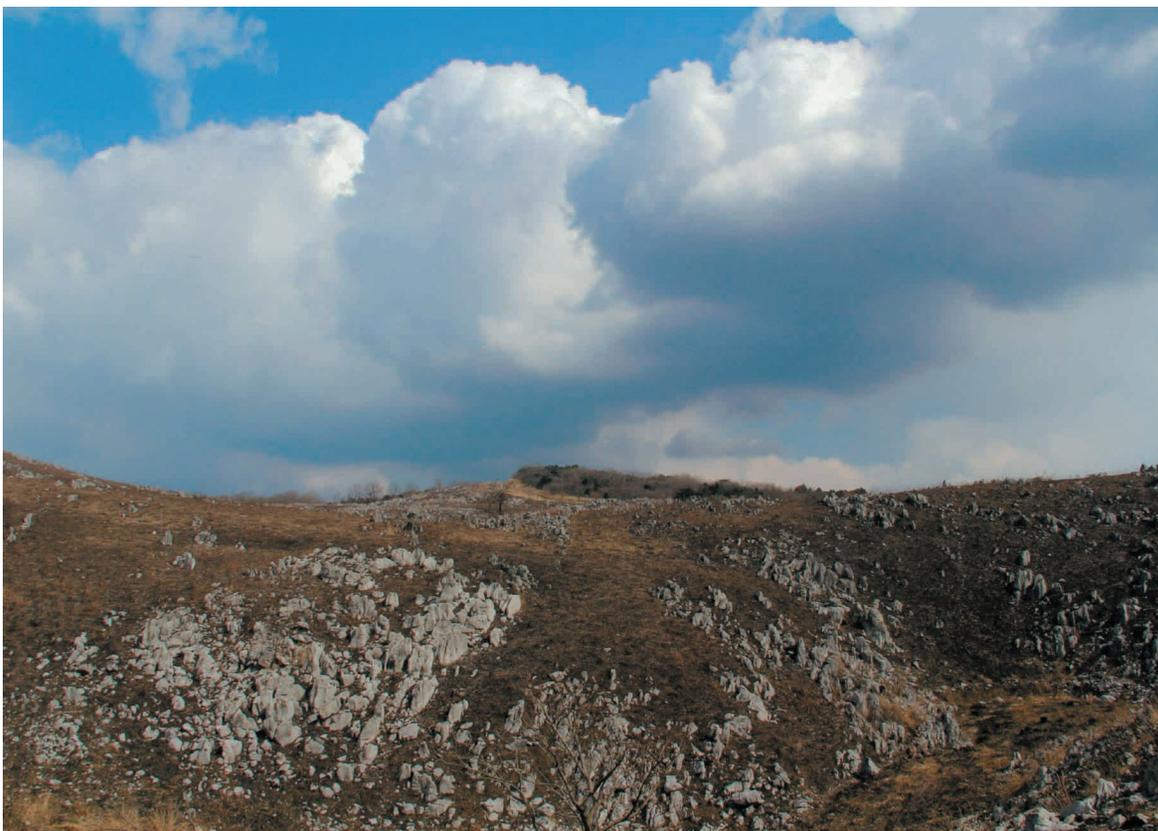


山口県医師会報

2012
平成 24 年
3 月号
No.1819



浅春 渡邊恵幸 撮

Topics

特別企画 東日本大震災と救護活動
回顧録 木下会長
第 168 回代議員会 (選挙)

Contents

●平成 20 年度～平成 23 年度回顧録	木下敬介	223
●特別企画 東日本大震災と救護活動	山口県立こころの医療センター	228
●特別企画 東日本大震災と診療支援	篠崎文彦	232
●今月の視点「日本医師会長選挙をひかえて」	杉山知行	236
●フレッシュマンコーナー「新人開業医の戯言」	手山知行	238
●第 168 回山口県医師会代議員会(選挙)		240
●第 44 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会	萬 忠雄	245
●山口県医師会警察医会第 10 回研修会	松井 健	246
●第 122 回山口県医師会生涯研修セミナー	弘本光幸、福田信二、清水良一、茶川治樹	264
●社保・国保審査委員連絡委員会	萬 忠雄、西村公一	279
●全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会	正木康史	281
●県医師会の動き	小田悦郎	285
●理事会報告(第 19 回、第 20 回、第 21 回)		286
●女性医師リレーエッセイ「福島の思い出」	猪熊和代	294
●日医 FAX ニュース		295
●会員の声「皆保険診療下での『尊厳死』と『安楽死』のあり方を考える」	渡木邦彦	296
●飄々「マルチ バグ シンドローム」	渡邊恵幸	302
●生涯教育コーナー	杉山知行	303
●お知らせ・ご案内		304
●公示		305
●編集後記	山縣三紀	306



平成 20 年度～ 23 年度回顧録

山口県医師会 第 23 代会長 木下 敬介

平成 19 年は山口県医師会創立 120 周年にあたることから、記念事業の一つに医師会史編纂が取り上げられた。山口県医師会史は第 1 巻(明治元年度～昭和 37 年度)が昭和 39 年 7 月に、第 2 巻(昭和 35 年度～昭和 57 年度)が昭和 59 年 11 月にそれぞれ発刊されており、120 周年記念事業の第 3 巻は昭和 58 年度～平成 19 年度までの 25 年分が平成 20 年 8 月に発刊の運びとなった。

第 3 巻の第 1 章には第 16 代～ 22 代までの歴代会長ごとに社会情勢・医療情勢、各種会議等の記録とともに会長回顧録が掲載されている。回顧録はそれぞれ読み応えのあるものばかりだが、故人となられた会長の回顧録については、当時の役員によって代筆されたもの。

ところで、次の第 4 巻の発刊は 150 周年記念事業として 20 数年先のことになるだろうが、そのときこの自分は生きているはずもなく、そこでこの度、第 23 代会長を退任するにあたり、4 年間の回顧録を書き残しておこうと思い立った。県医師会報に掲載したい旨を広報委員会に打診したところ、快く承諾された次第である。

平成 20 年度 (2008 年)

4 月 1 日の会長就任第 1 日目は、日医代議員会(会長・役員選挙)。唐澤祥人会長が再選され、唐澤執行部 2 期目が確定した。藤原前山口県医師会長が日医常任理事に選出され、その後、保険を担当し、中医協委員に就任の運びとなる。

4 月 2 日は一日中、第 118 回日医代議員会の会議。代表質問・個人質問が行われた。3 日の夕刻は宇部全日空ホテルで、臨床研修医・研修指定病院院長・山大医学部教授・山口県医師会役員との懇談会が開催された。4 日の午後、岩国市に入り、衆議院議員補欠選挙自民党公認候補の選挙事務所へ山口県医師連盟からの推薦状と為書を届け、玖珂郡医師連盟支部長を訪問、夜は岩国市医師連盟支部長と会食。6 日(日曜日)は、正午より山口市医師会長故奥山先生の葬儀が執り行わ

れ、県医師会長として弔辞を詠んだ。郡市医師会長及び会長経験者の葬儀には、県医師会長が弔辞を詠む慣例になっていることを知った。慣れないせいもあり、会長就任の前後は特に慌ただしく感じたことを覚えている。

平成 20 年度の医療情勢と医師会活動

平成 18 年 6 月には戦後最大の医療制度改革といわれている「医療制度改革関連法」が可決され、平成 20 年 4 月から、関連法のうち特定健診・特定保健指導、保健医療計画の見直し(4 疾病・5 事業)・医療連携体制、後期高齢者医療制度などいずれも大きな問題を抱えている施策が施行された。

関連法が可決された丁度同じ時期の平成 18 年 7 月に第三次小泉連立内閣による「骨太の方針 2006」が提示され、5 年間にわたって毎年 2,200 億円の社会保障費が削減されることとなった。診療報酬も 4 月 1 日の改定で 0.82%引き下げ(本体の 0.38%引き上げ、薬価等 1.2%引き下げ)が実施され、連続 4 回目のマイナス改定となった(4 回の累計は 7.73%引き下げ)。医業経営は悪化し、特に自治体病院の経営悪化が顕著となり、過重労働、医師不足、病院の診療科の突然の廃止、救急車の拒否やタライ回しなどが大きな社会問題として報道されるようになった。

このような状況のもと、新執行部の 1 期 2 年間における医師会活動の基本理念を、山口県医師会定款第 4 条の「医師会の目的」に則り、「県民の健康と医療に寄与すること」とした。これを遂行していくには会内の「組織強化」が重要となるし、事業活動については実行するだけでなく成果すなわち「実効」が伴わなければならない。すべての社会活動は人と人との信頼のうえに成り立つが、信頼を得るためには「誠意」が必要なことから、1 期 2 年間の医師会活動のスローガンとして「組織強化」、「実効」、「誠意」をキーワードとすることにした。事業計画及び予算については基本的には前執行部の方針を踏襲し、会務分担を会

内業務と会外業務に分けて、会内活動と会外活動のより明確化を図ることとした。

緊急課題への対応として、短期（おおむね半期 6 か月間）に結成・解散・再編成のできる数名で構成したプロジェクトチーム（PT）を立ち上げ、小回りの利く戦略的実践的な活動を行い、情報収集・分析してその成果を関係委員会等へ繋いでいくこととした。まず、①勤務医問題、②女性医師問題、③医療保険、④特定健診・特定保健指導、⑤地域医療連携、⑥新型インフルエンザの 6 つの各対策 PT を結成した。チームによって成果に多少の濃淡はあったが、それぞれの問題点を洗い出して各関係委員会等へ提示することができた点で、成果は得られたと評価される。

会内活動としての「組織強化」については、郡市医師会との連携強化が重要と考え、郡市医師会・大学医師会の執行部と県医師会執行部との懇談会を、全医師会を対象に 11 回に分けて実施した。顔を突き合わせての意見や情報の交換は、回を重ねるうちに手応えを感じ、お互いを理解するうえで得るものが多かったと記憶している。「組織強化」には、勤務医の医師会加入促進や女性医師対策も欠かせない。近年、女性医師は数においても占める割合においても急増加の傾向にあり、特に出産・育児等による休職、復職、職場環境等の問題がクローズアップされるようになった。女性医師対策は、主として病院に勤務する女性医師の働きやすい環境づくりや職場復帰などであり、「女性勤務医対策」に他ならない。このことを踏まえて、会務分担を会内活動とし、新たに「勤務医・女性医師」を同列 1 部門として位置づけることにした。

日本医師会の 26 会内委員会中、生涯教育推進委員会（木下会長）、定款・諸規程改定検討委員会（杉山専務理事）、母子保健検討委員会（濱本常任理事）、地域医療対策委員会（弘山常任理事）、医事法関係検討委員会（小田常任理事）、男女共同参画委員会（田村理事）の 6 委員会に、山口県医師会として出向することになった。

ところで、山口県医師会第 17 代平田晴夫会長は、「医師会はいかにあるべきか」と題して、昭和 62 年 3 月から 63 年 2 月までの 1 年間にわたって、毎月、県医師会報に日本医師会の歴史について連載。「日本の医療の歴史を知り、医療の動きとそれに対する医師会の考えや主張を理解したうえで、その時代時代の会員諸兄が自らの考えを究

めるべき」と説いた。この「医師会はいかにあるべきか」は、医師会活動を続けるうえで大いに参考となり、何回も読み返した覚えがある。連載の内容を綴じたものを、郡市医師会執行部との懇談会の参考資料としても使用した。連載は武見太郎会長時代までの昭和 56 年度で終わっていたので、いつかその続きの「続・医師会はいかにあるべきか」を書きたいものだと思っていたところ、会長就任を機に、24 回シリーズで県医師会報へ連載の機会を得た。県内外からも反響があったが、何よりも自分自身の勉強になったと思っている。

平成 21 年度（2009 年）

平成 21 年度の医療情勢と医師会活動

平成 20 年 9 月に発足した麻生連立内閣は、「骨太の方針 2008」に掲げられた社会保障費 2,200 億円削減を、ジェネリック医薬品等で代償させることなどにより、実質 230 億円で縮小したといわれている。平成 21 年 6 月の補正予算で地域医療再生計画事業として 3,100 億円を計上、平成 22 年度の診療報酬改定でも引き下げはあり得ないことを示すなど、医療費抑制緩和策に向けて舵を切っている。しかし、8 月の衆議院議員総選挙の結果は民主党の大勝利により、9 月には政権が交代して鳩山連立内閣が発足し、事業仕分けによって 3,100 億円のうち 750 億円が執行停止となって、最終的には 25 億円×97 医療圏＝総額 2,350 億円で決定。

山口県医師会は昨年結成した 6 つの PT を整理して、「有床診療所対策 PT」と「山口国体対策 PT」の 2 つを新設し、「医療保険対策 PT」、「新型インフルエンザ対策 PT」、「勤務医の医師会加入促進 PT」の 3 つを残して計 5 チームとした。「有床診療所対策 PT」については、有床診療所の活用を図って平成 20 年 6 月に山口県医師会有床診療所部会が設立されたのを機に、有床診療所対策の取り組みを強化しようとするもの。医療法改正により、有床診療所は過剰病床地域においても一定の要件を満たせば認可されることになった。山口県では県医師会の働きかけにより、平成 21 年度から事前協議と県医師会の推薦があれば、全国で最も容易に開設が認められることになった。「山口国体対策 PT」についても、平成 23 年 10 月に開催される「おいでませ！山口国体・山口大会」を見据えて、平成 20 年 6 月に発足させた山

山口県医師会スポーツ医部会と連携。日体協・日整会・日医認定の各スポーツ医が統合的に活動し研鑽することを図りながら、当面は山口国体への協力体制に取り組むこととした。

新型インフルエンザについては、世界的な流行から WHO が平成 21 年 4 月 27 日にフェーズ 4 に引き上げ、さらに 4 月 30 日にはフェーズ 5 に引き上げている。わが国では 5 月の連休明けごろから患者発生が報じられるようになり、またたく間に蔓延の状態となった。4 月 30 日に県医師会に対策本部を設置、その後 5 月 14 日、8 月 27 日と 3 回の会議を行って対策について協議した。また、郡市医師会長会議を 3 回、郡市新型インフルエンザ担当理事協議会を 2 回開催して、行政を交えて協議を行い、会員への速やかな情報伝達と、行政との連携による迅速な対応を心がけてこの問題に取り組んだ。この間、県健康福祉部長、県健康増進課長、郡市医師会長、担当理事等とケータイで直接やりとりしたことを覚えている。

山口県では、勤務医の日医入会構成割合が 34% と極めて低く、県医には入会しているが日医へは入会しないという乖離が大きい。勤務医部会の企画により、平成 20 年に勤務医の過重労働や職場環境の実態を知る目的で「勤務医アンケート調査」が実施された。このアンケート調査には勤務医の意見や要望も数多く寄せられ、医師会に入会しない理由として、「医師会は勤務医に何もしてくれない」、「入会しても何のメリットもない」、「会費が高すぎる」などの意見がある。また、公立・公的病院の医師会入会者が少ないことも明らかになった。日医ニュース(平成 21 年 7 月 20 日)の勤務医欄「私もひとこと」に投稿、日医への入会が 500 名増えたら、勤務医代表の日医代議員が 1 名選出されることを訴えて、公立・公的病院の各病院長にお願いにいかうと考えていると掲載されている。

実際、7 月 31 日より 7 回にわたって県内 13 の公立・公的病院の院長にお願いをして回った。このとき県医師会の日医入会者は約 2,100 名で、平成 21 年 12 月 1 日の入会者が 2,500 名を上回れば、代議員 5 名が 6 名へ増えることになる。結果は及ばなかったが、平成 22 年 4 月 1 日から公的病院の若い勤務医を差しかえて日医代議員へ送り込むこととなった。日医代議員会において、彼は 2 年間に計 4 回、勤務医の抱えている問題につ

いて代表質問あるいは個人質問を行ってくれた。

平成 22 年度 (2010 年)

平成 22 年の新年早々、恒例の「医療関係団体新年互礼会」が盛大に開催。これは藤原前会長の平成 17 年度末 18 年 1 月に始まって、毎年続いている。県下の医療関係 14 団体の主催によるもので、毎年、盛会の傾向を増している(新年互礼会への出席者は、平成 18 年 340 名、19 年 331 名、20 年 315 名、21 年 331 名、22 年 321 名、23 年 388 名、24 年 385 名)。政権交代があって初めての新年互礼会だが、来賓の顔ぶれは従来どおりであった。この会が平成 18 年の新年に始まった当時、安倍晋三総理大臣の誕生が期待されており、実際、9 月には安倍連立内閣が発足した。山口県は保守王国といわれており、医療関係団体もほとんどが自民党支持であった状況のもと、この新年互礼会の来賓のうち政界関係は政権与党である自・公の政治家に限られた。今回の政権交代により、従来の新年互礼会の形を変えるかとの議論はあったが、四師会の代表による企画会議で「従来どおり」が決定的となった。

「政権交代と山口県医師会」という重要なテーマについては、理事会や医師連盟執行委員会等での議論を重ねた。選択肢は 3 つ。一つ目は、迷わず政権与党・民主党支持へ舵を切る。二つ目は、永年連携を深めてきた自民党への支持を変えない。三つ目は、新政権が政権担当能力に優れているか、特に医療政策に優れているか見極めてから舵を切っても遅くないという考え方。平成 5 年 8 月の細川連立内閣による政権交代の際、当時の村瀬日医会長は、「政界再編の図柄が決まらない現在、日本医師会として支持政党の選択を急ぐ必要はない。国民医療を守るのにふさわしいデザインをもった政党を十分見極めて、そのうえで決定するのが、執行部の責務と自覚している」と述べ、「見極めること」の重要性を強調した。過去の歴史を見習うわけではないが、県医師会執行部の間では第 22 回参議院議員選挙(平成 22 年 7 月)までは、大きく舵を切ることはせずに「しっかりと見極めること」の合意が得られた次第である。

平成 22 年は山口県医師会にとっても日本医師会にとっても、役員選挙の年。山口県医師会では、副会長 1 名退任による副会長の異動と、それに伴う理事 1 名の新任があった。新理事は女性で、

中国四国ブロックの中で 2 名の女性役員は、山口県医師会が最多。役員の異動が最小限の状態です。2 期目を迎えることとなった。しかし、その後、1 名の理事が体調不良のため辞任。10 月の代議員会における補欠選挙によって、新任理事の選出が行われた。

一方、日本医師会会長選挙では唐澤前会長は 3 選を果たせず、原中候補が当選（原中勝征 131 票、森 洋一 118 票、唐澤祥人 107 票）。副会長、常任理事もかなりの異動があった。

平成 22 年度の医療情勢と医師会活動

昨年 9 月に歴史的な政権交代があり、鳩山連立内閣のもとで平成 22 年度を迎えた。長妻厚労相は平成 21 年 10 月 1 日付で任期が切れた中医協 5 人の医師代表委員のうち、日医執行部 3 人の委員については再任を認めず、新たに京都府医師会副会長安達秀樹氏、茨城県医師会理事鈴木邦彦氏、山形大学医学部長嘉山孝正氏を任命する人事を 10 月 27 日付で正式発表した。藤原前山口県医師会長は、中医協委員を解任されたことになる。日医は、事前に説明もない報復人事ともいえるこの件について激しく抗議したが、問答無用ということらしい。

平成 22 年 4 月 1 日からの診療報酬改定については、民主党は大幅引き上げを明言しており、マニフェストには対 GDP 医療費を OECD 加盟国平均並みに確保することが盛り込まれ、平成 22 年度診療報酬の大幅引き上げが期待された。総選挙前には 20% という数字が飛び出たり、選挙中から政権交代直前には 10%～5%、政権交代後の足立政務官発言の 3.16%、厚労大臣の 3% などが報道されている。しかし、前年 11 月 5 日の財務省による本体ゼロ、薬価等 3% 引き下げの診療報酬全体では 3% 引き下げという考えが示され、医療界には落胆ムードが拡がった。結局、本体 1.55% 引き上げ、薬価等 1.36% 引き下げ、全体で 0.19% 引き上げとした。その後、ジェネリック医薬品導入推進などにより、今回の診療報酬改定は実質 0.03% の引き上げとする見解もあり、10 年ぶりの引き上げとなるが、あまりにもわずかな引き上げで、しかも、結果は大病院に厚く、中小病院や診療所は実質マイナス改定となっていることが分かった。

平成 22 年度からの 2 期目 2 年間の医師会活動

についても、「組織強化」・「実効」・「誠意」のスローガンを継続する。会内活動として扱ってきた「勤務医・女性医師」の部門を 2 期目は会外活動の扱いにし、医師確保対策を勤務医対策、女性医師対策、研修医対策の 3 つの切り口から捉えて取り組むことができる配置にした。郡市医師会との連携強化を図るため 1 期目と同様に、2 期目は会長の交代があった郡市医師会に対して、その新執行部と県医師会執行部との懇談会を行うことも継続した。勤務医の日医加入促進、新公益法人制度移行、山口国体支援、平成 24 年度の医療・介護報酬改定などがあり、これらに対応して①勤務医の医師会加入促進、②地域医療再生（医師確保対策）、③医療・介護保険、④山口国体支援の 4 つの PT を立ち上げた。

医師確保対策事業については、県でも重点事業として捉えており、平成 18 年度から 1,850 万円の予算が計上されるようになったが、19 年度 3,600 万円、20 年度 1 億 2,000 万円、21 年度 2 億 8,000 万円、22 年度 6 億 5,000 万円、23 年度 8 億 6,000 万円と増額しており、特に 22 年度から国の地域医療再生基金を投入しての大幅増額がみられ、その取り組みに力を入れていることが分かる。平成 16 年度より導入された新医師臨床研修制度により、山口県における臨床研修医が少なくなり、若い医師の定着が危惧されるようになった。県医師会では平成 18 年度に県行政・大学医学部・研修指定病院・県医師会とで構成する山口県臨床研修運営協議会を立ち上げ、この問題に取り組んできた。平成 21 年度から臨床研修医確保対策として臨床研修セミナーや臨床研修医交流会が実施されるようになり、平成 22 年度から県医師会に山口県医師臨床研修推進センターを設置し、臨床研修医に関する問題に総合的に対応することになった。

今年度から 2 年間、日本医師会の会内委員会への出向は、地域医療対策委員会（弘山常任理事）、勤務医委員会（田中豊秋常任理事）、男女共同参画委員会（田村理事）の 3 つの委員会にとどまった。

平成 23 年度 (2011 年)

平成 23 年度の医療情勢と医師会活動

会長就任 2 期 2 年目の事業活動として、前年度の事業活動を継続することになるが、山口県医師会の慣例として会長就任が 2 期 4 年ということか

ら今年度は最終仕上げの 1 年ということにもなる。

平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災に対して、山口県医師会として JMAT5 チームを派遣し、約 9,000 万円の義援金を募金して日本赤十字社と日本医師会に供託した。日本医師会では 9 月 30 日までに約 19 億円の募金を集め、7 月 15 日までに 1,384 チームの JMAT を被災地へ派遣。7 月 16 日以降は心のケアを重視した JMAT II を立ち上げ 10 月までには 160 チームを送り込んでいる。

9 月に入り、政権交代後、3 人目の総理大臣による野田連立内閣が発足して、「社会保障と税の一体改革」の政策が論じられる中で、「受診時定額負担の導入」と「TPP への参加」の話が突然でてきて、医療関係者にとって大きなニュースとなった。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、総会においてこの 2 つはいずれも国民皆保険制度の崩壊に繋がりがかねないとして、反対の決議を採択した。反対の理由として、「受診時定額負担の導入」については、受診時に 1～3 割負担を課しているうえに定額徴収することは本来の保険制度の考えからはずれること、平成 15 年のサラリーマン 3 割負担の改正の際、これ以上の負担を課さないという附帯事項がつけられていること、受診抑制が起り疾病の重症化に繋がりがかねないこと、また、「TPP への参加」については、混合診療の全面解禁や医療への株式会社の参入等により公的保険制度の範囲が縮小することなどから、国民皆保険制度の崩壊に繋がるとしている。日本医師会からの指示による定額負担導入反対の署名運動は、全国で 773 万人の署名を集め国会への陳情が行われ、これを阻止することができた。

平成 23 年度の最も嬉しい出来事は、「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で、県医師会としても平成 16 年度初めからこれに関与し、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、感慨ひとしおといったところ。県医師会に対して知事から感謝状が贈呈された。

平成 24 年 4 月には診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる。毎回、前年度の 12 月末には報酬改定率の数字が決まる。今回は、診療報酬については全体改定率 + 0.00% (+ 0.004%)、本体 + 1.38% (+ 1.379% = 約 5,500 億円)、薬価等 - 1.38% (- 1.375% = - 約 5,500 億円)、介護

報酬については + 1.2% に決定。行政では小数点以下 3 桁の数字は扱われないことから、+ 0.004% は + 0.00% ということらしい。診療報酬に関して再診料の引き上げが中医協において大きな争点となっていたが、据置きとされた。

2 期 4 年間で振り返って

昭和 56 年の臨調(臨時行政調査会)の発足を端を発したわが国の医療費抑制政策は、昭和 58 年の「医療費亡国論」、平成 13 年～18 年の「小泉改革」から平成 20 年の「医療改革関連法」の実施に繋がっている。そのような医療費抑制の中で、これまで医師会活動が行われてきた。4 年間一貫して力を入れた取り組みは、「組織強化」に関する都市医師会との連携強化、勤務医の医師会加入促進、女性医師対策、医師確保対策であり、短期的に対応した事業として新型インフルエンザ対策があり、さらに、平成 20 年度より始まった新たな事業として新公益法人制度移行対策、特定健診・特定保健指導対策等があげられる。中央の医療情勢、社会情勢、政治情勢が混沌としているときであるからこそ、しっかり足を地につけて(組織強化を図って)、県民の健康と医療に寄与すべきと考えた。これは取りも直さず、定款第 4 条の「医師会の目的」の項に謳われている「医道の高揚、医学・医術の研鑽、医療の実践」を、着実に継続させていくことに他ならない。

1 期目には会内活動として位置づけていた「勤務医・女性医師対策」を、2 期目から会外活動としての医師確保対策にあて、勤務医・女性医師・臨床研修医対策の切り口から医師確保問題に取り組んだことは、間違いではなかったと思っている。

都道府県医師会長協議会には、平成 18 年度から通算 6 年間出席した(平成 18・19 年度は藤原会長が日医理事就任のため、代行として出席)。医師確保対策、医療財源確保、医療費抑制政策の転換、混合診療全面解禁阻止、勤務医の日医入会促進、地域医療支援病院の展望、有床診療所の活用、集团的個別指導の廃止などについて協議を提出し、問題提起したこともつけくわえておく。

思いどおりにいかなかったことも少なくないが、大きな取りこぼしもなく、第 23 代会長として 2 期 4 年間で全うできたのは役員、職員、代議員、都市医師会長をはじめ会員の方々のご理解とご協力のお陰と、心から感謝申し上げたい。

特別企画 東日本大震災と救護活動

東日本大震災後の岩手県釜石市への心のケア チーム派遣について

山口県立こころの医療センター院長 兼行浩史

この度は、東日本大震災後の心のケアチーム派遣について、寄稿の機会を与えていただき、ありがとうございます。山口県内からさまざまな団体を通じて、多くの方々が被災地支援に出向かれたことかと思えます。当院では、まず平成 23 年 3 月 24 日から 6 日間、県庁が主導した県職員混成チームとして、第一陣の心のケアチームを岩手県釜石市に派遣し、その後、山口大学附属病院精神科神経科と当院の合同チームを編成して、4 月末から 6 月末まで 2 か月間の継続支援を行いました。本稿では、現地活動した医師・看護師・コメディカルの体験記との執筆依頼を受けて、当院職員 3 名とともに寄稿させていただきました。まずは私から被災地支援活動の感想を綴らせていただきます。

平成 23 年 3 月 11 日、多くの尊い命が一瞬に失われる大災害が私たちの日常を一変しました。私は、その日都内の麴町で自治体病院協議会の会議中であり、かつて体験したことのない激しい揺れに直撃されました。直後から震源がどこかと危惧しましたが、その後の津波で東北沿岸に甚大な被害が生じている状況が刻々と伝えられたのはご存じの通りです。当日夜、都内で帰宅難民が駅構内や路上に溢れかえる異様な事態に直面しましたが、それは原発危機を伴った未曾有の災害の序章に過ぎませんでした。

災害派遣医療チームが各地から緊急出動し、その後、被災状況が明確になるにつれて、心のケアチーム派遣の必要性がクローズアップされました。津波被害では生死が鮮明に分けられ、負傷者が少ない特殊な状況を生じており、大切な家族を失い生活の場や仕事を奪われて避難生活を強いられた多くの方々が、深い悲しみと困難に直面した状況は察して余りあるものでした。

震災から 1 週間後、山口県庁に心のケアチーム

の派遣依頼が届き、担当課長から当院で精神科医等の派遣が可能か否かを問う連絡をいただきました。原発の臨界爆発も懸念された混乱の最中で、やむをえないことですが、派遣場所や交通手段、現地での活動状況なども不明なまま、依頼に応じるか否かまさに苦渋の選択でした。心のケアといっても、被災現場でどのような支援が必要なのか、支援に出向いて本当に被災者の助けになるのか、原点に立ち返っても悩みました。しかし、災害心のケアマニュアルを慌てて読み返すと、その場において寄り添うことの大切さを感じられました。有事における行動は医療人として矜持を問われることと思立ち、結局、私自身を登録して受諾する旨を決断しました。その後、釜石市への派遣要請に応じる話がまとまり、当院の加来洋一副院長が奇特地に志願してくれて、吉松友貴看護師とともに 3 月 24 日から第一陣派遣の運びとなりました。陸路と空路に分かれて厳冬が続く現地に入り、ガソリンや食糧の確保もままならない状況で、過酷な活動を見事にこなしていただいたことを誇りに思っています。

釜石市の活動から帰還した加来副院長に現地への継続支援の必要性を聞いて、県庁担当課とも協議しました。しかし、折しも当院が独法化の出帆を迎えたため、県職員として派遣が難しい事態となり、再派遣は一旦暗礁に乗り上げました。そんな中、大学病院精神科渡邊教授の被災地支援への熱い想いに救っていただき、大学と合同チームを編成する話が急速にまとまりました。その後、大学精神科の松尾幸治講師と連日何度もメールを交わして、合同チームの派遣体制を構築しました。交通手段、宿泊先、レンタカーの手配、現地への持参薬や装備、備品、被災状況や避難所に関する情報収集など、合同チームの効率的な活動を保つために準備を重ねました。5 月中は山大と当院から交互に、精神科医 1～2 名を含む 3 人のチームが 5 日間の現地活動を行い、空白の日がないように現地で合流して次チームへ引き継ぎました。行

き帰りにそれぞれ丸 1 日を要したので、交互に派遣する方式によって、大学医局・当院ともに一度に病院を離れる人員が重ならず、連携の効果が実感できました。4 月 25 日、大学のカンファ室に派遣者 19 名が集結して、第一陣の活動から実践的な情報共有、心のケアマニュアルの確認などを行いました。幸い釜石市に 4 月中は和歌山県と大阪市から派遣チームが活動しており、われわれの合同チームは 4 月 30 日に出発して 5 月 1 日から和歌山県チームの活動を引き継ぐことになりました。

私は、5 月 15 日から 21 日まで当院の看護師、作業療法士と 3 人で出動しました。現地の活動拠点は、釜石保健所であり、釜石市とその北に面する大槌町を管轄しており、毎朝の心のケアチームミーティングでは、大阪市、神奈川県、世界の医師団チーム、さらに途中で大船渡市支援から移動した宮崎県チームが集結していました。また、各自治体から派遣された保健師チーム（秋田県、愛媛県、堺市）もミーティングに加わっており、保健師さんたちはいくつかの避難所を拠点として、心のケアチームにつなげるべき方々を見出した場合、携帯電話等で対応の依頼をいただいて連携しました。また、ご自宅や親戚宅で避難されている方々には、訪問して面接させていただきました。数名の方には、1 時間以上かけてお話を聞かせていただき、そこで語られた壮絶な被災体験は、今も深く心に刻まれています。ここでそれらの内容に言及することは避けたいと思います。

被災された方々のお一人お一人がそれぞれ異なった状況に直面し、乗り越えるプロセスにありました。否認して、なかったことのように振る舞われて過ごしておられる方、震災後の状況をやや過剰に語る方、助かったことへの自責の念に苦しんでおられる方、盛んにこちらに気を遣い慰労してくださる方、疲弊して自棄的な態度で介入を避けようとする方、放心・気力低下が続き受動的となっておられる方などに接しました。また、それぞれの方が、さまざまな心理的プロセスを行き来しながら被災体験を乗り越えておられることが窺えました。

心のケアで派遣された方々に共通の悩みと思われませんが、支援する方々に継続的に関われないことから、どこまで介入していいのか常にジレンマを感じました。せめて、次の派遣チームや地元

の保健医療資源に引き継ぐようにと、毎日の活動後に申し送り情報の作成に精力を注ぎました。

被災地支援に出向くことで、現地の方々に接する一期一会の貴重な体験を与えていただいたことを本当にありがたく思っています。また、現地で奮闘しておられる多くの行政職員や医療関係者の方々との触れ合いもかけがいのないものでした。今も、支援に出向いたご縁で、釜石市医師会報を郵送していただいております。頁をめくりながら復興の道りを歩む先生方の姿にこちらも励まされる思いが込み上げています。

精神保健福祉士 橋本 達哉

山口県から最初の「こころのケアチーム」が岩手県釜石市で支援活動を開始したのは、大震災から間もない 3 月 24 日でした。こころの医療センター加来洋一医師と吉松友貴看護師、県保健師及び事務職員の 5 人が、テントや寝袋、ガソリン、食料品、医薬品などを満載したワゴン車 1 台と現地で調達したレンタカー 1 台による活動でした。まだ、道路や鉄道なども復旧していない中、釜石市から約 40 キロ離れた遠野市に宿所を確保しました。

現地の避難所等への支援は、岩手県や岩手県精神保健福祉センターが、県外からの「保健師チーム」と「こころのケアチーム」等の受け入れ窓口となり、支援は各保健所単位で行われ、釜石市では釜石保健所が活動拠点でした。

その後はこの先発チームからの報告等を元に、精神科医 1 名、看護師又はコメディカルの計 3 名を基本に編成したチームで、遠野市に寝泊まりしてレンタカー 1 台で現地へ移動し活動するという方法で、日程的には現地での活動が 5 日間、移動日が前後に各 1 日、計 7 日間という派遣期間でした。

私たちが活動した 5 月後半は、震災から既に 2 か月が経過した時期でした。保健所管内（釜石市、大槌町）を 3 つの地域に分け、保健師チームとこころのケアチームがそれぞれ分担する方法が採られていました。毎朝保健所に派遣チームが集まりミーティングを行い、保健師チームが巡回している避難所の情報等を報告し、こころのケアチームがその情報を元に避難所や家庭などを訪問し、診察や処方、相談などの支援を行うものです。また、保健所には市保健センターや他の支援チームからの要請等が届き、その指示で現地へ赴くと

いうこともありました。

また活動終了後の夕方には、市の対策本部がある建物に各医療派遣チームと地元医師会、薬剤師会などが集まり、情報交換と調整がされており、こころのケアチームで作成した処方せんを届ければ、翌日には薬剤師会から被災者に薬が届くという仕組みもできていました。

大震災から 3 か月目を迎えた 6 月からは、保健所や規模の大きい避難所等で「震災ストレス相談」の相談日を設け、被災者が相談に出かけるという方法が始まりました。変更についてさまざまな意見はあったようですが、被災者が避難所から徐々に仮設住宅へ移りはじめ避難所の被災者が減少しつつあったこと、避難所での生活は大変ではあるが、それなりの生活の流れができて、日中は多くの被災者が仕事や片付け、移転の準備などに出かけてほとんど残っていないという状況もありました。また、避難所や福祉施設、職場等でのメンタルヘルスのミニレクチャーなども始まりました。その時々、場所のニーズにより支援体制を効率的、実効性のあるものに変更していくことも重要です。

大規模災害の初期は、十分なトレーニングと装備を有し、自立して活動できるチームでなければ活動できません。消防や警察、自衛隊、DMAT などの人命救助が最優先される時期です。その後の支援として、避難所等での医療や介護、生活面の支援チームが派遣され、その次に「こころのケアチーム」が派遣となります。この時期においても支援チームは自立して活動するだけの情報と準備が必要で、支援チームが現地機関に依存しなければ活動ができないというのは論外です。

5 月には、各チームは現地にパソコン等を持ち込み報告書や次のチームへの引継書を作成していました。交代の度に現地機関に指示を仰ぐということでは、地元機関の負担が大変重くなります。応援チームが現地のニーズを受け止め、継続した支援を行うためには、単発ではなく継続したチームを派遣することが大変重要であると感じました。

山口県チームも山口大学とこころの医療センターで 2 か月間を超える活動を行いました。数か月間にわたる支援を継続する県や機関があり、背景に派遣する側の支援に対する姿勢や、支援システムがどれだけ構築されているか等について強く感じました。

またスムーズな受入や活動を行うためには、派遣側、受け入れ側の各機関、チームが支援の仕組みを共有しておく必要があります。岩手県には「岩手県災害時こころのケアマニュアル」が平成 18 年に作成され、今回の活動もその枠組みの中で行われておりました。このマニュアル等は、岩手県庁のホームページ上からも誰でも入手できます。

長年にわたって官民で津波被害に備えてきた東北沿岸があればほどの被害を受けるなど、専門家さえ想像できていなかったと言われていました。しかし、道路を車で走っていると、「これから先は、津波被害の想定区域です」という国土交通省の表示板が道路端にあり、その先に進むと被害を受けた集落等が現れるということが度々ありました。東北の方々は私たち山口県とは比較にならないほど地震や津波に備えていたはずですが、結果は想像を絶する被害となりました。このことは「想定されてなかった」のではなく、「想定されていたにもかかわらず」であると感じさせられました。

また、被災地の状況はそれぞれ全く異なっていて、道路一つ隔てて状況が全く異なるといった光景があちこちで見られましたし、各市町村、各県での状況はもっと違うと思います。そこでの支援の基本は、主体者が現地の方たちであることと、そのニーズや判断が最優先されることであり、私たち支援者はそのお手伝いに来ているという姿勢を忘れてはならず、状況に合わせた柔軟な支援を行うことが大切であるとも改めて感じました。

こういったことから、山口県において早急に支援を受け入れるための仕組み作りとその仕組みの公開が必要で、その上で県内各機関や地域住民等による訓練やシミュレーションを行うといったハード面、ソフト面での準備が必須です。

長年、山口県は大規模災害が起きない安全な県と言われてきましたが、最近になって毎年のように大雨による被害が発生し活断層も複数見つかっており、「絶対に安全」ということはすでに考えられません。

今回、被災地派遣という貴重な経験をさせていただきました。限られた期間や場所での体験ではありましたが、山口県でも貴重な生命と財産、安心できる生活が守られるよう事前の備えが必要であることを訴えていきたいと考えております。今回、このような発表の機会を与えていただきま

したことを深く感謝いたします。

精神科認定看護師 吉松友貴

今回の災害で被災された方、亡くなられた方々に心からお見舞いと哀悼の意を表するとともに、つつがない復興を祈念いたします。

私は、平成 23 年 3 月 23 日～3 月 28 日の期間、心のケアチーム（精神科医 1 名、看護師 1 名、保健師 1 名、事務 2 名）の一員として岩手県釜石市へ支援に行きました。当時の活動を全体的に振り返り、課題や感想について述べたいと思います。

私が釜石市に支援に入った頃は、DMAT が撤退し、全国から集まった一般の医療チームによる支援が行われていた時期になります。心のケアチームとしての介入はまだ行われておらず、山口県と神奈川県が同時期に釜石市での支援を開始しました。

現地入りした初日、精神保健福祉センターの保健師より、状況の把握ができていないため、避難所を回りながら、併せて情報収集も行ってほしいと依頼を受けました。現地の地図に避難所が記載されているものを頼りに一軒ずつ訪問して行きました。避難所の印象として、郊外の小規模な避難所では、顔見知りが多いこともあり、比較的健康状態も保たれているように感じました。学校の体育館などの大規模な避難所では、毛布を被って横になっている人が多くいたように思います。食料の確保は早期からある程度できていたようですが、清潔やプライバシーの確保は難しいようでした。時期的には集団感染も危ぶまれる頃ですが、大きな問題にはなっていませんでした。すべての避難所では、教員、自治体職員、消防団、地元の有力者等が素晴らしいリーダーシップを発揮し、混乱等が起こらないように管理されていました。支援内容については、健康状態等について相談を受ける形式で進め、必要に応じて精神的な内容にも対応して行きました。精神科医療に相談することへの抵抗感のためか、「心のケアチーム」と名乗ることで怪訝な顔をされることもあったので、配慮として、支援にきた医療チームであることを伝えるようにしました。精神科的なニーズに関して言えば、私が支援に入った時期は急性期にあたり、傾向としては、急性ストレス反応や外傷後ストレス障害などの症状を感じている方や、集団生活による不眠や便秘がありました。特徴的だっ

たのは、余震がある度に、目が覚め、動悸がするとの声も数多く聞きました。私が滞在した期間でも、震度 3～4 程度の余震は昼夜を問わず起こり、私自身も夜間何度も目が覚めたことを覚えています。また、被災者の方々は生き残れたことに安堵しつつも、生活再建や将来に対する不安を感じ始めている時期でもありました。われわれの想像をはるかに超える未曾有の体験をされ、長期的に支援が必要なケースも数多くあり、情報の共有や継続的な支援の必要性を強く感じました。

今回の活動を通して、多くの皆様の協力・支えがあったことに深く感謝し、この場を借りてお礼申し上げます。今後も復興支援に対して真摯に検討していきたいと思います。

副院長・臨床心理センター長 加来洋一

本文が掲載されるころには、3.11 から 1 年経過していることになるのでしょうか。私は平成 23 年 3 月 23 日から 6 日間、そして同年 5 月 5 日から再び 6 日間、岩手県釜石市に派遣されて訪れましたが、釜石市の現在がとても気になります。1 回目の派遣でお世話になった歯科医師さんのブログ (<http://ameblo.jp/oikawa-dental/>) を見続けていると、先はとても大変そうです。

昨年（平成 23 年）11 月 2 日、ある学会の仕事で釜石に再び訪れる機会がありました。巡回した地域を車でまわってみて、津波で集落ごと流された跡地に草が生えていて、あたかも以前から原っぱだったように見えたのが不思議な感じでした。夜は地元の教員のお宅で飲んだのですが、そこでの話、一震災から 3 日間、家族の死を確信しながら避難所を転々としたこと、避難所で毛布を盗られたこと（「絆なんて最近、言い出したことですよ」）、津波で流され放置された車から抜き取られたガソリンが高値で売買されていたことから、いったい被災地でみた現実はなんだったんだろうと考えさせられました。市内のホテルにもどると、まだ暖房が機能していませんでした。翌々日、秋田で開催されたその学会での震災関連シンポジウムでは、被災地に住んでいる会員からの「報道されていない」現状の報告がありました。

これから山口県に住むわれわれにできることのひとつは、被災地に関心をもち続けようとするのではないのでしょうか。

特別企画 東日本大震災

東日本大震災と診療支援

山陽小野田市病院局 篠崎 文彦

陸前高田市の被災状況

昨年 4 月 28 日から 5 月 5 日まで地震と津波の被害が岩手県内で最もひどかった陸前高田市に行ってきました。陸前高田市は被災前の人口が約 2 万 4,000 人でしたが、5 月 4 日の時点で死者、行方不明者 2,202 人、市街地を中心に被災者は 6,000 人以上と言われていました。市内で唯一入院設備のあった県立高田病院も、当日 4 階天井下 20 センチまで水につかり、事務長、放射線技師長、技師、調理師 4 人、洗濯場の 2 人の計 10 人が津波で亡くなっています。それだけではなく 4 階に避難させていた患者さんも水につかり、何とか屋上まで担ぎあげて一夜を過ごしましたが、当日は小雪の舞う寒い日であったため、翌朝までに 15 人が亡くなったそうです。さらに官舎におられた院長先生の奥様、副院長先生の奥様は避難最中に津波に呑み込まれ、数日後にそれぞれ海中と河の上流で発見されたそうです。それだけではありません。市街地のほぼ真ん中にあった市役所(3 階建)には避難してきた市民と職員が相当いたそうですが、3 階や屋上まで避難していた人たち 60 人が亡くなったそうです。また市役所のすぐ前にあったスーパーマーケット(3 階建)、市民会館にも多くの方が逃げこみましたが、相当数の市民が亡くなっています。その他、市内で開業されていた診療所の医師 2 人、歯科医師 2 人が亡くなり、調剤薬局もすべて被災したそうです。

県立高田病院の屋上には職員を含め 160 人が避難していたそうですが、翌日夜明けとともに自衛隊員が瓦礫の中を徒歩で救助にやってきて、避

難者人数の確認、病人の搬送、救助方法について院長先生と話をし、すべてをヘリコプターで輸送するようになったそうです。状態の悪い患者さんは県立大船渡病院や花巻空港へ搬送、職員や元気の良い人は後回しになり、結局すべてが終了したのが夕方 5 時過ぎであったようです。

私は震災から約 1 か月半後に現地に行ったのですが、幹線道路は周りに瓦礫が積んであるものの片側 1 車線は確保されていました。市街地にあった木造家屋は破壊されるか流されていてほとんどなく更地の状態で、あちこちに瓦礫の山と車が集められていました。もとあった市街地には自衛隊の大型の重機とトラックがひっきりなしに動いており、瓦礫の処理を行っていました。改めて自衛隊の災害支援活動のすごさに敬服しました。

陸前高田市の海辺は江戸時代に植えられた 7 万本の松林と美しい海岸で知られ、夏には東北各地からの海水浴客で賑わった所でした。それがテレビやラジオで報じられていたように 1 本の松を残すのみとなり、地盤沈下で海水が浸入し、その松も枯れ始めたようです。

被災者の診療

私は仙台のある先生のお世話で陸前高田の県立病院に行くことになったのですが、単独で現地入りしましたので本部詰めとなりました。そこは市街地から 2 km 弱の小高い丘の中腹にある米崎コミュニティセンターでした。被災し、家や車、家族も失った職員約 30 人が翌日からそこで生活をしていましたが、3 日後には小さな診療所

をたちあげ診療を開始したそうです。最初は食糧や衣服、身の回りのことにも困ったようですが、1週間後位から何とか生活できるようになったそうです。震災翌日、翌々日には JMAT の活動も始まり救急診療や患者の搬送が始められました。私が行った時はもうすでに多くの医療ボランティアが入っており、学校や体育館、公民館などで活動していました。その数は約 10 チーム、50 人程度で北は北大病院、栗山日赤、南は久留米の聖マリア病院のチーム、歯科チームも地元の会長さんと応援の歯科医師とで仮設の診療所を立ち上げていました。薬剤師会も全国から多くの人を送っていました。

毎日朝 8 時半までに全員が本部に集合し、ミーティングが院長先生や高田病院の医師の司会で行われ、それぞれの避難所の前日の報告と当日の予定、交代し新規に参加した人たちの自己紹介がありました。狭い区域で多くの人たちが生活するの

で危機管理の面でインフルエンザ、ノロ、ロタウイルス感染症、破傷風が心配されましたが、患者さんはいるものの蔓延している状況ではありませんでした。電気がすでに復旧していましたので、検体を本部まで持って来れば血液検査や尿検査など日常診療に必要なものは大方できるようになってましたし、レントゲンも胸部写真程度は本部で撮れるようになっていました。

薬と医療器材は所狭しと山積みされてました。薬(とくに内服薬)の方は応援の薬剤師の人たちによって仕分けされ、各チームから処方せんが出ればすぐに調剤され出されておりました。ボランティアで参加している各避難所のチームは、必要と思われる薬や器材、点滴も含めてほとんどが持参していたようで、特別なものを除けば払い出す必要はなかったようです。薬も医療器材もそうですが、こちらが要望して送ってもらったものではないため、重複するものが多く、一か所に集める



市街地の木造家屋は完全に破壊され流された



市役所(右)前に集められた車の残骸



県立高田病院 2 階内部



タンクローリーや車も流された

のにも苦勞していたようです。とくに冷所保存、冷暗所保存の医薬品や抗生剤を含めた点滴類は場所が狭いため、置くところを決めるのに困っていました。

各避難所は医療ボランティアが入って治療に当たっていましたので、私たちが出向く必要はありませんでした。私自身は院長先生の指示で医療ボランティアが入っていない田舎や山間地域の集会所や民家に避難している患者さんと往診依頼のあった患者さんを高田病院の医師や応援に来ていた医師と午前 1 回、午後 1 回の割合で廻りました。ほとんどが以前にどなたかが診察されており、薬も処方されている患者でしたので、内科系の患者をあまり診ることがなかった私でも Do 処方と、あとは患者さんの症状や要望を聞いてカゼ様症状、咳や便秘、不眠症の薬を追加する程度で何とか対応できました。

災害地医療の問題点

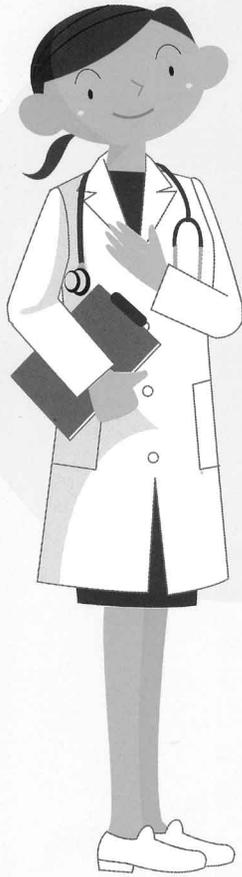
私は外科系の人間ですので、ケガや打撲など一寸した外傷の処置、ガーゼ交換や局所の感染処置は対応できると思い現地に行きましたが、そのような患者には 1 例も遭遇しませんでした。院長先生に尋ねてみると地震、津波による体の損傷は all or non で死亡しているか、生きているか、たまにいた重傷患者は受け入れ可能な病院へすぐ搬送したので、軽い外傷患者はほとんどいなかったそうです。私が行った時は瓦礫や家屋の処理をしていたボランティアの人たちのケガやクギを踏んだとか、カゼをひいた等の患者さんは結構いたようですが、それはそれぞれの避難所で対応していましたので、本部まで来る人はありませんでした。

次に困ったことは薬の問題です。私は「今日の治療指針」と聴診器は持参しましたが、薬に関する本は持って行きませんでした。いわゆるジェネリック薬品が多く、避難所で前に診察された先生の処方なんの薬かわからないものが多く、本部に戻り薬剤師の方々に調べてもらい、問題がないことを確認するのが大変でした。それと内科系の先生が処方された薬は種類も量も多く、本当にこれだけ全部服用できるのか心配でした。その他抗不安薬、抗精神薬の投与はほとんど経験がありませんでしたので、私の方も不安になり、他の医師

に何度も尋ねました。被災地に行って患者さんを診る場合、必ず処方薬、治療薬の本を持参することが大切と感じました。

次に困ったことはトイレの問題です。電気は比較的早く回復したようですが、水道や下水の復旧は相当時間がかかると聞きました。大勢の人たちが避難していた学校や体育館などではどうしていたか確認しませんでした。われわれ本部では診療要員のほか患者さんも含めて常時 50 人位はいたかと思いますが、トイレは一か所、入り口に大きなバケツが 2 つあり、「様足しの際は柄杓 1 杯の水を流してください」と書いてありました。その他入り口にはエタノールのスプレー、便器のそばには次亜塩素酸が入ったスプレーが置いてありました。手洗いもそのバケツの水を使っていました。まだ寒い時期でしたので、O-157 やノロやロタウイルス、腸炎ビブリオなど所謂感染性下痢症はありませんでしたし、インフルエンザも流行せず幸運でした。感染症に対して手洗いも十分できないのが心配でした。

院長先生をはじめ被災した高田病院の医師や看護師、事務の人は陸前高田市から約 20 km 離れた隣の住田町の県立医療センターに避難し、そこで寝泊まりしていました。そこには入院患者さんはいませんでしたので、われわれの寝るところは病室、食事は看護ステーション、電気調理器でなんでもでき、非番の看護師さんが、おいしい食事を作ってくれました。私には昼ごはんとしておにぎりを 2 個持たせてくれ、被災地に行ったわりには快適に過ごすことができ、皆さんに感謝しつつ帰ってきました。



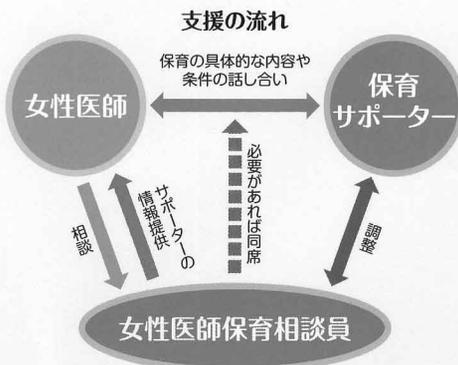
ホッ！これで安心。

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)



- 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。



山口県医師会 保育サポーターバンクをぜひ活用ください。

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

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!

今月の視点

日本医師会長選挙をひかえて

専務理事 杉山知行



この 4 月、山口県医師会も新しい医師会長となつて、新たなスタートを切る。折りしも日本医師会長も 4 月 1 日に選出される。この機に医師会が今後の医療や社会保障の分野で、果たすべき役割や方向性を考える上で、現在の日本がおかれている状況を改めて見つめ直してみるものが必要かなと思う。

去年は日本にとって本当に象徴的な出来事があった。3 月 11 日の東日本大震災の津波とそれによる原子力発電所の事故である。その後の定期点検で一担停止後、再可動しない原発の続出で、今年の夏には全原発の停止が目前である。近年、製造業を主とする企業の海外移転が着実に進捗しつつある中、昨年来のさらなる円高に加え、雨期のタイの工場地帯への水害(これにより自動車をはじめとする日本企業群への長期の被害があった)による実際的損害に加え、心理的ダメージも大きかったと思う。存立を考えざるをえない企業は損益やリスクコントロールとして、ますます海外移転をせざるを得ないと思う。本日、国内で唯一の DRAM 製造会社であり、国もその必要性を認めて資金を投入し、経営再建中であつた半導体大手エルピーダメモリが破綻したというニュースを知った。負債総額は 4,480 億円で製造業としては過去最大とのこと。

このような中、外国に比べて高いが、安定供給されていた電力消費量の多い企業は、当然海外で

の生産に主力を移すであろう。国内空洞化はさらに進むこととなる。

「あなたが国のトップとしたら、どういう選択にしますか？」

話かわって社会保障財源。今回の 0.004% アップの診療報酬改定。前回のアップに続いて、少なくともマイナスにはならず、小泉政権時代のマイナス続きのひどい時期とは違って、無床診療所の経営者の私としては、不満ながらも一安堵といった心境。

しかし落ち着いて先を考えると、これから扶養の高齢者が増加の一途なのに、働き手は少なくなる一方の上、その人たちの働く場所も段々少なくなる(先述の産業空洞化)問題がある。

一担市場が弱いと判断すると、一極集中的に攻撃を受けているギリシャなどの状況をみていると、日本国の財政状態も、そうウカウカしてもおれない状況が現実化しつつある。消費税は上げたいが(少々あげても国の財政がすぐ好転する状況には遠い)、景気を損ねてかえって税収が減少する可能性もある。最近日銀があれだけ拒否感を示していた「インフレ・ターゲット」目標を實際上掲げたのも、デフレ状態の長期化、深刻化と消費税アップの環境整備の一連の動きであろう。

「あなたが国のトップなら消費税を上げますか?」、「私は国のトップではない」、「そうですね……」

次に TPP 問題。先程から述べているように、貿易で食っていかなばならぬわが国としては、非常に重要な問題。貿易をより広く自由にする方向は良いと思うが、いろいろな利害・事情が複雑に入り組んでいて、私はまだ理解が十分でなく、結論は出せていない。関税（経済）が主の問題というより、制度や考え方の問題の方が大きいように思う。果てはグローバルな経済環境が本当に、人類により幸福をもたらすかどうかという問題も残る。いろいろなレベルの「地産・地消」もある方が、幸福で便利かつ有意義という面もあろう。食料（水・その他…）、安全保障の観点からの主張はあって当然だろう。米国は自分の都合の良い時（例えばイラクやアフガン攻撃の際）は単独行動さえ行う。経済の問題での差異などささいなことで、わが方としては強く主張しても良いと思う。独立国として当然のことだが、安全保障を自ら行っている国は決断しようと思えばできるし、強い。そういった観点からみれば TPP は勃興覇権国中国に対する衰退傾向をみせ始めた覇権国アメリカの集団安全保障の経済的一面ととらえることができるかもしれない。同じ覇権国なら中国よりアメリカの方がベターだとして、独立した安全保障政策をもたないわが国としては、対中経済安全保障政策的 TPP に乗らざるを得ない面はある。現在の私の意見としては TPP は一応参加する姿勢をみせて交渉には入る。しかし、脱退の覚悟をもって、譲れないことは、断固として主張する。しかし、そうは言っても、安全保障を他国に委ねる身としては、譲れないことと思いつつも譲らざるを得ない事項は多々あると思う。安全保障を他国に委ねた国の悲哀であり現実である。しかし、現在の民主党政権で実際アメリカと交渉しうる能力があるかどうか、非常に危惧している。TPP の話をするつもりが、安全保障の話になってしまった。

「あなたは憲法第 9 条を維持したいと思いますか？それとも改定した方がいいと思いますか？」

世界は今も変革のまっただ中にある。衰退傾向をみせ始めた覇権国アメリカと勃興覇権国の二極が基本構築となる一方で、経済は多極化し、アジアを主体とした新興国の隆盛も続く。また情報が行き交い、政治的自由度も全世界で進展せざる

を得まい。宗教・文化の違いによる摩擦も同様に続くであろう。こうした厳しい世界情勢の中、独特の文化と民度をもった日本の生きていく道は必ずあると私は確信するが、それにはスピード感をもった決断と選択と集中が必要であろう。それを行うのは正に政治であろうが、今の状況ははがゆい。なおしばらくの熟成の時間が必要なのであろうか。

以上のような状況を踏まえ、医師会のとる態度についてであるが、これからの日本の将来を考えると、社会保障、特に医療や福祉へ向ける費用は小さくならざるを得ないであろう。政策を決めるのは政治であるので、ある意味政治と密接にかかわざるを得ないが、どのようなかわり方をしようかと従来のような大きな支出は期待しにくい。全体の中で厳しい的確な判断を行うとともに、医療・福祉の領域では、その少ない資源をいかに有効に使うか留意し、この分野の専門家集団として政治や一般国民に対して、提言をしていくということであろうか。

原中現医師会長は曲がりなりにも 2 期プラス改定を獲得した。正に民主党政権寄りであるが、本人は「民主党にお願いのスタンスは取っていない。日本の医療がどうあるべきかといった立場から、医療の現状を訴えて理解いただいた」と言われている。原中会長の補佐役であった福岡の横倉副会長も立候補された。森京都府医師会長は前回同様「日本医師会の役割は、どの政党に偏することなく、社会保障や医療政策の提言をしていくことである」との主張である。直接選挙ではないため会員の関心は今一つだが、ここは代議員に働きかけたりする手もある。

いずれにしても日本の現実には厳しい、国民の一人ひとりがしっかり考えた上で、決断し行動することが現状を打破する源泉となろう。

フレッシュマンコーナー

新人開業医の戯言

防府医師会 手山産婦人科 手山知行

防府に開院して間もなく 2 年が経とうとしています。勤務医時代に開業したこういう風になるのではなからうかと思っていたことが、開業してみるとそれがかなり違っていることが多々あることに、つくづく(しみじみ)思います。今回は勤務医であった時の視点、そして開業してからの視点を鷹揚な感じで綴ってみようと思います。

【地域医療】について：山口大学の産婦人科に入局して 20 数年勤務医でした。下関、柳井、周防大島、新南陽、徳山そして山口と、山口県を西東と勤務してきました。山口県は幸いにも大きな中核都市がない代わりに、中規模都市が点在していて、その中規模都市である程度独立した営みができています。よって私も赴任地では(大島は除く)何不自由なく生活できました。また医療もしかりで、一般にはどの中規模都市もその市内で事なきを得ていました。病院勤務時代のことですが、どこの施設でも会議であれば必ず経営のことを最優先していました。つまり、よりよい医療を提供するためには病院が健全でなくてはならない、これが医療施設共通の理念だと思えます。これは致し方ないかなと思います。勤務医の考え方も、収益を上げれば病院あるいは地域に貢献したという考えが定着し、特化の進む診療科もあります。逆に地域には必要なのに収益が見込まれないので規模縮小、あるいは廃止といった憂き目を見た診療科もあります。ここに病院としてのジレンマがあるのです。それは経営破綻、将にそのものがその地域医療に対する大ダメージを与えるということだからです。病院と医院の違いは患者さんサイドからも見受けられます。「私は〇〇病院で手術をしてもらいました。」あるいは「〇△病院に通っ

ています。」という患者さんがほとんどで、偶に「〇〇先生にかかっています。」という人がいるくらいです。それに対して、個人施設(医院)は患者さんが当たり前ですが、必ず院長の名前を掲げます。「〇〇先生に診てもらってます。」と、これはどうしてでしょうか。私が思うに個人医院の先生は経営は自分なりのスタイルででき、(個性が強く出せる、あるいは出る)患者も選択して受診できる、ということと、利潤追求を最優先しなくてよいということです。(できれば経営も健全でやりたいものですが)。また転置、転勤もなく長年地域の住民に密着した医療が提供できるので、その思いがおのずと患者サイドにも伝わっているのではないのでしょうか。いうなれば開業医の財産はそういう地域住民そのものではないのでしょうか。最近はそういった思いが強くなりました。

【医師会】について：私は産婦人科の勤務医でしたので医師会には大学勤務を離れてからは諸事情によりすぐに入会しました。勤務医の同僚の中には医師会とは無縁の先生も多々いましたから当初、「なんで？」と思ったこともありましたが、またその頃は医師会とはほぼ無縁で、日本医師会雑誌、県医師会報、市医師会報が来た時には、ああそうだったと思うくらいでした。同業(産婦人科)の開業医の先生方、高校の同窓である開業医の先生方、そして地元が一緒の先生方。これらの方々が医師会でも見識のある先生でした。いわば、医師会とは私にとって“少しきな臭いにおいのする空気”みたいなものでした。つまり、なくてはならないが思いっきり吸い込むのはいやということでしょうか。それでも年もとり、少しずつ医師会との交友が多くなりだしたのが、開業する直前に

いた済生会山口総合病院でした。病院内でテニスの同好会を作り、開業医の先生方と、あるいは山口赤十字病院の先生方とプレーをし、交友を深めたことを覚えています。勤務医はよく地域の開業医の先生方から患者さんの紹介を受けます。面識のない先生でも、テニスで知り合ってから気持ちは問題もありますが、紹介の返事、逆紹介がスムーズにいくようになったと思います。(面識ということが大切だなと思った次第です。)次に山口市医師会では会報委員が約 10 名いて、済生会山口総合病院と山口赤十字病院は必ず 1 名を送りださねばならず、私の病院(済生会)は輪番で医師会に送り出していました。私にも順番が回ってきて、月 1 回の医師会報最終校正及び会議に出席していました。医師会報最終校正は 1 時間余りの短い時間でしたが、病院内では決して聞けない巷の情報、開業医の先生方の動向などが聞けて、とても新鮮でした。それでは今度は開院(開業)してからの視点ですが、医師会とは開業医の各医師会からの連絡事務所、医師会員の修身の場、医師の互助会、そしてスタッフの養成機関(看護学校)とっていました。今でもやはりそ

う思っていますが、しかし互助会的存在が大きいのではと思います。病院は、理事長、院長はじめ、複数の経営陣、そしてその他大勢のスタッフがスクラムを組んで互助していますが、開業医は基本 1 人です。開院当初から医師会事務局、医師会員の方がより親身に対応してくれて、医師会はいわば孤独でやるせない開業医のオアシス的存在でしょう。また防府は医師会立の看護学校を保有しています。世間、種々の他業界からはその存廃をいろいろ言っていますが、私の施設にても学生勤務者がいますし、看護実習(母性、分娩など)を行っています。率直なところの意見をこの場を借りて述べますと、防府の看護学校の生徒は、第一線の医療現場にその身を置きながら学業に励んでいるので、いわゆる純粋な“学校生”より患者に対する思いやり、医療現場における臨場感、良識が学年を重ねるごと備わっていると感じます。看護師は机上の学問では絶対にはないのですから。最後に、現在医師会の皆様にいろいろなお誘いを受けておりますが、なんせ業種が業種なものでなかなか時間が取れなくすみません。いずれの日にかを期しております。これからも宜しく願いいたします。

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

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**

選挙

第 168 回山口県医師会代議員会

～新執行部を選出～



と き
平成 24 年 2 月 16 日 (木)
15:00 ~ 15:29

ところ
山口県医師会館

定刻、事務局長より山口県医師会定款第 27 条第 2 項に基づく次期役員等を選挙するための代議員会の開会が告げられ、木下会長の挨拶に移る。

協力のほどよろしくお願ひいたします。

会長挨拶及び仮議長選出

木下会長 本日は年度末のご多忙の中ご参集いただき誠にありがとうございます。本日の会議は、定款及び選挙規則の定めるところにより、次期役員等の選挙を行うためのものであり、来る 4 月 1 日からの代議員会正・副議長、執行部、その他の機関が立派に成立いたしますよう、よろしくお願ひいたします。



それでは議長が選出されるまでの間、慣例により最年長議員に仮議長をお願いすることにしたいと存じますが、よろしいでしょうか。(拍手)

ご賛同をいただきましたので、本日まで出席の代議員の中で最年長である岡本富士昭議員に仮議長をお願いしたいと存じます。岡本先生、よろしくお願ひいたします。

—岡本仮議長、議長席につく—

岡本仮議長 議長が選出されるまでの間、しばらく議長の職を務めさせていただきます。皆様、ご

人員点呼

岡本仮議長 では、選挙人の点呼をお願いします。

—事務局長、点呼を行い代議員定数 64 人中、出席者 56 名であり、定款第 35 条の定足数を満たしていることを報告—

岡本仮議長 ただ今報告のように会議は成立いたしました。それでは、選挙を行いますので議場を閉鎖し、代議員の方々の議場からの出入りを禁止することにいたします。

会議録署名議員の指名

岡本仮議長 本日の会議録署名議員の指名を行います。曾田貴子議員、西村公一議員のお二人をお願いいたします。

議長互選

岡本仮議長 では、「第 1 号 代議員会議長の互選」を行います。(事務局長、第 1 号を朗読)

山口県医師会代議員会議長の候補者は保田浩平君 1 人であります。この場合、選挙規則第 23 条の規定により、投票を行わないで保田浩平君を当選人と決定することにご異議はございませんか。

(異議なしの声)

代議員会議長には保田浩平君の当選が確定いたしました。

議 長 保田 浩平 岩国市

岡本仮議長 ここで私の任務が終わりましたので降壇いたします。ご協力ありがとうございました。

—保田議長、当選挨拶の後、議長席につく—

副議長互選

保田議長 「第 2 号 代議員会副議長の互選」を行います。

(事務局長 第 2 号を朗読)

ただ今朗読いたしましたように、候補者は猪熊哲彦君 1 人であります。

よって、選挙規則第 23 条の規定により、猪熊哲彦君を当選人と決定することにご異議ございませんか。

(異議なしの声)

代議員会副議長には猪熊哲彦君の当選が確定いたしました。

副議長 猪熊 哲彦 宇部市 (新)

議事運営委員の選任

保田議長 次は会長選挙であります。選挙に入る前に議事運営委員の選任についてお諮りしたいと思ひます。

委員の定数は、代議員会議事規則第 4 条第 2 項に「委員の定数は 8 人とし、そのうち 2 人は議長、副議長とする。」と規定されておりますが、いかが取り計らいましょうか。

(議長一任の声)

議長一任ということですので、議長、副議長のほかに 6 人の方を私から指名させていただきたいと思ひます。嶋元 徹君、八木田真光君、岡本富士昭君、秀浦信太郎君、西村公一君、前濱修爾君の各議員にお願いしたいと思ひます。ご異議は

出席者

大島郡 嶋元 徹	宇部市 西垣内一哉	岩国市 小林 元壯
玖珂郡 河郷 忍	宇部市 森谷浩四郎	岩国市 保田 浩平
熊毛郡 曾田 貴子	宇部市 西村 滋生	岩国市 大島 眞理
吉南 田村 正枝	山口市 吉野 文雄	岩国市 小野 良策
吉南 西田 一也	山口市 野口 哲彦	小野田市 西村 公一
吉南 吉松 健夫	山口市 矢野 秀	小野田市 長沢 英明
厚狭郡 河村 芳高	山口市 野村 耕三	光市 平岡 博
美祢郡 吉崎 美樹	萩市 八木田真光	光市 丸岩 昌文
下関市 石川 豊	萩市 中嶋 薫	柳井 前濱 修爾
下関市 長岡 榮	徳山 岡本富士昭	柳井 内海 敏雄
下関市 森岡 均	徳山 津田 廣文	長門市 天野 秀雄
下関市 時澤 郁夫	徳山 佐藤 信一	長門市 岡田 和好
下関市 坂井 尚二	徳山 竹内 憲	美祢市 野間 史仁
下関市 宮崎 誠	徳山 津永 長門	山口大学 三浦 俊郎
下関市 口羽 政徳	防府 神徳 眞也	
下関市 永山 和彦	防府 清水 暢	県医師会
下関市 堀地 義広	防府 山本 一成	会 長 木下 敬介
下関市 上野 雄史	防府 内平 信子	副 会 長 吉本 正博
宇部市 猪熊 哲彦	防府 松村 康博	副 会 長 小田 悦郎
宇部市 矢野 忠生	下松 秀浦信太郎	専務理事 杉山 知行
宇部市 綿田 敏孝	下松 篠原 照男	監 事 山本 貞壽

ございませんか。

(異議なしの声)

ご異議がないようでありますので、議長、副議長のほか、ただ今ご指名いたしました 6 名の議員を、議事運営委員に選任することに決定いたします。

議事運営委員	嶋元 徹	大島郡 (新)
同	八木田真光	萩市 (新)
同	岡本富士昭	徳山
同	秀浦信太郎	下松 (新)
同	西村 公一	小野田市 (新)
同	前濱 修爾	柳井

会長選挙

保田議長、「第 3 号 会長選挙」を上程。定数 1 人、候補者 1 名であり、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。

会 長 小田 悦郎 宇部市 (新)

副会長選挙

保田議長、「第 4 号 副会長選挙」を上程。定数 2 人、候補者 2 名、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。(受付順)

副会長 吉本 正博 下関市
同 濱本 史明 吉南 (新)

理事選挙

保田議長、「第 5 号 理事選挙」を上程。定数は 13 人、候補者 12 名(立候補締め切り後 1 名辞退)、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。(受付順)

理 事 河村 康明 光市
同 沖中 芳彦 宇部市 (新)
同 山縣 三紀 防府
同 加藤 智栄 小野田市 (新)
同 藤本 俊文 岩国市 (新)
同 弘山 直滋 下関市
同 林 弘人 下関市
同 香田 和宏 徳山 (新)

理 事 田中 豊秋 徳山
同 萬 忠雄 山口市
同 今村 孝子 山口市 (新)
同 中村 洋 山口市 (新)

保田議長 なお、欠員対応につきましては、4 月 26 日開催予定の定例代議員会で補欠選挙を行うこととなります。

監事選挙

保田議長、「第 6 号 監事選挙」を上程。定数は 3 人、候補者は 3 名、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。(受付順)

監 事 山本 貞壽 萩市
同 藤野 俊夫 下関市
同 武内 節夫 下松

裁定委員選挙

保田議長、「第 7 号 裁定委員選挙」を上程。定数 11 人、候補者 11 名、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。(受付順)

裁定委員 内田 潔 宇部市
同 松村 茂一 防府
同 浜田 克裕 柳井
同 中村 克衛 小野田市
同 三井 清 岩国市
同 津永 甲次 徳山
同 中野 洋 厚狭郡
同 伊藤 肇 下関市
同 吉村 康 長門市
同 荻野 和彦 下松 (新)
同 三好 正規 吉南

日本医師会代議員選挙

保田議長、「第 8 号 日本医師会代議員の選挙」を上程。定数 5 人、候補者 5 名、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。(受付順)

日医代議員 河村 康明 (新)
同 小田 悦郎
同 弘山 直滋 (新)



日医代議員 吉本 正博
同 濱本 史明 (新)

日本医師会予備代議員選挙

保田議長、「第 9 号 日本医師会予備代議員の選挙」を上程。定数は 5 人、候補者 5 名、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。

日医予備代議員 山縣 三紀 (新)
同 林 弘人 (新)
同 田中 豊秋 (新)
同 武藤 正彦 (新)
同 萬 忠雄

山口大学医師会推薦理事の選任

保田議長 引き続き、本代議員会に付議されました議案第 1 号を議題といたします。
(事務局長、議案第 1 号を朗読)

杉山専務理事 議案第 1 号をご説明申し上げます。山口大学医師会の推薦にかかる理事の選任については、定款附則第 5 項に規定がありますが、定款第 14 条に規定する理事の定数 16 人以外に、さらに 1 名を代議員会の議決により、大学医師会から推薦のあった者を選任することができることになっております。大学医師会から推薦いただきました武藤正彦先生の理事選任について、ご承認をお願いするものでございます。よろしく願いいたします。

保田議長 これより質疑に入ります。質疑はございませんか。
(質疑なし)

議案第 1 号山口大学医師会の推薦する理事の選任について、採決いたします。

武藤正彦君を理事に選任することに賛成の諸君

の挙手を求めます。
(挙手全員)

全員賛成であります。よって、議案第 1 号山口大学医師会の推薦する理事の選任について議決を求める件は、武藤正彦君を理事に選任することに決定いたしました。

理 事 武藤 正彦

保田議長 なお、ただ今選出されました山口県医師会役員並びに日本医師会代議員・予備代議員の皆様には、本会は平成 25 年 4 月 1 日の新公益法人移行認可を目指しておりますことから、今後、お手を煩わすことも多いと思っております。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

以上で本日の代議員会の全日程を無事終了いたしました。ここで次期会長に選出されました小田先生にご挨拶をお願いいたします。

次期会長挨拶

小田次期会長 ただ今次期会長に選出いただきました小田です。120 年余の歴史ある山口県医師会の第 24 代目の会長ということになります。誠にありがとうございます。同時に、その任務の重さに身が引き締まる思いであります。また、吉本・濱本両副会長をはじめ、強力かつ優秀な役員を選出していただき、ありがとうございます。



世の中、大地震あるいは凶悪事件、自殺者の高止まり、また政治の混乱等、まったく先がみえない状況です。医療界においても、医療崩壊や医師不足と言われて久しいですが、まったく改善の兆しがありません。難題は山積みであります。この

4 月に日本医師会の役員選挙がございしますが、波乱含みの様相を呈しております。このような状況下ではありますが、山口県医師会は迷うことなく一丸となって、諸問題に取り



組んでいかなければなりません。そのつもりでおります。どうか代議員の皆様におかれましては、われわれ新執行部に対して絶大なるご理解ご協力をいただき、今後ともさらなるご指導ご鞭撻をお願いして、簡単ではありますが、挨拶とさせていただきます。本日はお忙しいところ、ご参集いただき、ありがとうございます。

木下会長 さきほどは有能な次期執行部を選出していただき、誠にありがとうございました。現執行部留任の役員以外にも 6 名の新任役員が加わりましたことは、新しいマンパワーが注入されて、新しい息吹や考え方が醸成されることと、大いに期待しているところでございます。小田次期会長が申されましたように、中央では政治にしても社会情勢にしても医療情勢にしても、混沌としております。長いトンネルからなかなか抜け出せない

のが現状であります。そのような状況下で、中央は中央、地元は地元と割り切って、山口県医師会はしっかりと足元を固めて、定款第 4 条にうたっております「県民の健康と医療に貢献する」という基本的な考えを貫いていただきたいと思います。新しい執行部がますます活躍でき、いい仕事が続けられますよう、代議員の先生方にはご指導ご鞭撻とご尽力を賜りますようお願いいたしますとともに、2 期 4 年間、現執行部を支えてきてくださいましたことに深く感謝申し上げます。お礼の言葉といたします。どうもありがとうございました。

閉会宣言

保田議長 以上で代議員会を終わります。代議員各位のご協力に厚くお礼申し上げます。

山口県医師会 新役員

任期 平成 24 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日

会 長	小田 悦郎 *	理 事	香田 和宏 *
副 会 長	吉本 正博		今村 孝子 *
	濱本 史明 *		中村 洋 *
専務理事	河村 康明 *	監 事	山本 貞壽
常任理事	弘山 直滋		武内 節夫
	萬 忠雄		藤野 俊夫
	田中 豊秋	代議員会	
	山縣 三紀 *	議 長	保田 浩平
	林 弘人 *	副 議 長	猪熊 哲彦 *
理 事	武藤 正彦		
	沖中 芳彦 *		
	加藤 智栄 *		
	藤本 俊文 *		

*は新任

第 44 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

と き 平成 24 年 1 月 29 日 (日) 9:30 ~ 16:00

ところ AOSSA 8 階 福井県民ホール

[報告 : 常任理事 萬 忠雄]

福井県医師会の担当により第 44 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会が福井市において開催された。

北村惣一郎若年者心疾患・生活習慣病対策協議会会長、第 44 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会会長の大中正光福井県医師会会長の開会挨拶ののち、原中勝征日本医師会会長の来賓挨拶があった。日医会長の参加は初めてのことであった。

午前中は、ワークショップ 1 があり、4 名の演者から福井市の小児メタボと今後の学校健診について紹介された。続いて、新潟大学医歯学総合病

院小児科講師の菊池 透先生の特別講演 1 が行われた。昼食時間中に評議員会が開催され、午後から総会が行われた。次いでワークショップ 2、特別講演 2 が開催された。

前日の理事会では、学術委員会報告、第 43 回総会報告、会計報告、役員補欠選任委嘱並びに辞任承認等が行われた。次回第 45 回総会は徳島市、次々回第 46 回総会は兵庫県で開催されることとなった。

プログラム

開会

挨拶

来賓挨拶

ワークショップ 1 「小児メタボと今後の学校健診」

- | | | |
|------------------------------|-----------------|-------|
| 1. 学校健診の現状と課題 | 敦賀市立角鹿中学校養護教諭 | 吉田 桃子 |
| 2. 学校健診を介した小児メタボ対策の可能性 | 福井県糖尿病対策推進会議副会長 | 笈田 耕治 |
| 3. 小児メタボが疑われる児童生徒への支援体制と栄養指導 | 福井県立嶺北養護学校栄養教諭 | 清川ひろみ |
| 4. 小児メタボの現状と治療 | 福井大学医学部小児科講師 | 畑 郁江 |
| 5. 総合討論 | | |

特別講演 1

「小児期からの生活習慣病予防の意義」 新潟大学医歯学総合病院小児科講師 菊池 透

評議員会

総会

ワークショップ 2 「若年者の突然死」

- | | | |
|--|------------------------|-------|
| 1. 当院における若年突然死症例の検討 | 福井循環器病院小児科医長 | 西田 公一 |
| 2. 福井市における小学校中学校心臓検診の現状について (平成 14 年度以降) | 福井市医師会学校医・健診・地域医療委員会委員 | 寺尾 岳 |
| 3. 福井県における AED 普及活動への取り組み | 福井県 AED 普及啓発協議会委員 | 島田 耕文 |
| 4. 命のバトン 救える命 つながる命のために | NPO 法人命のバトン代表 | 川崎 眞弓 |
| 5. 総合討論 | | |

特別講演 2

「検診で見逃しやすい重篤な不整脈の診断と治療」 近畿大学医学部小児科特任教授 中村 好秀

総括

閉会

山口県医師会警察医会第 10 回研修会

と き 平成 24 年 1 月 21 日 (土) 15:00 ~ 18:00

ところ ホテルニュータナカ 2F 「平安の間」

報告：萩市医師会 山口県医師会警察医会副会長 松井 健

最初に

今回の研修会は、平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災に際し、県内関係機関がどのように対応したのかを、お互いに理解・勉強する意味で、警察活動協力医はもちろんであるが、警察・消防・救急のスタッフの方々にご参加をいただいた。

当日は、山口県医師会（含む山口県医師会警察医会会員）から 37 名、山口大学法医学教室から 7 名、山口県警察本部（含む警察官、検視官）から 5 名、消防・救急関係から 17 名が参加された。

4 名の演者により、それぞれの立場から被災地での活動を講演していただいた。

内容が多いため山口県医師会報掲載の都合上、2 回に分けて掲載する。

なお、本報告内容は各演者の先生に目を通していただき、掲載の許可をいただいて掲載していることを申し添える。

研修会の司会進行は山口県医師会理事 河村康明先生が務められた。

河村康明先生の開会挨拶の後、東日本大震災で被災された方々に対し出席者全員起立の下、黙祷が捧げられた。

山口県医師会 木下敬介会長 本日は本研修会にご出席いただき、誠にありがとうございます。

平成 18 年 6 月 3 日に山口県医師会警察医会が設立されて 6 年になります。この会を設立した理由は、平成 13 年、14 年、15 年と九州・山

口各県医師会災害・救急医療担当事務連絡協議会が開催され、この時に DMAT、JMAT 以外にも、広域災害や大災害時には死体検案が非常に重要な問題であると認識し、山口県医師会にも警察医会を設立しようと考えたわけであります。

また、もう一つは、警察活動協力医の組織強化、研修、活動力増強を目的と致しました。本会が設立されて以来、研修会を開催して参りましたが、その大きなテーマは死体検案についてです。

記念すべき第 10 回研修会に、東日本大震災の実際の事例を演題として取り上げることになり、何か因縁めいたものを感じるわけであります。

今後もこの会を通じて、通常の警察活動協力医活動以外に、大災害時に対応できるような組織作り、研修会をやって参りたいと考えています。

この 2 月には、藤宮教授による 6 回の講演会記録が冊子として発刊の予定であります。

本会第 8 回研修会からは警察・消防関係者の参加をお願いし、また今回からは山口県歯科医師会からの参加をいただくようになりました。そのような意味で、この会は進化しておるわけであります。今後も本会が皆様のご協力によりまして、益々発展することを祈念致しまして挨拶とします。

山口県医師会警察医会 天野秀雄会長 本日は山口県歯科医師会様のご臨席を賜り、ありがとうございます。

平成 24 年 1 月 19 日の新聞によりますと、今回の東日本大震災で、死亡が 15,847 名、行方不

明が 3,391 名であったと報道されました。死亡者は、岩手県 4,667 名、宮城県は 9,506 名、福島は 1,605 名の死者が確認されています。その他、千葉県、茨城県、青森県でも死者が確認されています。

本日は東日本大震災発生後早期に、実際に現地に行き、活動された方々に講演をいただきます。

宮城県警察医会と連絡が取れましたが、宮城県は「14 大都市医療連絡協議会」があり、この協議会が機能したため、非常に早くから各種の対応ができたそうです。今後はこのような体制作りが全国モデルになるのであろうと考えています。

それでは、早速講演を始めます。

4 名の講師による講演の司会は、山口県医師会警察医会会長 天野秀雄先生が務められた。

講演「東日本大震災での死体検案」

1. 「東日本大震災に伴う災害派遣勤務を通じて」

山口県警察本部捜査第一課検視官 東 崇志

岩国警察署生活安全課長を経て、平成 21 年 4 月 1 日から山口県警察本部捜査第一課で検視官を務めている。本部に転勤と同時に広域緊急援助隊刑事部隊長を任命され、以来その任についている。この度の東日本大震災では災害派遣勤務に隊長として 2 回出動した。今から自分が経験したことをお話する。

スライド提示

自分たちが最初に行った宮城県女川の女川町町民陸上競技場である。山口県でいうと維新公園のような所と理解していただければ良いと思う。

ここに白いものが見えるが、これはテントである。ここに検視の終わったご遺体を安置した。もともとはソフトボールやグラウンドホッケーをする場所である。自分が最初に行った時はまだこのように多くのテントはできていなかった。自分が行った時はテントが 3 列であった。

ここは陸上競技場で使用するハードル・バー・マット等の備品を収納する建物である。この建物の横にテントが一張りあるが、ここがご遺体の受付である。検視は建物の中で行った。

スライド提示

広域緊急援助隊刑事部隊とは、大規模な災害発生時に死者の検視又は死体見分及び遺体引渡を行う部隊で、平成 18 年 3 月 9 日に設置された。

検視班 8 人、遺族対策班 2 人の計 10 人体制である。出身は捜査第一課、鑑識課、機動捜査隊、警察県民課からである。

スライド提示

3 月 11 日：震災発生。自分は事務所のテレビを見ていた。直ちに出動の準備をした。備品の確認、無線機、車両の準備をした。

3 月 12 日：執務室の方に管区から電話連絡があった。「近畿以東の刑事部隊は災害地に出動している、中国管区部隊はまだスタンバイの状態である」とのことであった。「同日 20:00 以降、本日は中国管区部隊の出動はない」とのこと帰宅した。

3 月 13 日：管区の方から、「出動要請があるかもしれないので準備しておくように」という連絡が何回か入った。

自分は本部を出て散髪をしていたら、15 時前に中国管区部隊の出動要請があった。そのまま本部に行ったが、管区からの具体的な指示は全くなかった。隊員の寝袋、衣類、水、食料、各種必要物品を準備した。「とにかく出動せよ」と命令があった。目的地、集合場所は指示がなかった。現地ではご遺体の収納袋が不足しているという情報があったため、本部にストックしてあった、ありったけの収納袋を車両に積んだ。出発に際し統括検視官と各課の課長から激励の言葉をいただいた。

同日 17:00 に山口県警察本部を出発した。このような場合、食料と水は、自前で 72 時間分の準備をする必要があったので、アルファ米、乾パン、水などは確保していた。しかしこれだけでは十分ではないと考え、道中、防府東インター近くのスーパーにて 10 人分の水、食料、缶詰、ハム、チョコレート、飴などを購入した。管区からは特別な指示はなかった。

その後、出発 90 分後に、管区から無線で「出動中の部隊は最寄りのサービスエリアで待機せよ」との命令があった。下松サービスエリアで待機した。

その後、無線で、「3月15日の午前8時から午前9時の間に宮城県菅生サービスエリアに集合するように」との連絡が入った。これにて、派遣先が宮城県だということがわかった。下松サービスエリアを20:00に出発した。

運転手を交代しながら、給油、休憩をして、翌日(3月14日)午前11時には東名高速を抜けていた。途中、渋滞が予測されたが渋滞はなかった。集合が3月15日なので1日余裕があった。疲れていたの宿に一泊して疲れを取ろうとした。宿を探したが空きがなかった。やっとのことで米沢市のビジネスホテルが確保できた。ここに1泊した。まさかここで入った風呂が最後になるうとはその時は思わなかった。隊員と夕食に出かけたが、物が極度に不足しており、飲食店は閉店していた。大きいスーパーに買出しに行ったが食料品は全くなかった。缶ビールと柿ピーだけ買った。結局これが夕食となった。

3月15日:午前9時に集合場所に集結した。宮城県警察本部で勤務場所が決まり、女川に行くことになった。

スライド提示

宮城県女川の写真である。木造の建物は全部倒壊し、鉄筋のビルもぼろぼろである。

3階建てのビルの上に車が乗っている、人の気配は全くない、音もしない、人間の生活感が全くない。

スライド提示

斜めに倒れて倒壊寸前のビルである。

スライド提示

電車が脱線し、周囲は瓦礫が散乱している。

スライド提示

海に近いところではすべての建築物が倒壊している。鉄筋のビルがかつつが原形を留めている。電柱も倒れている。

スライド提示

郵便局である。窓ガラスはすべて割れ、2階建てのビルの屋上や周囲に瓦礫が散乱している。

2 現地での活動について (1) 派遣期間及び派遣先

	派遣期間	派遣先
1	3月15日～3月22日	宮城県牡鹿郡「女川町総合運動公園」
2	3月22日～3月29日	同 上
3	4月26日～5月2日	宮城県気仙沼市「スパーク気仙沼」
4	5月3日～5月9日	同 上

(2) 検視件数(山口県警扱い)

- 女川町総合運動公園～131体
- スパーク気仙沼～27体

(3) 検視要領等(女川総合運動公園)

- 遺体収容後、遺体受付を終了した収容死体は、陸上競技場の通路、役員室に安置
- 遺体受付表を作成後、身元判明死体と身元不明死体に分類
- 陸上競技用倉庫に併設されたテント内で検視
- 検視終了後、死体検案書を作成
- 遺体安置場所(仮設テント)に遺体を安置

現地での活動のまとめである。

山口県からは全部で4回出勤した。

検視件数は、女川町総合運動公園で131体、スパーク気仙沼で27体であった。

最初の派遣期間の時は、検視班は36班、宮城県警察本部が232名、他県からの派遣部隊が265名、合計497名で、県下36会場で検視に当たった。

4回目の派遣期間の時は、検視場所は9会場に縮小され、宮城県警察本部が182名、他県からの派遣部隊が100名、合計282名で検視に当たった。

検視要領はスライドの通りである。

スライド提示

女川町町民陸上競技場の写真である。この中にご遺体が安置されてあった。

スライド提示

同じく女川町町民陸上競技場の写真である。

スライド提示

ご遺体の受付である。ご遺体に番号をつけて、取り扱いに間違いがないようにした。テントでやっていた。

スライド提示

検視の終了したご遺体は仮設テントに安置した。現場には約 100 余りのテントが並んでいた。

スライド提示

自衛隊が設置した簡易の風呂である。

スライド提示

テントの中にブルーシートを敷き、この上にご遺体の入った棺桶を並べていった。このテントの中には 30 のお棺が安置してあった。実際の話、現場では棺桶が足りなくて業者が持って来たのだが組み立ててなかったため、業者と警察官が金槌を持って棺桶を作っていく状況であった。

スライド提示

身元判明死体の場合、ご遺体の写真撮影を行い、損傷の有無の確認を行い、検案医による死体検案書の作成を行った。

スライド提示

一方、身元不明死体の場合、ご遺体の写真撮影を行い、損傷の有無の確認を行い、身体的特徴の確認・写真撮影を行い、指紋採取・DNA 資料の採取（心臓血が採取可能であれば心臓血を採取した、心臓血が採取できない症例は爪や骨を採取した）を行い、歯科の先生にデンタルチャートの作成をお願いした。

スライド提示

実際の検死の現場である。島根県警察派遣部隊が検視を行っている。島根県は検視台を持って行ったので検視台の上で検視をしている。

スライド提示

山口県広域緊急援助隊刑事部隊による検視の現場である。山口県は検視台を持って行かなかったため、地面の上で検視を行った。そのような環境下ではあったが、山口県は身元不明死体の処理が速いと評判になり、身元不明死体は山口県にまかせるといことになり、多くの身元不明死体が山口県にまわって来た。これはご遺体から指紋を採取している所である。着衣は全部脱がせてビ

ニール袋に収納した。

スライド提示

同じく、山口県広域緊急援助隊刑事部隊による検視の現場である。多い日は、1 日に 28 体の検視を行った。

この後何枚かスライドが紹介されたが、現場では警察が持参した機材、現場で調達したテーブルや機材をなんとか上手に配置して、少しでも検視業務を効率的に実施するべく努力の跡がみられた。やる気があればこのような環境下でも立派に検視ができるのだということを示すような、鬼気迫る写真であった。きれいなご遺体もあれば、泥で汚れた、あるいは腐乱して変色したご遺体もあり、さまざまであった。

スライド提示

活動を通じて感じたことを述べる。

①関係機関との連携が重要であると思った。警察が検視をしても、警察活動協力医がいなければ死体検案書を作成できない。歯科医師がいなければデンタルチャートが作成できない。葬儀社がいなければ棺桶の手配ができない。ご遺体収容場所の確保、埋葬場所の確保等で行政の協力が必要である。

②組織力が重要であると思った。警察の組織力のみならず、法医学会、医師会、歯科医師会の組織力も素晴らしかった。

③事前準備と臨機応変、いつ何時何があっても対応できる心構えが必要であると思った。

つたない報告ではあったが以上で終了する。

この度の出勤は、自分の警察人生においても貴重な経験になったと思っている。

2. 「東日本大震災に伴う緊急消防援助隊の活動」

長門市消防本部 救急救命士 岩本 明

天野先生から、今回の東日本大震災の活動について話をしてほしいと依頼があり、消防は死体検案には関与していないが、消防の活動を通じて皆様方にお役に立つことがあるかと思い、お受けした次第である。

スライド提示

東日本大震災は、平成 23 年 3 月 11 日（金）、14 時 46 分頃、三陸沖（北緯 38.1 度、東経 142.9 度）、宮城県石巻市牡鹿半島の東南東 130km 付近を震源地として発生した。地震の深さは 24km、規模はマグニチュード 9.0 であった。

スライド提示

東北の地図である。山口県の緊急消防援助隊は宮城県石巻市に入っている。ここが宮城県石巻市で、ここが福島第一原発である。ここが震源である。

スライド提示

この度の震災時は緊急消防援助隊として出動した。

緊急消防援助隊とは、平成 7 年 1 月の阪神・淡路大震災において、指揮統制や応援部隊の運用面で多くの課題を残した教訓を踏まえ、国内で発生した地震等の大規模災害時における人命救助活動等を、効果的かつ充実したものとするため、全国の消防機関相互による迅速な援助体制として平成 7 年 6 月に発足した。大規模災害時には、総務省消防庁長官の指示を受けて出動する。

緊急消防援助隊登録隊数は、平成 22 年 10 月現在、全国では 4,278 隊で 51,600 人、山口県では 65 隊で 261 人が登録されている。

スライド提示

山口県緊急消防援助隊（陸上部隊）出動編成表である。山口県が第一次出動対象地域としているのは、福岡県、広島県、島根県である。

山口県隊出動状況はスライドの通りである。山

山口県隊出動状況		
1 出動部隊数	25 隊	107 名
内訳		
指揮隊 (下関・周南)	2 隊	8 名
消火隊 (下関・山口・萩・防府・柳井・光・岩国)	7 隊	34 名
救助隊 (下関・宇部・山口・周南)	4 隊	24 名
救急隊 (長門・下関・宇部・下松・美祢・山陽小野田・岩国)	7 隊	26 名
支援隊 (下関 2 隊・萩・周南・岩国)	5 隊	15 名

口県からは出動部隊数 25 隊、107 名が出動した。準備資機材はスライドの通りである。

準備資機材	
1 食料品	水・レトルト食品等
2 野営資機材	テント・簡易ベッド・寝袋・ガスボンベ・鍋 発電機
3 燃料携行缶	
4 装備品	放射線量測定器・ライト・防火衣・雨衣等
5 救急用品	トリアージ式

たまたまではあるが、東日本大震災の少し前に、放射線量測定器が県内各消防本部に配られていたので、今回の出動に際し持参した。

震災翌日の 3 月 14 日の時系列である。

時系列 3/14(月) 1日目	
11:55	緊急消防援助隊応援要請受理 (長門消防～救急隊1隊)
13:19	長門市出発
15:36	集結場所到着(宮島SA)
16:30	緊急消防援助隊山口県隊発隊式
17:00	宮島SA出発
23:15	野営地到着(兵庫県広域防災センター)
24:15	ミーティング

長門市消防本部は救急隊 1 隊の出動要請であった。

同日 11：55 に緊急消防援助隊応援要請を受理した。16：00 に宮島サービスエリアに集結せよ、との指示であった。13：19 に長門市を出発した。

スライド提示

平成 23 年 3 月 14 日、16：30 に緊急消防援助隊山口県隊発隊式が、宮島サービスエリアの一角で行われた。その時の写真である。

スライド提示

全国高速道路路線網図である。警察と同様、具体的に目的地の指示はない。とりあえず東京方面に向かうように、という指示であった。

最終的には、長門市を出発して、中国自動車道、

阪神・名神・東名高速を経て、東北自動車道に入って目的地に到着した。

スライド提示

一泊目の野営地である。兵庫県広域防災センターである。ドーム型の屋内テニス場があり、この平坦地に野営をした。

スライド提示

野営の状況である。床に簡易ベッドを置き、寝袋と毛布 1 枚で仮眠をした。

時系列 3/15(火) 2日目	
05:00	起床及び朝食
05:45	ミーティング
06:00	野営地出発
13:35	静岡県浜名湖SAで食事休憩
15:00	消防庁より宮城県進出の指示
18:50	消防庁より宮城県石巻市に進出決定の指示
23:15	野営地到着(栃木県消防学校)
23:30	ミーティング

震災 2 日目の 3 月 15 日の時系列である。15:00 に消防庁より宮城県進出の指示があった。18:50 に消防庁より宮城県石巻市に進出決定の指示があった。

スライド提示

東名高速道路走行中の写真である。消防車・救急車が列をなして走行している。

スライド提示

二泊目の野営地である。栃木県消防学校である。

時系列 3/16(水) 3日目	
05:50	ミーティング
06:30	野営地出発
07:53	栃木県那須高原SA到着 放射線防護対策 (車両の目張り・放射線量測定器の装着)
13:49	東北自動車道古川IC到着 一般道を緊急走行で現地に向かう
15:07	ベースキャンプ地(石巻総合運動公園)到着 先着隊～新潟県、北海道、和歌山県 自衛隊～約2,000人

時系列 3/16(水) 3日目	
15:30	車両待機場所に救急車を停車
15:40	野営準備
20:00	山口県隊ミーティング 救急部隊は新潟県の指揮下で活動 消火隊・救助隊は明日から捜索活動 夜間は他の県隊と交替で火災・救助対応
21:00	山口県救急部隊が出動態勢に入る

震災 3 日目の 3 月 16 日の時系列である。

07:53 に栃木県那須高原サービスエリアに到着した。放射線防護対策として、車両の目張り、放射線量測定器の装着を行った。13:49 に東北自動車道古川ICに到着した。その後、一般道を緊急走行で現地に向かった。15:07 にベースキャンプ地である石巻総合運動公園に到着した。新潟県、北海道、和歌山県が先着していた。自衛隊は約2,000人が到着していた。野営の準備をした後、山口県隊ミーティングを行った。新潟県が石巻市に一番早く入っていたので、山口県隊救急部隊は新潟県の指揮下で活動することになった。消火隊・救助隊は翌日から捜索活動を開始することに決定した。21:00 から山口県救急部隊が出動態勢に入った。

スライド提示

東北自動車道郡山市付近の走行状況である。この時点では一般車両は通行不可になっていた。

スライド提示

東北自動車道の道路状況である。被災地に近づくにつれ、アスファルトにひびが入っていた。「車線移動せよ」のマークが道路に置いてあった。

スライド提示

東北自動車道サービスエリアの給油状況である。ここが最後の給油場所であった。ここから先は給油ができないので全車両が給油した。この写真に写っているだけで数十台の車両が給油するために並んでいる。給油待ちに 2 時間かかった。

スライド提示

宮城県に入った時の写真である。田んぼの中に列車が止まっていた。

スライド提示

石巻市内の写真である。幹線道路であるが、信号は作動していなかった。道路はひび割れ、陥没・段差ができており、徐行が必要であった。

スライド提示

石巻市内地図である。ここが石巻市消防本部で、ここが石巻赤十字病院で、ここが石巻市総合運動公園である。石巻市総合運動公園から石巻赤十字病院までは緊急走行で 2～3 分の距離である。

スライド提示

石巻市総合運動公園案内図である。一般グラウンド、フットボール場、野球場と大きなグラウンドが 3 面ある。

スライド提示

同、運動公園内の車両待機場所である。最大 31 台の救急車があった。消防車両も数十台待機している。

スライド提示

野営場のテント設営状況である。この時雪が積もっていた。夜、寒いので目が覚めた。

スライド提示

テント内の野営状況である。地面の上にブルーシートを敷き、その上に簡易ベッドが敷いてある。

スライド提示

われわれと反対側に、自衛隊の野営用テントが張ってある。

ここは、自衛隊の車両待機場所である。数百台の車両がある。

スライド提示

朝と晩に各県隊でミーティングを行った。これは初日の夜間のミーティングの写真である。

救急部隊の取り決め事項

- 1 救急指令
新潟指揮支援隊から無線により各消防本部名で出場要請があり、支援車両内で隊長が状況等を確認後、出発。
- 2 現場までの案内
石巻地区消防本部で職員 1 名がナビゲーターとして乗車し、現場に向かう。
- 3 搬送先病院
転院搬送以外は、すべて石巻赤十字病院
- 4 救急救命士の特定行為
特定行為は実施しない。

救急部隊の取り決め事項はスライドの通りである。石巻赤十字病院が被災していなかったため、搬送先はすべて石巻赤十字病院であった。ドコモの携帯電話は通じなかった。山口県救急部隊活動状況はスライドの通りである。

山口県救急部隊活動状況

- 1 活動期間(4日間)
3月16日(水)21時～3月19日(土)11時まで
- 2 活動内容
救急出動件数 46件
うち急病 30件
一般 4件
転院 12件
搬送人員 42人
うち死亡1人・重症6人・中等症26人・軽症9人
- 3 発生場所
住宅14件・避難所13件・病院12件など

到着した日の、3月16日21:00から3月19日11:00までの4日間活動した。

活動内容は、救急出動件数46件、搬送人員42名であった。

出動時間別では、20件が夜の出動で、26件が昼間であった。

転院搬送12件はすべて昼間に行った。石巻赤十字病院から二次病院への転院搬送が5件で、東北大学病院へ7件転院搬送した。

スライド提示

石巻市の市街の被災状況である。自動車が民家へ突っ込んでいる。

ここから先は、道路に建物の残骸が邪魔をして救急車でも入れない。

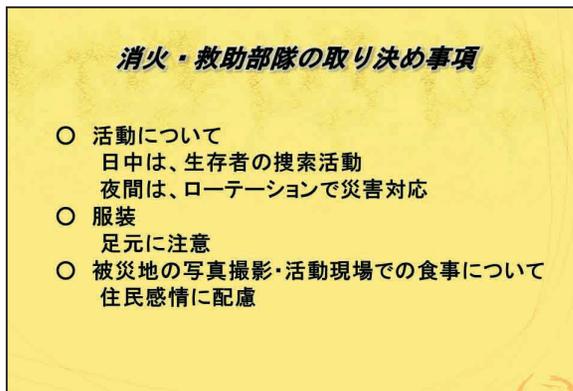
スライド提示

石巻赤十字病院である。ここはほぼ完全に機能していた。

出入り口入ってすぐの所にトリアージ場所が設けられていた。それから 2 日後は、玄関出入り口にテントが張られ、ここでトリアージが行われていた。

スライド提示

東北大学病院である。

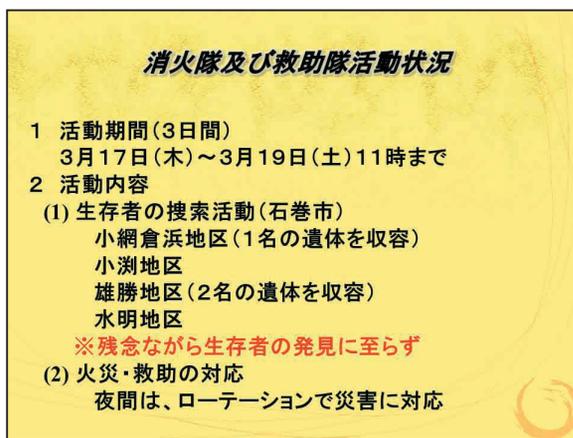


消火・救助部隊の取り決め事項はスライドの通りである。

基本的に、日中は生存者の捜索活動を行い、夜間はローテーションで災害対応をした。

活動現場での食事については、住民感情もあることから、現場で食事を摂ることは困難であった。隊員はポケットの中にカンパンを入れ、住民の目を気にしながら口にしたという状況であった。

消火隊及び救助隊活動状況はスライドの通りである。



小網倉浜地区で 1 名のご遺体を収容、雄勝地区で 2 名のご遺体を収容した。残念ながら生存者の発見はできなかった。

スライド提示

石巻市の周辺地図である。ここ(石巻市の内陸部)をベースキャンプにして雄勝地区、水明地区、小網倉浜地区、小淵地区を担当した。

スライド提示

石巻管内の被災状況である。コンクリート製の電柱が地面から約 3 メートルの位置で折れてしまい、電線が道路上にあるため電線に触れないように注意して走行した。

道路は陥没している箇所をよけながら走行した。

スライド提示

小網倉浜地区の被災状況である。海の側なので住宅のコンクリートの基礎から上の建造物はすべて流された。辺りは瓦礫が散乱している。

スライド提示

石巻市牡鹿半島雄勝の被災状況である。コンクリートの建物はかつがつ外観を残しているがぼろぼろである。木造住宅はすべて破壊され、1 棟も残っていない。

大型のバスがビルの上に乗っかっている。

石巻広域消防の救急車(雄・A1)がひっくり返っている。

スライド提示

雄勝地区である。竹林である。地面から 8 メートルの場所にご遺体が引っかかっているのが発見され、よじ登ってご遺体を回収した。車両が入らないので車両まで人力で搬送した。下は山で急勾配のため約 10 名の隊員で搬送した。

スライド提示

自衛隊の給水車両に並ぶ市民である。雪の中をポリバケツを提げて並んで待っている。

3/19(土) 6日目 (現地活動4日目)

- 07:30 ミーティング
- 08:30 消防隊及び救助隊捜索活動出発
牡鹿半島雄勝地区
- 10:00 消防庁から山口県隊の撤収連絡
- 11:00 ベースキャンプ撤収開始
- 12:45 ベースキャンプ地出発
- 13:00 石巻消防本部到着
- 21:25 野営地到着(栃木県消防学校)

震災 6 日目の 3 月 19 日の時系列である。現地活動 4 日目である。

10:00 に消防庁から山口県隊の撤収命令が入った。11:00 まで活動することとした。11:00 からベースキャンプ撤収開始した。12:45 にベースキャンプを出発した。

スライド提示

石巻消防本部庁舎である。幸いここは被害を免れた。山口隊が所持していた食料や水を提供した。その後帰路についた。21:25 に栃木県消防学校に到着し、ここで野営をした。

スライド提示

3 月 20 日に東京港に着き、東京港から新門司港までフェリーで帰ってきた。

時系列 3/22(火) 9日目

- 05:50 新門司港到着
- 06:10 緊急消防援助隊山口県隊解隊式
- 06:22 新門司港出発
- 09:30 県知事に帰還報告
- 11:10 消防本部帰還 消防長に帰還報告

震災 9 日目の 3 月 22 日の時系列である。

3 月 22 日 05:50 に新門司港に到着した。

スライド提示

3 月 22 日 06:10 に新門司港で緊急消防援助隊山口県隊解隊式を行った。

スライド提示

3 月 22 日 09:30 に山口市に到着し、県庁前で山口県知事に帰還報告を行った。

スライド提示

アルファ米である。これにお湯を入れると 15 分でご飯になる。

スライド提示

カンパンである。

全国の緊急消防援助隊 派遣状況

- 1 派遣人員・隊数
延べ人員総数 104,093人
延べ部隊総数 27,544隊
- 2 派遣期間(88日間)
平成23年3月11日(金)から
平成23年6月6日(月)
- 3 最大時派遣人員 平成23年3月18日(金)
派遣人員 6,099人
派遣部隊 1,558隊

全国の緊急消防援助隊の派遣状況である。

延べ人員総数は 104,093 人、延べ部隊総数 27,544 隊であった。

現地での活動のまとめである。

現地での活動

- 1 食事
基本、各消防本部の自己完結
- 2 災害対応
ローテーションで対応
- 3 車両燃料
基本、各消防本部の自己完結
現地での活動からは、石巻市が立て替え

現地に向かうまでの車両燃料代は各消防本部持ちであったが、現地での活動は石巻市が立て替えてくれた。その後国が支払ったようである。

活動後の反省点・問題点等

- 1 準備品等
防寒対策・食料品等
- 2 車両での移動
山口県隊33台107名がまとめて移動
- 3 情報収集
現地情報の錯綜(給油場所等)

反省点・問題点である。

県内各救急本部は平成 17 年から 1 年に 1 回、緊急消防援助隊の出動を想定した訓練を行っている。現在の準備品では十分ではないということが今回分かった。また、山口県隊は車両 33 台、107 名の隊員が移動したが、まとまって行くと給油等に時間がかかり、分散して行った方が良いのではないかという意見も出た。現地での情報が少なかったのも今回の反省点である。

スライド提示

各機関ごとの準備、関係機関との訓練、マンパワーの重要性を感じた。

以上、摂り留めのない話であったが、ご清聴をありがとうございます。

今後とも救急業務に、ご理解ご協力をお願いして終わりにする。

3. 「東日本大震災の被災県、宮城県で経験した身元確認について」

山口県歯科医師会常務理事 松浦哲郎

東日本大震災は平成 23 年 3 月 11 日に発生したが、ちょうど日本歯科医師会で定時代議員会が開催された直後のことであった。山口県からは右田山口県歯科医師会会長をはじめ、副会長が東京に滞在中であった。3 月 12 日に山口県歯科医師会が運営している歯科衛生士学院の卒業式が予定されていたため、右田会長は震災翌日に朝一番の飛行機で山口に帰って来られた。

3月11日（金）午後2時46分頃
三陸沖を震源にM9.0の地震発生

- 日歯の対応
災害対策本部設置
翌12日 災害対策本部第1回会議
13日 災害対策本部第2回会議
岩手県警、宮城県警の要請により警察庁から
日歯に身元確認要請、14日に第一陣出動
- 山口県歯の対応
13日 緊急対策会議

日本歯科医師会では直ちに災害対策本部を設置され、震災の翌日の 3 月 12 日に災害対策本部

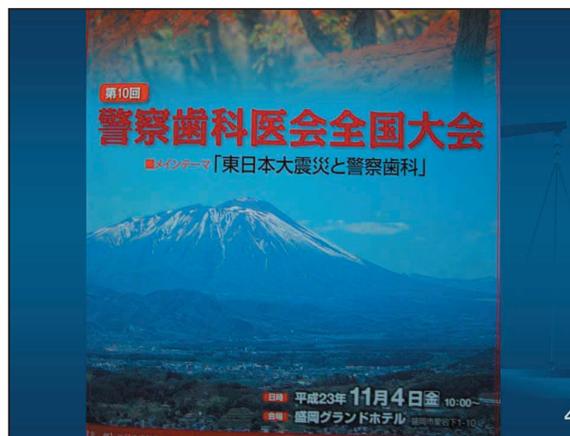
第 1 回会議が開催された。山口県歯科医師会 右田会長へ「被災地でおびただしい数のご遺体があり、その検案に地元の歯科医師会では対応できない」という情報が直に入った。山口県歯科医師会では 3 月 13 日に緊急対策会議を開き、いづどこに何名派遣するのか検討に入った。関係歯科医師に連絡を取った。

スライド提示

「救命—東日本大震災、医師たちの奮闘—」監修：海堂尊、出版社：新潮社

「遺体—震災、津波の果てに」著者：石井光太、出版社：新潮社

震災時の医療関係者の活動が記録されている。ぜひ読んでいただきたいと思う。



毎年、警察歯科医会の全国大会を各県持ち回りで開催している。昨年の夏に岩手県で開催予定であった。東日本大震災のために予定の夏には開催ができなかったが、岩手県歯科医師会の先生方のご尽力により、開催日時は随分ずれてしまったが、平成 23 年 11 月 4 日に第 10 回警察歯科医会全国大会が盛岡市で開催された。テーマは「東日本大震災と警察歯科」であった。

スライド提示

ポスターの提示が数多くあった。これらによると、多い時は宮城県で 1 日 1,000 体のご遺体が運ばれてきて、地元の歯科医師では対応できなかったとあった。最初は検案所は 3 か所であったが、これが 13 か所に増えていった。検案にあたる歯科医師は、早朝から検案を開始して、気がついたら夜であったような状況であった。最初の

頃は検案台がなくコンクリートの上(地面)でやっていたので、膝に水が貯まった歯科医師もおられたようであった。



ピーク時は 1 日に 66 名の歯科医師が検案に当たった。時間が経つとともに検案数も減り、検案に当たる歯科医師数も減少していった。

警察庁統計
平成23年12月9日

死者 行方不明者
判明 不明

災害種別	人的被害			
	死 者	行 方 不 明	負 傷 者	重 傷 者
都道府県	人	人	人	人
青 森	3	1	16	45
岩 手	4665	1388		188
東 北	9505	1880		4013
秋 田			4	8
山 形	2		8	21
福 島	1605	221	87	154
全国計	15841	3493		5950

スライド提示

山口県歯科医師会では派遣要請を待っている状況であったが、平成 23 年 5 月 15 日、日本歯科医師会から派遣要請の連絡があり、5 月 23 日から 7 日間（前後に移動があるため実働は 5 日）、山口県歯科医師会から 6 名の歯科医師を派遣することになり、メンバーを募りチームを組んだ。

スライド提示

当時の現場での検案の状況である。地べたで検案した。検案の数が多いので 1 体十数分でデンタルチャートを作成したということであるが、正確なデンタルチャートを作成するのに最低でも 1 時間はかかるので、とても十数分のできる作業内容ではない。当初は所持品等の記録がなく確認

作業が混乱したようだ。葬儀が終わってから本人が帰ってきたという事例が複数例あり、それ以来記録を必ず残すようになったようだ。

スライド提示

現地がどのような状況か分からなかった。ご遺体の横で、寝袋で寝るような状況とも聞いていた。食事が摂れないとか、1 週間風呂に入れない状況であったようだ。宮城県歯科医師会の先生の中には、好意で自宅の風呂を提供された先生もおられたようだ。



岩手県歯科医師会が身元確認作業で実際に使用した器具・器材である。

口を開ける時に開口器を使用するが、死後硬直が強く口が開かない症例もあった。開口器は金属製であるが、金属が折れることもあったという。



地元でよく読まれている「河北新報」である。

平成 23 年 5 月 26 日現在の警察庁のまとめによる、死者数・行方不明者数がで

死者数(行方不明者数)	
宮城	9099人(5243人)
岩手	4488人(2934人)
福島	1583人(435人)
全国	15234人(8616人)

(26日現在・警察庁まとめ)

いる。

スライド提示

現地に派遣された 6 名の山口県歯科医師会の会員である。出発の様子は NHK のニュースでも紹介された。飛行機で宇部空港から羽田空港まで飛び、東京から仙台市までは新幹線で行った。仙台市の宿泊は市内のビジネスホテルで、ここで先に派遣されていた岡山県歯科医師会の先生方と会い、いろいろな情報を引き継いだ。

スライド提示

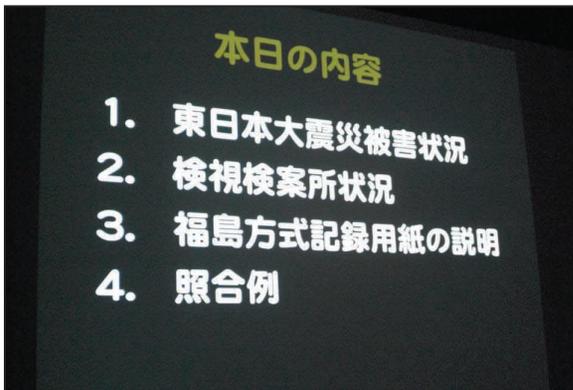
到着した日の 19:00 から、仙台市内にある宮城県歯科医師会館で翌日からのレクチャーを受けた。

スライド提示

こちらは宮城県警察本部の伊藤警部で鑑識のベテランである。伊藤警部が今回の震災で一生分のご遺体をわずか 1 日で体験したという話は印象的であった。

スライド提示

身元確認所の写真である。



身元確認班の江澤氏がスライドを用い説明をした資料である。口の中を観察しデンタルチャートを作成するが、福島方式記録用紙の説明があった。完成したデンタルチャートとご遺族が持参された、あるいは地元の歯科診療所が情報提供してくれたカルテとを照合することになる。

スライド提示

ポータブルのデジタルレントゲンである。



デジカメのような X 線撮影装置である。2 人で操作可能である。デキシコ ADX4000 という機種である。

スライド提示

身元確認について約 90 分のレクチャーが終わってビジネスホテルに帰る途中の写真である。宮城県歯科医師会館の中には救援物資が山なりに積まれていた。

スライド提示

到着翌日、午前 8 時にホテルのロビーに集合し、宮城県警察本部の手配した災害派遣の車両に乗って宮城県警察本部に行った。宮城県警察本部の前である。非常に物々しい雰囲気であった。

No.	検案所名	検案所	検案時間	検案人数	検案台数
1	宮城県警察本部 仙台市青葉区中央 224-81-2210	宮城県警察本部	宮城県警察本部	GL	0
2	宮城県警察本部 仙台市青葉区中央 224-81-2210	宮城県警察本部	宮城県警察本部	GL	0
3	宮城県警察本部 仙台市青葉区中央 224-81-2210	宮城県警察本部	宮城県警察本部	GL	0
4	宮城県警察本部 仙台市青葉区中央 224-81-2210	宮城県警察本部	宮城県警察本部	GL	0

スケジュールである。ここに誰がどこの現場に行くのかが書かれている。当時、検案所は 4 か所になっていた。2 名で 1 チーム、山口県歯科医師会は 6 名、3 チームである。



検視場所の縮小計画書である。当初 13 か所であったが、9 か所、8 か所、5 か所、4 か所と縮小されていった。



宮城県の地図である。角田市、石巻市、南三陸町、気仙沼市で検案を行った。



4 か所の検案所である。

スライド提示
角田市の角田女子高の校舎である。ここに身元不明のご遺体を安置し、体育館の中で検案を

行った。

スライド提示

石巻の旧青果市場である。ここが検案所となった。5 月末であったのでご遺体の損傷が酷く、死臭が強烈であった。

スライド提示

自衛隊の車両である。発見されたご遺体を検案所に運んできたところである。

スライド提示

石巻の検案所の中の写真である。

スライド提示

ご遺体を検視官と医師が死体検案を行い、それが終わってからご遺体を水で洗って歯科医師が検案する手順であった。口腔内から泥があとからあとから出てくる。吸引器でいくら吸い取っても奥からどんどん泥が出てくる。前歯は見えても、口腔内の奥の方はよく見えない。藻が出てくる。蛆も出てくる。このような状況の中、2 人でダブルチェックをしてデンタルチャートを作成していった。1 人のデンタルチャートを作成するのに 1 時間程度かかった。自分たちの手は、薄手のゴム手袋をして、さらにその上に厚手のゴム手袋をつけた。



瓦礫の中から発見されたご遺体も多かったが、震災死者の 93% は水死であった。海の中からあがったご遺体は全身が膨れ上がっていた。口腔内は舌が膨れて、奥が見えない状態であった。



震災直後の 3 月のご遺体は、まだ生きているのでは？と思うような状態であったが、5 月以降のご遺体は男女の区別すらつかない状態で、死臭が強烈であった。この死臭に参って手の動きが止まった。最初の検案は周囲は寒いのに背中汗でびしょりになった。死臭が気になりだすと集中力がなくなるので、ハッカ油をマスクに塗って対処した。これで少しは臭いが紛れるが、ホテルに帰ってシャワーを浴びても死臭がとれない。鼻の粘膜や皮膚の毛穴に臭いがこびりついているため、ティッシュペーパーで鼻の中を掃除した。

スライド提示

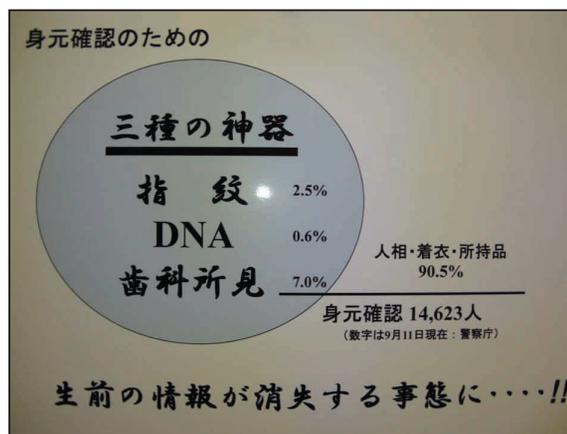
食事は当初は警察が準備してくれていたが、5 月連休後頃から暖くなり、食中毒等の問題があるので、コンビニエンスストアで買って食べるようになった。しかし、とても食事が食べられる状態ではない。先発隊はおにぎり 2 つとお茶程度と聞き、それに倣った。実際、これくらいしか体が受け付けなかった。

スライド提示

ベイサイドアリーナである。被災者が寝泊りしていた場所である。この中に、「南三陸災害エフエム 80.7MHz」があった。日赤が緊急の診療所を作っていた。これは広島県歯科医師会が派遣した歯科診療車両（歯っぴ一号）である。

スライド提示

気仙沼コミュニティーセンターである。



身元確認は指紋・DNA・歯科所見が三種の神器と言われている。歯科所見で身元が分かったのは、今回は 7.0% であったが、歯科所見は元のカルテがないとどうにもならない。デンタルチャートのデータベース化が必要であると思われた。

身元確認の方法

- 1. 指紋による鑑定
- 2. DNA鑑定
- 3. 歯科所見による鑑定

- 指紋による鑑定は皮膚が腐敗してしまえば指紋の採取が出来ない。
- DNA鑑定も同様に組織が腐敗してしまうと困難。→ 腐敗していない爪や歯牙の利用。
- 歯科所見による鑑定は組織の腐敗があっても利用できる。

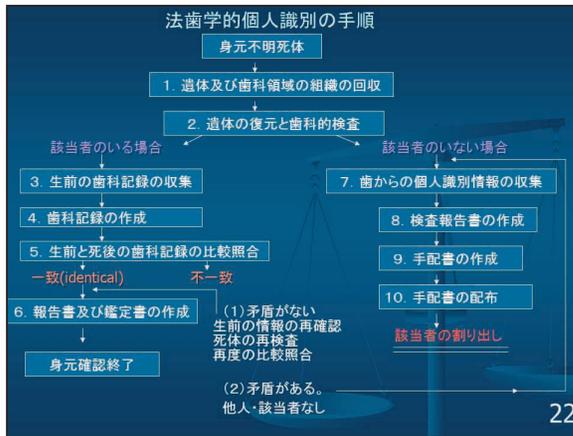
歯科的所見の法医学的特徴

- ① 歯は人体組織中で最も硬くどの組織より崩壊が遅い。(100万年前の歯牙の発掘)
- ② また歯科治療の材料(金属や合成樹脂)も物理的に強い抵抗性がある。
- ③ 成人の歯は32本、1歯について治療「あり」、「なし」の2通りで検索すると2の32乗で約43億通り。所見が一つ増えるだけで3の32乗で約1853兆分類となり、指紋をはるかに超える多様性を示す。

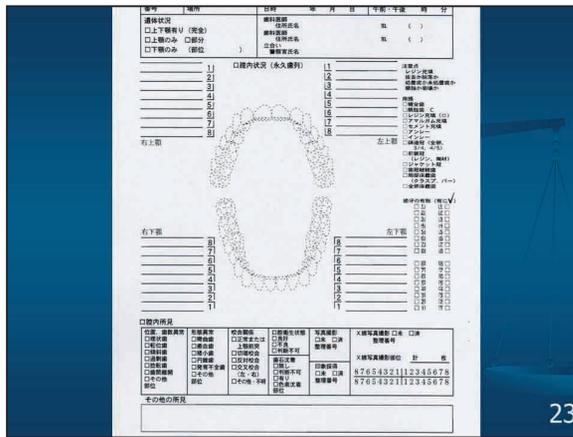
21

歯科的所見の法医学的特徴である。1 歯につ

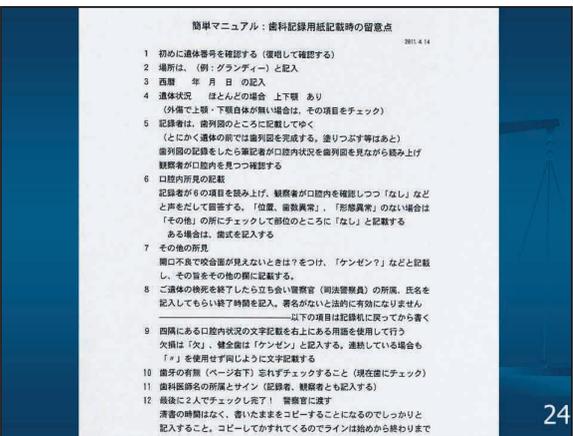
き治療「あり」、「なし」の 2 通りで検索すると、2 の 32 乗で約 43 億通りになる。



法歯学的個人識別の手順



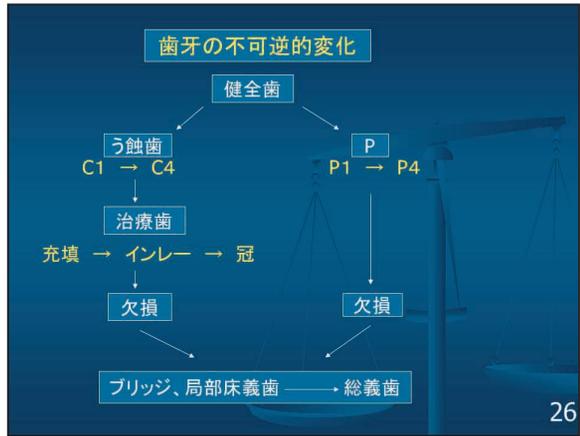
現場で使用したデンタルチャートである。



デンタルチャート記載時のマニュアルである。

歯牙の不可逆的变化

- 歯科的な証拠は本人固有であり、死後も変わらずに生前の情報と比較できる。しかしながら、歯科的証拠(治療痕)は不変ではなく疾患や治療に応じて変化する。
- この歯科的变化は一方向であり決して逆行はしない。



照合・判定用紙

遺体番号 と カルテ との照合

右側	遺体番号	カルテ内容	一致	不一致	左側	遺体番号	カルテ内容	一致	不一致
11					11				
12					12				
13					13				
14					14				
15					15				
16					16				
17					17				
18					18				
19					19				
20					20				
21					21				
22					22				
23					23				
24					24				
25					25				
26					26				
27					27				
28					28				
29					29				
30					30				
31					31				
32					32				
33					33				
34					34				
35					35				
36					36				
37					37				
38					38				
39					39				
40					40				
41					41				
42					42				
43					43				
44					44				
45					45				
46					46				
47					47				
48					48				
49					49				
50					50				
51					51				
52					52				
53					53				
54					54				
55					55				
56					56				
57					57				
58					58				
59					59				
60					60				
61					61				
62					62				
63					63				
64					64				
65					65				
66					66				
67					67				
68					68				
69					69				
70					70				
71					71				
72					72				
73					73				
74					74				
75					75				
76					76				
77					77				
78					78				
79					79				
80					80				
81					81				
82					82				
83					83				
84					84				
85					85				
86					86				
87					87				
88					88				
89					89				
90					90				
91					91				
92					92				
93					93				
94					94				
95					95				
96					96				
97					97				
98					98				
99					99				
100					100				

所見 _____ 総合判定 _____
上記の結果より _____ と判定される
平成 年 月 日
歯科医師名 _____
立命館警察官名 _____

照合・判定用紙である。

照合・判定用紙

遺体番号 100 と カルテ 宮城十二郎 との照合

右側	遺体番号	カルテ内容	一致	不一致	左側	遺体番号	カルテ内容	一致	不一致
11	健全歯	健全歯	○		11	健全歯	健全歯	○	
12	健全歯	健全歯	○		12	健全歯	健全歯	○	
13	欠損(歯)	インレー(歯)	○		13	欠損(歯)	インレー(歯)	○	
14	健全歯(歯)	金/パラインレー(歯)	○		14	健全歯(歯)	金/パラインレー(歯)	○	
15	インレー(歯)	金/パラインレー(歯)	○		15	インレー(歯)	金/パラインレー(歯)	○	
16	インレー(歯)	金/パラインレー(歯)	○		16	インレー(歯)	金/パラインレー(歯)	○	
17	インレー(歯)	金/パラインレー(歯)	○		17	インレー(歯)	金/パラインレー(歯)	○	
18	欠損	欠損	○		18	欠損	欠損	○	
19	欠損	欠損	○		19	欠損	欠損	○	
20	欠損	欠損	○		20	欠損	欠損	○	
21	欠損	欠損	○		21	欠損	欠損	○	
22	欠損	欠損	○		22	欠損	欠損	○	
23	欠損	欠損	○		23	欠損	欠損	○	
24	欠損	欠損	○		24	欠損	欠損	○	
25	欠損	欠損	○		25	欠損	欠損	○	
26	欠損	欠損	○		26	欠損	欠損	○	
27	欠損	欠損	○		27	欠損	欠損	○	
28	欠損	欠損	○		28	欠損	欠損	○	
29	欠損	欠損	○		29	欠損	欠損	○	
30	欠損	欠損	○		30	欠損	欠損	○	
31	欠損	欠損	○		31	欠損	欠損	○	
32	欠損	欠損	○		32	欠損	欠損	○	
33	欠損	欠損	○		33	欠損	欠損	○	
34	欠損	欠損	○		34	欠損	欠損	○	
35	欠損	欠損	○		35	欠損	欠損	○	
36	欠損	欠損	○		36	欠損	欠損	○	
37	欠損	欠損	○		37	欠損	欠損	○	
38	欠損	欠損	○		38	欠損	欠損	○	
39	欠損	欠損	○		39	欠損	欠損	○	
40	欠損	欠損	○		40	欠損	欠損	○	
41	欠損	欠損	○		41	欠損	欠損	○	
42	欠損	欠損	○		42	欠損	欠損	○	
43	欠損	欠損	○		43	欠損	欠損	○	
44	欠損	欠損	○		44	欠損	欠損	○	
45	欠損	欠損	○		45	欠損	欠損	○	
46	欠損	欠損	○		46	欠損	欠損	○	
47	欠損	欠損	○		47	欠損	欠損	○	
48	欠損	欠損	○		48	欠損	欠損	○	
49	欠損	欠損	○		49	欠損	欠損	○	
50	欠損	欠損	○		50	欠損	欠損	○	
51	欠損	欠損	○		51	欠損	欠損	○	
52	欠損	欠損	○		52	欠損	欠損	○	
53	欠損	欠損	○		53	欠損	欠損	○	
54	欠損	欠損	○		54	欠損	欠損	○	
55	欠損	欠損	○		55	欠損	欠損	○	
56	欠損	欠損	○		56	欠損	欠損	○	
57	欠損	欠損	○		57	欠損	欠損	○	
58	欠損	欠損	○		58	欠損	欠損	○	
59	欠損	欠損							

して行った。

照合・判定用紙に使用する例文と用語

所見 3 2 歯中一致は○歯、不一致で矛盾無しは○歯、不一致で矛盾有りは○歯である。また判定不能は○歯である。矛盾ありのレジン充填が遺体で健全歯と判定される事はあり得る事である。また、特徴的所見は右下ブリッジ部位と左下大臼歯の近心傾斜も一致している。

総合判定

上記の結果より「同一人として矛盾しない」と判定される

判定に使用する用語

1. 同一人として矛盾しない (95%以上)
2. 同一人である可能性が高い (60~95%の可能性)
3. 同一人である可能性を否定できない (40~60%の可能性)
4. 同一人である可能性は低い (40%以下の可能性)
5. 同一人ではない (0%)
6. 以上の所見からは、判定不能である

%はあくまで目安です。 29



ご遺体の口腔内に装着されていた入れ歯である。

判定に使用する用語はここに記載してあるとおりである。一番確率が高いのが「同一人として矛盾しない (95%)」で段階的に「判定不能」までである。



ここに記号が入っているのが見えるであろうか。入れ歯に名前や記号が入っているのがあるが、これは身元確認に有力な情報になる。しかし、すべての入れ歯に名前や記号が入っている訳ではない。

宮城県(福島県)方式 **日本歯科医師会方式** 30

歯科記録用紙 (宮城県方式) と デンタルチャート (日本歯科医師会方式) の比較表。両方の形式の表と歯のイラストが示されている。

デンタルチャートは「宮城県(福島県)方式」と「日本歯科医師会方式」があり、統一されていない。お互いに良い点と悪い点がある。

山口県方式 31

歯科記録用紙 (山口県方式) の詳細な表と歯のイラスト。表には患者情報、診療内容、歯の状態に関する記録が記載されている。

山口県歯科医師会では前記 2 つの方式の良い点を取り込んだデンタルチャートを使用している。

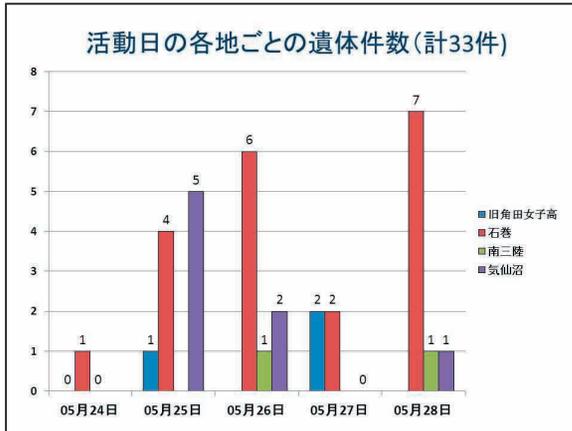
照合・判定用紙 34

遺体番号 p328 とカルテとの照合表。右側と左側の歯の状態を比較するための表。表には歯の番号、カルテ内容、一致/不一致のチェック欄がある。

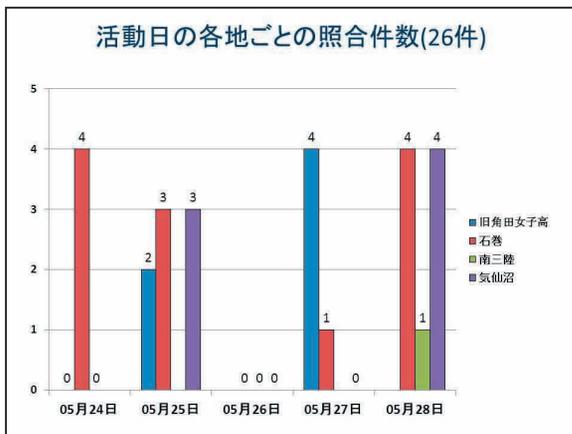
総合判定: 上記の結果より同一人として矛盾しない」と判定される

平成24年3月7日
歯科医師名 川邊 浩一 板敷 康隆
立合警察官名 捜査第一課 杉野 孝男

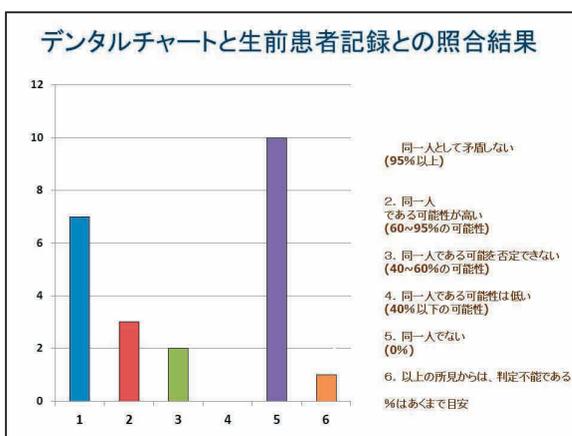
照合・判定が「同一人として矛盾しない」と判定された事例である。



今回の派遣で合計 33 件の遺体検案を行った。
石巻での症例が多かった。



今回の派遣で合計 26 件の照合を行った。



デンタルチャートと生前患者記録との照合結果である。同一人として矛盾しない (95%以上) は、7 例で 33.3%であった。

大地震・大津波に関わる警察歯科医会の課題

- 検死作業に関する課題
 - 1) 口腔検査用の資器材を整備する。
 - 2) 歯科医は1組3人体制が望ましい。
 - 3) 鑑識課員による開口処置を先行してもらう。
 - 4) 顔写真・口腔内写真・デンタル写真を撮影する。
 - 5) デンタルチャート・用語(略号)の統一を図る。
 - 6) 各県警察本部に充電式の携行型エックス線撮影装置を配備する。
 - 7) 各県警察本部において、死後デンタルチャートをデータベース化する。
 - 8) 生前の診療情報(歯科診療録、エックス線写真等)の収集法について検討する。
 - 9) 生前および死後情報による照合作業と鑑定結果は、県警本部で行い、保管する。
- 鑑定水準の維持・向上に関する課題
 - 10) 警察歯科医の鑑定水準の維持・向上を図る。
 - 11) 警察歯科医会と警察鑑識課による身元確認の合同実地訓練を強化する。
- 今後の課題
 - 12) 災害時マニュアルを整備する。
 - 13) 歯科診療録の歯型図を自動更新する。
 - 14) 生前の歯科所見をデータベース化する。
 - 15) 生前情報のディザスターリカバリーを構築する。
 - 16) 生前・死後の歯科所見を照合するための検索ソフトを作成する。
 - 17) 口腔検査に携わった歯科医師の心のケアを支援する体制を確保する。

今後の課題であるが、山口県にも当てはまる内容である。デンタルチャートの統一化、データベース化が必要と思われた。災害時マニュアルの整備も必要であろう。ちょうど明日のことであるが、平成 24 年 1 月 22 日に山口県警と海上保安庁、山口県歯科医師会合同でご遺体の歯型からの身元確認技能を磨く研修会が開催される。

出務の後に PTSD になった歯科医師も報告されており、心のケアを支援する体制も重要である。

スライド提示

1 日が終わると派遣された皆と一緒に居酒屋に行き、お酒を飲みながら情報交換と反省会を行った。これでストレスを溜め込まなかったものと思われる。

『検案所』

また一人、身元不明のご遺体が家族の元へと帰って行く。
雄叫びのような泣き声とともに。
ありがとうございましたの声に深々と頭を下げた警察官の肩も震えている。
切ない声が検案所にこだました。

『眠るように』

検案所の冷たいコンクリートの床にあなたは、物言わず横たわる。
わずか 2 歳にもならないあなたは、穏やかな顔で、まるで眠っているようだ。
今にも目を覚ましそうに、静かに目を閉じている。
検案の手が震える。
とめどなく涙が溢れる。
記録のシゲちゃんも肩を震わせる。
せつない、せつない、あまりに。
神様なんてきつとない。
もしいたら、こんな惨いことをするはずがない。

宮城県歯科医師会報に書かれた詩である。石巻市立大川小学校が一番悲惨であった。児童 74 名が死亡・行方不明となった。

スライド提示

昼休みに地元の警察に案内してもらった時に撮った写真である。福島原発から約 100km の場所であるが、海に自動車が浮いている。よく見ると自動車の紙が貼ってあるが、車内に人がいない事を確認した後、紙を貼っていたようだ。ところが、紙が貼ってある車両を陸に上げスクラップ処理をする時に、車両室内の奥の方に肉片らしきものがあるのが見つかり、調べてみたらご遺体の一部であったというケースがあった。

スライド提示

瓦礫の山である。

スライド提示

常磐線の線路である。ここまで破壊されたら復旧は難しいだろう。

スライド提示

山元町の山下第二小学校である。この小学校は奇跡的に犠牲になった児童はいなかった。

スライド提示

気仙沼である。ここは火災が酷かった。クリネックスの工場である。壊滅的に壊れている。

スライド提示

三陸町である。南三陸町が酷かった。

津波が襲ってすべてを流したその地に立つと音がしない。空気、風で伝わる現象はテレビでは分からない。実際にその地に立ってみないと分からない。

スライド提示

南三陸町の警察署である。

スライド提示

昔ここに町があったのか疑うような風景である。

派遣が終わって帰る時は、後ろ髪を引かれるようで、本当に帰ってよいのか自問しながら帰ってきた。地元の人には帰る所はないのだから…。

…引き続き、山口大学大学院医学系研究科法医・生体浸襲解析医学分野（法医学教室）の藤宮龍也教授の講演に移った。次号医師会報に掲載の予定。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

あなたの「夢」と「未来」を応援します。



山口銀行
YAMAGUCHI BANK

第 122 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 23 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座 山口県特定疾患専門医師研修会

と き 平成 23 年 11 月 27 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール



特別講演 1

「動物由来の細菌感染症 — 産業医に必要な知識 —」

山口大学大学院連合獣医学研究科教授 わたらい 度会 雅久

獣医公衆衛生学担当で専門は細菌感染症。動物由来感染症といえば、(トリ)インフルエンザが有名だが、今回はあまり情報が出回っていない感染症へ焦点をあてて講演された。

伴侶動物から人へ感染する細菌性感染症

- カブノサイトファーガ・カニモルサス感染症
- コリネバクテリウム・ウルセランス感染症
- レプトスピラ症
- Q 熱

家畜 (食品) から人へ感染する細菌性感染症

- 腸管出血性大腸菌症

人獣共通感染症：人から動物、動物から人へそれぞれ感染しうる。一方のみが重症であることも、両方が重症になることもある。元々は、世界の他の国に比べ、日本には動物由来感染症は少なかった。島国のため、検疫をきっちりすればよかったためである。しかし、物流が世界規模になっているため。流行は常にありうる。

世界をみると新たな感染症は発見され続けてい

る。ほとんどは動物由来。

動物由来感染症の伝播：病原体が動物から人間にうつるまでのすべての途中経過をあらわす。直接伝播 (かまれる、ひっかかれる、触れる) 例：狂犬病、猫ひっかき病など。間接伝播にはベクター、環境、動物食品による媒介が経路としておこりうる。ベクター媒介 (ダニ、蚊、ノミ、ハエ) 例：クリミア・コンゴ出血熱、日本脳炎、ペスト、腸管出血性大腸菌感染症。環境媒介 (水系汚染、土壌汚染) 例：レプトスピラ症、破傷風。動物性食品媒介 (肉、鶏卵、魚肉) 例：腸管出血性大腸菌感染症、サルモネラ症、アニサキス症。(動物由来感染症ハンドブック 2011 参照、右頁上図)

病原体としては、ウイルス、リケッチア、クラミジア、細菌、真菌、寄生虫、プリオンがあげられる。

世界で起こっていること

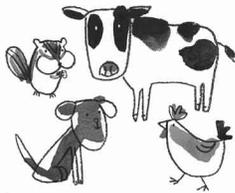
右頁下図を参照。日本は衛生環境が整っている。それほど重大な感染症は起きていない。

狂犬病：海外で犬にかまれて感染した人が、日

もう少し詳しく動物由来感染症を知りましょう

動物由来感染症の伝播

病原体が感染してうつることを「伝播」といいます。動物由来感染症における伝播とは病原体が動物から人間にうつるまでのすべての途中経過をあらわします。病原体の伝播は感染源である動物から直接人間にうつる直接伝播と、感染源である動物と人間との間に何らかの媒介物が存在する間接伝播の、大きく2つに分けることができます。さらに間接伝播は感染動物体内の病原体を節足動物等(ベクター)が運んで人間にうつすもの、動物の体から出た病原体が周囲の環境(水や土等)を介して人間にうつるもの、および人間が利用する畜産物等の食品が病原体で汚染されている場合に分けて考えることができます。



伝播経路	具体例	動物由来感染症の例
直接伝播	咬まれる 蚊 ひっかかれる 触れる (排泄物等含む)	狂犬病、カブノサイトファーガ・カニモルサス感染症、 コロナバクテリウム・ウルセランス感染症、バズツレラ症 猫ひっかき病 トキソプラズマ症、回虫症、エキノコックス症、クリプトコックス症、 オウム病、ブルセラ症、皮膚糸状菌症、サルモネラ症
間接伝播	ベクター媒介	ダニ 蚊 ノミ ハエ 腸管出血性大腸菌感染症、E型肝炎、カンビロバクター症、 日本脳炎、ウエストナイル熱、デング熱、チクングニア熱 ペスト 腸管出血性大腸菌感染症
	環境媒介	水系汚染 土壌汚染 クリプトスポリジウム症、レプトスピラ症 炭疽、破傷風
	動物性食品媒介	肉 腸管出血性大腸菌感染症、E型肝炎、カンビロバクター症、 変異型クロイツフェルト・ヤコブ病(vCJD) 鶏卵 サルモネラ症 魚肉 アニサキス症

動物の各カテゴリーと動物由来感染症との関連

動物を生活環境により分類した場合、それぞれのカテゴリー(群)と動物由来感染症との関連性が見い出せます。

カテゴリー(群)	動物由来感染症との関連
ペット	本来、犬や猫からうつることは少ないが、病原体は持っている。人と密接に触れ合うことで感染することがある。
野生動物	どのような病原体を持っているか不明なことが多い。重篤な感染症の病原体を持っている可能性がある。
家畜	衛生対策の徹底で予防可能な感染症が多い。
展示動物	人と動物とが触れ合える施設では、不特定多数の人が接触することから、動物由来感染症に配慮した対策が重要。

動物由来感染症の病原体

動物由来感染症の原因となる病原体には、大きいものでは数センチ(時には数メートル)もある寄生虫から電子顕微鏡を用いなければ見ることのできないウイルスまで、様々な病原体があります。また最近では従来の微生物の概念とは異なるプリオンという異常タンパク質までもが動物由来感染症の原因となることが分かっています。

病原体	引き起こされる感染症の例
ウイルス	狂犬病、日本脳炎、ウエストナイル熱、デング熱、チクングニア熱、ダニ媒介脳炎、E型肝炎
リケッチャ・コクシエラ・クラミジア	Q熱、オウム病、日本紅斑熱、つつが虫病
細菌	ペスト、サルモネラ症、レプトスピラ症、猫ひっかき病、ブルセラ症、カブノサイトファーガ・カニモルサス感染症、コロナバクテリウム・ウルセランス感染症、カンビロバクター症
真菌	皮膚糸状菌症、クリプトコックス症
寄生虫	トキソプラズマ症、回虫症、エキノコックス症、クリプトスポリジウム症、アニサキス症
プリオン	変異型クロイツフェルト・ヤコブ病(vCJD)

世界ではこんなことが起こっています

ヨーロッパで あったこんな話

サルモネラ症
産卵鶏のペットから、乳児が感染して死亡。
ダニ媒介脳炎
中欧で森林散策した後に、高熱を出して死亡。
野兎病
汚染地帯で、野ウサギやダニから感染して発熱。

アジアであったこんな話

レプトスピラ症
洪水後、川で泳いで不明熱、感染源はネズミ由来の細菌。
鳥インフルエンザ(H5N1)
鶏での感染がアジア、ヨーロッパ、アフリカ等に拡大し、感染した鳥と濃厚に接触した人が感染して死亡。
ニバウイルス感染症
オオコウモリのウイルスが豚に感染した後に、人が豚から感染して脳炎で死亡。
狂犬病
犬に咬まれて感染発症し、死亡。

デング熱
流行地域に滞在する中に蚊に刺されてウイルスに感染し発熱、まれに重篤になることもある。
チクングニア熱
流行地域で蚊に刺されることにより感染する。感染地域もアフリカ、南アジアから東南アジアへと拡大している。
腎臓慢性出血熱
ネズミが病原体を保有し、発熱、出血傾向、腎障害を特徴とする風土病としてユーラシア大陸各地に定着。

日本であったこんな話

狂犬病
海外で犬に咬まれ感染した人が、日本に帰国して発症後、死亡。
オウム病
展示施設の従業員で集団発生。
エキノコックス症
キタキツネの糞で感染して20年後に発症。
腸管出血性大腸菌感染症
触れ合い動物施設に來場した人で集団感染。

Q熱、バズツレラ症、猫ひっかき病、カブノサイトファーガ・カニモルサス感染症、コロナバクテリウム・ウルセランス感染症
犬、猫がふつうに持っている病原体で、過度の密接な接触によって感染。
レプトスピラ症
感染ネズミの尿で汚染された池や川で水遊びをして感染し、発熱。

サルモネラ症
ペットのミドリガメやイグアナ等の爬虫類から子供が感染し、重症に。
日本紅斑熱
温暖な太平洋沿いでダニに咬まれて発症し、春と秋が発生のピークに。
結核
動物園のサルが感染し、安楽死処分。

北アメリカであったこんな話

狂犬病
コウモリから感染して発症後に死亡。まれに、発症したアライグマやスカンクに咬まれて感染。
ペスト
野生リス、プレーリードッグが感染。死亡者もいる。
ウエストナイル熱
蚊が媒介するウイルス病。カラスの不明死に次いで人の発症。
ハンタウイルス肺炎候群
致死率の高い呼吸器感染症、野生ネズミが感染源。
Bウイルス病
サルでの流行が見られる森林地帯で、感染サルを吸血した蚊に刺された人が感染。
サル痘
アフリカから輸入した齧歯類からプレーリードッグに感染し、さらに人へ。

アフリカで あったこんな話

エボラ出血熱、マールブルグ病
サルから感染した後に、人から人へ体液で感染。
サル痘
人がサルやリス等の野生動物から感染すると、天然痘に似た症状。
クリミア・コンゴ出血熱
動物やダニから人が感染した後に、人から人へ院内感染。
ラッサ熱
西アフリカでネズミが媒介する病気。患者は毎年30万人。

中近東で あったこんな話

ブルセラ症
ウシ等の家畜に触れたり、未殺菌乳を飲んで慢性感染。
炭疽
もともと病原菌は土壌に長期生存し、感染した動物から人が感染。

オーストラリアで あったこんな話

リッサウイルス感染症、ヘンドラウイルス感染症
コウモリ由来の新たなウイルス感染症により死亡者発生。

中南米であったこんな話

黄熱
吸血コウモリに見られる森林地帯で、感染サルを吸血した蚊に刺された人が感染。
狂犬病
吸血コウモリに咬まれて感染した人や家畜が発症して死亡。まれに、野生のサルも発症。

本に帰国して発症後、死亡報告。発症前に処置すれば死を免れるが、発症後は 100% 死亡、ウイルス由来。

サルモネラ：ペットのミドリガメやイグアナ等の爬虫類から子どもが感染し、重症になった報告。

エキノコックス：キタキツネの糞で感染して 20 年後に発症の報告。

北米の事例：ペスト：野生リスやペットで飼われていたプレーリードッグからの人への感染。死亡例あり。

平成 22 年度山口県動物由来感染症病原体保有実態調査より

カプノサイトファーガ・カニモルサス：犬 51 頭の検査で 78%、猫 48 頭の検査で 46% が保有している。一方、レプトスピラは犬 50 頭の検査で検出なし。

亀、ヘビ、トカゲは鳴かないのでマンションでも飼われる、においもそんなにない、見る人によるがかわいい。しかし、糞便から 50 ~ 80 数% にサルモネラ属菌が検出されている。

カプノサイトファーガ・カニモルサス感染症：グラム陰性桿菌。犬猫の口腔内に常在、かまれることにより人が感染する。犬猫に関しては何ら病原性なしだが、人に感染すると国内発症例は 1993 年から現在まで 6 例の死亡例を含む 18 例が報告。死亡率 30% である。

獣医学領域では教えていない。公衆衛生学でも教えていない。獣医の微生物の教科書に 1 行のみ記載。新しい病原体にて今後どうなっていくかは不明。

発熱、倦怠感、腹痛、吐き気、頭痛などの症状。重症化すると敗血症、髄膜炎。

世界で 250 例の報告、オランダの調査で 12% の死亡率。

診断と治療 血液・脳脊髄液・傷口の浸出液を培養して菌を分離同定。培養サンプルからの遺伝子検出 (PCR)。早期に抗菌薬等による治療。ペニシリン系、テトラサイクリン系抗菌薬が一般的。感染症法の届け出対象疾患ではないが、国立感染症研究所は報告をしてほしいとのこと (動物由来感染症ハンドブック 2011 参照、右頁)。

過剰なふれあいを控える (口移し、スプーン・箸の共有、布団で一緒に寝る)、動物にさわったら手洗い (砂場で遊んだあとも)、動物の身の回りを清潔に (自分の身を守ることになる)、野生動物の家庭での飼育・野外での接触をさける (遠巻きにみる)。

コリネバクテリウム・ウルセランス感染症 (グラム陰性桿菌)：ジフテリア疑い患者から分離され話題。現在まで国内で 6 例報告。馬、牛の常在菌。本来病原性はないが、バクテリオファージによるジフテリア毒素遺伝子の獲得によって、毒素産生性をもつようになると考えられている。英国で 7 例、米国で 1 例の報告。症状・治療・予防はジフテリアと同様。

いままでジフテリア毒素をもっていなかったウルセランスがどんどん広がり、毒素をもつようになる可能性あり (ジフテリアになる可能性あり)。

レプトスピラ症：国内では Weil 病や秋疫^{あきやみ}と称される。Weil 病は、黄疸、出血、腎不全を伴う重症型レプトスピラ症をいい、秋疫は軽傷型レプトスピラ症の一つ。電顕像は特徴的ならせん形 (*Leptospira interrogans*)。

診断、血清診断法 顕微鏡下凝集試験法による、ペア血清を用いた血清型特異的な抗体の検出。治療：ドキシサイクリン、ペニシリン等の抗菌薬投与。

Q 熱 (コクシエラ症)：Query fever 不明熱。1935 年。オーストラリアの屠畜場従業員の間に流行した原因不明の疾患に由来する。感染宿主は人をはじめ家畜、愛玩動物、野生動物、鳥類などきわめて広く世界各国に分布する。

病原体 *coxiella burnetii* ダニとほ乳動物を宿主に感染環が成立。ペットから人へいくルートが重要。発展途上国では食品から人へいく可能性。乳製品が危ない。

動物の Q 熱 (コクシエラ症)：感染動物との接触。妊娠動物の流産あり。

ヒトの Q 熱：潜伏期 7 ~ 26 日。悪寒戦慄を伴う急激な発熱、頭痛、眼球後部痛、筋肉痛、食欲不振、全身倦怠など。発熱は 38 ~ 40 度で 2

こんなことに注意しましょう

日常生活で注意すること

犬の予防注射と登録等

飼い主には狂犬病予防のため法律で飼い犬の登録と飼い犬への狂犬病予防注射、鑑札と注射済票の装着が義務付けられています。ご相談は市町村等の窓口へ。



過剰な触れ合いは控えましょう

細菌やウイルス等が動物の口の中やつめにいる場合があるので、口移しでエサを与えたり、スプーンや箸の共用は止めましょう。動物を布団に入れて寝ることも、濃厚に接触することになるので要注意です。



動物にさわったら、必ず手を洗いましょう

知らないうちに動物の唾液や粘液に触れたり、傷口等にさわってしまうこともあるので、動物にさわったら必ず手を洗いましょう。動物には病気を起こさなくても人には病気を起こす病原体があります。



動物の身の回りは清潔にしましょう

飼っている動物はブラッシング、つめ切り等、こまめに手入れをして清潔にしておきましょう。小屋や鳥かご等はよく掃除をして清潔に保ちましょう。タオルや敷物、水槽等は細菌が増殖しやすいので、こまめに洗浄が必要です。

糞尿は速やかに処理しましょう

糞が乾燥すると空気中に漂い、吸い込みやすくなります。糞尿に直接ふれたり吸い込んだりしないよう気をつけ、早く処理しましょう。

室内で鳥を飼育する時は換気を心がけましょう

羽毛や乾燥した排泄物、塵埃等が室内に充満しやすくなります。室内の清掃のほか、定期的に換気に努めましょう。

砂場や公園で遊んだら、必ず手を洗いましょう

動物が排泄物を行いやすい砂場や公園は注意が必要です。特に子供の砂遊び、ガーデニングで草むしりや土いじりをした後は、十分に手を洗いましょう。また、糞を見つけたら速やかに処理しましょう。



野生動物の家庭での飼育や野外での接触は避けましょう

野生動物はどのような病原体を保有しているかわかりません。動物由来感染症予防のため、また野生動物保護の観点からも、野生動物の飼育を避けましょう。



7

8

スーノース
動物由来感染症ハンドブック 2011 より

厚生労働省健康局結核感染症課より掲載許可 (平成 24 年 2 月 13 日)

週間程度続く。慢性例では死亡もありえる。治療：テトラサイクリン系とニューキノロン系抗生剤の長期間投与。予防：動物と接触頻度の高いものを対象に不活化ワクチン。

腸管出血性大腸菌感染症：ユッケを原因食材とする、O111 の流行が発生 (肉を生で食べるのは言語道断)。ドイツではもやし (スプラウト) を原因食材とする O104 の流行が発生。

もやしに関連するが、カイワレ大根が原因で O157 が流行したことあり。水が汚染されていたのではと推定されるが、まだ調査中。

腸管出血性大腸菌 O157:H7 とは。グラム陰性桿菌、通性嫌気性、乳糖を分解して酸とガスを発生。O は菌体抗原 (リポ多糖体抗原、耐熱性) で、157 はその種類を示す番号 (1 ~ 173)。H は鞭毛抗原 (鞭毛タンパク抗原、易熱性) で、7 はその種類を示す番号 (1 ~ 157)。大腸菌のグラム染色で観察され、電顕像で桿菌を示す。繊毛がでている。

大腸菌の病原性に基づく分類：ETEC 腸管毒素原性大腸菌、EIEC 腸管侵入性大腸菌、EPEC 腸管病原性大腸菌 (狭義)、EHEC 腸管出血性大腸菌。毒素産生：志賀毒素。

O157 感染の集団発生：1982 年 米国、オレゴン州・ミシガン州でハンバーガーを介した食中毒 (厚いハンバーグの加熱不十分)。起源は牛と推定されている。正確なところはまだ不明。国内での O157：1990 年埼玉県浦和市、幼稚園の井戸水、集団食中毒。1996 年大阪府堺市、学校給食集団食中毒、国内での研究のきっかけ。学校給食を作っている職員が菌をもっていて、そこからうつった。その後、給食を作る人は検便が必要になった。報道されなくても、なくなったわけではない。

O157 は人から人へ感染することが多い。幼稚園・保育園・食品 (主に牛肉)。軽度の下痢から出血性大腸炎、溶血性尿毒症症候群 (HUS)、脳症。主に水溶性下痢と腹痛で発症、翌日に血便が見られることもあり、鮮血を多量頻回に排泄する場合

も多い(出血性大腸炎)。病院に行かなかった軽傷者が保菌者になる可能性。電顕像は表面つぶつぶ(赤血球付着)で、血清下痢。腸上皮細胞にくっついて毒素産生。

HE 染色 上皮細胞の水疱化

合併症で死に至る:溶血性尿毒症症候群 (HUS): 発症約一週間後約 10%の患者が移行。血小板減少、溶血性貧血、尿量減少、血尿、蛋白尿などで気づく。志賀毒素により血管内溶血。HUS 患者の約 3%は死亡。

もう一つの重症合併症:脳症(中枢神経障害)神経症状(しびれ、頭痛)や意識障害を随伴し、痙攣重積、昏睡に陥る例も多い。

なぜ人から人へうつるか。少量で感染を引き起こすため。手洗いで注意していても入浴を一緒にするとだめ。O157は胃酸に強く、口から入った

菌のほとんどが胃を通過し腸に届く。

上記のごとく、一時間にわたる講演をされ、「動物由来感染症を考えるきっかけになっていただければ幸い」といわれて講演を終えられた。

質問に対する回答:口の中の菌、動物が手をなめると爪に移行する。かんでもひっかいても感染する。

O157がなぜ学校給食で起こったか。糞便由来で、給食を作る人の手洗いが不十分だった。

…動物由来感染症ハンドブック 2011 は、厚生労働省の HP より閲覧できます。

[記:柳井医師会 弘本 光幸]



特別講演 2

「パーキンソン病の診療と研究の最近の進歩」

京都大学大学院医学研究科臨床神経学教授 高橋良輔

日本神経学会から出版された「パーキンソン病治療ガイドライン」作成委員会の委員長を務められた高橋教授にパーキンソン病の分子レベルでの解明、薬物治療、外科治療、そして今後の展望についてお話しいただいた。

パーキンソン病は 1817 年にイギリスの内科医、James Parkinson の An Essay on Shaking Palsy という記載が最初である。Shaking「ふるえる」、Palsy「麻痺」、振戦麻痺が最初のパーキンソン病の記載である。正確にいうと、パーキンソン病は麻痺をおこす病気ではなくて、運動が障害されるが、脱力はない。頻度は 1000 人に 1 人くらいで高齢者に多い。日本に 15 ~ 18 万人いる。

神経病学的な特徴はドーパミン神経細胞が死ぬため、特有の運動障害がおこる。振戦(安静時振戦が特徴)、固縮、寡動・無動である。仮面様

顔貌も寡動、無動の表れと理解されている。この 3つは病気の初期からみられるが、進行すると姿勢反射障害、立ち直り反射が障害され、すぐに転びやすくなる。運動障害は中脳の黒質の緻密帯にあるドーパミン神経が選択的に変性することが原因である。ドーパミン神経はドーパミンをつくるのが大きな役割で、ドーパミンを次の神経にシグナルとして伝えて情報を伝達する神経である。このドーパミンの細胞体が黒質中脳の黒質緻密帯にあるが、ドーパミン神経はドーパミンを作る時に同時に副産物としてニューロメラニンという黒い色素をつくり、見た目に黒い。黒質ではそういったものが集まっているので、正常の場合は真っ黒に見える。パーキンソン病では黒質のドーパミン神経が変性脱落してなくなるので、見た目にも色が薄くなる。顕微鏡で見ると細胞が減っているだ

けではなく、レヴィ小体が細胞質の中に封入体として見られる。このレヴィ小体の封入体はパーキンソン病にしかでない。

パーキンソン病の原因に関しては、遺伝性で起こるものが 5～10%あるが、現在は環境要因と遺伝を含めた内因性要因の複合要因によって起こる。環境要因の中には、農薬に対する曝露もあるし、食習慣もある。コーヒー、酒、煙草（ニコチンがニューロプロテクティブな作用をもつ）は、すべてパーキンソン病になりにくい要因といわれている。もう少しはっきりしているのはエイジング。50 代を超えないとパーキンソン病にならない。

農薬の曝露、農薬の中にはパーキンソン病と類似の症状を起こすような toxin がある。

Neurotoxin induced PD models といい、ドーパミン神経を特異的に変性させる毒素が知られている。dieldrin、paraquat、rotenone は、よく使われている農薬である。この中で実験性パーキンソンニズムを作るのによく使われるのが rotenone、これは元々自然の植物からとれる毒素であるが、一般的な農薬にふくまれており、ミトコンドリア呼吸鎖複合体 I の阻害薬としても知られている。この rotenone を動物に投与するとパーキンソン病のモデルを作ることができる。おそらく体内ではミトコンドリアの内膜に存在している酵素群で、この一番最初にある complex I を阻害することによって ATP 産生を阻害する。そのことが細胞死に結びつく要因になっている。さらに ATP 産生を阻害するだけではなく、mitochondrial toxin というのは活性酸素を増加させて毒性もたらすと考えられている。ミトコンドリアの機能障害がパーキンソン病の病因にかかわっているかもしれない。MPTP（たまたま見つけたドーパミン神経を殺す toxin）の作用機序がミトコンドリアにかかわっている。MPTP は麻薬患者が自分で合成麻薬を作って、自分に注射していたが、100%ピュアな麻薬ではなくて、中に副産物として MPTP というものができてしまって、自分でパーキンソン病になった。MPTP を投与すると、血液脳関門を通過して中枢神経に入って、グリア細胞の中で MAO-B という酵素によって、MPP+ という物質に変わる。MPP+ はドーパミンに大変よく似た構造をもっているの、ドパミントラン

スポーターを通ることができる。MPP+ はドパミントランスポーターを通過してドパミンの中に入っていき、そして Complex I を阻害して細胞死を引き起こす。この MPP+ は特異的にドーパミン神経を変性させてしまうので、実験的パーキンソン病モデルにするのに大変頻用されている。

一方、パーキンソン病の病因で非常に大きなインパクトを与えているのが遺伝性パーキンソン病の研究である。遺伝性のパーキンソン病は全体の 5～10%しかないマイナーな病気であるが、この一部の病気は遺伝子に原因があることがはっきりしているの、分子レベルの異常をつきとめることができる。遺伝性パーキンソン病の分子メカニズムを足がかりとして、より複雑な発症要因をもっている孤発性発症要因を理解できると考えられている。これまでに見つかった染色体異常の遺伝子が見つかった位置を順番に PARK1、2、3 と名前がつけられていて、PARK16、16 個の遺伝性パーキンソン病が報告されているが、その中でも特に重要な、パーキンソン病を理解する上でぜひ知っておいていただきたい。α-シヌクレインに関してお話しをする。α-シヌクレインというのは神経特異的に発現しているたんぱく質である。シナプスは Pre シナプスと Post シナプスという二つのシナプスに分かれる。α-シヌクレインは情報を伝える側の Pre シナプスに非常に多く、140 アミノ酸の非常に小さなたんぱく質である。量は非常に多いが、ノックアウトマウスで機能を解析してもはっきりしたことはわからない。1997 年、α-シヌクレインの点突然変異でアミノ酸が一個だけ変わると、常染色体優性遺伝性のパーキンソン病になるということが報告された。最初に見つかったのは 53 番目のアラニンというアミノ酸がスレオニンというアミノ酸に変わる、A53T というミスセンス変異の家系である。その後別々の個所にまたアミノ酸が 1 つだけ変わるミスセンス変異が合計 3 つ見つかっている。このことから、レヴィ小体は α-シヌクレインからできていることが明らかになった。さらに、野生型 α-シヌクレイン、すなわち普通の α-シヌクレインの遺伝子重複変異（二重複、三重複）でもパーキンソン病になることが明らかになった。α-シヌクレインは常染色体、6

番染色体の上にある。常染色体上の遺伝子は普通、父親の染色体と母親の染色体で 2 個ピンをもっている。ところが病気の方はこの異常な染色体の上に 2 個ピンもっているわけで、全部で 3 個ピン、それから三重複の方は 4 個ピンをもっている。それ以外は全く変わらないので、 α -シヌクレインの量が正常の 1.5 倍、もしくは 2 倍になっただけでパーキンソン病になってしまうということを意味する。ただし α -シヌクレイン自体に遺伝子的変異がなくても、 α -シヌクレインの代謝がおかしくなる。たとえば α -シヌクレインの分解が阻害されるとか、 α -シヌクレインが人よりもたくさんできてしまい、1.5 倍くらいできてしまうとパーキンソン病になる引き金になる。このことは、パーキンソン病を α -シヌクレインの代謝病と考えられるのではないか。さらに α -シヌクレインが複合的な要因をもつ病気の遺伝的リスクを明らかにするのに非常に有効な手段として使われている。Genome-wide association studies、GWAS という手法によっても、孤発性パーキンソン病のリスクファクターとして α -シヌクレインがあることは明らかになった。パーキンソン病の病因論として有力な仮説というのは、 α -シヌクレインが異常化して、レビー小体を作り細胞死につながるということである。

レビー小体という小さな分子が、140 アミノ酸の蛋白質がこういう大きな塊を作るまでにはいろいろな過程があり、その中間代謝産物が細胞死を引き起こす犯人ではないかと考えられている。パーキンソン病の治療で、かつては移植治療が行われていて、現在も ES 細胞とか iPS 細胞を使った治療は期待をされているが、以前は他人の胎児の黒質のドーパミン神経を患者の脳に植える、ということが行われてきた。結果的には、非常に困った副作用が出るということで現在は行われていない。移植を受けてから 10 年以上たって亡くなった患者さんの剖検で、黒質にレビー小体が黒々と染まっていた。つまり、ホストである患者さんから胎児の黒質のニューロンの中にレビー小体が感染性物質のように移っていったと考えられている。この細胞の中にあるはずのレビー小体が細胞の外に出てきて、ほかの細胞に移っていくということが明らかになった。どうしてレビー小体

が出て行って、ほかの細胞に移って、レビー小体を形成するのか、ニューロンにできたレビー小体がほかのニューロン、グリア細胞に取り込まれ、特にニューロンではさまざまな機構を介している、ひょっとしたらミトコンドリアの障害かもしれないし、蛋白質分解系を阻害するのかもしれないが、そういった形で細胞に影響を与えつつ、レビー小体も広がっていくということではないかと考えられている。病理学の研究からもレビー小体が広がっていくことを示唆する証拠が提出されている。

パーキンソン病の四徴である、振戦、固縮、寡動・無動、姿勢反射障害は、すべて運動に関する問題、ドーパミン神経が脱力することによって起こる機能の障害である。しかし、パーキンソン病というのは運動機能の障害だけではなく、非運動機能の障害も特徴であるということが分かってきた。すなわち便秘などの自律神経症状、嗅覚の低下、睡眠障害、うつ、認知症がパーキンソン病で 30 ~ 40% 以上の患者さんに合併することが最近の研究で分かってきた。さらに便秘などの自律神経症状と、嗅覚の低下、睡眠障害は運動障害が出現する前から出現している、つまりパーキンソン病になる前に、「何年か前から臭いがわからない」とか、睡眠障害（レム睡眠、夢をみている時に体の緊張がとれなくて大暴れしたり、走り出してしまったり、そういう非常に奇妙な睡眠障害）がパーキンソン病を発症する数年、もしくは十数年前からあることが明らかになった。Braak（ドイツの病理学者）は中脳より下の延髄、嗅球に最初にレビー小体が出てくる。脳幹から、延髄から始まった病変は橋に拡がり、さらに中脳、大脳皮質へ拡がっていくという上方説をみつけた。このことは非運動症状が、運動症状に先行して出現するということをうまく説明できる。これはレビー小体と関係があり、レビー小体はなぜか連続的に下から上に広がっていく。これは α -シヌクレインが伝播、連続的に細胞から細胞へ伝わっていくことをうまく説明する。さらにパーキンソン病は心臓交感神経節、末梢神経にも異常を来す全身病だということが分かっている。多系統変性疾患、全身病であるというのが研究の到達点としては新たな理解である。

画像診断ではドーパミントランスポーターに特異的に結合するリガンドが見つかり、SPECT もしくは PET で線条体のドーパミン神経の神経終末をみることができるようになり、重症度がわかるようになった。

パーキンソン病の対症療法

ドーパミンを補うには L-DOPA というドーパミンの前駆体、これは blood-brain barrier を越えて脳に到達して、中枢神経の中でドーパミンに変わって、ドーパミンを補う。次に、ドーパミン受容体刺激剤で、この 2 つが主薬である。L-DOPA は内因性ドーパミンの前駆体でパーキンソン治療のゴールドスタンダードである。ただ、血中半減期が 60～90 分と短い。長期に投与すると運動合併症（症状の日内変動、ジスキネジアという付随運動）という副作用がでてくる。症状の日内変動とは薬をのんで、効いている時は非常によく動けるが、切れると動けなくなるので症状が悪化してしまうという症状。ジスキネジアは服用時に血中濃度が非常に高く上がり、付随運動が出てくる。L-DOPA の実験的毒性については、EN ドーパスタディで 2004 年に Lancet で L-DOPA 投与でパーキンソン病の症状悪化をむしろ防御できる。毒性は問題にならないと報告された。ドーパミンアゴニストは有効時間が非常に長く、血中半減期が 5 時間以上、運動症状の日内変動やジスキネジアを起こしにくい。短所は効果が L-DOPA に比べて弱い。初期の患者には日内変動を予防するためにアゴニストの投与、ある程度進行すると、L-DOPA との併用が必要になってくる。ドーパミンアゴニストにはパーロデル、ペルマックス、カバサールの麦角系、それからドミン、ピ・シフロール、レキップの非麦角系がある。麦角系には心臓弁膜症を起こす副作用があるので、現在は非麦角系の薬が第一選択で、これで問題があれば注意深く麦角系に切り替えていく。アゴニストの副作用として、衝動制御障害（病的賭博、性欲が亢進して浮気する、カード破産をするほど衝動買いをする）がある。それから、突発性睡眠（眠気なしに突然眠り込んでしまう）があり、自動車の運転時に非常に怖い。5～10%にみられるので、特に車の運転が仕事に不可欠の方には、非麦角系の方がリスクが

高いので、麦角系の薬を使い、十分注意をするように。

2002 年に日本神経学会が最初にパーキンソン病の治療ガイドを出し、今年、改定版「パーキンソン病の治療ガイドライン」を私が委員長を務めさせていただいて、発行しているので、読んでいただきたい。

ドーパミンアゴニストと L-DOPA の使い分け

未治療のパーキンソン病の薬物治療はパーキンソン病の初期患者では、まず診断をし、生活や仕事に支障がない場合は経過観察し、ちょっとした運動やリハビリをしていただく。支障が出てきたら治療の対象になる。高齢者、認知機能障害、精神症状のある場合は L-DOPA、当面の症状改善を優先させる事情がある場合、症状が重くてアゴニストだけでは症状が治せないということが明らかかな場合、若い患者では、症状を改善しないと仕事を失ってしまう場合も L-DOPA で開始。そういう事情がない場合にはアゴニストで開始して、運動合併症が起こらないように治療していく。効果が不十分であると L-DOPA とアゴニストを併用する。

長期治療上の問題点

初期の患者さんは非常に薬が効く（ハネムーンピリオド）が大体 5 年以内。初期の患者はまだドーパミンニューロンが残っているので、L-DOPA が中枢神経にためられ、適切に出すことができる。しかし、病気が進むと血中濃度がそのまま脳内の濃度に比例し、そのため運動症状の合併症が起こり、ジスキネジアがおこってくる。すなわち血中濃度が高い時にはジスキネジア、低くなると動けなくなるという大きな問題がおこる。パルス状の刺激を間欠的に与えていることになる。正常なドーパミンニューロンは同じ程度のドーパミンが出ていて連続的に刺激している（Continuous Dopaminergic Stimulatio）。運動合併症を起こした進行期の患者に腸道を作り、L-DOPA をゲル状にしたものを連続的に送り込むと、L-DOPA は吸収されて血中濃度は安定し、高い濃度で維持されているが、ジスキネジアが減っている。現在、腸道での治療が欧米ではすでに行

われている。日本でも治験が現在開始されている。

外科治療

パーキンソン病になると、大脳基底核の運動サーキットの集団伝達自体に回路自体の働きがおかしくなり、視床下核が異常興奮する。この異常興奮することが最終的に大脳皮質に運動しなさいという命令を減らしている原因になっている。パーキンソン病を引き起こす原因、上流のイベントとして視床下核の異常興奮があるということが実験的パーキンソン病の研究から分かってきた。例えば電気ショックなどで視床下核の異常興奮を制御すればよい。視床下核又は下流の淡蒼球という所にペースメーカーと同じような電極を差し込

んで、電気刺激を与えてこの大脳基底核の信号を制御する。これを深部脳刺激という。これにより劇的に効く患者もいる。ただし、あまり年の患者では血管がもろくなっていて、出血をするリスクがあるので、若い患者で、精神的にも安定した患者を選ばないといけない。

今後の展望

今後は遺伝子治療、細胞死を防ぐ治療、あるいは ES 細胞、iPS 細胞を使った細胞移植の治療が進展することが期待されている。特に iPS 細胞に関しては、5 年後に臨床応用に行くという新しいプロジェクトが始まった。

[記：宇部市医師会 福田 信二]



特別講演 3

「日本人のがんと放射線」

東京大学医学部附属病院放射線科准教授・緩和ケア診療部長 中川 恵一

平成 23 年 11 月 27 日の中川先生のご講演では、まず日本は医療人の努力もあり世界一の長寿社会になったが、そのことは逆に、老化そのものであるがんの発生も増加させる結果となっていることを述べられた。

次に、老いてがんにかかることは仕方がないにしても、自治体や、とりわけ政府の取り組み次第では、若年でのがんの発症をもっと減らすことも可能であることと、完治が望める早期がんのうちに発見するための唯一の手段であるがん検診の受診率をもっと向上させることも可能であるはずだと述べられた。その裏には、今の高齢者は 50 年前に比較すると肉体的には非常に若く、もっと長く人生を謳歌できるはずのところを政府の取り組みの甘さが原因で、みすみすがんで命を落としてしまうのはもったいないとの信念が伺えた。

具体的には適切な教育を通じて、学童や学生の時期にこそ、生活習慣とがんの関係や死生観について、保健体育での授業ではなく、理科（自然科学）に精通した教師や時には学校医の協力を得

て、正しい知識を理解させることががん大国の汚名返上に繋がることを強調された。

また、最後に、日本人のがんの欧米化に対する放射線治療の果たす役割及び福島原発事故とどう向き合うべきかについて、ご専門の立場から詳しく丁寧にご教示いただくことができ、医療者として今後の医療の現場で患者や検診受診者への説明に大いに役立つ数多くの具体的な知識を得ることができたことは、大変有意義なご講演であった。

本稿では、印象記としては異例の国会報の 5 ページ近くを割くことを承知で、当日の中川先生のご講演の内容をほぼテープおこしに近い状態で、文章にまとめたものを掲載させていただいた。初めて目にする数字も多いと思いますが、日常の診療に活用していただけることを願っている。

中川先生のご講演内容：一部筆者が改変

日本はがん大国。国民の半数ががんにかかり、男は 2 人に 1 人以上ががんにかかる。年間 70 万

人ががんにかかり、36 万人ががんで死ぬ。生涯の発がんリスクは男 60%、女 45%。152 万人が継続的ながん医療を受けており、がんを克服して生存中の患者さんは 600 万人。死亡原因の 1/3 ががんである。

1981 年（昭和 56 年）にがんが死亡の第一位になった。欧米ではがんは頭打ちで、峠を越えている。10 万人あたりのがん死亡率（粗死亡率）が増え続けているのは先進国の中では日本だけ。1995 年までは日・米のがん粗死亡率は同じであった（ここでいうがんとはいわゆる臨床的ながんのこと）。

がんは老化現象で、毎日多数のがん細胞が体内で発生している。これは年齢とともに増える。DNA の傷が積み重なっていくと、結果として細胞は死ぬという仕組みが壊れてしまってがんになる（ここでいうがんは役割分担を忘れ、無個性となって、増えることだけは止めなくなった一個の不死化した細胞のこと）。

大腸菌のような原核生物には寿命がない。無限大のプールに無限大の時間と無限大の栄養があれば無限に増殖し続ける。理想的な環境では寿命がない。単一クローンのため区別がない。よって、環境の変化によっては大繁栄か絶滅のいずれかの結果が待っている。

一方、人間には性があり、個々の区別がある。有性生殖で生物は多様性を獲得。種としては環境の変化に対応できるようになったが、引き換えに個体の死が運命付けられている。つまり DNA が環状から線状になったことで、組織を修復する際の個々の細胞の分裂回数に制限を与えるテロメアをもつこととなったからである。

進化の歴史は生命が誕生した 38 億年前から、ちょうど半分が経過した 19 億年前に有性生殖が行われるようになり、進化の過程でわざわざ個体の死を選んだ。その死の仕組みが壊れてしまったのががんで、がん細胞は先祖返りである。心臓にがんができないのは心筋細胞が分裂をしないからで、分裂のときに生まれる不死細胞がそもそも心筋では生まれないことによる（同様の理由で、心臓以外では脳幹にもがんはできない）。

毎日できるたくさんのがん細胞（不死細胞）は、免疫監視機構で殺されている。できたてのがん細胞

をリンパ球（NK 細胞）が殺している。がんが感染しないのは、他人の細胞は異物そのものと認識され、免疫監視機構の格好の標的となるからである。しかし、正常細胞とほとんど区別がつかないので、このことは、がんのできた本人にとっては厄介な問題で、がんをすべて免疫監視機構で叩こうとしても、取りこぼしができてしまう。免疫がたった一つのがん細胞を取りこぼすことから、がんは増殖を始めてしまう。がん幹細胞説からはやや異論のある古典的な考え方ではあるが、基本的にはがんを理解する上で間違いではない。

免疫機構が取りこぼしたたった一つのがん細胞が分裂を繰り返す、いわゆる臨床的ながんに成長する。直径が 1cm のがんになるまでの時間は結構長い。大腸がんでは 20 年～25 年かかる。年齢とともに毎日発生する不死細胞の数は増える。

日本人は自然界から年間 1.5 ミリシーベルトの被曝をしている。60 年から 70 年生きると 100 ミリシーベルトになる。山口県は資源が多く、被曝量はより高い。被曝によっても DNA の傷は積み重なっていく。その結果 30～40 代から日々発生するがん細胞（不死細胞）数はますます増えていく。一方年齢とともに免疫機能は衰える。よって臨床的ながんが発生する確率が年齢とともに高くなっていく。がんは老化そのもの。細胞の死の仕組みが壊れるほどにまで長い時間生き続けることができる長寿社会になった結果、最後に不死細胞のがんが残った。皮肉なことに有限の時間の中で生活するわれわれの寿命を不死細胞のがんが断つことが当たり前の時代になった。

繰り返しになるが、がんは 30～40 代から増え始める。男に多い。女性の 1.5 倍。男のがん罹患率は 6 割。がんにならないのは少数派といえる。ただし、54 歳までは女性に多い。30 代の女性は男性の 3 倍の罹患率。女性の二大がん、乳がんと子宮頸がんが若い世代に多いからである。子宮頸がんは若年齢化している。性交渉もその世代に多いから。

日本人は世界 1 位のがん発生国となった。それは日本人が世界一長生きになったから。女性は 86 歳で世界 1 位。男性は 80 歳で世界第 3 位。国民全体では 83 歳で、香港と並んで同率 1 位。明治元年で平均寿命は 35 歳。大正元年でようやく

く 40 歳。その当時は子どもの死亡が非常に多かったので足を引っ張った。しかし、がんになるまで長生きする人はそう多くなかった。医療の力が大きい。医療人の頑張ったことが世界一長生きできる国になった。そのことががんの罹患率世界一になった理由である。

自治体やとりわけ国の取り組み・姿勢には疑問がある。がんが多いのは高齢化したから仕方がないというだけではない。理由は他にもある。なぜなら高齢者は若い。50 年前に比較して、年齢以上に今の国民は若い。

理想的な生活をしてもがんの 1/3 は残る。がんは完全な生活習慣病ではないことも確かである。2/3 近くのがんのみが生活習慣病である。酒・タバコを嗜まず、運動をして頑張ってもがんの発症からは完全には逃れられないとすれば、二次予防である検診での早期発見が重要。がん全体の 5 年生存率は 6 割程度。早期がんであれば 9 割。早期の胃がん・大腸がんであれば手術をすれば 100% の生存が期待できるからである。

生活習慣との関連では、がんの原因の 1/3 がタバコだが、問題は間接喫煙で、ご主人が一箱以上のタバコを吸う人の奥さんは肺の腺がんの危険が 2 倍になる。タバコの包装には喫煙は肺がんの原因の一つという一文しか警告文がない。一般の方は肺がんだけと思っているふしがある。喉頭がんは 32 倍。肺がんで 4 倍。乳がんは別として、ほとんどすべてのがんの原因の一つにタバコは関係している。同じ量の煙であれば副流煙の方がタールやベンツピレン等の発がん物質がはるかに濃度が高い。1 日 4 合の酒で大腸がんのリスク 3 倍。乳がんなど多くのがん種も酒でリスクが増す。間接喫煙はあっても間接飲酒はない。だから酒は飲んでも喫煙は医療者のやるべきものではない。

酒を飲んで赤くならない人はあまりがんにはならない。赤くなる人は食道がんのリスクは 5 倍。アセトアルデヒドに発がん性がある。アセトアルデヒド脱水素酵素のヘテロ型が日本人の 4 割。この酵素の欠損型は白人にはない。基本的には白人は赤くならない。あまり欧米社会では酒はいけなとは言わない。白人の方がタバコによる発がんのリスクは高い。日本人が欧米人の真似をしてみようと大変なことになる。赤くなる日本人が酒を

1 合で止めると食道がんのリスクが半分になる。赤くなる者が 3 合以上飲んで、タバコも吸えば食道がんのリスクは 30 倍。1/3 のがんはタバコ。あと 1/3 はタバコ以外の生活習慣で、野菜・果物摂取不足、肉の摂り過ぎ、塩分摂り過ぎ、お酒飲み過ぎ、運動不足、肥満、母乳で育てない人の乳がんなど。残りの 1/3 は運。過去 50 年間で肉の消費量は 10 倍。野菜の摂取量は落ちている。車で移動し、運動不足。生活習慣でがんの種類が変わってくる。がんの欧米化が進行しているのである。

1960 年の男性ではがん死亡の半分が胃がん。その後冷蔵庫の普及で胃がんの原因の大半を占める食物中の細菌感染の内、胃液で殺菌できなかったピロリ菌の繁殖がなくなる。ピロリ菌はアルカリ性のアンモニアを分泌しながら、胃酸の中で生き延びる。5 歳くらいの免疫力の悪い頃に感染する。ピロリ菌感染は日本人最大の感染症と言っている。日本人全体の半数が感染している。60 歳以上の高齢者では 8 割の感染。かつてはそれほど食物の衛生が悪かった。若い世代はピロリ菌の感染は非常に少ない。衛生的なものを食べている。

子宮頸がんは全年齢層を対象にすると減少してきている。これは各家庭にお風呂が普及してきたから。子宮頸がんの 100% が性交渉によるヒトパピローマウイルスの感染が原因。処女の女性に子宮頸がんはない。性経験のある女性の 7 割が一度は感染する。要は性交渉の前にお風呂に入ることが肝要。感染型のがんとしては他に肝がん。感染型のがんが減るのは当然。

男性に増えているのは、罹患率で見ると前立腺がん。女性では乳がん。欧米に行くとも 7 割が乳がん、前立腺がん。これらは性ホルモンの刺激で増えるがん。コレステロールを材料にして性ホルモンは卵巣や精巣で作られる。お肉を食べなければ前立腺がんは増えない。肉の消費が増え男性ホルモンが上昇。このことが、がん治療が手術から放射線へ変わりつつある要因。

早期発見の一般人のイメージは症状が出たらすぐ医療機関を受診して見つけることと思っている。これが間違い。この場合既に進行がん。場合によっては末期がん。早期がんであればほとんどの臓器において症状は出ない。早期発見とはがん検診を受けることで、はじめて達成できる。

毎日多数発生するがん細胞を免疫監視機構が見張っている。免疫にとっては自己に近い異物は見落としがち。見落とされたがん細胞がおよそ 30 回分裂すると 1cm になる。乳がんであれば 15～17 年で 1cm になる。がんの専門家でも乳がんと判定できるのは 1cm になったとき。1cm になった乳がんが 10cm になるのは大体 5 年。つまり発見できる大きさの 1cm に到達してからは、半数の人が死ぬといわれる 10cm の乳がん成長するまでの期間は速い。早期乳がんといえるのは 2cm まで。2cm のがんが診断できたとして、遡って 5mm の時のフィルムを見たときに初めてこの 5mm の腫瘍はがんであったのだといえるのであって、はじめから 5mm のがんを確定診断することは困難。よって 1cm から 2cm までの細胞数が 8 倍になるために 3 回分裂する期間の 2 年弱の間に運よく検診で拾い上げることでしか早期乳がんは診断できない。いつ最初のがん細胞が分裂を開始するかはわからないので、発症のピークを迎える 40 代後半を迎える前の 40 歳から 2 年に 1 回は乳がん検診をやっておきましょうというのが検診の考え方。定期的に網を張っておくというのが早期発見の鍵。

5 大がんに関しては検診の死亡率の低下のエビデンスがある。とりわけ、子宮頸がん・乳がん・大腸がんの 3 つは是非ともやるべき。イギリス・アメリカでは 8 割がた検診が行われている。日本はメタボ健診の影響もあって一時 25% に増えたが、その後 21% に低下（平成 22 年度は 30% を超えている）。先進国の中で日本だけががん検診受診率が低い。このことが問題で、先進国の中でがん死亡率が増え続け、未だ峠を越えない大きな要因。

日本の外科医、胃がんのメスさばきは世界一であるが、医療者の技量とかそういうことではなくて、国としての取り組み、対策に問題があるので、世界一のがん大国の汚名を着ることになった。

学校においてほとんどがんの教育がなされていない。教科書に書いてないわけではないが教えられていない。学校の先生の中でどの教科の先生が一番タバコを吸うのかというと、これはもちろん保健の先生である。体育会系の先生が保健を教えるのには無理がある。ヨーロッパにおいては全く

別教科である。保健ではなく、理科で教える。健康・医療のことは理科の先生が教える。実際がんの患者さんと呼んで、子どもたちにお話しさせている。この辺は考えていかなければならない。学校におけるがん教育に関して、お集まりの先生方の力を借りたいと思って、本日の講演を行っている。がん教育基金を立ち上げて、チャリティーコンサートをやって、子どもたちにわかりやすいアニメを届けるといようなことをやっている。がんの最大の原因はタバコであることを知らしめる。

手術、放射線治療と抗がん剤が科学的に証明されているがん治療。固形がんの完治には手術か放射線が不可欠。手術と放射線治療はライバル関係。わが国では手術がメインとなっている。それは胃がんの治療を中心に体系づけられているから。終戦直後の図式はそれでよかった。今でも一般の方はがん治療といえば手術と思っておられる。日本ではがんの患者さんの中で 4 人に 1 人ぐらしか放射線治療を受けていない。欧米社会では 6 割近いがん患者が放射線治療を受ける。日本の倍。放射線治療は 95% 近くが外来通院で実施できる。

乳房温存手術後の乳房全照射では一回 1 分間の照射で、局所温度も 1/2000℃しか上がらない。多くのがんで、手術と放射線治療の治癒率は同じになっている。

喉頭がんでは手術と放射線治療の成績は同じになるが、手術では声を失う。放射線の方が昔から好まれる。あたかも肉芽が取れていくように消えていく。免疫が関与しているからである。抗原性が高まって殺しやすくなる。その手助けをしている。

食道がんも、子宮がんも同じ生存曲線を描く。どっちを選んでもいいのだが、欧米と比較して圧倒的に放射線治療を受ける人がいないのは放射線治療の存在が知られていないことが原因。患者さん自身の治療法を知る努力も必要だが、国ももう少し教育で教えることも必要。

アメリカでも 17 年前から前立腺全摘に対して、前立腺がんは外部照射や、ヨウ素 125 というアイソトープを前立腺の中に埋め込んでいく治療が普及。外来でできるし、日本でも 2～3 泊で済む。男性機能が保たれるのでいい。アメリカ

では放射線治療の方が多くなっている。

放射線治療はがん細胞だけに放射線を集中させることができれば無限に放射線をかけることができ、ほとんど 100% 局所制御ができるという考え方に基づいている。このことがかなり現実化してきた。例えば前立腺がんの病巣だけに放射線を集中できる時代になってきた。

緩和ケアが遅れている。がんで亡くなられる方の 8 割がたの人ががんによる激痛の中で死亡。3 人に 1 人ががんで亡くなるとすると、日本人全体の 4 人に 1 人が激痛の中で亡くなっていることになる。モルヒネ、フェンタニール等の麻薬の使用量は先進 7 か国の中でビリ。アメリカ人の 1/20 の使用量に留まっている。

患者さんの誤解もある。麻薬は体に悪く、生命がさらに縮むと思っておられる方が多い。しかし、末期の膵臓がんの激痛のある患者さんを対象として、腹腔神経叢ブロックで 50% アルコールか生理食塩水かを無作為に投与した時、痛みを取った方が長生きしたという論文が 1993 年に発表されている（今ではこのような臨床研究はできないが）。これは当たり前、疼痛が取れると全身状態は良くなり、寿命は延びる。肺がん患者さんに抗がん剤に加えて心のケアを加えると延命効果が得られたという論文もある。

日本の医療の在り方に『治すと癒す』のアンバランスがあると思う。どうも治す医療の方に偏り過ぎているようだ。治・癒の治に偏っている。古来、Care があってその後 Cure が発展してきた。病院の起源は修道院で修道女が心のケアに当たっていたのが始まり。5 年生存率を改善することに追われる中で、非完治となった患者に適切なケアが行われてこなかった。自身は東大病院の中で白い目で見られながら緩和ケア診療部を立ち上げてきた。最近の課題は在宅緩和ケア。各人の生きがいを大切にしていける医療。医師だけの病院はなく、看護師だけの病院もない。Cure も Care も同時に必要。

Cure をひたすら目指してきたのがこれまでのがん治療。完治が望めなくなっても抗がん剤を最後まで使用し、いよいよ骨髄抑制で抗がん剤が使えなくなるとホスピスへ送るという治と癒が対立関係にあった。2007 年のがん対策基本法により、

最初から Cure と Care の両方ともやるのが基本となった。

末期の肺がんで一回だけ放射線治療を行うことで痛みがなくなった方がおられる。延命はできなかったが、意味のない治療ではなかったことははっきり言える。緩和医療の必要性は論を待たない。ガンマナイフというピンポイント照射の技術がある。5mm 程度の細いビームを相異なる 201 個の小孔から病巣へ集中させるので、非常に高い放射線の集中度が得られる。脳内の転移性腫瘍が一回の治療で消える。こういうハイテク治療が、最も全身状態の悪い終末期の患者さんにこそ行われるべきだと思われる。なかなか一般的には根治治療にしか使われない治療ではある。

福島原発事故ではヨウ素 131 とセシウム 137 が問題となった。チェルノブイリ原発事故では小児の甲状腺がんのみが増えた。ただし、死亡率は低い。日本では海藻をよく食べており、常に甲状腺はヨウ素リッチの状態になっている。福島の子供で最も高い放射線被曝は 35 ミリシーベルト。チェルノブイリでは 4 歳未満の子どもの 1% が 10 シーベルト、つまり 1 万ミリシーベルト浴びた。桁数が福島と 3 桁違う。子どもに甲状腺がんが増えることもなければ、福島ではいかなるがんも増えないといえる。

原爆は一瞬のガンマ線と中性子。すぐに被曝量は決定できる。福島では場所によって値が違う（風と雨と地形に依存）。広島では原爆による被曝量と発がんの関係が定量的に得られた。100 ミリシーベルトを超えると 0.5% がん発生率は増える。その後は比例して増える。100 ミリシーベルト以下ではがんは増えないという結果が出ている。福島での最大の被曝をされた方でも 5～6 ミリシーベルト。がんは増えない。広島での結果から、20 ミリシーベルトの被曝で発がんのリスクが増えるかどうかを調べるにはあと 120 万人分、10 ミリシーベルトではあと 500 万人分の調査があるので、現実問題として 100 ミリシーベルト以下の被曝でどの程度がんのリスクが増えるかはわからないのが現状。それより、生活習慣によるがんのリスク増大の方が問題。100～200 ミリシーベルトの被曝をした作業者の被曝によるがんのリスクは野菜不足の人のがんのリスクと同

等。塩分摂り過ぎ、運動不足の方がよほど悪い。酒飲みは放射線の被曝量に換算すると（生涯で）500～1,000 ミリシーベルト分の被曝相当。タバコは（生涯で）2,000 ミリシーベルトに値する。タバコを吸う人が放射線を怖がるのはチャンチャラおかしい。受動喫煙ですら（生涯で）100 ミリシーベルトぐらいに相当する。

現在、福島では精神科医が必要。被爆医療を受けられるようになった広島は、政令指定都市の中で最も長寿。これはわれわれ医療者が誇れるデータともいえる。日本には内戦もテロも徴兵制もなく世界一平和な国で、わずかな灰色でも純白以外は黒に見てしまう。白か黒かをつけたがるため、灰色を受け入れられなくなっている。健康上ほとんど問題にならないわずかな量の放射線被曝に対しても過敏に反応してしまう。この国民性の背景には死ぬということを想定しない日本人の今の死生観があるように思われる。

大家族では老いを見る。自分の老いを予習で

きる。昔は大家族で、ほとんど自宅で死亡。今は核家族で、ほとんど病院で死亡（病院で 8 割、都市では 9 割以上）。このことが死をわかりにくくしている。今の小学生は死んだ人が生き返ると思う子が 1/3、わからないと答える子が 1/3 いる。これほど死というものが見えにくい社会となってしまっている。

その一方でわれわれは多死社会を迎えている。年間 115 万人が死亡。平成元年は 80 万人。あと 20 年で 180 万人になる。そこでピークアウト。人口減少へ。その中でがん死がどんどん増え、余命告知される者が増える。死に支えがないまま真綿で首を絞められるような余命告知をされた人へのケアが必要。かつて死は宗教者とともにあつた。法然が亡くなった時然り。今や死は医療者が単独で扱わざるを得ない。しかも大量の死を。医師の死生観が問われる時代になったと思われる。

[記：吉南医師会 清水 良一]



特別講演 4

「目からうろこの経済から見る日本の医療の素晴らしさ — DPC と 民間医療保険に騙されてはいけない—」

愛媛大学大学院医学系研究科

医学専攻生命環境情報解析部門医療情報解析学講座 石原 謙

日本の公的医療保険が国民の健康を守っていることは、実は日本の産業をも強力に守っている。日本の公的医療保険は、自動車会社や家電メーカー等の輸出競争力の源泉となり「日本経済を支える医療制度」という経済的事実を知っていただきたい。米国の私的保険主体での実態をみると、GM やフォードなどのアメリカの自動車 1 台の製造原価における医療費コストは 1,500 ドル（10 万円～15 万円）程度である。しかしわが国の自動車生産においては僅かに 8 千円程度なのだ。製造原価における日米での十数万円の差は、定価では約 50 万円もの価格差になるので、圧倒的な価格競争力をもたらす。日本の効率的な公的保険医療は輸出産業の価格競争にも大いに貢献してい

る訳だ。

輸出競争力だけではない。日本の医療費が安いために、国民が他の消費財を購入する余力も生まれる波及効果をも含み、国内の内需をも強く支えていることは言うまでもない。この事実は、個人にとっても国家にとっても本当に重要なので、経済界や政界の人たちを啓発していただきたい。ただし、その余力の購買力が私的保険の購入という保険料に過大に回っていることは日本の大問題であり、TPP を介して米国が虎視眈々と狙っているところである。

TPP では、米国の企業が営業しやすいように強要してくる。TPP により、農業よりもはるかに影響が深刻なのは、医療保険・生命保険などを



含むサービス業・金融業である。日本が世界に最も誇りうるのは、国民皆保険とその結果であるにもかかわらず、「公的医療保険はもう危ない」という危機感を煽っている。私的医療保険がシェアを拡大すると公的医療保険が抑制され、それは大きな個人と国家の経済的損失かつ将来の不安要因になることを理解することが重要だ。

また、DPC も大きな問題を抱えている。DPC 制度のもとでは、医療機関は支出の抑制でしか経営改善ができないために萎縮医療は必然である。DPC のもとでは「いかに医療行為を減らすか」に経営姿勢を換えざるをえない。手間のかかる DPC 対応のために病院は事務職員を増員するしかない。また DPC ならデータが集まるので経営分析ができると言う人もいるが、それは大量のデータを病院から強制的に提出させているからに過ぎない。

DPC 医療の時代に、混合診療なら高度な診療が可能となり患者も満足で病院収益も改善するというのは間違いだ。良い治療法ならば公的医療保険に含むべきで、真っ当な高度先進医療は、すべてを含めても年間 100 億円以下だから日本の公的保険制度を揺るがすことはない。これ以上、診療報酬を DPC の萎縮医療で抑制し続け、混合診療か自由診療しかないというプロパガンダを放置すれば、今後は、「高度医療は私的医療保険での混合診療か自由診療しかない」と国民の多くが洗脳される。

今、多くの民間保険会社が「公的医療保険が崩壊するので我が社の医療保険に！」あるいは「医療費の 3 割負担時代には私的保険が必須」と宣伝

しているが、これは正しい情報を与えずに国民を不安で騙すものだ。残念ながらマスコミは広告宣伝費というスポンサーバイアスのために民間医療保険の邪悪さを国民に知らせることができない。

患者や国民に私的医療保険の無駄を広く知らせるべきである。高額医療費制度を知っておれば、私的医療保険は不要であるという認識を、日本の常識として復活させなければならない。是非ともご家庭での生命保険と医療保険の再評価と見直しをしていただきたい。自らの私的保険加入が、日本の国民の不安の増強と自らの資産を切り崩すことになっているのでは余りにも切ない。

日本の医療は安いばかりではなく高品質であることも国際的に高く評価されている。近年の World Health Report では最高ランクが続いている。診療あたりの医療費は米の 1/10 ほどで、年 36 兆円は先進国中最低の GDP 比（国内総生産額との比）なのに、医療費財源問題が常に議論されるのはマスコミと政治家の勉強不足としか言えない。医療費を下げよという診療報酬抑制が続き、医療関係者全体が皆青息吐息なのに、医療崩壊を早めるおかしな日本社会の無理解がある。

日本人の過剰な不安は、OECD health data 2009 に基づく Conference Board of Canada の資料等で一目瞭然だ。日本の医療は、呼吸器疾患の治療にやや劣る以外はすべて最高ランクの治療成績で、総合治療成績はトップなのに日本人の健康満足度は最低ランクなのだから、このねじれは医療人がマスコミと政治家と国民に繰り返し伝えなければならない。

[記：理事 茶川 治樹]

社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 24 年 2 月 9 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

報告：常任理事 萬 忠雄
常任理事 西村 公一

開会挨拶

木下会長 本委員会の目的は社保・国保並びに審査委員間の審査較差の是正である。本日も 6 つの議題が提出されているが、難しい審査取扱いについて議論をつくし、共通認識で保険審査が行われるよう尽力いただきたい。

協議

1. 通院・在宅精神療法の取り扱いについて

〔国保連合会〕

従来は、他の医療機関に入院中の患者が受診された場合、あるいは自院の通院患者が他の医療機関に入院し、そこから受診した場合等は、通院・在宅精神療法が算定できたが、本年度よりその算定ができないと指摘があった。

昨年 of 社保・国保審査委員合同協議会では中国四国厚生局山口事務所からも算定はできない旨の説明があった。

しかし、日本精神科病院協会の総会においてこの問題を提起したところ、日本精神科病院協会から厚労省 精神・障害保険課に問い合わせを行

い、その結果は算定可というものであった。また、11 月に開催された全国国保連合会常務処理審査委員連絡会議でも同様の結論であったため、再度、中国四国厚生局山口事務所に確認したが、厚労省保険局医療課からは回答が得られていない状況である。

したがって山口県での取扱いについて本委員会で協議願いたい。

取扱いが明確に示されるまで、当分の間、従来どおり算定を認める。

2. シングレア細粒の 6 歳以上 (小児) への投与について

〔国保連合会〕

シングレア細粒の用法・用量は「1 ~ 6 歳未満の小児」とあるが、「シングレアチュアブルを嫌がる」との理由から、6 歳以上の小児へのシングレア細粒の投与が認められるか協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 5 年 8 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

出席者

委員	山本 徹	委員	土井 一輝	県医師会
	矢賀 健		大藪 靖彦	会 長 木下 敬介
	藤井 崇史		安武 俊輔	専務理事 杉山 知行
	小田 裕胤		浴村 正治	常任理事 萬 忠雄
	藤原 淳		上野 安孝	西村 公一
	田中 裕子		道重 博行	田中 義人
	久我 貴之		中山 晴樹	理 事 田村 博子

算定を認める（注記も不必要）。

3. ニフレック配合内用剤（手術の際に使用）の算定方法について（DPC） [支払基金]

DPC レセプトにおいて、内視鏡的ポリープ切除術施行時に使用したニフレック配合内用剤について、手術に使用した薬剤として出来高算定が認められるか協議願いたい。

DPC 算定ルールに鑑み、処置における薬剤として算定は認められない。

4. 静脈麻酔（内視鏡的手術又は内視鏡時）の算定について [支払基金]

プロポフォール（ディプリバン注等）を使用した次の場合に、静脈麻酔の算定を認めるか協議願いたい。

- (1) 内視鏡的手術（内視鏡的ポリープ切除術、食道・胃静脈瘤硬化療法等）
- (2) 内視鏡時（EF- 胃、EF- 大腸、EF- 小腸等）

- (1) 内視鏡的手術については、必要に応じ静脈麻酔（短時間のもの）までは認める。
- (2) 内視鏡検査については静脈麻酔料及び薬剤料ともに認められない。

5. モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査の取扱いについて [支払基金]

次の疾患に認められるか協議願いたい。

- (1) 白血病の疑い
- (2) 悪性リンパ腫の疑い

- (1) 認められる。
- (2) 骨髄液、リンパ節が検体となる場合は認められる。

6. 突合点検（医科と調剤）における 175 円ルールについて [山口県医師会]

突合点検については実施要領が修正（処方せんと調剤レセプトを照合のうえ審査）されたため、本年 3 月審査から支払基金で実施することとなった。これにより、社保は従来の調剤審査（1,500 点以上のレセプト）に替わり、請求点数に関係な

く調剤レセプトの審査が行われることとなるが、平成 14 年の「低薬価薬剤の審査等に関する検討会」の「具体的取扱い方針（4）」において、調剤レセプトについて「上記と同様に取り扱う」とあるため、一般審査と突合点検は同一ルール（175 円ルール等）のもとに審査されると解せるが、審査取扱いについて確認したい。

（国保は平成 24 年度中に実施予定）

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 14 年 7 月 21 日・社保国保審査委員連絡委員会

175 円ルール及び傷病名欄に適応病名の記載を必要とする範囲は、医科審査の取扱いと同様である。

（お知らせ）

お盆休診の届け出方法について

毎年 8 月において、お盆を休診日として中国四国厚生局へ届け出る場合に、例えば「お盆休診日：13 日～15 日」と届け出ると、翌年はカレンダーの関係上「お盆休診日：14 日～16 日」と変更が必要になることがあり、医療機関によっては毎年「変更届」を提出するという煩雑な状況も発生しております。

そのため、各医療機関が一度提出すれば、休診予定日が多少前後しても毎年有効となる「届出方法」を同厚生局山口事務所等と協議し、以下の届出方法であっても許容範囲内であると確認しましたので、参考としてご連絡いたします。

（届出例）

「お盆休診日」 8 月 11 日～19 日のうちの日曜日以外の 3 日間。

※以上の新たに合意されたものについては、平成 24 年 4 月診療分から適用する。

平成 23 年度 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会

と き 平成 24 年 1 月 29 日 (日) 15:00 ~ 17:30

ところ 岡山衛生会館 (岡山県医師会)

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

1 月 29 日に岡山県で全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会の第 4 回総会が開催された。山口県からは河村理事と正木が参加した。

挨拶

中国四国ブロック会会長の森康先生が挨拶された。今年度には診療報酬と介護報酬の同時改定がある。われわれが頑張ってきた成果が出ればよいが、中医協のたたき台の段階では厳しい状況にあるようである。日医でもかなり頑張っていたいており、原中日医会長にも歴代の会長にはないほど、有床診療所という言葉をよく使っていたいてい。また幸いなことに、日医の常任理事に当協議会会長の葉梨先生がなっておられることは、われわれにとって大きな力となっており、次の日医選挙でも葉梨先生の常任理事当選に向けて頑張っていかなければならない。各県、そして中国四国ブロック全体が協力し、組織力を高めて活動していきたい。

本日は岡山県保健福祉部長の佐々木健先生に「有床診療所に期待される役割について」、そして中央社会保険医療協議会委員の安達秀樹先生には「日本の医療費の使われ方と中医協審議」の講演をしていただく予定になっている。安達先生には中医協審議の最終局面という大変忙しい時期にもかかわらずお越しいただける。本日はよろしくお願ひする。

議事

1. 副会長交代について

馬原副会長より辞退の申し出があり、同じ徳島県の斎藤義郎先生の副会長選出が承認された。

2. 平成 22 年度事業報告

平成 22 年度総会の開催、葉梨之紀日本医師会常任理事及び梅村聡民主党参議院議員の講演会開催などの報告があった。

3. 平成 22 年度収支決算報告

松村副会長より決算報告、中谷監事より監査報告があり、承認された。

4. 平成 24 年度事業計画案

全国有床診療所連絡協議会の下、中国四国ブロック会内全県で連携し有床診療所の活性化を図るべく、以下の事業を行う。

1) 中国四国ブロック会総会の開催

会員相互の交流を図ると同時に、有床診療所に関する諸問題について協議し、全国有床診療所連絡協議会へ提言を行う。

2) 中国四国ブロック会内の情報共有及び連携強化

平成 24 年度診療報酬改定後の対応等について情報共有を行い、次回改定に向けて引き続き有床診療所入院基本料の引き上げ及び有床診療所に関連した点数の引き上げと条件緩和を実現すべく、全国有床診療所連絡協議会とともに関係各方面に働きかける。

3) 「有床診療所の日」に関する事業

地域医療再生の要となる「有床診療所」を広く啓発することに取り組む。

・講演会等イベントの開催

・広報ポスター又はシールの作成及び配布

4) 全国有床診療所連絡協議会総会への参加

5. 平成 24 年度収支予算案

松村副会長より説明があり承認された。

6. その他

日医常任理事として全国有床診療所連絡協議会の葉梨之紀会長が入っておられるおかげで、日医内での有床診療所の力が大きくなってきている。そこで今年度の日医常任理事選挙で葉梨先生を中国四国ブロックで推薦し、当選に向けて活動していくことが承認された。

特別講演 I

「有床診療所に期待される役割について」

岡山県保健福祉部長 佐々木 健

まず有床診療所の位置づけとして、有床診療所の歴史、現在までの経緯、施設の定義、病床の区分などの基本的な説明、さらに医療提供体制の確保に関する基本方針（平成 19 年厚生労働省告示第 70 号）における連携体制における病院と診療所の役割、医療計画（4 疾病 5 事業）における診療所の役割、第 5 次医療法改正における有床診療所に関する改正、病院・診療所の施設基準、有床診療所に対する診療報酬上の評価、病院の機能に応じた分類（イメージ）などの説明があった。

ついで岡山県における有床診療所の状況説明があった。岡山県の有床診療所の病床数は人口 10 万人あたり約 150 床で、全国平均とほぼ同じである。岡山県では居宅等における医療（在宅医療）の確保対策として、在宅患者の病状の急変時や終末期医療において、地域に密着し、緊急に入院や治療を行うことができる有床診療所の活用を積極的に推進している。診療所への一般病床の設置については、医療法の改正により、平成 19 年 1 月 1 日以降は、知事の許可手続き及び基準病床数による病床規制の対象とされることになったが、岡山県では居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所、へき地に設置される診療所や小児医療、周産期医療などの地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所は、知事への許可申請を要しないで届出により一般病床を設置することができるようにしている。

今後の有床診療所に期待される役割として、社会保障審議会医療部会が平成 23 年 12 月 22 日に出した医療提供体制の改革に関する意見の中で、地域の実情に応じた医師等確保対策としての診療所のあり方が述べられている。地域で切れ目

のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としての有床診療所の役割が大きくなる一方、一般的な診療や在宅医療を提供するものから、特殊な診療科を有し、又は専門性の高い医療を提供するものまで診療所の機能は多様である。医療提供体制における地域での有床診療所及び無床診療所の役割や機能を踏まえ、その活用を図っていく必要がある。また在宅医療の推進、医療・介護間の連携を図る上で、有床診療所は入院医療と在宅医療、医療と介護のつなぎ役として重要な役割を担っており、在宅医療の推進のためには、診療所が置かれている地域の状況や特性に即した活用を図っていくべきである。

佐々木先生は和歌山県立医大卒の医系の厚生官僚で、2 年前には厚労省の医療課長補佐として、まさに診療報酬改定の最前線で活動されていた。全国有床診療所連絡協議会などによる働きかけで実現した厚労省による有床診療所の訪問、実態調査の現場にも数多く出かけられたとのことである。有床診療所の厳しい現状、また、地域医療における有床診療所の有益性、重要性も十分認識されており、近い将来、厚生官僚として有床診療所に理解のある活動を期待したい。

最後に、「大病院は組織が大きすぎて患者さんと病院との“絆”が十分保たれていない。しかし有床診療所は“絆”の医療の核になっている。自分の思いを込めて先生が地域の中で頑張っておられる」と話されて講演を終えられた。

特別講演 II

「日本の医療費の使われ方と中医協審議」

中央社会保険医療協議会委員

京都府医師会副会長 安達秀樹

最初に「日本の医療費の使われ方」の特徴と問題点について述べられた。請求明細書の状況（平成 20 年 8 月審査分、老人保健除く）をみると、請求総数 3,993 万件の内、点数上位わずか 0.8%（33 万件）が総点数（780 億点）の 34.1%（266 億点）を占めており、そのすべてが入院分である。特に高額なレセプトにおいては高額になるほど“技術料<物の価格”となる。例えば生体肝移植では 60～70 万点になるが、手術料はわずか 6 万点にすぎず、医療の技術料は安すぎる。それ

に比べて薬は高すぎる。例えばメトトレキサート製剤で、その 2.5mg を含有するメソトレキセートの薬価 45.9 円(H21)に対し、同じ製剤で 2.0mg を含有する関節リウマチ治療薬のリウマトレックスは 344.3 円 (H21) と約 8 倍の薬価が付いているなどおかしなことになっている。また日本の医療材料費、例えばペースメーカーや冠動脈ステントもアメリカの倍近い価格となっている。これに関しては、以前武見敬三先生が話されていたが、日米貿易協定の関係もあり簡単には解決できない。もしこの問題を持ち出せば日本の車がアメリカで売れなくなるそうである。とにかく日本の医療費、技術料は安すぎる。虫垂炎の手術入院の都市別治療費をみると、ニューヨーク（入院 1 日、約 244 万円）やロンドン（入院 5 日、約 114 万円）に比べて日本（入院 7 日、約 38 万円）は安すぎる。技術料が高くならなければ病院経営は成り立たず、医療崩壊をもたらす。私は開業医だが病院の経営改善が必要との考えをもっている。

前回の診療報酬改定をまとめてみると、病院支援と勤務医対策、大病院中心となり、中小病院への原資投入は不十分、コスト計算に基づく技術評価（外保連試案の導入）、診療所の実質的引き下げであり、病床規模の大きい病院（300 床以上）の収益が大きく伸びている。

財務省の基本的な考え方は医科医療費の配分枠を設定し、また診療所分の削減と主に急性期入院医療を増点することにあるが、今後全体の 30% を占めるに過ぎない診療所分から病院へ付け替えての病院救済は不可能である。

これまで医療経済実態調査の調査方法の問題点が指摘されていたが、今回から調査方法の変更があった。従来の 6 月単月調査から改定前後の 2 年間の調査、解析方法の充実や小規模診療所データの捕捉などを行っているが、今回は大震災の影響があり正確ではない。次回からは正確な実態調査ができ、中医協での協議にも活かされると考えている。

今回の診療報酬改定であるが、定額負担は止めさせることができたが、今後も出てくる可能性が高い。診療報酬 0.004% UP で小宮山厚労大臣の面子も保たれたが、国の資料として乗る数字は下 2 けたまでで、財務省にいわすと今回の改定率は

0.00% となり、いわゆる大岡裁きになっているのが実情である。今回の改定で有床診療所の入院基本料の増額はできなかったが、加算についてはかなりの部分で検討し、点数が付くようになっている。また地域医療貢献加算は名称を変更し、明確化して 3 段階評価（5 点、3 点、1 点）とする方向で検討されており、24 時間対応できる有床診療所では最高評価点も算定できやすいと考えている。

安達先生にはあと 1 週間ほどで中医協の最終協議結果がほぼ出てくるという忙しい中での講演会であった。

特別発言

全国有床診療所連絡協議会専務理事 鹿子生健一

前回の改定時には政権交代があり、日医に政府との太いパイプがなく、中医協では安達先生にお願いしてなんとかプラス改定を勝ち取ることができた。安達先生には感謝申し上げる。日医では有床診療所に関する検討委員会の答申が出ており、また今回の改定に関する要望も出されているが、有床診療所にとって今回の改定は十分なものにはならないようである。少なくなったとはいえ、いまだに年 400 ～ 500 もの有床診療所の減少が続いている。安達先生、そして佐々木部長には今後厚労省に帰っても、地域医療に必要な有床診療所のことをよろしくお願ひしたい。

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック

平成 23 年度役員

会 長 森 康（広島県）
副 会 長 馬原文彦（徳島県）松村 誠（広島県）
常任理事 井戸俊夫（岡山県）木村 丹（岡山県）
正木康史（山口県）斎藤義郎（徳島県）
永尾 隆（香川県）岡本正紀（愛媛県）
寺田茂雄（高知県）池田光之（鳥取県）
島田康夫（島根県）

全国有床診療所連絡協議会の常任理事(中国四国ブロック2名)
馬原文彦（徳島県）、松村 誠（広島県）

監事(2名) 鈴木率雄(徳島県)、中谷一彌(広島県)

県医師会の動き

副会長

小田悦郎

2月9日に第112回地域医療計画委員会があり、次期保健医療計画の策定について、県地域医療推進室より説明がありました。厚生労働省に設置された「医療計画の見直し等に係る検討会」において「医療計画の見直し」に関する報告書が取りまとめられ、3月上旬に作成指針が示されることになっているようであり、見直しのポイントを2つ紹介しますと、①二次医療圏の設定について：おおむね20万人未満の二次医療圏について、医療に需給状況を踏まえ、入院医療を一体の区域として提供できているかどうかを検討する。とくに「流入患者の割合が20%未満、流出患者割合が20%以上」、すなわち、流出過多であった場合は、設定の見直しを検討する。なお、変更しない場合は、その理由を明記し、医療の需給状況に改善に向けた検討を行うこととしています。このことについては、各医療圏ごとにいろいろな事情があり、たとえば、その医療圏に十分に機能した中核病院があるかどうか、流入・流出患者を全体としてとらえていいものだろうか、各診療科についても各医療圏において、事情があるのではないかな等の意見があり、今後検討を重ねる必要があるようです。

②精神疾患の医療体制の構築について：精神疾患の患者数は、医療計画に記載すべきいずれの4疾病のそれよりも多い(323万人)。死亡数は、自殺者の9割が何らかの精神疾患に罹患している可能性があるといわれており、それを含めると糖尿病の死亡数を上回る(約4万人)。以上の理由により、医療計画に定める疾患として、新たに精神疾患を追加することとし、病気や個別の状態像に対応した適切な医療体系を構築する(5疾病5事業)としています。

2月10日に広島市にて、第8回中国地方社会保険医療協議会総会がありました。今回の議題は、歯科医師の保険医登録の取消及び元保険医療機関の取消相当が妥当とする建議、保険薬剤師の登録をすべきでないの2件の議題でありました。2件とも全員賛成で、了承されました。詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

2月12日に第123回山口県医師会生涯研修セミナー、平成23年度第5回日本医師会生涯教育講座、平成23年度山口県医師会勤務医部会総会及び勤務医部会シンポジウムがありまして、参加

人数の心配がありましたが、今回は日本医師会認定産業医研修会も兼ねていたのが良かったかどうか分かりませんが、144名の参加と非常に盛会でありました。

2月16日に山口県高齢者保健福祉推進会議がありました。県長寿社会課より「第四次やまぐち高齢者プラン」の策定についての説明がありました。本策定案は、第三次プランを見直し、新たに、本件の高齢者保健福祉の基本となる計画として策定するもので、期間は平成24～26年度とするものであります。主な取り組みとしては、地域包括ケアの推進、介護サービスの充実、在宅生活を支える体制の充実、介護予防と認知症施策の推進、人材確保と資質の向上、シニアが活躍する地域づくりの推進を行っていくとの説明がありました。その中で、本県の人口推移が示されました。高齢化率は、平成22年には28.0%(全国23.0%)となっており、全国に比べて10年早く高齢化が進んでおり、年少人口や生産年齢人口が減少し、平成27年には団塊世代が高齢者になることから、3人が1人の高齢者を支えることになり(騎馬戦型)、平成50年には1人が1人の高齢者を支えることになるとのことでありました(肩車型)。忘れてはいけないことがありました。平成27年秋に、山口県で、全国健康福祉祭(ねんりんピック)山口大会の開催が予定されているようです。高齢者を中心とする国民の健康保持、増進、社会参加、生きがいの高揚等を図り、ふれあいと活力ある長寿社会の形成を目的とした大会で、全国から約1万人の選手、役員の参加が見込まれているようです。種目、会場地、役割分担等々詳しいことは、来年度に決定するとのことで、その際には、各団体にもご協力をお願いすることになるとの説明でありました。

2月16日に第168回山口県医師会代議員会が開催されました。今回の代議員会は、次期新役員選挙が主な付議事項でありまして、代議員会議長、副議長をはじめ、会長(1名)、副会長(2名)、理事(12名)、監事(3名)、裁定委員(11名)、日本医師会代議員(5名)、日本医師会予備代議員(5名)及び山口大学医師会の推薦する理事(1名)の選挙があり、立候補者全員が選出されました。詳しい選出者名は当会報をご覧ください。

がん検診受診率

◆市町がん検診受診率 (平成 21 年度)

	全国	県
胃がん	10.1%	7.3%
肺がん	17.8%	16.1%
大腸がん	16.5%	12.4%
子宮がん	21.0%	17.0%
乳がん	16.3%	14.8%

〔出典〕厚生労働省：地域保健・健康増進事業報告

◆がん検診受診率 (平成 22 年度)

(市町検診、職域検診等を含む総数)

		全国	県
胃がん	男	34.3%	32.5%
	女	26.3%	24.1%
肺がん	男	24.9%	23.8%
	女	21.2%	21.1%
大腸がん	男	27.4%	23.3%
	女	22.6%	18.4%
子宮がん	女	24.3%	19.8%
乳がん	女	24.3%	18.4%

〔出典〕厚生労働省：国民生活基礎調査

注意：この数値は、対象者の回答に基づくものであるため、実際に検診を受診した人数の集計値ではない。

2月21日には、健康やまぐち21「がん対策分科会」が開催されました。平成22年のがん死亡者数・死亡率（人口10万対）、全国順位の説明が健康増進課よりありました。それによりますと、がん全体の死亡者数は4,845人で、死亡率は336.7人/10万人（279.7人/10万人）、（ ）は全国で、順位は7位と非常によくはない結果となっています。部位別には大腸がんが3位、食道がん及び子宮がんが5位となっています。それでも全体としては前回調査時が5位でしたので、少し良くなっているとの報告でありました。がん検診受診率の現状を紹介してみますと上表のごとくです。県は50%の受診率を達成目標として挙げていますが、まずは市町の検診率を上げる手立てを考えなくてはなりません。今までも、い

ろいろな対策、たとえば、たばこ対策、ピンクリボン、各種イベント、無料クーポン券等を行っています、それなりの効果をあげていると思います。しかしながら、50%達成には程遠く、不可能に近い。ほかの方法を考えるにしても、市町の首長の考え方、やる気に尽きるのではないのでしょうか。

厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」によれば、平成22年中国地方の人口10万人当たりの医師数は、鳥取県が一番高く287.6人で、一番低いのが当県247.1人でありました。前回（平成20年）の調査では248.1人で、微減といったところです。しかしながら他県は、微増であります。



後継体制は万全ですか？

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

（登録無料・秘密厳守）



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

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

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

総合メディカル株式会社。

山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階
TEL (083) 974-0341 FAX (083) 974-0342

本社／福岡市中央区天神 東京本社／東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-コ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

理事会**第 19 回**

1 月 26 日 午後 5 時～7 時 15 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中(義)・萬・田中(豊)各常任理事、田村・河村・城甲・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 新公益法人移行対策について**

前回の理事会で協議した定款変更案の修正(案)及び理事会運営規程(案)において出された確認事項について再協議した。

2 平成 24 年度新規事業計画(案)について

地域医療・福祉、保険部門から出された 2 件について協議した。

3 平成 24 年度の予算対応について

山口大学医学部医学科高度学術医育成コースの奨学金、山口被害者支援センターに対する団体賛助会費、第 71 回日本公衆衛生学会総会への協賛金について協議した。

4 地域医療連携情報システム(再生基金事業)について

当初、県内 5 地域でのシステム構築を想定していたが、国の交付決定の遅れにより実施期間を短縮する必要があることから、実施可能と思われる 2～3 地域に絞って検討することとなった。郡市医師会が事業主体となり、県からの委託事業として実施、県医師会は全体会議に参加し、関係機関等の調整を行うことが確認された。

5 平成 24 年度診療報酬改定「現時点の骨子」に対するパブリックコメント募集について

協議のうえ、再診料の「地域医療貢献加算」は名称変更のうえ、本体点数に組み入れること等 3 項目を提出した。

6 日医 JMAT に関する災害医療研修会について

参加者について協議した。

7 日医医療政策シンポジウムについて

参加者について協議した。

8 日本保育園保健協議会平成 24 年度第 6 ブロック(中国地区)・7 ブロック(四国地区)合同研修会実行委員会担当者派遣について

名義後援を承諾し、実行委員会担当者は濱本常任理事に決定。

報告事項**1 定款等検討委員会(1月12日)**

諮問事項である、平成 24 年度山口県医師会費の賦課方法、平成 24 年度役員等の報酬、「山口県医師会会員弔慰金規程」の制定について審議した。(杉山)

2 診療情報提供推進委員会(1月12日)

平成 23 年(1 月～12 月)、山口県医師会に寄せられた 54 件の相談窓口受付事例について説明。保険医療機関と保険者の間の患者情報の取り扱い等について協議を行った。(西村)

3 第 44 回山口県学校保健研究大会(1月12日)

山口県学校保健連合会長として、学校保健功労者に対して表彰状を授与した。(木下)

4 衛生検査所立入検査(1月12日)

山口市内の検査所において立入検査を実施し、改善状況の確認等を行った。(田中豊)

5 メンタルヘルス対策支援センター業務運営協議会(1月12日)

23 年度の事業実績報告等があった。(河村)

6 山口県臨床検査技師会新春講演会・新年賀詞交歓会(1月14日)

祝辞を述べた。(木下)

7 かかりつけ医認知症対応力向上研修会(1月15日)

4 人の講師による、基本知識・診断・治療とケア・連携のプログラムにより開催、受講修了者に修了証を授与し閉会した。山口県医師会で開催。本年度から本研修会のカリキュラムに症例検討(ワークショップ)が組み込まれたことにより、総合評

価加算（診療報酬）の施設基準対象研修会となった。受講者 48 名。（河村）

8 日本医師会医療事故防止研修会（1月15日）

「医療事故削減戦略システム」の実践報告と新たな課題をテーマとして、講演 5 題及び総合討論が行われた。（林）

9 第 2 回都道府県医師会長協議会（1月17日）

兵庫県医師会ほか 7 県から提出された 8 題の質問・要望に対して、担当役員から回答があり、日医からは「平成 22・23 年度定款・諸規程改定検討委員会答申」、「『総合医とかかりつけ医』・『総合診療医』の語句の定義」について報告・説明があった。（木下）

10 勤務医のための主治医意見書の書き方講習会（1月18日）

講習及び質疑応答を行った。参加者 24 名。（河村）

11 自賠責医療委員会・自動車保険医療連絡協議会（1月19日）

未解決事例 2 例について協議。引き続き自動車保険医療連絡協議会を開催。損調部会会員会社 10 社及び損保料率算出機構が出席、個々の未解決事例について処理結果・経過をそれぞれ報告及び交通事故医療での加害者側弁護士の対応について協議を行った。（城甲）

12 第 4 回学校心臓検診検討委員会（1月19日）

精密検査受診票の改訂及び回収方法、平成 24 年度事業計画等について協議した。（濱本）

13 新規医療機関個別指導「宇部地区」（1月19日）

病院 1 機関、診療所 8 機関について実施され立ち会った。（萬、西村、田村）

14 第 2 回山口県防災会議（1月20日）

大規模災害対策検討委員会の検討結果、山口県地域防災計画の修正等について協議した。（事務局）

15 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 69 回苦情解決部会（1月20日）

苦情相談について協議した。（萬）

16 警察医会第 3 回役員会・第 10 回研修会

（1月21日）

役員会では、研修会の運営及び 24 年度山口県医師会表彰の被表彰者等について協議し、その後「東日本大震災での死体検案」をテーマに研修会を行った。参加者 80 名。（河村）

17 勤務医部会市民公開講座「これからの予防接種～ワクチンがもたらす恩恵～」（1月21日）

小野田市医師会と県医師会での共催で山陽小野田市民館で開催した。第 1 部として「ちひろコンサート」、第 2 部として北里生命科学研究所の中山哲夫所長の講演、「これからの予防接種～ワクチンがもたらす恩恵～」が行われた。参加者 100 名。（田中豊）

18 第 53 回体験学習「血管外科」（1月22日）

山口大学第一外科の協力を得て、「日常診療に役立つ末梢血管疾患の診かた」の教育講座が 4 講演と下肢動静脈エコーが実習で行われた。参加者は 22 名。（杉山）

19 母体保護法に関する研修会（1月22日）

日本医師会常任理事・日本産婦人科医会副会長の今村定臣先生による「改正母体保護法と今後の課題について」、日本産婦人科医会幹事長の五味淵秀人先生による「人工妊娠中絶実施上の留意点について：Q&A」の講演が行われた。参加者 45 名。（藤野）

20 地域医療崩壊防止に向けたフォーラム（1月22日）

「島根県西部の医療崩壊を立て直すには」をテーマにパネルディスカッションが行われた。山口県医師会監事・元萩市医師会会長として「萩市の医療体制—特に救急医療を中心に—」と題して講演を行った。（山本）

21 日医勤務医委員会（1月25日）

来年度の全国医師会勤務医部会のプログラム、答申（案）の検討を行った。（田中豊）

22 中国地方社会保険医療協議会山口部会（1月25日）

医科では、新規 5 件（新規 1 件、組織変更 4 件）が承認された。（小田）

理事会**第 20 回**

2月9日 午後5時～8時

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中(義)・萬・田中(豊)各常任理事、武藤・田村・河村・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 第 168 回代議員会について**

2月16日に次期役員等を選挙するための代議員会が開催される。立候補の状況及び各都市から選出された代議員・予備代議員報告、当日の運営が協議された。

2 平成 24 年度事業計画(案)について

事業計画案の説明があり、協議した。

3 平成 24 年度予算(案)について

事業計画に基づき、予算編成をした。

4 山口大学医学部医学科 FD 研修会「医学教育・初期臨床研修の改善に向けて」に係る後援について

山口大学医学部教務部委員会から「医師確保アクション募集プロジェクト」の発表会と、医学科 FD 研修会を兼ねた研修会に県医師会の参加及び後援の依頼があり了承された。

5 やまぐち健康・省エネ住宅推進協議会の設立について

田村建材(株)より「やまぐち健康・省エネ住宅推進協議会」設立に係る協力要請があったが、県医師会として参画するには課題もあることから、今後も情報収集しながら慎重に対処することとなった。

6 山口県医療保険関係団体連絡協議会について

標記協議会の議題である「各団体の現状、懸案事項等の報告」及び「各団体からの提出議題の協議」の提出議題内容等について協議を行った。

7 国保連合会における突合点検について

今後、導入が予定されている国保の突合点検の実施要領について協議を行った。問題点については、3月に開催される「山口県医療保険関係団体連絡協議会」へ議題提出することとなった。

8 中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会アンケートについて

鳥取県医師会から依頼のあった第 19 回(平成 26 年度予定)の開催についての回答を協議した。

報告事項**1 医事案件調査専門委員会(1月26日)**

病院 1 件、診療所 2 件の事案について審議を行った。(西村)

2 山口県訪問看護推進協議会(1月26日)

山口県の訪問看護ステーションの現状と地域連携について協議が行われた。また、「医療職と介護職が連携するための下関市での取り組み」をテーマに下関市介護支援専門員連絡協議会 二井隆一会長の講演が行われた。(田中義)

3 山口大学医学部附属病院臨床研修セミナー・「松下村医塾 2012」特別講演会(1月27日)

山口県医師臨床研修推進センター後援事業として挨拶を行った。参加者 35 名。(小田)

4 第 4 回日医地域医療対策委員会(1月27日)

日医会長諮問「国民医療を確保するための地域特性と地域連携のあり方について」の委員会報告書案を審議した。(弘山)

5 下関市医師会男女共同参画部会設立総会

(1月28日)

総会において挨拶を行った。(木下)

6 第 44 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会平成 23 年度理事会・総会(1月27～28日)

今回(於:福井市)から会の名称が変更になった。総会で地域保健活動の充実に関する要望活動案が承諾された。(萬)

7 第 62 回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会 (1 月 29 日)

特別講演 2 題とシンポジウムが行われ、195 名の参加があった。特別講演のうち 1 演題を本会担当で実施した。医師会関係の参加は 132 名。(河村)

8 全国有床診療所連絡協議会 中国四国ブロック会総会 (1 月 29 日)

岡山衛生会館で開催。総会議事後、特別講演 2 題が行われた。「有床診療所に期待される役割について」と題して岡山県保健福祉部長 佐々木健氏、「日本の医療費の使われ方と中医協審議」と題して京都府医師会副会長・中央社会保険医療協議会委員の安達秀樹氏が講演された。(河村)

9 山口県緩和ケア医師研修会連絡会議 (2 月 2 日)

2 月 11 ~ 12 日開催の緩和ケア医師研修会の確認が行われた。前回研修会のアンケート集計結果報告及び県担当課から 23 年度の緩和ケア研修会の実施状況の報告があった。(弘山)

10 山口県自動体外式除細動器 (AED) 普及促進協議会・郡市医師会救急医療担当理事合同会議 (2 月 2 日)

県の各担当課から平成 23 年度事業報告及び AED 講習会の開催状況、設置状況調査の結果報告が行われた。山大先進救急医療センター長笠岡俊志先生から「心肺蘇生法の指針 2010」、ドクターヘリ運航状況についての報告があった。(弘山)

11 新規医療機関個別指導「周南地区」(2 月 2 日)

診療所 4 機関について実施され立ち会った。(萬)

12 山口県母子保健対策協議会 (2 月 2 日)

山口県の母子保健の動向及び健やか親子やまぐち 21 推進に係る事業の概要報告と専門委員会の報告があった。タンデムマス法検査の導入について説明があった。(濱本)

13 日医第 11 回男女共同参画委員会 (2 月 3 日)

女性医師支援センター事業報告、第 8 回男女共同参画フォーラム、答申書(案)等について協議した。(田村)

14 島根県医師会男女共同参画フォーラム (2 月 4 日)

「男女共同参画の歩み」と題して、山口県の現状を紹介した。(田村)

15 京都府医師会来県 (2 月 4 日)

両県の近況について懇談した。(木下)

16 山口県衛生検査所精度管理専門委員会(2 月 7 日)

平成 23 年度に実施した県内 8 か所の立入検査の結果や外部精度管理の結果等について報告があった。(田中豊)

17 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会 (2 月 8 日)

先発医薬品と後発医薬品に違いがある後発医薬品の取扱い、審査事務に関する職員の理解度の把握等について報告があった。(木下)

18 第 13 回山口県病院協会との懇談会(2 月 8 日)

近況について情報交換した。(杉山)

19 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会 (2 月 8 日)

平成 23 年度の動物由来感染症予防整備事業に係る調査結果が報告された。(田村)

20 広報委員会 (2 月 9 日)

会報主要記事掲載予定(3~5月号)、次年度広報事業計画、tys「スパ特」のテーマ等について協議した。(田中義)

21 会員の入退会異動

入会 8 件、退会 4 件、異動 72 件。(2 月 1 日現在会員数：1 号 1,307 名、2 号 950 名、3 号 417 名、合計 2,674 名)

互助会理事会**第 11 回****1 第 4 回支部長会の提出議題について**

2 月 23 日開催の第 4 回支部長会に、平成 24 年度事業計画並びに歳入歳出予算に関する議案を

付議することに決定。

2 傷病見舞金支給申請について

3 件について協議、承認。

医師国保理事会 第 16 回

1 第 2 回通常組合会について

2 月 23 日に開催の組合会に提出する 5 議案等について協議、決定した。

2 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

理事会

第 21 回

2 月 23 日 午後 4 時 55 分～7 時 40 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中(義)・萬・田中(豊)各常任理事、田村・河村・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

議決事項

1 新公益法人移行対策について

次回代議員会で付議する「一般社団法人移行時における役員の選任及び選定について」協議した。

2 役員の補欠選挙日程について

2 月 16 日開催の第 168 回代議員会において次期役員選挙を行ったところであるが、立候補締め切り後の辞退者により欠員が生じたことから、補欠選挙を行うことが決定、日程が審議された。

3 第 169 回定例代議員会の付議事項について

4 月 26 日(木)午後 3 時より開催する代議員会の提出議案を協議、決定した。

協議事項

1 平成 24 年度事業計画(案)・行事予定(案)について

事業計画案の再協議、それに伴う行事予定について協議した。

2 平成 24 年度予算(案)について

事業計画に基づき、予算編成を再度協議した。

3 平成 23 年度事業報告について

会務別による事業報告について協議した。

4 平成 24 年度養護教諭新規採用者研修講座の講師の推薦について

やまぐち総合教育支援センターから講師依頼があり、講師 2 名の推薦について、了承した。

人事事項

1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の推薦について

保険医代表委員の辞任に伴い、後任委員の推薦について協議し承認された。

2 山口労災保険診療委員会委員の委嘱について

任期満了に伴い、6 名の委員の推薦について協議し承認された。

3 山口県国民健康保険団体連合会介護給付費審査委員会委員の推薦について

任期満了に伴い、1 名の委員の推薦について協議した。

4 山口県感染管理看護体制強化推進委員会の委員の推薦について

山口県健康福祉部長より、感染管理における看護の質の向上を図るため委員会を設置するにあたり委員の推薦依頼があり、山縣理事を推薦することに決定。

報告事項

1 社保国保審査委員連絡委員会(2月9日)

6 項目の議題について協議した。協議結果は本会報(ブルーページ)に掲載。(萬)

2 地域医療計画委員会 (2月9日)

平成 22 年度国補正予算にかかる地域医療再生基金事業、次期保健医療計画の策定について、県から説明の後、県患者調査及び医療機関実態調査・意識調査等について、途中経過の報告が行われ、協議した。(弘山)

3 山口県小児科医会との協議会 (2月9日)

今年度事業として県小児科医会と県医師会が進めていた、「5 歳児発達相談マニュアル」の発刊にあたり、県小児科医会から経緯報告があった。

(茶川)

4 第 123 回山口県医師会生涯研修セミナー

(2月12日)

山口大学産科婦人科の田村博史准教授によるミニレクチャー「月経異常の病態と管理」、(医)仁会和佐藤第二病院の田畑正久院長による特別講演「現代日本の医療文化と仏教文化」が行われた。参加者 144 名。(杉山・城甲)

5 山口県医師会勤務医部会総会・シンポジウム

(2月12日)

総会では、23 年度事業報告、24 年度事業に対する要望、役員改選について審議した。その後、「私はこれで開業した！そして今一勤務医の職場環境の問題点をさぐる」をテーマに基調講演とシンポジウムが行われた。参加者 100 名。(城甲)

6 山口県緩和ケア医師研修会(2月11日・12日)

がん診療に携わる医師を対象に、厚生労働省の定める開催指針に則り研修会を実施した。修了者 9 名。(弘山)

7 日医医療情報システム協議会(2月11・12日)

「災害時に強い情報システムはどうあるべきか」をメインテーマに 11・12 日の 2 日にわたって開催された。11 日は、主催者及び運営委員会委員長の挨拶後、シンポジウム I 「医師会事務局の災害時対応は大丈夫か？」と、シンポジウム II 「ORCA プロジェクトについて」が行われた。12 日はシンポジウム III 「東日本大震災の情報システムはどうだったか」と、シンポジウム IV 「レセ

プト情報電子化による利用の功罪—光と影」が行われた。シンポジウム III では、被災 3 県の担当役員や関係者の講演の他、日医から横倉副会長と石井常任理事が報告を行った。参加者は 471 名、次期担当県は、宮城県医師会。(田中義)

8 山口県肝炎診療協議会 (2月13日)

肝炎治療特別促進事業、肝炎ウイルス検査について報告があり、助成対象医療の追加の制度変更について協議した。(木下)

9 第 5 回山口刑務所視察委員会 (2月13日)

逃走事案、誤投薬事案等の説明のあと、23 年度の総まとめがされた。(萬)

10 三師会懇談会 (2月14日)

山口県健康福祉部の岡 紳爾審議監による「災害時の医療について」の講話後、医師会、歯科医師会、薬剤師会の最近の情勢について意見交換した。(杉山)

11 第 2 回シンポジウム「会員の倫理・資質向上をめざして～ケーススタディから学ぶ医の倫理～」(2月15日)

日本医師会会員の倫理・資質向上委員会委員長の森岡恭彦先生による、「会員の倫理・資質向上についての日本医師会の取り組み」の説明、齋田幸次大阪府医師会理事による「大阪府医師会第 21 回会員意見調査」についての報告の後、参加者がグループに分かれてケーススタディが行われた。3 事例 (①判断が正常でない高齢医師、②わいせつ行為を訴えられた医師、③診療時間内に来所したのに診察を断られた患者) について各グループで 1 時間にわたり協議し、その後全体討議が行われた。(茶川)

12 県医師会顧問・元萩市医師会長 売豆紀勝彦先生告别式 (2月16日)

弔辞を述べた。(木下)

13 山口県母子保健対策協議会第 2 回 HTLV-1 母子感染予防専門委員会 (2月16日)

母子感染の取り組むべき課題について対応等を

協議した。(濱本)

14 山口県高齢者医療懇話会 (2月16日)

保険料率算定の概要等の報告及び外来の窓口で支払う自己負担限度額の制度変更等について説明が行われた。(萬)

15 山口県保険者協議会 (2月16日)

「平成 23 年度第 2 回保健事業部会開催結果」の報告及び「平成 24 年度山口県保険者協議会事業計画」等について協議が行われた。(弘山)

16 日医女性医師支援事業連絡協議会(2月17日)

青森県、東京都、神奈川県、愛知県、島根県、岡山県、広島県、愛媛県、鹿児島県の 9 医師会が、日医との共催による「女子医学生、研修医等をサポートするための会」の開催事例を報告。兵庫県、徳島県、福岡県の 3 医師会からは、資料による発表があり、その後、各医師会の取り組みに対する質疑応答と活発な意見交換が行われた。出席者は 131 名。(田村)

17 おいでませ！山口国体・山口大会実行委員会第 5 回総会 (2月17日)

23 年度事業報告・収支仮決算、収支決算等承認の会長への委任、大会実行委員会の解散及び会則の廃止等が審議された。(木下)

18 男女共同参画部会第 4 回理事会 (2月18日)

日医男女共同参画委員会の状況、各ワーキング

グループの活動報告の後、3月4日開催の部会総会、24・25 年度役員、24 年度事業について協議した。(田村)

19 主治医意見書記載のための主治医研修会

(2月18日)

「介護保険制度の状況について」(山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班 福嶋正治調整監)及び「要介護認定のしくみと主治医意見書作成の留意点」(福岡県医師会 瀬戸裕司常任理事)の講演等が行われた。参加者 21 名。(河村)

20 日医学校保健講習会 (2月18日)

午前中の講演 2 題に続き、午後からシンポジウム「学校における感染症」が行われた。(茶川)

21 山口県認知症サポート医フォローアップ研修 (2月19日)

「認知症の診断、新規治療薬の使い分け」(山口大学大学院医学系研究科神経内科川井元晴准教授)及び「認知症の地域ケア」(産業医科大学医学部公衆衛生学 松田晋哉教授)の講演等が行われた。(河村)

22 中国四国医師会会長会議 (2月19日)

中央情勢、日医選挙管理委員会の報告及び日本医師会役員等の選挙への対応、ブロックにおける役員推薦等について協議した。(木下)

山口県ドクターバンク

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 1 件

※詳細につきましては、[山口県医師会のホームページ](#)をご覧ください。

23 日医母子保健講習会 (2 月 19 日)

「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して -6」をメインテーマに午前中の講演に続き、午後は「産科医療補償制度の現状と課題」をテーマにシンポジウムが行われた。(濱本)

24 老人クラブ連合会との懇談会 (2 月 21 日)

医療をめぐる昨今の状況、医療及び介護保険、TPP 等について協議した。(杉山)

25 健康やまぐち 21 推進協議会「がん対策分科会」(2 月 21 日)

山口県のがんの現状及びがん対策の取り組みについて、また、「山口県がん対策推進計画」の進捗状況について報告があり、意見交換した。(小田)

26 福岡県松田医師会長の来会 (2 月 21 日)

日本医師会会長選挙における協力要請があった。(木下)

27 中国地方社会保険医療協議会山口部会 (2 月 22 日)

医科では、新規 2 件が承認された。(小田)

互助会理事会

第 12 回

1 傷病見舞金支給申請について

3 件について協議、承認。

医師国保理事会

第 17 回

1 山口県国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会委員の推薦について

任期満了に伴う次期委員推薦について諮り、保険者を代表する委員として現委員を引き続き推薦することについて承認した。

2 山口県国民健康保険団体連合会第 3 回理事会について (2 月 10 日)

2 月 23 日に開催の通常総会に提出する平成 24 年度予算等の議案について協議、議決した。(木下)

3 第 2 回山口県保険者協議会について

(2 月 16 日)

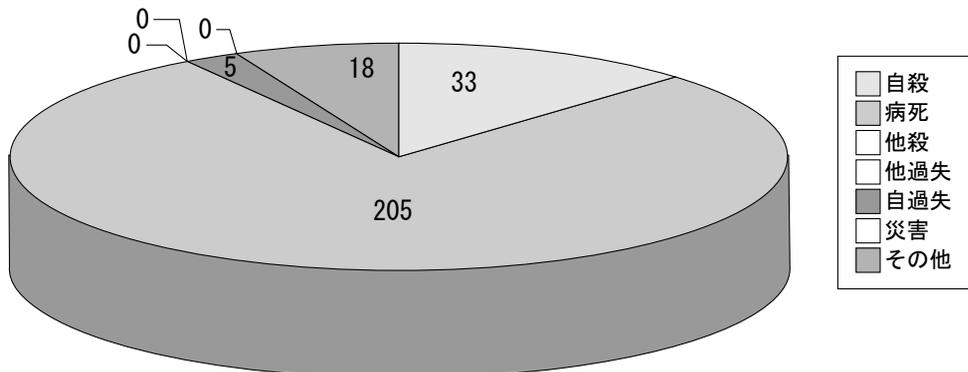
医師会報告事項 15 と同じ。(田中豊)

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
Jan-12	33	205	0	0	6	0	18	262

死体検案数と死亡種別 (平成24年1月分)



女性医師 リレーエッセイ

福島思い出

宇部市医師会 猪熊 和代

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

平成 19 年 1 月 31 日、父が脳梗塞後の右片マヒによる 20 年近い療養生活の末、肺炎で亡くなった。

四十九日の法要もすませたが、なかなか元気の出ない母を、大好きな飛行機に乗せて、少し遠い所へ出掛けてみることにした。

旅行会社の人に相談すると、磐梯あたりはどうですかとのこと。東京から北には、ほとんど行ったことがなかったので、早速旅の行程を決めてもらった。ゴールデンウィークを利用しての旅。東京へ向け、山口宇部空港を飛び立った。羽田から東京駅へ。東京駅は、とにかくものすごい人、人、人。小さな母を何度も見失いそうになる。しかし、日本橋丸善までわざわざ出掛けて買い求めたお気に入り杖を母はカチカチとひびかせて、何とか新幹線のホームへたどり着いた。

初日はまず磐梯に入る前に米沢へ向かった。米沢はちょうど、米沢上杉まつり。上杉記念館、上杉神社は、かなりの人出でにぎわっていた。私達の旅の絶対条件は、温泉のある所に宿をとること。最初の宿は、米沢からバスで 1 時間程の白布温泉という六軒程の旅館のある、静かな山あいの温泉。米沢牛などを頂き、再び翌日にはバスで米沢へ出て、つばさ 110 号で郡山へ向かった。郡山からは、あらかじめお願いしているタクシーで観光することになっていた。福島の旅行前のイメージは、山口とあまりかわらない県ではないのかと言うものだったが、郡山の駅を出て驚く。ビルが建ち並び、予想していたよりもはるかに都会である。温厚そうな運転手さんと挨拶をして、車に乗り込んだ。昨日は白布温泉に泊まったと言うと、それなら、磐梯から迎えに行ったのにとのこと。

地図をよく見てみると、山形県の最南端の白布温泉は、磐梯山の北にあり、道路も通じている。きちんと調べずに、何もかも旅行会社にまかせていると、時々こんな事がおきる。当時は福島と言え、会津と思っていたのだが、実際はとても大きな県である。面積は、北海道、岩手について全国第 3 位。太平洋と阿武隈高地にはさまれた浜通り、阿武隈高地と奥羽山脈にはさまれた中通り、奥羽山脈と越後山脈にはさまれた会津。それ故今回は福島の思い出というよりは、会津の思い出と言った方が正しいのかも知れない。その年は桜が例年より少し遅れて、5 月のゴールデンウィークに合わせるかのように満開になっていた。福島には樹齢 500 年、1000 年以上の、桜の古木があり、ソメイヨシノ位しか知らない目には新鮮な驚きであった。さくら回廊ふくしまと名づけて、熱心にキャンペーンもおこなわれていた。オオシマザクラ、ベニヒガンザクラ、ヤマザクラ、シダレザクラ、サトザクラ等、多彩で、それぞれに美しさを競っている。各地の枝垂れ桜番付というものもあり、東西に分かれて、横綱から前頭 40 枚目までずらりと並んでいる。遠く磐梯山を望む、静かな山野のあちこちに、東北の 5 月の風に吹かれて咲き誇るさまは、天候に恵まれたこともあり、父の亡くなったさびしさを慰めてくれる素晴らしいながめだった。野口英世記念館を横目に見ながら、2 泊目の宿へ。グランデコというリゾート地にあるホテルに到着。夕食時に飲み物はときかれて母は、桃のフレッシュジュースをたのんだ。5 月の初めの福島で、桃がとれるかどうか。とにかく母はそのおいしさに大感激。ことあるごとに、あの

時の桃のジュースはおいしかったと言っている。

3 日目は美術館、モーツァルトの流れる酒倉等をめぐって、会津若松へ向かう。若松城は正式には会津鶴ヶ城と言うらしい。蒲生氏郷によって、七層の城として築かれ、鶴の形を型どった美しい城である。母は車イスに乗り、運転手さんに押してもらいながら場内を巡る。話題は自然と会津戦争のことになった。長州藩のことには全く触れなかったが、最後の会津藩主、松平容保が京都守護職になったことを、しきりに悔いていた。断ることもできたのに、あの時に断わっていてさえすれば、と言うのが、彼の意見であった。会津藩は徳川 2 代将軍秀忠の庶子保科正之が入封して、徳

川将軍家親族の名門として会津を治めていた。その為に、徳川家に対する忠誠心が特別に強かったのだと。まじめすぎる藩主がいたための悲劇と繰り返し話していた。その日は 7 時間半の観光だったのだが、はるかに時間をオーバーして案内を続け、次の磐梯熱海まで送ってくれた。

今年もまた、あの美しい枝垂れ桜は、見事な花を咲かせるに違いない。この遠い山口で会津のおいしい酒を飲みながら、やるせない気持ちになってくる。

次は下松医師会の水津礼子先生にバトンタッチです。どうぞよろしくをお願いします。



日医 FAX ニュース

2012 年 (平成 24 年) 2 月 28 日 2136 号

- 看護師特定認証は「大多数が反対」
- 「急性期」の概念、すり寄せ必要
- 日本医学会、高久会長が 5 期目へ
- 「交付金事業所」は要件クリア
- インフル減少も依然警報レベル

2012 年 (平成 24 年) 2 月 24 日 2135 号

- 時間外対応加算 1 は主に有床診
- 看護職の夜勤 GL「実用化は無理」
- 看護職員離職率、常勤で 11.0%
- インフル疫学情報を公表
- HbA1c の表記でポスター作成

2012 年 (平成 24 年) 2 月 21 日 2134 号

- 一体改革大綱を閣議決定
- 医療事故調、制度化へ本格議論を再開
- 医師派遣、4 月以降も継続へ
- 画像診断報告書の確認を
- インフル定点が前週より減少
- 咽頭結膜熱が 2 週連続で増加

2012 年 (平成 24 年) 2 月 17 日 2133 号

- 医科財源 4700 億円を高評価
- 政府、共通番号法案を閣議決定
- 医療へ活用には環境整備が必須
- 30 人以上の事業場も産業医選任を
- 日医理事に女性医師枠を
- 3 月に予防接種週間を実施

2012 年 (平成 24 年) 2 月 14 日 2132 号

- 12 年度診療報酬改定を答申
- 一定の評価も「課題残る」
- 医療事故調査等の検討で部会を新設
- 消費増税 8% 時点は年金優先か
- 診療報酬の被災地特例、延長を了承
- 10 年度決算「全体的には改善傾向」

2012 年 (平成 24 年) 2 月 10 日 2131 号

- 医療本体の営利産業化は反対
- 次期介護報酬改定の問題点を指摘
- 交通事故への健保使用率は 2 割
- 3 年ごとの同時改定、更なる検討を
- 就職支援と実践教育の場を開設

2012 年 (平成 24 年) 2 月 7 日 2130 号

- 一般名処方の加算、期限は設けず
- 不活化ポリオ「12 年度中にも導入」
- 4 次補正が衆院を通過
- 国公立大入試、医・歯学部は 6.0 倍
- インフル報告数 3 週連続で増加
- 地域医療に貢献した 5 氏を表彰

2012 年 (平成 24 年) 2 月 3 日 2129 号

- 一体改革素案の大枠は評価
- 複数科受診ほぼ決着、次回答申へ
- 診療報酬改定、地方に重点配分を
- 薬局による処方変更問題で改善を要求
- 「地域の求めは一般看護師」

2012 年 (平成 24 年) 1 月 31 日 2128 号

- 「再診料回復」、依然平行線
- 2 科目は“半分程度”の再診料
- 急性期病床群に根強い慎重論
- ヒブなど 7 疾病の 2 分類化を了承
- ラミクタール、用法・用量の順守を

会員の声

皆保険診療下での「尊厳死」と「安楽死」のあり方を考える

宇部市医師会 渡木 邦彦

昨年(平成 23 年)11 月、頭は斑ボケ、身体はボロボロになりながらも何とか私は古希の節目を迎えることができました。生かされて生きていることを本当に有り難い、勿体ないと感謝しながらも、老耄と死期が迫ってきたと肌身で実感していることも事実です。人はこの世に生を受けると、誰でも貧富地位に関係なく、老若不同で例外なく寿命つき果てて亡くなります。言うなれば、生まれ落ちるや人は死に向かって生きているのです。

最近、本人の思惑とは関係なく、意識正常なとき「己の最期の約束」を肉親と交わしたにもかかわらず、約束が反故にされ、本人の死に方の意思など全く尊重されずに看取られるということが屢々のようです。日頃自分の死など己のこととして考えていなくとも、ふと思えば、やはり、望み通りの苦しみのない安らかな死期を迎えたいという思いに至るのが、どなたもの偽らざる心境ではないでしょうか。

ではなぜ思い通りの最期にならないのでしょうか、少し掘り下げて現状の終末期医療から考えてみます。それでも、天災での突然死や事故死といった晴天の霹靂が襲うのは如何ともし難い。これらの突然死は遺された遺族にとっては大悲嘆であっても、亡くなった本人にとっては視点を変えると大往生に当てはまるのかも知れません。

人生の終末である死に臨み「尊厳死」という言い方がなされて久しい。「尊厳死」とは、人間が人間としての尊厳を保って死に臨むことです。「安楽死」とは、薬物を用いて痛み、苦痛や意識を調節しながらできるだけ苦しまずに安穏と息を引き取りたいということです。安楽死には消極的と積極的の二通りがありますが、本稿ではどちらをも含めて考えてみます。

この尊厳死、安楽死の形での己の命の終焉を迎えたいという願望は、万人共通の願望ではないでしょうか。さらに日本には尊厳死協会なる組織も存在し、その協会に「私は尊厳死を希望します、無益な処置や治療を施さないでください」という登録さえしている人も少なくありません。しかし現実には「尊厳死だったネ」とか「安楽死させてもらった」という家族の安堵感や感謝の声を耳にしたことがないのがほとんどではないでしょうか。それは日本の現状では尊厳死も安楽死も不可能だからです。私自身の死も含めて、尊厳死や安楽死が可能な世の中に変革して安らかに死ねる社会環境を整備する必要があるのではないかとの思いを強くもっております。思い込み過ぎでしょうか。

末期医療には主に癌死(癌の末期状態での死)と非癌死(担癌状態ではなく、老衰や高齢者の感染症、神経疾患、国定難病の末期で複数の疾患に罹患している)では、その終末期医療に大きな差違があるのですが、本稿ではその両者を含めた尊厳死や安楽死を総論的に、問題点を炙り出してみたいと思います。

1. 現在の状況下で尊厳死と安楽死は可能か

日本では、瀕死の状態にある人に救いの手を差し伸べずに放置することは犯罪である。何らかの処置か救助の手をさしのべないと肉親や同居者は虐待や自殺幫助の罪を負わされる。死に臨んだ人の意思を尊重して医師が手を下すと、マスコミに晒されなくとも、その医師は訴訟ならまだいい方で、警察に殺人罪で逮捕され、これまでの患者さんとの良好な信頼関係が一編にひっくり返されて起訴に至るといった恐ろしい事件に仕上がる冷徹な現実が待ちかまえているのである。

さらに、現在の日本では患者さんが治療中、突然に死亡すると「異状死」もしくは「殺人罪」で刑事事件として逮捕されることがあるのだ。関わった結果は、期限付きの業務停止か最悪の場合は逮捕され、医師免許取り消しとなる。こういう流れの中で医師は「安楽死」や「尊厳死」には例え患者サイドに立っていても恐くて安易に終末期医療に関われないのが実情である。治療中の患者さんの死で、医師は医療法と殺人罪という刑法の諸刃の剣を背負わされているといっても過言ではない。よって患者さんの希望する尊厳死や安楽死は現状では不可能であると結論づけざるを得ない。

2. 終末期医療の現実とは

それでこれらの実情はどうなっているかみてみると、終末期医療とは①再発でも転移でも癌の末期で手の施しようがなく死を待っている症例、②国指定の難治性疾患の末期症例、③人間の尊厳を消失した植物人間となった症例、④精神疾患末期で人格の荒廃や消失の症例、⑤人間の尊厳を喪失した重度痴呆で、寝たきりの老衰者等々が該当し、彼らの場合、複数の疾患に罹患し回復して再び普通の生活を取り戻すことは決してない症例が終末期医療の対象として挙げられている。

これらの症例は医療者も患者家族も、回復の見込みもなく近時に死が訪れるであろうことを重々承知している。患者家族は場合によっては 10 年以上の長きに渡って、面会や看病に彼らの人生の貴重な時間と費用を消耗し続けているのである。面会して看病といっても会話もない、一時ただ傍に居るといって過ぎないのである。経済的にも精神的、体力的にも当然疲労が蓄積しているのである。医療側も患者家族側も「何とかならないものか」と現状打破を問わず語らずの空気が以心伝心で漂っても何ら不思議ではない。ここでこの延命措置中止が浮かび上がるのも、むしろ自然な人の心の動きではないだろうか。この状況に陥った患者さんはもとより、その家族のほとんどが延命措置を本心から望んではいないのではないかと思いが強い。ましてや呼吸・循環を薬剤と装置で人工的に維持していて、かつては遠の昔死んでいたという症例なら尚更ではなからうか。

私個人としても延命措置を望まないし、その状

況もよく理解できる。さらに問題を複雑化しているのは、癌死の場合は死期がある程度は予測可能であるが、非癌で寝たきり、意識がない、所謂植物人間状態で、人の尊厳を喪失した症例での死期を予測することは、これまでの老人終末期医療の集積データからみても非常に予測困難とされている。この事実が無駄な延命措置中止という現実を導き出しているといっても過言ではない。この現状下では医師たちも手を拱くこともなく、生命維持装置を装着してでも人工生存の中で自然死というか心停止か呼吸停止を忍耐強く待っているしか他に策はないのである。下手に同情心や義侠心を起こして医師が手を下すと、異状死や殺人罪に問われることになることは既に述べた。

上記は然るべき施設に運良く入所できている患者さんとその家族のケースである。現実には、増える見込みのない終末医療施設の入所を、予約待機的に自宅看護をして近所のかかりつけ医に終末期医療管理をしてもらっている患者さんが次第に増え、それに伴い自宅で死を看取るケース(約 20 万人/年=12.1%)もさらに増加している。施設以外で死亡する高齢者の割合が、増え続ける高齢者とともに右肩上がり増加しているのである。このことは行き場のない終末期医療高齢者の将来を物語っている。家族の看病による精神的・肉体的疲労がどれほどのものか推して知るべしである。施設で生命維持装置を装着して生きながらえている患者さん、自宅管理でこれまで通りあっけなく最期を迎える患者さん。分岐点は解るとしても、何か割り切れないのは私だけだろうか。生産人口か介護人口か日本の国益で割り切れない社会問題を含んでいる。

3. 日本人の仏教教理や医学における生死観と臨死観

日本では、医療というものは、患者さんを 1 分でも 1 秒でも長く生かし、瀕死の状態にあれば救助の手を差し伸べるのが医療人の務めであり、患者さんの治療途中での死は医療の敗北であると古来より医療倫理として語り伝えられてきた。われわれも医学概論でそのように教えられたのを未だに記憶している。今でも間違った医療倫理ではないのであるが、医学の急速な進歩や死なない医療を目指している時代の流れの中で、日本

の医療は皆保険制度を巻き込んで臨死措置問題を露呈し始め、時代に適応しきれない状態を晒け出しているのである。日本人の最近の平均寿命が先の大戦後から 60 年間でどれほど伸びたかはここで取り上げる必要もないが、医学、保健学、体育学それらの集学的進歩が長寿をもたらしたことは論を俟たないし、その恩恵に浸っているわれわれである。それでも延命措置や尊厳死の扱いは健康増進、長寿医療の陰で、医療費を垂れ流しながら人命の終焉哲学も含めて放置されたままである。

仏教では、今生の火宅無常の世の中で、煩惱具足の身であっても、生かされて生きている毎日を、たった今を、大切に一生懸命に生き抜いて天寿を全うすることが説かれている。これは人間の尊厳が保たれている生命条件下での生活信条である。ところが超高齢化も加わり、人間の尊厳を喪失し、生命維持装置を装着され人工的に生かされて、その費用ですら自己負担率は僅少の相互扶助金で賄われて生きている「いのち」、これでは生かされて生きている中身も手法も違うという他ないのである。とても天寿を全うしているとは言い難い。

そういった仏教思想や医療文化の矛盾の中で、人間の尊厳をもなくし、人工的に生かされている回復不能の延命措置中の患者さんの死は、医療事故や過失死や重大ミスであろうが、想定外のとんでもない事態での死であろうが、世間では紛れもなく医療ミス死と受け止められているのである。殊に法的には「異状死」とまで呼ばれて司直の手でかき回されるのである。国民もそのことに何の疑問も抱かないで当然のこのように納得しているのである。ここには医療者への労いや感謝の心は微塵もないように思える。これが世間の眼であり世論というものであろう。

世界で最も早くから尊厳死を認め、尊厳死を徹底している国はオランダである。彼の国は、国教がキリスト教で、国民も信仰が厚い。そして、国民の死生観が死の受容に対して非常に穏やかで寛大なのである。平均寿命も日本より短い。どうということかという、独居の場合、老耄して寝込むと近隣の知人が食事を運ぶ、食べられる間はせつせと運んで、水分をはじめ食べさせてもあげる、しかし時間とともに衰弱が進み、食べさせても食べなくなり、水分も摂らなくなったら、毎日ただ

看に行くだけで、何もしない、そして眠るように静かに亡くなり、関わった人をはじめ近隣の皆が嘆き悲しんで、見送るそうである。何と素晴らしい自然死、そして何と感動的人間味溢れる隣人たちではないか。国民的に、医学的にも宗教的にも認められ、受け入れられてきた慣習だから、誰もが従っているだけの死の受容である。

フランスでは 2005 年の法改正で終末期医療の延命措置中止が認められ、やはり長引く終末期医療は「無駄な医療」として受け入れられ、尊厳死や安楽死を含めた延命措置中止や軽減化が国民の間にじわっと拡がっているようである。

日本では、こんな穏やかな事態は到底あり得ない、これはゆゆしき死の傍観で自殺幫助として犯罪行為になる。身内を放置餓死させたと逮捕される事件がマスコミ事件で枚挙にいとまがない現実を日本人は承知しているはずである。国民性、宗教、文化、生死観とはかくの如くも異なるものなのである。逆にわが国では、助かる瀕死の命を放置して餓死させるという文明国にあるまじき行為を肉親間でも行っていて、拝金主義の弊害が当然の報いとして露呈しているではないか。

4. 国民健康保険と終末期医療費

日本では、年間死亡者の約 80% 強が病院や諸施設で亡くなっている。しかも、回復不可能な終末期医療で、身動きもできず寝たきりで輸液ルート、導尿留置バルーン、気道挿管チューブ、排液ドレーンチューブ、動脈ライン、酸素サチュレーションモニタ等、身体中にチューブやセンサーが取り付けられた状態で維持装置で生かされ、心停止や呼吸停止に陥ると蘇生術を施して蘇生させて、植物人間でさえも人工的にまさに生かされて生きているのである。この蘇生費用も延命措置費も紛れもなく皆保険診療で賄われているのである。1 日数万円から時に数 10 万円の医療費で回復の見込みもないままに処置し続けている、これは医療費の垂れ流しと言えないだろうか。これでは尊厳死も安楽死もあったものではない。これで病院の経営が維持されているとしたら、国民皆保険制度の冒涇、濫用ではないのか。崩壊しつつある皆保険の現状で、あまりにも無茶苦茶、出鱈目な制度悪用である。と、偽善的正論を吐いた所で

実際は生命維持装置を勝手に外そうものなら、「異状死」で殺人罪告訴となる。この医療矛盾を放置するのか改革するのか、崩壊しかかっている国民皆保険と時代遅れの医療倫理の重要な改善点だと強調したいのである。

このような状況において患者さんは病院では恐くて死ねない。現状では自分で選択決意した方法では日本人は死ねないのである。死に行く人の意思など全く尊重されないという世の中で、これはどう考えてもとても不幸なことで、法治国家としても由々しき現状である。残された途は自宅での自然死である。この死とて家族が一応警察へ届けて検死の必要があり、家族は死に際の状況を尋問され、怪しい質疑応答は徹底的に調べられるのである。

医療費と介護福祉費併せて毎年約 1 兆円が増加し続けている現状からみると、医療費高騰の原因は当然こちらにも存在していることを、医療人も国民側もはっきりと自覚する必要がある。

国民皆保険が崩壊しつつある現実を鑑み、限りある医療費をそのまま垂れ流していいものか、改革の決断を迫られていることも隠れた事実である。非癌患者さんの終末期医療の延命措置において死期の推定が困難であることに加え、治療中止の線引きをどの状態、どの時期とするのか、今回はこの各論には触れないが、老年医学の専門医にはある程度の線引きは可能だと思える。日本老年医学会も学会の「立場表明」として医療目的としての QOL の明確化、終末期医療の安易な「胃瘻」造設の有り方に一石を投じている。

それと国民皆保険を堅持するのであれば、終末期医療の医療費垂れ流しはやはり「無駄」という国民的コンセンサスをみることは絶対必要である。そして延命措置を中止する規定を国民健康保険法に盛り込まねばならない。いやいや、決して終末期医療を止めろと言っているのではない。もう回復の見込みがない、死を待つのみ措置は脳死状態と同じで、経験豊かな老年医学の専門医師の裁量権でもって、ある時点から「回復不能」との診断は可能だと推測する。その後は、延命措置を続行するか、中止するか、患者家族に決めさせるのである。あからさまに言えば、回復不能の診断を下した後は健康保険での診療を中止するということである。延命措置を続けたい家族は私費に

て治療を行う、尊厳死・安楽死の生前意思や遺言のある症例や経済的理由を含め、延命を望まない家族は中止する。回復不能な疾患や状態になぜ健康保険を長期にわたり適用するのかという不合理にぴったり適合すると考える。さらに、皆保険適応で回復不能の診断下での延命措置と治療可能な医療とは別の次元の医療ではないかと考える。医学医療の進歩で回復可能なレベルとなれば、それはその時点で皆保険医療復帰で理にかなうのではないのか。老人医療で、未だ QOL の維持が必要である患者さんには苦痛や死の恐怖への緩和医療を積極的に施行し、人間の尊厳を長期間喪失した患者さんには終末期医療を行う。それでも高齢者の終末期医療が最善の医療及びケアが、最新の高度医療やケア技術のすべてを施行注入することではないことを理解すべきである。

5. 尊厳死の法制化の現状

では尊厳死を実現化するための法制化はなされているのであろうか。平成 17 年、日本尊厳死協会の要望を受けて、「尊厳死法制化を考える議員連盟」(会長：参議院議員 増子輝彦氏)を立ち上げ、尊厳死を認める方向への法制化に取り組んでいる。現在は超党派議員 91 人で構成されている。平成 23 年 12 月 8 日、同議員連盟が終末期医療や延命措置における患者意思の尊重に関する法律案(試案)の骨子をまとめ、定義づけが公表された。その定義によれば終末期医療は「全ての適切な治療を受けた場合であっても患者に回復の可能性が無く、かつ、死期が間近であると判定された状態」とし、延命措置は「傷病の治療ではなく生存期間の延長を目的とする医療上の措置」と定義して、栄養補給や水分補給も含めることを示した。ただし、終末期と判断される前から行われている治療は、延命措置に含まない。治療とは万が一にも治療の可能性を秘めているから、施行すべき医療行為だからである。その上で、患者の意思を尊重して延命措置を差し控えることができ、その差し控えについて医師は民事や刑事、行政上の責任などを問われなかった。この条項を組み入れられなければ現状と何ら変わることがなく、医師は民事や刑事訴訟を免れないのである。

担当医以外の知識や経験を積んだ医師 2 人が

終末期を判定し、治療差し控えによって生じる事態を患者や家族に詳細に説明した後、家族サイドがそれでも延命措置を拒まない場合などに、延命措置を差し控えてもよいとしている。

上記の定義事項を、国会へ法案提出すべく、日医や日本弁護士連合会、警察庁など関連機関との協議を開始したようである。法制化の方向付けはできているようであるが、平成 19 年にも同議連は医師の免責等を盛り込んだ「臨死状態における延命措置中止等に関する法律の要綱案」を提示し、議論沸騰したが結果的にまとまらず、最終的に法案化を断念したいきさつがあり、この度も法制化までには厳しい過程が予測されている。

問題点として、①延命措置の中止などについて、患者が意思表示することはわが国では一般化しておらず、国民的コンセンサスを得られていない。②医師の裁量権が担保できない可能性があり、民事、刑事事件として医師が司直の手に掛かることがある。③元気なうちに文書等で意思表示していても、終末期には認知機能が低下して患者の判断能力が疑われたりする。これでは延命措置は中止できない。④尊厳死の法制化を急げば、医療現場は混乱を招きかねない。それでも時代に適応した「尊厳死希望」の法制化は避けて通れないわれわれ国民自身の死に方の差し迫った選択である。時間をかけても実現化あるのみと確信する。

6. 延命措置をどう捉えるか、どう扱うか

そこで、終末期医療で既に噴出している問題として、人間の尊厳を喪失した人をどうするか、連日の高額医療費を垂れ流し続けるのか、どこかで延命措置を中止するのか、医療人は誰もが悩んでいるのである。日本では、延命措置を中止しなくとも終末期の患者さんが突然死亡した場合、24 時間以内に警察に届け出なければならず、なぜか検察がいきなり介入してくるのである。病院内には尊厳死や安楽死を検討する「倫理委員会」なる組織が存在し活動しており、そのことを承認したにもかかわらず、何の権限もないと捜査の手が入る。さらに起訴のための重要な証拠物件をガサ入れして持ち帰り、二度と返却することもなく、その後の医事案件としての紛争の解決を面倒しく複雑化しているのである。検察の処理方法の欠点は、

それらの捜査過程が、事故防止や再発防止に繋がるものは何もないということが、空しく、不幸である。

医師は自分の裁量権で診断処置をしたにもかかわらず殺人罪の汚名を着せられるのである。世論を高め、声を上げて法律改正で法整備をし、司法の判断根拠を変えなければならない。

その上で、医師の裁量権を強め、病院の倫理委員会に法に則った権限を与えなければならない。現行では院内倫理委員会に諮るなどとは厚労省の机上の空論に近い有様で、多くの老健施設や老人病院では終末期患者を多数抱えて多忙で、倫理委員会開催の暇もない。倫理委員会とはいえ医療現場に疎い外部委員が多数参加しており、延命措置中止についても議論の割には纏まらないのも実状のようである。

医療が終末期医療の症例によっては、1 分 1 秒生き長らえさせるといふ延命措置の現実をふまえ、患者さんを死から救えなかったことは医療の敗北ではないという生命倫理観や生死観に医療哲学や医療文化の流れを変える必要がある。さらに時間がかかっても広く国民に時代に適応した医療施術への倫理観の構築を知込させる必要もある。殊に最先端技術を含め医療は万能ではない、解明されている疾病が何と僅かであるということも。

医学医療が飛躍的にイノベーションし続けている現在でも、不治の病は未だ数多くある。その末期状態での延命措置に対し、どこかで保険診療を打ち切るという決断と英知は必要だと考える。その費用を治療可能な患者さんに回すというのは、倫理や医療経済の面からみても理にかなっていることを強調したい。回復不能な終末期医療の患者さんを早急に見殺しにせいという出鱈目を決して言うのではないことを心底ご理解いただきたい。

延命措置が無駄だというコンセンサスが形成されたら、さらに治療の限界と保険診療の限界についての国民的コンセンサスについても早急に構築すべきであろう。進行中の高齢社会の中で老健施設は人生の終末期医療者を多数抱え込んで二進も三進もいなくなり、施設倒産ならまだ同情の余地ありだが、人生の終焉期に濃厚な集中治療を阿漕に施行して、施設収益を増加させる事態とならないとも限らない。皆保険とは無尽蔵に医療費を

使えることではない。国民が等しく負担した限りある資源なのである。この点をマスコミに訴え世論を盛り上げ、保険診療の限界について概ね一致する方向付けが大いに必要だと考える。

中央社会保険医療協議会(中医協)と社会保険診療報酬支払基金側が、しっかりした生命倫理に則った延命措置への保険診療の限界を設けて、倫理委員会や医師の裁量権に従い、保険診療中止を打ち出してくれると無駄な保険診療報酬支払いはよりスムーズに改善に向かうであろう。ひいてはこのことが、患者さんが望む尊厳死や安楽死の生前意思表示に沿うことに繋がると信じる。

7. 日本人にとって尊厳死や安楽死はどうすれば可能になるのか

尊厳死や安楽死を選択しても現状では思い叶わぬことがはっきりしている。では、どうしたらその願いが叶えられるのか。独断的に要約してみれば下記のようなことではないだろうか。

①尊厳死、安楽死を含めた終末期の命のあり方を日本人がどう受け止め意識しているのか。そして自分の将来も含めて、回復の見込みが全くないのに人工的に生かし続けている終末期医療、延命措置を無駄な医療と受け止められるか否か。さらには延命措置や終末期医療に健康保険を適用し続けることが妥当かどうか。延命措置を続行するのか中止するのかに対する国民世論のコンセンサスを盛り上げることは絶対条件である。さらには尊厳死協会の役職にある方々にはご面倒でも、一人ひとりの会員に「尊厳死が現行では不可能に近いこと」、「法制化の途中であること」、「延命措置は無駄な医療であり、それを皆保険で賄うのは不合理である」等々をしっかりと啓蒙して、尊厳死の実現化に向けた努力を切望する。

②生前意思表示をした患者さんが「尊厳死を選んだ」という意思表示に対して検察、司法の「人権擁護」として尊重する意識改革と法整備下で医師の殺人罪としての刑事司法扱いを中止する。人間はいつかは死ぬ、その死に関わった医師が立ち会う毎に検察司法に振り回されたのではたまらない。医師は終末期医療など関わってられないということである。この司直の介入が最大の難関となるのである。

③病院等の倫理委員会の意思集約化、医師の裁量権の強化。これらに何らかの法的権限を与えるべきである。なかでも院外招聘の倫理委員を担当される方々には、死の臨床における医療・法律の知識を学んでおくのと現状をよく把握し、ぶれない崇高な意見を述べる学識が必要である。

④中央社会保険医療協議会と社会保険診療報酬支払基金側が尊厳死、安楽死に対する延命措置中止の同調と承認を行う。決定後はある時点からの延命措置中止で保険診療を打ち切る。これで年間数千億円の医療費の節約が可能となるのではないかと。

⑤生前の患者さんの「尊厳死」や「安楽死」に対する書類での正確な意思表示を残し、それを法的に承認し、実施に移すことである。それでもわが国の尊厳死・安楽死実施で一番問題なのは肉親、家族である、わが国の社会には死者の意思を尊重する習慣が希薄なために、死後に生前の患者の意思を平気で覆す血縁者がいることは日常茶飯事である。法的にも肉親絆的にも熟慮し死者の意思を尊重し、約束を遵守しないことには、これは国際感覚からみて恥じる日本人的行為に匹敵するであろう。

日本人と言わずひとの誰しものが、加齢とともに肉親や知人の死に遭遇し、己の死を自覚し、自分の死に方を模索する。ここら当たりから老後の尊厳死や安楽死に繋がる考え方が出てくるのであるが、その想いは今の日本では叶えられそうにない。悲しい歯痒いことである。

上記 5 項目、時間をかけてでも同時に変革できれば安楽死や尊厳死は、該当患者さんの生前意思が叶うし、無駄な医療費の削減も図れるのではないかと考えます。さらに担当医師が殺人罪で逮捕されるといった無謀で恐ろしい刑事事件がなくなり、医師と患者の凍とした信頼関係が築けるのではないかと思う反面、この多死時代に人は選択した死に方がなぜできないのかと、もどかしささえ感じます。自分の生の終焉である死、その死に方は自死を除けば、種々の方法があります。己の死に方も望み通りに叶えられないなんて死んでも死に切れませんよ。人の臨終に関して、これでもわが国は文化国、文明国、先進国、法治国家でしょうか。合掌

マルチ バッグ シンドローム

「患者さんが、診察室に入って来られた時から、すでに診断が始まっている。患者さんの表情、顔色、体の動き、歩行状態などを一瞬のうちに見極めなければいけない」とカンファレンスの時の恩師の言葉である。懐かしくもあり、温かく厳しい声が今でも思い出される。その当時の恩師のお年をはるかに追い越してしまっただが、心に残る言葉は次の世代に引き継がれていくことであろう。

私が開業した頃、70 歳前の女性が診察に来られた。風邪や便秘やめまいなどを中心にした症状であった。理学的所見も特に問題なく、検査の時に CRP が軽度陽性のときがあったくらいである。その都度、必要な処方をしたが、ほとんどが 1 週間以内のものであった。町の中でもお会いしたことがあるが、同じようにしっかり鞆を提げ、真正面を見据えて歩いておられた。3 年間このような状態で診療をしてきたが、その後、受診がなくなった。風の便りに、ある施設に入所されたそうであった。なぜ、この方をはっきりと今でも覚えているかという、診療時のスタイルであった。診察室に大きな鞆を両手に提げて入ってこられたことである。最後の診察まで、そのスタイルを続けられた。

平成 18 年の春に 80 歳の女性が慢性疾患にて来院された。この方が最初に診察室に入って来

飄

々

広報委員

渡邊 恵幸

れた時に、上述の方と同じスタイルであった。大事そうに両手に大きな鞆を提げて、にこやかに入って来られた。このスタイルが現在まで続いているのである。今年に入ってスタイルはさらにグレードアップした。診察室に入ってこられた瞬間に、私と看護師は目を疑った。右手にはキャリーバッグと、その上にいつもの鞆の一つ載せ、左手にはいつもの鞆を提げて入室された。大変に嬉しそうであった。「どうしたんですか」の問いに「転倒防止の杖の代わりです」とのことであった。診察後、採血のためにガラガラと音を立てながら、意気ようようと隣室に行かれた。

加療の途中で家族や介護関係の方からの情報で、別の科からアリセプトを処方されていることを知った。物を盗られるとの考えで、大事なものを鞆に入れて、いつも傍らに置いておられるようであった。

このお二人を診察させていただき、認知症の症状にこのような症状の出現があってもいいのかと思った。専門家の先生方からは例数も少なく、たまたまではないか、専門書をもっと読めどのお叱りは十分に承知だが、第一線で働く町医者の印象である。恩師もきっと、その観察眼を忘れないようにと言ってくださるものと思っている。

お叱りを承知の上で、もう一つ印象を述べさせていただきます。内科であるが、結構多くの認知症の患者さんを診察する。多くは女性であるが、誘因

に「嫉妬心」があるのではないかと思う。「今頃、うちの亭主はあの女と……」などの妄想が現実と複雑に絡み合い、いつかその境界がわからなくなり、大脳に障害をきたすのではないだろうか。私の診ている患者さんにはこのタイプが多いのである。これもまた、専門家の先生方にきつとお叱りを受けると思うが、町医者印象であることで、ご容赦をお願いしたい。これからも「入室から退

室まで」じっくり患者さんを診ていきたいと思っている。

今年は寒い日が続く。しかし北海道や震災地に比べれば恵まれている。もう少しの辛抱である。私の医院の前の桜並木に癒しの花が咲くのも、もうまもなくである。

生涯教育コーナー

平成 22 年度から改正された日本医師会生涯教育制度については、この 4 月に日本医師会への第二回目の申告が行われます。

申告は所属都市医師会へすることとなります。

「連続した 3 年間で単位数とカリキュラムコード数(同一コードは不可)の合計数が 60 以上」で日医生涯教育認定証が発行となります。初回の認定証発行は平成 25 年 4 月の申告後、平成 25 年 12 月のこととなりますが、申告については毎年の申告が必要になりますのでご注意ください。

なお、申告者にはその年の 10 月ごろに単位取得証が送付されます。単位取得証は各人の取得単位、カリキュラムコードが一見してわかる記録証ともなるので、すべての会員にこの 4 月に申告してほしいと期してお願いする次第です。

前年の山口県の取得証発行率は 70.0% と、全国平均の 59.2% より高いものでした。

下記に申告についての注意事項を記載いたします。

(生涯教育担当理事 杉山 知行)

○日本医師会生涯教育制度申告について

・日本医師会雑誌 3 月号に、生涯教育申告書が同封されています。これを用いて平成 23 年度分を所属都市医師会へ申告してください。なお、申告期限は 4 月末です。

・県医師会、都市医師会主催の研修会等は都市医師会にて単位とカリキュラムコードが管理されておりますので、その具体的な記叙は不要ですが、申告書提出自体は必要です。

・日本医師会雑誌や e-ラーニングを利用したものについての単位、カリキュラムコードは、申告書提出後日本医師会でその分の追加がなされます。

・日本医師会や他県医師会主催の研修会、その他の研修会等につきましては、具体的記叙をしての申告が必要です。

・日本医学学会加盟学会については自己申告により単位数の 2 倍までカリキュラムコードが取得できます。申告に際しては各自コードを決定して申告してください。

・医師国試問題作成、臨床実習・臨床研修制度における指導、論文等執筆は上記申告書を用いて申告してください。

○単位・カリキュラムコードの付与の対象

講習会・講演会・ワークショップ・学会・体験学習（臨床カンファレンス等）等

1 時間 1 単位、1 日の上限は 5 単位までとなります。カリキュラムコードは単位数の 2 倍まで付与されます。単位、カリキュラムコードの年間の上限はありません。ただし、日本医学会総会及び日本医学会分科会主催の場合、カリキュラムコードは単位数の 2 倍を上限に自己申告となります。

日本医師会雑誌を利用した回答・日本医師会 e ラーニング

①日本医師会雑誌に毎号特集されているテーマに関する問題が掲載され、それをインターネットかはがきにより解答し、1 カリキュラムコードにつき 60% 以上の正答率を得たものに 0.5 単位が付与されます。日本医師会雑誌 1 号につき 1 単位、2 カリキュラムコードが取得可能で、年間の上限はありません。

②日本医師会生涯教育 on-line (<http://www.med.or.jp/cme/>) に掲載されている 1 コンテンツ（約 30 分）につき 0.5 単位、1 カリキュラムコード。アセスメントにおいて 60% 以上の正答率を満たすと単位、カリキュラムコードが取得でき、年間の上限はありません。このアセスメントは再回答可能です。

○その他

①医師国家試験の問題を作成すると、1 題 1 単位、カリキュラムコードは「84(その他)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。

②臨床実習・臨床研修制度における指導においては、研修者 1 人を 1 日指導すると 1 単位、カリキュラムコードは「2(継続的な学習と臨床能力の保持)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。

③医学学術論文・医学著書の執筆は 1 回（又は 1 件）あたり 1 単位、年間の上限は 5 単位、10 カリキュラムコードまで。カリキュラムコードは自己申告です。

日本医師会生涯教育制度に関する詳しい内容は、日本医師会生涯教育 on-line に掲載されております。
<http://www.med.or.jp/cme/about/index.html>

山口県医師互助会グループ保険配当金について

山口県医師互助会グループ保険につきましては、種々ご高配を賜り深謝申し上げます。
下記のとおり山口県医師互助会グループ保険の配当金の報告をいたします。

記

保険期間	平成 23 年 1 月 1 日～平成 23 年 12 月 31 日
加入者総数	658 人
支払保険金・給付金	43,000,000 円（3 件）
配当金	6,707,437 円
配当率	11.535%

※ 3 月末頃にご指定の口座へ送金いたします。

山口県医師互助会（引受会社：明治安田生命）

公 示

本会役員補欠選挙の執行について

定款及び選挙規則の規定に基づき下記のとおり補欠選挙を執行いたします。
つきましては、立候補及び推薦の届出をお願いいたします。

記

- 1 選挙期日
平成 24 年 4 月 26 日 (木)
- 2 選挙すべき本会役員の数
理 事 1 人
- 3 届出締切期日
平成 24 年 4 月 11 日 (水) 午後 5 時

平成 24 年 3 月 15 日

山口県医師会長 木 下 敬 介

「会員の声」及び表紙写真の募集について

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。

字数：1,500 字程度

- 1) 文章にはタイトルを付けてください。
- 2) 送付方法：① E-mail ② フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）
- 3) 編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。
- 4) 他誌に未発表のものに限ります。

メール・送付先：山口県医師会事務局 広報情報部

〒 753-0814 山口市大字吉敷下東 3-1-1 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail info@yamaguchi.med.or.jp

※あわせて表紙写真も募集しております。アナログ写真、デジタル写真を問いませんが、山口県医師会会員撮影のものに限ります。お問い合わせ及び作品の送付先は上記まで。

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

福富 豊彦 氏	宇部市医師会	2 月 3 日	享年 91
大藤 弘 氏	萩 市医師会	2 月 8 日	享年 88
後藤 孝 氏	岩国市医師会	2 月 10 日	享年 85
杉 和郎 氏	宇部市医師会	2 月 10 日	享年 56
売豆紀勝彦 氏	萩 市医師会	2 月 13 日	享年 88

編集後記

今年 1 月、銀行で伝票の日付欄に“平成 23 年”と記し、行員さんに訂正を求められました。

しかも、あろうことかその後も同じ間違いを二度くりかえしました。2011 年と平成 23 年によろやく慣れたところに、2012 年の平成 24 年です。

先日、東京大学が秋入学への移行を発表し、マスコミをにぎわせているようです。すでに、春・秋 2 回の入学を行っている大学や、通年での採用を行っている企業もある中、やはり天下の東大の発言力は大きいようです。

そもそも年度とは事務などの便宜のために規定された 1 年間の区切り方です。ご存知のように、日本の公共機関における会計年度は 4 月～翌 3 月制で、学校制度もそれに合わせた形です。ネットで“年度”を調べると、これ以外にも“酒造年度”“大豆年度”“いも年度”等々たくさん出てきます。農作物関係が多いのは、作付や収穫と季節に深く関係しているからでしょう。“会計年度”も、4 月～と決めた明治中頃、当時の主要税目だった地租徴収に最も好都合だったためとされています。

日本以外の多くの国が“北半球標準”として秋入学を採用している理由が、7～8 月の盛夏期に最も長い休暇をとるといふ自然気候によるものだとこの文章も目にしました。確かに、いまどきの学生たちは決まって卒業旅行とやらに出かけますが、引っ越し等で忙しい割に短い春休みより、就職前や入学前の長い夏休みに旅行へいったり、資格を取ったりできる秋入学の方が合理的な気がします。まさにギャップイヤーの過ごし方が問題とされているところですが、いずれにしても実行するなら大学だけの変更ではなく、学校教育法の見直しが必要でしょう。

というわけで、平成 24 年 3 月。平成 23 年度の終わりです。1 年間、原稿・報告文、また、表紙を飾る素晴らしい写真をお寄せいただいた会員の皆様に厚くお礼申し上げます。(理事：山縣三紀)

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号
総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510
FAX：083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

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