

山口県医師会報

2013
平成 25 年
9 月号
No.1837



分けいっても青 渡邊恵幸 撮

Topics

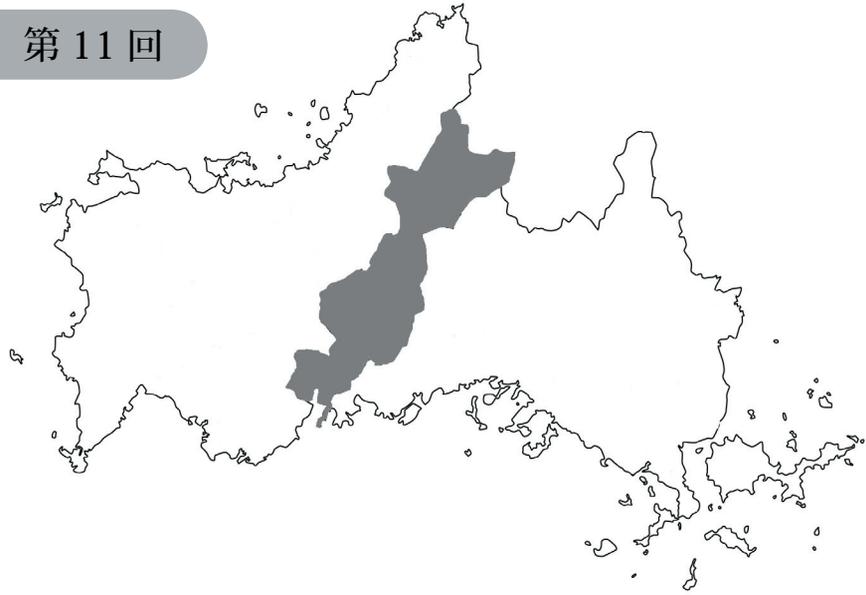
顕彰
郡市医師会長会議

Contents

- 都市医師会めぐり「第 11 回 山口市医師会」 683
- フレッシュマンコーナー「研修医 2 年目を迎えて」 森 侑治 687
- Medical Topics「平成 25 年度集団指導」 萬 忠雄 688
- 日医 FAX ニュース 689
- 今月の視点「思考停止」 田中豊秋 690
- 平成 25 年度 第 1 回医師国保通常組合会 692
- 第 9 回男女共同参画フォーラム 今村孝子、田村博子 704
- 平成 25 年度山口県小児救急医療電話相談事業研修会 河村一郎 713
- 平成 25 年度都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会 山縣三紀 716
- 第 71 回山口県医謡大会 野瀬橘子 724
- 第 1 回日本医師会 在宅医リーダー研修会 弘山直滋、藤本俊文 726
- 平成 25 年度 山口県医師会警察医会総会 松井 健 732
- 第 128 回山口県医師会生涯研修セミナー
..... 福田信二、小林元壯、沖中芳彦、飴山 晶 742
- 第 38 回山口県下 医師会立看護学院（校）対抗
バレーボール大会 河野通裕 752
- 平成 25 年度第 1 回都市医師会地域医療担当理事協議会 弘山直滋 754
- 県医師会の動き 濱本史明 756
- 理事会報告（第 9 回、第 10 回） 758
- 女性医師リレーエッセイ「母のこと」 田中屋真智子 762
- 飄々「猛暑」 川野豊一 765
- お知らせ・ご案内 766
- 編集後記 沖中芳彦 768

郡市医師会めぐり 第 11 回

山口市医師会



山口市の沿革

現在の山口市は、南北朝時代に大内弘世が大内氏の本拠としたことに始まる。平安時代、周防国衙の在庁官人として力をつけ、鎌倉時代には幕府の御家人として在京した大内氏一族が、南北朝期に守護となり周防国を権限掌握した。大内氏は、戦国期のはじめ（15世紀半ば）頃には、現在の山口市大殿地区に最大で2町四方とされる広大な館（守護所）を構えた。また、家臣を中心に館周辺への集住政策を進めた結果、大規模な都市的空間が形成された。ことに応仁の乱後、京都が荒廃したため、大内氏を頼って山口に下向、滞在する公家や五山の禅僧、文人も多く、彼らのもたらした都の文化は山口を中心とする大内氏の領国の文化に大きな刺激を与え、山口は「西の都」とうたわれる繁栄をしめた。

大内氏最後の当主義隆は、都の伝統的文化に耽溺した貴族的武将として知られ、彼に象徴される王朝文化の影響が大内文化の特徴のひとつとされる。当時、朝鮮・明との貿易は公許貿易であったが、大内氏は主導権を握り、書籍・高麗版大蔵経など多くの文物がもたらされた。また、イエズス会の宣教師フランシスコ・ザビエルの布教も、はじめてのヨーロッパ文化との出会いの意味で鮮烈なインパクトを大内文化に与えた。

天文20年（1551年）の陶隆房らのクーデターにより大内氏が滅亡した後、大内氏の領国は、戦国大名毛利氏の支配下となった。関ヶ原の戦い後、領国を周防・長門の二国に削減された毛利氏は、日本海側の萩へ本城を構えたが、幕末の文久3年（1863年）、列強からの侵攻に備えるため、藩主毛利敬親は藩庁を萩から山口へと移した。このため、山口は再び行政の中心地となった。明治維新後、藩庁を引き続き県庁として使用することとなり、山口は、政治・行政・文化に特化した都市となった。このように行政等に特化した県庁所在地は国内の他府県には存在しないとされる。



藩庁門（毛利敬親により山口市に移転された藩庁の正門）

昭和 4 年に実施された山口町と吉敷村との合併により、山口市が誕生した。その後も断続的に合併が進められ、平成 17 年、山口市、吉敷郡小郡町・秋穂町・阿知須町、佐波郡徳地町の 1 市 4 町による合併、また、平成 22 年、山口市、阿武郡阿東町による合併、いわゆる平成の大合併により、人口約 19 万 5,000 人に達する山口市が誕生し、今日に至っている。

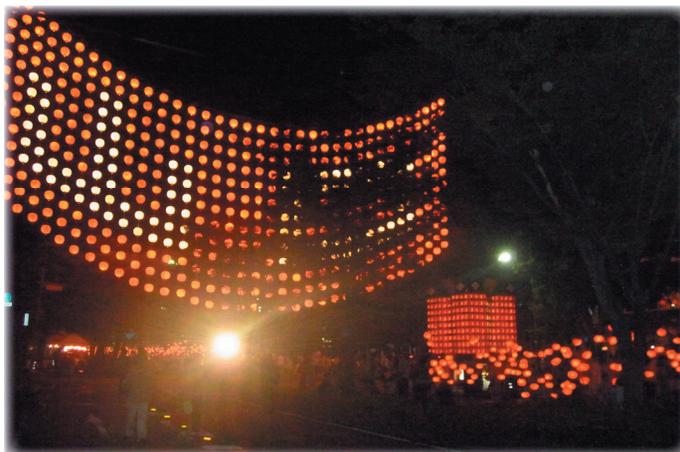
毎年 8 月 6 日・7 日に行われる山口七夕ちょうちんまつりは、中世室町時代の七夕行事として始まり、現在は日本三大火祭りのひとつとされる。また、毎年 7 月 20 日～27 日に行われる山口祇園祭は、応永年間に大内弘世が城下町の要所として京都八坂神社の分霊を勧請し創祀したもので、中日の 24 日には「大内のお殿様」の音頭で市民による踊りが披露される。このほか、山口の祭りには 11 月 15 日～25 日の間に開催される山口天神祭、2 月 28 日の高倉荒神祭がある。

山口の医療 大内時代～大正期

大内義隆は、京都より竹田定慶・定詮父子を本道医として招聘した。また、この頃、義隆は、明国人の張忠が肥前に漂着したとの知らせを受け山口に召し寄せた。張忠は医方に通じており、のちに毛利元就に招かれ、帰化して家来となった。天文 18 年に来朝したフランシスコ・ザビエルは、山口で布教のかたわら施療を行ったとされ、また、パウロという邦人信徒は漢方医で救療事業に協力したとされる。以上が、大内時代の医療に関して特記すべき事項として記録されている。

幕末、藩主毛利敬親が藩庁を萩から山口へと移したことに伴い、当時、長州藩諸隊にあった附属の病院が、山口、高森（玖珂郡）、吉田（厚狭郡）の三か所に集約され、竹田祐伯が鴻城病院総督に任ぜられ 3 病院を監督した。

当時の医学教育機関としては、萩の江向に医学館があったが、慶応 2 年に、山口の下道場門前に移され、山口好生堂と称した。好生堂は、病院を併置し教育と診療を行っていたため、多くの医師も萩より転居し、ここから山口における本格



山口七夕ちょうちんまつり

的な医学活動が始まったとされる。慶応 3 年には、大村益次郎が刑死体の解剖のデモンストレーションを行っている。明治 2 年（1869 年）、新政府は医学教育についてドイツ医学の採用を決めたが、このとき、山口県では、医学教育に加えて病院及び医療行政を総括する部門を医院とし、これに山口好生堂をあてた。明治 4 年の廃藩置県に伴い、山口好生堂の病院は県営となり、明治 7 年には山口市から防府市の三田尻に移った。

明治 14 年（1881 年）頃、山口で 30 名余りの医師が集まり「鴻城医学社」が結成された。明治 16 年（1883 年）には山口県会の決議により、現在の山口日赤の前身である山口県病院が創設され診療が始まった。以後、一時私立に移管された時期もあったが、大正 9 年には日赤山口病院に移管され、日赤山口支部病院と改称し、昭和 26 年の済生会山口総合病院の開設まで、唯一の基幹病院として山口の医療をリードした。

山口の医療 昭和以降

現在の山口市医師会は、昭和 4 年（1929 年）4 月の山口市制施行により、吉敷郡医師会から分離独立し、その歴史が始まった。山口市医師会設立時の会員は 38 名であった。

戦時中は山口県医師会山口支部の時代を経て、昭和 22 年に新生の第一回総会を日赤講堂で開催しており、このときの会員数は 84 名であった。平成 17 年には、阿武郡医師会阿東町管内会員の受け入れが行われ、平成 25 年 7 月現在の会員数は 253 名（1 号会員 110 名、2 号会員 115 名、

3号会員 28名)となっている。

山口市医師会は、昭和 33 年に山口県医師会を防府より誘致した後、県医師会館に同居していたが、昭和 48 年 9 月に湯田に「山口健康管理センター」が落成し、以後は同センターに入居する形となった。同センターの土地は、当初、山口市からの借地であったが、平成 7 年に山口市医師会が山口市から購入した。その後、昭和 54 年に医師会臨床検査部が増築され、同検査部は、現在は株式会社リンテックが使用している。以後、これまで数回の小規模の修繕が行われたが、築 40 年となり、外壁や床にクラックが発生する等の老朽化が著しく耐震性も問題となった。

公益法人制度改革三法の施行に伴い、山口市医師会も平成 24 年度より一般社団法人となったが、これを契機に「将来ビジョン委員会」が設置され、医師会館の移転・新築が検討された。その後、平成 24 年 10 月に現有地で建替えることが決定し、現在、平成 26 年 6 月完成予定の建築計画が進行中である。

山口市の医師会活動は、他の医師会と同様、戦後はまず、国民皆保険の推進、各種予防接種や健診等の保健活動が中心であったが、やがて時代の趨勢とともに、福祉や介護のウエートが高まり、現在に至っている。

この中で特筆される活動は、平成 12 年度の介護保険制度の開始を先取りし、平成 3 年に発足した「山口市地域ケア連絡会議」の諸活動である。高齢化に伴う健康問題について、行政機関、病院、福祉施設等が横断的に連携しあうためのもので、平成 5 年には吉南地区を加えて「山口・吉南地区地域ケア連絡会議」と改称し、現在に至る。地域ケア連絡協議会では、「行政、医療機関、福祉施設などが実施主体となって在宅療養者に対して保健、医療、福祉の各サービスを行うこと」を地域ケアと定義づけ、この連絡会議の目的を「高齢者に対する保健、医療、福祉の各サービスを円滑に供給すること」とする。山口市医師会では、地域ケアに協力できる医師を「地域ケア協力医」として登録し、協力要請があった時に速やかに対応できる体制を整えている。平成 15 年には、地域ケア連絡会議の中に「在宅緩和ケア専門部会」が新たに設けられ、在宅緩和ケアに関わる①保健、



現在の山口市医師会（平成 26 年建て替え予定）

医療、福祉関係機関の連携体制の構築、②研修会の開催、③市民への普及、啓発、情報提供、を目的とした活動も開始された。

山口市の救急医療体制としては、昭和 42 年に日曜・祝日在宅当番医が始まり、以後、昭和 55 年に日曜・祝日の夜間診療、昭和 58 年に土曜の夜間診療、平成 2 年には平日夜間診療が、それぞれ実施された。この間、昭和 55 年に、山口県薬剤師会館（熊野町）内に「山口市休日夜間急病診療所」が開設され、昭和 62 年には糸米に新築移転し、現在に至っている。これらの平日夜間救急医療などへの先進的な取り組みが評価され、山口市医師会は、平成 3 年 9 月に山口県知事表彰、平成 5 年 9 月には厚生大臣表彰を受賞した。二次救急医療体制は、昭和 54 年から、総合病院山口赤十字病院 済生会山口総合病院、昭和 62 年より小郡第一総合病院が加わり、現在 3 病院の輪番制で実施されている。2 次救急患者総数としては、年間約 7,000 人が済生会山口総合病院に、また約 1 万人が山口赤十字病院の救急外来を受診している。

小児救急医療は、近年の小児科医の減少に伴い厳しい状況にある。山口市においても、平成 19 年に山口赤十字病院の小児科常勤医が減少し（4人体制）、済生会山口総合病院では小児科常勤医がいなくなり、時間外の外来と入院を中止する事態となった。このような状況の中、山口市医師会小児科医会では時間外急患対策として、平成 18 年より、土・日の週末準夜帯（19 時～22 時）に小児科専門医による時間外診療を開始した。こ

これは、当初、前述の山口市休日夜間急病診療所内に小児科診察室を併設する形で行われた。一方、小児科医を補佐する形で内科医会も協力して小児診療を行うこととなり、平成 19 年に「小児プライマリケア講習会」が開催されるとともに、週 3 回の内科医による小児科診療が開始された。これらは平成 22 年 11 月まで継続されたが、それ以後は、総合病院山口赤十字病院内に併設される形で山口地域夜間子ども救急センターが開設され、毎日 19 時～22 時まで小児科医による診察が行われるようになり、現在に至っている。昨年の山口地域夜間子ども救急センターの受診者数は、約 4,000 人であった。

山口市医師会と山口市との契約としては、前述の休日・夜間急病診療所の診療業務、在宅当番医制業務、国民健康保険簡易脳ドック事業、国民健康保険人間ドック事業、特定健康診査・特定保健指導委託契約、予防接種法 3 条及び 6 条に基づく予防接種の受託、就学時健診・定期健診・結核健診業務の受託、等が行われている。このほか、平成 23 年 9 月には前立腺がん検診、平成 25 年 5 月には高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用の公費助成が、それぞれ開始された。

平成 12 年に山口県男女共同参画推進条例が施行されたが、その後、山口県医師会、都市医師会内に女性医師部会や男女共同参画部会が設立されている。このような中、山口市医師会においても、平成 22 年に山口市医師会女性医師部会が設立され、毎年、総会の他、定期的な研修会が行われて

いる。会員は山口市医師会会員及び山口市医師会に所属する医療機関に勤務している女性医師で、現在の会員数は 36 名である。

平成 25 年 7 月、日本は環太平洋経済連携協定 (TPP) 交渉に正式参加した。その後の日米 2 国間協議では、米国は公的医療保険制度の変更を求めない方針を示したといわれているが、混合診療解禁についてはいまだ不透明である。増加し続ける医療費や高齢化社会の問題などとも併せ、医療を取り巻く状況は厳しい。今後起こりうる急速な社会の変化にも対応できるよう、柔軟かつ俊敏な医師会運営が望まれる。山口市医師会も他の郡市医師会、県医師会、日医と連携して、これからの難局を乗り切っていきたい。

〔山口市医師会広報担当理事 金谷浩一郎〕

参考文献：

- 『山口市医師会史』 山口市医師会 1968 年
- 『山口市医師会史その二』
山口市医師会 1989 年
- 『山口市医師会史その三』
山口市医師会 2009 年
- 『山口大学医学部の源流－防長二州における医学教育－』中澤淳 山口医学 第 62 巻 第 1 号 5 頁～14 頁 2013 年
- 『やまぐち本』 山口商工会議所やまぐち歴史・文化・自然検定実行委員会 2009 年



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

〈登録無料・秘密厳守〉

フレッシュマンコーナー

研修医 2 年目を迎えて

済生会下関総合病院

研修医 森 侑治

医師になって早いもので、もう 1 年が経ち、季節は秋を迎えようとしています。

私事ながら、この春に娘が生まれ、公私ともに充実した日々を送らせていただいております。

産まれて 3 か月、笑顔を見せたり、少しずつ体重が増え、一日一日成長していく娘の姿を見て思うことは、人の成長は早く、何歳になっても止まらないということです。

私の研修している済生会下関総合病院には、この春、4 人の研修医の先生が入職されました。

4 月には、どこか頼りない表情を浮かべながら一緒に当直に入っていた 1 年目の先生たちが、この数か月で、一人の医師として働いている姿を見かけると、私も 2 年目の先輩として嬉しくもあり、また自分ももっと頑張ろうと身が引き締まる思いです。

さて、最近、様々なところでより良い研修生活を送るにはどうしたら良いか？といった話題を耳にします。

私は、その本人に向上心があれば、何歳になっても、また何処に居ても成長できると思っています。

そして私たち研修医にとって特に大事なことは、知識よりも姿勢ではないかとも思います。

それは、医学を学ぶ姿勢であり、患者に対する姿勢でもあります。

その姿勢を学ぶための大事な要素として環境も挙げられますが、幸いにも、私は互いに切磋琢磨

し、良い意味で刺激し合える仲間と、研修している科にかかわらず親身になって教育して下さる各科の先生方のおかげで、とても充実した研修生活を送らせていただいております。

学ぶ側の姿勢が真摯であれば、必ずそれに応えてくれる。

そんな環境が今の職場にはあります。

研修も残すところあと半年少々となりました。

この 2 年間を終えて振り返った時、良い 2 年間だった、成長できたな、と自信を持って言えるよう、ひたむきに日々研鑽していきます。また、同時に後輩の先生方にも何かを伝えていけるよう共に成長していきたいと思えます。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090

[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

メディカル・トピックス

Medical Topics**平成 25 年度集団指導**

常任理事 萬 忠雄

本年度の集団指導も例年通り、山口県医師会、中国四国厚生局、山口県健康福祉部の三者の共同により開催された。県医師会からの案内は会員の皆様からの希望もあり、昨年度から、以前実施していたように隔年度参加とした。

厚生局の高点数に基づく、集団的個別指導の集団部分の実施は今年度で 3 回目になり、病院 7、診療所 27 の計 34 医療機関に案内があった。出席は年に 2 日開催するうちの都合のよい日のいずれかとなっている。正当な理由なく欠席すると、翌年度の個別指導対象になってしまうことから今年度も出席拒否がないことを祈念している。

ちなみに、山口県での新規個別指導は、今年度より原則として移転及び組織変更は含まれないことになった。

県個別指導は全保険医療機関の概ね 4% を指導対象として該当医療機関が選別される。選考過程はブラックボックスであるが、選定の基本は「情報と再指導」を優先とし、これで 4% に達しないとき、残りを高点数順に選定されることとなっている。今年度は病院 6、診療所 43 の計 49 医療機関の予定である。

該当医療機関の選定理由で怖いのは「情報」である。審査機関からの情報もあるが、近年、職員による内部告発が非常に怖い存在となっている。昨年度も本欄でお話ししたが、一昨年、退職した職員の逆恨み的な内部告発の結果、1 医療機関が監査となり、10 か月間に及ぶ監査が行われた。幸い、最悪の結果にはならなかったが、監査を受けた医療機関関係者の精神的ストレス、立会いをした県及び市医師会の役員の労力は並大抵ではな

かった。職員の退職にあたっては、可能な限り摩擦のないよう対応する必要があると思う。

指導医療官から保険診療に対して、具体的かつ丁寧な指導、説明があったが、これからの保険診療、カルテ記載、レセプト請求の参考にしていただくことを望む。

個別指導には県医師会、あるいは郡市医師会の役員が立会い、不当な指導には可能な限り意見を述べるが、立会いに慣れていない役員の場合もある。指導結果に不服・不満がある時は県医師会に相談していただきたい。指導内容が理不尽な場合は可能な限り善処する。

昨年の 4 月、医療保険と介護保険の同時改定が行われた。団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年には、年間死亡者数が現在の 100 万人から 160 万人になることに対する改定の第一歩とのものであるが、在宅医療ではモラルハザードが危惧される機能強化型在支診に集中的に財源を配分している。入院医療では、大規模病院は前回改定と同様に大幅な増収となっているが、中小病院や診療所ではあいかわらず大変厳しい経営状況におかれている。診療所の再診料は引き下げられたままであり、入院中の患者の他医療機関受診が緩和されたとのことだが、療養病床入院基本料を算定している場合ほとんど緩和されておらず、受診抑制が引き続き起きる可能性ある。入院では、栄養管理実施加算 12 点が廃止され、代わりに入院基本料、特定入院基本料に包括し、11 点引き上げとされたが、結局 1 点の引き下げであり、有床診では管理栄養士の手配ができないと、平成 26 年 4 月には入院基本料の算定ができなくなる。

6 月 23 日に開催された日医代議員会において、有床診の管理栄養士問題の質問に対し、日医は「次回改訂で有床診では包括ではなく、管理栄養士加算とすることを最重要項目としている」と回答したので、来年 3 月の診療報酬改定に期待している。なお、3 月の改定説明会は県下 7 か所の会場で行う予定にしている。

柔道整復・鍼灸及びマッサージの同意書に関しては、昨年度、患者さん向けのポスターを医療機関に配付し、かなりの効果があったようである。今後も同意書交付は「主治の医者に限る」ことを徹底していただくことをお願いしたい。

最後に、昨年度の会計検査院の実地検査で、入所者 150 名未満の指定障害者支援診療所の配置

医師が、入所者の診療において保険請求していた事項が、「平成 24 年 4 月以降算定できなくなった、初診料・再診料・医学管理料を算定している」と指摘され、厚生局から医療機関に対し返還請求が行われた事案が発生した。この件は、6 月 27 日の県医代議員会で質問があり、「厚労省保険局医療課の通知が暗号文的に難解なことが原因であるが、自主返還に応じないと個別指導対象となりうる」等回答している。詳しくは県医師会報平成 25 年 8 月号（第 1836 号）をお読みいただくか、あるいは県医師会事務局にお問い合わせいただきたい。また、施設から嘱託医、あるいは産業医委嘱を依頼された時は、「配置医師ではないか」と必ず確認していただきたい。

日医 FAX ニュース

2013 年（平成 25 年）8 月 30 日 2274 号

- 予定通りの引き上げに賛成
- 財源は必要分を積み上げ方式で
- フリーアクセスの侵害を懸念
- 機能評価係数 II で後発品評価、再浮上
- 在宅医療と介護の連携拠点、制度化へ

2013 年（平成 25 年）8 月 27 日 2273 号

- 消費増税の点検会合、横倉会長が出席
- 国民会議後継組織への参画等を要望
- 羽生田副会長を派遣、TPP で情報収集
- 税制改正要望、自由診療へ軽減税率など
- 共催シンポ、テーマに皆保険や偽造薬
- 地域医療再生基金を継続へ
- 推進枠で医療・介護へのアクセス向上

2013 年（平成 25 年）8 月 23 日 2272 号

- 7 対 1 縮小ありきに懸念
- 7 対 1 の厳格化、中医協総会で火ぶた
- 有床診の栄養管理、各側の意見は平行線
- 「都市部 6 都府県以外」が 4 年連続増

2013 年（平成 25 年）8 月 20 日 2271 号

- 警察医の全国組織、日医主導で発足へ
- レセプトの電子化で注意喚起
- 献血でシャーガス病陽性を初確認
- 介護従事者の不足感が増大
- ベッド操作時の「挟み込み」を注意喚起

2013 年（平成 25 年）8 月 13 日 2270 号

- 「亜急性期」外し病床機能 4 分類
- 医療法改正案は通常国会に提出へ
- 次期改定へ一体改革部分を中間整理
- 民間病院長の平均月給 164 万円
- OTC 販売ルール等を検討へ

2013 年（平成 25 年）8 月 9 日 2269 号

- 「新自由主義の発想から脱却」
- 新専門医の第三者機関、年度内にも創設
- 特定除外廃止、「慎重判断」を追記
- 准看課程、入学倍率は平均 2.8 倍

2013 年（平成 25 年）8 月 6 日 2268 号

- 8% 時の補填、個別項目でも対応を
- 羽生田氏「自分の役割果たしたい」
- 勤務環境改善へ、全国に支援センター
- がん拠点病院の新要件、今秋にも策定へ
- 小児がん患者、65% が大学病院で治療

2013 年（平成 25 年）8 月 2 日 2267 号

- 医療本体への過度な規制緩和を懸念
- 7 対 1 特定除外問題で緊急調査実施
- 特定除外の廃止案、両論併記の方向か
- 産業保健 3 事業一元化、「具体化見守る」

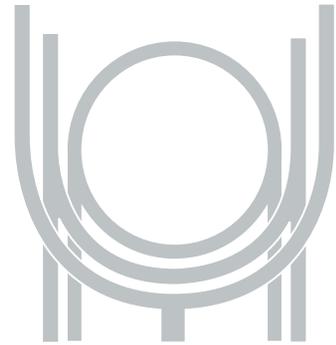
2013 年（平成 25 年）7 月 30 日 2266 号

- 消費増税の判断時期「秋の臨時国会前」
- 次期改定の基本方針へ議論開始
- 米、新薬の特許期間延長を要求か
- 最優先案件候補に「保険外併用療養」
- 男性の平均寿命が過去最高 79.94 年

今月の視点

思考停止

常任理事 田中 豊秋



思考停止には、熱狂型、茫然自失型、サボタージュ型があるように思う。このうち茫然自失型とサボタージュ型は連続して起こることもある。

日本人は、江戸時代の長い平和と文治政治の影響か、陽明学や武士道等の思想に殉じる人々や、尊王攘夷、倒幕、臥薪嘗胆、八紘一宇等のスローガンに流される人々、戦前の天皇を中心とした国粹主義の考え方、戦後の民主主義が絶対であるとの考え方の流れに素直に従っていく人々が多いように思われる。自らの思想に殉じる人は、自らの主義に従う結果なのでそれなりに満足だろう。しかし、彼らのアジテートに踊らされ思考停止に陥っていた人々にとっては、たまったものではないことになる。

明治維新では、維新後に山口、佐賀、そして鹿児島といった維新の原動力となった地方で反乱が起こっている。彼らの多くは尊王攘夷や倒幕という言葉に酔い、思考停止して行動し、その結果得られたものが、考えていたものと異なっていたために反乱を起こしたと思える。これは日本人だけではないようである。ヒトラーの演説はアジテートそのものであり、現在でも彼を崇拜する人々がいる。若い頃「西部戦線異状なし」という有名な映画を見た時に、高校の老教師の生徒たちを煽り立てるスピーチに圧倒された。これらは熱狂型と呼んでよいのではなかろうか。

茫然自失型の代表的な例は、今回の福島第一原

発の事故後の経産省資源エネルギー庁や東京電力の幹部の対応ではなかろうか。有効な解決方法が思いつかず右往左往してしまい、責任を他者に押し付けるような行動をとる。

もう一つ絶対に起こしてはならない思考停止がある。自己過信による思考停止である。思考のサボタージュによって引き起こされるものである。ケネディ大統領の時代、キューバ危機の1年前に行われたピッグス湾侵攻は、大失敗に終わった。ケネディ政権のブレーンはハーバード大学卒業の若手エリートで占められており、自分たちの計画に絶対の自信を持っていたと言われている。しかし、計画は事前に多くのマスコミ関係者やキューバ側に漏れており、米軍の上陸日時や場所、兵力、装備がわかっていたため待ち伏せを受け大敗北を喫した。

また太平洋戦争の時の旧日本陸軍の攻撃にはパターンがあり、決まった曜日の決まった時間に攻撃をしたそうである。だから、米軍はその時に十分な用意をしておけば良かったのである、兵隊は優秀なのに陸軍大学卒の超エリートで構成される指揮官のレベルは低いと米軍指揮官が言っていたという話もある。

アメリカ西海岸で大地震があった時に、ハイウェイの高架が倒れた。当時の建設省や土木工学の専門家たちは、「日本の建築基準は厳しく高速道路の高架橋が倒れたり、落ちたりすることは

ない」と言っていた。しかるに阪神淡路大震災の時の東灘区の映像を覚えておられる方も多いであろう。無残に倒れた高架、崩れ落ちた高架から車体を半分乗り出して止まっているバス。これらは自己過信のもたらした思考停止によるものではなからうか。東日本大震災での福島第一原発のメルトダウン。この時も同じことが言えるのではなからうか。原子力村といわれる学者たち。いろいろな方面から危険性を指摘されていたにもかかわらず、安全と主張してきた。事故の起きた後も軽微な損害で済むようなことを言い続けてきた。過信と思考停止の代表的なものであろう。

これらに共通しているのは、世間から優秀な専門家だといわれている人々が、周囲からの意見を聞くことなく、自己の能力を過信し思考停止に陥っている状態である。何かトラブルが生じた時に、「想定外の出来事」などと言い、何もできなくなる現状である。これに茫然自失型の思考停止が重なってくる。

他の分野のことはこれぐらいにして、われわれの世界を考えてみよう。われわれの仕事は患者さんからは常に万全を求められる。もちろん患者さんやその家族の希望をすべて叶えることはできない。だからこそ謙虚さを失わず、最善を尽くさねばならない。

私自身の事を振り返ってみると、研修医の頃には分からないことだらけで、担当医としての不安が強く、必死に診察し、検査結果を何回も見直していた。分からないことがあると文献検索をし、さらに疑問な点は指導医の先生と検討していた。そのためか概ね問題はなかったように記憶している。

ところが、研修が終わり数年もすると、変な自信がつき、ほとんどの病気とその経過が分かったつもりになり、適当な所で判断し病気に対する謙虚さが失われていった。そのような時に、見落としや急変があったように記憶している。幸いにして大きなトラブルに繋がるものではなかったが、一つ間違えると大変なことになるところであった。原因は先ほども述べたが、自己の能力に対する過信と慣れによる適当なレベルでの検討中止（思考のサボタージュ）、すなわち思考停止で

ある。

私のように、単に己のさぼり心の誘惑に負けてしまう者の場合、「またやってしまった」と切り替えられるが、能力に自信を持っているエリートたちはそのような失敗をあまり経験していないので、自分が失敗をしたことが理解できない。理解するのに時間がかかるようである。さらに茫然自失となり、責任を他者に持っていく者もいる。二重の思考停止である。実際に、治療法の改善や処置を行うどころか、看護師に責任を転嫁し自己正当化を図ることに必死になり看護師と喧嘩を始める者もいた。患者さんにとっては大迷惑であり、有害な主治医である。

このサボタージュによる思考停止や茫然自失型の思考停止は、予防することのできるものである。難しいことではあるが緊張を保ち、真摯に仕事に取り組む。一つの考えに囚われずに患者さんの状態に気を配ることである。そのためには、コメディカルからの情報を素直に聞く習慣をつける必要がある。

われわれ医療職は、自分の健康等について考えるのは当然のことであるが、患者さんのことを第一に考えなければならない。責任を持たなくてはいけない。われわれは患者さんの健康に責任がある。責任を持つということは思考停止に陥ってはならないということである。思考停止に陥らないように常に全力で医療に当たらねばならない。いつも緊張を強いられるのは大変つらいが自らの選んだ職業である。思考のサボタージュにだけは陥らないように心して仕事に邁進しよう。

平成 25 年度 第 1 回医師国保通常組合会

と き 平成 25 年 7 月 18 日 (木) 15:00 ~ 15:45

ところ 山口県医師会 6 階会議室

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 23 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、お暑い中お集まりいただきありがとうございます。

さて、本日は、本年度第 1 回の組合会であり、主に平成 24 年度決算関係についてご審議をお願いすることとしております。

平成 24 年度事業につきましては、山口県医師互助会の廃止に伴い本組合事業の見直しを行い、甲種組合員の先生方の傷病手当金制度の新設や葬祭費支給額の増額を実施いたしましたが、これらを含め、計画どおりに事業を遂行することができました。

また、平成 21 年 12 月に発覚しました全国建設工事業国保組合の無資格加入問題等を受け、厚労省から通知がありました、「組合員資格に関する判定基準」の策定やこれに関する規約の一部改正に

つきましても、昨年 7 月の組合会で議決していただき、本年 1 月 1 日から施行となっております。

なお、この判定基準に基づく「組合員資格確認調査」等を実施いたしましたが、今月末には対象者全員の資格確認が完了する予定となっております。先生方のご協力に感謝申し上げます。

平成 24 年度決算状況につきましては、のちほど、常務理事から詳細に説明申し上げますが、医療費の大幅な伸びにより、療養給付費等、予算額に不足額を生じる項目もあり、また、単年度収支では平成 23 年度決算の黒字から一転して赤字に陥っており、大変厳しい財政状況となっております。

平成 25 年度予算は、財源不足を特別積立金の取り崩しにより賄ったところでございますが、平成 24 年度並みの医療費が続けば、来年度以降も財源不足が見込まれることから、今年度、保険料の引き上げや法定積立金の取り崩し等、来年度予算に向けて検討が必要となっております。

なお、もっとも憂慮する問題でございます国庫補助金の見直しについては、組合会の挨拶の中で

出席者

組合会議員

大島郡 嶋元 徹	山口市 野口 哲彦
玖珂河郷 忍	萩市 中嶋 薫
熊毛郡 曾田 貴子	徳山 岡本富士昭
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 長岡 榮	岩国市 保田 浩平
下関市 宮崎 誠	小野田 西村 公一
宇部市 猪熊 哲彦	光市 平岡 博
宇部市 矢野 忠生	美祢市 野間 史仁
山口市 吉野 文雄	

役員

理事長 小田 悦郎	監事 山本 貞壽
副理事長 吉本 正博	監事 武内 節夫
副理事長 濱本 史明	監事 藤野 俊夫
常務理事 田中 豊秋	
常務理事 沖中 芳彦	
<small>法令遵守(277)担当理事</small> 萬 忠雄	
理事 河村 康明	
理事 弘山 直滋	
理事 山縣 三紀	
理事 香田 和宏	
理事 今村 孝子	
理事 清水 暢	

たびたび申し上げてまいりましたが、平成 22 年、民主党政権下で実施された事業仕分けにより、所得水準の高い国保組合の補助金について、定率分を 5 年で 0 にするという案が示されております。

これについては、社会保障制度改革国民会議において議論され、この議論を踏まえて、政府が医療や介護など制度改革の方向性を示す「骨子」を 8 月 21 日までにまとめ、閣議決定する方針で、見直し法案は来年以降に国会に提出するとされております。

現時点では不透明な状況でございますが、何らかの見直しがされるのは避けられないのではないかとこの見方もございます。しかしながら、政権交代もあったことから、見直し案が撤回されることも期待しつつ、この動向について、引き続き注視するとともに、いち早く対応していく所存でございます。

このように、国保組合を取り巻く情勢は、大変厳しい状況となっておりますが、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。

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。

曾田 貴子 議員

平岡 博 議員

Ⅲ 議案審議

承認第 1 号 平成 24 年度事業報告について

沖中常務理事 「被保険者の状況」では、甲種組合員、甲種組合員の家族及び乙種組合員については、いずれも平成 24 年度中において加入者数より脱退者数が多く、被保険者数は減少しているが、乙種組合員の家族のみ、平成 23 年度末 296 名に対し平成 24 年度末は 510 名となり、214 名の大幅な増加となっている。

これは、平成 23 年 12 月に実施した、乙種組合員の家族に関する市町国保加入状況調査や本年 1 月から実施している組合員の資格確認調査により、同一住民票で市町国保に加入していた乙種組合員の家族が本組合に加入したことによるものである。

加入した家族の年齢構成をみると、約 4 割が

20 歳未満の子供で、約 3 割が 60 歳以上の家族（乙種組合員の父母、配偶者等）となっていた。この乙種組合員の家族の増加が、医療費増加の大きな要因となっている。

被保険者全体では、平成 23 年度末 5,049 名に対して、平成 24 年度末は 5,067 名となり、18 名増となっている。

なお、表中のカッコ書きは、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数を再掲したものである。

これに該当する被保険者の医療費に係る国庫補助率は、新規分として 13% となり、その他の被保険者の医療費に対する国庫補助率の従来分 32% と区分して、補助金の申請をすることになる。

この新規分対象者の全被保険者数に対する割合を見てみると、平成 22 年度末は 43.7%、平成 23 年度末は 45.6%、平成 24 年度末では 48.5% となり、医療費に係る補助率の低い被保険者の割合が年々増加している。

「被保険者数の推移」では、平成 24 年度の各月末の被保険者数を種別ごとに掲載している。

「介護保険第 2 号被保険者数の推移」は、本組合の 40 歳以上 65 歳未満の該当被保険者数の推移を掲げている。

合計欄を見ると、年度初めは増加傾向だったが、7 月をピークに減少傾向となっている。甲種組合員の家族が減少しており、これが要因と考えられる。

参考として、「長寿医療制度対象組合員（被保険者でない組合員）の状況」を掲載しているが、75 歳以上の被保険者でない甲種組合員の先生が、平成 23 年度末 233 名に対し、平成 24 年度末は 179 名と 54 名の減少となっている。

これは、厚労省の通知により、本組合の「組合員資格に関する判定基準」を策定し、本年 1 月 1 日から施行しているが、組合員資格について、従来の県医師会の会員であること、住所が山口県、広島県、島根県及び福岡県にあることに加え、新たに、医療及び福祉の事業又は業務に従事していることを要件としたところである。

これに伴い、県医師会第 3 号会員で本組合の組合員の先生方を対象に、資格確認調査を実施したところ、「現在、医師としての業務に従事していない。また、今後も従事する予定はない。」と

回答した先生方が、組合員資格を喪失したため、平成 24 年度中の脱退者が 72 名となり、大幅な減少となっている。

次に、甲種組合員の年齢構成を平成 24 年 5 月 1 日現在で示しているが、平均年齢は 61.8 歳となっている。

次の「保険給付」の状況で、「医療給付の状況」については、全体分のほか、再掲として 65～74 歳までの前期高齢者分、一部負担割合が 1 割の 70 歳以上一般分、一部負担割合が 3 割の 70 歳以上現役並み所得者分及び未就学児分を掲げている。

全体分では、療養の給付等と療養費等を合計した費用額計は 8 億 5,231 万 5,668 円で、これを欄外の 23 年度の数値と比較すると対前年度比 110.8%、額にして約 8,318 万円の大幅な増となっている。

また、保険者負担分が本組合が実際に療養給付費及び療養費として支出する額であるが、約 5,726 万円の増となっており、療養給付費については予算額に不足額を生じたところである。これは甲種組合員の先生方の入院医療費が増加したことと、乙種組合員の家族の加入者数が多かったこと、また、その中に長期入院等で高額な医療費を要する被保険者が数名いたことが大きな要因となっている。

レセプト 1 件での最高額は、甲種組合員の先生で、費用額 394 万円の入院レセプトがあった。

また、乙種組合員の家族で、平成 24 年 8 月に加入して以降、8 か月分の医療費(費用額)が約 650 万円と高額になった被保険者が 1 名、その他にも、2 名が約 500 万円、1 名が約 400 万円の医療費となったが、いずれも平成 24 年度中に加入された乙種組合員の家族で、これにより前年度に比べ大幅な増加となったところである。

再掲の前期高齢者分、70 歳以上一般分及び 70 歳以上現役並み所得者では、いずれも件数・費用額ともに増加しているが、先程説明した、甲種組合員の入院費の増と乙種組合員の家族に起因するものとなっている。

なお、未就学児分については、費用額は平成 23 年度に比べ約 3,000 万円の減となり、平成 22 年度医療費とほぼ同額に戻っている。

なお、療養費については、コルセット等の装具や柔道整復師等による施術に対する給付である

が、平成 24 年度全体では、平成 23 年度に比べ件数は 144 件、費用額については約 39 万円の減となっている。

このうち、柔道整復師にかかる分については、152 件、約 122 万円と大幅な減になっている。平成 23 年度から実施している、「柔道整復療養費にかかる医療費通知」の送付時に、適正受療に関するパンフレットを同封していることや平成 24 年 9 月に全医連が実施した、「柔道整復療養費に関する患者調査」等の効果と思われる。

厚労省から、柔道整復師の施術の療養費の適正化への取り組みについて、適切に実施するよう通知があったことから、本組合では、平成 25 年度については全件について患者調査を実施するとともに、「医師国保のしおり」の最終頁に、「柔道整復師の正しいかかり方」を掲載し、被保険者全員に適正受療を周知していただくよう努めているところである。

次に、「療養の給付等」では、診療費、調剤、食事療養・生活療養、訪問看護ごとに件数と費用額を記載している。

このうち、診療費については、「療養の給付等内訳(診療費)」として、入院、入院外、歯科に区分して、それぞれ件数、日数、費用額等を記載している。未就学児分以外は、前年度と比べ増加している。

「高額療養費負担分」については、所得により「上位所得者」、「一般」、「非課税」に区分され、それぞれの自己負担限度額を超えた額を高額療養費として支給している。平成 24 年度における支給件数は 548 件、高額療養費の支給額は 5,448 万 2,308 円となり、昨年度に比べ、大幅な増加となっており、のちほど決算で説明するが、予算額に不足額が生じている。高額療養費が伸びた要因は、医療費の伸びと同じ要因で、甲種組合員の入院医療費の増加により、甲種組合員の高額療養費は前年度約 2 倍の約 2,463 万円を支給し、乙種組合員の家族についても、長期入院で高額な医療費を要した数名の被保険者等に約 548 万円を支給している。この額は、前年度に比べ約 16 倍となっている。

次に、「療養の給付付加金」は、平成 23 年度と比較して件数は 50 件、支給額は約 158 万円の増加となっている。平成 22 年 4 月診療分より、

自己負担限度額を 5 千円から、甲種組合員は 2 万円、乙種組合員は 1 万円に引き上げて支給をしているが、これについて、平成 26 年度以降、自己負担限度額を 1 万 7,500 円に引き上げをしなければ、国庫補助金のうち特別調整補助金(保険者機能強化分)が交付されないことから、制度継続の有無も含めて見直しを行い、来年 2 月の組合会にお諮りすることとしている。

「傷病手当金」については、山口県医師互助会の廃止に伴い、平成 24 年度から甲種組合員の先生も支給対象者とし、1 日につき 6 千円を支給することとしているが、初年度は 3 名の申請で 120 万円を支給している。

なお、乙種組合員については、1 日につき 3 千円を支給、6 名の申請者に 48 万 3 千円を支給している。

「その他の保険給付」で、「出産育児一時金」は 32 件、「葬祭費」は 7 件支給している。

なお、葬祭費についても、山口県医師互助会の廃止に伴い、本組合の事業を見直し、平成 24 年度から甲種組合員(75 歳未満)については、支給額を 10 万円から 20 万円に変更している。7 件のうち、4 件が甲種組合員分で 80 万円、3 件が甲種組合員の家族分で 30 万円を支給している。

「保健事業」の「健康診断の実施」では、実施郡市医師会は 17 郡市で実施者の合計は 1,349 名、助成金は 2,839 万 8,552 円であり、前年度とほぼ同数であった。

40 歳から 75 歳までの特定健康診査対象者については、この健康診断を受診することにより、特定健診を受診したとみなされるので、ぜひ、健診項目が充実しているこの健康診断をご活用いただくようお願いをする。

「保健事業費の助成」は、甲種組合員一人あたり 700 円を 1 月末日の人数に基づいて各郡市医師会に助成し、79 万 3,100 円を支出している。

さきほど、長寿医療制度対象組合員の状況で説明したとおり、県医師会第 3 号会員で甲種組合員の先生を対象に実施した資格確認調査により、組合員資格を喪失した先生が多数いたため、前年度より支出額が減少している。

平成 20 年 4 月から保険者に義務づけられた「特定健康診査・特定保健指導」について、平成 24

年度の実施状況を掲げている。

特定健康診査では、対象者は 2,589 名で、実施者は特定健診受診者と特定健診受診者とみなした者をあわせて 1,320 名となり、受診率は約 51%となり、前年度の 47%に比べ伸びているが、組合の実施計画で定めた平成 24 年度の目標値 70%に達することができなかった。

なお、特定健診受診者とみなした者のうち、事業者健診受診者については、平成 23 年度から、事業者健診の結果データを提供していただいているが、平成 24 年度においては 102 名のデータをご提供いただいたところである。

これにより、受診率が約 4%増加しており、先生方のご協力に感謝申し上げる次第である。

特定保健指導については、1,320 名の受診者のうち、動機付け支援対象者 51 名、積極的支援対象者 33 名に、「特定保健指導利用券」を送付したが、初回面接実施者は動機付け支援 8 名、積極的支援 3 名となっている。

平成 25 年度以降は、平成 25 年度から平成 29 年度の 5 か年について新たに策定した第 2 期特定健康診査・特定保健指導実施計画に基づき実施することになるが、引き続き、先生方の積極的なご協力をお願い申し上げます。

次に、75 歳以上の被保険者でない組合員がお亡くなりになった際に 10 万円を支給する「死亡見舞金の支給」は、14 名分 140 万円を支出している。

「第 11 回 学びながらのウォーキング大会」は、昨年 11 月 23 日に宇部市常盤公園で開催したウォーキング大会について、参加者数等の実施状況を記載している。

「甲種組合員疾病分類」は、平成 24 年 5 月診療分について、45 歳未満、45～69 歳、70～74 歳の 3 区分に分けて示しているが、循環器系の疾患が多いことがわかる。

次に、当組合の運営についてだが、組合会、理事会、監事会の開催日時や議題を掲げ、さらに中国四国医師国保組合連絡協議会や全医連等の開催について、その概要を載せている。

議案第 1 号 平成 24 年度歳入歳出決算について

沖中常務理事 歳入歳出予算額 13 億 6,102 万円に対し、歳入決算額は、14 億 2,939 万 5,832 円、

歳出決算額は 13 億 959 万 5,134 円で、歳入歳出差引額は 1 億 1,980 万 698 円となっている。

決算額を前年度と比べると、歳入では約 6%、歳出では約 11%の伸びとなっている。

平成 23 年 4 月に保険料の引き上げをさせていただき、当該年度は単年度収支で約 3,817 万円と 5 年ぶりの黒字となっていたが、平成 24 年度は医療費の増加により、単年度収支は約 4,100 万円の赤字に転じている。

<歳入の部>

第 I 款「国民健康保険料」は、8 億 9,263 万 3 千円の収入があり、収入総額の約 62%を占めている。なお、被保険者数が増加したことから、前年度より 437 万 1 千円の増となっている。

第 II 款第 1 項「国庫負担金」は、本組合に対する人件費等事務費の補助金で、被保険者数によって算定され、532 万 5,383 円の補助があった。

第 2 項「国庫補助金」のうち「療養給付費等補助金」は、本組合が支出した療養給付費等に対する補助であり、3 億 2,266 万 1,998 円の補助があった。このうち、「療養給付費補助金」については、平成 24 年 3 月から 10 月診療分までの医療費実績から、11 月から 2 月診療分を推計、算出した年間医療費に対する補助金が交付され、予算額 1 億 9,144 万 3 千円を約 4,100 万円上回る 2 億 3,247 万 3,703 円の補助金収入となっている。医療費が伸びたことに伴う補助金の増収となる。

「出産育児一時金等補助金」のうち、「出産育児一時金補助金」は、42 万円の支給に対して 10 万 5 千円、39 万円の支給に対し 97,500 円の補助金が交付され、補助金の交付額は 398 万 2 千円となっている。「高額医療費共同事業補助金」は、平成 24 年度に本組合が国からこの事業を委託されている全国国保組合協会に支払った高額医療費共同事業拠出金 2,075 万 9 千円に対し、118 万 6 千円の補助金があった。

「特定健康診査等補助金」は、平成 24 年度の特定健診特定保健指導の実施見込み件数に対し、112 万 2 千円の補助金があった。なお、本年 6 月に実績報告を行ったが、特定健診保健指導とともに、実施者数が見込み者数より過小であったため、112 万 2 千円の補助のうち、超過分の 22 万

6 千円を本年度返還する予定である。

第 III 款「共同事業交付金」は、高額医療費共同事業で各国保組合が拠出金を出し合い、1 件が 100 万円を超えるレセプトについて、その 100 万円を超える額に応じて交付金が支給される。平成 24 年度の交付額は、2,447 万円であった。事務費とあわせて共同事業拠出金として 2,077 万 7 千円を拠出しているため、369 万 3 千円程交付金が多く、24 年度においては、本組合は共同事業の恩恵を受けている。

第 IV 款「財産収入」は、331 万 7,131 円の利息収入があった。

第 V 款「繰入金」はなかった。

第 VI 款「繰越金」は平成 23 年度剰余金からの繰り越しであり、1 億 7,457 万 1,332 円となっている。

第 VII 款「諸収入」の第 1 項「預金利子」であるが、これは平素、組合の運用に充てている資金の利息であるが、利息のつかない決済性預金にしており、利息はない。

第 2 項「雑入」は、山口県国保連合会から、70 歳以上の一般に該当する被保険者の療養費の 1 割分が交付されたものである。

「第三者納付金」は、交通事故による給付に対し求償した額となる。

「返納金」は、診療報酬返還金 1,834 円となっている。

<歳出の部>

第 I 款「組合会費」は、組合会開催に要した経費で 213 万 6,400 円を支出している。

第 II 款第 1 項「総務管理費」は、役員報酬等の人件費や旅費、消耗品費など事務経費として、3,052 万 2,153 円を支出している。なお、「給料」と「役員費」については、予算額に不足額が生じたので、「職員手当」、「需用費」から款内流用を行っている。

第 2 項「徴収費」は、各郡市医師会へ保険料徴収事務費として甲種組合員 1 人あたり 500 円を交付した額となっている。甲種組合員の人数が減少したことにより、予算額に対し 4 万 3,500 円の不用額が生じている。

第 III 款「保険給付費」では、医療費等の増加により予算額に不足額が生じた目については、すべて予備費からの充当を行っている。

まず、第 1 項「療養諸費」のうち「療養給付費」については、支出額は 5 億 9,916 万 5,223 円となり、不足額 5,927 万 3,223 円は予備費からの充当をしている。なお、この支出額の中に 11 円ではあるが、東日本大震災にかかるレセプトについて、山口県国保連合会から保険者不明分として、通常の療養給付費とは別に、厚労省の示した按分方法により算出した額（平成 25 年 2 月分として 4 円、3 月分として 7 円）の請求があったので、支出をしている。

「療養費」は、354 万 1,407 円を支出している。

「審査手数料」については、レセプト件数が増加したこととともない予算額に対し 9 万 6,099 円の不足額が生じているので、予備費の充当を行い 360 万 7,099 円を支出した。

第 2 項の「高額療養費」の支出額は、前年度比 135% の大幅な増加となり、予算額に対し 1,422 万 5,308 円の不足額が生じている。予備費からの充当を行っている。

なお、「高額介護合算療養費」と第 3 項「移送費」の支出はなかった。

第 4 項の「出産育児一時金」は、1,344 万 6,345 円を支出している。前年度比 64% と減少している。

また、「支払手数料」は、出産育児一時金の直接支払制度を利用された場合に、手数料として山口県国保連合会に 1 件あたり 210 円を支払っている。

第 5 項の「葬祭諸費」等は、事業報告で説明した額となっている。

第 6 項の「療養の給付付加金」は、甲種組合員の入院費の増加等により支出額が増加し、予備費から 148 万 8,511 円を充当し、2,277 万 6,511 円を支出している。

第 7 項の「傷病手当金」は、168 万 3 千円を支出している。甲種組合員の先生方が対象者となったので、予算額を 500 万円増額し、700 万円を計上していたが、約 531 万円の残額がでている。

第 IV 款「後期高齢者支援金等」は、2 億 4,653 万 705 円を支払基金に支出している。

また、第 V 款「前期高齢者納付金等」は、各保険者の前期高齢者（65 歳から 74 歳）の加入率が、全保険者の平均加入率より高い場合は交付金を受け、低い場合は納付金を支払うという財政調整の制度である。

この制度の始まった平成 20 年度以降、本組合

は納付金を支払っており、支払基金から請求があった 1 億 2,926 万 4,313 円を支払った。前年度比 159% で大幅な支出増となっている。

なお、この二款については、厚労省が示した算出式により予算額を計上していたが、いずれも少額ではあるが、予算額に不足額が生じたため、予備費から第 IV 款は 11 万 1,928 円、第 V 款は 30 万 9,043 円を充当している。

第 VI 款「老人保健拠出金」については、医療費拠出金と事務費拠出金をあわせ、1 万 7,363 円を支払基金に支払っている。

第 VII 款「介護納付金」は、社会保険診療報酬支払基金から各保険者の介護保険第 2 号被保険者数に応じた納付金の請求があり、平成 24 年度は 1 億 2,825 万 9,896 円を支出した。

第 VIII 款第 1 項「共同事業拠出金」は、2,077 万 7 千円を支払っている。

また、第 2 項「共同事業負担金」は、平成 23 年度から支出している項目であるが、全国国保組合協会が開発している国保組合共通システムに対する負担金で、各国保組合の被保険者数を基に全国国保組合協会が算出した額として、平成 24 年度は 125 万 4 千円を負担している。

第 IX 款「保健事業費」では、特定健診特定保健指導、健康診断やウォーキング大会の経費等約 3,587 万円を支出している。

「特定健康診査等事業費」では、「役務費」の中で、事業者健診結果データ提供手数料として 1 人あたり 1,000 円を支出している。なお、特定健診及び保健指導ともに、実施者が予算計上した人数を下回ったため、予算額に約 193 万円の残額が出ている。また、第 2 項「保健事業費」の「負担金補助及び交付金」に計上していた健康診断の助成額についても、約 849 万円の残額がでている。被保険者の健康保持増進のための事業であるので、対象者の方に受診をしていただくよう、先生方のご協力をよろしくお願い申し上げます。

第 2 項「高額医療費貸付金」と「出産費資金貸付金」は、平成 24 年度では新たな積み立てはしなかった。

第 X 款「積立金」のうち「特別積立金」は、毎年度末日において、その年度の「保険給付費」、「老人保健拠出金」、「後期高齢者支援金等」、「前期高

齢者納付金」及び「介護納付金」の合計額から補助金を控除した額の 12 分の 2 を翌年度末日までに積み立てておかなければならないと規定されている法定積立金の一つである。法定積立額以上を保有しているの、新たな積み立てはしてない。

第 2 目「職員退職給与金積立金」は、100 万円を積み立てている。

第 XI 款「公債費」の支出はない。

第 XII 款「諸支出金」第 2 目「償還金」は、平成 23 年度療養給付費分補助金の超過交付分 1,246 万 3,401 円を含む 1,358 万 3,661 円の国庫補助金を返還したものである。

第 XIII 款「予備費」については、充当額の合計は 9,069 万 9,773 円となり、予算現額及び不用額は 2,092 万 9,227 円となった。

こうして、歳入歳出差引額は、1 億 1,980 万 698 円となった。

議案第 2 号 平成 24 年度歳計剰余金の処分について

1 億 1,980 万 698 円の剰余金があるので、全額を翌年度繰越金にしようとするものである。

給付費等支払準備金については、法で定められた額以上を積み立てているので積み立てはせず、剰余金の全額を平成 25 年度繰越金にしたいと思う。

なお、平成 25 年度繰越金の予算額は、9,716 万 9 千円を計上しているの、約 2,263 万円増となっている。

何卒慎重ご審議の上、ご承認のほどお願い申し上げます。

監査報告

議長、監事の監査報告を求める。

藤野監事 山口県医師国民健康保険組合の平成 24 年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況を監査したところ、適切に事業の執行がなされ、決算状況も適正であるものと認める。

平成 25 年 7 月 4 日

山口県医師国民健康保険組合

監事 山本 貞壽

監事 武内 節夫

監事 藤野 俊夫

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。

IV 閉会の挨拶

小田理事長 全議案につきましてご承認いただき、ありがとうございました。

ご説明しましたとおり、平成 24 年度の決算は厳しいものがあります。このまま平成 25 年度も続けば挨拶でも申しましたが財源不足が予想され保険料の引き上げ、あるいは法定積立金の取り崩しも考えていかなければなりません。また、療養の給付付加金の扱いについても検討しなければなりません。

本日は、ありがとうございました。

1 被保険者

1. 被保険者の状況

Table with 6 columns: 種別, 内訳, 23年度末現任者数, 24年度中加入者数, 24年度中脱退者数, 24年度末現任者数, 構成比. Rows include 甲種組合員, 甲種組合員の家族, 乙種組合員, 乙種組合員の家族, and 合計.

注 () は、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

2. 被保険者数の推移

Table with 10 columns: 種別, 年月, 甲種組合員, 甲種組合員の家族, 乙種組合員, 乙種組合員の家族, 合計, 70歳以上(再掲)現役並み, 70歳以上(再掲)一般, 65~74歳(再掲), 未就学児(再掲). Rows show monthly data from April 2014 to March 2015.

注 () は、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

3. 介護保険第 2 号被保険者数の推移

年月	種別	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合計
24 年 4 月		(200) 679	(119) 520	(737) 1,119	(21) 28	(1,077) 2,346
5 月		(200) 678	(119) 517	(746) 1,123	(31) 40	(1,096) 2,358
6 月		(200) 678	(119) 515	(746) 1,123	(38) 47	(1,103) 2,363
7 月		(200) 679	(117) 513	(750) 1,139	(43) 53	(1,119) 2,384
8 月		(199) 676	(117) 511	(761) 1,138	(44) 57	(1,121) 2,382
9 月		(200) 671	(117) 507	(754) 1,133	(52) 68	(1,123) 2,379
10 月		(202) 672	(119) 505	(746) 1,107	(66) 84	(1,133) 2,368
11 月		(205) 671	(120) 504	(752) 1,104	(67) 83	(1,144) 2,362
12 月		(207) 670	(122) 501	(754) 1,105	(65) 81	(1,148) 2,357
25 年 1 月		(207) 665	(122) 489	(756) 1,107	(66) 82	(1,151) 2,343
2 月		(207) 663	(122) 487	(756) 1,107	(65) 82	(1,150) 2,339
3 月		(207) 660	(123) 480	(759) 1,111	(66) 86	(1,155) 2,337

注 () は、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

参考 長寿医療制度対象組合員（被保険者でない組合員）の状況

種別	内訳	23年度末現在数	24年度中加入者数	24年度中脱退者数	24年度末現在数
甲種組合員		233	18	72	179
乙種組合員		28	1	6	23
合計		261	19	78	202

4. 甲種組合員の年齢構成（平成 24 年 5 月 1 日現在）

年齢区分	甲種組合員数	(再掲 女性)	備考
25 歳未満	— 人	(— 人)	
25 歳～29 歳	9 人	(3 人)	
30 歳～34 歳	27 人	(6 人)	
35 歳～39 歳	19 人	(5 人)	
40 歳～44 歳	47 人	(12 人)	
45 歳～49 歳	103 人	(17 人)	
50 歳～54 歳	153 人	(15 人)	
55 歳～59 歳	189 人	(16 人)	
60 歳～64 歳	188 人	(22 人)	
65 歳～69 歳	124 人	(12 人)	
70 歳～74 歳	99 人	(7 人)	
75 歳～79 歳	81 人	(— 人)	
80 歳～84 歳	72 人	(2 人)	
85 歳～89 歳	58 人	(5 人)	
90 歳以上	19 人	(1 人)	
合計	1,188 人	(123 人)	
平均年齢	61.8 歳	(55.6 歳)	

2 保 険 給 付

1. 医療給付の状況

(1) 全 体

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	50,155 ^円	847,295,766 ^円	599,046,506 ^円	227,455,517 ^円	20,793,743 ^円
食事療養・生活療養(再掲)	468	9,852,906	6,042,416	3,571,290	239,200
食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
療養費	693	5,019,902	3,529,011	1,478,495	12,396
移送費	—	—	—	—	—
計	50,848	852,315,668	602,575,517	228,934,012	20,806,139
参考 23年度	47,819	769,134,895	545,309,926	203,845,480	19,979,489

(2) 前期高齢者分再掲

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	7,605 ^円	212,481,560 ^円	151,906,222 ^円	57,239,510 ^円	3,335,828 ^円
食事療養・生活療養(再掲)	136	2,946,350	1,830,990	1,064,140	51,220
食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
療養費	68	889,535	635,054	242,085	12,396
移送費	—	—	—	—	—
計	7,673	213,371,095	152,541,276	57,481,595	3,348,224
参考 23年度	6,645	150,626,703	106,860,392	41,085,926	2,680,385

(3) 70歳以上一般分再掲

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	1,140 ^円	34,890,298 ^円	27,752,650 ^円	5,368,911 ^円	1,768,737 ^円
食事療養・生活療養(再掲)	28	884,258	547,818	288,860	47,580
食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
療養費	9	123,953	99,160	12,397	12,396
移送費	—	—	—	—	—
計	1,149	35,014,251	27,851,810	5,381,308	1,781,133
参考 23年度	1,059	16,008,877	12,787,302	2,001,341	1,220,234

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	2,583 ^円	67,975,362 ^円	47,539,376 ^円	20,122,250 ^円	313,736 ^円
食事療養・生活療養(再掲)	41	570,472	355,972	214,500	—
食事療養・生活療養	—	—	—	—	—
療養費	34	334,042	233,822	100,220	—
移送費	—	—	—	—	—
計	2,617	68,309,404	47,773,198	20,222,470	313,736
参考 23年度	2,155	47,715,216	33,365,781	14,235,342	114,093

(5) 未就学児分再掲

	件 数	費 用 額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分
療養の給付等	2,054 ^円	34,336,314 ^円	27,380,814 ^円	3,449,853 ^円	3,499,647 ^円
食事療養(再掲)	18	401,324	238,324	52,520	109,980
食事療養	—	—	—	—	—
療養費	1	28,350	22,650	5,670	—
移送費	—	—	—	—	—
計	2,055	34,364,664	27,409,494	3,455,523	3,499,647
参考 23年度	1,913	64,065,632	50,940,208	8,346,477	4,718,947

2. 療養の給付等

(1) 全 体 分

種 別	件 数	費 用 額
診療費	35,156 ^円	688,211,280 ^円
調剤	14,988	148,470,330
食事療養・生活療養	(468)	9,852,906
訪問看護	11	761,250
計	50,155	847,295,766
参考 23年度	46,982	763,723,864

(2) 前期高齢者分再掲

種 別	件 数	費 用 額
診療費	5,296 ^円	178,814,390 ^円
調剤	2,298	29,959,570
食事療養・生活療養	(136)	2,946,350
訪問看護	11	761,250
計	7,605	212,481,560
参考 23年度	6,589	150,034,992

(3) 70歳以上一般分再掲

Table with 3 columns: 種別, 件数, 費用額. Rows include 診療費, 調剤, 食事療養・生活療養, 訪問看護, 計.

参考 23年度 1,050 15,908,512

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

Table with 3 columns: 種別, 件数, 費用額. Rows include 診療費, 調剤, 食事療養・生活療養, 訪問看護, 計.

参考 23年度 2,135 47,339,982

(5) 未就学児分再掲

Table with 3 columns: 種別, 件数, 費用額. Rows include 診療費, 調剤, 食事療養, 訪問看護, 計.

参考 23年度 1,912 63,994,232

3. 療養の給付等内訳 (診療費)

(1) 全体分

Table with 8 columns: 種別, 件数, 日数, 費用額, 受診率, 1件当たり日数, 1件当たり費用額, 被保険者1人当たり費用額. Rows include 入院, 入院外, 歯科, 合計.

参考 23年度 33,188 57,827 613,045,720 6.55 1.74 18,472 120,916

(2) 前期高齢者分再掲

Table with 8 columns: 種別, 件数, 日数, 費用額, 受診率, 1件当たり日数, 1件当たり費用額, 被保険者1人当たり費用額. Rows include 入院, 入院外, 歯科, 合計.

参考 23年度 4,847 8,973 122,706,790 11.01 1.93 26,406 290,774

(3) 70歳以上一般分再掲

Table with 8 columns: 種別, 件数, 日数, 費用額, 受診率, 1件当たり日数, 1件当たり費用額, 被保険者1人当たり費用額. Rows include 入院, 入院外, 歯科, 合計.

参考 23年度 688 1,200 11,415,840 14.96 1.74 16,593 248,170

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

Table with 8 columns: 種別, 件数, 日数, 費用額, 受診率, 1件当たり日数, 1件当たり費用額, 被保険者1人当たり費用額. Rows include 入院, 入院外, 歯科, 合計.

参考 23年度 1,526 2,764 38,000,310 10.90 1.81 25,295 275,717

(5) 未就学児分再掲

Table with 8 columns: 種別, 件数, 日数, 費用額, 受診率, 1件当たり日数, 1件当たり費用額, 被保険者1人当たり費用額. Rows include 入院, 入院外, 歯科, 合計.

参考 23年度 1,237 2,875 58,777,130 9.10 2.16 47,516 432,185

4. 高額療養費負担分

Table with 6 columns: 件数, 費用額, 保険者負担分, 高額療養費, 被保険者負担分, 他法負担分. Rows include 548, 参考 23年度 407.

参考 23年度 407 238,871,820 172,399,438 41,745,719 21,086,527 3,640,136

5. 療養の給付付加金

Table with 3 columns: 種別, 件数, 療養の給付付加金. Rows include 甲種組合員, 乙種組合員, 合計.

参考 23年度 873 21,194,925

6. 傷病手当金

Table with 4 columns: 種別, 支給者数, 日数, 傷病手当金. Rows include 甲種組合員, 乙種組合員, 計.

参考 23年度 14 761 2,283,000

7. その他の保険給付

Table with 3 columns: 種別, 件数, 支給額. Rows include 出産育児一時金, 葬祭費.

参考 23年度 出産育児一時金 43 19,404,572 葬祭費 5 500,000

3 保健事業

1. 健康診断の実施

Table with 6 columns: 実施都市医師会, 実施者 (甲種組合員, 配偶者, 乙種組合員, 乙種組合員の家族), 費用額, 助成金. Rows include 17, 参考 23年度 16.

参考 23年度 16 242 138 959 29,427,907 28,398,275

2. 保健事業費の助成

Table with 2 columns: 甲種組合員, 保健事業費. Rows include 1,133, 参考 23年度 1,191.

参考 23年度 1,191 833,700

3. 特定健康診断・特定保健指導の実施

(1) 特定健康診断

Table with 5 columns: 対象者, 特定健康診断受診者, 特定健康診断受診者と見なした者 (健康診断受診者, 事業者健康診断受診者), 計. Rows include 甲種組合員, 甲種組合員の家族, 乙種組合員, 乙種組合員の家族, 計.

参考 23年度 2,654 275 822 141 1,238

(2) 特定保健指導

Table with 5 columns: 対象者, 動機付け支援 (利用者), 積極的支援 (対象者, 利用者), 計. Rows include 甲種組合員, 甲種組合員の家族, 乙種組合員, 乙種組合員の家族, 計.

参考 23年度 65 2 33 -

4. 死亡見舞金の支給

Table with 3 columns: 甲種組合員, 乙種組合員, 合計. Rows include 13件, 1件, 14件.

参考 23年度 13件 1,300,000円

5. 第11回「学びながらのウォーキング大会」の実施

Table with 2 columns: 開催日, 開催場所, 参加者数, 特別講演, ウォーキングコース. Rows include 平成24年11月23日 (金・祝), 常盤公園周辺, 99名, 宇部市長 久保田后子, 「レストハウス」→「常盤橋」→「湯水ホール」→「北キャンプ場」→「スポーツ広場」→「楽草園」→「白鳥大橋」→「常盤神社」→「彫刻野外展示場」→「レストハウス」.

6. 甲種組合員（長寿医療制度対象組合員を除く）疾病分類（平成24年5月診療分）

番号	疾病別大分類	45歳未満	45～69歳	70～74歳	計
1	感染症及び寄生虫症	2	9	—	11
2	新生物	2	24	9	35
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1	1	1	3
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	2	34	6	42
5	精神及び行動の障害	2	11	1	14
6	神経系の疾患	1	10	4	15
7	眼及び付属器の疾患	5	25	8	38
8	耳及び乳突突起の疾患	1	5	—	6
9	循環器系の疾患	1	53	30	84
10	呼吸器系の疾患	3	13	—	16
11	消化器系の疾患	—	27	3	30
12	皮膚及び皮下組織の疾患	1	5	—	6
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	1	13	2	16
14	尿路器系の疾患	2	11	4	17
15	妊娠、分娩及び産じょく	—	—	—	—
16	周産期に発生した病態	—	—	—	—
17	先天奇形、変形及び染色体異常	—	—	—	—
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	2	2	3	7
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	—	—	—	—
合 計		26	243	71	340

7. 死没甲種組合員（長寿医療制度対象組合員を含む）疾病分類（平成24年度）

番号	疾病別大分類	人 数
1	感染症及び寄生虫症	—
2	新生物	3
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	—
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	—
5	精神及び行動の障害	—
6	神経系の疾患	—
7	眼及び付属器の疾患	—
8	耳及び乳突突起の疾患	—
9	循環器系の疾患	4
10	呼吸器系の疾患	5
11	消化器系の疾患	—
12	皮膚及び皮下組織の疾患	—
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	—
14	尿路器系の疾患	1
15	妊娠、分娩及び産じょく	—
16	周産期に発生した病態	—
17	先天奇形、変形及び染色体異常	—
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	4
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	—
合 計		17
死 亡 者 の 平 均 年 齢		80.3

4 組 合 会

開催月日	提 出 議 案
7月19日	第 1 回 通 常 組 合 会 1. 承 認 事 項 承認第 1 号 平成23年度事業報告について 2. 議 決 事 項 議案第 1 号 平成23年度歳入歳出決算について 議案第 2 号 平成23年度歳計剰余金の処分について 議案第 3 号 規約の一部改正について
2月21日	第 2 回 通 常 組 合 会 1. 議 決 事 項 議案第 1 号 平成25年度事業計画について 議案第 2 号 特別積立金の取り崩しについて 議案第 3 号 平成25年度歳入歳出予算について

5 理 事 会

回	開催月日	審 議 事 項
第 1 回	4月5日	1. 傷病手当金支給申請について
第 2 回	4月19日	1. 審査支払機関の在り方に関するアンケートについて 2. 傷病手当金支給申請について
第 3 回	5月10日	1. 全医連代表者会について 2. 平成24年度健康診断の実施について
第 4 回	5月24日	1. 全協中国・四国支部総会並びに委託研修会について 2. 保険料減額免除について
第 5 回	6月7日	1. 平成24年度保険料賦課額について
第 6 回	6月21日	1. 全協第59回通常総会について 2. 第11回「学びながらのウォーキング大会」について
第 7 回	7月5日	1. 第 1 回通常組合会について
第 8 回	7月19日	1. 傷病手当金支給申請について
第 9 回	8月2日	1. 柔道整復施術療養費不適正請求について 2. 中国四国医師国保組合連絡協議会について
第10回	9月6日	1. 柔道整復施術費にかかわる受療原因全例調査（要請）について 2. 全医連理事会について 3. 第11回「学びながらのウォーキング大会」について
第11回	9月20日	1. 傷病手当金支給申請について
第12回	11月1日	1. 全医連第50回全体協議会について
第13回	11月15日	1. 第11回「学びながらのウォーキング大会」について
第14回	12月6日	1. 「組合員資格に関する判定基準」について 2. 第11回「学びながらのウォーキング大会」について
第15回	12月20日	1. 傷病手当金支給申請について
第16回	1月24日	1. 傷病手当金支給申請について
第17回	2月7日	1. 第 2 回通常組合会について
第18回	2月21日	1. 山口県国保連合会第 2 回理事会について 2. 全医連第45回臨時理事会について 3. 傷病手当金支給申請について
第19回	3月21日	1. 中国四国医師国保組合打合せについて 2. 全協第60回通常総会について 3. 第 2 期特定健康診査等実施計画について 4. 傷病手当金支給申請について

6 監 事 会

7 月 5 日、平成23年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況について詳細に監査を行った。

7 全医連代表者会

4 月 25 日、東京において開催され、本組合より小田理事長が出席。平成24年度の事業計画・予算等について承認、決議をした。また、東京経済大学経営学部若杉敬明教授による「社会保障と税の一体改革を巡って」と題した講演があった。

8 平成24年度全協中国四国支部総会・委託研修会

5 月 19 日、高松市（香川県医師会保組合担当）において開催され、吉本・浜本副理事長、田中・沖中両常務理事が出席。平成23年度の事業報告・決算並びに平成24年度の事業計画・予算等について承認、決議をした。総会終了後、委託研修会が開催され、厚労省国民健康保険課千原潔課長補佐の「国保組合を巡る現状と課題」と四国学院大学社会福祉学部村田哲康教授の「ヒューマンサービスの構築に向けて」と題した講演があった。

9 全協第59回通常総会

6 月 14 日、高松市（香川県医師会保組合担当）において開催され、本組合から小田理事長が出席。平成23年度事業報告、決算や支部設置規程の制定等について協議した。

10 平成24年度中国四国医師会保組合連絡協議会

7 月 21 日、松江市（島根県医師会保組合担当）において開催され、小田理事長、吉本・浜本副理事長、沖中常務理事が出席。まず、理事長による代表者会議が開かれた。続いて、出席者全員による全体会議において、各県から提出された議題について協議した。

11 全国医師会保組合連合会第50回全体協議会

10 月 19 日、福岡市（福岡県医師会保組合担当）において開催され、本組合から小田理事長、吉本・浜本副理事長、田中・沖中両常務理事が出席。まず、代表者会議が、続いて全体協議会が開かれ、代表者会の結果報告及び承認事項について報告があった。また、国庫補助金削減法案の撤回等を要望することについて決議をした。その後、日本医師会横倉義武会長の「日本医師会の医療政策について」と題した講演と、ジャーナリスト鳥越俊太郎氏による「早期発見ー「シグナル」を見逃すな！ー」と題した特別講演があった。

12 中国四国医師会保組合打ち合せ会について

3 月 8 日、東京（島根県医師会保組合担当）において開催され、本組合から小田理事長出席。中国四国ブロックの次期国保問題検討委員会委員等の選任について協議した。

13 全協第60回通常総会について

3 月 8 日、東京において開催され、本組合から小田理事長が出席。平成25年度事業計画、予算等について協議した。

平成24年度歳入歳出決算書

Table with 2 columns: 歳入の部 (Income) and 歳出の部 (Expenditure). It shows budgeted and actual amounts for various categories, with a total income of 1,361,020,000 and total expenditure of 1,309,595,134, resulting in a surplus of 119,800,698.

歳 入 (単位 円)

Table of Income (歳入) with columns: 款 項 (Category), 予算額 (Budget), 調定額 (Settlement), 収入額 (Actual Income), 未収入額 (Unreceived), and 予算額に對し増減(△) (Change from Budget). It lists various income sources like national health insurance, library expenses, and interest.

歳 出 (単位 円)

Table of Expenditure (歳出) with columns: 款 項 (Category), 予算額 (Budget), 予算決定後増減額(△) (Change after budget decision), 予算現額 (Actual Budget), 支出額 (Actual Expenditure), and 不用額 (Unused). It details expenses for association fees, medical costs, elderly support, and other administrative costs.

C 什器備品																				
細目(構造又は用途)	異動年月日	償却可能限度控除後			㊦期首現在高			㊧期中増減 (減は△印を付す)			償却方法	耐用年数	償却率	㊨減価償却額 又は評価額			㊩期末現在高			備考
取得資産名及び取得員数	取得年月日	取得価額			百万 千 円			百万 千 円						百万 千 円			百万 千 円			
裁断機	1	S45・3・31	178	000			1			旧定率	15	0.142			0			1	均等	
菲盤	15	S42・6・26	66	000			1			旧定率	8	0.250			0			1	均等	
金庫	1	S51・4・20	125	000			1			旧定率	5	0.369			0			1	均等	
穿孔機	1	H11・2・15	121	800			1			旧定率	5	0.369			0			1	均等	
パーソナル コンピューター	2	H14・3・6	315	000	3	150				旧定率	4	0.438	3	149				1	均等	
菲盤(車上用)	25	H14・4・5	328	100	6	562				旧定率	5	0.369	3	281			3	281	均等	
カードプリンター	1	H15・4・1	454	650	13	640				旧定率	5	0.369	4	546			9	094	均等	
レーザー プリンター	1	H17・4・19	110	900	5	545				旧定率	5	0.369	1	109			4	436	均等	
パーソナル コンピューター	2	H17・10・24	279	930	11	197				旧定率	4	0.438	2	799			8	398	均等	
パーソナル コンピューター	1	H20・3・3	120	650			1			定率	4	0.625			0			1		
パーソナル コンピューター	1	H20・3・17	112	350			1			定率	4	0.625			0			1		
パーソナル コンピューター	1	H23・5・11	128	730	54	979				定率	4	0.625	34	361			20	618		
計			2	341	110	95	079						49	245			45	834		

平成25年3月31日

「会員の声」原稿募集

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

字数：1,500 字程度

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

※ ご投稿されたものにつきましては、広報委員会にて検討させていただいた後に掲載させていただくようになりますが、内容によっては、掲載できない場合がございますので、その旨ご了承願います。

メール・送付先：山口県医師会事務局 広報情報課
〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527
E-mail info@yamaguchi.med.or.jp

第 9 回男女共同参画フォーラム

と き 平成 25 年 7 月 27 日 (土) 13:00 ~ 16:50

ところ 山口県総合保健会館 2 階 多目的ホール

開会挨拶

濱本史明・山口県医師会副会長 皆様こんにちは。



毎日暑い日が続く中、山口までおいでいただき、ありがとうございました。

第 9 回男女共同参画フォーラムを開催させていただくにあたり、一言ご挨拶申し上げます。

約 1 年前から山口県医師会男女共同参画部会の委員の先生方は、いつも土曜日の夜に会議を持たれ、この会を成功させるために熱心に討議検討され、本日の素晴らしいフォーラムを企画されました。ちなみに私の仕事は、本日の懇親会でお出しする、今、全国的にブレイクしている山口の地酒の銘柄を決めることだけでした。懇親会に専門家をお呼びしていますので、説明をお聞きになりながらご堪能いただきたいと思います。また、日本海側には、車で約 1 時間の行程で行くことができます。山口県の名所旧跡、おいしい食べ物を楽しんでいただければと思います。

今回のフォーラムを一つのきっかけとして、女性医師、女性医療人がこれからまた素晴らしい活躍ができることを祈念して私の挨拶とさせていただきます。

主催者挨拶

横倉義武・日本医師会長 全国から多数のご参集



と、山口県医師会の役職員の皆さんのフォーラム開催へのご尽力に感謝申し上げます。第 23 回参議院議員通常選挙におきまして、羽生田俊日本医師会副会長・女性医師支援センター長を

国政の場に送り出すことができたことは、ひとえに都道府県医師会並びに郡市区医師会の皆様のおかげと感謝しております。

昨年 10 月、国際通貨基金の年次総会で、少子高齢化の進む日本に対して緊急レポート「女性は日本を救えるか」が示され、女性の管理職を増やすこと、保育所の改善など柔軟で手厚い支援をすることが指摘されました。同時期の世界経済フォーラムでは、社会進出などによる男女平等度合いの比較で 135 か国中、日本は 101 位と発表されました。現在、安倍政権では「女性の活躍が成長戦略の中核である」とし、2 名の女性議員を党の三役に、また厚労省では村木厚子さんを事務次官に抜擢する等女性の登用に本格的に取り組んでおります。平成 24 年の研修医アンケート調査では、大半の研修医が専門医資格を取りたいと回答し、半数の男性研修医が育児休暇を取りたいと回答しています。若い世代にはワークライフバランスという価値観が根付きつつあると感じました。このような動向を好機と捉え、日本医師会では女性医師支援はもとより男女を問わず医師としての使命を全うできるよう環境整備に努めていくのでご支援・ご協力をお願いいたします。

今回のフォーラムのテーマである「みんなちがって、みんないい」は金子みすゞの「わたしと小鳥と鈴と」の一節で、命あるものと命なきものを温かい眼差しで同等に歌い上げていて、私達は一人で生きているものではないことを改めて気づかせてくれます。大正から昭和初期の男性優位の時代に、才能を評価されながらも書くことを禁じられ、失意のうちに短い生涯を閉じた金子みすゞに想いを馳せながら、今フォーラムにおいて医師としての働き方、人としての生き方、わが国のあり方について皆様に考えていただけることを祈念いたします。

小田悦郎・山口県医師会長 本日は、本フォーラム開催のご案内を申し上げたとお、お暑い中、また土曜日というお休みの中、県内外より多数の皆様方のご参加をいただき、誠にありがとうございました。また日本医師



会からは横倉会長、羽生田副会長、小森常任理事をはじめ多数の関係者のご来県をいただきました。ありがとうございます。

さて、医療を取り巻く環境は、依然として厳しく、慢性的な医師不足、地域偏在、消費税や TPP 等問題が山積しております。

日本の女性就業率は 69% で、OECD34 か国中 24 位にとどまっており、かつ「M 字カーブ」の問題を解決するには、女性の働きやすい環境整備は急務であると経済協力開発機構はコメントしています。

近年、山口大学医学部入学・卒業者の 4 割弱が女性であります。医師不足と女性医師の増加を短絡的には結び付けられませんが、女性医師の休職・離職の理由の多くが出産・育児であることから、多様な働き方を支援する環境整備が求められています。

山口県医師会では、平成 19 年 3 月に女性医師参画推進部会（平成 23 年 4 月から男女共同参画部会）を設立し、育児支援、就労支援、女子医学生をサポートを行っているところです。本日の資料として同封しております「保育サポーターバンク」のチラシ、「応援宣言集やまぐち第 3 版」の小冊子もその活動の一環でございます。そんな中、第 9 回男女共同参画フォーラムの山口県開催のお話をいただき、約 1 年かけて、部会を中心に、日本医師会とも相談をしながら、企画・立案をしてまいりました。本日は、国際医療福祉大学副学長の桃井眞里子先生の基調講演「より良い医療のために、より良いキャリアのために」をいただく予定にしておりますし、また、日医より 2 つの報告事項、そしてシンポジウム「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～」を用意させていただきました。

近年、ワークライフバランスと多様性が男女

共同参画推進のキーワードであり、今回のメインテーマである「みんなちがって、みんないい」のフレーズは、郷土の誇る童謡詩人金子みすゞの詩の一節ですが、多様性を表現する格好のフレーズであると考えております。今フォーラムの意図を「豊かな医療人」をめざしている若い医師や医学生に伝えること、また、参加者の皆さんが真の男女共同参画を考える絶好の機会となることを期待しているところです。

最後に、本日まで参加の皆様のご健勝、ご多幸を祈念しまして、私の歓迎の挨拶とさせていただきます。

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」

国際医療福祉大学副学長 桃井眞里子

日本では男女共同参画はなかなか進まないが、大学という限られた世界で学生、研修医、若い医師と接する中で感じたことをお伝えできたら幸いである。男女共同参画は詰まるところ人材育成であると考えている。大きな転換期にある日本において、これまでの成功体験を引きずったような人材育成でよいのだろうか。人材育成こそが国のあり方そのものであろう。



『エコノミスト』（2010 年 11 月）に高齢化が進む日本が対応策を何もとっていないようだと書かれているが、高齢化もさることながら少子化の危機（2110 年には人口が半減する）は脅威である。

“数は力”なので、人を育てて国を支えることが必要である。男女平等というよりも男女ともに人材を育てる。欧州諸国は来るべき高齢化社会に備えて社会のあらゆる分野で男女ともに義務的な%（quota 制）を設定している。ノルウェーやフランスは取締役の女性比が 42% や 22% であるのに比して、日本は女性の上場企業役員が 1.4% という惨憺たるものである。GGG (Global Gender Gap) でも世界分布では下から 2 番目にランクされ、アフリカや南米に近い状況である。日本では女性の人材育成が十分でなく、研究者も然りである。日本は男女の時間配分が先進諸国と異なってお

り、男性の長時間労働（成功体験からのシフトができていない）により、妻は当然家事・育児を一人ですることになる。合計特殊出生率と男性の家事時間とは連動していて、男性の働き方が変わらなければ日本の少子化は改善しない。先進諸国の出生率低下後の再上昇は、女性労働力率の上昇と併走している。例外は日本、イタリア、韓国である。フランスでは労働力率上昇とともに出生率も上げるといふ国策に変更して成功した。一方、日本は高教育社会（大卒が多い）で労働力率は元来そう低くはないが、既婚女性（若い世代）の労働力率が他の先進国に比して極端に低い。良質の労働力を如何に確保するかは国のあり方の本質だが、適正な評価システムなどない日本においては働き方、国のあり方を勇気をもって変えなくてはいけない。

男女共同参画は多様性を重んじる新しい社会設計への挑戦であろう。生物学的多様性は生存に有利であることはご存じのとおりであり、社会学的多様性は変革を促す。同種集団では個人である理由が喪失し、異種集団は個人が尊重される。均一集団は効率的で決定が迅速だが、軌道修正困難で情状的評価となるも安定期には好都合である。一方、多様性集団は帰属意識が困難で決定に時間を要すが、軌道修正可能で公正な評価が得られやすく変革期には好都合である。日本は組織 diversity による活性化を図る必要がある。かつ能力あるリーダーがでないと変革期はもたない。

医療領域では OECD 平均より 1,000 人あたりの医師数が少ないにもかかわらず、一人当たりの受診件数は極端に多く、日本の医療提供体制は低医療費政策の下で、より少ない人的資源で、より多くの受診に対応していることになり、持続可能な働き方ではない。医療における男女共同参画の利点としては、①権利〔人は医師になる権利がある、患者は同性医師を求める権利がある〕、②利益〔数：人材確保、質：両性の異なる能力を医療に活かす〕、③変革の時代〔変える原動力は多様性から〕、がある。意識改革は絶対に先行しない。後から付いてくる当然の理である。能力はその任に就けば発揮されるので、思い切って登用するなど強力に変えてそのメリットで納得することにより変革は進むであろう。

女性医師の悩み（栃木県医師会調査：2010 年）のトップは家事と仕事の両立（74.2%）だが、多くは選択できないから悩むのである。指導的立場の人は、両立の視点を変え、選択する自由があり選択する責任があることを伝えてほしい。また問題を肯定的に対処するプロフェッショナルとしての心の技術を伝授することも必要である。プロの時間の使い方を教えることは大切で、私は「悩んだら寝なさい」と話している。寝なければ脳の神経新生はされないからである。また、女性医師のキャリア形成の基本は、①自分の強みを知る・創る、「何」で自分を築きたいかを明確にする、②単に“医師として働きたい”ではキャリアの継続は困難、③出産前に自分の強さを明確にしておく、④進路変更は「強み」に変える、⑤ストレス、困難の対処法を身につける、であり特に⑤は男女ともに大切である。卒後 3 年以上の男性医師のアンケート調査で、既婚男性医師に関して Work Family Conflict の強さと恒常的な疲労が関連しているとされた。

男性管理職には、男女の差なく、期待して人材を育成してほしい。日本では女性の場合、まだ気づかれてない能力がかなりある。また女性医師は、後輩を育てる力と責任があることを認識する必要がある。蛇足だが女性は安静時の脳血流量が多く、男性は空間回転処理能力が優れているといわれている。男女の違う仕組みを社会の発展と質の向上に活用しない手はない。

「男女共同参画」とは男女ともに如何に上手く人材を育てるかであろう。そして新たな働き方、新たな価値観・新たな家庭のあり方が、ともに働きともに育てる社会の創生につながり、新たな社会へのあり方への挑戦となるであろう。

（報告：山口県医師会理事 今村 孝子）

報告

1. 日本医師会男女共同参画委員会

日本医師会男女共同参画委員会委員長

小笠原真澄

当委員会では、平成 24～25 年度の会長諮問「男女共同参画のさらなる推進のために」に対する答申作成のため議論を重ねている。この一環として 8 月には男女共同参画に対する男性医師の意識調査を行うので、ご協力をお願いしたい。また女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、管理者等への講習会用スライドの改定を行った。

委員会が実施した具体的な取り組みとしては下記の項目がある。

- ①男女共同参画フォーラムに対する意見具申
- ②ドクターゼ「医師の働き方を考える」コーナーの企画立案
- ③要望書提出：平成 25 年 6 月 日本医師会理事 女性医師枠の創設について定款・諸規定検討委員会に提出
- ④都道府県医師会における女性医師に関わる問題への取り組み状況調査（平成 25 年 11～12 月調査予定）

2. 日本医師会女性医師支援センター事業

日本医師会女性医師支援委員会委員長

秋葉 則子

平成 24 年度事業報告及び平成 25 年度事業計画は次のとおりである。

平成 24 年度事業報告

- ①女性医師バンクによる就業継続、復帰支援
- ②「医学生、研修医等をサポートするための会」の実施
- ③各都道府県医師会での女性医師相談窓口の設置促進
- ④「女性医師支援センター事業ブロック別会議」の実施
- ⑤医師会主催の講習会等への託児サービスの併設促進と補助
- ⑥「『2020・30』推進懇話会」の開催
- ⑦「女性医師支援事業連絡協議会」の開催
- ⑧冊子「女性医師の多様な働き方を支援する」の作成

平成 25 年度事業計画（①から⑦は平成 24 年度の継続）

- ⑨女性医師の就労環境の改善と健康支援
- ⑩大学医学部の女性医師支援担当者連絡会の開催
- ⑪「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」の実施

シンポジウム「みんなちがって、みんない～伝えたい、豊かな医療人をめざすあなたへ～」

1. 女医は希望の星

医事評論家 行天 良雄

87 歳の私にとって、今日のように暑い青空の日に思い出すのはなんとと言っても 1945 年 8 月 15 日、終戦の日である。私がこういう道を歩むきっかけになったのは、戦後、横浜のホテル



ニューグランドでボーイ（というより雑役夫だ）をしながら、サムズ准将のグループが戦後、日本の医療制度を根本的に立ち上げる場に居合わせたこと、またファインという人から「医学の道を志すなら個々の命を救うことも大事だが、これからの時代はメディアを使って何千万の人に、「健康という幸福」をもたらすことも大事だ」と教わったことにある。また、この時代に女医が堂々と意見を述べている姿は、最初に私の心に染み付いたアメリカ観であった。

私が関与した仕事の中で、今でも間違いなかったと自負しているのは、1981 年の NHK 特集「日本の条件：医療。あなたのおすを誰が見る」である。これは 3 年間述べ 150 人以上のスタッフを使ってリサーチしたプログラムだが、今日でも今後の医療のあり方についての的確に表しており、最後のコネチカットホスピスの取材は高齢化社会の中で医療がどのように死に寄り添わなくてはならないか、今日でも私の考え方につながっている。

ほとんどが男性の医者だった時代、女性は教育、経済的な格差もあり、看護師として女中同然の形で医療の一翼を担わざるを得なかった。やがて女性がドクターになることができるようになって、

事態が急激に変わった。しかし、看護、介護、医療行為の 3 つの問題が医学を軸にしながら混乱する中で、なお日本はこれからのあり方をめぐって動いているのが実情である。

2. 豊かな医療人を育成するために

山口大学大学院医学系研究科

放射線治療学分野教授 澁谷 景子

山口大学医学部附属病院男女共同参画部門は、2011 年 10 月に設置された医療人育成センターの一部門で、まだ始動したばかりである。この 1 年間で最初は職員の勤務環境の現況調査をし、ワークライフバランスをサポートする制度の不備や休暇制度の周知の不徹底が明らかになった。そこで、まず支援体制強化に向けて部門ホームページを充実させ、相談窓口の設置や、情報提供を行った。それから育児支援、復職支援などに取りかかっている。自分の経験から考えるに、自分が何をしたいか、したいことを明確に答えられるか否かの点に日米のギャップがある。キャリア教育とは主体的に進路を選択する能力・態度を育てる教育である。より良い医療環境とは医療人が生き生きと個々のスキルを磨き、一人ひとりの役割にやり甲斐をもって専念できる環境であり、この環境を整えていくためには洗練されたチーム力が必要だと考える。

豊かな医療人とは患者さんの心に寄り添う豊かな心を持ちながら、科学者の目をもって医療にあたることのできる人材、常に clinical question を抱いて、その解決への道を自分で拓くことができる、“What do you want to do?” への答えを持ち合わせている人材だと考える。また一つのキャリア・パスに縛られず、一つの価値観で他者を縛らないことが必要である。

男女共同参画支援とは、男女を問わず社会的責任を自覚し果たすことができる意思の力と、他者の目標を尊重し協力することのできる豊かな能力を育成することではないかと考える。そのためには、私もいろいろな方面から貢献したいと思っている。



3. ジェネレーションギャップを乗り越えて

いしいケア・クリニック 原田 唯成

今春まで 4 年間山口大学の医療人育成センターで学生・研修医の指導にあたった立場から若い人たちの声を集めて発表する。この半世紀の間、社会は大きく変わり、医療者を取り巻く環境も劇的に変化した。社会では共働き世帯の増加や介護力不足、交通や IT の発達等があり、医療供給体制も医療資源集中から、患者さんを中心とした地域包括ケアへと移行してきている。そうした中、学生・研修医に行ったインタビューの音声ファイルをお聞きいただきたい。質問は、① どのような人を配偶者にしたいか、② 結婚後の家庭像について、③ 夫婦以外で助けてもらえる人はいるか、④ ワークライフバランスについてどのように思っているか、である。インタビューから感じたことは、① 将来の家庭像や夫婦像は自分の育ってきた家庭環境が強く反映されている、② 男性医師も家庭・子育てに関わりたい気持ちは強い、③ 子育て援助は両親への期待が圧倒的に多く、男女とも就職先の場を考慮する時のファクターになっている、ということである。

私自身の経験ではワークシェアリングのシステムの出来上がっている職場はとても働きやすかった。こういう働き方など、地域ぐるみの連携で医療者を家族ごと支援する取り組みが求められていると考える。



4. 地域で取り組む男女共同参画

～山口県医師会の取り組み～

山口県医師会男女共同参画部会長 松田 昌子

日本医師会を中心に医療界の男女共同参画活動は、この 10 年非常に進んできた。私からは県医師会のレベルでどのようなことができるのか、またできたのかということで、山口県医師会の取り組みをご紹介します。

私どもの活動には 5 つのテーマがある。それ



は、①勤務医就労環境改善、②保育支援、③女子医学生キャリアデザイン支援、④県内医師の連携、⑤広報活動の 5 つである。まず女性医師が直面する問題点抽出のためにアンケート調査を行った結果、やはり出産育児の支援が必要だと再認識したため、保育サポーターバンクを作った。徐々に利用は増えている。たとえ少数でもこれで仕事を辞めずにすむ女性医師があれば意義があると思う。それから、学生のうちからキャリアに対する意識の教育が必要と考え、女子医学生のグループ en-Joy との交流や女子医学生インターンシップを行っている。参加した女子医学生の声の聞くと、研修の意義がよく理解されていると思う。次に、こうした活動や情報を第一線の女性医師に伝えるためにネットワークを作ろうと郡市医師会に女性医師の部会設立を呼びかけた。現在県内 9 地域に部会ができ、それぞれ非常にアクティブに活動されている。最後に広報活動としては Y-Joy ネット（やまぐち女性医師ネット）というホームページを通じて広報を行っている。この 7 年間活動してきて、伝えることの難しさと同様につながることの大切さを感じている。

総合討論

引き続き、4 人のシンポジストと、コメンテーターとして桃井眞里子先生と日本医師会の小森貴常任理事を加えて、コーディネーターを小笠原委

員長と田村(山口県医師会男女共同参画部会理事)が務め、会場からの質問・意見を交えながら、討論を行った。

質問 医師であるからには男性も女性も仕事を続けなくてはならないということはどう伝えたいのか。

桃井 医師になったから生涯医師でなくてはならないとは考えない。ただ不本意に志を変えなければならぬというのは個人にとっても社会にとっても大きな損失である。これには教育が一番大事であり、医学生及び研修医の指導者のありかたがきわめて重要と考える。

質問 病院長等の管理者の意識をどうしたら変えられるだろうか。

小森 日本医師会では平成 18 年から 3 年間、病院長・管理者を対象に最低限知っておいていただきたい労働規約も含めて女性医師のキャリア支援にどのようなことができるか、しなくてはならないかについて研修会を行った。法律も変わっているので本年度からこの研修会を再開する予定で、スライドテキストも最近日本医師会のホームページに載せた。これはどなたでもダウンロードして使っていただくことができる。やはりトップの意識は大きいので、具体的な方策として使っていただきたい。



質問 女子医学生の半分以上が将来専業主婦になりたいと答えたアンケートがあったが、そういう女子医学生に対してどのような対応がよいだろうか。

松田 そういう人には何とか説得してこういう会に出る機会をもたせるとか、何かをさせてそこで何かを得るといふ経験をもたせてあげることが貴重ではないか。そうすれば意識が変わると思う。

桃井 今の若い方々は日本が不景気な時代に育ち、大きな夢や希望を持つことの楽しさを味わっておらず、現実的である。私は医師として生きることが自分の人生にどんな価値をもたせてくれるか、一人の研修医に 1 時間かけて話をする。教育の中で夢を語る余裕がなくなっているが、これに呼応しない若者はいないと思う。

質問 大人になっていないような未熟な若い医師たちへのサポートの方法に不安を感じるが、その回答は上記の桃井先生の発言でよろしいか。

桃井 それでよろしい。

質問 子育てなどの負担を望まない男性医師が多い印象だが、どうだろうか。

原田 結婚した先のイメージがわからないということはあるかもしれないが、私が今回聞いた限りでは、子育てに不安や嫌悪感を抱いている人はいなかった。

質問 命を延ばす医療から、死を迎える人間に寄り添う医療の考え方・本質を教えてください。

行天 先ほど触れたサムス達は、「人間にとって一番悲しいことは貧乏と病気だ。どんなことがあっても敗戦国日本ではそれをなくさなくてはならない」と言って皆保険制度のベースを作った。先生方は、ぜひその問題を十分考えていただきたい。私は多くの方にお目にかかって、素晴らしい女性達にも会ったが、女で損したとおっしゃった方は一人もない。社会集団の中でドクターはあるレベル以上の人達になっており、皆保険制度によって経済性も約束されている。一方、介護の分野の方達は安い給料でどんなに理念・思想があっても続けられるものではないことが問題になっている。したがって、せっかく医師になって、しかも女性の特性が活かせるのであれば、好きな方と好きな夢を

抱いて、同時に自分の仕事がどういうものか誇りと頼られる幸せをつくづく味わっていただきたい。医学技術は今後さらに発展するだろうが、最後に残るのは頼られる存在である。最近、日野原重明先生が「肩に手を当てただけではダメだ、当てた手をすっと滑らせなさい、これだけで人の感性は全然違う、こういうことを大事にしなければ医者だめですよ」と言われていたが、これが心に残っている。

質問 復職のためのプログラムは本当に必要なのだろうか。逆に、ある一定年限働かないと専門医の資格を失うなどのペナルティーが必要ではないか。勉強は自分で行うものではないか。

澁谷 限られたポストを使って再トレーニングをさせてもらうのは、人に迷惑をかけたくないという意識をもった女性医師にとって非常に心苦しいことだ。だが、子どもをとるか仕事をとるかの選択肢自体がおかしい。制度としてそのあたりは考えていかなくてはならない。

小森 現在、専門医のあり方の検討や初期臨床研修制度の見直しの議論がなされているが、大学のモデルコアカリキュラムにワークライフバランスの観点について学ぶことが取り入れられた。また、臨床研修病院の指定要件にメンターとしての女性医師の配置などを組み込もうという議論も出ている。出産がデメリットにならないような制度設計にならないといけないと考えている。

司会 最後に若い後輩医師へ伝えたいことを一言ずつお願いしたい。

行天 あまり心配なさらなくても自分がやりたいことをして、ゆっくりと勉強と実生活を楽しんで過ごしていただきたい。幅広くいろいろなことに楽しみをもっているお医者さんは皆が喜ぶ。

澁谷 いろいろなライフイベントがあるが、柔軟な頭を持ち、「何をしたいのか」ということを明確に持って人生設計をたてていただきたい。

原田 お手本となりそうな先輩医師に対して仕事観や結婚観などを質問してみると夢がみつきやすいと思う。

松田 子どもを持つことは負担ばかりでなく、逆に仕事の励みになる。仕事と家事の両立に完璧を

目指すとそれ以外のことに眼が向けられないが、外の社会に出て発言することもおそれないでほしい。このことは医学生だけでなく看護学生等、皆に伝えたい。

桃井 われわれ団塊の世代は、時代が自然にわれわれを育てたが、今は 40 代以上のわれわれが心して若者を育てなくてはならない。特に女性医師はまじめでよい子に育ってきて、こわれていくタイプも多いが、彼女達に「あなたが抜けた後の組織の心配はわれわれの仕事だ、あなたはあなたの心配をなさい」というような声かけをしてほしい。

小森 医師はすばらしい仕事だと思うので、生涯医師を続けてほしい。

第 9 回男女共同参画フォーラム宣言

山口県医師会男女共同参画部会副部長

内平 信子

下記の宣言を提案し、採択された。

今、日本社会ではかつてないほど女性の潜在力が重視され、その能力を発揮することが期待されている。社会のあらゆる分野で女性の参画を促すための環境整備が急務とされ、意思決定の場への女性の登用が強く求められている。

この期待に応えるべく、われわれは、医師として情熱と志をもって社会に貢献し、かつ、個人としても生きがいを感じることが出来る環境を作らなければならない。

21 世紀の複雑で多様な社会において、男女を問わず豊かな医療人をめざすため、次のことを宣言する。

- 一、われわれ医師は人の命と健康を守り、社会に貢献する責任を負う。
- 一、われわれは、生涯にわたり学び続ける姿勢を貫きキャリアを全うする人材を育成する。
- 一、医師の働き方に対する多様な価値観を受け入れ、真の男女共同参画を実現する。

平成 25 年 7 月 27 日

日本医師会第 9 回男女共同参画フォーラム

閉会挨拶

山縣三紀・山口県医師会常任理事 フォーラムの



閉会に際しまして、一言ご挨拶申し上げます。

13 時から始まりました桃井先生の基調講演と、それに続くシンポジウムは私たちに元気をくださると同時に、課題もたくさんいた

できました。さきほど採択されました宣言は、まさに私たちがいただいた宿題だと考えております。

今回、山口県医師会がフォーラムの担当をさせていただくにあたり選びましたメインテーマは「みんながって、みんないい」であります。これは先ほど横倉日医会長からご紹介いただきましたように、山口県出身の童謡詩人、金子みすゞの詩「私と小鳥と鈴と」の中の一節です。金子みすゞは 26 歳の短い生涯の中で、500 点以上の詩を創作しています。そのみすゞの人生には悲しい出来事がたくさんありました。そしてその一つひとつは、みすゞが女性であったがゆえのものも多くあります。そんな中で書かれた 500 点以上の詩はどれも命あるものへの優しいまなざしや、小さなもの、弱いもの、時には命をなくしたものへのいたわりにあふれたものです。このみすゞのまなざしは、私たち医療に携わるものすべてが持つておかなければならないまなざしだと思います。

山口県は三方海に囲まれております。みすゞのふるさとは、日本海側、長門市仙崎というところで、そこにはみすゞの生家に記念館もございます。たくさんの方々が来館されています。明日、もしお時間が許せば、日本海側、長門、萩の方まで足を運んでいただければと思います。

本日は長時間、誠に疲れ様でした。来年また東京でお会いできることを楽しみにいたしております。ありがとうございました。

(報告：山口県医師会男女共同参画部会理事

田村 博子)

県民公開講座「笑って健やか」

と き 平成 25 年 11 月 17 日(日)
13 時～15 時(開場 12 時)

と ころ ホテルニュータナカ 2F
(山口市湯田温泉)

プログラム

- 開会のご挨拶
- 第 4 回「いのち きずな やさしさ」
フォトコンテスト表彰式
- ヘルシートーク及び健康落語
落語家で医師 **立川らく朝** さん

多数の皆様のお申し込みを
お待ちしております。

問い合わせ：山口県医師会広報情報課
電話 083-922-2510



◆申込締切 11月11日(月)必着
◆定員/300名、先着順 ◆参加無料

参加のお申し込みについて

往復はがきでお申し込みください。電話やFAX、電子メールや窓口でのお申し込みは受け付けておりません。応募は先着順で、定員になり次第締め切ります。発表は入場券の発送をもってかえさせていただきます。応募状況は、本会ホームページで確認できます。

【往信のオモテ】

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1
山口県医師会 広報情報課 宛

【往信のウラ】

- ・「11月17日の県民公開講座参加希望」
- ・お申込者様の郵便番号、住所、氏名、電話番号
- ・複数名でお申し込みの場合は、その人数(ご本人含)。
ただし、1枚につきご本人含めて5名までとさせていただきます。

【返信のオモテ】

- ・お申込者様の郵便番号と住所、氏名

【返信のウラ】

- ・本会で入場券を印刷しますので、白紙をお願いします。

※いただいた個人情報(住所、氏名、電話番号)は当講座のご案内や連絡事項にのみ使用させていただきます。

※駐車場につきましては、会場周辺に有料駐車場がありますが、混雑することが予想されますので、出来る限り公共交通機関をご利用ください。

(往信オモテ)

往信 7530814

山口市吉敷下東 3-1-1
山口県医師会
広報情報課 宛

(返信ウラ)

白紙

※本会が入場券を印刷
しますので、何も書
かないでください。

(返信オモテ)

返信 ↓お申込者様の郵便番号

お申込者様の住所
お申込者様の氏名

(往信ウラ)

11月17日の
県民公開講座参加希望

・お申込者様の郵便番号
住所、氏名、電話番号
・参加予定人数
(ご本人含めて)

※1枚で5名まで
お申し込みができます。

主催 一般社団法人山口県医師会

平成 25 年度 山口県小児救急医療電話相談事業研修会

と き 平成 25 年 8 月 4 日（日）10：00～13：00

と ころ 山口県医師会 6 階 大会議室

[報告 : 山口県小児科医会総務理事 河村 一郎]

(1) 山口県小児救急医療電話相談事業 ～平成 24 年度の実績報告～

山口県小児科医会総務理事 河村 一郎

平成 16 年 7 月に山口県で小児救急医療電話相談事業（# 8000）が始まって以来、年々相談件数は増加しており、その需要が高まっていることが窺える。開始してから 9 年間の実績を報告する。

平成 24 年度実施方法

平成 23 年度と同様、365 日 19 時から 23 時まで、小児科医が常駐している夜間診療所内で 15 歳未満の小児救急疾患に対して、主として看護師が相談を受ける形で行っている。日・木曜日を下関市、月・金曜日を周南市、火・水曜日を宇部市・山陽小野田市、土曜日を山口市が担当している。

平成 24 年度相談実績

1) 平成 16 年～17 年度は 1 日当たり約 3 件であったが、以後年々増加し平成 24 年度は総数 6,083 件、1 日当たり 16.7 件とほぼ 5 倍に達している（図 1）。月別に見ると、7 月、12 月がやや多く、他の月は 500 件程度で平均化している。（図 2）。

2) 曜日別に見ると、土曜日がもっとも多く 1 日平均 19.4 件に達した。他の曜日は 16 件前後であり差がない。

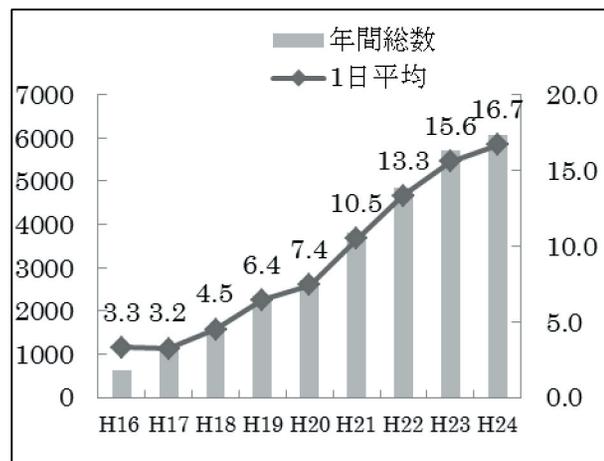


図 1. 年度別相談件数

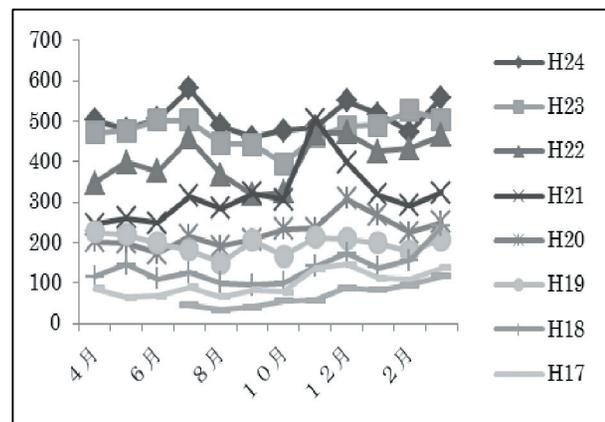


図 2. 月別相談件数

3) 相談児の年齢は、0～1 歳が約半数を占め、4 歳以下で約 8 割を占めていた。この傾向は毎年変わらない。

4) 相談者を住所別で見ると、開始当初は周南市、山口市が多かったが、現在は山口市がもっとも多く、次いで下関市、周南市となっている。(図 3)

5) 時間帯別で見ると、19 時台、20 時台が多いが、平成 22 年度から 23 時までで延長になったため、22 時台が 15%前後、1 日当たり 2～3 件ある。

6) 対応した医療従事者は、看護師のみでの対応が 9 割以上を占め、医師・薬剤師に確認、あるいは医師・薬剤師が対応したのは年々少なくなっている。

7) 1 件当たりの相談時間は 6 分以内が 7 割以上、平均 5 分前後で推移している(図 4)。対応結果は、「助言・指導のみ」が平成 21 年度以降半分以上であり、「すぐに受診を勧めた」は約 1 割に減ってきている。患者の納得度は、ほぼ 100% 近くが納得している。

8) 相談内容は毎年、疾病が約 8 割、事故が約 2 割を占めている。疾病の内訳は、高熱が出た、熱が下がらないなど発熱に関するものがもっとも多く、次いで嘔吐、下痢などの消化器症状、発疹、水疱などの皮膚症状の順で、耳鼻科、眼科、歯科関係の疾患、予防接種や薬剤に関する相談も多い(図 5)。事故の内訳は、頭部・顔面の打撲・外傷がもっとも多く、次いで誤飲が多い。口腔内も含め、頭部・顔面の外傷に関するものが多い。

考察及びまとめ

1) 電話相談件数は年々増加しており、平成 24 年度は年間総数 6,083 件(1 日平均 16.7 件)と開始当初の約 5 倍の相談があった。曜日別では土曜日が多く、休日前に不安になる保護者が多いからではないかと考えられる。

2) 時間帯は 21 時までが多いが、平成 22 年度から 23 時までになったことで 22 時以降の相談が約 15% (1 日当たり 2～3 件) がある。

3) 相談児の年齢は 0～1 歳が多く(約半数)、4 歳以下で 8 割を占めている。相談内容は発熱、

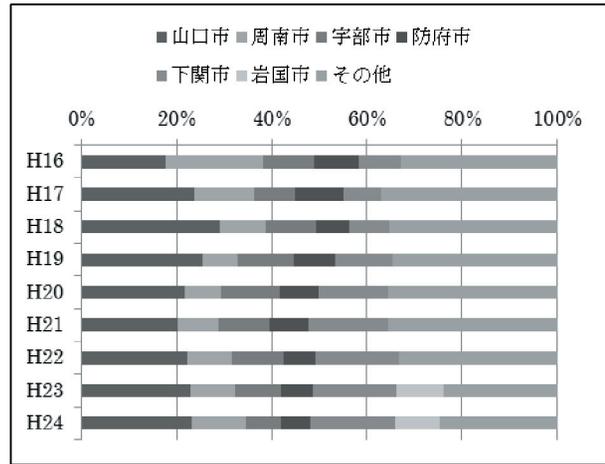


図 3. 相談者住所別件数

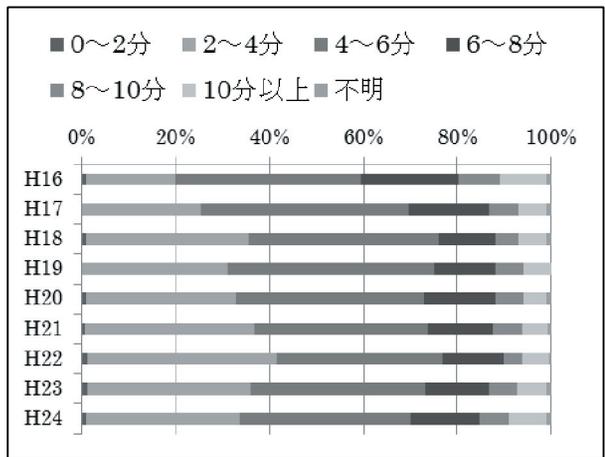


図 4. 1 件当たりの相談時間

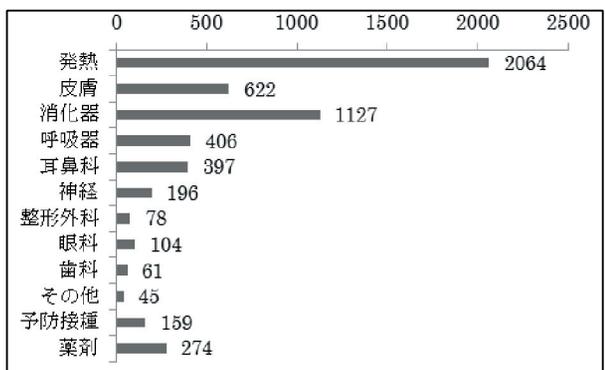


図 5. 平成 24 年度相談内容 (疾病)

嘔吐、発疹、顔面・頭部の外傷に関するものが多い。

4) 1 件当たりの相談時間は平均 5 分程度と開始当初よりも短縮されてきている。看護師のみでの対応が 9 割以上で、助言・指導のみでの対応が増えており、不要不急の受診を減らしていると考えられる。相談時間が短縮され、助言のみの対応が

増えているにもかかわらず、納得されている患者が多いのは、相談員の技術の向上によるものと考えられる。山口県では相談員の技術向上を目的として、県医師会主催で毎年研修会を開催したり、全国の研修会への参加援助を行ったりしている。

5) 小児救急電話相談事業は保護者に認知されてきており、0.5 次救急としてその需要が高まっていることが窺える。

(2) 研修：実例から学ぶ電話相談

「上手な聴き手になるために

～かけ手のニーズを上手にとらえる～」

司会進行

山口赤十字病院第 2 小児科部長 門屋 亮
周南電話相談看護師 近間 友子

先に昨年のスキルアップ研修会に参加した近間さんより、研修会内容の報告（コミュニケーションスキルなど）があった。

次いで 4 つのグループに分かれ、各グループ

で「緊急を要する場合」、「不安の強い保護者」に対応する工夫を各自発表。それを掲示し、グループごとに発表するグループワークを行った。「緊急を要する場合」には、まず住所、名前を聞いてすぐ答えようとするかどうかで判断する、アドバイスをして落ち着いた頃に再度こちらから電話する、「不安の強い保護者」には、具体的に 2～3 のこういう症状が見られたら受診をと伝える、最後にまとめを復唱するなどの意見があった。

最後に、「クループ症状をきたしている子」、「発熱が下がらずかかりつけ医の不満を言う保護者」などを題材として、保護者役、オペレーター役になってロールプレイを行った。

(3) 懇談会

各相談所からの要望、悩みを聞いた。救急病院の住所、歯科疾患・耳鼻科疾患への対応、育児相談でたびたび電話してくる父親、話し中の多さなどいろいろな意見が寄せられた。今後改善できる点は対処したい。

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 3 件

求職情報 0 件

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店

山福株式会社

TEL 083-922-2551

平成 25 年度 都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会

と き 平成 25 年 6 月 3 日 (月) 15:00 ~ 17:15

ところ 日本医師会 1 階大講堂

[報告: 常任理事 山縣 三紀]

1. 挨拶

日本医師会長 横倉 義武

日本医師会では今年 3 月、勤務医の健康支援に関する検討委員会において、職場環境改善と労務管理改善を支援するためのツールを取りまとめていただいた。このツールのねらいは法令順守のみを目的とするのではなく、関係法令を勤務医の健康的な就労環境を実現するための指標と位置づけ、病院の現状分析や把握の方法を紹介し、各医療機関の職場環境や労務環境改善活動を支援するものである。ご承知のとおり、勤務医をはじめとする医療関係者の過重労働問題はさまざまな要素が複雑に絡み合っていることから、根本解決には政策誘導が第一に求められる。したがって、今後は国がすすめている医療機関の勤務環境改善に向けた取り組みとの連携を図っていきたい。

産業保健事業については、昨年 12 月に産業保健委員会から中間答申をいただき、同月にこの中間答申で提案されている地域産業保健センター事業、産業保健推進センター事業並びにメンタルヘルス対策支援センター事業（以下、「三事業」）の一括運営に関する要望書を労働基準局長に提出させていただいた。本日は、中間答申の概要をあらためて説明させていただき、併せて現在、国で三事業の一括運営に関する検討を行っている「産業保健を支援する事業の在り方に関する検討会」の進捗状況をご報告いただく。今後、三事業が後退しないようにしつつ、平成 26 年度の政府予算案に反映できるように各関係方面に働きかけていきたい。

2. 議事

(1) 緊急雇用創出事業の活用による医療分野の「雇用の質」の向上のためのアドバイザー派遣事業について

① 日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会報告について

日本医師会常任理事 道永 麻里

勤務医の長時間労働や過重労働の背景にはさまざまな要因があり、病院のあり方が多様化する現在、一律的な解決策は現実的ではない。国や医療機関、医師、国民のそれぞれが勤務医の過重労働の現状を喫緊の問題として捉え、取り組むことが求められている。また、勤務医の長時間労働や過重労働の問題は、医療機関にとって医師の労働時間管理を適切に行っていないことが事業場としての法的なリスクであることも認識されている。

このような状況の中、日本医師会では平成 20 年度より「勤務医の健康支援に関する検討委員会」を設置し、以後、勤務医の健康状況を把握するためのアンケート調査や医師の職場環境改善ワークショップ研修会など、さまざまな取り組みを行ってきた。

平成 24 年度に会長より、勤務医の健康支援のための労働時間、勤務体制を含む働き方の見直し手引きの作成について、諮問が行われた。委員会では一昨年度の本委員会報告「勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたって考慮すべき点」に基づき、日本医師会から労働科学研究所への委託研究として 2012 年 6 月にまとめられた「勤務医の健康支援のための労働時間・勤務体制を含む働き方の見直し手引き（案）」が実際の勤務医の職場で活用できるか検討を行い、最終的に「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール～勤務医の健康支援をめざして～」がとりまとめられた。こ

の成果は単年度の結果に基づくものではなく、これまでの本委員会の調査・研究や、勤務医の職場環境改善のためのワークショップを通じて得られた現場の勤務医や病院管理者からの切実な労働条件改善、職場環境改善ニーズに立脚している。

本分析解析ツールは法令順守のみを目的とするのではなく、健康的な勤務医の就労環境を実現するための指標と位置づけ、病院の現状分析や把握方法を紹介し、医療機関の職場環境や労務環境の改善活動を支援することにある。本ツールはステップ1「勤務医の労務管理チェックリストによる現状把握・分析」とステップ2「労働環境改善の手順」の2つで構成されている。ステップ1では、自分の病院の現状を知ることが目的として、例えば労働時間管理に関する勤務医への周知、勤務医の安全と健康の確保（安全衛生管理体制）、女性勤務医の就労支援など7領域35項目が整理されている。ステップ2はステップ1の結果に基づき、自分の病院をよりよくしていくための取り組み方のヒントを整理する構成となっている。

本ツールをワークショップや病院団体等で活用していただき、現場の意見を踏まえ、検証作業を行っていく。また、各都道府県医師会においては、『緊急雇用創出事業の活用による医療分野の「雇用の質」の向上のためのアドバイザー派遣事業』に手挙げをしていただき、県下医療機関の労働環境改善の取り組みを推進していただくようお願い申し上げます。

②雇用創出基金の活用による働きやすい医療機関づくりのためのアドバイザー派遣事業について

厚生労働省労働基準局労働条件政策課

医療労務企画官 中野 孝浩

勤務医をはじめとして、医療機関における働きやすい環境整備は、優秀な人材を確保することや医療の質の向上、地域医療の持続的な発展に非常に重要な役割を果たす。本日お話しさせていただくアドバイザー派遣事業で、地域の医療関係団体を中心となって、都道府県や関係者と連携しながら地域全体で医療スタッフが働きやすい医療機関づくりに向けた事業を実施していただきたい。

地域の医療機関の勤務環境改善のため、労務管理の専門家である社会保険労務士や診療報酬につ

いて詳しい医業経営コンサルタント等をアドバイザーとして派遣し、個々の医療機関のニーズに応じた支援が必要である。実際に勤務環境改善を効果的に行うためには、労務環境や医療経営のプロなど専門職をアドバイザーとして派遣して助言することが効果的である。また、日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」にて作成された「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」を活用いただくという視点においても、基金事業の活用を検討いただきたい。

アドバイザー派遣事業の予算として、各都道府県に既に設置されている「雇用創出のための基金」を活用いただきたい。実際、来年度を目指して医政局で予算要望をしているところであるが、平成25年度の予算要求は間に合っていない。こうした中で、既にある雇用創出のための基金は、医療に限らずあらゆる分野で使える柔軟な事業であり、都道府県の労務管理部署が一括で管理しているが、実際にお金を使うのは各事業の所管である。都道府県（医療担当部局）が、雇用創出のための基金を活用したアドバイザー派遣事業を事業化する必要がある。既に、厚生労働省から各都道府県衛生主管部局に通知を出し、この事業の積極的な実施を働きかけている。なお、この事業における都道府県の一般財源負担はない。いわゆる「国10/10」事業である。具体的なアドバイザー派遣事業は、地域の医療関係団体（例：都道府県医師会等）に委託・補助する形で実施することが可能である。

雇用創出のための基金を活用した事業化には、「事業費に占める新たに雇用された失業者の人件費割合が1/2以上」という大きな要件がある。例えば、県医師会が事業費600万円で県庁保健福祉部から事業補助を受けた場合、県医師会は事業費の1/2である300万円で新たな失業者を事務補佐員として雇用し、残りの300万円で社会保険労務士や医業経営コンサルタントを地域の医療機関の勤務環境改善アドバイスのための活動経費やその他に充当するといった活用が想定される。なお、金額や事業内容は都道府県が地域の実情に応じて決定する。詳細は都道府県に相談していただきたい。

現在、都道府県に設置されている雇用創出のた

「雇用創出のための基金事業の主なポイント」

	主な実施要件の相違点	その他相違点
重点分野雇用創出事業	「事業費に占める新規雇用失業者の person 費割合が 1/2 以上」でよい	基金創設後、年数が経過しているため、都道府県によっては基金の残額が少ない場合がある。事業実施主体に関する制限はない(都道府県医師会で直接、受託が可能)。 ※実施は平成21年度から平成25年度末まで
企業支援型地域雇用創出事業	「事業費に占める新規雇用失業者の person 費割合が 1/2 以上」という要件に加え、「起業後10年以内で、本社が起業時と同一都道府県内に所在する法人」であることが必要(直接、都道府県医師会が受託できない)。 ※NPO、一般社団等を新規に設立してもよい。	新たに創設された基金事業なので、比較的、残額に余裕がある可能性が高い(※都道府県ごとに事情が異なる) ※平成25年度に開始した事業の実施は平成26年度末まで

めの基金で活用可能なものは2つあり、主なポイントは上表のとおりである。

平成 23 年 6 月に『雇用の質』向上プロジェクトチームにて看護中心で取り組みを行った。その後、昨年 10 月から新しいプロジェクトが立ち上がり、看護職だけでなく勤務医も含めた医療機関全体の勤務環境の改善、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。法令違反を取締るだけでは解決しないという共通認識のもと、日本医師会をはじめとした医療関係団体と連携して医療機関全体の勤務環境改善に取り組んでいく。平成 25 年度における基金を活用した活動に合わせて、平成 26 年度予算要求に、支援の仕組みを正式な予算として入れていく方向で検討していく。ぜひとも勤務環境改善につながる取り組みにご協力をお願いしたい。

③質疑応答

司会は日本医師会の道永麻里常任理事、発言者は厚生労働省労働基準局労働条件政策課の中野孝浩医療労務企画官、労働科学研究所の吉川徹副所長。

滋賀県医師会 失業者雇用として、事業費の 1/2 を person 費として捻出するとのことだが、具体的に教えていただきたい。

中野企画官 失業者雇用に関する 1/2 の person 費とは、事務補佐員を雇っていただくことを想定している。事務補佐員とは、医療機関から支援要請があった場合の日程調整等の事務的な作業に従事する者であり、失業者から雇用していただきたい。一方、それを受けて派遣される専門家の経費が残りの 1/2 である。こちらは社会保険労務士、会計士、医療経営コンサルタントといった、専門知

識を持った方を雇用あるいは委託する費用に使っていただく。

滋賀県医師会 専門家のほうが、person 費が多くかかるのではないか。運営が可能なのか。

中野企画官 仮に都道府県医師会で事務補佐員を雇用した場合、高度な交渉などには事務補佐員以外にも医師会事務局の課長や事務局長の支援をいただきながらフォローしていただくことを前提として、事業費の半分で事務補助員を雇用していただく。残りの事業費で、専門家を 1 日だけ委託するかたちで調整を行えば、事業を実施することは可能である。

滋賀県医師会 失業者の定義は。年齢等は問わないのか。

中野企画官 緊急雇用対策事業については、全国のルールでは年齢制限はない。都道府県ごとにルールを決めている可能性はある。

石川県医師会 過去にこの事業が運用された実績はあるか。

中野企画官 県ごとにそれぞれが企画して実施できる基金という性質上、大々的に調査を行ったわけではないが、今のところ、この基金を使ったという話は聞いていない。

石川県医師会 多くの病院には社会保険労務士がいるはずである。それを上回るようなスキル、知識を持つ社会保険労務士を派遣するということか。

中野企画官 日本社会保険労務士会に聞いたところ、医療機関に対する支援という形では、十分にを行った実績はないと聞いている。医療機関の支援

は、社会保険労務士が診療報酬や医療経営の仕組みに詳しいわけではないので、全国社会保険労務士会にも協力いただき、医療に関する研修会等を行っていただいた上で、こうした取り組みに着手していただくよう働きかけをしている。

福岡県医師会 予算を使って、今年は仕組みをつくるだけで終わりなのか。予算が余った場合、来年度に使うと考えてよいか。

中野企画官 本事業は単年度事業であるので、委託費は年度内で使い切っていただくことが前提となると思われる。

福岡県医師会 平成 26 年度については、その際に決めるのか。

中野企画官 平成 26 年度以降については、予算要求作業がこれからはじまる。厚生労働省としても勤務医を含めた医療分野の雇用の質向上プロジェクトチームの報告書をまとめ、それに基づいた支援センターの仕組みをつくる。緊急雇用対策ではなく通常の予算を確保する方向である。

宮城県医師会 都道府県が事業化することが必要だが、最初に事業化をすることは行政が決めるのか。それとも、病院関係から行政に働きかけ、事業化していただくのか。

中野企画官 厚生労働省から都道府県に対して、積極的な事業化を促す通知を出している。各都道府県の保健福祉部と医師会をはじめとした医療関係団体との打ち合わせ等において、関係団体の声として、県に提案をしていただきたい。

(2) 地域産業保健センター事業、産業保健推進センター事業並びにメンタルヘルス対策支援センター事業の一括運営について

① 日本医師会産業保健委員会中間答申について

日本医師会常任理事 道永 麻里

地域産業保健センター事業は単年度の委託事業であることや、近年の度重なる制度変更により、安定的、継続的な運営が困難な状況にある。そのような中、昨年、各都道府県医師会に対し地域産業保健センター事業並びに産業保健推進センター事業に関するアンケートを実施した。その結果、地域産業保健センター事業は郡市区医師会単位に戻し、継続的・

安定的な事業の運営を希望する意見が多く寄せられた。また、産業保健推進センター事業においても 2/3 を上回る推進センターが連絡事務所となり、産業保健活動の推進にあたって多くの問題が報告されている。このようなご意見を踏まえ、本会の産業保健委員会において、三事業の一括運営について審議し、昨年 12 月に中間答申を取りまとめていただいた。本中間答申においては、現在三事業が抱える多くの課題を解決し、事業の効率化を図りつつ、これらの事業が本来目指している機能をワンストップサービスとして安定的かつ継続的に発揮できるようにするために下記の提言がなされた。

- ・三事業を一元化して運営するべきである。
- ・一元化する事業については、経理処理や庶務機能の効率化のために、労働者健康福祉機構を設置主体とし、都道府県医師会及び郡市区医師会が主体的に関与して事業を運営すべきである。
- ・産業保健支援事業に関する経理や庶務の業務を集約して合理的に処理するため、全国 8 か所程度に産業保健支援事業経理事務所（仮称）を設置し、まとめて執り行う。

この提言を踏まえ、平成 24 年 12 月に厚生労働省の中野労働基準局長に三事業の一括運営について要望を行った。これに対し、予算に盛り込めるように前向きに検討するとの回答を得たところである。

三事業の一括運営について説明する。はじめに、現在、産業保健推進センターが 31 か所で連絡事務所となっているが、47 都道府県に推進センターを復活させる。次に、労働者健康福祉機構の事業として行うことで、安定的、継続的な事業となり、単年度の委託事業のために年度初めの運営に支障が生じたり、毎年、企画競争入札に応募することがなくなる。さらに三事業を一体的に行うことで柔軟な予算執行が可能となる。また、煩雑な経理事務を機構が行うことから、会計検査院の調査は機構が受けることになるため、医師会として本体業務に専念する形で協力することができる。運営主体を労働者健康福祉機構とする理由については、国の財政措置の受け皿として会計処理を担当でき、また、事務職員を全都道府県に配置できるだけの人員を擁していることが挙げられる。

地区センター（仮称）の業務内容については、現在の地域産業保健センター事業を主に継承するもので、これまでと同様に 50 人未満の事業場の健康相談を行うとともに、今後は地域の事業場の産業保健関連のワンストップ相談窓口として相談を受け付けることとなる。また、地区センターの実質的な活動は、計画策定段階から具体的な活動まですべて郡市区医師会が管理するが、労働者健康福祉機構が運営主体として経理処理を行うので、再委託にはならない。

現在、国において「産業保健支援事業の在り方に関する検討会」が開催され、産業保健事業の一括運営に関する検討が行われている。日本医師会としても長年地域産業保健センター事業に取り組んでこられた先生方のご意見を十分反映できるように、行政に働きかけていき、特に産業保健事業の質の確保は都道府県医師会、郡市区医師会の協力が不可欠であることから、医師会が主体的に関与できる仕組みをつくっていきたいと考えているので、ご協力をお願いしたい。

②産業保健を支援する事業のあり方に関する検討状況について

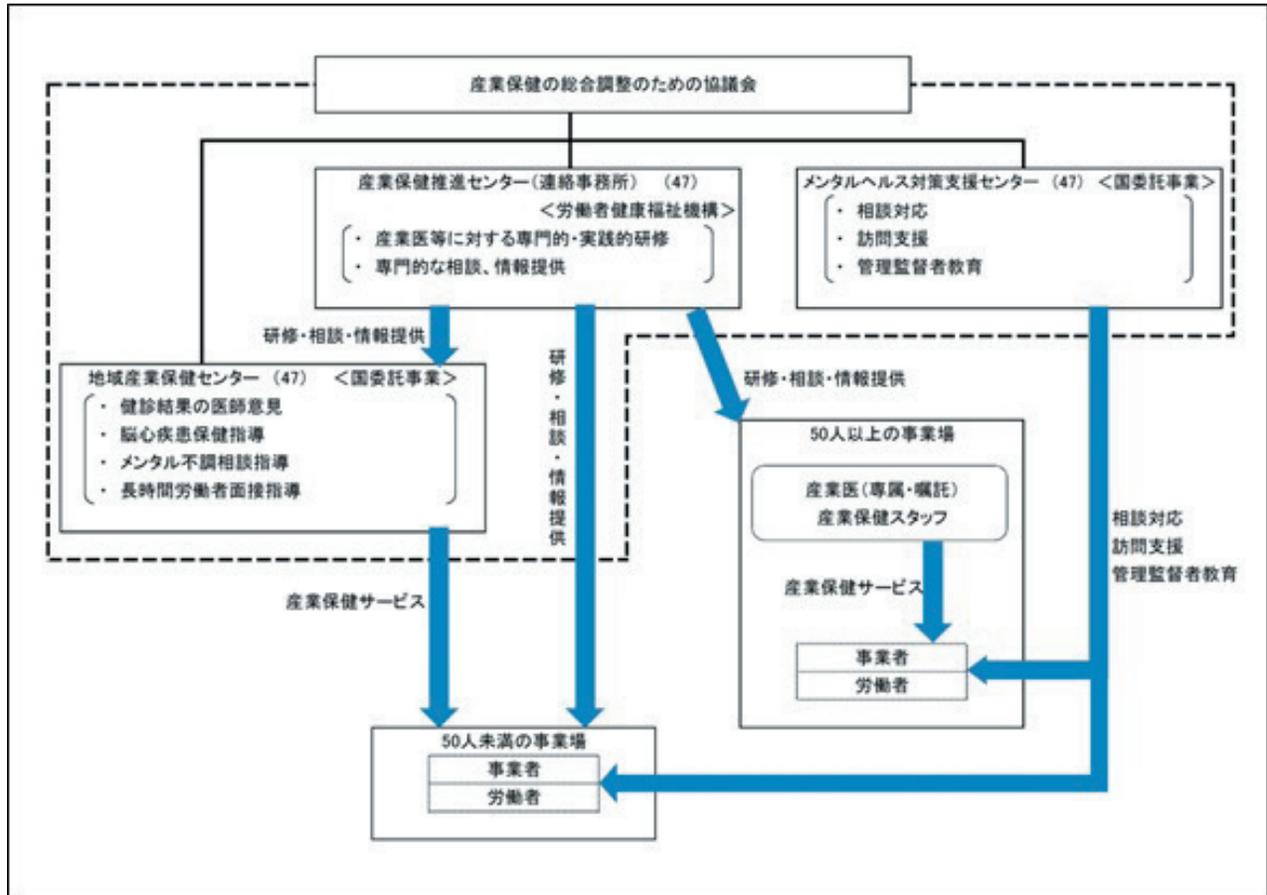
厚生労働省労働基準局労働衛生課長

椎葉 茂樹

47 都道府県に産業保健推進センター及び産業保健推進連絡事務所があり、労働者健康福祉機構が設置・運営している。各都道府県には国の委託により地域産業保健センターがある。主として 50 人未満の小規模事業場には地域産業保健センターからの産業保健サービス、産業保健推進センターによる研修、相談、情報提供が行われている。また、メンタルヘルス対策支援センターは国の委託事業で各都道府県に設置され、メンタルヘルスに関する支援を事業場の規模にかかわらず行っている。地域産業保健センターとメンタルヘルス対策支援センターは競争入札により、1 年ごとに受託者を決めている。このような体制について協議するため、支援のあり方に関する検討会が設置された。

検討会では、平成 23 年に国や労働者健康福祉機構が行う産業保健を支援する三事業の効果的・

現在の産業保健への支援体制



効率的な実施について検討が行われ、内容により支援を分けずに総合的に支援することと、三事業の統括的運営等の必要性についての報告書がとりまとめられた。産業保健支援事業の今後のあり方について、産業保健の実態を踏まえてさらに検討を行うため、改めて検討会が設置された。6月18日までにとりまとめ、平成26年度予算要求等に反映する。検討事項は(1)産業保健支援事業の効果的・効率的な実施について、(2)産業保健支援事業の実施の体制について、(3)その他、の3点である。

平成25年4月22日に第1回を開催し、5月9日にはヒアリングを行った。6月18日に第3回の開催を予定している。これまでの主な議論は次のとおり。

1. 産業保健活動を支援する事業の課題

- ・産業保健推進センターは集約化により実質的な機能が低下し、質の面で十分な対応ができていない。また、著作権に関する問題により教材の貸し出しができていない。
- ・地域産業保健センター事業は、小規模事業場における健康管理の支援強化が必要であるが、化学物質等有害要因への対策の支援が十分できていない。事業者の自主的な取り組みを支援する事業とすべきである。利用者への周知が不十分。
- ・地域産業保健センター事業及びメンタルヘルス対策支援センター事業は、単年度ごとの調達であり、事業の質の確保や円滑な実施に問題がある。また、経理事務や連絡調整のための作業が煩雑であり、産業保健活動を実践するという本来の目的に力を注ぐことができていない。

2. 支援のあり方

- ・事業の効率化を図るとともに、三事業が目指すべき事業内容をワンストップサービスとして、安定的かつ継続的に発揮できるようにするため、三事業を一元化して運営すべきである。ただし、事務処理だけでなく、役割を機能的にも連動し、心身両面で支えていくという体制にすべきである。
- ・メンタルヘルスや有害業務等については、地域レベルの相談窓口から、都道府県レベルの専門的な支援につなげていくことが大事である。

- ・一元化後は安定的かつ継続的な事業運営とし、利用者にとって利用しやすい体制となるよう、単年度ごとの事業実施方式を改め、産業保健推進センター事業と同様の方式とすべき。
- ・事業の実施主体として、産業保健活動の支援については国が主体的に関与すべきである。
- ・全国で産業保健を推進してきた実績があり、産業保健関係者との連携がとれる独立行政法人労働者健康福祉機構を設置主体とし、都道府県医師会及び郡市区医師会が主体的に関与して事業を実施する体制とすべき。
- ・労働者健康福祉機構が事業の事務及び関係機関との連絡調整等を行い、医師会は産業保健活動を支援する本来の事業に力を注ぐことにより、事業の効率化が期待される。
- ・事業の実施体制は、都道府県単位の拠点を復活し、十分な職員を配置すべき。
- ・地域の小規模事業場やその労働者にも利用しやすい事業とするため、地域の活動の窓口を設置し、地域のコーディネーターを配置することにより、新産業保健事業をワンストップサービスとして提供できる体制とすべきである。
- ・効率的な体制とする一方で、きめ細かなサービスの提供を行うために、また、小規模事業場は数が多いためマンパワーが必要である。
- ・保健師の関与も必要である。
- ・大企業の支店・営業所等への支援より、独立した中小企業への支援が重要である。
- ・事業者の自立を促す支援とし、本来事業者が自主的に実施すべき活動については、事業として行う支援の範囲を整理すべきである。
- ・従来は健康管理が中心であったが、事業場を訪問し、作業環境管理、作業管理を行うことが重要である。
- ・企業のメンタルヘルス活動の支援には、一貫したコンサルティング機能が働くことが望ましい。
- ・事業での支援の範囲を超える部分については、支援できる者を紹介するのが行政の行う支援のあり方ではないか。
- ・支援の目標は、良好な職場環境を形成し労働者の健康を保持増進するという本質的な成果を基に、労働安全衛生法の趣旨に基づく評価を行うべきである。

- ・労働衛生の 5 管理（作業環境管理、作業管理、健康管理、労働安全衛生管理体制、労働衛生教育）の実施状況を目標としていくべき。
- ・健診後の医師の意見、それに伴う就業上の措置、保健指導等の実施状況を管理指標として事業を実施することが望ましい。

3. その他

- ・産業医の選任義務の範囲を、事業場あたり労働者数 50 人から下げることについての検討も必要。
- ・大規模事業場における産業医の人数の基準を見直していくべき。グループ企業での選任、企業単位での健康管理等も視野に入れるべき。
- ・産業医の選任状況のデータベースを設け、その状況を把握することが必要。産業医未選任事業場に対する産業医の選任について国の指導を強化すべき。

③質疑応答

司会は日本医師会の道永麻里常任理事、発言者は日本医師会の今村聡副会長、厚生労働省労働基準局安全衛生部労働基準課の椎葉茂樹課長、日本医師会産業保健委員会の諸岡信裕副委員長と堀江正知委員、労働者健康福祉機構の上家子理事。

事前に日医へ提出されていた質問

滋賀県医師会 産業医科大学は専門性の高い産業医を養成することを目的に設立されたが、ほとんどは専属産業医として活動しており、所属先の理解がなければ産業保健推進センター事業や地域産業保健センター事業への参加は難しい。参加を促せるよう、専属産業医の産業保健における地域貢献を推進する法的裏付けが必要と考える。

椎葉課長 専属の産業医は事業場において勤務される方であり、その事業場における産業医の活動に支障のない範囲での兼業の可否については、企業と産業医との契約により定まるものであるが、産業医が産業保健についての経験を積み、研鑽をすることは企業の労働者の健康管理にとっても望ましいものである。厚生労働省としてもその旨の周知に取り組んでいきたい。

滋賀県医師会 50 人未満の支社等は本社が、子会社は親会社が、請負は元請け会社が産業保健を

担当するよう提案されている。労働安全衛生管理も法人単位や支配関係で把握することにより、支店支社や子会社の労働安全衛生管理の責任者は明確となる。一方、請負については実態把握が難しく、構内請負のみを元請け責任とすべきである。別の切り口として、地域の業界団体等での産業医選任も考慮してはいかかがか。また、対象を独立した事業場に絞り込むのであれば、除外された小規模事業場については、産業医の選任に加え、50 人以上の事業場と同様、衛生管理者の選任や安全衛生委員会の設置も義務付けるべきである。

椎葉課長 産業保健支援事業における事業の対象の範囲は、事業の要綱により定めるもので、現在ご検討いただいている。一方、労働安全衛生法においては、労働者と事業者の雇用関係をとらえて、事業者が労働者の安全衛生管理の義務を負わせ、また、事業者が労働安全衛生管理を行う単位として事業場をとらえて、安全衛生管理体制の整備を規定している。この事業場を超える範囲での安全衛生管理など、企業の事業活動の実態をとらえた適切な規制のあり方については、これから審議会の議論も踏まえつつ検討していく。

鳥取県医師会 現在、国民の健診は、地方自治体が受け持つ住民健診と労働者対象の事業場健診に分かれているため、そのデータの整理に統一性がない。そのため、健診受診率を高めることの妨げの一因にもなっている。国民全体の健康管理・増進のため、健診を一元化し、厚生労働省が責務を負って推進することが大切である。

道永常任理事 日本の各種保健事業は根拠法や実施主体が異なり、省庁の所管部局なども縦割りで分担されているのが実態である。そのため個々の健診情報の一元的管理が困難になっている。日本医師会としては、これらの個人情報の中でも極めて機密性の高い医療情報を厳密に管理するための基盤整備とともに、ライフステージに応じた真に必要な健診項目を医学的根拠に基づき整理し、生涯を通じた保健事業として体系化することを政府に対し働きかけていく。平成 26 年度の政府予算の概算要求に対する日本医師会の要望事項としても、生涯保健事業の体系化に向けた取り組みの推進を掲げている。

椎葉課長 私どもが担当している労働安全衛生法における健康診断は、事業者の労働者に対する健康管理の責任の一環として、事業者の費用負担により実施を義務付けている。一方、健康診断の項目は保険者の行う特定健康診査とほぼ共通であり、事業者の行った健康診断の結果を保険者が行う特定健康診査の結果に代えることもできる仕組みがある。厚生労働省としては、事業者に対し保険者との連携について協力を依頼しているところである。今後とも連携を推進していきたい。

鹿児島県医師会 産業保健事業の窓口が一本化されることは医師会と利用者にとって望ましい。医師会は本来の産業保健の支援に専念できる。コーディネーターの配置は監督署圏域 1 名とあるが、地理的に対応できない地域もある。

椎葉課長 コーディネーターの配置については、業務量や地理的環境に応じて柔軟な対応ができるように配慮していく。

鹿児島県医師会 答申に指摘があるように作業環境管理、作業管理（職場巡視）を事業内容に入れるべきである。

椎葉課長 50 人以上の事業場における産業医や衛生管理者には定期的な職場巡視が義務付けられているが、地域産業保健事業及び今後新たな体制となる産業保健事業においても、産業医が実際に職場を訪問して作業環境管理や作業管理を含めて指導を行うことが望ましい。

鹿児島県医師会 事業所との産業医契約について事業内容に組み込むべきである。

椎葉課長 産業医の選任が義務付けられているのは労働者数が 50 人以上の事業場であり、地域産業保健事業の対象ではないが、労働者数 50 人未満の事業場においても産業保健の知識を有する医師による労働者の健康管理は努力義務となっている。地域産業保健センター事業及び今後の新しい産業保健事業においては、必要に応じ事業者に対し産業医を紹介することを可能としたい。

山梨県医師会 患者の立場に立った診断名が散見されるため、精神科主治医診断書に ICD 導入を

提案する。

椎葉課長 主治医の診断書は主治医の責任において診断名の記載をしていただいているが、精神科の先生方の診断書は、産業医が見たときにギャップを感じるものがある。主治医と職場との適切な連携については、行政において手引きや事例集の作成によりギャップが埋まるように推進していきたい。

フロアからの質問

徳島県医師会 新たな産業保健支援体制では、産業医の先生方への出務依頼は郡市区医師会が行うこととなるのか。

道永常任理事 基本的にはそのような形にしたい。

徳島県医師会 連絡事務所はマンパワーが不足している。会計部門は支援センターが行っているが、会計部門担当者の負担が非常に大きいと聞いているので、改正にあたり考慮いただきたい。

千葉県医師会 三事業が一元化されると、今まで使われていた名称は消えると考えてよいか。

堀江委員 事業全体で連携して事業を行うので、これまでの名称はなくなる。

千葉県医師会 今まで地区医師会のご協力をいただきながら事業を行っているが、地域センターの位置づけが非常にあいまいであった。郡市区医師会の協力も必要であるので、県から直接地区センターにお願いができるようなシステムを、名称的にも役割的にもお願いしたい。また、ワンストップサービスは県だけで全体ができるとは考えづらいので、地区でもワンストップサービスを作っていただきたい。

大阪府医師会 労働者健康福祉機構において一括して運営されることとなった場合、小規模事業場への産業保健サービスの質は担保されるのか。

椎葉課長 現在の地域産業保健センター事業は、39 都道府県で都道府県医師会に事業実施者として受託いただいているが、8 府県では労働者健康福祉機構が受託している。これが全都道府県になるという理解である。地産保事業の趣旨はそのまま継承される。

道永常任理事の総括により本会議を終了した。

第 71 回山口県医謡大会

と き 平成 25 年 7 月 7 日 (日)

ところ 割烹 福助

[報告: 山口市医師会 野瀬 橘子]

重陽のみぎり、会員の皆様方ご清栄のこととお喜び申し上げます。

今年も去る 7 月 7 日 (日) に、山口県医師会員とその家族で構成される能楽愛好家による謡会を、山口市医謡会の引き受けで開催いたしました。

この日は七夕さまの日で、記念すべき年一度の会員の再会日となりました。参加人数 17 名で、平均年齢は恐らく 78 歳前後? (日本の平均寿命は女性 86.3 歳、男性 79.5 歳) で、年々会員全員が年を重ねております。しかし、この能楽というものは加齢とともに味が良くなり、芸の幅と奥行きが増し、やればやるほど奥が深く、自己鍛錬にもってこいの趣味だと思えます。しかも大きな文字の謡本一冊で納得いくまで練習すれば、自分もやればまだできるという達成感が素晴らしいものです。

筆者は高齢化していく山口市医謡会へ強引に引き込まれ 11 年を過ぎましたが、己が加齢すればするほど、思うように練習でカバーするプレーができないテニスのもどかしさより、思うように謡えないもどかしさの方が練習によってカバーできることを知り、11 年間続け現在に至っています。そして、新しい謡方の挑戦に新鮮さを感じております。石の上にも 10 年と云いますが、古い先短い私ですがボケ防止に口と耳で頑張ります。

如何ですか? 男女を問わず初・中老の先生方、仕事に一区切り、趣味として本一冊を自分の口と目と耳で楽しめる謡は……。

能楽は世界文化遺産となっています。日本の伝統芸能として大変格調高いものですが、この文化に興味を持ってくださることを、山口県医師会員の方々にご期待申し上げます。今後も山口県医謡

望月		素謡		櫻川		山姥		草子洗小町		俊寛		素謡		求塚		花筐		籠太鼓		佛原		猿薮		鶴亀		素謡		番組	
高砂	横山	ツレ黒田	子方松本	ツレ黒田	豊	シテ亀田美久	ワキ松本	シテ浅山琢也	ワキ山本泰介	ツレ成程	横山	敬	ツレ藤原	山縣宏材	独吟	村田雄三郎	花筐	野瀬橘子	籠太鼓	神出不二子	柳井	佛原	村田	園	シテ山縣	宏材	ワキ山本		泰介
高砂	横山	ツレ黒田	子方松本	ツレ黒田	豊	シテ亀田美久	ワキ松本	シテ浅山琢也	ワキ山本泰介	ツレ成程	横山	敬	ツレ藤原	山縣宏材	独吟	村田雄三郎	花筐	野瀬橘子	籠太鼓	神出不二子	柳井	佛原	村田	園	シテ山縣	宏材	ワキ山本	泰介	山口・宇部
敬	敬	豊	正	豊		美久	和	琢也	介	敬	敬	敬	敬	材	吟	郎	狂	子	子	子	子	子	子	子	宏	材	介	介	部
(山口・宇部)	(山口・宇部)	(防府)	(防府)	(防府)	(防府)	(防府)	(防府)	(山口・宇部)																					

会の存在を周知していただき、温かいご支援お願い申し上げます。

以下、当日の番組表とその仲間の写真をご覧ください。

なお、次期（第 72 回）引き受けは、防府医謡会にお願いする予定です。会員はまたこの一年間能楽に精進しましょう。

追記

7月2日にわれわれの会のリーダーだった浅野孝先生がご逝去されました。（88歳でした。）プロ並みの素晴らしいお声とお謡いは、永遠にわれわれ会員の脳裏に焼き付いていることと思います。そして、能の世界のように再び蘇ってくださることを……。どうかそれまで、心安らかな眠りにお入りください。会員一同、ここに謹んで哀悼の意を表します。 合掌



第 71 回 山 口 県 医 謡 会

平成25年7月7日 於 割烹 福助

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



第 1 回日本医師会 在宅医リーダー研修会

と き 平成 25 年 7 月 28 日 (日) 9:30 ~ 17:05

ところ 日本医師会大講堂

報告：常任理事 弘山 直滋
理 事 藤本 俊文

1. 開会挨拶

日医の横倉会長は、山口県医師会引き受けで前日に山口市にて開催した日医男女共同参画フォーラムに出席後、帰京されての出席であった。『在宅医療』はかかりつけ医が行ってきた「患者を最後まで責任をもって診る」という代表的な診療形態の一つであり、これを推進するためにテキストを作成し、研修会を開催したと挨拶された（テキスト・DVD は都道府県・郡市医師会にも配付予定）。

2. 第一部 講義

テーマ「かかりつけ医の在宅医療」

前半部分は日医の高杉敬久常任理事を、後半部分は同じく鈴木邦彦常任理事を座長とし、13名の講師による講義が行われた。

(1) かかりつけ医機能と基本理念

日本医師会常任理事 鈴木邦彦

わが国の医療システムは、専門医がプライマリケアも担当することから有床診療所や中小病院などで病床をもって開業していったという所有原理であり、米国の開放原理、欧州の身分原理とは異なる形態である。そして、このことが診療所の質が高く、充実し、また低コストで医療を提供できている理由である。

かかりつけ医を「なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している。したがって、患者さんの診療のみならず、健康相談、検診、学校保健、産業保健を行い、介護・福祉とも連携して高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を

推進する役割も担っている。1951年頃は在宅死亡が82.5%であったが、2010年には病院死亡が77.9%と逆転している。高齢化社会を迎え、大病院以外の中小病院や有床診療所での看取り継続が必要であり、今後は、老健・特養などの介護施設やサ高住など自宅以外での看取りを増やす必要があり、在宅医療のニーズが増加すると思われる。

(2) かかりつけ医に求められる在宅医療

医療法人社団つくし会理事長 新田國夫

75歳以上の後期高齢者は2030年には20%に急増し、単身高齢者世帯は平成22年の24.2%から38%となる。介護が必要となった原因では脳卒中・骨折がこの10年間で減少しているものの、認知症は11%から15%へと増加している。そして将来、認知症高齢者の50%が在宅での生活になると推定される。そのような中で在宅医療は患者の生活そのままを支える医療であり、その目的は、疾病の治療・延命からADL・QOLの向上へ、対象は疾患から障害へと変化する。

かかりつけ医の重要な役割とは

- ①かかりつけ医は高齢社会における健康寿命の確保に重要な役割を果たす
- ②総合的な診療能力を有することは、かかりつけ医のもつべき要件であり、地域医療の大半を支える
- ③深い専門性を有した上で、総合的な診療能力をもち、幅広い視野で地域を診る
- ④地域においては特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患を包括する
- ⑤地域住民の生まれてから死に至る間にさまざまな患者が抱える医療をカバーする
- ⑥患者や家族の人生も相手にする
- ⑦生活機能の維持・向上をマネジメントする

- ⑧暮らしの場で QOL の向上を支援する
- ⑨認知症、リハビリテーション、がん緩和ケアにかかわる

⑩在宅医療は外来医療のその先の医療

地域包括ケアにおけるかかりつけ医の在宅医療

- ①在宅医療を地域で支える多職種、同職種スタッフによる連携（特に医師同士が不足）
- ②病院、在宅医療スタッフの相互理解、円滑な連携
- ③医療、介護、福祉、生活支援を一元的に提供するトータルコーディネーターの役割
- ④超高齢者に応じた医療対応
- ⑤高齢者住宅、グループホームなど、多様な暮らしの中で支える
- ⑥生活の質の向上のために地域社会における役割を果たす
- ⑦治す医療から支える医療へ
- ⑧連携から統合へ

(3) 在宅医療と地域包括ケアシステム

国立長寿医療研究センター

在宅連携医療部長 三浦久幸

医療、介護、福祉を統合し、提供するものが『地域包括ケアシステム』である。この定義は「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」とされている。介護面では地域包括支援センターが中心的役割を担っているが、医療へのアプローチについては「敷居が高い」などで連携がうまく取れていない。そのため 2011 年から在宅医療連携拠点事業が開始されている。本年 3 月に開催された在宅医療支援フォーラムでも紹介された柏市医師会のプロジェクト（本会報の平成 25 年 5 月号（第 1833 号）の 349～351 頁参照）や、和歌山県すさみ町・埼玉総合病院・長岡福祉協会の事例などが紹介されたが、地域の高齢者数、医療提供体制等の実情に応じた柔軟なシステムの構築が必要である。

(4) かかりつけ医と多職種協働

篠原医院院長 篠原 彰

地域包括ケアを推進するためには『地域ケア会議』を開催し、多職種協働を推進していくことも重大な要素である。地域ケア会議とは、①地域にある高齢者支援に関わる団体や機関の代表者による会議、②多職種の専門職が参加する困難事例の検討会議、と定義され、地域の団体・機関のネットワーク作りを進めるとともに、ケアマネージャーへの教育的支援を目的としている。

かかりつけ医として地域ケア会議に医療職の代表として参加することが、オピニオンリーダーとしての多職種協働推進の引き金となることが期待されている。

地域ケア会議とかかりつけ医

- ・地域包括ケアはシステムというよりネットワークであり、多職種の顔の見える関係作りが大切である
- ・医師会役員などがかかりつけ医の代表として全体会議に参加する
- ・処遇困難事例などに対し、医療職として地域ケア会議に参加する
- ・地域包括ケアセンターや居宅介護支援事業所などとの連携の必要性は理解されているが、地域格差が大きい
- ・地域ケア会議への積極的な関わりが、多職種協働推進の引き金となることが期待される

他の職種がかかりつけ医に求めること

- ①各職種が在宅の現場で果たす役割について正しく理解し、積極的に活用してほしい
- ②かかりつけ医がリーダー（コーディネーター）となって、多職種連携に積極的に取り組んでほしい
- ③関係職種を良きパートナーと認識して、患者情報の共有をはじめ、信頼して活用してほしい
- ④サービス担当者会議など、関係職種との意見交換の場に定期的に参加し、治療方針・見解など示してほしい
- ⑤看取りに対する理解を深め、在宅看取り体制の整備に取り組んでほしい

その他にも各職種から意見があったが、訪問看護師からは、「ターミナル期は、医師と訪問看護師とのより良い連携により、死の兆候の確認を訪問看護

師の役割に委ねることで、夜間往診の負担が軽減されるとともに、多くの方の在宅看取りが可能となる」といった意見があった。また、介護支援専門員からは「地域医師会単位でかかりつけ医と介護支援専門員との意見交換の場をもってほしい」との意見があった。さらに、歯科医から「かかりつけ医には訪問時に口腔内も診てほしい」との意見もあった。

(5) 高齢者の在宅医療

①脳卒中とリハビリ

東京都リハビリテーション病院医療福祉連携室
地域リハビリテーション科長 堀田富士子

脳卒中リハビリテーションの目標は、新たな障害の予防→介護負担の軽減→QOL 向上で安心して在宅医療が継続できるよう支援することである。本格的なリハビリに向けては、少なくとも 30 分以上車椅子で坐位が保てるようになることが望ましい。坐位を保つことは腹筋や背筋、上肢筋にも刺激になり、覚醒度も向上し、乗り移りの際なども協力動作を促すことになる。また、ベッドを離れて食事をしたり、ポータブルトイレの試用や入浴動作を検討できる可能性も出てくる。要介護原因第一位の脳卒中の在宅療養には、早期にリハビリを開始し、不動による二次弊害を抑え、継続可能な生活リズムを創ることが可能となる。かかりつけ医には、そのコーディネーターとしての役割が求められる。

②肺炎 COPD

医療法人社団パリアン クリニック川越
副院長 中島一光

レントゲン撮影が困難な在宅では眼と耳を利かせ、喀痰の性状を実際にみて、嫌気性菌特有の悪臭がないかを確認する。聴診では特に背部の聴診が有用である。尿検査は肺炎球菌やレジオネラの迅速診断の他、脱水のチェックにも有用である。血液検査をするなら、肺炎の重症度分類 (A-DROP システム) に使う BUN を入れる。CRP は治療経過の評価に有用であるが、A-DROP システムの指標からも、IDSA の危険度算定システムからも外されている。レスピラトリーキノロン薬は、用量調節時を含めて分割投与を避け、一日量を 1 回で投与する。

COPD 患者の 20～40%は喘息を合併したオー

バーラップ症候群である。診断には長い喫煙歴があり、慢性的に咳や喀痰、労作時呼吸困難があれば疑うが、IPAG 質問票を用いてスクリーニングするのが好ましい。治療の中心は気管支拡張薬であるが、症例により HOT や HNV も考慮される。

③認知症

医療法人あづま会 大井戸診療所

院長 大澤 誠

平成 24 年 9 月に『認知症施策推進 5 年計画 (オレンジプラン)』が策定された。認知症の多くはアルツハイマー型であり、進行過程 (重症度) は FAST 分類によく合致する。これを基に境界状態・初期・中期・後期・終末期の 5 段階に分けると、各々の段階に応じて (在宅) 医療に求められる役割も異なっている。これらのことを“多職種協学”して共通認識としてもち、さらに協働してチーム・アプローチを行うことによって、認知症の人たちを対象とした在宅医療及びケアは実効性のあるものとなり、オレンジプランの遂行に結びつくものとなる。

④緩和ケア

医療法人白髭内科医院 院長 白髭 豊

(代：医療法人アスム理事長 太田秀樹)

※白髭先生が骨折のため、急遽太田先生が代役
2002 年の WHO の定義によると、緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことにより、苦痛の予防と軽減を図り QOL を向上させるためのアプローチである。

緩和ケアの知識・技術の向上、市民啓発、コミュニケーションと連携の改善、専門家からの支援からなる緩和ケアプログラム (OPTIM プロジェクト、2008 年から 3 年・4 地域で実施) は、既存の資源を最大限活用することで、地域全体の緩和ケアアウトカムを向上させる可能性が示唆された。OPTIM で実践された多職種連携カンファレンスの取り組みは、既に、在宅医療連携拠点事業に取り入れられている。OPTIM プロジェクトは、緩和ケアのみならず、在宅医療の普及推進を行っていく際に大きな示唆を与えるものである。

[報告：理事 藤本 俊文]

(6) 介護保険制度の利用

土橋医院 院長 土橋正彦

従前の行政主導による措置制度から、平成 12 年 4 月に介護保険方式による利用者本位の仕組みとしての介護保険制度が創設された。その後、少子高齢化が進む中でいろいろ課題が指摘され、制度の持続可能性、予防重視の視点、社会連帯に基づく改革を基本視点として平成 17 年、20 年、23 年に制度改正が行われた。キーワードは、「切れ目のないサービスのための地域包括ケア 5 つの視点」、「住み慣れた街で生きていくために」、「地域特性に合った介護サービスを目指して」である。

今日では、在宅医療・ケアを推進するためには、介護保険のさまざまなサービスを駆使・活用することは必須であり、医師はケアマネジャーなどの連携を避けることはできない。在宅医療・ケアの実践においては、多職種とのチームアプローチが求められているが、各専門職の専門性を理解した上での連携が重要であることはいうまでもない。そのためにも、介護保険の制度とともにさまざまな介護サービスの内容を把握しておくことは、医療者にとって重要である。平成 12 年に介護保険制度が施行されてから 10 年を超え、制度の内容も複雑になってきたが、特に要介護者などを住み慣れた地域で支え続けるとの視点から重視されることになった地域包括ケアあるいは地域密着型サービスなどの利活用が今後の課題であり、医療者にはこれらの制度に精通していることが求められる。

(7) 退院支援・調整

医療法人池慶会池端病院

理事長・院長 池端幸彦

「退院支援・調整」という言葉は、まだ比較的馴染みの薄い用語かもしれないが、急性期病院においては近未来には平均在院日数 14 日前後まで短縮されることも予想される中で、在宅医療をより円滑に進める上で非常に重要な機能といえる。

「退院支援」とは患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援のことで、「退院調整」とは患者の自己決定を実現するために、患

者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐためのマネジメント過程のことを指している。

退院支援・退院時カンファレンス参加時の在宅主治医心得 10 か条として、①入院時から門を叩け（早めに情報交換）、②会議出席は義務ではなく権利、③できるだけ平易な言葉で（本人・家族や多職種もいる）、④押さえておきたい「食べる」と「動くこと」（特に座位が取れるかどうか）、⑤退院直後の訪問看護・訪問リハは有効、⑥走りながら考える（在宅ケアをスタートしてから気づく問題点も多い）、⑦「ホウ（報告）・レン（連絡）・ソウ（相談）」の時間と手段を確認、⑧在宅医療は、入院医療の出前ではない!?、⑨在宅は「希望」の光（「おうちパワー」を信じよう!）、⑩「いつでも入院ベッド」を担保して共同診療、がある。

(8) かかりつけ医と後方支援

医療法人弘仁会 理事長 梶原 優

今後在宅医療を進める上で、日頃診療し、患者・家族の信頼を得ているかかりつけ医がその任に当たるのが最適であると考えられる。そのためには、周辺環境をいかに整えるかが重要課題となる。その中で、病院を含めた後方支援施設の果たす役割は大きなものがある。

後方支援の 1 つ目としては訪問・外来機能があり、①自分の専門外の疾患に対応してもらう各科の専門医の支援、②虐待や独居又は生活支援に対応する地域包括支援センターや民生委員の支援、③精神疾患や感染症問題に対応する保健所の支援、④その他、認知症の人の成年後見制度など、弁護士やボランティアの支援、等が挙げられる。後方支援の 2 つ目として在宅医にとっての安心感につながる最たるものである入院機能の確保があり、①在宅患者の急性病変時の入院に対応する病院、②がんの疼痛コントロールに対する支援、③終末期ケアでは在宅療養を経てホスピスを利用することもある、④その他、病状や介護環境により施設利用となることもあるので日頃から本人・家族と話し合っておくことが重要、等のことがある。

現在、在宅療養支援病院の経営に携わっているが、後方支援病院に求められる 7 つのこととし

て、①まずは緊急時の対応がスムーズに行えることが必要、②専門職による最新の専門知識の講習や支援、③医療度の高い在宅患者のレスパイト入院への対応、④緩和コントロールについても対応、⑤緊急に必要な資材の提供、⑥検査についても待ち時間がないようにスムーズに行えるシステム、⑦地域の勉強会などに講師を派遣し、質の担保を図ると同時に地域連携を図る、等がある。そして、地域ごとに基盤が異なり、自分の地域で必要な連携組織構築を、病院を巻き込んだ形で図ることが重要になる。

(9) 在宅医療の過去・現在・未来

医療法人アスミス 理事長 太田秀樹

本格的な高齢化社会を迎えたのは 1970 年であり、この時代にわが国の地域医療は大きな転換点を迎えることになる。医療は高度化し、人工血液透析の普及により尿毒症で亡くなる人は少なくなり、CT やエコーなどの画像診断技術の発展は、同時に外科手術の可能性を高め、救命率は著しく高まった。高齢者増加が鮮明化したこの時代に、政治的判断で高齢者医療費の無料化が進められ、高齢者福祉政策の貧弱さを肩代わりする現象として社会的入院という風潮も生まれた。また、世間体という不可解な市民意識もあいまって、寿命を迎えた高齢者までもが安易に入院し、濃厚な医療介入の果てに亡くなる文化が受け継がれていった。この頃、1976 年に病院死が在宅死を上回った。

このような社会的背景の中で、1992 年には居宅が医療提供の場として明確に位置付けられ、訪問看護が診療報酬で評価された。さらに、往診に対して「訪問診療」という概念が登場した。日本の在宅医療の夜明けと言える。2000 年には在宅療養を社会全体で支えようと介護保険制度が施行された。その後、2006 年に障害者自立支援法、2007 年にがん対策基本法と、病院での治療の対象となりにくい疾病や障害がある人々を地域で支えようと、その対象を高齢者以外にも広げ、法制度化からの牽引が始まった。

在宅医療の概念を整理すると、「生活の場で、通院困難者に対して、患者と家族の意向を汲み医療職が訪問して提供される全人的包括的医療であ

り、望まれれば看取りまで支える医療」といえる。本年より始まった現保健医療計画に「5 疾病・5 事業及び在宅医療」が盛り込まれた。自治体には、医療・介護・福祉（生活支援）・保健（予防）・住まいの 5 つの領域からなる地域包括ケアシステム構築が求められている。在宅医療は、地域包括ケアシステムの中にはっきりと位置付けられ、もはや生活が医療の上位概念として位置付けられ、療養生活を支える機動力あるサービスの一つとして在宅医療が存在することとなった。

在宅医療の推進は、社会的入院是正と表裏一体の関係にあり、その普及にはさまざまなハードルが存在するが、おそらく、医師自身も在宅医療への偏見や誤解を払拭しきっていない。さらに国民に対して在宅医療を正しく伝える啓発活動が不十分で、本来地域包括ケアシステム構築を担う市町村行政の態度にも地域間格差は大きい。地域の実状へ配慮を行いながら、在宅医療の発展に努めることとなる。超高齢社会は医療のパラダイムを大きく変え、在宅医療の普及は日本社会における時代の必然となった。通院が困難になった患者や家族の希望に快く応え、良質の在宅医療を提供することにより、医療への信頼をさらに厚くすることが、かかりつけ医としての矜持であろう。

第二部 シンポジウム

テーマ 「多職種協働の実践」

(1) 在宅医療における歯科医療の関わり

公益社団法人日本歯科医師会 花形哲夫

要介護者の約 9 割に何らかの歯科治療が必要であったが、実際に歯科受診した要介護者は約 27%と乖離が見られた（2002 年長寿科学総合研究事業）。平成 20 年のデータとして、歯科診療所数 67,779 に対して、在宅医療実施歯科診療所数 12,159（17.9%）、訪問数（患家＋患家以外）183,801（要介護者の 3.9%）で、平成 17 年のデータよりは増加していた。在宅歯科医療の依頼で頻度の多いのは、介護施設、患者の家族やヘルパー、もともとの外来患者、介護支援専門員、病院の順であった。訪問先として多かったのは、患者宅、社会福祉施設等、病院など入院施設の順であった。

(2) かかりつけ薬局における薬剤師会の活動

公益社団法人日本薬剤師会 桂 正俊

医療資源として、保険薬局 5 万 3,000 薬局、保険薬剤師 15 万人、訪問管理指導届出 4 万薬局 (79%)、人口 1 万人当たり 4.2 薬局 (訪問管理指導届出 3.2 薬局)、在宅・算定実績薬局 25% である。医療機関から薬局に在宅医療を依頼しても断られる、どこの薬局が行っているか分からない、といった声があり、一方、薬局からは医療機関から指示が来ない、在宅医療の経験がない、といった声も挙がって来たので、平成 22 年から、在宅療養推進アクションプラン～薬剤師が地域のチーム医療に参画するために～①薬局・薬剤師のスキルアップ、②地域支部における訪問薬剤管理指導業務の応需体制の整備、③地域連携、を推進している。

(3) 多職種協働の実践－訪問看護の立場から－

公益社団法人日本看護協会 齋藤訓子

平成 24 年度の診療報酬・介護報酬同時改定にて、訪問看護ステーションは増加した。平成 25 年 4 月現在、稼働数 6,801 か所、前年同月比 503 か所増で、前年比で減少した都道府県はゼロであった。平成 24 年度改定において、退院前の試験外泊時の訪問看護、退院前カンファレンス、退院当日の訪問看護、退院直後の訪問看護が評価されるようになった。訪問看護ステーションにおける連携状況として、訪問看護指示書を受けている医療機関数は平均 26.8 件、居宅サービス計画書を受けている居宅介護支援事業所は平均 17.3 件で、日常的に医師やケアマネジャー、他医療機

関の看護師から相談を受けている現状がある。

(4) 地域包括ケアにおける多職種協働の意義

－社会福祉士の立場から－

富士宮市地域包括支援センター

センター長 土屋幸己

『なぜ、「包括ケア」の前に「地域」という言葉がついているのか?』という質問があるが、地域包括ケアの目的は「在宅生活」ではなく「地域生活」を目指しており、要介護状態になる以前の地域とのかかわりや信頼関係を継続できるような生活の状態を目指しているのである。地域包括ケアが目指すものは、治療とケアだけでなく、地域生活を維持・発展するための相互間での連携・提携・協力が必要である。

(5) 多職種協働によるケアマネジメントの課題

一般社団法人日本介護支援専門員協会

副会長 水上直彦

医療と介護における基本的視点の違いは、対象者像による課題の見え方である。要介護度が軽度な場合など、特に健康上の問題が大きくない限り、介護上の見立てが一致しやすいことが多いが、要介護度が高くなると、介護と医療の視点の違いが出やすく、両者の視点のどちらも必要になり、相互理解が必要になる。多職種協働のためには、まずは顔の見える関係作りが基本となる。また、医療に関する視点と知識を持つための継続的な研修が必要である。

(報告：山口県医師会常任理事 弘山 直滋)



応援してください。やまぎんも、私も。

山口フィナンシャルグループ
イメージキャラクター
石川 佳純



山口銀行
YAMAGUCHI BANK

平成 25 年度 山口県医師会警察医会総会

と き 平成 25 年 7 月 20 日 (土)

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

[報告: 萩市医師会 山口県警察医会副会長 松井 健]

平成 25 年 7 月 20 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、平成 25 年度山口県医師会警察医会総会が開催された。司会は県医師会常任理事の萬忠雄先生が務められた。

開会挨拶

小田悦郎・山口県医師会長 本日は土曜日の午後、また、大変暑い中を会員の皆様には総会・研修会にご出席いただきありがとうございます。また、来賓として山口県警察本部刑事部長の岡野時夫様、刑事部捜査第一課長の柏木義行様、そして山口大学法医学教室の藤宮教授にもご臨席を賜り、本当にお忙しいところをありがとうございます。

去る 6 月 13 日、私と山口県医師会警察医会・天野会長の 2 名で山口県警察本部に行き、「山口県医師会と山口県警察の間における検視等に関する申合せ」を締結しました。その内容は、県警察本部長が事件事故・災害等により多数の死者が生じ、検視等のため医師の協力を必要と認めた時は、山口県医師会長に対して医師の派遣を要請することができる。山口県医師会長は、本部長から派遣要請があった場合は、医学的協力援助をするために医師会員に協力を求める。派遣された医師の業務は、死亡の確認、検視の立会い、遺体の検案、身元確認のための資料等の採取ということになっています。

平成 25 年 2 月に「山口県医師会警察医会アンケート調査」(第 5 回目)を行いました。多数の医師が検視に協力をしていただけるとのことであり、大変ありがたく思っているところです。

本日は、平成 24 年度山口県医師会警察医会事業報告、平成 25 年度山口県医師会警察医会事業計画の議事がありますので慎重にご審議をお願いいたします。

天野秀雄・山口県医師会警察医会長 本日は山口大学法医学教室の藤宮教授をはじめ、高瀬准教授、白鳥助教、柳井検査補助員、また、山口県警察本部からは刑事部長の岡野時夫様、刑事部捜査第一課長の柏木義行様、並びに刑事部統括検視官の岡山修様のご臨席をいただきありがとうございます。

平成 18 年 6 月に山口県医師会警察医会が設立され 7 年が経過しました。皆様のおかげをもちまして、少しずつではありますが研修、連携、親睦が進んできているものと思っております。

また、「山口県医師会と山口県警察の間における検視等に関する申合せ」に取り組んでいただき感謝を申し上げます。

平成 25 年 2 月 21 日に、第 1 回目の「多数死体発生時における警察・医師会・歯科医師会との検視・遺族対策合同訓練」が実施されました。この時は事前に会員の皆様にご案内ができませんでしたが、来年第 2 回目を開催いたします。事前にご案内を申し上げますので多数の先生方のご参加をお願いいたします。

最後になりましたが、この会は会員の皆様のご協力なしには成り立ちませんので、今後もご指導・ご鞭撻をいただきますよう重ねてお願い申し上げます。

来賓挨拶

岡野時夫・山口県警察本部刑事部長 ただ今ご紹介いただきました山口県警察本部刑事部長の岡野です。私は下関署長を 2 年務めた後、平成 25 年 3 月 22 日に刑事部長として着任しました。着任 4 日後に、山口市佐山におきまして女性 2 名の強盗殺人事件が起きました。以来、重い課題を背負って今日に至っているところです。懸命な努力を積み重ねて、なんとか事件を解決したいと思ってお

ります。

山口県医師会警察医会総会にあたり一言ご挨拶を申し上げます。山口県医師会の小田会長、また山口県医師会警察医会の天野会長をはじめ、山口県医師会警察医会会員の皆様には、平素から異状死体の検案はもとより、警察行政の各般にわたり格別のご理解・ご支援を賜り、この席をお借りして改めて厚くお礼を申し上げます。

先程も話が出ましたが、去る 6 月 13 日、「山口県医師会と山口県警察の間における検視等に関する申合せ」の締結に際しましてはご多用の中、わざわざ県警察本部までお越しいただきありがとうございました。滞りなく申し合せ事項の締結が完了しました。このことに対しましても厚くお礼を申し上げます。

また、山口県医師会警察医会の天野会長におかれましては、平成 25 年 7 月 4 日に、警察庁長官表彰、警察協力章を授与されました。お祝いを申し上げます。おめでとうございます。

さて、県下の検視の現状であります。本年は 6 月末現在で 1,161 体を扱っており、このうち 94 体を解剖にお願いしました。解剖は昨年と比べ 36 体増加しています。これは、高齢化社会の進展、核家族化の進行による独居生活者の増加等の社会情勢を反映したものであると思われ。今後も異状死体の増加が懸念される中、検視業務を取り巻く環境は年々厳しくなっております。

本年 4 月 1 日からは死因究明関連二法（「死因・身元調査法」「死因究明推進法」）が施行されました。この新しい法律を積極的に適応し、科学的根拠に基づいた死因の究明に努めますとともに、犯罪死を絶対に見逃すことのないように環境、周辺捜査を徹底いたしまして適正な検視業務を推進して参る所存でございます。異状死体の死因を究明し、ご遺族の納得が得られる検視には、皆様方の高度かつ専門的な知識とお力添えが必要です。今後とも、更なるご指導とご協力をお願い申し上げます。

最後になりますが、本会のますますのご発展と、皆様方のご健勝・ご活躍を祈念いたしまして挨拶といたします。

来賓紹介

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
山口県警察本部刑事部長 岡野時夫様
山口県警察本部刑事部捜査第一課長 柏木義行様
山口県警察本部刑事部統括検視官 岡山 修様

議事

議長は会則により、警察医会会長の天野秀雄先生が務められた。

1. 平成 24 年度山口県医師会警察医会事業報告

警察医会副会長 松井 健

1. 総 会

日時 平成 24 年 7 月 21 日（土）

午後 3 時～午後 3 時 20 分

場所 山口県医師会 6 階 大会議室

議事

1. 平成 23 年度事業報告について
2. 平成 24 年度事業計画（案）について
3. その他

2. 役員会

・第 1 回

日時 平成 24 年 6 月 21 日（木）

午後 3 時 30 分～

場所 山口県医師会 6 階 第 3 会議室

議題

1. 平成 23 年度事業報告について
2. 平成 24 年度事業計画案について
3. 平成 24 年度総会（7 月 21 日）について
4. 研修会について
5. その他

・第 2 回

日時 平成 24 年 7 月 21 日（土）

午後 2 時 30 分～午後 3 時

場所 山口県医師会 6 階 第 3 会議室

議題

1. 総会の議事進行について
2. 次回研修会及び懇親会（1 月 26 日）について
3. その他

・第 3 回

日時 平成 25 年 1 月 26 日 (土)
午後 3 時 30 分～午後 4 時
場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間
議題

1. 第 12 回研修会及び懇親会の運営について
2. 平成 25 年度山口県医師会表彰の推薦について
3. アンケート調査 (案) について
4. 大規模災害発生時における検視マニュアルについて
5. 次回研修会について
6. その他

3. 研修会

・第 11 回

日時 平成 24 年 7 月 21 日 (土)
午後 3 時 20 分～午後 4 時 50 分
場所 山口県医師会 6 階 大会議室
講演 「死因究明二法と検死体制」
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) 教授
藤宮龍也先生

受講者 88 名 (医師 31 名、警察 37 名、消防
8 名、海保 11 名、学生 1 名)

・第 12 回

日時 平成 25 年 1 月 26 日 (土)
午後 4 時～午後 5 時 30 分
場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間
報告 「県警察本部からの報告」

岡山 修氏

(山口県警察本部刑事部捜査第一課統括検視官)
講演 「死体検案特論―事例を中心に―損傷論 1」

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) 教授
藤宮龍也先生

受講者 85 名 (医師 25 名、警察 22 名、消防
15 名、海保 23 名)

4. 警察医会会員の意見交換会

日時 平成 25 年 1 月 26 日 (土)
午後 5 時 40 分～
(第 12 回研修会終了後)
場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間

5. 平成 25 年度山口県医師会表彰規程 (地域社会
貢献) による被表彰者の推薦

花宮 秀明 先生 (萩市)
玉田隆一郎 先生 (岩国市)
松本 憲夫 先生 (徳山)

6. 「警察医会アンケート調査」実施
(平成 25 年 2 月)

対象者：県内警察活動協力医 98 名
アンケート調査の結果報告
(県医師会報 平成 25 年 5 月号 (No1833) の
341 ～ 347 頁掲載)

7. その他

第 18 回日本警察医会総会・学術講演会「青森」
平成 24 年 7 月 15 日 (天野会長)

平成 24 年度 Ai 研修会「日医」
平成 25 年 1 月 12 ～ 13 日 (県医師会：中村理事)
平成 24 年度山口県歯科医・海上保安歯科医講
演会

平成 25 年 1 月 20 日 (天野会長、松井副会長)
多数死体発生時における警察、医師会、歯科医
師会との検視・遺族対策合同訓練

平成 25 年 2 月 21 日 (松井・藤政副会長)
平成 24 年度死体検案研修会「日医」
平成 25 年 2 月 28 日 (天野会長、中村理事)

議長は事業報告について質問を求めたが、会場
からは質問はなかった。

また、平成 24 年度山口県医師会警察医会事業
報告は出席会員全員の挙手をもって承認された。

2. 平成 25 年度山口県医師会警察医会事業計画 (案)

警察医会会長 天野秀雄

1. 総 会

日時 平成 25 年 7 月 20 日 (土)
午後 3 時～午後 3 時 20 分
場所 山口県医師会 6 階 大会議室

2. 役員会

・第 1 回

日時 平成 25 年 6 月 13 日 (木) 午後 4 時～
場所 山口県医師会 6 階 第 3 会議室

・第 2 回

日時 平成 25 年 7 月 20 日 (土)
午後 2 時 30 分～午後 3 時 (総会前)
場所 山口県医師会 6 階 第 3 会議室

・第 3 回

日時 平成 26 年 1 月 25 日 (土)
午後 3 時 30 分～ (第 14 回研修会前)
場所 ホテルニュータナカ

3. 研修会

・第 13 回

日時 平成 25 年 7 月 20 日 (土)
午後 3 時 20 分 (総会終了後)～
場所 山口県医師会 6 階 大会議室
講演 「死体検案特論―事例を中心に―損傷論 2」
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) 教授
藤宮龍也先生

・第 14 回

日時 平成 26 年 1 月 25 日 (土) 午後 4 時～
場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間
講演 「未定」
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) 教授
藤宮龍也先生

4. 警察医会会員の意見交換会

・平成 26 年 1 月 25 日 (土) 第 14 回研修会終了後
場所 ホテルニュータナカ 2 階 平安の間

5. 平成 26 年度山口県医師会表彰規程 (地域社会貢献) による被表彰者の推薦

6. その他

県医師会と県警の間における検視等に関する申合せ締結 (県警本部)

平成 25 年 6 月 13 日 (木)

県医師会：小田会長、天野会長
第 19 回日本警察医会総会・学術講演会「宮崎」
平成 25 年 9 月 22 日 (日)

天野会長、藤政副会長
議長は事業計画 (案) について質問を求めたが、会場からは質問はなかった。

また、平成 25 年度山口県医師会警察医会事業計

画 (案) は出席会員全員の挙手をもって承認された。

以上をもって平成 25 年度山口県医師会警察医会総会は無事終了した。

講演

「死体検案特論 ―事例を中心に― 損傷論 2」

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

*講演の内容は、本会報来月号に掲載の予定。

山口県警察本部捜査第一課からの提供資料

本年 4 月 1 日から施行された『「警察医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)』の制定の背景及び概要について、県警から資料提供があったので、ご一読いただきたい。

1 「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」制定の背景

(1) 法律制定の経緯

これまで刑事訴訟法の規定に基づき、死因又は身元が明らかにされる死体以外の警察が取り扱う死体については、主として死体の行政的な取扱方法を定めた死体取扱規則に、その死因又は身元を明らかにするための措置が僅かに規定されているだけであった。

しかしながら、このような取扱いを行った死体の中には、後に犯罪によるものであることが発覚したものも含まれており、こうした死体の死因又は身元を明らかにするための措置についても、法制化が望まれていた。

このような状況を踏まえ、死因が災害、事故、犯罪その他市民生活に危害を及ぼすものであることが明らかとなった場合に、その被害の拡大及び再発の防止その他適切な処置の実施に寄与することを目的とし、こうした死体に係る調査、検査、解剖その他死因又は身元を明らかにするための措置に関し、必要な事項を定める「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」(以下「死因身元調査法」という。)が制定された。

(2) 解剖率の向上に向けて

「犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度の在り方に関する研究会」の最終とりまとめ（平成 23 年 7 月）によれば、解剖体制の強化と解剖率の向上について、「東京都 23 区の解剖率 20 パーセント」を基準とし、「全国における変死体の解剖率を 20 パーセントまで引き上げることを当面の目標とする。」と提言している。

一方、平成 24 年中の山口県警察における死体取扱総数は 2,241 件で、そのうちの解剖総数は 165 件であり解剖率は 7.4 パーセント（司法解剖 125 件、承諾解剖 40 件）であり、全国平均である 11.1 パーセントには遠く及んでいない状況にある。

よって、死因身元調査法による解剖制度の運用に伴い、この死体解剖率を引き上げ、更なる犯罪死の見逃し防止を図っていく方針である。

2 死体取扱いに関する法的根拠の改正

平成 25 年 4 月 1 日、死因身元調査法の施行に伴い、死体取扱いに関する法的根拠が大幅に改正されることとなった。

改正要点は、これまで犯罪死体及び変死体（司法検視）に関しては、「刑事訴訟法」及び「検視規則」

を根拠とし、これら以外の死体（行政検視）に関しては、「死体取扱規則」を根拠として、それぞれ取り扱ってきたところである。

しかしながら、今回の法改正に伴い、この行政検視については、新たに死因身元調査法が施行されることとなり、その運用面について

- 死因身元調査法施行令
- 死因身元調査法施行規則
- 死体取扱規則
- 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第 6 条第 3 項の規定による解剖の実施の委託に係る国家公安委員会が定める基準を定める告示（解剖実施機関に関する告示）

で規定されることとなった。（資料 1 「法的根拠」参照）

3 死因身元調査法の概要及び解釈

※ 医師又は歯科医師に関する条文を抜粋

(目的)
第 1 条 この法律は、警察等（警察及び海上保安庁をいう。以下同じ。）が取り扱

資料 1
法的根拠

死体区分	旧根拠条文	新根拠条文
犯罪死体 (犯罪に起因する死体)	刑事訴訟法 第189条2項	変更なし
変死体 (犯罪に起因するか否か疑いのある死体)	刑事訴訟法 第229条 (代行検視) 検視規則	変更なし
上記以外の死体 (病死疑い、自己過失疑い等)	死体取扱規則	※ 死体取扱規則が細分化 ○ 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) ○ 国家公安委員会関係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施行規則 ○ 死体取扱規則（全面改正） ○ 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施行令 ○ 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第 6 条第 3 項の規定による解剖の実施の委託に係る国家公安委員会が定める基準を定める告知

う死体について、調査、検査、解剖その他死因又は身元を明らかにするための措置に関し必要な事項を定めることにより、死因が災害、事故、犯罪その他市民生活に危害を及ぼすものであることが明らかとなった場合にその被害の拡大及び再発の防止その他適切な措置の実施に寄与するとともに、遺族等の不安の緩和又は解消及び公衆衛生の向上に資し、もって市民生活の安全と平穩を確保することを目的とする。

(死体発見時の調査等)

第 4 条 警察官は、その職務に関して、死体を発見し、又は発見した旨の通報を受けた場合には、速やかに当該死体を取り扱うことが適当と認められる警察署の警察署長にその旨を報告しなければならない。

2 項 警察署長は、前項の規定による報告又は死体に関する法令に基づく届出に係る死体（犯罪行為により死亡したと認められる死体又は変死体（変死者又は変死の疑いがある死体をいう。次条第 3 項において同じ。）を除く。次項において同じ。）について、その死因及び身元を明らかにするため、外表の調査、死体の発見された場所の調査、関係者に対する質問等の必要な調査をしなければならない。

3 項 警察署長は、前項の規定による調査を実施するに当たっては、医師又は歯科医師に対し、立会い、死体の歯牙の調査その他必要な協力を求めることができる。

○ 第 2 項の「調査」の対象は

死体（犯罪行為により死亡したと認められる死体又は変死体を除く。）

とされており、犯罪行為により死亡したと認められる死体については、犯罪捜査の手続として検証又は実況見分が実施され、変死体については刑事訴訟法第 229 条に基づく検視が実施されるためである。

○ 「調査」の内容としては、

- ・ 死体の外表からの調査
 - ・ 死体の発見された場所の調査
 - ・ 遺族等の関係者に対する発見時の状況、生前の死者の言動等に関する質問
 - ・ 所持品の調査
 - ・ 既往症の調査
- 等が想定され、死体に対する侵襲行為を伴うものは含まれない。

○ 第 2 項の「死体に関する法令に基づく届出」としては、

- ・ 医師法第 21 条
- ・ 保健師助産師看護師法第 41 条
- ・ 死体解剖保存法第 11 条

があり、医師法では死体を検案した医師、保健師助産師看護師法では死産児を検案した助産師、死体解剖保存法では死体を解剖した者が異状を認めた場合に、それぞれ警察への届出が義務付けられている。

○ 第 3 項の医師又は歯科医師に対して求めることができる必要な協力とは

- ・ 医師
死体の外表からの調査等に立会を依頼し、死因について医学的な見地からアドバイスしてもらうこと
 - ・ 歯科医師
身元確認のために歯牙調査を依頼し、生前の歯科所見と照合してもらうこと
- を想定している。

(検査)

第 5 条 警察署長は、前条第 1 項の規定による報告又は死体に関する法令に基づく届出に係る死体（犯罪捜査の手続が行われる死体を除く。以下「取扱死体」という。）について、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いう。第 13 条において同じ。) その他の政令で定める検査を実施することができる。

2 項 前項の規定による検査は、医師に行わせるものとする。ただし、専門的知識及び技能を要しない検査であって政令で定めるものについては、警察官に行わせることができる。

3 項 第 1 項の場合において、取扱死体が変死体であるときは刑事訴訟法第 229 条の規定による検視があった後でなければ、同項の規定による検査を実施することができない。

○ 第 1 項の「犯罪捜査の手続が行われる死体」とは

犯罪行為により死亡した嫌疑が認められた死体(検視又は法第 4 条第 2 項の調査の結果、犯罪の嫌疑が認められたものも含まれる。)をいい、これらの死体については、刑事訴訟法の規定が適用されることから、法 5 条に基づく検査は実施することができない。

○ 「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」とは、法第 4 条に基づく調査又は刑事訴訟法第 229 条に基づく検視を実施しても、死体の外表からの観察のみでは死因が明らかにならず、死因が災害、事故、犯罪その他市民生活に危害を及ぼすものであるか否かを判断するために、体内の状況を調べる必要がある場合をいう。

○ 「必要な限度において」とは、上記の場合であっても、令第 1 条の各号に掲げられた検査の中から真に必要な検査のみを選択して行うとともに、死体から血液等の資料を採取するに当たっては、死体の侵襲の程度を最小限にとどめ、検査に必要な量に限って採取することをいう。

○ 法第 5 条に基づく検査は、医師が行うこととされており、その検査の内容については、施行令第 1 条において以下のとおり規定されている。

・ 第 1 号

「体内から体液を採取して行う出血状況又は当該体液の貯留量の確認」

くも膜下出血、胸腔内出血、腹腔内出血等の疑いや、胸水や腹水が溜まっていること等を確認するために、注射器を用いて、後頭窩穿刺により、脳脊髄液を採取し、出血の有無を確認する検査や胸腔穿刺又は腹腔穿刺により、胸水又は腹水を採取し、出血の有無又はこれらの体液の貯留量を確認する検査

・ 第 2 号

「心臓内の複数の部分から血液を採取して行うそれぞれの色の差異の確認」

低体温症の疑いを確認するために、注射器を用いて心臓内の左右心室に穿刺することにより、それぞれの心室に貯留する血液を採取し、当該血液の色の差異を確認する検査

・ 第 3 号

「体内から体液、尿その他の物を採取して行う薬物、毒物、病原体その他の人の生命又は身体を害するおそれがある物に係る検査」

体外から摂取された有害物質の有無を確認するために、注射器により採取した血液、カテーテルにより採取した尿若しくは胃の内容物又は綿棒により採取した口腔内若しくは鼻腔内の粘液等を用いて、薬物、毒物、病原体等を検出する検査をいい、具体的には、

- ・ 睡眠薬、向精神薬、覚醒剤、麻薬等に関する検査
- ・ アルコール濃度検査
- ・ 毒物（農薬・シアン・有毒ガス等）に関する検査
- ・ インフルエンザウイルス又は R S ウイルスに関する検査

等がこれに該当する。

・ 第 4 号

「体内から血液又は尿を採取して行う身体の疾患に伴い血液中又は尿中の量に変化する性質を有する物質に係る検査」

注射器により採取した血液又はカテーテルにより採取した尿を用いて、体内にある特定の物質を検出する検査をいい、具体的には、

- ・ 心筋障害の疑い（心筋トロポニン T の有無）に関する検査
- ・ 細菌性感染症の疑い（プロカルシトニンの有無）に関する検査

・尿糖値に関する検査
等がこれに該当する。

・ 第 5 号

「死亡時画像診断」

CT、MRI、内視鏡等の医療機器を使用し、死体の体内を撮影することにより、骨折の有無、体液の貯留、病変等を確認する検査

・ 第 6 号

「前号に掲げるもののほか、内視鏡その他口から挿入して体内を観察するための器具を用いて行う死体の異状の確認」

内視鏡や喉頭鏡（いずれも撮影できないものに限る。）を口から挿入し、喉頭、食道又は気道における出血、誤嚥物等の異状の有無等を確認する検査

- また、上記検査のうち、「専門的知識及び技能を要しない検査であって政令で定めるもの」については、警察官にも行わせることが可能であり、これは施行令第 2 条に規定された「通常死体を傷つけることがない方法により体液、尿その他の物を採取し」、カテーテルを用いて尿又は胃の内容物を採取することや、綿棒を用いて口腔内又は鼻腔内の粘液を採取することを想定している。

(解剖)

第 6 条 警察署長は、取扱死体について、第 3 項に規定する法人又は機関に所属する医師その他法医学に関する専門的な知識経験を有する者の意見を聴き、死因を明らかにするため特に必要があると認めるときは、解剖を実施することができる。

この場合において、当該解剖は、医師に行わせるものとする。

2 項 警察署長は、前項の規定により解剖を実施するに当たっては、あらかじめ、遺族に対して解剖が必要である旨を説明しなければならない。

ただし、遺族がないとき、遺族の所在が不明であるとき又は遺族への説明を終えてから解剖するのではその目的がほとんど達せられないことが明らか

であるときは、この限りでない。

3 項 警察署長は、国立大学法人法第 2 条第 1 項に規定する国立大学法人、地方独立行政法人法第 6 8 条第 1 項に規定する公立大学法人、私立学校法第 3 条に規定する学校法人その他の法人又は国若しくは地方公共団体の機関であつて、国家公安委員会が厚生労働大臣と協議して定める基準に該当すると都道府県公安委員会が認めたものに、第 1 項の規定による解剖の実施を委託することができる。

4 項 前条第 3 項の規定は、第 1 項の規定により解剖を実施する場合について準用する。

- 「特に必要があると認めるとき」とは、解剖を実施しなければ、その死因が、災害、事故、犯罪その他市民生活に危害を及ぼすものであるか否か明らかにすることができない場合をいう。

- 対象死体は、犯罪捜査の手續きが行われていない死体のうち、その死因が災害、事故、犯罪その他市民生活に危害を及ぼすものであるかどうかを適切に判断する必要があり、かつ、その被害及び再発の防止その他適切な措置を講じる必要性があるか否かを確認する必要があるものであり、具体的には

- ・ 身元不明、その他生前の情報に乏しい等の理由から、死亡経過及び死因が不詳の死体
- ・ 外因死（転倒、転落、溺死、中毒死等）の可能性のある死体
- ・ 病死が疑われるものの、特段の既往症のない若年層（50 歳未満）の死体と想定される。

(身元を明らかにするための措置)

第 8 条 警察署長は、取扱死体について、その身元を明らかにするため必要があると認めるときは、その必要な限度において、血液、歯牙、骨等の当該取扱死体の組織の一部を採取し、又は当該取扱死体から人の体内に植え込む方法で用いられる医療機器を摘出するために

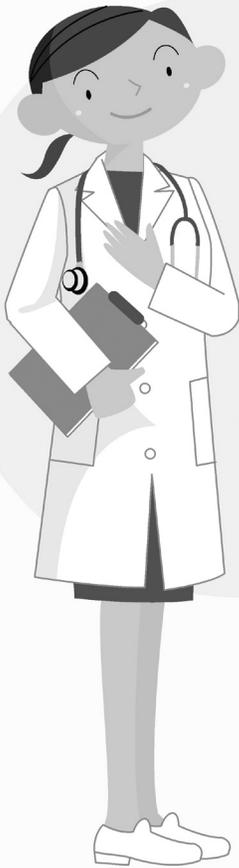
当該取扱死体を切開することができる。
 2 項 前項の規定による身元を明らかにするための措置は、医師又は歯科医師に行わせるものとする。
 ただし、血液の採取、爪の切除その他組織の採取の程度が軽微な措置であって政令で定めるものについては、警察官に行わせることができる。
 3 項 第 5 条第 3 項の規定は、第 1 項の規定による身元を明らかにするための措置について準用する。

- 第 1 項の「必要があると認めるとき」とは、遺族等による容貌からの確認、所持品の調査、指紋及び掌紋の照会、歯科所見の照合等、死体に対する侵襲行為を伴わない方法では身元を明らかにすることができない場合をいい、死体が高度に腐乱している場合等が想定される。
- ただし、災害等により同時に多数の死体を取り扱う場合においては、容貌等から一応の身元確認がなされている死体であっても、後日改めて確認することができるよう、爪等の組織の一部を採取しておくことができると解される。
- 「必要な限度において」とは、法第 5 条の解釈と同様、「身元を明らかにするために必要があると認めるとき」であっても、法第 8 条に規

- 定された措置のうち真に必要な措置のみを最小限の侵襲の程度にとどめて行うとともに、組織の一部を採取するに当たっては、その後の鑑定に最も適した資料を鑑定に必要な量に限り採取することをいう。
- 「血液、歯牙、骨等の当該取扱死体の組織の一部を採取し」とは、DNA 型の鑑定のために必要な資料を採取することをいい、具体的には、注射器により穿刺して血液を採取すること、歯牙を抜去すること、骨を削ること等が想定される。
 - 「人の体内に植え込む方法で用いられる医療機器を摘出するために当該取扱死体を切開する」とは、体内に植え込まれた心臓ペースメーカ等の医療機器の製造番号を追跡することが身元確認に有効であり、体内から医療機器を摘出するために、メス等を用いて死体を切開することをいう。
 - 第 2 項において、これらの措置は医師又は歯科医師に行わせることとされているが、簡易なものは警察官に行わせることができることとされており
 注射器を用いた「血液の採取」
 爪切り等を用いた「爪の切除」
 令第 3 条に規定するピンセットを用いるなどした「毛髪の抜取り」
 がこれに当たる。

資料 2
 解剖制度一覧表

	根拠法令	対象死体	遺族承諾
司法解剖	刑事訴訟法 第 225 条第 1 項	犯罪死体 変死体 変死の疑いのある死体	不要
承諾解剖	死体解剖保存法 第 8 条第 1 項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現場の状況及び死体の外部検査からは、犯罪性は認められないが、死体を生じた事実関係に不分明なところがあるため、解剖により犯罪性のないことを確認する必要がある死体 ○ 死因不明のために検案医師が、死体検案書の作成を困難と認めた死体 ○ 死因はある程度推測できるが、損害賠償や生命保険の請求等で、後日、紛糾することが予想されるため、解剖により死因を確認しておく必要がある死体 ○ 留置、保護等に係る者が警察施設内で死亡した場合、解剖により死因を確認しておく必要がある死体 ○ その他警察署長が特に解剖による死因確認の必要があると認めた死体 	必要
新法解剖	死因身元調査法 第 6 条	<ul style="list-style-type: none"> ○ 取扱死体の死因を明らかにするため「特に必要があると認めるとき」は解剖を実施可能 ○ 具体例 <ul style="list-style-type: none"> ・ 身元不明、その他生前の情報に乏しい等の理由から、死亡経過及び死因が不詳の死体 ・ 外因死(転倒、転落、溺死、中毒死等)の可能性のある死体 ・ 病死が疑われるものの、特段の既往症のない若年層(50歳未満)の死体 ※ 遺族の承諾は必要とされていないが、新法第 6 条 2 項に遺族に対する事前説明が義務づけられている	不要



ホッ！これで安心。

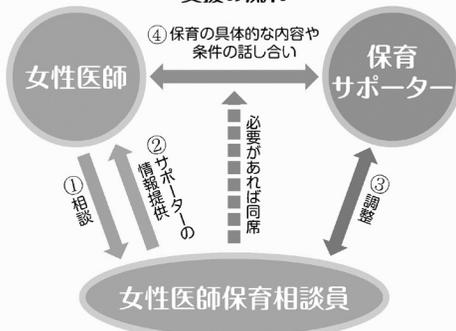
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、女性医師が仕事と家庭を両立させることです。
- 支援内容は、保育と併せてできる範囲であれば制限はありません。
- 報酬は女性医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している女性医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に女性医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に女性医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度
- 上記に加えて、簡単な掃除
- ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- ママが間に合わない時の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり（待機を含む）

支援の流れ



- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。医師会加入の有無は問いません。
- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。



仕事と家庭(育児)の両立を目指している
女性医師の方々へ
山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

育児で困ったら、まずお電話かメールをください

医師会加入の有無は問いません

山口県医師会 女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 月～木 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

E-mail hojku@yamaguchi.med.or.jp / FAX083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します!

第 128 回山口県医師会生涯研修セミナー

平成 25 年度第 1 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 25 年 5 月 12 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール

特別講演 1

「最近の医事訴訟」

山口県医師会顧問弁護士 末永 汎本

[印象記：宇部市 福田 信二]



裁判所がその年に新しく提訴を受理した事件である「新受」の件数は平成 15 年、16 年は 1,000 件を超えていたが、平成 17 年から減少し、平成 21 年には 732 件になっている。山口地裁は昨年 15 件であり、だいたい、山口県は日本全体の 10 分の 1 と考えるといい。その年に判決・和解・訴訟取り下げ、その他で終結処分までいった「既済」した事件もあるので県下本庁と支部を合わせて約 20 件の医療事件が継続している。これは全国平均より少し多い。平均審理期間は約 2 年程度。裁判促進法があり、民事の事件はだいたい 2 年以内という方向なので、医事事件もその中に入っている。事件の終結の仕方をみると、平成 23 年では、既済件数は 801 件、判決が 294 件で 36.7%、和解が 406 件で 50.7% と和解が多い。地裁民事第一審通常訴訟事件の認容率は 84.8%、医事関係訴訟事件においては認容率が 25.4%、つまり、4 件に 1 件程度しか認められていない。和解の比率が 50.7% で 406 件というのは非常に大きな意味をもっている。医事裁判をやっている最中に、原告の方が間違いだったという場合は取り下げになることが多いが、しかし、少しでも医師の側にも落ち度があるのではなからうかというケースでは、裁判所が中に入って和解を勧めるケースが多い。同時に裁判所が、面倒くさい事件がきたら判決を書きたくないがために和解に強引

にもっていくケースもないわけではない。

しかし、50.7% というのは通常事件の和解の率と比べて非常に高い。通常事件では、おそらく 20 ~ 30% 程度。ということは、25.4% の認容率、4 件に 1 件くらいの認容率というのは和解を考慮に入れていない事実であるから、その部分を計算に入れなくては行けない。医療事件 801 件のうち、判決が 294 件で、和解の比率が 50.7% とすると、和解が約 400 件あるということになる。それを和解まで含めて考えると 25.4% ではなく、約 60% になっていると言えよう。ジャーナリストは時々、医事関係事件で医師の過失が認められるケースはとても低いと言うが、それはまったくの間違いで、むしろ相当高いというように認識しておかなければならない。

診療科別では、整形外科、形成外科、外科の 3 科を合わせて外科とすると一番多い。産婦人科は 82 件で多少減りつつあるが、これはいろいろな補償制度が確立されたためだと思われる。注目すべきは内科の事件が依然として多い点である。昔だったら分からなかったことが、正確な数値で分かるようになってきたため、後から検証しやすくなって、例えば、がんの見落としや、糖尿病の発症の見落とし等が増えてきている。

医療機関側の弁護士としてみると、中国 5 県の医療機関側の弁護士は相当がんばっており、特

に山口と岡山は医療事件の研究会もあり、全国的にも相当評判が高い。

新受件数が減ってきているのは、一つには医療機関側に医療安全対策の体制が非常に進んできたためである。それを主としてできるようなポストもあり、事務長と事務員程度の人員しかいない医療機関でもよく医療事件を理解して、いろいろな形で証拠の収集や相手との話し合いの面で進歩している。しかし、一番大きな要因は東京・大阪における医療事件審理運営方針の進化である。医療事件の審理は専門性が高く、かつては医療事件も一般事件と一緒にして審理されていたが、東京、名古屋、大阪、福岡では、医療専門部という部が設けられるようになった。

医療事件をほぼ集中して取り扱い、一般事件もするが医療事件をやる比率を高める、東京でいうと、民事の裁判部約 30 のうち 3 つくらいを医療専門部的にしている。大阪でも 2 つぐらいの部を医療に向けている。そうすると、裁判のやり方で裁判所もいろいろ勉強ができ、いろいろな改革をする。東京で最初にやり始めたことだが、患者側で訴訟をおこした事件の中には準備が不十分なケースが多くみられる。「もっと準備をしてから裁判を起こすようにさせたらどうか」という議論があったものと思われるが、裁判の受付の段階で、一つの訴状にのせている医学的な見解について、私的な鑑定書はあるのか、私的は鑑定書がなくても協力医がいるのか、患者側に協力してくれる医師がいるのか、そういうことを釈明させるというやり方をするようになった。これは山口でもそうだが、「なぜそんな分かり切ったことまで調べないで裁判を起こしてくるのだ」という事件が時々ある。裁判所は裁判を受け付けるときに、そう簡単に受け付けないという措置や却下等はできないのだが、実際、窓口で「協力医はいるのか」、「私的鑑定書はあるのか」ということを問いただすことで裁判になってからも、「私的鑑定くらいやってくれなきゃ、裁判は無理」というようなことを裁判所があからさまに言うようになってきている。大阪地裁は、最初は医療側の弁護士の抵抗が激しくて、それに踏み込めなかったが、一昨年あたりからそういう方針になった。そのため、民事訴訟の新受件数が全国で平成 15 年、16 年は

1,000 件を超えていたものが減少に転じた。その後、大阪はほとんど減らなくて、東京では減ってくるという現象が起こったので大阪でも、やはり東京方式でいくべきではないかということで大きく方向転換した。

山口はまだこういう方式を取り入れるということまでいっていない。私どもは東京方式でやるべきだとずっと言っていたが、東京方式で裁判をやっていた裁判官が異動で何人か山口管内にやってきたので、だんだん山口でも事実上そういう方向になりつつある。弁護士も非常に増えてきているが、以前と比べて少し事件が減る方向にあるということは間違いはないはずである。それに伴い、あるいはそれに先行して、世論やマスコミの論調も、前は医療側を叩くのは当然だとして、マスコミの公表がなされていた。医療機関・医師にとって、「どことこの医師が訴えられた」と新聞で公になるいろいろな意味で影響がある。個人情報保護と言いながら訴えられれば医師の名前まで出ていた。現在は個人の開業医であれば「〇〇市の開業医」、年齢を書いたりするから、分かってしまうということもあるがこの程度。私どももいろいろ知恵を絞り、事件の中では、多少医師側にも問題があるというケースがあって、少しぐらいの損害賠償責任を負わなければならないというケースがあるが、事前の交渉の段階で正式な裁判にしないで調停にしよう、という話を持ちかける。いったん正式な裁判に出ても調停という方法を採用するということをする場合がある。調停というのは実は新聞記者に公表しない。訴訟というのは民事訴訟上の規定で、訴状が出たのを裁判所が公にしないということとはできない。したがって新聞記者が裁判所の書記官室に入り込んで「訴状を見せてください」、「今週ある裁判の訴状を見せてください」、というみんな見せられてしまう。それが報道のきっかけになっていたわけだが、最近では、調停にまわす、最初から調停にする、というようにマスコミに公表させない方法がやられている。それも含めて世論もマスコミも医療機関の医師を叩くだけでは問題解決にならない、ということに相当程度気付いてきたと思われる。したがって、今後その方向が進んでくれることを望むけれども、今はまだ最終案確定まではいっていないが、事故調査機関の間

題もなんとか片付いてくると、そういう方向を後押ししてくるのではなかろうと思う。

今後の問題点として考えるのは、一つは医師不足。かつては特定の科であったが、今はどの科も医師不足ではないのかと思う。特に病院の医師は不足していると思う。私は冗談でよく大学病院の勤務実態はほとんど労働基準法違反、と言うのだが、民間病院もそうであり、長時間勤務をせざるを得ない状況になっている。これはいろいろな工夫で医師不足を解消しないとまだまだ問題は続くと思う。現実には医師不足のために、事件としては過失と認めざるを得ない、というような事件も発生するようになってきた。

二つ目に医療 ADR（裁判外紛争解決機関 Alternative Dispute Resolution）。正式な裁判だけでは物事は捗らないので、ADR を活用しようという動きがいろいろな訴訟形態で起きている。一番進んでいる千葉県では 2009 年くらいから医療 ADR を始め、医師、看護師の当番制による医療紛争相談センターを作った。患者からの相談を受け付け、メディエーターがその事件を説明すると同時に解決策をさぐる、という制度である。考え方としてはいい制度だと思し、千葉は実績も上がっており、月に 60 件前後相談がきている。その影響で医療事件の訴訟自体が少し減りかかっている。ただ、これを山口で取り入れるのは難しいだろうと思う。この医療 ADR を作るためには、医師の数を確保しなければならず、また、紛争解決の際に弁護士も確保しなければならない。山口県で医師、弁護士が当番制で医療 ADR のために毎日何人かずつ確保できるということは本当に可能なのかというと、難しいのではないかと思う。

医療事件の鑑定の際、鑑定書を書いてもらうことがよくあるが、東京では鑑定書を書くのではなくて、テーマを絞って、数人の鑑定用の医師に出てきてもらい、カンファレンス方式の会議をして、いろいろな意見を出してもらい、もし結論が一致しなかったら、一致しないということを会議の結果として出して、裁判の鑑定として使う、という制度がある。確かに私も一人の鑑定より複数の方がいる鑑定の方がいいと思う。東京などは医学部のある大学が複数あるが、山口県のように医学部のある大学が一つしかないところでは難しい。よく

問題になるのが、ドクターの出身大学は避けてくれ、ということがあるが、そんなことは山口では無理だという現実がある。その点を含めて山口県の規模では今のところすぐにこれにもっていくのは難しいと思うが、検討には十分値するであろうと思っている。それともう一つ、医療 ADR を動かすためには、医師賠償責任保険、あるいは病院保険でもなんでもいいのだが、その結果を尊重してくれるように損保会社との取り決めができないと無理なのである。損保会社も全面的に乗り出そうというようにはまだ行ってない。しかし、いずれにしても、医療 ADR というのも考慮に値する。ドイツをみると、ADR ではないが裁判以前の医師が関与した手続きで、大半が解決しているという実情があるので、そういう方向もいろいろ探りながらやっていくべきだろうと思う。

参考判例として 3 例挙げさせていただく。最高裁の平成 23 年 2 月 25 日の事件。これは私の事務所が担当した事件で、骨折の人が整形外科医の執刀で、骨移植の手術を受けたが、それから 9 年も経って、左足が腫れているということで、左下肢性静脈血栓後遺症と診断されたので責任を追及してきたという事案である。結論だけみると、一審の山口地裁は過失があったとしても、過失と後遺症の結果に因果関係はない、期待権侵害にも当たらないということで棄却をしてくれた。ところが広島高裁は、期待権を認めて、300 万円の慰謝料支払いを命じる判決を出した。期待権という裁判例は平成 12 年から起きてきており、認めるにしてもどこまで認めるのかというのが非常に難しい。当事者の医師が「こんなことで文句を言われるのなら医者を辞めます」という強い意思を持っておられたので上告した。結論的には上告でこちらが勝訴し、高裁の判決は全部取り消しになった。ちなみに最高裁で二審の判決が覆されるというのは 2%、50 件に 1 件である。

2 例目は肘の内側の静脈注射により、患者に神経損傷らしい障害を与えたということで医師に過失があるとして裁判になったわけだが、これは平成 23 年 6 月 14 日に全面的に請求棄却する判決が岡山地裁ででた。この件は平成 17 年に受理されたものが判決まで 6 年かかっており、それほど大きな事件でもないのに要求は 1 億 1 千万円

である。正中神経本幹は深部を走行しているから、その位置が予見できるし、深く刺さなければ損傷を回避できる。一方で、内側前腕皮神経等の皮神経については現代の医学では困難であり、よって注射で損傷された神経がどの神経かであるかは不明というほかはなく、正中神経とまでは認められないから過失は認めることはできないという判決で、これはよく頑張っ、反論した事件だと言うことができる。

終わりに、絶対にこういうことはないようにしていただきたい、という意味で触れさせていた

だ。産婦人科の事件で、カルテの改ざんが問題になった事件である（東京地裁 平成 24 年 10 月 25 日判決）。訴状に対して判決はそれをそのまま認めており、裁判官は相当怒っている。こういう判決が一つ出ると、ほかの事件に莫大な影響を及ぼすわけである。私は現在の山口県医師会でこのようなことをする人は絶対にいないと信じているが、ぜひともこういうことがないように、また、こういうことがあると、大変な悪影響を各方面に及ぼすということに留意していただくことをお願いして、今日のお話を終わらせていただく。

特別講演 2

「職業性石綿ばく露による中皮腫の臨床」

独立行政法人労働者健康福祉機構岡山労災病院副院長 岸本卓巳

〔印象記：岩国市 小林元壯〕



アスベスト（石綿）ばく露により中皮腫が発生することは、疫学研究、動物実験などから明らかであるが、アスベストによる中皮腫発生の機序については、いまだ不明な点が多い。また、中皮腫では、アスベストばく露から腫瘍発生までの潜伏期間が平均 40 年以上と長いため、アスベストのばく露歴の確認が困難な症例も現実には多数存在する。現在認められているアスベストによる中皮腫発生の機序について概説する。

アスベストは粉碎すると、縦に裂けて径がきわめて細くなり、繊維長が長くても肺泡に到達可能な吸収性繊維となりやすい。吸入されたアスベスト繊維は、肺内に長く滞留するが、一部は壁側胸膜、腹膜などにも運ばれる。アスベスト繊維が壁側胸膜などの肺以外の組織へ運ばれる経路については解明されていないが、マクロファージに貪食された繊維あるいは肺胞上皮を介して間質に移行した繊維が血管あるいはリンパ管網を介して壁側胸膜に到達する可能性が考えられる。すべての種類のアスベストで中皮腫は発生するが、アスベストの種類によって発がんに関する物理化学的特性が異なっている。物理化学的特性とは、アスベ

ストの繊維のサイズ、体内滞留性、表面性状（特に繊維表面の鉄はフリーラジカル産生を促進して DNA 損傷や遺伝子変異に関与する）などを指す。アスベストによる発がん機序は不明な点が多いが、繊維の直接的な作用と、マクロファージや好中球などの炎症細胞を介した間接的な作用があるとされている。アスベストの中でもクロシドライトがもっとも発がん性が高く、次いでアモサイト、クリソタイルの順であり、クリソタイルを 1 とすると、クロシドライトは 500 倍、アモサイトは 100 倍ともいわれている。

今回ご講演いただいた岸本卓巳先生は、広島県呉市の呉共済病院に勤務されていたころ、戦艦大和などの造船関係従事者から次々に中皮腫が発生する現実を経験され、中皮腫に対する臨床研究に没頭することになったという。

中皮腫による死亡者数は、明らかに増加している。死亡統計によると、1995 年に死亡者数 500 人であったものが、2011 年には 1,258 人と 2 倍以上となっている。その潜伏期間がおよそ 40 年であることを考えると、将来さらに倍増すると予想される。発生患者の分布をみると、千葉から長

崎にかけての工業化の進んだ地域に多く、日本海側には少ない。北海道に多くの患者が発生しているのは、北海道の富良野で国内唯一のアスベスト鉱山があったことも影響している。

中皮腫患者救済のための法律「労働者災害補償保険法」と「石綿による健康被害の救済に関する法律」が制定されてから中皮腫患者の実態の把握が可能となった。平成 15 年から 20 年までに中皮腫で死亡した 6,030 例について、遺族への調査依頼、遺族からの調査への同意、担当病院からの同意と医学情報提供という気の遠くなるような手順を踏んで得られた 1,111 症例のうち、中皮腫と診断できる症例は 957 例であった。そのうちの組織型が確認できた症例 594 例の組織型分類をみると、上皮型が 56.2%、肉腫型が 21.5%、二相型が 18.0% であった。この発生頻度については、信頼度の高いものである。

発生患者の職業をみてみると、建設作業、造船所内での作業、配管作業、電気工事業、鉄鋼製品製造業、石綿吹き付け作業、自動車関係、解体作業などとなっており、職業の関与が明らかなのが 73.7% となっており、欧米の統計と類似している。

中皮腫発生の部位では、胸膜が 91.1%、腹膜が 7.2%、その他として、心膜や精巣鞘膜などとなっている。性別は 5 : 1 で男性に多い。

中皮腫の診断であるが、大きく、画像診断、胸水の分析によるもの、組織診断の 3 つに分けられる。

まず、画像診断であるが、結論的には極めて多様性があると言わざるをえない。さまざまな画像所見を呈する。その多様な画像所見としては、環状胸膜肥厚 (Pleural Rind)、1 cm 以上の不整形胸膜肥厚、縦隔側胸膜肥厚、胸膜腫瘤状陰影、多発性腫瘤状陰影、胸水貯留、胸壁腫瘤様陰影として列挙される。この場でそれらの典型例を述べることはできないが、原則的に中皮腫は、水平方向 (胸膜に沿うよう) に発育し、胸壁を貫くような垂直方向への発育は稀である。ただし、あくまでも多様であり、血行性転移を示す症例さえ存在する。アスベストばく露から中皮腫発生までの潜伏期間が長いことから、中皮腫の発育速度も緩徐と誤解されがちであるが、一旦中皮腫となつてから

の発育は極めて迅速な症例もあり、胸膜肥厚が初めて認められた場合や、胸水貯留が疑われる場合は、6 か月の猶予はおかず、2 ~ 3 か月での CT 検査が必要である。

胸水については、まず細胞診であるが、この領域に関しては、山口県立総合医療センター臨床病理の亀井敏昭先生のご功績が大きい。亀井先生によれば、中皮腫の細胞診の特徴として、球状集塊・平面的集塊を呈するもの、相互封入所見があるもの、細胞集団の辺縁が不明瞭であるものなどが述べられている。最近では、細胞接着因子としての CD146 が着目されているが、それでも悪性中皮腫と反応性中皮との鑑別には難渋することが多いという。胸水については、細胞診だけでなく、従来から胸水中のヒアルロン酸が測定されてきた。胸水ヒアルロン酸濃度として、10,000 ~ 100,000ng/ml を超える場合は診断として有意であるという。最近では、胸水中のマーカーとして、SMRP、Fibulin-3 が注目されている。

画像、胸水いずれにしても中皮腫の確定診断とするには限界があり、やはり組織診断に頼らざるをえないのが現実である。中皮腫組織診断の方法には、胸腔鏡下腫瘍生検、CT ガイド下生検、エコーガイド下生検、盲目的胸膜生検があるが、種々の検査に提出できる大きさの組織が確実に採取されるためには、胸腔鏡下での生検がふさわしい。中皮腫の鑑別診断に用いる抗体としては、以下のものが挙げられる。上皮型中皮腫の組織診断で、陽性となるものには、calretinin、WT1、thrombomodulin、D2-40、mesothelin があり、一方陰性となるものには、CEA、TTF-1、napsinA、SP-A、BerEP-4、MOC-31、estrogen receptor(ER) がある。肉腫型中皮腫について陽性となる抗体は、CAM5.2(cytokeratin)、AE1/AE3(cytokeratin)、D2-40 であり、陰性となる抗体は、desmin、h-caldesmon、myoglobin、MyoD I、CD34、KP1 などである。これら抗体の染色の組み合わせから診断されることになる。

それでも診断に難渋する症例があり、偽中皮腫様腺がんや胸膜中皮腫、多形型肺がんや肉腫型中皮腫、線維性胸膜炎と比較的早期の中皮腫などでは、診断に慎重を要する。

中皮腫の治療法としては、①外科的切除術 ②化学療法 ③放射線療法があるが、まず③の放射線療法は残念ながら無効であり、②の化学療法は、現在のところ、CDDP + メペトレキセドにのみ有効性が認められている。

外科的切除術については、①胸膜肺全摘術 (extrapleurectomy) として、壁側胸膜と肺、横隔膜と心膜を合併切除するもので、治癒が期待される手術である。ただし、きわめて侵襲が大きく、印象記を書いている私が呼吸器外科医として数例手術したことがあるが、結果は厳しいものであつた。

②壁側胸膜切除・肺胸膜剥離術 (pleurectomy/decortication) では、肺・胸膜を剥離して肺を温存するが、一部に腫瘍が残る可能性がある。③壁側胸膜切除術があるが、これは姑息的で治癒は期待できない。

化学療法としての CDDP + メペトレキセドについては、従前の化学療法に比べて予後が相当改善されている。胸膜肺全摘術の侵襲度を考えれば、何とか化学療法で寛解ならずとも進行が止まる SD 状態で維持できれば、従前の治療状態を知る者として相当な進歩であると思う。

特別講演 3

「アレルギー疾患に及ぼす

黄砂の微生物学的影響因子の解析」

大分県立看護科学大学看護学部人間科学講座生体反応学教授 市瀬孝道

[印象記：理事 沖中芳彦]



平成 24 年度の第 1 回生涯教育委員会で、講演のテーマの一つとして「黄砂」を取り上げることを決定、同年 7 月に黄砂の研究でご高名な市瀬孝道教授にご講演をお願いし、その後演題名を標記のように決めていただいたが、平成 25 年になって「PM2.5」なる語句が世間を騒がせるようになった。そこで急遽、PM2.5 に関する内容も加えていただくことになり、PM2.5 と PM10 について、PM2.5 の健康への影響、黄砂の発生状況、黄砂の健康への影響、黄砂と付着微生物のアレルギー増悪作用等に関して、詳細に教えていただいた。

1. 大気中の粒子状物質 (PM2.5 と PM10)

大気中の粒子を大きさによって分ける。

PM2.5：粒径が 2.5 μm 以下の微小粒子（主に 0.8 μm ）。PM10：主に 10 μm 以下の粒子（4 ~ 5 μm にピークがある）。10 μm 以上の粒子も含む。前者は、ディーゼル排気微粒子、工場などから排出されるばい煙など、すなわち化石燃料の燃えカスである。後者は、自然発生する砂漠の砂（黄砂）などであるが、0.5 μm 程度の大きさのものもあり、これらは前者に分類される。

最近是中国大陸から多くの粒子状物質が飛来す

る。工場地帯のばい煙中の SO₂、NO₂ が日本に飛来する際、上空で光と反応して、硫酸塩、硝酸塩などの細かい粒子状物質が発生する。それと、化石燃料の燃えた黒いスス（炭素の粒子）も同時に飛来する。また、砂漠の砂も 2 月から 5 月にかけて、飛来する。

毛髪の断面は 70 μm 、スギ花粉は 30 μm 、赤血球は 8 μm の大きさであるが、黄砂は 4 μm 程度のものが多い。PM2.5 は 0.8 μm の大きさのものが多く、肺胞まで到達する。肺胞から血中まで移行するともいわれている。

2. PM2.5 と PM10 の特性の比較

PM2.5（微小粒子）は粒子径が 2.5 μm 以下で、化石燃料の燃焼が発生源となる。成分は無機炭素、重金属（鉄、亜鉛、銅、錫、ニッケル）、硫酸塩、硝酸塩、有機化学物質などである。健康への影響は相対的に大きく、呼吸器深部（気管支、肺胞）まで到達し、呼吸器内に長期間滞留する。肺がん、慢性呼吸器疾患、肺気腫、気管支喘息、花粉症との関連が認められ、濃度上昇と相関する。心肺疾患の死亡率とも高い相関が認められている。24

時間平均の環境基準は $35 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下である。

PM10 (粗粒子) は粒子径が $10 \mu\text{m}$ 以上のものも含み、土壌 (砂漠) や粉塵が発生源となる。ミネラル成分など (SiO_2 、 Al_2O_3 、 Fe_2O_3 、 CaCO_3) から成る。健康への影響は相対的に小さく、到達部位は呼吸器上部までで、線毛運動により比較的短時間で喀出される。気管支喘息や花粉症との関連が認められ、小児の呼吸器疾患で有病率の増加が見られる。また、高齢者心血管疾患との関連も認められている。環境基準は $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下である。

3. PM2.5 の健康被害について

煙霧の成分は PM2.5 である。晴れているのに視界がボーッとしているのは煙霧の影響であることが多い。長崎県で、レーザーライダーにより、黄砂と大気汚染粒子 (煙霧: PM2.5) の飛来状況を調べると、2012 年 4、5 月に黄砂 2 回、煙霧が 10 回観察された。

煙霧の多い日は、大気中にある種の発がん物質が増えている。米国がん協会の国内 50 都市 (120 万人) 8 年間の研究では、PM2.5 (日本と米国では内容物が必ずしも一致しない) 濃度と肺がんや心肺疾患死亡率との間に相関があり、高値の都市の住民の余命は数年短縮する。

日本において、PM2.5 に関してはまだほとんど疫学調査が行われておらず、今後行う予定である。

4. 黄砂の発生状況と健康被害について

中国では、日本の環境基準の 130 倍の黄砂濃度になることもある。

1) 黄砂の発生地

中国内陸部のタクラマカン砂漠からは、頻度は少ないが、発生すると非常に大きい黄砂現象が起こる。中国には 12 の砂漠があるが、頻度的には、内モンゴルのバダインジャラン砂漠からの発生が多い。北京に近いフンサンダク砂漠からも発生するが、小規模のことが多い。

2000 年以降は黄砂の飛来が増加しており、観測地点も九州・西日本だけでなく、日本の広範囲に及ぶようになるなど、黄砂現象が肥大化している。2 月から 5 月に飛来が多い。温暖化による砂漠化の進行が原因となっている。

2) 黄砂の健康被害

中国では、呼吸器系感染症 (肺炎など)、心血管疾患 (心筋梗塞、高血圧など) や脳卒中が増加するという報告がある。韓国では、高齢者の心血管疾患や呼吸器疾患が増加し、死亡率が増加していると言われている。台湾では、呼吸器系疾患の死亡率増加、肺炎、脳卒中、心血管疾患、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、結膜炎が増加していると言われる。日本では 2006 年ころから黄砂による健康被害の報告がみられるようになり、特に、アレルギー性鼻炎、花粉症、気管支喘息の悪化が報告されている。

3) 日本における黄砂の疫学調査

鳥取大学の Otani ら (2012 年) は、黄砂又は PM2.5 の中のニッケルが皮膚のアレルギーと関連していると報告した。

福岡県の Kishikawa ら (2012 年) は、大学生 190 名の調査で、花粉症、アレルギー性鼻炎の有無に限らず、黄砂は鼻・眼症状を悪化させたと報告した。特に花粉症者の症状の悪化が著明であった。

京都大学の Kanatani ら (2010 年) は、富山の小児喘息患者の調査で、黄砂飛来の日に入院リスクが増加し、特に小学 5 年生くらいの男児で著明であったと報告した。

島根県の Sato ら (2009 年) は、アレルギー性鼻炎患者の 70% で自覚症状が悪化し、そのうち 40% で元々あった鼻炎症状に加えて、咳、咽頭痛、咽頭違和感等の上気道症状が新たに出現したと報告した。

2011 年 5 月 1 ~ 3 日に大規模黄砂が発生し、13 ~ 15 日に中規模黄砂が発生した。前者はバダインジャラン砂漠、後者はフンサンダク砂漠が発生起源といわれている。黄砂とともに、PM2.5 を含む大気汚染物質も飛来している。NO₂ からできる硝酸イオン、SO₂ からできる硫酸イオンは、大規模黄砂よりも中規模黄砂の方で含有量が高かった。ある種の発がん物質も大規模黄砂よりも中規模黄砂に多く含まれていた。ミネラル成分である二酸化ケイ素はアスベストの成分でもあるが、これは大規模黄砂の方に多く含まれていた。

黄砂には Lipopolysaccharide (LPS: グラム陰性菌の成分)、 β -glucan (真菌の成分) など、微

生物由来の毒素成分も付着していた。

大規模黄砂よりも中規模黄砂の方が粒子径の小さい成分が多く含まれており、これらは PM2.5 由来と思われる。黄砂のイベントによって、付着する成分も異なっていると認識していただきたい。

5. 黄砂に付着した微生物はアレルギー増悪因子になりうるか？

黄砂にはグラム陽性菌、陰性菌、真菌の成分が付着している。真菌成分の β -glucan も付着している。 β -glucan はアレルギーと関係しているといわれている。真菌成分は黄色粒子として認められ、これを培養すると、担子の菌（ベルカンデラ菌）が増殖する。ベルカンデラ菌は慢性咳嗽の原因となる。

黄砂には細菌の DNA も付着している。蛍光顕微鏡では β -glucan は光って見える。これらを培地で培養すると、真菌や細菌が増殖する。金沢大学の小林らは黄砂から 8 種類の菌を分離培養同定した。

演者らは、黄砂を加熱して付着している微生物をすべて除去し、改めて 7 種類の微生物を付着させ、気道への影響を調べた。マウスを用い、肺洗浄液中の炎症細胞数を指標として、北九州で採取した黄砂で実験した結果、ベルカンデラ（真菌類）で、好酸球が多量に誘導された。また、洗浄液中の Th2 と好酸球誘導活性化にあずかるサイトカイン・ケモカインもベルカンデラで有意に増加した。ベルカンデラだけでも好酸球性炎症が惹起されるが、熱処理黄砂を加えると、炎症細胞の誘導がさらに増加した。

病理学的にも、ベルカンデラだけでも好酸球性炎症が起こるが、焼いた黄砂を加えるとさらに所見が増強した。卵白アルブミン（OVA）だけでは好酸球はほとんど増えないが、ベルカンデラを加えると、好酸球が増えてくる。さらに焼いた黄砂も加えると、予想に反して肺洗浄液中の好酸球数は減少した。TGF β 1 は気道の炎症を抑えたり組織の修復を促進させる作用を有するが、ベルカンデラ、OVA と焼いた黄砂を投与すると、肺胞洗浄液中の TGF β 1 が増加し、それにより炎症細胞が減少したものと思われる。しかし、組織学的に非常に強い気道の線維化を起こしていた。不可

逆的な気道炎症を起こしてくる。さらに、ベルカンデラや黄砂には、IgG 1 の産生を高めるアジュバント作用がある。

マクロファージの表面には微生物の分子パターン認識センサー（TLRs）があり、グラム陰性菌（LPS）は TLR4 が、真菌（ β -glucan）やグラム陽性菌（Peptidoglycan）には TLR2 が反応する。抗原と真菌（ β -glucan）を同時に投与すると、Th2 細胞が活性化され、アレルギー炎症が促進されることが報告されている。TLR2 のほかに Dectin-1 も β -glucan の認識センサーであることが知られているが、両者のシグナルが NF- κ B を活性化し、炎症性サイトカインの活性を高める。また、黄砂自体も炎症性サイトカインを活性化する作用を有する。

6. まとめ

- 1) 黄砂に付着していたベルカンデラ菌（Bjer）自身がアレルゲンとなりうることがわかった。
- 2) 黄砂粒子自身にも Bjer や卵白アルブミンによって誘導されるアレルギー反応を高める作用がある。
- 3) 黄砂に Bjer のような β -glucan を含む真菌が付着している場合は、TLR2-Dectin1 シグナル伝達系によって NF- κ B が活性化されて炎症が増悪している可能性が考えられる。
- 4) 黄砂アレルギーの増悪作用の一部は黄砂に付着した微生物（真菌類）による可能性が示唆された。

7. 今後の課題

- 1) 中国大陸由来の PM2.5 に関しては、子どもや呼吸器疾患患者に対する健康影響調査を行う必要がある（米国の PM2.5 とは中身が違う）。
- 2) 注意喚起の暫定基準（70 μ g/m³）は健康人を対象とした基準であるため、呼吸器疾患患者に対応するための見直しが必要である。
- 3) 黄砂に関しては、PM2.5 と混じった汚れた黄砂や、イベントの違う黄砂の健康への影響の調査が必要である。
- 4) 大陸由来 PM2.5 の動物や細胞を使った基礎研究が必要である（アレルギーの増悪作用や発がん性について）。
- 5) 黄砂に付着した物質（微生物、化学物質、金属）のアレルギー増悪への寄与率を調べる必要がある。

6) 基礎研究では、微小粒子の粒径別 (PM0.1PM10) の影響比較を行うことが必要である。

市瀬先生には、黄砂飛来時に花粉症などのアレルギー疾患の症状が増悪する機序について詳しく説明していただいた。先生は環境省黄砂問題検討会、福岡市黄砂影響検討委員会の委員をしておら

れるが、福岡市の PM2.5 の環境基準策定にも関わっておられるなど、PM2.5 研究に関しても第一人者でもある。しかしながら、PM2.5 に関しては、まだ多くのことがわかっていないそうである。山口県は黄砂並びに PM2.5 の影響を大きく受けている。先生のご研究のさらなるご発展を期待したいと思います。

特別講演 4

「前立腺がんに対する診断と最新の外科的治療」

山口大学大学院医学系研究科泌尿器科分野教授 **松山 豪泰**

〔印象記：下関市 飴山 晶〕



【はじめに】

国立がんセンターの統計によれば近年、50 歳代以降の前立腺がんの死亡率が増加してきた。都道府県別にみた 75 歳未満年齢調整死亡率によれば、山口県は前立腺がんの死亡率が高い県である。一方、米国での前立腺がんの死亡率の変化をみると、それまで徐々に増加していたものが 1990 年代の後半から減少に転じ、1990 年から 2005 年の間に 36% も低下している。これは PSA 検査によるスクリーニングが普及したことによると考えられている。

【PSA 検診の有益性に関する研究】

前立腺がんのスクリーニングに関する有名な研究に、2009 年の N.Engl.J.Med. に発表された PLCO study というものがある。それぞれ 3 万 8 千人以上からなるスクリーニング群とコントロール群で、PSA cut-off 値を 4ng/ml とし、前立腺がん死亡を一次評価項目とし観察期間中央値 11.5 年でみたところ、両群間に有意差は認められなかった。

これに対して、同じ 2009 年の N.Engl.J.Med. にヨーロッパの研究者から発表された論文 (ERSPC) がある。こちらは 8～9 万人からなるコントロール群とスクリーニング群が対象で、平均観察期間 8.8 年でみたところ、スクリーニング群は前立腺がん発見率 8.2% (コントロール群

4.8%) と高く、前立腺がん死 3.8% (コントロール群 7.6%) とコントロール群の半分になっていた。スクリーニング群ではがん死の相対リスクが 20% 少なく、骨転移の相対リスクは 49% 少なくなっている。年齢別にスクリーニング群の死亡率オッズ比に注目すると、55～69 歳でスクリーニング群のオッズ比が低くなり、PSA スクリーニング検査が有効であることが分かった。病理学的悪性度に注目すると、対照群では GS (グリソン・スコア) 7 以上という悪性度が高いがんがより多く含まれていた。

しかし、この研究 (ERSPC) を受け、米国予防医療作業部会 (USPSTF) は「PSA による前立腺癌スクリーニングを行うことを推奨しない (Grade D 勧告)」という意外な勧告案をまとめた。USPSTF によれば前立腺がん死亡を検診により 1 名減らすためには、① 1,410 名を対象として 9 年間に平均 1.9 回の PSA 検査が必要であり、② その結果、48 名の新たな前立腺がん患者が発見され治療を受けることになり、③ その 48 名の中には、無治療で経過してもまったく予後に影響しなかったであろう前立腺がん患者が数多く含まれている。ゆえに「PSA による前立腺癌スクリーニングを行うことを推奨しない」という理論である。

ここで、「PSA 検診は本当に意味がないのだろうか？」という命題にたどり着く。PLCO study

を詳細に分析すると、① PSA の cut-off 値が 4ng/ml と高値であった。②本来 PSA 検査を受けていないはずのコントロール群のうち、実に 52%が実際には PSA 検査を受けていた。(コンタミネーションと呼ぶ。)③ 70～74 歳と、本来 PSA 検診の恩恵を受けにくい高齢者が全体の 13.2%を占めていた。この 3つの要因で PLCO study では PSA 検診の有益性が証明できなかったものと考えられる。

スウェーデンで行われた Goteborg study という研究がある。各 9,900 人以上からなる対照群、コントロール群からなり、年齢は 50～64 歳と若い人を対象とし、PSA cut-off 値を 3.0ng/ml (後に 2.5ng/ml まで引き下げ)とし、平均観察期間 14 年で評価している。この研究では、PSA 検診はがん死の相対リスクを 44%低下させ、進行がんになるリスクを 50%低下させることが示された。スクリーニング群はコントロール群に比べ進行がんの割合が少なく、局所限局がんに限っても病理学的低リスク群が有意に多かった。

2012 年の N.Engl.J.Med. に、先で示したヨーロッパ・グループの研究 (ERSPC) のその後、すなわち平均観察期間を 11 年まで延長した研究結果が発表され、やはり検診群のハザード比が低くなることが証明された。前立腺がん死を 1 名減らすために必要な症例数は、前回は 1,410 人をスクリーニングして 48 名の前立腺がん症例を見つける必要があったが、今回は 1,055 名のスクリーニング、37 名のがん症例という結果になった。Goteborg study でみると、293 名をスクリーニングし 12 名の前立腺がん症例を見つけることで、1 名の前立腺がん死を減らすことができるという結果になった。

PSA 検診の効果に研究ごとで差があるのは、対象年齢 (若いほどがん死回避効果が高い)、コントロール群の中に PSA 検査を受けた割合がどれだけあるか (コンタミネーション)、PSA cut-off 値の違い (低いほうが有益)、スクリーニング間隔の違い、前立腺生検実施割合の違い、観察期間の違い・・・こういったものが影響している。

【望ましい PSA 検診とは？】

40 歳代と 50 歳代を比べると、罹患率は前者

が 0.1 (10 万人対)、後者が 3.2、死亡率では前者が 0.1～0.3 に対して後者は 0.8 である。よって対象年齢は 50 歳以上が望ましいといえる。

PSA cut-off 値については一般的には全年齢では 4.0ng/ml といわれているが、60～64 歳では 3.0ng/ml、70 歳代では 4.0ng/ml、80 歳代では 7.0ng/ml と年齢によって変わってくる。

PSA 検診を受診することによる利益は、①転移がんへの進行を 49%低減、②前立腺がん死亡率を 20%低減、③前立腺がんの早期発見により根治性が高くなる、という点があげられる。

一方、PSA 検診を受診することによる不利益としては、①稀に PSA 値が全く上昇しない前立腺がんがあり、PSA 検診を継続受診しても見逃されてしまう (偽陰性)、②前立腺生検に伴う合併症の問題 (前立腺炎、直腸出血、血尿、発熱など)、③標準的な経直腸的超音波ガイド下前立腺 6 分割 6 か所生検では、20～30%の前立腺がんが見逃されてしまう (生検偽陰性)、④ PSA 値から前立腺がんを疑い生検を行っても、20～50%で「がん」と診断されるが、50～80%では「がん」と診断されない (前立腺肥大など、PSA 偽陽性)、という点があげられる。

検診により発見される前立腺がんには、①早期診断と治療にかかわらず死亡に至る前立腺がん、②早期診断と治療により生存率を向上させうる前立腺がん、③緩慢に進行する腫瘍のため、検診を行わなくても転帰が良好ながん、に分かれる。この③のグループに行われる治療は本来、過剰な治療である。

前立腺がん検診の今後の課題としては、②の前立腺がんを見落としなく拾い上げ、治療につなげることが大切である。それには、PSA cut-off 値の設定と検診年齢層を適切に選択する必要がある。また、二次精検の受診率を高め、生検の施行割合を高めなければならない。治療の面では、IMRT などの放射線治療や、ロボット補助下前立腺全摘術などの高度医療技術による合併症の予防を進めなければならない。さらに、③の前立腺がんに対する無治療経過観察システムの確立も重要である。PSA 監視療法を導入し、必要時には積極治療に切り替える柔軟性が必要である。

第 38 回 山口県下 医師会立看護学院（校）対抗 バレーボール大会

と き 平成 25 年 6 月 30 日（日）

ところ 山口市・維新百年記念公園スポーツ文化センター

〔報告：萩市医師会担当理事 河野 通裕〕

平成 25 年 6 月 30 日、梅雨のさなかにもかかわらず青空の垣間見られる中、第 38 回バレーボール大会が例年通り維新百年記念公園スポーツ文化センターにて開催されました。会場内は選手として参加する学生諸君や応援される観客の方々の熱気とやる気が早朝より溢れておりました。

開会式では県医師会の吉本正博副会長から選手に励ましのお言葉をいただき、優勝旗、準優勝旗の返還が行われました。続いて本大会会長である萩市医師会の八木田真光会長からは、おもてなしの精神で臨んでいる萩看護学院としてのご挨拶がありました。選手を代表して萩看護学院の山口恵理さんが選手宣誓を行い、山口市バレーボール協会審判長のご挨拶と競技上の諸注意の後、さっそく試合開始となり熱戦の火蓋が切られました。

今回の参加チームは女子 13 チーム、男子 12



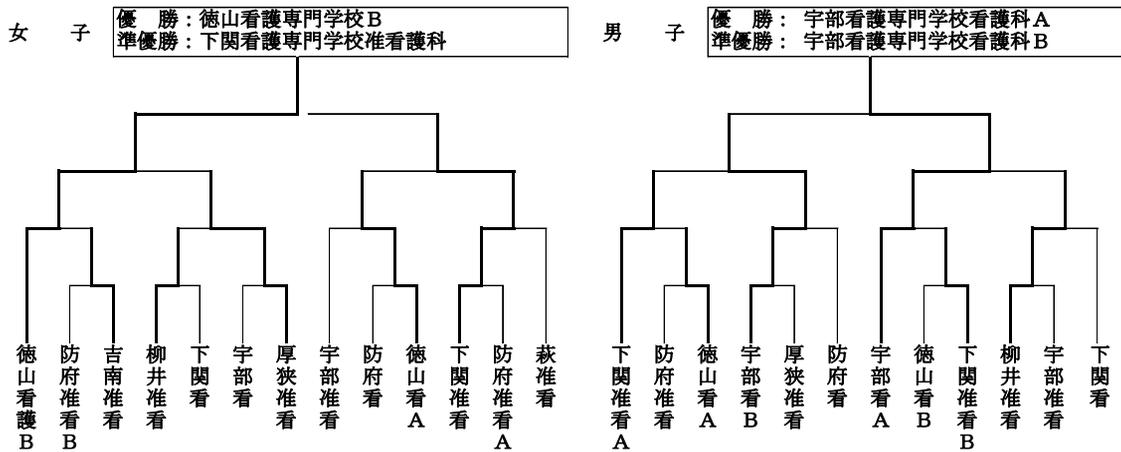
チームでありました。引き受けを担当しました萩看護学院は、男子チームが大会のおもてなし役として試合には参加せず、試合進行のサポート役に徹しました。

女子の 1 回戦ではどのチームも立ち上がりのミスが目立ちましたが、1 セットから 2 セットへと進むにつれ徐々に本領を発揮し、2 セットでは勝負がつかず 3 セット目へと突入する試合が多かったようです。昨年度優勝の萩准看は下関准看にあっさり敗退しましたが、勝ち残った下関准看は決勝へと駒を進めました。そして、少数校にもかかわらず健闘した吉南准看と厚狭准看を退け、決勝に勝ち進んだ徳山看 B との優勝戦となりましたが、白熱した応援の中、徳山看 B が優勝を手中に収めました。

男子ではどのチームもアタックの勢いがすばらしく、どこも勝ち



試 合 結 果



残る可能性を秘めておりましたが、最後は強豪チームである宇部看 A と宇部看 B の宇部同志の決勝戦となり、宇部看 A が優勝を勝ち取りました。

今回はメディカルフレンド社発行の月刊誌「看護学生」から本大会の掲載依頼があり、同社より 4 名が取材に来られ、大会中の選手にインタビューが行われた模様です。ちなみにこの記事は同誌 9 月号に掲載予定ですのでぜひご覧ください。

閉会式では主催者を代表して山口県医師会の今村孝子理事よりご挨拶を賜り、八木田会長よりねぎらいの言葉がありました。さらに次期大会会長である柳井医師会の前濱修爾会長のご挨拶がありました。閉会式の最中には優勝戦を戦ったチームの選手が緊張の糸が切れ、倒れる事態も発生しましたが、皆様のご協力が無事バス



まで搬送することもできました。医療救護班を担当された萩市医師会の中嶋薫先生、大変ご苦勞様でした。

また、本大会にあたりましては、試合のスムーズな進行や審判にご協力いただきましたバレーボール協会の皆様、ご協力をいただきました県医師会をはじめ関係諸氏に心より感謝いたします。

本大会は医師会立看護学院（校）学生にとり唯一の交流の場であります。今回は選手 295 名をはじめ計 813 名の参加者がありました。来年もますます本大会が実りある大会となりますよう心から祈念しまして、第 38 回大会の報告といたします。



平成 25 年度第 1 回 郡市医師会地域医療担当理事協議会

と き 平成 25 年 7 月 11 日 (木) 15:00

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事 弘山 直滋]

議題

1. 「第 6 次山口県保健医療計画」について

(県地域医療推進室)

2. 「第 2 期山口県がん対策推進計画」について

(県地域医療推進室)

詳細は、いずれも本会報 7 月号 (第 1835 号) 493 ~ 496 頁「第 116 回地域医療計画委員会」報告参照。

宮村室次長 先般来、マスコミ等の報道でご承知のとおり、診療放射線技師法関係を巡って市町の現場が混乱した。厚労省は、あくまでも診療放射線技師法の医師の立会いの規定は必要であり、改正する必要はないとする立場である。その立会いについては、必ずしも検診車内に医師がいる必要はないが、少なくとも検診に医師が同行していることは必要と解している。つまり同じ会場に医師が居れば良いとしており、若干、柔軟な解釈を示

している。ただし、検診車が単独で検診を行う場合は、医師の同乗が必要としている。

3. 地域医療再生基金事業について

(県地域医療推進室)

詳細は、本会報 7 月号 (第 1835 号) 493 ~ 496 頁参照。

宮村室次長 地域医療再生基金の今回拡充分は、既に 5 月末に県計画を国に提出しており、7 月上旬に有識者会議が開催され、ヒヤリングを受けた。内示が 7 月中旬にあるため、内示額にあわせて再度計画を調整して、9 月県議会に基金の積み立てや必要な事業費の補正予算を計上していく。

弘山常任理事 長門市、萩市の地域医療再生基金事業の現状報告をお願いしたい。

長門市 休日診療センターを本年 10 月から開始するため、施設を長門総合病院の隣接地に準備し、ほぼ完成している。10 月第 1 週から輪番制で医

出席者

郡市担当理事

大島郡 安本 忠道
玖 珂 藤政 篤志
熊毛郡 西川 益利
吉 南 西田 一也
厚狭郡 民谷 正彰
美祢郡 時澤 史郎
下関市 大畑 一郎
山口市 近藤 修
萩市 中村 丘
防府 原 伸一
下松 河村 裕子
岩国市 大島 眞理

小野田 山本 智久
光 市 兼清 照久
柳 井 内海 敏雄
長門市 戸嶋 良博
美祢市 札場 博義

地域医療推進室

室次長 宮村 宏
主 幹 窪川耕太郎
主 任 見寄 靖彦
主 任 廣川 隆
主 査 嶋田英一郎

県医師会

専務理事 河村 康明
常任理事 弘山 直滋
理 事 武藤 正彦
理 事 今村 孝子
理 事 清水 暢

師会員が交代で行う。会員数が少ないため、平日夜間の診療については、後日の課題と考えている。連携に関しては、各診療所、基幹病院に電子カルテを通じたネットワークシステムを構築し、まだ完全に機能しているとは言い難いが稼働している。

萩市 萩市民病院の敷地内に休日急患センターを整備し、ほぼ完成している。旧医師会館跡地には地域医療支援センターを整備する。医師等確保対策事業で医師 1 名の確保が決まっている。看護師、薬剤師も何名か確保できる見込みである。地域医師の高齢化の中、センターの休日（日曜日、祭日、年末年始）診療が問題となっており、圏域外の大学、県立総合医療センター（自治医科大学出身）に応援をお願いしているところである。センターの事業内容は、検査をあまりしないで、トリアージ機能を重点的にすることで、二次救急病院に繋げていく計画である。現在、10 月から来年 3 月までの出務者のスケジュールを組んでいるが、決まっているのは半分くらいで、10 月のオープンまでに決めないといけない。24 時間 365 日、在宅医が輪番で実施している、いわゆる萩方式については、現在、協議会の中で審議している。

弘山常任理事 今回拡充分の事業についてはどうか。

県 各市町に今年 4～5 月、事業の実施要望を募ったところ、岩国市、柳井市、下関市から事業案が上がった。内容は、研修会の開催、シンポジウムの開催、在宅医療機器のマニュアル作成等々である。7 月中旬の内示により計画を進めていく。

4. 在宅医療推進事業について（県地域医療推進室）

詳細は本会報 7 月号（第 1835 号）493～496 頁参照。

玖珂 在宅チーム医療を担う人材育成事業（地域リーダー研修の実施）は県下 8 圏域で実施されるが、在宅医療普及啓発事業（在宅医療推進フォーラムの開催）の実施はどうか。

県 今のところ、県内 1 か所で開催する。

弘山常任理事 地域リーダー研修は、在宅医療を実際にやっている多職種の方に集ってもらえ。かかりつけ医が積極的に在宅医療をやらしてもらえ

ればと思っている。

5. 医療連携研修会・症例検討会について（医療連携機関ネットワーク促進事業）（県医師会）

弘山常任理事 県の依頼で県医師会が実施する受託事業である。県内で顔の見える関係づくりを進めるため、医療関係者等による協議・検討会などを開催するので、協力いただきたい。事業内容は、研修会・合同症例検討会等の開催では、4 疾病 5 事業のうち、糖尿病について研修会を行う。今年度は、岩国、山口、萩・長門、来年度は、吉南、防府に決まった。

災害医療に係る医療救護者養成研修の開催は、JMAT の研修会を予定している。

救急医療に係る県民に対する適切な受診の普及啓発事業では、勤務医部会の市民公開講座が山口市と萩市で開催予定である。

6. 緩和ケア医師研修会について

9 月 15～16 日（日、月・祝）に実施。

7. マンモグラフィ検診読影医師養成講習会について

10 月 19～20 日（土、日）に実施。

8. 障害支援区分への見直し（案）に対する意見募集について

厚生労働省が 7 月 1 日～31 日の間、パブリック・コメントを募集している。厚生労働省のホームページからダウンロードできる。

質疑

玖珂 「第 6 次山口県保健医療計画」の基準病床数が前回に比べて減少した理由はなぜか。

県 計算方法の変更ではない。今回の基準病床数の減少は、各地域で高齢化の進行により推計の入院患者数は増えている。ところが、国告示の係数、平均在院日数が、前は 20.31 であったが、今回は 17.61 となっており、その減少分が、一般病床 449 床減少となっている。

閉会

今回の開催は、10 月 3 日（木）午後 3 時からを予定している。

季節の移り変わりがはっきり分かる日本の四季ですが、今年の 8 月は筆舌に尽くせないような猛暑でした。各地で、観測を始めてからの最高気温を記録したかと思えば、雨量も最高を記録し、山口県をはじめ多くの地方に被害をもたらしています。

「炎天に瀬戸大橋のだれており」伊東伸介

この暑い中、7 月 23 日には、小田会長が平成 25 年度第 1 回都道府県医師会長会議に出席しました。三重県医師会からは、「安定、持続可能な保険組合の設立について」質問がありました。その趣旨は、全国医師国保組合連合会では国保問題検討委員会を立ち上げているので、日医にも会内に保険組合に関して検討する委員会を設置してほしいというものでした。小森常任理事からの答弁では、「公的保険の全国一体化について、その後の動きは不透明であり、今後、医師国保については、国庫補助金の引き下げなどが議論されることになり、財政面で厳しい状況となることが予測される。日医は全国医師国民健康保険組合連合会と連携を図り、適宜適切に対応する」とのことでした。

7 月 25 日は、**介護保険対策委員会と第 2 回健康スポーツ医学委員会**が開催されました。

介護保険対策委員会では、地域包括ケアの体制構築と、サービス付高齢者向け住宅等について県から以下のとおり報告がありました。サービス担当者会議での困難事例を地域ケア会議で解決する、各種関係機関・専門職と合同で行うネットワークを構築し、症例から地域の課題を発見して、市町が主体となり地域で必要な資源を開発する。なお、サービス付き住宅は現在 2,100 室、宇部・下関・山口市の順に多いようです。事業者は会社が 65%、医療法人 15%。10～19 戸が多く 34%、50 戸以上が増加傾向にあるようです。

健康スポーツ医学委員会では以下のことが決まりました。医師国保組合「学びながらのウォーキング大会」における健康スポーツ医学再研修（実地研修）は、平成 25 年 11 月 23 日（土・祝）に開催されます。テーマ案は、「シューズ」「ウェア」「熱中症」ですが、講師を人選中です。日医の健康スポーツ医制度の再研修 2 単位が取得できますのでぜひご参加ください。

7 月 30 日付けで、「山口県麻しん対策協議会」

（濱本が委員として出席しています）の委員に対して、麻しん・風しんの第 1 期・第 2 期の予防接種における未接種者に対する積極的な勧奨等について依頼がありました。平成 24 年度の山口県の麻しん（MR を含む）接種率（厚労省による平成 25 年 6 月調査結果）は、第 1 期が 94.3%、第 2 期が 93.7% と、いずれも麻しん排除の指標である 95% 以上の接種率に届いていない状況だったようです。また、風しんは、全国的な傾向と同様に山口県においても発生が増加している状況です。幸い先天性風しん症候群（CRS）は県内では発症していませんが、風しんの発生状況は、平成 25 年 7 月 17 日までの報告件数が全国で 12,832 例、CRS の報告数は平成 25 年 7 月 10 日現在で 8 例あります。山口県の発生状況は、7 月 24 日現在で 23 人の報告があります。男性 19 人（20 代 5 人、30 代 7 人、40 代 5 人、50 代 2 人）、女性 4 人（10 代 1 人、20 代 3 人）です。明らかに男性が多く、その当時の日本の予防接種行政の無策さを表しています。

2012 年度第 3 期の麻しん風しんワクチン接種率の全国集計結果では、山口県では麻しん、風しんとも 90.9% で、全国では 22 番目でした。また、2012 年度第 4 期の麻しん風しんワクチン接種率の全国集計結果では、山口県では麻しん 88.3%、風しん 88.4% で、全国では 16 番目でした。接種率は人口の少ない県では高く、多い県では低い傾向でした。第 3 期の接種率が 95% 以上の県は、茨城、富山、青森、新潟の 4 県でした。第 4 期の接種率が 95% 以上の県はなく、山形県が 94.8% でした。

7 月 27 日は、日本医師会主催、山口県医師会引受けの**第 9 回男女共同参画フォーラム「みんながって、みんないい～伝えたい、豊かな医療人をめざすあなたに～」**が山口県総合保健会館で開催されました。懇親会には、今回の参議院選挙で当選された羽生田俊先生も参加され、時間の過ぎるまで懇親が行われました。詳細は本号に掲載しておりますが、これまでの企画立案に多大な時間と労力を賜った「山口県医師会男女共同参画部会」の先生方、事前の準備や当日の進行をスムーズに行っていただいた事務局の皆様へ感謝いたします。ただ、翌日に台風並みの大雨となり旅行等

楽しみにしていらした、各地の先生方には本当に残念なこととなり、それが唯一心残りとなりました。

8 月は例年と同様、会議の少ない月となりました。4 日は、**山口県小児救急医療電話相談事業研修会**が開催されました。平成 16 年度の事業開始から今年度で 10 年目になりますが、相談件数も増加しており、全国的にも運営がうまくできているモデル的な県のようなようです。平成 24 年度の相談件数の総数は、6,083 件、平均 16.7 件 / 日、時間帯は 20 時までが 6 割以上です。対象年齢は 0～1 歳が約半数で 4 歳以下で見ると 8 割です。看護師のみの対応が 9 割以上で相談者のほとんどが納得（対応看護師からの印象）しているようです。0.5 次救急として利用者の需要度が高い事業であり、不要な救急外来受診の軽減に役立っているとの報告でした。

8 日は**第 2 回禁煙推進委員会**が開催されました。今回から委員の一人として、山口赤十字病院の國近尚美先生が参加されることとなりました。國近先生は呼吸器内科がご専門で、山口県で相変わらず高い有病率である COPD を少しでも予防するために、喫煙習慣をなくすよう運動されています。

山口県医師会の禁煙推進委員会の「禁煙推進行動指針(案)」は、禁煙宣言として提案される予定です。山口県の喫煙率・肺がん死・COPD 率など疾病構造から必要と判断したことで提言することにしました。県内医師会員に対する喫煙状況に関するアンケートについて、9 月中に発送し 10 月末を締め切りとして 12 月の委員会に間に合うように集計することとなりました。アンケートを県医師会員の約 300 名の先生に無作為に送付する予定ですので、ご協力よろしくお願ひします。今後の委員会の活動・体制として、委員会内に禁煙外来推進・啓発活動などのワーキンググループをつくる、また、来年度の生涯教育講演のテーマとして禁煙を取り上げていただく要望が出ておりますので、よろしくお願ひします。

11 日には「**やまぐち糖尿病療養指導士 第 6 回レベルアップ講習会**」が開催されました。周南市立新南陽市民病院・院長の松谷朗先生より「インスリン療法の盲点—インスリン製剤の特徴と注射

指導の再確認—」、厚生連周東総合病院・血液内分泌内科の中森芳宜先生と栄養科の関山芙由美先生より「カーボカウントを活用した糖尿病療養指導—ごく基本的な考え方と指導の実際—」の 2 題の講義・実習がありました。かなり専門的な内容で、やまぐち糖尿病療養指導士の資格更新 5 単位と、日本糖尿病療養指導士認定機構認定更新の 1 単位が取得できます。受講者は 193 名、内訳は看護師 88 名、准看護師 16 名、薬剤師 34 名、管理栄養士 21 名、栄養士 3 名、臨床検査技師 8 名、理学療法士 12 名、保健師 2 名、歯科医師 7 名、助産師 1 名、介護支援専門員 1 名でした。

18 日には平成 25 年度第 3 回「**やまぐち糖尿病療養指導士講習会**」が開催され、受講者は 140 名でした。例年と比較して少し減少していますが、やまぐち糖尿病療養指導士の資格が、広く県内に浸透していることは喜ばしい限りです。

先日、中国からの留学生が日本の自然についての印象を綴った文章を読む機会がありました。彼女の印象では、日本は四季のメリハリが素晴らしく、あらゆる所に花が咲いていて、どこに行っても整備され綺麗な印象を受けたそうです。中国では花の種類が少なく、春に咲く花は多いが、夏は蓮、秋は菊という程度だそうです。

俳句もその恵まれた四季のおかげで生まれたのかもしれない。あの猛暑も月末の豪雨の後には、すっかり秋の気配に変わりました。少し時期は遅くなりますが、今回の兼題は「梅雨明け」「扇」「白靴」でした。

巻頭・特選は「音はみな天に突き抜け梅雨が明く」歩見歩見、「梅雨明けや牛黒々と野を渡る」さゑ、「真打ちの扇置く間の一呼吸」あらじん、の 3 名でした。自由句の巻頭・特選は、「金鈴の音ころがりて涼を呼ぶ」あらじん、でした。白靴は難しいのか、秀作 4 点で 3 人でした。「白靴の青春達が駆け抜ける」さゑ、「粋がって素足に決めた白い靴」桃太、「昔日の白き背広と白き靴」歩見歩見、いずれも「青春」が共通のキーワードだったようです。

今月 8 月の兼題は、「晩夏」「花火」自由句は「心太」です。

この号が送付される頃は、9 月中旬で仲秋です。

理事会**第 9 回**

8 月 1 日 午後 5 時～6 時 45 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、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 郡市医師会長会議について**

従来 6 月、12 月、2 月に開催してきた郡市会長会議であるが、新公益法人移行により代議員会を 4 月及び 6 月に開催することとなり、医師国保組合、医師連盟、山福株式会社の会合も含め、年度上期に郡市医師会長が出席する会議が集中するため、今後の会議の開催回数、開催時期について協議した。

2 公益目的財産額の確定と公益目的支出計画について

平成 25 年 4 月 1 日付けで一般社団法人に移行したことにより、山口県知事より公益目的財産額の確定通知があった。この確定額に基づき、県知事から公益目的支出計画実施完了の確認を受けるまで、公益目的支出計画に従って、公益目的のための支出を適正に行うことが求められる。公益目的支出計画完了予定年月日は、平成 33 年 3 月 31 日である。

3 平成 26 年度広域予防接種における個別接種の標準料金(案)について

積算根拠に準じて積算した平成 26 年度広域予防接種の個別接種標準料金(案)について協議を行った。来年度消費税率が変更になった場合は再度検討を行うこと、ヒブワクチンのワクチン価格(平成 24 年 7 月より)変更に伴い来年度より接種料金が変わること、小児用肺炎球菌ワクチンが 7 価から 13 価に切り替わることによるワクチン価格の引き上げに伴い接種料金が変わること、また、定期接種化されていない 4 ワクチン(おたふくかぜ、水痘、B 型肝炎、成人用肺炎球菌)が定期接

種になった場合は算定根拠に準じて積算することが了承された。

4 平成 26 年度乳幼児健康診査の参考単価(案)について

来年度の参考単価(案)は、現行どおりの参考単価(案)にすることが協議、了承された。

5 社会保険指導者講習会の受講申込みについて

10 月 3(木)・4 日(金)、日本医師会において開催される講習会の受講者について協議した。

6 第 16 回日本ジャンボリー(第 30 回アジア太平洋地域スカウトジャンボリー)について

8 月 1 日から 8 月 7 日まで、山口市阿知須の山口きらら博記念公園及び県内各地域において歓迎行事等が開催される。地域プログラムに係る支援医療機関の状況等について協議した。

7 認知症サポート医養成研修派遣者について

国立長寿医療研究センターが実施する今年度の研修受講者について協議した。

人事事項**1 「ねりんピックおいでませ!山口 2015 実行委員会」専門委員会委員の推薦について**

「ねりんピックおいでませ!山口 2015」に係る専門的事項について検討を行うため、「総務・企画」、「式典・事業」、「宿泊・輸送等」の 3 つの専門委員会が設置されることとなった。宿泊・輸送等(医事衛生を含む)専門委員 1 名の推薦依頼があり、河村専務理事を推薦することに決定。

報告事項**1 医事案件調査専門委員会(7 月 18 日)**

病院 2 件、診療所 3 件の事案について審議を行った。(林)

2 第 8 回山口県立病院機構評価委員会

(7 月 18 日)

平成 24 年度業務実績に関する評価及び財務諸表についての自己評価結果等のヒアリングが行われた。(小田)

3 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 79 回苦情解決部会 (7 月 19 日)

苦情相談の現況について審議した。(今村)

4 第 2 回生涯教育委員会 (7 月 20 日)

平成 26 年度生涯研修セミナーのテーマ、講師等について協議した。(河村)

5 山口県医師会警察医会第 2 回役員会、総会、第 13 回研修会 (7 月 20 日)

総会前に第 2 回役員会を開催し、総会の議事進行、次回研修会への対応について協議した。総会では、平成 24 年度事業報告及び平成 25 年度の事業計画案について説明、了承され、研修会では、山口大学法医学教授の藤宮先生による講演が行われた。参加者 74 名。(萬)

6 平成 25 年度第 2 回山口県糖尿病療養指導士講習会 (7 月 21 日)

4 つの講義「食事療法」「運動療法」「薬物療法 1」「薬物療法 2」と確認テストが行われた。受講者 138 名。(香田)

7 医事紛争防止研修会 (7 月 22 日)

厚生連小郡第一総合病院において開催。「医療訴訟について」(末永汎本弁護士)、「医療紛争の現状と問題点」(林常任理事)の講演等を実施。参加者 117 名。(林)

8 第 2 回山口刑務所視察委員会 (7 月 22 日)

非公開の委員会後、被収容者との面接、事務局との協議が行われた。(萬)

9 第 1 回がん検診受診促進検討会議 (7 月 22 日)

がん検診受診率の向上に向けた取組などを検討するため、市町、職域等で構成され、県が設置している。県内のがん検診の状況の報告、がん検診受診促進に係る対策への課題について協議した。(加藤)

10 第 1 回都道府県医師会長協議会 (7 月 23 日)

各県医師会から提出された 7 件の質問・要望に対して、担当役員から回答が行われた。日医

からは提案として、「一般社団法人医療安全全国共同行動の設立」「日本医師会電子認証センター」について説明が行われた。(小田)

11 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(7 月 24 日)

医科の新規はなかった。(小田)

12 第 31 回介護保険対策委員会 (7 月 25 日)

地域包括ケアの推進について及び中国四国医師会分科会の提出議題等について協議を行った。(藤本)

13 精神科救急についての意見交換会 第 1 回会議 (7 月 25 日)

二次救急病院、県精神科病院協会から代表者が集まり、精神疾患を持った患者の身体疾患の救急医療についてフリーディスカッションを行い、これまでに経験した事例などについて意見交換した。第 2 回は 9 月 12 日(木)。(弘山)

14 第 2 回健康スポーツ医学委員会 (7 月 25 日)

11 月 23 日開催予定の健康スポーツ医学再研修(実地研修)の講師、テーマ案及び 9 月 1 日開催の健康スポーツ医学研修会の運営について協議した。(山縣)

15 ねんりんピックおいでませ! 山口 2015 実行委員会設立総会・第 1 回総会・第 1 回常任理事会 (7 月 25 日)

県内関係機関協力の下、円滑な準備と大会運営が行われるよう実行委員会が設立され、実行委員及び常任委員として出席した。(小田)

16 第 1 回日本医師会在宅医リーダー研修会

(7 月 28 日)

都道府県医師会や地域医師会で核になる在宅医療のリーダーの育成をすることを目的に実施されるもので、「かかりつけ医の在宅医療」をテーマとして開催された。第 1 部では「かかりつけ医機能と基本理念」(日本医師会:鈴木邦彦常任理事)等 12 名の講義が行われ、第 2 部では「多職種協働の実践」をテーマとしてシンポジウムが行われた。(藤本)

17 中国地方社会保険医療協議会第 13 回総会

(7 月 29 日)

保険薬局の指定、保険医の登録の取消及び元保険医療機関への対応について協議した。(小田)

18 山口県医療審議会医療法人部会 (7 月 30 日)

7 件の設立認可及び 2 件の解散認可が承認された。(小田)

19 日医医事法関係検討委員会 (7 月 31 日)

「医療基本法の制定について」の講話及び「医療基本法(仮称)の制定に向けた医事法制の検討について」の討議等が行われた。(林)

20 広報委員会 (8 月 1 日)

会報主要記事掲載予定(9～11月号)、県民公開講座及びフォトコンテスト、tys「スパ特」のテーマ、歳末放談会等について協議した。(林)

21 会員の入退会異動

入会 4 件、退会 9 件、異動 7 件。(8 月 1 日現在会員数:1 号 1,307 名、2 号 932 名、3 号 436 名、合計 2,675 名)

医師国保理事会 第 8 回

1 中国四国医師国保組合連絡協議会について

(7 月 27 日)

香川県医師国保組合の担当で高松市において開催。代表者会議で、全体会議の運営等について協議した。また、次期当番県は、山口県に決定した。全体会議では、各県から提出された議題について協議を行った。(沖中)

理事会

第 10 回

8 月 22 日 午後 5 時～6 時 3 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・今村・中村・清水各理事、山本・武内・藤野各監事、保田議長

協議事項

1 郡市医師会長会議及び医療事故調査制度に関する講演会について

9 月 26 日開催の会長会議の日程及び会長会議終了後行う講演会について協議した。

2 山口新聞への寄稿について

山口新聞は、毎週木曜日付で「シニア & 健康」のページをスタートさせ、この中で高齢者医療にかかわるコーナーを企画することから、高齢者が関心を持っている医療テーマについての執筆依頼があり、了承された。

3 音響設備の改修について

先の理事会で承認された本会会議室の音響設備の修繕について、山口県競争入札参加登録業者の中で、等級格付けが「特A」で日常のメンテナンス等を考慮した県内業者 3 社による見積合わせを行い、契約業者を決定した。

報告事項

1 自賠責医療委員会・山口県自動車保険医療連絡協議会 (8 月 1 日)

交通事故医療に関するトラブル 3 例について協議を行った。また、一部の接骨院において行われている、「交通事故の相談会開催」と表す新聞広告配布の違法性に対する対応を協議した。(萬)

2 山口県医師会・山口産業保健推進連絡事務所連絡会議 (8 月 1 日)

平成 24 年度山口産業保健推進センター事業実施状況の報告、平成 25 年度山口産業保健推進連絡事務所の事業計画について協議した。(山縣)

3 山口県新型インフルエンザ対策協議会

(8月1日)

新型インフルエンザ等対策特別措置法の制定に伴う、法定計画としての行動計画(素案)について協議した。(濱本)

4 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会第1回会合(8月2日)

情報関連体制整備事業の概要の報告及び平成25年度事業実施計画(案)について協議した。(今村)

5 臨床研修医交流会第4回幹事打合せ(8月3日)

グループワーク、パネルディスカッションの進行等について協議した。(中村)

6 第26回全国有床診療所連絡協議会総会～兵庫大会～(8月3・4日)

第1日目は役員会、総会と横倉日本医師会長、宇都宮厚生労働省保険局医療課長の特別講演、第2日目は田村厚生労働大臣の特別講演「今後の社会保障制度について」、シンポジウム「都市型有床診療所のあり方～大都市における有床診療所の役割～」が行われた。(河村、香田)

7 山口県小児救急医療電話相談事業研修会

(8月4日)

平成24年度実績報告が県小児科医会から行われ、引き続き、小児救急医療電話相談員のスキルアップ研修として「実例から学ぶ電話相談のコツ」を開催した。研修会終了後、電話相談業務従事者との懇談を行った。(弘山、今村)

8 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(8月7日)

支払基金事業継続計画(案)の策定、訴訟事件の判決等について報告があった。(小田)

9 第2回禁煙推進委員会(8月8日)

禁煙推進行動指針(案)、喫煙状況に関するアンケート調査の実施、今後の委員会の活動・体制について協議した。(藤本)

10 第8回防府医師会男女共同参画部会総会

(8月8日)

日本医師会の男女共同参画の取り組みについて講演を行った。(小田)

11 個別指導(8月8日)

病院1機関について実施され立ち会った。

(萬、清水)

12 第9回山口県立病院機構評価委員会(8月8日)

前回の委員会でヒアリングを行った「自己評価報告」が適切であると評価され、その旨知事宛に意見書を提出することが決定した。(小田)

13 「やまぐち糖尿病療養指導士」第6回レベルアップ講習会(8月11日)

「インスリン療法の盲点ーインスリン製剤の特徴と注射指導の再確認ー」、「カーボカウントを活用した糖尿病療養指導ーごく基本的な考え方と指導の実際ー」の講義・実習を行った。受講者193名。(香田)

14 第3回山口県糖尿病療養指導士講習会

(8月18日)

「急性合併症」、「慢性合併症」2題、「ライフステージ別の課題と療養指導」の4講義が行われ、その後、確認テストが行われた。受講者140名。(香田)

15 植松治雄先生の旭日大綬章受章を祝う会

(8月18日)

約350名の出席者があり、盛会であった。(小田)

16 JMAT やまぐち検討プロジェクトチーム第4回会議(8月21日)

マニュアル(案)、補助金の活用、研修会について協議した。(弘山)

女性医師 リレーエッセイ

母のこと

岩国市 田中屋 真智子

女医部会で大変お世話になっている K 先生からのご指名、NO と言えない大和撫子魂でエッセイをお引き受けいたしました。岩国で勤務医をやっております、田中屋と申します。

何を書くか・・・旅シリーズなら、昨年家族 4 人で行ったロンドンオリンピック、サッカー男女ダブル準決勝観戦なんて話題性抜群、若かりし頃に友人と二人デイパックで出かけたヨーロッパ 7 か国 33 日間の無謀な旅は笑いどころ満載、はたまた高尚なところでは主人と行った全国有名窯どころ 5 か所めぐりのロクロ修業 8 日間の旅はいかがだろうか。いやいや女医ならではの子育てと仕事両立奮闘記か。それともゴスペルクワイヤーで歌ってます、などの変わった趣味を紹介する方が受けるのか・・・いろいろ考えた末、2 年前に亡くなった母のことを書かせていただくことにした。

とある日、仕事から帰宅した私を待っていたのが、肝胆道系酵素の異常高値を示す血液検査値と膵頭部に充実性腫瘍が映っている腹部エコープリントをコピーした 2 枚のファクシミリ。震える手で電話すると「すぐに大きな病院を紹介しますって。真智子ちゃん、心配かけてごめんね。」と無理に明るく話す母の声。元気だけが取り柄だっていつも笑っていて、家族の心配ばかりしていた母。迂闊だった。母だけは病気と無縁だなんて、なぜ思ってしまったのだろうか。A 病院へすぐさま入院、そして膵頭部十二指腸切除術。切除組織を持って現れた担当医が申し訳なさに、だが厳かに宣言した。「十二指腸乳頭部癌、Stage IV B です」。その場にいた弟はがっくりと肩を落とし、私は涙がとまらなかった。そのただ

ならぬ空気に二人の妹・義妹が黙り込む。なんでこんなことになってしまったのだろう。

「尊敬する人は？」と問われると迷わず「母です」と答えてきた私。私だけではない、兄弟 4 人とも母のことが大好きだった。

立てば芍薬座れば牡丹、美しく華がある母は私たちの自慢だった。参観日、振り返るとひととき美しい母がにっこりこちらを向いている。何度も振り返りたくなる母だった。「貧乏から抜け出してバナナを腹いっぱい食べたい」一心で医者になった父が 45 回目のお見合いで選んだ相手が母だった。ちなみに母は 12 回目らしい。父の方は、45 回も見合いする資格ないやろーと突っ込みたくなる人で、幼い私たちは自分がどちらに似るのか真剣に悩んだものだ。母の服はフランスかイタリアの生地をフルオーダーで仕立てたもの。形はいつも同じ。夏はコットンか麻、冬はカシミア、あとはシルクしか着ない。父に恥をかかせたくないから、と言っていたがそういうことにしておこう。バッグはエルメス、靴はタニノクリスチー。しかも一見それとはわからないものをサラッと身につけている。アクセサリーはたった一つ、ブチェラッティの指輪のみ。百合の花のように歩く母は、気品があって優雅だった。東京を歩けば度々人に道を聞かれ、タクシーの運転手さんに東京の人より東京人らしいと言われ（生まれも育ちも讃岐ですけど）、挙手を控えた娘の私をさしおいて新婦に間違われた（本気でショックだったんですけど）。

しかし母のすごいところは他にある。

家を、そして家事を大事にした。7 人家族、山のような洗濯物、毎日両手いっぱいの買い物袋を

手にさげ帰り、家族にも誰にも手伝わず自分の仕事としてやり通した。小さな台所で美しい料理を作った。「料理は自分流よ～」と笑っていたが、手作りにこだわり、自然の素材にこだわった。電子レンジや冷凍食品は大嫌い。鶏ガラからスープをとりチャーシューを作り、もやしのひげ根を丁寧にとって作った母のラーメンは美味しかったなあ。巻きずしは天下一品。当然すべてを手作りする母のおせち料理は美しくもあった。ケーキが大好きだった母、お気に入りのケーキ屋さんでは見栄を張って 20 個ほど買ってきてしまうが、大事なお客様が来るときには「手作りが一番のおもてなしよ」とロールケーキを作っていた。大切なお客様用の食器はフローラダニカ、普段使いでもイタリアン・フルーツのカップとプレートなのに、自分だけノーブランドの淵の欠けたカップを大事に使っていた。祖母が使っていた何の変哲もない食器も大切に、欠ければ金継ぎをして使い続けた。鍋もフライパンも包丁も 30～40 年、手入れを続けて使っていた。人目につくものはいいものを揃えるのに、自分だけが使うものはもったいないからと徹底的に古い物を使い続けた。おおらかなようで頑固、自分の信念は決して曲げない人でもあった。家の中を整え、タンスの中はきちんと仕切られ整理されていた。季節ごとのしつらいも怠らない。仏事・神事を大切に、毎月 1 日は父の仕事に災いが起こらないようにとお寺参りをかかさなかった。先祖代々 30 体近くある古い墓の掃除も黙々と一人でやっていた。毎日神棚をととのえ、仏壇に供え物をし、祖母の月命日の供養を続けた。

手をかけ、言葉をかけ、愛情をかけて私たちを育ててくれた。「お母さんはね、何も取り柄がなかったけれど、あなたたちが生まれて、これで私にも仕事ができる、と本当に嬉しかったの。お母さん本当に幸せだった、だから子育てが辛いと思ったことは一度もないのよ。」出かけるときには見送り、帰ったら迎えてくれる。話しかけたら、手を止め、目を見て話を聞いてくれた。熱ができれば母の布団で寝させてもらえる。そしてお手製のプリンが食べられる。勉強しろと言われたことはない。でも、台所にうずたかく積まれた食器を黙々と洗っている母を見かねて手伝いを申し出ると「これはお母さんの仕事。真智子ちゃんの仕事

は他にあるでしょ。」とにっこり笑って言うのである。そんなこと言われたらやらなきゃいけないじゃない、、仕方なく机へ向かっていた気がする。

兄弟 4 人とも自分が一番可愛がられたと思うほど、4 人の子ども達を平等に大切に育ててくれた。だから私たち兄弟はとても仲がいい。それも今思えば、それぞれが十分母に愛された自信があったからだ。母のおかげだったのだ。

母の手にはいつもアカギレが出来ていて、その手で顔を触られると少し痛くて。その時は当たり前すぎて気づかなかったけれど、私も同じように子育てするようになってから痛いほど母の凄さがわかった。どんな育児書よりも母のアドバイスには重みと愛があった。「夏には暑いと、冬には寒いと覚えさせることも大事。冬でも子供の着から全部着替えさせなさい。」「そこはお父さんしか座れないという椅子が必要。そしてそれはお母さんが子供たちに命じることなの。」「お母さんは水晶玉を持っているってみんな本気で思ってたわね。それぐらい母親というのは子供たちのことをお見通しなの。いつも見ていたら分かるようになるわ。」「子供たちに決めさせなくていいのよ。やりなさいと言えばいいの。子供たちはお母さんが大好きなんだから。いつだってお母さんを喜ばせたいって思ってるんだから。」「真智子ちゃんは本当によく頑張ってる。あなたの子供たちはとってもいい子に育ってるわ、大丈夫。」

姑である祖母を大切に、小さいころから母に言い聞かされてきた。その祖母が認知症になって、あれほど可愛がっていた一人息子の父の事さえ「あのおっさん、誰？」と言う状態になっても、母は祖母の面倒を一人で全部やってのけたし、祖母もこの世の中でただ一人母だけは記憶していた。嫁姑でも、てっきり仲が良かったのかと思っていた。私が生まれる前に一度離縁させられていたことを後になって知った。母は父の家族から認められていない嫁だったのだ。どうりで結婚式の写真もなければ記念日もなく、戸籍謄本を見せるのを極端に嫌がっていた理由がわかった。小姑からもいじめられたらしい。そんなことおくびにも出さず、私たちには祖母や叔母たちのいいところを語って聞かせていた母。私たちが成人するころには、母は親族の中でなくてはならない人になっていた。祖母も叔母たちも、みんな心底頼り

にしていたし、困った時ほど頼りになるのだった。

いい手術をしていただいて、術後何事もなかったかのように大好きなケーキをペロッと食べる母をみて、奇跡は起こるかもしれない、と思えた。何とか母の寿命を延ばしたい。QOL を少しでも上げたい。しかし、5 年生存率が存在しない領域の癌、しかも Stage IV B、そう甘くはなかった。徐々に上昇する CA19-9。あの手この手を使って化学療法を駆使していただいた。仕事では見慣れているはずの数々の副作用が代わるがわる母を襲う。そして転移。骨転移の激しい痛みを薬で抑えながら、決して音をあげない母。薬にもすがらない、免疫療法のため神戸にも通った。最後には胸椎以下の全麻痺になり、自分では全く動けなくなった。感覚もなくなった。頸椎骨折予防のための照射目的で 5 回目の入院。疼痛と麻薬で意識が朦朧となり始め、家族が見守る中で母は息を引き取った。あのファクシミリが届いた日から 2 年 4 か月。最後まで母は母らしくあった。何一つ弱音もはかず、痛みを耐え、手しか動かさない自分に耐え、私たちが気遣って、そして凜として美しかった。

母の命のカウントダウンが始まったあの日から、私たちは各々が各々の精一杯のことをしたと思う。父の仕事、家の事、一切合財、母しか知らないことが山ほどあったから、母の生きる希望を損なわないように、あれこれ聞き出してその時に備えるのも辛いし大変だった。私たち兄弟は、関東、九州、そして私が山口と実家から遠いところで家庭を築いていたので、私と妹は母の通院や手伝いのためになんとか時間と家庭を工面して実家と自宅を往復する日々。残された時間がわずかしかなないと知っていたから、休みのたびに母のもとへ 4 家族が集まった。

同時に私たちは各々が自分自身を激しく責めた。ときにお互いを責めた。一番近くにいた医者父。二人の弟たちはそれぞれ大病院といわれるところで、がん治療認定医であったり、癌の骨転移に対する予防的脊椎手術だったり、多くの患者に最新の癌治療を届けている医者。私は癌の早期発見を心掛ける内科医。なのに、よりによって自分たちの最愛の母がこんなことになってしまった。悪性度の高い癌とはいえ、なぜもう少し早く

見つけられなかったのか。なぜこの癌なのか。何も悪いことをしていない母がなぜこんな辛い最後を迎えないといけないのか。なぜもっと生かしてあげられなかったのか。なぜもっと楽にしてあげられなかったのか。なぜ近くに住んでいなかったのか。なぜ、なぜ、、、。

誰にとっても辛い母の闘病生活だったが、息を引き取ったあと湯灌をしていただき美しく甦った母を見たとき、後悔も呵責も薄れていくのを感じた。母の言葉が聞こえるようだったのだ。「みんながお父さんのこと悪く言うのはお母さんの育て方が悪かったのかしら。お父さんを大切にね。みんなで力を合わせて、仲良くしてね。」母が意識のある中で言った最後の言葉。遺言は残してくれなかったが、おそらく家族仲良く、家を大切に、が母の生涯をかけたメッセージだったのだと思う。母は扇子の要のような人だった。思い思いに広がろうとする家族を要のように支えてくれたから私達は思い存分広がることができました。家族も、親族も、母がいたからバラバラにならずにすんだのだ。これからは母の思いを要に据え、離れないようにそれぞれが心していかなければならない。

<十億の人に十億の母あらむも わが母にまさる母ありなむや（暁鳥敏）>

世の中にはもっと若くにお母様を亡くされた方もおられるだろう。もっと辛い別れ方をされた方もおられるだろう。そういう方たちに比べれば、何を甘えたことを、とも思う。随分母のことを美化しているかもしれない。自己陶醉かもしれない。66 年の生涯の大半を家族のためにささげ、私たちの中にだけ残っている母。華々しい活躍をしたわけでもなければ有名でもなんでもない。でも私にとってはどんな女性よりも、とてつもなくかっこいい女性だった。

こんな女性がいたことを残しておきたくてこの場をお借りしました。母のようになれるだろうか、母が残してくれたものを私たちは次の世代に渡せるだろうか、そう自問自答しながら、日々精進して参りたいと思っています。これからも先生方のご指導ご鞭撻を何卒よろしくお願い申し上げます。

猛暑

というわけで、今年の夏はたいへん暑かったのであるが、どうしてだろうか。

8月13日に気象庁が、「今夏は、西日本を中心に広い範囲で高温となるとともに、東・西日本の太平洋側と沖縄・奄美では少雨が続けている。全国の複数の地点で40℃以上の気温が観測され、8月12日には江川崎（高知県四万十市）の日最高気温が41.0℃となり、国内最高記録を更新した。」と発表した。大気の流れの特徴として、「最近の日本付近では、下層の高気圧（太平洋高気圧）と上層の高気圧（チベット高気圧）がともに強まった。このため、日本の広い範囲では、高気圧に覆われて晴れたことや、高気圧に伴う下降流の効果などによって、気温が上昇したとみられる。」とのことである。太平洋高気圧の中心はハワイ諸島近辺、北東太平洋上にあり、日本近くまで張り出して日本の夏の天気を支配しているそうだが、チベットからの高気圧まで関係しているとなると、今更ながら気象には日本地図ではなく、世界地図か地球儀が必要であると思知らされる。

例えば、大気が部分的に暖められて上昇したり、逆に冷やされて下降したりなどの現象が起こると、物理的な不均一を解消しようとして乱れが発生する。これが気象の根本的な原因である。さらに外的要因（地形、地球の自転や海洋の影響など）、内的な不安定要因（バタフライ効果※）が現象の表れ方に関与するそうである。素人が考えても気象に影響を及ぼすと思われる現象として雲の量、雲の高さ、気温、湿度、日射量、気圧、風の強さ、風の向き、海水の温度などをあげることがで

広報委員

川野豊一

き、その予測が困難であろうことは想像に難くない。

現在では世界の平均気温が上昇していることは明らかであり、海水面が20世紀の間に17cm上昇したと見積もられること、北半球の積雪面積が減少していることなどの地球規模の変化は、地球の温暖化によるものとされている。そしてその原因は、人間活動による温室効果ガスの増加であることがほぼ確実であると考えられている。

温暖化によって気象災害が増加するだけでなく、生態系の構造や機能の変化や生物種の20～30%が絶滅の危機に瀕すると言われている。雪解け水に依存する水資源の枯渇、マラリアなどの感染症の拡大、環境の変化による食糧事情の悪化などさまざまな影響が予測されている。こちらとしても地球温暖化を緩やかにするために、冷暖房を控えるなどの節電を行い、自動車はできるだけ使わないよう心がけることにしたい。（これもバタフライ効果か？）

※カオス力学系では、「初期条件のわずかな差が時間とともに拡大して、結果に大きな違いをもたらす。そしてそれは予測不可能」ということの詩的表現。エドワード・ローレンツが1972年にアメリカ科学振興協会で行った講演のタイトル『予測可能性 - ブラジルでの蝶の羽ばたきはテキサスでトルネードを引き起こすか』に由来する。

お知らせ・行事

山口県臨床整形外科医会研修講演会

と き 平成 25 年 9 月 26 日 (木) 19:00 ~ 20:00

と ころ ホテルニュータナカ 2 階「平安の間」(山口市湯田温泉 2-6-24)

講 演

座長：川上整形外科小児科クリニック院長 川上不二夫
変形性膝関節症の痛み～病態からみた治療戦略～
 高知大学医学部整形外科准教授 池内 昌彦

取得単位

※日整会教育研修専門医認定資格継続単位 1 単位が取得できます。

受講料 1 単位につき 1,000 円

講演会< 12 膝・足関節・足疾患 13 リハビリテーション (理学療法、義肢装具を含む)
 又は Re リハビリテーション医 >

※日本運動器学会セラピスト資格継続単位 1 単位が取得できます。

受講料 1 単位につき 1,000 円

※日本医師会生涯教育制度 1 単位が取得できます。

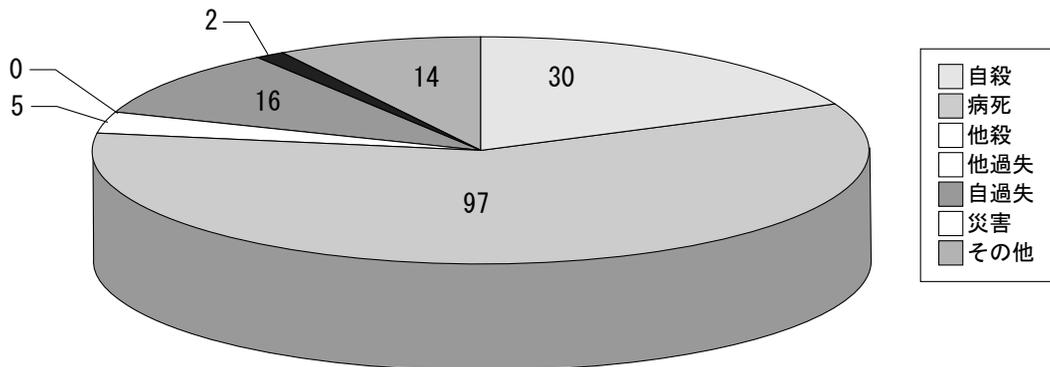
カリキュラムコード (61: 関節痛、62: 歩行障害)

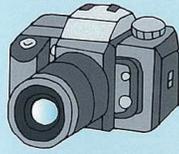
講演会終了後情報交換会を予定しています。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jul-13	30	97	5	0	16	2	14	164

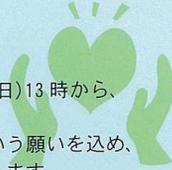
死体検案数と死亡種別 (平成25年7月分)





いのち きずな やさしさ

山口県医師会は県民公開講座「笑って健やか」を平成25年11月17日(日)13時から、山口市湯田温泉のホテルニュータナカにて開催します。その一環として、人と人とのつながりや優しさを大切にしてほしいという願いを込め、「いのち、きずな、やさしさ」をテーマとしたフォトコンテストを開催します。カメラを通して感じた作品をご応募ください。



フォトコンテスト

第4回



作品募集

審査員

下瀬信雄(写真家) / 小田悦郎(山口県医師会長)ほか

最優秀賞…1点 / 優秀賞…1点 / 下瀬信雄賞…1点 / 佳作…若干。
 入賞作品は山口県医師会報等に使用させていただきます。

応募・問い合わせ先

〒753-0814 山口県山口市吉敷下東三丁目1番1号
 一般社団法人山口県医師会 広報情報課 TEL083-922-2510

展示及び表彰

応募作品は、平成25年11月17日(日)開催の県民公開講座で展示、表彰を行います。

主催

一般社団法人山口県医師会

締切:平成25年9月20日(金)必着

項目に記入し、切り取って応募作品の裏に貼り付けてください(コピー可)

応募規定

- 応募作品(プリント)は本人が撮影した未発表作品に限ります。フィルム写真、デジタル写真どちらでも応募可能です。画像処理等の加工、合成、組み写真は不可。
- 作品のプリントサイズは、キャビネ判又は2L判とします。
- 一人3点までに限ります。
- 二重応募や類似作品応募を禁じます。
- 肖像権やプライバシーの侵害には十分ご注意ください。主催者では責任を負いかねます。
- 作品は返却いたしません。
- 上記規定に違反した場合は、受賞を取り消すこともあります。
- 入賞作品の著作権・使用权は主催者に帰属します。

キリトリ線

画題				
名前(フリガナ)				
住所 〒				
TEL	職業(学校名)			
撮影年月日	平成	年	月	日

※当チラシは本会 HP からダウンロードできます。

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。

西村 義昭氏 徳山医師会 8月2日 享年74

編集後記

今年も非常に「アツ」い夏となりました。

福岡管区气象台によりますと、本年、九州・山口の観測地点 135 か所のうち 34 地点で 7 月の平均気温の最高記録を更新したそうです。8 月になって猛暑はさらに加速し、8 月 12 日には高知県の四万十市で、日本の観測史上最高気温となる 41.0℃を記録しました。山口市でも観測史上最高気温タイ記録 (38.4℃) を 2 回記録し、猛暑日の連続日数記録も更新しました。

7 月 21 日に行われた参議院議員選挙において、羽生田俊先生が熱い戦いを制し見事に初当選を果たされました。ここ数回、医師会推薦候補者の前には厚い壁が立ちはだかっていたましたが、漸く医師会関係者を始めとする多くの方々の篤い思いが実を結びました。暑い日々の中の選挙戦でしたが、暑さを忘れるほどの嬉しさを与えていただきました。羽生田先生の国政におけるご活躍をお祈り申し上げます。

夏が暑いと、気になるのは翌年の花粉飛散のことです。九州・山口における昨年までの 7 月の平均気温最高値は 1994 年の記録であり、翌 1995 年のスギ花粉捕集数は山口県ではこれまでで最多となっています。2014 年のシーズンはスギ花粉飛散の裏年に当たり、本来なら花粉数は少ないはずですが、はたしてどのような結果になるでしょうか。植物が元々有するリズムが優先されるか、環境因子が勝るのか、興味のあるところです。

問題は暑さだけではありません。全国的に豪雨の頻度・程度も尋常ではなくなっています。7 月 27 日 (土) に高松市で開催された中国四国医師国保組合連絡協議会に出席いたしました。来年度は山口県の担当で、同じく 7 月末の土曜日に新山口駅前のホテルで開催の予定ですが、島根県の先生に「新山口駅前の会場は、山陰線、山口線経由で乗り換えずに行けるのでとても助かります。」と仰っていただきました。ところが、翌日、未曾有の豪雨が山口・島根の県境付近を襲い、甚大な被害をもたらしました。山口線も橋が数か所で流され、線路が寸断されるなどの被害を受けました。復旧には 1 年以上を要するとみられています。鉄道を含め被災地のできるだけ早い復興を祈念いたします。また、会員の先生にも被災された方がおられます。心からお見舞いを申し上げます。

(理事 沖中 芳彦)

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

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

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

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