山口県医師会報

2013
平成 25 年
4 月号
No.1832

春　渡邉惠幸　　撮

Topics

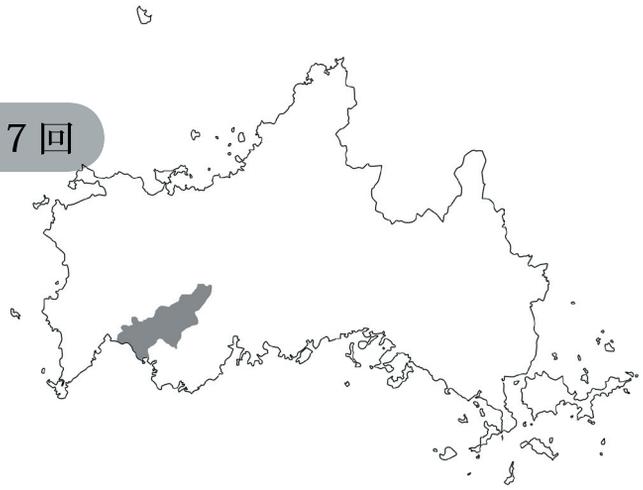
男女共同参画部会総会及び特別講演
郡市医師会長会議

Contents

●郡市医師会めぐり「第 7 回　厚狭郡医師会」…… 251
●フレッシュマンコーナー「研修 1 年目を終えて」…… 兼安秀信 253
●今月の視点「入院患者の死亡に対する Ai について」…… 中村　洋 254
●特集　平成 24 年度山口県医師会男女共同参画部会総会 …… 田村博子 258
●平成 24 年度医療情報システム委員会 …… 藤本俊文 265
●山口県医師会警察医会第 12 回研修会 (後篇) …… 松井　健 266
●郡市医師会長会議…… 280
●郡市医師会長会議　印象記…… 薦田　信 282
●平成 24 年度第 2 回医師国保通常組合会…… 283
●山口県医師会産業医研修会…… 濱本史明、中村　洋 290
●平成 24 年度山口県医師会囲碁大会 …… 野間慎朗 296
●第 115 回地域医療計画委員会 (平成 24 年度第 3 回) …… 弘山直滋 298
●市民公開講座「かかりつけ医と病院の上手な使い分け」…… 兼重純明 301
●日本医師会医事法関係検討委員会報告…… 林　弘人 306
●県医師会の動き…… 濱本史明 310
●理事会報告 (第 23 回、第 24 回)…… 312
●女性医師リレーエッセイ「転機」…… 楠美由紀 318
●飄々「『論語』首章を再読する」…… 吉岡達生 320
●日医 FAX ニュース …… 319
●お知らせ・ご案内…… 321
●転載「ワクチンギャップが埋まってきた
(小野田市医師会報平成 25 年 1 月号)」…… 田代紀陸 322
●編集後記…… 林　弘人 324

郡市医師会めぐり　第 7 回

厚狭郡医師会



厚狭郡医師会の沿革

大化二年（646 年） 律令制度の確立により、国・郡・里が制定され、長門の国、周防の国等、北海道や沖縄等を除く日本国の領土が国に分けられた。さらにその国を郡に分け郡司が税の徴収、行政等を行った。長門の国は、豊浦郡（旧下関市、及び旧豊浦郡）、厚狭郡（旧宇部市、旧厚狭郡、旧小野田市）、美祢郡（旧美祢市、旧美祢郡）、大津郡等に区分された。このときの郡が近世に至るまで地域の名称、領地、行政区分として明治に至るまで機能していたのである。平成の大合併でこの区分けに統合されつつあることに、歴史の必然を感じざるを得ない。

私立船木医学処及び厚狭郡医師団

幕末には私立船木医学処が設立された。明治 10 年（1878 年）西郷隆盛による西南戦争で多数の死傷者が続出し、各地の医師に軍医として徴用命令が発せられた。厚狭郡からは 6 名の医師が徴用され（陸軍本営より）戦地に赴いた。この 6 名の 30 代の医師が厚狭郡医師団と称され、この厚狭郡医師団及び私立船木医学処等が厚狭郡医師会の原型とみなしてよいと思われる。

厚狭郡医師会

医師法の発布

明治三十九年二月帝国連合医会は山口県医会員の支持により代議士となった山根正次 (医学士) を通じ、医師法案を議会に提出した。また、青柳代議士の手を経た医師法案とも合わせ、修正、可決、貴族院を経て同年五月に医師法が発布された。

第一次医師会

明治三十九年発布の医師法八条「医師は医師会を設立する事を得」に基づき、郡市医師会を設立し、規則に基づき明治四十年各府県医師会設立総会が開催された。

これ以前は、県医会、郡医会と呼ばれていた団体が、初めて法的根拠を以って、医師会という呼称に改められた。

明治四十年を以って、厚狭郡医師会の発足とみなす。以後、法制の改正により、医師会は徐々に変遷していくこととなる。

「昭和二十二年十月三十一日、占領軍政府により当時の医師会等は解散を指令され・・・」

上記のように従来の医師会は解散を命ぜられた。当時の厚狭郡医師会は、三澤廣忠会長の下、昭和 22 年 8 月 30 日新医師会結成のため設立総会を開催し、翌 31 日、山口県知事に対し設立申請書を提出。同年 12 月 1 日、田中竜夫知事より許可発布。この日が、今日に至る社団法人厚狭郡医師会の法的な設立日である。

社団法人厚狭郡医師会
設立年月日　昭和 22 年 12 月 1 日

昭和の大合併

地方自治法施行時（昭和 22 年～昭和 27 年）、町村合併促進法施行時（昭和 28 年～昭和 30 年）により、厚狭郡（山陽町、楠町）、小野田市、宇部市に合併、統合がなされた。

平成の大合併

日本国政府の主導により、昭和の大合併以来の

市町村の合併が進められた、いわゆる平成の大合併である。この地域は、宇部市、小野田市、楠町、山陽町による二市二町の合併か、宇部市と楠町、小野田市と山陽町の一市一町の合併かに意見が二分された。平成16年に山陽町では、どちらにするかという住民投票が行われる予定となった。それに先立ち厚狭郡医師会は、一市一町か二市二町いずれになろうとも、辺境化は免れない。したがってどちらの結果になろうとも厚狭郡医師会は存続するという決議を臨時総会で行った。医師会は行政区と一致する必要は法的に全くなく、行政区を区切ろうと跨ごうと問題はないのである。

住民投票の結果は一市一町、即ち現在の新宇部市と、山陽小野田市になったわけであるが、厚狭郡医師会はそのまま現在に至っている。新宇部市、山陽小野田市と二つの行政区を跨ぐ不便さはあるが、他の各業種がなんでもかんでも中心に統合され、周辺部は益々辺境化していくという現象は現在のところ免れている。

自治体の合併に伴い、郡市医師会の合併も行われている地域もある。そのことが地域医療の充実、医師会組織の効率化、強化等につながればよきことである。一方、組織の拡大のみや、行政区に一致し、役所におもねるがごとき医師会の合併であってはならぬことであり、ないと信じている。厚狭郡医師会は、将来いかなるかは知れずとも、現在のところ小なりと言え郡市医師会として奮闘努力していく所存である。

新公益法人への移行について

平成18年6月2日に公布された公益法人制度改革関連三法が平成20年12月1日から施行されるに伴い、当医師会も自動的に特例民法法人に移行となった。一方、平成25年11月30日までに新公益法人制度による法人へ移行しなければ解散を余儀なくされることとなった。

こうした状況を受け、当医師会も執行部や事務局を含めた法人改革委員会を立ち上げ、さまざまな検討を重ねた結果、平成23年10月18日の臨時総会で“非営利の一般社団法人”に移行することを決議した。翌年7月14日に県知事あてに許可申請を提出した結果、11月21日に認可の内諾を得ることができた。

これにより、平成25年2月23日の臨時総会で、社団法人の解散と一般社団法人への移行登記する旨を確認したほか新執行部に河村会長はじめ8人を決定した。また3月19日に認可書を正式に受理したのち、法務局宛て移行登記手続きに入り、4月1日から「一般社団法人厚狭郡医師会」が誕生する運びとなった。

医師会のエリアは旧山陽町、旧楠町合わせて3万人ばかりの地域である。山陽中央病院も廃止された現在は、山口労災病院、山陽小野田市民病院、山口大学医学部附属病院が基幹病院として病診連携を図っている。地域連携ネットワークにも積極的に参加して、各診療所と基幹病院との間の連絡も密になりつつある。また、現在計画中の基幹病院とのコンピューターシステムも着実に進みつつあるようである。

医師会員は30名ばかりの小さな所帯でなかなか大きな事業を展開できていないのが実情である。当医師会の取り組みの中に、市の委託事業の一つに胃がん・肺がん検診が挙げられる。河村奨先生を中心に、内科系の会員が定期的にフィルム等を持ち寄り、読影会を開いている。胃がん読影会の昨年の実績は1,442件。一方、肺がん検診読影会は毎回、山口労災病院、山陽小野田市民病院、小野田赤十字病院の放射線科の医師を交えて行われている。

厚狭郡医師会の大きな事業に厚狭准看護学院の運営がある。昭和35年に厚狭郡医師会附属准看護婦養成所として発足し、昭和43年4月1日より厚狭准看護学院と改称し、現在に至っている。一学年の定員は20名で2年制で、講義は医師会の医師を中心に外部からも招聘している。看護学は、看護教員3名のほか非常勤講師も加え行っている。実習は山陽小野田市民病院、美祢市立病院、小野田心和園、サンライフ山陽、老健ふなき、出合保育園にお願いしている。

公的機関からの助成金は年々減少し経営は苦しくなる一方だが、現在のスタイルの看護師、准看護師の養成は、学生の経済的な側面も含め残すべきと考えている。最近は看護師免許取得のため進学する学生がかなり増えてきている。世の現状として、医師

不足と同じように看護師不足によりどの医療機関も問題になっているほどである。医師会としても良い看護師の育成は、地域への貢献を考えてみても必要であると感じている。

厚狭郡医師会は、先にも申し上げました通り小さな所帯、しかしながら、この地域が医療過疎地にならぬよう日々頑張っている。これから先も、「小粒なるともピリリと辛い」と言われるような医師会でありたいと思う。

[厚狭郡医師会広報担当理事　田中　俊朗]

フレッシュマンコーナー

研修1年目を終えて

済生会下関総合病院　研修医　兼安　秀信

国家試験に合格し、右も左もわからないまま研修医になり、はや1年が経とうとしています。はじめは足を踏み入れるだけで緊張した病棟や、聞くだけで心臓が飛び出そうになっていた救急車のサイレンにも、ようやく慣れてきました。

最近になって、月日を重ねるにつれ、自分はこの1年間でどこが成長し、何ができるようになったかを考える機会が多くなったように思います。後輩ができて昨年よりもしっかりしないといけない立場になったということもあり、同期の研修医が、自分の知らない知識や経験をもっていたり、自分のできない手技ができたりするのを見ると、焦りにかられることもしばしばあります。

経験に関して言えば、自分の中で最も経験を積めたと感じる場は、なんといっても救急外来での当直です。救急外来で問診・検査・治療についてある程度権限を与えていただき、のちに正しくはどうすればよかったか等をフィードバックしていただけるという体制は、研修医である自分にとってこれ以上ない勉強の場を作っていただいており、病院や上級医の先生方へは大変感謝しています。また、任されている以上はしっかりやろうと、モチベーションを高く保ってやることができ、自分の中では得る経験値が特に多いように感じます。

ただ、救急外来はたくさんの経験ができる反面、患者さんの命に直結するような場面が多々あり、何度も怖い思いをします。自分は要領の良い方ではないので、よく失敗します。失敗する分、良く言えば次に生かせる材料が人より多いのですが、悪く言えば患者さんからすればたまったものではありません。「失敗は成功のもと」とは言うものの、患者さんの命を預かっている以上、一度の失敗で失われるものが取り返しのつかないものである可能性もあるわけで、命の危機に瀕した患者さんが来る確率の高い救急外来では特に怖い思いをします。

失敗につきまとう言葉として責任があります。研修医という身分なので、責任云々の問題に関しては、形式的には上級医の先生方に守っていただいている立場ではありますが、患者さんからすれば大事なのは責任の所在ではなく最善の治療を受けられるかどうかなので、研修医だからといっていくらでも失敗していいというわけではありません。救急当直では、同じ失敗は繰り返さないこと、これだけはしてはいけないということをわかっておくことなど、基本的なことの重要性を肌で実感できました。また、数年後には最初から最後まで自分で責任をもって治療にあたらないといけないことを考えると、いつまでも責任を取ってもらえるという状況に甘えているわけにはいきません。上級医の先生がされていることを、自分がやるものと思って見て学ぶことの大切さも学びました。

救急外来は、救命医療の基本的な要素を重点的に経験でき、それらは医師として最低限身につけなければなりません。しかし、それ以外にも将来的には自分の進む専門科の知識も必要になるわけで、やらなければならないことは数えきれません。自分の医師としてのキャリアの数十年のうち、経過したのはまだ1年ですが、トータルでやらなければならないことの量を考えると、もう1年経ってしまった、といっても過言ではないかもしれません。一日も早く一人前になれるよう、日々精進していかなければならないと思います。

今月の視点

入院患者の死亡に対する Ai について

理事　　中村　洋

「チーム・バチスタの栄光」や「死因不明社会」で有名な海堂尊氏たちの献身的な努力によって、Ai（Autopsy imaging：死亡時画像診断、Artificial Intelligence：人工知能と区別するため i は小文字）も広く世の中に知られるようになってきた。

一口に Ai といっても、行われるシチュエーションによって

1. 入院患者の死亡に対する Ai
2. 外来死亡確認患者に対する Ai
3. 第三者からの依頼による Ai

の 3 つのパターンがあるとされている。

2. の「外来死亡確認患者に対する Ai」、いわゆる CPAOA (CardioPulmonary Arrest On Arrival) に対する Ai はすでに多くの救急病院で行われてきている。日本救急医学会は、2009 年に Ai 作業部会を設置し、救急医療と Ai との関係について議論してきた。同年に行われた救急科専門医 2,852 名に対してのアンケートでは、CT あるいは MRI による Ai を現在実施していると答えたのは全体の 65.1％であり、既に Ai が日常の業務の中で定着していることがうかがわれる。撮影は CT が主であり、年間 100 件以上の施行実績があるとの回答が 40.0％に上っている。

3. の「第三者からの依頼による Ai」、主に警察からの依頼で行われる Ai は、先進県の一つである熊本県では 2012 年に異状死体の 6 割強で CT による Ai が行われているが、山口県内では山口大学附属病院等でわずかに行われているにすぎない。しかし平成 24 年 6 月 15 日に国会で可決され、本年 4 月 1 日より施行された「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」(死因・身元調査法) の第五条で、「警察署長は、その死因を明らかにするために体内の状況を調査する必要があると認めるときは、その必要な限度において、体内から体液を採取して行う出血状況の確認、体液又は尿を採取して行う薬物又は毒物に係る検査、死亡時画像診断 (磁気共鳴画像診断装置その他の画像による診断を行うための装置を用いて、死体の内部を撮影して死亡の原因を診断することを言う。第 13 条において同じ。) その他の政令で定める検査を実施できる。」とされていることから、増加することが予想される。私の勤務する済生会山口総合病院でも近々受け入れを開始する予定である。死体の検案は医師にしかできない仕事であり、Ai に関しても可能な限り積極的に協力していきたい。

では 1. の「入院患者の死亡に対する Ai」であるが、特に「診療行為に関連した予期せぬ死亡、及びその疑いがあるもの」には必須の検査であると考える。「遺族は死因はなんなのか」、「医療ミスがあったのか」をなによりも知りたいと思っている。主治医にも急変したときに何が起こったのかを合理的に遺族に説明できるだけの情報がないこともある。これを遺族の立場から見ると、「なぜ亡くなったか説明できないのは、医療側が何か隠しているのではないか」という疑念を抱くことにもつながりかねない。Ai を施行して、その結果を遺族に伝える。それだけでも、主治医が何も行わないで死因を決定したわけではない、亡くなった後も Ai という死因検索を行い、そしてその結果を説明してくれたという行動が目に見え

る。Ai という客観的な情報を介して、医師と遺族の間で、うまくコミュニケーションをとることができるのではないだろうか。術後やカテーテル損傷による（死に至るまでの）出血、（死に至るまでの）臓器損傷、気胸などは容易に CT 検査で知ることができる。その結果、「医療関連死の可能性は低い」という陰性所見を客観的に提示することも可能である。

Ai は CT であれば十数分で結果が得られ（迅速性）、客観的に評価が可能（公平性）であり、遺族・警察に呈示して説明することができる（透明性）。必要があれば画像情報を他の医療機関や Ai 情報センター * のような中立的な第三者機関で再評価をしてもらうこともできる（中立性）。

CT で死因が確定できないときには MR が役立つこともある。CT のように全身の検査を行うことは難しいが、CT ではわかりにくい早期の脳梗塞や心筋梗塞を描出できるという報告がある。少なくとも解剖で肉眼的に確認できる病理像は MRI でも描出可能と考えて良い。

「入院患者の死亡に対する Ai」は特に厳密に行われる必要がある。「外来死亡確認患者に対する Ai」、「第三者からの依頼による Ai」では警察にとっては Ai を行う側を善意の協力者として見ているが、「入院患者の死亡に対する Ai」では Ai を行った側が医療ミスを犯した被疑者又はその仲間と見なされてしまう可能性があるからである。挿管チューブやカテーテル等を抜かずに、死後処置前の亡くなったままの状態で検査を施行する必要がある。頭部から骨盤部までの切れ目ない撮像が推奨される。CT による Ai で頭部と胸腹部だけが撮像されていることが多いが、頸部の検査を欠かしてはならない。窒息の原因、頸髄の損傷等、多くの死因が隠れている場所だからである。通常は顔面～頭部を撮像、その後撮像範囲が重なるように頸部から骨盤部まで撮像する。当然息止めや被ばくのことを考える必要はないので、ゆっくりと高線量をかけて、質の良い画像を追求することもできる。検査は Ai の知識を持った放射線技師によって行われることが望ましい。撮影の際のその他の事項は末尾の CT 撮像ガイドラインを参考にしていただければ幸いである。

「診療行為に関連した予期せぬ死亡、およびその疑いがあるもの」以外でも Ai は有意義である。福井大学 Ai センターで行われた検討では、生前最終画像 (Final ante-mortem Imaging: FAMI) と Ai 画像とについて、FAMI-Ai 期間の平均値は 35 日であり、FAMI と Ai との比較では大きな変化がみられなかったものは 18％にすぎず、特に胸部ではすべての症例で FAMI に比し Ai で新たな所見の出現あるいは病変の増悪がみられたという。病理解剖がなかなか行いにくい現状では、病死であっても Ai を行い最後の状態を確認することは、医療の発展のためにも有意義なことと思われる。

Ai 画像の読影には蘇生の際の変化、死後変化等も加わるため、通常の読影の知識以外に Ai に関する知識が要求される。よって読影は Ai に通じた放射線科医が行うべきである。現時点ではそのような放射線科医は多いとはいえないが、幸い県内でも Ai に興味をもつ若手医師も少なくなく、将来は決して暗くない。いましばらくは判断に苦しむ例などは前述の Ai 情報センターに読影をお願いするのが良いのかもしれない。

「入院患者の死亡に対する Ai」は CT をもつ医療機関ではどこでも可能であり、医療紛争から身を守るために有用であるばかりでなく、医療の進歩にも役立つ。入院患者の Ai を積み重ねて、次には「第三者からの依頼」にも応じられる医療機関が増えていくことが望まれる。

*Ai 情報センター　www.autopsyimaging.com

参考

Autopsy imaging ガイドライン　第 2 版
日本放射線科専門医会・医会 Ai ワーキンググループ
今井　裕、他／編

平成 24 年度　死亡時画像診断 (Ai) 研修会　抄録

平成 24 年度　死体検案研修会　抄録

月刊インナービジョン 2013 年 1 月号
特集：オートプシー・イメージング（Ai）第二弾：普及の実態と適応の拡大

死因不明社会―Ai が拓く新しい医療 (ブルーバックス) [新書]
海堂　尊 (著)

死因不明社会２なぜAiが必要なのか (ブルーバックス) [新書]
海堂　尊 (編)

Ai(Autopsy imaging：死亡時画像診断) における診療放射線技師の役割 -X 線 CT 撮像等のガイドライン -
社団法人日本放射線技師会編　平成 22 年 3 月 31 日

JCR ニュース（日本放射線科専門医会・医会誌）
2013 年 1・2 月号
特集　死亡時画像診断の現況と死因究明２法に対する期待

3-1　CT 撮像ガイドライン
　Ai における CT 検査は、死因検索という特質から、頭部から足関節までの全身撮像が必要な場合がある。また、肘や腕の固定位置によるアーチファクトや臓器および体液等が経時的に変化する事による画質の低下など、通常診療とは異なる目的と撮像対象であることを認識しておく。
　このガイドラインは、死因検索としての偶発的な所見の検出と評価を可能とする撮像手法等を標準化し、一定レベル以上の画質を確保するための指針である。

Ⅰ . 使用装置
1) 使用機種については、各施設の事情もあるため特に限定しない。可能であれば、コーン角補正アルゴリズムを搭載しており、広範囲を詳細に高線量で短時間撮像可能な 16 列以上のマルチディテクタ CT(multi detector-row CT : MDCT) が推奨される。
2) 日常点検および定期的な保守整備が望まれる。また、広範囲を高線量で撮像するために、Ｘ線管に高負荷が掛かることから効率的な保守契約を考慮する必要がある。
3) シングルディテクタ CT(single detector CT : SDCT) でも適切な装置の保守管理と撮像手法を用いればアーチファクトが低減され目的に応じた画像を得ることが可能である。

Ⅱ . 撮像範囲
1) 院外症例および異常死症例は、頭部から下肢（膝）までの全身撮像を推奨する。なお、異状死症例の場合は、撮像範囲に上肢を含め、横断面の FOV(field of view) から外れることのないように適宜調整を行なう。
2) 院内症例は、頭部から骨盤（鼠径部）までの撮像を推奨する。
3) 小児では虐待症例を見逃さないためにも、頭部から上肢・下肢（足関節）を含む全身撮像を推奨する。

Ⅲ . 撮像体位
1) 院内、院外症例問わず、遺体が搬入された状態のまま撮像することを原則として推奨する。
2) エンゼルケア後の遺体は上肢が合掌状態である場合が多く、胸部と上腹部のアーチファクト発生の原因になることを理解しておく。
3) 整位（ポジショニング）が必要な場合は、遺体に損傷を与えないように十分注意しなければならない。

Ⅳ . 撮像条件
1) 頭部、躯幹部および下肢における Ai 画像のスライス厚と間隔は、原則として 5mm 以下を推奨する。
2) 頭部においては通常診療で用いる基準線（OML）を適用した断面像が場合により必要となる。
3) テント下から頸部（Th2 まで）までの Ai 画像のスライス厚と間隔は 1 ～ 2 ｍｍ程度を推奨する。
4) 再構成関数や画像フィルタは、撮像部位と目的に合わせて最適なものを選択する。
5) 管電圧、管電流、回転速度は、使用装置によって状況が大きく異なるため、装置毎に最適な条件で撮像できるよう設定をする。なお、臓器等のコントラスト明瞭化や上肢の固定に伴うアーチファクトの低減には管電流は高いほど、回転速度は遅いほどコントラスト分解能は高くなるが、X 線管の発熱による負荷も増大することをふまえておく必要がある。
6) CT 用自動露出機構（CT automatic exposure control：CT-AEC）は、適切な方法で使用する。
7) 螺旋軌道スキャンを用いる際には、CT ピッチ係数（CT pitch factor）1 以下が推奨される。なお、SDCT で観察領域が限定されている場合は高分解能 CT（HRCT：High Resolution CT）を追加することも考慮する。

Ⅴ . 三次元画像処理
　三次元画像を作成するデータとして、等方性（Isotropic）CT ボリュームデータを用いることが推奨される。

夏季特集号「緑陰随筆」
原稿募集

山口県医師会報平成 25 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
②写真（カラー印刷）
※写真等ありましたら 1 ～ 2 枚添付してくださるようお願いします。
③絵（カラー印刷）
④書（条幅、色紙、短冊など）

字数

1 ページ 1,500 字 (1 ～ 2 ページ) を目安に、特に長文にならないようお願いします。

提出・締切

作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。
電子メールで送信される際は、原稿とメール本文の容量あわせて **5 メガ以内**でお願いいたします。それ以上容量が超える場合は電子媒体でご送付願います。

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで作成の場合	電子メール 又は　電子媒体の郵送	**7 月 5 日**
②手書き原稿で作成の場合	郵送	**6 月 28 日**

原稿送付先

〒 753-0814　山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館 5 階
山口県医師会事務局　広報情報部
E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

備考

①未発表の原稿に限ります。
②投稿された方には緑陰随筆 3 部程度を謹呈します。
③写真や画像の使用については、著作権や版権等にご注意ください。
④医師会報は県医ホームページにも PDF 版として掲載いたします。

特　集

平成 24 年度山口県医師会 男女共同参画部会総会

と　き
平成 25 年 3 月 3 日（日）
13：00 ～ 18：00

ところ
山口グランドホテル
（山口市小郡）

[特別講演印象記：男女共同参画部会理事　田村　博子]

桃の節句、標記総会が山口市内で開催された。総合司会は山口県医師会男女共同参画部会理事の大島眞理先生。冒頭挨拶、松田部会長は「この部会の目的は、医師として人として、生きがいと喜びをもって生きること、そこに男女の違いがあり問題が生じたときに、皆で力を合わせて解決しようというもの。医師という仕事は一所懸命すればするほどやりがいがあり、社会からも必要とされ、満足感をもてる職である。それを続けるためにはただ仕事だけでなく、育児、家事、介護、近所の付き合いなどプライベートな面も安定していないと、続けていけないもの。医師のワークライフバランスを考えていきたい」と述べられた。

議事

松田昌子部会長が発表、下記の通り。

平成 24 年度事業報告

女性医師のキャリア継続支援としての勤務医支援と育児支援、女子医学生キャリア・デザイン支援、山口県女性医師の連携推進、広報活動、平成 25 年 7 月 27 日開催予定の第 9 回男女共同参画フォーラム準備を行った。

勤務医支援では女性勤務医ネットワークづくりとして連絡網をリニューアル、また、「仕事も！家庭も！応援宣言集やまぐち」の第 3 版を平成 25 年 7 月初めに刊行するために準備を行った。

育児支援として、保育サポーターバンクの運営及び研修会開催並びに保育サポーターバンク通信第 3 号を発行した。

女子医学生の支援として「夏休みインターンシップ」を行い、49 の医療機関に受け入れを承諾いただくことができた。参加学生 40 名、担当女性医師として勤務医が 34 名、開業医 7 名にご協力いただき、インターンシップ後のアンケートでは、ほぼ全員より有意義でまた参加したいと回答をいただいた。

女性医師の連携については、県内に防府地区、岩国地区、吉南地区、山口地区、宇部地区、周南地区、下関地区、小野田・厚狭地区、萩地区に郡市医師会女性医師部会が設立され、ネットワーク構

松田昌子部会長

第 9 回男女共同参画フォーラム

日時　平成 25 年 7 月 27 日（土）　13：00 ～ 16：45　フォーラム
18：00 ～ 19：30　懇親会
場所　フォーラム　山口県総合保健会館　多目的ホール
懇　親　会　ホテルニュータナカ　平安の間
メインテーマ
みんなちがって、みんないい～伝えたい、豊かな医療人をめざすあなたへ～
次第
開会・挨拶
基調講演「より良い医療のために、より良いキャリアのために」
自治医科大学小児科学教授　桃井眞里子
報告
1. 日本医師会男女共同参画委員会
2. 日本医師会女性医師支援センター事業
シンポジウム
「みんなちがって、みんないい～伝えたい、豊かな医療人をめざすあなたへ～」
シンポジスト
医事評論家　行天　良雄
山口大学医学部教授　澁谷　景子
山口大学医学部附属病院
医療人育成センター講師　原田　唯成
山口県医師会男女共同参画部会長　松田　昌子
コメンテーター
自治医科大学小児科学教授　桃井眞里子
日本医師会常任理事　小森　貴
第 9 回男女共同参画フォーラム宣言採択
次期担当医師会会長挨拶
閉会

築をした。

広報については、山口県医師会のホームページ内に Y-JoY Net を構築しているが、その運営を行った。

今年 7 月 27 日に第 9 回男女共同参画フォーラムを当県が当番で開催することになり、その準備を行っている (上記) 。

平成 25 年度事業計画

女性医師のキャリア継続支援の勤務医支援として、女性勤務医ネットワーク連絡係の再確認、応援宣言集やまぐち第 3 版の発行、勤務医部会主催の「病院勤務医懇談会」への当部会理事の出席を行う。育児支援として、保育サポーターバンクの充実、広報活動の継続、サポーターバンク通信発行、研修会を開催する。

女子医学生キャリア・デザイン支援では、インターンシップ支援と女子医学生交流会に参加する。

山口県内女性医師の連携としては、女性医師部会のない郡市医師会への設立準備サポート、連絡会議の開催、Y-JoY Net の郡市医師会ページの更新、女性非医師会員への情報提供のため、郡市医師会単位で名簿作り依頼を行う。

広報活動は Y-JoY Net の充実・更新をする。

第 9 回男女共同参画フォーラムでは、郡市医師会女性医師部会と協力し、多くの県内女性医師の参加を促し、日本医師会及び他県の医師との交流の機会を提供する。勤務医の参加を呼びかけ、若い勤務医のキャリア啓発を行う。

郡市医師会男女共同参画活動報告

(1) 岩国市医師会女性医師部会

部会長　齋藤由希子

女性の岩国市医師会員及び岩国市と近隣地区で診療活動を行う女性医師、賛同会員等で構成、先月で会員数 45 名。活動としては、昨年 11 月に産婦人科医で高齢者や女性の人権及び男性の意識向上のための活動をされている河野美代子先生をお

呼びし講演会を開催した。そのほか、乳幼児をもつ新入会員を役員会へ招待し、仕事と育児の悩みなど直接聞く機会をもった。今後の取り組みは、交流を深める機会を作り、女性医師に役立つ講演会や勉強会を開催することにしている。女性医師ならではの問題に対し、適切なアドバイスができるような部会にし、意義のあるサポートづくりを目指す。

(2) 周南地区女性医師部会

部会長　登坂正子

事業として、①臨床研究の支援 (2 月現在、12 施設から 47 症例が登録) 、②一般的な相談窓口と女性ならではの悩み法律相談窓口の設置 (医師でもある女性弁護士) 、③異業種交流会、④女性医師同志での情報交換会の開催などを主な事業としている。③では、男女とも約 9 割が「役立つもの」と実感されていて、次年度は 2 回開催予定である。④では、10 月 19 日に「スクラップブッキング～家族の絆を作ろう」を予定、若手女性医師も参加しやすいように、基幹病院の徳山中央病院内で行う。このほか女性医師に役立つ講演を総会で行ったり、フルに働けない状況にある医師の収入確保と医業継続を目的とした「健康診断業務パート医募集」も行う予定。

現在、facebook などのソーシャルネットワークが普及しているが、それの非公開グループを利用して女性医師や各部会の知識の共有ができないかと思う。各地域の部会の事業を連携協力できるもの、あるいは連携したほうが動きがスムーズな事業を検討して、「県の男女共同参画部会」として動ける仕組みつくりがあるとよい。

(3) 防府医師会男女共同参画部会

委員　林田はるみ

部会の事業としては、まず部会名称及び会則を変更し、会員名簿を作成した。また、昨年 8 月に第 7 回部会総会を開催、東京医科大学医学教育学講座の泉　美貴教授を講師としてお招きし、「女性が医師として生きるコツ―女性医師の高い離職率について考察する」と題した講演をお願いした。また、昨年 10 月には防府医師会館にて第 4 回女性医師情報交換会を開催し、宇部フロンティア大学短期大学食物栄養科講師の溝田美苗先生に「野菜を今よりもっと、おいしく食べる」と題してご講演いただいた。

(4) 山口市医師会女性医師部会

副部会長　兼定啓子

会員数 35 名、うち開業医は 11 名である。平成 24 年 6 月に第 2 回総会を開催、心理カウンセラーで「ミラクルボーイと呼ばれて」の著者である阿波ひろみ先生に「命をみつめて～小さな戦士たちからのメッセージ」と題した講演をいただいた。9 月に就労状況や職場・家庭環境、出産育児や介護などを問うアンケートを実施 (回答率 68％) 、この報告は後日山口市医師会報に掲載予定。平成 25 年 1 月に山口市・吉南医師会女性医師部会合同研修会を開催、プログラムは両会の活動報告と済生会山口総合病院麻酔科の山内直子先生による「全身麻酔は進化する」と題した講演で、互いに懇親をはかった。そのほか、役員会を 3 回開催、山口市医師会報リレーエッセーへの投稿、Y-JoY Net に登録、活動報告を掲載した。

(5) 萩市医師会女性医師部会

連絡係　前川恭子

部会の設立を報告し、以下の設立経過は書面にて呈示。平成 24 年 5 月、萩市医師会理事会に設立準備を報告、女医部会の形態を相談した。女性会員 6 名のため、他地域の女医部会のような活動は困難で、単独又は合併につき後日検討予定となった。同月に萩市医師会の女性会員に女医部会の活動、女医部会の形態、女医部会設立の賛否を問うアンケート調査を行った。6 月には山口県医師会男女共同参画部会 WG 小委員会に参加し、萩市単独、役職なしの女医部会設立も可能とのご意見をいただいた。7 月に萩市医師会女性会員に部会設立の確認を兼ねたアンケートを再度施行、女医部会の形態と女医部会設立の賛否を諮った。そして翌月に理事会より設立の承認をもらった。11 月に部会の懇親会を開催した。

(6) 宇部市医師会・女性医師会員の会

担当理事　菅　順子

平成 24 年 8 月に宇部市女性医師の会を開催、プログラムは山口大学医学部大学院医学系麻酔・

蘇生・疼痛管理学の脊戸山景子先生による「知っておきたい麻酔の知識」と情報交換会及び自己紹介を兼ねた近況報告。情報交換会では宇部興産中央病院・小児科の古賀まゆみ先生より、趣味の水泳の練習風景と試合の様子を報告され、ストレス解消と体力維持のため、今後も水泳を続けていきたいとのお話しがあった。猪熊宇部市医師会長のほか､宇部市医師会員でない宇部市在住の女医（研修医含む）を含めた宇部市医師会女性医師 10 名の参加であった。

(7) 小野田・厚狭郡医師会女性医師の会

会長　西岡和恵

平成 24 年 6 月に設立総会を開催、小野田市医師会の西村会長と厚狭郡医師会の河村会長のあいさつののち、規約案の承認、会長指名、役員の選出を行った。保育サポーター相談員によるサポーターバンクの紹介と、山陽小野田市民病院の瀧原博史院長による自院での女性医師への取り組み状況の発表ののち、懇親会を開催した。設立については地元新聞紙にも取り上げられた。今後は第 2 回総会を平成 25 年 6 月 28 日に山陽小野田市内で開催予定。

(8) 下関市医師会男女共同参画部会

部会長　奥園美子

年 3 回の理事会を開催、事業計画と役員分掌、勤務医師のネットワーク作りと女性医師の名簿作成などに取り組んだ。平成 24 年 6 月に下関市内総合 4 病院で研修中の医師を対象として下関医療圏研修医師懇親会を開催、医師会関係者を含む 36 名にご参加いただいた。後日、参加者にアンケートを実施し (回答率 75％) 、研修医同志、研修医と指導医、他院・他科の医師同志、研修医と開業医師等の交流を評価する意見や、同じ所属や勤務形態の人が集まる傾向に対する危惧する意見をいただいた。平成 24 年 11 月に下関市内で総会を開催、プログラムは山口県医師会男女共同参画部会と県内各医師会男女共同参画部会の活動報告ののち、名古屋大学大学院教育発達科学研究科教授の窪田由紀先生による「今、子供たちに伝えておきたいこと～人とつながる力を育てるために～」と題した講演をいただいた。

数分間の休憩をはさみ、後半の特別講演とフォーラムに移る。特別講演の座長は黒川副部会長。

特別講演「医療現場におけるワークライフバランス実現を目指して～仕事をしていく上での幸福とは～」

講師：長崎大学病院
メディカル・ワークライフバランスセンター
センター長　伊東昌子

（印象記）　特別講演を聴いて

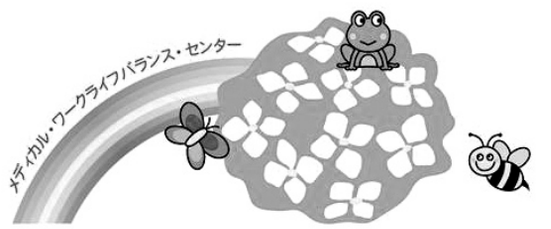
山口県男女共同参画部会理事　田村博子

今年度の総会は、医師としてキャリアを継続するために重要なワーク・ライフ・バランス (以下 WLB) をテーマに取り上げたが、特別講演の伊東昌子先生のお話は、WLB の基本から現状、将来の展望について学ぶことができて大変有意義なものであった。最初に座長の黒川典枝副部会長から、講師の伊東先生は長崎ご出身で大学も長崎大学、卒後の放射線科医としての仕事もほとんど長崎大学でされてきたこと、研究テーマは骨粗鬆症で、昨年からは新設された長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンターのセンター長として活躍されていることが紹介された。まず、講演の概略をご報告する。

伊東昌子教授

当センターでは県の委託を受け、「あじさいプロジェクト」という事業を推進している。これは長崎県内のすべての医療人にとって働きやすい、働き甲斐のある職場づくりを目指すもので、アジサイが長崎市の花であることと同時に小さな花弁がたくさん集まって大きな花となっていることからたくさん人が集まって大きな社会が開いていくように、この名称にした。アジサイの上に乗っているカエルは「おうちに帰ろう」「働き方を変える」「働き方を考える」ことにつながる。ミツバチ bee は「I will be...」であり、こんな医療人になりたいと青空に羽ばたいてもらいたいという意味がこめられている (図 1) 。

図 1



冒頭に骨粗鬆症に関する大切なメッセージとして「Stop at one」という標語をご紹介したい。Make your first break your first. すなわち、初めての骨折を最後にしましょう。骨折をした人を診たら、調べて骨粗鬆症の治療を始めることで次の骨折を予防できるということを医療者は意識しなければならない。

本題に入り、まず、WLB の目指すところは仕事と生活がお互いに高めあうことである。仕事は生活の基盤であるが、生活の場で得られたアイデアやコミュニケーションスキルで仕事の効率が高くなる等、相乗効果が期待される。「仕事と生活の調和憲章」が掲げる WLB が実現した社会とは図 2 である。

図 2　**「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」より**

ワークライフバランスが実現した社会とは

国民一人ひとりがやりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる社会

(1) 就労による経済的自立が可能な社会
(2) 健康で豊かな生活のための時間が確保できる社会
(3) 多様な働き方・生き方が選択できる社会

日本では少子化対策や大介護時代に向けての対策といった行政の施策として、また人材確保や業務の効率化といった企業の経営戦略として導入された背景がある。だが、労働力を上げて出生率を上げることに成功した国がある一方で、日本や韓国、イタリアは出生率があがらない。昨年 IMF から、日本の経済を立て直すには女性をもっと活躍させるべきだ、との緊急レポートが出た。クリスティーナ・ラガルド専務理事は NHK クローズアップ現代で「女性が日本を救う」と明言された。

「なぜ子どもを産まないか」であるが、子どもが生まれると女性は仕事と育児の二者択一を迫られる。第一子のときに夫が協力してくれたかどうかが、第二子以降の誕生に大きく関わる。厚生労働省もイクメンプロジェクトを立ち上げている。また子育て支援をしている企業には「くるみんマーク」が認証される。長崎大学も申請したが取得できなかったので、院内保育や学童保育の実現、男性の育児休業取得を進めたいと考えている。

2007 年問題というものがある。2007 年には労働人口が一斉に減ったと同時に、介護難民の大量発生により共働きの団塊ジュニア世代が家庭内介護をしなくてはならなくなった。このことにより社会は女性が育児と仕事を両立できると同時に男性も介護と仕事を両立できる、そんな環境を作らなくてはならなくなってきている。

医師は自分の生活を犠牲にしても仕事するのが美徳とされてきたが、その弊害も出ているし、若い世代は生活を大事にしたいと考えるようになってきている。ライフステージに応じた働き方ができることが大事である。

長崎大学メディカル・ワークライフバランスセンターには女性医師の活用、大介護時代、経営戦略の 3 つのキーワードがある。立ち上げてまだ 11 か月の事業だが、私の考えるポイントは男性にとっても恩恵がある仕組みを作ることと、女性のプロフェッショナリズムを培うことである。次世代にキャリア継続と WLB 意識を育てるために、常日頃、学生に伝えていることがある (図 3) 。

図 3　**次世代にキャリア継続と WLB 意識を育てるためのキーワード**

- ✓ 働き方には多様性がある
- ✓ プロとしての意識を持つ：離職しない、キャリア形成を諦めない
- ✓ どのような医師になりたいか、をイメージさせる
- ✓ 医師になることの「すばらしさ」
- ✓ 子育てをすることで負い目を感じなくて良い。人として医師として貴重な経験になる

育児との両立をめざすためには、育児・家事を自分ひとりで抱え込まないこと、夫はもう一人の育児・家事の責任者だということ、生涯賃金は

1億5,000万～2億円であると話している。女性のキャリア継続のためにはプロフェッショナリズム、パートナーシップも重要である。夫が家事を手伝ってくれたら、すかさずほめましょう、感謝しましょう。次世代法、改正育児・介護休養法、働く「なでしこ」大作戦など、現在はいろんなことが追い風になっている。

女性医師支援だけではないという意味で、センター始動後すぐに介護ニーズアンケートをとった。その結果、現在の働き方では介護との両立はできないと考える人が高率で、その割に介護体系についての知識はないことがわかった。このため介護準備ハンドブックを作成しようと考えている。

あじさいプロジェクトではキャリアサポート、WLBを目指す病院の取り組みの紹介、地域就労支援情報の提供を行っている。広報活動も大事で、日医のドクタラーゼにも取り上げていただいた。また、昨年はこの取り組みのことを書いておイネ賞をいただいた。来年は休職者に定期メールを送る、卒業生に「知っておきたい法律集」を配る、介護準備ハンドブックを作る等のことを計画している。医療現場におけるWLBに取り組むことで、人材が集まり、長時間労働、リスクを遠ざけ、仕事にやりがい、幸せを感じるという3つの効果がある。真摯に取り組んでいきたいし、私自身も仕事の端々にときめきを散りばめて幸せが感じられるよう努めたい。

以上、就任して1年未満とは思えないほど、充実した活動内容であった。WLBの実現は容易ではないとは思われるが、できることからひとつずつ取り組んでいかなければならないということを改めて認識した。長崎大学メディカル・ワークライフバランスセンターの今後の取り組みに注目して、その進展をまたお聞きしたいと感じた。

フォーラム

司会者は部会理事の水津礼子先生及び福田吉治先生、テーマは「医師としてキャリアを継続するためのワーク・ライフ・バランス」。

開業医の立場から

医療法人社団すが眼科　菅　順子

自身の子育てと健康、診療での問題点、勤務医時代と開業してからの経験をイラストで解説。昭和53年に開業、通常の診療のほか深夜も急患に対応する状態で、子育て真っ盛りの時代でもあり、多忙の日々を送った。開業することで子どもたちと接する余裕が多くなるだろうと思っていたが、実際はそうでなく子どもたちには我慢を強いることが多く、また、当時は女性医師ということで、患者の信頼を得ることが難しいこともあり、世間の風当たりの強さを感じた。それまでの勤務医時代は看護師等のスタッフに守られて限られていた世界で生きていたことに気付くが、その後、各患者にあった診療と説明を心がけ、納得していただくことが私の課題となった。

開業してから自身の体調不良にも悩んだが、子どもたちも自立、それぞれの道を歩んでくれるようになった。開業したころと今は、世の中の価値観が変わっている。女性医師同士で集まって悩みを話し合うことで、ストレスから解放されるし、前向きな気持ちで診療に携わることができる。これからも若い女性医師が医療現場で活躍するよう願う。

勤務医の立場から①

山口県立総合医療センター麻酔科　角　千恵子

第三子を出産してから育児短時間勤務を利用し、週4日勤務としている。平日の休みを子どもの受診や予防接種に利用している。その分土日の当直を積極的に引き受けることができる。特に気をつけていることは、急な欠勤を防ぐために子どもの急病時や学級閉鎖の際に頼れる預け先をできるだけ多く確保しておくことと、何とか都合をつけて当直・麻酔の待機を続けることである。

育児や介護をしながら働くことは悪いことではない。感謝の気持ちをもって、堂々と一生懸命働けばよいのだと思う。ワークライフバランスの改善なくして少子高齢化問題の解決はあり得な

い。一人一人が希望するバランスで働くことができれば、すべての世代にとって魅力的な職場になるだろう。

勤務医の立場から②

徳山医師会病院循環器内科　福江宣子

循環器内科医としての診療のほか、徳山医師会関係の産業医をしている。可能な範囲、自分主導で患者の診断・治療の機会を増やしたり、新しい知識を得たり自己研鑽していく必要性を感じている。医療資源として大して役に立っていないのではという不安もあるが、健康で医師としての質を落とさず、いずれ子どもの手が離れれば、もっと役に立てるだろう、現状できることをできる範囲でやっていく。仕事量も増えてきたが、検査技師に心エコー検査や睡眠時無呼吸外来を補助・代行させ仕事の効率化を図っている。仕事を続けるための生活上の援助として、家事代行サービスや保育サポーター制度、病児・院内保育を利用し助けられている。

子どもが小さいころは、生活に重きを置きたいと考えている。仕事も生活も利用可能なリソースを活用して無理のない頑張りと、可能な範囲で仕事上での自分の質を落とさぬ努力が必要だと思う。今後入院患者の主治医をしていく上で、内科でも複数主治医制の導入が進み、医師がお互いに休養を確保できることを望む。

男性医師の立場から

おくぞの耳鼻科田中町クリニック　奥園達也

家庭で妻 (女性医師) にできることは、夫 (男性医師) にもできる。女性医師がライフワークバランスを保ちながら職責を全うするためには、夫である男性医師の家事及び育児参加等の積極的な協力が必要。子育ては自分育てである。育児がもたらすメリットは、それに費やす手間暇を補ってなお、大きく余りあり、夫婦同業の欠点を補うことができた。女性医師のライフワークバランスの確保は、配偶者である男性医師のライフワークバランスの確保でもある。

４名の演者の講演ののち、意見交換にうつった。司会の「生活と仕事のバランスのためによかった点や今後必要なものを述べてほしい」という問いに、各演者より「自身の健康管理を管理しながら医師という職を尽くすこと、ワークもライフも生きていくための両輪であること、治療している患者に救われることが醍醐味であること、先輩医師をみてああなりたいという気持ちが今につながったので目指す目標やヴィジョンが大事であること、出産妊娠にかかわらず育児はメリットのほうが大きいので、最後まで医師を貫いてほしい」とコメントがあった。

フォーラム終了後、別会場にて懇親会を開催した。今回の総会には女子医学生さんも数名参加され、また、懇親会の席ではかわいいお子様の姿もみえ、和やかな雰囲気であった。(終了)

懇親会

平成 24 年度
医療情報システム委員会

と　き　平成 25 年 2 月 28 日 (木)　15：00 ～ 15：55
ところ　山口県医師会　6F　第三会議室

[報告 : 理事　藤本　俊文]

小田会長の開会挨拶の後、以下の議題の協議・報告を行った。

議題

1. 平成 24 年度日本医師会医療情報システム協議会の報告

2 月 9 日～ 10 日に日本医師会館で開催された協議会について報告。先月号医師会報 217 頁の報告記事を参照。

2. 県内 ORCA の現状について

全国の ORCA 導入状況については、日医総研 HP や議題 1 の報告記事を参照いただきたい。

山口県内の ORCA 導入状況について、日医総研の資料より、平成 25 年 2 月現在、山口県の導入率は全国第 18 位で、県内レセコンの 15.65％を占めている。導入が多いのは下関地区を除き、地元ベンダーのいるところであった。業者は 15 社だが、県内業者は 5 社（最大県内サポート数 50 医療機関）となっている。

日医総研 HP(http://www.orca.med.or.jp/) に導入及び業者について等詳細に掲載されているので、ぜひご覧いただきたい。

3. 地域医療再生補助金事業としての地区ネットワークの進捗状況

昨年 8 月に開催された第 1 回山口県地域医療連携情報システム全体会議の資料で説明 (第 2 回全体会議は 3 月 21 日に開催予定) 。その後、宇部・小野田・美祢地区は従来の連携パス電子化から HumanBridge を利用しての基幹病院カルテ参照型に大きく変更になったと報告あり。下関地区も長崎県のあじさいネット型の参照に加えセキュアメールでの相方向の可能性を模索している。

出席者

医療情報システム委員	県医師会	
赤司　和彦	会　長	小田　悦郎
市原　　巖	副会長	吉本　正博
津永　長門	常任理事	林　　弘人
土屋　　智	理　事	藤本　俊文
中藤　嘉人		
渡邊　悦也		

山口県医師会警察医会第 12 回研修会

と　き　平成 25 年 1 月 26 日（土）
ところ　ホテルニュータナカ　2F「平安の間」

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

報告：萩市医師会　山口県医師会警察医会副会長　松井　健

平成 25 年 1 月 26 日（土）、ホテルニュータナカ　2F「平安の間」において、山口県医師会警察医会第 12 回研修会が開催された。本報告はこの研修会の報告である。

進行は常任理事の弘山直滋先生が務められた。

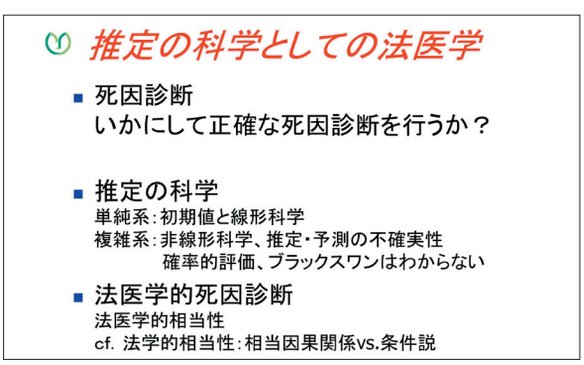
座長は山口県医師会警察医会会長の天野秀雄先生が務められた。

藤宮教授の経歴が紹介された。

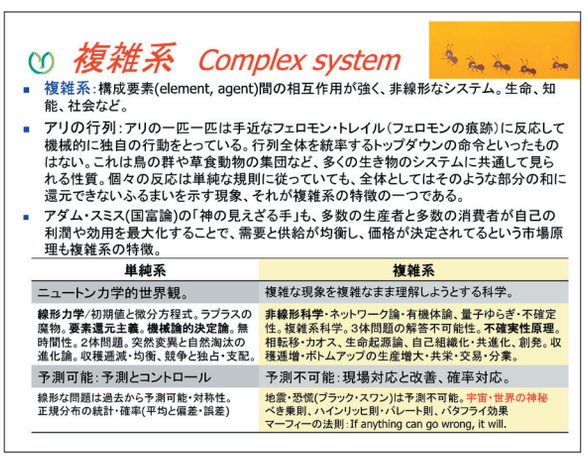
本日は「損傷論 1 ：複雑系と死因判断」を講演する。

今までに 6 回連続して法医学についての研修会を開催し、今回からは 2 クール目である。内容が重複しないように考えている。

自分は、いかにして正確な法医診断を行うかということをテーマにしていろいろなことを勉強してきた。山口大学内でも教養教育に携わっている関係で、本日は最初にこのあたりの話をしてから、その後法医学の話をしたい。



いかにして正確な死因診断を行うかは難しい。これは、科学の単純な部門に関しては可能であるが、現実問題はいろいろなことが複雑に絡みあっていて、結論を言えば、推定・予測は不確実である。

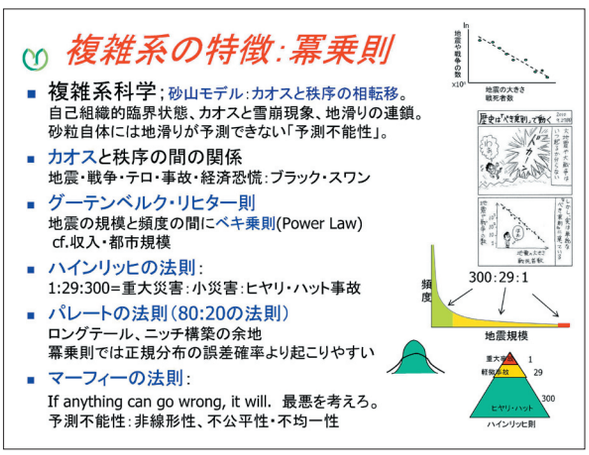


ニュートン力学においては、初期値を決めて、方程式に則って行うと予定通りに何かが起こるのだという考え方がある。この考え方でいくと、死因はこうだ、犯人はだれだ、と良い鑑定ができることになるわけである。しかし現実は、このような世界とは異なる。

複雑系という考え方があるが、典型的なのがアリの行列である。アリが一列に並んで移動しているのを目にすることがあるが、これは先頭のアリが、「一列に並んでついてこい」と、後ろのアリに命令しているわけではない。一匹、一匹のアリが、自分の前にいるアリのフェロモン・トレイル（フェロモンの痕跡）に反応して独自の行動をとっているわけで、第三者である人間から見ると、アリは一列に並んで移動して、ちゃんと規律正し

く行動していると考えているだけである。

このように見えざる手によってこの世はいろいろとコントロールされており、このようなものを非線形科学と言う。そのような中で、宇宙や人間社会が成り立っているわけである。



複雑な宇宙、社会を理解する考え方に、「砂山モデル」がある。砂を上からかけていくとだんだん大きな砂山ができてくる。これを続けていくと、いつかは山は崩れてしまう。この時に、次の砂を乗せたら砂山が崩れるのかどうかを予測できるかといえば、結論は予測できない。「カオスと雪崩現象」と呼ばれているものである。

地震についても、地震予知連絡会議は、地震を予知できるという前提に立って、政府は膨大な予算を組んできたわけであるが、地震の予測は不可能であるというのが複雑系科学の結論である。

ただし、地震の規模と頻度を分類していくと、一定の法則がみられる。これを「ベキ乗則」(Power Law）といって、ベキ乗をとったりすると直線に乗ってくる。これは地震だけではなくて、戦争、大恐慌、人間の寿命、動物の寿命などに成り立つ法則で、「グーテンベルク・リヒター則」と呼ばれているものである。

その他、医療安全で有名な、「ハインリッヒの法則」や、経済関係では「パレートの法則」がある。これらはある一つの法則に従って事象が起こっていると考えるものである。

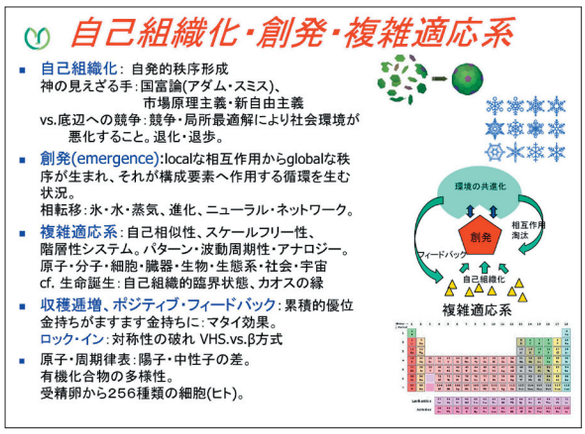
一方、単純系の世界では確率論が有名である。これは平均値があってその周りに誤差があるという考え方である。地震で考えてみると、大きな地震はめったに起こらないものと思われるが、しかし、ベキ乗則に従っているのだとすると正規分布の形ではなく、その頻度分布は正規分布よりも横に平べったい形になってくる。

「ハインリッヒの法則」でいうと、ヒヤリ・ハット事故が 300 、小災害が 29 、重大災害が 1 の頻度で発生するということになる。

単純な式ではなくて、わけの分からない何かによってこの世の中はコントロールされている。複雑系には大きく 2 つの特徴がある。

まず、「スケール・フリー性」である。例えば肺の組織を考えると、気管や血管が分岐しながらできているわけであるが、これはちょうど樹木が延びていって枝分かれするのと似ている。その他、氷の結晶や雪の結晶もそうであるが、この中には直線は存在しない。みんな曲がっていて、なおかつ、一個一個似たようなパターンの繰り返しが見られ、小さな物から大きな物へ繋がっているのである。自然界によく見られる現象でこれを、「スケール・フリー性」と呼んでいる。

もう一つは、「スモール・ワールド性」である。非常に単純な一つのハブがあって、このハブに物が繋がって、全体が存在するというものである。有名な話では、オバマ大統領に連絡を取りたい時に、6 人の知り合いが存在すればオバマ大統領にコンタクトが取れるというものである（ハブ・アトラクタ：6 次の繋がり）。単純系から考えると、6 人でオバマ大統領に繋がるわけがないと考えるのが普通であるが、複雑系ではこのようなことが可能なわけである。つまり、6 人の中に 1 人でも 2 人でも人脈の広い人が存在すれば、どんどん繋がっていくのである。



このような考え方の基本原則が、「自己組織化」というものである。もの自身が勝手にくっつく能力があって、それが勝手にくっついていって分子や組織などいろいろなものができあがっていくのであって、特別に外からコントロールされているのではないという考え方である。

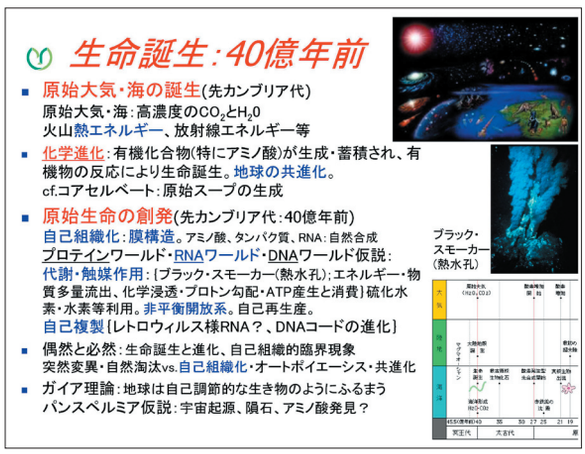
このように何かができあがっていくのを「創発」と呼んでいる。local な相互作用から global な秩序が生まれ、それが構成要素を作用する循環を生む状況である。水蒸気が水になって氷の結晶ができあがっていく時に、いろいろなパターンがあるわけであるが、このいろいろなパターンが存在することが不思議である。

生命というものも、物質的な何かの変化の中で出てくる多様性の中で発生したものと考えられる。

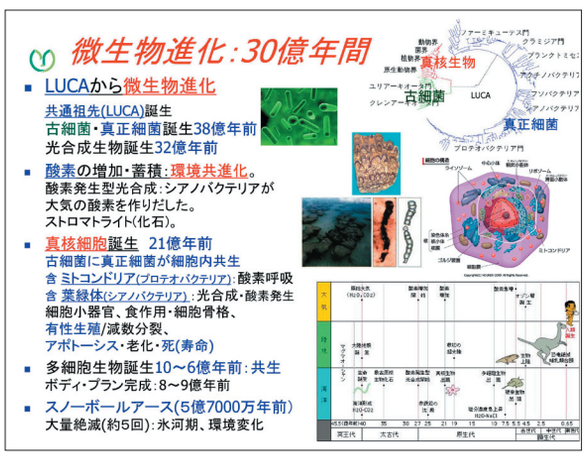
原子の周期律表であるが、世の中には何か分からないけれども法則性が存在するということを示している。

この世は、137 億年前に「ビッグバン」が起こり始まった。それ以前のことは分からない。「ビッグバン」直後は素粒子しか存在しない世界であったが、すぐに原子が生成され、さらに分子が生成されて宇宙ができあがってきたものと考えられている。

46 億年前に太陽系・地球が誕生した。



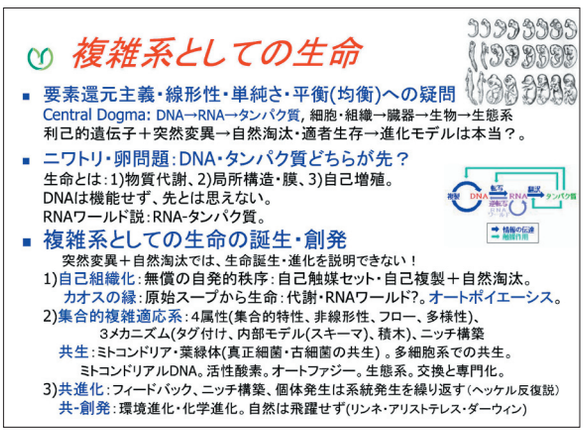
生命は 40 億年前に誕生した。最初は「化学進化」といい、原始スープが生成され、糖、アミノ酸が生成・蓄積され、何かが作用したのか、偶然が作用したのか、有機物の反応により生命が誕生し、原始生命が創発されたものと考えられている。



最初のうちは、単細胞生物しかいない微生物の世界であった。原始地球には酸素が存在しなかったが、植物系のシアノバクテリアが大気の酸素を作り出し、地球の環境を変えてしまい、われわれ人類が生存することができる地球環境が形成されていったのである。

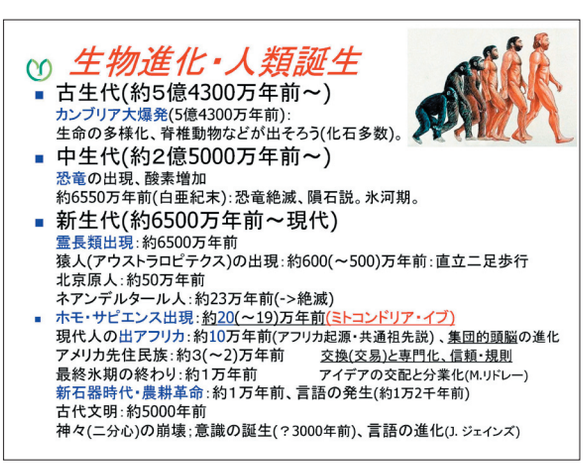
われわれの体を構成する真核細胞は 21 億年前に作られた。真核細胞は核内にミトコンドリアや細胞小器官を有するものである。教科書的には、核があってその周りにミトコンドリアや小器官が存在すると学習するわけであるが、考え方によっては、ミトコンドリアが生きていて、かたまりを作ったのが一つの細胞であるという考え方も成り立つ。実際、最初はミトコンドリアは細胞内共生

であったものと考えられている。ミトコンドリア自体にも DNA があり、ミトコンドリア自体も一つの生き物であって、体の細胞とともに進化していったものと考えられている。



教科書的には、DNA ができて、RNA ができて、タンパク質が作られた（Central Dogma）という考え方であるが、最近の研究によると、最初に DNA があったとは考えられていない。つまり、最初は RNA ができて、作られたタンパク質とくっついて何らかの機能を果たしている内に、DNA を利用した方が便利であるということになり、DNA が作られていったのではないかと考えられている。

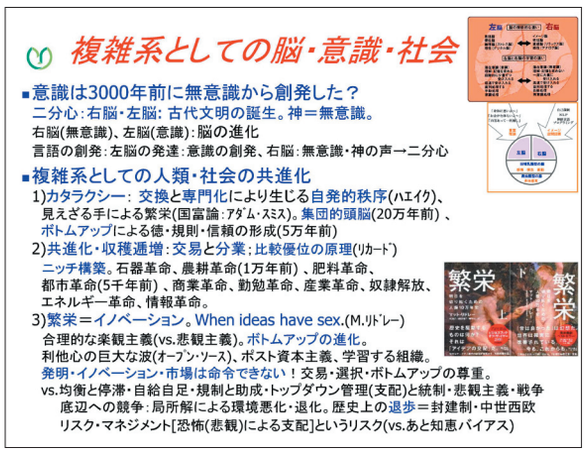
つまり、DNA（設計図・情報）がまず存在し、これに則って目的のタンパク質を作って、ある一つの機能を果たしていくという考え方ではなく、物（タンパク質）自体が集まる性質があって、この集合体が機能していくうちに、効率の良いシステムに変化していったとも考えられる。



その後、生物は進化して、古生代には生命の多様化、脊椎動物が出揃った。化石が多く発見されている。

中生代は恐竜が出現したが、その恐竜は絶滅した。これには、隕石説や氷河期説がある。

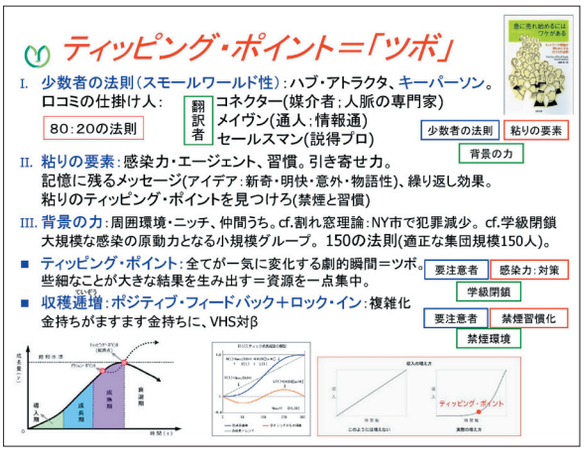
新生代は霊長類が出現し、猿人（アウストラロピテクス）、北京原人、ネアンデルタール人の出現をみた。19 万年から 20 万年前にホモ・サピエンスが出現し、以来、今の時代に至るという流れである。



意識は 3000 年前に無意識から創発したと考えられる。それ以前、人類は昆虫や動物と同じ様に無意識であったと思われる。言語の発達に従い意識ができあがってきて、現在われわれにとって当たり前のことができるようになってきたわけである。物自体が交流し、専門化しながら進化して現在の社会ができあがったと考えられている。

人類はこのような交易と分業に大成功して、現在繁栄しているわけである。この時に、コントロールする人、例えば首相や大統領が存在して、その人が命令して世の中ができあがったのかと考えれば、歴史を振り返ればこのようなシステムではほとんどが失敗に終わっている。このようなシステムでは自由を失くしてしまう。

特に最近、リスク・マネージメントということがよく言われているが、リスク＝恐怖によって人を支配する考え方である。このように恐怖によって人を支配しようとするシステムに自分は大いに危惧を感じている。リスクではなくて、教育や支援でいかにして乗り切っていくかを考えていく方が理想的である。永い歴史の流れの中で、今後悪い方向に向かわないように注視していく必要があるのではないかと思う。

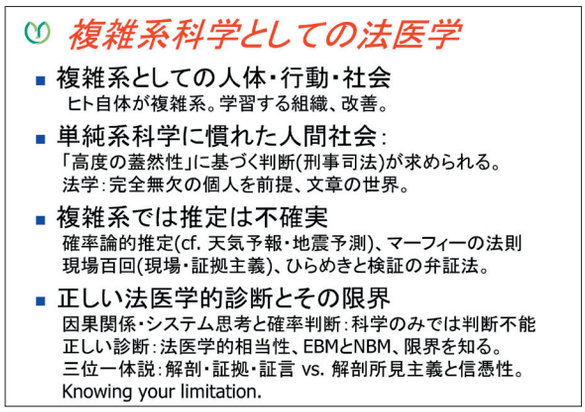


複雑系の中で有名な話がある。「ティッピング・ポイント」というが、世の中、変わりようがないと思われていたものが突然変化することがある。そのような時には何かの分岐点があって、そこからあっという間に世の中が変わるのである。

「少数者の法則」があり、必ずしも全員を説得する必要はなく、重要な人を説得すればよいのである。その時には「粘りの要素」と言って、例えばインフルエンザが広がる時は、感染力が問題になるが、そういった力がどうか、環境がどうなのかということが重要になる。感染症の時は要注意者と感染力の要素と、環境的には学級閉鎖などを行うとコントロールができるのである。

喫煙の問題に関しては、要注意者と禁煙習慣を粘り強く行い禁煙環境を作っていくと、禁煙がすすんで世の中が変わってくるといったものである。

「持続可能な世界」という言葉が複雑系の中でよく使われているが、学習する組織を作って人間は進歩すべきなのだという考え方である。



以上、複雑系の話をした。自分はこの複雑系の世界を知るまでは単純系科学で、いかにして法医学者として正しい法医学診断をするかを考えてきたわけであるが、実は、事はそのように単純なものではないのである。複雑系を知ることによって、もともともっていた考え方がしっかりしたと思っている。

しかし、われわれの社会は単純系に慣れた社会になっている。予測はできるのだという考え方が支配する世界で刑事司法が行われているのだということを忘れてはならない。

法律は、人間は完全無欠な存在であると規定しているが、例えば、交通事故を起こして人を撥ねたとする。法律ではこのような場合は、被害者を救助・保護して、救急車を呼んで、警察に連絡して、と冷静な対応を要求しているが、果たして一般の人間がパニックになった時に冷静に物事に対応することが可能であろうか。必要な対応をしなかったということで、後に、業務上過失傷害なり業務上過失致死などの罪を問われる社会になっているのではないだろうか。

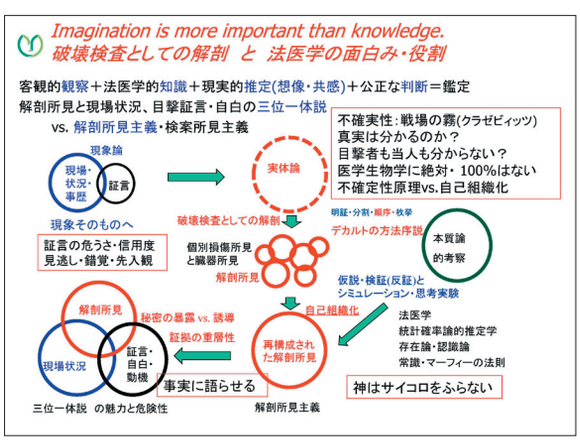
法医学の中でいかにして推定するかというと、要は、推定は不可能であるということが分かったわけである。できるとしても、確率論的な推定しかできない。天気予報や地震予測は確率的推定である。雨が降る確率が 30％ですといった時に、それでは晴れる確率は 70％なのかと思いつつ、30％と 70％はどの位違うのかと悩んでしまう。1％と 99％の違いははっきりと分かるが、30％と 70％の違いは、実は 50％と 50％の違いしかないようにも思えるのである。

ここに被疑者がいて、この A さんは犯人として 70％疑わしい、一方、B さんは犯人として

80％疑わしいとすると、どちらが犯人だと思うかの質問を受けた時にどのように考えられるであろうか。これらは、全く数字に意味はないのである。極端な話、99％疑わしくなくて 1％疑わしい人がいるとする。この人が犯人だということもあるわけである。マーフィーの法則では 1％が起こり得るということになるのである。

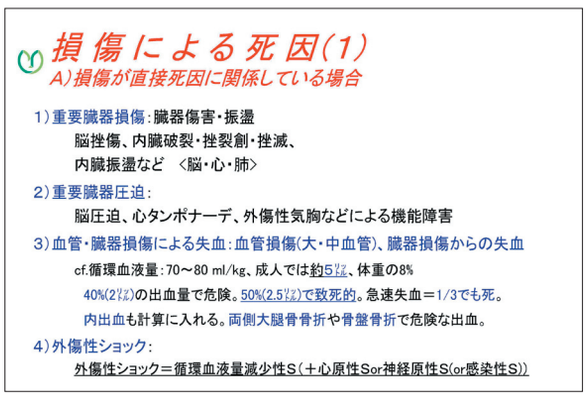
結局、予測はあてにならないのだということで、現場百回（現場・証拠主義）になるわけである。警察の方では昔から言われていることであるが、何回も何回も現場に行って見聞きしていると、ある時ひらめきが起こり、それを検証し、繰り返していく中で推定が真実になっていくのである。

正しい法医学的診断にはその限界がある。正しい判断をしましょうと言ったのが、ドラッガーである。ドラッガーの本を読んでいると、経営者はお金儲けばかりやっているのではなくて、正しい判断をしなければならないと書いてあった。法医学をやっていると確率論で云々やっているとせこい話に終始してしまうわけであるが、それとは別の考え方、科学とは違って、法医学的相当性があるかどうか、正しい判断をいかにするかということになると思う。限界を知ることも重要である。



現場・状況・事歴と証言がある中でご遺体がある。法医学者が、ご遺体を破壊検査として解剖して、個別損傷所見と臓器所見を取って再構成された解剖所見を得るわけである。これを証言・自白・動機等と現場状況を考慮して、一致した所が「三位一体説」として正しいのであろうと思いつつ、現実には、証言・自白・動機等と現場状況が合わなかったりした場合は、「解剖所見主義」で推定するしかない。このような時に、複雑系の考え方が大いに役に立つのである。

自分は現在、医学生の教養教育に携わっているが、支配や統制では学生は育たない。いかにして学生本人にやる気を出させるかが重要であるが、複雑系の考え方で対応すると可能なのではないかと考えている。



損傷が直接死因に関係している場合である。

損傷による死因には、重要臓器の損傷、重要臓器の圧迫、血管・臓器損傷による失血、あるいは大・中血管損傷による失血がある。臨床の現場では、「循環血液量減少性のショック」とか「心原性ショック」はよく使うが、「外傷性ショック」という言葉を使うことはあまりないと思う。

法医学ではしばしば「外傷性ショック」という言葉を使う。実際は出血が死因なのであろうが、出血量がそれ程多くなくても現実的に死亡している症例を経験することが多々ある。このような時に、「外傷性ショック」という言葉は使いやすい言葉である。

症例提示

肝破裂の症例である。ここに挫傷・裂傷を認め、腹腔内出血を起こして死亡したのである。

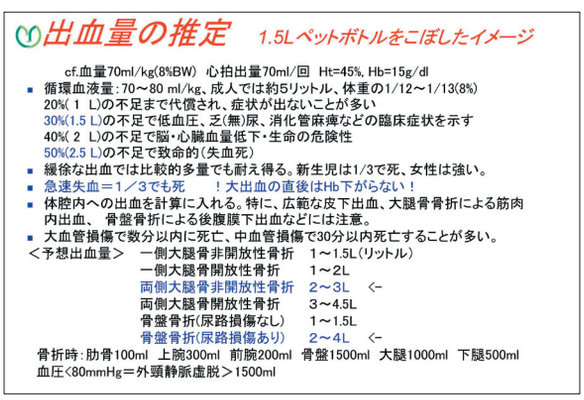
症例提示

心タンポナーゼの症例である。心臓の周りに血液が貯留し、心臓を圧迫して死亡したのである。

症例提示

「外傷性ショック」の症例である。出血量としてはビックリする程多くはないのだが、あちらこちらに出血が確認され死亡している場合に「外傷性ショック」による死亡と診断することがままある。

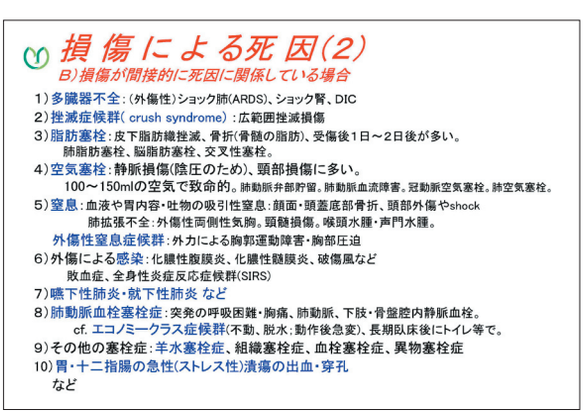
時津風部屋の力士死亡事件の時も「外傷性ショック」という言葉が使われている。一か所だけ非常に出血量が多くて決め手になる場合は、そこの臓器の出血による死亡と診断できるかもしれないが、出血箇所が多岐にわたり、しかもそれぞれの出血量が死亡する程のものでもなくて死亡している場合は「外傷性ショック」による死亡という診断になるのである。



本日は、医師以外の方も研修会に参加されているので、このスライドを入れておいた。循環血液量は体重の 8％で、例えば、体重 70Kg の人間には 5.6 リットルの循環血液量があるということである。循環血液量 30％～ 40％の出血で生命の危険がある。50％の出血で致命的であり失血死を起こす。

骨折の時は出血を伴うわけであるが、予測出血量としては、両側大腿骨非開放性骨折で２～３リットルである。これ位の量の出血で死亡することがあり得るわけである。骨盤骨折で２～４リットルである。やはり死亡することもあり得る出血量である。

外に出血していないからといって安心してはいけないのである。

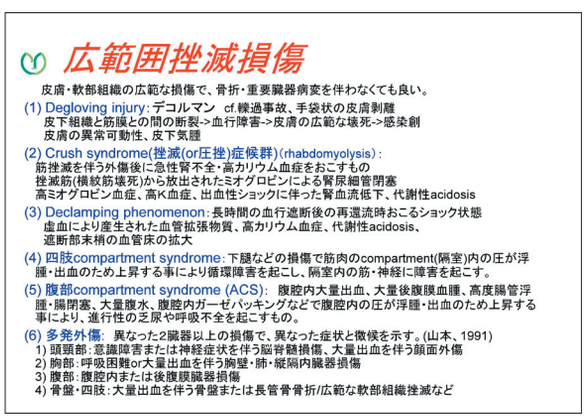


損傷が間接的に死因に関係している場合である。これには、多臓器不全、挫滅症候群、脂肪塞栓、空気塞栓、窒息、外傷による感染、嚥下性肺炎・就下性肺炎、肺動脈血栓塞栓症、その他の塞栓症、胃・十二指腸潰瘍による出血・穿孔がある。

症例提示

空気塞栓症の症例である。空気が血管の中に入って、血液の流れを障害するために死亡した事例である。現代の医療は、検査や治療行為でカテーテルや針を穿刺することが多いが、この時に誤って空気が血管内に入ってしまうと空気塞栓死が起こり得るのである。

鑑別として困難なのは、死後変化として腐敗現象の一環として空気が入ったり、死亡すると血液が流れていないので死亡後に血管の中に空気が自然に入ったりすることもあり、これらをよく精査しなければならない。



地震の時に、Crush syndrome が有名である。筋肉が障害を受けるとここから有害物質が出てしまい、これによって腎臓や心臓が障害されるのである。

多発外傷とは、異なった２臓器以上の損傷で、異なった症状と徴候を示すものである。

その他、Degloving injury：デコルマン、Declamping phenomenon 、四肢 compartment syndrome 、腹部 compartment syndrome（ACS）などがあるので、スライドをよく読んでおいてほしい。

高エネルギー外傷となりうる受傷機転

・同乗者死亡
・轢過
・車が高度に損傷
・救出に20分以上要した場合
・バイクと運転者の距離：大
・自動車と歩行者・自転車の衝突
・車外放出
・5m以上跳ね飛ばされた
・自動車横転

・器械器具に巻き込まれた
・高所墜落(高さ6m以上)

cf. 高速自動車事故：時速64km以上、車体変形が50cm以上
cf. 時速8km以上の自動車と歩行者の事故
cf. 時速32km以上の二輪車事故または二輪車と運転手が離れている場合

人間はいろいろな形で高エネルギーにより傷害を受けることがある。典型的には飛び降りである。6 メートル位の高さから転落すると死亡する。必要以上にエネルギーが加わるので、いろいろな傷害を伴うのである。自動車に乗っていた同乗者が死亡した場合、たとえ生存した人がいたとしても、その人はそれなりにかなりの高エネルギーを受けたものと考えておいた方が良い。

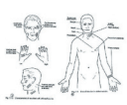
その他、高エネルギーを受けたと思われる事象は、事故時の車外放出、轢過、5 メートル以上撥ね飛ばされた場合、自動車が高度に損傷した場合、自動車が横転した場合、救出に 20 分以上を要した場合、バイクと放り出されたライダーとの距離が長い場合、自動車と歩行者・自転車との衝突の場合が考えられる。

受傷後に全く症状もなくて元気な人がいるが、そうこうするうちに急に意識がなくなって死亡することもある。法医学をやっているとこのような症例にも遭遇する。人間は軟体である。例えば、高所から転落してボールが跳ねるように、ボン、ボン、ボンとなればエネルギーが分散してよいのであろうが、実際は、グチャーとなるわけである。

症例提示

66 歳、女性、バイクに乗っていて自動車と衝突した。大腿骨骨折を起こし、病院に搬送され手術中に急死した。死因を調べるために解剖になった。手術に問題はなかったようだが、肺動脈血栓を起こしていた。ここに血栓を認める。顕微鏡下の所見である。肺に脂肪塞栓を認めるが、これは手術例では起こり得る所見である。この脂肪塞栓は死因に成る程度ではなかった。血栓がどこから飛んできたのかさらに調べていくと、手術部には血栓を形成するような異常所見部位はなかった。ここは骨盤の中であるが、ここに出血を認める。ここは左総腸骨静脈の分岐部で、おそらく衝突した時に腹部を打撲して受傷したものであろう。ここの場所で血栓ができて手術中に飛んで肺動脈血栓を起こしたものと考えられた。血栓がいつできたのか調べるために特殊染色を行った。最終的には、交通事故の際に骨盤も打撲して大腿骨骨折を起こしたのであるが、大腿骨骨折の方は死因ではなくて、静脈損傷による血栓形成により肺動脈塞栓症を起こしたものと考えられた。したがって、医療過誤ではなく交通事故死が死因であるとした。

自為・他為・事故災害の別



1）創傷の位置関係・程度：自傷可能か？
　逡巡創（ためらい創）：同一部に多数の平行に走る創傷
　防御創：手背・手掌・前腕背側部、走行が乱れていることが多い。
　致命傷は自傷の場合には一創。
　cf. 生体の場合：詐病との鑑別、後遺障害・外傷性神経症の診断
2）死体の状況および現場の状況：損傷所見・成傷機転と矛盾はないか？
　死体の姿位・成傷器の位置・死体周辺の状況と致命傷の程度
　着衣の乱れ・抵抗や逃避の痕跡。遺書・施錠の有無
　偽装、発見場所と死亡場所が異なる可能性(死後移送)は？
　目撃証言・当人の行動様式・既往症などと矛盾がないか？
　目撃証言・家族の証言に惑わされるな（勘違い・偽証？）
　自供内容に身体所見上の秘密の暴露がないか？
＊災害や他為による死亡を疑う余地がないか？偽装・保険金殺人？
＊臨床医として、死因に不信がある場合は死因不詳として警察に報告し、法医解剖・捜査を行わせる。
＊第3者・マスコミには不用意な発現をしないこと（守秘義務・無用の混乱）
＜現場を荒らさない：現状維持・再現可能・記録・写真。足跡、指紋、毛髪などに注意＞
＜発見時の体位、位置関係、心・呼吸・意識状態の経時的記録＞

創傷の位置関係・程度をよく調べることが必要で、自為の場合は、自傷可能かどうかよくみることが重要である。また、死体の状況や現場の状況をよく調べて、損傷所見・成傷機転と矛盾はないかどうかよくみることが重要である。

逡巡創とは、同一部位に多数の平行に走る創傷をいい、主として自殺の時に見られる所見である。一方、防御創とは、手背・手掌・前腕背側部に見られることが多く、しかも走行が乱れていることが多い。こちらは主として他殺の時に見られる所見である。

症例提示

逡巡創、防御創、他殺死体の防御創を提示する。

生活反応：定義

生前形成されたことを示す、生体特有の外的刺激作用に対する病態生理学的反応。

- 全身的と局所的反応がある。
  （炎症反応と修復、呼吸運動と血液循環に基づく）
- 死体でしか発現しない変化は死体現象。
- 脳死状態では、呼吸・循環機能が保たれているので、生活反応は認められる（脳死状態の生活反応）。
- 純粋な機能的変化・障害の場合、生前の生体反応かどうかを証明することはよく困難を伴う。

生活反応は生前形成されたことを示す、生体特有の外的刺激作用に対する病態生理学的反応と定義される。全身的反応と局所的反応に分類される。

全身的生活反応：主に、呼吸・循環に基づく。

A)循環器系
(1)失血による全身貧血・内臓貧血　cf. 失血死
(2)被圧迫部より末梢のうっ血・顔面うっ血　cf.扼頸、絞縛、胸腹部圧迫
(3)塞栓(脂肪・血栓・空気・組織)　cf. 脂肪塞栓、肝組織塞栓、骨髄塞栓(人工呼吸)
(4)血液の希釈・濃縮　cf. 出血性ショック・淡水溺死時の血液希釈、海水溺死の血液濃縮
(5) 中毒薬物・外来物質の全身分布・代謝・排泄

B)呼吸器系
(1)血液・異物(煤・吐物・溺水・土砂)の気道・肺内への吸引　DDx:吐物は死戦期に多い
(2)一酸化炭素ヘモグロビン、臓器内プランクトンの全身分布
(3)新生児における全身的生活反応(肺空気吸引・胃腸空気嚥下・胸腔拡大・胎便排泄など)

C)その他
(1)全身的感染(菌血症・敗血症)、続発病変
(2)異物(溺水・煤・土砂)の嚥下

全身的生活反応は主として、呼吸器系、循環器系に基づく事象をいう。

症例提示

焼死体の生活反応である。皮膚の紅斑・水泡形成が認められる。気管内に煤の付着が認められる。

死亡してから火の中に投じられた場合には、気管内に煤の付着はないのである。

局所的生活反応：血管炎症反応、出血、組織収縮など

(1)出血、ヘモジデリン顆粒　DDx:筋付着部出血(痙攣・外傷)
(2)出血血液の凝固(凝血)
(3)組織の収縮(筋肉・血管・皮膚):創口のロ多開(シカイ)、弾性線維の変形
(4)炎症反応・創傷治癒・修復反応
　[発赤・紅斑・腫脹・充血・浮腫・うっ血・化膿(白血球浸潤・繊維素析出)・痂皮形成・肉芽(繊維化)など]、肉眼的・組織学的炎症反応。受傷後30分頃から。
(5)細胞病理学・組織学的障害　cf. 心筋の過収縮壊死、実質細胞壊死
(6)第1度、第2度の熱傷:紅斑・水疱　cf. 気道粘膜熱傷
(7)組織化学的変化cf.アルカリホスファターゼ創面から200μ mの深さに活性帯
　セロトニン・ヒスタミンなどの増加

局所的な生活反応である。血管炎症反応、出血、組織収縮などの病理学的な意味での生活反応である。

受傷後経過時間と創傷治癒

受傷後経過時間	主な組織学的所見
～4時間	出血、浮腫、フィブリン析出、白血球の遊走開始、単核球出現、貪食
～12時間	白血球・単核球の浸潤、浮腫、皮膚の再生開始
～1日	マクロファージの増加、血管芽細胞・線維芽細胞の出現、皮膚再生像
～2日	単核球・白血球の浸潤は最高潮
～3日	線維芽細胞増殖、毛細血管新生開始、鉄反応陽性化開始、肉芽化の開始
～6日	新生毛細血管、肉芽化、鉄反応陽性
～2週間	肉芽化、瘢痕化、コラーゲン線維形成、炎症反応の鎮静化、ヘマトイジン形成

創傷の治癒過程であるが、炎症は受傷後６時間位経過してから白血球の遊走が開始されるため、炎症所見が認められれば死後６時間以上経過しているということになる。

組織的所見を調べることにより、受傷が何時であったのかを推定する。

臨床をやっていると暫く経過してから受傷時期の診断をしてほしいという依頼を受けることを経験することがあると思うが、診断書を作成する時にはいろいろなことを判断して記載することが求められるのである。

生活反応の判断の難しい死体変化

鑑別すべき変化	生活反応
死斑と血液就下	皮下出血
皮膚の蒼白化による透見(cf.筋)	皮下出血
乾燥(cf.革皮様化;口唇・陰嚢)	皮下出血
昆虫などによる蚕食痕(サンショク) 動物の咬傷	表皮剥脱 挫裂創など
漂流死体の損壊(スクリュー創、咬傷、擦過損壊)	表皮剥脱・割創・挫裂創・骨折など
バラバラ死体・証拠隠滅工作 棺傷(納棺、運搬中、埋葬時)	表皮剥脱・割創・挫裂創・骨折など
自家融解や腐敗性変化	穿孔、吐血・喀血、皮下出血など

生活反応の判断が難しい死体変化としては、死斑・血液就下、皮膚の蒼白化による筋肉の透見、昆虫などによる蚕食痕や動物による咬傷、漂流死体の損壊、バラバラ死体・証拠隠滅工作、自家融解や腐敗性変化などがある。

生活反応の判断の難しい状況

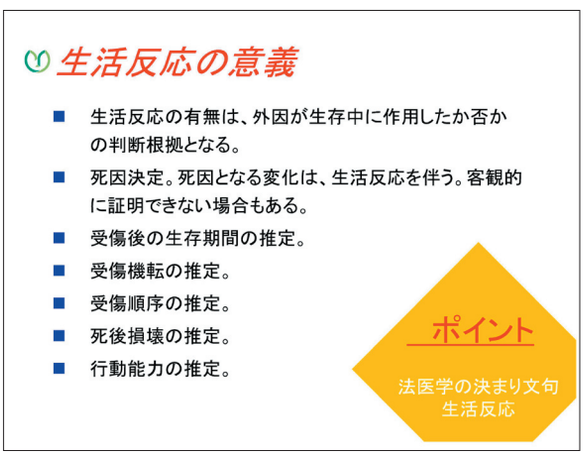
瞬時大損傷	生活反応は弱く、判定が難しい。cf.列車による轢死。
死戦期の外力	死戦期が意外に長いことがあ。生活反応は弱く、判定が難しい。 cf.多数の損傷の重複
死亡直後の外力	個体死直後の外因の作用により、軽度の生活反応様の変化が生じ得る。
蘇生術	一時的心拍再開時には、生活反応が生じる。 肋骨・胸骨骨折、吐物吸引、内臓損傷等の合併による修飾と、生前の外因との判別の問題。
脳死状態	生活反応が生じ、既存の生活反応の修飾などが起こる。
高度の腐敗	腐敗死体では、生活反応が修飾され、融解消失する。
死後損壊	死後損壊が大きすぎたり、小さすぎる場合。 剖検時や検死時での人工的産物(アーティファクト)。

生活反応の判断の難しい状況は、瞬時大損傷、死戦期の外力、死亡直後の外力、蘇生術、脳死状態、高度の腐敗、死後損壊などがある。先ほどの高エネルギー外傷でも説明したが、瞬時大損傷はあっという間に血流が停止してしまうので、生活反応が起きる時間がないまま死に至るため、死後に傷害を受けたものか、生前死亡原因として傷害を受けたものか鑑別が困難なことがある。有名な

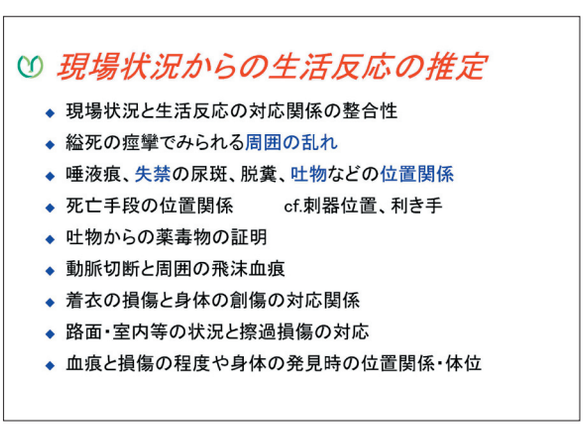
ものは列車による轢死である。また、現在は病院で蘇生術を行うことも多いが、一時的心拍再開時には生活反応は生じるため、生前の損傷なのか蘇生術による損傷なのかを鑑別する必要がある。

症例提示

列車による轢死である。有名な下山事件である。



生活反応は法医学において非常に重要な分野である。外因が生存中に作用したか否かの判断根拠となる。受傷後の生存期間、受傷機転、受傷順序、死後損壊、行動能力等の推定が可能である。



現場状況の生活反応が非常に重要になる。現場状況と生活反応の対応関係に整合性があるかどうかをよく確認する必要がある。

失禁や吐物の位置関係が重要で、死亡するなら死亡するなりの位置に失禁や吐物がなくてはならないのに、これらが説明できない位置にあったりすると、死後にご遺体が動かされたかどうか、つまり他殺の可能性が出てくるわけである。

体に見える生活反応も重要であるが、現場の状況の生活反応も重要である。こちらの方は警察の方でしっかりやっていただかないと、法医学としては間違った判断を起こしかねないので、鑑識活動として重要な所である。

症例提示

バラバラ死体である。切断面に生活反応はない。死後切断されたものである。

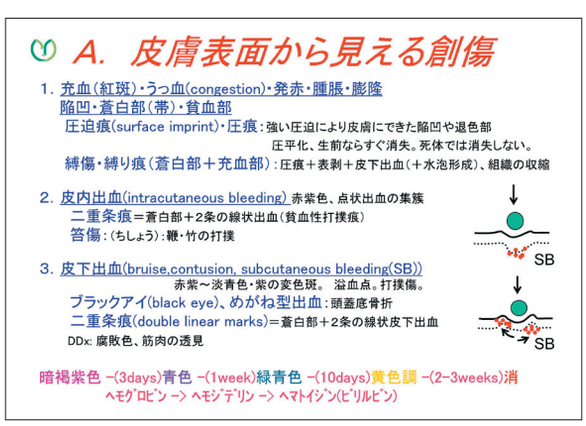
症例提示

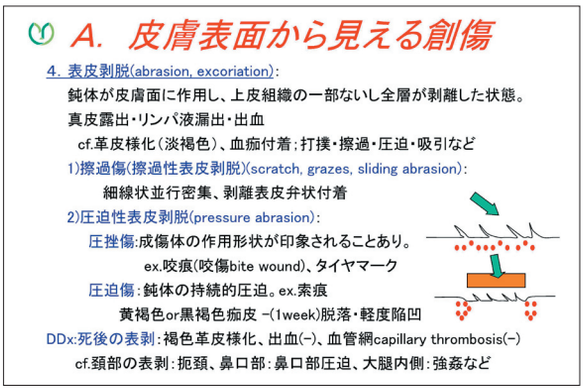
自絞死と焼死の事例である。自絞死を試みて、家に火を放ち死亡した。コードが自分の頸に巻かれてあった。自絞死したのか焼死したのか鑑別を要した。頸部には皮下出血を認める。気管内に煤を確認できる。本症例は、煙に巻かれながらも自分で頸を絞めて自絞死したものと法医診断した。

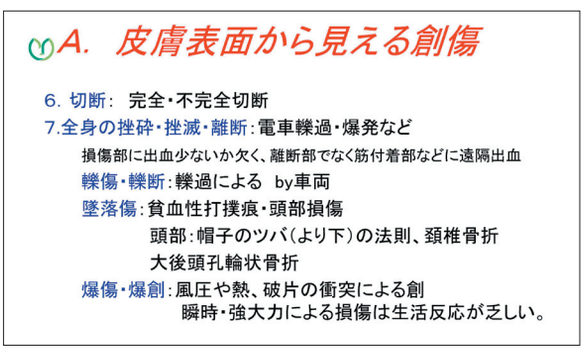
症例提示

プレジャーボートの衝突によって、ボートに乗っていた人が海中に放り出された。このように頭部に挫滅創を認める。溺れて死亡したのか頭部外傷で死亡したのかが問題になった。人間は死ぬまでにある程度の時間はかかるので、当然ではあるが、海中であれば溺死の所見は出現する。頭部損傷か肺の障害かと問われれば、全体を総合判断すると、頭部打撲による脳挫滅で死亡して、心臓の動きが完全に停止するまでの間に溺死所見が出現したのであろうと法医診断した。

以上、生活反応は法医学において非常に重要な分野なので詳細に説明した。







皮膚表面から見える創傷には、

1. 充血（紅斑）・うっ血・発赤・腫脹・膨隆・陥凹・蒼白部（帯）・貧血部
2. 皮内出血
3. 皮下出血
4. 表皮剥脱
5. 創
6. 切断
7. 全身の挫砕・挫滅・離断

がある。

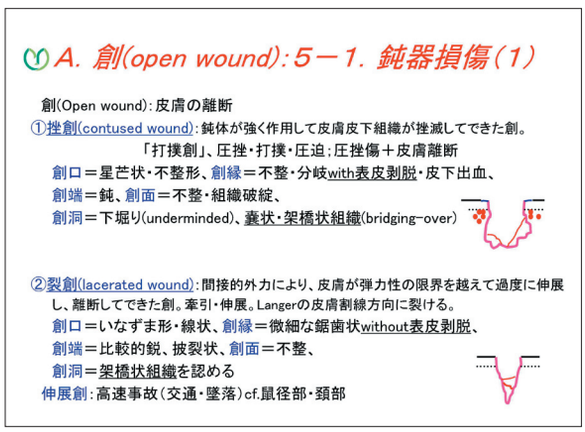
皮下出血は、物が当たった部位に皮下出血がおこる場合と、二重条痕といって物が当たった部位は蒼白でその周りに出血が認められることがある。傷害を引き起こした凶器の幅を、当たった範囲で推定する場合と、蒼白帯をもって凶器の幅を判断する場合がある。

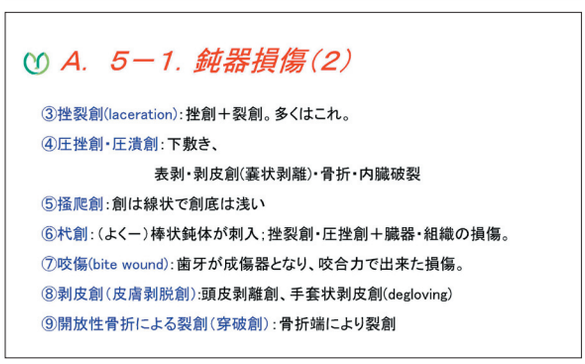
表皮剥脱の場合には、表面にできた細かい傷の走行を詳しく調べることになる。

症例提示

バットで殴られて死亡した事案である。ここに蒼白帯が認められるが、これをもとに凶器の大きさや幅を推定していくことになる。皮下出血や蒼白帯を調べながら、いろいろなことを考え、悩みながら凶器を推定していくことになる。

防御創としての皮下出血である症例、後頭部を打撲して脳幹損傷で死亡した事案である症例を提示する。





鈍器損傷による創には、

1. 挫創
2. 裂創
3. 挫裂創
4. 圧挫創・圧潰創
5. 掻爬創
6. 杵創（よくそう）
7. 咬傷
8. 剥皮創（皮膚剥脱創）
9. 開放性骨折による裂創（穿破創）

がある。

症例提示

工場内で倒れて死亡していた事例である。工場内で倒れていたので、事故であろうと判断され病院に運ばれ縫合をしてある。結論を言うと、この事例は強盗殺人であったのである。

「帽子のつばの法則」というのがあって、自分で転倒して受傷したのであれば帽子のツバの辺りに損傷を受けるのが普通であって、それよりも頭側に受傷がある場合はおかしいと思わなければな

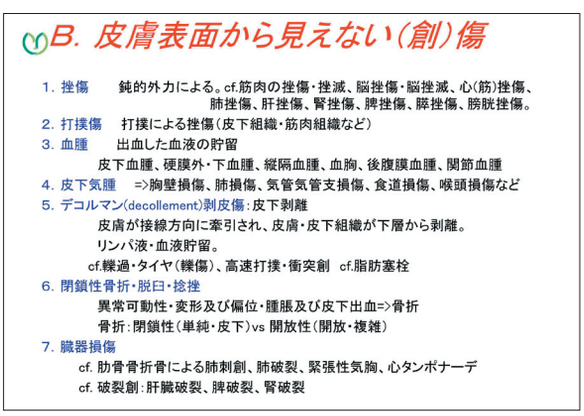
らない。ここを見逃している。ここに皮下出血と挫滅創を認める。傷の性状から凶器を推定すると 8 角形のハンマーが考えられる。おそらく 8 角形のハンマーで 2 回叩いている。傷を視て推定すると、最初に後側から 1 回叩いて、被害者が前のめりになった所をもう 1 回叩いているのである。したがってこの症例は事故ではなくて他殺（殺人）であるとした。

県外の事例であるが、後に写真で鑑定を依頼されたものである。残念ながら解剖はされていない。この県では一時期解剖ができない状況になり、ちょうどその時期の症例であった。

この事案は、葬式が終わった後に銀行のお金が動いているのが発覚し、おかしいのではないかということで捜査がなされた。疑わしきは解剖をするようにしなくてはならない。

症例提示

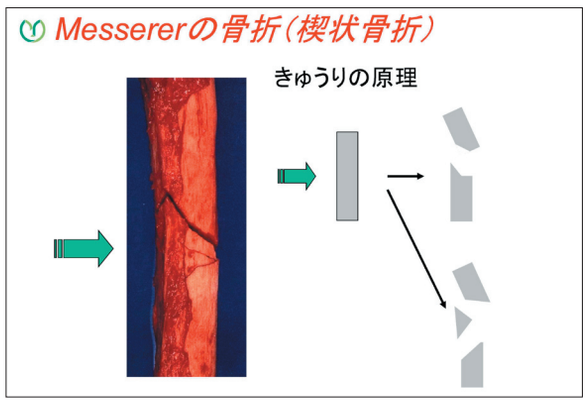
本事例は Ai 検査を施行していた。その画像を供覧する。頭部の損傷は CT 検査よりも MRI 検査の方が分かりやすい。3D 処理がされている。



皮膚表面から見えない（創）傷には、

1. 挫傷
2. 打撲傷
3. 血腫
4. 皮下気腫
5. デコルマン剥皮創
6. 閉鎖性骨折・脱臼・捻挫
7. 臓器損傷

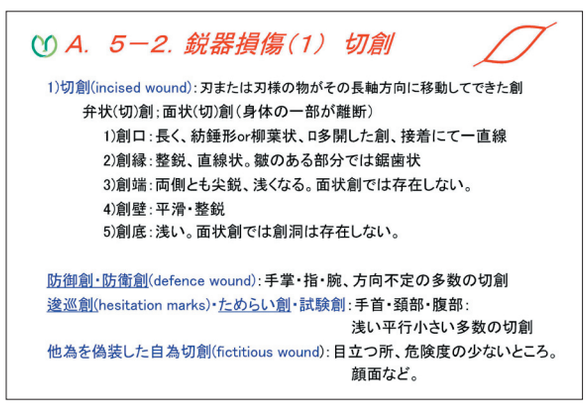
がある。

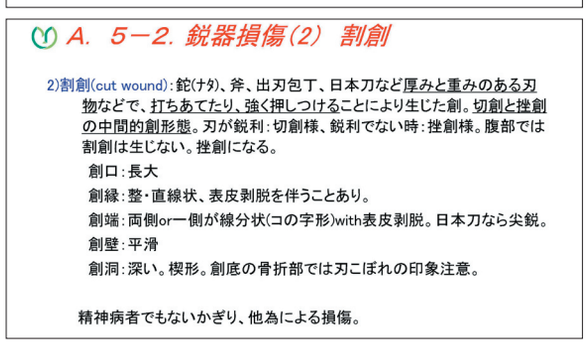


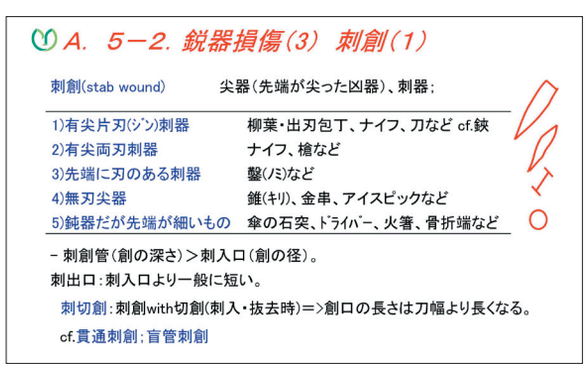
Messerer の骨折である。どこに外力が作用して骨折が起こったのかを推定するのである。

症例提示

児童虐待の事案である。ここに皮下出血がある。開腹すると、腹腔内出血を認める。母親がハイヒールで児の腹部を踏みつけて肝破裂を起こしたのである。







A. 5−2. 鋭器損傷(4) 刺創(2)

3)刺創(stab wound)
1)創口(刺入口):刺器断面に対応した形。刃・峰(刀背)の有無。
刺入・抜去時に刺器の方向が変わると形が複雑になる。
無刃尖器or鈍器では、射創・杵創とよく似る。円形創口with表皮剥脱
2)創縁:有尖有刃刺器 -> 整鋭　無刃尖器or鈍器->不整with表皮剥脱。
時に、柄による損傷(表皮剥脱)
3)創端:有尖有刃刺器->刃側:尖鋭、峰側:鈍的・コ字型・円鈍状with表皮剥脱。
無刃尖器or鈍器->披裂状with表皮剥脱
4)創壁:有尖有刃刺器 -> 平坦　無刃尖器or鈍器->不整
5)創洞:刺創管の長さは接着(した創口)長より長い。体動によりズレることあり。
異物混入:線維、泥、小鉄片など
一般に、創管の長さは刺器の刺入可能部分の長さ以下。But,腹部などでは圧迫のため、より長くなることがある。
＊筋膜・骨膜・漿膜・内臓損傷との対応を調べる。

A. 5−2. 鋭器損傷(5) 刺創(3)

<検査上の注意事項>:接着伸展して調べる。
1)刀背側の推定:創縁を接着:鈍的か整鋭か、表皮剥脱の有無
2)凶器幅の推定:一般に、皮膚の収縮で接着(伸展)長は実際より短くなる。
But,有刃刺器では、刃の方へ力が加わると長くなる。
刺入方向は皮膚に直角とは限らない。
3)凶器長の推定:創管の長さ=刺入した部分の長さ。
But,腹部など圧迫で管凹する部では創管はより長くなる。
4)刺入回数の推定:1つの刺入で1つの刺創管とはかぎらない。
Because 2度突き、体動、貫通刺創(cf.腕+胸)など
＊救急医療では、刺創端からメスを入れると、後で創の判定が困難となる！
創の法医学的判定は臨床医の責任でもある。写真撮影、接着時のものも。
死因:失血死(大・中血管損傷、臓器損傷)、心タンポナーデ、空気塞栓、気胸、血液吸引による窒息、感染など

刺創は傷を視て成傷器の推定をすることが重要である。傷の形から凶器がどのように動いていったのかを推定する。

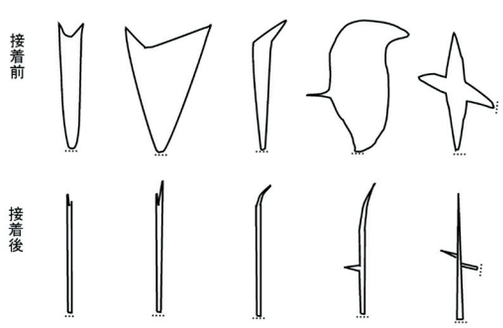
症例提示

携帯電話のアンテナが刺さって死亡した事例である。アンテナがちょうど胸部に刺さり、運悪く心臓に当たり、心タンポナーゼで死亡したのである。

症例提示

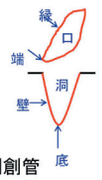
刃物で胸部を突き刺した事例である。この包丁で突き刺したのである。大きな切創、刺創が認められる。

創縁接着前後の創の形:創口の位相幾何学



創の記載(1)　口縁端洞壁底

1)創口:全体的形態。接着時の形も。 cf.紡錘形、「コ」の字形
創の長さ・幅:創縁接着(接近)時
2)創縁:直・曲線・弧状、整・不整(凹凸)、表皮剥脱
創縁角:ほぼ直角 cf.弁状創
3)創端(創角):尖鋭・鈍・分岐・線分状
創端の幅:鈍の場合
4)創洞:くさび形・管状・ふくろ状・洞状・噴火口状 cf.刺創管
5)創壁(創面):平滑・凸凹・粗、整・不整、形態、異物、架橋状組織
6)創底:深さ・長さ
7)近接組織の性状:表皮剥脱・皮下出血・感染・肉芽
8)創縁接着時の所見:長さ・幅



創の記載は、「口縁端洞壁底」の順で記載すると間違いがない。

創の記載(2)　口縁端洞壁底

<創の部位>
1)解剖学的部位。前・後面、内・外側、尺側・橈側、手掌・手背、近位・遠位側 etc
2)2つの基準点(線)からの距離・方向(2点法)
3)数・相互の位置関係・距離:
4)方向・排列状態:cf.外上方から、平行・交錯して、紋様
5)形態:cf.円弧状、紡錘状、不整形、類円形、半月形
6)大きさ:米粒・小豆・大豆・指頭・鶏卵・小児手掌大、「接着時」
7)臓器損傷との位置的関連性・距離:
8)全身との関係(足底よりの高さ、正中からの距離):順序よく記載
9)着衣との関係・着衣の損傷:

解剖学的部位、2つの基準点からの距離や方向、数・相互の位置関係・距離を記載する。

損傷検査の一般的留意点

1. 損傷の位置:2箇所の基点から方向および距離を示す
2.損傷の形・大きさ・性状:
創・傷および圧痕・変色部など、創縁接着時の所見
3. 損傷の個数・相互の関係:外力の回数・方向などの推定
4. 損傷の程度:創傷と内部での損傷の関連性
5. 血液付着・異物付着の有無、位置関係、着衣などの検査
6. 現場の状況・言動などと矛盾しないか
7. ピンセット・ゾンデで新しい損傷を作らないこと
8. 発生機転:損傷の種類
9. 生前死後の鑑別:生活反応の有無
＊ 再現性(証拠保存) cf.写真(図)の活用(2方向)
損傷の現象記述と成因判断の区別 cf.表皮剥脱 vs 擦過傷

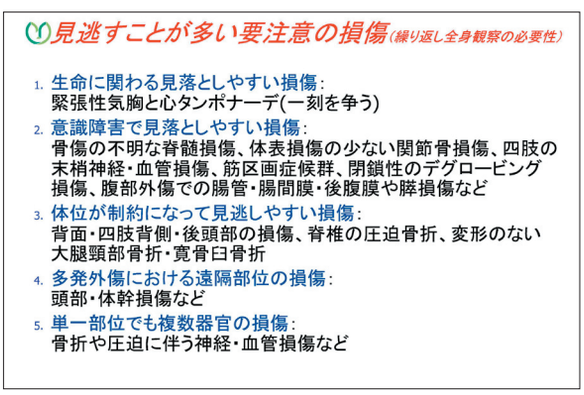
臨床医も法医学的検査が必要

<裁判鑑定・保険申請・医療紛争など>
0)最も効果的な治療を選択する(救命優先)。
1)治療により損傷の原形を損なう場合、治療の前か最中に法医学的見地から記録をとる。写真の活用
2)治療により損傷の原形を損なわない場合、治療後早期に法医学的記録をとる。
3)重篤な損傷だけでなく、小損傷や治療を要しない損傷も法医学的に重要な意味を持つことがあるので、全ての損傷を記載する。
4)付着物の採取をした場合、保存・記録するとともに、警察に報告する。
5)着衣を取り除く場合も、可能な限り着衣に存在する損傷を保存する。
6)臨床症状・主訴・既往歴・言動・付き添い人の言動などの記載。
7)後遺障害・予後判定、詐病との鑑別。
8)外因死orその疑い・死因不詳＝>警察へ連絡。
傷害状況の把握は医師では無理。or 医師法違反。
<異状死＝異常な状況での死>

最初に患者を臨床医が診ることになるので、臨床医も法医学的な観点からの記録が必要である。臨床医であるので、まず、最も効果的な治療を選択するべきであろう。救命最優先である。治療により損傷の原形を損なう場合は、創の記載に沿って記録をするか写真を撮っておいた方が良い。

症例提示

刺創で手術を施行した症例である。当然、救命最優先であるが、開腹時に、刺創を利用して刺創端からメスが入って開腹してある。このような方法では、手術中もしくは手術後に患者が死亡し、法医学検査が必要になった時に、最初の刺創の状態がどうであったのかが分からなくなる。したがって成傷器などの推定に支障を来すわけである。法医学の立場から言うと、写真が1枚でも撮影してあれば大変助かるのである。



生命に関わる見落としやすい損傷としては、緊張性気胸や心タンポナーゼがある。これらは治療に一刻を争う。

意識障害で見落としやすい損傷としては、腹部外傷があるにもかかわらず、意識障害があるからと頭部の方に気を取られてしまうと見逃してしまうことがある。

体位が制約になって見逃しやすい損傷には、背面の損傷や、後頭部の損傷がある。

単一部位の損傷でも複数器官の損傷を伴うことがあるので見逃さないように気をつけなければならない。要は、体の隅から隅まで診ていく必要があるのである。

以上、駆け足で講演をした。

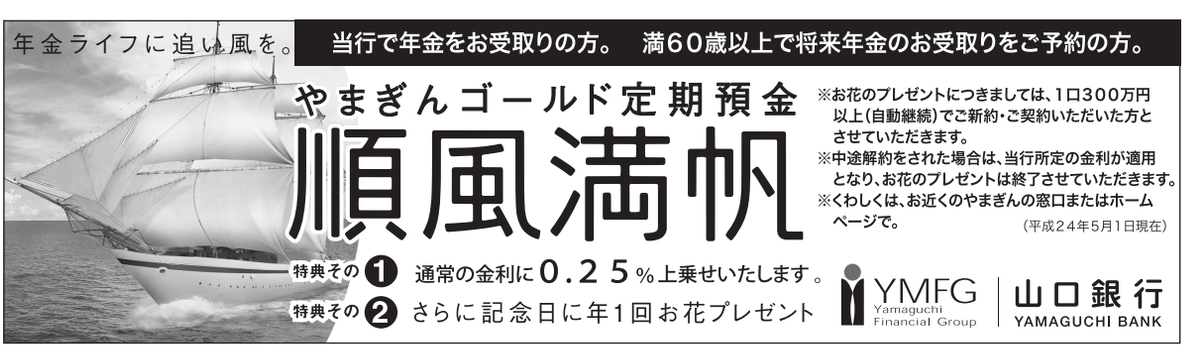
新法により、遺族の承諾がなくても解剖が可能になった。山口大学法医学教室には、現在3名の医師がおり、国内他大学に比べ恵まれた環境にある。

山口県警察本部からの解剖の依頼には全部対応している。

臨床医が、解剖した方が良いのではないかと思った時には検視官に連絡してもらえば解剖は対応可能である。

今後は、頭部外傷、交通事故、窒息論の予定で話をする。

座長は会場の参加者に質問はないかと問うたが、質問はなかった。研修会は終了した。



郡市医師会長会議

と　き　平成 25 年 2 月 21 日（木）15：53 ～ 16：40
ところ　山口県医師会　6F 会議室

開会挨拶

小田会長　平成 24 年度も 1 か月余りとなった。4 月より新体制となり、地域医療格差の是正、災害医療対策の充実、IT 化促進等の課題をあげてきた。また第 6 次保健医療計画の策定では、郡市医師会や病院を訪問して、意見交換と検討を重ねている。今後ともご協力をお願いする。新公益法人移行について、本会の一般社団法人への移行が承認され、平成 25 年度から新たなスタートとなる。本日は当面の課題や新年度に向けた課題をご審議いただくことにしているので、よろしくお願い申し上げる

議題

1. 中央情勢報告

小田会長　第二次安倍政権がスタートし、経済再生を最優先課題として、デフレ経済脱却のため、通称アベノミクスという政策を掲げている。具体的に実るか否かが、今後重要なこととなる。2012 年度の補正予算と 2013 年度の当初予算を一体化する予算編成は今回の国会で成立することになっている。また、本日安倍総理大臣が渡米し、TPP の交渉参加をめぐってオバマ大統領の意向を確認することになっているが、その動向も注視しておきたい。2 月 17 日に第 127 回山口県医師会生涯研修セミナーを開催、午後からは勤務医部会主催で TPP と医療の影響に関しての基調講演とパネルディスカッションを開催した。基調講演ではキヤノングローバル戦略研究所の松山主幹のご講演をいただいた。医療の問題と TPP は関係ないというものであったが、いずれにしても、混合診療の全面解禁、株式会社の参入等、国民皆保険制度を崩壊させることは断固反対する立場をとっている。

2. 都道府県医師会長協議会について

平成 25 年 1 月 15 日に開催された協議会について、小田会長が報告、詳細は日医ニュース№ 1234(2013.2.5) を参照のこと。

協議事項として、日医認証局の現況と今後について、日医代議員選任について、結果の活用を考えた調査のあり方について、医療機関における控除対象外消費税問題に対する今後の日医の対策について、日本医学会法人化についての 5 題があげられた。消費税問題については栃木県医師会からあげられ、中医協を通して働きかけたいと日本医師会は回答している。診療報酬に消費税分を上乗せすることは不透明で、鋭意検討しているとのことである。

3. 一般社団法人への移行認可について

河村専務理事が説明、下記の通り。

平成 25 年 1 月 29 日に開催された山口県公益認定等審議会にて、当会の一般社団法人への移行が承認され、平成 25 年 4 月 1 日から一般社団法人山口県医師会として新たにスタートする。公益目的支出計画については、公益目的財産額が約 19 億円、公益目的支出計画は 8 年となった。

今後の予定としては、移行認可書が平成 25 年 3 月 17 日ごろ交付され、4 月 1 日に移行登記、公益目的財産額は 7 月中ごろに確定となる。

現在の役員は、今年度末をもって辞

任届を提出、次年度から一般社団法人の理事として就任承諾書を提出してもらうことになる。会長のみ、先述の届出のほか、印鑑証明と住民票を提出してもらうことになる。監事は自動的に一般社団法人山口県医師会の監事に就任となる。

4. 一般社団法人移行後の役員選挙について

5. 一般社団法人山口県医師会の定款及び選挙規則の一部改正について

河村専務理事が説明、下記の通り。

平成 24 年 10 月 28 日の日本医師会臨時代議員会で、新法人移行後の役員選挙の日医の方針が示された。これによると、従来のとおり役職毎に選挙を行うことが内閣府から認められている。これを受け、当会の移行後の役員選挙については、日本医師会の例によるとともに日本医師会の役員選挙との円滑な連携を図るため、当会の役員選挙を次のとおり内定方式で実施することとする。

役員の選挙について、役員は、代議員会において役職毎 (会長、理事、監事) に分けて選挙を実施する。役員選任の方法については、役員内定方式により実施する。具体的には、5 月に臨時代議員会を開催、予め選挙により役員候補者を選出して、役員の内定を行う (会長候補 1 名、理事候補 16 名、監事候補 3 名) 。併せて日医代議員の選出も行う。そして、6 月の定例代議員会において、内定役員候補者名を記載した役員選任議案を提出し、正式に選任決議を行うことになる。

以上の役員選任等を行うため、新法人移行後、臨時代議員会 (平成 25 年 4 月 25 日) において定款及び選挙規則の一部改正を行う。以後、平成 26 年 5 月 15 日臨時代議員会 (役員候補者の選出等) 、平成 26 年 6 月 19 日定例代議員会 (役員の選任等) となっている。

6. 山口県医師会表彰規程の一部改正について

河村専務理事が説明、下記の通り。

山口県医師会表彰規程第 3 条第 4 項に基づく表彰については、毎年郡市医師会持ち回りで開催される医学会総会に併せて開催する医師会総会の中で行ってきた。新法人移行後は総会がなくなるので、当該表彰を 6 月の定例代議員会に併せて行うこととし、規程の一部を改正する。

現　行：「表彰は、毎年 1 回本会総会においてこれを行う。」
変更案：「表彰は、毎年 1 回本会定例代議員会に併せこれを行う。」

スケジュールとしては、1 月 17 日の定款等検討委員会で諮問、4 月 25 日の第 171 回臨時代議員会で承認を得て、6 月 27 日の第 172 回定例代

出席者

郡市医師会長

大島郡	嶋元　徹	防　府	水津　信之
玖珂郡	河郷　忍	下　松	秀浦信太郎
熊毛郡	曽田　貴子	岩国市	小林　元壯
吉　南	田村　正枝	小野田市	西村　公一
厚狭郡	河村　芳高	光　市	平岡　博
美祢郡	吉崎　美樹	柳　井	前濱　修爾
下関市	石川　豊(代理)	長門市	天野　秀雄
宇部市	猪熊　哲彦	美祢市	野間　史仁
山口市	吉野　文雄		
萩　市	八木田真光		
徳　山	岡本冨士昭		

県医師会

会　長	小田　悦郎	理　事	加藤　智栄
副会長	吉本　正博	理　事	藤本　俊文
副会長	濱本　史明	理　事	香田　和宏
専務理事	河村　康明	理　事	今村　孝子
常任理事	弘山　直滋	理　事	中村　洋
常任理事	萬　忠雄	理　事	清水　暢
常任理事	田中　豊秋	監　事	山本　貞壽
常任理事	山縣　三紀	監　事	武内　節夫
常任理事	林　弘人	監　事	藤野　俊夫
理　事	武藤　正彦		
理　事	沖中　芳彦	広報委員	薦田　信

議員会から実施する。

全国では各地域の諸事情もあるが、約 40 医師会が当会と同様の方式を採用する予定とのこと。

7. 医療基本法に係る講演会について

林常任理事が説明。当会では会員に対して医療基本法 (仮称) に関する理解を深めてもらうことを目的に、日本医師会の今村定臣常任理事を講師として講演会を行う。日時は平成 25 年 3 月 14 日、16 時から (郡市医事紛争担当理事協議会終了後)。場所は山口県総合保健会館 6 階、対象は当会会員。多数の聴講を願う。

8. 第 9 回男女共同参画フォーラムの開催について

田中常任理事が説明。日本医師会主催、担当は当会で、「みんなちがって、みんないい～伝えたい、豊かな医療人をめざすあなたへ～」をメインテーマとしている。看護師や学生にも参加いただきたい。詳細は右の通り。

日時　平成 25 年 7 月 27 日（土）13：00 ～
場所　山口県総合保健会館　多目的ホール
次第
　開会
　基調講演
　「より良い医療のために、より良いキャリアのために」
　　自治医科大学医学部長　桃井眞里子
　報告
　　1. 日本医師会男女共同参画委員会
　　2. 日本医師会女性医師支援センター事業
　シンポジウム
　「みんなちがって、みんないい～伝えたい、
　　豊かな医療人をめざすあなたへ～」
　第 9 回男女共同参画フォーラム宣言採択
　次期担当医師会会長挨拶
　閉会
※懇親会は 18 時から、ホテルニュータナカにて

傍聴印象記

広報委員　薦田　信

平成 24 年度、第 2 回目となる郡市医師会長会議を傍聴した。開会挨拶では小田山口県医師会長が「地域医療格差の是正と災害医療対策の充実及び IT 化促進等の課題をあげ、また郡市医師会や病院を訪問して意見交換と検討を重ねてきた」と述べられた。

この日の議題は 8 題で、中央情勢報告では、デフレ経済脱却のための通称アベノミクス政策と TPP の交渉の動向も注視したいと小田会長が報告された。議題 2 の都道府県医師会長協議会報告については、今年度第 3 回が 1 月 15 日に日本医師会館で開催され、医療機関における控除対象外消費税問題に対する今後の日医の対策についてなど、5 つの議題が協議されたことを報告された。議題 3 と 4 及び 5 は山口県医師会の一般社団法人化についてで、認可申請が承認され、平成 25 年 4 月 1 日から一般社団法人として新たにスタートすることになったことの説明であった。一般社団法人化に伴い今後の役員選挙は代議員会において、会長、理事、監事と役員毎に分けて選挙を実施することになり、その説明と関係規則の一部改正についての解説であった。議題 6 は山口県医師会表彰規定の一部改正についてで、今までは毎年 6 月に郡市医師会の持ち回りで開催される医学会総会に併せて医師会総会で表彰を行ってきたが、一般社団法人移行後は当該表彰を 6 月の定例代議員会に併せて行うことになった。議題 7 の医療基本法に係る講演会については、医療基本法の理解を深めるという目的で開催される。対象は当会会員で多数の会員の参加を要請するものであった。議題 8 は今年 7 月に山口県医師会が担当で開催される第 9 回男女共同参画フォーラムの案内で、「みんなちがって、みんないい～伝えたい、豊かな医療人を目指すあなたへ～」をテーマに山口県総合保健会館で開催されるとのこと。ぜひ多数の方々にご参加いただきたい。

文責　薦田　信

平成 24 年度　第 2 回医師国保通常組合会

と　き　平成 25 年 2 月 21 日 (木)　15：00 ～ 15：50
ところ　山口県医師会館　6F 会議室

Ⅰ　開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数 33 名、出席議員 26 名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

Ⅱ　理事長挨拶

小田理事長　本日は、ご多忙の中お集まりいただきありがとうございます。

さて、本日は平成 25 年度事業計画・予算等 3 議案についてお諮りいたします。

平成 25 年度予算編成に当たり、平成 24 年度決算見込額を算出しましたところ、療養給付費の大幅な増加にともない、単年度収支で赤字が出る見通しとなっております。よって、収支差引残高が減少し、次年度繰越金が減額となる見込みであります。

平成 23 年度に単年度収支でプラスマイナス 0 となるような保険料に引き上げをさせていただき、昨年 7 月の組合会において、平成 23 年度決算が単年度収支で 5 年ぶりに黒字となったことをご報告申し上げたばかりでございますが、一転して、平成 24 年度において赤字に転じる大変厳しい財政状況に陥っております。

この大きな原因である療養給付費が伸びた要因については、後程、常務理事から説明申し上げますが、平成 25 年度予算においては、この繰越金の減少に対応するため、特別積立金を取り崩し、繰入金とすることについて、本日、ご審議していただくこととしております。

また、課題となっております医師国保組合等の定率補助の廃止など補助金の見直しについては、政権交代により、来年度は見送りとなっております。

しかし、今後、後期高齢者医療制度の見直しと

出席者

組合会議員

大島郡	嶋元　徹	山口市	淵上　泰敬
玖珂郡	河郷　忍	萩　市	八木田真光
熊毛郡	曽田　貴子	徳　山	岡本冨士昭
吉　南	岡村　均	防　府	山本　一成
厚狭郡	河村　芳高	防　府	内平　信子
美祢郡	吉崎　美樹	下　松	秀浦信太郎
下関市	石川　豊	岩国市	小林　元壯
下関市	宮﨑　誠	岩国市	保田　浩平
宇部市	猪熊　哲彦	小野田市	西村　公一
宇部市	矢野　忠生	光　市	平岡　博
宇部市	綿田　敏孝	柳　井	前濱　修爾
山口市	吉野　文雄	長門市	半田　哲朗
山口市	野口　哲彦	美祢市	野間　史仁

役員

理事長	小田　悦郎	理　事	香田　和宏
副理事長	吉本　正博	理　事	今村　孝子
副理事長	濱本　史明	理　事	中村　洋
常務理事	田中　豊秋	理　事	清水　暢
常務理事	沖中　芳彦	監　事	山本　貞壽
法令遵守 (ｺﾝﾌﾟﾗｲｱﾝｽ) 担当理事	萬　忠雄	監　事	武内　節夫
理　事	河村　康明	監　事	藤野　俊夫
理　事	弘山　直滋		
理　事	山縣　三紀		
理　事	林　弘人		
理　事	武藤　正彦		
理　事	加藤　智栄		
理　事	藤本　俊文		

あわせて、社会保障制度改革国民会議において議論されることになっております。

政権交代により、後期高齢者医療制度についての見直しは、制度の廃止ではなく、内容の改正となることも予想されますが、これと連動する国保組合の補助金の見直しについて、今後どのような議論になりますか、政権交代に期待しつつ、現在、注視している状況でございます。

また、国保組合の組合員資格については、厚労省からの通知により、事業又は業務に従事していることを明確にするため、規約の改正や「組合員資格に関する判定基準」を作成し、現在、調査を実施しているところです。

この「調査票」に、厚労省が示した客観的な証拠書類を添付していただくことになっており、そのため、先生方にお手数をおかけして、大変申し訳なく思っているところでございます。なにとぞ、ご協力をお願い申し上げます。

国保組合を取り巻く諸情勢を説明させていただきましたが、いずれも厳しい状況でございます。執行部一同、組合維持と健全な運営を目指して取り組む所存でございますので、引き続き、ご指導・ご協力をよろしくお願い申し上げます。

Ⅲ　議事録署名議員指名

議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

河村　芳高　議員

野間　史仁　議員

Ⅳ　議案審議

議案第 1 号　平成 25 年度山口県医師国民健康保険組合事業計画について

田中常務理事　まず、本組合の主体的事業である保険給付についてであるが、平成 24 年度と変更点はない。

1. 保険給付

疾病や負傷に対する療養の給付が大きなウエイトを占めており、療養の給付のほかに療養費、高額療養費等、14 項目にわたる各種給付事業を実施する。

(1) 療養の給付の中で、一部負担金について記載をしているが、70 歳以上の前期高齢者については 10 分の 1 、現役並み所得者は 10 分の 3 を支払うとしている。

70 歳～ 74 歳の現役並み所得者以外の被保険者については、平成 20 年 4 月から一部負担割合の見直しにより、1 割から 2 割に引き上げとなっているが、平成 20 年度以降、軽減特例措置として 1 割に据え置かれており、平成 25 年度についても、この特例措置が継続されることになったので、平成 26 年 3 月 31 日まで 1 割となる。

次に、(9) 高額療養費の支給についてであるが、平成 19 年 4 月から入院について、平成 24 年 4 月からは外来についても高額療養費が現物給付化され、本組合が発行する「限度額適用認定証」を受診される医療機関に提示されれば、窓口でのお支払いは、所得区分に応じた自己負担限度額までになり、高額療養費は、本組合から当該医療機関等に支払うこととなっている。この制度等については、引き続き「医師国保のしおり」に掲載することで被保険者に広報する。

(11) 療養の給付付加金については、平成 22 年度から、甲種組合員は 2 万円、乙種組合員は 1 万円を超えた場合に支給をしているところである。平成 25 年度については、この額に変更はないが、厚労省からの通知で、平成 26 年度以降、この額を 17,500 円以上にしない場合は、国庫補助金のうち、特別調整補助金 (保険者機能強化分) を補助しないとしていることから、平成 25 年度中に、療養の給付付加金の制度について、制度継続の有無も含めて自己負担額の引き上げ等、検討が必要となっている。25 年度の組合会で先生方にお諮りする予定である。

(13) 葬祭費の支給と (14) 傷病手当金の支給について、平成 24 年度から葬祭費については甲種組合員の支給額を 20 万円とし、傷病手当金については甲種組合員の先生方も支給対象としているところである。

2. 保健事業

(1) 健康診断事業の実施については、例年どおり、後期高齢者組合員も健康診断の対象者とし、約 30 名の受診を予定している。

次に、(6) 特定健診・特定保健指導の実施についてであるが、平成 20 年度から実施している特

平成25年度事業計画

1．保険給付について

(1) 療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。

1　診察

2　薬剤又は治療材料の支給

3　処置、手術その他の治療

4　居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

5　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

なお、一部負担金として、10分の3を支払わなければならない。ただし、小学校就学前の被保険者については、10分の2を支払う。また、70歳以上の前期高齢者については、10分の1、現役並み所得者は、10分の3を支払う。

(2) 入院時食事療養費の支給

被保険者（特定長期入院被保険者（療養病床に入院する65歳以上の被保険者。）を除く）が、自己の選定する保険医療機関について国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、組合員に対し、入院時食事療養費を支給する。

(3) 入院時生活療養費の支給

特定長期入院被保険者が、自己の選定する保険医療機関について、国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、組合員に対し、入院時生活療養費を支給する。

(4) 保険外併用療養費の支給

被保険者が自己の選定する保険医療機関等について評価療養又は選定療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

(5) 療養費の支給

療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

なお、海外渡航中の療養に対して、療養費を支給する（海外療養費）。

(6) 訪問看護療養費の支給

被保険者が、指定訪問看護事業者について指定訪問看護を受けたときは、組合員に対し、その指定訪問看護に要した費用について、訪問看護療養費を支給する。

(7) 特別療養費の支給

組合員がその世帯に属する被保険者に係る被保険者資格証明書の交付を受けている場合において、当該被保険者が保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、特別療養費を支給する。

(8) 移送費の支給

被保険者が、療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、組合員に対し、移送費として、厚生労働省令の定めるところにより算定した額を支給する。

(9) 高額療養費の支給

療養の給付について支払われた一部負担金の額又は療養（食事療養及び生活療養を除く。）に要した費用の額からその療養に要した費用につき、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費若しくは特別療養費として支給される額若しくは第56条第2項の規定により支給される差額に相当する額を控除した額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額療養費を支給する。

(10) 高額介護合算療養費の支給

一部負担金等の額（国民健康保険法第57条の二第1項の高額療養費が支給される場合にあっては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）並びに介護保険法第51条第1項に規定する介護サービス利用者負担額（同項の高額介護サービス費が支給される場合にあっては、当該支給額を控除して得た額）及び同法第61条第1項に規定する介護予防サービス利用者負担額（同項の高額介護予防サービス費が支給される場合にあっては、当該支給額を控除して得た額）の合計額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額介護合算療養費を支給する。

(11) 療養の給付付加金の支給

被保険者である組合員が療養の給付を受け、同一の保険医療機関等に一部負担金を支払った場合に、その一部負担金の額が月額甲種組合員は2万円、乙種組合員は1万円を超えるときは、その超える額を付加金として支給する。ただし、その付加金の額が1,000円未満である場合は、これを支給しないものとする。

(12) 出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として39万円を支給する。ただし、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められるときは、これに3万円を加算する。

(13) 葬祭費の支給

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、甲種組合員は20万円、乙種組合員及び組合員の家族は10万円を支給する。

(14) 傷病手当金の支給

被保険者である組合員が、疾病又は傷病のため引き続き20日を超えて休業・休職をしたときは、21日目から起算して最高180日間1日につき甲種組合員は6,000円、乙種組合員は3,000円を傷病手当金として支給する。

2．保健事業について

(1) 健康診断事業の実施について

被保険者である甲種組合員と組合員の配偶者及び被保険者である乙種組合員の健康保持のため「健康診断」の奨励と助成金の支給を行う。また、特例措置として、後期高齢者組合員に対する「健康診断」の助成を行う。

なお、医療に従事する被保険者のB型肝炎予防対策としてHBs抗原・抗体検査の実施は健康診断の中で行う。

(2) 健康教育事業の実施について

1．出産した被保険者に対して、月刊誌「赤ちゃんとママ」を1年間配布する。

2．被保険者及び後期高齢者組合員に対して、健康に関する情報誌を配布する。

(3) 健康増進事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員の健康増進対策として、参加しやすいコースを設定し、教養面を加えたウォーキング大会を実施する。

(4) 高額医療費資金の貸付けについて

高額療養費の支給を受けることが見込まれる者の属する世帯の組合員に対し、高額療養費の支給を受けるまでの間、当該高額療養費の支給に係る療養に要する費用を支払うための資金を貸し付ける。

(5) 出産費資金の貸付けについて

出産育児一時金の支給を受けることが見込まれる者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金の支給を受けるまでの間、当該出産育児一時金の支給に係る出産に要する費用を支払うための資金を貸し付ける。

(6) 特定健康診査、特定保健指導の実施について

平成20年度から医療保険者に義務付けされた「特定健診・保健指導」について第2期実施計画に基づき実施する。

(7) 死亡見舞金の支給について

後期高齢者組合員が死亡したときは、その遺族に対し死亡見舞金として10万円を支給する。

(8) 医療費通知の実施について

療養費のうち、柔道整復師に係る分について医療費通知を作成し該当者に送付する。

3．広報活動について

(1) 山口県医師会報に「国保組合欄」を設けて、本組合の広報に資する。

(2) 保険給付等について解説した「医師国保のしおり」を作成し、組合員に配布する。

4．被保険者証について

現在発行している被保険者証の有効期限は、平成25年3月31日までとなっているので、平成25年4月1日付で被保険者証の更新を行う。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424　FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] http://www.mm-inoue.co.jp/mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

定健診・特定保健指導については、平成 24 年度で 5 年となったことから、平成 25 年度以降については、第 2 期実施計画を作成し、それに基づき実施することとなる。

第 2 期実施計画については、本組合の平成 24 年度実績 (見込み) を含めた 5 か年の評価等を含めて作成することとしている。

計画の中には、厚労省が示した第 2 期における目標 (平成 29 年度) の特定健診実施率 70％や特定保健指導実施率 30％を記載することとし、また、実施期間については、平成 24 年度と同じく、5 ～ 12 月とし、特定保健指導については、翌年 3 月までに利用を開始していただく予定である。実施計画が決定したら、「平成 25 年度版　医師国保のしおり」にて、その概要をお示しすることにしている。

また、今年度の特定保健指導の実施率が 0％になった場合、平成 25 年度後期高齢者支援金の精算時 (平成 27 年度) にペナルティーが加算されることから、特定保健指導の対象者には、再度、3 月末までの利用についてお願いの文書をお送りしているところである。

本組合の特定健診については、自家健診を認めているし、特定保健指導についても、自家保健指導を認めているので、これらの実施については、今後とも、先生方にご協力をいただくようお願い申し上げる。

(8) 医療費通知の実施についてでは、厚労省が医療費適正化に向けた取り組みの一つとして、柔道整復療養費の適正化のため医療費通知の実施等を講じるように推進をしているので、平成 23 年度から実施しているところである。平成 25 年度も引き続き実施したいと考えている。

3. 広報活動

医師会報の「国保組合欄」への掲載と「医師国保のしおり」の発行である。

4. 被保険者証

現在お持ちの被保険者証の有効期限は平成 25 年 3 月 31 日までとなっているので、平成 25 年 4 月 1 日付けで被保険者証の更新をする。新しい被保険者証は 3 月 21 日以降に各郡市医師会事務局にお送りするので、ご多忙中大変恐縮であるが、該当の甲種組合員の先生方に配付いただくようお願い申し上げる。

以上で、平成 25 年度事業計画の説明を終わる。

議案第 2 号　特別積立金の取り崩しについて

田中常務理事　特別積立金は、「国民健康保険法施行令」によって組合経営の安定を図るため、積立を義務づけられており、平成 25 年 1 月 31 日現在、2 億 5,950 万円を保有している。

法で積立を義務づけられた額は 1 億 5,344 万 2,833 円であり、保有額はこれを約 1 億 600 万円上回っている。

予算編成にあたって、必要な場合、法定額を超える額は取り崩して予算財源にあてることができることになっている。

平成 24 年度の厳しい決算見込から、平成 25 年度予算編成にあたって、組合運営の安定を図るため、法定額を超える額のうち、5,950 万円を取り崩すものである。

平成 24 年度決算見込は、療養給付費の大幅な増加にともない、単年度収支で約 6,400 万円の赤字が見込まれる厳しい状況にある。

このように療養給付費等が大幅に増加した要因は、主として「乙種組合員の増加」と「高額療養費の増加」等がある。

「被保険者の年次別推移」において、平成 24 年度では、乙種組合員の家族が 489 名となっており、平成 23 年度の 291 名に対し 198 名の増となっている。

これは、国の指導により「乙種組合員の同一世帯の家族は、世帯を分離して市町国保に入ることができず、本組合に加入するか、乙種組合員が本組合を脱退して市町国保等にはいるか」、いずれかを選択することが必要となった。このため乙種組合員の家族の調査を実施した結果、市町国保から本組合に異動し加入されたことにより増加した。

また、加入者の約 3 分の 1 が、60 歳以上の高齢の方であった。

乙種組合員の家族が増加したことにより、平成 24 年度の乙種組合員の家族の療養給付費が約 3,200 万円の増加見込となっている。さらに、甲種組合員の先生方の療養給付費についても、長期入院等で、約 4,200 万円の増加見込みで、平成

24 年度の療養給付費は、前年度に比べ 7.1％と高い伸びとなっている。

この結果、24 年度は、単年度収支で約 6,400 万円の赤字が見込まれる。

これにともない、歳入「第 6 款　繰越金」が平成 24 年度予算では 1 億 5,900 万円余あったが、赤字分だけ減少し、25 年度への繰越金が 9,700 万円余になる。

次に、平成 25 年度予算における、療養給付費の見込みについて、平成 24 年度では 7.1％と大幅な伸びを示しているが、乙種組合員の家族の加入による一時的な増加も含まれることから、例年どおり、4 か年の平均伸び率 4.5％を算出に用い、予算額等を算出している。

平成 25 年度予算額では、療養給付費の伸び率 4.5％で算出した結果、単年度収支で 1 億 159 万 6 千円の赤字の見込みである。これは 25 年度への繰越金 9,700 万円余を上回り、欠損となるので、組合の安定運営のため、特別積立金を取り崩すこととした。

その額は、平成 24 年度と同じように繰越金と併せて、1 億 6 千万円程度の財源を確保しておく必要があるので、特別積立金を 5,950 万円取り崩しにするものである。なお、そのほとんどは予備費として計上する。積立額が 2 億円となるが、これは平成 25 年度末に必要な法定積立額を上回っている。

議案第 3 号　平成 25 年度山口県医師国民健康保険組合歳入歳出予算について

田中常務理事　平成 25 年度事業計画を実施するため、予算の総額は、それぞれ 13 億 7,382 万 2 千円となっている。

歳入

第Ⅰ款「国民健康保険料」については、それぞれ平成 24 年 12 月末の人数により算出した保険料収入額を計上し、保険料収入が、あわせて 8 億 9,435 万 2 千円となっている。

被保険者数の増加により、前年度予算額より 408 万 6 千円の増となっており、歳入総額の約 65％を占めている。

第Ⅱ款「国庫支出金」であるが、第 1 項第 1 目「事務費負担金」について、平成 23 年度以降、各国保組合の所得水準に応じた支給調整率がかかることになり、0.8 を乗じて算出した 412 万 5 千円を予算計上している。

第 2 項第 1 目「療養給付費等補助金」については、療養給付費の見込額や後期高齢者支援金等の見込額に補助率を乗じて補助金を計上している。

なお、特別調整補助金として 200 万円を計上しているが、平成 23 年度に新設された保険者機能強化分としての補助金であり、医療費適正化事業、適用適正化事業、保健事業が対象となっている。柔道整復にかかる医療費通知の送料等の経費やウォーキング大会の経費等について、申請を行うものである。

また、平成 24 年度までは、保険者機能強化分と別に経営努力分の補助金として、従来、組合の管理運営状況等により、厚労省が特別加算として補助していたものがあったが、平成 23 年度から 3 年間で段階的に廃止するとし、平成 25 年度には 0 となっている。

次に、第 2 目「出産育児一時金等補助金」の第 1 節「出産育児一時金補助金」については、1 件 42 万円の一時金支給に対し、平成 22 年度までは 11 万 5 千円の補助があった。これが平成 23 年度には 11 万円、平成 24 年度以降は 10 万 5 千円に減額されている。

第 3 目「特定健康診査等補助金」は、厚労省の示した補助単価で算出した額を計上している。補助単価は、平成 22 年度以降変更はない。

第 2 款「国庫支出金」では、減額となった補助金もあるが、補助対象となる療養給付費等が増加したことにともない、補助金全体では前年度より約 964 万円増の 3 億 129 万 4 千円となっている。

次に、第Ⅲ款「共同事業交付金」は、高額医療費共同事業に対する交付金であるが、歳出の部の共同事業拠出金と同額の 2,140 万 2 千円を計上している。

第Ⅳ款「財産収入」は、積立金と貸付基金の利息で 10 万 1 千円を計上している。

第Ⅴ款「繰入金」は、先程説明した特別積立金の取り崩し額、5,950 万円を計上している。

第Ⅵ款「繰越金」は差し引き残高の 9,716 万 9 千円を見込んでいる。

第Ⅶ款「諸収入」の第 1 項「預金利子」は、手元の事業運営資金の預金利息である。

現在のところ、全額を決済用普通預金としているので利息はないが、今後、その一部を定期預金に変更することもあり、科目存置をしている。

歳出

第Ⅰ款「組合会費」については、前年度と同額の 264 万 9 千円を計上している。

第Ⅱ款「総務費」は、前年度より 79 万 2 千円を増額し、3,505 万 9 千円を計上している。

第 11 節「需用費」の印刷製本費の中に、被保険者証印刷代約 60 万円を含めて予算計上している。

第Ⅲ款「保険給付費」は、歳出全体の約 52％を占める 7 億 1,619 万 6 千円を計上している。

療養給付費等は、4.5％の伸びで算出している。

第 1 項第 1 目「療養給付費」は、前年度に比べ、6,804 万 6 千円の増となっている。

第 3 目「審査手数料」は、山口県国保連合会に支払う手数料である。診療報酬審査支払手数料の単価は、平成 24 年度まで 63 円だったが、平成 25 年度は 59 円に変更されており、予算額が 13 万 2 千円の減となっている。

第 2 項第 2 目「高額療養費」及び第 6 項「療養の給付付加金」も療養給付費の増加にともない増額となっている。

第 4 項「出産育児諸費」については、40 件分の一時金と手数料を計上し、前年度に比べ、420 万 2 千円の減額となっている。

第 5 項「葬祭諸費」として前年度と同額の 150 万円を計上している。

第 7 項「傷病手当金」については、300 万円を減額し、400 万円を予算計上している。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」の算出については、厚労省の示した算出式により、2 億 5,594 万円を計上している。前年度と比較して 951 万 9 千円の増となっている。

第Ⅴ款「前期高齢者納付金等」は、会社等の退職者が市町村国保に大量に加入することで生じる保険者間の医療費の不均衡を調整するもので、65 ～ 74 歳の前期高齢者加入率が全国平均 (約 12％) より高い市町村国保等の保険者は交付を受け、平均より低い保険者は納付金を支払うことになる。

本組合の加入率は約 8.3％であり、平均より低い保険者となるので、納付金を支払うことになる。

厚労省の示した算式により、1 億 172 万 6 千円を支払基金に納付することになる。前年度より 2,723 万円の減額となっている。

第Ⅵ款「老人保健拠出金」については、厚労省の示した算出式により算出をしている。

第 1 目「医療費拠出金」については、科目存置として 1 千円を計上し、第 2 目「事務費拠出金」は、算出された額 9 千円を計上している。

第Ⅶ款「介護納付金」は、厚労省から示された算出方式により、1 億 3,553 万 3 千円を計上している。前年度と比較して、712 万 3 千円の増となっている。

第Ⅷ款「共同事業拠出金等」について、第 1 項「共同事業拠出金」は、高額医療費共同事業に対する拠出金で、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会が示した算出方式により、平成 25 年度の見込額 2,142 万 6 千円を計上している。また、第 2 項「共同事業負担金」についても、国保組合共通システムを開発している全国国保組合協会から示された負担金で、被保険者数で算出された 126 万 5 千円を予算計上している。

第Ⅸ款「保健事業費」の第 1 項「特定健康診査等事業費」について、617 万円を計上している。第 12 節「役務費」にある事業主健診等結果データの提供については、平成 23 年度から実施をしているが、手数料については、従前どおり 1 件 1,000 円としている。

また、13 節「委託料」に記載している特定健診の単価については、山口県医師会が示された平成 25 年度の額で 10,265 円としている。平成 24 年度は 10,238 円だったので、27 円の増となっている。

第 2 項は、健康診断助成金やウォーキング大会の経費等で、3,976 万 7 千円を予算計上している。

なお、健康診断助成金の対象者に、乙種組合員の配偶者を追加している。乙種組合員の配偶者の加入も多数あり、40 歳以上の方については特定健診の対象者となるが、40 歳未満の方は健康診断を受診される機会がないことから、対象者としている。

第 3 項「死亡見舞金」については、200 万円を計上している。

第Ⅹ款「積立金」については、職員退職給与金積立金のみ 100 万円を積み立てようとするもの

である。

第XI款「公債費」は科目存置である。

第XII款「諸支出金」については、6千円を計上している、

最後に、歳入歳出を調整した結果、第XIII款「予備費」として、前年度より5,655万6千円減の5,507万3千円を計上している。

以上、平成25年度歳入歳出予算の説明を述べさせていただいた。何卒、慎重審議の上、ご承認賜るようお願い申し上げる。

V　採決

議長、全議案について順次採決を行い議員の挙手全員により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

VI　閉会の挨拶

小田理事長　全議案、特に、特別積立金取り崩しについて、ご承認いただき、誠にありがとうございます。

第1表　平成25年度歳入歳出予算

（単位：千円）

歳入		歳出	
款項	金額	款項	金額
I 国民健康保険料	894,352	I 組合会費	2,649
(1) 国民健康保険料	894,352	(1) 組合会費	2,649
II 国庫支出金	301,294	II 総務費	35,059
(1) 国庫負担金	4,125	(1) 総務管理費	34,459
(2) 国庫補助金	297,169	(2) 徴収費	600
III 共同事業交付金	21,402	III 保険給付費	716,196
(1) 共同事業交付金	21,402	(1) 療養諸費	614,887
IV 財産収入	101	(2) 高額療養費	54,586
(1) 財産運用収入	100	(3) 移送費	100
(2) 基金運用収入	1	(4) 出産育児諸費	16,809
V 繰入金	59,500	(5) 葬祭諸費	1,500
(1) 準備金等繰入金	59,500	(6) 療養の給付付加金	24,314
VI 繰越金	97,169	(7) 傷病手当金	4,000
(1) 繰越金	97,169	IV 後期高齢者支援金等	255,940
VII 諸収入	4	(1) 後期高齢者支援金等	255,940
(1) 預金利子	1	V 前期高齢者納付金等	101,726
(2) 雑入	3	(1) 前期高齢者納付金等	101,726
		VI 老人保健拠出金	10
		(1) 老人保健拠出金	10
		VII 介護納付金	135,533
		(1) 介護納付金	135,533
		VIII 共同事業拠出金等	22,691
		(1) 共同事業拠出金	21,426
		(2) 共同事業負担金	1,265
		IX 保健事業費	47,937
		(1) 特定健康診査等事業費	6,170
		(2) 保健事業費	39,767
		(3) 死亡見舞金	2,000
		X 積立金	1,001
		(1) 積立金	1,001
		XI 公債費	1
		(1) 一般公債費	1
		XII 諸支出金	6
		(1) 償還金及び還付加算金	6
		XIII 予備費	55,073
		(1) 予備費	55,073
合計	1,373,822	合計	1,373,822

山口県医師会産業医研修会

と　き　平成 24 年 12 月 8 日（土）15:00 ～ 17:30
ところ　山口県医師会　6F 会議室

報告：副会長　濱本　史明
理　事　中村　　洋

特別講演 1

最近の労働衛生行政の動向について

山口労働局健康安全課長　山本益徳

胆管がんの発生により、今年ほど化学物質の管理が問題になった年はないのではないか。

厚生労働省では、化学物質による労働者の健康障害を防止するため、有害性が疑われる物質のリスク評価を２年に１回行っているが、有害性評価とばく露評価によってリスクが高いと判断された３種類の化学物質（インジウムとその化合物、コバルトとその化合物、エチルベンゼン）のいずれについても健康障害妨害措置の検討が行われ、その結果、労働安全衛生法施行令及び特定化学物質障害予防規則等の改正が行われた。

この３物質のうち、エチルベンゼンは、今回の改正により表示対象物、特定化学物質となり、重量の 0.1% 以上含有する製剤その他の物を容器・包装に入れて譲渡・提供しなければならないこととなった（平成 25 年１月１日より適用）。

特定化学物質としての規制の対象となる作業は、エチルベンゼン含有物を用いて行う塗装業務だけである（ただし、容器・包装への表示（ラベル）は、塗装業務に限らない）。これは有機溶剤中毒防止予防規則（以下「有機則」）と同じであるが、屋内作業所等において行う作業に限る（屋内作業場等の範囲は有機則と同じ）。

エチルベンゼンと含有率でみると、1% 超がＡ区分、エチルベンゼンの含有量が重量の１％以内で、かつエチルベンゼンと有機則の有機溶剤の合計含有量が重量の５％を超えるものをＢ区分とする。作業主任者の選任、作業環境測定、健康診断についてもＡ区分、Ｂ区分でそれぞれ規定されている。

その他の措置としては立入禁止措置がある。エチルベンゼンを用いて塗装業務を行うことが多い造船業の作業場において、塗装業務以外の作業は立入禁止措置の対象とはならない。ただし、事業者は、他の作業を行う労働者に対して、エチルベンゼンを用いて塗装業務を行うことを周知することと併せて、呼吸用保護具の使用等健康障害防止措置を講じなければならない。

この改正に併せて、女性労働基準規則も改正され、①労働安全衛生法令に基づく作業環境測定を行い、「第３管理区分」となった屋内作業場、②タンク、船倉内などで規制対象の化学物質を取り扱う業務で呼吸用保護具の使用が義務付けられている業務において、女性の就業が禁止された。対象となる物質はエチルベンゼンをはじめ 13 物質である。

インジウム化合物及びコバルト、その無機質化合物の健康障害防止対策として義務づけられたのは、容器等へのラベル表示、SDS（安全データシート）の交付等である。

インジウム化合物については、日本産業衛生学会から許容濃度が勧告されていないなどの理由から、当面管理濃度を定めないこととなった。ただ、補完的措置として、従来の特定化学物質障害予防規則の規定とは異なり、作業環境測定の結果に応じて適正な防御機能をもつ呼吸用保護具の使用が義務づけられた（平成 25 年１月１日より適用）。

新たな発散防止抑制措置の導入として、従来は仕様規定であったものから（局所排気装置等）、性能要件化となり、新たな発散防止抑制措置を導入することができるようになった（許可制）。その要件としては、① 新たな発散防止抑制措置を講じた上で、第一管理区分となることが見込まれること（実験的なものでも可）。② 新たな発散防止抑制措置による人への危険有害性がないこと。③ 定期的な点検等による維持管理が行われるための管理体制が整備されていること。④ ①～③について、専門家（一定の経験を有する労働衛生コンサルタント [衛生工学] 又は作業環境測定

士）が確認を行っていること。⑤衛生委員会（衛生委員会がない場合は作業に関係する労働者の代表）において意見調整が行われていること。⑥新抑制措置を講じた場合の作業環境測定（特例作業環境測定）の結果が第一管理区分であることである。例えば、発散抑制措置には第二類有機溶剤の蒸気を吸着・分解等により濃度を低減させるもの、気流を工夫することにより有機溶剤の蒸気の発散を防止するもの、冷却させることにより空気中の有機溶剤の濃度を低減させるもの､等がある。

胆管がん発生の事案を契機に厚生労働省では、化学物質対策として職場における発がん性物質による労働者の健康障害防止対策をスピーディに展開することが必要として、発がん性に重点を置いた化学物質の有害性評価を加速させることを目的に「既存化学物質評価 10 カ年計画（CAP10）」の実施に向けて、平成 25 年に概算要求を検討している。

現在、化学物質は 6 万種を超え、また、年間に 1 トン以上輸入・製造されるものが約 8,000 種あるがリスク評価がそれに追いつかず、後追いのような形になっている。法律というのは罰則規定を設けて履行させるものであるので最低基準でなくてはならず、法律を守ったからといって必ずしも健康障害防止の措置が講じられるかというと、決してそうではないので、法律を補うものとして、厚生労働省では指針やガイドラインを策定している。事業者の方でこれらの情報等に基づくリスクアセスメントをするとともに、労働者が有害物質を吸入しない措置を講じることが重要である。

最後に労働安全衛生法の改正法案がその後どうなったのかとの質問をよく受けるが、平成 23 年 12 月、国会に提出し継続審議になっていたが、衆議院の解散とともに残念ながら廃案となった。労働政策審議会の建議を受けて閣議決定された上で提出された法案であり、また対策の必要性も変わっていないため、再度改正法案を提出する方向で検討されている。

また受動喫煙対策は今後どうなるのかということについては、これまで各政党での議論もあり、なかなか法案どおりにいくわけにもいかず、現在どのような方針とするか検討中である。

［報告：理事　中村　洋］

特別講演 2

「産業保健に求められるリスクマネジメント －臨床医的アプローチの活かし方－」

宇部興産㈱総務・人事室健康管理センター
健康管理室統括産業医　塩田直樹

私はもともと小児科出身であり、子どもを診る医師が、大人の働く場所で医業を行うという、非常に背反する矛盾した状況にある。その状況に至るまでの過程も含めて、今、産業保健の担い手に求められるものが、若干変化しつつあるので、本日はそのあたりのことをお話しさせていただく。

私も現場で経験させてもらったのだが、生物学的因子である新型インフルエンザへの対応という、これまで企業においてはまったく経験したことのない、しかも企業活動が止まりかねない事態があった。それをどのように医学的知識も含めて予防し、そして対策をとっていくかが今後求められている。

企業において、よく表現されるものに安全の分野と衛生の分野がある産業保健の分野において私たちがやるべきことであるが、安全の分野については、“ヒヤリ・ハット”のように病院でも当たり前のようになされていると思う。リスクマネジメントという、安全をどう担保し、安心して活動するかというところが、現在コアになっていて、それがどうしたら衛生的なものを同じような視点で見られて予防策が打てるのかというところに、知恵を出しながら、やっていくということが求められつつある。それは、“正当に恐がり、正しく備える”ことであって、最終的な目標は、ここが小児科に繋がるところにあるが、ワクチンも含めて正しく予防し、健康に過ごせることにある。

私がよく質問されるのが「ふだんは宇部興産のどこに居るのか」ということである。私は週 5 日を企業の中で過ごしており、普段は作業着を着ている。宇部興産には 6 事業 6 分野があり、診療所登録をしている医務室が 4 つあるが、労働安全衛生法上の健診のほぼすべてを行う。例えば、自動車を単一で作っている企業では、有機溶剤中毒防止予防規則や特定化学物質障害予防規則の適用のない場合があるが､宇部興産では化成品樹脂、医薬品、セメント、石炭などを扱っており、ここで数年間過ごせば、ほとんどの健診と産業保健が判るくらい、いろいろな事業がある。

また、宇部興産は日本国内はもとより、中国、

タイ、ヨーロッパなど海外にも工場をもつが、そのようなグローバル企業において、一つの指標のもとにどのように健康管理をすべきかが求められており、このようなことから 2008 年に統括産業医に就任した。

2006 年に労働安全衛生法のガイドラインが大幅に変わり、産業医は過重労働対策を法律上しなければならなくなり、さらに平成 20 年からは、従業員 50 人未満の事業所においても過重労働者に対する面談をしなければならなくなったが、何のためにしなければならないかということを、企業が理解できないままに面談する状態だったので、「労働衛生のしおり」（中央労働災害防止協会編）から紐解いてリスクマネジメントの流れをつくった。

さきほどの背景から言うと、一番根底にあるのは、脳・血管疾患と精神疾患については、労働災害の認定基準がかなりゆるくなり、働き過ぎで倒れる方も労災として認定されるようになった。そして脳・血管疾患と精神疾患で労災認定を受けるケースがうなぎのぼりで増加していたので、その対策として導入されたのが過重労働面談である。そういう流れを企業が理解しないままに「労働基準監督署がしろと言うから、お願いします」と言っていきなり振ってきたので、「まずは背景を理解した上で、従業員がなぜ面談にくるかを理解しないと、予防もできませんよ。」と言って始めたのがリスクマネジメント活動のきっかけである。

ものごとが起こるときというのは、氷山に喩えると、海面から上の部分を対処しても、モグラたたきにしかならない。海面から上の部分を減らしたかったら、10 ～ 20 倍あると言われている海面から下にあるリスクを把握し低減していかないと、起こることは起きてしまうというのが全体の構図である。この構図というのは、臨床の場合で言うと、なにかしら神経の病気が発症すると、専門の検査は、確認するためにするのであって、症状がでなければまったく判らないので、理解するためには教科書を知っておかなければならないし、その症状がどういう形で出てくるか、何年か経ったら出てくるのか、あるいは初期から出てくるのかが判らないと診断できないと思うが、それと同じことが産業保健にも言える。この背景に今まさに取り組んでいる。

現在、ようやく企業の中に電子カルテ的なものを導入して、要因を絞って対策を立てていこうとしており、そこまでもっていくのが専属産業医の仕事であるが、電子カルテの導入には数千万円かかるので、決済を受けるためには、その必要性を理解してもらわないといけない。例えば、インフルエンザについて、単なる風邪ではなく、企業の対策として取らせるために関心をもってもらって、どういうふうに導入したかについて説明させていただく。

リスクというのは、“関心期”には誰もが理解ができるが、その前の“無関心期”にはリスクを見つめない。だからリスクマネジメントというのは、背景を知って、体制を作って、教育・実践をしていく PDCA（注：PDCA サイクル plan-do-check-act cycle：事業活動において生産管理・品質管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の 4 段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する）で行うことがすべてであると言われるが、もっと大事なことは、関心のステージを触ることだと言われている。

私が最初に宇部興産に行ったのは 2006 年であるが、2003 年に SARS が海外で流行した時には、まさに同じような危機が起こった。企業の中で専門知識をもって、それに対処できる人がおらず、対策が取られなかった。インフルエンザが肺炎や脳炎を引き起こすことを理解しなかったので、そこの無関心期を関心期にもっていき、なんとか数年間で体制を作って、2009 年の新型インフルエンザの発生を迎えた。

まず、新型インフルエンザ対策として、真っ先に行ったのが、きっかけを作るこということである。背景を理解してもらうためには、注目あるいは関心を集めなければならないが、2007 年にカナダの工場で、手を挟まれた従業員が、その治療のために、片道半日以上かかる病院に連れて行かれたということがあった。「カナダは医療水準が高いと聞いているのに、どうしてこんな事態が起こったのか調査に行ってほしい。また、北米の駐在員とその家族に会ってきてほしい。」というのが始まりであった。

その結果判ったことは、医療機関受診の壁となったのは、現地医療体制の不理解と言葉の問題であった。救急体制は大変立派なのでファーストエイドは近くの病院で受診して、その後、障害が起きないために手の総合病院に連れていってくれ

たということが私が行ったことによって判り、見に行くことが意味のあることだということが判った。産業医が現地で健康上生じる問題を解決するのにどんな方法があるのかを現地で見て、提言させていただいたところ、これが受けて、定期的に年1回、必要なところを選んで行ってほしいという流れになった。

無関心期が若干、関心期に変わったので次に、鳥インフルエンザのヒトからヒトへの感染疑い例が起こった際の対策の必要性をみるために上海と香港に行かせてもらった。

リスクマネジメントというのは、リスクの見積り→背景の理解→体制の構築→教育・実践を回していくことになるが、この典型が新型インフルエンザ対策であった。この危機管理体制を構築しないといけないのだが、当時は、新型インフルエンザも起こってもいなければ、地震も起こっていなかったので、企業には危機管理に対してなまぬるい感覚しかなく、衛生教育を含めて正しい知識にもとづいて構築しなければならなかった。目指すべきなのは企業活動を止めないことであり、再開できるような次善策が要るが、実際には対策がどういう形で始まるかというと、

『200X年12月のある日曜日の朝、あなたの企業の海外生産拠点のある地域でヒトからヒトへ感染したと思われる新型インフルエンザの事例があり、すでに現地では100人ほどの感染者がいると日本のテレビで報道された。企業の新型インフルエンザの担当者であるあなたは、急いで日本人駐在員に電話をした。それに対する回答は「現地では感染者等に関する十分な情報がなくよく判らない。しかし、他の日系企業の従業員同士では、帰国するかどうか話題になっている」とのことでした』

こんな感じで起こるときに、「今、指示できますか」と当時の社長さんに聞いたところ、「じゃあ、やりましょう」ということになり、いきなり無関心から関心期に変わった。関心期に変わった後の企業の対応は早く、2か月後には対策会議が開かれた。ここが企業のすごいところだと思ったことは、いったん会議が開かれたら、それまでは消極的だった人も、いっきに専門家に変わっていき、何のお願いもしてないのに突然会議に総務部の人が出席して、危機管理システム等について説明していった。経営層が理解したからといって、一般の従業員も理解できるなどということはないので、それを教育するのは大変だが、その当時のリスク判断として私が行ったのは、海外に行き対策を検討することと同時に保健師に衛生教育をやらせたことである。

新型インフルエンザで一番影響を受けるのは駐在員の子どもたちであり、従業員だけを対象に話をしても意味がないので、会社に申し出て家族を集めて話をした。

海外の駐在員にとっては初めて聞く話なので、私が危機管理を目的に来たこと、シンガポール及びバンコクでの対応、日本でもとうとうその準備に入ってきたこと等を説明すると、きちんと関心をもたれたので、タミフルの使用について説明を行った上で提供した。

その数か月後に、日本に新型インフルエンザが入ってきてフェーズが急に変わり、普段のリスクマネジメントからシフトチェンジしたので、私たちのところでは冊子を作って配付した。この中には、“会社で「できること」「できないこと」”（活動を止めない等）、出社等は自分で判断しなければならないこと等を書いた。

また、会社が危機管理のホームページの中に新型インフルエンザ緊急情報のページを作ってくれ、ホームページ上でインフルエンザの感染・復帰報告ができるようなページとともに、どこで感染が広がっていて、感染がピークを迎えたのかが判るページも作ってくれた。これは、私も企業も初めて経験することなので、その判断材料を与えてくれることをやってくれた。

以上、新型インフルエンザを例にリスク管理について説明したが、その途中で仕組みを考える上で重要だと思って整理したポイントが以下の5つである。

①状況把握のための仕組みづくり
　⇒患者情報・罹患状況の報告（診察）
②状況判断・方針決定のための仕組みづくり
　⇒危機管理体制・規則・規程類の整備（診断）
　緊急時救命措置のための仕組みづくり
　⇒必要最低限での医療インフラの整備（治療）
④情報発信・対策徹底のための仕組みづくり
　⇒緊急連絡網・情報伝達網の整備（親への説明）
⑤恒久的対策としての模索
　⇒事務局の設置と定期的見直し（予防策の検討）

以上のことは、実は臨床の経験を活かさせてもらった流れだと後で振り返って思ったが、状況把握のための仕組みは診察のようなものである。治療は、診察し、診断するためにガイドラインを参考にして、ムンテラが上手にできないと成功しない。それが全部整ったら外来でフォローするが、そのフォローの仕方が検討されていないと、他の病院にかかって悪くなったのを聞いて「しまった」と思うとか、そういう流れかと思うが、臨床の流れとまったく同じだと私は理解した。

その当時、日本及び世界の新型インフルエンザ対策に欠けているものとして、東北大学大学院医学系研究科微生物学分野の押谷　仁教授がうまく説明していると思ったので、引用させていただくと、「少し考えればわかることを、少しも考えてこなかった（そして今も考えていない）想像力の欠如」と表現されていた。どういうことかというと、リスクの見積りをし、次に対策を行う上での背景を理解し、体制を構築し、教育・実践することが、産業保健におけるリスク管理だと私は考えている。

今までの２つの話で、冒頭にお話しした安全のリスク管理に似た、衛生のリスク管理を行うために、医療従事者でない人に伝えるべきことがあることを理解したので、次に普段の健康管理等に活かすために、現在行っていることを説明させていただく。

産業医と名が付くからには、労働安全衛生法を事業者が守るための支援者であるべきで、労働安全衛生法第３条に規定されているように、企業で行う活動は事業者が主体になる。労働安全衛生法に「事業者は単に法律で定める労働災害防止のための最低基準を守るためではなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて、職場における労働者の安全と健康を確保しなければならない」と書かれてあるように、企業は国の実施する施策にも協力しなければならない。

企業にとって法律を守るということは、大変重要なことであり、CSR（社会的責任）ということが、現在さかんに言われている。だから普通に物を作って、単に利益を追求するだけではなく、企業は社会的責任をも果たさなければならない（安全配慮義務）。

産業保健の専門家ではない事業者が労働者の健康管理等を行うのは難しいので、そのために存在しているのが産業医であることが労働安全衛生法第13条に「事業者は、政令で定める規模の事業場ごとに、厚生労働省令で定めるところにより、医師のうちから産業医を選任し、その者に労働者の健康管理その他の厚生労働省令で定める事項（以下「労働者の健康管理等」という。）を行わせなければならない。」という文章で書かれている。1972年に労働安全衛生法ができた当時の産業医の職務として言われたことは健康管理である。それが今どうなっているかといえば、７項目（①健康診断および面接指導等の実施、その結果に基づく措置、②作業環境の維持管理、③作業の管理、④その他労働者の健康管理、⑤健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置、⑥衛生教育、⑦労働者の健康障害の原因の調査および再発防止のための措置）に増えている。

その趨りはどこかというと過重労働対策である。自分が産業医として活動するときに何をすべきかというリスク管理の観点から言うと、まず背景を理解して、法律上何をすべきかが求められているかを理解する。その点からいうと、労働安全衛生法第14条に書かれているこれら上記の７項目が、産業医契約をしたあかつきには行わなければならないことである。これは専属産業医だけではなく、嘱託で契約する場合にも、必ず同様にやらなければならない。その中の「労働者の健康障害の原因の調査および再発防止のための措置」が、本日お話しした健康リスク管理の部分である。これを統括として現在何をしているのかを最後にお話しさせていただく。

就業規則については「通常勤務」と「不可」の２種類しかないが、私のところでは、健康リスクを５段階で区分した。産業医が必ずやらなければならないことの一つに、健診機関から出てきた医療区分に基づいた就業区分の決定がある。それは「通常勤務可」か「休業」なのか、制限すればできるのか、ということであるが、５段階評価はそれらを組み合わせたものである。それが数年間経過した上で、現在ではどう至っているかというと、病気かどうかということを判断していた時には、「自分は健康だと思うから医療機関には行かない」という人でも、競争意識が生まれて、自己管理を徹底しようとする。そうすると、脳血管疾患等の有所見率があまり増えずに、健康群が増えている。このような取り組みが本当に効果的なのか、リス

ク管理できるようなものを「見える化」と表現するが、そういうことを現在行っている。

今後は、メタボ関連の脳血管疾患の対策、さらにはメンタルヘルス対策に取り組むこととしている。この問題については現在、どこの企業も対応に大変困っており、リスク管理をどういう体制で、どういう順番にやるべきかを理解している企業は、徐々にリスク管理の観点でいけるかと思うが、一般の企業においても知恵を絞ろうとしている最中である。

私たちのところでは２つに分けて考えようとしており、その一つは、精神科や心療内科の先生方とタイアップして、多分治せるであろう一般的なうつ病、他方は適応能力（コーピング coping）の弱い人たちである（＝軽度発達障害）。先日リクルートの社長さんが学会で言ったことがドンピシャで、「これからのメンタルヘルス対策は、20 年前のハードな負荷教育では続けることができなくなった時代背景を踏まえた対応が必要になってくる。ひたむきさやねばり強さがなくなってきており、ストレス耐性が弱い、自己認知が弱いなどを排除すると社員が雇えないから、そういう人たちを雇い入れて、教育をして強くしていくことが必要である」とのことである。ストレス耐性が弱い、自己認知が弱いなどはどこから来ているかというと、私なりに解釈すると、それは“社会性コミュニケーションの障害”、“想像力の障害”、“興味の偏り”というものが読みとれるはずである。そしてそれはどういう人たちかというと広汎性発達障害の人たちのはずである。その方々の一部の方を、どうやって社会の中に溶け込ませることができるのかを今後考えていかなければいけないと思っている。

この分野においては、大人の世界では共有していただくことが難しいところがあるが、せっかく大学で育ててもらったので、こういうことを普段の事業活動の中からいろいろな形でやっていきたいと思っている。これからの活動というのは、やるべきことはたくさんあるが、小児科で子どもを診ることから始まって、現在、大人を診ているので、それが地域にしっかり繋がって、病気を発生させないような活動ができたらいいなと思って、日々頑張っている最中である。

質問　法的には、産業医が事業所に行って面談する行為は医療にあたり、守秘義務はそこに存在するのか。

回答　守秘義務が存在しないはずはないので、今後メンタルヘルスが項目化されるようになったときに一番問題になってくるのは、この点であると思われる。それについては専門家の間できちんと議論されていて、「労働衛生のしおり」の中に、雇用管理における健康情報の取り扱いが明確に規定されている。産業医の活動については事業者がもつべき情報であるとされているので、契約される時に、そこをしっかりと雇用条件の中に入れないといけない。もし医療としてではなくて、企業活動と言われた瞬間に、教えないといって拒否すると、ではあなたが全部リスク管理してください、と言われる可能性があるので、最初に契約を結ぶときにやらなければいけない課題だと思う。

近畿大学の三柴丈典（みしばたけのり）先生の産業保健に関する法律論が多く出版されており、それらもお読みいただくとよいと思うが、産業医が結構訴えられる時代になってきているので、どういう活動を企業に報告するかを、契約を結ぶ段階ではっきりさせることが必要になってくる。私のところでは、プライバシーポリシーを規定として設けて、情報管理責任者が調整ができる体制を作っている。そういうものを作るか、契約の時にそこをしっかり詰めておかなければ、医療なのか事業活動なのか、一般職は理解しないから、なぜ情報が出せないのかと言われたときに「医療のリスク管理でやってください」となってしまうので、そこを上手に理解してやっていかないと、難しい問題がたくさん出てくると思う。

質問　結局、守秘義務はないと考えて良いのか。

回答　守秘義務がないわけはないので、産業医として労働安全衛生法第 13 条に規定されている、産業医活動の独立性と契約の上での勧告権を使って、「こういうところまでは伝えないけれど、それで良いですよね」とあらかじめ決めておかないといけないと思う。

質問　結局、守秘義務はあると考えて、本人の承諾を得て伝えるということで良いのか。

回答　その通りである。

［報告：副会長　濱本　史明］

平成 24 年度山口県医師会囲碁大会

と　き　平成 25 年 2 月 24 日（日）
ところ　山口グランドホテル

[報告 : 徳山医師会　野間　慎朗]

碁の会は例年のように小郡の山口グランドホテルで行われた。お世話役は徳山医師会だ。幹事である堀家英敏先生及び医師会事務局がほとんどで取り仕切った。罪滅ぼしのつもりで、私がこの原稿を書いている。私がこの会に初めて参加したのは 43 年前である。たしか、会場は防府の毛利邸だった。当時はお世話役の医師会の地元で行われていた。何年か後から小郡が集まりやすいのと碁会の準備（碁盤、対局時計等）を吉南医師会がお世話してくださるので､小郡に決まったようだ。各医師会から 5 名の選手が出て各段、各級一目差のハンデで団体戦を行う。段級は自主申告が原則である。4 回戦を行い、組み合わせはスイス方式による。今年は 1 位下松、2 位吉南、3 位は小野田市と山口市が同率であった。厳しい戦いの後に、全力を出しきった満足感と同じ趣味を持つ仲間への友情が残された。そもそも碁は数千年前に中国に始まり平安時代にわが国に伝えられたと云われる。はじめは宮中の遊びで源氏物語や枕草子にもその情景が登場する。適当な置石のハンデでベテランと初心者との競技も可能である。今回参加の会員は 20 代の女性から 80 歳を超す世代まで及んだ。

また、海外に目を向けるとアメリカ、ヨーロッパの大きな街にはほとんど碁会所があり、大勢の人が碁を楽しんでいる。昨年春、ピースボートで訪れた黒海のオデッサでは、大学の囲碁部の連中と手合わせをした。四 、五段の実力者も数名いて楽しい一夕を過ごすことができた。

このように世界に広がりつつある碁も医師会での勢いは芳しくない。

むしろ退潮と云える。萩市、下関市、防府の医師会は今年不参加だったが、防府医師会お二人の先生が徳山医師会チームに参加された。

不参加の原因はどこにあるのか。勉強に追われて碁まで手が出ないのか、あるいは他のゲームがたくさんありそちらに気が向くのか。

最後に私見であるが、ハンデの決め方にも問題があると思う。同じ医師会が度々入賞するのはハンデが適切でない。どのグループにも平等に優勝のチャンスが来るよう改定の必要があると思う。この会の発展のために世話人の方々に一考願いたいものである。それともこれは一つの祭りだ。勝負など問題外かもしれない。

なお、25 年度は小野田市医師会の引き受けで、平成 26 年 2 月 23 日 (日) に開催予定である。

平成 24 年山口県医師会囲碁大会　対戦成績表

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数		順位
下松	五段	池田昭彦	○	○	○	×	3 勝 1 敗	4 勝	優勝
	二段	藤田敏明	○	×	○	×	2 勝 2 敗		
	初段	野見山宏壽	×	○	×	○	2 勝 2 敗		
	2 級	岸田健伸	○	×	○	○	3 勝 1 敗		
	7 級	蓬莱謙一郎	○	○	×	○	3 勝 1 敗		

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数		順位
吉南 1・2 回戦	四段	村田文雄	×	○			2 勝 2 敗	3 勝	準優勝
	四段	横田伸策	○	×			1 勝 1 敗		
	二段	下井利重	○	○			4 勝 0 敗		
	二段	中山晴樹	○	○			2 勝 2 敗		
	初段	内　義輝	○	○			4 勝 0 敗		

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数
吉南 3・4 回戦	四段	村田文雄			×	○	
	四段	徳田　修			×	×	0 勝 2 敗
	二段	下井利重			○	○	
	二段	中山晴樹			×	×	
	初段	内　義輝			○	○	

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数		順位
小野田市	七段	村上紘一	○	×	×	○	2 勝 2 敗	2 勝	3 位
	三段	富永俊克	○	○	○	○	4 勝 0 敗		
	二段	早川幹夫	○	×	○	×	2 勝 2 敗		
	2 級	岡村美奈子	×	×	×	×	0 勝 4 敗		
	5 級	吉中博志	×	×	○	×	1 勝 3 敗		

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数		順位
山口市	七段	藤原　淳	×	×	○	×	1 勝 3 敗	2 勝	3 位
	四段	尼崎辰彦	○	○	○	○	4 勝 0 敗		
	二段	小田敏郎	○	×	○	×	2 勝 2 敗		
	初級	原　好弘	○	○	○	○	4 勝 0 敗		
	5 級	萬納寺洋道	○	×	○	×	2 勝 2 敗		

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数
岩国市	三段	高田洋美	○	○	○	×	3 勝 1 敗
	二段	毛利昌雄	×	×	×	×	0 勝 4 敗
	二段	佐々木輝昌	×	×	○	○	2 勝 2 敗
	初段	竹川一志	×	×	×	×	0 勝 4 敗
	1 級	国重壱義	×	×	○	○	2 勝 2 敗

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数
宇部市	六段	海野知之	○	○	○	○	4 勝 0 敗
	四段	原田善雄	×	○	×	○	2 勝 2 敗
	初段	佐々井一彦	×	×	○	○	2 勝 2 敗
	2 級	松本哲夫	×	○	×	×	1 勝 3 敗

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数
徳山 (A)	五段	上田　勝	×	×	×	○	1 勝 3 敗
	四段	杉山知行	×	○	×	○	2 勝 2 敗
	四段	都野治男	×	○	×	×	1 勝 3 敗
	四段	矢野建治	○	○	×	○	3 勝 1 敗
	二段	髙岡　浩	○	○	×	○	3 勝 1 敗

	段・級	氏　名	1 回戦	2 回戦	3 回戦	4 回戦	勝　数
徳山 (B)	五段	秋本啓輔	×	×	×	×	0 勝 4 敗
	四段	野間慎朗	×	×	○	×	1 勝 3 敗
	二段	河嶋和徳	○	○	×	○	3 勝 1 敗
	二段	西川秀人	×	○	○	×	2 勝 2 敗
	初段	堀家英敏	×	×	×	×	0 勝 4 敗

	下松	吉南	小野田市	山口市	宇部市	徳山 (A)	岩国市	徳山 (B)	勝数	順位
下松		③	③	③				④	4 勝	優勝
吉南	2		③	③	④				3 勝	準優勝
小野田市	2	1			③		③		2 勝	3 位
山口市	2	2				④	⑤		2 勝	3 位
宇部市		1	2	③				③	2 勝	5 位
徳山 (A)			2	0			④	④	2 勝	6 位
岩国市				1	2	1		③	1 勝	7 位
徳山 (B)	1				2	2	1		0 勝	8 位

（注）同率 3 位で 3 位賞は、ニギリにて小野田市の勝と決定した。

第 115 回地域医療計画委員会
（平成 24 年度 第 3 回）

と　き　平成 25 年 2 月 14 日（木）　15：00 ～
ところ　山口県医師会館

[報告 : 常任理事　弘山　直滋]

開会挨拶

弘山常任理事　本日はご多忙の中、今年度最後の委員会にご出席いただきありがとうございます。会長は他会議出席のため、濱本委員長は県会議に出席しているため遅れる予定である。

協議事項

1. 平成 24 年度地域医療連携体制調査について

平成 25 年度から 5 疾病 5 事業及び在宅医療となり、精神疾患が追加される。昨年 12 月の在宅医療、精神疾患に係る医療機能調査の実施では、各郡市医師会のご協力により調査が終わっている。本県では精神疾患を 5 つの疾患（統合失調症、認知症、うつ病、アルコール依存症、児童・思春期の精神疾患）に分けて調査を行っている。各医療圏の取りまとめにより医療機能リストはほぼ出揃っているが、現在、精神疾患ワーキンググループ委員に医療圏間で同じ基準になっているか確認作業をしてもらっている。最終の医療機関リストは県医師会で確認の後、県に報告することになる。

2.「第 6 次山口県保健医療計画」（案）について（県地域医療推進室）

保健医療計画の策定については現在さまざまな意見をいただいており、それらを踏まえて原案に取り組んでいる。「第 6 次山口県保健医療計画」（案）の概要について説明する。基本目標テーマ『生涯を通じて健康で安心して暮らせる地域保健医療体制の確立』について策定する。保健医療圏の設定は現行の 8 つの保健医療圏を引き続き設定している。施策体系・主な取り組みは、保健医療計画に記載内容として「5 疾病 5 事業及び在宅医療」のほか、総合的な医師確保対策等を講じるなど「医療従事者の確保と資質の向上」、「患者の視点に立った医療安全対策と多様な保健医療対策の推進」について盛り込む。

近年、患者数が急増している精神疾患対策として、国の指針では精神疾患、うつ病、認知症の 3 つのカテゴリーで指針が示されたが、県医師会に設置された精神疾患ワーキンググループで検討され、本県独自に「統合失調症」、「うつ病」、「認知症」、「アルコール依存症」、「児童・思春期の精神疾患」の 5 つの分野で医療連携体制を明示することとした。各分野ごとに予防から治療・回復・社会復帰までの病期や病態に応じた医療連携体制を明示する。現在、原案作成中であるが、今後の取り組みへの主な対策をあげる。

大規模災害を想定した災害医療の充実・強化では、災害時に多数の患者に対する救急医療を行う災害拠点病院の機能強化、災害発生後 48 時間以内における急性期対応を行う災害派遣チーム（DMAT）の拡充、急性期を脱した後の中長期的な医療を担う「JMAT やまぐち」等の確保に努める。今後の取り組みは防災計画応援協定による医療救護活動の実施や災害拠点病院の整備、DMAT 等の医療救護体制の確保など災害急性期における医療の確保、「JMAT やまぐち」等を中心とした医療チームとの連携や「JMAT やまぐち」の円滑な活動のための環境整備など急性期を脱した後の住民の健康確保、新たに緊急被ばく医療体制の整備を掲げている。

在宅医療の充実・強化では、退院支援や円滑な在宅医療の導入移行及び日常の療養支援、看取りまで含めた状態変化時の対応などの連携体制を明

記している。今後の取り組みとして、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及定着や「やまぐち医療情報ネット」を活用した情報提供など県民に対する理解の促進、在宅療養支援診療所をはじめとするかかりつけ医等の提供体制づくり、訪問看護ステーションに勤務する看護師の資質向上など在宅医療提供体制の充実、医療福祉従事者等多職種協働によるチーム医療の展開や連携の実施拠点となる基盤整備を促進するなど保健・医療・福祉が連携した総合的な在宅医療サービスの提供を行う。

5疾病・5事業及び在宅医療の数値目標の設定では、設定する指標数を示しており、例として、がん（13指標）の地域連携クリティカルパス活用数やがん年齢調整死亡率など、本県のがん対策の指針である「第2期山口県がん対策推進計画」の目標設定から引用する。脳卒中や急性心筋梗塞、糖尿病は同様に本年度県作成の「健康やまぐち21計画（第2次）」から引用する。今回新たに追加された精神疾患や5事業、在宅医療についても指標を設定している。目標数値欄の増加・減少は可能な限り数値に置き換えるように現在精査中である。

昨年12月28日から1月28日までパブリックコメントを実施し、県民から12件の意見があった。1月17日から2月14日まで、各健康福祉センター主催の地域医療対策協議会において素案の説明を開催し意見要望を聴いている。

今後のスケジュールは、県医療審議会保健医療計画部会、市町、関係団体の意見聴取を経て、県医療審議会に諮問する。

小林委員　がんの数値目標の設定で現状のクリティカルパス活用数が37件であまりに少ない。原因のチェックが必要ではないか。

前川副委員長　がん全体を牽引する場所がないのが現実ではないか。

弘山副委員長　目標増加対策があるのか。

県　今年度作成の「第2期山口県がん対策推進計画」に今までの普及啓発等に加え、理解促進に向けた取り組みを盛り込んでいる。

県　医療計画全体でクリティカルパスの導入は医療連携を進める上で重要なキーワードとなる。来年度事業でクリティカルパスの実態を調査し、利用促進する取り組みを進める。

小林委員　がん化学療法はここ数年進歩しており、標的治療を実施するため薬剤費が高くなる。専門的な観察が必要となるなど、開業医では難しく余計に拍車をかけている。

出席者

委員

委員長	濱本　史明	山口県医師会副会長
副委員長	弘山　直滋	山口県医師会常任理事
副委員長	前川　剛志	山口県立総合医療センター
	奥田　昌之	山口大学大学院理工学研究科環境共生系安全環境学
	小林　元壯	小林クリニック
	弘田　直樹	弘田脳神経外科
	津田　廣文	(医)社団津田胃腸科内科医院
	原　　伸一	(医)原医院
	淵上　泰敬	(医)桃圭会淵上整形外科
	矢野　忠生	(医)社団矢野外科医院
	石川　　豊	石川ファミリークリニック
	岡田　和好	(医)成蹊会岡田病院
	今村　孝子	山口県医師会理事

山口県健康福祉部地域医療推進室

室次長	郡　　宜則
主　査	嶋田英一郎

前川副委員長　県内にがん治療専門医が少ない。

原委員　すべての指標はどこに掲載されているのか。

県　医療計画（素案）は県ホームページに掲載している。5疾病5事業及び在宅医療の指標内容と現状のみ示している。最終原案に向けて目標数値と素案の数値が相応しいか検討中である。

前川副委員長　災害医療コーディネーターについて具体的にあるか。

県　国の災害のあり方検討会で検討された。各県で取り組んでおり、実際に災害が起きた場合、災害現場での情報収集に当たり調整できるなど迅速に対応できるようにしたい。

前川副委員長　2月17日（日）、勤務医部会がパネルディスカッションを開催し、キヤノングローバル戦略研究所の松山研究主幹が医療のニーズについて講演されるので案内する。

3. その他

(1) 中国地方5県ドクターヘリの広域連携について（県地域医療推進室）

中国地方5県ドクターヘリ広域連携について、中国5県の空白地帯をカバーするため、平成25年1月23日に基本協定を締結し、平成25年度から相互利用を実施予定である。対象地域は自県70km圏（30分以内）を超える地域を他県が支援する（広島は現在未導入）。重なる地域については両県が支援することになる。災害時の費用分担については隣接3県で具体的な調整を行っている。またドクターヘリを要請する消防機関にも広域連携についての意見を聞いている。広島県のドクターヘリは今年4月に導入されるが暫くは試験運航になる。3月に岩国医療センターのドクターヘリのヘリポートを整備するため活用できるようになる。

小林委員　ドクターヘリの広域連携では、岩国は広島に要請することになる。岩国医療センターが移転する3月末の1週間、救急患者を受け付けないことになっており、その間のドクターヘリは山大病院に依頼することになる。

(2) 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業について

弘山副委員長　国は多職種協働による体制を整えるため、在宅医療を担う都道府県リーダー研修を実施している。来年度は、地域リーダー研修と地域での研修を進めていくので、県医師会としても協力していきたい。

県　来年度予算が可決されれば、県内8圏域で地域リーダー研修を実施するので、協力をお願いする。

(3) 在宅医療連携拠点事業について

弘山副委員長　国の単年度事業で、本県では宇部協立病院が採択されており、今年度末には事業報告がまとまる予定である。

県　今年度、国が“在宅医療・介護あんしん2012”を打ち出している。主な事業として多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業と在宅医療連携拠点事業が核となり、進めている。

引き続き、地域医療再生基金では行政側でできることを検討しながら国の施策の動向も視野に入れて在宅医療の推進を図っていく。

弘山副委員長　第6次山口県保健医療計画（素案）をコピーして送付するので、数値目標について現状や課題など意見や気づき等があれば連絡いただきたい。

閉会挨拶

濱本委員長　県では、「健康やまぐち21計画」、「山口県がん対策推進計画」の最終案が検討されている。パブリックコメントも多数でており、特に禁煙に関するコメントがでているようだ。これらを絡めて県保健医療計画が進められることになるのでご意見・協力をお願いしたい。本日はありがとうございました。

市民公開講座
「かかりつけ医と病院の上手な使い分け」

と　き　平成 25 年 3 月 10 日（日）13：30 ～ 16：30
ところ　周南総合庁舎「さくらホール」

[報告 : 徳山医師会　兼重　純明]

1. はじめに

日常診療の中でいわゆる“コンビニ受診”が各地の基幹病院の夜間、休日の救急医療のみならず日常の診療の健全な運用を妨げていることは以前より知られておりますが、なかなか改善されません。今回市民公開講座を通じて周南市の地域住民の方々に日常の医療と救急医療の実情を知っていただき、医療サイドと患者サイドの救急医療に対するお互いの理解を深めることを主目的に、今回このテーマでの市民公開講座が周南総合庁舎さくらホールにて開催され、約 300 名の市民の方にご参加いただきました。以下その内容を報告致します。

2. 特別講演「天気のミカタ」

公開講座の中で山口放送の気象予報士でご活躍中の山本昇治先生から天気予報のお話しをいただいた。以下講演の内容を記載する。

はじめに演題の「天気のミカタ」について、ご自身の天気予報コーナーの名前であることと、天気のとらえ方「見方」と「天気を味方にする」意味をこめているとのこと。

天気予報には 2 種類があり、予報の出所で気象庁からの予報と民間気象予報会社からの予報がある。気象庁は国民の生命財産を守るための予報で警報、注意報等がある。気象会社の予報は経済活動、生産活動に関係する細かな情報提供をしている。たとえば気温が下がると温かい食べ物がほしくなる、するとコンビニではおでんの消費が増える。スーパーマーケットでは鍋物が多く売れるようになる。路面が凍結すると運送業では荷物の配達遅延が発生する等である。放送局の天気予報はこのように気象庁からの情報のみならず民間気象会社と契約をして細やかな情報を流している。

山本気象予報士

ではどうやって天気予報が作られるのか、それは「天気予報はサイコロで作られている」とのことであった。天気とはある空間の空気の状態で、サイコロとは地球上に細やかに敷き詰められた立方体で、その空間の空気の経時変化を計算予想して行っている。この計算予想はコンピューターが行っており、コンピューターの進歩によりサイコロは小さくなり天気予報の精度は進歩した。しかしコンピューターでも予測できない気象状況がある、局地的なゲリラ豪雨、雷雨などである。サイコロをさらに小さくすればこの問題は解決しそうだが、明日の天気が三日後になり現在では無理であるそうだ。以前は気象予報士は 10 年の経験で一人前であったが、今は半年以下でも可能である。ほとんどの予測をコンピューターがしているからである。

ピンポイントのコンピューターの予報の裏に何があるのか、「明日は晴れだが気温は低いよ」といった解説情報という思いをのせて伝えるのが、天気予報であると篤く語っておられた。たとえば山口放送の雪情報マークには 2 種類あり雪だるまマークの場合は積雪・路面凍結のおそれがあり、

注意喚起をしている。路面凍結のおそれがない場合は雪マークである。「天気予報は医師の処方箋のようなもので情報を利用される人への思いをのせている」と述べられ、講演を終わられた。

3. 基調講演「診療所と病院の使い分け」

山口県立総合医療センター院長の前川剛志先生に上記の演題でご講演をいただいた。

前川院長

日本の医療は WHO の評価で世界最高水準であり、アメリカは 16 番目である。この世界最高水準の医療を維持するためには、医療従事者のみならず住民とともに医療を支え合っていく必要がある。医師数では山口県は微増傾向だが、45 歳以下の医師数では減少傾向が続いている。研修医数はここ数年は減少傾向で、大部分が大都市に流れている傾向である。県内の医学生確保や奨学金などで対応してはいるが、医療ニーズがピークを迎える 20 年後には深刻な状況が懸念される。

そして 70％の医師が医師不足感を抱いている。就労時間では一般の方が 40 時間のところが平均 53 時間、60 時間（1.5 倍）以上働いている医師が 40％いる。年次休暇では 3 日以上の年休を取った医師は約半数しかいない。中には 1 日も年次休暇を取っていない医師もいる。

日本のなかでは科別では救急、麻酔、整形外科が不足している。不足している小児科、産婦人科は政府のてこ入れで今はそれなりに増加しているが、山口県では産婦人科はまだまだ少ない。卒後研修がはじまり眼科、耳鼻科、皮膚科も減少しており、山口県では全体のバランスが悪くなってきている。

勤務医の週平均の実勤務時間では、48 ～ 59 時間が最も多く中には 99 時間以上の医師もいる。開業医の方は実はほとんど変わらず、中には 99 時間以上の人もいる。

加重時間の原因は当直、当直翌日の勤務、クレイマーへの対応、時間外診療、IT 化、種々の会議等である。IT 化で勤務は減りそうだが実際は医師がコンピューターに記入しなければ何も始まらないために、入力がかえって加重労働を生むという皮肉な結果となっている。これを補うためにドクターズ・クラーク (医師の代わりにコンピューターに入力などをする事務職員) の制度が始まりつつあり、医師の勤務時間軽減に期待されている。

かかりつけ医と病院の関係、重症患者、難病患者の紹介、落ち着いた後の逆紹介、病診連携はヨーロッパの病院では当たり前であり、日本のような、いつ、どこでも希望の病院にというフリー・アクセスは異常な状況である（先生はイギリス留学時の扁桃腺炎からの発熱時に大学病院に勤務されていたにもかかわらず、病院からの指示は近くのかかりつけ医にまず受診するように指示された体験談を披露された）。この状況が続きエスカレートしてくると救急現場は立ちゆかなくなる。患者さんと医療者の理想的な関係が望ましい。厚労省もこのような関係へと導いていきたいようである。

急病、外傷の重傷度の自己判断は患者さんではなかなか区分けが難しい、自分のこれまでの人生で経験をしていない痛み、胸痛、頭痛などは大病院への受診が望ましい。重傷度の自己判断には急病のチェックシートなどを利用してほしい。時々遭遇する救急車の不必要な利用はなるべく避けてほしい。本当に必要な時に救急車が出払っているという状況になりかねない。先日の報道で東京で 38 回救急車がたらい回しになり患者さんが亡くなるという痛ましい事件があったが、山口県ではたらい回しは 1 例も起きていない。これは関係医療機関の努力のたまものである。

症例呈示 1 、28 歳の男性症例。突然の意識障害と心肺停止。心肺蘇生は救急隊到着まで約 7 ～ 8 分なし。救急隊到着から除細動、心臓マッサージをしたが血圧はすぐには出ない状況。ドクターカー到着後頸動脈に血圧を触知。気管挿管をして大学病院に搬送。軽度低体温療法（約 34℃）を実施し 4 日目に覚醒。5 日目には障害もなくテレビを見ていた。

通常では心肺停止が約 5 分続けば何らかの脳障害を残すのが普通だが、約 10 年前より始まった低体温療法で脳障害を残すことが少なくなっ

た。いまは血管内冷却装置が入りつつある途中で、山口大学病院でも今年 4 月から使えるようになる予定である。

症例呈示 2 、喀痰による無気肺症例（うつぶせ状態での治療映像 CT 画像あり）。

症例呈示 3 、肺塞栓症。いわゆるエコノミークラス症候群症例。

症例呈示 4 、中学生心筋症の症例呈示、人工心肺の使用例。

症例呈示 5 、外傷。鉄筋が側腹部から骨盤まで鉄筋が貫いた症例。

症例呈示 6 、骨盤骨折、大出血。血管から止血操作をした症例。

症例呈示 7 、壊死性軟部組織感染症例。下肢から始まり骨盤一部までを切除した症例。

症例呈示 8 、小児の外傷。虐待児症例。

続いてドクターヘリの紹介。

ドクターヘリは山口県のほぼ全域を 30 分で網羅している。ヘリでなければ助けられなかった症例が増えてきている。年間 200 例の出動があるが年間 300 例くらいまでは対応できる。DMAT チームも県内に 20 チームくらいできている。防府の土砂災害の時にも活躍している。

最後に、緊急重篤でない患者さんはまずかかりつけ医を受診していただきたい。ほとんどのかかりつけ医医師は病院での経験があり適切な判断ができる。かかりつけ医の良いところは、短い待ち時間、長時間の診察、適切な病院への紹介、細かい健康指導などである。日本のかかりつけ医は非常にレベルが高くその結果が WHO の世界最高水準医療の評価である。

4. パネルディスカッション

パネルディスカッションでは座長の森岡医院の森岡孝之先生、山口県議会議員の藤井律子先生、徳山中央病院消化器内科の斎藤満先生及び横山雄一郎先生、周南市民病院外科の鈴木道成先生、開業医を代表して、おのクリニックの小野　薫先生、救急搬送の立場から周南市消防本部課長補佐の山本亜希広先生よりそれぞれの立場での救急医療、病診連携についてブリーフィングをまずいただいた。

(1) 市民代表

山口県議会議員　藤井律子

患者さんはどこに受診して良いか判らず、「とりあえず大きな病院に行けば安心だ」ということで周南市では徳山中央病院に患者が集中し、結果、高度医療、救急医療に支障を来す。

病院の先生は疲労し、結果、医療崩壊へと負の連鎖を起こしてしまう。「あなたのかかる医療機関はここです」的ナビ機能が必要だが、その機能を果たしてくれるのが町のお医者さん、かかりつけ医である。今後は地域の老齢化により高齢の患者が増えることが予想され、在宅医療の構築が重要になると思われる。

(2) 開業医を代表して　「診療所を“かかりつけ医”にしよう！開業医の立場から」

おのクリニック　小野　薫

病院受診には時間がかかるが診療所受診ではあまり時間がかからない。診療所は町のホットステーションであり、コンビニ受診はまず診療所にしてほしい。病院でコンビニ受診をするから問題であって、診療所のコンビニ受診は全く問題ない。診療所は広く浅く多くの疾患に対応している。たいていの問題は診療所ですむ。

重症であれば大病院に紹介、病気が落ち着けば病院から診療所への逆紹介でそれぞれの機能分担、病診連携をすれば病院の待ち時間の軽減につながる。

(3) 勤務医の現状と役割

徳山中央病院消化器内科部長　横山雄一郎

徳山中央病院は病床数 483 床、標榜科 28 、医師数 116 人、一日平均外来患者数約 1,400 人で専門治療、検査等を行っている。1,400 人の外来患者の内約 400 人が内科である。自分の外来では初診が 3 割、再診 7 割。初診の内約 90％が紹介患者である（院内紹介 50％院外 30％健診等 15％）。再診の内 13％は自分の専門外の患者。40％は処方のみの患者である。徳山中央病院内科の今年 1 月の初診の外来受診患者には約 430 名の紹介状をもたない時間外受診患者がおられた。

当院の特徴としては待ち時間への不満が高いことと逆紹介率が高いことである。

平成 24 年 11 月 30 日に地域医療支援病院の認定を受けた。地域医療支援病院とはかかりつけ医との連携と役割分担を図って地域医療を担うかかりつけ医を支援する能力を持つ病院であり、知事が認定する。紹介患者の医療の実施、医療器機の共同利用、救急医療の実施、医療従事者の資質向上のための研修会の実施が義務づけられている。

受診にあたってまずかかりつけ医へ受診され、紹介の上当院を受診していただきたい。検査、治療後逆紹介することにより病院、診療所の役割分担を明確にし、待ち時間の軽減、検査投薬の重複の軽減、しいては医療費の削減へと導きたい。

(4) 新南陽市民病院の病診・病病連携 ～外科勤務医の役割～

周南市立新南陽市民病院副院長外科　鈴木道成

新南陽市民病院は病床数 150 床､医師数 14 人、診療科 8 で、一日平均外来数 322.3 人一日平均入院数 127.2 人、紹介患者比率 41.6％、逆紹介患者比率 35.9％で当院の特徴としてはかかりつけ医を持たない患者が多くいることである。当院が大規模病院と診療所の中間にあたる医療機関であることによる。手術件数は整形外科 528 、外科 172 、最近では化学療法の発達から医師への化学療法の負担が大きい。

(5) 周南市消防本部管内における救急の現況

周南市消防本部課長補佐　山本亜希広

全国の救急出動件数は平成 23 年がピークで 570 万 7,655 件。山口県では平成 19 年がピークで救急出動 6,076 、内救急搬送 5,420 、以後減少傾向であったが平成 22 年頃より再び増加傾向である。内訳は急病が最も多く、65 歳以上が 6 割を占める。

周南市消防管内での救急現場への到着時間は平成 19 年は 7 分であったが平成 24 年では 7.5 分。0.5 分延長している。山口県では 3 番目に良い成績であり、管内の面積等を考慮すると、良い成績である。病院収容時間では平成 19 年が 29.2 分、平成 23 年が 31.4 と 2.2 分延長している。原因としては重複する要請、疾病の自己管理による病状の悪化等が考えられる。

(6) 周南地区の今後の展望

徳山中央病院消化器内科主任部長　斎藤　満

病院の救急診療を維持するために病状の落ち着いた患者さんは他の医療機関に逆紹介でお願いすることで今後病診連携、病病連携を用いて周南地区の二次救急医療が円滑に運営していくよう努力していきたい。救急受診時には当院の救急部の看護師作成によるチェックシートをご活用いただきたい。

パネルディスカッション

○病院の待ち時間をいかに少なくするか

藤井　「昨日より発熱があり、全身倦怠。徳山中央病院を受診したが、3 ～ 4 時間待たされた。小野先生は病院受診は一日仕事だと言っておられた、中央病院の横山先生は待ち時間への患者満足度が低いと言っておられた、なぜ待たせるの」という患者の声にどうぞ。

横山　待ち時間を短くしたいのはやまやまだが、どうしても重症患者への説明が長くなり診療待ちが長くなってしまう。

小野　そもそもコンビニですむことをデパートに行ったために待ち時間がかかるわけである。病院にそういったかかり方をすると病院が疲弊してしまうので、かかりつけ医を利用して適正受診され、病診連携を利用されることをお勧めする。

○夜間診療

藤井　「夕方から少しだるいと思っていたら９時頃より高熱となった、かかりつけ医には夜間連絡がとれない。どうしたらいいの」という患者の声にどうぞ

小野　夜間の急病対応はなかなか難しいが、休日・夜間診療所が開いている時間帯はそちらを利用してほしい。内科医師１、外科系医師１、看護師、薬剤師、X線技師で充実しており、待ち時間も少ない。

森岡　実は昨日休日診療所当番だったが患者さんは骨折２名であった。３時間の診療時間で２名の受診であった。

(3) かかりつけ医を見つけるには

藤井　かかりつけ医が重要なのはわかったがどうしたら見つかるのか。

斉藤　最終的には人間関係であり信頼関係。

横山　近くの診療所にまず行ってみる、相性が悪ければ他をあたってみる。評判等を参考にする。徳山中央病院にある診療所のパンフレット等を利用する。

鈴木　近所の診療所が一番だが、新南陽市民病院は診療所と病院の中間的立場なので、かかりつけ医として利用されるのも良い。

小野　開業医は地域の皆様のお役に立ちたいので皆さんに利用していただきたい。まずはワクチン接種、検診、風邪をひいたときなどに利用してみることである。

森岡　救急の立場からはいかがか。

山本　いまだに救急車で受診すると早く診てもらえると思っている患者さんがいる。そのようなことはないのだが、ある一定数存在する。このような救急車の利用はやめてほしい。

前川　かかりつけ医を見つけることは易しいようでなかなか難しい。しかし日本の医療は非常にレベルが高くどこにかかってもそう大きな外れはない。病診連携は今の段階でもうまくできていると思う。

5. まとめ

山口県立総合医療センター院長の前川先生、山口放送の山本昇治先生、パネリストの山口県会議員の藤井律子先生、徳山中央病院横山雄一郎先生、斎藤　満先生、新南陽市民病院副院長の鈴木道成先生、当医師会よりおのクリニックの小野　薫先生、周南市消防本部の山本亜希広先生をお迎えし、森岡医院の森岡孝之先生を座長として「かかりつけ医と病院の上手な使い分け」というテーマで市民公開講座を行った。適正な受診にかかりつけ医が重要で、まずかかりつけ医を利用することで病院の超過勤務の減少につながり医療崩壊の予防につながることがよく理解できた公開講座ではなかったかと思われた。（徳山医師会　兼重純明）

DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか？
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。
お問い合わせ先
0120-337-613
受付時間 9:00～18:00(平日)
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)
山口支店／山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本　　社／福岡市中央区天神
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

日本医師会医事法関係検討委員会報告

[報告 : 日医医事法関係検討委員 / 当会常任理事　林　　弘人]

今年度から 2 年間の任期で、日本医師会医事法関係検討委員会の委員に就任し、5 回の委員会に出席しましたので、その審議内容等をご報告いたします。

【第 1 回委員会　横倉会長挨拶及び諮問】

医事法関係検討委員会の第 1 回委員会を開催するにあたり、会長の私から一言ご挨拶を申しあげます。まず、このたびは、先生方におかれましては、医事法関係検討委員会の委員就任をご委嘱いたしましたところご快諾を賜り、また、本日は暑さ厳しい中､早速の第 1 回委員会開催にあたり、ご出席をいただき厚く御礼申しあげます。

今日の医療、そして医師と医療従事者と患者さんとの関係については、これを法的な視点から考慮することなしに、なかなか理解することは難しい時代になってきたかと思います。もちろん、医師と患者さんとの関係は、本来信頼関係がもとでございますので、信頼関係があったうえですけれども、それがなぜさまざまな問題を引き起こしてくるのかということを考えますと、医療そのものや医師・患者関係を取り巻く法律にいろいろな解釈があることがその要因とも考えられるため、今、さまざまな検討が必要な時期にきていると思います。

前期の医事法関係検討委員会で、鈴木静岡県医師会長を委員長として、医療基本法のことをご議論いただき、そのなかで医師・医療者と患者さんとの信頼関係に基づくものが医療であるということを明確にしていただく報告書をいただきました。そして、法律の原案的なものまでおつくりい

【委員】（順不同）

鈴木　勝彦委員長	（静岡県医師会　会長）
大井　利夫副委員長	（日本病院協会　顧問）
山光　　進委員	（北海道医師会　理事）
田村　瑞穂委員	（青森県医師会　副会長）
竹下　俊文委員	（東京都医師会　理事）
西松　輝高委員	（群馬県医師会　理事）
小林　　篤委員	（三重県医師会　副会長）
山田　和毅委員	（和歌山県医師会　副会長）
林　　弘人委員	（山口県医師会　常任理事）
高原　　晶委員	（長崎県医師会　副会長）
島崎美奈子委員	（東京都医師会）
畔柳　達雄専門委員	（日医参与・弁護士）
奥平　哲彦専門委員	（日医参与・弁護士）
手塚　一男専門委員	（日医参与・弁護士）
水谷　　渉専門委員	（日医総研主任研究員・弁護士）

【日本医師会役員】

横倉　義武　会長
羽生田　俊　副会長
今村　定臣　常任理事
小森　　貴　常任理事
藤川　謙二　常任理事

【平成 24 年度委員会開催日】

第 1 回　平成 24 年　7 月 13 日（金）
第 2 回　平成 24 年　9 月 21 日（金）
第 3 回　平成 24 年 10 月 17 日（水）
第 4 回　平成 24 年 12 月 19 日（水）
第 5 回　平成 25 年　2 月 13 日（水）

ただいております。

今期の委員会では、医療基本法という医療の基本になるような理念法ができた場合に、その後、それに基づいてどのような法律が整備されていかなければならないか、もしくは現行の法律のなかでどう整備をしていかなければいけないかということについてご議論をいただければと思います。医師と医療者、それと患者さんとの信頼関係をよりよいものにするため、またより強固なものにするために、どうぞ先生方のお知恵を拝借できればと思うところでありますので、よろしくお願い申し上げて、ご挨拶とさせていただきます。

では、慣例によりまして、委員長、副委員長は、私からご指名申しあげることをお認めいただきたいと存じますが、よろしいでしょうか。それでは、委員長は鈴木勝彦先生に、副委員長は大井利夫先生にそれぞれお願いしたいと存じます。また、今期からは日医総研の水谷研究員にもご参加いただくということで、どうぞよろしくお願いいたします。

下記のとおり諮問いたします。

「医療基本法 (仮称) の制定に向けた医事法制の検討」

どうぞ、よろしくお願いいたします。

【第 1 回委員会審議経過】

(1) 横倉会長の挨拶の後、鈴木委員、大井委員がそれぞれ委員長、副委員長に会長指名され、引き続き、鈴木委員長に対し、諮問「医療基本法 (仮称) の制定に向けた医事法制の検討」が手交された。

(2) 諮問事項に関する論点等についてフリートーキングを行った。

【第 2 回委員会審議経過】

(1) 高原委員から「日本医師会『医療基本法』案に対する意見一覧」について説明があり、その後意見交換が行われた。

(2) 今村 (定) 常任理事から「医療基本法 (仮称) の制定に関するシンポジウム (案)」について説明があった。

(3)小西洋之参議院議員から「医療基本法 (仮称)」について講話があり、引き続き質疑応答・討議が行われた。

【第 3 回委員会審議経過】

(1)「医療基本法 (仮称)」について討議を行った。

【第 4 回委員会審議経過】

(1) 平成 24 年 11 月 10 日開催の「医療基本法制定に向けてのシンポジウム (於：福岡)」について今村 (定) 常任理事から報告があり、その後、フリートーキングを行った。

(2) 大井副委員長から日本医師会で開催される「医療基本法 (仮称) の制定に関するシンポジウム」での講演内容について説明があり、その後、フリートーキングを行った。

【第 5 回委員会審議経過】

(1) 平成 24 年 12 月 22 日開催の「医療基本法 (仮称) の制定に関するシンポジウム」について今村 (定) 常任理事、大井副委員長から報告があり、その後、フリートーキングを行った。

(2)平成 25 年 2 月 9 日開催の「医療基本法 (仮称) の制定に関するシンポジウム (主催：九州医師会連合会・日本医師会)」について今村(定)常任理事、高原委員から報告があり、その後、フリートーキングを行った。

(3) 平成 25 年 3 月 20 日開催予定の「医療基本法 (仮称) の制定に関するシンポジウム (於：札幌)」について説明があった。

【平成 24 年度の主な討議内容・論点整理】

(1) 医療基本法の必要性について

現行の医療関係法令には粒度や比重に差異がみられ、良好な患者・医療者の信頼関係を構築するために、医療関係法令を統合する医療に対する基本理念の明確化が求められてきている。すなわち、医療基本法は憲法と個別法を媒介する“親法”として位置づけられる。

(2) 医療基本法に何を求めるか

憲法で規定されている権利の具現化や、医療の性質、属性、範囲、基準、それから体系整備確保に対する国家義務、社会的共通資本としての資本形成と資本配分の公共性、患者の権利の透明性の確保や、医療の持続性と効果確保のための国民の権利と責務、個別法に対する規定やその範囲の明

確化、法規範的性格や計画体系の稀薄性等が挙げられる。

(3) 医療基本法に関する考察

医療の定義、属性、範囲、基本理念と憲法・関係、法令の関係、患者の権利法との関係のテーマにつき検討した。医療の定義に関しては、日本医師会の医療基本法の制定に向けた具体的提言から、「患者の基本的権利 (生存、QOL 、尊厳) を尊重し、疾病の治療、健康の支援に努めるアートである」とした。医療基本法の中で担保されるべき属性として、非代替性、科学性、平等性、体系整備性、規範性、公共性、相互扶助性、不確実性等が検討された。医療の範囲については、介護をどうするかという問題があるが、委員会では介護は入れないほうがよいとの方向性である。医療基本法は、憲法の下に入る個別法の親法という位置づけであるが、憲法に定める医療の基本的理念として 13 条 (幸福追求権) と 25 条 (生存権) が挙げられる。医療基本法の基本理念としては、これらの憲法の基本理念を具象化することと、医療の定義を明確にして、定義、属性、範囲、社会性、倫理性を謳うこと、それから医療関連法令の法的論拠を明確にするということである。医療基本法か患者権利法かということに関して、患者権利法としては日本生協医療部会の「患者の権利章典」、患者の権利をつくる会の「医療基本法要綱案」がある。そのなかで「患者の権利」は、前者には五つ、後者には八つ規定されている。これらは重要であることには違いないが、それらすべてを盛り込むのではなく、そのなかの基本的な問題に関してのみ基本法に入れ込んでよいと考える。医療基本法制定を主張する理由として、医療基本法制定の目的は、医療提供者と患者との信頼関係を構築することにあり、そのために医療の基本理念、医療政策の基本原則やすべての関係者の権利と義務について偏りなく規定することが条件になると考える。加えて、患者の権利法は個別法ではないかという議論もあった。

(4) 平成 24 年 3 月にまとめられた「『医療基本法』の制定に向けた具体的提言」の草案における基本理念 (第 3 条)

①医療は、人間の尊厳と生命の尊重を旨とし、個人の人権に配慮しつつ、医療を提供する者と医療を受ける者との相互の信頼関係にもとづいておこなわれなければならない。

②医療は、それを必要とするすべての人が平等に機会を享受できるよう、公共性をもって提供されるとともに、営利を目的とするものであってはならない

③医療は、患者本位におこなわれなくてはならない。

④医療に関する施策は、憲法で保障された国民の生存権を担保し、それぞれの国民を個人として尊重するとともに、国民の相互扶助と連携の精神にのっとり、公共の福祉にかなうものでなくてはならない。

(5) 今後の課題

来年度に向けての課題として、医療基本法を親法として位置づけるべきか、計画体系も加えるべきか、あるいは合意形成をどのようになすべきかなどについて議論を掘り下げていく必要がある。また、個別法の見直し、整理も合わせて行っていく方針を確認した。

多くの先生方にご加入頂いております！
詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください
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
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

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

県医師会の動き

副会長

濱本史明

3 月も終わりに近づき、桜の開花があちこちで聞かれるようになりました。スギ花粉は少なくなりましたが、ヒノキ花粉が多くなってきて、花粉症の私にとっては辛い季節が続きます。暫く暖かい日が続いておりましたが、桜の花が七分咲きになった頃には、一時的に寒くなることがあります。この頃の季語の中に「花冷(はなびえ)」「冷(ひえ)」があり、私の好きな季語の一つです。

「**あと少しなのに本閉じる花冷え**」**風天（渥美清**)、渥美清さんが、がんのために余命幾許もない頃の俳句だと思います。もう少し読みたいのに、少し寒くなって本を読み終わる体力がないのでしょうか、それに自分の残り少ない人生を重なり合わせているのでしょうか、「**あと少しなのに**」という何気ない言葉に感動します。

健康やまぐち 21 推進協議会「**がん対策分科会**」の第 2 期山口県がん対策推進計画の最終案が策定されました。山口県におけるがんの年齢調整死亡率（75 歳未満）は、平成 17 年の 96.6 から平成 23 年の 85.6 へと減少傾向にありますが、同じく全国順位でみると、平成 18 年の死亡率が 318.1(人口 10 万対) で 5 位、同じく平成 23 年度の死亡率は､341.6(人口 10 万対) で 8 位となっています。若干改善したものの引き続き高順位となっています。子宮がんが改善したものの（24 位)、乳がんが 1 位、大腸がんが 6 位、肝臓がんが 7 位となっています。

厚労省は、たばこの害を明確化するために、新年度、学識経験者らによる専門委員会を発足させることを決めたそうです。喫煙の有害性を同省として体系的に議論する場は過去になく、有害性を厳密に裏付けて今後の喫煙者の減少に役立てるようです。

厚労省は昨年、がん対策推進基本計画などに、2012 年に 19.5％だった成人の喫煙率を 22 年度までに 12％以下にする数値目標を、国として初めて設定しました。一方で、事業者などに全面禁煙か喫煙室以外でのたばこを禁止する「**空間分煙**」を義務づける法改正案は廃棄になり抵抗も続いています（読売新聞 3 月 27 日夕刊)。

2 月 14 日に**第 115 回地域医療計画委員会**が開催されました。第 6 次山口県保健医療計画（案）の概要の説明がありました。

『**生涯を通じて健康で安心して暮らせる地域保健医療体制の確立**』を基本理念（基本目標）としています。住民の受療状況は、入院患者数 65 歳以上 73.2%(平成 20 年) 、医療提供施設は病院 147 、診療所 1,958（平成 22 年）です。保健医圏は 8 圏域で従来どおり、一般・療養は 16,585 床、精神 5,848 床、結核 37 床、感染症 40 床です。5 疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患（うつ病、認知症、アルコール依存症、児童・思春期)、5 事業は、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療で、それぞれ連携体制及び施策が示され数値目標が設定されます。在宅医療では、県民に対する理解の促進、在宅医療提供体制の充実、保健・医療・福祉が連携した総合的な在宅医療サービスの提供が施策されます。平成 25 年 3 月 13 日に県医療審議会で諮問され、5 月には県報に公示予定です。

2 月 17 日には、日本医師会で**母子保健講習会**が開催され、濱本と山懸常任理事、今村理事が出席しました。メーンテーマは「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して―7」で､講演 1 は「**出生前診断の新たな展開とその課題**」**平原史樹（横浜市立大学附属病院長**）で、講演 2 は「**わが国の生殖医療の未来に求めるもの**」**吉村　典雅慶應義塾大学医学部産婦人科教授**）でした。午後のシンポジウムは「小児保健法をめぐって」をテーマとして開催されました。小児保健法（仮題）は､現在、日本医師会の周産期・乳幼児保健委員会で議論され、作成に向けて協議が行われています。

講演 1 は、母体血胎児 DNA 出生診断が私たち周産期医療のなかでさまざまなことを改めて考えさせられる契機となったこと。そもそも出生以前診断は何のためにあるのか、はたして人類に有益な、意義のあるものなのか、先天異常とはなんだろう、生まれつき持ち合わせた遺伝情報をどう取り扱うべきなのか、この先、科学が進歩することで人類にもたらされるものは何であろうか、ということについて歴史から最新の検査方法までの紹介と問題点を提示された内容でした。出生前診断は、倫理的な哲学的な問題を医学会に提起させることになったようです。わたくしたち自身がゲノムの中での多様性や遺伝子の変化に基づく疾患・病体や遺伝型を例外的なものとせず、人の多様性

として理解し、その多様性と独自性を尊重する考え方、理解を社会・教育の中で醸成させることが急務かつ重要な仮題となっていると結ばれました。

講演2は、細胞生物学や生殖工学の飛躍的進歩に伴って生殖医療も革命を受けつつあること、がん患者に対する治療法の進歩により、治療成績の向上で生存率の改善がみられ、卵子や卵巣の凍結保存による妊孕能温存技術が臨床応用されるようになってきたこと、ES細胞やiPS細胞からの配偶子形成までの内容でした。

2月24日には、日本医師会で**平成24年度学校保健講習会**が開催され、濱本と沖中理事が出席しました。県内からも学校医部会の先生がたも出席されていました。今年から、学校保健講習会と母子保健講習会が土日連続ではなく、別々に開催されたために多くの先生の出席が可能になったことは嬉しいことです。

講演1は、「**最近の学校健康教育行政の課題について**」**知念希和（文部科学省スポーツ・青少年局学校保健対策専門官）**、講演2は「**いじめについて**」**井澤一明（いじめから子供を守ろう！ネットワーク代表）**でした。午後のシンポジウムは、「今日の学校保健の課題―健康診断を中心に―」をテーマに開催されました。

2月27日には、日本医師会において**第4回周産期・乳幼児保健検討委員会**が開催されました。会長諮問は「小児保健法」（仮称）の制定ですが、周産期から妊娠・出産可能な年齢まで長期にわたる保健法を考えなければなりませんので、「保健法」の名称が決まりません。

「成育」という言葉を入れると理解しやすく、目的に叶っていると思われますが、「成育」は一般的になじみが薄いという意見もあり、まだ決定していません。

胎児から青年期までを想定するため、既存の母子保健法・児童福祉法・学校保健安全法・児童虐待防止に関する法律・発達障害者支援法があるので、そのすき間を埋める形の保健法なのか、今一つ纏まりません。委員の小児科医会会長・松平隆光先生をはじめ、平成20年に答申された、「小児保健法の具体的なあり方」と「小児保健法」（案）を基盤にして、作成する方向に意見が統一されそうです。各委員の先生より具体的な内容に対するご意見と今後の方向性を伺い、優先順位を決めて「小児保健法」（仮称）の素案策定のために、ワーキンググループを開催することになりました。平成25年度末には答申を策定して、法律として国会を通らなければなりません。また、松平隆光先生は、現在「日本小児科医連盟」の委員長で、子どもの保健・医療・福祉の充実を目的とする「小児保健法」（仮称）の制定や、すべての予防接種の無料化、小児科医療機関の経営改善等を目標に政治的な活動をされています。

昨年12月になりますが、山口県と山口県医師会で、「**運動器症候群予防実践指導者育成テキスト**」を作成しました。このテキストは、山口県の委託により、県民自らが運動器症候群の予防のための自己チェックや適切な運動を実践できるよう、市町・地域の保健師等を実践指導者として育成するための教材として作成されたようです。執筆は、**とよた整形外科クリニックの豊田耕一郎先生**にお願いし、山口県医師会と山口県医師国民健康保険組合作成の、**健康教育テキストNo.30・ロコモティブシンドローム（運動器症候群）**を指導用資料として作成されました（在庫あります）。

3月は多くの会議が**目白押し**（2月になると山茶花の蜜を吸いに来るメジロが仲良く並んでいることが語源のようです）で、会長以下役員の先生がたは、県内外又は東京に出張の多い月でした。大変お疲れさまでした。来年度予算と来年度事業内容も決まりました。そして、4月から小田会長の2年目になりますので、来年度もよろしくお願いします。

2月メール句会の巻頭・特選は「**ぬかるみの浅葱の空や寒明くる**」さゑ（また**さゑさん**が巻頭・特選です）、「梅」では6点以上の特選がなく、5点の巻頭作品が5名でした。「**梅堅し書いては捨てる手紙かな**」**あんみつ姫**、「**梅一輪箸置きにして昼の膳**」**さゑ**、「**梅開く今日のお日様好きで咲く**」**かずらを**、「**次々に香の弾けて梅盛む**」**寛人**、「**梅一輪大鐘の音に震へをり**」**あらじん**、自由句では、「**蕗味噌の苦さや父の太き指**」**歩見歩見**、以上です。

3月の兼題は、「木の芽」「春雷」チャレンジは「春潮」です。

理事会　第 23 回

3 月 7 日　午後 5 時～ 7 時 5 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・田中・山縣・林各常任理事、沖中・加藤・藤本・香田・中村・清水各理事、山本・武内・藤野各監事

議決事項

1　第 171 回山口県医師会臨時代議員会の付議事項について

4 月 25 日 (木) に開催、報告事項 1 件、議決事項 7 件を審議することが決定。

協議事項

1　平成 25 年度事業計画 (案)・行事予定 (案) について

事業計画の最終協議及び行事予定の調整を行った。

2　平成 25 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 24 年度事業報告 (案) について

会務別による事業報告について協議した。

4　第 128 回日本医師会定例代議員会における質問について

提案予定の 2 題について協議した。

5　平成 25 年度山口県医師会表彰の選考について

2 月 23 日開催の生涯教育委員会で選考を行った、平成 25 年度の医学功労賞と平成 27 年度山口県医学会総会の開催地について協議し、承認された。

6　徳山中央病院における特例による増床について

徳山中央病院における特例による増床について、協議を行った。

7　3 ワクチンの予診票について

3 ワクチンの県内統一様式の予診票について、また、予診票の色についてはワクチンのラベルの色とし、子宮頸がん予防ワクチン (サーモンピンク) 、ヒブワクチン (若竹色) 、小児用肺炎球菌ワクチン (青色) が了承された。

8　子宮頸がん予防ワクチンの「予診のみ」の個別接種料金について

子宮頸がん予防ワクチンの「予診のみ」の標準料金については、前回の理事会で協議いただいたところであるが、MR・麻しん・風しんの第 3 期・第 4 期の「予診のみ」に基づく算定根拠について再度協議を行い、標準料金を 724 円とすることで、了承された。

9　平成 25 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より、小学校・中学校・特別支援学校養護教諭新規採用者研修講座の講師の推薦依頼があり、推薦者 2 名を決めた。

報告事項

1　医事案件調査専門委員会（2 月 21 日）

病院 1 件の事案について審議を行った。（林）

2 都道府県医師会事務局長連絡会（2 月 22 日）

横倉会長の挨拶後、平成 24 年度に退職又は退職予定の、岩手、茨城、栃木、埼玉、愛知、京都の各府県医師会の事務局長に対して、感謝状と記念品が贈呈された。その後、「新公益法人制度移行後の留意点～法人のガバナンスと実務上の具体的対応について～」（鈴木勝治公益財団法人公益法人協会専務理事）の講演と、日医から「医師年金についてのお知らせ」に関する説明があった。（事務局長）

3 第 81 回山口県医療審議会医療法人部会（2 月 22 日）

医療法人の設立認可 7 件、解散認可 2 件、理事長の特例認可 1 件、合併認可 2 件について審議、承認された。（小田）

4 生涯教育委員会（2 月 23 日）

平成 25 年度の医学功労賞と平成 27 年度山口県医学会総会の開催地の選考を行った。また、生涯研修セミナー及び日医生涯教育協力講座セミナーの企画について協議した。（河村）

5　山口県医師会顧問弁護士・医事案件調査専門委員会合同協議会（2 月 23 日）

本年度に発生した事案及び過去発生し係争中の事案について、各弁護士からの経過報告、今後の検討を行った。（林）

6 日医学校保健講習会（2 月 24 日）

日本医師会で開催。午前中、「最近の学校健康教育行政の課題について」、「いじめについて」の 2 題講演が行われ、午後から、「今日の学校保健の課題－健康診断を中心に－」の 7 題のシンポジウムがあり、その後、総合討論が行われた。（濱本、沖中）

7　山口県衛生検査所精度管理専門委員会（2 月 26 日）

平成 24 年度に実施した県内 6 か所の立入検査の結果等について協議した。(田中）

8 中国地方社会保険医療協議会山口部会（2 月 26 日）

医科では、新規 4 件（新規 1 件、移転 1 件、組織変更 2 件）が承認された。（小田）

9　日医第 4 回周産期・乳幼児保健検討委員会（2 月 25 日）

小児保健法 (仮称) の議論の方向性等について審議した。（濱本）

10　郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事協議会（2 月 28 日）

平成 24 年度の特定健診等実施事業について関係機関から報告。25 年度の実施に向けて、県医師会集合契約、市町国保契約、県医師会請求事務代行について協議した。（田中）

11 第 2 回山口県地域産業保健センター運営協議会（2 月 28 日）

平成 25 年度地域産業保健事業運営について労働局から説明があった。また各センターの運営状況について各コーディネーターより発表があった。(河村)

12　第 3 回山口県糖尿病対策推進委員会（2 月 28 日）

平成 24 年度事業について報告があった。県委託事業として医療連携研修会・症例検討会を 24 ～ 25 年度で実施する。24 年度は 3 か所（下関、宇部・小野田、周南）で、来年度は他の地域で実施予定である。（弘山）

13 医療情報システム委員会 (2 月 28 日）

日医医療情報システム協議会の報告後、県内 ORCA の現状、地域医療再生補助金事業としての地区ネットワークの進捗状況等について協議した。（藤本）

14 日医死体検案研修会（2 月 28 日）

日本医師会主催により、(1) 死体検案に係る法令の概説、死体検案書の作成について、(2)「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」の施行について、(3) 死体検案 総説、(4) 死体検案の実際、(5) 在宅死と死体検案、(6) 死体検案における死亡時画像診断 (Ai) の有効性、(7) 東日本大震災における検案の実際の 7 題の講演が行われた。参加者には、修了証が発行された。（中村）

15　平成 24 年度山口県感染症健康危機管理対策協議会 結核・インフルエンザ部会（2 月 28 日）

山口県におけるインフルエンザの現状と対策、学校・保育園欠席者情報収集システム、結核の現状と対策について協議した。（山縣）

16 山口県歯科医師会第 2 回定時代議員会（3 月 2 日）

来賓として挨拶を行った。（小田）

17 男女共同参画部会総会（3 月 3 日）

平成 24 年度事業報告、25 年度事業計画の審議後、各郡市代表者より郡市医師会男女共同参画活動報告が行われた。その後、特別講演として、長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンター長の伊東昌子教授による「医療現場におけるワークライフバランス実現を目指して～仕事をしていく上での幸福とは～」と、フォーラムとして、開業医の立場、勤務医の立場、男性医師の立場からそれぞれ発表が行われた。（濱本、田中）

18 レジナビフェア 2013in 福岡（3 月 3 日）

出展病院数 13 病院、訪問学生数 175 名であった。（田中、中村）

19 日医医療政策シンポジウム（3 月 6 日）

「これからの社会保障を考える」をテーマに、京都大学大学院の佐伯啓思教授による特別講演「日本経済：その混迷をもたらしたもの」と、慶応義塾大学大学院の田中　滋教授による「国民の安心を支える社会保障」、慶応義塾大学の金子勝教授による「社会保障・税一体改革：何が必要なのか」、慶応義塾大学の土居丈朗教授による「医療保険財政を持続可能にするために」の講演 3 題が行われ、4 氏と横倉義武日本医師会長によるパネルディスカッションが行われた。（小田、吉本、濱本、河村、藤本、中村）

20　地域医療対策委員会（3 月 7 日）

「徳山中央病院における特例による増床」について協議した。（弘山）

21 広報委員会（3 月 7 日）

会報主要記事掲載予定 (4 ～ 8 月号) 、緑陰随筆、25 年度の県民公開講座及びフォトコンテスト、tys「スパ特」のテーマ等について協議した。（林）

22 会員の入退会異動

入会 2 件、退会 12 件、異動 10 件。（3 月 1 日現在会員数：1 号 1,303 名、2 号 951 名、3 号 436 名、合計 2,690 名）

理事会　第 24 回

3 月 21 日　午後 5 時～ 8 時 6 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・田中・山縣各常任理事、武藤・沖中・加藤・藤本・香田・今村・中村・清水各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

1　平成 25 年度予算について

4 月 1 日から一般社団法人へ移行することに伴い、継続事業では認められないものについては法人会計に移行し、受け皿を明確にした予算編成が最終決定された。

2　平成 25 年度組織体制について

3 月 31 日付け退職者 3 名、4 月 1 日付け採用者 2 名が承認された。平成 25 年度の組織体制及び事務分掌等については、平成 25 年度第 1 回理事会で報告の予定。

3　5 疾病及び在宅医療に係る医療機関リストについて

次期 (第 6 次) 山口県保健医療計画に掲載される 5 疾病及び在宅医療の医療連携体制について、各医療機関の医療機能調査結果による医療機関リスト作成について協議、了承した。

4　NPO 法人山口県難治性血管奇形相互支援会相談役について

NPO 法人山口県難治性血管奇形相互支援会の有富　健理事長から支援会の相談役への就任依頼があり、その取扱いについて協議した。協議の結果、特定の難病についてのみ山口県医師会が対応することは困難なため、主旨に賛同する医師が個人的に協力することとなった。

5　第 23 回全国病児保育研究大会協賛のお願い

本年、7 月 14 日 (日) ～ 15 日 (月・祝) 、宇部市にて開催。会頭 鈴木英太郎先生。大会事務局より協賛依頼があり、対応について協議の結果、助成することを決定。

報告事項

1　山口呼吸器フェローシップセミナー世話人会（2 月 27 日）

第 3 回研修会報告及び第 4 回研修会実施計画について協議した。費用の確保と広報の必要性が指摘された。（萬）

2　個別指導「新規」（2 月 28 日）

診療所 8 機関について実施され立ち会った。（萬、清水、加藤）

3　山口県看護教員養成講習会閉講式（2 月 28 日）

昨年 6 月から実施されていた講習会の閉講式が、山口県立大学で開催された。修了者 32 名 (このうち、医師会立看護学校関係者 7 名) 。（今村）

4　第 46 回臨床検査精度管理調査報告会（3 月 1 日）

日医が実施した第 46 回臨床検査精度管理調査の結果について、検討委員会委員から報告があった。（今村）

5　山口県社会福祉協議会第 2 回地域福祉推進委員会（3 月 4 日）

「第 4 次福祉の輪づくり運動県域活動計画」の中間見直しの最終案、本年度から設置の地域福祉課題提言部会の提言書について協議した。（今村）

6　日医女性医師支援事業連絡協議会（2 月 22 日）

6 ブロック（北海道・東北、関東甲信越・東京、中部、近畿、中国四国、九州）8 道府県医師会（北海道、群馬県、富山県、石川県、福井県、大阪府、徳島県、沖縄県）から、「女性医師支援センター事業ブロック別会議開催報告」として、各ブロックの特徴的・先進的取り組みが紹介された。その後、質疑応答と活発な意見交換が行われた。（今村）

7　小児救急医療対策協議会（3 月 7 日）

小児救急医療電話相談事業報告が、山口県及び小児科医会から行われた。次年度小児救急に関する事業計画、県内の小児救急医療体制の現状と今後の対応について協議した。（弘山）

8　産業廃棄物処理施設における作業環境管理研修会（3 月 7 日）

山陽小野田市において、「産業廃棄物処理施設における作業環境管理」（宇部興産 (株) 環境安全部健康管理センター健康管理室・塩田直樹氏）についての講演及び共英製鋼 (株) の施設見学等を実施した。参加者 37 名。（香田）

9　山口産業保健推進センター第 2 回運営協議会（3 月 7 日）

平成 24 年度事業報告、産業保健推進センター事業、25 年度事業計画 (案) について協議した。（小田）

10　山口県国民健康保険団体連合会保健活動推進委員会（3 月 7 日）

新・国保 3％推進運動の取組み、平成 24 年度保健事業の実施状況や新年度保健事業 (案) について協議した。（山縣）

11　個別指導「宇部地区」（3 月 7 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。

（萬、清水、加藤）

12　第 2 回山口県准看護師試験委員会（3 月 7 日）

平成 24 年度の准看護師試験の提出問題等について協議及び EPA に基づく外国人看護師候補者の状況について報告が行われた。（田中）

13　第 2 回日医 2020.30 推進懇話会（3 月 7 日）

「消費税」について三上裕司常任理事、「チーム医療」について藤川謙二常任理事、「専門医、感染症」について小森　貴常任理事がそれぞれ説明した後、質疑応答を行った。（今村）

14　第 4 回日医地域医療対策委員会（3 月 8 日）

諮問「地域医師会を中心とした在宅医療の推進について～特に病診連携の観点から～」に関して、答申に向けて議論した。（弘山）

15　主治医意見書記載のための主治医研修会（3 月 9 日）

「地域包括ケアの推進について」（山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班　西村明弘主査）及び「認知症など老年期精神障害とそれに基づいた生活障害を適切に診断・評価するために」（山口県立こころの医療センター　兼行浩史院長）の講演等が行われた。（藤本）

16　重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) 研修会（3 月 9 日）

県内の医療関係者等に重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) に関する知識を深めてもらうため、県・県医師会主催で研修会を開催。会場は県立大学看護キャンパス。出席者 165 名（医師 55 名）。（山縣）

17　保育サポーター研修会（3 月 10 日）

保育サポーターバンクの内容についての説明及びかねはら小児科医院の金原洋治院長による講演「そうだったのか！子どもの病気・子育て」が行われた。その後、保育サポーターとの懇談会が行われ、

支援体制等について意見交換を行った。（今村）

18　勤務医部会市民公開講座（3 月 10 日）

「かかりつけ医と病院の上手な使い分け」をメインテーマに周南市で行われた。基調講演として、山口県立総合医療センター院長の前川剛志先生による「診療所と病院の使い分け」のあと、病院、診療所、消防本部それぞれの立場の 5 人のパネリストでパネルディスカッションが行われた。（田中）

19　山口県医療保険関係団体連絡協議会（3 月 11 日）

健康保険組合連合会山口連合会の引受で開催。各団体 (機関) の現状、懸案事項等の報告及び「向精神薬の多量（複数施設）投与患者について」等の 2 議題について協議を行った。（萬）

20　周南地区糖尿病診療研修会・症例検討会（3 月 12 日）、宇部・小野田地区糖尿病診療研修会・症例検討会（3 月 15 日）

地域医療再生基金の医療連携機関ネットワーク促進事業として、顔の見える関係づくりを推進するため、今年度、県内 3 か所 (下関、周南、宇部・小野田地区) で糖尿病の症例検討会を開催した。（田中・沖中）

21　山口県健康福祉財団第 1 回理事会（3 月 12 日）

2 月 1 日付けで公益財団法人に移行したことにより、移行後の 2 か月分の事業計画・収支予算 (案)、退職共済制度の一部改正、平成 25 年度事業計画・収支予算 (案) 等について審議した。（事務局長）

22　山口県看護協会との懇談会（3 月 13 日）

地域包括ケアの推進について及び山口県内医師会立看護学校の現状等について協議を行った。（田中）

23　第 2 回山口県医療審議会（3 月 13 日）

医療法人部会及び保健医療計画部会の協議事項について審議した。（小田）

24　郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会（3 月 14 日）

平成 24 年度受付の事故報告、未然報告及び窓口相談事例について報告。また、各医療機関の窓口等で発生している患者とのトラブル事例の研究報告を行った。（加藤）

25　医療基本法 (仮称) の制定に向けての説明会（3 月 14 日）

日本医師会の今村定臣常任理事による「医療基本法の制定に向けた具体的提言について」の講演及び質疑応答が行われた。（加藤）

26　都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会（3 月 14 日）

小森　貴常任理事より生涯教育関連事項の報告、倉本　秋生涯教育推進委員長より委員会報告として、会長諮問「日医生涯教育制度と専門医制度について」に対するこれまでの検討内容及びこれからの予定の説明があった。その後、田原克志厚生労働省医政局医事課長が、「専門医の在り方に関する検討会」の概況について説明した。協議では、事前に都道府県医師会から寄せられた質問の回答、フロアとの質疑応答が行われた。（河村）

27　山口県地域・職域連携推進委員会（3 月 14 日）

「健康やまぐち 21 計画」の 12 分野において地域保健と職域保健が互いに連携することを目的に設置されている。健診受診率の向上への取り組みや関係機関における取り組みについて協議した。（山縣）

28　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「子宮がん部会」（3 月 15 日）

山口県のがんの実情報告、平成 23 年度の市町がん検診の実施状況、実施内容、妊婦健康診査における「子宮がん検診」に関する調査について協議した。（藤野）

29　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 77 回苦情解決部会（3 月 15 日）

平成 24 年度の福祉サービスの苦情相談状況について協議した。（今村）

30　都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会（3 月 15 日）

日医総研の江口成美主席研究員による医師会立

看護学校における看護学生の喫煙に関する現状調査報告の後、看護職員を巡る最近の動向について、厚生労働省医政局看護課の岩澤和子課長、日本赤十字看護大学の川嶋みどり名誉教授、日本医師会藤川謙二常任理事の講演と意見交換、諸問題に関する協議が行われた。（田中）

31　岩国医療センター及び附属岩国看護学校竣工記念式典（3 月 16 日）

来賓として式典に出席した。（小田）

32　第 20 回核戦争防止国際医師会議 (IPPNW) 世界大会報告会（3 月 16 日）

8 月 24 日から 26 日に開催された世界大会の報告があった。（小田）

33　第 56 回体験学習「耳鼻咽喉科」（3 月 17 日）

「日常診療に役立つ睡眠時無呼吸症候群の診かた」をテーマに山口大学医学部耳鼻咽喉科学教室の講師による講演と実習が行われた。参加者 13 名。（沖中）

34　第 1 回日本医師会在宅医療支援フォーラム（3 月 17 日）

東京大学高齢社会総合研究機構の辻　哲夫特任教授による基調講演「超高齢社会のまちづくり～柏プロジェクトを中心に～」と、報告２題が行われた。午後からは、「都道府県医師会や地域医師会で核になるリーダーの育成を考える」をテーマとしたパネルディスカッションで８名のパネリストが事例報告等を行った後、質疑応答が行われた。（藤本）

35　特別養護老人ホーム灘海園移転新築工事竣工式（3 月 18 日）

社会福祉法人山口県社会福祉事業団が経営する「灘海園」の竣工式に、事業団理事として出席した。（小田）

36　公益財団法人山口県暴力追放運動推進センター臨時評議員会（3 月 18 日）

平成 25 年度事業計画・収支予算 (案) 、定款の一部改正 (案) 等について審議した。（事務局長）

37　山口県老人クラブ連合会との懇談会（3 月 19 日）

医療をめぐる状況、地域包括ケア、柔道整復・鍼灸・マッサージを受ける場合の注意事項等について協議した。（河村）

38　中国四国地区医師臨床研修病院合同説明会（3 月 20 日）

山口県からは 11 病院のブースが設置され、10 大学 74 名の新 5 年生の参加があった。（田中）

医師国保理事会　第 19 回

1　中国四国医師国保組合打合会について（3月8日）

次期全医連国保問題検討委員会委員と全協調査委員会委員を選任した。（小田）

2　全協第 60 回通常総会について（3 月 8 日）

平成 25 年度事業計画、会費、予算等について審議、議決した。（小田）

3　第 2 期特定健康診査等実施計画について

平成 25 年度から 29 年度までの 5 か年の第 2 期実施計画について協議し、概要を「平成 25 年度版医師国保のしおり」に掲載することを了承した。

4　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

山福株式会社取締役会

出席者：取締役８名、監査役２名

1　期末決算日程等について

原案どおり承認された。

2　取締役任期満了に伴う選任について

原案どおり承認された。

女性医師
リレーエッセイ

転　機

下関市　安岡病院　　楠美　由紀

誰しも、生きていると、転機は幾つか訪れるものだと思うが、私にとっては、昨年が正にそうであった。それまでに経験したことのない二つの大きな転機を迎え、日常生活が一変した。

一つは、急性期病院から慢性期病院へ移動したことだ。

急性期病院の消化器内科に属していたため、そこそこ忙しかったのではないかと思われる（こういう言い方になるのは、私より、多忙な先生方は沢山いらっしゃるからだ）。患者への対応も機械的になることがしばしばあった。毎日が、病院と家の往復で過ぎた。・・・いや、時間がなかったわけではない。時間があっても、根が怠け者の自分は、自分の時間を作り出そうとしていなかった。

それが、慢性期病院に移ると、比較的時間のゆとりが出てき、必然的に色々と考えさせられることが多くなった。個々の患者のこと、その病態や背景のこと、病院の問題点、今まではみえてこなかった急性期病院との関わり、これまでの自分の生き方等々・・・。

身体的には楽にはなったが、精神的には良くも悪くも重くなった印象だ。

もう一つは、この年（アラフォーです）でご縁を頂き、相棒を得たことだ。

この相棒の出現で、私は、至極まともな人間らしい生活が送れる様になった。

それまでの私の生活というのはひどいものだったのだ・・・。恥ずかしいので、あまり詳細には書けないが、「忙しい」のにかこつけて、実際はそうでないときでも、自分のことは殆ど何もしてこなかった。例えば、食事は三食コンビニであったし、部屋は人などとても入れられない有様であったし・・・。それが、まともに起床して、朝食をつくり、仕事から帰って来て夕食をつくり（食事の内容はともかく）、後片づけをして、という当たり前の生活を送れている。

これには、私自身も、私を知る周囲の人間も、大いに驚いた。人間は、幾つになっても変わることができるんだね～、と感心しきりに言われることが、ちょっぴりうれしい様な残念な様な、複雑な心もちだ。

また、以前の私は、自分は家族以外の他人と24時間以上一緒にいるのは不可能なのではないか、と思っていた。何故か、昔から、対人関係にのみ神経質な部分があり、過剰に気を遣って、相手も自分も疲れてしまうことが多々あった。だから、一緒に暮らすのは怖かったのだが、正に、案ずるより産むが易し、であった。相棒は、実に淡々としていて、少々のことは気にかけない（良くも悪くも）。気を遣うのも何だかばかばかしくなってくるのだ。

勿論、良いことばかりではない。40+α年以上別々に過ごしてきたのだ、一緒に生活してみて初めて知る、そして驚くことが沢山ある。例えば、私が一緒に食べようと思って買ってきたプリン

を、2 個とも食べてしまったときなど、心底驚いた。何のために、2 個なのか、そこは考えないらしい（そこが不思議でならない）。例えば、洗濯機の使い方:洗剤を入れる場所があるのを知らず、ドアを開けて洗濯物に直接ふりかけていた。例えば、花に対する無知ぶり：彼岸花、コスモスの実物を知らなかった。きれいだけどあれ何？、と言われたときは本当に驚いた。例えば、・・・まだまだありますが、ここら辺で止めておきます。

こんな風に、この一年は、私の中で、怒涛の様に過ぎていった。しかし、最終的に、それまで嫌だと思っていた自分と少しだがサヨナラすることができて、うれしく思っている。

これも、私を支えてくれる周囲の人々のおかげだ。転機というものは、うれしいこともそうでないことも同時にやってくることが多いのではないかと思うが、それを迎え入れるには、周囲の人々の支えも必要だ。人は、知らず知らずの内に、支えたり、支えられたりして、それぞれの転機を迎え、そうして一生を過ごしていくのだなあ、と今実感している。私も、誰かの支えになっていけたら、うれしいと思う。

私の周囲の人々､前任地（済生会下関総合病院）のお世話になった先生方、看護師さん、今の病院の先生方、看護師さん、介護士さん、療法士さん、薬剤師さん、相談員さん、栄養士さん、課題や癒しをくれる患者さん、両親、弟、友達、そして、最近、お腹が出てきた相棒に、感謝している。

次は宇部市の南園クリニックの南園宗子先生にお願い致します。

日医 FAX ニュース

2013 年（平成 25 年）3 月 29 日　2235 号
- 地域支援病院、制度と報酬の見直しを
- 全医師が日医へ加入を
- OTC ネット販売議論、論点整理へ
- 未収金額が増加に反転、日病調査で
- 19 年ぶりの腰痛指針、改訂へ取りまとめ

2013 年（平成 25 年）3 月 26 日　2234 号
- 住民生活支える医師 5 人を顕彰
- 診療関連死全件を第三者機関へ報告
- 8%時の対応、「基金方式」に反対
- 予防接種法改正案、全会一致で可決
- 医師国試、合格率は微減の 89.8%

2013 年（平成 25 年) 3 月 19 日　2233 号
- 「国益に反するなら撤退を」
- 「高額投資」の制度化、「反対」強く
- 准看の新人研修で到達目標試案
- 70 ～ 74 歳、高額療養費限度額も据え置き
- 延命治療を望まない意見が多数

2013 年（平成 25 年）3 月 15 日　2232 号
- TPP で公的保険の範囲縮小を懸念
- 在院日数短縮や亜急性期で問題意識
- 医学部新設「慎重な対応を」
- NIPT 実施のための指針を公表
- 被災者支援活動で厚労相が感謝状

2013 年（平成 25 年）3 月 12 日　2231 号
- 「新専門医」17 年度開始へ、最終報告案
- 被災地の医療復興について新たな提案
- 地域医療支援病院の見直し求める
- TPP 交渉参加に現時点では反対
- 処方箋の電子化実現へ、報告書案了承

2013 年（平成 25 年）3 月 8 日　2230 号
- 「国民の安全」「皆保険堅持」が基準
- 国民皆保険「揺るがすことは絶対ない」
- 震災後 2 年、「復興はスローテンポ」
- 日慢協調査、介護施設で機能分化進む

2013 年（平成 25 年）3 月 5 日　2229 号
- 偏在解消策こそ「復興のシンボル」
- 予防接種法改正案を提出
- 7 割が「地域支援病院制度、見直すべき」
- 薬局の後発品調剤率は増加
- 「バイオ・バンクに言及を」

2013 年（平成 25 年) 3 月 1 日　2228 号
- TPP 参加には皆保険堅持が不可欠
- 番号制度「医療分野の環境整備が必要」
- 子ども予防接種週間を実施
- 在宅自己注射の対象薬剤を追加
- 自覚症状なしは、悪性新生物が最多

『論語』首章を再読する

飄風々

広報委員

吉岡 達生

『論語』首章とは、学而第一の第一章である。孔子が、学ぶことの喜びをいう。

［書き下し文］

子曰く、「学びて時に之を習ふ、亦た説ばしからずや。朋あり、遠方より来たる、亦た楽しからずや。人知らずして慍らず、亦た君子ならずや」と。

［原文］

子曰、学而時習之、不亦説乎、有朋自遠方来、不亦楽乎、人不知而不慍、不亦君子乎、

［口語訳］

先生は言われた。「学んだことを然るべきときに復習するのは、喜ばしいことではないか。勉強仲間が遠方から来てくれるのは、楽しいことではないか。人から認められなくとも腹をたてない。それこそ君子ではないか」と。

［注釈］

学：荻生徂徠『論語徴』によると、「学ぶ」とは先王の道を学ぶことである。つまり先王の教えとしての「詩書礼楽」を学ぶことである。

而：「学而・・・」は順接であり、「人不知而・・・」は逆接で「シカレドモ」の意である。

時（時に）：吉川幸次郎『論語』によると、「時どき・時おり」occasionallyの意ではなく、「然るべき時・機会あるごとに」timelyの意である。/宮崎市定『論語の新しい読み方』によると、「定期的に・時間を決めて・日時を定めて」regularlyの意である。/朱子『論語集注』（新注）は「時時」（謝氏の説）で、「つねに・いつも」alwaysの意である。

習：繰り返し、反復すること。新注に「重習」（程子の説）とある。

不亦～乎：1．詠嘆な語気を示し、相手の同意・共感を求める句法である。「なんと（ほんとうに）～ではないか」と訳す。2．まれに確認・推測の用法として「やはり～ではなかろうか」の意もある。ここは、前者である。

説：悦「よろこぶ」。古代では、「説」の字は、「セツ」と読む「説明」の意と、「エツ」と読む「喜ぶ」意との両様に使われていた。後世になって喜ぶ意には「悦」の字が作られた。

有朋・・・来：兼語式で、「有」がV、「朋」はS/S'、「来」がV'である。大きく二通りの読み方がある。1．「朋あり・・・来たる」の読みで、後藤芝山の後藤点（江戸中期）である。2．「朋遠方より来る有り」の読みで、古点や林羅山の道春点（江戸初期）である。

慍：後漢の鄭玄の注は、「怨」（うらむ）の意で、「不慍」は「慍みず」と読む。三国・魏の何晏『論語集解』（古注）は、「怒」（いかる・いきどほる）と読む。

君子：『論語』の中で二種類の意味がある。1．教養があり人格のすぐれた人、2．地位・身分の高い人である。ここは、前者の意味である。

［英訳例］

The Master said, “Is it not a pleasure,having learned something,to try it out at due intervals? Is it not a joy to have friends come from afar? Is it not gentlemanly not to take offence when others fail to appreciate your abilities?” (Confucius,The Analects, translated by D.C.Lau,Penguin Classics,1979)

お知らせ・ご案内

第 48 回山口県医師会ゴルフ大会

と　き　平成 25 年 10 月 27 日 (日)
ところ　宇部 72CC 万年池西コース
※ 7 月頃に詳細を再度広告いたします。
引　受　山口市医師会

山口市医師会長　吉野　文雄
大会実行委員長　田中　　宏

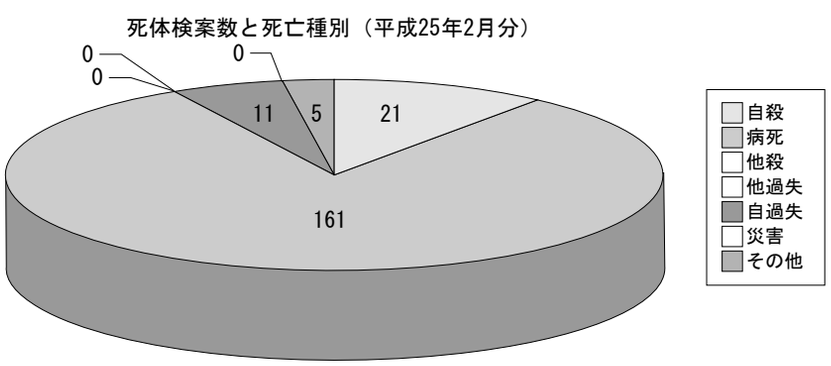
会員の声コーナー　募集中

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。
字数：1,500 字程度
1）文章にはタイトルを付けてください。
2）送付方法：① E-mail
②フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）
3）編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。
4）他誌に未発表のものに限ります。
メール・送付先：山口県医師会広報情報課
〒 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

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
Feb-13	21	161	0	0	11	0	5	198



転載

随筆

ワクチンギャップが埋まってきた。

山口労災病院小児科　田代　紀陸

(小野田市医師会報　第 118 号　平成 25 年 1 月発行　より)

日本の医療水準は世界でも最高レベルであると多くの国民が思っています。しかし、こと予防接種については、つい最近まで欧米の先進諸国には遠く及ばず、アフリカ諸国いや北朝鮮レベル、すなわち世界最低レベルでした。

私が医者になった当時 (1987 年) は、日本の予防接種のレベルは世界標準レベルでした。振り返ってみると、それから新しく定期予防接種に加えられたワクチンは、最近までありませんでした。その間に、大きなワクチンギャップが生じてしまったのです。

新しいワクチンが導入されなかった一番大きな理由は、1988 年に導入された新三種混合ワクチン (麻疹、流行性耳下腺炎、風疹の MMR) の失敗です。この不備なワクチンのために、ムンプスによる無菌性髄膜炎患者が多数出てしまい、結局 1993 年に中止されました。裁判で国の監督責任があるとされ、その後の新しいワクチンの認可に大きな影響があったと思われます。またワクチン接種による稀な合併症ですら、マスコミに過度に強調されて報道され、わが国では、ワクチンによる国民の不信感が他の国より強くなっています。

しかし、ここ数年急に新しいワクチンが承認されるようになりました。

これまで、国産のワクチンしか承認されていなかったのですが、外国産の細菌性髄膜炎ワクチンであるヒブ (インフルエンザ菌 type b) ワクチンが、アメリカの 20 年遅れで 2008 年に、7 価肺炎球菌ワクチンがアメリカの 10 年遅れで 2010 年に、わが国で発売されました。子宮頸がん予防のヒトパピローマウイルスワクチンも 2009 年に承認されました。この 3 つのワクチンは当初、任意接種で高額でしたが、2010 年 11 月から「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業」として、公費負担で無料で接種できるようになりました。また来年度は、定期予防接種となる予定です。

任意接種ですが、ロタウイルスワクチンが 2011 年に発売されました。定期接種では、この秋、ポリオワクチンが、経口生ワクチンから不活化ワクチンの皮下注射となり、さらに 3 種混合ワクチン (DPT ワクチン) が、不活化ポリオを加えた 4 種混合ワクチン (DPT-IPV) になり、欧米とのワクチンギャップが急に埋まってきています。この流れで、ムンプスワクチン、水痘ワクチン、B 型肝炎ワクチン、また 13 価肺炎球菌ワクチンや、4 種混合を超えた 5 種混合ワクチン等も定期接種になって欲しいと願います。

しかし、マスコミの報道姿勢には本当に呆れてしまいます。これだけ多くのワクチンが打てるようになると、接種スケジュールを早く進めていくには、どうしても同時接種をする必要があります。世界中で行われていたことです。これまで日本では、打てるワクチンが少なかったので、同時接種する必要がなかっただけです。ヒブワクチンと肺

転載

炎球菌ワクチンの同時接種が始まったころに、同時接種後に乳児が死亡したと、あたかも同時接種のせいで死亡したかのように報道がありました。これは後に、因果関係がないと厚労省が発表しています。また最近では、日本脳炎ワクチン接種直後に 10 歳の少年が死亡した時に、接種した医院名と医師名が公表されました。またワクチンのせいで死亡したような報道でしたが、この児は基礎疾患があって、突然死の可能性がある併用禁忌の薬剤を服用していたことが後にわかりました。でも、その報道はほとんどなく、一般の人にはワクチンが危険であるという意識を植え付け、不安にするだけです。せっかくワクチンギャップが埋まって来ているのに、マスコミの報道姿勢は変わりません。ワクチンによって個人そして社会を守ることができること、ワクチンギャップによってこれまでどのくらいの損失が生じているかということを公平に報道して欲しい。先進国では、細菌性髄膜炎は過去の病気になっているのです。

あとこれだけ円高で日本が困っているのに、輸入ワクチンの高いこと。最も高い子宮頸がんワクチンは 12,000 円以上、一番安い不活化ポリオワクチンでも 6,000 円弱します。日本の基準に合わせるのにコストがかかるとメーカーは言うけれど、これだけ高かったら、世界中で接種はできないだろうと思います。足元見て、高く売りつけられているように感じます。

子どもの数が減っているとはいえ、これだけのワクチン (しかも高額) を公費負担するとなると、財源の確保が大変です。個人的には、こども手当を止めて、現物支給の一環として予防接種費用を補助するのがいいと思います。そして市町村は、乳幼児の医療費の無料化を止めて予防接種に費用を回して欲しい。タダはいけません。不要不急な夜間休日の受診の多いこと。時間内受診でも、ドクターショッピングの多いこと。無駄な受診が目につきます。少しは自己負担があってもいいと思います。

ひとりよがりの意見をだらだらと書いてきましたが、この先少子高齢化はどんどん進んで行きます。少ない子どもだからこそ、大切に育てていかなければなりません。わが国の予防接種システムを世界最高レベルにして、子どもたちを可能な限り病気から守ってあげたいと強く願います。

○転載の推薦コメント○

日本のワクチン行政の問題点が分かりやすく説明され、事情が分かっている小児科以外の一般臨床医にも読んでいただきたいと思い、推薦いたしました。ごく稀におこる副作用をことさら大問題とし、全体の福祉をないがしろにし、結局、自身にも他人（他国も含め）にも迷惑をかけてしまう構図、副作用に幾倍も優る効果を説明し副作用が起こったときにはきちんとした補償が迅速にとられることをはっきりと説明する責任をとってこなかったつけみたいな問題を感じました。

［理事　加藤　智栄］

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。

吉村明人氏　光市医師会　3月18日　享年77

山口県ドクターバンク

最新情報は当会HPにて

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　1件　求職情報　0件

編集後記

今年も桜の季節がやってきました。職場にも大勢の新入職員を迎え、真新しい白衣に身を包み、病院全体が華やいだ雰囲気となりました。毎年この時期は、オリエンテーションも大変なのですが、やはりこちらの心も浮き立ちます（歓迎会が多いためではありません）。

NHK大河ドラマ、“八重の桜”も好評のようです。“この時代、咲いてみようじゃないの”、素敵なセリフですね。是非、新人の皆さまにも大輪の華を咲かせていただきたいと切に願います。

桜といえば、ワシントンが桜の木を切った話を幼いころに聞かされて以来、嘘をつくことはいけないと条件反射のように行動して参りました（とくに家内の前では・・・）。アメリカ合衆国の初代大統領となったワシントンは6歳のとき、父親が大事にしていた桜の木を切ってしまいました。「誰がやった？」と怒る父親に、彼は「ぼくが切りました」と正直に謝ったということです。この“ワシントンの桜”のエピソードは、世界中に知られた話ですが、実は全くの作り話です。これほど、世の中（の単純な人種）に影響力を及ぼした作り話があるでしょうか。

作り話としては、これまでの各政党のマニフェストが有名ですが、作り話で終わらせないためにも“マニフェストの事後検証の実質化”が求められるのではないでしょうか。

（常任理事　林　弘人）

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（会員は会費に含む）

■ ホームページ　http://www.yamaguchi.med.or.jp
■ E-mail　info@yamaguchi.med.or.jp