

# 鳥取県医師会報

600号記念特集

2005 **6** June  
臨時号



中海に、群がり憩う北国の旅人たち

### 表紙写真によせて

#### **中海に、群がり憩う北国の旅人たち**

撮影 安田亘之氏【米子市石井在住】

安田さんは1973年米子野鳥保護の会に入会以来、中海の自然の後退と野鳥の激減を憂い、1981年1月からは「彦名水鳥自然公園」造り運動の先頭に立って歴代環境庁長官を招聘するなど、大きな業績を残された。1990年には米子市役所のプロジェクトチームの担当主査として時の松本市長を補佐し、1996年、「米子水鳥公園」の完成に漕ぎ着けられた。2004年11月よりのラムサール条約登録湿地を目指した運動の中心的人物であり、今年11月には実現することが内定した。経歴は、米子野鳥友の会会長、山陰ツキノワグマ研究会会長、鳥取県委嘱大山自然保護指導員などが主たるもので「鳥の歳時記」など著書も多く、日本イヌワシ保護に関する活動家でもある。

(N)

# 鳥取県医師会報第600号記念特集

## 目次

### ご挨拶

発刊にあたって

会長 長田 昭夫 1

### 対談

変革期にあたっての郷土鳥取県と医師会

片山善博（鳥取県知事）

長田昭夫（鳥取県医師会長）

2

### 地区医師会長からの寄稿

—この10年をふり返って—

東部医師会長 米本 哲人 15

中部医師会長 伊藤 文利 16

西部医師会長 魚谷 純 17

### 会員からの寄稿

医師会と情報化

安陪 隆明 19

胃癌検診に思うこと

石飛 誠一 19

新臨床研修制度について

遠藤 功二 20

肝移植と私

大石 正博 21

医療法人大淀会米子東病院(旧西部リハビリテーション病院)の近況

大濱 満 22

「タミフル」飲むべきか？飲まざるべきか？それが問題だ！

岡空 輝夫 22

昔は走りながら考えた厚生省、今は？

柏木 徹 23

心癒される時

鎌田 修 23

「救急医療体制」について

川上 伸 24

鳥取県医師会報600号に寄せて

川崎 寛中 25

心の枷

岸田 英夫 25

花粉症とマスク

木村 寛 26

子どもの食物アレルギー

木村 浩 26

私の家族

楠城 誉朗 27

簡単な原則

坂井 重信 27

私の生きがい

佐々木夏子 28

時計考

白石 正晴 29

人生で一番うまかったもの

新澤 毅 29

発育期のスポーツ障害

鱸 俊朗 30

自転車通勤事始め

高田 耕吉 31

つれづれのお話

瀧川 みき 31

山陰人と山陽人 私の独断と偏見

武信 順子 32

日常診療でおかしいと感じること

竹原 直秀 33

旅行

但馬 啓子 34

|                                |       |    |
|--------------------------------|-------|----|
| たかがボールペン、されどボールペン              | 田中 敬子 | 34 |
| 最近読んだ本から                       | 田村 明子 | 35 |
| 創刊600号に寄せて                     | 立木 豊和 | 35 |
| 近況                             | 土居 聡子 | 36 |
| 夜中の電話                          | 徳永 進  | 36 |
| 山陰労災病院の20年間                    | 徳盛 豊  | 37 |
| 「爪もみ」療法                        | 中西 祥治 | 37 |
| 卒後臨床研修2年目をむかえて                 | 中村 文子 | 38 |
| 女性医師がフリーターにならないための条件は？         | 中村佐和子 | 38 |
| YMCA米子医療福祉専門学校誘致の顛末記           | 新田 晴生 | 39 |
| はじめてのけんしゅう                     | 野口 壮士 | 40 |
| 私の生活の中における野球と犬の存在              | 野坂 仁愛 | 41 |
| 松米道中                           | 野田 敬二 | 42 |
| 「新たな振り込めサギ」？                   | 濱橋 孝寿 | 42 |
| 体力増強作戦                         | 林 貴史  | 43 |
| 本籍鳥取、岡山経由15年目の本音               | 早田 俊司 | 43 |
| 1年目の研修を終えて                     | 檜垣 貴哉 | 44 |
| 医師＝エンジン？ブレーキ？                  | 廣田 裕  | 44 |
| 山行                             | 藤田 好雄 | 45 |
| ネパール                           | 藤谷 敦子 | 46 |
| 我慢は美德？－手術後の患者さんに痛みを我慢させていませんか？ | 堀 真也  | 47 |
| 終末期医療に思う（DNR-order）            | 正木 忠夫 | 47 |
| 閑話                             | 丸山 啓輔 | 48 |
| 開業医が在宅ターミナル・ケアを行うメリット          | 三上 真顯 | 48 |
| 私とゴルフ同好会                       | 三木 統夫 | 49 |
| 予約制の功罪                         | 水川 六郎 | 49 |
| 新医師臨床研修制度一年目を終えて               | 宮下 聡  | 50 |
| スポーツジムに関する1考察                  | 宮本 二郎 | 51 |
| 初心を忘れず                         | 森本 啓介 | 52 |
| 日頃の診療から思うこと                    | 矢崎 誠一 | 52 |
| 医師会と私                          | 山縣 昇  | 53 |
| 自分の老化を見つめて                     | 渡辺 俊一 | 53 |

## 座 談 会

|           |    |
|-----------|----|
| 医師会の明日を創る | 54 |
|-----------|----|

## 600号記念 表紙絵ギャラリー

68

## 編集後記

広報委員長 渡辺 憲 70

挿し絵提供／田中香寿子先生

## III ご挨拶

# 発刊にあたって

鳥取県医師会 会長 長 田 昭 夫



鳥取県医師会報第1号は戦後間もない昭和23年6月に、そして平成9年2月には第500号記念特集号が発刊されました。止まることのない時の刻み、その時々悲喜交々の出来事が代々の会員たちの手によってきめ細かく記し続けられ、会員夫々、医師としての、また組織を構成する一員としての責務をお互いに確認し合ってきました。平成3年の431号には鳥取県健康会館竣工式の模様が報じられており、9年2月の500号記念特集号では、秋景色のわが医師会館の姿が一会員の手により表紙に美しく描かれています。この会館で、時には県民相手の健康講座が、時には行政、関連団体との諸会議など開催され、地域保健医療の拠点としての役割を果たしてきました。今日の600号という大きな節目を迎えるにあたって、過去の会報をめくりつつ、会館の借入金返済が丁度終わったという安堵感とは裏腹に、改めて原点に立ちつつ明日を創らねばならないという身震いを感じるような大きな使命感をひしひしと感じます。次の700号までの大きな曲がり角、即ち医療改革の大波は誇るべきわが国の社会保障制度を保つことが出来るでしょうか。「骨太方針」といってもかけ声だけで、肉はつくのでしょうか。

さて、記念すべき発刊にあたって対談に快く応じて戴いた片山善博知事にまず心より感謝致します。長時間にわたって暖かく、そして真剣に語って下さいました。また入江前会長や女性会員、研修医のみなさんと時間を忘れて座談会を開くことが出来たこと、各地区医師会から幅広く、しかも自由闊達にご投稿を得たことなど考えると、この臨時号はわが医師会の全エネルギーの結集であるをつくづく思うのです。

最後に、刊行に当たってご協力戴いた各位のご好意に心よりお礼申し上げます。また表紙を飾って戴いた作者に厚く感謝致します。ご覧のように、今回は表紙に中海に群がり戯れる水鳥たちの写真を掲載させて戴きました。地球環境が問題になっている今日、鳥たちの姿は、いのちの尊さや、また、春になったら遠いシベリアに飛び立って行くであろう秘められたエネルギーの偉大さを感じさせます。わが医師会の今日の姿と重ね見つつ、水鳥公園の出来る前から現場でいろいろな面でご指導戴きました作者にお願いして掲載したものであることを申し添え、以上発刊のことばと致します。

# 変革期にあたっての郷土鳥取県と医師会



鳥取県医師会長 長田昭夫

## 対談



鳥取県知事 片山善博

- 1) 県民の医療への信頼
- 2) 国民皆保険制度と財政
- 3) 疾病予防・健康づくりに関わる医師会の役割
- 4) これからの地域医療
- 5) 郷土鳥取県の魅力を高めていくために

(司会) 鳥取県医師会常任理事 渡辺 憲

**司会** ただいまより、鳥取県医師会報第600号発刊を記念しての対談を始めさせていただきます。片山知事におかれましては、大変ご多忙の中、ご出席賜りましてありがとうございます。本日の司会をさせていただきます広報担当の渡辺でございます。よろしくお願いいたします。

まず、最初に、長田会長から、本日のテーマを含みまして一言ご挨拶をお願いいたします。

**会長** 本日はお忙しいにもかかわらず、第600号記念対談にお時間をいただきましてありがとうございます。

昭和21年に日本医師会設立と同時に鳥取県医師会もでき、最初の会報を発行したのが23年の6月でした。それから57年で600号ということになった訳です。

**知事** 大体地方自治制度と同じほどの歩みですね。

**会長** 今、創立50周年の記念の冊子を見ますと、そのころの鳥取県では、医の方はどうも警察関係に属しているようでございます。

**知事** 衛生警察ですね。

**会長** はい。鳥取県衛生部構成表に掲載されておりますけれども、二次衛生をつかさどる衛生課は警察部に属していました。

**知事** そうですね。

**会長** ということで、警察絡みでおかしいですが。

**知事** 結局、それこそハンセン病なんかもそうですけれども、やはり強制力をもって取り締まることが、医事の分野にもありましたし、当時は警察も知事の部下だったのですよね。

**会長** 医師免許もそういうことで警察、即ち刑法の方だったそうでございます。

**知事** なるほど。もともとが、内務省の地方局すなわち今でいう総務省の地方自治の分野、それから警察をつかさどる警保局、それから社会局がありました。これは厚生省ですね。だから、今の厚生省も、それからひと昔前の自治省も警察庁も全部一緒だったのですよね。

**司会** 医師法というのは刑法の特別法だったということがよく言われます。

**知事** なるほどね。刑法の中で、切り刻んでも傷害罪にはしませんということですね。



**司会** まさにその発想です。傷害罪を免ずるという発想のようです。

**知事** 刑法にあるのですよ。免責事由で正当行為というのがあるのですよね。本来メスで切ったら傷害罪ですよね。だけど、それは正当行為です。例えば正当防衛だとかと同じような概念であるのですよね。

**司会** 違法性の阻却というか。

**知事** そうです。違法性阻却事由ということでしょうか。

**会長** 日ごろいろいろと御指導願っている中で、きょうは御感想、あるいは御希望、あるいはこうあるべきということをお聞きしたいと思います。600号の発刊というのは一つの節目でございます。医師会というのは、県立病院のメンバーも会員であり、開業医、大学医学部も会員であるという、そういう会員の自由参加の医師会でございます。今、非常に医師の問題というのがマスコミ的にも取り上げられており、今の刑法の話ではないですが、医師としての一つの反省の時期であると思います。今、会としても組織を見直し、あるいは個人としても医師というものを考え直していかなければいけないと思います。日頃からいろいろと我々に対して、御意見を賜っておりますが、今後の御指導を仰ぎたいということで、こういう会の設定をお願いしたようなことでございますので、よろしくお願いいたします。

**知事** よろしく願います。

### 県民の医療への信頼

**会長** 先程、簡単に沿革を言いましたけれども、片山知事は郷土ということで鳥取県を全世界というか、全日本にアピールしていただいています。その中で、医療の面での我々の取り組みということについてお思いがとおりになるのではないかと思います。そこで、県民の医療への信頼というのを第1に掲げさせていただきました。日本医師会の各種委員会の中で私が属していますが、医の

倫理、資質向上、それにまた医師の自浄作用ということを検討する医事法制の委員会なのです。医療を受ける患者さんの立場に立ってみること、即ちかかりつけという言葉を使っているのですが、かかりつけ医としてこちらは思っていますけど、かかりつけ医としてこちらは思っていないか、患者さんの方はあの先生はかかりつけではないか、思っているかもしれない。逆の立場で見て、考えなければいけません。



また、一方医師の免許更新の話題も出ています。あれは命を預かっているということへの免許だということです。やはり一般の県民なり国民がちゃんと信頼してくれるような医者でなければいけません。

**知事** なるほど。

**会長** そういう意味で、まずはいいかかりつけ医として県民に良質の医療を提供したいし、信頼を得るように努力したいと思います。今、一生懸命PRしているところでございますので、そういう考えていることをよく知っていただきながら、これからいろいろ相談に乗っていただきたいと思います。

それから、医療機関そのものがやはり信頼されないといけないというのもあります。そういうことを基本として、救急医療、専門医療、それから地域医療、病院と診療所の病診連携ということをテーマとして動いているということでございます。知事さんから御意見賜ればと思います。

**知事** 私は、かかりつけと会長が先程言われたけれども、これは非常に重要だと思うのです。

かかりつけというのは何がポイントかという、信頼感に裏打ちされた関係ですね。実は、話はちょっと飛ぶのですが、私、今、地方自治の世界でもかかりつけを持ちましょうという話を多少比喻を交えて言っているのです。それは、例えば住民から見たら地方行政はすごくずれているということが往々にしてあるわけですね。つまりないところに大金を使って変な施設ばかりつくって借金をこしらえているとか。今、全国の自治体でそういう問題が噴出しているわけです。では、それをチェックする人はだれだったのだろうかという、議会なのですね。自分たちが選挙で選んだ議会がちゃんとその財政を診断して、それできちっとした処方せんを出さなければいけないのです。むだ遣い症候群があったらそれをやめさせなければいけない。ところが、それを全くしていなかった。議会と住民との間に大きなズレがあるのではないか。これを是正するにはどうすればいいかという、かかりつけを持ちましょうということになるのです。自分がこれほど信頼できる議員を自分たちで推して、そしてその人たちが住民の皆さんの意思を体して、議会活動でもって財政の病理を診断し、直していくということです。まさにかかりつけの医師と似たような関係を、主権者である住民と議員との間に結びましょうねと言うと、これは非常によく分かってもらえるのです。

**会長** たしかにそうです。

**知事** もとより今の問題である医療の問題においては、私はこの点が一番根本だと思うのです。患者の皆さんが信頼を託しながら自分を任せられるかどうか、委ねられるかどうかということだと思うのです。そういう意味で、その信頼感をどうやって医師とクライアントの間に結んでいくかということで、今までのこの世界を見てみると、ちょっと失礼に当たる部分があるかもしれませんが、信頼感を強固なものにする点で多少不足していた面があったのではないかなという気がするのです。1つは、透明性があったかどうか。

**会長** そうですね。

**知事** 医療というのは難しいですから、分かりづらくかもしれませんが、圧倒的に知識や技術を持っている医師と、全く無力な患者との関係なのです。そういう関係がもともとあるものですから、だから、今でこそインフォームド・コンセントとか言っていますが、インフォメーションを与えようとしてもなかなか共通の土台がないという面があったと思うのです。そこから双方が横着になって、透明性というものを余り高めてこなかったという面があったのだと思うのです。それは今大分変わってきていますよね。

それからもう一つは、透明性と裏腹で、説明責任。医師が私に任せておきなさいということがずっと続いていますよね。そこがやはり、説明責任



を果たして、きちっと情報を提示して、それで相手の合意というか、納得を得ながら医療を進めていくという、こういう時代が変わってきていますよね。だからそれは非常にいいと思うのです。

もう一つは、信頼感を高めるためには評価が必要だと思うのです。医師もそれぞれ千差万別とは言いませんけれど、やはり技術の非常に高い人、知識のすぐれた人、そうでない人、それからモチベーションの高い人、そうでない人、常に研鑽を積んでいる人、そうでない人、いろいろいますよね。その時に、クライアントから見たら、ちゃんとした評価があるかないかというのは非常に重要なことです。これが実は弁護士なんかと同じことが言えるのです。ある種、閉鎖的な社会で養成されるわけですね。特定の大学の分野だけで養成さ



れる。医師もそうですけど。免許制度になっている。そういう中で、評価が必ずしも行われていないのですね。ここが、私はこれからの医師に対する信頼感、クライアントの信頼感を増すためには乗り越えなければいけないポイントではないかと思います。これは、私はよくわからないのですが、何か国とか医師会のレベルで医師の評価システムというのは何か動きがあるのでしょうか。

**会長** 私から申し上げるのもなんですけども、いわゆる戦後、医師は医の倫理を守るということで一つのプライドを持ってもおりました。自分では長い期間勉強してちゃんとやっているのだという思いはあるけれども、それがだんだんいろいろな制度が変わる中で、もうけ主義、あるいはゴリ押し主義になり、よく説明していなかったということもあるのだろうし、やはり命を預かる、個人のことを扱うのだから人に話してはいけない、隠そうというようなことが、今の時代と違った感覚でやってきたのだということもあるかと思います。今非常に努力しているのが、それこそインフォームド・コンセントだけではなくて、医療の安全についてはどうすればいいかということです。一般の会社がやっているように、ISOだとか、あるいは病院機能の評価に値するように努力しようと呼びかけていますが、皆さんがその流れを大分わかって下さったと思っています。透明性ということは大事だけれども、やはり個人情報保護ということも大事、今やっと世間の流れ、要求に沿ってどんどん努力しているところです。また、何かがあるとすぐマスコミは悪い方にとりますから、その悔しさというのもありますので、広報戦略をどうすればいいかなという部分で、基本的に一人一人が指摘されている点を心得ていかなければいけないなどと会員に指導を始めているところでございます。評価につきましてはまだ少し足りない部分もあるかとおもいますが。

**知事** 私は、医師の皆さんにちょっと同情しますのは、この社会の中ではやはり医療技術、医療情報を持っている人が少ない中で、何か医療事故が

起きた時に、どうしても技術とか知識を持っている人の方が責任を問われるものなのですね。したがって、いわば医療について素人の人から責任を問われるということになった時に、なかなかその説明責任を納得してもらえる形で果たしにくいという現状があるのだと思うのですね。そこで、問題が起きた時に、ちょっとやはりあからさまにならないようにしようというような行動に今までは出る人が多かったのではないかと思うのですね。

それで、これからは、実はさっき弁護士の話をしましたけれども、司法制度改革で、いろいろなトラブルを淡々と司法の場で解決していきましようということが、これからの社会になるのですが、そうしますと、医療のトラブルなんかも司法の場という話になるのですよね。その時に、今の司法の知的状況、医療に関する知的状況の中で、多分不安だと思うのですよ。大丈夫だろうか。本当はやはり医療事故なんかに関してはその司法的解決をもっと専門性の高い法曹、弁護士、裁判官によって扱われるような環境をつくった方がいいのではないかという気持ちといいますか考えがあるのですよね。実は医療に詳しい弁護士が少数ですけれども実は育っているのです。本当は裁判官とかそういうところも医療に非常に詳しいような人を養成するようなことがこれからの社会では必要なのではないかなとも思います。そういう環境が整うと、私がさっき言った大切なこと、透明性とか説明責任とか評価とか、そういうものもかなりスムーズに受け入れられるようになるのではないかなと思うのですよね。

**会長** 裁判の話になりましたけれども、例をあげると、これは間違いなくウイルスが原因で病気が起きたとして、鑑定人もきちっと証明していただいたとしても、相手は逆に細菌性ですよといって今度はそっちの理論をつくってこられる。

**知事** そうですか。

**会長** 今はやはり弱者救済ということで何か進んでいる状況です。

**知事** それは日本の裁判の一つの特徴なのです

よ。どちらが正しいかということをもちろんやるのですが、その結論を出す時に、どちらが弱い立場かということはどうしても加味するのですね。だから行政もよく負けるケースが多いのですよ。行政もどちらかというと強い立場だと認定されていますから。

私は信頼感という意味で、専門医療というのがこれから大きな比重を占めてくると思うのですね。特に今がんの専門医の養成というのは大きな課題だと思うのですね。日本の場合はどちらかというとと外科医から入っていますよね。本当は違うのではないかなと思うのですけどね。外科医からのアプローチもあっていいですけど、もっと違った方面からのがんの専門医なんかをもっと養成しなければいけないですね。

**会長** そうですね。

**司会** 今一番がんの医療で不足しているのは、腫瘍内科医と腫瘍放射線科医と言われています。

**知事** それで、そういうのを見ていると、人材の養成がすごく遅れていると思うのですよね。時代の要請と人材の養成、「ようせい」の漢字が違いますけど、物凄く時期的なズレがあるのですね。もうちょっとタイムリーに必要な人材が即戦力として養成できるように、日本の医師養成課程が変わらないか。これは医師会の問題ではないのですけれども、思うのですけれどね。

**会長** 今は研修医制度ができ、いい意味で医者の教育というのを、大学がある程度担っていた部分は大きいと思うのですけれども、それこそ白い巨塔ではございませんけど、非常に崩れかけている。それは、またそれで一面はいいけれども、そういう専門医を養うということについては、いささか問題があるかなと思います。放射線医療やがんの治療薬は保険が通らないから使えないからといって、がん患者さんが混合診療問題で出てきたり、何か違ったところで話をなさっているような気がします。がんの治療、がん拠点病院というのを、国の方でも県の方でも指定しておられますが、そこが果たしてがん拠点であるのかなというのをご

ざいます。医師が不足しているところもあります。

**知事** ですから、もっと需要に合わせた供給体制がスピーディーにそろわなければいけないと思うのですよね。日本は、こういう医師の問題だけではなくて、いろいろな分野でそのミスマッチがあるのですよね。

**会長** 我々も研修会を今までと違ったやり方、といますのは、テーマを決めて、例えば日本医師会でも、脳と血管に焦点を当てて、3年間はまだそれ一本で研修会を強く行う。県内にも各方面に優秀な方がおられますから教える方に回ったりします。一応今でも研修会は各分野でやってはおりますけども、がんの問題も、重点的にやりたいなと思っています。

**司会** 先ほど話がありました医師の評価のシステムがあるかどうかということですが、システム的には医療機関の評価は財団法人医療機能評価機構というのがありまして、医療機関は評価を受けることになっています。医師自身の専門性とか資質を評価するシステムは現在ありませんが、専門の学会がそれぞれ専門医制度を充実させながら、各専門分野での医師の評価システムを作ろうという動きで今、システムが出来つつあるところです。プロフェッショナルフリーダムも尊重しながら医師個人の評価をどうやってするかというのは大変難しいところだと思います。

**知事** 難しいと思いますね。

**会長** 専門医の認定は学会がそれぞれやっていますし、医師会も生涯教育ということを掲げて勉強を重ねています。

ところで、法の発効の4月1日に合わせて、情報が漏れた記事が出ておりました。個人情報保護についても今頑張っているところです。

**知事** そうですね。今度個人情報保護法ができましたが、どうされるのですか。

**司会** 医療の現場ではかなり大きな影響が出たようであります。

**知事** 県立病院でもそうなのですが、今までは当然のように本人にはちょっと疎外しておいて家

族に「こういう病状ですから、覚悟しておいて下さい」と言うではないですか。これはもう個人情報保護法のれっきとした違反なのですよ。

**会長** そうですね。

**知事** これどうされるのですか。

**会長** これは数年来、医事法制の委員会という場で日本医師会もいろいろ検討してきました、それなりに整理しましたし、ポスターや契約書等のモデルをつくりました。開示の方も、レントゲンはだれのもの、カルテはだれのものということも含めて、一生懸命検討中です。

**知事** 具体的に現実はどうなるのでしょうか。

**司会** まずは御本人に告知するようになると思うのですが、ただ、その代わりに精神面のケアを充実させていかないと、急に御本人に病状の詳細が開示されたために落ち込まれたり、後の医療が進まなくなることもあります。

**知事** そうですね。

**司会** また、精神障害の場合等、告知は一応例外規定として、あるいは情報に家族や友人関係とか、第三者の情報が入り、それらの人が不利益を被ることが予想される場合は非開示にできることがあります。

**知事** それは法律か何かで決まるのですか。

**司会** 主治医の判断によります。それから、告知することで病状が著しく悪くなる恐れがある場合にはやはり非開示にできますので、癌の告知といっても、それを受け入れる、ケアを受け入れての御本人の治療そのものが落ちついて進められる方

は開示になります。ですから、精神障害でなくても、癌だと言われパニックになったり、自殺をすぐ図るような不安定な面を持っておられる方は、やはり例外的取り扱いとなると思います。

**知事** でも、潜在的にそういう人は多いですよ。

**会長** そう思います。

**司会** 開示しないで、後で御本人からなぜ告知しなかったかと言われると、私たちが非常に不利になるのですね。

**知事** ですね。さっき透明性と言いましたが、情報開示を医療の場ですという時には、やはり本人がそれなりの精神の体力が必要だと思うのですよ。それが、日本人はそもそも宗教がないでしょう。だから、宗教に裏打ちされた心の体力が大半の日本人はいるですから西洋型の情報開示を受け入れられないのではないかという気がするのですよね。

**会長** お産の時もそう思いますよ。東南アジアの方でお産するのに十字架をちゃんと握ってかなり頑張られた方がありました。日本人でパニックになられる方も多い。宗教が関係する面もあると思いますね。

**知事** やはり心の中に拠り所がないのですよね。だから、宗教だけでないのかもしれませんが、宗教なんかをちゃんと持っておくようなことにしないといけないと思うのですけどね。

**会長** 緩和ケア病棟をどうするかとかいう中でも、そういう宗教の問題もきちんとしなないといけない。そういう場での開示、あるいはケアにはそ



ここまで詰めた議論が必要かなと思います。

いろいろな医療機関がやっていますけれども、看護教育でも医師教育でもやはり倫理の問題、心の問題をもっと早くからやっていかななくてはいけないのかなと思います。

**知事** 今、情報公開法だとか行政手続法だとか個人情報保護法だとかどんどんできてくるのは非常にいいことだと思うのですが、日本では国民がちゃんと受け入れるだけの素地が必ずしも社会にないのです。この個人情報保護法ができた時に医療現場が大変だろうなと思います。

**会長** 表面的、基本的なところですが、患者さんを呼ぶ時に何々さんと呼んでいいのか。部屋に名前を書いていいのか、いろいろなことが議論されています。しかし、知事さんがおっしゃるところの辺りが一番難しい。

## 国民皆保険制度と財政

**司会** 昨年は世界に誇れる国民皆保険制度が財政的な事情でいろいろな面で検討されたり、あるいは今の皆保険制度が揺らぐのではないかなというような出来事もありましたが、この皆保険制度、あるいは財政と医療というようなテーマで会長、あるいは知事の方でお話しくださればと思います。

**会長** 実は去年11月ですけれども、この問題が急に起こってきたのは、いわゆる経済財政諮問会議が株式会社の医療への参入とか、総枠化ということを提議しました。その結果、国民皆保険制度が崩れるのではないかなという危惧を持ち、鳥取と米子で17団体に呼びかけて同日に会を行いました。鳥取会場では、研修センターだけでは入りきらず、2会場に分けてテレビ中継をするぐらいでした。県民になかなか浸透しにくいのですが、いろいろな努力しております。長寿率それから乳幼児の死亡率などが鳥取県は非常にいい数字なのですが、そういう努力をしているにもかかわらず、国民の負担は非常に高いということがございまして、3割負担、今度は混合診療を導入して、金持

ちだけはいいい医療が受けられるけれども、そうでない者はいいい医療が受けられないという方向にいかざるを得ないという流れが出てきました。また、国民医療費の総枠管理や国民健康保険の納付率なども問題になっております。

**知事** 私は、国民がやはり皆保険に入っていて必要な医療をちゃんと受けられるという仕組みは、この社会の一種のセーフティーネットです。アメリカなんかは皆保険になっていませんから、保険に入っているというか、自前でちゃんとやっている人はいいいですけど、そうでない人は受けられない。これはつらい社会だと思うのです。この国民皆保険制度というのは維持すべきだと思うのです。



その前提での話ですけども、政府も地方団体も非常に財政難に陥っていて、その中でこの医療費の問題をどうするかということが当然議題にならざるを得ないのです。公共事業なんかも相当縮めている。今、教育なんかも圧縮しようという動きがある。いろいろなところを圧縮しようとした時に、医療費だけ聖域だということは、なかなかそれは地方レベルでも言えないのだろうと思うのです。では、それをどうやって適切なものにしていくかという、そういうことだと思うのです。その時に、私は、これは医療費の問題に限らず、どの分野もそうなのですから、今の国の財政の改革の動きを見ていまして、ちょっと言葉は悪いのですが、実に野蛮だと思っているのです。野蛮だというのは、構造をちゃんと分析をして、それでその質的な改革をしなければいけない時



に、量だけ、額だけをどうするこうするという議論になる。だから、総額を抑えようとか、そうなるのです。すべてそうなのですよ。したがって、結局物事が余り解決しないままどんどんどんどん構造部分は先送りになってしまっているのです。

今回、国民健康保険の財政制度も変えようという話が三位一体改革の中で出てきましたね。唐突に出てきましたね。結局これも、非常に重要な国民健康保険制度の、何か見方によっては、ばばの押しつけ合いみたいになっているわけですよ。そういうレベルでしか議論していないのですね。もっと本当に今の国民健康保険制度でいいのでしょうか。単に国と地方がどれだけ負担割合を変えるかではなくて、そういう質の問題を点検しなければいけないのに、どうも量だけの荒っぽい議論になっているという、そういう危惧を持っているのです。

例えば、医療費の総額、医療費が非常に増嵩しているということを考えた時に、例えば終末医療の問題をどうするかなんていうのは多分大きな問題だと思うのですね。だけど、余り議論しませんよね。医師会では議論されているかもしれませんがね。本当は政府なんかの議論の時にも、この非常に比重の高い終末医療というものを、人間の尊厳とか生命の尊厳とか、それから財政の問題も含めてどういうふうにするかというのは、もっと私は真剣に議論したらいいと思うのですよね。そういう議論を積み重ねることによって、その医療費の総額と、それから医療の質の問題、それから顧客、クライアントの満足度の問題というものを解決していくような道はないのかなと思うのですけどね。

**会長** 社会保険の方も地方に権限を移して、国民保険と合体してというような方向に向かうという話も聞いております。命だけは切り捨てたくないという思いが我々にはございます。

**知事** それはみんな、私もそうですよ。

**会長** そうですね。

**知事** 医療費が払えなくて満足な治療も受けられ

なくて、ちゃんと医療を受けていれば命が助かったのにお金がないからだめでしたというのは、せつないしい社会ではないと思いますよね。

**会長** はい。日本の医療は非常にいい方向にあるのをなぜここで壊すのかなという思いがございます。

### 疾病予防・健康づくりに関わる 医師会の役割

**司会** では、次の疾病予防、健康づくりに関わる医師会の役割に移ります。

**会長** いわゆる鳥取県健康対策協議会ですが、この組織は県と医師会と鳥取大学と3者で行っておりまして、この仕組みは他県にはございません。とてもいい方向に向かっていますけれども、国の方が余り効果のないようなのは切り捨てようということで、いろいろな曲がり角にも来ているように思います。また、乳がん検診をしようかと思っても、国が言うようにやろうかと思うと、県から補助をもらわないとできないような場合もあります。こういう健康づくり、それから感染症、インフルエンザのことでも大変御協力いただいておりますが、今後も引き続き、よろしく御協力をお願いします。まずは予防。第1次予防、第2次予防があって、それから医療ということになりますので。

**知事** 私も、予防というのがこれから大きな比重を占めなければいけないと思いますよね。病気になったら医療を受ける、これは当たり前ですけれども、病気にならないようにいかに自分で健康体を維持するか。これは心身ともにです。これにもっと、社会もそうだし個人も気をつけなければいけないと思いますね。そのところが少し日本人は今まで怠っていたのではないか。その反動でもないでしょうけど、最近非常に健康ブームで、サプリメントに走ったり、ちょっとゆがんだ健康ブームもありますけど。あと、夕方黙々と歩いている方が多くなりましたね。あれは多分健康にいいのでしょうか。ああいういい傾向もありますけど、



もっと健康に注意をしたらと思いますね。

**会長** いわゆる代替医療とかサプリメントとか、ああいう方面のまた予防の予防みたいなことがこの頃流行していますけど、きちっとした生存率なり、それからがんの発生率なんかを絶えずチェックし予防に持っていくというシステムについて医師会の中でも非常に重要な部分でございます。県の御協力が無いといけません。ひとつよろしくお願いします。

**知事** はい、わかりました。



**会長** それにかかわり合しまして、少子化の問題。これも知事さんがちょうど御着任になった時に最初まず気にしていただき、不妊の治療などいろいろと考えていただきました。全国的にはエンゼルプランがニューエンゼルプランになったり、また事業の形が変わってきておりますけども、どうすればいい環境づくりができるかというのも、健対協がかかわるところであります。

**知事** 私は去年孫ができたのですよ。それで、子供は6人育てましたけど、孫ができますとちょっとやはり見方が変わってきます。見方が変わってくるというか、余裕を持って子育てを見られるようになるのですね。それで見えていましてつくづく思いましたのは、やはり最初の子供は大変だなと思いました。振り返ってみると自分もそうだったのだと思うのですが、最初の子供は無我夢中だったと思うのですね。ところが、私自身、では今日子育てをどう認識しているかという、全然大変だという認識がないのですよ。私も、妻も楽しかったという認識なのです。だけど、長女が子供を

産み育てているのを見ると、実に大変なのです。振り返ってみると、ああ、我が家も長男の時は、最初の子供の時は同じことだったですから大変だったのだらうなと思出すのですね。思い出要素もあるのです。だけど、全部今は大変なことよりも子育てが楽しかったと、もっとやってもよかったという記憶に上書きされてしまっているのです。

それで、長女を見ていますと、未経験ですから、最初一生懸命勉強してマニュアル本を読んで自信満々で子育てに臨むのですよ。最初は調子がいいのですが、しばらくしたら本人もくたびれてしまいますから、寝不足とかで。いささかパニック状態に陥りかけるのですね。そういう時に、実は私とか妻が応援隊に入るわけです。それでうまくいくわけです。本人が、未熟な親が困った時に、適切なアドバイスを与えると、支援を与えると、それがずっと身につくのですね、本人には。最初から全部手とり足とりしてあげると身につかないのですよ。本人が困り果てた時にこそ合いを見計らって手を差し伸べると、そこですごく自信がつくのですよね。それを体験しまして、これだなと思いました。要するに、初めての子供の時にいかにタイムリーに的確なアドバイスが、支援の手が差し伸べられるか、これが子育ての要諦だと思ったのです。だから、それを乗り越えたら、うちの長女はすごく自信を持って今育てています。今年半ちょっと過ぎましたけれども、楽しくてしょうがないのです。2人目もいとわない勢いです。

結局、1人目を苦労して、適切でタイムリーな支援もなくパニックに陥ったら、もうこりごりということになるのですよ。そこでやめてしまうでしょう。そうするとね、その人が発するメッセージが、子育てなんてこりごりだと。それをみんなにまき散らすと、みんなそういう気になってしまいますよね。ところが、その1人目の時に適切なアドバイスが周りからあって大変な時期を乗り越えて、それで子育ては楽しいと思って2人目、3人目を産んでしまうと、もう過去の記憶は全部

楽しい思い出に上書きされてしまいますから、子育ては楽しい楽しいで私みたいに能天気なことを言い出せるわけです。

だから、少子化対策は、1人目の時にいかに乗り越えさせられるかということだと最近つくづく思っていてね、そこで今年度からそういうちょっとした援助が必要なところに市町村と共同して訪問相談をかけようとモデル事業をやるのですよ。私はこれがうまくいってほしいなと思っているのです。特に、最初の子供の時に的確なアドバイスが与えられて、その人に自信がついて、2人目に挑戦する。周りの人にも子育ての楽しさを吹聴するようになってくれば随分違うのではないかなと思うのです。

**会長** 今問題になっています児童虐待についても、かなり頑張っていていただいておりますけど、実を言いますと、お産の前から大体わかる場合もあり、家庭訪問でもするのなら、お産に携わった者が行ってあげると一番よくわかると思うのですよね。でも、今の体制ではやはり市なら市が1カ月目ぐらいに行きます。でも状況が十分わからないまま帰ってくる場合も多い。だから、制度うまく利用していけば、そんなにこれはお金がかかる事業ではないと思うし、今おっしゃるように、一番大事なことで私は認識しております。

**知事** 私も、先生がおっしゃるように、ケアすべきは産んでからではなくて産む前からだと思うのですよ。やはりもう初めてですから、ゴルフと一緒に最初からうまくいくはずないのですね。ところが、この出産だけは最初からうまくいくと思っているのですよね。だから、最初の時はとにかく、昔は親がケアしていましたが、今それが家庭も多いですから、それならそれをカバーするというのが、ある程度市町村がこれまで以上に密にかかわらないといけないなと思っていますのです。

**会長** 政府の対策としては、いわゆる育児休暇を長くしようとか、あるいは虐待をどうしよう、その2点だと思うのです。だけど、やはり育児休暇

で看護師などの専門職が長く休まれたら企業が成り立ちません。そういう悩みが常にあるわけですね。それなら男が休めばいいかというと、なかなかそこまで行きません。でも、そこができなくても、妊娠中からのケアというか、一部倉吉市なんかもやっていますけれども、もっと広げていけたらと思っています。

**知事** 今回5市町村がとりあえずやるのですよ。それがうまくいけばいいなと思っていてね。それがうまくいけばざっと広げればいいのですからね。

**会長** 我々医師会も、専門委員会を通じてそういう想いを生かすように保健師さんともご協力できればと思っています。よろしくお願いします。

**知事** ぜひ一緒になって検証してみて、よりいい方向に行けばいいなと思っています。私は、1子目を自信を持って育てたら2人目からは大丈夫だと思うのですよ。もう経験者ですから。3人目になったらもうベテランです。

これは自慢するわけではないのですが、娘がやはり途中から、心身ともにくたびれますから、パニック寸前ぐらいになるわけですね。どんなにしても泣きやまない。おふろに入れているのを見ると、もう虐待しているのではないかと間違ふほど泣くわけですね。それを、その辺から私なんか介入しまして、ちょっとお父さんがお風呂に入れてあげようと言って私が入れるとピタリと泣きやむ訳です。それを見て娘は、一体これは何だろうかと。この子は私に意地悪をしているのだろうかというような、そういうことまで言うのですけどね。その時に、これが経験というものですよと教えるわけです。だからあなたも最初の子供だから今はこんな状態だけど、2人目、3人目になっていくとだれだってお父さんみたいになるのだからと言うと安心するのです。だから、最初の第1子目の時に、そういう困った時に安心感を与えるというか、そういう作用というか機能というか、私は必要だなと思うのですね。

というのは、先生は専門家でしょうけど、みんな

な不安なのです。マニュアルに書いてあることと違うと、みんな不安なのです、今の人は。例えば、うちの娘も、4カ月たってもまだ首が据わらない、大丈夫だろうかと、今度は電話をかけてくるわけですね。私なんか最初は心配でしたよ、最初の子供は。もうマニュアルと本人と比べて。だけど、3人目ぐらいから何にも気にならなくなるのですよね。4カ月で首が据わるのかどうかなんていうことも気にならなくなるわけですね。ところが、第1子目は気になって電話かけてくるんです。私が娘に言ったのは、それは心配かもしれないけども、「世の中でこの子はとうとう一生首が据わりませんでしたという例がありますか。」と言いますと、「そう言われればないですね。」といっって安心するわけですね。

**会長** そうですね。妊娠中でも、電話を24時間受け付けたり、産後電話訪問もとりあえずやってみようということでやっているところもありますが、これが行政の仕組みになったり全県に広まってくれるといいかも知れません。

### これからの地域医療

**司会** 先ほども知事がおっしゃったように、第1子出産後の支援のように、アイデア豊富に、御自身の経験をも行政の施策に生かしていらっしゃいますので、これからの地域医療に関連して、医師会の役割を含めて、期待されることを、知事のお立場で少しお話くださったらと思います。

**知事** 私は、今までの医療行政もそうですし医療の現場もそうだと思うのですけれども、どちらかというと上意下達といいますか、中央集権といいますか、どうしても医療の仕組み、制度があって、それから医療費が中央で決まりますよね。そうしますと、どうしても中央の規格に合わせるようになる。行政もそうなるし、現場の医療もそうなるのだと思うのです。でも、本当は、課題だとか問題だとかというのは必ず現場で発生している訳



です。それは非常に多様性があるわけですね。必ずしも規格化されていませんよね。ところが、現実には中央で決められた全国一律の基準に合わせた医療だとか行政だとか支援制度が盛られているわけですね。もう少し双方向にしたらいいと思うのです。だから、それぞれ医療の現場で発生していることをどういうふうに行政的に仕組んだらいいか、制度を変えたらいいか。それは法律もそうだし、それから医療費の体系もそうだと思うのですよね。矛盾しているところがいっぱいあるのではないですか。

**会長** そうです。

**知事** あるでしょう。バランスが悪いとかですね。そういうのがもっともっと医療の現場から出てきて、それが合理的なものはスムーズに改善に結びつくような柔軟な仕組みでないといけないと思うのですけれども、ちょっとその辺が双方向でないのではないかなという気がするのです。恐らく医療現場の皆さん方はいろいろな提言とか、それから不満とか言われるのだろーと思いますけれども、それが余り柔軟に受けとめられていないという面もあるのかなと思うのです。私は自分で行政をやってまして、いろいろなことをやってまして、やはり「真理は草の根にある」という一つの信念を持っています。やはり中央で決めたことが現場に行った時に随分ずれがあるわけですね。その時に草の根の英知とか草の根の創意工夫がすっと取り込めるかどうかによって、システムがうまく作動するか、それともエンコするかというの

が決まってくるのですけれども、医療の場合も、もうちょっと現場からの声がシステムに取り込められれば、よりずれるのない、違和感のない医療制度とか医療費の体系になるのではないかなという気がするのですけどもね。

**会長** ありがとうございます。私たちもこの鳥取県は二次医療圏が東・中・西部の三つに分かれています、それに一つずつ医師会がございます。いろいろな地区の医師会の活動を吸い上げて県がまとめている。いわゆる草の根でございすね。地区ごとに特徴はありますので、変化を持たせながらいい方向に持っていきたいという想いでございす。日本医師会もそういう格好で頑張っているようございす。やはり鳥取県型のいい医療でありたい、鳥取県医師会としての魅力を全国版にしたいとの想いもございすので、知事さんの想いと一緒なように思っておりますので、よろしくお願いしたいと。

**知事** はい。

### 郷土鳥取県の魅力を 高めていくために

**司会** 今日はいろいろお忙しいところ、大変示唆に富んだお話をお聞きしましたが、医療に限らず、知事さんに鳥取県の魅力を高めていくにはどのようにすれば良いか、又、私たち医師会がお手伝いできることはどのようなことであるか、その辺のお話を最後に締めくくりとしてお願いしたいと思います。

**知事** 鳥取県の魅力を高めるといって、とかく観光地としてどうすればいいとか、外から来てもらった人にどういう魅力を提示できるかということに話が及ぶことが多いのですが、私はちょっと違うと思うのですね。鳥取県の魅力を高めていくには、今現実ここに住んでいる、ここで日常生活を送っている市民、県民がいかに快適で満足度が高いかということだと思うのですね。そのためには、できるだけ不安がなくて、できるだけ自分の能力や個性が発揮できる、存分に発揮できる、

伸びやかに発言もちゃんとできるし、それから自分が持っている力とかを経済活動とか社会貢献なんかで発揮できるという、こういう環境があるかどうかだと思うのですね。

そのためには、1つは、例えば人権問題。これは例えば男女共同参画なんかもそうですね。女性であるがゆえに能力を発揮する機会を奪われてしまうなんて、これは伸びやかな社会ではないですよ。障害、ハンディキャップがあるがゆえに自分の持っている能力が全く社会に貢献できない、これも伸びやかな社会ではないですよ。そういう広い意味での人権というか、本当に一人一人が個性と能力が伸びやかに出せる社会でないといけない。それを心がけているのですね。

それから、トラブルがあった時に、それをスムーズに解決できる社会でないといけない。これは実は司法制度改革ということにつながります。権利が侵害されたりすることがあるのですけど、その時に泣き寝入りをしてはいけないとか、それからもうどろどろしてとうとう暴力に訴えないといけないなんて、これは伸びやかな社会ではないですね。やはりどうしても人間社会ではトラブルがありますから、それをスムーズに司法の場で解決できるような、そういう条件が整っていなければいけない。こういうのも一つの課題でありますね。そのために弁護士を増やすとかを今やっているのですけども。それから、病気になった時に、体に障害ができた時に、それが不安なく安心してちゃんと治癒したりもとに戻したりすることができる。これも人が伸びやかに暮らせるための必須のインフラだと思うのですね。それが私は皆さんの受け持っていていただいている医療の分野だと思うのですね。これがだからうまく高度な技術で作動して、県民の皆さんにその機会が提供される基盤があるかどうかということだと思うのですね。その分野を皆さんに期待をしているということです。

**会長** 私たちもいわゆる医者も地産地消でございす。やはり県内の者がちゃんと県内でいい医者



になって、県民のために働く。それから看護師もそうなのですね。しかし、実際には、みんな外に出ていくのですよ。医者も出ていくのです。その辺を十分に心得、何か地域のために、いい社会にするために我々の仕事があるのではないかということを若い世代にも言うております。本当にありがとうございます。

**知事** 今までとかく行政は、私が言う、「みんなが快適に不安なく伸びやかに暮らせる」という、この目標は共有しているのですよ。だけど、その方向が、そのためには道路が必要ですね、そのためには港が必要ですねという、そういうハードの整備に昭和30年代以降大変大きな力を注いできました。しかし、ソフトのインフラ、例えばトラブルを解決する司法の環境は整っていますかとか、それから伸びやかに暮らせる男女共同参画だとか、ハンディキャップを持っている方々に対する環境整備ができていますかというようなことには余力を注いでこなかったですね。医療は大切だというような認識はあるのですけど、では医療シ

ステム全体をどういうふうを考えるかという面でも、余り共同作業をやってきていなかったのではないかなと思うのです。これからもっと密に、我々行政と医師会の皆さんと、それから人材供給、研究の大学なんかが共通の土台の上でこの地域の医療のあり方を考えるということが大きな課題だろうと思うのです。

**会長** 本当にありがとうございました。いわゆる健康な県民があってこそ県が元気になると思いますので……。

**知事** そうです。

**会長** 手をつないで行かせていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

**知事** こちらこそ。

**司会** それではこれで会談を終わらせていただきます。本当に貴重なお話をありがとうございました。

**会長** どうもありがとうございました。

**知事** ありがとうございました。





# 地区医師会長からの寄稿



## この10年をふり返って —鳥取看護高等専修学校改築始末記—

東部医師会長 米本 哲人

東部医師会が過去10年間で対応に最も苦慮した問題は徳洲会病院進出と看護学校改築の2点と思います。徳洲会問題は平成7年の鳥取市進出宣言から10年になりますが、結論は未だ不透明です。したがって、看護学校の問題をふり返ってみることにします。

昭和26年、女子の高校進学率が37%と低率のなかで准看護婦制度は設立されています。本校は昭和28年に開校し、平成14年の50周年の節目に卒業生の就業状況を調査しました。その結果、公立病院37.6%を含み病院就業率は51.1%と診療所の39.8%を大きく凌駕し、古くから地域医療に貢献している歴史に驚きました。

他方、平成8年、厚生省の准看護婦問題調査検討会が「21世紀の早い時期に看護婦養成制度の統合に努める」と報告していきまして、准看護婦制度廃止論が持ち上がり、他県では学校閉鎖もみられる様になりました。

東部医師会では廃止時期が不確定であると共に校舎の老朽化による早急な改築問題が絡まって、より複雑となり路線選びが大変でした。

平成13年10月、全会員のアンケート結果は「東部医師会館と同居で改築し、継続する」がトップで、「改築前に高校看護科の設置を検討する」との附則がつけました。

平成13年11月、市内の私立高校2校と積極的に折衝を開始しました。計16回の協議の結果、平成15年12月で打ち切りました。最大の障害は実習教

室のスペースと臨床実習病院の確保にありました。

21世紀になり、声高であった准看護師制度廃止の声も弱くなり、諸般の状況から、今後20～30年の間には制度の廃止は無いと判断しました。この頃から学生の2/3は既卒者で雇用的要素が強くなる傾向にありました。

平成16年1月、医師会館は現在改築の必要は無く、経費の事もあり、学校だけ現在地に改築する事にしました。1年間の準備期間を経て、平成17年4月着工、10月竣工の日程で現在建築中です。5年間に及ぶ学校改築問題は一応終止符を打つ事になり、会員の皆様の暖かいご協力に厚くお礼を申し上げます。

平成12年、県は平成13年度から17年度まで看護師の需要が供給を上回るが、平成17年度までに漸減傾向にあると発表しています。しかし、最近の医療の濃密化による看護師需要の増加、介護関連施設の予想外の需要増などで需要減少の傾向はみられません。まして、赤十字看護学校廃止の東部地区は慢性的看護職員の不足となる事は明らかであります。

今回の改築に対し「時流に逆行している」との評もあります。しかし、「看護職員の養成は本来は行政がすべきであるが、地域医療、地域雇用の確保のために医師会が養成するのもやむを得ない」と云った伝統的な医師会の考え方を継承するのも選択肢の1つと思います。現に全国の医師会

立の約240の学校（平成10年は約300校）は75%が養成を継続するとしています。

日本の優れた看護師、准看護師、看護補助者の3層構造体制で、地域医療・福祉・介護の分野が最も必要として求めている准看護師の養成を手懸ける所がどこにも無いのであれば、少し無理があっても、汗を流し、養成するのも社会に貢献出来る医師会活動の1つであると確信しながら、校舎の完成を楽しみにしています。

最後に准看護師制度にご理解とご支援を頂きました県福祉保健部に深謝します。

（参考資料）

- 1) 卒業生の就業状況について：平成13年12月，東部医師会 米本哲人.
- 2) 看護職員の需給に関する検討会報告書：平成12年12月、厚生省健康政策局看護課長.
- 3) 看護学校に関するアンケート結果：平成14年2月，東部医師会報（No.289号）.
- 4) 医療関係職種について：平成17年1月15日，青木重孝，日医雑誌.



## この10年をふり返って —中部医師会共同利用施設の変遷—

中部医師会長 伊藤 文利

平成12年3月1日、快晴の朝8時30分、国立三朝温泉病院より委譲を受けて新しく開設した中部医師会立三朝温泉病院の診療開始テープカットが正面玄関でおこなわれた。喜びと感激にあふれた記念すべきこの瞬間、今日までの出来事が走馬灯のように我が脳裏をかけめぐる。

平成9年4月、県、中部広域連合、医師会、三朝町、鳥取大学の5者は当時の厚生省の国立病院再編成計画に基づき、国立三朝温泉病院の将来を考える調査検討委員会を立ち上げた。平成10年春、10数回の会議、白熱した討議を経た結果、中部広域連合は中部医師会に対し病院存続と経営を正式依頼してきた。それを受けた中部医師会理事会は次の3の目標（地域住民の要請に応える、地域医療を守る、共同施設利用により会員の後方支援の役割を担う）を掲げ医師会病院開設に向けて行動開始する。しかし、医師会内では設立以来50数年の歴史上未曾有の賛成・反対の声が沸騰する厳しい環境を経験することになる。一方では会員の意思確認のためのアンケート調査や、色々な会合を持ちながら情報開示に努め、意見調整・説得など

を通して会員多数の賛同を得る努力をも傾注し続けた。平成10年9月、可否を決める臨時総会は激しく紛糾したがマスコミ注視の下で3分の2以上の賛成を得て遂に医師会病院設立ゴーサインが出たのである。当時、医師会が分裂するのではと危惧の声もあちこちで聞かれたが、幸いにも一つにまとまり、遂にこの日を迎えることが出来たのは望外の喜びであった。

医師会共同利用施設に関して中部医師会は昭和45年に県内唯一の医師会立臨床検査センターを設立し、25年間維持発展に努めた。しかし、医療情勢の変化をもろに受けて赤字経営に陥り、10年前、遂に民間医療検査会社に営業権を譲渡して共同利用施設は中部医師会から姿を消した。しかし、この25年間、センターは会員の日常診療に大きく貢献したことは間違い無いと思う。この様に医師会が共同利用施設を造り、会員の利便性を計るという先見性を発揮した先輩の足跡に我々は大いなる誇りと敬意を表するものである。

なお、共同利用施設とは少し性格を異にするが、その趣旨に似た組織である中部医師協同組合も昭

和48年に設立され、以来長らく会員の医業経営に大きく貢献してきたが、これも又時代の流れから経営難となり、10年前、医薬品及び医療材料販売から手を引き、現在は細々と会員福祉と保険関連の活動を続けている。

中部医師会では問題発生時、歴史的にいつも賛成・反対の激しい論争が発生しているが、いざ決まれば全員一致で執行部方針を建設的に推し進めてきている。なぜこのような前向きな対応が生まれるかについて以前、県医師会トップは次のように評された「地勢的且つ文化的な面に加えて適当数の会員構成がまとまりの良さ、結束の強さになるのではないかと。正しく名言ではないか。

さて、我々の共同利用施設、医師会病院の未来について考えてみたい。現状では必ずしも会員にも病院側にも満足できる施設になり得ていない。

5年後には全面的に我々の財産となるのだが、耐用年数を越えた病院の改築が確実に迫る。その手当を如何にするか等含めた問題山積は続くであろう。この時代、医師会が病院を維持するのは厳しいかもしれないが、先輩の築いた先見性を受け継ぎながら、開設理念の灯火を消すこと無く中部医師会員の誇りとして生き続けて欲しいものだ。



## この10年をふり返って

西部医師会長 魚谷 純

この10年の西部医師会の歩みをふり返った時、真っ先にあげられるのは平成14年に行われた創立50周年の記念事業であろう。まず、社団法人鳥取県西部医師会および附属米子看護高等専修学校創立50周年記念式典・祝賀会が、平成14年5月18日（土）午後6時より米子国際ホテルにおいて、18名の来賓を含む120名を超える参加者で挙行された。記念事業のもう一つの柱として、社団法人鳥取県西部医師会創立50周年記念講演会が、平成14年10月27日（日）午後3時より、一般市民にも開放されて米子市文化ホールで開催された。講師は米子市出身の世界的な経済学者、文化勲章受章、米子市民栄光賞も受賞されている東京大学名誉教授・日本政策投資銀行顧問の宇沢弘文先生、「医療のあり方について」と題する約90分の講演で、大いに勇気づけられた講演内容であった。宇沢先

生は日本医師会の主張を支える論客としても活躍されており、その様な地元出身の著名な先生の講演会を50周年記念講演会として開催できたことは、誠にタイムリーな良い企画であった。記念式典と祝賀会の様子は西部医師会報No.117にも掲載されたが、記念事業の最後の締めくくりとして、平成15年5月に西部医師会報No.120が創立50周年特集号として刊行された。

次に大きな事項として、西部医師会館裏の約170坪の隣地購入があげられる。この土地はもともと国有地であったもので、平成元年頃から払い下げの情報があり、当時の入江宏一県医師会会長が県との折衝に随分ご尽力いただいたと承っている。そのお陰で平成7年3月に一旦米子市が購入し、10年後に西部医師会が譲り受けるという道筋がつけられていたもので、本年3月末に米子市土

地開発公社に所定の代金を支払い、西部医師会の所有地として正式に登録された。

この10年の間に、西部医師会長は昭和63年4月より6期12年務めた周防俊成会長から平成12年4月に栗原達郎会長に、そして、平成16年4月から小生に代わっている。事務長は、昭和52年から20年の長きにわたって多くの会員に親しまれた広山彰利氏が、平成10年3月に惜しまれながら勇退し、その後を利弘篤彦氏、平成15年4月から現在の真庭賢二氏が引き継いでいる。この間事務局および会員のIT化が進められ、平成9年医療情報研究会発足、西部医師会メーリングリストのスタート、平成11年度公益法人会計基準に基づくコンピューター会計の導入、平成14年3月31日西部医師会ホームページの開設となった。

以前から行われていた山陰労災病院、国立米子病院（現米子医療センター）および博愛病院の三病院との連絡協議会は、栗原会長の代になってから鳥取大学医学部附属病院の関係者も参加するようになり、近年出席者が増えてますます盛会になってきている。本年1月には鳥取大学医学部附属病院との連絡協議会も新たに発足した。

平成12年4月スタートの介護保険の分野では、

介護認定審査会委員の選任を原則輪番制とする規約が平成16年7月1日より施行され、委員の選任が円滑に行える体制ができた。

会員数は10年前に約350人（A1会員176人）であったものが、平成17年4月1日現在では474人（A1会員196人）と、約120名（A1会員20名）増加している。医師会の業務が多くなるにつれ、年々会計が窮屈になり、平成13年度には約20年ぶりに会費が値上げされた。さらに、平成15年度からは県医師会の変更に倣って会員種別の変更が行われた。



半夏生



# 会員からの寄稿

(五十音順)

## 医師会と情報化

安陪内科医院 安陪 隆明



私が最初に東部医師会の情報ネットワーク委員の仕事に就いたのは10年前のことであった。当時はWindows95がやっとこれから出てくるという時代であり、まだインターネットも一般的ではなかった。電子メールもほんの一部の人間が使っているだけであり、それは特殊なことだと見做されていた。ある先生からは「まあ情報ネットワーク委員会などというのはパソコン同好会みたいなもんだろうね」と言われ、心の中で「とんでもない!」と、かなり反発したことを覚えている。

それから10年経ち、電子メールは誰もが使えてあたりまえの常識となった。患者さんはインターネットで自分の病気、病態を勉強し、医療機関のホームページも見て来院されるようになった。新聞、TVなどのマスコミも、インターネット上の「世論」にかなり敏感になり、その言が左右されるようになり、それが結果的に政治、経済にも影響を与えるようになった。

TVが広まり始めた約50年前に「一億総白痴化」という言葉が流行語になったというが、これだけ人々が情報に曝される時代、それが社会に良い影響を与えるのか悪い影響を与えるのかは、どれだけ良質の情報を発信するように努力しているかどうか、ということにかかっていると言える。

例えば隣国の反日騒動の背景となっているのはインターネット上で飛び交う情報だという。実際に日本にきたわけでない方が、その情報から大使館や日系の店舗に被害を与え、それが政治、経済に大きな影響を与えているのである。

医師会もさらに積極的に良質の情報を発信し、それが世論を動かし、政治、経済を動かすようにしていかなければ、結局は自分たちの首を絞めることになるだろう。日医は昨年より「広報戦略会議」を立ち上げたが、このような努力が今後ますます重要になってくるであろうし、それが結果的に私たちの生活に大きな影響を与えるものと考えられる。

## 胃癌検診に思うこと

三朝温泉病院 石飛 誠一

先日私の知人が胃癌でなくなった。その人は10年近く毎年胃の集団検診を受けていたが昨年まで異常なしといわれていた。今年になって痛みを訴え病院を受診したところ既に肝転移を伴った進行胃癌で数カ月後に死亡した。

私は日本胃集団検診学会（現消化器集検学会）の発足した昭和37年に鳥取大学医学部を卒業し翌年第二内科（石原内科）に入局、故田中弘道先生の率いるマーゲングループに所属した。昭和40年代に数年間鳥根県の胃集検読影委員を務めた後昭和48年から鳥取県中部地区の読影委員となった。

久しく胃癌検診にかかわってきて、時々上記のようなケースに遭遇する。年1回開催される胃癌検診従事者講習会や各地区の勉強会ではこのようなケース（偽陰性例）の1年前、2年前のフィルムに遡っての検討会が行われている。何年か前に鳥取県における数年間の胃集検偽陰性例を纏めてみた事があった。

偽陰性例を大別すると二つの群に分けられる。スクリーニングとして行われる間接フィルムに全

く所見が写っていない群（A群）と、写っているが読影者がうっかり所見を見落としている群（B群）である。A群とB群の比率はおおよそ1：1であったように記憶している。

A群に属するものの中には1年もしないうちに胃の形状が全く変わってしまうスキルが含まれる。スキルに関しては今のところお手上げ状態と言わざるを得ない。専門家の間でもスキルは検診にはそぐわない癌といわれている。

スキルは別としても噴門近辺の癌や幽門近くの癌は結構大きな癌が見落とされていた。

部位的にレントゲン検査のいわば盲点のような場所が存在する。

検討会で進行癌の見落とし例が呈示されるたびに現在の間接フィルムによるスクリーニング法にたよっていてよいのだろうか、内視鏡がこれだけ普及してきたのだから内視鏡検診を導入すべきではないかとの思いも強かった。

平成13年3月鳥取市で開催された第31回消化器集検学会中国四国地方会において当時癌研附属病院におられた馬場保昌氏が「新しい胃X線撮影法の試み」と題し、高濃度バリウムを用い二重造影を主体とした撮影法について特別講演をされた。盲点の少ない、そして粘膜面の描出にすぐれたフィルムをみて胃のレントゲン診断について再認識させられる思いであった。私がかって考えていたのとは反対に馬場氏は「入れても見えない内視鏡」と内視鏡で見落とされ胃透視で発見された症例も供覧された。

実際に内視鏡では術者が見落とせばそれまで、X線透視のように後でフィルムを見てダブルチェックすることは困難である。

現在鳥取県では内視鏡検診が一部導入され早期癌が多数発見されている。

学会においても胃内視鏡検診標準化研究会が付置されたようである。

臨床の間では若手の医師の関心は切開剥離

（ESD）等治療も同時に出来る内視鏡へとますます傾き、X線透視からは離れてゆくようである。それを反映し内視鏡検診に対する関心も高まるかも知れないが、内視鏡検診の欠点も十分認識しておいてほしいと思っている。

そして何よりも癌による死亡を低下させるためには検診の受診率をもっともっと上げることが必要で（平成14年の受診率は27%）、受診率が上がり受診者が増すと内視鏡検診のみでは到底対応できとは思えない。

胃癌検診におけるX線透視の重要性は決してへることはないと思っている。

平成17年3月「新・胃X線撮影法」が馬場氏らを中心に編集され、消化器集検学会から発行された。関心のある方はぜひ御一読頂きたい。

同時に行政を含めた関係の皆さんに検診受診率アップへの取り組みをあらためてお願いする次第である。

## 新臨床研修制度について

鳥取県立中央病院 研修医 遠藤 功二

平成16年4月から新しい臨床研修制度が始まり、今年で二年目をむかえました。初年度は研修医にとっては勿論の事、指導していただく先生方・コメディカルの方々にとって手探りの一年間だったのではないのでしょうか。右も左もわからない研修医が全国の病院に大挙して押し寄せており現場には大きな混乱をもたらしていると思います。幸い私が勤務している県立中央病院では以前より少数ですがローテーターを受け入れており、コメディカルの方々の御理解・御協力もあり今回の制度の導入もある程度スムーズに行われたのではないかと感じています。

今回導入されたマッチング制度によって医学生意識も変わってきたようです。以前（もちろん私もですが）のような「学生の間は好きなことをやって、勉強は医者になってから」といった風潮



は段々と減ってきており、学生の間から一生懸命勉強をして出身大学・出身県を飛び出して有名研修病院を目指す流れになっているようです。勉強に対する意識が変わることは大変良い事だと思いますが、貴重な人材が県外へ流れていくのは少し寂しくも感じます。そもそもこの研修制度自体についてもまだまだ賛否両論があり、以前のような入局ストレート研修がよいのではないかと考えておられる先生方をお見受けすることもあります。そもそもストレート研修とローテート研修どちらがよいのか、どこの病院がよいのか、どのような研修がよいのかなど、まだまだこれからの部分が残っています。私は、それらの問いに対する答え・評価は二年間という短い研修期間だけで出されるものではなく、これから五年後・十年後に私達がどのような医師に成長できているかで出されるものだと考えています。この制度が成功であったと評価されるよう、残りの研修期間・三年目からの専門課程をがんばっていきたいと考えています。

## 肝移植と私

鳥取市立病院 外科 大石 正博



本年2月に鳥取大学での生体肝移植が話題になりました。まずは、広岡保明先生をはじめとしたスタッフのかたがたが今日まで積み上げた努力に敬意を払いつつ、移植医療不毛の地といわれた山陰地方にも移植医療が根ざすことを祈念いたします。

さて、私も96年から現在まで、岡山大学での114例の生体肝移植にかかわり、貴重な経験を積ませていただいています。なぜ、私が肝移植にかかわるようになったかということ、初期研修を終え92年に帰局した際に、ブタ肝移植実験グループに配属されました。当時、10人程度の研究生で、週2例のペースで、肝移植実験を行いました。その当時ともに苦勞した仲間がそのまま現在の八木孝仁先生を中心とした岡山大学肝移植チームとなっています。岡山大学では、96年に生体肝移植を始めるにあたり、最初の10例までは、京都大学の田中紘一先生に直接ご指導をいただきました。その卓越した技術、驚異的な精神力に驚かされ、本当にこんな手術がわれわれにできるようになるのかとの思いでしたが、その後症例を重ね、ウイルス性肝炎による非代償性肝硬変が保険適応となった04年1月から、症例が激増しました。現在、ほぼ毎週火曜日に肝移植が行われています。肝移植手術では、20人程度の外科医が必要で、大学病院だけではならず、私も含めて関連病院から数名が駆けつけています。肝移植手術は、肝切除、血行再建、胆道再建など肝臓手術に必要な手技を網羅しており、また、レシピエント手術は、肝不全、門脈圧亢進症という異常病態下の手術で、多くのことを学ぶことができます。

毎週火曜日に岡山に出張し、患者様や市立病院スタッフにご迷惑をおかけしていますが、患者様も含め皆様が気持ちよく、いつも送りだしていただいています。このご恩に報いるためにも、肝臓移植手術で学んだことを、地域に還元することが、私の使命と考えています。

## 医療法人大淀会米子東病院 (旧西部リハビリテーション病院) の近況

医療法人大淀会 米子東病院 大濱 満



最初に、鳥取県医師会報が600号というとてもない発行回数に達していることにびっくりすると同時に、この鳥取県医師会の現在を作り上げてこられた諸先輩に感謝を申し上げ、敬意を表します。

この間、医療を取り巻く環境も、医療提供側から見ますと、決して順風で推移して来たとは言えず、苦労の連続であったと思います。その中において、県民の側に立った医療を着実に実行しようとしてきた鳥取県医師会の歴史は、今後もより発展させなくてはなりません。

その長い歴史のごく一部として、医療法人大淀会が米子東病院を、設立当初は西部リハビリテーション病院として開設したのは、平成9年5月のことでした。平成7年7月に医療法人設立の認可を受け、平成8年7月に老人保健施設大淀会を開設したばかりで、この先どうなるかもわからないままに、急性期施設を持たないリハビリテーション専門施設としての療養型病院を開設しました。今考えると、よくお金と人が集まったものと、不思議な気持ちになりますが、新しいことをやってみたいという金融機関の御理解と、集まってくれた職員達のお陰で何とか設立することが出来、当時を思い出しては今でも感謝しています。

やり始めると早いもので、早10年近くが経とうとしています。日本整形外科学会や日本リハビリテーション医学会認定の専門医育成のための研修施設にもなることが出来ましたし、リハスタッフの研修施設として厚生労働省の認可を得て、多くのリハビリスタッフ養成学校からの学生も受け入れています。

鳥取県で最初の回復期リハビリテーション病棟も作りまし、これからのリハビリテーションのあるべき姿として、WHOが提唱しました生活機能分類（ICF）も鳥取県内では最初に取り入れ

ることが出来ました。

しかしながら、まだまだリハビリテーションという概念が定着してきているとは言えず、未だに物理療法や、一部の介護がそのすべてであると誤解されていますし、理学療法士や作業療法士のみの仕事とされています。

そこで、平成17年3月31日に淀江町が米子市と合併したことをきっかけに、「俗に言うリハビリテーションという言葉を使わないリハビリテーション」をするために、病院名を「米子東病院」に改名いたしました。平成18年7月を目処に増床の予定ですが、今まで以上に、「真の意味でのリハビリテーション」提供施設として頑張っていきたいと思います。

今後も引き続き、鳥取県医師会の御指導と御協力をお願いいたします。

## 「タミフル」 飲むべきか？ 飲まざるべきか？ それが問題だ！

岡空小児科医院 岡空 輝夫



タミフル（リン酸オセルタミビル）は米国で開発されたA型またはB型インフルエンザウイルス感染症に有効な経口剤です。1999年にスイス、米国で承認され、日本では2001年よりカプセル製剤、2002年よりドライシロップ剤が販売されました。

以来、インフルエンザの流行期にはタミフルを求める患者さんが急増し、その結果、日本のタミフル消費量は全世界の50%以上という異常な使われ方をしています。一方、昨年8月に作成された「使用上の注意」の解説書には「本剤の使用にあたっては、本剤の必要性を慎重に検討すること」と赤字で「警告」が書かれています。

健康な方にとって、現存のインフルエンザ感染症は一般には致死的ではありません。また、脳症は感染早期に発症することが多く、タミフル服用で防止できません。したがって、一部の方（高齢者、障害をお持ちの方）を除けば、タミフルは治療薬というよりは、「生活の質を改善する薬」という位置づけだと理解できます。私たち臨床医は

どうすべきか？ まさにハムレットの気持ちになります。考え抜いた挙げ句、次のようにしています。

患者さん（保護者）に、前述の解説書をお見せしながら、「（警告を読んで）今まではちょっと使い過ぎなので、全例には使わないでね！」ということです。インフルエンザは自然に治る病気であり、患者さんによってインフルエンザに感染しても軽い症状ですみ、タミフルは必要でないと書かれています。しかも重大な副作用として、ショック～（途中略）～精神・神経症状などと書かれています。タミフルはウイルスの増殖を阻止することで、その効果をもたらし、実際には発熱期間を1日短縮することが証明されていますが、タミフルをご希望されますか？」と、患者さんに選択権を渡しています。2つのICということですが、本当にこれでいいのか？ 自問自答の日々です。

### 昔は走りながら考えた 厚生省、今は？

国立病院機構 鳥取病院 柏木 徹



昔制定された精神衛生法が時代に合わなくなり、国は精神保健法に、さらに精神保健福祉法へと次々と改正を行ってきた。その頃感じたのは、国は走りながら考えているのかな？ということであった。それというのも、法律が改正されて政省令の改正はまるで間に合わなかったかのように遅れ遅れで追っかけて出てきたからだった。具体的な詳細なことが後だしでは精神科医療に携わっている者にとって、気持ちの良いものではなかった。

今はどうか？ 優秀な中央の官僚達のことだからそうしたごてごて騒動の反省の上に先手先手にと改めてくれているだろうと考えるのは甘すぎるらしい。それどころか、今ではゴールに入ってから考えるようになったらしい。

例えば、心神喪失者等医療観察法が成立したのは平成15年7月で、その時既に『2年以内に法を施行する』と定められていたが、施行直前の今年になっても（専門病棟設置が予定されている国立

病院機構病院の仲間に聞いても）法施行に必要な専門病棟は殆ど揃っていない。建物においてしかり、ましてや看護師等の人材確保においてをや、である。新聞報道によれば、法の施行前に法改正をすることを検討しているという。これは正にゴールに入ってから考えているというしかない。まるで私の日常と同じではないか。これでは国家的な大事がうまく行く訳がないだろう。今後は、事前に十分な準備をするやり方に改めて欲しいものである。

### 心癒される時

米子病院 鎌田 修

以前、私は松江の精神科の病院に勤務していました。そこには「老人性痴呆疾患専門治療病棟」があり、痴呆の患者さんが約60名入院しておられました。

「専門治療病棟」といっても、まだ痴呆を治療できる薬はないため、病棟での中心は介護でした。毎日、病棟に行くのですが医師として特にすることは多くなく、患者さんが快適に過ごすことができているかどうかを見ることが主な仕事でした。

私はその病棟で過ごす時間が好きでした。患者さんの横に座って一緒に日向ぼっこをしていると、なんとなく心が穏やかになっていったものでした。

急性期病棟の興奮患者さんからあれこれ文句を言われたりして、少し嫌な気分になった時でも痴呆病棟の患者さんの横に座って、この人は今まで





どんな人生を過ごしてきたのか、この人たちがいてくれたから今現在の自分がこうして生活できているのだとか考えたりすると、何故か心が癒されたものでした。

その理由は今もって説明することはできませんが、純粋な心を持っておられるからこそ、黙っていてもその純粋さがこちらに伝わってきたのではないのでしょうか？ 少し失礼な言い方になるかもしれませんが、純真無垢な赤ん坊とか動物と触れ合うときに、自分も素直になれるという感じに近いのでしょうか？

統合失調症の方も嘘をつくことが苦手です。幻覚・妄想があっても「ない」と言ってしまうと終わりなのに、嘘をつくことができません。上手に嘘がつけるようになったということは、それだけ病気が良くなり正常に近くなったと言うことができるかもしれません。

現在、米子病院は新病棟建築中で痴呆疾患の療養病棟もできる予定になっています。私は今後ともそのような純粋な患者さんたちと関わっていきたいと思っています。

最後になりましたが「鳥取県医師会報600号」おめでとうございます。

## 「救急医療体制」について

山陰労災病院 川上 伸



この度山陰労災病院外科系副院長に指名されましたので、一言ご挨拶申し上げます。

私自身は、昭和43年鳥取大学を卒業後脳神経外科教室に入局し専門医を取得した後昭和52年に山陰労災病院に脳神経外科を新設いたしまして以来30年近くになりました。この間当院の救急医療体制に関係していましたので、思いつくことを述べたいと思います。

世の中の大きな変化により、医療界もここ数年は激動の時代となり、当分の間は不安定な時期を耐えなければいけないようです。医療費抑制による医療経済の変化、新研修医システムの改革によ

る医局講座制の大変革、医師と患者とのコミュニケーションの変化、インフォームド Consent と契約など今まで思いもしなかったことが次々と問題となっています。もちろん多くの面で進歩なのでしょうが、従来の医師（医療）と患者さんとの信頼関係が大きく変わってきていることは否めません。暖かくて、安全で、質のよい医療を提供することを目指さなければいけませんが、医療に対する信頼を取り戻すことも重要な課題です。

労災病院は、当初は急性期疾患が少なかったのですが、周囲の環境も大きく変わり、現在では鳥取県西部の急性期疾患の治療の中核病院となり中枢神経疾患、心臓循環器病疾患、消化器病疾患、脊椎、骨、運動器疾患、などの急性期医療を中心に活躍をしております。年間約2,500例の手術、時間外救急患者数8,000例、救急車搬入2,000例等と病院全体が多忙を極めています。救急センターの無い当院では、医師60名で、交代で当直をし平日夜間でも平均20名以上の急患が有り、徹夜で仕事をして、翌日には診療や手術で中々休養も取れないのが実情です。又最近では一般市民が夜間でも高度の検査、診療を希望され、また医療安全のためにも各科の専門医が当直医のバックアップ体制を敷き救急体制に当たっていますが、従来の診療体制では現在の救急に対応するのは困難な状態となっています。日本は世界で最高の医療環境ですが、多くの病院では、その内情たるや現場の医師、看護師、などのスタッフの犠牲の上で成り立っているのが実情の様に思います。良い医療を提供するためには、精神的にも肉体的にも余裕が必要です。外国では一人の患者を4人がみるといいます。当院では400人の入院患者さんに職員は400人あまりであり、その上に毎日1,000人近くの外来患者さんも見えています。それと今一番の問題は、急性期医療の中で、重症の患者さんの中で、手のかかる目の離せない慢性期の患者さんが共存していることが現場の混乱の原因と思われます。安全な医療を行うためには、病期別、疾患別、病態別の医療体系の必要性を痛切に感じます。都会

とは違う山陰にあった医療のあり方があると思いますがいかがでしょうか。

## 鳥取県医師会報 600号に寄せて

山陰労災病院 川崎 寛中



このたび、鳥取県医師会報600号が発行されましたことは誠に意義深いことであり、この間歴代の県医師会長、編集委員等の御尽力に対し深甚の謝意を表するものであります。毎月医師会報が手元に届くと、まず表紙絵をじっくりと鑑賞して表紙をはぐり、目次（CONTENTS）の中から読みたいものを探していますが、医師会報のよいところはどこから読んでも有益かつ楽しいメッセージが得られることです。活字文化で育てられた世代にとっては、まっさらな気持ちで書かれた文章を読むと快感を味わうことになります。それにしても鳥取県医師会員の中には医業の廃業届を出して文筆家として独り立ちできそうな才能の持ち主の多さに感じ入っています。

私が県医師会に深く関わるようになったのは、平成7年度から全国に先駆けて発足した鳥取県健康対策協議会の肝臓がん対策専門委員会で肝臓がん検診及びウィルス陽性者のフォローアップ事業に関係するようになったことに端を発し、その後鳥取大学医学部附属病院長に就任して医学部医師会の会務を一任されました。現在、西部医師会と当院との連絡協議会や地域医療連携などを通じて西部医師会の先生方と活発な情報交換を行っています。

21世紀の医療提供体制の改革において大きな方向性として、患者向け情報提供の推進と同時に、医療者の活発な情報交換と情報の共有化があげられています。医療ないし医学という分野がもっとも複雑な現象を対象とする分野であることから、高度情報化社会に生きる私共医療人はしなやかな感性を持ち続けながら、情報を的確に見極める能力と正確な情報を発信する能力が従前にも増して求められています。今後鳥取県医師会報は医師会

活動の領域にとどまらず、広く会員の情報交換の場として利用され、新しい切り口で日本の医療をリードする情報を発信して欲しいものです。

## 心の枷

渡辺病院 岸田 英夫



父は内科医であった。慎重過ぎるくらい慎重な人であった。また、“超”が付くくらい厳しい人でもあった。怖かった。他所の家の父親がみな優しく見えたものである。

不安だったのかもしれない、と後年思ったことがある。と言うのは、父は早くから曾祖父の跡を継いで開業したからである。

祖父は内科医として大学で教鞭をとっており、「末は博士か大臣か」の博士であった。何故か後年、精神病院の院長となった。曾祖父の跡を継ぐ気はなかったようである。

その父が軍医として徴兵された。軍医軍曹であった。軍隊での父はよく解らないが、とにかく、敗戦で帰ってきた時は軍医大尉であった。所謂ポツダム大尉と言うやつである。

帰宅した時の父は威厳に満ちていた。

僕は多分国民学校とかの1年生であった。父を見上げていた記憶がある。

古い話である。

その父が変わった。厳しさは以前に増して厳しくなったが、医師として何か自信に満ちていた。修羅場をくぐったようである。

僕の同胞は6人である。生めよ増やせよの時代であった。同胞は多い。

男4人、女2人である。その内、男3人、何とか医学部に入学、何とか医師となり、兄は眼科、弟は胸部外科である。兄は診察中突然死した。多分脳出血ではなかっただろうか。

弟は現在大学の教官である。僕は父の跡を継ぎ内科医として開業するつもりであった。

ところが、さしたる理由はないのだが、何故か精神科医になってしまった。

多分、幼少時、僕を育ててくれた祖父母の影響なのかもしれない。

その祖父の遺言がある。「学びたい人のもとで働け」と。僕は遺言を守っている。

人生の残り時間が少なくなった今、感懷がある。

押しなべて男児たるは、父親に対して理由なき反抗する。兄もそうであった。弟もそうであった。僕もまた…。

超える事が出来そうで、超えることが出来ない存在が父親なのかも知れない。

とにもかくにも、厄介な関りである。

その父も9年前に逝った。僕は父が残した二つの遺言のうち一つを残したままである。

心の枷である。

それでもまあ、僕は、ここまでは総じて面白い人生を生きたと思えば思えない事もない。

いま僕は第1期老年期の最中にある。最近心の中でしきりに反復する事がある。すなわち、「僕の賞味期限は過ぎたのだろうか」、「僕の締切日はいつなんだろうか」などと。

父の遺言と関りのないことではない。悩ましい限りである。

平成17年 5月

## 花粉症とマスク

きむら耳鼻咽喉科医院

木村 寛



今年のスギ花粉の飛散は大変なものでした。患者さんの症状も大変強く、短期間のステロイド内服が必要となるケースもしばしばありました。しかしマスクを着用されていない患者さんも多くおられます。

何を隠そう実は小生もスギ花粉症患者の一人として、9年前、34才で開業したまさにその年の春に発症したものでした。幸いなことに軽症例ですので、マスク、ゴーグルの着用とステロイド点鼻、抗アレルギー剤点眼などの局所療法のみでコントロールしております。

今年は大量飛散が予想されましたので、抗アレ

ルギー剤の内服も考えたのですが、マスクとゴーグルの着用のみでどれだけ効果があるものか、自分が被験者となって実験してみることにしました。昼休みも休日もひたすら「穴熊」のごとく屋内にこもり、外出時はマスクとゴーグルで完全武装しました。結果はまずまず良好で、症状が出た時のみ点鼻、点眼をしました。花粉症用のマスクはさまざまなものが売られておりますが、もっぱらホームセンターで買った、ワイヤーで鼻の部分を固定するタイプの紙マスクを診療中も含めて愛用しております。

小生はハウスダストにもアレルギーがあり、ホコリがたつと咳発作が出るのですが、この場合は花粉症用マスクは無効で、ガーゼマスクを水で濡らしたものが良いようです。これはエアコンなどによる鼻やのどの乾燥防止にも効果があり、喉頭炎や気管支炎などの患者さんにも勧めています。

花粉症の予防にはマスクは非常に有効です。一度花粉を大量に吸ってしまうと粘膜が過敏になってしまい、治療も難しくなってしまいます。抗原の暴露を避け、シーズン初期での最初のattackを防止することでかなりの軽症化が期待できます。患者さんにも勧めていきたいのですが、花粉症の時期で忙しいとなかなか説明に時間がかけられないのが悩みの種です。

## 子どもの食物アレルギー

きむら小児科

木村 浩



近年、食物アレルギー患者は明らかに増加している。

人のアレルギー疾患の原因として食物抗原が問題になるのは、乳幼児期（0～3歳位）と言われている。しかし、平成13・14年度の厚生労働省による調査では、加齢とともに患者数は減少するが、中高校生でも食物アレルギーによるひどい症状を起こす場合があり、20歳以上でも9.5%にその症状が認められている。

また、食物抗原により起こる3つのアレルギー

反応のタイプとして、即時型・遅発型・遅延型があるが、最も問題になるのは即時型である。摂取後、15～30分以内に蕁麻疹・気管支喘息発作・腹痛・嘔吐などの症状が現れ、最悪の場合、アナフィラキシーショックを引き起こす。これら即時型の症状を起こす食品として、0～2歳では卵・牛乳・小麦の3つがあげられ、全体の75%をしめているが、さらに3歳以上では、甲殻類・果物・そば・ナッツ類が加わり、保育園・幼稚園の給食等で問題になっている。

我々専門医の役割として重要なことは、危険な食物抗原を的確に診断することである。しかし、食物抗原は吸入抗原と比較して、その診断が非常に煩雑である。にもかかわらず、この10年間検査方法にはあまり進歩がなく、今だに最も信頼性の高い検査方法は食物除去誘発試験とされている。また、一般的に食物特異血清IgE値が抗原診断に利用されているが、1歳を過ぎ年長に近づくほど、その信頼性は低下する。そこで、当院では現在RAST法（特異IgE抗体）を参考に、HRT（ヒスタミン遊離試験）などを利用し、その危険性を予測しながら除去誘発試験を実施し、食物摂取の可否を決定している。

成長期の乳幼児にとって最も重要なことは、少しでも早く除去食の解除をすることである。そのために、食物抗原の的確な診断が必要不可欠の条件と考える。今は少しでも早く、もっと簡単な食物抗原診断法が開発されることを期待しつつ、食物アレルギーと悪戦苦闘する毎日である。また、除去誘発試験が、一日でも早く保険適用になることを願っている。

## 私の家族

鳥取県中部医師会立三朝温泉病院 整形外科 楠城 誉朗

会員の皆様には、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。私は三朝温泉病院に勤務して4年が過ぎようとしています。平成13年の7月に赴任し、14年の3月に妻洋子と結婚し、翌年の4月



8日（ヤンキースの松井が満塁ホームランを打った日）に娘の綾乃が生まれました。整形外科医の場合、日々診療で微量の放射線を浴びるため生まれるのは女の子が多いこと、また三朝のラジウム含有量世界一の温泉に毎日入ると同様に女の子が産まれると言い伝えられており、やはりそうかと実感しております。しかし女の子は元気でかわいく、三朝に来て家族が増えたことに感謝しています。子供の成長は早いもので、体も大きくなり話し言葉も上達しており、ふと自分は余り成長していないなど感じてしまいます。医療は医療費が削減される中で、病院機能評価などの医療の質の向上を求められ、周囲から厳しい目で見られてきていると感じています。子供の成長に負けないように自分も成長していけるように努力が必要だなと感じているこのごろです。

## 簡単な原則

鳥取県立中央病院 形成外科 坂井 重信

英文法の中でtheとaの使い方は日本人にとって非常に理解にくい。使い方を丸暗記したにもかかわらず、いざ英作文を書こうとすると、theとすべきかaとすべきか悩む。ネイティブスピーカーはいとも簡単にtheとaを使い分ける。当然だ。ネイティブは使い方の非常に**簡単な原則**を無意識に働かせている。「theの意味はただ一つに決まる」という原則である。Aspirin is [a, the] remedy for a headache.（アスピリンは頭痛薬である）訳は同じでも、aが使われるときは「いろいろな頭

痛薬の一つ」ということであり、theの場合は「唯一の治療薬」あるいは「最もよい治療薬」という「一つに決まる」という意味である（大西泰斗，ポール・マクベイ著：ネイティブスピーカーの英文法，13～22，研究社，東京，2005より一部引用）。「文法規則」を山ほど覚えなくてはならなかった小生にとって、こうした**簡単な原則**を英語の授業で教えていただいていたら、今頃ネイティブのようになっていたに違いない。形成外科では唇裂口蓋裂の手術は非常に難しい手術（個人的にはa手術ではなくthe手術と考えている）と言われている。同形態の唇裂口蓋裂の手術を同一術者が同一手術法で行っても、結果は同一ではないからである。教科書に書かれている手術法の原則自体の誤り、手術法の原則の誤った適応、術者の技術的な欠陥、患児側のケアや成長過程の問題などがその原因と考えられる。先日の学会でも、「術式による唇裂最終瘢痕の比較」という演題がシンポジウムに取り上げられていた。原則的な術式が未だ確立されていないのである。**簡単な手術法の原則**はないものだろうか？ 手術法の**簡単な適応の原則**はないものだろうか？ 簡単な**手術操作法の原則**はないものだろうか？ われわれはこの**簡単な原則**（？）を見出すまで、唇裂口蓋裂治療のEBMを続けるにちがいない。そもそも「神の誤り」の修復に、**簡単な原則**などは通用しないのかもしれない。



## 私の生きがい

岩美病院 内科 佐々木夏子

岩美病院内科で勤務させていただいています。今回原稿依頼をいただきましたが、まだまだ医師会、医療のことについての思いを書くことができず、趣味についての話でもよいということでしたので、私にとっての心の支えである登山のことについて書かせていただくことにします。

予備校に通っていたときに読んだ本の影響で、自治医科大学に入学後の夏休みにインドのマザーテレサの施設で活動をしました。そこで知り合った方々から、ネパールの山々の自然の美しさや人の優しさの話を聞き、ネパールを訪れました。そこで、8,000m級の山並みを見、トレッキングロードを歩いて、この美しく清らかな自然のもっと中に入っていけたら、と思い、栃木県の社会人山岳会に入りました。大学の中だけの人間関係でなく、さまざまな年代、職業の方とともに活動を行うことができ素晴らしい思い出が沢山できました。始めた頃は花や鳥をみながらのんびりとした山行をできれば、と思っていましたが、次第に岩登りにも親しんでいきました。始めた年の秋に山形県の飯豊連峰を縦走したとき、1日目は紅葉のすばらしい秋晴れの中でしたが2日目から吹雪になり、3日目には一面の銀世界となりました。それまでは雪山は危険だからしない、と決めていましたが、自然の中で冬に出会い、その中に紅葉と純白の新雪との美しさがあり、自然な気持ちで雪山登山に入っていました。その後は、冬期八ヶ岳岩壁登攀、北アルプス屏風岩・滝谷登攀、雲龍瀑氷壁登攀、冬期富士山などを経て、ヨーロッパアルプス（アイガー東山稜・ユングフラウ・メンヒ・マッターホルン・モンブラン）、中国コングール・チュビエ峰7,530m（6,450mまで）などを登ってきました。比較的高山病には強い体質のようで、まだまだ、これから8,000m峰を登りたい、というときに学生生活が終わってしまいました。当然、



働き始めてからは自分のしたいような登山はできませんが、まだ、登りたい山が世界中にたくさんあります。諦

めることができないので、いつかは、と思いながら、今は県内の近場の山々を探して、少しずつ登っている日々です。



## 時計考

しらいし内科クリニック 白石 正晴



30本近いロレックスをインターネットで、購入しましたが、偽物（コピー商品）が、横行していて本物か偽物の判断は、非常に困難です。本物の研究はコピーの研究からと思ひ60本近いコピー商品をインターネットで、購入しました。安い商品は、5,000円から、高い商品は、コピー商品でも25万円（金無垢のため）出費しました。コピー商品と本物に違いは、駒（ベルト）を、はずして時計本体の6時側（下方）に記号番号の刻印（これで生産年が、分かります）を、チェックします。この記号番号と国際保証書（ロレックスの透かしのある紙でパンチの穴での記号、番号）が、同じであれば問題ありません。時計に刻印が無ければ偽物です。裏蓋開ける道具が、ありますので、その道具で、裏蓋開けてムーブメントを確認します。ムーブメントのある1ヶ所を、ピンで、押さえますと、リュウズ（ネジ）が、簡単にはずせます。そうすればムーブメントが時計本体からはずせます。そうすれば針の交換が、可能になります。針が、はずせますと今度は、文字盤の交換が、可能になります。自分好みの文字盤は、インターネットで、購入しますが、本物は、文字盤の裏の写真

が、決め手になります。神経使うのは、針の装着です。苦勞して組み立てた時計は、愛着ができません。今1番気に入っているのは、すでに生産中止しているトリドールの時計です。ホワイト、ピンク、イエローゴールドで、構成されている時計で、ゴールドに20%のパラジウムを、混ぜると白色に変わるのを初めて知りました。半そでのとき黄色の金無垢の時計では、抵抗が、ありますが、トリドールなら、ステンレス風のため、嫌味が、なく安心できます。しかし貧乏性が、まだ抜け切れず普段着用している時計は、コピー商品です。

## 人生で一番うまかったもの

赤ちゃんこどもクリニックしんざわ 新澤 毅

食べることが好きだ。ただ大学暮らしが長かったので皆様と比べ、余り良いものを食べて来ているとはとても言えない。炊きたての熱いメシとふりかけでもあれば家内に文句を言った覚えも無い。大体において、高価で美味しいものを食べても「まあそうだな」という感想になる。高くてもずいものを食べれば腹が立つし、安くてもずいものに当たれば悲しい気持ちになる。「安くて」「美味しい」ものを見つけたときが一番嬉しいかな。もともと麺食いで、上代の「ざる」とか花ごろものうどんは遠方だが毎週のように出かけているし、天心では医師会の先生方に良く出会う。高価な食べ物は経験していないかというところでもなく、すきやばし次郎のにぎり（コハダは絶品だが大阪、福喜寿司の方が好みかな）や神戸あら皮のステーキ（うまくてびっくりだが支払いにもびっくりする）、六本木中国飯店（黒酢の酢豚には溜息が出た）、京都「大市」のすっぽん鍋、というような有名どころは（今気がついたがこのあたりは殆ど自腹ではない・・・）色々な機会に経験しているし、高価ではないが神戸南京町、老祥記の肉まんや岡山の天神そば、熊本桂花ラーメン、仙台のタン焼き太助は機会があれば必ず寄る店である。そんな人間が今まで一番うまかったものにつ

いての記憶を書く。15年も前、大学でNICUを受け持っていた時分のこと。重症児のため2日の徹夜、殆ど飲まず食わずで仕事だったと思う。へとへとで学外出張のため貼り付けの当番医を次の先生に申し送り、早朝のいわゆる「出稼ぎ列車」に乗るために、大学から大雪の降る中米子駅まで歩いた。少しだけ時間があつたので米子駅の立ち食いそばを食したのだが、これが今まで食べたものの中で一番うまかったものである。なぁんだとか言うなかれ。疲労の極致、冷え切った体に一杯のかけそばは甘露のように染み渡り、一口食べれば溜息、一口食べれば涙が出るほどうまかった。世の中に一体こんなにうまいものがあるのか・・・と思いながらむさぼり食って感激したものである。その後何度もこのおそばを食べるが、もうあの時のような気分は味わうこともない。次年でとうとう50代だ。ネットの「脳年齢診断」のサイトによると「あなたの脳はあと20年で完全に機能停止」だそうである。あと何回食事が出来るのかわからないが、あの時のような食べ物にもう一度出会えると良いな、と思ったり一生に一度でもあんなうまいものが食べたのだからもういいかな、と思ったりしている。

追記。人間が学問的に出来ていないので医師会の記念号に不釣り合いの原稿しか書けません。また写真は命が縮まるので基本的に撮りません。原稿のみで失礼いたします。

## 発育期のスポーツ障害

鳥取県立中央病院 整形外科 鱸 俊朗



長年、スポーツ外来を担当していますが、外来を訪れる選手は、プロ選手；琴光喜、村松（当時ダイエーホークス）など、実業団選手、の受診もあるが、高校生以下の発育期の選手が圧倒的に多い。発育期のスポーツ活動は運動機能の獲得、発育に有用であるばかりでなく、社会性を養い、決断、忍耐など精神面においても益するところが多い。しかし、過度の運動刺激は、発育、成長を阻害

し、恒久的な障害まで惹起する可能性があります。今日、整形外科治療の進歩により傷害に対して、スポーツ復帰はほとんど可能となっていますが、野球ひじに代表される骨軟骨障害に対しては長期の治療にもかかわらずスポーツ種目の変更を余儀なくされ、将来性のある子供に、肉体的、精神的なダメージを残すケースがあるのも事実です。

私自身、大学まで軟式テニスを続け、インターハイ、国体、インカレ選抜出場とハッチャキにひとつの種目に12年間没頭したが、スポーツ障害の既往はない。

私が考える発育期スポーツ障害に関する因子として、第一は子供のフィットネスレベルにあると考えます。一般的に筋力、持久力、柔軟性の欠如が考えられているが、それ以上に、スポーツを始めるまでの子供の運動発達に、生活環境、社会環境（平面的な遊び、遊び場所、ファミコン、少子化、正座習慣など）が大きく影響しての位置覚、深部知覚の低下（膝前十字靱帯損傷、足関節捻挫に代表される）と考えています。つまり、幼児、学童期に習得しなければ正しいボウル投げが出来ないと似ている。第二は観客効果audience effect、つまり、試合相手、チームメイト、コーチ、両親に対するツッパリ現象がスポーツ障害を助長、慢性化、重症化させています。野球ひじなどで痛みを、純粋に感覚としてとらえるのではなく、知覚する側の因子が強く、骨軟骨損傷ステージが進行し、観血的治療が必要な状態で来院するケースが多い。第三はコーチ、親の資質、第四は誤ったトレーニング計画であり、障害の予防、早期発見、治療に対する知識をベースに技術指導、戦術指導がなされシーズンの計画を立てるべきと考えます。

以上のべた発育期スポーツ障害撲滅には、医療現場での個々の対応では限界があり、行政、保育教育現場、PTA、が一体となり取り組むことはもとより、学術専門団体である鳥取県医師会：学校医部会、健康スポーツ医部会の啓蒙活動や関係団体への働きかけ、ご支援を強く希望いたします。

## 自転車通勤事始め

独立行政法人国立病院機構 鳥取病院 高田 耕吉

勤務先が移転するのを機に自転車通勤を始めようと思った。

最近、町中をカッコいい自転車で通勤している人をちらほら見かけるようになった。細いタイヤで車重が10kgを切るようなメッセンジャーバイク、サスペンションが入ったごついマウンテンバイク、そして流行のクロスバイクもよく走っている。欲しいなあと思いながら、あまり乗っていなかった古いマウンテンバイクがあるから、まずはこれで実際の通勤経路を走ってみる事にした。

勤務先までは片道13km。車で行けば30分の距離だ。自転車を趣味としている方にはなんてことない距離だが、自転車に乗るのが久しぶりの私にとっては、たいした冒険であった。毎日の通勤だから遅刻しない余裕を持たないといけないし、着いてへろへろでは本末転倒である。というわけで、ある早春の休日、出勤時間に合わせて自宅を出発、川沿いの自転車道を海に向かった。この時間帯は追い風になることが多くてありがたい。向かい風と追い風とでは緩い坂の上り下りと同じくらい、走った時の負担は違うのである。1/3の目印となる橋のたもとまでは問題なく到着。ここまでは15分。次の1/3は交通量の多い幹線道路を走ることになる。自転車は車道の左端を通らないといけないけど、車通りが非常に多い道で車道をずっと走るのは困難だった。やむなく一部歩道を通ったが、段差の乗り降りが結構きつかった。後半の1/3は湖山池と大学周囲の農道をゆったり進み、スピードも上がった。最後の坂を登った頃には少し汗が出ていた。ゆっくりと走ると50分、飛ばすと45分というところで、そんなに疲れはないし、これから仕事をしても大丈夫かなという感じだった。

20分ほどの小休止後、腰を上げかけた頃から、ぽつりぽつりとみぞれ混じりの冷たい雨が降ってきたのでカッパを着用。山陰の天気は本当に変わ

りやすい。行きの快調さが嘘のように、ぬれた路面を進むのはこんなに抵抗が違うのかというようなペダルの重さだった。水雨が襟首から流れ込み、視界は悪く、自動車からの強烈な泥はねが追い打ちをかけた。帰路の半分までさしかかった時点で、濡れて体温が急激に下がったせいか突然に足に力が入らなくなってしまった。それは自分でもびっくりするような変化だった。小休止して足の屈伸運動と温かい茶で水分補給をし、何とか堤防沿いの自転車道に入り、ゆっくりと進む事ができるようになってほっとした。帰路は、着替えや小休止を含めて約70分だった。

自転車の体力的な負担は天候に大きく左右されるから、雪やみぞれの時には自転車はまず止めた方がいいようだ。小雨程度であつたら無理ではないかもしれないが、安全を考えると通勤時間は1.5倍程度を見込んだ方が無難であろう。何はともあれ、“雨が降らなければ無理ではないな”という感触を得たが、これが続くかどうかはわからない。春夏秋冬、1年続いたら“カッコいい”自転車を新調することを自分のご褒美にすることを勝手に決めた。翌日、足に筋肉痛はなかったが、両臀部が非常に痛くなった。これは予想外で、サドルを交換することをちょっと考えている。無駄な買い物が増えるかもしれない。

## つれづれのお話

三朝温泉病院 瀧川 みき

何年も前の話で恐縮ですが、2000年9月、学会でイギリスに行きました。発表しなくて良いことになり、まさに物見遊山の気分でした。学会自体は、バーミンガムで4日間の日程でしたが、3日間はロンドンで観光としゃれ込みました。おのぼりさんの観光客そのままに、バッキンガム宮殿を見学し、衛兵交代も観覧してまいりましたが、なにして、楽しみは「シャーロックホームズ博物館」！。だれもが、名前くらいは知っているのではないのでしょうか、有名なイギリスの私立探偵で、

シャーロックアンと呼ばれる熱烈な愛好家が、全世界にいらっしゃるそうです。私も、シャーロックアンとまではいかないにしても、ファンの一人であります。

さて、なぜホームズの話になったか。神経内科2005年4月号をペラペラとめくっていると、「神経内科医としてのシャーロック・ホームズー神経内科医の視点から見たホームズ物語ー」という記事が目にとまったからであります（詳細は神経内科を買って読んでみてくださいね）。私もファンの端くれでありますゆえ、著者のDoyle A. C. は医者であり、その師匠であるベル教授を元にこれらの傑作をものした、というのは知っていましたが、このベル教授は顔面麻痺のベル博士と姻戚関係にあったとか、Doyle自身は眼科が専門であったとか、まさに、へえー、の連続でした。そして、特に印象に残ったのは、探偵学と、(医師の)診断学とは、よく一致する、という記述でした。例えば陰性徴候についての言及、鑑別(診断)の重要性、問診→予測→診察(捜査)→確認といった論理的流れなどなど。言われてみれば、のことばかりです。そして、このような考察が、NeurologyやArch Neurolなどの海外一流雑誌にも載っていたこともまた、驚きを禁じ得ませんでした。・・・ということは、我々も、コナン君になれる日は近い？。おう、そういえば、医師(Doctor)と探偵(Detective)は頭文字「D」。おそまつでした。



## 山陰人と山陽人 私の独断と偏見

武信眼科 武信 順子



私は倉吉市出身の根っからの地元鳥取県人ですが、高校卒業後は広島へ、そして大阪で暮らし、いろいろな人達と出会い地域性の違いを感じる事が多くありました。山陰といえば何か暗く、山陽というと日が当たっているイメージがありますが確かに冬の日射しは全く違います。冬なのに澄んだ青空と、真っ赤に染まる西の夕景色に感動を覚えたものです。冬でも布団干しができ、そういう気候のせいかどうか、山陽人は積極的な人が多いように思います。

高卒後、初めて都会(?)に出て知らない人が老若男女関係なく、やたら話しかけて来る人が多いのにドギマギしていました。バスの中で「ちょっと、あんたカバンのファスナーが開いてるよ」と注意してくれるなど、倉吉では経験したことがない事が多くありました。それが大阪に行くともっと顕著で、つつこみにおせっかいがプラスされて、買い物中、隣にいた知らない客が「これおいしいよ～、あんたも買うたらいいわ」と商品を渡された事もあるし、子供と電車に乗っている時「勉強がんばりや～」と100円くれた知らないおっちゃんもありました。(酔っ払い?)大阪は特に患者さんもユニークな人が多く、来るたびに私の似顔絵を画いてくる初老の人、良い俳句ができると診察室で朗々と披露するおばちゃん、缶ジュース1本差し出して「先生大変やな～これ飲んでがんばってな」と言う人とか、いろいろありましたが、こちらに開業してから見るにそういう患者さんはあまりいないようです。友達同士の会話などまるで漫才を聞いているようでしたが、聞く所によると大阪にはボケと突っ込みの文化があり、ボケたら突っ込みを入れてやらないといけないのだそうです。たぶん山陰人は相手がボケてもボケっぱなしで、あまり突っ込まないのではないのでしょうか。

こう言うと山陰人のイメージは暗いのかという事になりますが、決してそうではありません。人情味があって優しく、我慢強く、人に対してあまりきつい言い方はしません。それに帰郷して患者さんを診ながら感じたのは美男美女で色白さんが多いという事です、これも独断と偏見のひいき目かも知れません。しばらく県外に住んで、山陰を忘れていた私でしたが、この大栄町に開業して7年、今では方言丸出しですっかり普通の鳥取県人になって過ごしています。

美しい故郷の自然環境、山海の珍味、美味に、永住の地として、最高だと思います。

## 日常診療でおかしいと 感じる事

竹原皮膚科医院 竹原 直秀



4月になると、アトピー性皮膚炎で治療している小児の母親が「牛乳を飲ませないで下さい」と保育園に頼んだところ、保育園側から「診断書を持ってくるように」と言われたと来診することが多い。そもそも自由主義社会で牛乳を飲まないことに診断書が必要というのもおかしいが、医師も母親も牛乳で痒みが増悪することに気づいているので、診断書をわたすと、今度はまた保育園側から「検査の異常を示すデータを提出するように」と言われたとのことである。これについては多数の保育園で同じようなことが要求されている。

一定の指導基準があるのかと疑われるが、これは学問的に誤りである。カリフォルニア大学小児科教授ウィリアム・ディーマーが指摘するように、食事アレルギー特に牛乳アレルギーは、その殆どがIgEが関与せず、簡易な検査法がないためその多くが見逃されているのが普通だからである。どのようなことから、このような誤りが堂々とまかり通るようになったのだろうか？

また別の母親が保育園で牛乳摂取をやめていたが、4月になって保育士から「そろそろ牛乳を飲ませないと脳が発達しないよ」と言われたと心配して来診した。これも学問的に正しいとは言えな

い。絶対菜食でさえ、IQは平均116で知能の発達はいよことが確かめられており、生長発育も正常である。保育士は乳業メーカーの宣伝マンの役割を担っているのだろうか？

それどころか、乳製品は脳の発達を障害する恐れがある。米国の小児科医WG・クルック博士の「食物アレルギーその偉大な変装者」という論文では、彼の診療所で8ヵ月の間に、45例の多動症あるいは学習障害をもつ子どもが受診したが、45例中41例で食物アレルギーで症候が生じることが示された。この41例中28例が牛乳にアレルギーであったという。もちろん通常の牛乳の検査は陰性である。

また、牛乳のカゼインと小麦のグルテンという蛋白から、麻薬様物質ができることが多くの研究によって示されており、ノルウェーのオスロー大学小児研究部門のカール・ライヘルト教授によれば、自閉症（および広汎性発達障害）の90%近くの患者の尿中に見いだされ、注意欠陥障害（ADD）、や精神分裂症にもみつかる。

これはすぐに分解できないらしく、乳製品を除去して2年経ってもまだ尿中に出てくるくらい、蓄積している可能性がある。この麻薬様物質は、幼児期と思春期にシナプスの組み替えが起こる時期に脳の発達を障害するので、できるだけ早期に牛乳を除去すると治療効果が高いという。

英国サンダーランド大学自閉症研究部門主任教授のポール・シャトック博士は、自閉症、その類似的な疾患、例えば失読症・注意欠陥多動障害（ADHD）の発生が、驚異的に増加しており、乳製品と小麦を除く食餌療法が、他のどんな薬物治療や精神療法よりも効果が高いようだと言っている。

乳製品はその全ての成分（糖質・蛋白・脂肪・カルシウム）が、冠疾患死亡率の増加と明確に相関しており、WHOもカルシウム摂取の多い国で骨粗しょう症が多い「カルシウムパラドックス」を指摘しているのに、エビデンスもないまま「乳製品が健康にいい」という指導がまかり通ってい

る。

乳製品の害に関する科学的論文は非常に多いが、その代表的なものを以下のURLにまとめてみたので参照していただければ幸いである。

<http://www7a.biglobe.ne.jp/~u171nt>

## 旅 行

たじま医院 但馬 啓子

事の発端は、“おじいちゃんが終戦を迎えた場所は、四万十川の上流のどこだったのかなあ”から、始まりました。夕食時などに、“おじいちゃんが、終戦を迎えたのは、四万十川の河口から十里上流の村だったんや。その村に駐留中に終戦を迎えたんや。近くに橋があった。もう一度、その場所を見てみたいが、山奥だから、車でないと行けないところだ…”何度か聞いていました。そう。みんなで車に乗って行きましょう。ということで、何年か前に、車に6人乗って（おじいちゃん、おばあちゃん、私たち夫婦、娘、息子）、四万十川に行きました。おじいちゃんの記憶をたどって、河口から十里上流だとこのあたり、それらしい橋もあり、元村長さんの家を聞き、訪ねると、まさしくおじいちゃんが終戦を迎えた土地でした。当時の村の写真や様子を聞き、おじいちゃんも心の整理がついたようでした。そして、記念に四万十川の石を持って帰りました。それから、但馬家の旅行が始まりました。秘境に行ってみないと、祖谷や五木村、孫に阿蘇山や雲仙普賢岳を見せてやりたいと…。



私の父は、昨年他界しました。英語教師をしていた父は、私が小学校低学年の時、世界中を一ヶ月間、文部省の通訳として、まわりました。私の小学校卒業時の夢は、両親を外国旅行に連れていきたいというものでした。私が、開業したときは、すでに父は、病に倒れ、連れていくことはできませんでした。がしかし、同居の両親と旅行することができ、他界した父も了解してくれていると思います。そのうち、9年間父の看病してくれた私の母にも旅行をプレゼントしたいと思っています。

## たかがボールペン、 されどボールペン

はまゆう診療所 田中 敬子



ある時、弁護士さんと医事紛争になるかもしれない症例を検討していた。「ところで、先生、このカルテのこの日の記録は、同じボールペンで書かれていますか？」と聞かれた。私は、「同じボールペン」と絶句した。一息ついて「同じボールペンで書いていなければいけませんか？」と尋ねた。今度は弁護士が「同じボールペンで書かないんですか？」と驚いて聞いてきた。「同じボールペンで書いていないと書き加えたと判断されるとのことである。実際のところ、一人の患者さんの診療中に絶対に同じボールペンで書くと言う自信が無いし、習慣も無い。

大学病院時代に、兄が検査入院してきた。その感想は「看護師さんの白衣のお尻がみんなしわが寄っている。美しくない。医者は何でボールペンを何本も胸にさしているのか？不思議だ。自分は事務所で個人持ちが1本有ればそれで用は足りる。」であった。

ある時、病棟の看護師さんに「先生にはボールペンは貸さない。すぐになくすから」と言われたことがある。じっと同じ机に座って仕事をするのではなく、病棟、外来、処置机、研究室、医局、講義、ポリクリと一日中、ウロウロしていると、朝、ポケットに5本入っていたボールペンが夕方



にはゼロになっていることもあった。逆もまた、しかりであった。開業して移動する範囲は狭くなったが、状況は変わらない。基本的に自分にはひとつのボールペンに対する節操がないらしい。諸先生方は如何でしょうか？

## 最近読んだ本から

鳥取市立病院 小児科 田村 明子



最近、甲野善紀の『身体から革命を起こす』という本を読みました。甲野善紀とは、武術を基盤とした身体技法の実践研究者という肩書を名乗る、古武術の研究からスポーツ選手の指導などもしている人です。私は、NHKの『ようこそ先輩、課外授業』という、著名人が出身小学校で授業を行うという番組で初めて知りました。古武術家というといかついイメージがありましたが、意外と静かな物腰、話し方の人でした。しかし、あまり大柄でもない体でラグビー選手を倒し、レスリング選手を引っくりかえし、バスケットボール選手のディフェンスをかわす、などを姿勢で軽々とやってみせるのです。そして、小学生には寝ている人を座らせる方法、立たせる方法などを教えていたのですが、教えたやり方を、その場で思いついた、と言ったことに興味を持って、著書を読みました。

古武術というと、秘伝の技を厳しい稽古で身につける、という印象を持っていたのですが、本によると、単純反復練習とか体力作りなどは特にせず、ある動きをするためにはどうすれば良いかをまず考え、実践してみてからまた議論をする、ということを繰り返すようです。人に教えるときも、伝統の技や自分のやり方を押しつけるのではなく、自分はこうするとうまくいく、ということを示して、後はその人が自分の仕事に応用するのを待つ、という方法をとっているようでした。教えを乞ひに来る人も、巨人の桑田選手を始めとしたスポーツ選手のみならず、舞踏家、フルート奏者、介護者、歩くロボットの開発者など多岐にわたっ

ています。肝腎の身体の動きについては、写真と説明文だけではなかなか実感がわかず、やはり実際に教わらないと身にはつかないのだろうと思いますが、介護に応用できる動きなどは見えそうな気がしました。

古いことを研究しながら、新しいスポーツ科学の発想も及ばないことを考え、実践している人がいる、という点で、新鮮な本でした。

## 創刊600号に寄せて

ついき整形外科クリニック 立木 豊和

600号おめでとうございます。原稿依頼を戴いた時、筆不精の私は非常に戸惑いましたが、テーマは自由とのことで、思いつくまま書かせて頂きます。

創刊57年、この間日本は大きく変わったことと思います。一言で表すと「物質的豊かさが増え、精神的豊かさが減った」と言う事でしょうか？少し前から反省され何とかしようとしています。が、変化は止めにくいようです。

地球規模で環境がおかしくなり、拡大再生産から縮小再利用の時代になりつつあります。限られたものを利用しあう（奪い合う）ことになり、資本主義社会そのものが曲がり角にあるのかもしれませんが。日本も一丸となって目指した経済大国化も方向性を見失いつつあり、さらに自ら進めた技術革新による機械化が、人の働く場を限られたものとし社会不安に輪をかけているのではないかと考えます。方向性のはっきりしない社会は、当然教育にも大きな影響を与えているものと考えます。

こう書いていますと段々暗くなってきますが、実際暗い時代に入ってきていると思います。何とか切り抜ける道ないかと考えますが、革命的技術の出現を待つか、あるいは、現代人には苦手な辛抱することが基本なのかもしれません。物質的豊かさは壊されることがない限り蓄積されやすいもので、精神的豊かさは蓄積されにくいものと考え

ます。蓄積されたものの大きさに今、人は対応に戸惑いつつあり、立ち止まって考える時期かもしれません。さらに、社会的方向性がはっきりしなくなり、一人一人がしっかりしないと色々な事に巻き込まれ易くなっています。

毎日このようなことを考えている訳ではありません。5年・10年後を漠然とした不安感の中で生活しております。医師会が一丸となって、社会の方向性を提示できるいい時期ではと考えます。今後も、医師会の更なる発展をお祈り申し上げます。

## 近 況

渡辺病院 土居 聡子

渡辺病院に赴任して早いもので丸7年が経過しました。これまでの病院勤務では一番長く、すっかり馴染ませて頂いています。以前の病院勤務では医局、外来、病棟の三角形を行き来し、医局の先生方、担当して頂いている看護スタッフとの交流が主でしたが、渡辺病院では多職種が連携する場面が非常に多いため、どの部署の職員の方々とも親しくさせて頂くと共に、仕事の上でも支えて頂いています。一つ一つの課題に対し、多職種が分担しながらさまざまな方面よりアプローチし、効率よく対処、そしてお互いを尊重しながら仕事ができる雰囲気心地よさを感じています。それだけでなく、昼食タイムでも私は医局にとどまらず仲良しスタッフと共に食事をとりながら、子供のこと、買い物のこと、最近放送されたテレビ番組のこと等の情報交換、様々な話題で気分転換を



させて頂いています。このような職員の方々との関係が最近妙にうれしく、これからも日頃の素敵な人間関係を大切にしながら、気持ちよく仕事につなげていけたら…と思っています。(H17.5.9)

## 夜中の電話

野の花診療所 徳永 進



夜中に起こされ診察する。これは医者のさだめ、と思っていた。思っはいたが、意外と「どうぞ来て下さい、診ますから」と即答できないものだというのを、齢と共に感じる。

「いつから痛んです」「おとといから」。どうしておとといの昼間に来てくれないんだと思ってしまう。「眠れなくて」「睡眠薬は?」「おととい切れて」。どうしてきのうの夕方までに取りに来てくれないんだと思ってしまう。しぶしぶ夜中の診察となる。

1例目の腹痛は、すでにデファンスがある。アップのパンペリが強く疑われた。朝まで待たずに電話してくれてよかった。総合病院の当直医にたのみ込む。2例目は、おととい身内の葬式があり、それどころでなく、気持ちも落ち込み、眠れなくなった、ところが薬が切れたという。そうか、夜中に診させてもらってよかった。と思った。思ったが、こっちは夜中の外からの刺激による中途覚醒、すぐに入眠とはならない。チビッとやってみたり、眠剤を半錠飲んでみたり、あれやこれやで1時間は消費する。今度からは面倒くさそうに、渋々診察するんじゃなく、「はいはいっ!」と魚屋さんみたいな返答をしてみようと思うが、夜中に電話が鳴ると、「どうされたんですか、こんな夜中に」調or節となりそう。

「求める人あれば、いつでも、どこへでも参ります」と、飲み会の席で入江宏一元県医師会長。「楽しい」とも。頭が下がる。先輩たちは相当な苦勞をし、力を尽くしていたな、と思う。

負けるわけにはいかぬ。ムチ打ちながら、夜中の宿題、向かわねばなるまい ううう。

## 山陰労災病院の20年間

山陰労災病院 代謝内分泌内科 徳盛 豊

山陰労災病院に赴任して今年で丁度20年になります。振り返れば色々な思い出が浮かんできます。立石元副院長をはじめ多くの先生方との出会いや悲しい別れ、楽しかった医局旅行、派手な病院大忘年会、致命的（ゴルフをするのに）になりかけた右手の手術、野球、テニス等々数え上げればきりがありません。現在の感想としては「この病院に来て良かった」というのが偽りのない気持ちであります。

この度はテーマが自由とのことですが、やはり20年間糖尿病の療養に携わってきた手前、当院に於ける20年の糖尿病療養の歩みについて簡単に触れてみたいと思います。

昭和60年6月に赴任し、当時は何も方向性を持たないままに、とりあえず週に1回、1ヶ月の糖尿病教室を入院患者を対象として6～7名の参加ながら、病棟看護師長2名、管理栄養士2名、医師1名のスタッフで開始しました。また全国糖尿病週間の行事として講演会を開催、これらが当院に於ける糖尿病療養の第一歩であったように思われます。その後試行錯誤を重ね現在の糖尿病教室のスタイルに到達し、参加人数は延べ2万人をゆうに超えているものと思われます。現在は毎月1回（第2か第3週の月から金まで）、医師2名（内科、眼科）、看護師2～4名、薬剤師1名、理学療法士1名、管理栄養士3名のスタッフにより、「自己管理」をモットーに、バイキング形式の食事指導を含めた療養指導がまずまずの成果を挙げているものと自負しております。

現在、当院は糖尿病教育施設に認定されており、指導医1名、認定医2名、糖尿病療養指導士3名が有資格者として勤務しており、今後も療養指導士の資格取得を希望するコメディカルの声を聞くたびに20年間当院で糖尿病に携わってきたことに「我、悔い無し」の思いで一杯です。



昨年度は第18回中国四国新臨床糖尿病セミナーという大きな会の担当も任され、病院職員一同、MR諸氏の強力なサポートのお陰で無事終了出来ました。これも当院への信頼度が高まった証と嬉しく思っています。

以上、山陰労災病院の自慢ばかりを書き連ね、読者の方々に不快感を与えたことは否めませんが、これが私の現在の心境と推察されご容赦のほどお願いいたします。

今後、益々増加が予想される糖尿病患者に対し（平成14年度、年間外来患者数3,438名、入院患者数1,009名）、地域の基幹病院として、病診・病病連携を重視しながら、患者中心のレベルの高い医療を提供できるよう、更に糖尿病療養に病院全体で精進していく覚悟ですので、関係の皆様方のご協力、ご鞭撻をお願いし、自慢話を終わりにさせていただきます。

### 「爪もみ」療法

中西眼科クリニック 中西 祥治



「爪もみ」療法（以下、爪もみ）とは、爪の生えぎわを指でつまみ、押しもみして刺激することにより、自律神経の働きを整える（副交感神経を優位にする）治療法です。

1996年、福田稔<sup>あぼ</sup>医師と安保徹新潟大学医学部免疫学教授は、交感神経が優位になると白血球のうちの顆粒球が増加（リンパ球は減少）し、副交感神経が優位になるとリンパ球が増加（顆粒球は減少）するという「白血球の自律神経支配の法則

（福田—安保理論）」を発見しました。さらに、注射針などを用いて、手足の爪の生えぎわ（神経線維が密集している）や、後頭部や側頭部をはじめとする全身の治療点（圧痛点、ツボ）を刺激すると、副交感神経が活性化され、リンパ球が増えて免疫力が高まることを確認しました。2人は、この東洋医学的治療を自律神経免疫療法と命名しました。爪もみは、自律神経免疫療法が誰でも家庭で行えるようにと、福田医師が考案しました。切れ味は自律神経免疫療法よりもマイルドですが、続ければ、それに劣らない効果が期待できます。

爪もみは、免疫力を高めるだけでなく、交感神経の過度の緊張が原因と考えられる症状には全て適用できます。私は昨年2月に健康雑誌で爪もみを知りました。私自身、ストレスによる心身の緊張や不眠を感じていましたので、早速、爪もみを試してみました。その結果、爪もみをする、手が温かくなり、あくびが出て心身がリラックスし、不眠にも有効であることがわかりました。以来毎日、夜寝る前や緊張を感じる時などに爪もみを行っています。方法は、薬指を除く（薬指は交感神経を刺激する）両手の指の、爪の生えぎわの両角を、指1本に対し10秒～20秒間、少し痛いくらいの強さで押しもみします。腹式呼吸と同時に行えば、より効果的です。

爪もみは、免疫力を高め、血行を良くし、心身をリラックスさせます。そして、いつでも、どこでも、簡単に行えます。興味のある方は、ぜひ一度お試しください。

## 卒後臨床研修2年目をむかえて

山陰労災病院 臨床研修医 中村 文子

卒後、早くも1年が経った。医師として2年目になったのだが、あまりに頼りない自分に反省したり、ちょっとした成長に喜びを感じたりしている。

1年目は、内科、外科、麻酔科、救急を回った。病院の体制にもよるが、私の場合2ヶ月毎に所属が変わった。同じ内科でも、消化器、循環器、脳

神経と専門によってかなり違うことに驚いた。科が変わるごとにゼロに近い状態からで、始めはストレスに感じるが多かったが、1年間終わってみると、幅広く色々な経験をさせてもらったと実感する。将来その科に入らないとしないようなこともさせてもらってきた。2年目に入り、今まで経験した事が、全く違った場面で役に立ち、点が線となって繋がる瞬間がある。



また、科を越えて多くの先生に指導して頂いたことは本当に幸せである。短い期間であっても指導医の存在は大きい。十人十色で、節々にその先生の歴史を感じる。医学的知識や技術を学ぶ以上に、その先生の考え方や姿勢が今の私にとっては大切な勉強になる。少しずつ吸収し、自分が形成されていくのを感じる。

そしていつか自分で自分の道を開いてゆかなくてはならない。沢山の色の存在を知り、自分に継げる。古びないように、震まないように、常に新しい色、他の色を知り、自分を見つめ、白い画用紙に自分の色を作ってゆきたい。

## 女性医師がフリーターにならないための条件は？

なかむら皮膚科クリニック 中村佐和子



私が医学部の学生の頃は約1割が女子学生でした。その後大学病院で学生の臨床実習の指導にあたる頃、学生グループの中にはほぼ複数人数の女子学生がいて、その増加を実感した記憶があります。女性医師がフリーターになることなく、常勤の責任ある立場で仕事を継続していくために最も大き

な要因は公の育児サポートだと思います。医学部卒業後独身であれ、結婚するにせよ、その段階までは失業するのも非常勤を選択するのも、大人の女性の人生観の問題であり、他人がとやかく口をはさむことではなからうと思いますが、子供が誕生して以降は状況が一変します。公の育児サポートの貧弱さが壁となり、さまざまな困難に直面します。仕事を継続するため子供を預ける選択肢は主に3つ。または、その抱き合わせです。①託児施設の利用。しかしそのみでは常勤勤務は困難なので、個人などへの2カ所目の託児も必要。②自分の親がサポートしてくれる。③夫の親がサポートしてくれる。②か③の選択肢をとれる者は大変幸運です。①になるか、②か③の選択ができるかは、個人の医療人としての能力とは無関係なのです。私自身は③の選択肢をとらせてもらうことができたことが、現在まで仕事を継続してこることができた最大要因と思っています。私自身が①の選択肢の公の託児施設を利用した経験がないのでその大変さを語る資格はないのですが、その負担は大きく、気力体力ともに続かないだろうことは容易に想像できます。理想的には①の選択肢が②や③に近い状態、つまり24時間体制、子供が病気の時も預かってくれる条件が整わなければ、女性医師は自身の志とは裏腹に失業または可能な範囲での非常勤となるでしょう。多くの費用と人員が必要な話なのでしょうが、医学部学生が卒業するまでの医学教育にもそれなりの費用が投資されている訳で、その人材が埋もれることによる社会的損失はさらに大きいものと考えます。我が子たち（二男、一女）は自分達をかわいがり、愛しんでくれた祖父母を大切にいたわっています。これまで仕事を継続し、現在開業して地域の皆様の診療に携われるのも、理解し協力してくれた家族のおかげと感謝しつつ筆を措きたいと思います。

## YMCA米子医療福祉専門学校 誘致の顛末記

新田外科胃腸科病院 新田 晴生

1994年4月YMCA医療福祉専門学校が開校し、ようやく理学・作業療法士、介護福祉士の育成が米子の地で可能となりました。当時、介護保険のスタートを間近にして、鳥取県の医療機関では療法士の獲得に相当苦勞されていたようです。私達も介護保険に無くてはならないマンパワーの育成を一日も早くスタートさせなければと考えていました。丁度森田市政が誕生した頃の頃でした。

当時、市内に「ザ・ウェーブ」と云うボランティアグループが結成され、私はその一員として、この療法士養成機関の設立の件を強く訴え、皆さんの賛同を得ることが出来ました。先ず地元で設立するか、或は他県の機関を誘致するかの問題となりました。市、或いは地元の諸氏に働き掛けましたが、公的な施設としての設立は経済的な問題で不可能との結論となり、やむなく誘致企業の選定に着手しました。

知人に紹介を頂いた大手建設業よりの情報として、広島市内に各種の学校を経営しておられる広島YMCAの中に介護保険スタートに向けての療法士育成教育機関の設立の構想があるとの事でした。他にも2～3の学校法人等の名前が浮上しておりましたが、YMCAの国内は勿論の事、世界各国にも展開されている実力を評価し、「ザ・ウェーブ」として広島YMCAにお願いする事を決めました。当時米子市には前市政時より高等教育機関設立委員会が設置されており、鳥取女子短大米子キャンパス誘致の構想が存在しておりました。米子西高移転後の跡地に設置する予定でしたが、時代の変化と鳥取女子短大の考えが合致せず幾年かが経過していたと思われます。市政の交代を期に我々は療法士の育成が急務と考えておりましたので、市議会に早期療法士養成機関の開設を陳情しました。趣旨は認めるが、鳥取女子短大問題が未決着のままとなっていた為、継続審議とさ

れました。

私達はこの問題に立ち向かうべく「ザ・ウェーブ」で署名活動を展開し多くの方々の努力と協力を得てわずか2～3週間の間に約5万人に及ぶ署名を頂くことが出来ました。この署名活動が市議会委員会を動かす結果となりました。ようやく米子市の協力を得られる事となり市の誘致企業として学校用地は市内錦海町に造成されていた空地が確保され、又、この学校用の敷地を無償で30年間貸与すると云う条件で広島YMCAと折衝し、何とか誘致の目途が立って参りました。この間「ザ・ウェーブ」で問題を提起して以来、約3ヶ月を要したと思います。

開設委員会の設置、米子市との正式な契約が交わされ、ようやく我々の活動が日の目を見る事になったのです。

広島YMCAから設立準備のため、小林主事が着任され、我々と協力して各関係機関と交渉されたり、私も同行して県内の各公的医療機関に協力をお願いして参りました。又、準備中には教員確保の問題、米子市と鳥取県私立学校連盟との問題（米子開発公社の用地の無償貸与？）等、数多くの問題に小林主事はうまく対処されて私達ザ・ウェーブの人達と誘致を決めてから約一年半の期間でYMCA米子医療福祉専門学校として開校にこぎつける事が出来ました。

理学療法士、作業療法士の4年課程は先見の明があったと思われます（当時この種の専門学校は3年課程でした）。

本件の成功の鍵は…

- ・ 先ず、ザ・ウェーブの皆さんで学校開設の発端をつくった事。
- ・ 住民の皆さんのこの種の学校に対する理解を得られ、急速に市民運動として動き出し署名活動の協力が得られ多数（約50,000名）の書名を頂きこれをもって市議会及び市と交渉し早期開設に極めて有効であった事。
- ・ 活動資金はザ・ウェーブ並びに市民の皆さんか



らの貴いカンパで対処した事。

以上、

当時の活動の粗筋を思い出しながら書いてみました。

現在YMCA米子福祉専門学校は数多くの理学療法士、作業療法士、介護福祉士の方を世に送り出し、立派に地域医療に貢献しておられます。私たちが協力を惜しまず学校がさらに成長していかれることを願いたいと思っております。

## はじめてのけんしゅう

鳥取県立厚生病院 研修医 野口 壮士



今春、鳥取大学医学部を卒業し、倉吉市の鳥取県立厚生病院で2年間の卒後臨床研修をさせていただくことになりました野口壮士と申します。

今回の執筆に当たりまして「テーマは自由」とのことでしたので、失礼を承知の上で少しお話をさせていただこうかと思います。

東伯郡湯梨浜町に「はわい会館」という建物があります。

こちらでは1日300円の席料で、囲碁・将棋を楽しむことができるようになっております。

私は囲碁はさっぱりですが、将棋の方は少し知っておりまして、倉吉市に住む2年間は、この「はわい会館」の将棋部門の講師として中部地区の子供たちに将棋を教えることになりました。最初は駒の動かし方から教えるわけですが、最終的にどのレベルに到達させてあげればよいのかは決まっておりません。残念ながら、私はプロ棋士を



育てあげられるような棋力は持ち合わせておりませんので、講師と言う肩書きはいただいたものの、やはり限界はあります。そこで私なりに勝手に設定した目標が「将棋の本や新聞の将棋欄などを見て、あれこれ考えて理解できるようになる、すなわち、自分で自由に学ぶことができるようになる」でした。言い換えれば「将棋という分野においての自立」ということです。

鳥取県医師会報600号記念特集号にも関わらず、自由に書きすぎたことをお詫びいたしますが、私が本当に書きたかったのは「この2年間の研修で、医療という分野において自立できるように頑張りたい」ということです。

皆様、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い致します。

## 私の生活の中における 野球と犬の存在

山陰労災病院外科 野坂 仁愛



このたびは、県医師会報600号おめでとうございます。また、今回このような投稿の機会を与えてくださり、感謝いたしております。しかし、何を書こうかとはたと考えてしまいました。皆さんは日々患者さんと向き合い、治療を施されています。うまく行くとときもあれば、なかなか思うようにならない時もございます。そんな時どのように切り抜けていらっしゃいますか。今の医療を取り巻く環境は年々厳しく、治って当たり前、どうかすると我々医療関係者の責任を問うまでになってきています。そんなこと医療のプロならば当然とおっしゃられる方は相当強い方で、私なんかすぐにひよってしまうほうで、そうだとすれば医者になっての20数年どうやってきたのだろうとか考えをおよぼすに野球と犬の存在が浮かび上がってきたのです。野球は学生時代にこれでもかと言ったつもりでした（決してよい成績ではなかったです。）。医師になり医局時代（大学病院）、出張病院時代（鳥取日赤病院）、赴任先病院時代（公立

社病院・山陰労災病院）それぞれの病院で野球にかかわり、医局野球、日赤野球大会、日産グリーンカップ大会、労災野球大会、壮年野球リーグ戦など幸いにも野球をする者にとっては環境はよく、野球部であったことや野球そのものが好きであったことが野球をつづけてこれた一つの要因かもしれません。それよりも今振り返ると野球を通じて医師以外のいろいろな職種の方と仲間になれたことのほうがもっと大事なことだったかもしれません。仕事でのコミュニケーションがとてととりやすく仕事上でいろいろと助けていただいたことがストレスがたまらない一つだったと思います。もうひとつは犬との関係です。うちの父が研究の関係か家に犬を飼っていたせいか、私が記憶のあるときから、犬は自分の周りにいるのが自然でした。小学生の2年のころからさかのぼって見ますと家で飼った犬は エス（雑種 12年）ポント（ポメラニアン 6年）レックス（柴犬 9年）ラッキー（テリア 現在）ですが、大学の研究時代は論文テーマのため犬の手術を行わねばならず、常時10～20匹を病院の屋上の飼育場で飼っておりました（約2年くらい）。病院でするので残飯はたくさんあり、ポリバケツ2杯毎日給食に取りにゆき、それぞれの犬に与えておりました。これは自分にとっては楽しみでもあり、そうすると愛着がわき、なかなか実験に供することが出来ず、教授から早く出来ないかといわれると、犬の体調が悪いものでとか言い訳をしたものでした。彼らとかかわる時思うのですが、犬たちは無心で疑うこともなく私を信頼してくれる。結果、癒される自分がいるわけです。決してストレスが溜まったから野球をとか犬と興じようとか言うわけではなく後で考えれば結果的にストレスの発散になっていたのだらうと思われるのです。今後も野球と犬とのかかわりはとても大切にしてゆきたいと考えています。結果、仕事上のひっかかりがスムーズになるんだと思います。

医師会の皆様、患者さんのために日夜奮闘努力されていると思います。ただ、時々には自分のため

に癒しの時を作ってください。それが患者さんのためにもなると思います。

皆さん ファイトー1発！

## 松 米 道 中

野田整形外科医院 野田 敬二

暗い冬のトンネルを抜けて、春が行き過ぎ夏を感じるこの頃です。太陽の昇ってくる方向や時間の変化、東出雲の朝霧、黄緑から薄茶色へと変化する竹林、燃え立つような橙色の花粉をまとった杉林、深緑から新緑へと芽吹きはじめた山々、濃い緑の中に転々と浮き上がるように咲く桜や名も知らぬ白い花、王陵の丘トンネルを抜けると広がる安来平野、吹き抜ける風の向きや方向は風力発電のプロペラの向きと回る速さで知ることができる。朝靄の中に墨絵のように浮かぶ中国山地の山山、編隊飛行する渡り鳥たち、前方の道の先には残雪をいだいた大山が見えてくる。高速道路をでると、白や赤の椿の花や梅の花、菜の花の黄色のあざやかさ、秋の実りを予感させる安来の丘陵に広がる梨の白い花、田んぼを彩るレンゲ草、道端に可憐に咲く雑草の花々。連休のころには白、赤、ピンクのつつじが美しい。山のなかでひっそりと紫の花を咲かせた藤の綺麗なこと。町に入ると花好きの人が住んでいるのであろう家の前に咲くカラフルな花々、枝を落とされた街路樹に芽吹いた新緑の葉。電柱がなくなりすっきりとはなったけれど殺風景な道を過ぎると新緑の緑のトンネルが迎えてくれる。開業して6年、通勤が大変でしょ



うといわれますが、毎日このような美しい風景と豊かな自然を楽しみながらハンドルを握っていますので全然苦にはなりません。これも高速道路ができて余裕をもって走れるからだと思います。帰りは夜になりますので自然を楽しむことはできませんが夜景もまた美しいものです。後どのくらい走ることになるのかわかりませんが、これからも心にゆとりをもって自然を楽しみながら通っていきたいと思っています。皆さんも高速では車間距離を十分にとってわきみ運転をしてみてください、きっと楽しい時間を過ごすことができると思います。

## 「新たな振り込めサギ」？

はまはし眼科医院 濱橋 孝寿



よく病院にNTTのタウンページの広告をコピーして代金を振り込めとの振り込み用紙が届くが、これも一種のサギかと思う。

今回私が経験した「振り込めサギ」？を書いてみようと思う。

先日カードで買い物をして商品の宅配を頼んだのだが、代理店を名乗る会社の人物から電話があった。

その人物の言ったカード情報と使用したカード(A)の番号及びクレジット会社が正しかったので信用してしまった。内容はAカードの有効期限が切れているので引き落とせない、振り込み用紙を送るので振り込んで欲しいとのことであった。

振り込みはめんどうなので別の会社のカード(B)ではダメかと問い、それでも良いとのことではBカードの番号と有効期限を告げた。が後で考えると同日に他の店ではAカードで買い物が出来、引き落としが出来ないとの電話はなかったのでおかしいと気づき、すぐにAカード会社に問い合わせ有効であること又実際に買った明細がコンピュータ上、計上されていることを確認した。後で教えたBカードはすぐに止めたのだが、振り込めと電話してきた会社からBカードの無効の電話

がかかってこないため、やはりサギではないかと考えている。

冷静になればカードサギをするならAカードで出来たわけで、わざわざ電話する必要がなかったのだから、やはり現金が欲しかったのだろうか。

その後商品は予定日にきちんと届けられた。世の中色々なことを考える人がいるようです。皆様ご用心を。

## 体力増強作戦

はやしクリニック 林 貴史

開院してもうすぐ4年が経過しようとしている。開業医の行動パターンにもなれてきたが、ここ1ヶ月ほど体がなんとなく重いような気がしてきた。それもそのはず、体重計に乗ってみると体調を崩して減った体重が3kgも増えていた。

思い起こせば今年の2月初旬の早朝、腰痛で目が覚めた。悪い予感を抱きながらトイレに入った。褐色尿であった。自己診断は尿管結石症。10年前、同じ病を患った時に味わった痛みほどではなかったが、今回は開業医ゆえ仕事を休めなかったのは辛かった。ブスコパンとボルタレン坐薬を1日3〜4回使って痛みを耐えながら診察を続けた。石が出たのがわからなかったが、3日ほどで痛みは消えた。このとき食事量を極端に抑えたため、体重は1週間で5kg近く減少していた。

ところで、私には3人の子どもがいる。高3、中3が女の子で、一番下が小2の男の子である。この男の子が体を動かすのがなにより好きで、暇



さえあればそのお付き合いをさせられる。最初のうちは私も元気だが、すぐに疲れてあごが出てくる。開院以来運動らしい運動はしておらず、なおかつ仕事中の運動量は勤務医時代の10分の1以下ときている。こんな事では息子に愛想をつかされてしまう日もそう遠くない。

結石のこと、息子とのことなどから健康維持の目的で一念発起、体力増強作戦を計画した。まず、テレビコマーシャルでよく見る足こぎ式トレーニングマシン「Lateral Thigh Trainer」を購入した。前からあるRunning Machineとは違い、軽くて静か。最大のメリットは居間でテレビを見ながらトレーニングができること。さらに、フィットネスクラブに入会手続きをとった。トレーニングマシンで筋肉を和らげ、スイミングで持久力を培うこととした。開始予定は5月29日である。本格的始動にはもう少し時間があるが、体力の衰えに歯止めがかかるのではないかと期待している。

## 本籍鳥取、岡山經由15年目の本音

鳥取市立病院 泌尿器科 早田 俊司



会報600号記念、誠におめでとうございます。発刊以来57年ということですが、私が岡山大学から故郷鳥取に赴任させていただいて15年になりますので、貴誌のもつ年月の重みを実感させられる次第です。さて平成2年、当院に着任した際の正直な感想は、我が故郷とはなんと田舎か、という一種の感慨と余りのボロ病院に、「ま、一人医長で田舎なりにボチボチやればいいのか」といったものでした。しかし実際臨床を開始してみると、私の前任者をふくめ鳥取地区の泌尿器科の臨床レベルは惨澹たるもので、これではいかん、せめて岡山の平均レベルまでもっていかなくては故郷の人たちに対してあまりにも不誠実ではないかという一念が強く募ったのです。以後15年経過しました。東部地区全体のレベルは多少なりとも向上したように思います。我が病院にいたっては「ボロ

病院」を脱却、新築まで経験させていただきました。そして今また思うのです。恩師公文裕巳教授の言によれば、現在、岡山大学は京大を始め、周辺との圧力、競争のなかでもがいており、いわば地方（田舎）大学としてのレーゾンデートルに苦しんでいる最中であるとのこと。翻って、ここ本籍地鳥取をみてみると、「煮えたら食わいや」の因幡人気質をベースに他の者からの刺激を避け、仲間内だけで満足しがちな傾向がありはしないか、と自戒し強迫観念に駆られるのです。つまり異分子の存在がこの地区には必要ではないのかと。

勤務医というものは、他の職種からは想像できないほどに、職場（病院）への帰属意識は薄いものです。真剣に考えていることは「患者」と「出身教室の教授の存在」くらいのものでしょう。最近の医療事情は病院間の競争としておもしろおかしく語られ、酒の肴になるような一面があるようですが、そんな俗論は捨ておいて、ここ鳥取で岡山経由の異分子として今後もお世話になるつもりです。以上、この場をお借りして本音を言わせていただきました。

## 1年目の研修を終えて

鳥取市立病院 臨床研修医 檜垣 貴哉



臨床研修制度が必修化されてから、初めての研修医として研修を始めちょうど1年がたちました。スーパーローテート研修は臨床研修必修化以前より、いくつかの病院では行われていたようですが、やはり大多数の病院では全く初めての試みであったと思います。私が研修している鳥取市立病院でもこれまではストレート研修が主体であったため、一からのスタートでした。

どのような研修になるのか不安もありましたが、今のところ概ねうまく研修は進んでいるように感じます。スーパーローテートを行うことの長所は、多くの科の研修ができることであると思っています。それぞれの科で扱う疾患や行える治療

について幅広く知ることができ、自分が他科の立場からコンサルトするときなどに非常に役立つと思っています。

一方、それぞれの科で研修する期間は数ヶ月ずつしかなく、消化不良に終わるという点は否めません。担当させていただく患者様も、入院から退院まで診ることができないこともあり、申し訳なく思うこともあります。

研修期間の半分が終わり、研修終了後、全国の研修医がどのような進路を選ぶのかが気になるこのごろですが、とりあえずは現在の研修の中で得ることのできるものをできるだけ多く得ることができるよう励もうと思っています。

## 医師＝エンジン？ ブレーキ？

とみます外科クリニック 廣田 裕

まずは鳥取県医師会報600号おめでとうございます。このような記念すべき機会に投稿の場を与えていただきましたこと、光栄に存じます。

さて私は1999年12月に開業いたしました。原形を師匠（琴浦町 森本先生）にならい、外来、通所リハビリテーションとし、在宅医療に力を入れることとしました。2000年4月に介護保険が開始となり、他施設のケアマネージャー、訪問看護、訪問リハ、ショートステイなど、介護関係機関と関わるのがますます多くなりました。また、勉強と思い介護認定審査会の委員も引き受けました。

そんな世界にいと医師の挙動が非常に気にかかるものです。地域医療の核になっている先生、常に新しい手法や考え方を取り入れ、在宅生活を支え、めざましい成果を上げている先生、まじめに整然とした意見書を書かれる先生…本当に感心させられます。まさに在宅医療のエンジンといえます。

しかし、残念ながら周囲を困らせている“先生”方がいるのも事実です。面会するのに非常に気を



遣わせる“先生”、しかも協力的でない。読めない意見書、内容のない意見書、さらに主治医でありながら意見書を書かない“先生”。極めつけはケース検討会で、寝たきりのおばあさんを在宅でどう見るかをディスカッションしているのに、“こんな人は家にいる資格がない”といった二人の医師。周囲はあきれ果てました。本当に同業者として恥ずかしい思いをすることがしばしばあります。大変なブレーキです。

だいたい我々医師は奇人、変人、あるいは社会的常識に欠ける人種と思われがちです。頭はいいけれど、ふつうのコミュニケーションがとれない、と。確かに、たまたま受験戦争を勝ち抜き、専門的職業教育を受けただけで、人格が備わっているとは限りません。この奇行がいい方向に働けば医師のカリスマ性を生み、他の職種では困難である状況を解決することもよくあります。しかし悪い方向に向けば、周囲との連携がとれず、本業においても、せっかく良い治療をしても患者の満足が得られないなどという結果となります。

ほとんどの患者は家で暮らしているので在宅医療の対象者です。彼らの持つ病気というバリアーを、医療、介護、リハビリの面から軽減し、援助するのが我々の役割でしょう。そのためには病院の医師も、“退院後どう生活させるか”という視点で、自分の専門分野だけでなく、全身的にみてほしいと思います。せっかく専門家が集まっているのですから、ハンディーとなっている疾病をできるだけ多く解決して帰してあげるべきだと思います。

そして一番身近にいる開業医は、在宅生活継続という場で、医療・介護の世界では否が応でも重要な役割を果たさなければならないことが多く、それは仕事の一部と認識しなくてはならないと思います。注射をしたり処方したりするのと同じように、他職種との連携や意見書作成を業務ととらえなくてはならないと思います。その教育やリーダーシップを医師会がとるべきではないでしょうか。

自分自身は能力的にもとてもエンジンとはなれないのですが、少なくともブレーキにはなりたくないものだと思います。

## 山 行

智頭病院 麻酔科 藤田 好雄

それまで山なんて縁のなかった私が山の魅力に取り付かれるようになったのは数年前の5月の連休のことだ。

たまたま休日に行った大山滝で、滝に着き休憩をしていると、更に奥から数組のザックを背負った人達が降りてきた。そこでその先はどうなっているんだと思い、行ってみる事にした。ブナ林、杉林を過ぎると徐々に道は急になり、途中からは倒木の間をかき分けて行かなければならないほどであった。それまでまともな運動もしていなかった私には結構息の切れる山道であった。大休峠まであと600mという標識まで行ったが、倒木に妨げられ、更に帰る時間を考えると引き返さざるを



**大休峠小屋**  
昨年の台風で小屋前の古い大木が根から倒れてしまいました。

得なかった。一向平のキャンプ場に帰った時には、辺りは少し薄暗くなっていた。

よく考えると、水も持たず、普通の運動靴で何も知らずよく行ったもんだと思う。知らないという事は強いことだ。ふと医師になった若い頃を思い出した。

中途半端に引き返したのが心に残っていて、その年の秋に再び行ってみた。今度は装備を整え、登山靴を履いて。前回引き返した「大休峠まであと600mの標識」を過ぎ、大休峠小屋へ着いた時はちょっと感動した。しかし、そこは終点ではなく、矢筈山、甲ガ山方面や親指ピーク、ユートピア方面への中継点だった。結局それから山の魅力に取り付かれ、いろいろな登山道を歩くことになった。

しかし、歳には勝てず、バランス感覚も鈍くなっているのに気づくと頂点は極められず、未だに一步手前で引き返している。健康ウォーキングだからと言い訳しながら。しかし、山行と言っているように、普段あまり運動もしていない体には修行のようである。それでも同じ道でも季節により、年により変化があり、同じということはない。また降りてきた時の爽快感もあり、一時仕事も忘れ、きれいな空気の中でリフレッシュできる魅力に誘われ、また修行に出かけるのである。

## ネパール

智頭病院 眼科 藤谷 敦子

鳥取県医師会報600号発行おめでとうございます。記念すべき特別号に寄稿させていただけることを嬉しく思います。今後の医師会の益々の御発展をお祈りしています。

私とネパールの最初の出会いは卒業旅行でした。国家試験の翌々日、心身とも疲れ果てていた状態でクラスメート4名でネパールに出発。途中「ネパールで夜間外出禁止令が出た為、安全の為、香港に引き返します」と、機内アナウンスがあり、



180度Uターンをして香港に戻るというハプニングがありましたが、翌朝無事に首都カトマンズに到着。その後高山病になった4,000mから初夏を思わせる800mまで山小屋に寝泊まりしながら10日間かけてトレッキングをしました。

途中冷たいシャワーで風邪をひいたり、直径1mの火の玉(?)に遭遇したり、今にも切れそうな吊り橋を牛と一緒に渡ったりと非日常的な経験の連続でしたが、8,000m級の山々は本当に美しく、神々が住んでいると信じているネパールの人たちの気持ちが分かる気がしました。そしてネパールにすっかり魅せられた私はそこで出会ったJICAの人達のように自分もいつか医療活動してみたいと思うようになっていました。

その半年後 研修医として多忙な日々を送っていた私は夏休みを取り、再び神々の国ネパールで「心の洗濯」。日本での悩みが小さな事に思えてくるのでした。

そして、その6年後、今度は鳥取大学の御縁で飽浦先生率いるアイキャンプの医療活動に参加させていただきました。ボランティアというものはこちらが教えられる事が多く、これも貴重な経験となりました。今度いつネパールに行けるかはわかりませんが、その日まで医師としての自分を磨いていこうと思っています。



## 我慢は美德？ —手術後の患者さんに痛みを 我慢させていませんか？

同愛会博愛病院 麻酔科 堀 真也



先日小生の友人が骨折の手術を受けました。術後痛くても痛いといえない雰囲気、同室の患者さんも本当に我慢できなくなるまで我慢して、そしてやっと看護師に痛み止めをして欲しいと訴え、そして痛み止めが行われるのはさらに30分後という有様だったそうです。本当に痛くて涙が出たと言っていました。

がん患者の疼痛管理はかなり進んできたと実感しております。しかし術後疼痛管理についてはまだまだ不十分という感を払拭できません。術後疼痛管理は、WHOからも勧告が出ているように、周術期の深部静脈血栓症のリスクを低減させます。

Pre-emptive analgesiaという言葉をご存知でしょうか？ 手術中の不十分な鎮痛薬の投与により術中に知覚神経が痛みに感作され術後の痛みが増強され、場合によっては傷が治ったあとも痛みが持続することが解ってきました。そこで強い痛み（手術）が予想される場合にはその痛みの刺激が加わる前（手術開始前）に十分な鎮痛薬を投与する考え方がpre-emptive analgesiaです。術後痛についても、麻酔が覚めて痛くなる前からの何らかの鎮痛処置が必要と考えられます。

日本ではまだまだ我慢が美德と考える人が多いように感じます。さらに鎮痛薬や鎮痛法に対する理解と経験が不足しているように思われてなりません。医師会としてもさらなる啓蒙活動ならびに設備（PCAポンプ等）充実の促進を勧める必要があると思われます。

## 終末期医療に思う (DNR-order)

ウエルフェア北園渡辺病院 正木 忠夫



この世（此岸）から、あの世（彼岸）へ飛び出す死を前にした終末期患者に対してさえ、われわれ医師は、救命、延命を目指したCPCRなど蘇生術をして懸命に死と闘う。

万人に訪れる死を前にして現代の医療は死を一瞬でも遠ざけようと駆けずり回り、死との闘いと緊張で、周囲は騒然となる。揚句の果て、蘇生させても長期間にわたるpersistent vegetative state（遷延性植物状態）で生かされる不幸（本人のみならず、家族にとっても深刻な問題）が出現することが多い。このような終末期医療においてDNR-order（do-not-resuscitate-order＝蘇生術をしない指示）の導入は不可欠である。

西洋医学はあまりにも死を征服すべき敵として見続けてきた。人生は一度きりで死が全てを終わらせる、と言うキリスト教的死生観（精神と肉体は二元論的に厳しく峻別されている。）のため、自ずと死を征服すべき対象として捉えるのは必然の成り行きであろう。われわれは自然な死を忘れてしまったのか、核家族化により病院での臨終が大半で、家での身近な自然の死が殆ど無くなった。

ゆく河の流れは絶えずして、しかも、もとの水にあらず、……………、世の中にある人と栖と、またかくのごとし。鴨長明の「方丈記」冒頭の一節である。時あたかも源平合戦が繰り広げられ、古代社会が音を立てて崩れ落ちる時世、戦乱の中で死を日常のものとして身近に見つづけた彼の人の世と生に対する無常感と鬱気分を嘆いているが、これも生と同じように自然にあるものとして受容していた。

東洋の輪廻転生なる考えはすばらしい、そこでは死は征服すべき敵（対象）ではなく、次の人生を開くべき扉であり、リラックスと平穏、光もあろう。東洋仏教的死生観は心と身体は一体のもので切り離せない心身一元論である。キリスト教的

死生観のように死は全てが終わるゴールではなく、生と密着して死から生が始まり、生まれ変わりながら生き続ける招魂再生と考えれば、そこには恐怖感はない。緊張と多忙で騒然たる臨床医療の中で多くの人々の終末医療にDNR-orderを念頭に自然死（消極的安楽死）援助あるいは尊厳死援助を行うことが必要と思うこの頃である。

## 閑 話

鳥取市立病院 内科 丸山 啓輔

最近の大きな話題といえば、尼崎の脱線事故ではないだろうか。犠牲者の皆様のご冥福を心からお祈りする。またご遺族の方々の心痛は察するに余りある。

報道によると、事故原因として当初は若い運転士の技量不足を非難していたが、最近（事故直後の一般社員の行動を含め）JR西日本の会社体質を糾弾する姿勢に変化してきている。

私達は報道を通してしか情報を得ることができないが、会見場における記者の質問や、インタビューを受けた一般の人々の発言は、まるで鬼の首でもとったかのようなものである。記者の質問の態度は全く非礼であり、インタビューでの発言も憤りにまかせて、なんでもかんでもJR西への非難・批判の嵐である。

確かに100名以上もの犠牲者を出した、一義的な原因はJR西にある。当然非難も受けねばならないし、その責任を負うべきである。だが、これらの言行に大きな違和感を覚えるのは、私だけであらうか。

今回の事故で、JR西の対応・体質を批判することはたやすく、多くの人々の共感も得られるであらう。言うまでもなく責任の追及は不可欠だが、それ以上に原因を追求し、今後の再発防止を図ることがさらに重要と考える。

まして、これまで速さと正確性を、低運賃との両立で求め続け、その恩恵を享受してきたのは、私達自身に他ならない。言いたい放題に非難・批

判しているその私達が、翻って逆の立場であったらどうであらう。多くの人々が望んでいるような、いつでも完璧・完全な行動・対応がとれるであらうか。



決してJR西を擁護するわけではないが、私達自身のことを棚に上げた一方的な物言いは疑問であり、以て他山の石とすべきなのである。

このようなことを考えてみたが、どうであらうか。おそらくは一般的な多数派の意見ではないだろう。しかし、少数でも理性的な意見じゃないか、と自分で言ってみたら、自画自賛、元も子もないか。

## 開業医が在宅ターミナル・ケアを行うメリット

法勝寺内科クリニック 三上 真顯



法勝寺で開業して早いもので5年目になりました。おかげさまで南部町を中心に家庭医として認知されてきたと感じております。お越しになる患者さんの年齢も0歳から95歳とさまざまで、内科以外の疾患を診ることも多く、勉強の毎日です。現在特に力を入れているものに在宅診療があります。もともと大学病院勤務時代は主にがん治療を専門としており、ターミナル・ケアに興味がありました。開業後、何人かのがん患者さんを自宅で看取る機会を得ました。開業医が在宅ターミナル・ケアをおこなうメリットのひとつに、家族の気持ちをよく汲み上げることができることが挙げられると思います。患者さんの死は本人だけでなく、その家族のものでもあり、家族のケアも大切

であると考えます。大学でも家族のケアを心がけてきたつもりでしたが、あまり成功しているとの実感がありませんでした。開業医としてターミナル・ケアを行うと、もともと家族も自院の患者さんであることが多く、患者さんの死後も継続してその家族も接することができ、また家族も気持ちを気楽に伝えてくれることが多いと感じます。在宅で共に患者さんの死を看取ったという共有感が、家族が気持ちを語ってくれる原動力になっていると思います。通常の診療を行いながら在宅ターミナル・ケアを行うのは大変ですが、今後とも当院の大事な“診療科目”のひとつとして育てていきたいと考えております。

## 私とゴルフ同好会

三木眼科 三木 統夫



私は東部医師会のゴルフ同好会に入っています（というかコンペに出ればその時点で会員なのですが）。周りを見るとシングルプレイヤーあるいはシングル目前といった先生方が当たり前にボールを飛ばしておられます。もちろん軽い気持ちで打っておられるわけではないでしょうが、上手なほど周りからは当たり前に見えるものです。

私がゴルフを始めたのは15年前です。ビギナーズスコアは150でした。それ以来たいして上達もせずに現在に至っており、100～120くらいです。それもそのはず、満足に練習もしていません。シングルハンデのアマチュアプレイヤーの方がそのハンデ数を維持するため日ごろからどれだけ努力されておられるかを、ゴルフ雑誌などでよく読みます。しかし現在私は小学生の子供のクラブ活動の関係でほぼ毎週日曜日付き合わなければならず、コンペに出場すること自体が困難な状況です。おまけに昨年秋、テニスもしていません。「テニス肘」になってしまいました。同級の整形外科の先生に「ダフらなければゴルフできるよ」といわれました。しかし今の私の実力で18ホールをダフ

らずに回りきるのは至難の技です。

このようなゴルフに不向きな体、不向きな生活ながら、夢は上手な先生方といつかは（あわよくば）普通に戦うことです。ゴルフは体さえ不自由でなければ70歳でも80歳を過ぎてもできるある意味で特異的な競技だと思います。今後、これを活用しない手はないと思いますので、まあ、あせらずゆっくり付き合っていこうと思います。

またいつかコンペに出るのでよろしく願いたします。

## 予約制の功罪

メディカルカウンセリングルーム 水川クリニック 水川 六郎

事務員さんが受診依頼の電話に「すみません、うちは完全予約制でして、午後は空きがなくて、直ぐという訳には」と答えている声が聞こえてくる。[完全] 予約制？ なんだか一見の客お断りの会員制のクラブみたいだ。うちは完全予約制だったかな、まあ単なる予約制というよりは、施設に品格が備わるように感じられなくもない。

予約時間の守り方には、患者さんの性格に応じた行動パターンが顕れてくる。早めに来る人、時間どおり来る人、遅れてくる人とあるが、そのような人は大概いつもそうしたものである。几帳面な人は5分位遅れそうだと電話をくれる。すっぱかして後で詫言を入れる人の多くは、その日の一度では終わらない。

来院時間をできるだけ守ってもらうようにしていると、診療する側も時間への意識が妙に強迫的になってくる。その日の予約表を航空管制官のように眺め、遅滞なく運行しようと



してしまう。いつの間にか、待ち時間を少なくするはずの予約制が、医療者側が患者さんの来院をまだかまだかと待つことに変わっている。そんなときに来られた患者さんは、到着するなり診察が始まり、相談するつもりだったことを思い出した時には、すでに診療所のドアの外に立っていることになる。

開業した頃にもくろんだ、ゆったりとした雰囲気診療所に作ることは難しい。スムーズに診療がすすみ、そこにいくつかキャンセルが入ると、待合も駐車場も閑散とする。そうするとゆとりというよりも、寂れたファミレス店に入ってしまった戸惑いのようなもの（つまり、大丈夫かなこの診療所で、といった思い）を患者さんに与えていそうである。

患者さんをさほど待たすこともなく、急かすわけでもなく、遅れて来られても焦らされず、待合にそこそこ人がいるようにするための妙案は？ありました。思いつきました。患者さん全員の予約時間を実際の診療開始時間より5～10分位早くしておけばよいということに。つまり診察の10分前には搭乗手続きをお済まし下さいという作戦だ。理論的には完璧だ。ではこの案を現実に行に移すかと問われれば、なにか躊躇、懸念がぬげない。どうしてだろうか。

## 新医師臨床研修制度一年目を終えて

鳥取大学医学部附属病院 研修医 宮下 聡



今春で医師として一年が過ぎましたが、新医師臨床研修制度（2年間）も最初の一年を終えました。そこで、鳥取大学医学部附属病院の新しい研修の実際を報告させていただきます。ところで厚生労働省の掲げた目標を要約しますと「全人的な医療と幅広いプライマリケアとを提供できる能力の獲得、研修医の待遇改善」となります。プライマリケアというのはよく初期医療というように考えられがちですが、それだけにとどまりません。米国立アカデミーの定義によれば、プライマリ

ーケアとは（1）近接性（患者さんはいつでもどこでも医療が受けられる）（2）包括性（患者の病気を幅広く、包括的に診ることができる）（3）協調性（必要に応じて専門医あるいは専門医療機関に紹介することができる）（4）継続性（継続的にケアできる）（5）責任性（患者に対して責任を持つ）の5項目を満たすものである、となっています。初期臨床プログラムの内容に照らすと厚生労働省の言うプライマリケアとはこの拡大解釈したプライマリケアと思われます。この定義に依れば全人的医療とプライマリケアとは深い関係にあることがわかります。鳥大の研修医の多くはプライマリケアを初期治療と理解しているため、病棟業務が多い研修（1年目は9ヶ月が内科と外科で病棟業務が多い）にその片鱗をみることができず不満を漏らしています。実際は（1）以外は病棟業務でも実践できる事です。よって、幸か不幸か病棟のあまりの忙しさにプライマリケアとはなんぞやと考える暇もないまま、実はしっかりとプライマリケアの基礎を実践できているからくりとなっています。狭義の方の初期治療に関しては本年度から全科当直が必修化されました（鳥大病院）。一年目の残りの3ヶ月は麻酔・救急ですが、BLSとそれに関連する手技は結構やらせて頂きました。待遇の改善については不満はほとんど聞きません。乱暴にまとめると、鳥取大学の新しい研修は、研修医の意識を別にすれば、結構いい線いっていると思われます。とはいえ、研修医の流す噂は次の研修医獲得に大きい影響があるとのこと。われわれは意識を変えることでこの研修にもっと自信を持ち、また残りの1年間いい研修をすることで自然といい噂が流れるようにすべきであろうと考えています。そのために本年度も諸先輩方の変わらぬご指導、ご鞭撻のほど宜しくお願いいたします。最後に私の周りの研修医の声を紹介します。「いい研修とを感じるのは一人であることが増えたとき」「いい指導医とは一番自分を追い込んでくれた先生。その時は鬼だけど…」「科の変わり目は相変わらずストレスが大き

い」「もう注射は怖くない」「なんでもいいから手技したい」etc…みんなそれなりに成長しているようです。

## スポーツジムに関する1考察

宮本医院 宮本 二郎

思えば日赤病院に勤め始めて2年程してからです。スポーツジムに通い始めすでに15年近くになります。途中予期せぬダイエーの閉店により3年中断がありますが、性懲りもなく、今も続いています。(従ってこの体には少なくとも100万以上はかけてます)

私ジムではなるべく人と話さず、孤高の人になるようにしてます。風呂(サウナ)のなかで、外から見た病院や医者話も聞けますし、何より身元がバレてませんので、某病院の評判とか、病気の相談とかに話さなくてもいいのが良い。従って今流行の個人情報の保護も完璧である。

こうして寡黙に1キロの水泳あるいは筋トレを何年もしていると、名前も仕事も家庭環境も知りませんが(話をしませんから)、年齢別にある方向性があります。

### ①20-30歳

i) 運動していて、がっちり筋肉質。きっとマラソンやトライアスロンのアスリートでしょう。

ii) 不幸にして若くからポッチャリしちゃいました。彼女作り結婚のためにも頑張ります。ジムでいい出会いがあるかも?(余り長続きしない)

### ②30-40歳

i) ①のAのまま頑張ってる。体は維持してるんで自信があり、ぴっちりしたパンツでラインをだしたがる。(少しキモってやつでしょうか)

ii) 会社の検診で肥満、糖尿病、高脂血症を指摘されたポッチャリオジサン、じゃあ、運動してみるか?(でも続かない)

### ③40-50歳

i) 私のように、インストラクターの意見など聞く気もなく、勝手にやっている。人に聞かれたと

きは、スノーボーやサーフィンやゴルフの基礎体力作りと説明。(理由はなく、単なる癖のようなもの)

ii) 客観的身体的症状の克服のため、頑張る。たとえば、肩や腰が痛いとか、ハゲてきた、老人臭が出始め、家族に相手にされないなどの理由があげられる。

### ④50歳以上

時間も金もある。腹も出てるが、元気。ちょっと運動したあとのビールがたまらん。(A穂先生談)

### ⑤60歳以上

頑張っとられます。血管が切れない程度の運動が大事です。でもゴルフの飛距離は落ちる一方なのがさみしいらしい。もうどこに行ってもかまわない。家にいないほうが妻は喜ぶ。ちなみに、精神的局面からみると、

A) ヒゲタイプ 常にピチパンツで頑張り、鏡のまゝでポーズ。ストイックにきれてます。ルックス的には中田。

B) アーチェリーの山本さんタイプ 石の上にも3年、続けてると何かイイ事あるって。精神的には安定してる。ルックス的には色黒のオヤジ。

C) 芦屋雁之助タイプ 当然ぽっちゃり、一人はさみしいから、誰かと話たりしながらボツボツしてる。趣味は長風呂。暇なんで色んな所に顔だします。

というところでしょうか? 比率的には30歳のAタイプが多く、エアロビなんかされてます。私的には60歳のCタイプのほうが気持ちが落ち着きます(いわゆる親近感ですな)。

ちなみに私も以前はビキニパンツだったんですが、ハゲの進行、その上に腹も出てきたんで、今は雁之助タイプの太いパンツですが、そのうち老人臭も出てくるんで、すこしずつ長風呂にしています。

## 初心を忘れず

鳥取県立中央病院 胸部外科 森本 啓介

先日のJR脱線事故。多数の尊い命が奪われました。過度の経営合理化の傍ら、軽視されてしまった安全対策が問題となり、管理責任が厳しく問われました。医療の現場で働く我々としては、決して他人事ではありません。結果的な事故の重大性はともかく、水面下ではよく似たはなしが比較的身近に存在するのではないのでしょうか。幸運にもなんとか事なきを得たとかいうことが、結構あるのではないのでしょうか。人命をあずかる立場としては、そのような不確実、綱渡りのなことは、勿論あってはならないことでありますが。

私のような、医療現場の比較的末端で働いている者の立場としてまずすべき事は、自分の仕事にプロ意識を持って臨み、いい仕事を残せるように最大限の努力をすることではないかと思います。と云いつつ実際は、一段落終わってみてから本当にこれで良かったのか、この過程で妥協点などはなかったか、自分の仕事はある一定のレベルに達しているのだろうか、などと考えることの方が多いのも事実です。

医師となり、入局して以来の恩師の言葉、“努力せよ。さらに努力せよ。そして工夫せよ。”を想いつつ、緊張と弛緩のバランスをとりながら、初心を忘れず、今後も継続していきたいと考えています。

## 日頃の診療から思うこと

ふれあいクリニックやざき 矢崎 誠一

診療所を開設して3年ちょっとが過ぎます。

認知症専用通所介護を併設していることもあり、日頃の診療では認知症に悩む患者さんの診療また介護に奮闘されているご家族の相談等が多くあります。

高齢のご夫婦で、認知症の妻を夫が介護してい



る例によく出会います。

Aさん夫婦は70台の後半で、当院に3年近く通院されています。いつもご主人と来院されますが、ご主人は来られてもしばらく車の中で待ち、診察の終る頃顔を出され、無表情に支払され帰って行かれます。そんな様子から私もお家庭での介護を心配しながら診療しておりました。通院のきっかけは、奥さんが、風邪をこじらせて入院された雪の日、家に帰ると突然病院を飛び出し道に迷っている所を発見され、どうも様子がおかしいと、当院に通院中の知人の方に託したお手紙からでした。家事はできず、自転車で町を歩き回るのが日課など人格の変容がみられ、診察時は作話が目立ちます。HDS-Rは15点、アリセプトの内服中です。ご主人の注意にもご自分の正当性を主張され聞き入れられません。入院されていた病院の主治医に相談されることなくそのまま退院され、その後続いた生活の大変さがお手紙から察せられました。

ご主人に介護保険制度の下、介護サービスが利用できること、申請手続きなどお話ししましたが、そんな制度を利用しようとする妻ではないと否定的、奥さんも何でそんなもの私が利用する必要があるかと食って掛かる始末です。そんなある日ご主人が急病で入院となり、ケアマネさんから奥さんの介護サービスについての相談がありました。ご主人は入院中もデイサービス利用で何とかしたいと、在宅でのケアを希望され、私はご主人の病後の介護負担も考えてこの際、ショートステイを利用しながら方向としては施設ケアを考え



るのが良いのではと認知症の進行も考えケアマネさんに提案いたしました。結果としてショート利用は決まったものの激しい介護抵抗などみられないかと不安でした。しかし意に反してご主人の入院中、本人は居心地良くショート利用となりました。ケアマネさんから、夫から離れて何事もなく過ごせた妻にご主人はショックを隠せなかった様子でしたと、後にお聴きいたしました。Aさんはご主人の退院後、週2回のデイサービスを上手に利用されています。

この夫妻の経過を振り返りながら、他人には入れないご夫妻の長い生活の中で築かれた絆というものをかいま見た気がいたします。介護の困難さを一方的に考えて安易に施設ケアを勧めた自分が反省させられました。

平成17年4月から厚生労働省は「認知症を知り、地域をつくる10ヵ年」を立ち上げました。“痴呆の世界”を知り、“善意の加害者を生まない”（小澤 勲）活動を自らの反省もこめて推進していきたいものです。

## 医師会と私

山県整形外科医院 山縣 昇



勤務医として働いてるときは、病院の幹部にならない限り、医師会との付き合いはあまりないのがふつうであろう。私も当然のように当時は医師会の構造や活動には全く興味がなかった。開業とともに、開設手続きや仕事のことで必然的に付き合いようになり、いろいろと医師会のお世話になった。しかしながら、開業して一年たったが、目の前の患者さんの診察と経営のことで頭がいっぱいで、医師会の活動に積極的に参加することや、医療界全体のことまで考えることはなかったように思う。

今の社会では、人口の高齢化と不景気に伴い、医療費の患者負担が増すばかりであり、医療経営は厳しく、収入が増える要素が少ない。診療をしていく上で、一人でも多くの患者さんによく

なってもらい、喜んでもらおうと考えていることを、もっと大きな社会全体で国民に実行するには、医師会などの組織が活発に活動してくれることが望まれる。そのためにも、本当は我々若輩者も医師会のさまざまな企画になるべく参加し、活動を後押しし医師会を盛り上げなければと考える。ありきたりの言葉だが、この業界の地位の向上と、国民の医療の更なる改善を願っている。

## 自分の老化を見つめて

米子医療画像診療所 渡辺 俊一



老健施設と画像診療所に勤めている。老健施設に入所している人はほとんど70才以上であり、多くの人は認知症があり、下肢機能が低下している。小生も70才代であり、老化は人事ではない。

近年、老化のためか体質が変わってきたとみえ、身体のアチコチにがたがきているのを感じるようになった。手の皮膚の皺が増え、指の爪の表面は波状に高低ができています。2、3年前から手指の背側では皮膚の皺壁に沿って横に、手のひら側では縦にひび割れが生じるようになった。ひび割れは治ったと思っていても、しばらくすると他の部位にできる。水を使用すると傷の痛みがあり、不便である。また、一年前には左中指の末節骨関節部位が赤く、腫脹した。指先に物があたると激痛が生じた。検査をしていないので、なんとも言えないが、痛風の疑があると考え、食事には肉類をひかえ、野菜を多くとるようにした。それが良かったのか、左中指の末節骨関節は掌側に曲ったままになったが、次第に炎症々状はおさまった。

これまで自然の摂理にしたがって、生かされてきた。老化も自然の成り行きだ。身体にがたがきても、まだ比較的元気に活動でき、自由の時間が多いのが有難い。時に無執着の気分に触れたく、般若心経を読んだりしている。

# 座 談 会

## テーマ：医師会の明日を創る

**日 時** 平成17年 5月14日（土）午後 1 時40分

**場 所** 鳥取県医師会館 鳥取市戎町

### 出席者

敬称略・順不同

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 長田 昭夫 | 米子市・開業（産婦人科）鳥取県医師会長          |
| 入江 宏一 | 鳥取市・開業（内科）前鳥取県医師会長、鳥取県医師会顧問  |
| 田中香寿子 | 鳥取市・開業（内科）東部医師会理事、鳥取県医師会広報委員 |
| 松浦 順子 | 鳥取市・開業（小児科）鳥取県医師会報編集委員       |
| 深田 民人 | 倉吉市・鳥取県立厚生病院副院長（外科）中部医師会理事   |
| 富永 暁子 | 米子市・開業（眼科）元西部医師会理事           |
| 井上 明彦 | 研修医：鳥取県立中央病院                 |
| 佐々木千香 | 研修医：鳥取大学医学部附属病院              |

**（司会）** 渡辺 憲 鳥取市・開業（精神科）鳥取県医師会常任理事、  
広報委員長

**渡辺** 只今より鳥取県医師会報第600号記念号の対談「医師会の明日を創る」を始めさせていただきます。私は本日の司会をさせていただきます鳥取県医師会広報担当常任理事の渡辺でございます。よろしくお願いいたします。

**長田** お忙しいにもかかわらず、県内各地からお集まりいただきましてありがとうございます。鳥取県医師会報はこの6月で600号を迎えます。本日は鳥取県医師会報第600号記念特集の企画として「医師会の明日を創る」というタイトルで座談会を開催することとなりました。よろしくお願いいたします。



## ここ10年の医師会活動を振り返って

**渡辺** 平成9年2月に500号が発行されてから8年余りたっております。まず長田会長、入江前会長にこの10年の医師会活動を振り返ってということでお話を頂戴いたしたいと思います。

**長田** 新制医師会ができたのが昭和22年11月で、

県医師会報第1号が昭和23年6月に出ております。この間の大きな節目というのは、まずは出来た時、次は保険医総辞退があった武見太郎さんの時、そして今だと思います。今、非常に変革期にあると思います。医師のあり方が大変世間の目か

らは変わってきているのではないかと思います。マスコミの中でもいろいろ叩かれておりますね。でも世間の状態が変わる中で、失ってならないものはやはり医師としての誇りだと思っております。自分の職業を大事にしなければいけないということを基本に置きながら、この歴史を振り返ってみたいなと思っております。

**入江** 私も昔の話をしますと、「医制」というものが確か明治7年にできたと思います。それから医師法というのが明治39年、それから県医師会ができたのが明治41年の2月だと思います。そのときの定款といいますか、まず会員の業務の保全、それから医風高尚、即ち、医の倫理の高揚、それからもう一つは専門団体として地域社会に貢献すると、このことはずっと今も変わらないと思います。私も会長をしているときは絶えずこの3つを念頭に置いて会務を執行してきたと思います。それから、医師会の会合には戦前は全部警察署長が立ち会っていたということがあります。戦後に、昭和23年ですか、医療法ができまして、このときできたのはいわゆる施設法でして、急性伝染病が

たくさんありましたので、それに対応するためのいわゆる施設の基準を決めたのが最初です。その次に、第1次、第2次、第3次、今第4次が決まったのですか。次々に医療法というものが改正になりまして、医師会がこれに振り回されているというような現状ではないかと私は思っております。このことにつきましては後ほど述べますのでこれで終わります。

**渡辺** 戦前の医師会の定款の3つの柱が現在までそのまま受け継がれていることは、たいへん興味深いことと思います。ありがとうございます。



## 医療変革期における医師会

### a. 新医師臨床研修制度のスタートと地域医療

**渡辺** それでは、100年余りの戦前から引き継がれてきた医師会の歴史の中で、昨今の大きな変化の要因の一つとして、新しい医師の研修制度のスタートがあげられます。これは研修医の方々ばかりではなく、医師会及び地域医療にも徐々に大きな変化がもたらされれると思いますが、これに関しまして深田先生何かお感じになられることを御発言下さい。

**深田** 昭和43年に東大闘争がありまして、私はまだそのころ学生でしたけれども、それまでは卒業してから1年間は無給でいろんな科を回って1年間研修し、それから国家試験を受けられたのでしょう。それから医局に入って研修を積み重ねてき

ましたが、研修制度が今までの状態では、倫理や接遇を含めて欠けていると思います。そして、そういうことが医療事故や苦情の原因になっていると思います。新しい研修制度はそういったことをきちんとやるようなシステムで昨年からスタートしているようであります。特にEPOCという新システムでインターネットを通じて研修医あるいは指導医が相互に評価し合うというような形になっておりまして、研修医の方にとっては非常にいい制度ではないかと思っております。今年、私どもの病院には1人研修医が来てくれました。国家試験が今年は早くなりまして、発表が3月30日で、それから2日ほど経ったらもう合格した方は自分の希望した病院に来ておられ、それから20日ぐらい経って免許証がおりるというスケジュールでし

た。20日まではまだ研修医といいましても、検査室、理学療法室、栄養管理室、薬剤室、放射線室などを見学してもらい、そして注射の仕方とかを教えまして、4月の下旬から本格的に患者さんのカルテを書くというようなことを始めております。

**佐々木** 私は、大学病院を研修病院として選びましたが、大学病院というより専門的で、例えば内科でしたら初めから専門で分けられているということで、最初の頃は正直、本当にやっていけるのかどうかすごく不安でした。

1年終わってよかったと思う点は、内科でしたら鳥大は私達の場合は2カ月ですので深い知識を得るにはとても短いと思うのですが、ただ自分がもし他の科に行ったとしてもこれを回ってなければ気づかなかっただろうな、このことに対して興味も持たず勉強もしていかなかっただろうなという経験を多くさせていただけたと思っています。短いなら短いなりに自分で無駄にしないようにしなければいけないなと一番感じています。

また私は一年目に研修医の代表として、研修センター会議やその他の会議に出席させて頂いていました。そこでは、委員の先生方がすごく熱心に研修内容を考えたり、研修医の意見を聞いて下さいます。それとは別に指導医の先生方も入局に関係なくとても親切に熱心に指導して下さいます。ただ研修内容を決める先生と指導する先生は別の方であり、そこで研修に対する意識の差があり、求められているものと実際出来ることにまだ少し距離があるかなと感じています。

**井上** 私は鳥取市出身ということもありまして、中央病院を希望して無事マッチングしたわけですが、大きな理由に中央病院の特徴としてプライマリーケアをできるということで選択しました。1年目は内科、外科、麻酔科を必修として回るわけですが、中央病院の場合は当直が月4回必修となっております、その当直で一番最初のプライマリーが見られるということで1年間非常に勉強になったなという感じがします。

中央病院の場合は自治医大の研修医の方を20数年間受け入れていたという実績がありましたので、研修システムに関してはしっかりしたものができ上がっていたのですけれども、新しい研修制度では、ローテする科も異なっていたりするので、指導医の方も多少戸惑いがあったのではと思います。しかし、研修医の意見を非常に受け入れていただいて、研修医会議など研修医が意見を言える場を作っていただきました。「病院側も研修医側も研修システムをお互い模索しながら」という1年間だったかなと思います。



それなりに充実した1年間が送れたのではないかなと思っておりますし、1期生として、2期生以降の研修システム確立をしていかなければという使命感もありますので、そういうことを2年目もやっていこうかと思っております。

**渡辺** 今のお二人の先生は地域医療、プライマリーケアに非常に興味をお持ちという御発言でした。今日お出での先生方はプライマリーケアの第一線にいらっしゃるわけですが、研修医の方々への期待、あるいは先生方の医療機関で研修医の方を受け入れて研修をさせてあげよう等ひと言ずつお願いします。

**富永** 私も自分自身が研修医というか、当時はインターンでしたけど、1年間した経験の持ち主ですが、指導医の先生方は全然そういう経験がないのですよね。だから、御自身の経験があるかないかで随分と指導の仕方が違うと思います。当時はそんなに厳しくなくて半分親睦を兼ねたような格好で行かせていただいて、私は大阪の警察



病院でしたのですけれど、外科、内科、産婦人科をして、それで選んだ科が眼科です。眼科をしても内科の疾患なんかは直接関係あります。今では医師会の研究会には出させていただいていますが、その研修をしていたために、例えば眼科でない相談を受けたときでも相談にのれるという利点があるので、去年から始まって本当にいいことだなとつくづく感じております。

昔と今の医療自身が違いますから、昔のここのようにのんびりとはできないかもしれませんが、決まった日程の中で研修をこなさないといけない大変さがあると思いますけど、絶対将来プラスになると思いますので、私たちの時は1年でしただけど、2年間ありますので、十分これを活用されて、必ずや役に立つと思いますので頑張ってください。

**田中** 私は深田先生がおっしゃった東大紛争の翌年（44年）の卒業です。私達の学年は44年3月の卒業も入局もボイコットしました。大学の方から「卒業して欲しい」といわれ44年9月に卒業しましたが、その後、青医連を通して選んだ病院で1年間自主研修し、私はそのまま同じ病院に就職しました。結婚し子どもができましたので、結局一度も入局せず、子どもが小さい間は医師としての立場を離れていました。その後、家族5人で北海道の郡部の病院に赴任しました。ベッド数120床の町立病院で、院長と私が内科、夫が外科の3人体制で、3日に2日は当直があり、子どもも小さかったのでとても大変でした。新生児から老人まで様々な症例があり、本を読んで勉強したり、院長にアドバイスをもらったり、外科的なものが関わる場合には夫に診てもらったり、札幌や函館の機関病院に照会し、そのやり取りの中で勉強させてもらいました。変則的な医者としての道だったと思いますが、貴重な経験でした。今の研修制度はとても羨ましいです。ひとつひとつの症例を大切に、広く、深く研修し頑張りたいと思います。

**松浦** 私はその次の世代で、今の研修制度が始ま

る前ですから、2年間の努力義務の研修制度のときでした。まず医局に入り、1年目は大学で研修、2年目は外の病院に出てそこでさらに研修、小児科を選びましたから小児科だけの研修でした。大学にずっといましたら診る患者数も限られてきますし外来をこなすこともできませんので、そこでは自分の身につく実践的な医療というのができなかったのが実情です。外の病院に行きますと当直もあり、様々な患者さんを診させていただきましたので、今となってはそれが私の一番の宝みたいなものです。結婚しましてからまたちょっと方向が変わってきましたけども、いろんな患者さんを診られるということは本当に自分の財産になると思います。同じ一つの科でもすごく専門家志向が出てきていますので、すべての科を回り、自分の選択した科をオールマイティーにし、さらに専門に進んでゆくというのが理想かなと自分では思っていますので、頑張っていたきたいと思っています。



**長田** 大学はこれから生き残っていくためには研修生に選ばれるような特徴を持った大学でないといけないと思いますが、その辺どうですか。

**佐々木** 大学を研修で選んだ理由は、研修医の意見を取り込んでくださるということを言ってくれたことと、正直、田舎の大学ですので都会の大学よりはよりプライマリーは多いということもありました。2年の後に入局して専門を選ぼうと思っていましたので、そういう意味では大学に残っていろんな先生とつながりを持つことが、これから先何かあったとき、相談できたり照会しやす

かったりということがありますので、先のことも考えて大学を選ばせていただきました。

**深田** 3年目以降のことを考えますと、研修病院からみて、確かにある人たちだけは3年目も受けますよというところが出てくると思いますが、そうでない人たちは大学に帰らざるをえないと思います。3年目以降というのは、以前我々が経験したように医局の中に入っていろんな出張をやり始め、それこそ開業医さんのところへ行って小児科の子供を診ることが実際起こってくると思います。ですから、2年間にいろいろな基礎を、たくさん学べられるというのは非常にいいことだと思います。

**長田** いわゆる後期研修制度が医局を生かすことになるのか潰すことになるのかというのが問題ですよね。やはり後期研修制度に力を入れて残っていただくことがこれからのテーマでしょうね。



**渡辺** どちらかというと、地域医療に与える影響はこの3年目以降の後期専門研修のいかんによって地域のいろんな医療の情勢が変わるのではないのでしょうか。それだけ2年目の方のこれからは地域医療にとっても先生方にとっても大事な時期ではないかと思います。

## b. 医療保険制度の変革

**渡辺** 医療変革の2つ目の大きな柱として、保険医療制度が変化しつつあります。大学病院や県立中央病院はDPCという包括型の診療報酬制度になっていると思いますし、あるいは出来高の医療

の部分もかなり内容が変化しております。この医療保険制度の変化に対応します病院運営の変化について深田先生、何か最近感じておられることがありますでしょうか。

**深田** 例えば、急性期病院であると掲げているところと療養型とかに分かれているところがあります。急性期病院の場合、患者さんにとって17日で退院させられるというのは、本当にいいのかということもあります。小児科、外科、内科といろいろ科があって、科によってはどうしてもこの方はもう少し入院してもらわなくてはいけないのに17日という枠で退院していただかないといけないケースもあります。もちろん医療者側がきちんと早く治してあげて退院していただくようにしなければいけないのですが、患者さんが主体であるのに、医療制度の方からせざるを得ないというのはやはり問題なのかなという点もあります。

**佐々木** 今、それに関係してですが、クリニカルパスが入ってしまっていて、去年回っているときにはまだ余り確立されてなかったのですが、外科の研修を終えた後ぐらいからうちの外科も入れ込みました。確かに先生がおっしゃるようにクリニカルパスも3日になったらこれを、5日目になったらこれをという形を、私は直接患者さんにしていないのですが、カルテで見る限りでは、何か違和感がありますね。患者さんに合った医療というものがあるのではないかなと思ながらもそういうのをとっていかないと病院としてはやっていけないということがすごく違和感があります。

## c. 地域における医療提供体制の変化

**渡辺** 医療保険制度の変化に伴って地域におけるさまざまな医療提供体制も変化していると思うのですが、診療所の立場での地域における医療提供体制の変化について何かお感じになっていることはいかがでしょうか。

**松浦** 東部小児科医会においては、夜間の医療提供が問題になりまして、それで日赤、県中、市立

病院、生協病院、あと東部地区、小児科開業医で夜間の医療体制を確立して、幅広く皆様に利用していただき、夜間困ることのないようにと進めています。それが最近はやや浸透しつつあって、有意義に使われているような感じがします。

**田中** 夜間の小児科以外の診療日は、最近患者さんの数が減ってきているようです。病院は当直の先生がとてもお忙しいというのをよく耳にします。患者さん自信の病院志向ということもあるのかもしれませんが、第一次医療としての夜間診療所の機能を発揮できるよう何か手立てが必要だと思います。

**入江** 東部医師会の救急は49年3月から始まったと思います。僕は当番医の割り当てをする役でした。最初に僕がやりましたが、そのときは休日だけでした。そのうちに、看護学校の狭い部屋でして、それから因幡医師会館の建物にかわりまして、それからまた今度は今の医師会館にかわって、平成13年に新しいのが建ったということです。東部は、毎日やっている。大したものです。その前には、在宅夜間というのをやっておりました。それから今のように体制がきちんとなって患者のたらい回しもなくなりました。



**松浦** 小児科はそういうことでシステムをきちりしたので、患者さんは多いです。

**深田** 中部地区は、厚生病院しか小児科の方を入院してもらう施設がないので、医師が5人いますが、毎日当直ということはできませんので、一応午後5時から10時までの約5時間は小児科医が毎日いるようにしています。10時から翌朝の8時半

までは一般当直医が患者さんを診て、必要があれば小児科を呼ぶというシステムです。日曜日と祭日においてやはり5人で回しても大変なので、中部医師会の小児科医の先生に順番に来ていただいて、午前10時から午後1時15分までの3時間15分の間を診ていただくことにしています。その3時間15分に大体15人ぐらい小児科の患者さんを診ていただいておりますが、大変助かっております。

**長田** 救急体制、夜間の時間外体制をやっていくのはこの医師会の非常に重要な仕事です。東・中・西でそれぞれ急患診療所を医師会が持っています。でもこれは、例えば米子市だったら米子市がやっている急患診療所に医師会が医師会館を貸して、そこに医師会員が勤めているわけです。地域によっていろいろな事情があります。時代によって少しずつ変遷してきておりますが、だんだんという方向にそれはまとまりつつあると思います。

#### d. 医療安全管理体制と医師会の自浄作用

**渡辺** 医療変革の4番目の要素として、県医師会会務の大きな柱の一つである医療安全体制の確立及び医師会の自浄作用について、まず長田会長の方から少しコメントをお願いいたします。

**長田** 患者様に安全な医療を提供していかなければいけないということが基本でございます。県医師会でも医療安全対策委員会や職業倫理・自浄作用活性化委員会を作りました。医療安全、医の倫理を貫いていくためにまずは今の社会の状況に合わせて組織的に委員会をつくって検討していこうということで頑張っておりますので理解していただきたいと思っております。

**深田** 医療安全対策室は、私どもの病院では正式には2年前の4月から立ち上がったと思います。県民局に出される苦情や鳥取県内3つの保健所に出てくる苦情を名前はもちろん伏せていますが、常会の時に会員に配るようにして開業医の先生にも情報提供しています。まずは隠さずに出してい



ただき、その中で対策を立てて徹底していくということが大事ではないかと思います。

**長田** 医師会としては、同じ医療関係職種、看護師、技師さんも含めて努力をしてほしいし、その場その場でヒヤリ・ハットを取り上げていただき、しっかり検討していただきたいです。

**井上** 私たちの病院ではオリエンテーションの時から少しでもミスをしたと思った時点でインシデントレポートを出すように言われていまして、各個人がインシデントレポートを持って、いつでもすぐ出せるように、出すことが悪いのではなくて、出したことによっていかに今後生かしていくかというふうに教えられています。

**佐々木** 私たちの病院でもリスクマネジメント委員会などがありますし、オカレンスレポートもあります。安全管理体制で、研修医としてよく起こる医療ミスは1年間通して大体同じようなことなのですが、例えば先生が薬の単位を言われなくて、何ミリと言われたのはミリグラムなのかミリリットルなのか、教科書で習うようなことではないのでわからないわけですね。大学のリスクマネジメ



ントでは全体に関してのリスクマネジメントですので、研修医によく起こることというのはまだ取り上げられていないのが現状です。しかし、リスクマネジメント委員会に研修医も参加することが始まりましたので、研修医だけではなく指導医にも自覚を持っていただけるようにやっていきたいと今頑張っています。

**入江** 県医師会でやっている医療相談というのはどうですか。昔は健康相談だけではなく、いろん

な苦情も時々来ておりましたよ。

**渡辺** 医療相談の中で医師が対応しないといけないような相談内容、医事紛争につながりやすいような要素がある場合は担当理事などが対応しておりますし、事務的に対応できるケースは事務局の方で対応してもらっているのが現状ですが、数は多くないと思います。

## e. 個人情報保護法の施行

**渡辺** 個人情報保護法の施行で医療機関あるいは地域医療へ影響が出始めていると思いますし、医師会としても取り組みについて会報を通して各医療機関に伝達したところですが、先生方の立場で何かお感じになっていることを御発言いただけたらと思います。例えば大学病院のデータがインターネットを通じて流れたという事例がありましたが、大学病院の情報管理、個人情報の管理について取り組んでいらっしゃることはいかがでしょう。

**佐々木** 大学病院が電子カルテということで、実際症例発表しようと思った時にメディアを使って自分のパソコンに移すことが非常に簡単で、それに慣れてしまっています。今回個人情報保護法が始まるということで、石部病院長や上の先生から「自分のパソコンに残っているデータを自分でちゃんと管理していこう」というお達しが回ってきました。研修医はやはり自覚がまだ甘いところがあり、パソコン以外でも普通に昔のカルテを簡単に置いていたりしていますので、一人一人が患者さんの大事な情報であるということを自覚した方がいいと感じています。

**長田** 県医師会としても検査等の委託機関との間で契約を交わすなどいろいろなケースを拾い出しまして御指導申し上げたところでございますが、なかなか浸透していないかもわかりません。しかし玄関にだけはきちっとポスターを張っていただき、全力で個人情報保護に取り組んでいるということを明示していただければと思います。また、

日本医師会でもこの保護法ができる前に医事法制委員会の中で医療分野ではどのようになるのかというのを検討していました。疫学的なことについての除外規定というのも相当検討した上で対応し

ておりました。

**深田** 結局日頃仕事をする中で患者様の名前を書いたメモなどを落としたり、さらしておくなどをしたらいけないという認識がまず大事だと思います。



## 医師会の地域における公益法人としての役割

**渡辺** 医療安全管理、職業倫理の高揚、あるいは地域における救急医療体制の確立など様々な公的役割を医師会は果たしているのですが、地域住民からは公益法人というよりも医師の権益擁護の団体のように見られることもあるかと思います。公益法人としての役割をいかに地域住民の方に理解していただくかについて少し御意見を賜ればと思いますが、入江先生、いかがでしょうか。



**入江** 医師会のいわゆる公衆衛生活動というのは、学校医とかあるいは産業医もありますけども、主として健康対策協議会を通してやっているわけです。一般の検診、いわゆる医療以外の保健事業というのは全部健康対策協議会がやっている。年間約5,000万円の予算で動いているわけです。そういうことが一般の人には理解されていないようですから、鳥取県の場合は例えば検診をやるのは肺がん検診でも胃でも心電図でも何でも全部複数で診るということになっているでしょう。だからこころ辺のところをもう少しPRしたらと私は思います。一時、健康対策協議会の理事会にでも外部、マスコミでも呼んだらという声がありましたけど、まだそういう時期でないという話で終わっております。

**長田** 健康対策協議会がやっている講演などはケーブルテレビが撮影し、きちんと番組をつくりまして、中海テレビで流れています。今度県民チャンネルでつながりますから、東部、中部も見ることができると思います。研修生の方に言っておきたいのは、この健康対策協議会というのは鳥取大学と鳥取県、そして鳥取県医師会が三者合体で事業をしており、入江会長の時に日本医師会からも表彰されたほどです。

**入江** 昭和55年に対がん協会長表彰を受けまして、それから昭和58年に保健文化賞を受けました。平成5年には日医からも最高優功賞をいただきました。

**長田** 鳥取県はいわゆる2次医療圏というのが東・中・西とうまく分かれていて、行政、大学とうまくマッチしているので、がん検診や他の地域活動もうまくいっております。また関係している皆さんにたいへん協力していただいていることも事業がうまくいっている一因です。

**入江** 健対協の仕事は勤務医の先生に非常に協力してもらっております。

**長田** 健康対策協議会は大学の教授の先生も委員になっていただいているわけです。それで、県医師会会長が会長を兼ねて、副会長には医学部長と県の福祉保健部長というような仕組みになっております。地域の保健活動というのは鳥取県はかなり優位に進んでいると思っていただけたらいいと思っております。

**渡辺** 鳥取県の地域性、特に住民と医療機関の密接な関連、それから大学と医師会、大学と行政との関係、医師会と行政の関係、それぞれが非常にうまくいって医師会の公的な役割、保健活動、あ

るいは疾病予防活動につながっているということ  
を、県民へどんどんPRをしていくことが重要で  
はないかと思います。また、会員の先生方も大い  
に関心を持ち、健対協活動の内容を広く知ってい  
ただけたらと思います。

**長田** これには病診連携も非常に関係がありまし

て、がん検診で見つけ、それを今度はかかりつけ  
医が診た、これを今度は2次病院に紹介し、3次  
病院で手術した、いろいろ病診連携も加わって、  
これも医師会活動に必要な核になることだと思っ  
ております。これは皆さんの汗の結果だと思っ  
ています。



## 医師会の会員相互の連携および福利厚生面における役割

**渡辺** 医師会は公益法人としての役割が表看板に  
あるわけなのですが、一方では医師相互の情報交  
換あるいは連携を深めるような組織という一面も  
あります。特に地区医師会はこの役割も重要な要  
素として担っておりますが、この点につきまして  
診療所の先生の立場で何か御意見がございますで  
しょうか。

**富永** 私が理事をしていた当時医師会員相互のレ  
クリエーションとかそういうものを担当していた  
ことがあるのですね。同じ科の先生は時々集まっ  
ていろんな会をしますけど、科が違いますとたと  
え御近所でも余り交流がないということが多いも  
のですから、西部医師会全体で先生方が集まって、  
例えば年末の忘年会などの他必ず1年に1回は家  
族同伴でどこかに出かけようという企画をしまし  
た。そのために私もいろんなところを下見に歩い  
たことがあるのですけど、何年かしまして大分い  
い評価をいただいたつもりでおります。残念ながら  
最近は役員の方も交代してそういうことが少な  
くなってきています。医師会自身もビッグになっ  
たためかもしれませんけど、やはりそういう面も  
持てたらなという気はするのですよね。時代とし  
て大変かもしれませんが、若い方と年配の方  
との顔つなぎの場でもありますから、そういうこ  
とも必要ではないか思います。

**田中** 東部医師会でも会員相互の交流を図る企画  
はたくさんあります。申し訳ないですが、私自身

は今まで出たことがありませんでした。昨年は参  
加させていただき、診療情報のやり取りだけだっ  
た先生方にお目にかかり、直接お話もできてとて  
もよかったと思っています。けれども、出席され  
る方が大体決まってくるようですので、PR、誘  
いかけなども必要かと思っています。



**松浦** 開業医をしておりますと、なかなか孤独で  
すね。近所に同じような開業医の先生がいらっし  
ゃってもお話しすることも少ないですから、そう  
いう意味では、年に1回ですけれども、鳥取市医  
会グループ会などの時にお顔を拝見するだけで  
も、「ああ、お元気で頑張っていらっしゃるな」  
と励みになったりします。もう少し協力体制を持  
っておかないとこれから発展してまいりませんの  
で、病院だけではなくて診療所同士もそういうふ  
うな体制をもっと持ってゆける機会があればいい  
かなと思っています。





## 開業医と勤務医

**渡辺** 開業医と勤務医というテーマで少し御意見を賜りたいと思いますが、現在、鳥取県医師会は開業医570人で42.3%、勤務医777人で57.7%と過半数以上が勤務医の会員の先生方になっております。ただ、執行部は開業医が中心という意識が恐らく勤務医の先生方にもおありではないかと思うのですが、お考えをお聞かせいただけたらと思います。



**深田** 例えば中部では常会で30分くらい県医師会の報告、公の会の報告をし、その後1時間ぐらいの講演会があります。いい内容のテーマはありますが、勤務医はほとんど出席しません。その他の小さい部会、例えば消化器科の研究会とか産婦人

科の会とか個別の会には出ますが、医師会の会合には余り出ないですね。ただ、その医師会の大きな取り決めのときには勤務医の票がものすごく左右するのです。例えば、医師会が100とすると勤務医が60近くを占めている。その60票が医師会の票を左右するということもあつたりしますが、実際出ていかないことが多いのが現状です。

**長田** 開業医の集まりが医師会ではないかというマスコミのとらえ方があります。地区では、病院と医師会の連絡会がありますので、勤務医と連携するための努力は各地区ともしていらっしゃるのではないかと考えております。

**入江** 東部でも病診連携の会を市内の大きな4病院を隔年で年に2回という形でしております。また、鳥取県病院協会の全体の会と、東・中・西がそれぞれあって、年に何回か会を開いておられたようです。

**長田** 県医では県立の病院長が現在は理事でありますし、副会長も多く勤務医を抱えた病院長ですから、医師会も半数以上が勤務医だという考えで勤務医の利益やあり方を考えるのも大きな仕事だということは認識しております。



## 女性医師の活躍への期待

**渡辺** 昨今、医学部の学生の中で女性の割合が増えております。鳥取県医師会員で見ますと男性1,174名、女性153名です。先ほど鳥取大学医学部における井上先生の学年の様子を聞きますと、大体男性が60名、女性が20名とのことでした。

**長田** 今度、日医も男女共同参画セミナーをすることになっています。東部の谷口玲子先生、湯村純子先生に出席していただきますが、日本全体としてもそういうムードですし、もっと増えてほしいと思います。

**渡辺** 本日はちょうど半数女性の先生においでいただいております。まず佐々木先生、研修医とい

うよりも女性医師の立場で病院の勤務ということで何か不便に感じられること、あるいは改善してほしいことはあるでしょうか。

**佐々木** 私は、たくさんの女性の先輩方がおられたおかげで勤務内容としては今のところ、女性だからということで研修内容では不便を感じたことはないのです。しかし、一番の不便は施設の問題で女性の当直室が少ないことを一番に感じます。石部病院長がその辺りにも力を入れてくださったので、女性の当直室のベッド数も増えたのですが、最初に入った頃、女性だけは女医当直室で一つにまとめられているのに男性は各科に当直室があ

り、おかしいと感じました。

**渡辺** 女性の先生方で必ず出てくるのは結婚して出産、育児の時に勤めにくいということがあると思うのですが、育児のときに何か医師としての業務で不便を感じられたことはないでしょうか。

**松浦** 3人子供を産みましたが、まだ産休しかとれない時期なので、休み期間も産前1カ月、産後2カ月の3カ月ぐらいお休みをいただいただけでした。その間は他の先生がいろいろカバーしてくださいましたので、復帰すること自体は抵抗もなく、とてもいいところで働かせていただいたというか、そういう働き口を見つけました。やはり忙しい業務ではそういうことは不可能です。子供を産んでからは当直もできませんので、当直がなく外来と病棟の一部だけを診させていただける病院並びに院内に保育施設がある病院を探して勤めました。それで3人子供を産むこともでき、仕事も続けることもでき、今に至っているのですけれども、なかなかそういう状況を見つけるのは難しいと思いますので、結婚を機にある程度自分の専門志向を少し我慢して、もう少しプライマリーケア、また保健活動に進むというようなことも選択肢の一つとして置いておかないといけないなと思います。

**田中** 私も3人いますが、第1子出産1ヵ月後（当時は産前・産後1ヵ月ずつの産休）に職場復帰し、子どもは病院のすぐ近くの方に預け、時間的には無理も言えたので、必要な場合は遅くまで勤務しました。核家族であったので、第2子の妊娠を機に仕事を離れ、北海道に行くまでは専業主婦で過ごしました。北海道に行ってからが、医者としての第一歩という感じで、最初は本当に分からないことばかりでした。3時までの勤務としていただき、できるだけ子どもと過ごす時間を持つようにしました。帰鳥後開業してからは、昼休憩時間を使って授業参観、懇談会など行くことはできましたが、診療時間内の行事には参加できず、寂しい思いをさせたと考えています。

**富永** 私も3人ですけど、私らの時代は女性がそ

れこそ少ない時代で医局に私を含めて2名でした。2人目までは大学のそばに個人のところを探しまして、時間を気にしなくてお願いできましたし、上の子が保育園に行くようになると送り迎えもしてもらい、勤めることができたのですが、3人目の時に病気をしまして、どうしても勤務を続けることができなくて退職しました。それで8年間主婦専業でしたので、その後は病気で療養しながらでしたけれど、入院するほどでもなかったものですから、家で療養しながら子供3人の面倒を見ました。8年たった時点で、そのころはまだ医局員も少なかったのもうそろそろ子供の手が離れたのではないかと声かけていただいて、また大学に帰らせていただきましたので、子育てはある程度主婦専業の格好でしました。



今、大学の眼科は女性が多いのです。やめて専業主婦をされている方が、私の知っている方でも3名いらっしゃるのです。それで医局はもう人不足と騒いでおられます。やはり女性が増えたとはいえ働きにくいのかなと思います。

**渡辺** 富永先生のように主婦を何年かされて、その後で大学に戻ってまた専門職を続けられるというのは非常にいい経験ですし、素晴らしいことです。

**富永** 浦島花子でございました。本当に8年間というものは医学の進歩はすごくて。

**深田** 常勤の場合と非常勤とありますが、例えば日勤の仕事、その中には外来と一部入院、そのかわり夜はコールはなしというような条件で非常勤でもよい。そういう条件はなく常勤でないといけ

ないというのがあったら、どちらを選択されますかをお聞きしたいと思います。

**松浦** 常勤、非常勤に関係なく私は働きたかったので、身分というのは二の次でした。私が勤めたところは医療法人の病院だったのですが、一応これくらいの金額で働いてくださいというふうなことでお受けしたので、今はそういう問題が結構あるみたいですが、働きたいという思いがあったら非常勤でも結構満足度は高いと思います。

**田中** 家族との両立が可能な条件を優先させます。

**松浦** そうですね。勤務時間や当直のあるなしというようなことが第一選択になってきます。

**佐々木** 一つだけ思ったのですが、女性のドクターの方は結婚される相手はやはりドクターが多いですね。ということは、逆に言えば女性のドクターがそういうふうな条件を見つけて仕事しながら家庭を支えてくれることによって、男性のドクターが激務でも働いていけているのだということも大事なのではないのかなとちょっと今聞いて

て感じました。

**富永** 大いにあります。

**長田** 看護師さんもそうですよ。私は5時には幼稚園に迎えに行かないといけませんよと言うならば、ちょっと給料をカットされても行かねばならないし、病院が考慮する時もあるでしょうし。

**佐々木** 私が一番心配しているのは働く場がちゃんとあるかということで、復帰した時に皆さんがちゃんと迎えてくださるかというのが一番心配です。

医学部に入った時点から頭にあって、しかも今回研修制度が義務化されたので、その間の結婚、妊娠、出産はどうなるのかとか、そういうこともすごく考えています。

**長田** 看護師さんでもここまでは勤めますよと、ここから先は今度は家庭をやりますよと、このごろちゃんと区別して考えていらっしゃる方も多いような。それでうまくいけばいいけど。

**渡辺** 私の病院に精神科の研修に来られた市立病院で研修中の先生は、研修中に結婚され、お二人で精神科の研修に来ておられました。



## 若い医師会員から医師会へ期待すること

**渡辺** 今回のメインテーマである「医師会の明日を創る」に直結した2つのテーマでまとめをしてゆけたらと思いますが、まず若い医師会員を代表いたしまして、お二人の研修医の先生方から、医師会員になって1年余りの現在において医師会にどんなことを期待したいかということを率直にお聞かせいただけたらと思います。

**井上** まずは研修医の医師会費が無料ということが非常に大きく、そのおかげで恐らく大部分の研修医がすんなり医師会員になったと思います。金銭面、経済的な負担を考慮していただいたということで非常に感謝しております。

あとは、先ほどの公益法人としての役割等とか、最近よく思うのは小児の夜間救急医療体制の県民に対してのPRが東部では去年から始まり、最近



ようやく浸透しつつあるのですが、まだ夜になっても全然違う当直帯でもお子さんを連れの方が問い合わせに来られることがあります。ケーブルテレビや新聞でPRしていますが、それでも知らない方がまだまだいると思いますので、住民との連携をとりながら今後もしっかりPRしてい



ただければと思います。また、私たちのような新人でもこういう会に参加しますと、今日もかなり勉強になりましたので、こういう機会をつくっていただけたらなと思っております。

**佐々木** 私もその研修医が無料で入らせていただくということでこういう機会が得られて、すごく今回もありがたいと思っています。

医師会へ期待することは、地域のことは井上先生と同じ気持ちで、これからももっとも地域に浸透するために私たちも協力していきますし、頑張っしてほしいと思います。他に思ったのは、医師会がもう少し勤務医へ浸透することをすごく期待しています。実際に入っていないとわからない面もあると思うのですが、やはり勤務医は

ちょっと医師会に対しての意識が薄いというか、多分勤務する場所があるからそれに守られているというのは変ですけども、そういうところがあると思いますので、本当に医師会というのは医師全体の会なのだとことを開業医だけでなく勤務医、先輩の指導医とかにももっと浸透していくように医師会と一緒にやっていけたらなと思いました。

**長田** 会員になっていただくことは大変メリットがあるということを理解していただきたいです。自分は組織に所属しているから守られていると思って自分の犯した間違いに保障をしてくれないこともあるわけです。



## 明日の魅力ある医師会を創るために

**渡辺** 最後に「医師会の明日を創る」ということに関連しまして、魅力ある医師会を創るためには今どのようなことが必要かについて出席の先生方から一言ずつお聞かせいただけたらと思います。

**長田** 要するにみんなが力を出し合って支えていく医師会、それはすなわち住民の信頼を得ることになるだろうと思っていますので、とにかくよく話し合いましょう。そして「明日を創る」ためにはやはり自らが質的向上もしなければいけない、倫理も守っていかなければいけないということを念頭に置きながら、御協力をお願いいたします。特に若い先生方も医者を選んだからには自分の職業をやり遂げるために自ら努力していただかなければいけない、協調精神を持っていただきたいということでございますので、よろしくお願いいたします。

**入江** ちょっと大きな問題ですけど、良質な医療を安定的に効率的に供給することが医療政策の目標だろうと思います。民間開放規制改革会議等でいろいろな提案が行われています。全てが医療抑制政策です。去年は混合診療や株式会社導入が大問題となりましたが、医療は労働集約型

であってあまり競争とか効率を重視すると医療の質の低下を招きます。最初の話の続きとして、第1次医療法の改正は都道府県毎に医療計画、すなわち医療圏の設定、病院の必要病床数の算定であります。次は第2次医療法の改正で特定機能病院と療養型病床群に関する規程が出来、真ん中の白紙の部分のどうするかが問題になっていましたが、第3次改正により地域医療支援病院の創設、さらに病床と急性期と慢性期に分けようとしている。そして、平成12年4月より介護保険法が施行されました。このように成人病予防対策或いは生活習慣病対策、ついで高齢社会に対応する医療、保健、福祉の連携、高度情報化社会への対応など



医師会活動の中心課題が次々と変わってまいりました。今後は患者サイドに立った国民世論に支えられた医療政策が求められます。「日医総研」に期待すると共に、勤務医であろうと開業医であろうと団結していかなければならないと思います。

**深田** 死亡した場合と亡くならず済んだ場合と、訴訟においてもものすごい差があるわけですよ。まずかった時に連絡するとか送るとか、その辺のところをうまくすれば亡くなる人も助かるということもあります。起こってしまったことは仕方がないので、その次のことを早くする。そういう病診連携、病病連携を構築していただければと思います。

**富永** いろいろな方面で医師に対しての締めつけがだんだんきつくなってきていますが、そのことに医師会是对処して下さるので会員はある程度安心しておれるのですけれど、余りその厳しい面だけを強調することなく、少し一歩下がってゆとりを持って対処できるような医師に皆さんなってほしいなという気がいたします。それに対して医師会も応援していただきたいなと思います。

**田中** ちょっと外れるかもしれませんが、役員の先生方はとてもお忙しいと思います。皆様もお忙しいし調整が難しいかもしれませんが、もっと多くの開業医と勤務医の先生方との間で医師会活動の実務の役割分担と連携を進めることが医師会活動の理解と発展に繋がるのではないかと思います。

**松浦** 数年前からORCAプロジェクトが日医で作られまして、それを利用しておりますが、そのような医師会員にとってもとても画期的な事業もだんだん作られてきていますので、そういうものを利用して、医師会員の横の関係をもう少し密にして、協力体制を持ってどんどん新しい方向に進めてゆけたらなと思います。

**長田** 医師会の役員は一生懸命頑張っています。東・中・西と横長ですけれども、皆さんが役員になったつもりでやっていただきたいと思います。それと、こちらはかかりつけ医だと思っていても相手はそうではないかもしれませんので、やはり住民と同じ目線でお互いかかりつけ医の意味を理解できるよういい医療体制になっていきたい。現実的には、入江前会長がおっしゃったように、経済の不況をもって公的な社会保障が崩れるということについては断固反対していかなければいけないと思っていますので、御協力をお願いいたします。

**渡辺** 長時間御協力ありがとうございました。「医師会の明日を創る」というテーマでさまざまな角度でたくさんの議論をしていただきましたが、まさに明日の医師会に明るい光をもたらすものになったように思います。

それでは、先生方、本当にありがとうございました。これで終了させていただきます。



# 600号記念 表紙絵ギャラリー



501号 (平成9年3月)  
米子城址の春 松田泰彦先生



504号 (平成9年6月)  
紫陽花 巨島怜子先生



512号 (平成10年2月)  
弱法師 島隆允先生



518号 (平成10年8月)  
北京風景「白塔」 島隆允先生



523号 (平成11年1月)  
ラフランスとライム 北川達也先生



527号 (平成11年5月)  
マラケシュの大道芸人 隅坂修身先生



540号 (平成12年6月)  
野あざみ 谷口公子先生



549号 (平成13年3月)  
法勝寺の桜 新宮彦助先生





555号 (平成13年9月)  
皆生の港 新宮彦助先生



560号 (平成14年2月)  
望郷 北川達也先生



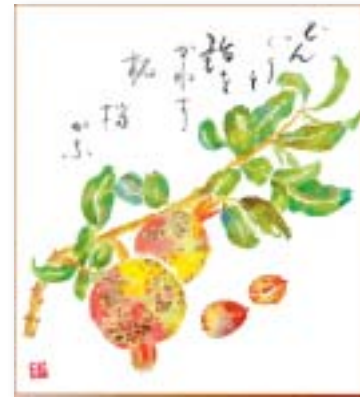
563号 (平成14年5月)  
花富蒲 早川慶子先生



568号 (平成14年10月)  
スイス脊損センターにて 新宮彦助先生



579号 (平成15年9月)  
人形 岡田俊次先生



581号 (平成15年11月)  
石榴とどんぐり 谷口公子先生



587号 (平成16年5月)  
松のある風景・皆生松籟の松 坂口茂正先生



597号 (平成17年3月)  
あやめ 臼井宗雄先生

## 編集後記

会報600号記念特集がようやく刊行し、ここにお届けいたします。

今回の特集に当たっては、歴史を振り返るとともに、かつてない大きな医療変革期にある昨今を踏まえて、未来志向の内容を目指しました。

昨年暮れから、広報委員会、会報編集委員会において協議を重ね、会員一人一人の顔が見え、将来の医師会のイメージが浮かぶような誌面を目標とし、多くの会員の皆様にご協力をお願いいたしました。

今やわが国の「地方の時代」を代表するオピニオンリーダー、「時の人」である片山善博知事にもご登場をお願いし、長田会長との対談の場で、医療の話題のみならず、社会全般にわたる冷徹な現状分析と将来への熱い夢を大いに語っていただきました。長田会長も、一世代近く若い知事と同じ位柔軟な発想と未来へ向けた熱い想いを存分に語っておられます。

東部、中部、西部の各地区医師会長には、「この10年を振り返って」というテーマでご寄稿いただきました。地域医療も大きく変貌しつつありますが、この期間中に、各医師会とも創立50周年を迎えられ、医師会立看護学校の整備、医師会病院の開設、会館整備の用地購入等、会員の信頼のもと各地区医師会が着実な歩みを続けられている様子をご披露いただきました。

今回、56名という多くの会員の先生方からご寄稿賜りました。若い勤務医、研修医の皆様からの文章を読ませていただきますと、医療と向き合う真剣な眼差しとしっかりした個性が感じられ、こ

れからの鳥取県の医療は安泰であると意を強くしました。また、中堅、ベテランの先生方からも多くご寄稿いただき、それぞれ鋭い切り口で医療、社会を論じ、また、人生の達人ぶりをご披露いただきました。

本記念特集では、新医師臨床研修制度のスタートにともない入会された研修医の皆様に寄稿していただくとともに、座談会にもお二人の先生をお招きして、「医師会の明日を創る」というテーマで積極的に発言していただきました。この座談会では、長田会長、入江前会長を中心に医師会の歴史から紐解き、最近の医療変革期への対応など、病院管理者の立場、開業医の立場、女性医師の立場など幅広い角度で大変魅力的な話題が交わされています。是非、ご一読ください。

今回の記念特集を編集するにあたり、全国都道府県医師会の会報に一通り目を通してみましたが、本県医師会報の表紙は特に美しく人目を引きまします。501号から600号まで100号の会報の表紙として100枚の絵を11名の会員の先生にご提供いただきました。すべて珠玉の傑作ぞろいでしたが、巻末に「表紙絵ギャラリー」として16枚だけご紹介させていただきました。今後とも、多くの先生方の作品をお待ちしております。

最後に、本特集を発行するにあたり多くの会員の先生方のご協力を賜りましたことにあらためて厚くお礼申し上げますとともに、事務局スタッフの編集事務に関わる日頃の緻密な業務にこの場を借りて感謝いたします。

(広報委員長 渡 辺 憲)

鳥取県医師会報の全文は、鳥取県医師会ホームページでもご覧頂けます。

<http://www.tottori.med.or.jp/>

**鳥取県医師会報 臨時号**・平成17年6月15日発行（毎月1回15日発行）

会報編集委員会：渡辺 憲・天野道磨・阿部博章・松浦順子・皆川幸久・平尾正人

●発行者 社団法人 鳥取県医師会 ●編集発行人 長田昭夫 ●印刷 今井印刷(株)  
〒680-8585 鳥取市戎町317番地 TEL 0857-27-5566 FAX 0857-29-1578 〒683-0103  
E-mail: kenishikai@tottori.med.or.jp URL: <http://www.tottori.med.or.jp/> 鳥取県米子市富益町8

定価 1部500円（但し、本会会員の購読料は会費に含まれています）



URL : <http://www.tottori.med.or.jp/>