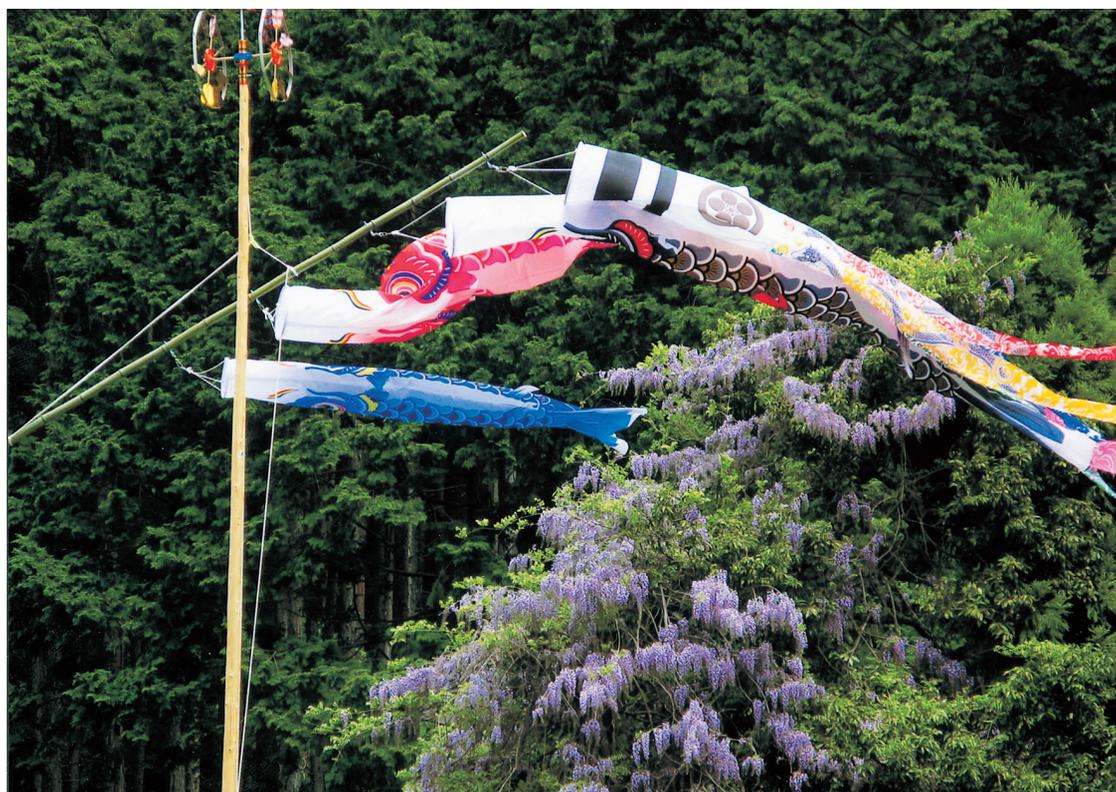


# 山口県医師会報

2008  
平成20年  
5月号  
No.1773



五月 渡邊恵幸 撮

## Topics

女性医師参画推進部会総会

フレッシュマンコーナー

医療保険 ワンポイントアドバイス

## Contents

- 続・医師会はいかにあるべきか②…………… 木下敬介 441
- 山口県の先端医療コーナー⑬「膵β細胞に「優しい」糖尿病治療薬  
ーインクレチンアナログおよび DPP4 阻害薬への期待ー」  
…………… 太田康晴、谷澤幸生 443
- 今月の視点「医療崩壊はこのまま進むのか？」…………… 田中義人 448
- フレッシュマンコーナー「研修医 2 年目を迎えて」…………… 田崎彩子 452
- 特集 平成 19 年度女性医師参画推進部会総会…………… 454
- 医療保険ワンポイントアドバイス…………… 萬 忠雄 481
- 市民公開講座「急患！医療機関への上手なかかり方」…………… 領家 勉 482
- 第 46 回山口大学体験学習  
「日常診療に役立つ内分泌・代謝、血液疾患診療のポイント」… 松原 淳 484
- 第 2 回山口県医師会警察医会研修会…………… 松井 健 486
- 平成 19 年度医療政策シンポジウム…………… 吉岡達生、阿部政則 491
- 都道府県医療関係者担当理事連絡協議会…………… 田中豊秋 496
- 山口県医師会の対外広報活動…………… 吉岡達生 500
- 2008 年のスギ・ヒノキ科花粉のまとめ…………… 沖中芳彦 502
- 県医師会の動き…………… 吉本正博 504
- 第 23、24、25 回理事会、平成 20 年度第 1、2 回理事会…………… 508
- 死体検案数掲載について…………… 523
- 会員の声「医師法 21 条と憲法 38 条」…………… 八木 謙 518
- 飄々「イギリスの国民保健サービス (NHS)」…………… 吉岡達生 522
  
- 転載「女性医師を応援するーワークライフバランスを考えるー」… 山形県医師会報 520
- 日医 FAX ニュース…………… 507
- お知らせ・ご案内…………… 524
- 編集後記…………… 河村 526

## 続・医師会はいかにあるべきか (2)

会長 木下敬介

第 2 次大戦後、連合国総司令部 (GHQ) の関与もあって解散の命令を受けた日本医師会及び各県医師会は、昭和 22 年頃より新しい会則によって新生社団法人としての組織化が始まった。社団法人日本医師会は昭和 22 年 (1947) 11 月 1 日に認可。社団法人山口県医師会も昭和 22 年 12 月 1 日づけで定款が制定されている。

平成 9 年 (1997) 11 月 1 日に発行された「日本医師会創立記念誌 戦後五十年のあゆみ」によれば、その 50 年間に第 5 代高橋 明会長から第 15 代坪井栄孝会長まで 10 名の会長によって占められているが、第 11 代武見太郎会長が昭和 32 年度から 56 年度まで連続 13 期 25 年間、ちょうど 50 年の半分、会長職を全うしたことになる。山口県医師会第 15 代故平田晴夫会長による「医師会はいかにあるべきか」(昭和 62 年版)には、大日本医師会創立 (大正 5 年)から武見時代が終わった昭和 57 年 3 月までの医療行政に対する医師会の動きが解説。「続・医師会はいかにあるべきか」では、その続きを書き綴っていききたい。

### 武見時代

武見時代を端的に表現すれば、それは時の厚相を批判し官僚による医療圧制との闘争の歴史であった。昭和 32 年 4 月、弱冠 53 歳で日医会長に就任と同時に、その前月に成立した健保法改正に対して神田厚相を批判し、発令前の政・省令に介入。保険局次長と担当課長を日医会館に招致して 4 月 27 日の午後 1 時から翌日の午前 4 時まで延々 15 時間にわたる徹夜の修正作業を行い、これが「暁の団交」と呼ばれた。

以来、全国一斉休診や保険医総辞退のカードをちらつかせながら、診療報酬引き上げ要求、昭和 35 年夏の 4 項目要求、中医協における「審議用メモ」をめぐっての昭和 46 年 7 月の保険医総辞退等、厚生省と数々の攻防が展開された。診療報酬引き上げについては主なものだけでも昭和 36 年 12.5%、昭和 40 年 9.5%、昭和 46 年保険医総辞退後 13.7%、昭和 49 年 1 月 19%、10 月 16%、計 35%、昭和 53 年 11.6%とほとんど 10%台の引き上げが行われた。今から思えば信じ難いほどの引き上げ幅である。

### 医師優遇税制廃止と日医会長の指導力衰退

昭和 49 年 10 月、政府の税制調査会は保険診療収入の課税所得率を 28%としている租税特別措置法の見直しを求める答申をまとめ、田中角栄首相に手渡した。この特別措置法は昭和 29 年に法制化されたものであるが、昭和 40 年代に入っ

て、不公平税制の代表として問題視されるようになっていた。これに対して日本医師会は「政府税調の答申は、日本の医師の人道主義を否定し、政府におけるヒューマンズをなくす方向を志向している」と批判する声明を発表した。昭和 50 年、三木内閣のもとでは租税特別措置法見直しは見送られたものの、昭和 52 年、福田内閣における政府税調は早期是正を求め、「医師優遇税制を昭和 53 年度限りとする」ことを決定した。このことにより、当年度 900 億円、平均年度 1,200 億円といわれる取税効果が医師に押しつけられたという。「私の目の黒いうちは医師の特別措置法は絶対に守る」といっていた武見会長が、昭和 54 年 4 月の日医代議員会で、「もはや過去の夢を追ってはならない。1 人で高額所得を得ている医師は医療の公共性に対する認識が極めて薄いと考える」と言うに及んで、「今までの武見会長への期待と信頼が音を立てて崩れ落ちるのを覚えた」と故平田県医会長は記している。

この特別措置法の廃止が、武見会長の指導力衰退に影響を与えた要因の一つとなったことには間違いあるまい。これに加えて昭和 55 年 5 月の武見会長の病气 (胃がん、10 月には胆管がん) が、武見時代の終わりを告げる大きなきっかけとなった。さらに、9 月になって富士見産婦人科病院の乱診乱療と閣僚に対する多額の政治献金が明るみに出た。この富士見病院事件を契機に医の倫理、医師の倫理が問われるようになり、医師及び医師

会は世論やマスコミの強烈な批判にさらされるようになった。これには厚生省の世論誘導もあったといわれている。この事件によって薬漬け医療と大きな薬価差益についても指摘されることとなり、昭和 56 年の診療報酬改定では薬価基準の大幅引き下げ 18.6%が行われた。診療報酬は 8.1%引き上げられたが、薬価基準引き下げによる医療費減少が 6.1%となり、実質的引き上げ幅は 2%であった。

昭和 56 年 4 月の第 62 回定例代議員会で、冒頭、武見会長の引退表明があり、10 月には国立がんセンターに再入院、その後も入退院をくりかえしながら昭和 58 年 12 月 20 日に逝去(享年 79)。

### 第 12 代花岡堅而会長

昭和 57 年 4 月の第 63 回定例代議員会では、初日に会長選挙が行われ 2 氏が立候補したが、花岡堅而長野県医師会長が武見前会長の後継者とみられていた亀掛川 守宮城県医師会長を 121 票対 103 票で破り、当選。花岡執行部は審議が進んでいる老人保健法案には基本的に反対の態度を決めたが、修正協議の中で具体的な注文をつける姿勢をとった。

### 老人保健法の成立

厚生省は昭和 52 年暮れに発足した老人保健医療制度準備室の事務局案を、翌年 7 月、小沢厚相に報告。この老人保健構想に対して日医はすぐさま理事会で検討し、対案を公表。12 月に公表された小沢試案に対しても、常任理事会で「これではうば捨て山だ」と批判している。その後昭和 54 年の橋本厚相による橋本試案、昭和 55 年の厚生省第 1 次試案等を経て、昭和 57 年 8 月に老人保健法が可決。翌 58 年 2 月から老人保健制度が発足した。

### 医療費抑制と医療保険制度改革の動き

厚生省は昭和 57 年 10 月、事務次官を本部長とする「国民医療費適正化総合対策本部」を設置。臨時行政調査会(臨調)の諮問に沿った医療費抑制政策の検討を進めていった。

そのような動きの中で、昭和 58 年 1 月 31 日、全国保険・年金課長会議において厚生省の吉村 仁保険局長は「医療費増大は国を亡ぼす」との医療費

亡国論を説いて、医療費抑制策に強い意欲を示し、「不正請求には、医師会への事前相談や打ち合わせなしに保険当局だけで医療監査ができる体制をつくりたい」、「薬価基準引き下げの診療報酬への振り替えや改定はしばらく行わない。医療保険制度をいま改革しなければ、必ず崩壊する」などと述べた。これに対し花岡会長は林義郎厚相に会って「現医師会執行部の対話と協調路線への重大な背信行為だ」と抗議し善処を求めた。4 月 1 日の第 66 回定例代議員会では花岡執行部の「対話と協調路線」に批判が出たが、「対話と協調、連帯で 1 年やってみて、しかる後に、突撃といったら突撃できる内部体制ができれば、やる」と応じている。

厚生省の医療保険制度改革構想は、①医療費適正化対策の推進、②医療保険の給付の見直し、③医療保険の負担の公平化から成り、医療費適正化対策では、指導監査体制の強化や診療報酬体系の合理化のほか、「医療標準」という新しい考え方が出された。また、特定療養費制度の創設もこの改革構想に盛り込まれた。

これに対して日本医師会は 8 月に都道府県医師会長会議を開いて、「国民医療を崩壊し、国民生活を抑制する暴挙に全面的に反対」との声明書を決定し、発表。さらに 9 月には、東京・霞が関の久保講堂に医師や病院団体の代表 1,300 人を結集して、「国民医療崩壊阻止全国医師大会」を開催している。

昭和 59 年 8 月、この健保法改正案は成立し、10 月から本人 1 割負担の新設、退職者医療制度創設、特定療養費制度などが実施されることとなった。

昭和 59 年 4 月の第 68 回定例代議員会における会長選挙には 4 氏が立候補という激戦になり、再選を目指す花岡会長(78 票)を羽田春菟東京都医師会長(97 票)が小差で破って初当選。日本医師会第 13 代会長に就いた。こうして「対話と協調路線」の花岡執行部は 1 期 2 年で交替の形となったが、この間、厚生省による「医療費適正化」という名の医療費抑制政策が着々と推進されていった。特に吉村 仁保険局長の「医療費亡国論」は、その後現在にいたるまで医療費適正化対策のキーワードになったわけである。

**山口県の先端医療コーナー****膵β細胞に「優しい」糖尿病治療薬  
—インクレチンアナログおよび DPP4 阻害薬への期待—**

山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学（第 3 内科）

太田 康晴、谷澤 幸生

**はじめに**

消化管からインスリン分泌を促進する因子が分泌されていることは以前から知られており、「インクレチン」と総称されている。代表的なインクレチンは、GLP-1 (glucagon like peptide-1) であるが、このインクレチン作用をもつ GLP-1 アナログや、その分解を遅延させる DPP4 阻害薬が全く新しい作用機序の抗糖尿病薬として開発されている。インクレチンは、血糖値が低いときにはインスリン分泌を促進せず、したがって低血糖を生じにくい。また、中枢作用により食欲を抑制し、体重を増加させない（減少させる）。さらには動物実験で、膵β細胞に対する抗アポトーシス作用や、増殖促進作用などが示され、画期的な新薬として期待が高まっている。

**膵β細胞に「優しい」2型糖尿病の治療**

2型糖尿病では時間の経過とともに膵β細胞数や量が減少していくという考え方がある。生理的な変化としては新生児期に膵β細胞の新生、再生、増生が盛んに行われ、その後、10歳から60歳代まで、膵β細胞量はほぼ一定で、70歳代からはアポトーシスが徐々に増加して、数や量が減少するといわれている。

肥満者の場合には肥満によるインスリン抵抗性を代償するために、膵β細胞量が増大するが、糖尿病患者の場合は膵β細胞のアポトーシスが進行し、経時的に膵β細胞の数や量が減少する。

日頃私たちが使用している薬剤（スルホニル尿

素 (SU) 薬、ビグアナイド (BG) 薬、チアゾリジン誘導体、速効型インスリン分泌促進薬、 $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害薬) は、膵β細胞にどのような影響を及ぼすのだろうか。

インスリン分泌促進薬、特に SU 薬は膵β細胞を疲弊させ、膵β細胞のアポトーシスを促進するが、 $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害薬やチアゾリジン誘導体、BG 薬は膵β細胞をアポトーシスから保護し、膵β細胞に「優しい」薬剤であるという意見もある。しかし、明確なエビデンス、特にヒトにおいてのエビデンスは乏しい。最近の検討では、BG 薬でも 6～7 年の経過をみると、薬剤の効果が不十分になり、SU 薬の「二次無効」と同様な事象が認められると報告されている。そもそもインスリン分泌能が緩徐にはあるが低下していくことは、2型糖尿病の「自然経過」であり、SU 薬の「二次無効」にしても、SU 薬そのものの影響や高血糖による糖毒性、生活習慣の悪化に加えて、この「自然経過」が背景にある。

図 1(次頁) は UKPDS のデータから推定された 2型糖尿病における膵β細胞機能の経時的な変化を図示したものである。矢印①で示した経過は、SU 薬や BG 薬を用いた場合のものであるから、これらは膵β細胞にとって良くも悪くもない中立的な薬剤といえるのかもしれない。 $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害薬やチアゾリジン誘導体を用いた結果が矢印②のようになることが証明されて、はじめて膵β細胞に「優しい」治療であるといえるのかもしれない。

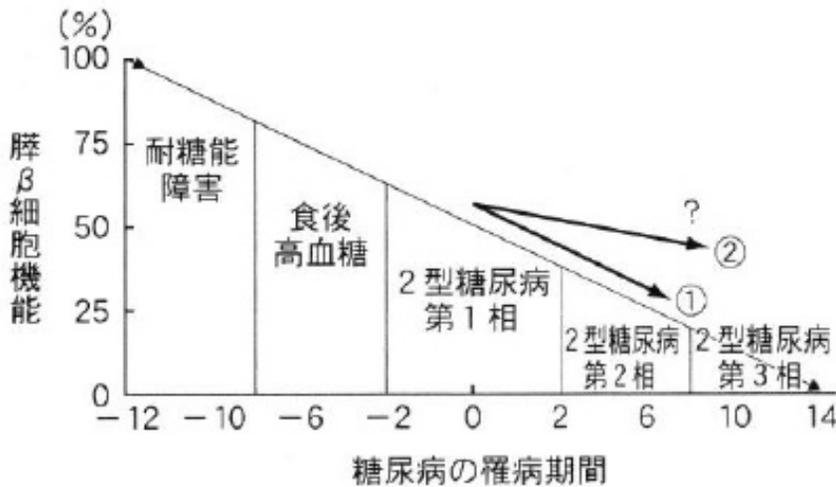


図 1  
2 型糖尿病における膵β細胞機能の低下  
SU 薬、BG 薬で治療した場合には、自然経過とほぼ同様に膵β細胞機能が①のように低下していくと考えられる。膵β細胞に「優しい」治療では、膵β細胞が②のような経過になると考えられる。

**インクレチンとは**

インクレチンとは栄養素の経口摂取により腸管から分泌され、膵臓からインスリン分泌を促進させる消化管ホルモンの総称で glucagon-like peptide-1 (GLP-1) と gastric inhibitory polypeptide (GIP) (glucose-dependent insulinotropic polypeptide とも呼ばれる) がその代表的なものである (図 2、右頁中央)。GLP-1 は小腸下部の L 細胞から分泌され、GIP は小腸上部の K 細胞から分泌される。

**DPP4 とは**

インクレチンは、血中ではペプチド分解酵素 (dipeptidyl peptidase4 : DPP4) によって分解され不活性型となる。活性型の半減期は数分と実に短い。この酵素は、N 末端から 2 番目のアミノ酸がアラニンあるいはプロリンの場合、N 末端から 2 つのアミノ酸 (dipeptide) を切断する (図 3、右頁下)。この酵素は全身に広範囲にわたって発現し、可溶型として血漿中に、あるいは糖蛋白として小腸粘膜の上皮細胞やリンパ球の表面に存在している。そのため、インクレチンは生体内で速

やかに分解され不活性型になるのである。DPP4 阻害薬は、インクレチンを分解する DPP4 を阻害することで、血中のインクレチンレベルを高め、インスリン分泌を増やして血糖値を下げると考えられる。

**インクレチンの作用**

現在までに GIP と GLP-1 の 2 種類のインクレチンが同定されているが、治療のターゲットとしては、GLP-1 の方が高い注目を集めてきた。GLP-1 の分泌が 2 型糖尿病患者で低下していること、そして GLP-1 を増加させると血糖が実際に下がることなどが報告されている。

GLP-1 の糖代謝調節に関連する作用を表 1 にまとめた。インクレチンによるインスリン分泌促進はグルコース依存性であるため、血糖値が低いときにはインスリン分泌を促進しない。したがって、インクレチン作動薬は、それ自体では低血糖を来さないことが期待できる。また、GLP-1 は中枢神経系への作用をもつことが知られており、動物の脳室内に GLP-1 を投与すると食欲を強力に抑制

表 1 GLP-1 の作用

グルコース依存性のインスリン分泌促進
インスリン生合成の促進
グルカゴン分泌の抑制
胃内容物の小腸への排出遅延、栄養素の吸収スピードの抑制
食欲の抑制
膵β細胞の増殖・分化の促進と膵臓β細胞のアポトーシス抑制

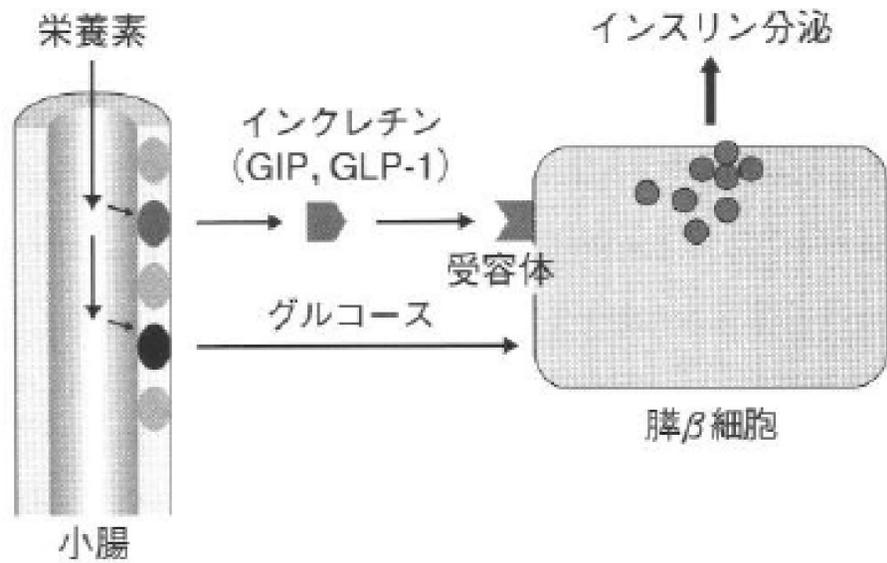
する。後述するように、すでに欧米で発売されている GLP-1 アナログの効果として、体重抑制が報告されており、消化管への作用とともに中枢作用が関与していると考えられる。また、動物モデルでは、GLP-1 は膵β細胞の増殖・分化の促進とアポトーシスの抑制作用が観察されている。ヒトでは確認されていないが、GLP-1 作動薬に大きな期待が寄せられる側面である。

SU 薬が細胞内カルシウム濃度の上昇を介してインスリン分泌を促進するのにに対し、インクレチンは膵β細胞に存在する G 蛋白共役受容体 (GLP-1 受容体及び GIP 受容体) に作用し、細胞

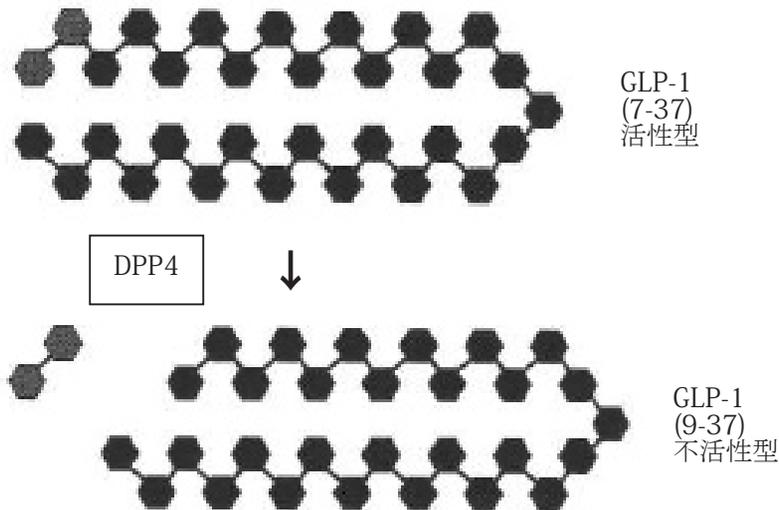
内 cAMP 濃度を増加させることでインスリン分泌を惹起する。インクレチンは SU 薬とは全く異なる経路でインスリン分泌を促進するため、SU 薬が無効な症例に対してもインスリン分泌を改善させる可能性がある。

GLP-1 を治療に用いる場合の欠点は非常に短い半減期である。前述のように、末梢に分泌された GLP-1 は直ちに DPP4 で不活化される。このため、外から GLP-1 の投与を行った場合にもその半減期は 2 分以下と言われている。したがって、GLP-1 そのものを実際の治療薬として用いることは難しいが、多面的な GLP-1 の作用はやはり魅

**図 2**  
インクレチンとは  
栄養素が消化吸収されるとともに、消化管から分泌されるインクレチンが膵β細胞からのインスリン分泌を促進する



**図 3**  
DPP4 による GLP-1 の分解  
31 個のアミノ酸からなる活性型 GLP-1(7-37) は DPP4 によって分解され、不活性型 GLP-1(9-37) となる。GIP も同じように分解されることが知られている。



力的であり、GLP-1 の作用経路に着目した治療薬の開発が進行中である。短い血中半減期を克服するため、主に 2 種類のアプローチが試みられている。一つは DPP4 に対して安定な GLP-1 誘導体であり、他の一つは内因性の GLP-1 の血中半減期を延ばし、作用を高める、DPP-4 阻害薬である。

**GLP-1 誘導体**

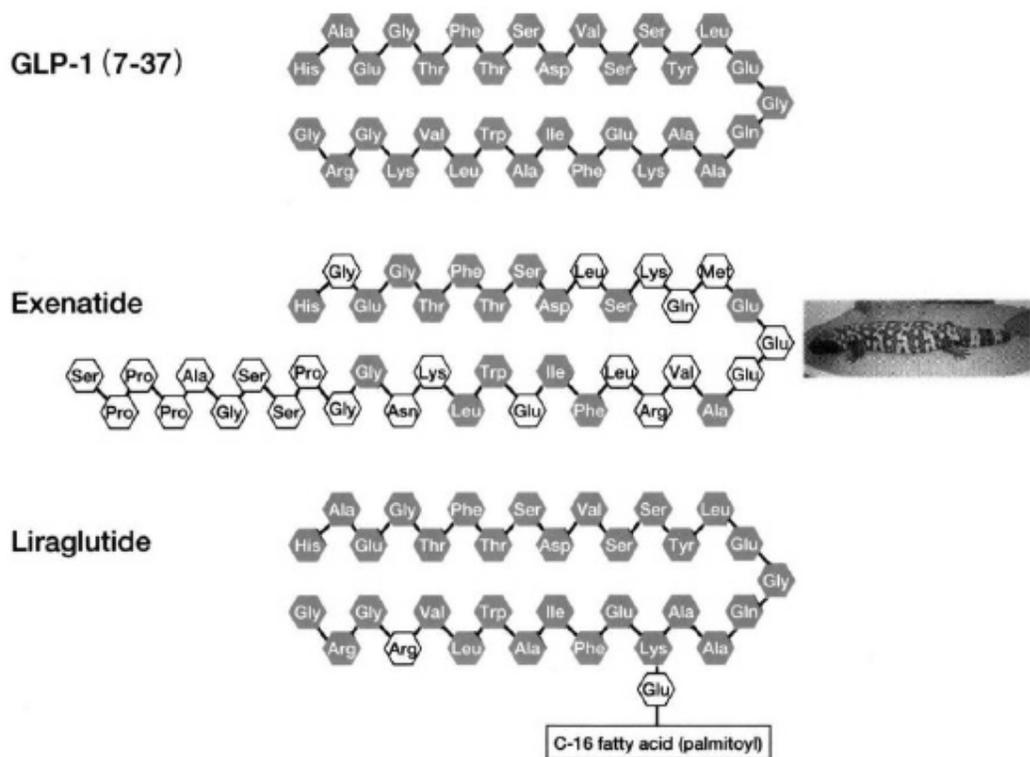
Exenatide (別名：Exendin-4、図 4) は、もともと北米に生息するトカゲの唾液腺から単離されたペプチドで、GLP-1 とは 53% のアミノ酸相同性であるが、GLP-1 受容体のアゴニストとして作用し、GLP-1 の生理作用と同様の効果を発揮する。それに加え、N 末端から 2 番目のアミノ酸がグリシンであるため DPP4 による分解を受けず、血中半減期は 26 分に延長している。

健康人に対して Exenatide を投与した場合、インスリン分泌が促進されるとともに、食事摂取量の抑制や胃排泄の抑制が認められる。さらに、

SU 薬やビグアナイド (BG) 薬のみでは血糖コントロールが不十分な 2 型糖尿病を対象に、1 日 2 回皮下注射で 30 週間投与する臨床治験が行われ、空腹時血糖や HbA1c の低下のみならず、体重の減少が確認された。これらの結果を受けて、2005 年春に臨床投与が米国 FDA によって承認され、米国で広く使われるようになった。体重を増加させず、むしろ減少させる糖尿病治療薬として、注目を集めている。SU 薬との併用では、SU + 持続型インスリンに比べて、食後の血糖の制御も良い可能性が示唆されている。長期間での効果や、期待される「β細胞保護効果」について、これからエビデンスが蓄積されることが期待されている。

これ以外にも、アミノ酸を一部置換するとともに脂肪酸を付加した GLP-1 誘導体 Liraglutide (図 4) は、血中アルブミンと結合することにより DPP4 による分解に安定となり、最高血中濃度到達時間は 9 ~ 12 時間、半減期は 13 時間と長くなる。Liraglutide の臨床試験からは、その

**図 4**  
**GLP-1 と GLP-1 誘導体**  
 GLP-1 より血中半減期が長い誘導体として Exenatide や Liraglutide が開発されている。アミノ酸は 3 文字表記で、GLP-1 と同じアミノ酸は白抜きで示されている。



薬理特性に一致して、空腹時血糖値と食後血糖値の双方とも効果的に低下させることが実証されている。最近の臨床データによれば、Liraglutide は経口糖尿病薬の併用なしで 14 週間の治療後に 1.7% の HbA1c の低下を達成し、また約 50% の患者が HbA1c の目標値に達することができたことが示されている。日本では現在、臨床第Ⅲ相試験が進行中である。

### DPP4 阻害薬

DPP4 を欠損したマウスで、経口糖負荷後の血糖上昇が抑制され血中インスリンが上昇することは、DPP4 の抑制が耐糖能の改善につながることを示している。しかし、臨床応用にあたっては工夫が必要であり、一つは先に述べたようにインクレチンのペプチドそのものを修飾して DPP4 によって分解されない誘導体にする方法、もう一つは DPP4 の活性を阻害することで血中のインクレチンレベルを高める薬剤 (DPP4 阻害薬) である。

インクレチン誘導体の利点は、作用する受容体が決まっているため、予期せぬ副作用が少ないことである。短所としては、皮下注射で投与する必要があることである。一方、DPP4 阻害薬の利点は経口投与が可能であることである。短所としては、インクレチンの活性を高めるだけでなく、種々の生体内に存在する生理活性ペプチドの分解にも関与するため、予想外の副作用が生じる可能性があることである。DPP4 はリンパ球の細胞膜上にも存在するため、DPP4 を抑制した際には免疫系への影響が生じる可能性がある。

DPP4 阻害薬として、vildagliptin や sitagliptin などが開発されている。欧米での検討で、HbA1c のエンドポイント (ベースラインの HbA1c 8% 以下のグループでは HbA1c の変化が -0.6%、ベースラインの HbA1c 8.0-9.5% のグループでは HbA1c の変化が -1.2%) をさだめた vildagliptin 単独療法では、投与開始 12 週定に約半数がエンドポイントに達した。

海外で用いられているチアゾリジン誘導体の一つである rosiglitazone (8mg を 1 日 1 回投与) と vildagliptin (50mg を 1 日 2 回服用) との比較では、投与期間開始後 24 週の解析で、HbA1c は vildagliptin で 1.1%、rosiglitazone で 1.3%

低下し、vildagliptin の有効性が rosiglitazone に劣るものではないことが示された。体重は、rosiglitazone 投与群で有意に増加 (投与前に比べ 1.6kg) したのに対し、vildagliptin 投与群では変化しなかった (0.3kg 低下した) が有意差なし)。

vildagliptin と metformin の比較試験では、投与期間 52 週で HbA1c の変化は vildagliptin 群で -1.0%、metformin 群で -1.4% であったが、両群間で有意な差はなかった。両群とも 1 年を通して、HbA1c の低下が維持されていた。

もう一つの DPP4 阻害薬である sitagliptin もほぼ同様の結果である。したがって、欧米での DPP4 阻害薬の結果を簡単にまとめると、DPP4 阻害薬は経口投与可能な 2 型糖尿病治療薬であり、HbA1c を約 1% 程度低下させ、体重に関しては大きな影響がない、といえる。体重増加を来さないことは、DPP4 阻害薬の長所の一つであるといえるが、インクレチン誘導体では体重を減少させることが報告されており、この違いに対する詳細な解析が待たれるところである。

vildagliptin はヨーロッパを中心に、sitagliptin は北米を中心に承認され、発売されている。実地の場合での成績が興味深いところである。日本でも両者の第 3 相試験が終了し、承認申請されたところである。日本人では、欧米人より強い血糖降下作用が認められる、との情報もあり、期待されるところである。

### おわりに

インクレチンに関連した薬剤がいよいよわが国で使用できる日が近づいてきた。これらの薬剤はもともと SU 薬とは異なる作用機序をもつインスリン分泌促進薬として開発が進められており、最も期待される効果はなんといっても膵β細胞を保護し、膵β細胞数を増加させる可能性があることである。

以上のようにインクレチンアナログ及び DPP4 阻害薬は、低血糖が少なく、膵β細胞の保護作用をもち、体重増加を来さないという点から 2 型糖尿病の新しい薬剤と期待されている。長期投与に関する安全性のデータが待たれるところである。

## 今月の視点

### 「医療崩壊」はこのまま進むのか？

常任理事 田 中 義 人



平成 18 年 5 月虎ノ門病院小松秀樹泌尿器科部長の「医療崩壊」（「立ち去り型サボタージュ」とは何か）が出版されて以来、今や「医療崩壊」という言葉は医療関係者だけでなく、一般の人々にも広く浸透してきている。

本年 4 月の診療報酬改定では病院医療の崩壊の現実を前にして、8 年ぶりに本体部分がわずかに 0.38% 引き上げられたのである。しかし、全体としてはマイナス 0.82% と相変わらず引き下げられており、崩壊を食い止められるのであろうか。甚だ心許ないかぎりである。

本稿では、今後「医療崩壊」はどうなるのか、止める手立てはあるのか、われわれ医療従事者はどう行動し、発言すべきなのかも含めて現状と今後を考えてみたい。

#### （日本医療の現状）

日本医療の現状を示す世界基準の評価としては、WHO（世界保健機関）によるものがあるが、この評価によると、日本の医療制度は総合評価で世界第 1 位を維持しているし、平等性でも 3 位と評価されている。

ところが医療費/GDP は世界 18 位なのである。一方、財政関係者が目指すアメリカ医療は総合評価で 15 位、平等性では 32 位に対して、医療費/GDP は世界第 1 位を維持している。この事実は、日本の医療が「聖職者のような医療従事者の献身と安上がり医療を示す劣悪な入院環境をもつ病院」などで支えられていることを示している。

現在の日本の医師数は約 26 万人で、OECD（経済協力開発機構）諸国の平均 38 万人からすると 12 万人少ないが、この少数の医師で世界の医

療を支えているのである。しかし、このままで推移すると、厚生労働省（以下厚労省）の過大な医療費推計をもとに計算すると、平成 17 年 33.1 兆円（約 26.5 万人）医師一人当たり 1.25 億円、平成 22 年 68 兆円（28 万人）一人当たり 2.42 億円、平成 37 年には 141 兆円（33 万人）一人当たり 4.27 億円の医療費を受け持つことになり、現実には不可能な数字であり、厚労省も過大であることを十分認識しているからこそ、医療費抑制案を示す以外の何らの対策も立ててはいないのであろう。

一方、女性医師は年々増加し、平成 18 年の時点では、医療施設従事医師中 16.3%、国家試験合格者では平成 19 年で 33.4% となっている。この医師たちが十分に能力を発揮できる職場環境が必要である。

厚労省の平成 18 年 3 月の医師勤務状況調査によれば、病院勤務医の 1 週間当たりの労働時間は平均 63.3 時間、月平均の時間外労働は 80 時間を越えており、厚労省自らが「過労死ライン」とする時間を超えていることから、労災補償の対象となる医師の過労死の認定例が増えているのは当然であろう。

日本の病院の職員数の比較をしてみると職員数全体で 10 倍以上もアメリカが多く、医師数でも一般的に 5～10 倍程度アメリカが多いのが現状である。日本の医師は外来で一人当たりアメリカの 8 倍、入院で 5 倍の患者を診ているのが現実なのである。これだけの差を無視して、「医療の無駄を省け、もっと患者サービスに徹せよ」と医療現場へ次々に患者診療以外の雑事を押しつけ、患者の自己負担増のツケを現場の犠牲で払おうと

しているのである。

勤務医の過重労働が問題になると必ず、診療所開業医が時間外診療をしないことが一因となっているとの論法が、厚労省のみならず、勤務医の一部の人たちからも聞こえてくるが、この原稿執筆中にも夜 12 時前に診療依頼があり、12 時過ぎから 2 時頃まで診療をしたが、開業医の場合、すべてを一人で行う（注射、採血、検査、調剤など）ために、時間を要し、非効率のため多くの患者を診れないし、患者の多くが、病院への紹介を要求する頻度が高くなっているのである。開業医にとっては深夜診療の翌日も翌々日も通常通り診療を行い、代診などは望めないのが現実である。

#### （医療崩壊の要因は何か。）

小松先生の「医療崩壊」の著書の中では、過度の医療費抑制と安全要求の圧力が、日本の医療機関の労働環境を悪化させ、医師の「立ち去り」を加速させている主因であると断じている。

もともと医師の過重労働は、筆者の研修医（私はいわゆる無給助手であったが）の時代にも既に存在していた。私が経験した 2 か所の県立病院では、医師が定員を満たさず、現在以上に厳しい月平均 100 ～ 200 時間程度の時間外労働をこなしていたが、この労働に耐えられたのは、専ら患者を診ることに時間を費やしており、現在のように書類書きや会議出席などはほとんどなく、患者やその家族の方々の「ありがとうございました」の素直な言葉が当然のように出て来た時代であったからであろうか。

①このように考えると国民の医師に対する信頼と感謝の念が薄れ、結果が悪ければ何でもクレームをつけるような風潮が広がり、いわゆるモンスターペイシエントが珍しくなくなって来たことが、もともと少ない医師数で時間外もこなして来た医師の緊張の糸を切ってしまったのではないだろうか。

②医師の定員を満たしていない病院は平成 16 年に全国で 25%、北海道、東北では 48% も存在していたところに、医師の名義貸しが摘発されたが、過疎地の病院は元来ほとんど医師の定員を満たすことは困難で、名義貸しにより、赤字を減らし、病院としての体裁をとっていたものが、この摘発

により廃院に追い込まれたのである。その背景となった医師不足と地方の病院経営の困難さには行政もマスコミも何ら処方を示さなかった事件であるが、ずっと以前より存在していた名義貸しの事実が、何故この時期に突然、暴露されたのかは疑問が残る事件であった。

③医師不足、病院崩壊の顕在化の引き金を引いたのは、名義貸し事件と同じ平成 16 年 4 月から始まった「新卒医師の臨床研修義務化」であろう。

厚労省の狙い通り、大学医局の人事支配体制は大きく崩れたが、同時に病院格差、地方と都会の格差が大きくなってしまったのである。大学病院では、従来、研修医、医員が最も安価な使いやすい労働力として、診療のみならず、メッセージ、裏方として重宝され、不平不満を言わない世間で言うところの非正規職員として扱われてきたため、研修義務化により、研修医が都会の大病院へと流れてしまったのであろう。

④医療費抑制を押し進め、患者の窓口負担を増やすため、厚労省が患者サービスの改善と称して財政的裏付けが全く配慮されぬまま次々に現場に書類の山や、各種会議の開催を要求し、一方では入院日数の短縮のため、毎日の入退院が増え、医師は書類書き、会議出席に忙殺され、“患者を診る”という本来の業務が遂行できず、病院の将来を考えるといたたまれなくなるのは当然ではなからうか。

⑤高度の医療への国民の要求が高まり、専門医がすべて診るべきであるとの風潮のため、より多くの医師が必要となり、医師不足感が強くなっている面もあろう。

⑥医療はサービス業であると声高に叫び、患者にはお客様として徹底的に奉仕するべきと要求し、献身的医療を求めながら、サービスに対する感謝の念もなく、対価も十分に支払われない現状に対して、医師自身の医療観、責任感への変化が生じてきており、他業種でこれだけ献身を要求された上に、訴訟が増えるような職業はなく、その上、日本の各種サラリーマンの給与上位 10 業種にも入らない現実を見せつけられると、医師が自分自身や家族をもっと大切にする生き方があるのではないかと思うようになるのは自然の成り行きではないだろうか。世界一の医療の評価は、医療従事者の献身的努力により得られたものであるのに、

## 今月の視点

今の医療環境で、これ以上どんなサービスを望むのかというのが本音ではなかろうか。安心、安全を今以上に望むのであれば、その対価をきちんと用意すべきなのではないだろうか。

### (医療崩壊を食い止めるには。)

①結論的には過度の医療費抑制と安全要求を改めるなら、多くは解決するが、今の日本の状況では多くは期待できないだろう。

今回の診療報酬改定でも医療費抑制のシナリオは変わっていないし、医療事故調査委員会の内容にしても、事故の真の原因を解明し、再発防止策に資する委員会を期待しているが、なお医療従事者をスケープゴートにしかねない“重大な過失”という曖昧な言葉が削除されない現実は、今後もリスクの高い医療分野に進もうとする医師に二の足を踏ませる要因になるだろう。

かつての東京女子医大での心臓手術での死亡事件でも医師のカルテ改ざん、事故隠しは確かに許されず、弁解の余地は無いが、その前に何故事故が起こったのかについてはどれだけ論議されたのだろうか。人工心肺の操作を医師にさせずに専門の臨床工学士に何故させなかったのかについては論議されたようにはみえないのは何故だろうか、二人の医師を罰することでは事故は減らないのではないか。ここでも医師は安上がりな労働力として使われたのではなかろうか。このような状況を改める必要があるだろう。

②医師の待遇改善を真に考えることも必要である。医師は 24 歳で医師免許を取得するがその後 2 年を研修医で過ごし、その後の数年も不安定な身分で研鑽を積むことが多く、退職金算定でも圧倒的に不利な扱いを受け、医師手当というボーナスにも退職金にも反映されない対価が支給されているのが一般的であろう。筆者は以前から公的病院間だけでも身分を引き継ぐ配慮を示してほしいと主張している。

③臨床医は訴訟のリスクから逃れられず、ほとんどの医師は何らかの賠償保険（訴訟に備えて）に

加入しており、また学会費や学会参加費用、医学書などに多額の費用を要しており、医療機関は医師のもつ資格により、対外的にも診療面でも得られる利点が多いし、国民も医師に勉強することを求めているのであろうから、これを必要経費と認めるべきであろう。経費が認められないなら、せめて手当を出すべきではなかろうか。

④勤務医の業務が患者を診るという本来の業務に集中できる環境を整備することは、厚労省の責任であろう。女性医師が結婚、妊娠、出産、子育てと安心して仕事を続けられる職場環境の整備は急務であろう。

### (今後、医師はどう行動し、発言すべきか。)

①医師や医療の置かれた状況を率直に正確に国民一般に知らせるべきである。とかく、マスコミに登場する医師は一般の医師から見るととても多くの医師を代弁しているとは思えない発言をしている。マスコミに阿る時ではないと思う。

②厚労省の医療政策に対しても言うべきことは言うべきであろう。長い間、定数を充足させることのできない病院が多数あったことを私たちは知っていたにもかかわらず、その事実を広く知ってもらい、医療従事者の環境改善を訴えてこなかったことが今日の事態を招いた原因の一端であることは確かなことである。

政府の医療費抑制策を転換させるとともに、どうすれば崩壊を防げるかを発言していくことが大切であろう。沈黙は金の時代は過ぎ去ったのである。

### (終わりに)

今回の改定では、医療崩壊を食い止めることはできないと思われるが、このまま見過ごせば取り返しのつかない事態となろう。いや、既になっているかも知れないが、当事者であるわれわれ医師は投げ出すわけにはいかないのである。粘り強い行動と発言で現状を少しでも改善させる責務がある。

# 夏季特集号「緑陰随筆」

## 原稿募集

山口県医師会報平成 20 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 枚添付して下さるようお願いいたします。

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ください。

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

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 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。

## フレッシュマンコーナー

## 研修医 2 年目を迎えて

山口大学医学部附属病院

研修医 2 年目 田崎 彩子

ドキドキしながら厚生労働省の HP を開いて自分の番号を見つけ、これで医師になれる、と喜んだのが 1 年前。ついこの前のようにも、かなり前のことのようにも思います。

患者さんの訴えに耳を傾け、患者さんのことを第一に考える。その一方で、しっかりとした知識と技術をもって判断する。学生の頃思い描いていた理想の医師像に近づくことができているか、この 1 年間の研修を通して、自分なりに努力してきたつもりではいますが、目の前を乗り切るだけで精一杯だった自分を振り返ると反省点ばかりで不安になることもあります。

研修医になって思ったことは、医師の仕事というのは患者さん相手ばかりではないということ。実際には周りの先生方やコメディカルの方々に助けてもらいながら患者さんの治療が進む。チーム医療という言葉を理解していたつもりでしたが、本当にいろいろな人と接する職業だという、患者さんと病気だけを診ていた臨床実習の頃には気づかなかったことを感じています。そして、患者さん 1 人に対しても、いろんな側面から考えなくてはならないといけなことがあるということ。処方する薬の数や次の外来受診一つ決めるにしても患者さんの生活パターンなどを考えながら相談しながら決める。病気に対する知識や技術面だけでなく、いろんな背景に配慮する気遣いや実際の事務処理能力、人と人をつなぐコミュニケーション能力も必要で、一言に医師といってもいろんな能力が必要で、本当にさまざまな相手であることを実感させられています。

そんな中、自分でも変わったと思うのは、医師としての自覚という点でしょうか。研修医になりたての 4 月は患者さんに何か症状を訴えられても、患者さんと指導医とをつなぐ連絡役程度のことしかできず、看護師さんと間違われることもありました。医師になったといっても名ばかりで、どこか学生気分も残っていて先生方に甘えている部分も多々あったように思います。それでも医師という立場にある以上、患者さんからは信頼が向けられ、コメディカルの方々からは判断を求められる。プレッシャーに感じつつも、一人の医師として扱われ、信頼され、時には励ましの言葉までもらえることが嬉しく、患者さんに対して責任を持って向き合うことの大切さを考えさせられた 1 年でした。

また、責任を持って向き合うことの大切さを考えさせられつつ、すべての患者さんに対して同じように向き合うことの難しさも考えさせられた 1 年でした。患者さんからすると主治医は 1 人～数人であるのに対し、医師という立場から見ると、何人も受け持っている中の 1 人。それぞれの人にそれぞれしっかり向き合いたいと思っても、いろんなことが重なって時間がない時などの場合は、どうしても患者さんに優先順位をつけないといけないう現状。大学病院という環境で、なるべくそれぞれの患者さんとじっくり向き合える研修をさせてもらっていると思います。それでも状態の不安定な患者さんがいる時などは軽症患者さんへの対応がどうしても後回しになったり、普段と同じ重みで診ることができなかつたり

することもあり、自分の許容量を考えると仕方がないと思いつつ、患者さん側から考えると医師側の勝手なのかもしれないと反省することもあります。市中病院で研修してきた同期の話や、当直の時などはより重症な患者さんに時間を割くためにより軽症な人をいかに捌いていくかを考えることも必要ようで、人手の足りない現場では医師側の都合を患者さん側に強いざるを得ない現状があるようです。この臨床研修医制度が始まってから医師の偏在化をよく耳にしますが、どこの病院も、どこの医局も往々にして人手が足りていないようであり、今後どうなっていくのか、不安を感じることもあります。

まだまだ改善の余地のある臨床研修制度かもしれませんが、私自身はこの研修を通して、さまざまな科の視点で医療というものをみることができ、卒後すぐに1か所に入局していたら、接することもなかったかもしれない先生方と出会い、さまざまな考え方に触れることができ、いろんなことに戸惑いながらも充実した研修生活を送らせていただいています。研修制度をうまく活用して、自分なりに少しでも理想に近づくことができるよう、努力していきたいです。研修が始まって1年経ったとはいえ、いまだに分らないことだらけでさまざまな面でお世話になると思いますが、今後とも宜しくお願い致します。

#### (フレッシュマンコーナーについて)

医療崩壊という言葉が流行語となってしまいましたが、厚生労働省は、その責任を“開業医が時間外を診なくなったからだ。”という一方的な議論で、国民の眼のみならず、医療従事者の批判の眼も逸らそうと考えているように思えます。県医師会としては、勤務医と開業医、若手医師と中堅医師、ベテラン医師との垣根を取り払い、お互いの腹のうちを書いていただき、相互の理解を深めるために、今回からフレッシュマンコーナーを設けました。既に「いしの声」は存在していますが、今回のコーナーは研修医、医員、新規開業の先生方に、現在の立場に立つ以前に思い描いていた医療と医師としての自分を、現在の思いと比較して吐露していただき、医師会への考え、医療界への意見なども併せて書き綴っていただこうと企画しました。会員の先生方にお読みいただければ幸いです。

常任理事 田中 義人

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは  
随時  
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社  
TEL 083-922-2551  
引受保険会社 株式会社損害保険ジャパン  
山口支店山口支社  
TEL 083-924-3548

 損保ジャパン

特 集

# 平成 19 年度山口県医師会 女性医師参画推進部会総会



と き  
平成 20 年 3 月 2 日 (日)

と ころ  
ホテルみやげ (山口市小郡)

### 開会挨拶

**藤原会長** 本日はお忙しい中、お集まりくださりありがとうございます。昨年 3 月に女性医師参画推進部会が設置され、今回で 2 回目の開催となります。



医師不足問題を引き金にして、女性医師についてクローズアップされてきたことには、私としては、正直少し引っかけを覚えますが、今後女性医師の割合が大きくなるのが予想される中、女性医師がキャリアを継続していくための社会的基盤の整備、男女共同参画の環境づくりは、社会が円滑になるためにも必要なことだと考えます。つまり、女性医師が社会で活躍できるためのサポート体制がこれまでにあまりにも脆弱であり、放置してきたことが、また同時に今社会問題となっている医師不足をきたしているのではないかと考えております。昨年 1

月に開催されました日医男女共同参画フォーラムでは、女性医師が単に育児と仕事の両立だけにとどまらず、質、量ともに誇りをもって、輝きながら医師としての使命を達成できるように社会的基盤の整備がきわめて重要であり、喫緊の課題であるという宣言が採択されております。この「自信と誇りをもって輝きながら」というくだりはきわめて重みがあり、おそらく一人の女性として何役もこなしていかなければならない社会環境の中にありまして、これは一つの目標であるとともに、男性医師にも共通の命題でもあります。今年度、女性医師参画推進部会と共同企画で勤務医対象のアンケート調査を行いました。のちほど報告がありますが、今後対応が必要とされることがすべて列挙されていると思います。今日はその一つひとつの実行を考えていきたいと思っております。

本会は平成 20 年度事業として、育児支援、勤務形態の共通基準づくり、職場復帰のための支援など、具体的な施策を考えております。慎重質疑をお願いするとともに、実りある事業となるよう、

ご参加の皆様のご意見をいただきたく思います。

**松田部会長** 昨年、女性医師の参画、そして医師として働き続けることを目指して立ち上げた会ですが、今回で 2 回目となります。参加していただいた皆様へ感謝申し上げます。1 年間振り返ると、山口県のバックアップを受けて、いろいろ活動ができました。また、山口県医師会勤務医部会と連携して活動するというように、他の部署と活動ができ、貴重な力になりました。女性医師だけでなく、男性医師も集まっていた会として続いていくことを願っております。



**今村健康福祉部長** お集まりの皆様方には、平素から山口県の健康福祉行政にご貢献いただき、本当にありがとうございます。また、県医師会とは、本日の特別講演などの共催が叶い、大変うれしく思っています。



さて、平成 18 年の本県の医療施設の医師数は、全国と同様に増加しており、人口 10 万人当たり 227.6 人と全国を 1 割上回っていますが、実数では平成 16 年から僅かに 5 人の増加に止まり、勤務医師数は逆に 7 人の減少に転じるなど、大変厳しい状況が続いております。また、女性医師の割合は、総数では全国より下回っていますものの、29 歳以下では、36.9%と全国より 1% 上回っております。

こうした中、連日、「医師不足」がマスコミで取り上げられていますが、本県では、この現状を打破するため、来年度、関係予算を大幅に拡充して、可能な限りの医師確保対策を進めてまいります。具体的には、県外医師を県職員として採用し、医師不足の深刻な公的医療機関等に派遣するドクタープールや、女性医師が働きやすいワークシェ

アリングや育児中の当直免除等のモデル的な取り組みを行う公的病院等への補助などを講じてまいります。

また、瀧野先生の特別講演は、「女性医師が豊かな医療の担い手になるために」というタイトルですが、医療が豊かになるためには、女性医師がいかに必要であるか、女性医師がいかに医療をすべきかなど、女性医師として非常に高い生き方をご教示くださるものと期待しています。

皆様方が、豊かな医療の担い手になれるよう、病院長の働きやすい病院づくりの取り組みを期待するとともに、私としても、その取り組みを精一杯促進してまいります。

### 平成 19 年度事業報告

**松田部会長** 以下のとおり報告。

①育児サポートとして、山口県内の児童福祉関係行政窓口一覧（県・市町）、地域において利用可能な育児支援事業・施設、「地域別子育て支援情報」及び「地域別保育所一覧」を調査し、医師会ホームページに掲載した。

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/women/ikujitop.htm>

②山口県及び日本医師会との共催で、女性医師が働きやすい病院づくり研修会を開催、大阪厚生年金病院院長の清野佳紀先生による講演をしていただいた。

③勤務医部会との共同事業として勤務医師の実態、意識調査を非医師会員も含む女性医師対象にアンケート調査を行った（結果は当記事参照）。

④第 2 回総会で、山口県と共催し、特別講演と女性医師をめぐる問題に関するシンポジウムを開催（当記事）。

### 部会長の選出

**藤原会長** 松田先生のご尽力により、こうして女性医師参画推進部会がその根を下ろしつつあると思っておりますので、引き続き松田先生にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

## 山口県医師会女性医師参画推進部会役員

(任期 平成 20 年 4 月 1 日～平成 22 年 3 月 31 日)

部会長	松田昌子	理事	松井晶子
副部会長	内平信子	〃	田村正枝
〃	黒川典枝	〃	寺井佳子
理事	水内知子	〃	水津礼子
〃	原 曜子	〃	横山幸代
〃	鈴木紘子		
〃	上田聡子		
〃	上田スミコ		
〃	大島眞理		

全員拍手により、部会長は松田昌子先生に決定。

**松田部会長** ありがとうございます。次期部会長も務めさせていただきます。この会が女性医師の意見を外部に発信していく機関、あるいは女性医師に対して外からどれほど望まれるかを言ってもらう機関として、より大きく成長していく会になるよう尽力していきたいと思えます。

松田部会長、役員候補者の名前を読み上げ、全員拍手により、役員承認。

**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の抱えているさまざまな問題に取り組

んでまいりますので、ご支援、ご協力をお願い申し上げます。

### 平成 20 年度事業計画審議

松田部会長より来年度事業計画の案の説明があり、了承された。以下のとおり。

### 平成 20 年度事業計画

- ①総会を平成 21 年 3 月 8 日(日)に開催予定。
- ②女性医師が働き続けるための支援。

育児支援として、山大附属病院女性医師及び看護師に対する「育児サポーターニーズ調査」の結果の集計・解析。ホームページ上の育児支援情



報の充実・追加(県内病院の院内保育所の保育情報。24 時間保育を行う病院内保育施設の紹介)。また、育児サポーターバンクを設置する。

③勤務医部会とともに、勤務・就労形態の県内での統一基準を策定。

④職場復帰のための支援

女性医師のネットワークづくり(非医師会員・非勤務医女性医師の掘り起こし)。

⑤女子医学生・若い女性医師へのサポート

メンター制への取り組み(インターンシップの受け入れ、オープンクリニック等)

### アンケート結果報告

**水内理事** 勤務医部会とともに行ったアンケート調査を実施、以下のとおり報告。



#### 回答者の背景

勤務医の約 55% の 1,007 名から回答(平均年齢は男性 47.5 歳、女性 39.8 歳)。「配偶者の有無」について、53.8% の女性医師が「有り」と回答(男性医師は 87.1%)。また、「子どもの有無」については女性医師の 45% が「有り」(男性医師は 78.4%)。

#### 勤務状況について

女性医師で常勤の方は 78%。(男性医師は常勤 92.7%)。週平均労働時間については、48～59 時間が最も多くて、男性医師と同じ傾向がみられた。

#### 仕事への負担度・満足度について

女性医師の回答では、「現在の仕事に満足しているか」について、11.5% が「十分満足」、43.3% が「ほぼ満足」、「不満であるが我慢できる」が 35.7%。男性医師の場合はそれぞれ、8.5%、42%、40%である。

「満足している理由」としては、女性医師の回答では「時間的なゆとりがある」「よき指導者、同僚」がそれぞれ約 30%となっている。「不満足な理由」については、「多忙」が 35%「患者の権利意識に不満を覚える」が約 25%となっている。

#### 女性医師を取りまく環境について

「充実した仕事を続ける上で支障になっていることがあるか」という問いに対し、女性医師の 75% が「支障有り」と回答。男性の場合は約 50%。女性医師自身が支障と感ずることについての項目としては、「育児」「妊娠・出産」「自分の体力」の順となっている。

「同僚が産休をとることに對してどう感じるか」という問いにおいては、男女とも「できる範囲でサポートする」と 85% が回答。育休については女性医師の 85% が必要と答えており、「同僚医師が育休をとることに對して代行医師がいれば賛成する」という回答が男女とも 50%であった。

長期離職後の職場復帰システムが必要と答えた女性は 92% で、具体的に必要なシステムについては、育児支援体制が 33%、家族の理解が 26%、再教育システムが 25%。

妊娠中、育児中の女性医師が勤務継続のための労務条件に必要なものは、「産休・育休の制度整備」、「当直・時間外勤務の免除」、「幼児保育の充実」であることが分かった。子どもがいる女性医師の 72% が「ベビーシッターバンクが必要」と回答。

#### 女性医師問題に関する自由意見について

1. 女性医師の資質、仕事に対する姿勢
2. 女性医師の労働環境問題
  - ①女性医師数に関わること
    - ・増えることへのネガティブな考え方
    - ・労働人口減少の中では増加は当然
  - ②勤務医の労働環境問題の改善
  - ③ワークシェアリングの取り組みへの希望
3. 出産・育児に関連した問題
  - ①出産、育児への無理解、ハラスメント
  - ②育児、病児保育などの環境不備による問題点
  - ③女性の役割分担に対する社会・家庭(配偶者)の考え方
  - ④離職、ブランク後の再研修について
4. これから望まれる解決策
  - ①ワークシェアリング、フレックスタイムの採用
  - ②時間労働制の推進
  - ③育児支援、病児保育、信頼できるベビーシッター
  - ④女性医師の覚悟

## 特別講演

「女性医師が豊かな医療の担い手になるために  
—病院評価事業の試み—女性医師のキャリア形成・維持・向上をめざす会  
(イージェイネット) 代表理事 瀧野 敏子

今年のお正月に読んで高木彬光さんの『白昼の死角』という本で、このような文言がありました。「社会を動かすのは 9 割 9 分までが男だが、男を動かすのは女の力なのだ」。これは昭和 24 年から 26 年の戦後の日本を舞台にした物語ですが、あまり変わっていないな、これでいいのかなと思います。

私が新幹線で来るときに、今はやりの塩野七生さんの『ローマ人の物語』という本を読み、その中に、サビーニ族の物語というものがありません。挿話ですが、そこで、ローマで建国の初代の王となるロムルス一派、一部族が、みんな一人者の男で、嫁がいなかったのです。あるときサビーニ族という近隣の一族を、もともとは一戦を交えることもあったのですが、祭に呼びました。祭の日は、神様に捧げる日なので戦をしないという約束事だったのですが、宴たけなわのときに、ロムルスの謀略で呼んできたサビーニ族の若い女性たちを一斉に略奪したということがありました。

その女性たちは、嫁にされてしまったわけですが、それがきっかけで、その一族とローマのロムルスの一族は 4 回戦争をすることになります。戦争で泥沼になりそうになったのですが、サビーニ族から連れてこられた女性が、「やめてください。自分たちの親兄弟と、自分の夫となった人たちが戦うのはしのびない」と言っていました。結局、平和裏に物事が収まったということなのですが、なぜそうなったかという、女性たちは正式に結婚して、妻として大事にされていたから、だから戦いをもうやめてくださいというようになったということで、ここでも女性のソフトな力が役立ったのかなと思いました。

今日の予定ですが、イージェイネットの紹介を

ちょっとさせていただいて、その次に、本日のテーマである、女性医師が働き続けるために、各病院の病院長、事務局長、女性医師自身がどのようにしたらいいのかということと、それから私どもの、働きやすい病院評価事業のことに絡めて少し話をさせていただきます。

私たちのイージェイネットですが、2005 年の 1 月に設立、東京と大阪で登記しております。内閣府認証の NPO 法人で、412 の個人・法人の会員があります。ドクターが 9 割で、女性のドクターが 7 割、逆にいうと 3 割は男性のドクターです。医科大学の教授、学長、あるいは病院長とか、どちらかという女性医師を管理する側の方がほとんどです。

私たちの理念は「国民のいのちの守り手であるすべての医師がその使命をまっとうできる環境をつくるために実効性のある戦略をもって夢をかたちに変えていくこと」とうたっています。

この前、慶應大学の商学部の教授と話していたのですが、女性ドクターのグループは、今あちこちでできているのですが、女工哀史型になるかフェミニズム型になるか、どちらかになることが多いということですね。

女工哀史型というのは、苦労話をいっぱいして、すごく大変なのだということを訴えるのですが、やはり仲間内ではけっこう盛り上がるのですが、それは外に出たときに必ずしも共感を得られないということがございます。

フェミニズム型というのは、言わずと知れたフェミニスト、ウーマンリブ系ですが、この方法でも男性の支援というのはほとんど得ることはできないということですね。

私たちが提案しているのは、問題解決型 NPO(別名事業型 NPO) です。なにかをしてほしいと、してもらいのを待っているのではなくて、自らの手でなにかを提案して問題を解決していくということを経験としております。

今、「医療崩壊」というキーワードが日本を席卷しており、いろいろな要素がございまして。原因となる背景は単純なものではなくて、非常に絡み合った要素があると思っております。逆にいうと、今においては、この女性医師・男性医師ともに働きやすい環境をつくるための提言を世間一般に受

け入れてもらえるチャンスというのはなく、このときだけではないかと思えます。

私どもが、日ごろメディアの方とお付き合いしていても、やはり彼らにも、そのときの盛り上がるテーマというものがあります。ニュースにも賞味期限がございます。人間にも賞味期限がございます。同じように、やはりこのテーマというのも、いつまでも、例えば 5 年後に同じテーマが盛り上がっているかという、けっしてそうではないと思えます。

女性医師のテーマも含めてですが、医師の労働環境を含めて、一般の国民の人がこれだけ関心をもつようになったというのは、やはり時代の流れであります。このトレンドに乗って、私たちは、私たちが働きやすくなるために、そしてその結果、国民の皆さんによりよい医療を提供できるようにするチャンスを失ってははいけないと思えます。

それで、医療崩壊の中に、いろいろな利害関係者、ステークホルダーがいると申しましたが、一番の主演である国民は、ただひたすら、よい医療を受けたいと思っております。この人たちにとっては、女性医師が産休をとれるかどうか、まったく関心はありません。

よく言われるのは、「女性のドクターというのはエリートでしょう。女性のドクターってお金持ちでしょう。テレビドラマでもやっているじゃない、トレンドドラマ。あんなにお金があったら、自分のお金でベビーシッターを雇えばいいじゃない」と言われてしまうのですね。

ですから、一般の国民の人は、そのようにしか思っていないことも多いのですね。その人たちにも味方になってもらうためにはどうしたらいいか、外に向かってどう発言していったらいいかということを考える必要もあります。

私たちの病院評価事業というのは、院長先生や事務長をパートナーとしておりますので、いろいろお話をする機会が多いのですが、やはり病院の経営者としては、いい医療を提供する、いいインフラをもって、いい人材を確保することによって、医業経営を安定化させたいというようなことがございます。ですから、人材確保、つまりいい経営をするための人材確保は外せないのです。

女性医師というのは、どちらかという、内に

向かって関心のベクトルが向いていることが多くて、自分たちのワーク・ライフ・バランス、生活と仕事のバランスというものを非常にうたっております。

それぞれに違うベクトルを向いているのですが、やはり、この大きな解決策の一つが、働きやすい病院にすることです。働きやすい病院にすることによって、いい人材が集まって、いい医療を提供できて、そこに患者さんが集まってくると私たちは考えています。これがソリューションの一つではないかというのが、私の今日の結論でございます。

やはりどの業界でもそうですが、一度辞めてしまった人、糸の切れたたこを元に戻すというのは容易なことではないですね。辞めたほうも、私も 1 年 6 か月、子育てをして専業主婦をしておりましたが、いったん辞めて、長くなってしまうと、そのあと元に戻るとというのが、けっこう力が要ることになりますし、辞めてしまうと、主婦には主婦の楽しさがありますし、子育てはすごく楽しいですし、それが例えば私ぐらいの年になって、もう子どもが大学を卒業するという年になると、それはそれで自分のライフスタイルができてしまうのですね。ですから、もう戻るモチベーションもだんだん低くなってきます。

ということは、リテンション、辞めさせずに引き留めるということが大事だということですね。そのためには、関係者は何をすべきか。これは明らかでして、一つは、働きやすい病院づくりと、もう一つは、へこたれない女性医師づくり、この二つに尽きると思っております。

今日の会に出てこられるような女性ドクターというのは、へこたれていない結果、この場におられるわけなのです。ですから、ここにはどちらかという、そんなにすごく若いドクターはいらっしゃらないと思うのです。私が病院にいるときは、研修医の面倒をよくみていましたが、20 代の研修医の若い女性、男性ドクターと話をすると、今ここにおられるミドルの方とは、やはり価値観も違います。全然違ってきています。ですから、「苦労するよりは、もう辞めちゃってもいいんじゃない」という、医師のライセンスをお茶やお花のライセンスと同じような感じで思っていらっしゃる

方も徐々に増えていっているように思うのです。

ですから、一方では働きやすい病院づくりをし、もう一方では、なにかあっても、自分が医師になったことの意味をはっきりと持ち続ける、問いつける精神力のあるドクターをつくらないとだめだと思っております。

へこたれない女性医師づくりというのも、研修医になってしまってからではなかなか遅いということであって、これは、私たち NPO の小さな力でできるものではないのですが、大学時代に、医療に対するモチベーションの高い人材を選抜する(これは男性でも女性でも同じですが)ことが必要であろうと思います。

よく言われますように、医師一人をつくるには 1 億円要るとも言われておりますし、それが国立大学医学部であれば、国民の皆さんの血税を使っているわけですから、やはり、結婚すると辞めると平気で言う研修医もいますので、そういうことはだめだということを選抜のときにはっきりさせないといけません。

それから、やはり大学生になってから、リーダーシップ教育というものがなされていません。女性医師というのは、いわゆる大学受験のときには一番難易度が高いと思うのですが、上場会社で働く総合職の方たちのほうが、よっぽど意識が高いのです。自分の仕事を続けていく、自分の能力を生かすということについて、モチベーションがよ

ほど高く、ひらけている人たちも多いと思います。

女性のドクターは非常に意識としてはレトロな人も多くて、自分で、いい職業人である前に、いいお母さんであって、いい妻であって、いい嫁でありたいという気持ちも強いような人も多いです。それはだめだということではないのですが、やはりそれと同時に、医療という場においてリーダーシップをとるということを教えていく必要があるかと思えます。

それと人生もやはりマーケティングでございませので、どう生きていくのが一番、世のため人のため、自分のためになるかということを経営立案するということも教えていく必要があります。

病院の経営者や院長先生は働きやすい病院をつくることは、CSR(Corporate Social Responsibility)ではなくて経営の問題であると頭を切り替えていく必要があるかと思えます。常に問われることですが、「そんなことを言ったって、女性のドクターあるいは看護師を引き留めるために保育所をつくれと言われても、保育所をつくるだけで毎年 4,000 万円くらい赤字になる」という話があって、それはコストであるという話もあるのですが、経営の全体最適性という面で考えると、女性医師を雇うということは profit になる、利益にかなうという事実がたくさんございますので、それをやはり知っていただきたいと思えます。

それと、昨年この壇に立って講演された大阪厚生年金病院の清野院長がいつもおっしゃるのですが、やはり人材確保するためには、いち早く自分の病院が働きやすい病院であるということをアピールして、全国的な規模で、医師・看護師を集めること、それが競争に生き残る秘訣であるということでございます。

それを支える事務局長、事務方としては、女性医師のみを優遇するのではなくて、男女すべての職能の職員に対



して同じように規則が運用されることを院内に周知させることが絶対的なポイントであり、よくもめているのは、女性のドクターだけ、しかも子育て中の人だけ優遇されるということで、それ以外のすべての職員がアンチになり、うまくいかないということがよくあります。

病院の中には、看護部長が病院の副院長になれるというところも出てきているようでございます。看護部長というのは女性であることがほとんどですから、女性であって、しかも良識ある市民の目線、経営側に立ちますので、経営側の視点で、そのインフラづくりに参画するということが可能でございます。

女性医師自身はどうかというと、やはりなんといっても使える人材にならないとだめです。例えばワークシェアリングも結構ですし、パートタイムをやってもいいと思うのですね。いろいろな働き方の知恵はあると思うし、そのことに対しては、皆さんが制度をうまく作り込んでいくように意見を出していく必要はあると思いますが、あなた自身が、その病院で使える、いてほしいと思われる人材であるかどうか、スタッフ、同僚、看護師、コメディカルに、「あの先生だと、時には早く帰ることもあるけど、でも、いてほしいよね」と言ってもらえるかどうかというのが大事なのです。ですから、使える人材に自らなっていくということです。

それから戦略を立てていかないと、なんとなく流され、周囲の意向で自分の思いとは違う方向に人生は進んでいってしまいますので、このあたりのマーケティング戦略も大切だと思います。

それから院内のスタッフ、一般の人たち、メディアを味方に付けるようにしないとだめです。これは絶対に自分たちの中だけでお話をしても事は動かないですね。

今、医師不足ということで、自治体その他にも予算がたくさん配られて、今日は健康福祉部長も多忙で帰られましたが、そういうことも、今この瞬間最大風速でしかないと思うのです。ですから、この勢いに乗って、やはりみんなを味方に付けてやっていくという意識が必要だと思います。「今日お見えになる方は、どんな属性の方ですか」とお聞きしたところ、女性医師だけでなく、院長

先生、事務局長もいらっしゃるということなので、複眼視的な見せ方をしたいとは思いました。

私の母はもう 85 歳ですが、福島女子医学専門学校（現在の福島県立医科大学）の第 1 回の卒業生です。あのころの女性のドクターというのは開拓者だったのです。ですから、女性のドクターとなって、独身ですと来ている人も多いということですね。

そのキャリアもガラスの天井で、院長にはもちろんなっていないわけですが、でもやはり一生懸命やりたいという人たちが多くて、それは私たちの世代（私は昭和 56 年卒ですが）にも、そういう人が多いと思います。結局、結婚もしていないのですが、でも、そういう人たちが、私の同級生でも、その病院で勤め続けてもトップになっていないことが多くて、結局、自分より年下の男性の部長が下に来て、自分が嫌になって辞めてプーターローをしているとか、そういう人もけっこう多いですね。

今の若い研修医、女子医学生は、けっこうファミリー志向度が高いです。かといって、仕事はいかげんでいいのかと思うとそうではなくて、まじめに考えているのです。だけど、優先度からいうと、どちらが優先かという、まずよき家庭人であることが彼女たちにとっての最優先であることも多いのです。

イージェイネットの人たちは、両方ともけっこう欲張りな人たちであって、しかもいいお母さんでないとだめだと。自分は学校時代に何でも 95 点くらい取っていたから、家庭人としても 95 点で、病院でも 95 点でありたいということで、自分が苦しくなってしまうというような、スーパーウーマンシンドロームみたいな人もたくさんいるのです。

昨今は、医師のライセンスがありながらタレントとかになったり、あるいは経済のほうに進んで、MBA をとって会社の社長になったりとか、そういう人もいろいろ増えてきまして、価値観は多様でございます。

あとは、代々続く医師の家に嫁いだ女医さんというのが後継者育成事業家になっているわけで、「第 15 代目の医師を絶対つくらないとだめ」と、自分のキャリアよりは、やはり息子を医学部に入

れるということのために一緒に受験勉強をしているような方も少なくはないと思います。つまり、さまざまな多様な価値観の人たちがいるので、ひとくくりにできません。

ここで、勤労者として、働く女性としての女性のドクターというものを分析してみますと、強みというのは、高度専門職としての技能、総合的能力の高さ、何でも 95 点取れる人です。ひたむきに努力するパワー、このあたりが非常にいいのではないかと思うのですが。

外部環境 (opportunity) としては、医療崩壊や医師不足という中で、売り手市場、つまり女性の時代と言われています。若い人たちは、男性であってもワーク・ライフ・バランスを大事にするし、世間がまたそれを認知せざるをえない状況になっているのですね。そういう時代に来ているということは、opportunity、すなわち機会です。

一方、女性のドクターは比較的、社会性が必ずしも高くない (全員に当てはまるわけではないですが)。よくドタキャンする人が何事につけ多いのですね。

あとは、キャリア形成戦略の欠如ですね。私が働いていた淀川キリスト教病院というのは 608 床の病院ですが、そこでもやはり何年かに一回は、研修医で一番忙しいときに、妊娠してしまう女性研修医もいるのですが、計画であれば、べつにそれはそれでいいかなと思います。何の計画もなしにそうになってしまうというのは、やはり、後々の自分の人生にいろいろな影響を与えます。そのあたりが非常に素朴すぎるのではないかと思います。

それから次は、よくミドル以上の女性のドクターが若い女性医師にはミッション、職業的使命感がないと怒る人もいます。そういうことを鑑みると、病院の中で、うっかりしていると「繁忙期だけパートで来てよ。それ以外のときは、もういいよ」というバツファとして、それは経営する側としては非常に都合がいいので、そう使われてしまうこともあるだろうと。それから、自分たちの権利だけを言うと職場から敬遠されてしまうこともあるだろうということも浮かび出てまいります。

さて、My News Japan という普通の OL が利用するウェブサイトなのですが、彼女らでやる気

のある人たちは、女性活用をよくされている業界に勤めて、自分たちの能力を発揮して、認められたいという、非常に切なる願いを持っているわけなのですね。

それで、一般の OL たちの関心事というのは、どの業界がどういう人の採り方をしているかということを行っているわけです。

例えば、「主力級としてガンガン活用」してくるエリアというものが 있습니다。外資系の金融とか SE (システムエンジニア)、企画、編集とか、そういう業界や、「勝手に生き残ってね」エリアというのは、コース分けはしない、男女別は全然なくて、邪魔はしないが生き残れる人は自分の体力で生き残ってねというもの、マスコミ、IT、WEB 系があります。また、「管理職にはなれないけど」エリアというのは、普通の、例えばホテル、アパレル業界、流通、小売ですね。ですから、現場リーダーまではなれるが、それ以上はなれないというものです。

それから、「採用区分から違います」エリアというのは、これは一部上場企業は多いのではないかと思います。採用するときから一般職と総合職とを分けるというものです。

そういうところで、私たちの医療業界はどれかと思っていると、私の母親の時代というのは、この「管理職にはなれないけど」エリアと「勝手に生き残ってね」エリアと、こっちの「勝手に生き残ってね」エリアだったかなと思います。やはり、こういう分け方というのは、なんとなく必然的に、経営していく上で出てこざるをえないのではないかと私は思ったのですね。

ですから、今までは病院という職場の中で、女性のドクターがマイノリティーでしたが、女性のドクターが 4 割になってくると、こういうことが当然出てくると思います。病院を経営する側としても、優遇してでもいてほしい人材と、そうでなくて、お産をする、子どもが病気がちという、それを理由にして、「ちょっとパートになって、もう辞めてね」と言っておきたい人材と分けてくると思います。

ですから、女性ドクターが病院の 4 割になった場合に、これはどういうエリアに病院がなっていくのか、あるいは、自分が組織の中でどう位置



この 2,000 円が安いか高いかは、いろいろな価値観があると思うのですが、おそらくこれは国立大学としての給与体系からはじき出された数字だと思います。

それに比べ、私が面白いなあと思ったのは、くにもと病院というところで、ここは小さい病院ながら肛門科をもって、女性医師がパートタイマーとして勤務して、肛門科医師としての研鑽を行うことです。これは非常にいいと思うのです。というのは今、世間では若い女性の痔、ヘモになる人がけっこう増えていて、男性の肛門科の先生では恥ずかしいというニーズがたくさんあります。そういう人たちは、女性の肛門科ドクターのところに押し寄せるのですね。

このように子どもを育てながらでも肛門科医師としての研鑽を行って、これで専門家として立つことができれば、その女性ドクターとしては、その道でナンバーワンになれる可能性があるわけです。だから、キャリア形成というのはこういうことなのではないかと思います。

諏訪中央病院の女性医師支援というのは、例えば就業時間を柔軟化するとか、専門性を生かすとか、そういうことを実行しているということで、地方地方でいろいろな取り組みをしているということがわかります。

先ほども申しましたが、女性ドクター、特に若いドクターは、これからやはり優遇というか、母性というものを保護されるようになっていくと思うのですが、その中でやってはいけないこと、「それはないだろう」ということはあると思います。それは、今日ここにお見えになっている世代の先生たちからみると当たり前かもしれないのですが、それは、若い世代の女性、ドクターに限らず看護師もですが、こういうドタキャンするとか、家庭を隠れみのにすることです。私もクリニックを運営しておりますので、小さいながらも従業員を雇っており、女性のドクターにドタキャンされたことが 3 回くらいあります。「先生のところで働きます」といって約束をして、契約を交わすと、私(クリニック)はその人の体に合う白衣、シューズ、名札、印鑑など全部そろえて待っているわけですね。そうしたら前の日電話してきて、「先生、やっぱりやめました」とドタキャンするのです。

「ええ、どうしてですか」と言ったら、「夫に、開業するのだから手伝ってほしいと言われますし、子どもも、ちょっと最近熱が出ますし」みたいな



話をするわけですね。そういう、夫が手伝ってほしいというのは急に言い出したことではないでしょう。

これから女性のドクターが多くなってくると、病院長先生たちは、少なからず何回かこういう目に遭うのではないかと私は思っているのです。そのあたりを変えていかないと、アンチの風が吹くだけなのではないかと思えますね。「女性医師来るな」と言われるだけだと思います。

それと自己評価が低くはないかということについて、これは先ほどの慶應大学商学部の教授と話をしたのですが、教授は「女性のドクターというのは、どうしてあんなに、特に若い人は、自己評価が低い人が多いのかしら」と言われました。「何ですか」と聞きますと、「すごく社会的に大事な仕事をしているはずなのに、それに対するプライドがないんですよ。例えば、私の親戚の女性医師が結婚しようとしている交際相手も(つまらない男で)、実にくだらない男と結婚したりするのよ。あれはどうしてなの」と言われました。「知らないです、そんなの」と私は言いましたが・・・。

やはり、自己評価 (Self-esteem) が必要以上に低いので、例えば夫が留学するときに一緒に行って、自分はもう家政婦と同じようなことをして帰ってきたとかいう人たちは、そこに工夫がないわけですね。当然、自分が身を引いてやっていくのが常であるという古典的な日本女性の感覚のままの人が多いいのはだめですね。

病院経営の視点から話をしますと、女性医師をいかにやる気にさせるかということと、女性職員を支援するのは経費か収益かという、この二つの命題がございます。それで、General Electric、(GE) というアメリカの会社の会長が「頭脳と心と財布が大事です。頭脳と心と財布が一体となって、人はやる気になる」と言いました。頭脳と心

と財布です。

一昨年、私が福島県立医大で行ったアンケートでは、働く病院を決定する上でのプライオリティのナンバー 1 というのは、ワーク・ライフ・バランスでした。すなわち心。ナンバー 2 は、病院機能が充実、技能が磨けること。頭。三番目が立地条件。四番目が給与。ということは、心、頭、財布、この順番だったのです。これはよく考えたほうがいいかなと思います。

ある女子医学生が「過疎の地域で働きたいのですが、そういうところに行ったときに、結婚相手を見つけるのはどうしたらいいですか」というかわいらしい質問をしていましたが、やはり心の部分ですね。その部分は男子研修医でも同じです。これは院長先生たちの世代とは違うのです。「わしは、若いころは 1 日 15 時間働いた」と若い人たちの前で言っても、むなしくその言葉は宇宙に消えてしまうのです。

女性医師のリテンション政策というのは、いろいろなことが考えられます。頭、心、財布、この順番に考えていただいたらいいかなと思います。「心」の中には、やはり結婚紹介も入っているわけです。私は全国講演して回っていますが、女子医学生と話しても、どの人たちも一番の最大の関心事は、いつどんな人と結婚するかということなのです。それを笑ってはいけません。そういう普通の女性がみんな、医学部へ行って、お医者さんになっているのです。

ハード面でもそうです。頭、心、財布ですね。この「財布」の中には、これは難しいとは思いますが、やはり私が病院に勤めていたころに、割り切れないと思ったのは、当直のとき、夜中に起こされて、吐血した人の緊急の内視鏡を、研修医を助手にして、頭から血をかぶって血まみれになりながら、内視鏡的止血をすることが日常的だったことです（私は消化器内視鏡医だったので）。そういう状況でも、わずかの当直料はもらいます。あと例えば科によっては、ここに皮膚科の先生もいらっしやると思うのですが、普通に 9 時から 5 時くらいで終わって、当直もあまりないような人とフィーが同じというか、ほとんど変わらないというようなこともあり、そのあたりが改革はできないのかなと思っていました。

一般企業でも、男女雇用均等度が高くて、要するに男女平等で、ファミリー・フレンドリーで、家庭を大事にするというフレンドリー度の高い企業のほうが、どっちもできていない企業よりも売上が高いというデータもあります。

病院の人材確保の視点からいうと、医療人であるからには身を粉にしても患者のためにというのは、私自身もそういう価値観の中で育って来ていますが、若い世代には、そればかり言っても通じないなあと思います。現実的には、やはりワーク・ライフ・バランスですね。

例えば、「うちのずっと飼っているネコがもう 14 歳になって、具合が悪いので点滴に連れていきたい」と言われたときにどうするかとか、そういうことも含めて、それを許可しろとは言いませんが、頭から「ばかげている」と言うことだけでは、やはりこれから先、人材が集まってこないと思います。これは、自分の経験も含めて言うのですが、そういう状況になってきております。

すべての病院職員にとって働きやすい環境にしないとだめです。子育て中の女性職員・女性医師だけに配慮するなんていっても、これでは組織としての病院は崩壊します。それ以外の人がみんなそっぽを向いてしまうからです。誰かが割を食う仕組みにしてはだめです。

済生会福井病院に現地訪問に行ったときに、事務局長が「うちは院内保育所をつくって、毎年 3,000 万円くらいの経費がかかる。だが、看護師がたくさん就職してきた」と言われていました。7 対 1 看護がとれ、診療報酬がたくさんもらえたので、全体で差し引きすると黒字になったということをおっしゃっていたのです。

ですから、例えば院内保育所とか病児保育とか、そういうことだけを見ると、こういうものはすべて、母性保護というのはすべからず、すべて赤字になると思うのですが、そのことによって人材が来るといって、売上が上がると、そうしたらトータルでどうかということを考える必要があるということです。

#### ホスピレート

働きやすい病院評価事業（ホスピレート）、つまり病院の第三者評価です。これは、すべての医

療従事者の両立支援です。働きやすい病院にすることによって、人材確保ができ、よい医療が提供できて、売上が向上する。こうなればいいと思います。評価、認証を受けるベネフィット。病院にとっては、優秀な人材の確保、医師にとっては、長く働ける病院の選択基準、患者にとっては、いい医療サービスを提供できる病院の選択基準になります。

日本医療機能評価機構は、医療の質を問うのです。顧客というのは患者で、一種の顧客満足度調査です。私どものホスピレートは反対に、そこに働く人たちの従業員満足度評価、Employee Satisfaction、(ES)であろうと思っております。ESを病院の中ではっきりと言い出したのは、私どもイージェイネットが初めてでございます。評価は、一次審査として書類審査をし、その後訪問審査して、評価委員会に諮ります。評価委員会では認証するかどうかを決めるのです。

女性のドクターにヒアリングをして、「院長先生がおっしゃっていることは本当に実現されていますか」ということをお聞きするということです。事業の評価項目というのは56項目ございます。中でも私たちが重要視しているのは、病院長、病院のトップが、働きやすい病院にするための決意、覚悟がどのくらいあるかというのは、これは1時間お話ししますので、1時間お話しすると、単に口で言っているだけなのか、それとも信念としてそう思っているのかというのがわかってしまうので、そういうことに一番重みをつけ、配点のウエイトが高くなっています。

知名度アップ。女性医師、看護師が集まる。医学生にアピール、この4つの効果がございます。知名度アップについては、ホスピレートで認証されると、メディアが目をつけるのです。ですから、徳島のある病院は、「認証されてから、新聞とか雑誌とかテレビとかたくさん取材してもらって、喜んでいまして」とおっしゃっていました。

最近みんな人材会社にも一応登録はしますが、若い人の傾向として、病院のホームページを見て、直、病院にapplyする医療人が増えてきているのです。看護師も医師もそうです。ですから、ホスピレート受審を機会に、ホームページを一新されて、働きやすい病院というのを銘打つと、

けっこうヒットするようになって、そこで看護師・医師が個人的にもapplyしてくるという現象がございます。

北野病院の実例です。昨年の医師採用54人のうち、半数の27人が女性医師であったということです。54人採用するというのも、すごいと思いませんか。これはどうしてかというのと、この北野病院は、前年度の各診療科ごとの業績というのをはっきり数字で出しているのです。ですから、例えば外科が非常に売上が上がったとすると、その次の年、外科の部長の裁量で医師の数を増やすことができるのです。これは自治体病院なんかでは無理だと思うのです。

しかも、もともと北野病院はマッチョな病院ですから、女性のドクターは少なかったのですが、27人も来たということは、私どものホスピレートを受けたあとでホームページが変わったのです。ホスピレート受審を機に、女性医師支援委員会をつくって、いろいろな討議をした場面も写真付きで全部ホームページにアップしています。それは訴えかけたものが多かったのだと思いますが、女性の産婦人科医、今や絶滅危惧種と言われている、そういう人たちもけっこう集まってきているようです。

ここで、先ほどの高いか安いということですが、皆さんもご存じのように、いろいろな病院も、今は人材会社に1病院あたり5~6社登録しているところが多いと聞いております。医師1人、人材会社から紹介してもらおうと、年俸の20%を払っているわけです(1,000万円の人なら200万円)。

ですから病床数の大きい病院でも私どものほうに150万円だけ払っていただいて人材確保できたということで、損得勘定は簡単にしていただけるかなと思います。

北野病院は、京都大学からの医局人事というものもあるのですが、病院長と話しをしていると、必ずしも医局人事を全部受け入れるわけではなくて、やはり病院のほうでは、研究、臨床でリーダーとなる医師を求めているということなので、それからいろいろ外れる人というのは、いくら医局の推薦であっても断ることもあるというようなことをおっしゃってございました。

福井県済生会病院もホスピレートを受けてくださったのですが、近隣の病院から看護師 17 人が集団入職したということですね。あとは 3 歳児の子育て中の女性医師が復帰しました。

言わずと知れた大阪厚生年金病院ですが、昨年、産婦人科の女性医師 4 人が新たに入職しました。

みんな経営者の方は、ここで「そんなに働きの悪い人ばかりいっぱい来てもしようがないんじゃないか。パートタイムだけで、ずっと 5 時に帰られてもね」と言われるのですが、清野先生からお話しがあったと思うのですが、やはり工夫をしているわけですね。

例えば、この 4 人の新たに来た子育て中の女性医師だけを優遇して、ほかの先生たちに当直の過重がかかったとすると、それはもめるのですが、外部から当直の人員を確保することは、オープンシステムの病院にしているの、開業医の先生に妊婦検診をしてもらって、分娩は、その開業医の先生に来ていただいて、厚生年金病院でお産をしてもらうというかたちをとっているのですね。そういうつながりのある関係から、開業医の産婦人科医に当直を助けてもらっているという工夫をしているようです。

当直を外から頼むと、当然、人件費がかかります。3,800 万円かかるのですが、例えば住友病院とか大きな病院がどんどん産婦人科医不足でお産をしなくなっているのですから、それだけ分娩件数が増えて、医業収入は増えたということで、この人件費を相殺してしまったという格好になるということですね。

というようなことで、けっして女性医師を雇うことはコストにだけなるのではなくて、プロフィットにつながるということを強調したいと思えます。

今後の私どものイージェイネットは病院評価事業の展望と方向性ですが、やはりこの事業を通して、私たち女性医師の労働環境改善を推進するために啓発活動をしていくことです (BtoB)。

二番目は BtoC です。市民、メディアを味方に付ける対策をしていくことです。

それから BtoG。G は government ですが、地域活性化としての病院振興策。これは何かというと、例えば宮崎県知事でも、今朝もテレビに出て、

マンゴーとかフルーツとか、そのことばかりおっしゃっています。

実は病院というのは、各地域の産業を振興させるためのインフラとしても最重要なものであります。長崎の第一地銀のシンクタンクの人に教えてもらいました。病院がしっかりしていると、そこに若い人も戻ってくるし、安心して医療が受けられるとなると、労働力が戻ってきます。実は、都会に出ていっても、田舎に戻りたい人もけっこういるのですね。医師もそうです。戻りたいけれども、そこに生活していく上でのインフラがないと、都会にとどまらざるをえないということがあります。病院はインフラとして一番大事であるということです。例えば、銀行にしても、地銀にしても、一番お金を貸しやすい、安心して貸せる先というのは、銀行から見ると病院です。ですから、病院に足腰強くなってほしいという要望があるようでございます。

そういう意味で、私どもは各自治体との協働をしていきたいというのが今年目標でございます。

最後ですが、ここ数年が、女性医師問題解決の最初で最後のチャンスです。チャンスには前髪しかございません。チャンスが通り過ぎてしまうと、後ろ髪はありません。その果実をとるためには、時代の流れをとらえた仕掛けが必要であるということですね。

女性医師の立場からいうと、自らの自己実現、自分のことばかり言うのではなく、医師、研究者としての市民に対する使命の実現という視点からの問いかけがあれば、広く国民の皆さんの支持を得ることができるであろうということを最後に申し上げて、私の講演は終わりでございます。ありがとうございました。

## シンポジウム

## 「女性医師が働き続けるために、今何が必要か？」

## ＜シンポジスト＞

イージェイネット代表理事 瀧野敏子氏  
 山口労災病院院長 伊藤治英氏  
 周東総合病院院長 守田知明氏  
 山口県立総合医療センター主任部長 井上 康氏  
 山口赤十字病院第 4 内科部長 國近尚美氏  
 てらい内科クリニック院長 寺井佳子氏

黒川副会長(司会) それではシンポジウムを始めたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。本日のシンポジウムは、「女性医師が働き続けるために、今何が必要か？」というテーマにさせていただきます。先ほどのアンケートの報告等で、今、女性医師が働き続けるために何が一番の問題になっているかということは皆さんよくご存じのとおりだと思います。山口県の中で女性医師が働き続けるために、われわれは何をすべきか、具体的に半歩でも前に進むことができたらしめ、この企画ということにさせていただきました。

先ほど今村健康福祉部長もおっしゃられていましたが、今は国家試験で受かる方の 3 分の 1 が女性であるという時代です。山口県のことには特化しますと、山口大学の医学部の 1 年生は、男性半分、女性半分、男性の学生さんが女性の学生さんより 1 名多いだけという状況にまでなっております。

ですから、女性の医師がきちんと使命をもって仕事を続けていく、あるいは続けていける状況をつくっていくということが、これからたいへん大事なことになると私は信じて疑っておりません。

では、どういうふうにしたらいいのでしょうか。瀧野先生の講演では、何が必要で、実際どういう方向で歩いていったらいいのかというのは、本当にそのとおりだと拝聴いたしました。では、こ



の山口県の中で、私たちは次に何ができていくのか、これを少し考えていく足がかりに、今日の会がなったらなと思います。

ここに来ていらっしゃる先生方はおそらく、今から結婚し子どもがいらっしゃるという先生方で、指導をされ導かれる立場の先生方が多いのだらうと思います。子育て真っ最中の女性医師は、なかなか日曜日にこういう会に出てこれられないというのが実情だと思います。

それから、雇用されている先生方にも何人か来ていただいております。その方たちのご意見を十分に今日拝聴させていただいて、どこが問題で、どこがうまく回っていないから、離職してしまう女性医師が多いのかということも少し考えてみたいと思っております。

まず、山口労災病院院長の伊藤先生に、お話しをいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

## 山口労災病院

伊藤院長 男女共同参画社会というのはなじんでおりますが、女性医師の参画については、どちらかというと、脳神経科にいたために無頓着に過ごしてきましたということ



です。男女雇用機会均等法というのが 1986 年できて、2 回の改正を終えて、そして男女共同参画社会基本法ができ、女性の安定した雇用とか、あるいは晩婚化、あるいは出産回避の解消を進めていきたいということですが、実際、女医さんの結婚の率を聞きますと、半分くらいしか結婚しておられないとのこと。やはり病院の対応のまずさというのがあるのではないかとこの罪の意識を感じております。

政府としても、この基本法だけではうまく進んでいないというのは認識しており、女性の再チャレンジ支援策というのをとっているようです。これを病院が、本当に国の政策を着実にしていくということが院長の役目ではないかと思っております。

実際、山口労災病院の女性医師は、現在 12.5% です。徐々に、少しずつですが増加してきております。そして研修医をとってみると、33.3%、3分の1が女性である。平均すると37.4%。これはまさに学生の、現在2年生から6年生をみると、だいたいその程度の数字で研修医は今後も続くでしょう。しかし、1年生が卒業するころには、半分が女性の研修医となっています。であれば、5年後は半分が女性の研修医。そうすると、徐々に女性医師が増えてきます。それに対して、今から病院として対策を十分練っていかなければならないということを感じています。

もう一つ考えなければならないのは、科別の格差ですね。皮膚科は、もう既に半分くらいが女性医師です。あるいは眼科、小児科というように3分の1を超えているような比率で女性の先生がおられます。ということは、病院において皮膚科の男性医師を探そうと思っても、これは非常に難しいわけで、いかに女性医師が働きやすい環境をつくっていくということが大切かということ、つくづく感じさせられると思っております。

われわれ病院が力を入れなければならないものは、育児のお手伝いとか、妊娠・出産に対する手当あるいは支援、自分の能力といいますか、女性医師の能力のキャリアアップをお手伝い、あるいは労働条件を良くすることです。職場の支援不足を言っておられるわけですから、われわれが心しなければならないことだろうと思っております。

もう一つ、必要な労働条件として、産休・育休の制度を整備しなければならないとか、当直、時間外勤務の免除とか、病児保育などを病院で着実に進めていかなければならないと、勤務医部会の調査の結果をみて再確認したところです。



女性医師の妊娠・出産への配慮ですが、これはまさに法律で決まっていることなので、やらない病院のほうがむしろ罪を犯していることになるわけで、妊娠したら、当直とか、あるいは深夜勤務というものを免除するのは、これは当然です。あるいは妊娠中のオンコールも免除すべきです。産休・育休は、これは制度上あるわけですから、利用してくださいというのを病院としてお願いしなければならないだろうと思っております。

こういった配慮というものを、もっと公に病院の総務課あたりからアナウンスすべきです。今までの反省として、院長として勤務している間に、本人にこういうことを言わなかったのではないかと、黙っていたのではないかとという反省をしているところです。

また、子育てについては、育児休職制度を充実しなければならない。法で定められた期間を取っていただくということを快くお引き受けしなければならないでしょう。今は、小学校に入るまでの育児期間というものも考えられているわけですから、やはりそこまで考える必要があります。

それから、病児保育では、自分の病院で費用を出さなければいけないのですが、許可をもらわなければ使えないというシステムになっております。これはぜひ予算を使えるように協議していきたいと思っております。病児保育というのを20年度に立ち上げたいと思っております。

そのほかに、育児中のパート勤務、育児中の短時間勤務、あるいは先ほどもお話しに出ましたフレックスタイム制などを考慮していきたい、考えていきたい、あるいは構築していきたいと思っております。まだ女性医師がそれほど多くおられないので、すぐに代替要員を見つけるというのは難しいかもしれませんが、毎年30人、40人と卒業していくことになると、こういう代替要員も可能になってくるのかなあと。であれば、今からその準備を始めてもいいころではないかと感じているところです。

女性医師もほかの企業の女性と同じように、いろいろ親の介護なんかも起こりうるわけで、このときに、病院としてパート勤務あるいは短時間勤務制

度というものをやはり整備しておく必要がある、あるいはメンター制度といって、新人あるいは後輩に、先輩が継続的に指導していく制度を立ち上げたいと思っております。

看護部については、教育担当の人をおこうと思っておりますが、メンター制度というのは、ほかの科の教育はなかなか難しいわけで、その科に任されることになると思いますが、こういったものを視野に、病院の組織として、こういう制度をつかっていきたい。あるいはキャリアアップセミナーとか、研修というものをにつくっていききたいと思っております。

それから、女性医師が増えれば増えるほど、男女のコミュニケーションの問題や、あるいは女性の間でのストレスというものが高まってくるということをおある人が言っておられました。ぜひこれは、病院として心理的な支援というもの、あるいはストレスの軽減というものについて配慮していかなければならないと思っております。

病院としてできることというのは非常に限られています。しかし、着実にやっていくことによって、優秀な人材を確保することもでき、モラルの向上とか、あるいは能力の開発、仕事の効率化、組織の柔軟な発想が生まれてくるだろうというふうに思います。

また、女性のお医者さん本人にとっては、仕事と生活のバランス、あるいはコミュニケーション、ストレスの減少とか、あるいは新しい発想というものが生まれてくるだろうと、こういうふうなメリットがたくさんあると思っておりますので、今から着実に一歩ずつ、女性のお医者さんに対して、優遇という言葉を使えるくらいの対策を立てていきたいと思っております。どうもありがとうございました。

**黒川副部長** ありがとうございます。現在約 40 名のドクターが病院におられますが、そのうち 6 名が女性かと思うのですね。今までも女性ドクターを何人も雇用していらした立場だと思うのですが、たいへん困られたことなどはありましたか。

**伊藤院長** うちの女性医師は能力があり、困った

ことはないですが、やはり妊娠、出産の話が突然入ってくることでしょうか。人員が少ない科であればあるほど、そのカバーというのはなかなか難しいといえます。すぐに補いきれないという点が、やはり困ったことと思っております。したがって普段から余力のある人員で診療していくのが解決方法かなと思っております。

**黒川副部長** ありがとうございます。次は周東総合病院院長の守田先生にお話しをうかがいたいと思います。よろしく願いいたします。

#### 周東総合病院

**守田院長** 私に課せられたテーマといたすのは、女性医師を雇用するときには病院はどこまで柔軟に対応できるかということです。

2000 年から周東総合病院に常勤として勤めておられた女性は 17 名、結婚されている方は 2 人だけです。診療科別では内科が 7 名、産婦人科 4 名、小児科 2 名、放射線科 2 名、麻酔科 1 名、研修医 1 名です。

勤務期間も、6 年、4 年、2 年 4 か月の順ですが、大半は 2 年以下。1 年の方が 6 人です。

勤務状況は、男性医師と同じ業務で、当直もしておられます。子育て中の方がいらっしゃいましたので、その方は当直免除という形で対応していました。

退職理由は、大学の人事で辞められた方が 13 人。自己都合が 4 人です。そのうちお二人は、ご主人の関係で関東地方へ行かれました。あと 2 名の方が、いわゆるバーンアウトという形でした。3 年くらい前に、1 年間に 2 人辞められるということがありました。病院、特に部長の配慮が足りなかったなど、そのように思っております。

女性医師の勤務形態に関しましては、急性期病院の常勤、もう一つは慢性期病院、行政あるいは産業医等で、家族と過ごす時間をとりながらも常勤医として、あるいは非常勤医ということになるかと思えます。



今、医療崩壊等と言われている大きな要因の一つに、急性期病院の勤務医不足というのがあります。その勤務医不足にもいろいろな要因があるかと思いますが、女性医師という立場から見たときに、急性期病院、周東総合病院に来られた女性医師の方は、ほとんど結婚される前の方ですね。そういう方は急性期病院にも比較的勤めやすいと思います。

そのあと、要するに急性期病院で女性医師として勤めるためには、やはりご本人さんの並々ならぬ努力はもちろんのこと、職場あるいは家族の支援あるいは理解が必要だろうと思います。

先日行われました勤務医アンケート調査では、仕事を続ける上での支障は、出産・育児が多かったです。

あと、アンケートの結果で、産休・育休代替要員制度等の制度についてわからないという方が半数近く、男性も女性もありました。

それから、男性も含め、産休・育休を取ることに賛成は多いのですが、実際に取られているかということになると、これが非常に疑問だろうと思いますし、今回を契機にインターネットでいろいろなところを調べましたが、例えば育休の制度が取られるような代替要員制度がきちんとできているところが、東京のほうでも 10% くらいで、なかなか難しいのではないかと。

勤務医を続けるための制度として、産休・育休、あるいは代替要員制度というものがあり、勤務体制では、妊娠・子育て中の当直免除、フレックスタイム、ワークシェアリング、復帰支援体制とすれば、復帰支援、病児保育、院内保育等があります。

では産休とはどういうものなのかということをちょっと触れようと思います。産前が 6 週と産後が 8 週で、固定給は全額支給される制度です。育休制度は産後 8 週から 1 年で、身分保障、保険は継続し、雇用保険のほうから、前年度の総額の 30% は保障されると。保育所等にどうしても入れないような場合は、1 年半まではこれが使えるということだそうです。

それから代替要員制度については、検査とか事務はすぐ代替の職員が入ってきますが、医師ではマンパワーというか、人材の確保ができなくて難しいかなと思っています。

それから、妊娠・子育て中の当直免除については当然しております。それからフレックスタイム、これも非常勤から、今年の 4 月から常勤に 1 人かわっていただきますが、少し遅く出してもらおうということで契約というか話しをしております。

病児保育に関しては、私の病院に 1 人、非常勤で来ておられますが、その方に聞きますと、宇部では病児保育ができたとのことでした。

それから院内保育所は、20 年度につくるということになっております。

したがって、病院としてこういう対応はできるのですが、ただ制度をつくっても実際に有効に機能するかといえば、やはりこれは、私が言うのもおかしいのですが、仕事を続けていくという強い覚悟、あるいは、できれば出産までに 5 年くらいの臨床経験と、そのあたりのところが必要になってくるのではないかと思います。

それから、子育て支援体制の整備が言われていますが、特に代替要員の確保が難しいのではないかと思います。今、産婦人科とか小児科というのは非常に勤務医不足と言われていますが、その産婦人科、小児科には、女性医師がけっこういらっしゃると思いますので、なんとかできるのではないかと考えております。

あとは、やはり家族の協力と、上司、同僚の配慮、気配りでしょう。周東総合病院は、数少ない女性医師でしたが、やはり病院として非常に苦い経験があります。育休とか産休を取ろうとしても、だいたい女性医師は、周囲の同僚に迷惑がかかるということを非常に気にされて、なかなか取れないということもよく聞いております。このあたりの配慮、気配りというのは非常に重要なのではないかと考えております。

あとは院長の理解も非常に大事なのではないかと考えております。本人の申し出を待つのではなくて、現状、対策を十分理解した上で、積極的に話しかけていく。でない、なかなか正常の産休・育休も周囲に気兼ねされて取れないという状況ですので、このあたりが非常に重要ではないかと考えております。

**黒川副部長** ありがとうございます。院長先生のほうから話しかけてくださるという、あまり

今までにはパターンとしてなかったお話しが出てきて、とても心強く思っております。

続きまして、山口県立総合医療センター主任部長の井上先生から、辛口の意見も含めて、ぜひお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

### 山口県立総合医療センター

**井上部長** 県立総合医療センターは、ベッド数がおおよそ 500 で、常勤の医師が 70 名で、レジデントと非常勤が三十数名おりますので、100 名ちょっとの体制でやっております。臨床研修医については 1 年目、2 年目合わせまして、23 名、うち 13 名が女性ですが、女性はすべて独身ですので、男女の差なく働いていただいております。



しかし、常勤医は定員 70 名で、今欠員が出ておりますが、70 名のうちの女性は 6 人しかおりません。これだけで、いかに働きにくい病院かというのがわかるかと思えますね。名前のおり自治体病院ですので、ホスピレートには全く挑戦することもできないような厳しい状況です。

6 人のうち 3 人が小児科で、1 人が産婦人科で、2 人が麻酔科ですが、結婚されている方が 3 人、現在子育てをされている方が 2 人というのが現状です。子育て中の先生も、少し科内で配慮はあるようですが、普通の方と同じような勤務をされております。

このような病院の現状なのですが、では男性医師として、女性医師にどこまでなら協力できますかということ、一番の問題は、出産・育児の際の仕事の制限を、どこまでわれわれが我慢するかということです。これは、科によって全然違ってきます。大所帯の科であれば、1 人抜けてもいくらかカバーできますが、少人数の科は非常に厳しいものです。

しかし、産休のあと、育休の期間をどう考えるかということなのですが、残念ながら私も、部下としてみたのはすべて独身の人ばかりですので、そういう場面に直接は遭遇しておりませんので、

的確には申し上げられませんが、感覚として申し上げれば、育休を半年くらいは我慢できるのではないかと思うのです。

それと、代替要員についてですが、勤務医の労働時間で本当の過剰な部分は休日と夜間なのです。昼間はなんとかなるのです。だから、昼間の診療応援というのであれば、あまり助けにならない。つまり夜間も働いてくれるような人でなければ、実際には負担をとる手だてにはならないということです。

対策としては、やはり保育施設の完備だろうと思います。われわれの病院にも、病院の敷地内に保育施設がございます。一時は 24 時間保育もやっていたようですが、利用される方が少なく、採算の問題もあって、今は 24 時間には対応していません。ぜひとも 24 時間の対応に変えていただき、さらに病児保育もできるような体制にしたいと考えております。

今、マスコミの風がこちらへ吹いているので、行政にぜひ協力していただいて、財政負担の一部でも行政に協力してもらおうような格好で保育施設をと考えております。

女性医師に望むことでは、最近経験したことで、近ごろ患者さんあるいは家族からの言葉の暴力があり困っています。しかし、教育や身分保障も同じように受けているわけですから、怖いからといって、一緒に対応してくださいということをしていきますと、また次のときもやはりそうなるのです。だから、いつまでも一人でそういった患者に対応できないというような医師になるのではないかと感じる場合があります。

言葉の暴力はあっても、実際に手を出すことはほとんどないのですが（最近では撃たれて死ぬ人もいますが）、女性だからといって同じ仕事に就いている以上は、男性医師と同様に対応していただきたいと思っています。

看護師も不足しておりまして、看護師に対しては、育休であれば 1 年とか 2 年とか期間がわかりますので、その間の代替の看護師を、常勤者と同様の待遇で雇い入れようということを来年度からするというように聞いております。というのは、パートで看護師さんに入っていたいただいても、勤務時間のこととかでフルタイムと同じように働けま

せんので、そういったことで、そういう試みがされるようです。医師のほうも、もし人がいれば 1 年間とか育休を取ってもらってもいいかと思っています。ただ、あまり長く育休を取ると、復帰するのに相当のエネルギーを要するというので、長く取れるのがいいかどうかというのは、また別の問題だとは思いますが。ありがとうございました。

**黒川副部長** どうもありがとうございました。実際、一緒に働いていらっしゃる先生の正直なお気持ちだろうと思います。

続きまして、女性医師お二人にご登壇いただきたいと思います。まず、山口赤十字病院第 4 内科の部長でいらっしゃいます國近先生、よろしくお願ひいたします。

#### 山口赤十字病院

**國近部長** 山口赤十字病院内科の國近でございます。



す。よろしくお願ひいたします。本日は、このような発表の機会をいただきましてありがとうございます。私は子育てとの両立のみが女性医師の問題ではないと考

えましたので、私の経過を含めてお話しさせていただきます。症例は、42 歳女性です。現在、0 歳児をもつ女性であり、山口市の急性期病院に内科常勤医として勤務しております。

さて、振り返ってみますと、私にとって、医師としての岐路は大きく六つあったように思います。初めは、岡山大学を卒業し内科医師を選択したことです。岡山大学附属病院、愛媛県立中央病院、岡山県内の研修病院などで初期研修を行いました。

次の岐路は結婚です。その後、国立山陽病院に勤務し、臨床研究にて学位を取得し、36 歳でアメリカに留学したことが第三の岐路です。

38 歳で帰国し、山口赤十字病院に勤務いたしました。そして昨年、最も大きな岐路となった、41 歳で初めての出産。そして昨年 12 月復帰し、現在に至っております。

では、女性医師にとって大きな岐路である結婚についてお話しいたします。私は、岡山大学の出身であったため、山口県に転居するにあたり教授にご相談いたしました。幸い、宇部市に国立山陽病院という関連病院がありましたので、医局の配慮により、そちらに転勤となり、夫と別居したり、医局を移ったり、仕事を辞めざるをえない状況にならずにすみました。

夫は、私が仕事を続けることに大賛成で、二人ともまだ若かったこともあり、医師として一人前になることを最優先とした生活を送りました。また、私が国立循環器病センターに 2 か月間短期間国内留学した際には、単身赴任に快く賛成してくれ、送り出してくれました。そういった家族の理解もあり、家庭が足かせになることなく仕事に専念できました。

卒後 11 年経過した際に、夫がアメリカに留学することになりました。一緒に同行するか日本に残るか迷いましたが、せっかくの機会なので、私も呼吸器の留学先を探すことにいたしました。大学の医局に相談し、渡米を数か月待ち、後任を派遣していただきました。また、留学先のインタビューを受けるに際し、推薦などをしていただきました。夫は先にアメリカに渡ったため、渡米後の立ち上げなどに協力できず、少し迷惑をかけました。

留学先のカリフォルニア大学サンディエゴ校では夫の研究室とは別の呼吸器科で肺高血圧症について研究いたしました。

帰国に際して、山口赤十字病院に勤務することになりました。日赤は 500 床ありますが、呼吸器専門医師はおりませんでしたので、呼吸器疾患診療の立ち上げをいたしました。2 年半の留学で臨床から離れておりましたので、気管支内視鏡の勘を取り戻したり、新薬を覚えたり、システムづくりなど、立ち上げはかなりハードな仕事内容だったように思います。この経験は、今回復帰するにあたり、自信となりました。

夫は山口大学附属病院循環器科の勤務ですので、住居は中間地点の小郡に構えることにいたしました。

岡山大学第 2 内科同門会賞をいただくなど、呼吸器科医師としてある程度自分で納得できるレ

ベルに到達できたと感じ、40 歳を迎え、子どものいる人生を考え始めました。

しかし、非常に悩みました。まず、平成 18 年から、近隣の済生会山口総合病院の呼吸器科が閉鎖となり、山口医療圏の呼吸器専門医の勤務医は私一人になってしまい、地域への責任が生じました。また、呼吸器科医師としてのみならず、病院内における責任、例えばインфекションコントロールドクター、ICD の活動など、役割が徐々に大きくなっていました。しかし、出産可能年齢は限られておりますので、子どものいる人生を選択いたしました。

山口医療圏は、山口市だけでなく阿東町や萩市、島根県津和野町などからも患者さんが来られます。この領域に呼吸器専門医の勤務医が私一人という現状は異常状態と考えます。また、私が休職している間に、昨年 10 月より山口県立医療センターの呼吸器科が閉鎖となり、ますますこの医療圏での私の責務が大きくなっております。ですから、妊娠中も気管支内視鏡を休むわけにいかず、産休に入る直前まで行っておりました。3 人医師が映っておりますが、呼吸器科の医師ではなく、血液と消化器の医師に手伝っていただいております。

そのような状態でしたので、出産を選択するにあたり、妊娠中も気管支内視鏡は続けて行うことにいたしました。大学の医局からは、数か月でしたが、産休の間、代替の医師を派遣していただきました。その後は、当院の内科医師に対応していただきました。

当院の勤務医師数は 66 名で、うち 6 名が女性医師であり、女性医師の割合が 10% と少ない病院です。妊娠中、産前・産後休などについての労働基準法や院内の就業規則については、詳しい女性医師がいなかったため、看護部長をはじめ、メディカルに教えていただきました。また、私が走っていることが多かったようで、廊下で、ゆっくり歩くように気を配ってくれるようなこともありました。

5 月に、母子とも無事に出産することができました。

さて、復帰に際しての問題点についてお話ししたいと思います。問題点としては、育児休暇を取

得するか、休暇の期間はどのくらいにするか、また復帰後の託児施設はどこにするか、当直業務はどうするか、気管支内視鏡やトロッカー挿入など手技の勤はすぐ戻るのか、出産に伴う体力の低下や長期間にわたる睡眠不足に伴う体力の消耗ほどの程度影響するか、また山口医療圏に呼吸器科勤務医が一人という状況にどう対応するかということが主な問題点として挙げられました。

昨年 12 月、子どもが 6 か月になり、復帰することになりました。育児休暇については、労働基準法と同じく当院の就業規則では 3 年間休職できます。しかしながら、育児休暇を取得した女性内科医師の前例がなかったため、院長をはじめ同僚の先生方と何度か相談をいたしました。呼吸器疾患の患者さんが多くなる 12 月をめどに復帰することとし、12 月は外来のみ、1 月より新患外来、再来外来、入院患者を担当しております。

託児施設は、山口赤十字病院院内保育所に預けることにいたしました。公立の保育所は 4 月からの入園開始で、12 月の入園は困難でした。私立の無認可の保育所もありますが、院内の施設であると、いろいろなことにすぐ対応できるという利点や、6 か月児であったので授乳の必要があり、院内保育所を選択いたしました。法律に基づいて、育児時間を 30 分いただき、昼時間に授乳することができました。

院内保育所は、20 畳ほどの広さの部屋が 4 つあり、0～2 歳児、3 歳児以上に分かれて、3 名の保育士さんがみてくださっています。

保育所では 12 月にクリスマス会、2 月には豆まきなどの行事もあり、8 月には夏祭りも行うようです。総勢 20 名、職員のお子さんたちが保育所に預けられています。具体的な解決策として、院内保育所の存在は大きいものでした。

勤務形態は常勤医師で、外来、入院をこなしていますが、労働基準法の第 66 条や当院の就業規則に基づいて、深夜・休日業務を免除してもらっています。したがって、現在は当直・休日診療はしておりません。

新しい知識の習得や、勤が鈍らないように、休職中も学会や研究会にはすすんで出席いたしました。昨年の 8 月には、東京で行われた日本呼吸器学会が主催するセミナーに、子どもを連れて 5

日間泊まり込みで出席いたしました。また、発表したり、研究会の世話人や座長の仕事をする事によって、モチベーションを保っております。

保育所は、休日は利用できないため、研究会に出席する際に、夫が当直などで協力が得られないときには、岡山から実母に来てもらい対応しています。

やはり、職場で円滑に仕事を進めるためには、同僚や患者さんから必要とされるような仕事をする事が大切であると思います。施設の整備や人的な協力をさせていただくことは、楽をするためのものではなく、現在ただいまその援助があればこの仕事ができる、辞めなくてもすむというためのものです。今現在は 100% の力は発揮できませんが、また、今助けてもらっている同僚に直接恩返しはできませんが、将来ほかの同僚が、病気や育児、介護などで 100% 仕事ができないときには協力できますという姿勢も大切と考えます。

平成 19 年に行われた茨城県女性医師実態調査では、女性医師が子育てと仕事を両立するための施策として、託児所・保育所の充実や勤務体制の柔軟化というものに高い割合がみられます。

保育所・託児所などに安心して子どもを預けるために必要な施策として、勤務先での保育施設の整備や、保育時間や保育日の充実などが求められていると言えます。

女性医師の仕事と子育て、家事の両立を支援するためには、医師、病院管理者とも再就業後の勤務形態などに対する施策の必要性を感じていると言えます。また代替医師や医師数の増加についても高い割合を示しております。

茨城県女性医師実態調査と併せて私の事例では、まず託児所・保育所の充実で、可能であれば院内にあることが望ましく、保育時間が長く、休日も運営していることが望まれます。

復帰後の勤務形態としては、当直は免除できることが必要と思います。また、代替の医師がいれば同僚に負担をかけずにすむため、医師数の増加も考慮すべきだと考えます。そうすれば、ワークシェアリングも可能となります。

夫をはじめ家族の協力は不可欠です。学会、研究会に出席し、知識を深める必要があります。研究会に託児があれば望ましいと考えます。

大切なことは、同僚や患者さんから必要とされるような仕事をする事であると考えます。これは、先ほどの特別講演の、瀧野先生の意見と同じだと思っております。

留学中にアラスカに行き、犬ぞりに乗りましたが、犬ぞりのリーダーに必要な素質は、力が強いことでも頭が良いことでもなく、not quit、やめないことだそうです。私も、同僚、家族、病院と協力し、not quit、あきらめず働き続けていきたいと思っております。ご清聴ありがとうございました。

**黒川副部長** どうもありがとうございました。本当に 0 歳の子どもさんを抱えて常勤で働くことがいかに大変かということ、私自身も経験しましたので、たいへん忙しいときにこのシンポジストを引き受けてくださったことに本当に心から感謝いたしますし、先生のファイトを見させていただきました。ありがとうございます。

続きまして、てらい内科クリニック院長の寺井先生にお願いしたいと思います。よろしく願いたします。

#### てらい内科クリニック

**寺井院長** 私は、大学を卒業して 14 年間、内科消化器担当の勤務医として地域の病院に勤務し、2 年前より診療所を開院しまして、今現在、開業医として地域医療を行っていま



す。勤務医の時代は、救急や当直業務があり、とても多忙な毎日を送っていました。

その間に結婚、2 人の子どもの出産があり、仕事との両立でとても大変でしたが、自分が勤務医を続けるにあたって、勤めている病院が田舎の自治体の病院で、病院の医師の数も少人数であり、ほかの勤務医の先生方も多忙で余裕のない状態だったので、自分が休むことによってほかの先生方に迷惑をおかけしたらいけないという気持ちが強く、なんとか産休も取らずに続けて勤務してきました。

仕事と家庭との両立はできるだろうかという不安感は、いつも心の中にありました。私の場合は、2 人目の出産のあと仕事に復帰してからは、北九州にいる実母に頼んで同居してもらっていて、家事の 7 割以上をしてもらいました。そのお陰で勤務医を続けられたのではないかと思います。

たまたま市町村合併があって、市内の 2 つの病院も合併するのをきっかけに、地域医療をと思い開業を決意しましたが、また開業を経験してみても、開業医の大変さもわかってきました。勤務医のころは、だいたい約 30 名の入院患者さんの主治医を一人で行っていましたので、責任が重大で、オンコールも多く、夜間に急変するということがあるため、24 時間ずっと病院のそばから離れられないといった大変さがありました。家族旅行もできない状態でした。でも、とにかく患者さんのために自分ができることを一生懸命に行っていましたので、疲労感はありましたが、充実した毎日を送れました。

今、開業して 2 年たちますが、忙しさや大変さは勤務医のときとは変わらず、仕事と家庭の両立の難しさはまだ続いている状態で、毎日四苦八苦している状態です。睡眠時間も一日 4～5 時間しかとれなくて、また診療以外のことでも、従業員とか経営のことなどのことでも悩むことが多い毎日です。

現在、自宅で終末を迎えたいと強く希望するがんの末期患者さんを、わずかですが、自宅で看取れるように担当しています。今でも、急変時にはいつでも、痛みがあったり呼吸がおかしい、なにか家族から電話があったらいつでも駆けつけられる状態にしていますので、勤務医のときとは全く変わらず、逆に一人で何もかもしないといけないため責任も重大で、いろいろな雑務も多いのですが、家族と一緒に患者を自宅で看取れることで、充実感があります。

開業医になると、自分の病院の診療だけではなくて、学校医や准看護学校の授業も入ってきていて、地域のために頑張っていかなければならないことも多く、開業医の先生方が忙しい中、医師会活動も頑張っていらっしゃることも、たいへんよくわかってきました。

医師の仕事というのは、時代とともにますます大変に厳しく多忙になっていると感じています。女性医師も頑張っているし、社会に大きく貢献できると信じています。また今後、女性医師が働き続けるためには、周りの方々のサポートが不可欠になっていくと思っています。大変なことも多いのですが、今後も医師としての使命感をもって仕事を続けて頑張っていこうと思っています。

**黒川副部長** どうもありがとうございました。

今日は 2 人の院長先生にいらしていただいています。システム的にも、しっかり女性医師をサポートしようとする形をつくっていただくということももちろんされていますが、女性医師に話しを聞こう、女性医師の要望を聞こうということをお願いしていたのが、たいへん私にはうれしく思いました。

女性医師といっても、いろいろな条件が異なる方々の集まりだと思います。子どもを育てば、その子どもを誰にみてもらえるのかとか、そういう方がいらっしゃる、いらっしゃらないで、全く労働の条件、あるいは勤務がどのような形態でできるかは変わってくるのだと思うのです。その話しを聞いてくださる院長先生や上司の先生がいらっしゃるということが一番大事なことになるかと思いつつ聞かせていただきました。

#### 質疑応答、フリートーク

**大村** ホスピタリティのお話しをしていただいた瀧野先生に、お尋ねしたいことがあります。2005 年から始まったということで、実際、評価を受けられた病院のメリットを提示していただいたので



すが、たくさんの病院が受けた場合の事後評価やメリットなどを統計のデータとしてとってますでしょうか。

**瀧野** 先ほど北野病院や済生会福井病院などのリクルートに関するデータを示したのですが、あれは結構強力な経済的なメリットでもインセンティブであったかなあと考えています。

患者がどれだけ増えたかということについての統計はとっておりません。北野病院がたくさん医師を増やすことができたのは、さらにその前年度の収益が上がっていたからだと感じます。

**大村** できれば、もし可能であれば、この一部の病院だけではなくて全般的にどうなのかというデータが出てくるのを楽しみにしています。

それともう一つ、評価についてですが、例えば病院の管理職に占める女性医師の割合とかということも評価になっていますでしょうか。

**瀧野** 入っています。何%あるかとかいうのも入っていますが、ほとんど就業規則上では制限はないのですが、運用面では、割合は低いですね。書類審査の中には入っております。

**上田** 宇部興産中央病院麻酔科の上田と申します。瀧野先生は、女性医師のことをお話ししているようで、実は全職員の労働環境を改善しなければならぬのだということで、それがやはり私は一番だと思います。ここで女性医師、女性医師と言っていますが、女性をとって、医師が、「全医



師が豊かな医療の担い手になるために」ではないですが、全医師の労働環境をやはり考えるべきだと思います。

女性医師だけを対象にした優遇策は、やはり将来的には問題になると私は思います。なぜかというと、女性医師が優遇される、それは育児をするため、家事をするから。そうしたら、育児・家事は女性の仕事であるという社会的な性別意識がいつまでもたってもなくなりませんから、いつまでも女性医師は、最初から一人前には働けないということになると思います。同じように教育を受けて、同じように医師になったのだから、医療の仕事の面では同じように働くべきだということを、一応理想としては掲げるべきだと思います。それができるために何ができるか。今本当に育児の支援とかが不十分ですから、育児支援とかそういう方向で行くべきとは思いますが。

それともう一つ、女性医師の夫の7割が男性医師ですから、夫である男性医師の過重労働をなくしていかないと、いつまでもたっても妻である女性医師の負担は減らないと思います。医師全体の過重労働をなくして、医師が家庭にもっと目を向けられるようにすることが必要だと思います。

さらにもう一つ、例えば女性医師の当直免除をしたら、それに見合う報酬について、報酬が一緒だと、やはり同僚の医師から不満が出ると思います。最終的には、育児とか家事は女性の仕事であるというのは、日本とかアジアに非常に強い社会通念だと思うのですが、そのあたりも一緒に考えていかないと、一方向から攻めても、この問題は解決しないのではないかと思うのですが、そこは皆さんどうお考えかお聞きしたいと思います。

**瀧野** 男性医師にももちろん働きやすい、すべて

の職員に働きやすいという方向に行くのは、一般企業でも最近では男性も育児休暇をとっていいという方向にはなっていくので、戦略的にも、私たちの戦い方も、その方向に行かないとだめだと思います。

ちょっと外れるのですが、去年のシンポジウムで「医師はストライキしたらよいのでは」という話しをしたのです。というのは、日本の医師は、ストライキはもってのほかだと言いますが、韓国の医師もするし、ドイツの医師も、自分たちの正当な主張を掲げてストライキするのです。一回したらどうでしょうか。

あとは、ドクターズフィーですかね。共産圏である中国でさえそうですが、やはり同一労働の人には、例えば研修医が手術しても、院長先生でプロフェッショナルの経験が長い人がしても同じフィーというのはおかしくて、やはりそれ相応の差をつけるというのが必要だと思いますが、今の医療体系では無理だというふうに、いつも反論されています。

**黒川副部長** 上田先生がおっしゃったことというのはすごく大事で、2週間ほど前に勤務医部会の総会でのアンケートでは、当直や救急を受ける回数、救急車等の受ける人数も増えております。ですから、ここ数年さらに過重労働に拍車がかかってきているというのが事実なのだと思います。

その中で、女性も子どもを育てながら働けというのは、たいへん厳しい状況に年々なっている。これにどこかで歯止めをかけないといけないというのは、本当に考え方としては正しい方向で、過重労働をいかに食い止めて、これ以上拍車がかからないようにしていくか、そのためには、もうドクターの数を増やすしかない。男性であれ女性であれ、辞めないで継続して働いてもらうということが大命題であろうと思っております。

そうした中で、特に女性医師の持っている問題というのが今クローズアップされてくるのも当然だろうと思えますし、勤務医部会長も、勤務医全体過重労働に陥らないためには、大事なことは女性医師に辞めないで継続して働いてもらうことが、その一つの施策として、その中で一つの戦略

としてあるのだとおっしゃられています。

そういう観点で、この女性医師の勤務継続という対策を、われわれは立てていかななくてはいけないのだと考えております。もちろん、勤務医の待遇の改善でストライキして世間にアピールしたいくらいの気持ちですが、なかなかそこまで思い切ることができない日本の国の医師の現状というのをごさいます。

先ほど國近先生が、山口の医療圏の中で唯一の呼吸器内科医であり非常に社会的な責任が重い状況で動いていらっしゃるということなのですが、國近先生、そのあたりを少しお話しを。ストライキできませんよね。

**國近** 去年の総会でも、藤原会長に、少ない呼吸器医師の現状について対策をお願いしたのですが、山口大学に呼吸器の科がないということが一番大きな原因とは思っています。少ないとそこの医師に負担がかかってしまって、近隣の病院には平成 18 年まで 3 名おられたのが 3 名とも辞めたり、去年の 10 月から県立総合医療センターの呼吸器科医も 3 名おられたのが 3 名とも辞められてしまったりということで閉鎖に追い込まれますと、ますます当院に集中しているという状況があります。

当院は私一人だけですが、ほかの内科医が非常に協力的で、通常の肺炎であるとか、ある程度は担当していただいて、コンサルテーションという形で関与させていただいたり、私が担当しないといけないような特殊性のあるものは持たせていただいたり、選別をそこでかけさせていただいているので、なんとか今は成り立っている現状です。

国立山陽病院が宇部にあるという状況も大きな一因でありまして、非常に重篤な状態であったり、



よりチームワークで対応しないといけないような呼吸器疾患であると、山陽病院に協力をお願いしたりしているという現状です。

今後は、地域医療の問題とも絡んでいきますが、偏在という問題は、やはり大きな問題です。大阪や東京でも、産婦人科とか小児科が閉鎖しても周りにまだ病院があるというのは都会の強みだと思います。山口は、山口医療圏というのは非常に広く、ぜひ県医師会の女性医師バンクだけでなく、県全体の医療の体制を今一度ご検討いただいて、研修を含めてご検討していただけたらと思います。

**麻上** 本日のシンポジウムは、「女性医師が働き続けるために、今何が必要か？」というタイトルですが、今、病院は生き残りに命をかけております。それに最も必要なのは、優秀な技術者である医師を求めることです。その優秀な技術を持った医師には、患者さんがたくさん来てくれるからです。その技術を持っていない医師というのは、格差が生じております。患者さんがたくさん来るお医者さんは給料も高くなるし、患者の来ない医師は振り落とされていくという、開業医でも同じことが言えているのではないかと考えております。

本日、病院長先生方から育児支援というたいへんありがたいお言葉をいただきましたが、医師というのは、国が税金を使って養成している、社会に貢献しなければならない職業であるという自覚を持つということと、片方では、種の保存という大事な女性としての役割も果たしながら生きていくという、そういう二つの視点が必要だと思います。



そういう意味で今、少子化というだけで、育児支援とかそういうものが前面に出てきたのだろうと思いますが、私が仕事をしたときは、行政的に一人っ子政策でした。だけど、やっていることは國近先生と同じことをやって、私は仕事を続けてきたものです。そういう意味で、母親としての、医師としての、二つの道が続けていくのには、人の力が、人に頼って、人から優しく支援を受けながらいかないと続けられないと思います。

だけど、最も大切なことは、優秀な医師であるということです。それに尽きると思います。それにはどうすれば自分が優秀な医師、技術者として生き残れるかということを考えたときに、育児支援であり何でありというのは当然浮かんでくると思いますので、ただ女性医師が働き続けるためにという、そんなちゃちなものではないということ、病院長先生方は感じていらっしゃると思います。とにかく、優秀な医師であるということのために全力を注ぐべきだと私は考えます。

**藤原会長** 國近先生が前回この場で言われたことを、忘れていたわけではありませんが、結果として全く役に立っていないということも本当に痛切に思っております。今の問題は科の偏在(地域偏在はもちろんありますが)が一番大きな要因だと思っております。日医にも働きかけているのですが、実際、何の動きもありません。

特に、山口県のような地方におきましては、これまで大学が非常に大きなコーディネーター役をやってきたのですが、今そのコーディネーター役的なところが全く失われてきつつあると思います。都会はまた都会の事情があると思うのですが、地方においては、ある程度元に戻さないと、地方はやれないと思います。要するに、みんなが頼りになるところ、信頼をおけるところ、大学は教育を受けた機関ですから、そこには皆さん多くの方



が絶大なる信頼をおいていると思いますが、例えばそれを行政がやれといっても、行政はどうもコーディネートをするような機能はとて持たないし、医師会もそうだし、考えてみると大学、あるいは皆さんが信頼できるような何か NPO 的なものができれば、そういったところも代替できるでしょう。

いずれにしろ、今のままでは、医療訴訟の問題もありますし、そういったところがなければ、医師を増やしてもどんどん偏在が強くなるだけで、この問題の解決にはならないと強く思っております。

**松田部会長** 今日には本当にありがとうございました。それぞれのお立場からのお考えというものが聞けて、今日のシンポジウムは大成功したと考えております。

女性医師が働き続けるためには、私たち女性医師の覚悟が必要だということと、さらにそれを支えてくださる医療環境というものが大事だということに尽きるとあらためて思いました。その医療環境を考えることを部会として、平成 20 年度の事業に入れていくわけですが、その一つが、山口県の中で、女性の就労環境のある程度の基準というものをつくらうということで、先生方にもそのときはぜひいろいろご意見をいただきたいと思っております。

ただ、それをつくりましても、女性医師が自分から積極的に要求するということが非常に難しく、自分の権利ばかりを主張しているように思われるということで、遠慮する人も多いと思います。

そこで院長先生や上司の先生から声をかけていただくことは本当にありがたいことだと思います。それに救われる医師は多いと思います。

規則だけつくっても、知られないといけませんし、知っていても、それが運用されないといけないということで、ぜひこれから先生方のご協力をお願いしたいと思っております。どうもありがとうございました。

**黒川副部会長** 今日、ここに来ていただいた先生方は、各病院施設が何をしようとしているか、やらないといけないかということをもう考え始めていただけたかと思えます。

今日来ていただいた先生方に、ぜひお願いしたいと思いますが、これから、今から羽ばたこうとする若い女性医師、あるいは女子医学生のよき導きになっていただいて、みんなを勇気づけ、励まして、そして社会に貢献できる本当に優秀な医師としての仕事を続けさせてもらいたい、その手助けをぜひしていただきたいと思えます。若い人たちは必死で頑張ると思えます。

いろいろな価値観も確かに変わってくると思えますが、社会で必要とされている医師が、彼女たちの中に、あるいは彼らの中に浸透していけば、きっと継続して仕事を続けていってくれると思えます。そのよき導き手になっていただきますようお願いいたしまして、このシンポジウムを終わらせていただきます。ご協力たいへんありがとうございました。(終了)



報道機関によるインタビュー

## 医療保険ワンポイントアドバイス

山口県医師会 理事 萬 忠雄

今回の診療報酬改定の最大目的は、勤務医の負担を少しでも軽減することであり、そのため、日医の提案のもと医科本体部分の引き上げ 0.42%はすべて勤務医対策に当てられた。しかし厚労省は勤務医対策に 1,500 億円必要であり、これだけでは足りないとして診療所の診療報酬から 400 億円の移譲が求められた。日医はこれを了承し、その財源として再診料に手をつけず引き換えとして外来管理加算等の見直しを容認した。以上の経過で以下の外来管理加算の見直し（改悪）が行われてしまった。

### 外来管理加算の改定（一般病床 200 床以上の病院を除く）

- 1) 加算点数を 52 点に統一。
- 2) 時間要件を導入し、医師が実際に概ね 5 分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室してから退出するまでの時間であり、診療録に診察所見の要点と外来管理加算の要件に該当する旨の記載を求めている。
- 3) やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

日医は、今回の改定により一診療所当たり年額 40～50 万円程度の減収、200 床以上の病院では、17 万円/床/月の増収と試算しているが、診療所の減収はこの程度では済まないのは明白であり、特に 200 床未満の中小病院に与える影響は甚大であると予想される。

山口県医師会は、各種機会・手段を利用し「5 分間要件」の撤廃を求めていく。5 分間要件に関しては、診療録にその旨記載があれば可とされているが、患者本人の診察がない「薬だけ投与」の場合は外来管理加算の算定ができない。このことは、個別指導の選定対象になりうるとされているのでご注意願いたい。

### （ワンポイントアドバイスを連載するにあたって）

日本の医療は決められた診療報酬の上に成立していますが、その内容は複雑怪奇で理解困難です。もっと簡素化すべきとの声は以前からあるのですが、なかなか実現せず、かえって複雑化しているように思われます。そこで会員の先生方に少しでもお役に立てるように、保険診療上の要点を担当理事の先生方にわかり易く解説していただく“ワンポイントアドバイス”を連載することと致しました。診療上の参考にしていただければ幸いです。また、保険診療に関する疑問がありましたら、県医師会へもお気軽にご相談ください。

常任理事 田中 義人

## 市民公開講座 「急患！医療機関への上手なかかり方」

と き 平成 20 年 3 月 2 日（日）14：00～16：30

ところ 海峡メッセ下関 10F 国際会議場

[ 報告：下関市医師会 社会保険下関厚生病院循環器科 領家 勉 ]

山口県医師会、県勤務医部会の主催、下関市、下関市医師会の共催により、平成 20 年 3 月 2 日（日）に海峡メッセ下関で市民公開講座「急患！医療機関への上手なかかり方」が開催された。

救急医療の現場におけるさまざまな問題、特にコンビニ感覚での夜間小児受診の急増、患者と医療者との軋轢、医療業務の歯止めなき増大等勤務医が現在どういう状況に置かれているかを一般市民の方にも広く知っていただき、より良い医療を守るために少しでもその解決の糸口になるようにとの趣旨で行われた。

始まる前には参加人数の心配をしていたが、幸いにも昨今の医療崩壊に対してのメディアの盛んな報道も重なりその関心の高さ故にか、200 名を超える聴衆が参加された。

オープニングは保育園児による鼓笛隊演奏で始まり、三浦県医師会副会長、中島下関市医師会長、渡辺下関市立保健所長の挨拶後、保育園児やご父兄向けに下関海響館館長石橋敏章氏による「スナメリの謎」を特別講演していただき、好評を博した。

基調講演では現在、厚生労働省の「安心と希望の医療確保ビジョン会議」メンバーの一人である「ささえあい医療人権センター COML」理事長 辻本好子氏により「賢い患者になりましょう」というタイトルで自らの医療体験を交え、

患者が主人公になって医療に参加するための心構え（医者にかかる 10 箇条）、医師の激務の実態、救急医療を支える医療機関を守るためには患者側の協力が必要であり、ひいてはそれが患者を守ることに繋がること、患者の主体的医療参加という意識改革を行うことにより患者としての自立性と成熟が可能となることを熱っぽく語られた。

また、マスコミの煽り立てるような医療事故の報道と医療へのクレーム数が比例しておりマスコミの適切な対応が必要であることを訴えられた。40 分間という十分にはとれなかった講演時間の間、辻本さんの巧みな話術に引き込まれていった。

パネルディスカッションでは、下関の公的病院、開業医の 4 人の先生にパネリストとして話をいただいた。

はじめに関門医療センター救命救急センター長の山下久幾先生に下関での救急医療の現状報告





と医療機関の棲み分け、俗に言う患者のたらいまわしはほとんどないこと、医療スタッフの不足による勤務医の過重労働や軽症患者の不適切な時間帯受診を避けていただきたい等の説明があった。

下関市立中央病院 小児科医長の河野祥二先生からは、夜間、休日に救急外来を受診する小児の動向について説明があり、夜も休日もない生活から在宅当番医や夜間急病センターへの受診を促す啓蒙により小児科勤務医の負担が軽減されることが話された。

小児科開業医の立場からは、石川ファミリークリニック院長の石川 豊先生から夜間の小児時間外診療の流れを話され、開業小児科医が下関夜間急病センターの小児受診を担当していること、また小児救急電話相談の開設により年々相談件数が上昇し、それとともに軽症の小児患者の夜間受診件数が減少していることが説明された。

下関市立中央病院救急部部長の藤原義樹先生からは、急受診における問題事例として具体例を話され、患者の受診のあり方や時間外診療が昼間の時間帯と違い手薄になることへのご理解と勤務医の 36 時間勤務について説明された。

最後に、幼稚園児による合唱で閉会となった。

パネルディスカッション

を通して専門、役割の異なるそれぞれのパネリストの先生方により、異なる視点、問題点が示された。

共通するのは、救急医療の現場にひっきりなしに訪れる患者さんの診療に医療者側はいかに少ないマンパワーでやりくりしているかの実情と、その現状で救急医療体制を守るためにはやはり患者側と医療者側のお互いの協力なくしては成り立たないこと、それを一般市民に広く理解していただくことの必要性が示された。

さらに医療業務の負担軽減には行政主導での解決が不可欠であることも強く感じられた。時間の関係で予定していた勤務医過重労働についての話（下関厚生病院循環器科部長 久松裕二先生）や一般市民の方々からの質問やディスカッションができなかったことは進行の不手際で反省すべき点であった。

今回のような企画が、少しでも一般市民の方々へのご理解と啓蒙に繋がればより良い救急医療への糸口になると思われた。

最後に、今回の市民公開講座を下関で開催することとなり企画立案を主導された沖田 極 県勤務医部会会長（下関厚生病院院長）、中島前下関市医師会長をはじめ、パネリスト、座長の諸先生方、山口県、下関市医師会事務局の方々に感謝申し上げます。



幼稚園児による合唱

## 第 46 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座(体験学習) 『日常診療に役立つ内分泌・代謝、血液疾患診療のポイント』

と き 平成 20 年 3 月 9 日 (日) 9:00

ところ 山口大学医学部総合研究棟 S3 講義室

[報告：山口大学医学部附属病院第三内科講師 松原 淳]

平成 20 年 3 月 9 日、山口大学医学部総合研究棟 S3 講義室において、上記タイトルで研修会を開催させていただきました。

当日の気温は一瞬 10℃に達したものの、一日を通して低く、開講当初は会場内が肌寒い状態でした。宇部近隣だけでなく、はるばる遠方からご参加いただいた多くの先生方にご不便をおかけしましたことを、この紙面をお借りしてお詫びいたします。

ご存知のように、山口大学医学部附属病院第三内科の診療対象疾患は、糖尿病をはじめとする内分泌・代謝疾患及び血液疾患です。今回は、これらの領域の中で、会員の先生方の日常診療に役立つちょっとしたコツとトピックスを織り交ぜたプログラムとして、前半 2 題、後半 2 題に分けて構成いたしました。

前半のレクチャー 1 では、当科の奥屋茂准教授から、「日常診療における内分泌疾患のピットホール」と題して、多彩な症状の中に潜む内分泌疾患を見逃さないためのヒント、手がかりについて呈示いたしました。内容が多岐に亘るため、なかなかポイントが絞りにくいところではありましたが、忘れてはならない内分泌疾患の「こんな症状・所見からこんな疾患もピックアップできる」

といったところを、印象深くお示しできたのではないかと思います。

レクチャー 2 では、まず谷澤幸生当科教授から「自己血糖測定 (SMBG) を活用したインスリン療法の実際」というテーマに沿って、インスリン治療の歴史にはじまり、現在使用可能な多くのインスリン製剤 (持効型アナログインスリンなど最新の製剤を含む) の紹介や、それぞれの特性に基づく実際の使用方法についての概説がなされました。

次いで下関のあやめ内科綾目秀夫院長から、診療室での SMBG (Self Monitoring of Blood Glucose) を活用した実際のインスリン療法を、具体的に呈示いたしました。インスリン製剤の特性を生かした血糖コントロールに、SMBG が非常に有用であることがご理解いただけたと思います。

さらに、自己血糖測定器 2 メーカーのご協力をいただき、先生方に実際の機器に触れていただくこともできました。医療者にも患者さんにも、比較的容易に SMBG に取り組める環境が整ってきていることを実感いただけたのではないのでしょうか。この機会に SMBG を実診療に大いにお役立ていただきたいと思います。

後半は血液疾患の話題で、レクチャー 3 として「日常診療における血液所見のみかた」、レクチャー 4 として「日常診療における HIV 感染症」というテーマを取り上げました。

レクチャー 3 では、講師の湯尻俊昭から、日常よく遭遇する貧血や他の血球数の異常、出血傾向などの原因疾患をあげるとともに、それらの異常に対して、診断や治療を行うにあたりどのようにアプローチを



していけばよいか概説いたしました。その上で、専門医に紹介するタイミングを逃さないためのポイントをお話しさせていただきました。

次のレクチャー 4 では、山口大学医学部保健学科病態検査学講座教授、山田治先生にお願いし、最近日本での増加が問題となっている、HIV 感染症・後天性免疫不全症候群 (AIDS) の特徴・臨床像とトピックスをご呈示いただきました。

一般臨床ではほとんどお目にかからないと思われがちな AIDS ですが、日本における患者の急激な増加を背景に、見逃してはならない疾患の一つになってきました。免疫不全を基礎に発症する代表的日和見感染も、画像などを用いて鮮明に印象づけさせていただきました。

予定した時間をかなり超えてしまいましたが、すべてのレクチャーを通して活発な質疑をいただき、ご参加いただいた先生方と一緒に、有意義な時間を過ごせたと感じています。今回の講演会を担当させていただいた第三内科としては、大変喜んでおります。

最後になりましたが、このような機会を設けてくださった山口大学医師会と関係者の方々に深くお礼を申し上げますとともに、山口県医師会員の先生方のご健勝と、今後ますますのご発展をお祈りいたします。

## 受講印象記

防府医師会 松本 正

平成 20 年 3 月 9 日に第 46 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座が開催されました。演題は「日常診療に役立つ内分泌・代謝・血液疾患診療のポイント」で、谷澤先生及び血液・内分泌学のスタッフの先生方にお世話になりました。

はじめに谷澤教授の開会の挨拶があり、続いて奥屋准教授のレクチャー 1「内分泌疾患のピットホール」が始まりました。講義では内分泌疾患は意外に多く、日常診療では見逃されていることを知りました。特に高血圧、糖尿病、高脂血症など生活習慣病と思われた中に内分泌疾患による二次性的変化があることを改めて勉強しました。また、劇症 1 型糖尿病は最初、感冒症状で発症し

数日で死に至ると警告され、その診断ポイントを的確に指摘されました。

レクチャー 2 は谷澤教授とあやめ内科院長の綾目秀夫先生の講義で「自己血糖測定を活用したインスリン療法の実際」でした。2 型糖尿病に対するインスリン治療の最新の知識を講義され、展示によりその自己血糖器具の説明も受けました。測定器具をパソコンに接続するとデータ管理もできるようです。

レクチャー 3 は「日常診療における血液所見のみかた」で、講師の湯尻俊昭先生が貧血の患者は必ずフェリチンを測りなさいと述べられ、血清鉄が低いだけでは鉄欠乏性貧血とは言えないことを知りました。

最後のレクチャー 4 は「日常診療における HIV 感染症」で保健学科准教授の山田治先生から、レベルの高い HIV 感染症及び AIDS の講義を受けました。感染初期なら HIV を押さえ込める病気であることを強調され、HIV 撲滅の熱意が伝わりました。最後に谷澤教授より修了証をいただき教育講座が終了しました。

参加者の顔ぶれをみると、私も含め外科、整形外科、産婦人科、耳鼻科と日常診療に血液内分泌疾患はあまり関係ないと思われる内科以外の方がたくさんおられたのには感心しました。また、遠くは大島郡から下関まで県内ほぼ全域から来られておられました。9 時から 13 時 10 分の予定でしたが時間も大幅に延長し、また質問する人も多かったようですが、充実した日曜日を過ごしたように思います。お世話をいただきました谷澤幸生教授並びにスタッフの皆様にご心より感謝を申し上げます。



# 平成 19 年度 第 2 回山口県医師会警察医会研修会

と き 平成 20 年 3 月 29 日 (土)

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告: 萩市医師会 山口県医師会警察医会副会長 松井 健]

平成 20 年 3 月 29 日 (土)、山口県医師会 6 階会議室において、平成 20 年度第 2 回山口県医師会警察医会研修会が開催された。司会は常任理事の弘山直滋先生が務められた。

## 開会挨拶

山口県医師会副会長 木下 敬介

本日は土曜日の午後、県内各地からお集まりいただきありがとうございます。ちょうど花見の時期で、ここにおられる皆様は花見に行かないで研修会にご出席いただいたわけですが、是非ともこの会が実りの多い研修会になりますように。

皆様ご承知のように、平成 18 年 6 月に山口県医師会警察医会を立ち上げました。その目的の一つは平素の死体検案業務の研修はもちろんのことですが、もう一つは、大災害時にお亡くなりになられた方々の死体検案業務は非常に重要課題でありますので、この課題に対応すべく本会を組織したわけでございます。

講師の先生に非常に良い研修を企画していただいておりますので、今後も是非ご参加の上、研修を積んでいただきたいと思います。

ところで、本会現役員の任期は平成 20 年 3 月 31 日でありますので、あと 2 日で任期が終わります。本会の会長は山口県医師会会長が指名することになっております。また、本会副会長及び理事は山口県医師会警察医会会長が指名することになっております(山口県医師会報第 1751 号、631 ページ: 山口県医師会警察医会会則第 5 条)。あいにく山口県医師会の役員もこの度新体制になります。私は現時点では山口県医師会副会長であります。あと 3 日もすれば会長になることが

決まっております。本日は山口県医師会警察医会の多くの役員、会員がご出席でございますので、できればこの席で次期本会会長を指名させていただきたいと思っております。引き続き現山口県医師会警察医会会長の天野先生に本会会長を指名致します。それでは天野先生、宜しくお願い致します。(会場から多数の拍手あり)

山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄

ご指名に与りました天野です。本会は設立されて間もないものですから、試行錯誤でやって参りたいと思っています。宜しく願い申し上げます。

## 講演

死体検案とは その 2— 損傷論 1 —

山口大学大学院医学系研究科 法医・生体浸襲解剖医学分野(法医学教室) 教授 藤宮 龍也

天野座長より藤宮龍也教授の御略歴の紹介があった。



本講演は

1. 死体検案と死体現象論
2. 損傷論 1: 生活反応
3. 損傷論 2: 頭部外傷、交通事故
4. 窒息論
5. 異常環境、嬰兒、中毒

## 6. 内因性急死（突然死）と死体検案書

全 6 回の講演のうちの 2 回目です。

\*講演の内容は後日、藤宮教授が本会報にご投稿の予定です。

### 質問 1

**A 医師** 相撲力士が死亡した事件で、当初愛知県警は事件を見逃したようだが、力士が一般的にはあのようなことをするとは思っていないので、あの時点ではある意味妥当な判断であったのではないかと思う部分もあるのだが、あの死体検案を行った医師に対し責任は問われることはないのだろうか。

**教授** そのようなことはないであろう。むしろ警察のほうが責任を問われる立場にあるのであろう。というのは、検案を行った医師は異状死体の届出をしているわけである。したがって警察との対話の中でどのようなことになったのか分からないが、あのような結論に達したわけである。医者としては分からないことに対しては、分からないというのが大事である。死体検案書は書けないと言えば、警察としては死体検案書を書ける他の医師にあたるか、法医のほうにもっていくしか方法がなくなる。

### 質問 2

**同 A 医師** あの方（死亡した力士）は沢山の外傷を受けている。親方がビール瓶でどこを殴ってどうなったのかが全部特定されているのか。

**教授** なかなか難しいことと思われる。細かい事象を積み重ねてやっていくしかないし、死因としては外傷性ショックなのでいろいろな外傷が積み重なって死に至ったのであろうから、致命傷が一人の人に特定されるのは困難なのではないか。あとは検察庁がどのように考えるのか、どのように分析するのかで方向が決まるのではないであろうか。

### 質問 3

**B 医師** 死体検案書を書くにあたり、検案した医師は正当な理由がない限り死体検案書を記載しな

くてはならない、とされている。死因がはっきりしないから死体検案書を書かないというのと、死因を不詳として死体検案書を書くのとでは、どこが違うのか。

例えば警察も遺族も解剖に否定的で、検案した医師は解剖が必要だと判断した時、つまり検案した医者が自信を持って死因を特定できない時は、死体検案書の記載を拒否できるのか。

**教授** このことは法医学と厚生労働省の考えの相違による。厚生労働省は死因の統計がとれればよい。つまり死因が不詳であれば不詳で良い。一方、法医学の方は死因を追求したい。解剖は、死因がはっきりしない場合は薦めたほうが良い。しかし現場の警察は心不全とか脳血管疾患で病名を記載して病死で済ませたがる傾向にある。これは検案を行った医師の考え方もあるが、警察の考え方、または遺族の解剖に対する考え方でなかなか難しい話である。

死因が分からない時は、可能であれば CT 検査をした方が良い。やらないよりはやった方が良いと思われるが、それで病変が確認できたから終わりかといえそうではない。例えば、あるお婆さんが階段から落ちて（頭蓋内出血で）死亡したとする。なるほど外表的には分からなかったものが、CT 検査を施行することにより頭蓋内出血が起り死に至ったものであると判断できても、それでは階段から転落したのは事故なのか、誰かに突き落とされたのかまでは分からない。したがって画像診断はあるに越したことはないが、CT 検査を施行したからすべて問題解決という話にはならないのである。

実戦経験豊かな先生方が、いかに現場で葛藤しながら死体検案に臨んでいるのかがひしひしと伝わってくるような質問であった。このような議論ができるだけでも山口県医師会警察医会を設立した意味があるというものである。

最後に、本会会長の天野先生が本会副会長、理事の指名を行った。

副会長、理事は変更をしないで現体制とする。（会場より拍手あり）

これにより次期役員は次のとおり決定した。

会 長（1 名） 天野秀雄  
副会長（2 名） 松井 健 藤政篤志  
理 事（6 名） 竹内 憲 山本一成 長沢英明

県医師会理事より次の 3 名が本会の理事を兼任する。

弘山直滋 萬 忠雄 田中豊秋（敬称略）

## 症例提示

### 病院から異状死の届けがあった場合の対応

山口県警察本部 刑事部捜査第一課

守田美之検視官

要点をかいつまんで記載する。

- ・病院から異状死の届出があった場合の対応
- ・年別死体取り扱い状況（平成 10 年から平成 19 年の 10 年間）

平成 17 年から 2,000 体を超えた。男性のほうが女性より多い。その中で解剖にまわされた症例は平成 10 年には 67 体であったのが平成 19 年には 153 体に増加している。今後も独居老人の検死が増えるであろう。本年も 2 月末現在で変死体は 446 体の取り扱いで、昨年よりも 49 体多い。

- ・警察が取り扱う死体と法的根拠

犯罪死体（所謂、殺人等）：刑事訴訟法、国家公安規則

変死体（事件死体なのか事件死体でないものなのか分からない）：刑事訴訟法 229 条、検視規則

非犯罪死体（病死、自殺等）：死体取扱規則

- ・検死の流れ

検視活動：外表所見（損傷状況、硬直状況、死斑状況、着衣の乱れ等）、心臓血、髄液、尿、シアン検査、一酸化中毒検査、トライエージ検査、CT 検査、レントゲン検査を行う。

捜査活動：現場見分、関係者の事情聴取、付近の聞き込み、死者の既往症、足取り捜査、生命保険加入状況等の照会を行う。

- ・犯罪死体については、刑事訴訟法により司法解剖になる。

犯罪に起因するのかどうか分からない死体については検視の後、必要があれば司法解剖になる。

非犯罪死体は事件性がなければ遺族に引き渡すが、死因が明らかでない、生命保険で後でもめることが予測されるような事案、遺族が死因について納得しない事案については、遺族の承諾を経て承諾解剖ということになる。

- ・広域緊急援助隊制度：他県で災害時（航空機墜落事故や地震等）に多数の検案が必要な時は、応援に行く組織ができています。

- ・身元不明死体：歯型、指紋、DNA 検査を行い可能な限り身元の確認を行うが、どうしても不明の場合は最終的には書類とともに、市役所に引き渡す形となる。

- ・警察からのお願い：平成 19 年度から国費で CT 等の画像検査が可能となった。これまでは家族の負担で行っていたが、これからは予算がついたので検査がより行い易くなる。現在の年間検案数 2,000 体の約 20%（約 400 体）が救急搬送されているが、救急搬送の症例は搬送先の病院でほとんどの症例が画像診断を行っている。今回の国費の対象は自宅で死亡していた例で救急搬送できない症例に限る。検査に際しては他の患者の迷惑にならぬように、また汚染防止にも十分対応して行うのでご協力をお願いしたい。



・外表検査等から犯罪性があるものは司法解剖に回すが、犯罪性が低い、もしくは死因の特定が困難な症例は画像診断を行いたいので病院（画像検査実施医療機関）にご協力をいただき画像検査を行いたい。後日検査料をお支払いする。

・最近の一症例

18 歳、女性、小野田署管内の事例、高校中退後に引きこもりとなった。家族との会話や接触は少ししかなかったが、死にたいという言葉があったようだ。食事は家族が寝た後に一人で食べていたようだ。死亡前 3～4 日、家族と顔を合せていなかった。

現場は卵が腐ったような臭いがした。

パソコンから自殺サイトを閲覧したり、書き込みをしたりしていた記録が確認された。硫化水素発生メモも出てきた、遺書もあった。

以上の所見より、硫化水素を発生させ、このガスによる中毒死と思われた。

解剖所見：死後硬直著明、全身は暗緑色の死斑多し、脳は灰緑色でうっ血所見あり。肺は肺水腫を起こしていた。

血液からは、硫化水素の主代謝物の一つであるチオ硫酸塩が検出された。

本件発生の半月後には、長門署管内で 2 名の若い女性が硫化水素を発生させ、トイレ内で自殺した症例があった。

硫化水素は空気より重く、無色、水に良く解ける。1,000ppm で即死状態になる。以前、温泉で複数名の死亡事故があったが、最近では自殺目的に使用される例が全国的に増加している。

自殺サイトにはいろいろな自殺方法が紹介されている。今後もいろいろな自殺の方法が出てくるものと危惧される。警察としては情報入手に努め、本研修会で最新の情報をお伝えしたい。

会場からの質問。

質問 1

C 医師 例えば私の診療所で点滴中に患者が死亡したとする。所轄の警察署に届け出たとする。その場合、どのような捜査が展開されるのか。殺人

の疑いで捜査になるのだろうか。

検視官 いろいろなパターンがあると思われる。医療過誤と殺人を視野に置くことになるだろう。

質問 2

同 C 医師 捜査に入る時には、捜査令状は出るのか。

検視官 事案の概要を把握してから必要に応じて捜査令状をとる場合がある。

質問 3

同 C 医師 その場合カルテの差し押さえはあるのか。

検視官 いろいろな場合があるがいきなりカルテの差し押さえはないであろう。

質問 4

D 医師 福島県の産婦人科医が求刑されているが、あの事件以来あのようなことはなくなった。警察はどのように受け止めているのか。

検視官 事件そのものは県警が違うので内容については承知していないが、事案があれば捜査せざるを得ないだろう。

質問 5

同 D 医師 医療側としては一生懸命に治療に当たったが、結果は不幸にして患者は亡くなったという事例は、あれからも全国で起こっているであろうが、あの事件以来医師が逮捕されるといった事例はないようだが、警察は対応が変わったのか。

検視官 個人的な見解であるが、遺族感情もあったのではないであろうか。

質問 6

E 医師 私は産婦人科である。お産で母親が死亡したのは警察の定義では異状死にならない。しかし法医学会の定義では異状死に該当する。お産で母親が死亡した時に、警察に異状死の届出をした

ら警察は捜査をするのか。つまり業務上過失致死を立件するための捜査対象になるのか。

**検視官** 警察としてはこのような事案を認知したら、捜査の対象になるであろう。

#### 質問 7

**同 E 医師** 任意捜査であろうから、自分の不利になる捜査には協力しないというスタンスをとりたいと思うがそれはどうか。

**検視官** できるだけ捜査にはご協力いただきたい。

#### 質問 8

**同 E 医師** 医師法 21 条が憲法 38 条に抵触するかどうかの判断は、最高裁で抵触しないと判断している。したがって、届出はするが、自分が不利になることに対しては協力しないというスタンスはいけないのか。憲法 38 条に守られているという保証がなければ異状死の届出ができないと思うが。

**検視官** 私の立場からは、ご協力をいただきたいと申し上げるしかない。

**教授** 法医学会は医者は性善説で、きちんと正しいことをやっているから正々堂々とフェアにやったらどうか。それに対して性悪説では医者は悪いことをやったと考えられる。憲法に守られているから私は協力しないというのはどうなのか。

英米では医者は民事で訴訟を受けるが、その時に解剖をすることによってメリットがあるのは医者側である。したがってなにかあったら解剖をしましょうということになる。病院での死亡は直ぐにコロナーに届けられ解剖をしている。それは民事訴訟を防ぐために行っているのである。医者を守るために解剖を勧めるべきである。

活発な意見交換が行われた。

#### 私的なコメント

・医療事故死の原因究明と再発防止にあたる新たな機関として「医療安全調査委員会」の具体案が

まとなり、今国会に提出の予定であるという。医療機関が調査委に届けるべき事例の範囲や、警察に通知する事例など、さらに詳細を決める必要があり今後の推移を見守りたい。

医療関連急死事例の死因判定制度の問題点と要改善点が日本警察医会会報第 13 号に出ているので是非ご一読いただきたい。(日本警察医会会報第 13 号 P.15～P.21)

・硫化水素は 800ppm の曝露で電撃的な意識喪失とともに頸動脈洞刺激による反射性の窒息で呼吸停止に至るとされ、所謂ノックダウン状態になる。

ガス測定器で濃度を測定可能だが救急車には常備してはいないし、県内すべての警察署に配置してあるものでもない。卵の腐った臭いを感じたら、まず、ガス測定器を持っているレスキューを呼び、ガスの種類や濃度を確認するまでは近づかない方が賢明であろう。

自殺サイトによると、硫化水素で自殺をする時は、他人を巻き込まないようにするために、「硫化水素ガス(猛毒)発生中。ガスマスクをしないと危険」と、ドアに張り紙がしてあるらしい。

この原稿を書いている平成 20 年 4 月 6 日、「東京都八王子市の高尾山で硫化水素を発生させて自殺したと見られる 2 人の遺体が相次いで見つかった」と新聞に出ていた。記事によると 2007 年 3 月から 2008 年 4 月の間に全国で 11 件の事例があるという。(毎日新聞、平成 20 年 4 月 6 日)

今後も硫化水素を用いた自殺は増加するであろうから、検死に臨む先生方は自分自身が被害にあわないように注意をしていただきたいと思う。

硫化水素で自殺した一例が日本警察医会雑誌第 2 巻第 2 号に出ているので是非ご一読いただきたい。(日本警察医会雑誌第 2 巻第 2 号 P.93～P.96)

※一部内容を省略しています。

# 平成 19 年度 医療政策シンポジウム

## テーマ：脱「格差社会」と医療のあり方

と き 平成 20 年 3 月 9 日 (日) 午後 1 時～5 時 10 分

ところ 日本医師会大講堂

[ 報告：広報委員 吉岡 達生 ]

去る 3 月 9 日 (日) に平成 19 年度の医療政策シンポジウムが、日本医師会会館で開催された。本会からは、藤原会長、西村常任理事、正木理事、田中豊秋理事と、阿部政則広報委員と私 (吉岡) が出席した。本シンポジウムは、日医が記録集として刊行する予定であり、また「日医雑誌」8 月号別冊として配布する予定である。詳細は、それらを参照していただきたい。ここでは、参加して印象に残った事柄を中心に述べたい。

日医の唐澤祥人会長は 1 月に病気となり、2 月末に療養から復帰したばかりなので、当日は欠席となった。唐澤会長が担当予定の部分は変更して、竹嶋康弘副会長がつとめた。

すでに平成 20 年 4 月の診療報酬の改定は決着して実施されている。しかしながら、診療報酬改定の不合理をふくめてレセプトオンライン化や特定健診などの問題が山積みしている。今後も日医は、政府・厚生労働省の攻撃と戦わなければならない。

本シンポジウムの四つの講演を、内容ではなくプレゼンテーション力から評価したい。上・中・下と三段階に分けると、筆者の独断と偏見により、田中教授・山口教授は上、神野教授は中くらいか、立花氏は下である。くりかえすと、内容は別である。さらに、研究者と評論家で内容を同列に論じることが酷ではある。

### 基調講演

#### 脱「格差社会」と医療のあり方

東京大学大学院 経済学研究科教授 神野 直彦

神野教授の専門は、財政学・地方財政論である。財政学の学派としては、「財政社会学」である。

脱「格差社会」を考えるキーワードには、スウェーデン語のラゴームとオムソーリがある。ラゴーム (lagom) とは、「ほどよい・ほどほど」の意味である。①貧と富のバランス、②公と私のバランスを、ほどよく (ラゴーム) とろう。またオムソーリ (omsorg) とは、「医療」などの社会サービス (social service) である。本来は「悲しみを分かち合う・互いに気にかかけかばい合う」という意味である。

医療は悲しみを分かち合うものである。私的サービスが豊かになりすぎて、公的サービスが貧しくなると、格差が拡大する危険性がある。したがって、オムソーリ (医療などの社会サービス) をラゴーム (ほどよく) に提供することが重要である。

現在の米国では、大統領選挙の民主党候補指名をクリントンとオバマがあらそっている。どちらも、市場原理主義の「小さな政府」論 (= 新自由主義) に反対し、市場への規制をくわえる立場である。

市場原理主義が世界侵略していった歴史をふりかえると、「9.11」が始まりである。「9.11」といえば、2001 年にニューヨークでおきた 9.11 テロを連想する方が多い。ここで述べる「9.11」は、

## プログラム

総合司会 今村定臣 (日本医師会常任理事)

主催挨拶 竹嶋康弘 (日本医師会副会長)

## 基調講演

脱「格差社会」と医療のあり方

神野直彦 (東京大学大学院経済学研究科教授)

講演Ⅰ 医療のあり方—患者の立場から

立花 隆 (評論家)

講演Ⅱ 格差社会と医療システム

田中 滋 (慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授)

講演Ⅲ 社会保障をめぐる政治の展望

山口二郎 (北海道大学法学部教授)

パネルディスカッション 一脱「格差社会」と医療のあり方—

司会：中川俊男 (日本医師会常任理事)

パネリスト：神野直彦、立花 隆、田中 滋、山口二郎、竹嶋康弘

1973年9月11日にチリで起きた軍事クーデターである。サルバドール・アジェンデ大統領が死亡し、アジェンデ政権は倒された。これを契機として市場原理主義がグローバルに(世界に)波及していった。この日に偶然、シカゴのアーノルド・ハーバーガー教授(シカゴ大学、財政学)のところでパーティがあり、宇沢教授は出席していた。同席していたフリードマンの弟子たち(シカゴ・ボーイズ)が、この出来事を聞き、歓喜の声をだして乾杯した様子を目撃した。

市場原理主義の「小さな政府」論は、石油ショック後のスタグフレーションをのりきるためであった。しかし、市場原理主義の改革では、格差と社会的病理を拡大し、誰も幸福にしない。市場原理主義の経済学には、有名なトリクル・ダウン理論がある。この理論は、豊かな層がいつそう豊かになれば、そのおこぼれを貧しい層にあたえるという考え方である。「すべての富はつかわれる」という前提条件のもとに、人間の欲望には限界があるので、使用人の給与をあげると考える。現代は、すべての富が使われることはなく、ごぼれおち(トリクル・ダウン)なくなった。ただ、豊かな層をより豊かにするだけである(「イースタンの逆説」)。

たとえば、イギリスのサッチャー政権は、市場原理主義的政策を実行した。インフレの抑制には

成功したが、不況は深刻化させた。生産性が向上し「イギリス経済の奇跡」といわれる。しかし、生産性のよい企業だけ残り、悪い企業は倒産するので、結果として生産性がよくなっただけである。倒産件数はふくれあがり、失業率は悪化した。格差社会となって、社会的な秩序は乱れた。ヨーロッパでは、いちばん治安の悪い国である。

税金による所得の再分配を考えると、垂直的再分配よりも水平的再分配が必要である。垂直的再分配とは、貧しい層を対象として社会的扶助の支出をすることである。これに対して、水平的再分配とは、貧富に関係なく、病気などで所得をうしなうリスクのあるときに補填するものである。垂直的再分配をする国と水平的再分配をする国を比較すると、垂直的再分配をする国ほど貧しい層がふえる(「再分配のパラドックス」)。したがって、格差から脱却するためには、悲しみの分かち合いである水平的再分配が必要である。

医療は、ウォンツ(欲望)ではなくニーズである。欲望には際限がなく、市場原理に任せてかまわない。しかし、ニーズは欠けているところであり、必要に応じて配って埋め合わせる。ただで必要な人に配る。ラゴームとオムソーリが、キーワードである。つまり「市場原理」から「分かち合い

の原理」の医療改革へ転換するべきである。

なお著書には、2002 年に出版された『人間回復の経済学』（岩波新書 782）や『地域再生の経済学』（中公新書 1657）などがある。

## 講演 I

### 医療のあり方—患者の立場から—

評論家 立花 隆

立花氏は、全身が「生活習慣病」である。1996 年からメタボリック症候群で高血圧・高血糖があり、また痛風がある。

さらに大腸ポリープの切除を二回うけている。今回は膀胱癌が、2007 年 12 月に発見された。12 月に切除し、本年 1 月から 2 月まで BCG 膀胱注入療法を 8 回うけて、2 月 29 日に退院したばかりである。膀胱癌治療のために資料の原稿は未提出で、当日に配布された資料の立花氏の頁は、白紙であった。

日本の医療問題についてのスライドは、慈恵医大の栗原敏学長らから借りたものである。医療崩壊・医療事故・医師不足についての分析は、あまり鋭さを感じなかった。一般の評論家が、このような医療の問題を語っても、医療従事者にとって既に聞いたことのある話ばかりであった。評論家立花 隆として、一般の人々に向かって、わかりやすく話していただきたいレベルである。

ただし、いくつか印象に残った発言を引用しておく。

1983 年には、厚生省の吉村保険局長が提唱した「医療費亡国論」が有名になった。しかし、日本の実態は「土建政治亡国」である。

マスコミにはバイアスがかかり、ゆがんだ報道が行われている。本質的に、医学・医療は分からないことばかりである。現実の場面では分からないことばかりの中で決断をしている。

このまま医療費抑制をつづけると、日本は医療破綻国家となる。その未来像には、二つの可能性がある。一つは、イギリス型崩壊である。その特徴は、形式的には整っているが、実質的には医療が受けられないことである。

もう一つは、格差のあるアメリカ型崩壊である。小泉・竹中路線のように市場原理主義を導入していくと、その結果はアメリカ型崩壊である。

今回の膀胱癌治療では、月 8 万円程度の自己負担であった。フリーの評論家の収入では、米国にいたら高額な治療費を支払えなかったであろう。日本の公的医療制度のすばらしさが、初めてわかった。

有能な評論家である立花氏でさえも、今回の闘病があつてこそ、日本の医療制度のよさを知ったことに、一種の驚きを感じた。講演では、ご自身の体験に根ざした発言内容の部分に、医療従事者としては魅力を感じた。なお、2008 年 4 月号の雑誌「文藝春秋」に、「僕はがんを手術した」を連載中である。

## 講演 II

### 格差社会と医療システム

慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授 田中 滋

田中教授は、医療経済学が専門である。すでに山口県医師会でも特別講演をしていただいたことがある。平成 17 年 11 月の「山口県医師会報」に、講演「医療保険制度改革と地域医療」の記録がある。

経済学者の立場は、大きく二つに分けられる。一つは、市場に任せさえすれば、全体のすべてのことがうまくいくと考える市場原理主義（いわゆる新古典派）である。思想的には、新自由主義といってもよい。

もう一つは、市場に任せても、うまくいかない部分があると考える新制度学派である。国ごとの歴史や文化の違いを重視する。世界的な学者をあげると、ガルブレイス（米国）や宇沢弘文教授（東



大名誉教授)らである。

田中教授自身は北欧社民主義であるが、今の分類でいくと新制度学派の側である。なお、田中教授は、講演当日の「日本経済新聞」(特別編集委員・末村篤一遠みち 近みち・「自由と規律」-)を紹介された。その文中に、宇沢教授の目撃談が引用されている。市場原理主義の代表的人物であるミルトン・フリードマンが、どのような思想の持ち主か物語る有名なエピソードである。以下に概略だけ記載しておく。1965 年(昭和 40)に英ポンドの切り下げ必死のとき、フリードマンが、ポンドの空売りを銀行に申し込んだ。ポンドの空売りでもうけるような投機的な行動は、紳士はしてはならない、と銀行に断られた。同じ年に、恩師のナイト教授が八十歳の誕生日を祝う会で、紳士として節度のないフリードマンを破門宣告した。

日本は種々の国際機関から「世界最高水準の成果を維持してきた医療システムをもつ国のひとつ」と評価されてきた。

ところが最近、二つの大きな環境変化のため、その医療システムの維持が難しくなっている。第一は、小泉内閣から加速化された日本社会の格差拡大傾向である。第二は誤った政府の政策選択(①医療技術の急速な進歩と②患者・医師の意識・行動の著しい変容のもとであるにもかかわらず、資源の投入が不足していること)である。

格差拡大は放置してはならない。格差拡大は単純化された論理がもたらした。単純化された論理の例としては、「医療・介護などにかかわる社会保障の拡大を抑制すると、税・社会保障負担率が増加せず、国民の手元にのこる金額を確保できる。ゆえに小さな政府は望ましい」というものである。

いま現実に行われている「小さな政府化」とは、①患者など特定の少数者への負担移転、②社会的共通資本である急性期医療提供体制を疲弊させる政府支出抑制である。このような「小さな政府化」は「良い政策」ではない。

わが国の医療人には、実現可能な改革案を示し、「国民皆保険制度を堅持しながら、だれもが安心できる安全で質の高い医療の提供体制を進化・向上させる」という重大な責務がある。

### 講演 III

#### 社会保障をめぐる政治の展望

北海道大学法学部教授 山口 二郎

山口教授は行政学が専門である。北海道大学が 2007 年 11 月に全国で電話調査した結果を解説された。一部の結果を、以下に示す。

「小泉、安倍政権がすすめた改革の結果、日本の世の中はどのようになったと思いますか」の問いでは、①貧富の差や都市と地方の格差が広がった、②教育や福祉など公共サービスの質が低下したという意見が多かった。「あなたは自分の老後や子どもの将来にどのようなイメージをお持ちですか」という設問に対しては、約 7 割が不安を訴えた。

また「これからの生活を脅かすものは何だと思えますか」については、①年金制度の破綻、②医療の崩壊、③環境破壊という回答が上位をしめた。さらに「これからの日本のあるべき姿として、あなたのイメージに最も近いものはどれですか」の問いでは、①北欧のような福祉を重視した社会が最も多く、次いで②かつての日本のような終身雇用を重視した社会が多かった。アメリカのような競争と効率を重視する社会という回答は非常に少なかった。

「これまでの日本型制度の中で、最も改善が必要だと思う点は何ですか」という設問では、①公的な社会保障を強化すること、②官僚の力を弱めることという回答が多い。

これらの結果を総合して山口教授は、「国民は構造改革に否定的な評価をしている。将来の、とりわけ社会保障に対して大きな不安をかかえ、北欧型福祉社会を支持している。小泉改革のインチキに国民は気づきはじめた」と述べた。

日本の政策決定システムのヒズミについて、山口教授は以下の五項目を指摘している。

①根拠のない命題が、政策決定において自明の前提になっている。つまり、国民の租税負担率の神話(国民負担率が 50%をこえると経済はダメになるという説)である。租税負担率と経済成長は相関関係がない。

②医療費亡国論の嘘がある。「医療費の増加率を

GDP の成長率以下に抑えよ」というのはデマである。

- ③「小さな政府」は自由であるというのは、錯覚である。自己負担は増加する。
- ④財務省が主導することにより「プロクラテスのベッド」症候群になっている。ギリシャ神話「プロクラテスのベッド」とは、ベッドからはみでている手足を切って、ベッドの方にあわせる例である。
- ⑤自己責任の原則を乱用している。人間には自由に選べる事柄と選べない事柄がある。

なお著書には、2005 年に刊行された『ブレア時代のイギリス』（岩波新書 979）などがある。

### パネルディスカッション

#### 脱「格差社会」と医療のあり方

パネリスト：神野 直彦・立花 隆・田中 滋  
山口 二郎・竹嶋 康弘

司会：中川 俊男（日医常任理事）

まず司会の中川常任理事から発言した。「小泉内閣は五年間にわたって、経済界に利益誘導型の市場原理主義的政策を行った。その結果、市場原理になじまない医療までもが、深く傷ついてしまった。今後、新自由主義的方向を転換して、格差を是正していくことは、医療の傷を治すことにもつながると考える。そうした観点から議論してほしい」。

神野教授から以下のような発言があった。「市場は、人間の共同体を崩壊させる。しかし、公的部門は崩されたものを救っていかなければならない。1980 年代以降になると、日本人は、生きるために仕事をしているという人間の本来のあり方を忘れて、仕事のために生きていると考えはじめた。だが、ここにきてようやく、アメリカ型社会のような分かち合いのない社会を拒否しはじめている」。

立花氏から「私のように生活の不安定なフリーの人間は、アメリカにいたら、生きていけない。日本のすぐれた国民皆保険制度を崩

壊させないでほしい」と発言があった。

最後に質疑応答から、いくつかを記載しておく。

- ①日本は財政破綻状態か。

神野教授によると「日本の財政赤字は 800 兆円である。新聞は、年収 500 万円の家庭にたとえると、年間支出が 800 万円で借金が 6,000 万円であると報道している。大英帝国が繁栄していたときにも、この程度の財政赤字は存在した。しかも、日本の国債は、内国債しかだしていない。内国債は、国民が国民に借金している。家庭でいえば、妻が夫に借金しているようなものである。これまでの世界で、内国債によって国家が破綻したことはない」。また、田中教授も「日本政府の借金は、赤字と同じではない。借金論に負けてはいけない。医療費の亡国論を立国論に転換させていく必要がある」と発言した。

- ②現在また小泉待望論が自民党内にあるが、将来の予測について。

もし小泉政治が復活するとすれば、山口教授は、ふたたび国民はだまされないであろうとの見方である。これに対して立花氏は、2005 年の劇場型選挙のように扇動されて、現在よりもっと悪い政治情勢になる可能性があるとみる。

- ③医療費を増やす選択肢は、消費税率のアップしかないのか。

神野教授によると、「日本の財政は決して逼迫していない。安易に消費税を引き上げるべきではなく、まずは法人税や所得税を上げるべきである」。



# 平成 19 年度 都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会

と き 平成 20 年 3 月 13 日 (木) 14:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会館

[ 報告 : 理事 田中 豊秋 ]

## 開会挨拶

唐澤日医会長 本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

日本医師会は看護職員の慢性的な不足について、従来より最優先課題として取り組んできた。しかし、残念ながら、看護職員不足の改善はほど遠く、この問題に拍車をかける要因になったのが、入院基本料の 7 対 1 看護である。それにより、看護職員の不足は悪化するばかりと言っても過言ではない。現場の看護職員の不足を反映していない厚生労働省の看護需給見直しに対して、本会が独自に看護職員需給調査を実施し、昨年、中医協における厚生労働大臣宛の建議書提出を行ったことは記憶に新しいところである。本年 4 月 1 日に実施される診療報酬改定については、診療報酬本体は 0.38% の引き上げで、プラス改定になったが、その他についてはご存知のとおりである。今回の診療報酬改定における看護関連では、10 対 1 入院基本料の見直しが行われているが、これは各都道府県医師会の役員の方並びに関係各位のご協力の賜物であることから、改めて御礼申し上げる。また、分娩を扱う医療機関の助産師不足については、今回は各地域の医師会立看護師・准看護師学校養成所に助産師養成コースの併設をお願いしてきたが、群馬県、愛知県、そして長崎県の各地域において、本年 4 月 1 日より助産師養成所が開設されることになった。これも、ひとえに役員の方のご努力によるものと感謝申し上げる次第である。今後も、本会は看護職員等の養成に係わるあらゆる環境整備について、厚生労働省に強力に働きかけを行っていくつもりである。本日ここに改めて、各県の担当理事の先生

方には、重ねて医療関係職員不足解消対策へのご協力をいただきたく、よろしくお願い申し上げます。

## 1 日本医師会医療関係者対策委員会報告

### 「看護職員の不足・偏在とその対策について」

#### (1) 准看護師・看護師の確保へ向けて

##### ① 准看護師・看護師養成と就業の現状

看護師の学校養成所数は平成 9 年が 1,063 校であったものが、平成 18 年には 1,077 校 (5 年一貫教育の 67 校を含む) となり、14 校増加している。また、1 学年の定員数は、約 2 千人増加している。一方、准看護師についてみると、養成所数並びに定員数ともに半減している。すなわち、看護職員の養给力の激減は明らかに准看護師に係わる学校養成所の減少が原因であり、それが直接的に看護職員不足に繋がっていることは否定し難い。

入学生に占める男子学生の比率は増加しており、このことから、看護職員に対する意欲はかなり高く、看護職員の男子へのさらなる窓口の開放が必要と思われる。

##### ② EPA に係る外国人看護師の受け入れ問題

EPA の交渉におけるヒト、モノ、カネの移動の自由化・円滑化の一環として、外国人看護師の日本受け入れがその対象となっている。外国人看護師は、当該国の看護資格保有者で一定年限の実務経験を有し、日本人と同等以上の報酬をもって日本に受け入れることになっているが、日本語教育、国家試験、資格取得前の就労と在留資格、資格取得後の就労等々問題が山積している。

当委員会としては、看護師不足対策としてではなく、国家資格を取得した看護師は日本人、外国人の違いを問わずに受け入れるべきものと考えている。

### ③看護職員確保のための具体策

現行養成所運営の支援、入学定員増や新設など看護職員充足対策実施は当然のこととして、それとは別に、教員の資質の確保と向上を図ること、通信教育制度の充実を図ること、看護職員復職希望者へのプログラムを設けること、男子看護職員志望者の採用を促進すること、そして准看護師養成の充実を図ることが必要であると考えられる。

## (2) 助産師の確保へ向けて

平成 18 年における助産師学校養成所の 1 学年定員の総数は 8,324 人であった。しかし、助産師の国家試験の受験者数をみると、毎年およそ 1,600 から 1,700 人台で推移しており、大きな乖離があるため、この問題を早急に解決するべきであると考えられる。合格率は、ほぼ毎年 90% 後半となっており、非常に高くなっている。

### (質問)

看護師の国家試験は、必修問題の回答率が 80% 以上必要であるが、一般問題、状況設定問題に関しては、平成 16 年度は 60%、17 年度は 61.3%、18 年度は 65.4%、19 年度は 72.1% で合格となっており、大変高いラインになっている。ちなみに、合格率はそれぞれ 91.2%、91.4%、88.3%、90.6% となっており、ほぼ毎年 90% 以上となっている。それにもかかわらず、試験の点数をなぜ変動させているのかが理解できない。資格試験であるのだから、ある程度の点数に定めておかないといけないと思う。72% で合格としたのは、問題が易しくて点数を取る人が多くいたからなのか、それとも 90% 以上の合格率にするためにそのように設定したのか。

### (回答)

相対点数で合格ラインを上げるのは、確かにおかしいと思っている。しかし、数年前からそのようになっており、医師の国家試験も同様になって

いる。ただ、看護師の国家試験については、相対点数の割合が非常に大きいので、これはおかしいと言っているのだが、合格率が安定していることもあり、もうしばらくはこれが続いていくようである。看護師の試験問題については、99% ぐらいの正解率が出るだろうと思っても、40% ぐらいしか正解率が出ないなどということがあり、問題自体の精度が非常に低いのが現状である。だから問題をもっと洗練させるべきだという意見があり、今後の検討課題であると考えている。

### (質問)

通信教育制度に関して、現行制度においては実務経験が 10 年以上の准看護師は、2 年課程通信制により看護師国家試験の受験資格を得となっているが、この 10 年という年数をもう少し短縮することはできないのか。

### (回答)

現状では難しい。

### (質問)

実習先の確保が難しいので対策を考えてほしい。

### (回答)

実習指導者については、以前は、「一定の講習を受けた者でなければ実習指導者とはみなさない」となっていたが、現在は「診療所及び助産所での実習にあたっては、学生の指導を担当できる適当な助産師を実習指導者とみなすことができる」というように改正している。実習先の病院側からしても、本当は受け入れたいのだが、患者さんのご理解が得られないために受け入れられない等の問題があるので、患者さんやご家族へ呼びかけをするような PR の予算も確保している。

### (質問)

男性がより看護職員を目指しやすくするために、母性実習に関して何かよい方法はないのか。

### (回答)

男性にとっては、母性の実習の問題が一番大きいと思う。それを克服するには、周囲の先生の

工夫、サポートが重要になる。特定のことに  
て何かをしなければいけないということはない  
ので、具体的なことについては、相談してもらえ  
ば事例等を紹介してアドバイスできるのでそのよ  
うにしてほしい。

#### (質問)

助産師養成コースを開設し、定員が 20 名なの  
だが、運営が非常に厳しい。校納金が年間 120  
万円であり、厚労省の指導では、専任教員は 4～  
5 名が望ましいとのことである。助成してもらわ  
ないと今後の運営が厳しいので検討してほしい。

#### (回答)

平成 20 年度の助産師養成所の運営費予算につ  
いては、基準額を学生 1 人あたり約 75,000 円か  
ら約 126,000 円へ上げる予定なのでご理解いた  
だきたい。

## 2 日本医師会「看護職員確保対策」潜在看護 職員再就業支援モデル事業について

この事業は、55 万人存在すると言われている  
潜在看護職員に対して即戦力として再就業の支援  
を図ることにより、医療現場への復職を促し、不  
足している看護職員の確保対策とすることを目的  
としている。

この度、15 県の医師会でモデル事業を実施する。

## 3 看護職員に係わる最近の動向

### (1) 看護職員確保対策を巡る状況他について

看護職員を確保するためには、参入者を増やす  
こと（養成力の確保並びに再就業の支援）と退出  
者を減らすこと（資質向上と離職防止）が重要で  
ある。

#### (質問)

本県の准看護学院は定員 40 名のところが多い  
のだが、卒業までに脱落していく学生がいて、卒  
業時にはかなり少なくなっている。そこで、学校  
側としては、1 割ぐらい、定員以上の数の学生を  
入学させることを許可してほしいと思っている。

学生が 1 人辞めただけで、准看護学校の経営に大  
きな影響が出てしまうのでぜひ検討してほしい。

#### (回答)

なるべく定員をオーバーしないようにしてい  
ただきたい。ただ、いろいろな事情があるかと思  
うので、それに適した対応をしていきたいと考  
えている。そのようなことがあれば、その都度ご相  
談いただきたい。

#### (質問)

以前は、1 割ぐらいならオーバーしてもよいと  
のことだった。しかし、そのようにしていたら、  
監査が入った際に注意を受けた。指導を徹底し  
てほしい。

#### (回答)

検討したい。

## (2) 看護師等の役割分担について

良質な医療を継続的に提供していくためには、  
各医療機関に勤務する医師、看護師等の医療関係  
職、事務職員等が互いに過重な負担がかからない  
よう、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）等の  
医療関係法令により各職種に認められている業務  
範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職  
種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていく  
ことが重要である。

### 県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 看護学書 井上書店

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

TEL 0836 (34) 3424 FAX 0836 (34) 3090

[ホームページアドレス] <http://www.mmm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

# 日本医師・従業員国民年金基金 ご加入のご案内

## 国民年金に 上乗せする 公的な年金

大きな  
安心

大きな  
笑顔

### 税制上の優遇措置

#### 掛金

掛金は全額社会保険料控除の対象となりますので所得税、住民税が軽減されます(最高816,000円/年が控除の対象)。

#### 年金

受け取る年金にも公的年金等控除が適用されます。遺族一時金(A型)は全額が非課税となります。

- 中途で転退職した場合にも掛け捨てにはなりません。掛金に応じた年金が65歳より給付されます。
- 従業員の方のみの加入もできます。事業所単位の加入ではありませんので、医師本人が加入しなくても、従業員の皆さまは加入できます。(是非、おすすめください。)
- 個々人の将来設計に合わせてつくる自由な年金プランです。
- この年金は65歳から生涯にわたりお受け取りになれます。(20~60歳までの方が加入対象となります)
- 国民年金(第1号被保険者)の加入者であることが必要です。

### お問い合わせは下記へどうぞ

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-6-12 マグノリアビル2F

## 日本医師・従業員国民年金基金

フリーダイヤル ☎ 0120-700650

<http://www.remus.dti.ne.jp/npf-s5>

検索は  
こちらから

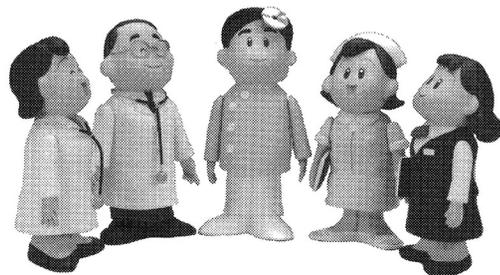
日本医師従業員

検索

0120-700650

検索

- 当基金は、日本医師会を設立母体とした職能型の国民年金基金です。
- 当基金の年金は日本医師会の「医師年金」とは別種の年金です。



※ご加入の際には日本医師・従業員国民年金基金のご案内にある「重要なお知らせ」を必ずご確認ください。

## 「山口県医師会の対外広報活動」

〔報告：広報委員 吉岡 達生〕

杉山知行先生（山口県医師会専務理事）が、「山口県医師会の対外広報活動」（日医雑誌第 136 巻・第 10 号・2008 年 1 月）を執筆、報告された。この記事は JMA ジャーナル（日医雑誌の英語版）に翻訳されて掲載される。

この機会に、その後を含めて、テレビ山口の放送リストを添付する（右頁下）。

### 山口県医師会の対外広報活動

山口県医師会専務理事 杉山 知行

一般的に、団体にとって内部の意思疎通は大事なことではあるが、多くの一般の方々を対象としたものが主活動である団体にとっては、その方々の理解と共感を得ることも重要なことである。

「医療崩壊」という言葉も流布している現今、医療界に対する世間の認識も以前と少し変化してきているようだ。あまりにひどい現状からではあるが、以前の反感一色といった状況の変化もみられる。ピンチはチャンスでもある。今こそ広く国民に医療界の現状や医師会の活動に対する理解を深めてもらい、共感も得る好機でもあろうか。そんな考えを背景に、最近、山口県医師会では対外広報活動に力を入れ、それなりの成果も出てきていると自負している。活動の一環を紹介する。

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十分行き渡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、新聞に広告する、特集面を買い取るとかという発想ではなく、テレビの番組そのもの、あるいは新聞記事のなかで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したことである。また医師会主催行事のテレビ、新聞取材や医師会の意見発表の場としての記者会見の開催などである。一方、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。

### 1. 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、平成 18 年 12 月から月に 1～2 回放送を開始した。12 月、平成 19 年 1 月は小児救急、小児科医不足問題、2 月は療養病床削減問題を取り上げた放送となった。番組の立案、企画は報道部と県医との協同作業で行っている。県医は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、また県医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の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。

その後 3 月は在宅医療、4 月は女性専門外来、5 月は看護師不足問題、6 月は生活習慣病を取り上げた、なお小児救急では山口市医師会の休日・夜間急病診療所の開設を、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病対策推進委員会の活動を絡ませ

て、医師会活動の紹介をするように努めた。

**2. 医師会主催行事への報道取材の要請**

県医が主催する行事については県政記者クラブに取材要請をしている。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。平成 18 年 12 月に日医テレビ健康講座「ふれあい健康ネットワーク」で「これでバッチリ!花粉症対策!!」を制作、放送したところ、県医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症対策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。

**3. 記者会見を活用し、医師会の主張を訴える**

平成 18 年 11 月に山口行政評価事務所が「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。その結果、会見の翌日3社が会見記事を掲載した。掲載は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。

**4. 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。この状況が改善されてきているとは現在もお言い難い。これを払拭しない限り、医療者と報道の連携は取りえないであろう。県医としては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。

**tys テレビ山口 スーパー編集局  
シリーズ：地域医療を考える**

平成 20 年 1 月 10 日現在

	主題	詳細等	放送日
1 月	小児救急	山口市休日診療所ができて1か月、小児科の夜間診療体制を検証	平成 19 年 1 月 12 日
	花粉情報	測定機関(於福中学校と沖中耳鼻咽喉科)の取材、インタビュー	平成 19 年 1 月 29 日
2 月	療養病床	下関市 光風園病院の取材	平成 19 年 2 月 19 日
3 月	在宅医療	在宅支援診療所、24 時間体制、診療所の1割が届出	平成 19 年 4 月 20 日
4 月	女性専門外来	山口大学などに開設した女性専門外来を紹介。女性医師の現状	平成 19 年 3 月 16 日
5 月	看護師不足	日赤病院の新人看護師の卒業から入社までを密着取材。2 回シリーズ	平成 19 年 5 月 17 ~ 18 日
6 月	産婦人科医不足	県内の産婦人科医不足問題について	平成 19 年 6 月 15 日
7 月	がん対策	がん対策で病院の連携	平成 19 年 7 月 10 日
8 月	糖尿病対策	糖尿病対策と治療について	平成 19 年 8 月 17 日
9 月	救急救命士	山口大学医学部による救急救命士のスキルアップについて	平成 19 年 9 月 27 日
10 月	へき地医療	萩市見島の診療所の取材	平成 19 年 10 月 19 日
11 月	在宅歯科	宇部地区の在宅歯科医の取材	平成 19 年 11 月 16 日
1 月	セカンドオピニオン外来	関門医療センターの取材	平成 20 年 1 月 18 日
2 月	医師不足と過重労働	済生会山口総合病院の夜間救急の取材	平成 20 年 2 月 15 日

# 2008 年のスギ・ヒノキ科花粉飛散のまとめ

## --- ヒノキ科花粉数予測の難しさ ---

[ 報告：花粉情報委員長 沖中 芳彦 ]

昨年は記録的な暖冬でスギ飛散期に雨もほとんど降らなかったためか、予測を上回る数のスギ花粉が捕集されました。本年も 2 月の平均気温は高めに推移すると長期予報でしたが、現実には平年以下の平均気温となりました。そのため本年は 2 月 2 日に宇部市の一測定点で一度スギ花粉飛散の定義に該当しましたが、その後飛散が連続せず、県内全域での飛散開始は 2 月 19 日でした。

昨年秋の着花状態から、山口県内の花粉測定機関の平均値として、スギは 2,000 個/cm<sup>2</sup> 以上の総数となると予測しましたが、実際は 1,750 個にとどまりました。平年値 (1,900 個) をわずかに下回る総数で、予測の 87.5% 以下の値でしたが、今シーズンの雨の多さを考慮すると、そこそこの結果と考えております。

一方、ヒノキ科花粉につきましては多くの課題を残す結果となりました。昨年秋の花芽調査の結果から、平年 (700 個/cm<sup>2</sup>) を大きく上回ると予測しましたが、平年並みの飛散総数で終了しそうです。

昨年シーズンのヒノキ科花粉飛散期に雄花の観察をした際には、最盛期でも雄花そのものを見つけるのに苦労した覚えがあります。漸く見つけた雄花が図 1 です。この年のヒノキ科花粉総数は、約 350 個/cm<sup>2</sup> (平年の半分) でした。このシーズンは前年秋のスギの雄花観察時に、ヒノキの花芽を見つけることはできませんでした。

ところが今シーズンは、秋にスギ雄花の観察を行う際に、探そうともしないのにヒノキの花芽が眼に飛び込んできました。数多くの花芽を着けた

ヒノキの木 (図 2) が多数確認され、前年度の飛散期の雄花の数と比較すると、花芽の段階で既に 5 倍以上の着花があると思われました。もともとこの時期にはヒノキの花芽は目立たず、よく観察すると確認できますが、とても飛散数の予測に有用な情報が得られるものではなく、そのつもりで観察することさえ試みておりませんでした。この時期にこれほど多くの花芽を確認したのはこれまでにない経験でした。「今シーズンのヒノキ科花粉の飛散は非常に多くなる」と思うに至った所以です。

年明けに耳鼻咽喉科の有志で花芽の観察結果の情報交換を行いました。そのときに得られた結論は、今シーズンはヒノキの花芽は多く、かつ成長が早そうだ、ということでした。しかし、これも 2 月の気温が低かったことが影響したものと思われるのですが、ヒノキ科花粉飛散のピークはむしろ例年よりも遅くなりました。

本年のヒノキ科シーズンのピークを少し過ぎた時期に雄花の観察を行ったところ、やはり多くの成熟した雄花 (赤く見えるもの) が確認されました (図 3)。昨年 (図 1) と比較すると、その多さは歴然としています。しかしながら、この時期においても、いまだに花芽のままのような未成熟の花 (白く見えるもの) が高率に認められました (図 4)。しかし、成熟した雄花だけをとっていても昨年 (図 1) の数よりはかなり多いと思われるのですが、花の多さと花粉飛散数の少なさのギャップの原因がわからず、困惑しているところです。

一つ明らかになったことは、ヒノキは花芽がす

べて成熟するわけではないということです。したがって、ヒノキに関しては花芽調査から花粉飛散総数を予測することは困難のようです。今年の花粉数に影響を及ぼしたと考えられる昨年(2007)の7月は平均気温が低めで降水量も多かったのですが、8月以降は一転して記録的な猛暑の日々となりました。今シーズンに関しては、この猛暑の影響で、十分に成熟することのできない花芽までも多く着いたのかもしれない。

環境省の予測では、本年の山口県のスギ・ヒノキ科合計花粉総数は、当初、前年の50%程度とされておりましたが、最終的に(本年1月24日付)72%に上方修正されました。実測値は、昨年の約2,800個に対し本年は約2,450個(87.5%)で、

環境省の予測よりはやや多い値でしたが、われわれの予測(3,400個以上で、前年の120%以上に相当)よりはかなり少なくなりました。今シーズンに初めて試みたヒノキ科の予測ですが、早速暗礁に乗り上げ大破した格好となりました。復旧の目処が立ちません

(注) 図1～4については、カラー画像を県医師会ホームページに掲載しております。

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>



図 1



図 2



図 3



図 4

## 県医師会の動き

副会長

吉本正博

今月号から「県医師会の動き」を担当することになりました。会報記事の中でも結構読まれているコラムということで緊張しています。県医師会では毎月多くの委員会が開催され、また山口県やその他外部機関の多数の委員会にも役員を送り出しており、それらは理事会で報告されています。その中から重要と思われるものをできるだけピックアップし、県医師会の活動内容がわかっていたるように報告したいと思います。ただこのコラムの中での感想はあくまでも私個人の考えや感想であり、県医師会理事会の統一した意見ではないことを最初にお断りしておきたいと思います。

先月号で既に三浦副会長が報告しましたが、藤原淳前県医師会会長が 4 月 1 日（火曜）開催の第 118 会日医定例代議員会で日医常任理事に選出されました。その日の東京は朝から雲一つない快晴、満開の桜の咲く中での役員選挙でした。常任理事は定員 10 名のところを 11 名が立候補したので、選挙となりました。「知名度がないので」と藤原前会長は心配されていましたが、284 票の得票と上から 4 番目の大健闘で、われわれもホッとしました。山口県から日医の常任理事が選出されたのは初めてのことで、快挙であるとともに、われわれにとっても名誉なことと喜ばしく思います。日医会長も選挙となりました。唐澤会長の得票は 304 票で、対立候補の 27 票、白票 20 票と無効票 1 票を合わせると 48 人の代議員が唐澤会長を支持しなかったこととなります。おそらくほとんどが近畿地区の代議員だと思われます。まだ前回の会長選挙の怨念が残っているのかと思うと、残念で仕方がありません。ただその日の夜に開催された唐澤会長当選祝賀会で祝辞に立った兵庫県医師会の西村亮一会長が「いろいろなことがあったが、もうそんなことを言っている場合ではない。ノーサイドで行こうと思っている」と挨拶したのが印象的でした。大阪府からも三上裕司常任理事がキャビネット入りしたことで、オール・ジャパンの体制となったことでもあり、早く日医が一枚岩となってくれることを切に望みます。

選挙の翌日には唐澤会長の所信表明演説と、代表質問、個人質問がありました。質問に答えたのは副会長と常任理事だけで、唐澤会長は全く答え

ていません。体調を配慮してのことと思いますが、曖昧さのない明確な言葉で質問に答える唐澤会長の姿を、秋の代議員会では目にしたいと思います。質問は外来管理加算、後期高齢者医療制度、診療関連死の死因究明制度、看護師問題、勤務医問題、公益法人改革、特定健診・特定保健指導に関するもの等が提出されました。くわしくは日医ニュース（第 1119 号）等を参照してください。

4 月 3 日（木曜）には宇部市の全日空ホテルで**卒後臨床研修医、臨床研修指定病院長、山大教授との懇談会**が開催されました。今年の新臨床研修医は 62 名です。この会は今年で 4 回目になります。医学部を卒業したての若手医師に医師会活動に関心をもってもらうこと、2 年間の研修終了後に山口県に残ってもらうことを目的としたものです。今回は山口大学霜仁会の東 良輝会長にも出席していただきました。

4 月 10 日（木曜）、木下新執行部発足後初めての**理事会**が開催されました。河村康明（光市）、柴山義信（宇部市）、城甲啓治（山口市）、茶川治樹（岩国市）の 4 人の新理事の先生方が初お目見えしました。このうち河村新理事は光市医師会の前会長です。郡市医師会の会長経験者が県医師会の理事に就任されるのは初めてのことでないかと思います。良き前例を作っていただいたと感謝いたします。理事会の後の歓迎会では、4 人の新理事から抱負を語っていただきました。チームワークを大切にがんばっていただきたいと思っています。

第 1 回理事会で第 52 回社会保険指導者講習会講師依頼の件が協議議題に上がりました。この講習会は毎年 1 回、都道府県医師会保険担当理事と社保・国保審査委員を対象に、日本医師会大講堂で開催されるものです。今年は「心血管疾患診療のエクセレンス」をテーマに 8 月 21 日と 22 日の開催で、山口大学医学部の松崎益徳教授を始めとして、循環器領域の著明な教授や病院長が講師として予定されています。その中で県医師会の弘山直滋常任理事を名指して、日医からの講師推薦依頼が届きました。当然、理事会役員全員の賛成で弘山常任理事を講師として推薦することとな

り、本人も了承しました。準備等大変でしょうが、本人はもちろん、県医師会にとって名誉なことですので、しっかりやってほしいと考えます。

4 月 27 日(日曜)の衆院山口 2 区補欠選挙は、福田内閣発足後初めての国政選挙ということもあり、単なる一地方の補欠選挙ではなく国政を左右する重要な選挙と位置づけられ、自民党も民主党も従来になく力を入れており、福田総理大臣を始めとして、各党の大物議員が大挙して応援に駆けつけています。山口県医師連盟では常任執行委員会で自民公認・公明推薦の山本繁太郎候補の推薦を仮決定し、山口 2 区の各支部長あてに文書で了承を得、正式に推薦を決定しました。そこで 4 月 12 日(土曜)に岩国市医師会館で山口第 2 区医師連盟支部長会議を開催しました。日本医師連盟からも羽生田常任執行委員が出席しました。木下県医師連盟委員長は挨拶の中で「毎年 2,200 億円の医療費削減という政府の方針を撤回させるために、非常に重要な選挙と考えている」と述べ、保田岩国市医師会支部長は「福田岩国市長の誕生で動き始めた岩国地区の活性化を、よりはっきり方向付けるためにも重要な選挙である」と挨拶しました。山本繁太郎候補は「地方の活性化なくして日本の将来はない。山口県を地方活性化のモデルにしたい」と力強く立候補の挨拶をしました。立候補表明が遅れたことで、民主党公認の平岡候補に序盤はリードされている中、後半猛烈な追い上げをみせましたが、4 月 15 日に年金からの保険料天引きが始まった後期高齢者医療制度の混乱が逆風となって、平岡秀夫民主党候補に約 2 万票の差で敗北しました。山本候補は仕事のできる人だとの印象を受けましたし、山口県東部地区の活性化に貢献してくるだろうとの期待があっただけに非常に残念です。

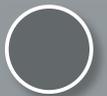
4 月 14 日(月曜)、県医師会の木下新執行部が誕生したのを受けて、県歯科医師会のお世話で、**山口県医師会・山口県歯科医師会懇話会**が開催され、双方から会長、副会長 2 名、専務理事、事務局長の 5 名、計 10 名が出席しました。歯科医師会からは在宅医療を推進するに当たって、医療機関との連携、訪問歯科診療を担うスタッフの研修への講師派遣の依頼等の要請がなされました。

その後和気あいあいの雰囲気の中で、会食、懇談が行われました。医療を取り巻く環境が厳しい中、医師会と歯科医師会が力を合わせて対処していくことは重要なことで、またお互いが協力し合えることも多々あると思います。

4 月 19 日(土曜)、**勤務医部会第 1 回企画委員会**が開催されました。昨年度勤務医を対象に行われたアンケート調査で、勤務医の抱える問題点、不満等が明らかになりました。今月号にそのアンケート調査結果の中間報告が掲載されていると思います(本号 457 頁参照)。また調査結果報告書は印刷して、会員及び各病院宛に送付する予定となっています。解決が必要な問題点は各病院で対応できるもの、行政による対応が必要なものに分けられます。各病院で対応できるものについては、病院長及び事務長あてに勤務医部会から問題点解決を要請する文書を送付し、さらに年度内に病院長あるいは事務長宛のアンケート調査を実施することが決定されました。また勤務医から寄せられた個々の意見を勤務医部会で取りまとめ、勤務医部会の要望書として木下県医師会長に提出することが決まりました。

4 月 24 日(木曜)、**第 159 回山口県医師会定例代議員会**が開催されました。木下新執行部については初めての代議員会であり、上程したすべての議案をご承認いただき、役職員一同ホッとしたところです。代議員会の詳細については県医師会報を参照してください(次号予定)。防府医師会から 2 題、小野田市医師会から 1 題、山口市医師会から 1 題、下関市医師会から 2 題の計 6 題と、久しぶりに多数の質問通告があり、また後期高齢者医療制度の見直しを求める決議文を採択するなど、予定時間を大幅に超過して、活発な質疑応答がなされました。代議員会終了後、「**藤原 淳先生の日本医師会常任理事就任を祝う会**」がホテルかめ福で開催され、二井関成知事、今村孝子健康福祉部長、県医師会顧問の先生方にも出席していただき、盛大に行われました。

4 月 26 日(土曜)、山口グランドホテルで**女性医師参画推進部会の第 1 回理事会**がありました。今年度の事業についての検討が主な議題で、(1)



# 県医師会の動き

副会長

吉本正博

女性医師の就労環境に関する山口県統一基準要作り、(2) 育児支援、(3) 女性医師のリスト作り、(4) 女子医学生のカリヤ・デザイン支援、の 4 つのワーキング・グループを中心に活動を行うことが決まりました。(1) については勤務医部会からの依頼で、女性医師が働きやすい環境を整備するための要望を取りまとめる作業を昨年から実施してきました。今年度中に取りまとめを完了する予定とのことですが、要求のみ大きくても実現が難しくは無意味なものとなるので、実現可能な最小限の要求でまとめる方向で、部会員の意見統一を図ることになるようです。(4) は女子学生を対象に職業人としての意識を高めるため、また女性医師がどのようにして医師を続けているのかを実際に見てもらって、こうすれば医師を続けることができるということを理解してもらおうという目的で実施するもので、県内の病院あるいは診療所で 1 日から 1 週間程度の研修を提供しようというものです。一昨年部会が発足する際に女性医師部会ではなく、男性医師の参加も考え、女性医師参画推進部会という名称にしたのは、先見の明のあるすばらしいアイデアと思っていましたが、部会に参加した病院長が理解を深め、女性医師の働きやすい環境作りに積極的に乗り出してきているようで、順調にこの部会の成果が出てきているとの報告がありました。

ところで 4 月から施行された後期高齢者医療制度について、混乱と不平の声が上がっています。政府は、事務手続き上のミスが相次いだこと、制度が国民に周知徹底されていなかったことがその理由として、実施本部を設置して制度の仕組みを周知徹底させるなどの方策を取り始めました。特定健診・特定保健指導についても 4 月実施が、準備不足で遅れています。また新医療法人制度も税制面での詰めが甘いという指摘もあり、最近の厚労省は何かおかしいように思います。後期高齢者医療制度というのはネーミングが良くないという、福田首相の鶴の一声で、長寿医療制度と名称変更が行われました。しかしこの制度は高齢者の医療費削減を目的にしたものであることは明白で、対象の高齢者からは「姥捨て山だ」「いや姥捨て山の方がましだ。お金を払わなくても良いから」等々の反発の声が上がっているそうです。

県医師会では 4 月 4 日付（山医発第 9 号）で、後期高齢者診療料の届出・算定については、慎重に判断していただくようにとの文書を郡市医師会宛に送付しました。患者のフリーアクセスを阻害する可能性があること、検査料、医学管理料等を含めた包括点数（600 点と低点数）であるのに、月の途中で急性増悪した場合に出来高算定ができないこと等々の問題点があることがその理由です。

「3 日続きの晴れは無し」といわれているように春の天気はめまぐるしく変わります。満開の桜も雨、風の影響であつという間に散ってしまいました。今はツツジの花が満開で、新緑も目に鮮やかです。梅の花が咲き始めた早春の頃から、下関の町中でもウグイスの声が聞くことができました。最初の中は「ホーホケキョ」とうまく鳴けなかったウグイスも、桜が咲き始める頃には上手に鳴けるようになります。毎朝の犬の散歩でウグイスの声を聞いていると、「ホーホケキョ」と上手に鳴いたときには、思わずこちらまで嬉しくなります。

うぐひすの鳴きつる声にさそはれて 花のもとに  
ぞ我は来にける（大江千里）

白河の春の梢のうぐひすは 花の言葉を聞くここ  
ちする（西行法師）

優雅なうたの後に、寂しいうたを・・・

花の色はうつりにけりな いたづらに 我が身世  
にふる ながめせしまに（小野小町）

このうたは、美人の誉れの高かった小野小町が、自分の容色の衰えを嘆いたうたと高校生の時に習いました。しかし恋歌と考えると、久しく会いに来てくれない恋人にあてつけたうたと解するのが正しいように思います。しかし医療界の現状を見ていると、医療の崩壊を手をこまねいて、ただ眺めているだけでは、後々大変なことになりますよと警告しているうたのようにも思われます。ところで全国各地に小野小町のお墓伝承が残されているそうですが、実は下関市豊浦町にも小野小町の墓と伝えられているものがあるのを、会員の先生方はご存じでしょうか。

## 日医 FAX ニュース

2008 年（平成 20 年）4 月 25 日 1797 号

- 中医協、新会長に遠藤氏を選任
- 「未収金額 1 万円未満の患者」が過半数
- 院内暴力、警察への届け出は 5.8%のみ

2008 年（平成 20 年）4 月 22 日 1796 号

- 日本の医療に恩返しをしたい
- 長寿医療制度を分かりやすく紹介
- 医療費適正化計画 43 都道府県で策定済み
- 常勤換算医師数、男女別に実態把握へ
- 外国人看護師受け入れへ

2008 年（平成 20 年）4 月 18 日 1795 号

- 自民・尾辻氏ら「2,200 億円の撤回」で氣勢
- 事業主負担の 5%引き上げを
- 今後のあるべき姿でシミュレーションを実施
- 子ども用のプレパンデミックワクチンを治験
- 医師不足対策、従来政策を大きく変える

2008 年（平成 20 年）4 月 15 日 1794 号

- 「1 割？ 3 割？」広域連合へ照会を
- 保険証の不着問題、4 月診療分で決着
- 医師不足対策、来年度予算でも重点化
- 公費による妊婦検診、回数増加へ努力
- 療養型老健の介護報酬を告示
- 介護報酬引き上げは「保険料増が前提」

2008 年（平成 20 年）4 月 11 日 1793 号

- 2,200 億円の自然増圧縮「限界」
- 救急は「平時の国家安全保障」
- 特定健診単価は 8,000 ～ 8,999 円が最多
- 医療の質均一化との並行が必要
- 新型インフル発生初期の水際対策示す

2008 年（平成 20 年）4 月 8 日 1792 号

- 唐澤会長らが厚労相に役員就任のあいさつ
- 唐澤会長、ロビー活動を開始
- 国民会議の基本問題WGが初会合
- 構造的な課題は正に重点
- 死因究明制度「同意得られれば国会提出」
- 脳血管死亡率、東北地方で高い傾向

2008 年（平成 20 年）4 月 4 日 1791 号

- 唐澤会長が当選、2 期目続投。3 副会長は信任。
- 今後の日医の方針などを説明
- 外来管理加算「5 分要件の廃止を」
- 後期高齢者診療料「極力骨抜きにした」

2008 年（平成 20 年）4 月 1 日 1790 号

- 「勤務医の負担軽減」で実態調査へ
- 子ども支援宣言実行のための具体策を公表
- 医事法関係検討委員会答申まとまる
- 「健診・保健指導における医師会の役割」で答申
- A i 活用に関する検討委員会が中間報告
- 野口英世アフリカ賞、英国博士ら 2 人が受賞
- 50 人未満は地域センターの活用可

## 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

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 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 7 件

その他医療機関 11 件

求職情報 公 的医療機関 0 件

その他医療機関 0 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。

**理事会****第 23 回**

3 月 6 日 午後 5 時～8 時 10 分

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

**議決事項****1 第 159 回定例代議員会の付議事項について**

4 月 24 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 理事会会務分担について**

次期会長より新執行部の会務分担を発表、協議  
した。

**2 平成 20 年度事業計画・行事予定について**

各常任理事より事業計画案の説明があり、協議。

**3 平成 20 年度予算(案)について**

事業計画に基づき予算編成した。

**4 平成 19 年度事業報告について**

事業内容について確認した。

**5 医学功労賞の選考について**

20 年度の県医師会表彰規程第 2 条第 4 号に関  
する表彰者を選考、協議の結果、決定。

**6 平成 20 年度養護教諭新規採用者研修講座の講師の推薦について**

山口県教育研修所より講師推薦の依頼があり、  
担当常任理事に一任。

**7 山口県医師会スポーツ医部会会則(案)について**

前回理事会での修正事項について協議、文体を  
整えた上で承認。

**8 地域医療連携体制について**

参考資料をもとに医療連携体制について協議。

**9 学校心臓検診精密検査医療機関の調査について**

精密検査医療機関に対し必要な検査に関する調  
査実施について協議、了承。

**報告事項****1 第 3 回山口県自殺対策連絡協議会(2 月 14 日)**

山口県自殺対策実行計画(最終案)を協議した。  
(田中豊)

**2 健康やまぐち 21 推進協議会(2 月 21 日)**

健康やまぐち 21 計画(改定)案、山口県がん  
対策推進計画(仮称)案、20 年度の健康づくり  
対策について協議した。(三浦)

**3 第 2 回山口県救急業務高度化推進協議会・幹事会合同会議(2 月 21 日)**

気管挿管・薬剤投与に係る救急救命士の認定に  
ついて 20 年度の講習、事業計画、実習病院の追  
加選定について協議した。(弘山)

**4 山口県高次脳機能障害相談支援体制連携調査委員会(2 月 21 日)**

高次脳機能障害支援普及事業の取り組み状況、  
課題等について協議した。(弘山)

**5 山口県健康福祉財団第 48 回理事会**

(2 月 22 日)

寄附行為の一部変更、第 2 退職金制度の創設  
について協議した。(事務局長)

**6 山口県医療対策協議会(2 月 22 日)**

小児科・産科における医療機能の集約化・重点  
化計画(案)及び第 10 次へき地保健医療計画(案)、  
20 年度医師確保対策について協議した。

(木下、弘山)

**7 元山口県知事平井龍氏告別式(2 月 22 日)**

参列した。(三浦)

**8. 県民の健康と医療を考える会主催の県民公開講座 (2月23日)**

宇部市シルバーふれあいセンターにおいて開催。市原 恒氏に「アメリカの医療事情について」自らのアメリカ生活における体験にもとづく講演をしていただき、その後『シッコ』を上映。つづいて、読売新聞西部本社編集委員の小川直人氏に映画『シッコ』の解説講演をしていただいた。300名収容の会場いっぱいの県民に参加していただき盛会であった。(木下)

**9 岸信夫山口後援会総会並びに新年の集い**

(2月23日)

会長代理で出席した。(三浦)

**10 日医学校医講習会 (2月23日)**

午前中、日医学校保健委員会委員長衛藤隆先生の「最近の学校保健教育行政の課題について」、日医学校保健委員会委員武藤芳照先生の「特別支援教育と今後の課題」と題する講演があり、午後から「学校におけるアレルギー疾患の管理と支援ー今後の具体的取り組みの方向を探るー」をテーマにシンポジウムがあった。(濱本)

**11 日医母子保健講習会 (2月24日)**

「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指してー2」をメインテーマとして開催。午前中、講演「医学・医道の品格」久道茂(宮城県対がん協会会長)、「子どもの脳を守る」山崎麻美(大阪医療センター副院長)、午後、「母子の心の健康を求めて」テーマにシンポジウムがあった。(田中豊)

**12 第45回体験学習「山口大学第2内科」**

(2月24日)

「高血圧患者における心血管病の診断；超音波法を用いた評価」の体験学習が山口大学医学部附属病院第二内科担当で実施された。受講者26名。(湧田)

**13 主治医意見書記載のための主治医研修会**

(2月24日)

光中央病院院長丸岩昌文先生の「地域における認知症とのかかわり」、産業医科大学教授松田晋

哉先生の「介護認定審査における主治医意見書の役割について」の講演があった。(弘山)

**14 山口県医療審議会保険医療計画部会**

(2月25日)

第5次山口県保健医療計画(改定案)について協議した。(弘山)

**15 山口県医療審議会医療法人部会 (2月25日)**

認可3件、解散2件の審査があり、承認した。(藤原)

**16 第3回動物由来感染症情報関連体制整備検討会 (2月26日)**

19年度動物由来感染症予防体制整備事業実施状況及び事業報告があった。(田中豊)

**17 山口県成人病検診管理指導協議会「胃がん部会」(2月26日)**

前回部会での指摘事項、18年度胃がん検診の実施状況について報告。山口県がん対策推進計画案やがん検診の事業評価の手法、胃がん検診結果報告の記載方法について協議した。(三浦)

**18 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会**

(2月27日)

審査関係訴訟事件の判決、試行的オンライン請求の状況等について報告があった。(藤原)

**19 山口県地方社会保険医療協議会 (2月27日)**

医科4件(新規2件、移転1件、交代1件)が承認。(三浦)

**20 山口県福祉相談支援センター運営委員会**

(2月28日)

19年度事業実施状況の報告と今後の取り組み、事業方針を協議した。(弘山)

**21 第4回学校心臓検診検討委員会 (2月28日)**

18年度山口県学校心臓検診報告書案、「精密検診呼び出し基準」改訂版、20年度事業計画について協議した。(濱本)

## 22 唐澤祥人日医会長候補選挙対策本部事務所 開き (3月1日)

健康を回復された唐澤会長より、全国各地からの推挙をいただき再度立候補をする決心をした旨の出馬表明があった。日医代議員等 450 人の参加があり、大変盛会であった。(藤原、木下)

## 23 小野田准看護学院卒業式・閉校式 (3月2日)

平成 20 年 3 月をもって閉校となるため閉校式が開催され出席した。(西村)

## 24 女性医師参画推進部会総会 (3月2日)

19 年度事業報告、次期部会長及び部会役員、20 年度の事業計画が承認された。総会終了後、イージェイネット代表理事：瀧野敏子先生による特別講演「女性医師が豊かな医療の担い手になるために－病院評価事業の試み－」と「女性医師が働き続けるために、今何が必要か？」をテーマにシンポジウムを行った。(湧田)

## 25 勤務医部会市民公開講座 (3月2日)

下関市医師会、下関市、下関教育委員会と共催で「急患！医療機関への上手なかかり方」をテーマに、基調講演「賢い患者になりましょう」、パネルディスカッションを行った。また、下関市立しものせき水族館石橋海響館館長の「スナメリの謎」と題した特別講演をしていただいた。(三浦)

## 26 日医感染症危機管理対策協議会 (3月5日)

感染症対策をめぐる最近の動向、感染症法の改正（麻しん・風しん対策）、新しい肝炎総合対策について報告があった。(田中豊)

## 27 都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会 (3月5日)

4 月 1 日より実施される診療報酬改定の説明のための連絡協議会が開催された。3 月 13 日に郡市担当理事へ伝達を行った。(西村)

## 28 会員の入退会異動

## 医師国保理事会 第 21 回

### 1 広島県医師国保組合設立 50 周年記念式典・ 祝賀会 (2月21日)

広島市で開催された記念式典等について報告。  
(田中豊)

### 2 理事長・副理事長・常務理事の互選について

山口県医師会役員の改選に伴い、医師国保組合の役員も改選されることから、理事長・副理事長・常務理事が互選された。

### 3 山口県国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会委員の推薦について

山口県国保連合会より、任期満了に伴う委員の推薦について依頼があり、協議。保険者を代表する委員 1 名を決定。

## 互助会理事会 第 11 回

### 1 傷病見舞金支給申請について

2 件について協議、承認。

## 山福株式会社取締役会

### 1 代表取締役の選任に関する件

原案通り承認。

**理事会****第 24 回**

3 月 13 日 午後 5 時 5 分～7 時 30 分

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

**協議事項****1 平成 20 年度事業計画・行事予定について**

前理事会において発表された新会長の会務分担により事業計画案の変更部分を協議。

**2 平成 20 年度予算(案)について**

事業計画に基づき予算編成した。

**3 平成 19 年度事業報告について**

事業内容について確認した。

**4 中国四国医師会連合総会各分科会提出議題について**

各分科会(第 1:保険、第 2:地域医療、第 3:地域保健、第 4:医療福祉)の議題案を協議した。

**5 第 118 回日本医師会定例代議員会質問事項について**

代表質問:岡山県、個人質問:広島県・愛媛県に決定。

**報告事項****1 第 2 回山口県訪問看護推進協議会(2 月 28 日)**

済生会山口総合病院における地域医療連携の取り組み紹介の後、「在宅ケアにつなぐための地域医療連携について」をテーマとして情報交換を行った。(田中義)

**2 「新たな死因究明制度」に関する都道府県医師会担当理事連絡協議会(3 月 6 日)**

都道府県医師会を対象として行った「診療行為に係る死因究明制度等に関するアンケート」の結

果報告及び「診療行為に係る死因究明制度等についての現在までの経過報告」が行われた。その後質疑応答が行われ、出席者から多数の質問や意見が出された。(小田)

**3 都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会(3 月 6 日)**

会長挨拶、担当役員の趣旨説明の後、IT 化推進検討委員会答申、レセプトオンライン請求、日医標準レセプトソフトについて等の説明と質疑応答が行われた。8 府県医師会がテレビ会議システムを利用し参加された。(田中義)

**4 山口県准看護師試験委員会(3 月 6 日)**

19 年度試験結果の報告及び合格者の決定が協議された。(西村)

**5 郡市生涯教育担当理事協議会(3 月 6 日)**

20 年度の事業計画及び日医生涯教育制度について協議した。(湧田)

**6 郡市医事紛争・診療情報担当理事協議会**

(3 月 6 日)

19 年度受付の事故報告及び未然報告と窓口相談事例について報告。診療行為に関連した死亡の死因究明制度について議論した。(吉本)

**7 郡市特定健診・特定保健指導担当理事協議会**

(3 月 6 日)

特定健診・特定保健指導の実施体制について及び健診データ等の電子化について協議した。

(濱本)

**8 小児救急医療対策協議会(3 月 6 日)**

小児救急医療電話相談事業の報告及び県内各地の小児医療の現状について協議した。(弘山)

**9 第 5 回日医総研地域セミナー(3 月 8 日)**

「民間病院等建設における適正な設計・建設発注方法と建設セカンドオピニオン」をテーマに「設計委託モデル契約書と建設業者モデル入札要綱・工事請負契約書等について」、「診療所を中心とした設計から建設発注までのチェックポイント」に

ついて講演があり、その後質疑応答が行われた。

(小田)

#### 10 第 46 回体験学習「山口大学第 3 内科」

(3 月 9 日)

山口大学医学部附属病院第 3 内科の担当による「日常診療に役立つ内分泌・代謝、血液疾患診療のポイント」の体験学習が実施された。受講者 27 名。

(三浦)

#### 11 第 58 回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会 (3 月 9 日)

教育講演「労働力の高齢化問題対策について」神代雅晴氏 (産業医科大学教授)、特別講演 I 「最近の労働安全衛生の動向」根ヶ山俊郎氏 (山口労働局安全衛生課長)、特別講演 II 「労働力の高年齢化とメンタルヘルス対策」大塚泰正氏 (広島大学心理学講座講師) の講演が行われた。受講者 217 名。(小田)

#### 12 日医医療政策シンポジウム (3 月 9 日)

基調講演「脱『格差社会』と医療のあり方」：神野直彦東京大学大学院経済学研究科教授、講演 I 「医療のあり方ー患者の立場から」：立花 隆、講演 II 「格差社会と医療システム」：田中 滋、講演 III 「社会保障をめぐる政治の展望」：山口二郎が行われ、その後パネルディスカッションが行われた。(正木)

#### 13 山口県病院協会との懇談会 (3 月 12 日)

三役と近況情勢報告を行った。(三浦)

## 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 期末決算の日程等について

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、承認。

## 理事会

## 第 25 回

3 月 27 日 午後 5 時 10 分～6 時 45 分

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

#### 協議事項

#### 1 第 159 回山口県医師会定例代議員会の運営について

運営、各担当について協議。

#### 2 山口労働局長表彰の推薦について

山口労働局長から 20 年度「安全衛生に係る功労者に対する都道府県労働局長表彰」の推薦依頼があり、被表彰者について協議。

#### 3 中国四国医師会連合総会について

各分科会の出席者担当を協議した。

#### 人事事項

#### 1 会内委員会委員について

20 年度からの広報委員、産業研修カリキュラム策定等委員を決定した。

#### 2 県並びに関係機関各種委員会委員について

役員改選に伴い、担当役員を決定。

#### 報告事項

#### 1 平成 19 年度臨床検査精度管理調査報告会

(3 月 7 日)

日医が昨年 9 月に実施した臨床検査精度管理

調査の分析・検討結果について、検討委員会の委員から報告があった。(田中豊)

## 2 個別指導「萩地区」(3月13日)

診療所 1 機関について実施、立ち会った。(萬)

## 3 山口産業保健センター運営協議会(3月13日)

19 年度の事業報告、評価担当相談員会議結果報告及び 20 年度事業計画について協議した。

(藤原)

## 4 山口県国保連合会保健活動推進委員会

(3月13日)

19 年度国保連合会保健事業実施状況報告及び 20 年度保健事業について協議した。(田中義)

## 5 山口県高齢者保健福祉推進会議「介護予防部会」(3月13日)

19 年度の地域支援事業(介護予防事業)の実施状況及び 20 年度の介護予防関係予算について協議した。(木下)

## 6 都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会(3月13日)

「看護職員確保対策」潜在看護職員再就業支援モデル事業について羽生田担当常任理事から説明が行われた。また、看護職員確保対策を巡る状況他について厚労省医政局看護課から説明が行われた。(田中豊)

## 7 郡市保険担当理事協議会「点数改正説明会」

(3月13日)

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

## 8 山口県認知症予防推進会議(3月13日)

認知症予防の実施状況の報告及び今後の認知症予防の取組について協議した。(田中義)

## 9 山口県暴力追放県民会議第 2 回評議員会

(3月14日)

20 年度の事業計画・収支予算(案)、基本財

産の運用について協議した。悪質クレーマーが多発しており、防止マニュアルを作成する予定。

(事務局長)

## 10 山口県感染症健康危機管理対策協議会

(3月14日)

山口県の新型インフルエンザ対策の取組状況報告及び今後の課題について協議した。(田中豊)

## 11 山口県感染症健康危機管理対策協議会エイズ部会(3月14日)

19 年度のエイズ感染状況について報告があった。(田中豊)

## 12 日医総研戦略会議(3月14日)

今年度の研究成果及び次年度研究テーマの内容等について協議した。(藤原)

## 13 山口県成人病検診管理指導協議会「循環器疾患等専門部会」(3月17日)

18 年度基本健康診査の実施状況及び健診に係る制度の変更について協議した。(萬)

## 14 日医第 12 回理事会(3月18日)

各種委員会の答申報告等があった。(藤原)

## 15 第 66 回国体山口県準備委員会第 9 回常任委員会(3月18日)

20 年度より準備委員会が大会局に変更となること等が報告された。(事務局長)

## 16 山口県成人病検診管理指導協議会「大腸がん部会」(3月18日)

18 年度大腸がん検診の実施状況、診断症例調査報告及び山口県のがん対策の取組、健診(検診)に係る制度の変更について協議した。(三浦)

## 17 山口県ユニバーサルデザイン推進協議会

(3月19日)

「やまぐちユニバーサルデザイン実行計画(仮称)」(最終案)について協議された。(事務局)

**18 三師会懇談会 (3月19日)**

二井知事の卓話「20年度予算について」終了後、近況情勢について協議した。(杉山)

**19 山口県医療審議会 (3月21日)**

「第5次山口県保健医療計画」の改定、「救急・災害医療作業部会(仮称)」の設置等について審議した。(藤原)

**20 山口県成人病検診管理指導協議会「がん登録・評価部会」(3月21日)**

地域がん登録に係る19年度の取り組み、及び20年度の県の取り組みについて協議後、登録室(山口県がんサーベイランスセンター)を視察した。  
(三浦)

**21 中国四国医師会連合常任委員会 (3月22日)**

日本医師会会長候補の推薦、中国四国医師会連合選出役員について協議した。(藤原)

**22 山口県社会福祉審議会 (3月24日)**

平成20年度健康福祉部予算について説明後、「地域ケア体制整備構想」について協議した。  
(弘山)

**23 山口県健康福祉財団第49回理事会**

(3月24日)

20年度事業計画・収支予算、19年度収支補正予算、規程の一部改正について協議した。  
(事務局長)

**24 山口県予防保健協会評議員会 (3月25日)**

20年度事業計画・収支予算、短期借入金限度額、健康診断料金の一部改正等について協議した。  
(三浦、小田)

**25 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会**

(3月26日)

インターネットによるオンライン請求、幹事の委解嘱、人事異動等について報告があった。(藤原)

**26 山口地方社会保険医療協議会 (3月26日)**

医科6件(新規)が承認。(三浦)

**27 山口県成人病検診管理指導協議会「肺がん部会」(3月26日)**

18年度肺がん検診の実施状況、症例調査結果及び症例検討、山口県がん対策推進計画(案)の概要について協議した。(吉本)

**28 広報委員会 (3月27日)**

会報主要記事掲載予定、4月号のトピックス、転載コーナー記事について協議、最後に会報の編集方針についてフリートーキングを行った。  
(加藤)

**29 会員入退会異動****30 山口県障害者スポーツ協会理事会(3月26日)**

20年度事業計画・収支予算、山口県障害者スポーツ協会の法人化等について協議した。(萬)

**31 山口県社会保険健康づくり事業推進協議会**

(3月21日)

20年度からの特定健診及び特定保健指導、生活習慣病予防健診実施計画書等について協議した。(田中豊)

**32 会計検査院実地調査における不適正処理について**

会計検査院実地調査の最終回答について報告。  
(正木)

**医師国保理事会 第22回****1 第3回山口県保険者協議会について**

(3月24日)

特定健診・特定保健指導における集合契約の打ち合わせ会等の報告や、平成20年度事業計画・予算等について協議・議決した。(濱本)

**互助会理事会 第13回****1 傷病見舞金支給申請について**

2件について協議、承認。

**理事会****第 1 回**

4 月 10 日 午後 5 時～6 時 35 分

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・小田・田中（義）各常任理事、萬・田中（豊）・田村・井上・河村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・山本・武内各監事

**協議事項****1 平成 20 年度会務運営について**

木下会長より新執行部における医師会活動基本理念が表明された。

**2 第 52 回社会保険指導者講習会の講師について**

平成 20 年 8 月 21 日（木）～22 日（金）、日本医師会で開催される同講習会の総合討論「心血管疾患のより良き診療を目指して」の講師として、山口県医師会・弘山常任理事へ依頼があり、了承した。

**3 県政テレビ：「元気です！やまぐち（KRY 番組）」について**

健康診断やがん検診の大切さや重要性を紹介するとともに、健康診断の受診や生活習慣病の予防を呼びかけることを目的に、山口県では県政テレビ：元気です！やまぐちにおいて番組を企画している。三浦副会長が出演することが了承された。

**4 山口県肝炎認定協議会の委員選定について**

山口県では、4 月からの「肝炎治療特別促進事業」において、認定協議会を設置し対象者の認定審査を行うこととなった。県より委員の選定（案）が示され承認された。

**人事事項****1 会内委員会の委員について**

花粉情報委員会ほか 19 委員会の委員を決定した。

**報告事項****1 財団法人やまぐち角膜・腎臓等複合バンク第 36 回理事会（3 月 21 日）**

20 年度事業計画及び収支予算について協議した。（三浦）

**2 山口県社会福祉事業団理事会（3 月 27 日）**

20 年度事業計画・収支予算、19 年度収支補正予算、規程の制定及び一部改正等について協議した。（事務局長）

**3 山口県高齢者権利擁護等推進会議****（3 月 27 日）**

高齢者虐待防止法に基づく通報等の状況及び介護保険施設における身体拘束の状況について協議した。（田中義）

**4 山口県予防保健協会理事会（3 月 27 日）**

20 年度事業計画・収支予算、短期借入金限度額、健康診断料金の一部改正等について協議、承認した。（濱本）

**5 保険委員会（3 月 27 日）**

平成 19 年度個別指導の指摘事項について各指導担当委員から報告、協議を行った。（萬）

**6 医事案件調査専門委員会（3 月 27 日）**

病院 4 件の事案について審議を行った。（吉本）

**7 平成 19 年度第 2 回警察医会研修会****（3 月 29 日）**

藤宮龍也山口大学法医学教授による第 2 回研修会を実施。6 回シリーズの 2 回目。（弘山）

**8 中国四国医師会連合常任委員会（3 月 31 日）**

日本医師会会長候補の推薦、中国四国医師会連合選出役員について協議した。（藤原）

**9・10 第 118 回日本医師会定例代議員会・第 66 回日本医師会定例総会の件（4 月 1・2 日）**

1 日は、議長、副議長、会長、副会長、理事、常任理事、監事、裁定委員一の選挙が行われた。

2 日は、唐澤会長の所信表明後、第 1 号議案

平成 19 年度日本医師会会費減免申請の件、第 2 号議案 平成 20 年度日本医師会事業計画の件、第 3 号議案 平成 20 年度日本医師会一般会計予算の件、第 4 号議案 平成 20 年度医賠責特約保険事業特別会計予算の件、第 5 号議案 平成 20 年度治験促進センター事業特別会計予算の件、第 6 号議案 平成 20 年度医師再就業支援事業特別会計予算の件、第 7 号議案 日本医師会会費賦課徴収の件、追加議案として、第 8 号議案 日本医師会役員功労金支給の件一の各議案について審議を行い、議案どおり可決した。

また、19 件（代表 7 件、個人 12 件）の質疑が出された。

定例総会では、唐澤会長が、(1) 庶務及び会計の概況に関する事項、(2) 事業の概況に関する事項、(3) 代議員会において議決した主要な決議に関する事項一について報告を行った。

#### 11 産業医研修カリキュラム策定等委員会

(4 月 3 日)

19 年度産業医研修実績報告及び 20 年度研修計画について協議した。(河村)

#### 12 卒後臨床研修医・臨床研修指定病院長・山口大学教授と山口県医師会役員との懇談会

(4 月 3 日)

臨床関連事業について意見交換した。(小田)

#### 13 広報委員会 (4 月 10 日)

会報主要記事掲載予定、5 月号のトピックス、転載コーナー記事について協議。また、新しく始める連載記事についても協議した。(田中義)

#### 14 会員の入退会異動

#### 15 山口県成人病検診管理指導協議会「子宮がん部会」(3 月 24 日)

18 年度部会での指摘事項、子宮がん検診の実施状況等について協議した。

(紙上報告：藤野俊夫)

## 互助会理事会

## 第 1 回

### 1 傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。

## 理事会

## 第 2 回

4 月 17 日 午後 5 時 10 分～6 時 50 分

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・小田・田中(義)各常任理事、萬・田中(豊)・田村・井上・河村・柴山・城甲各理事、青柳・山本・武内各監事

### 議決事項

#### 1 第 62 回山口県医師会総会について

6 月 15 日(日)12 時より、山口市小郡「山口グランドホテル」において開催することを決定し、運営について協議した。

### 協議事項

#### 1 会員の表彰について

山口県医師会表彰規程による被表彰者を選定し、6 月 15 日開催の第 62 回山口県医師会総会で表彰することとなった。

#### 2 第 159 回定例代議員会予告質問について

4 月 24 日開催する定例代議員会の予告質問 4 題について検討した。

#### 3 休日がん検診体制整備支援について

県健康増進課より今年度の委託事業の説明があり協議し、事業内容を今後検討の上、受託することになった。

#### 4 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次案—」に関するアンケートについて

厚労省第三次試案に基づいた制度の創設における、日医からのアンケートに対する回答について

協議、検討を行った。

5 県医師会ホームページにおける医師会の紹介等について

山口県医師会のホームページに会長の挨拶、組織図を掲載することについて諮り、了承。一般の方からの質問に応えたものでもある。

6 緊急課題に対するプロジェクトチームの設置について

会長の所信表明で提示された5つのプロジェクトチームが発表され、研究テーマと担当役員が示された。

7 特定健診の現状と問題点について

特定健診等に関する現状報告と入力委託業者の変更等について協議した。

人事事項

1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の推薦について

保険医代表委員の辞任に伴う後任委員の推薦について協議、承認された。

2 会内委員会委員について

地域医療計画委員及び地域医療対策委員を決定した。

報告事項

1 労災保険指定医部会監査・理事会(4月10日)

役員の変更を行い、部会長に松本良信、副部長に秀浦信太郎、監事に柴田眼治・亀田美久各先生を選任した。続いて山口労働局新井労災補償課

長・二岡労災医療監察官、藤田 RIC 山口事務所長からご挨拶・点数改定等の説明があった。

平成 20 年度総会対策について協議、要望書・事業報告・決算・事業計画・予算について協議、決定した。(小田)

2 山口県歯科医師会との懇話会(4月14日)

在宅医療を担う保険医療機関との連携等、医科歯科連携についての要望事項を協議した。(杉山)

母体保護法指定審査委員会

1 母体保護法による指定医更新について

母体保護法指定医 50 名の更新について承認。

2 母体保護法による指定申請について

申請 1 件を協議、承認。

山福株式会社取締役会

1 第 32 期決算案承認の件

決算案、利益処分案が承認された。

2 第 32 回定時株主総会開催の件

5 月 29 日(木)開催すること及び会議の目的事項について承認された。

やまぎんスーパー変動金利定期預金<投信セット>

株式投資信託のご購入と同時に預け入れいただくと、お預け入れ日から

6か月間の上乗せ利率が 年 1%

中途解約された場合、当行所定の中途解約利率を適用します。くわしくは店頭の説明書をご覧ください。

- ・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額・・・20万円以上
- ・株式投資信託のご購入金額・・・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額以上

平成18年11月1日現在



## 会員の声

## 「医師法 21 条と憲法 38 条」

玖珂郡医師会 八木 謙

医師法 21 条は悪法か。医師法 21 条がある為、我々医師は本来、警察の捜査など必要としない患者の死を警察に届けなくてはならない。届けられた警察は警察の性質上、捜査を開始しなくてはならなくなる。この死は犯罪に関連するか否かと。業務上過失致死も犯罪である。刑法上の犯罪にあたる。そこで業務上過失致死が成立するか否か医学知識の無い者が調べることになってしまう。煩わしいかぎりである。

医師は常日頃、患者の死と隣り合っている。予期せぬ死も往々にしてある。これらを届けるとすべて捜査の対象となる。それは医師にとって苦痛で煩わしい。その煩わしい業務上過失致死罪が課せられることを申告せよと医師法 21 条は言っている。これは憲法 38 条違反ではないか。憲法 38 条「何人も、自己に不利益な供述を強要されない」に医師法 21 条は抵触する。明治時代この法が作られたときには医師の業務上過失致死罪という概念は無かったのだ。現代においては医師法 21 条を書き換えるべきであるという動きが出てきた。私もこの 21 条は書き換えなくてはならないと思っていた。医師法 21 条と憲法 38 条は同時に両者は成り立たない。現在の医師は医師法 21 条がある為、日本国民なら罪人でも補償されている憲法 38 条に護られていない。

ところが先日ある最高裁判決を目にした。衝撃的な判決文であった。それは医師法 21 条は憲法違反であるとする訴えに対し、医師法 21 条は憲法違反ではないとする判断を下した判決であった。衝撃を受けたのは私の望む判決を最高裁が出さなかったからではない。その逆で、最高裁の下した判決文の理論構成に感動したのである。今までの悩みが吹っ切れ、霧が晴れ何もかもすっきり見えて来た。判決文はこう言う、「本件届出義務は、

医師が、死体を検案して死因等に異状があると認めたとときは、そのことを警察署に届け出るものであって、これにより、届出人と死体とのかかわり等、犯罪行為を構成する事項の供述までも強制されるものではない」また「医師法 21 条にいう死体の『検案』とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わない」とある。

犯罪行為を構成する事項の供述までもは強制されない。ただ届けるだけでいいのである。それに検案するのは主治医である必要はない。検案した医師が届けるのである。なんと、医師も憲法 38 条に護られていたのだ。

患者が死んだとき、それが異状死の定義に入れば届ける。ただ届けるだけでよく、その後の警察の捜査に応じる義務はないということになる。医師側に自分の無罪を証明する義務はない。警察側に医師の有罪を証明する任務がある。その任務に医師が協力する必要は無かったのである。自分が罪に陥ることが目的となる捜査に協力しない、という態度を取ることでいい。

法医学会の異状死の定義：

【4】診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの、の中の（1）と（2）を見る。

- （1）注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡。
- （2）診療行為自体が関与している可能性のある死亡。

異状死を届けるとき、これは法医学会の【4】の（1）の異状死の定義になるから届けたのであ

ると言う。業務上過失致死の疑いがあるから届けたのではないと言明すれば、その後の警察への捜査拒否は正当である。カルテも見せなくてもよし、警察への出頭、警察官の面会にも応じる必要はない。これは任意捜査なのである。協力するしないは医師の勝手である。我々も憲法に護られているのだ。

もし、自分で過失の疑いがあると感じられれば、(2) の診療行為自体が関与している可能性のある死亡、として届けなければい。業務上過失致死罪で審判が下されるか否か、それは腹をくくるしかないだろう。届出しないで隠し遂げるものではない。届けていた方が情状酌量の余地がある。

安全基準について、学会等がガイドラインを作り明文化しておかなくてはならない。安全基準を守っていて、なお起こった急死は (2) ではなく、(1) と認識してよい。

兎に角、異状死の定義に入るものは届ける。届けても我々は憲法 38 条、憲法 31 条に護られているのである。

しかしそれでも事件性の無い死まで届けるのは煩わしい。すっきりするためには医師法 21 条を書き換えるべきだ。との意見もあるだろう。

だが、もし医師法 21 条を、“事件性がある疑いの死は警察に届ける”と書き換えたとしたら、このような場面が想定できる。

あるやくざの親分の家より「朝起きたら、うち

の若い者が布団の上で動かない。診てくれないか」と言われて往診に行った。死んでいる。親分は「こいつは前から心の臓が悪かったんだ。心臓の発作ですかね。身体はどこもきれいでしょ」と言う。医師が「異状死として警察に届けたい」と言うと、親分は「警察沙汰にするだって、あんた、じゃあ何かい。私の家でなにかあったとでも言うのかい。さっさと死亡診断書を書いてくれよ。死亡診断書がなきゃ、葬式も出してやれないし埋葬も出来ないじゃないか。もしあんたが警察に届けて、解剖でもなって、それで心臓発作と判ったときは、あんた覚悟できているだろうな」と言う。そう言われて警察に届けず死体検案書を書いて、そのまま火葬になったら、医師はこのトキツカサ組の証拠隠滅に加担させられてしまったことになる。親分にそう言われても「いや、あなたを疑っているなんてことは毛頭ない。これは法律で届出が要るんです。届けなかったら私が罰せられる。事件性があるなんてこれっぽっちも考えていませんよ」と今の医師法 21 条なら言えるのである。この医師法 21 条は医師を守っている。

最高裁判決文

<http://homepage3.nifty.com/medio/watching/hanrei/160413-hanrei.htm>

異状死の定義 (法医学会)

<http://web.sapmed.ac.jp/JSLM/guideline.html>



**後継体制は万全ですか?**

D to Dは後継者でお悩みの  
開業医を支援するシステムです。  
まずご相談ください。

〈登録無料・秘密厳守〉



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

**0120-33-7613**

【携帯、PHS対応】受付時間:9:00~18:00(月~金曜日)担当:藤原・伊藤

<http://www.sogo-medical.co.jp>

よい医療は、よい経営から

**総合メディカル株式会社。**

山口支店/山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階  
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342  
本 社/福岡市中央区天神 東京本社/東京都品川区西五反田  
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-1-0064  
■東証一部上場(証券コード:4775)



## ○転載の推薦コメント○

医療崩壊の原因となっている、勤務医の過重労働、医師不足問題の解決の鍵は、女性医師です。  
 できること、しなければならないこと、いまこそ即効性のある対策を打ち出すときです。  
 県医師会、山口県、大学、一体となって行動しましょう。

広報委員 津永 長門

## 女性医師を応援する —ワークライフバランスを考える—

山形県医師会常任理事 佐藤 泰司  
 山形県医師会会報 第 676 号

平成 19 年 12 月号

医師に限らず女性の就業支援にとって、最大の難関は周囲の無理解、不平等感と思います。特に過重労働が日常的にみられる医療現場では、女性医師が就業・復職しやすいことは、その職場が働きやすい環境に変わること、労働者みんなの利益になる筈ですが、同僚となる女性・男性医師が就業・復職希望女性医師の希望条件を我侪と捉え、職場の士気の低下を憂慮する声さえ聞かれます。女性医師が働きやすくなることは、医師不足の解消や労働問題だけではなく、もっと人にやさしい社会を作ることにほかなりません。

医師国家試験合格者に占める女性の割合は、10 年前に 20%、今年 30% と確実に増加しておりますが、医学部卒後 7 年目の女性医師で常勤は 40% だけという統計もあります。医師に限らず、働く女性の 67% は第 1 子の出産時に離職しております。妊娠・出産を経験し、子どもを持った女性医師が医療に携わる事は、疾患だけを診るのではなく、患者さん個々の生活を見、医療の質を上げることにもつながる筈です。子どもを持つ

た医師、持たない医師、独身の医師、多様な背景をもった医師の目線は患者さんの利益になる筈です。

シカゴ大学の山口一男教授によれば、結婚し子どもを持つかどうかは、晩婚化・非婚化の原因を含めて、家庭・職場・社会環境の影響であって、出産意欲だけの問題ではないとっております。すなわち結婚・育児・出産の「機会コスト」の問題が係わってきます。女性の社会進出が進み、職場での立場を確立するに従って、その職場を離れることで失うものが大きくなる。すなわち「機会コスト」が高くなります。医師となった女性にとって「機会コスト」は非常に高く、復職できなければ失うものは大きく、結婚・出産を躊躇う原因になるとともに、その機会を捨てた女性にとっては、捨てたことが自己のよりどころになりがちです。復職が容易な欧米では女性の社会進出に伴った少子化はみられませんが、復職が困難な日本・韓国では女性の社会的自立がそのまま少子化・人口減少をもたらしました。育児休暇は有効な手段ですが、欧米にはありません。ホワイトハウスのヒラ

## 転載

リー・クリントンの部屋は、女性スタッフのための保育園ながらであったし、そのスタッフの母親には、ホワイトハウスを自由に出入りできるパスを与えていたといわれております。そして今、その女性スタッフたちが、次期大統領の有力候補となったヒラリー・クリントンの選挙参謀です。

山形県と比べ環境が整っていると思われる都会においても、女性医師の復職が困難でいろいろな政策が打ち出され始めています。山形県は思い切った政策を実行しなければ、この分野でも格差が広がり、人口減少のスパイラルが加速されます。

東京都には全国の法人事業税の 25% が入り、予算規模は 6 兆 1 千億を超えます。その一方で地方といわれる山形県の歳入は 3,890 億からさらに 90 億円減額しなければならないという財政難です。高齢化が進んでいるのに医療費が安く、療養型病床が少ない山形県はどのような社会を目指すべきなのか将来を考えなければなりません。

山形県では求職者をドクターバンクのホームページに登録しようとするのはあまり実際的ではないと思います。日本医師会が全国的に行っている事業でも、登録しているのは 9 か月で 200 名、就労が成立したのは 36 件にすぎません。再研修を始めたのは 2 名です。このことは、いったん離職した女性医師に対し、復職を支援することの難しさです。あるいは就労を妨げる要因の複雑さの表れです。日本医師会もコーディネーターの重要性を指摘しております。誰が結婚しようとしているか、子どもをもとうと考えているか、そして復職しようとしているかは公開するにはあまりにもデリケートです。反対に、求人情報にありがちな「委細面談」は医療機関では通用しないことは、管理者はすべて承知している筈です。

特に、医師という職業に特徴的な、ほかに代替要員がないという問題を正面から見据える必要があります。さらに重要なことは、どのような職業でも誤りが許されないのは同じですが、生命を取り扱っている医師の特殊性です。復職希望者

に対する再教育が絶対必要ですが、研修医と一緒ににはできません。復職希望者がどこまでやれるのか状況を聞き、IT 等を活用したオーダーメイドのカリキュラムを考える必要があります。大学医学部が片手間にやるのではなく、復職支援センターを作り、コーディネーターを配置する必要があります。

自治体立病院が多い山形県では、管理者としての行政当局に求められているのは、勤務時間・勤務形態の柔軟性と常勤の考え方です。フレックスタイム、ワークシェアリングであり、多くのコストが必要なことは間違いありません。医学部の定員増・高校の学力向上・僻地勤務の義務化など、隔靴搔痒なことを考えていないで何故正面から踏み出さないのでしょうか。どこか閉塞感のあるこのままの山形県でいいのでしょうか。

医師だけではなく、女性が働くためにはどのようなことを要望しているか多くの発表がありますが、非常に多岐にわたっており、一人ずつ違います。医師会として、そのような意見をくみ上げ、行政などの病院管理者に働きかけて実現を図る必要があります。山形県医師会は山形大学、山形県病院協議会と一緒に山形県と話し合い、女性医師就業支援問題がもっている本質、その象徴していることを理解し、共通認識を作ることです。今こそ、県医師会がもっている力を発揮し、行政を牽引する必要があります。

ワークライフバランス (WLB) とは「働き方を調整することによって、すべての人が仕事と仕事以外の生活について、充実感をもち、与えられた責任が果たせるようなリズムを見つけること」(イギリス貿易省) です。そのためには、事業の見直し、仕事のプロセスの見直し、タイムマネジメントによる時間管理、人材育成による生産性を上げることです。特に早急に提案したいのは、自分の部署において何を減らせるかアンケートを行うことです。次に行うのは横の連携を密にし、ワークシェアリングを可能にすることです。過重労働を嘆くだけでなく、行動するときだと考えます。

## イギリスの国民保健サービス (NHS)

イギリスの改革の概略を、医療を中心として歴史的に述べたい。イギリスの国民保健サービス (NHS) に対して、保守党の改革があり、ついで労働党の改革がある。

### ベヴァリッジ報告から NHS へ

1942 年 11 月の「ベヴァレッジ報告 (社会保険と関連サービス)」を具現化したものが、1946 年にできた国民保健サービス (以下では NHS と略す) である。

NHS の詳細については、宇沢弘文教授 (東大名誉教授、理論経済学) による論文・講演記録などが「山口県医師会報」(平成 20 年 1 月号、63～64 頁など) に掲載されている。また「ベヴァレッジ報告」については、同会報 (65 頁の右欄、下から 6 行目から 66 頁左欄など) にある。「ベヴァレッジ報告」・NHS の内容の詳細については、これらに譲る。

### 保守党：サッチャー政権の改革

サッチャーは 1979 年 5 月から 1990 年 11 月まで 3 期 11 年間あまり政権を担当した。その後 1990 年から保守党のジョン・メージャーが首相をつとめた。

1979 年春にマーガレット・サッチャー率いる保守党政権が誕生した。サッチャー政権は、新自由主義の理念のもとに、市場原理主義的な経済政策を実行した。具体的には、民営化・規制緩和・減税を基調としている。

イギリス福祉国家の誇りであり、聖域であった NHS に対しても、市場原理を導入した。医療に

飄

々

広報委員

吉岡達生

おいては「準市場」(管理下での競争が行われる市場) や「擬似的市場メカニズム」(管理下での競争) などの言葉が使われる

さらに極端な医療費抑制の政策により、医療サービスの質は大幅に低下した。かかりつけ医に予約すると 2 週間後 (救急は別)、また手術の順番待ちが半年から 1 年半という荒廃した状況となった。このように、市場化を推しすすめる保守党の改革により、社会的共通資本である医療・教育の荒廃が進んだ。

なお、1991 年に NHS の運営は、機能ごとに 3 つに分けた。①政府 (NHS)、② NHS トラスト (複数の国有の病院を傘下におく公共事業的な組織)、③ NHS と契約を結んだ病院である。政府は②の NHS トラストに予算を分配するが、③の病院は独立採算である。NHS トラストと一般開業医 (かかりつけ医) は地域ごとにプライマリケア・グループを構成する。一般開業医は、予防接種や健診等の予防活動に加え、避妊や夫婦の問題 (例えば離婚) まで相談に応じる。

### 労働党：ブレア政権の改革

ブレア労働党政権は、1997 年 5 月から 2007 年 5 月までの 3 期 10 年間にわたって政権を担当した。ブレア首相は 2005 年 5 月から 3 期目に入り、2007 年 5 月に退任した。その後は現在まで、労働党のゴードン・ブラウンが首相である。影が薄い。

1997 年春に、トニー・ブレア率いる労働党政権が発足したとき、イギリスの医療サービス水準はポーランドよりひどいと言われていた。そこで

2000 年 7 月に NHS の大規模な改革案を打ち出した。10 か年にわたるアクションプランとしての「NHS プラン 2000」である。

ブレア労働党政権は、医療予算を増やし、医師・看護師の増員や、病院施設の近代化などを推進することを掲げた。ブレアは具体的に、①医療予算の対 GDP 比を、それまでの 6.8% から、2006 年までにヨーロッパ諸国並みの 8% に引き上げること、さらに 2004 年までに、②専門医を 7,500 人、看護師を 2 万人増員すること、③病院を 7,000 増床すること、100 件以上の病院を新設することなどを約束した。

2001 年 6 月から 2 期目にはいると、医療予算が毎年 10% 以上増額された (2006 年には 1.5 倍)。その結果として、医療サービスは改善された。6 か月以上にわたって手術の順番待ちをする人は、2000 年 3 月の 25 万人あまりから、2004 年 3 月の 7 万人たらずにまで減った。また、救急医療では 4 時間以内に治療を受けられた人

は 2002 年の 75% あまりから、2004 年 9 月の 90% 強にまで増加した。

しかし、宇沢教授によると、「ただ予算を増やしても、一度失われた医師の職業的倫理観や社会的信頼を回復するのはほぼ不可能である。イギリスの病院は、今でも悲惨な状態である」という。また、イギリスの NHS が提供する医療のレベルについてみると、日本のように高度なものをすべての患者に供給はしていない。

**主要参考文献**

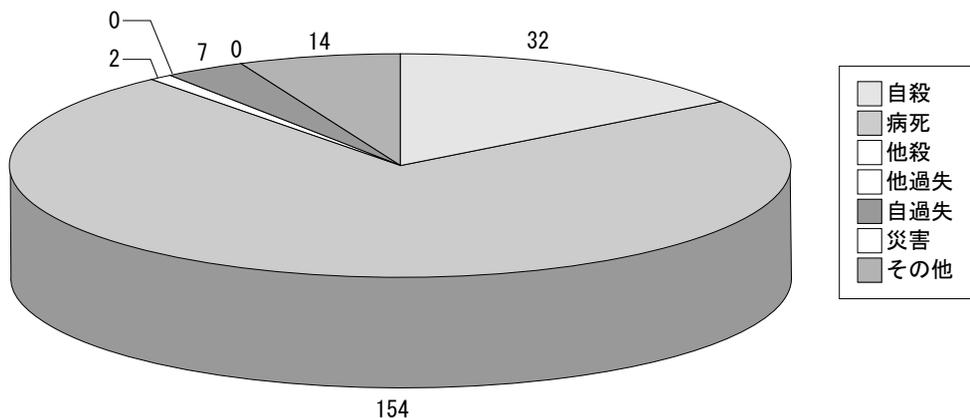
1. 社会的共通資本としての医療：宇沢弘文、山口県医師会報、第 1769 号、59～66 頁、2008.1
2. ブレア時代のイギリス：山口二郎、岩波新書 979、37～38 頁、岩波新書、2005 年初版
3. 真野俊樹：海外医療事情—第三回—イギリス・戦後医療を支えてきた国民保健サービス (NHS)、メディカル朝日、第 37 巻第 4 号、86～89 頁、2008.4

## 死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数 (平成 20 年 3 月分)

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Mar-08	32	154	2	0	7	0	14	209

死体検案数と死亡種別 (平成 20 年 3 月分)



## 第 14 回山口県腰痛研究会

と き 平成 20 年 5 月 29 日 (木) 18:30 ~ 20:30

ところ 山口グランドホテル 2F「鳳凰の間」

山口市小郡黄金町 1-1 TEL: 083-972-7777

プログラム

【トピックス】 18:40 ~ 19:30

座長 下関市立中央病院整形外科 部長 白澤 建藏先生

I. 「腰椎疾患における電気生理学的検査」

周南市立新南陽市民病院整形外科 藤本 英明先生

II. 「日本整形外科学会腰痛評価質問票 (JOABPEQ) を用いた

腰椎椎間板ヘルニアの治療成績評価」

山口県立総合医療センター整形外科 豊田耕一郎先生

【特別講演】 19:30 ~ 20:30

座長 周東総合病院副院長 村上 哲朗先生

『腰部脊柱管狭窄症の手術的治療』

岐阜大学医学部整形外科教授 清水 克時先生

※本講演会は日整会教育研修専門医認定資格継続単位 (08-0078-00,N-07) 又は脊椎脊髄病医資格継続単位 (SS) 1 単位を取得できます。

※単位認定の必要な方は受講料 1,000 円が必要です。

※日本医師会生涯教育制度の 5 単位が認められています。

研究会終了後、意見交換の場を用意しております。

主催 山口県腰痛研究会

共済 吉南医師会

## 第 59 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 20 年 6 月 14 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

「骨粗鬆症治療のトピックとピットフォールーリウマチの骨粗鬆症を含めてー」

国立大学法人鳥取大学医学部附属病院リハビリテーション部部长 荻野 和秀先生

【特別講演 2】 19:30 ~ 20:30

「RA と生物学的製剤治療」

医療法人近藤リウマチ・整形外科クリニック 近藤 正一先生

本研修会は

日整会教育研修 2 単位が取得できます。日整会リウマチ単位も取得できます。

特別講演 1 (4: 代謝性骨疾患、6: リウマチ性疾患・感染症)

特別講演 2 (1: 整形外科基礎科学、6: リウマチ性疾患・感染症)

※日本医師会生涯教育制度の 3 単位が取得できます。

※下記の認定単位も取得できます。

日本リウマチ財団、日本リウマチ学会

講演会終了後情報交換の場を予定しております。

## 第 67 回山口県臨床外科学会 第 53 回山口県労災医学会

と き 平成 20 年 6 月 8 日 (日) 午前 9 時～午後 3 時 30 分

ところ 宇部市医師会館

特別講演

I 「演題未定」

山口大学大学院 医学系研究科 器官病態内科学 教授 松崎 益徳先生

II 「再生医療に関する研究と臨床応用の現況—心臓血管外科領域を中心に—」

山口大学大学院 医学系研究科 器官病態外科学 教授 濱野 公一先生

※幹事、評議員会 (宇部看護専門学校) 12:20 ~ 12:50

※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 (宇部市医師会館) 13:00 ~ 13:30

取得単位 日医生涯教育制度 3 単位

参加費 1,000 円

学 会 長 岡本 一廣

準備委員長 福田進太郎

〈お問い合わせ先〉

〒 755-0072 宇部市中村 3 丁目 12-54 宇部市医師会館内

第 67 回山口県臨床外科学会 準備委員会事務局 (福田進太郎宛)

TEL0836-21-5437 FAX0836-21-2717

E-mail ubemedac@stellar.meon.ne.jp

## 山口性差医療研究会 第 4 回学術講演会 — 飲酒の功罪 — 飲酒で死なないために、死なせないために

と き 平成 20 年 7 月 6 日 (日) 午後 1 時～ 4 時

ところ ホテルみやげ (新幹線新山口駅前)

特別講演 1 「アル中はなぜ酒をやめないか」

NPO 法人山口県断酒会 事務局長 三輪修太郎先生

特別講演 2 「生活習慣病飲酒対策とアルコール依存症への進展予防」

独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター院長 丸山 勝也先生

対 象 医療関係者

参加費 1,000 円

※講演会終了後、交歓会を予定しています。

共 催：山口性差医療研究会

当番世話人：とさかまさこ、板垣 明味

## 謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

奥 山 暁 氏	山口市医師会	4 月 4 日	享年 62
野 田 三 郎 氏	柳 井 医 師 会	4 月 20 日	享年 83

## 編集後記

平成 20 年 4 月 1 日より、藤原前執行部にかわり、木下敬介新会長の下、新たな執行部が発足いたしました。早速、新会長の指示で 5 つのプロジェクトチーム—①勤務医・女性医師対策、②医療保険対策、③特定健診・特定保健指導対策、④地域医療連携対策、⑤新型インフルエンザ対策—が結成されました。早急な対応を必要とするもの、長い視点で考えなければならないことなど、山積する難問が提示されております。木下丸の新たな船出に際しての新会長のお言葉の中から、みなぎる自信と熱い情熱を感じとるのは、私ばかりではないと存じます。もとより航海というものには順風満帆なく、容赦なく波風が立ち向かってまいりましょうが、この木下丸はなかなか構造設計、かじ取りの出来栄もよろしそうに思えます。会員の皆様方のご協力、ご支援により、新大陸を目指した航海に出発しましょう。

とはいうものの、4 月 1 日より新たに 75 歳以上の後期高齢者医療（長寿医療）制度がはじまりました。名称を変更しても、中身が変わらなければ、何のことはなく、担当医制導入に基づくフリーアクセスの阻害は、「いつでも」「どこでも」「だれでも」が安心して受けられる真の国民皆保険制度を根本から蝕むもので、年齢を輪切りにしたこの制度が周知の不徹底と制度の不備が重なり、第一線現場で混乱を来している状況は、会員諸氏をご存知のとおりですが、マスコミ等では戦後最悪の法とも指摘されており、もっと現場からの声を風通しよく上にあげる必要があると考えます。そのためには制度が決定される前段階で、会員の意見が上部に伝達されることが肝要で、医師連盟活動の重要性が叫ばれるでしょう。

また、4 月 15 日から年金よりの後期高齢者医療保険料の特別徴収がはじまりましたが、社会保険庁からの通知を見ると、虫めがねで見ないと判からないような文字サイズで、後期高齢者医療保険料額を記されております。社会保険庁の真剣さはどこに行ったのでしょうか。目前にせまっている特定健診制度もしかりで、本当に順調に運営されるか甚だ疑問です。このような時局でもあり、会員が一丸になった山口県医師会の運営が、今まさに望まれると考えます。

（理事 河村康明）

From Editor

## 公 告

### 第 62 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 20 年 6 月 15 日 (日) 12 時～
場 所	山口市小郡 山口グランドホテル
表 彰	
議 事	○平成 18 年度山口県医師会決算報告 ○平成 19 年度山口県医師会事業報告 ○第 157・158・159 回山口県医師会代議員会 議決事項の報告

平成 20 年 5 月 15 日

山口県医師会長 木 下 敬 介

新自動車総合保険・住宅総合保険・店舗総合保険・家庭総合保険・積立火災総合保険・タテ  
コー保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立家族傷害保険・交通事故傷害保険・医師賠償  
保険・所得補償保険・国内旅行傷害保険・ゴルフ保険・ハンター保険・つり保険など

**あなたにしあわせをつなぐ**

株式会社損害保険ジャパン 代理店  
共栄火災海上保険株式会社 代理店

**山 福 株 式 会 社**

TEL 083-922-2551

発行：山口県医師会  
(毎月 15 日発行)

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号  
総合保健会館 5 階  
TEL : 083-922-2510  
FAX : 083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社  
1,000 円 (会員は会費を含む)

■ ホームページ  
■ E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>  
[info@yamaguchi.med.or.jp](mailto:info@yamaguchi.med.or.jp)