

山口県医師会報

2010

平成 22 年

6 月号

No.1798



新緑 渡邊恵幸 撮

Topics

郡市医師会長 Interview「宇部市医師会長」
第 164 回定例代議員会

Contents

●都市医師会長 Interview「宇部市医師会 猪熊会長」……………	長谷川奈津江	465
●フレッシュマンコーナー「研修医の 1 年目を終えて」……………	大野高嗣	469
●今月の視点「在宅医療の行方」……………	田中義人	470
●臨床研修指定病院紹介コーナー～済生会下関総合病院～……………		472
●山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座……………	皮膚科学	474
● Medical Topics「山口県の小児気管支喘息児の長期管理の現状」…	山口大学小児科学	477
●第 164 回定例代議員会 ……………	印象記：加藤智栄	480
●第 164 回定例代議員会付議事項 ……………		500
●山口県医師会警察医会第 6 回研修会……………	松井 健	538
●平成 21 年度保育サポーター研修会 ……………	田村博子	558
●平成 21 年度在宅医療支援のための医師研修会 ……	西村公一、弘山直滋、河村康明	560
●第 50 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）		
……………	松尾幸治、若松隆史	567
●県医師会の動き……………	小田悦郎	570
●理事会報告（第 3 回、第 4 回）……………		572
●女性医師リレーエッセイ「二輪・四輪」……………	三尾母孝恵	576
●いしの声「アナログとデジタル」……………	口羽政徳	579
●飄々「ヒポクラテスとその同時代人ーソクラテスとプラトンー」…	吉岡達生	580
●医療を取り巻く～中央の動き～「6 年間を振り返って」……………	西島英利	582
●生涯教育コーナー……………		584
●日医 FAX ニュース ……………		581
●お知らせ・ご案内……………		586
●編集後記……………	柴山	590

郡市医師会長 Interview

第 1 回 宇部市医師会長 猪熊哲彦 先生

と き 平成 22 年 4 月 15 日 (木)

ところ 宇部市医師会館

〔聞き手：長谷川奈津江 広報委員〕



長谷川委員 今日はお忙しい中、お時間をとっていただき、ありがとうございます。この度は宇部市医師会長にご就任、おめでとうございます。

早速ですが、新会長になられてからのご心境はいかがでしょうか。

猪熊会長 宇部市医師会では理事を 4 期 8 年、副会長を 2 期 4 年しました。私としてはそろそろ身を引こうかと思ったのですが、1 月の選挙で宇部市医師会長に選ばれ、非常に重圧を感じております。

長谷川委員 それだけのご経験がおありでも、いざ会長となると違うものですか。

猪熊会長 そうですね。やはり自分が上に立ち、物事を判断しないといけないことがかなり多くなってきます。そのあたりにおいて、道を間違えてはいけないとか、進むべく道を示さなければならないなど、そのあたりのプレッシャーがあります。

長谷川委員 進路を決める船長ですね。

猪熊会長 はい。しかし、理事の先生方も前期から残っていただいた先生が 9 名おられますし、また新理事の先生方は 4 名ですが、これまでも委員会で委員長を皆さん経験しておられるので、心強いですね。この間、第 1 回理事会を開催したのですが、皆さんに活発な発言をしていただきました。理事の先生方のサポートをいただきながら、一生懸命にやっていこうと思います。

長谷川委員 新しい執行部のメンバーは、だいぶ若い方がおられますね。年齢構成は意識なさったのですか。

猪熊会長 年齢はだいたい 40 歳代～50 歳代前半で、若返ってきていると思います。構成するとき、年齢のことは意識しませんでした。この先生にはこのお仕事をという感じで選んでいった結果、このような構成になったのではないかと思います。

長谷川委員 それでは、宇部市医師会のご紹介をお願いいたします。

猪熊会長 4 月 1 日時点で、A 会員が 161 名、B 会員が 128 名、C 会員が 29 名の合計 318 名です。会内委員会は 20 あり、特別な委員会として、公益法人改革に対応すべく、「法人移行検討委員会」を新しく立ち上げました。ほかには、行政とともに新型インフルエンザ対策のための委員会もあります。あとは、医師会主催の勉強会が 7 つあります。

長谷川委員 医師会業務のあらゆる分野を網羅しているように思えます。勉強会も充実しており、私たち会員にも多岐にわたる情報が入ってきます。

猪熊会長 勉強会が多いというのが、宇部市医師会の特長だと思います。

長谷川委員 新規開業の先生方や勤務医の先生方のそれぞれの加入率はいかがなものでしょうか。

猪熊会長 開業医の先生は 100% 入会されております。勤務医の先生方は、各病院の部長以上の先生は原則入会していただくようにしており、その場合は会費のみいただき、入会金は免除としております。

長谷川委員 そうすることで、入会しやすくされているんですね。宇部市医師会は県内でも大きい組織ですが、大所帯ゆえの注意点などはございますでしょうか。

猪熊会長 やはり会員が多くなると自分が医師会活動に参加しなくても、だれかがしてくれるという無関心な面が出てくるかもしれません。なかなか医師会活動にも参加されないことも多くなるかなということが気にあります。

長谷川委員 それは世代が若くなるほど、そうなののでしょうか。

猪熊会長 若いからというわけではないように思えます。医師会には二世の先生方とそうでない先生方がおられます。二世の先生方は、自分の親が以前医師会活動を一生懸命されており、その姿をみているので、自分もしなければならないという意識が働くのか、活動に参加される先生方が多いように思います。しかし、そうでない先生方は、どちらかというと最初のうちは熱心ですが、だんだん私がいなくてもという感じで、医師会活動から離れていく方もおられますので、そのあたりが心配です。ですからわれわれ執行部も会員の先生方の意見をよく聞き、それを医師会活動に反映していきたいと思います。よくスポーツで「オールジャパン」といいますが、「オール宇部市医師会」という感じで、みんなで医師会を盛り上げてもらえればと思っています。

長谷川委員 今後、医師会活動において、力を入れたいところはございますか。

猪熊会長 今まで宇部地区は診診連携や病診連携がうまくいっているの、この流れは絶やさないようにしたいと思います。あとは勉強会での出席率向上への取り組みです。医師会全体として行っているのは生涯教育講座がありますが、最近では出席される先生方が固定されているので、なんとかして出席率を上げたいと思っております。具体的には、産業医の単位も一緒に取れるような工夫をして、出席しやすいようにしたいと考えております。

長谷川委員 地域医療連携にも力を入れておられますね。

猪熊会長 はい。脳卒中、心筋梗塞、糖尿病はすでに昨年パスができあがりまして、順調に推移しています。脳卒中はパスの検証を行っているところです。心筋梗塞は見直しを行い、患者さんや医療機関が使いやすいように改善を図っているところでございます。がんについてもほぼできあがり、そのうち市民の皆様や医療機関にも提示する予定です。病院当直について、勤務医の疲弊が叫ばれていますが、この 4 月から病院の準夜



帯の当直を、二次救急の日に開業医が出向いて一緒に当直を行うシステムを作りました。現在、モデル事業として宇部興産中央病院で半年間行う予定です。このシステムについてお話しすると、病院には当直の先生がおられますが、救急患者が受診した際、まず開業医の先生が診察を行います。そこで終われば患者さんは帰ってもらいますので、その間病院の当直の先生は病棟や他の仕事ができます。もし開業医の先生だけでは対応できないという場合は、病院の当直の先生を呼び一緒に診察することになります。このようにして勤務医の先生の仕事を軽減しようと考えております。これがうまくいけば、ほかの病院、例えば尾中病院、宇部記念病院、宇部協立病院、セントヒル病院など、市内で二次救急に携わっているところに、このような体制を作ろうと考えております。

長谷川委員 このシステムは勤務医の先生は小刻みに呼ばれなくて病棟の仕事もできるし、開業医の先生も同じ院内に当直の先生もおられるので、わりと安心感をもってできる、とてもよいシステムです。今は手挙げ式ですが、どのくらいの先生が登録されていますか。

猪熊会長 今は 15 名くらいの先生方が手を挙げてくれております。二次救急は、宇部・小野田・美祢地区で、宇部市内で年間 260 日を受け持っていますので、できるだけ二次救急をサポートしようと考えております。手を挙げていただく先生が多ければ多いほど、うまくいくと思います。

長谷川委員 開業医から病院で激務の勤務医への直接的な協力システムですね。

つづきまして、県医師会や日本医師会への意見要望を伺いたいと思います。

猪熊会長 現在、宇部市医師会からは小田悦郎先生、田中義人先生、柴山義信先生が出務しておられます。この 4 月から小田先生が山口県医師会の副会長になられましたので、しっかりとサポートしていこうと思います。それと昨年 12 月に山口県医療情報ネットワークシステム（通称 Yamame-Net）が廃止になってしまいましたが、それに変わるものを早く作ってみたいと思います。それまで宇部地区では病診連携体制の中で、それぞれの医療機関や介護施設の医療情報などの案内を Yamame-Net に載せておりました。例えば「この患者さんはどこに紹介したほうがよいのか」、「退院した後はどういう施設がよいのか」など、その中で調べることができたのですが、今は宙に浮いた状態になっています。今までは ID やパスワードを発行し、セキュリティの面でも重宝していたのですが、それを今後どうするか、県医師会で対応してもらいたいと思います。

日本医師会については、今回の日医会長選挙では激しい選挙が繰り広げられましたが、今後は禍根を残さず、日本の医療や医師会員のために仕事をしてほしいと思います。

長谷川委員 それでは医師を志されたきっかけなどを伺います。

猪熊会長 私は耳鼻咽喉科の開業医をしており、姉も小児科医です。高校を出たあと関西学院大学に入学し、別の道を進もうとしたのですが、就職するころになると、「これは自分の生き方とは違うな」と思い、医師を目指そうと医学部の道に進みました。社会人になり、自分が働くことで、相手方が幸せになれる仕事がよいなと思いました。そういうことで、今の教育は高校卒業時の 17 歳～18 歳で、本当に一生を決めてよいのかわかって、思います。

長谷川委員 決めた後から進路を変更するのも、大変です。

猪熊会長 そうですね、かなりのエネルギーが必要です。受験勉強になるわけですから、机に座ることから始まります。大学生のときには勉強する習慣は薄れてきていますので、まず机に 30 分座ることからはじめましたね。医学部に入ってから、父と同じ耳鼻咽喉科を目指しました。

長谷川委員 猪熊会長はスポーツマンとお聞きしておりますが、昔はどのようなスポーツをされておられたのですか。また、現在されているスポーツについてもお話しいただけますか

猪熊会長 中学のときは柔道に専念しておりました。高校時代はラグビーをしており、中国大会で優勝したことがあります。今は月に 1～2 回はゴルフをしています。

長谷川委員 ちょっと運動量が少なくなりましたか。

猪熊会長 そうですね、宇部市医師会にはゴルフ部がありますので、できるだけ参加し、運動をするとともに、いろいろな先生方の意見も聞いていこうと思います。

長谷川委員 趣味と仕事の両立ですね。ゴルフ以外のご趣味はございますか。

猪熊会長 以前、医師会の先生から趣味は二つ必

要だといわれました。一つは体を動かして楽しむ趣味で、もう一つは体が動かなくなっても楽しめる趣味、例えば盆栽とか音楽・絵画の鑑賞、読書ですね。若いうちは動けるから両方できますが、年をとって体が動かなくなると、動ける趣味しかもっていないと、楽しみがなくなります。それで若いうちに二つ違った趣味をもった方がよいと言われました。とは言いましても、なかなか趣味のための時間が作れません。ただ私は小説を読むのが好きで、以前から推理小説や歴史小説などは、少しずつ時間を作って読んでいます。

長谷川委員 最後に猪熊会長の「座右の銘」をお願いいたします。

猪熊会長 座右の銘というものはありませんが、「世に生を得るは事を為すにあり」という言葉が好きですね。

司馬遼太郎の著書「竜馬がゆく」で坂本竜馬が言った言葉です。これは「人生の目的は、出世したり事業や学業で成功して地位や名声を手に入れることとは限らない。事を為す(成す)こととは、夢や目標を実現することである。人生で何かを成し遂げること、人生に意味をもたせることが大切である」という意味だそうです。せっかくこの世に生まれてきたのだから、何かやってやろうじゃないかという意味もあるようです。医師会に入って、みんなから推されて会長になったからには、一つ何かをやってやろうという意気込みです。

長谷川委員 新体制になり、ますますのご活躍を期待しております。今日はどうもありがとうございました。

フレッシュマンコーナー

研修医の 1 年目を終えて

山口大学 二年目研修医（一年次 済生会山口総合病院）大野 高嗣

研修医として 1 年間を済生会山口総合病院でお世話になり、今春より大学病院での研修をさせていただいています。病棟や外来の違いに戸惑いつつも充実した日々を過ごしています。

研修医になって 1 年間が経ちましたが、済生会山口総合病院は山口市の基幹病院であるとともに、萩や益田といった山陰地区からも患者さんが集まる病院であり、多数の症例を経験することができました。疾患に対する理解・アプローチや臨床で実践する種々の手技、そして学生の時とは異なる責任をもって対応する患者さんへの接し方等臨床の現場では自分の未熟さを痛感することばかりで、そんな時、指導医の先生方に鑑別診断の進め方や、診察・治療手技の指導をしていただき、そして患者さんに向き合う姿に多くを学ぶことができました。特に救急外来や、病棟での急変では、刻一刻と変わる患者さんを前に自分の力不足を感じることも多く、再度同じ病態に出会った時のために勉強する日々です。また、診療をする上で、コメディカルのスタッフの方々と協力していくことの重要性を実感とともに理解することができました。患者さんをさまざまな方向から、幾重にもセーフティーネットを張り巡らせることで患者さんの発する危険なサインを早期に発見し、対処するためにも、チーム内の連携を十分に図ることの必要性を感じました。

日々の中で、特に退院後の施設との調整が必要な方や、急変時の蘇生処置の拒否を表明されてい

る方の診療を行う際に、学生の際は病院では病気を治療すればそれで終わり、と考えていたところがあるのではないかと感じさせられました。患者さんは退院した後も日々の生活の中で病気と向き合い、どう生き、そしてその先にはどう死んでいくかを考えており、そして研修医となった自分はそんな患者さんに対してどのように接していけば良いのかを考えるようになりました。接し方がわからず、悩む時もありましたが、指導医の先生方がそのような患者さんと強い信頼関係を結び、本当の意味で患者さんの人生に寄り添う医療を実践される姿に多くを学ぶことができました。

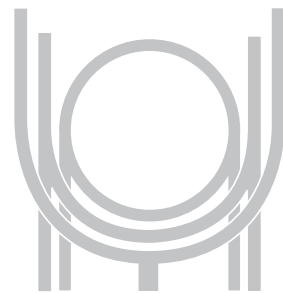
至らぬところもある自分ですが、患者さんが退院される朝には感謝の言葉とともに笑顔で迎えていただくことができた時には、医師としてこの患者さんに関われたことに喜びを感じます。臨床研修医としての期間の半分以上が過ぎましたが、今後も研鑽を積み、知識と経験を重ねて疾患を治療する力をつけるとともに、病気と付き合っていく患者さんにとって本当に良い医療が提供できるよう努力を続けていきたいと思います。

最後に、非常に充実した 1 年間の臨床研修を受けさせていただいた、尊敬すべき済生会山口総合病院の先生方、そしてコメディカルのスタッフの皆様への感謝と、若輩ではありますが、山口県の医療をご先達の先生方と支えていけるよう日々精進して参りたいと思いますので、今後ともご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いします。

今月の視点

在宅医療の行方

常任理事 田中義人



はじめに

4 月の診療報酬改定では、+ 0.19% と低率ながら、アップ改定となったが、在宅医療に関連する内容としては、往診料が 70 点引き上げられ、720 点となり、再診料、外来管理加算を加えると、訪問診療料 830 点を超えることとなった。一方、同一建物居住者に対する点数の取り扱い、同一マンションに居住する別世帯者に対する訪問診療では引き下げとなっている。

その他にも、在宅医療に関する改定が行われているが、今改定をみる限り、今後の在宅医療をどうするのかの視点が見えない。そこで将来の在宅医療をどう考えるべきかを私なりに論じてみたい。

在宅医療の歴史

わが国では、第二次世界大戦前までは、患者は自宅療養し、開業医が往診する「在宅医療」が主体であったが、昭和 36 年（1961 年）国民皆保険が実施された結果、入院治療の負担が軽くなり、医療の進歩が広く国民に恩恵をもたらすと同時に入院治療が医療の主流となった。

疾病構造の変化は、感染症主体の医療から、悪性新生物や心・脳血管疾患主体の医療へと変化したのである。その結果、経済の高度成長期には、目立たなかった医療費の増加が、低成長期に入った経済の状況の中では問題となり、「医療費亡国論」とともに、医療費の抑制が政府の政治目標の大きな一つとなり、その手段として、在宅医療が大きく取り上げられるようになった。

昭和 58 年（1986 年）には「寝たきり老人訪問診療料」、「寝たきり老人訪問看護管理料」が新設され、昭和 63 年（1988 年）には「在宅患者訪問看護指導料」が設定された。

昭和 64 年（1989 年）政府は在宅医療環境整備に関する専門委員会を発足させた。

平成 2 年（1990 年）在宅悪性腫瘍患者の指導管理料が設けられ、癌患者の在宅医療を推進する手段が整えられた。

平成 4 年（1992 年）には医療法の第二次改正が行われ、医療を受けるものの居宅等において、医療提供施設の機能に応じ、効率的に医療が提供されなければならないとして、居宅等も医療を行う場として法的に認められた。

在宅患者訪問診療料は①通院困難患者、②患者の同意、③計画的な医学管理、④定期的、⑤訪問して行う医療が在宅医療の条件である。

平成 18 年（2006 年）には、医療制度改革関連法案が成立し、在宅医療支援診療所が制度化され、24 時間対応制で在宅医療を支えることとなり、一連の在宅医療に関する制度作りができあがったのではなかろうか。

今回の在宅医療に関する改定について

①往診料が 70 点引き上げられた。

②同一建物居住者に対する点数の取り扱いが変更され、同一日に同一建物居住者で別世帯を訪問診療した場合、在宅患者訪問診療料 2 の算定となり、引き下げとなった。

③在宅療養支援病院については、許可病床数 200 床未満の病院において、半径 4 km 以内に診療所があっても、在宅療養支援病院の届け出が可能となった。

④在宅患者訪問診療料に乳幼児加算（200 点）（3 歳未満）、幼児加算（200 点）（3 歳以上～6 歳未満）が新設された。在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に同じく乳幼児加

算（50 点）（3 歳未満）、乳幼児加算（50 点）（3 歳以上～6 歳未満）が新設された。

⑤その他、週 3 回の訪問回数の制限を受けない疾病に、5 疾患が追加され、在宅ターミナルケア加算の算定要件が変更され、往診又は訪問診療後 24 時間以内に在宅以外で死亡した患者についても、算定可能となった。

また、新たに在宅移行早期加算（100 点）と複数名訪問看護加算（週 1 回に限り、同伴者の資格により、430 点か 380 点を算定）が新設され、在宅移行管理加算の対象に、真皮を越える褥瘡の状態にある患者が追加された。等、全体としては、在宅医療の医療行為を細かく評価して追加することにより、在宅医療への参入を促し、在宅でも小児への配慮を示したものであろう。

今後の在宅医療について

わが国の在宅医療は、医療費の抑制を目指して、入院医療費を減らす手段として財政面の要求を背景として主導されてきた面が強い。

本来、在宅医療を充実したものにしようとする、入院医療、施設入所医療よりも費用がかかるはずであり、安価に抑えるには、介護者を家族に求め、費用をかけず、関係する職種の人件費を抑えることが必要であろう。

国民のアンケート調査から、ターミナルの状態の人々が、在宅での死亡を望んでおり、その要望に応えるためにも在宅医療を充実させる必要があると唱えられてきた。

しかし、少し古くなるが、平成 17 年の受療行動調査をみると、病院入院患者については、おおむね 50～60%が在宅療養可能と答えているが、療養病床入院中の患者については 60%以上が在宅療養不可能と答えている。在宅療養可能な条件の第一は、すべて、家族の協力と答えている。ただ、療養病床入院中の患者や 75 歳以上の患者については、入浴や食事などの介護サービスが受けられることが、在宅の条件としての必要性が、他の年齢層に比べるとかなり高く、このことは介護してくれる家族がいなくとも、家族に代わるサービスが受けられるなら、在宅療養が可能となることを意味するであろう。そこで、在宅医療のためのサービスを充実させることが求められることになる。

平成 21 年（2009 年）の「国民福祉の動向」

をみると、65 歳以上の者のいる世帯は、1977 万 7 千世帯で、全世帯の 41.2%を占め、このうち「夫婦のみの世帯」が、588 万 3 千世帯（65 歳以上の者のいる世帯の 29.7%）で最も多く、次いで、「単独世帯（一人暮らし）」435 万 2 千世帯（同 22.0%）となっている。

昭和 50 年（1975 年）の 8.5 倍にも高齢者が増えているのが現実なのである。しかも、この高齢者夫婦のみの世帯は、平成 28 年（2016 年）まで増加し、その後減少に転じると予想しているが、「単独世帯」は平成 42 年まで、最も多い家族類型と予想している。

これらの予想からは、在宅医療導入時、家族の介護者が全く存在しない世帯が大幅に増えることが考えられ、現在の家族の介護を前提とした在宅医療は成立しないのである。今後は、地域のボランティアを積極的に取り入れ、介護福祉士、看護師を増員し、在宅を支える必要があろう。しかし、在宅医療は前述したように、安価とは言えず、入院、入所も間口を広げるべきであり、その点からも、介護病床の廃止、療養病床の縮小は見直すべきではないだろうか。

診療報酬や介護報酬は、財政優先の井勘定で決定されているようにみえるが、今後は、必要経費を示し、財源を明らかにして、透明性のある議論をすべきであり、その時期に来ていると思われる。

診療報酬の 5 分間ルールのように、1 人 5 分で、60 分あれば 12 人診療できるなどという乱暴な計算は、診療現場では、到底成り立たないのである。患者さんはベルトコンベアーに乗って診察室に次々に来るわけではなく、一人ひとり必要時間は違うのであり、現場をみない机上の計算は、現場で献身的に頑張っている人々の意欲を削ぐだけであろう。

おわりに

日本の医療において（介護も同様であるが）、財政面からの議論ばかりが先行し、将来の日本の医療をどうするのかの議論がみえてこない現実には、われわれ医療従事者には大変残念なことである。在宅医療も今のままでは行き詰まるのではなかろうか。多様な選択肢を政策当局や政治家は示すべきであろう。現場で働くわれわれは、正確な情報を発信し、要望を伝える責務があろう。現実諦めず、前進したいものである。

臨床研修指定病院紹介コーナー

社会福祉法人恩賜財団 済生会支部

山口県済生会下関総合病院



臨床研修プログラム責任者 副院長 鴛淵 孝雄

【病院概要】

大正 13 年恩賜財団済生会委嘱による下関診療所を開設。昭和 14 年、病床数 50 床の下関病院となる。昭和 34 年貴船町へ移転し 119 床へ増床。以降、数回の増床と増改築により昭和 59 年に 373 床となる。建物の老朽化と狭隘化のため平成 17 年 4 月に安岡の地に新病院を建設し開設する。済生会は、全国 41 都道府県に 81 の病院をはじめ 377 の福祉施設を有する社会福祉法人として、保健・医療・福祉の充実、発展に事業に取り組んでいる。

現在、当院は、山口県西部の基幹病院として位置づけられ、高度の医療機能をもった急性期病院として、地域の医療機関と連携し、心のかような質の高い医療の提供を行っている。また、地域の二次救急医療を担っており、地域住民が安心して医療が受けられるように救急医療体制をとっている。総合病院として標榜科は、全 24 科あり、外来受診数や病床稼働も高く、血液浄化センター、心臓血管センター、健診センターを兼ね備え、地域に根ざした診療を展開している。また、当院は、小児拠点病院、地域周産期母子センターに指定され、不採算部門といわれる医療にも積極的に取り組み、住民より高い信頼を得ている（表 1 参照）。

【臨床研修】

臨床研修施設としては、平成 15 年に臨床研修指定病院の許可を取得し、次年度より山口大学の協力型として多くの研修医の受け入れを行っている。新病院移転後、研修指導体制も確立されたこともあり、平成 19 年より基幹型としての研修医の受け入れを始めている。また、当院の特色でもある小児科や婦人科分野に関しても他施設より多くの研修医の受け入れを行っている。

1. 研修プログラムの特色

研修期間は 2 年間とし、幅広く知識が身に付くよう総合診療方式の研修を基準とするが、将来の専門医を考慮し、研修医の希望が叶えられるよう配置されている。最初の 1 年は内科 6 か月、救急部門 1 か月、麻酔科 2 か月、外科 3 か月とし、必須の救急部門の残り 2 か月は、当院輪番制の救急日直・当直を行う。2 年目は小児 1 か月、産科 1 か月履修し、精神科、地域医療各 1 か月については、協力施設にて全員履修し、残りの 8 か月は希望の科を自由に選択し、幅広く重点的に研修できるように組んでいる。また、患者本位の全人的医療を行うにあたり、プライマリケアのできる幅広い第一線の臨床医を目指す。臨床医にとって最小限必要な診療に関する基本的な知識、

表 1

H21 年度 病院稼働状況（H22.2 時点）

入院	1 日当たり患者数	388 人
	平均在院日数	12.6 日
	病床利用率	96.4%
	年間手術数（麻酔管理）	3,078 件
外来	1 日当たり患者数	924 人
	紹介率	42%
	年間救急搬送数	12,249 人

常勤職員数（H22.2）

医 師	72 名
看 護 師	411 名
医療技術	89 名
そ の 他	67 名
合 計	639 名

技術の習得の他、済生会精神修得を目標とする。

2. 研修スケジュール

表 2 参照

3. 指導体制 (指導方法を含む)

各診療科において経験豊かな指導責任医師が指導医となり、各科の研修指針、研修項目に沿って指導を行う。指導医と研修医のマンツーマンによるきめ細かい指導を行い、頻度の少ない症例については、相互に連携をとり研修を受ける体制をとっている。

4. プログラムの管理運営体制

毎年 2 回、研修管理委員会において臨床研修に関する事項を協議し決定する。

半期に各診療分野の指導医が研修医のプログラムの進捗状況を確認し、履修や指導医体制など問題がないか意見交換する。期末には、最終的に研修プログラムに従って達成が履修されているか研修管理委員会において評価を行う。また、必要あれば次年度のプログラムの見直しや修正を諮る。研修の進捗状況については、随時、指導医と研修医と確認しながら研修を履修する体制をとっている。評価項目は EPOC 評価表を使用する。

5. 基幹型研修医定員と選考方法

1 年次	2 名
2 年次	2 名
合 計	4 名

選考方法：書類審査、面接
マッチングによる登録

6. 研修医の受け入れ状況

表 3 参照

【おわりに】

当院は、急性期型の総合病院としての診療科の指導医 48 人を擁し、各分野、マンツーマンで熱心に研修を行っています。基幹型の定員は 2 名と少ない分、他施設に比べ研修する症例機会が多いと言えます。特色ある診療を直に経験できるよう各分野、相互協力する体制を構築しております。当院の経験豊かな指導医の下、幅広い医療全般についての考え方をしっかり身につけ、将来の専門を選択するにあたっての礎になればと考えております。

所在地 山口県下関市安岡町 8 丁目 5 番 1 号

電 話 083-262-2300

F A X 083-262-2301

ホームページ <http://www.simo.saiseikai.or.jp>

表 2 1 年目の配置予定表

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
分野	救急	内科（腎内、循環、呼吸、消内）						外科		麻酔		
	救急日の当直											

2 年目の配置予定表

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
分野	小児	産科	精神	地域	選 択							
	救急日の当直											

表 3

	基幹型		協力型		単科協力型	
	1 年次	2 年次	1 年次	2 年次	婦人科	小児科
H21 年度	1	1	4	0	2	1
H20 年度	1	1	4	1	5	8
H19 年度	1	0	5	3	3	8
H18 年度	0	0	3	2	6	6
H17 年度	0	0	5	3	6	1
H16 年度	0	0	4	0	0	0
累 計	3	2	25	9	22	24

山口大学医学部 講座紹介コーナー 展開系講座 「皮膚科学」

わが皮膚科学講座は、昭和 22 年 8 月に皮膚・泌尿器科学講座として開講され、昭和 38 年に県立から国立への移管に伴って山口大学医学部皮膚科学講座と改められました。初代斉藤忠夫教授時代（昭和 22 年 8 月～昭和 38 年 3 月）、藤田英輔教授時代（昭和 38 年 4 月～昭和 59 年 3 月）、麻上千鳥教授時代（昭和 60 年 1 月～平成 9 年 3 月）を経て、平成 9 年 9 月より現在の武藤正彦教授が教室を主宰しています。

皮膚科疾患は、湿疹、皮膚炎、水疱症、乾癬、膠原病、母斑症、皮膚悪性腫瘍、熱傷及び形成外科的疾患など、きわめて多彩です。当科の理念・目標は、「優れた医術を実践できる経験を伴った叡智を身につけた医療人を育成する」ことで、地域医療の中心として外来・入院診療はいうまでもなく、臨床研修や研究も精力的に行っています。

現在の教室員ですが、武藤正彦教授、一宮誠



初代教授 斉藤忠夫 先生
1947年(昭和22年)～1963年(昭和38年)



第2代教授 藤田英輔 先生
1963年(昭和38年)～1984年(昭和59年)



第3代教授 麻上千鳥 先生
1985年(昭和60年)～1997年(平成9年)



第4代教授 武藤正彦
1997年(平成9年)～

准教授、五石圭一助教、山口道也助教、若松研弥助教、竹本朱美助教、浅海千秋医員、浪花研一郎医員、奥田未加子医員、中村好貴大学院生、根本圭大学院生の計 11 名です。昨今の新医師臨床研修制度発足以来、入局者が少ないのが問題ですが、都市部の皮膚科医と比べると、症例数も多く、一人前になるのも早いメリットがあります。

研究として、1) 尋常性乾癬の遺伝子多型と病態解析、2) 尋常性白斑の治療法の開発、3) アトピー体質の遺伝子解析、4) 皮膚悪性腫瘍の新しい遺伝子診断及び外科的治療の開発など多岐にわたって行っています。毎年、日本皮膚科学会総会、日本研究皮膚科学会、国際皮膚科学会などに多くの演題を発表しており、ジャーナルにも論文を多数発表しています。平成 21 年度から、厚生労働省難治疾患克服研究事業の一環として、皮膚科領域の稀少難治性皮膚疾患（膿疱性乾癬、先天性表皮水疱症、先天性魚鱗癬様紅皮症、神経線維腫症（Ⅰ・Ⅱ）、色素性乾皮症、結節性硬化症）の生体試料（遺伝子等）を全国から収集する事業を山口大学が中心となり、慶應義塾大学、北海道大学等全国各地の大学と連携して行っています。診断と治療法に関して未解決な点が多い難治性皮膚疾患群に立ち向っていきたいと思っています。その他、国内大手企業と光老化に関する基礎的な共同研究を進め、タイトジャンクションに関する新知見を得て、現在一流誌に論文投稿中です。当教室は、2010 年 9 月 3 日及び 4 日の両日、宇部市で第 25 回日本乾癬学会を主催します。

臨床面においては、平成 21 年度に、山口県内の基幹病院や個人開業医院から 837 名の患者さんを紹介していただき、尋常性乾癬、悪性黒色腫を含む皮膚悪性腫瘍、重症熱傷、重症アトピー性皮膚炎、自己免疫水疱症、膠原病、円形脱毛症、皮膚感染症、下腿潰瘍、褥瘡などの難治性皮膚疾患の診断と治療を積極的行っています。また、近年増加傾向にある悪性黒色腫をはじめとする皮膚癌治療に関しては、県内で最も症例が多く、所属リンパ節への微小転移の有無を確認する「センチネルリンパ節生検」や手術法に関しても全国的にみても全く遜色はありません。

特殊な治療装置としては、紫外線治療装置、色素レーザー治療装置、Q スイッチルビーレーザー治療装置などを保有しています。紫外線治療装置は乾癬、菌状息肉症、白斑の光化学療法に使用しています。色素レーザー治療装置は血管腫や毛細血管拡張症、Q スイッチルビーレーザー治療装置は太田母斑や扁平母斑の治療に用いています。



皮膚は全身の鏡といわれるように、皮膚にはさまざまな全身性疾患に関連し、皮疹が出現することからも、内臓疾患や全身性疾患に伴った皮膚病に対しても、内科、外科、小児科、集中治療室やその他の関係各科と緊密な連携を保ち、チーム医療を行っています。

また、2007 年度に皮膚科内に形成外科診療班が発足し、2008 年には日本形成外科学会の認定施設にもなりました。形成外科の具体的な治療対象疾患としては、顔面骨骨折及び顔面軟部組織損傷、新鮮熱傷、口裂・口蓋裂、合指症・多指症、臍突出症などの先天異常、乳房再建、悪性腫瘍及びそれに関する再建、ケロイド及び瘢痕拘縮など多岐にわたります。その結果、手術件数も年々増加の一途をたどり、年間 400 件近くになっています。特に、癌切除術の再建術やマイクロサージェリーを取り入れた手術など難易度の高い手術にも

積極的に取り組んでいます。25 床のベッドもほぼ常に満床です。

最後になりましたが、今後とも、山口県の地域医療に貢献できるように、医局員一同日々努力

していく所存です。山口県医師会の先生方におかれましては、今後ともご指導・ご鞭撻を賜りますよう、何卒よろしくお願い致します。

[文責：一宮 誠]



自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

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



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 ン

メディカル・トピックス *Medical Topics*

山口県の小児気管支喘息児の長期管理の現状

山口大学大学院医学系研究科小児科学分野

長谷川俊史、橋本邦生、市山高志、古川 漸

【背景】

本邦の小児気管支喘息の有症率は明らかに増加傾向にあり、それに対応して治療・管理において進歩が見られたが欧米に比べ死亡率が高くまだ十分とは言えない状態であった。近年臨床の場において吸入ステロイド薬やロイコトリエン受容体拮抗薬の開発により気管支喘息の長期管理は目覚ましい変化を遂げつつある。2000 年に『小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2000』(JPGL2000) が初めて刊行され、一昨年 12 月に 3 度目の改訂版となる JPGL2008 が刊行され、臨床の現場で活用されるようになった。ガイドラインの発刊以来、全国的には死亡症例や呼吸管理を要する症例は減ったとの報告が多い。筆者らは山口県内の多数の医療機関のご協力を得て気管支喘息長期管理中の患児を対象に Japan Pediatric Asthma Control Program (JPAC) を用いて患児の長期管理を客観的に評価した。

【対象および方法】

2008 年 11 月 1 日から 2009 年 1 月 15 日までに下記に示す医療機関に通院中の気管支喘息の患児を対象に JPAC (図 1) を施行した。対象患者は総数 535 例 (男児 347 例、女児 117 例、不明 71 例、平均年齢 5.9 ± 3.3 歳) で処方薬剤を図 2 に示す。JPAC には 1 ヶ月間の①喘鳴、②呼吸困難、③睡眠障害、④運動誘発性喘鳴、⑤発作治療薬の使用の 5 項目の頻度に関する質問が記載されている。その頻度に応じて点数化 (1 項目 3 点満点、合計 15 点満点) することにより、最近 1 ヶ

月の喘息のコントロール状況を客観的に把握することができる。日本小児アレルギー学会では 15 点を完全コントロール、12-14 点を良好なコントロール、11 点以下をコントロール不良と設定している [1]。また JPAC では現在の使用薬剤を記入し、1 ヶ月間の喘鳴、呼吸困難や夜間覚醒の頻度に現在の吸入ステロイドの使用状況を加味することにより現在の重症度を推測することが可能である (図 1)。

協力医療機関

宇部興産中央病院、小郡第一病院、かわむら小児科、済生会下関総合病院、下関市立済生会豊浦病院、周東総合病院、周南記念病院、鈴木小児科医院、たはらクリニック、徳山中央病院、長門総合病院、萩市民病院、ふじわら小児科、山口県立総合医療センター、山口大学医学部附属病院 (五十音順)

【結果】

図 2 に示す如くロイコトリエン受容体拮抗薬は約 9 割の症例に処方されているのに対し、吸入ステロイドは 36.4% であった。本研究でのコントロール状況を図 3 に示すように 73.8% の症例が完全コントロールおよび良好なコントロール群 (JPAC スコア 12 点以上) であったが、コントロール不良群 (11 点以下) が 26.2% であった。また最近 1 ヶ月間の喘鳴、呼吸困難および夜間覚醒の 3 項目の頻度から見かけ上の重症度 (発作なし、軽症持続型相当、中等症持続型相当、重

情報：日本小児アレルギー学会
財団法人 日本アレルギー協会

このアンケートは、お子様のぜんそくの状態を知るためのものです。

日時：平成 年 月 日 お答えになった方（お子様・保護者・その他）
お子様の年齢 歳 ヶ月 お子様の性別（男・女）

最近1ヶ月間のぜんそく症状と生活の障害について、1～5の評価にお答えください。
それぞれの項目に対する回答の程度にあてはまるものにチェックしてください。

この1ヶ月間に、セーサー・ピーシーユー・自動吸入器などを用いたことがありますか。

まったくない 月に1回以上 週に2回以上 毎日使用

この1ヶ月間に、呼吸器科等（医師）のある施設で治療がどのくらいありましたか。

まったくない 月に1回以上 週に2回以上 毎日使用

この1ヶ月間に、ぜんそく症状で夜中に目を覚めたことがどのくらいの頻度ありましたか。

まったくない 月に1回以上 週に2回以上 毎日使用

活動したり、はしゃいだりすることにせまがりやです。 セーサーにて、睡入が正常な状態にありますか。

まったくない ほとんどない 時々ある たいていある いつもある

この1ヶ月間に、発作時の最大量のお薬を飲みました。ほかの薬をのみに使ったまま、またはお薬の量は、処方箋ではなく、セーサーによって自動的に調整されましたか。

まったくない ほとんどない 適度に減らした 少し減らした 毎日使用

合計点数を計算してください 点

現在使用しているぜんそくのお薬の名前をお書きください（使用していない欄にチェックをつけてください）。吸入ステロイド薬を使用している場合には、1L吸入内数値がわかれば教えてください。

吸入ステロイド薬 （1L吸入内数値）	①フルティカドイカス ②シグマラクトン ③フルティカドイカス ④フルティカドイカス ⑤オムブール ⑥フルニコート吸入薬	⑦50μg ⑧100μg ⑨200μg ⑩500μg ⑪1000μg ⑫2000μg	⑬ベタメタゾン ⑭ベタメタゾン ⑮ベタメタゾン ⑯ベタメタゾン ⑰ベタメタゾン ⑱ベタメタゾン
吸入コトリンゴ薬	①エリックス ②セバペンチン	③50μg ④100μg ⑤200μg ⑥500μg ⑦1000μg ⑧2000μg	⑨ベタメタゾン ⑩ベタメタゾン ⑪ベタメタゾン ⑫ベタメタゾン ⑬ベタメタゾン ⑭ベタメタゾン
長時間作用性β2刺激薬	①セバペンチン ②セバペンチン	③50μg ④100μg ⑤200μg ⑥500μg ⑦1000μg ⑧2000μg	⑨ベタメタゾン ⑩ベタメタゾン ⑪ベタメタゾン ⑫ベタメタゾン ⑬ベタメタゾン ⑭ベタメタゾン
短時間作用性β2刺激薬	①セバペンチン ②セバペンチン	③50μg ④100μg ⑤200μg ⑥500μg ⑦1000μg ⑧2000μg	⑨ベタメタゾン ⑩ベタメタゾン ⑪ベタメタゾン ⑫ベタメタゾン ⑬ベタメタゾン ⑭ベタメタゾン
インターミット	①セバペンチン ②セバペンチン	③50μg ④100μg ⑤200μg ⑥500μg ⑦1000μg ⑧2000μg	⑨ベタメタゾン ⑩ベタメタゾン ⑪ベタメタゾン ⑫ベタメタゾン ⑬ベタメタゾン ⑭ベタメタゾン

監修：西澤幸太郎氏（東京大学医学部附属病院）

長期管理薬を用いていない場合の重症度判定
設問 1,2,3に対する回答から判断する

設問項目	制度・程度	重症度
1ヶ月間の経過の程度	まったくなし 月1回以下、週1回未満 週1回以上、毎日ではない 毎日使用	軽症持続型 中等症持続型 重症持続型
1ヶ月間の呼吸器科受診の回数	まったくなし 月に1回以上、週1回未満 週1回以上、毎日ではない 毎日使用	軽症持続型 中等症持続型 重症持続型
1ヶ月間の夜間覚醒の頻度	まったくなし 月1回以下、週1回未満 週1回以上、毎日ではない 毎日使用	軽症持続型 中等症持続型 重症持続型

すでに長期管理薬が投与されている人の場合
設問 1, 2, 3に対する回答から判断した重症度と、現在治療中のステップとの交点に該当するのが、長期管理薬を考慮した重症度である。

幼児・児童用（4～15歳）

現在の状況	治療計画	吸入ステロイド薬（ICS）の使用状況 （7日間平均吸入量）			
		Step 1	Step 2	Step 3	Step 4
軽症状態	吸入一時的吸入 軽症持続型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型
中等症持続型	中等症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型
重症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型

重症度判定表

重症度判定表	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4
4～5歳	ICSなし 他剤投与あり	50～100μg	100～150μg	150～300μg
6～15歳	ICSなし 他剤投与あり	100μg	100～200μg	200～400μg

小児ぜんそく重症度コントロール状態テスト(JPAC)判定表

JPAC合計点

15点：完全コントロール
14～12点：良好なコントロール
11点以下：コントロール不良

図 1 JPAC 設問用紙

図 1 JPAC 設問用紙

症持続型相当)を判定し、現在の治療内容を加味し、真の重症度を検討した。表1に示す如く真の重症度では軽症持続型26.0%、中等症持続型18.1%、重症持続型17.4%、最重症2.8%であった。

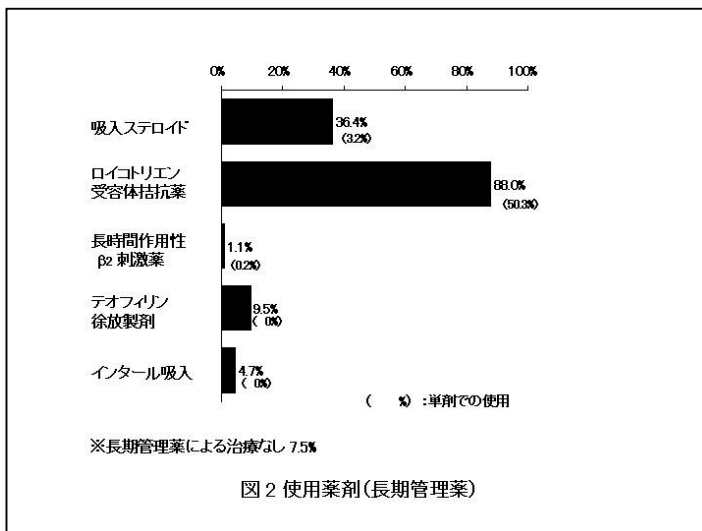
【考察】

複数の医療機関の協力を得て総数 535 例に対し JPAC を施行することができた。7 割以上の症例で現行の治療で良好なコントロールが得られていたが、一方で 25% の症例で現行の治療に対し見直しが必要であることが示唆された。また表 1 から明らかな如く最近 1 ヶ月間症状なく生活できた症例は 53.6% と約半数近くは何らかの喘息症状が出ていた。また真の重症度は約 65% の症例が軽症持続型以上に相当した (表 1)。JPGL2008 ではいずれの年齢においても軽症持続型以上では吸入ステロイド薬が基本治療あるいは追加治療に推奨されている [2]。そのため全症例の 50 ~ 60% に対し吸入ステロイド薬が処方されるべきであるが、実際には図 2 に示した如く全症例の 36.4% にしか吸入ステロイド薬は処方されていなかった。ロイコトリエン受容体拮抗薬は約 9 割の症例に処方されていたが、症例によっては吸入ステロイド薬の追加あるいは切り替えが必要で

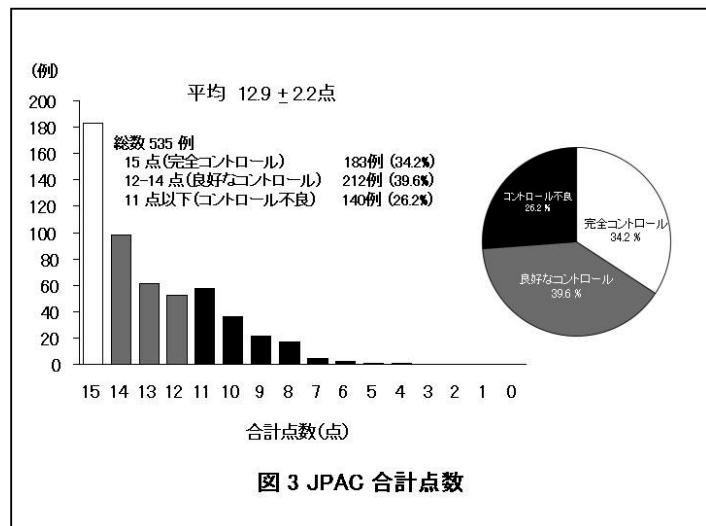
あると考えられた。

一昨年秋に行われた第4回山口県小児吸入療法研究会の特別講演で東京慈恵会医科大学小児科の勝沼俊雄先生が“東京慈恵会医科大学小児科の気管支喘息発作の入院患者数は年々減少しており近年は年10人以下である。”と述べられた。山口大学医学部附属病院小児科には2006年1月から2008年6月までの2年半に350例の気管支喘息の患児が入院し[3]、また残念なことに最近喘息死の症例も経験した。

以上のことから小児気管支喘息の長期管理はいまだ十分目標が達成できているとは言えない状況である。今回の研究から小児気管支喘息の長期



管理において吸入ステロイド薬を中心に積極的に加療する必要があると思われた。当科入院症例 350 例では長期管理されていなかった症例が多く、それらの多くは近隣の開業医でフォローされていた。小児アレルギー学会関係者の多くはガイドラインの発刊以後小児気管支喘息の管理の主役は開業医に移ったとの印象を持っている。にもかかわらず山口県においてはガイドラインに沿った治療がなされていないのは残念である。積極的な長期管理の導入が小児気管支喘息患児の QOL の向上と予後の改善へ結びつくと考える。



【謝辞】

今回の研究においてご多忙の中ご協力いただいた医療機関の先生方に深謝致します。

【参考文献】

1. 西牟田敏之, 渡邊博子, 佐藤一樹他. Japanese Pediatric asthma control program (JPAC) の有用性に関する検討. 日本小児アレルギー学会誌 22

巻 135-145 頁, 2008

2. 西牟田敏之, 西間三馨, 森川昭廣. 小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2008 協和企画, 2008

3. Kawahara N, Hasegawa S, Hashimoto K, Matsubara T, Ichiyama T, Furukawa S. Characteristics of asthma attack with long-term management for bronchial asthma. Pediatr Int. 2009; 51(5): 657-660.

症状のみによる 重症度 (見かけ上の重症度)	現在の治療ステップを考慮した重症度(真の重症度)						
	治療薬 なし	現在の治療ステップ*					判定 不能
		Step 1	Step 2	Step 3	Step 4		
症状なし	寛解～間欠型	間欠～軽症持 続型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型	5	(53.6%)
	18	164	18	48	34		287
軽症持続型相当	軽症持続型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型	2	(34.8%)
	14	107	13	25	25		186
中等症持続型相 当	中等症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型	最重症	2	(11.4%)
	7	29	4	4	15		61
重症持続型相当	重症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型	最重症	0	(0.2%)
	1	0	0	0	0		1
不明	0	0	0	0	0	0	0
	(7.5%)	(56.1%)	(6.5%)	(14.4%)	(13.8%)	(1.7%)	
	40	300	35	77	74	9	

*治療ステップは JPL2008 に準ずる (数字は人数)

寛解～ 間欠型	間欠～ 軽症持 続型	軽症 持 続型	中等症 持 続型	重症 持 続型	最重症
(3.4%)	(30.7%)	(26.0%)	(18.1%)	(17.4%)	(2.8%)
18	164	139	97	93	15

メディカルトピックスについて

山口県医師会には、学術論文発表の場として「山口県医学会誌」があります。今回、ここに掲載いたしました「山口県の小児気管支喘息児の長期管理の現状」は、本来、「山口県医学会誌」に掲載すべき論文でしたが県医師会の手違いにより、掲載できませんでした。しかし、その内容から、早期に掲載すべきと考えられ、著者のご了解の上、メディカルトピックスとして、例外的に掲載させていただくことといたしました。事情をご理解いただき、お読みいただければ幸いです。

常任理事 田中 義人

山口県医師会 第 164 回定例代議員会

と き
平成 22 年 4 月 22 日（木）

ところ
山口県医師会館



保田議長、定刻、代議員会の開会を告げ、出席代議員の確認を求める。

事務局、確認の上、議員定数 64 名、出席議員 60 名で定款第 35 条に規定する定足数を充足していることを報告。

議長、会議の成立を告げ、会長の挨拶を求める。

会長挨拶

木下会長 本日は第 164 回山口県医師会定例代議員会を開催しましたところ、代議員の先生方にはお忙しい中をご参席いただきまして、誠にありがとうございます。山口県医師会の会務運営や事業活動につきまして、平素よりご理解とご協力を賜り、感謝申し上げます。また、県からは二井県知事の代理として今村孝子健康福祉部長にご臨席いただき、厚くお礼を申し上げます。



さて、世界的経済不況は回復の兆しを見出したかのように言われながら、その長いトンネルからなかなか抜け出せないのが現状のようです。また、わが国では昨年 9 月に歴史的な政権交代が現実

のものとなり、新政権のマニフェストの中に「対 GDP 医療費を OECD 加盟国平均並みにする」と謳われ、医療費の大幅増額が期待されましたが、裏切られた結果になってしまいました。そのような状況の中で、山口県におきましては、県の一般会計は昨年まで連続 9 年間、対前年度マイナス予算であるにもかかわらず、健康福祉部に対しては連続プラス予算が計上されています。これは「住みよさ日本一の元気県」ということで、山口県が医療・福祉に力を入れてきた証であります。さらに、今年度は一般会計ではマイナス 0.4%ですが、健康福祉部にはプラス 18.7%が計上されています。これには地域医療再生事業に対する国からの助成が含まれており、そのうち医師確保対策事業の一つ山口県医師臨床研修推進センター事業費として県医師会へも 2,000 万円が委託されました。これは平成 25 年度まで続きますので、県医師会からの予算も含めると 4 年間で総額約 1 億 2,000 万円という大きなプロジェクトとなるわけで、しっかり取り組んでよい結果を出したいと考えているところです。このプロジェクトの大きな目的は多くの臨床研修医を山口県へ呼びよせ、後期研修後も山口県に定着させて、県内における若

い医師を確保するとともに県内の医療環境を充実発展させることにあります。

平成 20 年 4 月、山口県医師会の新執行部として 1 期 2 年間、会内活動には「組織強化」、会外活動には「実効」をスローガンに、また、それらを遂行する心構えとして「誠意」を掲げて会務運営並びに事業活動を展開してきました。会内活動の「組織強化」については山大医師会をはじめ全都市医師会の各執行部と県医師会執行部との懇談会を開催し、医師会活動についての意見交換を行って連携強化を図りました。「組織強化」のうち、もう一つに勤務医・女性医師対策の強化があげられます。まず、この事業分野の予算が倍増され、活動が拡充されました。主なものとして勤務医部会による年 2 回の市民公開講座の開催、勤務医の日医加入促進による日医代議員への勤務医代表の参画（500 名以上の日医加入は成就しなかったが、平成 22 年度から勤務医代表を 1 名前倒して日医代議員会へ送り込んだ）、山口県医師臨床研修運営協議会による臨床研修医のマッチング増

（平成 21 年度 69 人→平成 22 年度 82 人）、県内各病院トップによる男女共同参画応援宣言集の作成配布（平成 20 年度 28 病院→平成 21 年度 39 病院）、女性医師保育等支援事業の開始（保育サポーターの登録 64 名、相談件数 16 件のうち成立 6 件）などがあげられます。会外活動の「実効」については、地域保健分野では新型インフルエンザ対策として他県に先駆けての対策本部の立ち上げ（情報収集と迅速な対応）、特定健診等への取り組み（山口県方式）、山口国体への取り組み（スポーツ医部会の設立）など、地域医療分野では 4 疾病・5 事業の病診連携体制の確立、山口県における地域医療支援病院の公的化、有床診療所開設の迅速化（山口県方式の導入：事前協議における県医師会推薦）などがあげられ、ある程度の「実効」は得られたと総括しています。

平成 22 年度からの 2 期目 2 年間についても、「組織強化」・「実効」・「誠意」のスローガンを継続し、医師会活動のさらなる充実発展を図りたいと決意しているところです。会内活動として

出席者

岩 国 市 保田浩平	宇 部 市 綿田敏孝	下 松 市 秀浦信太郎	常任理事 濱本史明
小野田市 砂川 功	宇 部 市 若松隆史	下 松 市 篠原照男	常任理事 西村公一
大 島 郡 嶋元 徹	宇 部 市 西垣内一哉	岩 国 市 小林元壯	常任理事 弘山直滋
玖珂郡 吉岡春紀	宇 部 市 森谷浩四郎	岩 国 市 毛利久夫	常任理事 田中義人
玖珂郡 河郷 忍	山 口 市 斎藤 永	岩 国 市 大島眞理	常任理事 田中豊秋
熊毛郡 向井康祐	山 口 市 吉野文雄	小野田市 森田純一	常任理事 萬 忠雄
吉 南 市 田邊 完	山 口 市 坂本 正	光 市 松村壽太郎	理 事 田村博子
吉 南 市 安野秀敏	山 口 市 淵上泰敬	光 市 平岡 博	理 事 河村康明
厚狭郡 河村芳高	山 口 市 佐々木 薫	柳 井 市 前濱修爾	理 事 柴山義信
美 祢 郡 吉崎美樹	萩 市 八木田真光	柳 井 市 弘田直樹	理 事 城甲啓治
下関市 石川 豊	萩 市 中嶋 薫	長門市 川上俊文	理 事 茶川治樹
下関市 長岡 榮	徳 山 市 岡本富士昭	長門市 天野秀雄	理 事 山縣三紀
下関市 森岡 均	徳 山 市 津田廣文	美 祢 市 山本一誠	監 事 山本貞壽
下関市 林 弘人	徳 山 市 三好弥寿彦	山口大学 芳原達也	監 事 武内節夫
下関市 藤本繁樹	徳 山 市 船津浩彦	山口大学 星井嘉信	監 事 藤野俊夫
下関市 木下 毅	徳 山 市 山口 桂	山口大学 藤井康彦	
下関市 重本 拓	徳 山 市 松谷 朗		広報委員 加藤智栄
下関市 永山和彦	防 府 市 水津信之		
下関市 堀地義広	防 府 市 神徳眞也		
下関市 上野雄史	防 府 市 清水 暢		
宇 部 市 猪熊哲彦	防 府 市 山本一成		
宇 部 市 矢野忠生	防 府 市 木村正統		

県医師会

会 長 木下敬介
副会長 吉本正博
副会長 小田悦郎
専務理事 杉山知行

扱っていた勤務医・女性医師対策の分野を 2 期目は会外活動へ移し、地域医療分野と密に連携させて、医師確保対策事業への重点配置としたいと考えています。今年度の重点事業として 10 項目を掲げていますが、新規事業として大きな予算を伴うものに山口県医師臨床研修推進センター及び地域産業保健センターの設置・運営があります。これらについても発展的な結果を出したいという強い思いをもっているところです。その他、重点継続事業として郡市医師会との連携強化を図るため 1 期目と同様に、2 期目は会長の交代があった郡市医師会に対して、その新執行部と県医師会執行部との懇談会を開催します。勤務医の日医加入促進による日医代議員の 1 名増員についても再挑戦し、平成 24 年度の日医代議員を現在の 5 名から 6 名へ増員したいと考えています。新公益法人制度移行対策も大変重要な課題で、すでに会内に「新公益法人制度移行検討委員会」を立ち上げ、移行を目指して検討中であり、平成 24 年度には移行について結論を出します。平成 23 年 10 月 1 日より開催される「山口国体」と「山口大会」についても、医師会の果たさなければならない役割は極めて大きく、山大医師会・郡市医師会・県医師会の強い連携のもとに成功させたい所存ですので、ご協力をお願い申し上げます。これらの新規事業・継続重点事業が円滑に推進されるため、①勤務医の医師会加入促進、②地域医療再生（医師確保）、③医療・介護保険、④山口国体支援の 4 つのプロジェクトチームを結成します。

ところで、昨年 9 月の政権交代とこれと少なからず関連したこの 4 月の日医会長選挙の結果、県医師会の会務運営にもいろいろ苦慮することが生じてきたのは否めない事実です。政界にしても医師会にしても中央の方では混乱・混沌が続いている様子ではありますが、このような状況であるからこそ、地方の郡市医師会や県医師会がしっかりしなければなりません。1 期目の最初の代議員会でも強調したように、医師会活動の基本理念は医師会定款の第 4 条の目的に掲げてある「本会は、医道の高揚、医学医術の発達普及と公衆衛生の向上とを図り、もって社会福祉を増進することを目的とする」、つまり、「医の倫理、生涯自己研鑽、地域医療の実践をもって、県民の健康と医療に寄

与すること」であります。この基本理念にいささかもブレることなく、信義と信念をもって医師会活動を遂行していく所存でありますので、代議員の先生方にはどうか力強い後押しをしてくださいますようお願いいたします。

本日は、多くの有意義な質問や要望をいただき、ありがたく思います。また、上程しております議案につきましても、慎重ご審議のうえ、ご承認くださいますようお願い申し上げまして、ご挨拶といたします。

来賓挨拶

山口県知事（今村健康福祉部長代読） 第 164 回



山口県医師会定例代議員会の開催にあたり、ご挨拶を申し上げます。山口県医師会の皆様方には平素から医療行政をはじめ、県政全般にわたり格別のご協力をいただいておりますことに、

深く感謝申し上げます。さて、急速な少子高齢化社会の進行や社会経済情勢の変化など、社会保障を取り巻く環境が大きく変化しており、昨年誕生した新政権においては、医療費や介護費を抑制する方針からの転換が表明されております。また、医療の再構築にむけて、22 年度の診療報酬における全体の改定率が 10 年ぶりにプラスになった一方で、医療現場においては全国的に指数は増加しているものの、地域や診療科によっては医師不足の問題が深刻化しており、地域医療の充実、救急医療体制の整備が急務となっております。

こうした中、住みよさ日本一の元気県づくりを加速化するため、本年度予算において県民生活の基本である暮らしの安心安全基盤の強化を最重要課題と考え、厳しい財政状況ではありますが、関連施策の推進に積極的に取り組むこととしたところです。とりわけ医療体制の充実に向けましては、来年 1 月に導入するドクターヘリの円滑かつ効果的な運用を図るため、基地病院への専用ヘリポートの整備や中山間地域を中心とする約 300 か所の臨時離着陸場の確保等を進めてまいります。また医師不足対策として、県内の臨床研修体制を強化すべく、医師会の皆様方の協力の下、

山口県医師臨床研修推進センターを新たに設置するなど、臨床研修医の確保定着を図ることとしております。さらにはこのたび新たに造成した経済危機対策関連基金を最大限に活用しながら、地域医療再生計画の推進や医療施設等の耐震化整備について重点的に取り組んでまいりました。これらの施策を着実に推進し、実効を上げていくためには、医師会の皆様方のお力添えが不可欠でございます。一層のご支援とご協力を賜りますようお願いいたします。

今年度はおいでませ山口国体に向け、ちよるるやイメージソングを活用した広報活動をはじめ、花いっぱい運動やクリーンアップ運動の展開などにより、県民をあげて開催気運を盛り上げていく重要な年です。選手の活躍による総合優勝に向け、さらなる選手強化に取り組むこととしておりますので、それぞれの地域から、本県のアスリートに力強いご支援を賜りますよう、よろしく申し上げます。

おわりに、山口県医師会の今後益々のご発展と、皆様方のご健勝ご活躍を心から祈念いたしまして、ご挨拶いたします。

会議録署名議員の指名

議長より会議録署名議員に次の2名を指名。

河村 芳高 (厚狭郡)

秀浦信太郎 (下 松)

議案審議

議長、報告・承認事項を一括上程。

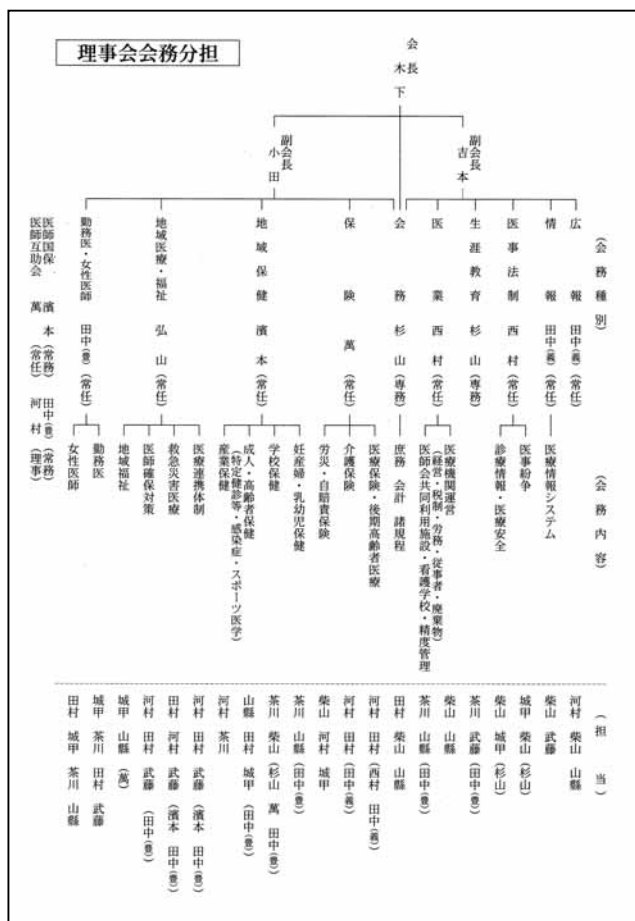
報告第1号 理事会の会務分担について

木下会長より、平成 22 年度からの理事会会務
分担の説明が行われた。

報告第2号 日本医師会代議員会の状況報告について

杉山専務理事 世界も日本も変わりつつある。その一つのエピソードが今年の日本の政権交代であったのだろう。

今回の日医代議員会でも大きな変化があった。まず山口県の代議員選出に関し、これまでにない決定をした。定員枠増を図るべく勤務医の加入増強努力はしたが、定員枠増までには達しなかった。



けれども、会長の強い意向で、先取りをして勤務医の代表として小野田市医師会の山口労災病院の加藤智栄外科部長に代議員になってもらった。東京へは会長、2名の副会長、加藤代議員、濱本予備代議員と私の6名で行った。

役員選挙がまた今までと全く異なった。従来長年、弊害も言われながら変わらなかったキャビネット制が崩れた。ただ、選挙直前には選挙に有利なように自陣営中キャビネットに駆け込み的に取り込む動きがあった。また単独、独自候補も出て、実際、羽生田副会長や保坂シゲリ常任理事が当選した。選挙は真剣かつ熱烈に行われ、会長・副会長選とも無効票は一つもなかった。

356票での1/3が119票という状況の中で、結果は原中氏131票、森氏118票、唐澤氏107票であった。副会長選挙は、唐澤系の中川氏174票、森氏系的である福岡の横倉氏173票、前常任理事で独自候補の羽生田氏165票であった。元常任理事の松原氏151票、埼玉県医師会長吉原氏122票、唐澤系前常任理事内田氏97票であった。常任理事選挙については、前常任理事今村 聡氏がトップで294票、原中系で中医

協委員の鈴木邦彦氏が 8 位で 171 票、同じく原中系の葉梨之紀氏が 10 位で 158 票、以前から立候補もされていた女性候補、保坂シゲリ氏が 7 位で 181 票などであった。

結果は会長と副会長や常任理事間にネジレ現象も生じたが、各代議員とも一所懸命考えた結果だと思われる。各会員、医師会の悩み、迷い、ジレンマを表わした結果だとも言えると思う。そのネジレを心配する質問もあったが、会長と 3 副会長が、「それは心配ない。一緒に頑張っていく」という表明もあった。

次に 2 日目の代議員質問にうつるが、上記のような状況で代表質問 8 つのうち 4 つが日医が真に全医師の意見を代表するための方策や選挙制度に関するものだった。また、公益法人改革に対する質問があり、日医医賠責事業に関しては預り金扱いで、パスできそうというのと、日医年金事業については、亀井大臣の、保険業法に特例措置を行うとの言明もあり、クリアできそうな状況となっているとの回答があった。当県に加藤代議員も消費税のゼロ～軽減税率を求めるという代表質問を行った。

個人質問では、医療の財源拡大を図らないと、どうにもならないとの質問や、外因死の警察届出についての質問、ワクチンの無料化と広報のあり方についての質問、厚生局による社会保険指導についての質問があった。

なお代議員質問の前に行われた議案審議については、全議案とも賛成多数で可決された。詳細は日医ニュース 4 月 5 日・20 日合併号参照のこと。

承認第 1 号 顧問の委嘱について

木下会長 顧問の委嘱については、定款第 19 条に規定されているが、代議員会の承認を経て会長が委嘱することになっている。については中島 洋氏を加え、14 名の先輩方を顧問に委嘱したいと思う。ご承認のほど、よろしくお願い申し上げます。

承認第 2 号 平成 21 年度山口県医師会事業報告について

吉本副会長より下記の通り報告された。

庶務

平成 21 年 12 月 1 日現在の会員数は、第一号

会員 1,325 名、第二号会員 942 名、第三号会員 487 名の計 2,754 名、前年より 36 名の減となっている。昨年度中に 35 名の会員の方々がご逝去されている。

—全員起立し、黙祷を捧げる—

組織

平成 21 年 9 月に民主党の鳩山由紀夫代表が第 93 代の首相に選出され、民主党、国民新党、社



民党の 3 党による連立政権が誕生した。その影響は医師会にも及び、中医協委員から日医役員がはずされ、本年 4 月 1 日の日医会長選挙で、現職の唐澤祥人会長が破れ、原中勝征茨城県医

師会長が選出されるという、思いがけない結果を生むこととなった。

このような中、県医師会は県民の健康と医療のニーズに応えるべく、会内外と緊密な連携を取りつつ組織運営を行った。

対内的には勤務医問題の重要性に鑑み、勤務医代表を日医代議員として送り出すべく、勤務医の日医への入会を依頼するために、計 7 回に分けて県下 13 公的病院院長との懇談会を行った。結果としては代議員を 1 名増やすほどの会員増にはつながらなかったが、ご協力いただいた病院長の先生方に対して、改めてお礼を申し上げたいと思う。

対外的には、新年互例会や医療関係諸団体との懇談会、他県医師会役員との懇談会、マスコミ関係者との懇談会を開催し、関係強化を図るとともに情報交換を行った。

広報

会報の新しい企画として、「臨床研修病院紹介コーナー」、「山口大学医学部講座紹介コーナー」をスタートさせた。また昨年 7 月の防府市を中心とした豪雨災害に対して、災害派遣医療チーム (DMAT) が県からの出動要請を受けて現地で災害救助活動を行った。その活動報告を記録として会報に掲載した。また県民公開講座「最新の医療を知ろう!」を 3 月 21 日に山口県立大学看護学

部講堂で開催した。

情報

平成 22 年 4 月に予定されていた診療所のレセプトオンライン請求義務化は 7 月に延期されるとともに、電子媒体での請求も可能となり、また現在手書きの医療機関は免除、あるいは猶予となる等の例外措置が設けられることとなった。

高いセキュリティ機能を有した山口県医療情報ネットワークシステム（通称 Yamame-Net）は山口県の財政難と利用者が少ない等により、平成 21 年末で運用が停止された。これに伴い、県医師会及び一部の郡市医師会のホームページを新しいサーバに移行する作業に着手し、無事終了した。

保険

中国四国厚生局は、高点数を即悪とし医療費抑制を目的とした「集団的個別指導」の実施を強く要請してきたが、県医師会では断固反対の立場で粘り強く交渉を行い、全医療機関を対象とした集団指導という例年通りの形態で開催することができた。しかしながら指導大綱に基づく「集団的個別指導」の実施を今後も強く要請されることは確実で、他県とも情報交換を行って対応していく必要があると考えている。

生涯教育

平成 22 年 4 月から新しい「日医生涯教育制度」がスタートするのにあたり、郡市生涯教育担当理事にその概要を説明し、協力を要請した。当面は混乱が予想されるが、県医師会主催の生涯教育セミナーの参加者が伸び悩んでいる現状を考えると、新制度の開始により、参加会員の増加が期待できると考える。

勤務医・女性医師

勤務医を取り巻く環境は引き続き厳しい状況にある。民主党を中心とした連立与党は、公的病院を中心とした急性期病院とその勤務医に対して、手厚い措置をとろうとしているようにみえる。しかし勤務医の疲弊を考えると残された時間はあまりないように思われる。勤務医部会に設置した企画委員会を中心に、シンポジウム、市民公開講座、病院勤務医懇談会、座談会を企画実施した。

また臨床研修医の確保・県内定着対策として、山口県医師臨床研修運営協議会、臨床研修セミナー、臨床研修医交流会を開催した。

女性医師支援事業として、県からの委託で保育サポーター・バンクを設置した。現在登録数は 64 名、相談件数 13 件、サポーターの活動件数は 3 件。また「仕事も！家庭も！応援宣言集やまぐち」の改訂版を発刊した。

医事法制

平成 21 年度の事故報告書受付件数は 30 件と、昨年度の 22 件に比べ増加した。相談窓口の受付件数も 56 件と昨年度に比べ 5 件増加しているが、医療機関や医療従事者への苦情は減少している。

地域医療・福祉

25 億円が 1 県当たり 2 医療圏に交付される「地域医療再生基金」に対する「地域医療再生計画」について、医師確保対策等の意見・提案を県に提出し、策定案に反映してもらうよう働きかけを行った。4 疾病 5 事業及び在宅医療における地域医療連携体制が機能するよう郡市担当理事協議会、地域医療計画委員会で協議し、県及び県医療対策協議会に意見・要望を提出した。

地域保健

平成 21 年度は新型インフルエンザ対策に追われた一年であった。本会では 4 月 30 日に「新型インフルエンザ対策本部」を設置し、検討課題の協議と情報提供に努めてきた。現在収束状態だが、在庫ワクチン問題と、今後予想される第二波の到来に向け、情報収集に努めているところである。

また学校保健に関しては、「学校医の手引き」発刊に向けての準備と、独自の認定学校医制度の創設に向けての検討を行った。

産業保健については、地域産業保健センター事業が平成 22 年度から県単位の委託となるため、運営方法等について各センターと協議・調整を行った。

医業

「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」が改訂されたことに伴い、その主な改訂点の説明と電子マニフェストの仕組み・運用に

ついでに講習会を開催した。

また、看護師不足解消の一助とするため、潜在看護職員再就業支援研修モデル事業を、防府看護専門学校に委託して開催した。

医政対策

政権交代に伴い、日本医師連盟はその綱領の中から、「政権与党たる自民党を支持する」という文言を削除した。日医会長が民主党支持を表明している原中会長に代わったこともあり、今後の日医連の方針をみながら山口県医師連盟の方向を見極めていく必要があると思われる。

採決

保田議長、採決に入る。承認第 1 号、第 2 号について質問者のないことを確認し、賛成の議員の挙手を求め、挙手全員により承認された。

議案第 1 号 平成 22 年度山口県医師会事業計画について

小田副会長 民主党がマニフェストで診療報酬の大幅アップを挙げていたが、現実にはほとんど引き上げがなく、満足するものではない。長期間にわたる医療費削減政策が医療を崩壊させたことは言うまでもない。医療政策の方向転換が必要で、今政治が取り上げる喫緊課題である。



郡市医師会・関係団体との連携強化、医療制度改革に対する的確な対応、医師確保対策の推進、勤務医・女性医師施策の充実強化、地域医療連携体制の確立、生涯教育の充実強化、対外広報の推進、IT 化対策の推進、医療安全対策の推進、県医師臨床研修推進センター・地域産業保健センターの円滑な運営を重点項目とし、郡市医師会や関係団体との連携強化を一層図る。

—以下、下記のとおり説明。

組織

医師会は今多くの分断圧力にさらされており、その中でその正当性を高めつつ団結を強め、組織を強化し一丸となって事に当たらねばならない。

医師会への入会促進については、プロジェクトチームを再編し、会員増に努める。

平成 23 年度は山口国体が開催されるが、それを支援すべく、オフィシャルサポーターとして全面的に協力を行う。協賛金については、平成 22 年度は 150 万円、平成 23 年度は 350 万円の予定としている。

広報

広報は医師会の主義主張を多くの人たちに理解してもらう最も重要な手段であり、より一層の充実を図る。対外広報については、県民に医療の現状を伝え、医師会の活動内容を理解してもらえよう引き続き努力する。対内広報においては医師会報の読者アンケートを昨年度行い、回答数は少なかったが貴重な意見をいただいたので、今後活かしていきたい。

情報

いち早く情報を得るべく IT 化を推進する。IT 化の結果が、県民の利益になるよう、常に考えながら行う。レセプトオンライン化であるが、主張してきた手挙げ方式は結局認められず、費用は医療機関が負担するというかたちになった。今後診療報酬などの手当の面で粘り強く要求していく。

保険

今回の診療報酬改定の影響は日医の緊急レセプト調査等の結果により適切に対応していく。医療保険においては、本年度の診療報酬改定の内容を周知徹底し、疑義についての意見を集めるべく、郡市医師会に出向いていく。介護保険については、政権交代を受けて療養病床再編に関する政策の変更について、政府の動きを注視し、県行政と協議していく。2 年後に医療保険と介護保険の同時改定があるが、情報収集を密にし、提供していく。

生涯教育

今年度より、新「日本医師会生涯教育制度」がスタートする。いろいろな問題が指摘されており、詳細なことがまだ伝わっていないところもあるが、方向性は間違っていないと思う。その制度を理解し、無難にスタートさせ、軌道に乗せるこ

とが重要と考える。カリキュラムコードを意識したテーマ選択も必要であり、個人の情報記録管理をどうするかも対応していく。

勤務医・女性医師

今年度も勤務医の立場に立って事業を展開していく。山口大学、各病院、県医師会、県行政と情報共有し、連携を深める。今年度からは山口県医師臨床研修推進センターを設置するが、地域医療再生基金を活用し、若手医師の県内定着を目的としたもので、今年度の新規事業である。女性医師については、組織強化を掲げ、女性医師部会の設立など都市医師会とのネットワーク作り、県内医療機関の女性医師ネットワーク作り、育児支援、女子医学生・若い女性医師へのサポート、就労環境改善・復職支援を継続して行う。

医事法制

医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案は、民主党を中心とした連立政権誕生で、法制化は無理となった。民主党案の「医療の納得・安全促進法」はわれわれが求めている新しい死因究明制度になり得るか、今後の推移をみていく必要がある。医療安全対策においては、医療メディエーターの育成講習において、4 月 29 日に日本メディエーター協会の中国支部が設立されるので、医師会としても積極的にかかわっていく。

地域医療・福祉

地域の医療提供体制のレベルは地域それぞれの事情で異なる。そのためにも各医師会から実情をよく聞きながら、事業を展開していく。地域医療においては、4 疾病 5 事業の推進を図る。構築できていない郡市もあり、ばらつきがあるので、協議会や委員会を通して地域の事情に即した体制となるよう、運用強化を行う。救急・災害医療については、小児電話相談事業はそれなりに成果をあげており、さらなる充実を図る。AED、ACLS の講習会は引き続き行う。地域福祉については、障害者福祉、高齢者福祉、児童母子福祉など広範囲であるので、地域保健と連携して対応する。

地域保健

従来から「人の生涯を通じての保健」という観点で、妊産婦・乳幼児保健、学校保健、成人・高齢者保健、産業保健の 4 部門について事業を継続してきた。4 部門を個々ではなく一つの流れとして、平成 22 年度の事業を推進していく。妊産婦・乳幼児保健については、任意予防接種（HIV、肺炎球菌、HPV 等）の費用の助成について、行政への働きかけをする。学校保健においては、本年度は中国四国学校保健担当理事連絡会議と中国地区学校医大会、第 43 回若年者心疾患対策協議会総会を当県が引き受けて開催するため、県内の学校医や学校保健関係者の参加協力を呼びかける。成人高齢者保健においては、山口国体を全面的に支援していく。産業保健では、山口県地域産業保健センター事業の業務を引き受けることになり、これに関してはいろいろな問題があるが、山口労働局や当会もその都度対応して解決していくスタンスである。

医業

医療廃棄物については、電子マニフェストの普及促進に取り組む。医療従事者確保対策については、現在、医師会立養成所を卒業した（准）看護師の 9 割以上が県内に就職しており、今後もこの状態を維持し、地域医療を守るためにも、その存続のために努力していく。

…詳細は当会報 522 頁参照。

議案第 2 号 平成 22 年度山口県医師会予算について

田村理事 収入、支出の総額は、それぞれ 6 億 3,076 万 1 千円であり、対前年度比 4,785 万 7 千円の増となっている。

まず、収入面であるが、会費収入・入会金収入はここ数年の実績に基づいて計上した結果、減額となっている。

その他の収入においては、国庫補助金、県費補助金等主要な収入財源について、昨年を上回る額が確保されている。



支出面では毎年度の事務、事業の増加をみながらも効率化を図りながら運営し、これにかかる予算は十分確保されている。必要経費の見直しで支出が抑えられ、ほぼ例年通りの規模で予算の確保ができていると考える。

収入の部

大科目Ⅰの会費及び入会金収入は 2 億 7,562 万 6 千円、前年度に対して 674 万 7 千円、2.4% の減となっている。予算積算に用いた会員数は 2,754 人で、これを前年度と比較すると第一号会員 10 名の減、第二号会員 34 名の増、第三号会員は 60 名の減となり、会員数は前年度より 36 名減となる。会費収入は前年度よりも 0.7% の減額となっている。また、当期収入総額に対する会費収入の割合は約 52.6% となっている。

入会金収入では、前年度の納入実績を勘案して、1,500 万円を見込んでいる。

大科目Ⅱの補助金等収入については 1 億 6,028 万 5 千円で前年度より 4,426 万 3 千円の増となっている。

補助金収入は 3,204 万 2 千円となっている。

委託費収入は 1 億 2,784 万 3 千円で前年度より 4,405 万 3 千円の増額となっている。これは、山口県医師臨床研修推進センター運営事業、地域産業保健センター事業を受託したためである。

大科目Ⅲの雑収入は 3,532 万円で、対前年比 100 万円の減を計上している。

大科目Ⅳの特定預金取崩収入は 2,453 万円となっている。役員・職員退職による退職金引当預金を取り崩すためと、本年 4 月 1 日で 70 歳を迎えられる第一号会員への会館建設拠出金返還のために財政調整積立預金を取り崩し、収入に計上している。

以上の結果、当期収入合計が 4 億 9,576 万 1 千円で、前年度繰越金 1 億 3,500 万円を加えて、収入合計は 6 億 3,076 万 1 千円となっている。

支出の部

大科目Ⅰの事業費は、山口県医師臨床研修推進センター運営事業等の受託等により、2 億 9,476 万 2 千円、対前年比 7,221 万 8 千円、32.5% の増となっている。

1 の組織は、2,570 万 8 千円で、主な内訳は、表彰関係、緊急課題に対するプロジェクトチーム設置、都市医師会との連携強化、中国四国医師会連合関係の経費、新公益法人制度移行検討事業、社会貢献事業、平成 23 年に開催される山口国体への協賛金等の経費を計上している。特に山口国体については、オフィシャルサポーターとして大会の成功に向けて積極的に支援していくことにしている。

2 の広報であるが、広報全体は 2,760 万 4 千円で、広報活動では対外広報等の経費、会報では会報編集発行等の経費を計上、花粉情報は、花粉飛散測定の実施機関に対する諸経費及び測定講習会等を計上している。

3 の情報は、263 万 7 千円を計上している。会員とのネットワーク化の促進等のためのインターネット関連、レセプトオンライン化などに円滑に対応するための経費を計上している。

4 の保険は 1,481 万 7 千円の計上となっている。医療保険関係では、適正な保険診療の確保を図るための会員指導に要する経費を中心にしている。介護保険関係では、介護保険制度の適正化に向けた諸会議・研修会経費等、労災・自賠責関係では、労災診療の指導等、自賠責医療の適正化を図る自賠責委員会等の経費をそれぞれ計上している。

5 の生涯教育は 1,936 万 8 千円の計上である。県医学会総会、生涯研修セミナーや体験学習の実施、指導医のための教育ワークショップ開催、専門分科会や地域医学会への助成、医学会誌の発行等、学術講演研修事業を中心としている。本年度から山口大学医学会に対し、表彰経費として 50 万円を助成することになっている。

6 の勤務医・女性医師は 4,461 万円で、勤務医部会諸活動に要する経費、女性会員対策は、総会、保育等支援事業を計上している。新規の委託事業として、山口県医師臨床研修推進センター運営事業の経費を計上している。

7 の医事法制は 819 万 7 千円の計上である。医事紛争対策、紛争処理対策、診療情報提供、薬事対策の経費となっている。

8 の地域医療・福祉は 2,628 万 4 千円の計上である。保健医療計画の推進、医療提供体制の充実及び整備・促進、プライマリ・ケアの推進経費を

平成 22 年度山口県医師会予算

平成 22 年 4 月 1 日から平成 23 年 3 月 31 日まで

収入の部		支出の部		(単位:千円)
科 目	予算額	科 目	予算額	
I 会費及び入会金収入	275,626	I 事業費	294,762	
1 会費収入	260,626	1 組 織	25,708	
2 入会金収入	15,000	2 広 報	27,604	
II 補助金等収入	160,285	3 情 報	2,637	
1 補助金収入	32,042	4 保 険	14,817	
2 委託費収入	127,843	5 生涯教育	19,368	
3 寄付金収入	400	6 勤務医・女性医師	44,610	
III 雑 収 入	35,320	7 医事法制	8,197	
1 雑 収 入	35,320	8 地域医療・福祉	26,284	
IV 特定預金取崩収入	24,530	9 地域保健	95,802	
1 役員退職金引当預金取崩収入	14,560	10 医 業	14,135	
2 職員退職給与引当預金取崩収入	969	11 医政対策	1,000	
3 財政調整積立預金取崩収入	9,000	12 公費助成制度協力費交付金	14,600	
4 会館改修積立預金取崩収入	1	II 管 理 費	212,596	
		1 報 酬	30,215	
		2 給料手当	97,653	
		3 福利厚生費	16,308	
		4 旅費交通費	6,000	
		5 会 議 費	17,920	
		6 需 用 費	14,500	
		7 備品購入費	1,000	
		8 会館管理費	15,000	
		9 渉 外 費	5,000	
		10 公課並びに負担金	8,000	
		11 雑 費	1,000	
		III 借入金返済支出	9,000	
		1 会館運営協力金返済支出	9,000	
		IV 特定預金支出	86,600	
		1 役員退職金引当預金支出	16,600	
		2 職員退職給与引当預金支出	10,000	
		3 財政調整積立預金支出	40,000	
		4 会館改修積立預金支出	20,000	
		V 繰入金支出	0	
		1 医師互助会会計繰入金支出	0	
		VI 予 備 費	27,803	
		1 予 備 費	27,803	
当期収入合計	495,761	当期支出合計	630,761	
前期繰越収支差額	135,000			
収入合計	630,761	次期繰越収支差額	0	

計上している。

9 の地域保健は 9,580 万 2 千円を計上している。妊産婦・乳幼児保健、成人・高齢者保健、産業保健の経費、また、学校保健では今年度若心協総会、中国地区学校医大会・中国四国学校保健担当理事連絡会議を山口県が引き受けとなっており、その必要経費を計上している。

国の方針変更により、地域産業保健センター事業を郡市医師会で受託することができなくなったことから、県医師会で受託して実施することとしたため新規として経費を計上している。

10 の医業は 1,413 万 5 千円である。医業経営対策、医療廃棄物対策、医療従事者確保対策、労務対策、医師会共同利用施設対策等の経費である。

11 の医政対策は前年度と同額を計上、12 の公

費助成制度協力費交付金は、郡市医師会へ交付するものである。

大科目Ⅱの管理費は、2 億 1,259 万 6 千円であり、対前年度の 7.1%の減となっている。

1 の報酬は役員報酬・顧問弁護士・顧問会計士の報償金である。役員退職金は 2 名の退職者に支給するものである。

2 の給料手当は事務局職員にかかる人件費と退職職員に支給される退職金である。

3 の福利厚生費は役員・委員等にかかる業務遂行上の傷害保険料や職員の社会保険料の事業主負担分である。会議費は 1,792 万円で、諸会議に要する旅費並びに会議諸費である。

6 の需用費は一般事務経費である。

8 の会館管理費は前年同様に 1,500 万円を計上

している。

10 の公課並びに負担金は固定資産税、消費税のほか各種関係団体に対する会費である。

大科目Ⅲの借入金返済支出は会館運営協力金返済支出として 900 万円を計上している。本年 4 月 1 日で 70 歳を迎えられる第一号会員並びに退会会員に対して拠出金を返済するものである。

大科目Ⅳの特定預金支出は 8,660 万円を計上している。

役員退職金引当・職員退職給与引当・財政調整積立のための預金支出である。会館改修積立預金は減価償却費で、将来の会館改修に備えて積み立てているものである。

大科目Ⅵの予備費は収支見込を調整の結果、2,780 万 3 千円を計上した。

以上、当期支出合計は 6 億 3,076 万 1 千円である。

これで平成 22 年度山口県医師会予算についての説明を終わる。

議案第 3 号 平成 22 年度山口県医師会会費賦課徴収について

田村理事 会費賦課徴収については 1 月 14 日に開催された定款等検討委員会において、審議検討されたところである。平成 19 年度に第一号会員会費は経過措置を設けて定額制に移行することが決定されており、今年度は第四年度であり、その経過措置に基づき、会費の賦課をお願いすることにしている。また、日本医師会会費については、現行どおりとなっている。

議案第 4 号 山口県医師会会費賦課徴収規定の一部改正について

田村理事 日本医師会会費賦課徴収規程の改正により、日本医師会は出産育児を事由として会費の減免を受けることができるようになったことに伴い、本県においても女性医師が出産や育児中においても継続して働き続け、医師会活動に参画できるように、出産育児により会費納入が困難なものに対しては、会費を減免することができることとし、山口県医師会会費賦課徴収規程第 3 条の会費を減免することができる事由に「出産育児」を追加した。

議案第 5 号 平成 22 年度山口県医師会入会金について

田村理事 平成 22 年度山口県医師会入会金については、前年度と同様の内容となっている。

議案第 6 号 代議員会議決権限の委任について

杉山専務理事 収支予算の決定は、定款第 29 条の規程により代議員会の権限であるが、「会費の増徴を伴わない予算の補正」については経理規程第 19 条の規定により従来どおり理事会の権限に委任していただき、これを専決処分により処理させていただこうとするものである。ご承認のほどよろしく申し上げる。

質疑応答・要望

1-1 「地域医療貢献加算」について

砂川 功議員（小野田市） 今回の診療報酬改定の



小野田市
砂川 功議員

の「地域医療貢献加算」について、この新設加算は病院勤務医の負担軽減を目的とするとのことだが、この考え方は間違っている。今までの開業医が、これで寿命を短くもし、年齢も高齢化して対応ができなくな

たことなどから、私ども地元医師会が中心になって休日・夜間急患診療所などの互助組織を各地で開設してきているのが現状である。そして、病院時間外の初期救急を軽減するために、率先して休日・夜間急患診療所での初期救急を担当し、また、救急電話相談事業などにも参加している。そのような努力をしている中での今回の「地域医療貢献加算」の新設である。

この地域医療を個人の負担を負わせることで、雀の涙程度の点数（3 点）を付けるこの施策に大変な怒りを禁じえない。また、名称も、「時間外電話対応加算」ではなく「地域医療貢献」という言葉を使っている。これを行っていないクリニックは「地域医療に貢献していない」ということを言っているのか。われわれは夜もいとわず、医の倫理に基づき懸命に地域医療に貢献している。このような医師にこそ、もっと高点数の別の名の誰

もが納得する点数を付けるべきだと思う。少し前からの一連の「開業医も時間外診療を診療所個人でもっとせよ。点数を付けるから」（時間外診療加算）の施策の延長だとは思う。この問題は医療体制の根本的問題に係わってくる問題であり、県医師会の今後の対応を伺う。

1-2 「地域医療貢献加算」について

前濱修爾議員（柳井） 地域医療貢献加算の理不尽さについてはご存知の通りだが、むしろこの加算については、厚労省も 3 分の 1 程度が加算をとるだろうと予想している。しかし柳井医師会で先日の算定締切後のアンケート調査を行ったが、34 医療機関中 6 件しか申請していない状況である（割合 17.6%）。こういう加算については、初めから疑義解釈をいろいろこね回して、どうすれば加算できるかを検討するのではなく、最初から医師会として返上していくことが重要ではないかと思う。原中日医会長が「戦う医師会」を表明している。ぜひとも、この理不尽な加算を日医レベルで戦うツールとして用いてもらいたい。



柳 井
前濱修爾議員

萬常任理事 この名称及び算定要件に対しての怒りは、診療所医師全員が共有していると思う。この加算は、診療所の再診料を下げることに見返りとして、厚労省事務局が「かかりつけ医加算」として提案し、最終的に「地域医療貢献加算」となったものである。日医での改定説明会では、「再診料を下げられたことへの見返りなので積極的に算定するように」とのことでした。ところが厚労省は外来に対する予算がないため、算定要件を理不尽なものとし、算定する気力を削いでいるし、かつ算定する医療機関を絞るため、申請しても受理を厳しくするよう指令しているかのように思う。したがって、この加算



に対しての闘争方法は二つあると思う。一つは前濱議員の言われるように「返上する方法」であるが、これは厚労省の作戦通りとなってしまう可能性がある。二つ目は砂川議員の言われる「名称変更」及び「算定要件を常識的なものに変更させること」、あるいは「点数アップ」させることである。県医師会としては名称を砂川議員のいわれる「時間外電話対応加算」あるいは「時間外医療対応加算」に変更させ、かつ算定要件を変更させることを方針とし、5 月 29 日に開催される中国四国医師会連合総会・分科会に日医への要望として提案する予定としている。

もし、厚労省が算定要件は 24 時間 365 日の対応が必要と言いつけるなら、医師会は、前濱議員の言われるとおり、日本医師会主導のもと、抗議表明するべきと考える。

砂川 功議員（小野田市） 今のご答弁、力強く感じている。これからいろいろな段階でこの問題を取りあげていただき、前濱議員の言われるごとく、最終的にはなくしていく（認めない）方針でやっていただきたい。

前濱修爾議員（柳井） 過激にも一切時間外対応はしないということをツールとして、日医をあげて戦ってみてはどうだろうか。また 3 分の 2 以上とらない加算は、おそらく日医全会員の賛同は得られないと思い提案したが、力強い回答で勇気付けられた。

質問 2 医療機関からの「明細書」発行について

清水 暢議員（防 府） デジタル請求の医療機関には明細書発行が義務付けられ、診療所の義務化期限は 7 月 1 日ではあるが、既に明細書の交付を開始した医療機関も多い。また、明細書を不必要とする患者が大半なのも現実である。そもそも医療機関には医療費の内容・制度を説明する義務はなく、明細書の発行義務化は、医療機関に「特



防 府
清水 暢議員

殊な感情」をもつ中医協の一部委員の偏向した主張に、支払側の「医療の透明化」に繋がるとの大義名分で導入されたに過ぎない。医療現場の事務負担及び経費の増加、個人情報漏洩、望まれない病名告知等の問題が発生する可能性が大きい。医療機関窓口では医療費の内容説明を希望された場合、拒絶することは難しく、通常業務以外に時間を取られる可能性もあり、また、トラブルの元とも成りかねない。

日医による診療報酬改定「Q&A」(その 1)の中に、以下の設問と回答がある。

Q. 検査名や薬剤名から疾患名が判明するが、例えば、がん患者に告知する前、あるいは家族から本人に告知しないように言われている場合も発行義務があるのか。

A. 明細書の交付により、療養の継続に支障が生じると判断される場合や患者に精神的な損害が生じると判断される場合には、明細書を交付する義務はない。

厚生省提示の院内掲示のサンプルには「…使用した薬剤や検査の名称が記載されており、その点、御理解頂き、希望されない場合は…」となっており、「その点、御理解頂き」というフレーズが挿入されている。これは、トラブルが起こった際の責任の所在を、患者本人や医療機関へ帰そうと意図するものであり、発生したトラブルの全責任は、あくまで行政が一方的に負うべきと考える。

また、設問にある「…療養の継続に支障が生じ、患者に精神的な損害が生じると判断される場合」とは、がん診療以外にもいくらかでも起こる可能性があり、何より療養担当規則に規定されたものであれば、医療機関は自己負担金が発生するすべての患者に、明細書を発行しなければならないはずである。この回答では、医療機関が明細書発行の適否を決めてよいことになる。これはこれでトラブルの元となる。

明細書発行に伴う問題は多々あり、最低限、義務化の撤廃(希望者のみとする)を何より要望するとともに、明細書発行により患者と医療機関の関係に問題が生じた場合の責任は、すべて行政が負うことを確約させるべきと考える。この点の考えを伺う。

萬常任理事 (右頁の「院内掲示例」を参考に) 明細書発行についてはご指摘のとおりであり、当該明細書発行については、費用対効果等の検証がされていない。領収証だけならともかく、患者によっては、毎回内容にあまり変化のない「医療費明細書」の紙の印刷が必要となり、全国規模で考えると地球環境的にも悪いと思っている。各医療機関は患者の意向を確認の上、積極的に「発行の必要なし」の処理をされてよいと考える。今後については、例えば入院の場合や外来でも一部負担金が一定の額を超える場合等に限定して発行する方法が望ましいと考えている。県医師会としては、近々、この問題のアンケートを実施し、必要性の実態検証を行った上、今後の具体的対応をしたい。

療養担当規則に明細書発行義務化が載っているので、避けて通れないものである。おそらく個別指導のときにも「明細書を発行しているか」という質問があると思う。問題は厚生労働省の院内掲示文であり、それは明細書発行を不要といわれたときにのみ、発行義務がないと述べていることである。したがって当会は院内掲示例を少し変えている。当会が示す院内掲示例では、「患者の希望を最優先」にしていることは、出してほしい場合やそうでない場合もどちらでもとれるということである。だから窓口においては、患者が希望する場合にのみ発行すればよいと判断してよい。もしこの院内掲示例に対して行政がもの申してきた場合は、「患者が不要であれば不要として読める」という解釈で対応できる。この院内掲示例の了解を得られれば、モデル案として郡市医師会を通して医療機関に届けたい。こうすることで、明細書に関するトラブルが減少できると考えている。しかし行政にすべて責任を取らせることについては、今後の検討課題と考えている。

清水 暢議員(防府) マスコミ対策がある。この件に関しては、中医協の一委員がマスコミをバックにしたの恣意的な議論により決まった背景があり、いわば暴力反対の議論には誰も反対できないという、同じような感じで議論が始まった経緯がある。できれば医療の実態はそうではないということを日医に挙げてもらい、マスコミの中で

やっていただきたい。

萬常任理事 中医協の委員長は明細書発行が通ったことについて、むしろ驚いていて、医療委員の努力に感謝するとのこと。感謝されるようなことではないが、なるべくこの件については、日医を通して今後不要であること、そのためにアンケートを利用したいし、明細書発行については前回の 5 分間ルールのように撤廃に向けてがんばりたい。

一保田議長、件の院内掲示例を医療機関に送るか否かで、賛同の挙手を求める。執行部の一任とする。

院内掲示例

平成 年 月

〇〇病院 (医院)

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成 22 年 4 月 1 日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することとしております。

ただし、患者さんからのご意見として、例外なく全て紙の明細書を発行することは、大切な森林資源の消失となり、地球環境に悪影響を及ぼすとのことがあること。また、明細書の発行については、病名告知や患者のプライバシーに配慮するよう行政通知も出されております。

以上の理由から、明細書の発行については、患者さんの希望を最優先にしたいと思いますので、会計窓口にお申し出ください。

院長

質問 3 予防接種予診票について

吉野文雄議員 (山口市) 市町村長は、予防接種を行う場合には、予防接種法施行令第 6 条により予防接種の対象者又はその保護者に対して、あらかじめ予防接種を受けるに当たって注意すべき事項その他必要な事項を周知しなければならないとされている。さらに、その方法については、



山口市
吉野文雄議員

予防接種ガイドラインでは、やむをえない事情がある場合を除き個別通知とし、確実な周知に努めることと書かれている。

しかしながら、大半の被接種者は十分な情報を知らされることなく、医療機関を訪れ、説明書にあわただしく目を通し、医師も検証不十分のまま医師記入欄にサインしている。

広域予防接種、季節性インフルエンザ、そして今回の新型インフルエンザ予防接種予診票の医師記入欄には、本人又は保護者に予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明したと書かれてあり、それにサインした医師が責任をとらされている。

このような状況になっているのは、多忙な医療機関の予防接種の現場を知らないか、もしくは理解しない委員や厚労省により予診票が改定されたからだと思われる。医療現場の実情に則した予防接種予診票の改定を強く求める。県医の予診票に対する意見と今後の対応を伺う。

濱本常任理事 特に広域の

定期の予防接種についての質問だが、ご指摘のように医師の記入欄に「本人又は保護者に予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました」と書かれてあり、医師のサイン欄がある。実際に接種現場で医師が上記のように詳細に説明を行うことは難しいと考えられる。



予診票の質問事項の一番上にある「今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか」という質問事項がある。この冊子には、予防接種の概要、予防接種の効果と副反応、接種に関する注意事項、予防接種健康被害救済制度などについて記載がある。これを読んでいて、回答欄に「はい」とあれば必要な事項に関して理解していると判断できる。そして、最後の項に「今日の予防接種について質問がありますか」とあり、「ない」とあれば、保護者が予防接種について必要な事項を理解していると再確認できる。

たしかに「定期の予防接種実施要領」の第 3 項である「予防接種に関する周知」に、予防接種

の概要、予防接種の効果と副反応、接種に関する注意事項等について、十分な周知を図ることと記載されているように、本来は前もって周知しておくべき内容である。医師の記入欄に「本人又は保護者に予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました」という文章が挿入されたことは、「予防接種の周知」にかかる不備の責任を接種医に押し付けただけだと思う。

改善すべき内容とすれば、最後の質問事項を例えば「市町村から配布されている説明書を読んで、今日受ける予防接種の効果と副反応、副反応が起こった場合の対応について理解できましたか」に変更することが一つの案と考えている。いずれにしても、市町との予防接種合同協議会で検討すべき課題であり、その場でご意見を伺い協議したい。

吉野文雄議員（山口市） 今回の質問は、新型インフルエンザの予防接種をしながら思ったことである。定期予防接種、インフルエンザ、新型インフルエンザなど、今後そのようなものが出た場合、この文書をそのまま使うはずである。その場合、医師が実績のないワクチンを打たねばならないわけである。それから予防接種健康被害救済制度自体について、少なくとも私は医師記入欄は削除すべきと考える。この制度自体は行政がすべきと考えるので、その文章だけでもなくしてほしい。

砂川 功議員（小野田市） 予防接種には定期予防接種と任意予防接種があり、定期予防接種は国が定期に認めた公費で行う予防接種が対象となっている。事故が起こった場合には、この予防接種健康被害救済制度が適用されるが、任意予防接種の場合は適用されず、薬剤被害（薬の副作用）としての金額の少ない制度が適用される。インフルエンザは 65 歳以上が定期予防接種となっている。法律で定められているので、定期予防接種の予診票は変更することはできない。

吉野文雄議員（山口市） いずれにしても医療実態に則さない予防接種健康被害救済制度の説明を本当に医師ができるのか。これが私の質問の主旨である。医師の負担が軽くなるよう、検討していた

だきたい。

濱本常任理事 任意予防接種は極端に言えば、責任は製薬会社と接種者にあるわけで、問診を作り変えることはできる。定期予防接種については変更することはできない。細かいところは行政と話し合い、県医師会の問診票として出すことはできるので、今後検討する。

吉野文雄議員（山口市） ありがとうございました。

質問 4 新型インフルエンザの総括について

佐々木 薫議員（山口市） 新型インフルエンザワクチンは、建前は各医療機関の注文となっているが、実態は「国の新型インフルエンザ対策」のため、国から配分されたものであり、結果的に残存したワクチンは国の責任で買い取るべきと考える。



山口市

病院・診療所によっては 佐々木 薫議員

大量の在庫を抱えており、有効期限にも限りがあることから、再度、日本医師会や厚生労働省に残存ワクチンの買い取りを強く働きかけていただきたい。

新聞では全国の在庫が 200 万回、価格にすると 29 億円相当と報道されていた。今回の事態を教訓に、来期の予防接種については少なくとも残存ワクチンを国が買い取るかメーカーが引き取るような措置を講じ、今年のような状況にならないような仕組みをつくるよう、日医をはじめ関係機関に働きかけていただきたい。県医の対応と意見を伺う。

濱本常任理事 新型インフルエンザワクチンの在庫については、ご指摘のとおりである。今回の新型インフルエンザの予防接種は国の政策として実施され、協力した現場の医療機関にその責任を負わせるのはおかしいと考える。現場である医療機関は、二転三転する方針のなか、流行を防ぐために懸命に対応してきたところであり、今後このような事態が起きた際には協力しない医療機関が出

てくることも懸念される。

ご存じのように、国によるワクチンの買い取りについては、現在、大阪府、千葉県、東京都、九州など、医師会だけでなく行政からも厚労省へ要望が出されている。国会としても、3月8日に日本医師会へ、3月25日に県知事に対して、国による在庫ワクチンの買い取りの要望書を送っている。しかし、現在のところ、(4月7日の衆議院厚生労働委員会での長妻厚生労働大臣の答弁のとおり) 国での引き取りは難しい状況である。5月29日に開催される中国四国医師会連合総会・分科会で日本医師会に、現在在庫ワクチンのある医療機関が、新しいワクチンを購入する際は、仕入れるワクチンを無料にする(相殺・交換)などの案を提案しようと考えている。引き続き日医、県などを通じて働きかけを行っていく。

ご承知のとおり、来季のインフルエンザワクチンは、新型と季節性A香港型、B型の3タイプのウイルスを対象にする3価ワクチンにすることが予定されている。現在、弱毒性の新型インフルエンザに対応した「新たな臨時接種(仮称)」の導入を盛り込んだ予防接種法改正案が国会に提出されているところである。この内容は、弱毒性の新型インフルエンザの予防接種に対する公的関与やワクチン接種による健康被害救済の給付金額などを規定した「新たな臨時接種(仮称)」を創設して、位置付けている。そこで、来季の3価ワクチンの法的位置付けを考えてみると、65歳以上の方は季節性インフルエンザによる2類疾病の定期(接種)の部分があり、若い方は新たな臨時接種が該当するという、複雑なかたちとなる。今のところ、この具体的な位置付けがはっきりせず、高齢者のみ従来の季節性インフルエンザと同様に市町の事業として予防接種を行っていくのか、国の事業として、すべての人を対象に実施していくのか、すべて任意接種として実施していくのか、今のところ不透明である。よって、ワクチンの供給方法についても、実施方法により異なると思われる。いずれにしても、ご指摘の点については、今回の教訓を活かし、現場である医療機関に混乱や負担が生じないよう、関係機関へ働きかけを行うとともに、事前に協議を行って確認の上、進めていきたい。

4月21日、日本医師会感染症危機管理対策室長の保坂シゲリ日医常任理事より「医療機関における新型インフルエンザワクチン在庫の取扱いについて」の通達があった。内容は「医療機関におけるワクチン在庫は、返品できるよう、要望をいただいているところである。新型ワクチンは返品不可が原則であるとはいえ、今回の在庫については、発生の要因が医療機関側の責に帰するものではなく、日医としては、国がその責を認め、返品が可能となるよう、これまでも政府に対して要望したが、現時点においては実現に至っていない。日医としては、現在全力を傾注して医療機関の在庫の返品を実現すべく努力している。なお返品が認められていない状況にあることから、ワクチン在庫の取扱いについては、在庫の返品の実定あるいは2010年11月シーズンまで、医療機関において適切に保管してほしい。また、2010年11月の季節性インフルエンザワクチンについては、詳細決定次第、連絡する」とのことであった。

佐々木 薫議員(山口市) ありがとうございます。引き続き働きかけをお願いします。

質問 5-1 日本医師会は医療を守ろうとしているのか。医業を守ろうとしているのか。交渉が弱腰に過ぎる。

弘田直樹議員(柳井) 医療崩壊とマスコミが騒ぎ出して久しいが、一向に改善されない。勤務医の過重労働と医師不足を原因とし、一元的に開業医の怠慢として位置付けられている。それに対して、日医も県医も大きく反論や抵抗されないのはいかがなものか。ノイヘレンの適正配置ができなくなったのは、あの新医師臨床研修制度である。それが原因なのに、どうしてそこをはっきり言われない。ノイヘレンを今までどおり医局の中で適正配置すればよかったものかという思いがあると思うのに、なぜ反論されない、どうして黙っておられるか、そこを伺う。



柳 井
弘田直樹議員

それからここには医師を^{いち}一労働者として位置付けるという風潮があることも気付かねばならない。医療の質や医師の質は労働基準法で保たれるものではない。職業意識が必要であると思う。勤務医の労働条件がそんなに劣悪か。われわれ開業医は勤務医から開業医になった。勤務医のしんどい条件をくぐってきた。若い医師に「社会のために 10 年、15 年働け」と、どうしていけないのか。それなのに、どうして人権の話になるのか。個人の権利は社会の安全安寧に優先するものではなく、われわれは社会の安寧のために働いている。「若い医師に働け」と、非常に単純なことをどうして言えない。そこを伺う。一人の若い勤務医が自殺してから、医師も一人の労働者という論議から始まったが、われわれもやってきたことである。そこで一步も二歩もひくことはない。医療を守るためには、われわれがやってきたくらいやれと、どうして言えないのか。地方の医療崩壊の原因を、その地方の開業医の怠慢の責任にする流れをどうして止めないのか。そこを伺う。

また、中医協から日医の役員が締め出された。その挙句が、地域医療貢献加算の問題である。先日、日経メディカルにて、藤原先生がインタビューに答えられた記事を読んだが、がっかりした。どうして中医協委員を締め出されたのか、なぜ抵抗しないのか、そこが弱腰と言いたい。その理由を問う。

最後に今回、民主党に寄る日医会長が選ばれたが、民主党が開業医の利益を本気で守ってくれるわけがない。日医の分断という言葉があるが、まさしくそういう流れになることをわれわれは気付くべきである。今こそ保守の本道を歩むべきと考える。

杉山専務理事

今は過渡期、変革期にあり、医師会は苦悩している。日本医師会はもちろん、各都道府県医師会も各郡市医師会も苦悩していると思う。その一端が先の日医役員選挙に如実に表れた。3 候補が約 3 分の 1 ずつ得票し、その差はごくわずかであった。会長と副会長や常任理事との間にも大きなねじれの結果が出た。



これまで日医も手をこまねいていたわけではない。政府の対応に対して、その都度、反対声明や論評を出したりして、抵抗はしているが、なにせその力が弱いために、敵の上手なイメージ戦略のために、世間や政府に強い影響力を与えることができていなかった。日頃からマスコミも巻き込んだ大戦略が必要かと思う。また、弘田議員が言われた「若い医師はもっと働け」は私も叫んでみたい言葉である。ただ、今の世の中では上手な戦略とは思えない。参議院議員一人でさえ当選させ得なかったこともあるくらいなので、政治的弱体化の責めは日医だけに負わすわけにもいかない。

医師会は、政権交代もありうる時代となった今、自らの弱体化を自覚し、いかにそれを立て直すか、会長選に立候補した 3 候補も代議員も深く考えたことと思う。3 候補とも目的にそう差異はないはずだが、方法論はそれぞれ異なった。特に政治との距離（位置関係）の取り方についてである。そして 3 候補はそれぞれ約 3 分の 1 ずつの支持を得た。

原中会長は指導性も行動力もあるようである。日医で私も事ある毎に主張してきた「日医会長の会員による直接選挙」を 2 年後を視野に検討するとか、日医内に「病院連絡協議会」を設置するなどの動きを原中会長は迅速にとっている。日医の正統性や代表性を高めて、団結を強め、よって外部からの分断圧力にも対抗しようとするものである。選挙で決まった以上、この 2 年間は原中会長に、平時の安全保障たる社会保障・医療の分野で頑張ってもらいたいと思う。協力もしたいと思うし、期待もしている。

しかし私個人としては本来のというか、急時の安全保障や永住外国人の地方参政権の問題など、基本的な国の形を決めることにもなる国政選挙においてはゆずれない価値観もある。この 20 日の日本医師連盟執行委員会においては木下会長も私も、求めて発言をした。結果は民主党単独推薦という事前の新聞の予想が覆った。また話は変わるが、医事新報に載ったのでご覧になった方もおられると思うが、木下会長の「保守王道の医療政策を堂々と進めてほしい」との言葉もあるように、ある意味、弘田議員と思いは同じかもしれない。

最後に、2 月の日医医療政策シンポジウムで、

外務省のラスプーチンと言われたあの佐藤 優氏が「医師会は国民の利益と自らの利益が合致する希有な団体の一つだ」と言った味わい深い言葉をあげておきたい。まず国民のためになり、かつそれが自らのためにもなりうるような政策を考え、打ち出して国民とともに闘えば、政府も動かざるを得ないと思う。それこそ強い強い医師会になれると私は思う。

弘田直樹議員（柳井） 先日新聞に、日本医師連盟執行委員会で原中日医連委員長が西島議員を推薦しないようにしていたが失敗、その後のコメントで「これで小沢一郎に会えなくなった」と言ったとあった。これは恐ろしいことで、期待されることは自由であるが、気をつけねばならない。寄っていけば蹴られる。とにかく足元を固めるならばしっかり固め、言いたいことをいい、中医協にもう一度入れてもらうなど、具体的な要求を具体的に通していく態度が必要である。「…いいました」ではだめである。

杉山専務理事 今度の参議院議員選挙は非常に重要な選挙である。原中日医連委員長のコメントは新聞の脚色もある。「小沢一郎のところにもって行けない」とは言っていない（内容はそうかもしれないが）。原中会長はざっくばらんで行動力のある人であるが、バックグラウンドの民主党に肩入れせず、医師会は堂々と医療政策や福祉政策を淡々と訴えればよいと考える。20 日の日医連執行委員会は会員の意見を聞くべく、一度議論を持ち帰り、再度協議することになった。原中委員長は西島議員は下ろさないと表明した。原中委員長は一人しか推薦はいけないだろうと言っていたが、2 人を推薦して民主党にも顔は立てるという

予想を私はしている。

質問 5-2 山口県医師会の覚悟やいかに

弘田直樹議員（柳井） 日医の弱腰に対して県医はどう対応しているのか。代議員会で聞く答え、あるいは各担当理事協議会で聞く回答の多くは「日医に挙げる」というものであるが、挙げて結果はどうなっているのか。山口県医師会としての意見具申、あるいは諫言の類はなされているのか。地方医師会が集まって日医を動かすという熱さはないのか。

象徴的に覚えていることに、新医師臨床研修制度について質問した時に、日医で尋ねても東京の役員たちはこの制度で不便していないものだから真剣に討論しないと、お手上げのような返答をもらったことがある。東京に媚びていて、東京（大都会）の恣意を許して田舎の医療が守れるのか。地方の医療崩壊をその地の開業医の怠慢に起因しようとする流れに唯々諾々と乗っけていいのか。どうして具体的に反対行動を起こさないのか。

杉山専務理事 われわれの皆さんに対する（活動の）広報が十分でなかったのかもしれない。「力不足、結果を出せ、不十分」と言われるかもしれないが、われわれも日医に対し、それなりに頑張って交渉をしている。

例えば、この 20 日の日医連執行委員会でもがんばってきた。結果は当初の新聞予想が覆った。最近の日医の会議はどれも熱いし、かつ結果が動くこともある。また私の例で言えば、日医の定款諸規程等検討委員会や 3 月 27 日の岡山での 3 候補立合演説会等で、日医会長直接選挙導入やキャビネット選挙廃止を強く主張し、時代の流れの結果でもあるが、長年言っても変わらなかったキャビネット選挙が、今回はまがりなりにも崩れた。また会長直接選挙も原中会長が導入を強く意図している状況になった。また別の例で、この 4 月から新しい日医生涯教育制度が導入されるが、3 月 18 日の都市生涯教育担当理事協議会で産業医学研修手帳のようなものを作ったらとの意見があり、5 月の中国四国医師会連合総会・分科会で日医へ強く要望するよ



う、手ぐすね引いて待っているところである。

また後期高齢者診療料に対しても、すぐさま反対を表明し、實際上ほとんど、なきに等しい状況に追い込んだ。外来管理加算の 5 分ルールも今年度からは廃止となっている。以上のように、各役員もそれぞれに頑張っている。だが交渉の具体的やりとりなどが、皆さんへ広報周知が十分されていなかったきらいがあるかもしれないので、反省したい。

また今回、山口労災病院の加藤智栄外科部長に、勤務医を代表するべく、日医代議員になっていただいたように、日医代議員は県の役員に限定されているわけではない。日医へ直接もの申したい方は、日医代議員として立候補する選択もある。郡市役員との併任も特別問題ないし、他県にはそういう日医代議員もいる。よい機会なので、このことをお知らせする。

さて、秋の代議員会での砂川議員の質問に、医師会の三層構造に関し、各医師会是对等であるとお答えした。今回は、機能単位たる郡市医師会と政府対応をする日本医師会は確実に存在意義があるが、県医師会は道州制ではないが、一番存在価値が薄いのかとさえ思っていることを指摘しておきたい。だから中間介在組織としてがんばらねばならない。

ひどく足を引っ張って、日医を弱体化させてはいけぬとの配慮はもっているが、決して日医に媚びるようなことはしてはいないし、する必要もない。山口県医師会は山口県の状況を十分に考え、山口県民と会員のために、これからもともにがんばっていききたい。

最後に、医師会は郡市医師会が機能単位であり、基本である。ここが活力なくては医師会全体が沈んでしまう。県医もがんばるが、それ以上に皆さんにもがんばっていただきたい。ともに県民・国民のために、大いにがんばってまいりましょう。

(会場内拍手)

採決

保田議長、採決に入る。議案第 1 号、第 2 号、第 3 号、第 4 号、第 5 号、第 6 号について、賛成の議員の挙手を求め、挙手全員により可決された。

閉会挨拶

木下会長 本日の代議員会では、報告事項、承認事項、議決事項を上程したところ、慎重審議の上、すべてご承認いただき、誠にありがとうございます。また 7 つの質問と要望があり、活発な議論を交えることができ、大変意義深く、満足しているところです。弘田議員のご意見については、私自身も全く同じ考えであります。

われわれ執行部も 2 期目になりますが、1 期目の事業活動を引き続き継続し、さらに充実したものに展開していく覚悟でございます。われわれ執行部の会務運営、事業活動推進のためにも、代議員先生方の力強い後押しが必要です。こういうご時勢であります。山口県医師会においては丸丸となって、県民の医療と健康に寄与するために、がんばっていかうと思いますので、どうかよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。



傍聴印象記

広報委員 加藤 智 栄

医師会は変わりつつある

以前に小野田市医師会の学術担当理事をしていたことがあるが、山口県医師会との係わりはほとんどなかった。昨年 11 月、県医師会の広報委員を拝命した縁で、今回初めて県の代議員会に席をおいた。15 時に始まった今大会の参加者は代議員総数 64 に対し、60 名であった。

開会の宣言が、岩国市選出の保田議長の落ち着いた声で発せられ、今村山口県健康福祉部長がご臨席されていることが紹介された。元気のいい木下会長の挨拶があり、昨年度の県医師会活動と 22 年度の重点活動の概要が述べられた。今村部長が二井県知事の挨拶を代読された。知事は日頃の医師会の医療行政、県政全般にわたる協力、地域医療での貢献に感謝の意を表し、住み良さナンバーワンの県にするためのさまざまな取り組みを紹介され、山口国体を成功に導く協力をしてほしいと述べられた。

次いで、報告事項、承認事項の説明が会長、杉山専務理事及び吉本副会長からなされた。日本医師会代議員会の報告は杉山専務理事のよく通る声で簡潔になされた。役員選挙は従来のキャビネット制でなく、会長、副会長、常任理事、理事などの選出がおのおの別個になされ、その結果、原中会長が推薦した副会長や常任理事がそのまま選出されず、森氏や唐澤氏らの推薦した人たちが多く選ばれることとなったが、一旦決まった以上、一致協力して強い医師会を作っていくことで意思統一がなされたと報告。

吉本副会長による 21 年度事業報告の前に物故会員に対する黙祷があり、その後非常に多岐にわたる医師会の事業が報告された。医師会活動が広い範囲にわたり、社会に貢献していることを知らない勤務医は多く、マスコミの作り上げた開業医中心の利益集団とみなされている医師会像を壊していく努力が開業医にも勤務医にも必要と思われた。22 年度の事業計画、予算について小田副会長、田村理事から説明がなされ、承認された。

代議員の質問では、地域医療貢献加算について、小野田市医師会の砂川議員と柳井医師会の前濱議

員からなされ、萬常任理事が答弁。休日夜間急患診療所での地元医師会の活動を評価せず、実態は時間外電話対応加算であるのに地域医療貢献加算の美名のもとに、これに参加しない個人開業医が不誠実であるかの印象を与え、診療点数をたった 3 点しかつけないことに砂川議員は怒り、前濱議員は加算を取らないだけでなく返上すべきだと主張した。もっともな主張である。医療機関からの明細書発行について、防府医師会の清水議員が質問し、萬常任理事が答えた。行政の画一的な対応には辟易することが多いが、義務化に伴う不都合には行政もきちんと対処してもらいたいものである。予防接種予診票について、山口市医師会の吉野議員から質問があり、新型インフルエンザの総括については山口市医師会の佐々木議員が質問し、どちらも濱本常任理事が答えた。日本のワクチン行政は遅れているそうであるが、ここでも責任の所在がはっきりせず、責任を取るべきところが責任を取らず逃げているために現場が困っているのだと思った。柳井医師会の弘田議員からは日本医師会の弱腰すぎる対応への不満と日医を動かしていく山口県医師会の覚悟についての質問があり、大いに盛り上がった。杉山専務理事の熱弁も光った。開業医の多くはかつて勤務医であり、自分が勤務医であった当時の状態から今の勤務医の状態を推測する。しかし、開業医を経験したことがなく長く勤務医を続けている私の目から見ると昔の勤務医の方が今の勤務医よりも周りの環境が良かったと思う。働く時間は昔の方が長かったかもしれないが、理不尽なことに悩まされることは圧倒的に少なかった。勤務医は開業医を経験したことはなく、紹介された患者さんを通して遥か彼方に開業医がいるように思っている。大学病院で外来を担当してない医師が開業医と係わることがどれほどあるのだろうか。開業医も勤務医もお互いを無視し、離れた存在であるのではなく、対立分断されることなく、日本の医療を良くするようお互いに歩み寄らなければならない。医師会は変わらなければならないし、変わりつつある。

事業報告

庶務

1 会員数（平成 21 年 12 月 1 日現在）

	平成 21 年度	平成 20 年度	増減 (△)
第一号会員	1,325	1,335	△ 10
第二号会員	942	908	34
第三号会員	487	547	△ 60
計	2,754	2,790	△ 36

郡市医師会別会員数

郡市医師会	第一号会員	第二号会員	第三号会員	計
大島郡	9	25	0	34 (34)
玖珂郡	26	31	3	60 (57)
熊毛郡	17	5	1	23 (23)
吉南	52	38	5	95 (97)
厚狭郡	22	3	2	27 (28)
美祢郡	7	11	0	18 (18)
下関市	292	162	69	523 (524)
宇部市	183	102	33	318 (324)
山口市	111	96	27	234 (238)
萩市	46	36	4	86 (89)
徳山	134	135	17	286 (252)
防府	113	80	27	220 (228)
下松	52	22	5	79 (80)
岩国市	92	53	15	160 (163)
小野田市	46	28	2	76 (78)
光市	36	49	1	86 (89)
柳井	42	39	7	88 (89)
長門市	35	24	5	64 (60)
美祢市	10	3	1	14 (14)
山口大学	0	0	263	263 (305)
計	1,325	942	487	2,754 (2,790)

() は平成 20 年度

2 物故会員

平成 21 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までに 35 名の会員が亡くなりました。

3 代議員数

大島郡	1	宇部市	7	小野田市	2
玖珂郡	2	山口市	5	光市	2
熊毛郡	1	萩市	2	柳井	2
吉南	2	徳山	5	長門市	2
厚狭郡	1	防府	5	美祢市	1
美祢郡	1	下松	2	山口大学	5
下関市	11	岩国市	4	計	63 名

4 総会

第 63 回総会

平成 21 年 6 月 14 日 (日)

周南市：周南市文化会館

〔議 事〕

I 平成 19 年度山口県医師会決算報告

II 平成 20 年度事業報告

III 代議員会議決事項報告 (第 160・161 回)

5 代議員会

第 161 回定例代議員会

平成 21 年 4 月 23 日 (木) 山口県医師会館

報告事項

報告第 1 号 日本医師会代議員会の報告について

承認事項

承認第 1 号 平成 20 年度山口県医師会事業報告について

議決事項

議案第 1 号 山口大学医師会の推薦する理事の選任について

議案第 2 号 平成 21 年度山口県医師会事業計画について

議案第 3 号 平成 21 年度山口県医師会予算について

議案第 4 号 平成 21 年度山口県医師会会費賦課徴収について

議案第 5 号 山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正について

議案第 6 号 平成 21 年度山口県医師会入会金について

議案第 7 号 山口県医師会協力貯蓄運営規則の廃止について

議案第 8 号 代議員会議決権限の委任について

第 162 回定例代議員会

平成 21 年 10 月 29 日（木） 山口県医師会館

報告事項

報告第 1 号 日本医師会代議員会の報告について

報告第 2 号 平成 21 年度山口県医師会上半期の事業報告について

承認事項

承認第 1 号 平成 20 年度山口県医師会決算について

第 163 回代議員会

平成 22 年 2 月 18 日（木） 山口県医師会館

役員等選挙**議決事項**

議案第 1 号 山口大学医師会の推薦する理事の選任について

6 理事会

4 月 2 日、4 月 16 日、5 月 7 日、5 月 21 日、6 月 4 日、6 月 18 日、7 月 2 日、7 月 16 日、8 月 6 日、9 月 3 日、9 月 17 日、10 月 1 日、10 月 15 日、11 月 5 日、11 月 26 日、12 月 3 日、12 月 24 日、1 月 7 日、1 月 21 日、2 月 4 日、2 月 18 日、3 月 4 日、3 月 18 日

7 常任理事会

4 月 3 日、4 月 23 日、5 月 14 日、5 月 28 日、6 月 25 日、7 月 30 日、9 月 24 日、10 月 29 日、12 月 3 日、1 月 14 日、2 月 18 日、3 月 11 日

8 監事会

9 月 3 日に開催し、平成 20 年度の決算状況及び業務執行状況について詳細に監査を受けた。

I 組 織

杉山専務理事

田村理事

柴山理事

9 月に政権交代という大変化が起こり、医師会のみならず日本全国いたる所で、その影響が出つつある。

このような中、山口県医師会は県民の健康と医療のニーズに応えるべく、会内外と密接に連携をとりつつ組織運営を行ってきた。

対内的には勤務医問題の重要性に鑑み、勤務医代表を日医代議員にすべく勤務医の日医への入会依頼に会長自ら病院訪問を行った。結果は代議員数増ほどの日医新会員増には達しなかったが、先取的に平成 22 年度より代議員 1 名を勤務医枠とすると決定した。

対外的には新年互礼会をはじめとした医療関係諸団体との関係を維持・発展するとともに、県民を意識したマスコミとの関係をさらに深めるよう努めた。

1 表彰

(1) 医学医術に対する研究による功労者表彰

2 名

(2) 医事・衛生に関しての地域社会に対する功労者表彰 3 名

(3) 長寿会員表彰 18 名

(4) 役員・代議員・予備代議員・郡市医師会長通算 10 年以上の表彰 1 名

(5) 退任役員感謝状贈呈 1 名

2 定款等検討委員会 1 月 14 日**3 新公益法人制度移行検討事業**

第 3 回都道府県医師会「公益法人改革」担当理事連絡協議会 5 月 28 日

新公益法人制度に関する山口県歯科医師会との情報交換会 6 月 3 日

新公益法人制度説明会 7月23日
日興コーディアル証券主催の公益法人制度改革
セミナー 8月5日
県主催の公益法人制度改革に伴う移行申請説明
会 9月17日
公益法人改革打合せ 10月31日
新公益法人会計基準の検討会 11月7日

4 母体保護法関係

日医家族計画・母体保護法指導者講習会
12月5日
審査委員会
4月16日、5月7日、5月21日、7月2日
新規指定 3人
指定更新 36人
認定研修機関（9施設）の定期報告

5 郡市医師会関係

郡市医師会法人税打合会 5月21日
郡市医師会会長会議 5月28日、6月25日、
7月16日、10月15日
郡市医師会正副会長会議 12月10日
郡市医師会事務連絡協議会 7月3日

6 日医関係

第120回日医定例代議員会・第67回日医定
例総会 3月29日
第121回日医臨時代議員会 10月25日
都道府県医師会会長協議会
6月16日、9月15日、1月19日
日本医師会代議員会財務委員会 1月14日
都道府県医師会事務局長連絡会 2月26日

7 中国四国医師会連合関係

常任委員会 3月28日（東京）、3月29日（東
京）、6月6日（島根）、10月3日（山口）、
10月20日（東京）、3月31日（東京）
中国四国医師会会長会議 6月6日、1月24日
中国四国医師会連合総会 6月6～7日（島根）
中国四国医師会連合連絡会 10月25日（東京）
中国四国医師会事務局長会議 9月11日（島根）

8 会員福祉関係

(1) 会員親睦

山口県医謡会 7月5日
山口県医師会ゴルフ大会 10月12日
山口県ドクターズテニス大会 4月12日、
6月7日、12月6日
山口県医師会囲碁大会 1月31日

(2) 弔慰

規定どおり実施した。

9 会員対策

新規第一号会員研修会 11月1日

10 関係機関連携

健康福祉部との懇談会 4月27日
看護協会との懇談会 2月9日
病院協会との懇談会 2月25日
三師会懇談会 3月19日

Ⅱ 広 報

田中(義)常任理事
河村理事
柴山理事

広報事業は組織の顔であり、組織の主張を展開し、会員間の討論の場ともなる重要なものである。平成 21 年度も対内広報と対外広報の発展に努めた。

対内広報

対内広報では会報をより読みやすく充実することを目標とした。広報委員会を毎月 1 回開催し、誌面の刷新、記事やコーナーの充実を図った。平成 21 年 6 月～8 月には「会報読者アンケート」を実施した結果、会員がどの記事（コーナーを含め）を読んでいるかが窺えた。また、自由意見も多数いただき、今後の紙面づくりに有効な情報となった。

特集としては、7 月 21 日に発生した集中豪雨が、県内全体で 17 名の死者と 25 名の負傷者、多数の家屋や道路等の被害をもたらしたが、この際災害派遣医療チーム（DMAT）が出動要請を受けて現地で活動を行った。今後このような災害が起きたとき、少しでも役立つように、災害救援に携わった会員に活動の経緯、情報の流れ、指令系統、現場への向かい方や実際の活動、問題点などを執筆いただき、即座に掲載した。

また、日本医師会の今村定臣常任理事と木下勝之常任理事にお越しいいただき、それぞれ「有床診療所を巡る動向について」、「民主党政権のもとでも、新しい死因究明制度の法制化を目指さねばならない」と題した講演会と座談会を開催、掲載した。新しいコーナーでは、県内の臨床研修指定病院のベッド数、診療体制、特色、研修体制、宿舎などの紹介記事を掲載する「臨床研修病院紹介コーナー」を新設した。また山口大学医学部の各講座（基盤系講座と展開系講座）の教室紹介コーナーを掲載する「山口大学講座紹介コーナー」もつくり、教室の主な研究テーマや研究体制、人事

体制、教育体制、臨床の体制など、入局案内的な記事を会員に広報した。

会報は月 1 回発行であるが、速報性が求められる情報については、メーリングリストやファックス通信「速報 山口県医師会」を活用した。

ホームページは会員だけでなく県民への情報発信に必須の手段となっている。このため内容をよりわかりやすく、有用な情報を掲載した。特に平成 21 年 5 月から世界的に流行した新型インフルエンザに関する国や県の情報を当会ホームページに掲載、迅速な情報伝達ができた。

対外広報

「県民の健康と医療を考える会」では、平成 22 年 1 月に県民公開講座を予定していたが、インフルエンザ蔓延防止のため、延期とした。

それに代わり、テレビ局とタイアップし、最新のがん医療に関する県民公開講座を平成 22 年 3 月 21 日（日）に行った。

マスコミ関係

山口県報道懇話会との懇談会を開催し、報道関係者との親睦と医療への理解を深めてもらい、連携強化をはかった。その結果、新聞社には県下の地域医療問題に関する記事や特集を新聞に掲載してもらえるようになった。またテレビ局では、ニュース番組内での県下の医療問題を扱うコーナーを引き続き放送してもらうほか、県民への健康情報もシリーズで放送してもらえるようになった。

花粉情報

より正確な花粉情報を県民に提供するため、花粉測定講習会を開催し、その測定精度をより向上させた。当事業の主体となる花粉情報委員会では、

報道の取材に協力して、テレビ、新聞で花粉症対策の特集記事の掲載、特集番組の放送の機会を増やしていくようにした。

1 広報委員会

4 月 2 日、5 月 7 日、6 月 4 日、7 月 2 日、8 月 6 日、9 月 3 日、10 月 1 日、11 月 7 日、12 月 3 日、1 月 9 日、2 月 4 日、3 月 4 日

2 今村定臣日本医師会常任理事の特別講演会と座談会 10 月 29 日

木下勝之日本医師会常任理事の特別講演会と座談会 12 月 10 日

3 tys との打合せ 4 月 9 日

山口県報道懇話会との懇談会 7 月 28 日

県政記者クラブとの懇談会 2 月 17 日

4 歳末放談会 11 月 7 日

5 tys スーパー編集塾 県民公開講座 "がんにかからない、がんを治すために。"「最新の医療を知ろう！」 3 月 21 日

6 県民の健康と医療を考える会関連

世話人会 4 月 15 日

企画委員会 6 月 25 日、11 月 6 日

総会（書面）

山口県老人クラブ連合会との懇談会 3 月 5 日

7 花粉情報委員会 6 月 18 日、9 月 17 日

花粉測定講習会 11 月 29 日

Ⅲ 情 報

田中（義）常任理事

武藤理事

柴山理事

レセプトオンライン請求義務化

今年度は会員に義務化の動きについての適切な情報を伝えるべく、情報収集と情報発信を慎重に行った。

政権交代後、義務化の流れは変わり、省令改正により厚生労働省令第 111 号（2006 年 4 月）で規定されていたレセプトオンライン請求義務化は、「電子媒体での請求も可能」となり、「現在、レセコン未使用（手書き）の病院・診療所は免除となり、引き続き手書きによる請求が可能」などの例外措置（免除・猶予）が認められるようになった。

IT 環境の整備

医療機関、介護福祉施設や保健施設を結ぶネットワークは、ますます重要なものとなっている。高いセキュリティ性能をもつ山口県医療情報ネッ

トワークシステム（通称 Yamame-Net）は山口県の財政難と利用者不足により、県により平成 21 年末で廃止された。当会のホームページサーバはこのシステムの一部を利用していたが、廃止後は同等の性能をもつ新サーバにスムーズに移行することができた。

医療分野における IT 化を推進する上で、会員個人のパソコン操作の基礎技術も必要不可欠なものである。今年度は日医主催のもと、「初級パソコンセミナー」を開催した。

事務局レベルにおいては、日本医師会や関係機関からの通知文書のデジタル化に対応すべく、事務局 LAN の共通ハードディスクの容量を多いものに換え、大量のデジタルデータも保存できるようにした。また業務遂行にあたり、使用しているパソコンは、インターネットに接続している以上、絶えず悪用される可能性もあるという認識を、事

務職員一人ひとりに意識してもらうようにした。

ORCA 推進事業

今年度は日医総研と ORCA（日レセ）取扱業者の協力の下、山口市内で、医師会員だけでなく、実際にレセプトコンピュータを操作している事務職員も対象とした ORCA 体験・研修会を開催した。参加希望医療機関は予想以上に多く、定員の関係上やむをえずお断りした医療機関もあった。

救急医療情報システム利用促進事業及び医療機能情報システム調査業務委託事業

平成 21 年度の県の委託事業であり、それぞれ救急搬送時に必要な医療情報や災害時に患者受入可能な医療機関の情報を提供するシステムの推進事業と、医療機関の医療機能情報を提供し、県民

の医療機関の適切な選択を支援するシステムの更新事業である。

前者はその普及啓発を行い、後者はシステム内容の充実（年度更新）を図るべく、県内医科歯科医療機関と助産院に調査票を送付し、返送された調査票の入力などの事務処理を行った。

- 1 医療情報システム委員会 5 月 21 日
- 2 都市医師会医療情報システム担当理事協議会
4 月 16 日
- 3 日医主催初級パソコンセミナー
8 月 22 ～ 23 日
- 4 ORCA 体験・研修会 8 月 23 日
- 5 日本医師会医療情報システム協議会に出席
2 月 13 ～ 14 日

IV 保 険

西村常任理事	小田常任理事
田中（義）常任理事	萬 理事
田中（豊）理事	田村理事
河村理事	柴山理事

本年度は年度当初より、中国四国厚生局から指導大綱に基づく「集団的個別指導」の実施を強く要請された。しかし、高点数即悪とし医療費抑制を目的とした同指導については、地域医療の崩壊にも繋がりがかねないため、県医師会は断固実施を拒否しており、対案として、医師会と中国四国厚生局が共同する形で、全医療機関を対象とした集団指導を例年どおりの形態で開催し、非常に高い出席率を得た。このことについては、今後も他県とも情報を交換し対応していく。

レセプトオンライン請求義務化については、政治対応を含め全国的な反対運動が展開された結果、義務化は撤廃となり、電子媒体での請求も認められることとなった。しかし、「傷病名コードによる保険審査」が行われる環境が整備されたことに違いはないため、今後、行政の対応を注視し

ていかなければならない。

社保・国保審査委員連絡委員会及び審査委員合同協議会等の協議を通じて、審査委員会間の審査取り扱いについての平準化に努めた。また、同保険協議会等の協議結果の検索については、会員のから要望のあった電子化を実現し、県医師会の HP へ掲載した。

保険審査に関しては、医師会員からの質疑・意見・要望等に対して可及的かつ恒常的に社保支払基金・国保連合会に連絡をとり、各審査委員会で適正な取り扱いが行われるよう対応した。

個別指導については今年度も各地区で 4 回（日）実施された。また、県医会員である保険指導医は全員県医師会の保険委員を兼任すること及び立会いについても医師会の保険担当役員（都市及び県）が行うことで、医療担当者側の立場が尊重された

適正な保険指導が実施されるように努めた。

以上の医療保険対策について、本年度もプロジェクトチームを設置して対応力の強化を図り、情報分析及び対策立案等に努めた。

介護保険については、療養病床の再編と転換の基準緩和等について県行政と協議した。また、介護保険対策委員会、郡市介護保険担当理事協議会等の開催、ケアマネージャー・訪問看護師との協議会、認知症対応力向上研修等の開催により、制度の問題解決、会員への情報提供等を図った。

労災保険については、診療報酬の周知徹底を図り、地域に向けては労災保険指定医部会に対して助成金の支給を引き続き行った。

自賠責医療については、山口県損害保険協議会等と合意した新算定基準の円滑な運営に努めるとともに、山口県医師会自賠責医療委員会を中心に自賠責医療の適正化を図った。各医療機関から提出された交通事故医療に関する未解決事例及び関連した諸問題、特に「自動車事故医療における健保使用」について、自賠責医療委員会、山口県自動車保険医療連絡協議会において対処した。

1 医療保険の指導

個別指導 7月30日（下関地区）、9月3日（宇部地区）、10月1日（岩国地区）、10月22日（下関地区）

新規会員集団指導・個別指導 11月1日

社会保険医療担当者集団指導 12月10・17日
保険委員会 3月25日

社保・国保審査委員連絡委員会

7月2日、1月28日

社保・国保審査委員合同協議会 8月27日

社会保険指導者講習会 8月20日～21日

2 日医・中国5県医・郡市医・医療保険関係団体等との連携

都道府県社会保険担当理事連絡協議会

3月4日（点数改定関係）

中国四国医師会連合总会分科会 6月6日（松江市）

中国四国医師会社会保険研究会

10月3日（宇部市）

郡市保険担当理事協議会

5月14日、3月11日（点数改定説明会）

医療・保険研究会

7月7日（宇部市）、7月30日（下関市）

山口県医療保険関係団体連絡協議会 3月15日

3 行政機関との連携

山口県健康福祉部厚政課との打合せ 5月28日

中国四国厚生局山口事務所、山口県健康福祉部
医務保険課との打合せ 5月28日

中国四国厚生局山口事務所との打合せ

5月7日、1月28日、2月25日

4 労災・自賠責関係

労災診療費算定実務研修会（共催）

9月17日（山口市）、10月15日（宇部市）、
10月22日（下松市）

労災保険指定医部会理事会 4月9日

労災保険指定医部会総会（下松市） 6月7日

自賠責医療委員会 7月30日、2月4日

山口県自動車保険医療連絡協議会

7月30日、2月4日

山口県民共済との協議 2月25日

5 介護保険

介護保険対策委員会 7月9日

介護保険対策委員会・関係者合同協議会

11月19日

郡市介護保険担当理事協議会 9月24日

山口県介護保険研究大会 12月13日

かかりつけ医認知症対応力向上研修会

9月27日、1月17日

主治医意見書記載のための主治医研修会 3月14日

V 生涯教育

杉山専務理事 田中(豊)理事
茶川理事 武藤理事

平成 21 年度の生涯教育事業のうち、主要事業である生涯研修セミナーについては、生涯教育委員会を中心に企画した。心臓震盪の話から、新しい概念「自己炎症症候群」、新型インフルエンザ、さらには在宅医療についてのシンポジウム等、受講した会員からは評価をいただいているが、参加会員数の伸び悩みや固定化などは、ここ数年同様の傾向が続いている。しかし来年度からは新「日本医師会生涯教育制度」がスタートするので、新しい境地が開けるものと期待しているし、またそうせねばならない。

勤務医部会の企画でのシンポジウムは勤務医問題解決の一助になればと思い、平成 20 年度より始めているが、今年も好評を得ており、引き続き開催する。

体験学習は山口大学医学部のお世話により開催した。その企画は、受講者にも好評であり、今後も継続して開催する。

「指導医のための教育ワークショップ」は、新医師臨床研修制度発足の平成 16 年から開催し、昨年度で 6 回目を数えた。1 泊 2 日の合宿形式による非常にタイトなスケジュールにもかかわらず、受講者の先生方には大変熱心にご参加いただいた。

日医生涯教育協力講座セミナーは、日本医師会及び都道府県医師会（郡市医師会）の共催により平成 16 年度より実施されているところであるが、昨年度は「生活習慣病の Up to Date」と「肺の生活習慣病：COPD <慢性気管支炎・肺気腫>」のテーマにより開催した。

以下、事業の実施内容を報告する。

- 1 第 92 回山口県医学会総会（引受：徳山医師会）
6 月 14 日（周南市文化会館）
特別講演 2 題、市民公開講座

- 2 生涯研修セミナー・日本医師会生涯教育講座
第 112 回 5 月 10 日（山口県総合保健会館）
特別講演 2 題及びシンポジウム
第 113 回 9 月 6 日（山口県総合保健会館）
特別講演 2 題及びシンポジウム
第 114 回 11 月 8 日
（宇部市シルバーふれあいセンター）
特別講演 3 題及びシンポジウム
第 115 回 2 月 14 日（山口県総合保健会館）
特別講演 2 題及びシンポジウム
※シンポジウムは勤務医部会企画

- 3 体験学習（山口大学医師会主催）
第 1 回「日常診療に役立つ皮膚科の知識」
12 月 20 日（引受：皮膚科学講座）
第 2 回「日常診療におけるうつ病の診断と治療」
3 月 7 日（引受：精神科神経科学講座）

- 4 山口県医学会誌
第 44 号の編集及び発行

- 5 中国四国医師会連合医学会
10 月 3 日・4 日 本会引き受けにより宇部市において開催

- 6 指導医のための教育ワークショップ
9 月 12 日・13 日（山口県医師会館）

- 7 日医生涯教育協力講座セミナー
「生活習慣病の Up to Date」
8 月 29 日（防府グランドホテル）
「肺の生活習慣病：COPD <慢性気管支炎・肺気腫>」
3 月 13 日（山口県教育会館）

8 生涯教育諸会議

郡市医師会生涯教育担当理事協議会 3 月 18 日

生涯教育委員会

5 月 30 日、8 月 1 日、10 月 31 日、2 月 27 日

都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会

11 月 19 日

VI 勤務医・女性医師

小田常任理事

田村理事

城甲理事

田中(豊)理事

茶川理事

勤務医

1 勤務医対策

医療界、特に勤務医を取り巻く環境は、引き続き厳しい状況の中にある。

新医師臨床研修制度をきっかけに医師不足、過重労働、医療訴訟問題等が顕在化してきたが、このような状況をもたらした最大の原因は長年にわたる医療費抑制政策であることは間違いない。

昨年 9 月、新しい政権が誕生し、診療報酬や後期高齢者医療制度の見直しあるいは医師確保対策などを掲げているが、今後これらの動向を注視する必要がある。

勤務医部会に企画委員会を設立して 3 年目を迎えたが、諸課題の解決を図るため、シンポジウム、市民公開講座、病院勤務医懇談会、座談会などを企画した。

シンポジウムでは、5 時以降の救急医療の現場が抱える諸問題をテーマに、各地域の現状と問題点、そして解決への道について協議した。

市民公開講座では、病院勤務医の過重労働の現状を理解していただき、その上で医療機関に上手に掛かるかをテーマに県内 2 か所で開催し、それぞれ好評を得たことから、来年度も地域を変えて同様に実施したい。

病院勤務医懇談会は、各病院に県医師会役員、

県医師会勤務医部会役員、女性医師参画推進部会役員が出向き、医師会活動の理解を求めるとともに、病院や病院勤務医が抱える課題について協議する場で、医師会会員・非会員を問わず数少ない直接対話のできる機会として重要な機能を果たしてきた。

昨年の若手医師を囲む座談会に引き続き、本年は研修医を指導する立場にある中堅医師を囲んで、勤務医のやりがい、勤務医を続けるために医療機関に期待すること等をテーマに座談会を開催し、その内容は勤務医ニュースの第 5 号として発刊した。

さらに、臨床研修医、臨床研修指定病院、山口大学医学部教授と県医師会役員との懇談会を開催し、医師会活動の理解を求めるとともに意見交換を行った。

併せて、山口県医師臨床研修運営協議会を開催し、県行政・山口大学・臨床研修指定病院・県医師会との情報交換、意見交換を実施した。

以下に本年度事業内容を報告する。

(1) 勤務医部会総会、常任理事会、理事会、企画委員会の開催

①総会 2 月 14 日

②理事会 6 月 20 日

③企画委員会

4 月 25 日、8 月 29 日、2 月 14 日

(2) 新研修医・臨床研修病院長・山口大学医学部教授との懇談会の開催 4 月 3 日 宇部市で開催

(3) 山口県医師臨床研修運営協議会の開催

5 月 23 日

(4) 病院勤務医懇談会の開催（県内 2 か所）

10 月 6 日

東部地区 総合病院社会保険徳山中央病院

12 月 1 日

西部地区 国立病院機構関門医療センター

(5) 県医師会生涯教育セミナーでのシンポジウムの開催

2 月 14 日 「地域における救急医療の現状と問題点、そして解決への道は？」

(6) 平成 21 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会への参加

11 月 28 日 島根県「今こそ目指そう医療崩壊から医療再生へ」

(7) 都道府県医師会勤務医担当事協議会への参加

12 月 4 日

(8) 勤務医ニュースの発行（年 2 回）

5 月 第 4 号 勤務医部会主催シンポジウム
「勤務医を取り巻く環境の改善策は？」

1 月 第 5 号 「中堅医師を囲む座談会」

(9) 市民公開講座等の開催（県内 2 か所 防府市・萩市） 10 月 24 日 防府医師会

「より良い医療を目指して」（防府市）

12 月 5 日 萩市・長門市医師会

「真の維新の時、医療崩壊から再生への処方箋」（萩市）

2 勤務医の医師会入会対策

本会では、「組織強化」・「実効」・「誠意」をキーワードとして会務運営に取り組んでいるが、組織強化の一環として、「勤務医の医師会入会対策」プロジェクトチームを設けて加入促進に向けて取り組んできたが、今年度も昨年度に引き続きプロジェクトチームを設置し、取り組みを行った。

(1) プロジェクトチーム開催状況 7 月 9 日

(2) 勤務医問題対策懇談会の開催

病院・地元医師会・県医師会が今まで以上に連携を強化する必要があることから、病院長・地元医師会長・県医師会長の三者が一堂に会して、医師会入会に向けての話し合いを行った。

7 月 31 日 厚生連長門総合病院長

8 月 21 日 総合病院山口赤十字病院長、
済生会山口総合病院長

8 月 17 日 山口大学医学部附属病院長、
宇部興産（株）中央病院長

9 月 29 日 国立病院機構関門医療センター病院長、下関市立中央病院長、済生会下関総合病院長、社会保険下関厚生病院長

10 月 6 日 総合病院社会保険徳山中央病院長

10 月 13 日 県立総合医療センター病院長

10 月 21 日 光市立光総合病院長、
光市立大和総合病院長

3 臨床研修医の確保対策

新臨床研修制度に移行してさまざまな問題が生じてきているが、研修医を一人でも多く県内に受け入れ、また研修後は一人でも多くの医師が県内医療機関で働きたくなる環境を整えるため、新たな事業を実施した。

臨床研修セミナーは、臨床研修指定病院の病院長、指導医を対象に講演とミニシンポジウムを実施し、本県に研修医を呼び寄せる方策について協議した。

臨床研修医交流会は、2 年目の初期臨床研修医を中心に、1 泊 2 日の合宿方式で、講演とグループワークを開催した。

(1) 臨床研修セミナー

6 月 13 日 講演「沖縄県の臨床研修」

指導医の立場 宮城沖縄県立中部病院副院長
管理者の立場

宮里群星沖縄臨床研修センター事務局長

ミニシンポジウム「沖縄県から何を学ぶべきか」

(2) 臨床研修医交流会

8 月 29 ～ 30 日 山口市で開催

講演「いま・ここ 研修医のみなさんに伝えたいこと」

グループ討議

- テーマ 1 私たちが考える理想的な指導医とは
テーマ 2 こんな病院で研修したい、働きたい
～理想的な研修システムと環境とは～
テーマ 3 今いるところで私たちにできること
～ Change for the better ～

また、臨床研修医の確保に向けて、医師会を中心とした取り組みの検討するため、本県の研修病院を紹介するレジナビフェアへの出展に向けて調査を行った。

7 月 19 日 東京会場

3 月 21 日 福岡会場

女性医師

今年度は、新たな取り組みとして県からの受託事業である女性医師保育等支援事業を実施した。

この事業は、出産・育児に不安を抱える女性医師等に対して、育児支援ニーズに沿った保育サポーターの情報提供・紹介、また、育児と勤務の両立を支援するための相談対応等を行う女性医師育児相談員の配置を通じて、県内女性医師の離職防止を図るものである。

現在、保育サポーターの登録状況は 64 名であり、今後県内広くに登録を呼び掛ける予定にしている。

なお、これまでの相談件数は 13 件で、サポーター活動件数は 3 件である。

女性医師参画推進部会では、女性医師のキャリア形成・維持を応援する観点からテーマ毎に作業部会を設けて取り組んできた。

また、昨年に引き続き山口県及び日本医師会と共催して病院長・病院管理者、女性医師、女子医学生を対象に、「女子医学生、研修医等をサポートするための会」を開催した。

昨年度発刊した応援宣言集「仕事も！家庭も！応援宣言集やまぐち」は、各方面から予想以上の反響があり、掲載されていない病院からも是非次回は応援宣言をしたいとの要望が多く寄せられたため、新たに 11 の病院からの応援宣言も加えた改訂版を 12 月に発刊した。

以下に本年度事業内容を報告する。

- 1 女性医師参画推進部会総会、理事会、作業部会
 - (1) 総会 9 月 27 日
 - (2) 理事会 4 月 18 日、8 月 8 日、12 月 12 日、2 月 13 日
 - (3) 作業部会
 - ・女性医師就労環境提案グループ
 - ・育児支援グループ 7 月 11 日、8 月 22 日
 - ・女子医学生支援グループ 6 月 13 日、9 月 19 日、2 月 13 日
 - ・女性医師復職支援
(名簿・ネットワークづくり) 7 月 4 日
- 2 女子医学生、研修医等をサポートするための会 9 月 27 日
- 3 日医男女共同参画委員会 4 月 24 日、7 月 1 日、9 月 2 日、11 月 11 日、1 月 27 日、3 月 10 日
- 4 日本医師会女性医師支援センターシンポジウム 5 月 30 日
- 5 日医第 5 回男女共同参画フォーラム 7 月 25 日
- 6 日医女性医師等相談事業連絡協議会 9 月 30 日
- 7 日医保育システム相談員講習会 11 月 19 日
- 8 女性医師支援センター事業中国四国ブロック会議 1 月 23 日
- 9 保育サポーター研修会 3 月 7 日
- 10 「仕事も！家庭も！応援宣言集やまぐち 2009」
発刊 12 月

VII 医事法制

小田常任理事 城甲理事
柴山理事 杉山専務理事

平成 20 年度の事故報告書受付件数は 22 件で、前年度と比較すると 13 件も減少していたが、平成 21 年度は 30 件と再び増加した。30 件中、経過待ちが 9 件、示談解決した案件が 2 件あったが、その他の案件は複雑な内容のものが多く、既に訴訟になっている案件もあることから新たな解決策を検討し確立していかなければならないと思われる。

医療事故防止対策の一環として平成 19 年度から行っている「医事紛争防止研修会」を今年度も 2 か所で開催した。これは、病院に本会医事紛争担当常任理事と顧問弁護士 1 名が出向き、紛争防止に係わる講演を行うもので、医師だけでなく看護師や事務担当者など病院に勤務するスタッフを対象としているものであり、好評を得ていることから、来年度も継続していきたい。

一方、相談窓口業務に関しては、受付件数が 56 件で、昨年度より 5 件増加した。苦情は 3 分の 1 程度で、残りは相談であった。今年度の特徴としては、医療機関の紹介又は案内が前年度の約 4 倍に増えたことである。この事業は相談者のガス抜きの役割もあり、今後も継続していく。

平成 21 年度医事紛争発生件数 30 件

うち 解 決 2 件
訴訟中 1 件
調停中 1 件
交渉中 17 件
経過待ち 9 件
対象外 0 件
未然報告 0 件

当年度分日医付託 7 件
当年度分付託取下 0 件
過年度分日医付託 0 件

平成 21 年「診療情報提供推進窓口」受付件数 56 件

患者から 34 件
患者の家族 16 件
その他（患者の知人、内部告発など） 6 件

上記のうち、匿名 28 件
非匿名 28 件

相談者の男女別：男性 13 件
女性 41 件
不明（投書・mail） 2 件

苦 情 18 件
相 談 38 件
その他 0 件

医事紛争関係

1 医療事故防止対策

医事紛争防止研修会：

（医）社団同仁会周南記念病院 6 月 22 日
岩国市医療センター医師会病院 9 月 7 日

病院勤務医懇談会：

総合病院社会保険徳山中央病院 10 月 6 日
独立行政法人国立病院機構関門医療センター
12 月 1 日

中国四国医師会連合医事紛争研究会（島根）
6 月 6 日
都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会
12 月 17 日
郡市医師会医事紛争担当理事協議会 3 月 4 日

2 紛争処理対策

医事案件調査専門委員会

（医師賠償責任保険審議会併催）

5 月 14 日、6 月 18 日、7 月 23 日、8 月 6 日、
9 月 17 日、10 月 15 日、11 月 19 日、12 月
24 日、1 月 21 日、2 月 18 日、3 月 11 日

顧問弁護士・医事案件調査専門委員合同協議会
2 月 6 日

3 医療安全対策

日医医療安全推進者養成講座受講推進

本会担当理事の受講とともに、郡市医師会
担当役員、各医療機関の医師・従業員の受講
を勧奨した。

日本医療メディエーター協会四国支部設立シン
ポジウム 10 月 12 日

日医「医療安全推進者養成講座」講習会
11 月 15 日

医療安全セミナー 12 月 6 日

日医「医療事故防止研究会」 12 月 13 日

4 診療情報の提供

診療情報提供推進委員会 2 月 6 日

郡市医師会診療情報担当理事協議会 3 月 4 日

薬事対策

1 麻薬対策

麻薬の適正使用・保管・管理・記帳・諸届、毒
劇物の保管・管理の周知の徹底を図ったが、特に
問題となる事例は発生しなかった。

2 医薬品臨床治験

より円滑な治験が行われるよう、平成 13 年度
から臨床治験対策委員会を設けている。

現在、この委員会の方針に沿って県内で行われ
る治験を監視・関与している。具体的には、山口
県のみならず県内に影響の可能性のあるものも含
め、実施前は製薬会社から概略や資料等の提示及
び説明にて事前通知をしてもらい、現状把握を継
続した。

VIII 地域医療・福祉

弘山常任理事

田中(豊)理事

萬 理事

田村理事

河村理事

城甲理事

武藤理事

濱本常任理事

地域医療

国の「経済危機対策」に盛り込まれた都道府
県が地域の医療課題の解決に向けて策定する「地
域医療再生計画」に基づいて行う、医療圏単位で
の医療機能の強化、医師等の確保等の取り組みを
支援することになり、国はこの支援策として平成
21 年度補正予算において、地域医療再生臨時特
例交付金を確保し、都道府県に交付することとし
ました。10 月 16 日を最終提出期限として、都
道府県では地域医療再生計画を作成するととも
に、地域医療再生臨時特例交付金により地域医療
再生基金を設置し、これらの施策を実施すること
になった。その後の政権交代により、21 年度補
正予算の事業にかかる執行の見直しが検討され、

地域医療再生臨時特例交付金(地域医療再生基金)
の執行の一部停止が決まり、事業の見直しが行わ
れたため、最終的には 1 県当たり 25 億円の 2 医
療圏になり、計画案の最終提出期限は 11 月 6 日
になった。

本会でも、医師確保対策等に係る意見や提案を
県に提出し、策定案に反映してもらうよう働きか
けを行った。国は 1 月 29 日付で交付決定をして
いるので、今後は毎年度の評価結果に基づき、医
療課題の解決に向けて計画が遂行されることにな
ったので本会でも計画に協力していく。

平成 19、20 年度に実施した 4 疾病 5 事業及
び在宅医療における医療連携体制の構築では、他
県に比べ、きめ細かい計画ができあがり、本県の

医療連携体制の構築への取り組みが他県でも高く評価された。

地域医療連携体制がうまく機能するように、郡市地域医療担当理事協議会、地域医療計画委員会で協議し、地域の実情に即した医療連携体制の構築ができるよう運用面などで県行政と協議した。

山口県の医療提供体制の充実と整備促進に向けて、県医療対策協議会、県医療審議会各専門部会等で県医師会の意見や要望を発言した。地域医療再生計画案に医師確保対策など本会としての意見を提言した。

中国四国医師会連合総会や研究会において、地域医療の問題点や課題について意見交換し、関係会議や会報等で報告をした。

1 がん診療に携わるすべての医師を対象に、厚生労働省の定める開催指針に則り緩和ケア医師研修会を年 2 回開催した。

2 有床診療所部会総会を開催した。日本医師会有床診療所担当の今村定臣常任理事をお招きした特別講演に多数の会員が参加した。

3 緊急課題への対応策を図るため、有床診療所対策プロジェクトチームを結成し、山口県の有床診療所の活性化に向けて協議した。県内の有床診療所の実態を把握するため会員にアンケート調査を実施し、県医師会報に掲載・報告した。

救急・災害医療

1 小児救急医療電話相談事業は、平成 16 年 7 月から小児科医会の協力で、毎日実施している。相談件数は年々増加傾向にあり、今年度は新型インフルエンザ流行の影響もあり、軽症患者の相談対応で医療機関への受診抑制の一役を担った。また、小児救急医療対策協議会を開催し、電話相談事業の円滑な運営や小児救急医療体制の充実に向けた対応等について、専門的な立場で協議・検討を行った。

2 小児救急関係では、乳幼児の保護者を対象にした啓発講習会を地域で開催した。また小児科を専門としない医師等を対象に地域医師研修会を開催した。

3 「山口県救急フェア in 宇部」の開催では、実行委員会として協力した。当日は県民を対象にし

た AED 心肺蘇生法講習会を宇部市医師会の引き受けで開催した。

4 AED 普及促進協議会・郡市救急医療担当理事合同会議を開催し、AED の普及促進やメンテナンス対策などについて協議した。

5 山口県医師会警察医会では、総会及び研修会を開催した。山口大学医学部法医学教室藤宮龍也教授に最低限知っておかなければならない法医学の基礎を中心に全 6 回の講演をいただいた。また県医師会表彰に地域社会に対する功労として警察医協力会員を推薦した。

6 中国四国医師会救急担当理事連絡会議に出席し、広域救急医療体制について協議した。

「地域医療再生基金」に係る協議会「岡山」

7 月 26 日

郡市医師会地域医療担当理事協議会 9 月 3 日

第 106 回、第 107 回地域医療計画委員会

5 月 7 日、11 月 26 日

中国四国医師会連合地域医療・その他研究会「山口」

10 月 3 日

有床診療所プロジェクトチーム開催 7 月 9 日

山口県医師会有床診療所部会監査・役員会

7 月 9 日

山口県医師会有床診療所部会総会・特別講演会

10 月 29 日

都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会

8 月 19 日

第 22 回全国有床診療所連絡協議会「熊本」

8 月 1 日～ 2 日

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会

1 月 17 日

緩和ケア医師研修会関係者打合せ 4 月 9 日

緩和ケア医師研修会連絡協議会

8 月 6 日、10 月 8 日

緩和ケア医師研修会（2 回）

10 月 11 日～ 12 日、2 月 21 日・2 月 28 日

郡市小児救急医療担当理事協議会 5 月 14 日

小児救急地域医師研修事業推進協議会・小児救急

啓発事業推進協議会 6 月 4 日

小児救急医療電話相談研修会 7 月 5 日

山口県小児救急医療対策協議会

12 月 3 日、3 月 4 日

郡市救急医療担当理事協議会 6 月 11 日
 AED 普及促進協議会・郡市救急医療担当理事合
 同会議 2 月 4 日
 山口県救急フェア in 宇部、救急フェア・AED 講
 習会打合せ 7 月 9 日、8 月 27 日
 AED 心肺蘇生法実技講習会 9 月 10 日
 山口救急初療研究会・世話人会
 6 月 27 日、12 月 12 日
 警察医会役員会 6 月 25 日、8 月 8 日、1 月 23 日
 警察医会総会 8 月 8 日

警察医会研修会 8 月 8 日、1 月 23 日
 中国四国医師会連合救急担当理事連絡会議「岡山」
 12 月 23 日

地域福祉

福祉領域では障害者福祉、高齢者福祉、児童・母子福祉については、地域保健部門と連携をとりながら対応した。

IX 地域保健

濱本常任理事	田中(豊)理事
田村理事	武藤理事
萬 理事	河村理事
柴山理事	城甲理事
茶川理事	杉山専務理事
小田常任理事	田中(義)常任理事

地域保健は、妊産婦・乳幼児保健、学校保健、成人・高齢者保健及び産業保健の 4 部門からなり、諸事業也多岐にわたっているため、住民の「生涯を通じた健康の保持・増進」の目標のもと、一連の流れとして捉え、関係団体と緊密に連携を取りながら諸事業を推進した。

妊産婦・乳幼児保健

平成 15 年 4 月から始まった広域予防接種業務は、事業運営にあたって各郡市医師会や各市町関係者と調整会議を開催し、円滑に遂行されているところである。また予防接種に関する知識と理解を深めることを目的に研修会を継続して開催した。

「子ども予防接種週間」については、地域住民への予防接種についての啓発と接種率向上などを目的に、日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省の主催により実施されるため、本会としても協力医療機関の調査や市町への広報についても協力を行った。

母子保健分野については、乳幼児健康診査や妊

婦健康診査事業の健康診査料金案について、関係機関と意見交換し、県医師会案を行政に提示し、協議を行うとともに円滑な実施をお願いしてきた。

郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・
 関係者合同会議 10 月 8 日
 乳幼児保健委員会 6 月 18 日
 予防接種医研修会 12 月 6 日
 日医母子保健講習会 2 月 21 日

学校保健

学校医部会については、学校医活動の活性化と資質向上を目的として着実にその活動を行ったところである。「学校医の手びき」については、21 年度末を発刊予定に準備を進めてきた。また、山口県独自の認定学校医制度の創設については、検討を進めた結果、当面は単位取得による認定ではなく、学校医がその活動や研修受講について記録し、自己評価を行うことにより学校医の資質の向上を図っていくこととし、次年度も引き続き検討

を行う。

山口県内統一の学校心臓検診システムは、導入から 6 年目を迎え、現場において定着したところであるが、学校心臓検診検討委員会を中心として、精度向上を目的にした精密検査医療機関への疑義内容の照会や研修会の開催、さらには精密検診マニュアル発行に向けた検討などを行った。学校医研修会では、眼科的疾患をテーマに講演を行った。

その他、例年通り各都市医師会主催の学校医研修会及び小児生活習慣病対策に対し助成を行った。

学校心臓検診検討委員会

5 月 21 日、9 月 10 日、11 月 19 日、1 月 21 日
学校医部会総会・学校医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会 12 月 6 日

学校医部会役員会 6 月 11 日、9 月 24 日
中国四国学校保健担当理事連絡会議「広島」

11 月 13 日
第 40 回全国学校保健・学校医大会「広島」

11 月 14 日
同 都道府県連絡会議「広島」 11 月 14 日
日医学校保健講習会 2 月 20 日

若年者心疾患対策協議会理事会「愛媛」 1 月 30 日
第 42 回若年者心疾患対策協議会総会「愛媛」

1 月 31 日

成人・高齢者保健

平成 21 年 4 月メキシコにおいて新型インフルエンザ（当初、豚インフルエンザと呼称）患者が確認され、5 月には神戸市の高校生が新型インフルエンザの患者と確定されて以来、国内での感染は拡大をしていった。以降、各医療機関では院内の感染対策から患者さんへの対応、優先順位の決まったワクチン接種など大きな混乱を招いた。また、県医師会や都市医師会においても、各医療圏での発熱外来の設置、入院患者の受入医療機関の確保、ワクチンの医療従事者優先接種基準など行政を含めた会議や打合せを頻繁に行うなど、対応に追われた年になった。

本会では、4 月 30 日新型インフルエンザ対策本部を設置して検討課題を協議するとともに、で

きるだけ早い情報提供を行うよう努めた。これまで対策を講じられてきた強毒性ではなく弱毒性ということもあり、発熱外来等の医療体制の確保、行政・保健所・関係機関との連携、情報提供のあり方や方法などいろいろな課題を浮上させる結果となった。

平成 20 年度から始まった特定健診・特定保健指導に関して、実施状況や検討課題について、保険者や決済代行機関（支払基金・国保連合会）の出席のもとで特定健診・特定保健指導担当理事協議会を開催した。また、県栄養士会と検討しながら特定保健指導用資料を作成した。

健康 21 の目標である健康寿命の延伸を図ることを目的に、最重要課題である糖尿病対策を推進するため、引き続きコメディカル・歯科医等を対象に山口県糖尿病療養指導士講習会を年 4 回開催し、修了認定試験合格者を「やまぐち糖尿病療養指導士」として認定した。また、資格認定している「やまぐち糖尿病療養指導士」を対象に、知識・技術向上及び資格更新のためのレベルアップ講習会を開催した。

健康教育委員会では、健康教育テキスト「白内障より豊かな人生を送るために一」を発行、白内障について分かりやすく記載されているので利用していただきたい。

がん検診では、昨年度実施した休日のがん検診に、平日夜間がん検診を新たに加えたがん検診体制整備支援事業を行った。また、乳がん検診時のマンモグラフィ読影医の技術向上を図るため、マンモグラフィ読影講習会を開催した。

健康スポーツ医学実地研修会は、8 月に運動器不安定症の講演及びリハビリテーションの実地研修会、11 月に山陽小野田地区でウォーキングを実施し、多数の参加があった。スポーツ医部会は、平成 23 年に山口県で開催される国体への協力づくりのため、8 月に国体における医師の役割やドーピング防止をテーマに研修会を開催し、9 月にドクターズ・ミーティングを視察した。また郡市山口国体担当理事と合同で救護体制やドーピング防止について協議した。

郡市成人・高齢者保健担当理事協議会 4 月 30 日
健康教育委員会 5 月 7 日、9 月 3 日、12 月 3 日

健康フェスタ in 山陽小野田 11 月 22 日

新型インフルエンザ対策本部会議

4 月 30 日、5 月 14 日、8 月 27 日、10 月 8 日
 都市新型インフルエンザ担当理事協議会

6 月 18 日、9 月 17 日
 新型インフルエンザ対策プロジェクトチーム

7 月 9 日
 日医感染症危機管理対策協議会 3 月 11 日
 山口県糖尿病対策推進委員会

5 月 14 日、9 月 10 日、11 月 12 日
 山口県糖尿病療養指導士講習会

8 月 9 日、10 月 25 日、11 月 29 日、1 月 24 日
 「やまぐち糖尿病療養指導士」レベルアップ講習会

6 月 28 日
 第 3 回日本糖尿病対策推進会議総会 2 月 7 日

マンモグラフィ読影医師講習会 3 月 27 ～ 28 日
 日本医師会がん対策推進協議会 7 月 12 日

都市特定健診・特定保健指導担当理事協議会
 7 月 30 日、3 月 4 日

都市特定健診・特定保健指導担当理事および関係
 者合同会議 11 月 5 日

県栄養士会と特定保健指導打合せ 7 月 5 日
 スポーツ医学研修会、スポーツ医部会総会

8 月 2 日
 健康スポーツ医学実地研修会

8 月 2 日、11 月 23 日
 スポーツ医部会・都市山口国体担当理事合同会議

10 月 1 日
 スポーツ医部会理事会 12 月 24 日

第 64 回国民体育大会ドクターズ・ミーティング
 「新潟」 9 月 25 日

産業保健

勤労者の健康を取り巻く環境は情報化社会への急速な進展や産業構造の変化に伴い、生活習慣病の増加、また 6 割超の勤労者が仕事に強い不安やストレスを感じている。

石綿問題が顕在化したことにより、長期にわたる石綿の健康被害に対応するため産業保健活動の推進が不可欠である。こういった状況を考慮し、本会における産業医研修会では過重労働とメンタルヘルス対策、石綿に関する研修を重点的にを行い、実地研修については、例年どおり山口産業保

健推進センターの協力を得て、過重労働・メンタルヘルス対策や石綿対策、作業環境測定を中心に計 21 回実施した。

また、産業保健連絡協議会を関係機関と事業所団体の出席のもとに開催、労働衛生に関する意見交換を行うとともに、相互に連携をとりつつ積極的な取り組みを行うことなど確認した。

平成 22 年度から地域産業保健センター事業が県単位の委託となるため、運営方法等について各センターと協議・調整を行った。

産業医研修カリキュラム策定等委員会 4 月 2 日
 都市産業保健担当理事協議会 10 月 22 日

第 31 回産業保健活動推進全国会議 9 月 10 日
 山口県産業保健連絡協議会 12 月 17 日

地域産業保健センター連絡委員会
 10 月 8 日、1 月 15 日

地域産業保健センター事業見直しに係る協議会
 2 月 18 日

地域産業保健センター事業事務担当者説明会
 3 月 16 日

山口県医師会産業医研修会

7 月 18 日、8 月 30 日、9 月 5 日、10 月 25 日・
 11 月 1 日(広島)、10 月 1 日、10 月 28 日、
 11 月 19 日、11 月 26 日、11 月 29 日、12 月 5 日、
 12 月 10 日、1 月 31 日

実地研修会

5 月 19 日、6 月 11 日、7 月 23 日、8 月 5 日、
 8 月 6 日、8 月 20 日、8 月 27 日、9 月 3 日、
 9 月 4 日、9 月 9 日、9 月 24 日、10 月 8 日、
 10 月 29 日、10 月 30 日、11 月 11 日、11 月
 12 日、11 月 25 日、12 月 17 日、1 月 14 日(宇
 部市)、1 月 14 日(下関市)、2 月 25 日

X 医 業

西村常任理事 柴山理事
茶川理事 田中(豊)理事

医業経営対策

長年に亘る医療費抑制政策の影響により、医業経営はますます厳しくなっているなかで、政権交代があり、医療機関の事業税非課税措置等の見直し問題について議論が起こった。これについて地元選出国會議員及び厚生労働大臣等へ要望を行い、事業税非課税措置等が存続することになった。来年度以降も議論を注視していく必要がある。また、消費税のいわゆる「損税」問題については、今後の重点課題として検討し、要望していきたい。

医師の卒後臨床研修制度の実施や病院 7 対 1 看護制度により、中小病院における医師や看護師不足問題は深刻となっており、その経営にも影響が現れてきている。これについて県医師会ではドクターバンク制度を活用して地域医療の人材確保に努めているところであるが、いまだ有効な手段となりえていないのが現状である。自民党山口県連環境福祉部会の懇談会で、医師、看護師確保対策、小児医療対策、臨床研修対策等についての説明・要望を行った。

- 1 自民党山口県連環境福祉部会との懇談会
10 月 22 日
- 2 都道府県医師会税制担当理事連絡協議会
11 月 12 日
- 3 ドクターバンクを利用しての医師確保への取組み
- 4 会員福祉対策の検討

医療廃棄物対策

県環境生活部、産業廃棄物協会及び県医師会の三者による医療廃棄物適正処理協議会を開催し、相互の情報交換、問題点などの解決に向けて協議した。

医療廃棄物を適正に処理するために、郡市担当理事協議会の中で、感染性廃棄物処理指針、処理マニュアル、そして廃棄物処理における新型イ

ンフルエンザ対策ガイドラインについての説明を行った。

また今年度は、「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」の改訂版が出されたことに伴い、これについての主な改訂点の説明と電子マニフェストの仕組みと運用についての説明を主とした講習会を開催した。

- 1 医療廃棄物三者協議会の開催 8 月 27 日
- 2 郡市医療廃棄物担当理事協議会の開催
11 月 12 日
- 3 医療廃棄物適正処理講習会の開催 11 月 12 日

医療従事者確保対策

平成 21 年度も例年同様、病院・診療所勤務の看護職をはじめとする医療従事者に対する教育・研修の開催を支援していくための事業を行った。

看護学院(校)に関する基本調査を基に、郡市看護学校担当理事・教務主任合同協議会において各学院(校)からの意見要望の協議を行った。7 対 1 看護基準導入(診療報酬)による影響で、中小病院では看護師の不足感が強まり、看護学院(校)に求められている役割はますます重要となっているため、県行政や議会に対して補助金増額等について要望を行った。さらに、看護師不足解消の一助とするため潜在看護職員再就業支援研修モデル事業を防府看護専門学校へ委託して開催した。看護師等医療従事者の地域定住促進事業支援についても引き続き要望した。

また、当会主催の看護学院(校)対抗バレーボール大会を徳山医師会の引き受けで開催した。

- 1 郡市看護学院(校)担当理事・教務主任合同協議会 6 月 4 日
- 2 看護学院(校)対抗バレーボール大会
7 月 5 日

- 3 中四九地区看護学校協議会（唐津市）
8 月 22 ～ 23 日
- 4 看護学院（校）への助成
- 5 看護職員等研修会に対する助成
- 6 生徒募集対策
- 7 准看教務主任会助成
- 8 潜在看護職員再就業支援研修モデル事業
3 月 15 ～ 19 日

労務対策

医療機関が円滑な事業運営を行うため、医療従事者に適正な労務管理が図られるよう資料配付等を行った。

- 1 労働基準法、男女雇用機会均等法、育児・介護休業法などの普及啓発
- 2 山口県医師会ドクターバンク活用の推進

医師会共同利用施設対策

医師会病院、健診センター、臨床検査センター、介護関連施設等の医師会共同利用施設は、地域の健康・医療・福祉を包括した総合拠点として重要な役割を果たしている。

しかし、経営の悪化、施設の老朽化、民間企業との競合、会員の利用率の低下等多数の問題を抱え、その運営に苦慮しているところもある。

本年度は、島根県で開催された「第 17 回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会」に参加し、共通の問題点に対する対応策や運営上の情報交換を行った。

また、「全国医師会共同利用施設臨時総会」が開催され、医師会病院、検査・健診センター及び介護保険関連施設について、それぞれ 3 施設から運営状況や問題点等についての発表が行われた。

- 1 第 17 回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会への参加（島根県） 8 月 29 日
- 2 平成 21 年度全国医師会共同利用施設臨時総会への参加（兼 都道府県医師会共同利用施設担当事連絡協議会） 12 月 20 日
- 3 平成 21 年度臨床検査精度管理調査報告会への参加 3 月 5 日

XI 医政対策

杉山専務理事
弘山常任理事
田村理事

米国の一極覇権も崩れ、世界は中華覇権との競争的状況になってきている。日本においても政権交代という大変化があり、医療界のみならず日本全国いたる所でその影響も出つつある。

日本医師連盟もその一大綱領である「政権与党たる自民党を支持する」を変更した。しかし山口県医師連盟としては、当県の考えや地域の独自性も考慮し、当座は信頼性と継続性を大事にしていることの方針をとっている。

いずれにしても今年夏の参議院議員選挙に向け

て準備をしておく必要がある。

日本医師連盟を含め、今後の方向性としては一党に偏することなく医療専門家集団として、国民に軸足を置いた医療政策提言を目ざすこととなる。また医師会と医師連盟を組織的に明確に分離することも必要となつてこよう。

- 5 月 7 日 山口県医師連盟監事会
- 5 月 19 日 山口県選出国会議員への陳情
- 5 月 28 日 山口県医師連盟執行委員会

- | | | | |
|-----------|---------------------------|-----------|--------------------|
| 6 月 2 日 | 山口県議会柳居俊学副議長就任祝賀会 | 10 月 25 日 | 自民党山口県連政経セミナー |
| 6 月 13 日 | 建政同志会・河村建夫後援会政治セミナー | 11 月 5 日 | 山口県歯科医師連盟との懇談会 |
| 6 月 30 日 | 日本医師連盟執行委員会 | 11 月 8 日 | 河村建夫君を励ます会 |
| 7 月 1 日 | 第 12 回平成デモクラシーセミナー | 11 月 29 日 | 林よしまさ山口後援会総会 |
| 7 月 11 日 | 林 芳正大臣就任お祝い挨拶 | 12 月 2 日 | 岸 信夫君を励ます会 |
| 7 月 16 日 | 山口県医師連盟常任執行委員会 | 12 月 10 日 | 山口県医師連盟執行委員会 |
| 7 月 17 日 | 山口県議会畑原基成議運委員長就任祝賀会 | 12 月 15 日 | 日本医師連盟執行委員会 |
| 7 月 20 日 | 林 芳正経済財政担当大臣就任祝賀会 | 12 月 25 日 | 公明党山口県本部：介護問題総点検会議 |
| 7 月 21 日 | 大西倉雄県議会議員自民党県連政務調査会長就任祝賀会 | 1 月 9 日 | 河村建夫新春の集い |
| 8 月 3 日 | 高村正彦、河村建夫事務所陣中見舞い | 1 月 15 日 | 自民党山口県連政策聴聞会 |
| 8 月 4 日 | 山本しげたろう事務所陣中見舞い | 1 月 17 日 | 岸 信夫新春の集い |
| 8 月 10 日 | 高村正彦選挙対策会議 | 1 月 19 日 | 日本医師連盟執行委員会 |
| 8 月 18 日 | 高村正彦出陣式 | 1 月 24 日 | 岸 信夫後援会連合総会 |
| 8 月 20 日 | 山本しげたろうミニ集会 | 1 月 30 日 | 公明党新春賀詞交歓会 |
| 8 月 28 日 | 高村正彦総決起大会 | 2 月 5 日 | 日医医療政策シンポジウム |
| 9 月 14 日 | 第 1 回医療と医政研究会 | 2 月 5 日 | 自民党宇部支部「奮起を誓う会」 |
| 9 月 15 日 | 日本医師連盟執行委員会 | 2 月 6 日 | 自民党山口県連支部長・幹事長会議 |
| 9 月 24 日 | 西島英利参議院議員講演会 | 2 月 13 日 | ガンバレ高村正彦新春の集い |
| 10 月 20 日 | 日本医師連盟執行委員会 | 2 月 25 日 | 山口県医師連盟執行委員会 |
| 10 月 22 日 | 自民党山口県連環境福祉部会との懇談会 | 2 月 27 日 | 林よしまさ平成 22 年新春の集い |

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

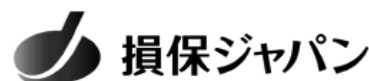
所得補償保険

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



事業計画

日本経済は、米国のサブプライムローンに端を発した金融恐慌・世界同時不況の影響を受け、依然として非常に厳しい状況にあるが、新興国の回復は早く、特に中国の回復は著しく平成 21 年には日本を抜いて世界第二の経済大国になったといわれている。

一方、わが国では、昨年戦後はじめての本格的な政権交代が行われ、民主党を中心とする政権ができ、「コンクリートから人へ」をスローガンに多くのマニフェストが掲げられたが、半年を過ぎた現時点では、実現には程遠く国民の期待を裏切る状況にある。

医療においては、先進国並の医療費を確保するため診療報酬の大幅引き上げなどを掲げていたが、現実ほとんど診療報酬の引き上げがなく、医療関係者は落胆している。

また、前政権が進めていた後期高齢者医療制度などの医療制度改革が見直されているが、未だはっきりとした方向付けが示されず、医療界は混乱している。長期間にわたる医療費削減政策により産科小児科をはじめとする医師不足、勤務医の過重労働問題、救急医療体制の崩壊、患者負担増による医療格差等が顕在化して地域医療は崩壊の危機にあり、早急に医療政策が示されることが、いま政治が取り上げるべき喫緊の課題である。

医療・介護の分野は、公共事業等他の産業に比べて生産波及効果や雇用誘発効果等経済波及効果が優れており、不況のときだからこそ医療・福祉に十分な財源を投入し、国民が安心して働ける環境や雇用を確保することにより景気浮揚をはかるべきである。このような視点から医療政策が展開されることが期待される。

このような状況の中で地域医療や医師会・会員の医療活動が円滑になされるよう医師会が取り組むことが重要である。また、後期高齢者医療の見直しで県単位の地域保険制度が検討されているなど県単位の医療運営が加速化しており、医師会の役割がますます重要となる。

これらの課題に向けて取り組むため、郡市医師会・関係団体との連携強化を一層図るなど、次の

重点事項を積極的に推進する。

- 1 郡市医師会・関係団体との連携強化
- 2 医療制度改革に対する的確な対応
- 3 医師確保対策の推進
- 4 勤務医・女性医師施策の充実強化
- 5 地域医療連携体制の確立
- 6 生涯教育の充実強化
- 7 対外広報の推進
- 8 IT 化対策の推進
- 9 医療安全対策の推進
- 10 県医師臨床研修推進センター・地域産業保健センターの円滑な運営

項 目	実 施 事 項	摘 要
I 組 織	1 表彰	裁定委員会 定款等検討委員会 自浄作用活性化委員会 母体保護法指定医不服審査委員会 母体保護法指定医師審査検討委員会 新公益法人制度移行検討委員会 医療活動支援団体選定委員会
	2 新入会員の研修	
	3 調査研究	
	4 郡市医師会との連携強化	
	5 自浄作用活性化対策	
	6 ドクターバンク	
	7 新公益法人制度移行検討事業	
	8 医政対策	
	9 社会貢献活動	
	10 国体支援協力	
II 広 報	1 対内広報	広報委員会 花粉情報委員会
	2 対外広報	
	3 花粉情報システムの充実	
III 情 報	1 医療情報システム	医療情報システム委員会
	2 ORCAプロジェクトの推進	
	3 郡市医師会・会員とのネットワーク強化	
IV 保 険	1 保険診療ルールの遵守、啓蒙	保険委員会 社保・国保審査委員連絡委員会 自賠責医療委員会 介護保険対策委員会 労災保険指定医部会
	2 医療保険問題研究	
	3 各種医療保険の指導及び連絡	
	4 介護保険対策	
	5 労災・自賠責医療対策	
V 生 涯 教 育	1 生涯研修セミナー・体験学習	生涯教育委員会
	2 臨床研修指導医の教育	
	3 専門分科会等への助成	
	4 地区医学会の活性化	
	5 山口県医学会誌の発行	
VI 勤務医・女性医師	1 病診連携・病病連携の推進	勤務医部会 女性医師参画推進部会 山口県医師臨床研修推進センター
	2 卒後臨床研修体制の推進強化	
	3 医師会への加入促進	
	4 勤務医部会の充実	
	5 女性会員対策	
VII 医 事 法 制	1 医療事故防止・紛争処理対策	医事案件調査専門委員会 診療情報提供推進委員会 医療安全対策委員会 臨床治験対策委員会
	2 診療情報の提供	
	3 個人情報保護対策	
	4 薬事対策	
VIII 地域医療・福祉	1 保健医療計画の推進	地域医療計画委員会 地域医療対策委員会 AED普及促進協議会 警察医会 有床診療所部会
	2 医療提供体制の充実・整備促進	
	3 救急・災害・へき地医療対策	
	4 市町村合併への対応	
	5 地域福祉の向上	
IX 地 域 保 健	1 妊産婦・乳幼児保健対策	乳幼児保健委員会 学校心臓検診検討委員会 学校医部会 健康教育委員会 健康スポーツ医学委員会 スポーツ医部会 産業医研修がキヤラム策定等委員会 産業医部会 糖尿病対策推進委員会 山口県地域産業保健センター
	2 学校保健対策	
	3 成人・高齢者保健対策	
	4 特定健診等	
	5 感染症対策	
	6 スポーツ医学	
	7 産業保健	
X 医 業	1 医療経営対策	
	2 医療廃棄物対策	
	3 医療従事者確保対策	
	4 労務対策	
	5 医師会共同利用施設対策	

I 組 織

杉山専務理事 田村理事
柴山理事 山縣理事

日医推薦の 3 人の中医協委員の非再任や、診療科間や開業医と勤務医間の収入格差をことさらにいつのるなど、医師会は今多くの分断圧力にさらされている。こうした中、医師会はその正統性を高めつつ団結を強め、より組織を強化し、一丸となって事にあたらねばならない。

1 表彰

表彰規程に基づいて実施する。

2 新入会員の研修

新規入会第一号会員に対し、県医師会の事業概要、保険診療等をはじめ「医の倫理綱領」の遵守、医療事故防止対策等に関する研修を実施し、地域医療における医師会活動への理解を深めるとともに、参加や協力をお願いする。

3 調査研究

定款、諸規程、会費等の諸施策について定款等検討委員会等に諮問する。

また、緊急課題には速やかにプロジェクトチームを設け、対応策について検討を行い、提言する。

4 新公益法人制度移行対策

新公益法人関連 3 法の施行にともない、当会は平成 25 年 11 月 30 日までに新公益法人へ移行する必要がある。新公益法人制度移行検討委員会で検討を行い、移行計画案を策定する。また、併せて郡市医師会の合併についても検討する。

5 郡市医師会との連携

郡市医師会との一層の連携強化に努める。

6 ドクターバンクの運営（医師等の求人・求職対策）

医師確保のために設置しているドクターバンクの活動を強化する。

7 医師会への入会促進

昨年勤務医の代表を日医代議員とすべく、会員増を目指して会長が病院訪問を行った。条件を満たす会員増には達しなかったが、本年度から先取り的に勤務医の代表 1 名に日医代議員になっていただいた。引き続き勤務医をはじめとして会員増に努める。

8 医療関係諸団体との連携強化

地域医療を円滑に推進するため、新年互礼会、三師会や看護協会との懇談会、また専門医会懇談会等を開催し、情報交換や連携を図る。

9 医政対策

国民皆保険制度を堅持し、医療崩壊とでも言い得る状況への進展を防止するには、強力な医政活動が重要である。そのため医師連盟とも連携し参議院議員選挙へ向けて取り組む。

10 社会貢献活動の推進

県民の医師会活動に対する理解を深めるため、社会貢献活動を推進する。

11 国体支援協力

平成 23 年度に開催される山口国体の開催を支援するため、オフィシャルサポーターとなり、大会の成功に向けて全面的に支援協力を行う。

協賛金 平成 22 年度 150 万円 平成 23 年度 350 万円

Ⅱ 広 報

田中(義) 常任理事 河村理事
柴山理事 山縣理事

平成 21 年度は“政権交代”のキャッチフレーズのもと、自由民主党から民主党への政権交代が実現した。この交代劇には広報活動の差が大きな要因の一つであったのではないだろうか。

このように広報は医師会の主義主張を多くの人たちに理解してもらう最も重要な手段であり、医師会員に県医師会の方針を周知して賛同を得るためには、対内広報を充実させることが大切である。

対外広報については、県民に山口県の医療の現状を伝え、県医師会の活動内容を理解してもらえよう引き続き努力していく。幸い、現在は医療崩壊の現状が看過できない事態に至っていることを、多くの県民やマスコミが肌で感じている。医療問題の真実を大きく取り上げ、県医師会の真摯な訴えに耳を傾けてもらえる時代であることから、今後も対外広報をより一層充実させる。

1 報道機関との連携

対外広報を推進する上で、報道関係者との連携が重要であることは論をまたない。この点から、山口県報道懇話会との懇談会や、取材に直接携わる現場記者との懇談会を開催してきたが、平成 22 年度も引き続き開催し、医療に対する理解を深め、医療の問題点の核心を報道してもらえるように努める。

テレビ局や新聞社に医療に関する話題をできるだけ報道してもらうとともに、医療現場の実態を取材、報道してもらえるように、情報提供を図る。

2 医師会開催行事の報道、取材要請、記者会見の開催

医師会開催の行事をテレビや新聞で報道してもらうことで、医師会活動への県民の理解を深めることは、大切なことである。重要事項について

は記者会見を開き、医師会の意見を伝えていきたい。また、県医師会として主体的に日本全体や山口県の医療の現状を広く県民に伝えていく機会を作り、理解を得るようにする。

3 県民公開講座の開催

県内の 16 の関係団体で構成される「県民の健康と医療を考える会」が主催する。引き続き県医師会が代表世話人を引き受け、県民の健康のために活動していく。

4 ホームページの充実

県民への医師会活動を伝える手段として、今やホームページは欠かせない役割を担っているが、内容をより一層充実させ、県民にとって分かりやすい、興味ある医療情報を掲載する。常にホームページの更新に努め、最新の情報を届けたい。

毎月 15 日発行の医師会報の電子版を月初めにホームページ上に掲載し、閲覧できるようにしている。

5 会報誌面の充実

会報は対内広報で最も重要な柱であり、多くの会員に読んでもらえる誌面作りを心掛けている。平成 21 年度には、アンケート調査を実施し、どのような記事に興味があるのか実態を知ろうとしたが、残念ながら回答数が極めて少なかった。しかし、貴重な意見もいただいたので、今後の誌面作りに活かしていく。

講演会や会員の意見を取り上げるとともに、話題の医療問題や新しい医療技術も紹介し、山口県内の医療の話題についても積極的に掲載したい。また会報は会務の記録や伝達手段でもある。正確で簡潔な内容とし、県医師会内での話題や議論も

会員が十分理解できるよう伝えたい。常に新しい企画を意識して、会員の意見を反映させ、意見発表の場としても活用してもらえるような誌面にする。

6 FAX 通信「速報 山口県医師会」の活用

広報にも IT 化の波が押し寄せているが、現実には FAX は全会員に迅速確実に情報を届けることができる伝達手段である。そのため急を要する連絡事項は FAX に頼っているのが現状であるが、パソコン通信での情報伝達を今以上に高める必要もあり、情報部門の課題とあわせて考える。

7 花粉情報システム

平成 22 年度も花粉測定の精度を上げるべく、花粉測定講習会を実施する。県下 27 か所の測定機関から花粉情報を得て、正確な花粉飛散情報をマスコミに伝え、県民に迅速に周知してもらうシステムを構築しており、今後も続けていく。

また、花粉症に悩む人だけでなく、花粉症に興味ある人なども含め、花粉症のメカニズムを勉強してもらうために、県民公開講座を開催する予定である。

III 情 報

田中 (義) 常任理事

武藤理事

柴山理事

診療報酬改定の時期が近づくと、中医協が開催される前に、その内容が必ずマスコミにリークされ、問題にはなっても、結局はその通りに改定されるというパターンが続いている。これも厚労省と日本医師会との情報戦への意識の差であろうか。医師会もこのような厚労省の仕掛ける情報戦に対抗する術を考える必要がある。早期に情報を得ることで、対抗策を考える時間も生まれるのであり、医師会の情報部門も各種情報の収集をより一層図ることで、医師会としての対抗策を構築できる方策を作るべきである。

元来、医師会の情報部門は、医療への IT 利用をいかに進めるか、新しい情報をいかに迅速かつ安価な費用で、広く伝えるかが主題である。IT 化を行政主導ではなく、医師会から自主的に行うことで、費用対効果、セキュリティに配慮し、IT 化の結果が県民の利益になるよう、常に考えながら推し進めていく。

1 レセプトオンライン化

懸案であったレセプトオンライン化は、現在、レセコン未使用（手書き）の病院、診療所では、

常勤医師がすべて 65 歳以上であれば免除となった。しかし、そのほかにも種々の条件で対応が違うように変更されたが、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会が主張してきた手挙げ方式は、結局認められず、しかも費用は医療機関が負担する状況もそのまま、受益者負担の原則は無視された。今後、事務的なランニングコストの増加に見合った診療報酬での手当などの点を、粘り強く要求する必要があるし、今後オンライン化を再び要求された場合の対策を立てておく必要がある。

2 ORCA プロジェクトの推進

日本医師会の ORCA プロジェクトのレセコン（日本医師会標準レセプトソフト、以下日レセ）を導入した医療機関は順調に増加しており、平成 21 年度中には全国 10,000 件を超えると予想されている。山口県でも ORCA プロジェクトの講習会を開催し、日レセ導入の手助けを考える。

また、ORCA プロジェクトでは、「定点調査研究事業」として、日レセによるデータ収集（感染症情報、緊急安全性情報など）を行っており、よ

り多くの医療機関が参加するように働きかけていく。

3 情報ネットワークの強化

山口県が構築した山口県医療情報ネットワークシステム（通称 Yamame-Net）は、利用者不足と財政の面で平成 21 年 12 月に廃止された。一概に情報ネットワークと言っても、簡単に言えば会員と医師会、会員同士あるいは医師会同士の情報機器を用いてのネットワークである。そのためには電子メールやメーリングリスト、ホームページ

などのシステム構築は欠かせないもので、会員の IT 講習会への参加を促し、情報ネットワークの理解を求め、参加を促す方策を立てる。

平成 22 年度は郡市医師会及び山口県医師会メーリングリスト登録会員に対して、「山口県医師会通信」として、次の情報を提供する。

- ・県医師会通信（お知らせ事項など）
- ・日医文書（会員向け）
- ・県文書（会員向け）
- ・その他会員が医療活動に必要な情報

IV 保 険

萬 常任理事	西村常任理事
田中（義）常任理事	田村理事
河村理事	柴山理事
城甲理事	

平成 22 年度の診療報酬は医科本体プラス 1.74% の小幅改定となり、その改定内容は入院プラス 3.03%、外来プラス 0.31% であり、このままでは勤務医のみならず開業医を巻き込んだ医療崩壊を招きかねないものと憂慮する。

今回の診療報酬改定の影響については、日医の緊急レセプト調査等の結果により適切に対応していきたい。

厚労省が積極的に取り組んでいる、後発医薬品使用促進施策についても注意が必要であり、県に設置された「後発医薬品使用促進連絡会議」の状況も踏まえつつ、性急な使用促進が図られることで、安心・安全な医療提供が損なわれることのないよう対応していきたい。これら喫緊の課題については、迅速な情報収集を行い、広く会員の意見を反映できるよう努めていきたい。

具体的活動として保険請求、審査、保険指導等保険ルールの解説、診療報酬点数表の解釈等について、郡市医師会に積極的に出かけて行って会員に周知を図るとともに、意見を収集し保険医療に

反映するよう努める。

保険指導に対しては指導現場に医師会役員が立ち会うことにより、妥当適切な指導が行われるよう努める。集団指導については、従来の全保険医療機関出席による方式とし、理由の如何を問わず高点数医療機関を選定して指導する、「集団的個別指導」方式は当県では実施しないよう求めている。

また郡市医師会保険担当理事協議会などを通じて、医療保険に関するさまざまな質問に回答し、意見や要望は積極的に日医へ提言していく所存である。

医療保険

1 郡市医師会保険担当理事協議会の開催

各郡市医師会に寄せられている医療保険上の質疑及び意見要望に対して、可及的速やかに問題解決できるように努める。また、新点数の評価や従来点数の不合理についても協議し、次期改定に反映させるように日医へ要望していきたい。保険審

査、保険指導についての会員の意見、要望もできる限り涉猟し協議していく。

2 社保・国保審査委員連絡委員会、審査委員合同協議会の開催

社保と国保の審査の較差是正や診療報酬の疑義解釈を主な目的として開催している。いまだ審査委員会間の較差があることが会員からも指摘されており、必要に応じて回を重ねていきたい。また、後期高齢者医療制度についても当協議会等で協議し、内容については速やかに医師会報に掲載し、会員への周知徹底を図っていきたい。

3 医療・保険研究会、保険ミーティングの開催

本年度の診療報酬改定を受けて、その内容を周知徹底し、疑義についての意見を収集・回答するために郡市医師会に出向いて行き、説明会を実施する。

4 集団指導時の医師会研修会の実施

新規会員集団指導の実施に合わせ、医師会活動と保険診療についての理解を深めるために、研修指導を行う。

5 個別指導への対応

個別指導の対象は審査支払機関、保険者などからの情報と高点数によるものとがあり、行政の選定委員会が選定する。県医としては個別指導に立ち会い、指導内容や指導事項が適切であるかの確認を行う。また保険委員会の中で指導医とも協議し、効果的かつ公平性のある保険指導が実施されるよう求めていく。

6 中国四国社会保険研究会への参加

会員からの保険診療に関する意見、要望を日常的に集約し、重要な課題についてはこの研究会で当県の要望事項あるいは協議事項として討議し、日医へ上申していきたい。

7 行政や関係団体との連携

山口県医療保険関係団体連絡協議会では各関係団体との連携を図るとともに、医師会の意見や立場を主張していきたい。また、関係行政との協議

でも医師会の考え方が正しく伝わるように鋭意努めたい。

介護保険

介護サービスにおいては介護従事者の離職率が高く、人材確保が困難であるといった状況を踏まえ、昨年度、介護職員処遇改善交付金が創設されたが、依然として介護職員の処遇改善は重要課題であり、さらなる対策が必要である。

また、政権交代を受けて、療養病床再編に関する政策の変更について政府の動向を注視し、県行政と協議していく。

高齢者の医療と介護には、医師の積極的参加は必要不可欠である。介護保険やケアマネジメントに対する医師の理解・知識の習得は重要であり、地域医師会や県医師会が生涯教育や研修会を通じて主治医の介護保険に対する関心を惹起し、より積極的に介護保険に関与する意欲を高め、地域ケアを充実させるために必要な「ケアカンファランス（サービス担当者会議）」に主治医が主体的に参加するように努力したい。

限られた財源の中で、効率的に介護保険が運用されるためには、多職種間の連携をより円滑に行うことが重要である。

地域医療において、主治医の果たすべき役割は、大変重要であることに変わりはないが、介護保険やケアマネジメントにおいても、主治医に期待される役割は、大きいものがあり、主治医意見書の記載、介護認定審査会への参画はもちろんのこと、ケアマネージャーとともに多職種連携による包括的ケアシステムの構築での中心的活動が求められている。

県医師会としては、地域医師会とともにケアマネージャーとの連携を密にし、主治医がケアカンファランスに積極的に参加できる素地を作り上げるように努めたい。そのためのツールの一つとして、ケアマネタイムのアンケート結果を有効に活用していきたい。

平成 18 年 4 月の介護保険改正により、地域包括支援センターが発足し、新予防給付や地域支援事業が始まっているが、なお十分に活動しているとは言い難い状況であり、地域包括支援センターが期待される機能を果たすように地域医師会も積

極的に関与していくことが求められるであろう。

かかりつけ医認知症対応力向上研修は引き続き地域医師会との協力のもと、県下各地で開催していきたい。

これらの活動を通じて行政とも連携して地域住民が安心して生活できる社会を目指し、医療と介護の一体化を円滑に推し進め、高齢者にとっても健康で自立した老後が維持できる地域包括ケアシステムを作り上げたい。

- 1 郡市介護保険担当理事協議会の開催
- 2 介護保険対策委員会の開催
- 3 ケアマネージャー・訪問看護師との協議会の開催
- 4 かかりつけ医認知症対応力向上研修会の開催
- 5 主治医意見書記載のための主治医研修会の開催
- 6 山口県介護保険研究大会への協力

労災保険

労災保険は健康保険と異なり、労働災害に対する労働者への一種の補償である。

日本医師会では本来あるべき姿に戻すべく、労災保険の抜本的改正を検討中とのことであるが、

いまだに健康保険に準拠した形で施行されているため、労災保険の特殊性を考慮した労災診療報酬体系の提言を労働局に対して行いたい。

山口県医師会労災保険指定医師会に対し助成金の支給を行うが、今後部会のあり方について検討する。

労働局、労災保険情報センター（RIC）との連携を密にし、労災保険に対する理解を深めるよう努力する。また、RIC と共催で「労災診療費算定実務研修会」を今年も開催したい。

自賠責医療

山口県医師会自賠責医療委員会を開催し、自賠責医療の適正化を図る。

トラブル事例数は減少傾向にあるが、安易な健保使用要請や支払遅延等のトラブル報告がある。山口県自動車保険医療連絡協議会を適宜開催、各医療機関から出されたトラブル事例についてはここで協議し、円滑な解決を図りたい。

自動車保険医療連絡協議会に参入していない損保会社ともそれぞれ協議会をもち、トラブル事例に対処したい。

V 生涯教育

杉山専務理事 茶川理事
武藤理事 田中（豊）常任理事

われわれ医師は自己研修・自己研鑽を当然のこととして、生涯にわたって続けている。医学、医療の知識を新しくするのはもちろんのこと、それを行う上で医療制度に関する知識も必要であるし、生身の人が対象であるので人間としての深みや品格を養うことも必要であろう。

国民の医療に対する関心や要求がより高まってきたる現今、われわれが行っている研修を世間が認め、かつ理解しうるような形で認定することがこれまで求められていた。数年にわたる日本医師会の努力がようやく形になり、今年度から新「日本医師会生涯教育制度」がスタートする。いろいろ

問題も指摘されており、また詳細が伝わってきていない部分もあるが、方向は間違っていない。その制度をまず十分周知し、無難にスタートさせ、軌道に乗せることが今年度は最も重要なことだと考えている。

生涯研修セミナーは当然毎年の中核的な事業であるが、今年度は上述のように制度が一新するので、その周知がまず重要であり、カリキュラムコードを意識したテーマ選択も必要となろう。また個人の取得単位・取得カリキュラムコード等に関する情報記録管理にも対処する必要がある。

体験学習は、実地医家に役立つ参加型の研修で

あり、今年度も山口大学医学部・山口大学医師会のご尽力により継続して実施する。

新医師臨床研修制度において、研修医の指導にあたる医師のための研修である「指導医のための教育ワークショップ」は昨年度までに 6 回、例年開催してきているが、今年度以降も引き続き開催する。

勤務医を取り巻く環境は依然厳しいが、平成 20 年度より生涯研修セミナーの半日をあて、勤務医部会の企画でシンポジウムを企画し、好評を得ている。問題改善の一助となりつつあると自負しているが、今年度以降も同様の催しを行う予定である。

山口県医学会総会は、今年度山口市医師会の引き受けにより開催する。

山口県医学会誌も例年通り発行する。多数の会員の寄稿を期待する。

- 1 新「日本医師会生涯教育制度」の周知とスタート
- 2 山口県医師会生涯研修セミナー・日本医師会生涯教育講座の開催
- 3 日本医師会生涯教育協力講座セミナーの開催
- 4 山口大学医学会に山口県医師会賞を設ける
- 5 山口県医学会総会の開催（山口市医師会引受）
- 6 山口県医学会誌の発行
- 7 体験学習の開催
- 8 「指導医のための教育ワークショップ」の開催
- 9 勤務医に対する生涯教育の一層の推進
- 10 各地区医学会の活性化

VI 勤務医・女性医師

田中（豊）常任理事	城甲理事
茶川理事	田村理事
武藤理事	山縣理事

勤務医

安心で安全な医療を目指し、これを提供するとは本会のみならず、すべての医師に共通する使命である。昨今の医療界、特に勤務医をめぐる環境は、医師個人の強い使命感や、医療現場の献身的な努力ではもはや解決できなくなっている。新医師臨床研修制度をきっかけに、医師不足、過重労働、医療事故、医療訴訟等の問題が顕在化してきた。このような状況をもたらした最大の原因は、長年にわたる医療費抑制政策であることは間違いない。昨夏の選挙で民主党を中心とする政権が樹立したが、政権が交代しても、医療のあるべき姿が変わるわけではなく、県民が安心できる医療の供給体制を構築せねばならない。

勤務医の医師会加入対策として、一昨年度、プロジェクトチームを編成して、その対策を検討してきた。その結果、172 名の勤務医の先生に日本医師会に加入してもらい、非常に感謝している。今年度も引き続き重点課題として取り組んで

いく。

市民対象の公開講座は、今年度で 4 年目となるが、市民の参加も多く、好評であり、病院の現状、勤務医の労働環境を理解してもらうのに役立っている。今年度も地域を変えて実施していく。

臨床研修の取り組みとしては、臨床研修医との交流会、臨床研修セミナーは、引き続き実施する。新規事業として、昨年 12 月に、山口大学附属病院を中心としたコンソーシアム構想が提案された。次代を担う若い医師を確保し、山口県の医療を守る目的で、医師・病院の役割を明確にし、魅力の発揮を助け合うというものである。本会としても、積極的にこの構想にかかわっていきたいと思っている。また、県医師会が提言していた地域医療再生基金を活用しての県全体の医師臨床研修体制（後期研修を含む）の強化や臨床研修支援を目的とした、山口県医師臨床研修推進センター（構成員：県、医師会、臨床研修病院）を設置し、若手医師の確保を図る。

今年度も、勤務医の立場に立った事業を展開し、山口大学、各病院、県医師会、県行政と情報を共有し、連携を深めていく所存である。また、勤務医部会、女性医師参画推進部会との連携も必要で、今年度も部会活動を支援していく。

以上の観点から今年度は以下の事業を推進する。

- 1 勤務医部会総会、理事会、企画委員会の開催
- 2 卒後臨床研修医との懇談会の開催
- 3 研修医・医学部学生との意見交換会の開催
- 4 病院勤務医懇談会の開催（県内 2 か所）
- 5 県医師会生涯研修セミナーの企画、開催
- 6 平成 22 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会への参加
- 7 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会への参加
- 8 勤務医ニュースの発行（年 2 回）
- 9 市民公開講座等の開催（県内 2 か所 宇部市、岩国市）
- 10 医師会への加入促進
- 11 指導医のための教育ワークショップの開催
- 12 女性医師参画推進部会との合同委員会の開催
- 13 臨床研修医との交流会(2 年目の研修医対象)
- 14 臨床研修セミナーの開催

今年度新規事業

- 15 やまぐち臨床研修コンソーシアムへの支援
- 16 山口県医師臨床研修推進センターの設置・運営
- 17 山口県医師臨床研修推進センター運営協議会の開催

女性医師

勤務医不足に端を発した女性医師支援であるが、ここ数年、全国的にも、そして個々の医療機関においても、勤務環境の改善に向けてのさまざまな取り組みが開始されている。多様な勤務形態、短時間勤務、保育支援など、あらゆる方策が行われるようになってきた。本会でも平成 19 年 3 月に設立された女性医師参画推進部会を中心に、引き続き支援に取り組んでいる。

昨年 7 月には専任の保育相談員による相談窓

口を設置し、保育サポーターバンクを開設した。また 5 月には県内医療機関に対し「女性勤務医の出産・育児に関連した就労環境に関する要望」を提出し、これもふまえて、一昨年プロジェクトチームで発行した「仕事も！家庭も！応援宣言集やまぐち」の改訂版を発行した。女子医学生へのサポートの一環として、夏休みには県内医療機関でインターンシップを行った。また在宅医師のネットワーク作りとして「Yジョイネット」を立ち上げている。

このような活動を広げるため、今年度は郡市医師会に女性医師部会を立ち上げるなどしてネットワークを作ること考えている。また就労環境改善は女性のみを対象とするものではなく、男性・女性ともすべての医師のためのものであることから、勤務医部会とも連携して活動を進めていく予定である。

以上より今年度の事業計画は以下のとおり。

- 1 郡市医師会とのネットワーク作り（女性医師部会の設立等）
- 2 県内医療機関の女性医師ネットワーク作り
- 3 育児支援
- 4 女子医学生・若い女性医師へのサポート
- 5 就労環境改善・復職支援

VII 医事法制

西村常任理事

城甲理事

柴山理事

杉山専務理事

医事紛争は、その解決に多額な費用と長期間を要することから、患者遺族、医療機関の双方に大きな負担となっている。また、平成 18 年 2 月の福島県立大野病院の医師法第 21 条違反での医師逮捕事件をきっかけに、同法の見直しが医療機関関係者より強く要望されている。

このような状況を踏まえ、死因究明制度の厚生労働省第三次試案が平成 20 年 4 月に、医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案が同年 6 月に出され、早期の国会提出が準備されてきた。しかしながら、昨年 8 月の選挙で、民主党を中心とした連立政権が誕生し、この大綱案の法制化は無理となった。民主党案（医療の納得・安全促進法）は医療界が求めている新しい死因究明制度になり得るのだろうか、今後の推移をみていく必要がある。

新規に裁判所に持ち込まれた訴訟総数は、ここ 3 年間、頭打ちの状態である。しかしながら、新聞やテレビ等のマスメディアでの医療過誤報道は相変わらず多く、また、今後、弁護士の数が増えることを考えると、予断を許さない状況にあることは間違いない。

したがって、会員が患者の診療に細心の注意を払い、現在の医療水準にもとらない医療を提供できる体制を維持し、会員が安心して業務遂行できる環境を提供したいと考える。また、医療の安全確保のためには、多大な費用がかかること、医師や医療関係従事者の努力のみでは不十分であることを日本医師会とともに訴えていきたい。

今、生涯教育を通じて医学の現状把握・研修に努めると同時に、患者への説明責任を果たすこと、さらに倫理面に関しても注意を払うことが会員に求められており、生涯教育担当理事、自浄作用活性化担当理事とも連携して、これらの推進に向け努力したい。また、医療安全、医療事故発生の防

止を図るために、会員向け冊子「医療事故を起こさないために」の改訂に向けての準備・検討を行っているところである。さらには不幸にして医療事故を起こした際には、紛争の拡大を防止するとともに、早期解決を図るために、医事案件調査専門委員会、顧問弁護士、郡市医師会、そして会員が一体となった取り組みを推進すべく努力したい。

医事紛争関係

1 医療事故防止対策

- (1) 郡市医師会における医療事故防止事業に対する協力
- (2) 新規開業医、新臨床研修医に対する医療事故防止研修会の開催
- (3) 総合病院の勤務医、看護師、事務職員、その他の医療従事者を対象とした医事紛争防止研修会の開催
- (4) 冊子「医療事故を起こさないために」を改訂し、会員に周知徹底する。
 - ①事故発生時の対応（患者対応と事後処理）
 - ②事故報告

2 紛争処理対策

- (1) 日医 A 会員加入と特約保険契約の推進
- (2) 日医保険免責部分補償の医賠償保険契約の促進
- (3) 施設賠償保険契約の促進
- (4) 医事案件調査専門委員会と郡市医師会との連携
- (5) 日本医師会との緊密な連携

3 医療安全対策

- (1) 日医医療安全推進者養成講座受講推進
本会担当理事の受講とともに、郡市医師会担当役員、各医療機関の医師・従業員の受講を勧奨する。
- (2) 医療メディエーターの育成講習

4 診療情報の提供

患者からの種々な内容の相談・苦情が増加していることから、県医師会の相談窓口の担当者のより一層のレベルアップを図り、郡市医師会の窓口業務との連携をさらに密にする。県が設立した苦情相談窓口との相互連携を図る。

逆に、医療機関で暴力をふるう常習患者、医療費の未払い常習患者の情報等を会員へ提供できるシステムの構築を図る。また、医療機関での暴力追放啓発ポスターの作成・配布により患者側への注意喚起を図る。

5 個人情報保護対策

厚生労働省がまとめた「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び日本医師会が作成した、冊子「医療

機関における個人情報の保護」等を会員に周知徹底し、医療機関における個人情報の保護が適正に行われるようにする。

薬事関係

1 麻薬対策

麻薬の適正使用、保管・管理、記帳、諸届、毒劇物の保管・管理の周知を図る。特に医薬品の患者投与にかかわる医師・医療従事者への啓蒙周知を図る。

2 医薬品臨床治験

医薬品の治験は臨床試験実施基準に基づいて行われる。対象疾患によっては診療所の治験参加も容易となっており、問題を生じれば臨床治験対策委員会で円滑に行われるようにする。

VIII 地域医療・福祉

弘山常任理事	河村理事
田村理事	武藤理事
城甲理事	山縣理事
濱本常任理事	萬 常任理事
田中(豊)常任理事	

平成 20 年から新たに実施された医療計画が医療・保健・福祉の各分野において、県民のためになるように各委員会・各郡市担当理事の方々とともに協議し、山口県や日本医師会に意見・要望を挙げていきたい。

地域の医療提供体制のレベルは、地域それぞれの医療事情、疾病構造、市町の熱意によって異なる。本県各地域の医療の現状を把握して、体制の整備を行っていく必要がある。そのためにも、各地域医師会の担当役員・会員から実情をよく聞きながら、地域医療・福祉部門の事業を展開していきたい。

また地域医療・地域福祉は医療情報システム、地域保健、医療保険、医療安全、介護保険、生涯教育・勤務医など他の会務部門と広く深く関連し

ているので、よく連携をとりながら、事業を進めていく。

地域医療

平成 18 年 6 月の医療法改正に伴い、医療計画制度の大幅な見直しが行われ、これに伴い各都道府県において、平成 19 年度に新たな医療計画を作成し、平成 20 年 4 月から全国一斉に新しい医療計画を実施することになった。

従来の病床規制を主眼としたハード中心の医療計画から、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病（4 疾病）、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療（5 事業）の主要事業ごとに医療連携体制の状況を医療計画に明示し、都道府県の自主的な数値目標を

定め「医療の質向上」を目指す方向へ政策転換を図ることとなった。山口県においては、平成 19 年度に 4 疾病のうち、脳卒中、急性心筋梗塞の 2 疾病について医療連携体制を構築し、平成 20 年度は、残りのがん、糖尿病の 2 疾病と在宅医療について医療連携体制を構築した。

山口県の各審議会・委員会や日本医師会・中国四国医師会の各種協議会に出席し、安全で質の高い医療が行えるような地域医療提供体制の構築を目指して、積極的に発言していきたい。

1 保健医療計画

平成 21 年度は、上記 4 疾病の地域医療連携体制を構築してスタートした郡市医師会もあれば、まだ構築できていない郡市医師会もあり、バラツキが認められた。今年度は、できるだけ多くの郡市医師会において、上記 4 疾病の地域医療連携体制が上手く機能するように、郡市地域医療担当事務協議会、地域医療計画委員会で協議し、地域の実情に即した医療連携体制となっていくように運用面を強化していく。また医師の地域偏在・診療科の偏り、小児救急医療体制の整備、地域リハビリテーション体制の充実等についても引き続き、地域医療計画委員会等において県行政と協議していく。

2 医療提供体制の充実及び整備促進

- (1) 本県の医療提供体制の充実と整備促進に向けて、県医療対策協議会、県医療審議会各専門部会等で県医師会の意見や要望を発言していく。
- (2) 医師確保対策では、麻酔科、小児科、産婦人科、脳神経外科等不足の見られる診療科に関して、喫緊の課題として県医師会ドクターバンク、同女性医師参画推進部会、専門医会と連携をとりながら、促進していきたい。
- (3) がん診療に携わる全ての医師を対象に、平成 20 年度から 5 年の間で、緩和ケアについての基本的な知識を習得するための研修を引き続き行う。
- (4) 在宅医療を推進していくために、診療所におけるプライマリケアや在宅緩和ケアの推進など、かかりつけ医機能の強化・充実を図っていく。
- (5) 平成 20 年度に有床診療所部会を設置した。

今後の有床診療所のあり方等について積極的な協議を進めていきたい。

(6) 病・病連携、病・診連携を推進し、地域の医療機関が診療ネットワークを形成し、急性期から慢性期、慢性期から急性期への患者の流れがスムーズになり、住民のための医療提供体制となるように、病診連携室、訪問看護ステーションや介護支援専門員と連携していく。

3 救急・災害医療

救急医療は医療の原点であり、救急医療に携わる医師の過重労働による疲弊に配慮しながら、救急医療体制を確保することが地域医療の重要課題である。小児救急医療体制の充実、救急救命士の業務拡大への対応あるいは新型インフルエンザなどの新しい感染症の発生や生物・化学兵器テロへの臨機応変の対応など、救急・災害医療は地域医療部門の中核をなすものである。

(1) 小児救急について

①小児救急電話相談事業の円滑な運営や小児救急医療体制の充実に向けて、小児救急医療対策協議会において専門的に協議・検討していく。

②小児救急医療支援事業の一層の推進について、県小児科医会、地域医師会や県行政と協議していく。

(2) 初期救急医療について

①現在、4つの地域メディカルコントロール協議会が設置されている。これらの協議会が円滑に運営されるように協力していく。また県救急医療高度化推進協議会において、救急救命士の業務拡大等について県医師会の意見を提示していく。

②救命処置の学習プログラムである ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) の普及を進め、医師の救急救命蘇生法の再教育や研修を図る。

③ AED 普及推進協議会を開催し、郡市医師会による「市民のための AED 講習会」の開催を推進し、一般市民へ AED 心肺蘇生法を普及・啓発していく。また、今後はバッテリー切れ等のメンテナンスについても対策を講じていく。

④在宅当番医制、休日・夜間急病センターの一

層の充実を図っていく。

⑤新型インフルエンザなどの新しい感染症あるいは生物・化学兵器テロの発生時は、臨機応変に県行政と連携して対応していく。

(3) 警察医会について

平成 18 年 4 月に山口県医師会警察医会を設立した。今年度は、役員会・総会にて、警察活動協力医の業務全般について協議し、課題や問題点について県警本部と連絡協議会を開催する。山口県歯科医師会警察医会とも連携を深めていく。また法医学・検案業務にかかる実地研修、研究会・講習会を開催し、広域大規模災害時のトリアージ、検案業務にスムーズに対応できるようにする。

(4) 災害医療体制について

透析医療、人工呼吸器、検死・検案などの具体的な危機管理体制の整備について協議する「災害医療対策協議会（仮称）」を県、県警と開催するよう準備していく。県内外の大規模災害発生時における地域医師会の初動体制、県内の病院に配置されている DMAT 12 チームとの連携を図る。

4 ヘき地医療

平成 14 年 4 月に「へき地保健医療対策推進指針」が策定され、本県においても、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院群が設置された。「第 10 次へき地保健医療計画」の運用について、県行政と協議していく。

5 市町合併への対応

合併による行政区の拡大は、医療圏の設定の変更をもたらし、救急医療体制などの地域医療提供体制に大きな影響を及ぼす。県行政と連携をとりながら合併後の地域医療のあり方について検討していく。

地域福祉

少子・高齢化の進行、財政負担の増大、社会福祉に対する国民の意識の変化などから、社会福祉基礎構造改革が進められてきたが、平成 12 年 4 月から介護保険制度がスタートし、同年 5 月には社会福祉法が制定された。また、平成 15 年 4

月から、障害があっても地域の中で自分らしく暮らしていくことを目指すノーマライゼーションの理念の実現に向けて、これまでの「措置制度」に代わって「支援費制度」が開始された。当初の予想より、障害者の在宅サービスは大幅に増加し、同制度はすぐに財政難に陥った。介護保険制度の見直し論議の中で障害者の使えるサービスについては対象年齢の拡大などが協議されたが、次の見直しまで延期された。

現行の支援費制度に変わる新しい障害者福祉サービスとして、平成 17 年 11 月に障害者自立支援法が公布され、平成 18 年 4 月 1 日から施行された。障害者自立支援法では従来対象外とされてきた精神障害者も含め、身体・知的・精神の 3 障害にかかる障害福祉サービスを一元化するとともに、それらの利用に際して介護の必要性の有無やその程度について障害程度区分認定を受ける必要があり、市町の認定調査及び医師意見書に基づき、市町審査会で認定が行われる。介護保険主治医意見書とほぼ同じ内容であるが、若干異なるところもあるので、会員へ周知していきたい。

また併せて障害者の公費負担医療制度（更生医療・育成医療・精神通院医療）も新たに再スタートした。自立支援医療では、対象疾病は精神疾患、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、内部障害等現行制度と同じであるが、給付を受けるためには更生医療については市町の、育成医療・精神通院医療については県の支給認定を受ける必要があり、これらが円滑に進むように、指定医療機関の手続き等会員への周知を行う。

障害者福祉では身体障害者、知的障害者及び精神障害者の施設基盤の整備促進などに、児童・母子福祉では保育所や児童福祉施設の整備促進、子育て・少子化対策の充実などに、また高齢者福祉では介護保険制度の円滑な推進、施設と在宅を結ぶ中間居住施設の整備促進などに取り組んでいく。

福祉領域は、障害者福祉、高齢者福祉、児童・母子福祉など広範にわたっているため、地域保健部門と連携して対応していきたい。

IX 地域保健

濱本常任理事	茶川理事
柴山理事	田村理事
河村理事	城甲理事
山縣理事	杉山専務理事
萬 常任理事	田中(豊)常任理事

少子高齢化の時代に入り、高齢者における疾病の予防や、生活習慣病などを予防することが地域保健にとって大きな課題となっている。そのためには、子どもの頃から健康教育を行い、正しい生活習慣を確立することが、将来の生活習慣病に対する予防となると考えられる。

国や県行政も国民の健康維持に関して予算を組み、医療と連携しさまざまな企画・実行が組み込まれている。

地域保健は、従来から「人の生涯を通じての保健」という観点で、妊産婦・乳幼児保健、学校保健、成人・高齢者保健（健康スポーツ）、産業保健の 4 部門について事業を継続してきた。4 部門を個々ではなく一つの流れとして捉え、平成 22 年度の事業を推進していく。「生涯を通じての健康増進・疾病予防」が、これからの医療において果たす役割は従来に増して重要となり、地域保健は多くの課題と取り組んでいかなければならない。また、健康増進に対する効率の良い医療連携を構築していかなければならない。

妊産婦・乳幼児保健

平成 15 年 4 月から予防接種の広域化が開始となり、今日まで順調に遂行されている。広域予防接種の諸問題については、郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事及び県下全市町予防接種実務担当者の合同協議会において意見交換し、事業を円滑に進めていく。

乳幼児健診単価や、妊産婦健診事業の料金の設定については、県医師会及び関係者で協議し行政に提示したい。また、任意予防接種（Hib、肺炎

球菌、HPV・ムンプス、水痘、インフル等）の費用の助成について、行政への働きかけをしていきたい。

減少の兆しがみえない乳幼児虐待に関しても、乳幼児保健として何らかの介入を行い、少しでも虐待防止に関与していきたい。

また、園医活動における諸問題も学校医部会の活動の中に組み入れていきたい。

- 1 乳幼児保健委員会の開催
- 2 郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会の開催
- 3 妊産婦・乳幼児健診委託事業への協力・調整
- 4 妊産婦健診事業の料金の設定と、各市町・各郡市医師会の調整
- 5 小児保健・医療にかかわる県事業への協力
- 6 予防接種医研修会の開催
- 7 広域予防接種事業における県、各市町、各郡市医師会の調整
- 8 乳幼児虐待防止に関する医療連携の構築

学校保健

学校保健の向上、推進を図ることを目的に平成 18 年に設置された学校医部会では、学校医活動の活性化と質の一層の向上を図りたい。山口県における認定学校医制度は学校医部会での協議の結果、研修手帳のような形での自己研修を考えているため、その内容についても引き続き検討していきたい。「学校医の手びき」改訂の発刊準備をすすめていたが、平成 21 年 4 月 1 日制定以来、大幅改正・成立した「学校保健安全法」において、学校の安全管理に係る規定の整備や養護教諭他の

職員の相互連携による保健指導、地域の医療機関等との連携など、学校保健に係る規定の充実が図られたため、それらを盛り込んだ、新しい「学校医の手びき」(第 4 版)が 21 年度末で編集発刊予定のため鋭意準備しているので活用いただきたい。

毎年度開催している学校医研修会では、医師と学校現場との情報交換の場として引き続き実施していきたい。学校心臓検診検討委員会は順調に活動し、心臓検診精密検査受診票の中で疑義があるものに対する返戻も引き続き行っていきたい。

平成 16 年度より文科省のモデル事業としてスタートした学校・地域保健連携推進事業は、子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業と名称変更となり事業が継続されているので関係機関に働きかけ積極的に活動していきたい。

また、生活習慣病も小児期からの対策が必要と考えられるので、健診に関する諸問題の中にも取り入れていきたい。

従来と同様に「学校保健は心身の健康の基礎づくりの時期として生涯保健のなかでも重要な時期に位置づけられている」ことを念頭に、学校医の積極的な活動と資質向上を目的として各教育関係機関や養護教諭との連携をより緊密に行い、従来からの課題を解決していくことで、児童・生徒の健康管理をより円滑に進めていくこととする。

中国四国学校保健担当理事連絡会議・中国地区学校医大会、第 43 回若年者心疾患対策協議会総会が山口県引受で開催するため、県内の学校医・学校保健関係者の参加・協力を呼びかけていきたい。

- 1 学校医部会の開催、認定学校医制度(研修手帳等)の検討
- 2 郡市学校保健担当理事協議会の開催
- 3 学校心臓検診検討委員会の開催
- 4 学校医研修会の開催(新任学校医への研修会)
- 5 郡市学校医等研修会及び小児生活習慣病予防対策への助成
- 6 子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業の活性化と参加協力
- 7 中国四国学校保健担当理事連絡会議・中国地区学校医大会の引受開催

8 第 43 回若年者心疾患対策協議会総会の引受開催

成人・高齢者保健

健康寿命の延伸を図るための一環として、糖尿病対策について積極的に取り組み、糖尿病対策推進委員会の活動を円滑に進めたい。平成 19 年度から始めた山口県糖尿病療養指導士講習会を引き続き開催するとともに、「やまぐち糖尿病療養指導士」として認定した方に対するレベルアップ講習会を開催する。

平成 20 年度から実施の保険者による特定健診・特定保健指導に対応するべく、体制の構築、実施方法、保険者との連携、指導者の教育等に医師会が関与していかなければならない。

また、肝炎診療協議会への協力、生活習慣病を減少させるための国民への啓発活動や、かかりつけ医機能を発揮し、医師会が積極的に取り組んでいく。

医師会においても行政との連携を密にしてこれらの事業効果が一層高まるよう積極的に関与して取り組み、住民が健やかな生活を営むことができるような疾病発生の予防に努めていきたい。併せて、健康保持増進は本人の自覚によることが大きいので、健康教育テキストなどの拡充に一層努めたい。毎年、健康教育テキストを作成しているが、より自由に利用してもらうため、一昨年よりその内容をインターネット上で公開している。

住民の健康スポーツの一層の普及啓発を図る。山口国体に向け、昨年に引き続き、スポーツ医部会、郡市山口国体担当理事及び国体局実務担当者による合同協議会を開催し、協力体制の構築に取り組んでいく。また、ドーピングに関する啓蒙周知に取り組む予定である。

がん検診の事業効果を高め、がんの早期発見、早期治療に結びつく精密検査精度を一層高めると同時に、がん予防のための講習会開催やがん登録への協力を推進する。

感染症対策については、昨年度の新型インフルエンザ(A/H1N1)流行の経験を活かし、医療体制の確保、情報提供・一般市民への広報のあり方など、行政とも密に連携を取りながら、課題に取り組んでいく。また、これまでどおり、発生動向

調査（サーベイランス）を常に注視し、世界的、全国的動向に注意を払い、突発的に発生する感染症、再興する感染症、さらには動物に由来する感染症の動向を常時監視し、その情報を郡市医師会にも時宜適切に提供し、地域医療部門とも連携を密にしながら不測の事態に対応できるようにする。

- 1 郡市成人・高齢者保健担当理事協議会の開催
- 2 特定健診・特定保健指導の推進
郡市特定健診・特定保健指導担当理事協議会の開催
特定健診・特定保健指導対策・協議
- 3 感染症発生状況への注視と動物由来感染症の動向の常時把握
- 4 新型インフルエンザへの対策
- 5 健康教育テキストの作成、インターネット上での公開
- 6 やまぐち健康フェスタへの参加・協力
- 7 糖尿病対策の推進
糖尿病対策推進委員会の開催
山口県糖尿病療養指導士講習会の開催
「やまぐち糖尿病療養指導士」レベルアップ講習会の開催
糖尿病診断・治療マニュアル（リーフレット）の改訂
- 8 スポーツ医部会の開催・講演
健康スポーツ医学委員会の開催
日医認定スポーツ医の養成
健康スポーツ医の拡充と進展
- 9 郡市山口国体担当理事協議会の開催
- 10 健康やまぐち 21 に基づく個別健康教育、健康度評価事業への適切な対応
- 11 がん登録の推進

産業保健

近年、特定健診の導入や世界経済の大変化に伴い、メンタルヘルス関連事業の再構築が叫ばれ、改善に向けての措置が行われている。また、新型インフルエンザの大流行により、職場での感染防止対策が、工場（ライン）の一時休止を防止するためにも、積極的に行われているが、地域の取り

組みと連携したさらなる事業の必要性が増してきている。また、平成 21 年度末に提起された、地域産業保健事業の見直しに対して、県内の小規模事業場に働く従事員の健康を維持するため、これを引き受け運営する。

- 1 山口県地域産業保健センター事業の業務引き受け
- 2 山口産業保健推進センターと地域産業保健センターの相互事業交流
- 3 新型インフルエンザ対策としての職域・地域の連携
- 4 個々の産業医のスキルアップ
- 5 新規産業医養成及び更新産業医の研修会の充実
- 6 特定健診・特定保健指導への対応
- 7 産業医部会への協力
- 8 労働局及び関連機関との連携

X 医 業

西村常任理事 柴山理事
茶川理事 山縣理事
田中(豊)常任理事

医業経営対策

医療機関の事業税非課税措置等の見直し問題について議論が継続されることになったが、この問題は医療機関にとって経営の根幹に係わる問題である。診療報酬所得計算の特例措置（いわゆる 4 段階税制）、医療法人に係わる事業税の軽減措置等の存続についても引き続き努力していく。近い将来には消費税の増税が検討されそうであり、重大な関心をもって取り組まなければならない。

また医業経営において仕入れにかかる消費税が他に転嫁できないために生じる、いわゆる控除対象外消費税問題があり、医業経営への重大な影響を避けるためにもゼロ税率ないし軽減税率による課税に改める要望を続けて行う。

診療所である医療機関の経営は、まさに危機的状況に追い込まれていると言っても過言ではない。このような時こそ自院の経営状況を精査し見直す必要があり、雇用、従業員教育、物品の購入管理、増患対策などさまざまな問題について再検討してみるよい機会でもあるといえる。

- 1 事業税非課税措置存続についての要望を継続
- 2 消費税増税により生ずる控除対象外消費税問題についての検討
- 3 広島国税局と中国地区医師会役員との懇談会
- 4 医業継承問題の検討
- 5 会員福祉対策の検討

医療廃棄物対策

医療機関には産業廃棄物排出事業所として廃棄物を適正に処理する責任がある。平成 20 年度よ

り産業廃棄物のマニフェスト報告が義務化されたことに伴い、電子マニフェストの普及が進んでいる。産業廃棄物の完全処分を確認する義務が排出事業所に課せられていることから、マニフェストの徹底管理をお願いしたい。

また、医療機関より排出された廃棄物が感染性に該当するか否かの判断は、「廃棄物法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」を参考にすることになるが、それでも現場では判断に困難を来す場合がある。感染性廃棄物の客観的判断についてはさらに検討を行い、その取り扱いについては会員への周知を図っていきたい。

- 1 電子マニフェストの普及促進
- 2 郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会の開催
- 3 医療廃棄物三者協議会の開催
- 4 医療廃棄物処理に関する相談業務の促進

医療従事者確保対策

中小の病院を中心として、各地で看護師の不足が問題になっており、過重労働、医療訴訟の問題、働く女性への支援等多くの課題が指摘されている。そのような現状において、事態はさらに深刻になっており、特に地域による偏在が社会問題となっている中、医療関係職の人材の養成が急務となっている現状がありながら、国や行政によるこれといった有効な対応策がみえてこない。

医師会員の懸命な努力で運営を続けている医師会立看護師、准看護師、助産師養成所は、補助金の減額、教育者や施設の確保対策などさまざまな問題を抱えている。

現在、医師会立養成所を卒業した（准）看護師の 90%以上が県内に就職しており、今後もこの状態を維持し、地域医療を守るためにも、その存続のために努力をしていかなければならない。

看護師養成所の若者の県内定住に果たす役割と看護職員確保に貢献している現状を県行政や議会に訴え、制度面、財政面でさらなる支援を要請していく。

- 1 郡市医師会担当理事・教務主任合同協議会の開催
- 2 看護師養成施設への助成
- 3 県下看護学院（校）対抗バレーボール大会の主催（当番：宇部）
- 4 看護学院（校）に関する基本調査の実施
- 5 医師会立看護職員養成所問題への対策
- 6 中四九地区看護学校協議会への出席（開催地：大分市）

労務対策

医業経営にあたっては、従業員の労務管理対策は最も重視されるべきものであり、円滑な労務管理こそ安定した医療機関経営の基本であると考えられる。

男女雇用機会均等法、育児・介護休業法、労働安全衛生法など関係法令の改正により医療機関においても労務管理の重要性が認識されなければならない。特に最近では医療従事者の過重労働に対する問題がクローズアップされており、関係当局と協議しながら対策を考えていきたい。

- 1 郡市医師会労務担当理事協議会の開催
- 2 育児・介護休業法に基づく制度の普及
- 3 労働安全衛生法等に基づく医療従事者の労働安全衛生の確保
- 4 過重労働に対する検討・対策
- 5 労務に関する関係団体との検討会の開催

医師会共同利用施設対策

医師会病院、臨床検査センター、医師会介護関連施設など医師会共同利用施設は、地域の健康・医療・福祉を包括した総合拠点として重要な役割を果たしている。しかし、経営の悪化、施設の老

朽化、民間企業との競合、会員の利用率の低下など、多くの問題を抱えている。

平成 20 年度から始まった特定健診・特定保健指導において、医師会病院や検査センターの役割が重要視されており、新たな業務拡大の機会と捉えて取り組みが始まっている。検査センターでは精度管理の重要性が問われており、引き続き精度管理の確立にも力を注いでいく。

また、介護関連施設においては、平成 21 年 4 月の介護報酬改定による運営状況の把握に努め、問題点の改善、要望を行う。

このような状況の中、全国の共同利用施設の情報を収集し提供するとともに、県下各施設の情報交換の場を設けて改善策を考えていきたい。

- 1 郡市医師会共同利用施設担当理事協議会（意見交換会）の開催
- 2 都道府県医師会共同利用施設担当理事連絡協議会への参加
- 3 平成 22 年度臨床検査精度管理調査報告会への参加
- 4 第 18 回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会への参加（鳥取）

山口県医師会警察医会第 6 回研修会

と き 平成 22 年 1 月 23 日 (土)

ところ ホテルニュータナカ 2F 平安の間 (山口市湯田温泉)

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 22 年 1 月 23 日 (土)、ホテルニュータナカ 2 階平安の間 (山口市湯田温泉) において、山口県医師会警察医会第 6 回研修会が開催された。前全 5 回の研修会は山口県医師会 6 階会議室で開催されたが、今回は本研修会が藤宮教授全 6 回の最後の研修会となるため、山口県医師会会長木下先生のご高配で、ホテルで研修会を行い、その後懇親会を行うことになったのである。本報告はこの研修会の報告である。

【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、6. 内因性急死 (突然死) と死体検案書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 6

—内因性急死 (突然死) と死体検案書等—

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

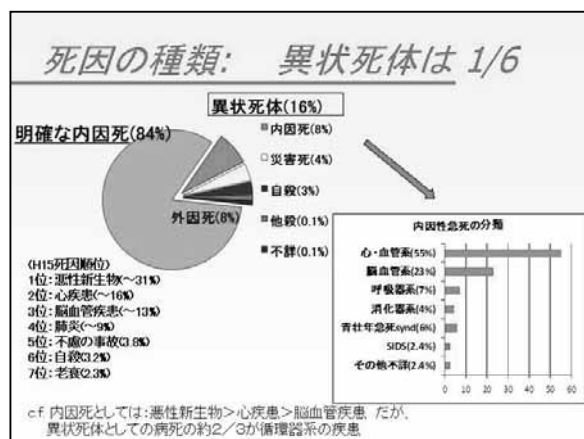
座長は山口県医師会警察医会天野会長が務めた。まず座長より藤宮教授のご紹介があった。(紹介略)

法医学の対象となる病死: natural unexpected sudden death

法医学の対象となる病死: 内因死 = 内因性疾患による死亡 = 病死
内因性急死 (natural sudden death) = 突然死 (unexpected sudden death)
= 「死因となる疾病発症後 24 時間以内の死亡」
搬入時死亡 (Cardiopulmonary arrest on arrival, CPAOA) cf. DOA (dead on arrival)
病院前心臓停止 (Prehospital Cardiopulmonary arrest (CPA))
病院外心臓停止 (Cardiopulmonary arrest out of hospital)
cf. 発症時期からは、必ずしも急死とは限らない。
1) 法医学で扱う病死
(1) 外因死の可能性や疑いがあったが、病死と判明したもの
(外傷損傷の存在、外力や中毒などの外因による可能性のあるもの)
(2) 外因死の疑いはないが、死因不詳
i) 医師の診療を最近受けていないもの
ii) 医師の診療を受けていたが、死因が判然としないもの
iii) 診察した医師の不在など、その他の理由で病状の確認がとれないもの
iv) 身元不明者、発見死体、生前の状況不明者の急死
2) 法医学で扱う対象とならない病死 = 明らかな病死
「臨床上病死を裏づける客観的データが存在し、かつ不審点が残らないもの」

内因性急死というと教科書的には系統別の話になるが、それだとほとんど皆様ご存知なので、嗜好を変えて紹介する。

法医学という通常外因死を思い浮かべるかもしれないが、内因死が結構多い。内因死なのであるが外因死の可能性がある場合、あるいは死因が分からない場合には解剖に回される。

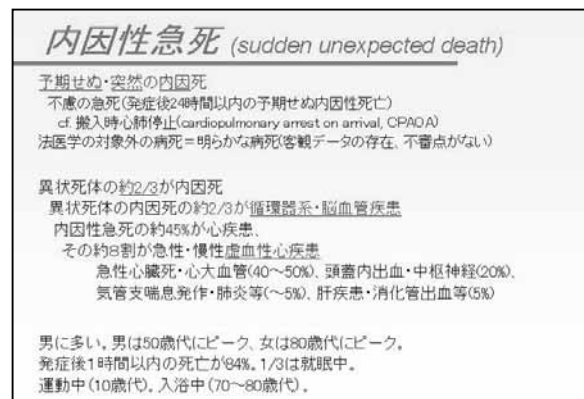


統計では、明確な内因死は 84% で、異状死体として届けられるのが 16% である。この異状死体の内の半分 (8%) は内因死である。それから、災害死、自殺、他殺の順番となる。

他殺は全体の 0.1% であり、症例的にはほとんどないのが実際である。法医学は他殺のみを対象にしているのではないことが、これでよく分かってもらえると思う。

内因性急死の内訳は、心・血管系が 55% で最も多く、脳血管系が 23%、以下、呼吸器系、消化器系、青壮年急死、SIDS、その他不詳の順番である。

一方、死因順位でみると、第一位は悪性腫瘍であるが、悪性腫瘍が法医学の対象になる頻度は少ない。



内因性急死の定義は、予期せぬ突然の内因死

で、発症後 24 時間以内の内因性死亡である。

異状死体の内因死の約 2/3 が循環器系・脳血管疾患である。内因性急死は男性に多く、50 歳代にピークがある。一方、女性は自宅で亡くなっていることが多く、80 歳代にピークがある。発症後 1 時間以内の死亡が 84% で、1/3 は就眠中である。

内因性突然死の原因、検案

<急死の原因> Stress & Bio-response Medicine

1. 肉体的激動(ストレス): 労働・スポーツ・疾走・入浴
2. 精神的興奮(ストレス): 激しい喜怒哀楽・疼痛・驚愕
3. 他人からの暴行
4. その他: 飲酒・性交・分娩など。but 安静時・無症状もあり

<死因決定のキーポイント>

1. 身体所見: 損傷の有無・特徴的所見
2. 検査所見: 髄液検査(血性)・簡易検査(とその有効性)
3. 現場状況: 死亡時の状況・現場の乱れの有無・損傷との関連性(転倒・けいれん・偶発事故など)
4. 病歴: 既往歴・予兆・損傷の既往の有無、生活環境。
予兆: 頭痛・めまい・嘔吐・胸痛・動悸・発熱・かぜ症状・失神など
※ 実際には不明が多く、誤診率は高い→(行政)解剖の必要性!

内因性突然死の原因はストレスが多い。肉体的激動や精神的興奮、他人から暴行を受けている最中に急死することがある。

自分は最近このような症例を経験した。親子喧嘩中に父親が心筋梗塞で亡くなった症例である。これ自体は病死になる。ストレスは誘引になるが、これが因果関係があるかどうか鑑定する必要がある。

死因決定のキーポイントは、身体所見、検査所見はもちろんであるが、現場状況、病歴、予兆の有無が重要である。現場状況や病歴に関することを現場で調査してくれるのが警察である。世の中の人は警察がいなくても死因決定が可能だと思っているが、現場状況や病歴で判断可能なこともある。しかし、解剖しても困難な事例がある。したがって、警察の検視官や医師が共同で検死を行わないと誤診率は高くなるのである。判断がつかない時は、解剖が必要である。

突然死の5分類 (Anderson Pathology 改変)

基本的要素	1) 病理所見 + 身体所見 2) 病歴 + 現場周辺状況 + 中毒検査等 3) 経緯則・除外診断
Class I. 致死病的病理所見 cf. 大動脈解離・くも膜下出血 (5% of natural deaths)	Autopsy Imaging?
Class II. 中等度の慢性的病理所見、有意な病歴・現場状況 cf. 虚血性心疾患、肝硬変、癌末期 (90% ~ 2/3 of natural fatalities)	
Class III. 中等度の病理所見、病歴・現場所見が軽度 cf. 虚血性心不全、老衰・自然死	
Class IV. 乏しい病理所見、軽度の病歴、除外診断・経緯則 cf. てんかん、急性心機能不全等	
Class V. 乏しい病理所見、病歴・現場状況も少ない cf. SIDS、青壮年急死症候群、死因不詳	

「Anderson Pathology」という病理学の本に非常に分かりやすい突然死の分類が出ているので提示する。これによると、内因性疾患を Class I から Class V に分類する。

Class I は、病理解剖をすると死因がすぐさま分かるもの、例えば大動脈解離やくも膜下出血のようなものが該当する。

Class II は、慢性的な病理所見があって、死に至るまでの経過が分かっているもの、例えば虚血性心疾患や肝硬変、癌の末期が該当する。「Anderson Pathology」では 90% がこのクラスに分類されるとあるが、自分の個人的な経験では大体 2/3 位ではないかと思う。

Class III は、中等度の病理所見があって、病歴・現場所見が軽度であるもの、典型的には老衰が該当する。老衰死の症例は解剖を行っても率直に言って分からないことが多いが、経過からそれなりに判断するしかない。虚血性心疾患がベースにあるような症例では虚血性心不全にすることもある。

Class IV は、病理所見が乏しく、病歴は軽度であるものをいう。例えばてんかんや不整脈、急性心機能不全等で亡くなった症例は、解剖しても所見としては分からないことが多い。むしろ、病理所見がないのが特徴である。このクラスでは除外診断と経験則が重要になる。

Class V は SIDS が典型的であるが、乏しい病理所見、病歴・現場状況も少ないものをいう。よく分からない突然死というのが実際に存在するのである。青壮年急死症候群、いわゆる「ぽっくり病」であるが、山口県内でも毎年何人かみられる。このクラスは解剖しても分からないことが多いが、それでは解剖しなくても良いかと言われれば解剖しないと分からないこともあるので、解剖を行い、除外診断を行い初めて「ぽっくり病」と診断がつくのである。

Class I. 致死的病理所見

cf. 大動脈解離・くも膜下出血 (5% of natural deaths)

1) 病理所見・身体所見
特徴的な病理所見・CT 所見
Autopsy Imaging (Ai) が有効

2) 病歴・現場周辺状況・中毒検査等
3) 経験則・除外診断

Class I である。このクラスは致死的病理所見がある。このクラスは特徴的な病理所見があるので CT 検査（いわゆる Autopsy imaging (Ai)）が有効である。ここで注意しなくてはならないのは、CT 検査を行ったら何でも分かるという幻想がある。「Anderson Pathology」では突然死の 5% 位と言われている。CT 検査をしても慢性的な病変や軽微な病変は画像上確認できても、死因が分からないことは多い。マスコミ等ではこの Ai を行ったらほとんどすべてが分かるというように言われているが、病歴、現場周辺状況、中毒検査等、経験則、除外診断ではじめて分かることもあるので、あまり Ai にとらわれないようにすることが重要である。

突然死(発症1時間以内)をきたす主な疾患

- | | |
|--|---|
| 1. 心臓
致死性不整脈: 心停止(心臓突然死)
後天性: 洞不全症候群、房室ブロック
頻脈性: 心室頻拍・細動、心房粗動(1:1 房室伝導)
心房細動を合併した WPW 症候群
右心室異形成症、QT 延長症候群
冠動脈疾患:
急性・再発性・陈旧性心筋梗塞
狭心症(労作性・異形・安静時)
心臓突然死
慢性虚血性心疾患(虚血性心不全・心筋症)等
心筋症: 高血圧性
アルコール性
拡張型・肥大型(特発性)等
心筋炎: ウイルス性、特発性
弁膜症: 大動脈弁疾患、僧帽弁逸脱症、肺動脈狭窄
先天性心疾患・高血圧性心疾患・粘液腫破綻等
心タンポナーデ | 2. 大血管
動脈瘤破裂、解離性大動脈瘤
3. 呼吸器: 急性呼吸不全
肺高血圧(原発性、Eisenmenger's)
肺梗塞症(肺血栓症)
喘息重症発作、肺炎、窒息(誤嚥等)
4. 腹部・消化器: 急性胆症
消化管からの大出血、腹腔内大出血
腸閉塞、脾臓炎、腹膜炎
子宮外妊娠破裂、分娩時の合併症
5. 中枢神経系: 出血
くも膜下出血、脳出血、急性硬膜下出血
6. 原因不明の突然死等
乳幼児突然死症候群
青壮年急死症候群、他
アナフィラキシー・ショック
毒物皮膚機能不全: 出血性壊死 |
|--|---|

<統計> 急性心臓死・心大血管(約 2/3)、頭蓋内出血・中枢神経(20%)、
気管支喘息発作・肺炎等(～5%)、肝疾患・消化管出血等(5%)、老人に多い、夜中に多い。

突然死(発症 1 時間以内)を来す主な疾患としては、心疾患が大半を占め、内訳としては致死性不整脈、冠動脈疾患、心筋症、心筋炎、弁膜症、先天性心疾患がある。その他、動脈瘤破裂や解離性大動脈瘤などの大血管疾患、呼吸器系、腹部・消化管疾患、中枢神経疾患、原因不明の突然死がある。

症例提示 72 歳、女性。自宅でうつ伏せになって死亡しているのを発見された。外部身体所見は異常を認めなかった。脳は表面的には異常所見はないが、脳の断面を視てみると橋の出血が認められた。ここで始めて死因が特定できた。この症例は CT 検査を施行すれば診断できた可能性はあるが、橋は骨の影響で CT 検査で解りづらいことがあるので困難であったかもしれない。このような事例もある。

症例提示 52 歳、男性。県内のホテルで異常行動をとって、その後死亡しているのを発見された。先程の症例と同じく橋出血であるが、本症例は血液が表面に漏れている。これ位の出血ならば CT 検査で診断できた可能性は高い。

症例提示 腐乱死体であるが、解剖すると大動脈瘤破裂による心タンポナーデを起こしていた。解剖が非常に有効であった症例である。

症例提示 87 歳、男性。医療機関にかかったことがほとんどなかったようである。独居で死亡しているのを発見された。解剖してみると、胃にボールマンⅢ型の胃癌を認めた。胃癌に関連した死亡と診断した。

症例提示 生後 3 か月、男児。第 1 病日の午後 8 時頃、40 度の熱を出し、第 2 病日に小児科医院を受診し風邪と診断を受けて帰宅した。その後、熱は下がった。午後 7 時 30 分頃、ミルク 160cc を与え、坐薬を挿入して布団に仰向けで寝かせた。午後 10 時頃、母親が添え寝をした。第 3 病日午前 2 時頃、母親が偶然目を覚まし子どもを見たら息をしていなかった。救急車で病院搬送するも心肺停止状態であった。死因が不明なため司法解剖となった。

解剖してみると肺には軽度の気管支肺炎と心外膜炎が認められた。副腎に出血が認められた。脳は化膿性髄膜炎が認められた。髄膜炎と副腎出血という、Waterhouse-Friderichsen 症候群である。この病気は 1 日、2 日の急性の経過で死に至るので兄の経過と合致する。自分も何年かに 1 回は経験するのであるが、診断がついても救命が困難な疾患である。家族には、死因がこのような稀な疾患であったことを説明し理解を得た。

以上で Class I の説明を終わるが、このクラスは病理学所見が非常にはっきりしており解剖が有効である。ただ、自分の経験ではこのクラスは頻度が少ない。

Class II.

Class II. 中等度の慢性的病理所見、有意な病歴・現場状況
cf. 虚血性心疾患、肝硬変 (90%~2/3 of natural fatalities)

- 1) 病理所見 + 身体所見
慢性疾患 + 軽微な急性所見? 非特異的な病理所見・CT 所見
- 2) 病歴 + 現場周辺状況 + 中毒検査等
特徴的・有意な病歴
特徴的な現場・周辺状況
- 3) 経験則・除外診断
Autopsy Imaging (Ai) + 検死経験からの総合的な判断が必要

Class II は慢性的な病理所見を認め、有意な病歴や現場状況もあるが、決定的な所見が乏しく、急性の所見がないものをいう。虚血性心疾患が典型例といえる。その他、肝硬変もそうである。肝硬変があって肝不全で死亡する時はおそらく黄疸の出現を認めているであろうが、黄疸はないような症例が該当する。どうしてこの日に肝硬変で死亡したのかが分からない、このような症例が Class II である。特徴的な病歴があって、現場の状況も矛盾がない。Ai を行えば肝硬変が認められるだろう。それでは、これ位の程度の肝硬変があればだれでも死亡するのかわわれれば、そうとも言えない。やはり、検死経験からみて病死でも矛盾はないだろうと判断できて初めて診断できるのである。

生活習慣病

食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群。

12 疾患:

- | | |
|----------------|-------------|
| ① インスリン非依存性糖尿病 | ② 肥満 |
| ③ 高脂血症(家族性を除く) | ④ 高尿酸血症 |
| ⑤ 循環器病(先天性を除く) | ⑥ 高血圧症 |
| ⑦ 大腸癌(家族性を除く) | ⑧ アルコール性肝疾患 |
| ⑨ 肺扁平上皮癌 | ⑩ 慢性気管支炎 |
| ⑪ 肺気腫 | ⑫ 歯周病 |

Class II は生活習慣病を有することが多い。スライドに生活習慣病 12 疾患が出ているので見てほしい。

症例提示 44 歳、男性。夕方、ゴルフ中に気分が悪いと言い、一人帰宅の途についた。普通乗用

車を運転中に進路を左側路外に逸脱し、車中で死亡していたという。車自体は自然に停止しているような状況であった。近くの人が近づいてみたら、車中で死亡していた。

スライド提示 顔面のうっ血、溢血点は軽度認められた。解剖すると大きな所見はなかった。

スライド提示 腹部・胸部は異常なし。腎臓はショック腎を軽度認めた。脳は出血なし。

スライド提示 心臓である。ここに線維化を認める。陳旧性心筋梗塞（後壁下部）、冠状動脈硬化症を認めた。その他の所見として、肺うっ血、内臓うっ血、暗赤色流動性血液を認めた。死因は再発性心筋梗塞と診断した。

スライド提示 心筋梗塞の時間的な病理所見の変化である。ご存知のように、急性心筋梗塞を発症して 0～8 時間は、病理学的な変化は認めない。したがってこの時間帯に不整脈で死亡すると解剖をしても分からないのである。自分たちはこの時間帯に解剖をすることが多いので、なかなか難しいこともある。発作を起こしても急死しなければ炎症が起こるので、病理所見としてキャッチできるが、そうでない症例は難しいのである。これと同じ理由で、脳梗塞も発症後間もなくは病理学的な変化が出現しないため、診断が困難なことがある。

スライド提示 経時的な急性炎症反応である。最初は血管透過性亢進・浮腫がおこり（数時間）、次に白血球の浸潤がおこる（5-6 時間～1 日程度）。このあたりだと病理学的な所見が得られるので法医学の立場からいうと解りやすいのである。Class I の症例が該当する時期である。最後に修復・線維化がおこる。

自分は大阪の監察医も兼任しているが、Class I から Class II が大半である。ここから先の Class は診断が厳しくなる。

Class III.

Class III, 中等度の病理所見, 病歴・現場所見が軽度
cf. 虚血性心不全, 老衰・自然死

1) 病理所見+身体所見

慢性疾患の病理所見が軽微～中等度

2) 病歴+現場周辺状況+中毒検査等

病歴が少ない・ほとんどない cf. 生来健康で、医者にかかったことがない。

3) 経験則・除外診断

高齢で布団中・家中で死亡は検死による推定診断でよい？

cf. 老衰、虚血性心不全、脳血管障害の疑い

若くて自宅外で死亡は、死因究明・法医解剖の方がよい

cf. 意外な病因の可能性が高い。

トラブル予防・生命保険や遺族・労災・人災問題等

予期しない突然死で、グリーフケアも必要

Class III は慢性疾患の病理所見が軽微～中等度で、病歴が少ないか、ほとんどないクラスである。例えば生来健康で、医者にかかったことがない、あるいはほとんどないようなケースである。経験則や除外診断で診断を進めていくことになる。監察医の場合は解剖権限で解剖が可能であるため、判断が難しい症例は当然解剖をすることになる。

高齢者が布団の中、もしくは家の中で死亡していた場合は、死因が老衰だろうか、虚血性心不全だろうか、それとも脳血管障害だろうかと死因を推定すると同時に、経過はどうであったのだろうか、突然死亡したのか、それともじわりじわりと死亡したのか考えつつ検案をすすめることになる。

一方、若い人が自宅外で死亡していた場合は、死因究明のため法医解剖が望ましい。意外な病因の可能性が高いのである。生命保険や遺族・労災・人災問題等トラブル予防のためにも解剖することが望ましい。家族もその人が亡くなるということは考えてもいないので、その人の突然の死亡を家族に納得させるためにも死因の究明が必要である。監察医制度がある都道府県は、できるだけ解剖をするようにするが、ここ山口県のように監察医制度がない県は、警察活動協力医が悩みながら検視官と相談しながら判断しているのが実情であろう。いずれにしても、死因に関してははっきりとした自信がもてない場合は是非とも法医学教室に連絡をしてほしい。自分としてもできるだけ早期に対応するつもりである。

症例提示 86 歳、女性。医療過誤の疑いの症例である。多発性脳梗塞症にて 4 月 1 日入院し、寝たきり状態であった。鼻腔内挿管により流動食をとっていた。4 月 29 日、17 時 50 分頃の看護師の巡回では異常なく、19 時 20 分の巡回時に

呼吸停止を認め、当直医が 1 時間ほど心臓マッサージ及び気管内挿管を行ったが 20 時 20 分に死亡を確認した。遺族は、「病院で痰が詰まって窒息死した。これは病院のナースコール等の対応について不手際があったために死亡したものである。」旨を警察署に通報し、死因究明のため司法解剖を行った。

スライド提示 解剖所見では、直接死因は就下性肺炎で、その原因は多発性脳梗塞症であった。解剖主要所見は気管支肺炎、無気肺、多発性脳梗塞症、慢性肝うっ血であった。死亡の種類は「1 病死及び自然死」であった。

Class IV.

Class IV. 乏しい病理所見。軽度の病歴。除外診断+経験則
cf. てんかん、急性心機能不全等

1) 病理所見+身体所見
乏しい病理・身体所見: CT(Ai)も無所見?

2) 病歴+現場周辺状況+中毒検査等
乏しい病歴。現場周辺状況は不明瞭

3) 経験則・除外診断
解剖による除外診断が必要
希な事例が起こるよりも、よく起こることの希な事例の方が多い。
vs. マーフィーの法則: 最悪を考える
平均率の法則: 確率論的思考。60点の思考(80:20の法則)
トラブル予防: 予期しない突然死で、グリーフケアも必要

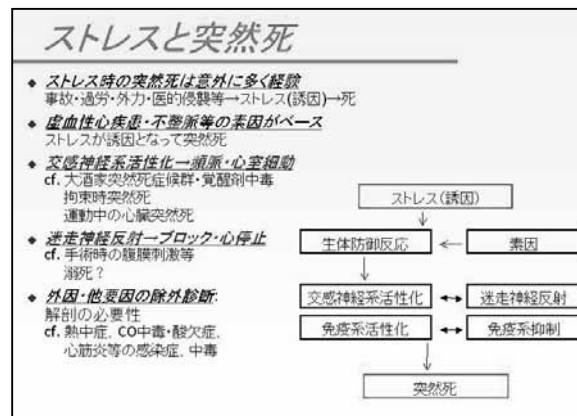
Class IVは、病理所見が乏しく、身体所見も得られにくい。CT (Ai) を施行してもおそらく所見は得られないであろう。病歴が軽度で、現場周辺状況は不明瞭であるため、除外診断や経験則が重要となる。原則として解剖することが望ましい。解剖しても所見が出ないかもしれないが、「……が、ない。」ということの証明になる。稀な事例が起こることよりも、よく起こることの稀な所見の事例の方が多い。解剖をしても 100% 分かることはないのであるが、解剖が期待されている中で、なるべくクリアな死体検案書を書かなくてはならない。一番大事なことは解剖でトラブルをなくすのだというスタンスである。

症例提示 52 歳、男性。精神病院で看護師であった。独房内で暴れる患者を制止した後、房内で倒れ急死した。おそらく急性心臓死であるが労災対象になる事例である。

スライド提示 症例の心臓である。左室肥大を軽度認めた。右冠動脈周囲に溢血点が散在している

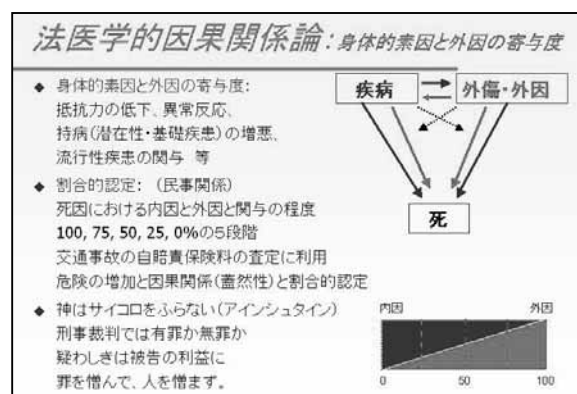
所見を認めた。急性心臓死(不整脈死であろう)と判断した。

最近 AED が普及してきて、急性心臓死が起こり得るのだということを一般の人でも理解してきているが、あくまでも除外診断をして隠れた病変がないことを証明して、最終的に急性心臓死と診断する必要がある。



法医学ではストレスと心臓死は大きなテーマである。最近では、交感神経活性化→頻脈・心室細動が大きなウェイトを占めていると言われている。長い間のストレス状態で交感神経系が活性化していて、何らかの原因で致死的な不整脈を誘発するのであろう。大酒家突然死症候群というのがある。日頃、酒を多量に飲む人が何らかの理由、例えば拘束時や入院時に全く飲酒ができなくなると不整脈を起こして死亡する症候群である。その他、覚醒剤中毒や拘束時突然死、運動中の心臓突然死もこのメカニズムで起こる。

迷走神経反射でブロックや心停止が起こることもある。手術時の腹膜刺激等や溺死の時もこのメカニズムが考えられる症例がある。最近、免疫系活性化が突然死の原因になることが研究されており、近い将来もう少し詳細が分かるかもしれない。



内因死の場合、ストレスが係わってくる。因果関係には民事と刑事の 2 つがある。民事の場合は割合的認定があり、死因における内因と外因と関与の程度が、100%、75%、50%、25%、0% の 5 段階で判断される。特に交通事故と病死の時に割合的認定が行われる。一方、刑事は 0% か 100% の二つに一つである。刑事では、75% 怪しいからといって、75% 刑事罰を科せられることはない。むしろ「疑わしきは被告の利益に」という考え方である。このように、民事と刑事では考え方が全く異なるので混同しないようにしてはならない。

行動中(スポーツなど)の急死	
1. 診療中の急死	誠意ある説明・死因究明、医事紛争？ 過誤・不可抗力：説明義務違反、病災か損害か、因果関係の有無 異状死体の届出：法医学解剖
2. スポーツ中の急死 熱中症(災害死)・損傷死等との鑑別、管理責任。	
3. 入浴中の急死：老人・冬季に多い。交通事故死などの数： 約15000人、内因死80%心臓死70%、脳卒中死21%、溺死など9% 溺死>急性アルコール中毒>転倒・熱傷、溺水との鑑別。 But 意識障害・失神→溺死？血圧調節異常？神経調節性失神？ 密室で発見が遅れやすい。41℃以下10分以内がよい	
4. 労働中の急死	労災か病死か？労災保険を考慮
5. 過労死	ストレス状況と因果関係、社会的因果関係
「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)クモ膜下出血 (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)	

行動中の急死には、診療中、スポーツ中、入浴中、労働中、過労死がある。

診療中の急死には、診療中のストレスで一番有名なのが「東大ランバール事件」である。子どもが化膿性髄膜炎を起こしていた。当時、化膿性髄膜炎はランバールからペニシリンを注入する治療を行っていた。最初の頃は子どもに抵抗する力がなかったので順調に治療ができていたが、次第に症状が軽快した頃には、ランバールを行うと当然痛いから暴れるようになった。看護師が押さえ込んだまま、ランバールを施行した。30 分位経過してから痙攣を発症した。その後、児は寝たきり状態になった。民事裁判になり、鑑定人は 6 名とも「病气」と鑑定したが、裁判官が「因果関係は専門家の考え方ではなく一般的な考え方で良いのである。」とし、結果を引っくり返した事例である。裁判が因果関係で争われると大変である。法医学ではそのようなことがないように十分精査をしている。

入浴中の急死は老人・冬期に多い。年間約 15,000 人である。大阪監察医務院ではこのようなケースは大抵病死としている。普通は脳か心臓

の病気が発症し、意識が消失して溺死するわけである。一方、このようなケースを溺死とする監察医もある。病死にするべきなのが溺死にするべきなのか、法医学会でも議論になっているところである。浴室は一種の密室になっていて、発見が遅れるので生命保険の災害特約の項で揉めることもある。自分の経験では病死の場合は、「すー」と亡くなっているようであるが、風呂場で自殺を試みたりする人は、大抵あちらこちらに体をぶっつけていることが多いので病死というよりは他の死因を考えた方が良いのかもしれない。入浴中の死亡はその死因の判断が難しいところである。

症例提示 95 歳、女性。ラクナー脳梗塞後遺症、栄養障害、廃用性筋萎縮、老人性認知症、難聴があり、平成 9 年 11 月より寝たきり状態であった。老人保健施設にショートステイで入苑中、午後 10 時過ぎに、特殊浴室で車椅子入浴装置（チェアーインバース）に車椅子型のストレッチャーに座ったままで水深を 51cm に設定して入浴していた。介護職員が他の被介護者の世話をするため 3 分間目を離して戻ってきたところ、本症例は少し前屈みになり、頭を右斜め前に傾けて、眉から下はお湯の中に浸かり呼吸停止していた。直ちに人工呼吸、心臓マッサージを行ったが、10 時 18 分死亡が確認された。業務上過失致死容疑事件として約 24 時間後に司法解剖となった。

スライド提示 肺は溺死肺を認めた。気道内に泡沫液を認めた。

スライド提示 脳は脳梗塞後遺症を認め、心臓は冠状動脈硬化症を認めた。状況が良く分からなかったのが「12 不詳の死」にしたが、状況が良く分かっていたならば「1 病死及び自然死」にしたかもしれない事例であった。

Class IV. 経験則や暗黙知

1) 病理所見・身体所見

心臓冠動脈硬化症・大動脈硬化症・腎動脈硬化症・脳底動脈硬化症
多発性クナ脳梗塞症、陳旧性脳血管障害(脳軟化症)
脂肪肝(肝線維症・肝硬変)・脾腫:大酒家突然死症候群
大酒家は動脈硬化が少ない
顔面うっ血、瞳孔溢血点、瞳孔縮小、瞳孔径左右差、マルファン症候群
肺水腫の進行:急性左心不全、急性心臓死?
急性循環不全・ショック所見:心内臓下出血・ショック腎、暗赤色流動性血
尿量が多い:脳血管障害・頭部外傷、凍死所見
口腔より泡沫液・肺水腫?、急性左心不全・急性心臓死? 溺死?
高体温:脳血管障害、感染症、熱傷、覚醒剤等の薬物
石頭(頭蓋骨の肥厚):精神障害?

2) 病歴・現場周辺状況・中毒検査等

てんかん等の軽微な病歴
活動中・ストレス時? 安静時? 死戦期の長さ
入浴中:入浴中突然死症候群(を提唱すべきか) 四肢等の打撲傷の有無?
布団の中で死亡:脳梗塞・脳血栓? 不安定狭心症?
急性循環不全・ショック所見:冷汗、嘔吐、脱糞、トイレへ?
不可解な行動:脳血管障害・頭部外傷、凍死、薬物

Class IVでは経験則や暗黙知が重要である。

病理所見や身体所見では、動脈硬化性病変があるかどうか。顔面うっ血があるかどうか。瞳孔縮小が認められたら脳幹出血の可能性が高い。瞳孔径左右差が認められたら脳血管疾患の可能性が高い。この段階でCT検査(Ai)をしても、脳梗塞の場合は初期には変化が出ないのでおそらく分からないであろう。

亡くなり方が重要である。急激に亡くなったのか、それともじわりじわりと亡くなったのかで病気が違うのでここもポイントの一つである。

肺水腫は比較的早期に進行するが、肺水腫ができる時間的な余裕があったのか、それとも肺水腫が起こる前に亡くなったのか見極める必要がある。ショック所見も重要である。

尿量が多い時は、脳血管障害や凍死の可能性が高い。これは、意識が消失してから亡くなるまでに時間的な余裕があるため、尿が作られて膀胱に貯まるからである。

口腔より泡沫液を認める場合は、肺水腫か急性左心不全・急性心臓死を考える。考えようによっては溺死体を陸に上げたともいえる。

高体温は、脳血管疾患、感染症、熱傷、覚醒剤等の薬物中毒が考えられる。

医学的な根拠は乏しいのだが、石頭(頭蓋骨の肥厚)に精神障害が多い傾向があるのではないかとされている。

児童虐待では胸腺や内臓萎縮が認められる。

病歴と現場周辺状況と中毒検査等が重要である。

先ほども述べたが、入浴中の死亡は死因の特定が困難であるため、社会的コンセンサスはまだ

得られていないが、「入浴中突然死症候群」のような病名を提唱するべきかもしれない。

布団の中で死亡していた症例は、心臓が原因というよりは、脳血管疾患が可能性として高いであろう。不安定狭心症で布団の中で死亡することも当然あり得ることである。

急性循環不全やショック時は、低血圧で気分が悪くなってトイレに駆け込み脱糞しながら死亡することがある。

不可解な行動は、脳血管障害、頭部外傷、凍死、薬物を考える。生前に不可解な行動が確認された症例は解剖をした方が良いと考える。

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:過重労働を免症前に受けたことが認められる場合。
過剰労働 = [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]

4. 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)クモ膜下出血 (3)脳梗塞 (4)高血圧脳症
(5)一過性心停止 (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)

5. 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)電撃

スライド提示 「過労死の認定基準のある10疾患」は手続きをとれば労災と認定されることがあるので、後々のことを考えるならば解剖をしていたほうが良いこともある。

スライド提示 過労死に関する統計によると、脳血管疾患では、①くも膜下出血、②脳出血、③脳梗塞の順番である。

虚血性心疾患では、①心筋梗塞、②不整脈による突然死等、③一時性心停止の順番である。

Class V.

Class V. 乏しい病理所見、病歴・現場状況も少ない
cf.SIDS、青壮年急死症候群、死因不詳

1) 病理所見・身体所見

乏しい病理・身体所見: CT(Ai)も無所見?
高度(中等度)腐敗死体:内臓腐敗により病理所見不明瞭

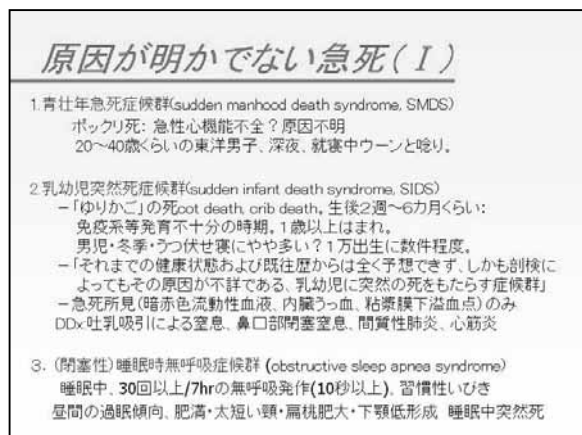
2) 病歴・現場周辺状況・中毒検査等

乏しい病歴、現場周辺状況は不明瞭
死因自体が不詳 cf. SIDS、青壮年急死症候群

3) 経験則・除外診断

解剖による除外診断が必要

世の中、「よく訳の分からない死亡」というのがあるが、このような症例が Class V である。病理所見がほとんどなく、病歴・現場状況もほとんどない。それでも死因を決めなければならない。解剖により除外診断が必要である。高度(中等度)腐敗死体もこのクラスに入る。



青壮年急死症候群 (sudden manhood death syndrome SMDS) とは、20 ~ 40 歳位の東洋男子が、深夜、就寝中「うーん」と唸って急死する症候群である。家族の前で唸って、見てみたら死亡していたという例である。自分はここ何年か典型的な SMDS を経験している。

乳幼児突然死症候群 (sudden infant death syndrome SIDS) とは、それまでの健康状態及び既往歴からは全く予想ができず、しかも剖検によってもその原因が不詳である、乳幼児に突然の死をもたらす症候群である。この SIDS は SMDS より頻度が高い。解剖によって死因は特定できないが、それでも解剖を行って除外診断をしなければ分からない。SIDS の除外診断としては、吐乳吸引による窒息、鼻口部閉塞窒息、間質性肺炎、心筋炎である。

カナダのトロントのコロナーが SIDS を認めなくて、SIDS の症例を鼻口部閉塞窒息として鑑定し、そのため母親たちは有罪になった。このことが母親たちが服役した後に公表され、大問題になったことがある。SIDS という病気が存在するということを認識して検案に当たらなければならない。1 歳以上の症例は稀なので、1 歳以上の SIDS は疑ってかかった方がよい。有名なのは香川県の保育園の保育母が園児を鼻口閉塞で殺害し、SIDS と検案された例がある。

閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (obstructive sleep apnea syndrome) とは、睡眠中に 7 時間に 30 回以上の 10 秒以上の無呼吸発作を呈し、習慣性いびき、昼間の過眠傾向、肥満、太短い頸、扁桃肥大、下顎低形成を認め、睡眠中に突然死を来す症候群である。

症例提示 31 歳、男性。某社の営業所長。10 月某日、午前 9 時 50 分頃、自宅寝室の布団上にうつ伏せの状態死亡しているのを発見された。10 時頃に救急車が到着した時には、既に頸に硬直が認められた。病院に搬送され死亡が確認された。異状死体の届出があり、検案、解剖に付された。死亡の前日は、出張先から帰宅後にビールを飲み、午前 1 時頃に就寝したようであった。既往症は特になかった。

スライド提示 同症例の心臓である。心臓は 380g で溢血点を多数認めた。冠状動脈の狭窄は最大 20% であった。求心性肥大を軽度認めた。

スライド提示 病理所見では、心筋は浮腫状で毛細血管が拡張し、単核球や多核白血球が比較的高頻度に血管内に認められたが、心筋層の炎症所見は認められなかった。

肺は両肺とも肺水腫を呈していた。青壮年急死症候群 (SMDS) と診断した。

症例提示 SIDS の症例である。生後 6 か月、身長 65cm、体重 6,400g の男児である。妊娠 35 週 2,340g の未熟児であった。母親は 30 歳で既往症はなかった。第 1 子。1 か月、3 か月健診は異常を認めなかった。午後 5 時、父親用の布団内でうつ伏せ状態で死亡しているのを発見された。寝返りはできなかった。ミルク主体の離乳食であった。

解剖所見では、肺水腫、左心不全状態、肝・腎・脳のうっ血、脳浮腫、顔面うっ血を認めた。肺水腫による気道内泡沫液を認めた。頭部・体幹・四肢に大きな損傷は認めなかった。卵円孔開存 (0.4 × 0.2cm) を認めた。

自分の教室では SIDS は ASD や VSD の合併例が多い。これらが直ちに死因に結びつくわけでは

ないが、心臓が未発達な状態が SIDS に関係があるのではないかと思います症例を積み重ねているところである。

原因が明かでない急死(Ⅱ)

4 薬物・ショック・副作用	
1) アナフィラキシー・ショック:	薬物投与後20～30分で死亡(一般的)。時に1時間以上して運動誘発性;運動開始後20～30分して。かゆみ等から発症除外診断:他の発死との混同?
2) 肝機能低下症	薬物代謝異常
3) 副腎機能低下症	副腎萎縮、副腎出血
4) 薬物中毒:薬物の副作用による。cf. キンシカインショック。	
5) 薬物過量:過量による中毒。	
	嚥下呼吸管理の不適切事故 等 cf. ラボナール
6) 悪性過高熱(ハゼン症)、吸入麻酔薬、家族歴、悪性症候群(抗精神病薬)	
5 胸腺リンパ体質?	
	副腎皮質機能不全? 胸腺肥大? 甲狀腺機能亢進? 胸腺肥大?
1) 抗抗体介在するもの	ベニリン系薬、抗がん剤、抗虫薬、ハザル、ナツツ、甲殻類・小魚、ラッコス、等
抗体を介するもの	血腫、免疫グロブリン、造影剤
代謝性・遺伝性異常	アズピリン、β2刺激薬やβ受容体阻害剤、食品・添加物
産熱マシ細胞を刺激するもの	ヨード造影剤、化学療法剤、セサルト、デキストラン
長寿依存性運動細胞アンプ	小魚、等 + 運動、寒冷、熱、光線、等
特異性	

薬物ショックや薬物副作用も原因が明らかでない死因になる。アナフィラキシーショック、肝機能低下、副腎機能低下症、薬物中毒、薬物過量、悪性過高熱、悪性症候群などである。

昔の法医学の教科書には記載がある（＝現在ではあまり使用されることはない）が、「胸腺リンパ体質」というのがあり、副腎皮質機能不全や甲状腺機能亢進症が係わっているのではないかとされている。

アレルギー

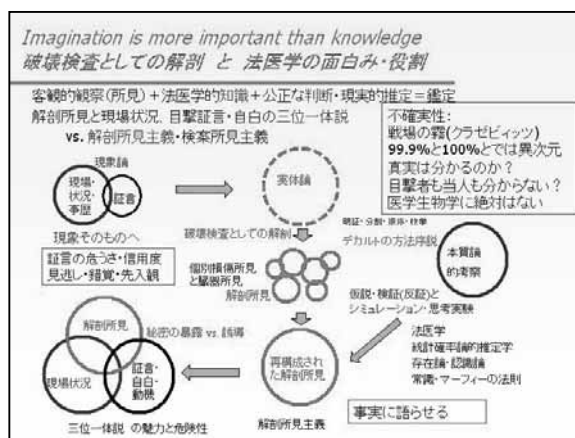
I 型アレルギー (アナフィラキシー型)	IgEの肥満細胞結合が関与。肥満細胞からのヒスタミンなどの放出が障害的に作用。 気管支喘息・アトピー性皮膚炎
II 型アレルギー (細胞障害型)	抗体が結合した細胞に、補体、白血球が結合して障害を与える。 自己免疫性溶血性貧血、不適合輸血
III 型アレルギー (アルサス型)	免疫複合体に補体が結合し、血管などに付着して組織を障害する。 急性糸球体腎炎、全身性エリテマトーデス
IV 型アレルギー (遅延型)	組織の細胞に結合した抗原に対し、感作リンパ球が直接反応して細胞を障害する。 ツベルクリン反応、臓器移植の拒絶反応

アレルギーのⅠ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型である。

症例提示 キシロカイン・ショック死の事例である。69 歳、男性。内視鏡検査のために麻酔薬キシロカインビスカスを口に含ませたところ、5 分後に心肺停止状態になり救命処置を行ったが死亡した症例である。この症例は第 5 回研修会でも提示した。

スライド提示 症例の胃である。胃はボールマン3型進行癌（中分化型管状腺癌）、腸間膜・大網リンパ節転移、肝転移、右鎖骨リンパ節転移を認めた。

スライド提示 肺うっ血・水腫を認め、薬物中毒の疑いであった。冠状動脈硬化症、慢性虚血性心疾患、左右胸水・腹水を認めた。医療処置による心裂傷・胸骨骨折・多発性肋骨骨折を認めた。血中リドカイン濃度は $2.0 \mu\text{g/ml}$ であった。死因はキシロカインによる薬物副作用で不慮の事故死と判断した。



今までお話ししたことをまとめると、内因性疾患は、Class I、IIは死因がどうにか分かるが、稀に分からない症例もある。解剖をすることにより、除外診断をすることにより診断をしていくというのが法医学の仕事ということになる。

法医学の解剖を行う上で重要なのは、現場の状況とまわりの証言である。一方、証言はうそ、勘違い、錯覚等で重要なことを見逃している危険がある。そのような中で、破壊検査としての解剖を行うわけである。解剖をすることによりいろいろな所見が得られ、それをもとにして過去の経験則を組み合わせて再構成された解剖所見を検討し、現場状況や証言の整合性が得られるかどうかを考慮し、「三位一体説」として、一番正しいらしい結論に到達できるのである。注意すべきは、証言がうそであったり、勘違いであった場合は、解剖所見が正当に評価されない危険をはらんでいる。したがって、法医学の立場としては、「三位一体説」と「解剖所見主義」に分かれるのである。

解剖所見主義は、それでは解剖するとすべて

が正確に分かるのか、という問題を抱えている。戦略家であるクラゼヴィッツという人が「戦場の霧」という言葉を用いているが、霧の中で敵を推定しながら相手を倒していくという訳である。99.9%は分かるのだが、決して 100%ではないことを認識すべきである。つき詰めていくと、目撃者も当人も分からないということは多いのではないか。もっと言えば、医学生物学に絶対はないということである。不確実性の中で最大限の努力をしなければならないということである。ここが、法医学の苦しさであり、また楽しみでもあるのではないだろうかと思っている。

以上、内因死関係を 1 時間程度お話しした。残りの時間で、検死制度や死体検案と死体検案書についてお話しする。

検案関係で最近話題になったのは、時津風部屋の力士急死事件である。名古屋の臨床医が虚血性心疾患と診断した。両親が死因に不審をもったため、新潟大学で解剖することになり、「多発性外傷による外傷性ショックの疑い」と診断され話が進んでいった訳である。Ai を施行したら分かったのではないかとよく言われるが、本症例ではレントゲン検査や CT 検査は施行されていたのである。結果的には画像診断では分からなかったわけである。本日前半で話をしたように、所見と経験則を組み合わせることで初めて診断がつくわけであり、画像診断を施行したらすべてが分かるわけではない。法医学者のスタンスは、「疑わしきは解剖する。」ということである。

死体検案の目的

誰のための死体検案？
本人・遺族、地域社会のため

1. 死因究明・公的記録：戸籍・埋葬許可等
2. 再発予防：事故調関係への資料？
3. トラブル予防：死因不詳・死因を巡る混乱予防、
cf. 医療関連死、突然死、自殺、自損事故・他損事故・天災
4. 犯罪捜査の端緒・採証：司法関係・他殺・人災（業過）
5. 公衆衛生：伝染病・食品衛生・検疫等、正確な死因統計、医療関連死、内因性急死
6. 公共福祉：生命・損害保険・労災保障・過労死
7. 民事・人権擁護：交通事故・民事訴訟・賠償関係等

解剖のトイアス：検案医、警察、遺族のいずれかに疑念が残れば、解剖を行った方がよい。

死体検案の目的は、死因究明・公的記録、再発予防、トラブル防止、犯罪捜査の端緒・採証、

公衆衛生、公共福祉、民事・人権擁護である。日本では犯罪捜査の端緒と公衆衛生の目的が主であるが、外国では再発予防に重点がおかれている。

検案医、警察、遺族のいずれかに疑念が残るようであるならば、解剖を行った方が賢明である。

死体検案を巡って：非監察医制度地区では、臨床医が死体検案医。

1. 死因の推定。異状死かの鑑別
外因死の作用した形跡があるか（外因死の疑い）。
内因死の場合：生前の健康状況・通院治療状況を参考とする。
死因不詳なら不詳でよい。
安易な推定はかえって害＜人権擁護が本来の目的＞。
在宅での死亡では、虐待の有無（新旧の損傷の混在）。
2. 死後経過時間の推定
死体の置かれた状況や死因により変化。
3. 個人識別・個人確認 身元不詳時に重要。
性別・身長・体格・栄養状態、顔貌、歯牙の状態（特に治療痕）、足底長、妊娠線、はくろ・あざ・瘡痕・手術痕・文身（刺青）、年齢推定、指紋（by 警察）、爪・毛・DNA。

死亡診断書・死体検案書を書けるのは、医師だけ。その社会的責務を踏まえて、正当な最後の診断を心掛けること。

監察医制度がない地域では、臨床医が死体検案医である。死亡診断書や死体検案書を書くことが可能なのは医師だけである。その社会的責務をふまえて、正当な最後の診断を心がけることが重要である。

外表検査だけでは死因判断できない。

- ◆ 外表検査だけでは、死因の誤診率は 15～50% と非常に高い。
- ◆ 調査情報（警察による）が重要。 保健所では無理。
死亡時の死者の状況（目撃情報）
死亡時の環境・現場状況（現場情報）
既往歴等の病歴、日常の生活歴、
などにより確度が増す。
- ◆ 死亡時刻の推定さえも時に難しい。
- ◆ 死亡の種類は外表・解剖所見のみでは決めがたい。
- ◆ 他害性がない場合、死因診断は誰の責任・負担で行うか？
監察医地区は監察医が検死、時に行政解剖
非監察医地区では、臨床医が検死（検死のプロでない）
死因不詳だが、病死らしい時：病理解剖？承諾・行政解剖？
- ◆ 遺族の解剖承諾の問題：最終的には遺族の責任（承諾）。
承諾解剖費用は誰が負担するのか？ 都府県、遺族？
cf. 病理解剖：病院
cf. 死因決定は、先進国では、public service。

法医学で言われていることであるが、外表検査だけでは、死因の誤診率は 15～50% と非常に高い。警察の調査情報が重要である。これは、保健所では無理なことである。やはり警察の調査能力は非常に高いので、これを活用すべきであろう。そうでなければ、死亡推定時刻の判定すらも困難である。

他害性がない場合、死因診断は誰の責任・負担で行うのかという疑問がでる。ここは日本の中で非常にばやかされた制度として存在する。監察医制度が置かれている行政区では監察医が検視を行い、時に行政解剖を行うわけであるが、非監察医地区では、臨床医が検死をせざるを得ない。し

かし、臨床医は検死のプロではないのである。ここで、遺族の承諾解剖の問題が出てくる。最終的には遺族の責任で承諾することになる。承諾解剖の費用は誰が負担するのであろうか。神奈川県では遺族が負担することになっている。山口県では県が負担している。

誤認検視(検死)10則
誤認検視(検死)10則(法医学と刑事訴訟法、田中圭二、成文堂)(藤宮改)

- 1) 非犯罪死体(病死)を強く念願する。
- 2) 都合のよいことのみを推理する。
- 3) 問題が生じたときのことを考えない。
- 4) 関係者の説明をうのみにする。
- 5) 現場観察を充分に行わない(説明を十分聞かない)。
- 6) 不完全な死体観察。
- 7) 必要な捜査(質問・調査依頼)を行わない。
- 8) 検案医師(警察)を頼りすぎる。
- 9) 解剖の労をきらう。
- 10) 責任感と真剣さに欠ける。

マーフィーの法則 If anything can go wrong, it will.
まずくなる可能性のあるものは、必ずまずくなる。最悪を考え行動しよう(救急)。
疑わしきは、行動(対応)しろ(防災の基本)。
捜査官(法医学者も)のまぶたの裏側には、マーフィーの法則が刺青されているものだ(ロンドン警視庁B.ウインザー)

スライド提示 誤認検視(検死)10則である。以前もスライドを提示したが、よく読んでおいてほしい。

スライド提示 このスライドは以前も提示したものである。死体検案は記録保持、公正な判断が重要である。不詳は不詳でかまわない。死亡の確認、死亡前後の状況、現場の状況・着衣の観察、死体の体位・姿勢、全身の観察が必要である。

スライド提示 このスライドは以前も提示したものである。死体検案における全身の観察は、着衣を脱がせ身体計測、体格、栄養状態を確認する。死体硬直の有無や程度を確認する。死斑の有無や位置、程度、色を確認する。直腸温を測定する。遺族の承諾を得て、血液採取や脳脊髄液採取を行う。腐敗はないかどうか確認する。頭部、顔面、頸部、体幹、四肢、外陰部・肛門を各部のポイントを押さえて確認する。

スライド提示 死体検案の実際である。日本法医学会からビデオが出版されている。

スライド提示 死体検案の実際である。溢血点の見方や、口腔内の見方である。

スライド提示 後頭下穿刺の実際である。

スライド提示 後頭下穿刺で、血性髄液を確認したところである。

スライド提示 心臓穿刺である。第2・3肋間胸骨左・右縁を穿刺し、右房から心臓血を採取する。

スライド提示 胸腔穿刺である。溺水の時は、ある程度時間が経過すると、ワインレッド色の胸水が確認される。

スライド提示 死体検案書である。

異状死体とは 異状≠異常

ふつうの死：診療を受けていた患者が、診断されていた疾病で死亡した場合

異状死(体)：ふつうの死以外の全ての死
「確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外のすべての死体」
＝(外因死、死因不明、死亡前後の状況に異常)
(1)外因死。(中毒死・災害死・自殺・他殺・その他)
(2)外因死の疑い(で解剖して病死であった場合、解剖に付されるまでの死体)。
(死亡前後の状況に異状がある死体)
(3)死因が不明な死体。(医学的客観的所見が不十分)

犯罪死体：死亡が犯罪によることが明らか死体
検証 by 警察官

変死体：犯罪と関係あるか、その疑いのある死体
刑訴法229条1：検視 by 検察官、代行検視

関連法規：医師法21条、死体解剖保存法8条・11条
死体または妊娠4ヶ月以上の死産児を検案して異状があると認めたとき、医師は24時間以内に所轄警察署に届出なければならない。(医師法21条)

異状死体とは、確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外のすべての死体をいう。

変死体とは、犯罪と関係あるか、その疑いがある死体をいい、刑事訴訟法 229 条 1 で検察官が検視をすることとなっている。

死因の種類

1. 病死及び自然死	
外因死	不慮の外因死
	その他及び不詳の外因死
2. 交通事故	
3. 転倒・転落	
4. 溺水	
5. 煙、火災及び火災による傷害	
6. 窒息	
7. 中毒	
8. その他(環境異常による死など)	
9. 自殺	
10. 他殺	
11. その他及び不詳の外因(刑死・戦死を含む)	
12. 不詳の死	

c.f. 病死:92%、災害死:4%、自殺:3%、他殺:0.1%=>(外因死:8%)
内因死:悪性新生物>心疾患>脳血管疾患
異状死体(外因死+内因性急死+不詳死)=約15%

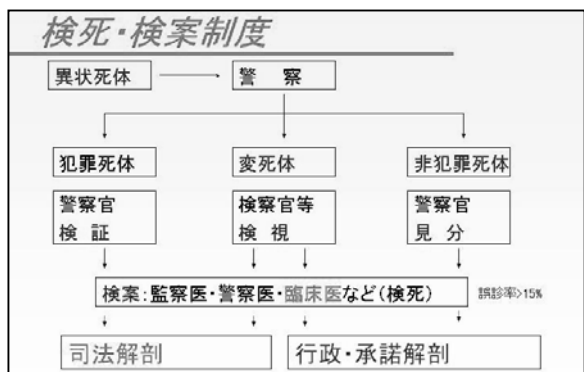
死因の種類は表に示してあるように、1～12に分類されている。

「異状死」ガイドライン 平成6年5月 日本法医学会 日法医誌40,357-358,1994	
【1】 外国死による死亡(診療の有無、診療の期間を問わない)	
(1) 不慮の事故	A. 交通事故 運転者、同乗者、歩行者を問わず、交通機関自動車のみならず自転車、鉄道、船舶などあらゆる種類のものを含まれる事故に起因した死亡。自過失、単独事故など、事故の態様を問わない。 B. 転倒、転落 同一平面上での転倒、階段・ステップ・建物からの転落などに起因した死亡。 C. 溺水 海洋、河川、湖沼、池、プール、浴槽、水たまりなど、溺水の場所は問わない。 D. 火災・火傷などによる障害 火災に起因する火傷・一酸化炭素中毒・気道熱傷あるいはこれらの複合など、死亡が火災に起因したものであれば、火傷・高熱物質との接触による火傷・熱傷などによる死亡。 E. 窒息 頸部や胸部の圧迫、気道閉塞、気道内異物、酸欠などによる窒息死。 F. 中毒 毒物、薬物などの服用、注射、接触などに起因した死亡。 G. 異常環境 異常な温度環境への曝露(熱射病、凍死)、日射病、潜病など。 H. 感電・落雷 作業中の感電死、落雷による感電死、落雷による死亡など。 I. その他の災害 上記に分類されない不慮の事故によるすべての外国死。
(2) 自殺	死亡者自身の意思と行為にともなう死亡。縮退、高所からの跳落、電車への飛び込み、銃器・銃器による自傷、入水、服毒など、自殺の手段方法を問わない。
(3) 他殺	加害者に疑念があったか否かわからず、他人によって加えられた傷害に起因する死亡すべてを含む。絞・扼殺、鼻口部の閉塞、刃器・銃器による傷害、放火による焼死、毒殺など、加害の手段方法を問わない。
(4) 不慮の事故、自殺、他殺のいずれでも、手段方法を問わない。	手段方法を問わない。

「異状死」ガイドラインである。

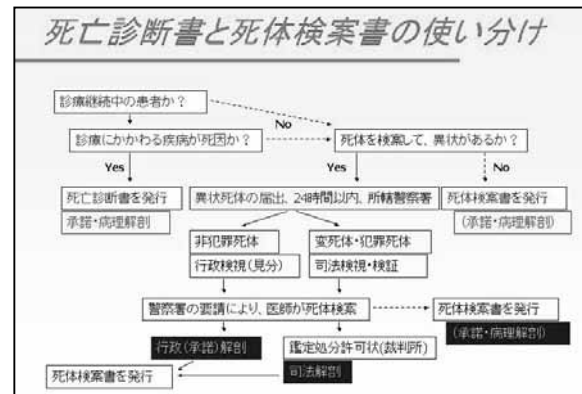
「異状死」ガイドライン 平成6年5月 日本法医学会 日法医誌40,357-358,1994	
【1】 外国死による死亡 (診療の有無、診療の期間を問わない) 前表参照	
【2】 外国による傷害の続発症、あるいは後遺害による死亡	例) 頸部外傷や眼刺中傷などに続発した気管支肺炎 バルコート中毒に続発した間質性肺炎・肺線維症 外傷、中毒、熱傷に続発した敗血症・急性腎不全・多臓器不全 骨折に伴う脂肪性肺炎など
【3】 上記【1】または【2】の疑いがあるもの	外国と死亡との間接的でも因果関係の疑いのあるもの。 外国と死亡との因果関係が明らかでないもの。
【4】 診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの	注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡。 診療行為が自他を問わずに及ぼす可能性のある死亡。 診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明である場合。 診療行為の過誤や過失の有無を問わない。
【5】 死因が明らかでない死亡	(1) 死体として発見された場合。 (2) 一見健康に生活していた人の予期しない急死。 (3) 初診患者が、受診後ごく短時間で死因となる傷病が診断できないまま死亡した場合。 (4) 医療機関への受診歴があっても、その疾病より死亡したとは診断できない場合(最終診療後24時間以内の死亡であっても、診断されている疾病により死亡したとは判断できない場合)。 (5) その他、死因が不明の場合。 病死・外国死が不明の場合。

「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの」であるが、ここ数年、外科学会を中心に非難をあげたことは記憶に新しいところである。しかし、この項目は「届け出て解剖が行える権限を医師に与える」という意味で解釈してもらえれば理解しやすいと考える。外科系の医師からは「解剖してもらっては困る」というように取られており、ここが難しい所である。「診療行為の過誤や過失を問わない」と明記してあり、遺族が承諾するかどうかの問題ではなく、解剖した方がより真実追求に有益である、というのが法医学会の立場である。

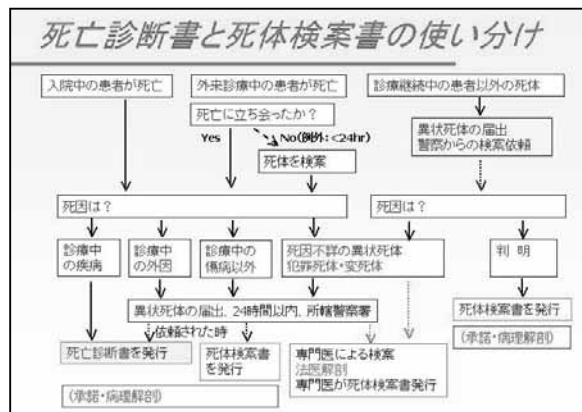


警察は死体を、犯罪死体、変死体、非犯罪死体の3つに分類し、それぞれ検証、検視、見分を行う。

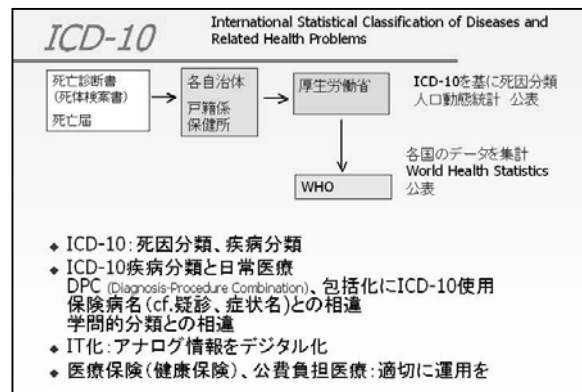
さらに、監察医、警察医、臨床医を呼び検案を行うわけである。症例によってはさらに、司法解剖、行政・承諾解剖が行われるのである。



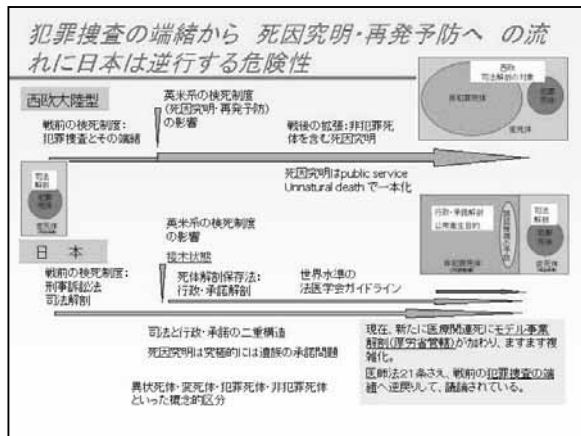
死亡診断書にするか死体検案書にするかの使い分けは、まず、その症例が診療継続中の患者かどうか、診療に係わる疾病が死因かどうか、両方とも Yes ならば死亡診断書を発行する。それ以外の場合でアンナチュラルな死亡と思われる場合は、24 時間以内に、所轄警察署に異状死体の届け出を行い、前のスライドのごとく進めていくのである。



このスライドは入院中の患者が死亡、外来診療中の患者が死亡、死亡に立ち会ったか否か、診療継続中の患者以外の死体の観点から、死亡診断書にするか死体検案書にするかをフローチャートで示したものである。



欧米先進国の検死制度の比較である。日本はドイツ型を採用した。オーストリアは専門行政機関集中型で州行政庁・専門検案医が行政解剖を行っている。どの国もシステムが一本化されており、日本のように二本立てのシステムにはなっていない。



日本以外の先進国では、検死制度は一本化されている。一方、日本は現時点でも二本立てのシステムなのだが、現在、新たに医療関連死にモデル事業解剖（厚生労働省管轄）が加わり、ますます複雑化していくことが危惧される。厚生労働省が管轄なのはおかしいことである。



世界の常識では public safety 部門が管轄している。

西欧大陸系は、死因の究明を Public service、Unnatural death として一本化している。

Public service であるからして、ここに遺族の承諾は本来不要である。解剖は社会のために行うのである。心の問題として、承諾はなるべく取るように心がけているが、本来家族の承諾は不要である。解剖率は非常に高い。英米系では警察よりも弁護士が怖い存在である。後に民事裁判になって揉めると、解剖を行っていないと非常に不利に

なるので、解剖をしておいたほうが良いという考え方になるのである。

日本の検死制度の問題点		
検死制度の3機能	関係機関	問題点
調査機関 （時・所・現場・状況・証言）	警察・海保・検察庁等	見分・検視でプロが育ちにくい。 誤認検視の危険。 犯罪死以外に関心低い。
判定機関	一般臨床医 警察医 法医学病理医 監察医	低い検案能力 低い解剖率 マンパワーの不足
勧告機関 （再発予防）	医師・監察医 警察・検察 検察審査会	医師と警察との二重構造。遺族の承諾問題。責任の所在が不明瞭。 検死困難事例は想定外。
	警察・検察 厚生労働省 事故調査・行政	ほぼ、刑事手続のみ 公衆衛生（衛生統計）のみ興味 交流なし

ガス器具事故、エレベーター・回転ドア等事故、踏切事故、プール・ジェットコースター事故
監察医制度を全国に、で解決されるのか？判定機関・勧告機関は無いに等しい。
検死制度の目的は国民のための死因究明・再発予防であり、犯罪捜査と別。

スライド提示 日本の検死制度の問題点をまとめてみた。検死制度の三つの機能は、調査機関、判定機関、勧告機関（再発防止）である。それぞれについて問題点を述べてみる。

まず、調査機関であるが、関係機関は、警察・海保・検察庁等と複数にわたり、結果としてプロが育ちにくい環境にある。犯罪死以外には関心が低く、誤認検死の危険も伴うのである。検案・解剖・諸検査では、関係機関は、一般臨床医・警察医・法医学病理医・監察医と幅が広く、低い検案能力、低い解剖率、マンパワー不足の問題に繋がるのである。

次に、判定機関であるが、関係機関としては医師・監察医・警察・検察・検察審査会と複数にわたり、これが、医師と警察の二重構造、遺族の承諾問題、責任の所在が不明瞭、検死困難事例は想定外等の問題点に繋がるのである。

最後に、勧告機関であるが、関係機関としては警察・検察・厚生労働省・事故調査委員会・行政と複数にわたり、勧告が出にくいシステムになっているのである。

スライド提示 2006年4月6日に朝日新聞「私の視点」に自分が投稿した記事である。

2007年6月21日にも読売新聞に投稿した。「検死局」を創るべきだと意見を述べた。

スライド提示 2007年5月17日に読売新聞に投稿した記事である。

- ・検死制度改革が必要。
- ・医療関連死の刑事責任追及はパンドラの箱を開

けた状態。

- ・刑事免責など非常識。
- ・世界基準では、医療関連死の法医学解剖は医師側が積極的で、これは日本と逆である。
- ・検視の中立化が必要。
- ・解剖の前と後で改善が必要である。

スライド提示 Newsweek（日本版）の「変死体は語る」の号において、Special Report で取り上げられた。

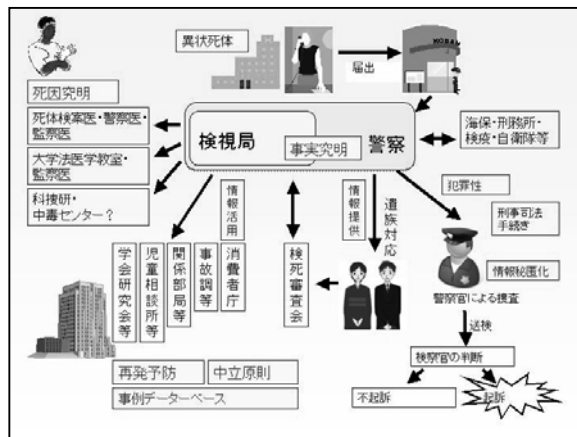
検死制度改革こそが必要である。

1. 手続的の改革: 死因究明・再発予防のための情報開示・簡素化の工夫
 - 死因究明時に、臨床医からの協力が得られやすい体制へ
 - 病院の事故調査委員会との協議: 証拠保全後に警察は調査結果を待つ。
 - 手続きに従った情報の開示(遺族側及び医療側双方: 再発予防へ)
 - 司法解剖手続きの簡素化(被疑事件化を必要としない手続きへ)
 - 法医学会がガイドラインに従った、公正のための届出の行い易い態勢へ。
2. 制度的改革: 体系化・一本化
 - 検死制度がやりがちなある制度に: 英米の検死官は厚遇されている。
 - 検視課(検死局)として独立化・統合、捜査1課検視課と交通指導課・海保等の一本化
 - 変死体と異状死体とを同一化し、司法解剖で一本化(西欧型)。
 - 代行検視をなくし、検死局化。現状の検死局は無意味。
 - 解剖の要否決定は、検視官と主任監察医(地方自治体で任命、すべての県に監察医を置く)とで行う(司法解剖・行政解剖型)、司法解剖に關する裁判所の鑑定処分許可の簡素化(司法解剖一本化型)。
 - 検死困難事例における原因審査会、検死審査等のしくみ
3. 警察医・検案医の役割
 - 警察医や(救急医等の)臨床医の死体検案能力の向上・研修
 - 中立的第三者医師としての、警察医・検案医・法医学医の役割。

日本には、死体検死制度がないということは今まで述べてきたから分かっていただけなものと思うが、今から創っていかなくてはならない。どのように創っていくかは、これからの課題である。自分は、日本では警察機関が死因究明にとって一番適切な機関であろうと考える。保健所が、検視ができるかと言われればそれはできないであろう。だいたい個人の特定からして保健所では対応ができない。一方、警察は個人の特定はもちろんのこと、聞き込み捜査等で病歴等の必要な情報を入手することが可能で、また、その能力は非常に高いのである。そしてこの情報と死体検案や解剖の情報を考慮し死因究明が可能であろう。

ただし、今の日本のシステムでは検視活動にしても警察内で出世が難しいという現実がある。検視をいくらやっても報われないという状況があるが、これは今後変えていかなくてはならない。そのため機会あるごとに民主党の担当者に申し入れをしている。検視官の人数も重要であるが、山口県警察本部は増員した。犯罪捜査を進めていくためには検視の知識や経験が重要である。また、検視を長い間続けてやってくれる検視官の存在も必要である。現行では数年間検視官をやったら異動してしまうため、知識や経験の蓄積がなかなかで

きないのが現状である。



自分が考えているシステムである。検視局を中心に死因究明、再発予防を進めていく。事例のデータベース化も必要であろうし、中立を原則とすべきである。

古典的 vs. 英米的検死概念

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ●検視・犯罪捜査の端緒 ●個人の刑事責任追及 ●情報秘匿 ●検察庁・警察 ●裁判・起訴便宜主義 ●刑事責任 | <ul style="list-style-type: none"> ●事実究明と再発予防 ●システム・エラーの改善 ●情報活用・情報提供 ●遺族対応・グリーフケア ●事例データベース ●検死局・監察医 ●消費者庁・事故調等 ●児童相談所等 ●各種研究会・学会等 ●検死審査会(・検死審問) ●勧告・行政処分 ●免責と補償 ●民事責任・裁判外紛争解決 |
|--|--|

古典的な犯罪捜査と英米的な検死の概念である。犯罪はあくまでも個人の刑事責任追及であるが、事実の究明と再発予防のため、また、システム・エラーの改善のために検視を行うわけである。検察庁は起訴して刑罰を与えるという姿勢であるが、これは世界の趨勢からみると古典的である。

グリーフ・ケア

- 異状死(突然死、SIDS、交通事故死、不慮の事故死、自殺、他殺)はほとんどの場合、遺族にとって突然の死別で、犯罪被害者・医療関係者も含まれる。
- 残された遺族が体験し、乗り越えなければいけない「悲嘆(GRIEF)」のプロセスを、「グリーフワーク」という。この「グリーフワーク」のプロセスを支えて見守ることを「グリーフケア」という。検死情報もグリーフケアの一つ。
- 悲嘆は愛する者を失った人が体験する正常な反応であり、誰もが「グリーフワーク」のプロセス(悲嘆プロセス)を歩む。「グリーフワーク」のプロセスの一般的なパターンは、
 1. ショック期
 2. 喪失期: 第1～第2段階は1～2週間が一般的です。
 3. 閉じこもり期
 4. 癒し・再生期
- 「グリーフワーク」全体の期間は、配偶者の死別の場合で1～2年、子供の死別の場合は2～5年ほどと云われているが、死別の状況により異なる。
- 一般的なプロセスを正常な「グリーフワーク」とすれば、死別者の10～15%が「病的な悲嘆」や心的外傷後ストレス障害(PTSD)に陥る。病的な悲嘆に陥った遺族がクレーマー化したり、無用な訴訟に巻き込まれる可能性もある(悲嘆プロセスとしての医事紛争)。時に、専門医によるカウンセリングや治療などが必要。

cf. 日本グリーフケア協会 突然の死とグリーフケア A.デーゲン、堀田邦男編 春秋社、東京

グリーフ・ケアの話である。グリーフとは Grief

(悲嘆) のことである。異状死はほとんどの場合、遺族にとっては突然の死別で、犯罪被害者・医療関係者も含まれる。残された遺族が乗り越えていかなければならないプロセスを「グリーフワーク」という。この、「グリーフワーク」のプロセスを支えて見守ることを「グリーフ・ケア」という。検死情報もグリーフ・ケアの一つである。

医事紛争	
(1) 技術過誤	(有罪) (有責)
(2) 不可抗力事故	(無責)
(3) 医療慣行・制度上の事故	(無責・有責?)
医師患者関係(医の倫理)の重要性、医療安全体制 日本医師会生命倫理懇談会「説明と同意」についての報告(1990) 日本医師会「医師の職業倫理指針」(2004)	
1. 刑事責任: 罪刑法定主義 大野病院事件のように検察の謙抑性が疑わしくなっている	
2. 民事責任: 賠償責任・過失責任主義 不法行為(民法709条)・債務不履行(民法415条) 注意義務=(悪)結果予見義務・結果回避義務、医療水準論 使用者責任・指導監督責任・共同不法行為	
3. 行政処分: 医師法7条、医道審議会: 戒告・業務停止・免許取消 4. 社会的・道義的責任	

医事紛争である。刑事責任、民事責任、行政処分、社会的・道義的責任が生じてくる。

医療関連死の異状死体届出
Unnatural death か abnormal death か? 届けるなら: 法医学会ガイドライン(公正の立場(世界基準)) 届けないなら: 日本外科学会ガイドライン(日本刑事司法の立場)
◆日本法医学会: 外見的基準。過失の有無は問わない。 cf. 死因究明
◆日本外科学会ガイドライン: 何らかの重大な医療過誤の存在が強く疑われ、または何らかの医療過誤の存在が明らかであり、それらが患者の死亡の原因となったと考えられる場合 cf. 自白的要素
◆日本学術会議: 1) 明確な過誤・過失があった場合あるいはその疑い。 2) 第三者医師、また遺族を含め関係者(医療チームの一員等)がその死因の説明の合理性に疑義を持つ場合。 cf. 疑義のある時

医療関連死の異状死体届け出であるが、現在、日本法医学会と日本外科学会の2つのガイドラインが存在する。日本法医学会のガイドラインは過失の有無を問わないとあり、死因究明に重点がおかれている。一方、日本外科学会のガイドラインは「何らかの重大な医療過誤の存在が強く疑われ、または何らかの医療過誤の存在が明らかであり、それらが患者の死亡の原因となったと考えられる場合」とあり、自白的要素を有するのである。

日本学術会議は日本外科学会と同じような立場である。

世界基準では、死因が分からないから届け出て解剖をして死因究明を行うという考え方である

が、日本ではここが遅れているのである。

スライド提示 医療関連死のモデル事業である。現在事業停止状態である。

さらなる司法改革の必要性
◆ごめんなさい刑事司法 山地悠紀夫君[山口母殺害(00)・大阪姉妹殺害(05)]は既に死刑執行(09)された。古典的な心情・反省司法。処分して問題解決?
◆社会安全の達成こそが必要 再犯率が高い。応報刑より、教育刑と更生制度の充実。処分より問題解決に力点。憎しみからは何も生まれない。
◆裁判員制度改革(罪作りへの市民参加)だけでなく、裁判前の検死制度改革、裁判後の刑務所・更生制度の改革が必要。
◆法曹界は社会安全にほとんど興味がない? 検察・刑事司法では安全は達成できない。 英米法的な結果達成・問題解決方式を考慮すべき。

さらなる司法改革の必要性を考える。

・2000年に山口母殺害事件を起こし、2005年に大阪姉妹殺人事件を起こし、2009年に死刑を執行された事例である。本被告は非常に不幸な生活環境であった。一回目の事件で刑務所に入っても更生できずに次なる事件を起こしてしまった。地裁の判決で死刑判決になったが、彼は上告していない。司法は、彼が、「ごめんなさい」と誤らなかったから反省していないと判断し、死刑判決をだしたが、それでは謝罪したら死刑にならなかったのかと思うわけである。彼が、地裁の判決に従い上告をしなかった事実をみれば、反省しているのは明らかである。

光事件も被告が死刑判決となったが、死刑にどれだけの意味があるのか自分にはよく理解できない。

・大事なのは応報刑よりも教育刑と更生制度の充実ではないであろうか。現在は刑務所に入っても再犯率が高い。処分よりも問題解決に重点をおくべきではないか。

・裁判員制度改革で、市民が裁判に係わるようになり、「罪を犯した人間は、死刑だ、死刑だ」という風潮になっていったら、一体日本の社会はどうなるのであろうかと思うわけである。裁判前の検死制度、裁判後の刑務所・更生制度は戦後直後の状況と全く同じで、これは世界の進歩に全く追いついていない。英米系は考え方がものすごいスピードで変化していき、更生制度の改革がなされている。

・検察・刑事司法は罪人を作るのが第一の目的で

あるため、この機関で社会安全が達成できるとは思えない。英米系では社会安全を達成するのにどうするかというスタンスでシステムを考えるので、結果達成・問題解決方式を考慮すべきであろうと考える。

以上で藤宮教授の講演は終了した。

【最後に】

第 6 回目の研修会の内容を報告した。

振り返ってみれば、平成 19 年 8 月 4 日に第 1 回目の研修会が開催されて以来、今回で 2 年 5 か月経過した。研修会でのスライドは、藤宮教授が吟味され、大変理解しやすいスライドが提示された。また、症例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たが、研修会の雰囲気伝わるように文章上で極力配慮したつもりである。

藤宮教授には相当な負担をおかけしたと思うが、最初の計画通り全 6 回の研修会が滞りなく開催され、大変お世話になり感謝申し上げる

次第である。

本会は警察活動協力医の研修の場として今後もいろいろなことを企画していきたいと思っている。

今後とも研修会にご参加いただき研鑽を積んでいただきたいと考えている。

参考までに第 1 回から第 5 回までの研修会の報告を載せておく。会員より小冊子にまとめてほしい旨の希望が出ているので、今後本会役員会で検討し、教授の許可がいただけるようなら、「藤宮教授講演集」の形で出したいと考えている。

第 1 回研修会：No.1779 号（2008 年 11 月号）
P.1104 ～ P.1112（9 ページ）

第 2 回研修会：No.1784 号（2009 年 4 月号）
P.314 ～ P.324（11 ページ）

第 3 回研修会：No.1785 号（2009 年 5 月号）
P.444 ～ P.454（11 ページ）

第 4 回研修会：No.1788 号（2009 年 8 月号）
P.784 ～ P.798（15 ページ）

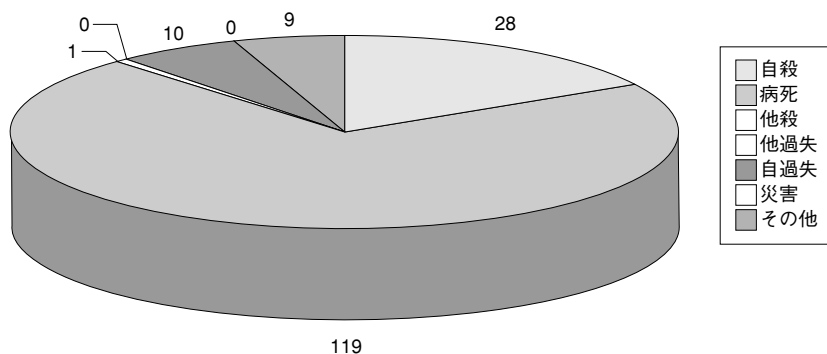
第 5 回研修会：No.1794 号（2010 年 2 月号）
P.112 ～ P.129（18 ページ）

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

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Apr-10	28	119	1	0	10	0	9	167

死体検案数と死亡種別（平成22年4月分）



平成 21 年度 保育サポーター研修会

と き 平成 22 年 3 月 7 日 (日)

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

〔報告:理事 田村 博子〕

県医師会では山口県の「山口県女性医師保育等支援事業」を受託し、昨年 7 月に専門の保育相談員を採用して保育相談窓口を設置、その後 9 月には保育サポーターバンクを設立した。保育サポーターとは、女性医師が出産・育児と仕事が両立できるよう必要な支援を行う人材で、研修会を開催した時点では登録者は 64 名であった。バンクの運営は女性医師参画推進部会の育児支援のワーキンググループのメンバーを中心に構成された「保育サポーターバンク運営委員会」があたり、年 1 回のサポーター研修会を行うこととした。今回の第 1 回研修会には 37 名のサポーター、医師会関係者からの紹介者 8 名の計 45 名の参加があった。

研修会は木下県医師会長の挨拶に始まり、女性医師参画推進部会の上田聡子理事によるバンクの説明、横山幸代理事による講演「子どもの病気と事故の応急処置」、昼食時間を利用した意見交換会が行われ、女性医師参画推進部会の松田昌子部

会長の挨拶で締めくくられた。

保育サポーターバンクの説明

部会理事 上田聡子

現在女性医師の割合は増えているが、年齢別にみると若い年齢層ほどその割合は高くなっている。だが、国際比較でみると日本の女性、そして女性医師も育児の時期に離職する傾向があり、女性の年齢階級別労働力率は M 字カーブを描いている。したがって増加している若い女性医師が育児時期に離職せず、働き続けることは医師不足対策に重要である。長時間勤務、子どもが病気でも休めない、当直や夜間勤務、緊急呼び出しの可能性といった女性医師の勤務の実態から、保育施設や学童保育の時間外の保育をサポートする必要があるし、できれば同一の人に比較的長期にわたってみていただくことがのぞましい。しかし女性医師が自分一人でサポーターを探すことは大変困難である。そこで、県医師会では育児中の医師を対



象とする保育サポーターを募集しバンクに登録していただき、保育相談員が女性医師とサポーターのコーディネートにあたることにした。

サポーターの支援の内容は基本的には女性医師が仕事と家庭を両立させるために必要な支援とし、具体的には両者の合意に基づいて決定する。たとえば、子どもの預かり保育(サポーター宅又は女性医師宅)、子どもの送迎、保育と併せての家事支援などである。報酬は双方が話し合いで決めることとした。

具体的には女性医師から保育相談員に支援の相談があると、相談員がニーズに応じたサポーターを調整、紹介し、場合によっては医師とサポーターの面談にも同席している。

トラブル防止のため、サポーターは支援活動開始時に「施設賠償責任保険」及び「生産物賠償責任保険」に加入するものとする。加入手続きは県医師会が行い、保険料は県医師会が負担する。

3月1日現在相談件数は12件になり、そのうちサポーターをお願いし活動が始まったものが3件。なかにはそのおかげで常勤を続けることができた医師もあり大変感謝されている。

講演「子どもの病気と事故の応急処置」

部会理事 横山幸代

薬の飲ませ方、坐薬の入れ方に始まって、よくある症候(発熱、けいれん、咳、嘔吐、下痢、鼻血など)の対処策、経口補水液の作り方等、大変わかりやすく説明された。次に子どもの死因をみると、どの年齢層でも不慮の事故が多いことを示し、「子どものための危険学」という冊子(畑村洋太郎作 ちかいしなお絵 危険学プロジェクトグループ編)のイラストを使っておぼれる、やけど、誤飲・誤嚥、窒息、転落、挟まれる、といった子どもが出会う可能性のある危険の具体的な対策法、心肺蘇生、異物除去、けが・打撲



の応急処置法の説明があった。

(危険学プロジェクトの冊子は下記ホームページからダウンロードできます。<http://www.kiken-gaku.com/public/>)

昼食懇談会

昼食時間を利用して、意見交換会も行われ、その中では KRY テレビ(リアルタイムやまぐち)で放映されたサポーター活動も上映され、サポーターの理解を深める一助となった。また、実際番組で取材されたサポーターご本人も出席されていたので、意見や感想をうかがうことができた。座席は地区ごとにまとめていたので、昼食後はそれぞれの地区での情報交換の場になっていた。

質問では保険や訴訟に関するものがあった。終了時に回収したアンケートでも保険もある点が安心したという記載もある一方、裁判や訴訟といった言葉に気が引けたとおっしゃる方もあった。また研修を受けて、サポートの必要性がよくわかったという意見がある一方、責任重大なので一人では引き受けるのを躊躇するという意見もあった。

研修会を終えて

第1回目ということで参加人数の予測が難しかったが、大方の見込みより多数の参加者があった。地区別にみると山口地区が最多で13名、下関地区が9名、遠くは岩国から3名来られており、アンケートには研修会を地域ごとに行ってほしいという意見もあった。50～60代の女性が多かったが、男性参加者も2名あった。翌朝の毎日新聞、読売新聞にも関連記事が掲載された。サポーターバンク登録者は徐々に増えているが、個々の医師が必要とするサポートの内容は多岐にわたるので、さらに広報活動を通じ、この事業を周知する必要がある。若い子どもをかかえていても安心して働き続けるためには、ニーズにきめ細かく対応してくださる質の高いサポーターの存在が必須である。そういう意味で今後も研修会を開催していく予定である。

最後に、本稿を読まれた会員の皆様も周りにサポートを必要とされる方、またサポーターになってくださる方がおられましたら、相談窓口及びサポーターバンクのご紹介をお願いします。

平成 21 年度 在宅医療支援のための医師研修会

と き 平成 22 年 3 月 28 日（日）9：30～16：55

ところ 日本医師会館大講堂

報告：常任理事 西村 公一
常任理事 弘山 直滋
理事 河村 康明

開会挨拶

唐澤祥人日医会長（代読：三上裕司日医常任理事）

本日は、公私ともお忙しい中、多くの先生方にご参加賜り、誠にありがとうございます。

平成 18 年 4 月の診療報酬・介護報酬同時改定において、在宅療養支援診療所の制度化をはじめとし、在宅療養を支えるさまざまな制度が創設されて、4 年が経過しようとしています。

また、本年 4 月に施行される診療報酬改定においては、患者が安心して在宅医療を受けることができるように、特に在宅への円滑な移行や、在宅医療を支える複数の医療機関による連携に対する強化や、在宅療養支援業務の要件緩和など、診療報酬においても在宅医療への後押しが進められてきております。

本日の研修会にご参加されている先生方の中にも、既に積極的に、在宅医療に取り組まれている先生方がいらっしゃるとは存じますが、わが国の在宅医療については、いまだそのような医師を中心とした個人的な努力で維持され、その地域での生活を支援するためには、地域の実情を考えた上で、退院患者等の受け皿の拡充に向けたシステムが必要であり、さらには、地域完結型の医療やケア体制を構築していくための取り組みを推進していく必要があります。

本会と致しましても、会内各委員会等において、議論を進めてはおりますが、今後とも、国民に在宅療養が一つの選択肢として、国民により広く認知されることとともに、本研修会開催が、わ

が国における在宅療養の啓発の一助となれば幸いです。

本日の研修会では、はじめに慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授の高木安雄先生より、本研修会の目的と日医の指針についてご説明いただき、続いて、在宅医療に必要な基礎知識について、杏林大学医学部高齢医学准教授の神崎恒一先生、日本医科大学老年内科准教授の中野博司先生より、そして、在宅医療の具体的な実践方法について、医療法人財団千葉健愛会理事長の和田忠志先生より、それぞれご講演いただくことになっています。ご出席いただいている会員の先生方におかれましては、本日の研修内容を今後の在宅医療を考える上でのご参考にしていただきたいと思います。

本日は、長時間ではございますが、何卒よろしくお願い致します。

講演

在宅医療支援のための医師研修会の目的と日医の「指針」

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

日本医師会介護保険委員会副委員長 高木安雄

日医介護保険委員会副委員長として、在宅医療について、はじめ、介護保険の創設を契機に、診療所・在宅医療をどうしていくかということで、日医介護保険委員会場で検討してきた。日医の指針についてどのようなものを作るかと、協力してきたので説明する。今回の研修会の目的と、今

後の方向をお話しできればと思っている。

4 月からの診療報酬改定は、外来に関しては、厳しい改定だと思っているが、在宅医療・地域連携の関連に関しては、いくつか新しい芽を作り、病院の退院等調整に関してもケアマネジメントの大切さのための点数を作っている。そういう点では、厳しい中でも在宅医療・地域連携に関しては、いくつかの新しい評価の点数ができたということは是非ご留意いただきたいと思っている。

介護保険は、2000 年にできたが、戦後の高齢者の医療及び介護の歴史を振り返ってみると、福祉から保険へという流れである。1950 年、生活保護の中でいわゆる養老院が作られ、次に、老人福祉が一番最後に立ち上がり、老人医療費無料化、介護保険制度へと続く。ある意味では、医療の中で高齢者の福祉的な部分を担ってきた。その反省から、老人保健制度・介護保険制度を新しい流れとして解決しようとしている。

2000 年の介護保険制度創設の目的は、保険を軸に解決しようということで、①国民皆で支える仕組み、②社会保険方式で給付と負担の関係が理解できる、③さらに従来の縦割り制度を保健医療サービス・福祉サービスを統合的に受け入れられるように再編成、④介護を軸に医療保険から切り離して社会保障構造改革の皮切りとした。さらに、2008 年後期高齢者医療制度を創設したが、残念ながら上手くいってなくて、今、見直しの時期にある。

現在、底流として、現金給付の問題・家族の介護の問題が残っているのではあるが、介護保険制度の特徴・課題として、①保険原理による高齢者の保険料負担、②ゲートキーパーをきっちりして、要介護認定による現物給付を行う、③これが、介護保険の一番大きな意味で、介護の始まりが主治医意見書、終わりが死亡診断書で、この間が長い、それをみていくのが、かかりつけ医師の管理による主治医意見書制度と身体的項目の要介護認定で行われる、④保険者（市町村）による負担とサービス、⑤ケアプランの作成、⑥「社会化」による費用増加などの特徴をもって、介護保険はスタートした。

高齢者医療・介護をとりまく課題

医療偏重の高齢者ケアが作られ、その結果、在

宅での死亡率が減少した。介護保険制度によって、高齢者の入院割合が低下し、1973 年の老人医療費無料化で、入院・医療が増加し、2000 年の介護保険制度創設で、介護施設が増加している。

高齢者のための住宅整備が始まったが、施設・在宅の中間的住居の整備が遅れているが、現在、医療施設から軽費老人ホーム・有料老人ホームなどへの転換が始まったところである。

場所別の死亡数年次推移は、1973 年の老人医療費無料化で在宅死亡が急激に減少した。また、病院での死亡に比し、在宅死は 13.9%にすぎず、ナーシングホームなどの施設は、デンマーク、スウェーデンで 30%以上あるのに比して、高齢者の住宅整備は、2.4%にしかない。この意味では高齢者にふさわしい住まいを考えていくことが次の課題となっている。

医療・介護におけるチームケアのあり方

医療専門職（医師・看護師等）と社会福祉専門職（社会福祉士・介護福祉士）の連携による全人的ケアの実現が重要であるが、本人の意向は無視できず、一番の専門家は当事者であるという視点を忘れてはならない。Life を生命又は生活又は人生のいずれと解釈するか、この重層的構造をそれぞれの専門職の異なる視点で広くとらえていく必要がある。

日本医師会は、かかりつけ医機能の充実のための在宅医療・介護に関する指針（2007 年 1 月）を作成した。

将来ビジョンは、

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

の 3 つのビジョンを示し、具体的提言を 7 項目にまとめた。

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供、あるいは橋渡しをも担い、利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって、生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう。

6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係っていこう。

7. 高齢者が安心して暮らせる地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

それらをふまえて、2008 年 3 月に介護保険委員会としての答申をわかり易くまとめた。2010 年 3 月に、さらに介護保険委員会の答申がまとまったが、2 年後の医療・介護の同時改定に向けた提言をする形になっているので、理解をお願いしたい。

まとめ

・地域医師会の責務として、医師の意識改革と団結が必要で、医療・介護の協働する地域ケア体制整備が必要である。

・患者の住み慣れた地域での生活を支えるために、切れ目のない医療連携が必要である。

・切れ目のない医療連携は、ケアカンファレンスで実現できる。

〔報告：理事 河村 康明〕

在宅医療に必要な基礎知識

～高齢者の病態と治療～

杏林大学医学部高齢医学准教授 神崎恒一

日本医科大学附属病院老年内科准教授 中野博司

高齢者の症状・疾患の特徴として、①多病性、②非定型性、③精神・神経症状が出現し易い、④慢性化し易い、⑤個人差が大きい、⑥恒常性維持機能の易破綻性、⑦合併症の併発、⑧薬物副作用が出現し易い、⑨社会の影響が出易い、が挙げられる。

高齢者に出現頻度の高い老年症候群として、①失神、②頭痛、③不眠、④めまい、⑤便秘、⑥脱水、⑦浮腫、⑧誤嚥、⑨低栄養、を挙げ、それぞれの病態と鑑別診断に必要な検査について解説があった。

医療・看護・介護において多職種連携を進める上で、総合的機能評価の重要性を訴え、疾患評価だけでなく、個別性を重視したケアを提供するために、①日常生活活動度：基本的 ADL、②家庭での生活手段の自立：手段的 ADL、③物忘れ、認知症の程度：MMSE、HDS-R、④行動異常の程度：認知症の行動異常の尺度、⑤抑鬱など気

分障害、意欲：GDS15、vitality index、⑥家族の介護能力、介護負担、Zarit 負担尺度、⑦在宅環境、などを総合的に評価する必要がある。

廃用症候群を予防することと早期リハビリテーションの必要性について触れ、医学的リハビリテーションの開始は、早ければ早いほど良い。一般に、高齢者にはより長い訓練期間が必要となる。ただし、リハビリテーションが漫然と長期化すると、訓練そのものが目的化し、病院や療法士への依存を生じ、かえって自宅での生活基盤を喪失しかねないので、現実的な時間枠を設けた上で、実現可能性の高いゴールを設定することが特に重要であり、ゴールの定期的な見直しも不可欠である。

高齢者の薬物療法について、高齢者は多くの疾患をもっていることが多い。例えば、糖尿病、心房細動、骨粗鬆症、過活動膀胱、白内障を合併している患者が認知症になった場合、臓器別管理をするよりも一元管理している方が、処方変更も容易であり、一元管理の重要性を強調した。

薬物有害事象については、75 歳以上で 15% 以上と若年者に比べて増加している。高齢者の薬物有害事象の特徴として、①重症例が多い（医原性疾患）、②多臓器障害を引き起こす、③長期入院の原因となる、が挙げられ、症状があれば内服薬をチェックするという姿勢が大事である。薬物動態から見た対処法として、①最大血中濃度の増加については投与量を減らす、②半減期の延長については投与回数を減らす、③臓器機能（腎、肝）の測定、④血中濃度の測定。全般的には少量投与から開始する、ということが勧められる。薬剤を減らすための対処法として、①薬効が確立しているか、②訴える症状すべてに処方していないか、③慢性疾患に観察期間を設けているか、④与薬適応の優先順位を考えているか、⑤薬物療法以外の手段はないか等を考える必要がある。

「高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物のリスト」（日本老年学会、2005）については、日本老年学会のホームページからみることができる。

〔報告：常任理事 弘山 直滋〕

在宅医療の具体的な実践方法**～多職種協働と家族、社会の連携～**

医療法人アスムス理事長 太田 秀樹

医療法人財団千葉健愛会理事長 和田 忠志

最初に「終わりよければ全てよし」と題したビデオの放映があった。在宅医療の実践現場を収録したもので、精力的に在宅医療に取り組んでいる医師たちの献身的な活動を知ることができた。

在宅医療の現状と推進の必要性

現代の在宅医療の特性として、入院から在宅に移行した患者さんを、定期往診と 24 時間対応で診ることが基本となっている。ADL が低下した障害者の継続診療や、通院困難な患者への対応、専門医療が有効でない患者への対応、がん患者等のターミナルケアが対象となる。また介護保険法が施行されて以後は地域の医療・福祉資源との有機的な連携が必要とされている。

日本人の 85% 程度が病院で亡くなっている中で、自宅での療養を望む人が必ずしも在宅医療を受けられるとは限らないという現状がある。しかし、国民が医療施設のみならず、自宅を「最期の場所」として選択できる環境があることが望ましい。ある意味で、在宅医療は医療の原点であり、医師にとっても魅力のある診療であるはずである。

残念なことに 1986 年に訪問診療の制度が開始されてから今日まで、往診と訪問診療の回数はほとんど増えていないという現状がある。在宅医療の費用については 1985 年から次第に増加しているが、これは在宅自己注射などの費用が含まれているためであり、実際には訪問診療の回数は増えてはいないのである。

かかりつけ医の信頼蓄積が在宅医療や在宅看取りにつながる

親身になって診療を行う「かかりつけ医」は必ずや何年か後に、「通院困難になったが、他の先生では嫌だと患者が言うので、往診で診ていただきたい。」という依頼があるだろう。このように、真剣に診療に努めた「かかりつけ医」は必然的に、在宅医療に参入する機会を経験するだろう。

在宅医療は「かかりつけ医」の活動の延長線上

にあると言えよう。そして、患者は「かかりつけ医」との信頼関係を基盤に、自宅で安心して最期まで療養可能となる。

在宅医療で可能な医療とは

自宅という空間で行われる在宅医療にはその特性がある。家庭全体や生活全体を鳥瞰できるという特長があるが、検査の手段が限られるとか、設備を要する治療は困難である、さらには患者までの距離があり、「超緊急対応」が困難である。

現在の在宅医療は、定期往診と 24 時間対応が骨格となる。病態の究明されている患者に対する「往診」は非常に有効な手段となるが、初診で急性期での医療水準は病院の方が高いので、急性期を過ぎ在宅へと移行する場合、病院などで得られた情報を的確に入手したい。

自宅での診療の実際

在宅で療養している患者は自宅での生活者として捉え、医療・介護などのチームスタッフ全体で支えるという意識をもつことが大切である。生活者としての患者には固有の生活スタイルや家風があり、それらを感じ取る感性が重要である。医療従事者は自宅に入り、患者とともに存在するとき、自己変容が必然的に生じるものである。

自宅に入る時の注意点は、①在宅医療では白衣を着用しない医師も多い、②チャイムをせかすように鳴らすことは好ましくない、③研修生や見学者は診察に使用する荷物を持って入ると、医療介助者の一員として本人・家族に認識されることである。

自宅に入った時の注意点、①靴を揃えて入り、防寒着は脱ぐ。部屋に入る時はノックする、②患者の部屋に到達するまでは、あまり周囲の様子を見まわさないように心掛ける、③スタッフは患者居室では「低い位置の姿勢」が望ましい。上から見下ろすことは望ましくない。

用意したい診察用具は、聴診器、血圧計、パルスオキシメーター、舌圧子、ハンマー、ライトなどである。

最初数回の訪問では、生活歴、日常生活の様子を尋ね、患者の「人となり」をつかむ。また、寝室・トイレ・風呂・食事場所・日中主に過ごして

いる場所を、患者の ADL を質問しつつ早いうちに見せてもらい、生活指導の参考にする。

家族がまだ介護に慣れていない状態や退院直後では、褥創が存在する頻度が高いので、初回訪問時や病状悪化時には好発部位を中心に十分観察することが肝要である。家族が介護に慣れてくれば、あるいは訪問看護師やヘルパー等が日常的に観察する状態になれば、早期発見を委ねることができる。

在宅医療は密室化しやすいので、主治医の診察を基本に置きながらも、時々別の医師が関与するシステムをもつことは有利である。そのことが医療水準を上げることにもつながる。

自宅での検査の進め方

通院困難な患者を診ているのであるから、病院に搬送して検査を行うことは患者・家族の負担が大きいため、何が最も有用かではなく、何が最も自宅で容易に実施できるかという判断も必要となる。基本的には、血液・尿・便・喀痰などの採取と、可能なら心電図・超音波検査・X線検査なども取り入れる。

在宅医療での急性増悪の最多のものは感染症であり、血液検査だけでも有力な情報が得られる。

在宅での検査の限界を感じた時には、病診連携で検査を行う必要がある。多くの検査は病院の方が円滑に実施でき、良質なデータが得られることは言うまでもない。したがって、病院での短期入院検査は在宅医療の水準を上げるとともに、在院日数を短縮するので病院にも経営効果がある。

最期の療養場所としての自宅

自宅で最期を迎えたいと考えている人は多いが、現実には家族の介護負担の重さなど、自宅で最期まで療養することが困難な場合も多い。看取り可能な在宅医療は「自宅で最期を迎えたい」国民の希望をかなえるものとなる。それは、「延命重視の治療」から「生活の質や日常生活を重視する治療」へとギアチェンジすることにより実現し、「家族と過ごす時間」や「自分のしたいことを行う時間」を大切にする生活は、それを支える在宅緩和ケアによって成り立つ。

在宅緩和ケア

がん患者の緩和ケアの基本は、疼痛緩和である。疼痛は我慢させるのではなく、24 時間にわたり痛みを感じないように薬物を調整する。WHO3 段階ラダーの原則に基づいて投薬を行い、定時的投与に加えて急性の痛みに対応する「レスキュー薬」をあらかじめ投与しておく。鎮痛剤はできるだけ経口投与で使用する事が望ましいが、薬物の副作用には十分に注意して、投与方法の変更を検討する。

死期の予測と家族対応については、看取りまで介護するかどうかを最初に決める必要はなく、援助のプロセスを通じて「家族が決められるようにエンパワメント」していく。起こりうることを予め適切に予測し、説明することで家族の不安を軽減することも必要である。介護者の疲労を軽減するさまざまな方策を、制度利用及び自費のサービスなどを組み合わせて行う。

在宅緩和医療には多職種との連携が必要である。訪問看護師、薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等在宅介護サービス提供者などによる、密な連携なしには成り立たない。

24 時間対応および連携

在宅医療の 24 時間対応をうまく行うには、昼間の在宅医療管理が重要となる。そのコツとして、①日中の診療で夜間起こりうることを予測し、予測に応じた治療や「起こりうることの説明」「使用するかもしれない頓用薬の処方」などを行っておく、②導入直後やがん末期の場合には、頻回に医師や看護師が訪問し、疑問や問題点を吸収していく、③この上で、「夜間対応を積極的に行う」と、明確に患者や家族に伝えることで、大きな安心を与えることができる、④夜間電話相談を受ける場合にも、臨時往診をする場合でも、実際には大部分が予測されているものである。

また、訪問看護師との連携は非常に有力な方法となり、24 時間対応の訪問看護ステーションであれば、ファーストコールを看護師が受けてくれるため、医師の負担軽減ともなる。特にスキルの高い看護師を地域で養成することが重要な課題となる。

医師同士の連携では、3 人以上での連携が望ま

しく、複数医療機関連携によるグループ診療などが想定される。また、医師会などで連携システムを構築しているところもある。

病院との連携は特に重要である。在宅医療のみで完結することは不可能なため、24 時間にわたり重症者を受け入れてくれる連携病院をしっかりとつ必要がある。このことは患者や家族の安心にもつながる。

他医療職との連携

・訪問看護ステーション連携について

在宅医療の大部分はナースングであり、看護師が主導的に実施できるという特長がある。医師が適切に助言することで、看護師が在宅医療での本来の力を発揮することができるので、医師は 24 時間にわたり看護師をサポートすることが望ましい。

・保険薬局連携について

訪問薬剤指導は介護保険制度における居宅療養管理指導として保険薬局が算定できる。ADL の低下した患者や認知症患者などでは、正確な服薬が困難なことが多いが、薬剤師訪問により大きく改善しうる。また、麻薬の取り扱いや家族への受け渡しも薬剤師が行えるし、無菌調剤機能を有する薬局と連携して、中心静脈栄養に用いる輸液や注射液の調剤が可能となる。

・歯科医師との連携について

口腔疾患の予防及び治療には、歯科医師との連携が重要となる。口腔機能の回復と維持向上を行うことで、摂食・嚥下機能の評価に基づく食環境の調整、摂食機能向上による全身状態の改善、発音改善、容顔回復などによる社会性及び尊厳の維持などが期待できる。

社会資源の活用（特に介護保険制度）

介護保険制度は在宅ケアにおける多職種連携の要となるもので、在宅医療実施にあたり、医師が介護保険制度の基礎知識をもち、介護保険制度をうまく活用することは必須である。

在宅で受けられる介護保険サービスには、居宅サービス、地域密着サービス、居宅介護支援、住

宅改修、福祉用具貸与・販売、介護予防サービスなどがある。

介護認定を受けた者が介護サービスを受けるためには、ケアマネージャーによるケアプラン作成が必要となる。ケアマネージャーは多職種連携の中でケアプラン作成及び給付管理を行い、利用者とサービス提供者との調整役、つまり介護保険における幅広いソーシャルワーカー的な業務を担っている。

在宅患者が介護保険サービスを受ける場合、ケアプラン作成が必要となるが、その際「サービス担当者会議」でケアに関する認識を共有することが重要であるため、医師も可能な限り出席するように努めるべきである。医師のアドバイスがケアプラン作成の参考になることがしばしばあるからである。

家族を支える様々な手法

在宅医療は家族と協働して行う医療であり、家族への支援はとても重要である。家族への支援がないと、ネグレクトなどの虐待へつながることがある。主治医は家族の疲弊を感じて適切な休息の手法を提案したり、家族介護が困難な場合には、患者の ADL 低下とともに、居住系サービスの利用を検討する必要もある。

これまでの在宅医療は、大抵は家族の介護力に依存する形で行われてきた。しかし、核家族化してきた現在では、高齢者が高齢者を介護する状況が多くみられ、家族介護に依存して在宅での介護を進めることは困難なことが多い。

社会全体で介護を行うことを目的で創設された介護保険制度により、家族の介護力低下をカバーする仕組みができており、在宅における医療のあり方も大いに変貌してきたといえる。

〔報告：常任理事 西村 公一〕

平成 21 年度 第 50 回山口大学医師会・ 山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）

「日常診療におけるうつ病の診断と治療」

と き 平成 22 年 3 月 7 日（日）9：30～16：00

ところ 山口大学医学部附属病院 第 2 中央診療棟 3 階多目的室 1・2・3

〔報告：山口大学医学部附属病院精神科神経科 松尾 幸治〕

山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座を今回は当科が担当させていただきました。20 名の先生方の参加にて開催されました。今回のテーマは「日常診療におけるうつ病の診断と治療」ということで、わが国でのうつ病患者の増加、プライマリ・ケア医がうつ病初期治療にあたるが増えている現状を考慮し、日常診療に役に立つような診断及び治療について、講義及びワークショップを行いました。

当科教授の渡辺義文先生の挨拶のあと、松原敏郎助教により「自殺問題」についての講義がありました。一般科では自殺を扱うことが多いこと、うつ病は初診に一般科受診が多いこと、内科疾患でうつ症状を呈することが多いこと、自殺前に 40% の人が一般科を受診していることなど、うつ病や自殺問題がプライマリ・ケア医にも深く関連している話をされました。また、当院救命救急センターを自殺未遂で受診したデータや自殺対策基本法、自殺未遂者への接し方、抗うつ薬によるアクティベーションシンドロームについてなど、包括的に話されました。質問では、アクティベーションシンドロームについての詳細や希死念慮はうつ病のどの時期に現れるのかといったものが出ました。

つづいて、渡辺義文教授により「うつ病の診断」についての講演がされました。自殺問題のわが国における取り組みが遅れ

ていること、山口県でも対策が遅れているといった話をまず話されました。内因性、心因性、外因性のうつ病の違い、うつ状態とうつ病の違い、身体因性、薬剤性のうつ状態に注意すること、うつ病の病前性格は診断に有効な情報であること、うつ病に陥りやすい生活上のストレスの具体例、うつ病の早期発見の重要性など網羅的かつ具体的な内容について講義されました。質問では、「仕事をうつと言って休んで釣りに行くのはうつ病か」、「抑うつ神経症の周期性はあるのか」といった非常にプラクティカルな質問が出されました。

続けて渡辺教授による「抗うつ薬治療」の講義がありました。治療には少量から開始すること、十分量の抗うつ薬が必要なこと、重症度によって薬剤の量も変わること、軽快後もすぐに中止しないこと、などといった治療原則から、SSRI、SNRI が第一選択として用いられること、重症患者には三環系抗うつ薬、付加療法、ECT が必要なこともあるといった治療アルゴリズムまで概説さ



れました。また、抗うつ薬の副作用については薬理作用から詳細に解説されました。さらに、SSRI には病的なこだわりを緩和する効果があるという有益な情報も提供され、それに関しての具体的な症例呈示もされました。

つぎに、江頭一輝助教が「電気けいれん療法」について講義されました。ECT の概要、ECT の種類、歴史、ECT の病態生理、作用機序、有害事象など全般的な話から、当科における治療適応、治療前処置、ECT 当日の流れ、ECT の治療評価方法、開始後のスケジュール、年間施行回数など具体的なところまで話されました。質問では、「挿管はするのか、刺激パターンは」といったより具体的ところから、「治療の保険点数 3,000 点は低いのではないか」といったありがたいコメントをいただきました。

午前の最後の講義は松尾幸治講師による「画像診断」でした。最近の画像研究から、うつ病の神経基盤は感情調整する神経ネットワークが障害されているという仮説が提唱されているという話がありました。続いて、臨床的に血管性うつ病が注目されていること、高齢うつ病には MRI 血管性病変が強く関連していること、MRI 白質病変の重症度がうつ症状の予測因子となっていること、寛解しない高齢うつ病患者は白質微細構造が寛解した患者より障害されていること、血管性危険因子は脳機能に悪影響を与えていること、といった頭部 MRI が高齢うつ病において重要な役割がある話をされました。さらに、最近トレンドとなってきた近赤外スペクトロスコピー (NIRS) について、その特徴、原理、うつ病での既報、うつ状態の鑑別補助として厚生労働省より 2009 年 4 月に先進医療として認可されたことなど概説されました。

昼食を挟んで、午後はワークショップが行われました。ワークショップ 1 では松尾講師による「症状評価法」が行われ、トレーニング DVD をみて実際にハミルトンうつ病スケールのつけ方を学びました。これはスケール評価方法を身につけるというより、うつ病の診察にどんな症状に注目することが必要かということを目的に行われました。標準解答と同じ答えをされる先生が多かったです。

続いて、渡辺教授による症例呈示が 5 例あり、具体的病歴や患者背景、症状の出現や経過などについて、精神科特有の病歴についてかみ砕いてわかりやすく解説されました。

最後は、ワークショップ 2 として「診断面接シミュレーション」を行いました。これは、精神科研修医が実際の患者さんの病歴をモデルにして、患者役を演じてもらい、参加した先生方に精神科的面接のロールプレイをしていただくというものでした。3 グループに分かれ、それぞれの患者につき 10 分程度面接してもらい、精神科医が面接方法や具体的質問の仕方などアドバイスし、参加者の質問に答えるというものでした。3 回ロールプレイをすることで 3 回目にはだいぶコツがつかめたようで、流暢に診断面接をされました。フィードバック時間は 10 分としていましたが、時間を超過してもつぎつぎに質問が出るなど熱い議論が続きました。

全体を通して、参加された先生方のうつ病への関心は非常に高く、プラクティカルで本質的な質問が多く出され、またワークショップでは大変熱心に面接され、私たち精神科医も非常によい刺激を受けました。

今後は、この体験学習を通して精神科及び精神科医療をさらに知っていただくとともに、当科を利用していただけたら幸甚です。最後になりましたが、この度教育講座を担当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。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い致します。

受講印象記

宇部市医師会 若松隆史

去る 3 月 7 日 (日) に第 50 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座の「日常診療におけるうつ病の診断と治療」というテーマの体験学習に参加させていただいた。

昨今、年間の自殺者が 11 年連続 3 万人を超え、社会的にもその背景として「うつ病」が取りざたされていますが、われわれ専門ではない医療従事者においても、外来患者さん及び産業保健における「メンタルヘルス」に向き合う機会が明らかに

多くなってきています。そんな中、少しでも自分自身と日常診療の上での学習となれば…という思いから参加しましたが、県内各地から合計 20 名の先生方が来られました。

研修のご講義は山口大学医学部の精神科神経科教室の先生方に賜り、初めに渡辺義文教授の開会のご挨拶があり、午前中に 5 つの講義、午後からは 2 つのワークショップと症例呈示という内容でした。

まず午前の第一の講義では、松原敏郎先生の「自殺問題」でのテーマでお話をいただいた。その中で、①うつ病は身体疾患に合併することがあり、②軽症うつ病の大半がまずプライマリ・ケア医を受診すること、現に自殺者の 40% が自殺する一週間前後以内にプライマリ・ケア医を受診していること、そして③自殺はうつ病の重要な症状の一つである、ということを知りました。実際、明らかな原因、動機の特定できた自殺者のうち 30% 近くにうつ病が存在し、自殺者の実に 75% にうつ病以外にも統合失調症、アルコール依存症等の何らかの精神障害が存在しているとのことでした。一方、抗うつ剤投与初期に自殺関連リスクを高める「アクチベーションシンドローム」について教えていただき、これは安易に抗うつ剤を使用した場合、隠れた躁病を誘発したり、不安、焦燥、パニック、不眠、イライラを引き起こしてしまうという内容のものでした。

次に、「希死念慮」と「自殺企図」の日常診療上での問診による確認方法と、「自殺未遂者への対応の仕方」又は「取り組む姿勢」を学習しました。具体的には第一に自殺者についての話題から逃げ

ないということと、その実際としての TALK (Tell; 誠実な話しかけ、Ask; 自殺についてのはっきりとした尋ね、Listen; 相手の訴えを傾聴、Keep safe; 安全を確保) を教えていただき、第二に自分の陰性感情を向けない、第三に一人で何とかしようとしなくても学びました。そして同じく自殺未遂者への実際の行動の仕方として、①自殺企図の原因について必ず聞く、②死ぬ意思があったか、今もあるかの確認、③本人及び家族からできるだけの情報収集、④精神科医療へのすすめ、⑤自殺をしない約束をしてもらうこと等が大切であるとのことでした。

そしてこの講義の最後に、うつ病の方を精神科に依頼するタイミングとしては上記「希死念慮」の強い場合、実際に「自殺企図」の起こっている場合で、また不安、イライラ、焦燥感の強い場合等の自殺関連行動が精神科的な治療によって改善することを本人・家族に伝えた上で依頼してほしいとのことでした。以上、最初の講義でプライマリ・ケア医の一人として、うつ病の奥に潜む問題の深さ、重さを新たに考えさせられた気が致しました。

第二の講義では渡辺教授に「うつ病の診断」についてご講演を賜りました。ここでは元々の病前性格から来る「内因性うつ病」と「神経症状うつ病（抑うつ神経症）」についてのお話があり、引き続き「単極性うつ病」、「双極性うつ病」について教えていただきましたが、H2 ブロッカーや、オンコピン、ステロイド、インターフェロン等の薬剤発症性のうつ病、うつ状態が意外と多いのが印象に残りました。

次にうつ病の早期発見と早期介入のためのスクリーニングとして、①抑うつ気分と、②興味や喜びの喪失のこの 2 つに関する「二項目質問紙法」と、これに続くスクリーニングとして、③食欲減退又は増加、④睡眠障害、⑤精神運動の障害、⑥疲れやすさ・気力減退、⑦強い罪悪感、⑧思考力や集中力の低下、⑨自殺への思い…という 9 つの項目について教えていただきました。このときのお話で、うつ病では日内変動があり、周期性はあるものの症状の状況依存性の変化がないのが特徴であるということが記憶に残りました。

次の第三の講義は引き続き渡辺教授による「抗



うつ薬治療」のご講演でしたが、総論的に、SSRI や SNRI、三環系・四環系等の抗うつ薬の特徴や副作用について教えていただき、臨床的には約 2 割の方が難治性であるとのことでしたが、基本的には副作用に留意しつつ、十分量の抗うつ薬を使用することが大切であるとの内容でした。

第四の講義は、江頭一輝先生による「電気けいれん療法」についてのお話で、これは薬物療法では難治性のうつ病をはじめ、強迫性障害や統合失調症に対して、最も効果的な治療の一つと言われており、特にうつ病等の気分障害では 80% 以上の改善を認めており、かなり有効な治療法とのことでした。具体的には、全身麻酔下に短パルス波刺激を脳に行い、約 30 分で終了、時に一過性健忘の有害事象はあるものの、ほとんど安全に行えるとのことでした。しかし麻酔科医協力の必要や、麻酔科算定のなされていないこと、ECT のネットワークの確立が今後必要なこと等の課題も指摘されていました。

第五の講義は松尾幸治先生による「画像診断」についてで、CT、MRI、SPECT、PET 等についての総論を教えていただき、各論的にはまず「血管性うつ病 (Vascular Depression ; VD)」について教えていただきました。この中で、高齢者のうつ病には血管性病変が強く関連しており、老年期うつ病の方では、その 93% に無症候性脳梗塞が認められたのに対して、健常老年者では 30% しか認められないというデータをお示しいただきました。さらには、画像診断上、白質病変の多い人ほど、うつ病になる人が多いとのことでした。最後に初めて聞く検査法で、先進医療の「光トポグラフィー (Near - Infrared Spectroscopy ; NIRS)」について教えていただきましたが、これは近赤分光を利用した多チャンネル計測により、大脳皮質のヘモグロビンの濃度変化を分析することにより、うつ病の鑑別診断に極めて有用である他、さまざまな精神科疾患の診断にも既に利用されていることを学びました。

昼食をはさんで午後からは、松尾幸治先生によるワークショップ 1 「症状評価法」についての講義があり、続いて何例かの模擬患者の登場する教材用の DVD をみせていただき、実際に「ハミルトンうつ病評価尺度 - 21 項目尺度 (HAM - D、

21 - item Scale)」を用いての、うつ病の症状評価の実習をさせていただきました。慣れないこともありましたが、実際にやってみるとかなり難しいと感じました。

ワークショップ 1 の終了後、渡辺教授による典型的なうつ病患者さんの 5 つの症例をご呈示いただき、うつ病の診断、アプローチの仕方、薬物療法等を再度「まとめ」的に勉強させていただきました。

そして体験学習の最後は、ワークショップ 2 でわれわれ当日の受講参加者による「診断面接シミュレーション」を行いました。具体的には、参加者が 3 つのグループに分かれ、各々のブースで、精神科の先生に実際にご自身が受け持たれたうつ病の患者さんの代わりに、「模擬患者さん」として登場していただき、その迫真の演技のもと、われわれが 7 分間の時間制限の中で面接のシミュレーションを行い、その様子の評価、ディスカッションをお互いに行うというものでした。実際に参加してみて、やはりうつ病のポイントを念頭におきつつ、実際に問診する難しさを、受講された他の先生方とともに改めて痛感いたしました。

しかしながら一日の体験学習を終えて、個人的には少しばかりではありますが、うつ病の診断と治療についてのモヤモヤが幾らか除かれた気が致しました。そして一人のプライマリ・ケア医として、少しでもうつ病の患者さんへの、より早い気付きと、より早く、より適切な治療へと繋がられるように微力を注げたら…との思いを新たにしました。

受講をすべて終えて、最後に渡辺教授の閉会のご挨拶があり、受講者全員に修了証が授与されました。甚だ充実した一日を送らせていただきましたが、最後に今回の体験学習に携わっていただいた県医師会のスタッフの皆様、そして特に日々ご多忙な診療・研究・教育の中、このような機会を設けていただき、かつ日曜日にもかかわらず熱心にご指導・ご教示を賜りました渡辺教授をはじめとする、山口大学医学部精神科神経科の諸先生方に深く感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

県医師会の動き

副会長

小田悦郎

日本たばこ産業（JT）は、東京都内限定で、火を使わず煙も出ない無煙たばこを、5月中旬に発売すると発表しました。タバコの葉が詰まったカートリッジをパイプ状の本体にセットして味わうもので、タールは零で、ニコチンは微量含まれているという。たばこの煙が周囲に迷惑をかけるという喫煙家の不安、懸念、心配を取り除いた商品とアピールしています。禁煙場所での利用は、それぞれの場所での判断によりますが、基本的には煙が出ないので、受動喫煙の観点からすれば、さまざまな場所で吸えることになります。また、喫煙家本人は無煙、タール零、ニコチン微量なので健康障害の減少が期待されます。しかしながら、たばこは嗜好品なので、煙の出ないたばこはたばこなんかじゃないと言われればそれまでですが。

4月14日に日医の定例会見で、原中日医会長の所信表明が発表されました。その内容は、①医師の一致団結した行動のために、②国民の安全と安心を守るために、③あるべき医療の姿を提示するために、④闘う日本医師会に向けて等を柱とするものでありました。小泉政権下での市場原理主義の結果、医療は崩壊し、医師のプライドは踏みにじられた。ここから脱却するには、医師会員が一致団結して闘う以外ない。それには医師会が変わる必要がある。そうでなければ国民からの信頼は得られない。というような内容でありました。

4月15日に、**労災保険指定医部会監査・理事会、医事案件調査専門委員会、スポーツ医部会理事会、スポーツ医部会・郡市国体担当理事合同会議、臨床検査業務に関する意見交換会**がありました。

4月17日に、**裁定委員会**が松田屋ホテルで開催されました。会長の挨拶の後、委員長に内田潔、副委員長に吉村 康両先生が選出されました。両先生には、ご面倒ですがよろしくお願いします。

4月22日、**第164回山口県医師会定例代議員会**が開催されました。会長、来賓の挨拶の後、報告事項として、理事会の会務分担、日本医師会代議員会の状況報告についての報告がありました。日本医師会代議員会の報告は、前号に述べさせていただいたごとくです。承認事項は、顧問の委嘱、平成21年度山口県医師会事業報告についての議案で、それぞれ承認されました。顧問の先生方にはよろしくお願いします。議決事項としましては、

1号から6号までで、平成22年度山口県医師会事業計画、予算、会費賦課徴収、会費賦課徴収規定の一部改正、入会金、代議員会議決権限の委任についての議案でありました。すべての議決事項は可決され、代議員会は終了しました。詳しくは、当会報記事をご覧ください。

4月29日に、岡山で**日本医療メディエーター協会中国支部設立記念講演会**がありました。日本で、メディエーター養成に関しては、中国ブロックが一番遅れているといわれていて、ようやく支部設立にこぎつけたということで、私（小田）も理事の一人に名を連ねることになりました。同日、理事・世話人会が行われ、中国支部の今後の方針、活動について話し合われました。資金、マンパワー等のこともありまして、当面は、研修会の開催で、メディエーターの育成に努めることになり、今年度は、9月に中国支部主催「医療コンフリクトマネジメント」基礎編を開くことを決定しました。

5月6日に、**地域医療計画委員会、健康スポーツ医学委員会**が開催されています。詳細は後日会報に掲載予定です。

5月8日に、**山口県糖尿病対策推進委員会**があり、平成21年度山口県糖尿病療養指導士講習会の実施状況の説明がありました。受講者は、第1回、2回、3回、4回で、それぞれ195名、190名、180名、175名でありました。試験結果は、受験者166名で、全員が合格されています。また、谷澤委員長よりHbA_{1c}の表記の変更すなわち、アメリカに比べて日本のほうが0.4%低値であったことより、JDS値に0.4%加えた値で表記することとなったという説明がありました。

5月9日、**第116回生涯研修セミナー**が開催され、特別講演4題の講演会で、受講会員は114名でした。

5月13日、**中国四国厚生局との平成22年度保険指導打合せ、郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会、健康教育委員会、山口県献血推進協議会**と非常にタイトな1日でありました。このなかで、若い人の献血が減少しているとの報告があり、少し心配です。

5月15日、**山口県臨床研修医交流会第1回幹事打合せ会**があり、今年も8月に1泊2日の交流会を行うことが決まりました。今回は、大体の

流れを決め、具体的なことは次回として、研修医交流会幹事間と医師会担当との顔見世で終了となりました。5 月 16 日に、**第 23 回大島医学会**に出席しました。嶋元会長は山口県で一番小さな学会とご謙遜されていましたが、どうしてどうして立派な学会でございました。なによりも 23 年間、毎年開催されていることには敬服しました。

なにか、皆様に報告しなければならないことを忘れているようで、心配です。徐々に充実していこうと思っていますので、ご勘弁をお願いします。

訃報のお知らせがあります。5 月 1 日に防府医師会の神徳通也先生、5 月 8 日に宇部市医師会の田村陽一先生が、ご逝去されました。両先生におかれましては、山口県医師会でもご活躍され、また数多くの業績を残されました。謹んで哀悼の意を表するとともに、ご遺族の皆様方には、心よりお悔やみを申し上げます。

さて、先日わが家の愛犬、今年で 14 歳になる大型犬 (35 キロ) が、先週突然、うまく歩けなくなり、視力聴力ともに突然悪くなりました。

14 歳といえば、人間で言うと、90 歳くらいでしょうか。

数年前から動きも反応も遅くなり、起きている時間より寝ている時間の方が長いのではないかと、思う生活だったので、仕方のないことではあります。が、昨年、19 歳で大往生した愛猫は、おかしいなと思ってから 3 日で亡くなったこともあり、わが家は大騒動でした。

至れり尽くせりの完全介護の一週間、今では多少ふらふらするものの元気になりましたが、食事のグレードは上がったままです。

寝たきりになったら、という可能性を考えていましたら、最近ではペットの介護という資格 (民間) があるそうです。料金は犬種 (大きさ) と内容と時間で決まるようですが、人間と比べると驚くような料金でした。そのうち、ペットの介護保険も保険商品として登場するのでしょうか。

山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで <http://www.yamaguchi.med.or.jp/docban/docbantop.htm>

問合先: 山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 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 0 件

その他医療機関 5 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。



医業継承・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？

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



●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40-01-0064

■東証一部上場(証券コード:4775)

理 事 会**第 3 回****5 月 6 日 午後 5 時～6 時 52 分**

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中（義）・萬・田中（豊）各常任理事、武藤・河村・柴山・城甲・茶川・山縣各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 会員の表彰について**

第 64 回山口県医師会総会（6 月 13 日、山口市において開催）における功労者表彰・長寿会員表彰等の被表彰者を確認、了承された。

2 郡市医師会長会議（6 月 24 日）について

中国四国医師会連合総会分科会報告、22 年度保険指導についてほか、提出議題について協議した。また、郡市医師会からの意見・要望を求める。終了後、人権研修を開催する。

3 プロジェクトチームについて

情報を先取りし、問題提起を行うため、22 年度もプロジェクトチーム（勤務医の医師会加入促進、地域医療再生（医師確保）、医療・介護保険、山口国体支援）を発足、担当役員を決定した。

4 平成 22 年度「安全衛生に係る功労者に対する山口労働局長表彰」に係る推薦の依頼について

山口労働局長から依頼のあった被表彰者の推薦を決定。

人事事項**1 健康教育委員について**

委員の交替について了承。

報告事項**1 労災保険指定医部会監査・理事会（4 月 15 日）**

山口労働局澤野労災補償課長・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 年度改定の労災診療費算定基準について説明があった。また、平成 22 年度総会対策について協議、要望書・事業報告・決算・事業計画・予算

について協議、決定した。（小田）

2 医事案件調査専門委員会（4 月 15 日）

病院 2 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（西村）

3 スポーツ医部会理事会（4 月 15 日）

今年度の研修会（6 月 27 日）の講師等について協議した。（城甲）

4 スポーツ医部会・郡市国体担当理事合同会議（4 月 15 日）

国体局から山口国体及び山口大会の開催準備状況、医師派遣の現状について説明があった。国体募金の状況について報告した。（城甲）

5 臨床検査業務に関する意見交換会（4 月 15 日）

医師会共同利用施設のうち、臨床検査センターを有する郡市医師会と山口県予防保健協会が、臨床検査業務の現状や特定健診への対応等について意見交換を行った。（田中豊、茶川）

6 裁定委員会（4 月 17 日）

委員長・副委員長の互選、母体保護法指定医不服審査委員の選任について諮り、決定した。続いて中央情勢等について報告を行った。（杉山）

7 山口県精神科病院協会定期総会（4 月 23 日）

出席し挨拶を述べた。（木下）

8 平成 22 年度山口県毒物劇物危害防止対策協議会（4 月 23 日）

毒物劇物事故発生状況、21 年度毒物劇物業務上取扱者実態調査等について報告があり、審議を行った。（事務局長）

9 女性医師参画推進部会第 1 回理事会（4 月 24 日）

部会長挨拶の後、2 名の新理事の紹介があり、日医関連事業、女子医学生支援活動について報告を行った。また、福田理事より 22 年度医学部新入生等の情報提供があった。続いて松田部会長から、2010 から 2012 年の事業計画案・WG 案について提示、説明があった。（田中豊）

10 2010 年度部落解放・人権確立をめざす県民のつどい（4 月 26 日）

総勢 162 名の出席者があり、スピーチを述べた。（事務局長）

11 山口県障害者スポーツ協会理事会・山口県障害者スポーツ協会社員総会（4 月 27 日）

22 年度事業計画及び予算案、法人申請に関するスケジュールの説明、おいでませ！山口国体・山口大会募金の寄附状況について報告があった。（事務局長）

12 中国地区社会保険医療協議会山口部会

（4 月 27 日）

医科では新規 8 件（交代 2 件、移転 1 件を含む）が承認された。（小田）

13 日本医療メディエーター協会中国支部設立記念講演会（4 月 29 日）

独立行政法人国立病院機構岡山医療センターにおいて、「設立記念講演」（講師：早稲田大学大学院法務研究科 和田仁孝教授）等、3 つの講演及び実践報告等が行われた。（小田）

14 第 1 回勤務医部会企画委員会（5 月 1 日）

市民公開講座（宇部市と岩国市で開催予定）、病院勤務医懇談会の開催、勤務医アンケート、勤務医ニュースの発行について協議した。また、勤務医部会主催のシンポジウムについて協議、テーマ・シンポジスト等について引き続き検討を行うことになった。最後に山口県医師臨床研修推進センターについて説明した。（城甲）

15 広報委員会（5 月 6 日）

6、7、8 月号の会報主要記事掲載予定、メディアカルトピックスの記事、新都市医師会長インタビューについて協議、確認を行った。11 月 14 日開催の県民公開講座についての概要を示し、運営等について委員の意見を伺った。（田中義）

16 会員の入退会異動

入会 30 件、退会 65 件（死亡退会含む）、異動 49 件〔4 月 1 日現在会員数：1 号 1,327 名、2

号 924 名、3 号 434 名、合計 2,685 名〕

互助会理事会

第 3 回

1 会費の減免申請について

4 件について協議、承認。

2 第 1 回支部長会（5 月 27 日）の提出議題について

平成 21 年度事業報告・決算を議題にすることに決定。

医師国保理事会

第 1 回

1 全医連代表者会（4 月 21 日）

平成 22 年度事業計画、会費及び徴収方法等が議決された。また、東海大学教養学部人間環境学科堀真奈美准教授による「諸外国から学ぶ医療制度改革」と題した講演があった。（田中豊）

2 平成 22 年度健康診断の実施について

実施要項等について協議、承認。

理 事 会

第 4 回

5 月 20 日 午後 5 時～7 時 28 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中（義）・萬・田中（豊）各常任理事、武藤・田村・河村・城甲・茶川・山縣各理事、山本・武内・藤野各監事

議決事項

1 県医師会費の減免申請について

減免申請 133 件について協議を行い、申請全件を承認、議決した。

協議事項

1 郡市医師会長会議について

前回理事会において協議した郡市医師会長会議

(6 月 24 日開催) 提出議題の追加を含め再協議、担当役員について確認した。

2 日本医師会各種委員会委員について

日本医師会会内委員会のブロック推薦委員会の希望委員会を決定。

3 障害者スポーツ山口大会選手確保、競技力向上賛助金について

一般社団法人山口県障害者スポーツ協会から協賛金募集の依頼があり、支援について了承した。

4 平成 22 年度日本医師会生涯教育制度実施要綱改正案について

日医内に生涯教育制度検討会を設置、検討された実施要綱改正案について都道府県医師会へ意見を求められ、協議を行った。

5 2010 ピンクリボン in やまぐち実行委員会について

(財) 日本対がん協会等の協力、2010 ピンクリボン in やまぐち実行委員会主催の行事が開催されるにあたり、実行委員会メンバーへ参加要請があり、協議の結果、了承。

人事事項

1 地域医療対策委員について

委員の交代について承認。

報告事項

1 第 1 回地域医療計画委員会 (5 月 6 日)

県担当室から地域医療再生計画及び医療連携体制構築に向けた今後の取り組みについて報告説明の後、協議した。(弘山)

2 第 1 回健康スポーツ医学委員会 (5 月 6 日)

まず、委員長・副委員長の互選を行い、22 年度事業計画・予算の説明後、6 月 27 日(日)開催の健康スポーツ医学実地研修会の講師等について協議した。(城甲)

3 第 1 回山口県糖尿病対策推進委員会(5 月 8 日)

21 年度事業報告及び 22 年度事業計画(糖尿

病療養指導士講習会、レベルアップ講習会や健康フェスタ等)について協議した。(田中豊)

4 第 116 回生涯研修セミナー (5 月 9 日)

兵庫医科大学小谷教授の「阪神淡路大震災と JR 福知山線脱線事故一本邦 2 大災害の医療を経験して思うこと」、山口大学医学部松本教授の「胸腹部大動脈瘤手術時の脊髄虚血の病態と脊髄保護」、東京大学医学研究所中村教授の「がんペプチドワクチン療法」、山口県立総合医療センター藤井副院長の「高齢者の心不全～その病態と治療のコツ～」の 4 題の特別講演を催した。新しい日本医師会生涯教育制度による、カリキュラムコード 8 コードを設定し開催、参加者 122 名であった。(杉山)

5 田村陽一先生告別式 (5 月 10 日)

哀悼の意を表した。(小田)

6 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会

(5 月 12 日)

幹事会参与の委嘱、社会保険診療報酬支払基金基本理念の策定等 10 件の報告連絡事項及び事業状況報告があった。(木下)

7 中国四国厚生局との平成 22 年度保険指導打合せ (5 月 13 日)

集団指導及び新規個別指導等の実施計画について打合せを行ったが、意見の一致がみられないため、後日、引き続き打合せを行うこととなった。(萬)

8 郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会

(5 月 13 日)

県健康増進課からがん登録の推進について、休日・平日夜間がん検診体制整備支援事業や肝炎対策について説明があり、協議した。(山縣)

9 第 1 回健康教育委員会 (5 月 13 日)

22 年度健康教育テキストのテーマは「めまい」。テキストに委員会名を入れることやテキストの周知方法について協議した。(城甲)

10 平成 22 年度山口県献血推進協議会(5 月 13 日)

血液事業の現状、22 年度献血推進計画につい

て協議した。また、若者に対する啓蒙活動として、献血推進ポスターや作文の募集を行うことを決定した。(木下)

11 山口県介護保険審査会 (5 月 13 日)

会長及び副会長の選任を行い、合議体の編成、合議体の長の選任について審議を行った。(田中義)

12 医学功労賞陶板作製 (5 月 14 日)

今年度の県医学会総会被表彰者への副賞(陶板)作製を行った。(木下・杉山・茶川)

13 山口県福祉サービス運営適正化委員会 第 58 回苦情解決部会 (5 月 14 日)

21 年度の苦情相談 31 件、問い合わせ 23 件で合計 54 件だった。(萬)

14 第 26 回日本救急医学会中国四国地方会 (5 月 14 日～15 日)

高松市において開催の評議員会に参加した。地方会の事務局が岡山大学へ移転する。(小田)

15 第 1 回生涯教育委員会 (5 月 15 日)

平成 24 年度山口県医学会総会の引き受け郡市医師会、向後の生涯研修セミナーの企画、日医生涯教育協力講座セミナー開催の場所等について協議した。(杉山)

16 山口県臨床研修医交流会第 1 回幹事打合せ (5 月 15 日)

開会あいさつ、自己紹介の後、交流会の概要について事務局より説明。続いて代表幹事を選出し、交流会の内容、役割分担等について意見交換を行った。(城甲)

17 神徳通也先生病院葬 (5 月 15 日)

しめやかに執り行われた。参列し弔慰を表した。(木下)

18 霜仁会総会 (5 月 16 日)

出席し、挨拶を述べた。霜仁会会長の交代があった。(木下)

19 第 23 回大島医学会 (5 月 16 日)

8 題の一般演題、世田谷区立特別養護老人ホーム 芦花ホーム 石飛幸三先生による一般公開講演「『平穏死』を考える」が催された。一般演題は多職種の方の発表があり、とても盛会であった。(小田)

20 山口国体の救護に関する打合せ (5 月 13 日、18 日)

ボクシング競技の救護に関し山口大学鈴木教授、徳山中央病院、岩国医療センターに脳神経外科医の対応について協力依頼を行った。(事務局長)

21 山口県予防保健協会評議員会 (5 月 19 日)

議長を選出の後、2009 年度事業・決算報告が審議された。(田村)

22 第一生命株式会社の株の売却について

売却の一部を平成 23 年度に開催される山口国体と全国障害者スポーツ大会山口大会の協賛金に充てることにした。(事務局長)

互助会理事会

第 4 回

1 傷病見舞金支給申請について

3 件について協議、承認。

医師国保理事会

第 2 回

1 保険料減額免除について

育児支援制度による減額申請 1 名を含む 5 名の減額について協議、承認。

また、内規第 2 条による後期高齢者組合員分保険料免除の 242 名についても承認。

母体保護法指定審査委員会

1 母体保護法認定研修機関定期報告について

9 研修医療機関の実績報告を審議、認定を可とした。

女性医師 リレーエッセイ

二輪・四輪

下松 三尾母 孝恵

研修医 1 年目に公私ともにお世話になった宗先生からの突然の電話…原稿依頼でした。師匠である宗先生からの依頼ともなれば断れるわけもなく、しぶしぶと引き受けました。後に書く人の迷惑にならないよううけた内容にしようね…と電話を切りました。このシリーズ、九州軍団には無縁のものと思っていました。医者離れした内容には事欠かないけど…と思案のあげく、私を語るには欠かせないもの、二輪・四輪しかない！とても女医さんのエッセイといった内容ではありませんが、まあこんな奴もいるのかと読み流してくださいれば幸いです。

まず、二輪の始まりから。中二のある日、反抗期の真最中だった私は両親と激しく言い合いとなり、悔し泣きの中うとうとし翌朝 5 時頃覚醒しました。目は泣きはらしたまま、まだ悶々としていました。こっそり家を抜け出し自転車で行ったことのない場所をぶっ飛ばしました。当時私が乗っていたのは、成績のいい兄が買ってもらった 5 段変速・セミドロップのサイクリング車。（ちなみに私は小 2 で自転車を買ってもらって以来、高校通学用おばチャリを買ってもらった間、“成績が悪いから”を理由に兄のお下がりのみでした。）これが二輪を飛ばす爽快感につながり、バイクへと発展していったのです。当時は HONDA の CB400FOUR という赤タンにゾッコンでした。いつかは必ず 400cc に乗るんだと、お年玉などはほとんど貯金。その夢は、親権が無くなるのを待って 20 歳の時に実現に向け動き

始めました。アパートの隣の部屋の同級生と一緒に、最後の授業の出席を取り終わるとこうにして教室を脱出、自動車学校に直行。その甲斐あり、みごとストレートで中型二輪免許をゲットしました。1 週間経たない間に私は VT250F に乗っていました。もちろんキャッシュです。愛してやまないバイクでした。休みになれば磨き、暇があればバイク屋さんに入り浸り仲間と話し込んでいました。医学部の友達というよりよっぽど楽しかった。ツーリングにも行きました。単なる観光旅行に興味はないのですが、バイクに乗って気の合う仲間と走りのお話をしながらというのは格別楽しかった。フレディ・スペンサー にあこがれ、眠い目をこすりながらレースの TV 観戦もしました。当時のアパートの近くには理学部のバイク友達がいて、そのうちの一人が XL250（オフロード）に乗っていました。ある日学校から帰ったらアパートの前の稲刈りが終わった田んぼで XL に乗っていました。ふざけて後にまたがるとそのまま田んぼの中を発進、いきなりウィリー!! 二人乗りでウィリーする奴、この時以来見たことありません。今となれば楽しかった思い出です。

時は経ち、卒試も終わり国家試験勉強一色のある日、仲良しのバイク屋さんから電話がありました。“孝恵ちゃん、西京 HONDA から 4 台限定で CBR400 の赤黒バージョンが出るっちゃん!” “え〜っ! 欲しかー! けどお金ないっちゃん。どうしたらいいとかいな?” “大丈夫。もう申し込んでーけん。ローン組めばいいっちゃん。”…、あっ

けなく決まった夢の実現でした。納車は国試が終わってすぐ。250cc と 400cc はこうも違うのか!? ってくらいパワフルでした。研修医時代になると乗る暇がほとんどなくなり、日曜日の子宮癌検診に行く時、検診車の運転手さんに頼んで車の後ろをバイクでついて行ったこともあります。つらいことがあってもバイクに乗れば自分を取り戻すことができました。このバイクは結婚まで続きましたが、乗る時間がとれずバイクをほったらかすことがかわいそうになり断念しました。夢が実現し、満足し、納得して降りたつもりですが、今でも春風の季節になるとバイクに乗って風を感じたくなります。

四輪は、病棟実習で夜遅くなることから、まず親の乗っていた BlueBird のフロントパネルをタコメーター付きに変えてもらい乗り始めました。この頃はバイクの方がよかったので最低限しか乗っていません。あまり面白い車ではありませんでした。ただ、車に凝っている同級生がいて、徹底的に洗車術を習いました。軽く半日がかりでしたが、独身時代は時間があれば洗車していました。さて、無事に国試に合格し、親借金で新車購入してよいということになりました（返済すみ）。バイクと同じタイプのエンジンに乗りたいと思い HONDA の DOHC を積んでいる車から選びました。まず PRELUDE 2.0Si を購入、10 年間乗りました。バイクには劣りますが、フットワークのいい車でした。病院業務で近隣を走ること多かったのですが、当時の医局長から“藤原君（旧姓）、頼むから僕が医局長の間に事故らんとってね”と言われたことを覚えています。結婚して子供が生まれると、仕事が思うようにできなくなり、当然収入も減り、保育料は貯金を崩しながら出すこともありました。この頃 10 年目を迎えた PRELUDE に不具合が出始めました。お金の工面が難しく主人の援助を受けないといけな傍ら、しぶしぶ主人の勧める CIVIC FERIO 1.6Si を購入しました。この車、高速トルクはあるのですが低速はダメ！バイク感覚では乗れない車なのです。高速が強かったって、アウトバーンのない日本では出番がありません。ストレスもたまり悶々としていました。ただ、PRELUDE と CIVIC はマニュアル車だったのでそれなりに運転は楽しんで

いました。CIVIC も 4 → 2 や 5 → 3 とシフトダウンで加速を試みました。その後 3 人目が生まれた時、チャイルドシートが並ばないという理由から ODYSSEY (M) を購入。排気量でこんなにもスタートが違うのか!? と、走りの良さに大満足でした。これが私にとっての初代 ODYSSEY。5 年間乗り続けて 2 代目 ODYSSEY Absolute へ変わりました。初代は 3 人の子を一生懸命保育園に連れて行った車、赤ちゃんからの成長を見守ってくれた車であり、最後の大好きな福岡ナンバーの車ともなりました。手放す時とても寂しかった。2 代目は初代に比べて走りがパワーアップ、さすが Absolute です。バイク感覚のフットワークの良さに感動しました。この時、バイクの走りのようなすべり出しが私にとって最低必要条件であることを再確認しました。これも 5 年間乗りました。2 代目は子供の学校・塾送迎に奔走した車でした。私自身、仕事・家事・ドライバーと体力の限界を賭けへとへとになった 5 年間でした。この時期、平均睡眠 4 時間で座る暇ナシの生活…研修医時代に“産婦人科医は寝ずに何ぼやろ！”と鍛えられたからこそやっていけたのだとありがたく思えました。まさに“若いころの苦労は買ってでもしろ”です。子供を降ろし一人になった ODYSSEY を運転しながら大好きな永ちゃん・Luther Vandross・Beatlesなどを聞く時と、夏の年 1 回のスキューバダイビング（一応 AOW）のみが束の間の至福の時でした。ODYSSEY になってから、ディーラーさんからはブレーキパッドの減り方を笑われ、知人からはタイヤの減り方を呆れられ…、でも、運転でストレスがたまることはなかったように思います。そして今月、3 代目 ODYSSEY Absolute に乗り換えました。5 年目の車検ぎりぎりまで頑張りたかったのですが、タイヤのスリップラインが限界でした。手放す前日、4 時間かけて精一杯洗車しました。ピカピカのパールホワイト、今までの感謝の気持ちで泣きたい気分でした。福岡のショッパに 2 代目を残し、3 代目に乗車。100Km の慣らし運転も道中終え、アクセルを踏み込むと、ブンッ！うん、ふきあがり抜群！これからよろしく、3 代目 ODYSSEY！

二輪・四輪なしではとてもここまでがんばれなかったと思います。私にとっては戦友であり、一

番信頼のおける存在でした。いったい何歳まで乗れるのかなあと時々考えます。願わくば神様がもういいよと思った時、アイルトン・セナがレース場で散ったように私も車かバイクかもしくは海で散りたいなあ・・・ベッドで散るのはあまりに似合わないもんなあ・・・。

※補足

①車はさておき、バイクは世間一般ではよく思っていない方も多数いると思います。別にどう思われたって構わないのですが、乗った者にしかわからないメリット・デメリットをあげてみましょう。

デメリット：風を感じるという反面、体を守る物がないので危険性が高いことは事実です。

メリット：車と両方運転する場合、お互いの行動を予測できること。車を運転する場合、車のみのドライバーより左側方確認は確実だと思います。バイクに乗る場合も、前の車の運転手が側方確認をしていないとわかれば避けて運転することができます。

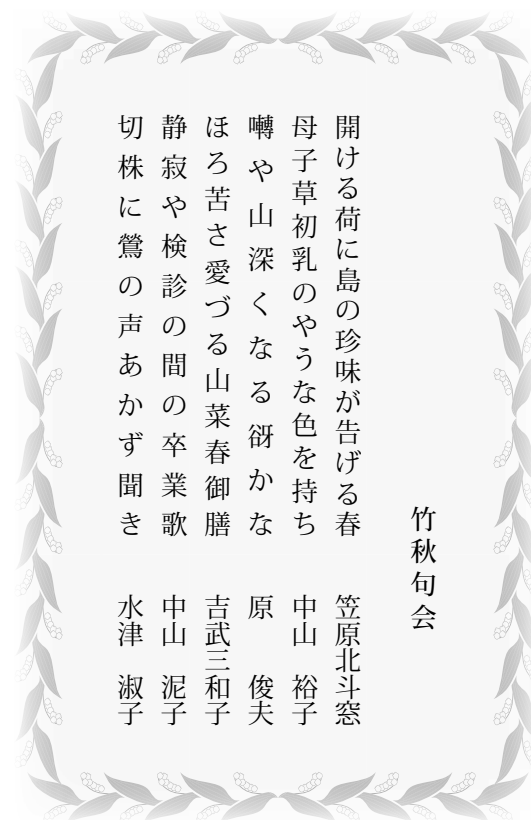
②ノーマルライダーは暴走族を許せないと思っていますが、ライダーを見て皆暴走族と思う人や、マナーのなってない原チャリ族（予想のつかない行動をするおばさん族をよく見かけますが）も同じくらい嫌っています。

③白バイ隊の運転技術はすごい！教習所の一本橋でしばし止まることもできるという噂を聞いたこともあります、すばらしい技術です。TVでマラソンやお偉いさんの走行の誘導をしている白バイ隊員の運転技術には感嘆しています。ニーグリップ・肩の力を抜きゆっくり走行する様はすばらしい！これもバイクに乗っていたからわかることなのでしょうね。でも、街中ではあまり出会いたくない存在ですが…。

つきあってご一読頂いた方、ありがとうございます

ました。こんな奴もいるのかとビックリおののいた方もいらっしゃるかと思います。私自身、なかなかいないタイプの医者だと思っています。女医といえども元は人間、まだまだ逆風の多い女性医師の待遇ですが、皆自分なりに自分にあった息抜きの方法で過ごしているのだとご理解ください。

お次は防府市の船津春美先生へ。今度はきっと話題を軌道修正してくれることでしょう。よろしく！



県下唯一の医書出版協会特約店

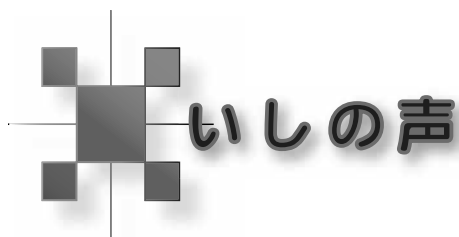
医学書専門 井上書店
看護学書

〒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。



アナログとデジタル

下関市医師会 口羽 政徳

私は下関で普通の小児科医をしています。今年 56 歳になります。

下関市医師会の理事 3 年目です。ここ 2 年間はクリニックでの診療の他、夜間診療所の出務・勉強会や講演会への出席・医師会の実務やその他会議などで忙しい毎日ですが、今回この原稿作成のために頑張りました。ここでは、私の「アナログ生活」と言うか「デジタル不向き」と言うべきかを紹介いたします。

周囲を見渡せば日常生活のほぼすべてにおいて急速にデジタル化が進むこの頃、ぼつりとアナログのまま生活しています。いつの頃からか？新しい物にはすぐには飛びつかず（慎重？恐れ？不器用？）、そのためかパソコンが当たり前の時代にやっとワープロをはじめたくらいです。したがってパソコンを買ったのが 8 年前。今でもまだ文書作成のみの状態で、先日やっとインターネットを契約し、これから始めるところです。メールは考慮中。連絡事項はこれまですべて電話と FAX です。携帯電話も同様、当然持ってはいますが、電源はほぼ一日中 OFF、外出時に ON にしているだけで、目的は 84 歳の母親に何かあっては！を思っていること。ON の時もタクシーを呼ぶために使うのがほとんどで、着信も極めて稀。メール・ワンセグ・カメラも使ったことがありません。何のための携帯電話かと思われそうです。さらに、カード社会も自分の中ではデジタル社会の一つとっており、クレジットカードをほとんど持っていません。デパートと ETC カードを除けばすべて現金払いにしています。カードでの支払いは実感として薄いので、つい不要な衝動買いをしてしまいそうですし、いつも借金があるという実感も嫌なもので、また他人に悪用される危険もあり、

いろいろな理由でカードを作る気がしません。これからも現金払いが法的に抑制されたり、現金を持ち歩けないくらい危険な世の中にならない限り、私のポケットにカードは増えないと思います。

ここまで私のアナログ生活のいろいろを書いてみましたが、世の中のデジタル化を決して否定はしません。現在の世の中すべてに関して、もはやデジタル化は欠かせないものです。しかし必要・不必要にかかわらず、パソコンや携帯などのあらゆる機能を駆使し、メールやインターネットから多量の情報を取り入れるのも問題かと思います。情報量ばかり多く、むしろマイナス面も出てくるのでは。実際情報量が多すぎるとかえって私の頭は混乱し、気ばかりあせり、ろくなことはありません。また、あらゆる情報が瞬時に手に入るため、情報を得るための工夫や、そのために熟慮することが極端に少なくなっています。脳細胞の退化を招いているような気がします。何も考えず、長時間だらだらと TV を見ているのと変わらないかもしれません。日常生活では、できるだけ自然に頭を使うように心がけたいものです。

結論として、「私はあえてデジタル化はしない」と決めています。生の声で人とかかわる、自分で考え工夫する、少し遅くとも確実な情報を得る、利便性のみを追求しない（世の中に無駄なものは無い）。常日頃これらを意識していきたいと思います。「時代遅れ」と言われるかもしれませんが、迷惑にならない限り、これからも 2～3 歩遅れでこのままアナログを続けたいと思います。これからも想像を超えたデジタル化が進むことでしょうが、アナログとデジタルをうまく使いこなしていくことが、私の大切な目標です。

ヒポクラテスとその同時代人 ーソクラテスとプラトンー

飄

々

広 報 委 員

吉 岡 達 生

〔医神アスクレピオスと医聖ヒポクラテス〕

古代のギリシアでは、アスクレピオス神殿において医術が行われていた。医術といっても、宗教的な治療である。紀元前 5 世紀の当時は、ギリシア神話の**アスクレピオス**（アポロン Aporon の息子）が、最高の医神として崇められていた。アスクレピオス Asklepios は、ラテン語・Aesculapius、英語・Asclepius である。アスクレピオスがもっている「蛇のからまった杖」は、今日では医学のシンボルとなっている。

一方、古代ギリシアの**ヒポクラテス**（460?-375?B.C.）は、医学の父とされる。ヒポクラテス Hippokrates ho Koios（ヒポクラテス・ホ・コーイオス）は、ラテン語・英語の表記で Hippocrates である。生まれは、トルコ西岸にあるイオニア地方のコース島 Kos である（ギリシアの植民都市）。コース学派の医術を学び、遊歴する医者として生涯をおくった。おそらく、アテネやコース島には比較的長く住み、ギリシア北部のラリッサ Larissa で没した。「四体液説」を唱え、転地療法・食事療法・生活療法などの自然療法をおこなった。

〔アテネの哲学者：ソクラテスとプラトン〕

ヒポクラテスと同時代に、ギリシア本土のアテネでは、ソクラテスやプラトンらの哲学者が活躍した。**ソクラテス**（470?-399B.C.）は、アテネ

の哲学者であり、プラトンの師である。ソクラテス Sokrates（ソークラテース）は、ラテン語・英語の表記で Socrates である。本人は哲学書をのこさなかったので、プラトンのテキストから考えるほかない。プラトンによれば、詭弁をろうする知者・ソピステース Sophistes（ラテン語でソピスタ Sophista、英語でソフィスト Sophist）に論駁的対話法（エレンコス elenchos）で対抗した。またクサンテッペ Xanthippe（前 5-4 世紀）は悪妻であったのでは、おそらくない。「ソクラテスが好色かつ酒好きな道楽者で、無能のひとだった」（熊野純彦『西洋哲学史ー古代から中世へー』、岩波新書）。

ソクラテスの弟子が、**プラトン**（427?-347?B.C.）である。プラトンもアテネの哲学者であり、アリストテレスの師である。プラトン Platon（プラトーン）は「肩幅が広い意」で、ラテン語・英語の表記は Plato である。プラトンの開いた学園・アカデメイア Akademeia（アカデーメイア）は、ラテン語でアカデーミーア Academia であり、英語の academy の語源である。なおアテネは哲学の中心地であったが、アテネ生まれの有名な哲学者は意外に少なく、ソクラテスとプラトンくらいである。アテネは、ギリシャ語でアテーナイ Athenai、ラテン語で Athenae（古代ローマ人はアテーナエ、のちアテーネと発音）、英語で Athens である。

[その後の哲学者]

ソクラテスの弟子には、プラトンのほかに、小ソクラテス派の人びとがいる。小ソクラテス派の中で、とくにキュニコス派(キニク派、犬儒派)には、ヒポクラテスより後の時代になるが、シノペのディオゲネス(400?-328?B.C.)と、その弟子のテーベのクラテス(365?-285?B.C.)がいる。シノペのディオゲネス Diogenes ho Sinopeus は、シノペ Sinope の生まれで、無宿者となり「樽のなかのディオゲネス」ともよばれる。アレクサンドロス大王は、自分が大王でなければ、ディオゲネスであることを望んだであろうと語ったといわれる。また、テーベのクラテス Krates ho Thebaios は、テーバイ Thebai(ラテン語で

Thebea- 古代ローマ人はテーベア、のちテーベと発音-)の生まれ。テーベのクラテスには、キプロスのゼノン(ヘレニズム期のストア派の始祖、335?-263?B.C.)が学んだ。シノペのディオゲネスや、テーベのクラテスとその妻ヒッパルキアらは、王室の庇護をいっさい拒否する赤貧の生活をした。

なお、プラトンの弟子・アリストテレス(384-322B.C.)は、ヒポクラテスより少し後の時代になる。アリストテレス Aristoteles(アリストテレース、ラテン語でも同様に Aristoteles で、英語で Aristotle)は、マケドニア Makedonia のスタゲイロス Stageiros の生まれである。

日医 F A X ニュース

2010 年(平成 22 年)5 月 28 日 1977 号

- 「4 月 1 日改定」の見直し検討を
- 日医と四病協の懇談会、毎月開催へ
- 今年度に「地域医療貢献加算」検証
- 国民皆保険の意義を強調
- 「日本の医療、満足度は高水準」
- WMA 中間理事会参加を報告
- 医療機関の倒産、4 月は 5 件
- 病院の一般病床 90 万 6518 床
- モデル事業、位置付けは「実態調査」

2010 年(平成 22 年)5 月 25 日 1976 号

- 医療・介護は衆院選より充実
- 高齢者世帯 20%に
- 診療所の協議会へ PT 設置を
- 死因究明で日医の見解まとめる
- 専門看護師などでヒアリング
- 新会長に黒岩氏を選出

2010 年(平成 22 年)5 月 21 日 1975 号

- 医療安全共同行動継続へ
- 患者の郵便番号が「必須」に
- 「全国一律の対策あってしかるべき」
- 救急整備へ地域医療の活性化を
- 事業税の非課税存続「最大の責務」
- 社保病院存続法案
- 退院後の受け皿整備を

2010 年(平成 22 年)5 月 18 日 1974 号

- 10 年版白書「本格的な高齢社会」
- 「医療基本法」へ環境整備
- 専門性も考慮した生涯教育を
- 在宅推進へ補助を拡大
- 医師適合率 1.4 ポイント上昇

2010 年(平成 22 年)5 月 14 日 1973 号

- 診療・介護報酬は同時引き上げ
- 「公費マイナス、考えにくい」
- 特定看護師の要件設定で WG
- 発熱外来「強毒性に対応できない」
- 未収金、損金処理が大幅増
- AED の自主点検の徹底を
- 末期がんの介護、迅速な対応を
- たん吸引や胃瘻、施設問わず解禁を
- 明細書義務化「検証すべき」

2010 年(平成 22 年)5 月 7 日 1972 号

- 執行部 8 年の経験生かしたい
- 市場原理主義と引き続き戦う
- 医療ツーリズムで「機関特区」認証を
- 看護職員の 7 割超が慢性疲労
- 現場への指示「理由添えるべき」
- 膀胱がんワクチン療法を承認

医療を取り巻く ～中央の動き～

「6 年間を振り返って」

参議院議員 ^{にし}西 ^{じま}島 ^{ひで}英 ^{とし}利

平成 16 年 7 月 11 日に参議院議員に当選してあつという間に 6 年間で過ぎようとしています。今回は、この 6 年間で起きた政治的出来事を振り返ってみます。

最初に難題が生じたのが 9 月でした。通常国会が開会した時の小泉総理大臣の所信表明演説で「年内に混合診療の全面解禁の方向で結論を出す」と述べたのです。そして、その時の厚生労働省の尾辻大臣が「その方向で検討します」と記者会見で述べました。当時、尾辻大臣と日本医師会とはあまりいい関係ではなく話し合いもほとんどできない状態でした。そこで武見参議院議員（当時）と話し合い、鹿児島県医師会長に上京してもらい、手打ち式的なことを行い、混合診療の全面解禁阻止をお願いしました。尾辻大臣はその時すでに推進者の竹中大臣との激論を行っており「人の命を金儲けの手段にするな」と悪名高き経済財政諮問会議で主張していました。しかし竹中大臣は一步も引かず状況は平行線でした。そこで日本医師会をお願いして請願活動をしていただきました。しかし紹介議員に対する働きかけがされていないことがわかり、閉会 4 日前に日本医師会に議員会館に来てもらい、私が与党対策、武見議員が野党対策を行い、閉会の日の本会議で請願を全会一致で採択させました。この議決を受け、さらに全面解禁を主張する竹中大臣に対し尾辻大臣が「国会での議決を軽視するのか」と厳しく主張し、その結果年末 12 月 15 日と 17 日に村上規制改革担

当大臣と尾辻大臣とで話し合いを行い、全面解禁は回避されました。今から思うと本当に冷や汗ものの数か月でした。

平成 17 年には医療費の総枠管理制度を提案してきました。これは医療費の伸びの目標を設定する、いわゆる「伸び率管理制度」のことで、もしこれが導入されると将来の医療費の伸びは完全に抑制され、必要な医療が提供できなくなり、イギリスのように医療提供体制が崩壊していく危機でした。私は厚生労働委員会や自民党の厚生労働部会等で強く反対を主張し、さらに他の国会議員に対しても理解を求める活動を行い、最終的には理解してくれた多くの議員が自民党の会議で口々に反対の意見を述べてくれ阻止できました。

次は、軽度（軽症）低額医療についての保険免責制（一定額までは全額自己負担）の導入の提案でした。これについては医師としての現場の立場で意見を述べました。「風邪と思って薬局から風邪薬を買い、服用していたが状態が改善せず受診したら肺癌だった」、「疲れがひどいので栄養ドリンクを飲用していたが疲れがとれず、受診したら肝臓癌だったというのはわれわれ医者の方常識だ」又「金額が安くても重要な検査は多くある」などと主張し、この導入も阻止できました。

医師免許の更新制の導入についても、医師は常に生涯教育での学びを年間を通じて行っており、また細分化された専門医になれば幅広い知識の獲得が困難になり、更新のために必要な知識が

あまりにも膨大な内容になり、更新制度そのものが複雑になり無理なことを主張し阻止しました。

次が、医療法改正でした。特に介護療養病床の廃止、療養病床の縮小の提案でした。これは当時の日本医師会執行部が賛成の文章を出していたので大変な激論の中で結局導入されました。なぜこのように次から次へと現実的でない内容が提案されたのかを考えると、当時の日本医師会執行部の基本方針が「ロビー活動をしなさい」というのも一つの要因だったとも考えられます。執行部が変わり積極的なロビー活動が行われるようになり、医療法の改正時 21 項目の附帯決議を行い、その決議に伴い療養病床の削減目標もほぼ元に戻すことができました。高齢化が進み慢性的な状態で、しかも入院を必要とする高齢者が増加する一方なのに、この状況を見放して政策を進めようとするのがあまりにも多く急すぎると思います。

平成 18 年になると医師不足の問題が大きくなりました。しかし厚労省は医師は不足していないと主張します。大都会偏重で地域格差が顕著だと国会で主張しても、全国平均では不足していないと繰り返すのみでした。行政は人口 10 万人対で答弁するのですが、地方は人口が減少しているので、医師の数が減少しても数字的には変わらないことを指摘したところ、ようやく格差を認め、医学部の定員増を期間限定で 10 県のみ各 10 名増とすることになりました。私は全国的に増やすべきとさらに主張し、平成 22 年に最大 370 名増員することが決まりました。結局医学部の定員は平成 56 年 4 月のピーク時が 8,280 名で、平成 19 年までの削減時 7,625 名になりましたが、平成 21 年 4 月には 8,486 名と過去最大となりました。

また新臨床研修制度の見直しも課題になりました。森喜朗元総理大臣のもとに検討会がつくられ私も参加することになりました。「都道府県別の定員枠を決めなければ大都市集中の状況は変わらず、その結果地方の出身大学には研修を終えた医師は戻らず各大学の医師派遣機能は益々弱体化する」と述べ、その結果、都道府県別の定員上限枠を決めることになりました。医科大学の医師派遣機能を増強しない限り地域医療の再生はないと考えます。

平成 19 年 7 月に行われた参議院選挙で自民党は惨敗いたしました。私の同僚の武見敬三議員も落選してしまいました。そして自民党、公明党は過半数を失い、重要な法案は参議院ではことごとく否決され、大混乱の国会運営となりました。民主党が「法案の嵐」と呼んだ議員立法が次から次に提出され、国会対策副委員長の私としては連日振り回される日々でした。特に年金保険料流用禁止法案や後期高齢者医療制度廃止法案は大変な財源を必要とする法案であるにもかかわらず、ほとんど議論されないまま強行採決されました。

その中で平成 20 年 7 月に平成 21 年の予算に対する考え方が自民党の中で議論されました。悪評の社会保障費の自然増から 2,200 億円を抑制する問題は継続したいとする政府側と党側との議論になり、自民党議員の大部分が「もうやめろ」と意見を述べ、結論として年金・医療等（介護を含む）については新たな財源を確保して予算編成過程で決定すると閣議決定され、実質的に医療・介護については対象としないことが決まりました。そして新たな財源として消費税の引き上げが議論され、平成 21 年 3 月に税制改正を行った中に年金、医療、介護、少子化対策としての消費税引き上げの法的措置を 23 年までに行うことが附則に明記されました。しかし、平成 21 年 8 月末の総選挙で 4 年間消費税を引き上げないとする民主党に政権が変わり、財源のことを議論しないまま空前の赤字国債発行の国の運営が始まりました。伸びていく一方の社会保障の財源についてはムダをなくせば何とかできるということですが、毎年 2 兆 5,000 億円近くの自然増の伸びがあり、その中の国税の負担が毎年 1 兆円増加する一方、税金収入の伸びはあまり見込めないなかで、明確な財源を示さないままでは国民の不安は解消されず、将来のための貯蓄にまわるのは明らかです。今、消費税の議論をしっかりとしなければ国民の生活を支える年金、医療、介護を中心とした社会保障給付は破綻の危機に陥るのは明らかです。真の責任ある政治、政治家が今まさに求められていると考えるのは私だけでしょうか。

混乱の中で活動をした 6 年間を振り返ってみました。

生涯教育コーナー

○生涯教育制度の主な改正点

- ・カリキュラムコードとは、生涯教育カリキュラム＜2009＞にもとづき、84 種類に分けられた学習項目である。
- ・これまで 1 年間 10 単位で修了証を発行し、3 年間連続取得した者に認定証を発行していたが、修了証から「単位取得証（1 年ごとに取得単位と取得カリキュラムコードを通知するもの）」に変更し、連続した 3 年間で合計 30 単位、30 カリキュラムコード（同一コードは加算不可）を取得した者に「認定証」を発行すること。
- ・学習時間を 1 単位 1 時間以上と明確に示したこと。
- ・日医雑誌や e ラーニングの自己学習に、評価を導入したこと。
- ・認定証に 3 年間の有効期限を明記すること。

○単位・カリキュラムコードの付与の対象

講習会・講演会・ワークショップ・学会・体験学習（臨床カンファレンス等）等

1 時間 1 単位、1 日の上限は 5 単位までとなります。カリキュラムコードは単位数の 2 倍まで付与されます。単位、カリキュラムコードの年間の上限はありません。ただし、日本医学会総会及び日本医学会分科会主催の場合、カリキュラムコードは単位数の 2 倍を上限に自己申告となります。

日本医師会雑誌を利用した回答・日本医師会 e ラーニング

- ①日本医師会雑誌に毎号特集されているテーマに関する問題が掲載され、それをインターネットかはがきにより回答し、1 カリキュラムコードにつき 60% 以上の正答率を得たものに 0.5 単位が付与されます。日本医師会雑誌 1 号につき 1 単位、2 カリキュラムコードが取得可能で、年間の上限はありません。
- ②日本医師会生涯教育 on-line (<http://www.med.or.jp/cme/>) に掲載されている 1 コンテンツ（約 30 分）につき 0.5 単位、1 カリキュラムコード。アセスメントにおいて 60% 以上の正答率を満たすと単位、カリキュラムコードが取得でき、年間の上限はありません。このアセスメントは再回答可能です。

その他

- ①医師国家試験の問題を作成すると、1 題 1 単位、カリキュラムコードは「84(その他)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。
- ②臨床実習・臨床研修制度における指導においては、研修者 1 人を 1 日指導すると 1 単位、カリキュラムコードは「2(継続的な学習と臨床能力の保持)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。
- ③医学学術論文・医学著書の執筆は 1 回（又は 1 件）あたり 1 単位、年間の上限は 5 単位、10 カリキュラムコードまで。カリキュラムコードは自己申告です。

日本医師会生涯教育制度に関する詳しい内容は <http://www.med.or.jp/cme/about/index.html>（日本医師会生涯教育 on-line）にて。

追記

なお当制度については、この 4 月に日本医師会が新執行部が変わって、微修正を検討中のようです。基本は変わらないと思いますが、変更が決定次第、その内容をお知らせします。

認定証の発行要件が「連続した 3 年間で、単位とカリキュラムコードそれぞれ 30 ずつを取得」から「連続した 3 年間で、単位とカリキュラムコードあわせて 60 を取得」へと、認定証の取得が容易となる案が検討中のようです。
（専務理事：杉山知行）

夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集

山口県医師会報平成 22 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

- ①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
- ②写真（カラー印刷）
※写真等ありましたら 1～2 枚添付してくださるようお願いいたします。
- 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いたします。

提出・締切

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

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

原稿送付先

〒 753-0814 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。

第 18 回山口県腰痛研究会

と き 平成 22 年 7 月 1 日 (木) 18:30 ~ 20:30

ところ 山口グランドホテル 2F「鳳凰の間」

山口県山口市小郡黄金町 1-1 TEL083-972-7777

プログラム

【トピックス】18:40 ~ 19:30

座長：周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤 先生

『ロコモティブシンドロームと腰痛』

岡野整形外科クリニック院長 岡野 宏二 先生

『骨粗鬆症 ー最近の考え方ー』

山口県立総合医療センター整形外科診療部長 田中 浩 先生

【特別講演】19:30 ~ 20:30

座長：山口県立総合医療センター整形外科部長 豊田 耕一郎 先生

『腰痛の臨床』

独立行政法人労働者健康福祉機構総合せき損センター院長（整形外科） 芝 啓一郎 先生

※日整会教育研修専門医認定資格継続単位・脊椎脊髄病医資格継続単位を取得できます。

(認定番号：10-0218-00 認定内容：N-07 SS)

※単位認定の必要な方は受講料 1,000 円が必要です。

※日本医師会生涯教育単位（2 単位 CC：15、19、60、62）を取得できます。

※研究会終了後、意見交換の場をご用意しております。

共 催 山口県腰痛研究会 吉南医師会

B 型肝炎学術講演会

と き 平成 22 年 6 月 18 日 (金) 19:00 ~

ところ ホテルサンルート徳山 別館 3 階 「銀河の間」

「B 型肝炎の最新の診断と治療」

岡山大学病院消化器内科講師 小橋 春彦

単位コード 日医生涯教育制度 1 単位

カリキュラムコード 73（慢性疾患・複合疾患の管理）、84（その他）

受講料 不要

主 催 徳山医師会

学術講演会

と き 平成 22 年 7 月 7 日 (水) 19:00 ~

ところ ホテルサンルート徳山 別館 3 階 「銀河の間」

【一般演題】19:15 ~

「DPP IV 阻害薬症例報告（仮）」

いのうえ内科クリニック院長 井上 祐介

【特別講演】19:30 ~ 20:30

「糖尿病の新たな治療戦略ーインクレチン療法への期待ー」

川崎医科大学糖尿病・代謝・内分泌内科学教授 加来 浩平

単位コード 日医生涯教育制度 1 単位

カリキュラムコード 76（糖尿病）

やまぐち糖尿病療養指導士 1 単位

受講料 不要

主 催 徳山医師会

山口県医師会スポーツ医学研修会 山口県医師会スポーツ医部会総会 山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

と き 平成 22 年 6 月 27 日 (日) 10:00～16:20
 ところ 山口県医師会 6F 大会議室 (山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号)
 受講料 日整会の単位を希望される方は 1 単位あたり 1,000 円

山口県医師会スポーツ医学研修会

特別講演 1 『大分国体の救急の取り組みと反省について』

講師 麻生整形外科クリニック院長 麻生邦一先生

特別講演 2 『国体医事部会が推奨する国体でのメディカルスタッフの役割』

講師 早稲田大学スポーツ科学学術院教授 福林 徹先生

山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

特別講演『スポーツと脳』

講師 早稲田大学スポーツ科学学術院教授 彼末一之先生

実地指導『テーピング』

指導 ニチバン株式会社

参加資格 日本整形外科学会認定スポーツ医、日本整形外科学会専門医、
 日本医師会認定健康スポーツ医、山口県医師会会員 他

留意事項 なるべくテーピングしやすい服装 (T シャツ、トレーナー等) でお越しください。

問い合わせ 山口県医師会事務局医療課 (TEL 083-922-2510)

【取得できる単位】(予定)

日本整形外科学会認定スポーツ医制度

スポーツ医資格継続または専門医資格継続 1 単位 [2][14] S-11 (午前:特別講演 1)

スポーツ医資格継続または専門医資格継続 1 単位 [2][14] S-10 (午前:特別講演 2)

スポーツ医資格継続または専門医資格継続 1 単位 [14] S-36 (午後:特別講演)

日本医師会認定健康スポーツ医制度

再研修 1 単位 (午前:特別講演 1・2)、再研修 2 単位 (午後:特別講演・実地指導)

日本医師会生涯教育制度 5 単位 (CC:1、9、10、12、30、32、44、57、84)

小野田市医師会消化器研究会

と き 平成 22 年 6 月 25 日 (金) 18:50～

ところ 小野田セントラルホテル 2F「高砂の間」

特別講演

座長 小野田市医師会消化器研究会 会長 中村克衛先生

「肝細胞癌診療の最近の話題」

山口大学大学院医学系研究科 光学医療診療部准教授 山崎 隆弘先生

※日本医師会生涯教育制度 1 単位、

カリキュラムコード 27 (黄疸)、73 (慢性疾患・複合疾患の管理)

※会終了後、情報交換を予定しております。

共 催 小野田市医師会消化器研究会、小野田市内科医会

第 37 回全日本医師テニス山口大会および スポーツ予防医学研究会

「全日本医師テニス大会およびスポーツ予防医学研究会」は日本医師テニス協会の主催で毎年開催されていますが、今年は山口県医師テニス協会の主管で下記の通り開催されます。皆様のご参加をお待ちしています。

第 37 回全日本医師テニス山口大会

と き 平成 22 年 10 月 9 日（土）～ 11 日（月、祝日）
 ところ 宇部市中央公園テニスコート オムニコート 22 面
 種 目 10 月 9 日（土） ミックスダブルス
 10 月 10 日（日） ダブルス
 10 月 11 日（月、祝）シングルス

第 37 回スポーツ予防医学研究会

と き 10 月 10 日（日）18：00～
 ところ 宇部全日空ホテル 2F「弥生の間」
 演題「スポーツ障害と予防について」

元プロテニスプレーヤー 沢松 奈生子氏

＊日医生涯教育制度単位及び日医認定健康スポーツ医単位申請中。

会 費 参加種目数により異なります

懇親会 10 月 10 日（日）宇部全日空ホテル

申込期限 7 月 31 日（土）

問い合わせ先

日本医師テニス協会事務局 伊藤 摂子

〒733-0036 広島市西区観音新町 3-7-29 （株）スポーツユニオン

大会本部専用携帯電話 080-3056-1328

TEL082-296-1230 FAX082-292-5937 E-mail:yamaguchi@sports-union.co.jp

山口大会会長 神田 亨

大会実行委員長 森田 理生

「会員の声」コーナー募集

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。

字数：1,500 字程度

1) 文章にはタイトルを付けてください。

2) 送付方法：① E-mail

②フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）

3) 編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。

4) 他誌に未発表のものに限ります。

メール・送付先：山口県医師会 広報情報部

〒753-0814 山口市大字吉敷下東 3-1-1 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

第 73 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 22 年 7 月 10 日 (土) 18:30 ~ 20:30

ところ 山口グランドホテル

山口市小郡黄金町 1-1 TEL083-972-7777

講演 1 骨端線に関連する疾患と骨端線を用いた治療

静岡県立子供病院 整形外科医長 滝川一晴先生

講演 2 高齢者運動器疾患に対するアプローチ〜ロコモティブシンドロームの対策

虎ノ門病院 整形外科部長 山本精三先生

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 (3: 小児整形外科疾患)、(5: 骨軟部腫瘍) 又はスポーツ医 (SF-14-0)

講演 2 (4: 代謝性骨疾患)、(13: リハビリテーション) 又は運動器リハビリテーション医

山口性差医療研究会 第 6 回学術講演会

と き 平成 22 年 6 月 27 日 (日) 13:00 ~ 16:00

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

特別講演 1 「自律神経失調症とパニック障害」

—その性差や、漢方も含めた治療法など—

城下町こころクリニック院長 峰松 則夫先生

特別講演 2 「環境変化と自律神経活動、その正常と病態」

愛知医科大学医学部生理学第 2 講座教授 岩瀬 敏先生

対 象 医療関係者

参加費 1,000 円

申 込 当日会場での受付になりますが、準備の都合上、「所属、職種、氏名」のご連絡をお願いいたします (FAX083-973-4899)。ただし、連絡後の参加票等の送付はいたしません。

取得単位 日本医師会生涯教育制度 特別講演 1 1.0 単位 CC:73、83

特別講演 2 1.5 単位 CC:2、15、19

※講演会終了後、情報交換会を予定しています。

山口性差医療研究会 当番世話人 (田村晴代、早野智子、水内知子)

訂 正

平成 22 年 5 月号の「飄々」にて、タイトルの間違いがありましたので、お詫びして訂正いたします。

451 頁 (誤) 恐れる外科医

(正) 怒れる外科医

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。

田 村 陽 一 氏 宇 部 市 医 師 会 5 月 8 日 享 年 75

編集後記

民主党政権の迷走ぶりが連日報道されている。「米軍普天間基地移設問題」をはじめ「子ども手当」、「外国人参政権問題」、「高速道路無料化？」等々。わが日本国をどこに導こうとしているのか。選挙の票目当てだけのマニフェストであっては困る。

また、診療報酬改定では「明細書発行体制等加算」、「地域医療貢献加算」など、これもまた納得できるものではない。

暗い毎日であるが、こんなことで皆さんの眉間にしわができませんよう、また、笑みが浮かぶよう下記の本を紹介してみた。なお、印象に残ったセンテンスのみの羅列で前後の繋がりはない。

「男おひとりさま道」 上野千鶴子 著

- ・家裁への離婚の申し立て人の 7 割が女性
- ・離婚とともに男は家族のすべてを失う（子供の親権は妻にわたるケースが 8 割で、妻だけでなく子供も失うことになる）
- ・老老介護がひきおこす悲劇：「いっそ、ひと思いに」夫はそれを実行に移す
- ・配偶者に死に別れたあとの平均生存期間は妻が約 10 年間、夫が約 3 年間。女のほうが立ち直りが早い（夫は妻への依存度が高い）
- ・老いるとは弱者になること。男と女とちがうのは、同じくらい弱いのに、男は弱さを認めることができない弱さをもつ
- ・昨日できたことが今日できなくなり、今日できたことが明日はできなくなる
- ・生きいきと暮らすシングルライフ：職場や家庭ではない第三の居場所づくり。女は群れるが男同士はつるまない。「おひとり力」をつける
- ・介護は「体重との闘い」：妻の管理下に置かれる夫、過去のうらみつらみが老後の仕返しに
- ・妻がいるからこそその妻の支援に娘や嫁が協力してくれる、と考えたほうがよい。これが期待できなくなるのが妻に先立たれた男おひとりさま ⇒「お父さん、悪いけど施設に行つてね」
- ・ひとりで暮らせるか：「食」のライフラインを確保、コンビニはつよい味方。金持ちよりも人持ち、友持ち。「ユル友」ネットワークをつくる（時間はひとりではつぶれない、時間はひとりではつぶれない）
- ・高学歴者の地域デビューはむづかしい
- ・ここで、「男おひとりさま道 10 か条」へとつづく

結局、妻を大切に、医療関係者以外の友達仲間を作りましょうということでしょうか。もはや手遅れかもしれませんが。

いかがでしたでしょうか。ますます眉間のしわが増えた？

次の参院選に向けて、新党を含め各党よりスポーツ界からの立候補者擁立が続いている。メダリストやプロ野球 OB など知名度のみを当て込んだもので、こんな発想による選挙しかできないものなのか。

昨年の衆院選のような一時的なムードに流されることなく、日本の未来を本当に任せられる党なり人物なりを選択せんことを祈るばかりである。（現政権を反面教師として？）

（理事 柴山義信）

追伸 MEDIFAX によると、日本医師連盟は 5 月 11 日に執行委員会を開き、参院選比例代表の組織内候補として西島英利参院議員（自民党）の推薦を取り下げ、病院団体が推す安藤高朗氏（民主党）の「推薦」を決めた。ただ西島氏は「支援」の位置付けとし、都道府県の医師連盟が独自に西島氏を応援することは容認した。清水鴻一郎元衆院議員（みんなの党）も「支援」とした。

なんとも曖昧な結果であるが、票が割れることは確かであろう。



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
(毎月15日発行)

〒753-0814 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