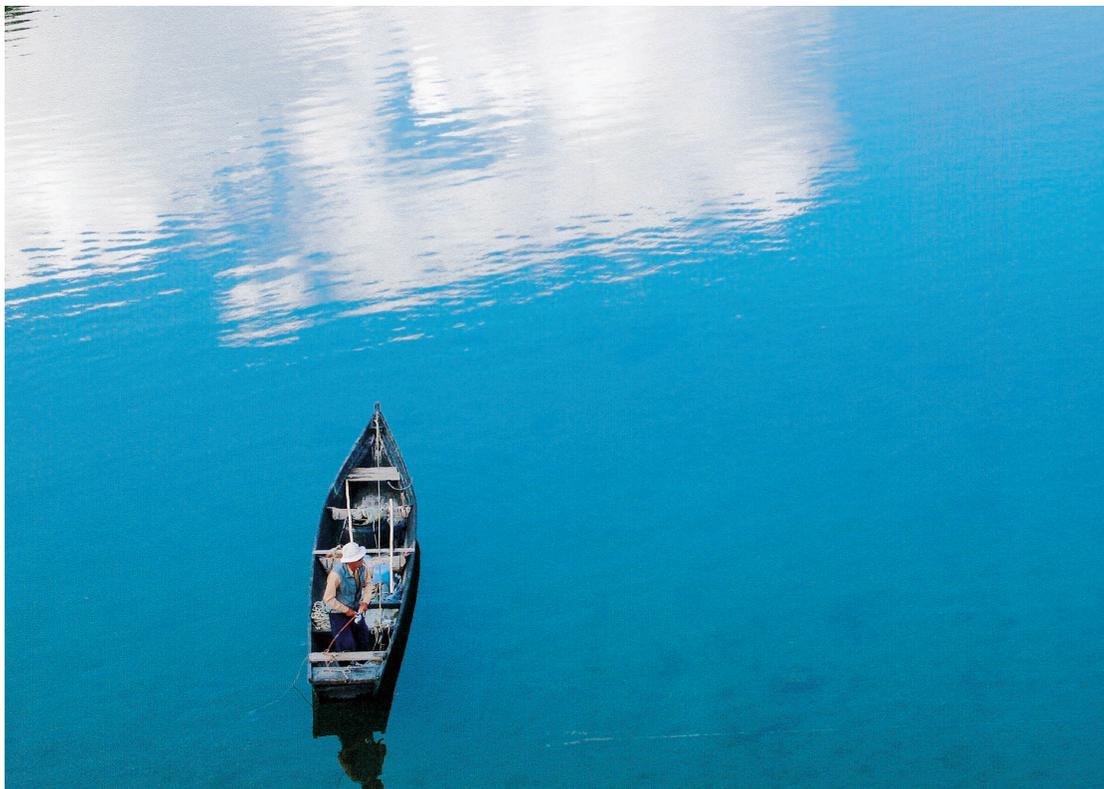


山口県医師会報

2009
平成 21 年
5 月号
No.1785



水ぬるむ 渡邊恵幸 撮

Topics

平成 20 年度女性医師参画推進部会総会、
特別講演会及びシンポジウム

Contents

- 続・医師会はいかにあるべきか (14) 木下敬介 373
- 今月の視点「地域医療」 弘山直滋 376
- フレッシュマンコーナー
「学生のころの医師像と研修医になってからの医師像 森近大介 380
- 平成 20 年度女性医師参画推進部会総会、特別講演会及びシンポジウム … 382
- 平成 20 年度医療政策シンポジウム 長谷川奈津江 413
- 平成 20 年度山口県自動体外式除細動器 (AED) 普及促進協議会
郡市医師会救急医療担当理事合同会議 弘山直滋 416
- 第 48 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)
..... 山本 滋、吉中博志 420
- 都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会 西村公一 422
- 市民公開講座「人と向き合う地域医療を目指して」… 津田廣文、三好弥寿彦 425
- 第 2 回都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会 … 杉山知行、田中豊秋 427
- 郡市医師会生涯教育担当理事協議会 茶川治樹 435
- 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会設立総会 加藤欣士郎 440
- 郡市医師会医事紛争担当理事協議会、
郡市医師会診療情報担当理事協議会 城甲啓治 442
- 平成 20 年度山口県医師会警察医会総会における研修会 松井 健 444
- 山口県における 2009 年のスギ・ヒノキ科花粉飛散のまとめ 沖中芳彦 456
- 県医師会の動き 吉本正博 458
- 理事会報告 (第 1 回、第 2 回) 460
- 女性医師リレーエッセイ「あしながおじさんと共に」 長谷川奈津江 466
- 勤務医のページ「高齢者医療に思うこと」 重富美智男 468
- 飄々「モノの値段」 阿部政則 469
- 公告 455

- 日医 FAX ニュース 455
- お知らせ・ご案内 470
- 編集後記 河村 473

続・医師会はいかにあるべきか (14)

会長 木下敬介

平成 17 年 3 月 27 日の日医代議員会で、2 年目の植松会長は「経済財政諮問会議、規制改革・民間開放推進会議など財務省が主張する市場経済原理に基づく改革が進められつつあることに大きな危惧を感じている」と警戒感を示した。

6 月 21 日、「骨太の方針 2005」が示され、8 月 11 日の臨時閣議で社会保障費 2,200 億円削減は継続されることになる。9 月 11 日の第 44 回衆議院選挙では、自民党が圧勝し、与党が 3 分の 2 以上の議席を確保。小泉政権が存続し、財政主導型の改革路線の推進が確実となった。この年の流行語には小泉劇場、小泉チルドレン、刺客など衆議院選挙に因んだものが多い。

第 112 回日医定例代議員会

3 月 27 日、植松執行部 2 年目の代議員会の冒頭の会長挨拶の中で「財政主導型改革が進められることを危惧するとともに、その対応の重要性を十分に認識している」と述べ、日医の基本姿勢が「社会保障理念の堅持」と「国民皆保険制度の確保」であることを強調した。首相の施政方針演説（混合診療の全面解禁の方針）が国民を巻き込んだ反対運動によって、憲政史上初めて反対請願採択されたこと、これにより「保険導入検討医療」、「患者選択同意医療」、さらに「国内未承認薬」の対応について合意されたこと、中医協の見直しについても日医の努力が一定の成果を得たこと、「医師免許更新制」検討の動きを封じ得たことなどの報告があり、政治の流れとして、医療費を引き上げる状況ではなく、「医療費の伸びの制限」や「公的医療保険の守備範囲の見直し」などが論じられていると指摘。「医療費を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるべき」という考えの下に「医療費原資の拡大を求めていく所存である」との考えを示した。

ブロック代表質問では、坪井前執行部の「医療グランドデザイン」について応答。グランドデザインの中核である「75 歳以上の独立型高齢者医療保険制度の創設」と「自立投資」について、前者では公費が 9 割、保険料・自己負担 1 割との考えだが、現在の経済情勢、世論の流れの中で公費 9 割が成り立つか、賛同を得られるかどうかは疑問との見解を示し、「自立投資」についても反対との考えを明らかにした。さらに、「執行部が変われば基本理念が変わるのは当然ではなかろうか」と述べた。

「骨太の方針 2005」が閣議決定

6 月 21 日、経済財政諮問会議は「経済財政運

営と構造改革に関する基本方針 2005」(骨太の方針)を決定し、小泉首相に答申。最大の争点であった「伸び率管理」を明記することは見送られた。政府はこの「骨太の方針 2005」を同日、閣議決定した。

「骨太の方針 2005」は 6 月 7 日に素案、13 日に原案が公表されたが、その間、自民党内では政調予算等合同会議が連日開かれ、厚生労働関係議員から原案への反対論が展開。諮問会議への批判が相次ぎ「マクロ指標」や「管理」といった表現を削除するよう求める意見が続出。15 日夕方、「マクロ経済指標を基準とする伸び率管理を導入することに反対」との申し合わせを確認。しかし、同日深夜の与謝野政調会長を調整役に厚労関係議員幹部、内閣府などが党本部で協議した結果、協議は決裂。翌 16 日未明、「書き込まれたら皆保険制度は崩壊する」との危機感から、武見参議員は都内のホテルに植松日医会長らを訪ね、状況を報告。日医側に急遽、幹部が集まり、「場合によっては重大な決意を表明する」と緊迫する一幕もあった。16 日の朝から午後にかけて修正案が示され調整が行われて、自民党の丹羽社会保障制度調査会長と竹中担当相の会談の結果、「総枠管理・伸び率管理」の文言は外されるところとなった。医療費抑制策、診療報酬改定などについても文言が修正され表現が弱められたが、結果的には社会保障費 2,200 億円削減は継続されることになり、平成 18 年度の診療報酬改定も、史上最大の 3.16%の引き下げということになった。

改正介護保険法が成立

6 月 22 日、参議院本会議において、可決、成立した。5 月 10 日、衆議院本会議で修正のうえ、与党及び民主党の賛成多数により介護保険改正案が可決、衆議院を通過。6 月 16 日、参議院厚生

労働委員会において 24 項目の附帯決議も可決。6 月 22 日に正式決定した。その中で、平成 18 年の医療保険制度改革の柱である高齢者医療制度創設の際に、同制度と介護保険制度を統合させることのない旨が明らかにされた。

医療などの社会保障費で 2,200 億円削減

8 月 11 日、政府は臨時閣議で平成 18 年度予算の概算要求基準(シーリング)の基本方針を決定。厚生労働省予算のうち社会保障費 2,200 億円が削減されることになり、要縮減額は昨年と同額となった。

郵政解散・総選挙

8 月 8 日、小泉首相は郵政民営化関連法案が参議院本会議で否決されたことを受け、郵政民営化の民意を問うとして衆議院を解散。大量の造反議員を出した自民党は分裂選挙を強いられ、政局は混沌化した。総選挙は 8 月 30 日公示、9 月 11 日投票。

日医連は事実上、自主投票

8 月 23 日、日本医師連盟は常任執行委員会と執行委員会を開き、30 日に公示される第 44 回衆議院選挙の対応について協議。自民党が事実上の分裂選挙となる中、都道府県医師連盟が推薦する候補者を日医連としてそのまま推薦する方針を決めた。執行委員会後の会見の中で植松日医連執行委員長は、「郵政の問題はわれわれの政策に直接関連した問題ではない。基本的な姿勢としては自民党への支持を視野には置くが、各都道府県医師連の自主性にお任せする」との見解を示した。

今回の選挙で与党が過半数を獲得すれば小泉首相は続投となり、構造改革路線の強まることが確実視されるため、自民党支持に冷めた見方も広がっている。選挙中の 9 月 4 日、植松日医会長は中国四国医師会連合医学会(松江市)において講演し、「自民党が衆議院選挙で圧勝すれば、矛先は医療費削減に出てくる」との見方を示した。

第 44 回衆議院選挙、自民党圧勝

9 月 11 日、総選挙の投開票が行われ、自民党は公示前勢力より 84 議席増の 296 議席を確保。公明党と合わせた与党の議席数は定数の 3 分の 2 を上回る 327 議席となり、小泉政権は存続。これにより、小泉首相が財政主導型の改革路線を一

層強めることは確実で、経済財政諮問会議や規制改革・民間開放推進会議の発言力が強まることは必至となった。

第 113 回日医臨時代議員会

10 月 2 日、日医臨時代議員会開催。小泉自民党が圧勝したことにより、医療費の総額管理制度導入論議が再燃。診療報酬マイナス改定への懸念も高まる中で、執行部への今後の対応に関する質問が相次いだ。植松会長は、時期をみて強力な国民運動を展開するとともに、年内にいわゆるグランドデザイン「医療と保健と福祉推進ビジョン 5 か年計画」を発表する方針を表明。このときブロック代表質問の中で、あの植松語録「どんなボールが来るかを見てから打つ」が飛び出した。また、次期会長続投への意欲についても明らかにした。

財務相がマイナス改定を厚労相に要求

10 月 11 日、谷垣財務相は尾辻厚労相と国会内で会談し、診療報酬マイナス改定や保険免責制度などを医療制度改革の厚生労働省試案に盛り込むよう求めた。10 月 19 日、「医療制度構造改革厚生労働省試案」発表。来年の医療制度改革に向けて、同省の考え方を提示したもので、医療費適正化についての総合的な対策が特徴的。

全医療機関にレセプトオンライン請求義務づけ

11 月 21 日、厚生労働省は平成 18 年度から 5 年程度かけてレセプトオンライン化を実施する方針を決めた。同日、政府の規制改革・民間開放推進会議との公開討論の席上で明言したものの。

18 年度診療報酬改定、3.16%引き下げで決着

12 月 18 日、政府・与党は平成 18 年度診療報酬改定について、本体で 1.36%、薬価等で 1.8%、全体で 3.16%引き下げること決定。過去最大の引き下げ幅となった。官邸主導による、小泉首相の指示を受け官房長官が裁定したといわれている。なお、介護報酬についても、同日 0.5%の引き下げが決定した。

唐澤都医会長が次期日医会長選へ出馬表明

平成 18 年 1 月 18 日、唐澤氏は日本医事新報社のインタビューに応じ、4 月 1 日の日本医師会長選挙に出馬する意向を明らかにした。

夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集

山口県医師会報平成 21 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 又は 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 広報情報部
E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp

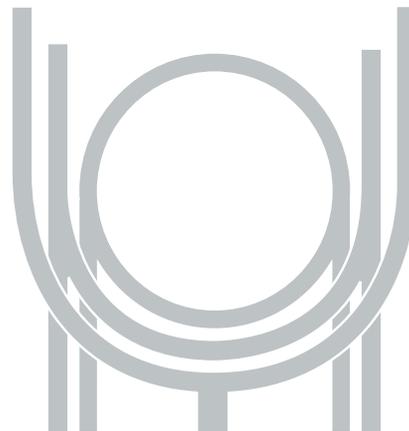
備考

- 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。

今月の視点

地域医療

常任理事 弘山直滋



医療法の改正に伴い、平成 19、20 年度の 2 年間にわたって、4 疾病 5 事業の医療連携体制を構築することとなり、会員諸兄には大変なご協力をいただき、これを構築することができた。今後は、この医療連携体制を地域の実情に応じて、いかに加工し、活用していただくかという点にポイントが移っていくと考えており、郡市医師会担当理事協議会等の場において、先行事例を紹介するなどして、バックアップしていきたいと考えている。

さて、私は現在、日本医師会地域医療対策委員会に委員（中国地区から 2 名）として出席している。その内容については、会員の皆様には直接お話しすることがないので、この紙面を借りて紹介することとする。

昨年 7 月 25 日の 1 回目の委員会で、唐澤日医会長より本委員会に対して、「地域社会の医療ニーズと医療提供体制のあり方」（1）医師確保対策、（2）次期医療法改正、について諮問を受けた。平成 20 年度は委員会が 4 回開かれ、主に医師確保対策について討議を行ったので、その主な内容について紹介する。

（1）財源の確保

①医療費財源の確保（診療報酬）

各病院が医師数を増やそうとしても財源がないのでできない。公的病院の勤務医の低い給与を改善すべきである。勤務医の過酷な就業環境の改善には、財源の確保が必要である。救急医や産科医

の手当てに対する直接的な公的補助は、緊急臨時的な措置であって、本来は診療報酬引き上げにより病院経営を健全にするべきである。医師のみならず、コメディカルの確保のためにも財源の確保が必要である。

②高等教育に対する公的支出の引き上げ

日本の高等教育費への公的財政支出の対 GTP 比（0.5%）は OECD 加盟諸国（平均 1.1%）の中で最低であり、もっと医学教育に対して公的支出を引き上げるべきである。国立大学には、独立行政法人化以降、運営費交付金で 1%、附属病院で 2%のマイナスシーリングがかけられている。私学も同様である。もっと公的支出を引き上げるべきである。

③日本医師会としてとるべき姿勢

地域の医療ニーズや医師偏在不足対策について、財源の問題が係わっているので、根本的な対策は、医療費増について、国民に納得してもらう必要がある。財源や国民の意識の変化等医療環境が変化する中で、世界の状況を踏まえながら、日本の医療はどのような方向を目指すべきかを国民に示す必要がある。国民には、医師会の施策が、結局自分たちの利益を保護しようというようにしかみえなくなっているので、日本医師会として医療側の問題点を自ら明らかにするとともに、あるべき論や海外の実例を示し、日本医師会の考え方を国民に示すことで、国民の理解を得る必要がある。

(2) 医師養成数の増員

①医学部定員を過去最大数を上回る 8,486 人に決定
医師増員だけでなく、適正な診療科と地域の医師配置について検討する必要がある。少子高齢化の観点から、医師養成数増が将来の医師過剰、医師の成り手不足につながる可能性があることを考慮すべきである。また、高齢社会化による有病率の上昇、複数の疾患を抱える患者の増加により、専門医重視の医師養成では充足が困難となることも考慮すべきである。

(3) 医師の実際数、適正数の算出

①就業時間・形態に応じた現在の医師数の算出方法の見直し（勤務医、女性医師など）

現在は、年齢や性別に関係なく、医師免許を持っている一人の医師を 1 とカウントしているため、正確な実働医師数が出ていない。65 歳以上の医師 4 万人、臨床研修医 1.5 万人を除くと、日本の実働医師数は 20 万人程度である。ワークシェアリングあるいはパート勤務の女性医師のカウントを 1 とするか 0.7 人等とするかを決めなければ、正確な数値を算出することはできないので、算出方法を見直す必要がある。

②専門医の適正数、必要数の算出

地域単位での適正数は算出可能でも、それを全国ベースで積み上げると過大な数となる可能性がある。将来の住民の年齢構造、疾病構造の変化等から、地域単位での適正数の算出も困難な可能性がある。高齢化による医療の必要度の上昇、医療技術の進展等により、複数の医師での対応が増加し、必要医師数が増加する可能性もあるし、逆に、医学の進歩により専門医が不要となる疾患も出てくる可能性があり、実際、適正数、必要数を出すのは難しいのではないかと。

③医療法上の人員配置基準の見直し

昭和 23 年に制定された医療法上の標準は、実質的に最低限を定めるものであるが、診療報酬もその最低限に合わせて設定されているので、医療機関には医師増員への経済的余裕がなく、標準を充たす程度を雇うにとどまっている。したがって、60 年も経過して現状にそぐわない医療法上の標

準を見直す必要がある。以前、名義貸し問題が起きたが、応召義務のある外来配置基準を廃止し、入院に関する勤務時間による基準を導入してはどうか。

(4) 奨学金制度の推進

①修学資金の返還義務免除条件

奨学金や地域枠制度では、医師不足の科に進むとは限らないので、制度を利用した時点でそうした診療科の医師になることを確約してもらう措置が必要である。臨床研修修了後 9 年間とし、知事の指定する公的医療機関での勤務を条件とするが、9 年間のうち数年間はへき地等での勤務を条件とする。

(5) 医学教育の見直し

①医学教育全体

医師が足りないからといって学部教育や臨床研修制度を見直すのではなく、医学教育全体の観点から見直しを検討すべきである。臨床研修の一部を学部実習に移したほうが、研修期間の短縮、医学生のモチベーションの高まりに寄与する。また、より高度な臨床研修も可能となる。

②臨床研修

新臨床研修制度がきっかけとなり、現在の医師不足や研修医の置かれた状況を顕在化させた。優秀な指導医がいる所に研修医は集まるので、指導医の責任が重くなってきている。研修医の多い市中病院は教育システム、充実した研修内容等をアピールしているため、研修医の立場で大学病院に行かない理由を掘り起こす必要がある。

③メディカルスクール構想

制度の二重化や質の担保等の課題、現在の学士入学制度の検証の必要性などに鑑み、反対である。

(6) 勤務医の負担軽減策

①交替勤務制の導入促進

交代制の導入により勤務医数は大幅に増加し、現状では経営が成り立たなくなるので、診療報酬上、勤務医の交代制を担保する必要がある。

今月の視点

②給与の確保

公立病院の勤務医の給与額が、民間の求人広告の額に比べて非常に低い現実があり、公務員医師と民間病院医師との待遇格差を是正すべきである。経済的インセンティブの有無は小さな問題ではなく、産科のように本来は志望者数が多いにもかかわらず、劣悪な労働環境や訴訟問題等から成り手が少ない診療科は、ハイリターンにすべきである。一定の給与と勤務環境が保障されれば、勤務医は病院に残る。

③訴訟上のリスクの低減

医師法第 21 条問題を解決しなければ、診療科の偏在問題の解決にはならない。

④産科医療体制の充実

医師会、産婦人科医会による妊産婦検診の推進により、飛び込み出産、週数等の情報把握が可能となり、勤務医負担の軽減につながる。先進諸国では、検診・分娩費用がかからない。妊産婦検診や分娩費用の負担が大きいことは、間接的に産科医師の負担を増やしていることになる。

⑤在院日数短縮政策の是正

平均在院日数短縮により、入院・退院のカルテ紹介状等の書類作成作業に時間がとられ、患者を診る時間が減ってしまう。さらに医師・患者関係が醸成される前に退院してしまうことが多くなった。

(7) 女性医師

①離職の引き留め策、再就業支援策の実施

再就業ではなく、今現場にいる女性医師が辞めないようにする措置を優先するべきである。女性医師の就業実態を把握し、その多様性を活かす必要がある。

②短時間正規雇用の推進

③院内保育所の整備

(8) ドクターバンク

各地で取り組まれているが、上手くいっている地域とそうでない地域を検証する必要がある。

(9) 医療連携の推進

①開業医と勤務医の連携

開放型病院の利用は、検査のオーダーなど手続きが煩雑で上手くいかない。勤務医と開業医の連携には、例えば、今後在宅患者が増えていく中で、開業医が在宅医療に必要な医療技術を習得、研鑽していかなければ、住民の医療ニーズに応えることができず、勤務医の負担増大につながる。

②初期救急医療の充実

地域の拠点的な病院に初期救急患者が多数来院するのに対し、医師会員が出務する休日夜間急患センターを設置したところ、同病院への初期患者が減少し、勤務医の負担軽減につながった。地域の拠点的な病院の中に行政が財源を拠出し、地域医師会が運営する休日夜間急患センターを設置することにより、勤務医の負担軽減につながった。またこうした取り組みは初期救急医療機関から拠点病院への重症患者の入院依頼を円滑なものにした。現在開業する若い医師は疲弊した勤務医だった者であり、地域医療への貢献を求めても断られてしまう。

③救急医療の連携

初期・二次・三次救急等の機能分担と連携は重要であり、医療圈の中で、与えられた医療資源を有効に活用する必要がある。三次救急医療の現場を疲弊から救うためには、二次救急医療が充実していなくてはならないし、また回復期、慢性期の入院医療、さらに在宅医療への流れが上手くいかなくてはならない。小児救急電話相談事業 #8000 や東京都の #7119 システム等の電話相談を活用すべきである。

④医療資源の集約化

医療資源の集約化・重点化は、それが先にあるのではなく、地域の病院の医師が足りなくなった結果、仕方なく中核病院に集約されてしまったものである。

⑤医療計画、「4 疾病 5 事業」ごとの医療連携

4 疾病 5 事業の医療連携が脳卒中を中心に進められているが、消防機関と搬送体制を構築し、超急性期、急性期医療を展開できるようにし、また、回復期リハビリテーションや在宅療養の仕組みなど、地域全体の医師が関与し、モチベーションが上がっていくような医療計画が必要である。

⑥医療対策協議会の活用

各地域での医師偏在は、医師数を増やすだけでは解決できない。大学医局に代わり、都道府県の医療対策協議会が公的な医師派遣機関の役割を担うというが、必ずしも上手くいっていない。

(10) 住民・患者への啓発

①受療行動に関する啓発

患者側からは夜間でも昼間と同等の医療を要求され、勤務医の負担となっている。住民の権利意識の高揚、専門医志向、いわゆる「医療のコンビニ化」が進む中、啓発活動が必要である。患者、一般住民が救急受診すべきかどうか判断できるようなシステム構築も必要である。

②医療の不確実性に関する啓発

医事紛争の頻発化に関し、国全体として、医療

の不確実性を国民・患者に理解してもらう必要がある。

(11) 医師、コメディカル等の業務分担

①看護職員等の業務拡大

医師とコメディカル等の業務分担は、現行法制度下で可能なことの周知徹底をするべきである。また、コメディカル等の業務の無制限拡大には反対である。

②医療秘書の養成

医療秘書の配置は即効性のある対策である。医師の事務作業には、医療秘書を活用することが必要である。

③「院内助産所」、「助産師外来」

病院内において、助産師が正常分娩を担う院内助産所、助産師外来について、最初から正常分娩と分かっているものはない。産科医師が少ないからといって、助産師で代替することはできない。

以上のように多岐に渡り、各委員の地元の状況を紹介しながら、討議を行っている。昨年度、木下執行部になってから全県下の郡市医師会を回って意見をお聞きしたので、そのうちいくつかは山口県の現状として紹介し、対策についても意見を述べている。会員諸兄からご意見があれば、この委員会で提出するので、どんどん寄せていただきたいと考えている。



医療継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

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。



●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-コ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

フレッシュマンコーナー

学生のころの医師像と研修医になってからの医師像

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 研修医 森近 大介

岩国医療センター初期研修医 2 年目の森近大介です。今回は研修医となってからの感想について執筆依頼があり、筆をとらせていただきました。

学生のころは教科書や問題集と向き合う日々でした。大学のカリキュラムにより臨床実習が少ない学年であったので実臨床とふれあうよりは机に向き合う時間のほうが長い学生生活でした。そんな中でも、縁あって実習終了後も外来受診日や検査入院時に見学に行かせていただける患者さんとの出会いがありました。一人の患者さんの経過をじっくりと勉強することができました。しかし、学生という立場では医療者側というよりは患者さん側の立場・考え方で時間が過ぎていき、どうしても見学の域を抜け出すことができませんでした。

昨年の 4 月より岩国医療センターにて研修医として医療に携わる日々が始まりました。やはり学生の時、想像していた世界とは異なり、目の前の患者さんの診断・治療となると問題集や教科書通

りにはいかないことが多々あり、指導医の先生と毎日頭を悩ませ、工夫を強いられる日々を経験しました。今ではそれが当たり前となりましたが、当時の自身にとっては当惑を隠せませんでした。実臨床ではやはり柔軟な思考、経験による工夫が必要であると実感しました。

現在は 2 年目の研修医として内科研修に励んでいます。昨年一年間で多くの診療科にて研修を積み、いろいろな経験を積ませていただきました。多くの診療科にて研修をさせていただいたおかげで、いろいろな先輩の医師と知り合うことができ、難しい症例に出会った時は、たくさんの先輩に相談をさせていただき、診療科を越え多くのご指導をいただく日々です。また、学会や学会主催のセミナーなどに参加し、新しい知識や知恵を勉強させていただいています。

少しでも多くの経験を積むことが初期研修において大切なことであると考え、日々の研修に励んでいます。



無限に広がる 金融ソリューション。

YMFG
Yamaguchi
Financial Group

山口銀行 もみじ銀行
ワイエム証券 ワイエムセゾン

医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆ 医師年金の特徴 ◆◆◆

その1 積立型の私的年金

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

その2 希望に応じて自由設計

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

その3 受取時期や方法が自由

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

その4 法人化しても継続可能

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

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

日本医師会 年金・税制課

TEL : 03(3946)2121(代表)

FAX : 03(3946)6295

(ホームページ : <http://www.med.or.jp/>)

(E-mail : nenkin@po.med.or.jp)

特集

平成 20 年度山口県医師会 女性医師参画推進部会総会、 特別講演会及びシンポジウム

「女性医師の勤務環境の整備に関する
病院長、病院開設者・管理者等への講習会」



と き
平成 21 年 3 月 8 日 (日)
と ころ
ホテルニュータナカ

防府市向島の寒桜が満開に咲いて春の到来を告げている 3 月 8 日、山口市湯田温泉で今回 3 回目となる平成 20 年度女性医師参画推進部会総会と、特別講演会及びシンポジウムが開催された。

平成 20 年度 女性医師参画推進部会総会

最初に、山口県医師会の木下敬介会長、女性医師参画推進部会の松田昌子会長、山口県健康福祉部の今村孝子部長が開会の挨拶をされた。その後、来賓の日本医師会今村定臣常任理事より、挨拶をいただいた。

木下会長 本日は忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

さて、この部会は、平成 19 年 3 月に設立総会を開催いたしまして、今回で 3 回目を数えます。その間、女性医師に係わる数々の問題に取り組み、課題を解決すべく、頑張っていたいております。

県医師会といたしましても、女性医師に対する



対策を最重要課題の一つに挙げておまして、私自身は、女性医師対策は勤務医対策であると認識しております。要するに女性医師の勤務医対策ということになるわけでございましょう。男性の勤務医もいろいろな問題を抱えております。過重労働とか医師不足、それとちょうど同じことが言えるわけですが、女性医師のほうがもっといろいろな問題があるということでございます。

先進国の中でも、最も医師の絶対数が足りないわが国の医師不足に対して、国はやっと医学部の定員を増やしてきたのですが、これが実際に有効になるには、かなり先の話であります。短期間で効率よく、この医師不足の問題を解決しようとしたら、女性医師の先生方に勤務を続けてもらう、あるいは子育てとか妊娠などで勤務から離れておられる先生方に、なるべく職場復帰して、いい環境のもとで働いてもらうという対策以外にいい方法はないように思われます。女性医師対策は、すなわち医師確保にも通じる非常に重要な問題を抱えていると思っております。

県医師会も、女性医師対策プロジェクトチームを組んで、早速「応援宣言集」ができあがりま

した(応援宣言集は県医師会ホームページに掲載中)。

女性医師参画推進部会の規約の第 2 条の目的に、男女共同参画の理念のもとに女性医師の医師会活動への参画推進及び働きやすい環境づくりと資質向上に寄与することを目的とするというのがありますが、ぜひこの目的を達成し、また新たな目的が出てくると思いますが、ぜひ、これにむかって取り組んで、女性医師の働きやすい環境をつくっていただきたいと思います。県医師会といたしましても全面協力申し上げる所存でございます。

それでは、この女性医師参画推進部会がますます発展して、また部会員の先生方がますます活躍されますように心から祈念申し上げまして、冒頭のあいさつに代えさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

松田部会長 皆さん、おはようございます。今日は日本医師会からは今村常任理事、県の健康福祉部から今村部長、医師会の理事の先生方、それからうれしいことに山口大学の女子学生さんも、たくさんの方が来られています。本当にありがとうございます。



この総会も 3 回目の総会、実際の活動は 2 年あまりということになります。個々の活動を振り返ってみると、先生方は有能な方ばかりで、非常にアクティブにしているのですけれども、それを活かすには、やはり組織というものが必要だということをつくづく感じております。

組織というのは、こういう医師会であり、そして、それが行政と結びついているいろいろな活動をするということが、考えていることを実行に移す手段だということを感じています。

特に、ここ 1 年あまりの間に、いくつかプロジェクトを立ち上げているのですが、それらが現実には動き出しそうな、うれしい予感を感じているのです。それも、たぶん私たちだけが一人で、あるいは数人のグループで考えていただけでは、ほとんど実現不可能だったことばかりです。小さいことでもそれを実現に向かわせるというのが難しいと

いうのはいつも感じているのですが、今村健康福祉部長や医師会の会長をはじめ理事の先生方の後押しがあつてのことなのですね。

医師というのは、医師免許を持っていて、一匹狼で動く方が多いという印象をもっていますが、やはりそれだけでは、いろいろなことを変えることが難しいので、こういう会を通して、自分たちの声がどこかに届くように活動していくことが大事ではないかと思っています。

そういう意味で、ここに集まっていただけの先生方というのは、これからも本当に私たちの仲間として一緒に行っていただけると思っていますので、よろしくお願いいたします。

今村健康福祉部長 常日ごろから健康福祉行政をはじめ、県行政にいろいろな意味でご協力いただいておりますこと、そして県民の命を守る最前線においてお仕事をさせていただいておりますことに、まず心から感謝申し上げます。

ちょうど入試のシーズンですが、私も仕事柄、入試の面接に立ち会うことがあります。そして、医師を目指す女性の面接に立ち会いまして、たいへん女性たちが緊張して肩に力が入っているような感じを受けました。少しずつ世の中が、医師に対しての情報を、ある意味では正確に、ある意味ではやや、また違う恐怖感も含めて伝えているような部分があるのではないかと、いうことを少し感じました。

特に女性たちが、二の足どころか、一つの足を踏むことに、ややためらっているようなイメージを受けまして、女性医師や女子医学生は増えていますよと言いながら、もう一つこの時期に考えていかなければいけないことがあるのではないかと思います。そういう意味で、高校生に伝える情報というのをもう少し、もっと正確な情報を伝えて、そして一緒にやっという気持ちをもっと伝えていけたらいいのではないかと、いうイメージを持ちました。

県議会が 3 月 2 日から始まり、そのときの議会の質問に、ある女性県議さんから、現場の医師



及び医療関係者がたいへん頑張っているということを議場で言っていただきました。それで、私は本当に感激して、答弁のとき、まずそのお礼を言ってしまうました。

このように、本当に、みんなが少しずつ、皆さんの努力を認めている部分も多くございますので、ここにいらしている皆さんには本当に心強く思ってください。少しずつですが、周りの理解は進んでいるという気がしました。

そういう中で、女性医師参画推進部会の先生が中心になって、いろいろな課題をこの3年間近くで、ずいぶん形にしてくださっています。そのおかげで、県の医療行政の中の、女性医師確保の部分は、それを参考にしたり、また、一緒になって取り組むことができいております。おかげで、地域医療推進室の室次長、班長、そして担当も、みんな必死になって頑張っています。女性医師参画推進部会の確実な前進に、心から私は感謝したいと思います。そして、県としても、平成21年度には今まで以上の新たな施策に取り組みますが、中でも女性医師も含め勤務医の問題は非常に大きなものですので、国の施策を活用して、救急医とか産科医にある程度特化した施策、それから勤務医自身の全体をよくする医療クランク、そして女性医師に特化した育児中の女性医師を支援するコーディネーターの設置など、さまざまな対策を打っていききたいと思います。

いままで問題点がある程度出てきた中で、それぞれの課題に対して、多様に対応していくというのが、いまの私たちのやり方に、そろそろなってきたと思います。

そういう中でもう一つ、よく心にとどめておかなければいけないことが一つあるような気がしたのは、いまから、働きやすい勤務条件とか、あるいは短期労働時間とか、いろいろな仕組みづくりに取り組んでいくこととなりますが、いままで仕組みではない中でうまくできていたものが、仕組みをつくることによって動きづらくなることも、いくつか出てくるように思います。

そういう部分、つまり今まで歴史的に上手にやれていた部分も上手に組み込みながら、新たな仕組みの中で動いていけたらと思います。いまちょうど、仕組みをつくる中で、いままでのものを

どのように入れ込んでいくかというのが、一つの大きい課題になってきているような気がしますので、それを心にとめながら、県の施策もやっていきたいと思っています。

今日共催させていただくシンポジウムのように、女性医師を中心とした医師たちが不足しない、あるいはきちんと定着できるということは、地域医療が確保できるということです。そうすると、地域医療が確保できるということは、当たり前ですが、県民の健康が、あるいは医療が充足して、県民の直接のメリットになること、少し理屈っぽいですが、県の税金でもって仕事をしている私たちの責務でございますので、そういう意味も含めて、直接県民に役立つことにつながるようなことを今後ともやっていきたいと思っております。どうぞ皆さま、よろしくお願ひします。今日は本当に、お招きありがとうございました。短い時間ですが一緒に勉強させていただきます。

今村定臣日医常任理事 私自身、長崎の地で産婦人科の小さな病院をやっているという関係もございまして、この女性問題にかかわる職務を担当させていただいています。



私には二人、医師になった娘がおりまして、この問題というのは本当に他人事ではないという感じがございます。キャリアサポートといいますが、子のために周り一家全部で支えているというような状況で、自分が担当しながら、本当に力不足だということを毎日実感しているところでございます。

いま、この女性医師の問題というのは、医師不足の問題とも絡みまして、また女性医師が非常に多くなってきたということもあり、国の施策の非常に重要な部分を占めております。それに伴い、私ども日医の中でも最重要課題の一つということで取り扱わせていただいております。

また、女性医師に限らず、女性の問題をきちんと扱おうということで、昨年から、女性の健康週間というのが、国としても主唱して、私ども日本産婦人科医会と日本産科婦人科学会が、その三者が一緒になって、全国各地で3月1日から3月

8 日までの、ひな祭りを中心とした 1 週間、それに 3 月 8 日の国際女性の日というのを加えて 8 日間を女性の健康週間とし、全国各地でいろいろな催しをさせていただいております。

それでは、あらためましてごあいさつを申し上げます。本日は、平成 20 年度山口県医師会女性医師参画推進部会総会、女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会にお招きいただきまして、誠にありがとうございます。

山口県医師会の先生方には、日ごろより木下会長をはじめ、日本医師会の会務の執行に多大のご支援をいただいておりますことに、まずもって深く御礼を申し上げます。また、前会長の藤原先生には、現在、日本医師会の常任理事として、執行部にご参画をいただき、私もご指導をいただいているところでございます。

ところで、本講習会では女性医師がキャリアを中断することなく就業を継続していくためには、病院長先生をはじめとする勤務先の上司の方、同僚の方の理解が不可欠であるという認識をもって、女性医師に関する就業上の問題点を明らかにし、子育ての支援などにつつまして理解を深めることを目的にし、厚生労働省からの委託を受けております医師再就業支援の一環として開催されている事業でございます。

山口県医師会におかれましては、平成 18 年度、19 年度に引き続きまして、今年度もこの講習会の開催にご協力を賜りましたことに、また男女共同参画の実現に日ごろから真摯にお取り組みいただいていることに対しまして、山口県医師会の先生方、また本日までご出席の先生方に、日本医師会より心より敬意を表し、また感謝を申し上げます。

医師に占める女性の割合は年々増加しており、この 10 年間、3 割を上回る状況でございます。こういうことから、医師不足の一因として、女性医師の就労問題がクローズアップされてきておりますが、女性医師の問題を、単に医師不足問題における単なる数合わせの理論として終わらせてはならないと考えております。

女性自身が、自信と誇りをもって、医師としての使命を全うしうるような社会的基盤の整備が極

めて重要かつ喫緊の課題であると認識しております。本講習会のテーマそのものと言うことができます。

妊娠、出産、育児という女性特有の属性が原因となりまして、女性医師がやむをえず就業の継続を断念しているという現況を改善していくためには、女性医師のための支援という視点を超えて、子育て中の医師の支援というものは、女性医師の支援の枠を超えて、すべての医師の就労環境の改善につながるという考え方の転換が必要であると認識しております。

本日の講習会におきましては、日本女医会の小田泰子会長より、女性医師のワークライフバランスについてのご講演、そして同じテーマでシンポジウムがもたれまして、コメンテーターとして私もお話しをする時間を頂戴しております。ご出席の先生方におかれましては、それぞれの病院におきまして、男女共同参画の推進、すなわち女性も男性もワークライフバランスが充実するような取り組みを進めていく上で、少しでも有益な情報をお持ち帰りいただくことができれば、担当役員としてたいへん幸甚に存じます。本日の講習会が、ご出席の先生方にとって有意義な会となりますよう祈念申し上げ、ご挨拶とさせていただきます。

審議事項

(1) 平成 20 年度事業報告について

松田部会長より報告された。以下のとおり。

「総会」、「特別講演及びシンポジウム」を、平成 21 年 3 月 8 日、山口市ホテルニュータナカにて開催、また「働きやすい病院作り研修会」を平成 20 年 12 月 7 日、山口市小郡ホテルみやけにて開催した。

女性医師が仕事をやめず、働き続けるための支援として、①勤務形態の県内病院共通基準(案)の策定、②育児支援(保育施設情報の県医師会ホームページへの掲載、個人で頼める保育サポーターバンク及び保育相談組織の立ち上げ着手)、③女性医師職場復帰支援(非医師会員・非勤務女性医師のリスト作成、女性医師ネットワーク「Y-JoY ネット」作り)の三つを行った。また、女子医学生や若い女性医師のサポートとして、①女子医学生対象インターンシップ協力医療機関の

募集を実施、②情報交換会を開催（霜仁会との連携）、女性医師と女子医学生の交流会へ参加した。

(2) 平成 21 年度事業計画について

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。

総会は平成 21 年、宇部市にて開催予定。講演会は未定。

女性医師支援として、①勤務形態の県内病院共通基準（案）の運用の働きかけ、②育児支援（国と山口県の事業による保育相談員を中心に、山口県内の医師対象の保育に関する情報提供、保育施設や育児サポーターとの仲介などや、県医師会ホームページの内容の充実）、③女性医師職場復帰支援（非医師会員・非勤務医女性医師のリストづくりの継続と Y-JoY ネットの充実）の三つを行う。

女子医学生・若い女性医師のサポートとして、①女子医学生対象インターンシップの実施、②医学生対象に、医師の働きかけに関する医学部講義の一部担当、③医学生組織 en-JoY ネットとの連携、の三つを行う。

(3) 理事の就任について

中村久美子（防府）

長島由紀子（山口大学）

特別講演会及びシンポジウム

「女性医師が仕事続けるために」

内平副部会長（座長） 本日の講師である小田泰子先生は、日本女医会会長であり、また宮城県医師会常任理事でおられます。小田先生は北海道にお生まれになり、昭和 34 年、北海道大学医学部を卒業、昭和 63 年から宮城県眼科医会副会長と同時に東北眼科医会連合会副会長を務められました。平成 6 年から平成 12 年までは、仙台市医師会理事、平成 10 年から平成 16 年まで宮城県女医会会長を併任されておられます。平成 14 年に宮城県医師会常任理事になられまして、平成 18 年からは日本女医会会長としてもご活躍中です。この間、平成 16 年には文部科学大臣賞を受賞され、また、昨年 7 月に福岡で開催されました日本医師会主催の第 4 回男女共同参画フォーラム

では、シンポジストとして「天の岩戸を開く」という題で、女性医師の意識改革についてご講演をされました。

私たち会員一同、今日の先生のご講演をたいへん楽しみにお待ちしておりました。本日、小田先生には、「女性医師が仕事続けるために—私たちには夢がある—」と題しましてご講演をいただきます。ではよろしくお祈いします。

小田 ご丁寧なご紹介ありがとうございます。また、このようなチャンスを与えてくださいました関係者の方々に深く感謝を申し上げます。

もはやマイノリティではない

若い女性医師が増えています。今年（平成 20 年度）の医師国家試験合格者総数は 7,668 人で、そのうち女性は 34.2%、2,622 人と過去最高でした。ここ 10 年間、女性は医師国



家試験合格者の 30% を超えています。30% を超したらもうマイノリティとは言えません。私たち女性は社会的に無視できない存在になった、と同時に、責任をもたなくては行けない存在にもなったのです。年齢別女性労働力をみますと M 字カーブを描きます。子育てを機に女性が仕事を辞めることによるのですが、女性医師の M 字カーブの切れ込みは緩やかです。働かないと非難されますが働いている女性医師は多いのです。日本女医会は、卒後 11 年から 15 年の男女の医師に調査をしました。卒後 11 年から 15 年と申しますと、35 歳から 40 歳、まさに働き盛りですが、女性の 3 割は、すでにパートタイマーでした。女性は、大きな病院に勤めない傾向があります。専門的スキルを身につけられるか、出産、育児、介護など家庭と仕事の両立ができるか等に女性は悩みますが、これは個人的な問題であると同時に社会が解決すべき問題でもあります。

「女の働きやすさはボスとだんなが決める」。これは、第一回日本医師会男女共同参画の会で講師をされた大阪厚生年金病院の清野佳紀先生が言われた言葉です。清野先生のお考えは、女性が仕事



を続けるには男性（上司と夫）の理解が必要ということでした。でも、私はこれを聞いて、万葉集巻一の巻頭にある雄略天皇の歌を思い出します。「こもよ みこもち」から始まる歌です。現代文にしますと「美しいかごを持ち、美しいへらを手には、この丘で菜を摘む娘よ、そなたはどこの家の娘か、名前は何というのか」に続いて「われこそは」と名乗ります。このように天皇に名乗られたら、菜摘ます子の意見を聞かれることはなかったのではないのでしょうか。この歌は相聞歌とされていますが、「ボスとだんなが決める」に、これと同じニュアンスを感じます。

現代社会の繁栄をもたらしたのは資本主義で、それを支えたのは男性型労働です。男性型労働は、終身雇用、年功序列、長い拘束時間で成り立ちます。このような労働は家庭を守る人がいて成り立つもので、ここに男女の役割分担が生じました。女性医師は悩みます。医師としての技術や実力を身に付けたい。主婦・母親として家事・育児もしっかりしたいと考えますと、時間的余裕が全くなくなります。かつては女性が得たサラリーを子育てに投入しますと、ある程度のことはできました。でも、今は自分のサラリーだけでは不足です。それでも仕事を続けることで、子ども、夫、勤務先、みんなに迷惑をかけていると女性は罪悪感を持つようになります。そして、そこまで心理的・身体的重圧に耐えて努力をしても女性はなかなか昇進できません。後輩の男性医師が上司として医局から派遣された経験を持つ女性は稀ではありません。

諦めて専業主婦となる人もいます。しかし、専業主婦は孤独です。責任が重く、毎日が単調です。

さらに専業主婦は無償労働なので、友達に取り残されていく寂しさを味わい、自己評価が低くなります。そして夫は夜遅く帰宅して「メシ、フロ、ネル」しか言わない男性が、いまだに多いのです。育児不安は母親が自分自身に満足していない状況でなるといわれています。専業主婦が育児不安になるのは当然です。自分以外の世界に関心をもたない夫、「3歳児まで母

の手で」「育児は女性の天職」「母親の不在と子どもの心理」など子育てに関する言い伝えも女性の重圧になります。女性は家庭で、職場で孤軍奮戦します。そのような妻の葛藤に夫は無関心です。夫婦に心理的なずれが生じます。結婚 15 年以上の妻の満足度は急激に低下するというデータもあります。

しかし、女性の社会進出は、歴史的、社会的な背景があつてのことで後戻りはできません。性別役割分担の因習を解決する知恵が必要です。意思があるところに道は開かれ、その道は、あとに続く人たちの道標になります。人間は、生涯、成長し発達し続ける存在です。女性も一人の人間として、家庭や育児以外の世界で成長発達を希望しています。「育児は育自」ともいわれます。二人で働いて、二人で子育てする。そういう意識を男性も持ってほしいです。男女平等といわれますが、平等ではなくても、公平であってほしいと希望します。

忙しい勤務医 女工哀史

女性勤務医は女工哀史の世界ではないでしょうか。保育施設を整備し短時間正職員制度があるのに利用しない、と非難されますが、今の育児支援は硬直的で使い勝手が悪いのです。最近、勤務医の負担が特に増えています。会議が増え、研修医の教育や指導も加わり、独立採算制になって患者数増が奨励されます。入院期間短縮のため検査の外來実施、説明義務などのため患者一人に費やす時間も増え、急患も増えました。あまり忙しいものですから男性勤務医は女性医師を「時間になると帰る」、「すぐ休む」、「続けざまに産休・育休を

とる」、「権利ばかりを振り回す」と非難するようになりました。しかし、女性だって怠けているわけではありません。子育て、家事、介護を主体的にしたことのない人に非難する権利はありません。

女性医師の勤務時間は決して短くはありません。週に 50 時間、60 時間働いている人が多いのです。医師の時間外労働は、かつては善意でした。それが当然になって、いまは義務になってしまいました。男性勤務医はどうしてこんな勤務を我慢し続けるのでしょうか。これを変えることができるのは男性です。change、challenge、courage、これはオバマさんの言葉ですが、ぜひ日本の男性にも捧げたいと思います。

女性医師は天の岩戸に隠れようとしています。社会は過酷な男性型労働基準に合わない女性をドロップアウトと非難します。退職は女性医師の無言の反抗です。「休ませてください」、「早退させていただきます」、「昨日は急に休みまして申し訳ありませんでした」と、お願いし謝ってばかりいるのは辛いのです。最近、岩戸を捜す男性医師も現れました。「立ち去り型サボタージュ」なんて言われていますが、これは男性のルネサンス、人間性の復帰ではないでしょうか。

高学歴女性には労働意欲と能力はあります。でも、一般に配偶者は高収入ですので、専業主婦になることも可能です。高等教育を受けた女性が専業主婦になるのは、費用対効果の点でどうでしょうか。女性医師支援にはアメとムチが必要です。ムチは責任、自覚です。一人の医師を育てるのに多くの社会資本が投入されています。また、自分が医学部に合格することによって、一人の夢を壊した自覚、責任をもたなければなりません。30%を超したことから生じる社会的責任もあります。アメとしては、働きやすい環境整備があげられます。育児支援は当然ですが、復帰後のポスト保障、キャリアアップ支援も必須です。女性医師と結婚した男性、それから女性医師を家庭に迎えた家族、舅姑の応援もほしいです。パートタイムでもいいですよとか、短時間正職員を認めますと、女性医師優遇のようにみえますが、女性を単なる診療補助者に貶める、使い捨てにしようとする悪魔のささやきではないでしょうか。

復帰後の展望がみえません。世界銀行の調査によりますと日本は世界一の残業立国で、日本人の睡眠時間は年々減少しています。それでいて一人あたりの労働生産性は OECD 7 か国で最下位です。男性にこそ仕事と家庭の調和が必要です。

フランスの合計特殊出生率は 2.0 を超えました。フランスは週 35 時間と、もともと労働時間の短い国です。女性は出産後、同じポストに戻る規定を作りました。さらに手厚い出産費用、育児中の所得保障、子育て支援の充実など、フランスは子どもを産み育てることが不利にならない社会を作っています。日本は子どもを産み育てることが不利な社会です。女性は 10 か月、おなかの中で子どもを育て、命をかけて出産し、産まれた子を大事に育て教育をします。このようにして大きくなった子は社会の人材になるのです。子どもはいずれ手を離れます。子育て 10 年といわれますが 10 年はかかりません。長い目でみていただきたいと思います。

進む人口減少

今年の元旦の新聞、第一面に「昨年、日本の人口は 5 万人減で過去最大の自然減。少子化は一段と加速し、新成人数は過去最低。2005 年から死亡数が出生数を上回り、日本は本格的な人口減少の時を迎えた」という内容の記事が載りました。国立人口問題研究所も人口推計を発表しています。2006 年に出した推計ですが、日本の合計特殊出生率が 1.26 前後で推移し、平均余命が 1 年に 2～3 か月延びるとの仮定で推計しますと「2050 年の人口は約 3,000 万人減となる。65 歳



以上の人口は、今の 20% から、40% (2 倍) になる。平均年齢は、今の 43 歳から 54 歳に、14 歳以下の人口は、今の 7 人に 1 人から 12 人に 1 人と減る。20 ~ 64 歳の労働年齢と高齢者との比は、今の 1 対 1 から、1 対 3 になる」というのです。女の人に子どもを産んでもらわなければ日本に未来はないと思いませんか。

働く女性の子どもの数は、決して少なくありません。結婚して 5 年目くらいまでは、専業主婦の方が多のですが、10 年、15 年になると、働く女性の子どもの数が専業主婦より多くなっていきます。一般に働く女性は健康ですし、専業主婦は育児不安になり、一人で十分という人、経済的にも一人以上育てられない家庭もあります。OECD 加盟国の合計特殊出生率をみましても働く女性の多い国の方が出生率は高いのです。自分の意思で子どもを産むことができる社会で出生率が下がるのは、未来に希望をもてないことの表れではないでしょうか。ほしい人、産みたい人が安心して産める環境整備が必要です。

女性の困難

女性は子育て、家事、介護、それだけでも大変ですが、なぜ外で仕事をしたいのでしょうか。保育園の数とその機能、熱が出た、転んだといって、すぐ母親に連絡があるような、保育園機能が良いのでしょうか。ここに子どもを預けて働く女性の負担は軽減されるのでしょうか。女性の負担だけが増えるという感じがするのです。

女性の困難はたくさんあります。夫に対して妻、子どもに対して母親、夫の両親に対して嫁、自分の両親に対して娘、これらの役割をある程度こなさなければ女性は一人前と認められません。一方、男性は夫、息子、婿、父親としての役目を何一つ果たさないで、ひたすら仕事人間でいても一人前と認められます。共働き夫婦の帰宅では、男性は悠然と書類かばんを持って帰宅します。女性はたくさんの荷物を持って、いつも小走りです。帰宅後に男性には休息、女性にはキッチンが待っています。これは日本だけではなくありません。男性には sofa と slippers という言葉があります。

9,000 人の男女を対象に仕事と家族に関する全国調査をされた方がいます。その結果は、将来

フルタイムで働きたい女性は、既婚者で 23.7%、未婚者で 32% でした。若い人は飛ぶ前に怖がっています。やってみたらできることもあるのです。この調査を行った日本大学人口研究所の小川直宏所長さんは「政府は保育園を増やすことで女性の働きやすさと少子化対策をしようとしている。しかしこれは女性の社会参画につながっていない。女性の社会参加を促進する要因は別のところにあるのではないかと結論しています。

しかし、働く女性の満足度は高いのです。仕事は面白いし、社会参画は喜びです。障害者のリハビリテーションの最終目的は「障害者を納税者にすること」といわれますが、社会に居場所をもつのは人間共通の希望です。また、自分らしく生きることができます。自分の親やきょうだいへの援助や、ちょっとした買い物を自分のポケットマネーでできるのは嬉しいです。従属関係からも抜け出します。「誰のおかげで食べさせてもらっているんだ」なんていうことは聞かないで済みます。二人の生活も安定します。夫だって不死身ではありません。子どもが大きくなれば教育費もかかります。一家に二つの収入源があるのは男性にとっても心強いことではないでしょうか。

日本の社会保障と政治

日本の社会保障は医療と年金に特化し家族福祉、子育て支援が非常に手薄です。いま多くの人々は介護、通院、3 か月毎の転院要請、在宅での費用、人手などに困っています。医療についても医療費削減政策で要介護から要支援へ、入院期間短縮、リハビリ期間の短縮等が行われています。さらに政府は療養病床を減らして在宅医療に誘導しようとしています。しかし、在宅医療は、家族 = 女性がいないと成立しません。また、退院後のめどが立たない独居老人も多く、介護難民、姥捨てといわれる状態になっています。これについて慶應大学の金子 勝先生は、恨まれるのは現場の医療者で、その誤解を解くのは難しいと言われます。医師は医療政策について発言する義務があります。最近、自治体病院などの公立病院が閉鎖に向かっています。これを個人経営にすれば存続できるのは、どこかからくりがあるのではないのでしょうか。公立病院のままで存続できる方策を探すべきです。

Government of the people, by the people, for the people、これは民主主義の原則ですが、福澤諭吉は「政府タランモノハ其臣民ニ満足ヲ得セシメ初メテ眞ニ権威アルト云フベシ」と解説しています。政府＝行政は国民に満足を与える役目があります。今の政府は私たちに満足を与えているのでしょうか。もちろん people の役割もあります。自分に何ができるかを考えて行動する人民、黙って立ち去る医師ではなくて、地域に腰を据えて発信し続ける医師でなければなりません。

マネジメントの基本に PDCA サイクルがあります。Plan、Do、Check、Act の頭文字から作られた言葉です。プランを立て、実行し、評価をし、それをもとに行動を変えて、次のプランにもっていくというサイクルです。しかし、日本はプランを立てて実行はしますが、チェックをして、その結果で行動を変えることをしません。やりっぱなしです。変化なくして進歩はありません。変化を恐れず勇気をもってチャレンジしていきたいと考えます。

女性が仕事を続けるために

女性が仕事を続けるためにはモチベーションとポリシーが必要です。働き続けたい意思を人に伝える努力も必要です。すべての要求は通りません。周囲との人間関係を大事に、したたかに、しなやかに生きましょう。

WHO が出している女性に関する指数 HDI(人間開発指数)と GEM(Gender Empowerment Measure)によりますと、日本の女性は健康で長生きし、教育程度は高いのですが、能力に見合った役割、発言力を与えられていないことがわかります。

女性医師が就職を決める条件があります。まず、医師として技術を身につけられる病院機能、子育てをしながら働くために院内保育所、延長保育、病児保育、フレックス勤務制などの環境整備、それに、夕飯の材料が調えられる院内売店もほしいです。

若い女性に

若い女性に申し上げたいのです。体力と知力を養って計画的に生きましょう。結婚相手選び方は慎重に、出産や子育ては、できたら早めに、体力のあるうちに済ませましょう。研究と仕事は、

じっくり取りかかっているのです。どんなことがあっても仕事を続けてください。生きることは闘うことなのです。

なすべきことに順位を付けましょう。調理された食品をテーブルに並べることに罪悪感を捨てましょう。できないことの責任を夫や子どもに転嫁しないようにしましょう。完全に正しい生き方も、完全に正しくない生き方もありません。人生平坦な道はありませんが、流した汗と涙だけは報われます。

「女性は、ティーバッグのようなものだ。熱いお湯に入れられて初めてその真価がわかる」とルーズベルト夫人が言われたそうです。しっかりと目標を定めて、戦略を立て、提言しましょう。まず、労働基準法を無視した超超過勤務にペナルティ、女性登用にクオータ制の採用、男性の育児休暇取得の推進と義務化などを提言したいと考えています。乳母車を押してみることがあります。いまは多様性の時代です。

昨年夏、宮城県医師会に、産休育休中の医師会費減免申請が出されました。これを受けて役員会で議論百出しました。そのときに「育休を終えて後、この人がどういう働き方をするかが問題」という意見がありました。私もその通りだと思います。女性はまだ一人ひとりがパイオニアなのです。

私たちには夢がある

自分らしく生きましょう。いつも輝いていましょう。できなかったことの言い訳は悲しいです。人生は一回きりです。自分の前には道はない。自分の後ろに道ができる。これは高村光太郎の詩ですが、みんな一人ひとり新雪の上に足跡を付けながら人生を歩いていくのです。

日本女医会宣言

最後に、日本女医会は「若い女性の健康を守るために子宮頸がん検診と HPV ワクチンの啓発・普及活動を行います」と宣言をしました。ぜひ日本女医会にご入会され、ともに活動をしてください。

質疑応答

内平副部会長(座長) どうもありがとうございました。フロアからのご質問などがございましたら、いまお受けしたいと思えます。

中村 山口県立総合医療センター麻酔科の中村と申します。たいへん貴重なお話をありがとうございました。勇気づけられたような気がします。私は医師になりまして 20 年以上、この中では、たぶん本当のマイノリティーと考えていい、独身を通しております。べつに主義主張でそうしているわけではないのですが。ただ、こういった会に参加させていただくことがだんだん多くなりまして、いろいろと皆さんのご意見をうかがっているのですが、自分自身も相談を受けることが数多くあります。

ごく最近、出産を控えている女医さんがいらっしゃいまして、やはり仕事とどうバランスをとるかというのに、その方は、いろいろな方の意見を慎重に聞いて、悩んでいらっしゃいます。こういった方に対して、私たちは助言をすべきなのでしょうか、それともご自分の意思をある程度はっきりさせてからのほうがいいのでしょうか。先生のご意見をうかがいたいのです。



小田 人それぞれで正解はないとは思いますが、私は「やってみるべきだ」と思います。飛んでみなくては、飛べるか飛べないかわからないのです。とにかく、やりたいことをやってみる、失敗してもいいのです。「失敗を恐れるな」ということです。

松田部会長 今日はありがとうございます。これだけまとめて言っていただくと、胸のつかえが下りたような、でもこう考えないといけないというのがよくわかりました。今日は女子学生の人も来ていまして、彼女たちも、来たかいたがよかったと思われていると思います。講演中に女性登用のクオータ制とおっしゃったのですが、それはどういうことか教えていただけますか。



小田 韓国でもこれを採用しています。割当制でも訳すべきでしょうか。例えば、日本医師会の会員の何 % が女性なので、役員の何 % を女性にするという制度です。これを採用している国では女性の発言力は上がっています。

内平副部会長(座長) 日本女医会の平成 21 年度の活動計画で、なにか具体的なものがありましたら、みんなに教えていただきたいと思います。

小田 まず、子育て支援活動があります。去年までは小児が急病になったとき、どういうときに救急車を呼ばなくてはいけないか、どういうときには自宅で様子を見て良いのかをまとめたパンフレット「どうしよう子どもの救急」をつくりました。非常に好評です。

それから、高齢者支援では在宅介護のための「たん吸引の講習会」を開いています。DVD を作り講師を派遣し、人体モデルや吸引器を使って実技指導もしています。その他「10 代の性と健康の指導者養成講座」、「胃瘻ケア・口腔ケア講習会」などの活動もしています。

日本女医会の HP も充実しつつあります。学生と研修医の会費を無料にしました。

内平副部会長(座長) ありがとうございました。淡々と話されながら、でも非常に力強いメッセージを私たちに発してくださいました。ここに集まりました女医も、女子医学生も、非常に励まされたと思います。

講演を聞いて、いまま



での考え方とか生き方を change しないとイケないと感じたのは私一人ではないと思います。ここ山口県でも、明日から女性医師のみならず男性医師も、本当の意識改革をして、そして医療界における真の男女共同参画を目指して努力していきたいと思います。男女共同参画すなわち、われわれの夢ですね。その、われわれの夢の実現を目指して、明日から努力してまいります。本当にどうもありがとうございました。

シンポジウム「女性医師のワークライフバランス」

上田部会理事(司会) それでは、今からシンポジウム「女性医師のワークライフバランス」を始めます。よろしくお願いいたします。

さて、発表にはいる前に、3つの提案をします。それは「ワークライフバランス」の定義について、女性医師問題における「女性医師のワークライフバランス」の意味とその占める位置について、最後に「具体的な進行」についてです。

まず、ワークライフバランスの定義について、直訳は仕事と私生活の共存です。Wikipediaによると、「国民一人ひとりがやりがいや充実感を持ちながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域社会においても子育て期、中高年期といった人生の各段階において多様な生き方を選択実現できること」とあり、それぞれの立場や状況でさまざまにとらえ方ができます。仕事に関するものでは、企業でのワークライフバランスの取り組みの目的として、従業員がはたらきながら、仕事以外の責任や要望を果たせる環境をつくり、持っている能力をフルに発揮できるようにサポートすること、とあります。ここで、仕事以外の責任や要望としては、パートナー、家族、友人、自己成長、余暇・趣味、健康、精神的安らぎなどが挙げられています。そこで、本シンポジウムでのワークライフバランスの定義としては、育児中の女性医師が、仕事と家庭を共存させながら持っている能力をフルに発揮できること、と定義したいと思います。



さて、話が少しずれますが、なぜ、「女性のワークライフバランス」でなく、「女性医師のワークライフバランス」がこれだけ問題として取り上げられるのでしょうか。一つには、現在、医師不足が大きな社会問題になっているからということとは間違いありません。私たち医師にとって、医師という職業は、プライベートな職業であると同時に公共性を持つ職業でもあるからだと思います。つまり、医師を続けることには、社会的責任がある、と感じています。次に、ではなぜ「医師の」ではなくて「女性医師の」なのでしょう。それは、女性が社会に進出する際には、まだ多くの障害があり、女性医師はその問題を抱えているからだと思いますし、それがなければ、本来は「医師のワークライフバランス」について考えるのが望ましいと思っています。

本題にもどりまして、女性医師問題とワークライフバランスについてです。まず、医療界には、大きな3つの問題が明らかに存在していると思います。それは、女性の家庭への拘束、医師一人当たりの労働時間増加・多いノルマ、そして、少ない女性管理職です。女性の家庭への拘束を引き起こしているのは、一つには不十分な育児支援でしょうし、一つには社会的性別役割分担意識や男性優位社会だと思います。家庭への拘束があるため、女性医師は退職又は労働時間を減少させないとやっていけない状況に追い込まれます。それは、女性医師の労働生産性低下、医師全体の労働生産性の低下につながり、結果的に医師一人当たりの労働時間は増加します。一人当たりのノルマは多くなるため、女性医師はますますやっていけなくなります。さらに、夫が医師の場合は、夫が家事育児に協力することが困難となり、女性は家庭に拘束されることとなります。一方、女性医師が医師として伸びる時期に労働時間を減少させると、キャリア形成不十分、昇進率低下につながります。これは少ない女性管理職の原因となりえます。上層部に女性が少ないと、女性の意見が社会や組織に反映されず、男性優位社会が続くこととなります。女性医師問題を解決するには、この二つの悪循環のどこかを断ち切ることが必要です。それには、いろいろな方向から同時にせめて行くことが大切です。

「ワークライフバランス」を考え、現在の状況で、女性医師が仕事を続けていくことは、悪循環を断ち切るひとつの方法だと思います。

次に、「女性医師のワークライフバランス」と医療における男女差をなくすためのステップとの関係を考えてみました。まず、最初のステップとして、育児中の女性医師を退職させないこと、今日の主なテーマです。退職する女性医師が減ると医師全体の生産性は増加するでしょう。次のステップは、女性医師と男性医師の職場での日常業務の差をなくすことであり、家庭への責任も男女同等に認めることだと思います。ステップ 1 で考えられた多様な勤務形態は、オプションとしてすべての医師に提示されることが望ましいと思います。これは、医師全体のワークライフバランスを考えることや医師の生産性増加につながります。次のステップは女性医師と男性医師の昇進割合の差をなくすことだと思います。これには、女性医師が男性と同等の研究や業績があげられるような時間を確保することが必要です。そして同じ業績であれば公平に評価する上層部の意識改革が必要です。そして、管理職における女性と男性の割合の差をなくすことが大切だと思います。組織での最終意志決定の場に、女性の意見が反映されるようになり、男性・女性を問わず働きやすい環境を作ることが最終目標だと思います。このような目標を見据えた上で、今日の討論ができたと思っています。

今日の具体的な進行について、まず、4 人の先生と 1 人の学生さんにそれぞれの立場でご発表をお願いしています。仕事と育児に奮闘中の女性医師として讃井先生、育児を終えた女性医師として山縣先生、女性勤務医として金山先生、医学生として瀧内さん、そして管理職として沖田先生をお願いしています。その後、小田泰子先生と今村定臣先生にコメンテーターとしてご参加いただきたいと思っています。

ご発表の先生方には、テーマがワークライフバランスということで、まず、それぞれのご家庭の環境やお仕事の状況などを、できる範囲で結構ですから、ご紹介していただければと思っています。ちなみに、私は、麻酔科勤務医として働いていた時期に、育児と仕事の両立が困難となり、一

時期退職したことがあります。私のように退職せずに、仕事も育児も生き生きとできるような環境を、後輩たちのために作ってあげたいと思っています。

それでは早速ですが、県立総合医療センター産婦人科の讃井裕美先生にご発表をお願いいたします。

1. 「育児中の女性医師として、今大切なもの」

山口県立総合医療センター 讃井 裕美



私は勤務医をしながら、去年 37 歳にして第三子を出産しまして、今年 1 月から、育児休業を使って働いています。県内で、この育児休業制度を使って復職している第 1 号だそうです。

今回は、この育児休業制度のことと、自分がどのように育児と仕事をしてきたかについてと問題点をお話しします。

私は卒業 5 年くらいの時に、医師 4 人、僻地勤務の茶川先生がいらっしゃった美和病院で働いておりました。仕事を忘れてくなかったのと、医師の補充もなかったので、第一子、第二子出産のときは産休をとったのみで、すぐに復職しました。たった 4 か月の休みだったのですが、薬の名前を忘れていたり、勘が鈍ったりで、担当している患者さんやほかの先生の方にたいへんにご迷惑をかけました。また、自分もすぐにおっぱいが出なくなって、すごく悲しかった思い出があります。

今回は、3 人目の出産なのですが、面の皮も厚くなっているので、新しく始まった育児休業を使って週 3 回の勤務をしています。

うちの家族構成についてですが、今は実家の両親と同居しています。私の父は元小学校教師で、現在は幼稚園長、母は主婦、夫は理学療法士です。子どもは 4 年生と 2 年生、9 か月の 3 人です。私の至福の時間は、おっぱいをあげながら子どもと川の字になって寝る時間です。長男の左手に障害があったこともあって、家族全員が育児に協力的です。

新しい育児休業について、以前の育児休業は、

子どもが 1 歳になるまで 1 日 1 時間の時間短縮でしたが、新しい山口県職員の育児休業制度では、6 歳までの子どもをもつ親ということで期間が広がり、最短週 20 時間の勤務ができるようになりました。時間もフレックスで、このようにいろいろなパターンが選べます。私の選んでいるのは週 3 日勤務です。主に外来業務をしております。

勤めている間は、母に自分の子どものことを頼んでいます。火曜と木曜は、私は子どもと係わることができるので、いままでみることができなかった子どもの宿題をみて、参観日にも出席して、母乳をあげたりすることもできます。子どもも少しゆったりと育てることができます。火曜と木曜を休んでいますので、ほかの先生にはたいへん迷惑をかけますし、主治医をもちにくいというところがあります。週 3 日勤務で責任ある仕事ができるかというところが問題点です。

3 人目を産みたいと私が言ったときに、ある人(女性)が私に「働きながら 3 人目?それって、ぜいたくすぎるわよね」と言われました。リチャード・ドーキンス博士という人が、「生物は DNA の乗り物である」と言いました。子どもを産み育てることは、生物としての基本的な欲求、自然な欲求、生きる目的です。私の DNA が欲求しています。しかし、人間社会で生きていくには、仕事という自己実現の方法があります。この自己実現の方法と生物としての欲求を満たしているのだろうか、自問自答しました。

しかし、これだけ女性医師が増えているのですから、働きながら子育てをしやすくすることというのは種の保存にも役立つのではないかと、このように言い聞かせながら、仕事しております。

加えて、これは平成 19 年 4 月の日産婦の会報に載せられた、日本の男女別年次別の産婦人科医師数です。昔は、10 人に 1 人、または 20 人に 1 人が女医だったのですが、30 代については、ほとんど 2 人に 1 人が女医です。20 代については、もう男女逆転しております、女性のほうが多い状況になっています。この女医さんたちみんなが、つらいからといって、もし産婦人科医を辞めてしまったら、産婦人科は立ち行かなくなってしまうので、いかに女性が働き続けられるかが、産婦人科の存続にかかっています。

加えて、働く女性の環境の変化です。私たちの祖母の時代は、家内労働であったために、子連れで働くのが普通でした。子どもが多いので、上の子が下の子の様子をみていました。母の時代には、専業主婦が大半でしたが、治安もよかったので、子どもたちは外で遊びながら親の帰りを待っていました。そういう子は多かったと思います。

しかし現在では、外で働く女性が増え、治安も悪化、少子化で近くに遊ぶ子どももなく、預ける場所も少ないと、劣悪な状況になっています。

加えて、先輩方の女医さんはスーパーウーマンのように、主婦もこなし、すべてをやってこられたという、すごい女性ばかりだったのですが、これだけ人数が増えた私たちは、普通の女性です。医師という仕事をもつ普通の母親として扱われています。PTA 役員も普通に当たってきます。

それでは、私がどのように過ごしてきたかを示します。子どもの小さいころは、核家族でした。私は病院内科医をしていましたので、私の病院の官舎に住み、夫は車で 30 分くらいの病院に通って、0 歳の長男は子守りさんに預けて、2 歳の長女は保育園に預けていました。保育園に 5 日行くのは子どもにとって疲れることのように、よく熱を出して、一度は乳様突起炎になって、肝を冷やしました。私も、家事をこなし、慣れない育児をし、宅直をこなすのはけっこうきつかったのですが、みんなきついてもがんばっているのだらうと思っていました。

しかし、あまりに長女が熱を出すので、実母に来てもらって、週 1 日は保育園を休ませていました。それによって少し中耳炎になる回数が減りました。ときどき子どもはゆっくりと自分のペースで過ごす時間が必要だったようです。

夕方、私が遅く帰ってから食事の支度を始めると、だいたい食事は夜になってしまい、子どもを寝かしつけるのが遅くなります。

そこで、知り合いに元調理員さんを紹介していただいて、掃除と夕食の準備をお願いしました。これですぐぶん楽になって、食事を家族と一緒に食べることができるようになりました。

お手伝いさんが、いい方がいらっしやると、たいへんに役に立ちます。ただ、子どもが病気のときは、どこに子どもを預けようかとかなり困りました。

小学校に子どもが入るのをきっかけに、実の両親と同居を始めました。小学校は低学年の間、たいへん早く学校が終わります。初めは給食もないです。学童保育を使って、とっていました。治安の悪化を理由に、防府では 5 時にお迎えが必要です。これは、普通の母親でも無理な時間です。また、勉強についても、宿題以外はさせないので、勉強が遅れている子には、かなりきついです。子どもが自分で支度をして、宿題もして、日課表をそろえてということが定着するまで、親の仕事は倍増します。

おまけに長い夏休み、春休みがあります。私は帰りが遅く、当直もあり、学会発表もあり、家事や教育もすべて私の母の肩に重くのしかかりました。PTA 役員、子ども会役員、いろいろなものがのしかかって、みんながストレスを抱えました。加えて、私の娘の宿題が多くて、学業不振で、反抗期が重なり、みんながストレス。毎日、子どもの泣き声、子どもをしかる怒鳴り声在家中で響いて、これは家庭が崩壊するぞとたいへんに強く感じました。

そこで、かねてからほしかった 3 人目を妊娠、出産したのをきっかけに、育児休暇、育児休業をいただきました。これで、私が子どもにかかわる時間が増えました。子どもも学年が上がって帰るのが遅くなり、友達もできました。そして、教育については家庭教師の先生を近くをお願いすることで、だいぶ気持ちが安定しました。家事、育児、それを分担することによって、家庭の平穏が得られました。

仕事はとても楽しいです。患者さんに「ありがとう」と言ってもらえるのは、私の至上の喜びです。しかし、家族を犠牲にしてまでは働きません。仕事と家庭、両方ともバランスをとって働きたいと思います。人助けはしたいのですが、まずは自分の家庭からと思います。医師の代わりはいるのですが、母親の代わりはいません。

働くために、あったらいいものについては、まず安心して預けられる保育園、できれば病児保育が付いているといいです。病児保育のところへ一回預けたことがあるのですが、熱を出している子どもが、慣れない環境に連れていかれて、水ぼうそうの隣に置かれてというのは、休めなくてかわ

いそうです。新しい病気をもらって帰ってきます。できれば、いつも慣れている保育園のところに、保健室みたいな形で病児保育が付いていたら安心できるなと思います。

それから、いまたいへん不備なのは学童保育です。料金が、現在 2,500 円ですごく安いのですが、狭い教室の中に 50 人がすし詰め状態。防府市の場合は 2 年生までしか預かってくれません。いっばいだからということで、3 年生以上はだめです。ですので、料金を上げていいから、とにかく時間を延長して、質を向上させてもらいたいと思います。

あとは、よい保育ママさんや家政婦さんにめぐり会えると、たいへんに楽です。これは、なかなかいい方にめぐり会えなくて、いろいろな紹介所を通して頼むと、「子どもに宗教のビデオを見せていいですか」とおっしゃる方がいたりするので、クチコミでの紹介が一番いいですが、なかなか転勤でぱっと行くと、そういういい方にめぐり会えるチャンスがないので、本当に耳をダンボにしてコミュニケーションしないと難しいと思います。

それから、休みやすい雰囲気。男女お互いに休めるといいです。先輩女医さんがいらっしやったときは、「私、いまからちょっと参観日に行ってくるからよろしくね」と言われたので、私も休みやすかったです。男性の方からも、「じゃあ、ちょっと参観日行ってくるからよろしくね」と言われたら、私もやりやすいと思います。

それから、ぜひ、いましたいのはワークシェアです。それから、人員をとにかく増やしていただければ、仕事も私たちが分担してできるので、いいなと思います。ワークシェアができたなら、もちろんワークシェアをする人間が、0.5 人前の給料で 0.7 人分働くつもりでがんばらなければいけないのですが、育児をしながらキャリアがつなげて、仕事を忘れなくて、2 人で 1 人分の給料なら、病院にとってもプラスなのではないかと。それから仕事を辞める人が減れば、医師不足も軽減されますし、ほかの医者にとっても楽です。

私は、ぜひ県立総合医療センターでワークシェアのグループをつくりたいと思っています。男女楽しく、分担して働ける病院をつくっていきたいです。どうもありがとうございました。

2. 「育児を終えた医師として、後輩へのアドバイス」**防府医師会理事 山縣 三紀**

本日のシンポジウムのテーマは、ワークライフバランス、そして私にいただいたテーマは「育児を終えた医師として、後輩へのアドバイス」です。



現在、医学部に通う長男、長女、そして中学校3年生になる二男の3人の子どもがおります。中学生がおりますので、まだ完全に子育てを終えたわけではありません。また、先ほどの先生方のように、女性医師の草分けという年齢ではなく、ちょうど年代で申しますと、団塊の世代の約10年のちの世代です。医学部の女子学生の割合がちょうど1割程度だったと思います。

そのころちょうど、中学校から高校の時代ですが、テレビで学生紛争の様子などを見て驚いておりました。当時マスコミでよく耳にしていたのが、いまではジェンダーの立場から使用しなくなった「ウーマンリブ」だとか「キャリアウーマン」という言葉です。そんな時代に、まさに子育てをしていた私たちの母親は、女性でも学歴や資格を取り、自立した社会人に育てようとしていたように思います。

一方、その母親はといえば、ほとんどが専業主婦であったと思いますし、このことは、のちに私たちが仕事を持ち、いわゆる仕事と家庭との両立で悩んでいるときに、相談者としては一番身近にいる女性である母親が、今一つ物足りないという状況だったと思います。

私は私立川崎医大卒ですが、卒後まもなく学生結婚のような感じで結婚しました。同じころ、開業医であった夫の父親が亡くなったこともあり、卒後すぐ山口大学にまいりました。母校でもなく、友人もなく、また結婚後の、先ほどの先生がおっしゃったように計画出産などは考えず、とにかく早く子どもがほしかったものですから、もしものときのこと、要するに妊娠のことですが、それを考え、入局した医局では、仕事を覚えることはもちろんですが、まずは職場でのよりよい人間関係をつくることに必死だったように思います。

当時の医学部は、在学中に卒業することや国試に合格することに精一杯で、実際に働くことを前提にした準備は何もなく、また現在のような研修医制度もありませんでしたから、医師1年目を、誰も相談する人もなく、まして男性ばかりの職場で迎えることは、たいへん不安なことでした。というわけで、社会人1年目は、言葉や態度、行動すべてに気遣いの多い毎日でした。

しかも、いまの女子学生と違って、社会資源にも無知で、もちろん研修医の立場もあったかとは思いますが、産休とか育休だとかという言葉は全く頭に浮かばず、妊娠したらどうしようとか、職場に迷惑がかかるのではないかと、あるいは出産後の復帰の不安など、いま思い出せば、一人であれこれ悩んでいたように思います。

結局、医療から離れることが恐く、考えた末に、年度末に大学をいったん辞め、母校の川崎医大の病理学教室に研究生として籍を置き、主として神経病理の勉強をさせていただきました。その研究生の立場の間に長男を妊娠、出産し、出産後まもなく山口大学に戻り、2年後に長女を妊娠した際には、さすがに少し大人になっており、産休をいただきましたが、二人の小さな子どもを育てるのは大変でした。長女の出産後は、老人専門病院のパート勤務をしながら、週1回、再び川崎医大の、今度はリハビリテーション科の研究生として、週1回通い、リハビリテーションの処方とか装具の勉強をさせていただいておりました。

研究生というのはもちろん無給ですので、あちらこちらに単身赴任する夫一人の給与で出産費や生活費などをまかなうのは大変で、数年間は、非常に貧しい生活だった覚えがあります。

一方で、お金を稼ぐことのできない立場の研究生として受け入れ、他のスタッフと同じ扱いをしていただいて、どんな状況でも学ぶことや仕事を続けることを応援してくれた母校には、いまもたいへん感謝しております。

長女を産んだ6年後、3人目なのですが、二男を出産したときには、既に夫の開業を手伝っておりましたので、当然、勤務医時代とは違い、仕事の段取りを自分一人ですることができ、精神的な負担は少なく、出産後も皆さま方と同じように事件はありましたが、なんとか上の二人は成人

し、現在に至っております。

私の場合の妊娠、出産、育児は、予想される摩擦を避けて、研究生という立場を利用し、その都度、なんとか空白の時をつくることなく継続して医学にかかわってきましたので、いまの後輩の女医さん方、女子学生さんの参考になるようなものではありません。もしも、いまの時代に医学部を卒業していたならば、出産や育児を終えたあとの職場復帰にそれほど不安をもつことなく、正規に育休を取っていたかもしれません。

さて、私にとってのワークライフバランスですが、いくつかの本を読んだり、集まりにも参加してみましたが、どうもピンときません。それは、これまでも何度もご指摘がありましたように、医師という仕事の責任の重さにあるのだと思います。

たとえ育児中だからといって、いまはやりのトレンドドラマに出てくる美人の女医さんのように、5時になって「お疲れさま」と言って白衣をひるがえして帰っていくことができるでしょうか。たまの休日に、それでも患者さんのことが気にかかり、呼ばれもしないのに病棟に出向いたり、今夜はだいじょうぶと、いつもより早めに帰宅した日にかぎって、なにか事件が起こり、その都度夜中に子どもを連れてオロオロしたり、なにか嫌な予感がするなど夜中まで病棟にいと、何事も起こらず、こんなことなら帰って子どもたちと一緒に風呂に入れたのにと、そんなことの繰り返しでした。

他の職種のように、ほんの少し先のことにも予想がつかず、計画を立てることが難しいので、このことはいつも大阪厚生年金病院の清野先生がおっしゃっているように、主治医制のあり方に基づくものもあるかもしれません。上司が病院にいる間は帰りづらいし、また患者さんの側はどうでしょう。「私の主治医の先生は、いつも遅くまで心配してのぞいてくれるけど、あんたの先生は、いつも早く帰るね」という会話があたりしないのでしょうか。

私にとってのワークライフバランスというのは、仕事と生活のバランスではなく、自分自身の体と心のバランスのように思います。今後、5割に近づいた女子学生が仕事を始めるころ、いまよりさらにワークシェアリングや育児支援などの環

境整備は進んでいると思います。

ワークとライフの時間的なバランスはとれて、確かに仕事をする上での体は楽になるかもしれませんが、それはもちろん、そうあらねばならないのですが、できれば心のほうも軽くなり、責任重大な目の前の仕事に集中できるためには、女性医師だけの問題ではなく、いまの医療現場の医療従事者すべての働き方、ましていまは男性の先生方も非常に過酷な現場となっているのですから、働くシステムのあり方、さらには医療を受ける立場の方々である患者さんの考え方についても変わっていかねばいけないのかなと思います。

後輩へのアドバイスということで、子育てを終えたということなのですが、医療というのは、臨床ですが、スピードです。正確な判断と処置にはスピードが必要です。でも子育ては、結果が出るまでに、とにかく子どもの自立を見届けるまでには15年、20年と長い年月が必要です。数学が得意で、答えは一つというのが得意だったであろう私たちには、仕事を続けながらの育児は、ときにいらだち混乱することもあるかもしれません。

行き当たりばったり、おろおろしながら仕事を続けてきた私ですが、おそらく長男は、働く女性の立場を理解できるだろうし、長女はどんなことがあっても仕事を続けることを望むと思っています。私自身も、今後も彼、彼女の相談相手になることができます。そういう意味では、どのような形であれ、仕事を続けながら、手抜きは最小限にと育児をしてきた結果が、いまようやくみえてきたかなと感じております。

仕事は素早く、子育てはゆっくり。育児をほぼ終えた私の感想です。たいへんまとまりのない話となりましたが、ご清聴ありがとうございました。

3. 「女性勤務医として、育児中女性医師に思うこと」

済生会山口総合病院 金山 靖代



本日は女性勤務医の立場から、女性のワークライフバランスについて私見を述べさせていただきます。

まず、私の週間のタイムスケジュールですが、月曜日、水曜日、木曜日は朝8

時からカンファレンスを行ってございまして、その後手術を夕方まで行っています。火曜日、金曜日は、午前中外来、午後から手術を行っており、毎日手術があります。夕方から、患者さんの診察や病棟業務を行い、夜間に書類の作成、研究発表の準備などを行い、可能であれば研究会へなるべく参加するようにしております。

土日も午前中は回診と病棟業務を行いまして、午後にウィークデーにこなしきれなかった書類作成を行っております。書類といいましても、カルテや手術記録以外に、紹介状、紹介状の返事、保険書類、レセプトなど、かなり膨大な量になります。また、土日も患者さんのご家族の希望などで、手術説明や病状説明を当たり前のように行っています。

私の一日のタイムスケジュールですが、だいたい 8 時ごろに出勤いたしまして、外来、手術、病棟仕事を終えるのが、だいたい夜の 8 時前後です。前日に当直などがあった場合には、仮眠をとることもあります。夕食はたいてい医局に置いてあるカップラーメンを食べています。その後、書類仕事に取りかかり、だいたい帰宅が 10 時、11 時で、遅いときには深夜までかかることもあります。帰ったらすぐに寝るといような生活で、一日の 3 分の 2 が病院内といような生活になっています。

これらの日常業務に加えまして、月に 2 回から 4 回の救急当直、月に 4～5 日の二次救急の待機、すべての一次救急の待機をしております。待機となっております。たとえ救急当直、待機の次の日であったとしても、緊急手術や担当患者さんの急変時には、呼び出されて行くこともあります。

平均 15 人、多いときで 20 人を超えるくらいの患者さんを担当しており、その中で重症の患者さんが一人でもいらっしゃいますと、その患者さんだけで数人分の労力を要することもあります。

なかなか忙しいのですが、外科の勤務医として、やりがいはたくさんあります。何よりも患者さんが治療によって元気に回復されることが一番のやりがいです。それに伴って患者さんやご家族から感謝されるということも多いので、それも大きなやりがいの一つになっています。

こういった社会への貢献という面以外でも、毎

日手術ができるということや、それによって自分がスキルアップして充実した人生を送れていること、たくさんの患者さんや医療スタッフの人に出会えることで、いろいろな刺激をいただくということも、私の人生にとっては大きなメリットだと思います。

女性医師としてはどうかといいますと、特に乳腺疾患の領域で多いのですが、「女性の先生でよかった」と言っていたり、「女性医師だからということでも来ました」と言ってくれる患者さんがいらっしゃるんです。あとは、収入が若干、同年代の女性に比べたら多いかなあということが挙げられるかもしれません。

逆に、大変なことは体力的にハードというのはもちろんなのですが、精神的にもかなりハードです。一つは、責任が重大ということです。患者さんがよくなっていくばかりではなくて、状態がよくなかったり、治療の甲斐なく亡くなられたりした場合には、かなり精神的にダメージを受けることもあります。それとはまた違った面で、24 時間 365 日、いつ電話がかかってくるかもしれないという精神的ストレスもあります。土日でもなかなか病院周辺から遠出をするということは困難です。また最近、訴訟が多いので、訴訟をいつされるかわからないという不安や感染のリスク、休みがない、職場によっては労働量や責任に比べて収入が少ないというストレスもあるのではないかと思います。

次に、女性ならではの大変なことというのもありまして、私がまだ若手ということもあると思うのですが、女性というだけで患者さんやご家族、コメディカルのスタッフなどから信頼がなかなか得にくいということもあるのではないかと思います。

また、生理痛などの女性ならではの体調不良があった場合に、なかなか周囲の男性医師に相談しづらいということもあります。

あとは、私も女性なので、自分の美容とか恋愛とか、そういうところにもちょっと時間をかけたなと思うことあるのですが、そういう時間はほとんどありません。結婚、妊娠、出産については、日々悩んでいるところでありまして、結婚、出産のタイミングや仕事を続けていけるかどうか、も

し辞めてしまったら復帰できないかもしれないのではないか、復帰できたとしても、周囲の男性医師からはなかなか冷たい目で見られるのではないだろうか、夫の理解、協力が得られるか、子どもに寂しい思いをさせてしまうのではないかというような心配があります。

ということで、私のいまの現状ですが、私は 29 歳独身です。ワークライフバランスとしては、仕事がほぼ 8 割を占めておまして、いまと同じだけの仕事量をこなしながら家事や育児をこなすというのは難しいかなと思っています。だからといって、仕事を辞めるという選択肢は考えておりませんので、いろいろな不安を抱えつつ、結婚や出産をあきらめざるをえないのかなと思っています。親からは、早く孫の顔が見たいと無言の圧力がかかっておりますが、いまの私にはちょっと不可能です。

それでも理想を言えば、両立できるのがベストだと思います。そのために何が必要かといいますと、当直の免除や院内託児所等の整備の充実です。当直の免除という点で一番の問題は、周りの先生の負担が増えるということですが、これに関しては、開業医の先生や院外の先生の力を借りるということも可能だと思います。

それからチーム医療制の導入です。いま日本では主治医制がほとんどだと思いますが、複数の医師で、時間交代で患者さんを診ることで、一人ひとりの医師の生活に余裕が生まれるのではないかと思います。それによって、女性の医師が仕事を続けたり復職することも可能になってくると思います。

もしも女性の医師が仕事と家庭を両立できれば、その人自身のメリットというだけではなく、少子化や医師不足、ひいては医療崩壊の阻止という点でも有効なのではないかと思います。

最後に、現在の状況では、家庭をもちながら、育児をしながら女性の先生が医師の仕事を続けていくというのは、人並み外れたたゆまぬ努力が必要なのではないかと思います。ですが、すべての先生がそういう努力ができるわけではないと思いますし、努力できたとしても、環境が調っていないければ難しいと思います。

したがって女性医師が無理なく仕事を続けてい

くためには、周囲の理解と協力、何よりも環境整備が重要なのではないかと考えております。ご清聴ありがとうございました。

4. 「女子医学生のこと・実態」

山口大学医学部医学科 瀧内 麻里

山口大学医学部医学科 4 年です。このような



場で発表させていただくのは初めてなので、手が震えそうなくらい、心臓がどきどきしています。皆さん、お手柔らかに、どうぞよろしくお祈りします。

私の発表で、女子医学生の実態とはどういうものなのか、また女子医学生が将来についてどのようなことを思っているのか、皆さまに知っていただけたらいいなと思います。面白いと思っていただけたら、何かしらの参考になれば幸いです。本日は、未来予想図とアンケート調査結果を使って、女子医学生の実態、また女性医師と女子医学生の交流についてお話しさせていただきます。

未来予想図

こちらは en-JoY という女子医学生の組織のスタッフの一員である私の先輩がつくってくださいました。3 名の女子医学生に、将来の自分の進路について語っていただいたものを、わかりやすい表にしてあります (次頁スライド参照)。

まず A さんは、『家庭も仕事も欲張りコース』の方です。この方は、卒業と同時に結婚したいと思っています。それが 25 歳ですね。夫の研修先に一緒に行って研修します。28 歳、卒後 3 年目のときに大学院に入り、その後、大学院にいる間に出産したいと思っています。このとき 33 歳ですね。この方は育休産休はできたら 1 年間取りたいと思っています。また、36 歳のときに第 2 子を産みたいと思っています。そして 39 歳で第 3 子を産みたいと思っています。本当にこの方は、家庭も仕事も欲張りコースですね。私もできることならば、将来家庭も仕事も頑張りたと思っています。

B さんは『仕事が一番の働きマンコース』です。

この方は、研修医のときに都会の研修病院に行こうと考えているようです。しかし2年後、山口に帰ってきて、山大に入局します。30歳で大学院に入り、その後35歳で、できることなら留学を、そして39歳ごろ専門医を取りたいと思っています。この方は結婚出産は、今のところしたいとは思っていないようです。

Cさんは『育休、産休は復職できるか不安だ、ならば、全部早いうちに済ませてしまえというコース』です。この方は、22歳の学生

のときに結婚し、夫と協力して勉強と育児を両立したいと思っています。研修は山大で2年間、そしてそのまま働き続けて、36歳のとき、夫の留学について行って、海外でまた第2子を出産したいと思っています。

以上が特徴のある3人にインタビューを行った結果です。

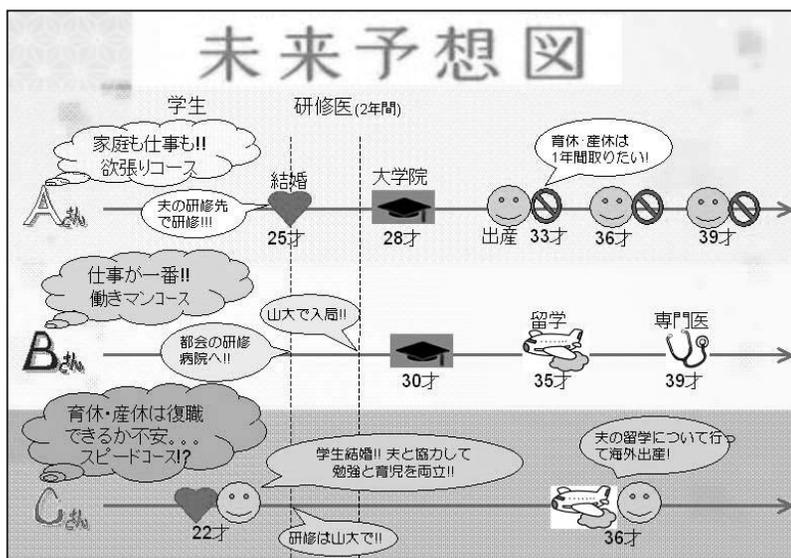
続きまして、女子医学生のアンケート調査の結果を話させていただきたいと思います。まず、女性医師として将来働いていく上で不安があることについて、これはYesが78%です。やはり多くの人が不安を抱えています。その不安内容としては、家庭と仕事、特に子どもが産まれてからの仕事との両立、また産休や育休後、復職できるのかどうかというものがほとんどでした。

また、女性特有の悩み、体力的に医師という仕事についていけるのか、また女性ということではかにされることがないのか、患者さんからの信頼が得られないこともあるのではないかと不安も女子医学生は抱えています。

次は、医学部に入ったのは自分の意思であるかということについて、92%がYes、3%はNoです。

将来進みたい道は、いまのところ臨床医が80%、基礎系が2%、未定が15%です。その臨床系に進みたい人の内訳ですが、ほとんどが未定となっています。決まっている中で多いのが、内科系、また小児科ですが、この先はどうか、まだわからないと思います。

留学したいと今の時点で思っている人は45%



です。約半数の人ができることならば留学もしたい、スキルアップしたいと思っています。

また、大学院に行きたい人は、留学したいという割合からちょっと減り、35%の人が大学院に行きたいと思っています。

専門医をとりたいと思っている人は、これは大半の人が思っているようで、86%の人が専門医の資格はとりたいと思っています。

財力をつけたいと思っている人は69%でした。

将来昇進したいと考えている人は24%でした。つまり4分の1の人が、できることならば将来自分は昇進したいと思っています。

いま、付き合っている人がいるかどうかについて、これはだいたい半々に分かれました。そして、結婚願望はあるのかについて、85%の人がYesと答えています。14%の人は、特に結婚したいとは思っていないようです。

何歳ごろ結婚したいのかについては、68%の人が、20代のうちにできることなら結婚したいと思っており、そして30代が26%、40代以降を希望する人はいませんでした。

結婚するならば、相手は医療従事者がいいという人は43%でした。私は特にこだわりはないのですが、医療従事者だったら、医師という特別な職場環境や労働環境を理解してくれるので、いいのではないかとってはいたので、今回の結果が半分半分ぐらいに分かれたことが自分の中では意外でした。

子どもについてですが、約9割の人が子ども

はほしいと思っています。人数について多かったのは、だいたい 2 人という回答です。

そして、子どもも医師にしたいと思う人は、ほとんどいませんでした。7%の人がしたいと言っていますが、9割近くの方は、特にそう思っていないようです。

結婚したら仕事は辞めるつもりだと考えている人は 2% でした。ほとんどは結婚しても仕事は続けたいと思っています。

子どもが産まれたら仕事は辞めるつもりだということについて、これは、7%の人が Yes と答えています。しかし、88%の人が、子どもが産まれても仕事は続けたいと思っています。このような人たちが続けたくても続けられない、そういうことにならずにすむ環境が整っていることを願っています。

育児休暇をとりたいと思っている人は 80% です。仕事と家庭、自分は両立できる自信があるという人は 26% です。私は正直自信がないので、この No に含まれるのですが、早くも今の時点から少し不安でハラハラしています。

仕事と家庭を両立できるような診療科を選ぶつもりだと思っている人は 49% でした。約半数の人がやはり診療科を選ぶときに、自分が将来、両立できるかどうかということを考慮するようです。

自分もしくは結婚相手の単身赴任は許容できるという人は半分、許容できない人も半分という結果でした。

結婚相手は家庭を大事にする人がいいという質問では、約 90% の人が Yes なのですが、特にこだわらないという人も 7% いました。

以上がアンケートの結果です。また、医師という仕事と家庭を両立させるために、これが必要と女子医学生が思うものについて述べます。配偶者、親など家族の理解・協力、また 24 時間や病児保育を含む院内保育、そして、復帰支援です。これは産休や育休をとったあとに、復帰するための勉強会や研修などがあればいいという声が多かったです。以上の三つは特に多くて、ほとんどの人の回答に、この三つのうちどれかはみられました。

そしてまた、両立させるための情報が何かしら入手できること、また自分のやる気や健康、そして職場環境を挙げた方も多くいました。

職場環境もまた特に多くて、その具体的な内容としては、上のドクター、また、特に男性医師の理解がある。そして、産休、育休を取りやすい。制度としてとりやすくても、後ろめたくなるとりづらいというようなことがあるという話も聞くので、やはり後ろめたくならずに、産休・育休をとれる環境が理想だとみんな思っています。

また、特に子どもがいるときなどはフレキシブルな勤務体制が可能であり、そして結婚・出産・育児を経験された女医さんが多い環境がよいという意見も多数寄せられました。育児が終了されていなくても、ただいま育児に奮闘中の先生にしても、そのような自分のお手本となる先生が、同じ職場や身近なところにいらっしゃったら、大変精神的にも頼れるので、そのような職場が良いと思われれます。そして復帰を支援し、温かく迎え入れてくれるような環境が理想です。また、医師の数が充実しているのも、私たちが理想と掲げる一つです。

それでは次に私たち女子医学生組織である en-JoY の取り組みを紹介させていただきます。今年 2 月の中旬に、山口大学医学部の霜仁会館にて、女性医師と女子医学生の交流お茶会を開催させていただきました。その際、本日こちらの総会にいらっしゃっている先生の中にも、多数ご出席いただき、とても感謝しております。本当にありがとうございます。その会には、女性医師の先生が 29 名、女子医学生が 49 名参加し、とてもにぎわい、とても楽しい会になりました。

en-JoY の名前の由来を紹介させていただきたいと思います。「エンジョイ」の「ジョイ」は、まず日本語でそのまま読みますと「女医」ですね。そして英語で「joy」は「喜び」そして、「エン」は日本語で言うと、えにしの「縁」ですね。英語では「in」という意味があります。「～の中で」の in です。そして、フランス語で「エン」は together という意味がありまして、一緒にという意味があります。そして「エンジョイ」と続けて言いますと、enjoy は英語で「楽しむ」という意味です。

私たちは「みんなで一緒に女医として楽しもう」という意味を込めて、このネーミングをつけました。Y-JoY と近い名前だったので、聞いたときは

驚きました。

また今年の夏ごろに交流お茶会を開かせていただく予定なので、ぜひ皆様、ご参加をよろしくお願ひします。

女子医学生は、将来医師として頑張りたいと思うと同時に、結婚して子どももほしいと多くの人が思っています。私も思っています。すると、やはり仕事と家庭の両立に対しての不安が出てきます。正直私も一時期医師という仕事について悩んだ時期もありました。私は欲張りなので、将来医師としてもがんばって働きたいし、温かい家庭を築きたいとも思っています。

ふと自分をみつめてみた時に将来そういう家庭をつくる上で自分がはたして医学部に入ったことは正しかったのか気になりだしました。自分が幸せになりたくてこの道を選んだけれども、はたして私は本当に、自分の思い描いていた幸せな環境を自分がつくれるのかと不安になりました。

周りに話してみたところ、そういう不安を抱いた人は、実はけっこういることが分かりました。しかし私はそれから、このように医師会や上の先生方が、女性医師のためにいろいろなことを考えて、取り組んでくださっていることを知って、不安はだいぶ軽減されました。

私以外の学生も女性医師の諸先輩方と話す機会があれば、きっと不安は軽減されると思います。参考になるお話をいろいろ聞けますし、医学生がどうしているのかを先生にも知っていただけますし、先生がどうしているのかを、私たちも知ることができます。つまり、自分の思いや不安を伝えられますし、相談ができる。これは、私たちにとって非常にありがたいことです。ですので諸先輩方をお願いします。都合がつかましたらぜひ今後開きます交流会にもご参加ください。

また、今後始まる女子医学生向けのインターンシップ制度では、私たちは現場で働いている女性医師の様子が知れ、また、その現場をみることで、医師という仕事へのモチベーションがとてもアップすると思います。私は先日、とある病院を見学させていただきました。そこで第一線で早朝から真夜中まで働き、睡眠時間も数時間という先生と知り合わせていただいたのですが、そういう先生

の姿を見て、とてもかっこいい、こういう道もあるのだなと心を動かされ、自分のモチベーションがとてもアップしました。

先輩方と話す機会ともなるこのインターンシップ制度は、私たちの不安をなくし、そして諸先輩方と学生が交流できるいいチャンスだと思っております。拙い話ですが、今後の先生方と学生との深い交流を心より楽しみにし、期待しています。ご清聴ありがとうございました。

5.「ワークライフバランスの考え方と私の取組み」

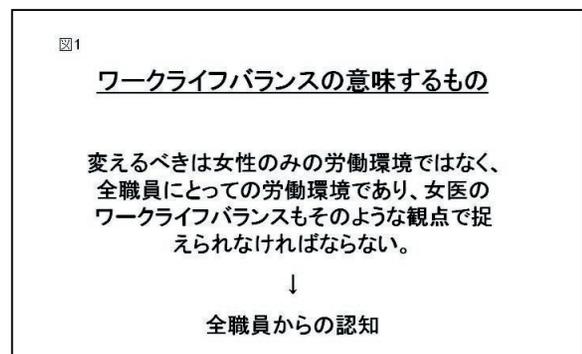
山口県医師会勤務医部会長 沖田 極



ただ今の学生さんのご発表は、たいへん新鮮で、ああいう発言を聞いていますと、われわれ既に医師になったものとしては何をすべきかというのが、よけいに胸にひしひしと伝わってきます。

私は管理職という立場でのお話しになりますが、お話しの内容は全く私の考え方ですので、あとご批判等いただければありがたいと思います。

ワークライフバランスの意味するものということですが(図1)、これは、管理職としては、な



にも女医だけ当てはまるものではないということです。変えるべきは女医のみの労働環境ではなく、全職員にとっての労働環境でもあるということで、女医のワークライフバランスもそのような観点でとらえられなければならない、全職員からの認知は得られないのではないかと思います。

私の病院で、ワークライフバランスにどう取り組んできているかということをごにこに掲げておりますが(図2)、昇格人事は男女全く差別はなく、

図2 社会保険下関厚生病院の取組み

1. 昇格人事は男女同じ
2. 産前・産後休暇：産前7週間、産後8週間の有給休暇
3. 出産育児一時金：36万円
4. 育児休業：最長3年間取得可能。休業中は職安育児休業給付金1年間＜給与の30%相当＞
5. 部分休業：小学校就学前の子を養育する職員で、両親が共に養育できない場合は、一日2時間を超えない範囲（例えば、出勤1時間以内の遅れ、午後4時半以降の帰宅）で認められる。
6. 保育助成：
 - ・0歳から3歳児の3月までは、保育施設固定費用の全額（上限：56,000円/月）
 - ・3歳児の4月から小学校就学前までは保育施設固定費用の全額（上限：20,000円/月）
 - ・家族（おじいちゃん、おばあちゃん）の支援は、10,000円/月

同じです。産前産後の休暇は労基法に基づいていますので、産前7週間、産後8週間の有給休暇は当然あります。それから、出産育児一時金36万円が手渡されます。

それから育児休業ですが、最長3年間取得が可能です。休業中は、職安育児休業給付金が1年間出まして、これは給与の30%です。ですから、いわゆる休業ですから、なにもいったんお辞めなさいということではなくて、3年間は可能であるということです。

部分休業について、小学校就学前の子を養育する職員で、両親がともに養育できない場合は、一日2時間を超えない範囲、例えば出勤1時間以内の遅れ、あるいは午後4時半以降の帰宅が認められます。ですから、一日2時間は、どうぞ時間を有効にお使いくださいということです。

保育助成については0歳から3歳児の3月までは保育施設固定費用の全額で、上限月額5万6,000円お渡しいたします。それから3歳児の4月から小学校就学前までは、保育施設固定費用の全額、上限月額2万円お渡しいたします。家におじいちゃんとおばあちゃんがいて、きちんとみてくれる場合は、そのおじいちゃんおばあちゃんに、月額1万円お渡しいたします。保育助成制度を採用しています理由は、当院に保育所がないからです。もちろん保育所の設置は考えて具体化に取り組んでいますが、これまで設置してこなかった理由は、当院の直ぐ近くに24時間保育所があること、病院が下関駅に近く交通の便がよいこと、郊外の北浦地区、豊田菊川地区、山陽小野田市、北九州市小倉といった遠方から通勤しているため、むしろ保育助成制度の方が受け入れられや

すかったことにあります。しかしながら、全職員を対象にした満足度調査では保育所がないことを不満とするご意見もあり、当院としましては病児保育を含めた保育所の設置で検討に入っているところです。

現在の女医におけるワークライフ・インバランスを解決するための方策としては（図3）、その原因となっている問題点をあぶり出さなければいけないということです。一般に病院管理者は男性

図3

解決のための方策

1. 問題点のあぶりだしと解決策
2. 全職員の理解、医局であれば男性医師と女性医師
3. 理解にはインセンティブを伴う
 - ・妊娠/出産/育児支援 → 男性医師へのインセンティブ
病院経営への影響
 - ・結婚後の日・当直回数 → 男性医師の負担増
4. フレックス・タイム制もワークシェアリングも非現実的
 - ・正規職員としての給与を希望
5. 主治医制からチーム医療制度へ
 - ・女医一人診療科 → 一診療科に複数医師の配置
6. 女医は必ず復帰するという信念と態度 → 復帰のためのプログラム
 - ・男性医師がパートナー → 男性医師とともに移動する
7. 女医部会は問題提起型から解決案提起型へ
 - 県内医療機関の女医の把握と他病院への移動や家庭に入った場合の対応

が多く、私もそうですが、女性が何を考えておられるか総てを理解することは困難です。したがって、障害になっているものは何であるかということをあぶり出して、それから解決を考えようということです。そういうことをしながら、男女共同参画としてのワークライフバランスを全職員が理解しあうということが必要でしょう。

理解にはインセンティブを伴います。これは病院経営をする側への影響はありますが、しかし経営に対してよい影響があるのであれば、当然それを考えるべきでしょう。

それから、女医の日当直の回数ですが、廃止あるいは回数減にすれば当然のことながら男性医師の負担増ということになります。これをどう解決するか重要な問題です。これが果たしてインセンティブだけでうまくいくのかどうかということも問題点です。

フレックスタイム制、あるいはワークシェアリングもアイデアとしては非常にいいことですが、私の病院に関しては、非現実的ではないかと思っております。フレックスタイム制もワークシェアリングも一診療科一人医師ではもちろん行えません。私としては女医が勤務されている診療科は二人以上の医師数にし、お互いが助け合うという緩

急を作った方がいいのではと思いますし、その方が給与面でも正規の給与をお支払いできます。

それから女医が勤務される診療科では主治医制からチーム医療制にしなければならないと思います。女医一人の診療科での主治医制は家庭を持たれた時点で女医の生活を破壊しかねないと思います。確かに、担当した患者さんから「お蔭で元氣になりました」という感謝の言葉は医者冥利につきますが、医療が複雑になった現在では数多くの医師が診療に係わっており主治医制の意味は薄れてきていると思います。女医に関わる問題を解決する方策として是非ともお考えいただきたいと思えます。

「女医は必ず医療の現場に復帰する」という信念と態度をやはりみせていただきたいと思えます。それには復帰のためのプログラムももちろん必要です。特に問題になるのは、男性医師がパートナーの場合、男性医師の赴任に伴って当然異動され、常勤医としてあるいはパート医師として入職されます。働き盛りの医師ほど医局の事情などで数年といった間隔で他病院へ移動されますが、その際にパートナーの女医さんも移動されます。なかなかその辺の「読み」が管理者としては非常に難しいということがございます。男性医師とともに移動されることは当然ですが、病院管理者としては“むなしさ”を感じるようになります。これを女医個人の問題と考えるか、やはり女医への信頼という観点からこの問題をどうすべきかだと思います。私としては部会として県内女医の動向を把握され、女医のドクターバンクも運営された方がよろしいのではと考えます。

それから、女医部会は問題提起型から解決策提起型へ変わっていかねばいけないのではないかと思います。要するに、これまでも女医を巡っては労働条件、育児支援、現場復帰の必要性など多くの問題点が指摘されましたが、どの程度解決策が提示されたかは明確ではありません。もうそろそろ、「問題提起型」の議論から「問題解決型」の議論にシフトすべき時にきたように思います。

私の病院の女医の勤務状況についてお示しします(図4)。

内科系では、消化器内科 8 名で女医は 1 名、循環器内科 4 名、糖尿病・内分泌内科は 2 名で

図4 社会保険下関厚生病院女医の現況

1. 女医の勤務状況

・診療科と常勤男女別医師数

・内科	消化器8名(7:1)	
	循環器4名(4:0)	
	糖尿病・内分泌内科2名(0:2)	主任部長は女医
	血液内科1名(1:0)	
	神経内科2名(2:0)	
・外科	消化器外科4名(4:0)	
	乳腺内分泌外科1名(1:0)	
	呼吸器外科1名(1:0)	
	脳外科5名(5:0)	
	整形外科3名(3:0)	
・婦人科	1名(1:0)	
・泌尿器科	3名(2:1)	
・眼科	2名(1:1)	
・耳鼻咽喉科	1名(1:0)	主任部長は女医
・皮膚科	2名(1:1)	
・歯科口腔外科	2名(2:0)	
・麻酔科	2名(1:1)	
・病理部	1名(0:1)	主任部長は女医
・卒後研修医	7名(5:2)	
・健診科	2名(2:0)	

総医師数 54名(44:10)

平成21年4月

総て女医、血液内科は 1 名、神経内科が 2 名です。糖尿病・内分泌内科の女性の一人は主任部長です。それから外科系ですが、消化器外科が 4 名、それから乳腺内分泌外科が 1 名、呼吸器外科が 1 名、脳外科 5 名、整形外科 3 名、婦人科 1 名、泌尿器科は 3 名でそのうちの 1 名が女医です。眼科医は 2 名で、1 名が女医です。耳鼻咽喉科は 1 名で、皮膚科医は 2 名で 1 名が主任部長で女医さんです。それから歯科口腔外科が 2 名、麻酔科 2 名のうち 1 名は女医さんです。病理部は女医で、主任部長です。卒後研修医が 7 名になりますが、女医が 2 名います。健診科には医師が 2 名いますが、総て男性医師です。

54 名の中 10 名が女医さんということになります。私の考えは、1 診療科に 1 医師はありえないということです。特に女医さんが一人だけという診療科はありえないと思っています。当院では耳鼻咽喉科が男性医師一人ですが、これはご本人のお考えあつてのことです。

現在、私のところに高年出産を希望される女医さんがいらっしゃいます。この方は、女医一人診療科の部長さんですが、結婚して、なかなか赤ちゃんができないということで、人工授精による妊娠をいま希望しておられます。そうなりますと、妊

娠したときのことをすごく考えられるわけです。

女医さんは自分が妊娠してしまうと自分の診療科はどうなるのだろう、病院に迷惑をかけると悩まれます。当院では、代わりの医師の派遣がないと分かった時点で女医さん達の総意で母教室の教授に「安心して妊娠をさせてほしい」と言うお手紙を認められました。このお手紙を読ませていただきましたが本当に感動いたしました。もちろん教授も感動され、ご友人の他大学の教授に常勤医の派遣を依頼され着任していただきました。これも「問題解決型」の行動をとったことがよかったのだと思いますが、「人間の情」の有難さを痛感した出来事でした。

当院の女医の宿日直の状況についてお示しします (図5)。

図5 女医の宿日直状況		
診療科	役職	日直+宿直月回数
1. 糖尿病内分泌内科	部長	2
2. 皮膚科	部長	2
3. 糖尿病内分泌内科	医員	2
4. 泌尿器科	医員	2
5. 眼科	医員	2
6. 麻酔科	医員	2
7. 病理部	部長	なし
8. 卒後研修委員会	研修医	<夜半剖検対応> 3

*妊娠中は当直免除
*当直免除医師: 病院長、副病院長2名、病理部長、麻酔科部長、健診科2名、療養中医師1名

およそ月に1回から2回で、最多でも2回です。病理部の女医には宿日直はありませんが、夜半剖検で頑張らせていただいています。卒後研修医は女医を含めて月に4回(救急当番日2回、通常当直2回)程度ですが、救急医療の研修の一環で行っていただいています。妊娠中の当直は免除です。



病院管理者としては女性医師の働く環境を彼女達の視点で整備する必要があります。スライドは女医用の当直室です (図6)。

女医専用の当直室は前室といわれる当直室からできており、カギを開けて先ず前室に入り、さらにカギを開けて当直室に入ります。前室には専用のシャワールームがあります。安全とプライバシー保護につきましては十分に配慮しているつもりです。

去年の秋に全職員に対する満足度調査を行いました (図7)。

図7 当院の今後の課題と対策	
1. 全職員に対する満足度調査から分った課題	- 自己啓発する職員へのインセンティブを計画中
2. 福利厚生対策	- 保育助成に加え保育所設置を計画中 - 日当直環境の改善 女医専用当直室 (シャワー付き)の完備 救急外来の安全性確保 テレビによるモニターとビデオ 防災センター直結ベル
	妊娠中の当直免除 医局長は女医で女医専用の医局(室)を設置
3. 女医一人診療科廃止により休暇や学会出席などで女医のワークライフは改善されるのでは。	
4. 院内に女医部会を設置しワークライフバランスについての問題を提起。	

不満の最大のものは、自己啓発する職員に対してインセンティブがないことでした。モチベーションを高くして勤務していただくには、やはりインセンティブが必要ということです。福利厚生に対しても不満と言う意見が多く寄せられましたが、その中で、保育助成に加えて保育所設置の希望も見られました。現在、病院に近接した施設を用いて病児保育も可能な保育所の設置を計画中です。また、女医や看護師をモンスター患者から守ることも必要です。特に、夜間救急においてモンスター患者に遭遇することが多いことから、夜間救急外来にはテレビ・モニター、防災センターに繋がる緊急連絡ベルの設置、モンスター患者対応マニュアルなどを行って安全確保に努めています。

先ほど女医の視点の重要性について述べましたが、当院では昨年度から医局長は女医です。彼女の厳しい意見も女医のワークライフバランスの改善に大変寄与していると思っています。

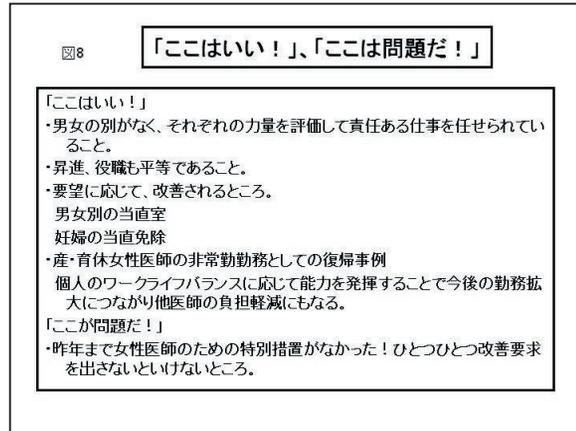
ワークライフバランスについて当院の現状についてお話してまいりましたが、これが他の施設に

あてはまるわけではありません。それぞれの医療機関にはそれぞれの事情がございますので、出来るところから手を着けることとなります。その際に、女医の視点、女性職員の視点に基づく意見を必ず聴取することが大切でしょう。ご承知のように、欧米では多くの女医が病院勤務を行っていますし、また、重要なポストについておられます。その理由は为什么呢？前にも述べましたが、日本では独身時代は寝食を忘れひたすら患者のために働き、それが結婚と同時にできなくなりバーンアウトしてしまう。少なくともアメリカではインターン時はそれぞれ寝食を忘れて働かなければレジデントとしていい病院に残れません。しかし、シニア・レジデントとなれば寝食を忘れて働くといったことはありません。日本の診療はどちらかと言うと医師の自己犠牲で成立していると思いますが、このような習慣を断ち切らなければなりません。自己犠牲で医療を行えば行うほど厚生労働省の“思うツボ”で OED 加盟国で最低の医師数でも極めて先進的な医療を日本では行えるということになります。女医だけの問題に留めずに日本国中の医師が考えなければなりません。

少々話しが飛躍してしまいました。私は山口県医師会女医部会が立案されることは大変いいことと思いますが、やはり女医が勤務している個々の医療機関でその立案を具体化できる実行案を職員の総意として認知させることが必要であろうと思っています。今後は、個々の医療機関の事例研究が必要でしょう。“take and take”では、特に男性医師の理解はなかなか得られないと思います。“give and take”こそが重要で、「私たちは、こんなことでお役に立ちますから、男性医師はこれをお願いします」、この精神でいけば、ワークライフバランス問題は解決に向かうのではないかと思います。

要するに女医さんがいろいろ考えることは、管理者に伝わらなければいけないということです。それをどうやって取り上げていくかということで、管理職の受容性というか、許容性というか、そこは非常に必要だろうと思います。

当院の女医さんたちにワークライフバランスに関して、どこがよくてどこが問題かを尋ねたところ（図 8）、いい点は、男女の別がなくそれぞれ



の力量を評価して責任ある仕事を任されていること、それから昇進役職も平等であること、要望に応じて改善されること、男女別の当直室、妊婦の当直免除、こういうところはよくなりましたということです。それから、産育休女性医師の非常勤勤務としての復帰事例から、個人のワークライフバランスにおいて能力を発揮することで、今後の勤務拡大につながり、他の医師の負担軽減にもなるから、なんとか非常勤医師としてでも復帰させることを積極的にやっていただきたい、といったご意見もいただきました。拙い点としては、昨年まで女性医師のための特別措置がなかったことで、改善要求を出さないと改善しないところはまだ問題であるといったことでした。

女医部会の方々が女医に係わる問題をこれからも議論されると思いますが、是非とも「問題提起型」から「問題解決型」にスタンスを移され、そして「健勝」していくという姿勢を貫かれるように期待しています。ご清聴ありがとうございました。

意見交換・質疑応答

今村日医常任理事 小田泰子先生の特別講演では、いわゆる男性社会に対する非常に強いご批判で、おそらく当たっております。ただ、ここで女性の就業支援のときに、主治医制とチーム医療の問題が出てきました。やはり主治医がずっとつきっきりで診ているということは、なかなか大変なことなのです。私は長崎大学の出身なのですが、その創立者ポンペの創学にあたっての理念というのが、「医師を志す者は、そのすべてを病める人のために捧げなさい。そして、それができない者は医師を辞めなさい」というものです。それくら

いの心持ちでなければ、医師というのは務まりません。とすると、こういうことと、いわゆる善意であり、当然であり、義務であるということと、時間でぴったり帰るということは、頭の中ではなかなかわかっていても、なかなかやりにくいという感じはございます。ただ、女性をきちんとして就業を継続させていくためには、この主治医制とチーム医療の問題は避けて通れないのではないかと感じました。

それから就業のときに短時間で正規職員として働くやり方は、非常に大事ではないかと思えます。いろいろな福利厚生を保ちながら、そしてキャリアを相当程度維持しながら就業を継続していくときには、一時的に退職するというよりは、福利厚生を維持しながら、自分に合ったやり方で就業形態を選択していくということは大事なのだろうと思えます。

そして、昔、女医が少なかったときには、昔の女医さんはスーパーウーマンではなかったかとありましたが、私の母親も実は女医で、昨年 86 歳で死んだのですが、やはり非常に悩んでいたのだと思っております。私自身も、子どものころから両親と一緒に食事をしたことはほとんどありませんでした。私の家内は専業主婦ですが、娘たちは医師になったので、非常に難しい問題と感じました。

それから、三人のお子さんがいらっやって、一番下が中学生という方で、私ども団塊の世代と、いまの方のちょうど間くらいの方で、1 割くらいが女医の時代の方のご講演もお聞きして、非常に悩みながら就業を続けてこられた経緯をうかがいました。そして、自分にとってのワークライフバランスというのは、心と体のバランスであり、心の負担の軽減に、もっと配慮していただきたいと



いうことも感銘深くお聞きいたしましたし、現在、子どもの成長に非常に期待をなさっている姿というものにも感銘を受けました。

金山先生は 29 歳、まさに中堅に差しかかった女医さんで、きわめて過密なスケジュールなのですが、私の長女も外科であり、全く同じような生活をしておりますので、非常に共感をもって聞かせていただきました。うちの長女は、いま一人子どもがいるのですが、この一人の子どもを育てるのにも、私の家内や家内の母親、お手伝いさんに総動員してもらってやっているという姿で、なかなか国の施策というのが思いどおりにいっていないということも併せて感じました。

医学生の方内さんは非常にかわいらしい方で、お顔を見ながら聞いておりましたが、アンケート調査自体が非常に貴重だと思います。138 人中 97 人、70% の回収をもって、3 年生から 5 年生の女子学生の意識調査を拝見して、非常に貴重なデータであると思いましたが、これを活用させていただきたいと思えます。「なるほどそうか」、「意外に」と思うところもございました。キャリアの継続を希望しているのは「そうかなあ」と思いますが、仕事と家庭を両立するような診療科を選ぶつもりかどうかということについて、これが半々ということについては、意外な感じがしました。

最後に沖田先生は、勤務医そして管理者の立場として、非常に積極的に取り組んでおられ、大阪厚生年金病院の清野先生の取り組みと同様に、非常に感銘深くお聞かせいただきましたし、なるほどそうだとおっしゃることを思いました。実際上の取り組みも非常に具体的で、福利厚生に気を配ったやり方を考えておられます。また病院長としての考え方を、解決のための方策として提示していただいたのも、非常にありがたかったと思っております。以上です。

沖田 実は、こういう会には大学の教授、教官がほとんど来られないですね。また、沖田は言い過ぎと言われそうですが、女医にかかわる多くの問題の源は大学医局にあるのではないのでしょうか。医学部を卒業し、二年間の初期研修を受け、入局と言う形で臨床修練が始まります。多くの女医さんは真面目で、熱心に修練されますから同期の男

性医師に比べ極めて優秀です。独身女医さんも何れは結婚、妊娠、出産、育児といったことに直面されることとなりますが、ワークライフバランスという考え方が確立されていない現状では例え優秀な方でも自分から身を引いてゆかざるをえなくなります。何かをやりうと思って大学に残ったとしても家庭を持てば夜中まで研究や臨床に没頭することは無理でしょう。つまり、独身時代の満足度を 100 とすると家庭を持つことによって満足度はゼロに近くなります。若しワークライフバランスが確立されれば、独身時代を 100 としても、例え家庭を持ったとしても 50% の満足度が得られ日本の医療や医学の進歩に寄与する確率は増すはずです。私事で申し訳ありませんが、大学教授時代に女医のワークライフバランスを本気で考えていたらと思いますのは、大変優秀で高い理念をもって私の所に入局された本会の重要なメンバーでもあります黒川典枝先生（お名前を出して恐縮ですが）を十分に育てきれなかったと思うからです。日本には大変優秀な女医さんがたくさんおられるはずですが、医学部の全教授に占める女性の割合は恐らく先進国では最下位ではないでしょうか。斯様な観点からも是非とも医学部の教授の方々が女医のワークライフバランスに関心をもっていたきたいと節に願っています。

今村日医常任理事 そうなのだろうと思いますね。まわりをみても、大学の中で仕事をすることについて言えば、遅くまで残っている人たちや、ペーパーをたくさん書いてくる人を重用するでしょう。そうすると、当然のことながら、時間を区切ってきちんとする人にはどうしても冷たくなるということはあると思いますね。

質問ですが、司会の上田先生の最初の問題提起のときに、女性医師のワークライフバランスというところで、医師という職業はプライベートな職業であると同時に公共性をもつ職業でもあるとおっしゃいました。まさにそのとおりなのです。一人の医師をつくりあげるために 1 億円くらいの国費が投入されているということなのです。医師不足に関係し、いわゆる強制配置といいますが、こういう人を何人、この診療科に、ここにもってくるというやり方が妥当かどうかというような

言い方がよくされます。これには非常に賛否両論あるのです。どこにいくというのは、非常に個人の自由を制限することになるということで、基本的には医師会としてはあまり賛成の立場としてはいないのです。しかし地域医療の崩壊を考えると、公共性の問題というものを考えて、ではあなたは地域医療センターならセンターで考えられた枠組みの中でここに行きなさいと言われたときに、先生方はどう思われるでしょうか。「そんなことは、知ったこっちゃない、個人に任せておけ」と言われるのかどうか、そこをお聞きしたいです。

もちろん女性医師ということで特定できるような人数ではないのです。そういわれたときに 3 割、4 割の方が家族の中での問題も出てくるわけですね。とすると例えばご主人が「そこに行け」と言われた、あるいは自分が言われたときに、離ればなれになるようなことも含めて、あるいは自分のキャリアの継続とかいうことも含めて、強制的な配置をするということに対して、どうお考えになるのでしょうか。

松田部会長 全員を代表してお答えできるかわからないのですが、私自身は、ある一定の期間でしたら、そういうことも仕方がないかもしれないと思います。しかし基本的には強制というのは非常に抵抗があります。

今村日医常任理事 もしよろしかったら、学生さんからちょっとお聞かせいただきたいです。

学生 山大医学科 4 年生です。ちょっと前に似たようなことを考えたことがあったのですが、私自身としては、できれば地方に行く人の給料を上げるとか、なにかそういう行きたい理由というのがあったらいいかなあとと思います（財政的には難しいと思うのですが）。

昔、熊本かどこかで、行政がお金を出して医師を雇ったが、「お金のために医師をしているのか」という非難が殺到し、結局医師が辞められたという話を聞いたことがあります。そういうのは悪くないというか、医師もやはり生活していく人間ですし、嫌々って患者を診ているという医師よりは、お金のために来たけれど、でも自分で進んで



来たから、ここで患者を診たいという医師に診てもらったほうがいいかなあと思います。

讃井 私は自治医大出身なので、地域で働いていたことがあるのですが、診療所は子育てしながら働くのにとってもいい場所でした。まず、9時から始まって5時に終わるし、村の保育園はすごく親切です。地域の人、「あの先生の子どもさんね」と、すごくよくしてくださるし、働くにはたいへんいいです。

それから、男性にとっても、家族を大切にしながら働ける場所として、たいへんいいですし、普段、患者さんを診ている方が、スーパーで出会って、「やあ」と声をかけてくれたりとかします。患者さんの生の姿をみられる場所として、それから、医師の資質を上げるというか、生活人として資質を上げる場所としてたいへんいいので、どんな方にも地域医療は経験してもらいたいと思います。それから子育て中の女医さんに診療所はお勧めです。自分で経営するわけではないから、すごく気楽だし、ワークライフバランスがあった場所です。「だったら、なぜ残らなかったか」と言われると、あまり長いことずっといるのは、やはり自分のキャリアアップに不安になってしまう。です。ので、医師人生(例えば3年間)で、そういう場所に行かれるのは人格形成にいいのではないかと思います。

上田部会理事(司会) ありがとうございます。ドイツなんかでは、国が規制しているのですかね。開業するときに、場所を、と聞きましたが。

今村日医常任理事 外国の中ではけっこう診療科、働く場所について、強制的に配置しています。

上田部会理事(司会) そうですね。できれば強制せずに、自然な流れで、うまいこと配置できるようになればいいなあと考えております。

木下会長 特別講演からシンポジウム、興味深く聞かせていただきました。抽象的でつかみどころがないのですが、私が大学に勤めていたとき(30年位前)、私の上司の助教授が女医さんで、この人は、出産の1週間くらい前まで大学に勤務して、学会から何からやっておられ、すごい女医がいるなという印象を受けました。

それと、私が開業してから、うちの看護師さんで出産、育児をしながらずっと長く勤めてくれた人が大分おります。それから私の長女ですが、いま子育て真っ最中なのです。女医さんってものすごくたくましいと感じております。

また、これは女医さんの話ではありませんが、お茶の水女子大学の藤原正彦先生という数学の教授がおりまして、これは武士道のことを書いて有名になった方ですが、彼は今年の10月から、『文藝春秋』に、女子大生に名著を読ませて、セミナーでいろいろな意見を聞き出しているというのがあって、この3月で6回目なのですが、その中に、江戸後期から明治の初めにかけての女性の生き方というのがあり、その当時は封建世界で非常に女性に規制がたくさんかけられて、自由ではなかった時代に、しかしながら日本の女性は、その中で生き生きと暮らしているというところがあるのですね。

私は、男性と女性を比べたら、女性のほうがおそらく融通性があるって、能力的にも環境に順応するにも優れていると考えております。だから、今日は女性医師の働く環境のことについて、いろいろご意見があったのですが、そういう意味では、みんなで知恵を出し合えば、いい環境づくりにつ



ながるのではないかと、少し明るい感じがしてきました。

中安 県立総合医療センターの院長の中安です。私も長崎大学出身、昭和 46 年卒ですが、私のときは 100 人定員で、女医さんが 7 人でした。

そのころの女医に対する思いというのは、先ほどの金山先生の話聞きまして、懐かしく思いました。そういった、男性と全く同じものを求めていました。そうでなければ、100 人中 7 人おられて、そのうち女性が 3 人とか 4 人辞められても、病院として、また社会として、そんなに影響なかったのですね。全く自分たちと同じようにして「ついてこい」という感じでやっていましたし、大学もそうだったと思います。

ただ、現在のように 50% 近くが女性になると、そうも言うておられませんし、医師一人が 6 年間かけて育つというのは、ものすごいお金も要りますし、女性医師がどんどん辞められていくというのは国家の損失だし、病院の損失だし、地域の損失だし、なんとかしないといけないと切実に思います。

女性医師をずっと確保していくために必要なのは、とにかく辞めさせないこと、辞めてもらっては困るということだと思います。いったん辞めたら、やはりなかなか戻れないと思います。私は外科医なのですが、救急室で胸腔穿刺や腹腔穿刺をすることはなんでもなく、目をつぶってもできると思っていたことが、現場からどんどん離れていくと非常に恐くなってくるのですね。例えば 3 年、5 年のブランクが空くと、それは非常に難しいと思います。だから、一日 1 時間でも 2 時間でも



いいから、とにかく辞めないでほしいというのが一番大事だと思うのですが。

ただ、管理職としては、例えば 3 人で精一杯やっている科があり、その一人が女医さんだとしたときに、その女医さんが産休、育休に入って、ではワークシェアリングをしようという時に、そこでもう一人すぐ補充できれば、全くなんともないのですが、それがいま非常に難しいですね。女医さんがというよりも、医師確保が非常に難しいのです。だから、この 3 年くらいで、すごく女性医師に対するいろいろな問題が皆によくわかるようになってきて、それでたぶんみんなにも浸透してきたので、それと、大学で女性の方がどんどん増えてきたので、いまから 5 年先、6 年先くらいになると、かなり変わってくるかとは思っています。

あともう一つ、うちの病院は、研修医を入れて 115 人いるのですが、女医さんが 27 人です。ただ、多いのはレジデントまでの、つまり卒業 5 年以内まで、このあたりは、47～48% くらいが女医さんですが、それよりも上のスタッフになると、10% くらいしかいません。やはり、スタッフの女性医師とレジデントの女性医師の思いというか認識というか、そのあたりにずいぶんギャップがあるような感じがします。だから、そのあたりの男性医師に対する周知も大事ですが、女性医師あるいは女子学生(高校生)など、そのあたりに対する、「社会に出てこうですよ」という教育がいまから大事かなと思います。

上田部会理事(司会) 男性、女性含め、早いうちからの教育というのは非常に大切だと思います。



福江 現在、徳山医師会病院で循環器内科医で常勤医をしております福江と申します。一昨年 1 月に子どもを出産しまして、まさに私がいま仕事を続けて育児もしながらどうやっていくかという渦中にいる人間になります。今日の案内が来たときに、「行こうかなどうしようかな、でも、子どもも休みの日にせっかくだからゆっくりしたいし」と考えながら、迷いながら出席を見合わせていたのですが、松田先生からお誘いいただき、託児ルームもあるということで、それで踏ん切りがついて、今回来させていただきます。

質問ではないですが、来てよかったなあと思ったので、感想を言わせていただきます。

いま働いている状況が一般の病院とスタイルの違い、少し特殊な病院(オープンシステム病院)で勤務しております。登録医である開業医の先生方が主治医をされていて、その検査とか、あるいは専門性のある分野で、診てほしいと依頼があれば、共同診療させていただくような形での常勤医です。第一主治医という形で患者さんをいまもってはいないので、呼び出しはありません。それと、当直が免除されている、時間外もないという状況のため、割と勤めやすいだろうということも前もって知っていました。

この病院に来る前は市中病院で働いていたのですが、妊娠を契機に、「やはりこの状況で、いま私は子どもを産んで、今度働けるかな」と考え、そこで完全に仕事を辞めてしまうのも、なにか負けたような気分にもなるし、仕事をどうしたら続けていけるかということを実際にそのとき悩んで



いました。

ちょうどそのとき徳山医師会病院に院内保育所ができたので、近かったということもあり、そこで勤めたいという希望を医局にも言って、円満に替わることができたのです。

労働条件は申し分ありません。院内保育所もできているし、病児保育こそありませんが、かかりつけの小児科の先生が運営なさっている病児保育も近くて利用しやすいということで、子どもを 3 か月から預けて働くようになりました。

案の定、病気を繰り返して、2 週間もいかないうちにすぐ、いろいろな病気をしてはという状況だったのですが、最初は親の助けも借りたりしながら、ある程度してから病児保育に預けてという形で、休みなく働けている状態になっています。

讃井先生や山縣先生が第一子を産まれてがんばられたころとは全然、本当に状況も違うような、いろいろ恵まれている状況で働き始めることができたと思います。

自分自身の願いがかなった状態で、今度、自分に何ができるのかということを考えるようになってきています。学生の瀧内さんのように、学生の





ころ、たしかに自分もすごく夢に燃えていたという気がしていました。

29歳のころ、金山先生くらいのころって、自分は大学院が終わって、市中病院に出ようかというころだったと思います。端からみればバリバリやっていたような気もするしという感じでした。結婚を契機に、そんなに悩むことはなかったのですが、やはり子どもというものを抱えてきたときに、自分のペースではなにも物事が進まないというのは、産んでからもそうでしたし、こういう状況で働ける病院に移っていますが、自分自身は働いているケースになると思うので、ここから先、自分が何をしていかないといけないのか、「こうしてください」と女医さんなり女性サイドから言って、その願いがかなったときに、今度、自分たちが何をしなければならないかということをよく考えていかないといけないと思っていました。

沖田先生のお話を聞いたときに、問題提起型から問題解決型にという形でしていくことで、女子学生さんたちも、より結婚、育児も支障なくして仕事も続けていけるような形に進むように、私

たち自身も努力していかないといけないと今回の会でもまた思いました。

上田部会理事(司会) ありがとうございました。本来、ここにいらしている女子医学生さんたちも、また女性医師の皆さんも、モチベーションはかなりあると思います。そのモチベーションをつぶすことなく女性医師が働き続けるために、松田先生を先頭に、私たちががんばっていこうと思いますので、沖田先生、ご協力をよろしくお願いたします。それでは、長くなりましたけれども、シンポジウムをこれで終わりにいたします。皆さん、ありがとうございました。

ーシンポジウムののち、懇親会が開催され、全日程を終了した。



平成 20 年度 医療政策シンポジウム

わが国の未来を支える社会保障 — 社会保障財源のあり方

と き 平成 21 年 3 月 13 日 (金) 13:30 ~ 17:15

ところ 日本医師会館大講堂

[印象記: 広報委員 長谷川奈津江]

今回、初めて医療政策シンポジウムに参加した。広報委員会で『イセイ』シンポジウムと聞いたとき、異性？威勢？伊勢医？の漢字しか頭に浮かばなかった自分に理解できるだろうかと、不安を抱えての東京行きだった。

東国の春らしい強い風の中、駒込駅から地図を片手に歩くこと 10 分弱で日本医師会館に到着。立派だが予想より地味目の建物で受付を済ませ一階の大講堂へ入る。

長い机の前に並んだ椅子は半固定式というか、着席すると自然に椅子が前にでる仕組みになっており、床をこする音も立たず、さすがと感心する。荷物を置いて、ロビー横の自販機でお茶を買い、その前のソファに腰を下ろすと、クッションはいいが座面にいくつもの大きい穴が開いている。

今日のシンポジウムは、医師会員だけではなく一般の方、マスコミ関係者の参加もあった。綻びの目立つ日本医師会！と思われぬか気になった。

「わが国の未来を支える社会保障—社会保障財源のあり方」をテーマとしたこのシンポジウムは前半が 4 人の講師による各 30 分の講演で、後半がパネルディスカッションという構成だ。

藤原 淳常任理事の総合司会で開会した。

唐澤祥人会長は主催挨拶で、医療費抑制政策のため医療現場が著しく疲弊し、地域医療、特に小児科、産科、救急医療の立て直しが、「喫緊の課題」であり、早急に具体策を講じ、国民の安心を確保することが重要であると述べた。

さらに日医が今年 2 月に公表した『グランド

デザイン 2009』は、医療のあるべき姿の実現にむけて提言を行っていることを強調した。

講演

I 社会保障財源と制度設計の思想

・・・慶応大学教授 田中 滋氏

II 社会保障給付と税負担及び保険料負担

・・・財務省主計局主計官 太田 充氏

III 構造改革と社会保障

・・・東洋大学教授 高橋洋一氏

IV 今後の医療改革に向けて

・・・東京大学教授 吉川 洋氏

I で、田中 滋教授は、他の財源を削って医療費に回せという時代ではないと指摘。(いまだに、道路を作るお金を医療に回せといっているドクターは時代錯誤らしい。反省)

日本が先進諸国と比較して消費税率が低いことに触れ、「低負担は窓口での高い利用者負担を迫る。制度維持のためにどのくらい税が必要か、税をどう有効活用するかという議論をしないといけない」とした。

また医療サイドが医療費抑制策に対峙できなかった理由として、

- 患者、住民との連帯ができなかった
 - 医療側の改革提示力の弱さ
 - 財源論の貧弱さ
- の三点を指摘した。

各年代別の一人当たりの医療費はこの十年で随

プログラム

総合司会：藤原 淳（日本医師会常任理事）

- ・開 会 13:30
- ・主催挨拶 13:35～13:40 唐澤 祥人（日本医師会長）
- ・講 演 13:40～15:40（各 30 分）
 - I．社会保障財源と制度設計の思想
田中 滋（慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授）
 - II．社会保障給付と税負担及び保険料負担
太田 充（財務省主計局主計官 厚生労働係担当）
 - III．構造改革と社会保障
高橋 洋一（東洋大学経済学部総合政策学科教授）
 - IV．今後の医療改革に向けて
吉川 洋（東京大学大学院経済学研究科教授）
- ・パネルディスカッション 15:50～17:15
司会：中川 俊男（日本医師会常任理事）
日本医師会の考え方（20 分） 中川 俊男
パネリスト：田中 滋
太田 充
高橋 洋一
吉川 洋
竹嶋 康弘
- ・閉 会 17:15

（敬称略）

分減少していることを国民の多くは知らない。医師会 TV-CM も良いが、医療サイドから情報発信する医療ジャーナリストを育成することも必要ではないだろうか。例えば悪いが、証券会社のために投信を宣伝する金融ジャーナリストのような存在を。

II では太田主計官は、政府方針の医療費 2,200 億円削減がけしからん、給付は確保すべきと言うのであれば、国民合意の上で負担していただかないといけないと述べ、方針撤廃のためには負担増が必要との考えを示した。

医療の現場、中身には触れず、とにかく数字のみのお話だった。

III、ミスター埋蔵金、高橋教授の語り口は軽妙だが、経済諮問会議についてと埋蔵金をほっておくと役人がこっそり使ってしまうという話で、今回のテーマとの関連が私にはわかり辛かった。

ただ、社会保障個人勘定や総額マクロ管理な

どの解説は興味深かった。

IV では、社会保障国民会議の座長でもある吉川教授は、社会保障の課題として「少子高齢化」「失われた十年」を挙げ、これらの課題を解決するためには、安定した財源が必要であり、そのためには国民が税金等で負担しなければならないと強調した。

さらに、医療制度改革の二本柱として
○いかにして効率的で高品質な医療サービス供給するか？

医療側はいつも医療費の総額のみを問題にしているが、それはおかしいのではないか、診療科のアンバランス、地域医療の問題は医療費の配分の問題なのではと、医師会への苦言を呈された。

○どのように医療保険制度を設計するか？

国民医療費を誰がどのような形で負担するかが問題であり、国保の保険料や高額療養費制度の自己負担を所得に比例させる案も提示された。

「日医には、医学の専門家として、診療報酬の中身を徹底的に見直すことにリーダーシップを発揮してほしい」と述べた。

10 分の休憩を挟み、まず中川俊男日医常任理事が、『ランドデザイン 2009』をもとに、社会保障財源のあり方について講演を行った。

つづいてパネルディスカッションの冒頭、竹嶋康弘副会長の、講師の方々はいろいろ言われるが医療崩壊は医療費削減が原因だ、医療費の総額が問題なのだ、力が入った（司会の時間配分を心配する声を振り切り）話が始まり、これは面白くなりそうというところで、飛行機の都合で途中退席となった。

後日このパネルディスカッションの記事によると、診療報酬についての議論で吉川教授が、医療費全体の底上げが必要としている日医の主張に対して、「診療報酬全体を上げるという主張は理解できない。特定のビタミンが不足している患者さんに対して食費を増やせと言っている。問題あるところに手厚くすべきで、日医には中身を徹底的に吟味してほしい」と発言。

それに対して中川日医常任理事は、「診療報酬全体を平均して上げるべきとは言っていない。必要なコストに見合った点数をつけるべきだと主張している。」と反論。さらに、「現在の医療問題は、特定のビタミンの問題ではなく、全体を維持する主食の問題である。医療機関の健全な経営は、質の高い安全な医療を提供するための最低条件である。」と強く訴えた。

さらに、社会保障費の年 2,200 億円の削減についての議論では、太田主計官は、「医療だけでなく大きな視野で財政を考える立場からは、ハードルが高いと思う。」と述べた。

吉川教授は、「最初から 2,200 億円の削減が医療崩壊につながったと確信していることが理解できない。この問題が医療崩壊の原因だと証明されているわけではない」と改めて強調。

活発な討論が行われ、最後に中川日医常任理事が「これまで同様、社会保障費の年 2,200 億円の機械的削減の撤廃と、4 月から始まる診療報酬改定の議論において、診療報酬の大幅な引き上げを主張していく」と述べ、閉会した。

今回の講演は、一題が 30 分と短く、話がコンパクトにまとまっていたため、各講師の主張の差異が際立ち、私のように基礎知識が乏しいものにもわかりやすかった。

単に医療分野のみに目を向けるのではなく、社会保障政策をどのように考えるか。

低社会負担＝低給付＝低福祉である。医療・介護・教育・保育の利用者負担が高くなれば、健康格差・階層格差が大きくなる。市場経済がいいのか。小さい政府がいいのか。

国民一人の生涯からみた社会保障は、育児休業、出産関係、児童手当からスタートして、保育園からの教育・学校関係、雇用保険、そして医療、介護、老齢年金に至る。

全年齢を通じた一人当たりの社会保障給付費の平均は年間 68.8 万円。この金額を多いとみるか、少ないと感じるか。

本当に初めて知ったことばかりで、自分の不勉強を痛感した。

惜しむらくは、開催が平日のため、地方の会員には制約があったこと。土曜の開催であれば、ディスカッションに最後まで参加した上で、帰りに寄り道ができるのと思う。（日本医師会館の近くの、お年寄りの原宿として有名な巣鴨を見物したかった。）

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒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.mm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

平成 20 年度 山口県自動体外式除細動器 (AED) 普及促進協議会 都市医師会救急医療担当理事合同会議

と き 平成 21 年 2 月 12 日 (木) 15 : 30

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 常任理事 弘山 直滋]

開会挨拶

木下会長 本日は、都市医師会担当理事、協議会委員、行政など関係機関の皆様にお集まりいただき、お礼申し上げます。

最近は、国内外、県内外を問わず、救急に関するさまざまな事例がマスコミにも取り上げられている。本県では、今のところ大きな問題はないが、いつ何時そうした事態が起きるかもしれない。この救急に関しては、常日頃から万全を期して準備しておかなければならない問題である。都市医師会担当理事の先生方には、この会議でのいろいろな話題・喫緊の情報を各会員に伝達していただきたい。

前川委員長 AED の普及に関しては、各都市医師会を中心として取り組んでいただき、おそらく人口あたりの数にすると、全国有数の県になっていると思われる。AED を使った救命例も出てきており、実践という意味でも普及されてきていると思われる。さらに、山口県全体の救急搬送の受入拒否等も全国平均に比べて低く、先生方のご努力のお陰だと感謝している。

AED については、大学としても引き続きいろいろな面に対応していきたいと考えており、5 年毎に出される心肺蘇生法の世界標準に関しても、情報を入れながら対応していきたいと思う。

協議事項

1. 平成 20 年度事業報告について

山口県地域医療推進室主幹 安村芳武

(1) ドクターヘリ導入検討委員会の進捗状況

現在、ドクターヘリ導入検討委員会は第 3 回目を開催したところで、ドクターヘリ導入に向けて委員会からの提言が大筋まとまったところである。この報告書に基づいて、県としての基本方針を定めたいと考えている。委員会としては、「より迅速な救命救急医療の確保」、「離島・中山間地域における医療の確保」、「4 つの救命救急センターの連携による運用」、「防災ヘリ等との連携の確保」といった方向性を元に、各課題について検討していただいた。

その内容については、①基地病院の選定及びヘリポートの整備ということで、基地病院は山口大学医学部附属病院を候補として検討していくこと。ヘリポートの整備は山口大学も含めて、国立病院機構関門医療センター（下関市）、同機構岩国医療センター（岩国市）、県立総合医療センター（防府市）それぞれに整備する必要がある、平成 22 年度後半の運用に向けて進めていく。特に重要な②医療スタッフの養成・確保及び研修については、一定の手法をもって進めていく必要がある。また、③医療機関と消防機関の連携体制については、実際の救急現場から救急車等でドクターヘリの離発着場までいくわけだが、そのランデブーポイントを増やしていく必要性が挙げられた。現在、一定の運用をしている④消防防災ヘリ「きらら」につ

いても、役割分担をした効率的な運行体制をとる必要があること、また住民の理解を得るための説明も非常に重要であることなどが挙げられた。

来年度以降、具体的な運行基準などについて、実際に救急に携わられている先生方や消防機関、関係市町などと検討していく必要がある。いまのところでは、ヘリポート整備、それから専門委員会による運行基準の設定、ドクターヘリに搭乗する医療スタッフの養成などが、特に急がれる課題と示されている。

前川委員長 既に運用されている川崎医大の鈴木教授に委員会へ参加いただき、実際の問題点を伺っている。今後専門委員会をつくって、具体的などころを決めていきたいと考えているが、おそらく順調に運用していけるのではないかと考えている。現在、近隣では川崎医大と久留米大学で運用されているが、年間 400 回くらい飛んでいるので、それが具体的にどうなるか、ある程度制限をかける必要があるかなど、財政面や住民との関係をつめていきながら進めていきたいと考えている。

出席者

山口県自動体外式除細動器 (AED) 普及促進協議会委員

委員長

前川 剛志 (委員長) 山口大学大学院医学系研究科救急・生体侵襲制御医学 教授
 笠岡 俊志 山口大学大学院医学系研究科救急・生体侵襲制御医学 准教授
 岩崎百合隆 宇部市消防本部
 山本亜希広 周南市消防本部
 有川 昌義 下関市消防局
 青 雅一 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター
 中安 清 山口県立総合医療センター
 藤原 義樹 総合病院下関市立中央病院
 宮内 善豊 総合病院社会保険徳山中央病院
 山下 久幾 独立行政法人国立病院機構関門医療センター救命救急センター
 弘本 光幸 厚生連周東総合病院 (柳井)
 吉金 秀樹 よしかね循環器内科 (吉南)
 上妻 良平 山口県地域医療推進室主任
 村松 浩平 総合病院山口赤十字病院循環器科 (山口市)
 弘山 直滋 山口県医師会常任理事
 田中 豊秋 山口県医師会理事

郡市救急医療担当理事

大島郡 安本 忠道
 玖珂郡 藤政 篤志
 熊毛郡 吉村伸一郎
 吉 南 小川 清吾
 厚狭郡 橋本 康彦
 美祢郡 下井 利重
 下関市 堀地 義広
 山口市 佐々木 薫
 萩 市 米澤 文雄
 徳 山 香田 和宏
 防 府 神徳 眞也
 下 松 丹山 桂
 岩国市 栗栖 朗彦
 小野田市 表 寛治郎
 光 市 丸岩 昌文
 柳 井 弘田 直樹
 長門市 斎木 正秀
 美祢市 本間 喜一

県健康福祉部

地域医療推進室主幹 安村 芳武

県総務部

防災危機管理課主査 吉賀 俊雄

山口県医師会

会 長 木下 敬介
 副会長 三浦 修
 理 事 田村 博子

(2)「救急・災害医療作業部会の進捗状況」(受入状況調査など)

現在、医療審議会の下に「救急・災害医療作業部会」が設置されており、20 年度は精力的に検討していただいている。その中間報告の骨子がまとまっているので報告する。

○救急医療の確保

本県における救急医療の現状と課題を整理した上で、患者の状態に応じた迅速・適切な救急医療の提供に向けて、大きく 4 つの取り組みを検討いただいている。

①地域ごとの医療機関間の役割分担・連携の推進

救急医療においては、個々の救急病院を「重症度・緊急度の高い患者に対応できる機能」、「重症度・緊急度は高くないが入院を必要とする患者に対応できる機能」、「入院を必要としない患者に対応できる機能」、「救命期後の入院患者を受け入れる機能」、「管制塔機能」等の機能で分け、地域における役割分担・連携を推進していきたいと考えている。具体的には、各医療機関に対して平成 20 年 9 月と平成 21 年 2 月に患者の受け入れ「実態調査」と受け入れに関する「意向調査」をさせていただいた。これらの実態・意向を踏まえて、各地域の中で役割分担、連携を検討していただきたいとしている。

小児救急医療においては、初期救急医療体制(休日夜間診療所等)の整備、そして連携強化病院といった各地域の拠点となる病院を定めて、ある程度の救急搬送ルートの情報共有を図っていくと考えている。

②地域の特性に応じた救急医療体制の整備・充実(地域格差の是正等)

ドクターヘリについては、導入検討委員会の報告を受けた後、医療計画への記載内容(目標・基地病院・連携など)を検討する。ドクターカーについては、先行事例であるワークステーション方式(山口大学高度救命救急センター、済生会山口総合病院)を広く情報提供し、他機関での運用拡大を推進できないか検討している。

③医療機関と搬送機関の連携体制の確保

これまでの救急医療情報システムの入力・利用の実態を踏まえ、「システムから正確な情報入手が可能か」という視点から再見直しを行う。また、県内では搬送先が見つからないケースは数として少ないが、より少なくしていく観点から、現場において搬送先医療機関選定に手間取るときの救急隊を支援する仕組みの必要性が考えられ、管制塔機能を担う医療機関の検討が考えられる。

④救急医療についての県民の理解と参加

適正受診の促進について、第 5 回作業部会(2/19)で検討することとしている。各市町での患者教育による先行事例もあるので、情報提供しながら全県的に広めていきたい。

また AED の普及啓発については、設置情報を充実させるため、販売業者等の協力を得て、「AED 設置状況届出書」を設置者に配布し、設置者から直接情報収集していきたいと考えている。

○災害医療の確保

本県における DMAT の現状と課題

本県での DMAT 運営要綱、運営計画の策定及び県・DMAT 保有病院間の協定締結はされていない。全国でも 8 自治体での締結にとどまっている。このことについて作業部会で何らかの案を提示したいと考えている。

2.AED 講習会の開催状況について

平成 20 年 4 月～12 月末までの県医師会が所有している AED 資器材の貸出状況は 47 回で、昨年に続き減ってきているが、消防の方では定期的に開催されており、受講された一般市民の方も増えてきていると言える。

玖珂郡 学校関係では、生徒や教職員、保護者などを対象として例年開催されているようだが、その実施状況はどうか。

岩崎委員(宇部市消防) 小学校では、プールの始まる時期に実施されている。宇部市においては、小・中・高すべての学校に AED が設置された。消防が行っている 4 時間の講習会はなかなか

か受講できないため、教育委員会からの要請により、保護者などを対象としたものとは別に、各校毎に教職員全員が講習会を受講することになっている。よって、今後順次市内の学校で行っていく予定である。

山本委員（周南市消防） 小学校での講習は、プールの始まる時期に実施している。赤十字社が実施している講習会もあるが、ほとんどの公立小学校では、消防が関わっていると思われる。

有川委員（下関市消防） 下関市でもほとんどの小学校から講習の依頼があるが、4 時間の講習会は時間的に難しいので、1 時間～1 時間半で実施している。

宮内委員 4 時間の講習会はなかなか時間的に難しく、1 時間くらいの会が多い。4 時間の講習会ができないから行わないということではなく、一般市民に広げていくには、要望に応じて 1 時間でも行える講習を考えることも重要だと思う。また、講習会も受講者も増えているが、講習会でアンケートをとると初めて受ける人はまだ多い状況である。十分だという考えでなく、まだ受けたことのない人を発掘していく気持ちで、活動していただきたい。

県医 AED の数の普及に伴い、講習受講者が増え、いざという時にバイスタンダーとして AED で救命できることが理想であるので、今後もこうした講習会が続けられることを期待する。

3. 除細動器及び AED の設置状況調査(結果報告)について

AED の設置状況について、県が把握しているものについては、県のホームページに掲載されている。医療機関の設置状況については、今年度 4～5 月にかけて郡市医師会を通して調査した結果を、今年度の郡市救急担当理事協議会（平成 20 年 6 月 12 日開催）で報告した。なお、本調査結果は公表しないこととしているので、ご留意いただきたい。

4.AED・ACLS インストラクター登録名簿について

AED・ACLS 講習会を開催する場合に、協力いただけるインストラクターを平成 19 年度に調査した。来年度も調査したいと思うので、ご協力をお願いします。

5. 山口県自動体外式除細動器普及促進協議会委員の任期について

本協議会委員の任期が今年度末（3 月 31 日）で終わる。山口県は引き続き AED 普及に取り組むこととしており、来年度も本協議会を継続していく。

中安委員から、後任を井上先生（県立総合医療センター）にお願いするとのことがあったが、それ以外の委員の先生方には、引き続き委員をお願いすることになった。

第 48 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）

患者にやさしい消化器がん・乳がん外科治療

と き 平成 21 年 3 月 8 日（日）9：30～15：40

ところ 山口大学第 2 中央診療棟 3F 多目的室 1

〔報告：山口大学医学部大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学講座 山本 滋〕

平成 21 年 3 月 8 日（日）午前 9 時 30 分より午後 3 時 40 分まで、山口大学消化器・腫瘍外科学講座の担当による第 48 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座が第 2 中央診療棟 3 階「多目的室」で開催されました。今回のテーマは、「患者にやさしい消化器がん・乳がん外科治療」でした。11 名の参加された先生方の中には、普段、外科を専門とされていない先生方もおられました。

岡 正朗教授の開会の挨拶につづき、食道がん（武田 茂助教）、胃がん（吉野茂文講師）、大腸がん（碓 彰一准教授）の順に、最近の外科治療に関し、特に低侵襲である腹腔鏡下手術をメインにビデオ画像を使用しながら説明させていただきました（各々 30 分間）。参加の先生方からはさまざまな質問をいただき、腹腔鏡下手術への関心の高さを認識しました。

そののち、腹腔鏡下手術器械を中心とした診断・治療器械を実際に使用していただきました（午前及び午後で計 120 分間）。まず、内視鏡手術体験として、コンピューター制御の腹腔鏡下手術シミュレータなどを用い、内視鏡手術器械の操作練習、腹腔内での縫合の練習、腹腔鏡下胆嚢摘出術の手術をバーチャル体験していただきました。次に、腹腔鏡手術に使用する最新の組織分離器械（バイオ、ハーモニックスカルペルなど）で、実

際に鶏肉を切ったり、スポンジを使用し器械吻合を体験しました。最後に、乳房腫瘍の超音波ガイド下穿刺吸引細胞診及び針生検を、模擬腫瘍が埋まった乳房の模型を使用して実際に行っていただきました。エコーモニター上に、穿刺針をきちんと描出することに手こずっている先生も見受けられました。さらに内頸静脈から安全・迅速に中心静脈ルートが確保できる、超音波ガイド下内頸静脈穿刺も体験していただきました。

昼食後、肝臓がん（爲佐卓夫助教）、膵臓がん、（上野富雄助教）、乳がん（山本 滋講師）の外科治療をスライドやビデオを使用し説明させていただきました。肝臓がん、膵臓がんは、まだ開腹手術が主ですが、技術の進歩とともに手術成績が近年、非常に良好となっていることを理解していただけたものと考えています。

今回参加された先生方は、非常に熱心な方ばかりでした。せっかくの休日にもかかわらず、われわれのもとにお集まりいただいたことに対し、深くお礼申し上げます。今後は消化器外科及び腫瘍外科領域における高度の外科治療を行い、患者の QOL 維持を含め、満足度の高い医療を提供するよう努力いたします所存です。

最後になりましたが、今回教育講座を開催する機会を与えていただいた山口県医師会に心より感謝申し上げます。医師会の先生方には、今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。



受講印象記

小野田市医師会 吉中 博志

平成 21 年 3 月 8 日（日）第 48 回山口大学医師会、山口大学医学部主催医師教育講座が山口大学消化器・腫瘍外科教室の先生方のご協力のもと開催されました。テーマは「患者にやさしい消化



器がん・乳がん外科治療」でした。朝早くからスタッフ総出で入り口から第二中央診療の会場まで案内していただきました。はじめに岡正朗教授が開会の挨拶をされました。その中で講師陣は、日本の最先端かつ最新の医療の技術を持っておられる先生方との紹介がありました。

まず午前には食道がん治療、胃がん治療、大腸がん治療の講演がありました。また体験学習をさみ午後になると肝臓がん治療、膵臓がん治療、乳がん治療の講演がありました。

食道がんではリンパ節転移が重要で、胸腔下食道切除術は開胸操作と同様なりリンパ節郭清ができ、腹腔鏡補助下胃管作製術との併用で、低浸襲の手術になるとのお話でした。大腸がん治療及び胃がん治療においても腹腔鏡下手術が増えていて、開腹手術に比べて低浸襲で、特に高齢者において術後合併症を予防できる有用な方法であるとのことでした。肝臓がんではラジオ波焼灼術などの局所療法、切除、経肝動脈的治療などの種々の治療法が並立すると考えられており、また背景となった肝臓の治療も必要とのことでした。また条件が整えば肝移植も治療の選択肢の一つだとのことでした。膵臓がんにおいては治癒切除後の5年生存率が20%以下であり、がん遺残をみとめない切除治療が可能かどうかの判定が術前にもっとも大事だとのことでした。乳がんにおいては癌細胞がリンパの流れに乗って最初にたどり着くセンチネルリンパ節への転移の有無に分けて詳しく治療法を解説されました。

それぞれの治療内容の講義はととも30分ではおさまらない、その何倍もの内容を含んでおり、最

先端の医療に少しでも触れられて感動しました。

午前と午後の講義のあとに体験学習をしました。はじめは内視鏡手術シミュレーション機器体験で、内視鏡縫合の練習、腹腔鏡下胆嚢摘出術、腹腔鏡補助下大腸手術の手術体験、内視鏡手術機器の操作練習などがありました。外科系の先生方もかなり参加されていて、なれた手つきで、操作をされていました。私は縫合が苦手なので、汗だくになりながら練習しました。またイスラエル製という腹腔鏡下胆嚢摘出術シミュレータを試してみましたが、思った以上にリアリティがあり出血が多く不成功におわりました。次は内視鏡手術用の組織切離機械で、実際にサンプルを切ってみました。また機械吻合も体験できました。こちらはなんとか成功しました。最後は乳房腫瘍の超音波ガイド下穿刺でした。模擬腫瘍を穿刺して組織生検を行いました。超音波ガイド下で内頸静脈などから安全に中心静脈ルートを確保できる専用のエコー装置のデモもありました。中心静脈栄養には欠かせない有力な機器だと思いました。このような最先端の機器の使用により実際の手術の前にプレ体験でき、また、すべてのがん治療において医師と患者の負担を軽減でき、より安全に行え、まさに患者にやさしいがん治療の一翼を担うものと思われ、その有用性と進歩には驚嘆しました。最後に一堂に会して質疑応答があり、閉会の挨拶を裕彰一准教授がされました。その後修了書を授与され教育講座は閉会しました。

おわりに、日曜日にもかかわらず熱心に指導してくださった岡正朗教授並びにスタッフの皆様に感謝いたします。



平成 20 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 21 年 2 月 13 日 (金) 14:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会館 3F 小講堂

[報告: 常任理事 西村 公一]

開会挨拶

唐澤日医会長 国民に良い医療を提供するためには、看護職員は必要不可欠であるが、現在、医師不足問題と同様に、看護師不足が深刻な問題となっているところである。各地域医師会では看護職員の養成に大変ご尽力いただいていることに、心から感謝申し上げる。

厚労省では現在、「看護の質の向上と確保に関する検討会」を設けて議論されているところであるが、今日は厚労省から野村陽子看護課長を迎えて「看護職員を巡る最近の動向について」と題した講演をお願いしている。厚労省の看護師問題に対する取り組みを聞きながら、先生方の活発なご意見をお聞きし、意義ある協議会となることを期待する。

説明

日本医師会常任理事 羽生田 俊

1. 看護職員を巡る最近の動向について

看護職員の量の確保の問題については、15 県医師会において医師会立看護師等学校養成所の卒業生に対して再就業アンケート調査を実施した。

現在就業していない看護職員は 78%であった。12.7%が看護職以外の職業に就業している。看護職員への復職希望については、「再就業したい」が 27.1%、「条件次第で再就業したい」が 43%、合わせて 70.1%である。

再就業したいとする人の希望施設・職場は複数回答で、診療所が 87.5%、病院が 70.8%である。子供ありと回答した人、すなわち育児に係わらなければならない人が 77.5%、そのうち 12 歳以下の児童・乳幼児がありと回答した人は 73.5%で、



いわゆる「潜在看護職員」は育児に係わっている女性がほとんどで、看護職員として再就業したい希望、意欲が十分あり、仕事と育児及び家庭の両立を希望している。

望んでいる雇用形態は短時間勤務を 65.5% が希望しており、常勤を希望する方の 2 倍であった。そして、夜勤が難しいということで、複数回答可であるが、日勤のみの希望が 85.7% であった。待遇としては、有給休暇の取得のしやすさ、院内保育所の整備、学童保育への配慮などがあつた。

再就業に際しての研修を受けたい方は 80.7% であった。とりわけ再就業するに際しては、勤務先に望むことは、休暇がとりやすいことや院内保育所、学童保育あるいは育児に対するその他の配慮などがあることを重視し、勤務時間についてもそれらを前提にした勤務形態を望んでいる。

また、医療現場に戻るにあたっては、看護職種を離職してからのブランクを埋めるための現実的な研修を望んでいる姿がうかがえる。

看護職への再就業支援対策として情報交換・収集の窓口の設置や多様な勤務形態とコーディネート部門の設置が考えられる。

厚生労働省では看護の質の向上と確保に関する検討会を設けている。また、自由民主党の看護問題対策議員連盟の看護の質の向上と確保に関するプロジェクトチームに対して、日医では看護教育を 4 年制に移行させてしまうと医師会立の看護学校がなくなってしまう危惧があることを伝えている。

2. 看護職養成の現状について

看護大学が増加しているものの、現在でも看護師養成の 6 割は養成所において行われている。大学では統合カリキュラムとして、保健師、助産師、看護教育を 4 年間で行っているため、看護師教育は実質 3 年間である。したがって看護師 4 年教育のエビデンスは現在はないといえる。4 年間の看護師教育が資質の向上につながるということの検証が必要である。

国家試験に合格することが基礎教育のレベルであり、現在の看護師の合格率が全体で 90.3% であることから看護基礎教育は現状で十分である。学生の教育のレベルアップのためには、看護

教員の資質の向上と量の確保が必要不可欠である。また、養成所における実習先の確保について国としてもバックアップをお願いしたい。

医師と看護職等との役割分担の見直しの議論のなかで、医師不足を背景としてナースプラクティショナー導入の議論もされているが、教育の裏打ちもなしに役割分担だけが先行すると、責任の所在が曖昧になりかねず、患者を危険にさらすおそれがある。医師不足に名を借りて新たな職種を作ることには反対である。現行の医師法・保健師助産師看護師法の下で十分対応できる。医師が最終的に確認、署名することで、事務的業務の分担については進めるべきと考えている。

説明

厚生労働省医政局看護課長 野村 陽子 看護職員を巡る最近の動向について

看護行政の方向性として、量的な確保と資質の向上がある。これから高齢化社会が進むことによって看護職員のニーズが増えてくる。そして少子化が進むことも考慮しなければいけない。18 歳人口の推移をみると、平成 67 年には、現在の半分以下になる。看護学生の確保が難しくなる。現在の看護職員の就業者の伸びも高くなっているが、それでも不足している。

看護職員の増加策として養成力の確保と再就業支援がある。また、看護職員の減少を阻止するものとして、資質向上と離職防止がある。その対策としては、まず病院内保育所事業がある。潜在看護師に対しては研修を行う事業も実施している。助産師も不足しているということで、新人助産師に対する研修の実施や助産師養成所開校促進事業も実施している。

また、医師と他の医療従事者との役割分担の推進のため医師等でなくても対応可能な業務例を整理している。

新人看護職員の臨床技能の向上・強化についても、問題になって 10 年以上たっているが、基礎教育における技術教育の推進と新人看護職員研修の実施という 2 つの側面から充実をしていかないといけない。

看護師 3 年課程の 21 年度のカリキュラム改正については統合分野及び統合科目を創設し、各分

野で教育内容の充実を図り、看護師に必須の技術項目と卒業時到達度を明確化した。

そのカリキュラム改正の懇談会の後に行われた看護基礎教育のあり方に関する懇談会において、中長期的に看護教育のあり方について検討した。

論点整理のポイントとして、看護基礎教育では、看護に必要な知識や技術を習得することに加えて、いかなる状況に対しても、知識、思考、行動というステップを踏み、最善な看護を提供できる人材として成長していく基礎となるような教育を提供することが必要不可欠である。そうした、教育を提供するのに相応しい体制や環境を確保していく必要もある。

新人看護職員の研修については、医療安全対策の推進や臨床への適応、定着促進、臨床技能の向上・強化も狙ったものになっている。

新人看護職員が早く離職してしまう理由の一つに「不安」であるということがある。一人でできない、医療事故を起こしてしまうのではないかとといったことがある。

また、新人看護職員研修に必要なのは指導者である。指導者の育成が必要である。

看護の質の向上と確保に関する検討会において、検討課題として看護職員の確保、チーム医療の推進、新人看護職員の質の向上、看護教育のあり方の4つが挙げられた。また、平成 20 年 4 月 1 日から行政処分を受けた保健師、助産師、看護師に対して、再教育研修が義務付けられた。

都道府県医師会からの意見・要望

日医 看護師等の養成にあたって抱えている問題として生徒の確保や質の問題、学校の財政上の問題等が挙がっている。また、専任教員養成講習会については通信教育をお願いしている。

母性実習については、男子学生が増えていることもあり、難しい面も指摘されている。

准看護師の養成については、養成を存続していくということである。

担当理事 特に男子学生の母性看護実習先確保に苦慮している。ビデオによる実習なども認めてほしい。シミュレーターを活用するという方法もある。

厚生労働省 母性実習は必要であるのでいろいろと工夫しているが、今のところビデオなどの活用は困難である。

担当理事 医師会立は営利企業ではない。県立学校は運営にかかわる学生の納付金の割合が 30% 以下である。医師会立は 70% くらいである。

また、実習先の確保に苦労している。できれば 7 対 1 看護を行っているようなところは算定要件として、看護学校の実習を受け入れるということをお願いしたい。

厚生労働省 県立の看護学校は現在は国からの補助金ではなく、地方交付税の中から交付金を出しているの、それぞれの自治体によって判断されている。民間立は厚生労働省、県立については地方交付税なので違いが出ているのではないか。

また看護師がたくさんいるところは、実習を受け入れてほしい。また、そういったことが評価されるような仕掛けがないか考えている。

担当理事 専任教員の講習は通信教育で実施する可能性はあるのか。また准看護師の試験を国家試験にするという要望についてはどう考えているのか。

日医 通信教育の要望はしているが、まだ実現に至っていない。准看護師の試験を国家試験にするということは、養成所を代表して国家試験にしてほしいという話があれば考えるが、日医としては現在国家試験にするということでは、動いていない。

担当理事 医師会立看護学校に対する補助金の交付を早くしてもらいたい。

厚生労働省 平成 21 年度から交付要項を変更し、申請の締め切りを従来の 6 月末から 4 月末に早めた。審査後早急に交付されるように配慮したい。

市民公開講座「人と向き合う地域医療を目指して」

と き 平成 20 年 11 月 16 日 (日)

ところ 県周南総合庁舎「さくらホール」

報告：徳山医師会 副会長 津田 廣文
副会長 三好弥寿彦

山口県医師会、山口県医師会勤務医部会の主催、周南市、徳山医師会の共催により、平成 20 年 11 月 16 日 (日)、県周南総合庁舎「さくらホール」で市民公開講座「人と向き合う地域医療を目指して」が開催された。これは山口県医師会勤務医部会より、勤務医の過重労働の現状を広く一般市民に理解していただき、その対策を市民と一体となって考えていこうという主旨で行われた。

まず特別講演では、周南市立徳山動物園獣医師の木原一郎先生により、「徳山動物園のなるほど話」として、動物たちの魅力とその魅力を活かした動物園 PR の取り組みを紹介された。特に全国的にも有名になったマレーグマのツヨシ君の近況報告では、会場大いに盛り上がり楽しい時間を過ごさせていただいた。

引き続き基調講演では、内閣府「地域活性化戦略チーム」の委員であり、在宅医療推進会議の作業部会部会長の順天堂大学医学部公衆衛生学講座准教授の田城孝雄先生が「地域医療を守り、育てる市民」のテーマで講演された。



医師のハードな勤務に対して、行政や住民の無理解で、疲れ果てた医師が次々に医療現場を去れば、地域の医療崩壊につながり、残された住民が最も影響を受ける。兵庫県丹波市の「県立柏原病院の小児科を守る会」の場合、母親らが小児科医と相談して、小児の病状に応じて対応できるパンフレットを作成し、緊急性を判断して受診行動を変えることにより地域医療を守った例を紹介された。

次に脳卒中、急性心筋梗塞を発症した場合、急性期病院 (特定機能病院、地域中核病院) で対応するが、一方で在宅療養中の患者が急性増悪時 (肺炎、脱水等) に対応できる病院 (在宅医療を支援する地域医療支援病院や地域の一般病院) の二本立てでの必要性を強調された。

小児救急医療の取り組みとして、岡崎市の場合、住民参加の協議会活動により、夜間急病診療所の利用者が増え、市民病院 (救急外来) の受診者が減少した例を紹介されたが、母親が夜間と救急の区別をするのが困難な場合もあり、小児救急も一か所とするのが望ましい。周南市の徳山中央病院内に設置された「周南地域休日・夜間こども急病センター」は画期的で、東京都の今後の医療計画にもこの方式を盛り込んでいるとの説明があった。

最後に沖縄の石垣島の「へき地医療支援病院」の例を出され、少ない医師数で 24 時間 365 日、2.5 次救急までする姿は、そのまま地方の中核病院にあてはまるとの認識と、もう一方で、医療崩壊を招かない医療機関の上手なかかり方として、何でも相談できる「かかりつけ医」をもつことを強調された。

パネルディスカッションでは、周南地区の救急医療を担う新南陽市民病院及び徳山中央病院より

3名の先生を、また開業医の立場から岡本徳山医師会会長、そして救急の現場から周南市消防本部救急救命士の計5名のパネリストより話をしていた。

はじめに、新南陽市民病院の小田裕胤院長より、病院勤務医の過酷な労働環境の現状をSF-36を使った精神的QOLの調査結果を示しながら報告され、医師の過重労働が医療崩壊の原因であると話された。最後に、地域医療は病院と診療所の連携の下に達成されるもので、病院と診療所の機能分担が必要であり、その医療体制を市民に理解していただきたいと話された。

次に岡本徳山医師会会長により、とにかく自分のかかりつけ医をもつことを強調された。病気になったらまずかかりつけ医に相談し治療を受けていただき、必要に応じて病院連携をとり病院へ紹介していただくことが上手な医療のかかり方、コツではないかと話された。

周南市消防本部救急救命士秋山正治氏からは、周南市消防本部の救急出動件数は年々増加しているが、そのうち軽度の患者が約6割を占めており、緊急性のない出動要請も増えている。しかし救急車台数は限られており、助かる命を救うための救急車の適正利用をお願いしたいと話された。

徳山中央病院産婦人科の伊東武久先生からは、日本は周産期死亡率が世界一低い国であり、安全神話が国民の間に定着しているが、現実には高齢出産や定期健診を受けない妊婦も増加し、逆にお産のリスクは高まっており医療訴訟へ発展するケースが年々増加している。少子化問題とともに産婦人科医減少の原因となっていると説明、お産は必ずしも安全ではないことを国民も理解していただきたいと話された。

徳山中央病院小児科の内田正志先生からは、小児救急で一番の問題点は夜間、休日の小児救急であり、その問題を解消するために、勤務医と開業医が協力して平成20年12月1日より徳山中央病院の中に、「周南地域休日・夜間こども急病センター」が開設することになったと説明された。これにより周南地域の小児科医がこども急病センターに出務して一

次救急を担い、入院が必要な場合は徳山中央病院の小児科医が担当することで、患者さんだけでなく開業医と勤務医にとってもメリットが多い。しかし、患者さんの協力なくしてはこのシステムを維持することは困難で、日頃からかかりつけ医をもつこと、また夜間の適切な受診をお願いしたいと話された。

その後、市民代表として周南市議会議員・健康福祉委員会委員長の清水芳将氏より、パネリストの方々のお話を聞き、市民の救急を判断する知識の不足により、それが休日夜間の受診増加につながることで勤務医の過重労働の原因となっていることを知り、今後市民の間でも救急に対する知識を共有し広めていきたいと話された。

その後ディスカッションに移ったが、時間の関係でディスカッションの時間が制約されたことは残念であった。しかし、パネリストの方々のそれぞれの立場からの医療に対する熱く切実な思いは市民に十分に伝わったことと思う。

閉会の挨拶で、小田院長より医療崩壊をくい止めることは医療関係者だけの努力では無理で、一般市民の協力がなければ解決されない。“ストップ！ザ医療崩壊”を周南市から発信しようという力強い言葉で締めくくられたが、周南地域において12月1日開設する「周南地域休日・夜間こども急病センター」が、今後行政、市民、医療関係者が一体となった救急医療システムを構築する一つの足がかりになることを期待する。

最後に、今回の市民公開講座の開催にあたりご協力いただいた関係者各位に深く感謝する。



平成 20 年度 第 2 回 都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会

と き 平成 21 年 3 月 13 日 (金) 14:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会館 3F 小講堂

報告: 専務理事 杉山 知行
理事 田中 豊秋

1. 開会

飯沼日医常任理事の司会により開会。

2. 開会挨拶

唐澤日医会長 日本医師会では昭和 62 年から自主申告による生涯教育制度を実施しており、現在は約 13 万人、7 割を超える会員に毎年生涯教育の申告をしていただいている。

しかしながら、近年は、医師が学習する姿を国民に見える形にすることができないかという要望が多く寄せられており、こうした声に応えることができるよう、会内でも積極的に検討を進めていることはご存知のとおりである。

そこで、日本医師会では、国民に理解され、支持される内容の生涯教育制度を確立し、その上で、「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の養成について、認定制度を含めたシステムを検討してきた。この課題については、第 1 回の協議会において賛否それぞれのご意見を頂戴したが、今後とも拙速を避けつつ、多くの方々にご理解をいただくためにも、十分な議論をお願いしたい。

いつでも、どこでも、誰もが医学の進歩の恩恵を受けることができることが、国民皆保険制度の基本精神である。この精神を体現するために、私たち医療人、とりわけ医師が不断に生涯教育に取り組む姿を示し、それを客観的に評価する制度の構築が必要であると考えている。本日は忌憚のないご意見を頂戴したいと考えている。

3. 議事

(1) 生涯教育関連事項報告

日本医師会常任理事 飯沼 雅朗

① 新医師臨床研修制度の見直し

現在、文科省や厚労省で検討がなされており、それが最終段階に入っているところである。

臨床研修制度については、昭和 43 年に「努力規定」による臨床研修制度が創設されたが、研修があくまで「努力義務」であったことや、研修プログラムが不明確なこと、さらに指導体制が不十分であったこと、身分や処遇が不安定、都市部の大病院に研修医が集中することなどの問題点があったため、平成 16 年度から新医師臨床研修制度が始まった。

この制度が始まって 5 年が経過したが、その間に医師不足などの問題が顕在化してきた。そのため、制度の評価が完全には行われていないにもかかわらず、総理大臣経験者の働きかけで、検討会で見直しが行われることとなった。この中では、研修期間を現在の 2 年から 1 年にするによって、1 年分の研修医数である 8,000 人程度が地方で研修することができるとの考えから、その点も含めて検討されている。

新医師臨床研修制度が始まる前後で、マッチングでの大学病院と臨床研修病院の研修医の人数の比率をみると、平成 15 年度で大学病院 7 割、臨床研修病院 3 割弱であったものが、平成 19 年度ではその比率が 45.3%、54.7% となっている。新制度導入後、指導側の向上、研修医の診療能力の向上、受け入れ病院の飛躍的な増加、研修の処遇の大幅な改善など、プラス面もある一方で、大学病院の医師派遣機能の低下などのマイナス点もみられる。

今回の制度見直しでは、従来の到達目標を前提として、①研修プログラムの弾力化、②卒前・卒後の一貫した医師養成、③研修医の募集定員(削減)、受け入れ病院のあり方、について見直しが行われた。

①については、診療科の必須は内科(6 か月以上)と救急(3 か月以上)に止め、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科の中から 2 診療科を

選択必修、研修 2 年目に地域医療研修(1 か月以上)を必修とすることとし、残りの期間を自分が将来専門としたい科をスーパーローテートで研修することとなる。

また、②については、卒前教育から国家試験、そして卒前教育、生涯教育と、一貫した医師養成がなされるのであれば、研修期間を 2 年から 1 年にすることもありうるというのが日医の立場である。

また、③については、募集定員の総枠を研修医数の 1.1 倍(9,800 人)に設定、マッチングは全国規模で行い、都道府県別に募集定員の上限を設定することとなった。また、過度な給与の支払を是正し、プログラムにより研修病院を選択するようにする。

このほか、関連する制度等の見直しとして、共用試験の合格水準の標準化、カリキュラムの見直し、地域枠の拡大、医学生の医行為、国家試験の見直し、医師派遣機能の再構築、予算の拡充が検討されている。

臨床研修病院の指定基準についても、研修医 5 人に対し、指導医 1 人以上の配置の義務化や病院で群を作って指導することが検討されている。

検討会の今後のスケジュールは、平成 21 年 3 月中旬にパブリックコメントを募集し、4 月中旬の「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」で最終案を作って 4 月下旬省令改正、なんとか今年夏のマッチングに間に合わせて平成 22 年度研修者から実施したいと厚労省では考えているところである。

②日本医師会生涯教育制度

現在の自己申告率は 7 割強、10 単位以上修得し、修了証を取得される日医会員は 56.7%(92,918 人)であるが、自己申告としてはこの数字は少ないという感じがする。

修了証を 3 年間連続して取得された先生には認定証が交付されるが、この認定証がそれなりの意義をもつように生涯教育のボトムアップをしたとかねがね思っているところである。

その一環としてこのたび作成したのが「生涯教育カリキュラム〈2009〉」であり、日医雑誌 4 月号に同封して 17 万人の日医会員に配付する。

なお、このカリキュラムをどのように用いて学習するかについては、平成 21 年度いっぱいをかけて十分に検討させていただき、決まり次第順次アウンスメントしていきたい。

なお、平成 20 年度に単位換算の一部変更を行い、これまで日本医学会が主催する研修のみ 5 単位とし、学会については 3 単位としていたが、生涯教育推進委員会で検討した結果、日本医学会に加盟する学会(現在 107 学会)の実施する全国規模の総会については 5 単位とすることとした。

インターネット生涯教育講座はスポンサーをつけずに日本医師会の独自の企画により行っており、平成 21 年度は「医療倫理」と「めまい」の 2 講座を配信する予定である。なお、使いづらいつい意見があるので、6 月頃に改善を予定している。

日医雑誌については、自己(自宅)学習の申告(読後回答)については、これまでは採点していなかったが、採点すべきとの意見もあるので、今後検討を行っていきたい。日医雑誌の特別号については、セルフアセスメントも掲載しているので、ぜひご活用いただきたい。

なお、日医雑誌の発行の経費がかなりかかることから、内容や配付の範囲など検討する参考にさせていただくため、平成 20 年 10 月～21 年 1 月に都道府県及び郡市区医師会を対象にアンケート調査を行い、42 都道府県医師会、649 郡市区医師会から回答を得た。これによると、特別号についてはよく読まれているので、すぐにこれを電子化することは難しいようである。

③指導医のための教育ワークショップ

平成 21 年 4 月より、研修医 5 人に対し指導医 1 名の配置が必須となるため、日医で最近開催した際には、28 名の定員に対し 150 名の応募があるなど、今後応募者のさらなる増加が予想されるため、各都道府県におかれても積極的に開催してほしい。

④日医生涯教育協力講座セミナー

i)「ウイルス感染症における予防と治療」(平成 20 年 6 月～21 年 12 月)

多くの参加者があり、議論も活発に行われ非

常に好評である。

ii) 「生活習慣病診療の Up to Date」(平成 20 年 8 月～22 年 3 月)

iii) 「肺の生活習慣病：COPD〈慢性気管支炎・肺気腫〉」(平成 21 年 5 月頃～22 年 12 月)

来年度新たに実施する予定。このセミナーについては、競合する製薬会社 2 社により同じテーマで行う形をとっている。

⑤ 「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の養成について

専門性にプラスして幅広い診療能力を養うべきとの考えとともに、国民からみて医師が学習していることを、数字により国民にはっきり示すことを目的に考えたわけである。専門医と「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の関係については、横の幅広い診療能力の上に縦に専門性があれば力強いものができるという概念である。

日本医事新報 No.4414(平成 20 年 11 月 29 日)に掲載された、日医認定案に関する読者アンケート(回答数 101)によると、「総合的な診療能力を持つ医師の育成」について賛成が 53%、反対が 42%、日医の「総合医」認定制度案をどう評価するかとの問いには賛成 48%、反対 45%、厚労省の総合科構想については賛成 19%、反対 75%であった。

なお、2 月 22 日付け朝日新聞に、この問題についての記事が掲載され、日医の制度は自己申告制であること等により不十分であるので、拡充すべきとの論調であった。

日医生涯教育制度は、昭和 62 年の発足以来 20 年以上にわたり、諸先輩のご努力により、着実に発展し日本の医療を支えてきた。この歩みを止めてはならないと考えており、現代の医学・医療の進歩に対応すべく、工夫・改善が必要である。現在の生涯教育制度の認定証を、国民から評価が得られるよう学習時間を明確にし、質の担保をしなければならない。すなわち、現行の生涯教育制度の底上げが必要である。

(2) 生涯教育推進委員会活動報告

生涯教育カリキュラム〈2009〉について

聖路加国際病院長 福井 次矢

カリキュラムの目標を「一般目標」と「行動目標」に分け、「一般目標」は「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続的医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技量を身につける」という目標により、このカリキュラムを作った。これまでのカリキュラムとは出発点がまったく異なっており、これまでのカリキュラムでは、いろいろな医療上の項目、疾病などを挙げて、その中から自由に学習してくださいという趣旨のやり方であったが、今回は、このカリキュラムで挙げた項目をできるだけ網羅していただくことで、この一般目標に掲げたような機能を担える医師のための生涯教育に使おうということで作った。

行動目標は、まず「Ⅰ.医療専門職としての使命」、「Ⅱ.全人的視点」、「Ⅲ.医療の制度と管理」、「Ⅳ.予防・保健」、「Ⅴ.地域医療・福祉」、「Ⅵ.臨床問題への対応」、「Ⅶ.継続的なケア」に大きく分け、各項目がさらに分かれている。

このうち、「Ⅵ.臨床問題への対応」では、「1.臨床問題解決のプロセス」として 7 項目を挙げ、「2.症候別の臨床問題への対応」で、この 7 項目について 57 種類の症状・症候別に、このレベルの問題解決が求められるということを示している。

また、頻度の高い慢性疾患の管理について、プライマリ・ケア的な診療を提供するドクターが非常に頻りに診る病気なので、最低限この程度のレベルで診療を行う必要があることを示しており、慢性疾患別に 5～6 項目の行動目標を示している。

つまり、多くの専門学会で行われているような、病気の専門家というよりも、最低限、症状・症候からこのレベルまでの問題解決ができるというカリキュラムになっている。

最後にこのカリキュラムの冊子にはアセスメント表を掲載しており、3 年間かけて、できるだけ一人ひとりのドクターが学習できる項目を網羅したことが分かるような使い方ができればいいと考

えている。

(3) 専門医・認定医について

日本専門医制評価・認定機構理事長 池田 康夫

わが国の専門医制度の現状と問題点についてお話しさせていただきます。

わが国の専門医制度は 1962 年、日本麻酔指導医制度の発足がその始まりである。1980 年に 22 学会からなる「学会認定医制協議会」が発足した。1986 年には、日本医学会、日本医師会、協議会による三者懇談会が開催され、以後、定期的に開催し、日本の専門医制についてディスカッションを行ってきた。1993 年には、「認定医の公認に関する三者懇談会の見解」として、基本領域の 13 学会の専門医の承認シールの発行や、認定の表示と標榜診療科を切り離して考えること、認定制度の更新制、さらには診療報酬点数とは無関係でいくことが発表され、専門医制のある程度の位置づけが行われた。

1997 年には、「国民医療総合政策会議」において 21 世紀の医療の改革の提案というものがなされて、学会専門医の認定基準の統一化、明確化が図られた。また第三者的立場の評価機構の創設について議論していかなければいけないということがこのときに話された。2001 年には学会のメリット優先から社会的視野に立つような専門医制度を整備するという目的もあって、「専門医認定制協議会」に改組され、協議会が整備された。

2002 年に厚生労働大臣告示「専門医広告に関する基準・手続き等」、いわゆる外形基準が出された。これは規制緩和の一環であり、専門医の資格を認定する団体の基準が設けられ、法人格、会員数、活動実績など一定の基準を満たしている団体が認定した専門医であれば、広告してよいという告示が出たものである。しかし、これにより外形基準だけで専門医が広告できることになり、場合によっては似たような専門医が広告されて、患者さんからみるとわかりにくいということが起こりうる状況になった。

2003 年、協議会が中間法人日本専門医認定制機構に変わり、当時の加盟 52 学会のうち、内科、外科、小児科、整形外科、産婦人科などの学会が基本領域学会をなし、その上に Subspeciality(上

積み研修方式制度) という格好で、基本領域の学会の専門医をとったあとで、Subspeciality の学会の専門医をとるという形の学会が加わった。例えば、外科関連の専門医であれば、日本外科学会認定外科専門医の取得後、消化器外科、小児外科、呼吸器外科、心臓血管外科の専門医を取得するという形である。

その後、専門医制度が日本の医療の中でより良く整備されなければならないという議論がたくさん出てきて、昨年、社団法人の日本専門医制評価・認定機構が発足し、公益法人として活動を開始した。

専門医制評価・認定機構というのは、各学会が集まってできた機構であるので、どうしても議論が内向きになってしまい、学会のために専門医を作っているという面がある。しかし、専門医が何のためにあるかということ、やはり患者さんのための組織でなければならないのは明らかなので、そういった面では、この機構は学会から成り立ってはいるが、学会からは少し距離を置いて、中立的な立場で進めていくという視点が大事である。そこで 2006 年に、日本専門医認定制機構に対する外部評価を目的とした、日本医学会、日本医師会、学識経験者、メディア関係者、専門医認定制機構からなる「日本専門医制審議会」が発足した。

以上が大まかにみた、わが国の専門医制度の歴史であるが、現在、社団法人になった日本専門医制評価・認定機構の活動について紹介すると、

- ・「日本専門医制度概報」の発行(年 1 回)

- ・「専門医制度整備指針」の作成

→各学会の作っている専門医制度は、学会間のばらつきが大きいと言わざるを得ない。非常に厳しい基準により認定を行っている学会がある一方で、非常に緩やかな基準で専門医になれる学会もあるため、専門医制度の標準化を図っている。

- ・「日本専門医研修施設便覧」の発行

このようなものを作りながら、日本の専門医制度をよりよいものにしていこうということで活動を行っているのが日本専門医制評価・認定機構である。

専門医制度整備指針には「基本的確認事項」として、医師像、臨床経験、専門医数、会員歴、他の専門医との整合性、指導体制などを要求してい

る。例えば、会員歴に関しては、専門医を取得するときの受験資格にはしないしてほしいとしている。

また、「制度の概要」で整備すべき組織や規制を、「認定審査関連整備内容」で研修目標、研修方式の明示、研修カリキュラム作成、資格認定評価基準（申請資格、試験の評価基準、施設認定、更新資格）を示している。

現在、基本領域専門学会は 18 学会あるが、これらの学会に対しては 2007 年にヒアリングを行い、整備指針に則って専門医制度が整備されていることから、認定書類を発行した。現在は、Subspecialty の学会の専門医制度についてヒアリングをしているところであり、reasonable に認定が行われているかについて検討を行っているところである。

以上がわが国の専門医制度の現状であるが、参考にアメリカにおける専門医制度について述べると、日本の基本領域にあたる General Certificate では、24 領域に Residency Program があり、このプログラムを修了したあとに受験し専門医の資格を取得することになっている。この General Certificate の中では Family Medicine がきちんと位置づけられている。

Subspecialty Certificate については、General Certificate を取得したあとに Fellowship Program を取り、受験する。130 の Subspecialty 専門医があるとされている。

日本とアメリカでの専門医の違いは、アメリカではプログラムを全部取得した後に受験をする点である。日本ではカリキュラムがあって、経験した症例を提出して試験を受けるといったように、アメリカのように Residency Program が確立していない。また、日本においては専門医の種類が多いということが言われているが、アメリカではプログラムに入れる医師の人数が限られているので、自ずと専門医の数が制限されている。また、日本においては、学会が専門医を認定するが、アメリカでは各学会から離れた組織が専門医の試験や認定を行っている。

専門医制度を医療の中でしっかり位置づけることは、医師の地域における偏在、あるいは診療科における偏在等の問題を解決するためにも、大変重要であると考え。そこで専門医の意義につ

いて改めて考えてみると、

- ・医師が自ら修得した知識・技術・態度の認定を受けて、自らそのレベルを社会に開示できる。
- ・患者は診療を受けるにあたって、医師の専門性の判断ができる。
- ・専門医制度の修練プログラムの充実によりわが国の医師の医療レベルを高める。
- ・医師の役割分担を含め、医療制度のあり方に役立つ。

などである。しかしながら、学会が専門医を作っている現状においては、各学会の先生方は、その領域のプロフェッショナルとして見識と誇りをもって専門医制度を作っておられるので、その点は多としなければならないが、ともすると、学会の収支改善のために専門医制度を作っている側面がある。

こういったことから、改善すべき点を挙げると以下ようになる。

- ・専門医制度整備指針の遵守
- ・専門医育成のためのプログラム作成とその実施
- ・認定試験の公正・透明性のある実施
- ・更新制度の改善

次に、全体における専門医制度の課題を考えてみると、

- ・医療における役割分担
- 医療の役割分担には、職種間はもとより、医師間においても、基本領域診療専門医と Subspecialty 専門医とがどのように役割分担をするかということで、そのときに「総合診療医」をどのように位置づけ、この専門医制度にフィットさせるかということが非常に重要な問題だと思う。総合診療医は、医師としてのジャンルを確実に形成しているので、どういう役割を担っている医師であるのかということを位置づけて医療の役割分担を議論することが必要だとの考えから、専門医制評価・認定機構では、わが国の専門医制度のあり方について 10 年先の日本の医療を見据えた議論を現在、展開しているところである。総合診療医の存在は、医療の役割分担を考え、さらに地域医療を支える上で非常に重要であり、現在、家庭医学会、プライマリケア学会、総合診療医学会（これら 3 学会は統合される予定）がその確立のための議論を進めているが、より良い仕組み作りのためには日本

医師会における議論も重要である。

・専門医の種類、適正数、適正配置について国全体の議論が必要

→私たちの機構では、各学会において、それぞれの専門医がわが国において何人くらい必要であると考えているかということ、算出根拠を含めて各学会に問いかけてしているところである。これにより、日本の専門医制度の種類と数の議論にある程度の方向性をつけようと考えている。そこで専門医育成プログラムに基づいて専門医を認定するという仕組みがある程度できると、適正数が調整できる。あるいはカリキュラムの試験を非常に高度にするとその合格率が落ち、専門医の数も減ってくるので、そのあたりを学会がそれぞれ独自に行うのではなくて、日本全体のことを考えながら行う行司役のようなものがどうしても必要だろうと思う。一つの学会が一つの専門医を作る必要は必ずしもなくて、いくつかの学会が集まって一つの専門医を作るという方向に議論が進むことが望ましいと考えている。それが患者さんにとって非常に分かりやすい専門医になるだろうと思う。

・専門医に対するインセンティブをどのような形で与えるか

・専門医認定のための公正・透明性のある仕組み作りのために学会以外の関与が必要

次に、専門医制度の問題点を整理すると

・外形基準に則った専門医広告の公示に伴い、学会独自の専門医認定が可能となり、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念がでる。

→専門医の広告については外形基準を満たしていれば可能であり、内面についての踏み込みがないため、混乱が生じる可能性がある。このため、この点について厚労省医政局とも話し合いを行い、ある学会が専門医の広告の申請をした場合は、私達の機構が意見を述べさせていただき、場合によっては専門医制審議会において意見をお聞きして、この専門医制度を広告することになると、患者さんが混乱するおそれがあると考えられる場合には、広告をすることは待ってほしいということの場合によっては言う必要があるかと思っている。

・専門医認定のプロセスが必ずしも臨床能力本位になっていない。

・特殊領域の高度な技術・技能等に特化した専門医と基本領域の医療を担う医師としての専門医では「専門医」の持つ意味が異なる。

→これまでの歴史的な経緯で、学会が作っているものを専門医と呼んでいるので、基本領域を受け持つ学会においては「認定医」あるいは「総合専門医」というような名称がいいのではないかとすることも念頭にはあるが、この点についてもこれからの議論を待ちたいと思っている。

・多様な学会が多様な専門医を誕生させることは国民にとって理解しづらい専門医制度になる。

・診療科の自由標榜制と専門医の公示との間の整合性を明確にする必要がある。

→専門医制度確立のためには、専門医制評価・認定機構もその役割を果たしているが、昨年、日本学術会議「医療のイノベーション検討委員会」において、日本の医療をよりよいものにするためには専門医制度の確立は必須であるとして「専門医制認証委員会」の設置が提案された。

・日本専門医制審議会

→機構の外部評価として機能しているが、この専門医制審議会が高所から日本の専門医制度の確立のための意見も出していただけるように期待している。

専門医制評価・認定機構は長い歴史を持っているが、これまでの経緯で組織そのものも、いくつかの問題点を抱えていることも否めない事実だと思うので、加盟学会の専門医制度の評価のための明確な基準を作って、学会に強い指導力を発揮したいと思っている。

また、専門医の種類と適正数を設定する議論をリードしていくことも大事であるし、さらには、わが国の医療制度、医師育成制度の中での専門医制度のあり方の議論をまとめて、行政あるいは医師会、日本医学会等と話を煮詰めながら現在の問題点である、医師の地域偏在と適正配置の問題に取り組んでいく組織であるべきだと考える。その意味では、現在 71 学会の会費で成り立っているが、財政的にもある程度独立して、外部からの理事も導入して中立的な第三者機関としての機構に生まれ変わったときに、もう少し求心力を持って日本の専門医制度を引っ張っていけないのではないかと考えている。

4. 質疑応答

岡山県 飯沼日医常任理事の言われた「総合医」と、認定・評価機構の池田先生の言われた「総合診療医」の違いを説明していただきたい。日本医師会としては、どちらのほうにスタンスを置きながら進めていくのか。総合医については、始めると言われながらなかなか前に進んでいないという印象を受ける。

飯沼日医常任理事 日医の考える総合医は、必要に応じて紹介できる能力を広く求めるということで、内科総合医的なことを求めるのではなくて、どの科の先生でも手を挙げていただいた先生に対しては、一定の基準で認めるという、全体の底辺を上げるということで、池田先生の言われた「総合診療医」とは違うと考えている。

池田理事長 私がさきほどお話しした総合診療医というのは、患者さんの症候から、どう手当をすればいいのか、あるいはどういう方向にもってあげればいいのかというような、横の重要な役割を果たす医師であり、ある意味では一つの専門性を持つ医師であるとの認識があってもいいのではないかと思う。実際には家庭医学会、プライマリケア学会、総合診療医学会の3つの学会では、この3つの学会がそれぞれ専門医を作って広告した場合に、患者さんからみて何が違うのかまったく分からないことになるということがあって、さきほど私が説明したような医師群として位置づけたらどうかということで、これら3学会が話し合っただろうと思う。これは患者さんにとって分かりやすいものだと思う。日本医師会員のかなりの先生方は、そういう役割を果たす先生方は多いのではないかと思うので、そういった意味では二つの総合医の性格は似ていると言ってよいと思う。

佐賀県 専門医という言葉にはスペシャリストという感覚が強いということと、開業医は自分ができないと思うことを背伸びすることは絶対なく、できないと判断すればすぐに後方に送るというのは基本である。だから、いまさら専門医という言葉を作るということはどうも理解できない。現場

では上から形だけ作ってその通りにやりなさいと言われても、ついていけないが、その点はいかか。

池田理事長 専門医という言葉が意味するものが、例えば内科の専門医、小児科の専門医というものから循環器科、あるいはもっと Subspecialty に特化した専門医という場合と、総合診療医を専門医と言った場合では、専門医という言葉のもつ意味が全然違うのに、同じ言葉で言っているので混乱が生じていると思っている。よって、名称も含めて考えていかないと理解しづらくなる。ただ、名称を頭から外してみると、どういう役割をする医師が必要かという議論をしたときには、それぞれが役割を果たしているということで、その領域のプロフェッショナルだと言ってもよいのではないか。

佐賀県 患者さんと医療機関の相性というものもあって、合わないと思ったら患者さんは二度と来ないので、患者さんが淘汰する面があるのではないか。

池田理事長 専門医をつくる意義は、患者さんへの情報開示である。ある専門医を広告したとすると、その医師はどんな内容のトレーニングをどのくらい受けたか説明をわかりやすくできるということであり、患者さんの選択が自ずとできる。もちろん、同じ専門医でも、この先生とは相性が合っていて、この先生とは合わないということは起こりうるが、それは受診してみないと分からないことであり、その時点で選び直せばよいわけで、患者さんが受診しようとする際に、その専門医がどういう資質をもった医師なのかを患者さんにとって分かりやすいということが大事だと思う。

栃木県 新医師臨床研修制度に関して二点お尋ねしたい。一点目は、「臨床研修制度のあり方に関する検討会」の委員に大熊由紀子・国際医療福祉大学大学院教授が入っているが、この方は昨年、日本の医療費が増加したかなりの原因が医師の不正請求にあるということを公的な場で発言された。これに対して日本医師会では正式な抗議を

行っていると思うが、医療費に対する誤った見解を出されるような方が、臨床研修に対して深い見識をお持ちだとは思えない。日医としてはこの方がこの検討会の委員になっておられることについて質問はされなかったのか。

二点目は、私は大学病院に勤務しているが、新医師臨床研修制度は非常によく機能していると思っており、少なくとも、それ以前に比べて大学内の研修医の実力は相当上がっている。にもかかわらず、十分な評価をしないで変更するのはいかがなものか。また、学生のある組織からは「たびたび変更されるようでは自分たちもどうしてよいか分からない」、「医師不足とこの制度はまったく無関係であって、地域における医師不足解消のために研修期間を短くして自分たちが行っても役に立たない。確立された医師が行くべきであり、研修医は研修した後 10 年、20 年後に地域医療において役立つような人材になるように教育をしてくれば問題ない」という意見があった。学生の方がよほど正しいことを言っていると思うが、日医としてはどのようにお考えか。

飯沼日医常任理事 一点目のご質問については、この検討会の委員は、団体の代表としてではなく、いわゆる一本釣り選ばれており、私も病院長として参加していたが、それでは困るので、「日本医師会常任理事」の肩書きを加えてもらった経緯がある。

二点目はおっしゃるとおりで、研修医の質も向上しており、指導する側の能力も向上したということは検討会でも申し上げたところである。また、唐澤日医会長も述べているように、研修を受ける側の評価も非常に重要だということは日医も同じ見解である。

大分県 総合診療医の問題について、日医としては 5 年後くらいには、この程度のレベル以上という基準を考えておられるのなら教えていただきたい。また、力がつきさえすれば、全員が資格を持つ必要はなく、形の上で国民に対して示す必要があるので、日医としては会員の 1～2 割程度はぜひ資格をとってほしいというお考えか。

飯沼日医常任理事 (日医の内部で統一した見解としてまとめていないので) 日医としてこうだということは申し上げられないが、先生のお考えも一つのゴールではないかと思う。

宮城県 池田先生のお話しの中で、専門医の適正数を設定するということがあったが、一定の基準を満たす方が多ければ多いほど良いことなのではないのか。適正数を設定するということには疑問である。

池田理事長 外科を例にとるとはっきりすると思うが、例えば脳神経外科の手術が年間何件あり、それを上回る数の専門医が作られたとすると、その人たちは本当に専門医として技術が維持できるかどうかという疑問が残る。やはり専門医であるからにはその領域の手術を年間に一定の数をこなしていないと専門医として標榜するのはいかがなものかという議論は、外科系の先生の間では盛んである。領域によりかなり違いがあると思うが、それぞれの学会ではそのような問題に対して一度は検討して、ある程度意見をまとめておいてほしいというのが機構のスタンスである。それによってある程度の数に自然と落ち着いてくるのではないか。設定というのは、専門医の人数の上限を設けるという意味ではなく、しかるべき専門医の資格というものがあれば、自然と数が決まってくるはずであり、それより 2 倍も 3 倍もの専門医がいるようであれば、その専門医制度の質が問われるのではないかという問題の投げかけである。外科系の学会では、教授になって手術をしない先生については、専門医を更新しないでほしいという学会もいくつかある。

—岩砂日医副会長の総括により本会議を終了した。

平成 20 年度 都市医師会生涯教育担当理事協議会

と き 平成 21 年 3 月 19 日 (木) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会館 6F 第一会議室

[報告:理事 茶川 治樹]

開会挨拶

木下会長 生涯教育は、日本医師会においても重要な事業の一つであるが、山口県医師会においても例外ではなく、予算の上でも毎年多くの額を計上している。

日本医師会の生涯教育制度は現在分岐点にあり、従来の生涯教育のあり方でよいのかということが言われ始めた。その理由は、世間では医師会員は勉強をしているのかという目で見てもらしく、日本医師会としては会員がきちんと勉強している姿を見せなければならないということになったわけである。

私は今年度から日本医師会生涯教育推進委員会に委員として参加している。今回出された「生涯教育カリキュラム〈2009〉」は、私が参加する前の第IV次の生涯教育推進委員会によって作られたものであるが、この中には医学・医療をほとんど網羅した項目が盛り込まれている。医学・医術と医療の違いは、医療は「医学・医術の社会的応用」ということだそうだが、これまではどちらかというと、医学・医術を一所懸命学び取るということであった。しかし、もう少し全人的な医療を行おうとすると、医療的課題も勉強しなければならないということで、このカリキュラムの中には医学・医術と医療がバランス良く盛り込まれていると思う。さる 3 月 13 日に開催された都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会では、平成 21 年度からこのカリキュラムに沿って、生涯教育を進めてほしいというのが日医の要望だったと思うが、今後、都道府県医師会においても、生涯教育を企画する際には、年間の計画をこのカリキュラムに従って組み立てていくことになると思う。

生涯教育は人から押しつけられて行うものではなく、医師は生涯にわたり自分に教育を

課すという使命をもっており、その手助けをするのが、医師会の企画する生涯研修セミナー等であろうかと思う。

ともかく、本日の協議を持ち帰っていただき、しっかり伝えていただくことをお願いし、ご挨拶に代えさせていただく。

報告・協議事項

1. 平成 20 年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会報告

田中豊秋理事報告(本号 427 頁～434 頁掲載「平成 20 年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会」参照。)

なお、杉山専務理事から、下記のとおり捕捉して説明された。

杉山専務理事 (総合医に関する問題については) 難しい議論であったが、要は国民からの(専門医に関する)要請が強くなる中で、専門医制評価・認定機構というものができていることから、専門医あるいは認定医というものをきちんとしようという方向は確かにある。そういう中で、日医の唐澤会長の独自のイメージから、医師会としてもこういう制度を作ろうということになったようである。すぐにはできないと思うが、世間の要請はますます強くなっているので、いずれなんらかの格好でこういう制度が必要になるのではないかと思う。専門医制評価・認定機構の池田先生の言われる専門医というのは、例えば外科なら、その下には胸部外科、腹部外科があるというイメージであるが、医師会の言っている専門医は、外科であろうと内科であろうと、いろいろな要望に応じてきちんと紹介ができる、家庭医のイメージである。昨秋の日医代議員会では、唐澤会長が「制度運営

にあたって協力いただく都道府県医師会や郡市区医師会、会員の先生の理解を得る前に、一方的に機関決定はしない」と述べられるなど、日医としては今後慎重に本制度の検討を進めていく姿勢のようであるが、昨春の頃に比べるとトーンダウンしているという印象である。

なお、今回の生涯教育カリキュラム〈2009〉は、日医雑誌 4 月号に同梱して全日医会員に送付される予定である。

2. 平成 20 年度日医生涯教育制度申告のお願い

平成 20 年度の申告について依頼するとともに、平成 19 年度の申告の状況について説明した。山口県医師会の申告率は 75.6% で、全国平均 74.2% を若干上回った。なお、この 74.2% のうち、診療所医師の申告率は 81.1% であるが、病院等所属の医師の申告率は 65.1% である。勤務医の先生方は、病院のカンファレンスなどに参加されているはずなので、これらを申告していただければ全体の申告率はもっと上がるはずである。病院の先生方にぜひ申告をお願いしたい。また、山口県内における都市医師会別申告率については、市部で申告率が低い傾向が見られる。

なお、申告の方法に関して、申告率を上げるための方策として、従来、取得単位が 0 単位の先生については申告者リストから除外して申告していたが、0 単位の先生に対しても照会の上、申告をしないしてほしいという申し出がない場合は申告を行うことで申告率が上昇したという都市医師会の報告があった。

3. 平成 21 年度日医生涯教育制度実施要綱について

従来とほぼ同様の内容により実施されるが、21 年度に変更されたのは、単位数に関して「日本医学会加盟学会が主催する講習会・講演会」への参加が、これまでの 3 単位から 5 単位取得できる講演会・講習会となった点である。

4. 平成 21 年度山口県医師会生涯教育事業計画について

杉山専務理事説明。

(1) 生涯研修セミナー

平成 21 年度は 5 月 10 日、9 月 6 日、11 月 8 日、2 月 14 日の開催の予定である。

セミナーのレジメについて、19 年度までは全会員に事前に送付していたが、20 年度度から、当日の参加者にのみ配付している。生涯研修セミナーの企画を行っている生涯教育委員会において、参加者数の伸び悩みや参加者の固定化への対策を検討した際に、レジメを従来のように事前に全会員に配付した方がよいとの意見も出されたが、予算的な問題もあり、21 年度については引き続き当日に参加者に配付することとなったが、試みとして、セミナー開催に先立ちレジメの PDF 版を県医師会ホームページに掲載、閲覧できるようにする。

(2) 山口県医学会総会

平成 21 年度は、徳山医師会の引き受けにより、6 月 14 日(日)に「周南市文化会館」で開催される。徳山医師会の小川先生にご案内のご挨拶をいただ

出席者

郡市担当理事

大島郡 岡本 潔
玖珂郡 山下秀治
熊毛郡 曾田貴子
吉 南 増満洋一
厚狭郡 相部 剛
美祢郡 東 光生
下関市 坂井尚二
宇部市 矢野忠生
萩 市 永見耕一

徳 山 小川 宏
防 府 松崎圭祐
岩国市 小野良策
小野田市 富永俊克
柳 井 増本茂樹
長門市 須田博喜
美祢市 野間史仁

県医師会

会 長 木下敬介
副会長 吉本正博
専務理事 杉山知行
理 事 田中豊秋
理 事 茶川治樹

いた。

特別講演 1 は、駿河台日本大学病院循環器科教授の長尾 建先生に「いざと言う時に～新しい心肺蘇生法～」と題してご講演いただく。長尾先生は、心肺蘇生法について、従来は気道確保が基本であったが、まず心マッサージを行ったほうが救命率が高いということ「ランセット」に発表されており、大変迫力のある講演をされる先生とのことである。

特別講演 2 は、山口大学第三内科教授の谷澤幸生先生に「糖尿病の治療～最近の話題～」と題するご講演をいただき、午後の市民公開講座は、プロスキーヤーの三浦雄一郎氏のご講演である。ぜひ多数の会員の皆様にご参加をいただきたい。

なお、平成 22 年度については山口市医師会の引き受けを正式に決定した。

(3) 指導医のための教育ワークショップ

これまでに 5 回開催しているので、県内において受講された先生方も増えてきたが、新医師臨床研修制度に関する省令の改正により、平成 21 年 4 月から指導医の要件として、指導医講習会の受講が必須となったので、今後も需要は増えると思われる。

平成 21 年度は 9 月 12 日(土)・13 日(日)の両日開催する予定である。なお、21 年度から参加費をこれまでの 2 万円から 4 万円に増額するのでご了承いただきたい。

(4) 体験学習

山口大学医学部医師会に高配いただき、毎年 2 つの教室にお引き受けいただき開催している。20 年度は麻酔科、第二外科のご担当により実施した。2 回とも体験型の内容により企画していただき、大変興味深い研修であった。会員の先生方にぜひ周知していただきたい。

なお、山口大学医師会より、テーマについてご希望があれば、それに添った内容で開催するよう検討したいとのことであったので、取り上げてほしいテーマがあればご連絡をいただきたい。

(5) 日医生涯教育協力講座セミナー

日本医師会が都道府県医師会に開催を依頼の

上、行われているものである。

①ウイルス感染症における予防と治療

山口県では 1 月 18 日(日)に開催し、121 名の参加者があった。新型インフルエンザなど、最近話題のテーマを取り上げている関係で、全国的にも参加者が多いようである。

②生活習慣病の Up to Date

山口県では、防府医師会の引き受けにより平成 21 年 8 月 29 日に開催される予定である。

③肺の生活習慣病：COPD <慢性気管支炎・肺気腫> 一中高年のせき・たん・息切れをどう治療するか

平成 21 年 5 月頃、日本医師会から開催依頼の通知が行われる予定である。県医師会の生涯教育委員会で検討する。

5. その他(「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の認定制度を中心に)

田中理事からこれまでの経過について、以下のような説明があった。

田中理事 この問題が本格的に議論されたのは、平成 20 年 6 月 5 日開催の「都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会」であったが、この会議に先立って、各都道府県にアンケートを行った結果は、「賛成」：20 医師会、「制度を創設すべきでない」：1 医師会、「反対」：14 医師会、「その他」：12 医師会であった。ちなみに山口県医師会は反対と回答している。この会議の際の大方の意見としては、現在の生涯教育の制度をもっと質の高いものにするということについては異論はないが、厚労省の企図する総合医に対抗するために日医が総合医の認定制度を作ることに限っては賛成しかねるというところであった。

この時の議論を受けて、次に出てきたのが、総合医という名称を改めて「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」として認定するという案が出され、10 月 3 日には再度、都道府県医師会担当理事を集めて、この問題についての協議が行われた。この会議に先立ち、再度、日医から各都道府県医師会に対し、制度の案が提示された。これに対し、山口県からは、「国民は、開

業医は勉強もしないでお金を稼いでいるというイメージをもっており、現在の生涯教育制度が国民の認知を得ていないことは認めざるを得ない。生涯研修セミナーの出席状況をみてもやむを得ない状況だが、現在のような甘い基準によって新しい制度の中で認定しましたといっても意味はないだろうと考える。国民の目から見て納得されるような制度にするためには、内科や外科などの専門医と同等に院内に表示できるような形にするのなら、モチベーションも上がるのではないか。制度創設を拙速に進めてしまうと、厚労省の企図する総合医の導入に繋がりがねないので十分に検討して進めてほしい。また、医師免許証の更新制の議論とは切り離して対処すべき」と回答した。

この連絡協議会でも、推進すべきとの意見がある一方で、生涯教育のレベルアップについては異存はないが、「フリーアクセスの制限」、「人頭割り」、「定額払い」、「総枠規制」に結びつき、厚生労働省の考える総合科医構想に結びつく危険性を指摘する意見や、これが診療報酬での評価に繋がると危惧する意見があった。日医としては当初、この連絡協議会の決定をもって制度創設にゴーサインを出したいという意向があったが、それに対して、出席の各都道府県担当理事から、こういった新しい制度を作るにあたっての最終決定の権限はどこがもつのかという意見も出た。これについて、日医の事務方と飯沼常任理事が相談された結果、代議員会で決定されるべきで、連絡協議会は意見を聴く会に留めるということになった。以上のような経緯から、10月27日開催された日医代議員会では、唐澤会長が、「日医会内で2年以上にわたり議論してきたこの制度は極めて重要な案件。だからこそ慎重に対応したい」と述べ、制度創設の際には代議員会に諮ることも含めて理事会で慎重に検討する考えを示した。

このように、制度創設に関して、当初に比べてかなりトーンダウンしており、今回新しく出されたカリキュラムについても、当初は、認定のためのカリキュラムという言い方であったと思うが、認定制度とは切り離して、このカリキュラムはあくまでも生涯教育の質の向上を図ることを目的にするというように変わっていった。

以上の説明を受けて、下記のような質疑応答が行われた。

郡市 このカリキュラムの冊子の末尾にはアセスメント表が載っていて、3年間でこの内容を学習するということであるが、県医師会のセミナー等だけで、どれだけカバーできるのかということと、郡市医師会で講演会を行う場合に、このチェック項目をどれだけ考慮しないといけないのか。

田中理事 県医師会や郡市医師会で行う研修会だけでは、到底この内容をカバーすることはできないと思うので、日医 HP に掲載の生涯教育 online の e-learning や日医雑誌のセルフアセスメントなどを利用することになると思う。また、県医師会の生涯研修セミナーも今後、多少内容が変わっていくと思う。

郡市 ただ、これだとあくまで自己申告なので、申告しても意味がないからということで、申告率はあまり上がらないと思う。

杉山専務理事 このカリキュラムは、押さえておくべきポイントを出したという第一歩だととりあえず考えられたらよいと思う。

郡市 認定制度に関する意見については、郡市に持ち帰って検討してみないとなんとも言えない。

田中理事 今回の認定制度について、ある先生とお話しをしたときに、一言「大きなお世話」と言っておられた。日医が言っている総合医的なことは日常行っていることであり、そのための勉強もしている。いまさら、こんなことを言われてやるようなことではない、というのが本音であろうと思う。

郡市 認定制度は将来的に、例えば在宅医療などで、それなりの資格をもっていないと携わってはいけないといった制約が出てくる可能性はあるのか。

田中理事 当面はないと思うが、ただ、きな臭い

動きが出ていると思われるのは、この認定制度と直接関係はないが、がん検診について、例えば肺がんなら呼吸器の専門医、消化器がんなら消化器の専門医に検診させるべきではないかとの意見が厚労省からちらっと出たという話を聞いた。そういうことを考えると、例えば 10 年先には、この資格をもっていないと在宅医療はできないというような話が出てくるかもしれない。そのときに、診ませんといえば在宅医療が成り立たなくなってしまうのでは厚労省としても困るので、そのあたりの綱引きを日医がどの程度主導権をもってやれるのかということでも変わってくるだろうと思う。

郡市 私自身は勤務医であるが、われわれも当直していれば全科的なものも診ないといけないので、そういう意味では総合医的な面はある。日医がこういう方針を出しているのは良いことだと思うのだが、これを一本化することはなかなか難しいと思う。郡市医師会に持ち帰って、先生方のご意見を聴いてみたいと思う。

郡市 県医師会でブログを作って、担当理事に限らず会員が意見を自由に書き込めるようにすることはいかがか。

杉山専務理事 検討させていただく。

郡市 申告の件で、0 単位の者も申告してもよいということを確認したい。

田中理事 数年前の日医の会議で、申告率が大変良い県をピックアップしてその方策を発表されたことがあったが、ある県で、やはり 0 単位の会員でも申告をしてもらって申告率が大幅にアップしたが、自分たちとしてはこれが決して良いことだとは考えていない。日医の役員も、実態が伴うようお願いしたいが見かけの数字を上げることはできるというコメントをされるにとどまっていた。中身をとるのか、見かけをとるのか、という話の結論はその場では出なかった。

以上のようなご意見のほかに、「今回のように、

なかなかその結論が出ないような、または継続して検討した方がよい内容については、郡市担当理事のメーリングリストを作って、随時議論がオンラインでできるような形にして、各郡市の理事会での意見もそこに書き込むことができるようにしてはどうか」といった意見が出され、これについては、県医師会として今後検討することとした。

閉会の挨拶

吉本副会長 現在の日医の生涯教育制度では、非常に甘い基準であることから、国民の理解を得られないということは日医でも十分理解しており、そのことがいわゆる総合医の問題につながっていると思う。要は、私たち医師の生涯教育に対する姿勢が問われていると思う。郡市医師会においても多くの講演会が企画されていると思うし、県医師会においても生涯研修セミナーを行っているが、参加者の顔ぶれは決まっておき、まったく参加されない方もおられる。そういうところに私は問題があると思う。個人的な意見ではあるが、ある程度の強制は必要なのかなという感じがする。その辺りについてはまだ日医が踏み切れていないというのが現状だろうと思うが、これからは少しずつそういう方向に向かっていくのではないかと思う。申告率の問題は、私が理解している範囲では、この申告制度が始まったのは、医師免許更新制の議論が出たときに、日医としてそれをさせないために、たくさんの会員の先生方が研修を受けているということを出したいということがそもそもその目的だったように思う。そういう意味では申告率が高い方が日医にとっては良いことになるのであろうが、それは決して本当の意味の生涯教育にはつながっていかないと思う。

全国有床診療所連絡協議会 中国四国ブロック会設立総会

と き 平成 21 年 3 月 15 日 (日) 15:00 ~

ところ ホテルグランヴィア岡山 (岡山市)

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会長 加藤欣士郎]

3 月 15 日に岡山市のホテルグランヴィアで全国有床診療所連絡協議会の中国四国ブロック会の設立総会が開催された。山口県からは木下会長、弘山常任理事、河村理事、正木副部会長、阿部部会監事と加藤が参加した。

「中国四国ブロック会役員会」

総会に先立ち役員会が開催された。山口県からは加藤が出席し、木下会長がオブザーバー参加した。ここでブロック会の会則と役員案を確認し、各県の活動について情報交換をおこなった。

会長に森先生 (広島県)、副会長に馬原先生 (徳島県) と、松村先生 (広島県)、各県から常任理事を一名選出し、山口県は加藤が常任理事となった。まだ協議会が設立していない鳥取県、香川県、高知県はそれぞれ県医師会担当理事がオブザーバーとして当面参加していくことになった。

中国四国ブロック会としての直近の課題は中四国の各県に協議会がまずもって設立されることにある。香川県では 2 年前から準備会を立ち上げ、近々に発足できるとの報告があった。高知県では

30 数機関の参加がすでにあり、5 月 9 日に設立総会の予定である。鳥取県は設立準備をはじめた段階とのことで、もう少し時間がかかりそうである。ただ、島根県では県単位での準備がなく、今後ブロック会として県医へ働きかけをしていくことになった。

山口県から、昨年に県連絡協議会が県医師会有床診療所部会として県医師会の中に事務局が設置され、県医師会の全面的協力体制が確立されたことを報告した。さらに、木下会長から山口県での有床診の意義と県医としての取り組みを報告した。山口県では北部が過疎化となり、医療体制も供給不足に陥っている。それを補完するために今こそ有床診がその機能を発揮するときであり、県医としても有床診の強化を図っていききたいこと。そのため昨年来、有床診の新規開設の規制について山口県では県と協議した結果、その届出について医療審議会では地域医療体制の確保の観点から柔軟に対処する方針を確認していることが述べられた。



「中国四国ブロック会設立総会」

総会は森ブロック会長、内藤全国協議会会長の挨拶、規約の検討、役員を選出、特別講演 2 題があり、最後に決議を採択して終了した。

最初に森 康ブロック会長が挨拶で、中国四国は九州に次いで会員が多い地区で、全国の 20% の会員を占めていること、来年の全国総会が岡山で開催されることもあり中国四国の活動を盛り上げる絶好の機会となることを強調した。

次いで内藤哲男全国有床診療所連絡協議会会長の挨拶があった。昨年の全国協議会で全国を北海道・東北、関東・甲信越、北陸・東海・近畿、中国・四国、九州の 5 ブロックに分けて協議会を設立することが決まり、早速に中国四国ブロックが設立されたことに賛辞がおくられた。ブロック会設立の目的ははまだ協議会にない県が多くあり、県単位あるいは全国レベルだけの取り組みでは全県での協議会の発足に限界があり、地域ブロックとして近県でのバックアップ体制の確立にあること。数は力、会としての要望を実現するためには全国各県に協議会が設立することが前提である。協議会はこれまで 13 条、48 時間規制の撤廃を悲願に活動してきたが、それが昨年撤廃された。いま、最大の要望は入院基本料のアップであり、これを実現するためには日医がまず協議会の要望を真摯に聞き入れること、そして強力なロビー活動をすることである。

議事では会則が検討され、採択された。そして役員を選出した。

特別講演 I**「有床診療所における療養病床の転換について」**

岡山県保健福祉部長寿社会対策課総括副参事

根石 憲司

講演では岡山県長寿社会対策課の根石氏から療養病床の転換について詳しい説明がなされた。岡山県の療養病床は現在 5,464 床（医療 4,165 床、介護 1,299 床）で削減目標は 3,066 床に設定されているが、県医は 4,000 床を主張している。国の目標値の見直しの予測もあり、岡山県では進捗状況を踏まえて数値については柔軟な対応をとりたい。しかし、23 年度までには転換案の提出

が迫り、22 年度までには有床診でも転換方針を決める必要がある。

有床診は一般病床に戻るか、老健に転換するかの二者択一を迫られることになる。そこで老健への転換のメリット、デメリットについて詳しく解説があった。老健への転換は報酬上は有利であるが、施設の設置基準、開設主体、届出等々留意すべき点も多々あり、十分に考慮すべきである。岡山県では相談窓口を設置し、各医療機関と綿密に相談しているとのことであった。

根石氏の講演はたいへん分かりやすく、診療報酬と介護報酬の点数のシミュレーションまで詳しく示され、親切であった。また、県の対応も医療機関に開かれたもののように随分丁寧に相談に乗ってくれているようである。ただ、やや政策誘導の気配もあり、この点、岡山の有床診には慎重な対応がされるべきであろう。

特別講演 II**「有床診の地域医療における役割と将来のあり方」**

日医総研主任研究員 江口 成美

日医総研の江口氏から有床診の将来のあり方について示唆に富む講演がなされた。江口氏はこれまで有床診協議会の求めに応じ、有床診の実態調査、アンケート調査を度重ね、豊富なデータを基に具体的な有床診の進むべき方向性を提起された。

有床診は現在 15 万床あるも、年々減少している。ほぼ 1 日 2 施設が消滅している。88 年には診療所の 31% が有床であったのが、08 年には 12% に減少、8,485 機関となっている。減少の原因は、人件費の負担、人員の確保、医師の高齢化と継承困難の診療所側の要因が 46%、入院患者の減少という需要の要因が 41% とそれぞれが合い半ばしている。

ただ、いまでも有床診に患者が求める役割は強くまた多様である。有床診が経営的理由で、あるいは医師の都合により閉鎖されることは地域における患者のニーズに答えていないことになる。今後は、有床診が十分に経営的にできる診療報酬の確保を求めると、地域の医療提供体制の中での有床診の位置付けと方向性を確認することの両方が必要となる。

まずは有床診の機能の位置付けである。次の 5 つに大別できる。また、これらの機能は重複して有床診は併せもつ。

1. 地域医療のなかで専門医療・急性期医療を担い病院の負荷を軽減する。
2. 地域の病院からの早期退院患者を含めた患者の受け皿としての機能。
3. 地域の在宅医療の拠点診療所として在宅医療の後方支援に病床を活用する。
4. 終末期医療などのニーズが高まる分野への取り組みを行う。
5. 特にへき地・離島では唯一の入院施設としての機能。

そこで、これまでの「病院並みの入院基本料」の要望については再考の余地があると考え。つ

まり、病院には基準が伴い、基準を設けることは有床診の経営をむしろ圧迫することになる。有床診でも主体は「外来診療」であり、効率的な医療提供ができることの社会的意義を強調すべきである。具体的には機能に応じた評価を求めるべきである。例えば機能への加算（在宅医療、認知症、終末期、夜間、休日、救急など）、夜間看護師の人件費、非常勤医師の加算、介護人件費の加算、そして入院基本料の基準の緩和である。

江口氏の有床診の今後のあり方としての提案は具体的で建設的なものである。そのすべてに同意するものではないが、これまで協議会が掲げてきた「病院並みの入院基本料」の要求に対して、はっきりと異議を唱えられたことは英断であると感服した次第である。

平成 20 年度 都市医師会医事紛争担当理事協議会 都市医師会診療情報担当理事協議会

と き 平成 21 年 3 月 12 日 (木) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告:理事 城甲 啓治]

開会挨拶

木下会長 本日は大変お忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。

この協議会については、あまり明るい話がなく、陰の部分、嫌な話が多いわけだが非常に重大な内容を含んでいる。したがって、われわれとしても中央でのいろいろな議論や日医の考えを漏らすことなく伝えていきたいと思っている。その上で、いろいろなご意見を伺いたい。会員に対して適切に伝達していただけたらと思っている。

本日の会議が実り多いものになるよう慎重審議をよろしくお願ひしたい。

報告・協議

1. 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の報告

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告並びに概要、医療事故による死亡事例に対する刑事責任と行政処分との関係及びそれぞれのあり方について報告した。詳細については、会報平成 21 年 4 月号 (第 1784 号) の 328 頁、並びに 280 頁の「今月の視点」を参照のこと。

2. 平成 20 年度受付の事故報告と事故の未然防止

昨年度開催の本会議以降 (H20.3.1 ~ H21.2.28) に受け付けた 25 例 (未然報告 1 件を含む) について問題点、責任の有無、交渉経過等の報告をした。

平成 18 年度並びに 19 年度の受付件数は、いずれも 34 件だったが、今年度は 9 件減少した。

診療科目別では、外科が 7 件と最も多く、次い

山口県医師会相談窓口受付状況について

(単位：件)

	平成 16 年	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
相 談	7	14	5	33	33
苦 情	14	43	39	17	18
そ の 他	0	0	0	5	0
合 計	21	57	44	55	51

注 平成 16 年度からは県に同様の相談窓口が設置された。

受 付 内 容 (平成 20 年度)

項 目	相 談	苦 情	その他	合 計
①医療内容、薬品、病気	8	1	0	9
②医療機関の紹介、案内	3	0	0	3
③医療機関の接遇	ア 医師	0	4	4
	イ その他	3	6	9
④医療機関の施設、態勢	9	6	0	15
⑤カルテ開示	0	1	0	1
⑥医療費関係	3	0	0	3
⑦セカンドオピニオン	2	0	0	2
⑧その他	5	0	0	5
合 計	33	18	0	51

で内科 4 件、整形外科 3 件、眼科、精神科、救急外来各 2 件、産婦人科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、胃腸科、リハビリテーション科各 1 件となっている。

3. 平成 20 年度受付の窓口相談事例

平成 20 年 3 月から平成 21 年 2 月までに県医師会が受け付けた窓口相談事例について報告した。

受付件数は 51 件で前年度と比較して 4 件減少している。受付内容は、相談が 33 件、苦情が 18 件であった。(上表参照)

4. 医師賠償責任保険の加入方法について

休日夜間診療所等における医事紛争に備える医師賠償責任保険の加入方法について問い合わせがあることから、一般診療所及び勤務医も含めた適切な加入方法についての説明を行った。

出席者

郡市担当理事

大島郡 山中 達彦 徳山 浅海 英子
 玖珂郡 福田 瑞穂 防府 水津 信之
 熊毛郡 向井 康祐 下松 宮本 正樹
 吉南 安野 秀敏 岩国市 廣石 裕一
 厚狭郡 田中 俊朗 小野田市 長沢 英明
 美祢郡 中邑 義継 光市 佃 邦夫
 下関市 林 弘人 柳井 野田 基博
 宇部市 永井 理博 長門市 天野 秀雄
 山口市 増本 英男 美祢市 中元 克己
 萩市 売豆紀雅昭 山口大学 芳原 達也

県医師会

会 長 木下 敬介
 副 会 長 吉本 正博
 専務理事 杉山 知行
 常任理事 小田 悦郎
 理 事 城甲 啓治
 理 事 柴山 義信

平成 20 年度 山口県医師会警察医会総会における研修会

と き 平成 20 年 8 月 9 日 (土)

ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野（法医学教室）
教授 藤宮龍也 先生

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 8 月 9 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、平成 20 年度山口県医師会警察医会総会が開催された。総会終了後、引き続き研修会が開催された。本報告はこの研修会の報告である。

なお、総会の報告は山口県医師会報第 1777 号 P.918～P.921 を参照してほしい。

【はじめに】

山口県医師会警察医会の設立の目的の一つに「死体検案に際して必要な基礎知識の習得」がある。本会天野会長が唱える、「医師であればいつなんどきでも死体検案に際して困らない、自信をもって死体検案ができる体制作り」は目的の一つを具体的に表したものである。そのために山口大学医学部法医学教室の藤宮龍也教授に、最低限知っておかねばならない法医学の基礎を中心に全 6 回の講演をいただく計画を立てた。

全 6 回のタイトルは

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）と死体検案書である。

今回は、3. の「損傷論 2：頭部外傷、交通事故」について藤宮教授よりご講演をいただいた。

【研修会内容】

講演「死体検案とは」その 3

— 損傷論 2：頭部外傷、交通外傷 —

山口大学大学院医学系研究科法医・
生体浸襲解析医学分野（法医学教室）
教授 藤宮龍也先生

座長は山口県医師会警察医会天野会長が務めた。まず座長より藤宮教授のご紹介があった。（紹介略）

自分は平成 5 年にカナダのバンクーバーのブリティッシュ・コロンビア大学に留学した。それまでは日本の中の法医学ばかり勉強していたが、カナダに行くと coroner 制度という素晴らしい検視制度があるのを知って非常に驚いた。現在医療関連死のモデル事業を巡っていろいろと議論がされている。カナダとかイギリス系の検視制度は、検視官を置いて、警察とは距離を置いた検視をしているという点において優れたシステムであり、自分はこのシステムを日本に導入すべくいろいろな活動をしている。本年 9 月 2 日に法医学会の国際シンポジウムが開催されるが、この場で世界の検視制度を発表したり、座長を担当しなくてはならなくて現在多忙である。本日は、頭部外傷と交通事故についてお話しをする。

頭部損傷

頭部軟組織の損傷

頭蓋骨骨折

陥没骨折・穿孔骨折

線状骨折:外力の作用方向の法則

頭蓋内出血(血腫)

硬膜外血腫・急性硬膜下水腫・くも膜下出血

脳損傷

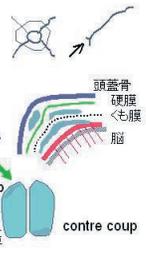
脳振盪・脳実質内出血・

脳挫傷

同側衝撃(coup)損傷と対側衝撃(contre coup)損傷

びまん性脳損傷

脳浮腫および二次性出血・脳ヘルニア



頭部は軟部組織、骨組織、脳組織があり独特な損傷がおこる。しかもそれぞれの損傷が致命的であることが多い。

頭部は髪の毛があるので皮膚の変色や表皮剥奪を見逃し易いという特徴がある。また、髪の毛があるから打撲力が減少するということもある。

実際のところ頭は解剖しないと良く分からないことが多い。

頭蓋骨骨折

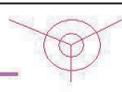
- 閉鎖骨折・開放骨折・単純骨折・複雑骨折
- 頭蓋冠骨折・頭蓋底骨折(前頭蓋窩/中頭蓋窩/後頭蓋窩骨折)
- 不完全骨折:外板 or 内板のみ
- 骨縫合離開骨折:縫合部の離解
- 完全骨折:線状骨折(亀裂骨折)・陥没(挙上)骨折・粉碎骨折
- 直達性骨折・介達性骨折
- cf. 視神経管骨折、斜台骨折、錐体部骨折
- 顔面頭蓋の骨折(眼窩骨折、鼻根骨骨折、頬骨骨折、上顎骨骨折、下顎骨骨折)
- 頭蓋底骨折を示唆する外表現:

- 1)ブラックアイ(black eye)眼窩上壁骨折or眼窩部打撲出血。メガネ状出血 racoon eyes(眼窩周囲血腫)。いわゆるパンダの目=篩骨洞天板骨折
- 2)耳出血・血性中耳:(鼓膜損傷の有無による)、鼓膜内血腫=中頭蓋窩骨折
- 3)乳突部変色(Battle徴候):中頭蓋窩後部の骨折。乳様突起部出血浸潤
- 4)髄液鼻漏・髄液耳漏・無臭症・気脳症

頭蓋骨の骨折は亀裂骨折と陥没骨折に分けられるが、亀裂骨折はストレス方向や強度的に弱い所(薄い所)に骨折線が延びていくのが特徴である。

骨折発生のメカニズム

- 骨は圧縮力に強く、張力に弱い。内板と外板
- (1)頭蓋全体としての変形:破裂骨折・亀裂骨折
- (a) 打撃点から放射状の線状(亀裂)骨折と輪状骨折 linear or fissured fracture ※
- (b) 圧縮に強いが、張力に弱い。
- <頭蓋底> 横骨折:左右横方向からの圧迫 →|~~~~|←
- 縦骨折:前後方向からの圧迫
- (c) ストレス方向に延び、骨の脆弱部を走りやすい。
- 線状骨折の走向は、打撲力の作用した方向と原則的に一致する。
- 頭蓋底部は弱い。裂孔・骨孔に骨折線が及び、→神経損傷
- cf 飛び骨折:眼窩上壁粉碎骨折、歪み力による=反衝骨折(contre coup fracture)
- cf 進行性頭蓋骨骨折:乳幼児、骨折線が拡大、軟膜嚢胞、脳の急発育による?
- (d) 後の骨折線は前の骨折線を横切らない
- (2)頭蓋局所の変形:
- a) 陥没・陥凹骨折、打ち抜き型骨折、輪状・環状 depressed fracture 5mm以上の陥没骨折は重傷。
- b) 一般に、内板の方がより成傷器の形状に近い。cf 金槌による陥没骨折。外板と内板での張力の差(内板>外板)、打撃物の形状とその速度による。
- c) 穿孔骨折(penetrated fracture):高速物体による
- cf 穿通性骨折:刀の刺創、銃弾 bulletにて、放射状・同心円状亀裂
- cf ビンポンボール状骨折:乳幼児、ビンポン球がへこんだ種陥没骨折



大きな平面体に当たった時は、放射線状に骨折線が延びたり輪状に骨折線が延びたりする。これらの変化を観察しながら打撃点がどこなのかを突き詰めていくのである。陥没骨折の場合、打撃点は分かりやすい。

骨の特徴は圧縮力には強いが張力には弱いという特徴があり、外板よりは内板の方が成傷器の形状に近い形となる。

症例提示 陥没骨折である。この損傷の形から成傷器を推定していくことになる。

症例提示 亀裂骨折である。輪状に骨折線があるのと放射状に延びるとのことより、おそらくこのあたりに外力が作用したものと推定できる。

症例提示 ブラックアイである。いわゆるパンダの目であるが、前頭蓋窩の骨折があった場合に血が流れてきてこのようになる。

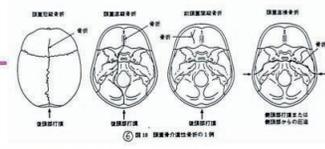
症例提示 同じくブラックアイであるが、この症例は頭蓋骨骨折はない。前額部の皮下出血が流れてきたものである。したがって、ブラックアイがあるからといって必ずしも骨折があるとは限らないのである。

症例提示 縦骨折である。

症例提示 横骨折である。縫合離解を伴うが、これが頭蓋底に走る。

症例提示 腐敗した死体では骨縫合が離解するが、骨折と間違わないようにしなくてはならない。

頭蓋骨骨折



<亀裂の好発部位>

- (1)ルコ軟機断骨折
- (2)錐体骨先端縦断骨折
- (3)眼窩上壁・小翼骨折
- (4)眼窩上壁粉砕骨折:飛び骨折:歪み力による、小さな線状骨折
- blow-out fracture:ボールが眼球にあたり眼圧上昇
- (5)大後頭孔周囲の輪状骨折(突上げ骨折):脊柱軸方向衝撃、頭上・尻もち・下顎
- (6)眼窩上壁・錐冠・篩骨板の頭蓋腔内陥入:眼窩上縁に打撃
- (7)顎関節Eの中頭蓋窩内陥入:下顎体部に衝撃

<骨折と予想される病変>

側頭部	中硬膜動脈付傷	急性硬膜外血腫
正中線	上矢状回損傷	急性硬膜外血腫・静脈回閉塞
後頭部一後頭下	横回損傷	同上
耳後部一頭蓋底	S状回損傷	同上

症例提示 大後頭孔周囲の輪状骨折（引き抜き型の頭蓋底骨折）である。典型的なのは頭にヘルメットを被っていて、バイクが衝突すると同時にヘルメットの重さで頭部が引き抜かれるような格好で骨折をおこすことがある。

症例提示 大後頭孔周囲の輪状骨折（突き上げ型の頭蓋底骨折）である。転落等でお尻を強打し、その衝撃が頭蓋底に伝わって脳の下側から頭部の方へ力がつき抜ける形で骨折がおこることがある。

以上が頭蓋骨骨折に関することである。

閉鎖性脳損傷の機序(1)

a)脳挫傷: 脳皮質の浅在性小挫滅・点状出血(CT: salt & peper appearance) of 脳挫滅(高度の挫滅)

同側打撃(coup)	打撃部: 前頭葉に多い
対側打撃(contre-coup)	対側, 大脳縫線部: 前頭葉・側頭

(1)inbending(indenting)(頭蓋骨のたわみ現象): coup injury
 (2)cavitation(空洞化現象): 圧勾配, contre-coup
 (3)shear strain(回転による剪断力(せん-)): 脳幹損傷・DAI

静止頭部に打撃	打撃blow injury	coup injury
移動頭部に打撃	転倒fall, fall-down injury	coup-contre-coup

- contre-coup injury = 老人に生じやすい, 乳幼児は少ない。
 転倒時など直線的加速度が加わった時に多い, 陥没骨折を伴うときは少ない。

脳挫傷がおこるメカニズムに法医学独特な考え方があ。それは、inbending (indenting) (頭蓋骨のたわみ現象) と cavitation (空洞化現象) の力学的な要因である。

リンドバーグ (法医学者) が提唱して、日本の法医学者がよく利用するものである。

(スライドを提示してある) 立っていて頭を叩かれた場合は、ここに陽圧がかかって脳挫傷をおこしてくる。陰圧の勾配に関しては伝わってくるのだが、この時には作用・反作用の法則から脳が元に戻ろうとするのでここには陰圧が生じる。そのためにプラス・マイナスゼロがおこって、ここではコントラクターはできてこない。

それに対して頭がずっと動いていて、つまり慣性の法則が働いている時に転倒して脳に外力が作用した時には、ここに陰圧が作用しているため地面に当たって陽圧が生じてもプラス・マイナスゼロということになりぶつけた所には脳挫傷は起こらないが、脳の中をプラスの力が突き抜けて反対側にプラスの力が作用し、こちら側にコントラクターができるのである。

つまり非常に簡単に言うと、クーだけの病変でコントラクターがなければ、誰かが頭を叩いたのだと考える。それに対してコントラクターがあれば、頭が動いていて打撃されたのだと考えられるので、一般的には転倒事故等を考える。(もっとも誰かに倒されて受傷したとも言えるのだが。)

このような理論で脳挫傷の解析を行い、自損事故なのか他害的なものなのかを鑑別している。

クーとコントラクターの力学的な要因の他にもう一つ力学的な要因があるが、これは shear strain (回転による剪断力) である。頭蓋骨を箱と考え、脳を豆腐と考えると分かり易い。このモデルが回転しながら何かに打撃されたとするならば、豆腐の中の細かい繊維がどんどん切れてしまって脳の深いところにダメージがおこることがイメージできるであろう。これが剪断力で、脳幹損傷や DAI(diffuse axonal injury) がこのようにしておこるのである。

閉鎖性脳損傷の機序(2)

b)脳震盪・びまん性脳損傷など of shear strain(回転による剪断力(せん-)): 脳幹損傷・DAI

(1)脳震盪 = 加速性・減速性・圧迫性、一過性意識消失(<15分)、形態変化なし。
 (2)脳幹損傷
 Duret-Berner出血: 中脳水道第四脳室壁に沿う上衣下出血
 延髄前面・橋・中脳水道下部の損傷: 脳幹網様体(意識消失)
 of neurovascular friction 脳幹の軸方向の動きで血管が引っ張られる。
 (3)非局在性・びまん性脳損傷・びまん性軸索損傷: 大脳皮質のshear strain(剪力) diffuse brain damage, diffuse axonal injury(DAI): 6時間以上の意識消失
 前後方向への角加速度によること多い。
 頭蓋骨骨折は少ない(交通事故vs転落)
 大脳皮質と神経線維の走行や密度の異なる大脳基底核部、脳梁、
 脳幹(背外側部)、脳室上衣下に出血巣・虚血性変化。

脳挫傷の場合はどこかに出血が認められたり、組織が損傷しているわけであるが、脳震盪は一過性の意識障害で形態変化は伴わないわけである。しかし厳密に言えば脳の中で細かい神経が切れている可能性はあるが、大きな変化がなかったから脳震盪で済むのだとも考えられる。

脳外傷 1

開放性脳外傷
 脳挫傷・脳裂傷・脳挫滅・穿通性脳損傷など

閉鎖性脳外傷
 1) 脳震盪: 逆行性健忘症(retrograde amnesia), 意識消失<6h
 2) びまん性(急性)脳腫脹(diffuse cerebral swelling)
 外傷性脳浮腫: 白質に著明、小児に多い、時にdiffuse brain injuryを伴う。
 3) 脳(皮質)挫傷 前頭葉・側頭葉に多い。

出血・壊死期	吸収器質化期	瘢痕期
点状出血・浮腫	軟化・glia細胞	fibroglial scars

脳外傷 2

4) びまん性脳損傷、びまん性neuron損傷など
 深部皮質下挫傷(subcortical contusion): 白質・基底核出血、脳梁出血
 中心性閉鎖性脳損傷(大脳白質・基底核・間脳・脳幹)
 びまん性軸索損傷(diffuse axonal injury(DAI))
 shearing injury of the cerebral white matter
 CT: 脳梁出血、中脳迂回槽の小出血、小さな限局的外傷性クモ膜下出血、
 脳室内小出血、脳実質内小出血(基底核など)
 cf. 6時間以上の意識障害、局所的な脳挫傷所見がない

>12h	急性期	diffuse axonal injury, ソーセイ球(axon, retraction ball)
数日~	亜急性期	microglial cluster, reactive astrocyte
数週~	慢性	錐体路のWaller変性、脳室拡大、白質、cystic change

びまん性脳損傷 (diffuse axonal injury(DAI))
 の場合は神経が再生してくる。

12 時間以内は急性期といい、axon がソーセイ様に膨らんでくる。これが retraction ball と呼ばれるものである。

数日位を亜急性期といい、壊れた axon を処理するために microglia が集まってきたり (microglia cluster)、astrocyte が造成されたり (reactive astrocyte) する。

数週間を慢性期といい、錐体路の Waller 変性や、脳室の拡大、白質の cystic change (脳胞) が認められる。

このような所見からびまん性脳損傷 (DAI) が発生した時期を推定するのである。

症例提示 後頭部を打撃した。脳挫傷は前頭葉や側頭葉におこっている。転倒で後頭部を打撃してコントラクターで前頭葉に損傷をおこしたものとされる。これは脳の剖面であるが後頭部を打撃して前頭葉に損傷がおこったように思われる。

症例提示 側頭部打撲例である。当たった部位に楔形の脳挫傷がおこることが多い。その対側にも同じような損傷が認められる。これがコントラクターに該当する。

症例提示 慢性の変化である。cystic change の所見が認められる。

症例提示 びまん性脳損傷と頭蓋底骨折をおこしている。小さくも膜下出血は認められるが小さくも膜下出血は認められない。剖面で脳内を見ても小さな出血は認められるが大きな出血は認められない。このような症例をびまん性脳損傷と考えるわけである。

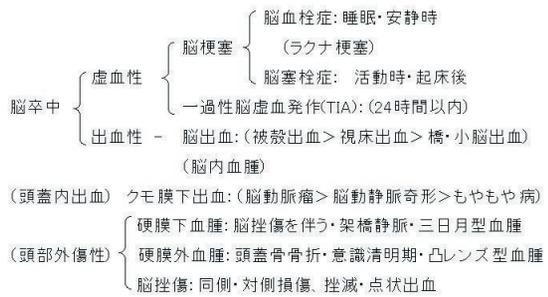
脳外傷 3

5) 脳幹損傷 cf. diffuse brain injury と関連
 cf. Duret-Ebemer 出血: 中脳水道第四脳室壁に沿う上下出血

一次性脳幹出血	二次性 (脳嵌頓による)
背外側部	正中部

- 橋延髄境界部裂傷・離断、大脳脚断裂
 6) 脳の乏血性病巣 (boundary zone, watershed zone)
 cf. 頸部損傷による脳虚血・脳梗塞
 7) 脳裂傷 (創): 乳幼児 shaken baby syndrome (SBS) 揺さぶられっ子症候群
 外傷性小脳損傷: 小脳扁桃部挫傷・出血
 小脳虫部挫傷 = 内後頭稜での coup injury, 後頭部打撲。
 CT: salt and pepper appearance = 小出血巣 + 浮腫
 脳神経損傷:

脳血管障害(脳卒中)と頭蓋内出血



頭蓋内血腫など 1

硬膜外血腫(epidural hematoma): 小児と老人を除く年齢
 好発部: 中硬膜動脈 = 側頭・頭頂骨の線状骨折 = 3/4、骨折ほぼ伴う。
 硬膜静脈洞・後硬膜動脈
 意識清明期(lucid interval): 一過性意識障害 → 清明期(2-20h) → 意識障害
 50g以上の血腫で危険。剖検時の平均血腫量 = 125g。清明期6時間以内が多い
 12-48hで死が多い。CT = 両凸レンズ型の高吸収域。
 後頭蓋窩硬膜外血腫: 乳幼児・小児、硬膜静脈洞の損傷 + 後頭骨骨折
 出血量多いことあり。脳幹出血(なければ) → chronic epidural hematoma
 硬膜下血腫(subdural hematoma): 小児と老人
 硬膜下腔の広範な出血が多い。CT: 三日月型・バンド型血腫
 頭蓋内損傷との合併が多い。受傷時から意識障害が多い。
 2/3 = 骨折 (+), 50g以下でも致命的。
 type 1) 脳挫傷に合併: 前頭部、側頭極部から脳底にかけてが多い。
 2) 橋静脈: 脳表面と硬膜静脈洞を結ぶ。前後方向外力 => 両側出血。
 乳幼児の方が破綻しやすい。
 => battered child syndrome
 3) 静脈洞・脳実質より



硬膜下血腫は小児と老人に多くみられ、特に小児の場合は虐待が考えられる。

頭蓋内血腫など 2

慢性硬膜下血腫(受傷後3週以上): 症状発現遅い。再出血の可能性。
 80~90%が外傷性。老人50-60才。脳atrophy → 易動性。
 cf. 出血性硬膜炎 = 慢性アルコール中毒者の慢性硬膜下血腫
 出血後数時間: 軟凝血塊となり、硬膜に固着しない
 出血後24時間: 凝血から浸出した血清で硬膜の内面が炎染染
 48時間: 血腫の表面に線維素の膜ができ、周囲と癒着
 72時間: 凝血内部に壊死・自己融解が認められるようになる。
 2-3週: はっきりと厚みを持った被膜を形成。

外傷性クモ膜下出血(血腫)(traumatic subarachnoidal hemorrhage(hematoma))
 cf. 病的なクモ膜下出血: 脳底部の動脈瘤・動静脈奇形。
 大抵は、脳挫傷に随伴し、脳底部の小血管の破綻(junction部)、クモ膜下腔に出血。
 まれに、椎骨・脳底動脈の破綻(脳幹部過伸展時) → 脳底部出血。
 外力: 上下前後方向 = 椎骨・脳底動脈、左右方向 = 内頸動脈。
 飲酒時の外傷に多い。

慢性硬膜下血腫は解剖で見つかることが多い。例えば高齢者で急に性格が変わったり粗暴になったりして事故をおこして死亡し、解剖になることが多いのだが、このような症例の中に慢性硬膜下血腫の症例が比較的多く認められる。

症例提示 硬膜外血腫の例である。前頭部に認められる。凸レンズ型の血腫をつくっている。

症例提示 昔あった硬膜外血腫（瘢痕部）に最近また硬膜外血腫（再出血）がおこった例である。

症例提示 硬膜下血腫の例である。三日月型の血腫をつくっている。

症例提示 慢性硬膜下血腫の例である。古い線維化がおこっている血腫が認められる。ここが正常の脳組織を圧迫して性格変化等を引き起こすのである。

症例提示 児童虐待で硬膜下血腫をおこした例である。

症例提示 外傷性くも膜下出血の例である。殴り合いをして顔面を殴られて発症した例である。2週間入院加療したが脳死状態になって解剖することになった。脳がどろどろに溶けた状態である。どうにか脳底動脈を捜してここで内頸動脈損傷を確認できたため証拠保存となった。

症例提示 顔面を殴られて血管の繋ぎ目が切れて→くも膜下出血→死亡した例である。

頭蓋内血腫など 3

外傷性脳内出血(血腫)(traumatic intracerebral hematoma)
脳挫傷に関連した血腫=表層から深層にかけ血腫:小出血→楔型 coup & contre-coup

脳挫傷に無関係の血腫=反対側の深層に血腫:shear strain
cf.外傷性後発(晩発)性脳卒中:
外傷後数週間=外傷性出血の軟化巣や破綻血管の線維形成不全
数ヶ月=囊腫・癒着硬膜・外傷性動脈瘤からの出血。
DDx: 高血圧性脳出血の好発部:被蓋>視床>小脳・橋・脳葉(皮質下)

外傷性脳血管障害
外傷性内頸動脈海綿静脈洞瘻(traumatic CCF)
拍動性眼球突出、結膜充血・浮腫、血管雑音、
外傷性内頸動脈狭窄および閉塞:内膜断裂→解離性動脈瘤、血栓性
外傷性動脈瘤 cf.椎骨動脈の解離性動脈瘤
中枢硬膜動脈瘤・動脈静脈瘻
外傷性脳血管攣縮

二次性障害

4. 二次性障害
4-1. 脳浮腫と脳腫脹(brain edema & brain swelling)
edema=間質(に貯留、頭蓋内圧亢進(IICP))
4-2. 脳嵌頓(brain herniation)
1)帯状回(大脳遊離)ヘルニア(cingular herniation):帯状回
2)テント切痕ヘルニア(tentorial herniation)
2-1)錐体(海馬)ヘルニア(uncal (hippocampal))側頭様下内側部
Kemohan's notch:対側脳幹部
2-2)中心性ヘルニア(central h.)間脳がテント下
2-3)上行性テントヘルニア(upward tentorial h.)小脳虫部がテント上へ
3)小脳扁桃ヘルニア(tonsillar h.)小脳扁桃+延髄圧迫
(大後頭孔へ)(foramen magnum pressure cone)
4)蝶形骨縁ヘルニア(sphenoidal h.)前頭葉下部が中頭蓋窩
4-3. 虚血性脳損傷(梗塞):IICP→血管圧迫→梗塞
4-4. 脳内の二次性出血:脳幹(中脳・橋・延髄)正中線、視床

*Cushing現象(高血圧と徐脈):脳圧亢進させる頭蓋内病変を疑う。
ショック状態の頭部外傷患者は、他の部位の出血ショックと頸髄損傷の神経原性ショック等を疑う。

脳の場合は二次性障害で脳ヘルニアがおこる。

症例提示 小児の場合は脳腫脹がおこっただけで死亡することがある。

症例提示 右のテント切痕ヘルニアの例である。ここに鉤ヘルニアが認められる。出血がここに認められる。

症例提示 小脳扁桃ヘルニアである。

脳ヘルニアの出血なのか、外傷による出血なのか鑑別する必要がある。一般的には脳ヘルニアによる場合は正中側にできることが多く、正中側ではなく他の場所に限局的に起こっている場合は外傷性を考えるのが原則である。

症例提示 Kemohan's notch と呼ばれているところがヘルニアを起こし中脳が圧迫されている例である。

頭部損傷後遺症

5. 頭部損傷後遺症
晩発性外傷性脳出血:delayed traumatic apoplexy 外傷性動脈瘤の破綻
外傷性パーキンソニスムス:線状体等の損傷
拳闘家痴呆:脳萎縮、外傷性脳萎縮
外傷性てんかん:側頭葉損傷に多い。
蘇生後脳症:二次性脳損傷
(脳は全血流の25%、全酸素消費の20%、ブドウ糖の25%を必要とする)
正常圧水頭症、低髄液圧性頭痛・髄液減少症、後遺症としての高次脳機能障害等
鞭打ち(損傷)
cf.低酸素脳症
低酸素性虚血性脳症(hypoxic-ischemic encephalopathy)
蘇生後脳症

ややこしいのが頭部損傷後遺症である。まれなケースが多いが覚えておかななくてはならない。晩発性外傷性脳出血、外傷性パーキンソニスムス、格闘家痴呆、外傷性てんかん（蘇生後脳症）、正

常圧水頭症、低髄液圧性頭痛・髄液減少症、後遺症としての高次脳機能障害、鞭打ち損傷等である。臨床の場で外傷なのか病気なのか、鑑別が難しいことがある。

頸椎・頸髄損傷

上部頸椎：頸椎・靭帯の損傷
 ジェファーソン骨折(環椎粉砕骨折) 歯突起(C2)骨折
 環軸椎亜脱臼・脱臼(歯突起と環椎後面の距離拡大、成人>3mm)
 ハングマン骨折(首吊り骨折、軸椎椎弓根骨折)
 下部頸椎：椎間板損傷
 クレイショベル骨折(C7の棘突起骨折)
 頸椎の過伸展・過屈曲：頸髄挫傷、中心性頸髄損傷(上肢優位の麻痺)
 骨折を伴う場合：裂傷・離断
 打ち打ち損傷(外傷性頸部症候群)：骨折・脱臼(-)
 頸部挫傷型・頸椎捻挫型・後部頸交感神経症候群(Barre-Lieou)型・
 根症状型・腎臓症候型・心因性型・詐病型・混合型
 脊髄ショック(spinal shock)=T4以上の損傷、徐脈、四肢温かい、血圧低下。
 T1より上=>cardio-accelator reflexを障害=>循環不全の危機。
 C4より上=>横隔膜神経麻痺。

頸椎損傷は詐病の鑑別が困難である。
 脊髄ショックが重要である。

症例提示 脊髄ショックの例である。内頸静脈にカテーテルを挿入しようとして誤って内頸動脈を突き刺してしまい動脈性出血を来した例である。ここに注射痕がある。ここから血が吹き出ていきに広がった。止血のため圧迫止血をしていたら(頸部を圧迫していたら)頭蓋内の虚血性変化をおこしてしまい右の脳の循環障害をおこし、右脳の浮腫をおこし脳ヘルニアで死亡した。異状死で届出があった症例である。

症例提示 転落で後頭部を打撃した例。解剖してみると頭蓋骨骨折が2本あり、この間位を打撃したのだろう。こちらの骨折線はここに縫合部があるのでここで止まっている。頭蓋底骨折でくも膜下出血を起こし、脳挫傷の所見もある。

症例提示 2階から転落して倒れているのを発見された例である。頸椎が骨折している。頭蓋底骨折も認められ、脳底部や脳幹部が損傷している。

症例提示 小川の中で溺死していた例である。現場の水量は少なく、とても溺死したとは思えない例であるが、解剖してみると後頭部に頭皮下出血が軽度ではあるが認められる。開頭すると後頭部に硬膜下血腫を認めた。→脳浮腫を起こし、鉤ヘルニアを起こし死亡したものと思われた。

症例提示 バイクの交通事故の例である。脳が高度に挫滅している。陥没骨折も起こしている。ヘルメットによる引き抜き型の頭蓋底骨折も認められる。

症例提示 病院の中で認知症同士の患者がテレビの席をめぐるけんかになり、後ろに座ったおじいさんが前に座っているおじいさんを後ろから押した所、前に座っていたおじいさんは前のめりに前の壁に激突し直ぐに意識消失、呼吸停止を来した例である。頭に打撲の跡がある。胸鎖乳突筋の付着部にも出血があった。頸椎の脱臼骨折がおこっていた。延髄にも出血がおこっており、延髄損傷、第2・第3頸椎脱臼骨折、前額部打撲が死因であった。頸椎骨折の際に延髄にこのような出血を伴うのは非常にまれである。つまり、頸椎骨折をおこすと直ぐに死亡してしまうので出血がみられないわけである。出血が認められない時は周りの骨折の状況から推察するしかない場合が多い。

症例提示 お酒を飲んで自転車を押していたおじいさんが誤って自転車ごと溝に落ちた例である。引き上げた時は、意識不明、心肺停止状態であったが蘇生により微弱ながら心拍再開し病院入院となった。後に治療の甲斐なく死亡した。死因について、溺死による窒息死なのか、心筋梗塞による死亡なのか(心筋梗塞発作が起こって転倒して死に至ったのならば病死になる)、目撃者は自動車近づいてきたためよけて(?)溝におちたようだ、それならば事故死かということになる。メガネによる傷があった。溝の天板にメガネによる傷がついていた。頸椎損傷があった。脳の組織にaxonal injuryを認めた。直接死因を心筋梗塞と考えつつ原死因を頸椎骨折と判断した。

頸椎の外傷は見逃され易いので注意が必要である。

症例提示 自転車ごと溝の中に転落して早期に意識障害を来し死亡した例。口の中には泥水が入っていた。第6頸椎周囲に出血が認められる。ここに骨折を認める。頸椎損傷で頸髄損傷の疑いということになる。他には一般的な所見しか認められなかった。

頭部損傷の場合、瞳孔径が重要である。瞳孔径がピンポイントになっている場合は脳幹損傷、特に橋出血を考える必要がある。瞳孔径に左右差が認められる場合は脳浮腫がおこっていて脳ヘルニアをおこしている可能性が高い。

脳損傷で死ぬ場合、一般的には即死は少ない。たとえば大脳半球が損傷を受けても脳浮腫がおこってくるまでに時間がかかるし、経過中痙攣をおこしたり、失禁したり、吐物を出したりいろいろな症状をおこして死亡するのが一般的である。一方、脳幹部の損傷では即死がありうる。また、頸椎の損傷では即死に近い。

即死でない場合、尿が貯まるので死亡時に膀胱内に尿が貯まっていることが多い。

高体温の時も脳の損傷を考える。

Paradoxical undressing というのがある。これは凍死の時によくみられるが、頭部損傷の時にもみられる。意識障害を伴って洋服を脱いでいくのである。例をあげると、おばあさんが溝の中で下半身を脱いだ状態で死亡していたという事例がある。これは Paradoxical undressing の例であるが、警察は下半身を脱いだ状態なので強姦事件として扱い解剖になることがある。脳浮腫があると、凍死と同じように服を脱ぐ行動を無意識のうちにしてしまうことが多い。検死の段階で後頭窩穿刺を行い血性髄液を認めれば良いのであるが、血性髄液が認められなくても瞳孔径に左右差があれば頭が原因ではないかと考える必要がある。脳出血やくも膜下出血の場合は血性髄液でなくてはならないが、脳梗塞の場合は明らかに血性髄液が認められないこともある。したがって、頭の場合は血性髄液かどうか重要な所見ではあるが、いろいろなことを考えて視ていくことが重要である。

過労死の認定基準のある 10 疾患は記載のとおりであるが、これらはいずれも病気である。これが労災申請されるとお金が動くことになる。十分慎重に視ていかなければならない。

以上が頭関係のお話しである。残った時間で交通事故のお話しをする。

交通事故(1) 自動車乗員の事故(普通乗用車の場合)

死因:内因性疾患・中毒などにより瀕死状態で事故に遭遇の可能性は？
車外放出:放出前・道路落下時・放出後経過のいずれ時に致命傷？
運転者の識別:運転者＝胸部肋骨大、同乗者＝頭部肋骨大、ドア側肋骨大

損傷名	乗車位置	損傷部位	損傷
ダッシュボード損傷	運転席	下肢	膝関節部挫創・打撲傷、膝蓋骨骨折、下腿・大腿骨骨折
助手席 (前部座席損傷)	助手席 (後部座席)		胸部外傷、心・大動脈損傷 骨盤骨折、仙関節部挫創
ハンドル損傷	運転席	胸腹部	肋骨骨折、心臓・肺臓破裂・挫傷、血胸・気胸、大動脈破裂・破裂、肺・脾・腸・腸間膜破裂、腎臓骨折
フロントガラス損傷	運転席 助手席	頭部・顔面	顔面多発挫創、V字型溝状切創、頭蓋骨骨折、脳挫傷、頭蓋内出血、頸椎骨折・頸髄損傷
シートベルト損傷	運転席 助手席 後部座席	胸腹部	胸腹部圧挫、肝・脾・腸・腸間膜破裂、腰椎骨折(Chance骨折)、肋骨骨折、心・肺・大動脈損傷
むち打ち損傷	運転席 助手席 後部座席	頸椎	頸椎脱臼・骨折、頸椎挫傷、環椎後頭関節脱臼、頸髄損傷 50km/h

交通事故の検死の特徴は、瞬間的に巨大な力が作用して障害が起こるので事故状況を再構成して考えていく必要がある。ある程度のパターンを知っておくと解析が容易になる。このパターンと現場状況と損傷の状況を十分考慮の上判断をしていくことになる。交通関係に関しては自賠責保険や加害者、被害者の紛争が常に関係してくる。また、自損事故なのか他害事故なのか後々揉めることがある。

交通事故に遭って入院して無事退院できたとする。その後暫く経って肺炎で入院加療し不幸にも死亡したとする。この時肺炎を診た主治医が死因を肺炎とすると病死であるので自動車保険は出ないだろう。このような時に「元はといえば交通事故が原因ではないのか」と遺族が申し出ると解剖を行うことになる。実際このような症例を2例ほど解剖したことがある。

運転者と同乗者の確定が重要である。例えば運転していた人が生き残って、同乗していた人が死亡した場合、生き残った運転者が、「死亡した同乗者が運転手であった。」と言って、罪を免れようとすることがある。解剖することにより、同乗者を同乗者(＝運転手ではなかった)と証明することが重要である。

交通事故は交通指導課が関係してくるが、このセクションは検視や解剖に不慣れなことが多い。

労働災害と異状死体、過労死

労働中の異状死。

- 労働安全衛生法施行令 等:酸素欠乏危険場所、暑熱・寒冷・多湿作業場、坑内作業場、放射線業務作業場、粉塵作業場、特定化学物質取扱作業場、有機溶剤取扱作業場、鉛取扱作業場、高圧室内業務および潜水業務、四アルキル鉛業務等。
- 労働災害・死亡者:(1)建設業 (2)製造業 (3)陸上貨物運送事業 (4)林業
- 過労死:過重負荷を発症前に受けたことが認められる場合。
過剰負荷= [異常な出来事に遭遇、日常業務に比較して特に過重な業務]
- 過労死の認定基準のある10疾患:
「業務に起因することの明らかな脳血管疾患及び虚血性心疾患等」
(1)脳出血 (2)くも膜下出血 (3)脳梗塞 (4)高血圧脳症
(5)一次性心停止 (6)狭心症 (7)心筋梗塞 (8)解離性大動脈瘤
(9)不整脈による突然死 (10)精神障害(内因性も含む)
- 主な労働災害死
(1)墜落・転落、(2)爆発、(3)火災・高熱物による災害、(4)化学物質による損傷、(5)感電

したがって死体検案医に頼ろうとする。ところが死体検案医も交通事故にはあまり慣れていないのである。死体検案医は自分が十分に慣れていないことを自覚しつつ、交通指導課の警察官も検視には慣れていないのだと思いつつ、検案にあたるべきであろう。そして自信がなければ解剖を依頼した方がよい。交通事故の解剖は通常の解剖よりも時間的に長くかかるので解剖を行う方も実は大変なのだが、後々揉めることも多いので十分慎重に事に当たらなければならない非常に悩ましい分野である。

スライドを見てほしい。ダッシュボード損傷、ハンドル損傷が一瞬の内におこる。助手席はハンドルがない分フロントガラス損傷がおこり、シートベルトをしていないとフロントガラスを突き破り車外に飛び出してしまふ。シートベルトをしていても胸部腹部圧挫や肝・脾・膵・腸間膜破裂、頸椎骨折（Chance 骨折）、胸骨骨折、心・肺・大動脈損傷をおこすことがある。ただし、シートベルトが危険だというのではなく、それだけ強大な力が体に作用するのだと理解してほしい。その他、鞭打ち損傷がある。

シャベルアップ損傷というのがある。これは座席を倒して寝た状態で車に衝突すると、上腹部や腹部をダッシュボードやハンドルで損傷して心、大動脈、横隔膜、肺の損傷をおこすことがある。

後部座席に座っていて車に衝突すると股関節脱臼や大腿骨骨折をおこすことがある。これは、後席は一般的には狭いので体の大きい人や足の長い人は股をひろげた状態で座っているからである。これは運転席や助手席では通常おこらないので、股関節脱臼や大腿骨骨折を認めたら後席に座っていたのだと推定する根拠になる。

症例提示 トラックと正面衝突した例である。ハンドル損傷を認めた。肋骨骨折を認めた。ここがインスツルメントパネル損傷である。

症例提示 フロントガラス損傷である。これは昔のガラスによるものである。最近はガラスが改良されてこのような割れ方はしない。

症例提示 シートベルト損傷である。シートベル

トに沿って皮下出血を認める。

症例提示 乗用車とバスが正面衝突した。バスはそれほどスピードを出していなかったため事故そのものは大したことはなかったが、バスの運転手が乗用車の運転手の所へ行くと、乗用車の運転手は既に心肺停止の状態であった。→乗用車の運転手の解剖をしてみると、既に繊維化した心筋梗塞に新鮮な心筋梗塞の所見が認められた。つまり、運転中に心筋梗塞を発症して、意識を失いセンターラインを超えてバスに衝突したということになった。これは交通事故死ではなく病死とした。

交通事故(2) 歩行者の事故: 特徴的損傷



損傷名	加害部分	損傷部位	損 傷
1次損傷	バンパー フロントグリル	下腿・大腿	バンパー損傷、Messerer骨折 デコルマン、骨盤骨折
過伸展による損傷		脊柱 頭蓋底部 大動脈	頸椎・胸腰椎の前方骨折、環椎後頭 関節や環軸関節の脱臼。頭髄・延髄 損傷。 大後頭孔周囲輪状骨折(引き抜き型) 大動脈断裂・亀裂
2次損傷	ボンネット フロントガラス	頭部顔面	頭蓋骨骨折、脳損傷、硬膜外・下出血 上肢骨折
3次損傷 (転倒創)	路面	頭部顔面 全身	頭蓋骨骨折、頭蓋内出血 各所の骨折・挫創
轢過損傷	タイヤ	全身各所	タイヤマーク、デコルマン、伸展創、 被轢過部の骨折・変形・内臓破裂
轢袴損傷	車体底部	全身各所	デコルマン、伸展創、被轢過部の骨折 挫裂創、マフラーによる火傷
引き摺り損傷	路面	全身各所	表皮剥脱、火傷、組織欠損

次は歩行者の事故についてである。交通事故で解剖になるのが一番多いのが歩行者の事故である。

バンパーやフロントグリルに当たって受ける損傷を1次損傷という。次にボンネットやフロントガラスに当たって受ける損傷を2次損傷という。その後路面に（転落して）衝突することによって受ける損傷を3次損傷という。それぞれが致命的な損傷を引き起こす可能性がある。交通事故で話が複雑になるのは、その後タイヤによる轢過損傷、車体底部による轢袴損傷、路面との間の摩擦で起こる引き摺り損傷が起こるからである。

歩行者事故: 受傷機転の5タイプ

1) 前方はね飛ばし型	乗用車ブレーキ(+)、進行方向へとばされ、衝突側から落下。
2) 前方突き倒し型	キャブオーバー型・小児、衝突側と逆へ倒れ、轢過多し。
3) フェンダー飛び越え型	ボンネットに上がり、側方より落下。後輪で轢過あり。
4) レーフ飛び越え型	下半身跳ね上げ、後方へ落下。損傷程度最大。 >30km/h*ブレーキ(-)
5) 宙返り型	衝突側と逆側から落下。>60km/h*ブレーキ(+)



受傷機転の 5 タイプがある。自動車の形により受傷の形態が異なるので注意が必要である。

前方はね飛ばし型：乗用車に歩行者が当たる。→歩行者は前方に跳ね飛ばされる。→地面に横たわった受傷者の上をブレーキをかけた乗用車が轢過していくというタイプである。

前方突き倒し型：キャブオーバー型が多い。

フェンダー飛び超え型：ボンネットに上がり、側方から落下→後輪で轢過される。

ルーフ飛び超え型：高速で衝突した場合に多い。後方へ落下する。損傷程度は最大である。

宙返り型：60Km/h 以上で、ブレーキをかけた場合に多い。

受傷状態でどのようなタイプの車にどのように当たったかが推定されるのである。

歩行者事故

バンパー創(bumper injury):表皮剥脱・皮下出血・デコルマン(decollment)、
下腿大腿骨折:Messerer骨折=楔型、衝突部広い。
下腿骨骨折:前方・側方>40km/h、後方>70km/h。
体重のかかっている方の足にバンパー創は一般に生じる。
ボンネット型車両に多い、キャブオーバー型では衝突側全域に損傷。
タイヤ痕 凸部=表皮剥脱、凹部=皮内・皮下出血、衣類にタイヤ凸部の印象
デコルマン(decollment)皮下剥離・剥皮傷(創):皮下にポケット形成。
血液組織液貯留、轢過・衝突・高速打撲で生じる。轢過開始部に強い。
伸展創 力の作用方向に直角に走る線状の表在性小裂創群(多数の平行な裂創)。
頭部・鎖骨上部(頭部顔面・胸部轢過)、
鼠径部(臀部衝突・腹部大腿轢過)に多い。

Waddleの3徴:下腿・体幹・頭部顔面のうち2部位が負傷した場合、残りの部位にも
損傷がある可能性が高い。

ボンネットに当たると皮下出血がおこるのでそれを元に加害車両のボンネットを推定する。ラジエータグリルに当たった場合は、ラジエータグリルと同じ摸様の皮下出血が認められる。

症例提示 デコルマン (decollment) の関連図である。車のタイヤが轢過しようとする、この皮膚を巻き込むようになる。→皮膚・皮下組織と筋肉の間に間隙 (ポケット) ができるが、ここがデコルマンになってくる訳である。つまりデコルマンが認められる側からタイヤに轢かれていったということになる。

症例提示 デコルマンである。外見は少し腫れた位の所見であるが、解剖してみるとデコルマンが認められた。本症例は出血が余りないが即死の症例である。つまり出血がおこるだけの時間すらな

かったということになる。もし本症例が生存していたならば、出血量は多く非常に治療に難治性であっただろうと推定される。

症例提示 伸展創である。

症例提示 タイヤ痕である。顔面にタイヤ痕が認められる。着衣にもタイヤ痕が認められる。

症例提示 女性が車に跳ね飛ばされた症例である。目撃情報では白のワンボックスカーが跳ねていったということであった。(目撃情報は余り当てにならないという実例であるが。)解剖所見では足と腰にデコルマンを認めた。→ボンネット型の車両ではないかと推定した。ワンボックスカーではこのような所見は得られるはずがないので目撃情報は違うのではないかと思われた。これが加害車両である。黒い車であるがこれは加害者が元は赤の車にペンキで色を塗り、被害者と衝突して壊れたフロント部分をさらに故意に壊し、田んぼに放置していたものを警察が発見したのである。この車両だとバンパーの位置が、被害者のデコルマンが認められた場所と地面からの高さが一致する。腰のデコルマンはボンネット創でこれも一致した。一般的にキャブオーバー型では体前面(後面)が障害を受けるのである。

フロントガラスが割れている。被害者には頸椎骨折が認められたのでこれも合致する。典型的なボンネット型の車両による受傷と考えられた。

症例提示 同じくボンネット型の車両による事故の被害者である。バンパー創とボンネット創を認める。頭部はフロントガラスか、あるいは転落時による損傷を受けている。

症例提示 宙返り型の例である。若者同士でけんかになり、車にのって逃げようとした(加害者)が、車の前で大の字になって止まれ(被害者)と車を止めようとした。車はそのまま止まらなくて跳ねてしまった。車両はバンパーが少々凹んだ位でルーフにぶつかった跡がある位であった。被害者の体に重篤な外傷は認められなかったが、結局 5 時間後に死亡した。解剖してみると、ここにデコ

ルマンがある。バンパー創も認められる。頭蓋骨骨折も認められる。脳の組織検査では retraction ball が認められ、びまん性脳損傷をおこしていたものと思われた。

症例提示 キャタピラーで轢過された症例。

症例提示 轢過され内蔵が脱出した症例。

症例提示 轢袴損傷の例である。

3. 自動二輪車の事故
 自己転倒: 事故回避=>四肢損傷、介達外力->鎖骨・大腿骨頭骨折、股関節脱臼
 路面との衝突創、頭部外傷、四肢外傷・火傷・表皮剥脱
 同乗者: の方が一般に遠くへ投げ出され、重傷
 自動車との衝突: ボンネット上へ押し上げられ、フロントガラス・ボンネットで損傷、その後路面落下創。
 燃料タンク・ハンドルによる外陰部鼠径部挫創・大腿骨折
 頸部過伸展=>橋延髄境界部損傷・離断、環椎後頭間離断、Hangmann骨折、大後頭孔周囲輪状骨折。
 バイク事故なら、まず、頸椎・頸髄損傷+腕神経叢の引き抜き損傷を疑う。

4. 鉄道事故
 人対車両: 低速=>衝突・転倒・轢過・圧挫
 高速=>離断・飛散
 瞬時に死亡: 生活反応乏しい。離断筋肉の近位部の出血?
 切断筋の骨との付着部に出血?
 車両対車両: 衝突による外傷、胸腹部圧迫による窒息。

5. 航空機事故
 部分遺体、離断・焼損=>個人識別が中心。

6. 船舶事故 プレジャーボート衝突
 衝突創、致命傷の有無、転落後の溺死との鑑別。

自動二輪車、鉄道事故、航空機事故、船舶事故はそれぞれ特殊なので、その特徴を理解しておくことが重要である。

1. 墜落・転落・転倒 6m以上で死の危険性、80cmで頭蓋骨骨折。自他殺の別。偽装?
 墜落: 垂直落下
 転落: 落下中に種々の外力を受ける。多数の外傷、cf. 階段
 第1衝突部、第2損傷部
 1) 頭部から: 帽子のツバの法則=ツバの位置より下が受傷部。
 頭頂部は少ない=>他殺の可能性
 頭蓋骨骨折・高度脳挫傷、頸椎骨折・頸髄損傷
 上肢骨折・肋骨骨折・肺挫傷
 2) 水平状態: 体幹の側面から: 一側に1次衝突創
 上肢骨折・肋骨骨折・肺挫傷・腎損傷(減速力による)
 頭蓋骨骨折・脳挫傷
 3) 足から: 踵骨・下肢骨折・骨盤骨折、足底部挫裂創
 胸腰椎骨折(Th12,L1が多い)、心肺損傷、肝臓損傷(縦の減速力による)
 4) 臀部から: 骨盤骨折、胸腰椎骨折、仙骨・尾骨骨折、胸腔・腹腔内臓器損傷
 =>大後頭孔周囲の輪状骨折、頭蓋骨骨折・脳挫傷。

2. 重量物の落下・打撃
 頭部外傷、第2頸椎(環椎)の歯状突起骨折

3. 下敷き: 外傷性胸部圧迫症、外傷性胸部顔面溢血、外傷性上大静脈圧迫症候群
 1) 呼吸運動の障害: traumatic asphyxia
 2) 胸腔内圧の上昇: 頭部顔面のうっ血
 3) 外傷: 胸部: 肋骨骨折、気胸・血胸、肺挫傷
 腹部: 横隔膜破裂、肝破裂・脾破裂

「帽子のツバの法則」というのがある。墜落・転落・転倒事故ではツバの位置より下が受傷部である。それよりも上方に受傷部がある場合は、他殺の可能性があると考えた方が良い。

症例提示 飛び降り自殺を凶り、飛び降り中電線に首がひっかかり、首が切断された症例である。

以上、本日は頭部外傷の話と交通事故の話をした。交通事故はパターンを頭に描いて分析することが重要である。また、交通指導課はあてにならないと思った方がよい。もちろん死体検案医も慣れていないからあてにならない。あてにならない者同士が検案するのであるから十分に検討し、分からなければ解剖にまわしてほしい。後々いろいろな問題で揉めるのも交通事故である。

今回は「4. 窒息論」をお話する。(会場より拍手あり。)

座長は会場に質問はないかと問うた。

質問 1

質問者 先ほど自転車を押して溝に落ちて死亡した症例のことである。(スライド 16 の文中) 原疾患は頸椎損傷で直接死因は心筋梗塞ということであるが、その場合は死体検案書の書き方はどのようなになるのか。

教授 臨床医の医師は心筋梗塞とした。その後いろいろと揉めた。そのため解剖することになった。入院中の心電図で虚血性変化は確認された。末期症状としての急性心不全でも悪くはないと思われる。しかし、お酒を飲んで酔っ払って誤って自転車ごと溝に落ちた。その時天板で顔面を打ち、頸が過伸展をして頸髄損傷をおこした。自転車を押している時に心筋梗塞を発症し、それが原因で溝に落ちたのではないようであった。

質問者 死因は何か。

教授 外因死で転落死とした。直接死因は心筋梗塞とした。

質問 2

質問者 家の中で死亡していて死後推定 1 か月位の症例の死体検案を行った。おそらく病死であろうがよく分からなかったので直接死因は不詳とし、「12 不詳の死」とした。

教授 死後 1 か月というと、大分腐敗していたか。

質問者 既にミイラ化していた。

教授 そのような場合は、「高度腐敗のため不詳」、「白骨化のため不詳」、「死後損壊のため不詳」等の書き方が望ましい。「12 不詳の死」でよい。死体検案医としてはそれで良いのではないか。あとは警察がどのように考えるかである。捜査をして詰めてもらう。

自分はこのような場合、「不詳なのだが病死が考えられる。」とか付け加えることがある。

質問者 それはコメントとして書いた方がよいのか。

教授 正式な公文書としての死体検案書は、「不詳」でよい。それ以外書きようがない。状況的に見て外因死ではない可能性が高ければ病死であろうという死体検案医の意見を、「その他特に付言すべきことから」の場所に書いてもよいのではないかと思う。

以上で第 3 回目の研修会を終了した。

【最後に】

第 3 回目の研修会の内容を報告した。

症例提示のスライドは文章で再現することができないため、本文に載せるのはどうかというご意見があるのは重々承知しているが、研修会の雰囲気を感じ取ってもらうため載せている。スライドは藤宮教授が吟味され大変理解しやすいスライドを出されておられる。実際に研修会に出席され、多くの先生方に実物のスライドを見ていただきたいと思うので宜しくお願い申し上げます。

次回は第 4 回目の研修会の内容を報告する。

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

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**

公 告

第 63 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 21 年 6 月 14 日 (日) 11:40
場 所	周南市 周南市文化会館
表 彰	
議 事	○平成 19 年度山口県医師会決算報告 ○平成 20 年度山口県医師会事業報告 ○第 160・161 回山口県医師会代議員会 議決事項の報告

平成 21 年 5 月 15 日

山口県医師会長 木 下 敬 介

日 医 F A X ニュース

2009 年 (平成 21 年) 4 月 28 日 1885 号

- 240 億円は若人のみ「聞いたことがない」
- 臨床研修見直し「地域事情踏まえ柔軟に」
- 病院対象に経営安定化資金で優遇措置

2009 年 (平成 21 年) 4 月 24 日 1884 号

- 財政審会長の「2,200 億円見直し発言」は評価
- 患者との信頼損なう「5 分ルール」撤廃を
- メディカルスクールの問題点提示
- 「環境に関する日本医師会宣言」を公表
- 福祉医療機構の融資限度額拡大へ
- 「交付金」による処遇改善も調査へ
- 個別リハビリ実施加算、算定内容を明確化
- 救急受け入れ拒否、病名・死因も調査へ

2009 年 (平成 21 年) 4 月 21 日 1883 号

- 改正消防法案、衆院通過
- 新要介護認定で「経過措置」通知
- 治療と就労の両立、労災病院が支援を
- AED の「点検担当者」配置を
- 循環器病予防、メタボより高血圧対策

2009 年 (平成 21 年) 4 月 17 日 1882 号

- 09 年度補正、地域医療再生に 8,200 億円
- DPC 準備病院、今年度も募集へ
- DPC の「退出ルール」、次回の分科会で原案
- DPC 「自主退出の選択肢を」
- 新型インフル対策行動計画を策定
- 経済危機対策に対する日医の見解
- 要介護認定見直し、3 段階で検証作業
- リハマネ加算「正当な理由」明確化

2009 年 (平成 21 年) 4 月 14 日 1881 号

- オンライン化や特養への転換を支援
- DPC 新係数候補を 2 分類
- 新要介護認定の検証に着手
- 「重篤小児救急病床」の要件を議論

2009 年 (平成 21 年) 4 月 10 日 1880 号

- 厚労省「最近の医療費の動向」に見解示す
- 女性医師バンクは「着実に成果」
- 女性医師の 85% が宿直翌日に通常勤務
- 介護職員の賃金上げ、1 万 5,000 円相当

2009 年 (平成 21 年) 4 月 7 日 1879 号

- 「主治医意見書記入の手引き」改訂
- 「8.5 割軽減」継続、130 億円を補正で対応
- 臨床実習での医行為、見直しを提案
- 新型インフル、被害想定を上方修正へ

2009 年 (平成 21 年) 4 月 3 日 1878 号

- オンライン義務化、新たな例外に道筋
- 在支診「看取り」までは不十分
- 医師事務補助加算の対象拡大に努力
- 15 か国における産科医確保調査の結果を公表
- 病院の CO₂ 排出量、前年比 4.1% 削減
- 医師の健康で包括プログラムを
- Ai 活用に関する検討委が第二次中間報告

山口県における 2009 年の スギ・ヒノキ科花粉飛散のまとめ

[報告：花粉情報委員長 沖中 芳彦]

前年秋の観察定点における雄花の着き具合から、2009 年のスギ花粉総数を、県内測定施設の平均値として、過去(1992 年以降)の平均値 1,940 個/cm² や 2001 年以降の平均値 2,350 個/cm² を大きく上回る 3,400 個/cm² 程度と予測しました。結果は 3,600 個/cm² で、ほぼ予測通りの平均総数となりましたが、内心は 3,500 個を超えないであろうと思っておりましたので、予想以上に飛散したという感があります。

一方ヒノキですが、昨シーズンには花芽の多さの割には少ない飛散数となり、花芽観察からのヒノキ科花粉総数予測の難しさを痛感しました。今シーズンも昨シーズン同様、前年秋の時点ではヒノキの花芽はたくさん着いておりました。これらの花芽がどれくらい成熟するかが問題でしたが、本年はほとんどの花芽が成熟したようで、結果、過去(1995 年以降)の平均値 690 個/cm² はもちろんのこと、2001 年以降の平均値 890 個/cm² をも上回る 1,160 個/cm² (4 月 20 日現在)の飛散総数となりました。しかし、これでもこれま

での最高値である 2005 年の 2,040 個よりはかなり少なく、また本年のスギ花粉総数の 3 分の 1 以下の値でした。ヒノキ科花粉数は必ずしもスギ総数と比例するわけではないようで、数の予測はまだまだ困難な状況です。

本年はこれまで以上に頻回にスギやヒノキの木の観察を行い、雄花の状態や花粉の残存の程度を確認して日々の予測に役立てる努力をしました。スギは 2 月 4 日が飛散開始日となり、暖冬の影響でその後急速に花粉数が増えました。しかし 2 月中旬頃から気温が下がり、まとまった降水もあったことから、しばらく飛散が抑制された状態が続きました。図 1 は、累積飛散数約 1,300 個の時点である 2 月 22 日の北部地区、標高約 200 メートル地点のスギの枝です。一帯のスギの雄花はまだ開花しておらず、花粉を全部蓄えたままの状態でした。予測総数の 3 分の 1 強が飛散した段階ではありましたが、雄花の状態からもまだ最盛期を迎えていないことが推測できました。図 2 は同じ地点の、3 月 20 日のヒノキです。ほとん

図 1



図 2



どの花芽が順調に成熟していることが確認されました。既にヒノキ科花粉飛散数も増えていましたが、花粉を蓄えた雄花が多く、やはり最盛期がこれからであることが予測できました。

日々の花粉飛散は天候にも大きく影響を受けます。県医師会事務局に翌日の天気や気温の予報を数か所のサイトで調べていただき、前日までの飛散状況と照らし合わせながら翌日の予測をしていますが、文面から受ける予報の印象と実際の天候が大きく異なることがしばしばあります。花粉飛散の予測には気象予報に関する知識も必要のようです。

スギ、ヒノキ科花粉飛散期に、山口県ではカバノキ科ハンノキ属花粉も捕集されます。ご存知のように、カバノキ科花粉症の方はしばしば口腔アレルギー症候群（果物アレルギー）を合併します。

特に阪神地区では大量に植樹されたハンノキ属のオオバヤシャブシの花粉症が問題となっております。オオバヤシャブシは成長が早いことから、緑化や砂防の目的で近年たくさん植樹される傾向にあるようで、山口県内でも多数の樹が確認できます。特に高速道路をはじめとして比較的新しい道路沿いには結構な数の樹がみられます。図 3 はそのオオバヤシャブシで、3 月 20 日に宇部市内で撮影したものです。図 4 はその花序の拡大写真です。山口県でも数年後にこれらによる花粉症が問題になるのではないかと危惧しております。

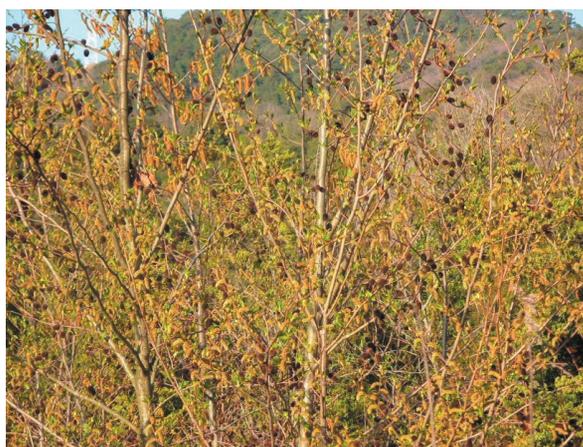


図 3



図 4

3月18日に開花宣言が出された桜ですが、その後肌寒い日が続いた影響で、通常宣言後1週間程度で満開になるところが、2週間以上もたつて満開となった所が多く、例年より長く桜を楽しむことができました。葉桜になった頃、今度はツツジ、そして藤の花が満開となりました。木々も新緑に被われ、山はまるでパッチワークのようで、目を楽しませてくれます。

4月2日(木)開催の**広報委員会**で、日本医師会の新しいテレビCMが紹介されました。今回のCMは、勤務医・男性医師編と勤務医・女性医師編の2本で、それぞれ時間が30秒、60秒、90秒の3種類があります。勤務医の過重労働をテーマにしたものですが、例により暗い画面に、淡々とした語りで医療現場の実情を説明していくスタイルのCMです。都道府県医師会広報担当理事連絡協議会でも、もう少し明るいCMにならないのかという意見が出されたそうですが、これまで同じスタイルでやってきており、むしろこの暗さがすぐに日医のCMだとわかってもらえて良いのではという意見もあったそうです。ご覧になられた方の感想はいかがでしたでしょうか。

4月3日(金)、宇部全日空ホテルで**卒後臨床研修医との懇談会**が開催されました。本年4月から県下の研修指定病院で臨床研修を受ける研修医65名と健康福祉部、山口大学、研修病院からの参加者及び県医師会の役職員53名の総計118名が参加しました。木下敬介県医師会長、今村孝子健康福祉部長、松崎益徳山口大学医学部附属病院院長、東良輝山口大学医学部同窓会霜仁会長の挨拶がありましたが、どなたも異口同音に、2年間の研修修了後も山口県に残ってほしいと発言されていました。特に関門医療センターは今年も19名の研修医が就職していますが、2年修了後の定着率が悪く、病院が新築された今年こそ定着率アップに向けてがんばってほしいと思います。

個人的な話になりますが、4月10日から12日の3日間、東京国際フォーラムで第106回日本内科学会総会・講演会が開催され、参加してきました。今回の内科学会の会頭は元山口大学第三内科教授(現東北大学大学院分子代謝病態学教授)の岡芳知先生です。第1日目に行われた会頭講演の中で、岡教授は自己の研究のあゆみを紹介されましたが、当然ながら山大在学中に行った研

究内容についても言及されていました。山口県に関係のあった人が、このような大きな会で山口県のことについて話をされるのを耳にするのはとてもうれしいものです。なお同じ日の午前中には招聘講演「慢性心不全の病態と治療の新展開」(大阪府立成人病センターの堀正二総長)の座長を、山口大学附属病院長の松崎益徳教授が務めておられました。

4月16日(木)、**郡市医師会医療情報システム担当理事協議会**が開催されました。山口県医療情報ネットワークが本年12月末で廃止されることになっており、その経緯を健康福祉部地域医療推進室から説明していただきました。現在利用されている機能だけでも残してもらえるよう要請を行ってきましたが、セキュリティ確保にNTTの閉域IP網を利用した場合、サーバー側が負担しなければならない料金がかなり高額であるとの説明に、正直驚きました。レセプトオンライン請求義務化でも、最も得をするのは結局NTTではないかと改めて思いました。そのオンライン請求義務化ですが、平成20年3月25日に閣議決定された「規制改革推進のための3カ年計画」のオンライン請求義務化に関する文言に、「地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求することが当面困難な医療機関等に対して配慮する」との文言が追加され、また「現行以上の例外規定を設けない」との規定についても「原則」の文言が加えられることとなりました。しかしながら規制改革会議からは「配慮」により「医療の質の向上に不可欠なレセプトオンライン請求化への取り組みを後退させることがあってはならない」との見解が出され、さっそく巻き返しが図られています。

4月16日(木)、本年度第2回目の**理事会**終了後、3月31日付で理事辞任の希望を出されていた井上祐二理事(山口大学医学部医療情報部教授)の送別会が開かれました。井上先生には7年もの長きにわたり県医師会理事を務められ、その間、主として医療情報システムを担当していただき、いろいろと相談にのっていただいたり、アイデアを出していただいたりと、私個人としても大層お世話になりました。特に理事会では、しばしば広い視点からの発言があり、なるほどと思ったものです。長い間ご苦労様でした。

4 月 23 日（木）、**第 161 回定例代議員会**が開催されました。主として平成 20 年度の事業報告と平成 21 年度の事業計画及び予算を協議していただく代議員会ですが、今回は井上祐二理事の退任に伴う山口大学医師会推薦理事の選任が協議題として提出され、山口大学皮膚科の武藤正彦教授の理事就任が承認されました。冒頭の会長挨拶の中で木下会長は、今年度新たなプロジェクトチーム（PT）として有床診療所対策 PT、国体対策 PT を立ち上げ、昨年度から継続される医療保険対策 PT、勤務医加入促進 PT、新型インフルエンザ対策 PT と合わせて 5 つの PT 体制で、喫緊課題に対して迅速な対応を検討すること、緊急に県医師会としての決議、抗議、要望を行う際に、郡市長あるいは代議員と協議を行う連絡網を構築することを表明しました。今回の代議員会では、「レセプトオンライン化について」（防府医師会の清水 暢代議員と下関市医師会の赤司和彦代議員からの 2 題）、「健康福祉センターの統合について」（防府医師会の水津信之代議員）、「新型インフルエンザ発症時における医療体制整備について」（下関市医師会の石川 豊代議員）、「診療報酬からの県会費他諸引き去り金の口座振替システム更改に伴う取り扱い方法の変更についての意見」（下関市医師会の米田 敬代議員）、「検察審査会の改正に対する対応について」（下関市医師会の赤司和彦代議員）の 6 題の質問が提出され、活発な質疑応答が行われました。詳細については県医師会報 6 月号に掲載予定です。

4 月 27 日（月）、**県健康福祉部との懇話会**が山口県医師会会議室で開催されました。健康福祉部からは今村孝子部長、大窪正行次長、渡邊修二審議監、池内英之審議監のほか各課の課長、次長、主査、合計 12 名の方々に出席していただきました。木下県医師会長と今村健康福祉部長の挨拶の後、健康福祉部の平成 21 年度予算の概要について説明がありました。詳細については省略しますが、県予算全体では対前年度 + 0.6% に対して、健康福祉部予算は対前年度 + 2.5% となっています。特に医師不足等対策、ドクターヘリの導入、三大生活習慣病対策、県立病院等の機能強化等に新規事業が組み込まれています。4 月 25 日に厚労省から「メキシコ及び米国におけるインフルエンザ様症状の発生状況について」と題した豚インフルエンザに関する第一報が出され、それに対する山口県の対応についての説明が行われ、

既に山口県健康福祉部内に相談窓口が設置され、28 日以降は各健康福祉センター内にも設置されるとの説明がありました。その後、県医師会から提出した 9 つの協議題（「地域における医療計画の進め方」、「小児科、産婦人科の医師不足の現状」、「ドクタープール事業のさらなる発展」、「医師臨床研修制度の見直しへの対応」、「後期研修医の県内定着」、「看護師の地元定着」、「県地域保健対策協議会の設置」、「健康福祉センターの統合」、「新型インフルエンザ対策」）について質疑応答がなされました。

豚インフルエンザについては、4 月 27 日のメキシコ保健省の発表によると、メキシコではインフルエンザ様の症状で入院した人の数は 1995 人、死亡者は 149 人とのことです。米国、カナダ、スペインに続き、英スコットランドでも感染が確認され、世界保健機関（WHO）は 27 日夕、2 度目の緊急委員会を開き、警戒レベルを現在のフェーズ 3 から 4 に引き上げることを決めました。それに伴い舛添厚生労働相は 28 日、感染症予防法にもとづき、メキシコ、アメリカ、カナダで新型インフルエンザが発生したとの宣言を出しました。今後その動勢が大いに心配されるのですが、パンデミックになった場合の対応について、早急に県あるいは市町と協議を行う必要があります。

今月の「県医師会の動き」はここまでと思っていたところ、豚インフルエンザによる死亡者が米国でも出たことから、WHO の警戒レベルが 4 からさらに 5 に引き上げられ、県医師会でも対応を協議し、パンデミックへの備えを準備する必要があるため、「新型インフルエンザ対策本部」を設置し、その**第 1 回目**の会議が 4 月 30 日に急遽開催されました。県と県医師会で作成した「新型インフルエンザポスター」を医療機関の玄関に掲示し、疑わしい患者については、まず発熱相談センターに電話してもらうことを徹底する必要があること、各医療圏において発熱外来設置に向けての検討を早急に行ってもらうこと、郡市医師会及び県医師会との連絡網の確立、正確な情報の把握と県医師会 HP による情報提供等が話し合われましたが、発熱外来における諸問題、タミフル等の予防投与について、国及び厚労省の方針が明確にならないと、県としても具体的な対応がとれないとのことなので、早急な対応を日医から要請してほしいという要望を上げることになりました。

今月のクラシック音楽はメンデルスゾーン作曲の交響曲第 4 番「イタリア」。躍動的なリズム、明るい陽光を浴びたような響きに、こちらも、おおらかで開放的な気分になる音楽です。今年にメンデルスゾーン生誕 200 年にあたります。裕福なユダヤ人銀行家の息子、メロディーは美しいが、深みに欠けるというイメージで、日本では決して人気のある作曲家ではありません。38 歳という若さで亡くなっていますが、モーツァルトやシューベルトほどその夭折を惜しまれていないような感じがします。ライブツィヒ・ゲヴァントハウス管弦楽団の指揮者であったことを考えると、このオーケストラによる演奏が本場ものということになりますが、クルト・マズアー指揮の「イタリア」は、全体にやや重い感じがしてイタリア的な明るさに欠けるような感じがします。私個人としてはユージン・オーマンディ指揮フィラデルフィ

ア管弦楽団の演奏が好きです。日本人の音楽評論家はスペシャリスト（たとえばブルックナーやワグナー演奏のクナッパブッシュ等）と呼ばれる演奏家は高く評価する傾向があります。このオーマンディという指揮者は日本ではあまり人気がないように思われます。幅広いレパートリーをもち、何を演奏させても平均以上の演奏をする、協奏曲の伴奏も巧みなことから「オーケストラの職人」とか「協奏曲の達人」などと称されることも多く、このことがかえって、「独自の芸術をもたない」といったような非難を受ける一因ともなっているように思われます。1938 年から 42 年間フィラデルフィア管弦楽団の音楽監督を務め、弦を中心に磨きぬかれたその音色は、「フィラデルフィア・サウンド」として名を馳せたものでした。もう少し高く評価されて良いように思います。

理事会

第 1 回

4 月 2 日 午後 5 時～7 時 20 分

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、西村・弘山・小田・田中（義）各常任理事、萬・田中（豊）・田村・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 第 161 回定例代議員会の運営について
日程案を示し、運営・各担当について協議を行った。
- 2 会報の掲載記事について
医師会報への記事掲載要領について協議、了承された。
- 3 やまぐち予防医学セミナーの共催について
特定保健指導に役立つ栄養評価と栄養指導をテーマに開催されるもの。共催することについて了承。
- 4 健康福祉部との懇談会について
27 日（月）18 時 30 分から開催する。議題に

ついて諮る。

5 公費負担による妊婦健康診査事業の適切な実施について（要望）

今回の公費負担拡充による妊婦健康診査が県内でも円滑に実施されるよう、国の示した公費補助率の予算措置について再度、当該 3 市に要望することになった。

6 平成 21 年度中国四国医師会連合総会について

来る 6 月 6 日（土）～7 日（日）、島根県医師会担当で開催（松江市）される。4 分科会各テーマごとに提出議題を検討しておくことを確認、了承された。

人事事項

- 1 山口県留置施設視察委員会委員の推薦について
5 月末で任期満了となる委員の後任について審議、原田菊夫先生（美祢市医師会）を推薦することを決定。

報告事項

- 1 山口県訪問看護推進協議会（3 月 12 日）
平成 20 年度医療機関・訪問看護ステーション

に勤務する看護師の相互研修アンケート結果等について報告が行われた。また、「グループホームの現状と地域とのつながりについて」の講演（講師：楽さん家 十楽 浩之所長）が行われた。

（田中義）

2 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

（3月19日）

生涯教育関連報告及び 21 年度事業計画（案）について協議した。（杉山）

3 医事案件調査専門委員会（3月19日）

病院 3 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（小田）

4 スポーツ医部会理事会（3月19日）

21 年度スポーツ医部会総会・研修会及び郡市医師会山口国体担当理事の設置について協議した。（城甲）

5 都道府県医師会広報担当理事連絡協議会

（3月19日）

広報委員会審議報告、平成 20 年度の日医広報活動についての報告があった。テレビ CM の新シリーズ「勤務医編」は好評であり、各県医師会においても広報に力を入れてほしいとのことであった。5 県医師会がテレビ会議で出席（参加）された。（田中義）

6 山口大学教育研究後援財団理事会・評議員会

（3月19日）

20 年度会計における教育研究活動支援基金繰り入れについて、公益事業の中期計画の修正について等、審議された。会長は元山口大学学長の廣中平祐氏。（木下）

7 山口県福祉総合相談支援センター運営委員会

（3月19日）

20 年度事業実施報告及び 21 年度事業方針（案）について協議した。この事業は 20 年度で業務を終え、専門相談については引き続き社協で運営される。（弘山）

8 山口県暴力追放県民会議第 2 回理事会・評議員会（3月19日）

21 年度事業計画、予算について審議した。

（事務局長）

9 おいでませ！山口国体・山口大会実行委員会第 2 回常任委員会（3月19日）

11 件の報告・説明事項、5 議案について審議を行った。会場地第 7 次選定により、新たに 2 か所が選定された。（事務局長）

10 平成 20 年度在宅医療支援のための医師研修会（3月20日）

日本医師会館大講堂において、「在宅医療支援のための医師研修会の目的と日医の『指針』」（三上裕司：日本医師会常任理事）、「在宅医療に必要な基礎知識～高齢者の病態と治療～」（細井孝之：国立長寿医療センター先端医療部長、神崎恒一：杏林大学医学部高齢医学教室准教授）、「在宅医療の具体的な実践方法～他職種協働と家族、社会との連携～」（太田秀樹：医療法人アステム理事長、和田忠志：医療法人財団千葉健愛会理事長）及び「後期高齢者医療制度・診療報酬」（野中博：前社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会委員）の研修が行われた。（田中義）

11 臨床研修合同説明会（3月20日）

福岡国際会議場において開催され、山口県ブース参加病院は 9 病院。県ブース参加者は実質 90 名であった。（小田）

12 医療・保健・福祉の連携・協働による子育てシンポジウム（3月21日）

児童虐待防止に向けた関係機関の連携・取り組みとして、医療関係者を中心にしたシンポジウムが開催された。（茶川）

13 山口大学坂部武史教授退官記念祝賀会

（3月21日）

宇部市において開催、160 名の参加者があった。

（木下）

14 第 59 回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会 (3 月 22 日)

メインテーマ「疾病をかかえる労働者への対処」と題して、教育講演、特別講演 2 題が行われた。受講者は 220 名であった。(河村)

15 日本スポーツ振興センター広島支所業務運営委員会 (3 月 23 日)

学校管理下における児童生徒の事故補償について協議した。21 年度全国学校保健・学校医大会(広島県引受)に協力することになった。(田中豊)

16 山口県健康福祉事業団理事会 (3 月 23 日)

県から委託を受け、総合保健会館の運営をしている団体である。21 年度事業計画・予算について審議した。(事務局長)

17 三師会懇談会 (3 月 24 日)

山口県知事らを来賓に迎え、山口地方裁判所長、総括裁判官のお二人の卓話を聴講。時事について意見交換を行った。山口県歯科医師会が担当。(杉山)

18 山口社会福祉事業団理事会 (3 月 24 日)

中期経営計画、21 年度事業計画・予算、20 年度補正予算、規程の改正について審議した。(木下)

19 山口県予防保健協会評議員会 (3 月 24 日)**20 山口県予防保健協会理事会 (3 月 25 日)**

2009 年度事業計画・予算、事務局組織規則の一部改正等について審議した。翌日、理事会を開催。議長は県医師会会長が務めることになっている。(三浦・木下)

21 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(3 月 25 日)

医科では新規 4 件(移転 2 件を含む)を承認した。(三浦)

22 山口県障害者スポーツ協会理事会(3 月 25 日)

21 年度事業計画(案)・予算(案)について審議した。(事務局長)

23 山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「子宮がん部会」(3 月 25 日)

山口県の子宮がんの死亡率が全国 7 位と悪い。19 年度の市町がん検診の実施状況、トピックス及び山口県のがん対策について協議した。(文書報告：藤野俊夫)

24 保険委員会 (3 月 26 日)

20 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)

25 都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会 (3 月 26 日)

佐伯医療 IT 委員会委員長から中間答申の内容説明、中川常任理事から経緯・日医の取り組みについて説明・報告があった。6 県医師会がテレビ会議で出席(参加)された。(田中義)

26 山口県医療審議会 (3 月 26 日)

「第 5 次山口県保健医療計画」の改定及び地域医療支援病院の名称使用の承認、病床設置届出診療所の審査基準について審議した。(木下)

27 やまぐち角膜・腎臓等複合バンク第 38 回理事会 (3 月 26 日)

役員を選任後、19 年度決算修正、20 年度補正予算及び 21 年度予算案について審議した。(事務局長)

28 山口県高齢者保健福祉推進会議介護予防部会 (3 月 26 日)

介護予防事業について及び認知症高齢者施策について等の協議を行った。(三浦)

29 新型インフルエンザ対策プロジェクトチーム (3 月 27 日)

2 月 7 日実施の新型インフルエンザ発熱外来設置訓練の事後検証を行い、今後の課題等について協議した。(田中豊)

30 日本医師会地域医療対策委員会 (3 月 27 日)

会長諮問「地域社会のニーズと医療提供体制の在り方」のまとめと今後のスケジュールについて

審議した。(弘山)

31 中国四国医師会連合常任委員会

(3月28日～29日)

中央情勢報告、議事運営委員会報告があり、代議員会における質問(代表・個人)、予算委員会委員、規約の改定について協議した。また、広島県医師会から広島県地域保健対策協議会の取り組み(救急車の適正利用)について説明があった。

(杉山)

32 第120回日本医師会定例代議員会・第67回日本医師会定例総会(3月29日)

唐澤会長の挨拶後、会務報告、第1号議案 平成20年度日本医師会会費減免申請の件、第2号議案 平成21年度日本医師会事業計画の件、第3号議案 平成21年度日本医師会一般会計予算の件、第4号議案 平成21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21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21年度女性医師支援センター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、第8号議案 核兵器廃絶に関する決議の件—の各議案について審議を行い、原案どおり可決した。

また、20件(代表6件、個人14件)の質疑が出された。本県濱本常任理事が、がん検診受診率低下に対する日医の今後の対応について個人質問を行った。

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—について報告を行った。(杉山)

33 山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「乳がん部会」(3月30日)

平成19年度がん部会における指摘事項、山口県のがんの実情・がん対策、19年度の市町がん検診の実施状況について審議した。(小田)

34 山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「胃がん・大腸がん部会」(3月31日)

平成19年度がん部会における指摘事項、19

年度の市町がん検診の実施状況、山口県のがん対策について審議した。内視鏡による検診が増えていることの報告があった。(三浦)

35 広報委員会(4月2日)

会報主要記事掲載予定、会報掲載記事の内容について協議。また、医療機関、大学の教室を紹介する新コーナーについて提案、協議を行った。日本医師会の新CMを視聴、好評であるという評価もあるが、委員会では暗いイメージ、未来に希望がもてるナレーションがほしいなどの意見が出た。(田中義)

36 会員の入退会異動

入会8件、退会41件(死亡退会含む)、異動31件〔4月1日現在会員数：1号1,333名、2号891名、3号528名、合計2,742名〕

医師国保理事会 第1回

1 傷病手当金支給申請について

1件について協議、承認。

理事会

第2回

4月16日 午後5時～6時40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・河村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・山本・武内各監事

議決事項

1 第63回山口県医師会総会について

6月14日(日)12時より、周南市の「周南市文化会館」において開催することを決定、運営について協議した。県医師会報5月号にて公告する。

協議事項**1 第 161 回定例代議員会予告質問について**

4 月 23 日開催する定例代議員会の予告質問 5 題について検討した。

2 健康福祉部との懇談会協議題について

4 月 27 日（月）に開催する。提出議題について協議。

3 中国四国医師会連合総会・分科会について（提出議題・出席者等）

4 分科会ごとの提出議題、日医への要望・提言について協議した。

4 「新老人の会」山口支部発足 1 周年記念講演会後援について

聖路加国際病院理事長の日野原重明先生を会長とする「新老人の会」の山口支部が発足、満 1 年を迎え記念講演が開催されることとなり、引き続き名義後援することが決定。6 月 16 日に岩国市において開催される。

5 臨床研修セミナーの開催について

県内臨床研修病院の病院長、研修プログラム責任者、指導医などを対象としたセミナーを開催することについて協議、了承された。

6 平成 21 年度特定健康診査等の実施について

本会に係る健診実施機関の 21 年度特定健康診査等の実施について協議の上、了承された。

7 山口労働局長表彰の推薦について

山口労働局長から推薦依頼のあった「安全衛生に係る功労者に対する厚生労働大臣及び都道府県労働局長表彰」に係る被表彰者について推薦者（1 名）を決定。

8 認知症サポート医及びかかりつけ医認知症対応力向上研修受講者の名簿の公表について

認知症コールセンター事業（県が山口県社会福祉協議会へ業務委託・4 月 20 日から開設）の開設に伴い、同事業において標記サポート医及び研修受講者名簿の公表依頼があり、受講者等へ公表承諾確認のうえ公表することを了承した。

9 麻しん診断体制の整備について

県健康増進課長から麻しん排除に向けた対策推進のため、麻しん検査診断実施の協力依頼があり、県担当課に実施要領等確認の上、協力する方向で対応することになった。

報告事項**1 産業医研修カリキュラム策定等委員会**

（4 月 2 日）

20 年度産業医研修実績及び県医師会が実施する 21 年度産業医研修計画について協議した。

（河村）

2 山口県医師会・山口産業保健推進センター連絡会議（4 月 2 日）

山口産業保健推進センターの 20 年度事業実施状況及び 21 年度事業計画について協議した。

（河村）

3 第 5 回日本医師会母子保健検討委員会

（4 月 2 日）

21 年度母子保健講習会プログラムの検討及び会長諮問「今後の予防接種のあり方について」に関し協議した。（濱本）

4 卒後臨床研修医との懇談会（4 月 3 日）

山口県医師臨床研修運営協議会の事業、山口県医師会の事業について説明した。研修医の出席者は 65 名であった。（小田）

5 山口大学医学部研修医オリエンテーション

（4 月 3 日）

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

6 山口県医療情報ネットワーク運営会議

（4 月 8 日）

情報センター状況報告、アクセス・参加機関・利用者状況等について報告があった。また、代替システムについて 10 月末日を目処に対応することについて検討を行った。（田中義）

7 労災保険指定医部会監査・理事会（4月9日）

山口労働局吉野労災補償課長・上田労災医療監察官、藤田 RIC 山口事務所長から挨拶及び平成 22 年 1 月からの船員保険制度見直しと労災保険の関係について概略説明があった。また、平成 21 年度総会对策について協議、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）

8 山口県緩和ケア医師研修会打合せ（4月9日）

21 年度山口県緩和ケア医師研修会の開催日程等について協議した。（弘山）

9 tys との打合せ（4月9日）

ニュース番組内において、随時、医療問題を取り上げ放映している tys と懇談、連携をとって行われる事業があればと提案があった。（田中義）

10 関門医療センター新病院オープニングフェスティバル（4月12日）

新築移転により施設案内及び記念式典、記念講演等が開催された。（木下）

11 県民の健康と医療を考える会世話人会

（4月15日）

21 年度世話人代表を選任、引き続き県医師会が担当することに決定。20 年度事業計画・決算について報告、承認を得る。つづいて 21 年度の事業計画について協議した。（田中義）

12 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

任期満了にともなう審査委員の推薦要請により、保険医代表審査委員 16 名（科別内訳は従来どおり）を推薦した。（西村）

医師国保理事会 第 2 回**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**

保険者代表委員 7 名の推薦について報告、承認。（西村）

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 36 名（うち、1 名は 1 年限定条件付き）の更新について承認。

山福株式会社取締役会

出席者：取締役 8 名、監査役 3 名

1 第 33 期決算案承認の件

決算案、利益処分案が承認された。

2 第 33 回定時株主総会開催の件

5 月 28 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。

黄水仙生家離れて半世紀
白魚の黒目ひしめく四手網
一心経菩提椽に栄華見せ
げんげ田へ向ひ合格叫びたる
踏青や電柱の列山登る
彩も香もしばしめでをり若布椀

笠原北斗窓
吉武三和子
原俊夫
中山裕子
中山泥子
水津奈々子

竹秋句会

女性医師
リレーエッセイ

あしながおじさんと共に

宇部市医師会 長谷川奈津江



子どもの頃、たまの日曜日に家族で食事に出かけ、街の大きな二階まである本屋さんに寄る。散々思案して選び、買ってもらった一冊を大切に胸に抱えて帰る楽しみは格別だった。

少しずつ増えていく自分だけの本の中でも、一番のお気に入り、ピカピカに赤く光る箱の世界児童文学全集アメリカ篇に収められた J・ウェブスターの『あしながおじさん』だった。(当時、全集や百科事典が流行だった。)

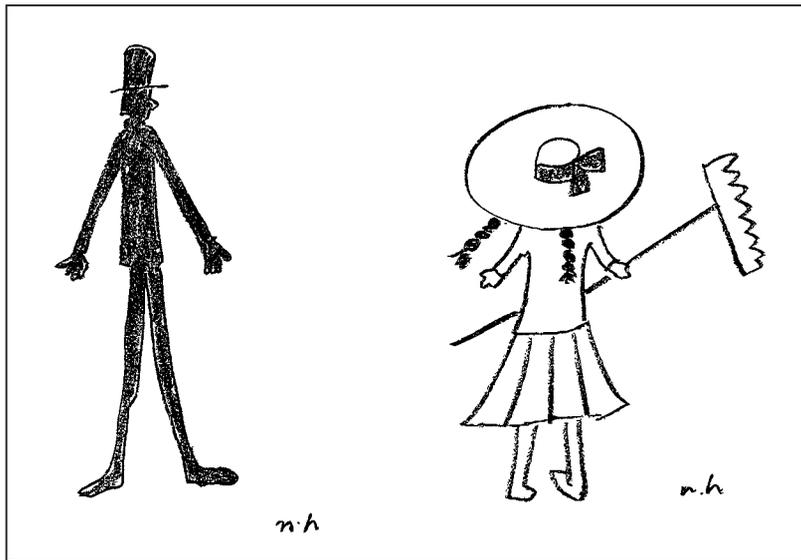
主人公は、孤児院で育った身寄りのない少女ジュディ。18 歳の彼女の作文に目を留めた紳士が大学に入れてくれるという幸運に恵まれる。名前も明かさないう紳士を、彼女は“Daddy-Long-Legs”と名づけ、大学生活の様子

を生き生きとした文章でユーモアたっぷりに手紙に綴り、送る。一筆書き風で親しみやすいイラストもついていた。

それまでグリム童話や児童書しか読んだことのない私は、この百年前のアメリカの寄宿舎生活を送る少女に夢中になった。

ジュディからあしながおじさんに宛てた手紙を集めたこの小説をくり返しくり返し読んだ。ほとんどのエピソードを憶えるまでに。当時の女性には参政権がなかったことに驚き、土砂降りの雨では、猫と犬が降ってくる(rain cats and dogs)、打ち身にははしばみの汁の湿布をすることまでいろんなことを教わった。

自分も大人になったらマホガニーの家具や絹の靴下を手に入れるぞと心に誓ったことを覚えて



いる。(残念ながらいまだ両方共に無縁である。)

ジュディが子ども時代に読んでいなかったのは大学中で私だけと嘆いた「若草物語」やうら若きブロンテ姉妹に驚嘆した「ジェーン・エア」、「嵐が丘」を、自分が中学生になり本屋で見つけたときどんなに嬉しかったか。第四若草物語は、高校の図書室で発見した。

ルームメイトの親戚ペンデルトン氏が、実はあしながおじさんであることに全く気がつかず、ジュディが彼に惹かれていく様子を、ワクワクしながら一枚ずつページを惜しみつつめくった。十代に入ったばかりの私には 本本当に夢のような恋物語だった。

高校、大学へと進んでも、何年かに一度は文庫版の『あしながおじさん』を、変わってないよねという心持で手に取っていた。

ただいつの頃からか、あしながおじさんがそう理想の男性には思えなくなった。自分の正体を隠してジュディと親しくなることがフェアでないような気がしてきたのだ。

そんな印象の変化や自分自身が家庭を持ち時間に追われる日々ゆえ、ジュディとはご無沙汰だったが、娘が 8 歳になり、あと何年したら読んでくれるかしらと久々に昔なじみのこの本を開いてみた。

すると今まで全く気づかなかった面白さがそこにあった。

狭い世界に育った少女が、高等教育を受け多くの本を読み周囲の人々に愛されることにより、独立心に富み社会性のある、そして魅力的な若い女性に成長していく物語を発見したのだ。

あしながおじさんからプレゼント(同級生の帽子に引けを取らないように)が届くとジュディは丁重に、でもきっぱりと断る。自分は誰も後ろ盾なく壁を背にして世のなかと闘っているのだ、卒業後は援助してもらったお金を返したいから必要以上のお金をいただくわけにはいかないと。いつもの屈託のない手紙の中とは別の表情を見せる。

大学入学当初、幸福な少女時代を与えてくれなかった孤児院を憎んでいた彼女も、卒業が近づいた頃には、そのおかげで、今この大学生活の一秒

一秒が幸福である事を意識できるのだと感謝するようになる。(でもルソーのように自分の子どもを孤児院の入り口に置いてきたりしませんわ、と冗談を次の行に付け加えることは忘れない。)

少しずるい大人のように思えたペンデルトン氏も今の私には恋に必死な青年でありいじらしささえ感じる。だってあしながおじさんはまだ 30 過ぎなのだ。若い。

赤い箱の『あしながおじさん』に胸躍らせた頃から、はるかかなたに來たものだとつくづく身に沁みた。好きで來たわけではないけれどここもなかなか悪くない。昔なじみの新しい魅力に出会えたから。

最近、新しい本をと読み始めても、しばらくしてから、あれ読んだことあるぞと気づく体たらく。いっそジュディのお気に入りの『宝島』でも探してみようか。作者のステーブソンは、父親の遺産一万ドルを全部ヨットに投じて南洋諸島へ航海したという彼の作品の主人公に負けぬぐらい冒険家。これもジュディからの受け売り。

そのうち『あしながおじさん』大きい活字版のお世話になりそうだ。

今回は防府医師会の中原順子先生へバトンタッチ。

勤務医の ページ

高齢者医療に思うこと

済生会山口総合病院麻酔科 重富美智男

最近医療費の増加、特に高齢者医療費が問題になっています。20 年以上手術室で勤務していますが、昔に比べはるかに高齢者の手術が増えてきました。特に老健施設や介護施設からの認知症や寝たきりの老人の手術が増えてきています。当然それらの高齢者にも医療をうける権利はありますが、本当にここまでの医療が必要かと首をかじげたくなるような症例にも遭遇します。そのいくつかについて私見をのべます。

施設で骨折をして手術になるケースがかなりありますが、行われる手術は年齢によりほとんど差がありません。たとえば人工骨頭置換術で用いられる挿入物は、最近では品質がよくなり、10 年以上の耐久性を有するといわれています。このような高価なものを、90 歳すぎの、ほとんどベッド上ですぐ患者に必要でしょうか。ジェネリック医薬品があるならば、ジェネリック医療材料があってもいいのではないのでしょうか。耐久性がやや劣っていても、かなり安価な製品を国がメーカーに指導して作らせてはどうでしょうか。最近入れ歯の回収でレアメタルの再利用をおこなっていると聞きますが、抜釘後や火葬後の医療材料の金属も、家族の了承のもとに再利用してジェネリック医療材料を作る技術は、日本には十分にあると思います。これだけでもかなりの医療費の削減につながるのではないのでしょうか。

次に、心筋梗塞のケースですが、かなりの重症の症例では年齢に関係なく、人工呼吸を行い、ペースメーカーや IABP を装着し、いずれ腎臓が障害されると透析が始められます。家族がどこまで願っているのかはわかりませんが、時間がたつにつれ面会の回数もへり、最後は浮腫で人相も変わり果てて世界されます。積極的治療がどこまで必

要か私にはわかりませんが、末期癌患者に対するターミナルケアのような、家族と患者にとってのベストの選択肢、あきらめどころをさがすことも必要と思われま

す。ICU、回復室には脳梗塞や脳出血術後の高齢者がよく入室してきますが、誤嚥性肺炎などの肺合併症をおこし挿管され、長期の人工呼吸後気管切開が行われます。そして胃ろうまたは腸ろうが造設され、介護施設に送られていきます。もとの QOL に戻れる人はまずいません。本当に本人、家族はそれを望んでいるのでしょうか。

老人を姥捨て山に捨てろというのではありません。ただ高額医療をむやみに行うべきではないと思います。たとえば認知症やねたきりの高齢者の高額医療を行う場合、1 %の自己負担を課したらどうでしょうか（もちろん上限が必要ですが）。家族がそれでもという場合は行うというだけで、かなりの医療費削減となると思います。

30 年前、私の祖父は脳梗塞のせいでねたきりになり、自宅で週 1 回の訪問医療を受けていました。点滴することもほとんどなく、ただ医師や看護師が来られるとうれしそうにしきりにほほえんでいました。そして 3 年後消え入るように亡くなりましたが、大往生といって親族一同で祝いました。昔はこうした無理やり寿命を永らえたのではなく、自然と天寿を全うした生き方があたりまえだったのです。

医療財政が崩壊しかけている今こそ、もう一度原点にもどって、家族とよく話して、ほんとうに患者さんに一番いい治療は何かを、大往生も含め一緒に考える時期がきているのではないのでしょうか。

モノの値段

広報委員

阿部政則

最近ドライブがてらに小一時間ほど車を走らせていると、所々で「道の駅」というものを見かけるようになった。電車が停まる「駅」のように、ちょっと時間待ちをするための売店があり、休憩をしたり、お弁当を食べたり、うどんを啜ったりできる処である。国鉄が民営化されてから、「駅ナカ」という言葉ができるくらい「駅」はとても良い進化をしてきた。民間の力は素晴らしいものであるが、それに追従してか、「道の駅」もさまざまな工夫が凝らされた場所となっている。この「道の駅」に一般のお店で販売されている品物に混じって、近所の人々が作った野菜や、総菜、日用品などが売られていることがある。また、うどんやそば、軽食などを近所の人たちが集まって、食堂として商売していることもある。しかし、総じて値段の割には今一ということが多く、ちょっと割高と感ずることが多い。素人が作る総菜、食事、雑貨云々。考えてみると、仕事帰りにちょっと一杯という時、「お袋の味」と称して家庭料理の店に入ることがある。この「道の駅」の感覚も、それに近いものであろうか？

近い将来、レシピがオンライン化される。オンライン化する目的の一つに治療を標準化することがある。ある意味有用であるが、レシピの文字からは治療は見えて来ない。一つの疾患に対して標準的な値段をつけ、しかもその値段は確定され動かしようがないようにする。傾向的を問題視する監視側が、疾患をパック化してしまう。突き詰めていくと、治療の値段を誰が決めるのかとい

う話になってくる。ドラッグストアで売られている風邪薬で風邪を治し、擦り傷に消毒薬を塗ってカットバンを貼り、痛い腰にバンテリンを塗り、サロンパスを貼る。薬や器具、衛生物品を基準に診療報酬を決めていくことが果たして診療なのか？「道の駅」で売られている品物と、職人たちが丹精込めて作る品物とが同じフィールドで扱われるようになってしまう。そしてその結果、大野病院の事件のように、治療が、全く診療経験の無い素人の人たちによって評価され取り扱われてしまう。これが、これから日本の医療が向かっていく姿なのか？

勤務医のみならず、医師たちがいかに大変な責務を背負わされて日常の診療を行っているかは、「道の駅」の感覚ではわからない。時間外の診療がどれくらい行われているかというアンケートで、診療時間は5分以上でないと正規の診療代を払わないという規則を作り出す感覚。これでは医療はわからない。

情報は非常に厳格かつ厳密に管理されないと取り返しのつかない事態を招きかねない。高度に発達した情報社会になってくると、カルテでさえもオンライン化される。レシピがオンライン化された後に来るのは、毎日の診療が時々刻々と集約され、機械的に評価され、監視される世界である。個人情報などあったものではない。守られ触れることができなくなるのは、監視する側の情報だけである。

お知らせ・ご案内

第 68 回山口県臨床外科学会 第 54 回山口県労災医学会

と き 平成 21 年 6 月 7 日 (日) 午前 9 時
ところ 下松市文化健康センター 3F 会議室 (下松市中央町 21-1)

開会挨拶 9:00
一般演題 (I・II・III) 9:05 ~ 11:00 13 題
特別講演 I

「大腸癌内視鏡手術の現状と将来の展望」

広島大学大学院医歯薬学総合研究科 内視鏡外科学講座教授 岡島 正純先生
幹事会・評議員会 12:20 ~ 13:00 下松医師会館会議室 (3F)

山口県臨床外科学会・山口県労災医学会総会 13:00 ~ 13:30

特別講演 II 13:30 ~ 14:30

「外科系の医療訴訟と診療関連死・死因究明制度」

山口県医師会顧問弁護士 弘田 公先生

一般演題 (IV・V) 14:30 ~ 15:45 9 題

閉会挨拶 15:45

取得単位 日医生涯教育制度 3 単位

参加費 1,000 円

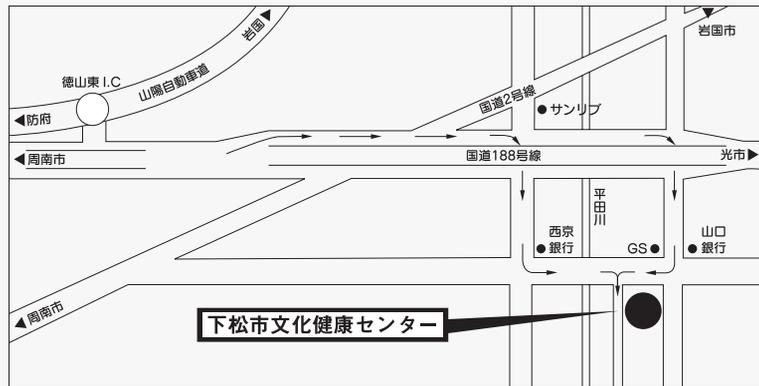
学 会 長 武内 節夫
準備委員長 折田 雅彦

問合せ先

第 68 回山口県臨床外科学会準備委員会事務局

(〒 744-0011 下松市大字西豊井 1404-10 クリニック・アミカル内)

TEL 0833-43-8180 FAX 0833-41-2872 E-mail setuo@ycbi.ne.jp

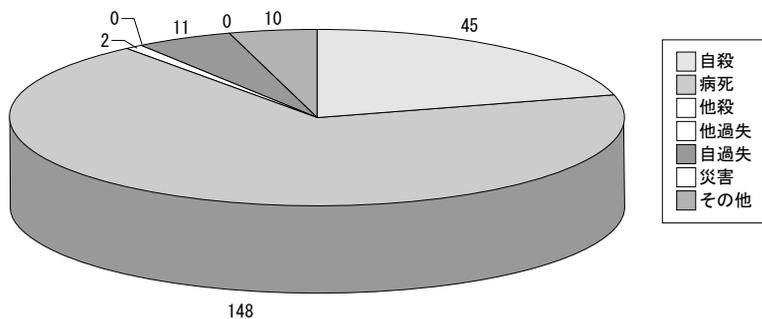


死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数 (平成 21 年 3 月分)

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Mar-09	45	148	2	0	11	0	10	216

死体検案数と死亡種別 (平成21年3月分)



学術講演会

と き 平成 21 年 6 月 18 日 (木) 19:00 ~ 20:15
 ところ ホテルニュータナカ 2F「平安の間」
 山口市湯田温泉 2-6-24 TEL083-923-1313

特別講演「上気道のウイルス感染症」ー抗菌薬の適正使用を考えながらー
 医療法人社団常松会 東栄病院小児科 副院長 菊田 英明
 ※会終了後、意見交換の場を設けております。
 ※日本医師会生涯教育制度の 3 単位が取得できます。
 後 援 山口市医師会

山口性差医療研究会 第 5 回学術講演会 ～薬物療法における性差～

と き 平成 21 年 6 月 28 日 (日) 13:00 ~ 16:00
 ところ ホテルみやげ (新山口駅新幹線口)
 山口市小郡黄金町 2-24 TEL083-973-1111

特別講演 1 『薬物関連トランスポーター』
 東京大学医学部附属病院薬剤部試験研究室臨床薬物動態学教室助教 高田 龍平

特別講演 2 『薬学の立場から考える性差医療』
 千葉大学大学院薬学研究院高齢者薬剤学教授 上野 光一

対 象 医療関係者
 参加費 1,000 円
 問合せ先 TEL & FAX 0836-22-2832 (事務局)
 メールアドレス matsudam@yamaguchi-u.ac.jp
 取得単位 日本医師会生涯教育制度 3 単位
 (財)日本薬剤師研修センター認定薬剤師制度の 2 単位の受講シールを申請中です。
 *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、山口県女性薬剤師会
 当番世話人 杉山和子、三由直美、松本フデ子
 後 援 山口県医師会、山口大学医師会、山口県薬剤師会

第 41 回日本動脈硬化学会総会・学術集会

と き 平成 21 年 7 月 17 日 (金) ~ 18 日 (土)
 ところ 海峡メッセ下関 (山口県下関市)
 会 長 松崎 益徳 (山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学 教授)
 参加費 10,000 円
 事務局 山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学
 TEL: 0836-22-2339 FAX: 0836-22-3610 E-mail: jas41@yamaguchi-u.ac.jp
 URL: <http://www2.convention.co.jp/jas41/>
 ※「生活習慣病対策フォーラム」(日本医師会認定産業医制度指定研修会申請予定)も開催
 の予定です。多くの方のご参加をお待ちしております。
 ※プログラム詳細につきましては、ホームページをご参照ください。

表紙写真の募集について

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。
 アナログ写真、デジタル写真を問いません。
 ぜひ下記までご連絡ください。
 ただし、山口県医師会員の撮影のものに限ります。
 〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県医師会 広報情報部
 E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

産業医学振興財団 産業医学専門講習会（大阪会場）

と き 平成 21 年 7 月 18 日（土）～ 20 日（月）「3 日間」
 と ころ 大阪市立大学医学部（大阪市阿倍野区旭町 1-4-3）
 受 講 料 30,000 円（3 日間。テキスト、資料代を含む）
 対 象 日本医師会認定産業医等
 定 員 240 名 ※定員超過の場合には更新期限が迫っている方を優先させていただきます。
 取得単位 生涯研修 20 単位（更新 2.5 単位、実地 4.5 単位、専門 13 単位）
 ※基礎研修の単位は取得できません。
 申込方法 ①専用申込書による FAX での申込み。
 ②産業医学振興財団ホームページ（<http://www.zsisz.or.jp/>）より申込み。
 申込期限 平成 21 年 6 月 5 日（金）
 そ の 他 ①開催要領、申込書が必要な方は県医師会までご連絡ください。
 ②詳細については産業医学振興財団にお問い合わせください。
 問い合わせ
 （財）産業医学振興財団 業務部振興課
 〒 107-0052 東京都港区赤坂 2-5-1 東邦ビル 3 階
 TEL03-3584-5421 FAX03-3584-5426

第 66 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 21 年 6 月 25 日（木）18:30～
 と ころ 山口グランドホテル（山口市小郡黄金町 1-1）
 TEL083-972-7777
 <講演 1> 野球肩の診断と治療
 久恒病院院長 原 正文先生
 <講演 2> 足部捻挫とその周辺疾患の診断と治療
 済生会奈良病院整形外科部長 杉本和也先生
 本研修会は日整会教育研修 2 単位が取得できます。
 講演 1（9：肩甲骨・肩・肘関節疾患）（13：リハビリテーション）S-27
 講演 2（2：外傷性疾患）（12：膝・足関節・足疾患）S-33

第 16 回山口県腰痛研究会

と き 平成 21 年 5 月 28 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
 【トピックス】 18:40～19:30
 座長 岩国市医療センター医師会病院副院長 貴船 雅夫
 I. 『腰痛症に対するマッケンジー法について』
 山口県立総合医療センター 整形外科部長 豊田 耕一郎
 II. 『腰部脊柱管狭窄症に対する腰椎椎管拡大術の変遷』
 周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤
 【特別講演】 19:30～20:30
 座長 山口労災病院 リハビリテーション科 部長 富永 俊克
 『プライマリー医のための腰部脊柱管狭窄症と医療過誤に結びつく血管性疾患』
 一問欠跛行と大動脈解離・瘤破裂を中心に—
 厚生連高岡病院 整形外科部長 鳥島 康充
 【閉会の辞】 山口大学大学院 医学系研究科 整形外科学 教授 田口 敏彦
 ※日整会教育研修単位 1 単位に認定されております。【認定番号：09-0277-00 認定内容 N-07,SS】
 ※単位認定の必要の方は受講料 1,000 円が必要です。
 ※日本医師会生涯教育制度 5 単位が認められております。
 ※研究会終了後、意見交換の場をご用意いたしております。
 共 催 山口県腰痛研究会、吉南医師会ほか

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。

齋木 秀彦 氏	長門市医師会	4月28日	享年84
溝部 源之 氏	厚狭郡医師会	5月4日	享年83
伊藤 憲一 氏	下関市医師会	5月5日	享年90

訂正

平成 21 年 3 月号にて、竹秋句会の字句に誤植がございましたので、お詫びして訂正いたします。

(誤)	湖面にも彦根の域も時雨かな	中山泥子
(正)	湖面にも彦根の城も時雨かな	中山泥子

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>

問合せ先：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	9 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。

編集後記

介護報酬改定におもう

本年度 4 月より、介護報酬が 3.0%アップされました。介護保険が始まって以来のアップだそうですが、決定に至るまでの動向は、われわれの推測の範囲を超えています。

従来、介護報酬の決定は、社会保障審議会介護報酬分科会の最後に諮問として決められるものであったのが、全く別の会議で唐突に 3.0%アップののろしを上げられ、決められてしまいました。厚労省官僚のたぐいまれな努力による結果と言えるでしょう。同様のことが、介護認定審査会の改定でも行われ、何の検証もなく審査のロジックが変更されました。4 月に入って、従来の方法も含めた検証が終わるまでの暫定案が通知され、審査会に委ねられ、あたふたとしています。走りながら制度を変えていく手法は、このぐらいにしてほしいものです。

3 年後には、医療保険と介護保険が同時に改定されますが、その際、75 歳以上の後期高齢者の医療保険と介護保険を合体させるという声もちらぼらとアドバルーンが上がっています。

蟻の一穴のごとく、介護保険や後期高齢者医療を突破口とした医療保険本体に対する横車に対して、われわれはもっと注意深くして、物申す時期にあるのでしょうか。 (河村理事)

From Editor

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