これを進めていく中で、物忘れの相談医を手上げ方式で医師会の中に作ろうかなと進めているところだ。

次に、最初の窓口となることが多いのが内科医 だと思うが、相談医に便利になるようなスクリー ニングが出来るようになるツールが必要になると いう事で、研修会の中にOLDというものがある が、そのOLDを使ったような簡易スクリーニン グツールを上手く使えるようにするというのが一 つの方法だ。また、ケアマネージャー、ケアスタ ッフ、医療機関との連携をするための情報提供を するための統一様式を作るという事で、FAXの 送信票も作成した。後は物忘れの相談医を含めた 医療スタッフ、ケアスタッフの研修会を定期的に やっていくことも重要だ。特に広範囲の行政区域 では、1回、2回では難しいので、行政区内のエ リア別に行うことを検討している。そのためには プログラムが必要なので、プログラム作成と人材 育成が必要である。

また、最後にかかりつけ医の対応力向上研修モデル事業の確認事項として、①認知症高齢者の現状について理解している。②認知症の定義や病態について理解している。③中核症状と周辺症状の違いについて理解している。④アルツハイマー型認知症と血管性認知症の違いを理解している。(痴呆を認知症と置き換えている。)⑤治療が可能な認知症について理解している。⑥認知症に間違いやすい状態について理解している。⑦認知症は、早期発見が重要だと認識している。⑧認知症患者の家族に対して適切なアドバイスと対応ができる。⑨介護保険制度や介護サービスなどに関する理解をもっている。⑩認知症患者に関して、ケアマネージャーや地域資源との連携、協働ができるという事だ。

県医 県と県医師会がやる仕事、郡市医師会がや

る仕事、それぞれ役割分担があると思うが、どうか。

西村委員 郡市医師会では窓口になる所を作らな ければならない。簡易ツールについては研修会の 中でどれを使っていけば良いかを具体的に提示し た方が良いので県の医師会の仕事だと思う。地域 で状況が違うので、ケアマネとの合同研修会等を 開催するのは郡市医師会でやる。統一した情報提 供するための様式があればお互いに情報を共有す る際には良い。これは県の方で進めていくのが良 い。郡市での教育のプログラムを企画するのは県 の医師会がして、どこまでを研修を受けている方 が習得できているか数を出していかないと、研修 しただけに終わってしまうので、早期発見から治 療に結びつけるのは難しい。そのためには人材を 育てないといけない。これは郡市医師会と県の医 師会が共同でやるべきだ。キーパーソンを育てる ことが大切だ。

県医 周防大島でモデル事業があって集団検診によって認知症の早期発見を行うが、個別でやるとすると、一般のかかりつけ医全部でやるのは難しいとして、周南地区の物忘れ相談医等の方に早期発見の事業を委託しやっていただくのも一つの手ではないか。

県長寿社会課 一つの手だと思われるので、検討する。

県医 日常診療の限られた中で、どうやってポイントを絞っていくか。またはっきりと重症度を分けられる方は相談するところは分かるが、日によって変化する方、認知症としての症状だけをもっているわけではない方、そういう方をかかりつけの次の段階で診ていただく方、専門まではいかない方の相談をどうするか。

西村委員 確かに短い時間で見つけていくのは難しい。そのために相談医に一番便利な短時間で出来る方法とは何かなと皆さんで検討してもらいたい。こういうので窓口でチェックしてもらい、それを見て診察の中で自分に手に負えなければ次の

段階へという流れだ。それにはやはり専門医だ。 専門医のどこに持っていって紹介するのかも郡市 の医師会の中で作っておかなければならない。具 体的に専門医の空いている時間等も知りたい。

県医 確定させる方法、画像診断的なものもあると思うが、導入されているところが少ない。例えばMRIの機械はあるが、ソフトの問題だ。診断ソフトがないと難しい。整備するのも必要だ。

西村委員 医療機器の問題だが、PETやSPECTを使う方法とVSRADというソフトがある。これはエーザイが持っている。そこと共同で話しが進んでいたので、導入し、まだ、使って半年にもならないので、成果が出れば話したい。

協議事項 3-1

ケアマネージャーとかかりつけ医の連携につい て

県医 2006 年度もケアマネタイムアンケートを 昨年度に続いてやったが、項目を追加した。 追加した項目はケアマネからの連絡の増減などを 入れた。ケアマネタイムアンケートの結果で変化 があったかどうか聞いた。

各医師会員がケアマネと連携を図る上でどの時間が空いているのかを皆さんに示して、ケアマネに連絡してもらうためにやっている。ケアマネから連絡があったかというと「有り」が多いが、連絡の増減についてはあまり変化がなく、ケアマネタイムを利用したわけではなく、従来から連携が図られているところがあったのではないか。ケアマネタイムを導入した結果がはっきりしていない。ただ、在宅をやられている先生を見ると増えている所もある。少しの成果は見えてきている。また、ケアマネタイムの存在を認識されていない先生方もいる。

斉藤委員 全部市町に行っているのか。

県医 ケアマネの協議会の方には行っているが、 行政の方には行っていない。 **ケアマネ協会** 県の協会の方でデータを管理していて、それぞれの地域で必要と思われるものを申し出て、そのエリアの情報を出している。

県医 ケアマネの方が書類だけを置いて帰る場合がある。下関市ではほとんどケアマネの方がケアマネタイムの事を知らないのではないか。

県医 各郡市医師会の担当理事の方に地域のケアマネの協会の方と連携をとってやって欲しいと言っている。各地区で行政、ケアマネ協会と医師会で連携が取れれば上手くいく。

ケアマネ協会 我々の協会でも各地域で温度差が あるのも現実だ。県の事務局としても模索中だ。

県医 ケアマネの各地区の担当者と各郡市医師会の担当理事同士の名簿を交換するのも良いのではないか。

吉岡委員 全県のアンケート結果を配布するのも 良いが、地区ごとのアンケート結果を配布する方 が効率的だ。

県医 今度下関市で医師会とケアマネの懇親会を 初めて開く。

県医 末端のケアマネージャーの方と医師会のこ ういう事に興味のない先生方にはなかなか伝わら ない。宇部市では病院から在宅に至るのに紹介制 度を設けているが、毎年新しい先生が来られるご とに広報をするが、そういう制度があって健康福 祉センターに連絡すると、そこで全て手配して、 全部の患者を受け入れるシステムを作ったが、な かなか機能していない。だいぶ認知されてきてい る。宇部市ではサービス調整推進会議をやってい るが、ケアマネの代表者の方が来た時に、この話 をしたが末端の方はそんなものがあるのかという 認識で、医者の方もそういうものを出したことが あるというぐらいの感覚だ。ケアマネの方も新し い方が出て来られるし、医者も新しい方が出て来 られるので、その都度こういうものを利用して欲 しいと言わないと進まない。

ケアマネ協会 行政もこのケアマネタイムアンケートを利用できるようになれば、連携がより進むのではないか。ケアマネージャーについては更新の研修の場でケアマネタイムを活用していけるようにという事で、講師にあたる方に、こういう要素を盛り込むようにお願いもしたい。

県医 個人情報の事を厳密にやるとやりにくくなるのではないか。名簿の中身も刻々と変化していくので、地区ごとに作成するのがよい。これをホームページに載せるのも良いかもしれない。地区対応の方が小回りが効くだろう。

木下委員 個人情報という話も出たが、これは事業者情報なので、オープンな扱いで良いのではないか。

ケアマネ協会 なかなか活用出来ていないというのが、我々の印象だが、積極的に活用している地域もある。その特徴として、ケアマネ協会の会長をお医者さんがしているところ、ケアマネタイム導入前に連携が密であったところはさらに連携が取りやすくなった。それと、核となるケアマネがいたことである。地域の連携の窓口となる方を明確にしたい。また、ケアマネタイムの捉え方として、連絡だけと理解している方やケアカンファレンスという形で時間をかけてしたいと思っているケアマネがいてそれぞれバラバラだ。先生方にご迷惑をかけている面もあった。

西村委員 ケアマネの協会には全員が入会しているのか。

ケアマネ協会 全員は入会していない。半分以下だ。

西村委員 周南の場合は結構民間の事業所がたく さん出来ている。そうするとケアマネジャーはい るが、そういう話は知らない。ケアマネの協会の 方は一生懸命やっているが、未加入の方の活動も 多い。その辺をどう捉えるかが課題だ。 ケアマネ協会 ケアマネの研修の場、ケアマネタイムの存在を周知する活動を取り入れたい。名簿管理の部分では事業所情報として捉え広く利用したい。

玉田委員 件数は増えていない。入院して来られて、返すにあたってケアマネが誰だか探すと家族もよく分からない。そうすると、市に聞くとそれは教えられないと言われる。そういう事をしばしば経験する。そこをどう解決するのか。ケアマネの方でも来る人は来るし、来ない人は来ないと決まっている。主治医意見書に計画を立てたら送って下さいと書いても来ない。いっぱいいる。もちろん、主治医意見書が良くないこともある。

ケアマネ協会 介護保険が始まったばかりでケアマネに対して強い意欲を持って勉強して来た方も少ないのではないか。私もたまたまケアマネになった。これからは少しずつケアマネになりたいという目標を持って勉強された方も増えてくる。

玉田委員 地域包括支援センターでやっている事が分からない。主治医意見書は出すがどうなったか分からない。

県長寿社会課 地域包括支援センターはケアマネジメントで言うと要支援者を担当しているが、従来にも増して職種連携とシステム性が強調されていた。私達も実状をつかみながら、指導しないといけない。また、いろいろと教えて欲しい。

吉岡委員 地域包括支援センターに関連して、是 非指導して欲しいのは、岩国医療圏の包括支援センターの運営協議会に出るように委嘱された。た またま、先日の総合会議に出られない時に、代理 が出席したいと言ったが、駄目と言われた。旅費 等もあるから本人以外は認められないという事だ った。医師会としては知りたいので、代理が出た いというのに駄目というのはおかしい。オブザー バーとして参加は認めても良いのではないか。

県長寿社会課 主旨を踏まえた弾力的な運営協議 会の運営が望ましい。手段が目的になるとまずい。 包括支援センターを上手く運営するために関係の 団体が連携して開催するのが運営協議会だ。制度 予算的な割り切りで目的と手段がひっくりかえっ たらおかしい。

ケアマネ協会 件数は非常に少ないが担当のお医者さんに相談すると相談料が発生したり、窓口の先生に文書を出したら、返事が来て、文書料がかかった事例がある。お金がかかると相談しにくくなる面もある。

県医 是非、地域で対応することが大事だ。個人でやらない方がいい。医師会の代表とケアマネの代表で相談・連携することが大事だ。

斉藤委員 そういう事例があった場合は医師会の 地域の担当理事に相談すればよい。

協議事項 3-2

地域ケア推進事業の実施について

県長寿社会課 地域ケア推進事業というのは、今年度と上手くいけば来年度予算をつけてやろうと思っている。これはもともと在宅重視は介護保険制度の基本的な理念であるが、山口県は比較的施設サービスの比重が高いのが現状である。特に老人保健施設から上手く退所できるような仕組みを作ってみようということで、この前身事業である「高齢者在宅復帰支援モデル事業」をやった。そこを受けて、老人保健施設から在宅へ結びつけるというのが、なんとなく見えてきたので、地域の方でどう受けるかというのを18年度、19年度で検討したい。

ポイントは、各関連の職種の連携が図れるかど うかということだ。ひとつは、県の介護支援専門 員協会に委託した連携事例の収集をしている。そ れを分析し、連携マニュアルを作成したい。もう ひとつは、施設と居宅関係者の情報の共有のモデ ル的取り組みを調査、把握し、それを支援したい。

県医 在宅復帰支援パスとは何か

県長寿社会課 未完成だが、病院で使われている

クリティカルパスを改良して、居宅のケアマネと か事業者だとか居宅側の関係者がどう動くかなと いうのをくっつけて原案を作成して、県の老人保 健施設協議会にお願いして研修を委託し、研修を 通じてパスを完成させたい。

西村委員 施設から在宅へ移行というのが流れだが、山口県の場合ひとり暮らしが増えている。ひとり暮らしの方が家に帰れない。帰った場合、食事の問題が大きい。ここにどうリンクしてくるのか。

県長寿社会課 前身事業をやった時に周防大島町がモデル事業になったが、ここはひとり暮らしが多く苦戦した。そこは解決しないままきている。在宅にスムーズに返えすためにはどういうサービスが必要かを施設に聞くと地域の見守りと配食サービスが圧倒的に多かった。今年度以降のところはサービス機関をどうするのかとケアマネジメントをどうするのかを検討を深めたい。

吉岡委員 パスという限りはある人がここに入ってきて、3ヶ月くらいで返すという流れの中での対応だろうと思うが、それから先がないのにどうするのか。急性期のパスは色々あるが、療養とか長期の医療にパスを作られたらどうしようもない。どういうパスが出来るのか。

県長寿社会課 医療で使われるほど厳密なパスとは考えていない。関係職種がどう連携するか、老健ならどう在宅に返すかがひとつの性格なので、そうするためには関係職種がどう動くか、職種連携を図るひとつのツールと考えている。

県医 モデル事業の委員として参加したことがあるが、その時のイメージは、比較的入院とかが短くて、このひとなら上手くいけるのではないかという人にパスを当てはめていて、どれくらいで出来たとか駄目だとかになっている。長期に亘って転々としてきた人には向かない。

県医 急性期のパスを随分やってきたが、パスをやりながらその患者さんの目的を作っていくも

のではない。最初にこの方ならいけるという条件 の設定が重要だ。脳卒中でも重症で人工呼吸器が つくような人にパスをつくってもあまり意味はな い。そういう人にもパスは作れないことはないが、 そういう人のパスと早期に在宅に復帰できる人の パスは違う。どこが違うかと言えば、最初のその 方の条件が違う。帰れる人のパスは作れる。最初 から帰れない人と分かっている人のパスは難し い。それをパスに乗せて在宅に持っていこうとす ると失敗するのではないか。

村田委員 パスというので決めることは難しい。 受け皿がなかったら絵に描いた餅だ。受け皿を在 宅だと考えているのなら、在宅におけるケアを誰 がするのか、給食をどうするのか。各地域にきち っと出来れば施設でもパスが出来るが、その先を 決めないと絵に描いた餅になる。山口県は特に人

口の構成上、高齢者が多い。中間山村地域も多い。 独居も多い。その方達を在宅に帰すという事にも 問題がある。そのあたりに対してグループホーム、 ケアハウスをどう考えていくのか。そのあたりを しっかり県に出してもらいたい。

佐々木常任理事挨拶

本日は長時間に亘りご審議いただきありがとう ございました。介護保険制度が6年経って改正 されたと言っても、なかなか我々医師が介護保険 を上手く活用しているとは必ずしも言えない。こ れから何年かかかって、私たちや私たちの子ども 達が介護保険制度を医療保険制度と同じ様に上手 く使いこなしていけるように皆さんの意見を聞き ながら検討していきたい。ありがとうございまし た。



平成 18 年度山口県医師会学校医研修会

と き 平成 18年12月10日(日)

[報告:常任理事 濱本 史明]

不安の時代の家族とその中の思春期の子ども

講師:福島県立医科大学医学部 生理学第二講座教授 香山雪彦

香山先生は、京都市にお生まれになり高校まで和歌山市で暮らされ、山口大学医学部を1970年にご卒業になられた。8年間麻酔科に所属され、その後、大阪大学で神経生理学を研究され、秋田大学医学部助教授として勤務の後、1987年に現職に就任された。現在は脳性理学の研究にたずさわる傍ら、1992年より精神科医師や有志の看護師の人達と摂食障害に苦しむ人たちやその家族の会である「福島お達者くらぶ」の運営にかかわり、思春期の人たちのかかえる苦しさのことを考えてこられている。

先生の講演では、摂食障害の子どもたちのことを通じて、現代の社会が抱えている大きな問題を提示された。講演の最後には「親の3つの仕事」を挙げられ、今、大人にこそ求められるものが、自分の不安と向かい合わなければならない勇気を持つことだと強調された。

以下、学校医の先生だけではなく、多くの医師 会員の先生方にも知っていただくためにも、全文 を掲載させていただいた。

はじめに:生きづらい若者たち

私の本職は生理学の教師で、生理学というのは 人間を機械としてみたときに、それぞれの臓器や 細胞がどのように働き、その働きがどのように調 節されているかを調べる学問分野です。山口大学 を卒業して最初の8年間は臨床医もしていました



が、その時も麻酔科・ICUという、まさに 人間を機械としてみ て、それが壊れない ように見守るような 仕事でした。今日、 話させていただとして は人間を機械して は人間を機械して は人間をといような は人のでは何も解決 しないような「心」

にかかわることですが、それは本職と関係ないと ころで拒食症や過食症という摂食障害の人達のグ ループにかかわってきた中で考えてきたことで す。

その拒食・過食といった形で問題を見せる若者 たちは私たちの世代にはほとんどいませんでした から、若い人達のありようは私たちの時代とずい ぶん変わってしまったのだと思います。私よりも 15 歳若い精神科医である香山リカさんから見て も、若い人達は変わったと言います。それでは、 どのように変わったのでしょうか。それについて 香山リカさんは「若い人達はどうしようもないほ どの"生きづらさ"をかかえるようになっている」 と最近の著書に書かれているのですが、私も全く 同じことを感じています。

その生きづらさゆえに「死にたい」と繰り返し 繰り返し話す人達と私は付き合ってきています。 そのほとんどの人たちは何とかちゃんと生きられ るようになっていくのですが、実際に生き延びら れなかった人達も何人も見てきています。その死 に方でも、私が直接に知っている人達はひっそり と亡くなりましたが、中には「ネット心中」と名付けられる、私たちが思いもしなかった方法で自殺する人達もいます。(このような自殺についてはまた後で考察します。)

その人たちはなぜそんなに生きづらいのでしょうか。その人たちに、若い人たちを支えるべき立場にいる私たちはどのように接すればいいのでしょうか。そんなことについて私が考えていることを話させていただきたいのですが、その最初に、私が一番身近に見ている摂食障害について、少し話させていただきたいと思います。

摂食障害(拒食症・過食症)

摂食障害についてまず理解していただきたいことは、拒食症・過食症の人たちの食べない・食べるという行動は、普通の人が美しくなりたいためにダイエットする、あるいは生命維持や快楽のために食べる、というのと質的に違ったものだということです。味付けを発明した人間、特に甘味料をふんだんに使える現代人にとって、食べることは快楽であり、普通の人は食べることに快感ないしは安心感くらいは持つでしょう。しかし、拒食症の人たちはその快感・安心を拒否してしか生きられない、けれどもそれを言葉にして訴えることができない、本人もはっきりと意識できていない事情があって、その心の底にあるものを自分の命を危うくしかねないような拒食という行動でしか訴えられないのです。

過食症の人たちもその点では同じですが、拒食の人たちとは逆にたくさん食べるという行動をとるのは、その行動がその時だけ不安を忘れさせてくれるためです。(このことをある女性は「今生きているのが怖いんです。次に息を吸うのさえも怖い。その怖さは食べ物を詰め込むことでしかやり過ごせないんです。」と表現していました。)

拒食症の時は、もう摂食中枢は働かなくなっていますから空腹感に悩まされることもなく、自分が理想とするほっそりとした体型に近づいていきますから、周囲の心配をよそに、栄養失調で動けなくなる直前まで、過剰なくらいに動き回る人もたくさんいます。(ちなみに、なぜこんながりがりの体型を理想と思い描くのかは、やせた人を美人とする傾向の強いメディアが創り上げた幻想

的文化の影響は大きいのでしょうが、それだけでは説明できそうにないし、ふっくらした大人の女性の体になるのを嫌う成熟拒否という説にはあてはまらない人たちもいて、謎が深いところです。何も自由にならないこの日常の中で、体重だけは自分の意志の支配下にあるという感覚が大きいのかも知れません。)

しかし、一転して過食症になると、それは食 べたくて食べているのではなく、ただ不安が作る 摂食衝動に突き動かされて食べるのですが、食べ るとどうしても体重は増えて理想の体型からはず れる(あるいはそれを恐れる)ために、食べるこ とがより強い罪悪感を伴って気分が落ち込み、拒 食の人よりもはるかに強い苦しみの中にのたうち 回ることになります。それから逃れるためにも食 べることしかなく、指をのどにつっこんで戻すこ とを覚えると、食べ叶きのセットは、疲れて動け なくなるまで続くことになります。人々の心を癒 す歌声を聞かせてくれたカレン・カーペンターは、 あれだけ成功してもてはやされても、それゆえに さらに不安が強くなって過食を止められず、中枢 性催吐剤まで使うようになり、それで電解質バラ ンスが狂って(血中のカリウムイオン濃度が下が るのです)、ある日突然心臓が止まりました。

行動への依存という捉え方

快楽であるべきものが不安を一瞬忘れるためだけの行動に転化されてしまって、そのためによけいに苦しくなるという点では、この過食という行動はアルコールや麻薬・覚醒剤などの薬物に溺れることと共通するところがあります。アルコール依存の人がアルコールを飲むというのは、酔って気分がよくなるのを楽しむために飲むのではなくて、今のつらさやむしゃくしゃする気分を忘れるために飲むのであって、だから強い酒を一気にあおります。

さらには、薬物でなくても、ギャンブルの興奮に我を忘れて抜け出せなくなるのも同じです。 それはギャンブルの興奮やスリルを楽しんでいる のではなく、パチンコの玉をはじいている間だけ、 あるいは馬が走っている間だけ、この世の煩わし いこともすべてを忘れることができ、しかしそれ は生活をさらに苦しくすることが多くて、その苦

嗜癖 (addiction) となりやすい行動

仕事 勉強・運動 拒食・過食 買い物 飲み屋がよい 世話好き ギャンブル 人間関係・恋愛 万引き ゲーム セックス リストカット 暴力・虐待 携帯・メイル 抜毛(ばつもう) 痴漢・のぞき インターネット おっかけ

しみから逃れるにもまたギャンブルしかない故に そこから離れられなくなって溺れていき、それに 依存してしまうことになるのです。

依存を起こしやすい、すなわち嗜癖となりや すい行動を表にまとめてみました。

この依存行動の表の左列にあるものは男性が陥りやすいもの、右列は女性が陥りやすいものです。しかしそれらは明確に分けられるものではなく、今ではもうニュースにもなりませんが、パチンコにおぼれて子供を忘れてしまう女の人たちもいます。拒食や過食の男性もまだ少数だけれどまちがいなく増えてきていて、男女のどちらが多いかというだけです。これらの行動は、アルコールも含めて、合併して見られることもよくあります。

これらの行動がすべて依存だというのではけっしてなく、ふつうにおこなわれれば全く正常というものもたくさんあります。仕事はその典型で、仕事に熱中するというのは重要なことです。しかし、例えば男が、意識しているにせよ無意識のままにせよ、家族のややこしいことはすべて奥さんに任せて、それから逃れるために仕事に没頭しているなら、それは依存で、それから逃れるのが難しくなります。女性も責任ある仕事をまかせられることが増えてきている分、女性の仕事依存者も増えてきていると感じます。

繰り返しになりますが、依存というのは、本来は快楽であったり利益を与えるはずのものが、そのときのつらさや不安を忘れるためだけの行動に転化されてしまって、そのためによけいに苦しくなるけれど離れられないというもので、これはまさにアルコールや麻薬・覚醒剤などの薬物に溺れることと同じです。

これらの依存行動には、拒食について述べま

したように心の底にある言葉にできない事情を訴える意味に加えて、その利益を利用して苦しい現在を生き延びる手段としての意味があります。私は若い人たちには、「そのような行動はかまわない、過食でもリストカットでも、やって生き延びよう、生き延びていれば生きていてよかったと思える時が必ず来る、それを私は経験として知っている」と伝えています。(ただし、薬物依存は生き延びる前に体も脳もぼろぼろにしてしまうので、絶対に止めなければなりません。もう一つ、人間関係への依存も、お互いの依存を強め合う共依存に陥って脱出できなくなることが多いため避けなければならないのですが、これについては話す時間がありません。)

不安という時代の空気

私自身もパソコンのゲームから離れられなくなることがありました。締め切りのある仕事をどうしてもやりたくないときほどそうで、ゲームが終わって「もう一度やりますか?」と質問が出たら、自分の意志とは関係なくYesを押してしまっていました。最後は目が血走ってきてもやめられないときもあり、やればやるほど苦しくなることはわかっているのにやめられず、自分でこれはもう嗜癖行動だとわかってもいるのに、それでもやめられないのです。なぜこんなことになるのでしょうか。

この拒食・過食などの行動に依存してしまうことになる、新しい型の依存の根元にあるものは「不安」であると私は考えています。昔は、農家の息子は農業を継ぎ、商家の息子は商売を継ぐ、女の子たちはお母さんと同じように嫁に行き子供を産んでお母さんになる、というのが当たり前でした。しかし今は、農業を継いでも米をはじめとする農産物の輸入が自由化されて、農業だけで生きていくのは難しくなっています。商売も、たとえ町の中心地にある老舗であっても、郊外に大資本が大規模店を作れば、いつ立ち行かなくなるかわかりません。息子は父親をモデルにして生きるわけにはいかないのです。

女の子にとっての状況はもっとつらいかもしれません。女だって仕事を持って自立して生きるべきだという考え方が一般的になり、メディアは

理想的な女性として仕事を持ってはつらつと生きるキャリアウーマンに対する憧れをかき立てています。一方、やっぱり女はかわいくなくちゃとか、女は子供を持って一人前だなどという男たちは相変わらず多い。特に政治や経済の中枢を握っている男性たちは圧倒的にこの自分たちにとっての古き良き時代を引きずっていて、男女共同参画社会に対するヒステリックなまでの反動の波を起こしています。若い男たちも、ついそんな都合のいい女を求めます。家族の介護も女手が期待されます。女の子たちはそんな相矛盾する2重の縛り(ダブルバインド)に苦しまざるを得ません。素直に自分の母親のように結婚して子供を産めるでしょうか。

そのように、今は、若い人たちにとって父親 も母親も人生のモデルになりにくい、大きな変革 の時代です。そして、自由が拡大されて欲望はふ くらませられる一方で、その欲望を自分の能力が 保証してくれるかどうか全くわからない、そんな 中で「どう生きるべきか」どころか、「どうなら 何とか生きられるのか」という不安をかかえて現 代の人は生きざるをえません。バブルの時代はた だ眼をつぶって突っ走っていたら何とかなったけ れど、バブルがはじけて以来、この不安は非常に 明確になってきています。最近は景気が回復して いると言いますが、この不安が解消される気配は 全く感じられません。

自殺:不安を表現できないで

その不安が年間3万人を超える自殺者となって現れてきているのだと思います。生き方の定まっているであろう中高年の人たちは、経済状況の苦しさなどを家族に相談することもなく、一人で自死へと追いこまれていきます。一方で、閉塞感は強くても迷いがあって一人では死ににくい若い人たちは、インターネットで仲間を募って死へと突っ走ります。その仲間は疑似家族とも言えない希薄なつながりのままで、ここでも家族は全く力になり得ていません。

中高年の自殺は圧倒的に男性に多いのですが、 それは男性は抱えている問題、特に感情を言葉 にして外に出すことができないからです。男性の 言葉は多くの場合オーダー言語で(このオーダー には秩序と命令の両方の意味を含んでいるのですが)、これは感情を伝えることには全く役に立ちません。特に中高年の男性たちは、「男は黙って**ビール」とか、「不器用ですから・・・」といった有名な俳優を起用したコマーシャルで「男はべらべらしゃべらないものだ」ということを刷り込まれていて、黙って死を選ぶ他ないところに追いこまれているのです。

一方、女性の言葉は圧倒的に情緒言語であって、だから何時間でもほとんど意味のないことを話し続けられるのですが、そこで感情を外に出せ、それを共有してもらえるために自殺しなくてすみます。

ただ、このような文化は急速に変化してきていて、今の若い人たちの言葉は男女ともに、「ウザイ」とか「キモイ」といった言葉に象徴されるように、その時の自分の気分を直接的に表現するだけの部分が強調されるようになってきていて、話している人達の間で共有されるべき感情や物語の形成に使われていない傾向が強いと感じられます。ここにも若い人達が変わってきていることが示されています。ネット自殺には男・女関係なく加わっていることも、今までの日本文化が持ってきた言葉の違いという性特徴が変化してきていることを示しているのかもしれません。

自殺に関して、学校の現場にかかわられる方々には「いじめによる自殺」についても触れておかなければならないでしょう。いじめによる自殺は、20年前の1986年に、先生と生徒が一緒になった「葬式ごっこ」をされたりしていた中学生が「このままじゃ『生き地獄』になっちゃうよ」という遺書を残して死んだ東京・中野区の事件など、ずいぶん以前から報告されています。しかし、つい最近の北海道滝川の例(小学6年生女子、2005年9月自殺、2006年10月間題化)や福岡県筑前町の例(中学2年生男子、2006年10月11日自殺)、岐阜県瑞浪市の例(中学2年女子、2006年10月23日自殺)など、学校や教育委員会の対応を見ていると、この問題の理解がいっこうに進んでいないのだと思います。

その子たちはなぜ自殺を選ぶのでしょうか。も ちろんいじめられる毎日の中で絶望し、生きる気 力を失っていくということはあるでしょう。しか し、うつ病の一番ひどいときには自殺もできないのと同じように、自殺するにはある程度の力が必要です。その残された力で彼らは何かを訴えたかったのだと思います。何を訴えるか、具体的な内容はそれぞれ違っているでしょうが、共通して、自分の存在を訴えたかったのでしょう。それを言葉や行動で訴えるには力が足りず、死の衝撃を利用せざるを得なかったのだと思います。

人間はプライドを根底まで傷つけられると生きていけません。例えば、2000年の17歳の少年によるバスジャック事件では、同級生からは馬鹿にされ、ネオ麦茶と名乗ったネットでも馬鹿にされ、母親からも受け入れてもらえずに入院させられて、プライドをずたずたに傷つけられたとき、「自分もここに人を支配する力を持って生きているぞ」と知らしめることによってプライドを今すぐに回復させることを、これから何十年かの人生よりも優先せざるを得なかったのだと、私はあの事件のときに感じました。

バスジャックの少年にはそれを外に向けるだけの力がありました。しかし、自殺する子供たちはそれだけの力を持てず、最後の力を自分に向けて、自分の死の衝撃で訴えることしかできなかったのだと思います。そんな衝撃を使わなくても、そばに彼の声に耳を貸してやれる存在があれば死ななくても済むのではないかと、残念でなりません。

子ども時代の不安の蓄積

そのように男性と女性、あるいは世代で差はあるとしても、ふつうの場合、大人達は不安を言葉にして発することによってある程度解消することができます。アルコールやカラオケだってあります。ある私の友人は、若い独身の頃、イライラした気分がたまると、わざと酔っぱらって街で弱そうな男に喧嘩をふっかけて殴る、と言っていました。繁華街でやりますから警察につかまるのですが、警察も酔っぱらいのケンカにいちいちかかわっておれず、留置所に一晩泊められれば次の朝には釈放で、彼はそのためのシャツやネクタイの替えなんかを持っていっていました。全く確信犯なわけです。そのように、大人はそれぞれ不安をかかえても生き延びるための自分に合う手段を持っています。

しかし、子供たちはそんな不安を何とか処理 する手段としての言葉や行動力を持っていませ ん。家族の中で若い親たちが不安をかかえている と、その不安は必ず小さい子供たちに伝わります が、子供たちがその不安を心にかかえながらも無 事に生きていけるのは、母親、父親というしっか り守ってくれる信頼できる存在を持っているから です。2-3歳の子供と公園に遊びに行った時を 思い浮かべてみてください。その頃の子供は好奇 心が強いですから、面白そうなものを見つけると たたたっと走り出し、けれどふと不安になって振 り返ってお母さんやお父さんの存在を確かめる、 そこににこっとほほえんでくれるお母さんを見つ ければ、それはあなたをちゃんと見守ってますよ という信号ですから、子供はまた安心して走り出 す、そのようにして人は独立した大人に育ってい くものです。

しかし、例えばお母さんが、大都会の地域社会の崩壊した中で誰の支援も得られず孤独に子育てで苦しんでいたり、あるいは地方都市の三世代同居家族の中で舅・姑にいじめられて怒りを抱えていたりしたら、その時に子供にほほえんであげられなくてもしかたないでしょう。けれども、その子供はどうなるでしょうか。心にかかえたことを言語化して処理できない子供の時にしっかり守ってくれる存在を持てなかったとしたら、人はかかえた不安をひたすら心の中に蓄積していかざるを得ないでしょう。

そしてそんなふうに育てば、どのような場合には人を信用してよいか勉強できなかったことによって、成長して言語能力は発達した後もその蓄えられた不安を言語で表して人に伝えることに心は自分でストップをかけ、その結果としてそれを体や行動で表現せざるを得なくなったものが、ある種の心身症や拒食・過食といった行動への依存であると考えられます。

小学生なら身体的な病気に逃げ込めます。例えば、不登校の子供が登校時間になるとおなかが痛くなるのは、けっして詐病ではありません。私はそれをアルツハイマー病が進み出して感情が子供返りした母親で知らされました。ちょっと衝突すると、「私はもう一人で暮らす」と言って荷物をまとめるのですが、翌朝にはみごとに腰痛や腹

痛を出し、腹痛の時は実際に下痢が起こります。 すなわち、大腸の収縮が強く起こっていて本当に 痛いのです。不登校の子供の腹痛を学校へ行きた くないための「仮病」と決めつけると、子供たち は一番大切な親にも理解されずに絶望を深めてし まいます。

中学生くらいになると、自律神経症状ではなく、過呼吸症候群などを起こしたりします。しかし、知的なレベルが高くなるほど身体的な病気に逃げられなくなって、行動で示す他なくなることが多いのだと、私は捉えています。

家族システムの中で育つ自己評価

こんなふうに言うと、直接に子供に接する役 目を負うことの多い母親たちは、自分が悪かった のだとひたすら自分を責めることがよくありま す。しかし、母親が自分で責任を背負い込んでも 何もよくなりません。子供は母親をそんな苦しい 状態に追い込んでいる自分自身をよけいに責めて いることが多いし、何よりも悪いのは決して母親 だけではないからです。まだまだ男社会と言える 状態が続いている中では、男である父親の方が原 因になっていることも多く、母親をそのような状 態に追い込んでいるまわりの家族、その両親など、 家族全体をシステムとして考えなければなりませ ん。拒食症、過食症などの行動への依存は子供の 頃の家族システムのどこかに異常があることがも っとも大きな要因となって作られるものであると 考えられます。

どのような異常がこれを作るかは、両親の不和や離婚、特に虐待などの暴力の介在、子供に対する過剰な厳しさ、兄弟姉妹の間の差別、過剰な期待など、家族によってすべて違っています。強すぎる愛情も問題で、子供の幸せを考えるあまり親の考える道で生きさせようとしたら、やはり子供を縛ります。いずれの場合も、子供が守られるべき時に守られていない、甘えさせてもらうべき時に甘えさせてもらえていないことがおおもとのところにあります。

このように、心に不安が蓄積するのは、最も強くは「三つ子の魂百まで」という2-3歳ころの最初の(無意識な)独立の衝動が生じた頃から、少しずつ弱まりながら思春期に到る、子供の時期

の育ち方が一番大きく関係しています。それも、お前は家の跡継ぎだからとか、おりこうさんにしたらとか、あるいはかわいいからとか成績がよいからといった、理由や条件があるからではなく、ただあなたがそこにいるからということで守られかわいがられる必要があります。(ただし、このことが三歳児神話のようになって行き過ぎた形で語られ、その弊害が大きくなっていることも指摘しておかなければならないと思います。)

ともかくも、子供時代に無条件に世話をうけ 甘えさせてもらえる時期を持てないと、人は自分 をこれでよしと認められず、自分の存在や行動を 自分できちんと評価できなくなります。そのよう な状態を私たちは「自己評価が低い」と言います。 自己評価の低い子供は、ひたすら自分の願望を殺 して「よい子」として振る舞うことで親や周囲か ら受け入れてもらうことでしか生きられなくなる ことも多く、その場合、本当の独立を促す性衝動 の生じる思春期以後にはそれも困難になって、強 烈な不安に襲われてしまいます。

このように自己評価が低いと、自分の考えは 信用できないし、それゆえ他人の評価を過剰に気 にするけれど、親をはじめとする他人も信頼でき なくなってしまっているから、いきおい具体的な 数字で出てくるものに頼る他はなくなってしまい ます。中学・高校などの進学校では試験の成績や 順位がこの数字を与えてくれる場合があるでしょ う。しかし、試験の成績は大学に入ったり、まし てや就職すれば意味をなさなくなります。そんな ところで容姿を評価されがちな女性たちに体重や 食べるもののカロリーがその数字を与えてくれる と、ダイエットが容易に拒食へと転じます。頼る べき数字が何もないと、ただ引きこもる以外にな くなる場合もあるでしょうし、何かに依存するこ とで存在の希薄さを忘れてその瞬間瞬間を生きる 他なくなることもあるでしょう。

世代連鎖を断つ

このような自己評価の低さに基づく苦しみは、 多くの場合、家族の中で世代を越えて受け継がれ ていくことになります。例えば、虐待されて育っ た子供は、親になると自分も子供を虐待するよう になりやすいことは良く知られています。そんな 世代連鎖を誰かが知って、断ち切らなければなりません。

母親が断ち切るためには、母親が家族のために生きるのではなく、自分のために生きて、自分自身が幸せにならなければなりません。つらい目に遭っている母親の代わりに子供が過食などの症状を出しているような場合には、特にそうです。しかし、そんな母親は自分の幸せなんて考えたこともない人たちが多くて、それがなかなか難しいのです。

例えばあるお母さんは、看護師として働いて家計を補助しながら、家事の一切をこなし、さらに舅・姑さん達にいじめられながらもその世話を続けていて、けれど女とはそんなものだと思っていました。その娘さんが過食から始まってリストカット、万引き、男関係など、さまざまな行動で荒れまくったのは、お母さんに代わってそれに異議を唱えたのだと感じられます。その娘さんの行動は、「私の苦しさをわかって」ということと同時に、「うちの家はおかしいよ、もっとみんなが幸せになろうよ。」という言葉にできない訴えなのです。その訴えは直接の言葉にできない複雑なメッセージゆえに、なかなか届きにくいものですが、親の世代が、ぜひともこのメッセージを理解してほしいと思います。

その娘さんは私たちのミーティングに参加しているうちにその苦しさの元になっている自分や家族の状況を理解し、それを言葉にできるようになって、そうすると言葉があふれて、便箋 19 枚に小さい字でびっしりと書いた手紙を私にくれましたが、それを私の勧めもあってやっとの思いで家族にも伝えたら、お母さんもやっといろいろなことを理解して、何ヶ月後かにお母さんがくれた手紙には「私は娘と一緒に映画に行きました。映画館で映画を見たのは、生まれて初めてでした。私は今、娘に手を引かれて、はじめて自分の青春を味わっています。」と書かれていました。

そのように、親が、子供の苦しさは自分たち 家族に起因するもので、自分自身の生き方も窮屈 で苦しいものだったと理解して、自分も楽になる とともに子供にとって家族が安心を与えてくれる 場所に変わってくれることが一番望ましい。しか し、親はもう50年ほども生きてきて自分の世界 を作り上げており、簡単には変わってくれません。 その時は子供の方からこの連鎖を断ち切らなくてはなりません。18歳を過ぎた子供の場合には、親を捨てるという作業をすべき場合もあります。しかし、子供の方から断ち切るのはきわめて困難です。それを可能にするためには、心の中に「自分はここにいていいのだ」という居場所の感覚を与えてくれるものが必要です。家族に代わってその人をあるがままに受け入れてくれる場所や人が必要で、親しい友達や自助グループ、また、学校の先生、医療やカウンセリングの場がそれに役だってもらえればと思います。

援助者は試しまくられる

ただし、親でも友達でも、先生や援助職の人 でも、手を差し出した場合、差し出された手が本 当なのか、試しまくられることを覚悟しなければ なりません。わざと怒らせることもいっぱいやり ます。それに耐えて、時間をかける他ありません。 子供の頃に何年もかけて作ってきた心は簡単に変 わるような柔なものではないから、仕方ないです。 ちょっとした言葉に怒ってぎゃんぎゃんと責めま くられると、つい「そんなに言うならもう来なく ていい、勝手にしなさい」と言いたくなりますが、 それを言ったら負けです。それを聞いた瞬間、そ の人達は「それ見てごらん、先生はりっぱなこと を言っているけれど、結局ふつうの人と同じじゃ ない」と一瞬勝ち誇り、次の瞬間には信じたいと 思っていた唯一のものが崩れて地獄の底に突き落 とされ、その日のうちに薬をのむか、手首を切る ことになります。

それで私もそう言いたい気持ちを抑えていました。しかし、何年もやっていると、その心を抑えなくてよくなりました。そんなふうに人を責めまくっているのは、必死になって「助けて、私を愛して」、そして「私も先生が大好きです」と訴えているのだということが伝わるようになったからです。私を試すために万引きされたりしたときなど、どうしてよいかわからなくて一緒に泣いてあげることしかできない時も多いのですが。

親の3つの仕事

以上に考察してきましたように、この不安が

高まっている時代の空気の中で子供が無事に大人になって行くには、地域社会の崩壊により家族が孤立せざるを得ないため、親の果たすべき役割が昔よりも大きく、難しくなってきていると感じます。親自身がさまざまな社会状況の中で追いこまれて余裕を失い、その状態で孤立して周囲の援助を受けられない場合、子供を育てる仕事はさらなるストレスを生み、児童虐待へとつながっていく可能性も高くなるでしょう。

そのような状況にある現在、親の仕事という ことをよく考えてみる必要があるでしょう。親の 大きな仕事は次の3つであると考えられます。

- 1 子供を愛し、守る仕事
- 2 子供に社会の掟を教える仕事
- 3 子供と別れる仕事

「子供を愛し、守る仕事」というのはわかりやすいと思います。2-3歳をピークに思春期までの性格が形成される時期にこれがないと、子供は自己評価が低くなってしまって、すなわち自分を愛せなくなって、思春期以降にそれがさまざまな行動化で吹き出してくる、ということを述べてきました。この仕事は子供を抱くという、母子関係に見られるべったりと密着した感覚の世界のことであり、言葉は必要ありません。

しかし、何があってもすべて受け入れるという 密着関係がその時期を過ぎて学童期以降も続いた ら、その子供たちには万能感が生じます。その万 能感は、社会の中で生きていくためには、あると ころで適当に摘みとられ、社会に生きるための掟 を教えられる必要があります。これが2番目の仕 事で、昔は、もちろん親もそれをしていたけれど も、地域社会の中や、子供同士の遊びの中で自然 に補われていました。それが社会の変化で今は大 きな部分が親の仕事になってしまっています。

この仕事のためには、子供を甘い包容から切り離してやらなければならないのですが、その切るという仕事は、抱くという母親の仕事に対して、父親の仕事です。子供に嫌われたくなくて物わかりのよい父をやっているばかりでは、親の仕事を手抜きしていることになります。ネットで出会った女の子を監禁し、「自分を王子様と呼べ」と言

った男などは、この仕事をしてもらえなかった典 型的な例です。

ただし、ここで必要なのは「父なるもの」であ って、実際の父親とは限りません。多くの母子世 帯では母親が「母なるもの」と平行してこの「父 なるもの」の仕事もしています。しかし、実際に 父親がいてもいなくても、「父なるもの」がいな い場合、子供はそれを外に探しに出て行きます。 すなわち、自分の振る舞いにストップをかけ、時 には自分を罰してくれるものを求めて世の中をさ まようことになります。いわゆる非行の中にはこ の「父探し」のためである場合も多いと思います。 過食症の人がよく起こす万引きにはこの意味があ り、先程の例の女性は万引きで2回目に警察に突 き出された時、一回目に取り調べた警察官がその 知らせを聞いて私服で飛んできて、またやったの かとビンタを張られて、しかしそれに愛情を感じ たと手紙に書いていました。

この2番目の仕事は3番目の「子供と別れる仕事」へと続いていきます。子供はやがて独立した一人の人に育っていくべき存在です。そのためにはまず親と自分のあいだに境界線が引けなければならない。それを教えるのが親の仕事ですが、親が子供を自分の所有物や付属物と考えていたり、子供を自分と一体化していたり、ましてや子供の存在だけを頼りに生きていたりしたら、それはきわめて難しいことになります。地域社会の崩壊で頼れるものは家族しかないという感じが強くなって、どうしても子供に期待を掛けてしまうことも多いこの時代、この仕事は本当に難しくなっていると感じられます。

子供は手放してやらなければならないのです。 そして、子供は親と違う独立した別の存在という ことを意識して、子供の持ち味でもって生きさせ てやらなければならないと、強く感じています。

そうしてもらえなかった例ですが、岡山県の 牛窓という瀬戸内海に面した穏やかな町で、お母 さんを金属バットで殴り殺して自転車で秋田県ま で逃げていた高校2年生、17歳の少年がいまし た。17歳の少年のバスジャックと同じ2000年 の事件です。そのお母さんは彼に「北斗の拳」と いう劇画を全巻そろえて読ませていたそうです (酒鬼薔薇少年の母もそうでした)。お母さんは息 子に強い男になってほしかったのだと思います。 そして、高校に入った時、お母さんは息子に野球 部に入らせました。しかし、彼は少し鈍くさいと ころがあって、野球部で2年生になっても後輩に 追い越されて補欠で、けれどお母さんは試合の日 には必ず行って、息子が出してもらえると大きな 声で応援するのです。息子とすれば恥ずかしくて しかたない、そしてそれを後輩にからかわれた時、 思わずその後輩を金属バットで殴ってしまいまし た。彼は殺してしまったと思ったようで、そんな 殺人犯の息子を持つという不幸を抱えては生きて いてもらえないと、お母さんを殺しました。鈍く さくたって、秋田まで自転車で行くくらい我慢強 くて、たぶんやさしい子供だっただろう、その持 ち味で生きさせてやっていたら、と思ってしまい ます。

この持ち味で生きせてやるということはなかなか理解されず、子供を愛することはできるだけ子供の世話をすることと思われがちです。そのあまり、自分の考える幸せを押しつけて、その枠にはめ、引いたレールの上を走らせようとする人もたくさんいます。それに反逆する力のある子供はいいのですが、そうできないよい子たちは苦しみます。

おわりに:自分の不安に向き合う

私はこのようなことを考え始めていて以来、学校の中ではもちろん、家族の中でも心を休ませることのできない若い人たちをたくさん見てしまうようになりました。不安を休める場所がどこにもないとしたら、その人たちは心を全部殺してしか生きられないかもしれないじゃないですか。ある

いは、どこかで一気に爆発させるか。

話してきましたように、例えば過食といった「症状」は、そんな不安を言葉にできないまま抱えていることを訴えるものです。親も、周りの大人も、その訴えを聞く耳を持たなければなりません。聞いてくれる耳があり、それが自分を決して裏切らないものだとわかれば、人はその不安の源となるものを言葉にして語ることができるようになって、そんな行動で訴える必要はなくなります。(ただし、生き延びる手段としての過食などの行動は残りますが、前にも言いましたように、そんなものはかまわないのです。)

今、親や学校の先生という大人たちに必要なものは、そんなふうに子供たちが出している症状によって投げかけている訴えと、その大元にある不安を聞き取れる耳を持つこと、そして、それを受け止め、決して裏切らない姿勢であると私は強く感じています。

そのためには大人も自分の不安と向かい合わなければなりません。子供を愛し、子供に幸せのレールを引いてその上を進ませてやりたいと考える親はたくさんいますが、そのような人は実は子供をコントロールしたいのであり、そのコントロール欲求は自身の不安から出てくるものです。全く同じことが学校の先生についても言えるでしょう。その自分の不安に気づき、それをごまかさずに向かい合う勇気が、今、大人にこそ求められているのかもしれないと強調したいのです。そこにこそ、この時代に必要な新しい家族像、学校像を作っていく鍵があると考えます。



予防接種医研修会

と き 平成18年12月10日(日)15:00~17:00 ところ 山口県医師会館

[報告:理事 田中 義人]

予防接種を実施されるすべての先生方へ ~任意接種・スケジュールを外れたときの考え 方も交えて~

山口赤十字病院 門屋



本日は、最近めまぐる しく変わっている勧奨接 種の現状と疑問点につい て説明し、任意接種、特 に、おたふくかぜについ て解説した後に、更に接 種スケジュール外れにつ

いて話す。以下に主なスライドを示す。

当頁・次頁以降のスライドを見ていただき、詳 細については成書を参照していただきたい。

(問1) DPTの接種時期を過ぎれば、任意接種 とするように厚労省は言っているのか?

(答) DPTに関しては、最初の I 期の 1 回目、 2回目、3回目を3~8週間間隔で注射しなさい となっているが、今回は8週を越える場合の記 述がなくなっており、8週を越えていると任意扱 いにするということかという点が問題となってい るようだが、是非注射すべきと考えており、正式 な情報が入れば知らせたい。

(問2)日本脳炎ワクチンは再開された時に、対 象年齢を越えた人はどうするのか?

(答) 気になる点だが、今のところ、明確な答 えはない。

(問3)乳幼児の頚部リンパ節炎で結核を疑った 時、ツベルクリン反応陽性なら生検するが、ツ ベルクリン反応陰性ならBCG接種を勧めるべき か?

年齢によると思う。即ち小学生以上であ れば、再接種の必要性はなく、陰性だと知らせて おけば良いが、小学入学前までは1回目のBC G接種が効果なしとなり、接種歴があると、任意 で有料であることを説明して注射する必要がある と思う。

この数年に行なわれた予防接種の規定変更

1)2001年11月 予防接種法改正:高齢者のインフルエンザを対象に追加 2)2002年11月 結核予防法改正

小1・中1のツ反再検・再接種は不要に

3)2003年9月 風疹予防接種経過措置終了 4)2004年6月 結核予防法改正

乳児へのツ反も廃止。 同時に、BOG接種期間が生後6か月までに短縮。

5)2005年5月 日本脳炎接種勧奨見合わせ

ADEM(急性散在性脳脊髄炎)との因果関係が肯定されるとの 厚生労働省疾病・障害認定審査会の答申を受けて急遽通知された。 6)2005年7月 予防接種法改正:麻疹風疹混合ワクチン(MR) 導入と 日本脳炎3期廃止

DPT;1期はDPTのみ、2期はDTのみに

2006年4月1日に施行されたが 多くの混乱があり、6月2日にさらに一部改定された。 7)接種間隔についての厚生労働省局長通知

2

1)2001年11月 予防接種法改正 高齢者のインフルエンザを対象に追加

インフルエンザによる高齢者の肺炎併発、死亡等が 問題となり、なおかつ高齢者に対する予防接種の有効性が 確認されたため、予防接種対象疾患としたものである。

同時に対象疾患が

1類(百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ、 麻疹、風疹、日本脳炎)と

2類(高齢者対象のインフルエンザ)に類型化された。

2)2002年11月 結核予防法改正

結核激減に伴う見直し。

集団での発見率が低くなり医療機関で発見される患者が 大半となったことから、小1・中1のツ反再検・再接種は 不要と判断されたものである。

BCGの予防効果は 幼児期の髄膜炎、粟粒結核に対しては大きいが、 年長者・成人の肺結核予防に有効である証拠はない (WHOの見解)とされたことも 中止の背景である。

3)2003年9月 風疹予防接種経過措置終了

1977年より1994年まで行なわれた中学生女子への 風疹予防接種が、法改正により男女小児への接種に 移行した際の経過措置が終了した。

しかしこの措置は男女中学生への個別接種として実施され、 接種率が低かった。したがって現在10~25歳の年齢群は 風疹抗体保有率が低いことが危惧されており、 2004年に一部地方で見られた風疹流行後に 10名の先天性風疹症候群患児出生(国内の総計)が 確認されている。

今後も、風疹抗体陰性と判明したもの(特に女性)には 任意接種として風疹予防接種を行なう必要がある。

4)2004年6月 結核予防法改正(2005年4月施行)

2002年に引き続き改定があり、乳児へのツ反も廃止された。 これは、乳児の罹患は極めて稀であるにもかかわらず ツ反陽性のためBCG接種が受けられない児が 年間4万人を超えていたこと

万一既罹患者にBCGを接種しコッホ現象が起こっても 危険は少ないことなどを根拠とする。

コッホ現象が起こったときは市町村長へ届け出る必要がある。 同時に、早期接種徹底の目的で接種期間が生後6か月までに 短縮された。法令どおりでは出生直後から接種可能であるが、 接種禁忌となる重症の免疫不全児は

大半が3か月までに発見されることから 日本小児科学会では3か月以降6か月までの接種を 推奨している。

1か月 出生直後の接種は可能?

生後直後からの接種について何ら問題のないことは 医学的知見等に基づいて決定

WHOの勧奨 結核の有病率や罹患率が高い国においては 乳児に対して、出生後できるだけ早期に いかなる場合にあっても1歳までに接種すべきである 外国の場合 中国・出生直後 フランス インド、韓国・1か月以内 フィルビン・6か月以内 米国をはじが結核の非常に少ない国では実施していない。

6

当初(今も?)の 国の見解



日本小児科学会の推奨

先天性免疫不全症(特にSCIDとCGD)の除外のため、 生後3か月未満の接種は控える

→SCIDの45.8%、CGDの37.8%は3か月未満で発症

結核予防接種についての変更点の概略

BCG ツ反 対象 接種年齢 ~4歳 ツ反 改正前 あり 標準的接種年齡; 陰性者 3か月~1歳 生後直後より 改正後 なし 全員 生後6か月に達するまで

乳幼児のツベルクリン反応中止の功罪

メリット

疑陽性などによる接種のもれがなくなる 平成12年の調査では、ツ反を受けた1,241,987名中

43, 043名が接種せず *実際の患者数は150-200名と推定されるにもかかわらず

デメリット

自然陽転で発見される患者が発見されなくなる (乳幼児結核患者の約15%)

無症状の患者発見が遅れ発症患者増加の可能性 これらについては非定期検診や接触者検診でカバーするしかない

BCG後のコッホ現象について

- 1)コッホ現象とは
- BCGを結核既感染者に接種後、 10日以内に接種局所の発赤・腫脹及び針痕部位の化膿等、

2~4週間後に消炎、瘢痕化し治癒の一連の反応のこと

コッホ現象自体は放置してよいが起こったときは精査が必要である

- 2)コッホ現象出現時の対応
- ・保護者への情報提供による周知 ・保護者の同意によるコッホ現象の報告
- ・保護者の同意が得られない場合、個人情報以外を報告
- 3)副反応報告の提出
 - ・通常、副反応報告は不要であるが、 接種後4週間以上に渡り湿潤する場合、 「接種局所の膿瘍」として副反応報告の必要がある

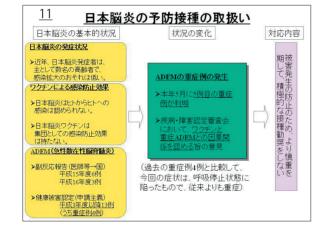
10

5)2005年5月 日本脳炎接種勧奨見合わせ

日本脳炎とADEM(急性散在性脳脊髄炎)との因果関係が 肯定されるとの厚生労働省疾病・障害認定審査会の答申を 受けて接種勧奨見合わせが急遽通知された。

医療機関に通知されるより早く新聞等で報道され現場が混乱したのは記憶に新しい。

現在の製法(マウス脳を使用)のものに替わる 細胞培養ワクチンが開発・申請されており、 認可され次第再開の見通しである(3期を除く)。



12

健感発第 0831001号 平成 18年 8月 31日

定期の予防接種における日本脳炎ワクチン接種の 取り扱いについて

【内容】

- ・平成17年5月30日付の「定期の予防接種における 日本脳炎ワクチン接種の積極的勧奨の差し控え について(勧告)」は、引き続き有効。
- ・日本脳炎ワクチンの定期接種を希望された場合は、 同意を得た上で実施しなければならない。※「定期の予防接種を行わないことはできない」と

言及されている。

<u>13</u>

6)2005年7月 予防接種法改正

a)麻疹風疹混合ワクチン(MR)の導入について

2006年4月より施行。 麻疹と風疹を混合ワクチンとすること、 就学前に2回目を行うことがその骨子。

「1歳から7歳半までに麻疹・風疹各1回」

「1歳のうちに混合ワクチン1期、 就学前年度の1年間に同2期」

に変更。

14

混合ワクチン化の目的

移行免疫消失後なるべく早い時期に

麻疹、風疹双方の接種を済ませてしまうこと

2回法導入の理由

予防接種の普及により自然の流行がなくなったため 再暴露による免疫の更新の機会がなくなり、

ワクチン1回のみでは終生免疫を持続できなくなったため。

近年、接種歴のある高校生、大学生の麻疹流行の問題が

各地で起こっている。

2004年、風疹ワクチン既接種者からの

先天性風疹症候群(CRS)発生の報告もあり。

接種機会を増やすことで接種のもれ者をより少なくする効果も 期待される。 15

2006年4-5月、茨城県・千葉県で麻疹の集団発生が確認。

茨城県(2006年5月8日)

- ・龍ヶ崎保健所管轄:2ヶ所の学校で同時期に集団発生
- ・牛久市:小学校で発症した14名は、全員麻しんワクチン接種者。 症状は比較的軽症。
- ・取手市:中・高等学校で33例。成人麻しん・乳幼児麻しん・他の小中高校で17例、合計64例。13名が入院。

千葉県(2006年5月10日)

・鎌ヶ谷市内: 高校で6名の集団発生が確認。

ほぼ同時期に近隣の複数の地域で麻しん集団発生があり、報告症例数が増加していることから、今後、東関東を中心とした麻しん発生地域の拡大、 患者数の増加が懸念される。

http://idsc.nih.go.jp/idwr/kanja/idwr/idwr2006/idwr2006-16.pdf 然染症発生動向調査週報(IDWR) 第16週報告 16

Primary vaccine failure Secondary vaccine failure

Primary vaccine failure

・ワクチンの免疫原性が低いなどで、ワクチンを接種 しても免疫を獲得しない事例

Secondary vaccine failure

- ・ワクチン接種による免疫獲得後、免疫が減衰して 罹患する事例
- ・自然感染の減少により、ブースター効果が得られ ない場合など

17

6)2005年7月 予防接種法改正

b)日本脳炎予防接種3期の廃止 近年3期の接種率は50%程度にとどまっているにも かかわらず 10歳代後半の発症者はほとんどなく、 抗体保有率調査でも 追加免疫の効果が必ずしも著明でないことが 判明したため、 2006年4月1日より廃止が決まった。

c)ジフテリア、百日せき、破傷風 単抗原ワクチンを用いて接種を行うとの 関係規定を削除 18

7)接種間隔についての厚生労働省局長通知

他の予防接種との間隔 生ワクチンのあとは27日以上、 不活化ワクチンのあとは6日以上あける。

2005年4月1日より接種間隔の規定が正確になり、 これまで議論されていた 4週後の同じ曜日、翌週の同じ曜日も問題なく接種してよい。

ただし同じワクチン同士(複数回接種するもの)の間隔は ワクチンごとに規定があるので混同しないように注意が必要。

19

麻疹・風疹混合ワクチン(MR)について

法令は最終的にどうなったか?

1)接種時期

1歳台の児に第1期、就学前年度の児に第2期を接種する。

- 2) 旧制度により単抗原ワクチン(麻疹のみ、風疹のみ)を 接種していた児も2期の接種対象に含まれる。
- 3)麻疹、風疹の片方のみ接種または罹患した児については、 単抗原ワクチンも定期接種として認められる。

20

麻疹・風疹混合ワクチン(MR)について 解説~6月2日付改正について~

1)接種時期について

未接種のまま2歳を過ぎてしまった児は MRワクチンを定期接種することができなくなり、 就学前年度になると再び権利が生じるのはおかしい →この点は残念ながら改正されなかった。

2歳を超えたケースでは、本人のため(罹患防止)にも 社会のため(流行抑制)にも、 任意の扱いで速やかに1期を接種したうえで 就学前年度の2期を接種することが望ましいと思われる。

<u>21</u>

麻疹・風疹混合ワクチン(MR)について 解説~6月2日付改正について~

3) 新制度移行後も単抗原接種を認めるこの点も当初から疑問視されていた。 旧制度で実施途中(一方のみ接種)であった児、あるいは麻疹・風疹のいずれか一方に罹患した児がもう片方を1期で打てなくなる、2期の権利もなくなるのは納得しがたい規定であったが、単抗原ワクチンも無事定期接種に復帰した。

いずれも未接種の児はMR2混で行なうべきことはいうまでもない (法令の文言上は単抗原も使用可能)。

なお、片方に罹患した児においては、 2期の接種は罹患していない方の単抗原を使用することとなる (医学的にはMR接種でも差し支えないと思われるが...) 疑診例では1、2期ともMRで接種して差し支えないと考える

22

MRワクチンの2期はすでに受けることが出来ます! (対象は来年小学校入学見込みの人)

しかしまだ半数未満の方しか受けていない現状です。 (山口市:約38% など)

まだの方は早く受けましょう!

<追加>

すでに小学校に入っている人も 本当は追加接種をしたほうがいいと思われます。 任意・有料接種になってしまうのが難点ですが...

23

麻疹・風疹混合ワクチン(MR)について 解説~6月2日付改正について~

2) 旧制度で接種済みの児に対する2期接種認可

当初の

ョョか 「旧制度で麻疹、風疹を別々に受けた児は2期が受けられない」 という規定では、早く接種を済ませていた人が損をする 理不尽な状況であった。

単抗原ワクチンを受けていた児に対するMR接種の 安全性が確認できた ということで予想以上に早く認可された。 当初は新制度の児が2期の対象年齢に達するころまでに、 というニュアンスであったが早く実施されたのは喜ばしい。

24

ジフテリア、百日せき及び破傷風の予防接種

- ジフテリア、百日せき又は破傷風に係る定期の予防接種について、ジフテリアトキソイド、沈降ジフテリアトキソイド、沈降精製百日せきワクチン、沈降破傷風トキソイド又はジフテリア破傷風混合トキソイドを用いて接種を行うこととしている関係規定を削除
- 第1期の予防接種においては、沈隆精製百日せきジフ テリア破傷風混合ワクチンのみが使用可能
- 第2期の予防接種においては、沈隆ジフテリア破傷風 混合トキソイドのみが使用可能

百日咳罹患済みの児の1期、1期接種忘れの児の2期などで 不都合が生じることとなった

25

麻疹、風疹罹患済みの児の2期接種 現時点ではMR不可(かかってない方の単独ワクチンを使用)

百日咳罹患済みの児のDPT 現時点ではDPTしか定期接種としては認められていない

いずれも「今後の研究成果を見て結論を出す」方向 (第38回 日本小児感染症学会 予防接種に関する最近の話題 加藤達夫先生)

*追加

罹患したかどうかはっきりしていない児については ぜひ定期接種としてのMR, DPTを打つべきである。 26

2005年5月 日本脳炎接種勧奨見合わせ

日本脳炎とADEM(急性散在性脳脊髄炎)との因果関係が 肯定されるとの厚生労働省疾病・障害認定審査会の答申を 受けて接種勧奨見合わせが急遽通知された。

医療機関に通知されるより早く新聞等で報道され現場が 混乱したのは記憶に新しい。

現在の製法(マウス脳を使用)のものに替わる 細胞培養ワクチンが開発・申請されており、 認可され次第再開の見通しである(3期を除く)。

今年熊本県で3歳児の日本脳炎患者発生! 再開まで待っていていいのか? 積極的に接種再開した医療機関もあり。 しかし旧型ワクチンはすでに生産していない(在庫のみ) 27

昭和50-52年生まれの人のポリオ接種

昭和50-52年生まれの人のポリオ抗体保有率が低い ことがわかっており、この年代の人のポリオワクチン再接種が 推奨されている。

費用は市町村により、公費負担、自費の双方の場合がある。

接種歴のまったくない人は2回

抗体保有率の低い理由は、 1)昭和49-50年の予防接種禍の影響で ポリオも含む全ワクチンの接種率が下がった影響。 2)その年のロットはテイク率が低かった

接種回数は、接種歴のある人は1回

の二つの理由が推定されている。

28

ポリオワクチンは今後どうなるべきか?

絶滅間近といわれているが???

ブルガリアでの教訓 接種率低下の状況でインドからの持込みにより 流行が発生した。

接種継続は必要と思われる 生ワクチン → 不活化ワクチン となるかどうか?

(第38回 日本小児感染症学会 予防接種に関する最近の話題 加藤達夫先生)

<u>29</u>

疾病罹患後の予防接種

個体の免疫状態の回復を考え 麻疹:治癒後4週間程度

風疹、水痘およびおたふくかぜなどの疾病:

治癒後2-4週間程度

実発性発疹、手足口病、伝染性紅斑などのウイルス性疾患: 治癒後1-2週間

いずれの場合も一般状態を主治医が判断し 対象疾病に対するその時点での重要性を考慮し決定する。 これらの疾患の患者と接触し、潜伏期間内にあることが明らかな場合には 患児の状況を考慮して接種を決める

- *期間については一部緩和
- *表現が「治癒後」に統一されている

30

輸血・ガンマグロブリン後の予防接種

原則として3か月以上あける

200mg/kg以上の大量ガンマグロブリンでは6か月 (麻疹罹患の危険が低いときは11か月以上)

その他の予防接種要注意者への対応

ガイドラインに

小児科学会の各分科会の見解が盛り込まれている。

例:心臟血管系;日本小児循環器学会 腎臓疾患;日本小児腎臓病学会 悪性腫瘍;日本小児血液学会

など

31 医療従事者への予防接種 ~院内感染防止の視点から~

終生免疫のウイルス性疾患(麻疹、風疹、ムンプス、水痘) 山口日赤病院、下関中央病院などで行なっている方法

職員(主に新採用者など)のウイルス抗体価を測定し

陰性者にはワクチンを接種する 抗体測定方法: 麻疹、ムンプス; EIA-IgG

風疹: HI 水痘: IAHA

(麻疹、ムンプスはHIでは偽陰性が多くなるので不適当) *すでに免疫の更新に乏しい世代が社会人になり始めている!

インフルエンザ

職員から患者へ伝播した

職員間の流行で勤務シフトが組めなくなった

などの問題回避のため、是非全員が打っておくべき。

32 任意接種についての総論的Recommendation

自然罹患では

難聴 髄膜炎 おたふくかぜ 水ぼうそう 小脳失調

インフルエンザ 肺炎 中耳炎 脳炎 脳症 などの 合併症がしばしばおこります。

予防接種でこれらが起こることは? ムンプス髄膜炎をのぞき、ほとんどない 予防接種後に罹患してしまった場合 未接種の人がかかったときよりも軽く済む

合併症の頻度は低い

といわれています。

なるべく接種を受けることを勧めます。

33

インフルエンザHAワクチン株の表示

A / ニューカレドニア / 20 / 99 (H1N1)

† † † † † † † † † † † 5

- ①, 型
- ②,株が分離された地名
- ③, 株が分離された時の整理番号
- ④,株が分離された年度
- ⑤, HA、NAの亜型

※ H1N1:Aソ連型、H3N2:A香港型、H5N1:新型

34

ムンプス

- MMRワクチン中止後、流行は再燃
- ・任意接種率は約30-35%程度
- ・無菌性髄膜炎の頻度は? 自然感染 1.2-3% (30-70人に1人) ワクチン 0.05%程度(2000人に1人)

難聴(片側高度感音難聴が多い)の頻度は? 1例/自然ムンプス1000例

(外来小児科学会ワクチン研究検討会調査)

<u>35</u>

水痘ワクチン

- ・1987年に岡株ワクチン発売(ハイリスク者用)
- ・ 健康小児に対して広く使用されている
- ワクチン接種後罹患が10-20%程度あり
- ・ 抗ウイルス薬で発症後の軽症化が可能
- ・米国ではルーチン接種になった
 - →入院・通院の減少・帯状疱疹の減少
- ・ 次の定期接種の対象疾患に(議論中)
- ・世界的にはMMR-V4混ワクチンの方向へ

水痘ワクチンに関する情報

36

水ぼうそうの看病賃金407億円相当

水ぼうそうの看病にかかる費用は年間407億円で、 子供全員に予防接種を受けさせた場合の4倍以上。 (厚生労働省研究班の推計結果)

2004年6月から1年間、島根県出雲市(合併前)で、小児科 のある全11医療機関に来院された水ぼうそうの子を対象に、 年齢・看病した人の職業と日数などを調査。

調査家族 : 402人(調査票回収 265人)

看病日数 : 平均 5.1日

看病した人:母(48%)、祖父母(31%)、父(18%) 看病のための損失賃金:患者1人あたり48,407円 全国の年間発症者数を約84万人とすると年間407億円

朝日新聞 2006.7/25

37

スケジュールを外れたときの考え方(1)

接種すべきものの規定年齢を過ぎてしまったとき 任意の扱いになるがぜひ打っておくべき とくにBCG、麻疹、風疹 BCGについては 正当な理由があれば教済措置の対象となる可能性あり

BCG: 大幅に過ぎているとき 何歳までならツ反なしでよい? 乳幼児期までは薬粒結核、髄膜炎などのリスクを考えて ぜひ接種したい。 学童期以降ならばあえて接種の必要なし

麻疹・風疹(MR)

2歳を過ぎたからといって2期の権利が生じる就学前の年度まで待つのは 医学的にはまったくナンセンスである! 38

スケジュールを外れたときの考え方(2)

複数回接種すべきものの接種回数、間隔等が乱れたとき 考え方の基本(米国Red Book) 気がついたときにすぐ残りの接種を再開 残りの回数を通常の間隔で接種

わが国ではDPT、日本脳炎、ポリオなどでしばしば問題になる

DPTの1期3回目が半年以上あいたときは3回目が追加も兼ねられる 日本脳炎の1期1回目のあと2年以上あいたときは最初からやり直し など一部例外的な記載もあるが、

原則は上記Red Book方式でシンプルに考えておいて問題ない

詳細については成書を参照されたい(→次のスライド)

山口県医師会産業医研修会

と き 平成18年12月2日(土) ところ 山口県医師会館

[報告:理事 正木 康史] [報告:理事 小田 悦郎]

特別講演1 「労働安全衛生の動向について」 山口労働局安全衛生課長 中野 晴夫



県医師会からの 講演依頼も今回で4 回目であるが、これ までは労働安全衛生 法そのもの、また多 くの場合、過重労働、 メンタルヘルス対策

が性急な課題であり、これらを中心にお話をさせ ていただいた。

産業医として事業者に御指導していただくにあ たっては、労働安全衛生全般について御理解いた だかなければならないと考えます。本日は本年の 4月1日より多くが施行され、また12月1日よ り一部が施行された改正労働安全衛生法の中で、 これまで私の方からあまり紹介していなっかった 部分を中心にお話をさせていただきたい。

1 業務上疾病者数の推移

S53年の27,456人をピークに減少傾向にあり、 H17年は8.226人である。負傷に起因する疾患 が 5.829 人と最も多く、その 8 割が腰痛である。

その他、一般健康診断での有所見率は上昇傾向 にあり、H17年度には50%近くであり、特に血 中脂質は30%近くとなっている。自殺者数も上 昇傾向にあり、H17年度では32.552人となって いる。

2 労働時間の長短二極化

H5年とH16年との比較では、週35時間未満 の労働者数は 929 万人 (H5 年) から 1,237 万人

(H16年)と308万人増、週60時間以上は540 万人 (H5年) から 639万人 (H16年) と 99万人 増加し、中間層が 3,625 万人から 3,354 万人と 271 万人減少している。

正社員が減少し、非正社員が増加しているが、 とくに若年者の正社員が減少している。正社員に とっては仕事量が質、量とも増加し、過重労働が 問題化してきている。

3 労働安全衛生法の一部改正

(1) 危険性・有害性の低減に向けた事業者の措 置の充実

①事業者による自主的な安全衛生活動の促進

労働災害の要因となる危険性・有害性に係る調 **香及び低減措置を拡充するとともに、こうした措** 置を適切に実施していると認められる事業者につ いては、機械等の設置に係る事前の届出義務を免

②化学物質の容器・包装への表示・文書交付制度 の改善

化学物質の有害性に加え、危険性も対象に追加。 絵表示の導入など

- ③発注者等による請負人への危険有害情報の提供 一定の化学物質を取り扱う設備の改造等の作業 の発注者等が請負人に対して必要な情報提供を行
- ④製造業の元方事業者による作業間の連絡調整等 の実施

混在作業における労働災害の防止のため、製造 業の元方事業者が作業間の連絡調整等を行う

重大災害(一時に3人以上が被災した災害)に 関しては、S60年の141件がH16年では274 件と 1.9 倍に増加してきている。

(2) 過重労働・メンタルヘルス対策の充実

事業者は、一定時間(月100時間)を超える時間外労働等を行った労働者を対象として、医師による面接指導等を行う。

脳・心臓疾患の労災認定件数に関しては、H12年の85件がH16年では294件と3.5倍に、精神障害の労災認定件数に関しては、H12年の36件がH16年では130件と3.6倍に急増してきている。

4 製造業における請負等の増加と「総合的安全 衛生管理」の必要性

製造業の事業場においては、業務請負等が増加 し、指揮命令系統の異なる労働者の混在作業によ る労働災害の増加が危惧される。関係請負人の災 害発生率は、元方事業者より高い。

*労働安全衛生法の改正(第30条の2)

製造業(造船業を除く)の元方事業者に対し、 混在作業によって生ずる労働災害を防止するた め、作業間の連絡・調整等の実施を義務付け

*指針の策定

これらの措置の円滑な実施のため、請負業者も 含めた事業場全体にわたる「総合的な安全衛生管 理」を実施するための指針を策定

[記:理事 正木 康史]

特別講演 2 IT 眼症について 山口大学大学院医学系研究科眼病態学講座 助教授 相良 健

今日はIT眼症についての講演で、VDTの講演依頼であったが、最近はIT眼症という言葉が一般的に使われているようだ。



しかしながら、我々眼科医は IT 眼症、疲れ眼を

主訴としている患者にはその対応に困る。眼に異常所見がないので、何をしていいか分からない、しっかり休めというしかなかった。しかし、今回勉強してみると、結構患者さんに無責任な事を言っていたなと感じた。IT 眼症とは、IT 機器を用いて長時間作業をしたときに起こる眼の色々な症状と定義づけられる。VDT とは視覚的表示端末の略語で、眼を中心として、首、肩、手、などの疲労感、さらに神経症状の出現した場合に VDT症候群という。1970年以降、オフィスオートメイションの普及に伴い、社会問題となってきた。現在、VDT 作業者のうち、身体的に疲労を感じているが77.6%、精神的に疲労を感じているが36.3%で、何らかの疲労を強く感じているという調査もある。

IT 眼症は新しい言葉で、我々眼科医もなかなかなじみが薄い。VDT 症候群は身体的、精神的な症候群であるのに対して、IT 眼症は眼に限っての症状の場合にしようという事になっているようである。その症状は眼が疲れる、眼が痛い、眼が熱い、視力低下、焦点が合わない、目が乾く等がある。その原因としては、大きく2つに分けられる。1つは蒸発亢進型ドライアイで、もう1つは眼疲労・眼精疲労(テクノストレス眼症)である。

ドライアイには涙液減少型と蒸発亢進型がある が、今回涙液減少型は割愛する。IT 眼症の症状 がドライアイからくるのか、眼精疲労からくるの か、その判断は難しい。症状が互いにかぶって いるからで、どちらかといえばドライアイの症状 は、眼が乾く、眼が痛い、目がゴロゴロする、眼 が赤い等が挙げられる。ドライアイは決して珍し い病気ではない、重篤な視力低下をきたすわけで もない、症状があまり強くないので重要視されて いないが、全国で推定800万人居るとされ、非 常に多い病気である。ドライアイの発症メカニ ズムには瞬目(まばたき)減少と瞼裂幅の拡大 がある。眼の表面は常に涙に潤してないといけ ず、そうでないと非常に不快な感じを抱くことに なる。まばたきをする事により、涙が出てきて、 眼を保護する事になり、すなわち、まばたきは眼 を守るという重要な行為といえる。VDT 作業に よりまばたきの回数は減少するとされており、通 常は10~20回/分がその1/4になるとされて いる。結果として、目の表面は乾燥しドライアッ プにつながるわけである。もともと涙の量が少な い人は VDT 作業によりドライアイの頻度は増加 する。まばたきにはもう一つの重要な作用があっ て、それは角膜前涙液層を再建するという事で、 まばたきが減少すると角膜表面に部分的乾燥が生 じ、ひいては角膜上皮の障害が出現する(表1)。 瞼裂幅の拡大であるが、通常、私たちは読書など している時は下方視で眼が下がっている状態であ る。VDT作業などは正面視あるいは若干上方視 の状態で、下方視に比べ瞼裂幅は拡大する。瞼裂 幅は下方視で約6mm、正面視で約10mmとな り、眼の露出面積は下方視の約2倍となり、涙 液蒸発量は2倍以上となる(表2)。また、コン タクトレンズの使用も涙量の蒸発を増加させる事 が知られておりドライアイの原因の一つとされて いる。

テクノストレス症候群の診断基準は表3の如

くであるが、この基準は1990年に日本眼科医会 VDT 研究班が発表したものである。他覚的検査 による診断が望ましいとあるが、検査機械がかな り高価で、普及してないので一般的ではない。診 断として完全型、不完全型、疑いと分類されてい る。単なる疲れ眼ではないという事も診断するに 当たり重要である。なぜ疲れるか、眼疲労・眼精 疲労の発症メカニズムを原因別に見ると、ディス プレイを見ることによる負荷、視線が動く事によ る負荷、下を向かない事による負荷の3つが原 因として考えられている(表4)。ディスプレイ を見ることによる負荷について言えば、ディスプ レイの画像解像能力は最近良くなったとはいえ、 まだまだ写真・印刷物に比べると劣る。ディスプ レイから入る情報を処理する為に脳は働き、疲労 感を感じる、その結果として目は疲れる。また、 ディスプレイは周囲の光環境に左右されやすく、 動画像は見え方が不安定で、画像を点滅として表 示する為に、ちらつきとして認識し、その結果眼

<表1>

瞬目と涙液

瞬目により涙液分泌が誘発 瞬目により角膜前涙液層を再建 <表2>

瞼裂幅とドライアイ

臉裂幅

「方視:約6mm

-正面視:約10mm

- 眼表面の露出面積:約2倍

-涙液蒸発量: 2 倍以上

<表3>

テクノストレス症候群の診断基準 診断設定に必要な条件(ほかの疾患は除外すること)

- ① 眼精疲労がある(単なる疲れ眼ではないこと) *他覚的な検査による診断が望ましい
- 首、肩、腕、手、指などにしびれなどの異常があ
- (3) 精神神経系に異常がある

診断

完全型: ①②③を有する

元王宝・①②②ではする 不完全型:①と②、または①と③を有する 疑い:①のみを有する

眼疲労・眼精疲労の発症メカニズム

- ディスプレイを見ることによる負荷 視線が動くことによる負荷
 - 下を向かないことによる負荷

<表5>

T眼症への対策

目を休める

- 連続VDT作業時間:1時間を越えない
- 作業休止時間: 10-15分● 小休止: -連続作業時間内に1-2回(新「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」)

は疲れることになる。視線が動くことによる負荷は、パソコン作業ではディスプレイ、キーボード、書類と三次元的な目の動きが必要で、眼球運動は従来の2~3倍になる。その結果、内眼筋(毛様体筋、虹彩筋)の運動量も増し、目は疲れることになる。下を向かないことによる負荷は、ディスプレイ注視時の視線は水平もしくはやや上方が多いとされている。先にも述べたが、上方視はドライアイの原因の一つでもあり、それによって斜位量が増加し、目は疲れることになる。

IT眼症への対策(表5)としては、目を休め る事が大切で、外来に受診する患者さんは働き盛 りの人が多いので、非常に無責任なアドバイスか もしれないが、連続作業時間1時間を越えない、 作業休止は10~15分を取る、連続作業時間内 (1時間以内)に1~2回休みをとる事がガイド ラインとして勧められている。ドライアイへの対 策は、意識的に瞬目を増やす、低温、低湿度を避 ける、直接風に当たらない、人工涙液の使用、コ ンタクトレンズ装用の中止が大事である。眼疲労・ 眼精疲労への対策は、適切な作業姿勢、すなわ ち 40cm 以上の視距離を保つ、ディスプレイの 上端は眼の高さを超えないことが重要である。デ ィスプレイにも気をつけることが必要で、照度は 500 ルクス以下、グレア防止(いつもきれいに する)、フリッカーは知覚されない程度にする(質 の良いモニターを使う)、文字の高さは3mm以 上、適切なめがね使用等が上げられるが、必ずし も最高視力が出るめがねがベストではないという 事がいえる。

参考文献

- ・厚生労働省 新「VDT 作業における労働衛生管 理のためのガイドライン」(2002)
- ・木下 茂「IT 眼症の据えかた」日本の眼科 74:859 - 861,2003
- ・日本眼科医会 「IT 眼症と環境因子研究班業績集(2002~2004)」(2005)
- ・中村芳子「IT 眼症って何?」 眼科ケア7:594 599,2005

[記:理事 小田 悦郎]



郡市医師会長会議

と き 平成 18 年 12 月 7 日 (木) 15:00 ~ 16:45 ところ 山口県医師会館

藤原会長挨拶

本日は、年末のお忙しい中、またお足元の悪い中お集まりいただきありがとうございます。

さて、安倍政権が発足して2ヶ月が経った。 順調な滑り出しと思われるが、ここに来て先の郵 政民営化に反対して自民党を離党した議員の復党 問題で少し揺れている。そもそも先の衆院選は国 民にとって優先順位の低い「郵政民営化」を旗印 にした、いわゆる one phrase politics で小泉政権 が大勝利したが、その結果、国の方向性は一段と 市場主義改革を加速することになった。丁度、1 週間前、日本医師会で「医療政策シンポジウム」 が開催された。テーマは「国家財政と社会保障」 副題-国家財政を破綻させた原因はどこにあるか −であったが、このなかで神野直彦教授が、「金 を持っていない人ほど国家財政の破綻を心配して いる」といっていた。勿論、ジョークであろうが、 先般の選挙では、ニートやフリーターほど、小泉 政権を支持したともいわれている。同様のことを 山口県医連ニュースでも触れたことがあるが、郵 政民営化と一脈通じるところがあるかナと感じ た。小泉改革は「小さな政府」といって押し進め ている政策自体が格差社会を深刻化させており、また、その本質と思われるが、なぜ、彼らが自分たちの首を絞めるような政策に賛成するのか講演の中で答えを探していた。国家財政が破綻の危機にあるといいながら、一方では、史上最高益を発表している大企業が続出している。しかも、どんどん企業負担は減らしている政策、改革を支持している国民にそれをどのように還元しようとしているのか、あるいは還元などということは端から考えていないということなのか、国民はなぜそれで納得しているのか、改めて考えさせられた。

ところで、先般、医療制度改革関連法が成立し、 国は医療費適正化に向けて大きく動き出している。そして、都道府県単位での医療運営が現実の ものとなってきているが、その主役は間違いなく 保険者であり、保険者協議会、さらには、山口県 でもこの度慌しく設置された地域・職域連携推進 協議会が機軸となっていくものと考えている。医 師会がおかれている立場を今一度考えてみること が求められている。

山口県医師会・県行政の主だった動き

山口県はまさに一地方の典型的存在で、山口



的にその対応に追い回されているのが現状である。

山口県における医師確保

後ほど木下副会長から報告するが、県医師会の 動きについて少し触れる。

柳井医療圏の病院の小児科医引き揚げの件について大学、県行政、県医師会、地元医師会および行政、病院が集まって、協議会をもったことについては、前回の代議員会で報告した。その後の進展が見られないことを受けて、山口県医師会として、県知事に対して、この件について直接、要請をした(その前に、県知事は古川教授・前川学部長と懇談されているが山大は人手がないが、ともかく検討はするとのことであった)。具体的成果はこれからであるが、県知事としては何とかしたいという思いは強く伝わってきた。

とりあえずの策であるが、地域医療を担うということで、地元医師会の支援は欠かせないことだと思う。柳井医師会においては夜間救急体制を作ると聞いている。また、地元中核病院長に状況を説明する中で、「地元には粛々と来春の状況は説明している。医師会の支援が不可欠で、かかりつけ医はまず患者さんに携帯などで対応していただき、必要があれば病院に紹介して形をとって欲しい」と要請された。この小児科引き上げの問題

は産科にも及ぶ由々しき問題である。県内におい て、大学は集約化ということで踏み切って動いて いるので(ここに松﨑病院長もおられるが)、今 後、さらに小児科に限らずいろんな科に波及する 可能性がある。しかし、集約化されて、例えば5 人体制になればよいという問題でもない。まず、 診療報酬上5人体制にして病院運営が成り立つ のか、また、集約化により過疎地はより一層不便 になる。この問題について、安倍総理も診療報酬 を含めて検討をといっている。今回の改定で、医 療費総枠を増やさないで、産科、小児科、麻酔科 について、0.44%だったと思うが他科からはがし 乗せたが、そういうことをどんどんすると診療報 酬体系がいびつなものになってしまう、本来は補 助金でやるべきものだというのが私の考えである が、今のやり方、しかもマイナス改定の中で非常 に危険なものであると思っている。

生活習慣病対策、その要の糖尿病予防対策

今後増加する中で病気を発症させないことが 重要になってくる。糖尿病については 1997 年 に予備軍を含め、1370 万人。2002 年は 1620 万人と増えている。特に糖尿病が強く疑われる 人も 1997 年が 690 万人、2002 年が 740 万人、 2010 年には 1020 万人になると厚労省は発表し ている。これでは膨大な医療費がかかり、2002

出席者-

県医師会 理 事萬 忠雄 大島郡 川口 茂治 下 松 河野 隆任 会 長 藤原 淳 弘山 直滋 副会長 玖 珂 郡 吉岡 春紀 岩国市保田 浩平 木下 敬介 田中 豊秋 熊毛郡 田尻 三昭 小野田市 砂川 功 三浦 修 田中 義人 南 田邉 征六 光 市 河村 康明 専務理事 杉山 知行 監 事 青柳 龍平 吉本 正博 厚狭郡 久保 宏史 柳 井 新郷 雄一 常任理事 山本 貞壽 美 袮 郡 時澤 史郎 長門市 村田 武穂 濱本 史明 武内 節夫 豊浦郡 永山 和彦 美 祢 市 白井 文夫 西村 公一 宇部市 猪熊 哲彦 山口大学 松﨑 益德 湧田 幸雄 広報委員 阿部 政則 山口市奥山 暁 加藤欣士郎 萩 市 売豆紀雅昭 理 正木 康史 小田 悦郎 徳 山 小金丸恒夫 防 府 松本 良信

年の時点では5兆円を予測している学者もいる。いずれにしても、この医療費を抑えるという意味ではわれわれは責任がある。今年度山口県医師会糖尿病対策推進委員会を山口大学の谷沢教授を委員長として、副院長に労災の矢智先生にお願い



し、立ち上げている。先般2回目の委員会を開催し、県医師会として、コメディカルのスキルアップで山口県版の糖尿病療養指導士を念頭に置いた提案をした。委員長からはいろいろ課題はあるが、前向きに検討したいとのこと。

地域・職域連携推進協議会の設置

生活習慣病の予防を重視した対策を推進する という観点から従来つながりの無かった地域保険 と職域保険の連携をより地域の実情に応じた将来 に通じた継続的な保健サービスの提供体制を整備 することになっている。県単位、二次医療圏単位 で設置することになっていて、県では年度内にそ の協議会を開催する。医師会としてはすでに設置 している保険者協議会、そして新しく作られた地 域職域連携推進協議会に積極的に関与し、健診の 基盤整備、健診業務の受託に取り組まないといけ ないと思う。日本医師会は第三者評価機構の立ち 上げが重要だと述べている。健診については健診 データが保険者に蓄積され、レセプトと突合され るという大きな問題が生じてくる。かかりつけ医 による一貫した健診、保健指導、治療データ管 理のバックアップなどが望まれる。問題となるの は、保険者が健診とレセプトを突合することは医 師会がいくら反対しても阻止することは困難であ るが、これが進んでいくと、今診ている患者にも 影響が出る危険性がある。しかし、今のところ保 険者側は今までどおりのかかりつけ医でやってほ しいとのことで、そこまでは手を突っ込まないと いっている。この新しくできた協議会には担当の 濱本常任理事が出席することになっている。

1、中央情勢報告

藤原会長 先般の日医理事会打合会で出た事を報 告する。ひとつは、第1回医療構造改革にかか る都道府県会議が11月6日に開催された。これ は厚労省が主催としてやっているもので、保険局、 医政局、健康局、老健局、各県の担当を集めた会 議である。打合会では神戸市医師会長が周知が十 分でないと指摘された。平成20年から始まる都 道府県の医療費適正化計画のスケジュールを厚労 省が提示した。今後の医療制度体系は都道府県を 中心にした枠組みに再編成されるが、この会議は 国と都道府県の連携体制を作り、情報提供するこ とによって医療制度構造改革をする準備のようで ある。保険局は主に医療費適正化計画、医政局は 医療計画、健康局は健康増進計画、老健局は地域 ケア・整備構想計画である。医療費適正化計画と 地域ケア整備構想計画、医療計画は療養病床の再 編を軸にスケジュールが示されている。さらに、 医療費適正化計画と健康増進計画との間は、特定 保健指導を中心に連携することになっている。

医療構造改革推進組織(医療費適正化関係で都道府県に設置を求めているもの:総指揮をとることになろう)の設置状況であるが、40 都道府県で設置、検討中が7県、設置されたところでトップが知事のところは岩手県と青森県、副知事がトップのところは宮城県、長野県、大阪府、兵庫県など5府県。山口県は検討中となっているが1月ごろまでには設置されるであろう。

地域ケア・整備構想は来年夏から秋にかけて都 道府県が策定することになっている。これは法的 根拠が無いが全体の鍵を握るということで、ここ が軸になるのではないかと思う。つまり、地域ケ ア整備計画に用いられるソフトが療養病床再編の ツールとなるため、一時的に医療計画は足踏みと なるだろう。

生活習慣病予防で健診保健事業者の実施のため、アウトソーシング先となる民間事業者の育成をうたっているが、すでに保険会社が保健師の募集を始めている。これについては情報が損保会社といったアウトソーシング先からの情報が一方的に流されると、懸念されるのは医療機関の選別につながることであり、日医理事会では「これは医師会はずしだ」との指摘も出た。今後は地域で運営するようになるから県というより市町村できっちり対応していくことが求められると思う。

療養病床の再編について、日本医師会では療 養病床の転換についてはもう少し様子を見たほう がよいとのことだった。療養病床再編について、 15万床というのが先走りしているが、西島参議 院議員に尋ね、根拠のない数字だということを確 認している。私もこのことについては地方の新聞 に載っていたので本人に確認したところである。 「本当に見直しは無いのか」とたずねると、「これ は法律で決まったことだから必ずある」といわれ た。いずれにしても、各都道府県ごとに地域ケア 整備体制や高齢化率が違うので、各都道府県でき ちんと意見を述べてやっていただきたいとのこと だった。老健に転換してもその後何年保障される のか明らかではなく、老健での医療のあり方が不 明瞭なので無理であると日本医師会は主張してい た。人員配置基準も明確でなく、各県で事情が違 うので、様子を見てどちらでも転換できないこと になるのではないかと質問した。日医によれば、 自己責任で対応してほしいとのこと。

医療区分1は介護保険でよいという理解になる。これは医療の介護化容認につながると日医の主張であった。

日医調査について、これをもとに診療報酬の 問題点について、テレビで放映されていたのを見 たが、非常にリアルに現場の状況が伝えられてい た。

日本医師会認定かかりつけ医について、まだ議論の途中だが、日本医師会の構想については、現在旗を揚げて、全国の様子を見ているのが現状である。医師の偏在、不足については、臨床研修カリキュラムに僻地へ行くこと、後期研修、大学も

その中に入れるということ等も検討されている。 医師はなんといっても半官半民であり、現状のように研修医の自由な選択に任せていれば地域医療は成り立たない状況が起こるであろう。新医師臨床研修制度の中で、大学の研修、僻地医療という選択肢を与える中で研修カリキュラムを組む必要があると思う。日本医師会としては委員会に諮問するというかたちをとり、学術推進会議、生命倫理会議、生涯教育推進委員会で検討するようである。

平成 18 年度緊急レセプト調査について、病院ではマイナス 0.55%、診療所でマイナス 1.22%の減ということで、療養病床を持っているところはマイナス 10%、特に有床診療所はマイナス 12%という数字が出ている。

医療用医薬品の流通に関する懇談会が 11月 15日に開催されたが、ジェネリック医薬品の普及のために流通をしっかりするということであった。公正取引委員会では医薬品の納入価については医療機関とメーカーで直接取引きをしてもかまわないことを認めることになった。タミフルが途方も無い値段で流通するようになったこともその理由であるようだ。以上、中央情勢報告である。

2、勤務医の入会促進について

湧田常任理事 県医師会の会員数は 11 月現在 で 2.744 名で、そのうち 42.7%が勤務医である。 医師会活動をより強化していくためには勤務医、 特に若い勤務医の加入促進が重要である。若い 勤務医、研修医に入会してもらい、研修医につ いては2年間の研修後も継続して医師会に入会 していてもらえることが底上げにつながる。従来 から言われているが、医師会加入については勤務 医より、「会費が高い」「メリットが無い」「郡市 を越えて転勤したときに手続きが面倒」といわれ ている。郡市医師会、県医師会、日本医師会がそ れぞれ独立した社団法人であるため、簡単には解 決できるものではない。本日は、年会費、入会金 について案を提示させていただく。県医師会の会 費についてであるが、現在、研修医の会費は年間 27,000 円であるところを年間 6,000 円に減額、 勤務医の会費は、原稿では年間 33.000 円である



が、医師免許取得後一定期間未満 (たとえば 10 年未満) の勤務医の会費を年間 27,000 円にする ことを平成 20 年度から変更するように定款等検 討委員会で検討することにしている。

また、郡市医師会の入会金・会費についてもそれぞれでばらつきがある。入会金は免除、会費は33,000円以下にお願いしたい。

入退会手続きの簡素化について、現行は郡市医師会を超えて異動する際、退会する郡市医師会には退会届を、入会する郡市医師会には入会届を提出する必要があったが、この制度は公的病院を頻繁に異動する会員については手続きが面倒で、会員をやめるということにもつながってしまう。そこで、勤務医が県内の郡市医師会を異動する際は、退会する郡市医師会からの異動届により、県医師会の会員身分は継続するというものである。なお、日本医師会についても異動手続きで済むよう働きかける。

美祢郡 入退会手続きの異動処理について、この 制度だと、当該勤務医がどこに行ったか把握できない。個人情報保護の観点もあるが、勤務医がどこに所属しているか、異動先を把握しておかなければならない。

湧田常任理事 異動届に次に行く勤務先を記載してもらうようにして対応する。次に行くところが確定していないと退会という形になる。

美祢郡 勤務医の会費についてであるが、私的医療機関では勤務医の会費を医療機関が支払うことがある。ところが、公的医療機関では法律上できないので、その辺はどうお考えか。

木下副会長 それゆえに県内統一の会費で、しかも今までよりも安くする。月に換算したり、医師会に入っているメリットを考えればそれほど高くないと思う。私的医療機関ではそこが払うというのは問題ないが、公的医療機関だと自分のお金で出してもらいたい。

下松 どういうメリットがあるから医師会に入会 してほしいといえばよいのか。入会したらこうい うメリットがあると説明したいのだが。

木下副会長 医師不足にしても過重労働にして も、今医療現場での社会問題になっていることの 殆どは勤務医関係である。これからは勤務医と開 業医が同じ目線で考ることが重要である。勤務医 に認識してもらって、厳しい勤務医の将来を一緒 に考えてもらいたい。あえて言うならそれがメリ ットである。

山口市 入退会異動手続きの簡素化についてはよいと思う。現在、県医師会と日本医師会の会費を 郡市医師会長が徴収しているが、県医師会単独で 徴収したらどうか。

事務局 勤務医の会費については、診療報酬から引き去ったり、郡市医師会長から徴収したりというさまざまなパターンがあり、複雑な問題があるのでそれらを踏まえて十分検討して、異動手続きでできるようにご意見を聞きながら、構築していきたい。

山口市 診療報酬とかそんな話が出てくるようでは、勤務医の状態がまったくわかっていない。問題になるのは公的病院に勤める先生方で、診療報

酬などまったく関係ない。県医師会で確実に集め てもらえるとなんら支障は無い。

事務局 診療報酬でひかれる方もかなり多い。また公的病院についても郡市でご協力をいただいている。ご指摘の点を踏まえながら考えていきたい。

吉南 うちは資料では入会金は 10 万となっているが、5 万である。

熊毛郡 資料では入会金が5万円となっているが、今勤務医の先生からはいただいていない。

事務局 郡市医師会基本調査をもとに出している。適正でないところがあり、申し訳ない。

藤原会長 少しでも勤務医に多く入会してもらいたいという思いで、このような案が出てきたが、内容についてはご指摘のとおりまだ十分熟していないと思う。実際に会費を下げれば、入会が簡単に増えることにつながるのか、また、権利の問題もあり、慎重な判断が必要だ。勤務医懇談会を開催して、いろいろ意見を聞いているが、勤務医にも医療政策の重要性について問題意識を持ってもらわないといけない。勤務医部会の充実活性化に向けて努力しているが、医師不足などの問題も勤務医の問題なんだと理解してもらわないといけないが、どうしても、勤務医と開業医のおかれた環境の違いが表に出てしまう。今回、提案しているが、慎重に検討していく。

山口大学 私自身が医師会入会のメリットが分からない。勤務医問題は沢山あるが、今までの医師会のあり方が、開業医としての医師会という認識がまだまだある。どのように医師会が勤務医に対し、これだけ本気になっているのだという面を見せていただかないと、会費を下げただけで増えるとは限らない。医師会内での勤務医のランクを上げるように、勤務医師会という圧力団体を表に出そうという動きもある。勤務医は医師会から何の恩恵も受けていないという概念が長い間つづいているので、それに対するようなパフォーマンスを見せてもらわないとなかなか難しいと思う。

藤原会長 日医の前期診療報酬検討委員会でも病院と診療所との初診料の格差を問題にした。その中で病院に対してどういう診療報酬を考えるか、以前とは考え方が変遷してきていると思う。医師会が診療所だけを守って病院は守らないというのではなく、病院の意見も反映されるような形になっていると理解してもらいたい。ともかく、医師会は一丸とならないと、正しい医療現場の意見が通らないと思う。

小野田市 郡市医師会に入会していないと、県医師会員にはなれず、県医師会員でなければ、日医会員にはなれないシステムである。郡市医師会の年会費を統一化することは大賛成で、活性化にもつながると思う。

藤原会長 会員の権利が生じるので、全体のバランスを考えなければいけない。

3、医師確保について

木下副会長 医師確保対策については緊急で重要な課題であり、日本医師会をはじめ、国会議員、県行政、議会等に対して積極的に働きかけてきた。本会でもドクターバンクを創設するとともに、臨床研修医との懇談会を開催しているところである。しかしながら、県内の医師数は全国水準を上回っているが、近年の臨床研修医の都市志向などにより、地域偏在や小児科・産婦人科・麻酔科の不足(勤務医不足)が顕著に現れ、地域によっては小児救急医療体制が確保できない状況が懸念されており、地域医療提供体制に深刻な問題となっている。会員の子弟や親族で、県外勤務の小児科・産婦人科・麻酔科の医師で帰県可能な方がおられれば、ぜひ情報をいただきたい。行政、大学と連携をとり、県内の医師不足問題に対応していきたい

柳井 とてもありがたいことである。数年前に、とある医師が帰りたいと希望してきた。希望勤務 先では、山大に入って、そこから出向という形を とってもらいたいとのことで話を進めていると、 結局他の大学で卒業しているものが山大に入局し た場合、1年目からやり直してくれといわれたこ とがある。これでは10年間他でやってきたこと は何だったのだと問題になったことがある。

山口大学 10年やってきた先生を最初からなど というばかげた話は聞いたことが無い。あるなら ば、医局の中で1年間ファミリーになってから いくのならよいが、技術をゼロからやり直せとい うことはありえない。うちは100%ウェルカム 体制である。

4、県医師会平成 19 年度新規事業に対する要望 について

杉山専務理事 19年度の事業計画について要望 があれば提示してほしい。

5、女性医師参画推進部会について

三浦副会長 平成 17 年に「医師の需給に関する 検討会」が開かれ、本年8月に報告書が出された。 その中に今後の方策として、「女性医師が医療に 欠かすことの出来ない貴重な担い手であることを 認識し、働きやすい環境を整備し、継続的にはた らくことが出来るよう促すこと」が上げられてい る。山口県医師会でも平成17年11月に女性医 師懇談会を開き、この度山口県医師会女性医師参 画推進部会という正式名称が決まり、準備委員会 が発足された。

女性医師の働く環境を改善し、仕事を継続で きるようにすることは、医師不足解消のためにも 出来るだけ早急に取り組まねばならない課題であ る。それには女性医師自身が意識を高め、医師会 活動に積極的に参加し、発言の機会を持つことが 大切である。医師会の運営に女性医師の視点を取 り組むことは医師会にとっても新しい展開が期待

できるであろう。

女性医師が医師・人間としての自覚と誇りを もって生きていくための環境を整備することは男 性医師の働く環境の改善にもつながるし、一人の 力では出来ないことをともに考え実現していく会 として、多くの女性会員、また男性会員にも積極 的に参加していただきたいと思う。設立総会、設 立記念講演会を平成19年3月11日(日)13時 から小郡の山口グランドホテルで行う予定にして いる。

濱本常任理事 喫煙については、健康に及ぼす影

6、学校敷地内禁煙の実施に関する要望について

響が大きいので日本医師会をはじめ、各地の医師 会で喫煙防止のための積極的な取組が行われてい るところである。とりわけ、児童生徒への喫煙防 止教育が重要であるが、中でも学校敷地内を禁煙 とすることで、子どもに大人が喫煙する姿を見せ ないことは喫煙防止教育として最も効果的な方法 である。山口県においては県立学校では平成 18 年度中にすべての学校で敷地内勤炎が実施される が、市町立学校など多くの学校では実施されてい るところは少ない現状である。

本会ではさる 9月 14日の郡市医師会学校保健 担当理事協議会にて、各郡市医師会から各市町と 教育委員会に対し、管轄すべての学校における敷 地内禁煙の実施の要望を行うことを協議、了承さ れた。当会も県教育委員会と話し合って、トップ ダウンで要望をしているところだが、どうしても 市町の域まで伝わらない状況である。そこで、郡 市医師会長においても、主旨を理解いただき、要 望を行っていただきたい。

なお、岩国市や下関市では、段階的ではあるが、 小中学校敷地内禁煙が実施される予定である。





山口市 全面禁煙は病院でもできず、分煙になってしまう。学校の先生をそこまで矯正するのは厳しいので、その辺の対策を今考えながら進めているところである。

下松 下松市役所、学校をどうするか話がでているが、市役所では禁煙だが、外部から人が来る場合はどこか 1 箇所喫煙できるところを作ってほしいと言っている。今の子どもたちが喫煙しないようにすることが大事である。

吉南 旧小郡町に関しては、以前から学校は全面 禁煙でお願いしていたが、町長がかわり、トップ ダウンであっという間に決まった。

濱本常任理事 町長に直接お願いするのが効果的である。全国でも、親のまねをして子が喫煙し、親は放任するパターンが多い。学校に赴き、禁煙教育するが、教員が学校外で喫煙している姿を子どもが見ることで、折角の禁煙教育の意味がないと思う。

7、医療関係団体新年互礼会について

杉山専務理事 平成 19 年 1 月 13 日ホテルニュータナカにて開催する。締切が 1 月 10 日。

8、郡市医師会からの意見・要望

<要望1>

下松 IT 化に伴う経費負担を医療機関に負担させないように国に要望してほしい。

藤原会長 IT化については、二つの問題として

分けて捉える必要がある。

まず、レセプトのオンライン化については、4月11日の省令により平成23年4月までに段階的に完全実施することが示された。また、6月の医療制度改革関連法成立の際の付帯決議にも「目標年次までの完全実施を確実なものとするよう努める」と改めて明記されている。

日本医師会新執行部のオンライン請求義務化に関する見解が、8月8日の記者会見で示された。問題点として5項目をあげているが、そのうち財源については約650億円、手書きレセプト医療機関を含めると1000億円を超える別途財源を必要とする(メインテナンス費用は別)、としている。日医執行部が見解を発表した後の経過・対応についてはまだ確認していないが、いずれ中医協等で要求することになろう。

この問題について日医のこれまでの方針を簡単に述べておく。日医は2002年のIT化宣言以来、基本的にはIT化推進の立場である。日医前執行部もIT化に伴う経費については、「国庫補助など別の予算で対応すべき」と主張していて、診療報酬での対応についてはマイナス改定時には困難としていたが、結果的には初診料に対して、「電子加算3点」がついた形となった(平成22年までの措置)。

国はレセプトオンライン化が医療費削減に役立つと過大な期待をもっているようだが、"医療機関の医療費無駄遣い"についていえば、日本のように保険指導など厳しく実施している国においてどれだけ効果があるか甚だ疑問である。特に、診療所では必要な検査も差し控えているのが現状だ。医療現場をよく知らない机上のソロバンであり、弊害のほうが大きいのではないか。ともかく、保険者はメリットがあるとしているわけだが、医

療機関にとっては薄く、国がIT化が必要と考えるなら、その負担は国が負うべきものであり、日医の対応に留意していく。

電子カルテはまた別の問題と考えるべきであるが、国の次なる目標は電子カルテであり、医療の標準化を目指している。そして、生涯 1 カルテということを最終のターゲットとしているのではないかと考えている。

国は、平成 18 年までに 400 床以上の医療機関の 60% 以上に電子カルテを普及する目標を掲げていたが、平成 16 年 4 月現在では 11.7% と低率である。これも特別の財源措置をしなければ達成は困難であろう。米国では電子カルテを利用している診療所 15~20%、病院 20~25% と川渕孝一教授は報告している。同氏によれば、カナダは 1000 億円以上、イギリスが 1 兆円以上すでに投資しており、米国も、少なくとも 1000 億円以上拠出する予定で、しかも、投資はまだ終わらずに、その後も、イギリス、米国とも兆単位での投資を想定しているという。

医療の標準化については、日本の現状では、 医療の質の向上となることは考えられるが、それ には診療報酬の担保が必要で、当局はそのことが よく分かっているのだろうか。

ご質問については、いずれ、日医に見解を質す ことになろう。

西村常任理事 日医から12月5日付けで被保険者証の二次元コード(QRコード)装着に関するパブリックコメント募集の文書が届いた。これは保険者証の転記ミスをなくすために、二次元コードを利用するものである。平成20年度までに義務化することにしている。医療機関でコードを読み取りレセコンに反映することになり、読み取った部分をセンターに問い合わせ間違いがないかを確認するシステムを作るとのこと。医療機関は読取装置とコンピュータソフトを用意しなければならず、コストがかかると思う。パブリックコメントを厚労省のホームページで求めているので、ご意見をお願いする。このことについては郡市医師会長宛で文書を出すことにしている。

<要望2>

宇部市 鳥インフルエンザ対策の為の特別委員会を立ち上げ、市と保健所とで話し合いをした。山口県は保健所といわずに健康福祉センターと呼んでいるが、市の中にも同じような市保健センターがある。これではインフルエンザのような救急対策をする場合に、混乱がおきて危険なので、名称を保健所に戻すように働きかけてほしい。

藤原会長 県と日本医師会に話を出してみる。

9、その他

木下副会長 平成 15 年に肝炎の節目検査制度が でき、検査はするがあとはなかなか実行につなが らず、平成18年度からもう一度フォロー体制を 見直そうということになった。山口県では山口県 肝炎診療協議会を立ち上げ、今年度の事業として、 肝炎検査、治療に対応できる医療機関の実態調査 をすることになった。前回理事会で協力する方向 になり、郡市医師会にも県と県医師会からのお願 いとして調査協力依頼を出す。対象は診療所で、 日本肝臓学会と日本消化器学会のいずれかの専門 医資格をもっているか、血液検査で腫瘍マーカー 測定、肝機能検査、ウイルス測定ができるかどう か、画像診断で腹部 CT 診断と超音波ができるか 否か、治療に関してはインターフェロンの導入と 継続、抗炎症療法、注射による抗炎症療法ができ るか否かの内容である。肝炎診療できる医療機関 を研修を行いたいとのことである。この目的は病 院と診療所で連携とりながら治療につなげたいの で、検査治療できる診療所を探したいというもの である。

郡市会長数名 目的がよく分からない。一般の医師と肝臓専門医師との間で肝炎の治療に差があるということで、一般の医師にも広めようということなのか。

岩国市 C型肝炎が陽性であるということが診療 所で分かった場合、そのドクターが患者や家族に 2回以上C型肝炎に対する最近のインターフェロン療法の説明をカルテに記載しておかないと、裁 判で負けることも起こってきていると聞く。

閉会の挨拶

藤原会長 本日は活発な議論ができ、目に見えない部分が具体的に見えたことは大きな成果だと思います。厳しい状況にありますので、地元で起こっている問題をどんどん挙げてもらいたいと思います。今日はどうもありがとうございました。

傍聴印象記 _{広報委員 阿部政則}

12月7日郡市医師会長会議を傍聴させていただきました。

藤原会長のご挨拶の後、早速現在の中央情勢 についての報告がなされ、国の施策、医療を取 り巻く環境の厳しさをお話しされました。医師 会が今直面している課題の一つは、会員の結束 と新たに入会する意味を明確にすることと思い ますが、早速入会促進についての討議に入り、 行政も巻き込む国民的問題となっている産科・ 小児科・麻酔科医師の医師不足問題について 話し合いがなされていきました。医師確保は昔 からの最重要課題の一つであり、女性医師の参 画も非常に大切な課題で、今後の日本の医療を 占う大事な医師会の施策となるように思われま す。研修医制度を含め、現在の医師会および医 療界には早急に解決しなければならない問題が 山積していることを実感させられました。また、 以前から医師会が提唱してきた"禁煙"推進 事業ですが、今回は更に拡大して学校敷地内禁 煙対策についても話し合いがなされました。教 育の現場に喫煙は不似合いと思われますので、 やっとそちらに目が向いたように思います。そ の後昨年より始まった、「新年互礼会」につい ての説明があり、郡市からの質疑応答で閉会と なりました。本当に重要な問題が多く、しかも スピードを必要とするものが多いため、まず何 から手をつけていかなければならないか、考え させられました。特に今年は福島県の産婦人科 医師逮捕という未曾有の事件があり、医師自身 がそれぞれ自分のこととして考えなければなら ないことを痛感させられた年でした。いたずら に危機感をあおるのは適当ではありませんが、 危機感を感じないのは自滅を意味するように思 います。来年は少しでも良い年となるように、 医師会員は力を合わせなければならないことを 実感しました。

昨年暮れ以来、県医師会役員室の故佐々木美典 先生の机には、濱本常任理事の持参する花が絶え ない。先日は、トルコギキョウの可憐な花が、大 き目の花瓶から溢れんばかりであった。リンドウ 科の一年草で、名前の由来はトルコ人のターバン に似ていることからだそうである。薄い紫、淡い ピンク、花弁の先だけが紫やピンクの白色咲きな ど、実に色とりどりである。可憐で華やかな洒落 た花だけに、役員室の中では余計に周囲の悲しみ を誘う。

12月2日(土曜) 山口市内のホテルで、県 民の健康と医療を考える会(県内16医療関係団体で構成)主催で、「県民公開講座〜医療の安全を求めて〜」が開催された。「医療崩壊」の著者虎ノ門病院泌尿器科部長の小松秀樹先生に、「医療を崩壊させないために」と題してのご講演を頂き、その後小松先生をコメンテーターに、下関法律事務所の臼井俊紀先生、読売新聞西武本社編集員の小川直人先生にご参加頂きシンポジウムを開いた。イギリスの先例を挙げるまでもなく、確実に日本の医療は崩れつつある。今後の医療の方向性についての国民的共通認識の構築と、医療事故、補償制度、刑事責任の検討の必要性が論じられた。

12月3日(日曜) 萩の長北医療センターで、「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」が開催された。県医師会からは、木下副会長と私、研修講師として、県立こころの医療センター院長の兼行浩史先生、原田医院副院長の原田和佳先生、県医師会常任理事の湧田幸雄先生にご足労頂いた。これは、今年度から始まった研修であり、認知症の早期発見、早期診断とそれに続く治療、支援に関しての知識、対応の方法を学び、各地域においての認知症高齢者支援対策を推進するものである。小雪がちらつく寒い中、長門、萩医師会から14名の先生方にご出席頂いた。

12月9日(土曜) TYSテレビ山口で日本医師会テレビ健康講座の収録が行われた。「これでバッチリ花粉症対策」をテーマに、藤原淳県医師会長、沖中芳彦花粉情報委員会委員長、日本医師会中川俊男常任理事が出演され、30分番組の収録を行った。一つの番組作成に関わり、実の多くの人たち

が準備をし、さらに多くの時間、労力を必要とすることを再認識した。この番組の放送は、12月24日(日曜)であった。

12月14日(木曜) 平成18年度第3回健康教育委員会が開催された。平成18年度の健康教育テキストは、「更年期からの健康」であり、今回は健康教育委員以外で、山口県立総合医療センター婦人科診療部長の中村靖彦先生にお纏め頂いている。近々例年通り小冊子として発行する予定である。

12月14日(木曜)県庁記者クラブで、保険担当の西村常任理事、広報担当の加藤常任理事が、県医師会として記者会見した。これは、先に報道された、「山口行政評価事務所の保険医療機関発行領収証等に関する実態調査結果」に対する山口県医師会の見解を述べたものであり、領収証発行の現状と今後の取り組みについて説明、理解を求めた。このような会見は、山口県医師会としても過去に例を見ず、今後の会外広報活動のひとつの形として意義深い。

12月14日(木曜)山口県医師会勤務医部会第1回常任理事会が開催された。沖田極勤務医部会長就任に伴い、山口県医師会勤務医部会の活性化を如何に押し進めていくかを議論した。そのために、最初にこの常任理事会の意見を単に勤務医のガス抜きに終わらせず、議論の内容を会員だけでなく非会員の勤務医にも情報提供し、さらに県医師会を通して県の医療行政に生かせるような提言を行っていくことなどを共通認識として確認した。その後勤務医の過重労働、医師の偏在や医師不足の問題、救急医療の問題、給与の問題などを意見交換した。詳細は、勤務医部会ニュースに掲載するので、是非これをご覧頂きたい。

12月15日(金曜) 平成19年2月18日(日曜)に行われる、第101回山口県医師会生涯研修セミナーシンポジストの打ち合わせ会が行われた。これは、山口大学前川剛教授の取り纏めで、「大規模災害時の医療」と題し、県行政の立場、災害派遣医療チームの役割、災害医療とトリアージ、基幹災害拠点病院としての役割、災害時のラジオ

放送を使ってのネットワークの構築など、県内に 大規模災害が発生した時に何ができるか何をすべ きかを、災害医療という立場から討論するもので あり、医師会会員以外に多くの救急救命士や救急 看護士の皆様にも是非御参加頂きたい。

12月17日(日曜) 山口県総合保健会館において、山口県介護保険研究大会が開催され、900名以上の参加者を得た。今年度のテーマは、「介護保険制度改革と今後の介護のあり方」~利用者の自立支援を支えるケアをめざして~であり、介護保険制度を維持していくためには、地域包括ケアの理念のもと介護予防ならびに地域支援事業の必要性が強調された。午前中に基調講演として、内閣府大臣官房審議官山崎史郎氏による「介護保険制度改革後の新たな取り組みと課題」~利用者の自立支援を支える制度であるために~、午後からは3会場で研究発表が行われた。

12月26日(火曜) TYS との医療報道に関する 打ち合わせ会が開かれた。先日の日本医師会テレビ健康講座の収録をきっかけに、TYS テレビ山口では、毎月医療の諸問題に関して焦点をあて、県 民への情報提供をしてもらうこととなった。県医師会からは、加藤常任理事が出席し、現在問題となっている小児救急の問題、療養病床の問題、女性専門外来、看護師不足の問題、生活習慣病の問題などについて企画案を提出した。

平成 19 年 1 月 13 日(土曜)山口市内のホテルで、 昨年に引き続き「医療関係団体新年互礼会」が開催された。医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院協会など県内 16 医療関係団体が主催し、山口県選出衆参両国会議員の先生方、自民党県連の先生方、二井関成山口県知事始め県行政関係の方々、県内市町村の首長の皆様、さらに丸本卓哉山大学長、報道関係の方々をご来賓として、総勢約 400 名の皆様にお集まり頂き意見交換を行なった。

1月14日(日曜) 岩国市医療センター医師会病院東館で、今年度2回目の「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」が開催された。これは、前回の萩市で開催された研修会と同様に、認知症

高齢者支援対策を推進するものであり、徳山静養院院長藤井障三先生、原田医院副院長原田和佳先生、県医師会湧田幸雄常任理事に研修会講師をお願いした。出席は26名であった。

1月21日(日曜) 平成18年度花粉測定講習会に引き続き、県民公開講座花粉症対策セミナー~これでバッチリ花粉症対策!! ~が開催された。日本赤十字社和歌山医療センター耳鼻咽喉科部長の榎本雅夫先生に「自分でできる花粉症対策」と題し、一般県民、市民に対して花粉症に関しての情報・知識を提供するとともに、セルフケアの方法などを分かりやすくご教示いただいた。また、沖中芳彦花粉情報委員長からは、「山口県の花粉情報システムと平成19年のスギ花粉飛散予測」のご講演があり、西川恵子花粉情報委員からは、「クイズで当てよう花粉症グッズ」で、種々の花粉についての情報提供があった。終了後、会場から多くの質問があり、活気あるセミナーとなった。

病院未収金問題にやっと検討会が開かれる見 込みである。四病院団体協議会によると、平成 16年までの3年間で未収金は約426億円に達す る。元来、医療機関で発生した未収金の強制徴収 を医療保険者に要請できる「保険者徴収制度」と いうものがあるが、これは義務ではなく強制徴収 するかどうかは保険者の判断に委ねられる。三重 県のように、1億7000万円にも達する県立4病 院の過年度未収金の回収業務を弁護士事務所に 委託する例もあるようだが、現実的には大多数 の病院にとって問題の解決策はない。厚生労働省 は、医療関係団体のほか、市町村国保組合や企業 の健康保険組合、学識経験者などに参加を求め検 討会を設けるという。もちろん、経済的に診療費 を一度には払えず支払いの猶予を受ける場合もあ るが、同じ医療機関に何回受診してもはじめから 支払うつもりのない人や、とくに救急の場では払 う必要などないと考えるようなモラルの低下も多 い。昨今の小中学校における給食費滞納問題でも、 経済的には余裕があるのに払わない確信犯保護者 が半数を超えるという。保護者としての意識、責 任、モラルの欠如であり、病院未収金問題と共通 する病因がこの国に蔓延しつつあるのではないだ ろうか?

理事会

第 16 回

12月7日 午後5時20分~8時

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、 吉本・濱本・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 在宅におけるがん終末期医療に関する情報提 供について

県委託事業の在宅におけるがん終末期医療に関 する医療機関等の情報を県のHPに掲載し情報提 供することについて了承。

2 役員の業務分担について

佐々木常任理事の瘡養中に伴い、当面の業務分 担を協議した。

3 保険医療機関が発行する領収証等の実態調査 結果について

調査結果がマスコミ各社に発表された。今後の 対応について協議を行い、マスコミ関係へ広報す ることを決定した。

4 日医総研との共同研究について

日医総研より共同研究の提案があり、テーマ等 を検討することとなった。

5 山口県糖尿病療養指導士(仮称)について

コメディカルを対象とした糖尿病療養指導士 (仮称)養成制度について今後検討することになっ た。

6 その他

・介護保険の被保険者・受益者の範囲に関する有 識者調査のお願い

意見のある役員は今週末までに担当理事に連 絡すること。

・診療所における肝炎診療実態調査について

前回の理事会で調査協力が了承済み。修正の調 査票の報告がされた。

<人事事項>

1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員 の推薦について

保険医代表委員の辞任に伴う後任委員の推薦に ついて協議、承認された。

<報告事項>

1 学校保健連合会表彰審査会(11月16日)

今年度の表彰者の審査及び今後の取組について 協議した。(杉山)

2 個別指導「岩国地区病院」(11月16日)、

「下関地区」(11月30日)

病院1機関について実地指導が実施され立ち 会った。(萬)

診療所2機関について実施、立ち会った。

(西村·萬)

3 医事案件調査専門委員会 (11 月 16 日)

診療所1件、病院1件の事案について審議し た。(吉本)

4 介護保険対策委員会(11月16日)

県から療養病床アンケート結果の報告。国のモ デル事業で実施した認知症かかりつけ医対応力向 上研修について徳山医師会から紹介。今年度のケ アマネタイムアンケート結果報告、ケアマネ協会 と意見交換した。地域ケア推進事業について協議。 (田中義)

5 第3回学校心臓検診検討委員会

(11月16日)

一次検診の調査票の項目について協議。18年 度精検票の回収状況、返戻分の検討と 17 年度精 検結果の一部報告があった。(濱本)

6 山口県医療対策協議会医師確保対策等専門部会(11月7日)

医師確保に向けての取組の検討と小児科医・産 科医の集約化・重点化に係る必要性について検討 した。(木下)

7 やまぐち健康フェスタ '06 in岩国

(11月19日)

シンフォニア岩国で開催。「糖尿病の予防」山口労災病院矢賀副院長の糖尿病対策講演。岩国市医師会主催でAED実技講習会と小児救急医療啓発講習会が実施された。皮膚病相談コーナー実施。(済本)

8 第 19 回山口県国保地域医療学会

(11月19日)

式典に出席。(藤原)

9 第2回住み良さ日本一の県づくり推進会議 (11月20日)

やまぐち住み良さ指標を活用した取り組み状況 及び「住み良さ日本一の県づくり」の今後の展開 について協議した。(事務局長)

10 日医第9回理事会(11月21日)

第3回医療施設体系のあり方に関する検討会、 与党ドクターへリワーキングチームの件等につい て報告があった。(藤原)

11 第 11 回武見セミナー (11 月 21 日)

会長が出席した。(藤原)

12 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会 (11月22日)

オンライン請求システムの構築、18年度前半の診療報酬等確定状況等について報告があった。 (藤原)

13 山口地方社会保険医療協議会(11月22日)

医科3件(新規2件、移転1件)が承認。

(藤原)

14 第1回山口県地域ケア推進検討会

(11月22日)

会長等の選出後、地域ケア推進事業について協 議した。(田中義)

15 第2回日本糖尿病対策推進会議総会

(11月22日)

糖尿病対策推進協議会が今年度中に全都道府県で設置予定。事例報告、厚労労働科学特別研究事業「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関する研究(J-DOIT2)の報告があった。(田中豊)

16 三師会懇談会(11月22日)

山口県地域振興部国際課長の「山口県の国際交流」について卓話後、最近の医療情勢について意 見交換を行った。(杉山)

17 健康スポーツ医学実地研修会(11月23日)

「運動による動脈硬化予防」山大保健学科教授 松田先生の講演後、萩市内をウォーキングした。 受講者 19 名(濱本)

18 生涯研修セミナー (11月 26日)

第 100 回。特別講演「生涯教育の重要性と日 医生涯教育制度の課題」日医常任理事飯沼先生、 「インフルエンザ」国立感染症研究所岡部先生、 午後、シンポジウム「介護と介護予防」開催。受 講者 129 名。(三浦)

19 山口県医療対策協議会救急医療対策専門部会(11月28日)

ドクターカーの導入について、救急専門医の養成確保、AED設置促進等について協議された。

(事務局長)

20 第 3 回山口県認知症予防推進会議

(11月29日)

周防大島のモデルの取組と今後の方向について協議した。(田中義)

(財) 労災保険情報センター山口事務所が主催

し、労災診療費の請求もれ等を防止し、適正で 効率的な請求を期することを目的に開催される もの。下関地区で開催され、24 医療機関から33 名の出席者があり、開講挨拶を述べた。3 地区累 計出席者数は148名。(加藤)

22 山口産業保健推進センター運営協議会 (11月30日)

今年度の上半期事業報告、下半期事業計画について協議した。(藤原)

23 山口県介護予防市町支援委員会(11月30日)

設置要綱、会長選任後、県、市町における介護 予防関連事業の取組について報告、協議した。

(田中義)

24 第 2 回山口県医師会糖尿病対策推進委員会 (11 月 30 日)

今年度の事業報告後、糖尿病療養指導士の養成 について検討した。リーフレット作成や今後の事 業計画について協議した。(田中豊)

25 日医医療政策シンポジウム(12月1日)

国家財政と社会保障をテーマに講演及びパネル ディスカッションが行われた。(杉山)

26 県民の健康と医療を考える会県民公開講座 (12月2日)

虎ノ門病院:小松秀樹先生による「医療を崩壊させないために」の講演の後、シンポジストに下関第一法律事務所:臼井俊紀弁護士、読売新聞西部本社:小川直人編集委員を迎え、小松秀樹先生をコメンテーターにシンポジウムを行った。参加者は約300人。(加藤)

27 産業医研修会・産業医部会総会(12月2日)

特別講演「労働安全衛生の動向」山口労働局中野安全衛生課長、「IT眼症について」山大眼科相良助教授の講演。産業医部会総会が行われた。 受講者 69 名。

28 認知症サポート医養成研修会(12月2・3日)

昨年に続き国立長寿医療センター主催で認知症

サポート医養成研修会(福岡)が開催。 3名受講。(田中義)

29 かかりつけ医認知症対応力向上研修

(12月3日)

長北医療センターで開催。受講者 14 名。来年 1月14日(日)岩国で2回目を開催。(湧田)

30 県民健康栄養調査検討委員会(11月17日)

昨年の県民栄養調査結果報告と今後の健康づくり対策事業について協議。(杉山)

31 山口県感染症健康危機管理対策協議会

「結核・インフルエンザ部会」(11月 30日)

昨年はインフルエンザの流行が遅かったが例年 通りの件数が報告された。(田中豊)

32 会員の入退会異動

医師国保理事会

第 12 叵

1 第 5 回「学びながらのウォーキング」大会について(11月 23 日)

池本和人先生による「長州ファイブ」の講演後、「ウェルハートピア萩」から「かんきつ公園」までのウォーキング (午前の部)を行った。午後は距離別の2コースに分かれて萩美術館まで行った。参加者183名。

理事会

第 17 回

12月21日 午後5時2分~6時50分

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理 事、吉本・濱本・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 役員退職金について

急逝された常任理事に対する役員退職金並びに功労金の支払いが決定。

2 本会役員補欠選挙の執行について

理事 1 名の欠員が生じたので、補欠選挙を 19 年 2 月 15 日に執行することに決定。

3 第 155 回臨時代議員会の付議事項について 提出議案を決定。

協議事項

1 学校管理医による面接指導実施要領等について

県教育委員会面接指導実施要領(案)に基づき 実施する、医師による面接指導結果報告書の様式 案について了承。

2 「病院経営者の皆様へ」の広報誌の掲載について(支払基金・国保連合会)

レセプト電算処理システム導入に関し、医療機

関への周知、状況把握のため、広報誌に掲載したい旨の申し出があり協議したが、保留と回答する。

3 勤務医部会の当面の取り組みについて

12月14日に開催された勤務医部会常任理事会で協議された部会の活動方針等について協議された。

- 4 医療関係団体新年互礼会の次第について 式次第等が協議された。
- 5 地域産業保健センター事業に係る随意契約の 見直しについて

公共通達の適正化に伴い、地域産業保健センター事業についても公募を行った上で随時契約を締結する必要があるので、関係郡市医師会に対して 至急競争資格申請の手続きをするよう通知することとなった。

人事事項

1 山口地方社会保険医療協議会委員の推薦について

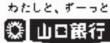
三浦副会長、萬理事に決定。

- 2 日本医師会地域医療対策委員会委員について 弘山理事に決定。
- 3 県及び関係団体委員会等の委員について 故佐々木常任理事が担当していた各種委員会委 員の後任を決定。
- 4 山口県社会保険診療報酬支払基金審査委員会 委員の推薦について



・スーパーの動金利定数割金のお前け入れ金額・・・2000 [13:1] ・未見後数引用のご購入金額・・・スーパーの表金利定数制金のお銀は入れる収録!





診療担当者代表委員の急逝に伴う後任委員の推 薦について協議、承認された。

報告事項

1 山口県介護保険研究大会実行委員会

(12月7日)

今月 17 日開催する介護保険研究大会の準備進 捗状況の説明及び役割分担の確認があった。(田 中義)

2 日医勤務医委員会(12月8日)

会長諮問に対する意見発表と、①医療の安全を 確保するための整備、②地域における医療従事者 の確保をテーマに討論を行った。(湧田)

3 日本医師会テレビ健康講座収録(12月9日)

会長出演部分の収録が行われた。放送日時は 12月24日(日)午後3時24分から3時54分。 (加藤)

4 山口県保険者協議会健康講座(12月10日)

県保険者協議会主催、宇部市で開催。「今、な ゼメタボリックシンドロームか?」山口労災病院 副院長 矢賀 健先生の講演があった。住民の健 康相談を行った。(西村)

5 学校医研修会(12月10日)

「不安の時代の家族とその中の思春期の子ども」福島県立医科大学教授香山先生、「学校心臓検診で突然死は防げるか」砂川県学校心臓検診検討委員会委員長の講演があった。受講者89名。(濱本・杉山)

6 予防接種医研修会(12月10日)

「予防接種をされるすべての先生方へ」と題して、山口赤十字病院小児科副部長門屋亮先生の講演があった。受講者72名。(田中義)

7 日医総研戦略会議(12月14日)

慶應義塾大学経済学部教 金子 勝教授の基調 講演後意見交換をした。(藤原)

8 個別指導「宇部地区病院」(12月14日)

病院 1 機関について実地指導が実施され立ち 会った。(萬)

9 広報委員会(12月14日)

主要記事掲載予定、郡市広報担当理事協議会、講演会・座談会等の内容について協議。(加藤)

10 勤務医部会常任理事会(12月14日)

協議3にて報告。(湧田)

11 県政記者クラブでの記者会見について

(12月14日)

第1758号

山口行政評価事務所の保険医療機関が発行する 領収証等に関する実態調査結果の報道に対し、記 者会見を行い、山口県医師会の見解・今後の取り 組みについて述べた。(西村・加藤)

12 生涯研修セミナーシンポジスト打合せ

(12月15日)

2月18日午後開催のシンポジウム「大規模災害時の医療」についてシンポジストの打合せを行った。消防、救急救命士等にもシンポジウムの案内をすることが了承。(三浦)



後継体制は万全ですか?

DtoDは後継者でお悩みの 開業医を支援するシステムです。 まずご相談ください。

(登録無料·蜀密職守)







理事会

第 18 回

1月11日 午後5時~7時35分

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、 吉本・濱本・西村・湧田各常任理事、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

協議事項

1 高次脳機能障害支援普及事業について

山口県では、高次脳機能障害を伴う人々の自律と社会参加に向けた取り組みとして、支援拠点機関を県立身体障害者福祉センターに置き専門的な支援行うとともに、身体障害者福祉センターを中心とした関係機関との地域支援ネットワークの充実を図り、適切な支援が提供されるよう体制整備を行うこととなったので、山口県医師会も協力することとなった。

2 平成 19 年事業計画・予算編成日程について 次年度事業計画、予算編成日程等を協議。

3 平成 19 年度予算編成の基本方針について

対外広報、IT化、勤務医・開業医の連携強化による地域医療提供体制の構築や医療制度改革関連等の課題に取り組む必要があるが、継続及び完了事業との関連を検討しスクラップ&ビルドを行い、前年度の事業規模を目途とすることとなった。

4 「勤務医ニュース」の創刊について 掲載内容、配布先について協議した。

5 山口社会保険事務局との協議事項について

①会計検査院の指摘・疑義にかかる確認調査、 ②山口行政評価事務所の改善措置、③CL診療所 の個別指導等について協議を行った。②に関し山 口社会保険事務局から、再度周知のため全保険医 療機関へ通知文を発出される。

6 第 155 回臨時代議員会の議事運営について 当日の議事日程について協議した。

人事事項

1 健康やまぐち 21「がん対策分科会」委員について

三浦副会長に決定。

2 高次脳機能障害相談支援体制連携調整委員会 委員について

弘山理事に決定。

報告事項

1 医事案件調查専門委員会(12月14日)

病院2件、診療所1件の事案について審議した。 (吉本)

2 健康教育委員会(12月14日)

健康教育テキスト「更年期からの健康」の校正 を行った。(濱本)

3 第 66 回国体山口準備委員会宿泊・衛生専門 委員会(12 月 15 日)

宿泊基本計画、医事・衛生基本計画、宿泊・衛 生専門部会の設置等について協議した。(事務局 長)

4 山口県医師会創立 120 周年記念事業実行員会 (12月 16日)

山口県医師会史第3巻の編纂状況、年表の様式、 デジタルアーカイブ事業の進捗状況等について報 告・協議を行った。(弘山)

5 山口県介護保険研究大会(12月17日)

「介護保険制度改革と今後の介護のあり方」を テーマに県総合保健会館を会場に開催。基調講演 「介護保険制度改革後の新たな取り組みと課題」 内閣府大臣官房審議官山崎史郎氏の講演、午後は 3会場で研究発表があった。大会参加者約1,000 人(田中義)

6 日医第 10 回理事会(12 月 19 日)

日医会員数調査、ジャワ中部地震復興事業支援 金、社会保障審議会介護給付費分科会介護施設等 の在り方に関する委員会等の報告があった。

(藤原)

7 健診・保健指導の指導者研修会(12月20日)

「医師が行う運動指導」、「医師が行う栄養指導」、 「特定健診・特定保健指導と医師会の役割」、「健 康スポーツ医・産業医との関わり」について研修。 (田中豊)

8 山口県市町保健師等国保保険事業研修会

(12月14日)

市町保健師、国保事務担当者を対象に「糖尿病 予防への山口県医師会の取り組み」について講演 した。(弘山)

9 県立総合医療センター中期経営計画検討懇話 会(12月21日)

中期経営計画骨子が説明された。(木下)

10 新牛児聴覚検査専門委員会(12月21日)

新生児聴覚検査事業フローの見直し、難聴児の フォローアップ体制等について協議した。(濱本)

11 個別指導「山口・徳山地区」(12月21日)、 「山口地区」(1月11日)

診療所6機関について実施、立ち会った。(西村・ 田中義)

診療所1機関について実施、立ち会った。(西村・ 萬)

12 損保ジャパン「健診業務」について説明 (12月21日)

損保ジャパングループ「ヘルスケア・フロンテ ィア・ジャパン社」の公的保険者に対する保健指 導支援サービス業務について説明があった。(田 中豊)

13 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会

(12月22日)

増減点事由記号の変更、レセプト電算処理シス テム普及促進の取組及び普及状況等について報告 があった。(藤原)

14 山口県環境審議会(12月26日)

会長・副会長の選任後、19年度水質測定計画

(諮問)等について協議。また、地球温暖化対策 地域推進計画等の報告がった。(事務局長)

15 TYSとの医療報道に関する打合会

(12月26日)

19年医療問題企画について協議した。(事務局 長)

16 山口社会保険事務局・山口県と協議

(12月28日)

協議事項5. と同内容。(西村)

17 広報委員会(1月11日)

主要掲載記事。新シリーズのテーマ、ホームペ ージ等について協議した。(吉本)

18 会員の入退会異動

互助会理事会

第9回

1 傷病見舞金支給申請について

1件について協議、承認。

医師国保理事:

第 13 回

1 傷病手当金支給申請について

1件について協議、承認。

県下唯一の医書出版協会特約店

〒988-356 中部(北小市2)E 5 (字目t/98/9**年**期) THE CHARGE (A4) 0404 HE AIN 0800 (04) 2000 Feb Arm DYEPX] http://www.mm-insuc.co.ip/mb. 部刊の成覧、中観の主動家書を工利用下さい。

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)

メディカル トピックス Medical Topics

ノロウイルス感染症

広報委員 川野 豊一 -

ノロウイルスとは?

ノロウイルスは非細菌性急性胃腸炎を引き 起こすウイルスの一種である。プラス鎖の一 本鎖 RNA ウイルスに分類される、エンベロー プを持たないウイルスである。ウイルス粒子 は直径 30-38 nm の正二十面体であり、ウイル スの中では小さい部類に属する。以前はノー ウォークウイルスや小型球形ウイルス(Small Round-Structured Virus, SRSV) と呼ばれていた こともある。

ウイルスについて研究を行うには適切な培養細 胞に感染させてウイルスを増殖させることが必要 だが、ノロウイルスについては in vitro で増殖さ せる方法がまだ見つかっていない。このため、検 **査や治療方法に対する研究が他のウイルスと比べ** て遅れている

ノロウイルス感染症の症状

主な症状は嘔気や嘔吐、下痢であり、ときに発 熱や悪寒、頭痛、筋肉痛、倦怠感などが見られる。 突然発症して、通常 1-2 日間でおさまる。子供は 成人よりも嘔吐が多いと言われる。

重症感は強いが、上述のように 1-2 日で症状は 軽快し、長期にわたる健康被害を起こす事もない。 しかしながら、嘔吐や下痢で失われた水分を経口 的に補給できなければ、輸液などの治療が必要と なる事もある。一般には乳幼児や高齢者、免疫能 が低下した人など以外は重症化する事は少ない。

感染の経路

- 食中毒:ウイルスを蓄積した二枚貝(カキ・ アサリ・シジミなど)の生食・半生食(半 生のカキフライ・アサリの酒蒸し・シジミ の醤油漬けなど)およびウイルスで汚染さ れた食品を食べて経口感染するもの
- 伝染性胃腸炎:1によって感染した患者(あ るいは1から2を経て感染した患者)の糞 便や嘔叶物に排出されたウイルスから経口 感染するもの

ノロウイルスは少数のウイルスが侵入しただけ でも感染・発病が成立すると考えられており、ウ イルスで汚染された糞便や叶物が乾燥して舞い上 がり、それを吸い込む事により(空気感染で)感 染することもあると考えられている。

発病した人はもちろん、不顕性感染に終わっ たり胃腸症状が現れなかった人でも、無症候性 キャリアとして感染源になる場合があり、食品取 り扱い時には十分な注意が必要である。

診断

臨床症状からだけではノロウイルス感染症は特 定できず、ウイルス学的に診断される。

患者の糞便や吐物を用いて、電子顕微鏡法や ELISA 法、RT-PCR 法リアルタイム PCR 法などの 遺伝子を検出する方法でウイルスの検出をおこな う。(リアルタイム PCR 法ではウイルスの定量も

行うことができる)。 糞便には通常大量のウイル スが排泄されるので、比較的容易にウイルスを検 出することができる。

治療

現在、ノロウイルスに有効な抗ウイルス薬や感 染を予防するワクチンは存在せず、対症療法がお こなわれる。脱水とならないように、水分の補給 を充分に行う。脱水症状がひどい場合には輸液を 行うなどの治療が必要になることがある。止しゃ 薬(いわゆる下痢止め)は、ウイルスを体内にと どめることになるので用いるべきでないと言う専 門家もいる。

予防

- ○手を洗う
- ○食材をよく洗い、十分に加熱する
- ○ウイルスに汚染されたところは洗浄し消毒する
- ○叶物や糞便の処理を適切におこなう

加熱(消毒対象物が85℃1分以上になる条件) が有効であり、加熱できるものは熱処理を行うの がよい。

消毒剤感受性試験では、約80%エタノール で約2~3Log減少し、0.1%次亜塩素酸ナト リウムで 5Log 減少や 0.5% グルタラールでは 5Log 減少したという報告がある。

ノロウイルスは、10-100 個程度でも感染の可 能性があるので、エタノールでは効果が不十分で あり次亜塩素酸ナトリウムやグルタラールが有効 と考えられている

またノロウイルスは、症状が消失した後も48 時間はウイルスが排出されることに留意する必要 がある



リンク

- ●国立感染症研究所 感染情報センター ノロウイルス感染症 http://idsc.nih.go.jp/disease/norovirus/index.html
- ●厚生労働省 ノロウイルスに関する Q&A http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html
- ●東京と福祉保健局 社会福祉施設等におけるノロウイルス対応標準マニュアル http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shokuhin/micro/noro_manual.html
- ●アメリカ疾病予防管理センター (CDC)Norovirus のページ (英語) http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/gastro/norovirus.htm
- ●島根県感染症情報:ノロウイルスの消毒方法 http://www2.pref.shimane.jp/hokanken/kansen/topics/noro/noro_syodoku.htm
- ●福山市役所:ノロウイルス対応マニュアルについて http://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/life/detail.php?hdnKey=271
- ●ノロウイルス―概要と消毒・感染対策― http://www.maruishi-pharm.co.jp/medical/noro_virus/index.html



抜本的な社会保障論議を望む

下関市立豊浦病院

小山 孝則

今回の原稿依頼を受け、何をテーマにするか、頭を悩ませていた矢先、ふとテレビに目をやると、 平成19年度の税制改正に関する議論が行なわれていました。今後の少子高齢化に伴い増大する社会保障費をいかに賄うかが、論点の一つです。日頃、日々の診療に忙殺され、世の中の動きに疎い私ですが、今日のように医療給付が削減され、社会保障が後退してくると、国の医療・社会保障政策に関しても関心を持たざるをえなくなってきます。周知のように、今日、地方のおけるお年寄りの多くは、リハビリ算定日数制限によりリハビリの打ち切りを余儀なくされ、療養病床再編により居場所を失い、このままでは多くの「医療介護難民」が発生するという状況の中で、将来に不安を抱きながら生活されています。

今後、高齢者やいわゆる社会的弱者にとって は、ますます暮らしにくい日本になっていくと想 像されますが、何故、こうした状況になってしまっ たのでしょうか。今日の財政状況の中で、国が増 大する社会保障費を抑制すべく施策を打ち出すこ とは当然のことと理解できますが、こうなる前に 将来展望を見据えた政策はできなかったのでしょ うか。この背景には、政府あるいは国を担う政治 家が、日本は高負担高福祉社会を志向していくの か、それとも、個人のことは個々人でという自己 責任を基本の社会にしていくのか、という議論を 真正面から行なうことを避けてきたことがあるの ではないでしょうか。これだけの社会保障水準を 維持するには、この程度の負担が必要であるとい うことを示すことは政治の大切な責任であるはず なのに、政治家は選挙を前にして国民負担増や増 税に関する発言を控え、国民の耳に優しいマニュ フェストを多く掲げてきました。しかし、これで は国の将来が危ういことは、国民も漠然とながら も感じています。本格的な議論を先送りし、現在

のゆがみとひずみの是正だけを行なう小手先の 改革では、いつまでもたっても日本の社会保障 はジリ貧ではないでしょうか。

こうした現状は、政治の問題だけではなく、 現在のマスコミにも大きな問題があるように思 います。私たちは、こうした社会保障を巡る議 論や政策は、テレビや新聞などのマスコミを通 して知り、考えることとなります。こうした時に、 明らかに富裕層にはいるであろうキャスターや 評論家が、「われわれ庶民は・・・」と言って、い かにも一般大衆の代弁者かのように、現政権の批 判を行い、我々国民の代表である総理大臣をはじ めとする政治家をおもしろおかしく報道、揶揄し ていていいのでしょうか。マスコミが、過去の歴 史の中で政治に対する監視役を果たし、その暴走 を防ぐ重要な役割を果たしてきたことは認めます が、「報道の自由」という名のもとにマスコミ自 体が暴走することのないように、マスコミ関係者 にはより厳しく自らを律していただきたいと考え ます。

それでは、かく言う我々一人一人はどうでしょうか。先にも述べたように、我々も漠然とは改革の必要性は理解し、世論調査でも社会保障に限定使用される消費税増税は多くの国民が許容しています。しかし、いざ自らの懐が痛む話となると、マスコミに同調し政治批判をしたくなります。いわば総論賛成各論反対なのです。また医療従事者として自らを振り返ってみても、日常診療の中で病院の収益増を考えることはあっても、日本の社会保障費抑制の一助となれば、などと考えて診療を行なうことはありません。

現在の日本は、払えるのに払わない学校給食費の問題など様々なモラルハザードが渦巻いています。こうした中、将来の社会保障についての国民的なコンセンサスを得ていくことは容易ではないでしょう。しかし、こうした難しい時代だからこそ、今後の日本の舵取りを託された長州8人目の宰相、安倍晋三総理には一時的は支持率の増減や無責任な一部マスコミの論評などに惑わされることなく、劇場政治やパフォーマンスではない国家百年の計を見据えた政策を打ち出し、ぶれない政治家の本領を発揮していただきたいと切に希望します。



山口大学の元学長、数学者広中平祐先生の書い た「素心」という色紙が我が家にあります。昭和 52年4月1日の日付がはいっており、すっきり とした、きれいな筆跡です。当事、京都大学教授 であった広中先生が山口に講演にこられた際に、 亡父がもらってきたものです。広中平祐先生は昭 和 45 年に日本人 2 人目のフィールズ賞を受賞さ れました。この時、私は小学6年生でした。テ レビのニュースに出ていた広中平祐先生の「特異 点の解消」についての解説を父が聞いて、「ジェ ットコースターのレールの影は交差したところが あるけど、それが特異点で、レール自体は滑らか につながっていて、交差したところはないだろ。 ああいうことらしい」と、私に説明してくれまし た。私は「天気が悪くて影ができない場合はどう するんだろう・・・」などと見当違いのことを考 えながら、父が自分のことのように嬉しそうに話 をしていたことを今でも覚えています。広中平祐 先生の色紙を見た時、「素心」の意味がわからず、 辞書で調べた記憶があります。素心とは「いつわ りのない心、かざらない心」とありました。いつ わりのない、純粋な心で学問に打ち込んでいる、 とのことだと思いました。医師になりたての頃に は「素心」そのもので医学を勉強していましたが、 いつのまにか私の中から「素心」は消えていった ように思います。

学生時代、数学が好きだった私にとって、数 学者は雲の上のあこがれの存在でした。大学の教 養課程で高等数学の一端を習いましたが、厚い雲 の隙間から真理に満ちた青空をほんの少し覗き見 るような気持ちでした。数学者は雲の上から、青 空の隅々までながめているのだろうと思っており ました。いろいろな科学者の伝記等を読みますと、 そんなこともないようで、ある問題をみつけて、 長い間深く深く考え、時には苦しみ、ある瞬間、 はじけたようにその問題が解決し、目の前に青空 がひろがる。しばらく青空をながめていると、ま た違う問題をみつけ、深く沈潜して考え、突然、

素心

山口市医師会 淵上泰敬

明確に分かる。その繰り返しのようです。難問を 考えている時期に、頭の中で何かがはじけたよう に突然分かるという経験は、誰もがたいてい持っ ています。私も雲のはるか下の低いレベルですが、 このような経験があります。「分かった」時には 脳内の報償系の物質がドッと分泌されます。えも いわれぬ快感です。至福の瞬間です。アルキメデ スが「ユーレカ」と叫んで、裸で街中を走ったと きもアルキメデスの脳内に報償系の物質がドッと 分泌されていたことでしょう。長く、深く考え込 めば考え込んだほど、報償も大きいと思います。 普通は、それほど深く、長い間考え込むことは できないかもしれませんが、ある有名な日本人数 学者(広中平祐先生ではありません)の話を読ん だときは本当に驚きました。その先生が大学院の 修士論文が書けるかどうかの瀬戸際の時期のこと で、朝起きて、寝るまで数学のことを考え続けて おられ、それこそ狂ったように考え続けていた頃 のことだそうです。ある時、駅前で自分の周りに 人垣ができ、遠目にじろじろ見られていたのにふ と気づいたそうです。そのうち、二人の警察官が きて、両脇をかかえられ、交番に連れて行かれた そうです。警官に「自分の格好を見てみなさい」 といわれ、見るとパンツ一丁だったようです。ど うして裸に近い格好になっていたか、どうして駅 前を歩いていたか分からなかったとのことです。 若い警官は厳しかったようですが、年配の警官に 「そんなにおもいつめなくても」と慰められたと いうことです。この話を読んだときは本当にシビ レました。自分がパンツ一丁になって、駅前を歩 いていたことも分からないほど深く問題を考え込 んでいたのかと驚きました。数学に対する「素心」 もここに極まれり、と感動しました。やはり数学 者は私にとってはあこがれの雲の上の存在です。 とても数学者にはなれない私は、せめて、日常診 療、医師会活動には「素心」でもってあたろうと 考えております。

外科専門医制度に思う

一第1期生の視点から一

厚生連小郡第一総合病院 外科 清水 良一



はじめに

筆者は1997年の第97回日本 外科学会定期学術集会(京都市) と1999年の第 99回日本外科学 会定期学術集会 (福岡市)の2度

にわたり、前者ではパネルディスカッション、後者ではシンポジウムにおいて、それぞれ外科専門 医制度に関連したテーマで、本制度第1期生の 視点および外科指導医の立場から発表する機会を 得た。

まず、パネルディスカッションでは、一人前の外科医をどのように育てるべきかの方法論について、日米の教育システムの違いを比較説明し、日本の場合には、地方の規模の小さな修練施設ではカリキュラムに掲げられた術式を、納得のいくまで経験させることは困難なため、外科学会が手術ビデオ等を配信して、術者の脳裏に、イメージ空間の構築を図れるように工夫してほしいと訴えた。今や、外科系の学会ではビデオシンポジウムが重要なセッションとして外科教育に大いに貢献している。

2年後のシンポジウムでは、ちょうど外科志望者が減少に転じた時期であり、大学近郊の修練施設の役割として、臨床教授制度を利用し、学生時代に一般病院での手術の助手を経験させ、外科の地域医療の中で果たす役割とその魅力を直接伝えることで、外科志望者を少しでも増やせるのではないかと説いた。これもようやく法的根拠を得て、2007年4月からのクリニカル・クラークシップ制の導入により実現することとなった。

日本には、日本独自の外科教育システムがあ

ってしかるべきであり、良質の外科専門医を育てるカリキュラムも整ってきたところである。筆者も11年前に厚生連小郡第一総合病院に赴任して、既に5名の消化器外科専門医を育てたところである。しかし、外科志望者の減少傾向には歯止めがかかっていない。この問題について、以下に歴史的な背景を解説し、筆者の私見を述べさせていただく。

米国の専門医制度の仕組み

米国では約200の学会(Board)が独自に専門 医 (Diplomates) を認定している。そのうち、米国 専門医認定機構 (The American Board of Medical Specialties、ABMS) に認定された 24 学会の専門 医資格が、実質的意味(社会的認知、民間保険 上の取り扱い等)を持つ。具体的には、1981年 に設立された民間の第三者機関である卒後教育 認定評議会(Accreditation Council for Graduate Medical Education、ACGME)が、これら 24 学 会の専門医養成のための教育施設(認定レジデン トプログラム) に対する徹底的な質的監査を実施 し、技量のばらつきが極力なくなるように工夫 されている。ちなみに、米国の外科専門医資格 を認定するのは米国外科学会(The American Board of Surgery、ABS) であり、米国民のた めの外科医療の質を全米規模で底上げし、外科医 の質を担保する目的で 1937 年に設立された学会 であり、先に述べた24学会の一つである。

専門医資格は医業のために法的に必要とされるものではないが、米国の全医師の約89%がABMS専門医資格を一つ以上保持しており、これら24学会の専門医資格は7~10年おきに再認定を受ける。ABMSは、各州別の専門医リストを市民に提供しており、さらに、個別の医師についても、専門医資格の有無をABMSのインターネ

ットホームページまたは電話にて直接確認できる 仕組みが整えられている。

米国の外科専門医の現状

さて、米国で外科専門医になるには、まず、新卒の医学生約3万人に対して、1千人に設定された外科研修医の枠に入らなければならない。その後、5年間、ABSの認定を受けたレジデントプログラムに沿って、週80時間に及ぶ厳しいトレーニングを受けなければならず、成績が悪いと早い段階で切り捨てられる。外科専門医になれば、技術料が日本の10倍以上の疾患もあり、その技量をしっかりと発揮することで、施設によっては平均年収が5千万円にもなる。これは内科医の約4倍の年収である。

外科専門医を認定する目的で設立された ABS は 1937 年 1 月 9 日に活動を開始し、今年で、ちょうど 70 周年を迎えたところである。この伝統が、米国での外科専門医の地位を安定させている。ハイリスクであっても、不測の事態に対応できる十分な保険料 (年間 500 万円程度)を支払える給与を保障し、モチベーションを高く維持しながら医療に専念できる環境が整えられているため、新卒医学生のトップクラスが外科医になることを希望し、米国での外科専門医への道は、狭き門となっているのも事実である。

日本の外科専門医の現状

一方、日本の外科認定医(現在の外科専門医)の認定制度は米国から約40年遅れて1978年に発足し、約30年が経過した。2006年の厚生労働省の資料では、日本外科学会の会員数は38853名で、このうち、外科専門医は13774名であり、専門医の割合がようやく全体の35%に達したところである。日本消化器外科学会に限れば、1984年に専門医制度が発足し、22年が経過した2006年の時点で、会員数21121名に対して、消化器外科専門医は3203名と全体の15%に過ぎない。(余談ではあるが、筆者は後者の学会でも認定医制度の第1期生であり、運よく認定番号第1号の消化器外科専門医認定証を頂戴している。)

目下のところ、日本では専門医資格を持たず

とも、医業には何の不自由もないのが現状であり、当然、専門医資格のある者との間に給与面で差をつけようなどという機運は盛り上がるはずもない。米国のように日本でも専門医資格を取得することの苦労を経験した外科専門医が外科医全体の90%近くを占める時代になれば、事態は好転するかもしれないが、卒後臨床研修の後期研修で、外科専門医を目指す道が狭き門となるまでには、順調に?推移したとしても日本ではまだ20年近くは先の話であろう。

憂慮される日本の外科医療の将来

日本の外科医は、国民の健康を守るという使 命感を心の拠り所として、たとえ給与面では恵ま れなくても、医療の現場が安心して働ける環境 であれば、なんとかモチベーションを維持するこ とはできた。しかし、昨今の医療を取り巻く環境 は、不確実性の医療につきものの偶発症が、時に 医療過誤として扱われ、なまじ専門医資格を有す ると、医療水準の高さだけが強調され、かえって 厳しい処罰を科せられるというハイリスク・ロー リターンといった憂慮される事態となってきてい る。これでは日本の外科専門医にあまりにも不公 平である。実際、専門医としての技量は、勤務医 としてのチーム医療の中で、はじめて発揮される ものであり、勤務医の平均年収(厚労省の資料で は 1228 万円) が開業医の半分程度であることを 承知の上で、それでも社会の構成員としての使命 感と誇りを持って頑張ってきた。

しかし、マンパワーが不足しがちの昨今、2次 医療圏の急性期病床を抱える病院では、翌日に予 定手術を控えた状況下でも、休日・夜間に緊急手 術に呼ばれることも常であり、リスクが益々増加 する中、実働時間に対する給与の開きは2倍どこ ろではなくなりつつある。これでは勤務医、とり わけ外科医のモチベーションは保てない。今や、 多くの有能な外科医がそれまでに培ってきた高度 な技術を放棄し、開業に走り、外科志望者数も過 去10年間に激減してきているのが実情である。 良質な外科医を確保するという観点からは、医療 費の総枠が決められている中で、誰もが納得でき る公正な給与体系の再構築が望まれる。

現在の専門医制度は個々の学会のためには貢

献している(会費や諸経費が高く、同じような内容の学会が複数存在する)が、専門医自身の志を高く保つために機能しているとはお世辞にもいえない。国には、安価で、しかもマンパワーが十分に与えられない環境下では、安全で、質の高い外科医療など世界中の何処を探しても存在しないということを認識してもらいたい。とくに地方における公的病院での医師不足の問題は、産科、小児科、麻酔科だけの問題ではなく、外科も憂慮すべき事態が確実に迫っているのである。ハイリスク・ローリターンの現状のままでは、賢い研修医が外科を敬遠するのは道理な話である。

外科学会および医師会に期待すること

誤解のないように補足させていただくと、日本の外科認定医認定制度の第1期生である筆者は、16年前の1991年から翌年にかけての米国留学の体験から、日本外科学会が認定した外科専門医は、米国の外科専門医の技量と比較しても、まったく遜色のない水準にまで到達していることを実感している。もともと理数系に関心が強く、外科技術の習得に重要な役割を果たす『イメージ空間の構築能力』に何の支障もない集団が医学部に入学してくる日本では、米国のような民間の第3者機関による認定レジデントプログラムの監査の実施を待たなくても、現在の学会主導の制度で一般外科の技術修練には十分と考えている。

実際、個人の高い資質によって、日本の一般病院では、手術、救急医療、麻酔、ICUの管理などの外科医療のみならず、消化器がん等に対するがん薬物療法の担い手としての中心的な役割を果たしてきたのも外科医であることは論を待たないし、日本が世界最長寿国であることも外科医療の貢献抜きには語れまい。これまで、外科学会や医師会が、学術集会、教育集会、生涯教育などを通じて、最新の知識を会員に提供する役割を担ってきたことは評価できる。しかし、日本の外科医療の崩壊を防ぐために、関係団体としては今すぐにやるべきことがあるはずである。

日本の外科医療の未来を考えれば、外科学会には、外科専門医を目指す研修医にとって、もっと安心して働ける環境が提供できるように法令の改正に向けて、国に対して、これまで以上に働き

かけてもらいたい。また、医師会には、勤務医に属する外科専門医と開業医の実働時間に換算した平均給与の格差が、せめてゼロになるような予算の配分を是非検討していただきたい。それでなくても、勤務医として働きつつ、外科の技術を地域住民に還元できる期間は限られており、医師としての生涯の総実働時間の内、特定領域の外科専門医としての実働時間は20年程度しかないのであるから。そして、外科という診療科が今後とも卒後臨床研修医に魅力のないままの状況では、最終的にそのツケは国民に降りかかることも肝に銘じて、事に当たってもらいたい。

おわりに

2006年11月から2007年3月までの5ヶ月 間に期間を限定して、日本外科学会は日本国内で 外科専門医が関わる高度な手術の対象症例数がど れだけあるかの調査に着手した。ついに、日本に おける適正な外科専門医数を割り出す作業が始ま ったと解したい。お節介かもしれないが、将来道 州制に移行する際には、人口30万人に1つの急 性期専門の医療センター(全国で400か所程度) を作り、外科学会が割り出した適正な数の専門医 を各々のセンターにまとめて配属するという案は どうであろうか。もちろん、他科(現在、47団 体による 45 種類の専門医がある) も同様の調査 に基づく適正な数の専門医を同センターに配属 し、究極の地域格差是正処置を講じるのである。 その際、医師会主導でプライマリケア専門医育成 カリキュラムを新設し、専門医資格のない開業医 の先生方にはその資格を取っていただき、退職し た各科の専門医と共に、オープンシステムでの施 設利用契約(主に外来担当:電子カルテを統一回 線で共有し、外来診療は個人の施設でも同センタ ーに出向いても臨機応変に対応可)を結んでいた だくという案である。もちろん、予防医学の面で 住民への講演や卒後臨床研修医への教育にも参加 してもらい、その実績は、医師免許更新制のクレ ジットとして活用できるようにするのである。

人口30万人という設定は、その地区が独自の メディアを抱えて、中核都市として自立できる規 模を目安としたものである。ちなみに、米国では、 1100床規模の一流病院で、医師の数が2000人、 職員総数は 7000 人、医療収入は 3000 億円という医療形態も存在しているのである(農協の文化連情報誌、2005・3、No.324)。

稿を終えるにあたり、米国の例は極端にしても、 もし、全国 400 か所程度に医療圏を区切り、各 学会と医師会が共同して健全な給与体系に基づく 真の専門医制度を築き、隙のない医療体制を整え、 地域住民への医療サービスを充実させることが叶 うのであれば、外科医のモチベーションは現在よりも確実に上がり、医療に対する国民の理解と信頼も間違いなく深まるであろう。

日医 F A X ニュース

2007年(平成19年)1月30日 1689号

- 新基準移行へモデル事業
- 未収金問題、議論の場設置は歓迎
- 医療・介護保険の組み合わせも
- 医薬品機構の常勤職員を増員
- 加藤医師が無罪主張

2007年(平成19年)1月26日 1688号

- 「一部週刊誌の報道」は事実誤認として完全否定
- 大規模病院が看護学校生を大量確保
- 第三者への継承、病床規制後も可
- 病院管理者等への啓発講習会のモデル案を了承

2007年(平成19年)1月23日 1687号

- 「医療財源確保へ重要な1年」
- 初期段階に抗インフル薬を予防投与

2007年 (平成19年) 1月19日 1686号

- 竹嶋副会長の提案で、「7対1問題」建議へ
- 300床以上の6割が「7対1」目指す
- 建議提案は「医療崩壊の回避」が目的
- レセプトオンライン化など13項目議論
- 医療事故責任問題の委員会、3月に答申

2007年(平成19年)1月16日 1685号

- 有床診の基準病床カウントで通知
- 生命予後不良の4時間未満透析が増加
- 単年度赤字3689億円の見込み

2007年(平成19年)1月12日 1684号

- 医療提供の「在るべき姿」を提言
- 後期高齢者報酬の「人頭払い制」に反対
- 在宅における医療・介護の提供で指針を作成
- メディア報道に対する日医の見解示す
- 未収金問題「いろいろな角度から検討必要
- 「コンタクトレンズ診療所」の問題で見解

2006年(平成18年)12月26日 1683号

- 医療費見通しに「検証の場」
- 抜本的な解決策求める意見も

2006年(平成18年) 12月22日 1682号

- 7対1問題、日医のデータ基に議論へ
- 医師会中心に体制構築を
- 株式会社病院の解禁に反対
- 助産師養成所の併設可能に
- AMDAの復興事業を支援

2006年(平成18年)12月19日 1681号

- 厚労省と感染症にかかる種々の問題を議論
- 療養再編後「患者の受け入れ先ない」
- 回収困難な未収金、保険者に一斉請求へ
- 消費税は来年秋以降に議論

2006年(平成18年)12月15日 1680号

- 受け付け目標、年80例に見直し
- 看護師採用、県立病院も調査
- 低所得者対策を検討へ

禁煙対策について



医療先進国である日本の七不思議の1つに喫煙 率の高さがある。

2006 年秋日本たばこ産業 (JT) は、日本人の喫煙率は男性 41.3%、女性 12.4% と発表した。戦後の男性八十数%から徐々に減少してきているが、先進国では男性の喫煙率は 30%以下になっている。

たばこの歴史は古く、7世紀末メキシコのマヤ神殿に"たばこを吸う神の像"が刻まれている。1400年も前からアメリカ大陸の先住民が健康管理のために、タバコを吸う習慣があったと思われる。そしてコロンブスが米大陸を発見した際、たばこが健康に良いと知り、やがて世界に広まった。

日本には 16世紀に鉄砲と共に伝わり、現在では欠かせない嗜好品の1つとなり、3千万人以上の愛煙家がいると推定される。

厚生労働省は2008年から健診・保健指導を「40 - 70歳の医療保険者に対して、従来の生活習慣病の早期発見・治療から、内臓脂肪の蓄積に伴う生活習慣病の早期発見予防の実現をめざす」と方向転換した。メタボリック・シンドロームの概念に着目した特定健康診断・保健指導である。

"健康日本 21"開始 5 年目の中間評価で、期待された結果が得られず、膨大な費用がかかるだけで、健診業者が潤っただけという声もある。

プロセス重視の保健指導は氷山の一つの項を削るにすぎず、メタボリック・シンドロームにター

ゲットをしぼり、氷山全体の縮小を狙うというも の。

厚生労働省はまたメタボリック・シンドローム 予防のため、保健指導のプログラムの1つとし て特別保健用食品(トクホ)の使用を勧めている。 保健指導レベルに適応該当の人は4千万人以上 あり、トクホ業者にとってはビッグビジネスにな る。

ただしこのメタボリック・シンドロームには、 たばこのことが全く触れられていないが、生活習 慣病においてたばこの占める割合は小さくないの で、古くてなお新しい問題の禁煙の重要性を取り 上げた。

厚生労働省は 2006 年 12 月 26 日、喫煙率を減らすための数値目標を"健康日本 21"で、「2010年までに成人の喫煙率を半減する」としたが、JTや与党などの反発により削除し、代わりに「喫煙をやめたい人がやめる」に変更した。

一方、米国では 1980 年 "ヘルシーピープル" で「10 年間で喫煙率を半減する」を掲げ、見事目標達成した。

わが国では、たばこ産業は 1985 年民営化後も 実態は特殊法人で、国が株式の 3 分の 2 を保有 しており、大蔵省が"たばこ事業法"で他の国に はみられない"たばこ保護政策"をとっている。 禁煙に熱心な議員は 10 人くらいで、大半は族議 員といわれている。 以下たばこの害について要点のみ述べる。

①先進国で一番の死亡原因(12%)になっている

わが国で喫煙関連死亡率は上昇傾向にあり、 年間医療費1兆円以上。とくに年間6万数千人 が肺がんに罹患し、5万数千人が死亡。一方、世 界的には先進国で肺がん死は減少し始めている。

②若い女性の喫煙率が上昇傾向にあること。

女性は家族の中で健康管理者である場合が多 いので、若い女性の喫煙率が上昇することは大き な問題である。また女性看護職の25.5%は一般 女性の喫煙率を大きく上回っており、医療従事者 として恥ずかしい。

③受動喫煙のこと。

受動喫煙は2003年5月1日施行の"健康増 進法"で努力目標として初めて防止すべき対象と された。 喫煙者本人の影響の 10 分の 1 から 100 分の1のリスクとされるが、家庭内で喫煙すれば 子供(乳幼児)はたばこの煙から逃れる術がない。 受動喫煙を避けるためには7メートル以上離れる 必要がある。

今後の対策について

①たばこ税アップ

2006年7月に値上げされたばかりだが、たば こ1本2円アップで5000億円の増収になるので、 現在のたばこ1箱300円前後(20本入り)を、 3倍の900円(欧米並み)にすれば、7.5兆円の 増収になる(消費税3%アップに相当)。

喫煙者の皆さんすみません。私喫煙しないので、 こんな発想をして。

ただし価格を10%アップすれば短期的に11 - 13% の消費量低下になり、長期的には 3% く らいの消費量低下になる(2006年12月7日 Medical Tribune による)。

300円を900円に大幅アップすれば、200% アップになるので消費量がかなり落ち込むだろ

う。ITは他の先進国と同様、消費低減の余剰分 を中東や途上国、中国に輸出しているが、医事評 論家の水野肇氏は「ITは確かな技術があるので、 たばこを止めて方向転換すればよい」と述べてい

世界の喫煙者数は約13億人とされ、その8割 以上は発展徐上国。

②喫煙開始理由

好奇心 (親、先生)、友人関係の影響、すすめ られて断われない、大人に対する憧れなどである から、親や教育関係者が範を示すことが第一。

喫煙開始年齢のピークは 17 - 18 歳で、11 歳 未満も 2% 弱。13 - 24 歳までの間に喫煙しない と、それ以後も98%の人が吸わないので、小学 校高学年での喫煙防止教育が重要になる。

③ニコチン依存症管理料

2006年新設され、禁煙指導が保険扱いになっ たが保険適用を知らない人も多く、また設置基準 のハードルが高い。手間(時間)がかかるという 問題もある。

最後に禁煙の難しさの例を1つ。

東京荻窪のT病院には禁煙ドックがあり、6日 間で18万円。1年後の禁煙成功率33%の由。

あるリピーターの住職曰く「人に説教する坊 主が、こんな禁煙ドックにはいちゃしょうがない なし



産業医学振興財団 平成 19 年度産業保健実践講習会

カリキュラムと取得できる単位

カントュンゴに状形でとる干量		
研修科目 (テーマ)	日本医師会認定産業医	
	基礎研修	生涯研修
過重労働・メンタルヘルス対策の進め方	後期 1.5 単位	更新 1.5 単位
腰痛対策の進め方	後期 1.5 単位	専門 1.5 単位
産業保健と裁判事例	後期 1.5 単位	専門 1.5 単位
メンタルヘルスケア事例研究	実地 1.5 単位	更新 1.5 単位
一面接指導と事後措置の進め方一		

開催日程等

用作口性等				
	横浜会場	福岡会場	横浜会場	大阪会場
日時	4月15日(日)	4月29日(日)	5月20日(日)	5月27日(日)
	9:00-16:30	9:00-16:30	9:00-16:30	9:00-16:30
会場	神奈川県	福岡国際会議場	神奈川県	大阪会館
	総合医療会館		総合医療会館	
定員	200名	300名	200名	300名
受講料	10,000 円	10,000 円	10,000 円	10,000円
申込	2月1日(木)	2月1日(木)	2月1日(木)	2月1日(木)
期間	\downarrow	\downarrow	\downarrow	\downarrow
	3月16日(金)	3月30日(金)	4月20日(金)	4月27日(金)

※昼食については会場周辺に若干の飲食店がありますが、受講生でご用意下さい。

申込方法・支払方法

受講申込書 (県医師会事務局にもあります)により、FAX でお申込いただくか、産業医学振興財団ホームページ (http://www.zsisz.or.jp/) よりお申込下さい。後日、受講票と受講料振込書が送付されます。(各会場とも定員になり次第締切、定員に満たない場合は再募集)

お申込・お問合せ先

〒 107-0052 東京都港区赤坂 2-5-1 東邦ビル 3 F 産業医学振興財団 事業課 TEL03-3584-5421 FAX03-3584-5426

E-mail jissen@zsisz.or.jp

客贈図書	世 • 沓蚴	似竿—-	髻

名 称	寄贈者、筆者(敬称略)	受付日
四十周年記念誌	徳山医師会	19.01.23

動物等からのお知らせ

申告は、窓口が郵送などで。自分で書いて、お早めに。

・直見電子中番・開発システム(×一丁××)をご開展くせない。

食のサイフィスのラインナーカットを利用して中央などができます。 ・・アッスを始えば、こんなことが内容を呼。

- · ACAMBONESPERSY.
- ◆ 中世・日本年から中です。 野しい世間は、→一年の中一人ページ <u>たままたとどが地名、ホーミルス、ロスル、ルル・</u>」を そこれ くままた。



ww.nta.go.jp

e-Tax

確定申告

平成 体与分所等限中能定令合规则 平成 18 年分間与限の中会規模性。

平成19年3月15日(木) セナ.

※得機の政党中会の参照な方

- ・ 事業務等 (由本、工事、異年、開業、業業などから生ずも変要) や字数重新等 (社会、業費) など がある方で、1年間の開発金額の合併値が、開発性数据を記える方
- ◆ 土地、地面などを開始した方
- ◆ 集を担入が中間と、同時 万円を組える法、 単年要要は共の情報が 20円を組まる力、 単年の文化いを まか得点とから届けているま。

雑食中央をすると研究をが出れになる場合

- ウ マイヤー人を食物ローンなどで発売した場合。
- O 多面の医療型を主張った場合
- ウ 投稿や回答に合った場合
- **ウ キの油中で油味し、乳味噌していない場合 など**
- ◆ 平度1 8年升6日間開発在完全回路的工厂可提供服务19年间的区域(技术 NS, DA PI)です。

平號 伊尔分提人斯里希尔斯里拉及沙克为河里和小森宣中各直的位。

單域 19 年 4 月 2 日 (月) ₹₹、

- 事業は今天の開発生と紹介しなる方式を表える個人を方法。中華は今天の表表の関係事業をとなり、年をと 開発する方となります。
- - 金属い会わせは発音や血管器型は配置機関節へ~

耳鼻咽喉科診療所権利を譲ります

所在地: 岩国市玖珂町 5050

診療科目: 耳鼻咽喉科

譲渡時期: 2007年4月以後

建物: 鉄骨造スレート葺き 207 ㎡ (借家)

駐車場: 5台(他に職員用4台)

医療器械: 耳鼻科ユニット、レントゲン、手術用顕微鏡、オージオ・ボックス、

カルテラック、レセコン、その他耳鼻科用行医機一式。

備品: エアコン、TV、瞬間湯沸し機、机、長椅子、ベッド、その他。

説明: 私的な都合により、14年間続けてきた診療を止めることにしました。

後をすぐ引き継ぐ形の耳鼻科の医師を探しています。

よい条件で医機や備品をを買ってくださる方に権利を譲りたいと思っています。

医機や備品をほとんど全てお譲りします。

家賃や敷金など詳しくは口頭で説明させてください。

連絡: TEL0827-82-5050 FAX0827-82-6665 はぐま耳鼻咽喉科 羽熊直行

平成 18 年度在宅におけるがん終末期医療推進のための実地研修会

と き 平成19年2月25日(日)12:55~15:30

ところ 山口県医師会 6 階 大会議室 (山口市吉敷 3325-1)

12:30 受付

12:55 開会

13:00~13:30「在宅療養支援診療所における在宅医療の取り組み」

(医) 吉利医院 院長 吉利 用和 先生

13:30~15:00「在宅ターミナルケアの現状と課題」

関本クリニック (神戸市) 院長 関本 雅子 先生

15:00~15:30 在宅医療実地スキルの紹介

15:30 閉会

受講対象者 在宅医療にかかわる医師、看護師、薬剤師等

平成 18 年度 主治医意見書記載のための主治医研修会

と き : 平成 19 年 2 月 25 日 (日) 午前 9 時 55 分~ 12 時 ところ : 山口県医師会 6 階 大会議室 山口市吉敷 3325-1

9:30 ~ 受付始

9:55~ 開会

10:00 ~ 11:00「要介護認定審査の変遷と一次判定ソフトの問題点」

(医) 玖珂中央病院 院長 吉岡 春紀先生

11:00~12:00 「乙訓地区における介護保険への取り組み」

(医) 長岡京病院 院長 水黒 知行先生

12:00 閉会

肝炎診療従事者研修会

と き 平成19年3月4日(日)13:30~16:00 ところ 山口県医師会6階 大会議室

13:30 開会

講演1 「山口県の肝炎の実態」

山口大学大学院医学系研究科消化器病態内科学 教授 坂井田 功先生

講演2 「肝炎診療の実際」

山口大学大学院医学系研究科消化器病態内科学 助手 是永 医紹先生

15:30 質疑応答

16:00 閉会

※肝炎診療に従事されている方は、是非ご出席下さい。

第 54 回山口県臨床整形外科医会総会·教育研修会

と き 平成19年2月17日(土)18:15~20:00

ところ ホテルみやけ 2階「真珠の間」

山口市小郡黄金町 2-24 TEL: 083 - 973 - 1111

定例総会(18:30~19:00)

特別講演(19:00~20:00)

「整形外科医療の目指すもの」

高知医科大学名誉教授

日本整形外科医会前理事長 山本 博司先生

*取得単位

日本整形外科学会教育研修单位1単位(必須分野1又14)

日本医師会生涯教育制度3単位

尚、講演終了後、意見交換の場をご用意いたしております。

主催:山口県臨床整形外科医会ほか

第1回周南消化器病研究会

と き 平成 19年2月24日(土) 午後6時50分~ ところ ホテル サンルート徳山 3階 銀河の間

演 題

「C型慢性肝炎に対するリバビリン併用療法の期待と限界」

国家公務員共済組合連合会 虎ノ門病院副院長 熊田博光先生

受講料 1.000 円

主 催 徳山医師会

学術講演会

と き 平成19年3月1日(木)午後7時15分~ ところ ホテル サンルート徳山 3階 銀河の間

溜 題

「NSAIDs による胃年末生涯の実態と今後の対策~ FORCE Study から得られた最新知見~」 奈良県立医科大学 第三内科講師 山尾純一先生

受講料 不要

主 催 徳山医師会

山口県医師会女性医師参画推進部会設立総会

と き 平成19年3月11日(日)13:00~

ところ 山口グランドホテル (山口市小郡黄金町 1-1 新山口駅前)

13:00~13:30 設立総会

13:40~14:20 アンケート結果報告

・山口県医師会女性医師会員アンケート結果報告

・山口大学医学部女子学生アンケート結果報告

14:20~15:20 記念講演

「循環器医師に見る勤務形態と健康度―性差はあるか」

千葉県衛生研究所 所長 天野恵子先生

15:20~15:50 意見交換・質疑応答

16:00~17:30 記念祝賀会(会費無料)

※臨時託児有り:要予約(県医師会事務局までご連絡下さい)

TEL083-922-2510

共催 日本医師会

医療施設の賃貸

住所 周南市平和通2丁目19番地 岩井ビル5F 元登坂耳鼻咽喉科医院

建物 139.37 ㎡

設備 エレベーター、冷暖房

各科対応可

医院用電子カルテ、オーディオボックス

瞬間湯沸かし器

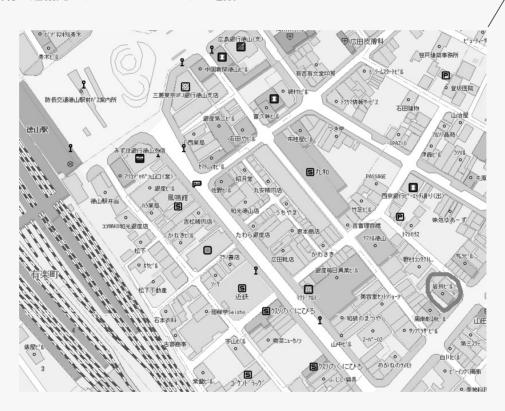
環境 商店街近し

○付近に、皮膚科、内科、整形外科、眼科、薬局有り

家賃 210,000円/月

敷金 3か月分

所有・連絡先 グランママ フジヤ 電話 0834-31-2083



山口県医師会報の製本

平成18年分山口県医師会報の製本を下記により斡旋します。ご希望の方はお申し込みください。

体 裁 丸背上製本 背文字金箔押し

価 格 4,000 円 (送料を含む)

※製本送付にあわせて振込み用紙を送付致します。

申込み先 山口県医師会 総務課 (TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527)

申込み締切 平成19年3月1日

2月学術講演会

と き 平成19年2月27日(火)19:00~

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「日本人2型糖尿病における脂質管理のあり方

─ MEGA スタディより学ぶこと─」

周南市立新南陽市民病院 副院長 松谷 朗 先生

問合先 岩国市医師会事務局 TEL0827-21-6135

第 45 回山口県消化器がん検診講習会

と き : 平成19年3月17日(土) 15:00~17:00 ところ : 山口県医師会 6階 大会議室 山口市吉敷3325-1

プログラム

(1) 症例研究 15:00 ~ 15:30 「平成 17 年度地域胃・大腸がん検診報告」

山口県消化器がん検診研究会副会長 河村 奨 先生

(2) 教育講演 15:30 ~ 16:00 「**当院における大腸がん検査について**」

綜合病院山口赤十字病院消化器部長 末兼 浩史 先生

(3) 特別講演 16:00~17:00

「胃がん個別検診の方向性」~前橋市胃がん個別検診の現況より~

萩原内科医院院長 萩原 廣明 先生

受講料: 山口県消化器がん検診研究会員は無料。

非会員は医師: 2000円、医師以外: 1000円

取得単位:日本医師会生涯教育制度 3 単位

日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3点

お問い合わせ先

山口県消化器がん検診研究会(山口県医師会内) TEL083-922-2510

第 268 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 平成19年3月8日(木) 午後7時~午後9時

ところ ホテルサンルート徳山

周南市築港町 8-33 TEL:0834-32-2611

テーマ 中医ポリクリ② 慢性胃炎・慢性蕁麻疹

鍼灸症例総合8 顔面神経麻痺

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

九州地区 第2回日医総研地域セミナー

日医総研は3月24日(土)福岡市で、日医会員や医師会担当者及び医師会入会予定者を対象に、「民間病院等建設における適正な設計・建設発注方法と建設セカンドオピニオン」をテーマとして第2回地域セミナーを開催する。

建設セカンドオピニオンは、病院や診療所などを建設する際のコスト削減や医療機関が不利益を被らないよう、専門家が医療機関の立場から助言などを行うもので、日医総研では2003~06年度にかけて、その有効性や方法論を研究。セミナーでは、この研究で作成した設計事務所と交わすモデル契約書や建設会社を選定する際のモデル入札要綱、設計から建設発注までのチェックポイントなどを日医総研・畑仲主任研究員らが解説する。出席出来ない方は、セミナーの資料のみの入手も、担当者に連絡すれば可能。

<参加者募集の概要と申込方法等>

- ◆主催:日本医師会総合政策研究機構(日医総研)
- ◆テーマ: 民間病院等建設における適正な設計・建設発注方法と建設セカンドオピニオン (建設発注に不可欠な設計事務所とのモデル契約書と建設会社選定のモデル 入札要綱を中心に)
- ◆開催日時: 平成19年3月24日(土)2時~4時半
- ◆場所:福岡県メディカルセンタービル(福岡県医師会館)5階研修室
- ◆募集対象: 日医会員、医師会担当者及び医師会入会予定者(主に九州地区の方々、ただし他地区会員の参加も可)
- ◆募集定員:250名
- ◆参加料:無料(交通費等は日医総研では負担致しません)
- ◆申込方法:参加希望者は以下の要件を記入し、日医総研宛てFAXでお申し込みください。(一名一名用紙を換えて記入)
 - ・参加者氏名(日医会員又は医師会担当者)
 - 所属医師会名
 - ・連絡先住所・電話番号・FAX番号
 - 所属機関名(役職)

なお、日医総研FAX番号は03-3946-2138です。

- ◆応募の締め切り: **平成19年3月16日(金)**ただし、定員に達した段階で応募は締め切らせて頂きますので、ご了承をお願い致します。
- ◆受講可能な方への連絡等:受講出来る方には、「参加証」を順次3月20日(火、消印) までにお送りしますので、当日必ずご持参ください。
- ◆本件問い合わせ先: **日医総研・地域セミナー担当(03-3942-6475**)

<開催プログラム>

- ◆第一講演:建設セカンドオピニオンと設計委託モデル契約書・建設業者モデル入札要綱
- ◆第二講演: 診療所を中心とした設計から建設発注までのチェックポイント
- ◆質疑

謹弔

このたび、次の会員の方々がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

中村恵子氏 山口市医師会 12月9日 享年59 佐々木美典 氏 山口市医師会 12月9日 享 年 51 廣 崎 孝 氏 下関市医師会 12月10日 享 年 81 五島孝彦氏 徳山医師会 1月2日 享 年 77 **八田** 淳氏 下関市医師会 1月7日 **繩田純彦**氏 防府医師会 1月14日 享 年 83 享 年 48 猪熊良彦氏 宇部市医師会 1月31日 享 年 89 岩国市医師会 1月31日 小幡士郎氏 享 年 94

医療における標準化 ~質のよい安全な医療を目指して~

開催日 平成19年3月17日(土) 13時~17時30分

(受付 12時より)

会 場 シンフォニア岩国 (岩国市三笠町 1 - 1 - 1)

JR 岩国駅 (山陽本線)より 車で2分(徒歩7分)

JR 新岩国駅(山陽新幹線)より 車で25分 岩国 IC (山陽自動車道)より 車で20分

特別講演 『医療の質・管理』 飯塚 悦功 先生(東京大学大学院工学系研究科 教授)

一般演題 12 題程度を予定しています

クリティカル・パス展示

参加費 2,000円

連絡 先 岩国市医療センター医師会病院

担当 事務部 高林(内線:7738)

山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで http://www.yamaguchi.med.or.jp/docban/docbantop.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

求人情報 公 的医療機関 12件

その他医療機関 14件

求職情報 公 的医療機関 0件

その他医療機関 1件

※詳細につきましては、山口県医師会のホームページをご覧ください。



※事前登録期間が延長されました

次ページも参照

登録方法のご案内

個人登録

1.ホームページ http://www.lsoukal.jp) の 「オンライン参加登録画面」

2.お支払い カード決済 郵便払込 コンビニ決済/

で必要事項を入力

郵便払込につきましては、 事務局より払込票を郵送 いたします。お近くの郵便 局でお主払いくだかい。 1.参加登録用紙に 必要事項を記入

2.お支払い (郵便払込のみ)

> 払込票にて、お近くの郵便 層でお支払いください。

一括登録(団体登録)

第1758号

1. 「一括登録申込用A」に 代表者の必要事項を記入

2.お支払い

(郵便払込のみ)

払込票にて、お近くの郵便局で、登録人数分をお支払いください。

(登録者名簿を事務局へ) ホームページより、代表者を含む 登録者情報をエクセルファイルで アップロード

または

「登録シートB」に代表者を含む 登録者情報を記入し、FAXで 事務局へ返信



事務局にて参加登録料の入金が確認できた時点で、登録手続き完了となります。 お支払いいただきました参加登録料は返金いたしかねますので、あらかじめご了呆ください。

3.事務局より「入金確認通知書」を郵送(登録完了後)



4.事務局より「領収書」「コングレスバッグ引換券」を郵送(2007年3月頃)

モー経登録につきましては、原則として代表者へ登録人数分の配送となります。

※参加登録用紙(個人、一括)については、下記事務局までご請求ください。

第27回日本医学会检会管督事務局 http://www.isoukui.jp/ T565-0671 大阪府改田市山田丘公2 大阪大学医学部設务会総内 TEL:205-6875-8391 FAX:06-6875-8392 E-mail:tourcku@noukui.jp

2008.8

日本医師会女性医師バンク (平成19年1月30日開設)

求職者・求人者向け

日本全国、会員でない方も 登録できます

開設前の求職(求人)登録票のご請求は、裏面のFAX送信票にて、 中央センターまでお申込下さい



日本医師会女性医師パンクの特色

登録・総介等、手数対は一切いただきません。

就要に関するご利益は、)ディキナ (医師) が、丁寧に 個期対応 対略いたします。

ご会談いただいた情報は、適正に管理し、秘密は振す

磁速障守 いたします。

日本全国の医院、医療機関にご利用いただけます。 日本全国 (会員でない方も登録できます。)

今すぐに働く予定のない方もご登録いただけます。

子模型器 (集集をご参照下さい。

このたび、社団法人日本医師会は日本医師会女性医師パンクを觸控いたします。(平成19年1月30日開設) 日本医師会女柱医師パンクは、就意を希望する医師に、条件にあった医療機関を紹介し、動態環境の調整を含め、夜 用に至るまでの間の支援を行い、再就業後も様々なご相談に応じます。

厚生分数省委託事業

日本医師会女性医師パンク

原生労働大阪許可 13-3-301810

(ご選絡・お問合せ先)

中央センター

〒113-8621 東京都文章区本购込2-28-16

日本医師会館 81

TEL: 03(3942)6512 FAX: 03(3942)7397

(6.85.60)

東日本センター

西日本センター

日本医師会館内

摇圆鼻医颜金纹内

次ページも参照

	D奴(部奴を配入し、ナエ 登録票(部)	ック的をして下さい。) ロ求人登録票(部)
●送付先	FARC		
・お名前	0.00.0		
・ご住所	₹ -		
·施設名			
·電話番号	()		
方法(求	職・求人共通)	J#>	
方法(求 を を で で で の で の の の の の の の の の の の の の		第四 (宋人) 登録版に 記入し、必要報告を 遊的の上、影便でご表 送下さい。	

協力貯蓄に関する山口銀行との融資契約の変更について

平成19年1月18日から貸付利率を次のとおり変更します。

区分		貸付期間	貸付利率(年)
開業医に対する融資		1 年以内	1.675 %
		1年超5年以内	1.875
		5 年超 10 年以内	2.075
		10 年超 15 年以内	2.275
		15 年超 20 年以内	2.475
		1 年以内	2.025 %
	居住用	1年超5年以内	2.225
勤務医	/	5 年超 10 年以内	2.425
に対す	土地建物資金	10 年超 15 年以内	2.625
る融資		15 年超 20 年以内	2.825
	自動車等の耐久	1 年以内	2.025 %
	消費財購入資金	1年超5年以内	2.225

編集後記

早いもので、平成19年もあっという間に1ヶ月が過ぎた。昨年末に流行ったノロウイルスも峠を越し、暖冬の為かインフルエンザは例年と比べ少ないようであるが、1月に宮崎県と岡山県で鳥インフルエンザが発生した。こちらは、新型インフルエンザとの関係で、行政の対応が大変重要である。

また、1月には官製談合の結果を受けて、宮崎県で「そのまんま東」知事が誕生した。 既成政党ではない、民意による新しい風が吹いた。

今年7月には参議院議員選挙が実施される。しかし、これまでと同じように会員の関心度はまだ低いようである。自分のことと捉えていないようである。昨年の診療報酬3.16%引き下げは、自身に堪えていないのだろうか?また、参院選後には消費税の増税問題が控えており、これもアップされれば堪えるはずであるが、如何お考えであろうか?最近では、不作為は罪と考えられている。自身の問題と捉え、政党ではなく、我々の代表である「武見敬三」氏を応援することで、今度こそ、風を吹かそうではありませんか。

(弘山)

From Editor

発行:山口県医師会 (毎月 15 日発行)

> 〒 753-0811 山口市吉敷 3325-1 第 TEL: 083-922-2510 『

総合保健会館 5 階 印刷: 大村印刷株式会社 FAX: 083922-2527 1,000 円 (会員は会費に含む)

ホームページ E-mail

http://www.yamaguchi.med.or.jpinfo@yamaguchi.med.or.jp