山口県医師会報

2007
平成19年
5月号
No.1761

藤　（仁保一貫野川沿い）　尼崎辰彦　　撮

Topics

女性医師参画推進部会設立総会

Contents

●山口県の先端医療コーナー①「カテーテルアブレーション」…… 423
●今月の視点「終末期医療のガイドライン」…… 小田悦郎 428
● 2007 年のスギ・ヒノキ科花粉飛散結果 …… 沖中芳彦 430
●特集　女性医師参画推進部会設立総会…… 432
●都道府県医師会広報担当理事連絡協議会…… 加藤欣士郎 461
●第 101 回山口県医師会生涯研修セミナー …… 466
●都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会…… 田中豊秋 477
●郡市生涯教育担当理事協議会…… 田中豊秋 484
●郡市医事紛争担当理事協議会・郡市診療情報担当理事協議会…… 正木康史 489
●臨床研修に関する懇談会…… 湧田幸雄 494
●第 2 回小児救急医療対策協議会 …… 弘山直滋 496
●都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会…… 田中義人 502
●肝炎診療従事者研修会…… 田中義人 512
●県医師会の動き…… 三浦　修 522
●第 22 回理事会 …… 524
●いしの声「小児救急と病診連携」…… 坂井尚二 527
●勤務医のページ「勤務医不足」…… 津江和成 528
●飄々「一坂太郎氏の著作を読む」…… 吉岡達生 529
●公告「第 61 回山口県医師会総会」 …… 535

●日医 FAX ニュース …… 526
●お知らせ・ご案内…… 530
●編集後記…… 弘山　535

山口県の先端医療コーナー

カテーテルアブレーション

山口大学大学院医学研究科　器官病態内科学（旧第2内科）
清水昭彦、上山　剛

はじめに

カテーテルアブレーションは、1982年アメリカから始まった頻脈性不整脈に対する治療法である。以前は、開胸して不整脈に関与した組織を外科的に取り除いていたが、それを、電極カテーテルを用いて施行しようとするものである。頻脈に関わる組織を焼灼することで頻脈を根治する治療法であり、現在多くの頻脈性不整脈において薬物治療にかわる治療とされている。根治治療であるため、手術に成功すれば、患者さんは頻脈発作の予防に薬剤を服することもなく、また、いつ頻脈が起こるかもしれないという不安感からも開放される。最近は、頻脈発作の回路同定のためのマッピングシステムの発達に伴い、治療対象となる不整脈も拡大しており、現在は、ほとんどすべての頻脈性不整脈が治療対象となるといっても過言ではない。しかし、その安全性あるいは成功率は個々の症例あるいは対象とする不整脈と異なる。今回は、カテーテルアブレーション治療の現状を概説する。

1、カテーテルアブレーションの原理

先ず、アブレーション（ablation）とは、「取り除くこと、切除すること」という意味である。現在、普及している高周波カテーテルアブレーションは、高周波発生装置（300-750KH z）とアブレーションカテーテル、患者さんに貼る体表対極板で構成されている（図1）。先ず、専用のアブレーションカテーテルを大腿静脈ないし大腿動脈から入れ、レントゲン撮影で透視しながら心臓まで到達させる（図）。アブレーションカテーテルが接している部分が、副伝導路などの異常な部位であるかどうかを判断する。この異常な部分を探す作業のことを「マッピング」と呼んでいる。すなわち、心臓の異常な部分を示す”地図（マップ）”をつくる作業である。異常な部分があることがわかったら、アブレーションカテーテルと対極板に10－30W程度の電流を流すことで、アブレーションカテーテルの先端が45－60度までに上昇し、60秒程度続けることで、カテーテル先端に接した組織に直径5mmの範囲で壊死を作成する。このことを専門用語で“電気的焼灼”と呼んでいる。壊死部と正常組織との境界は明瞭であるため、その部分が後に不整脈の原因となることはない。組織障害の範囲は小さく、心機能にはほとんど影響を与えない。

アブレーションカテーテルは主に大腿静脈から入れるが、場合によっては腋下静脈、鎖骨下静脈もしくは内頸静脈から入れる場合もある。全体の手術時間は3～6時間で、個人差がある。局所麻酔でも施術可能だが、当院では患者の負担を考えて全身静注麻酔を用いることが多い。術後は、静脈のみの穿刺であれば術後数時間の安静、動脈穿

刺が行われた場合には長時間の安静が止血のために必要となる。しかし、通常は施行した翌日の朝には歩行可能となる。

2、アブレーション治療の対象となる不整脈

アブレーション治療の対象となるのは頻脈性不整脈であるが、安全で成功率も 90％以上の高いものから成功率が低く適用しにくい場合もある。

1）上室性の頻脈性不整脈

(1) 発作性上室性頻拍

（Paroxysmal SupraVentricular Tachycardia 、PSVT）

突然発作的に生じ、心房や房室結節の領域に原因のある頻脈性不整脈である。原因となる部位でさらに２つ分類される。

1、房室回帰性頻拍（atrioventricular reentrant tachycardia、AVRT：WPW 症候群）

房室結節やヒス束以外に、心室と心房とを結ぶ副伝導路（WPW 症候群）があるために、一度心室へ伝わった電気信号が再び心房へ戻ってきて、いわゆるリエントリーを起こし、180 拍 / 分前後の頻脈性不整脈を起こす。副伝導路が心房から心室へと順行性に伝導している場合には、アブレーションの成功は通常心電図からも判定できる。

（右下図２）

2、房室結節リエントリー性頻拍（atrioventricular nodal reentrant tachycardia、AVNRT）

副伝導路は存在しないが、房室結節の内部で電気信号の伝わる速さに差があるために、速い経路と遅い経路でリエントリーを形成する。同様に 180 拍 / 分前後の頻脈性不整脈を起こす。

房室回帰性頻拍も房室結節リエントリー性頻拍も、原因となる部分が明確など、不整脈源も限局されているので、アブレーション治療が最も有効な不整脈である。現在は、薬剤に取って代わりカテーテルアブレーションが第一選択と考えられている。

(2) 心房頻拍　（atrial tachycardia）

心房のどこかに異常自動能を有する部分が存在

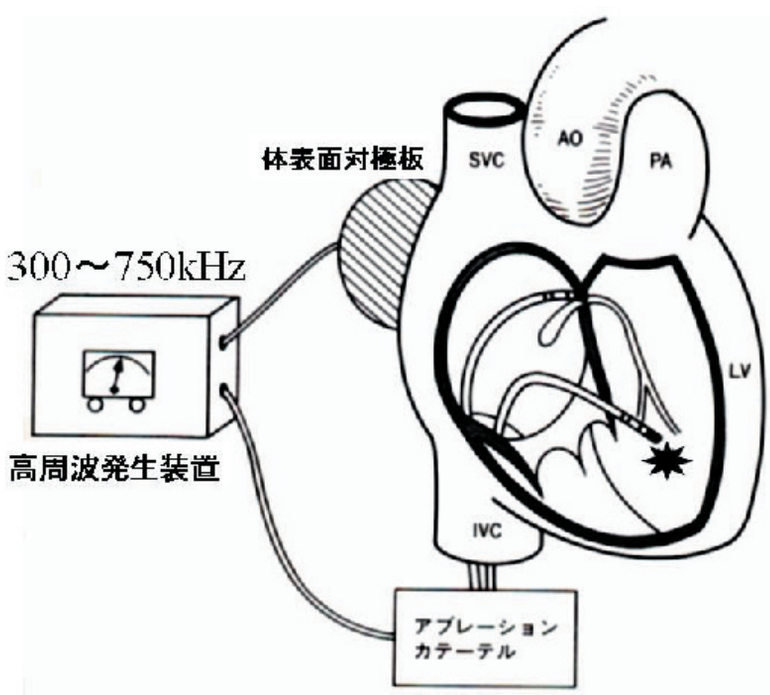


図1. 高周波カテーテルアブレーションの構成

するために、上室性頻拍が生じる。その異常な部位の数が少なく、発生源を特定できれば、アブレーション治療によって完治する可能性は高い。

(3) 心房粗動 (atrial flutter)

心房の筋肉が毎分 250 ～ 400 回も収縮する状態の不整脈で、多くの場合は三尖弁輪の心房側を電気信号が回り続けるリエントリー性頻脈である。心房粗動もアブレーション治療が有効で、この異常な円形の伝達経路のどこかを断絶するように組織を線状に焼灼する。非典型的な場合には、やや成功率は低下する。

(4) 心房細動 (atrial fibrilaltion)

心房内で無秩序な電気信号が多発している状態となるために、心房が痙攣したようになり、血液を心室へ送り出す心房としての役割を全く果たせなくなる病気である。以前は、原因となる部位を特定しにくいため、アブレーションによる治療は無効だと考えられていたが、近年、左心房－肺静脈接合部の異常自動能がその原因の 90％を占めることが明らかになり、薬物療法などと組み合わせたアブレーション治療が行われるようになった。再発率が他のカテーテルアブレーションより高いことが知られているが、症例によっては非常に有効な場合もあり、症候性で心房細動による QOL の低下が著しい人には、チャレンジする価値のある治療法といえる。

2）心室性の頻脈性不整脈

(1) 心室頻拍 (ventricular tachycardia)

器質的心疾患を有しない特発性心室頻拍と心筋梗塞や心筋症などの心臓病に合併する心室頻拍とに分けられる。特発性心室頻拍では、原因となる伝導路もしくは異常自動能を有する部位の主なパターンが明らかにされており、アブレーションによる治療効果は高い。一方、器質的心疾患に伴う心室頻拍は、近年、マッピングシステムの進歩により、以前より高い成功率を得られるようになったが、リエントリーの電気的回路が症例により異なり、発生原因が心外膜側にある場合などがあるために、アブレーション治療が難しい不整脈の

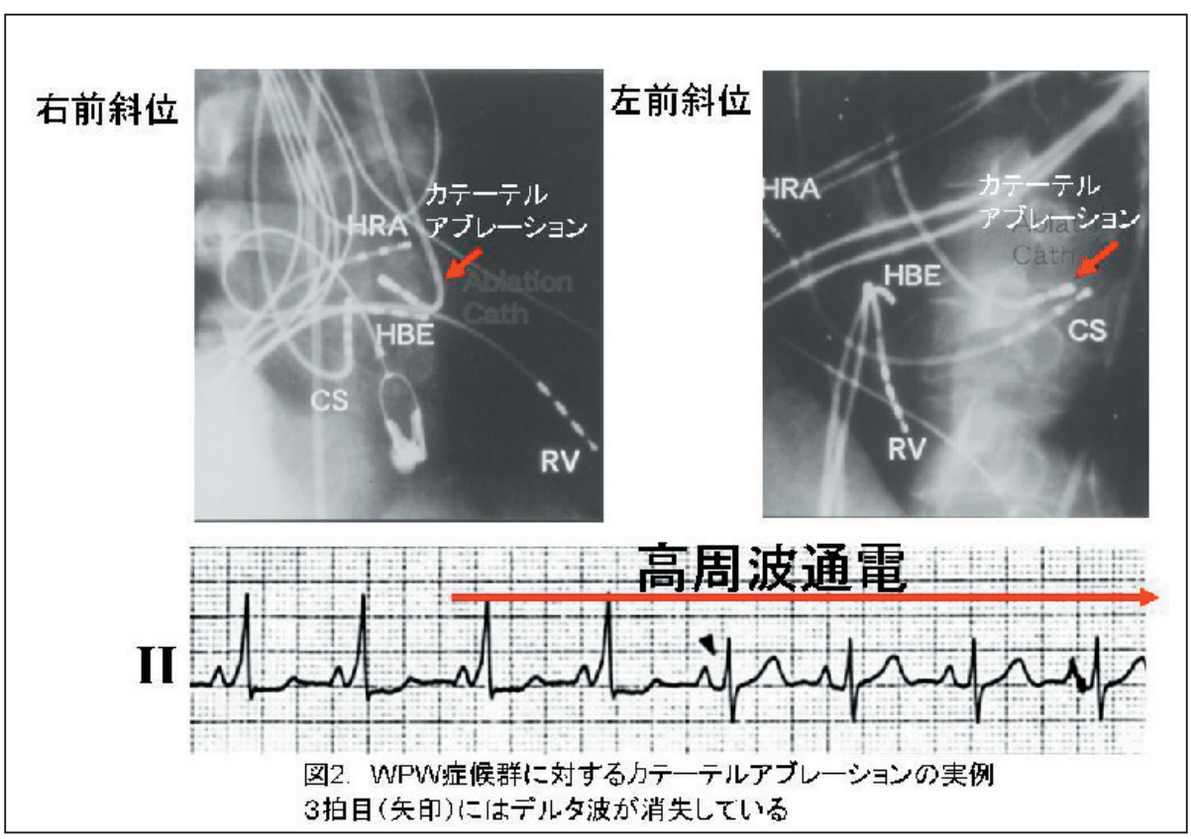


図2. WPW症候群に対するカテーテルアブレーションの実例
3拍目（矢印）にはデルタ波が消失している

1 つである。薬物療法及び植え込み型除細動器（ICD）などと併用することなどで、有効なアブレーション治療の方法が試みられている。

3）治療の対象にならない場合

急性の感染症にかかっている場合は、アブレーション治療は禁忌である。また、重症の心不全や出血傾向のある場合には、アブレーション治療を行うべきか、慎重な判断が必要となる。

3、アブレーション治療の利点と合併症

1）アブレーション治療の利点

アブレーション治療の利点としては、①開胸手術をする必要がないので、治療を受ける患者さんへの身体の負担が軽い、②心臓内で原因となる部分をマッピングによってはっきり決定することができるので、手術が成功すれば根本的治療となり、長期間にわたって薬を飲み続けたり、頻繁に通院する必要がなくなる。③植込み型除細動器を植え込まれた患者さんでは、除細動器の作動回数を減らすことができる。いずれも、患者さんの QOL を高める上で大きな利点となる。

2）カテーテルアブレーションの合併症

(1) カテーテルによる直接的外傷による合併症

カテーテルの先端を血管から通して心臓内まで慎重に送り治療を行うが、カテーテルを通す途中で周囲の組織を傷つけてしまう可能性がある。そのため、①止血不良、内出血、②解離性大動脈瘤、仮性動脈瘤：カテーテルにより血管に大きな傷をつけた結果、外傷性動静脈瘻（ろう）などある。③心臓穿孔、心タンポナーデ：心嚢穿刺で血液をドレナージすることで改善する場合が多い。しかし、それのみでは循環動態の改善が不十分な場合は手術を行う。④房室ブロック：電極カテーテルあるいは心筋焼灼により正常な房室刺激伝導系を傷つけるために起こる。通常、自然に回復するが、回復しない場合は人工ペースメーカーの挿入が必要になることもある。⑤気胸、血気胸：鎖骨下静脈、内頸静脈など肺に近い位置の血管にカテーテルを入れる場合、肺を覆っている胸膜を傷つけてしまい、胸腔に外部の空気が入り込んで気胸を起こす場合もある。この際、動脈まで傷つけると血気胸を併発する。以上は、電極カテーテルの操作に伴うものであり、④の房室ブロックを除き、高周波通電に直接関与するものは少なく、多くはカテーテル操作に伴う合併症である。

(2) 直接的外傷によらない合併症

①：血栓塞栓症：カテーテルなど、身体にとっての異物が血液に触れると、血液は凝固しやすくなり、深部静脈血栓症を起こすこともある。これを予防するために、検査中にヘパリンを使用する。術後は、長期安静と止血のための静脈圧迫のために同様に深部静脈血栓症をおこすことがあるが、最近は、これを防ぐためのマニュアルも出来上がり、発生率は格段と低下した。②感染症：血管にカテーテルなどの異物を入れるので、細菌などの微生物が体内に入り、感染症にかかる可能性があるが、通常、予防的な抗生物資の投与を行うので臨床的に問題になることは非常に稀である。③薬剤アレルギー：手術に必要な薬物、造影剤に対して、体質的に薬物アレルギーが生じる場合がある。

以上、カテーテルアブレーションでは種々の合併症の可能性があるが、実際の発生頻度は総ての合併症を合わせても 1.2％以下であり、通常経過観察のみで大部分は改善する。何らかの治療が必要となることは 0.5％以下であり、比較的安全な治療である。当科で 1000 人以上のアブレーションを行っているが、合併治療のために緊急で外科的処置が必要となった症例は 1 例、心嚢穿刺を 2 例経験したが、いずれも改善して退院され、死亡例は無い。文献的にも死亡は 0.1％以下である。

最後に、高周波カテーテルアブレーションは比較的安全で、多くの場合根治治療となるために頻脈性不整脈の治療として非常に有効である。心房細動や器質的心疾患に伴う心室頻拍に対しては、発作性上室性頻拍に対するアブレーションほどには、高い成功率は得られないが、テクノロジーの進歩に伴い、徐々に成功率が高くなっている。今後、さらに期待される治療法である。

山口県の先端医療コーナーを連載するにあたって

常任理事　加藤欣士郎

これまで県医師会報では連載企画として「二次医療圏座談会」、「郡市医師会長インタビュー」を掲載してきた。これは県医として山口県の各地域の状況を会員に知っていただくことと、県医と郡市医師会との連携を強化することが目的であった。「二次医療圏」については、その後山口、防府医療圏の再編もあり、また、市町村合併もあり状況がおおきく変わってきていることから、あらためて企画をすることが必要と考えているところである。さらに、「郡市医師会」も解散、合併が一段落してところであり、その地域の現況を会長インタビューなどで報告していくようにしていきたい。

さて、昨年11月に開催した郡市医師会広報担当理事連絡協議会では県医師会報の掲載記事についての討議を行った。その中で、当県の会報には学術的な記事が少ないことが指摘された。また、山口県の専門的医療、先端医療の情報が欲しいとの意見が寄せられた。そこで今回「山口県の先端医療コーナー」を連載することとした。山口県では先端医療となるとやはり山口大学がその基幹となる。ここではまずもって山口大学の臨床教室の先端的な医療研究の現状を紹介していただくことする。

今月は器官病態内科学の清水昭彦先生と上山　剛先生に「カテーテルアブレーション」を紹介していただく。来月は同教室の藤井崇史先生に「最近のＰＣＩ技術」を論説していただく予定である。

この連載企画については松崎益徳山口大学付属病院長にその労をおとりいただき、各教室の教授各位に記事執筆の快諾をいただき、ここに連載を開始するものである。大学病院での職務ご多忙の中、医師会報のためにご協力いただけますことに謝意を表する次第であります。

今月の視点

終末期医療のガイドライン

理　事　小田悦郎

医療制度改革、医療費適正化、後期高齢者、療養病床再編、医師不足、看護師不足、総合医、特定健診・保健指導等、このところ医療関連記事が連日、新聞紙上をかざっている。目に付かない日がないぐらいである。そんな中で4月9日に厚労省より終末期医療に関するガイドラインが発表された。これはガイドライン作りを進めてきた検討会(座長：樋口範雄)が厚労省に答申したものである。現状では、延命治療の開始、中止に関してはどのように行うかの判断基準は明らかでなく、患者・家族の意見、意思を踏まえて主治医の判断に任されている。判断の手順の妥当性や行為の合法性について悩むことが多く、しっかりとした社会的コンセンサスが欲しい。こうした現状の中で、平成16年7月に厚労省の「終末期医療に関する調査等検討会」はその報告書の中で、学会、医師会などの医療界が協力してガイドラインを作成する必要性があると指摘した。昨年3月に発覚した富山県射水市民病院での延命治療中止が社会的問題となった。これをうけて、厚労省は検討を急ぎ9月にたたき台をまとめ、今回の発表となったのである。ガイドライン(案)は1終末期医療およびケアの在り方、2終末期医療及びケアの方針の決定手続きからなっている。延命治療の開始や中止は患者自身による決定が基本であり原則であるとした。主治医のほか看護師やソーシャルワーカーなど多専門職種からなる委員会、チームが慎重に判断するとした。また、患者の意思が確認できる場合は、その合意内容を文書にまとめておくことを定めた。意思が確認できない場合は、家族が患者の意思が推定できればその意思を尊重し、推定できなければ家族の判断を参考にして最善の治療方針を決めるとした。また、生命を短縮させる意図を持つ積極的な安楽死は、本ガイドラインでは対象としないとした。今回のガイドラインは決定手順についての指針で、終末期医療を議論していく最初の一歩であり、秋以降に新たな検討会を立ち上げ、終末期の定義、延命治療の中止が容認される要件、法的責任のあり方などについて議論をするとしている。

終末期医療を考えるにもう一つのことを忘れてはならない。それは医療費の抑制であり適正化である。以前より終末期医療には膨大な費用がかかると言われている。終末期医療にかかる医療費は、年間死亡者100万人のうち80万人が医療機関で死亡している。死亡前1ヶ月の平均医療費が112万円とすれば×80万円で約9000億円と推定される。この9000億円の終末期医療費には

相当分の無駄があるのではないかと考えられている。少なくとも厚労省はそのように考えている。ここで今論じられているのが、在宅及び介護施設での看取りの強化である。在宅の看取りに関しては先の診療報酬改定で手厚い措置がなされたことは周知の如くである。一方、介護施設での看取りはどこでということになる、それは転換型介護施設である。療養病床再編、これは 26 万の療養病床を 15 万床とするということであり、これにより 4000 億円の医療費が削減できるらしい。終末期医療と療養病床再編は医療費抑制ということで密にリンクしている。従来型の介護施設では看護配置基準で看取りは困難と考えられており、そこで転換型介護施設に白羽の矢がたった。看取りだけで 4000 億の削減になるとは思えないが、医療機関で看取るよりは、転換型介護施設で看取るほうが、費用ははるかに削減になることは間違いない。ただし、現状では転換はあまり進んでない、原因としては経済的理由もあるが、あまりにも短期間に制度が変化しているので将来へのシュミュレーションが描けないでいるのである。厚労省も転換型介護施設に関しては、施設基準の緩和等の措置を行ったりして、転換を盛んにアシストしている。また、介護施設での看取りには一部医療保険の適応も考えているとか。

今回のガイドラインは終末期医療の決定手順であることは先にも述べた。問題の一つに医療機関内での多専門職からなる委員会である。委員会が決定しある程度の責任も持つと言うことであれば、今まで全責任を取っていた医者にとっては少し気が楽に生ると思うが、コメデカルの人にとっては荷が重い、少し酷でもあるし、かわいそうでもある。委員会で意見が割れたらどうするのか、このようなことを多数決で決めて良いのか、患者の意向、意見を最大限尊重するとしているが、ご存知のように、患者の意向、意見は病状に応じて日々変わる､正しい判断が出来ない場合も生じる。家族の意見を参考にするとあるが、家族の意見ほどまとまらないものはない、複数人の家族の意見をまとめるのは困難なことが多い、しばしばトラブルのもとになっている。国がガイドラインを示したのであるから委員会も国主導でやるべきではないかと思う。介護保険には認定審査会なるものがある。この制度を創設したらどうか、患者は自分の終末期のあり方を主治医の意見書を添えて審査会に提出する。審査会は、あらかじめ国が作成した終末期医療ソフトなどを利用して審査決定する。審査会メンバーには医師、患者、法制関係、宗教関係、行政関係、警察関係の代表等が望まれる。社会的コンセンサスを得ることは重要で、当該医療機関内での委員会では、たとえ透明性が確保されたとしても、疑惑は常に付きまとう。今回のガイドラインはともあれ第 1 歩としては評価できる、今後の検討が待たれる。

2007 年のスギ・ヒノキ科花粉飛散結果

［記：県医師会花粉情報委員長　　沖中　芳彦］

今シーズンのスギ花粉飛散について、「山口県の最近 10 年間のシーズン平均スギ花粉総数 1900 個／ cm^2 に対し、平年をやや下回る 1500 個程度の飛散数となる」と予測しました。

スギ花粉の飛散は 2 月 3 日に始まり、4 月下旬に終了しました。県内 26 測定点の平均総飛散数は予測より約 60％多い 2440 個／ cm^2 で、平年をやや上回る値となりました。地区別では、例年通り周南地区、北部地区の飛散数が多くなっております。

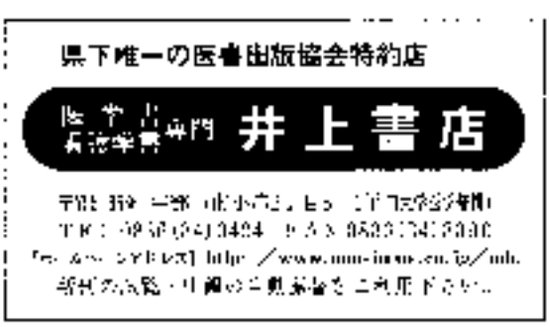
ヒノキ科花粉の捕集開始時期は 3 月上旬から中旬までと、測定点間でばらつきがありましたが、県内 26 測定点の平均総飛散数は、ほぼ終了時の 4 月 25 日の時点で 330 個／ cm^2 です。これはこれまでの平均シーズン総飛散数 730 個／ cm^2 の半分以下の値となり、こちらは昨年夏の気象の影響がそのまま反映された形となりました。

2001 年以降の 7 年間では、スギは多い方から 4 番目、ヒノキ科は 5 番目の総飛散数となりました。

今シーズンはスギの木による着花率のばらつきが大きかったため、予測と実測に差が出る可能性は高かったのですが、これほど差が大きかったことはこれまでありません。花粉数が予測を上回った原因を考察してみますと、まず、標準木以外の木も含めて観察できるところでは着花率の高い木が極端に多いという印象はありませんが、それ以外のところで雄花がたくさん着いていた可能性があります。また、本年は異常なまでの暖冬で、スギの飛散期に降雪がなく、また降雨もほとんど認められなかったことから、花粉が効率よく飛散し、さらに長く空中を漂うような状況が形成されたのではないかとも推察しております。この点に関しましては、別の機会に報告させていただきたいと思います。

ヒノキ科の予測総数に関しましては今のところ予測が困難なため発表しておりませんが、近年はスギ総数に対するヒノキ科の割合が増えてきており、飛散期も長くなる傾向にあると、会報 1 月号の予測の拙文で述べさせていただきました。しかしこちらも全く異なる結果となりました。2005 年、2006 年と平均を上回る飛散が続いたため、本年は一休みといったところでしょうか。

スギ、ヒノキ科の予測に関して、今シーズンは惨敗を喫した感があります。花粉飛散が飛散期の気象条件にも影響されるとなると、予測がますます困難となりますが、気を取り直して来シーズンに臨みたいと思います。



夏季特集号「緑陰随筆」
原稿募集

山口県医師会報平成 19 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

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

字数

1 ページ 1,500 字 (1 ～ 2 ページ) を目安に、特に長文にならないようお願いします。

提出・締切

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

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで作成の場合	電子メール または フロッピー /CD-R の郵送	**7 月 3 日**
②ワープロ専用機で作成の場合	フロッピーの郵送	
③手書き原稿で作成の場合	郵送	**6 月 27 日**

原稿送付先

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

備考

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

特　集

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）

ところ
山口グランドホテル
（山口市小郡）

設立総会

藤原会長　本日はご多忙の中、山口県健康福祉部今村部次長、山口県議会厚生委員会委員長の代理の藤井県議、山口大学附属病院長の松﨑先生、県医勤務医部会長の沖田先生、県内基幹病院の院長先生、郡市医師会長をはじめ、多くのご来賓の方々にご臨席を賜り、盛大に開催できたことを厚く御礼申し上げます。本日、設立総会開催の運びになりましたのは、松田先生をはじめとする設立準備委員会や世話人のご努力の賜物であり、敬意と感謝をいたします。

私は平成16年に医師会長に就任して以来、創造と実行をモットーに諸事業を推進してまいりましたが、とりわけ近年の女性医師増加に対応し、出産育児のサポート体制を整備することなど、女性医師の働く環境を改善し、医師会活動に積極的に参加できるような社会を作る事が重要な課題と考えておりました。このため、平成17年度事業として、女性医師懇談会を開催し、女性医師部会の設置が決まり、昨年6月に設立準備委員会を設置し、準備を進めてきました。準備委員会での熱心な協議の結果、単に女性医師への支援を求めるのではなく、積極的な社会参加、働く環境作りが男女がともに考えるといった視点から名称も「女性医師参画推進部会」となり、活動内容も他県医師会の部会にも負けないものになっております。

このような女性医師の先生方の取組に呼応し、医師会活動への参画を促進する事を含め、2月15日から山口市の田村博子先生にも県医師会で始めての女性理事になっていただきましたので、あらためてご報告いたします。

ご承知のとおり、ここ数年国家財政再建に視点をおいた財政主導の医療費抑制策がすすめられた結果、地域医療は崩壊の危機に直面していますが、小児科、産科、麻酔科等の特定の科における医師不足が顕在化し、医師確保が喫緊の課題となっております。女性医師が出産育児で離職しないです

むように、また、離職しても医療現場に速やかに復帰できるような環境作りをし、女性医師の抱える問題解決に取り組むことにより、今後の医師確保対策に寄与するものと考えています。

本日は設立総会の後、準備委員会が行いました女性医師会員アンケート結果の報告と、山口県が行いました医学部女性学生アンケート結果の報告、また、千葉県衛生研究所長の天野先生にご講演をいただき、その後意見交換の場を用意しております。

このようにこの部会が女性医師がともに学び、励ましあう、また、医師としての誇り、意欲や使命感を育てる場となり、医師会活動への積極的参画を促進し、男性医師とともに地域医療の貢献に寄与していただくことを祈念申し上げまして、設立総会のご挨拶とさせていただきます。

規約 (案) について

設立準備委員会　松田昌子委員長、規約の説明をする。

山口県医師会女性医師参画推進部会規約

(名　称)
第 1 条　本部会は、山口県医師会女性医師参画推進部会 (以下「 部会 」という。) と称し、山口県医師会内に置く。
(目　的)
第 2 条　部会は、男女共同参画の理念のもとに女性医師の医師会活動への参画推進及び働きやすい環境づくりと資質向上に寄与することを目的とする。
(構　成)
第 3 条　部会は、山口県医師会に所属する女性医師会員及び部会の目的に賛同する男性医師会員をもって構成する。
(事　業)
第 4 条　部会の目的を達成するため、次の事業を行う。
(1)　女性医師の医療現場での環境整備に関すること。
(2)　男女共同参画の医療政策や医療行政及び医師会活動に関すること。
(3)　会員相互の情報交換・親睦、福祉の増進に関すること。
(4)　その他、本部会の目的達成のために必要な事業。
(役　員)
第 5 条　部会は、次の役員を置く。
部会長　1 名　　副部会長　2 名以内　　理事　若干名
第 6 条　部会長は、山口県医師会長が委嘱する。
第 7 条　副部会長及び理事は、部会長が推薦し山口県医師会長が委嘱する。
第 8 条　役員の任期は 2 か年とし、山口県医師会役員の任期と同一にする。
(会　議)
第 9 条　会議は、総会及び理事会、小委員会とする。
第 10 条　会議は、部会長が招集し、議長を努める。
2　総会は、年 1 回開催する。
(会　計)
第 11 条　部会の会計は、原則として山口県医師会会計をもってあてる。

附　則
1　本規約は、平成 19 年 3 月 11 日より施行する。
2　設立当初の部会役員の任期は、平成 20 年 3 月 31 日までとする。

役員の選出

藤原会長 (仮議長) 、部会長に設立準備委員長の松田昌子先生を指名、挙手全員で決定。

松田部会長挨拶

ご指名いただきました松田昌子です。微力ながらこれからの 1 年間、部会長として勤めさせていただきます。

これまでの医療の歴史の中で、今ほど女性医師が注目されたことはかつてありません。かつて、医療界では女性医師は少数派で、“女性”であるために直面する多くの問題は、医師という職業を選んだ個人の問題として自分で解決するものとされてきました。しかし、近年、一般社会では男女共同参画の理念が浸透しつつあり、医療界でも女性医師の増加、医師不足などの問題から、女性医師を医療の貴重な担い手と位置づけ、継続的に働き続けることができる環境を整えようという大きな動きが出てきていることはご承知のとおりです。

しかし、理念は作られても、実際にどのようにそれを行うかという事になると一朝一夕にはいきません。　山口県医師会では、より多くの女性医師の医師会活動への参加を推進し、女性医師が抱える問題を解決するために、まず部会設立を決め、平成 17 年度に女性医師懇談会を開催、昨年 6 月に私ども準備委員が招集され、規約作り、女性医師会員対象のアンケート調査、設立総会の準備など、仕事の合間を縫ってやってまいりました。

部会が立ち上がることによって、女性医師の問題を女性医師だけの問題とせず、医療界全体の問題として対処する形ができることだと思います。女性医師が、専門職業人としての自覚と誇りを持ってその能力を発揮し、仕事を続けられるような社会はすべての医師にとっても望ましい社会だと考えます。

今日、こうして多くの先生方にお集まりいただいたことは私ども女性医師にとっては大きな喜びであり、励みです。この部会が形だけのものにならないようにするには、先生方お一人お一人のための会として、ご意見を出し合い、協力して進んでいただくことだと思いますので、これからよろしくお願いいたします。

以上、部会長としての挨拶とさせていただきます。

松田部会長、役員候補者の名前を読み上げる。

山口県医師会女性医師参画推進部会役員

(任期　H19.03.11-H20.03.31)

部会長	松田　昌子	理事	田村　正枝
副部会長	内平　信子	理事	寺井　佳子
副部会長	黒川　典枝	理事	水津　礼子
理事	水内　知子	理事	石川千鶴子
理事	原　曜子	理事	横山　幸代
理事	鈴木　紘子	理事	三浦　修
理事	上田　聡子	理事	湧田　幸雄
理事	上田スミコ	理事	田中　豊秋
理事	大島　眞理	理事	田村　博子
理事	松井　晶子		

松田部会長　私たち役員一同、部会の円滑な運営と、女性医師だけでなく男性医師の方々にも働きやすい環境の実現のために活動していきたいと思いますのでご支援、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

来賓挨拶

山口県健康福祉部長代理　今村孝子部次長

ただ今ご紹介いただきました代理の今村孝子でございます。女性医師参画推進部会の設立おめでとうございます。この記念すべき瞬間に同席させていただいたこと、心から感謝いたします。

まず、山口県の行政の立場としてご挨拶させていただきます。地域医療の充実のために医師確保は重要な問題でありまして、平成18年度は学生に対して就学資金、ドクターバンクなど医師確保のための施策を組んでまいりました。このような中、女子学生の数や若い女性医師の数が3割をこし、現在医師不足といわれている小児科、産科、麻酔科は女性が選択する人数が多いということで、若い女性の医師たちの関心が寄せられているところです。県でも今年度、山口大学女子学生にアンケート調査をし、それを基に、働くことへの動機付けなどを目的に、女子学生のためのシンポジウムを開催いたしました。来年度からは県も一緒になってシンポジウムを開きます。女性が働きやすい環境はどうしたら作れるかということを模索していこうと考えております。この問題は行政だけでは解決できないものです。県内唯一の医療機関も来年度地域枠を増やし、地域医療に貢献できる人を増やしていこうという試みや、県行政も医師確保班をつくり、医師確保に努めようと思っております。ピンチは最大のチャンスといいますが、今やっと勤務医の働き方にマスコミを含め、知られるようになり、理解してもらえる時期にきております。この期を逃さず、周りによき理解者を得て、女性医師だけでなく医師自身がどういう働きをしていくことが一番良い仕事が出来るかと考える良いチャンスだと考えていますので、このチャンスを生かしていければと思います。本日はおめでとうございました。

山口県議会厚生委員会委員長代理　藤井律子委員

平素から保健医療福祉の向上、県民の安心安全の暮らしの確保に多大なるご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。また、設立総会にお招きいただきありがとうございます。

最近の医療を取り巻く環境は、全国各地で、山口県も例外でなく、特定診療科の医師不足が顕在化しております。医療提供体制の確保、県民の安

心安全の確保のためこうした課題への適切な対応が今求められております。最近の県議会でも医師確保対策の質問が毎回でてきます。私もこれまで安心して出産が出来る対策の整備、僻地や特定診療科目での医師確保対策、女性医師が安心して結婚、出産、育児が出来る体制作りなどに関する質問をして県に対策を求めてまいりました。議会では、橋本議員が地域医療の問題を取り上げ、女性医師の確保対策への積極的な取組や就学資金の返還免除対象医療機関の拡大を求められました。こうした中、本日設立されました女性医師参画推進部会は女性医師の医師会活動への参画と働きやすい環境作り、資質向上を目指しておられることは時機を得たものだと考えております。山口大学医学部学生の約 4 割が女性ということで、いかに女性が働きやすい環境を整備していくかはこれからの医療提供体制の確保にとって第一に対応すべきものであり、皆様の取組に敬意を表します。こうした活動が女性医師だけでなく、医療従事者にも働きやすい職場作りにつながっていると考えることから、今後の発展を大いに期待しております。

私も県議会議員として、医師会の皆様を始めとする、県民の皆様と県政のパイプ役として、適切に対応したいと考えておりますので、引き続き、ご指導ご鞭撻をよろしくお願い申し上げます。

19 年度の事業計画について

松田部会長　第 1 に年次総会を開催する。2 番目に山口県との連携事業を挙げている。山口県でも地域医療のサポートをいろいろされており、部会としてもいかにして女性医師が働きやすいと感じる環境をどうつくるかを、県内外の方をお招きしてディスカッションできるシンポジウムを考えている。3 番目は女性医師が働き続けられるための環境作りとして、育児サポーターバンクの設置を考えている。4 番目は、女性医師が仕事を続けることが困難な場合はほとんどが勤務医時代なので、勤務医部会との連携もなくてははならないものと考える。今後は勤務医部会と情報交換し、問題解決に向かって進めたい。

(質問) 麻上先生　医師会活動についての理解がないために、この部会ができたわけだが、男性会員にも医師会活動を理解していない人がたくさんいる。医師免許証をとった人はすべて医師会員になるよう義務付けなければならないと思う。それと同時に医師会が努力していないことはわれわれ医師が安給料で一生懸命やったために日本の医療制度が成り立っていたのにその事を国民に PR しない、そこに欠点があると思う。医師会に入る人が部分的であるという弱点だと思う。われわれ女性医師は、いろいろなところの医師会の会合を知らないが、少なくとも下関市医師会に女医が出席しているのは見ることが無い。男性会員も出席していない。医師会報がことこまかに会議の内容を伝えるからいいのだという考え方もあるが、ディスカッションする場所が与えられない。男性医師は山口県医師会の活動について理解しているのか、協力しているのか伺いたい。その中でも女性医師はゼロに近いのだというデータがあれば、教えていただきたいし、ゼロに近いということより、女性医師が勉強して積極的に医師会の会合に参加しなければならない、それがまず最初に行うべきで、次がこの事業計画になると思うが、藤原会長いかがか。

藤原会長　先生の言われたことは大筋ではまったく同感である。ただ、医師会の会員への入会又は加入義務付けは難しい。男性医師が女性医師に対して理解が足りないとあったが、確かにそういった面はあったと思う。これからこういった部会でも一般の男性医師に対しても呼びかけなければならない。先生のご提言、今後の部会の一つの方向性でもあるので、貴重な意見とさせていただく。

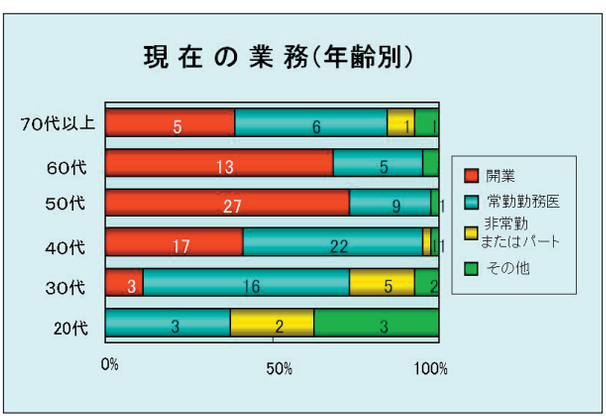
アンケート結果報告

(1) 女性医師会員アンケート結果報告

山口県医師会女性医師参画推進部会設立準備委員
上田聡子

山口県女性医師参画推進部会設立準備委員会は、平成 18 年 11 月から 12 月に女性医師へアンケート調査を行った。対象は県医師会加入の女性医師 316 名で、回答数は 146 名、回収率は 45.9%。そのアンケートの報告をする。

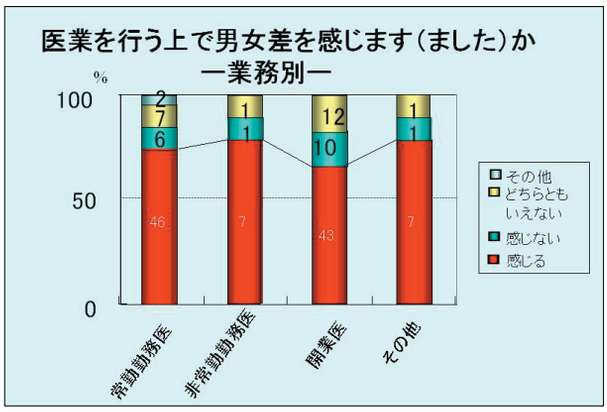
回答者の年齢は、30 代、40 代、50 代で過半数を占めていた。既婚者は 73% で、未婚者は 14% であった。子どものいる割合は 80% で、子ども 2 名が多かった。診療科については、内科が最も多く、眼科、皮膚科、小児科と続いていた。現在の業務形態は、開業医 45%、常勤勤務医が 43%、非常勤・パートが 6% であった。年齢別の業務は、下図のとおりで、年齢が上がるにつれ、開業医の割合が多い。



医業を行う上での男女差について

医業を行う上で男女差を感じるかという質問に対し、感じる人が 73%、感じない人が 12%、どちらとも言えない人が 14% であった。多くの女性医師は医業を行う上で何らかの男女差を感じていることが分かる。これを業務別に見ると右上のとおりである。

開業医で少し低い傾向があったが、これは過去を含めて男女差を感じたか否かの回答なので、



今現在男女差を感じるかという質問に対しては、勤務医と開業医の間にもう少し差が出るのではないかと思う。次に、男女差を感じる点については(複数回答)、家庭への拘束 (100 名中削除 88 名)、体力 (50 名)、自由時間 (46 名)、昇進 (9 名)、能力 (6 名) と続いていた。家庭への拘束に男女差を感じる女性医師が多いことが分かる。家庭への拘束について、子どもの有無で感じ方を比較すると、子どものいる場合は 67.3%、いない場合は 33.3%が感じていた。子どものいる女性医師が家庭への拘束を強く感じていることが分かる。

この質問でのもう一つの特徴は、能力について男女差を感じる女性医師が少数であるにもかかわらず、昇進について男女差を感じる女性医師が少ないことである。

現在医学部の教授、助教授など管理職において女性の割合が著しく低いことは事実である。この歴然とした男女差の事実にもかかわらず、それを認識している女性医師が極めて少ないことがわかる。同じような傾向は以前行った麻酔科女性医師へのアンケートでも認められた。

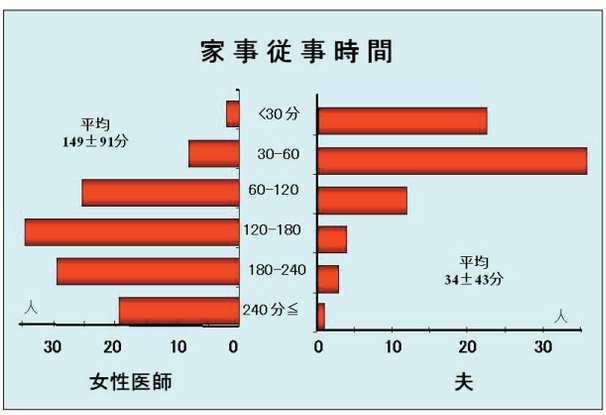
医業をおこなう上で、女性が不利だと思う割合は 37% であった。先程の男女差を感じる割合が 73% であった事を踏まえると、男女差を感じるものの、すべてが女性にとって不利、という直線的なものでは無いと思われた。この項目でその他の意見としては、「生理痛や妊娠中に思うように仕事が出来ない」、「女性であることよりも、母親であることは不利だと思う要素が大きい」というものがあった。また、「女性であることが有利であることもある」という意見もあった。

女性に対して特別な配慮が必要かという問いに対し、当直に関して、あるいは勤務時間に関して

約 5 割が必要という回答であった。一方、妊娠・育児中の女性においては 9 割以上が必要という回答だった。このことに関する他の意見として、「基本的には女性への配慮は不要だが、妊娠・出産時は配慮が必要である」というものがあった。また、「女性だけでなく、男性を含めた医師全体の労働条件の配慮が必要」という意見があった。

既婚者の環境・勤務継続の方法

夫の職業は 87% が医師・歯科医師であった。家事従事時間については、下図のとおり。



女性医師の家事従事時間の平均は 149 分、夫は 34 分であった。女性医師の家事従事時間は夫に比べて著しく長いことが分かる。男女差を感じる点でもっとも多かった家庭への拘束が、客観的に見ても女性に強いことが示されている。一方、夫の 8 割以上が医師・歯科医師であることを考えると、夫の家事従事時間の少ない原因に、医師の過重労働が影響を及ぼしていると考えられる。

妊娠・出産を契機に仕事内容や職場を変えたかという問いに対し、42% が変えなかった、31% が仕事の量を減らした、9％が退職という回答が得られた。女性医師の今後を考えると、妊娠・出産を契機に退職する割合を 0 にする方法を考えねばならないと思う。

医師を継続できた理由として、順番に夫の理解協力、仕事の満足感、親の協力、上司同僚の協力、自分の努力、子どもの協力であり，夫の理解協力が一番多かった。この問いの項目は主に精神的な面からの理由に当たるが、その他の意見として、「ベビーシッターや保育園など、環境を充実させることが大切」というものがあった。また、「専門の科を選択することも重要」という意見もあった.

医学部女子学生へのアンケートにおいても，仕事を続けるためには夫の協力が重要という意見が多いことから、理解ある夫の存在、理解ある夫の選択が非常に重要であることが伺える。

未婚者の意識

医師として仕事を続けていく上で、結婚は妨げになると思う未婚女性は 45% 、思わない女性は 20% だった。未婚女性が結婚と仕事の両立に不安を持っていることが伺える。

結婚・妊娠・出産後に現在の仕事を続ける気持ちがある未婚女性は 63% で、続けるつもりは無いと答えた女性はいなかった。分からないが 32% であった。

その他の意見

このアンケートに関するその他の意見を 38 名からいただいた。これらをまとめてみると、まず育児支援の必要性が求められていた。具体的には院内保育など、医療現場での支援システム、病児保育、ベビーシッター、家政婦、自分の分身になって子どもの面倒を見てくれる人や施設などだった。

次に、医師全般において家庭を視野に入れた生活が必要であるとの意見があった。

さらに、家庭を視野に入れた生活と仕事との両立のために、男女を問わず働きやすい環境が求められていた。医師である夫が家庭を視野に入れた生活をすることにより、多くの女性医師は働きやすくなると思われる。具体的には、医師全体の労働条件の改善や、勤務形態の多様化が求められていた。また、勤務形態の多様化においては社会的責任に応じた給与体系が望ましいとされていた。たとえば、女性医師がパートタイムで仕事量を減少した場合は、常勤医師が不公平感を抱かないような給与体系が望まれていた。

このような環境を整えることと平行して、内面的なものの必要性もあった。つまり、女性医師が仕事を継続するにはそれなりの覚悟と努力が必要で、医師としての責任感や継続する努力が必要と

いうものであった。そして、後から続いてくる女子学生にそれらを教育するべきという意見があった。

まとめ

医業を行う上で男女差を感じる女性医師は73％であった。男女差を感じる点では、家庭への拘束が多く、それにはこどもの有無が大きい要因であった。女性医師の94％は、妊娠・育児中の女性への配慮が必要と感じていた。妊娠・出産を契機に女性医師の9％が退職し、31％が仕事量を減少していた。仕事を続けられた理由で最も多かったのは、夫の理解と協力であった。女性医師が働き続けるには、男女を問わず働きやすい労働環境、責任に応じた給与体系、育児支援などが求められていた。

(2) 山口県による医学部女性学生アンケート結果報告

山口大学医学部　大村佳代

厚生労働省により行われた医師・歯科医師・薬剤師調査では、平成16年の女性医師の割合は、皮膚科38%、眼科36.8%、小児科31.2%、麻酔科29%、婦人科25.1%、産婦人科21.8%、心療内科21.4%、内科14.8%、外科4.6%であり、この割合は今後増えていくことが予測される。学生が医師という仕事やプライベートライフとの関わりをどのように考えているのか知ることはわれわれにとって非常に重要なことである。女性医学生が考える将来の医師像、仕事と結婚・出産・育児に関する考え方を報告する。

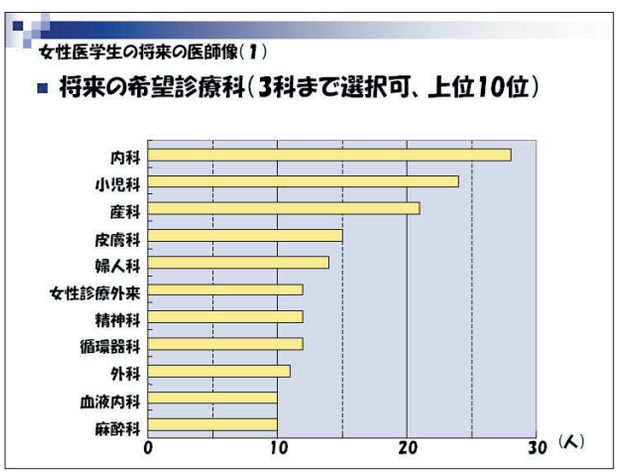
アンケート調査の概要

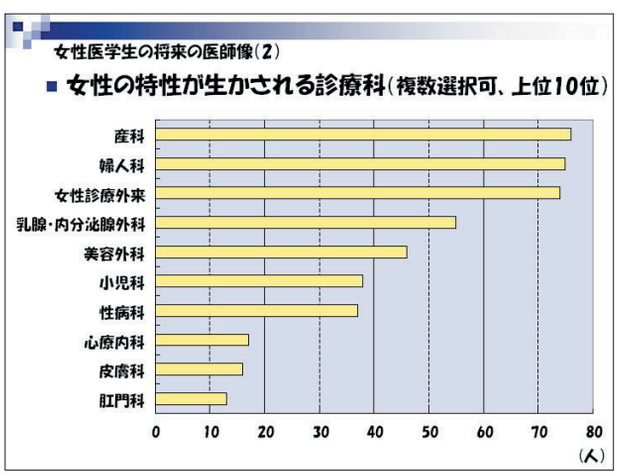
アンケート調査は女子学生の卒後の県内就労や定着の促進を図る基礎的資料を得ることが目的で行われた。山口大学医学部2～6年生の女性学生171人を対象に平成18年9月に調査を実施し、90人（52.6％）から回答を得た。

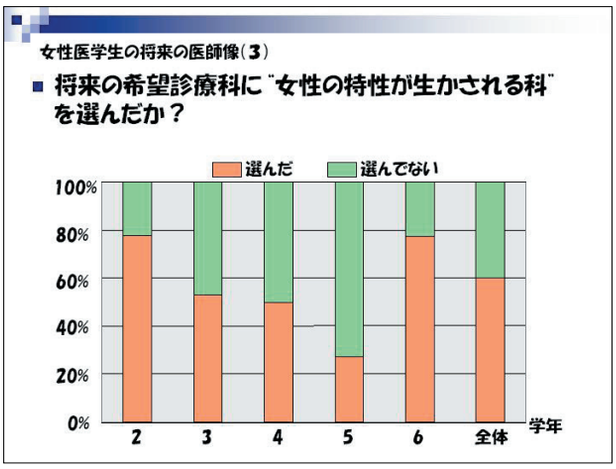
女性医学生の将来の医師像について

医学部を志望した最も大きな理由は、「人の役に立ちたい」という回答が一番多く33%を占め、「身近に人の病気や死を経験した」(22%)が次に続いた。また、「自分の生き方を通しやすい」や「周りに尊敬する医師がいた」などの回答もあげられた。

女性医学生の「将来の希望診療科」（3科まで選択可）について、また、「女性の特性が生かされる診療科」（複数選択可）についての回答は下図のとおりである。「将来の希望診療科」には、現在医師数が不足されているとされる小児科、産科が上位に含まれた。「将来の希望診療科」に「女性の特性が生かされる科」を選んだか否かについては、全体的には約6割が選んでいる。







将来理想とする勤務先について、64% が「地域の中核的病院」を希望すると答えた。「大学附属病院」、「診療所」、「基礎研究施設」がそれに続いた。

女性医学生の結婚・出産・育児と仕事に対する考え方について

女性医学生の結婚、出産、育児と仕事に対する考え方について、ほとんどの学生 (8 割以上) が結婚を望み、自分の子どもを持ちたいという回答であった。また、結婚しても医師を続けたい学生は 90% 以上であった。「子どもを持っても医師を続けたいか」という問いに対しても 9 割以上が続けたいと答えた。「子どもを出産し育児する際に休暇をとりたいか」という問いに対しては、7 割以上が「とりたい」と考える一方で、「わからない」と答えた学生の割合も 2 割近くに達した。「子どもを持って医師を続けるための条件とは何か」（複数回答）という問いに対して、「職場の支援策」と回答した学生は 9 割近くであった。それと同程度に「夫の育児協力が必要」との回答があり、ほかにも「実母による育児支援」、「子どもの人数を考慮しなければならない」という意見がみられた。

「女性医師に対する職場の重要な支援策として」（３つまで選択可）については、「育休後の復職の保障」、「職場内保育・病児保育・託児所」、「育休制度」、「一時離職後の現場復帰支援制度」、「産休制度」などが挙げられた。ほとんど出産、育児に関する支援策であったが、それ以外にも「先輩女性医師による相談窓口」が重要だという意見もあった。

まとめ

今回のアンケート調査から見えてきたことは、多くの女性医学生が「医師という職業は一生続けたい」「 女性の特性を生かした仕事をしたい 」「仕事もプライベートも充実させたい 」と考えていることであった。また、医師として働き続けるためには、「出産・育児と仕事の両立のための支援策」、「家族の理解・協力」、「職場の理解や職場環境の整備」を必要としていることが明らかになった。

今回のアンケート調査ではたくさんの方のご協力をいただきました。ありがとうございました。

記念講演

千葉県衛生研究所　所長　天野恵子

女性を守るための法令

今日は最初に女性を守るための法令でどのようなものがあるか、話したいと思う。

今回の旗振り役の内閣府に男女共同参画局がある。そこで男女雇用機会均等法が制定されたのは 1985 年である。2000 年に改正され、均等に関する項目が、それまでは努力目標だったが実施義務となって、セクシュアルハラスメントの対策、母性保護というものが、きちんと規定された。2005 年の 12 月に（私もこの第二次基本計画に参加させていただいたが）、「男女の性差に応じた的確な医療の推進」を入れていただいた。2005 年 12 月のポイントは、「政策・方針決定過程への女性の参画の拡大」「女性のチャレンジ支援」「男女雇用機会均等の推進」「仕事と家庭・地域生活の両立支援と働き方の見直し」「新たな分野への取組」「男女の性差に応じた的確な医療の推進」「男性にとっての男女共同参画社会」であった。それまでは、フェミニズムの方たちが中心になった男女共同参画という感じで、女、

女、女という感じだったが、男性にとっても男女共同参画社会というものを考えていかなくてはいけないという視点が入った。そのほか、「男女平等を推進する教育・学習の充実」、「女性に対するあらゆる暴力の根絶」、「あらゆる分野において男女共同参画の視点に立って関連施策を立案・実施し、男女共同参画社会の実現を目指す」という項目立てがされている。

2007年になって、2005年の「男性にとっての男女共同参画社会」が入ってきたということとのつながりであるが、母性保護を除いて、すべての文章から「女性労働者」という表現は消えた。そして、単に「労働者」という表現になった。

そのようなことが歴史的にあったわけであるが、2007年4月に差別禁止が規定されたものが、努力目標から実際の実施義務になって、かつ罰則規定も出てきた。

それ以降、募集・採用について性別を理由とする差別的取扱いは禁止、配置、昇格、昇進、降格、教育訓練、職種、雇用形態の変更、退職の勧奨、定年解雇、労働契約の更新について、性別を理由とする差別的取扱いは禁止となっている。また、間接差別について、例えば転勤させるとかであるが、業務の遂行上特に必要である場合、事業の運営状況に照らして、それが必要であるということが合理的理由があるという場合以外は禁止となっている。妊娠・出産などを理由とする不利益な取扱いの禁止。解雇以外の不利益取扱いも禁止。妊娠中、産後1年以内の解雇は、事業主が妊娠・出産等を理由とする解雇でないことを証明しない限り無効になる。

セクシュアルハラスメントについては、女性だけだったのであるが、ここで男性も入って、男女労働者に対するセクシュアルハラスメントに関する事業主の雇用管理上の措置の義務化というものが入った。また、ポジティブにこのようなことに対応している企業に対して、国がこれを支援するというものも入って、ポジティブ・アクションを行っている企業が、その取り組み状況を外部に開示する際に、国がこれを援助している。

セクシュアルハラスメント及び母性健康管理措置についても、調停及び企業名の公表の対象とし、罰則が強化された。

均等法に関して企業が問い合わせに応じない場合には、20万円以下の罰則になる。「あなたのところでは、どうも差別をしたらしいようだが、いかがか」という問いに対してきちんとした回答をしないときに、20万円以下の罰金が科せられるのである。

妊産婦に対する配慮については、均等法の22条と23条に細かく記載されている。男女共同参画基本法に、女性に関するものはかなり出ているが、さらに厚生労働省から出ている労働基準法というものがある。その中に、例えば「妊産婦等にかかわる使用者は、妊産婦を、重量物を取り扱う業務、有害ガスを発散する場所における業務、そのほか産婦の妊娠、出産、哺育に有害な業務に就かせてはならない」という64条とか、「使用者は、6週間、多胎妊娠の場合には14週間以内に出産する予定の女性が休業を請求したときには、その女性を就業させてはいけない。また使用者は、産後8週間を経過しない女性を就業させてはいけない。ただし、産後6週間を経過した女性が、就業したいという請求をし、医師が支障がないと認めた業務には就かせることはできる」。使用者は、妊産婦が請求したときは、変形労働時間を採用して（この変形労働時間についてはあとで説明する）、1日または1週の法定労働時間を32条の規定を超えて労働させてはいけない。また災害や公務のための臨時の必要があったり、36条の協定があっても、妊産婦が請求した場合には、時間外労働、休日労働、深夜労働をさせてはいけない。

生後1年に満たない生児を育てる場合は、女性は通常の休憩時間以外に1日2回、各々少なくとも30分の、生児を育てるための時間を請求でき、使用者は、育児時間中は、その女性を使用してはいけない。なお、育児時間を有給とするか否かは法律では定められていないので、当事者間で定めることができる。

使用者は、生理日の就業が著しく困難な女性が休暇を請求したときは、その女性を就業させてはいけない。また就業規則等により生理休暇の日数を限定することは認められない。なお、生理休暇中を有給とするか否かは法律では定められていない。育児時間と同様、当事者間で決めることができる。

ここに出てきた 32 条とか 36 条に何が規定されているかというと、32 条には労働時間が規定されている。使用者は、労働者に休憩時間を除き 1 週間について 40 時間を超えて労働させてはならない。使用者は 1 週間の各日については、労働者に休憩時間を除き 1 日について 8 時間を超えて労働させてはならない。なお使用者は、労働時間が 6 時間を超えるときは 45 分以上、8 時間を超えるときは 1 時間以上の休憩時間を労働時間の途中で与える必要があるというのが 32 条である。

36 条は、時間外及び休日の労働についてであって、使用者は、当該事業場に、労働者の過半数で組織する労働組合や労働者の過半数を代表とする者との書面による協定をし、これを行政官庁に届け出た場合には、その協定で定めることによって労働時間を延長し、または休日に労働させることができる。ただし、時間外労働や休日労働は、臨時の必要があった場合に行うべきもので、36 条の協定を結べば、いくらでも時間外労働や休日労働をさせることができるわけではない。36 条による協定を結ぶ際の時間外労働の限度に関する基準が定められており、限度時間は 1 週間に 15 時間、1 か月で 45 時間、1 年で 360 時間であると決められているのである。これがきちんと守られている職場がどのくらいあるかという話になると、一番よく守られているのは官公庁だろうと思う。これを読んだだけで、医学部は全くこれに当てはまらないということがおわかりになると思うが、基本的に、この原則くらいは知っておかないと議論にならない。

循環器医師に見る勤務形態と健康度『性差はあるか』

続いて、私が行ったアンケートに基づいて、「循環器医師に見る勤務形態と健康度『性差はあるか』」という話をさせていただく。平成 14 年度の厚生労働科学研究、循環器分野における女医の労働環境についてということで行ったものである。

これは、日本循環器学会に循環器の専門医制度というものがあって、そこのところに平成 14 年度の時点で専門医として登録されていた女医が 400 名ほどおられた。その方たちにアンケートを送ったが、皆さんは日本循環器学会の専門医制度を通った専門医なのであるが、ご自分がいま標榜している科については、「循環器内科」と標榜している方は 57.8%、「内科」と標榜されている方は 34.1%、その他「循環器外科」とか「小児科」とかであった。当然であるが、94.1% の方が循環器内科医である。

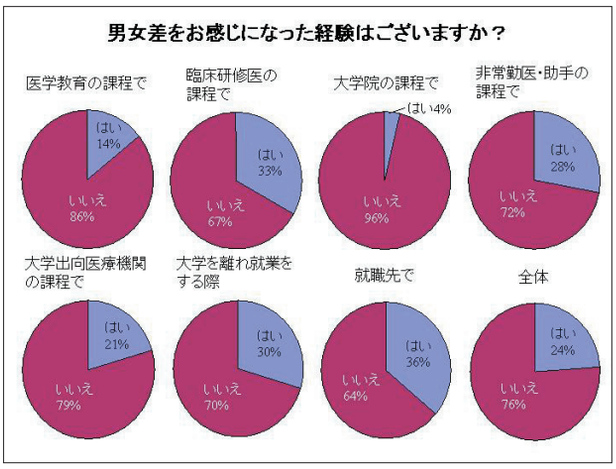
お答えいただいた方 185 名の年齢は、「30 代」「40 代」で 75% を占めている。

勤務先については、「大学病院」が 16% で「国公立病院」が 14%、「その他の個人病院」が 32% であった。やはりこれは女性に特徴的であるが、「医院・クリニック」という無床に 23% の方が勤めている。

そこで、結婚していらっしゃるかどうかというところで、「既婚」が 66.5%。これはあとでも出てくるが、循環器内科の専門医を取っていらっしゃる方の既婚率は、男性に比べると低い。男性は 97% くらい既婚である。その方たちに、男女差をお感じになったことはあるかとたずねた。医学部の教育の課程、臨床研修医の課程、大学院の課程、非常勤務医師・助手の課程、大学出向医療機関、大学を離れ就業する際、就職先でという形でお答えいただいている。

教育の課程というのは、やはり大学の中であまり差を感じることはないのであるが、やはり皆さんは患者さんを相手とする場や職場に出ていったときに、男女差を感じるとのこと。それは 25%、平均 30% くらいということである。特に「就職先で感じる」と答えた方が 36% いらっしゃるわ

けである。



では、どういうことで感じたかというコメントを書いてもらった。医学教育の課程で、「実習のとき、泌尿器科の教授に『うちの科に女医が来れば変人だ』と言われた」とか「『うちの科は女医はいらないから』とポリクリのときに言われ『適当にしとけばよい』と言われた」「入局案内で女性はいらないという科があった」というようなことで、昨今でもこういう科があるのだなあと思った。「臨床実習で各科を回っているときに『女子はマイナー科へ行け』と言った」。こういうものは、アカデミックハラスメントにあたると思う。

「男子学生は婦人科の内診に入ったが、女子学生は泌尿器科診察の見学すらさせられなかった」ということがある。非常に面白いのは「美しい女子学生に甘い」。これも本当だろうと思う。

臨床研修医の課程においては、どのようなことに差別を感じたかということで、例えば「希望する教室の担当者から『女は戦力にならない』と言われた」、「長時間の手術見学は女子はしなくてよいと言われた」。途中で貧血でも起こされたら困ると思って、ご厚意でおっしゃったのかもしれないが、しかし女子学生にしてみれば、これは差別であると感じてしまうわけである。「卒後研修先の病院を、医局より女性はここここしかないねという感じで限定された」、「研修病院決定時に、『女性は暇な病院へ』と研修病院に指定されていない病院に決定されてしまったというようなことがあった」など、これについてはいろいろ書いてあるのをまとめた。

大学院の課程、これは最も差別の少ない課程なのだが、「大学院入学の時期が待たされた」「論文の順番が後回しとなる」とか、「女は結婚したら終わりだからと結婚を反対された」というコメントもあった。「結婚したのだったら、もう面倒を見ないと言われた」ということである。

非常勤医または助手として大学病院で働いて、どんなことがあったかであるが、「心臓カテーテル検査については、女性は放射線を浴びるということで参加しない時代であった」、「看護師さんから『女医は飲んだり遊びに連れて行ってくれない』からといって文句を言われた」、「よいアルバイトは男性のお医者さんに、よい指導医は男性レジデントに一対一でつけて、女性レジデントには評判の悪い医師が指導医として割り当てられた」とか、「上司が心カテにおいて新しい技術を教えることが、男性に対してよりも少ない」とか、「心カテをたくさんやりたかったが、放射線の影響もあると言われ、子どもを産み終わるまでやらせてもらえなかった」とある。これはやはり、もっとやりたいという女医さんと、上司がしっかりと話をして、やれないならなぜやれないのか、どういうプロテクトをすればやれるのかというようなことをしっかり話していないからこういうことになると思う。

大学から出て、出向先での医療機関で働いてどうだったのか。「女医は一人だったので、なにかと不自由だった」。これは、とてもよくあることである。大学病院などでも、私が大学の医学部に入ったとき、自分の階には男子のトイレしかなく不自由であった。「出産・育児の際、当直も男性同様にやらなければならなかった」とか、「医療機関先では男女差はないけれども、出向先そのものが限定されてくる」。「勤務先で同時期に働いた男性医師は県医師会に病院の費用で入会し、私はいつ辞めるかわからないという理由で入会させてもらえなかった。大学を通じて抗議して入会した。そのときに子どもはつくらないように言われた」とか、こういう時代もあったかなあと。今はないと信じているが、そういうこともあったということである。「採用にあたって妊娠などの可能性を聞かれ、また遠慮してくださいと間接的に言われた」と。「女性医師用の更衣室やロッカーが

ない。映像室へは男性更衣室から入らなければならなかった」「医師とさえ思ってもらえなかった」とも書かれていた。

就職する際には、「育児・出産など自分の都合で仕事のみをできない場合に、非常に自分自身も困った」、「就職のときに女医はいらないと言われた。仕事をしないですぐ休むからと言われた」と。家庭と両立できるかということで悩んで、結局「家庭と両立できるということを優先して職場を選んだ」とか、「待遇が悪くても不満を言いにくい。では女はいらないよと言われそうなので」というようなことがやはり書いてある。

そこで、働き続けるにあたっては、なにかありましたかとたずねたところ、実は、これが一番コメントが多かった。まず「育児で困った」。それから、「女医はいつ辞めるかわからないと役職につけてもらえない。代わりに経験年数も浅く循環器の専門医の資格すら取っていない男性医師の下につけられた。抗議して謝ってもらったが、結局はそのままだった」と。それから、「『女医に働かせられる病院はない』と教授から直接言われた。ちなみに医局は京都府立医大の第２内科である」と書かれている。「患者や看護師の態度も男性医師に対するものとは全く異なり、『女のくせに医者なんかになって』と患者にののしられたこともあった」と。「全く昼夜別のない職場で、家庭を顧みる医師がとにかくいなかった」。これは確かにそうなのである。循環器内科の男性医師を見ていると先見の明がある方が多いのである。体力的にも精神的にも非常にパワフルな方が多く、自分を基準に人を見るのである。だから、男性仲間でも、体力のない方とか精神的にちょっと弱い方とかという方は理解できない。女性などなおさら理解できないという方が多い。

通算就業時間数はどのくらいだろうかということであるが、やはり臨床研修医がずば抜けて過労という形になる。次の質問で、「女医に向いている」というのは、「循環器の内科医というのは女性の医師に向いていると思うか」ということに対して、「向いている」と答えた方である。もう一つは、39 歳以下の若い女医さんに聞いた場合で、この図では両方を並べて書いてある。

臨床研修医は、週 82 時間働いているのである。そうすると、一週間に 42 時間、時間外の労働をやっているということになる。そうすると、ひと月で約 160 時間である。これは明らかに労働基準法に触れる働き方である。

大学院になり、非常勤助手になると、63 時間くらいの時間に減り、出向した医療機関になると、50 時間台という形になって、就業先に行くと、やはり就業先ではだんだん労働基準法が守られてくるという形で、女医に向いていると答えた方では 51 時間、39 歳以下の若い方でも 54 時間という形になる。54 時間として計算すると、一週間に 14 時間であるから、先ほどの一週間に 15 時間という規定の中にも入ってくるわけである。大学における働きかたが、やはり労働基準法から全く外れているということが言える。そこで、女性循環器専門医にとって、結婚はキャリアを形成するにあたりどのような影響を与えたかということであるが、「プラスになると思う」という方が 25%、「障害になると思う」という方が 29%、「どちらとも言えない」が 44% であった。

それでは、妊娠・出産はキャリアを形成するにあたりどのような影響を与えたかということに対して、「プラスになると思う」が 12%、「障害になると思う」が 56%、「どちらとも言えない」が 30% ということで、やはり結婚そのものよりも、妊娠・出産ということが、キャリアに障害を与える大きな要因になったと思っている方が多いということであるが、「プラスになると思う」という考え方の方もいる。

さらに、出産経験のある医師に、妊娠から出産までの経過は順調に進んだかとお聞きしたところ、「非常に難があった」と「多少難があった」という方が 38% であり、これは非常に大きな率である。

出産休暇はどのくらいお取りになったかというと、出産休暇は 90% 取っている。取らなかった人たちに、なぜ取らなかったのかと聞くと、「外来の代診医がいなかった」とか、「順調だったので、実家が開業医だったから手伝っていた」とか、「学生結婚だった」とかという答えがある。

では、育児はキャリアを形成するにあたってどのような影響を与えたかということであるが、「プラスになると思う」と答えている方が 4 分の 1 は

いる。しかし、「障害になると思う」と答えている方が、やはり半数くらいある。「プラスになると思う」と答えている方と、「障害になると思う」と答えている方の間の環境の差、または資質の差があるのかどうかというところまで踏み込んでいかないといけないと思う。

育児休暇中に、育児の支援を行ってくれた人物は誰かということであるが、「自分の親」というのが30%で一番で、次が「夫」で20%、それから「ベビーシッターさん」が20%、それから「夫の親」となる。

育児休暇になると、ほとんどの方が取っていない。72%の方が「いいえ」と答えていて、取らなかった理由は「取らせてもらえない」「代診の医師がいなかった」「休んでいると仕事が進まない」「当時のシステムではそのものがなかった」「制度そのものがなかった」「職場の人手が足りなかった」「医師を長く休んでよい仕事と自分自身がそう思っていなかった」とのことである。

保育施設に預けた経験のある方に、どのくらいの時間帯預けているかということをお聞きした。というのは、24時間保育とか、朝早くから夜遅くまで預かってほしいとかいう女性の声があるのであるが、私はそれは間違っていると思っている。看護師は三交代制で預けている。女医もそうあるべきである。子どものことを考えてみてください。朝の8時に連れていかれて、もし24時間保育ということで翌日9時まで預けられる子どものことを考えてください。やはり私は、それは異常だと思う。

今回の調査では、平均の預かり開始時間が8時18分、そして平均預かり終了時間が17時23分から17時39分とあるが、このくらいが限度かというのが私の考え方である。妊娠・出産についての休みはきっちりと取り、育児についても、明らかにこれは、子どもしだいである。私の孫は、保育園に預けたら、もう帰るのが嫌だといって、親が迎えに行くと、先生の後ろに隠れて帰らない。そういう子もいるが、中には、やはり親の姿が見えなくなったとたんに、帰るまでわんわん泣いている子どももいるのである。それは、その子の資質なのである。育児も、私は保育園に預けるという一つのパターンだけではだめだと思う。やはりいろいろな選択肢がなければいけないと思う。

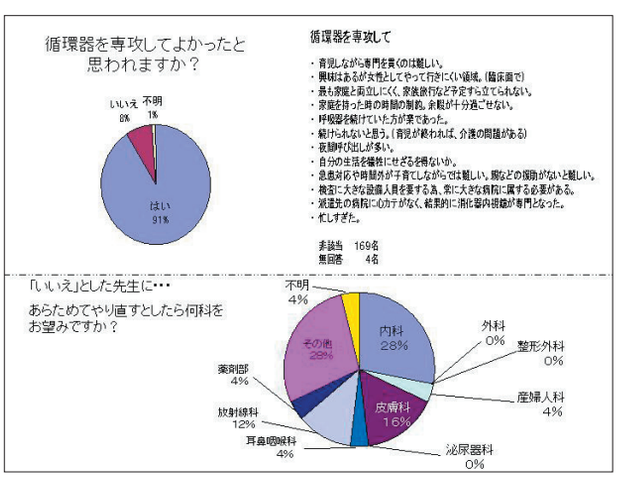
保育施設に預けた経験のある医師に、施設の経営形態をお聞きした。「公立保育園」が3割、「私立保育園」が3割、あとは「無認可保育園」や「従事施設」というのもある。そこへ送り迎えをしたり、5時30何分で終わったあとにどなたが見るかということで、そうなると「自分の親」と「夫の親」という方がぐっと出てくる。あと「ベビーシッターさん」。ここでは、「夫」はゼロ％である。夫は、確かに先ほどの、育児をするにあたってどなたが協力してくれたかというところに、20%「夫」というのがあった。しかし、平日送り迎えしたり、なにかがあったときに迎えに行ってくれたりするところでの、やはりパートナーというのは自分の親が圧倒的に多いのである。自分の親も遠い、夫の親も遠いときはどうするか。親には親の人生がある。それを最初からあてにしたような人生設計も、私はよくないと思うのである。そうすると、ＮＰＯでもＮＧＯでも公立でもいいので、いろいろなところで女性に働いてほしいというのだったら、そこまできめ細かく考えて手を打っていただかないと、子どもの数は絶対増えない。子どもを産んで育てて、仕事をしていこうという殊勝な女性を増やそうと思ったら、やはり、それはそれなりのサポートのシステムが幅広く選択肢のある社会をつくらなければいけないと思う。

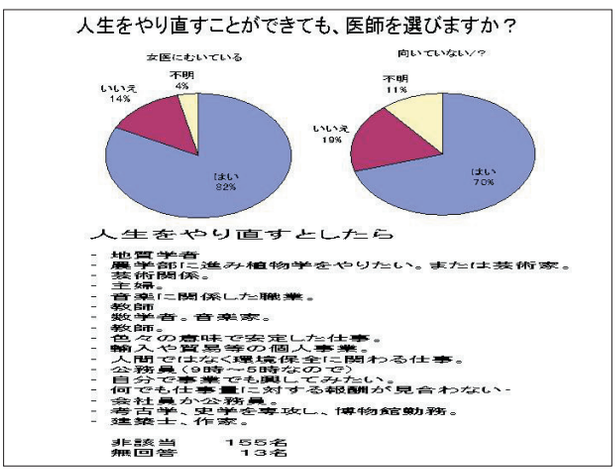
専攻科目として、循環器を選択した理由としては、「臨床に興味を持っていたから」ということが一番多い。実はいま、女性医師でも男性医師でも、わりあい内科は志望者が減っていない科であるが、循環器内科だけは減っている。それは、やはり救急が多いということである。

循環器領域は、救急患者も多く、女医にとっては家庭と両立しにくいと83%の方が答えていらっしゃる。それで「家庭・子どもを持ってからは両立させることに苦心した」、「深夜勤務は体力的に厳しい。患者の信頼感が男性に比べてない」「子どもの病気のときに早く帰りたいが帰れない」「放射線を浴びる検査や治療時などにやはり制限される」「夜間の対応ができないので、一般病院に限定される。循環器専門病院での仕事ができない」というようなことを答えている。ここについては、やはり循環器を専攻した人であるか

ら 185 名のうち 130 名の方が意見を寄せてくださった。

しかし、循環器を専攻してよかったと思うかという問いには、91% の方が「はい」と答えている。循環器を専攻して後悔していると答えた先生に、あらためてやり直すとしたら何科を望みたいかと聞くと、スライドに示すような科を挙げておられる。人生をやり直すことができても、お医者さんを選ぶかという問いには、実は、循環器内科医は女性に向いていると答えているグループも、循環器内科は向いていないかもと答えているグループも、70% から 80% は「もう一度医者になる」と答えている。やり直すことができたとしたら、このようなところに行ってみたいという答えの中にあったのは、ここに挙げたような職業であった。





報告書の最後に、まとめとして、「お医者さんになってよかった」が 97%、「お父さんがお医者さんだったから」が 32% で、「母親がお医者さんだったから」は 5% であった。

また、「結婚してよかった」と答えたのが 36%。悲しいですね。ところが、「子どもを産んで育ててよかった」が 59% いるのです。ここで、なにかわかりますよね。

現在の職場に満足しているかという問いについては、「はい」と答えた方が 68% だった。上司に恵まれたかという問いについては、「はい」が 76%。「友人・知人に恵まれた」という方は 86% であった。

女医は、とにかくポジティブで前向きである。自分が働いてやっていくことには、苦労を苦労と思わずに頑張っているのである。ところが、なぜ結婚してよかったところが少ないかというと、相手に対する不満が強いのである。それが見えてとれる。

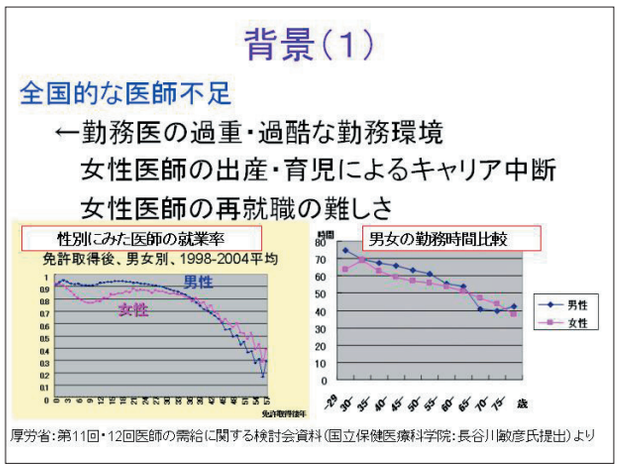
親には感謝している。「親の援助が大きかった」71%。「兄弟・姉妹も助けてくれた」17%。「夫の援助が大きかった」が 4 割いる。勤務時間は基本的に週 40 時間とすべきではという問いには、「はい」が 59% であった。

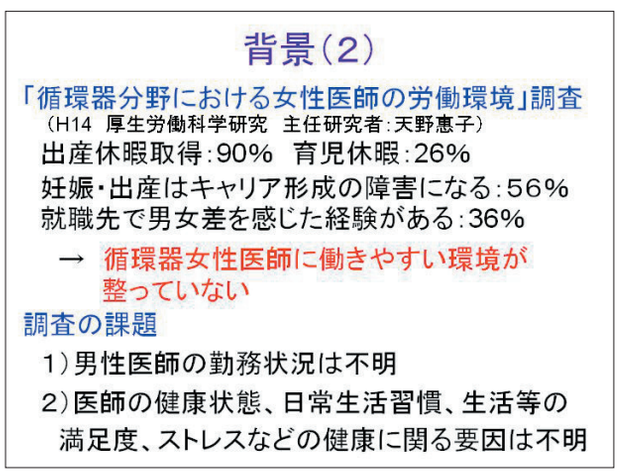
一番多かった要望は、「勤務に見合った給与を払ってください」ということで、私はこれは声を大にして言うべきであると思う。いままで、赤ひげ信仰ということで、患者さまたちにご自分を devote することが当たり前、無償の愛と思っていらっしゃるお医者さんたちがたくさんいるのであるが、私は、自分がやはり心身ともに健康でなかったら、本当にいい医療というのはできないと思う。

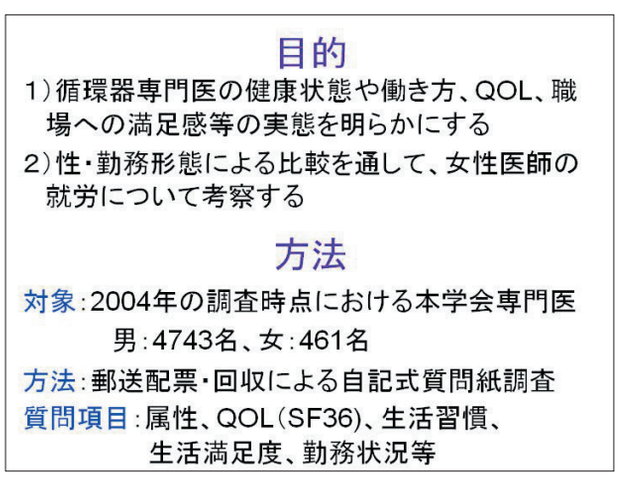
私は自分自身のことを言うと、41 歳まで東大の医学部の医局に残ったがために、無給医局員だったのである。子どももおり、基本的には自分が学ぶということを優先して、外の病院に出て、給料を稼ぐということは考えたことがなかったが、41 歳まで無給医局員という制度自体は、本当におかしいと思った。私がやっているものに対して、なぜ報酬が払われないのかと。

そのころの東大の医局は、110 人医局員がいた。しかし、給料のきちんと出るポストは、教授と助教授と講師と助手が 10 人であった。男性は全員バイトに行っていた。週 3 単位、公然と医局が就職を世話して行っていた。変な世界であり、こんな世界があってはいけない。やはり、働く環境を

まず変えるということから、いまがチャンスである。社会の人たちは、医者イコール金持ちだと思っている。その間違った考え方を変えていただくように、医師の実態、特に勤務医の実態をどんどん外に向けてアピールすべきだと私は思う。実態を知ったら、みんな同情してくれる。「ええ、先生 41 歳まで無給だったの。じゃあ、どうやって男の人は食べていくのですか」「男の人たちは、みんなバイトしてるのよね。私はバイトに行かない代わりに、その時間、家に帰って、子どもの世話をしていたのよね」という話をするわけである。







女性医師の雇用問題を探る

つぎに、全国的な医師の不足問題についてである。勤務医は過重・過酷な勤務環境に置かれている。女性医師の出産・育児によるキャリアの中断がある。女性医師も日本の女性と全く同じでM型カーブである。ちょうど免許を取ってから６年から９年くらいのところに谷がある。しかし、医師免許を取っている方たちのうち、高齢になればなるほど男性に比し女性のほうが働いている。男性のほうは、さっさと一線を退いているというデータがある。

平成 14 年に女性の医師の労働環境を調査したが、平成 16 年に男性医師はどうなのかということで、男性医師も含めて、男女の勤務状況、それから医師の健康状態、日常生活習慣、生活等の満足度を調べた。2004 年の調査時点で、日本循環器学会の専門医、男性 4,743 名、女性 461 名にアンケート用紙をお送りして、自記式質問紙に答えていただいた。ＱＯＬを見るＳＦ 36 というアンケート、それ以外に生活習慣、生活満足度、勤務状況などをお聞きした。1,040 名の方からお返事が来たが、男 919 名、女 121 名、99% の回答が有効であり、その方たちを対象に解析をした。

開業医の男性 169 名、勤務医 748 名、女性の開業医 31 名、勤務医が 90 名。年齢は、開業医男性 45.6 歳、勤務医男性 42.5 歳、女性開業医 50.1 歳、女性勤務医 43.2 歳である。この勤務時間を見ていただくとおわかりになるが、やはり勤務医の方たちの勤務時間が長い。

男性は 59.4 時間、女性は 47.0 時間。男性の開業医は 51.5 時間、女性は 39.9 時間。勤務医だけを比較すると、男性の勤務医が女性の勤務医よりも週 12 時間超多く働いているということになる。先ほども申したが、婚姻率について、男性開業医 97.6% 、男性勤務医 95.7% 、女性開業医 71.0% 、女性勤務医 61.1% である。

夜勤をしているかどうかということになると、男性の開業医は 32% 、勤務医で 81% 、女性の開

結果（1）

分析対象：回答者のうち性別が記載されていた1040名
（男：919名、女：121名、有効回答率　99%）

対象の背景

	男性		女性	
	開業医 (n=169)	勤務医 (n=748)	開業医 (n=31)	勤務医 (n=90)
平均年齢(SD)	45.6(3.6)	42.5(4.6)	50.1(8.1)	43.2(8.7)
平均勤務時間 (SD)	51.5 (75.9)	59.4 (20.4)	39.9 (16.6)	47.0 (20.4)
婚姻率（%）	97.6	95.7	71.0	61.1
夜勤の実施 実数/回答数（%）	48/150 (32.0)	605/746 (81.1)	6/27 (22.2)	42/90 (46.7)

業医 22%、女性の勤務医 46.7% ということで、やはり夜勤の世界を男性医師が支えているという構図もはっきりしている。

勤務医の勤務先についても大きな違いがある。男性は「大学病院」「公立病院」「私立病院」が多いが、女性では「診療所」がかなりの率で出ている。

生活時間の比較については、男性勤務医の仕事時間が突き抜けて大きい。ところが、家族との時間とか睡眠時間というのを見たときに、女性の開業医の睡眠時間が一番短いのである。これは、やはり女性の開業医は、仕事をしながら、基本的に家事もこなし、そしてかつ経営者としての仕事が、またプラスアルファ入ってくるということで、満足度は高いのであるが、睡眠時間は短いということが言える。

生活習慣の比較について、喫煙は男性に多い。開業医の女性医師はゼロ % であった。お酒も男性の勤務医、開業医に多いが、女性の方の飲酒率、これは全国平均に比べれば圧倒的に高い。

それから、健康に関する自覚が男性にいかに低いかというのが、次の運動の実施頻度というのでわかる。中等度の強度の運動を実施をしているかという問いについて、「週 3 回以上やっている」ということについて、勤務医の女性と開業医の女性は 60 ～ 70%「はい」と答えている。ところが、勤務医の男性では 20% 以下、開業医の男性でも 30% ということで、自分自身の健康に対する関心度というのは男性の医師で非常に低いというのがわかる。これは、基本的に男性というのは男性ホルモンが 70 歳くらいまで減らないので、あまり自分の健康に大波小波を感じることがないのである。しかし女性の場合には、毎月の生理の前後でも体調の不良があるし、それから更年期に近くなってくると、ご自身で自分自身の体力とか気力の低下を実感するので、やはりなんとかして自分自身で健康を守らなければいけないという意識は当然強くなる。それにしても、この差はひどすぎると思う。

それから、仕事と家庭の関係における意識について、家庭の問題で仕事に専念できる時間が減るかと答えたときに、「まったくない」というところが少ない人ほど問題が多いということになる。そうすると、「家庭の問題で仕事に専念できる時間が減る」に「まったくない」と答えている人は、勤務医の女性と開業医の女性で少ない。要は家庭の問題は、女性が仕事を続けるにあたって非常に強くかかってくるということが言える。

家族と過ごす時間が仕事によって減るかということについては、勤務医の女性と開業医の女性は、けっして少なくはないのである。

仕事において、お金のために働いていると思うと感じているのは、実は男性のほうが多く、開業医の女性は、「よくある」と答えた方はゼロパーセントである。

違う仕事がしたいと思うことがあると答える人も非常に少ない。かなり過酷な状況にあると認識していながら、やはり自分自身が医師であるということには非常にプライドを持っている。特に、非常に重要な仕事だと思っていると答えているのは勤務医の女性に多いということが見てとれる。

満足度について、女性はわりあい開業医も勤務医も、いろいろなことに満足している。給料に満足していると答えた人は、開業医の女性が一番多い。そして、仕事の将来性への満足ということでも、開業医の女性が一番満足度が高い。

一緒に働いている人への満足度とか、仕事上の興味や技術への満足度とか、物理的な就業環境への満足度とかというようなところで、私は、実は開業医の女性の方たちは、かなり満足度が高いのだということを、今回の仕事をもって知った。勤務医の男性が、そういう意味ではやはり、一緒に働いている人への満足度も低いし、給料への満足度も低いし、将来への満足度も低い。どうも勤務医で働いている男性に一番の問題があるというの

が私の実感である。

そして最終的に、健康関連の Quality of Life 得点を見たときに、どういうところに差が出てくるかということになるのであるが､身体のほうには、こうやって見ると、いわゆる有意差はつかないのである。つくのは、心のほうなのである。活力とか、気力があるとか、みんなのお役に立っているというところで、明らかに勤務の男性医師が、開業の男性医師よりも低いのみならず、勤務の女性医師よりも低いという点数になる。

しかし、全国平均は 50 である。であるから、これを見ていただけばわかるが、全国の平均に比べれば、開業の医師も勤務の医師も男女ともに、全国平均よりも心の健康も体の健康も低いということを実感している。

生活場面の満足度得点でも、勤務医の男性は仕事への満足度、それから住居への満足度、生活水準への満足度、すべて女性医師と比べても低い。開業医の男性医師と比べても低い。以上から、女性医師の働く環境を整えるということと同時に、男性の勤務医医師の働く環境を、まともな職場にしていかなければ、日本の医療は絶対崩壊するというのが私の結論である。

どうもありがとうございました。

意見交換

内平 (司会)　皆さん、特に若い女性の先生方にたくさんご意見を伺いたいと思います。まず初めに、山口大学医学部の名誉教授でいらっしゃる皮膚科の麻上先生に、女性医師の先輩として、なにかご意見が伺えたらと思います。

麻上　私が入学するときは、40 名の中に女子学生は 2 人だけであった。それは、県内から 1 人、県外から 1 人というので、私は県外からの入学者になった。そのときは、文部省から女子学生が何 % という指示があった。いまのように 30% 以上が入学できるようになったのは、男女雇用機会均等法ができてからであり、実力がある者が入るようになった。私自身も、その法律のおかげで教授になった。

私が一番心配しているのは、いま医者が少なくなっていることである。女性医師が好きな小児科、産科、麻酔科などの科に集中するために、少子化というので子どもを産むという、今の社会情勢の中で、育休とかが簡単に取れるような雰囲気になり、絶対数が減ったので、医者が少なくなった。

われわれは、いま踏ん張らなければいけない。われわれは男性社会の中で仕事をやってきている。上司も意識改革がまだ遅れている。それはや

麻上千鳥先生

むをえないと思う。しかし、医者の仕事は、実力こそは、患者、管理者、上司が認めてくれる。認められていないということは、実力がないということを自分が意識して、とにかくがむしゃらに技術を身に付けないと、われわれ女性医師は生きていかれないと思う。だけど、その女性医師だけではなくて、いまは男性医師の中にも二極化が起こっている。手術のできない外科医とか整形外科医というのは、地方の無医村に就職を求めていく時代である。実力がある、手術ができるという医者は、大事にされて、勤務する病院で高給が取られる時代になっているので、開業医が収入に満足しているとかいうのは、実力があって患者さんがいっぱい来る人は満足であるが、振り落とされて患者の来ない医者は不満という。

医師会自体が、医師はすべて同じような収入をという発想の中で来ているために、それが起こるのであるが、これからは、患者さんが実力のある医者を求めるので、とにかく医者であればめしが食えた時代ではないということである。だから、われわれ女性医師は、しっかりと軸足を置いて、子どもを産むことも家庭をつくることも当たり前、受けて立つ、自分が医者を職業とする人間としてどうやったらこの職業を続けられるのか、患者や上司等に認められるかという、そこに焦点を置かないと、国から、女性医師は昔みたいに２人以上入れるなという法律が、いまはもう実際に自民党の議員が多いから、簡単に決まってしまう。本当にわれわれはいま危機感を持ちながらやらないといけない。

学生のアンケートでは、われわれ現役の女性医師とほとんど変わらない意見ということでは頼もしく思うが、現場に行くと、女というのは、非常に特性としてすばらしいと思う。都合の悪いときに甘えて、都合のよいときにどうというような使い分けをするという天性みたいなものがある。

男の人たちは、それを出さないで、がまんしてそこを乗り越えていくという、そこの大きなところがあるので、医者を職業とする以上、優秀な男性医師と肩を並べると。男性医師でもだめな医者はいっぱいいるから、そういう人たちは振り落とされていく。われわれ女性医師も振り落とされる。

だから、これからは違う。いままでのアンケートに出てきたのと、すべて同じようにはいかないということである。すべては、医者は技術者であるから、技術を身に付けて勝負に出ることがすべてだと私は思う。

内平（司会）　麻上先生がおっしゃったのは、女性医師という以前に一人の医師として、女性の医師はもっと頑張らないと生きる道が狭くなるよということをおっしゃったのだと思いますが、天野先生いかがでしょうか。

天野　私自身は、実は一番危惧感を感じているのはそこなのである。私はおせっかいおばさんなものであるから、一年に一回、東大医学部の５年生、６年生の女子学生を集めて、相談会ではないけれども懇談会みたいなものを開く。

まず一番不思議なのは、なぜ医学部に来たのかという視点がはっきりしない。はっきり言えば、成績がよかったから医学部に来たという人があまりに多い。だから、医学部に来て何をやりたいのかということが、５、６年生になっても決まっていない。

６年生になって、どういう科に進もうかという一点だけで私の話を聞きに来ている。この傾向は、女性だけではなくて、平成元年くらいからもう学

生に出ていた。明らかに、医学部が理３という形で、医学部単独で生徒をとるということを始めてから、おかしな風潮が出てきていて、優秀だから医学部に来た、医者になりたいと思って来たわけではないという感じの人が増えた。だから、９時５時勤務でなぜ悪い､男の子でも平然とそう言う。労働基準法では９時５時になっている、だいたい５時以降に労働基準法で対価が払われない労働をすることはおかしいという理論をふっかけてくる子も出ていた。それは平成元年くらいからそうなった。だから、いまの女の子だけではない。男子、女子とも、私たちの時代に比べれば、患者さんのためとか、医学のためとか、世界全体の人類の平和のためとか、そういう考えでモチベーションを持って医療の世界に入り、医療を続けていかれる方が少なくなった。

平成５年になって、東大で大きく問題になったのは、外科へいく志望者が、ある年、100人の卒業生のうち、５人(整形外科･産科･循環器外科全部含めて)だったのである。これは大変だということで、何が問題なのかと学生に聞いたら、外科は体質が古いとのこと。要するに手術を見て盗めということである。ところが内科の先生たちのほうは、かなりシステマティックに、胃カメラなら胃カメラというものを、心臓カテーテルならカテーテルという方法を積極的に教えようとする姿勢があると言ったわけである。

学生の気質はどんどん変わっている。その中で、ただ私が思うのは、やはり基本的に医師の人権は守らなくてはいけないというのが私の根本的な考え方である。女性とか男性とかということは、あまり私の頭の中にないのである。要するに医師として、男性医師であれ女性医師であれ、いまの医学部の教育システムも、医者の社会の働く環境も全部おかしいというのが私の考え方である。だから、それを変えるために、なにかできることがあるなら、なにかをやり続けなくてはいけないというのが私の考え方である。

内平(司会)　会場から、どなたかご意見・ご質問ございませんでしょうか。

登坂　事業計画の３番目の育児サポーターバンクの設置の件なのであるが、これは女性が仕事を続けていく上で非常に重要で大事なことだと思う。先ほど天野先生が言われたように、子どもを８時間以上預けるのは非常に厳しいという中で、私も循環器の医者だったから、だいたい二重保育で、帰るのが９時というのが普通の時間帯だった。その中で育児サポーターを、ただ登録すればいいという問題ではなくて、サポーターのレベルもきちんとしないと難しいかなと思う。誰にでも預けられるというものでもない。

女子医大には、至誠会保育園があって、これは区の認可の保育園なのだが､女子医大の学生とか､あるいは医師の子ども、看護師さんの子どもはか

登坂正子先生

なり高率に入っている保育園である。そこの園長は、歴代女子医大のドクター、教授クラスであるが、われわれの要望で少しずつ時間が延びて、いまは10時までやっているのである。

1～2年に1回、歴代保護者会会長の会というのがあって、そこで保育園の園長先生にお会いしたときに、私も10時というのは非常にびっくりしたので、10時で子どもに弊害はという話を聞いたのであるが、園長先生は、だいじょうぶだとおっしゃる。ただ、非常に力を入れた保育をやっているので、一般の保育園で10時まで預かってだいじょうぶかどうかというのは、ちょっとわからない。あと、千葉がすごくいい仕組みを持っていて、このサポーター制度が千葉のは非常にいいらしい。

内平（司会）　登坂先生から、部会が計画している平成19年度の事業計画のうち、育児サポーターバンクに関してのご意見がありましたが、松田部会長いかがでしょうか。

松田　登坂先生の言われるとおり、女性医師が安心して働くためには安心して預けられる保育園・保育者の存在は欠かせない。長時間勤務や緊急呼び出しが多い医師にとっては保育園だけでは不十分で、家族でも他人でも、急な対応に応じてもらえる個人の援助者の有無が仕事を続けられるポイントとなる。それが得られないために、仕事でも育児においても手抜きをしたくないと思う人ほど勤務医を続けるかどうか悩んでしまう。

育児支援としては、まず、信頼できる、延長保育にも柔軟に対応してくれる保育園の確保と個別に育児をしてくださる方のリストを作ることが当面できることだと考える。保育園については延長保育を取り入れているところも増えつつあり、自治体とも協力して時間をかけて取り組む必要がある。一方、個人の育児支援者の確保は医師会主導でも比較的短期間で行うことが出来ると考える。今年度事業として挙げている育児サポーターバンクはそのような目的で取り組む予定で、登録者の資格、登録先・方法など郡市医師会にも協力をお願いして進めたい。

内平（司会）　ほかにどなたかご意見はありませんでしょうか。

森　天野先生にお伺いする。いま立派な先生の講演をお聞きして、これを例えば政治家や厚生族の前で、日本医師会を通じて講演していただくというようなことは企画されているのだろうか。

天野　私自身はべつに企画していないが、どちらも厚生労働科学研究の報告書のほうにはきちんと書いている。今回の女性ドクターバンク構想のときには、ヒアリングでお話をいたした。そのときに私は過激な意見かもしれないが、「医学部というのは製造物責任があるはずだから、自分のところの卒業生がどう医師活動をしているかというのを全部把握すべきである」と言った。一年に一回、自分の大学の卒業生がどのような環境で、どのような仕事をしていて、何を問題と感じているか把握すべきだという話をした。

それからもう一つは、女性医師に関しての女性バンクというお話を、そのときに彼らがしていて、何が必要と思うかという意見であったので、私は、

森　洋子先生

まず再教育の場がなければならないと思った。再教育の場があればもっと元に戻ってみたいと潜在的な希望を持っている方はいるだろうという話をした。ただ、再教育のところは取り上げられなかったので、バンクのところの登録とそして仕事のマッチングみたいなところまでになってしまったのである。しかし、女子医大のほうでは、再教育のためのセンターを大学の中につくって、女子医大の卒業生だけではなくて、女子の医療者にはすべてオープンにしている。去年の10月に、再教育のための支援室が立ち上がって、いま現在12名くらいの方がそれでいろいろな再教育の場を得ているが、すべての方が女子医大外の方である。そして、資金はどうなっているかとお聞きしたら、同窓会の寄付だそうである。だが女子医大であるから、女性の医学者、医療者をつくるということを使命として、吉岡弥生さんが立ち上げた大学であるから、そういう使命感でやっていらっしゃると思う。しかし、それに頼っていてはいけないのではないか。各大学がやるべきであると私は思う。

山縣三紀先生

山縣　結婚とか妊娠・出産について、とても問題が多いということはわかったけれども、私自身のことを振り返れば、まず仕事を見つけることに苦労した。言葉は悪いが、嫁ぎ先でなんの縁故、知人もないところで仕事を探すのは、とても苦労した覚えがある。意に添わない職場で働くよりはと思って、実際には無給で病理へ行ったり、リハビリへ行ったりというようなことを転々としたような記憶がある。

そういう中で、日医で女性のドクターバンクができたということは、たいへんうれしいお知らせで、ところがその内容というのが、ちょっとなかなか私たちにわからない面も多くて、実際に登録してみようかなとは思ったのであるが。

山口県のほうでは、それに先だって、山口県ドクターバンクが平成16年からあって、その両方から、医師広報とともにお知らせがあるが、私が防府医師会のほうで女医部会のお世話をしていく中でぜひ知りたいのは、その両方の内容がリンクしているかどうかということ。例えば山口県ドクターバンクには登録している施設があって、日医ドクターバンクにはないのか。どのような関連なのか。あるいは日医のほうでは、再就職の研修制度もあるし、いろいろな相談内容もあるようにホームページには書いてあるが、実際、山口県の中にいる潜在女性医師や、なにかの理由で山口県を通り過ぎていくドクターが、できるだけ仕事のない時期がないように、ぜひ活用してもらいたいと思うのであるが、実情というか、それをぜひお聞きしたい。

内平（司会）　システムはリンクしているそうですが、藤原会長、なにかお話ししていただけますでしょうか。

藤原会長　山口県はドクターバンクを立ち上げてもう3年目くらいになる。応募はけっこう多いが、成立はまだ6件くらいである。リンクしているということについては、日医のドクターバンクは、あとからできたので直接リンクした動きではない。竹嶋日医副会長、コメントをお願いする。

竹嶋日医副会長　ドクターバンクは各県に設置してあり、17県はあると思う。いま私どもがやっているのは、その17県以外のところに、ドクターバンク制度をつくっていただきたいことである。

それからもう一つ、女性医師のバンクについて、これは昨年、厚生労働省から、医師再就業支援事業の委託を日医が受けて、これの準備をいたして、東は東京都医師会に、西は福岡県医師会にお願いして、やっといまそれが立ち上がったというところである。

日本の医師はいま、厚生労働省の昨年の調査で、医師総数から言えば女性医師は16.5%で、問題は30歳代未満の方々が、既に35%を超えておられる。

今日の藤原会長のあいさつの中にも、山口県でも20代の方がもう30%を超えているというようなことを拝聴したが、そういうところの女性の医師の先生方は、やはりちょうどその時期が、いろいろな知識を覚え、また技術を覚え、そういうキャリアを積んでいかれる30代である。そういう時期に、お子さまの出産、あるいは育児というところにちょうど重なるので、一生懸命勉強してやりたいという意識は持っているのだけれども、それができないというのと、現実に家庭の育児と両立して、物理的にできないというところで、私が非常に関心を持ったのは、アンケートで女性医師の方に、自分が女性医師としての達成感をどのくらいお持ちかというアンケートをなさっておられるが、それについては60%というお答えが返っているようである。

最後に、先ほど申されたが、女性医師バンクを日本医師会でもつくるのであれば、あるいは県でもつくるのであれば、ただマッチングだけではなくて、再就職されるときの教育、再教育、まさにここだと思うのである。お子さまを育てて、そしてやっと今度は戻ってこられる。そのときの達成感はぐっと上がっている。それができる状況というものをつくっていくということが必要ではなかろうかと、そういうふうに考えている。よろしいだろうか。

藤原会長　天野先生の主張を日医を通じて厚生労働省に出してはどうかというご意見があった。これはぜひ日医でも検討していただきたい。

内平（司会）　いま日医の竹嶋副会長からいわれましたが、30歳未満の女性医師がもう30%を超えてきています。ちょうどキャリアを積む年齢に出産とか育児の時期が重なってくるということをおっしゃったけれども、子育て真っ最中というお若い先生方のご意見が伺えればと思います。阿知須共立病院の鈴木先生、いかがでしょうか。

鈴木　私は平成7年山大卒で、1内科に入局した。私の場合、眼科医の主人と、ともに開業医である主人の両親と、二人の子どもにたいへんな負担をかけていたことに気が付いて、これではもう家庭が成り立たないということで、勤務時間を短縮していただくという方針を、現在勤めている病院にお願いして、そのようにいま勤務をしている。

「予測のつかない急患の対応を免除していただいたこと」、「当直の免除」、「子どもが学校から帰ってくる時間には、自分の仕事が終わっていれば帰っていい」という三つの条件だけで格段に働きやすくなって、これならもう何年でも続けられ

鈴木千衣子先生

るのではないかと思う。いままでたくさんあったストレスが一気になくなって、カリカリ怒らなくもなったし、子どもたちの勉強を見てあげることもできる。

ただ、頑張っておられる諸先輩方から見ると、それは単なるわがままなのではないか、そういう葛藤が常にある。今後、働きやすい環境を考えるという動きの中で、自分の中ではなかなか革新的な働き方ではないかという一人勝手な思いもあるのであるが、こういう働き方の女医が増えれば、医療全体が成り立たなくなるのではないかという後ろめたさもつきまとっている。そのあたり、先生方、どのようなお考えかお聞かせいただいてもよろしいだろうか。

上田　先生がいま非常にストレスがなくなったということで、そういうふうに医師の勤務形態の多様化というのは重要なことだと思う。女性医師で働いていらっしゃらない方を働いていただいて、少しだけの時間働いていらっしゃる方を、もうちょっと働いてもらう。そういうふうな段階的な方向で、勤務形態の多様化ということを行うことは非常に重要であるが、ずっと女性医師がそれをしていくということは問題ではないかと思う。そうすると、女性医師の労働生産性というのは男性医師に比べて非常に少なくなるので、麻上先生がおっしゃったことにも通じるのではないかと思う。

最終的な目標は、男性女性問わず、日常業務は同じ、ノルマは同じくらいにする。ただ、そのための支援策をどんどん補充していくということは大事だと思うが、現段階は、その補充策がまだ不十分であるので、そういう働き方をしてでも女性医師をどんどんピックアップしていくというのは大事だと思っている。

天野　約40年前にアメリカでレジデントをやっていたが、そのときに、そこで私がどういう形態で働いていたかというと、基本的には9時5時なのである。当直が1週に1回あったけれども、そのときにはチーム制で、インターン、レジデント1年生、レジデント3年生というチーム制で患者を診る。あと、子持ちの女性がいたけれども、彼女はインターンであったが、本来インターンは1年なのだが、1年半をやるということで当直免除であった。

それからカナダに移ってから、私の循環器フェローのときの上司は女性で、双子の3歳のお嬢さんがいたが、10時3時であった。要するに、3歳になるまでは10時3時の勤務だった。

私は、正直な話、日本の医学というのはとてもすばらしいと思うのである。医療技術においては、アメリカにひけをとらないと思っている。しかし、システムがなにせ悪い。それが一番のネックだと思う。教育システムもとても悪い。私が海外で過ごした3年弱の間で学んだことが、こちらの学生は10年くらいかかっているのではないかと思う。週4回くらい、7時から9時までのカンファレンスがあり、自分でプレゼンをする。また、平日の午後を使って症例検討会がある。それが当たり前だったのであるが、日本へ帰ってきたら、症例検討会は夜の6時から、昼間は本当に何もない。いったい何だ、これはという世界であった。

私は、現在の状況は、システムを変える一番いいチャンスだと思う。教育のシステム、働くシステム、病院のあり方のシステム、すべて変えるいいチャンスだと思っている。

湧田　私は子育てを一段落して、現在はサポート役をしている。実際、仕事をしているときは、例えば24時間保育とか病児保育とか、それがどうにかなればやっていけるのではないかという、かなり身近な問題で物事をとらえていたけれども、実際いま孫を見ていると、もっと大事なのは、やはり家庭というものがきちんとしていないといけないのではないかということを感じている。

湧田加代子先生

確かにサポートする人がいれば、子どもはしっかり仕事ができると思う。満足もいく仕事ができると思うけれども、でもそれは、全体的に見た場合､家庭というものがきちんと成り立たなくなる。逆に、サポートもしっかりすればするほど、家庭というものが崩れていくのも一つ問題ではないかということを感じている。

これは、女性医師だけでなく、女性社会参画の中で、家庭生活というものを基盤として、きちんとして成り立たせた上で、きちんと職場の働く環境というものを、まず家庭生活を基盤にして考えていく必要があるのではないかということをTVでやっていた。

いまはちょっと立場が違うところから見れているので、やはりそういった、社会がいまからどんどんいろいろな問題が出てくる中に、女性医師の中も入っていくと思うのであるが、やはり社会そのものを、もうちょっと充実したものにするというか、家庭生活がきちんとできるような問題にしないといけないのではないか。

結局、われわれの時代は、古き良き家庭生活を経験されていらした上司の方がたくさんいらっしゃったので、逆に女医さんに対しても、いろいろ母性保護の面でサポートしていただけたと思うが、やはりこういう社会状況の中で、いま一生懸命働いていらっしゃる、家庭をあまり顧みない男性の方が周りにいらっしゃれば、そういう方に女性をうまくサポートしてほしいということ自体が難しくなってきているのではないかと思っている。

だから全体的な、女性だけと言わず男性も含めたいろいろ雇用形態等も考えながら、家庭をうまく女性がサポートしていけるということを考えていく必要があるかと思っている。

内平(司会)　家庭基盤が生かされるような、先ほど天野先生がおっしゃったシステムづくりというのが、今からなされていったらいいと思います。

國近　女性医師だけの話とはそれるかもしれないが、少し県の問題として考えていただきたいのでお話しさせていただく。

私が勤務しているところは、県庁所在地の基幹病院でもあるし、500床以上の病院ではあるが、勤務医師が66名くらいしかいないので、男性医師、女性医師の比率が10対1で、女性医師が6名である。皆さん一生懸命働かれていて、男性医師も女性医師も本当にへとへとになっているような状況である。

その中で、私はいま実は妊娠9か月であって、来週いっぱいで産休に入らせていただく。ちょっと個人的になるが、私が担当している呼吸器科の担当というのは、実は山口市では、私だけがベッドを有する専門医である。ほかの病院には週1回のネーベンの先生であるとか、普通の内科の先生が呼吸器を担当しているような状況である。なので、私が先ほどから先生方のアンケートのお話とか､いろいろなほかの先生方のお話を伺っていて、女性の医師をサポートにとかいう話の中に少しなかったことは、専門的な部分をどうするかという

國近尚美先生

ことだと思う。

消化器の先生が先ほどお話しされておられたけれども、消化器の先生と循環器の先生は、内科の中では比較的山口市には多く存在されておられるので、サポートの部分もあると思う。しかし呼吸器科の部分は、私がここで数えられるくらいしか、本当におられなくて、私が休んでいる間どうするのだろうということも、非常に危惧しているところである。

ちょっと女性医師の話とはそれるかもしれないが、そういった内科の中での専門性がバランスよく保てるように、県の先生方に、研修やシステムの問題であるとか、内科の中でもちゃんと呼吸器科も診られるように教育していくとか、そういったことも含めて考えていかないと、この女性医師の参画推進部会というのも、ただ単に数合わせということだけになってはいけないのではないかと思った。

アンケートの結果とかも、シンポジウムを開いて、女性医師にお話しされたということであるが、結果をやはり若い男性の医師、医学部の学生とか、ここには来られていないが、若い先生方、男性の医師の先生方にも広めていかないと、ここで話し合ったことがまったく生かされていかないと思うのである。院長先生であるとか、医師会の重鎮である先生だけでお話しされているだけでは、やはり末端までは推進していかないと思う。

藤原会長　私も山口市であるので、いま國近先生の言われた呼吸器科がなくなるというのは本当に大きな問題だと受け止めている。地方においていま一番問題になっているのは、いままで大学がコーディネーター役をして、地域の中でバランスよく医師を配置していたが、新医師臨床研修制度が始まって、このバランスが一気に崩れて、大学に人が集まらなくなったことが一番大きな要因だろう。やはりこれは、ある程度元に戻していかないと、地域、例えば今後、医療運営が、都道府県、県知事がその一番トップになることも考えられるが、そうなったとしても、誰もそれはついていかない机上の空論ではないかと思う。

だから、新医師臨床研修制度をある程度見直して、大学がやはり地方においてそういった、いままでのコーディネーター役をやっていただくような立場にある程度戻さないと、これはいろいろ意見も異論もある方もおられるかとは思うけれども、少なくとも地方はそういうところが多いのではないかと思っている。中央のほうでも、私はいまそういう発言をしているところであるが、手配師的な役が、やはりコーディネーター役が必要だなあと痛感している。

福江　今日は、いろいろなアンケートを聞かせていただいて、日ごろ感じている違和感とか、これはおかしいと思うことは、けっして私一人が感じていることではなかったのだと思った。そして天野先生のお話は、力強い言葉で、こちらのほうが力づけられて、頑張っていこうという思いになった。

実際、勤務医をしていて、私が勤務している病院は勤務医が15人いて、実質当直は13人で回

福江宣子先生

しているという状態で、月３回ほど、だいたい当直がある状態である。８時半に勤務が始まって、５時15分が定時になって、そこから当直に入って、翌朝８時半。８時半から５時15分まで働けば、だいたい33時間の勤務になってくるのであるが、それを、一緒に当直をした看護師さんは、お昼から、だいたい帰れるようになっていて、それが医師にはちょっと適用されていないということで、どうにかならないのかと言っても、なかなか変えてもらえないという状況である。

やはり勤務医の労働条件を変えることが、本当に女性医師を残していくための急務だと思う。そのために、改善をするために、戦っていかないといけないと思うのであるが、実際、どのようにして訴えて、変えてくれと言っていいのかがわからないのが今の状況である。そういったことをどうしていくのがいいのかというのを教えていただければと思う。

天野　いままで、やはり続けてこられた一番の要因は、私自身がいつかは日本一の女性医師になってみるという、そういうモチベーションで頑張ってこれた。

日本一の女性医師になるというのも、いろいろな生き方があると思うのであるが、私は、自分が実感としておかしいと思うことを直したいというモチベーションがすごく強い。医師になったのも、なぜ人は死ぬのだろうということで、人が死なないようになんとか頑張りたい、なんとか自分がいい医者になって、それができるのであったらそうしたいと思ってきた。

医学部に入ってみたら、なんか変。特にアメリカへ行って帰ってきたときには、頑張り方と効果とが合わない世界、コストパフォーマンスが全然合っていない医局という空間に、すごくおかしい、これをなんとかして変えねばならないと思った。

いま、女性外来の旗振り役と性差医療の旗振り役をやっているが、これも、女性のエビデンスがないのはおかしい、なにか原因か知らないが、女性のニーズがちゃんと組み込まれたような医療がいつまでたっても出てこないのはおかしいと言うことで、全然門外漢の女性外来のほうに足を踏み込んだ。結局、自分自身の夢を持って、その夢に一歩でも近づくように、いろいろな人と手を組んで、基本は、やはり世のため人のためと思う。自分自身の私心を捨てて、自分で役に立てるものだったら、とにかく役に立ちたいという思いを持ち続けるということだと思う。

直接的なことについては、基本的に、やはり院長先生ととことん話すべきと思う。いま日本全国を見渡せば、いろいろなアイデアで解決してきている医療機関がある。よく取り上げられるのが、大阪厚生年金病院であるし、また国立病院でも、大阪の国立大阪病院の山崎先生なんかは、ご自分で、一度リタイアした女性医師を、ご自身が責任をもって教育するということで採用し、教育し、また、外科の体制をチーム医療にするとか、いろいろな工夫をして頑張っていらっしゃる。是非、頑張って男性医師と話し合いをしながら実行に移していっていただきたいと思う。

内平（司会）　天野先生、私たちの大変励みになるご意見をいただいてありがとうございました。たくさんの皆さんから活発なご意見をいただいて、少し時間も過ぎてしまいましたが、まだまだ話が尽きない感じです。このあと設立を記念して祝賀パーティーを開きますので、ぜひそれにご参加いただいて、またこの話の続きを皆様にしていただいたらと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

（終了）

祝賀パーティー

設立総会が終わって

県医常任理事　加藤欣士郎

平成17年度の県医師会の事業として女性医師部会の設置を決定して以来、僅か一年で設立総会が無事開催できた。昨年3月にはじめて女性医師懇談会を開催し、女性医師部会を設定することが決定され、早速準備委員会が設置され、そこでの周到な計画と準備によりここに設立総会が成功裏に開催された。この短期間でここまで準備をしてこられた委員会の先生方の熱意と労力に対して敬意を表する次第である。

この会の名称が当初「女性医師部会」であったのが「女性医師参画推進部会」と改められたことが、会の位置付けとその目的を明確に反映している。毎年医師資格を得る3人に1人が女性の時代に「女性医師」を一つの部会に囲む謂われはもはやない。女性医師は医師会においても一会員であり、医師会活動へも一会員として広く参画していてだきたいのである。そしてこの名称変更により部会設立により拍車がかかった。

総会は天野先生の特別講演、上田先生と大村先生のアンケート報告で女性医師を取り巻く様々の問題が提起され、意見交換でも議論が白熱した。設立総会としての形式を踏むことだけではなく、極めて充実した内容の総会になったことをよろこびたい。

設立総会の様子はテレビ山口が取材し当日のニュースで報道された。また、翌週にはこの総会と、山大女子医学生懇談会と山口日赤の国近先生の取材とを併せて、女性医師の特集番組として放送された。さらに、当日は記者会見も行ったが、翌日朝刊には毎日と山口新聞が記事を掲載し、総会を詳しく報道した。

記者会見

「山口県女性医師参画推進部会」設立趣意書

医師不足、特に産婦科、小児科、麻酔科など特定の診療科および地域での医師不足は、昨今の医療界での大きな問題のひとつとなっています。これに関連して､厚生労働省は平成17年に「医師の需給に関する検討会」をもち、本年8月に報告書が出されました。そこに書かれた今後の方策のひとつに、女性医師が医療に欠かすことのでき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、継続的に働くことができるよう促すことが挙げられています。日本医師会ではそれに先駆けて、平成16年に女性会員懇談会が招集され、女性会員の医師会活動への参加促進、働く環境の整備について検討が進められ、各都道府県にも積極的な活動が呼びかけられているところです。山口県医師会でも、この度､「女性医師参画推進部会」という名称で、18年度内立ち上げに向かって準備委員会が発足しました。

山口県内の医師数は、平成16年12月31日現在、3,578名、そのうち男性医師は約87％、女性医師は13％と、全国平均と比べ、大きな差はありません。一方、山口県医師会の会員数をみますと、本年9月1日現在、総数が2734名、そのうち男性会員は2,420名（88.5％）、女性会員は314名（11.5％）です。女性会員が少ないように思えますが、加入率からみますと男女いずれも70％前後でそれほど大きな差がないことがわかります。しかし、医師会活動への参加となると、女性役員の数も実際の活動への参加者も極端に少ないのが現状です。医師としての役割と家庭との両立で精一杯であったり、実際に活動の場もなかったということも理由として考えられます。

女性医師の占める割合は年々増え、既に山口県でも20歳代の医師の30％を女性医師が占めています。医師不足といわれる背景には、医療の質が変わり、医師の仕事量が格段に増えてきていること、医師の自己犠牲の上に成り立ってきた感のある医療体制の中で、医師自身もより人間的な生活を求めるようになったことなどがあり、女性医師の増加を即ち労働力の低下に結び付けることには問題がありますが、これまで省みられることが少なかっ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、できるだけ早急に取り組まねばならない課題です。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です。医師会の運営に女性会員の視点を取り込むことは、医師会にとっても新しい展開が期待できるはずです。

女性医師が、医師として、人間として、自覚とプライドを持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りますし、一人の力ではできないことを共に考え実現していく会として、多くの女性会員はもとより男性会員にも積極的に参加していただくことを期待しています。

山口県医師会　会長　藤原　淳
女性医師参画推進部会準備委員会　委員長　松田昌子
同　委員一同

平成 18 年度
都道府県医師会広報担当理事協議会

と　き　平成 19 年 3 月 15 日（木）14：00 ～ 16：00

ところ　日本医師会館

[報告 : 常任理事　加藤欣士郎]

1、挨拶

唐澤会長　本日は都道府県医師会広報担当理事協議会にお集まりくださいまして、誠にありがとうございます。執行部では広報活動に力を入れておりますが、今後とも先生方のご協力をお願いしたいと思います。新執行部が立ち上がり、今年で一年が経とうとしていますが、昨年 4 月の診療報酬マイナス 3.16％の改定、療養病床の再編問題、7 対 1 問題など、さまざまな医療費抑制策が行われてきました。その中で、医療難民 2 万人、あるいは介護難民 4 万人という言葉がマスコミでも大きく報じられてまいりました。中医協の活動と同時に、日本医師会ニュースや白熊通信を通じて問題点を明らかにしたいと思います。

また、日医では毎週水曜日に定例記者会見を開いてきました。そこでは報道関係者に対して、我々の主張だけでなく、国や厚生労働省が発表する基礎的データについても指摘するなど、広報活動を展開しております。今日のような情報社会では、情報の正確性だけでなく、スピード感も求められており、そこに力を入れてきたところであります。日本医師会はマイナスのイメージがもたれておりましたが、国民の皆様にも正当な評価を得られないところでございました。そこで、昨年秋より、テレビコマーシャルを用いたイメージアップ戦略をしております。まだまだのところもございますが、今後はっきりした効き目が出てくるのではないかと信じております。最後に、今後とも国民から信頼される日本医師会のイメージ作りと、正確ですばやい広報活動ができるよう努めてまいりますので、ご支援ご支持をよろしくお願いいたします。

2、日医広報委員会審議報告

広報委員長　長瀬　清　日本医師会広報委員会の報告だが、昨年 7 月から開催、本日で 5 回目の開催になった。広報委員会では、日本医師会ニュースに力を入れるだけでなく、モニターよる日医ホームページについての意見交換することで、より良いものにするなどした。また、日本医師会イメージアップのため、テレビコマーシャルを作成した。組織強化として、勤務医問題の対策で、日本医師会がどういうことが出来るかなど、フリーディスカッションをしてきた。

3、「日医の広報活動について」報告

中川常任理事　日本医師会の広報活動について、昨年 6 月にインターネット上で国民の日本医師会に対する意識調査を行った。「日本医師会の事をどう感じているか」という問いに対して、好きではない、嫌いという人が約 35% 、どちらでもない (関心が無い) という回答が 61% であった。その 61% の内容は、日本医師会は閉鎖的、分かりにくい、頭が固い、庶民とは遠い世界というものであった。「医療制度改革に関心があるか」という設問に対しては、約 51% が関心があるとの回答であった。

日本医師会では会内広報として、日医ニュース発行 (月 2 回) 、日医 FAX ニュース (週 2 回) 、理事会速報の作成、日医 HP の作成等を行っており、対外広報としては、テレビを使った広報戦術、都道府県医師会との協力の下、TV 健康講座作成、新聞を媒体とした意見広告、定例記者会見、緊急記者会見、日医白熊通信を行っている。

定例記者会見は毎週水曜日に一般誌 (テレビ局や新聞社) を対象に行っている。今までは日本医師会から会員、あるいは国民に対し、一方的な広報活動であったが、本当にやるべきなことは、日本医師会と会員・国民との相互の広報活動であると思う。

医師会広報活動の役割分担について、「日本医師会の広報」と「地域医師会の広報」の２つがある。両者が同じ内容だと非効率であるので、それぞれの長所を生かして分けて行うべきである。たとえば、医師会のネガティブイメージを払拭すべくイメージアップ戦略や、中期的・長期的広報戦略については前者、医療制度・疾病に関する啓発活動は後者が行えば効率的である。

医師会のイメージアップ戦略について、日本医師会は国民側にいるのだと思わせるべく、昨年 10 月から地上波でのテレビコマーシャルを行うことにした。「 認知症 」「 学校保健 」「 医師の心無い一言 」の３作品で、昨年 11 月に首都圏在住の人に男女別インタビューを行った。その結果、男性と女性で TVCM に対する評価が明らかに違った。女性側では、医療に対する日常的関与度が高く、医療は自分事と思っていたという傾向があり、CM の認知度は高く、映像やナレーションなどから、伝えたいメッセージを理解してくれている。男性側では、医療と直接関与する機会は少なく、医療は他人事と思っている傾向があり、認知度は低く、ナレーション以上のメッセージは理解してくれていない人が多かった。ただ、男女とも、日医が具体的にどのようなアクションを起こしているのか分からないという結果がでた。CM に関しても「全国の医療機関のトップである日本医師会がようやく医療は患者のためであると気づいたようだ。置かれている状況を認識し、行動していることは評価できる。今後は一般の医療機関も少しずつ変わると思う」や、「いじめ問題に日本医師会がとりくんだことはよい」などたくさんの意見をいただいた。

4、都道府県医師会の活動報告

(1) 広島県医師会

広島県では HMA-net(組織内イントラネットワーク) を作成し、速報デジタル化を図った。現在全会員の 10% が参加している。このイントラネットではデスクネッツというソフトを用いて、グループウエア (アンケート機能付) による情報伝達、ビデオライブラリ、医師会行事、後援会案内、速報メルマガなどを行っている。将来的には全会員の参加を求めている。

(2) 福岡県医師会

医療モニター制度 (通称「メディペチャ」) で対外広報をしている。これは、県民から医療・医師会などに対する意見要望、感想を聞き、双方向性を持った意見交換の場を設けることで、県民への「 身近な医師会 」を確立することが目的で行っている。流れとしては、まず、モニターを募集し、年３回の会合をひらき、県民公開講座 (年１回) を開催するものである。
会の運営、まとめについては、第三者である広告代理店が行っており、第三者の介入により、話しやすい雰囲気作りをし、医師会主導ではない事を強調することができる。

メディペチャについて、モニターを募集 (県医ホームページ、広報誌) し、選定は募集原稿をもとに、広報担当理事が行う。医療関係者は選ばな

いことにしている。第 1 回目の会合では、広告代理店が会を司り、モニターには自由に発言してもらう。ここでは一切医師会は発言しない。第 2 回目の会合で、医師会も中に入り、グループ討議を行う。3 度の会合でモニターの意見を集約し、県民公開講座を開催する。当初、モニターの医師会のイメージは、医師の利益団体で医師を守るものだというものであったが、会合を続けていく上で、県民と医師をつなぐパイプ役になりたいし、医療について考えることが出来たという感想に変わっていった。

(3) 山口県医師会

加藤常任理事　これまで対外広報についてはホームページ、県民向け公開講座、電話相談、医療情報案内など種々の方策を考え、実施してきたが、医師会の発信する情報が県民に充分にいきわたっているかについては疑問があった。そこで発想を転換し、県民にとっての最大の情報源である「テレビ」と「新聞」を利用することにスタンスを移すことにした。それはテレビ放送の一部の時間を買い取り CM を流す、番組を提供するとか、新聞に広告する、特集面を買い取るという発想ではなく、テレビの番組そのもので、また新聞記事の中に医療問題をより多く扱ってもらい、できるだけ医師会の意見を組み入れるという方向性である。

具体的には地元テレビ局のニュース番組で医療問題の特集をシリーズ化する。医師会の主催行事のテレビ、新聞取材。医師会の意見発表の場としての記者会見の開催である。また、報道の取材については医療機関はできる限り協力することが要請される。

地元テレビ局との医療問題番組の共同企画について

テレビ山口（TBS 系列）の午後 6 時台のニュース番組「スーパー編集局」の特集として医療問題をシリーズ化し、昨年 12 月から月に 1・2 回放送を開始した。12 月、1 月は小児救急、小児科医不足問題、2 月は療養床削減問題を取り上げすでに放送した。番組の立案、企画は報道部と医師会との共同作業で行っている。医師会から報道班に医療問題の解説、取材先の紹介、資料の提供等についてできるだけ協力し、また医師会の意見を十分に伝えるようにしている。この結果、これまでの番組は一般県民にも理解しやすく、さらに医師会の見解も十分に伝わる内容の番組になった。今後は 3 月在宅医療、4 月女性専門外来、5 月看護師不足問題、6 月生活習慣病を取り上げていく予定である。なお小児救急では山口市医師会の夜間・休日診療所の開設を、女性専門外来では県医の女性医師参画推進部会設立総会を、生活習慣病では県医の糖尿医対策会議の活動を絡ませて、医師会活動を紹介するように努めている。

医師会主催行事への報道取材の要請

医師会が主催する行事については県政記者クラブに取材要請している。要請文は簡潔、的確に作成し、記者が理解をしやすくなるように資料提供も行っている。昨年 12 月に日医テレビ公開講座「ふれあい健康ネットワーク」で「花粉症対策」を制作、放送したところ、県医師会の花粉情報システムが報道機関の話題となり、1 月に開催した県民公開講座の花粉セミナーはテレビ局 4 社が取材し、その夕方にニュースとなった。翌日には 2 社が新聞記事で紹介した。さらに、テレビ局 3 社が花粉情報の特番を放送した。

記者会見を活用し、医師会の主張を訴える

昨年 11 月に山口行政調査事務所が「医療費の内容の分かる領収証の交付」についての進捗状況の調査の結果を記者発表した。これを新聞全紙が記事として掲載したが、おおむねの記事は「20％の医療機関が不備」と、医療機関の「怠慢」を指摘する内容であった。このため県政記者クラブで記者会見を行った。この領収証交付について、医療機関の実状を説明し、「義務化」の問題点を解説した。結果、会見の翌日 3 社が会見記事を掲載した。掲載が 3 社にとどまったが、記事は県医の主張をおおむね伝えてくれた。

医療機関の報道取材への協力が必要

この間のテレビ取材について、県医は協力を惜しまないスタンスではあるが、個々の医療機関となると報道取材に対しては、かなり抵抗がある様子である。当然取材を承諾してくれると判断して紹介した医療機関でも、取材班が門前払いを受けることがあった。かねてより報道関係者にとって医療機関は「垣根の高い」存在であった。これが情報開示の現在にもつながっている。これを払拭しない限り、医療者と報道の連携はとり得ないであろう。医師会として会員に報道取材についてもっと柔軟な対応をしていただけるように要望していきたい。

5、協議･その他意見交換

記者会見について

佐賀県　記者会見が迅速でよい。各地区医師会でメディアの記者は誤解しているところもあるので、地方でも会見を開いてタイムリーな情報を流したほうがいいと思う。

中川日医常任　記者会見をしているところはあるか・・・。

定期的に行う→3件

定期的ではないがやっている→15件

福岡県　2ヶ月に1回行っている。医師会の伝えたいことと、マスコミが知りたい事をもとにテーマを考えている。

福島県　新聞社を利用し、年1回行っている。役員と新聞社で意見交換することで顔見知りになることができた。

愛知県　記者との懇談会という形で年1回行っている。記者自体があまり医療問題に詳しくなく、医師会側から一方的にテーマを作りはなす。しかし、新聞にはあまり取り上げられない状態である。

山口県　県政記者クラブと打ち合わせて、こちらが出向いて、懇談会形式で意見交換している。

TV番組「ふれあい健康ネットワーク」について

山口県　昨年12月に「ふれあい健康ネットワーク」として、花粉症対策番組を日医とともに作成した。番組を作ったという成果だけでなく、事業者との付き合いもできた。回数を増やしてほしい(現段階は年8回)。

テレビCM3作品について

都道府県医師会　「全体的に暗い」「誤解を招きそう」「どのくらいお金をつぎ込んだか」「医療現場で医療問題について提起して説明するほうがいい」という意見が多かった。

中川日医常任　今回のCMは女性をターゲットにした。コマーシャルは他社のものは明るいものが多いので、印象に残るようにあのような形にした。予算は1億5千万円かけている。CMのほか、BS朝日放送で、「Beメディカル」という番組も提供している。今までは5分間番組だったが、4月からは30分番組になる。

日医ニュースについて

山口県　各地域医師会の行事や取組を載せてほしいし、日医から取材記者を連れてきてほしい。先日、女性医師参画推進部会の設立総会を開催した

が、日医から他県医師会に報告してほしい。

中川日医常任　対応していきたい。

（終了）

都道府県医師会広報担当理事協議会（報告）

広報担当理事協議会はこの間ブロック別に開催されてきた。今年は久方振りに全国協議会として日医で開催された。ブロック別が全国協議会に変更されたことについては日医からは説明がなかった。ただ、これまでのブロック別の開催でも、その協議時間の大半が日医からの報告とその協議に費やされ、各県からの提出議題の協議にはあまり時間をとれず、ブロック別協議会の意義がうすらいでいたことがある。また、広報活動は他の事業に比し全国共通の課題多くを含んでいることから全国協議の方が適している。今後も、全国協議会の形態で開催されること期待する。

はじめに中川常任から日医の対外広報の戦略について詳しく説明された。その最大の目的は「医師会のイメージアップ」である。とにかく一般から見た医師会のイメージは悪いとの前提で、その先入観を払拭することに全力を挙げるとのことであった。戦術としてはテレビＣＭでイメージ放送をする。新聞に意見広告を出していくことである。テレビＣＭ　は「高齢者医療（認知症）」、「学校医（いじめ）」、「医師の心ない一言」の三篇がすでに放送されたが、一般には好評であったとのことであった。ただ、「医師の心ない一言」篇についてはその評価に賛否があった。当県はそのネガティブな内容から放送に慎重であるべきと意見していた。日医はこの一篇については観る人の年齢、性別、職業、立場でかなりその評価が違うことを想定していたとのことであった。しかし、テレビＣＭは万人が観るものである限り、すべての視聴者に共感できるものであるべきと考えるが如何であろうか。

当県からは対外広報の活動報告をした。詳細は前述した如く、当県のこの間の対外広報活動を紹介する内容であるが、医師会としての対外広報のあるべきスタンスについて主張したつもりである。それは日医が行っているテレビＣＭや新聞広告ではなく、テレビ番組や新聞記事の中味に医師会の活動と意見を紹介していくスタンスである。多くのテレビの視聴者はＣＭよりも番組を見たい、忙しい新聞読者は広告には目を通さない。番組と記事そのものをターゲットにするべきである。これは予算規模の少ない地区医師会が日医のように広告を出す費用を工面できないからということでなく、広報の戦略的位置付けとしての提起である。

昨年５月に出版された「医療崩壊」（小松秀樹著）は医療界でベストセラーをつづけているが、著者の提起がマスコミにも浸透してきた。日本の医療が「崩壊」の危機にあるとの認識が報道者にも出てきている。そして医療を扱う記者の視点が確実に変わってきている。これまで患者側一辺倒で情緒的であった記事が、医療者の立場も配慮し客観的に考察したものになってきた。いまなら報道記者は医療者の発言に耳をかす、また、その意見を記事に紹介してくれる。

そこで記者会見について討論があった。定期的に開催しているのは３県で、15県が不定期での開催であった。大きな医師会でない限り定期的な記者会見は難しいであろう、しかし、医師会の活動報告、意見発表の場としては絶好の機会である。記者発表したことが番組や記事になることが一番重要である。しかし、記事とならなかったとしてもまったく無意味ではない。会見すれば記者は一生懸命にメモをとり、熱心に質問する。記者にとってはこれが蓄積され、また別の機会の参考資料となる。また、記者会見をする場所については、医師会で開催する県が多かった。当県としては記者クラブですることを説明した。当県では各社の報道記者は人数が少なく、それぞれ担当を兼務している実情もあり、報道の側の便宜をはかる意味でも記者クラブでの開催の方がよく、また、医師会の意見を発表するというスタンスからしても出向くほうがよいとの考えを述べた。

今回、全国協議会は久方振りの開催であり、２時間と限られ中での報告と討論でそれぞれが充分には消化しきれなかった。ブロック別の協議会を開催しないのならば、年にもう一回は開催が必要と感じた。日医執行部はいかにされるのであろうか。

第 101 回山口県医師会生涯研修セミナー

と　き　　平成 19 年 2 月 18 日（日）10:00 ～ 15：00
ところ　　山口県総合保健会館　2 階　多目的ホール

特別講演Ⅰ
「認知症診療におけるかかりつけ医の使命と限界 ～介護者を如何に支えることができるか～」

(医) 和栄会原田医院　副院長　**原 田 和 佳**

「印象記として私が書いて講演の内容を皆様にお伝えするより、原田先生の特別なご厚意で、先生自ら書いていただいたのでその方がもっと内容が理解できるので先生の分をそのまま掲載します。」
伊東武久

Ⅰ . 認知症にどれだけ早く気づくことができるか

「外出しようとした時カギが見つからない」「知人と町で出会った時、その人が誰だか思い出せない」「買い物から帰ってきて買い忘れに気づいて愕然とする」「テレビで見た有名人の名前が出てこない」これらは中年以降なら大半の人は経験すると思われる。歳をとれば物忘れをするのは誰しも宿命であるが、肝心なのは物忘れの内容と程度である。

患者さんと長年付き合うかかりつけ医は、認知症を発病早期に気づく可能性があるが、これが案外簡単ではない。「どうも認知症という病気はよくわからない」「どこからが認知症でどこまでが正常かわからない」「別に自分が診断しなくても誰かが気づいてくれるだろうし、認知症と気づいたってどうしようもない」と言われる先生もおられるかもしれない。一方、患者さんが「実は最近物忘れが気になりまして・・・」と訴えた際に「いやいや、その程度の物忘れは私でもありますよ」という安易な慰めにより、話がそこで終わることがあるかもしれない。「早いうちに認知症と診断したとしてもどうせ治らないから」という諦め、また「長年の知り合いだから、今更テストはし難い」などの遠慮は早期発見、早期対応を阻む要因となる。確かに認知症は治らないものがほとんどであり、特に物忘れは改善しないのが普通であるが、「どうせ治らないのだったら早く指摘して悲しませても仕方がない」ということは決してない。

認知症の前駆状態とは何か。重要な研究課題である。しかし、レトロスペクティブにあのときのあの状態がまさに前駆状態だったと思えても、その時点で発症前夜だと断定することは難しい。アルツハイマー型認知症の前駆状態として、軽度認知障害（MCI：mild cognitive impairment) が知られているが、これは端的に言えば認知症には至っていないが記憶障害が顕著なケースを言う。加齢に伴う物忘れ（良性）と認知症の物忘れ（悪性）の相違点は図 1 に示した通りである。もっともMCI と思われるケースには画像診断、たとえば

CT 、MRI 、SPECT でみるとすでに認知症の所見そのものになっていることもある。

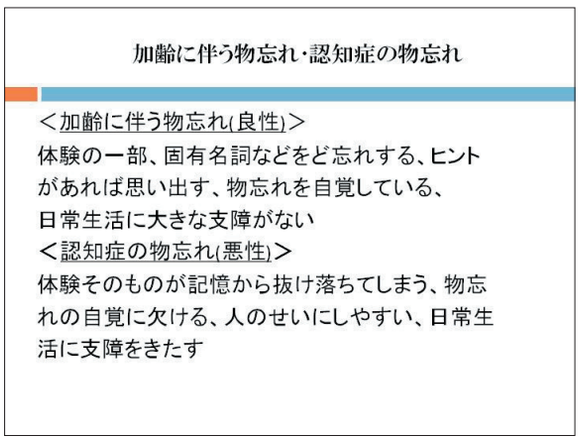


図 1

他にも認知症の前駆状態として、抑うつ、実行機能障害、人格変化などがあげられる。このうちとくに重要なのが「うつ」である。「うつ」は認知症との鑑別を要する疾患として知られるが、「うつ」だと思っているうちに認知症に移行するケースは稀ではない。高齢者で「うつ」と診断した場合、うつ状態の改善がみられても長期間しっかりフォローしていく必要がある。

長年の付き合いゆえにいきなりメンタルテストは行い難いという場合、日常診療でさりげなくチェックするテクニックについてまとめたものが図 2 、3 である。

このように問診だけではなく、患者さんの振舞い、仕草から認知症を疑うことも可能である。この他にも、言いわけやとりつくろいが増える、依存的な態度が目立つようになる、例えば、質問されるたびに同伴者の顔を見ながら答えるような振舞いは認知症の初期からみられやすい特徴的な所見のひとつである。もちろんこれらの変化は長い付き合いの中でこそわかるものが多い。

メンタルテストは、長谷川式でも MMSE でも N 式でも慣れたものを使用してかまわないが、一回だけで判断せず、できれば時期をあけて（場合によっては同日でも可であるが…）２回以上実施することが望ましい。もちろんカットラインを超えたから認知症ではないと決めつけることはできない。メンタルテストで高得点をとる認知症患者さんも少なくはない。特にレビー小体型認知症は 26 ～ 27 点を維持していても症状が進行しているケースもある。わずか一日違いで、場合によっては午前と午後で得点が大きく変化することもあり、その際は意識障害の有無などを検討する必要がある。複数の認知機能テストを実施することでより多くの情報を得られることも期待できる。診断の精度を上げるために画像診断は有用であるが、慢性硬膜下血腫や脳腫瘍のようにそれがなければ診断し難いものを除けば、画像に頼らずともある程度診断していくことは可能である。

認知症を疑った場合、何よりも本人を傷つけないような配慮が必要である。より詳細な情報収集のためには家族と相談する必要があるが、独居の場合はこれができない。このような場合、後日家族に同伴してもらうか、それが困難なら、細心の注意を払い本人に伝える必要がある。告知について我が国では、特に発病早期の場合、告知のタイミング、表現方法について十分なコンセンサスに

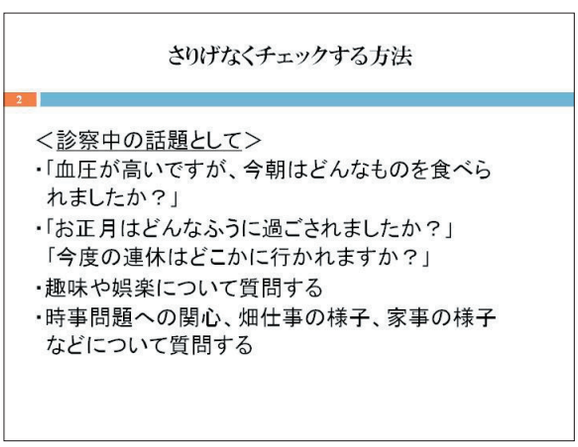


図 2

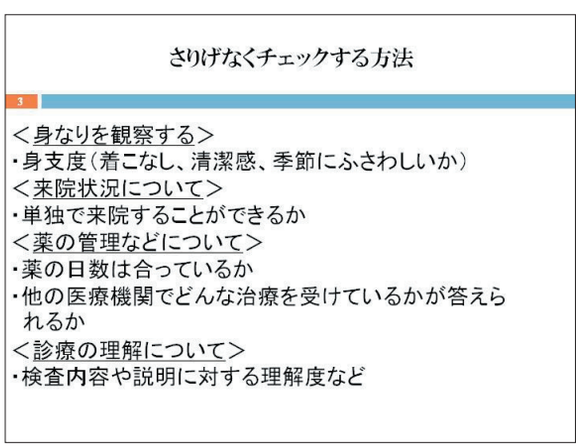


図 3

至ってはおらず、やはり今後の重要な課題である。

認知症診療において、おさえておく必要があることは、キーパーソンが誰か、またその人に介護能力がどれほどあるか、患者さんとキーパーソンや他の家族との関係はどうか、サービスの利用を含めてどのように支援体制を作るか、在宅希望か施設入所希望か、独居の場合は介護支援サービスが不可欠であるが、それをどのように説明するか、そしてどの程度理解力があるか、などである。

Ⅱ．患者さんのみならず、家族や介護者をどう支えるか

認知症に対する治療は、患者さんの病気そのものに対する治療であると同時に家族を病気にしないことも目的である。特に重要なのが周辺症状、いわゆる問題行動である。周辺症状は介護負担度と直結しやすく、薬物療法や環境調整などにより改善が期待できるものも多い。介護者がどういう状況で疲労するかを熟知すること、介護者が混乱し、落胆しないように配慮することが望ましい。介護者が燃え尽きる状況は、使命感に燃え、一人ですべてを抱え込み、周囲からの支援がない、もしくは支援を頑なに拒むような場合、また問題行動の出現は自分の努力不足だと自己不全感に悩むような介護者にみられやすい。いまだに施設を利用するのは逃げることであると考える介護者もいる。周辺症状への対応に関する介護者への指導については図 4 にまとめた。

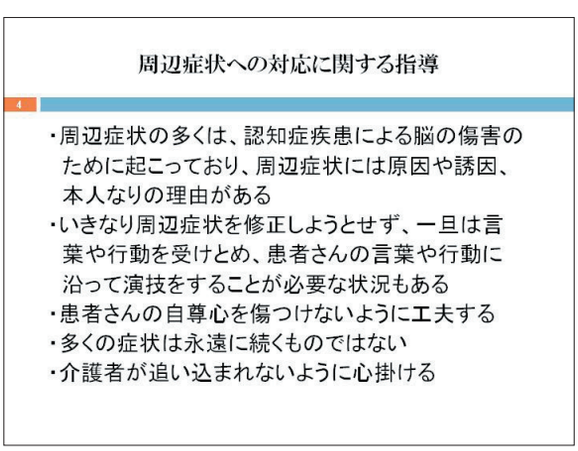


図 4

かかりつけ医は混乱している家族のよき理解者になることを第一に考える。実際は何もしてあげられないことも少なくないが、話を聞くことはできる。苦労話を聞いて共感し、ときには診察室で泣いてもらい、少しスカッとして帰っていただくだけでも意義はあると考える。

Ⅲ．保健・福祉および医師同士との連携について

認知症ケアにおいて、地域連携が不可欠なことは言うまでもない。多くの職種が専門的な視点から介入を図ることによって効率的でしかも細かいケアが可能となり、関わる人々の負担を軽減することが可能となる。望ましい連携のあり方とは、それぞれがプロ意識を持って対応する、かかりつけ医ができること、専門医ができること、診療所が担うこと、病院など施設が担うこと、介護職ができること、お互いの役割と限界を理解し合うことが重要である。あくまで主役は患者さんであり、患者さんおよびその介護者のためになるかどうかを常に配慮する必要がある。医師は日々の業務に追われケアスタッフとの連携に費やす時間は取り難いのが現状であるが、忙しいのは医師だけではない。患者さんのために待合室で長々と待っているケアスタッフを思いやる気持も大切である。やはり、患者さんや介護者のために一緒に悩むという姿勢を忘れてはならない。

たとえ認知症になったとしてもすべてを失うわけではない。まだまだできることはたくさんある。認知症を診断する、宣告する、治療することだけが医師の仕事ではない。残存機能はどういうものがあるか、これからどうすれば QOL を維持できるかを説明し、家族、本人を落胆させないばかりか希望を持たせることも医師の仕事であると確信する。

「私自身もいつ認知症になるかわかりません、ならないですめば幸せですがなるかもしれません。私が認知症になっても困らないような世の中になって欲しい」演者はそれを心より実感している。

特別講演 II

「日常診療で甲状腺疾患を見逃さないために」
―甲状腺機能、甲状腺腫、甲状腺腫瘤―

武市クリニック (広島甲状腺クリニック) 院長・
広島大学非常勤講師　**武 市 宣 雄**
［印象記：**前 濱 修 爾** ］

今回講師にお招きした武市宣雄先生は私の大学の大先輩で、当地域では甲状腺外科の第一人者として今でも（還暦を過ぎていらっしゃるはず）協力病院のスタッフと連携して週二回の手術もこなされるアクティブな先生である。クリニックは JR 広島駅から徒歩 10 分程度の便利な場所にあり、甲状腺専門クリニックとして多くの紹介患者の来院がある。

今回は先生の永年にわたる甲状腺診療を通して一般医が甲状腺疾患を取り扱う場合の注意点を中心に講演をいただいた。以下その要旨を述べるが、今回のまとめともいえる資料「甲状腺疾患診断フロー：主に甲状腺腫・甲状腺機能状態から－内科系を中心に－」が当日配布されているので、詳細についてはこれを参照いただきたい。

総論：

日常診療で甲状腺を診る場合には①甲状腺機能、②甲状腺腫、③甲状腺腫瘤に注意して診療すれば自ずと甲状腺疾患を見逃さずにすむであろう。診察法としては、甲状軟骨と輪状軟骨を人差し指と親指を使って広げながら親指でハート型の甲状腺の形を探る。その後人差し指で腫瘤の有無を視るのが基本である。

各論：

１．正常な甲状腺の働き

甲状腺ホルモンの基本的な働きは「食べ物をエネルギーにかえる」ことで、①成長　② IQ(知識)　③新陳代謝　④女性ホルモンなど他の内分泌系との相互作用などに深く関係する。特に高齢者の認知障害では甲状腺機能低下症は除外診断として重要である。

２．年齢と甲状腺疾患

新生児・乳幼児期：先天性機能低下症（クレチン症）は生後３ヶ月以内に治療しないと非可逆的な知能障害を残す危険性がある。

小児期：急性化膿性甲状腺炎が代表的。少数ながら見られるバセドウ病では学力低下に結びつくこともある。

思春期:疾患とは結びつかない「思春期甲状腺腫」が多い。

青年期：バセドウ病は思春期から増え始め 20 代でピークを迎える。教科書的な典型症状を認めるが、年齢が進むとむしろ心房細動などが優位となる。

壮年期：甲状腺に遊走性の痛みを伴う亜急性甲状腺炎が増える。この時期、バセドウ－橋本混在型甲状腺疾患が目立つようになる。
更年期・準老年期：橋本病・機能低下症が増える。

３．甲状腺の検査

①血液：甲状腺ホルモンの測定（実際に働くのは FT3 であるがベースは FT4)、TSH に関しては最近では高感度 TSH を用いる。自己甲状腺抗体

（橋本病では TgAb,TPOAb を、バセドウ病では TRAb 、TSAb を）、サイログロブリン（Tg）、炎症反応（白血球分類、CRP）など。
②画像検査：超音波エコー（カラードプラーの活用）、CT,MRI, シンチグラフィーなど。
③穿刺吸引細胞診：MGG 染色、パパニコロ染色、集細胞診では摘出標本と同程度の診断能がある。

４．多面的甲状腺疾患診断法 (シェーマにて説明）

甲状腺が大きいか小さいか→甲状腺ホルモンレベルの測定→甲状腺自己抗体の測定→さらに画像診断による甲状腺内局在病変の有無→必要なら吸引細胞診と、多面的に診断を進めると見逃しが無くなり効率的に診断できる。

５．注意すべき甲状腺疾患としての「バセドウ橋本混在型自己免疫性甲状腺疾患」

30 ～ 40 代をピークに、バセドウ病に見られる抗 TSH 受容体抗体（TRAb）と、橋本病に見られる抗甲状腺抗体（TgAb）の両者が陽性となる例が結構存在する。甲状腺機能としては正常域内のものが多い。日常診療でもこのような疾患概念を頭に置いて甲状腺疾患を評価することも必要である。

６．甲状腺の外科

外科系甲状腺疾患の診断については近々「甲状腺疾患治療・診断フロー（外科系を中心に）」が発行される予定（広島市医師会臨床検査センターの協力による）。

甲状腺の外科治療にあたっては、手術だけでなく、他にも有用な治療法があるので、「切る」ことに関しては充分な説明と同意が必要。そのためクリニックでは独自の同意・説明書類を作り、使用している。

「安全・確実・容易な無血甲状腺手術のため」には術前の甲状腺・リンパ節地図作りを基本とする。反回神経麻痺の予防にも有用である。甲状腺癌は未分化癌を除き基本的に助かる癌であることから、「甲状腺癌は幸せがんである」を基本に患者に説明、微小癌については様子を観察しながらの待機手術とする。

７．被爆後障害としての甲状腺疾患：

チェルノブイリ、セミパラチンスクでの被爆患者への診療体験を供覧された。充分な施設にも恵まれない環境での診療でご苦労も多かったようである。広島での原爆後障害とは悪性腫瘍の発生状況に違いがあるようで今後の研究成果が待たれる。

最後に、今回の武市先生のご講演は非常に内容の濃いもので、１時間と限られた講演時間が少々お気の毒でした。幸い前述のごとく非常にアクティブな先生でいらっしゃいますので、後日再び機会を設けてゆっくりとご講演を楽しみたいと思います。

シンポジウム「大規模災害時の医療」

司会：山口大学医学部長・医学系研究科長
前川　剛志
［印象記：山口大学　**井上　　健**］

冒頭挨拶

山口県医師会長　藤原　淳

山口県医師会の県民への医療活動の取り組みの一つに「救急」特に、「災害時の医療活動」がある。この災害時の医療活動を迅速、適切に行うため、医師会は県と連携して「山口県災害時救護活動標準マニュアル」を作成して災害時の体制整備を進めている。平成９年の「阪神淡路大震災」の後、大規模災害時における医療が課題となっている。そこで、広域災害時における派遣体制構築のため、九州・山口各県医師会は相互応援を行うことにしている。同様に中四国各県医師会との相互応援体制についても円滑に機能出来るよう取り組んでいる。平成 17 年 4 月　「JR 福知山線列車脱線事故」を契機に大規模災害時の医療の重要性がクローズアップされてきた。DMAT（災害時派遣医療チーム）や災害拠点病院などが、有効に機能するようその体制を十分整えておく必要がある。このような観点からこのシンポジウムを企画した。このシンポジウムが今後の DMAT 活動の方向性や県内

の救急医療に役立つことを期待する。

演題

1　山口県防災計画からみた災害時医療体制の現状と課題
2　DMAT（災害派遣医療チーム）の役割
3　災害医療とトリアージ
4　山口県基幹災害拠点病院としての役割
5　いのちを守る！ラジオ災害時ネットワーク医療

（特別発言）　三浦　房紀　山口大学工学部長

前川座長　本日のテーマの「大規模災害時の医療」は懸案事項であった。山口県医師会の配慮によりこのようなシンポジウムを開催できたことに感謝したい。本日の討論が、山口県民のために「いざとなった時にどう対応できるか」という方向性を構築していくことに役立てれば良いと考える。

1．山口県防災計画からみた災害時医療体制の現状と課題

山口県総務部長

（山口県災害対策本部総務部長）西村　亘

まず始めに、お礼を申し上げたい。災害時の医療が行政の最大の懸案事項の一つである。対応が難しいこの問題について県医師会の配慮で県内外からの講師を招いたシンポを開催できることは非常に有難い。山口県（二井知事）は重点政策のトップに県民の安心安全基盤強化を掲げている。その中で県は災害時医療についてある種の方向性を出していくということで調査・研究に取り組むこととしている。

Ⅰ　山口県にも必ず大災害がやってくる

山口県内には災害が少ない県だといわれてきた。しかし平成9年の活断層調査では県内にも複数の活断層の存在が指摘された。今後30年のうちに60パーセントの確立で大地震が発生すると言われている。東南海地震が起きれば60分から90分後に山口県、特に大島・柳井に高さ2から3メートルの高潮が押し寄せるという予測があり、県は10億円をかけて大島に専用の防災拠点施設を築く予定である。安芸灘～伊予灘～豊後水道プレート内地震への備えについても同様に重要である。

昭和17年の周防灘台風では宇部だけでも297名、全体で794名が死亡した。また平成11年の台風18号の被害は記憶に新しいところである。公共事業として下関から岩国の一部にかけての、周防高潮対策事業がある。山口県には地域性の高い特殊事情が多い。海岸線延長が全国6位で長い、コンビナート地帯を有す、有人離島が多い、自衛隊基地や、岩国には米軍基地がある等に起因する災害、テロ等への対策を講ずる必要性がある。利点を挙げれば、県内に4箇所の2000メートル級の滑走路を持ち災害時に有用性が発揮されると考えられる。

Ⅱ　過去の大災害から対策を学ぶ

阪神淡路大震災、新潟県中越地震等の経験から

県内の中山間部災害対策として 4 つのマニュアルを作った。JR 福知山線列車脱線事故では現場での医療活動の重要性を学んだ。平成 17 年の台風 14 号では県内各消防本部、県警察機動隊、自衛隊の３者連携と航空機使用により 110 名の方々の救助に成功した。

大規模災害による医療活動の必要性では DMAT やトリアージは重要である。県は災害拠点病院を指定し、「集団発生傷病者救急医療対策に関する協定」をもとに地元医師会と連携した体制を図っている。

III　大規模災害における医療支援の県の取組状況

県は高度レスキュー合同訓練、2006 年山口県総合防災訓練等を、複数の関係機関の参加を得て行なってきている。おそらく全国初の試みとして行われた「高度レスキュー合同訓練」では自衛隊、消防、警察、県航空隊、山口大学 DMAT 等が参加した。

IV　これからの課題

平成 16 年より救援隊のシステムが出来た。これは相互に援助しあうものだが広域災害では他県の援助は期待できないことを想定して、自県のことは自ら守るという姿勢も必要である。昨年の 9 月の台風では 4 万 2 千世帯が停電した、県はテレビによる広報体制が機能しない場合のラジオの有用性を知ることとなった。そのような状況下においては、県内 6 つの FM 局（ラジオ局）を利用したいと思っている。

われわれは未だ災害時に有用な様々な制度の確立には至らない、本日のシンポジウムにおいて、何等かの方向性が示されることを期待する。

2．DMAT（災害派遣医療チーム）の役割

山口大学大学院医学系研究科

救急・生体侵襲制御医学分野　助手　井上　健

大震災では多くの傷病者が発生し医療の需要が拡大する一方、病院も被災し建物の被害、ライフラインの途絶、医療従事者の確保の困難などで従来の機能が発揮できず医療の供給が低下する。大震災発災直後概ね 48 時間以内の急性期には被災地域の医療（現場、医療機関での緊急医療、患者の搬送）を担う医療者や医療器材が不足することが今までの災害より明らかになっている。阪神淡路大震災の際には多くの外傷死は急性期に発生し、「避けられた外傷死」として取り上げられた。

災害急性期の需給のバランスの崩壊に対応することが重要で、医療チームを被災地に送り込み、現場での緊急治療や病院支援を行いつつ、被災地で発生した大量傷病者を被災地外に搬送する広域搬送を実施し、被災地外で根本治療を行うことが重要である。

この場合の目標は、多数の負傷者に対して最大多数に最良の医療を提供することであり、現有する有限な医療資源（人的、物的）を最大限に活用してもすべての患者に対して最良の医療が提供されない場合があるのが大規模災害での医療である。

国は防災基本計画の中で災害発生時に迅速な派遣が可能な災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）に参加する医師、看護師等に対する教育研修を推進するとした。

この活動を担うべく、厚生労働省の認めた専門的訓練を受けた医療チームが日本ＤＭＡＴである。DMAT の活動には 1）被災域内活動として被災地内の災害拠点病院に設置されるＤＭＡＴ域内活動現場現地本部に原則として参集し、その調整下で活動を行う場合としての主業務に被災地域内の搬送や域内病院支援や現場活動（トリアージ、緊急医療、がれきの下の医療等）がある。2）広域医療搬送任務としてＳＣＵでの患者安定化処置や搬送トリアージ活動および航空機内医療活動により被災地域外への患者搬送を行う。日本 DMAT の活動については「瓦礫の下の医療」に注目が集まりがちだが上記 1)、2）特に 2）の役割が実は大きいのである。DMAT の整備は急速に進められており全国に研修をうけた日本 DMAT チームが 200 を超えて誕生している。また、遠隔地広域災害での活動ではなく、近接地域災害に対する活動を目的とした地域型 DMAT と呼ばれるチームがあるが、現在後者で立ち上がっているのは東京 DMAT を含め 3 都県のチームのみである。本

県においても地域型 DMAT 活動に期待が高まる。そのための整備が急務である。

3．災害医療とトリアージ

鳥取大学医学部器官制御外科学講座
救急災害医学分野　助教授　中田　康城

災害医療とは災害地域内で限られた時間・人・物の中で最大限の効果が得られる医療を提供することである。防ぎ得た死 Preventable Death を避けるための災害医療の要点として 3T：トリアージ Triage, 処置 Treatment 、搬送 Transportation が上げられるが、そのうちもっとも重要なものがトリアージの概念である。トリアージとは選び出すこと、選別することであるが、災害時のトリアージでは限られた時間・医療資源を有効利用しできるだけ多くの人を救命するために、傷病者の中で治療・搬送に優先順位を付けることである。トリアージの基本姿勢として重症度と緊急度を考慮して軽症者を除外、災害弱者を優先する、救命の可能性の高い傷病者を優先する、の 3 点が重要である。この場合重症度と緊急度は同じではないことに注意する。トリアージでは傷病者を以下の 4 群に区分する。緊急治療群（赤タッグ）、非緊急治療群（黄タッグ）、軽処置群（緑タッグ）、不処置群・死亡群（黒タッグ）。但しこの区分は絶対的なものではなく、その時・場所での医療資源の充実度によって変わる。また急性期の患者の状態は変化しやすいのでトリアージは繰り返し行わねばならない。

トリアージのうち一番簡単なトリアージとして「START 式トリアージ」が救急医学会や日本集団災害学会で推奨されている。これは医療器具を使わず気道開放、呼吸、循環、意識レベルを評価するものである。自分で歩ければ緑タグと判断する。息をしていなければ黒タッグとする。ハアハアしている（呼吸回数 30 回以上）、や爪床圧迫後最充血時間（爪を押さえて後、圧迫を解除し爪色が回復する時間）が 2 秒以上、会話して何かおかしい意識レベルであれば赤タグとする。黄タグは上記をクリアするが歩行不可能な例になる。

この方式でのオーバートリアージの割合は 20 パーセントであった。

医療器具のある場所では 2 次トリアージとしてバイタルサインや解剖学的身体所見で赤タッグを判断するが、これについては JPTEC の全身観察で対応可能である。

現在災害弱者には、子供、高齢者、障害者、慢性疾患患者、旅行者があり、トリアージに影響をあたえる要因の一つである。演者の考える災害弱者とは、災害が起こった場合、その時・その場所において「自己の能力だけで情報を収集し分析し適切な活動をおこなうこと」ができないと考えられる人のこと、である。

トリアージタグは標準化されている部分と自由裁量の部分がある。取り付け部位はまず右手首につける、最低でも番号とトリアージの時間を記入する。トリアージタグは災害現場におけるカルテである。トリアージ実施者とタッグ記載担当者のチームプレイが迅速に処理するためには重要である。災害時のトリアージは救急隊員、救急救命士が開始するが経験ある医師が到着すれば交代するのが望ましい。トリアージを行う時の留意点は、「一人 30 秒以内で判断し、タグの記載を含め 2 分以内で終了する。」「致命的な損傷をタグに記載し強調する。」「トリアージを止めないためにも現場では、気道確保と圧迫止血以外の治療は行わない。」「他人のトリアージの結果を非難しない。」等である。

究極のトリアージは「命の選択」である。

そのとき、その時点で何が大切かを常に考え、決して「木を見て森を見ず」になることなく集中し全体を見渡してトリアージすることが大切である。

4．山口県基幹災害拠点病院としての役割

山口県立総合医療センター外科副院長　中安　清

大地震・台風・航空機事故・高速道路事故・テロ等、山口県にも、どんな大災害が起こっても不思議はない。山口県には「大災害時の医療」に備えて県、医師会、地域災害拠

点病院、基幹災害拠点病院、山口大学医学部附属病院による医療救護の連携体制整備が進められている。山口県立総合医療センターは基幹災害拠点病院として県直轄医療救護班の編成・派遣・地域災害拠点病院からの重症患者受け入れ・自医療圏被災時はあらゆる被災患者の受け入れ等迅速に対応していかねばならない。

山口県下に大災害が発生した時の医療体制は、防府市に基幹災害拠点病院としての本院、各二次保健医療圏に 1 箇所ずつの地域災害拠点病院が 9 施設、宇部市には救命センターとして山口大学医学部附属病院がある。災害時の医療救護の流れとして、災害時、県からの派遣命令を受け直轄医療救護班として総合医療センターから救護所に派遣される。トリアージと初期治療が行われ多くの場合その地域の災害拠点病院に搬送される。最重症例では救護所からヘリコプターで総合医療センターか救命センターに搬送される。基幹災害拠点病院の役割は発災地域が山口・防府以外の場合直轄医療救護班の継続的派遣や地域災害拠点病院（被災地）からの重傷患者を受け入れる。次に自医療圏で災害が起これば地域内の災害拠点病院と連携してあらゆる患者を受け入れることが重要である。

さて、大規模災害に対する本院の取り組みとして、1. 直轄医療救護班の編成・派遣　2. 災害を想定した研修会　3. 災害訓練を行っている。

本院の災害時医療救護班派遣要領では、災害発生時、県からの派遣要請を受け、医師 2 名、看護師 4 名、事務員 1 名、技術員 2 名の計 9 名の救護班が結成される。本院ではこの救護班を 12 班編成している。災害時緊急医薬品備蓄庫にはジュラルミンケース 10 個に様々な資機材の準備の他、輸液剤、防護服等も準備されている。

医療救護班の派遣実績として、2005 年 9 月の「台風 14 号により河川氾濫被災した美川町南桑地区」への派遣がある。この活動を検証した結果、災害実態に応じた派遣メンバー、携行医薬品の見直しが必要であることがわかった。また院内各部署が参加した、大規模災害を想定した院内研修会を開催している。

本院が被災し、孤立した場合のライフラインは通常稼動で計算した場合、電気は 24 時間、給水は 14 時間から 16 時間、医療用ガスは酸素で 6 時間で使用できなくなる。こうした極限状態も考えに入れておかねばならない。備蓄医薬品は山口県として延べ 3000 人に 1 週間投与可能な量を在庫・管理している。本院では注射薬約 12 日分、内外用薬約 20 日分の在庫を置いている。

備蓄食材の問題点は、賞味期限があること、保管場所が必要なこと、そして予算が必要だということである。

医療訓練としては、昨年 10 月に防府消防と共同で「列車事故を想定した集団救急事故対策訓練」を行った。今後も広域連携訓練、医療班の災害態様に合わせた見直し、検証を生かした次の災害訓練、そして自院被災時の対策の見直しが課題である。

5．いのちを守る！
ラジオ災害時ネットワーク医療

KRY 山口放送ラジオプロデューサー　清水のり子

山口放送ラジオ「おはようKRY」で、毎月 17 日を「阪神淡路大震災・17 日は節目の日」として「震災と防災」を伝えてきた。平成 7 年 1 月 17 日に起こった阪神淡路大震災の 17 日を一つの節目の日としてリスナーとともに防災について考えてきた。東南海・南海地震について山口大学工学部長　三浦房紀先生はラジオ出演の際に 30 年以内に 60％の確立で起こるといわれているが、「山口にも必ず地震はおこる」と発言された。阪神淡路大震災の被災者の話によると、被災地は大変な状況だったといわれる、多く方がパニックになるという。山口に起こると予想されるものに、震度 5 強の地震が 3 分間続くといわれている。この 3 分間にどんな音が聞こえるのか、また瞬時にライフラインが途絶え停電となり、暗闇となる。ではこの 3 分間にどの様な音が聞こえるかラジオで使用している音を試聴（体験）していただく。

（震災時の想定音：激しい地鳴りや物が壊れる音が会場に約 40 秒間流れる）

実際の現場の様子はこの後、明るくなって回りの状況が始めて分かるのである。その時になって「初めて分かった。」では遅いのでラジオではリスナーに毎17日にいろいろな心の備えをしてもらっている。いろいろなシュミレーションを行っている。神戸の災害発生当日、ラジオで被災地に毛布を送ろうと呼びかけたら、3000人のリスナーが毛布を持ってきてくれた。毛布を持って神戸の被災地に行き取材をして山口県民に被災者の声を届けた。そのときの被災地での経験から、備えなしに震災が起こったら大変なことになる、山口県でそうなって欲しくないと思いながら取材を続け、今年で13年目となった。発災時に使えるだろう防災ヘリ「きらら」も各地消防、医療もすべて数に限りがある。その中でラジオの有用性を強調したい。命を守る可能性が高いのでぜひ携帯ラジオと電池を非常時には持っていただきたい。複数の震災の経験からラジオが数少ない情報源となることが明らかとなっている。

アメリカの「カトリーナ被害」では地元のラジオ局が双方向の情報交換を開始し、「安全な避難所はどこか」を流した。これは阪神淡路の教訓をこの外国のラジオ局は学んだことによるものだといわれている

ではどのようにしてラジオを普及させるかを考えて欲しい。防災グッズにラジオを用意して欲しい。被災地で聞くラジオから、救命士や医師の声や応急手当やいまどうすべきかなどの情報がたとえ録音テープの情報であってもラジオから流れてきたら、どれだけ安心情報となるのか。確かに命に関わるいろいろな処置を回りの人々・大衆に委ねることは平時では考えられない。しかし非常時には「大衆を信じる」ことが大切なことだということが、13年間の取材を通じて分かったのである。

特別発言
山口大学工学部長　防災工学・地震防災

三浦　房紀

大地震は必ず起こる、というのが研究者の共通意見である。これをふまえて3点コメントしたい。まず、トリアージのためにも情報収集が大切となるが、県下のコミュニティーFM局、KRYラジオなどの県域の放送局、全国と結びつけているNHK、これらいろいろな立場の放送局がどのように情報を収集し伝達し共有していくのかを今後研究することが必要ではないか。

次に、トリアージは「助ける人を選ぶこと」だが、一方では「捨てる」ことでもある。それを受け入れる国民の合意形成が必要になってくると考える。

3点目は、山口県は努力をすれば、準備をすれば災害時死者をゼロにすることが出来ると信じている。ところが山口県以外ではどうしようもないところもある。東海・東南海地震では国の試算では1万5千人が場合によっては亡くなるとされている。山口県には、県内の足元を固め、そういった場所に救助に行く立場があるのではないかと考える。

総合討論

前川座長　県の防災への取り組みについてさらなるコメントをお願いしたい。

西村　訓練が必要で、毎年行っているが今後地域に密着した訓練にしたい。さらに情報の収集・伝達を県としても強化していきたい。

前川座長　放送局の連携についていかがか

清水　災害報道マニュアルはどこの放送局でも持っているが、その中に医療がどのように入って結びついていくのか実際にやらなければならないと考える。

前川座長　救命士の情報発信と同じように医師サイドも同じことができるのでラジオの利用について今後検討していきたい。

DMATは県下で3チーム、さらに1チームふえて4チームとなるがまだまだ少ない。地域の活動については今後の課題であると思われる。

中田先生のトリアージの講演により、県民の合意形成が必要だということを強く感じた。総合医療センターは基幹拠点病院として備蓄の問題を指摘されたが、さらに発言をお願いしたい。

中安　完全に孤立してしまうと電気は24時間で止まってしまう。発電のための重油がカギとなる。食材は保管庫を確保し賞味期間についても検討している。

前川座長　鳥取大学ではいかがか

中田　やはり備蓄食材については賞味期限切れの問題、予算の問題等がある。

前川座長　山口は位置的に利点があり、東の災害時には西の九州からの供給が期待できる。
次に、実際に災害が起こったときのメディアの対応についてさらに発言願いたい。

清水　錦町の豪雪では地域の消防団の情報が各所に有用な情報として伝わった。

ラジオは電池で使用できる。これが情報源となりうるためには県や医療機関とも共同に使える無線を準備する必要がある。

前川座長　消防防災無線が現在もあるが、個々のところでの無線の活用はまだ難しい。携帯電話も災害時には規制がかかる、メールは利用できる。
最後に県医師会の弘山先生に、医師会としての対応について発言をお願いしたい。

弘山　医師会は災害時には、地元の郡市医師会で編成された救護班が出動することになっている。県知事から要請があればさらなる対応を県医師会として行う。さらに大きな災害が発生した場合、九州山口各県の行政レベルでは災害時相互応援救護体制がある。これにより県医師会は山口県内で受け入れ可能な患者数などの医療情報を、特に人工呼吸器や透析機の情報を中心に他県に伝えたい。中国四国地域でも同様な体制を組もうと、準備しているところである。

前川座長　本日は行政の取り組み、医療サイドの取り組み、情報、いろいろな角度から話を伺った。問題点もいくつか浮かび上がったところで、今後は山口県、病院、マスメディア、県民がいざとなったときお互いが助け合いながら良い災害医療を構築できたらと思う。

ありがとうございました。

平成 18 年度
都道府県生涯教育担当理事連絡協議会

と　き　平成 19 年 3 月 16 日（金）13：30 ～ 16：00
ところ　日本医師会館 3 階

[報告 : 理事　田中　豊秋]

1　開会

飯沼日医常任理事の司会により開会。

2　挨拶

唐澤日医会長　日本医師会では昭和 59 年に医師の生涯教育を重要な施策の一つとして取り上げ、昭和 62 年より日本医師会生涯教育制度をスタートさせた。この 3 月をもって 20 年を迎えようとしており、誠に息の長い事業である。先生方のご協力に改めて感謝申し上げる。

日医の生涯教育制度は、種々の学術団体の進めている専門医制度とは異なり、特定の専門性を発展させるものではなく、主としていわゆる「かかりつけ医」、言い換えれば日常の健康問題の大半について責任を持って取扱うことのできるような、幅広い臨床能力を持つ地域医療における第一線の医師、あるいは医師の専門性を基盤とした上での全人的な医療を行う医師を支援する事業であると考える。

しかし、社会はまだまだ医師不信、医療不信を声高に唱え、医師の臨床能力やその資質、専門医資格を疑問視し、医師免許更新制や保険医再登録制度などを求める声がおさまらない。全国各地で多くの講習会やワークショップ等が数多く開催され、医師がどれだけ生涯教育に励んでいても、その姿が国民や社会に見えにくく、認められていないという現実がある。

本日ご出席の日医生涯教育推進委員会の先生方、さらにもう一つの諮問会議である学術推進会議の先生方にお願いし、国民に理解され、支持されるにふさわしい内容の生涯教育の確立と、その上で日医による認定医制度の実現が可能であるかどうかを、現在検討いただいているところである。

レベルの高い日医の生涯教育に全会員が使命感を持って参加できるようなシステムを作ること、そして日医の生涯教育に励んだ医師ならば地域の住民が安心してかかれるという信頼につながる制度にしていくことができればと思っている。

本日の協議会で、ご出席の先生方から、今後の日医の生涯教育に対する忌憚のないご意見をいただき、ともにお考えいただくよい機会になればと思っている。

3　議事

(1) 生涯教育制度関連事項報告（飯沼常任理事）

日医の生涯教育関連の委員会・会議は

1　学術推進会議
2　生涯教育推進委員会
3　学術企画委員会
4　医師の臨床研修についての検討委員会

である。

学術推進会議は、日本医学会会長および副会長、県医師会長、学識経験者からなり、日医三大諮問会議の一つである。

平成 16 年 11 月、植松会長（当時）は学術推進会議に対して、「我が国における専門医のあり方」について諮問し、専門医制についての提言として

① 専門医制を「認定医」と「専門医」の二段階制にする。
② 専門医の上に特定専門医（仮称）を設定し、特定専門医（仮称）のいる医療機関には保険点数上なにがしかの方策をする。

③ 第三者機構を作り、専門医の人数等についての検討を行う。

④ 専門医制の新たな構築による医療供給体制の整備として、患者はまず「かかりつけ医」を受診し、かかりつけ医の紹介で専門医の診療を受ける。日医はかかりつけ医の機能の向上を生涯教育制度のより一層の強化によって図るべきである。

との答申が平成 18 年 1 月行われた。

なお、③については平成 18 年 8 月 25 日、当面は日本専門医認定制機構の外部評価的な役割を担うとして日本専門医制審議会が発足した。

平成 18 年 10 月、唐澤会長は学術推進会議に対して「かかりつけ医の質の担保について - 日医認定かかりつけ医（仮）の検討 -」について諮問した。

会議の中で出た主たる意見としては

・かかりつけ医認定制は、人頭払い制度導入の突破口になる危惧がある。医師を階層化する制度には反対である。
・日医が総合（診療）医育成に積極的に取り組むべきだ。
・国が医師免許更新を言ってきたときに、日医がしっかりとした認定医制度を持っていればそれに対抗できる。
・総合的な臨床能力をもった医師を日医はこれから育成すべき。

といったものがあった。

今後、作業部会を設け、認定医制の素案作成に着手する。

なお、「日医認定かかりつけ医」の名称についてはあまり適当とはいえないので、「総合診療（臨床）医」あるいは「総合医」にすべきとの案が浮上している。

日医の認定医（飯沼私案）では、卒後臨床研修終了後に 3 年間勉強していただき、各分科会のご協力や第三者機構による評価を加えて日医会長が認定を行う、そして日本専門医認定制機構専門医になっていただくことを考えている。また、学会の認定医との相互乗り入れができること、臨床経験 20 年、あるいは 30 年の人への特別措置等を考えているところである。

次に、生涯教育推進委員会について述べる。

日医の生涯教育制度は生涯教育の指針を示し、都道府県医師会および郡市区医師会の生涯教育を推進するための環境整備、支援を図ることを目的としている。その中心はあくまで都道府県医師会および郡市区医師会であり、生涯教育の具体的実行は各地域の医師会の主体性に委ねられている。事実、全国各地で多くの生涯教育講座が行われている。

本制度は昭和 62 年に発足しているが、20 年を経過し、制度上の欠陥のみならず内容の変更も必要になってきている。

申告率については制度発足以降徐々に低下したため、平成 6 年一括申告方式を取り入れ上昇に転じ、現在は申告数については十分なところにきているといえるが、質の問題が残っている。

所定の単位を取得された方には修了証が、また修了証を 3 年連続取得された方には認定証を交付しているが、これらになんら社会的効力がないために、生涯教育に対するモチベーションにはなっていない。

この質の問題を論ずるには、生涯教育の①目標、②方略、③評価のあり方を見直す必要がある。

そこで、今期の生涯教育推進委員会への諮問は「日本医師会生涯教育制度の有効性について」となっている。

①の目標については、生涯教育制度の目標を明確にするため、平成 18・19 年度にわたりワーキンググループによるカリキュラムの改訂作業を進めているところである。

②の方略については、講演会、学術書、ビデオ、CD-ROM 、インターネットなどによる自己学習、症例検討会など病診連携による参加型学習、超音波診断、ACLS などの実技研修、医学生の「臨床実習」や研修医の指導医としての研修の参加などが挙げられる。

③の評価のあり方については、私見として現在の申告制度・単位制度の見直し、全会員が何年かに 1 回、自分の患者の症例リポートを提出する、ワークショップや実技研修の必修化、日医雑誌を利用した学習の充実、生涯教育専用のサーバーを設けて e-learning による基本的医療課題等の履修、採点制の導入、などが考えられるかと思う。

以上のように、日医の生涯教育は、学術推進会

議と生涯教育推進委員会の連携により新しい方向性を出すことになる。具体的には、学術推進会議の作業部会で日医生涯教育における認定制の素案を作成し、生涯教育推進委員会で具体的に生涯教育の目標、方略、評価を検討する。

学術企画委員会は、日本医師会雑誌、日医生涯教育協力講座の企画を行っている。なお、日医生涯協力講座セミナーは、テーマを変えて来年度も引き続き継続して行う予定である。

医師の臨床研修についての検討委員会は、平成 16 年度にスタートした新医師臨床研修制度の問題点について、良き医師養成の観点から幅広く検討するプロジェクト委員会であり、平成 18 年 9 月発足し、平成 19 年 2 月までに 4 回開催した。特に諮問は行わない。なお、この新医師臨床研修制度は、評価されている一方で、医師不足、研修医の大学離れ、地方・僻地医療崩壊の危機などの問題を顕在化させているところである。なお、委員会において出された意見としては、研修期間を 2 年から 1 年にすべきである、卒業生 8,000 人に対して 12,000 人の受け皿があり医師標欠病院もある、マッチングに地域枠を設けてはどうか、などであった。

(2) 生涯教育推進委員会活動報告
（福井生涯教育推進委員長）

平成 18 年 7 月の第 1 回委員会で唐澤会長より「日本医師会生涯教育制度の有効性」の諮問を受け、このテーマで 2 年間検討させていただく予定である。

平成 13 年度版「日本医師会生涯教育カリキュラム」を改訂することで、生涯教育の目標を明確にしたいと考えている。これは学術推進会議が検討している「日医認定かかりつけ医（仮）」と連動して、将来的には方略と評価の仕方について改善できる点があればそれを行いたいと考えており、その認定医制度が創設されれば、今回改定しようとしているカリキュラムに基づいて勉強していただき、その成果を評価し、認定するという形にしたいと考えている。

現在のカリキュラムは「基本的医療課題」と「医学的課題」に分かれている。「基本的医療課題」は非常に横断的で、やや人文科学的な側面や医療制度、さらには法律的な側面、医師・患者関係などが挙げられている。一方「医学的課題」は主要症候、主要疾患が網羅してある。今回の改訂にあたっては、プライマリ・ケア的な幅広い臨床能力と、一人ひとりが最低限身につけるべき能力を明示するカリキュラムにしたいと考えており、現在までに 2 度ワーキンググループが開催された。

これまでのところ「基本的医療課題」では「社会的使命とプロフェッショナリズム」「医療倫理」「医師・患者関係とコミュニケーション」「医療制度と法律」「医療の質と安全性」「予防医療と保健福祉事業」「チーム医療と地域医療」「医療情報」等を考えており、それぞれの項目について、行動目標を作成する予定である。

「医学的課題」については、現在の新医師臨床研修制度の到達目標として挙げられている 35 の経験すべき症状・病態・疾患、17 の緊急を要する症状・病態について最低限、このレベルまで鑑別診断をしてほしい初期対応と、どのレベルからはどういうタイミングでコンサルテーションあるいは紹介をしてほしいかという、いわゆるプライマリ・ケア医として最低限必要な能力を書いていく予定である。

このカリキュラムの改訂がおそらく今期の生涯教育推進委員会の最大の課題になると考えており、来年度のこの会議で完全な形のカリキュラムを報告できればと考えている。

前期委員会から申し送られた課題として、新医師臨床研修制度における地域保健・医療研修についてのアンケート調査をしてはどうかという案があったが、現在のところ、研修病院がいろいろなアンケート攻めにあっており、似たようなことをしてもあまり目新しいことは出ないのではないかと思うので、日本医師会としてどのような独自性のある調査にするのか、もう少し的を絞って、必要であれば調査を行いたいと考えている。

この委員会では「指導医のための教育ワークショップ」の日医主催での開催、各都道府県主催のワークショップのプログラムの承認も行っている。

また、日医雑誌に掲載の「知っておくべき新しい診療理念」の新しい掲載テーマの企画も行っている。

さらに現在、医師国家試験が公募されており、平成 17 年度から生涯教育推進委員会としても先生方が作られた問題を厚生労働省に提出することを行っている。今年度もこの活動を続けていきたいと考えており、3 月 24 日に第 2 回目の問題作成方法についての講習会を開催する。また、各都道府県で作成された問題を送っていただきたい。すでに岩手県医師会から 18 題の提出があった。

(3) 都道府県医師会生涯教育活動事例報告

①沖縄県医師会

「指導医の育成から始まった地域医療臨床研修委員会の活動」

研修指導医を３つのグループ（琉球大学グループ、県立病院グループ、開業医による群星沖縄グループ）に分けて募集している。研修医の人数は、新制度開始以前は琉球大学出身者を中心に年間 80 数名であったものが、新制度開始後の 2006 年マッチング時には琉球大学グループ 48 名、県立病院グループ 44 名、群星沖縄グループ 53 名の計 145 名で、地域で研修医が減少していると言われているが、沖縄県については 60 名程度増加している。上記３グループ間の横の連携が今後の課題。

臨床研修に関するアンケートでは、研修医は研修内容にほぼ満足しているとの結果であった。

②東京都医師会

「１　新医師臨床研修制度「地域保健・医療」に関する指導医・研修医へのアンケート結果について」

主として研修を実施した施設としては、保健所が 45% ともっとも多い。これは、地域保健・医療の研修の受け入れ先である開業医サイドの体制が十分に整っていない段階で新制度がスタートしたため、もっとも受け入れを頼みやすい保健所に研修医が集中してしまった状況がある。診療所のドクターが研修医を受け入れた理由としては「頼まれたから」「大学関係者との人的な要因」というものが主であった。また、「指導医のための教育ワークショップ」に参加していない者が６割であった。

「２　東京都医師会主催「日本医師会生涯教育講座」アンケート結果について」

開催日時の関係から、70 歳以上の参加者が 60% を占めている。また、参加者の勤務形態は開業医が 53.8% であった。講演の内容については、有益との評価である。

③千葉県医師会

「インターネットを利用した生涯教育 e-learning」

ある会社の社内教育用ソフトであるコンテンツ配信ソフト「メディアデポ」を９年前に見てすばらしいと思っていたところ、３年前に利用可能となったので、このソフトを使いパワーポイントソフトと講演者動画の結合による e-learning を開始し２年目となる。

各地の講演会に事務局担当者 1 名を派遣しビデオ撮影し、いただいたパワーポイントのデータを結合させ、それを医師会内のサーバーに置く。会員はインターネットでそのコンテンツを閲覧・聴講する。会員の閲覧状況は事務局でまとめ、閲覧した会員は日医の了解を得て生涯教育 1 単位が取得できることになっている。つまり双方向によるインターネットを利用した生涯教育である。

本システム作成の動機は、医師会ＩＴ化が遅れている状況で、少しでもコンピュータに慣れてもらうために、コンピュータに触れる動機付けとして、あるいは、医療界内外からの生涯教育への要求（医療技術・知識の研鑽、事故の防止、医師免許更新制の問題等）、さらには遠方ので各種講習会が、とぎれとぎれでの時間を利用して見ることができる、ということが挙げられる。

本システムの特徴とそのねらいは、

・県下全会員が対象であり、ログイン方法が簡単
・医師会ＨＰの会員向けページからログイン
・実際の講演と変わらない臨場感
・途中で視聴を止めても続きの視聴が簡単
・簡単な試験やアンケートができる。
・事務局で視聴率、学習進度などが把握できる。

である。

今後の活用として

・周知徹底したい情報の配信（新型インフルエンザ、ＢＣＧ接種方法、医療安全と医療整備に関する情報）

・各科の専門的講演、専門医・認定医更新単位取得のための講演の受講
・日医・県医の主張、見解の周知

「セミナー慢性呼吸器疾患講座」について
　セミナーに実技（ピークフローモニタリング実習、吸入指導・服薬指導）等を取り入れ、好評であった。

4　質疑応答

［滋賀県］認定医・登録医制度と医師の生涯教育について

（要旨）最近、各種の認定医・登録医が設定されているが、この複雑多岐にわたるさまざまな名称を国民は理解できるだろうか。国民にとっては専門医と general physician の日本語訳にあたる呼称の二つで十分ではないだろうか。すでに教員免許が更新制になることは既成の事実であり、次の標的は医師免許であろうから、これに対抗するためにも簡明でわかりやすい生涯教育の実をあげるべきである。さまざまな認定医・登録医など徒に多くの資格を作ることは問題を複雑にするだけであり、来年度から創設される高齢者医療制度の運用のためにも簡明な枠組みが必要と考える。

飯沼常任理事：日医としては、イギリスの家庭医制度のような制度は 100％拒否をする考えであり、したがって家庭医イコール人頭払い制というイメージはわれわれにはまったくない。つい最近の情報によると、国が逆に認定かかりつけ医という話を言い出し、それを使って認定医を後期高齢者にあてがうという話がアドバルーンとして挙げられた。これに対しては日医の内田常任理事が、地域医療の関係の委員会といっしょになって反対するという話になっている。アンテナをはって先生方のご心配のないようにクリアしていきたい。先生の言われるように、認定医、専門医、登録医といろいろあって混乱しているが、日医の方向としては、総合（診療）医のような制度はぜひ作りたいと考えている。認定かかりつけ医という名称については厚生労働省に使われたという感じになってしまったが、中身はまったく違うものである。医師免許更新制については、それに対抗できるようなものにするためにも現在カリキュラムの改定を行っているところである。

岩砂副会長：日医の認定医制度はイギリスの家庭医のように、かかりつけ医が変えられないような、後期高齢者の人頭割のようなものに決して使われてはいけないので、日医としても皆保険制度堅持の意味からも完全に反対している。また、多くの学会の中で認定医、専門医が分けられつつあり、そういう大きな流れの中で生涯教育を目的とした日医の総合（診療）医というものがどう関わるかを見極めていきたいというのが日医の考えである。会員が患者さんのために日進月歩の医療を学ぶということは当然のことであり、それを資格にするというものではないと思っている。

滋賀県：3 月 15 日付の朝日新聞の夕刊に「日医の諮問委員会が医師確保対策として臨床研修を終えた若い医師に僻地での勤務の義務化を提言する中間報告書をまとめた。今後役員会で合意すれば具体案をまとめ、日医が厚生労働に提言する」とあるがいかがか。

飯沼常任理事：これは地域医療対策委員会がまとめた中間報告書「医師確保に関する喫緊の対応」のことであるが、日医の常任理事会でも大変問題になり、継続検討となった。これはあくまでも中間報告であり、新聞がそれを断片的に取り上げたということである。

［広島県］今後の日本医師会生涯教育の方向性について

（要旨）現在の生涯教育制度は量の評価であって、それでは正当な評価と見てもらえないと考える。一方、質の評価をするということにしても、それでどれだけの会員が申告をしてくれるか、やはり何らかのメリットがないと申告してもらえないと考える。そのためには、日医の生涯教育を大きな学会が単位として認めてくれることが必要ではないか。日本内科学会では現在そのような形になっているが、他の学会にも単位の互換性について積極的に働きかけてほしい。

飯沼常任理事：現在、27 学会で単位の互換性ができており、今後これが増えていく努力をしていきたい。

［熊本県］日本医師会生涯教育単位について

（要旨）製薬会社等の企業が自社製品のＰＲを兼ねた講演会について日医生涯教育制度の単位申請をしてくるケースが多い。内容的には最新の話題や学術性の高いものも少なくないが、中には企業色の強いものがあり対応に苦慮している。日医のご意見を伺いたい。

飯沼常任理事：日医生涯教育協力講座セミナーでは懇親会や製品の紹介をしないことなどを条件に開催しており、このスタイルを参考にしていただきたい。

［佐賀県］新卒後臨床研修制度見直しに向けた日医の対応について

（要旨）平成 16 年 4 月にスタートした新卒後臨床研修制度は、5 年後の見直し規定があり、現在見直しに向けた議論が始まっているが、病院による研修医の処遇の格差、労働時間の問題、指導医の負担の問題、地域医療研修に手を挙げる開業医が少ない等の問題が顕在化している。日医ではどのような点について見直しを求めていく予定であるかご教示いただきたい。

福井生涯教育推進委員長：昨年 12 月から厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会で 5 年後の見直しを見据えた検討を始めているが、2 回のヒアリングで臨床研修制度に対するさまざまな反対意見、賛成意見を聴取され、それらを検討のうえ、本年の末頃までに厚生労働省としての見直し案を公表するとのことである。今年 2 月に行われた第 1 回のヒアリングで私が申し上げたのは、2 年次の臨床研修が終わった時点での臨床能力について、旧制度と同じ調査票を使って比較検討した結果によれば、ほとんどすべての臨床能力について「自信を持ってできるようになった」と答えている研修医の割合が非常に高くなっている。しかも、旧制度では大学病院の研修医に比べて研修病院での臨床能力の方が高かったのが、新制度ではその差がほとんどなくなっている。88 の疾患などについてどれくらいの症例を経験したかについても比較したところ、すべてについて新しい制度の研修医の方が経験症例数が有意に増えている。診断書など診療に係る文書の作成数も有意に高い。このように幅広い臨床能力を身につけるという目的については、新制度が効果的であるといえる。ただ、それ以外のさまざまなファクターがあるので、良い面、悪い面の両面を全部考慮した上で検討されると考えている。

飯沼常任理事：先ほども申し上げたように、卒業生 8,000 人に対して 12,000 人の受け皿があることが地域偏在を生んでいるので、マッチングに地域枠を設けるなどの対策を医道審議会 医師分科会医師臨床研修部会で申し上げたが、この意見は部会の中で私一人であった。

佐賀県：臨床能力はあるがリサーチマインドが欠けているとの指摘もあるので、その解決にも尽力いただきたい。

宮城県：福井先生が述べられた調査については私も見させていただいたが、この制度自体はたしかに有益だと思うが、逆の見方をすれば、わざわざ莫大な予算を使い作った制度であり、臨床能力が上がったという結果が出なければまったく無駄だったということになるので、当然と言えば当然であり、そのことだけを見ていると、この研修制度の功罪を見誤るのではないかと考えている。この研修制度が始まってから、地域の偏在、科の偏在が如実になるなど、さまざまな問題がある。5 年後の見直しの際に、これらの問題がクリアできるように見直しをしていただきたいが、現在の制度に対しては厚労省あるいは大学が主導的な立場をとっており、医師会が関与する余地が少ないのではないか。東北地方では新医師臨床研修制度を効率的に行うための懇談会を作っており、私は東北医師会連合の代表としてこの懇談会に参加しているが、他の委員は大学と大病院の院長で医師会の入る余地が少ない。日医としてもぜひ医師会の立場から地域偏在、科の偏在を考えた上で研修制度の見直しを行っていただきたい。

福井委員長：地域偏在、科の偏在については後期研修の問題、つまり各学会の専門医の枠をどうするかという問題と関連していると思っている。各学会がまったく人数の制限なしに専門医のトレーニングを引き受けているわけであり、専門医の数をどれくらいにすれば適切なのかを考えて各専門学会がトレーニングコースを設けるといったことが対策として考えられるが、なかなかそこまで議論が進んでいかない。

宮城県：福井先生は偏在の問題は後期研修の問題と言われたが、これは前期研修の問題である。後期研修になったときにはすでに科の選択は決まっている。

福井委員長：人数の制限なく専門医に入るというシステムそのものがこういった状況を引き起こしているのであり、専門医の必要度を考えてその数を決める必要がある。

栃木県：マッチング制度が地域偏在を生んでいると思われるので、飯沼先生の言われるように地域枠を設けるべきではないか。科の偏在の問題については、研修終了時の精神的にも疲弊している時期に科を選択するため、楽な科を選びがちであるということがいえるのではないか。

〔東京都〕臨床研修協力施設の医療事故訴訟について

（要旨）臨床研修協力施設である診療所が、研修医の起こした医療事故をもとに訴訟対象となった場合の対応について。

飯沼常任理事：診療所が訴訟の対象となった場合については日医医師賠償責任保険の対象にはならない。

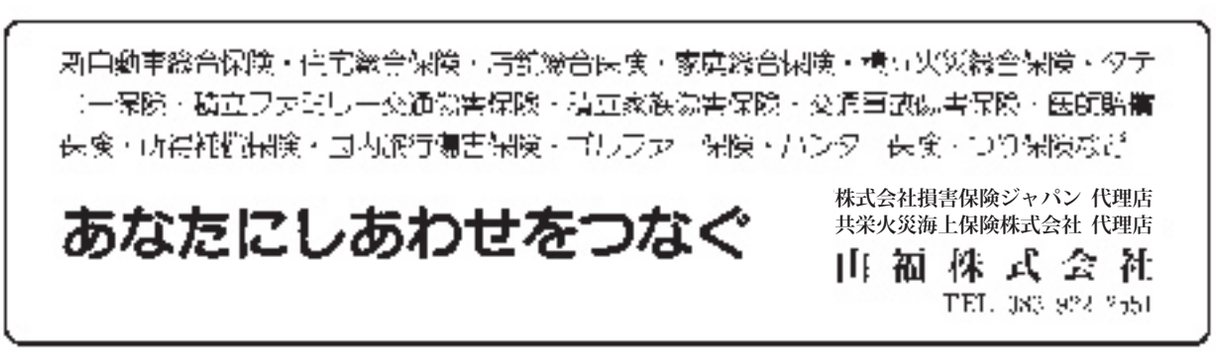
〔その他〕

愛知県：大学医師会の申告率が極めて悪いので申告率の向上に苦慮している。大学医師会の申告率集計は別建てにしてもらえないか。

東京都：大学の先生は勉強していないのではなく申告をしないだけであるので、大学医師会が取り纏めをすれば申告率はいっきに上昇する。例えば、昨年結成された全国の大学医師会連絡協議会において議論を進めていくなどしてはどうか。

閉会挨拶

岩砂副会長　本日は非常ご熱心な討論をいただいたが、本日出されたさまざまな問題に対して、日医が今後どう関与できるか、われわれもがんばるので先生方のご協力を賜りたい。



平成 18 年度
郡市医師会生涯教育担当理事協議会

と　き　平成 19 年 3 月 22 日（木）15：00 ～ 17：00
ところ　山口県医師会館　6 階第 1 会議室

［報告：理事　田中　豊秋］

挨拶

三浦副会長　日本医師会の生涯教育制度は昭和 62 年の発足以来、この 3 月をもって 20 年を迎えます。すべての医師は生涯に亘って自ら研鑽を積んでいくことは当然の責務でありますが、昨今の医療不信や医師不信は、その研鑽を積んでいる姿が必ずしも国民に見えていないことが要因の一つと言えます。日医の生涯教育制度による申告率は必ずしも社会的評価の指標となっておらず、今後、この申告による生涯教育の評価のあり方などを再検討しなくてはならないと考えます。

のちほど報告が行われますが、先般開催された都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会においても日医が現在、この生涯教育制度について、現行のカリキュラムの見直し等、制度改正に向けての検討を行っているとの説明があったと聞いております。

もう一つ注目すべきことは、日医によるかかりつけ医の認定を行う制度についての検討を始めたとのことです。これは、総合的な臨床能力を持った医師の育成を行い、国民の医療不信を払拭するとともに、さらには、国が医師免許証更新制を迫ってきたときに、日医がしっかりとした認定医制度を持つことで、それに応えられることを視野に入れてのことでもあります。

そのほか、現在の新医師臨床研修制度については、平成 16 年度のスタートから一定の成果を上げている一方で、医師の地域偏在、あるいは科による偏在といった問題も浮き彫りにされており、スタートから 5 年目に行われる見直しに向けて、厚生労働省が検討作業を開始したところです。このように、さまざまな問題に対して、医師会としてどう関わっていくか大きな課題であり、県医師会の生涯教育事業の方向性の検討が必要となってきた時期であるとも言えます。

本日は次第に沿った協議に加え、郡市医師会生涯教育担当理事の先生方の忌憚のないご意見を伺い、県医師会生涯教育事業の諸問題解決のための参考にさせていただきたいと考えております。

報告・協議事項

1　都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会報告

田中（豊）理事報告（本号 477 頁～ 483 頁掲載「平成 18 年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会」参照。）

なお、平成 17 年度日医生涯教育制度申告の集計結果については、山口県医師会の申告率は 70.8% で平成 16 年度 (72.9%) より減少した。ただ、体験型学習に関する取得単位は一人平均 10 単位と、全国平均の 9 単位を若干ではあるが上回っており、今後も体験型の研修を多く取り入れていきたい。

また、平成 18 年度の申告について担当理事の先生方にお願いした。

以上の説明を受けて以下のとおり質疑応答が行われた。

○臨床研修について

郡市：（東京都医師会の活動事例報告の中で）保健所での臨床研修が多いとのことであるが、どのような研修を行っているのか。

田中豊理事：地域保健・医療研修における施設見学（訪問看護ステーション、老健施設など）が多いようである。また、認定審査会に連れて行かれたというものもある。実際に診療所等であるいは在宅で患者さんを診てということはあまりないようである。逆に、診療所での研修では、往診についていくということであったようである。

郡市：研修内容に対する満足度は？

田中豊理事：満足しない点として「見学が多すぎる」「実際の現場が見られていない」「雑用が多い」というものがあった。

○日医認定かかりつけ医制度について

郡市：朝日新聞（平成19年3月3日）によると、厚生労働省は来年を目途に創設を検討しているとのことであるが、日医の飯沼試案がいま出ているということで、ずれがあるように思う。また、厚生労働省の案では、かかりつけ医の条件として4つ挙げられているが、これらの条件をそろえるのは相当難しいと思うが、そのあたりは如何か。さらに、現在の各学会の専門医は自動的に日医の認定医になるのか、それともやはり3年間の教育が必要なのか。

県医：そのあたりはまだはっきりしていない。日医の説明では専門医であれば日医の認定医に移れるようなニュアンスではあったが、各学会で専門医の認定基準が異なっているので、第三者機構での評価ということも言っており、今の専門医や認定医がそのまま日医の認定医として認められるのではないようである。当日出席の日医副会長は、内科の病気であればこの内科のかかりつけ医、耳鼻科の病気であればこの耳鼻科のかかりつけ医、という表現をされたが、そうすると今の制度となんら変わりがないので、日医の執行部の中でもはっきり整理されていないのかもしれない。ただ、日医の認定医はイギリス式のホームドクターではないということは強調している。厚労省がこういう案を出してきたということで、かかりつけ医というものがどういうものかはっきりしなくなってきているという状況にあると思う。

出席者

郡市担当理事

大島郡	吉岡　嘉明
玖珂郡	山下　秀治
熊毛郡	志熊　　粛
吉　南	清水　良一
美祢郡	東　　光生
豊浦郡	重本　　歴
下関市	坂井　尚二
宇部市	矢野　忠生
山口市	中村　　洋
萩　市	都志見睦生
徳　山	小川　　宏
防　府	松﨑　圭祐
岩国市	松原　　堅
小野田市	加藤　智栄
長門市	川上　俊文
美祢市	野間　史仁
山口大学	坂部　武史

県医師会

副会長	三浦　　修
専務理事	杉山　知行
理　事	田中　豊秋

郡市：かかりつけ医制度はこちらの医師会でも問題になったが、日医は厚労省の考え方が十分理解できないまま受け入れる方向で動いているような気がする。日医は受け入れる方向で進んでいるのか。

田中豊理事：かかりつけ医というのはもともと日医が言い出したことであり、日医が言っているかかりつけ医と、厚労省が言っているそれとは中身が違うが、それが混在して伝わっているというのが現在の状況であり、そのため日医は名称を「総合診療（臨床）医」にしようということのようだ。

郡市：日医のそういった考え方は厚労省に伝わるのか。

田中豊理事：難しいと思う。

杉山専務理事：日医は人頭払い制度に反対しているが、見通しがわかりにくいところもあり、今後の動きを注視していく必要がある。

郡市：いろいろな新しい制度が伝わってくるが、末端の会員には日医がどう動いているのかよく分からない。日医を飛び越えて厚労省から直接話が伝わっているような感じを受ける。かかりつけ医の問題も、日医が言い出したにせよ厚労省にいいようにまとめられているような気がするので、日医は厚労省の案にはっきり反対という姿勢を打ち出してストップをかけることが必要だと思う。

以上の他に、日医生涯教育制度申告に関連して、郡市担当理事から申告に関する質問があり、これに関連して各郡市医師会における集計や申告の状況についてご説明いただいた。

多くの郡市で、会員に申告の意思確認を行った上で、主な研修会の単位については事務局が入力し申告を行っている。

申告率の伸び悩みについては、市部の郡市医師会からは「自己学習等については申告していただくようお願いしているが、それが出ていないのが申告率が低い原因かと思う」「開業医の先生については問題ないが、勤務医の先生方の申告がネックになっているかと思う。市内の 4 基幹病院には担当理事がいるので、担当理事の先生から申告をしていただくようお願いしているが、他の先生方にはそれができないので、今後の検討課題である」「勤務医については研修会の出席率もよくない。病院に案内しても各医局に伝わっていないようだ。そのあたりのアナウンスをしていきたい」「申告自体に無関心なドクターが多いのではないか。医師会でも研修会を年 6 回程度行っているが、その出席率も低い。いくらアナウンスしても無視される。研修会に出られる方はだいたい決まっている。無関心な方への啓蒙が必要かと思う」といった意見が出された。郡部の医師会からは「会員が 35 ～ 36 名とこじんまりとしているので、研修会の案内は十分に行き渡っている。月に 2 ～ 3 回程度勉強会を行うが、60 ～ 70% の出席率である」との意見であった。

2　平成 19 年度山口県医師会生涯教育事業計画について

三浦副会長説明。

(1) 生涯研修セミナー

平成 19 年度は下記の日程により開催の予定

5 月 13 日、7 月 8 日（エイズ対策研修会）、
9 月 9 日、
11 月 11 日（山口県医師会創立 120 周年記念事業）、2 月 17 日

このうち、11 月開催のセミナーは例年山口市以外で開催しているが、19 年度は山口県医師会創立 120 周年記念事業の中で行うこととしているので、今年度は山口市以外での開催は行わない。

なお、参加者数の伸び悩み、参加者の固定化の傾向は依然として続いている。さらに勤務医や若い先生方の多数の参加についても方策を考えたい。

(2) 山口県医学会総会

平成 19 年度は岩国市医師会のお引受けにより 6 月 10 日（日）シンフォニア岩国で開催される。この席上で岩国市の松原先生に開催のご挨拶をいただいた。

平成 20 年度の医学会開催の引受については吉南医師会に決定。

(3) 指導医のための教育ワークショップ

今年度第 4 回のワークショップを開催予定。

日程については 9 月 22 ～ 23 日の予定。

(4) 体験学習

山口大学医学部・医師会にお取り計らいの上、毎年 2 つの教室にお引き受けいただき開催している。18 年度は小児科、整形外科のご担当によりそれぞれ 40 名前後の受講者があった。　山口大学医師会に今後の継続開催をお願いし、これについて山口大学医師会の坂部先生より、通常は順番により教室の担当を決めているが、テーマのご希望があればそれに沿うよう検討するのでお知らせいただきたいとのことであった。

(5) 日医生涯教育協力講座セミナー

今年度は 5 回開催したが、日医によれば来年度も継続の予定とのことである。

3　生涯教育研修事業の活性化について

三浦副会長より協議題を挙げた理由として以下のとおり説明があった。

近年、研修会等の出席者数が頭打ちであることや、特に今後の課題として勤務医の先生方をどう取り込んでいくか、あるいは研修医の先生方が参加するような方策を考えてもいいのではないか、ということから挙げたものである。

先日山口大学で、卒後臨床研修を修了した時点での認定を行う会があったが、その中で、大学や大きな病院でなかなか研修できないような内容については、県医師会の生涯研修セミナーを受講することで臨床研修の単位として認めてはどうかとの意見があった。これは、例えば、去る 2 月 18 日の生涯研修セミナーで「大規模災害時の医療」と題してシンポジウムを行ったが、臨床研修の中に「特定の医療現場における経験」というものがあり、その中に「大規模災害時の救急医療体制を理解し自己の役割を把握できる」という項目があるので、こういったシンポジウムに参加していただき、レポートの提出などで単位として認めていただくという方法が考えられる。

また、勤務医の参加の問題については、勤務医部会が、平成 18 年から部会長に就任された沖田先生が積極的にいろいろな取り組みをはじめようと考えておられ、その一つとして「勤務医ニュース」の発行などがあるが、そういった活動を生涯研修セミナーの中で取り込んでいければと考えている。そういった意味で先生方のご意見を伺いたい。

以上の説明に引き続き、まず大学の研修医の先生の県医師会生涯研修セミナーへの参加は可能か伺ったところ、「セミナーへの参加ということと直結しないかもしれないが、2 年修了時の評価を誰が最終的に行うのかが曖昧である。三浦先生がさきほど言われた災害時の医療などについては誰も評価できないので、そのあたりが最終評価のネックかと考えている。具体的に医師会との連携で評価をもっと厳密にするためには、例えば研修医は受講した研修のレポートをきちんと書くなど、そのあたりを少し詰めていく必要があるのではないかと思う」とのことであった。

これに対して郡市医師会からは、「自分のところの病院で臨床研修を担当しているが、大規模災害時の医療に関するチェックというのは確かにできない。しかし、先日大学で行われた研修修了認定の際に、これに対する単位認定をどう行うのか聞いてみたところ、やはり大学でも困っていたし、先ほど言われたように県医師会の行う研修を利用してはどうかという意見が出された。私のところの病院について言えば、時間を決めてもらえば参加させる方向にしてもよいと思っている。評価の方法としては、レポートの提出ということも考ええられるが、厳密な意味でのレポートの提出を要求している項目もあるが、こういうものについては参加するだけでいいのではないかと思っている」との意見があった。なお、研修会の情報がなかなか伝わらない、との意見も併せてあったので、会報等を通じて情報提供に努めたいとの回答があった。

続いて、勤務医の先生方へのアプローチについて伺ったところ、「予算的な問題があると思うが、トリアージ機能を持った臨床医を作るための方策として専門医更新のために出席が必須の学会への出張旅費を県医師会が負担するという方策は」と

の意見があった。

勤務医の研修会への参加が少ない点については、このほか「勤務医の参加が少ないのは、学会の方で研修を受けているため。勤務医を医師会活動に参加させるために私がやっているのは、各病院の科の持ち回りで演題を出してもらい年1回会員研修会を行い、研修医にも参加してもらっている。また、最近研修医の会費が安くなったが、その点についてもっと宣伝されると良いと思う」との指摘があった。

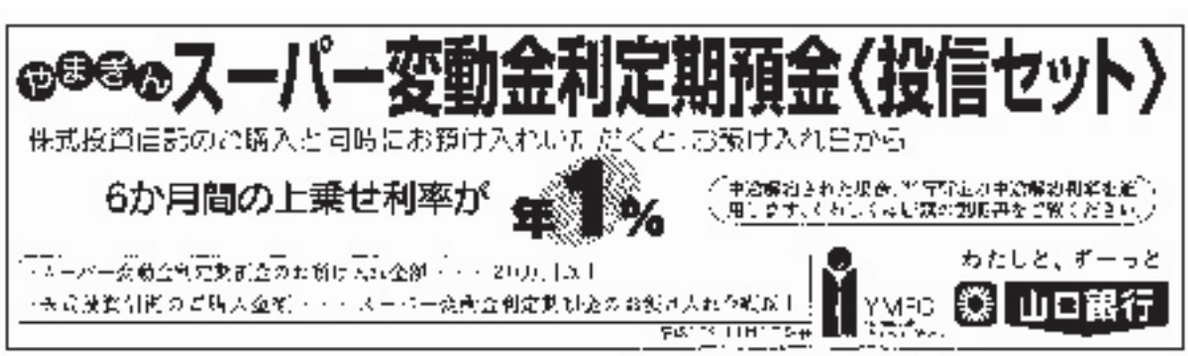
このほか、「勤務医に限らず、研修会に出席されない先生方についての問題がこれまで解決されていない。いくら機会を提供しても出席しない人は出席しない。県医師会ではそういった先生方への対策をどのように考えておられるか。すべての研修に参加されない一部の開業医の先生に医事紛争の問題が起こったときに、それが医師会全体の問題と見られてしまう。自浄作用ということが働いてこないといけないと思う」との意見があった。これに対して「そういった先生は、他の医師会活動にも参加しておられないので、むしろ地域の中でネットワークを生かして少しずつ取り組んでいただくのがよいのではないか」との回答があった。さらに、「各科のこれだけは知ってほしいというテーマを掲載した雑誌を配布してほしい」との要望もあった。

日医認定のかかりつけ医については「厚生労働省から診療報酬で導かれると医者は弱い。いまでは各科の専門医を取っていればといいいうことがあったが、日医の総合診療医の構想をうまく利用して、各科の認定のあり方を見直すいい機会ではないか。厚生労働省とのスタンスの違いをはっきりさせれば、日医の組織力アップにも繋がると思う」「勤務医の立場としては、日医の意向を厚生労働省の中で反映させていい案を作ってほしい。勤務医は労働条件が大変で、日本の救急体制はしっかりしていないため救急患者は日常診療で診ないといけないし、宿直であるが実際には勤務をしているという実態があるので、そのような方向でいい案をつくっていただけるとありがたい」との意見があった。

閉会挨拶

杉山専務理事　単に日医生涯教育制度の申告率や、研修会への出席率を上げるということにとどまらず、昨今の厳しい状況を反映して、いろいろ貴重なご意見をいただいた。ある意味、勤務医と開業医の一致できる点が多くなって、地域でも協力が進んでいる。

また、かかりつけ医制度が人頭払い制度に結びつくのではないかという危惧でご意見をいただいたが、総合医を認定するというのは目指すひとつの方向であり、そのためには申告率の向上も地道な努力である。本日は貴重なご意見をいただきありがとうございました。



平成18年度
郡市医師会医事紛争担当理事協議会
郡市医師会診療情報担当理事協議会

と　き　平成19年3月15日（木）15：00～17：00
ところ　山口県医師会館6階会議室

［報告：理事　正木　康史］

会長挨拶

年度末のお忙しい中、本日はお集まりいただきましてありがとうございます。また、平素より、医事紛争ならびに診療情報につきまして、いろいろとご協力・ご理解を賜っておりますことに対しまして厚く御礼申し上げます。

近年、医療事故の顕在化による国民･患者の医療不信を背景に医療訴訟が増加しております。最高裁が毎年公表しております新受件数に注目しているところでありますが、昨年5月発表の平成17年新受件数が999件と、前年までの増加傾向から減少に転じたことが明らかになっております。ちなみに、平成16年は1110件で、111件の減少､ちょうど1割の減ということになります。平成8年は575件で平成16年まで漸増しておりましたけれども､単に一服という可能性が高く、今後の動向が気になるところであります。

また、既済が増加し、平均審理機関も26.8月と着実に減少し、全体的にスピーディーになってきております。診療科目別では内科、外科、産婦人科の順で多いわけですが、外科の増加傾向が続いていると発表されております。

山口県医師会相談窓口受付件数も、18年度は44件と前年度の57件より減少しております。そのうち、医療ミスまたは医療事故とするものは1～2件程度であります。

出席者

郡市担当理事

大島郡	山中　達彦	萩市	八木田真光
玖珂郡	福田　瑞穂	徳山	松崎　博之
熊毛郡	向井　康祐	防府	水津　信之
吉　南	山根　　仁	下松	宮本　正樹
厚狭郡	久保　宏史	岩国市	山田　輝城
美祢郡	中邑　義継	小野田市	瀬戸　信夫
豊浦郡	木本　和之	光市	道上　文和
下関市	林　　弘人	柳井	前濱　修爾
宇部市	永井　理博	長門市	斉藤　　弘
山口市	鈴木　　俊	美祢市	中元　克己
		山口大学	芳原　達也

県医師会

会　長	藤原　　淳
副会長	三浦　　修
専務理事	杉山　知行
常任理事	吉本　正博
理　事	正木　康史
理　事	小田　悦郎

かねてより、マスコミの取り上げ方一つで、医療事故問題が波紋のように拡大してしまうことも事実であります。そういう状況を鑑み、県医師会としては、マスコミとの日常の連携が重要であるということで、今年度は 2 回に亘りマスコミとの懇談会を開催いたしました。また、担当理事を介して、平常からマスコミと連携を取り合うといった取り組みをするなど、コミュニケーション作りに腐心しています。即効性は望めないかもしれませんが、小さい芽が大きく膨らむことを期待しております。

医療事故は過重労働など医療費抑制の影響が大きく関わっていますが、とはいえ、全てそれに帰結しうる問題でもありません。防ぎうる単純ミスや緊張感の欠如、心のたるみが原因となっているものもあります。また、訴訟にいたるまでには医師や看護師など医療関係者の言葉や態度が大きく関与していることも多いわけであり、改めて、問題となっているケースを検証することも必要であると考えております。

本日は、多くの報告、協議事項がございますが、活発な会議になることを期待しておりますので、よろしくお願い申し上げます。

報告・協議

1．都道府県医師会個人情報保護担当理事連絡協議会の報告

個人情報の第三者への提供について、患者本人の同意を必要としない例外事例などについて報告した。詳細については、本会報の平成 18 年 9 月号（No,1753）にて報告しているので参照のこと。

2．都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の報告

詳細については本会報の 3 月号（No,1759）にて報告しているので参照のこと。

3．平成 18 年度受付の事故報告と事故の未然防止

昨年度開催の本会議以降（H18.3.1 ～ H19.2.28）受付けた 34 例（未然報告を含む）について問題点、責任の有無、交渉経過等の報告をした。

診療科目別では、前年度と同じく内科が 9 件ともっとも多く、次いで産婦人科 8 件、整形外科 6 件、外科 5 件、脳神経外科 2 件などとなっており、例年と同じような傾向であるが、産婦人科が倍増した。

また、紛争に至った原因は、①診断ミス、遅れ (10 件) 、②注射、処置等の合併症 (8 件) 、③術中、術後合併症 (6 件) 、④分娩時合併症 (3 件) 、⑤転送義務違反 (2 件) 、その他薬剤誤投薬、薬剤副作用、説明不足、職員とのトラブルなどである。

4．平成 18 年度受付の窓口相談事例

平成 18 年 3 月から平成 19 年 2 月までに県医師会が受付けた窓口相談事例について報告した。件数は 44 件で昨年度より減少しているが、相変わらず苦情が多く、中でも医療機関従事者の接遇（特に医師 15 件）に関する事例が多く、注意が必要である。

（右表参照）

5．消化管内視鏡検査の説明書および同意書

検査といえども、患者さんへ何らかの侵襲を加える場合には、その説明および同意書が必要であるとの指摘を顧問弁護士より受けている。郡市医師会より県医師会へ消化管内視鏡検査の同意書の雛形の作成依頼があり、今回、上部消化管内視鏡検査および大腸内視鏡検査の説明書および同意書の雛形を作成したので、参考にしていただきたい。

説明書および同意書（上部消化管内視鏡検査）
説明書および同意書（大腸内視鏡検査）

・・・492 ～ 493 ページ参照

山口県医師会相談窓口受付事例について

件数

	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度	平成 18 年度
相　談	5	2	１７	7	１４	5
苦　情	9	5	２４	１４	６０	３９
その他	0	0	4	0	0	0
合 計	１４	7	４５	２１	(重複) ５７	４４

① 平成 14 年度までは匿名電話については記録していない。
② 推進委員会で相談傾向を把握するために匿名相談も記録することとした。
③ 平成 16 年度から県に同様相談窓口が設置された。

平　成　18　年　度

1．相談 (問い合わせを含む)	5件
①健康や病気に関すること	0
②医療機関の紹介、案内	2
③薬 (品) に関すること	1
④そ　の　他	2
2．苦情 (提言を含む)	３９件
①医療行為、医療内容	5
②医療事故、医療過誤と相談者が主張しているもの	1
③医療機関従事者の接遇	(23)
ア　医　師	１５
イ　その他職種 (医療機関の対応を含む)	8
④医療機関の施設	0
⑤カルテ開示	1
⑥医療費関係	6
⑦セカンドオピニオン	0
⑧そ　の　他	3

説明書および同意書（上部消化管内視鏡検査）

〈検査内容〉
　上部消化管（食道・胃・十二指腸）を内視鏡を使って検査します。咽頭麻酔後、内視鏡を使用し、食道･胃･十二指腸を観察し、病変のチェックをします。
〈方法〉
　まず、胃の中を見やすくするシロップを飲んでから、のどをゼリー状の麻酔薬で麻酔します。内視鏡を口から挿入し、上部消化管をまんべんなく観察します。内視鏡検査中に、必要なときは鉗子で約２ｍｍの組織を採り、顕微鏡検査で良性か悪性かを判断します（生検といいます）。
〈検査後の注意事項〉
　検査後１時間以上経って、のどのしびれがとれたら水分や軽食を取っても構いません。組織検査を受けられた方は、当日飲酒や刺激物、喫煙はご遠慮ください。
〈危険性〉
　のどの麻酔薬によるショック、内視鏡操作によって起こる出血や穿孔などが主な偶発症ですが、日本消化器内視鏡学会が調査した偶発症の最近の頻度は0.007%（1万4千人に1人）、死亡率は0.00045%（22万人に1人）でした。万一、偶発症が発生したときには最善の処置をいたしますが、外科的処置（手術）を行う場合もあります。

平成____年____月____日　　診療科_____科　　説明医師_____

説明場所_____　同席者_____
上部消化管内視鏡検査をするにあたって、以下の薬を使用します。
□　パドリン（消化管運動を抑える薬）
　　前立腺肥大、緑内障、心臓病のある方には使用しません。
□　グルカゴン（消化管運動を抑える薬）
□　キシロカイン（喉の表面の局所麻酔薬）

同意書

_____院長　殿
　私は、上部消化管内視鏡検査について、医師より説明を受け、検査の目的、必要性、方法、危険性について十分理解しましたので、その実施について同意いたします。又、検査中に緊急または予測外の処置をする必要性が生じた場合に、適宜処置される事についても同意いたします。
平成____年____月____日　　患　者（署名）_____

同意者（署名）_____
（患者との続柄：　　）

説明書および同意書（大腸内視鏡検査）

〈検査内容〉
大腸（結腸と直腸）と小腸の一部（小腸の終わりの部分約10㎝まで）を観察するために肛門から内視鏡を挿入し、これらの部分に発生したポリープ、炎症、癌などを診断します。ポリープや癌がある場合、組織検査のため組織の一部を採ったり（生検といいます）、周囲の正常粘膜を含めた病変を内視鏡的に切除することがあります。
〈前処置〉
大腸の内視鏡検査を行うには、大腸の中を空にしなければなりません。検査の予約をしたら下剤等を説明されたとおりに服用してください。また、検査前日の夕食も処方されます。
〈方法〉
まず、検査時の痛みをやわらげるためのゼリー状の麻酔薬で肛門を麻酔します。内視鏡を肛門から挿入し、大腸をまんべんなく観察します。鎮静薬、鎮痛薬や腸の緊張をとるための薬（抗コリン剤）を注射することがあります。おなかの力を入れずに楽にしていてください。検査時間は患者さんにより多少違いますが約20～40分前後です。
〈危険性〉
ごくまれに内視鏡の挿入操作の際に大腸に穴が開いたり（大腸穿孔）、出血を起こすことがあります。万一、大腸穿孔が発生した場合、入院や緊急の処置・手術が必要になることがあります。大腸穿孔の頻度は全国集計で0.06%（1500人に1人）でした。

平成____年____月____日　　診療科_____科　　説明医師_____

説明場所_____　同席者_____

同意書

_____院長　殿
私は、大腸内視鏡検査について、医師より説明を受け、検査の目的、必要性、方法、危険性について十分理解しましたので、その実施について同意いたします。又、検査中に緊急または予測外の処置をする必要性が生じた場合に、適宜処置される事についても同意いたします。

平成____年____月____日　　患　者（署名）_____

同意者（署名）_____
（患者との続柄：　　）

平成 18 年度　臨床研修に関する懇談会

と　き　平成 19 年 3 月 7 日（水）19：00 ～ 20：00
ところ　山口大学医学部第 2 講義室

[報告 : 常任理事　湧田　幸雄]

今年度で 2 回目となる山口大学医学部 5 年生と附属病院の研修医を対象とした卒後臨床研修に関する懇談会が去る 3 月 7 日に山口大学医学部内の第 2 講義室で開催された。今年は、学生 85 名と研修医 20 名が参加し、山口大学医学部からは前川医学部長、松﨑附属病院長、福本卒後臨床研修センター長、山口県から健康福祉部医務保険課恵上企画監の出席をいただき、勤務医部会から沖田部会長、小田副部会長、山口県医師会からは藤原会長以下 8 名の役員が出席した。

まず、藤原会長、沖田勤務医部会長、前川医学部長、松﨑山大病院長からご挨拶をいただき、三浦副会長が新医師臨床研修制度に対する山口県医師会の取り組みについて説明し、意見交換に入った。

学生からは、女性医師の就職支援はどうなのか。医師不足があり僻地医療をやりたいが専門科に入局すると難しくなる。親元に帰ろうと思うがどうか。研修終了後は大学に帰るか、病院へ残る方が良いのか。よそで研修して 2 年後に帰ってきた場合はどうか、等の質問が出された。

山大松﨑病院長は、医師免許の重みを感じて欲しい。卒後は中古車で行くようなもの、われわれ教官は後ろからサーチライトで照らしナビをして自動車教習を教えているようなものだから、後期研修が終わるまでの 10 年間はわれわれを利用して成長して欲しい。学生の時から習った師弟関係は大事だ。2 年後には帰りにくい場合もある。病床数も中四国では岡山大学に次いで 2 番目だし、都会に出て行く必要はない。一般の医療は 2 階屋を建てるとすると、専門医はビルを建てることが出来るようになる。山大に残って研修することがベストであると力説された。

前川学部長からは、県や厚労省とパイプがあり、地域医療をリード出来る。県内で研修し、大学に帰ってレベルアップを計り、また病院へ出るの

が良いと思う。実力を付けて国外へも留学してもらう。義務で僻地医療をやっている自治医大の先生もお礼奉公が終わると辞めてしまっている。また福本教授は、研修２年の後３年間色々な病院を回り僻地も３か月経験するプログラムがある。専門医指向が強くなっても幅広く見るマインドは必要だ。山大でも幅広い研修と専門医の研修が両方出来ることを説明された。

藤原会長は、自分の体験から消化器内科が専門で勤務医も経験したが、開業当時は小児科や小外科も行い総合的な診療をしていた。今は住民の理解が難しく出来ない。また、大学で研究することも大事ではないか、研究が楽しくなる人もいる。女医問題については女性医師共同参画推進部会を立ち上げることを説明し、県医師会としては県内で卒後研修を行い山大の医局で専門性を身につけ、県内の病院で働いてもらいたいと話された。

沖田勤務医部会長・小田副部会長は、後期研修はぜひ大学に帰って、大学を拠点にして関連病院で専門医のトレーニングをすることが良いと強調された。恵上氏は、麻酔科・小児科・産科などに予算を計上し、県行政の立場で勤務医不足の問題に取り組んでいることを説明された。

最後に木下副会長が、医学・医療・医道の関連と似て非なる点について話され、多くの医師が山口県内で勤務してくれるようお願いして閉会した。

学生からの質問

平成 18 年度　第 2 回
小児救急医療対策協議会

と　き　平成 19 年 3 月 1 日（木）
ところ　山口県医師会館

［報告：常任理事　弘山　直滋］

藤原会長挨拶

平素より、小児医療、小児救急医療につきましてご尽力いただき感謝申し上げます。

現在、わが国の小児医療は、産科医療とともに、極めて危機的状況にあり、山口県もまさにその渦中にあるといえる。

昨年 5 月に勃発した柳井医療圏の基幹病院への大学からの小児科医派遣打ち切りの件については、柳井医師会及び周東総合病院から山口県医師会に話しがあり、それに呼応して大学、県行政など各関係団体に声掛けし、協議会を開いたりした。しかし、全く目途がつかない状況の中、最後には、県知事に対して直接要請するなど、山口県医師会もその対応に追われたわけであるが、この件は関係者の懸命な努力により、何とか当座の目鼻はついた。しかし、他の医療圏でも同様の問題が発生しており、この問題は個々のもぐら叩き的対応では解決にならない状況と理解している。

こうした医師不足問題が顕在化するきっかけとなったのが、2004 年にスタートした新医師臨床研修制度である。これまで地域でコーディネータ的役割を果たしてきた大学に、研修医が集まらなくなったことに起因すると考えられる。つまり、コーディネータ役不在による小児科医の偏在、また、小児科医の不足とそれに関連した小児科医の疲弊、病院小児科支援体制の未整備などが挙げられるが、更に、小児科医療の不採算性、女性小児科医の増加、国民の専門医志向など幾多の複合的要因が絡んでいる。

しかし、やはり、根源的理由はこれまでの関係協議会で繰り返し言っているように、国の医療費抑制策にある。

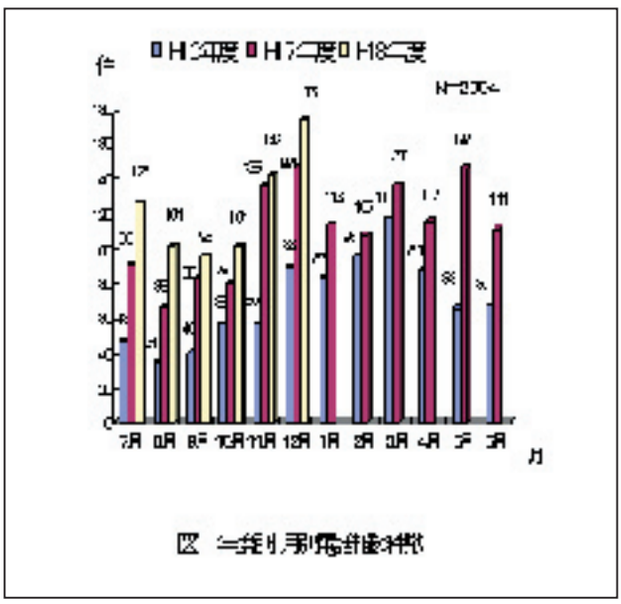
この問題の解決のためには医療費財源の投入、新医師臨床制度の見直しなどの抜本的、根本的対策が必要であるが、ともかく、我々医療関係者としては傍観するのではなく、地域で出来ることについて、努力していかなければならない。現在、医師会として（県、郡市があい連携して）、病院小児科の地域での支援体制作りや女性が多い小児科医師の職場復帰問題あるいは小児救急医療電話相談等取り組んでいるが、更にいろんな知恵を多角的に出し合って、よりよい地域医療提供体制構築が必要と考えている。

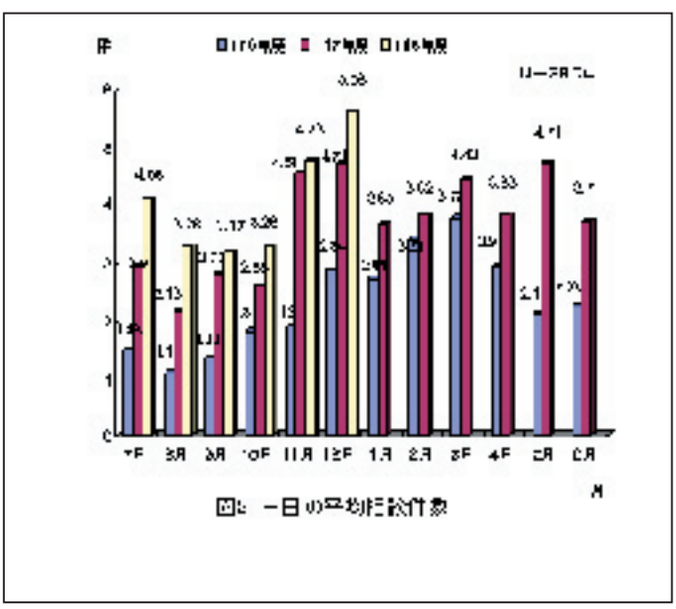
本日の会議が有益な協議になるよう、積極的かつ忌憚のないご意見を頂戴したい、よろしくお願いする。

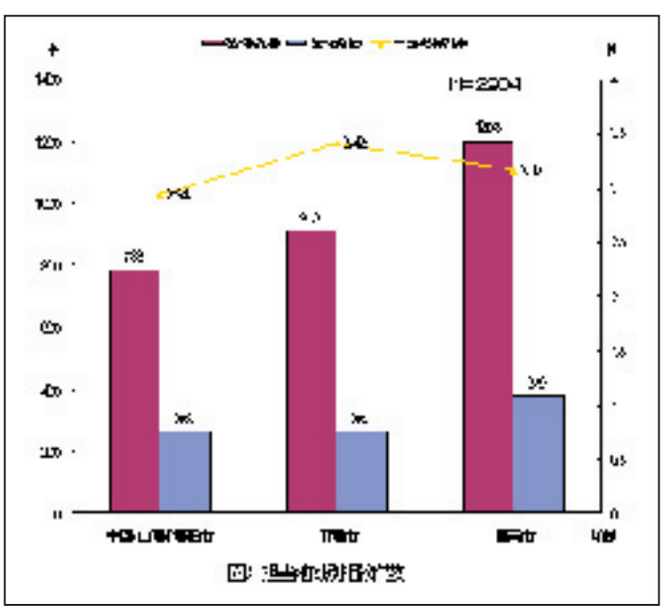
1．山口県小児救急医療電話相談事業の報告について

山口県小児科医会理事　冨田　茂

平成 16 年 7 月 1 日から開始された山口県小児救急医療電話相談について平成 18 年 12 月までの 2 年半の経過について報告をする。電話相談開始の平成 16 年度には月別にみて相談件数が 100 件を超えることは一度もなく、最高の月でも相談件数は平成 17 年 2 月の 95 件であった。しかし、平成 17 年度に入ると 11 月に初めて相談件数は月に 100 件を超え、それ以来、平成 18 年度の 9 月の 90 件を除いて相談件数が月に 100 件を超える傾向が現在まで続いている（図 1）。平成 16 年度から平成 18 年度の 3 ヵ年の経過を比較できる 7 月から 12 月までの一日件数をみ





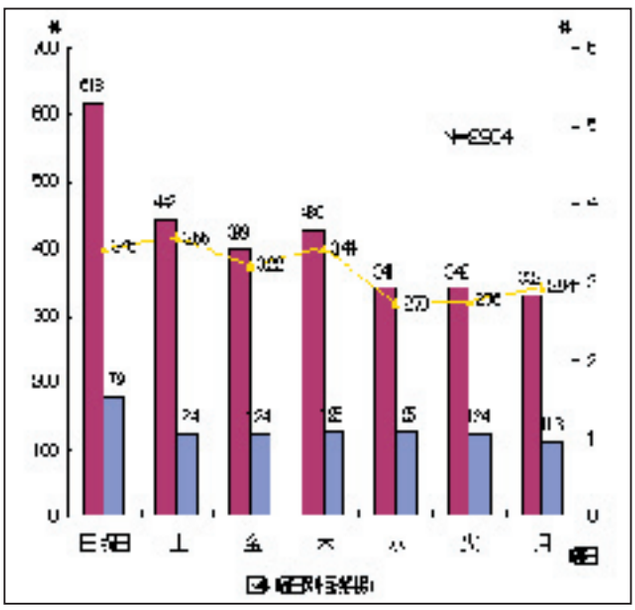


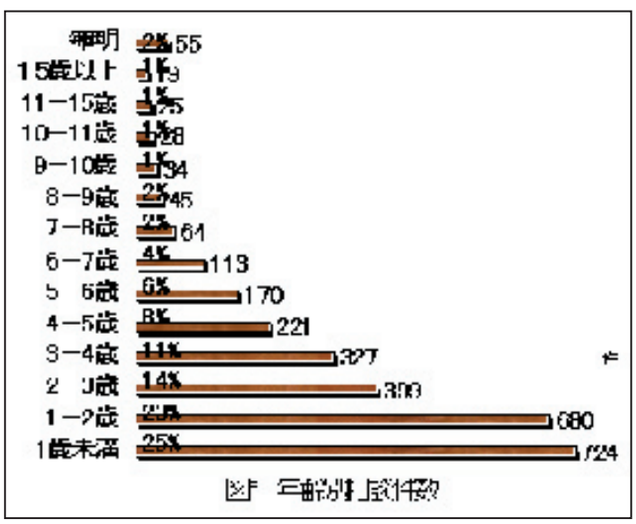
ると平成 18 年度は初年度より 1.8 倍～ 2.74 倍（平均 2.24 倍）平成 17 年度に比べて 1.04 倍～ 1.53 倍（平均 1.26 倍）と件数の伸びは鈍化していることがわかる（図 2）。

山口県では電話相談は曜日別に担当しており周南市は月、金、土曜日、下関市は木、日曜日、宇部市・山陽小野田市は火、水曜日と祝日に当たる月曜日を各々が担当している。地域別の相談件数の推移は図 3 に示した。電話相談総件数からみると、電話相談を担当する日数が最も多い周南市が当然のことながら最も多く 1203 件（41．4％）、次いで下関市の 913 件（31．4％）そして宇部・山陽小野田市の 788 件（27．1％）となっている。しかし、一日当たりの相談件数からみると、下関市が 3．42 件と最も多く次いで周南市の 3．17 件、宇部・山陽小野田市の 2．94 件となり下関市と周南市との順位が入れ替わってくる。これを曜日別にみると土曜日が 3．56 件と最多であり、次いで日・祝日の 3．45 件、木曜日の 3．44 件ついで金曜日の 3.22 件となっている（図 4）。一日当たりの電話相談件数は担当する曜日により左右されることがわかる。前回の調査では木曜日の一日件数が最も多かったが、今回の調査では土曜日の件数の伸びが著しいことがわかる。電話相談が週末に集中する傾向が強くなったとも言える。その他のデーター（相談時間帯、相談所要時間、対象年齢、相談者内訳、地域別相談件数、相談内容等）については前回の報告（平成 16 年 7 月～平成 17 年 12 月）と比べ大きな変動は見られなかった。

図 5 に見られるように年齢別にみると相談件数のほぼ半数の 48％は 0 歳～ 2 歳までの乳幼児であり、さらに 0 歳～ 6 歳までの小学校入学までの乳幼児となると実に全相談件数の 82％を占める。低年齢の子どもほど相談件数が多いことは当然のこととはいえ保護者への啓発活動が大切なことを痛感する。

山口県方式の小児救急医療電話相談では、相談者と直接に電話応対をするのは看護師であり、今後は特に乳幼児の電話相談に的を絞った看護師の研修会を中心におこなっていきたいと考えている。また、小児救急医療電話相談も 3 年目に入り今後の運営の参考とするために電話相談に携わ





る看護師および医師に対するアンケート調査を 3 年間のまとめとして平成 19 年 7 月以降に実施する予定にしている。

砂川：電話相談は基本認識として医療行為ではなく、0.5 次医療というか育児支援という捉え方だ。

松尾：休日・夜間急病診療所に昨年 12 月から土、日曜日の夜間、今年 4 月から木、金、土、日曜日の夜間に小児科医が出務するようになったので、週 1 回程度は電話相談の当番が可能だと思うが、電話相談を担当する看護師の手配ができていない。

県：携帯電話から #8000 を利用すると県外からかけた場合、県境付近では最寄りの中継基地に繋がるため、岩国や下関では希に広島や福岡の相談窓口に繋がることがあるが、その際は「一般の専用ダイヤルにもう一度お掛け直し下さい」で対応している。

鈴木：夜間診療所に看護師が出務するので、その中から電話相談業務へと育ってくれるはずだ。

冨田：19 年度電話相談研修は「中毒」について、7 月頃、研修を予定している。

2．小児夜間救急医療について

ー特に県央部についてー

砂川：今、小児科医不足で救急医療が大変な事態となっている。山口県は、全国的にみても小児科医は不足していない。では、なぜ救急医療が大変かというと、勤務医不足が最大の原因である。医療費抑制政策の下、勤務医は疲労困憊しており、いかに勤務医の働きやすい環境を作っていくかが、我々に課せられた最大の課題である。小児科開業医が増えてきているため、一次救急医療をカバーする体制作りが必要と考えている。

今日は、県央部の小児救急医療をどのように構築していくか、それぞれの立場の者が話し合いを持ち、コンセンサスを得ながら 19 年度に向けていきたい。今日は、勤務医代表として山口日赤病院の門屋先生、県立総合医療センターの杉尾先生に現状と今後の要望を述べて頂きたい。小児科医会会長には、開業医代表としてどのような形で基幹病院を助けることができるか、意見を述べて討論して頂きたい。

門屋：山口医療圏で年間 15,000 人の時間外患者があり、内 13,000 人を日赤病院、小郡第一病院、済生会病院で診ている。日赤病院が 7 ～ 8,000 人、済生会病院が 4,000 人弱、小郡第一病院が 3,000 人弱。1,500 人を夜間急患センター（7 時 ～ 10 時）で、内科系医師が診ている。平成 19 年 4 月から済生会病院の小児科医が非常勤となり、時間外と救急ができなくなる。小郡第一病院は現状を維持する。日赤病院では、2 月下旬に突

然、派遣元の九大医局の事情で、常勤 5 人から 4 人体制となることになり、二次救急に専念することで労働環境を整備する姿勢が打ち出され、4 月 1 日から事実上小児科の一次救急ができなくなった。救急車、紹介患者は今まで通り受け入れる体制である。

松尾：山口市夜間診療所では、小児科診療を近々週 4 日（木､金､土､日曜日）に増やす予定である。旧市内の小児科開業医 7 人と吉南医師会の 1 名、小郡第一病院の二次救急以外の日に手伝ってもらうことで、登録医 11 人体制でスタートする。休日祝日は、年末年始と冬季のみ（インフルエンザ時期の 8 時半～ 17 時半）山口市小児科開業医 6 人が輪番で行う。準夜帯、冬季以外は内科医がみており、内科医の小児救急プライマリケア講習会を始めたばかりで、2 月 26 日に 1 回目を開催し、あと 3 回開催の予定である。

杉尾：県立総合医療センターでは、防府、徳地、秋穂東地区の救急を引受けている。救急救命センター患者は約 2 万人で、うち小児科患者は 4,000 人である。時間外急患は、原則、内科当直医が診察しているが、1 歳未満の乳児については、例外的に NICU 当直の小児科医が診察している。NICU 当直を小児科医 5 名と小児外科医 2 名で診ているが、小児科医 5 名体制を維持するのは難しい。母子医療センターのためお産が増えているので、新生児科が忙しい状況である。今後、夜間診療の開業医分担について、防府市の小児科医会と具体的に話していきたい。

藏重：3 ～ 4 年前から休祝日診療所に小児科医が出務している。開業医と一般病院の勤務医 12 名で、年間 75 日を回している。夜間診療について週 2 日は可能であるが、市夜間診療所を使用することに防府市が予算的に不可能ということで、もう一つの案として、病診連携という形で県立総合医療センターに出向いて行くことが可能かどうかを話し合っているところだ。

鈴木：基幹病院に出務する方が理想的であり効率がいいが、出務手当の出所が明確でない。現実的には夜間診療所を充実させ、プライマリをカバーすることが目の前の解決策ではないだろうか。発想の転換を図って、私立大学病院などは、昼間使っている外来部門を夜間は使わないのだから、夜間診療に貸すということをしている。そうすると建設費は要らないし、基本的な資材も借りると安上がりでできる。そこで、県立総合医療センターも外来部門を夜間開放するという発想転換もある。ただし、もしこれを県立総合医療センターで実施すると準夜帯は良いが、深夜帯も当然診察してもらえると市民が錯覚を起こすのではないかという危惧がある。これが、夜間診療所であれば、当然準夜帯のみということで市民には分かり易

出席者

砂川　功	山口県小児科医会会長・砂川小児科医院院長
冨田　茂	山口県小児科医会理事・とみた小児科医院院長
鈴木英太郎	宇部市小児科医会会長・鈴木小児科医院院長
松尾　清巧	山口市小児科医会会長・まつお小児科医院院長
門屋　亮	山口赤十字病院小児科副部長
蔵重　秀樹	防府市小児科医会会長・くらしげ小児科院長
杉尾　陽子	山口県立総合医療センター小児科診療部長

山口市健康増進課

課長	宮崎　正子
主幹	吉冨　徹明

防府市健康増進課

課長	冨重　哲則
管理係長	福田　直之

県医務保険課

主幹	安村　芳武
主任	宮城　浩二

県医師会

会長	藤原　淳
副会長	木下　敬介
専務理事	杉山　知行
常任理事	弘山　直滋
常任理事	濱本　史明
理事	田中　義人

い。深夜帯の急患については、県立総合医療センターとか、日赤病院とか、小郡第一病院とか広域の医療圏で、メインの輪番制を考えざるを得ないのではないか。

砂川：365日全ての市町が、急患を全部診るということではなく、医療圏毎に広域で開業医を中心とした一次救急を考えたらどうか。行政の考えをお聞かせ願いたい。

山口市：昨年12月16日から土、日曜日の小児科診療を夜間診療所に開設した。始めて間がないが、土曜日の方が受診者は多い。利用状況は増加傾向だ。医師会および小児科医会の協力が得られたので、4月から木、金、土、日曜日の週4日体制でスタート出来るように現在準備中である。小児科開設については夜間診療所の改築工事をした。日赤病院の状況も聞いているので、市としても協力するが、小児科の先生にお願いするしかないのが実情であり､小児科の先生の理解が得られ、更に拡充できるのであれば、経済的に市も協力していきたい。そういった状況で昨日、日赤病院の話を聞いたので、今後、市医師会や県に相談しながら山口市の小児救急について更に検討していきたい。医療提供体制構築も大切であるが、市民教育、啓発についても先生方と一緒に進めたいので今後協議をしていきたい。

防府市：医師会から夜間救急について申出があり協議したが、結果は19年度からということは困難であり、継続協議としている。小児科医会から週2～3日の出務は可能との話があった。行政の立場からすると、休日診療所を開けていない平日の月曜から土曜（祝日を除く）の小児科夜間救急診療をお願いしたが、その辺の合意が得られなかった。また､防府市の場合夜間救急がないので、夜間に内科も一緒に出務との申し出があったが、今後協議していく。

蔵重：開業医は12人だが、求心力が問題だ。週2日から入り、皆がやれるということになれば更に進めていくことになるが、強制力はなく、皆の善意で成り立っているので、その辺が心配だ。休日診療所の出務に医療センターの先生も加わって欲しい。勤務医が出務しているのに開業医が出務しない訳にはいかないという、それを一つの求心力としたい。

門屋：深夜帯に4割来る。4人体制となると、休日診療所への出務は不可能だ。

鈴木：宇部では、4月から夜間診療所の出務を平日は7時半から11時に変更した。

弘山：下関では、当初は木、金曜日の週2日から始めた。その後、木、金、土、日曜日の週4日に拡大し、更に毎日となったが、当初から内科･小児科の2科でスタートした。内科小児科と小児科を標榜している内科医には小児科担当で出務協力をお願いしている。深夜帯は準夜帯に比べると少ない。市がポスターを作成し全医療機関、保健所等に掲示し、保護者にまず夜間診療所へ行くよう呼びかけている。

鈴木：萩の小児医療は、内科医の応援で工夫されている。宇部も下関と同様の統計結果だ。時代が変わり深夜帯も多くなってきているが、常に行政と折衝してきた。

砂川：県央部で防府市小児科医会と山口市小児科医会が協力しあって、小児救急医療を構築していって欲しい。いかがでしょうか。

松尾：山口市だけでは難しいが、所謂山口医療圏の中で補完しながらやっていければ有り難い。

蔵重：山口と防府を一緒にしようとすれば、行政的なアプローチしかない。机上的にはシェアリングできるが、患者さんにとってお互いの市の夜間診療所の場所は分かりにくい。逆にコンビニ化するよりは良いのかも知れない。防府は内科と小児科がセットで動くため、市休日診療所を使用するとして予算化が必要である。小児科医会としては、設備の整わない場所よりも病診連携として、県立総合医療センターに出務する方が良いという考えだ。患者さんに不便を強いるかコンビニ化するか

どうかだ。

門屋：病診連携で費用対効果については、年間数千～ 1 万人の患者が来院されれば、6 歳未満に時間限定で 300 点、24 時間なら 450 点算定できるので、毎日 4 ～ 5 万円の給料を出しても黒字になる。病診連携はシステム的には穴があかない体制で良いと思うが、深夜帯をどうするかという問題が残る。

鈴木：大学病院のかかりつけ患者であっても、時間外は夜間診療所が診ている。夜間診療所のポスター（地図、電話番号）を常備している。

県：地域によって深夜帯の実情が異なるのか。

門屋：他市での件数は少ないが、山口日赤病院では 3 ～ 4 割だ。制限をかけていないのでコンビニ化しているのかも知れない。

3．平成 19 年度事業について

県：事業内容については平成 18 年度と変更がない。小児救急地域医師研修事業は、小児科医の地域偏在、大規模病院への集中が進む中で、小児科を専門としない医師が小児医療の一翼を担えるように研修事業を実施する。小児救急医療啓発事業は、乳幼児の保護者を対象に、小児の病気の知識を深めてもらい、適切な受療行動を促すために 8 医療圏で講習会を実施する。小児救急医療電話相談事業は、電話相談で育児不安の軽減と適切な受療行動を促す目的とした事業である。小児救急医療確保対策事業は、国庫補助事業が導入できない地域で、休日・夜間の一部について小児二次救急体制を整備するための事業である。小児救急医療拠点病院運営事業は、複数の二次医療圏を対象に 24 時間体制で小児の重症救急患者の医療を確保するための病院を補助する事業で、山口日赤病院と済生会下関総合病院に今年から徳山中央病院が加わった。

県：平成 19 年度から、宇部市休日夜間診療所が時間変更となるが、電話相談事業への影響はどうか。

鈴木：電話相談はアドバイス的なもので、医療的トラブルは無いと考える。看護師の 7 時出務に変更はない。

砂川：夜間診療所を市民に啓蒙して、夜間診療所に取り敢えず掛かり、トリアージするシステムを構築することが大切だ。

藤原会長：小児科医会の意向を受けて小児の自己負担無料化を実現したが、返ってコンビニ化や専門科志向を助長した。少子化の観点からこれでいいのか。小児救急医療啓発事業については、講演会に聞きに来る保護者は理解するが、来ない保護者への解決にはならない。

砂川：日本小児科医会も、少なくとも小学校に上がるまでは 1 割負担にして欲しい考えのようだ。山口県では所得制限があるが、無料ということで安易に受診するため、3 歳まで無料化、そのかわり小学校 3 年くらいまでは 1 割負担にして欲しい。

冨田：小児救急医療啓発事業は、宇部市では園医が保育園、幼稚園に出向いて説明した。質問等が多くありよかった。継続することが大切である。

木下副会長挨拶

小児科勤務医がこれ以上過重労働にならないように、開業医がバックアップ体制を採って欲しい。各地域の取組みに先進的なところとこれからというところがあるようだが、こういう会議で情報交換して欲しい。県医師会の役目は、このような会議の開催や行政との調整と思うので、よろしくお願いしたい。行政へのお願いは、少子化対策として小児医療がキーポイントと思うので、この辺を勘案して欲しい。

平成 18 年度
都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会

と　き　平成 19 年 3 月 15 日（木）
ところ　日本医師会館

［報告：理事　田中　義人］

唐澤日本医師会長挨拶

平成 18 年 6 月に介護療養型医療施設を平成 23 年度末をもって廃止すること等を内容とする介護保険法の改正を盛り込んだ健康保険法の一部を改正する法律案が可決成立し、国から具体的な政策が打ち出されました。日本医師会としては療養病床再編に対し、療養病床の再編及び診療報酬改定の影響について、医療区分 1 の入院患者の実態と診療報酬上の影響等を把握し、今後の政策等の策定を検討する際の基礎資料とする目的で都道府県医師会にご協力いただき、療養病床に関する緊急調査を実施致しました。結果につきましては中医協に資料を提出の上、意見、陳述をしました。また、厚生労働省実施の介護サービス施設・事業所調査の結果などを合わせ在宅医療を推進するにあたってこれからの療養病床等の重要性を改めて主張しているところです。さらに本会としてはこれからの国民の健康と安全を守り、生活と人生を保障していく上で在宅医療の役割が重要と考え、平成 19 年 1 月 10 日に 3 つの基本的考え及び 7 つの提言からなる在宅における医療・介護の提供体制、かかりつけ医機能の充実指針を公表しました。今回のテーマである厚生労働省が打ち出した地域ケア整備構想ですが、今後の療養病床再編に関わる施策のひとつであり、都道府県における地域ケア体制、整備の基本的な考え方の提示、将来のサービスニーズや事業見込み、年次別、圏域別の療養病床の転換計画を定める地域ケア整備構想を策定することとなっており、現在全国 8 地域においてモデル事業が実施されております。本日はモデル事業を実施している新潟県、東京都、福岡県の先生からご報告をいただきます。更に杏林大学の鳥羽先生、厚生労働省の榎本地域ケア・療養病床転換推進室長からも地域ケア整備構想に関する講演を賜ることになっています。今後、各都道府県において予定されている地域ケア整備構想の策定につきまして地域の特性に応じたものとなるようにご協力いただきたい。本日はよろしくお願い申し上げます。

○地域ケア整備構想（仮称）モデルプラン作成地域からの報告

吉沢　浩志　新潟県医師会理事（高齢地域）

新潟県は鳥取県と共に高齢化率が高い地域として参加した。モデルプランの地区は県の最北部である下越圏域である。人口や高齢者人口は県のおよそ 1 割で、高齢化率は 25.9 パーセントであった。介護関連諸施設は市街地に集中し、国道沿いに点在し、一部空白地帯がある。調査対象は 6 医療機関で、医療療養病床が 195 床、介護療養病床が 393 床である。入院患者数は 546 人である。その中で調査対象は 160 人である。調査内容は国が求めたものの他に、県独自の在宅医療に関する 5 項目を設けた。世帯の状況であるが、単身世帯が 21.9 パーセントとなっており、県内の単身世帯平均 9.15 パーセントより高くなって

いる。自宅における介護者の有無は「日中、夜間とも介護できる人がいない」が 48.8 パーセントと最も多く、「夜間のみ介護できる人がいる」が 33.1 パーセントで、「日中、夜間とも介護できる人がいる」は 15.0 パーセントである。次に患者の状態から望ましい施設については、医療療養病床の患者さんの中で医療療養病床が 59.2 パーセント、介護療養病床が 15.8 パーセント、一般病床が 7.9 パーセント。介護療養病床の患者で、特養が 39 パーセント、介護療養病床が 27 パーセント、老健が 21 パーセント、医療療養病床が 4.4 パーセントであった。在宅が望ましいとされた方は医療療養病床で 3.9 パーセント、介護療養病床で 3.7 パーセントで、入院患者 160 人中、患者の状態から在宅が望ましいと判断された方は、医療療養病床 55 人中 3 人、介護療養病床で 105 人中、 5 人の計 8 人だった。その介護度は要支援から要介護 5 までかたよりなく在宅と判断されており、介護度だけでなく、世帯や介護者、医療の状況が判断基準になった。介護度が高い人でも、日中や夜間に介護者がいて、医療の必要がそれほどでないなら、在宅受け入れが出来るという判断であり、これらの調査結果を基に検討すべき課題が明らかになった。現行の特養や老健では設備や人員基準等の問題があり、医療措置の必要な方々の受け入れが困難であるとの意見が出された。老健や特養で望まれる医療措置の内容だが、膀胱カテーテル、点滴、喀痰吸引、経管栄養などがあるが、老健では医療保険適用の制約があり、特養では、夜間看護師がいないため、状態急変や、突発の発病に対応出来ないなどの問題があり、現行体制での受け入れは困難との意見が出た。

医療機関の病床転換希望と患者の状態から必要とされる施設との間にミスマッチがある。医療療養病床の希望が 404 床に対して、患者側は 123 人である。老健は 60 床に対して、86 人。転換希望に特養はなく、患者の状態から必要とされる特養の人数は 152 人だった。退院後の施設が介護療養病床とされた 128 人は、平成 23 年度で介護療養病床が廃止されるため、医療区分 1 は、すべてを介護保険施設、医療区分 2 、3 は医療療養病床で受け止め、医療療養病床の転換先は老健施設のみ。介護療養病床は要介護度 5 は特養、その他は老健として、想定される療養病床の転換群が示された。現在の 588 床を医療療養病床を 170 床程度、特養、老健を 360 床、ケアハウス等で 60 床とする案だが、これは機械的な試算であり、経営上の問題から病棟単位の一定規模以上の転換が必要であり、有床診療所などの小規模医療機関への配慮が必要である。施設や人員等にかかる準備期間が必要である。患者の状況から適切な転換先の判断が必要であるなど、様々な問題点

が指摘された。検討会はモデルプランの療養病床転換の注意点として、療養病床再編にあたって次の条件が整備されることを前提に試算されたことを明記させました。

介護保険施設のあり方が明確化され、各々の施設が本来担うべき役割を果たせるようになること。現在の老健が特養入所の待機施設になっていることを問題にしている。老健における医療体制の見直しが行われ、投薬、検査等について医療保険で行えるようになるとともに、人員体制の見直しと介護報酬上の評価等が適切に行われること。現在の老健で医療措置が必要な場合、その費用は施設持ち出しになっている。特養での医療サービスが見直され人員体制の見直しと介護報酬上の評価、及び主治医の医療措置の拡大が認められること。療養病床転換に係る十分な財政措置等を上げた。また転換計画の基本的な考え方にはヒアリング等を実施し、個別に医療機関の意向を確認し、県医師会、郡市医師会等と連携を図り支援し、最終的には医療機関の判断を尊重することを期待する。また、在宅医療や介護サービスの問題も指摘されている。在宅と判断された方々の居住地は圏域内でも施設が集中する地域がほとんどである。地域医師会は、救急医療体制確保に精一杯で、在宅療養支援診療所は 4 施設と少なく、在宅医療を展開する上での医療資源は極めて少ないのが実状である。地域包括支援センターも訪問看護ステーションも予想とはほど遠い業務執務状態にあり、国、県が示す地域ケア体制構築の考え方は理想像である。

まとめであるが、療養病床からの退院患者には医療区分 2 の喀痰吸引、経管栄養、胃瘻管理などを必要とする方も多く、老健や特養は現行の施設整備や人員基準等では受け入れは困難である。療養病床再編は医療機関の転換意向と患者の状態から望まれる施設には大きな乖離が見られる。対象圏域での特養申込者は、1184 人いる。このように特養待機者が多い現状で、療養病床退院患者が優先的に特養に入れる保障はない。圏域内での医療資源のみで在宅医療を支える地域ケア体制を構築することは困難であり、悲観的になっている。

最後に新潟県からの国への提言を紹介する。療養病床再編を円滑に進め、事業者等が転換や受け皿作りを行う環境を整える必要があり、国に特段の配慮を求めている。介護施設サービス体系の明確化、老人保健施設における医療体制の見直し、老人福祉施設における医療サービスの見直し、転換までの経過措置や財政支援措置の五項目を上げている。

東京都医師会理事　玉木一弘（都市地域）

東京の全体の状況だが、非常に療養病床や介護施設の整備数が低い。平成 17 年度に東京都高齢者保健福祉計画が出たが、そこで、平成 20 年度の介護支援居住系サービスの見込み数というものが出た。その後、療養型病床の廃止が打ち出された。この中において 62,198 床あるとして、20 年度には 77,000 床強、差し引き 15,400 床くらい増やさないといけない。元々の計画で絶対数が足りない。介護療養病床は東京全体の参酌基準では何にでもなれる。それでも足りない。問題として、医療療養型病床は東京では実態としては少ない。14,000 床くらいである。最近の報道では、隣接県に療養病床を中心に都民が入院している。その県からは急性期の患者さんが東京の大学病院に集中しており、真の東京都の医療療養型病床の必要数はどのくらいなのかつかめていない。東京としては両方の療養型病床を増やすことも選択肢のひとつである。医師会としても主張している。東京都は、都区部の方は非常に人口密度が高い。西のほうは少なく、人口密度から言えば非常に偏在しており、西の方に施設が多く、都区部には施設が少ない。今回のモデル地区になったのは、豊島区、北区、板橋区、練馬区地区である。圏域人口としては 1,797,000 人くらいである。ここは昔ベッドタウンとされたところで、これから高齢化の進展が認められるところである。この圏域の特徴を東京都全体と比較すると、訪問介護、介護療養型施設と在宅療養支援診療所を除いて東京都の平均を下回っていることである。在宅支援診療所にしても社会保険事務所に届け出た数を言っているので、実態はつかめていない。施設・居住系サービスでは全体的に整備率が低く、特に特別養護老人ホームが少ない。高齢者優先賃貸居住施設も整備が低い。介護療養型施設だけ少し高いという所である。この圏域の参酌標準を見ると、20

年度までに 2,496 床足りないということである。事情としては、今の需要見込みを見ると増やさざるを得ない。この地域では人口は平成 27 年度をピークに減っていく。それにも関わらず高齢化率は増えていく。高齢者の数だが、平成 47 年には後期高齢者の数は倍になる。東京の特徴でもあるが、単身世帯が多く、都市型の地域である。次に都が見込んだ数字だが、介護 5 施設に混合特定施設（要介護者の方もそうでない方も入れる）を加えて予測しているのだが、地域ケアの整備が進んで、居住系サービスに中重度の方が入れる仕組みが整った状況において、ケース 1 を見ると充足出来ている。ただ、居宅系のサービスの整備状況を勘案してケースをさらに 2 と 3 に分けているが、それ以外の施設では混合型特定施設を入れないと施設自体が足りなくなる。次にアンケートの結果であるが、介護療養型病床の入院者の要介護度だが、要介護 5 が 52 パーセントと最も多く、4 と 5 で全体の 86.2 パーセントを占めている。次に転換意向を聞いた。医療療養型病床に聞くと、未定が全国の統計と同じで 36.8 パーセントと多い。大部分が医療に残るか態度を示していない。介護療養型病床に関してはどこに行ったらよいか分からないというのが大部分である。国が何も示していない中で行き先を決めるのは無理である。

この区西北部圏域における療養病床の課題として、転換意向については未定が多く、短期的な対応の方向性を定められない状況である。65 歳以上人口 10 万対の比率で見ると療養病床は全国平均より 4 割弱であり、介護保険施設は 5 割弱少なく、引き続き両者が医療又は介護施設サービスを担う必要がある。さらに有料老人ホーム等の整備が進まないと地域ケアがまかなえない状況である。

さらに医療療養病床には、急性期の治療後の受け皿機能や在宅療養の後方支援機能などの役割が想定され、真の必要数の把握が重要となる。

今回のアンケートでは、転換意向が未定のところが多く、これについては、早く国に情報を出していただき、かつ転換した介護施設における医療が今後どういう形で展開され、どう提供されるのか、骨格を示してほしい。秋までに策定される地域ケア整備構想に地域の実情を反映させるため、再度意向調査を行ってほしい。

次に、東京都医師会が都に要望しているものであるが、まず介護施設の偏在があるので、参酌基準を含めた都全体を考えた東京都らしい方針を立ててほしい。例えば、近隣県への流出患者数の勘案や住居地特例の活用等を考えてほしい。さらに在宅の療養基盤を出来るだけ早く強化しなければならない。例えば、緩和ケア・終末期医療の充実、後方補完病床の確保を上げている。

また、事情に即した都の補助・支援の充実である。東京都は地価も高いし、人件費も高い。国の基準以上のプラスαが必要で、例えば、居室面積の緩和なども上げられる。

最後に、都の示す地域ケア整備構想のモデルプランに落とし込んでいる対策だが、介護専用型有料老人ホーム設置を促進していく。これに関しては医療法人が有料老人ホームを作ったり、転換したりする場合、特別な補助にしようという事になった。

次に、都と東京都医師会と市町村とで 3 年計画で重要な 20 圏域について 12 億円程度の予算を投入して、病床確保、後方病床確保して、地域医療を推進する協議会を市町村を実施主体に立ち上げて、相談機能だとか人材確保機能だとかを持つ機関を区域ごとに設ける。それからチーム医療を促進するための支援をするなど、市町村を通じた補助で行っていく対策を行っていく。

白石　公彦　北九州市医師会理事（療養病床地域）

北九州市の高齢化率に関してだが、平成 32 年には高齢者数、平成 37 年には後期高齢者数のピークが来る。北九州市の療養病床数だが、医療療養型が 3887 床、介護療養型が 1440 床で計 5327 床である。高齢者人口に対する病床数は、47 都道府県、政令指定都市中、弟 6 位で非常に多い地区としてモデル地区に選ばれた。私達医師会もモデル地区作成のための委員に選ばれたが、そのときの資料とするために、アンケート調査を平成 18 年 12 月 1 日に実施した。そのときの結果を報告したい。また、福岡県医師会も平成 18 年 6 月 20 日に療養病床に関して調査を行っているので、その中の退院の状況を報告したい。また、福岡県も療養病床アンケートを行っているので、

その中の転換意向をデータとして示したい。

まず、北九州市医師会のデータだが、医療療養病床の老人保健施設への転換意向は少ない。1.9 パーセントである。介護療養病床も老健への転換意向が 35.2 パーセントだが、それよりも医療療養や一般病床などへの転換意向を足すと医療度の高い施設への転換意向が多くなる。

次に老健への転換に際して重要なものとして、何ですかと聞いたところ、老健の永続性が 60％を越えている。医療療養病床の医療区分と診療報酬の見直しの結果、老健での医療提供が可能であることなどが上げられる。

福岡県がした転換意向の調査では、医療療養施設が介護老人保健施設に転換というものは全くと言っていいほどない。介護療養型施設はどうかと言うと、我々の調査よりも転換意向があり、1439 施設の中の老健に 744 床が平成 23 年度までに転換する意向があった。医療機関が色々動揺している事がうかがえる。次に患者さんの状況について話す。療養病床全体についてだが、医学的管理が必要か病状不安定な患者が 73.7 パーセントいる。それから、入院の理由だが、医学的管理のためが 47.4 パーセント、受け入れ態勢なしが 30.7 パーセント等となっている。

次に厚生労働省が昨年示した療養病床の再編シナリオを北九州市に当てはめると医療療養病床は将来4575床から2425床残ることになる。我々が行った調査から計算すると、必要な医療療養病床は 3209 床ぐらいと考えている。つまり、厚生労働省のシナリオを上回る療養病床の数が必要になってくる。さらに、平成 18 年 5 月の療養病床退院患者の状況だが、医療療養を見ると約半分の退院患者さんが、自宅に帰っている。北九州市の医療療養病床には急性期、亜急性期の治療を行ない在宅復帰を支援する機能と、ターミナルケアを行う機能がある。次に有床診療所で退院される方は特に在宅に復帰する患者が多い。それから社会的入院の患者さんはなかなか自宅に帰れない。患者さん自身は退院先として自宅を希望される方が多い。入院患者さんと家族は入院、入所する際には、第一に費用、次に病気の治療、健康管理、施設と家族の距離などを気にかけている。

以上のことから医療療養病床数は厚生労働省の再編シナリオ以上に必要である。長期療養の他、急性期、亜急性期の病床としてさらに病床が必要である。老人保健施設へ転換への意志決定に必要な情報が遅れている。患者と家族の視点で療養病床再編に当たる必要があるという事である。

また、私たち医師会では、かかりつけ医を大事にしており「北九州市医師会介護保険かかりつけ医」などのポスター等を掲示している。かかりつけ医に対する思いは大変強い。

次に最近システム作りをしている連携の北九州モデルというものがある。これは急性期から地域の在宅までの連携をやっていこうというものである。

以上の経緯を踏まえ、出来上がったのが、この地域ケア整備モデルプラン案である。

総論として、計画策定の趣旨として持ってきたが、会に参加して感じた印象だが行政は遠く先のことを考えている。将来の見守りや地域ケアのことを考えている。療養病床のことをあまり考えていない。しかし、そうではなくて、療養病床再編があって、そのあと受け皿の話があるという事で、策定の趣旨として療養病床再編等にともなう問題なども入れた。

そして、基本的理念として、入院患者の視点に立った療養病床の再編成とかかりつけ医体制の充実というものをいれた。行政側からは住み慣れた地域でその人らしく生活を送ることが出来るという事を入れた。医師会としては住み慣れた自宅ではないかと言ったが、行政の方は地域という言葉を譲られなかった。

次に基本的な方針の項目の中に地域における医療・介護の継続性の確保を入れた。

各論としては、療養病床の転換の推進を一番最初に持ってきた。地域における療養病床の現状と課題についてという項目を上げた。今後も地域において必要な病床であるが、再編においては課題も多い事を書いた。行政側が書いてきたものとしては、療養病床の転換の計画的な推進がある。入院患者さんを見て、とても在宅に移行出来る方はいない。当面は医療型施設サービスを中心としたケア体制でいくしかないということが書かれている。さらに、保険財政上の試算をしてみると、赤字のような状態になる。最後の項目として、地域

における高齢者の介護及び見守り等の将来像と中長期的な体制の確保が上げられているが、これは行政側の思い入れが強い項目である。将来像として、多種多様な住まいという文言が多く入っている。医師会としては多種多様な住まいはコミュニティーの中になければならないという事を入れた。課題としては、高齢化のピーク時に施設が不足することが上げられる。逆に言えば、ピークに合わせて施設を作るのではなく、ピーク後に備えて施設を作るという事である。中長期的な課題としては、かかりつけ医を中心とした体制という言葉が多く出てきており、医師会のことを理解してもらっていると考えている。

最後にモデルプラン作成上の問題点だが、行政と医師会の視点のずれがあることだ。行政は先の先の高齢者の住まいとか、見守り、在宅医療を気にかけている。医師会は療養病床の再編への対応を気にかけている。課題として、医師会は高齢者の住まい、見守り、在宅医療について、十分に意見を出さなかった。行政は独自の療養病床の転換の支援策を示さなかった。

○地域ケア整備構想と慢性期医療区分の考え方

鳥羽　研二　杏林大学医学部　高齢医学教授

療養病床の入院患者のうち、医師の対応がほとんど必要のない方が概ね半分というのが中医協の資料にある。これは本当かどうか。この中の一番の欠点は高齢者の慢性期医療に対する中医協の考え方が非常に古いという事である。多職種によるチーム医療に全く理解がない。また、急性期医療の物差しでしか考えていない点も問題だ。ベッドサイドでの機能維持等にも理解がない。寝たきりは手がかからないと考えているが、本当は手をかけていないの間違いではないか。高齢者には様々な問題点があるが、それらを置き去りにしている可能性があることに療養型病床をやっている方は考えてほしい。療養病床に入っている方は広い意味で慢性期医療対応が必要にも関わらず、行政、マスコミ、福祉の一部が医療機能不要のレッテルを貼っている。

介護保険成立後の高齢者医療の流れは、在宅におられる方が急性疾患で病院や診療所に行き、そこで一定に落ち着いたら医療と介護の天秤にかけて、急性期医療の病院で診る場合でない時は、そのまま在宅系の施設サービスに行く場合もあるが、自宅に帰りたい場合は、家庭内の介護力と在宅サービスの量とを天秤にかけ、介護認定が重くて家に帰れない場合は、その医療ニーズの重さによって在宅から療養病床に振り分けられる。実際振り分けが機能するには、高度先進医療機関や中核病院は介護需要が低い、それから療養型、老健、特養と介護需要が高い方へ並んでいれば、振り分けがたやすい。実際にこのような実状に即しているのか？実際は慢性療養の受け入れ先に困っている。家族の介護力以外の要素は何か？包括性にお

けるやむを得ない医療費を見てみると要介護度が高いほど、医療費も高くなるということがわかる。それは、介護と医療が分離出来ないことを示している。様々な福祉系の方や厚生労働省の審議会に参加されている方は介護と医療を分離して考えられる方がいて、驚く。さらに疾病構造から考えると、老年症候群というものが55個くらいあるのだが、急性疾患に伴う病態や慢性疾患に伴う病態、80歳くらいから急に増えてくる疾患がある。急性疾患病院に入院するとある程度問題が解決するが、慢性疾患も一部は残るが、これらの患者は急性疾患病院では入院の必要が無くなる。しかし、後期高齢者に残された様々な病態は残る。これが医療でないという考え方が許されるなら、それはそれで結構だが、このように残された病態こそが後期高齢者におけるもっとも重要な医療だと考える。

このような後期高齢者の特徴にあう医療の形態というものは、廃用症候群と後期高齢者に急増する症候群は7～8割一致している。ベッドサイドにおける機能の向上、継続したリハビリなくして、薬だけでは治らない。したがってチームアプローチが必要な一群は医療の対象である。また、要介護度の高い人と老年症候群の保有数には相関関係がある。医療療養型、介護療養型においても、要介護度が高い人には必ず医療的な問題がある。中医協が言っているように半分くらいの人が医療の必要が無いという暴言がなぜ許されるのか。

そして、急性期病院と慢性期療養型病床においては、三層（急性期、慢性期、要介護）の疾患構造は変わらないが、急性期病院においても一定の割合要介護の方はおり、療養型病床においても一定の割合で急性期疾患を持つ方がいる。したがって慢性期ケア施設の医療需要の特徴と介護需要の特徴の実状に近いモデルというは、実際に入院、退院が困難な症例で、医療需要、介護需要が高い方をどうするのか。その一番多くの方を診ているものが療養型である。急性期病院においても転院困難な方がいる。今後、介護療養型の転換において、このような方を含めて考えていかなければならないという困難な状況に直面している。

ところで慢性期包括医療に関してだが、医療区分1,2,3と定められたのはご存知のとおりだが、これに関しては療養型病床で重い方を診ているところと軽い方を診ているところで同じ報酬というのはおかしいという意見を申し上げたことがあり、ＡＤＬが低く、病状を重い人を診ているところには朗報ではないかと言った。ただ、このような医療区分をやった場合、医療材料の増加にとどまることが考えられるので、ぜひ看護配置などを手厚くして欲しいとも言った。将来の課題としては、時間による指標というよりは、チーム医療に軸足をおいた生活機能評価を評価して欲しいとも言った。

次に療養型病床廃止と地域ケア整備構想についての問題点について話す。介護療養型病床の医療区分については地域差がある。北海道や東京都と神戸や北九州といった所ではだいぶ違う。すなわち、神戸、北九州では比較的重い方が入っているのに対して、北海道や東京都では軽い方が入っている。それはそれぞれの地域で違った受け皿作りが必要になってくることを意味する。また転換意向については、東京都や鳥取県などは未定の所が多いが、北海道や新潟県などは様々な形で転換意向が示されている。老健に4割近く転換意向がある北海道と北九州もある。医療療養病床はそのまま残りたいという所が多い。患者個票については介護療養病床においても、医療療養病床においても調べられているが、特徴は医療療養病床においては、単身高齢者世帯で、在宅の受け皿が半分くらいは厳しい。介護療養病床においては非常に重い方が多い。非常にＡＤＬが悪くて、介護者がいないという方が介護療養病床に入っている。ここも受け皿がない方が多い。また、患者個票での医療行為だが、急性増悪というものが医療療養病床で10パーセント、介護療養病床で5パーセントしかないが、ここにからくりがある。医療療養病床や介護療養病床で急性憎悪に対して処置をして治った場合、急性憎悪に入らないことになっている。またチーム医療も調査に入っていない。

ここで日本老年学会の立場で少し話したい。高齢者医療が大きな変革を迎えているが、わが国は世界一の長寿国で健康寿命も長い。今後の医療費の増加といった医療経済学的視点以外欠点は見いだせない。また、高齢者の医療費に関しても、老人ひとり当たりの医療費を見るより、ひとつひと

つの病気にかかった費用を見るべきであり、老人の病気が多いからひとつひとつの病気に対する投薬や検査費用を削るのは高齢者差別である。しかし、二重の検査や医療機関を渡り歩くことは避けなければならない。また、これからは生活予後も重視していかなければならない。いつまでも自立して元気でいたいという事は重視していかなければならない。生活予後を重視したケアというものはチーム医療が大事である。ここ10年くらいで進展してきている。介護者と医者が協働でケアに当たればエビデンスに基づいたケアが実践できるのではないか。ここ10年でおむつは排尿誘導に変わるなど褥瘡処置、口腔内処置など医療方法も変わって来ている。チーム医療の中では、医者の守備範囲というものは、薬だけでなく、非薬物療法と薬物療法を比べてチーム医療が勝っているなら積極的にチーム医療を取り入れるべきである。

ある調査では、老健の退所時の調査で半数以上の方がこのままいたいということもあった。よく、家族や本人の希望を聞くべきである。また、在宅療養の語られない問題点として、褥瘡の問題がある。体位変換が不十分なために起こる。疥癬の問題もあり、おむつの交換頻度も低いためにかぶれるのである。高齢者本人に選択できる制度を構築することが国民の安心を得られる施策であろう。

高齢者住宅単独では十分な医療介護体制は支えられない。そこで、労働集約型の医療ケアミックス施設活用をもう一度考えて見るべきである。

社会的入院という言葉をもう一度考えて見るべきである。過去と違って家で介護出来ない方が増えている。ＡＤＬが低い人が本当に社会的入院なのか。厚生労働省のかたは療養病床が出来た時にこれで社会的入院がなくなると言っていた。だから、この問題が提起される背景には支払い側の何らかの意図があるのではないか。社会的入院という言葉が一人歩きしているのではないか。日本社会全体の問題であろう。

質疑応答

山口県医師会　在宅が良いと言われているが、本当に患者さんのために良いことなのか。根本的に患者さんのためにやるのだったら在宅はお金がかかると思う。施設でやる介護と在宅でやる介護のコストを同じレベルで比較するべきだ。

鳥羽先生　施設の医療の密度をそのまま24時間体制で在宅でやれば、当然在宅の医療費等は高くなる。箱型は労働集約型ですからコストは低くなるのは当然だ。今の議論は在宅へ帰ればケアが落ちるので安くなるということである。

日医　これからは団塊の世代が高齢期を迎え、在宅を望む方も増えてくるのではないか。しかし、選択肢を残すことも大事な事だ。多職種協働も重要になってくる。

○地域ケア整備構想の策定に向けて

榎本　健太郎　厚生労働省老健局地域ケア・療養病床転換推進室長

地域ケア整備構想の策定の趣旨を話す。一点目として、療養病床の再編を進めるなかで、都道府県によっても、都道府県内でも地域差が大きく、円滑な転換を進める上では地域ごとに対応方針を検討することが求められている。この再編にあたり、今秋を目途に都道府県におてい地域ケア整備構想というものをお願いしている。また、単なる転換に止まらず、今後の一層の高齢化の進展を念頭に地域におけるケア体制全般について、地域での将来的なニーズや社会資源の状況等に即して計画的に整備することが必要である。

２点目としては、療養病床が再編成された後の受け皿がどうなるのかといった不安を抱える住民や転換する場合に果たして介護施設の整備「枠」が確保されるのかといった懸念を抱く医療機関に将来の姿を示すことにある。

３点目としては、療養病床の再編に関係する関係３計画の整合性を図ることにある。

地域ケア整備構想の策定にあたっては、地域における将来の動向や当面の介護サービス等の動向を踏まえつつ検討を進めることが必要である。地域ケア整備構想に盛り込むべき事項を検討する目次にあたるものを策定し、さらに長期的視点にたった施設・居住系サービスの需要を試算しそれ

にあわせて地域ケア体制を検討していくものと、短期的には療養病床転換分を含むサービス量などを見込む作業などを策定している。

地域ケア整備構想の全体的なイメージとしては、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための基盤として、介護サービスと地域での見守り等と在宅医療が大事になってくる。

これを二つのパーツに分けて説明する。まず、平成47年度までの中長期的な介護、見守り等の将来像と体制の確保をしなければならない。それと短期的に平成23年度までの介護サービス等の見込みと体制の確保をどうするかである。

次に構想の作成に向けた地域での検討について話す。まず、長期将来推計における推計と今後のあり方の検討の流れだが、施設・居住系サービスについてと高齢者の見守り及び住まいのあり方の検討と在宅医療のあり方の検討がある。

施設・居住系サービスではまず、需要サイドの推計を行い、施設種別にとらわれず、地域での数が必要かを考える。供給サイドからは現在の参酌標準で整備しているが、両者を比較して今後必要な整備量を把握したい。

次に高齢者の見守りと住まいのあり方だが、高齢者の住まいのあり方を重視している。地域での住宅政策との整合性も重要になってくる。地域で暮らせるサービスがどのくらい提供できるのかも勘案していきたい。地域差も当然考慮する。

次に在宅医療の在り方だが、在宅医療の利用者数の粗い推計を行い、地域における今後の課題を整理し、今後の在宅医療基盤整備の基本的方向と対応策の検討をしたい。

次に地域ケア整備構想策定にあたってモデルプランを作成したことについて話す。都道府県の協力を得て8つの地域で作成した。まず療養病床が多い地域として、北海道、高知県、熊本県、北九州市。次に現段階では高齢化率は低いが将来的に高齢者のみ世帯が増加する等のニーズの大幅増が見込まれる都市地域として東京都、神戸市。そして現に高齢化率が高い地域として新潟県と鳥取県を選んだ。療養病床が比較的多い地域としての課題は、療養病床が過剰である現状を踏まえた再編の基本的方向を出すことである。都市地域の課題としては、本格的に進行する高齢化に対応した施設整備、在宅サービス、見守り、住まい等の取り組みである。例えば、神戸市では公営住宅の高齢化率が高いので、入居者の募集方法を工夫し、若い世帯の入居を促し、コミュニティーを活性化させる取り組みもある。それから高齢化が進んでいる地域の課題では、既に高齢化が進んでいるなかでの施設・居住系サービスの整備方針が上げられる。

次に当面のスケジュールだが、都道府県の作業としては、先ほど述べた、中長期のものと短期のものとを検討して決めていただく。今回の療養病床についてのアンケートについても考慮し、個別の相談を活用していただきたい。また、介護施設等の基本的な在り方として、介護老人保険施設等の施設入所者に対する医療の提供の在り方の見

直しがある。我々も介護施設等の在り方に関する委員会というものを設けた。ここでもそういう事を検討する。

次に療養病床アンケートの概要について話す。

この調査によると、医療区分1が36.8パーセント、医療区分2が45.8パーセント、医療区分3が17.5パーセントだった。医療療養病床の転換意向は医療療養病床にとどまるが63.2パーセントあった。介護療養病床では未定が36.8パーセントあった。次に患者票については、医療療養病床における医療措置や介護療養施設における医療措置について聞いている。次に急性憎悪の割合だが、先ほど鳥羽先生の指摘があったが、これはいったん施設を出た方の割合なので、割合は低くなっている。

次に今後の高齢化の展望について話す。団塊の世代が2012年に前期高齢者に、2022年からは後期高齢者に達する。現在は高齢者1人を現役世代3.3人で支えているが、2025年には高齢者1人を現役世代1.8人で支えることになる。高齢者像も変化し、多様なニーズも出てくる。高齢化の量のインパクトも出てくる。そこで、医療保険、介護保険それぞれに超高齢化社会においても維持可能な仕組みを作ることが大事である。また、高齢化の進展に伴い高齢者が属している世帯も増加している。特に単身世帯及び夫婦のみの世帯の増加が著しい。また、将来的には認知症の方も増えるのではないかと想定している。地域で支えるケアの構築としては、できるだけ色々な施設も想定している。在宅医療を提供するために在宅療養支援診療所の役割も重要である。

質疑応答

秋田県医師会　短期の入院だけで病院を追い出される方が増えると思うが、その方が行く場所を想定されているのか。また、予防事業という建前で色々事業をやられているが、元気な方からも予防事業をやらないといけないと思うがどうか。

厚生労働省　追い出される方が出るということは想定していない。今いる場所で適切なサービスが受けられるように考えている。患者さんの病態を考えて、その地域でトータルにどれくらいのニーズがあるのかを見て、病床を転換し、それによって、患者さんが行き先を確保できるようにしたい。介護予防についてだが、なかなか特定高齢者の把握が進まない現状はある。先生がおっしゃっている元気な方についても対策は重要であると考えている。

日医　高齢者にふさわしい医療という事だが、生活機能の視点も考えないといけない。そこへの新たな医療供給体制の話があるのか。

厚生労働省　生活機能を考える必要性は感じている。そのなかで、介護と医療の連携をとっていきたい。

都道府県医師会　医療を支えるにはお金がかかる。お金のないところには人はおらない。そういう風な犠牲を払ってまでする改革に意味はあるのか。国益にかなうのか。在宅を進めるのには、新たなお金がかかるが、それでも医療費を削減する根拠を示して欲しい。

厚生労働省　社会保障を支える厳しい財政状況というものがあることも理解してほしい。我々も政府内で社会保障が大事なことは訴えてきているが、全く無駄がないかと言えば、そうではないので、出来るだけ効率化出来るところは効率化するという事で今回はそういう面にも配慮した。

肝炎診療従事者研修会

と　き　平成19年3月4日（日）
ところ　山口県医師会館

［報告：理事　田中　義人］

木下副会長挨拶

本日の研修の主旨説明をさせて頂きたいと思います。平成14年度から老健法に基づいた肝炎ウイルスに対する検診事業が行われてきました。節目検診と言いまして、40才以上を5才ずつの年令に区切って検診が行われてきましたが、5年間を目途に行われて、18年度が最終年度になりました。

その結果、検診で要精密になっても、精密検査を受けない人がいたり、受けた結果のフォローアップも十分ではなく、うやむやな部分があり、これではいけないとなったのです。

山口県は肝炎の都道府県死亡比較を見ますと、大体上位10位以内に入っています。ところが、17年度の検診率は33番目くらいで、これではいけない、きちんとした取り組みをしないと駄目だということで、昨年7月に県の健康増進課から県医師会へお話があり、助成金が出ることとなり、研修会を計画しました。

昨年12月に肝炎に関する診療所の調査を行い、かかりつけ医と専門医の連携により、肝疾患への取り組みを充実したものとし、協力医療機関をリストアップして連携ネットワークを作り上げることと、先生方の研修の2つを18年度の事業として行うことになり、本日の講演となったわけです。

講演Ⅰ

「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

医師会の先生方の協力により山口県の肝炎の実態がわかり、その結果の報告も兼ねて話す。

A型は感染しても急性肝炎でほとんど治癒するが、まれに（1％以下）劇症化するものがある。山大では幸い経験はない。日本では母子感染で母親から来るB型肝炎が、今は性交渉で（STD）で急性肝炎が発症している。ヨーロッパから来るB型肝炎は、一部慢性肝炎になるものがあるということが、肝臓学会ではトピックになっている。しかし、これは山口県ではまだみることはない。一番問題になるのはB型肝炎ウイルスキャリアの母親から子供に感染し、慢性肝炎→肝硬変→肝癌になるものである。一部いきなり劇症肝炎になってくるものもある。

今一番問題なのはC型肝炎である。これは7割位慢性肝炎になり、肝硬変、肝癌となる。

E型肝炎は一時期劇症肝炎として話題になり、猪、鹿、豚から感染するが、日本ではまだそれ程多くはないものである。

日本ではB型、C型がやはり問題である。肝癌

による死亡数は年間悪性腫瘍で亡くなる方 30 万人程度のうちの 35,000 人程を占めている。今年やっと若干下がっている。肝癌は上位 3 番目に位置している。その肝癌はＣ型肝炎ウイルスの感染によるものが 72％を占めており、Ｂ型肝炎ウイルスによるものが 17％、その他原因不明のものが出てきている。

Ｃ型肝炎になると感染してから 20 年位で肝硬変になり、肝硬変の年間 7％が肝癌になるので厳重な検査が必要である。

男性は 60 才を越えると癌の危険性が増す。20 才で感染しても、60 才を越して癌が出現するが、45 才で感染してもなぜか急速に肝硬変に進み、60 才を越えると肝癌になることがわかってきた。女性に何故癌が少ないのかはわからない。鉄が少ないことが一つの原因かも知れない。

Ｃ型肝炎は山口県では東部が陽性率が高く、全国では陽性率 0.8％で山口県では 1.3％で汚染地帯である。

陽性者のうちでインターフェロン治療を受けた人は 17％と低い現状である。これをもう少し何とかしないといけないのではないか。薬物治療なしが 10％位ある。最近では積極的治療を行おうとなっているのでインターフェロン治療を勧める必要がある。山口県ではかかりつけ医に診て貰っている人が多く、全国的には大病院が多い。

年間 600 人位が肝癌（Ｃ型 480 人、Ｂ型 90 人）で死亡していることになる。表の様な危険が山口県では見られるわけである。

今回のアンケート調査はアンケート回収数 805 例（71％）、解析可能例は 551 例（47％）であった。腫瘍マーカーは測定し、ＣＴは年 1 回程度は実施すべきである。特に進んだ肝障害のある人や年令の高い人（特に 70 才を越えると肝障害は軽くても）は画像診断を実施して欲しい。

インターフェロン導入時は大学では 2 週間入院させている。インターフェロンの継続は診療所でも実施して欲しい。Ｃ型肝炎とわかっていて、注意深く診ていないと肝機能正常でも肝癌発生を見逃すと厳しい状況になり、何らかの治療をしておく必要があり、説明しておく必要がある。

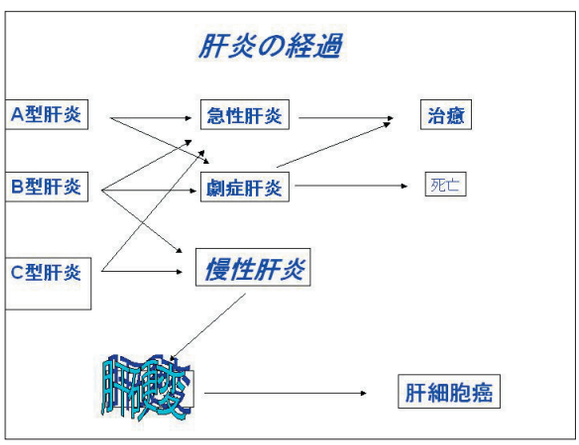
Ｂ型の時、特に劇症肝炎ではＢ型肝炎ウイルス抗体の検査は必要である。

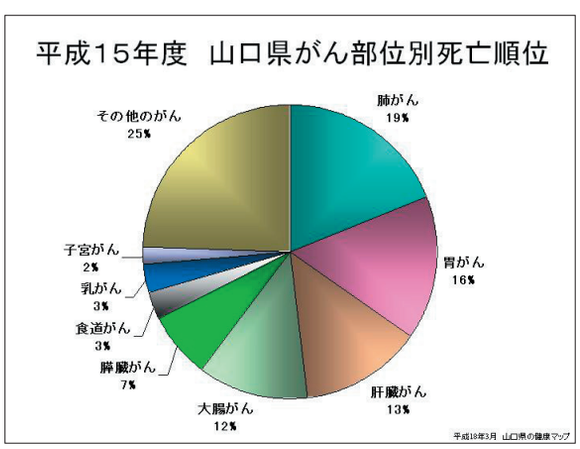
糖尿病であっても脂肪性肝炎を併発し、肝癌が発生することがあり、注意が必要である。

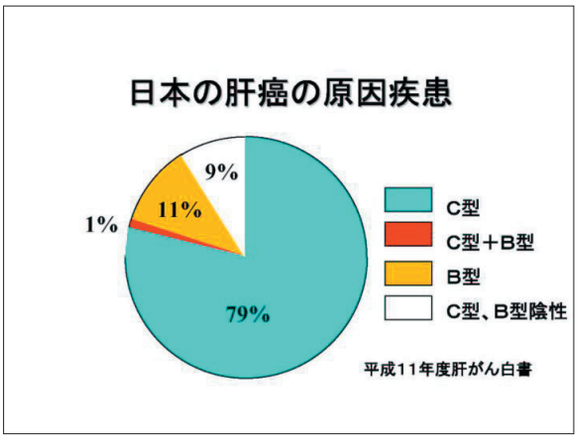
Ｂ型肝炎ウイルス陽性者にはどんな病気であろうとステロイドを使用した場合、途中でステロイドの使用をやめると劇症化が起こることがあり、ステロイド使用時は患者のＢ型肝炎ウイルスの有無をチェックすることが重要である。

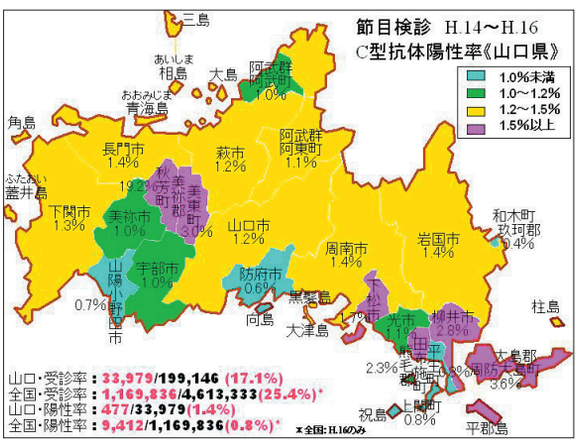
最後にインターフェロン治療拒否例で主治医が敗訴した例を示す。家族によれば、きちんと説明していれば本人は治療を拒否しなかった筈であり、経過中に十分な検査（腫瘍マーカー、画像診断、血小板など）をしていなかったこと、説明を十分にした証拠がないことなどから敗訴となったものである。

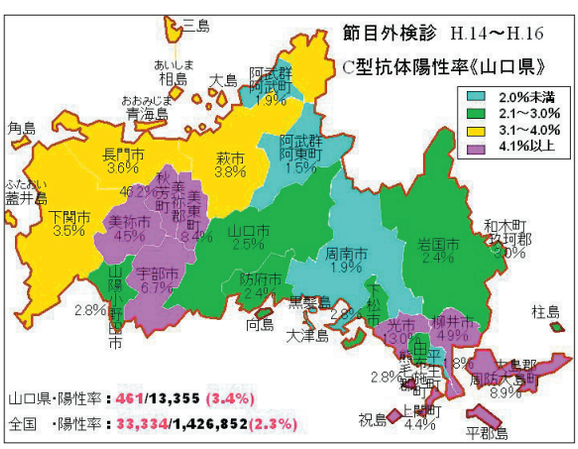
Ｂ型肝炎では家族歴が重要で、ステロイドなど使用時はウイルス検査をしておくことが大切であり、肝硬変でなくとも突然肝癌が発生することがあり、注意が必要である。半年～ 1 年に 1 回位、肝臓専門医に紹介しておくことも重要であろう。

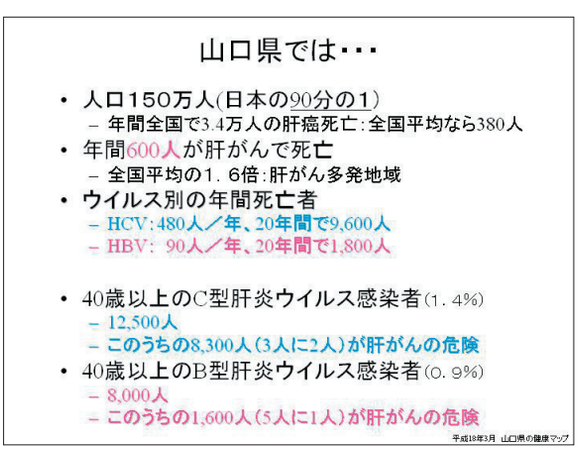


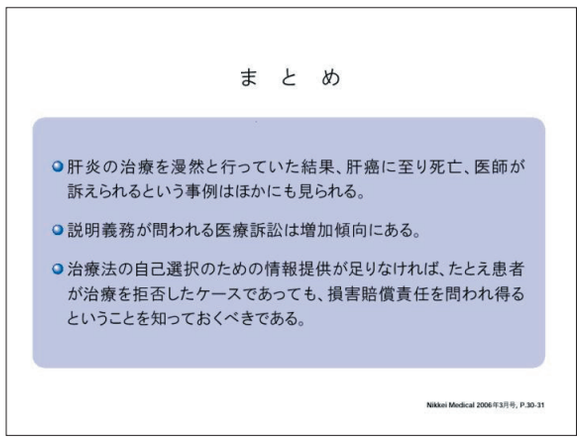



日本の肝癌の原因疾患
9%
11%
1%
79%
C型
C型＋B型
B型
C型、B型陰性
平成11年度肝がん白書

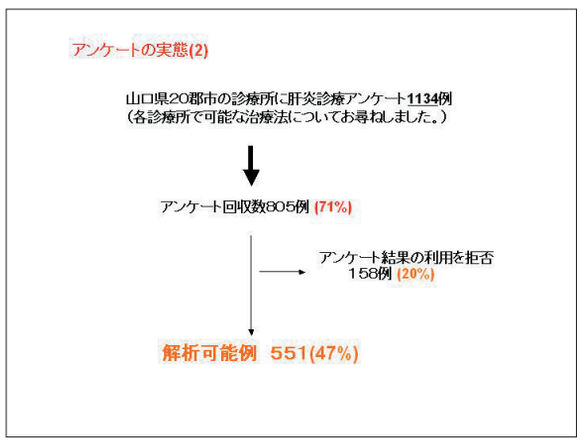

節目検診　H.14～H.16
C型抗体陽性率《山口県》
1.0%未満
1.0～1.2%
1.2～1.5%
1.5%以上
山口・受診率：33,979/199,146 (17.1%)
全国・受診率：1,169,836/4,613,333(25.4%)*
山口・陽性率：477/33,979(1.4%)
全国・陽性率：9,412/1,169,836(0.8%)*
*全国:H.16のみ

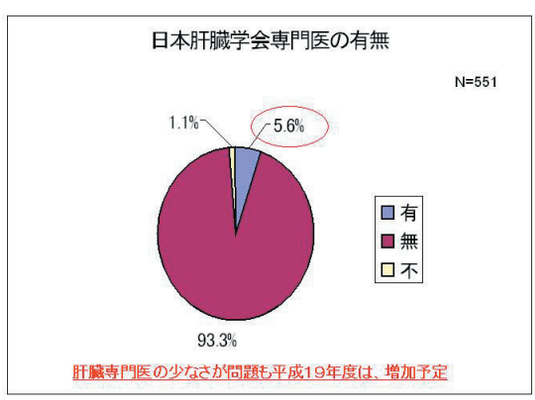

節目外検診　H.14～H.16
C型抗体陽性率《山口県》
2.0%未満
2.1～3.0%
3.1～4.0%
4.1%以上
山口県・陽性率：461/13,355 (3.4%)
全国　・陽性率：33,334/1,426,852(2.3%)

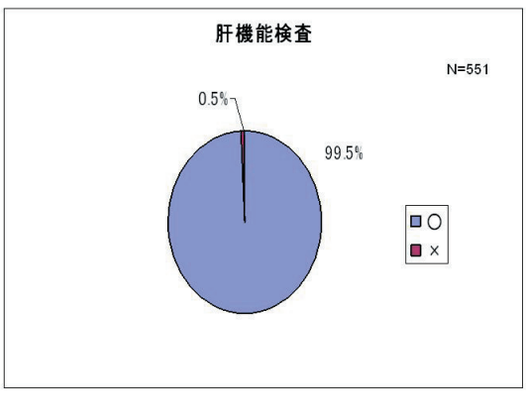

山口県では・・・
• 人口150万人(日本の90分の1)
– 年間全国で3.4万人の肝癌死亡:全国平均なら380人
• 年間600人が肝がんで死亡
– 全国平均の1．6倍:肝がん多発地域
• ウイルス別の年間死亡者
– HCV:480人／年、20年間で9,600人
– HBV:　90人／年、20年間で1,800人
• 40歳以上のC型肝炎ウイルス感染者(1．4%)
– 12,500人
– このうちの8,300人(3人に2人)が肝がんの危険
• 40歳以上のB型肝炎ウイルス感染者(0．9%)
– 8,000人
– このうちの1,600人(5人に1人)が肝がんの危険
平成18年3月　山口県の健康マップ

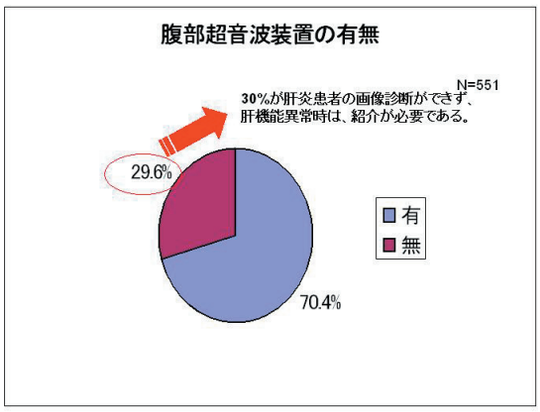

ま　と　め
肝炎の治療を漫然と行っていた結果、肝癌に至り死亡、医師が訴えられるという事例はほかにも見られる。
説明義務が問われる医療訴訟は増加傾向にある。
治療法の自己選択のための情報提供が足りなければ、たとえ患者が治療を拒否したケースであっても、損害賠償責任を問われ得るということを知っておくべきである。
Nikkei Medical 2006年3月号, P.30-31

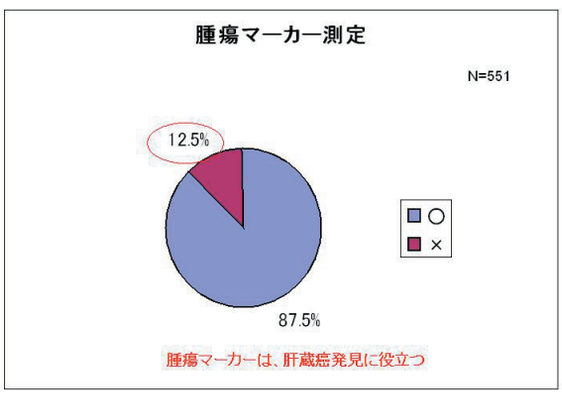
アンケート

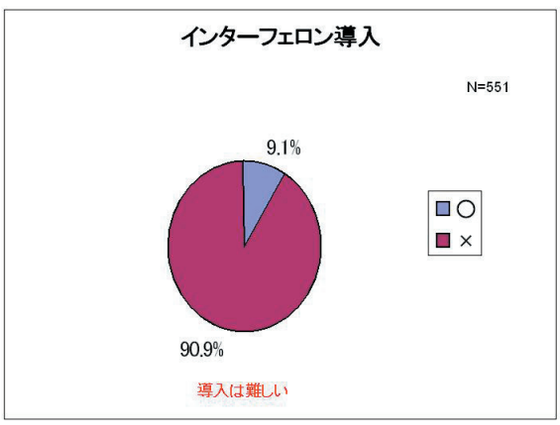

アンケートの実態(2)
山口県20郡市の診療所に肝炎診療アンケート1134例
(各診療所で可能な治療法についてお尋ねしました。)
アンケート回収数805例 (71%)
アンケート結果の利用を拒否
158例 (20%)
解析可能例　551(47%)

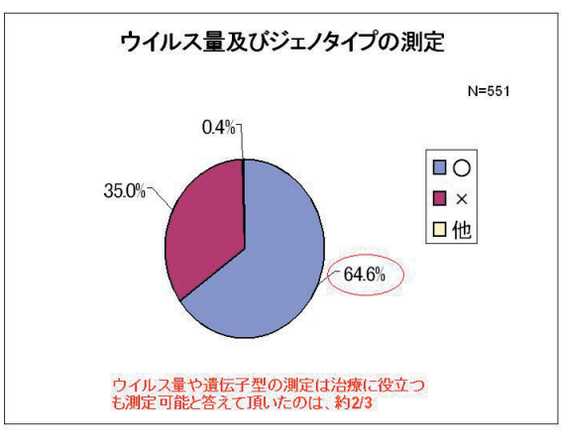

日本肝臓学会専門医の有無
N=551
1.1%
5.6%
93.3%
有
無
不
肝臓専門医の少なさが問題も平成19年度は、増加予定

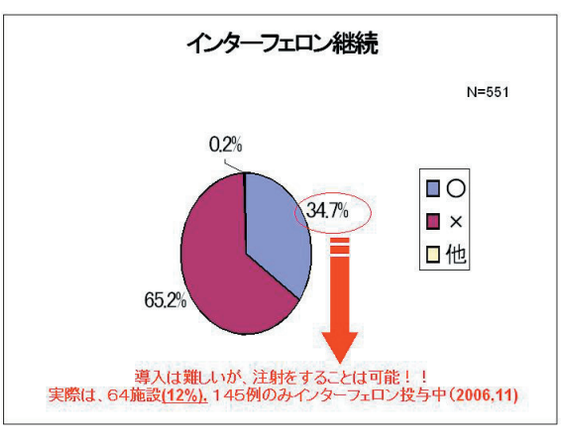

肝機能検査
N=551
0.5%
99.5%
○
×

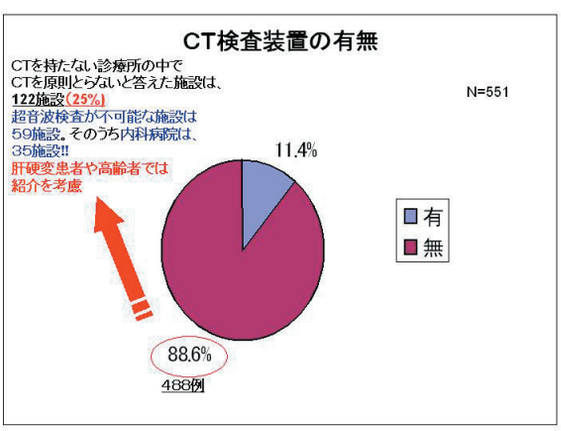

腹部超音波装置の有無
N=551
30%が肝炎患者の画像診断ができず、
肝機能異常時は、紹介が必要である。
29.6%
70.4%
有
無


腫瘍マーカー測定
N=551
12.5%
87.5%
○
×
腫瘍マーカーは、肝臓癌発見に役立つ


インターフェロン導入
N=551
9.1%
90.9%
○
×
導入は難しい


ウイルス量及びジェノタイプの測定
N=551
0.4%
35.0%
64.6%
○
×
他
ウイルス量や遺伝子型の測定は治療に役立つ
も測定可能と答えて頂いたのは、約2/3


インターフェロン継続
N=551
0.2%
34.7%
65.2%
○
×
他
導入は難しいが、注射をすることは可能！！
実際は、64施設(12%)、145例のみインターフェロン投与中(2006,11)


CT検査装置の有無
CTを持たない診療所の中で
CTを原則とらないと答えた施設は、
122施設(25%)
超音波検査が不可能な施設は
59施設。そのうち内科病院は、
35施設!!
肝硬変患者や高齢者では
紹介を考慮
N=551
11.4%
88.6%
488例
有
無

講演Ⅱ

「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
是永匡紹

今日は３つのセクションに分けて話す。

①診療基準は急性肝炎、慢性肝炎について
②治療法
③症例

(1) 急性肝炎：ウイルス、薬物、アルコール等で惹起される。Ａ型、Ｂ型、Ｃ型、Ｅ型肝炎ウイルスがある。

①**Ａ型肝炎**：カキの生食（1～3月に多発）によるものが多い。基本的には慢性化せず、時に重症化する。お年寄り、糖尿病者、大量飲酒者が重症化し易い。時に突然腎不全が出現する人がある。抗体を持っていない人が若い人に多いので、年をとって感染すると重症化するかも知れない。安静治療で大体治癒する。

②**Ｂ型肝炎**：ほとんど性交渉（ＳＴＤ）によるものである。急性肝炎は成人で感染して発症し、ほとんど血液や精液を介して感染する。東南アジアなどで感染してくる人が多い。ＨＢｓ抗原を測定することがまず第一である。急性肝炎ではIgＭ型抗体を測定すれば診断出来る。ＨＢＶ―ＤＮＡはウイルス量を測っている検査である。一過性で治癒するが、IgＧ型ＨＢｃ抗体を終生持っていることが多く、薬が入ったり、年令が高くなると、またＢ型肝炎ウイルスが出てくる症例がある。

まとめると感染すると急性肝炎となって殆ど治癒するが、中には慢性化して、その中でもＡタイプといって東南アジアやアメリカに多い、日本には本来少なかったものが今やどんどん入ってきて、その中にはだらだらと慢性化するものが現れて来ている。

その結果、母子感染でブロックしても、大人になっても慢性肝炎になっていく人がいるわけである。このタイプの家族歴もない慢性肝炎が広島までは報告があることに注意していただきたい。

③**Ｃ型肝炎**：ピアス、入れ墨、覚醒剤の回し打ちなどで感染があり、狭い集団で発生している。大きな感染ではないが、中々収まらないし、中々感染しにくいものである。しかし、慢性化し易い。ＨＣＶ抗体検査をする必要があり、ＨＣＶ抗体陽性であれば、8～9割現在感染しているが、一部過去の感染を示しており、ＨＣＶ抗体陽性であれば､引き続きＨＣＶ―ＲＮＡを測定して頂きたい。

④**Ｅ型肝炎**：猪、豚、鹿で感染している。北海道が圧倒的に多い。男性に多く、50才以上に多い。輸血でも感染し得る。ＨＥＶ－ＲＮＡ測定で診断出来るが、保険適応は現在ない。感染経路はなお不明の点が多い。

(2) 慢性肝炎

Ｂ型肝炎とＣ型肝炎がほとんどである｡現在は、肝臓癌を作らせないか、出来るのを遅らせる治療を行っている｡癌が出来ても症状は初期にはなく、Ｂ型＋Ｃ型で70～80％を占めている。

Ｃ型肝炎ウイルスの陽性率は節目検診で1％、節目外検診でも陽性率が増えている。Ｂ型肝炎は陽性率1％であり、肝機能正常者にも、外来受診者の100人に1～2人は陽性者がいることになる。

Ｃ型慢性肝炎は慢性肝炎→全く症状なく肝硬変となり、肝硬変患者が100人いると10年で50～60人が癌になり、20年で全員癌になるというのが現在の考え方である。

図のＦは線維化を示しているが、Ｆが進行し、硬くなると発癌率が上がることになる。生検が出来なければ、血小板を見て、15万以下になると注意し、10万以下だと肝硬変だと考えられる。

輸血年令によって分けると50才以上で輸血し

てＣ型肝炎に感染すると10年もかからずに肝硬変になる。Ｃ型肝炎は年令が一つの大きなファクターである。高令になれば一気に進行する。そのため、40～50才台はきちんと診ることが大切である。

肝硬変になるとＧＰＴは正常化する。

Ｃ型肝炎の診断手順を示すが、ウイルスには1型と2型があり、日本では70％が1型である。2型の方がインターフェロンの効果が高く、ウイルス量が少ない方がインターフェロンの効果が高い。

経過観察の際には、アルコール多飲、肥満、糖尿病、鉄過剰状態は発癌の危険が高まるので注意が必要である。癌は加齢病であり、鉄が肝に貯留すると肝細胞をこわし、発癌を促すことになる。

(3) 治療はインターフェロンが第一選択薬で次いで肝庇護療法である。現在はペグインターフェロン（ＰＥＧ－ＩＦＮ）＋リバビリン併用療法を用いている。血中濃度が持続するペグ製剤としてペグイントロンとペガシスがあり、これにレベトールを併用する。効果は10倍になるが、副作用はやはり出現する。使用してみないと副作用は何が出るかは予想出来ない。

高齢者（65才以上)、線維化進行例、女性では著効率が低下する。

ペガシスの方がインターフェロンの血中濃度が高く維持されるだけに特有の合併症が多いと言われている。副作用としては、発熱、食欲不振、3ヶ月位で脱毛が出現する。その他、甲状腺機能、眼が悪くなる。間質性肺炎や骨髄抑制の発生、自己免疫性疾患の悪化、膠原病を悪化させる可能性がある。その他にも皮疹が出る。脳出血が起き易い（特に高血圧、糖尿病がある人)、貧血も出る。ヘモグロビンは3ｇ～3.5ｇ、ひどい人は5ｇ位下がる。

レベトールを減量すると改善するが、11ｇ位でも1ｇ位しか下がらないこともある。うつ状態は最初不眠で出現する。

治療開始時には同意書を貰い、副作用を説明した証拠としている。

インターフェロンを打って、肝機能を下げることが一番であるが､発癌を遅らせることも出来る。肝機能はＧＰＴ75以下に下げることで発癌を抑えられ、下げられればもっと下げた方がよい。強ミノＣは3～5Ａまで打てるし、毎日注射出来れば、毎日の方が効果は良いと言われている。ウルソは6錠使用が必要である。

瀉血療法も保険適応となり、鉄制限食を食べながら、月1～2回、200～400ml瀉血し、
フェリチンを測定し、5を目標とするが、5ではほとんど倒れてしまい無理であるが、いずれにしてもＧＰＴは下げられるだけ下げるべきである。6ヶ月以上見てＧＰＴが30以下に下がらない人で、血小板15万以下の人はインターフェロン治療の適応である。超音波は年2回程度、年1回はＣＴ又はＭＲＩを実施する必要がある。

Ｂ型肝炎は産道感染し、ｅ抗原からｅ抗体へ変化し、落ち着く人は8割位で、20才位で動揺し、35才位で変化するのである。
35才を越えても動く人はどんどん肝硬変に進行する。臨床的治癒になっても少数に肝癌が発生するので定期的検査が一生必要である。ＨＢｓ抗原が1回でも陽性であれば、きちんと診ることが必要である。

治療法は35才まで待ち、35才を越えても動く人は重症例ではエンテカビル、ラミブジン、インターフェロンなどを使う。前2者は内服薬をまず使用するが、内服し始めたら、途中でやめると、急に悪化する。耐性株が出現するのである。肝硬変では積極的に内服すべきである。35才未満でも肝硬変に近ければ内服が必要である。内服すれば、3ヶ月ぐらいで測定できないぐらいにウイルスが下がり、発癌が抑制される。

Ｂ型肝炎はウイルスを減らすことが大切である。ずっと診ることが重要であり、画像診断も必要である。高齢になってもＢ型肝炎ウイルスの既往感染がある人は、肝癌が発生することがある。超音波は死角が多いのでＣＴが必要である。Ｂ型肝炎というのはＤＮＡウイルスなので完全に排除出来ないので、きちんと診ていく必要がある。

Ｂ型でもＣ型でもない肝障害にも肝癌は発症するので注意して経過を追うべきである。

急性肝炎

- ウイルス、薬物、アルコールなどにより惹起される急性の肝障害。
- ウコンやdiet薬などの健康食品による肝障害も増加している。
- ウイルス性にはEBV, CMVも含まれるが、肝炎ウイルスによって引き起こされるものが、大半を占める。

B型肝炎ウイルスの感染経路

★慢性肝炎は母子感染ですが、出産時のワクチン事業開始され、患者数は激減（20歳以下の感染率は0.03-6%）。
現在は、性行為感染症！！　ステロイド使用者や高齢者では、再活性化する。HBVは絶対消えない　！！

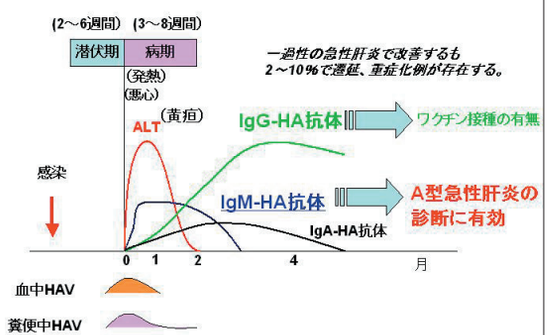
Hepatitis Viruses （肝炎ウイルス）

Type of Virus		感染経路	慢性肝炎への移行
Hepatitis A Virus (HAV)	RNA	経口（糞口）	(−)
Hepatitis B Virus (HBV)	DNA	血液	(+)
Hepatitis C Virus (HCV)	RNA	血液	(+)
Hepatitis Delta Virus (HDV)	RNA	血液	(+)
Hepatitis E Virus　人畜共通感染症	RNA	経口（糞口）	(−)
Hepatitis G virus (HGV/GBV-C)	RNA	血液	(+)
TT Virus (TTV)	DNA	経口、血液	(+)

B型肝炎ウイルスマーカーの臨床的意義

検査項目	臨床的意義
HBs 抗原	HBVの存在、すなわち感染状態であることを意味する。
HBs 抗体	HBV感染の既往と臨床的治癒を意味する（感染防御（中和）抗体）。
HBe 抗原	血中HBV量が多いことを示し、HBV増殖が活発であること、感染性が強いこと、慢性肝炎例では肝炎の持続を意味する。（HBV増殖マーカーであって、病期の進行を意味するものではない。）Pre-Core, core プロモーター領域変異している場合には陰性になることがある。
HBe 抗体	HBVの増殖が低下したことを意味し、感染性が低いこと、病態の鎮静化を反映する。（けっして治癒したのではない！！）
IgM-HBc 抗体	急性肝炎時には高抗体価を示し、キャリアの増悪期では低抗体価を示す。急性肝炎の判別に有用。
HBV-DNA(PCR法)	血中ウイルス量を反映し、増殖の指標となる。5以上では要注意

A型肝炎の経過とウイルスマーカー推移



C型肝炎ウイルスに感染する可能性は？

認められているリスク

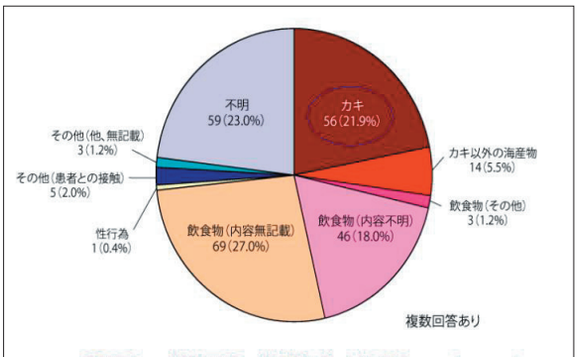
- 1992年以前の輸血または血液製剤の投与[1]
- 非経口的（注射など）暴露：
  - 静脈内注射の使用[1]
  - 病院での暴露[1]
  - 一般的な予防措置の軽視
  - 覚醒剤の打ちまわし
- 社会経済が低い層[1]

不確定または低リスク

- 母から子への垂直感染[1]
- ボディピアス/入れ墨[1]
- 長期の血液透析[1]
- 職業上の暴露（保険医療従事者などの針刺し事故）[1]
- 経鼻的なコカインの使用[1]
- 複数のパートナーとの性交[2]

輸血が否定されていても多くの場合、感染源が同定できない
通常の生活（食事や特定者との性交）では感染することは、ほとんどない
B型肝炎ウイルスに比べ、非常に感染しにくい。

1. CDC. *MMWR*. 1998;47(RR-19):1-39. 2. Alter MJ. *Hepatology*. 1997;26(3 suppl 1):62S-65S.



A型肝炎の感染経路：牡蠣や海産物が主！！（2003）

IDSC (Infectious Disease Surveillance Center) ホームページより引用

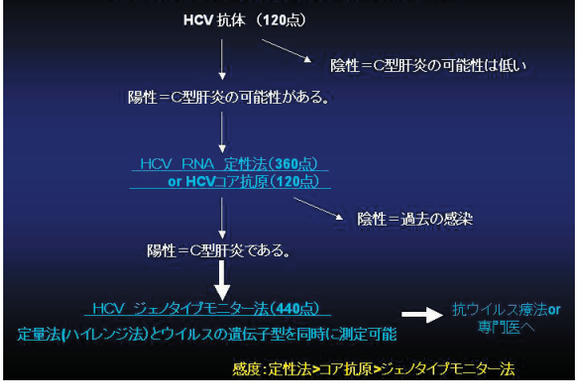
E型急性肝炎の概念・病因

- E型肝炎ウイルス（HEV)は、HAV同様、水平（糞口）感染にて成立すると考えられていたが、2001年以降、ブタやイノシシの肉・内臓摂取後のE型肝炎例が散見され、劇症肝炎による死亡例も報告された。（海外渡航歴がない人でも発症）
- 本邦のHEVの特徴として、北海道（43%）、次いで東北・関東地方に多く、男性優位（80%）、50歳以上に罹患している。
- 診断には、HEV-RNA（ウイルス）測定が有効も保険外。
  （疑ったらHEV-IgM,IgGを測定。）
- Genotypeも解明され、インド、ネパールでは1型、本邦では、3型、4型が多く、4型が重症化し易い。

Short Summary

急性肝炎を惹起する原因は？	ウイルス、薬物、アルコール
A型急性肝炎の診断は？ A型肝炎の感染経路は？	IgM HA 抗体 糞口感染、魚介類が多い
B型急性肝炎の感染経路は？ HBs抗原とHBs抗体の意味は？ B型急性肝炎で慢性化しやすいのは	血液、性行為感染症 持続感染と中和抗体 genotype A
C型急性肝炎で慢性化する確率は？ HCV抗体陽性の意味は？	70% C型肝炎ウイルスに感染した事がある。
E型肝炎は人畜共通感染症といえるか？	Yes (ブタ、イノシシ、シカ)

C型肝炎を診断するには？？



慢性肝炎

B型慢性肝炎
C型慢性肝炎

非アルコール性脂肪性肝炎
自己免疫性肝炎
原発性胆汁性肝硬変症
原因不明

放置すると

肝臓癌ができる

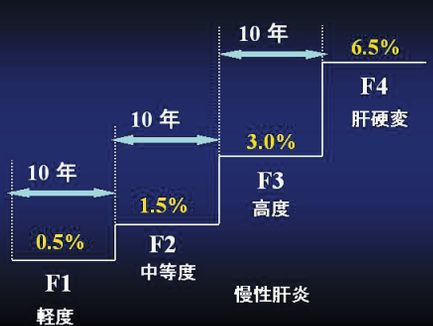
症状もなしに。。。

C型肝炎患者を経過観察するには？？

- 年3回は、ALT/AST,血小板のチェック
- 腹部超音波検査、腹部CT検査を年1回
- 慢性肝炎後期症例や高齢者では、画像検査を最低2回以上施行する。
- アルコール、肥満、糖尿病、鉄過剰状態は、発癌の危険が高くなるため、画像検査を細かく行う。
- 慢性肝炎後期症例では、Alb,プロトロンビン時間、AFP、PIVKAIIの計測も行う.

線維化のマーカー:ヒアルロン酸(200点)、IV型コラーゲン7s(170点)

肝臓の線維化の進展度すると肝癌ができやすい



C型肝炎の治療は？？

抗ウイルス療法(インターフェロン:IFN)
ウイルス排除:排除5年後以降の発癌稀。

肝機能正常化(発癌遅延):IFNを少量長期。
癌進展抑制：癌治療後に投与し、再発を防ぐ。

肝庇護療法(強力ネオミノファーゲンC:SNMC3～5A
ウルソデオキシコール酸:UDCA600mg)
肝機能正常化 (発癌遅延)：ALT80以下で遅延効果??

瀉血 鉄制限食
肝機能正常化

健康食品類(ウコン、アガリクス、etc)

C型肝炎,肝硬変.肝癌と診断されて。。

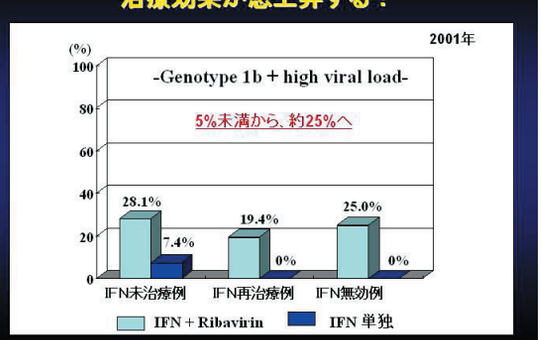
- 年1回の採血でALT(GPT)の正常だったのに。。。

年齢によって進行速度が異なる。
GPTの正常値に問題がある。
肝硬変になればGPTが正常化する。
検診では、HCV検査をしない。
年1回の採血では判断できない。

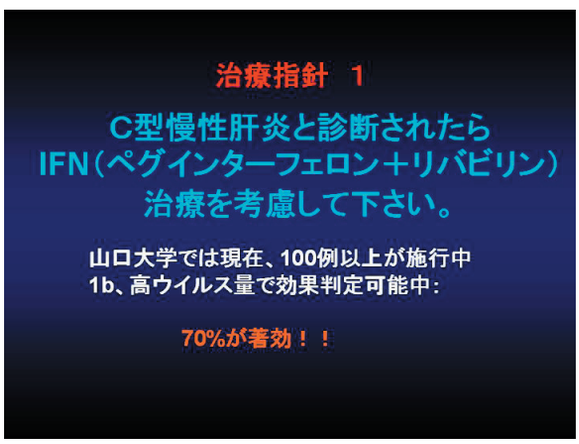
- 輸血歴もなく、刺青もないのに。。。

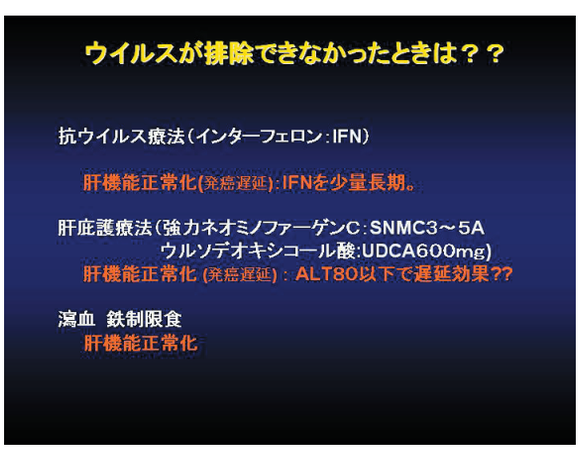
若年者では覚醒剤使用者や、特定以外者との
性行為(abnormal)での感染が報告される。
(B型肝炎では同性愛好家からの感染が多い)
また、原因が特定できない患者さんもいる。
現病歴だけでは判断できない。

インターフェロンにリバビリン併用することで治療効果が急上昇する！



臨床開発治験成績





質疑応答

質問 1

ペグイントロンとリバビリンを半年間使って、著効を示し、ウイルスが消えた時、ＧＯＴ、ＧＰＴが正常化し、患者さんが“もう半年間使わないといけないのか”と言われることがあるが、どう答えたらいいのか？また一旦消えたウイルスが再び出てくるのか？

答え

中止するとウイルスが絶対再出現するので、1 年間は使う必要がある。12 週目までにウイルスが消えて、1 年間注射を続ければ 7 割の治療効果、24 週目までにウイルスが消えれば、1 年間注射を続けて 3 割の治療効果が期待できる。消えたウイルスがまた出てくる可能性は高い。

質問 2

３つ教示して欲しい。１つはＩｇＧ型ＨＢｃ抗体の意義についてで、ＨＢｃ抗体が陽性であれば、過去にＢ型肝炎ウイルスが入ったことがあると診断しているが如何か？

２つ目はペグインターフェロン慮法でウイルスが消えてもＧＯＴ、ＧＰＴが下がらない例があり、その時は甲状腺機能を是非チェックしないといけないのではないかと思うが如何か？

３つ目はペグイントロンとペガシスの半減期は非常に違い、むしろペガシスの方が半減期が長く、長期療法には良いと思うが如何か？

答え

ペガシスは 10 ～ 14 日に 1 度の注射で済むが、分子量が多いだけ合併症の報告が多い。
白血球減少、血小板減少が 40 ～ 50 週目でストンと出現する。肝機能の数値の上昇が言われているのはペグイントロンよりペガシスの方が多い。レベトールを併用すると少し違うかもしれないが、そのあたりはまだ分からない。

甲状腺の方は、原因の分からない肝機能異常は甲状腺機能異常があるであろう。３ヶ月に 1 回甲状腺機能を測定しなさいと言われている。

ＩｇＧ型ＨＢｃ抗体陽性の意味は、過去の既往感染でいいと思う。ＨＢｃ抗体陽性であることは今も肝の中にウイルスがいるということである。しかし治療対象にはならない。
ｎ ｏｎ－Ｂという時はＨＢｃ抗体陰性としている。

質問 3

Ｃ型肝炎のインターフェロン治療をするかしないかは、年令ではどうすればよいか？

答え

今のところ、明確な年齢制限はない。私は75才以下しか、今のところ使っていない。

質問4

大学を受診する患者は、セレクトされた人が多いと思うが、説明はどうしているか？
強ミノCは1日当りの量を増やして注射すべきか、回数が多い方が良いか？

答え

特に変わったことはなく、説明文書を渡して読んできてもらい、入院して貰ってじっくり説明している。頻回入院して貰い説明している。決め手は癌の発生の危険性の説明である。ＡＬＴ（ＧＰＴ）30～40はウルソを使っているが、使えれば強ミノCの注射の方が良い。注射は毎日した方が良いとされている。インターフェロンを拒否した人が基本的に強ミノC使用の対象である。

世の中は厳しくなっており、肝の専門医をうまく使って、2人主治医制を活用して、リスクは専門医に預けて欲しい。くれぐれもステロイドを使用する患者についてはＨＢｓ抗原の有無を確認して欲しい。

恋の猫

徳医句会

漣の寄する上げ汐かいつぶり　**浅海日出子**
如月や夕星の綺羅うかび出づ
そばえして苔のさみどり野に遊ぶ
恋猫の威嚇の距離を保ちをり

初句会一句とられて良き出足　**村田　周陽**
初釜や香のただよひ水屋まで
水仙は散歩する人に話しかけ
山に朱のつづら折りみる一の午

マスクして老医と患者向かひ会ふ　**武田　子龍**
初夢に稼ぎし娘等の笑顔かな
満天の星降る屋根に恋の猫
堂々と信号無視は恋の猫

県医師会の動き

副会長　三浦　修

4月に入り、一雨ごとに木々の緑、山々の蒼さが際立ってくる。冬の間、それこそ捨てられたように庭の隅に放置された植木鉢の、一見枯れたかと思えた紫陽花の挿し木の小枝にも、勢いよくいくつもの新芽が現れてくると、命の逞しさを今更ながら感じてしまう。この季節、フジの花が一斉に咲く。水面まで長く垂れ下がる藤色のノダナガフジも趣深いが、咲きそろったシロカピタンも見事である。同じ豆科の花木であるのに蔓の巻き方が右と左で違うのもおもしろい。この時期、他に蜜を集める花も多くありそうだが、決まって熊蜂が煩いほど藤棚に集まってくる。

3月29日（木曜）山口県庁において、**山口県成人病検診管理指導協議会「胃がん部会」ならびに「大腸がん部会」、「肺がん部会」**が開催された。平成17年度の検診実施状況の報告のなかで、受診者割合は、胃がん、大腸がん、肺がんそれぞれ13.5%、18.0%、27.1%であり、精検受診率は86.9%、69.2%、86.3%であった。精検受診者対がん発見率は、それぞれ2.41%、4.24%、5.03%であった。がん診断調査で上がってくるデータとの乖離があり、データ提出にあたり医療機関の協力が充分得られていない状況や、また市町村合併に伴い以前の郡部での受診率の低下がみられ、受診勧奨などの重要性が示唆された。本年4月に「がん対策基本法」が施行され、国の基本的施策として、①がん予防および早期発見の推進と、②がん医療均てん化（全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差是正を図ること）の2点が挙げられている。がん登録についても、従来の県立総合医療センター内に置かれていた「がん登録センター」を、山口大学医学部付属病院が、都道府県がん診療連携拠点病院に指定された事に伴い、新たに「がん登録サーベイランスセンター」として移設し、地域がん登録のデータ集積とその解析を行うこととなった。

3月31日（土曜）品川プリンスホテルにおいて、**中国四国医師会連合の常任委員会**が開催された。山口県医師会からは、藤原会長、木下副会長、杉山専務理事、吉本、濱本両常任理事、ならびに事務局と三浦が出席、翌日の日本医師会代議員会における中四国医師会連合会からの質問（代表・個人）3題が紹介された。次期中四国医師会ブロック当番県は山口県であり、本年5月26日（土曜）・27日（日曜）の両日に山口市内のホテルで介護保険、医療保険、地域医療、医業経営の4つの分科会に分かれて中国四国医師会連合総会が開催される。

4月1日（日曜）　**第116回日本医師会定例代議員会**が開催された。詳細は報告記事や日医ニュースなどをご覧頂きたいが、唐澤日医会長はその所信表明の中で、「グランドデザイン2007」について触れ、今回のグランドデザインは「総論」であり、今夏までには、「各論」を策定し、基本的医療政策として発信したいと述べている。「社会保障が財政危機の責任を負うという発想」を批判し、「常に国民と向かいつつも、国民と同じ方向を向いているわれわれ医師には、医療のみでなく、医療制度のあり方についても最善を尽くす責務」を求められている。高齢者を、「全国民の総力を持って支える理念を具現化し、礼節を持って応える心優しい福祉国家への扉を開きたい」と結んでいる。さらなる負担を強い、高齢者や弱者が切り捨てられるかのような、医療制度改革の流れに対しては、われわれ一人一人が声を大にして反対していかなければならない。

4月4日（水曜）　宇部全日空ホテルにおいて、**卒後臨床研修医・臨床研修病院長、山口大学医学部臨床展開系教授、県医師会役員との懇談会**が開催された。この懇談会の目的としては、一つには卒後臨床研修制度に関する情報交換ならびに研修の円滑な推進体制の確立を図ることであり、もう一つには、研修医の先生方に対して、医師会活動の意義と参画することの理解を求め、積極的に医師会へ入会をお願いするという趣旨である。当日は、新たに県健康福祉部長に就任された、今村孝子様にも御出席頂きご挨拶を頂戴した。また、松﨑山口大学医学部附属病院長、沖田勤務医部会長、児玉山口県立総合医療センター院長からも、研修医に対して熱いエールを頂いた。研修医67名が、山口大学あるいは県内の臨床研修病院で2年の研修を終えた後も、山口県の地域医療のために積極的に関わってくれることを強く望みたい。

4 月 12 日（木曜） **山口県医師会地域医療対策委員会**が開催された。審議事項として、徳山中央病院の緩和ケア病床設置についての審議がなされた。これは、県東部への緩和ケア病棟整備を強く求める市民運動が展開されている経緯があり、県としても第 5 次保健医療計画において、緩和ケア病棟を設置している病院数を 22 年度までに 1 病院(25 床)増やすこと目標をして設定している。したがって、特定病床の特例により、25 床を上限として増床許可を行い、一般的な入院医療の確保を図りながら、緩和ケア専用病床への需要に対応しようとするものである。周辺医師会の承諾を確認の上、承認することとなった。

4 月 17 日（火曜） 山口県医師会において、**県民の健康と医療を考える会世話人会**が開催された。山口県歯科医師会、山口県薬剤師会、山口県看護協会からも世話人の方々にご出席頂き、昨年度の事業報告・決算についてと、今年度の事業計画について協議し、さらに現在検討が進められている財政制度等審議会の建議書及び「骨太の方針 2007」に対して、危機的状況にある地域医療の現状を踏まえ、人間本位の医療政策への転換と、それに伴う諸施策が盛り込まれるよう県民集会を開催することを決めた。その場で決議した県民の声を、政府関係、県選出国会議員、山口県、県議会等へ届けるための要請活動を行うよう、「国民医療を守る山口県民集会」を 4 月 26 日に開催することを決定した。

4 月 18 日（水曜） **母体保護法指定医師審査検討委員会**が開催された。母体保護法による指定医師の更新について、申請該当者 45 名のうち研修シールの不足している 5 人の先生方について協議されたが、関係学会や地区の勉強会などへの参加状況を勘案し、1 人は更新、残り 4 人については 1 年限定で更新とした。また、来年度更新者からは、指定規定改定により、産婦人科医会参加シールが 6 枚必要となる。

4 月 26 日（木曜） **第 156 回山口県医師会定例代議員会**が開催された。報告事項のあと、平成 18 年度山口県医師会事業報告についての説明がなされ承認された。議決事項は、平成 19 年度山口県医師会事業計画について、平成 19 年度医師会予算について等、第 4 号議案まで審議され可決された。代議員からの質問の一つに、特定健診の義務化の問題が提出された。来年の 4 月から始まる特定健診の目的は、早期発見・早期診断し、医療保険者が医療費適正化のための早期介入・行動変容を行うためであり、たどり着く先には予防から患者指導、さらには医療機関の選択や管理を行うことを含むとされている。医療保険者の成績によっては、ペナルティを課すなど保険者間の格差を助長する可能性もあり、また有病者に対する医療機関の管理が評価されて、ペナルティを課してくる可能性もある。医師会としては、現場での混乱を招かないよう地域・職域連携推進協議会などにおいて、医師会の立場を強く述べていかなければならない。

この定例代議員会に引き続き、**国民医療を守る山口県民集会**が開催された。県民の健康と医療を考える会代表世話人の、藤原県医師会長が挨拶し、西田山口県病院協会顧問、兼安山口県看護協会会長が、それぞれ意見発表を行い、野中山口県歯科医師会専務理事の決議文朗読のあと、これを参加者全員で採択した。

現在、療養病床再編に関しての問題が浮き彫りにされている。療養病床再編問題の流れは、山口県医師会報第 1756 号、西村常任理事の「今月の視点」をご覧頂けば理解出来る。厚生労働省は、社会保障審議会医療保険部会において、療養病床の目標数（案）を示している。この都道府県において達成すべき目標数として、「医療療養病床数」－「医療療養病床数の区分 1 、医療区分 2 の 3 割」＋「介護療養病床の医療区分 2 の 7 割、医療区分 3」＝ 15 万床を挙げている。医療区分 2 のうち、「うつ状態」「喀痰吸引」「創傷処置」「皮膚の潰瘍のケア」などの状態・処置は老健施設で対応可能とし、これらは医療区分 1 に移行出来るとしている。日本医師会の推計では、一部在宅復帰を実現しても、高齢者の増加に伴い、2015 年には 27 万床が必要と推計している。厚生労働省案の目標数は財政主導の根拠のないものであり、こういった強制とも言える再編案には断固反対していかなければならない。

理事会　第 22 回

3 月 15 日　午後 5 時～ 7 時 30 分

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、吉本・西村・湧田・弘山各常任理事、正木・小田・萬・田中 (豊)・田村各理事、青柳・山本・武内各監事

議決事項

1　第 156 回定例代議員会の付議事項について

4 月 26 日 (木) 開催の定例代議員会における提出議案を決定。

協議事項

1　平成 19 年度事業計画・行事予定について

新規事業を中心に事業計画案の説明があり協議。

2　平成 19 年度予算について

事業計画に基づき予算編成することになった。

3　平成 18 年度事業報告について

事業報告の内容について確認することとなった。

4　中国四国医師会連合総会各分科会提出議題について

5 月 26・27 日に本会引受で開催される中国四国医師会連合総会の各種分科会（第 1：介護保険、第 2：医療保険、第 3：地域医療、第 4：医業経営）の提出議題について協議した。

5　平成 19 年度養護教諭新規採用者研修講座の講師推薦について

濱本常任理事に一任。

6　山口県ケアマネジメント研究大会における講師の派遣について

田中義人理事に決定。

7 「平成 19 年度日本医師会医療安全推進者養成講座」受講者について

小田理事を推薦する。

人事事項

1　山口労災保険診療委員会委員について

任期途中に辞任委員が出たことから、後任委員を決定した。

2　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

この委員会は、国民健康保険法の規定に基づき診療報酬の適正な審査を推進するため、山口県国民健康保険団体連合会に設置されているが、委員の任期が 5 月 31 日までとなっている。保険医を代表する委員を委嘱されるにあたり、推薦依頼があったもの。推薦人員 16 人、科別内訳は従来通り。

報告事項

1　小児救急医療対策協議会（3 月 1 日）

平成 18 年度小児救急医療電話相談事業の報告と 19 年度電話相談事業計画案について協議した。（弘山）

2　平成 18 年度臨床検査精度管理調査報告会（3 月 2 日）

唐澤会長、柳澤伯夫厚生労働大臣の挨拶に引き続き、日医臨床検査精度管理検討委員会の委員から、第 40 回臨床検査精度管理調査の報告が行われた。その後の総合討論がされた。（田中豊）

3　日医勤務委員会・男女共同参画委員会合同委員会（3 月 2 日）

第 3 回男女共同参画フォーラム、医師再就職支援事業、日医会長宛の要望書等について協議した。（湧田）

4　日医生涯教育協力講座（3 月 3 日）

日医主催で精神・心身医学的疾患講座セミナー「日常診療におけるうつ病・不安障害の診断と治療」が開催された。（三浦）

5　セントル病院：セムイがん検診・放射線治療サイト施設開所式（3 月 3 日）

式典において挨拶を行った。その後、財団法人

がん研究振興財団の土居眞専務理事による特別講演「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」が行われた。参加者 160 人。(藤原)

6　肝炎診療従事者研修会（3 月 4 日）

今年度の県委託事業で、肝炎診療従事者に対し、「山口県の肝炎の実態」と「肝炎診療の実際」と題して坂井田山大医学部教授、是永助手による講演があった。受講者数 55 名。（杉山）

7　山口大学研修医・医学生との懇談会（3 月 7 日）

新医師臨床研修制度の取り組みについて三浦副会長より説明後、意見交換が行われた。（湧田）

8　日医総研戦略会議（3 月 8 日）

会議の運営方法、組織論等について協議した。（藤原）

9　日医感染症危機管理対策協議会（3 月 8 日）

感染症対策をめぐる最近の動向、感染症法をめぐる最近の動向－感染症法の改正、新型インフルエンザ対策－、ワクチン産業ビジョンについて報告があった。（田中豊）

10　県立こころの医療センター新入院病棟開設記念講演会（3 月 8 日）

東京都立松沢病院：岡崎祐士院長による講演「今後の精神科医療と公的病院の役割」が行われた。（田中義）

11　山口県准看護師試験委員会（3 月 8 日）

平成 18 年度試験問題の検討、合格者の決定について協議された。（西村）

12　自浄作用活性化委員会・診療情報提供推進委員会（3 月 8 日）

今年度は 2 つの委員会を併せて開催。木下副会長から、中央情勢を交えて挨拶、河合委員長から、今年度会長からの諮問や付託がなく幸いである旨、窓口相談の体制と相談状況を伺い、自浄作用活性化委員会として何ができるか考えたいと挨拶。

つづいて、担当常任理事から、19 年 1 月 1 日から施行の「診療に関する個人情報の取扱指針」「診療に関する相談事業運営指針」について説明を行った。

最後に 18 年度、山口県医師会に寄せられた相談窓口受付件数・事例について説明。受付件数の 9 割近くが苦情に関するものであり、なかでも医療機関従事者の接遇に関する苦情が突出しておることがうかがわれることが報告。河合委員長から、医療の信頼を高めるため、医師会が責任を持つべきと指摘があった。（吉本）

13　山口県肝炎診療協議会（3 月 8 日）

山口県肝炎診療実態調査の報告と来年度の肝炎肝がん対策関連事業について協議した。（木下）

14　体験学習「整形外科」（3 月 11 日）

山大医学部付属病院整形外科・リハビリテーション部の協力により、「加齢に伴う運動器疾患の診断と治療」をテーマに肩・膝・腰の痛みの診断と治療と肩・腰・膝の理学療法の実際について講義があった。出席者 39 名。（三浦）

16　香川県医師会館内覧会・落成記念祝賀会（3 月 11 日）

式典に出席した。（木下）

17　女性医師参画推進部会設立総会・記念講演会（3 月 11 日）

詳細は、会報本号 432 ページ参照。（三浦）

18　日医社会保険診療報酬検討委員会（3 月 14 日）

中医協報告及び後期高齢者医療制度について討議がされた。（藤原）

19　山口県衛生検査所精度管理専門委員会（3 月 14 日）

18 年度衛生検査所登録・変更等の状況、立入検査結果、外部精度管理調査の結果等について報告があった。（田中豊）

20　山口県運営適正化委員会第 39 回苦情解決部会（3 月 8 日）

苦情相談の現況等について協議した。（萬）

21　監査（3 月 12 日・13 日）

病院 1 機関について実施され、立ち会った。

（西村・萬）

医師国保理事会　第 16 回

1　診療報酬明細書等の開示に係る取扱及び会計経理事務専決要領について

協議の上承認。

互助会理事会　第 12 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。

山福株式会社取締役会

1　当会社の株式譲渡承認請求について

豊浦郡医師会が 19 年 3 月 31 日で解散、19 年 4 月 1 日より下関市医師会と合併することから株式の譲渡について承認請求があり、承認。

2　期末決算日程等について

期末決算等に関する日程並びに 3 月末収支予定状況の説明があり、利益処分に関し、配当金の支払いについて決定。

3　取締役任期満了に伴う選任について

原案通り承認。

4　監査役辞任に伴う選任について

原案通り承認。

日医 FAX ニュース

2007 年（平成 19 年）4 月 27 日　1712 号

■ 「大学病院からみた日本の医療体制」で講演
■ 厚労省医療構造改革推進本部案への見解示す
■ DVD「知って防ごう性感染症 現状と対策」作成
■ 一部の新聞報道を明確に否定
■ 後発医薬品の使用促進に関する報道に反論
■ 看護師の６月移動への対応を要請

2007 年（平成 19 年）4 月 24 日　1711 号

■ 第三者組織の重要性で認識一致
■ 分娩時の役割、関係団体間で合意

2007 年（平成 19 年）4 月 20 日　1710 号

■ 地域医療連携で病院負担軽減の流れを
■ 医療費の拡大求めて運動展開
■ 区分２の３割転換「根拠ない」
■ ７月から検討項目案の審議開始
■ 後発品収載、07 年度から年２回

2007 年（平成 19 年）4 月 17 日　1709 号

■ 政策提言に向け研究機能の向上を　唐澤会長
■ 再編目標 15 万床、日医の答えは「ＮＯ」
■ 「賃金基本統計調査結果」の報道等に反論
■ 「登録医制度」は地域医療の混乱招く
■ 異状死の定義も整理へ

2007 年（平成 19 年）4 月 13 日　1708 号

■ グランドデザインを広く発信
■ 「意見を尊重」で医師と患者に温度差
■ 社会保険庁の収支見通しの問題点を指摘
■ いわゆる 300 日ルールに関する日医の考えを説明

2007 年（平成 19 年）4 月 10 日　1707 号

■ 「いのち・ひと・夢」はぐくむ精神を
■ 改正医療法の適正運用求め局長通知　厚労省

2007 年（平成 19 年）4 月 6 日　1706 号

■ 唐澤会長と柳澤厚生労働大臣が会談
■ 内診問題「対立の構図避けたい」
■ ７対１、要件見直しの前倒しを要望
■ 認定資格「日レセオペレータ」の検討へ
■ 来年度予算要望にグランドデザイン活用
■ 医療・福祉「悪い方向に向かっている」が３２％

2007 年（平成 19 年）4 月 3 日　1705 号

■ 国民医療費の増加が不可欠
■ 「看護師大移動」の実態把握へ
【案内】

いしの声

小児救急と病診連携

下関市医師会　坂井　尚二

下関市医師会理事に就任し早一年が過ぎた。それまで病院勤務医として医師会活動にも積極的でなくノンポリで身の回りのことだけしか考えてこなかった自分が、医師会活動を通じて地方、国レベルでの医療について見聞を広げる機会を得ることができた。一勤務医にとって開業医の先生との病診連携といってすぐに頭に思いつくのは、紹介された患者を適切に治療して元の紹介の先生に患者をお戻しすることによりお互いに役割分担して地域医療に取り組むという程度である。今回経験した見聞したなかで小児救急における病診連携というテーマで下関市医師会報の編集後記に記述した内容とほとんど重複するが、県医師会員とも深く関係すると思うので加筆投稿させていただいた。

勤務医にとって医師会報に投稿となるテーマを何にすればよいかと思案していると、身近な問題から探そうとしたら小児救急というテーマが思いついた。勤務先の内科系当直者の不満の大きなものに夜間休日の小児救急がある。小児科の先生に診てもらいたいから病院に患者である子供を連れてきているのだから小児科の医師が診るのは当たり前といって怒り出す親、診察して応急処置をしてかかりつけの小児科の医院があく朝まで経過観察してくださいといっても大丈夫か、責任取れるのかと引き下がらない親、すやすやと眠っている子供をたたき起こして待ち時間のない救急に出勤前に診察をすましてしまおうとする不心得ものの親などきりがない。

昨今小児科、産婦人科、麻酔科医師不足が叫ばれているが、医師数自体は以前より増えているので新医師臨床研修制度など多様な原因があると思われるが、地方では緊急の問題となっている。山口県を例に取り上げると、県東部の柳井医療圏の基幹病院からの山口大学小児科引き上げ問題がある。ひとえに大学医局員不足によるものであるが、勤務医の過重労働にも関係がある。柳井医療圏では一次救急体制不備で基幹病院に小児の一次救急すべてが流れ込む状態で勤務医が疲弊してしまっているとの事である。それに対し萩医療圏では開業の先生が協力して小児一次救急をみて、基幹病院は二次救急を担当という取り組みをおこない、病診連携が大学からの医師引き上げを阻止しているときく。各公的病院でも小児科勤務医は減少し安閑とはしておれない状態で、各医療圏で小児科勤務医を特定病院に集中化して対応していく動きもある。しかし医師の地域偏在、診療科偏在のよい解決法が見出せない限り、地域によっては小児救急医療体制が確保できない状況の懸念が払拭されない（すでに崩壊もはじまっている）。医師会や厚生労働省をはじめ多くで検討されていると思われるが、地方、国レベルでの方策を早急にきっちりと提示してほしいと切望している。医師会の末端組織である一勤務医としては、このようなときこそ地域で開業されている先生とともに病診連携の重要性をお互いに認識して困難な医療情勢に立ち向かっていかねばならないと考えている。

寄贈図書・資料等一覧

名　称	寄贈者、筆者（敬称略）	受付日
山口県　平成の大合併	山口県市町村振興協会	19.04.05

勤務医のページ

勤務医不足

済生会下関総合病院　津江　和成

医療が音をたてて崩壊しつつある。医師看護師不足、医療費の抑制、政管健保ならびに国保の赤字と非加入者の増加、若い医師の価値観の多様化、日本人全体を覆う質の低下と自己犠牲の欠如等が原因である。

医師過剰時代の到来という言葉が出て久しいが、現在勤務医不足に悩む病院は少なくない。勤務医不足と都市部への偏在は、新研修医制度が拍車を掛けた。多くの大学で入局者が減少し開業等による退局者の穴を補えず関連病院への医師派遣ができないばかりか、大学医局の維持のため引き上げに動かざるを得なくなったのである。私の在籍している大学医局も今年４月から県内５病院から整形外科医の撤退を決めた。関西の某一流大学の整形医局も機関病院のみ残し多くの関連病院から医師の撤退をするという。このような医師の集約化と再配置は産婦人科、小児科、麻酔科、整形外科と次々に伝播し地域医療は崩壊していく。

また勤務医不足の原因の一つとして、一向に改善されない厳しい労働環境がある。当院は山口大学の関連病院として医師派遣の面でも恵まれているし感謝もしている。それにも関わらず当院の月平均の医師一人あたりの時間外勤務時間は科によるが４０時間台が多い。これは時間外手当に関しては医師に上限を決めているためで、実態を表してはいない。整形外科に関しては月一人120時間を越えている。５人で年間千例以上の手術をするため全員が朝７時すぎから夜は遅くまで仕事をし土日も出勤している。

常勤医57名（研修医を除く）の一人あたりの当直、休日日直回数は月平均３回、月８回以上が９名もいる。ちなみに当直明けの平日は休めることになっているが、実際には休む者はいない。二次救急日の当直でほとんど眠れず翌日普段通りに働き、36時間連続勤務というのは特殊なケースではなく恒常的になっている。こうした労働環境の中でも医療レベルを落とさず、ミスは許されない。医療訴訟も急増している。国民の医療に対する権利意識と要求が増大する中、これに応えるため医師は専門性を深め一人の患者により多くの時間をさくことになる。

本業以外の雑務も増えた。ちなみに患者一人の退院に際し、退院サマリー、退院説明同意書、退院証明書、紹介医への報告書、保険の入院証明書、ＤＰＣ調査表を書かねばならない。さらに近年導入したオーダリングシステムの入力作業も殆んど医師が行なっている。他職種とのシェアリングをすべきとの私の声も聞き入れられない。どの職種がすべきかはっきりしないグレーゾーンの仕事は医師に回って来がちである。勤務医が辞めていくのは単に忙しい、きついからだけではなく、社会や組織全体にねぎらいの気持ちが欠如しているのが最大の原因ではないだろうか。

先日、関西の某病院で一部所５人全員の医師が一斉に退職願いを出したという記事が載っていた。原因は「心身ともに疲れ果てた。」との理由であった。現代の「女工哀史」「蟹工船」の世界ではないか。

管理職となって感じるのであるが、労働基準監督署は医師以外の職種の労働環境には非常にうるさいが、医師には全く目を向けない。もっとも向けられては大変だが。

誤解があっては困るが、当院が他院に比し医師の労働環境が悪いと言っているのではない。当院の例を挙げながら一般論を言ったのである。有難いことに当院の医師から現在強い不満の声は上がらず、開業する医師も少ない。ただ医師間で勤務実態に濃淡があることは否めない。

最後に労働環境の悪さもさることながら、医師にとってもっと辛い事がある。それは手術・検査が希望通りに入らない場合や、緊急入院させたくても満床でベッドが無いなど、システム構造上の問題から医師としての任務・職責が望み通りに満たされない時である。勤務医が不足する原因は多岐に渡り複雑である。しかし、このまま放置をすると問題はさらに深刻化していくであろう。勤務医不足、偏在に対する効果的かつ複合的な対策を期待する。

一坂太郎氏の著作をよむ

飄々

広報委員

吉岡　達生

私の書棚には、一坂太郎氏の新書が以下の五冊ある。一坂氏は萩博物館高杉晋作資料室長であり、その著作は間違いなく労作である。したがって、発売されるとすぐに購入するので、すべて初版である。

① 高杉晋作、文春新書236、文藝春秋、2002
② 長州奇兵隊－勝者のなかの敗者たち－、中公新書1666、中央公論社、2002
③ 幕末歴史散歩－東京篇－、中公新書1754、中央公論社、2004
④ 松陰と晋作の志、ベスト新書76、ＫＫベストセラーズ、2005
⑤ 幕末歴史散歩－京阪神篇－、中公新書1811、中央公論社、2005

その他に一坂氏の著作は、多数ある。たとえば『史料 赤禰武人』、『高杉晋作史料』(マツノ書店)なども、ぜひ手に入れたいと思っている。

まず山口県の関係で幕末・維新の人物といえば、高杉晋作である。新書でよむ高杉晋作の伝記・評伝は、① 高杉晋作（文春新書236）がよい。孫引きで思索のみで作ったものではなく、豊富な原史料を駆使して書かれているからである。また、師の吉田松陰と門下生の高杉晋作との関連は、④松陰と晋作の志（ベスト新書76）に詳しい。講演を整理して談話調で述べられている。高杉晋作や吉田松陰についての類書は多いが、一坂氏の情熱が伝わってくる両書は白眉である。

幕末に討幕軍の主力の一つは、長州の奇兵隊である。奇兵隊の「栄光」の歴史だけではなく、「犠牲」の歴史を知っておく必要がある。「改革」「革命」には、つねに多大な犠牲がともなう。両面を知ってこそ、「本物の歴史」である。そのためには、② 長州奇兵隊－勝者のなかの敗者たち－（中公新書1666）を読みたい。

なお、本書の「おわりに」には、岩国出身の玉乃世履（初代の大審院長－現在の最高裁判所長官－）と徳島出身の一坂俊太郎（一坂太郎氏の曾祖父）との逸話がある。私は玉乃世履の年譜執筆中の2002年に、一坂太郎氏からご教示いただいて、一坂家の維新史にたいへん驚いた。

さらに、山口県から全国に目を向けると、幕末・維新の歴史を探訪するためのガイドブック・事典がある。③ 幕末歴史散歩－東京篇－（中公新書1754）と⑤ 幕末歴史散歩－京阪神篇－（中公新書1811）という姉妹二篇である。どちらも廉価な新書にしては不釣り合いなくらい、地図と写真が豊富で、しかも充実した人名索引を完備している。人名索引のおかげで、辞書として利用価値も高い。

とくに東京篇には、「東京掃苔録」という墓所一覧があり、一坂氏自身が十八年間にわたる実地踏査で作製している。これだけでも貴重な資料である。

かつて明治の文豪・森鴎外は、史伝小説を書き起こすとき、まず登場人物の墓所から出発したといわれている。私も、この両書を道案内にして、興味のある人物を墓所から探訪したいと常々考えている。東京や関西に学会出張の際には、かならず鞄に入れておきたい。一坂氏の道案内で、幕末・維新の歴史探訪を開始しよう。

お知らせ・ご案内

第 271 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　平成 19 年 6 月 14 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⑤　顔面皮膚炎の症例**

針灸症例　不眠に対する治療

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

学術講演会

と　き　平成 19 年 5 月 24 日 (木)　午後 7 時 20 分～

ところ　ホテルサンルート徳山　3 階　銀河の間

演　題

「前立腺肥大症と過活動膀胱」

九州大学泌尿器科講師　**関　　成人先生**

受講料　不要

主　催　徳山医師会

第 90 回山口県医学会総会
第 61 回山口県医師会総会

日　時　平成 19 年 6 月 10 日（日）9:50 ～ 15:00

場　所　シンフォニア岩国　コンサートホール・多目的ホール

10:00　講演 1

「がんの遺伝子診断と遺伝子治療」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器腫瘍外科学 教授

田中　紀章

11:00　講演 2

「インスリン療法の新しい潮流　一般臨床医による外来での新規導入」

東京慈恵会医科大学内科学講座 教授

田嶼　尚子

12:00　山口県医師会総会

13:00　市民公開講座

「いのち」への思い

諏訪中央病院名誉院長　**鎌田　　實**

山口性差医療研究会　第３回学術講演会
―日常診療に生かす認知行動療法―

と　き：平成 19 年 7 月 1 日（日）午後 1 時～ 4 時
ところ：ホテルみやけ（新幹線新山口駅前）

特別講演　1　**「認知行動療法の基本的な理論と手法」**
ストレスケア 235 / メンタルクリニック Matoba
院長　**的場文子**先生

特別講演　2　**「プライマリケアにおける認知行動療法」**
独立行政法人国立病院機構　菊池病院
精神科　**原井宏明**先生

対　象：医療関係者
参加費：1,000 円　（学生無料）
申込方法：参加人数把握のため申込書（下）にご記入の上、下記までファックスにてお申し込みください。お申し込み後、参加票等はお送りしませんので直接ご来場ください。
申込先：ファイザー株式会社　（FAX083-973-5140）

取得単位：日本医師会生涯教育制度　　３単位
＊講演会終了後、情報交換会を予定しています。

共催：山口性差医療研究会
　　ファイザー株式会社
当番世話人：江本智子、松田昌子
後援：山口大学医師会

参加申込書

山口性差医療研究会　第３回学術講演会申し込み
FAX　**083-973-5140**

氏名	職種	所属

お知らせ・ご案内

第 66 回山口県臨床外科学会
第 52 回山口県労災医学会

と　き　平成 19 年 6 月 17 日 (日)　午前 8 時 55 分～
ところ　山口県総合保健会館　多目的ホール　第 2 研修室

開会　8：55
一般演題 (Ⅰ・Ⅱ)　9：00 ～ 10：20　　10 題
特別講演 (Ⅰ)　10：20 ～ 11：20
「**脊椎外傷性疾患の診断と治療**」
山口大学大学院　医学系研究科　人体機能統御学領域
整形外科学　教授　**田口敏彦**先生
特別講演 (Ⅱ)　11：20 ～ 12：20
「**外科診療におけるイノベイーション**」
徳島大学大学院　ヘルスバイオサイエンス研究部　生態防御腫瘍医学講座
病態制御外科学分野　教授　**丹黒　章**先生

※幹事、評議員会　(第 2 研修室)　12：20 ～ 13：00
※山口県臨床外科学会総会・
山口県労災保険指定医部会総会　(多目的ホール)　13：00 ～ 13：30

一般演題 (Ⅲ・Ⅳ)　13：30 ～ 14：50　　10 題

記念講演＜市民公開講座＞　15：00 ～ 16：00
「**日本の医療制度　―その問題点と提言―**　」
日本臨床外科学会会長
日本医学会　副会長
東京大学名誉教授　**出月康夫**先生
閉会　16：10

取得単位　日医生涯教育制度 3 単位
参加費　1,000 円 (15 時からの記念講演は無料です)
学　会　長　柴田眼治
準備委員長　的場直行

問合先
〒 753-0056　山口市湯田温泉 5-2-21　山口市医師会事務局内
第 66 回山口県臨床外科学会　準備委員会事務局　(的場直行宛)
TEL083-922-6972　FAX083-922-4229　E メール　info@yamamed.jp

第 55 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　平成 19 年 7 月 21 日（土）　18：30 ～ 20：30
ところ　山口グランドホテル
山口市小郡黄金町１－１　　TEL：083 － 972 － 7777

《特別講演１》（１８：３０～１９：３０）
『介護予防時代の高齢者リハビリテーション』
九州大学病院　リハビリテーション部　　**高杉　紳一郎**　先生

《特別講演２》（１９：３０～２０：３０）
『最近のリウマチ治療の流れ』
山口大学大学院医学系研究科　システム統御医学系整形外科　　**田中　浩**　先生

本研修会は
※日本整形外科学会教育研修単位２単位が取得できます。
（講演２はリウマチ医資格継続単位１単位が取得できます。）
※日本医師会生涯教育制度３単位も取得できます。
尚、講演会終了後、情報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

お知らせ・ご案内

山口県医師会カード〔ゴールドカード〕の発行について

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

このカードは下記の特典があります。お申込は郡市医師会窓口にてお願いします。

＜特典＞

1　年会費永久無料
　家族会員カード年会費　　1 名無料
2　優遇宿泊施設の確保
　国内　　900 施設　　宿泊料割引サービス
　国外　12,000 施設　　優待割引サービス
3　利用限度額　　100 万円
4　出張手配サポート　　航空券・JR 券・ホテルの手配やベストプランの提示
5　旅行傷害保険サービス　　最高 5,000 万円の傷害保険を自動付与
6　空港ラウンジの無料サービス
7　全国タクシーチケットサービス
8　その他

※　申込用紙は郡市医師会に準備しております。

竹秋句会

青の画布タッチで埋める花菜川　井上佳代女
花わずか咲きし梢に昼の月　中山　泥子
薬湯の二番煎じや春の風邪　吉武三和子
見つけては声かけ合いて土筆摘み　原　俊雄
頑に駅舎めざしてつばめ来る　中山　裕子
藪椿落ちて届かぬ日本海　笠原北斗窓
麓より日々変りゐて山笑ふ　水津奈々子

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。

藤原　剛 氏　　山口市医師会　4 月 12 日　享年 78

会員の皆様へお願い

山口県医師会史第三巻
掲載「写真」等の募集について

本会は、来年で創立 120 周年を迎えます。これを記念して「山口県医師会史第三巻」を発刊いたします。

また、山口県医師会の歴史等を貴重なデータとして、映像により保存するため、「DVD ビデオ」を平成 19 年度中に作成する計画をしております。

この制作に当たりまして、医師会の歴史や地域医療等に関する写真や新聞記事等の資料が必要となります。

つきましては、この資料が大変不足いたしておりますので、どのような資料でも結構です。是非提供又は貸与してくださいますようご協力方、よろしくお願い申し上げます。

連絡先　山口県医師会事務局（TEL083-922-2510）

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	10 件
	その他医療機関	12 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。

公　告

第 61 回山口県医師会総会

下記のとおり開催しますのでお知らせします。

記

日　時　　平成 19 年 6 月 10 日（日）12 時～
場　所　　岩国市　シンフォニア岩国
表　彰
議　事　　○平成 17 年度山口県医師会決算報告
○平成 18 年度山口県医師会事業報告
○第 154・155・156 回山口県医師会代議員会
議決事項の報告

平成 19 年 5 月 15 日

山口県医師会長　　藤　原　　淳

編集後記

アメリカの大学で銃乱射事件があり、32 人もの犠牲者が出た。銃社会であるアメリカならではの事件と思っていたところ、長崎市長が暴力団員の凶弾に倒れ、亡くなるという事件が起きた。更に、東京で暴力団員の銃乱射、立てこもり事件が発生した。世界でも比較的安全な国と思っていた日本は、どうもそうでもない国になったようだ。

我々の専門職である医療、保健、福祉は国民の安心、安全を担保してきた。しかし、昨今の医療費抑制政策のために、こちらの安心、安全も危なくなってきた。医療費総額の国民総生産に占める割合は、先進 7 ヶ国中あのイギリスにも抜かれ、最低となってしまった。経済･財政一辺倒で、経済効率ばかり求めていると、大事なものを失くしてしまい、取り返しのつかない事になるのではないかと危惧する。為政者には、早くこの事を理解してもらいたいものである。

（弘山常任理事）

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

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