山口県医師会報

2012
平成 24 年
1 月号
No.1817

新年特集号

新年特集号：炉辺談話

表紙に寄せて

小野田市　**伊藤和雄**

美ヶ原撮影記

平成 20 年 1 月末に中央アルプスの美ヶ原に撮影に行きました。美ヶ原の宿舎は王ヶ頭で第 1 日目は曇りでした。美ヶ原は一面が白い世界で宿舎に行く道の両脇には雪を戴いた樹氷が美しい姿を見せていました (裏表紙の写真) 。翌日は晴天で夜中の雪と寒風で道路の側面は美しい雪の造詣を見せていました (表紙の写真) 。王ヶ頭の 2 目間は朝日と夕日の色の変化、樹氷の美しさを追い求め楽しみながら夢中になって過ごしました。

表紙

裏表紙

Contents

◇表紙に寄せて …… 小野田市　伊藤　和雄　2

◆年頭所感 …… 木下　敬介　4
◆年頭所感 …… 原中　勝征　5

炉辺談話

◇ローソンとプラターズと栗饅頭 …… 徳　山　望月　一徳　6
◇大震災とプロ野球開幕 …… 宇部市　しまふくろう　9
◇同窓会 …… 宇部市　しまふくろう　10
◇風は南から吹くか …… 宇部市　しまふくろう　11
◇おいでませ！山口国体 …… 宇部市　しまふくろう　12
◇吉田松陰の生い立ちとその環境 …… 吉　南　小林　憲治　14
◇新　立志伝中の人 …… 下関市　森　文信　20
◇僕たち (開業医) に明日はない (?) …… 下関市　塩見　祐一　23
◇餓鬼(がき)岳 (北アルプス) を歩いて …… 下関市　原　八洲雄　24
◇古池や …… 光　市　河内山　清　29
◇笑う門には福来る …… 徳　山　森松　光紀　31
◇端 (はしっぽ、さきっぽ) その２ …… 徳　山　若林　信生　33
◇空の星に名前がつくように …… 徳　山　伊藤　直美　36
◇アインシュタインの足跡にふれて …… 下　松　岩本　功　38
◇今年の種 …… 岩国市　沖井　洋一　41
◇あなたには黙秘権がない …… 玖珂郡　八木　謙　42
◇初めての・・・～下関海響マラソン 2011 ～ …… 下関市　清水　徳雄　44
◇王者の貫録 …… 徳　山　木山真紀子　48
◇石見銀山今昔物語 …… 宇部市　三好　敏之　50
◇つくばマラソン完走記～手術、開業、そして自己ベスト更新！… 宇部市　金沢　守　54
◇“開業医は儲かっていますね”はついで
—日本医師会のあり方について— …… 山口市　藤原　淳　60
◇元旦 …… 竹秋句会　65

山口県医師会報

年頭所感

山口県医師会長　木下敬介

あけましておめでとうございます。

会員の先生方には、平素より山口県医師会の会務運営及び事業活動に対して、ご理解とご協力を賜っておりますことに感謝いたしますとともに、本年もよろしくお願い申し上げます。

県医師会第 23 代会長に就任して、あと 3 か月で 2 期 4 年となります。県医師会では約 40 年前の第 14 代松本会長のときから、会長任期は 2 期 4 年というのが慣例となっています。2 期 4 年では、日本医師会におけるさまざまな委員会の委員長や代議員会の議長・副議長などの要職を得るには、短すぎるというデメリットもありますが、山口県内における医師会活動を精一杯こなすには、丁度よい期間ではないかと思われます。先達の英知といえるかもしれません。

さて、昨年を振り返りますと、一番の快挙として「おいでませ！山口国体」の天皇杯・皇后杯獲得による総合優勝があげられます。「山口大会」の方もメダル獲得の数が最も多く、成績の順位は示されなかったものの、山口県は優勝に相当する成績だったそうです。この山口国体・山口大会については、県医師会としても平成 16 年の初めから関与しており、救護体制、うっかりドーピング防止、募金などに取り組み、大いに実績を上げたことからも、感慨ひとしおといったところです。11 月 25 日には、県知事から県医師会に対して感謝状が贈呈されました。

3.11 東日本大震災という未曾有の大災害もありました。ただちに日本医師会主導のもと、全国の医師会から JMAT が駆けつけ救護・救援活動を行い、成果をあげたことが報告されています。しかし、情報や指揮系統に課題も指摘され、今後の検討が必要です。これを機に、県医師会でも災害対策について見直す必要があると思われます。

9 月 23 日、医療関係 41 団体で構成される「国民医療推進協議会」は総会において、「受診時定額負担の導入」に反対し、併せて混合診療解禁や医療への株式会社参入につながり、国民皆保険制度を崩壊させかねない「TPP への参加」に反対することを決議、都道府県医師会に対して地域での反対集会を開催するよう要請してきました。これを受けて、10 月 24 日、山口県における医療関係 16 団体で構成された「県民の健康と医療を考える会」の各団体の代表者が集まって決議し、決議文を県知事に手渡し、県議会議長、地元選出の国会議員にも届けましたが、これからも引き続き県民を巻き込んで、国民皆保険制度堅持に向けて運動を展開していかなければなりません。

平成 24 年 4 月の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、中央ではさまざまな議論や折衝が行われています。いつもこれに先立って医療経済実態調査が行われますが、今回も勤務医より開業医の月収がはるかに多いようなことが公表されています。開業医の平均月収が 231 万円などとは、まるで実感の湧かない数字です。心外でなりません。マイナス改定にだけはならないよう、念ずるばかりであります。

いま県医師会の事業活動における最重点項目の一つに医師確保対策があげられます。これは県医師会だけで対応できる問題でもなく、行政、山口大学医学部、研修指定病院等との連携が必要ですが、県医師会の役割はつなぎ役、つまり調整役だろうと心得ています。県医師会としては、医師確保対策を勤務医対策、女性医師対策、臨床研修医対策の 3 つの切り口から捉えて取り組んでいるところです。若い優秀な医師が 1 人でも多く、県内に定着してくれることが期待されます。

今年度は役員改選の年度でもあり、また、新法人制度移行が煮詰まる大変重要な年度でもあります。いずれも円滑に首尾よくいって、会員の先生方にとって良い 1 年になりますように祈念申し上げまして、年頭所感といたします。

年頭所感

日本医師会長　原中勝征

明けましておめでとうございます。

昨年は、3 月 11 日に発生した「東日本大震災」が歴史上経験のない大災害をもたらしました。巨大地震、巨大津波が太平洋に面した東北 3 県および周辺地域を襲い、死者・行方不明者をあわせ約 2 万人の犠牲者と多くの街に壊滅的打撃を与えました。さらに、人災と思われる福島第一原発の水素爆発による放射性物質の外部漏れ、放射能汚染が一向に解決の方向が定まらない中、大震災後の医師会による JMAT の活躍、わが国の医師の国民を守るための迅速な行動に国内外から賞賛の評価が寄せられました。そして現在も、子供や婦人の方々をはじめとする被災者の心のケア、生活支援、衛生環境の整備や伝染病予防、医師不足地域への支援などを目的に JMAT Ⅱを立ち上げ、全国の医師会や医療の各団体のご協力をいただいております。

昨年の暮れ近く、「社会保障と税の一体改革」について政府与党の中で、その実施に向けた論議が激しく行われました。超高齢化と少子化が進行する社会における制度持続のための改革と政策ですが、残念ながら具体的な数値や道筋が国民にわかるようには説明されておりません。そんな状況下にあって、診療報酬と介護報酬の同時改定、医療における消費税問題、事業税、持分無しの医療法人への強制移行、受診時定額負担など諸問題が山積しておりますが、日本医師会執行部の全役員は精力的に政府三役、党幹部や党担当委員に日本医師会の諸政策の説明を行いました。前政権時代から医療費削減に固執する官僚や外部審議会、各種団体からの圧力など政策実現にはとても複雑な要素がありました。現政権の内部の問題は別として、ほとんどの与党の幹部や議員の方々は日本医師会の主張をまじめに聞き理解をしていただいたと思います。

さて、新年は昨年の大震災からの復興を進めなければなりません。新しい街づくりは、医療施設を中心に考えなければなりません。また被害を受けた医療機関の多重債務などの問題もあります。引き続き政府と協議を続け、会員の先生方が元のように新しい街の中で安心して医療活動が出来るように、最大限の努力をする覚悟であります。今後も引き続き努力が必要な問題として、医師不足、医師の診療科・地域偏在の問題、医学教育・研修制度のあり方、TPP の医療制度への影響、医療法改正、消費税などがありますが、政府や議員には多種多様な考え方を持つ議員がおられます。目的達成には地元議員に対する地域医師会の活動が重要であり、日本医師会と地域医師会が責務を分担してこそ実を結びます。新年を迎えるに当たって、さらに会員相互の交流を活発にし、「医の倫理と国民のための医療」を共通の活動の基礎として行動することをお願いいたします。

日本医師会は医師会活動の目的達成のために自らはもとより都道府県、郡市区医師会、さらには全ての会員が積極的に活動へ参加して、わが国の医療をよくするための意見を述べていただける医師会を目指して努力したいと思っています。そして、医師が明るい気持ちで医療活動が出来る医療制度に向けて努力の年にしたいと思います。会員の皆様が辰年に見合う上り龍であることを祈念いたします。

炉辺談話

ローソンとプラターズと栗饅頭

徳山　　望月　一徳

このエッセイは、半世紀前に青春時代を過ごした人々に贈ります。

♪

7 月末のある日、医師会病院の宿直でした。備え付けの新聞を読んでいたら、思いがけない広告が目に飛び込みました。

「オンリー・ユー」～珠玉の名曲ヒット・パレード～ザ・プラターズとあります。

主な予定曲目は、オンリー・ユー、煙が目にしみる、トワイライト・タイム、グレート・プリテンダーなど・・。

こりゃ、懐かしいな！　こりゃ、たまらん！

公演日程は、来る 9 月 9 日（金）が福岡で、一日飛んで、11 日（日）は北九州の小倉です。中の 10 日が抜けていますが、その日の公演地は後で知ることになります。

広告を見ながら、その気になれば、プラターズの生が聴けるぞ！と、やや興奮したと告白いたします。

昭和 55 年ごろ、解散した MJQ が、来日のそのためだけに再結成して博多で公演したことがありました。現役時代の MJQ を家ではレコードで、車の運転中は、録音テープを擦り切れるほど聴いておりました。

当時、北九州黒崎の厚生年金病院に勤めていましたので、わくわくしながら公演を観に出かけました。

舞台に敷かれた緋毛氈、金色に輝く楽器、登場した四人の黒人。赤、金、黒の色の取り合わせが、絶妙でした。勿論、演奏は「朝日のようにさわやかに」をはじめ、いずれも素晴らしかった。

はなしを、プラターズに戻します。

この過去の経験からして、黒人の演奏会には、好印象を抱いております（スポーツと音楽と踊りは黒人のものです）。

なにしろ、ザ・プラターズとくれば、昭和 30 年代に大ヒットして、ラジオでもレコードでも繰り返して聴きました。

後日、プラターズを生で聴いたと知らせたら、その人（当時は神戸の医学生）は、ラジオ神戸の DJ でしばしば楽しんだ、と FAX がありました。

ことほどさように当時の若者は、プラターズを聴いたものです。

1955 年（昭 30）、「オンリー・ユー」が大ヒットします。自分でも歌ってみたくて、〽オンリー・ユー、と真似をしますが、後が続きません。

後の歌詞はさっぱり知りませんから、このオンリー・ユーを繰り返すだけです。それでも黒人歌手の低音の魅力、ハーモニーの素晴らしさに当時の多くの若者が、酔いしびれました。私もその一人です。

昭和 30 年代は、医学校の学生時代です。同じ下宿に、わたし以上にその魅力に取りつかれ、プラターズのレコードを購入した上級生がおりました。

彼のレコードを借りて、何日も繰り返し「煙が目にしみる」を聴いたものです。そうだ、彼を誘って、ザ・プラターズを聴きに行こう！

チケットは、ローソンで買えと広告に記載してあります。

近年のコンビエンスストアーは、物を売る以外にいろんな機能があることは、私だって知っております。劇場や野球のチケットも買うことができますが、まだ経験がありません。

店員の手助けで夫婦 2 組 4 枚のチケットを申しこみました。レジでお金を払うのは理解できますが、チケットはいつくれるの？　まあ、待っていなさい。しばらく待つ内に、コピー機の吐き出し口から、チケットが出てきました。

なるほどネ、納得！

詳細にチケットを点検します。座席は、二階です。あれー、舞台が遠くて、人物が豆粒大にしか見えないけど、ラストチャンスだから、しかたないか・。望遠鏡を持って行こう（当日、もちろん私は忘れましたが、先輩は、私が忘れることを見越して、2 つ持ってきてくれました。謝々）。

申し込みは、7 月の末でした。9 月 11 日の公演なのに、すでに一階は満席ということが分かります。大変な人気だなぁー。

新幹線の小倉駅から、会場（旧厚生年金会館）までは、時間に余裕があったのでバスで行くことにしました。初めての街では、どのバスに乗ったらいいのか分かりにくいものです。

やっと、捜しあててバスの時刻表を指でたどっていると、もう一本の他人の指が、割り込んできて私と同じ所を指しています。顔を見れば、かなり年をくった小母さんです。しかも後に 2 、3 人の連れがいます。

その彼女たちの雰囲気から、悪い予感がしました。

「あなたたちもプラターズを聴きにゆくの？」「そうでーす！」と弾んでいます。予感的中に、まさか！と一瞬、青ざめます。

自分だって年をくっているのに、自分の年を忘れております。

それどころか、会場に着いてもっと驚きました。

バスがめざすバス停に近づくと、ぞろぞろ人だかりがしておりました。あそこだな、と見当をつけてバスを下車して、人だかりに向かいます。

すれ違う人がことごとく高齢者です。しかも、同伴者に抱えられるようにして歩いている人がおります。あきらかに目が不自由で手を引かれている人もおります。車イスの人だっておりました。ことごとく高齢者ばかりです。若い人は、まったくと言っていいほどおりません。

なに、これ？　介護保険制度の説明会々場じゃあるまいね？！

確かめましたが、旧厚生年金会館（現北九州ソレイユホール）に間違いありません。つらつら考えれば、50 年前の若者が今ここにプラターズを懐かしんで全員集合したのです。

だから、白髪、はげ、しみ、しわ、脊柱管狭窄症、白内障、前立腺肥大症（トイレで順番がなかなかこなかった）は、ちっとも不思議ではありません。かなしい！　だけど納得するしかありません。

年をとったのは、我々だけではありません。プラターズのメンバーも年をとりました。

プラターズは、1953 年（昭 28）に結成。その後、幾度もメンバーチェンジと分裂を経て、いくつものプラターズが活躍しておりましたが、この間、創設期のメンバーはことごとく没。

このたび来日したのは、1961 年（昭 36）に加入したトニー・ターナー（リードボーカル）が率いる女性一人を含む 4 人の黒人グループです。

このリードボーカルにしても、加入してから 50 年の歳月が経っています。

だから、歌いながら興に乗ってぐるっと回ると、よろっとしておりました。かなりのお年とお見受けしました。

歌うほうも聴く方も、お互いに年をとりました。

公演が始まりました。

最前列に陣取った 10 人余りの女性軍が、もろ手をあげて歌に合わせて、手をたたいて、ノリノリです。

あんなに体全体で喜びを表現するような若い女性軍が、いたかいな？！と、望遠鏡で覗けば二の腕がぷよぷよの天下御免の高齢者の一群でありました。プラターズを聴いて、突然 50 年前の青春時代がフラッシュバックしたのでしょう。

〽若かーった、あーのころー（“神田川”かぐや姫、昭 48）、裕次郎も美空ひばりも、この雑文を読んでくださっているあなたも、そして私も青春真っ只中でした。そんな、感傷にひたっている暇はありません。目の前ではプラターズの曲が、どんどん進みます。

お待ちかねの「オンリー・ユー」と「煙が目にしみる」は、公演の後半に 2 曲続けていっきに歌い切りました。もう一回聴きたい、と今でも思います。

昭和 30 年代にレコードで聴いた曲を生で聴く喜びにひたりながら、プラターズの DNA は、確実に現世代に受け継がれている、と感激しました。

公演の時間は、あっという間に過ぎます。

2、3 年前に、宇部でフジコ・ヘミングのピアノリサイタルを聴きましたが、時間がたたなくて難儀した記憶があります（クラシックは肩がこります）。その点、ポップスは乗りがいいから、ウキウキして時間の経つのを忘れます。

リードボーカル（年はとっても声のはりと艶は、ちっとも衰えておりません）の巧みなリードで、観客が沸きにわき楽しい時間がたちまち過ぎました。

名残惜しくて最後は、アンコールです。

その呼び声で観客席に降り立ったリードボーカルの彼は、最前列でノリノリの女性軍に楽譜を持たせて、いったい何をしようというのでしょう。

その楽譜を覗き見しながら、選び出した女性軍の一人と肩を組んでたどたどしいながらも日本語で歌ってくれました。その曲がなんと、「また逢う日まで」（尾崎紀世彦、昭 46）。

思いがけない選曲とそのサービスぶりに、みんな大喜びです。

勿論、プラターズと一緒に歌った彼女にとっては、格別の思い出になったに違いありません。

かくして 50 年ぶりのプラターズを心から満喫して、小倉の銘菓“湖月堂の栗饅頭”を土産に、帰途につきました。

♪

新聞広告には、前日（10 日）の公演地が、書いてなかったといいました。

会場でもらったパンフレットの公演日程には、10 日は防府市公会堂とありました。知っておれば、近くの防府がよかったのに・・。

ところで、防府でザ・プラターズをお聴きになったお方にお尋ねします。

防府の会場も、50 年前の若者であふれていたでしょうか？

ご一報くだされば、幸甚に存じます。

平成 23 年 10 月 28 日　金曜日

大震災とプロ野球開幕

宇部市　しまふくろう

満開の桜と澄み渡った夕暮れの青空のもと、平成 23 年度のプロ野球が、4 月 12 日午後 6 時宇部市野球場でナイトゲームとして開幕した。市内での公式戦は 1999 年の「広島―中日」以来で、巨人戦は 1955 年の広島戦以来 56 年ぶり、とのことである。

地方球場での開幕主催試合は巨人球団史上初めてとのこと。もちろん東日本大震災の影響でプロ野球開幕が延期されていたためである。

野球は神々がするスポーツと思っているぼくはもちろん観にいった。巨人・原辰徳監督が両チームを代表し、1 年間戦い抜くことを誓ったあと、「被災地の支援もプロ野球として続ける覚悟です」とあいさつ。招待された市内に避難されている被災者や球場を訪れたファン、選手や宇部市長を含む関係者皆で犠牲者に黙祷をささげた。胸にジーンときた。“野球は本当にいいもんだ”と再確認した。

三塁ヤクルト側の内野席にいた。試合前の守備練習で、目の前にはラミレス左翼手。上半身のがっしりとしたいかついイメージがあるが、おちゃめなようでしきりに観客席に手を振り、ボールを投げ込んでいた。ただ、外野席の自軍ファンにだけであったのは残念であったが。

先発メンバーが発表され、巨人・東野、ヤクルト・石川の両エースの先発で試合は始まった。この 2 ～ 3 年 TV の野球中継を見ていない。両チームの選手をほとんど知らないことに気づいた。

陽は屋根にかかって 5 分で沈み、急に寒くなってきた。

ビールを飲みつつ、つまみを食べ、メッセージボードの回覧にことばを添え、となりの子供連れと話しをし、寒さにふるえながら応援をした。目の前を巨人・長野選手の美しいホームランボールが通り過ぎていった。このライブ感はなんともいえない。やはり野球は野外で、球場で、みたりしたりするものだ。だから野球というのだ、と勝手に納得した。

明日への元気がまた湧いてきた。

宇部市野球場での平成 23 年度プロ野球開幕セレモニー：巨人・原辰徳監督の「被災地支援もプロ野球として続ける覚悟です」との力強いあいさつが印象的。その後、全員で黙祷をささげた。

同窓会

宇部市　しまふくろう

ハーバード・ビジネススクールのマーケティング科主任ベル教授によれば、卒業 5 年目の同窓会はとても危険なイベントで、行ってはいけないそうだ。10 年目、15 年目の同窓会も無視したほうがよい、とアドバイスしている。

2011 年 9 月 3 日夕方 6 時　ぼくたちの卒後 30 年目の同窓会が山口湯田松田屋で行われた。25 年目以降は出席してもよいかも、とベル教授も許しているので、出席した。と、いうより、期別代表から受付と翌日のゴルフ会の幹事をおおせつかったので、断れなかったのである。

湯田の温泉旅館では学生時代ふとん敷きのアルバイトをした。バイト料は安かったが仕事のあと内湯にただで入れるのと、夕食の残り物をおりにいれて好きなだけもって帰れたのでとても気に入っていた。そこに客として訪れ、旅館員から下にもおかず世話されるのは、また格別だ。

当日は丁度台風 12 号が四国に上陸した日で、開催も危ぶまれたが、新幹線は走っており、中止はせずにすんだ。開始時間の 2 － 3 時間前より同窓生が集まりだした。参加費を徴収し、写真を撮り、そのあと雑談したり、部屋に案内したりして、徐々に雰囲気が盛り上がってきた。頭髪と体型を除けば皆あまり 30 年前と変わらない。

30 年ぶりに会うと名前と顔が一致しない同級生が 2 － 3 人いる。一瞬ことばがつまる。相手が気を利かして名札をとったので、あとは適当にごまかした。記憶の劣化は恐ろしい。

会が始まり、乾杯などして談笑していたが、すぐに衝撃的な事実が判明した。4 人の同級生が故人となっている。白黒の写真がスクリーンに映し出された。30 年前の彼らである。笑っている。

時間は確実に 30 年たったのである。

自分の歩んできた道、現在の仕事のことや、健康状態、家族のことなど、近況を報告しあった。皆明るい。わい談も少しでたりした。皆酒量が減っている。

ぼくはこの同窓会に参加しながら、自分たちの生きてきた時代に深く感謝した。問題は多々あったが、この 66 年間わが国は戦争をしなかった。働きバチ、エコノミック・アニマル、ウサギ小屋の住人、アメリカのめかけなどと、世界中からずいぶん揶揄されてきたが、そんなことはいかほどのことでもない。

花鳥風月を愛し、過酷な自然現象に畏敬の念を抱きつつ、共存してきたこの国の人々。基本的には穏やかで、こころやさしいひとびとである。明治維新後の急激な人口増と世界的不況に伴う食い扶持の欠乏。ぼくは「なぜ日本はあの戦争をしたのか？」と問われれば、このように答える。

夏になると毎年戦争特集が新聞・TV にでる。戦場での人間性の破壊の数々、飢え、人肉食、人

心の悪魔化の例、などなど。極限の状況に追い込まれると、生命体はおそらくこのような反応を示すものと生物学・医学を学んだものは想像できる。

問題はこのような状況に陥らないように、どう予防・対応するか、ということである。そのために、近現代史は学ぶ必要があるのである。多大な犠牲を払った貴重な教訓を。陥ったときにはもう勝負はついている。それにしても、いつも二・二六事件あたりで歴史の授業が時間切れになるのはどういうわけか？

同窓会に参加しながら、こんなことを考えていた。

参考資料：
1. ハーバードからの贈り物　デイジー・ウェイドマン　ランダムハウス講談社
2. それでも日本人は「戦争」をえらんだ　加藤陽子　朝日出版社
3. 昭和史（全 2 巻）　半藤一利　平凡社
4. 昭和天皇（第 1 － 5 部）　福田和也　文藝春秋社
5. 日本はなぜ敗れるのか－敗因 21 カ条　山本七平　角川書店
6. 昭和 20 年夏、僕は兵士だった　梯　久美子　角川書店

風は南から吹くか

宇部市　しまふくろう

Okinawa goes recruiting

Research freedom proves trump card for interdisciplinary Japanese institute

ネイチャー誌 2011 年 6 月号に上記見出しで Okinawa Institute of Science and Technology (OIST) のニュースがとり上げられていた。2011 年秋の大学院大学としての本格的始動に向け、多数の教員採用をすすめているとのことである。

OIST は 2001 年当時の日本政府、とくに尾身大臣 (だったと思う) の肝いりで、設置が決定されたと記憶している。沖縄と最先端科学技術という、何の関連もなさそうな組み合わせだが、例のごとく打ち上げ花火で終わるのかと思っていたら、政府はがんばり、計画は順調に推移していたようだ。

It was an ambitious idea ―とネイチャー誌が書いているとおり、OIST は教員と学生の少なくとも半分を外国人とすることを義務付け、英語を公用とし、学部はなく、教授や准教授という階級もないらしい。給与水準は世界トップクラスで、研究室の立ち上げにも潤沢な資金が提供され、さらにテニュア制度（終身雇用制度）も導入予定とのことで、まったく新しい構想にもとづく大学だ。写真で見る限り、本館と研究室は緑に囲まれ、全室オーシャンビューのリゾートホテルのようだ。現在のところ Principal

Investigator (PI) の募集は順調にすすみ、最終的には幅広い専門分野の大学院生、および PI300 人を含む、計 2,400 人の研究者を受け入れる予定とのことである。

これはどういう風の吹きまわしだろう？

わが国は 20 年前から大学の国際化に努めていたにもかかわらず、研究機関における厳然たる上下関係や若手研究者が自由に研究する機会の欠如、また終身雇用が保証されていない、などのため、外国人教員の割合が 3% 前後で推移し、その目的をいまだ達成できていない状況にある、との評価が定着している。

2011 年秋、ティーアップされた第 1 打は打ち出されそうだ。政府の、あたらしい日本の大学のモデルを作る、という構想は、はたして達成できるだろうか？

参考資料 :
Nature 474: 541 and 553, 2011

おいでませ！山口国体

宇部市　しまふくろう

しびれた

山口国体のバレーボール少年男子を、準決勝から新装改築なった宇部市俵田翁記念体育館で観戦した。

ぼくの中学校の 3 年間は、当時とても人気のあったバレーボール部に所属して、放課後は毎日練習に明け暮れていた。体育館がなく、土のグランドに男女用の 2 面のコートがあった。まだ 9 人制の時代で、1 ～ 2 年生前半のときは後えいライトが自分のポジションで、3 年生が引退した 2 年生後半からは中えいセンターであった。日焼けして真っ黒であった。

当時の沖縄北部地区では強豪の一つで、3 年生のときには地区の決勝に進出したが敗れ、全島大会には出場できなかった。敗れたとき、もう練習しなくていいのだ、と何かしらほっとした記憶がある。

当時の監督の方針で、夏休みの集中練習の時には、近くの高校生チームを招いて対戦した。ほんの 3 歳ほどしか違わないのに、力の差は歴然としていた。身長は高く、ジャンプ力もあり、6 人のかれらは躍動し、アタックは 2 階からまさしく真下に打ち込んでくる感じであった。中えいセンターとしてその矢面に立たされるのだからたまらない。アタックを止めた前腕は、またたくまに紅く腫れ上がってしまった。

いったい高校 No. 1 チームの選手たちとはどのような人たちなのか？

山口代表宇部商高の準決勝の相手は福岡チームであった。5 位～ 7 位決定戦が終了し、試合前の練習が始まった。初めてみた。整然と行なわれ、これがとてもおもしろい。すぐ目についた選手がいた。背番号 6 番の長谷川優太選手である。セッターである。レシーブから返ってくるボールをつぎつぎとトスし、ボール籠に入れていくのである。気持ちいいぐらいである。

出だしは悪かった。サーブ・ミスもあり、たちまち 5 点のリードを許した。挽回できず、1 セットを落とし、つづく 2 セット目も同じような感じで失った。特に 2 セット目は、藤中謙也主将の守備が立て続けに 2 回乱れて失い、いやな予感が応援席を包みはじめた。

もう後がない。不思議なことに 3 セット目に入って、かれらは体制を立て直してきた。かれらは冷静であった。守備が安定し、サーブやアタックが決まりだした。そのまま一気呵成に 3 セットを連取し、決勝へ歩をすすめた。このすべてをコントロールしていたのが長谷川選手である。この間、ぼくはまわりの人々の迷惑もすっかり忘れ、腕を突き上げ、奇声を発し、半狂乱になっていた。

翌日の決勝の相手は長崎チームであった。試合前から長蛇の列で、入場制限を行なっていた。体育館は超満員で、ぼくたちは急遽舞台の上につくられた席で応援した。前日と異なり、出だしからチームのリズムはとても良く、少々ピンチはあったもののまさしく横綱相撲で、3 セット連取して優勝を決めた。

持参の望遠レンズを通してみるかれらは、どのチームよりも handsome で intelligent な顔立ちをしていた。

ぼくたちは山口県人であることを誇らしく感じ、体育館を後にした。

参考資料：
山口代表宇部商高バレーボールチームの健闘を称えて：
監督：　藤田　高教
選手：　藤中　謙也
　　西村　隆一
　　宋　　遮衆
　　橋本　勝政
　　田中　尚
　　長谷川優太
　　半田　颯太
　　内田　力輔
　　西崎　俊暉
　　吉松　大貴
　　伊藤　正義
　　中原　大将

吉田松陰の生い立ちとその環境

吉南　　小林　憲治

動乱の幕末、真っ先に草莽崛起を唱え維新改革の礎となった至誠一筋の人「吉田松陰」は、**天保元年（1830）八月四日**、「長門国萩松本村護国山（現萩市椿東椎原）」で呱呱の声を上げた。「**天保の検政発令」の翌日、つまり、徳川幕府が没落へ向う最大危機とも言える時期であった。**

寅年に因み幼名を虎之助と名付けられたが、成人して「吉田虎次郎矩方」と名乗る。号が松陰、その他に二十一回猛士などがあるが、一般的には“吉田松陰”である。

その生家は松陰自身が屢々“山屋敷＝山居”と称した「樹々亭」で、現在は屋敷跡のみが残っている。当時は萩城下からは極めて辺鄙な場所の松本村護国山南麓で、通称“団子岩”に在った陋屋（手狭という意味で）である。

（樹々亭；玄関三畳、表座敷六畳、居間三畳、納戸・隠居部屋。納屋と厠→便所は別棟）

松陰の実家の杉家は萩藩士ではあったが、家禄二十六石の無給通（＝知行はなく、家来帳に禄高と氏名が書かれてあるだけ）の下級武士であった。

しかも、現実は曾祖父文左衛門が官借していたから、表高二十三石に減額された上に四つ成（石高の四割）だったから、実収は九石未満で生活は極めて苦しく、従って、杉家では半士半農的な暮らしを強いられ、農作業などを行わなければ家計が成り立たたず、従って、杉家の実情は農家そのものの生活であった。事実、松陰達も幼時から野良仕事の手伝いをさせられた。

＊杉家の経済状態

前述の如く、松陰の先々代・文左衛門が官金を 3 石借用していたので実質は 23 石であり、その上、萩藩士の実収高は石高の四つ成（40%）だから、馳走米を差し引いたものである。馳走米 (減知) とは、100 石未満は 5 石 6 斗掛りである。

杉家では、嘉永 6 年（1853）に借金を返済している。そこで返済以前の 23 石の場合と返済後の 26 石場合を比較計算すると

23 石の場合　23 × 0.4=9.2 、馳走米　26 × 0.056=1.456 、手取り高　9.2-1.456=7.744、

26 石の場合　26 × 0.4=10.4 、馳走米　26 × 0.056=1.456 、手取り高　10.4-1.456=8.944

※ 8.9 石の年収で 10 人近い大家族を養うことはとうてい不可能である。1 人 1 日米 5 合の割合で計算すると、1 年間に 1 石 8 斗が必要となる。この割合で計算すれば 8.9 石取りでは、4 、5 人の家族の飯米を確保するのがやっとである。

※馳走米：窮乏する藩財政への対策として採られた貢税 (税米) のことである。つまり、主君に率先して部下が“馳走”するとの意。

元々、松陰の生家・杉家は、松陰の祖父杉七兵衛の時代には萩城下の川島に住まいして居り、その祖父は三男三女を儲けた。つまり、長男を百合之介常道（松陰の父）、次男を大助（吉田家に養子し、松陰が後に養子となった）、三男を文之進（玉木家を相続）と言う。

川島地区は、阿武川が二分して支流となる松本川と橋本川に囲まれたデルタ、所謂、萩中洲の東端部にあり、松本川に面した北側の対岸が松本村であるが、杉家が川島から松本村へ移った経緯は次の如くである。

文化十年（1816）、川島地区の“火守り管理屋”から発した大火で川島地区の五百六十五戸が焼けた時に杉家も類焼に遭い、その後の十余年間を松本村内（萩の東郊）で転々とした借家住まいを為し、漸く、文政八年に「樹々亭」を借りて住むことになった。

この「樹々亭」は、萩藩士の八谷聴雨という人が享和初年の頃に別荘として拵えた家屋で、“韓山

の雲に連なる”といわれた阿胡海を控えた萩城下の萬戸が一望される高台（護国山の山麓）に有る。

此所からの景観を観た長府在住の女流俳人“田上菊舎”が、「閑けさや　樹々にきかれよ　秋の雨」と一句を捻っている。又、彼女の別著には「海にむかう所や直に初手水」と言うのもある所から観ると、視界の景観は極めて美観を呈し、“山川秀麗の所に偉人を産す“という言葉が松陰に的中しているのかも知れない。

この別荘が時の移り変わりで、村田右中（松陰の生母滝子夫人の父）の持ち屋に移って居たのである。

＊「阿胡海とは、津田常名が“須佐津考”で称した須佐湾のこと」か？、又は、「万葉集の相聞歌の“あぎもこに　恋いつつ来れば　阿胡の海の荒磯（あらいそ）の上に　濱菜摘む”、“阿胡海の　荒磯（あらいそ）上（のうえ）の細波（さざれなみ）　我恋いらくは　止む時も無し”」から来たのか。いずれにしても、萩湾とその外海風景のことだろう。

＊山岡荘八著の“吉田松陰”では「失火は城内より」となっているが、この時は城からの失焼ではない。萩市の観光課に聞き合わせた所、「城内失火でなく“火守屋”からだった」と返事。史書にも城炎上の記事は見つからない。

転々と住居変遷を繰り替えしていた杉家がこの樹々亭に移って間もなく、つまり、父の百合之助が二十二歳となった時に母の滝子（二十一歳＝村田家）と結婚した。

やがて、文政十一年には長男梅太郎（松陰の兄、後に民治と改名）、天保元年八月四日に松陰が出生、次いで千代、寿、艶、文、季子、敏三郎と矢継ぎ早に子宝に恵まれた。尚、敏三郎は、生まれながらにして聾唖の二重苦障害者だった。享年 32 。尚、松陰は、生涯を通じてこの弟敏三郎のことを気にしていた、という。

（＊樹々亭は、滝夫人が入稼と同時に杉家の所有となったから、結婚が譲渡の約束だったのでは、と筆者は勘ぐる）

その後、松陰が十九歳の時に杉家は樹々亭から清水口へ転居、以下、高洲家へ同居→小新道（＝松下村塾の場所・嘉永六年春）と変転した。

＊滝夫人は、村田右中（毛利家臣で家老格の毛利志摩の家臣）の三女で、喜怒哀楽を露（あら）わにしない、どちらかと言えば控えめで、もの柔らかで気丈、所謂、良妻賢母型の女性だったが、子供への躾（しつけ）は厳しかった、という。

＊村田右中は、毛利の重臣毛利志摩の家来（家来の家来を陪臣（またもの）と言って直臣（じきしん）とは格が違った）だった。だから、滝さんは格差社会の厳しい時代で育った女性である。

＊その滝さんは、“児玉太兵衛＝毛利元就以来の家老”の召使い（と言っても“家庭見習い”）として仕え、児玉からは娘のように扱われた。

＊杉家に嫁いで、貧に喘（あえ）ぎ、臥（ふ）せる病人（義母が卒中、義叔母が結核）も居る大家族でも、常に笑みを絶やさず、積極的に新しい前向きなことを取り入れながら、こまめに働き続けた。例えば、三日置きだったそれまでの杉家の入浴習慣を“日風呂の習慣”に変えた。つまり、夫の唱える“神州清潔の民の理念”に基づいた理念を取り入れて貫いた。

＊司馬遼太郎は、その著書“世に棲む日々”で、滝さんを賛辞しているが、特にその代表的性格を「明るさ」で現して居る。彼女は、雰囲気を醸（かも）し出す天性を持ち合わせていたらしい。その一つに、太鼓を打つのが旨く、ことあるごとに太鼓を打って皆を和（なご）ませた、という。

＊兄梅太郎の思い出に、「母（滝）は通学する全ての門下生（松下塾）を可愛がり、成績や素行に応じてご褒美を差し上げた」とある。

＊安政元年十二月二十七日、松陰が獄中から“やがて母親となる妹千代さん”へ送った手紙は「幼時、母親滝さんから得た松陰自身の体験・体得をヒントにしたのだろう」と筆者は推測する。

その内容を要約すると、つまり

(1) 勇気は母の躾（しつけ）で育てられる（＝つまり、母親の育て方で性質は左右される。十歳以下の小児ならば、言語にて諭（さと）すより正しき行いを以て感じさす外（ほか）はない）

(2) 母の行いが正しければ子も正しく育つ（＝母たるべき行いは大切）、更に、松陰は母親の胎内教育からの大事さを訴え、小児に成長すれば正しきことを感じさせるべき・・・等々。

を事細かに書き記している。

父百合之助の薫陶を痛い程に身につけた松陰にして、尚、家庭内教育は母親に負うことが大である、と言っている。

曰く「**父はおごそかに、母はしたしく、父は常に外に出で、母は常に内にあればなり**」と。

当代の母親の立場・現状は当時とは少し違うようである。例えば、夫婦共稼ぎも多く専業主婦が少ない等で、これも時代の為せる業なのか。勿論、それを承知の上で、尚且つ、筆者は「**人間教育の起点は家庭教育にあり**」と独断偏見する。

＊滝さんは狭い家に同居する卒中で寝たきりの義母と病に倒れた義母妹の面倒も看た。狭い陋屋で夫妻と三男三女と寝たきり病人が二人だったから、滝夫人の苦労の程が窺える。しかし、彼女は不平不満を言わなかった、とある。

松陰の父百合之介（禄高二十六石）は無口だったが、貧しい家族の為に黙々と働きながら、片時も書物を離さず読書しながら労働に従事した。

その蔵書は、四書五経→唐詩選→頼一家の詩文→菅茶山の詩へと進む。

＊（四書＝大学、中庸、論語、孟子。五経＝易経、詩経、書経、礼記、春秋のこと）

百合之助が最も忌み嫌ったのは“怠惰と浪費”で、農事する時でも常に傍らに書物を置いた。

百合之介は、家訓を「**わしは、子供を瞞着（あざむくこと、ごまかすこと）にはせぬぞ**」として、常に子供を傍に従えて仕事をした。当然、幼い松陰達の勉学教室は田畑だった、と言える。そして、百合之助は子供には玩具などひとつ与えなかった。つまり、**“足るを知らない人間は生涯幸福になれない”**という考えである。そして、専ら農事に従事させながら読書と暗記をさせることを躾とした。

つまり、「**目先の愛に溺れて欲しがるままに物を与えることは、その子の幸福の扉を親が自らの手で閉ざすこと**」と、認識していた。

元来、樹々亭は別荘として建てられた建物だったから、住宅としては極めて手狭で、その玄関の式台三畳間が兄弟達の居間だった。

＊（式台＝敷台とは客を送迎して礼をする所で、他の部屋より一段と低い板敷きの間）

遊ぶも学ぶもこの一室だったが、兄弟仲は良く、兄弟喧嘩など無く、誠に睦まじいものだった、という。特に、松陰は深く妹を愛し、兄を慕い事えた、という。家の前方に椎の古木が二本（今も一本は残っている）あって、松陰は早朝から椎の実を拾い妹や遊びに来る友人達に与えた、という。

＊明治四十一年（1908）、当時七十六歳だった妹の千代さん（松陰の二歳下）の談：「兄は幼い頃より“遊び”を全く知らなかった。常に机に向かい書籍を紐解くか、筆を握っていました」と述懐したが、「土を捏ねて粘土遊びをしておりました」と修正もした、と言われる。

＊奈良本辰也は、「幼時より兄弟仲も睦まじく、父母には誠に素直で、どんな時でも激情的な態度は振る舞わなかった。五・六歳の時分から手習いや読書を好み、他の子供の色々な遊びには振り向きもせず、読書三昧だった。偶に遊び事をする時は土図（鏝などで土を練って色々な絵や形の物を造ること）遊びをすることだった」と著述している。親にとって、「全く手の掛からぬ子供だった」ようである。

松陰が五歳の時（1834 ＝天保五年）、叔父の吉田大助賢良（父百合之助の次弟で長州藩の山鹿流兵学師範・五十七石六斗、つまり、「大組＝無給通の一階級上」）に、仮養子として入籍した。

虎之助 (松陰) は叔父の養子となったが、その叔父大助が肺結核の持病に瘍（＝できもの）を併発して死去（天保六年四月三日、享年二十九）したので、天保六年六月二十日、弱冠六歳にして吉田家の家督を継いだ。つまり、即、明倫館教授である。

そして、名を“大次郎”と改名したが、明倫館教授の実際に当たっては、便法として学派の高弟林真人が代講した。つまり、松陰は林真人が講義する傍に座って居るのである。**（＊大次郎の“大”は叔父大助の大から採った）**

吉田家の家督を相続はしたが、養家には住まず杉家に起居した（＊一時期、後見人の玉木文之進と林真人の両家に寄宿した事も有る）。

養父大助の死後は、叔父の玉木文之進＝（父百合之介の末弟、松下村塾の創始者）が後見人として教育した。

玉木文之進は、極めて学識に優れ、厳格、且つ、性格が苛烈で、特に教育方法では暴力も辞さなかった。スパルタ英才教育を主導とする玉木文之進は、五歳の松陰に向かって「読書の声が小さい、姿勢が悪い」と言って蹴り倒した、と言われる。ジッと耐え我慢する幼き松陰を、母の滝は涙

を流しながら見守った、とある。

斯くの如く、吉田松陰は六歳で**“松陰を一人前の兵学者にすべく”**多くの家学後見人（玉木文之進、渡邊六兵衛、林真人、石津平七、山田宇右衛門、山田亦介、浅野小源太、香川千蔵、井上七郎二郎）が付けられた。

所謂､大人に囲まれた“英才教育”である。従って、“ガキ友達“といった同年齢の子供同士との遊びに欠けて過ごした。

つまり、兄弟以外では、大方は大人、それも立派な学者達に囲まれて育ったから、子供子供した所（所謂、子ども染みた行為）が無かったのではあるまいか。

当時、萩城下の新堀に「日章舎（＝毛利重就が宝暦年間に設立した)」という“心学＝陽明学の一種”の講演場が在った。天保六年の夏、この日章舎に広島の心学者・奥田壽太が招聘され、何日間も講演が開かれた。毎日毎夜、聴衆者が戸外まで溢れ大評判となったが、その中に年齢僅かに五・六歳くらいの眉目清秀な少年が、連日、早くから来て熱心に講義を聴いていた。

瓜の内卍家紋、つまり、五つ瓜に卍（万字）家紋(＝長州藩山鹿流軍学師範吉田家の家紋)の入った紋付き羽織を着て袴を着けたこの少年は、威儀正しく泰然として聴き入っていた、と言われる。

どう見ても由緒ある武家の者と思われるので、日章舎の人が「貴方は何時も大層熱心にお聴きになっておられますが、いっそ、入舎されては如何ですか？」と問うと、「私は山鹿流の軍学を教授する家で、既に定まった家学があるから、心学に入舎することは出来ません」と答えた。

更に、舎の人が「既に心学に就くことは出来ぬと定まっているのならば、聞きに御越しになっても将来に見込みがないので、いっそ御越しにならぬがよいでしょう」と続けると、「それは意外な事をお聴きになるものです。私が心学に入舎することは家の資格上で出来ないが、聞いて良いと思ったことは自分にも行い、人にも勧めて行わすようにするのです。舎に就かねば聞かせぬという了見の狭いことを言うものではありませんぞ」と、少年は姿勢を正して答えたという。

この小年とは、吉田家の家督に就いたばかりの松陰少年であった。斯くの如くに、松陰は道を求める為にはどんなことにも労を厭わなかったし、まさに栴檀は双葉より芳しかった、のである。

この行為は考えよう、或いは、見方によっては子供らしからぬ“こましゃくれた（＝ませた)”態度にも見受けられるだろうが、幼児より英才教育を受けた素質の有る松陰だったから、嫌みな子供らしからぬ行為としてではなく、自然体として受け止められたのでは、と考える。

少し大袈裟に言えば、家庭内の雰囲気が醸し出した「聡明・利発を絵に描いたような少年だった」のだろう。

＊「空理を玩び、実事を忽せにするは学者の通病なり」（講孟余話より）

尚、松陰は成長の後にも、しばしば心学の事を語っている。安政二年十一月六日と十二月三日の幽閉中に“野山獄”から妹千代さんへ宛てた手紙の中で、女性ながら心学に造詣の深かった赤穴のお婆さま（松陰の縁家で松本に居住）に「赤穴のおばあさまはおまめに御坐候や」と心学婆さんのことを気遣い、又､「折々心学の本なりと御見候へかし」と書き、次の一句「長閑さや　願いなき身の　神詣」を添えて、送っている。

又、安政六年五月十四日には、同じく千代さんを通じて「高須の兄様に心学など読んで貰うべし」と手紙している。高須家も松陰の縁家で、松本の清水口に居住していた。

以下を経年的に著述すると

○ **1838（天保九年)**、九歳の時、明倫館の家学見習い（教授見習）となり、出仕して何度か御前講義を行った。

○ **1839（天保十年)**、松陰十歳。この年の十一月から明倫館にて家学を講義する。

○ **1840（天保十一年)**、十一歳（小学五年生に相当)。十三代藩主毛利敬親の御前で「武教全書＝戦法編、三戦の条」を講じた。この時、敬親は「此の子の兵学を講じるは誠に面白く、予は知らず識らず席を前めた」と、賞賛したと言われる。そして､それ以来､敬親の松陰への篤き思いは、終生、続いたという。**（＊徳富蘇峰著「吉田松陰」に藩主慶親とあるは改名によるのでは？）**

○ **1842（天保十三年)**、十三歳。叔父の玉木文之進が私塾を興し“松下村塾”と名付ける。所謂､「松下村塾」の起こりである。

○ **1843（天保十四年）**、十四歳。藩主は彼を賞し褒美を授ける。この年、つまり、天保十四年四月一日、萩城の羽賀台で大閲兵式が行われたが、彼は山鹿流軍学師家として参加した。

○ **1844 年**。山田宇右衛門（吉田大助の弟子で山鹿流兵学の研究者）が江戸から帰って来て、「日本だけ見ていては偉くなれない。知識を広く、目を高くして、国を自分の肩に背負う意気込みで勉学に励むように」と励ましたし、山田亦介は欧米諸国の植民地政策を説いて「ただ防ぐだけでは駄目だ。勉強して海外で立派に働きをするように」と教えた。斯くて、松陰の眼は“広く世界を見る眼”に変わったのかも知れない。

○ **1845（弘化二年）**。十六歳。山田亦介（村田清風の甥）に長沼流兵学を学び、その影響で世界の大勢に眼を開く。**（＊松陰が十歳の時、中国でアヘン戦争が起き、彼は十六歳の時、このことを「外夷小記」に書いている）**

○ **1846（弘化三年）**。十七歳。外患に深い関心を持ち、海防について講究する。

○ **1849（嘉永元年）**。十九歳。明倫館の独立師範となったが、それでも藩校から帰ると早速、玉木文之進の私塾「松下村塾」でみっちりと鍛えられた。

因みに、独立師範となった直前にはその講義に人気なく、流石の松陰も更に勉学を重ねる必要を強いられた、のだと言う。

二十一歳以降、成人松陰は確固たる信念で全国行脚を重ねつつ、憂国の思いに駆られながら奔走、救国の信念に徹するのだが、以下の行動は、既に、先刻周知のことばかりだから全ては割愛し、此所で松陰の幼児時代のエピソードの一つを紹介する。

天保十三年、松陰が十三歳の時、平安古町の村田清風（長州藩の大改革を成し遂げた家老）を訪れた時の事である。この時、何故か清風は松陰を蔑視し、おろそかに扱って眼中無きが態度で不愛想に持て成したから、当然、松陰は立腹して帰った。

後日、清風は中村九郎という藩士に「この前、吉田の若先生が来たから、聊か考える所があって不待遇で帰らせたが、何と思っているだろうか」と問うた。中村が「伝えに聞きますと、大いに立腹し、再び清風の所には行かぬ、と言っているそうです」と答えると、清風は「それは有望な少年だ。俺の雑言に腹も立てずに居るような意気地無しなら駄目と思ったが、流石は吉田の若先生だ。今度は本当の引き受けをするから不日、来て貰いたい、と君から言って呉れぬか」と言うことになった。

再び松陰が訪れた時、清風は喜び迎え、表座敷から通し、師家の礼を持って遇し、天下の形勢を説き、萩のような局小天地ばかりに居ては識見が狭いから広く各地を遊歴すると共に、西洋諸国の事情に精通し、以て国士たるべき、と懇ろに語った、という。これが、松陰の諸国遊学の拍車となったのかも知れない。

＊　村田清風は防長四白（米・紙・塩・蝋）で、倹約・勤勉・能力主義を全面にして天保の改革を成し遂げた人で、「来てみれば　聞くほども無し　富士の山　釈迦や孔子も　斯くや有りなん」と歌った人である。（清風と松陰とは四十七歳の年齢差）

松陰が十九歳の時、杉家は清水口に移り親類の高洲家に暫く同居し、嘉永六年の春に小新道（今の松陰神社や松下村塾の在る場所）へ移り住んだ。

松下村塾時代から以後の松陰の活躍は周知の如くで、「**斯くすれば　かくなるものと　知りながら　止むに止まれぬ　大和魂**」と詠んだ如く、西洋諸国の植民地政策の脅威に晒される日本の現状を憂いながら諸国遊学し、憂国・憂藩の対策と改革に燃える思いを発散、「**身はたとひ　武蔵の野辺に　朽ちぬとも　止めおかまし　大和魂**」と言う信念で、草莽崛起の火炎を燃やしながら伝馬町の獄の露と消えた。享年二十九。

義卿三十、四時己に備はる。禾稼の有年恥ざるなり

僅かに三十歳未満で獄門の露と消えて旅立った松陰は、早熟に完熟して人生を全うしたのだ、と私は思う。

筆者は戦前派の老人だから、その教育理念が今の時代には合わないかも知れない。しかし、時代は変わっても、人間の根本的な教育原理原則が大変化を来すとは考えられない、という偏見を持って居り、従って、松陰の教育理念は今の世にも大いに参考になる所も有る、と考える。

人間の成長過程に於ける教育の順序過程は、先ず家庭教育と社会教育、就学してからは学校教

育、成人しては自我教育といった教育学習過程が欠かせない、と偏見する。

私が子供の頃、隣には社会教育を教えて呉れた怖いオジさんが居た。喧嘩友達は、イクオール切磋琢磨する親友でもあった。そして、その原点は家庭教育に始まると独断的に偏見する。

先の戦時、“天皇陛下万歳”を強制的に義務づけられた軍国時代にあっても、殆どの兵士は死に瀕して“お母さん”と言って散った、と聞かされた。

世俗では“親の背を見て子は育つ”と言われる。就中、母親は生まれ落ちてから揺籃期、幼童期・・・と常に密着した生活の師である。

死に直面した“炎の人松陰”も、「親思う心に勝る親心」と歌った。幼時養育時代の親のことが常に心に有ったのだ、と思う。

その内容・方式に差違は有っても、**人生教育の原点は家庭教育である**と、筆者は頑なに信じて止まない。そして、溺愛のみが家庭教育でなく、むしろ、溺愛は行い方次第では反って障害となる場合が多い、とさえ偏見する。

喩えは適切で無いかも知れないが、生まれた幼児は純粋で全く無垢で真っ白いキャンパスである。それに先ず第一筆を下ろし構図するのは両親で、特に母親の責任は大切である。松陰も、「母の行いが正しければ子も正しく育つ」とさえ言い切っている。

各人に資質の差はあるだろうが、誰にも何か一つは長所を持ち合わせている。その特長を見出して、引き伸ばしてやるのが、生後からの成長過程に於ける各々の教育に荷担する親の責任である。

松陰の場合は教育的に好環境の家庭教育でスタートし、玉木文之進を初めとした立派な画家（指導者）達によって名画となったのだ、と思う。

今の“モンスター・ピアレンツ”に振り回される家庭教育、主張のみが優先順位されて影響される学校教育、“隣の怖い小父ちゃん”の社会教育の消滅、先生の軟弱に基づく学校教育の軽薄さ・・・等々に現代人間形成への障害の一因を感じる。

決して軍閥政治を肯定するのではないが、修身教育も、イデオロギーの如何に拘わらず、又、時代がどのように移り変わっても、善きことは善きこととして良意に解釈し、是々非々として学ぶべきである。要は解釈とその利用の問題と考える。

昨今、生活が怠惰だった青年が自衛隊に入隊し三ヶ月後には凛々しい姿に変身して出て来る、という現実を聞かされる。修身教育、否、教育勅語にさえも部分的には、今日にも生きた教育指針を有するとさえ思っている。要は、解釈・理解・利用の一語に尽きる、と思う。

教育勅語の「**父母ニ孝ニ兄弟ニ友ニ夫婦相和シ朋友相信シ恭倹己レヲ持シ博愛衆ニ及ホシ學ヲ修メ業ヲ習ヒ以テ智能ヲ啓發シ徳器ヲ成就シ進テ公益ヲ廣メ世務ヲ開**」いて、何処が悪いのだろうか。尤も、「**父母ニ孝ニ**」については、近時、“だらしない親”も有るにはあるのだが。

幼稚園も無い田舎に生まれ、児童時代から銃後の労役（戦時の生徒動員）に駆り出され、少年時代は戦後の混乱と食糧難の時代に翻弄されて、殆ど、勉学に携われなかった老人にとっては、今日の“塾の詰め込み式・高額点の取得目的の勉学手法と学歴最優先社会”に、むしろ憂慮を感じていると言ったら時代遅れの“古老”と嘲笑されるだろうか。

政府が行った“ゆとり教育”は適切でなかった、或いは実行方法を間違えたと解釈しており、決して松陰教育を見習うべきとは言わないが、千差万別・個人差の有る多種多様の人間社会では、各人の性格・資質を掘り出し、時代にマッチした人材を育む教育方法は無いものだろうか、懸念する。

＊「**斉しからざる人を一斉ならしめんとせず、所謂、才なる者を育することを務むべし**」。この時、松陰二十一歳。

又、「**人賢愚ありと雖も、各々一二の才能はなし、湊合して大成する時は、必ず全備する所あらん**」とも。

更に、至誠を貫いた松陰は、

至誠而不動者未之有也＝安政六年五月十六日「東行前日記＝至誠にして動かざる者はいまだこれあらざるなり・・・で生涯を貫いた。

その解釈に違いはあっても、何時の世にも“至誠”は社会通念の正道だと解釈する。そこで、温故知新に従い「至誠の人吉田松陰」を、とりわけ、その幼時教育について取り上げてみた。内容が現代社会に適合するか否かについては、皆さんの解釈と判断にお任せする。

新　立志伝中の人

下関市　森　　文信

嘗って昭和 51 年に、福岡県太刀洗の故青木保隆先生（1978 逝去）が著わされた「土の匂い」の中に書かれている「立志伝中の人」のモデルは動物学者として有名なムツゴロウこと畑正憲さんのお父上畑敏雄さんである。近くの生まれの彼は先代青木医院の調剤手伝いとなった。優秀な彼はさらに代診も勤めるようになる。向学心の強い彼は夜間中学に通い寸時を惜しんで勉強した。私の存じ上げている保隆先生より 3 歳年長であったが､兄弟のように一緒にすごしたという。院長(青木保隆先生の父上)の往診などにつき従っていた。医学的知識も少しづつ付いてきた。そんな時、昭和 16 年、満州医大開拓医養成第一回生に合格、卒業は首席であった。現中国東北で医師として働き、最後は四平省梨街県立病院長を勤めた。

敗戦後帰国され、改めて日本厚生省の医師国家試験をパスし日田で開業､多くの人々に信頼され、ご子息もご長男は医師となられ次男は有名な動物学者ムツゴロウさんとなった。

私はこの世代から一世代かけ離れている。社会も変わり、医療制度も改革が進み、もうこのような稀有な立志伝はありえないと思っていたが神仏は居なくても、該当する　人　はいるものだ。

前書きは此れくらいにして新賀医師のことを述べる。以下は知人への私の手紙の一部である。

「立志伝中の人」という題で昔、畑さんとは別の一人の医師を顕彰したことがあります。50 年以上昔のことです。私がまだ無給医局員であったころです。久留米大学第三内科（木村内科）でのことです。大学の雇用ではなく、教室費で雇った実験助手がいました。彼は研究助手とはいいながら、個人が雇ったようなもので、社会保険健康保険などはありません。近くの高校を出たばかりの人を安い報酬で研究室が雇用していたのです。実験室でコレステロールを測ったり、試験管を洗ったりするのですが、ニキビ面の十八歳の新賀君は教室の心臓カテーテル室に配属され、心電図や心室の圧波形を別室でモニターをして、記録する係りを与えられました。こういう波形が出た時は危険信号だから術者によく聞こえるように「VPC」と叫ぶように、心内圧でこういう波形が出たときは「心室波形」と叫ぶように、こんな波形は「静脈波」と知らせるように訓練され、ただちに立派な戦力になりました。

犬を使っての実験では深夜まで、超過勤務の報酬も無く付き合ってくれ、犬の飼育係りまでやってくれました。

２年経った或る日、彼はまだ学生服を着たままでしたが「医学は面白いですねえ、私も医師になりたい」と恥ずかしそうに控え目に申しました。一緒に仕事をしていた N 講師と私は賛成しました。理由は、この青年は真面目で優秀ゆえに将来の身分保障の無い教室雇用では気の毒である。まして医学部の助手にはなれない。彼には長い間働いてもらいたい。だが教室のお雇い Laborant では長い間いてもらえばいてもらうほど、労苦に報いることが出来ない。我々だって遠くない将来教室を出ていってしまう。しかも医学が面白いと言ってくれているではないか。医科大学を受験する者のうち何人が面白いと感じているだろうか。ただ家庭が大学にやれるほど余裕がなかった為に近くの久留米大学医学部で、教室雇いのよう

な実験助手という社会的にも不安定な仕事をしている。しかも優秀な青年だ、優秀ゆえに将来を心配してあげなければならない。そう思った私はN講師と共に賛成し、小倉の家に帰り、昔使用した受験参考書などを持ち帰り彼に提供したのでした。

彼はその年は合格しませんでしたが、翌年国立K大学医学部に合格しました。育英会の奨学金を得､家庭教師のアルバイトなどで学資を得ました。彼の向学心に感じたK市の中学の校長が無料で下宿を買って出てくれたりしました。専門課程に入り基礎医学が始まった時、私は持っていた基礎医学の教科書の多くを彼に提供しました。

学生時代、私も裕福ではなく、高価な基礎医学の教科書を買うときは両親に､その必要性を説き、真面目に学問することを誓って買ってもらったものばかりでしたから、母に許可を求めたのです。母は即座に「お前が持っているより、新賀さんに差し上げるほうが良さそうだねえ」と賛成してくれました。私は安心して彼にそれらを贈ることにしました。彼は重い教科書を拙宅までとりにきました。このような経緯があって彼は念願の医師になることが出来ました。

しかし医師になって、医療界に入ってみると彼が想像していたような清潔な世界ではありませんでした。家柄や門閥学閥が大きくモノを言う世界から無縁ではありませんでした。彼は研究室に入って学位を取得することを選ばず、臨床へ進みました。いま宮崎県で精神科医として病院に勤務しています。

ところが彼はN講師と私を恩人扱いにして季節季節の挨拶状を呉れますし、此れまでに若いとき､一度みやげを持って拙宅を訪ねてくれました。今回私が傘寿を迎えたのを知った彼から暑中見舞の中で宮崎観光に来るよう何度も誘ってくれました。森医師も無職になった、八十才だ、遠距離旅行もこれがラスト・チャンスだと思ったのでしょう。ニキビ面の昔の俤が残っているに違いない彼も七十一歳のはずです。毎年誘われながら断っていましたが今年は誘いに乗ることにしました。今年を失すれば永久にチャンスはないだろうと感じたからです。

藤井さん、貴方には文科畑で、これに似たお弟子さんが多く居られるに違いありません。私は新賀君が恩人と呼ぶのを有難迷惑に感じますが、よい医師を一人生み出す手助けをしたと密かに喜んでいます。ここまでは藤井さん（出版関係の方）への手紙の引用。

その後の立志伝中の人

彼は医師となった。だが彼は循環器病をsubspeciality（専門分野）に選ばなかった。彼を医学へ駆り立てたのは実験助手として働いていたときの心臓カテーテル法による診断治療ではなかったのか。医学は面白いですねえと言わしめたのは、薬物に敏感に反応する心血管系の生理学薬理学ではなかったのか。診断がついて患者が治療されてゆく過程を見る喜びではなかったのか。何故循環器を選ばなかったのかと訝った。それとも逆に医学への出発点が循環器病研究であったからか｡それならば私どもに責任があるかもしれない。或いは循環器科には実験助手時代の彼を知る医師が多く居るから避けたのかもしれない。予期しなかった選択であった。

彼は精神身体医学を選んだ。十年余が経った。私は大学を辞めて下関の市立病院へ転じていた。大学へは非常勤講師として学生の臨床教育に行っている頃であった。或る日彼が車を運転して遠く離れた拙宅を訪ねてきてくれた。土産は薩摩焼のジョカーセットであった。私は喜んでそれをいただいた。彼はどうしても医師となった姿を見せたかったと同時に、礼を言いたかったのである。

ニキビは減っていたが、車中にいる姿を見ただけで、遠くから見ても「新賀君だ」と分かるくらい容貌は変わっていなかった。

この事があってから、彼を久留米大学第三内科医局同門会の席に招待したくなった。同門会員ではないが特別会員として呼びたいと思った。彼を知っている嘗ての医局員がまだ数人でも出席する間に呼びたいと思ったからである。後輩の医局長にこの案を実現して欲しいと熱心に御願いした結果、それは実現した。

百名以上のきらびやかな参加者の中で紹介されたが拍手はあまり無かった。往時の彼を知っている元医局員も、自分たちの旧交を温めるのに夢中

で、彼の周囲には彼を医学の道へ入るきっかけを作ったＮ元講師と私だけであった。Ｎ元講師が離れると､彼は独り所在無くさびしそうであった､孤立している彼を見て､私は「招ばねばよかった」と悔やんだ。私の想像では、彼の周囲には旧知が集って、昔は世話になったなあ、とか、犬を使った学位のための実験で、あんなことがあったなあとエピソードを語り合うシーンが見られるのを期待したのであった。

立志伝の故郷であるはずの教室の同門会会員のよそよそしさは彼にとってはとんだ侮辱であったろう。その晩彼は大学の近郊の生まれ育った家に帰って家族に大歓迎されたにちがいない。翌日早速私は彼に教室の同門会に招んだことを詫びる手紙を書いた。

私の考えは甘かった。同窓会、同門会の団結は血のつながりに近い。よく言えば強固なFraternity の美しさであろうか。だが狭量ではないか、排他的な臭が匂う。嘗っては夜遅くまで働いた仲ではないか、実験が長引いたときなど一緒に屋台ラーメンを食べた仲ではないか、当時は医師と実験助手の関係であったかも知れないが、今は同じ道をゆく医師ではないか。

同門会や同窓会には特別会員制度というものがある。わが出身教室にも存在するが、実験助手として働くうちに、その総合科学の深遠さ面白さに触発され、努力して医師になった人には特別会員の資格があってもいいではないか。私は懲りてしまって同門会長に訊ねる元気を失った。だが彼はこれから先再度誘われても断るに違いない。私は彼を呼ぶ場を間違えたのだ。或いは同門会会員の心情を読み違えたと言うべきか。

彼が実験助手時代から、私が無給助手時代から半世紀が流れた。久しぶりに彼と会える。容貌は変わっていないだろう、中身はどんなに大きく変わっているのだろうか。手ぶらでいらっしゃい、と宿も電車の切符も用意してくれた。至れりつくせりの二泊三日であった。彼に土産として何が相応しいのか、熟慮のすえ辿りついたものは蔵書印とEX-LIBRIS である。更に知人の印鑑彫屋に相談し、蔵書印に決めた。押印したものをご披露したいが、彫りあがった瞬間から彼の所有であるから、彼に手渡す前と雖もご披露するわけにはいかない。

半世紀まえ彼に提供した基礎医学の教科書にはひょっとすると「森氏蔵書」の印が押してあるかもしれない。それになら並べて今度新しく作った蔵書印を押してくれれば、即歴史になるなどと想像していた。

当日、蔵書印を贈呈すると彼は「先生、この本に先生から押して頂きたい、いいですか」と隣の部屋へゆき、持参した本はなんと私が嘗って彼に贈った　私家版・医本　今昔物語　ではないか。どうしてこの本が此処にあるのか！私は二十六年昔に送ったのを完全に忘れていた。さらに私の字で恵存新賀秀喜君と署名し、森文信印が押してある。私は既に彼のものとなった真新しい蔵書印「秀喜蔵書」を森文信印に並べて押した。この本は活字でストーリイを書いたモノではなく家内が毛筆で書いたものをそのまま印刷したものであり、書いた家内も横にいる。

このようなお芝居じみたようなシーンは全く考えもしなかった。印は宮崎旅行を前にして急いで小倉室町の深野至誠堂の主人深野有造さんに相談して彫ってもらったものである。少年時代青年時代同じ町内に住んでいた間柄である。

優秀な少年でありながら、兄弟を大学へ進学させるため余波をうけ、近くの大学医学部で実験助手をしていたが、医学の面白さから、一念発起しアルバイトをして国立大学医学部を卒業、周囲に信用され頼られ、定年後もなお顧問として医学を実践している医師をまぢかに見た一人として紹介した。

俺たち (開業医) に明日はない (?)

下関市　塩見　祐一

最近「日医ニュース」のトップや「全国紙」の一面広告で「受診時患者定額負担に反対」との記事が続いている。「国の社会保障費抑制策はとうとうココまでも」とか、あるいは「厚労省はヤハリ本気だったんだ」と驚いた。そして診療内容が特に①高齢者の慢性疾患 (循環器を主とした各種) と、②若年者の急性疾患 (カゼや腹イタ) を対象とする僕たち内科開業医にとっては強烈であった。ちょうど僕が 21 才だった時に公開された『表題』映画 (アーサー・ペン監督、ウォーレン・ベイティとフェイ・ダナウエイ主演) を見た時と同じような衝撃を受けた。

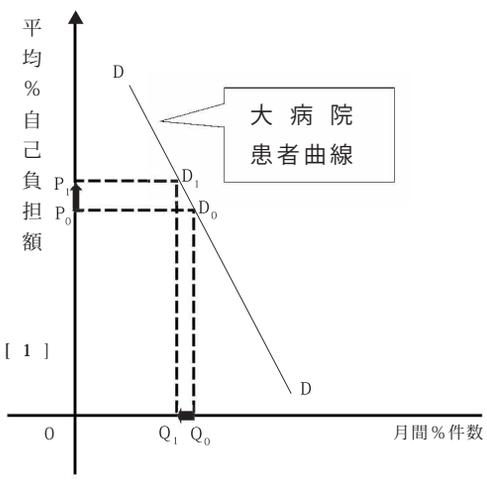
よって、今回は副題『開業医に明日はない?』につき、例によって図示をもとに、僕の唯我独善的理論を述べてみる。まずは縦軸に平均 % 自己負担額を、横軸に月間 % 件数をとり、下記の如くグラフ上に記します。

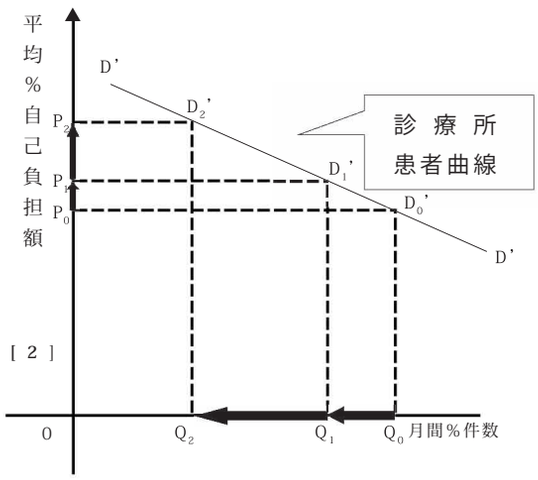
1.[1] には需要の価格弾力性の低い [大病院患者曲線] を、[2] には価格弾性値の高い [診療所患者曲線] を描きます。
2. 同じ率の価格上昇 ($P_0 \rightarrow P_1$) であっても、[1] と比較し、曲線の傾きから [2] 上の患者さんの減少は大きな差 ($Q_0 \rightarrow Q_1$) になります。
3. 今、問われているのは定額負担で、その額の値をよく例示される“100 円”とすれば、[1] で占める割合に比べ [2] の方が大 ($P_0 \rightarrow P_2$) ですから、ヨリ月間 % 件数の減 ($Q_0 \rightarrow Q_2$) となります。すなわち診療収入の激減に至ります。

だったら、僕たち内科開業医はどう対処すれば良いのかになります。それは大病院の因って来たる収入源泉を真似て、(1) マルクス流の“資本 (高度医療機器)・労働 (人件費) 装備率” を高めるか、(2) 処方を最低 4 週間から 8 ないし 12 週間の長期としたり・受診時に検査を増やすかでしょう。

しかし、そうすれば、(1) は資金繰りや経費圧迫からの経営難へと、(2) は 1 件当たり平均点数上昇からの集団的個別指導選定へと繋がってしまうのです。

ア～ア、季節も心胆も寒～くなってきちゃった。





餓鬼岳 (北アルプス) を歩いて

下関市　原　八洲雄

奇妙な名前の山、餓鬼岳 (二六四〇メートル) は、北アルプスの南部、表銀座コースの起点、燕岳に連なって、その北東に位置しています。

この餓鬼岳へは、燕岳の燕山荘に一泊して、燕岳から餓鬼岳へ縦走するのが一般的と考えていたのです。しかし僕はこの年の四月二十九日、燕岳登山で、中房温泉から合戦尾根を登って、雪の燕山荘に一泊していましたので、再度合戦尾根を登るのは避けたのです。

そんな訳で、餓鬼岳に直接登る登山口、大町市に近い、白沢堰堤登山口から登ることにしたのです。

地図の上では、登るのにかかる時間は、合戦尾根を登って、燕山荘までは四時間。一方白沢登山口から餓鬼岳小屋までは七時間二十分。ほぼ二倍の時間です。それ相応の心構えで、出掛けてきていたのです。

二〇一一年、八月十四日早朝四時三十分、松本東急インホテルのフロントに今回も同行の松村満二さんがやってきました。「外をすこし歩いて来た、ホテルの前に大町の車が待っている」。今度の山は松村、原、そして吉田省吾先生の三人です。

八月にはいって、餓鬼岳小屋でよく利用する、大町のタクシー会社を教えてもらって、前もって予約してあったのです。

松本駅前に常駐しているタクシーでもよかったのでしょうが、登山口の白沢の堰堤が判らない運転手さんでは困る、との心配があったのです。

かつて、南八ヶ岳へ登った時のことです。門司の西明義晃先生、下関から井上国昭先生に僕の三人でした。

中央線茅野駅で乗ったタクシーの運転手さん、登山口の渋野湯が判らず、困惑したことがあって、その時の反省からでした。

運転手さん、白沢の登山口に着く前に、車のボックスから取り出した用紙を助手席の僕に差し出し、「登山届、書いとったら」と渡してくれたのです。「そうね」なんと手回しの良いことと、感心しているうちに登山口でした。ここまでのタクシー代金一三、八六〇円。標高おおよそ一一〇〇メートル。

登山口に着いてみると、かなりの数の登山者達が用意をしています。仮設のトイレもあって、立派な登山径でした。

吉田先生「蛾鬼の小屋まで高度差一五〇〇メートル、ほぼですよ」と教えてくれます。

歩き始めたのが五時三十分でした。僕の頭では十時間、午後五時までには着きたい、着いたらいいがな……との願望をいだいて、登り始めたのです。

歩くこと、三時間で最後の水場です、高度四百メートル登ってきています。標高一五〇〇メートル、頭の中では、この高度、上高地や久住は牧ノ戸の高度だと計算します。

餓鬼岳小屋のオーナーの伊東瑛子様からは、「最後の水場を過ぎたら、水は一滴もありません」、「大休止はとらず、小休止であがってきてください」と注意を受けていたのです。あとから追いついてくる登山者を次から次と、先へ行ってもらって、シラビソ、コメツガ、ダケカンバの樹林の中の径を、登ったりくだったり、それでも小休止のみで、なんとか、大凪山山頂の標柱のところに着

いたのでした。

狭い径、山頂の標柱を背にして、中年の男女二組が昼食中です。僕達も、どこか三人で座れる場所がないかと捜しながら、ほぼ水平な山径を歩きます。こんもりと高くなって、そこだけ樹林がひらけた所をみつけ、ここだとお昼にしたのです。もう十一時でした。

山を大凪と呼ぶだけあって、ひらべったいほぼ水平な山径です。

おしゃべりしながら食事中の僕達の横を、さきほどの、男女二組が笑顔を向けて、先へ急いで行くのでした。

僕達もおくれじと出発します。

高い樹林の中をしばらく歩いて、今度は直登に近い、ガレ場です。おりてくる人、先に登っている人達の落石を気にしながら登りつめると、一面にヨツバヒヨドリの花、チングルマは花の後の穂、ツバメオモトは青い実をつけています。九十九折(つづら)に低いダケカンバの草つきの径を登っていますと、「ここが百曲りでしょう」と吉田先生。そうか、それならもう残り二時間だ。地図の上では、五時間二十分歩いてきている。百曲りから餓鬼小屋までは、あと二時間だと計算するのです。もう午後一時をまわっています。吉田先生が「残り高度、あと三〇〇メートルおおよそですよ」と言ってくれるのでした。

白沢の登山口で高度差一千五百メートルでしたので、もう一二〇〇メートル、大雑把ではあっても登ってきている。

今回の登山の目鼻も、なんとかついたつもりで登るのでした。

今朝歩き始めて、樹林の中にはいってすぐのこと、木の枝を両手に杖にして猛然と三人を追い越して登っていった四十代と思える男性が一人いました。その彼が降りてきているのです。

先頭を登っていた吉田先生が声を掛けています。彼の男性「小屋まで残り一時間との標識がありますが、そこからここまで、自分の足で、くだり十五分」と三人に目をやります。彼の足で、下り十五分、今の僕なら三十分、いや四十分か……その後さらに一時間か、一時間といっても歩き続けてのことだ。

このところ休んでばかり、五分歩いて、三分休む始末、せいぜい二曲りも歩くと「吉田先生、休んでよ」と僕。「ああいいですよ、休みましょう」と先生。午後も三時近くです。餓鬼小屋のオーナー伊東様には五時までにはなんとか着きます、と言っていたのですが、こんな調子で、大丈夫かと思っていると「小屋まで十分」との標識です。松村さんが「小屋まで、先に行ってみます」、「そうして」と先へ行ってもらったのです。

その松村さん、小屋に自分のザックを置いて、すぐ戻ってきたのです。僕のザックを担いで「小屋はもうすぐそこ、そこです」と先導してくれるのでした。足が攣(つ)って歩けないのではなく、また足のどこかが痛んで歩けないのでもないのですが、とにかく栄養不足なのか、一歩又一歩が大変でした。

午後四時前に、小屋に着いたのです。標高二六〇〇メートル、山頂はすぐそこです。

宿泊の手続きをすませて、手渡されたシール(下)の餓鬼が「よくきた」です。本当によくきた「やっと来た、本当にくそ餓鬼だ」と口ごもるのでした。

既に西に傾いた、お日様、そのこもれ日を受けた、ダケカンバの葉の影が、足元の通路でゆれています。涼しい西風を受けながら、ビールで乾杯したのでした。

食事の時間は、朝晩ともに五時、消燈は七時。オーナーの伊東様が七時までには着くように、との注意がよく分かったのです。

夕食に出されたのは箱詰めされた、おすし御飯で、ワンカップを手に、疲れた体には大変おいしく、ほとんど残さず食べられたのです。八年前胃癌で手術して以来、山小屋で出される食事はその三分の二も食べられればよい方でしたので、残さず食べられたのも大変嬉しかったのです。宿泊者は二十人前後でしたでしょう。

夕食後、小屋の東側に少し高台になったところがあって、そこに三、四人が向かい合って座れるテーブルが作ってあります。テーブルを中心にして、周囲の山に目をやっていた中の一人が「あっ、ブロッケンだ」と東の空を眺めながら両腕を横に振っています。

西に沈むお日様を背にして、一人また一人と両手をあげさげして、日輪の中に自分の像、その動きを確かめだしたのです。

よし俺もやってみようと、皆さんにつれられて、万歳をしてみるのでした。

ほんの三、四分のことでしたでしょうが、面白いものに出合えたと、明日歩く山々へ目をうつすのでした。夜もゆっくり寝られたのです。

朝は五時から食事をすませて、五時半に出発です。山頂まで行ってくると言う松村、吉田と別れて、一歩先に東沢岳二四九七メートルへと向かったのです。二人と最初から一緒では、二人に迷惑がかかると思ったのと、どういうものか、これほど長い間、山々を歩いてきていますが、山頂を踏むことにはあまり興味がないのです。多くの登山者で騒々しい山頂はむしろ嫌いです。今回は自分の疲れを気にして、山頂は踏まずじまいでしたが、いずれ再度、梅雨あけを待って挑戦するつもりでいたのです。

小屋を出て、テント場に張られた五張りのテントを横目にして、花崗岩帯の岩峰の尾根筋を快調に進みます。

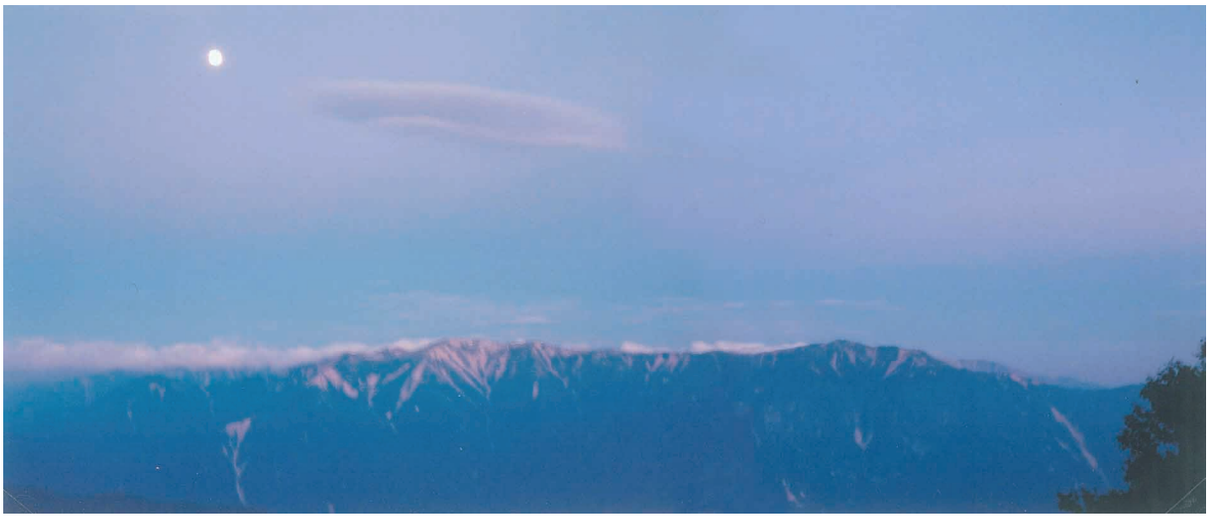
右手に緑色の湖面の高瀬ダム、烏帽子岳から三ツ岳、さらに、野口五郎岳です（右頁上写真）。

小さな岩の峰を一つ、また一つと越えているうちに六十歳代の一人歩きの男性に追い着かれま

西からの日ざしをうける

餓鬼岳　pm4.00 頃

裏銀座、烏帽子岳から三ツ岳、野口五郎岳
餓鬼岳小屋前より西を望む　am4.30 頃
過去に三度縦走している



↑野口五郎岳

↑三ツ岳

す。「そこはこっちの巻き径ですよ」と注意してくれます。「ありがとう」と返して、元の径へひきかえすのでした。

そうこうしているうちに、後続組が次々と追い越して行きます。東沢岳までは地図の上では三時間ですが、すでに九時です。あとからくる、吉田、松村に追い着かれるのではないかと心配しながら東沢乗越でした。十時前です。

餓鬼小屋を出て最初の男性一人に追越されるまでのほぼ二時間は快適でした。目の前に乗越しからの登り、北燕（きたつばくろ）への径、燕岳から大きな小屋燕山荘、その左手にこれまた大きな山、大天井（おてんしょう）、東天井、横通し、常念岳です。なんとか燕岳への登り三時間も歩けそう、縦走できそうなどと考えながら歩いていました。

しかし実際、東沢乗越に着いてみると、地図上は三時間二十分のところを四時間半かかっていて、しかも、もうかなり疲れを感じているのです。

これは僕には縦走は無理、ここから東沢を中房温泉へ向かっておりよう、後からくる、吉田、松村を納得させておりようと昼食の用意にかかったのです。

中房温泉側から登ってきた一人歩きの中年の女性、この乗越しで休むこともなく、北燕へと登って行きます。又僕の後からおりてきた男女の二人、なんのこだわりもなく北燕への登りに向かったのです。「みんな元気がいいな」と一人言。

湯を沸かし、コンビニの「どんべえ」(小) に湯を入れ、おにぎり一ヶで昼食です。食後コーヒーを飲みながら、後の松村、吉田が気になります。この調子なら吉田先生もかなり疲れているなと想像していますと、二人の話し声、時計を見ると十時半でした。

吉田先生、「もう充分、ここからおりましょう、もういいでしょう」と、「ああよかった、まだ先へ行くと言ったらどうしようかと心配しとったんよ」と僕、「とにかくお昼」と二人が準備を始めました。

一人歩きの三十歳代かと思える女性が降りてきて一休みします。僕達三人が降り始めるのを待っていたように、少し間をあけて降りてきたのです。

この東沢のくだりも容易ではありません。

沢の流れを左に渡り、右に渡り返して、その都度、流れの中の石を確かめながらの徒歩です。これをなんども繰り返します。とてもではないけど、雨が多くて、流量の多いときは、この沢は通れません。

歩くのが遅く、しょっちゅう休んでいる僕達に、しびれをきらせた、かの女性と、一人歩きの

東沢岳への縦走路から眺める北燕・燕岳

am 7.00 頃

男性が先に行ってしまいました。

地図の上では、二時間半のところを四時間近くかけて、午後三時過ぎ、ようやく中房温泉に降り着いたのです。

この年の四月三十日一泊した、中房温泉に再度宿泊です。

受付の見知ったおじさんに、一泊お願いしたのです。「あとはどなたもはいらないと思います」とおじさん。十畳ほどの広い部屋に三人が入ったのです。「カビ臭い、当分使っていない、この部屋」と吉田先生、ガラス戸をあけていきます。

お盆休みのせいか、割合早くからお湯めぐりができたのです。四月末に来た時は、午後四時になるのを待って風呂めぐりでしたが、今回は割合早くから、こっちの湯、あっちの湯とはいれたのでした。

翌日は前回のときと同じ、八時三十分穂高駅行きのマイクロバスで穂高駅へ、大糸線松本行きで、ホテルまで帰ります。各自のザックを預け、預かってもらっていたバッグをもらって着替えをすませるのでした。

午後の予定は、高田博厚氏の彫刻を集めた安曇野市豊科近代美術館、ついで穂高町の碌山美術館（荻原守衛の彫刻館）、最後に広々とした、ちひろ美術館と決めたのです。

豊科の近代美術館を訪ねるのは、今回で三度目ですが、訪れるたびに整備が進んでいて、広くて立派な美術館となっているのです。豊科の駅でタクシーに乗って、三つの美術館すべてまわって、代金は七七八〇円でした。

お盆の最中ですので、駅前の食堂も休んでいるところが多く、東急インの食堂で夕食にしたのです。

二年前、二〇〇九年五月の連休、雪の蝶ヶ岳、古い徳本峠小屋に一泊して、ここ東急インで夕食をしたとき、今回の吉田、松村、原の三人の他に、整形外科医の高田正一先生がまだ元気で、四人だったと当時がしのばれるのでした（高田先生二〇一〇年四月死亡）。

これまで、あっちの山、こっちの山と三十、四十年と歩いた仲間ですので、むしょうに彼とのことが想いだされるのです。

今回の餓鬼岳登山では、計画に無理がありました。

今度は、七月梅雨あけを待って、花の盛りに登ろう、朝の出発も今回より一時間早くして、四時半。そのためには前の晩は大町市内のホテル泊まりだと計画しているのです。

古池や

光市　河内山　清

古池や蛙はメダル欲しがらず
古池や蛙の面(つら)に汚染なし
古池やどぜう飛び込みアップップ
古池に潜ってるノダ野田キバレ

私も近頃少し呆けて来たように思います。未熟者ですから「あなただーれ症」､「ここは何処？症」の境地に迄はまだ到達していませんが。耳も遠くなりました。二階の窓から家内と二人、雀の子さながら並んで前の通りを見るともなしに見ていました。家内が云いました。「今下の道を通ったのは隣の権兵衛さんじゃなかったかねー」私が云いました｡「いや違うよ｡あれは隣の権兵衛さんだよ」と。たまたまそばに居て之を見聞していた小学校 2 年生の孫が悩み嘆いたそうです。一体どっちが呆けてんやろか？。二人同じ名前云ったから呆けてはおらんのかも。でも近くに権兵衛さんなんて人居てないし。それにしてもゴンベーって何ンなんや、センベーの間違いちゃうか。

友人から聞いたのですが、近頃前期高齢者の年代から、もうこんなビョーキが流行しているのだそうです。「おいアレをしらんか、何時ものところに置いといたんだが見あたらんのだアレアレ」「アレッて何んですか」「アレッてきまってるじゃないか、アレだよアレアレ」「ああアレですか、ソレはそれ、其処にあるじゃありませんか」「ソレとアレは違うんだ、アレだよアレ」「ああアレのことですか。アレなら貴方、自分のおでこの上に掛けてるじゃありませんか」

「えっ。まさか。俺のおでこに？あー、あったあった、チキショウ俺としたことが・・・・」「貴方そろそろだわね」朝の早よからお疲れさん。五分おきに発信音が鳴るとか、鼻に掛けるところあたりから特殊光線が出るとか、そういうメガネはまだ発売されていないのでしょうか。えーと、病名は何と云うんだっけ、ああそうだった「関係代名詞症」。日野原先生の耳に入ったら大変なことになるぞ。

久しぶりに短歌会へ行ってみました。いずこも同じ秋の夕暮れ。高齢者ばかりです。中に一首こんなのがありました。「ぶるぶると互いの体を寄せあひて熱くなりおり土鍋の豆腐」。何ンだなんだこの歌は。気を持たせておいて最後にどんでん返し、うって返し、がっくり落ち込ませたりして呉れるよな。こんな歌作るなつーの。「熱くなりおり」でこっちまで熱くなり、ふんふん、それからどしたの？。

自称純潔無垢木石老人の私の顔まで赤くさせておいて、コーフンさせておいて土鍋はないでしょう、豆腐はないでしょう。誰が作ったのか知らないがこんな奴、豆腐の角で頭打って死んじまえ。あーあ今日は来なきゃあよかった。

でも豆腐の煮え立つ風情を見事に表現した秀歌でありました。

もう一首こんなのが。「病院へゆく日は夫とデイトの日食事やコーヒー会話も弾みて」所謂「そうですか短歌」「日記風短歌」ですが、今迄この幼な児のような飾り気のない価値観を持ち続けておられた人間性には頭が下がります。然しながらひねくれ者の私と致しましてはすぐに添削を致さずにはおれません。「病院へゆく日は（たぶん淋病かなにかでしょうね）彼とデートの日ビフテキコーヒー仕上げはホテル」。これでお爺ちゃんお婆ちゃんの、ありし日の青春が見事に目前に甦りました。（そんな添削するな）。

大分以前のことですが。日本在住の各国の若

い人、留学生、日本の若い人等を交えて討論会をNHK でやっていました。「世界から戦争を無くすることは可能か」という題だったと思います。討論が終わってオブザーバーの発言。先ずは大江健三郎氏。「各国の若い代表者の皆さんが、いい意見を持っておられるのに感心しました」とだけ。大江氏といえば戦後平和主義の大御所、そして九条を守る会の会長です。こんな発言だけで、はぐらかすのはどうなのかなと思いました。

もう一人のオブザーバーのかたは言われました。「結局世界中の人が各々宗教的情操を高めてゆくしか方法はないのではないでしょうか」と。世界中には色々の宗教があります。だから宗教と言はず、どの国の人にも当てはまるように宗教的情操と言われたのだと思います。

戦時中と戦後暫くは銀飯（白いご飯）は宝物でありましたが、今の私たちの食事はそれに比べると金飯です。私達は毎日「めし」を食って生きています。誰のお陰でしょう？。米を作ったのは釈迦でもキリストでもノーベル賞科学者でもありません。大地、太陽、水など大自然のお陰です。大自然の創造者のお陰です。

私は甚だ勝手ですが大宇宙、森羅万象を創った者を「宇宙神」或いはただ「神」、「神様」と呼ばせてもらいたいと思います。「仏様」とか、「尽十方無碍光如来」とか言ってもいいのですが、「かみさま」のほうが親しみやすくていいのではないかと思うからです。

何かに頼って出来たもの、何かのお陰で、何かに力、生命をもらって生きてるもの、何かの縁で生れたもの等は絶対者ではありません。それは夜結んでお日様が出たらで消えてしまう露のようなものです。諸行は無常です。

「神様」こそが絶対者です。「はじめ」から在(お)られ、無から生命を、無から宇宙を創造された無相にして無限相、無限大にして極小、個即全、そして千変万化の神通力を持つ霊妙自在身です。人間をはじめとして森羅万象、すべては神の器(うつわ)、入れ物です。キリストも釈迦も石川五右衛門（絶景かな絶景かな）も絶対者から生まれ育てられました。神は全にしてそのままに個であらせられますから、凡ての者、物、所に宿をとっておられます。ありとしあらゆるもの、神様の化身でないものはありません。

だから私は一日三回金飯＝「神様」を食べています。うんオイシーィ。神様はイテッテテテテッ、俺を噛み殺さないで呉れ・・・なんて悲鳴はあげられません。むしろ喜んでおられるご様子。

金飯だった筈の神様は暫くすると赤い血に変身。宇宙遍満大だった神様が今度は細い血管を通過。クックッ苦しい締め付けないで呉れなんておっしゃいません。変幻自在身だからです。

夜は敷布団掛布団＝「神様」に包まれて寝ます。アッタカーイ。朝は便器＝「神様」が快く排泄物をキャッチし処理して下さいます。ハズカシーイ。・・・神様のたまわく「おめえさんみたいな老いぼれの汚いお尻なんか見たくもないよ、我慢してやってるんだ、畏(かしこ)みの気持、畏みの姿勢でやって呉れよな」。

仏説無量寿経四十八願のなかに「悉皆金色の願」というのがあります。意訳すると「わたしの国の天人や人々が金色に輝く身にならない限り、わたしは決して仏になりません」というのだそうです。仏様が大願成就する迄の「茶断ち」みたいなものだと思います。

そういえば私、近頃顔や体の皮膚の色が少し変わって来たようです。ひょっとして仏様の大願成就なのかな。私の全身黄金色に輝くのかな、と思いましたが念のためと、お医者様に診てもらいに行きました。一部始終を詳細にお話ししました。「馬鹿たれかお前さんは」「そうみたいですか？」「阿呆かお前は」「でしょうかね？」「お前、石持ってんだろう」「ハイかなり大きな胆石一つと金玉二つ大切にして持っております」「アルフォス高値とちゃうか」「それがワタクシめの自慢の種なんで」「お前ほんまに馬鹿やな。馬鹿がびっくりして裸足で逃げ回るくらいの大馬鹿やで。それオーダン、ジョーダン抜きでそれオーダンやで。マジだぞ。覚悟しとけよ。分かったか」「ハイです、分かりました。家へ帰ったら褌(ふんどし)締め直しときます」。馬鹿は死んでも治らない、末代ものなのでしょうか。

「馬鹿」はまだ差別用語にはなってなかったですよね。よかった。

花と光と輝きと慈愛と無限と個即全と。

笑う門には福来る

徳山　森松　光紀

動物で笑うのは人間だけではなく、チンパンジーでも腋の下や腹などをくすぐると笑うそうである。しかし､他人とのコミュニケーション時や、自分の感情を反映して笑えるのは人間に特異的である。因みに、微笑は新生児でも観察され、覚醒中だけでなく睡眠中にも笑い顔を示すことがある。これは新生児微笑と呼ばれ、母親やその他の養育者の関心を買って良好な保育を獲得しようとする「お愛想笑い、または営業笑い」である。実際、母親はこの微笑をみると、赤子に対して一層「愛おしさ」が増すようである。インターネットを見ると赤子の笑う写真がたくさんアップされている。これだけではなく、乳児も生後２～３か月目から、周囲の者に対しても自発的に微笑を向け、自分をアピールするようになるが、これは社会的微笑と呼ばれる。赤ん坊も彼らなりに苦労しているのである。ただし、1 歳前後の乳児に「いない、いない、バー」や、大人が特別な行動を示すと、ケラケラと大声を挙げて笑い、止まることがない。このような笑いが正真正銘の純粋な笑いかもしれない。

かように、笑いは人間生活にとって貴重な役割を担っているが、どういうものか老年期になると呵々大笑することがまれになる。以前、講演旅行で新幹線のグリーン車に乗っていたとき、元 NHK ディレクターの W 氏が連れとともに偶然乗車してきた。当時は演出家やタレントとして一世を風靡しており、「ガハハハハハハー」と豪快な笑いを見せることで有名であった。しかし、そのときは極めて厳しい表情で、人を近づけない威厳があり、すぐに原稿を書き始めた。それを見て、テレビでの彼の笑いは職業の一環であろうと推測したものである。

さて、医療の現場では笑いは、患者の病態や心情を知る重要な手がかりになる。私のように老年神経学を専門にしていると、対象患者は専ら老人である。慢性期の患者なので、病状は固定しているか､しばしば進行性である。病気が全快して、笑ってお別れするようなことはまずない。

パーキンソン病などの神経変性疾患になると、難治性かつ進行性の病気であるから、とかく患者は抑うつ的になり、笑いから縁遠くなる。神経変性疾患に対する治療医学は進んでいるが、決して「治る」ことはない｡患者さんに病名を告知すると、たいてい不安気に「私の病気は今後どうなりますか」と尋ねる。そこで、「よいお薬がありますので服用すると症状は軽くなります。しかし、今の医学では治せませんので、長期的には少しずつ進行します。恐らく 30 年後には寝たきりになるでしょう。でも心配は要りませんよ。遺伝子治療などが進歩していますので、30 年以内に治せる病気になっているでしょう」と答える。患者さんは「私は今 70 歳なので、それまでは待てませんよ」という。そこで「私もあなたと同じ歳です。私もその頃はこの世にいませんので、あとのことは若い先生によく頼んであげましょう」と答えると、患者さんはつい笑い出して、うやむやのうちに診療を終わることが多い。その後から、患者さんとの長いお付き合いが始まることになるが、毎回何とか笑って貰って、気分的に明るく診察室を出て行ってくれれば大成功である。

パーキンソン病のコントロールが比較的良好なことに安心していると、突然予想外のことが起こったことがある。70 歳代後半のパーキンソン病男性が、ある日腹痛を起こし、市内の総合病院を受診して膵臓がんと診断された。開腹手術を受けたが、転移が認められ、奥さんも同席して「長く生きてもあと半年」と告知されたそうである。術後の抗がん剤を服用しながらも、パーキンソン病治療が必要なために来院されたが、やつれきり、抑うつ状態で食事も十分に喉を通らないとのことであった。抗うつ薬で改善するとも思われず、「一日に一度笑うとがんは治るといいますね」と、さほど根拠のない気休めのお話をした。2 、3 か月後に来院されたときには、ご本人が悟りを開かれたのか、微笑が見られた。また、その後の経過中も会話時に笑うことが多くあった。そして半年といわれた余命であったが、その後一年間生存して亡くなられた。笑いのご利益があったように思われた。笑うことで免疫系のナチュラルキラー細胞の活性が高められ、抗がん作用をもたらすと言われるが、真実かもしれない。

進行性の神経変性疾患ではなく、脳卒中後に感情のコントロールが不良になり、「強制笑い」が起こることがある。これは、話しかけると笑いが止まらなくなる現象である。病的とはいえ、ついこちらも貰い笑いしてしまい、気分が楽になる。ただし、「強制泣き」を示す患者もあり、この場合は、泣き出して止まらない。強制笑いと強制泣きが混在する患者は少なく、専らどちらか一方である。このような感情失禁は脳内ドーパミン系の異常により情動コントロールが不良になるためとされているが、病前の性格が関係するのかもしれない。

病気とは関係ないが、山口県に来て驚いたことは、神事と称する年中行事が多いことである。防府市台道の大歳祭り・笑い講 (写真) というものをテレビ放送で知ったが、同地小俣八幡宮の社伝によると鎌倉時代の正治元年（1199 年）から始まったとのことである。神職の合図で、榊をもった参加者が順番に大笑いしてめでたく納める。また、これに因んで、現在防府市観光協会では、お笑い講世界選手権大会を開催しているとのことである。2 チームが向かい合って榊を打ち振りながら笑いを競い、審判員がその優劣を判定する。優劣基準は (1) 品格のある笑い、(2) 迫力ある笑い、(3) 会場を幸せにする笑い、の 3 条件だそうである。テレビ画像では、最初「無理で苦しげな大笑い」にも見えるが、やがて全員がつられ笑いに移行し、満足した顔つきで終了する。見ているこちらもほのぼのと楽しくなる。

日頃の新聞、テレビの報道記事は不平不満に満ちた内容が多く、社会が質のよい笑いから遠くなっているようである。医師の多忙な診療の中にも笑いが入るようになれば、プラセボ効果かも知れぬが治療成績が上がるように思われる。睡眠導入薬という薬があるが、笑い導入薬というものがあれば治療の一助になるかもしれない。

写真提供：防府市観光振興課

端（はしっぽ、さきっぽ） その２

徳山　若林　信生

前回にライダー（バイク乗り）は“端好き”が多いことや、日本の東西南北の端のこと（納沙布岬、与那国島の西崎、波照間島の高那崎、宗谷岬）を書いたので、今回はそのほか北海道の代表的な“端”を少し述べてみよう。

北海道では北の端の宗谷岬と東の端の納沙布岬のほかには、まず襟裳岬が有名である。この岬は北海道の屋根を形成する日高山脈が太平洋に沈みこむところで、点々と岩礁が海の沖合いに連なって消えていく。私は岬の東側のナウマン象の化石が見つかった大樹町・広尾町の方から国道336号線で黄金道路を通って百人浜から岬に行った。この黄金道路という名前は、このあたりに「金」が産出されたわけではなく、道路を作るのに黄金を敷きつめたような莫大な費用を要したから、そのように呼ばれるようになったそうである。いまは快適な道路を走るわけであるが、天井や路面や山側の壁はコンクリートで固め、海岸側はコンクリートの柱で防御された半トンネル状態の覆道が多いのが特徴である。

この岬はゼニガタアザラシの生息地として有名であるが、私が行ったときには風が強く風波が立ち残念ながら見ることは出来なかった。岬には森進一と島倉千代子の“襟裳岬“の歌詩を刻んだ石碑が建っている。またそこには“襟裳岬風の館”という資料館があって、展示物のほかに強い風を体験できるようなコーナーもある。

ここは一年のうち 290 日は風速 10 m の風が吹いているとのことで本当に“風の岬”という感じで、住むのは大変であろうと思われた。

岬からえりもの町内にいたる道道 34 号線は風を遮るものの無い平らな大地を走るわけであるが、風が強くバイクは風に煽られ、左右に振られ、怖い思いをして、車が来ないのを良い事に道路の中央の白線付近をふらふらしながら走ったことが懐かしい。

稚内にあるノシャップ岬もまた有名なところである。赤と白の縞模様の細長く煙突様の灯台があり、その横には寒流水族館がある。ここは名前のとおり主として寒いところの魚などを集めている。またイルカが丸いタマを鼻先で突く可愛いオブジェがある。そのタマは時計になっている。

ノシャップ岬　縞模様の灯台、水族館、イルカのオブジェ

ここは美しい夕日が有名なところで、利尻島と礼文島のシルエットを背景に日本海に沈む夕陽は最好らしい。夕暮れ時はカップルの絶好のデイトスポットになっているそうである。親切にも日が沈む時間が毎日表示されているので時計を見てくださいと云う事であろう。

ここは他の岬と異なって、そのまま町の続きのようなところであり、また名物のウニが多くてご飯が見えないと評判の、ライダーお勧めのウニ丼が有名な食堂もある。

すぐ後ろの高台には自衛隊の駐屯地があり、大きなアンテナ数個が北方の警戒をしていると思われ、国境が近い事を実感させられる。

このさらに後ろの高台の稚内公園には氷雪の門、北方記念館、百年記念塔や終戦時樺太から最後の通信をした女性交換手のモニュメントなどがある。

記念塔の展望台までエレベーターで昇ると、視界は 360 度となり、周囲に高い山がないこともあり、遠くまで見渡せる。天気によっては遠く樺太まで見える。

礼文島のスコトン岬はさいはての感じがするところである。稚内港から香深港までフェリーに乗り、島を縦断して北上すると一番北がスコトン岬である。礼文島の一番北に来たという認識はあるが、すぐ目の前には自分より北側にトド島がよこたわっているので最北端という感覚は少しそがれる。やはり突端はそのさきが果てしなく続く海がよい。

しかし離島の突端に来ると、陸続きの突端と違って一段と最果ての感が強くなるのは私だけであろうか。

礼文島は花の島として有名であるが、それは普通では高い山などでしか見られない高山植物が平地で見られるからである。それと今まで人間にあまり荒らされていないので自然が昔のまま残っている事も大きいのではあるまいか。

もうひとつはトレッキングが有名である。体力に応じて様々なトレッキングコースがある。そのうちでも“愛とロマンの８時間コース”はスコトン岬から礼文島を縦断し、桃岩まで、一番体力と根性を必要とするもので、なにかと話題が多いコースであり、またいろいろ話題の多いユースホステルもある。

積丹半島の神威岬・積丹岬も一度は行ってみたい端である。いまはこの半島を一周する道も出来ているので以前よりは格段に行きやすくなった。この半島は海岸のいろいろな岩・崖の造形美が楽しめるのと、海の色がシャコタンブルーとしてすばらしいので知られている。

神威岬は駐車場から痩せた尾根を歩くとあの柱のような岩が見えてくる。このへんの海の色は沖縄の海にも匹敵するような色と透明度である。積丹半島は雲丹が有名である。山口県はムラサキウニが美味しいと知られているが、北海道はエゾバフンウニで、色も黄色がきれいなのと，ウニ自

スコトン岬：奥に見えるのがトド島

積丹半島　島武意海岸、沖を行くフェリー

体も大きい。名前とはうらはらに大変美味しく、ムラサキウニよりは甘みが強い。コンブを食べて育つウニは美味しいとのことである。

積丹岬は駐車場から歩き、暗い、狭いトンネルをくぐったら急に素晴らしい景色が目に飛び込んでくるので印象深い。ここが島武意海岸である。日本のなぎさ百選にも選ばれているそうで、絶景である。

灯台はトンネルの入り口から約 300 m登った高台にある。赤と白のツートンカラーで丈の高くない普通の形をした灯台である。

神威岬も積丹岬も駐車場のところに食堂があるので、ぜひ名物の“ウニ丼”を食べてみたいものである。

北海道の最南端の白神岬は函館方面から松前へ向けて国道 228 号線を走ると、松前の少し手前にある。左手に津軽海峡を見ながら海岸沿いを走るわけであるが特に“岬”という感じではなく、うっかり見逃してしまいそうなところである。北海道最南端を示す石碑がある。ここからは津軽海峡をはさんで津軽半島・下北半島まで見渡せる。

室蘭市の地球岬はライダーにはかなり名の知れたところである。室蘭市の市街地を通り抜け、南の端の高い崖の上にあるが、ここは視界を遮るものが無く、水平線が見渡せ、地球が丸いと感じる場所である。

ここの岬ではうれしい事があったので印象深く残っている。岬見学を終えてバイクのところへ戻ったとき、幼稚園児くらいの女の子を連れた老人（多分おじいちゃん）が私のところへ来て「この娘はバイクが好きでいろいろなバイクをよく眺めます。シートに座りたいといっているのでシートにまたがらせてくれませんか？」と言った。私は「どうぞ、どうぞ」といって跨いでもらったが、将来女性のライダー予備軍と思えてとても嬉しかったのが強く脳裏に残っている。

留萌（るもい）に黄金岬という岬がある。名前が印象的で憶えやすいのであるが、これは昔ニシン漁が盛んな頃にシーズンになると海の色がニシンで黄金色になったとの事から命名されたとのことである。この周辺はニシン御殿があちこちにあったそうである。ニシンの漁獲量が激減した理由は果たして何であろうか？自然の環境の変化か、または獲りすぎか。何事も「ほどほど」というのは難しいものだ。

岬には記念碑や人が近づくと歌が鳴り出す仕掛けのモニュメントもある。テントサイトもすぐ横にありライダーがよく利用する場所である。ここから日本海に沈む夕陽も絶景らしい。

尚、留萌から国道 332 号、オロロンラインを少し北上したところに道の駅「おびら鰊番屋」があり、ここには重要文化財の旧花田家の鰊番屋があっていつでも見学できる。また鰊御殿は今でも小樽で見ることが出来る。

このようにすばらしい“端”は沢山ある。今回は北海道だけであったが、まだまだ走り足らないところは全国いたる所にあり、ぼつぼつバイクに乗って訪ねて行こうと思っている。

空の星に名前がつくように

徳山　伊藤　直美

はじめに

それは、今年 7 月のことだった。

恩師である斎藤　厚先生から、以前発見したレジオネラの新菌種に名前がつけられたとの朗報が舞い込んだ。実に発見されてから 29 年の歳月がたっていた。私が長崎大学第二内科の呼吸器班で感染症をテーマに研究していた頃の上司が斎藤先生である。先生は米国 UCLA に留学して Finegold 教授のもとで、劇症肺炎を起こす新興感染症として話題になっていたレジオネラ症の研究に取り組まれ、帰国後日夜その研究に没頭されていた。私も感染症グループの一員として本症の研究に加わらせていただいていた。

当時を知る一人として、この素晴しい出来事を書き残したいと思いペンを執ることにした。

本邦ではじめてのレジオネラ症との出会い

1976 年、米国フィラデルフィアの在郷軍人会員（Legionnaire）の集会で集団発生した原因不明の新型肺炎は米国の総力を挙げての研究により、未知の細菌によるものであることが突き止められた。当初フィラデルフィア新型肺炎と呼ばれたが、後に在郷軍人にちなみ、レジオネラ肺炎と命名された。肺炎 221 人、死者 34 人という死亡率の高さからも劇症肺炎として世界の注目を集めた。

原因となった細菌は従来の培地では発育しなかったので、それまで発見されていなかったのだが、新しい培地が開発され、培地上にその姿を現した。この菌は属名 *Legionella* 、種名 *pneumophila* と名づけられた。

私と本症との出会いは以下の通りである。

1980 年 9 月の日曜日の朝、発熱と意識障害で入院して 5 日目の患者さんが死亡したので、その剖検があるとの知らせを受けた。私は呼吸器感染症の研究をするため、出先の病院から大学の研究室に戻ってきたところであった。日曜日の朝に、電話することにためらいを感じながら、斎藤先生のご自宅に電話した。先生はすぐ駆けつけてくださった。肺穿刺液、肺組織、胸水、及び心腔血を検体として採取し培養を行った。一部はモルモットの腹腔に接種し、後日その腹腔ぬぐい液をレジオネラ菌の選択培地である B-CYE 寒天培地に培養することとした。先生と二人でただ黙々と、その日一日がかりで検体の処理を行った。2 日後、B-CYE 寒天培地にレジオネラ菌特有の灰白色の集落の発育を認めた。この菌は種々の検査の結果 ***Legionella pneumophila*** と同定された。日本にもレジオネラ症が存在する。本邦第一例目の発見に医局内は大きな興奮に包まれた。

環境材料からのレジオネラ菌の分離

米国でのレジオネラ症発生事例は、在郷軍人の集会のあったホテルの冷却塔内の冷却水で増殖したレジオネラ菌がエアゾルとともに飛散し、これがホテルの換気口から入って室内に拡散し、多くの人に肺炎を起こさせたものであった。このことを踏まえ、私たちも長崎大学病院屋上にある冷却塔の水から本菌の分離を試み、日本国内の冷却塔内にも同じ菌が存在することを証明した。そこで日本国内の環境にも広くこの菌が生息していることを確認しようというプロジェクトが立ち上げられた。幸運にも私がその担当者としてこの仕事に携わることとなった。

各方面に働きかけて北は北海道から南は沖縄まで、日本各地のビルや病院の冷却塔の水や井戸水などを送って頂いた。その結果、おびただしい数のプラスチックボトル入りの水が長崎北郵便局に集まった。ボトルの中蓋が完全に閉まってないものもいくつかあり、水が漏れて他の郵便物がびしょ濡れとなる事態が発生した。おかげで先生は郵便

局長から「この水はいったい何ですか？」と厳しい言葉を頂くこととなり、その対応に大変苦労されていた。私は毎日まさに寝食を忘れて、山積みとなった水からのレジオネラ菌の検出に没頭した。1980 年から 1982 年にかけての仕事だった。

研究成果の一部は私が原著として報告した。「わが国全土における *Legionella* の分布調査および検出菌の病原性に関する研究。感染症誌 57:682-694,1983」は私の学位論文となった。

検出されたレジオネラ菌は殆んどが *L.pneumophila* であったが、基準菌株とやや異なった性状の菌株は LLO(*Legionella* like organism) として 20 株以上を CDC(米国疾病対策センター) に送って同定を依頼した。世界中から依頼が殺到していたらしく、なかなか返事は貰えなかった。1987 年、先生が琉球大学第一内科に教授として赴任されて数ヵ月後、長崎を経由して CDC から一部の菌株の結果が沖縄の先生のもとに送られてきた。その中の 2 株については、新菌種として名前をつけてほしいとのことだった。レジオネラは細菌の分類学上、レジオネラ科、レジオネラ属に分類される。新種名には発見者の名前がつく場合が多いが、検出された地名をつける場合もあった。例えば、菌が発見された土地がパリなら *L.parisiensis* 、イスラエルなら *L.israelensis* という具合である。先生は長崎成人病センターの井戸水から分離された一株に対して長崎に因んで *L.nagasakiensis* と名づけられ、もう一株の菌株の命名は米国 CDC の研究者に譲られた。E メールもなく、電話もなかなか通じない時代であった。航空便で送られたが、受取人不明で戻ってきてしまった。再度航空便で送られたが、既に 2 ヶ月過ぎていた。その後音信は途絶えた。

まぼろしの *Legionella nagasakiensis* の復活

L.nagasakiensis は陽の目を見ないまま時は流れた。

2011 年 3 月「まぼろしの？新菌種名 *Legionella nagasakiensis*」という研究秘話の原稿を先生が雑誌社に送付された数日後、CDC から突然の E メールが先生のもとに届いた。日本で分離されて CDC に保存されていた *Legionella nagasakiensis* と同じ菌がオーストラリアの水と米国の肺炎患者から分離され、新に新菌種名として命名したいという論文の共同執筆者として、投稿論文の校正をお願いしたいというものであった。さすがは米国の研究者、さすがは CDC 、研究者としての態度もさることながらよく先生のメールアドレスを突き止めたものである。こうして 1982 年に私たちが長崎で分離した新菌種、*L.nagasakiensis* は 29 年の眠りを経て復活を果たすこととなった。

おわりに

物の名前って大事だと思う。例えば竹の名前でいえば、山でよく見かける孟宗竹、長崎の史跡料亭「花月」の日本で最初の洋間とされる「春雨の間」から眺める庭にある大名竹、我が家の庭にある布袋竹などいろいろあるが、名前を聞くと謂れを知りたくなる。新しい星が発見されると名前が付く。それと同じように新菌種に公的な名前が付いた。

夜空を見上げながら私は思う。長崎の名前のついた *L.nagasakiensis* がこれから先分離される時、長崎の地でレジオネラの研究に打ち込んだ人間がいたことに思いを馳せる人がいるかもしれない。また、居て欲しいと思う。

今回の出来事は斎藤　厚先生の指導の下、レジオネラをひたすら追いかけ、研究に明け暮れた私たちへのご褒美のような気がしてならない。汗にまみれて、大学の実験室で過ごしたあの頃を懐かしくまた誇らしく思い出す。

いとう内科呼吸器科　伊藤直美

(2011 年 11 月 17 日記す)

補記

この菌にはこれまでいくつかの名前がついていた。CDC が私たちの研究室から受け取ったときの保存菌株名は CDC-1796-JAP-E 、今回新菌種となって米国の ATCC（American Type Culture Collection）に永久保存される基準菌株としての名前は ATCC BAA-1557 、そして私たちが長崎でつけた菌株番号名は 82-059 であった。この番号名は私が調べた生物学的性状の検査結果と共に今でも私の実験ノートに記載されている。はじめに述べたわが国での最初の症例から私たちが分離した菌株名は 1980 年に分離された 80-045 である。わが国の多くのレジオネラ研究者はこの菌株を持っている。80-045 は CDC にも送られているので、CDC の保存番号名もあると思うが、私は知らない。1982 年に私たちが分離した 82-059 がアメリカで実に 29 年の眠りを経て、今世界的に公的な名前がつけられたわけである。

アインシュタインの足跡にふれて

下松　岩本　功

1922(大正 11) 年 12 月 29 日の門司港から出航した「榛名丸」船上の寒風の中で、いつまでも帽子とハンカチを振り続ける夫妻の姿があり、岸壁では沢山の見送る人々が夫妻の姿が見えなくなるまで手を振り続けました。これは 43 日間の日本滞在を終えたアインシュタイン夫妻のパレスチナへの旅立ちの様子です。門司港レトロには旧門司三井倶楽部が移築・復元され、夫妻が日本滞在中に一番長く宿泊したという部屋が、「アインシュタイン・メモリアルルーム」として観光スポットとなっています。

アインシュタインと言えば「相対性理論」、「相対性理論」と言えばアインシュタインとまでは答えられますが、この天才が考えた数々の理論については、とても難解で敬遠していましたが、2 年前からスイスのチューリッヒ大学病院で研究留学を始めた我が次男を訪ねた折に、アインシュタインの足跡にふれる機会があり、アルベルト・アインシュタインという人間に興味を持つようになりました。

1900 年にチューリッヒ工科大学を卒業したドイツ人アインシュタインは、ヒットラーの軍国・民族主義を嫌い、翌年にはスイス国籍を取得しています。1903 年からの 5 年間はスイス首都ベルンの特許庁に勤め、通勤途中にある 1530 年から時を刻んでいる時計塔の針の動きを見て、もし自分の乗るバスが光速で移動したら針は止まったように見えるのではないかとの着想から「特殊相対性理論」が生まれたとあります。1905 年には次々と論文を書き上げ、「奇跡の一年」と言われ、天才ぶりが発揮され始め、1907 年にはエネルギー (E) と質量 (m) を換算する式　$E=mc^2$(c は光速) に行きあたり、これが後に原子爆弾開発の元となったと言われています。

ベルンにはまだ無名時代のアインシュタインが親子 3 人で住んでいたアパート部屋が保存され、「アインシュタイン・ハウス」として時計塔と共に有名な観光スポットとなっています。世界遺産にも登録されているベルン旧市街のアーケード街に面した入口から狭い階段を上がると「光量

ベルン・時計塔
毎時 4 分前から右下のからくり人形が動き始める

←アインシュタイン・ハウス
旧市街のアーケード街に面す

→愛用の机
ここから相対性理論が生まれた

子仮説」、「ブラウン運動理論」そして「特殊相対性理論」と次々に偉大な論文を書き上げたという、2 部屋しかない、狭くて小さな部屋で天才は無限に広がる理論を思考したのです。

1912 年には母校、チューリッヒ工科大学で 1 年間ばかり教授を務めています。この大学は卒業生や教官の中からアインシュタインとレントゲンを初めとするノーベル賞受賞者を 21 名輩出しており、2011 年の英教育専門誌「タイムズ・ハイヤーエジュケーション」によりますと 15 位にランクされ、アジアでトップの東大は 30 位です。工科大学は見晴らしの良い高台にあり、トラム (路面電車) 道を挟んで反対側にあるのがチューリッヒ大学病院です。この両者は病気の診断・治療開発の分野において密接な関係にあり、世界をリードしています。毎日、工科大学を見ながら研究室に通う我が次男には大いに刺激になっていることでしょう。

1922 年には大の親日家アインシュタインに念願の訪日が実現し、その船中でノーベル賞受賞の報に接したと報道されました。日本各地で 10 回に及ぶ講演をしながら人々と触れ合い、日本の最後を過ごし、名残を惜しんだ門司三井倶楽部と門司港には大きな足跡が残りました。当時の門司は文化水準が高い、モダンな町であっただろうと門司港レトロの街並みを散策すると伺い知ることが出来ます。

2 回目のスイス訪問の余韻の残っていた 2011 年 10 月に「門司港レトロ大正浪漫 100 年祭事業」と名付けられた「アインシュタイン LOVE」に行ってみました。これまで何気なく見学していた「アインシュタインメモリアルルーム」に入るのに何故か、今回は緊張しました。

そこにはベルンのアインシュタインハウスで感じた天才の醸し出す雰囲気が同じように漂っており、行き交う見学者の声も消えてしまうような不思議な空間でした。アインシュタインが 26 歳の時に論文を書き上げたベルンの狭いアパート部屋と 43 歳の時に訪日で宿泊した門司の社交クラブのモダンで広いゲストルームが、時空を超えて同じように見えたのです。この次は、ベルンのア

インシュタインルームで何も分からずに、はしゃいでいた孫たちが帰国したら、このメモリアルルームへ一緒に行きたいものです。

アインシュタインの足跡といえば、1935 年にアメリカ永住権と国籍を取得し、母国ドイツへ対抗して新型爆弾の理論を提唱したために広島・長崎への原爆投下につながったとされていますが、実際は製造にはかかわっておらず、戦後の平和主義者としてのアインシュタインの功績には学ぶものが沢山あります。

よくアインシュタインの脳は普通人と何が違っていたのと話題になります。1999 年の「ランセット」には脳重量は 1,230 g と男性平均の 1,400 g よりも小さいが、頭頂葉下部が拡大していたとか、神経細胞に対するグリア細胞の比率が高かったために、より高度の思考やより速い情報伝達にすぐれていたと発表されました。このグリア細胞比率が天才と普通人の差だった訳です。

アインシュタインからのメッセージの中に「人間の本当の価値はね、自分からどれぐらい解放されるかによって決まるんだよ」があり、ブッダも「ありもしない自分を中心に世界をとらえるのは愚かのきわみだ」と説いています。

新年を迎え、更に残り少なくなった人生を「自分中心」にならないように努力しようと思います。

チューリッヒ市内 (工科大広場より望む)
色とりどりの 9 ～ 13 世紀の教会尖塔が点在する

チューリッヒ工科大学 (大学病院より望む)

旧門司三井倶楽部
1990 年に門司区谷町より移築・復元

チューリッヒ大学病院

「アインシュタイン LOVE」

今年の種

岩国市　沖井　洋一

また新しい年が来た。子供の頃から、新年元旦というのは希望の塊であった。

戦争中だった幼い頃、神社に初詣をしても「日本が戦争に勝ちますように」。戦後の少年時代は「今年の稲が豊年満作でありますように」と、本気で祈願をした。いつも、大きな期待とホンの少しの不安を持って。しかし、戦争には敗れ、ひもじい食糧難は続いた。

少し大きくなってからは「志望校に合格しますように」。

それでも願いははかなくも、第一志望校には断られて浪人生活となった。

浪人中は同じ下宿の大学生に頼まれて、彼が不得手とする英語の試験を代わりに受けた。今だと問題になることであるが、まだノンビリとした時代であった。

その後、大きな期待を持って「すばらしい初恋に出会いますように」。何回か新年を迎え、何回か初詣で祈願したが初恋はやって来ず、友人のラブレターを、無責任に代筆したこともあった。

それでも毎年、初詣に行くと沢山の事を祈願する。しかし、年末になると大きな期待は泡のように消えて、小さな不安だけが実現して、不安の雪ダルマは年ごとにだんだん大きくなってしまっていた。

最近は初詣しても小さな期待と大きな不安を持って祈願している。

神社の社頭で賽銭を投げて、手を合わせて祈ることは「私がボケませんように」「転んで大腿骨頸部骨折をしませんように」「誤嚥して肺炎になりませんように」医者のくせにそれくらいしか祈るネタが無い。帰りかけて思い出し、あわてて回れ右をしてまた賽銭を投げる「妻子孫親戚が元気で過ごせますように」「天下世界が泰平でありますように」。

子供の頃は初詣には、下着まで真新しい物にして行った。今でも出来るだけスッキリした服装で参拝している。しかし、周りを見ると初詣客の中には、パジャマを着てサンダルを履いて来ている男がいる。せめてこざっぱりとした服装で来て欲しいものだと家内に話すと、

「あれは新しいトレーナを着て、スニーカーを履いているのヨ」

と言われた。ファッションセンスも我々とは大分違うようである。

子供の頃のある年、なぜかお年玉で朝顔の種を買って帰った。

梅雨前に垣根沿いに植えておくと、夏休みには見事な花が咲いた。それから毎年、その朝顔は自分で勝手に種を落として、勝手に育って、勝手に花を咲かせた。しかし、朝顔はだんだん野生に戻ってしまうのか毎年、色が薄くなって、そのうち白い花ばかりが咲くようになってしまった。

人間も動植物も、人工の手が加わったものは人工の手が途絶えると、野生に戻りたがるものである。過ってある生物学者が鼠の尻尾を百世代にわたって切断し続けてみたが、それでも尻尾の短い鼠は生まれてこなかったという話を聞いたことがある。

私は大人になってから、毎年新しい朝顔の種を買ってきて植えることにした。

毎年きれいな大きな朝顔の花が咲いたが、年老いた母は私の栽培技術によるものだと考えて、

きれいな花が咲くのに感心していた。母は来年のためにと、きれいな花が造った種を大事に紙に包んで、「今年の種」と書いて自分の抽斗にしまっていた。

母が亡くなってから母の抽斗を整理していると朝顔の種の紙包みがいくつも出てきた。

紙包みには、どれにも「今年の種」と書いてあった。しかし包み紙を詳しく見ると、ある包みは昨年の「今年の種」であり、次の包みは一昨年の「今年の種」であり、次は一昨昨年の「今年の種」、さらに一昨昨昨年、一昨昨昨昨年の「今年の種」であった。

母にしてみれば、毎年その時に採れた種を包み、昨年の種と間違えないように「今年の種」と書いていた。しかし、毎年除夜の鐘が鳴ると「今年の種」は去年の種になってしまったのである。

私も毎年の暮れに「今年の反省」をするが、いつも昨年の「今年の反省」と同じで、さらに一昨年、一昨昨年も同じような「今年の反省」をしている。

今年の末には、新しい「今年の成功と喜び」をみたいものである。

あなたには黙秘権がない

玖珂郡　八木　謙

You have the right to remain silent.（あなたには黙秘権がある）

「あなたには黙秘権がある。あなたの供述は、法廷であなたに不利な証拠として採用されることがありうる」これはアメリカの刑事ドラマや映画で犯人逮捕のときに読み上げるおなじみの文章である。アリゾナ州ミランダ事件以降確立されたものとなった。この権利を読み上げないで得た供述は裁判では証拠として採用されない。また違法な捜査によって得た資料も証拠として採用されない。誘拐・婦女暴行で捕まったミランダはこの権利を知らされなかったまま供述させられたとして無罪となった。そこまで徹底しなければ国民の権利は守れないというのだろう。

今回、医療事故調査に関する検討委員会が日医原中勝征会長に提出した「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」に対する答申を見て思うのである。ここにはこう記載されている「①医師の職業規範・自己規律とその社会的責務において事故の原因を究明し再発を防止する制度を自立的に構築・運営する。②医療事故は刑事司法の問題としない。③調査結果は公表するが警察には通報しない」このように書かれている。しかしそうは言っても、“医療事故は刑事司法の問題としない”とは事故調査委員会が自分でそう主張しているだけであって、警察が刑事司法の問題にするか否かは警察が決めることである。また“世間には公表するが警察には言わない”と言っても警察が知るのは時間の問題であろう。つまり事故調査委員会が調べた事は裁判で証拠として採用される事は疑いようもない。

この法案が通れば事故調査委員会の実質的な強制調査の前に医師は自白を迫られることになる。

このことはすでに産婦人科境域で立証済みである。産科医療補償制度において分娩障害児と認定されたものには患者側に補償金 3,000 万円が支払われるが、その場合事故調査委員会の調査を拒否した医療機関はこの制度から外されることになっ

ている。患者に補償金は支払われない。これでは医師が自主的に告白しているという体裁を取らせつつその実は自白を強制されているのと同じ事だ。

先日その機関からの調査結果が発表された。調査した分娩事故症例 15 例のうち 9 例に不適切な医療行為があったとする結果だった。後から調べれば何かの不備は出て来るだろう。これはただ揚げ足を取っているに過ぎない。補償対象となっている症例はすでに 178 件に達している。全てを調査するとこの割合からいけば 100 件以上の不適切事例が出て来るであろう。心配なのはこれを見た医療事故訴訟専門の弁護士が勝算のありそうな症例を選んで訴訟を誘発して来るのではないかという事である。また死亡については、分娩による妊婦死亡も医会本部に届け、そこからの調査を受ける事となった。その研究班の調査結果も先日発表された。昨年 1 年間に全国で出産時の大量出血で死亡した妊産婦は 16 人おり、うち 10 人は処置が適切だったならば救命できた可能性が高いと結論した。医師に過失ありと言っているのは明白である。片手落ちと感じるのは医師の反論の場が設けられてない事である。

問題なのはこのような供述が強制力を持って行われていいかという事なのだ。真実の追求が必要なのは明らかである。しかし患者の権利を守るというきれい事をもって医師の基本的人権を奪っていいものだろうか。

明治憲法下では犯罪者が白状するのは当然の義務であり、この義務を冒し白を切るのも犯罪と認識された。江戸時代もしかり。よって自白の為の拷問も取り調べる側には当然であった。しかし現憲法下ではその 38 条に“何人も、自己に不利益な供述を強制されない”とあり、どんな極悪人であろうと彼の基本的人権は保障されている。

今度の医療事故調査に関する検討委員会はこの産婦人科領域で起きた間違いを踏襲しようとしている。これは憲法違反なのだ。間違いを繰り返してはならない。

患者に訴権があるのは当然である。この権利を奪ってはならない。しかしその権利の施行の為に医師の自白を強要するという手段を用いてはならないと言っているのだ。カルテ押収等の法的手段は残されているのだから。

真実の追究は大切である。しかし真にそれを行う為には当事者医師の心の中まで踏み込まなければ真の回答は得られないであろう。それには飛行機事故調査と同様に当事者医師の法的責任を免徐の上、調査に協力させなくてはならない。

そのような法的処置を講ずるか、あるいはその証言に証拠能力を消失させる法的処置を行う。つまり裁判で使えないようにするか。1 つの方法はこれを憲法 38 条違反であると前面に提示することである。調査団は違法である事を承知の上で強制的聞き取りを行う。こうして得られた情報は医学的資料としては有用であるが、法廷での証拠能力を持たない。ミランダ権利を逆手に利用するのである。問題は違法行為をする調査団が罪を着せられることになるのではないかという事であるが、この調査団の違法行為は罪を問わないという法を作ってしまえばいいのである。

これらは法を書き換えるという事だが、法を書き換えなくても現行法のままでも出来る方法もある。それはこの調査委員会の各委員会のトップに弁護士を置く。その弁護士と調査を受ける医師がクライアント契約を結ぶ。弁護士の守秘義務は刑法に定められているものであるから機密性は担保できる。調査委員は得られた資料の中から学問的に有用なソースを持ち出して行けばいいのである。全体像は公にしない。

私の貧弱な頭からもこの真実を得かつ医師を訴追しないという方法はいくつか見つかる。医療事故調査委員会も頭を絞り、いい方法を模索して欲しい。

それを作り上げた後、医療事故調査委員会は聞き取りを始める前に医師にこう告げるのだ。これは日本版ミランダ警告と言える。

「あなたには黙秘権がない。ただしあなたがこれから述べる事は法廷では採用されない」

初めての・・・
～下関海響マラソン 2011 ～

下関市　清水　徳雄

2011 年春までに 6 回フルマラソンを走った私。4 時間 02 分台の初マラソンから走るごとに記録を短縮し、3 時間 19 分台の持ちタイムで臨んだ今回通算 7 度目のフルマラソンの海響マラソン 2011 。果たして結果や如何に！？

今年は春のマラソンシーズン終了後も月間 250 ～ 300km の走り込みを続けた。普通マラソンランナーは夏場はシーズンオフとして、スピード練習や野山を駆けるトレイルランなどに取り組む事が多いようだが、私はフルマラソン用の練習を継続した。夏場は暑くて走るのも大変。昼間は無理なので、夕方から夜にかけて走る事になる。日が長いので仕事の後 7 時ぐらいから走ってもまだ明るさが残っているが、気温は 30 度近くある日が多く、すぐに汗だくで体力消耗。スピードも上がらず、ちょっと欲求不満気味 (^^;)

今回も本番前の調整レースとして、昨年と同じ 9 月上旬と 10 月中旬の 2 回ハーフマラソンを走った。いずれも去年よりタイムが 6 ～ 7 分速かったが、思ったほど記録短縮できなかった。昨年ハーフ 1 時間 39 分台→海響フル 3 時間 36 分台だったが、今年の海響の目標は 3 時間 15 分。フルで 21 分縮めるためには単純計算でハーフ 10 分程度短縮が必要のはず。夏場の走り込みでついた自信もあるものの、記録面での若干の不安を抱えて海響マラソンへ挑む事になった。

2011 年 11 月 6 日、日曜日。海響マラソンには今年も去年同様「チームしみず」としてのレース参加。同じオレンジの T シャツのメンバーが総勢約 20 人。一人じゃなく仲間がいるというのは精神的支えとなっていいものだ。

今年はエントリー時の申請予想タイムを見栄張って 3 時間 10 分にしていたので、申告タイム順のナンバーカード(昔はゼッケンと言っていた。私もゼッケンの方がピンとくるが、最近は正式にはナンバーカードと言うようになったようだ）が 1465 番で 6 つに仕切られたスタートブロックの最前ブロック A からのスタートであった。そのためスタート時のタイムロスもほとんどなく、順調なスタートが切れた (^^)

ちょっと話が戻るが、今年の大会では「初めて」が幾つかあった。まず最初の初めては「当日の雨」。あいにくこの日は朝から雨が降り続いていた。やはりランナーにとって雨は嫌なもの。当然湿度も高くなり汗が乾きにくく、気化熱による体温低下の機能があまり働かない。まあ天候は自力ではどうする事も出来ないのでしょうがない。日ごろの行いが悪かったかな (^^;)　スタートブロックには 15 分前までには並ばないといけないので、走る前から雨で体が冷えるのを防ぐため、私製ビニール合羽（透明のビニール袋に穴を開けただけのものだが)を着用。そのままスタートし、しばらくは着たまま走り続けた（写真 1 ）4 年前まで勤務していた関門医療センター前（約 7.8km 地点）は、例年ならスタッフが手を振って応援してくれるのだが、今年は・・・あれれ？声援がないよ (;_;)　そうか、サングラスをしてたので、素顔が見えてないではないか！　これではしょうがないか・・・まま、気を取り直して走っているとやがて雨も小ぶりになってきた。ちょうどその頃、ビニールの中に熱がこもって蒸してきた。給水所でビニールを破り捨てたが、汗で T シャツは濡れまくっており、ビニールの効果がどの程度あったのかはやや疑問であった (^^;)

写真 1

さて、走りの方は最初の 5km のラップが 24 分 11 秒とスタート後の混雑の影響をほとんど受けずにいい感じ。今回は時計はあまり見ずに「自分が楽に走れるペース」を意識して前半を走ったが、次の 5km が 24 分 08 秒、その次が 24 分 07 秒と自分でもびっくりするぐらいのイーブンペース。1km 当たりの誤差は 0.8 秒以内とコンピューター並みの正確さ。一定の体感疲労度（キツさ加減？）で走って一定のペースを保てているというのはある意味理想的。これも普段の練習の賜物かと、レース中内心ニンマリ (^n^)

今回はタイムの目標の他にもう一つ狙っていたのが、毎年メイド姿のコスプレで走る女性に勝つ事。彼女は下関在住で私より数歳年上。昨年は山口県女性ランナートップの成績で実力もある。スタート後 2km ぐらいで追い越されたが、自分は焦らずペースを保った。しかし 15km 地点の折り返しでは彼女との差は約 2 分。結構差が付いたが、まだまだ諦めずに中盤以降逆転のチャンスをうかがう事にしよう。

しかし 15km 地点で、このままのペースだと自己記録更新に届かないと判断し、若干ペースアップ。19km 地点の自身のクリニック前で昨年同様義父から自家製スペシャルドリンクを手渡してもらい快走！ (^^)　15-20km のラップが 23 分台。中間点を約 1 時間 42 分で通過。ちょっと目標の 3 時間 15 分へは、後半かなりのペースアップが必要で暗雲が漂う。まだ諦めはしなかったが、最悪自己記録（3 時間 19 分台）の更新へ下方修正しかけている自分がいた (^^;)　後半の最初の難所彦島大橋を今年も駆け上がる。ここはまだ余裕あり、カメラ目線もしっかりキープ（写真 2）

写真 2

さて、2 つ目の「初めて」はわが愚妻が今回初めてのフルマラソン出走。普段は週に 1 回ラン友と 10km 程度をゆっくり走っていた。本人いわく「5km だと短いのでフルにエントリーしたけど、ハーフの距離まで走って後はリタイアする予定。」とのこと。月間 50 ～ 70km 程度の走行距離で走れるほどフルは甘くない。3 週前のハーフを強引に走らせてみたが、2 時間 18 分台で何とかフィニッシュ。練習でも 15km 走ったのが最高で、半ばぶっつけ本番状態。スタートからキロ 7 分ペースで走り続けたようで、目標にしていた 25km 地点を 3 時間かけて通過。4 時間経った頃、もうリタイアしてゴール地点の会場に帰ってくる頃だろうと思いながら携帯に連絡してみると、まだ走っているとの返事。どうやら、走り続けるラン友に刺激されて自分も完走目指しているとのこと。しかし、歩きも入ってキロ 10 分ペースまで落ちているよう（写真 3）で、制限時間の 6 時間でフィニッシュできるか微妙。その後も定期的に連絡してみるが、本人は頭も朦朧としてきたのか、「今どこを走っているかわからない」状態に。こりゃ何か起こったら一大事と、既に走り終えていた私は急きょタクシーでクリニック前の 39km 地点へ。待つ事数分で来た来た、「チームしみず」の T シャツを着たヨロヨロのランナーが！　もはや後続に追い抜かれ続ける、何かにとりつかれたように歩くゾンビだった (^_^;)　道端を並走し声援を送るが、後遺症が残らないか心配なぐらいだった。結局、5 時間 50 分でフィニッシュしてしまった。我が家の今年の最大のニュースは彼女の完走（完歩？）で、私は今年に限っては全く影が薄くなってしまった (^^;)

写真 3

さて私の方に話を戻すが、後半に入ってもペースはなかなか上がらず、29km の人工島の折り返しポイントへ。ここでまた前方を走るランナーとすれ違うのであるが、下関の某病院の先生が 10 分ぐらい前を走っていた。今年も速いなあ･･･(*o*)

勝手にライバル視していたメイドさんとの差はさらに広がり、700 m ぐらいだった。ちょっと逆転は苦しいかな・・・(>_<)

30km までは意識的にトップギアには入れなかったが、32km 地点でリミッター解除！ぶっ飛ばすぞ！！・・・と思ったのだが、ここでもなかなかペースは上げられず。30-35km のラップが 25 分近くかかり、この時点でショックでうつろになりかけた頭で計算してみると、どう頑張っても目標タイムはおろか自己記録の更新もほぼ不可能と判明 (;o;)

目的を失ったが、本能的に残っている力を出し切ろうと 35km 以降もガムシャラに走った。足は固まりかけていたが、根性根性ど根性で下り坂なんかはスピード緩めず爆走！で過去 2 年最悪ラップだった 35-40km が今年は 23 分 41 秒と何と最速！　もう前をいく人を一人でも多く抜くことだけを考えゴールを目指す 43 歳おっちゃんがそこにいた。

ゴール地点の海響メッセが間近に迫った。あと 300 m ぐらいでこの苦しさからも解放されるんだ・・・。と、その時視野に入ってきたものがもう一つ、メイドだ！　もうとっくにフィニッシュしていたと思ったメイドさんがまさにすぐ目の前を走っているではないか。これは元気 100 倍！　高橋尚子ばりにサングラスを取った訳ではないが、何か気合を入れなおす仕草が必要だなと、キャップを逆さにかぶり直すと同時にわずかに残るエネルギーを全開にして Go ！（写真 4）メイドさんを一気に抜き去りそのままフィニッシュ。

写真 4

タイムは、3 時間 23 分 31 秒。

最後の「初めて」はこれ。過去 6 回走るたびに自己記録更新してきたフルマラソンで初めて前回の記録を下回ってしまった (;_;)　走り続けるモチベーションをこれで保ってきたとも言えるぐらい記録にはこだわりがあっただけに・・・かなりショック。しかも今回は 1km あたり 4 分 44 秒～57 秒と最初から最後までほぼイーブンペースで走っており、むしろ成功レースのはずなのに。

今回を振り返ってみると、夏場の練習方法に難があったのかもしれない。暑さでペースが上がらないのに距離走中心に走ったが、トレーニングの強度が足りなかったのかもしれない。夏には夏のトレーニング方法を考える必要がありそうだ。

しかし能力的にこの辺が限界なんだとは思いたくないが・・・　もう走るの止めようかな・・・・・・とは言わない (^_^;)　今シーズンは県内 3 大会（12 月防府読売マラソン、3 月くすのきカントリーマラソン）を走る予定で、公認大会の防府で必ず自己新を出してやるぞと固く心に誓ったのであった。

＜フルマラソンの記録＞

2009.11　4 時間 02 分　下関
2010.01　3 時間 54 分　指宿
2010.03　3 時間 50 分　くすのき
2010.11　3 時間 36 分　下関
2010.12　3 時間 28 分　加古川
2011.03　3 時間 19 分　くすのき
2011.11　3 時間 23 分　下関
2011.12　（防府読売マラソン：エントリー済）
2012.03　（くすのきカントリーマラソン：出走予定）

王者の貫録

徳山　木山　真紀子

山口国体、次回の開催はおそらく 48 年後、私は生きているような気もしたが貴重な体験となるだろう今回の大会を楽しみにしていた。トラック競技各種はもちろんのこと、せっかくの機会にあまり観たことのない競技もいいなあと、開期前に行われる新体操に興味を引かれた。採点の基準も全く知らない私、もちろん観るのも初めてだ。

新体操は、道具（ループ、棍棒、ボール、リボン…）のいずれかを用いながら正方形の床の上で表現力や技を競うもので、競技時間は 1 分 30 秒のようだった。会場に入ると音楽にあわせ演技している選手がみえた。私は審査員のつもりで自分なりに採点しながら観戦した。審査員の評価と似た傾向にあると、やっぱり…と自分の判断基準というか審美眼を確認しては楽しんだ。細かい違いまでは分からなかったが…。

そんな中、衣装代をかけているなあと一目でわかるほど立派なコスチュームを身に付けた選手が姿勢・視線からして何かが違う圧倒的な存在感で入場してきた。場内もなぜか緊張感を漂わせていた。演技が始まると人々を別世界に連れて行った。音楽と動作のタイミングが素晴らしく、おそらく難しいであろう技を次々と決め続けた。競技時計は 1 分 25 秒を経過、あと 5 秒程度で終わりだ。このまま大きなミスがなければ高得点が出るなあと私が思っていたその時、空中と床を広く使った難易度の高そうな大技に挑んだ。そして彼女は完璧に決め 1 分 30 秒で演技を終えたのだった。「オ～」というどよめきと拍手喝さいが湧きあがった。場内は私と同様に専門家でない観客が多数と思われたが、誰もが彼女はすごい、と分かった。間もなくランク違いの高得点が出た。圧倒的貫禄とは逆に演技自体はさながら宙を舞う蝶のようだった。

蝶と言えば、80 年の沈黙を破り「幻の蝶」とよばれた蝶がブータン王国で発見された。その名は「ブータンシボリアゲハ」。羽に鮮やかな深紅の模様と 3 つの尾をもつのが特長だ。これを観た調査隊の感想は、「赤い紋が青空に透けて見え優雅で気品にあふれていた」と述べていた。私は随分前からこの国に興味を持ち、いつか訪れたいと考えていたせいもあるが、最近のブータン王国が世界に発信する話題に興味津々だった。今、ブータンが熱い…。先日の国王の日本訪問やご結婚も…。華美なことは嫌うとのことで地味な結婚式だったそうだが、国中が祝福した。それほど国王は国民から尊敬されている人らしい。小さく利用しづらい国土の問題にも取り組まなくてはならないだろうが、国民の幸福度に視点をおく新しい概念・国民総幸福量 (GNH) を提唱、むやみに GNP ばかりを追い求めない概念を世界に掲げた。大国インドと中国の狭間に位置しながら国を守るのは大変だろうが、自国の伝統を大切にしてきた国だ。人口は 70 万と少ないものの存在感は大きい。約 25 年前から日本とは国交があり親日国でもある。先日の東日本大震災の翌日には、国をあげて追悼式を取り行ってくれたほどだ。

ところで、ある日の新聞の記事に東日本大震災で被害を受けた子供たちに世界の子供たちからメッセージが届けられた、とあった。子供は資金や物資を持っていないが、支えたい気持ちを届けてくれたのだ。その思いは、大学生の翻訳ボラン

ティアなどが引き継ぎ、それぞれの国の言葉から日本語に訳されたそうだ。その一つに印象に残るものがあった。それは「全てを失っても未来は残る」だった。調べてみるとクリスチャン . N . ボヴィーというアメリカ人が残した言葉だった。この言葉を送ってきた子供は、知っていたのだろうか？それとも自分の心から自然にわき出た言葉だったのだろうか。物資にありふれた生活を送っている日本人からは例え博識豊かな人間であろうとも同様の経験をしていない限りは瞬時に出てこない言葉だ、と私は感じた。こんな言葉を子供がさらっと送ってくるとは…。送り元はブータン王国とあった。国を挙げての追悼式も素晴らしいが、こんな小さなメッセージに投影されているキラキラと光り輝く何かを私は感じた。

人は微妙な違いは分からなくとも、完全に超越したものは分かるものだ。では、圧倒的な何かを感じるに至る要素は何だろうか？身につけている衣装や豪華絢爛な品々からなのか、体格の良さか、特別なものだと信じ込む側が作りだしてしまう緊張感がこれを助長して形作られるものか…

王とは一国の君主、または分かりやすく存在する何かの頂点に立った者だけに与えられる称号とは限らない。すがすがしい人格や圧倒的なる実力や中身の違いを持ち続け、いざという時に惜しむことなく発揮してくる人のことだと私はイメージしている。また、王の品格を持つ者は様々な姿をしている。時には可憐であったり、質素な出で立ちであったり、または小さき者の姿をしているかもしれない。そして予告もなく突然現れてくることもある。しかし、一旦私の前に現れたならば私はそれを見逃さないだろう。どんな姿をしていようとも、彼らの持ちものがさりげなく、いや堂々と表現された時、私の心にもたらされたしびれるほどの感動に畏敬の念を払わずにはいられないからだ。

真の王は何かを無難に終えたりはしない。守りに入らず最後まで飽くなき挑戦をするものだ。そして、また別の役割を持つ王は心を穏やかに豊かにしてくれ、静かに未来に目を向けさせてくれる。私はこの秋、実に様々な王者の貫録に触れたような気がした。王様に会えることの一番の収穫は、私も自分のフィールドで頑張らねば、と奮起させてくれるとともに、己の小ささと謙虚でいることの大切さに気付かせてくれることだろうか…

私の心の中には王様を座らせるための玉座がある。これは、私が王とみとめた人を通りすがりの人にしてしまわぬよう、長く心にとどめるためのものだ。そして私が決して裸の王様にならないように、今日も静かに見守ってくれている…

石見銀山今昔物語

宇部市　三好　敏之

今は昔、インカでは「金を太陽の涙」と尊び、「銀を月の涙」と崇めていましたが、黄金ゆえに世界的な規模でどれだけ多くの侵略や戦争が繰り返されたことだろうか。銀についても身近な我が国で、激しい争奪戦があったことを知りました。

古事記と日本書紀との食い違いから、邪馬台国論議が決着しないまま、神武東征など 4 世紀までの空白は埋め切れておらず、「古事記・日本書紀が描く歴史」8 ページ『神々の物語』は 4 世紀半ばの出雲平定について、日本書紀での大国主命神話以前を『神代上』大国主命の国譲り以後を『神代下』とされ、天照大神が「天の岩戸事件」など、乱暴狼藉で手を焼く弟の素戔嗚尊を、高天原から出雲の国に追放されたと書かれているが、4 世紀吉備の王国を制覇した大和朝廷が、吉備の首長と組んで出雲を征服したという説もあって「卑弥呼支配と大和朝廷」97 ページ『徹底解析日本神話の名場面 8』の 176 ページ『神格化された剣』では、剣の神である武甕槌神の談判に、大国主命が屈して大和朝廷の支配下に入ったと述べられ、これを一般的には「国譲り」と言っています。

ともかく高天原時代に先立つ 200 年も前に、大国主命信仰を核にした出雲の国が存在していたことが推察されますし「古事記、日本書紀が描く歴史」19 ページ『広矛献上の意味』の冒頭、当時高さが 48m で、日本最大の壮大な出雲大社に象徴される出雲文化が栄えていたし、今も神社信仰の中心として、毎年旧暦 10 月全国から神々が集まり「神有月」の行事が営まれています。

とかく冬の曇り空で陰鬱な「山陰ムード」とは大違いで、大昔は山陰が山陽よりも隠然たる光を放っていたことは確かだったように思われます。

今でも「因幡の白兎」「八岐の大蛇」の神話を知らない人はいないし、素戔嗚尊が退治した大蛇の尻尾から出てきた「草薙の剣』は、三種の神器の一つとして、皇室に受け継がれております。

一方出雲地区と負けず劣らず、裏日本で輝いたのが石見銀山であります。マルコポーロの「東方見聞録」に「黄金の国ジパング」が紹介されて、東北で花開いた、藤原家 3 代の黄金文化「中尊寺金色堂」だけでなく、ヨーロッパでは石見銀山も話題に上っており「世界が求めた輝き、石見銀山写真集」ティセラ日本図では、スペイン語で石見の国名が「Hivami」と記され、国内では 1 カ所にだけ「Agenti fodina」と、ラテン語の銀鉱山として表示がしてあり、韃靼図でも銀鉱山を意味する「Minas de plata」と記載され「ヤーパン (日本) 島はヴェネツィア人のマルコ・ポーロがジパングと呼んだ、かってのクルュセ (金島) のことで、その後大汗が侵略を試みたが失敗した」と、註釈までが付けられています。大汗とは蒙古のフビライで、失敗した侵略は蒙古襲来のことを示していると解説されています。

こうして大航海時代が触発され、コロンブスの新大陸発見にまで発展したことが考えられます。

中国では、10 世紀の北宋時代に銅銭が大量に発行されたが、14 世紀の元時代に入ると、銀に切り替えられて、大量に流通するように成った。17 世紀に入り清は貨幣単位を「両」から「元」に変えるとともに、銀本位制が取り入れられた。

因みに古代中国では早くから航海術が発達しており、早くも弥生時代には商人達が渡来していたと言われて、石見沖を航行中の貿易商が夜間山上が輝いているのを見て、山に登ると、地上に露出する銀塊を発見したとの話題もあるし、古い話で発見の動機はハッキリしないが、石見銀山資料館「資料で見る石見銀山の歴史」によれば、花園院時代 (1308 ～ 1317 年) 周防の大内弘幸が、夢枕に立たれた守護神北辰星のお告げで、仙山に銀が出ることを知り、登ってみると、雪を踏むように銀があったとの伝説が伝えられています。やがて露頭部が掘り尽くされると、中断してしまった。

島根県史「三瓶山と石見海岸」の石見銀山遺蹟には、本格的採掘は大内義興の命令で、博多商人の神屋寿禎が坑道を開いてからと書かれており、1533 年に灰吹法が導入されると、産銀額が飛躍的に増大して行ったとのことです。

こうして石見銀山が脚光を浴びて来ると、貪欲（どんよく）な武将たちが血相を変えて、尼子、小笠原、毛利などの土豪が、組んずホグれつ、取ったり取られたり、血みどろの争奪戦を展開して、実に 9 回も銀山の持ち主が入れ代わる目まぐるしさ、寝返りや下克上は日常茶飯事で、見栄や外聞、義理など一切お構いなく、一帯の山や谷は阿鼻叫喚に埋め尽くされ、血の海と化した戦跡には、石仏石塔や塚が数多く残されています。大河ドラマ「江」の嘆きとソックリ、土豪の女達は政略結婚で嫁入り先の婿と実家との、相次ぐ戦争に泣かされ通しで

世界遺産　石見銀山資料館　表玄関口

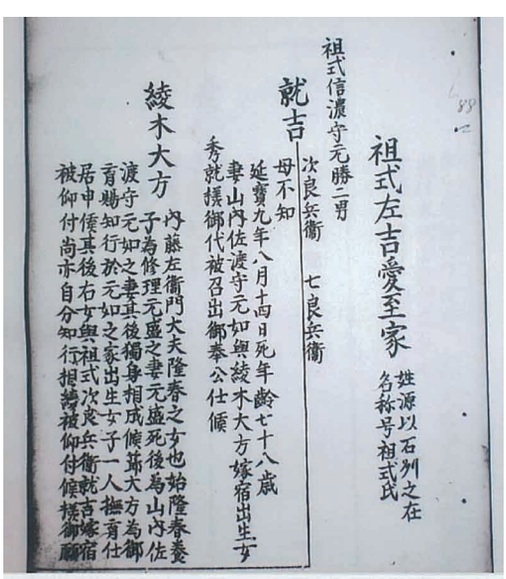
※お写真は吉南医師会会員の小川省吾先生からご提供いただきました。

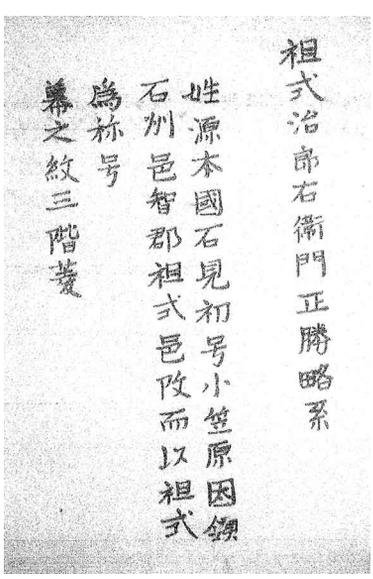
石見銀山資料館玄関棟柱に刻まれた三階菱の家紋群

あった。それだけに諜報活動が大ハヤリで「昨日の敵は今日の友」アッサリと降伏して、城を明け渡し、手を取り合って新しい敵と必死に戦わねばならなかった。「石見銀山物語」75 ページには、中国地区の中小武士団は、尼子か毛利のどちらかと連帯しないと生きては行けず、所領安堵のため尼子か毛利に身を任せたと書いてあります。そうした中でも、小笠原家が比較的長らく銀山を占有できたのは、清和源氏の分流として人望があり、「姓氏家系大辞典」842 ページに、鎌倉時代石見に移住、大変栄えたと書かれています。定番通り政略結婚で周辺の土豪を家臣団に組み込んだことが功を奏したと思われます。中でも小笠原兼長の次男堅兼は祖式を領有、地名にあやかり祖式堅兼と改姓しているが、山口県立図書館の毛利家文書館所蔵の祖式家系図にも同様の記載があり、家紋は武田信玄に由来する「菱紋」三好家や小笠原家と同じく「三階菱」で、清和天皇第 24 代の小笠原兼長云々と記されていますし、下って祖式信濃守元勝の次男就吉には、大内義隆の筆頭家老として権勢を揮った、宇部市東吉部旧荒滝城主内藤隆春の娘「綾木大方」が嫁いでいるとの記載には驚きました。改めて内藤家家系図を点検して見ると、宍戸隆家や毛利元就の娘までが絡んでいました。

前出「石見銀山物語」85 ページ文末に、毛利家古文書では、1543 年元就が大内義隆に従い、出雲富田の月山城を攻略して、逆に尼子軍に大敗し、渡辺太郎左衛門通（とおる）が身代わりとして討ち死にし、元就は「九死に一生を得て」祖式堅兼が陣取っている祖式城に逃げ込んだ後、態勢を立て直して、やっと安芸国に生還することが出来たとのこと。ハイライトジャパン石見銀山遺蹟「石見銀山街道温泉津沖泊道を歩く」にも明記されております。こうして祖式堅兼が元就にとっては「命の恩人」でありますが、その昔暴君秀吉が利休を処刑したついでに、千家一族と親族である三好長慶の係累など、全員を処刑せよとの「鶴の一声」が洩れて来たので、命からがら落ち延びて来た、三好長勝以下「お尋ね者」の三好一族を、リスクを負ってまで匿（かくま）ってくれた元就が、我々には「命の恩人」であることとは裏腹で、これこそが運命なのか。

そもそも源頼朝を 3 代遡り、源義家の弟である源義光から 2 代目の源信義 (武田信玄と改号) の弟、源遠光の次男である源長清の時に、天皇から「小笠原」の号を賜わって、小笠原家が始まり、小笠原長清の次男・小笠原長房が信州の守護から阿州の守護に転じた後、長く三好邑に住み着き、三好姓に改姓しました。県立図書館で全文が漢文の「群書類従家系部集』にカジリつき、清和天皇から三好長勝まで読破しましたが、今回宇部市立図書館で「姓氏家系大辞典」などによって再確認しました。因みに石見小笠原家は鎌倉時代に石見


祖式左吉愛至家　姓源以石列之在名称号祖式氏
祖式信濃守元勝二男
就吉　次良兵衛　七良兵衛
母不知
延寶九年八月十四日死年齢七十八歳
妻山内佐渡守元如與綾木大方嫁宿出生女
秀就撰御代被召出御奉公仕候
綾木大方　内藤左衛門大夫隆春之女也始隆春養子為修理元盛之妻元盛死後為山内佐渡守元如之妻其後獨身相成候第大方為御育勤知行於元如之家出生女子一人撫育仕居申候其後右女與祖式次良兵衛就吉嫁宿被仰付尚亦自分知行据為被仰付候撰御


祖式治部右衛門正勝略系
姓源本國石見初号小笠原因領石州邑智郡祖式邑改而以祖式爲称号
幕之紋三階菱

祖式家系図 (一部)　専門家の土屋貞夫前美祢市立図書館長が、文書館で撮影されたもの

移住と記録されており、同族であることを再確認致しました。そんなことを知り、あれこれ考えている内に、今回本稿を書く気にも成りました。

それはさて措き、1558 年にも元就は銀山奪回の執念に燃える尼子晴久の大軍に大敗「忍原崩れ」と言われて大変有名ですが、1561 年 8 月には将軍足利義輝の調停により「雲芸和平」の約束はしたけれども、元就は一方的に破って、1562 年 6 月に銀山を奪い返すと、翌年朝廷と幕府に献納して、「錦の御旗」を手に入れたが、抜け目無く毛利家軍資金と厳島神社への奉納金を取り分けており、「三本の矢」と共に、石見銀山から軍資金を調達すべきことも遺言する手堅さには感心しました。

とつこうつして、結局才知に長けた元就が最後の勝者と成ったのであります。

1566 年にも宿敵尼子勢を攻めて、月山攻略戦の最中に嫡男の隆元が急死 (毒殺説もある) 慌てて孫の輝元を呼び寄せ、何とか攻略して、石見から出雲までを完全に制覇することが出来ました。

秀吉が天下統一を果たすと、1585 年毛利輝元は銀山を秀吉との共同管理にしたが、関が原で西軍に加担したため、石見地区からは排除され、家康は直ちに大久保長安を銀山奉行に登用し、大増産が図られた。ついに大正年間に廃鉱となったが、銀だけでなく、レアメタル存在も考えられるし、採掘技術も格段と進歩しているから、世界遺産の登録に引き続いて、地元では鉱山再開発への期待が持たれています。

最近阿知須共立病院の三好正之先生から「石見銀山資料館の棟材に『三階菱』の家紋があるのを発見したので、調査せよ」とご依頼がありましたから、資料館に照会したところ、公共施設だけに考えられないことだと、一蹴されはしたが、宇部市立図書館と山陽小野田市立中央図書館で徹底的に調査したところ、どう考えても長い間石見地区を統治し、銀山を管理して来た経緯からしても、清和源氏祖式家家紋「三階菱」以外には考えられません。遠からず解明されると期待しています。

最後に私事で恐縮ですが、ウドの大木、馬齢を重ねたまま米寿を迎えたところ、日本医師会から直径 13.5cm もの純銀杯を頂き感激しています。偏に日本医師会、山口県医師会、宇部市医師会、並びに当地区の厚南医療研究会の皆様方による、ご指導とご支援の賜物と受け止めて、心から厚く御礼を申し上げます。

つくばマラソン完走記
～手術、開業、そして自己ベスト更新！

宇部市　金沢　　守

2011 年はうさぎ年生まれの私にとっては 4 回目の年男として迎えた記念すべき年でした。7 月末日まで山口市の阿知須同仁病院で働かせて頂き、9 月には自身の診療所である「金沢守クリニック」を開設しております。現在も毎週木曜日は阿知須同仁病院に非常勤医師として勤務しています。8 月に入ってからは、9 月からの診療所の開設に向けて、本格的に準備を行っております。その傍ら、8 月 7 日には岐阜県海津市で開催された「長良川トライアスロン」に出場しました。長良川は勿論の事、岐阜県に行くのも初めての事でした。マラソンやトライアスロンに出場するようになり、これまで訪れることのなかった都道府県にも足を伸ばすようになったのは、思い掛けぬ副産物でした。最近、学会や研究会は大抵、東京、横浜、神戸などの宿泊施設を多数有する大都市で開催される事が多いので、便利な反面旅行がルーティン化する傾向にあります。それだけに地方都市に出掛けることで、大会に出場するだけでなく、その地方の雰囲気を感じる事も出来ます。ホームよりアウェイの大会の方が遠征費、宿泊費も掛かりますし、アウェイの辛さは多々ありますが、行ったことがないところに足を踏み入れるのは中々面白いものです。長良川トライアスロンはスイム 1.5 キロ、バイク 40 キロ、ラン 10 キロ、計 51.5 キロのいわゆるショートディスタンスのトライアスロンです。大会が行われた日の長良川河川敷の気温は何と 37℃でした。「さあ、皆で熱中症になりましょう！」というような気象条件の中でのトライアスロンは大変厳しいものでしたが、何とか完走する事が出来ました。写真 1 は完走後に、一度やってみたかった、バイクレースで優勝した選手が、バイクを高々と持ち上げるパフォーマンスを真似ている私です。このバイクをこのままの状態で鈍行列車や新幹線にも乗れるはずがありません。前後輪を外して「輪行袋」なるものに収納する必要があります（写真 2）。37 度の炎天下で競技を行った挙げ句に、シャワーを浴びる間もなく、

写真 1

写真 2

バイクの分解と収納を四苦八苦して行った後、一路山口に向かっております。トライアスロンウェアを、普通の服に着替えることが出来たのは、何と名古屋駅の駅構内のトイレという悲惨な経験もしました。更に、生憎この日は新幹線の自由席が満席でした。トライアスロンを終えたばかりなのに、名古屋から新山口まで立ちっぱなしは辛かったです。何かの修行かと思ってしまいました。ただでさえ混んでいるのに、バイク 1 個分の荷物が多い私は周囲から迷惑がられてもいます。

その後も開業準備を進めながら 8 月 28 日に石川県珠洲市で開催される珠洲トライアスロンに出場すべく、日々練習を積んでいた私を悲劇が襲ったのは 8 月 24 日の事でした。トライアスロン珠洲大会はスイム 2.5 キロ、バイク 100.2 キロ、ラン 23.3 キロ、計 126 キロのミドルディスタンスのトライアスロンです。この大会を完走するには、過酷なトレーニングが必要なのは言うまでもありません。今年の私の“関ヶ原”と位置づけていた大会でした。珠洲を完走する事が出来たら、正真正銘の“アイアンマン”になれると気合いも相当入ってました。24 日も、早朝 5 時半からロードバイクで防府市まで出掛け、約 50 キロ走っています。走り終えた後、これまでに経験した事がない腹痛に襲われました。運悪く、この日は診療所のスタッフと一緒に接遇研修を受ける日でもありました。笑顔を作ったり、発声練習をしたりするのは元来得意な方なんですが、この日ばかりは辛かったの何のでした。お昼には診療所開設後に使用する予定の薬剤の説明会がありました。食いしん坊な私にとっては説明会の弁当はいつもなら美味しく頂けるはずなのですが、この日はまるで味がしません。「お腹を壊す事さえ滅多にないのに、何かに当たったのだろうか？」と次第に追い込まれています。9 月 7 日が開業日でしたので、この日も色々とスケジュールは入っているのですが、もう午後からは使い物にならない始末でした。院長が寝込んでいても、それなりに準備は進むものだと、変に安心もしました。夕方になり、鼠径部の膨隆にようやく気付き、「右鼠径ヘルニアの嵌頓」という診断を得ています。恐らく、時々右鼠径部の膨隆はあったのでしょうが、全然気付かなかったのです。そしてエンデュランス系競技にのめり込んだことにより、腹圧が掛かることも多くなり、ヘルニアの症状が速やかに進んだのではと推測しています。やっかいだなと思ったのは、右鼠径部は結構な大きさに膨らんでおり、還納するにも看護師である妻の助けが必要だったのですが、右鼠径部は全然痛くならないのです。嵌頓しているせいで時間が経つにつれて、嘔気、嘔吐、排ガスを認めないといったイレウス症状が出現し始めました。「これはおかしい。ヘルニアかも」と思い半日近く経ってようやく診断をつけ、還納もしています。当然の事ですが、還納を終えると、腹痛も速やかに消失しました。勤務医だった頃、当直しててヘルニアの患者さんが鼠径部を膨隆させて来た時は、こんなになってるのに、どうしてもっと早く気付かないのだろうと思っていました。しかし、ヘルニアの嵌頓は腹痛をもたらしはしますが、肝心の鼠径部に痛みがないから仕方ない事も、自身が患者となった事でよく分かりました。兎に角、嵌頓してしまいましたので、手術を受けるほか選択肢はありません。石川県までトライアスロンに出場するために出掛けることも断念せざるを得ませんでした。26 日の金曜日の午前中に宇部記念病院にて小田院長と野村先生に局所麻酔で手術をして頂きました。水曜日の夕方に電話して、リクエスト通り金曜日の朝一で手術を行う事が決まりました。その迅速な決断に感謝です。痛みが強ければ、静脈麻酔も併用しようと術前には考えていましたし、正直完全局所麻酔はそれなりに痛かったです。後日、急性虫垂炎の手術を局所麻酔で受けたことのある某病院の整形外科部長と、局所麻酔で腹膜を触られた時の痛みについて話した際に、“腹膜刺激症状”の話題で非常に盛り上がっています。分かっているようで、経験してみなければ分からないものだと痛感させられました。また、面白かったのは、完全に“スポーツ心臓”になっている私の脈拍数は 42 回 / 分程度になっていました。手術中の心電図モニターのアラームが頻回に鳴り響き、自分でちょっとイライラしてしまいました。静脈麻酔を少し使ってもらいたいと考えましたが、午後には診療所に戻って開業の準備が待っています。術後の滞在時間は極力短くしたかったし、車を運転して帰りたいという一心から局所麻酔だけで何とか手術を乗り切っ

ています。結構、頑張りました（笑）。術後の創処置はご自由にとの許可を頂きましたので、1 週間後の 9 月 2 日に受診し、全抜糸をして頂きました。開業まであと 4 日という状況でしたので、創部感染などのトラブルに見舞われなかったのは幸いでした。この原稿を書いている 11 月 30 日現在で術後約 3 ヶ月が経過しておりますが、幸い再発の兆候もなく、術後の経過は順調です。

さて、開業準備の方は順調に進んでいたのですが、困ったのは珠洲トライアスロンへの出場を断念せざるを得なかった事だけではありませんでした。開業準備の傍ら、ジムのプールで 1 ～ 2 キロ泳ぎ、早朝にバイクで南部湾岸道路をひた走り防府市の佐波川近辺までの往復を行い、自宅を基点とした往復 10.5 キロのコースをランニングしていました。

それが、3 週間は運動は完全にお休みしなければならなくなったのです。術後 3 週経過するのを待って、まずは自宅から約 1.5 キロの距離にある診療所まで徒歩で通勤し始めました。そして、術後約 4 週となった 9 月 23 日をランニング再開の X デーと決めて、同日 20 キロのランニングを行っています。鼠径部を気にしながらのランニングですが、少々つっぱり感がある程度でした。走る気になれば走れると自信も回復しました。さて、話が前後しますが、9 月 3 日（土）、4 日（日）の二日間に亘って内覧会を行った後に、9 月 7 日（水）に「金沢守クリニック」をオープンしています（写真 3）。

自宅にほど近い場所、宇部市の大動脈である国道 190 号線沿いでの開業です。しかも、診療所の名前にフルネームを用いています。次男が通う中学校、長女が通う小学校も、この診療所のすぐ近くにあります。結構なプレッシャーを感じながら 9 月 7 日を迎えました。開業して早 3 ヶ月弱が経過しましたが、そこそこ順調ではないかなと思っています。診療所を開設する前に病気を患い、手術まで受けるに至ったことも、今となっては神が授けて下さった貴重な経験だと考える事が出来ます。人生山あり谷ありです。患者さんの立場を開業前に今一度、実体験出来た事は非常に有益でした。

続いてマラソンの話に触れさせて頂きます。マラソンは冬場が好適期のスポーツです。最も記録が出やすいのは 11 月中旬から 3 月上旬だろうと思います。今年の 3 月までを昨シーズンと考えると、今シーズンに入る前の私の自己ベストはハーフマラソンで 1 時間 33 分 20 秒、フルマラソンで 3 時間 24 分 10 秒でした。1 ヶ月の休足期間を経た後に、診療の合間にトレーニングを重ねて、レースにも仕事に支障のない範囲で出場し始めました。以下にレースの結果を記します。

10 月 16 日：萩・石見空港マラソン、ハーフの部　1 時間 42 分ジャスト

10 月 23 日：シティマラソン福岡、ハーフの部　1 時間 39 分 20 秒

やはり 1 ヶ月の完全休足が響いたせいか、まるで自己ベストに届きません。焦りを少し感じ始めました。

そして、11 月 6 日に下関海響マラソン 2011 に出場しています。今シーズン初めて出走するフルマラソン、しかも下関海響は私が初めて出場

写真 3

したフルマラソンです。今年で 3 回目の出場でした。ホーム山口県での大会なので、前日も家で寝ることが出来ます。調子も決して悪くないと感じていました。想定外だったのは、当日のスタート時点で雨が降っていたことでした。しかし、雨はレースに出場する全員に等しく降るものです。言い訳にはなりません。走りは決して悪くなかったと思っています。しかし、記録は 3 時間 38 分ジャストでした（写真 4)。悔しさの方が喜びより大きかったです。

写真 4

昨年の下関海響 2010 での自身の記録と比較すれば 10 分程度短縮する事が出来ています。しかし、24 分台の自己ベストには遠く及びません。昨シーズンの自分が輝いて見え始めています。「昨シーズンの自分を超える事は出来ないのだろうか？」と自問自答しています。

県医師会報の炉辺談話に「手術、開業、そして自己ベスト更新！」と題した手記を寄稿したい。炉辺談話の原稿締め切りは 12 月 1 日です。残されたチャンスは、開業前にエントリーしていた 11 月 27 日に茨城県つくば市で開催される「第 31 回つくばマラソン」のみでした。一縷の望みを託して、出走して参りました。「つくばマラソン弾丸ツアー」と自ら名付けたハードスケジュールを敢行しております。26 日の 16 時まで診療所で働き、16 時 50 分発の東京行きの飛行機に何とか乗り込みました。モノレールで浜松町まで出て、山手線に乗り換えて、東京駅まで行きます。東京駅の近くのホテルに宿泊しています。夕食を済ませてホテルに着いて、一息ついたのは夜の 9 時です。9 時半には床に就いています。移動の疲れもあり、ぐっすり眠っています。翌 27 日は 5 時に起床し、朝食、洗面などを済ませています。午前 6 時頃には、旅行会社が運行する“マラソンバス”なるものが東京駅から茨城に向けて出発します。約 1 時間半かけて、茨城県つくば市のマラソン大会の会場に到着します。マラソン大会が非常に人気のある日本では、今やマラソンは巨大ビジネスとなっているなと改めて感じました。筑波大学のキャンパス内に巨大なテントを用いて作った男子更衣室、おびただしい数の仮設トイレ、大会終了後に食べ物を売る出店も多く軒を連ねており、メガなマラソン大会の雰囲気を楽しんでいます。出走前の私の写真です（写真 5)。11 月下旬ですので、筑波大学内の紅葉を楽しむ事も出来ました。

結果はグロス 3 時間 16 分 39 秒、ネット 3 時間 16 分 14 秒。男子総合の部で 1237 位でした（大体 1 万人ぐらいが出場してます)。私のこれまでの自己ベストは、今年 3 月に宇部市で行われた「陸

写真 5

連非公認」のコースであるくすのきカントリーマラソンでマークした 3 時間 24 分 10 秒だったので、8 分ぐらい縮める事が出来ました。つくばマラソンは記録が出やすいコースだと評価されていることは重々分かっています。それでも 3 時間 20 分を切る事が出来れば上出来だと思っていただけに、3 時間 16 分台の記録には自分でも驚きました。

つくばマラソンは過去に 30 回の歴史を重ねている大会だけあって大会運営は洗練されていましたし、沿道の声援も結構熱かったです。又、コース自体も全体にフラットで非常に走りやすかったです。昨年 12 月に走った防府読売マラソンのコースに似てるなと感じました。私が走るペースで走っている方々は関東のランニングクラブに所属している人が多かったです。レベルは中々高かったです。つくばマラソンで、面白いなと感じたのは 1 キロ毎の距離表示板の距離の下にランナーの心を刺激するような言葉が書かれていることでした。中でも私の心の琴線に触れたのが「負けっ放しは趣味じゃないんだよね」という言葉です。他にも色々書かれてましたが、マラソンを弱い自分との戦いと考えている私は、この言葉で心に火が点いています。この大会だけでなく、どんな大会でも残り 2 キロないしは 1 キロで歩き出してしまうランナーを何人も見掛けます。「ここまで、いいペースで走ってきたのに、どうして？」と思ってしまいます。フルマラソンで最後まで歩かない事は、速いランナーにとっても、決して簡単な事ではないのです。マラソンという競技は 42 キロに至るまで、1 キロずつ小石を丁寧に積み上げていくようなものです。その作業を行っている途中に雑念が入り、集中力が途切れると、全ては水泡に帰してしまいます。私は Gamin610 という最新式の GPS 機能の付いた時計を作動させながら走ってるのに、余り時計を見ることをしません。つくばでも PB 更新出来る事は、残り 5 キロになったところで確信しましたが、その時も時計は意地になって見ませんでした。キロ何分でいけば 3 時間 15 分が切れるかもなどと考え始めた時点で、心が乱れるのが嫌なのです。陸上競技場のフィニッシュゲートの近くの電光掲示の時計をフィニッシュ前に見て、この日のタイムも知るところとなっています。いいガッツポーズをしながら、フィニッシュゲートを潜れたと思ってます。ゴールした時の写真を下に掲載させて頂きます（写真 6）。

フィニッシュした後、完走証明証を受け取り、更衣室で着替えを済ませ、大急ぎで昼食を摂ったら、もう 14 時発の帰りの“マラソンバス”に乗らなければなりません。バスで東京駅に向かい、

写真 6

東京駅から山手線で浜松町駅、そしてモノレールで羽田空港に到着しました。フルマラソンを走った後ですが、16 時 50 分発の宇部空港行きの飛行機に乗らなければならないので、足が痛いとか言ってられません。搭乗手続きを済ませ、家族と診療所のスタッフへのお土産だけは辛うじて購入しています。19 時頃に自宅に戻ったのですが、さすがにヘトヘトになってました。

先に書かせて頂きましたように私は今年の 8 月末に右鼠径ヘルニアを患い、手術を受けました。その後、1 ヶ月の完全休足も経験しました。9 月 7 日に自身の経営する診療所を開設し、自身を取り巻く環境も一変しています。9 月末からトレーニングを再開し、11 月 6 日に出走した下関海響マラソン 2011 でも 3 時間 38 分台と PB にはほど遠いタイムに終わり、ランニングクラブに所属もしていなければ、誰かに指導してもらうわけでもない 48 歳のオジサンには、もう昨季の自分を超えることは出来ないのかなと、少々自信喪失気味になっていました。しかし、その僅か 3 週間後の勝負を賭けたレースで快記録を出せた事で、自信を回復することも出来ました。マラソンを走るランナーにとって、30 キロ、35 キロという辺りは胸突き八丁の正念場です。つくばで 35 キロ以降も驚異的に粘ることが出来たのは、炉辺談話に寄稿する原稿のタイトルをカッコいいものにしたいという自称作家としての意地でした。「手術、開業、そしてつくばマラソンに出場」なんてタイトルの文章にだけはしたくなかったのです。「諦めない心」の大切さをつくばで学んだような気がします。

3 時間 16 分台はあくまで通過点だと思ってます。私は 48 歳ですが、まだ成長することが出来るはずです。人間としても、ランナーとしても。

つくばマラソン、確かに 31 回目を数え、1 万人を越えるランナーが参加する大会だけあって、運営は素晴らしかったです。特に事前にゼッケンや RS タグを郵送して下さったお陰で前日受付は勿論の事、当日受付の手間さえ省けた事は、地方から参加した人間には事の外有り難かったです。しかし、自己ベスト更新をつくばで達成しようと思うランナーが多いせいか、ランナーのマナーは必ずしもよかったとは言えなかったように思います。

ゴミ箱が少なかったせいもあるのかもしれませんが、エイドステーションのコップは道路に散乱していましたし、猛スピードでコップを取っていくランナーも多かったので、エイドでの接触も多かったです。少しでも流れに乗り遅れると背中を突き飛ばされたりもしました。実際、転倒するランナーも結構多かったようです。

幸い、私は目撃しませんでしたが、「立ち小便」も多かったと SNS を通して知りました。しかし、1 万人以上が参加するマラソン大会としては、コース上のトイレの数は少なかったとも感じています。レースに出場するからには、速く走りたい気持ちはランナーなら誰しも持ってると思います。持ってない方もいるでしょうが、少なくとも私は少しでも速く走りたいと常に思っています。しかし、ランナーとしての最低限のマナーを破ってまで速く走ろうとは思いません。

1. 立ち小便をしない。（これは常識だと思うのですが、悲しいことに多くの大会で一番の問題のようです）
2. エイドステーションでは「ありがとう」を忘れない。ゴミはなるべくゴミ箱に捨てる。
3. 道路に唾を吐かない。
4. 他のランナーと接触したら、きちんと謝る。
5. ゴールしたら、コースに向き直って一礼する。

他にもあるかもしれませんが、最低限以上 5 つの事は必ず守りたいと思ってます。もし、大会で青い上下のアディダステックフィットを着ている中年ランナーがこの約束を破ってたら、どうぞ一喝してやって下さい。長文に最後までお付き合いして下さってありがとうございました。

“開業医は儲かっていますね”はついで
－日本医師会のあり方について－

山口市　藤原　　淳

11 月初めの頃である。ある趣味の集いがあった時に後輩から、「見られました？今回も開業医は儲かっている、と載っていますよ」。「ヘェー」と、情けないことに後の言葉が続かなかった。そういえばこの時期だったなと思ったが、退任してから関心が薄れていたことは間違いない。でも、実感とは違うな、ということで、“昔取った杵柄”気取りで調べることにした。しかし、目的はこのことが主眼ではなく、調べたのはあくまで“ついで”である。

この 11 月 2 日、厚労省は第 18 回医療経済実態調査を公表した。24 年度診療報酬改定の基礎資料となるもので、これを機に改定の議論が本格的に始まる。マスコミは「収支状況は病院・診療所とも収支改善」との見出しである。少し中身をみてみる。これまで、前回改定との比較は単月調査で検討されていたが、今回は「単月調査には震災の影響が出ている」とし、改定前後 2 年間の通年調査の結果が重視されるということだ。診療側・支払側双方もこれに合意しているという。その調査結果をみると、通年データでは一般病院（△ 2.5% →△ 0.1%）、一般診療所（11.6% → 12.1%）ともに収支が改善、としている。ちなみに、これまで資料として使われてきた単月比較でみると、一般病院（△ 4.5% → 0.5%）、一般診療所（13.9% → 11.6%）となっており、一般診療所については大幅に減収である。自然増を加味すればさらに厳しい数字となる。データの分析についてここで述べるつもりはないが、“立つ位置”、“切り口”でデータはどうとでもなる側面がある。

その前哨戦としての平成 22 年「社会医療診療行為別調査」について厚労省は平成 23 年 6 月 23 日に発表している。これによると、医科入院の 1 件当たり点数は 5％増、入院外の 1 件当たりの点数は 3.6％増。病院と診療所別では、社会保険旬報の書きぶりをなぞってみると、「一般病院の 1 日あたり点数は 1,276 点で、診療所が 598 点だ。初・再診料は一般病院で 116 点、診療所で 129 点となっている。診療所の初・再診料の 1 日当たり点数は対前年度比で 1.7％の伸びとなっている。22 年度改定では診療所の再診料が 2 点下がり、69 点となったが、新設した地域医療貢献加算（3 点）や明細書発行体制等加算（1 点）を取れば、減収にならないことになっていた。」と。おかしなことに気付く。初・再診料という診療行為の一部には触れてもここでは肝心の診療所の全体の改定影響率については記述がない。また、データとは関係のない“減収にはならないことになっていた”と、これではまるで厚労省広報課である。ともかく、分かりにくいため、過去 6 年間の社会医療調査診療所（総数）の推移を調べたのでこれを表にして示す。ちなみに、1 日当たり点数は改定の影響を直接反映しているとされているものだ。

	H17 年	18 年	19 年	20 年	21 年	22 年
1 日当たり点数	593.5	563.1	587.5	672.7 → 591.6	598.7	598.4
1 件当たり点数	1164.5	1115.1	1111.6	1289.6 → 1044.9	1067.1	1050.1

表の中で 20 年分については正式な修正後の数字が無いため、公表された修正率（1 件当たり伸び率△ 1.7% 、1 日当たり伸び率 1.1%）から割り出して矢印で示した。この年だけは公表された数字ではないため、およそという感覚でみていただきたい。不思議なことに、20 年に限って何故か入院外診療所においてメディアスと途方もなく乖離した数字が出た。厚労省は原因究明をするとして、慌てて？プロジェクトチームなるものを作り除外作業をしたが、結局想定通り、過剰に人工腎臓を算定しているレセプトが混入したとして修正した (日医としてつっついたところ) 。さじ加減を間違ったのかもしれない。

この表の数字をみて、医療現場の実感とあっている、と思われ少し納得された方もあるだろう（1 件当たり点数の方がむしろ推移がよくわかる）。個々の医療機関においては公表されたデータの一部、しかもマスコミのバイアスのかかった見出しにひたすら平伏し、他の医療機関は頑張っているのだろうが己のところは力がない、あるいは努力が足りないので仕方ないと自己責任にするのが“落ち”である。

平成 20 年社会医療調査（公表は 21 年 6 月）で異常な数字が出たが、当時を少し振り返ってみる。私が日医保険担当の時で、この調査においては中医協で厚労省が説明した当初の財政影響額と大きな隔たりがあるとして取り上げた問題、外来管理加算（5 分要件の導入）の不当性を追認できたデータが示された。これを公表した厚労省統計情報部は、同じ厚労省内ではあるが保険局医療課と違って率直に数字を出しているという印象だ。ここのデータによって、診療所の外来管理加算算定回数が 39.9% 減少したことが公式に明らかとなったわけであるが、これを基に算出するとなんと外来管理加算影響額は 1,100 億円強となった。その前に日医が行った緊急レセプト調査結果でも 748 億円という驚くべき数字が算出されたが、これをも遥かに超える試算となった。

外来管理加算（5 分ルール）について忘れられた方もあると思うので補足しておきたい。20 年度改定では、病院勤務医が疲弊しているという理由で医科のプラス財源 1,000 億円強をそのまま病院に当て、さらに何故か診療所からの追加的支援として 400 億円が必要とされた。対策として 4 つの項目が挙げられ、その一つが外来管理加算（1 項目約 100 億円見当）である。一口に、1,100 億円といってもピンとこない方も多いと思う。平成 22 年度のプラス改定で医療界、とくに病院は安堵したが、その改定率はネット 700 億円 (＋ 0.19%) であり、その大きさも見当がつくというものだ。当初の 400 億円 (名目) の財源移転でも診療所の負担は 45 万円強／ 1 施設となる（5 分ルール廃止後でも外来管理加算算定回数は増えていないことはご承知のとおりだ）。ところがこの改定率は本当のところ後発品のある先発品の追加引下げ分を考えれば、実はプラス改定といっても 100 億円程度（＋ 0.03% 、国庫負担の増額分は何と僅か 25 億円）である。もともと、外来管理加算については当初から 100 億円どころではない影響額であることは改定に携わった関係者（日医も含めて）には分かっていたと思われる。この問題については本格的に議論が必要と考えていたが、その矢先中医協委員を外され、雲散霧消と化した。この交代劇は厚労省というよりは薬価制度改革に反対、としていた日医に対する 2010 年度問題を控えていた薬業界の圧力が大きかったと思っているが。要するに、政治を含めていろんなところの利害が一致したのであろう。

さて、これからである。前にも触れたが、次期診療報酬改定について注文をつけるつもりで書いているのではない。今更言っても改定の議論には間に合わない。ただ、これから述べることについては趣旨だけを伝えれば、と軽く考えていたが、感覚でものをいっているようでどうも説得力がないと思い、やむを得ず少し肉付けをしたところ。忘れていたが、冒頭の後輩医師の疑問にも答えたいとのインセンティブもあったということも否定できない。

医師会の動きは一見何も以前と変わっていないようにみえる。果たしてそうだろうか。“「寂」として声なし”というのが現在の日本医師会を含めた医師会活動に対する印象である。今も医師会は一定の発信はしているとは思うが、何故か以前のように力強さを感じないのは私だけか。結局、単純な利害得失で権力があるものに巻かれていく構図を感じてしまう。とくに開業医の声はどこに

埋没してしまっているのだろうか。これまで余り思ったことはなかったが、現状のままでは地域医師会へはともかく日本医師会に高い医師会費を払い続けることの意義を感じない会員も出てくるのではないか。失礼を承知で言うが、体を張って言うことができるのは開業医であって勤務医にはできない相談だ。勤務医を非難しているのではない。両者の置かれた環境、立場からみればこれは説明の要もないだろう。医師会の強さというのは医療現場の声を吸い上げ個々がキチッと判断して主張する、また、それぞれ個人が責任を取れる体制にあることではないか。理屈を言うだけなら、学者だけで十分である。

もう一つ、気になった動きを挙げておきたい。これも医師会の評価と関係があると思うが、日医在任中、役員の中（病院サイド）から医師配置標準を廃止しろという件が持ち上がった。医療法で病院においては 1 日平均外来患者 40 人に対して 1 人以上の医師配置が必要というものだ。前の植松執行部ではトップからこれには触れるなと押さえられていたと聞いている問題だ。日医内部で再三協議し合議したにも拘らず、日医の一部役員と四病協とが連携してこの件を通すように波状的に、執拗に迫ったが、保険担当として反対した。日医ではしっかり協議して結論を得た件については当分議題として挙げてはならないというのが不文律であったがお構いなしであった。退任してふと気になったので、ことのついでにこの動きを調べてみたところ、案の定、既に昨年の暮れに社会保障審議会医療部会に提出されていたことが分かった。提案者は日本医師会・四病院団体協議会となっている。以前、中医協で槍玉に挙げられた私の発言の件と関係があるので少し触れたい。例の件は、厚労省が診療報酬改定結果検証で特別調査した「勤務医の負担軽減の実態」のデータの中身を見ると 28 ～ 32 人の外来患者診察で、月 2 ～ 3 回のアルバイトとあり、これは病院を逃げ出すほどの忙しさとも思えないが、と発言したもので、これに「数字を見るだけではなくて、疑いがあれば病院を紹介する。現場を見て発言せよ」と噛み付き退席した中小病院の経営者がいた。これを一部のうらマスコミ？がセンセーショナルに報じた。中医協に出されたデータなので、そのデータに基づいての所感を述べるのは当たり前のことであり、むしろ義務ですらあるわけで、当然聖域はないはずである。また、一応異論がなくてもネガティブの視点から議論を掘り下げていくことがあるのはごく一般的手法でもある。「疑いがあれば病院を紹介する」などと言う発言はデータを無視した話であり、データに基づいて議論しなければ調査そのものが意味をなさない（全くナンセンスでこんなことが世間で堂々とまかり通るので始末が悪い）。また、調査対象が適切であったかどうかも当然議論しなければならないし、肝心なのは忙しい病院は何処であり、それにどのように対応するかであるが、これも尻切れトンボになった。さらに驚くのは、その当事者が医師配置標準廃止の先導役として動いているということだ。つまり、勤務医は忙しいので外来患者診察人数をより制限しようというのではなく、患者を無制限に何人見ても医師の数は問わないようにしようという主張なのだ。その本音は、著明な医師を呼んできて、外来を売り物（看板）にしようという発想が根底にあるらしい。過疎地における医師配置標準の見直しと軌を一にするものでは無論ない。勤務医歴 20 年の経験では、30 人程度の外来患者の診察は当たり前であった。時代の変遷ということで病院では 30 人も診察すれば忙しいということであれば、それを一般に分かるように説明すれば済む話だ。開業医には制限が無いのに、病院には制限があるのは不公平という理屈も言っていたが、唖然とする。開業医は外来患者数については自分である程度制御できる術をもっているが、雇われの身である勤務医は全くコントロールできない。この話はあくまで中小病院経営者に利する話であり、公的病院ではある意味では勤務医の立場に立てるだろう。しかし、本当に利するかどうかは疑わしい。医療法で外来医師数をカウントしなければ、病院の現行外来診療報酬では医師数を考慮して設定しているので、考慮しない部分を減額することになる。医療法が動けば必ず診療報酬に跳ね返ることを忘れているのではないか。厚労省にとっては医師配置基準の見直しは将来展望を考えればむしろ好都合な意味がある。社会保障審議会の議論で少し救われたのは、提案者の思惑通りには必ずしも行っていないと思えたことだ。一部

を紹介する。「医療法で定められている基準と言うのは、必要最低限と認識しており、そのことはキチンと共有した上で議論する必要（委員）」、「40 対 1 の標準を定めた昭和 23 年と比べると、医療ははるかに高度化し、医療安全に対しても、患者、社会の目は非常に厳しく、一人ひとりの患者に外来でも説明時間は昔の何倍もかけている。もしこれを見直したら 20 対 1 になっても当然であり、そのような中返って配置基準が緩くなれば、保険点数は下がるのではないか（部会長）」等。

私の認識では開業医と勤務医とは対立的な関係にはなく、むしろ表裏だと思っている。中小病院経営者（役員）は病院勤務医という立場で発言しているようだが、必ずしも勤務医全体の意見を代表しているとはいえない。ただ、ここであたかも中小病院経営者と開業医という形で対立構造を煽っているように受け取られるのは本意ではない。それこそ誰かの思う壺と揶揄されかねない。「日医の発言に力が無い」とした理由について前段では少し曖昧にしたが、その本心は日医執行部のリップサービスはあっても、結局のところ、その役員の出身母体の利益となる判断が働くものだという見方に外ならない。日医内の議論でも肌で感じたところ。ニュアンスの違いはあるが立場が逆であっても同じだ。大病院は基本的には国が守ってくれる。中小病院は微妙だが、そういったことで言えば、診療所と組むべきだが病院のカテゴリーで行動している。さて、日医執行部の現在の役員構成をみると会長、副会長 2 人、常任理事 6 人は少なくとも病院経営者の代表であり、ましてや保険に関係のある役員は会長からはじまって、副会長 2 人、担当常任理事とすべて病院経営者である。その口から仮に診療所のために怒ってみせてもパフォーマンスにしか映らない。

そして、この話で辿り着くのはやはり前にも触れた中医協である。民主党は民主的プロセスを無視し、強引な日医の代表はずしを行い中医協委員の日医執行部枠はゼロとなった。現在は、中医協委員が偶々日医役員になっている状態である。また、診療所代表の形で出ている委員もいるが、日医機関組織としての代表ではない。両者ともその選出のされ方は社会保険医療協議会法第 3 条違反である。中医協が合意形成機関であるとしたらそれを逸脱した両者の存在は成り立たないはず。現状では開業医だけが真の代表を持たないことになる。中医協での決め事に対する責任は誰が取ることになるのか。日医の代表は選挙で選出され、結果として会員に対して全責任を負っていることになる。中医協の議論の結果、日医の主張が通らなくても甘んじて受け、会員の理解を得るために説明して歩くというのがこれまでの姿勢であった。マスコミはこぞっていつも日医を叩いていたが、そこには社会的合意が形成されていた。現実的側面を持つ中医協に出なくて、理念だけ振り回しているだけでは日本医師会の存立も危うい。日医はなぜ日医外しの不当性を主張しないのか、茶番劇を見さされる会員はつらい。

さて、今後であるが、勤務医も開業医も同じ資格をもつ医師でありながら現状は社会的には数段下位に位置されており、いずれ同じ土俵を造らなければならないであろう。開業医側の一層の努力が必要なのは無論であるが、今のように勤務医と開業医が画然と区別されている医療制度は社会的ロスも多く、そもそも医師の本来の志と違う方向に押しやられている。医療のアメリカ化には賛成ではないが、メリットと思われるところもあり、柔軟に検討すべきと考える。その例がアメリカの IHN（広域医療圏統合ネットワーク）で、これを構成する病院に参加する医師の大半は独立開業医である。安倍首相の時だったか、医療はアメリカ型に大きく舵を切ったということが言われた（骨組みはそれ以前）。平成 18 年 6 月に示された医療法人制度改革をはじめとする医療制度改革関連法もその外堀を埋める一里塚である。第五次医療法改正等この改革でみられる、診療ネットワーク（ガバナンスは地域住民）、公益医療法人、データベースの構築（レセプト電算化・特定健診等）、都道府県での保険料の設定などは IHN へ向けてのキーワードであり、地盤整理は着々と行われていると思う（こうした方向性については平成 19 年の県医師会報年頭所感で述べたことがある。国は時の政権により柔軟対応で一見遅々として進まないようにみえるが、大勢は変わっていないようだ）。今後、病院は専門外来は別として基本的には入院、一般外来は診療所の方向性となるであろう。そうした長期的展望の中では勤務医も開業医

もなくなる可能性はあるが。厚労省の描く将来絵図はアメリカの制度を下敷きにしたもので、医療制度改革関連法を具現化する、あるいは国民周知を目的としたものが社会保障国民会議であったと考える。平成 20 年 11 月に最終報告をし、一応の役割を終えたが、その意図を伝承しているのが財政制度等審議会である。財政制度等審議会 (21 年 6 月) の平成 22 年度予算編成の基本的考え方についてみてみると、「地域の医療機関の役割分担・機能分化の推進」としてここでもさりげなくＩＨＮを紹介し、「『選択と集中』の考え方に基づいて、医療機能のネットワーク化が必要」と報告され、「早急に具体化に向けた検討を進める必要がある」としている。もちろん、下書きは官僚である。民主党の仙谷由人氏は政権発足当初社会保障国民会議報告書について「前の政権下でできたものは全く関係ない。医療に関しては知らないよといえる」としていたが、これは“寝言”に近い。民主党は平気で脱官僚などといって政権を勝ち取ったが、官僚の首をそっくり挿げ替えるくらいの気構えがなければ官僚の作った政策の変更はできないし、第一そういった気概さえもあったか疑わしい。現在の財政制度等審議会長が以前社会保障国民会議の座長をしていた吉川洋氏であり、脈々と同審議会に受け継がれているわけだ。

かつて黒川清東京大学名誉教授（元日本学術会議議長）は日本医師会を日本で唯一行政に対峙できる団体、と評価をしていた。また、岡光序治元厚労省事務次官も、中央公論（2008.3）で「医療行政に携わる者からすると、今のように、医師会が弱体化してしまうと困る面もある。医療を担う現場の声がキチッと出てこないと政策の立てようもないですからね」と。厚労省の人がすべて同じ考えとは無論思わないが、およそ大局的立場で考えることのできる人は、その場だけを都合よく切り抜ければよいとは思わないだろう。政策立案においての要諦はむしろ対極的な考えをもこなしながら政策の組み立てをすることにあるのではないか。勤務医には日本病院会等の病院団体がある。これまでは日本医師会は開業医の団体とされていたが、繰り返すようだが、今は名前を利用されているだけで、開業医、地域の住民の声を十分吸収しているものとは言い難い。

以前、机を並べ議論したこともある山本修三氏（前日本病院会長）がある雑誌で喝破していたように、今までの医師会のあり方を原点に返って考え直す必要があるのではないか。原文を引用する。「地域医療における要素としての各医療機能を考える時、医師会のあり方をもう一度見つめなおす必要があるとも感じます。医師会は医師の職能団体であって診療所団体ではありません。日本医師会もそれは十分に認識しており、さまざまな議論においては診療所の利益を代弁しているわけではないことが強調されます。しかし、それが仇になっている部分もあるのではないでしょうか。地域医療の議論において、診療所の立場を代表する意見もまた不可欠です。つまり、純粋な診療所団体が日本に存在していないことに大きな問題があるのだと思います」。

昨今、開業医の立場で何かを主張するなどということはとてもできる環境になく、正に、“物言えば唇寒し・・”ではある。しかし、敢えて一石を投じるため、外圧利用ではないが医療を俯瞰できる立場の方の意見を少し長いが引用させて頂いた。尤も、“開業医は儲かっていますね”という投げかけがなかったら駄文を書くこともなかったが。

今後、日本医師会を改組するか、新たに開業医団体を創設するかの真剣な議論が改めて必要である。IHN はその叩き台として提示した。今、日本の医療に関してのオピニオンリーダー不在を痛切に感じる。

筆者略歴 : 日医診療報酬検討委員会委員長(2 年)、日医保険担当常任理事・中医協委員・社会保障審議会委員（2 年、1.5 年、2 年)、山口県医師会長 (4 年)

元旦

竹秋句会

元旦の山を静かに従へり　中山　裕子
添書きの一筆うれしき賀状かな　原　俊夫
元旦の掃き清められ無人駅　吉武三和子
冬鶲（ふゆひたき）つつがなきやと訪い来たる　笠原北斗窓
数の子の歯応へ徐々にお正月　中山　泥子
獅子舞に泣きしも今は三十路越え　水津奈々子

山口県における 2012 年のスギ花粉飛散総数の予測

［記：県医師会花粉情報委員長　沖中　芳彦］

前年の記録的な猛暑に続き、2011 年も暑い夏となりました。山口県医師会主催の県民公開講座花粉症対策セミナー 2011（2011 年 1 月 16 日（日）開催）で特別講演を賜りました村山貢司氏（気象業務支援センター /NPO 花粉情報協会副理事長）が監修された資料によりますと、2011 年の夏は、7 月は前年と同様の猛暑でしたが、8 月は前年と比べると気温もやや低く、日照時間はかなり少なくなったとのことです。そして、2012 年のシーズンは西日本で前年よりやや多い所があるものの、他は前年の 50％以下で、ほぼ例年並みのスギ・ヒノキ科花粉数と予測しておられます。

2011 年 11 月の時点では，雄花を着けている枝の割合（筆者はこれを便宜上「着花率」と称しております）は前年と比べると少ない木が多いようです。図 1 と図 2 は同一の木の 2010 年

図 1

図 2

と 2011 年の同時期のものですが、図 2 の方が雄花はかなり少な目です。図 3 と図 4 も別の木の 2010 年、2011 年のものですが、こちらは 2011 年の方が若干ですが雄花は多い印象を受けました。図 5 は年別のスギ雄花の着花率とスギ花粉数のグラフです。棒グラフは左軸で，県内全

図 3

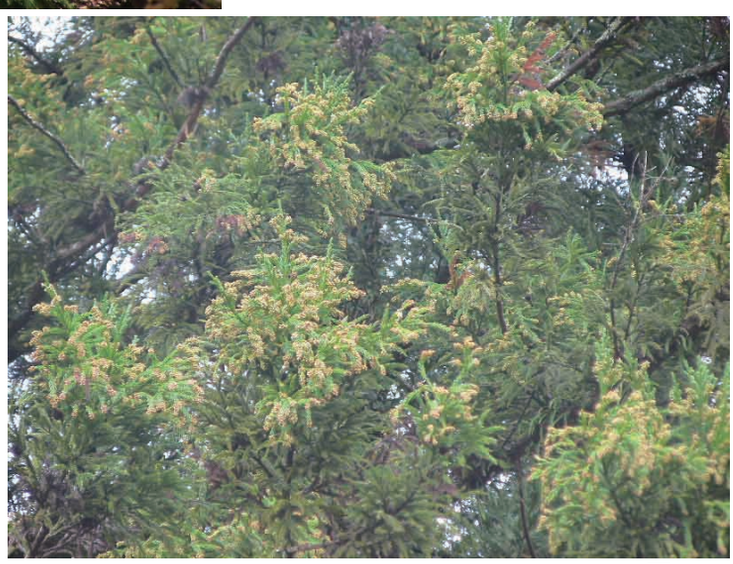
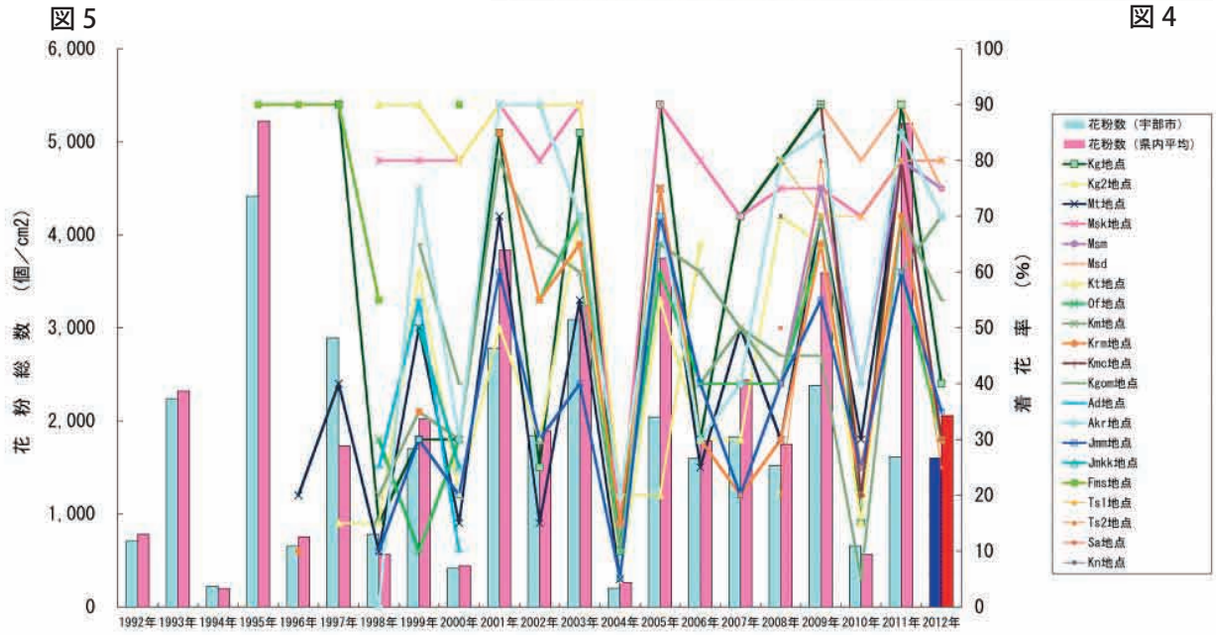


図 4

図 5



測定機関のスギ総数平均値と宇部市の花粉数、折れ線グラフは右軸で、数か所のスギの木の着花率です。筆者が従来から用いている平均着花率と花粉総数の回帰式によりますと、県内測定施設の平均値として、約 2,100 個 /cm^2 というスギ花粉総数の予測値が導き出されます。これは、平年値（最近 10 年間の平均としています）2,400 個 /cm^2 と同程度か、やや下回る値となります。また、飛散数の非常に多かった前年（5,200 個 /cm^2）の約 40％となり、村山氏らの夏の気象からの予測とほぼ同程度の予測数となります。ただし、観察木ではありませんが、前年、相対的に飛散の非常に少なかった西部地区のスギの木には着花率の高い木が多数認められ、また中部や東部に予想外の大量飛散をもたらした木々の場所の特定や着花状態の確認ができないなど、予測を覆す要因は多々存在します。従来の観察木からの予測では前年よりは少なくなりそうですが、2,100 個 /cm^2 という数字は決して小さい値ではなく、10 年前であれば平年値（1,800 個 /cm^2）をやや上回る値です。

一方ヒノキも、山口県では史上最多であった前年と比べるとかなり少なくなりそうです。図 6 と図 7 は同一の木の 2010 年と 2011 年秋のものですが、2010 年では写っているほぼすべての葉先に白い花芽が着いているのに対し、2011 年では、約 30％程度しか花芽が認められません。

図 8 は年毎のスギ花粉の平年値とその年の花粉数を示したものですが、2000 年以降、スギ花粉数の平年値は増え続けており、この 10 年間で約 3 割も増加しました。2000 年以前は 3,000 個

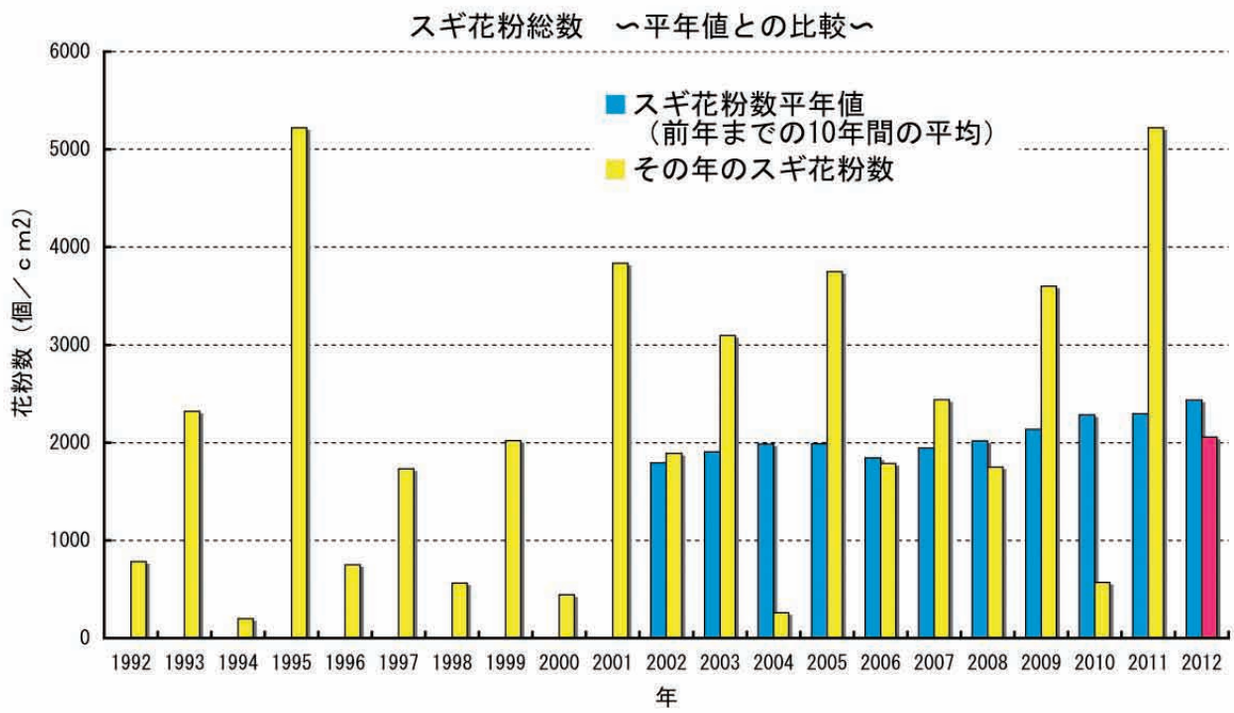
図 6

図 7

を超えたのが 1995 年のみでしたが、2001 年以降では 5 回も記録されるなど、最近 10 年間はその前の 10 年間に比し花粉数が多いのが、一目瞭然です。唯一、平年値が前年より減少したのは 2006 年です。この年の前年も平年値を大きく上回る 3,750 個の花粉数を記録しましたが、山口県で史上最多のスギ花粉数を観測した 1995 年が直近の 10 年から外れたため、値が小さくなりました。今シーズンに予測通り 2,000 個を超える飛散があると、来シーズンの平年値は 1,800 個であった 2002 年が外れるため、わずかに増加することになります。今後 10 年間、さらにスギ花粉の平年値が増加するためには、ほぼ 1 年おきに 3,000 個以上を記録したこの 10 年間以上の花粉飛散が必要となりますが、はたしてスギ花粉数は今後も増加し続けるのでしょうか。

2011 年 11 月 27 日（日）に開催されました山口県医師会花粉情報委員会の花粉測定講習会で特別講演を賜りました金指（かなざし）達郎先生（森林総合研究所 /NPO 花粉情報協会理事）によりますと、2007 年の時点で、全国のスギの木は既に 80％以上が花粉を活発に産生する能力を有する樹齢 30 年以上に達しているそうです。故に樹齢 30 年以上のスギの木の割合が今後極端に増えるわけではありませんので、日本全体としての花粉産生能も著増はしませんが、逆に減ることもなく現在の状態が今後当分の間続くそうです。したがって、夏の気象が同じような状況であればスギ花粉飛散数は頭打ちとなりますが、温暖化がさらに進めば今後も増加することが予想されます。何とも恐ろしいことです。

図 8



Contents

●山口県における 2012 年のスギ花粉飛散総数の予測 …… 沖中芳彦　66
●特別企画　東日本大震災と DMAT …… 山口大学　71
●フレッシュマンコーナー「研修医生活」…… 安武奈津美　77
●今月の視点「特定○○…」…… 山縣三紀　78
●第 10 回「学びながらのウォーキング」大会 …… 田中豊秋　80
●平成 23 年度中国四国医師会連合各種研究会 ……　82
●第 45 回中国四国医師会連合医学会 …… 田中義人　98
●郡市医師会労災・自賠責保険担当理事協議会 …… 萬　忠雄　103
●第 55 回社会保険指導者講習会 …萬　忠雄、西村公一、濱本史明、田村博子、河村康明　106
●第 42 回全国学校保健・学校医大会 …… 濱本史明、茶川治樹　116
●平成 23 年度花粉測定講習会 …… 田中義人　128
●平成 23 年度郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事
　及び関係者合同会議 …… 山縣三紀　130
●飄々 「NO!」といえる勇気を …… 薦田　信　136
●公示 ……　141
●お知らせ・ご案内 …… 138
●日医 FAX ニュース…… 140
●編集後記 …… 田中義人　140

訂　正

平成 23 年 11 月号の表紙にて、撮影者の間違いがありました。
お詫びして訂正いたします。
　表紙　　(誤) 青山　　榮　→　　(正) 村本　剛三

秋を行く　　村本　剛三　撮

特別企画　東日本大震災と DMAT

山口大学医学部附属病院　先進救急医療センターの笠岡俊志准教授 (医師) 、小田泰崇医師、戸谷昌樹医師、附属病院の後藤直美看護師長、先進救急医療センターの冨本恵美看護師と山中聖美看護師、附属病院医事課医事係の笠井直樹氏が出務。災害現場での救援活動を行った。

東日本大震災における山口県ドクターヘリの活動報告

先進救急医療センター准教授　笠岡俊志

山口県ドクターヘリは、国内で 24 機目のドクターヘリとして、平成 23 年 1 月 21 日に運航を開始した。定期点検のため機体交換を行った 3 月 11 日、未曾有の大災害である東日本大震災が発生した。発災時、私は県内の関連病院で診療に従事していた。テレビ中継で東北地方の沿岸部を大津波が襲っている様子を見て、山口県からも DMAT 派遣の可能性があるのではと考えた。発災から 26 分後、厚生労働省医政局 DMAT 事務局から DMAT 待機要請の携帯メールを受信。山口大学病院内にいた DMAT 隊員と連絡をとり、出動準備にとりかかった。翌 12 日午前 0 時過ぎ山口県より被災地へ向けて出発するよう指示があり、DMAT 緊急車両隊として隊員 5 名を被災地に送り出した。その後 DMAT 事務局より山口県ドクターヘリにも出動要請があり、山口県、山大病院、運航会社等と協議の上、出動を決定した。3 月 12 日午前 11 時 09 分、医師として私、看護師 1 名及び運航スタッフ（操縦士 1 名、整備士 1 名）2 名で山大病院のヘリポートを離陸し被災地に向かった。岡山県、三重県で給油した後、埼玉県のホンダ・エアポートに着陸・駐機し、近くのホテルに宿泊した。被災地の現状をテレビ報道で知ることができたが、翌日以降の活動には不安を抱いた。

翌朝（3 月 13 日）、ホンダ・エアポートを離陸し、参集拠点である福島県立医大を目指した。途中、山形空港に立ち寄り、山口県消防防災ヘリコプターに部品を届けた。不慣れな地で、顔見知りの隊員と遭遇できたことは大変心強く感じた。福島県立医大に到着後、DMAT 本部で登録を行い、ドクターヘリを活用した任務を受けるため宮城県総合運動公園に待機することになった。この公園はヘリコプターの給油基地にもなっていて、各県の防災ヘリコプター等が給油に飛来してきたが、携帯電話や無線が使用できず、衛星電話を持参していなかったわれわれは、福島県立医大のドクターヘリ運航管理室との通信ができない環境におかれてしまった。宮城県災害対策本部からしばらく待機するよう指示があったが、その後も特に要請なく時間が経過していった。そのうち、津波被害を受けた老夫婦を防災ヘリが救助し搬送してきた。外傷等はなかったが、持病のため石巻赤十字病院に行きたいという要望があり、災害対策本部の許可を得た上で、われわれのドクターヘリで搬送を行った。靴を履いていない奥さんに、看護師が持ってきていた予備の履物を差し上げていたことには涙が出る思いがした。石巻赤十字病院には、テレビ報道のとおり、多くのヘリコプターが

石巻市立病院近くの空き地に着陸態勢の山口県ドクターヘリ

次々と患者を搬送してきていた。われわれのヘリも合間を見つけて着陸し、老夫婦を病院に引き継ぎ、その後、福島医大に帰還した。その日の夜は、福島駅前のホテルに宿泊することができたが、断水が続き、食料も不十分で、余震も時々発生するなど不安な夜を過ごした。ただし、携帯電話は使用できたため、山大病院や山口県の担当者と連絡がとれたのは幸いであった。

14 日（月曜日）の早朝、福島医大の運航管理室に集合。これまでに例のない、ドクターヘリを活用した、新たなミッションについて説明があった。大津波で甚大な被害を受け、孤立化した石巻市立病院の入院患者をドクターヘリで救出するというミッションであった。われわれのヘリで入院患者・家族・スタッフなど約 20 名の搬送を行い、数機のドクターヘリが協力して入院患者約 100 名の搬送が行われた。活動中に津波警報が発令されたり、福島原発の水素爆発が起きたりと、危険と隣り合わせの活動であったが無事終了し、その日の夕方には被災地を後にして、東京まで戻り、翌日 15 日の夕方に無事山大病院に帰還した。

災害急性期の現場活動が重要な任務である DMAT はいざという時に迅速な対応が求められます。山口大学 DMAT として県外への災害現場派遣を初めて経験しましたが、山大病院及び山口県の関係者に様々な後方支援を行って頂き、感謝の気持ちで一杯です。今回の貴重な経験を今後の災害医療活動に活かすため、①確実な通信手段の整備、②派遣スタッフの安全確保と個人装備の充実、③山口県や山口大学病院が被災した場合の対応など、防災文化の向上に努めていきたいと考えています。

東日本大震災での DMAT 活動

先進救急医療センター医師　小田泰崇

3 月 11 日の午後、東北地方に大きな地震が発生したというニュースが医局内を駆け巡りました。宿直室のテレビから断続的に入ってくる被災情報に愕然とさせられる中、厚生労働省から入った DMAT 待機要請によって、医局内ですぐに派遣調整に入りました。山口県からの派遣指示を受けて、12 日の午前 0 時過ぎ筑波メディカルセンターへ向けて陸路で出発しました。途中、目的地は変更となり、大阪伊丹空港から自衛隊輸送機で岩手県花巻空港に向かい、そこに設置された広域搬送拠点臨時医療施設（SCU：staging care unit）において、われわれ山口大学 DMAT（医師 2 名、看護師 2 名、事務調整員 1 名）は救護活動を担当しました。SCU とは、傷病者を被災地域外へ広域搬送する前に、長時間の搬送に備えて必要な処置を行い、状態を安定化させるための臨時医療施設です。SCU 設置後 2 日間で、およそ 100 名を超える傷病者の方が被災地よりヘリコプターで SCU に搬送され、このうち 11 名の重症傷病者の方が、羽田空港と千歳空港へ広域搬送されました。残る中等症、軽症の傷病者の方は盛岡周辺の病院に被災地域内搬送となりました。13 日まで SCU の活動に従事し、3 月 15 日未明に山大病院に無事帰還しました。

これらの経験を通して、改めて「災害は時と場所を選ばず想定外の規模で起こりうる」ということを痛感したわけですが、実はマグニチュード（M）6 クラスの直下型地震は県内全域で起こる可能性があります。山口県防災計画には複数個の活断層が記され、周期的に大きな地震も記録されています。また M7 クラスの地震（1905 年芸予地震）も近隣で記録され、県内では震度 5 強の揺れが観測されている点からしても、想定外の地震は山口県でも起こりうることなのです。その他、土砂災害や水害などの自然災害、大規模事故などに備えることも重要です。災害時の医療資源は整いつつありますが、その医療資源をいかに有効に、そして迅速に使えるようにするかといったシステムを確立していくことが今後の課題だと認識しています。

被災された皆様におかれましては、心よりお見舞い申し上げますとともに、お亡くなりになられた方々のご冥福を心よりお祈りいたします。

東日本大震災で DMAT として出動して

先進救急医療センター医師　戸谷昌樹

このたび東日本大震災において被災された皆様に心よりお見舞い申し上げるとともに、一日も早い復興を心よりお祈り申し上げます。

私は 2007 年に日本 DMAT 隊員養成研修を受

講しました。この頃の当院 DMAT は装備や服装も十分でなく、これでは実際の災害ではやっていけないと強く感じていました。その後少しずつ準備を進めていましたが、何をどのように準備すれば良いのかわからないまま 2009 年 7 月 21 日の防府土石流災害で DMAT 出動があり、そのときも器材不足や準備不足を感じていました。一方、1995 年阪神大震災の反省から始まった日本 DMAT ですが、2007 年 7 月の新潟中越沖地震、2008 年 6 月の岩手・宮城内陸地震、同 7 月の洞爺湖サミットなどで、DMAT 活動のノウハウが蓄積されてきていました。必要資機材リスト等が作成され、自衛隊や消防との合同訓練などが全国的に活発になってきていました。私たちも、2010 年 2 月には DMAT 中国地方会が山口で開催、同年 10 月には米子で中国地区 DMAT 訓練、2011 年 1 月には中四国ブロック技能維持研修、同年 3 月には山口県消防学校で将来レスキュー隊となる学生と訓練と、ようやく技能維持研修や訓練が行われるようになってきていたところでした。山口大学病院としても、DMAT 専用車両が県からの補助金で配備され、山口県でドクターヘリ運航が開始になり、病院前医療の資機材や準備などが整い始めていました。このようなタイミングでの今回の出動でした。しかし、実際に現場で活動してみてまだまだ準備が十分でないことを痛感しました。災害派遣チームは十分な準備がなければ災害現場では邪魔者になってしまいかねません。普段から現場出動することを考えて万全の準備をすることが大切だと痛感しました。

現場活動で最も感じたことは災害時の情報の不正確さでした。情報は混乱しており、得られる情報も限られていました。被災地は携帯電話も通じないため、ラジオや衛星電話で情報を収集することになりますが、このような状況では得られた情報の不正確さには驚かされました。また、被災地では移動手段が限られており、自衛隊の飛行機で現地に入ったわれわれはその後の移動に苦労しました。DMAT は自己完結を求められており、例え現地に取り残されても自力で帰る手段を考えなければいけません。少ない情報の中で有効な行動をとるためにも車など移動手段を持っていることは大切だと感じました。

今回の震災で DMAT として出動して、身をもって災害現場を感じることができました。訓練や座学では学ぶことのできないことをたくさん得ることができました。また、山口に帰ってきてからの率直な感想として、日々の臨床の中で埋もれかけていた、なぜ医師を志したのかを考え直すことが出来ました。これら得たことを今後の臨床で活かせるように日々精進していきたいと思います。

いわて花巻空港の SCU で活動中の山口大学 DMAT

被災地で活動する DMAT、そして看護師としての役割

山口大学医学部附属病院看護師長　後藤直美

今回の東日本大震災における DMAT 活動は、私にとって初めての出動でした。3 月 11 日、発災直後の DMAT 出動待機要請から、医療資機材と自身の出動準備をはじめました。TV 映像でみる悲惨な光景から、持参する資機材、数などを準備しながら、「早く被災地に行きたい」という使命感に似た高揚した感情と、「あんな状況で自分に何ができるだろうか？」、「どんな活動をしなければならないのだろうか？」、「果たして安全なのか？」という不安で、気持ちは混乱していました。

日付が変わる頃、出動命令が出され隊員 5 名で出発し、被災地の情報、地震速報をラジオで聴きながら陸路で向かい、朝 7 時に大阪伊丹空

港に到着しました。そこからは、参集した他県 DMAT とともに空路で岩手県花巻空港に行き、2 日間の SCU 活動を行いました。その 2 日間で、軽症 9 名、中等症 1 名、重症 1 名の計 11 名の傷病者を担当しました。そこに搬入された多くの傷病者は軽症であり、また、全国より多くの DMAT が参集されていたため、人員・資機材ともに十分確保されている状況でした。これは、出発時に想像していた過酷な状況とはほど遠く、ここに『集結された有り余る power』をもっと有効に使えないのか、というもどかしさを感じました。今回のような状況の中で、緊急性の低い傷病者への DMAT 隊員、そして看護師としての対応のあり方について考え、自分の中でひとつの結論に結び付きました。

それは、DMAT 活動においても、看護独自の視点をもつことが大切であるということです。DMAT 隊員の使命は「限られた医療資源の中でひとりでも多くの命を救うこと」です。災害の種類、規模、そこで与えられるミッションは違いますが、そのミッションの中で、「救命」の次に看護師ができる「最大限の看護活動」を、他チームと協働しながら実践していくこと、それが DMAT 隊員の看護師の責務であると実感しました。今回の活動では、傷病者を担当している間も、「今、救命以外の用途でこの資機材を使ってしまったら後で困らないか」など、少し先の活動が予測できず、何をするにも戸惑いながら、2 日間の活動が終わってしまい、「責務が十分に果たせていない」「もっと何かできたのではないか」と後悔をしています。

3 日目の帰路で、お逢いする方々から、「遠くからありがとうございました」というお礼と、「今からじゃなくて、もう帰るんですか？」ということも言われました。自身の疲労もありましたが、被災地はこれからもっと大変な状況が続くことを改めて実感し、申し訳ない、という複雑な思いで帰路につきました。

帰ってからは、何ひとつ不自由のない変わらない日常があり、被災地で体験した非日常との大きなギャップに戸惑いを感じました。「この日常の生活が、突如、非日常に変わるかもしれない、まさに日常は『ありがたい（有り難い＝有ることが難しい）』ことの連続で、感謝を忘れないようにしよう」、「今、この瞬間を大切に生きること、今できること、やらなければならないことに精一杯向き合おう」など、今回の活動を通して、自分の生き方を考え直す機会にもなりました。DMAT 隊員として、そして看護師として、「災害に対する備え」を考え、自分の役割を果たしていきたいと思います。

東日本大震災において DMAT 隊員（看護師）として参加して

先進救急医療センター看護師　冨本恵美

奇しくも東日本大震災のあった 3 月 11 日は記念すべき私の誕生日で、私は友人が誘ってくれたケーキバイキングに行っていた。幸せな気分で車に戻った後、DMAT の自動待機要請のメールで事態に気づいた。とりあえず出動可能の連絡だけ行ったものの、実感は全く湧かず、帰宅後はなんとなく出動に備えての個人装備を準備していた。いつもなら隣県以外の DMAT の待機要請はすぐに解除されるので、そのうち解除になるだろうと考えていた。結局、待機要請は解除されず待機要請は出動要請に変わった。日付が変わり、ついに私たち山口 DMAT は、陸路で東北に向けて出発することとなった。

緊急地震速報は道中の車内でも何度も流れた。夕方テレビで見た惨劇を照らし合わせ、私たちが現場でできることは何かあるのだろうか、本当に活躍できるのだろうかと考えた。途中も情報は刻々と変化し、最終的には伊丹空港から自衛隊輸送機でいわて花巻空港に入った。

第 2 便で空港入りした私たちに与えられた任務は、SCU を立ち上げ、傷病者をトリアージすることであった。すでに先着していた多数の DMAT 隊は、傷病者の受け入れに向けそれぞれ準備をしていた。

情報は錯綜し、一時は今から最重症傷病者が 30 人来るなどの情報もあったが、重症者はごくわずかで、次々に運ばれてくる傷病者のほとんどが軽症であった。そしてほとんどの方は発災以降食事ができておらず、水分も取れていなかった。裸足の方もたくさんいた。津波がものすごい高さで怖かったと涙ながらに語るお年寄りも多数い

た。

私たちの持参した資器材は決して十分なものではなかったが、これらの傷病者にはほとんど必要なかった。災害の種類にもよるが、今回の震災の場合は主に津波による水害のため、まさに生きるか死ぬかの両極端であったことを思い知らされた。問診や簡単な診察のほか、話を聴くことはできたが、食糧や水の配給ができればまだよかったのではと心が痛んだ。災害現場で注目される重症者だけでなく軽症者の看護も重要で、早期からの心のケアの必要性を実感した。

2日間にわたる活動で感じたことは、いろいろな災害のパターンを予想し物品準備を行うこと、今回のように長期になりうる出動の場合にも備え、個人装備や持参物品の準備を行う必要があることなどで、今後の課題はたくさんみえてきた。あってはならないことで不謹慎ではあるが、今後起こりうる災害に対し、医療者側も情報共有し、万全の準備で挑みたいと思う。

東日本大震災においてドクターヘリ・フライトナースとして携わった経緯と学び

先進救急医療センター看護師　山中聖美

3月12日の朝、私はドクターヘリ・フライトナース当番で出勤しました。出勤後「東北にいくことになるかもしれない」と急に言われ驚いたのを覚えています。テレビでも情報は整理されておらず地震と津波で被害者が多数でているという程度でした。現地の情報も少なく、ドクターヘリとしての具体的ミッションも不明な時点でリストもない準備は大変でした。DMAT隊としての備品はありましたが、ドクターヘリとしての準備はなく、様々なところから必要となるであろう物品を予測し準備をすすめました。家族には現場はどんな状況かわからないがとりあえず現地にいってくることを伝え、何かあれば家族と話すことはもうないかもしれないとまで考えました。時期的にドクターヘリの運航開始から2ヶ月弱しか経過しておらず、私はフライト経験がない状態でした。心の準備もできておらず先のことを考えると不安でいっぱいでした。途中ヘリの中で富士山が真横で見え「なるようになるしかないし、やれることをやるしかない」とその時に決心ができたのを覚えています。埼玉で1泊し、13日に現地に到着しました。1日目は防災ヘリの部品の運搬と宮城県の運動総合公園で活動するというミッションでした。しかしそこではあまり需要はなく、何もできない悔しさを感じながら、そばで防災ヘリが何度も給油をしていく姿を見送っていました。現場では本部との連絡に携帯や無線は使えず情報交換ができない状況でした。ドクターヘリと医療スタッフという医療資源があっても、情報収集と情報伝達がうまくいかないと活用されないことを痛感しました。

2日目は石巻市立病院に取り残されている患者の搬送というミッションをうけ活動しました。停電しぬれた床に注意しながらシーツでくるんだ患者を数人で階段からおろし、他県のヘリと協働し搬送しました。途中津波がくるかもしれないという恐怖も感じながらの活動でした。発災直後は、十分な情報や医療資源がなく現地での活動では命の危険さえあります。医療スタッフとして機器がない分、フィジカルアセスメントスキルは重要です。さらに災害時派遣されるスタッフとして常にアンテナを高くもち情報収集、整理をし、現場の面識のないスタッフとも情報共有や建設的な意見を交換できるコミュニケーションスキルが重要と考えます。また現場で起こりうることを予測して、その場の資源を把握しできる限りの活動をする行動力も必要です。私は3泊4日という短い活動でしたが、帰ってから気持ちの整理がなかなかできませんでした。その経験からもスタッフへの惨事ストレスを緩和するためのデブリーフィングの開催は重要と考えます。

災害時派遣スタッフとして必要なスキルはどれもすぐに習得できるものではではありません。今回の貴重な経験からの学びを生かし、少しでも災害現場で役立つように日頃からスキルアップのための訓練を続けていきたいと思います。

東日本大震災においてDMAT隊員（事務調整員）として参加して

山口大学医学部附属病院　医事課医事係　笠井直樹

2011年（平成23年）3月11日14時46分に発災した東北地方太平洋沖地震は、日本の太平洋三陸沖を震源として発生した地震で、東日本大

震災を引き起こし、東北から関東にかけての東日本一帯に甚大な被害をもたらした。

山口大学 DMAT は、発災当日に厚生労働省、山口県からの待機要請を受け、当日の 24 時まで、院内にて待機を行った。その後、山口県からの要請を受け、12 日未明に筑波メディカルセンターへ向けて DMAT 車両にて現地へ向かった。その後、山口県からの指示にて、大阪国際空港（伊丹空港）へ進路を変更しつつ移動を行った。移動中は、車内にて EMIS の入力を随時行い、県内の動向、また他県の活動状況を把握しながら空港へと向かった。伊丹空港からは、自衛隊輸送機に乗り込み、岩手県いわて花巻空港へと空路にて向かった。到着後、空港内に設けられた SCU へ到着報告を行い、SCU 本部の指示を待つこととなった。

平成 23 年 3 月 12 日（土）の活動状況は、トリアージされた、軽症（緑）2 名、中等症度（黄）1 名、重症（赤）1 名を救護した。そのうち、1 名の重症の患者については SCU での処置後、北海道の新千歳空港へ搬送された。

平成 23 年 3 月 13 日（日）活動状況は、軽度の患者が多く搬送されたため、SCU の隣に軽度の患者の待機場所を設営し、8 名の患者の処置を行った。

私は、山口大学 DMAT の“業務調整員”として業務を行ったなかで感じたことが 2 点ある。一つは、「正確な情報提供の問題」である。情報が錯綜した SCU 内での情報交換が正確に伝わらず、何度も同じ情報の提供依頼や確認を行い、待機している患者を的確に搬送できなかったという反省がある。二点目は、「通信手段の確保」である。被災地においては、携帯電話、インターネット環境がなかった状況で、後方支援等に必要な通信手段が利用できなかったことが挙げられる。DMAT が通信機能も含め、支援することが想定されていたが、すべての DMAT がインターネット接続可能な衛星通信機能を保持していなかったため、うまく機能しなかった。インターネット接続可能な衛星通信は DMAT 活動に必須であり、すべてのチームが保持することが必要と感じた。また、自衛隊等の関係機関と連携するためにも通信機能、通信ツールが必要であると感じた。今回、山口大学 DMAT が所有している衛星電話が使用できず、通信手段がなかったことが反省点であると考える。

最後に、今回の業務を体験して感じたことは、指揮調整機能の更なる強化、DMAT 事務局の機能拡充、被災地内でインターネットを含む通信体制の確保、全 DMAT への衛星携帯の整備、広域医療搬送戦略の見直し、SCU をサポートする近隣病院の指定、SCU 、DMAT への高度医療資器材の整備、亜急性期活動戦略の確立、迅速性を維持しつつ、1 ～ 2 週間をカバーできる体制の確保などが挙げられる。

山口県から派遣された DMAT 隊員

フレッシュマンコーナー

研修医生活

綜合病院社会保険徳山中央病院
研修医2年目　安武奈津美

研修医となって働き始めて1年半以上経ち、もうすぐ研修医生活が終わろうとしています。あっという間の研修生活で、毎日が濃くて本当に数えきれないくらい色々なことがありました。

学生時代は部活に飲み会にバイトに旅行に、色々なイベントを楽しんだので、研修医になったら、毎日毎日寝る間も惜しんで働いて勉強しようと思っていました。何もかも犠牲にして仕事に注ぐぞ､くらいの気持ちでした。実際に働き始めて、最初は何もわからない状態で何をするにも時間がかかり、家に帰るのが遅くなったり、夜中に呼び出しがあったり、サマリーを書くのが忙しくて間に合わなかったり。疲れがたまっていくこともありましたが、徳山中央病院での研修は研修医の同期が多いこともあり、研修のことの相談をし合ったり心強く、とても支えられています。上の先生方やコメディカルの方たちとの交流も盛んで、一緒に飲みに行ったりする機会も多く、仕事だけでなくみんなで交流を深めることも、働きやすい環境を築いていく意味で、すごく大切なことだと思いました。当初思っていたような、仕事一筋、勉強ばかりの生活にはやっぱりなれませんでした。みんなで楽しく過ごす時間もやはり必要でした。

今の研修医制度では、自分の回りたい科を選べる選択期間が増えて、二年目はほとんどが選択期間です。研修医の仲間の何人かは将来希望する科を全部選択している人もいて、その専門性を極めていっている人もいます。研修医だけど、その科の一員として貢献できていて、いいなと思う反面、私は研修医制度を利用して、色々な科を回っています｡その科の一員として働くというよりは、上の先生について色々教えてもらって研修をしている感じですが、色々なことを広く経験することができていると思っています。

日々の研修に加えて、救急の当直は色々な症例を経験する貴重な場です。徳山中央病院の救急当直は、忙しい時は一睡もできずに朝を迎えてしまうこともあります。初めて出会う患者さんと話をして、色んな情報を聞き出し、考える力を学んだり、病気のことを学んだり、軽症から重症まで沢山の経験を積むことができています。重症の場面では、最初の頃はただおろおろするばかりで、上級医の先生が指示を出してくれることに頼ってばかりでした。今はまだまだだけれど、最初の頃に比べたら随分と成長したかなと思います｡また、色々な人と接していると、高齢化社会だなぁと感じることがよくあります。一人暮らしの高齢者で不安が主訴で来る人や、不定愁訴の患者さんも多く、そういった人たちとどう向き合うべきか、これからはそういったことも考えなければいけないと思いました。

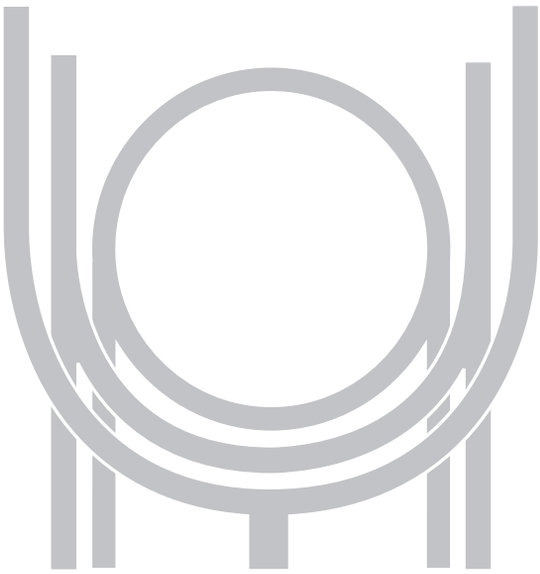
徳山中央病院は症例が多くて患者さんが多く、先生方もたくさんいらっしゃいます。そんな先生方から色々と学んでいるのですが、仕事を楽しんでいる、仕事が趣味、少なくとも傍から見たらそう見える先生方がたくさんいらっしゃって、とても素敵なことだと思っています。私も周りの人たちに助けられていて恵まれており、今は仕事を楽しくできていると思っています。これから辛いことも苦しいことも悲しいことも色々とあるだろうけど、基本的には楽しく仕事をしていくことが目標です。

学生時代の友人に会って話す機会が時々あります。都会の野戦病院で研修している友人や、山口よりももっと田舎で地域医療を中心に研修している友人。学生時代は同じ講義室で学んだ仲間達が､それぞれの場所でそれぞれの研修をしていて、みんなの話を聞くと面白いです。今後みんなまたそれぞれの道に進んでいって専門性をもって、またみんなで集まって仕事の話をすることができたらいいなと思います。その時に、いきいきと仕事の話をできるように、これからも頑張っていこうと思います。

今月の視点

特定○○・・・

理事　山縣三紀



特定健診

10月20日に郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議が開催され、平成22年度の実施結果と平成23年度の実施状況についての報告が各保険者からなされた。

平成22年度山口県の国保保険者全体の特定健診受診率は21.3％（前年度21.0％）、協会けんぽ被保険者で40.6％（前年度36.7％）、被扶養者で10.5％（前年度8.9％）。後期高齢者広域連合の受診率は20.2％（前年度15.8％）となっている（報告詳細は当会報130頁～135頁参照）。各保険者ともわずかに受診率アップを認めるが、広報や受診券の工夫・受診項目の追加・中間時期での未受診者へのハガキなどでの受診勧奨等々、さまざまな取り組みの成果は、残念ながら上がったとは言えない。

ご承知のように、従来各市町村が健康増進法に基づいて行っていた基本健診から現在の特定健診・特定保健指導に移行されたのは、老人保健法から改正された「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく。そしてその背景には平成17年厚労省より発表された「医療制度構造改革案」と「医療制度改革大綱」があり、そこで生活習慣病の予防についての保険者の役割を明確化し、被保険者・被扶養者に対して効果的かつ効率的な健診・保健指導を義務付け、保健指導においては、その実施を国においてプログラムの標準化を行うと明記されている。

したがって、この健診の「特定」とは生活習慣病を示し、今のところその項目としては腹囲・血圧・血糖・脂質に限られる。それらの医療費削減への根拠としては平成5年度京都で調査された健診結果で、リスク保有数0個から4個に増えるに従い、平成15年度の一人当たりの医療費が平均で4倍となったデータ等が示されている。

しかしながら、また別の調査では腹囲がハイリスク者となるカットオフ値は男性86㎝・女性77㎝という結果がでていたり、HbA_{1c}や高血圧、脂質代謝にしても同様に医療費と明確に結びつけるには十分な検討がなされていないと思われる。むしろ、高齢者の医療費の問題のうち、透析や、今回の健診事業でその受診率を低下させたがん等、考慮すべき疾患はまだまだある。「特定」と国が示すからには、そこに明確な根拠がなければ日々、最も身近で患者の健康を願っている私たちは混乱するばかりである。

特定看護師

日本全国、どこの保険者も医療機関も苦労している特定健診・特定保健指導のあとにまた「特

定・・」である。特定看護師とは字の表すとおり、国の認証を受けた「特定」の看護師に医師の包括的支持の下で「特定」の医行為の実施を認めるものである。

特定健診については、その制度にたくさんの問題点があるとしても、保険者が行う健診としては意味がないではない。しかしこの特定看護師の「特定」は非常に問題が多いと思われる。しかも、これも特定健診～と同様、保健師助産師看護師法の改正の後、その法をもって厚生労働大臣の新たな認証を受けて実施される。そのような重大なことがらを「特定行為」の定義もあいまいなまま、十分な議論もなく12月の社会保障審議会医療部会に諮ろうとしている。

おまけに「特定行為」に加え、「包括的」指示、である。「特定行為」とは、侵襲性や難易度の高いもの、という概要のみで、医師の指示については「具体的指示」ではなく、実施者に高度な判断能力が求められる「包括的指示」とされている。日医もこの制度の問題点をいろいろな面から挙げてはいるが、いずれにしても、医療行為を定義もはっきりさせぬまま「一般の行為」と「特定の行為」にわけてしまうことはチーム医療の現場に混乱をもたらすばかりではないだろうか。

「特定○○・・」

「特定機能病院」「特定入院料」「特定疾患」「特定薬剤・特定保険医療材料」・・・「特定」があたまに付くものは他にもある。とりあえず、「特定」と名付けておいて中身はあとで適当に変更・追加のできるたいへん都合のよい名称である。少なくとも何かの法律のもとに行われるものに関して今後「特定」の文字を入れるのはやめてほしい。

11月に開催された中国四国医師会連合各種研究会の地域医療分科会の席上、日医役員より、特定健診・特定保健指導について、保険者協議会等で「特定」の文字をはずし、「保険者による健診と保健指導」に名称を改めるよう要望している旨の説明がなされた。もしもそうなれば、内容うんぬんは別として、たいへん喜ばしいことと考える。医療の現場に「特定」はそぐわない。ついでにいえば「特別」にも同じにおいがします・・・

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先に
ご照会ください

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

損保ジャパン

あなたの「夢」と「未来」を応援します。

YMFG
Yamaguchi
Financial Group

山口銀行
YAMAGUCHI BANK

第 10 回「学びながらのウォーキング」大会

と　き　平成 23 年 11 月 23 日 (水･祝)
ところ　講演会 : 岩国国際観光ホテル
ウォーキング : 岩国城、錦帯橋近辺

[報告 : 山口県医師国民健康保険組合　常務理事　田中　豊秋]

今年も、11 月 23 日 (水･祝) に山口県医師国保組合の保健事業「学びながらのウォーキング」大会を開催した。

昨年のウォーキングコースは、長門市青海島メモリアルロード、金子みすゞのふる里周辺であったが、今年は岩国市において、日本三名橋の一つである錦帯橋と、岩国城を眺めながらのウォーキングに決定した。講演会場は、岩国国際観光ホテルとなった。

さて、例年と同じく、山口市 (総合保健会館) に集合する方々、及び直接、岩国国際観光ホテルに集合する方々の 2 か所に集合場所を設置し、山口市に集合した方は大型バスで岩国に向かった。

大会開始にあたり、木下理事長による主催者挨拶後、吉川史料館館長　藤重 豊先生に「吉川氏の系譜」と題したご講演をいただいた。

本来であれば、講演会終了後、ウォーキング指導者として、山口県健康づくりセンターの健康運

動指導士である恵美須勝美さんよりウォーキングの効用・注意事項のご説明をいただき、ストレッチ体操の後、ウォーキングの開始となるはずであったが、朝からあいにくの雨のため、急遽スケジュールを変更することにした。

予定していたスケジュールでは、出発後、錦帯橋を渡り、岩国城までウォーキングして食事をす

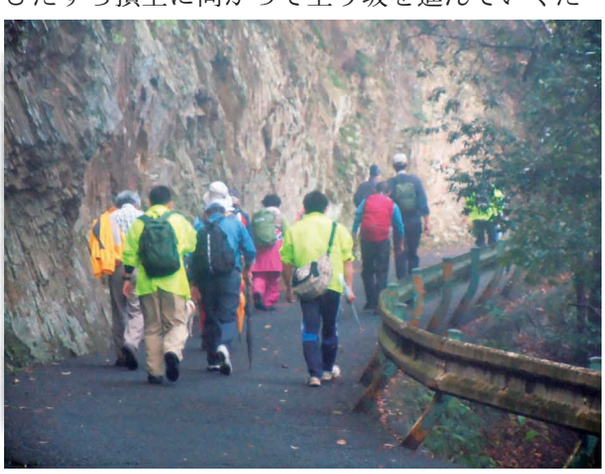
る予定であったが、先にホテル内で食事を行い、ウォーキングを開始することとした。

食事後にコース変更・注意事項等の説明が行われ、ストレッチ体操をする頃には、幸いにも雨が小降りになってきた。

そして、小雨の中、ウォーキング開始。当日は、雨にもかかわらず早朝から観光客が多く、その中を百数名が列をなして進んでいった。

錦帯橋を過ぎると、一行は吉香公園外周～紅葉谷公園へと進んだが、このあたりは紅葉が非常に綺麗であった。しばし、この紅葉を楽しみながら歩くと、山頂に向かう城山登山道に入った。この山道は車が通るため整備された道路ではあるが、通常は車の乗り入れが禁止されているため、安心して歩くことができた。また、すでに雨もあがり、多少ウォーキングしやすい環境となった。

時折、樹間から広がる眺望を楽しみながらも、ひたすら頂上に向かって上り坂を進んでいくため、ここで息の上がった参加者が、今回はかなり多かったようだ。



そして、山上の岩国城ロープウェイ山頂駅にやっとたどり着いた。先頭グループが、そこから300m先にある岩国城をぐるっと回って帰ってきた頃に、後尾グループが到着するほど、歩行ペースに差がでていたようだ。

そして、駅前広場でしばし休憩となった。また、岩国市街地・錦帯橋をゆったりと眺めることができたので、疲れを癒すひとときの休息となった。

休憩後、本来なら、吉香公園に続く急坂の遊歩道を下っていくグループと、ロープウェイで降りて吉香公園を散策するグループに分かれる予定であった。

しかし、前者の急な遊歩道は落ち葉が延々と下まで連なる状態であり、下って行くには滑りやすく危険との判断により、さきほどの登山コースを下ることとした。後者のグループは、予定通りロープウェイで降りてからの散策であった。

そして、両グループとも、最終目的地となる錦帯橋河川敷の駐車場に集合し、ウォーキングは終了。現地集合者はここで解散し、山口市集合者はバスに乗り込み帰路についた。

今回は雨天のため、決して良いコンディションとは言えなかったが、歴史的に価値の高い錦帯橋を中心に、整備の整った観光地内でのウォーキングであったため、参加者には楽しんでいただけたのではないかと思う。

平成 23 年度　中国四国医師会連合各種研究会 第 45 回中国四国医師会連合医学会

と　き
平成 23 年 11 月 5、6 日（土、日）

ところ
ホテルニューオータニ鳥取
（鳥取市）

常任委員会

14 時から常任委員会があり、最初に鳥取県医師会長で中国四国医師会連合委員長の岡本公男先生が開会挨拶をされた。

ついで日本医師会の森下理事と井戸理事がそれぞれ中央情勢を報告され、各種研究会の運営と第 19 回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会について等の議事が行われた。

続いて 15 時から各種研究会が開催された。以下に報告する。

医療保険・介護保険研究会

Ⅰ　指導・監査関連

1. 診療報酬改定時における集団指導について
＜愛媛県＞

診療報酬改定の説明会は、これまで県医師会主催、医師会と行政の共同開催など、伝達説明会形式で行われてきた。平成 22 年度の改定説明会は、集団指導として厚生支局により実施された。改定の説明会が集団指導として行われたことに、抵抗感、違和感を有した医療機関も少なからずあったようである。平成 24 年度の改定説明会も集団指導の形式をとるものと思われるが、医師会としてどのように関与していくべきか、各県の意見を伺いたい。

各県とも方法に若干の相違はあるが共同開催する方向である。その内容は医師会と中国四国厚生局が役割分担し、例えば施設基準関係を同厚生局が説明し、点数改定関係を医師会が説明する等の案が検討されている。しかし、以前に共同開催した県の中には、同厚生局が主導で説明会を実施したことで、「指導」色が大変強く、会員に違和感があるという事例が報告された。

日医　共同開催の方向に問題はないが、同厚生局が「集団指導」という位置付けで実施することは、多くの会員に抵抗感があり、「説明会」とすべきと考えている。

2. 厚生局の指導について　＜香川県＞

監督官庁が社会保険庁から厚生局に変わって数年が経つが、その指導内容に疑問がある。

それまでは、ある程度地域性を考慮して地区医師会とも相談の上、指導内容が決められていたが、厚生局になってからは、指導は全国一律に同じ内容かつ同じ方法で行おうとしている。これは一見平等のようにみえるが、とんでもない不平等である。都会と地方でまったく同じ医療を行えというのは到底無理な話である。

そもそも国民皆保険制度は国民全員が何らかの保険に加入し、同等の医療を受ける権利を有するということであって、同じ医療を受けなくてはならないということではない。大病院の近所に暮らしている人と、無医村に住んでいる人が常に同じ医療を受けることは事実上不可能であり、都会と地方に同じ医療を強制することに疑問がある。

地方の実状にあった方法や内容で指導がなされるような働きかけを厚労省に対して行っているのか。行っているとすれば、無視されているということか。

日医　指導は指導大綱に基づいて行われるのは当然であるが、指導の所管が厚生局となって以降、都道府県医師会との間が悪化しているのは把握している。アンケート調査の結果を参考にして指導監査のあり方について厚生局と話し合っている。指導内容を全国統一化すれば済むというものではなく、地域に合わせた運用となるよう厚生局と話し合っていきたい。

3. 監査の長期化について　＜山口県＞

「監査」については、社会保険事務局当時は、最長でも 2 回（4 日間）の実施で終結していたが、中国四国厚生局になって以後の今回、3 月以降毎月実施され、既に 8 回（16 日間）実施（10 月末現在）されており、いまだ終結しない状況である。その内容も調書の確認の繰り返しであり、医療保険「監査」のコア部分は既に終了していると思われるが、平日に延々と続く「監査」により、当該医療機関の精神的負担、診療への影響及び立会者への負担は多大なものとなっている。

医療保険制度における「監査」は大変重要であるが、現場での医療あっての制度であるため、「監査」は地域医療に影響を与えない程度に、速やかに処理される制度となるよう、日医から地方厚生局へ申し入れていただきたい。

また、「監査」の選定基準及び処分基準については、「みぞべ訴訟」で司法側からも指摘されたように、行政の裁量権があまりにも過大である。処分として「注意・戒告」と「5 年間の保険医・保険医療機関指定の取消し」の間の隔たりは「天国と地獄」の差があるため、保険医取り消し処分の期間については再考すべきである。また、監査対象医療機関を決定するにあたっても、必ず診療側の意見を確認するよう、日医から厚労省へ強く働きかけていただきたい。

「事案が複雑となりかつ弁護士が立会いするため、聞き取り聴取の作成に手間がかかっている」との日医の認識に対して、山口県として「監査を行う厚生局側の資質の問題」と強く主張した。指導対象医療機関を決定するにあたっては、医師会に情報が入るのが常道であるので、徹底させていきたい。保険医・保険医療機関指定の取り消し期間は、不正・不当の程度により平成 10 年から 2

年以下と 2 年～ 5 年に区分されている。

日医　不正に関しては、監査はやむを得ないと考えている。
―このコメントに対して、香川県から「日医は開業医の立場に立って厚生局と話し合っていただきたい」と苦言があった。

4. 保険指導・監査に基づく行政処分について ＜鳥取県＞

最近、不適切な保険診療であることを理由に保険医療機関及び保険医の指定取り消し処分を受けた医療機関が訴訟を起こし、勝訴した事例がある。詳細は明らかではないが、報道された処分の理由は、保険診療から逸脱したものであったとしても、保険医の取り消しになる程のものではなかったものと思われる。

現在のシステムでは、保険医の取り消し等の処分は、行政側が一方的に結論を出し、その「案」が地方社会保険医療協議会に提案され、そこで審議する形をとっているが、ここで「案」がひっくり返ることはほとんどないとされている。膨大な資料を提示しての審議であり、限られた時間で十分に理解することは極めて困難であり、出席委員の多くは「案」をそのまま受け入れているのが実情と思われる。

一般の裁判でも裁判員制度が取り入れられている現在、医療保険制度における処分に際しても、処分「案」を出す段階で、行政だけでなく、医療の専門家を含む委員会を組織して幅広い視野で結論を出すべきと考えるがいかがか。日医の見解を伺いたい。

日医　地方社会保険医療協議会（地医協）は形骸化することなく、処分に問題のある案件に関しては、出席している委員が積極的に意見を出してほしい。地医協に提出される前の案の段階で、医療側から意見が出せるか否かは、持ち帰って検討したい。

II　診療報酬関連

5. 入院中患者の他院受診時の入院基本料の逓減 ＜広島県＞

入院中の患者が必要に応じて他院を受診した場合、その日の入院基本料が 7/10 に削減される。例えば、入院まで眼科・耳鼻科・産科などに通院していて、状況により引き続き通院が必要な場合は、従来の診療科へ通院していただくこととなる。その加療の時間は、せいぜい 2 時間程度のもので、それにより 7/10 に逓減するというのは不条理である。

この問題は、本県も昨年今年と、中国四国医師会連合の分科会、研究会へ出題しているが、具体的な変更はなされていない。入院中の患者が、闇雲に複数の医療機関を受診することには、点数ルール上の規制が必要であるが、議題にあるような、専門医療の必要患者まで含めて、一律に 7/10 に削減するルールは、もう少し国民目線での点数表とすることが必要である。

日医　精神病棟入院患者への化学療法を例に、近く中医協で協議される予定であり、次回改定の最重要要望項目の一つとしている。

6. 7 種類以上投薬時の薬剤料 10%減について ＜愛媛県＞

7 種類以上の投薬時の薬剤料は、所定点数の 100 分の 90 で算定することになっている。複数の疾患を有する高齢者などでは、薬剤数が多くならざるをえないことが往々にしてある。新薬などの高薬価剤処方時あるいは長期処方時などにおいては薬剤料が高額となって、10%減分が再診料、処方料などを上回り、受診の度に医療機関の持ち出しになることも時に起こっている。仕入れ値と薬価との差が非常に少ない現状で、薬剤購入時の消費税負担を加味すれば、多数の薬剤を処方して利益をあげようとする医療機関はないが、病状によって多種類の薬剤を処方せざるを得ないことはあり得る。患者のために誠意ある診療を行ったにもかかわらず、医療機関の持ち出しになることがある制度は不備がある。制度の廃止を主体に何らかの方策を考えていただきたい。

日医　医療機関は少しでも投与する薬剤を減らしたいとしている現状では、時代にそぐわない制度となっており、不合理な制度となっている。

7. 点数改定について　＜岡山県＞

平成 24 年度診療報酬改定は行わないと日医は要請しているが、厚労省は行うとしている。日医の反対理由は震災後の実調はわが国の医療の正常な姿ではないからとしている。

それであっても日医も不条理な点数の是正は行いたいとしており、実際論として過去の点数改定で最も不条理な点数であった基本診療料である初診料、再診料、入院基本料等の大幅な引き上げを求めるべきである。

8. 再診料引き上げによる地域医療崩壊阻止について　＜広島県＞

現在、政府は東日本大震災一辺倒である。JMAT による医療支援ができるのも会員の安定した基盤があってのことである。われわれの諸先輩たちは、その安定に向けて常に努力を続けてこられた。今こそ医療費の底上げが必要である。昨年まで掲げてきた「地域医療崩壊阻止」はどこに行ったのか。子ども手当も必要だが医療費の底上げも必要である。

来年の診療報酬改定に向けて、下げられた再診療を 71 点に戻すよう、日医は政府に働きかけていただきたい。

改定前になると決まって恣意的な情報操作が始まる。今回も勤務医の収入に対して、開業医の収入が 1.7 倍と比較した記事が新聞に掲載された。そもそも、給与収入である勤務医と、事業収入である開業医の収入を一律に比較することに何の意味があるのか。ただ、そろそろこのような恣意的なリーク記事には、マスコミも国民も興味を示さなくなってきたようである。

日医　現時点ではデータ不足であるが、日医総研からの反論データを準備したい。また、恣意的でないデータとして、TKC 全国会のデータとの比較が有効と考えている。

9. 第三者機関（日本医療機能評価機構等）による医療機能評価認定医療機関への診療報酬点数評価について　＜高知県＞

1995 年に設立された（財）日本医療機能評価機構においては、設立当初、第三者評価による病院に期待できる効果の中に、『地域住民、患者への提供情報の内容が保証される』『地域における医療の信頼性を高めることができる』等々がうたわれていた。15 年を経過し、約 2,500 の病院（病院全体の約 3 割）が認定を受けた現在、その効果は現れているのか。認定病院は、高額な審査料金に見合った効果を得られているのか。①認定を受けなくても、今まで通り患者も、就職を希望する人材も来てくれている。②患者（特に高齢者）は、機能評価のことすら知らない。③日本医療機能評価機構が国民に PR をしてくれないので、認定病院がさらに高額なコマーシャル料金をメディアに支払って、機能評価の説明をしなければならない。④診療報酬の施設基準で必要なためだけに、受審・更新をしている。このような状況から、認定は受けたけれど、更新まではしない等の声も聞かれる。この機構自体の見直し、あるいは医療機能評価認定病院への診療報酬点数での評価（加算）を要望したいが、日本医師会の意見を伺いたい。

日医　診療報酬上は、緩和ケア診療加算の算定要件にあるだけである。大病院にはハードルの低い施設基準であるが、中小病院にはハードルの高い施設基準であるため見直しが必要である。

10. ドロペリドールとクエン酸フェンタニルによる NLA(neuroleptic analgesia) 麻酔で L001 静脈麻酔を認めているか　＜徳島県＞

ドロペリドールは薬効分類 1119i に分類される静脈麻酔薬で、適応にクエン酸フェンタニルと併用することにより全身麻酔薬となっているが、点数表の解釈には L001 静脈麻酔とは静脈麻酔薬を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うものとある。NLA での麻酔の手技料算定に基金と国保での意見が分かれており、徳島基金では静脈麻酔を算定できないとされている。各県での状況と日医の見解を伺いたい。

薬効分類番号「111 全身麻酔剤」であるドロペリドールについては、支払基金のワーキンググループにおいて、平成 22 年 7 月に審査取扱いが検討され、「経静脈的に用いて患者の意識消失に

より静脈麻酔を行った場合は算定できる。」とあるため、当該見解を尊重するべきである。

日医　審査委員会の判断に任せたい。

Ⅲ　その他

11. 保険医療機関から保険者への受給資格確認について　＜山口県＞

被保険者証を年金事務所が預かっている（入籍による記載内容変更のため）という理由で、患者から保険医療機関の受付へ被保険者証のコピーが提示された。保険医療機関は受給資格確認のため、保険者「協会けんぽ」へ電話照会を行った。ところが、「協会けんぽ」は、「個人情報であるので答えられない」と返答した。そのため、保険医療機関から県医師会へ事態の連絡があり、県医師会も「協会けんぽ」へ説明を求めたところ、「全国健康保険協会の資料「個人情報の利用目的」に、保険医療機関への情報提供が可と掲載されていないため回答できない。全国で同じ対応をしている。」と返答があった。

ここで問題になるのは、保険医療機関と保険者は、医療保険制度において公法上の契約者であり、個人情報保護法に規定する「第三者」にはあたらないため、被保険者の情報は共有されるべきではないのか。また、そもそも個人情報保護法は本人の同意がない場合に用いられる法律であり、このケースでは本人が受診し、受給資格の照会を了承している。同様の事例で、例えば金融機関においても、照会元に電話を掛け直すこと等により、本人確認した上で情報の提供を行っている。保険者はそれをしないというのなら、保険医療機関は患者から提示された被保険者証、資格証明書等の記載内容について、疑問に思うことも照会確認することもできないが、これが医療保険制度上望ましいとは考えられない。

また、「協会けんぽ」は、このような患者（被保険者証のコピー提示）を保険給付の対象にするか、あるいは患者から医療費の全額徴収とするかは「医療機関の判断となる」と返答するが、保険者が正しい情報を提供せずに、「あとは医療機関の判断」という解釈にも大変疑問がある。因みに大規模保険者の中には、「医療機関や他の保険者から資格確認などの照会があった場合は、相手方確認のうえ回答する」と公表しているところもある。仄聞するには、審査支払機関においても、「協会けんぽ」は資格確認の電話照会に対応されないため、困惑しているとのことである。

以上の「協会けんぽ」の対応について、各県の状況・意見を伺いたい。

「資格喪失後受診」の件数が一向に減少しない理由に、「協会けんぽ」の対応不備が原因とする意見があった。また、この問題の対応については、同じ「協会けんぽ」でも県により異なっていた。日医は、「一般論としては償還払いが原則」と述べたが、愛媛県から「各県で取り扱いが異なるのはおかしい、日医が調整すべきである」との意見があり、「受給資格の確認が可能となるよう対応したい」と返答があった。

12. 消費税問題　＜島根県＞

社会保障財源としての消費税率 UP が取り沙汰されていたが、3 月 11 日の東日本大震災によってますます財源不足が深刻となった。消費税率 10% ～ 15%UP となれば、薬価差がなくなった現在、薬品購入や医療機器・備品の購入等で、有床診療所・小中規模病院にとっては致命的問題である。

現在の医療機関に対する消費税問題を根本的に見直す必要があり、民主党政権の不安定さがある中ではあるが、税制改革案に日医としての対策案を示してほしい。

日医　税制問題なので、病院団体とも協調して取り組むが、患者の負担とならないようにしたい。

[報告：常任理事　萬　　忠雄]

13. 医療依存度の高い介護サービス利用者の増加と、その対応について　＜島根県＞

後期高齢者の増加により、利用者の状態像は重度化し、認知症高齢者の増加と重度化、在宅での介護困難事例の増加が大きな課題となっている。また、要介護度の上昇と診療報酬改定による早期退院者の増加により、介護の現場での対応すべき医療の範囲と密度が増大している。

現状の保険の給付では、基本的には医療保険

と介護保険のいずれか一方しか利用できないしくみとなっている。しかし、重度要介護者は同時に医療サービスの需要が高く、専門的な医療の必要な方も増加している。次回改定では、この硬直化した制度を見直し、一人の要介護高齢者が、かかりつけ医の判断で、必要に応じたサービスを医療・介護保険から同時に給付できる仕組みを導入してはと考えている。各県の介護現場での状況と意見を伺いたい。

各県からは医療依存の高い方が増えている現状が報告された。訪問看護については訪問看護支援事業を利用して訪問看護コールセンターを設置していることや偏在について議論された。また、医療措置のたくさん必要な方が特養などに入れなくなり、いわゆる老人アパートに入居されており、そこをどのようにケアしていくのかが重要になってくると指摘があった。また、訪問看護は中小都市では運営が難しくなっており、24 時間対応の定期巡回サービスについては都市部以外では成立しないのではないかという意見があった。また介護保険の設計上、かかりつけ医の判断では必要に応じたサービスについて決められないので、設計の再構築が必要であるとの意見もあった。特養では重度化した利用者の受け入れより軽度の方を受け入れる傾向もあるのではないかと指摘があった。

日医からは制度として介護保険が医療保険より優先することがおかしいとの認識が示されたが、高齢者の増加に伴い、政策の変化もある中で軽度の方を積極的に受け入れる施設があると指摘があった。重度の方を医療で引き受けようとすると施設が立ち行かなくなることも問題であり、声を出して改善しなければならないとのことであり、老健では緊急時の医学管理（1 日 500 単位）を、3 日間から 1 週間に延ばすように主張していることや特養での医療提供は制度上難しいとの回答があった。また、来年度の同時改定においては、医療が必要な人には適切な医療が提供できるよう、体制を構築することを主張していると説明があった。

14. 特別養護老人ホームの医療等について＜香川県＞

特別養護老人ホームの入所者に対する医療への考えと、厚生労働省から通達された喀痰の吸引、鼻腔栄養チューブの取り扱いに対して、医師の立場での不安、異論があれば各県の考えを伺いたい。

各県からは、安易にたんの吸引を認めることは不安があることや事故が起きた時の責任問題などについて問題提起があった。それに対して、実質的違法性阻却論によって、介護福祉士等のたんの吸引が容認されているなど、介護の現場がますます厳しくなっていることが報告された。また、法律で認められる行為になると現実的に対応していかなければならない問題も増えてくるのではないかとの指摘があった。アクシデントが起こった時には医師が対応することになるので、それについての準備も必要ではないかとの意見もあった。さらにケアカンファレンスの開催を含めたケアマネとの連携や主治医意見書の充実も図るべきだと指摘があった。

日医からは、医師が利用者の変化を説明できることが大事であると回答があった。（地域医療・地域保健研究会「医療機関職員における医行為（たんの吸引等の実施）について」の日医の回答を参照）

15. 小規模多機能型居宅介護の現状と課題について＜高知県、鳥取県＞

地域包括ケアシステムの実現に向けて、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を併設した施設の重点整備がされるようだが、小規模多機能施設についてはその要件が厳しく、また登録高齢者の人数制限（登録 25 名、通い 15 名、入所 9 名）や他のサービス事業を利用できないことなど、使い勝手が悪いことによって、参入事業者が少ないという現状にあると思われる。そこで、各県における「小規模多機能施設」の整備の実態やケアマネジメントについて状況を伺いたい。

各県からは、整備があまり進んでいない状況が説明されたが、鳥取県では急速に普及していることが報告された。要介護 3 以上の方を登録しないと点数からいうと経営が成り立たないが、重度の方をみるということは難しいとの意見や、1 床や 2 床でも空きがあれば経営的に負担がかかるとの指摘があった。また、いわゆる老人を集めたアパートでは訪問介護などでサービスを埋めて

いくと療養病床より点数が高くなり、地域の介護費用が上がっていくことがあり、今後注視していく必要があるとの指摘があった。また、地域在宅ケアの名前を借りたサービスの囲い込みが起こると、理念とは違ったものになることや居住系サービスへの行政の指導監督の強化が課題になるとの意見もあった。さらに介護事業所を開設する際のチェック機能の強化等も必要になってくるのではないかという指摘もあった。

日医からは「介護保険における多方面からの事業者の参入については質の低下や儲け主義などの不正の入り込む余地があると思うが、小規模多機能居宅介護は医療の必要性の高い地域の利用者を、どのようにみるかという視点でできたので、介護職員の不足や医療ニーズへの適切な対応などの課題はあるが、泊まりや通いなどの機能があるため、有床診療所の機能と併用すれば地域としてメリットが出てくる。小規模多機能居宅介護事業所と有床診療所の看護師の兼任が可能となるような検討や主張をしている。今後の課題としてケアマネ同士の連携、小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の活用やかかりつけ医との連携があると回答があった。

それに対して各県からは、有床診療所との連携については介護施設ではなく、医療施設としているところは施設基準に問題があると考えられることや、24 時間対応の看護師の問題、小規模多機能と併設する余裕が有床診療所にはないことが指摘され、現実的な対応をするよう、調査実施などを含めて日医へ要望があった。

16. マンパワー不足について　＜徳島県＞

医療、介護を担う人材として、医師、看護師はもとより、介護職員も不足している。平成 22 年度の介護労働実態調査でも半数以上の事業所が職員不足を感じている。介護職員処遇改善交付金の効果も薄らいできていると思われる。このような中でマンパワー確保のためになにをすべきか。

日医からは少子高齢化が進む中、医療、介護だけにはとどまらない大きな問題にもかかわらず国の方針がはっきりしておらず、難しい問題ではあるが、医療や介護を魅力あるものにしていかなければならないと回答があった。

17. 介護支援専門員との交流について＜岡山県＞

介護支援専門員の中で福祉士系職種の人たちが増えた現状において、いかに医療知識を蓄積してもらい、医師とのスムーズな意見交換がなされるようにしているか、各県の取り組みを伺いたい。

各県からは医師との連携について、かつては「敷居が高い」であったが、現在ではもっと交流がなくなっているのではないかという意見や、介護支援専門員協会との会議を開催したり、逆に交流が盛んになっているという県もあった。

[報告：理事　河村　康明]

地域医療・地域保健研究会

コメンテーターに日本医師会の保坂シゲリ常任理事をむかえ、検診等、医師・看護師確保対策等、感染症・予防接種等について協議した。

Ⅰ　検診等

1.CKD の進捗状況について　＜徳島県＞

CKD の早期発見から治療へと教育、研修、クリニカルパスへと進んでいるが、各県の取り組み状況を伺いたい。

各県、取り組みへの対応に温度差がある。岡山県では岡山大学が中心に、市内のかかりつけ医と 6 腎臓専門医施設と CKD 医療連携ネットワークを設立し、現在 115 のかかりつけ医施設が参加し、活発に連携をとっている。昨年度、岡山県内科医会では「微量アルブミン尿」について、アンケート調査を実施している。島根県では、腎臓専門医が少ないため、糖尿病に焦点を絞り、糖尿病早期腎症対策（微量アルブミン尿）を積極的に行っている。鳥取県では、特定健診の検査項目にクレアチニン検査を追加するための啓発を行っている。

日医　特定健診・特定保健指導を保険者が行う健診、保健指導のように、「特定」を外したものになるように考えている。その時、CKD に関係のあるクレアチニン検査の導入を検討したい。

特定健診・特定保健指導は、「高齢者の医療の

確保に関する法律」で位置づけられている。後期高齢者医療制度を廃止せず、特定健診・特定保健指導をどうするか。特定健診・特定保健指導の在り方に関する検討会でも「特定」を外すように申し入れているので、保険局でも、保険者が行う健診、保健指導として検討している。健康局は、専門家による健診内容を話し合う検討会が新たに立ち上がるようだ。

2. 生活習慣病対策について　＜愛媛県＞

愛媛県生活習慣病予防協議会で基本健康診査を担当する循環器疾患等部会と各がん検診を担当する部会があったが、特定健診開始時に基本健康診査を担当していた循環器疾患等部会の役割が保険者協議会に移行した。保険者協議会は医療保険者の集まりであり、医療提供者側の参画はなく、ほとんど活動が行われていない。県行政レベルで県医師会も参画している生活習慣病対策を協議する場があるか否か、状況を伺いたい。

日医　保険者協議会には、医師国保組合の参画が 10 県、オブザーバーとしての参加は 30 県（平成 20 年 4 月時点）と、40 県が何らかの形で医師会が関わっている。

特定健診の問題については、腹囲を基準とすることの問題、腹囲の基準値の問題、加算減算の問題、受診率が上がらないこと、特に被扶養者の受診率の問題がある。被扶養者については、すべての市町村で実施し、財源は保険者がもつというようにできないか検討中である。がん検診と実施主体を揃えれば、全体に受診率も上がるのではないかと考えている。

司会　メディファクスによると、厚労省はがん対策推進室と生活習慣病対策室を統合して、がん健康対策室を設置し、がんと生活習慣病を一本化する姿勢を示している。

日医　生活習慣病の中のほとんどが特定健診に行き、生活習慣病を検討する場も、がんのことしか行わない都道府県が多い。健康局としては、全体をカバーするのが当然だとし、がん健康対策室で検討することになる。健康局が昔の基本健診のような形にさらに変更していくための一つのきっかけにするのだと思う。特定健診がどういう形になるのかとは別である。特定健診の財源を保険者から出させたことが医療者にとってはよかった。保険者が行うことであるが、効率よく、国民にとっても良い健診になるようにしていきたい。

3. 県全体のがん検診受診率の把握について　＜鳥取県＞

国はがん検診受診率 50%を目標として掲げているが、鳥取県では近年の市町の検診受診率は 25％で固定しており、目標には遠く及ばない。働く世代である若い年代の受診者が少ない傾向にあるのも課題である。厚生労働省は平成 22 年度の国民生活基礎調査に基づき、がん検診の結果を公表している。各県の検診受診率の把握の取り組みを伺いたい。

日医　検診受診率に何を入れるのか、また、がん検診とは何かが問題である。死亡率減少効果の整理がついていない。50％に達したときの財源確保など今後検討が必要である。

鳥取県では、女性特有のがん検診の無料クーポン券の使用者が少なく、受診率に反映されていない。

また、受診者の意識問題もあるが、キャパシティーがないので、クーポン券を配付しても全部できない。国のすることは矛盾している。今年度から大腸がん検診が始まっている。厚労省は当初、検査キットを働く人に送り、そのまま返却させることにしていたが、医師を通るように変更している。行政のすることに注意してほしい。

II　医師・看護師確保対策等

4. 日本医師会が提案した医師養成についての改革案について　＜高知県＞

日本医師会は 1 月 19 日の定例記者会見で、医学部教育から初期臨床研修までの医師養成制度の改革案を示した。改革案は、「医師は、地域の大学を中心に 8 年かけて育てること」を骨格とし、原則として、初期臨床研修を出身大学病院やその地域の臨床研修病院で行うことなどを提案している。日医の臨床研修制度の基本的方向性にもあるように、臨床研修医が単なる労働力として位置づ

けられることなく、研修に専念できる環境を整備することが重要である。むしろ初期臨床研修における研修医の流れを止めることは望ましくなく、研修内容の充実を図り、どこで初期研修を受けようとも卒後 3 年目以降には各地域に研修後の医師が分布し定着する制度が望ましく、今後の検討をお願いしたい。

日医　案として提案し、都道府県医師会や関係各方面からの意見を集約し、さらに検討を重ね、本年 4 月 20 日、「医師養成についての日本医師会の提案（第 2 版）」をとりまとめた。新医師臨床研修制度の基本的方向性として見直しを行った。臨床研修医が地域と深くかかわって研修できること、単なる労働力として位置づけられることなく、各臨床研修医が研修内容を優先し、研修先を選択できるよう配慮する。研修システムについては、研修希望者は原則、出身大学の臨床研修センター（仮称）に登録し、研修先についての希望を提出する、研修希望先の地域は問わないとすることによって、臨床研修医が出身大学の地域にとらわれずに、研修希望、研修先を選択できるようにした。卒後 3 年目以降の後期臨床研修については、検討途上である専門医制度との関係を想定しつつ、今後改めて提案を行う。あり方についても引き続き検討する。その際、各地域に研修後の医師が分布し定着する制度が望ましい、という趣旨の提案を参考にしたい。

5. 病院と診療所（かかりつけ医）の役割分担について　＜島根県＞

病院の病院内だけでなく、地域のかかりつけ医も病院の外来担当という発想に転換する必要がある。この棲み分けを地域の住民に理解してもらう、即ち病院と診療所が一体となって診ているということを住民に十分理解してもらう必要がある。今、5 大がんをはじめとして地域連携クリティカルパスの活用、運用を行い、病院と診療所の役割分担（棲み分け）を進めていかないと現状を打開することはできない。地域医療を立て直し、勤務医の負担を減らし、本来の病院機能を発揮するためにも棲み分けを実現してもらいたい。

日医　地域医療支援病院について、指定要件に救急がカウントされるのがよくない。診療所と病院との連携という当初の趣旨に立ち戻り検討していく。

岡山県　小児科医が救急外来を診ると救急外来加算が算定できるため、6 歳未満の患者には時間外選定療養費が算定できない。いずれかの加算が算定されるためである。

日医　検討する。

6. 選定療養費等の特別料金加算による外来受診抑制について　＜鳥取県＞

病院勤務医の負担軽減や病院が入院診療に特化するため、患者向け啓発なども含め外来受診数を減少させる努力がなされつつある。その目的のため、紹介状のない受診例に特別料金を加算して、時間内及び時間外受診の外来受診抑制をする病院が増加している。大学病院、基幹病院の公立病院等も紹介状のない受診例に選定療養費等の特別料金を負荷する制度が導入されつつある。

各県とも、200 床以上の病院の選定療養費等の特別加算については、30 ～ 100％の導入割合である。導入が外来抑制に繋がっているかは、地域や県によって評価が分かれる。また、基幹病院の選定療養費等の特別加算導入による地域への影響については余りないのでは、という回答だった。金額は概ね 3 千円前後が多い。

7. へき地医療支援について　＜岡山県＞

岡山県では 9 か所のへき地医療拠点病院が、県下に 45 か所のへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣を行っている。しかし、へき地で開業している医師が、病気等の理由で休診を余儀なくされる場合、医師派遣、代診医派遣について公に相談できる窓口さえ明らかではない。各県の実情、対策を伺いたい。

各県とも、主に地域医療拠点病院、地域医療支援センターを中心に対策が取られているが、多くの場合、公益のへき地診療所が対象で、民間、個人への対応はされていない。

広島県は、全国で 2 番目に医師が少ない（1 番目は北海道）。それは瀬戸内海の島嶼部や山間部に医師が要するためである。さまざまな相談窓口は、地域内のへき地拠点病院と連携しながら、「へき地医療支援機構」が行っている。

岡山県からは、へき地医療拠点病院でも医師不足である。自治医科大学出身者や各大学の地域枠推薦入学医師にも応援いただきたい、という意見があった。

8. 研修医等をサポートするための取り組み　＜広島県＞

医師国家試験の合格者中 3 割が女性医師が占めるため、保育施設等の整備は必要不可欠であるが、女性医師にとって望ましい勤務環境の改善は、男性医師の勤務環境改善につながる。性差に問わない取り組みが必要と考えるが、大学によってその熱意には差を認めざるを得ない。医学生の意識改革を図る取り組みや、男女問わず研修医向けの企画等があるか。

日医　日医ホームページの臨床研修医支援ネットワークに、日医雑誌の閲覧、日医認定産業医制度、認定健康スポーツ医制度への参加、提携ホテルの割引など臨床研修医が登録すると無償利用できるサービスがある。女性医師への取り組みは、女性医師相談窓口の各県医師会設置をお願いしている。女性医師支援センターのホームページにさまざまな情報を載せている。女性医師支援にかかった費用を申請してほしい（各県 50 万円限度）。

指導的立場の女性が少ないため、日本医師会では積極的プランとして、来年度の役員改選年にすべての日本医師会の会内部会委員に女性を 1 名以上、全体の女性委員の割合を 10％にしたい。平成 26 年度（新公益法人移行）には、常任理事、理事、監事各 1 名以上女性医師とする数値目標を立てた。また、『2020.30』推進懇話会に女性医師 3 名以上の参加者推薦を各県医師会にお願いしている。

9. 看護系大学の学生数の増加による、看護職員確保対策への影響について　＜岡山県＞

岡山県においては、大学入学定員が平成 20 年度までは 4 校、220 人であったのが、平成 21 年度 5 校 300 人、22 年度 6 校 400 人と急増している。看護学の高度な知識と技術を修得することは結構なことであるが、研究や教職の方面を目指す者、さらには看護職以外の分野に進む者等が増加の傾向にある。県外からの学生も多く、地元定員枠の設定も考えねばとの声もあるが、各県の状況と日医のご意見をお聞きしたい。

日医からは地元定員枠の活用や山口県が実施している看護師等修学資金貸与事業では、免許を取得後、県内で 5 年間看護業務に従事した場合に返還免除があることなどが紹介された。また、看護大学が単なるアカデミズムの場ということになっている面もあるが、地域の看護の充実の課程でもあるという認識をを看護大学の学生にもってもらう必要もある。教員確保の面では、教員養成講習会を受講する際の負担の軽減については、来年度の予算で 6 千万円くらいが e ラーニングの導入に関して付いており、平成 24 年度に内容を決定し、平成 25 年度の e ラーニング導入に向けて取り組みが始まっている。集合研修もあるようだが、教員確保の一助にはなるのではないか。平成 23 年度では看護師養成所（3 年課程）も 8 校（定員 320 人）が新設で認められている。日医では現状では看護大学へは特に力を入れていないとのことであった。

各県からは大学の卒業生の県内就業率や地元定員枠について報告があったが、医師会立看護学校の卒業生と比べると県内就業率が低かった。

10. 看護師不足における対策について＜広島県＞

広島県では医師不足をはじめ、看護師不足も深刻な問題である。平成 22 年度 広島県が行った事業仕分けでは、医師会立看護師養成所の運営費補助金について「不要」と判定された。本県の看護職員の養成に係る医師会の果たしてきた役割や、運営費補助金が養成施設に不可欠であることを、行政に十分理解されていないことが浮き彫りになった。

各地区医師会では厳しい経営環境の中で、県内全養成施設（24 校 29 課程）の半分近くにのぼる 10 校 13 課程の運営を地域の中で行い、その数は

県全体の養成数（18,239 人）の約 53%を占めるに至っている。これらの点を県行政に説明し、敗者復活になったいきさつがある。

本来看護職員の確保・養成は行政の役割であると認識しているが、アシスト・援助での各県の取り組みや対策はどうされておられるのか。たとえば、資金、協力、広報の面ではどのようにされているのか具体的に伺いたい。

日医から、本年度は国の予算の 1 割カットの方針もあり、運営費補助金の削減の動きがあったが、日医として努力し、前年並みの運営費補助金額となった。また、来年度予算も予断を許さなかったが、本年度と同じ額となる見通しである。増額についても要望していく。また、県単独の補助があるところもあるので、県行政へも要望をお願いしたいと回答された。

山口県の医師会立看護学校卒業生の県内就職率の高さについては、奨学金の充実や U ターンしてきた社会人の受け入れを積極的に行っていることも一因ではないかと説明した。また、日医からは認定看護師については賛成だが、特定看護師については看護師が医行為を行うことなので、リスクの高いものもあり絶対に反対であるが、検討会等の進み方においても全体では反対になるが、最終的に両論併記になってしまうことがあると報告があった。また、各県からはマスコミ対策の重要性を指摘され、日医からも世論の誘導があるのではないかと回答があった。

各県からは県行政の施策や医師会独自の奨学金を設けていることなどが説明された。

III　感染症・予防接種等

11. 高齢者への 23 価肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス）の接種勧奨と、公費負担について　＜高知県＞

都道府県後期高齢者医療広域連合では、対象者の健康づくりのために事業を策定し、実施するに必要な経費を、国の特別調整交付金で賄うことになっている。長寿・健康増進事業の実施は、交付対象事業として費用助成があり、その他被保険者の健康増進のために必要と認められる事業となっている。これら以外にも事業の趣旨に沿ったものであれば広域連合は国に費用申請ができる。近年、小児用 7 価肺炎球菌ワクチンの接種が始まり、付随的に高齢者の肺炎も減少が報告されている。逆に高齢者への肺炎球菌ワクチンの接種で小児も含め肺炎球菌感染症が激減するものと期待される。各県の現状と今後の見通しをうかがう。

各県とも、広域連合が主体的になって、交付金を活用しているという回答はなかった。大都市では少ないが、多くの県でいくつかの市町村が何らかの公費助成を実施している。山口県内では高齢者への肺炎球菌ワクチン接種の助成事業を実施している市町はない。

12. 子宮頸がん等予防ワクチンの接種状況について　＜山口県＞

今年 1 月から開始された子宮頸がん等ワクチン接種費用の助成事業の接種状況は、接種の差し控えなどがあったことを考慮すると、まずまず順調に接種が実施されていると考えている。今年度限りで接種事業がなくならないよう日医から国へ予算措置等の十分な働きかけをお願いしたい。

本県から追加で、不活化ポリオワクチン接種を加え、もし 4 種混合になる場合、接種時期を生後 2 か月からできるようにと要望した。

日医　今年度と同様に予算措置できるように、各県や郡市からも要望書を出してもらいたい。また、地元議会や自治体にも働きかけをしてほしい。来年 4 月から継続できる可能性が非常に高い。

13. 多種混合ワクチン早期導入について　＜徳島県＞

接種事故防止の観点のみならず、接種の負担軽減、接種の不活化ポリオワクチンを加えた 4 種混合ワクチンが、日本でも近々利用できるとの情報もあるが、5 種もしくは 6 種混合ワクチン等の多種混合ワクチンの早期導入ができるよう要望する。

日医　国のワクチン行政が一貫性がなく、中長期的な検討がされていなかったのが原因と考えている。予防接種法の改正に向けて、検討組織として調査検討を継続し、提言できる組織をつくるよう強く主張している。

14. 公費負担予防接種に関わる消費税について　＜香川県＞

医療機関で公費負担予防接種を行う場合、接種ワクチンの入手方法には、各自治体が購入して医療機関に配付する方法と、各医療機関が直接購入する方法とがあるが、現状は自治体の意向等で後者に移行している傾向にある。その際、予防接種にかかわる収入は、診療報酬外収入として計上され、インフルエンザなどの任意接種料金の総計が 1,000 万円を超えると課税事業者となり、消費税がかかる。消費税引き上げの動きもあり、医療機関に対してかなり圧迫となる。

日医から公費予防接種料金に消費税が入っているはずであるので、地域で確認してほしいと回答があった。

15. スポーツ医の活躍状況について　＜香川県＞

日医認定健康スポーツ医については、①活躍の場が少ない、②厚生労働大臣認定の運動型健康増進施設、民間スポーツクラブ等での活躍人数について、③認定スポーツ医更新のための実践機会が確保されているか。

各県とも活躍の場がほとんどないとの回答だった。厚生労働大臣認定の運動型健康増進施設等では一部利用されているが、ほとんど利用されていない。また、健康スポーツ医更新のための講習会は、各県とも年 2 ～ 3 回開催している。

日医　本年 8 月 24 日、スポーツ基本法が施行された。スポーツを通じて豊かな生活を営む権利があると明記されている。スポーツを行う国民の心身の健康の保持増進や安全の確保のためには認定健康スポーツ医との連携が不可欠であるとして、スポーツ基本計画の中に盛り込むよう働きかけている。同時に認定スポーツ医が全国 3 千を超す総合型地域スポーツクラブ等で活躍できるよう、さらに文部科学省に働きかけたい。

16. ドクターヘリの運用状況　＜島根県＞

島根県は、今年 6 月 13 日からドクターヘリの運用を開始しているが、1 か月の出動回数は、予想の 30 件より多い 45 件であった。ただし、ドクターヘリを受け入れる病院の医師不足で厳しい状況である。臨時離着陸場の騒音問題もある。

徳島県、香川県、愛媛県、広島県では、消防防災ヘリのドクターヘリ的運用をしている。高知県では、ドクターヘリを平成 23 年 3 月 16 日から運用（当初、3 月 12 日就航予定が東日本大震災への派遣のために延期）。各県とも、運用時間が日没までと限られていることや、ヘリ格納庫の問題をあげている。今後、広域連合が進み、隣県同士でカバーする必要が出てくるのではという話もでた。

日医への要望

17. 医療機関職員における医行為（たんの吸引等の実施）について　＜山口県＞

平成 24 年 4 月 1 日から、介護福祉士及び介護福祉士以外の介護職員ともに診療の補助として「たんの吸引」等を実施できるようになるが、介護療養型施設では所定の看護職員が配置されていることから、現在、介護職員には同処置が認められていないが、一定の研修を受けた介護職員はすべての施設で「たんの吸引」等を実施できるようにすべきではないか。また、医療安全が確保されるように、一定の研修を義務付けられているが、案として出ている講義 50 時間、演習 29 時間及び実地研修 22 時間というような長期の研修が必要とは考えられないため、効率的なカリキュラム等を再考するよう、厚生労働省へ要望していただきたい。

日医からは日医の主張が入れられずに実施が決まったと経緯の説明があり、「見える範囲の口腔内等に限った行為であれば効率的なカリキュラムへ再考するべきと主張もできるが、鼻腔内、気管カニューレ内部等も含む行為になっている以上、研修時間については相応の時間が必要であるとの立場である。同行為の範囲が広いということであればまだ研修時間が足りないとの考えもある。是非ご理解いただきたい。また、今回の改正では医師や看護師が対応可能なため、対象から医療施設ははずされているが、逆に緊急時の対応が

医療施設では可能なので、安全に介護職員も同行為が行えるので、医療施設をはずすのはおかしいと意見を検討会等で述べてきた。また、制度として介護施設が対象ということであれば介護療養型施設においては介護職員による同行為が認められるよう今後も主張していく」と回答があった。

［報告：常任理事　田中　豊秋、理事　山縣　三紀］

防災対策研究会

この研究会は、今年３月の東日本大震災を受けて防災対策にしぼった研究会として、助言者に日本医師会常任理事の三上裕司先生と翌日特別講演をされる広島原爆被爆者援護事業団理事長の鎌田七男先生をお迎えして開催された。

まず、各県からそれぞれのハザードマップや防災に対する医師会の取り組み状況等の発表があり、その後日医からの発言、全体での討議が行われた。

徳島県　南海地震の発生は、今後30年以内に60％と予想され、震度６強以上の地震＋液状化＋津波のスーパー広域災害になるといわれている。また、東海・東南海・南海そして日向灘の三連動、四連動が発生する可能性もあり、被害想定の見直しとともに、これらを念頭に置いた防災対策が必要となる。

徳島市では橋が崩落したことを地形から想定して、平成18年に応急救護所を再編し医師の割り当てと、機材（応急救護セット）の整備をした。

平成22年５月から災害時の安否確認サービス・気象警報等の情報配信「すだちくんメール」の登録を行っており、医師会員に対して積極的な登録を呼びかけている。また、県・郡市医師会の緊急時の情報伝達・情報収集のため、衛星携帯電話を年内中に整備する予定である。

県行政は今年８月に徳島県災害医療対策協議会を設置し、ドクターヘリの導入、災害医療コーディネーター・SCUの整備、災害医療マニュアルなどについて検討を行っている。

東日本大震災における災害医療派遣は、現地へ連絡員を派遣し、現地の様子を伝え、その状況を元にして、公的病院、医師会、大学で医療救護班を継続して派遣した。今回の派遣では、行政・大学・民間・団体が一体となった支援体制ができたと思っている。

香川県　防災に対する行政・医師会の取り組みは始まったばかりであり、行政から、地震、津波、浸水や液状化の被害想定に関する情報提供はなされ、一般県民にも公開されている。

県と医師会を含む各種団体（交通、電力、食品関係他多種）との災害時協定は文書として結ばれている。しかし、具体的な動きはこれまでなく、最近になって県防災会議も委員の確認作業があり、10年以上開催されていなかった香川県災害医療救護連絡会も今夏にようやく開催されたところである。

その他、平成23年３月から県立中央病院の移転工事が開始されていたが、今回の震災により中断され､防災対策が再検証された。津波高潮対策、敷地液状化対策、インフラ･アクセス道路の整備･確保などの追加･修正をして進めることとなった。

いずれにしても災害が少ない県であるため、県

民の意識改革が一番必要だと感じている。

愛媛県　本県は、中央構造線断層帯が横断しており、この断層帯に並行して、四国中央市、新居浜市、西条市の東予方面主要都市、県庁所在地松山市、これらを結ぶ主要道路、南には伊方原子力発電所が立地している。急峻な地形、脆弱な地質等の地理的特性をもち、自然災害が発生しやすい状況で、複合災害の発生が危惧される。

医師会としては、災害時の医療救護に関する協定（県知事、県内市町長、県医師会長の 3 者協定）を基本とし、行政・日赤・公的病院との連携を第一に考えている。

一度発災すれば県内各地域が分断される可能性が大きいため、地域の中での医療救護体制の構築は、今回被災地へ救護班を派遣した行政、日赤、医師会とも共通認識することとなった。県行政において関係機関を交えて体制見直しの検討が始まっているが、県医師会でもこれを見据えながら県医師会医療救護計画の見直しとマニュアルの整備を進めることにしている。

高知県　東西に長く、県土に占める山林面積は 84％、交通のインフラも整備も脆弱である。高速道の整備は遅れ、国道もほとんどが山間部、海岸線にある。予想される南海地震を例に取ると、人口の 40％、医療機関の約半数以上が集中する高知市は、地域の 2/3 が津波・地盤沈下で水没し、海岸線では津波、山間部は土砂崩れのため、道路は壊滅状態となり、救急救命センターを含む中核医療機関もほぼ浸水し機能不全になる。県の防災計画では、県災害対策本部の下に、県医師会長を本部長とする「災害医療対策本部」が設置され、6 か所の保健所単位に災害対策本部の支部を設置し、救護・医療等を考えているが、十分機能しそうにない。

現在、東日本大震災の検証を元に、防災計画の大幅な見直しが行われているが、未だ具体化していない。県医師会でも特に災害時の交通遮断を考え、県の災害対策本部の支部と協力して各郡市医師会単位での活動を構築しているが、上記の条件等で厳しい状況が考えられ、県の見直し案が策定された段階で再構築が必要と考えている。現状ではまず、自分の命、医療機関・入院患者を守り、他の都道府県からの DMAT の救護活動を待つしかないのが現況である。

島根県　昭和 58 年 8 月に「島根県医師会医療救護計画」を制定し、隔年で県医師会、郡市医師会の医療救護班編成の更新を行っている。また、救護班の装備としてヘルメットやベストなどを県医師会で準備している。この計画は、島根県地域防災計画（風水害対策・震災・原子力防災）と相まって、地域に係る災害発生時の医療救護対策並びに他県等の災害に対する医療救護の要請に関し計画を定め、もって災害医療救護の万全を期することを目的としている。

本県では、県庁と同じ市内に原子力発電所を有しており、災害発生時の対策本部、行政の対応を再検討が必要となった。島根・鳥取両県と発電所周辺 30km 圏市の防災責任者で「原子力防災連絡会議」を立ち上げ、課題の整理と対応の方向性を取りまとめたところである。

災害の少ない県であるが、今回の東日本大震災において、市民の防災意識が高まり、官民あげての防災対策の再構築が行われつつある現状だが、県医師会の防災対策は基礎から組み立てている段階である。

岡山県　県北部に海抜 1,200km 以上の中国山地が東西に屋根をつくり、南の瀬戸内海まで段階的に低くなっている。南海・東南海地震では、震度 6.5 、3m の津波を想定している。県土の 1 割以上を占める低地では冠水はまぬかれない。ハザードマップ（市町作成）により被害状況を推測している。

県医師会では、「岡山県医師会災害医療救護手引書」によって災害時の行動を規定している。この手引は、災害時医療救援活動に関する協定書とその細則に基づき、十分且つ円滑な医療救援活動を目的としている。さらに、災害発生前の県医師会の対応、郡市地区医師会の対応、災害発生時の対応、災害発生後の各種サポート体制なども規定している。

また、県との間で災害時の医療救護活動に関する協定を締結しており、「協定書」、「協定書実施細目」、「災害救助法実施に関する委託契約書」などが存在するが、いずれも 10 年以上前のもので

あり今後改定の必要に迫られている。

本県には原子力発電所は存在しないが、人形峠に日本原子力研究開発機構の施設がある。現在は稼働しておらず僅かなウラン残土が残されているのみで被ばく事故などの危険はない。しかし、事故発生に備えて一次、二次医療機関が対応に当たることになっている。

広島県　広島県では、平成 13 年度より web 上に広島県救急医療情報ネットを設置している。平時は医療機関の検索等が可能で、災害時には医療関係者に医療機関の被災状況等の情報を提供している。また、医療関係者向けに災害時医療救護活動マニュアルを公開し、今年度から現状にあった適切な形を目指し、マニュアルは見直しが予定されている。

災害時において、県医師会は広島県との協定に基づき医療救護班の派遣・指揮、情報収集・伝達等といった医療救護活動を行う。また、災害に備え、医療救護活動の連絡・調整役としてコーディネーターを選任している。

その他、広島県医師会の取り組みとしては、災害時医療救護活動における関係諸機関の密接な連携体制の強化、現場で必要な知識の習得や技術の向上を目的とした集団災害医療救護訓練や、航空機事故を想定した空港周辺の訓練への協力・参加を行っている。

山口県　本県の災害時の医療救護体制は、基本的に、県防災会議が災害対策基本法の規定に基づいて作成する「山口県地域防災計画」に沿って、対応する。この防災計画は、県防災会議の下に検討委員会が今年 6 月に設けられ、さらに 3 つの部会（その一つに「救助・救急対策部会」がある）によって、東日本大震災を教訓とした大規模災害対策の検証・検討が具体的に行われ、11 月 1 日に報告書がまとめられた。

本県で想定すべき大規模災害は地震・津波及び高潮であり、海溝型地震では、東海・東南海・南海地震の三連動でも震源域が遠く、揺れや津波は現在想定と大きな変化はないと考えられるが、継続時間の長い揺れにより広い範囲で液状化の発生が想定される。また、活断層地震では、都市直下での激しい揺れにより甚大な被害が想定され、海溝型地震の前後では発生確率が高まることにも注意を要する。さらに、日本海側の津波について初めて検討がされ、被害の可能性があることを指摘された。高潮については、本県周防灘沿岸は入江等の多い南向きの海岸で、台風時に吹き寄せられた海水が関門海峡でせき止められる地勢的特性があることから、これまで度々大規模な被害を被ってきた経緯があり、現在想定では、瀬戸内海沿岸一帯で最大約 5.5m の高潮による浸水が想定され、この潮位は、東南海・南海地震による津波（2 ～ 3 m）より高いことから、本県においては、津波以上に高潮への注意が必要とされた。救助・救急関係では、消防、警察、自衛隊、海上保安部、DMAT 等の救助・救急機関が密接な連携により、迅速で効率的な活動を実施されることが重要であり、平時からの合同訓練の実施や資機材の効率的活用のための体制づくりが求められる。また、多数のヘリの安全かつ効率的運用のためのヘリベース・フォワードベースの確保をはじめとする救助部隊等の活動拠点の確保や、災害拠点病院の機能充実などの災害医療体制の拡充に取り組む必要性がある。こうした内容の報告書を受けて、これらから防災計画等の修正へ反映されていく予定である。

その他、県医師会・歯科医師会・薬剤師会は（昭和 44 年）県知事と「集団傷病者救急医療対策に関する協定」を結んでおり、これにより県からの医療救護班の派遣要請があったとき又は自らの判断により、救護班を編成し、直ちに出動することになっている。

協定や具体的なマニュアルは長期間見直しされていないため、災害拠点病院と DMAT 、JMAT の役割を整理し、定期的な見直しと大規模災害を想定した対策が早急に必要であり、緊急時に医師会 JMAT が活動しやすいよう、次の点を県へ要望しているところである。

- JMAT を防災会議の医療救護体制の中に位置付け、役割や費用負担等の明確化を図ること
- 災害・救急医療情報の提供システムを構築すること（被災地の被害状況、必要な医療、不足医薬品、交通状況等の情報）
- 派遣要請など指揮命令系統を県に一元化すること（派遣先や期間等の決定は、県が総合的な判断を行い、支援チームの構成や搬送体制、医薬

品の調達など、継続的な支援活動ができるよう調整機能を発揮する）

鳥取県　地震については平成 17 年 3 月、「鳥取県地震防災調査研究報告書」にまとめられ、地震動・液状化・崖崩れ・津波の想定、建物被害の想定、ライフライン施設被害の想定などが示されている。平成 12 年 10 月に発生した鳥取県西部地震は、地震の規模は大きかった（マグニチュード 7.3 、震度 6 強）ものの、死者はゼロであった。しかしながら境港市では液状化により港湾岸壁の崩壊や建物被害が顕著であり、水産業に大きな打撃を与えることとなった。

この度の東日本大震災を経験し、大地震、原発事故、大津波、自然災害などの時に医師会（県医師会、郡市区医師会）や医療機関自身の対応、医療体制はどうするか、災害医療派遣はどう対応するかなど、改めて各団体で課題が浮き彫りとなった。

津波対策については、今年度に鳥取県津波対策検討委員会が立ち上げられ、津波被害想定の見直しを行うとともに、新たな津波浸水予測図を作成するなど、鳥取県地域防災計画の見直しを検討中である。これを受け、市町村においては、新たな浸水予測図に基づく津波ハザードマップの作成や市町村地域防災計画を平成 24 年度から始める予定である。

日医　今回の東日本大震災への対応について、各県より JMAT チームとして活動していただいた方々をはじめ、その連携等にもご支援いただいた県・郡市区医師会の先生方に対してお礼申し上げる。JMAT 、JMAT Ⅱの現状は、JMAT が 1,384 チーム活動して 7 月 15 日に終了した。それ以降 JMAT Ⅱが 221 チーム活動しており、今後も 30 チームの派遣を予定している。

中央防災会議は、しばらく開催されておらず、その下に防災対策推進検討会議がつくられ 10 月 28 日に初会合が開かれた。メンバーに原中日医会長が入り、防災基本計画や災害対策関連法の改正、大規模地震対策の見直しなど重要テーマを議論し、適宜、中間報告がされ、平成 24 年夏頃に最終的な報告書を出す予定になっている。

それから、第 9 回目の被災者健康支援連絡協議会が 10 月 3 日に開催された。この協議会は、東日本大震災による被災者の健康を支援するため、4 月 22 日に政府の「被災者生活支援特別対策本部」の協力要請により設置されたもので、現在 34 団体で構成され、関係省庁（厚労省、総務省、内閣官房、文科省）も参画している。ここでは、厚労省から第三次補正予算（案）の主な要求項目が示され、その中の医療関連項目についての説明があり、日医からは JMAT Ⅱの活動状況について報告、日本慢性期医療協会からは岩手・宮城・福島の 3 県にある 22 会員病院に対して被災状況についてのアンケート調査を行い、17 病院から回答を得た結果が示され、公的補助を受けることができた病院は 1 病院のみであったことや、職員や患者の増減率等が報告された。

福島原発に対しては、日医と福島県医師会で「福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会」を開催しており、県民の健康支援のための「地域医療ネットワークの再構築」や地域医療ネットワーク再構築のための損害賠償請求の積極的支援などを福島県知事へ申し入れた。また、東電に対して、福島第一原子力発電所等による災害の実態等の国民への公開と早期収束及び福島県民等の健康被害への責任ある対応、適正な補償を簡便な請求方式を基本とした実施、医療活動の基盤となる安全な地域コミュニティの早急な回復あるいは創造などを申し入れた。

その他、放射線に関する研修会を文科省・学校保健会等と共催して静岡県で開催した。

以上、日医のこれまでの主な対応を報告。

（各県の発表について、）各県とも今回の東日本大震災を契機に、行政をはじめ各関係機関・関係団体と従来の対策を見直しているところであり、全体としては災害医療コーディネーター設置の重要性が共通認識されている。また、県によって災害に対する意識が大きく違うことを感じた。それぞれの県だけで問題意識をもつのではなく、全体で災害を乗り越えていく意識が大切である。

鎌田　平成 17 年に国民保護法が制定され、それを機会に各県が地域防災計画を練り直したはずであり、県・警察・消防等が合同で対処することになっているはずである。

島根県　島根県には３つの県営空港があり、県と医師会の協定により、事故発生時に空港管理事務所から地元医師会へ直接派遣要請がされることになっている。DMAT が行く前に医師会が出動して救護に当たることになっているため、地元医師会からは、開業医がまとまって行くには資材もなく、救急の専門でないため、DMAT の指揮下で活動するのが最適ではないかとの意見がある。各県の空港の救護活動はいかがか。

日医　空港災害への対応については、DMAT が最優先で動く方がスムーズだと思う。

岡山（井戸会長）　これまでも空港事故で地元医師会が活動をしたことはいくつかあるが、それぞれに対応が異なっている。空港はその性格上、1 種から３種までランクがあって当然扱いが異なる。中四国では、それぞれの県が対応することになっている。当初は、空港から地元医師会に話しがあり、機材等は空港が整備し、訓練なども行ってきたが、DMAT や災害拠点病院が整備されはじめ、空港の医療救護活動は様変わりしてきた。よって、各県とも行政等に再度確認して、流れを整理しておく必要がある。

最後に、こうした情報交換は大変有効的であり、今後中国四国９県で連携して災害対策に取り組むためにも、この研究会の常設、協定などによって助け合うことを作り上げていこうとの意見があり、常任委員会へ提案していくこととして、終了した。

［報告：理事　林　　弘人］

第 45 回中国四国医師会連合医学会

11 月６日（日）午前９時 30 分より特別講演が行われた。以下に報告する。

特別講演Ⅰ

「中央情勢報告」

日本医師会長　原中勝征

東日本大震災の被害状況は甚大なもので、日本医師会が JMAT Ⅰで対応してきたが、７月 16 日以降は JMAT Ⅱとして活動している。また被災者健康支援連絡協議会を 34 医療関係団体により構成し、厚生労働省や関係省庁と緊密に協力調整を図っている。

東日本大震災　被害状況

10月21日現在　警察庁緊急災害警備本部まとめ

		計	東北3県（再掲）		
			岩手	宮城	福島
人的被害	死者	15，828人	4，664人	9，494人	1，604人
	行方不明者	3，760人	1，493人	2，026人	237人
	負傷者	5，942人	188人	4，008人	241人
建物	全壊	118，743戸	20，182戸	76，078戸	18，221戸
	半壊	183，323戸	4，539戸	92，234戸	54，035戸

社団法人　日本医師会　3

JMAT Ⅱ（2011年7月16日以降）

- 医師及び医師を含むチーム構成とする。
- JMAT後の被災地の公衆衛生上の問題なども含め、健康支援が必要な場合に動員要請を行う。
- 活動内容は、診療支援、心のケア、訪問診療、健康診断活動、予防接種支援、巡回など多岐・多様。
- 特に、現地での医師会員や保健師等の活動などで発掘された問題点を報告してもらい、現地での対応の困難性などを考慮して検討する。
- 引き続き、支援人員に対しての傷害保険等を適用。
- 派遣費用等は、災害救助法等での公費負担の対象外の場合は、現地関係者などと相談の上、決定。
- 災害関連死などを未然に防ぐことを最大の目標とし、避難所生活の長期化の問題点、特に仮設住宅孤独死、心のケアの必要性等に充分な配慮を行い、可能な支援を検討。

活動状況（9月22日現在）

派遣先	派遣中・派遣済	今後派遣予定
岩手県（JMAT岩手含む）	81チーム	10チーム
宮城県	52チーム	6チーム
福島県	27チーム	11チーム
計	160チーム	27チーム

社団法人　日本医師会　4

被災者健康支援連絡協議会

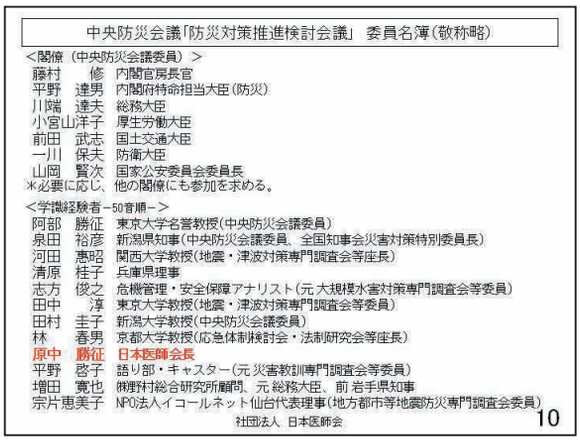
1　日本医師会	11　東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体（日本リハビリテーション医学会 他）
2　日本歯科医師会	
3　日本薬剤師会	12　全国老人保健施設協会
4　日本看護協会	13　日本慢性期医療協会
5　全国医学部長病院長会議	14　チーム医療推進協議会（日本医療社会事業協会（医療ソーシャルワーカー）他）
6　日本病院会	
7　全日本病院協会	15　日本救急救命士協会
8　日本医療法人協会	16　日本放射線技師会
9　日本精神科病院協会	17　日本病院薬剤師会
10　日本栄養士会	18　日本赤十字社

関係省庁	顧問
厚生労働省	足立信也　参議院議員
内閣官房	梅村　聡　参議院議員
総務省	
文部科学省	

（平成23年9月21日現在　18組織［34団体］）

社団法人　日本医師会　6

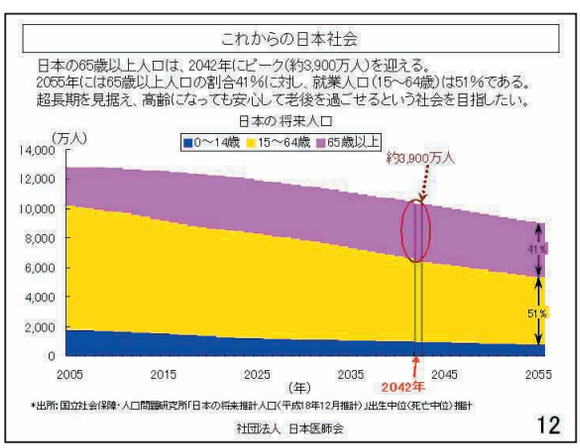
今回初めて、中央防災会議「防災対策推進検討会議」委員に私が医師会長として参加した。その委員は官僚や学識経験者が参加しているが、この会議の中で、震災現場に足を運んでいたのは私だけであり、専門家がいかに机上の理論を語って



いるのかを示している。

この会議に参加できているのは、日本医師会の JMAT の活動が評価されているのは間違いない。

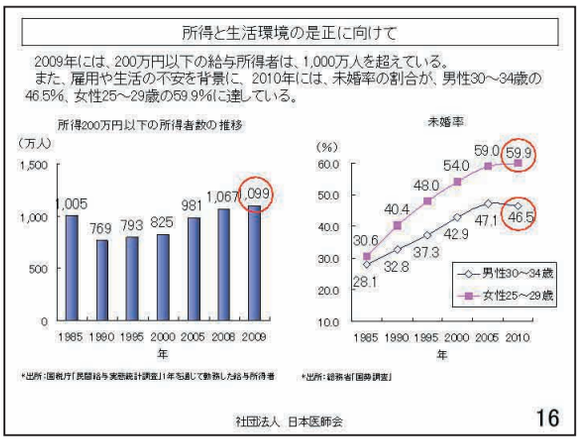
これからの日本社会は 65 歳以上人口は 2042 年にピーク（約 3,900 万人）になり、2055 年には 65 歳以上人口の割合は 41％に達し、就業人口（15 ～ 64 歳）は 51％であり、超長期を見据えた社会保障が必要である。しかし、スウェーデ



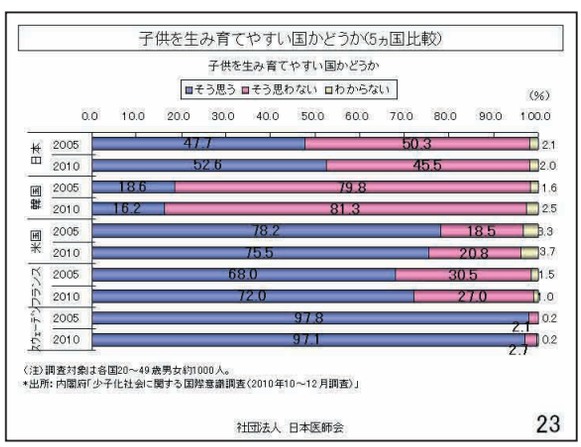
ンの社会保障は今後 50 年は大丈夫なものであるとされているが、日本の社会保障は今のままでは、今後 10 年で崩壊すると予想されている。現在、若者の生活が不安定となっており、社会保険未加入者が増大すると考えられ、このままでは国民皆保険の維持は困難となろう。

2009 年には 200 万円以下の給与所得者が 1,000 万人を超え、2010 年には未婚率の割合が男性 30 ～ 34 歳の 46.5％、女性 25 ～ 29 歳の 59.9％にもなっている。この現実から超高齢社会を見通した社会保障の長期ビジョンを提示することが重要である。

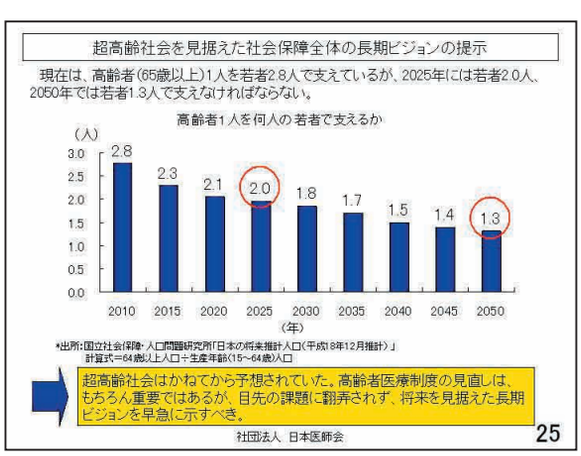
日本における非嫡出子の割合は OECD 加盟国比較で 2.1％、アメリカでは 39.7％、フランス、



ノルウェー、スウェーデンなどでは 50％を超えており、子どもを生み育てやすい国かどうかに関係しているようである。

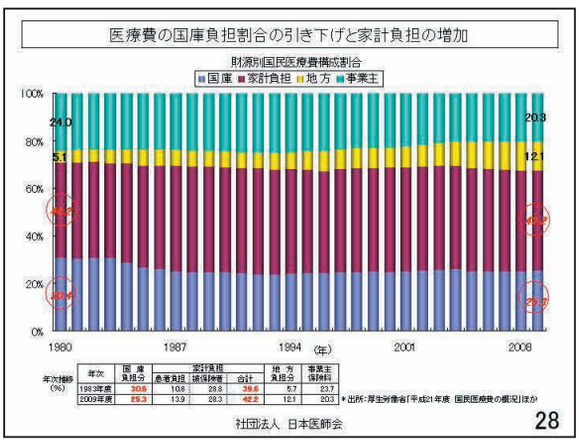


高齢者（65 歳以上）1 人を現在は若者 2.8 人で支えているが、2025 年には 2.0 人、2050 年には 1.3 人で支えることになると考えられ、長期ビジョンを示すことがいかに大切かが理解されるだろう。

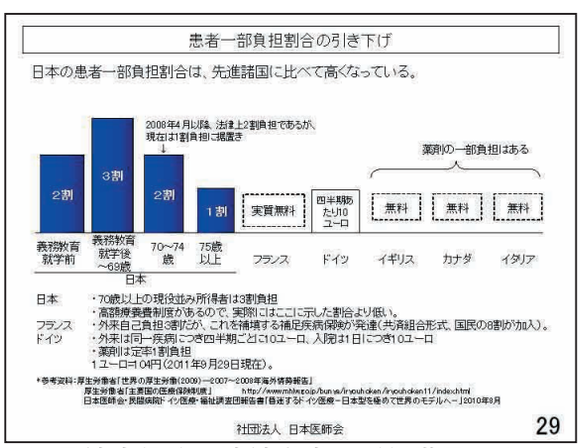


わが国の医療保険制度については、国家予算での社会保障費の割合が 2010 年度当初予算で 27.3 兆円（29.5％）、2011 年度では 28.7 兆円（31.1％）となり、そのうち医療費は、2010

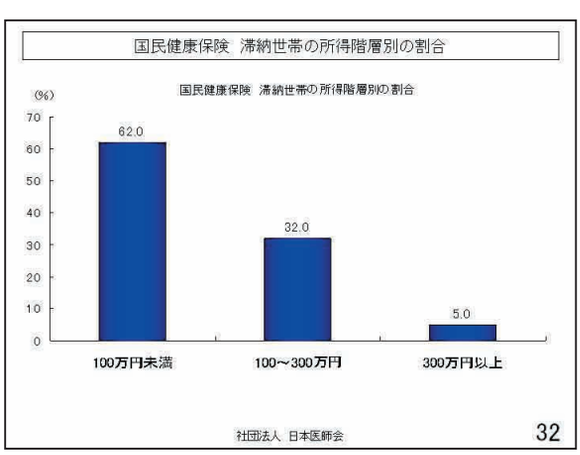
年 8.0 兆円（8.7％）から 2011 年には 8.3 兆円（9.1％）と増加しているが、医療費の国庫負担割合は 1983 年 30.6％から 2009 年 25.3％と低下している。その分、家計負担と地方負担が増えて



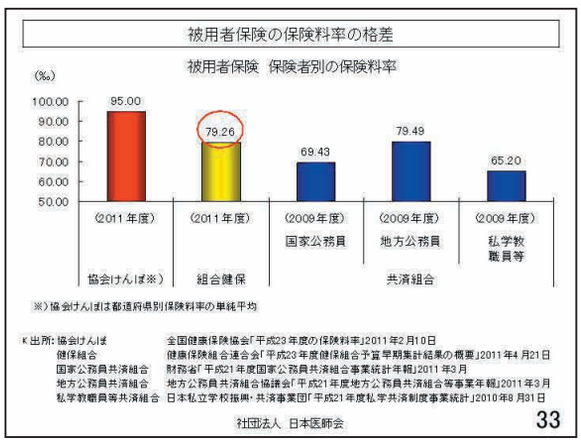
おり、日本の患者一部負担割合は他の先進諸国と比べて高くなっており、今以上に負担を増やすことは認められず、無保険者が社会問題化している現状がある。



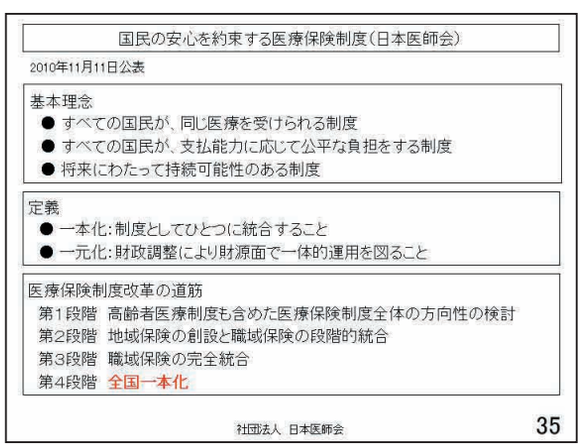
国民健康保険の滞納世帯の所得階層をみると 100 万円未満で 62％、100 ～ 300 万円で 32％と高率であるが、一方で収入があっても滞納する人が 2％ある現実もある。100 万円前後の年収の

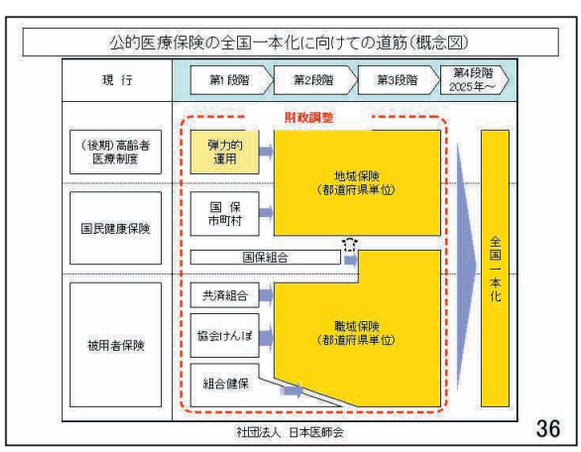


人々が 13.5 万円は払えないであろう。日本医師会としては被用者保険の保険料率の格差が存在することは問題と考えており、国民の安心を約束す



る医療保険制度を目指し、全国一本化することが目標である。





来年度は診療報酬・介護報酬同時改定が予定されているが、医療費抑制が続き、前回改定では医科入院と保険薬局のみが、自然増を上回る増収となっており、他は実質はマイナス改定であった。

医療費抑制への価格引き下げが続く

－医療および介護の報酬の改定率推移－

	診療報酬・薬価等（医療）の改定率（%）	介護報酬の改定率（%）
1998年度	▲1.30	－
2000年度	0.20	－
2002年度	▲2.70	－
2003年度	－	▲2.3
2004年度	▲1.00	－
2006年度	▲3.16	▲2.4
2008年度	▲0.82	－
2009年度	－	3.00
2010年度	0.19	－

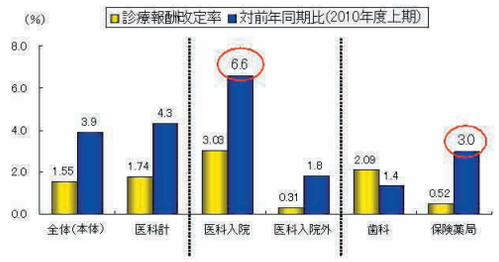
*05年度の介護報酬改定率は05年10月改定分を含む。
*出所：厚生労働省「平成22年度診療報酬改定の改定率について」等。

社団法人 日本医師会　38

診療報酬改定後の医療費動向

医療費には自然増が2～3%あるといわれるが、改定率を2～3%上回ったのは、医科入院と保険薬局のみであった。

医療保険医療費の診療報酬改定率と対前年同期比（2010年度上期）



*出所：厚生労働省「概算医療費データベース」訪問看護ステーションを除いて国示

社団法人 日本医師会　39

日本医師会は 5 月 19 日に厚生労働大臣に要請をして改定を見送るように申し入れをしているが、政府の「社会保障・税一体改革成案」の中

日本医師会は、去る5月19日、厚生労働大臣に対し、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定に関し、以下のとおり要請した。

2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定についての
日本医師会の申し入れ（要請）（2011年5月19日）

1. 2012年度の診療報酬、介護報酬同時全面改定を見送ること。
2. 今年度の医療経済実態調査、薬価調査・保険医療材料価格調査を中止すること。
3. 介護報酬の改定は見送るが、介護保険料の決定のために必要なことは行なうこと。
4. 不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行なうこと。
5. 必要な医療制度改革は別途行なうこと。

社団法人 日本医師会　41

で、受診時定額負担の導入が示された。しかし、2006 年の健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議に公的医療保険の給付範囲を維持することが明記されており、受診時定額負担はこれに抵触しており、認められないものである。

公的医療保険は公費と保険料に求めるべきであり、被用者保険の保険料率の格差是正や保険料がかかる給与収入の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求めることにより、保険料収入を増やす努力をすべきであると考えている。

日本医師会はすべての国民が公平な負担の下で、同じ医療を受けられることが、公的医療保険の根幹と考えており、今以上の給付範囲の縮小や患者負担の増加は認められない。

日本医師会は、すべての国民が、公平な負担の下で、同じ医療を受けられることが公的医療保険制度の根幹と考える。それは、年齢や、地域や、所得の違いによる格差のない制度である。

そのために、将来的に公的医療保険を全国一本化することも視野に入れている。受診時定額負担のような、給付範囲をせばめる政策、患者負担を強いる政策には反対していく。

日本医師会が考える国民の安心を約束する医療保険制度の基本理念
- すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
- すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度
- 将来にわたって持続可能性のある制度

将来的には、公的医療保険を全国一本化

受診時定額負担をはじめとする給付範囲の縮小、患者負担の増加は断固阻止

社団法人 日本医師会　48

TPP 参加に対し日本医師会は、「国民皆保険の堅持、医療の安全と安心の確保が約束されない限り、TPP への参加を認めることはできない。TPP そのものを否定し、根拠のないことに対して、懸念を抱いているわけではない。また、政府は TPP への参加問題を契機に、医療の営利産業化を推進し、混合診療の全面解禁、医療への株式会社参入などの規制改革を進めるべきではない」という考えをもっている。

米国の市場原理主義が日本医療に参入しようとする動きが続いている。混合診療の解禁要求は

医療は、国が責任を負うべき社会保障だが、政府が医療を成長牽引産業と位置づけてから、営利を追求する意見や動きが目立ってきた。

日本の公的医療保険は、米国から、市場原理主義の導入を求められてきた

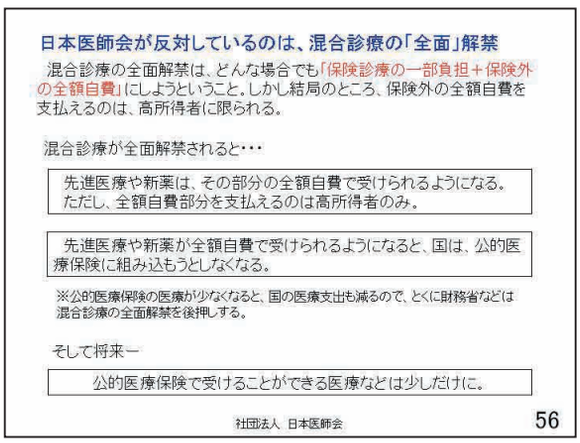
国民の、「いつでも」「どこでも」「誰でも」同じ医療を受けられるという思いが、日本の公的医療保険を堅持

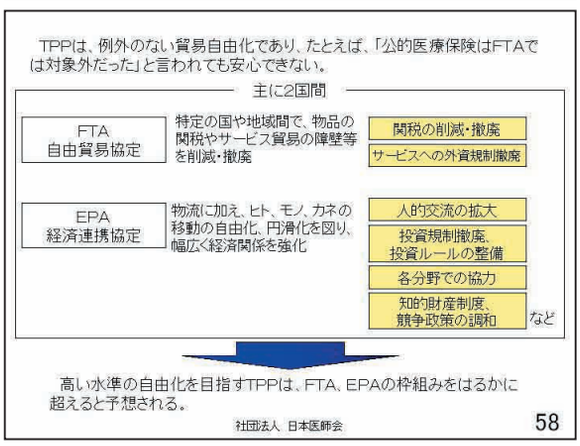
2010年6月　政府「新成長戦略」を閣議決定
・医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置づける
2011年2月　日米経済調和対話
・米国医薬品産業が日本市場参入を狙う
2011年4月　規制・制度改革に係る方針　閣議決定
・医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し
2011年6月　総合特区法成立
・特別養護老人ホームに営利企業が参入
2011年7月　規制・制度改革に関する分科会　第二次報告書
・公的保険の適用範囲の再定義、国際医療交流

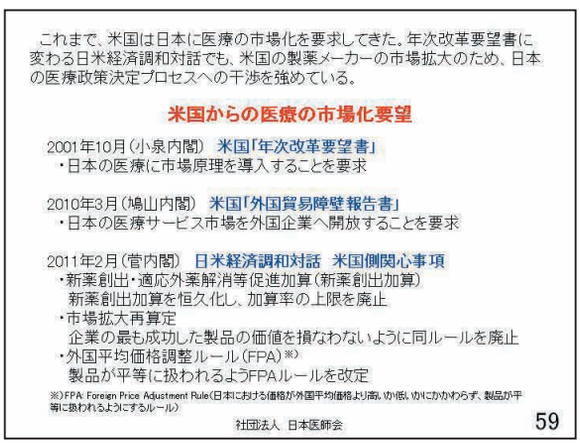
社団法人 日本医師会　51

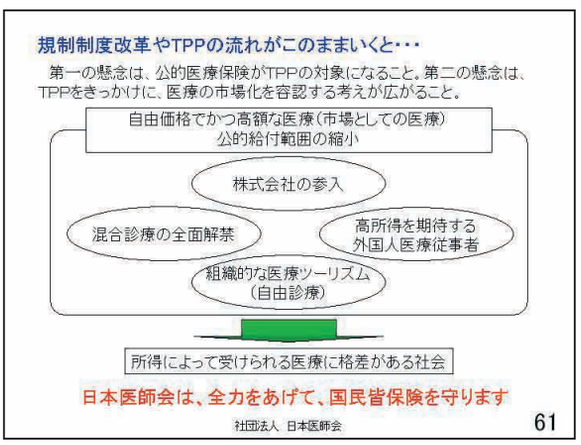
この動きに沿ったものであり、日本医師会は反対している。TPP 参加は危険であり、最終的には日本の公的医療保険制度は崩壊し、所得によって受けられる医療に格差が生まれる社会となること

が予想され、日医は全力をあげて国民皆保険を守る運動を続けていく。









特別講演 II

「医学からみた広島原爆と福島原発災害」

（財）広島原爆被爆者援護事業団理事長　鎌田七男

・広島の被爆の状況、人への影響
・福島の被ばく状況
・福島原発事故に類似する放射線事故での健康影響
・福島で、これから行うべき作業、注意点
の順序で講演が行われた。

原爆エネルギーは、福島と違って、爆風や熱線が大部分を占めている。第一の被爆は直接被爆で広島にあり、福島にはない。第二の被爆は入市被爆者で、第三の被爆は救護被爆者で福島はこれに類似している。

放射線では遺伝子異常（染色体異常）を惹起し、細胞異常を来し、がんをはじめ種々の障害を発生させる。原爆被爆者の悪性腫瘍は被爆 3 年後から増え、7 ～ 8 年後にピークを迎え、甲状腺がんは 15 年後程度から、皮膚がんは 40 年後程から増えて来る。

原爆被爆者の染色体異常の特異性としては、
・被曝線量とよく相関する
・安定型異常として長期間持続していること
・被ばくした全組織で観察される
・幹細胞レベルでも異常を保持している
などである。

福島原発事故では国の動きが鈍いので 5 月 5 日に自分たちで調査した。その目的は以下の通り。
・子どもは成人より 3 倍放射線感受性があるため、子ども目線で判断するための証拠を探すこと
・内部被ばくの調査
・住民調査を提言していたので、実行した。

放射性核種は各々特有な対内挙動をするし、生体内挙動が複雑であり、大きな影響が少量でも出現し、後から影響が出る等の特徴があり、調査した。

放射性ヨウ素 ^{131}I、放射性セシウム ^{137}Cs、放射性ストロンチウム ^{90}Cr について調査した結果、全住民に放射性セシウムが微量ではあるが検出され、放射性ヨウ素が一部住民に検出された。外部被ばくの観点からは早急に避難すべきであり、内部被ばくの観点からは地元作付野菜や「山の幸」

などは食べないようにすべきである。

世界中で福島原発事故に類似する放射線事故としては、1950 ～ 1951 年の旧ソ連マヤック原爆製造施設、1948 ～ 1989 年の旧ソ連セミパラチンスク実験場、1979 年の米国スリーマイル島原発事故、1986 年の旧ソ連チェルノブイリ原発事故などがある。

今後福島で行うべき作業としては、外部被ばく、内部被ばくの推定、調査集団の確定 (線量別) 、健康手帳の付与、毎年の健康診断、5 年、10 年、15 年、20 年―の罹患率や死亡率調査などがあるが、被ばく線量推定にも問題点があり、早期に調査する必要がある。疫学調査上の問題点として、福島県にはがん登録事業が未完成で、事故前、事故後の比較ができない状況である。原発周辺で“がん登録”データのない地域が他にもあり、今後の課題である。

[報告：常任理事　田中　義人]

郡市医師会労災・自賠責保険担当理事協議会

と　き　平成 23 年 11 月 17 日（木）15：00 ～
ところ　山口県医師会　6F 会議室

[報告 : 常任理事　萬　　忠雄]

開会挨拶

小田副会長　労災保険については「労災かくし」問題、自賠責保険については「健保使用」問題があり、これらは医療現場にとって非常に対応の難しい問題である。医療機関においては、患者が何の保険で医療を受けるべきかの判断は重要であるが、安易に被保険者証が提示されることのないよう、医師会と行政を含む関係機関とは十分に議論をつくし、問題解決に当たらなければならない。本日の協議会が、その一助となるよう願い、挨拶とする。

議事

1. 労災保険の状況について：山口労働局

(1)「労災かくし」とは

「労災かくし」とは、労働災害が発生した場合において、「労働者死傷病報告書」（労働安全衛生法第 100 条、労働安全衛生規則第 97 条）の提出を怠ったり、作業場所や作業方法等に関して虚偽の報告を行う違反行為のことで、そこには単なる書類の提出や記入間違いということではなく、労働災害を隠そうとする事業者の明白な意図があることをいう。

(2)「労災かくし」の実態は

「労災かくし」事件のパターンとしては、①事業者がそもそも「労働者死傷病報告書」を提出しないケースと、②事業者が「労働者死傷病報告書」に虚偽の内容を記載して提出するケースの二つがあるが、①の場合は労災事故の発生そのものを「隠す」ということになるので、当然のことながら被災者に対する労災保険給付（治療費・休業補償など）も行われないことになってしまう。一方②の場合は、自社の利益のために「虚偽報告」を行うもので、具体的には、労働災害が発生した場所や発生の状況、休業日数を偽るケースなどがある。

「労災かくし」の動機には、①元請や監督署の調査・監督、処分を回避したいため、②元請や発注者からの今後の受注を確保したいため、③労災保険のメリット制や、無災害記録等への影響を避けたいため、④労災保険の未加入や、他の法違反の発覚を避けたいためなどがある。

(3)「労災かくし」はなぜいけないのか

「労災かくし」の結果がもたらす悲劇は、①災害そのもの、あるいは部分的にも「隠す」ことによって、災害原因の究明や再発防止対策の樹立が正しくなされない、②被災者に対する労働者災害補償保険法に定める治療費や休業期間中の補償給付が受けられなかったりと、被災後の補償に関する大きな不安を被災者に与えることとなる。また③他の従業員へも不安を与え、志気の低下を招くことになるなど、被災者にとっても事業者にとってもいいことではなく、また、隠した行為について事業者を始め関係者への刑事的責任の追及もある。

2. 平成 23 年山口県医師会労災保険指定医部会について

山口県医師会労災保険指定医部会の松本良信部会長から、労災診療の特殊性を踏まえ、労災診療費の一部改正に向けて山口労働局長へ提出された同部会からの「平成 23 年度要望書」の内容が説明された。

3. 労災保険に関する意見交換

(1) 後遺症の障害認定を提出する場合、労働基準監督署から「カルテ」を添付するよう求められるが、提出する必要があるのか。

「カルテ」を提出する必要はない。労働局から担当部署へその旨説明する。

(2) 仕事中の擦り傷など、軽微な負傷は労災適用となるのか。

厳密には、業務時間内に事業主の指示による業務中の負傷は労災適用となる。

(3) 業務中の角膜への異物穿刺により、角膜異物除去術（600 点）を施行するケースで、大企業、公務員等の患者は労災申請をするが、中小企業の患者は会社に迷惑がかかるという理由で、健保使用しているように見受けられる。医療機関がこの

出席者

郡市担当理事

大島郡　岡原　仁志	下関市　佐々木義浩	岩国市　大谷　武
玖珂郡　松井　達也	宇部市　小林　秀樹	小野田市　表　寛治郎
熊毛郡　斉藤　良明	山口市　矢野　秀	光　市　道上　文和
吉　南　吉武　裕明	萩　市　松井　健	柳　井　野田　基博
厚狭郡　田中　俊朗	防　府　木村　正統	長門市　斎木　正秀
美祢郡　吉崎　美樹	下　松　宮本　正樹	美祢市　山本　一誠

山口県医師会労災保険指定医部会　部会長　松本　良信
山口県医師会自賠責医療委員会　委員長　東　良輝

県医師会

副 会 長　小田　悦郎
常任理事　萬　忠雄
理　　事　河村　康明

ことについて判断できるわけではないが、大変矛盾を感じる。行政は現場の状況をしっかり把握し、適切に指導すべきである。

指導に甘さがあると考えられ、法に則って対応するよう、労働局から労働基準監督署へしっかり伝える。

(4) 労災事故の状況が事業所単位で点数化されており、公共工事の入札等でペナルティーを課すことがあると聞くが、そういうことが「労災かくし」の要因の一つではないのか。また、公的病院では「針刺し事故」を報告すると、労働基準監督署の指導・監査が入ると聞くがいかがか。

点数化はしていないが、公共工事の申請書に過去の労災事故について記載する欄があり、そのことがプレッシャーを与えている可能性はあるが、例えば隠したことが後で発覚すれば、そのことは法律違反であり、検察庁へ送検することとなる。
「針刺し事故」については、件数が多ければそういうこともあり得る。

(5) 明らかに労災適用と思われる負傷に対して健保使用される場合、医療機関が黙認すると、医療機関にペナルティーはあるのか。また、業務中の自動車事故については、患者は労災保険と自賠責保険のどちらを使用するのか。

医療機関が健保使用に積極的に関与した場合は問題があるが、そうでなければペナルティーなどはない。業務中の自動車事故については、それぞれの保険の特性を考慮した上で、患者の判断となる。

4. 平成23年自賠責医療委員会等について

(1) 交通事故医療の健保使用（人身傷害保険）について

山口県医師会自賠責医療委員会の東委員長から、交通事故医療での健保使用問題については、日本医師会と日本損保協会等が、日医新算定基準を申し合せたときに、健保使用についての合意は物別れに終わっており、現在もトラブルが発生している。

この問題は、引き続き日医に働きかけ、国レベルでの解決策が必要との説明がされた。また、個別の医療機関での対応が困難な事例は、山口県自動車保険医療連絡協議会（山口県医師会内）へ報告いただければ、迅速に対応することが伝えられた。

5. 郡市医師会からの意見及び要望

(1) 自動車保険による治療打ち切りについて（下関市）

損保会社から受傷時に、「打撲捻挫なら1～2か月、長くても3か月という説明をしてくるが、治療期間は医学的な判断によるものではないのか。

トラブルが一番多い問題である。当事者同士で調整がつかない場合は、早めに山口県自動車保険医療連絡協議会へ報告願いたい。なお、最近は同協議会へ加盟していない損保会社（外資系等）もあるが、その場合も県医師会で個別に対応している。

(2) 診断書明細書等の書式について（岩国市）

交通事故患者が健保使用を希望したため、あらかじめ健保による治療上の制約（投薬、リハビリの回数）があることや、損保会社所定の書類（診断書明細書・後遺障害診断書）を作成できないことを説明した上で治療を開始したところ、月末に損保会社所定の明細書を持ってきた。事務のレセコンでは入力できず、手書きになって事務の負担が大きいため、県レベルでこの書式の明細書を使用しないよう統一してほしい。

損保会社所定の明細書等の記載は義務付けられているものではない。診療報酬のレセプトのコピーでも構わない。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424　FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] http://www.mm-inoue.co.jp/mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

第 55 回社会保険指導者講習会

「画像診断 update- 検査の組み立てから診断まで」

と　き　平成 23 年 10 月 13 日（木）～ 14 日（金）

ところ　日本医師会大講堂

出席者：山口県医師会　常任理事　萬　　忠雄
常任理事　西村　公一
常任理事　濱本　史明
理　　事　田村　博子
理　　事　河村　康明

毎年恒例の日本医師会・厚生労働省主催の「社会保険指導者講習会」が 10 月 13 日、14 日の両日、日本医師会にて開催された。

今回の講習会は、「画像診断 update- 検査の組み立てから診断まで」であり、講習会は学術講演が 10 題、厚生労働省による講演 1 題で構成され、その要約は以下に報告するが、詳細な内容については日本医師会雑誌第 140 巻・特別号を参照してほしい。

PET-CT

横浜市立大学放射線医学教授　井上登美夫

2004 年に PET の検査が安全にできるようになり、2006 年には保険適応の拡大になった。PET/CT が同時に撮れるようになり保険点数化され、2010 年には早期胃がんを除くすべてのがんの診断に適応となった。現在 300 弱の施設が PET/CT を持ち加速器から自分たちで診断薬を作っている施設もある。

2010 年の診療報酬改定で PET/CT に関することが二つあり、一つは特定機能病院、がん診療連携拠点病院、国立高度専門医療研究センターにおいて、検査の紹介率が 20％をクリアするかしないかによって診療報酬が差別化されてきたが、それが緩和されるようになった。もう一つは今まで限られた十数種類のがんだけに適応であったが、それが早期胃がんを除くすべてのがんに適応となったことである。90％以上は悪性の診断に使用されるが、難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者や、虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用することができる（ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る）。

FDG-PET はブドウ糖代謝を利用した検査であるが、前処置では 4 ～ 6 時間以上食事を止める。水分の摂取は可能だが糖分を含まないミネラルウォーターのみを利用する。入院患者さんの場合は点滴の中にグルコースがないこと、当日の朝はジョギング・散歩をしないことを注意する。これは運動により糖代謝が活発になりグルコースが筋肉に集まり、病巣に集まる率が減少するので、筋肉を過度に使用しない。

感作の手順は、6 時間の空腹後に FDG を 5MBq/kg を経静脈的に投与して、1 時間くらい安静にする。その後排尿して撮影をするが、平均的には 20 分くらいで終わる。しかし、安静にできる部屋を用意しておかなければならない。

肺がんにおける PET/CT は経時的比較を CT 検査と組み合わせて用いるよう勧められている。リンパ節への転移の診断、病期診断、細かい 1cm 以下のレベルでも診断確認ができる。遠隔転移については全身を 1 回のスキャンで診断できる。治療を行った後の再発診断にも多く使用されるようになった。がんの治療方針が大きく変更されるようになったし、進行乳がんの化学療法の治療効果予測がある。例えばグルコースの集まりが 2 クール終わった場合に 55％以下に低下していれば、腫瘍の大きさが変化していなくても、6 クールの終了時点でのこの治療効果を予測できる。逆に変化のない場合には化

学療法のコンビネーションを早期に変更することができる。しかし、この目的での PET/CT はまだ診療報酬に明確に適応となっていない。

悪性リンパ腫の場合、PET/CT は病期診断、再発診断、化学療法や放射線療法の効果判定と反応性予測、放射性免疫療法の効果判定、そして、予後予測に使用されている。Hodgkin リンパ腫と非 Hodgkin リンパ腫において、病期分類のために PET/CT を使用すると、CT 単独と比較すると 10 ～ 20％程度診断精度が向上し、10 ～ 20％の治療変更が必要になるとされる。

頭頸部のがんでも、病期診断、再発診断、化学療法や放射線療法の効果判定と反応性予測、頸部のリンパ節の集積は肥大して淡い集積は反応性であり、小さくても強く集積されるのは転移が疑われる。また、重複がんが偶発的に見つかることがある。

食道がんは生理的集積が少ない場所であるので集積があるとがんを疑う。特に胸部の真ん中あたりの限局的な集積は食道がんの確率が高い。しかし、転移リンパ節が 5mm 以下の場合の発見には限界があるが、予期しない転移の発見も 4％くらいある。

肺がんの場合、1cm 以下の結節に対しての良悪性の判定は難しいが､再発診断には適している。

乳がんは、通常乳房ダイナミック MRI で局所の広がりを評価される。また、全身造影 CT 検査や PET/CT によりリンパ節転移や遠隔転移の有無を判定する。乳がんの骨転移には溶骨型、造骨型、混合型、骨梁間型などのタイプが存在し検出率が異なる。最近では乳腺専用の PET/CT があり有用である。

胃の生理的集積は粘膜層と筋層の両方にみられ胃低部から大部に多い。このために病的集積の検出は困難である。胃がんの場合、集積の度合いは組織型に依存する。高分化な胃がんが強い集積を示すのに対し、粘液成分が多い組織型、印環細胞がん、スキルス胃がんは集積が乏しい。肝転移に関しては重要な情報を得ることができる。

胆嚢がんには高集積を示す場合が多く、小病変が見つかりやすい。肝内胆管がんの方が肝外胆管がんより検出率が高いという報告がある。ステントにより集積が高くなることが多い。また、形態画像において悪性病変との鑑別が必要となる黄色肉芽腫性胆嚢炎では病変への FDG 集積は亢進し、胆嚢がんとの鑑別は困難である。

FDG の特性や腫瘍の体積の影響から表在がんは見えても､わずかな集積を見せる程度であるが、進行がんで腫瘍体積が十分である場合、FDG の集積が確認されることが多い。

膵がんの場合、PET/CT では通常強い集積を示すが、軽度の集積が認められる場合でも膵がんの否定はできない。また、膵病変を有する患者は糖尿病を合併することがしばしばみられ、この際に FDG の集積が過小評価される可能性があるので注意しなければならない。

子宮体がんでは、原発巣の検出が可能で、集積の程度と悪性度が相関する。

子宮頸がんは、リンパ節転移及び遠隔転移の評価においては現時点で PET/CT が最も優れたモダリティとされている。

卵巣がんは、病変の検出、病期診断、治療効果判定、再病期診断、治療後の経過観察、予後の推定などにおいて有用性が認められている。卵巣がんは高率に腹膜播種をきたすが、CT のみでは指摘困難な播種病変が PET/CT によりしばしば発見される。

腎がんは見つかりにくいが進行腎がんは診断がつきやすい。

原発不明がんは、しばしば PET/CT により原発巣が特定できる。しかし、PET/CT を行っても原発が判明しない場合がある。PET/CT でもわからない場合はまず検出困難といわれている。頭頸部が原発の腫瘍検出頻度は 8 ～ 30％であり、頸部リンパ節転移で発見された原発巣には舌がん、中咽頭がん、下咽頭がん、肺がんなどが挙げられる。一方体幹部が原発の腫瘍検出頻度は 21 ～ 54％と高く、肺がん、乳がん、膵がん、前立腺がんなどである。

PET センター検診における統計では、甲状腺がん、大腸がん、肺がん、乳がんが比較的多く見つかっている。検診におけるがんの発見率は 1％弱くらいである。

膠原病の場合は炎症疾患であるので FDG は集積しやすいが、保険適応にはなっていない。しかし、膠原病は悪性腫瘍を合併しやすいので発見されることがある。

がん検診に関しては、胃がん、前立腺がん、腎がんなどは早期に見つけることが難しいが、進行性がんであれば有用なケースが多い。

気になる症状・所見の画像検査
―中枢神経・頭頸部

産業医科大学放射線科学教授　興梠　征典

認知症で最も多いのがアルツハイマー病（AD）である。現在はアリセプトが使用されるが、一時的に改善するか進行を遅らせることになるが治癒には至らない。

AD の診断において重要なのは、治療できる可能性のある器質的疾患を MRI で診断し除外することである。目的としては、変性性の認知症の診断、脳血管性認知症の診断、AD と他の変性性認知症の鑑別診断である。

AD は原発性脳変性疾患でアミロイド沈着による老人斑が、海馬傍回に初発し、進行すると頭頂側頭葉に広がり広範な神経細胞死を生じる。病理所見を反映して MRI/CT では内側側頭葉の萎縮が明瞭化する。MRI 冠状断像では、海馬、海馬傍回の変化を個別に評価できる。MRI で小さな内嗅回が海馬より先に萎縮することが分かるようになり早期に診断できるようになった。

VSRAD はアルツハイマー病診断支援ソフトであるが、同様に内嗅回の萎縮を評価しており、統計的に数字で出てくるが肉眼で見る所見が基本である。

潜在性の AD に脳血管障害が起こると認知症が顕在化してくる。また、既に AD である患者さんに脳血管障害が起こると認知症が悪化することが疫学的に証明されていて、このような患者さんが多いと考えられる。

前頭側頭葉型認知症は、前方型の萎縮があり病変部と健常部は明瞭な差があり、AD では後方型萎縮で比較的びまん性である。

レビー小体型認知症は、AD の次に多く精神症状にパーキンソニズムが加わり、頻度は高いが MRI では軽度の海馬萎縮のみで特徴的所見がない。脳血流 SPECT で後頭葉に低下があれば診断できる。

正常圧水頭症は脳質に脳脊髄液が貯留するため、脳質拡大と脳溝狭小化を MRI で認める。シルビウス裂など脳溝の一部が病的に拡大する場合もある。

クロイツフェルトヤコブ病はまれだが（0.8 人 /100 万人）、急速に進行する認知症で MRI・拡散強調像で大脳皮質や基底核の病変部が高信号に描出されるのが特徴的であるが、末期には消失する。病理診断と画像診断には乖離があり半分は一致しない。早期発見及び AD に移行する MCI の見極めが重要である。急性期梗塞では動脈支配に一致した異常を示すので分布が異なる。

脳梗塞は 2005 年 10 月からわが国においても t-PA(組織プラスミノーゲン・アクチベータ) 静注療法が認可され、急性期脳梗塞治療に大きな変化をもたらした。

t-PA 治療の適応は発症 3 時間以内であり、早期診断、病院への搬送が重要とされ、画像診断においても迅速な検査と診断が求められる。

脳梗塞超急性期（発症 6 時間以内）の CT 所見として脳実質の変化である早期虚血所見（皮髄境界消失、レンズ核・島皮質の不明瞭化、脳溝の消失）と血管の異常である中大脳動脈の高吸収（hyper-denseMCAsign）が知られている。早期虚血所見がみられた領域は非可逆性に脳梗塞に至ると考えられ、CT で異常所見（出血や早期虚血所見）があれば t-PA 治療適応外とされる。

発症後時間経過とともに梗塞域は明瞭な低濃度となり、腫脹により脳溝が消失する。

MRI 拡散強調像（diffusion weighted image;DWI）では、発症早期（1 ～ 2 時間程度）から高信号を示し、脳梗塞の早期診断に有用である。また、DWI は CT 所見と比べ、異常域が明瞭に描出されるため、急性期に MRI を撮像する施設が増えている。

めまいの原因は約 10% が中枢性、約 30 ～ 40% が末梢性とされている。画像診断の役割はめまいの原因となる器質的病変の検出・評価である。

中枢性めまいの診断で CT でも一定の基準を満たす画像であれば、早期脳梗塞の診断もある程度可能であるが、小さな梗塞巣、特に後頭蓋窩病変の検出は困難なことが多い。一方、MRI は頭蓋骨からのアーチファクトが少なく、コントラスト分解能も優れており、特に後頭蓋窩病変の検出に優れる。

MRI では造影剤を投与することなく MR アンギオグラフィも行うことができるため、頭蓋内主要動脈の評価も可能である。脳腫瘍や脳炎、脱随性病変などの評価もコントラスト分解能に優れる MRI が必須である。

末梢性めまいの原因には、小脳橋角部腫瘍、良性発作性頭位めまい、突発性難聴、メニエール病、前庭神経炎、中耳炎による合併症など、さまざま

な疾患・病態がある。

側頭骨領域の CT・MRI の画像診断においても、耳小骨や鼓室、骨迷路、内耳道など、骨の評価及び出血や石灰化の評価には CT が優れるが、神経、膜迷路の評価及び病変の性状の詳細評価は MRI が優れる。めまいの原因として比較的最近認識されるようになった上半規管裂隙症候群も CT で診断可能である。小脳橋角部－内耳、膜迷路を対象とした MRI 検査では、MR ハイドログラフィと呼ばれる高分解能 3 D heavily T 2 強調像が有用である。

[報告：常任理事　濱本　史明]

気になる症状・所見の画像検査―呼吸器

滋賀医科大学放射線医学教授　村田喜代史

日本医師会雑誌　第 140 巻・特別号（1）　画像診断 update：S72 ～ S76 参照。

肺野結節影

スリガラス陰影（ground-glass opacity：GGO）を見た場合、感染性、腫瘍性、非感染性・非腫瘍性病変（Wegener 肉芽腫等）の鑑別を行う。（テキスト S 74 図 3「 肺結節の診断基準と経過観察ガイドライン 」を参照）

CT － halo sign を見た場合、臨床（免疫能、症状）から絞ることが大事である。

高分化型腺がんにおける HRCT 所見と予後：スリガラス成分が多いものは予後が良好なことが多く、充実影成分が多いものは予後不良のことが多い。

結節影形態診断のピットホール：肺気腫・ブラがある場合、あらゆる形態の陰影に肺がんの可能性がある。

Pure GGO の扱いは、テキスト S 74 図 3 のガイドライン参照。

肺門・縦隔陰影の異常

異常を見つけるポイントは、正常解剖では説明困難な陰影を見つけることであり、胸部 X 線で異常があればまず単純 CT 検査を行う。その後 CT 検査の結果により、HRCT・造影 CT・MRI 検査等を行う（テキスト S76 図 2「肺門縦隔陰影の画像診断フローチャート」を参照）。

縦隔腫瘍は発生場所、嚢胞性かどうかにより好発性部位があり、診断が絞りやすい。胸腺腫は MRI の所見により悪性と良性の予測ができる。

胸部単純 X 線で無気肺を見逃さないことが重要である。肺野末梢に棍棒状陰影があれば、肺門に腫瘍がある。

気になる症状・所見の画像検査―心臓・血管

山口大学放射線医学教授　松永尚文

テキスト S77 ～ S83 参照。

単純 X 線の読影方法について講演された。右Ｉ弓・左Ｉ弓等の呼び方は日本しか使わない。世界的には、心右縁上部・心左縁上部等と呼ぶ。

単純 X 線の利点は、

（1）全体像が概観できる。
（2）スクリーニングに有用である。
（3）フォローアップに有用である。
（4）簡便である。
（5）医療費が安価である。
（6）低被曝である。

「たかが胸写、されど胸写」の趣旨に沿って胸写の読影を講演された。内容はテキストにほぼ概説されているため、テキストを参照されたい。

[報告：常任理事　萬　忠雄]

気になる症状･所見の画像検査－乳房

金沢大学医薬保健研究域保健学系教授　川島博子

乳がんが急速に増えてきて、日常的にありふれた病気になっている。女性がんの 1 位になって久しいが、現在 1 年間に 5 万人が乳がんと診断されている。小さい子をもつ働き盛りの年代に多いことが社会的問題になっているが、70 代 80 代の高齢者にも多くなってきている。予後はいいと言われていながら、死亡数は女性がんの第 5 位である。各国の乳がん死亡率をみると欧米は減少傾向にあるのに比べ、日本は上昇中で、これは健診の受診率（欧米 70 ～ 90%、日本 20 ～ 30%）の影響と考えられる。予防は不可能であり「いかに早く見つけるか」が大事である。

乳がんの症状は多い順にしこり、乳房痛、乳頭分泌である。乳房痛は多いが、周期的な痛みの場合などはほとんど良性の乳腺症や乳腺炎である。乳頭分泌は自分では気づいていないこともあるが、意外に多い。分泌液に色のついていない場合

の大半は良性である。

しこりについて乳がん学会の「患者さんのための乳がんガイドライン」には「乳がんは一般に硬く境目がはっきりしないことが多い」と書かれている。しこりの原因として乳がん以外に良性腫瘍、乳腺の硬結、乳腺炎も多い。実際にはしこりが触れるのは 1cm 超で、画像では 1cm を満たないものを見つけるのが目標となる。乳腺診療の三本柱は視触診、マンモグラフィ、エコーで、この三つを総合で判断する。マンモグラフィの被曝は 1 枚 1mSv であるが乳房の大きさで個人差がある。圧迫することによって重なりが減って診断しやすい画像が得られ、被曝線量が少なくなる。欠点は乳腺量の多い方では腫瘍の発見感度が低下すること、利点はしこりを作らない乳がんを石灰化によって発見しやすいことである。一方、超音波検査は被曝がなく、乳腺量の多い方で、かえって見つけやすい、という利点がある反面、検者の体調に左右される欠点がある。

要精密となった人が実際がんである場合はカテゴリ 5 でほぼ 100%、4 で 40 から 50％、3 で数人である。すべての方にすべての検査をすることは無理で、経過観察にする場合もあるが、何の検査にしても継続して受けることが重要である。しこりを作らず、進行すると広く硬く触るようになるがんもあり、これは石灰化でみつかってくる。石灰化が 1 か所に密に集まっているときは悪性を疑う。画像だけでは白黒がつかないものもあり、その場合はマンモグラフィ下で吸引して組織をとるマンモトーム等が必要になる。

乳がんが疑われた場合、細胞診、針生検を行う。悪性と診断された場合、あるいはその疑いがある場合 CT、MRI を行う。これらは術前の全身転移検索、マンモグラフィや超音波で描出不能な病変の有無、切除範囲決定、広がり診断、術前化学療法の効果判定に使われる。

病変の呈し方はさまざまなので、患者一人ひとりによって最も有効な画像検査は異なる。その患者に最適な画像検査と確定診断方法を選択する必要がある。また連携により的確な施設で診断してもらうことも大事である。

[報告：理事　田村　博子]

気になる症状・所見の画像検査　―肝・胆・膵・消化管

東大医科研附属病院放射線科・放射線部
准教授　桐生　茂

CT、MRI は全身の断層撮影が可能であるが、消化器系診断においても極めて重要な診断装置である。最近の MDCT は複数の検出器をもち、短時間で多画像を撮影できるため、病変の質的診断において有用である。

放射線被曝線量は胸部単純撮影が約 0.06msV であるのに対して、全身 CT は 10 ～ 20msV とかなりの線量となるので、頻回の検査については注意を要する。

肝臓：肝硬変症では肝内再生結節か高分化型肝がんかの判別が困難な例がある。前がん病変から早期肝細胞がんの画像所見は、基本的には乏血性腫瘤を呈する。血管造影下 CT では門脈血流が低下した時点でがん化を疑い、治療あるいは慎重な経過観察が必要となる。また多血巣の出現が重要な所見で、短期間で肝細胞がんへと発展することから、早急な治療が必要となる。

中分化肝細胞がんでは、動脈優位相で明瞭な増強効果を呈する。門脈優位相～平衡相にかけて造影剤の洗い出し所見は肝細胞がんに特徴的な所見である。

低分化肝細胞がんでは、通常は大きく不均一な腫瘤として描出され、出血や壊死変性を伴う頻度が高い。小型で乏血性病変を呈する場合は MRI での T2 強調像あるいは拡散強調像で高信号を呈することが、前がん病変との鑑別に有用である。

胆嚢：急性胆嚢炎では多くの症例で胆嚢結石を有する。胆嚢は腫大し壁の肥厚と周囲の炎症像が見られ、臨床所見と合わせて診断は容易である。

慢性胆嚢炎では全周性の壁肥厚を認め、しばしば胆嚢委縮を伴う。MRI T2 強調像では壁が低信号を示す。

胆嚢腺筋腫症では粘膜内への上皮陥入、RAS の増生と壁肥厚を認める。

胆嚢がんでは胆嚢炎との鑑別が重要である。不均一な壁肥厚と内腔面の不製像を認める。CT や MRI のダイナミックスタディでは、動脈相など早期より濃染し、後期相でも増強効果が遷延する。

膵臓：膵胆管合流異常ではがんの合併率が高く、

慎重な経過観察が必要である。急性膵炎は臨床症状に併せて CT 検査を行い、膵腫大、膵周囲の網状濃度上昇、液体貯留、腎筋膜の肥厚の有無を見逃さないようにする。病状時期によって所見は変化することに注意が必要である。慢性膵炎では膵石の存在が確定診断項目に入っている。主膵管の広狭不整､膵実質の委縮と脂肪沈着を参考にする。

消化管：消化管疾患では、がん、悪性リンパ腫、GIST 、炎症性腸疾患などが対象となるが、臨床所見、内視鏡や造影検査所見から有力な情報を得られるため、CT 、MRI は補助診断として有用である。また悪性疾患では転移巣の診断には欠かせない。

[報告：常任理事　西村　公一]

気になる症状・所見の画像検査―骨・関節・軟部・脊椎

東京慈恵会医科大学放射線医学教授　福田 国彦

軟部腫瘤

基本的には単純Ｘ線写真が有用であるが、石灰化があるか否か、軟部腫瘤内に骨化があるかどうかであろう。

症例

6 歳男子　1 か月程度のフォロー後、石灰化が出現。周辺で石灰化が強い。⇒ Zoning 現象（層状）⇒外傷性骨化性筋炎

40 歳女性　1 年前より正座がし難くなった。膝窩部に腫瘤（腫瘤の真ん中に石灰化）⇒ reverse zoning ⇒腫瘍性病変を疑う⇒傍骨性骨肉腫

石灰化を伴う良性軟部腫瘍として、

（1）海綿状血管腫（静脈石が複数できる）

（2）神経鞘腫、平滑筋腫

悪性腫瘍としては希ではあるが、

（1）骨内性骨肉腫

（2）軟骨肉腫

（3）滑膜肉腫　などがある。

検査は単純 X 線写真から超音波 or CT 、MRI へ移る。

MRI ┌ T1 強調像　水→低信号にでる ┐
　　└ T2 強調像　水→高信号にでる ┘

→大部分の軟部腫瘤はこのパターンを呈するが

T2 で高信号、分葉状→粘液型脂肪肉腫、粘液型軟骨肉腫

T1 で高信号→脂肪腫、亜急性期の血腫、悪性黒色腫

T2 で低信号→膠原センイ、ヘモジデリン、デスモイドを示すことがある。

骨破壊性病変

単純 X 線写真が有用

骨破壊のパターンから良悪性をある程度、判定する

Type 1　地図状
　①硬化縁をもつ（良性）
　② punched out（多発性骨髄腫）
　③膨張性（骨巨細胞腫）
　④辺縁不明瞭（骨肉腫）
2　虫喰い像（悪性リンパ腫）
3　浸透状（悪性リンパ腫）

で、Type 1 ①以外は精査が必要。

骨粗鬆症

閉経後の女性、70 歳以上に多く、続発性、内分泌性などがある。

椎体 2 方向撮影で評価するが、骨量が 30 ～ 50％に減らないと診断が難しく、早期診断には骨密度の測定が必要。

骨折が問題であるが、存在が不明瞭で、基本的には MRI がよい。

高齢の女性は特に注意し、腰痛や股関節痛は仙骨の脆弱性に伴う骨折である。

腰痛

疼痛もあれば、不快感もある。腰痛は頭に次いで依頼が多い。

欧米では（検査を絞るため）診療のガイドラインがたくさん出ている。

初診時に診断のトリアージを行い、レッドフラッグ病変（治療を必要とする重大な脊椎疾患）以外は、MRI はとりあえず依頼しない。

red flag 疾患として、脊椎腫瘍、外傷、骨折、馬尾症候群、感染性脊椎炎、炎症性脊椎炎があり、腰痛患者の 2％である。

症例　造骨性転移性骨腫瘍（乳がん）、
子宮頸がん（放射線治療、H 型骨折）
（静脈系からの感染が多い感染性脊椎椎間板炎、強直性脊椎炎）が示された。
腰椎の神経根を圧迫したり、腰部脊柱管狭窄によって馬尾絞扼に伴う神経根症状による腰痛は 10％程度であり、MRI の検査はかなり限定されている。
非特異的腰痛（大部分で、red flag 病変や神経根症状がない）退行性変化、筋のスパスムなど原因が判らないものが多く、大抵は自然寛解する。25％程度は慢性腰痛に移行するので、その段階で対処する。
CT・MRI は患者の予後を改善しない。

腰痛の診断トリアージは
（1）レッドフラッグ疾患は MRI 。血液検査をすぐに行う。
（2）神経根症～神経根症状による腰痛。とりあえず保存的にみる。
（3）非特異的腰痛。とりあえず保存的にみる。

画像診断のリスクマネジメント― CT･MRI 検査･造影剤の適応と副作用

順天堂大学放射線医学教授　桑鶴良平

造影剤は他の薬剤と違い、何故、警鐘が必要か
造影剤は　①診断薬である
②副作用があり、種類も多彩で時に重篤化
③予知ができない（予備テストも廃止）
④リスクファクターは判っているが、発生時に患者の納得が得られない

CT 、MRI における造影検査の適応

（目的）
①病変の描出能が向上するか否か
肝細胞がんは動脈血流を検査するため必須となる
肺がんは元々、空気があり、コントラストがついているので、スクリーニングでは不要か。
②質的診断を行う
肝細胞がんは動脈血流が優位の時点でがん、門脈血流優位の場合は前がん病変と診断する。肺がんは形状を見るだけで判断が可能。
③病変の拡がり診断
肝がんはコントラストがつかず、必須となる。
④関与血管や病変部位精査のため、大動脈解離などは必須となる
⑤その他
肝がんは初回検査でも造影剤が必要。
肺がんは肺門リンパ節のチェックに造影剤が必要。
経過観察、治療効果の判定時に肝細胞がんでは必要となる。

（適応）
①造影検査の必要性は放射線科医師が現状では判断するが、主治医の判断でオーダーが異なることがある。
②画像診断医が判断することもある（患者との信頼関係に乏しい）。
③画像診断ガイドラインの整備が必要
日本では大腸がんの画像診断ガイドラインがない。急性膵炎では重症度判定に CT が用いられている。
・画像診断医が考えるガイドライン作りに着手しているので参考としてほしい。
・造影剤の副作用は時に致死量であり、後遺症を伴うことがある。
・造影剤の投与で確定診断、鑑別診断、新たな病変の発見もある。
・得られる利益がリスクよりも高い時に一般的には造影検査が実施される。

造影検査依頼時の問診・説明・同意

何故、問診が必要か
注意、適応、投与量は添付文書にあるが、原則禁忌事項が含まれる場合は利益とリスクを考慮して造影する。

〈ヨード造影剤〉について
《禁忌》甲状腺疾患は甲状腺を安定させ、禁忌でなくなったら検査する（それまでは超音波で代用）。
ヨード過敏症は変わらない。
ブレイクスルーリアクション（ステロイドで予防しておいてヨード剤を使用）はあるが、他の検査でできる限り代用する。
《原則禁忌》（使えないことはない）
①一般状態の極度に悪い患者

②気管支喘息
③急性膵炎（外す方向にある）etc

〈Gd ガドリニウム造影剤〉について

《警告》4 種類の造影剤があるが、使用剤の添付文書を読むこと（一般的には安全だが、気管支喘息には注意）、また、救急処置の準備が大切である。

《禁忌》①過敏症　②重篤な腎障害→腎性線維性腎症への移行に注意

《使用上の注意》eGFR30ml ／分未満、透析末期

副作用の種類

①急性（投与直後及び重篤性が高い）
②遅発性（1 週間程度の間で判定が難しい）

イオン性　12.66%（日本では血管内投与はない）
非イオン性　3.13%　重篤なものは少ない

→に副作用が出現する。

頻度　重度副作用

非イオン性　0.004%（死亡例　185 例／ 16 年⇒ 0.003%）
ガドリニウム剤　0.0065%（死亡例　11 例／ 14 年⇒ 0.0001%）

注意と対処法

①診療に必要　②頻度　③重篤性、確立
④即時の対処態勢があることを患者に伝える

造影オーダー時の確認

①適応　②受診歴と副作用　③気管支喘息　④腎機能（造影剤腎症、3 ～ 4 日で悪化し、1 週間で回復､クレアチニン値･eGFR 値でフォローする）⑤必要事項を伝える

造影検査時のダブルチェック

①適応の確認　②副作用の確認（喘息・腎臓のチェック）

投与中は①静脈ルート確保時の状況把握、②熱感（血管外漏出の有無）

検査後は①状況把握、②血管外漏出の確認、③ルート抜去、④何かあれば 500ml 点滴、⑤飲水を進める（絶食はあるが、絶飲はない）

悪化例では①さらにルート確保、②緊急チームを作る（呼吸・循環管理）

日常の準備

1　医師・看護師・診療放射線技師の確保
2　同意書・危険因子の確認
3　救急カートの整備
4　コールシステムの確立

定期的準備

1　インシデントレポートの作成
2　定期的ミーティング
3　人員移動時のチェック
4　アナフィラキシーショックのシミュレーション施行

（質問）

①造影剤を自動注入後、生食 20 ～ 40ml フラッシュの意義は

造影剤を有意義に使用するため。

動脈相・静脈相をきちんと撮影するため。

②造影剤の量は

（高濃度で低容量か）被曝量も減らせるかもしれない。

③重篤な肝障害でも検査はどの程度まで行うのか

肝細胞がんなら Child C でも腹水があっても行う。

[報告：理事　河村　康明]

気になる症状・所見の画像検査　―泌尿器・生殖器

神戸大学医学部附属病院病院長・
放射線医学分野教授　杉村和朗

肉眼的血尿：血尿の原因診断においては腫瘍と結石が画像診断の守備範囲であり、糸球体疾患は除外される。超音波はまずベッドサイドで施行される検査であり、多くの情報が得られる。腎腫瘍性病変の検索及び水腎症の評価には有用で、腎腫瘤が疑われた場合には特に造影 CT が必要となる。

腎腫瘍：造影 CT は主として腎実質及び尿路腫瘤性病変の検出を目的として行われる。皮質と髄質とが均等に造影される腎実質相が有用である。

嫌色素性腎細胞がんでは、出血・壊死は乏しいので比較的均一な腫瘍像を呈し、造影 CT 早期相で中等度の染まりを呈する。

乳頭型腎細胞がんは、境界明瞭で造影 CT 早期相での染まりは弱く、経時的に暫増するパターン

をとる。どちらかというと均一な像を呈することが多い。

血管筋脂肪腫は、脂肪と筋成分、血管で構成される良性腫瘍で、単純 CT で脂肪濃度が検出されれば診断できる。

オンコサイトーマは、比較的サイズの大きい腫瘍では、中心部に星芒状の瘢痕所見を伴う特徴的な像を呈する。しかし、3cm 以下の腫瘍では中心性瘢痕は 30％程度でしかみられず、画像上は均一な像を呈することが多いため、嫌色素性腎細胞がんとの鑑別は困難となる。

CT urography は近年、尿路上皮腫瘍評価のため欧米を中心に急速に応用が進んでいる検査法である。造影 CT の際、尿路病変の病変の検出を目的として、造影剤が尿路に排出されるタイミングで、尿路をマルチスライス CT で撮影するものである。膀胱がんに対する上部尿路検索など、既知の尿路上皮腫瘍に対する全尿路検索としても非常に有用である。

[報告：常任理事　西村　公一]

画像診断のリスクマネジメント－放射線被曝

彩都友紘会病院病院長　中村仁信

放射線被曝の人体への影響は、受けた線量が高線量か低線量かで異なる。低線量域の境界は、吸収線量で 200mGy 、実効線量で 100mSv であり、これ以下の線量であれば被曝による DNA 損傷は 2 日程度で修復される。また急性被曝か慢性被曝かによっても異なり、線量率効果といって、分割して被曝する慢性被曝では、受けていない間に DNA 損傷の修復が行われるため、同じ線量でも急性被曝に比べ後に残る損傷が少ない。つまり原爆のように一過性に被曝するより、福島のように慢性的に被曝するほうが、害が少ないのではないかと言われている。放射線科医は長年少量の被曝を続けているが防御能力以内のことであり、特に影響を受けていない。画像診断の被曝の多くは低線量で、どちらかといえば急性の被曝である。2004 年のランセットに日本ではがんの 3.2% が診断の被曝、主に CT の被曝によるものだという論文が出た。これは計算上の数値で、証明されてはいないが､新聞記事にも取り上げられたことで、事実と思われた方もある。確かに日本では CT が多く、CT の被曝量が多いのも事実である。これは回転照射により組織吸収線量に回転加算がかかるためであり、胸部では単純撮影に比べ 100 倍の線量になる。CT も機種によって被曝線量は異なるが、開発に従って被曝の低減化がはかられている。また最近多くなっている PET － CT では PET により 5mSv 程度､それに CT による線量 (普通 10mSv 程度) が加わる。PET で検査医師が浴びる線量は月 0.2mSv 、年平均 2.4mSv で問題になる量ではない。

放射線はわずかでも危険か。ICRP（国際放射線防護委員会）はわずかでも有害であるといい続けてきた。1927 年にマラーがショウジョウバエの雄の精子に放射線をあてると突然変異ができる、線量率効果は関係なく、総線量と正比例してがんができる、と発表した。ICRP は 1958 年にこれを ICRP 勧告に採用した。その後の研究で雄の精子は DNA の修復機能をもっていないため閾値がないとわかったため、ICRP は 100mSv 以上であるとがんのリスクが増える、それ以下では不明である、と方向転換した。米国科学アカデミーはいまだに低線量でも有意のリスクがあるとして他国と対立しているが、日本では 17 万人のデータから有意な発がんリスクはないとしている。またフランスでは 200 から 300mGy 程度では細胞のがん化は起こらないが、500mGy 以上になると細胞の修復が追いつかず、突然変異のリスクが上がるとしている。

次に問題になった公衆被曝についてだが、従事者は 100mSv/5 年、公衆被曝は 1mSv/ 年、緊急時は 20 から 100mSv 、復旧時は 1 から 20mSv とされている。子どもについては放射線感受性が高いため問題になったが、500mSv 以下では大人も子どもも差がない。子どもほど、また細胞分裂の多い臓器ほど、被曝に弱いと言われるが、一方で子どもは免疫能力も修復能力も高いからである。

放射線学会の考え方を HP に載せている。放射線影響量と防御量は分けて考えているが、防御量はいろんな施策を考える上で安全を考えた低い量である。

低線量の発がんリスクをどう考えるか。「CT でがんになる」と言う人もあるが、証拠はなく、そ

うは考えられない。被曝すると活性酸素による DNA 損傷ができ、それによって突然変異が起こり、がんができると考えられている。だが、活性酸素を発生する因子には放射線だけでなく、たばこ、運動、紫外線、発がん物質などがある。DNA 損傷は常に修復され、修復エラーがあって遺伝子変異が蓄積されても、アポトーシスによって細胞死がおこる。アポトーシスで対処できずに、細胞レベルでがん化が生じたとしても免疫機構がこれを除去する。以上のような生体防御機構が働いているので、放射線による遺伝子変異がすぐには発がんに結びつくわけではない。放射線単独による皮膚がん、白血病、骨肉腫、放射線被曝の二次発がんなどは高線量の閾値があり、福島のような慢性被曝では起こらない。

チェルノブイリ事故から 25 年経って NHK で「被爆の森はいま」という番組を放映していた。半径 30km の立ち入り禁止地区では今、動物天国になっており、どの動物にもがんや奇形はみられない。唯一ツバメにはがんや発生異常がみられた。渡り鳥であるツバメはずっと運動することで活性酸素が増え、その処理能力が限界のためかと考えられる。ふつうのネズミとチェルノブイリに 40 日間置いておいたネズミを比べると、後者の方が活性酸素処理能力が向上している。1920 年以前の放射線科医は一般臨床医よりも早死していた。1955 年以降、放射線医の被曝量は年 5mSv 以下だが、一般臨床医に比べがん死亡率が低い。

米国原子船修理工 27,000 人のがん死亡率は対象の 32,000 人より 15% 低い。また欧州 7 か国のパイロット 19,000 人 (パイロットは年間 2 ～ 5mSv 被爆する) の死亡率も低く、最も被曝量の多かったグループで最も低かった。慢性の微量低線量被曝は抗酸化機能が活性化され、がんの抑制に働いているものと考えられる。三朝温泉のラドン効果で免疫機能が高まるという報告もある。発がんには閾値があり、そこまではがん減少があってもおかしくない。

放射線だけによる発がんは、低線量では発生していない。生活習慣等ほかの発がんリスクが加わると起こっている可能性がある。ほどほどの被曝であれば発がんを減らしているのではないかと考えている。

「放射線は怖くない」という本に私の考えを書いている。お読みいただきたい。

[報告：理事　田村　博子]

厚生労働省関係講演

東日本大震災による被災と対応

厚生労働省医政局審議官　唐澤　剛

活動報告と日本医師会の JMAT の活動に対して心から感謝の意を述べられた。

診療報酬改定におけるイノベーションの評価について

厚生労働省保険局医療課長　鈴木康裕

平成 24 年度診療報酬の改定に当たっては、フェアーで透明な評価を基本理念とする。学会等からの要望については、「エビデンスがあるかどうか」を中心に評価する。

特定保険医療材料（PTCA カテーテル、冠動脈ステント、ペースメーカー等）の国内外価格差が 1.5 倍を上回る場合は、規定の算式を適応し、倍率に応じて価格を引き下げる（最大 25％まで）。

次期薬価制度改革に向けての検討事項

(1) 先発医薬品より高い後発医薬品の取り扱いについて
(2) 後発医薬品の収載品目数と薬価の大幅なばらつきについて
(3) 内用配合剤について、配合されている成分が特例引き下げを受ける場合の内用配合剤の取り扱いについて
(4) 原価計算方式による算定方式の取り扱いについて
(5) 新薬の処方日数制限について
(6) 新薬創出・適応外薬促進加算の検証
(7) 医療上不可欠な医薬品の薬価改定方式について

これらを薬価専門部会にて検討し、平成 24 年 1 月「薬価基準の見直し」について取りまとめる。

[報告：常任理事　萬　忠雄]

第 42 回全国学校保健・学校医大会

『学校医』我々にできること
～子ども達の健やかな身体とゆたかなこころを育むために～

と　き　平成 23 年 10 月 29 日（土）10：00 ～
ところ　ホテルセンチュリー静岡、ホテルアソシア静岡

報告：常任理事　濱本　史明
理事　茶川　治樹

日本医師会主催、静岡県医師会担当で、標記の大会が静岡市内で開催された。青柳俊平先生（下関市医師会）と大城三枝子先生（徳山医師会）とともに出席した。

第 1 分科会

『からだ・こころ (1)』心臓検診・腎臓検診

静岡県医師会学校腎臓検診結果検討小委員会の坂尾　正委員長と渡邉正規委員を座長として開催された。

1. 小児の尿路結石症－急性胃腸炎に続発する結石症例を中心に－

大阪府医師会　芦田　明

小児の腎尿路結石症は、成人の約 1％と比較的稀な疾患と考えられているが、近年、急性胃腸炎に続発して両側腎結石を形成し腎後性腎不全に至る症例の報告が散見されるようになった。われわれは、2002 年に小児の尿路結石症に関する全国アンケート調査を実施し、また、2009 年にはロタウイルス胃腸炎に続発する両側腎結石形成を伴う急性腎後性腎不全症例に関する全国アンケート調査も実施した。

小児期に発症する尿路結石症は、小児期の全年齢層にまたがり、やや男児に多く認められた。基礎疾患を有する患児は約 3 割であった。また、ステロイド使用患者や、運動の少ない重症心身障害児では常に尿路結石形成を定期的に検索する必要がある。尿路結石症の発見動機として学校検尿・検診は肉眼的血尿、腹部症状に次いで多く、学校検尿有所見者については常に尿路結石を念頭に置き画像検査等を考慮すべきである。

ロタウイルス胃腸炎に続発して生じる尿路結石は年少男児が圧倒的に多く、回復期に相当する時期に発症する。点滴にて十分な補液が施行されたにもかかわらず、無尿が持続する症例や、いったん消化器症状も軽減し回復基調にある時期に利尿がすぐれない患児については、両側腎結石嵌頓を考慮し積極的な画像検査を勧めるべきである。

2. 岐阜県における学校検尿判定委員会の取り組み－綿密な検討により適切な診断・治療につなげる－

岐阜県医師会　加納正嗣

岐阜県では 1 次・2 次検尿の後と医療機関受診後に学校検尿判定委員会（以下､委員会）を行っている。

1 回目の委員会では学校検尿の結果を検討し医療機関で治療の対象になる可能性の高いと思われるものを要医療、治療の可能性は低いが経過観察が必要なものを要観察、正常範囲内のものを異常なしとしている。

2 回目では医療機関で行われた検査結果や診断・管理区分・治療などが適切であるかどうか検

討し、必要があれば医療機関に対し意見書を送付している。また、検討した内容は翌年以降の委員会においても参考としている。

学校検尿における最大の問題点は異常があっても医療機関を受診しないものがかなりいることと医療機関での診断などが適正でない場合があることの 2 点であると思われる。

3. 愛知県の学校検尿における有所見率－そのバラツキを中心に－

愛知県医師会　都築一夫

愛知県における学校検尿は、1 次検尿の有所見者に対し尿沈渣を含む 2 次検尿を行い、2 次検尿でも有所見と判定された生徒に医療機関への受診を勧める、いわゆる B 方式である。なお、尿蛋白・潜血ともに（±）以上を有所見としている。腎疾患発見の上でポイントとなる尿蛋白の有所見率（高校生 1 次検尿）は、平成 11 年から平成 21 年において 3.71 ～ 1.94％であった。

尿蛋白を（±）、（1 ＋）、（2 ＋）以上にわけると、（±）は 1.60 ～ 0.87％、（1 ＋）は 1.63 ～ 0.91％、（2 ＋）以上は 0.48 ～ 0.16％であった。検診機関別にみると（±）は 2.43 ～ 0.33％、（1 ＋）は 2.20 ～ 0.79％、（2 ＋）以上は 0.60 ～ 0.12％であった。平成 22 年からは検査機関が従来の 8 機関から 13 機関に増えたが、その結果（±）は 20.32 ～ 0.38％、（1 ＋）は 5.93 ～ 0.18％、（2 ＋）以上は 1.19 ～ 0.05％とバラツキが大きくなった。

検体の回収時間や測定までに要した時間などには検査機関の間での大きな違いは認められなかったが、検査機関や検査試薬の変更で尿蛋白（±）での有所見率が特に大きく異なっていた。

4. 当院の小児腎疾患診療における学校検尿の有用性の検討

静岡県医師会　藤田直也

小児腎疾患の診療における学校検尿の有用性を検討する目的で、過去 5 年間に当院小児腎臓外来にて診療を行った患児につき、受診の経緯や診断名などについて後方視的に検討した。

過去 5 年間に当院小児腎臓外来を受診した患児は 694 例であった。これらのうち受診のきっかけが学校検尿であった症例は 113 例であり、そのうち 20 例に慢性腎疾患（IgA 腎症 12 例、膜性増殖性糸球体腎炎 3 例、膜性腎症 2 例、ループス腎炎 1 例、巣状分節性糸球体硬化症 1 例、低形成異形成腎 1 例）が発見され治療が行われた。これらの症例はいずれも尿所見の異常以外には臨床症状は認めず、学校検尿がなければ早期発見は困難であり、学校検尿はこれらの症例の腎機能予後の改善に大きく寄与しているものと考えられた。

小児腎疾患の早期発見・治療には学校検尿は有用であると考えられた。その一方で治療や管理を必要としない多くの検尿異常者への対応や、学校検尿で発見されにくい先天性腎尿路疾患の早期の発見については今後の課題である。

5. 川崎市立学校心臓病検診結果－平成 17 年度から 21 年度の結果報告－

神奈川県医師会　堺　浩之

昭和 59 年に川崎市の委託事業となった川崎市立学校心臓病検診は、平成 15 年度からは全例 12 誘導心電図と心臓病調査票による一次検診が実施されている。

心臓病判定委員会で年間約 21,000 件を分担して判読し、問題があると認めた心電図に関して、全例心臓病判定委員会にてビデオビジュアライザーを用いて判定委員全員で検討し、二次検診対象者を決定する。

二次検診は胸部レントゲン写真･安静時心電図･一肋間下もしくは一肋間上心電図・運動負荷心電図などを行った上で三次検診対象者を決定する。

最終的には判定委員・行政・教職員・検査機関で構成される心臓病専門委員会にて診断・管理区分の最終決定を行っている。

全例心臓病調査票と 12 誘導心電図を用いて、統一された基準の下で判定を行うことで多くの心疾患を発見し、十分な管理を行うことが可能であり、児童・生徒が有意義に学校生活を送ることに寄与しているものと思われる。

6. 愛知県立高校学校検診における血圧値－血圧カットオフ値の検討－

愛知県医師会　平光伸也

生活習慣の変化に伴い、小児のメタボリック症候群や慢性腎臓病（CKD）が問題視されている。

これらの病態を診断するためには、子どもたちの血圧を正確に測定する必要がある。今回学校検診における血圧値を用いて、高血圧をスクリーニングするための適切な血圧カットオフ値について検討した。

対象は、愛知県立高校 1 年生 40,304 名（男子 20,624 名、女子 19,680 名）で、学校検診で測定された収縮期血圧、拡張期血圧を用いて、血圧のカットオフ値を検討した。

結果は、95 パーセンタイルに最も近い収縮期血圧は、男子 145mmHg 、女子 135mmHg で、拡張期血圧は男女とも 80mmHg であった。

今回の検討より、高校 1 年生における高血圧スクリーニングのカットオフ値は、男子 145/80mmHg 、女子 135/80mmHg の値が得られた。従来用いられていた血圧の基準値よりかなり高いことが判明した。その理由として、血圧測定時の条件（安静条件、緊張、温度など）の違いが挙げられる。今後、これらの点について改善する方法を検討する必要がある。

生活習慣の変化に伴いメタボリック症候群や CKD の症例が増加している現在においては、血圧高値の症例のスクリーニングを適切に行い、早期から介入する必要があると考えられた。

7. 体育の授業中に突然死をきたした肥大型心筋症の高校生の一例

島根県医師会　大畑修三

平成 7 年度、児童、生徒の心臓検診に心電図検査が義務化されて以来、全国的には突然死は減少傾向にあるものの皆無ではない。

今回、学校の内科検診及び心電図検診において異常を指摘されていなかったが、体育の授業中に突然倒れ、突然死をきたした症例を経験したので報告する。

症例は 17 歳高校 2 年生の男子。生来健康で、その年の学校内科検診及び 1 年半前の学校心電図検診において異常を指摘されていなかった。心電図検診の際の調査表にも突然死の家族歴はなしと記載されていた。運動制限もなく、部活動、体育の授業も通常通り行ってきた。

昨年 11 月、体育の授業中に突然倒れ、近くの救急指定病院に救急搬送された。残念ながら救命はできなかったが、心臓超音波検査にて著明な左室心筋の肥厚を認め、肥大型心筋症が考えられた。

8. 学校心臓病検診から検討した先天性心疾患術後児の学童期運動能について

静岡県医師会　岩島　覚

静岡県内における先天性心疾患術後児（術後児）について学校心臓病検診報告書を調査し、現状を報告する。

対象は平成 19 ～ 21 年度の小 1 、308 名、小 4 、193 名、中 1 、205 名、高 1 、77 名の計 783 名。主な疾患は ASD（n ＝ 111）、VSD（n ＝ 310）、ECD（n ＝ 48）、Heterotaxia（n ＝ 30）、TAPVC（n ＝ 29）、TGA（n ＝ 30）、HLHS（n ＝ 6）、TOF（n ＝ 33）等。これら対象における報告書から術後児の病名、術式及び管理区分を抽出し運動制限の有無について調査した。制限の有無は A ～ E 区分の管理区分のうち D 区分以下を制限有りとした。また術式に応じ Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery System（RACHS － 1）にカテゴリー分類し検討を行った。分類は 6 段階に分けられ ASD 、VSD 術後等（レベル 1 、2）、フォンタン術後等（レベル 4）、Norwood 術後等（レベル 6）とした（Jenkins KJ , et al.J thorac Cardiovas Surg.2002）。術式が不明な場合、病名から推測した。統計学的処理は SPSS を用い $p < 0.05$ を有意差ありとした。

運動制限は 70/783（8.9％）でされていた。疾患別における運動制限は HLHS4/6（66.7％）、Heterotaxia12/30（40.0％）、TOF10/33（30.3％）で多かった。Fontan 型術後児は全体の 46/783（5.9％）に認め、このうち 17/46（37.0％）において運動制限されていた。Fontan 型術後とそれ以外の術式後の比較において Fontan 型術後は有意に運動制限されていた（$p < 0.01$ 、オッズ比 7.695％ CI6.2 ～ 8.9）。運動制限の有無における RACHS － 1 では、制限有の児は有意にレベルが高かった（有、3.0 ± 1.0vs 無、22 ± 0.8 、$P < 0.01$）。RACHS － 1 レベル 2 以下の運動制限は 21/511（4.1％）、レベル 3 以上の運動制限は 49/272（18.0％）で RACHS － 1 はレベル 3 以上において有意に運動制限されていた（$p < 0.01$ 、オッズ比 5.195％ CI4.2 ～ 6.1）。

術後児の学校生活において高学年になるほど

Fontan 型手術術後、RACHS － 1 レベル 3 以上の児では運動制限される傾向があった。

9. 学校心臓検診への心エコー検査の導入について（不完全右脚ブロックを対象として）

和歌山県医師会　根来博之

和歌山県那賀医師会では平成 19 年～ 22 年に不完全右脚ブロック 157 例に心エコーによる 2 次検診を施行し、3 例の心房中隔欠損例を新たに発見した。学校検診での心エコーでは右室容積負荷の客観的評価と心筋症等の検索を行うのが最良であるが、まだ確立されていない。われわれは池田ら（日小循誌 2004；20：423 － 429）の変法を用いたが不十分であった。十方 Wyman らは胸骨右縁からのアプローチを小児心エコーの標準法と総説している（JAm Soc Echocardiogr2006；19：1413 － 1430）。今回、学校検診においても胸骨右縁からもエコーを試み、手術適応のある静脈洞型欠損を発見できた。肥満が高度な例で心房中隔欠損口を直接描出することが困難な場合があった。

[報告：常任理事　濱本　史明]

第 2 分科会

『からだ・こころ（2）』脊柱検診・運動器検診・生活習慣病健診

静岡県医師会学校脊柱検診結果検討小委員会の森山明夫委員と静岡県医師会子どものこころの健康相談事業運営委員会の原　正守委員を座長に開催された。

1. 秋田県における脊柱側彎症学校検診での発見率

秋田県医師会　三澤晶子

脊柱側彎症は学童期に多くみられるため、学校検診の目的は、早期に発見し、治療を行うことで、手術にまで至る重症例を減らすことである。1983 年、学校保健法改正により対象疾患が従来の結核から脊柱側彎症へと転換がされ、脊柱側彎症は、法律で義務づけられた学校検診対象疾患となり、学校保健に整形外科医が直接関わる数少ない検診の一つとなった。検診は視・触診、ハンプメータ、ハンプ角度計、モアレトポグラフィー法（モアレ法）などさまざまな方法が用いられており、秋田県では 1984 年以降モアレ法による検診を施行している。本研究では、近年の脊柱側彎症学校検診による側彎症発見率の動向を調査した。

対象者は 2005 ～ 2009 年の間に、脊柱側彎症検診を行った 2,706 人である。

一次検診で有所見とみなされたのは 403 人で、そのうち二次検診を受けたのは 348 人で、10 度以上の側彎は 217 人であった。一次検診で有所見とみなされたうちの 62.3％が二次検診で Cobb 角 10 度以上の側彎と診断され、偽陽性率は 0.60％であった。モアレスを用いることで、体表面計測による検診の精度を高め、偽陽性率を少なくできた。

2. 奈良県における脊柱検診 20 年間の報告―モアレ検査を一次検診に活用してー

奈良県医師会　門野文彦

奈良市医師会学校医部会では昭和 53 年から学校検診で脊柱側彎症対策に取り組んできた。平成元年度からはモアレ検査を一次検診のスクリーニングとして導入して、有所見者の早期発見に努めてきた。

平成 20 年度までの 20 年間、モアレ検査による側彎症の検診を小学 5 年生と中学 2 年生に施行し、20 年間で要精検者 1,064 名中 84 名が Cobb 角 20 度以上と診断され、三次検査や整形外科専門医を受診した。20 度未満の者については、学校保健担当者、校医、保護者が側彎の進行がないか注意して経過観察をしている。モアレ検査による側彎の検診は、側彎症の早期発見と治療に有用であると考えている。

3. 第二報　シルエッター検診の新たな展開（広島方式）

広島県医師会　泉　恭博

平成 17 年の第 35 回本大会においてシルエッター検診の第一報を報告している。シルエッター検診は、その後も毎年約 1,500 人を対象に実施し、8 年間で総数は 13,135 名になった。

この検診を続ける中で、前屈位背面撮影する際、床に手が届かない子どもが意外に多いことに気がついた。前屈制限は脊椎疾患の部分症状なので、これら矢状面変形を抽出するために、平成

21 年より側面撮影を追加した。

われわれの検診では、前屈制限や後弯異常の要受診判定は、3.8％と予想以上に多かった。学校検診では前屈、後弯症などの変形の検診も必要である。シルエッター検診においては、側面像撮影を追加することで矢状面の検診が可能となる。

4. 学校保健における運動器検診と健康教育について

埼玉県医師会　柴田輝明

学校における児童・生徒の成長の過程で過度な運動や偏ったスポーツによる運動器の障害を来す子どもが増加しつつある。一方運動不足や食生活の乱れから生活習慣病やメタボリック症候群の予備群としての肥満あるいはやせすぎ等の結果、運動器系機能不全（低下）の子どもたちの増加傾向にある。

埼玉県では平成 19 年度より平成 22 年度まで就学時児童を対象に就学時健康診断の内科健診と併行して運動器検診を行った。

平成 21・22 年度からは、小学校 5 年生を対象に運動器検診を行った。その結果、就学時児童の運動器疾患・障害の率は約 10％と少なかったが、5 年生では運動器機能低下の例が約 18％と高率で、高学年につれて運動器障害も運動器機能不全も増加してきていることが判明した。

また、小学校 5 年生では脊柱側弯症の疑いや、経過観察を必要とする生徒もみられた。食育については、就学時、小学校 5 年生とも 94％以上の子どもが毎日朝食を摂っていたが、バランスよく摂れているのは 4 割弱であった。学童期の運動習慣、食生活等の健全さを保つことが、成人での運動器疾患・障害の予防とともに生活習慣病の予防につながると考えられる。

5. 静岡県における運動器検診モデル事業の実施結果について

静岡県医師会　高橋正哲

静岡県の東部、中部、西部地区で各モデル校 2 校ずつ、計 6 校で運動器検診を実施した。対象児童は中学 1 年男女とした。運動器検診と側弯症検診を整形外科医による直接検診を行った。検診にて要精査者は、二次検診として近隣の整形外科受診を勧めた。地区によっては、二次検診の結果を回収し、評価した。

運動器検診を実施した整形外科検診医師が現場で感じた課題、また行政、学校、医師会との交渉に携った際の課題の検証から、今後の運動器検診の改善に活かせたらと考える。結果として行政、教育現場における運動器検診に対する啓発事業としてはある程度意義のあるものになったと考える。実際に今回の側弯症の要精査件数はこれまでの内科学校健診の報告より増えており、整形外科が関与した結果と考える。将来的には学校における定期健康診断の中で運動器に関する合理的な検診が可能となることが望まれる。

6. 関係機関と協働による小・中学生のメタボ対策に取り組んで

岩手県医師会　山口淑子

岩手県は肥満傾向児が多く、特に平成 19 年度には県中保健所管内の市町村が県平均よりさらに高値であった。そこで、平成 21 年度から地域振興推進事業「メタボ予防いきいきキッズ大作戦」をこの地域で実施した。

取り組み内容は①医療、学校保健関係者、市町村（教委、保健）、食改員等関係機関からなる子どもの健康づくり協議会で事業検討、情報交換及び評価を行った。②「いきいきキッズ健康シート」健康習慣のチェックシートを学校内の保健指導で活用した。③いきいきキッズ健康講座をモデル実践校で行った。④歩数計を携帯させ運動量を把握、肥満度との関係をみた。⑤メタボリックシンドローム予防の普及啓発運動を行った。

7. 学童追跡調査からみた小中高校生時検査の生活習慣病予防における意義

広島県医師会　吉原正治

広島県安佐医師会では、安佐学校保健会と共同で 1978 年より児童の健康状態の調査をはじめ、現在まで追加調査を行っている。その後 33 年が経過し、これまでの延べ受診者数は 5,770 名であり、受診者も生活習慣病対策の年齢となっている。

延べ受診者（5,770 名）の内、35 歳以上の者は 317 名（男性 173 名、女性 144 名）であり、

それらについて特定健診に準じて略式判定を行った。ここで略式判定とは、腹囲又は BMI が特定されたもので、血糖、脂質、血圧の一部でも判明したものでリスク 3 以上を積極的支援レベル、1 以上を動機づけ支援レベル、0 の場合は情報提供レベルとした。男性では情報提供レベル 19％、積極的支援又は動機づけ支援レベル 19％であった。女性では、情報提供レベル 9％、積極的支援又は動機づけ支援レベル 6％であった。

35 歳以上時の脂質、血圧、糖、BMI などと小中高校生時のデータとの関連性、相関をみることで、学童生徒時における検査の将来の生活習慣病予防における意義を検討した。

8. 愛知県学童期生活習慣病対策事業について

愛知県医師会　山中寛紀

愛知県では、平成 18 年に「健康長寿あいち宣言」を発表し、生涯を通じた健康づくりの施策を進めている。生活習慣病対策として、子どものころから高齢期にいたるまで、生涯にわたり健康な生活習慣を築く目的として、学童期生活習慣病対策事業を展開することが重要である。そこで、この考え方に基づく生活習慣病対策モデル事業が、平成 20 年度から 3 年間にわたり碧南市に委託し実施された。

このモデル事業の内容は、小学校 4 年生の児童を対象に毎年の健康診査の際に腹囲測定、血圧測定のほか、空腹時採血により各種項目を検査し、小児メタボリック症候群の診断基準をもとに判定を行い、その結果、「要保健指導」（2 年次からは要受診も対象）対象者に向けて夏・冬・春の各休みを利用して親子で参加する健康づくり教室を実施した。

9. 小学 4 年時と中学 2 年時の脂質検査結果の検討

岐阜県医師会　加藤義弘

各務原市医師会では、小児期生活習慣病対策の一環として市内の小学 4 年生と中学 2 年生を対象として、脂質検査を行っている。平成 22 年度に中学 2 年生で採血検査を受けた生徒について、小学 4 年時の検査結果と照合し検討した。男子生徒 520 名、女子生徒 536 名が照合可能であり、LDL コレストロール値（LDL-C）、HDL コレステロール値（HDL-C）、中性脂肪（TG）について検討した。

全体的には、血清脂質は中学生になると低下していたが、その変化に男女差があることが明らかとなった。小学 4 年時の結果では、どの項目の平均も男女差はそれほどみられなかった。しかし、中学 2 年時には LDL-C が女子生徒では約 10 ㎎ /dl 高く、TG も約 5 ㎎ /dl 高い結果となった。第二次性徴期でありこのような性差が出現したと考えられる。

小学 4 年と中学 2 年時の血清脂質検査結果の変化を小学 4 年時の体格ごとに検討した。男子生徒については、『肥満』と判定された生徒については、HDL-C に変化がみられなかった。肥満と判定された生徒は、小学 4 年時には HDL-C が他の群より低い値であったが、それ以上低下することはなかった。

女子生徒については、『やせ』と判定された生徒については、小学 4 年時に他の群より HDL-C が高く、TG が低い結果であったが、中学 2 年時には両者とも有意な変化はみられなかった。

10. 小児版食行動質問表の作成と分析

兵庫県医師会　毎原敏郎

小児生活習慣病の指導は、食事・運動・生活リズムのすべての面に及ぶが、現代の子どもには「朝食を食べない」、「テレビやゲームの時間が長い」など共通する問題があり、肥満というよりも食育・生活習慣として扱う方が適切である。これを区別せずに肥満症として指導を行っても、「皆同じことをしているのに、なぜ自分だけが注意されるのか」と子どもが疑問を抱くことになる。肥満症に固有の問題が抽出できれば、より有効な指導につながると考えられる。今回は成人用の食行動質問表を基にして養護教諭とともに小児版質問表を作成し、A 市 B 地区にある公立小学校 8 校の 1 年～6 年までの全生徒 2,864 人を対象に食行動の問題と肥満との関連についての調査を行った。

第 3 分科会

『からだ・こころ（3)』こころ・精神保健・アレルギー疾患・性教育・感染症

静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策検討委員会の戸田顯彦委員と、静岡県医師会子どものこころの健康相談事業運営委員会委員で浜松医科大学小児科学講座の平野浩一助教を座長として開催された。

1. 自閉症を抱える幼児の療育と就学支援

埼玉県医師会　平岩幹男

原因は明らかではないが自閉症は増加している。脳科学や遺伝子の面ではさまざまなことが明らかにされつつあり、治療法を研究するためのモデルマウスも誕生しているが、自閉症の症状を取り去るための治療法はまだ存在していない。

現実に自閉症を抱える子どもたちがいる以上、どのように適切に対応し、発達を促進するかは緊喫の課題であり、現状では個別の療育を応用行動分析（ABA）によって行うことが望ましいのではないかと考える。しかし ABA をどのように、どの方法で行うことがもっとも効果が高いのか、また ABA の前方視的な効果判定をどうするかなどの課題も多い。

ABA を行うことにより集団での活動が可能となり、通常学級に就学したとしても、その後のフォローや療育が重要である。従来は自閉症と診断されれば、半数以上は特別支援学級や特別支援学校に就学していたと考えられるし、演者も ABA 導入前はそうであった。自閉症を抱えていても、通常学級への就学が可能になっている時代であることを認識するとともに、よりよい療育的対応と就学支援を行っていきたい。

2. 教師が気になる生徒へのメンタルヘルス対応

三重県医師会　柿元真知

学校現場におけるメンタルヘルスの問題への介入法はさまざまな課題を抱えている。いじめや不登校などの不適応行動を示す子どもに焦点を当てても、次々と起こる問題にモグラたたきのように追われてしまうのが現状である。また、不適応行動を示す子どもたちのみに焦点を当ててしまうことで、全児童生徒への取り組みがなおざりとなる危険性もある。

このような課題を克服するため、三重県医師会では、精神科医と学校教師が合同で、クラスの事例検討会を行っている。具体的には、第一には教師がピックアップした「気になる生徒」をメンタルヘルスの視点から分析するとともに、第二には学校内のメンタルヘルス関連の社会資源である保健室（養護教諭)、相談室（スクールカウンセラー）との連携を求めること、第三にはクラスという集団の中で彼らが抱える問題をいかに対処するかを検討する取り組みである。

今回は、実際に行われた事例検討会を基にして、①教師にとって気になる生徒とはどのような特徴があるのか、②彼らの問題点はどこにあるのか、③どのような介入方法が望ましいか、についての分析を行った。事例検討会を通して、各個人がクラスという集団の中でどのような立ち位置にあるのか、生徒全員の学校生活満足度を上げるためにクラスとしてどのような取り組みをすべきかなどをメンタルヘルスの視点から捉えることにしている。対応策に関しては生徒同士のグループダイナミクスを理解し、それについて有効な手立てを考察していくことが必要と考える。

3. 被災地における子どもの心支援活動

宮城県医師会　高田　修

本年 3 月 11 日に東日本大震災が起こった。震災直後の避難所にいる子どもたちは、過覚醒状態あるいはうつ状態にあった。そのため、一見活発に見えたり、静かに見える子が目立つために見過ごされがちであるが、実は多くの子どもたちが現実を受け止めきれずにストレスフルの状態にあり、それに対するトラウマケアが十分になされず、二次的トラウマ体験が起こりうる危機的状態に放置されていた。

演者は、「NPO ここねっと発達支援センター」が編成した「緊急こどもサポートチーム」の一員として、被災地における子どもの居場所作りに参加するとともに、医療的、心理的な後方支援を行った。このチームでは共通の認識として、被災地における子どもたちがトラウマ体験から回復していく心のステージを、「不安感から安定感」、「安定感から安心感」、「安心感から期待感」という

3つのプロセスでとらえ、各々のプロセスを順当に歩んでいけるように、ストレスマネジメントに取り組む活動を展開した。

子どもたちとの関わりにおいては、「否定しない」、「強制しない」、「丁寧に関わる」という3つの原則を常に念頭に置いて活動した。自分の心の底からわき起こる衝動、つまりは自分自身の心の声に耳を傾けて、自由意志、自己決定を大切にすることで、子どもたち自身の自己肯定感を回復することを目的とした。

4. 姫路市の小学校におけるアレルギー対策

兵庫県医師会　岡　勝巳

平成22年3月の新聞に、姫路市において食物アレルギーのある児童が誤食事故を起こしてアナフィラキシーショックになり、その時に学校教職員が児童のもっていたエピペンを打たなかったということを問題にした記事が掲載された。この児童は結果的に基幹病院に救急搬送され、点滴治療を受け翌日に退院となった。この時にエピペンを使用したのは基幹病院の医師から指示を受けた母親であった。この事故がきっかけに、それまで姫路市教育委員会、学校現場ではエピペンを使うことに対して消極的であったのが方針転換され、医師会や学校医が協力したこともあり、エピペンは教職員が使用可となり、そして今年度からは一部とはいえ食物アレルギー児に対応給食を提供しようというところまで進んだ。

今年度、姫路市の小中学校の児童生徒数約52,000名の中で、エピペンを持っている児童生徒は25名であった。今後エピペンを持つ児童生徒は増えてくると思われ、1～2回のエピペンの講習を受けたくらいでは、職員の食物アレルギー児への対応への不安はなかなか取り除けない。現に、私が校医をしている小学校ではシミュレーション訓練を行った結果、発症してからの児童への対応について問題点が分かった。毎年は大変かもしれないが、消防訓練と同様に定期的に行うことが必要であると考える。

5. 静岡県におけるアレルギー疾患用学校生活管理指導表の運用について

静岡県医師会　丸山和男

平成19年4月、文部科学省より「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」が発表され、これを踏まえ、財団法人日本学校保健会より「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」と「アレルギー疾患用学校生活管理指導表」が平成20年3月に刊行された。

静岡県ではこれを受け、平成22年度よりアレルギー疾患用学校生活管理指導表の活用を始めるべく、県医師会内に「アレルギー疾患用学校生活管理指導表運用検討小委員会」を設け、平成20年9月に第一回目の委員会を開催した。第一回目の委員会で、22年度より活用開始とし、対象は直接命にかかわる危険性がある、気管支ぜん息と食物アレルギー・アナフィラキシーとし、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、アトピー性皮膚炎では学校生活管理指導表は使用しないことと決定した。その後、定期的に委員会を開催し、学校生活管理指導表の形式等具体的な運用方法について話し合いが行われた。

文部科学省から示されたアレルギー疾患用学校生活管理指導表は、A4表裏に5疾患が記載できるようになっているが、静岡県では2疾患を対象とすることに決定したため、当初は用紙1枚の表裏に気管支ぜん息、食物アレルギー・アナフィラキシーをそれぞれ記載し、2疾患を1枚とした。しかし、教育委員会より、1疾患1枚の方が管理しやすいという要望があり、用紙1枚に1疾患とし、表に学校生活管理指導表、記載医が分かりやすいように裏にガイドラインより記載方法を抜粋したものを印刷することとして、関係者が活用しやすいように改変した。

6. 御殿場市・小山町学校専門相談医制度の活用について―特に子宮頸がん予防ワクチンの教育・啓発に関して―

静岡県医師会　岩田祥吾

平成21年4月に学校保健法が半世紀ぶりに大改正され、学校保健安全法と名を改めた。この改革のキーワードは、安全と連携である。例えば、新設された第9条では「養護教諭と関係教職員

等が連携した組織的な保健指導の充実」を、同じく第 10 条では「地域の医療関係機関等との連携による児童生徒等の保健管理の充実」を唱えているように、連携という文言が、繰り返し使用されている。これらは平成 18 年、やはり半世紀ぶりに改正された教育基本法に新設された第 13 条、「学校・家庭及び地域住民等の相互の連携協力」と連動している。教育界をはじめ、世のニーズとして、連携が大変重要視されていることがよく分かる。

また、各科専門相談医制度という名称を、日本医師会の学校保健委員会の答申「学校医活動の実践とその展開方法（平成 16 年 3 月）」の第 4 章、「各科専門相談医と学校保健活動」の中にみることができる。文部科学省・スポーツ・青少年局も「学校・地域保健連携推進事業（平成 16 年 4 月決定）」の中で「各診療科の医師を派遣するモデル事業を行うことで学校の保健室における児童生徒の心身の健康相談活動の充実を図る」としている。

当地域では、行政と御殿場市医師会が協働し、「地域の子どもたちは地域が守る」をキャッチフレーズに、御殿場市・小山町学校専門相談医制度を立ち上げた。発会式には静岡県医師会長と静岡県御殿場保健所長も出席され、先見性を評価していただいた。なお本制度は、上記いずれのモデル事業でもないので助成金はないが、今後も積極的に取り組んでいきたい。

7. 地域医師会による学校における喫煙防止対策 －第 2 報－

和歌山県医師会　中島彰一

平成 17 年度から開始した和歌山県日高医師会による学校における喫煙防止対策事業は 6 年間が経過した。関係機関の理解と協力のおかげで、年々喫煙防止授業実施校が増え、小学校だけでなく平成 18 年度からは一部中学校でも始まり、平成 22 年度は高校においても初めて実施することができた。

授業を受けた中学生の感想文では、たばこを吸う家人に対しても禁煙してほしいという強い願望を述べ、積極的に家人に対し「やめて」と意見する子もいたこと、高校生の感想文からは、繰り返したばこの害について教えることの重要性がうかがえ、また喫煙している生徒も「かっこいい男になりたい」と禁煙の意思をはっきり書いていた。

小学生へのアンケートでは、家庭内に喫煙者がいる児童では、「たばこを吸ってみたい」、「たばこを一口でも吸ったことがある」、「大人になったときたばこを吸っていると思う」と答えた者の率はすべての年度で家庭内に喫煙者がいない児童に比べ高く、「友達からたばこをすすめられたら断る自信がない」と答えた割合もいずれの年度でも家庭内に喫煙者がいる群で高かった。また喫煙の動機やたばこの入手経路を聞くとやはり家庭内環境が小学生を喫煙に向かわせる大きな要因となっていることが明らかとなった。

したがって繰り返し喫煙の害を教えると同時に、家庭内喫煙者を減らす努力も併せて行う必要性が痛感される。今後はこの事業のさらなる継続、拡大を目指すと同時に、喫煙防止授業を受けた児童が成人するまでの、あるいは成人したときの喫煙行動への影響を検証してみたいと考えている。

8. 10 代女子の携帯メール相談の現状

岡山県医師会　上村茂仁

婦人科診療の合間に小学校以上の生徒に性教育を行っている。年間約 80 校ほどで、その度に生徒全員に私の携帯アドレスを教えて、一日に 100 通ほどの質問に答えている。

相談をしていて感じることは、小さいときから自己肯定感やコミュニケーション能力をもつことはとても重要なことであり、そのような根底がないと正しい判断ができなくなる。そのために子どもは小さいときからいつも接してくれる大人の存在が必要である。大人は掛け値なしに自分の時間を子どもに費やすことで子どもの信頼を得ることになり、小さい時からしっかり子どもの目をみて何でも話すことが、子どもの表現力を養いコミュニケーションの能力を上げることになる。

ただし、例えすべてが備わっているような子であってもデート DV に関しては被害者に陥る可能性があり、デート DV 予防教育を充実させ、すべての子どもに正しい知識を教える必要がある。

また、現代のコミュニケーションツールとして携帯電話・ネットの正しい使い方を大人が学び、家庭や学校できちんと子どもに教えること（使用

禁止やフィルタリングなどは役に立たない）なども重要な課題となる。

子どもたちが正しい行動ができるようにいつでも相談できる場所や仕組みが必要である。正しい知識と子どもに対する思いやりをもって、学校、家庭、地域、医療関係者などが横に繋がって守っていくということが予防として重要であり、早急な整備が必要とされる。

9. 大阪における性教育の実態

大阪府医師会　大田尚司

大阪府医師会学校医部会は、部会の中に性感染症対策委員会を立ち上げ、国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター長を委員長として、HIV/AIDS の講演スライドを作成した。このスライドを使って性感染症対策委員が、平成 17 年より希望の中学校を主体に講演活動を行っている。

平成 16 年から、厚生労働省の学校・地域保健連携推進事業として「性感染症予防のための講習会」を希望する高校に、産婦人科専門医を学校に派遣し講習会を開催した。また平成 17 年からは、大阪府教育委員会が大阪府医師会を通じて大阪産婦人科医会に依頼があり、希望する高校に講習会を行っている。

講演内容としては、なぜ今、性感染症の話をするのか、男女の性器の違い、性感染症の予防、生命の誕生、妊娠経過、自分の大切さ、相手の大切さ、避妊、緊急避妊、あなた方に私たちが伝えたいことなどをできるだけ理解しやすい言葉で講演している。

平成 17 年から平成 22 年までに、高等学校は延べ 190 校、聴講者生徒数約 5 万人、中学校は延べ 65 校、聴講者生徒数約 9 千人に、ほか大阪府医師会個人の会員の先生方が、地区の学校からの要請にて性感染症講演活動を行った。

10. 岐阜市性教育研修事業の現状

岐阜県医師会　宮﨑千恵

近年、若者を取り巻く社会の変化の中で、性の逸脱行為や望まない妊娠、性感染症者の低年齢化などの問題が発生している。こうした状況の中、生徒たちが「生命の大切さを真に理解し、人間尊重、男女平等の精神に基づく正しい異性感をもち、望ましい行動が取れるように導く教育」の充実を図っていくため、これまでの性教育に加え、実際に産婦人科医師などとの連携したサポート体制を構築し、教師や学校管理職の人たちの認識の温度差などによる性教育指導内容の格差をなくす目的で、岐阜市医師会と市産婦人科医会が密に連携しての性教育研修事業を実施することとなった。

岐阜市産婦人科医会では、岐阜市医師会を通して、岐阜市、岐阜市教育委員会、校長会などとの共同事業として、継続的に性教育を行っていくシステムを構築した。本事業は、学校の要請により専門医の派遣を行い、生徒たちの心身の健康相談や健康教育並びに性教育指導の充実を計るため、生徒のみならず、教職員・保護者を対象とした研修も行っている。今回の私ども岐阜市が行っている事業の形体が、全国のどの県、市町村でも実施されるようになることを切望する。

シンポジウム

学校における検診システムの現状と課題

日本小児科学会静岡地方会長で静岡県立こども病院の吉田隆實院長と、静岡県小児科医会の谷口和利副会長を座長として開催された。

基調講演

子どもの生活習慣病予防に向けて～検診の重要性と学校医の役割～

浜松医科大学名誉教授
共立女子短期大学看護学科教授　大関武彦

早期発見、早期治療のスクリーニングから治療ということと、もう一つが、健康管理、健康教育につながるという両方が連動して動いていくことが大切だと思う。その中では、学校医の先生が指導的な立場に立たれるということと、学校の先生方、栄養士の方、それ以外のいろんな形の医療専門職の方が連携していくことが必要である。

現代の死亡率の中で生活習慣病が大きな割合を占めている問題についても充実を図られるべきである。

死亡に関しては、以前は感染症であったが、今はがんと動脈硬化の特定な疾患が 3 分の 1 ずつ

を占めるということが現状である。

動脈硬化に関しては、生活習慣が非常に大きく関与していることで生活習慣病という名称も提唱されて、その中で肥満に関連するもの、メタボリックシンドロームに関連するものが非常に大きな位置を占めている。

子どもの肥満を振り返ってみると、遺伝性の疾患、症候群と呼ばれる基礎的疾患のある症候性肥満が中心であった。最近では生活習慣のもつ意味が非常に重要となってきた。食事に関しても非常に変化があって、エネルギーの取り過ぎ、脂肪の問題、食事のとり方の問題がある。消費エネルギーについては、テレビを見る時間と肥満の程度が関係している。また、ゲームの問題、自動車をはじめとする交通手段も大きく変化している。社会的要素としては、家庭環境の貧困、一人っ子、片親、知能の低下があげられる。現代の普通のライフスタイルは肥満を生じさせやすい要素がひそんでいる。

乳幼児を過ぎて下降傾向にある BMI や体脂肪率は、3 ～ 7 歳頃を境に上昇に転ずる。これをアディポシティリバウンドと呼び、この時期から徐々に体重増加が施行し、最終的に成人期の肥満に移行する例が見られた。

日本人小児のメタボリックシンドロームの診断基準（6 歳～ 15 歳）として、採血が食後 2 時間以降である場合は中性脂肪 150 mg/dl 以上、血糖 100 mg/dl 以上を基準としてスクリーニングを行う（この食後基準値を超えている場合には空腹時採血により確定する）との項目を追加した。

また、検診に連動した情報提供を中心とした簡単な介入としてメタボリックシンドロームとはどのような病態か、その原因（肥満の成因）や結果として生ずる異常（糖尿病・動脈硬化）についての講演写真などを用いた病変の図示、朝食の大切さの説明、お菓子に含まれている砂糖、油脂の量を計量し、砂糖そのものを食べてみる体験、腹囲を子ども同士で計測してみるなど提供していくことが大切と考える。

子どもの検診のみではなく一生を視野にいれた健康や学校、家庭で取り組んでいく中で学校保健、学校医の先生方の役割が大変重要になっていくと思います。

学校心臓検診における再調査の重要性について～静岡県医師会の取り組み～

静岡県医師会学校心臓検診結果検討小委員会委員長
静岡県小児科医会会長　上田　憲

学校心臓検診の目的とは突然死を減らすというのが最大の目的である。そのためには必要な管理を行う。しかし問題は過剰な管理になり過ぎないということが大きなテーマである。その中で感じた問題点として、検診システムが実施している医師会や団体によってかなり違っている。それによって、要精密検査者の抽出の基準が一定してこない。また、最終診断、管理基準、結果の集積、評価、再調査、訂正を行っていくことによって標準化されていくだろうと考えている。

1973 年に全国で学校心臓検診が開始された。1985 年に静岡県医師会の中に学校心臓検診委員会が組織化され、1988 年には静岡県学校保健会学校心臓検診委員会に移行され、検診データの集計が始まった。1989 年からは、市町教育委員会に提出されたデータを郡市医師会を通じて本委員会へ提出していただき、逆ルートで必要なケースには再調査を行った。1995 年からは、本委員会と市町教育委員会が直接やり取りしてデータ集積、再調査、訂正などを行っている。

一次検診検査機関について、静岡県では医師会が 65％実施されており、民間検診機関は 35% と全国調査とは全く逆の割合である。検査項目については、全国的に調査票を使って、それをもとに検診を行っていた。検診は全国的に 12 誘導を半分ぐらい実施している。

一次検診の判読については、全国的には医師会判定委員会が 3 割、あとは民間の検診機関が実施している。静岡県では、医師会判定委員会が 4 分の 1 、とくに特徴的なのは、小児循環器科医が 40％と多いことである。また、二次検診については、特定の医療機関を指定しているので、そこに受けにいってもらっている。また検診費用については、一次検診について公費負担はもちろん、二次検診も 40％は公費負担である。

終わりに検診レベルの標準化について、結果の総括と再調査を行うことが有効と考える。ただ、新規開業の医師や交代した病院医師が二次検診を行うことがあるので、情報提供や学校心臓検診の位

置づけや意義を理解していただく必要がある。心臓検診は教育委員会主体の事業であるが、総括や再調査は専門的な知識が必要であるので、医師会も積極的に関与することが重要であると考える。

蛋白尿に重点を置いた検尿システム～静岡県としての提案～

静岡県医師会学校腎臓検診結果検討小委員会委員
静岡県立こども病院腎臓内科医長　和田尚弘

学校腎臓検診は、A 方式、B 方式があり、ほとんどが B 方式を使っている。

陽性者と受診率の問題が一点、もう一つは有所見者がどのようにフォローされているかが問題点になる。

学校検尿の意義は、慢性腎炎を早期に発見し、早期管理・治療することで、腎機能低下を防ぎ、透析・移植へと進行しないようにする。学校医はそのお子さんたちがちゃんと管理、治療されることが本来の目的である。一般的にはフォローのところが大きな問題になっている。

今、内科も含めて腎専門医の間では、蛋白尿の有無が腎疾患にとってとても重要で、蛋白尿を伴う血尿は重要である。ただ、慢性腎炎の初期は血尿単独でスタートし、数年後に蛋白尿がでてくることはある。

有所見者の半数（静岡県での平成 21 年度では有所見者 980 人いた場合 505 人）は無症候性血尿である。蛋白尿のみの有所見を受理する。本当に必要な患者さんのみの適切な管理を行うには蛋白尿でも十分でないかという意見である。

実際に静岡県の場合は、三次検診の実施場所はほとんどが学校医やかかりつけ医にいっている。特定用紙については、管理区分表を提出されるだけである。有所見者のフォローは地域医療にまかせているだけで､判定委員会はほとんどない。今後、静岡県では全県レベル統一化を目指し考えている。三次検診はまずは地域のところに行っていただき、蛋白尿を中心としたフォロー、三次検診の様式の統一、判定委員会を設置し、フィードバックをする。

今は有所見者のコストベネフィットを考えていかなければいけない。このようにして簡便さ、システムのある程度の確立の学校腎臓検診は、患者さんにはまったく苦痛を与えなくて検査ができる予防医学であり、学校医の先生方、開業医の先生方を含めた地域医療連携の典型例にしていく今の医療には非常にあっている。そのようにして有所見者の適切な管理ができればと思います。

静岡県における脊柱側弯症検診の現状（地域格差）と課題について

静岡県医師会学校脊柱検診結果検討小委員会委員
静岡県立こども病院整形外科医長　滝川一晴

脊柱側弯症検診は、学校保健安全法で検診が義務付けられている唯一の運動器疾患で、検診方法は各地方自治体に委ねられている。静岡県医師会では、検診の体制について、年 2 回、会合を開いて検討している。

側弯症の特徴として、構築性側弯症は回旋を伴う脊柱の 3 次元的捻じれ、小児の側弯症は姿勢の悪さが原因ではない。側弯症の発生率は世界的に差はなく、自然経過の予測が難しい。理学所見のポイントについては、必ず上半身裸で行う必要がある。前屈時の背面の高さと脇線の左右差が非常に重要である。そのほかの方法は、肩の高さの左右差、両肩甲骨の高さが大事である。

特発性側弯症の無治療経過は背部痛や body image に対する不満が高率、曲がってくると成熟して大人になっても曲がってしまう。さらに曲がると肺機能が低下してくる。装具治療は、24 時間装具をつけていなければならないが、効果としては 70％である。さらに曲がってしまったお子さんや発見が遅れたお子さんについては手術を行う。

側弯症の発生率は中学女子については、Cobb 角 10 度以上は約 1.4％以上で多いもので 3％と書いてあるのもある。30 度、40 度になると女子のほうが多い。

今回、静岡県下の市町教育委員会にアンケート調査を行った。一次検診については、実施方法の把握の有無検診者、方法、一人当たりの所要時間等、二次検診については、検診者、未受診者への対応等について調査した。

今回の検討で、一次検診陽性者ゼロの学校が多いことがわかった。今後、一次検診陽性者ゼロの学校を減らすためには、上半身裸で前屈し背部を診る。今後は親への啓蒙として前屈テストを理解していただく。また、養護教諭の活用により二次

検診の未受診者を減らすことが可能となる。

特別講演

21 世紀の幸福論― IT は人を幸せにするか―

静岡理工科大学理工学部物質生命科学科教授

志村史夫

半導体結晶につながる仕事を日本とアメリカでそれぞれおよそ 10 年間の生活を送っていた。1976 年に当日アメリカで新しいシステムが組み込まれたコンピューターが日本に入ってくるということで日本の政府が国家プロジェクトを作った。1983 年にアメリカからの誘いに応え、永住のつもりで渡った。1986 年に一般向けの半導体・エレクトロニクス入門書を書いた時に、エレクトロザウルスという言葉を造った。今回の IT はエレクトロザウルスの一つである。実際は、情報通信の C も入り、ICT となる。1952 年に IC（集積回路）の根本的なアイデアがなされ、現在のマイクロチップである。

1993 年に帰国し、もう一度、自然に恵まれた環境の中で、自然、科学と技術、文明、生きもの、そして人間について考えるようになった。

結論として、現在生活において IT は不可欠のものである。しかし、IT はしょせん「道具」であるが、人間が「道具」に振り回されてはならない。現在は IT がないとどうしようもないが、IT に振り回されてはならない。幸福感は財産／欲望である。IT の情報が増えるほど、欲望が大きくなり幸福が下がってくる。また、量的幸福観から質的幸福観へ、物質的幸福観から精神的幸福観へ移行すれば、さまざまな地球環境に貢献する。自分のものさしをもち、よい友達やよい家族をもち、何事にも感謝し、閑、余裕をもつことである。IT はそれらを阻害しない。しかし、現代生活に IT は不可欠であるが、振り回されてはならない。

平成 23 年度　花粉測定講習会

と　き　平成 23 年 11 月 27 日（日）10：00 ～ 12：00

ところ　山口県医師会館　6F 会議室

[報告 : 常任理事　田中　義人]

平成 24 年の花粉飛散測定は右頁の県内 24 の測定機関で行う。測定精度のさらなる向上のため、毎年標記講習会を開催している。

今回は第一講演に「平成 23 年のスギ・ヒノキ科花粉の飛散のまとめと平成 24 年の飛散予測」と題して当会花粉情報委員長で沖中耳鼻咽喉科クリニック院長の沖中芳彦先生、第二講演として「メタセコイアについて」と題して当会花粉情報委員でひらお耳鼻咽喉科医院院長の西川恵子先生、さらに第三講演として「スギ雄花生産量と雄花開花時期の年変動 - 花粉飛散予報の高度化へ向けて -」と題して NPO 花粉情報協会理事の金指（かなざし）達郎先生にご講演いただいた。

沖中先生の講演については、当会報平成 23 年 6 月号 526 頁と当会報 66 頁を参照いただきたい。県医師会ホームページにカラー画像を掲載しているので、そちらもあわせて参照していただきたい。

西川先生は県内のメタセコイアについてと、スギやヒノキ花粉との違いをスライドを用いて説明。また、過去 25 年間にカウントしたスギとヒノキの

飛散状況(周東総合病院と自院)を解説、10年ごとの平均でみると増加傾向にあるとのこと。

金指先生は1988年にスギ雄花生産量のモニタリングを開始され、以後、雄花生産量の予測、雄花開花時期の予測に関する研究に従事されている。雄花を着けるスギ林の面積が20年前と比べ増えていること、飛散予測には飛散発生源の把握と着花量、開花時期及び飛散導体の予測が必要事項であることなどが解説された。

講演終了後、花粉測定の実技講習にうつった。実技講習は、西川先生作成の花粉のプレパラートを測定者にどの種の花粉かを識別してもらうというものである。

測定地点

地区	地域	測定機関
東部	岩　国	岩国薬剤師会会営薬局
東部	岩　国	石本薬局
東部	岩　国	小林耳鼻科
東部	柳　井	厚生連周東総合病院
東部	平　生	ひらお耳鼻咽喉科医院
東部	大　島	さくら薬局
東部	光	光市立光総合病院
東部	熊　毛	光市立大和総合病院
中部	徳　山	徳山中央病院
中部	鹿　野	鹿野中学校
中部	徳　地	徳地中学校
中部	防　府	ひよしクリニック
中部	防　府	カワムラ薬局
中部	山　口	済生会山口総合病院
中部	山　口	為近純子
中部	山　口	耳鼻咽喉科かめやまクリニック
中部	小　郡	小郡第一総合病院
西部	宇　部	沖中耳鼻咽喉科クリニック
西部	宇　部	はら薬局
西部	小野田	山陽小野田市民病院
西部	下　関	下関市薬剤師会
北部	美祢市	前田延命堂薬局
北部	長　門	厚生連長門総合病院
北部	田万川	ナカモト薬局

(平成24年1月から)

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

平成 23 年度郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議

と　き　平成 23 年 10 月 20 日（木）15:00 ～
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 理事　山縣　三紀]

開会挨拶

小田副会長　この制度は平成 20 年度から実施され、本会でも実施前の平成 19 年度からこの会議を開催して協議してきた。特に受診率はなかなか進展がみられていないので、ぜひ情報や意見の交換をしながら、発展的に取り組んでいただきたい。

協議事項

1. 平成 22 年度の実施結果について
2. 平成 23 年度の実施状況について

まず、平成 22 年度の実施結果について、それぞれ各保険者等から報告があった。

国保連合会　各保険者（市町国保）からの情報を集約し、国保中央会に報告した平成 22 年度法定報告分を元に作成した資料を示す（資料 1）。平成 22 年度の山口県の国保保険者全体の特定健診受診率は 21.3％であり、市町国保のみの集計は 21.1％であった。平成 21 年度と比較すると、全体で 0.3％、市町国保集計で 0.2％アップしている。各保険者別にみると、受診率が一番延びた保険者で 7.0 ポイント上昇、逆に下がった保険者はマイナス 3.7 ポイントであった。また、受診率が上昇した保険者は 7 保険者であるが、下降した保険者が 13 保険者であった。特定保健指導の積極的支援の県全体終了率は、21 年度 11.5％から 22 年度 11.9％とわずかにアップした。動機付け支援は 21 年度 18.7％から 22 年度 17.4％と下がった。

平成 23 年度の実施状況は、連合会のシステムに取り込まれた 9 月時点までの処理状況は資料②である。

支払基金　平成 22 年度及び 23 年度 9 月受付分までの処理状況は、資料③のとおりである。

請求データの誤り事例は、多い順に次の点が挙げられる。

- 窓口負担金額（基本的な健診）の計算値が誤っている。
- 請求単価が契約単価と一致しない。
- 契約単価の他に最安値の契約単価がある。

協会けんぽ　平成 22 年度の実施結果は、特定健診の項目を含み被保険者を対象に実施している生活習慣病予防健診については、対象者数 144,844 人、受診者数 58,789 人、受診率 40.6％であり、21 年度と比べプラス 3.9％であった。被扶養者を対象とする特定健診は、対象者数 49,149 人、受診者数 5,175 人、受診率 10.5％で、21 年度と比べプラス 1.6％であった。特定保健指導については、21 年度と比べ、被保険者でプラス 153 件、被扶養者でプラス 6 件であった。

後期高齢者広域連合　平成 22 年度の全体の受診率は 20.22％となった（資料④）。平成 21 年度は 15.8％と、4.64 ポイント上昇した。増加の主な要因としては、平成 22 年度に未受診者への受診勧奨及び未受診理由のアンケートを実施したことにより、1 月以降の受診者が約 3,500 人増加した。また、未受診理由のアンケートをした結果、定期的に通院中、入院中、施設入所中、他制度により健診済みなどの方を対象者数から除外して取り扱ったため、受診率向上につながっている。

今年度の実施状況については、資料⑤のとおり、各保険者から報告があった。

各保険者の取り組みとしては、がん検診と同時実施に向けて進める、受診券の工夫（受診券勧奨のハガキがそのまま受診券として使用可能など）、未受診者への受診勧奨、イメージキャラクターなどを使用した広報、受診期間、時間帯などの延長、日曜の集団健診の実施など、大きく 4 つに分けられた。

…資料①～⑤は次頁から掲載

3. 平成 24 年度の実施に向けて

県医師会から平成 24 年度の標準単価について、各保険者へ示した。平成 24 年度診療報酬改定は平成 25 年度の単価から反映させることになるため、今年度と同じ標準単価である。また、県医師会の請求事務代行について、昨年度と同様の要領、様式で行う予定であることを報告した。

郡市医師会の担当理事から、受診勧奨の方法について、「特に高齢者にとっては非常に難解で、アンケートも同封され、手続きも複雑な内容の勧奨は、高齢者も医療機関も混乱するので、改めて

出席者

郡市担当理事

大島郡	嶋元　徹
玖珂郡	山下　秀治
熊毛郡	近藤　幸宏
吉南	吉松　健夫
厚狭郡	吉武　正男
美祢郡	坂井　久憲
下関市	飴山　晶
宇部市	内田　悦慈
山口市	成重　隆博
萩市	中坪　保
徳山	佐藤　信一
防府	清水　暢
下松	阿部　政則
岩国市	中川　仁
小野田市	藤村　嘉彦
柳井	松井　則親
長門市	宮尾　雅之
美祢市	藤村　寛

県医師会

副会長	小田　悦郎
常任理事	濱本　史明
常任理事	田中　豊秋
理事	田村　博子
理事	山縣　三紀

山口県国民健康保険団体連合会

保健介護部保健事業課

企画監	西村　敏
主任主事	二橋真佐子

社会保険診療報酬支払基金山口支部

事業管理課副長　西川　正

全国健康保険協会山口支部

企画総務部長	山本　行政
保健グループリーダー	髙田　和伸

山口県後期高齢者医療広域連合

業務課長	鶴田　将之
務課長補佐	関本　一博
賦課徴収係主事	白井　喜之

市町

下関市	保険年金課　給付係長	矢野　直昭
宇部市	保険年金課　係長	阿部　京子
山口市	保険年金課　副主幹	杉本　昌幸
防府市	保険年金課　課長	木村　雅章
	主任	則常　弘和
下松市	健康増進課　課長補佐	田原　浩子
岩国市	健康増進課　第二班長	岡田　理絵
	健診班長	早川　一美
山陽小野田市	国保年金課 特定健診係長	石井　尚子
光市	市民課　保険年金係長	森重　哲昌
柳井市	健康増進課　課長補佐	西本　勝則
美祢市	市民課　課長補佐	村田　活稔
	主任	藤村美智恵
周南市	保険年金課 特定健診担当課長補佐	磯崎恵理子
萩市	市民課　保険給付係長	大田　照樹
長門市	保険課　医療給付係	磯部　豪
周防大島町	健康増進課主任保健師	島本　悦子
和木町	保健福祉課　主事	秋﨑　武司
上関町	民生課　国保年金課係長	梶本　幸裕
平生町	町民課　班長	横田　佳幸
阿武町	民生課	亀山梨恵子

ほしい」との意見があった。

さらに、これから検査項目を追加される予定がある保険者があれば、ぜひクレアチニンを加えてほしいとの意見もあった。

この特定健診・特定保健指導は、平成20年度から開始され、5年を1期として実施計画を定めて実施することになっており、来年度（平成24年度）は5年目の年となる。数字の上で、健診の受診率を上げていくには、当然受診者数を増やすことが重要である。それ以外にも、対象者数の扱い方も検討する必要があり、「対象者の中には慢性疾患等で通院や入院をされている方が何割かいらっしゃる。その方は定期的に採血、問診をされており、健診は必要ないと言われている方である。この方々の数を対象者数（母数）から除外するか、あるいは健診項目をさらに充実させ、通院時の採血・問診の1回分を特定健診に充当する

資料①

平成22年度　特定健診対象者数等　全保険者集計情報　　山口県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名	特定健診					特定保健指導（積極的支援）						特定保健指導（動機付け支援）					
		H22年度			H21年度	H20年度	H22年度				H21年度	H20年度	H22年度				H21年度	H20年度
		対象者数	受診者数	受診率	受診率	受診率	対象者数	利用者数	終了者数	終了率	終了率	終了率	対象者数	利用者数	終了者数	終了率	終了率	終了率
00350017	下関市	50,814	8,969	17.7%	16.8%	20.9%	277	36	15	5.4%	11.7%	15.1%	930	88	79	8.5%	10.2%	10.8%
00350025	宇部市	28,414	4,251	15.0%	15.9%	14.3%	98	38	11	11.2%	4.5%	19.6%	360	171	125	34.7%	27.0%	28.4%
00350033	山口市	28,901	5,412	18.7%	19.4%	20.3%	122	7	4	3.3%	6.6%	4.0%	495	74	56	11.3%	9.4%	9.6%
00350066	防府市	19,391	5,682	29.3%	22.3%	24.6%	139	5	11	7.9%	6.5%	0.9%	503	23	10	2.0%	10.2%	1.2%
00350074	下松市	9,107	2,477	27.2%	28.4%	29.5%	46	5	5	10.9%	17.0%	21.2%	197	40	29	14.7%	17.1%	22.2%
00350082	岩国市	28,253	4,843	17.1%	16.9%	15.9%	107	15	16	15.0%	27.2%	1.0%	447	91	95	21.3%	33.5%	3.6%
00350090	山陽小野田市	10,937	2,891	26.4%	27.0%	26.3%	55	2	2	3.6%	15.2%	0.0%	199	32	30	15.1%	23.3%	13.7%
00350108	光市	10,767	2,737	25.4%	29.1%	27.2%	43	15	8	18.6%	14.5%	15.4%	236	75	58	24.6%	16.9%	19.1%
00350124	柳井市	7,147	896	12.5%	14.0%	12.2%	35	7	5	14.3%	3.0%	45.7%	102	20	36	35.3%	25.6%	42.9%
00350132	美祢市	5,095	1,486	29.2%	29.6%	32.6%	32	4	4	12.5%	3.1%	5.0%	123	34	28	22.8%	1.4%	23.6%
00350595	周南市	26,482	7,282	27.5%	27.7%	20.3%	203	37	36	17.7%	16.6%	8.1%	615	268	202	32.8%	24.2%	22.0%
00350603	萩市	12,497	3,229	25.8%	27.2%	29.6%	97	22	35	36.1%	1.0%	6.7%	302	46	38	12.6%	26.3%	15.5%
00350611	長門市	8,615	1,299	15.1%	16.4%	21.8%	36	2	2	5.6%	11.8%	1.4%	114	15	15	13.2%	20.7%	13.0%
（市計）		246,420	51,454	20.9%	20.7%	21.0%	1,290	195	154	11.9%	11.3%	10.5%	4,623	977	801	17.3%	18.8%	15.3%
00350157	周防大島町	5,194	946	18.2%	13.3%	16.9%	25	9	10	40.0%	25.0%	16.7%	81	37	35	43.2%	32.6%	34.1%
00350199	和木町	1,040	356	34.2%	34.4%	31.0%	9	0	0	0.0%	0.0%	11.1%	38	5	5	13.2%	20.7%	19.4%
00350280	上関町	979	212	21.7%	23.6%	30.3%	9	2	2	22.2%	33.3%	27.8%	19	3	3	15.8%	10.0%	11.1%
00350306	田布施町	3,257	1,080	33.2%	30.2%	29.5%	23	1	0	0.0%	10.0%	16.7%	128	13	10	7.8%	10.2%	9.2%
00350314	平生町	2,563	563	22.0%	20.9%	21.3%	11	3	1	9.1%	20.0%	21.4%	46	17	11	23.9%	34.8%	19.6%
00350520	阿武町	956	339	35.5%	37.0%	46.4%	16	3	2	12.5%	12.5%	5.9%	46	10	10	21.7%	22.2%	24.4%
00350546	阿東町（H21.1.1より山口市と合併）					38.1%						6.3%					42.1%	3.7%
00353029	医師国保	2,606	1,031	39.6%	37.3%	34.0%	45	0	1	2.2%	0.0%	0.0%	62	3	1	1.6%	0.0%	0.0%
（町・組合計）		16,595	4,527	27.3%	24.8%	27.2%	138	18	16	11.6%	13.3%	12.3%	420	88	75	17.9%	17.8%	8.5%
県計		263,015	55,981	21.3%	21.0%	21.4%	1,428	213	170	11.9%	11.5%	10.7%	5,043	1,065	876	17.4%	18.7%	14.7%

※　当資料は、特定健診・特定保健指導実施結果集計表（平成22年度：法定報告分）から作成しています。
※　阿東町に係るものは、21年度から山口市に含んでいます。

資料②

平成23年度　特定健診・特定保健指導進捗・実績状況　　山口県国民健康保険団体連合会

	保険者名	特定健康診査				特定保健指導					
		対象者数	受診者数	受診率		動機付け支援			積極的支援		
				H23.9月現在	前年同月	対象者数	終了者数	終了率	対象者数	終了者数	終了率
00350017	下関市	53,747	3,335	6.2%	6.4%	306	0	0.0%	107	0	0.0%
00350025	宇部市	30,165	1,870	6.2%	5.7%	138	0	0.0%	41	0	0.0%
00350033	山口市	31,133	1,857	6.0%	6.5%	122	0	0.0%	37	0	0.0%
00350066	防府市	20,788	1,515	7.3%	7.0%	112	0	0.0%	39	0	0.0%
00350074	下松市	9,710	888	9.1%	9.8%	66	0	0.0%	17	0	0.0%
00350082	岩国市	30,032	1,596	5.3%	5.5%	110	0	0.0%	33	0	0.0%
00350090	山陽小野田市	11,514	1,175	10.2%	9.2%	74	0	0.0%	20	0	0.0%
00350108	光市	11,512	903	7.8%	8.2%	58	0	0.0%	10	0	0.0%
00350124	柳井市	7,509	287	3.8%	2.9%	29	0	0.0%	13	0	0.0%
00350132	美祢市	5,384	914	17.0%	18.2%	84	0	0.0%	24	0	0.0%
00350595	周南市	28,109	1,401	5.0%	5.6%	83	0	0.0%	34	0	0.0%
00350603	萩市	12,926	1,338	10.4%	11.8%	126	0	0.0%	42	0	0.0%
00350611	長門市	8,939	746	8.3%	7.7%	79	0	0.0%	24	0	0.0%
小計(市)		261,468	17,825	6.8%	7.0%	1,387	0	0.0%	441	0	0.0%
00350157	周防大島町	5,411	302	5.6%	5.5%	26	0	0.0%	7	0	0.0%
00350199	和木町	1,091	357	32.7%	31.8%	29	0	0.0%	11	0	0.0%
00350280	上関町	1,016	193	19.0%	19.5%	21	0	0.0%	11	0	0.0%
00350306	田布施町	3,418	268	7.8%	10.3%	30	0	0.0%	3	0	0.0%
00350314	平生町	2,748	232	8.4%	8.6%	10	0	0.0%	5	0	0.0%
00350520	阿武町	996	302	30.3%	32.8%	31	0	0.0%	8	0	0.0%
00353029	医師国保組合	2,741	159	5.8%	5.3%	7	0	0.0%	4	0	0.0%
小計(町・組合)		17,421	1,813	10.4%	11.0%	154	0	0.0%	49	0	0.0%
総数		278,889	19,638	7.0%	7.2%	1,541	0	0.0%	490	0	0.0%

※　当資料は、特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表（TKAC019）≪H23.09.29作成分≫から作成しています。

ことができれば、受診率も違ってくるのではないか」といった意見も出された。

もうすぐ５年目を迎えることを考えると、保険者の立場では、目標の達成状況による高齢者支援金の加算・減算が気になるところではあるが、受診率の数字ばかりをみて一喜一憂するよりも、住民にとってより充実した健診の実施、さらには住民の健康増進・維持に寄与する方策を、改めて考え直すときなのかもしれない。

資料③

特定健診・特定保健指導に係る取扱い状況

山口県社会保険診療報酬支払基金

受付月	健診月分	平成22年度				平成23年度			
		機関数		件数		機関数		件数	
5月	4月	287	(9)	727	(13)	333	(5)	833	(6)
6月	5月	246	(5)	480	(5)	237	(9)	467	(13)
7月	6月	339	(3)	909	(3)	348	(8)	894	(8)
8月	7月	381	(4)	1,082	(17)	380	(8)	1,137	(18)
9月	8月	359	(7)	955	(13)	351	(12)	940	(25)
10月	9月	370	(4)	927	(5)				
11月	10月	426	(9)	1,476	(18)				
12月	11月	434	(7)	1,557	(11)				
1月	12月	399	(10)	1,357	(17)				
2月	1月	302	(10)	803	(13)				
3月	2月	278	(14)	699	(19)				
4月	3月	359	(12)	1,022	(39)				
合計		4,180	(94)	11,994	(173)	1,649	(42)	4,271	(70)
1か月平均		348	(8)	1,000	(14)	150	(4)	388	(6)

※（ ）内は特定保健指導の再掲である。

資料④

平成22年度市町別健康診査受診率一覧

平成22年4月1日～ 平成23年3月31日受診分

	対象者数	受診者数	受診率
広域全体	176,256	35,630	20.21
下関市	34,026	4,410	12.96
宇部市	18,128	3,423	18.88
山口市	21,029	4,354	20.70
萩市	9,797	2,338	23.86
防府市	13,052	3,427	26.26
下松市	5,862	1,798	30.67
岩国市	18,907	4,151	21.95
光市	6,017	1,821	30.26
長門市	5,701	547	9.59
柳井市	4,970	647	13.02
美祢市	4,444	1,088	24.48
周南市	16,919	4,029	23.81
山陽小野田市	7,811	1,885	24.13
周防大島町	4,147	625	15.07
和木町	610	156	25.57
上関町	955	141	14.76
田布施町	1,503	416	27.68
平生町	1,605	300	18.69
阿武町	773	74	9.57

※対象者数は、平成22年4月1日現在の被保険者数－除外者数

資料⑤ -1

保険者	平成 23 年度実施状況
協会けんぽ	(1) 年度当初及び随時 ・事業所が対象者へ受診券を配付しやすいよう、予め受診券とパンフレットを対象者毎のビニール封筒に入れた形で事業所へ送付。 ・がん検診との同時受診を促進するため、特定健診とがん検診の両方を受診できる健診機関をホームページに掲載。 (2) 9 月に実施 ・県広報誌「ふれあい山口」9 月号に特定健康診査について PR 広告を掲載。 ・加入事業所向けの広報誌「いきいきつうしん」9 月号の中に、特定健康診査の受診促進への協力記事を掲載。 (3) 今後取り組む予定 ・10 月から 11 月にかけて、対象者個人宅へ受診勧奨案内文書を送付する予定。今年度は主に 60 歳代の対象者（約 14,000 人）に送付予定。 ・産業医の方が事業所を訪問される際、特定健康診査の案内もしていただけるよう医師会と調整を図る予定。
広域連合	・現在、全体で受診率 7.5%、前年同月とほぼ同じ。 ・今年度も未受診者への受診勧奨を行う予定。
下関市	・個別健診のみ実施（164 機関） ・がん検診との同時実施が可能であることの周知を進めるため、特定健診のパンフレットに記載の実施医療機関一覧に、がん検診を実施可能な医療機関を併記。 ・未受診者への勧奨通知を送付予定。 ・がん検診との同時実施がより進むよう、衛生部門と協議中。
宇部市	・総合集団健診の実施（市内 7 か所　土、日曜日のがん検診と同会場で実施） ・脳ドックの定員の増加（脳ドックと特定健診のセット） ・未受診者の電話勧奨、はがき勧奨を実施 ・受診啓発ポスター作成 ・がん検診と特定受診券の同封（H22 年度～） ・健診項目の充実（H21 年度～） ・特定保健指導対象外の要受診者に対する受診勧奨
山口市	・受診率向上対策イベントとして、健康増進課と合同で「山口の元気はケンシンから」キャンペーンイベントを実施 ・10 月末に未受診者へ勧奨はがきを送付予定（約 5,000 人） ・課の封筒及び保険証の台紙に受診を呼びかける文面を掲載。
萩　市	・受診券発行枚数 13,542（7 月異動分まで）、受診者数 1,208（8 月処理分まで）、利用券発行枚数 84 （積極的：20 、動機付け：64） ・受診券は、がん検診受診券と同封。 ・未受診者への勧奨は、今後検討する
防府市	・昨年に引き続き、受診勧奨を行う。この受診勧奨通知は受診券として使えるものとし、受診券の再発行の手続きの省略を行っている。また、受診期間を例年に比べ 1 か月程度延長している。
下松市	(1) 特定健診 ・健診期間の延長（12 月末まで） ・必須項目に HbA1c 、心電図検査を追加 ・健診受診率アップのための健診 PR キャラクターを作成 (2) 特定保健指導 ・教室という形態をやめ、特定保健指導の日を毎月 1 日設け初回面接を行う。初回面接時に、個人にあったプログラム（講座に誘うなど）を作成し、実施。 ・案内文を変更（初回面接の日だけを案内する。過去の実績や成功例を掲載。同封する結果通知表に利用を促すコメントをする）

資料⑤ -2

保険者	平成 23 年度実施状況
岩国市	・がん検診と同じ台紙で発送 ・社保から国保に入られた方を中心に積極的な受診勧奨を行っている
光　市	・特定健康診査の受診者数は、前年度並みで推移している。 ・受診率向上のため、未受診者に対する受診勧奨を実施
長門市	・国保主管課と健康増進主管課との連携を密にし、文書・電話による受診勧奨を行う。 ・集団健診会場で、がん検診、後期高齢健康診査を同時に実施し、一部会場では送迎バスを準備。また、日曜日の集団健診を実施予定。 ・周知・啓発（広報、ポスター、国保納通に健診案内を同封、市 CATV で啓発番組を制作し放映）
柳井市	・既往歴のある方の受診券の発行をこれまで控えてきたが、全員に受診券を配付している。ただし、方針は今までどおりで、服薬中の方等については、健診を受けなくても良いことにしている。 ・受診率向上のため、広報で周知することに加え、CATV での PR 等受診勧奨の機会を増やす。また、保健指導対象者に案内文を通知すると同時に、電話による受診勧奨を実施。
美祢市	・ポスターの掲示（JA 、コンビニ、医療機関、県市の出先等概ね 100 か所）による呼びかけ。 ・平成 22 年に引き続き、未受診者の受診勧奨の実施（概ね 4,000 件）を予定。 ・受診のコアとなる「集団健診」は微減となった。
周南市	・周知（出前トーク、ケーブル TV 、FM 放送、広報等） ・未受診者通知 ・受診券をがん検診と一本化 ・地域・団体と連携
山陽小野田市	・未受診勧奨に合わせた集団健診を 11 月下旬に 2 か所で開催予定 ・特定保健指導委託料の見直し
周防大島町	・8 月末現在、前年並であるので、はがきによる受診勧奨、電話又は面談による受診勧奨さらに、町主催の会議において受診の必要性を訴えていく。
和木町	・集団健診（6 月）を主として行っている。 ・受診券発行者　1,142 人 ・集団健診受診者　364 人
上関町	・昨年同様、未受診者に対して訪問し、受診勧奨を実施。 ・個別での健診期間を 11/30 から 1/31 までに延長。また、病院との協力や理解を図るため町内医院の医師との話し合いの場を設定する予定。 ・集団健診後の保健指導対象者は、積極的保健指導者 4/12 人（男 3 人女 1 人）、動機付け保健指導者 5/23 人（男 2 人女 3 人）で、8 月下旬から保健指導を個別で実施中。
平生町	・受診条件等は昨年同様。 ・受診者数は同時期で昨年度と比較して、横ばい状態である。 ・今年度は検診への関心を高め、受診につなげるため、生活習慣調査を実施したところだが、16.6％の回収率であった。 ・未受診者への勧奨とアンケート調査を 10 月に送付する。
阿武町	・人間ドックの導入（12 月末まで） ・未受診者（40 ～ 64 歳）への受診状況調査及び人間ドック受診勧奨（現在調査中） しかし、受診率 30％（9 月末時点）で、実際のところ受診率は上がっていない。

DtoD
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-ユ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

「NO ！」といえる勇気を

飄々

広報委員
薦田　信

先日、田舎の実家がある旧美祢郡美東町綾木を訪れた。実家は貸家になっているので家の周辺と蔵、竹藪などをちらっと見ただけで早々に引き上げ、数十年間放置状態にしている約6反の水田を見てきた。荒れ放題だろうという予想と違い、人手が加えられていて、刈り取られた稲が杭に懸けてあった。近所の人が放置された田の保守をされていたのだろう。久しぶりに見た田舎の田園風景は美しく感じられ、代々引き継がれることも大切である。

農地は保水力が大きいため水による災害に対しても重要な役割を担っているので、後世のために田畑が守られることも必要と思う。

野田首相はTPPへの交渉参加を表明した。これまで9か国が交渉に参加しており、日本は参加していない。TPPの目的は「加盟国間の貿易において、工業品、農産品、知的財産権、労働規制、金融、医療サービスなど全ての品目の関税を撤廃し、自由化すること」となっている。相手国と関税なしで自由に貿易ができるので、日本のような貿易立国にとっては理想的に思われる。

しかし日本では参加について賛否両論がある。

反対の主な理由は、米や麦などの国産の農産品は外国産より数倍高価格であり、国際的な競争力が全くないからである。さらに時給はわずか170円（東洋大学　薬師寺克行氏による）という非生産性ではとても外国産穀物には太刀打ちできない。最盛期には1千万人以上だった農業従事者も約3分の1に減少している。

食糧の基本は自給である。日本の食糧自給率はご存知のようにカロリーベースで約40％。牛肉などの輸入依存度が高いためで、主食の自給率は約70％。

今後問題になってくるのが中国。純輸出国として供給していた立場から、昨年は純輸入国に転じた。日本の10倍以上の人口があり、内陸部が再開発されれば今後5～10年で世界最大の農産物輸入国になるという見方がある。

自由貿易が現実化すると中国の世界貿易への影響は格段に大きくなる。したがってTPPはこれを経済成長の糧にする中国に対する包囲網でもある。

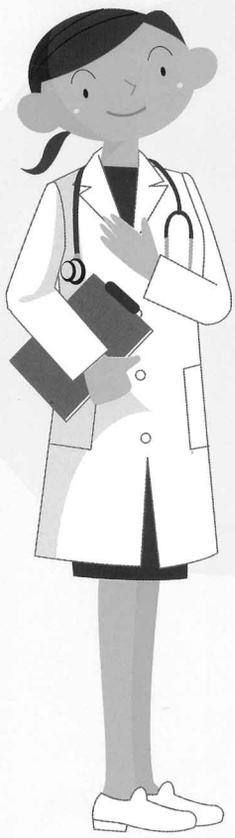
医療・介護について政府は「新成長戦略」と閣議決定し、医療の営利産業化に向けた動きが急展開している。今後、米国側からの医療分野の「市場開放」の圧力が強まることが予想され、野田首相は対外的に難しい舵取りを強いられそうだ。是々非々で対処して日本の国益を損ねる時は「NO ！」と言ってほしい。

また約1千兆円という日本の累積債務に対して、今後消費税率10％は避けて通れないことも、野田首相は国民にきちんと説明すべき時期ではないですか。

「みなさんはTPPに賛成ですか、反対ですか？」。

仕事と家庭（育児）の両立を目指している女性医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。



ホッ！これで安心。

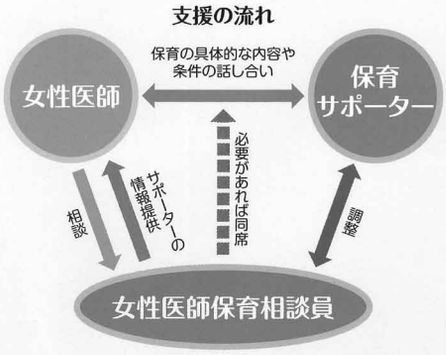
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、女性医師が仕事と家庭を両立させることです。
- 支援内容は、保育と併せてできる範囲であれば制限はありません。
- 報酬は女性医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している女性医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に女性医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に女性医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度
- 上記に加えて、簡単な掃除
- ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- ママが間に合わない時の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり（待機を含む）

支援の流れ



- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。医師会加入の有無は問いません。
- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。

育児で困ったら、まずお電話かメールをください

医師会加入の有無は問いません

（社）山口県医師会　女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715　月～木 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

E-mail hoiku@yamaguchi.med.or.jp／FAX083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します！

お知らせ・ご案内

学術講演会

と　き　平成 24 年 1 月 19 日 (木)19:00 ～ 20:10
ところ　ホテルニュータナカ　2F 平安の間　山口市湯田温泉 2-6-24　TEL083-923-1313

特別講演　19:10 ～ 20:10　　座長：たはらクリニック院長　田原卓浩先生
「小児呼吸器感染症　外来マネージメント up to date』
千葉大学医学部附属病院　感染症管理治療部　副部長　**石和田稔彦**先生

※日本医師会生涯教育制度 1 単位と、カリキュラムコード 28(発熱) 、46(咳・痰) 取得可
※当日は軽食をご用意しております。

後　援　山口市医師会ほか

第 16 回山口県肛門疾患懇談会

と　　き　平成 24 年 2 月 18 日 (土)　16：45 ～ 19：00
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
テ ー マ　『炎症性腸疾患』
特別講演　**「当院での炎症性腸疾患症例の検討」**
山中クリニック院長　**山中達彦**先生
参 加 費　医師 2,000 円、医師以外 1,000 円
共　　催　山口県肛門疾患懇談会ほか

毎月勤労統計調査 (名簿調査) について

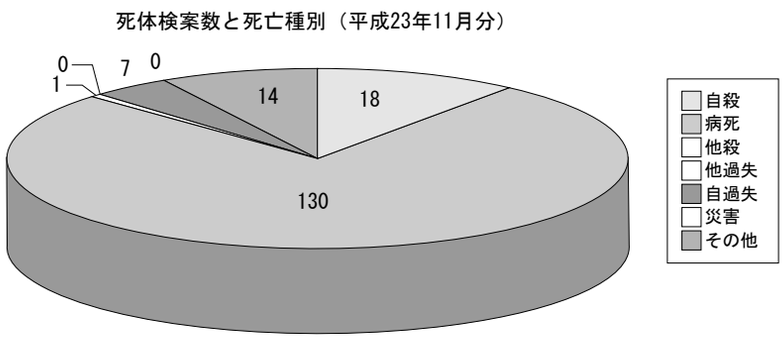
労働者の雇用、賃金、労働時間の変動を明らかにする目的で、厚生労働省により「毎月勤労統計調査」が実施されます。統計調査員による事業所への訪問時期は平成 24 年 1 月下旬から 2 月にかけてで、調査の対象となる地区は下関市、宇部市、山口市、萩市、岩国市、美祢市、山陽小野田市となっております。

お問い合わせは山口県総合政策部統計分析課　商工労働統計班 (TEL083-933-2654) まで。
厚労省 HP　http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/30-1.html

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
Nov-11	18	130	1		7		14	170



お知らせ・ご案内

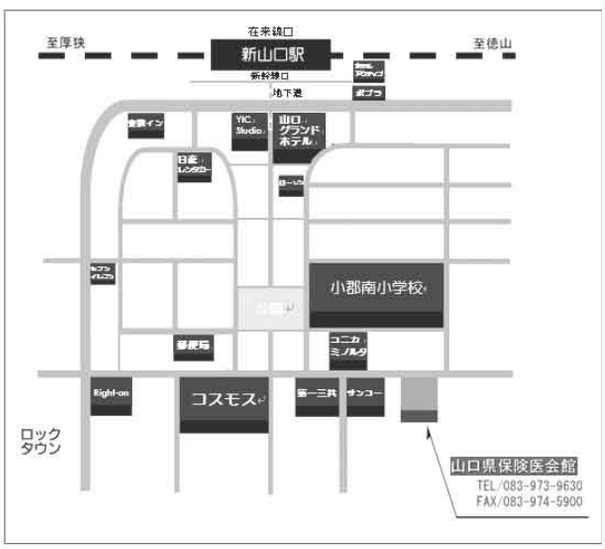
平成 23 年度日本東洋医学会中四国支部山口県部会（Ⅱ）

と　き　平成 24 年 2 月 18 日（土）16：00 ～ 19：00
ところ　山口県保険医会館　〒 754-0026　山口市小郡栄町 1 - 2
　　TEL083-973-9630
講　演
（1）中四国支部総会報告について　原田康平
（2）健康保険制度の新情勢　武内節夫
（3）《特別講演》Ⅰ　　座長　波多野　裕
　『韓国における韓方医療の現状』
　　医療法人社団成和会　堀耳鼻咽喉科医院院長　**堀　哲二**先生
（4）《特別講演》Ⅱ　　座長　松本憲夫
　『我が国の漢方医学教育の目指すべきもの』
　　山口大学医学部附属病院 漢方診療部 准教授　**飯塚徳男**先生
会　費　3,000 円、医師でない方 2,000 円

日本東洋医学会中四国支部山口県部会
　会長　原田康平 (原田・東邦クリニック)

※本大会は日本東洋医学会における学術教育事業であり、専門医参加点数 10 点が許可されております。また、一般の方の参加を歓迎致します。

共　催
　日本東洋医学会中・四国支部山口県部会
　　山口県東洋医学研究会
　　事務局：〒 752-0952
　　下関市長府江下町 5-10
　　原田・東邦クリニック
　　TEL083 -245-6116
　　FAX083-245-6117



山口県リハビリテーション講習会

メインテーマ「もっと知りたい！高次脳機能障害」
と　き　平成 24 年 1 月 22 日（日）10：00 ～ 14：40
ところ　山口県総合保健会館　2F 多目的ホール
内　容
「脳からみる社会的行動障害」
　　県立広島大学　保健福祉学部　学部附属診療センター長　**丸石　正治**先生
「重度障害を負った脳外科医　心のリハビリを楽しみながら生きる」
　　はなことば新横浜２号館　医療相談員　**佐藤　正純**先生
主　催　山口県リハビリテーション講習会実行委員会
後　援　山口県、山口県医師会、山口県精神科病院協会、山口県神経精神科医会ほか
受講料　無料
※申込み、問い合わせ先は、山口県身体障害者福祉センター (担当：藤井・石原) まで。
　　〒 753-0092　山口市八幡馬場 36-1
　　TEL083-925-2345　FAX083-925-2347
　　E-mail：fujii.mio@pref.yamaguchi.lg.jp

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
問い合わせ先 : 山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　　山口県医師会内ドクターバンク事務局
TEL:083-922-2510　FAX:083-922-2527　E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報　4 件、求職情報　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。

日医 FAX ニュース

2011 年（平成 23 年）12 月 9 日　2117 号
- 小宮山厚労大臣へ意見書提出
- 受診時定額負担は政治決着へ
- 介護報酬改定の審議報告を公表
- 看護師特定認証、推進会議は「両論」
- 事業税非課税や四段階制など継続へ
- 産婦人科・外科の医師数が増加

2011 年（平成 23 年）12 月 6 日　2116 号
- 「ネットプラス」必要
- 薬価乖離率は約 8.4%
- 医師の書類作成簡素化を要望
- 医療療養 6 対 1 の経過措置を延長
- 有床診、赤字施設が 4 分の 1 超
- ノロウイルス、予防対策の啓発を

2011 年（平成 23 年）12 月 2 日　2115 号
- 開業医と勤務医、年収比較の矛盾指摘
- 民主・部門会議「ネットプラス」了承
- 税制は「医業経営の安定に考慮を」
- 医学部新設は両論併記
- 来年度以降の扱い「早期に決定」

編集後記

平成 23 年も師走となり、寒さも厳しくなってはきましたが、まだまだ冬を実感させる程の寒さではなく、これも地球温暖化のなせる業でしょうか。

現在、ダーバン（南アフリカ）で開催中の国連気候変動枠組条約第 17 回締結国（COP17）は、2013 年以降の温室効果ガス削減の新たな法的枠組みが合意に至らず、難航しています。温暖化対策は急を要する問題だと思われますが、この混乱はどうなるのでしょう。温暖化が進めば、人類の病気の特徴も変化してるでしょうし、医療関係者も注目すべきでしょう。

福島原発の事故は、排出ガス削減の柱として考えられていた原子力発電（原発）が、実は、人がコントロールできない危険なエネルギーであることが、現在の段階で明白になったのは不幸中の幸いでしょう。東京電力が汚染水の処理に困り、海に流す計画を公表していますが、そんなことが許されるのでしょうか。放射能の内部被曝の問題もあり、このような処理が認められるのでしょか。

子々孫々への影響はどう考えるべきでしょうか。日本は原発を減らしながら、新たな、安全でクリーンなエネルギー開発に力を注ぐ義務があるはずです。

話題は変わりますが、医師会広報はなかなかマスコミに取り上げられず、いかに医師会の主張を多くの県民にアピールできるかが問題です。その点、大阪の橋下市長のメディアへのアピール方法は小泉元首相によく似ているようにみえ、多くの選挙民に強い印象を与える単純明快な言葉を使っています。

このパフォーマンスを医師会にも取り入れられないものだろうかと考えていますが、会員の先生方にも良き知恵をお借りしたいと思います。平成 24 年もよろしくお願い致します。

（常任理事　田中義人）

From Editor

公　示

本会役員等の選挙の立候補届出について

本会会長以下各役員、代議員会議長及び副議長、裁定委員及び日本医師会代議員・同予備代議員は、来る 3 月 31 日をもって任期満了となります。

つきましては、定款及び選挙規則に基づき下記のとおり選挙を執行いたしますので、立候補及び推薦の届出をお願いいたします。

記

選挙期日　平成 24 年 2 月 16 日 (木)
届出締切　平成 24 年 2 月　1 日 (水) 午後 5 時

平成 24 年 1 月 15 日

山口県医師会長　木下　敬介

山口県医師会 ● 平成24年1月号 ● No.1805

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（会員は会費に含む）

■ ホームページ http://www.yamaguchi.med.or.jp
■ E-mail info@yamaguchi.med.or.jp