

山口県医師会報

発行所 山口県医師会
〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1
TEL 083-922-2510
編集発行人 藤井康宏
印刷所 大村印刷株式会社
定価 220 円（会員は会費に含め徴収）



No 1665
新年特集号

「海 浜」

表紙絵に寄せて

宇部 竹尾 和典

明けましておめでとうございます。

一昨年の夏季特集号緑陰随筆に続いての掲載ですが、今回の作品は昨年（平成 14 年）3 月の CUBE 絵画教室の第三回展示会に出品した海浜 2 題です。

表紙の作品は晩夏の遅い午後、角島大橋の袂の展望台から角島水道を挟んで、附野海岸側から角島を望んだ風景を描いたものです。角島水道は海士ヶ瀬戸など、船の航行の難所で、複雑な潮の流れに海面はいくつものブロックに区切られ、それぞれのブロックでできた幾層もの波頭が水飛沫となって附野海岸に押し寄せています。引く波はわずかに白味がかった透明な色調を帯びているように見えますが、平坦な海底を撫でるように流れて、遠ざかってゆきます。浜に降りて波打ち際の砂を手にとって見ますと、石英・長石等の鉱物質の粒子はほとんどなく、すべてが貝殻の粒子です。引く波の不思議な透明淡白色の色調はこの貝殻砂の色に由来すると納得した次第です。

その砂を持ち帰り、同じ色調の岩絵の具を選び、乳鉢ですりつぶしてキャンバスに塗り込んでみたのですが、目にみえる効果はなかったようです。

裏表紙の絵は下関唐戸港の東側灯台から海響館を描いたものです。これまで関門港のウォーター・フロントの景観は門司港のレトロ地区に押されがちでしたが、海響館と唐戸魚市場の完成によって、門司側以上に迫力のある景観を作り出しています。唐戸港に押し寄せる波を見ていますと、港内に入る波、押し出される波、それらが干満の動きに合わせて

大きなうねり、小さなうねりを作り上げています。そのうねりは連絡船の出入りによってしばしば乱されますが、すぐに元のうねりに戻ります。角島水道の波と同様に、この波も生きているといった感じです。そんな魅力を感じる唐戸港の波ですが、このうねり

の表面の波紋だけを描くだけでなく、10 メートル、15 メートル、それ以上の深みのある海のうねり全体をキャンバス上に表現できれば素晴らしいと思いますが、前途程遠しです。



平成 15 年 1 月 1 日「新年特集号」目次

表紙絵に寄せて	2
新年に思う	4
講演会「EBM と IT」	5
新春座談会	14
いしの声：「総合診療医」雑感	27

 炉辺談話

初詣	竹 秋 句 会	29
「 ^{よそ} 他人 ^{ひと} の女」後編	徳山 望月 一雄	30
悲嘆教育～ Grief education	編集委員 渡木 邦彦	32
なんてったってアイドル	岩国 守田 明子	39
中国西部の旅	徳山 姫野 英雄	40
花への想い	岩国 斎藤由希子	42
錦秋の ^{しおり} 枝折峠に行く	下関 織田 登	44
「スローライフ」と「スローフード」	編集委員 薦田 信	46
何を書こうかな	下関 稲野 秀	48
「女医」の意識、無意識	岩国 大島 眞理	49
編集後記	常任理事 東 良輝	50
	理 事 吉本 正博	51



会長 藤井 康宏



新年に思う

明けまして、おめでとうございます。
本年も皆様には、新しいお気持ちで新年を迎えられたことと思います。

昨年 2002 年も淡い期待を持ち新年を迎えましたが、現実には厳しく、国内外ともに波瀾の年でありました。外国では各所でテロ行為が続発し、世界中に暴力的緊張感が漲りました。それも単に物理的要求を満たすためだけではなく、それぞれの国家、民族の保有する宗教、文化、価値観の暴力的せめぎあいの結果であろうと思われます。しかし、いずれにしても暴力は許容されるものではなく、一刻も早く、平和が訪れることを願いたいものです。

日本もデフレ経済が深刻化し、これからの脱却が今最大の課題となっています。そのため、すべての分野において構造改革が進められています。そのなかでも、教育、農業、社会保障等日本人の生活の基盤をなす制度が、経済的非効率性を理由に、大きく後退しつつあります。しかしこの効率性の是非の基準も、またその改革の内容、手法すべてが我国本来の理念に基づくものではありません。

今国民の間に、将来への不安、閉塞感がただよい、その原因として経済的不況が大きな要因であることは確かですが、そのほかにも日本人が今まで持っていた倫理観や価値観が経済的非効率性を理由に、すべて否定されることに、それらが一層増長されているかと思っています。日本人はかつて、地域コミュニティのなかで生活していました。この中で、生活そのものをそれぞれの能力に応じ、また及ばざるところは、お互いの扶助により行ってきました。この社会のなかでは、それなりの人間関係を持ち、安定感をもって生きてきました。

そのような環境の中で、食文化をはじめ、それぞれの分野で独特の文化を育んできました。その精神が生かされているのが、公的皆保険制度であり、その意味で、これは単なる制度ではなく、日本人の作り出した文化そのものであるかと思っています。

確かに戦後 50 有余年の間、経済的發展の結果、日本人社会においても経済的価値観も変化し、またこの間、産業構造の変革により、私たち日本人のよりどころであった地域コミュニティは大きく変わりました。さらには情報や文通技術の進歩により、地域の境界はなくなり、国境の壁も低くなり、それぞれ他地域の文化、価値観、宗教がわが国にも進入し、食生活をも含め、生活様式が西洋化されてまいりました。

しかし、型が西洋化されても、かつて地域コミュニティの中で培われた日本人固有の文化は、私たちのなかに潜在しており、これが競争原理そのものに、すぐにはなじめない部分があり、このことが経済的将来への不透明感とともに、私たちの不安定感を増長する一因となっているかと思っています。

現在のように、他国の文化、価値観が入り込んでくるとき、必要なことはそれらのよいところを容認しながらも、日本人としてのアイデンティティを明確にもち、これを失うことなく対応していくことかと思っています。

今後は日本人固有の文化に立脚し、その上で、日本人の生活を守るさまざまな制度を構築すべきであり、本年はそのような方向に向う原点の年になることを望み、そこから少しでも、心理的に明るい日差しが見出せることを期待したいと思います。

最後になりましたが、会員の先生方には、本年がよい年でありますことを祈念し、新年の挨拶とさせていただきます。



New Year Study

講演会「EBM と IT」

開原 成允 氏

医療情報システム開発センター理事長

・国際医療福祉大学副学長

と き 平成 14 年 11 月 7 日 (木)

ところ 県医師会館 第 1 会議室

本日は「EBM と IT」ということで、最近の状況等をお話しさせていただきたいと思います。

** IT に対する期待 **

私は大学で勤務していた時代に、学問だけで医学を進めるだけでは決して良くなり、システム構築を考えなければならないのではないかと思います。また医師会の先生方にも非常にお世話になり、その経験からバイオメディカルリサーチだけではなく、医療全体を考える習慣が身に付きました。そして 30 数年間医療の IT 化に向けて取り組んできました。昔は IT という言葉はなかったので、情報化・コンピューター化といった表現をしていました。ただ昔は、IT とは医療の敵だと思われていた時代があり、コンピューター化は医者の尊厳を冒すものだと思われた時もありました。そういう意味で IT というのが明るい意味で取り上げられるようになったのは、大変感無量です。だからといって IT がすべてバラ色かといわれると、必ずしもそうではありません。

医療を改善するために、IT に対する一般社会の期待は大きいものがあります。しかし、日本の医療分野の IT 利用は本当に上手くいっているのだろうかという、私も 30 数年間この分野でやってきましたが、絶えず反省するところがあります。結論から言えば、確かに IT 利用は非常に進んできましたが、私は決して日本の IT 利用は上手くいってないと思います。これから IT 化を進める

うえで何に注意すべきなのだろうかということについて、これからお話ししたいと思います。

IT に対する一般社会の期待は、e-Japan 戦略(平成 13 年 1 月)に始まります。高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部が設置され、今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針が打ち出されました。ここでは目指すべき社会等がいろいろいわれているのですが、この中にも医療の話がありまして、医療介護在宅患者の緊急対応を進める等、質の高い医療サービスを提供するのが目指すべき社会であり、これを IT によって実現すると謳っています。

これが一つの契機となって、日本全体で IT を進めなければならないことになりました。小泉内閣の骨太の改革といわれた、「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」の中に「医療サービス効率化プログラムの策定」という言葉があります。この中でも IT が多く書かれており、

- ・医療サービスの標準化と診療報酬体系の見直し
※「根拠に基づく医療」(EBM)を推進
- ・患者本位の医療サービスの実現
※医療・医療機関に関する情報開示、医療情報のデータベース化・ネットワーク化による国民への情報提供の拡充
- ・医療提供体制の見直し
- ・医療機関経営の近代化・効率化
※医療サービスの IT 化の促進、電子カルテ、電子レセプトの推進により、医療機関・運営



開原先生 プロフィール

昭和 41 年東京大学大学院卒業後、平成 9 年 3 月まで医学部にて教鞭をとるかたわら、附属病院中央医療情報部長、文部省高等教育局科学官、東京大学附属図書館長を併任し、国立大蔵病院長も務める。平成 12 年 7 月より財団法人医療情報システム開発センター理事長となる。

コストの削減を推進する。

- ・消費者（支払者＝患者・保険者）機能の強化
- ・公的医療保険の守備範囲の見直し
- ・負担の適正化

等があります。※部分が IT がらみの話であり、単に医療関係からでなく、医療の外から医療を IT 化することに期待があったということを示しています。

去年の 9 月に厚生省がだした医療制度改革の試案でも、IT の言葉が出てきます。

医療制度改革試案（厚生労働省）

- 少子高齢社会に対応した医療制度の構築 -

平成 13 年 9 月 25 日

II 医療提供体制の改革

2 当面進めるべき施策

(1) 根拠に基づく医療の推進

最新医学情報データベースの整備（H14 から）
診療ガイドラインの作成の支援（10 疾患 H13 完成）

(2) 医療の IT 化の推進

(ア) グランドデザインの策定

(イ) 医療の IT 化の推進

用語、コード、様式の標準化（H15 まで）
電子認証システム（H14 まで）
電子カルテの施設外保存（H13）

(ウ) レセプト電算処理の推進

環境整備、オンライン請求、個別指定
制度の廃止

当時、この試案が作成される時、全員が内容に賛成したわけではありませんが、IT 部分に関しては反対者がいませんでした。

それでは、なぜ IT が期待されるのかということになりますが、以下の 3 つになると思います。

■医療の効率化・改善

- 迅速で正確な情報交換
- 診療連携
- データベースによる分析

■医療の質的な向上

- EBM
- 診療支援
- 医療安全
- アメニティ

■情報開示

- 患者の選択

これら自体は悪いことではないが本当にそうなるのだろうかというのが問題で、そうやって IT の効果が上がるのかとなると、技術的な目を見た場合、IT の効果というのは①情報交換がスムーズにできる、②データベースを構築できるという 2 つの点しかないと思います。もちろんいろんな効果はありますが、突き詰めていくと下記のとおり、この 2 つに落ち着いていくと思います。

①安全で、効率的な情報交換

医療機関内＝電子カルテ
病院と診療所
医師と患者
医療機関と行政機関

②最新の情報を取得し、将来への対策をたてるためのデータベース

EBM
病院・診療所の経営分析
医師会の地域医療状況の把握
行政機関の医療状況の把握

結局 IT 化を進めるというのは、コンピューターを導入するというのではなく、コンピューターを導入したうえで情報交換を上手に行う。また、データベースを上手く構築するということです。こういったことで、IT 化の効果を発揮できます。

しかし、日本の IT 化というのは、この 2 つがあまり得意ではなく、今まであまり IT 化が上手くいかなかった原因でないかと思われます。

例えば、せっかく IT 化したならば、地域の医師会でデータを集めると、地域医療の実態を医師会が把握できるはずです。つまり、各医療機関はシステムを導入していますから、既に診療情報を電子化した形で持っており、これを医師会が集めれば、医師会の医療状況をしっかり掴むことができ、それを基礎にして行動することができます。

これは行政に対する発言力が増すことにもなります。例えば、厚労省が何かを言っても、本当はこうだとデータを持って強く医師会が発言できることになります。今、国もデータは持ってなく苦慮しているわけで、憶測を含んだ無理矢理に作ったデータで政策を行おうとし、その結果、時々おかしいことになっているわけです。

これからの時代はきちんとしたデータを持っている方が勝ちとなります。しかし、まだ日本ではだれもそのようなデータを持ちえておらず、これが日本の IT 化の現状だと思います。

ですから、「情報交換」も「データベース」も、今は残念ながらあるべき姿とは言えないわけで、

- ・EBM を実践したくても Evidence となるべきデータベースがない
- ・電子カルテは発達しても、そのデータは経営分析などに利用されていない
- ・レセプトの電算化は行われても、紙の形で提出されている
- ・診療費の改定のたびにシステムやマスターを改定するのに大きな労力をともなう
- ・診療費の改定を科学的に議論したくても日本の医療のデータベースがない
- ・病院情報システムは稼働しているのに、診断書や調査は紙に書いて提出する
- ・新しい医療機械を情報システムに繋ごうとすると莫大な費用を必要とする

という状況を招いています。

そこで、なぜ「情報交換」も「データベース」もあるべき姿でないのかというと、情報の標準化の遅れ（データベースの欠如・情報交換の非効率化）・安全な情報交換システムができていないことが挙げられます。これが足かせとなって情報交換が上手く進んでいません。その中で一番重要なのは、情報の標準化であります。これは例えば同じ患者が違う医療機関にかかった時、同じ病名がつくかということとその保証はなく、おそらく少し違う病名になってしまうので、これではデータとして収集することはできないのです。これは、よく診療そのものを標準化することと混同されていますが、そういう意味ではなく、基礎となる診療情報を標準化すべきだということです。これは最近、日医も強く認識しています。そのためには、“標準病名を決めてそれを使うようにしよう。検査の名前も統一化しよう。”という話になりますが、こういった細かい話を詰めないで標準化は困難です。

ただ、現在はこの改善に向け努力がなされているので、その方向性をよく確認しながら情報化を進めていくとよいのではないかと思います。

最初は国のレベルでこの話に火がついて、「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン（平成 13 年 12 月 26 日 厚生労働省）」ができました。

保健医療分野の情報化に むけてのグランドデザイン

- 厚生労働省においては情報技術を活用した今後の望ましい医療の実現を目指して平成 13 年 3 月 28 日より保健医療情報システム検討会において平成 14 年度から概ね 5 年間の医療の情報化を戦略的に推進するための方策の検討を進めてきた。
- このグランドデザインにおいては「医療の将来像を踏まえた医療の課題と情報化」、「医療情報システム構築のための戦略」、「情報化の進展にともなう保健医療福祉総合ネットワーク化への展開」、特に医療情報システムの構築においては電子カルテ・レセプト電算処理

システムの目標と達成年次、国の講ずべき施策等が盛り込まれている。

- 厚生労働省においてはこのグランドデザインを踏まえ、電子カルテ・レセプト電算処理システムの目標の達成に努めるとともにグランドデザインで描かれた情報技術を活用した今後の望ましい医療の実現に向け、各般の施策を行っていくこととする。

保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン 情報化推進のアクションプラン

1 医療における標準化の促進

- ・電子カルテをはじめとする医療情報システムでは施設内はもちろん、施設を越えた情報交換・共有が重要であり、そのためには医療用語やシステムで処理を行うためのコードの標準化とデータの互換性の確保が不可欠である。
- ・そのため、これらの標準化事業の推進とともに安定した維持管理体制を早急に確立する。
- ・また、診療報酬の請求・審査支払業務の効率化は医療における情報化の目的の一つであり、これらの用語・コードと診療報酬制度との整合性を早急にとることとする。

その目標と分担は次の通り。

達成目標と役割分担

達成目標	役割分担	実施時期
1) 標準用語・コードの開発・管理維持		
・標準用語・コード・様式の開発	官・学・医・産	平成15年度完成
・改訂などの定期的な維持	官・学・医・産	平成13年度より
・標準用語・コード等に対する信頼性の確立	官・学・産	平成13年度より
・標準用語・コード等と診療報酬請求との整合性の確保	官・学・医・産	平成13年度より
・レセプト傷病名マスターの見直し	官・学・医・産	平成13年度中
2) 標準用語・コードの普及促進		
・公的機関に対する用語・コード等の導入	官	平成13年度より
・標準用語・コード・規格等情報システムへ標準装備	産	平成13年度より
・国の事業・補助の再標準的な用語・コードの導入を義務化	官	平成13年度より

ここでは、また医療情報システム構築のための達成目標の設定として次のようになっています。

【電子カルテ】

平成 16 年度まで

全国の二次医療圏ごとに少なくとも一施設は電子カルテシステムの普及を図る

平成 18 年度まで

全国の 400 床以上の病院の 6 割以上に普及
全診療所の 6 割以上に普及

【レセプト電算処理システム

(レセコンではなく、保険者への請求システム)】

平成 16 年度まで

全国の病院レセプトの 5 割以上に普及

平成 18 年度まで

全国の病院レセプトの 7 割以上に普及

【アクションプラン】

目標達成のための戦略を踏まえ、国家的視点から実現方を提示することとし、官民の役割分担、達成目標等を明示したアクションプランを策定

実は、この検討会では、私は座長を務めており、こんなことを書いて意味があるかなと心配でしたが、はっきり目標を示すことは意味があると、今では思うようになりました。というのは、電子カルテをやろうかなと思いながらも迷っている方や、レセプト電算処理システムをしたいけど本当にそういう方向に進むのかと心配されている方がいました。しかし、上記のようなプランを打ち出すことではっきりと方向性を知ることができ、電子カルテ等導入に踏み切った機関が増えてきました。実際に目標の数値が達成できるかどうかは別として、急速に普及しつつあるのは事実です。

** 電子カルテ **

電子カルテに関しては普及しつつあるといっても、実際にはまだ僅かで、診療所の方が普及し始めています。病院の方はまだ 1%位です。しかし関心は高いので、今後増えていく可能性は十分にあります。問題は経済面であり、導入したからといって保険点数が上がるわけではないので、医療機関の負担となりそれなりの理由がないと普及し

ないと思います。

また、法律的な問題として、平成 11 年に条件付きで紙カルテをなくしてもよいこととなりました。条件とは、

- ①書き換えができない。
- ②すぐ閲覧できる。
- ③保存が 5 年以上行われます。

これを保証すれば紙カルテをなくしてもよいとされたわけですが、その方法を厚生省はいっておらず、各自で決めなさいということになりました。ですから、現在電子カルテを導入されている方は、自分で考え、自分で納得したうえで作業を行っていることになります。そして、現在市販されている電子カルテは、ほぼ上記 3 つの条件を満たしています。しかし、診療所・病院では業務が違うので、いろいろ工夫しなければならない面もありますが、法令の問題は解決されたといっても大丈夫だと思います。

診療録等の電子媒体による保存について 基 準

- (1) 保存義務のある情報の真正性が確保されていること
故意または過失による虚偽入力、書き換え、消去及び混同を防止すること。
作成の責任の所在を明確にすること
- (2) 保存義務のある情報の見読性が確保されていること
情報の内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にできること
情報の内容を必要に応じて直ちに書面にて表示できること
- (3) 保存義務のある情報の保存性が確保されていること
法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること

診療録等の電子媒体による保存について

平成 11 年 4 月 22 日 厚生省通知

診療所レベルでは一人の医師が決心すれば導入でき、そこでは診療の効率化が図れ、検索が容易・編集が容易・スペースをとらない・離れた場所に迅速に送れるという利点があります。しかし、診療所単位でデータを作成しているため、他の機関とは検査コードが違うなどデータ共有ができないという問題が発生します。標準化ができていないため、情報交換ができないのです。

病院の電子カルテとなると難しくなり、大勢の医者・スタッフに、同時に操作教育が必要となるので、よほど院長がリーダーシップをとって導入に向けて行動を起こさない限り実現は難しくなります。病院ではオーダリングシステムが普及してきていますので、この上に電子カルテを作っていくのが普通ですが、やはりリーダーシップを持って引っ張っていかないと実現は難しいです。しかし、診療支援・診療データベースの利用等上手く利用できれば、非常に質の向上が図れます。

電子カルテには病診連携にも役立ち、診療所から病院の電子カルテが見られる・病院から診療所の電子カルテが見られるとなれば、例えば病院を退院した患者が診療所に通う場合、病院時のカルテを見ることもでき、連携をとって診療ができます。また二重検査も省くことができます。

千葉県山武医療圏わかしおネットワークでは、県立東金病院と 15 の診療所と 16 の調剤薬局が糖尿病患者に絞り電子カルテで連携しています。病院退院後に診療所に行くと、診療所から病院の電子カルテを見ることができるようになっています。これは、病院への一極集中を分散させるためにも効果があり、退院後は診療所に患者を返すことで連携を図っていくことにもなっています。

ただし、この場合には病院と診療所でデータを共有化しておかなければならず、各自が違うコードを利用していたりすると意味をなさないので、ここは同じ病名・同じコードの利用について、よく打合せをしておく必要があります。

これらが最近の電子カルテの話題となりますが、次はレセプト電算処理システムの話に移りたいと思います。

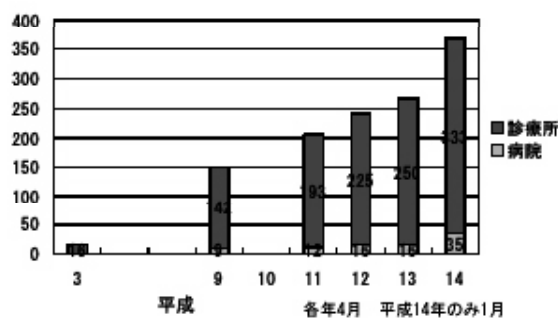
** レセプト電算処理システム **

診療報酬の請求を紙のレセプトに代えて、電子媒体に収録したレセプト（電子レセプト）で提出を行うことができるシステム（医療機関、審査支払機関及び保険者を通じて一貫した整合性のあるシステムを構築し、業務量の軽減と事務処理の迅速化を実現することを目的）ですが、昔はレインボーシステムと言われたことがありました。当時はこれを導入するとレセプト審査の強化に利用されるのではないかという意見があり、消えてしまいました。

しかし、診療報酬の請求を紙のまま続けるのは IT 時代に逆行するのではないかと言うことで、再び議論されるようになってきました。なお、現在、レセプトの審査に使われている費用は 1 枚当たり 120 ～ 130 円といわれています。

このシステムもまだ決して多くの機関で利用されているとは言えませんが、やはりその数は伸びてきています。

レセプト電算処理システム採用 医療機関数



当時は、姫路で熱心に取り組んでいましたが、今ではここを中心に全国的に発展してきています。また、これは紙のレセプトを電子に置き換えただけのものですが、そこには大きな利点があります。つまり、電子化するためには、先ほどと同じように標準マスターが必要になるのです。標準マスターを使用することにより、レセプトデータが標準化され、この統計を取れば医療のデータベースができてしまうのです。

レセプト電算処理システムの 基本マスタ

マスタの種類	概 要	件数
診療行為マスタ	診療行為コード、診療行為名称、点数	5,423 件
傷病名マスタ	傷病名コード、傷病名称、ICD9分類コード	19,110 件
療養費マスタ	療養費コード、療養費名称	1,419 件
医薬品マスタ	医薬品コード、医薬品名称、薬価、単位	18,363 件
特定器材マスタ	特定器材コード、特定器材名称、価格、単位	733 件
コメントマスタ	コメントコード、コメント文	151 件

<http://www.iryshoken.ne.jp> から無償でダウンロード

** EBM **

それでは EBM の話に移りたいと思います。

EBM は何かと申しますと、単に経験に頼るのではなく、もっと客観的なしっかりとしたデータに基づいて医療を行っていくことです。そして、このためにはエビデンスが必要となります。エビデンスとは、きちんと行われた臨床試験の論文等であり、こういうものの積み重ねで医療を行う、というのが EBM です。

実際には、医者すべてがオリジナルの研究論文を読むと時間がないので、予め診療ガイドラインとしてまとめる作業が進められています。これをいわば教科書としてやっていこうというわけです。

EBM・診療支援

Evidence-based Medicine(EBM)

- Evidence-based Medicine Working Group
Evidence-based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine

JAMA, 268:2420-2425, 1992

- 個々の患者の医療判断の決定に、最新で最善の根拠を、良心的かつ明確に、思慮深く利用すること

EBM の実践過程

臨床上重要な問題を回答可能な形に変換する。

問題に答えるための最善の根拠を最大の効率で見つけ出す。

根拠の妥当性（科学的な正しさ）と有用性（臨床応用の可能性）について批判的に吟味する。

批判的な吟味の結果を臨床行為に適用する。
みずからの臨床行為を評価する。

現在、厚生科学研究費による研究班が作成を行っています。

厚生科学研究費による研究班作成

エビデンスデータベースの作成と情報提供体制は 2 年以内に実現

診療ガイドラインは 20 疾患を作成中

- ・本態性高血圧、糖尿病、喘息、急性心筋梗塞、前立腺肥大及び女性の尿失禁（平成 11 年度）
- ・白内障、慢性関節リウマチ、脳梗塞、腰痛症、胃潰瘍、くも膜下出血、アレルギー性鼻炎（平成 12 年度）
- ・肺癌、乳癌、胃癌、アルツハイマー病、骨粗鬆症（平成 13 年度）

その他にも、学会が独自に作成しており、例えば日本胃癌学会の胃癌治療ガイドライン（胃癌治療のガイドラインの解説 金原出版 www.1surg.kpu-med.ac.jp）があります。そして、診療ガイドラインをインターネットで提供しようとしています。外国ではこれが当たり前となっています。

しかし、まだ日本には提供するセンターはありません。やっと日本でも動き出しており、今後インターネットで配信する予定となっています。

さて、ガイドラインについては、反対意見もあり、医療の標準化・マニュアル化が進み、これに従った医療しかできないという懸念がなされ、医師の裁量権を奪うものだという意見もでてきます。

しかし、これまでの説明でも分かるとおり、誤解は解けてきていると思いますが、ガイドラインとは医療行為のマニュアルではなく、標準的な医療を基に患者に即した医療を行うにあたって、基

礎になるものをエビデンスとして作っておこうというものです。

** 患者との情報交換 **

国立成育医療センターでは、すべての病室に端末が設置され、ある範囲までは自由に電子カルテを見ることができるようになっています。（電子カルテを利用したカルテ開示）

もちろんそれ以上の情報は医療スタッフしか見られないし、他人のカルテは見られないようになっています。従来は、例えば子どもの熱が下がったかを知りたければ親が看護師等に尋ねていましたが、ここでは自由に経過表を見ることができます。

ベッドサイド端末



- 12 inchタッチパネル型液晶
- 500床すべてのベッドに設置
- バーコードリーダ装置
- TV用リモコン
- 拡張性（USB 4口）



** 病名 **

これらのことも診療情報の標準化がなされていないため、標準化への努力が行われています。その中で、病名マスター作成は主たるものです。

病名マスター作成の経緯

- ・ ICD10 対応電子カルテ用標準病名マスター (MEDIS) とレセプト電算処理システム基本マスター傷病名コードの 2 つが存在
- ・ 平成 13 年 7 月、支払基金に傷病名マスター検討会を設置、2 つのマスターの統一の方針を決める。メンバーはすべての関係者を含む
- ・ ワーキンググループを設置
- ・ 平成 14 年 6 月、内容を一致させたマスターが完成
- ・ 平成 14 年 3 月、日本医学会用語管理委員会に監修を依頼、9 月監修作業開始。

病名マスター特徴

- ・ lead Term 持つ
B 型肝炎、B 型ウイルス性肝炎、B 型急性肝炎、HBV 感染、血清肝炎、血清黄疸など
→ B 型肝炎、B 型急性肝炎、B 型慢性肝炎
- ・ ICD10 コード
- ・ 医療行政の各種用語との整合性
特定機能病院における診療報酬請求の包括化に対応

病名マスターの内容例示

病名コード	病名表記	ICD10	レセコード	索引用語
33832085	フリードライヒ運動失調症	G11.1	0838001	家族性常染色体劣性運動失調症、特発性小脳性運動失調症、フリードライヒ失調症、フリードライヒ病、早老性小脳性運動失調症
33847066	脊髄性運動失調	G11.1	3348003	脊髄性失調症
33847774	マシャド・ジョセフ病	G11.2	0841402	
33848772	常染色体優性小脳性運動失調症	G11.2	0841403	DRPLA
33874117	晩発性小脳性運動失調症	G11.2	3348004	晩発性常染色体劣性運動失調症、中老性運動失調症、常染色体劣性運動失調症、進行性小脳性運動失調症、晩発性小脳性運動失調症
33876042	毛細血管拡張性運動失調症	G11.3	3348003	ルイ・バーク病、遺伝性毛細血管拡張性運動失調症、家族性毛細血管拡張性運動失調症、毛細血管拡張性運動失調症
33854401	常染色体性運動失調症	G11.4	3341001	家族性常染色体劣性運動失調症、家族性常染色体優性運動失調症、遺伝性常染色体劣性運動失調症
33847799	マリネスコ・シェーゲン症候群	G11.8	0841419	
33876247	慢性運動失調症	G11.9	3348007	
33847798	先天性小脳性運動失調症	G11.9	3343011	
33854373	遺伝性小脳性運動失調症	G11.9	3343004	小脳性運動失調症、常染色体劣性運動失調症、常染色体優性運動失調症、常染色体劣性運動失調症、常染色体優性運動失調症、常染色体劣性運動失調症

** 医療材料へのバーコード貼付 **

医療でもバーコードを付けようとする動きが活発になっています。スーパーでもこのようになっていますが、注射器やカテーテルにもこれを付け、医療安全に役立てようということです。

しかし、問題はすべての材料にバーコードが付けられているわけではなく、医療側がメーカー側にバーコードを付けてほしいと強く要望しないと、メーカーもなかなか対応してくれません。

医療材料のバーコード (EAN-128)
に表示される情報項目

バーコード表示項目 (56桁)

- 梱包インジケータ+JAN (14桁、AI:01)
- 有効期限/使用期限 (年月日の6桁、AI:17)
- 数量 (最大8桁、AI:30)
- ロットナンバー (最大20桁、AI:10)



医療材料データベース項目

一般情報	医療保険・価格情報
商品コード	保険適用可否
製品名 (日本語)	特定保険医療材料名
製品名 (英語)	医療コード (レセプト管理)
カナ製品名	償還分類
規格	償還価格
製品番号	標準価格
製品元企業コード	税率テーブル
製造元	
販売元企業コード	その他の情報
販売先元	代替商品
用途	企業ホームページ
最小販売単位梱包インジケータ	納品平均期間
最小販売単位数	出荷開始日
素材	製造停止期日
滅菌法	画像ファイル
医療材料分類	単品梱包識別インジケータ
対象診療科・部門	梱包識別インジケータ付商品コード
	梱包数
薬事法承認関係情報	単位呼称
薬事法一般名称	数量
薬事法承認番号または許可番号	バーコード表示有無フラッグ
承認取得日	
市販後調査の有無	

** 医療情報の標準化 **

これらいろいろなものに標準化が進められているのですが、標準には以下のようないろいろな標準があり、これから皆で努力してすべてを作っていかなければなりません。

用語・名称

見出し語 (Lead Term) の選定

シソーラス

コード

識別コードと分類コード

バーコード

様式

病院の統計表など

分類体系

ICD10 等

なお、標準マスターに関する課題としては、

- ・だれが標準を定めるのか？
- ・どのようにして普及させるか？
- ・頒布方法
- ・維持管理体制
- ・だれが費用負担をするのか？

等があります。

まだ、いろいろと大変な部分がありますが、インターネットを利用して無料で入手できるものも既にありますので、今後こういったことに取り組まれる方は、上手に利用していただければと思います。

医療情報システム開発センターの標準マスタ

マスタの種類	概 要	件数
標準病名マスタ	標準病名、レセ電コード	18,805 件
手術・処置マスタ	手術名、レセ電コード、ICD・CM分類コード	10,209 件
標準検査マスタ	検査名称、運用コード、レセ電コード	5,355 件
医薬品マスタ	HOTコード、医薬品名称、JANコード	約6万 件
医療材料マスタ	JANコード、特定保険器材名称、MEDIEコード	約10万 件

<http://www.medis.or.jp> から無償でダウンロード

医療で今後必要になる「標準」

医療機関	各医療機関を識別する番号が行政的に存在していてナショナルコードになり得るが公表されていない
医療機関識別	行政的に存在していてナショナル分類体系となり得るが公表されていない
医師	個々の医師を識別する医師登録番号があるが公表されていない。医師コードは、今後情報交換の中で必要となると思われる
診療科名	診療報酬請求用のコードなどがあるがナショナルコード、名称、分類体系はない
性別	JISが一部の標準となっているが、市町村の単位となると郵便番号が有用性が高い
性別・年齢書式	JISが一部の標準となっているが、医学界では普及していない
氏名書式	JISが一部の標準となっているが、医学界では普及していない
症状など記述用語	日本医学会の医学用語辞典中の用語を標準とすべきであろうが、現在利用可能な標準マスターの形での提供はない
臨床検査 (生体検査、画像検査)	学会などのコードはあるが、ナショナル標準とするには今後の検討や作業が必要
手術・処置	診療報酬請求用コードが一種のナショナル標準となっているが、診療の場では必ずしも十分ではなく、今後の検討が必要
医療機器	医療機器センターの異字体のカタログがあるが、電子化されたものは存在していない

** 結論に代えて **

コンピューターを使うことや、情報化することが重要なのではなく、それによって何をしたいかが重要です。これは他の医療機械（機器）とは違うところです。

例えば、心電図やレントゲンは設置すれば、すぐ結果がでますが、コンピューターは設置しただけでは何もできず、これを使おうとしなければ何もでてこないのです。何をしたいかを考えながら情報化を進めていただきたいと思います。

また、今後情報化を進める時は、標準的なデータやシステムを使うように心がけていただきたいと思います。そして、情報化した時は、電子化されたデータをデータベースとして最大限に利用することを考えていただきたいと思います。

これからの時代は、利用者としての患者さんを含めた情報化が必須となります。絶えずこれを考えながら情報化を行わないと、医療側だけでこれを行うとすると道を間違えるかも知れません。患者さんを常に視点において情報化を進めていただきたいと思います。

今後、山口県においてもこれを考慮しながら情報化を進められると、他のところから抜きん出るようなシステムを構築できるのではないかと思います。

新春座談会



- 出席者 -

医療情報システム開発センター理事長 開原 成允
会報編集委員 吉岡 達生、渡木 邦彦、川野 豊一
矢野 秀、堀 哲二
県医師会役員 東常任理事、井上・吉本各理事

テーマ

「医療現場における IT 利用」

川野委員（司会） 本日は「EBM と IT」について大変分かりやすくお話しいただきました。IT に関しては、少しずつ病院に導入されますし、EBM にしてもこれから実践していこうとしているところです。非常に有意義なお話をありがとうございました。これからは忌憚のない、また少しつつこんだお話がうかがえればと思いますので、よろしくお願いいたします。

今日の講演のテーマでは、EBM を実践するに



あたってインフォメーションテクノロジー（IT）をどのように利用していくのかというお話が中心になるかと想像していたのですが、先生が先ほど講演でおっしゃっておられましたのは日本では、データベースがほとんど存在していないということでした。

今後どのようになっていくと、お考えになっているでしょうか。

開原先生 今のお話は大変根が深い問題だと思っています。どういうことかというと、データベースを作っているいろいろな意思決定をしていくことは、物事を合理的に判断して決定をして

いくということです。

日本という国は合理的に物事を判断するということが、嫌いな国民性があるのではないかなと思うんですね。最初から変なことを申しますが（笑）、話し合いで物事を決めるとか、経験に基づいて決めると、「和」は保たれる。しかし、合理的に白黒を決めると「和」が壊れるので、日本人は嫌がっているような気がします。

今までの行政のやり方にしても、委員会を作って経験的なことを基にして、話し合いによって決着していく手法が取られてきていると思います。そういう意味で根が深いのではないかと思います。

吉本理事 EBM のためのエビデンスの集積は、日本ではできてないというお話しでしたが、日本の大学の先生たちに責任があるのではないかと前から思っています。専門家が使っているデータはほとんどが欧米のデータであり、日本を対象とした長期間のデータはほとんどないのですね。

最近は少しずつ集まっていますが、そのあたりに大学の先生方の怠慢があったのではないかな、エビデンスを集めるための臨床研究、臨床データの集積に開業医が全然参加できなかった、そのための基盤が整備されていなかったというのが大きな理由じゃないかと思います。

開原先生 今のお話しは、私自身も大学にいましたが、共感を覚えるというか（笑）、確かにその通りだと思います。

私は怠慢と言うよりも、価値観の問題だと思います。これも非常に不思議なのですが、日本では臨床試験のような研究を価値の高い研究だとはみなさなかったのです。試験管を振るとか動物実験をすとか、基礎医学的な研究に価値があるとみなされてきました。



文部省の科研費の審査にしても、臨床試験みたいなものを申請してもお金がつかないことが多く、そこが根本的な問題だったのではないかと思います。現実に臨床的な医学雑誌を見ると分かるんですが、日本は基礎医学的な研究ばかりでクリニカルトライアルの研究はほとんどないのです。

昔のことですが、ある教授が退官の時に言われたことが非常に印象にあるんですが、「私は、内科教授の活動を振り返って、一度も治験をしなかったことを誇りにしています。」とおっしゃいました。要するに治験というのは風上におけない研究であるという価値観の現れだったと思います。どうして日本にそういう価値観が根付いてしまったかということに最近非常に興味があります（笑）。

井上理事 大学でよく治験をしますし、開業医も含めた体制が取られはじめましたが、今までの臨床研修や疫学研究みたいなものが大学の教官の価値になるかというと、まだ時間がかかる気がします。



今日の開原先生のお話しは、IT という切り口で診療データを扱っていくことをやっていかないと、いつまで経ってもその部分も変わらないという解釈でお聞きしました。開原先生、変わりますか？

開原先生 多少変わるのではないかなという希望は持っています。

例えば、薬事法が改正されましたが、医師主導型の臨床試験が認められました。今までは治験をしようとしてもメーカーが行動を起こすことしかできなかったんです。しかし、今度は薬事法で初めて医師主導型の治験ができるようになり、研究費をつけようとする流れもでてきはじめました。ここで本当の意味での治験の価値が少し認められるようになったという気がしますね（笑）。まだ十分ではありませんが、ほのかな希望ができました。

渡木委員 フェイズⅢかフェイズⅣかという、最終段階だけの治験ということですね。

今日は、データベースの標準化というお話を伺ったのですが、データとしてこれは価値があるのか、何を必要としているのか等をどうやって決めて、どうやって選ぶのかということが、総論的で漠然とした感じがしたのです。ある一例を取って説明をしていただけるとありがたいのですが・・・。



開原先生 まず二つのアプローチがあると思います。

一つは、例えば電子カルテでもよいしオーダーリングシステムでもよい。病院全体や診療所全体を電子化する場合に、特に目的を最初から決めなくてもよく、せっきやく電子化データがあるのだから、それをきちんと集積することを最初にされればいいと思います。盲目的にデータを集めるのは意味がないのではないかと昔は随分いわれましたけど、最近はそういうデータを後でいろいろ解析して、その中から意味のあるものを探し出す手法もでてきました。例えばデータマイニングとかいわれますが。

第二は、何かに特化したデータベースはないのかということそんなことはなく、逆にそういうものも作るべきで例えば臨床試験、治療方法の比較をしようとするときには、それにあったデータベースを作らないと後で解析できない。そのときに非常に大事なものは、第一のデータベースと無縁な形で作ってしまうと、労力の二重投資になるわけで、第一のデータベースにデータを追加して特化したデータベースを作っていかなければなりません。

そこが今までできていなかったんですね。日本で臨床試験をするという、別の調査用紙を持ってきて一生懸命手で書き込むといった状況になります。せっきやく片方で IT を行いながら活用できていないことになっているところに問題があるのではないかと思います。

吉本理事 本日先生がお話しされたところで、IT

の効果が情報の交換とデータベース蓄積の二つに大きく分けられるだろうとされていましたが、ポイントがあって一つはコードの標準化とデータベースフォーマットの標準化があると思います。

先生は講演で余りそのことには触れられませんが、今、先生がおっしゃったことはまさにそのフォーマットの標準化だと思います。スタンダードになるようなツールが必要であると思いますが、そのツールとして一番有望なのは電子カルテであろうと先生は恐らく考えられていると思います。

しかし、電子カルテではそのスタンダードがまったく見あたらず、データベースのフォーマットも電子カルテの会社によってまったくバラバラで互換性がない。病診連携に利用しようと思っても利用できない。また、臨床研究にデータを応用しようとしても利用できない。

そこで、スタンダードの電子カルテをどこかで提供してくれないかと考えているんですが、日本医師会ではこれを提供するつもりはないようで、開原先生のところ（医療情報システム開発センター）では開発する構想はないでしょうか。

開原先生 日医は、構想はお持ちだと思いますね。ORCA を発展させ、その上に電子カルテを持ってこようとされているとは思いますが、私としては ORCA にエールを送っているつもりですが、なかなか大変だとは思っています。

それで、私どもの財団では、まずは病名だけでも標準化しようと考え、それだけでも大変だったのですが、支払基金と協力してそれはできました。次は症状とか臨床所見、検査等の様式の標準化が必要と思っていまして、それができれば、あとは皆様が電子カルテで利用していただければと思います。

しかし、これも大変で、内科の電子カルテや産婦人科、眼科とまったく違いますので、それぞれの診療科に合わせてこういったことをしていかなければなりません。幸い、今それを一緒にやろうという人がいらっしゃいますから、それぞれの診療科で“こういったものを作ってほしい”という、作り方のガイドラインみたいなものを作ろうかと思っています。そうすると、“じゃあ、内科は自

分が引き受けた。”、“じゃあ、眼科は私が引き受ける。”という方ができそうなのです。今、そんな形を考えています。

渡木委員 電子カルテでスタンダード化して、目的なしにデータ集積をすることは、かなりのいろいろな検査して、数値化していくわけですね。そうすると、以前いわれていた“検査漬け”をまたやるのかといったことや、病名の標準化ということについては、今の保険制度の欠点かも知れませんが、“この薬では、保険では通らないけど、別のことに効くよ”ということで病名を出すとかが、実際に行われているんですよ。

こういう場合に、後でデータを使うとき、どれくらい純化されたデータか、今の保険診療の中ではかなり厳しいというか、信頼度において問題があると思うんですが。

開原先生 私は必ずしもそうは思っておらず、やり方の問題だと思っています。もちろんレセプトに打ち出すときにはそのような形で打ち出すことがあってもいいと思いますが、データベースの中では、病名についても、これは確定病名である、暫定病名であるというような印をつけた病名にすればいいのではないかと思います。

実は東大病院の病名の設計はそうなっていて、保険病名とはいいいませんが、「暫定病名」という言葉を使っています。暫定病名とはある時期が来たら消すという病名なのですが、保険請求だけのために必要な病名は、暫定病名としてつけておくわけです。特に意識しないと、何か月かしたら消えてしまう仕組みになっています。

そういう工夫で今の問題は解決できるのではないかと考えています。

渡木委員 それからですね、標準カルテで外科系・内科系でかなり違ってくるんじゃないかと思うのですが。例えば、外科系であれば手術などでのどのようなものがデータベース・数値的になるのでしょうか。

開原先生 実はそこら辺はよく私も理解していませんが、標準化を進めることは必要だといっ

てもすべてのデータを標準化できるとは思っていないわけですね。

まず、病名の標準化を行い、次のレベルとして症状・臨床所見までは標準化できていると思いますが、例えば、手術のスケッチとか麻酔の記録などすべて標準化した形で取っておかないといけないかということ、私もよく分かりません。だんだん標準化のレベルを進めていって、それでもまだ足りない部分があって、ここまでは標準化したほうがよいという話しになってくれば、そういうことがあってもいいと思いますが、それより先の話しは目的別のお話しになってくると思います。

渡木委員 そうするのは大学病院としては技術的な評価ですね。そういうものをデータ化するというのは、どのように考えていらっしゃるでしょうか。

井上理事 大変難しい質問ですね。すくなくとも評価というキーワードから診療データとか医療技術、行為を見るときには、どんな結果になったかという Outcomes が、大事な切り口だと思います。

開原先生がおっしゃったような、日常の診療行為で発生するデータは悩まずに電子化したらどうでしょうということからスタートして、結局手術であれどのような医療行為であれその記録が電子化されていれば、情報交換・データの連携になるんじゃないかと思います。渡木先生が質問された手術そのものの標準化であるとか、手術経過の記載の標準化とはまた少し違う次元ではないかと思います。まだその前にやるべきことがたくさんあると思っています。

吉岡委員 私は耳鼻科医ですが、例えば、産婦人科の先生が妊婦さんに薬を出すときはオーストラリアの本などを引用して、これならよいですよとか、この症状ではこれがよいですよと説



明されています。医薬品のマスターがあればと思います。現実には、医師は何時も必要性和危険性の上にたって患者さんに説明し、了解を取って処方していますので、蓄積としては何も起こらな

かったというデータもでると思います。こういった細かいことは考えなくてもよろしいでしょうか(笑)。EBM のお話しかも知れませんが。

開原先生 私は最初に、せっかくオーダリングシステム等でデータが取られているのだから蓄積すればいいのではないかと申しましたが、今まさに先生がおっしゃったとおりで、実際そのようなデータがでますよね。

また、医薬品マスターに関しては既にあるデータベースを利用すればよいのですが、それ以上になると、別にきちんとしたデータベースが必要になると思います。

渡木委員 吉岡先生、私の代わりに質問していただきありがとうございます(笑)。

私も妊婦に薬を出すときに一番頭が痛いのはそこなんですよね。現実的にはありがたいことに、虎ノ門病院産婦人科の佐藤先生という方が本を出版され、ある程度の薬までは投与における組み合わせ、注意点が書かれています。そのテキストを見ながら処方していますが、これで問題が起ったことはなく、今まで 4,500 例の経験がありますが、お陰様で不幸な事態には至っていません。こういうのはデータベース化するとあっという間に答えがでると思います。

吉本理事 電子カルテが普及したとき、診療支援の機能が組み込まれていると、妊娠している人にある薬を出そうとすると注意事項が表示され、かえって使いづらくなるかも知れませんね。

吉岡委員 私は何時もはっきり患者さんに「オーストラリアの文献によって産婦人科の先生がこういっておられますが、日本ではデータがありません。危険性と有効性を考え医師の裁量で出せといわれています。」と言っています。それで患者さんがいいといえば出すし、そうでなければ出しません。これもデータとして蓄積されれば文字通りいいデータになると思います。

吉本理事 そういったデータが蓄積されて、支援システムに上手く反映されたら使いやすいシステ

ムになるのかなと思いますね。

開原先生、レセプト電算処理システムについて少しかがいます。先生はどちらかというところ、このシステムを推進する立場にいらっしゃるわけですが、私は以前会報にシステムに対する医師会の見解を掲載した一人で、そのときは時期尚早であるという結論に達しました。

理由の一つは医療機関にとってメリットが見えないという点ですね。特に、診療所には余りメリットがないだろうと。支払基金なり国保連合会が主張しているメリットは印刷の手間が省ける、補てつをする手間が省けるという点です。ところが、医師にしてみればチェックをするのに画面を見るのは難しく、どうしても印刷してそれを見ながらレセプトチェックをするので、印刷は避けられないだろうと。補てつに関してはメリットもあるかと思いますが、デメリットのほうが大きいだろうと。

さらに今のレセコンでは対応できず、標準化するための特別なソフトを入れる必要がありますが、その費用が診療所持ちになることが一点。そして、レセコンのメーカーにしてみれば標準化したコードを使ったレセコンを開発していきたいということで、古い機種では対応できないからと買い換えを勧めるメーカーがあります。

もう一つの理由は、出てきたデータを厚労省・保険者等に良いように利用されるだろうと。それに対して、医師会に対抗するだけのデータがなければ、情報の隔差が生じるということです。ORCA が普及してくればデータの集積を ORCA で行うことができる。そうすると情報面で対等になるだろう。それなら GO サインを出してもよいのではないかと。今では支払基金でも審査するのに一度紙に印刷してから審査するといっていますが、おそらく近いうちに開原先生がおっしゃっているように、コンピューターのデータをコンピューターでチェックするようになると思います。その時点でチェックをかけるソフトと同じものを私たちも利用できれば、対等の立場で情報化が進められる。しかし、これができない限りは医師会としてはみんなに安心してレセプト電算処理システムに乗っかってくださいとは言えないだろうというのが、山口県医師会の見解となりました。

そのあたり、先生はいかがですか。

開原先生 今のお話は現時点に見ればその通りです。将来の夢を持って多少の危険を冒しながら先に進んで、よりよいところに落ち着くように努力するか、現在のままに留まっているほうを選ぶかということになると思いますが、私は今の時点でいえば、先生のおっしゃるとおりですが、先に進むと多少今より良くなるんじゃないとか希望を持って、先に進むという意見なのです。

何が良くなるかという話しですが、まず一つは審査のロジックの透明化だと思います。今は審査委員が替わると途端にチェックが甘くなったり、地域によって点数が違ったり、変な話が

いっぱいあるんですね。そんなのはおかしいので、レセプトチェックするときには、“これとこれは駄目なんですよ。”、“これはチェックしますよ。”と全部公明正大に明らかに

し、人間の裁量はなくすべきだと私は思うんです。

レセプト電算の形にすると、実はそれが透明性の確保になると思っているわけです。そこは、例えば、医師会と厚労省と基金がよく協議して、審査のロジックはこうだと決め、ただし非常に高額なのは特殊でしょうから、何点以上のものはチェックしますよ、とか全部明らかにすべきですね。そうすれば医療機関のほうでも注意しますからね。たぶん何点以下のものは審査はいらなくなると思うんですね。それで高額のものだけはきちんと、人間が一つずつチェックするということがあってもいいと思いますが、恐らく今のレセプトチェックの 7～8 割は要らなくなるんじゃないかなと思います。そうすれば大きな無駄が省けるし、不公平も不満もなくなるし、いろんなことが透明化して公明正大になるんじゃないかと。それが私の一つの希望です。

それから、そうってくると診療報酬請求の事務も随分簡素化されるんじゃないかと思うんです

ね。そうすれば今、医療機関に使われている無駄な費用、支払基金の無駄な費用が随分なくなって、日本全体としてみれば医療の向上に使えるんじゃないかと。

それから、ご指摘のあった相手側にデータが集まるんじゃないかということは、データを使うときのルールを保険者・厚労省・医師会とで決めればいいんだと思うんですね。どこかに集まったデータをその人しか利用してはいけないというルールはなくて、みんなのものなんだと定義すれば、だれでも利用できる。もちろん個人情報保護を厳重に注意した上でのことです。そういうルールを作っておけば、どんなデータを作っても心配ないわけで、同じデータを医師会の人も見ら



れる、場合によっては患者も見られる、というような状況を作る努力をすることができるのではないかと思います。実はアメリカはそうなっています。希望は希望で、うまくいくかどうか分かりませんが。(笑)

吉本理事 先生のおっしゃっているとおりなんですが、審査の基準を公開するということに関しては支払基金も国保連合会も非常に危惧しているんですね。

公開すると診療側がそちらに合わせてくるというか、例えば湿布薬をどのくらいまで出しているかという数値を出してしまうと、逆にその数字に合わせてくるだろうと危惧されているんですね。本来はそういう問題じゃないと思うので、先生のおっしゃるように“こういうことをチェックします”とおおっぴらにしてもらうほうが、本当はいいんだと思います。

それから、もう一つはデータが利用されるとい

う面よりも、情報の隔差がでてくることを危惧しているわけです。せっかく集めたデータだから活用しない方法はない。だけど片一方だけを有利にするのでは、ちょっと問題があるんで、日医では今 ORCA を推進しています。ORCA が普及すれば日医も情報を集積する力を持ってくる。じゃあ、そこがスタート地点になるんじゃないかという考え方なんです。

開原先生 分かります。

渡木委員 それからですね、今、日本の保険診療制度でずっと前からいわれてきたことは、技術評価がまったくなされていないと。そういうふうなものが将来 IT 化しますと、標準化したレセプトにそういうものが入ってくる隙間とか、入れる計画とかあるんでしょうか。

開原先生 私は逆だと思ってるんで、むしろ、そういうデータをきちっと集積することで技術評価ができるようになるんでないかと思っています。何か技術評価の具体例がありましたら・・・

渡木委員 例えばですね、手術をよくやっているけどトラブルが多いとか、別の医療機関であれば手術が上手とか、何年やってきたとかで当然違うんじゃないかと思うんです。技術評価されていないということ、そういうことだと思うんですね。経験といいますかね。

開原先生 今の保険システムは、すべての医者が同じという前提になっていますからね。おっしゃるように技術評価がされていないんだと思いますけど、ただ、今回初めて技術評価が入ってきたのは、例の大騒ぎになった手術件数の問題だと思うんです。

私としては、技術評価といってもいいんじゃないかと思うんですね。ですから、手術件数は将来の技術評価に道を開くという意味で大賛成なんです。そう言うと、怒る人もいるかも知れませんが。

ただ、何が問題だったのかというと、あれは件数の決め方が問題だったのです。なぜ件数のところに問題があったかというと、まさにデー

タベースがないから感覚的に決めちゃったわけですよ。そこが、日本にデータベースがないことの、非常に大きな不幸であって、各県の手術件数がはっきり分かるようなデータベースを厚労省が持っていれば、それに基づいてきちんとした件数を決められたはずなんですね。ところがそういうデータがないから勢いで作って、後から大騒ぎになったということだと思うんですけどね。

堀委員 私は耳鼻科を開業していますが、耳鼻科の場合ですね、患者を数でこなす、処置でこなすという場合が多いわけです。そうすると電子カルテでどんどん数をこなさないといけない



ということになる。例えば、聴力検査、あるいは細菌検査などいろいろしますと、消すデータがたくさんですから、数と量によってとても診察時間内では困難ですね。

手書きの今でもそうです。ただ、ここで伺いたいのは法的な問題でして、厚労省ではカルテはそのまま保存でいいとしていますが、電子カルテの中味もすべて医者が書かないといけないものなんでしょうか。例えば、レセプトの場合は、業者とかでもよいわけですが、医者が電子カルテの所見を書くのは当然としても、データなんかはどこまでしないといけないか。開業医や忙しい方はものすごい数と思うんです。

もう一つかがいたいのは、病診連携でうまく情報交換できればいいですが、そうではなく外部にもれるということは十分あると思います。外部に出た場合、生死にかかわる問題が廻り廻って本人に、例えば、ガンを隠しておこうとしていたのに、周囲に全部分かってしまうという心配もなきにしもあらずと。そこに対してブロックするような方法、法的な何かがないと一歩進めないところもあるのではと思いますが、どのようにお考えでしょうか。

開原先生 カルテは医者が全部書かないといけないのかというお話ですが、中味に対しては医者が責任を持たないといけないと思います。実際

に書くのは医者じゃなくてもいいんじゃないかと思っています。

例えば、アメリカだってディクテーションを医者がして、秘書が後でタイプを打つことも日常に行われていますし、それから昔の偉い先生の場合、ポリクリのとき実際にカルテはネーベンの人が書いていたこともありますから。

だから中味の責任は医者にありますけど、具体的に書くのは医者じゃなくてもよいとは思っています。

堀委員 時々裁判になると、後でだれかが書いたとか、今でも手書きの問題が起こっていますよね。ましてそれがコンピューターになってしまうと、さらに問題が起こるんじゃないかと思っています。

開原先生 そこはですね、まさに厚労省がいている「真正性を保証しなさい」ということなんです。実は、電子カルテと手書きカルテのどちらが真正性を保証しやすいか、という話なんですけど、私のように情報をやっている人間は電子化したほうがはるかに真正性が保証できると思っています。最近問題になった例があります。金沢医大では電子カルテを導入していますが、後でカルテを改ざんしたのではないかと NHK が変な報道をしたものですから、地域で大騒ぎになって、大学がひどい目にあったという例があるんです。どういうことかという、「例えば慢性疾患指導料とかが抜けていたから、よく調べて追記しなさい」と教授が言ったので、局員が調べたら、実際に抜けがあったので追記した。そうしたら、それが改ざんだと大問題になったんですね。しかし電子カルテは何時、だれが、何を書いたかというのが全部記録に残るんですね。紙カルテだとだれが何時書いたかなんて分かりませんよね。何となくインクの色が違っているとかそんなことしか分かりません。金沢医大の件では厚労省の人が来たとき、追記はしているけどこれは改ざんではないし、電子カルテの方がはるかに信頼できる、ということになったんですね。これから電子化されるということは、かえって改ざんしにくいほうに働くのではないかと思っています。

ネットワーク上のセキュリティということがご質問にありましたが、これもなかなか難しい問題

です。もちろん、技術的には最大限のセキュリティの確保はやっておかねばならない。ところが技術というものに 100% ということはありません。どんなにガードを強くしても絶対というのはありません。結局制度とか法律とか運用とかで守るほかはないと思います。

日本の場合は、住民基本台帳も同じなんですけど、個人情報保護法がないということが最大の問題だと思います。だから私は早く個人情報保護法を通すべきだと思います。ジャーナリズムが変な反対するから、なかなか通らないんですけど、あれが通ればかなりルールははっきりしてくると思います。どういうルールがでるかという、必ずそういうことをするときには患者の了承を得ないといけないということです。ですから病院と診療所でカルテを共有するときは、患者に対して“われわれはこういうふうに安全を図っているけど、しかし患者さんの同意が必要ですので、どういたしますか？”と紙に書いていただいて、インフォームドコンセントを図る必要がある。それさえ取っておけば、後はルールの上で処理できるんじゃないかと思っています。

川野委員 セキュリティの問題ですけど、いろんな技術というのはどんどん発達してきて、現在安全だといっても 2 年後、3 年後には駄目になってしまうという可能性もありますよね。

じゃあ何が一番安全かという、ネットワークから切り離すというのが一番安全という話になってしまうわけで、ネットワークの脆弱性をみんなに伝えないといけないと思います。そういうリスクを持った上でネットワークに情報を流すことは、リスクよりも大きなメリットがある、という議論に持っていけないと、しょうがないんじゃないかと思っています。

開原先生 まったくその意見に賛成です。

井上理事 おっしゃるとおりでありまして、ご存知だと思いますが、各都道府県単位で救急医療のネットワークがあります。山口県ではそれをさらに拡張して、医療のネットそのものをきちんと作って、先生方が利用できる環境を作ろうと行政

が動き出したという点が、非常に大きいと思っています。どのようにネットワークを使うかというセキュリティポリシーを考えないといけません。危険性を理解した上で使う。じゃあだれがやるかという大変難しい問題が生じます。私は県医師会に期待していたのですが、だれかがやらないといけない。そこをどう考えていったらいいんでしょう。

開原先生 ネットワークを運用するときはセキュリティポリシーを作っておかなければいけない。まただれが作るかとなると、運用する人が作るしかないんだけど一番大事なのは、作ったものが公開されていることだろうと思うんですね。“そのポリシーというのはこういうものなんです”と。その安全性と危険性を理解できるようにしておくほかはないと思うんですけど。今の時代は、それしかないんじゃないですかね。

井上理事 例えば、先生は MEDIS を通していろいろなプロジェクトを動かしておられるのでご存知と思いますが、どこかの病院とそのグループの中という限定した範囲であればお互いの顔も見え、その範囲だったらいけるよということも言えると思います。

その後、グループが二つできたとき、そのグループ間を結ぶのは行政の役割になるんでしょうか。

開原先生 今のお話は PKI (Public Key Infrastructure) になると思うんですけど、そういうインフラを整備すべきだというのが一般論です。

PKI が世の中を覆うようになれば、その中で動いていく限りは大丈夫になりますが、だれがそれを認証するかという問題があり、また認証者をだれにするかというところはまだよく分からないんですね。政府の GPKI (Government PKI) の場合には政府が認証するということでもいいわけですが、GPKI の流れの中で Health ができるかというとそれは無理で、Health には民間もありますからね。GPKI の流れの中でそれを認証しようとしてもどうしても無理がでてくる。結局、医療関

係のいろんな団体が認証者になる必要があるというのが今の意見です。

例えば、医師会の場合では、県医師会なら県の医師会員を認証するということになります。今度はお互いの機関がそれぞれ認証したくなったら、話し合ってお互いに認証できるようになれば初めて手を結ぶということになり、そのような形でだんだんネットワークができるようになっていくのではないかと思います。

井上理事 今は県行政と医師会が認めたところでスタートしようとしているわけですね。

今までは、データをやり取りするのに県がどう一緒にやっていくか、というところでお話しをうかがってきました。行政が入って本当に上手いくのか分からないということもあります。

東常任理事 県医師会がなかなか動かないというお話しでしたが、実際にシステムを作るときはやっぱり狭い範囲がよくて、山口県全体で考えていくと作りにくいのは確かです。



ただ、県は医療行政をしていますから、お金を出すのは県が出しますので、それを取ってくるのは医師会かなど。県医師会はその面を後押しするほうがよく、システムそのものを作ろうというのは難しいので、郡市でそれぞれできたものを統合していくのが私の役目と思っているのですが、いかがでしょうか。

井上理事 まさにその通りです。

川野委員 二次医療圏がそれぞれで作っていった後で結ぶようになれば、県全体でも上手くいくんじゃないかという気がします。

開原先生 認証の問題として最終的なところは、やっぱりお互いに顔も素性も分かってないといけないわけですね。そのぐらいの単位で認証というのがあって、お互いに繋がっていくしかないと思っていますが、そういう意味では県医師会が直

接一人ひとりをやるのは無理じゃないかと思いませんね。

ですから、郡市医師会の認証があって、横に繋ぐところを県医師会が認証するとかですね。そんなところからかもしれませんね。

井上理事 どうやって診療情報交換をやっていくか、すくなくともネットワークという場がないと動かない。郡市医師会または二次医療圏という単位できちんと動かさないといけません。情報化に対する地位差、温度差があるのですから。その際に、県全体だけの視点では不十分で、そこを調整するのが県行政の仕事じゃないかと考えているわけです。

吉岡委員 基本的なことをうかがっていいでしょうか。私はアナログ人間でワープロぐらいしかしないんですけど、コンピューターの画面というのは人間には優しくなくて、私はコンピューターの画面では文字校正等はしないんですよ。必ず紙に打ち出して 3 回ぐらい繰り返して確認して、それでできたなど。画面では絶対に誤字脱字等を絶対見落とします。

コンピューターは凄く進歩していますが、私のようなアナログ人間に対しても優しくなってくれるコンピューターは、誕生しうるものなんではないか（笑）。

開原先生 二つ要素があると思うんです。一つはコンピューターのほうが良くなることが必要だと思いますが、もう一つは人間の慣れなんですね。画面上でも校正できるという人もいるかも知れませんが。

川野委員 私どもの病院では、10 数年前からの合い言葉に「紙をなくそう！」があります。極力紙をなくそうということでやっていますが、それでも紙はたくさんでます。いろんなところで、“なんでこんなことを、紙に出さないといけないの？”と思うようなことも紙に出してるんですよね。

私が一つ考えるのは、紙に出した情報というのは、その時点で古くなってるんですよね、「ネッ

トワークの上では、すでに 1 分後 2 分後には変わっているかもしれない情報じゃない？」と・・・、まあ、それは極端なお話ですが、そういう意味で言うと、紙に出した情報というのは、その時点での情報でしかないと思うんですよね。

私は紙に出さないで済むもの、また鮮度が必要な情報は紙に出してはいけないと思っています。

吉岡委員 アナログ人間がいらんこと言うんですが（笑）、私は 1 冊 260 ページの本を先日出版しました。そのときには 10 回ぐらいは打ち出しています。コンピューターの画面でやろうとしたことはありますが、やれば必ず誤植が残ります。もちろん打ち出しても残るんですけど、これがアナログ人間の典型なのかなと思います。

開原先生 それは人間の慣れとか特性ですから、それでいいんじゃないかと思います。先生もコンピューターの利点は使っていると思うんです。

同じ問題が放射線の読影にあるんです。CRT で診断ができるかという話があるんですよ。何もフィルムに出さなくても CRT 上でレントゲンを読めるんじゃないかと。今のお話しもこれとまったく同じで、放射線医に聞くと、読めないという人もいるし（笑）、フィルムなんてまったく要らないと言う人もいます。

渡木委員 なんといいですか、活字文明といいですか、過去の活字文明というのはプリントして紙に書かれた文字を見て、活字文明としてきたわけです。

ところが、情報革命といわれるコンピューターがでてきて、しかし、私もやっぱりプリントアウトしてみないと信用できないんですよ（笑）。これがいいか悪いか別として、そういう習慣は変わらぬと思うんですよ。私はそれはそれでいいと考えています。

井上理事 私も紙に出しますよ（笑）。そういう意味での紙をなくすことにエネルギーを割くことはないと思うんですけどね。

吉岡委員 コンピューターの電子カルテの画面

でパッと書かれたことを、“よしっ、大丈夫だ！”という感じで、誤字脱字がないことをチェックできるでしょうか。

井上理事 メールを打ったりするときはもちろん紙に打ち出しませんが、本を書いたり、論文を書いて校正したりするときは、紙をなくすことにエネルギーを割く必要はなく、自分のやれる範囲でやるということでも十分なんじゃないかと思います。

ただ、川野先生が先ほどおっしゃったように、お互いに情報を連携するときのデータの扱いは、どんな情報の連携を取るのかということを優先して意識せずにやれる範囲でやりましょう、ということでもいいんじゃないかと思います。

川野委員 紙は絶対になくならないと思うんですよ。ただ、なくせるものもたくさんあるし、それをなくす努力をしないと木が少なくなりますから（笑）。

冗談めかしてよく言うんですけど、森を守るために紙を減らそうと。小さなことかも知れませんが、そういうふうやっていくことは大事だと思います。

実際、私どもの病院でも、でてくる紙の量は凄いですよね。あれを見ると、やっぱりなくさないかんと思うんです。もちろん先生のおっしゃる通りに何でもかんでもなくせ、というのがいいというわけではないと思いますし、それこそ将来は紙に変わるもっといいものが現れるかもしれない。

ただ、連携を取らないといけない情報を紙に出してしまうと困ることも多いということはあると思います。

吉本理事 電子カルテの所見の入力についてですが、これがワープロ的にすべての病歴を入れなければいけないかといえば、そうではないと思います。電子カルテが進歩すれば、もっと簡単に入力できる方法が提供されると思うんですね。

例えば、テンプレートです。急性上気道炎の患者さんであれば、それ用のテンプレートがあり、そこにはある程度所見が載っていて、チェックし

て日付を入力するだけで勝手に何月何日からこういった所見があるといったカルテを作ってくれるかもしれない。チェックではなく、ただ日付、咽頭痛・咳嗽等と入力すれば文章を作ってくれるかもしれない。恐らくそういう時代が来ると思うんです。

川野委員 今のカルテでも、「11月6日の午後8時から鼻水がでだして、次に咳がでだした・・・」と書く人はいないと思うんですよ。日付、どこで、どのように・・・を書いていけば、それがカルテだと思います。そして、先生がいわれたようにテンプレートを使う。そのときに開原先生が言われたように用語の統一化がされていれば、カルテの種類が違おうとしても、データを抜き出して利用することができますね。そういう用語の統一化は大事なことだろうと思います。“鼻水”と書くのが“鼻汁”と書くのかですね。（笑）

矢野委員 標準化は大切です。画像データにしる臨床検査結果、処方など標準化しておかないと将来メーカーが倒産なんかして代わった場合、蓄積したデータの移行ができないとなると大変ですね。



吉本理事 ちょっと話題が変わります。日医が進めています、ORCA プロジェクトなんですが、先生自身はどのようにお考えでしょうか。これからどのようなになっていくと思われますか。

開原先生 私自身はエールを送りながら、見守っているという立場です。

実際に中で作っている立場ではないものですが、基本的なことをいうと、ORCA プロジェクトの考え方には非常に共鳴するところがありますね。あれも一種の標準化なんですね。用語・様式の標準化だけでなく、システム自体の標準化まで一挙に進めようというのが ORCA の考え方だろうと思いますね。

それと、もう一つはプラットフォームを Linux にしてだれでも自由に使えるようにしようという考え方、その二つは、まさにあるべき情報システムの姿ではないかと思うんですね。

そういう意味では期待をしているんですが、ただ最初にいろいろ計画をされたとおりに必ずしもスケジュールがいつてないということも聞いておりましてね、そのあたりはご苦労もたくさんあるだろうというふうには思っておりますね。

井上理事 今日講演では時間がないので飛ばされた部分で、広告規制の概念の変化についてです。山口県の中でも救急医療ネットワークのコンテンツとして、医者プロフィール等の診療関連の情報を開示しようとするときに、難しい問題が起こっています。

例えば、広告規制において、どこまでを広告していいかという問題で、具体的には自分の専門性とか診療実績とか。

国民がどんどんデータに接する機会が増えてきた状況にあって、外からのニーズ・期待と、もっと医療側から出していかなければならないというところのギャップが、なかなか埋まっていけないという問題があります。外からのニーズが先走っていくから、内部の体制が整わない限りはどうすることもできない。そういった広告規制の崩壊について、お聞かせください。

開原先生 今までは広告規制という概念があったわけですが、今年の平成 14 年 3 月 29 日付け厚生労働省告示第 158 号によって、66 項目について広告してもいいとされた部分があります

(次ページ資料)。

しかし、それはもう広告じゃないんですね。例えば、専門医がいるとか、手術件数だとかがありますが、そんなものは広告という概念じゃありません。広告というのは、患者さんを集めるためにいいことは広告しますけど、嫌なものまで普通は広告しません。だから、そんなものはやっ

てもいいですよといわれても、そんなことを外に出して広告したいという医療機関はないんじゃないですかね。ですからそういう意味では広告ではないと思います。そういうことを広告という概念で扱うこと自体意味がないと思います。

それでは、これからの時代は何が大事になってくるかという、患者は医療機関の情報を望んでいるわけですね。第三者が医療機関の情報をまとめてデータベースの形で患者に提供するというものが今後はでてくるのではないかという気がするんですね。そのときに、この 66 項目を集めようとするだろうと思いますね。そういうことを現実にやろうとしているところもあるわけですけど、日本の場合に本当にこれが成立するかどうか分か



らない。そういうことをやろうとしているところでは、地方自治体、健保連がありますが、医師会自身で自分の会員についてやろうとするところもあります。あと民間会社がやろうとしているところもあります。

だけど、どれも完全なものではないだろうと思いますね。こういうデータは医療機関の協力がないとできないわけですから、どんな機関からでも 66 項目を集められるなんてことはありえない。ですから、ごく一部の医療機関の情報を集めて提供するのか、または当たり障りのないところだけ集めて行うか、いろんな形態のものが乱立していくんじゃないかと思います。その結果、淘汰が起こるだろうと思います(笑)。

最終的には、患者のほうで、どこかを信頼して使う。そうすると、だんだんそこが力を持ってデータを集めることができるようになる。そういうプロセスがあると思います。だれが生き残るかというのは分かりませんね。

井上理事 患者やマスコミとか市民から要望が高いのは事実です。

医師会や病院・診療所はどのようにアプローチしていけばいいのか。勝手にやるのはちょっと違う気がするんですね。私たちはどうすればいいのでしょうか。

開原先生 個人的な意見ですが、医師会が医師会員の情報を集めて提供するという事業をすることがいいと思いますね。医師会がやらなければ、他団体・民間機関とかがやると思います。そうすると、そんなところに情報を握られるぐらいだったら、むしろ医師会のほうがよいと。

自分たちで自分たちの会員の情報をまとめて提供するというようなことを、先手を打ってなさったほうが、医師会の信頼を得る道ではないかと思います。

川野委員 長時間にわたり、ありがとうございました。本当はもっとお聞きしたいこともあるかと思いますが、時間がなくなってまいりましたので、これで終了したいと思います。

本日は、本当にありがとうございました。

※ 資 料

医療に関する広告規制の緩和について

■医療の内容に関する情報■

- 専門医の認定
- 治療方法
- 手術件数
- 分娩件数
- 平均在院日数
- 疾患別患者数

■医療機関の構造設備・人員配置に関する情報■

- 医師看護師等の患者数に対する配置割合
- 売店、食堂、一時保育サービス等

■医療機関の体制整備に関する情報■

- セカンドオピニオンの実施
- 電子カルテの導入
- 患者相談窓口の設置
- 症例検討会の開催
- 入院診療計画の導入
- 医療安全のための院内管理体制

■医療機関に対する評価■

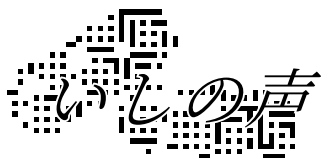
- （財）日本医療機能評価機構の個別評価結果

■医療機関の運営に関する情報■

- 病床利用率
- 理事長の略歴
- 外部監査
- 患者サービスの提供体制に係る評価（ISO9000s）

■その他■

- 医療機関のホームページアドレス
- 次に掲げる医療機関である旨
 - ・公害健康被害の補償等に関する法律の公害医療機関
 - ・小児救急医療拠点病院
 - ・エイズ治療拠点病院
 - ・特定疾患治療研究事業を行っている病院等



「総合診療医」雑感

阿武郡 杉岡 隆

不定見な時代で医療についても暗い話題が多い昨今、「総合診療医＝家庭医」のニーズはむしろ高まってきている。せっかくの機会なので「総合診療医」に関する私見をつれづれなるままに述べてみたい。

自治医大卒の初期研修は1年目が多科ローテートで2年目が選択となっている。私は2年目に「総合内科」を選択したがこれは前例のないことで、やめるように忠告する先輩もおられた。当時は「総合内科＝何でも内科＝何でもない科」と言われ、専門医が自分達の診たくない患者さんを紹介してくるような状態だった。今から10年前のことだが、まだ専門医が輝いていた頃で「総合」なるものが認知されないのは当然のことだっただろう。ただそんな中でも諸臓器に渡る多くの患者さんを診た経験、診断のつかない症例を悩みながら検索した経験は大変貴重であったし、上司の指導とともに他科の先生方の支援も戴いてとてもよい研修ができたと思う。

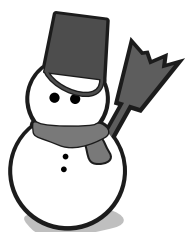
総合内科を選択したが故に寂しさを感じることもあった。それは専門の研修医には他科の医師から質問や相談があるが、自分に対して質問してくることは殆んどなかったからだ。今から思えば当然のことだが、当時は「自分には専門がない、それはつまり武器がないということかもしれない。」などとコンプレックスに思うこともあった。ただし、「総合診療医」である限りこのコンプレックスはある意味宿命と言えるだろう。特定の臓器や疾患に関しては専門医には決して勝てない。常に未熟な我が身を感じながらそれ故に勉強し続けるという、つらい道のりを歩いて行かなければならない。

しかし、未熟の自覚は人を謙虚にする。謙虚であれば患者さんとの共感も得られ信頼関係が構

築できる。お互い納得のいく医療ができる。今の時代これは一つの武器となりえよう。ボストン大学の George Annas 教授は「医療のグローバル・スタンダードは透明性と説明責任である。」と言っておられるが、今まで到底武器とは認識されなかった資質が時代の変化によって強力な武器に変わりつつあるようだ。また「総合診療医」はその特性から、専門医のみならず保健や福祉サイドとの連携も不可欠となる。ネットワークを駆使して患者さんにあらゆる角度からアプローチできることも武器と言えるかもしれない。

「総合診療医」の存在意義の一つに医療費に関することも挙げられよう。患者さんは現在自分で受診科を選ぶが、例えば頭痛で脳外科を受診すると大抵（脳外科の武器である）CT や MRI を撮られる。しかし武器は状況によって取捨選択する必要がある。患者さんの状態をオールラウンドの視点から把握できる「総合診療医」が診療科を選ぶ（武器を選ぶ）ことによって無駄な受診や検査がかなり減るのではなかろうか。オレゴンヘルスプランの管理部局には「医療の質、アクセス、コストのいずれか二つを選べ。」という言葉があるらしい。質とコストが問題となっている今、まず初めに「総合診療医」に診てもらおう、というよい意味でのアクセス制限はむしろ必要なのかもしれない。（ただし「総合診療医」自身が良質であることが絶対条件になるが。）

日頃考えていることを書いてみた。しかし10年前ならこれらはすべて「妄想、空想」と言われたことだろうが、今はそれなりにリアリティのある「想像」と認知されると思っている。そしていつか「想像」が「創造」になることを夢見ながら日々の仕事に励みたい。「総合診療医」にとって時流は明らかに追い風だ。



初詣

竹秋句会

耳袋もみほぐしては去年今年

中嶋 由王

三歳のバイリンガルや御慶のぶ

吉武 三和子

去年今年明ければ総て新たなる

原 俊雄

初詣走り軽やか車椅子

中山 泥子

霜柱突き抜け宇宙のニエートリノ

井上 佳代女

初句会頂きますの笑顔あり

平田 真矢

初春や五臓六腑に父母の恩

笠原 北斗窓

屠蘇祝ふ少し余所行き顔となり

中山 裕子



「^よそ^{ひと}の女」後編

徳山 望月 一雄

(これまでのあらすじ)

独り暮らしをする「他人の女」ルビー(雌のゴールデン・リトリバー)の散歩を引き受けて、犬と人とは癒しと介護という相互扶助で快適な日々を送っていたが、3 か月後、彼女の体に異変が、

「あれっ！この子は階段の途中で休むヨ！」と言った家内の声に振り向くと、散歩から帰る途中の 46 段もある階段の中ほどで、蹲ったまま荒い呼吸をしておりました。

「犬のくせして人間より先に息切れしてどうする！」と、促して階段を上がらせましたが、元気がありません。登りきるのがやっと、といったあり様です。思うことがあって、歯茎を見ると心なしか白っぽく感じました。「ひょっとして---」と、悪い予感が頭をよぎります。悪い予感とは、ダニ貧血(ピロプラズマ症)のことです。

2 月の初めからこの日まで約 3 か月間、散歩に利用していた公園は町内から歩いて 4 ～ 5 分ほどのところで、池もあれば鯉もいて東入り口には菖蒲園、西入り口には大賀蓮の咲く池もある一周 50 分を要する大規模な市民の憩いの森なのです。以前は京都大学農林試験場だったといえ、全国にはこの手の旧帝大の跡地が散在しているので、その大きさはお察しいただけると思います。

私たち一行の散歩コースは、この 46 段もある階段を下り、鯉のいる池の傍を通り抜けて、深い森が始まる入り口に鎮座するお地藏さんを巡って、帰途につく約 30 分間の行程です。

昭和 61 年から平成 9 年までの 13 年間、3 匹の飼い犬を連れて散歩したのは、このお地藏さんを出発点とした森の中です。森の中は夏になるとダニが一杯で、3 匹が 3 匹ともダニ貧血で倒れました。

早期診断のコツは、食欲不振と歯茎の視診で

す。ピンク色の歯茎は、たちまち蒼白になります。その頃、中学生だった子供が夏休みの理科の宿題に、「犬につくダニ」をテーマに選びました。山大的獣医学部へ文献をお願いして読んだ内容の記憶に間違いがなければ、ダニはスペインからの輸入牛について不法入国し西日本一体に広がった、とありました。山口県は好発地域なのです。

ダニ貧血はダニの毒素による赤血球の破壊に違いない、と勝手に推量して 20%糖とステロイドの混合液を静脈注射してやりました。

古い話になりますが、犬の静脈注射は昭和 40 年実家の犬が病気になった時、獣医さんの往診でしっかりと観察しておりました。当時、3000 円の治療費を無造作にポケットにねじ込むのも、しっかりと観察いたしました。犬の治療費は、今も昔も健康保険制度がないのでお高いのです。

診断がついて静脈注射のやり方(犬の)が分かれば、高い治療費を支払う必要はありません。犬が暴れはしまいかとの心配は杞憂で、犬が信頼している人が愛護的に抱いてやれば、安全にできることを体験しました。文句を言わないだけ人間よりやり易い、と言ってもいいでしょう。当時、3 匹が 3 匹とも 2 ～ 3 本の静脈注射で完治しました。以後、再発もしませんでした。

この度、彼女の散歩を引き受けるに当たって、ダニ予防の確認をしたところ予防薬(そんな薬があるのかどうか知りませんが・・)を服用させているとの返事でした。だからと言って、油断していたわけではありません。森の中はダニの好発地域なので奥へは入らぬように気を配ってはいたのです。

彼女を迎えに行くと、大喰らいなのにドックフードを残している日が続き不審に思っていたのです。食欲不振、元気がない、息切れがする、歯茎が蒼白となればダニ貧血の可能性は大です。な

にしる「他人の女」ですから勝手なことはできません。早速、飼い主へ獣医さんの診察を受けるよう助言しました。

* * *

平成 14 年 4 月 27 日の彼女の血液・生化学的検査結果は、以下の如くでした。

ルビーちゃん（雌） 4 歳 9 か月

Ht (40 ~ 55) 19%、TP (6 ~ 8.8) 6.7g/dL、BUN (8 ~ 30) 15.4mg/dL、GOT (10 ~ 30) 75IU/L、GPT (10 ~ 50) 70IU/L、ALP (~ 142) 271IU/L、ビリルビン(0.3 ~ 0.9) 1.2mg/dL

せっかくの検査なのに肝腎の赤血球数と H g 値が抜けているのは残念ですが、近年は犬猫病院も人間並みの検査をするものだ、といたく感心いたしました。聞けば、治療費は 8000 円だったとか、昔も今もペットの治療費は院長先生の胸三寸のようで、3 と (5 と) 8 の数字がお好きなようです。

飼い主からは、次のような伝言メモが届きました。「いつも有りがとうございます。白血球がへっているとのことで、しばらく散歩はひかえるようにとのことなので ---。今日、また治療に行きます --- 後略 ---」

血統書付きの西洋犬の経験はないが、わが家の雑犬 3 匹は、私の注射で治ったと告げると、ぜひそうしてやってほしい、との申し入れです。こちらでも散歩に連れ出したものの、双方が懸念していたダニ貧血になり、その上治療費を全額支払わせるのは心が痛みます。

それよりも飼い主が、以前同じ病気で治療してもらった犬は、毎日の通院の挙句に死んだ、という話も気になります。

運のいいことに、その頃私の患者さんでゴールデン・リトリバーのブリーダーをしている若者が通院中でした。調査を依頼した彼からの FAX には、次のような報告がありました。

「バベシア（注・ダニによって媒介される犬の赤血球に寄生する原虫）の注射の件、もう製造中止になって手に入りにくいとのこと。副作用はまれに脳内出血、それと 30 頭に 1 頭の割合で死亡するそうです。たいへん危険な薬のようです。--- 中略 --- この注射でバベシア原虫を完全

に排除できるわけではないようで、症状をおさえると考えた方がよいみたいです」

そんな事情が判明した以上は、雑犬とはいえ過去に 3 匹を救命した私の治療法を信じるしかありません。

以下は、ルビーの病状記録（闘病日誌より転載）です。

第 1 病日（4 月 28 日）目が落ちくぼんで憔悴している。正午に 1 本目の静脈注射（強ミノ＋ステロイド）。レバー串 4 本、竹輪 1/3 本、牛乳 500CC（3 回に分けて）、パン 1 枚、クロワッサン 1 ケ、ステーキ肉 2 片は私たちからの差し入れです。これで食欲不振ですから、病牀六尺の子規に負けていません。

第 3 病日 3 本目。この日早くも歯茎に赤みを確認、元気になっている。第 4 病日（5 月 1 日）、こっちが疲れたので往診はお休み。

第 5 病日 4 本目の注射。差し入れのロールパンで食欲の回復を確認。第 6 病日は、朝早くから私たちは 3 泊 4 日の旅行に出発です。多少の懸念はあるものの、食欲も回復し外見にも元気な様子が窺えます。だから、予定どおり出発しました。

旅行から帰った翌日の朝、散歩に誘いに行きました。そこにはすっかり元気になった彼女が、待ておりました。ヤレヤレ、ほっとしたですよ！

* * *

あれから半年、もう貧血は懲り懲りです。だから、森の方面は避けて、町中のアスファルト伝いに売れ残りの宅地から宅地へと渡り歩いています。不況の影響はこの町にも及び何時売れるとも知れぬ宅地には、雑草が生えて近所のペットの遊び場になっているのです。「好評分譲中」の旗の下には、“ペットの糞、尿お断り”と木札にありますが、悪い事にペットは字が読めません。だんだんに、よく言って聞かせますが、尿までは持って帰れないので業者には気の毒に思います。そんな気苦労も知らないで、今日も散歩のお迎えを背伸びしながら待っているのです。

“癒し”と“介護”の相互扶助は、お互いに年を重ねながら、これからも続けることになりそうです。

ガラガラドンのドッスン！

悲嘆教育～ Grief education

編集委員 渡木 邦彦

1. はじめに

人はだれしもが、生きている毎日を経済的にも精神的にも肉体的にも平穏で安定した生活の安寧維持を願い、そうありたいとの努力さえもするものです。さらには肉親としての家族の生命や安全を含めて、恙ない毎日の暮らしの中で自分の命がある日突然に不幸にも途絶えることなどだれも考えようとはしないものです。こんな恐ろしい事態をだれが真剣に何のために考えますでしょうか。ところが、現実には、予測もしなかった不幸や再起不能とも思えるようなショッキングに事態が「事実は小説よりも奇なり」とまさにその通りに遭遇します。事実はそんなに生やさしいものではありません。不測の事態とは、「自分達に限って」とか「そんな莫迦なことが」と高を括っていた人たちにも遠慮会釈なしに、しかも何の前触れもなく襲ってくるのです。その中でもっとも激しい悲嘆とは、配偶者や、家族の死です。これ以上の悲嘆は恐らくはないでしょう。

それらの突然の悲惨な事態に遭遇すれば、人はだれもが激烈なショックと悲嘆に陥るのは、至極自然の成り行きです。そしてどんなに深い悲嘆や苦しみであってもその悲嘆から立ち直って生きて行かねばならないことも次のステップの必須条件です。そこでどうすればそれらの強烈な悲嘆からなるべく短期間に立ち直る事ができるのか、また激しい悲嘆に襲われないために日頃取り組んでおくべき心構え等はないものだろうかということを整理し理論付けしたものが悲嘆教育の概要のようです。欧米では早くから存在していたようですが、わが国ではキリスト教系、特に上智大学のグループが最近取り組み始めたようで、少しずつ浸透し始めているようです。仏教的にも十分必要で耐え得る内容ではないかと考え上梓を試みました。

2. 日本的風土での死に対する感覚とは

- a. もっとも思考ストレスの高い死に対し、日本人はその平均寿命の長さから、死は他人事であって、自分の死など考えたこともないし、考えようとする習慣もありません。世間を知り、家庭を持ち始めた 30 歳頃の人たちはなおのこと、人生はまだあと 50 年近くあるとの計算を頭の中で描いて生きているようです。日本仏教の中に「命は儚い」と教えてあっても自分のこととして受け止めてはおりません。還暦近くなってもこの思いは変わりません。これはまさに傲慢な生き方ではないでしょうか。壮年になって新規事業を始める時、事業拡張時の多額の借り入れ時に、自分の突然死の遭遇など、何人の人が頭の中を掠めているでしょうか。
- b. 日本では古来より死を忌み嫌う思想が内在しておりました。死を避けるというか、死とは、触れてはならないもの、忌まわしいもののなのです。「縁起でもない」との一言に集約されているこの現実。仏教では因縁正起という表現で物事の事象は原因があってその縁によって結果が生じるのであると説いてあり、何も忌み嫌う事柄ではなく当然の報いであると言っているのです。生まれいでた人の死とて例外ではありません。親戚や親しい人の葬儀に参列すると、お清め塩が付いています。参列者が自分の生活圏に戻る際に嫌忌事を持ち込まないようにと塩でお清めするのですが、こんな出鱈目が許されてもよいのでしょうか。生前の交誼や鞭撻は何だったのかと悩まざるを得ません。葬儀とはそんなに忌み嫌うことなのでしょう。この行為は高慢・尊大で、死者への裏切りであり冒瀆と思うのですが、如

何でしょうか。

- c. 最近では、人の死は病院や施設での出来事であり、死の瞬間に立ち会う機会がほとんどありません。昔は自宅で、親族の皆が見守る中で、死に行く人が息を引き取っていました。だれもがその死を悼み、嘆き、思いを込めて死後の処置を施したものです。病院死や施設死はそれらの光景を完璧なまでにうち砕き、部屋へ通されると綿栓を詰められた、冷めた物体のような死体が横たわっているだけという状況が普通になりました。親戚にしろ肉親にしろ、人間性の疎外感を思わずにはられません。冷たい家族では、病院死や施設死が深夜の場合には、臨終の電話連絡を取っても立ち会わない親族が結構いることも私自身勤務医時代に当直で幾度も経験しました。

3. なぜ悲嘆教育が必要なのでしょう

- a. 人の死はその到来時期が不明です。

人の生涯にはライフイベントとしてのさまざまな出来事があり、それらは事前に準備をし、スケジュール通りに恙なく終えるということが可能です。しかし人の死は、ある種の疾病を除いてそのほとんどが唐突に何の予告もなしに訪れるということです。そして年長者が先に亡くなるということも決まっておられません。順不同にやってきます。

- b. 人の死の定義が変わってきました。すなわち心臓死から脳死へと死の判定が変わったのです。

脳死判定に対応する人の死についても社会的には完全に容認されたとは言いがたいのが現状ではないでしょうか。わが国では特にそうで、まず自分の肉親の脳死状態を死亡と納得するのは勇気が要ります。まして脳死後に臓器移植等が控えているとなおのこと脳死を死と認めたくないと思うのが正直な話、死者への日本人的偽りのない気持ちではないのでしょうか。仏教では死体にさえ肉親の深い思い入れがあり、一神教的に死んだら物体だという感覚には到底至り切れません。

- c. 死を考えることにより、生をより深く考え、生きることに対する自覚が生まれます。

肉親や知人の死に遭遇した時、自分の死を重ね合わせてみると生への思いと、たった先刻までの意思の疎通が咄嗟に途切れたことや、死の身近さなどいろんな思いが湧いてきます。

- d. 生死観を通して、命の尊さや生への感謝の念が浮かび上がります。自分はまだ生かされている。亡骸になった人の分まで、一生懸命に生きねばとのありがたい思いになります。

- e. 信仰を得やすくなります。人間になぜ宗教が必要なのか考えてみる必要があります。宗教を信じることにより救いや癒しが得られると言うのが一般的な理解ですが、ソ連崩壊後の冷戦終結によりもたらされた、北欧諸国の民族紛争、中東のイスラエルとパレスチナの宗教紛争の現実を目の当たりにして、宗教とは人間に対し決して無影響であることを印象づけてはいません。そしてこれから先日本人が無神論的立場（自分は信仰を持たない）をとることが国際的にどういうことなのかを十分に理解する必要があると思います。仏教では「さるべき業縁のもよぼさば、いかなるふるまいもすべし」と警告しております。自分には信仰がある、戒律も守っていると思っていても、我欲、我執に囚われると、人をも平気で殺傷することがあると戒めているのです。信仰を持つ人でさえこれです。一神教ではまさに、信仰のない人間は何をしでかすか解らないと恐れられる所以がここにあるのではないのでしょうか。

4. 死の準備教育と悲嘆教育の位置づけ

日本に死の準備教育という言葉を広め、実践活動を行ってきたのは上智大学の Deeken Alfons 教授とその学派の人々のようです。

- 1) 死の準備教育の 4 つのレベル

- ①知識レベル ②価値観レベル
③感情レベル ④技術レベル

2) 死の準備教育の目標

親しい人の死を見つめて、自分の生がどうあるべきか、どう生きるべきかを思考模索することではないでしょうか。

①死へのプロセス及び死に行く人への抱えるニーズの理解

ターミナル期の心理やターミナル期に家族に望むことを理解する。

②悲嘆教育：悲嘆のプロセスと立ち直りについて理解する。

③情報の提供：必要な情報収集力を養い、タブーを取り除き、知る権利についての認識を意識させる。

④生涯を通じて自分の死を準備し、かけがえない生を全うする思索を理解する。

5. 悲嘆プロセスの 12 段階

(Deeken Alfons による)

Deeken Alfons によると深く陥った悲嘆から人が立ち直るには以下の 12 段階の心理過程を経て回復するとの説とその段階の心理状態です。悲嘆との葛藤からもがき苦しみ立ち直る様子が読み取れます。

- 1) 精神的打撃と麻痺状態：愛する人の死、二人の歴史を共に生きてきた相棒の死、という衝撃により、一時的に現実感覚が麻痺状態に陥る。一種の心の防御機構と考えられている。当人は「頭の中が真っ白」、「思考力が停止している」とよく表現している。
- 2) 否認：理性が事実の受容を拒否するのである。「そんな莫迦なことが起こってたまるか」という心理状態になるようである。
- 3) パニック：身近な死に直面した現実の恐怖から、極度のパニックに陥る。パニックとは目・耳から入った刺激が脳を通らずに行動に出る過程をパニックと表現するそうである。強度の刺激、死の恐怖、危険にさらされた狼狽等で出現する。
- 4) 怒りと不当感：不当な苦しみを負わされたという激しい怒りを感じる。「何でこんなことで私が苦しむのか」という心理状態である。

5) 敵意と恨み（ルサンチマン）：周囲の人々に対して、敵意という形でやり場のない感情をぶっつけるのである。時には故人を責めるという形で敵意を表すこともある。

6) 罪意識：悲嘆の行為を代表する反応の一つで、過去の過ちを悔やみ、自分を責める。もっと真っ当な生き方をしておればこんな出来事は起こらなかったのに、罰が当たったのだと思ひこむ。

7) 空想形成、幻想：空想の中で故人がまだ生きているかのように思いこみ、実生活でもそのように振る舞うのである。「あの人は生きてるんだ、そのうちきっと帰ってくるさ」と。

8) 孤独感と抑鬱：健全な悲嘆プロセスの一部であるが、早く乗り越えようとする努力に対して周囲の暖かい援助が求められる時期である。

9) 精神的混乱と無関心（アパシー）：日々の生活目標を見失った空虚さから、どうしてよいか解らなくなり、人生のあらゆる事柄に無関心になる。

10) 諦め（受容）：自分の置かれた状況を明らかに見つめ、辛い現実にも勇気をもって直面しようとする真剣な努力が始まる。

11) 新しい希望（ユーモアと笑いの再発見）：ユーモアと笑いは健康的な生活に欠かせない要素であり、笑いが出る、ユーモアが口をついて出るというその復活は悲嘆のプロセスを旨く乗り切ったサインでもある。

12) 立ち直りの段階（新しいアイデンティティの誕生）：悲嘆のプロセスを乗り越えるとは、喪失以前の状態に戻ることはない。より成熟した成長した人間として生まれ変わることである。以上は、肉親の死に続いて体験される悲嘆の典型的 12 段階のプロセスですが、すべての人がこの順序通りに明確に段階を踏むとは限らず、ある人では複数の段階が重なって現れることもあり、8 段階の孤独感と抑鬱状態から入る人もいます。それらは個人の生きてきた過程での苦の出会い方や、その苦の受け止め方、経験の積み重ねで大きく変わって来るのでは

ないかと考えます。即ち仏教で言うところの苦に出逢い苦を乗り越えると人は成長するということです。殊に生死の境を彷徨うような大病を快復した人、刑法犯ではない刑務所暮らしを経験した人、倒産した会社を再興させた人、この三つのうちのどれかを体験した人は大物といわれ、どこかひと味もふた味も違った成熟した人間性と人格を備えた人物だと言われているようですが、まさにこの最終 12 段目を乗り越えて生まれ変わったことに他ならないでしょう。

6. 悲嘆教育の必要事態

現実の世間では具体的にどのような事態の場合に悲嘆教育を必要とするのでしょうか。

- 1) 配偶者の死
 - 2) 子供の死
 - 3) 地震・火災等の災害による家族の死、家屋の倒壊
 - 4) 自分の会社の倒産・資産の消失
 - 5) 離婚
- といった事柄が主にあげられます。

7. 癌患者における告知から死の受容までの 5つの過程 (E.Kubler Ross による)

- 1) 否定：癌告知の大ショックが和らぐと、私が癌だなんて嘘だ、誤診に決まっている、という判断のもとに「あなたは癌なんかではありませんよ」という診断を求めて Dr.shopping をする。
- 2) 怒り：周りの人に八つ当たりをして当たり散らす。今まで何も悪いこともせず、真面目に一生懸命に生きてきたのになぜ癌にかかればならないのだ。この世には神も仏もないのか。と怒りを露わにする。
- 3) 取引き：何かよいことをすれば神様は助けてくれるかもしれないと、寄進、寄付をするようになる。善行による奇跡の期待である。お百度参り、新興宗教に飛びつく、新治療、代替え医療に飛びつき、大散財をする。この時期に悪質な新興宗教に引っかかると無一文になる。

- 4) 抑鬱：癌が進行して回復の望みが絶たれると、絶望感を抱き鬱特有の不眠、食欲不振、痛みが誘発され心身共に疲弊状態となる。
- 5) 死の受容：どうにもならない、鬱から徐々に生きることへの諦めに移行して行くのが死の消極的受容で、死ぬという事実と死にたくなというその相反する事柄をそのまま受容するのが積極的の死の受容であり、死のアンビバレンツの受容という。

米国の精神科医 Ross 女史が、人のターミナルケアをする中で、その問診や会話の中からの回答をまとめ上げた結果が、上記の心理過程を経て、人は死を受容すると述べています。先の 12 段階と比較すると、自分の死を受容するまでの苦悩と肉親（他人）の死の悲嘆から立ち直る違いがよく解ります。

善行による奇跡の期待ですが、人種の坩堝である米国でさえ、善行を積むと癌や災難を避けられると考えているようです。しかしユダヤ教に端を発した一神教でも、自分で思索して悟りを得る曼陀羅の仏教でも、善行を積んだら、癌や天災、火災、人災を避けられるなどとは一言も説いてはいないと確信します。それは現世利益を肯定することになるからです。これではウソっぽい新興宗教の類です。因縁の世の中で、善を積むとはどういうことか。世間の物差しで測ると損か徳かの損得勘定になるが、お釈迦様の物差しではかると虚構か真理か（うそかまことか）という判断根拠に基づいた価値判断で生きることになり、それが善を積むことになると説いているのです。Ross 女史の解いたこの五つの過程はまさに、凡夫の愚行を見事に描き出して興味深いではありませんか。私自身せめて 4 過程の抑鬱ぐらいから滅入り込めたらと意気込んではい入るのですが、いち仏教徒として一生不悟は当然だとしても信仰の深さがどの程度なのだろうかとその浅はかさをおもんぱっております。

8. 前寡婦教育 (Prewidow education)

一番卑近な、そして一番当惑するケースとして夫の事故死を含めた突然死があります。最近では男女共同参画の社会が叫ばれ実践されたがために

崩れかけてはきましたが、日本の日常では男は外で仕事、女は家の中で家庭を守るという社会習慣が支配的でしたし、それで女性が裏方としての役割を十分に果たして来ました。この習慣が日本を経済大国に押し上げる原動力となった事実を日本人ならだれしもが認める過去の事実です。しかし、夫の毎日の仕事の影で妻たちの多くが夫の業務内容や会社の経営的仕組みに対しツンボ状態に置かれてきたこともまた事実です。そこへもってきて夫の突然死です。残された妻の悲嘆と狼狽のパニック状態は想像を絶するのが紛れもない現実ではないでしょうか。そこで今回は前寡婦教育の必要性和具体的な問題点とはどんなものがあるのかを述べてみます。

1) 前寡婦教育の必要性

- a. 男性の平均寿命と女性のそれとの差が 6.38 才 ('95 厚生省データ) あります。結婚する場合、夫の年齢が妻より多いのが日本の社会的常識です。このことから夫が先に死ぬ確率が高く、現実もそうなっているようです。悲嘆から快復し、「やれやれ」の言葉を発して、女性は元氣な寡婦として立ち直るケースが多いようです。
- b. 家庭を守るの言いぐさ通り、夫の会社、職場での資産、財産、収入がどうなっているのかまったく知らないというケースが非常に多いのです。
- c. 妻として当然知っておかねばならない事業・業務の法的事項を知らないで、解決事項が山積していると、悲嘆プロセスからの立ち直りが遅れ、複雑な心境に陥ることとなるのです。悲嘆からの立ち直りの過程では唯物論的拝金主義にさえ心はむしろ汚染もされないのです。「面倒くさい、どうにでもなれ」という捨て鉢の放心状態が物欲をも捨てさせるのです。
- d. それこそ「亭主元氣で留守がいい」と夫婦の会話もない多忙な毎日を送り、お寺で仏法を聴くなどと高尚なことなど別世界の出来事で、先祖の墓参りなどしたこともない、墓がどこにあるのかも知らない。仏縁に触れたことのない人とは世間的にはこんなも

のです。

2) 具体的チェック事項とは

a. 仏法事をどうしますか。

1. ご主人の信仰している宗教があり、それを知っていますか。自分たちには信仰している宗教がありますか。
親族との付き合いがない夫、身よりのない妻が夫婦になり一生懸命奮闘努力して一財を築き上げ、これからと言う矢先に、起こった悲劇。葬儀を何宗で執り行えばよいのでしょうか。だれに相談しますか。
2. 実家の宗教を知っていますか。
3. これ等を知らずして、勝手に葬儀の準備中に親族が駆けつけて、宗派が違うという事態が起こると面倒で余計な苦しみを負うことになります。

b. 経済・法律上の事項

1. 妻への遺言書はしたためてありますか。
2. 家族に知らせていない負債はありませんでしょうか。
3. 家屋の権利書・会社の権利書の保管場所、処理の仕方を知っていますか。
4. 夫が突然亡くなった時、仕事上のトラブルはかたづいているでしょうか。
5. 相続上の争いが起きる可能性はありませんか。
6. 気安く相談できる知り合いの弁護士さんがいますか。
7. 子供の養育費に不安はありませんか。
8. 残されたお年寄りの世話をだれがしますか。
9. 愛人や隠し子が現れたらどうしますか。

c. 日常生活での不安

1. 預貯金通帳や金庫の鍵のあり場所、実印の保管場所はわかっていますか。
2. 税金・保険料・光熱費などの支払い方法をご存じですか。
3. 夫婦間でお互いの交友関係についてどの程度知っていますか。葬儀のための死亡通知はだれに出すのですか。
4. 明日から家事が出来ますか。住居や電気器具の修理や整備の仕方がわかりますか。

5. 家族の役割分担などをどうしますか。
6. 周囲の目に対する配慮をどうしますか。
派手な服装で出歩いたり、異性と一緒にいるところを見られたりすると誤解を招きやすい。殊に日本では個人の人権やプライバシー保護の尊重意識が薄いので、配慮が必要です。

d. 健康管理の問題

1. 生活のリズムが狂うと、心身の健康を損ねます。「病は気から」の本番で、落ち込んだ身体を種々の病が襲います。
2. 燃え尽き症候群 (burn-out syndrome) の危険：看病や葬儀の疲れで情緒的に精根尽き果ててしまい、生きる力を失う。鬱病の誘因となることがあります。
3. セックスの問題：無視したり抑圧するのは賢明ではない。日本では先進国と称しながら女性は特に個の人格や人権が確立していないので、世間の目を意識しすぎる余りにその枠からはみ出し切れないでいることも日本的です。

e. 精神面の問題

悲嘆プロセスへの理解と克服への気力の湧出努力に取り組むこと。

これらの悲しみをどう乗り越えるかによって人としての成熟度がほぼ決定されます。仏教では苦に出逢うと人は成長する、と言われていています。すなわちこれらの悲嘆を乗り越えて新しいアイデンティティが確立できた人は、人の痛みが解る懐の深い人間に成長するであろうことが予測できます。逆にこれらを乗り越えきれなかった人は他人を恨み世を恨み続ける心の狭い人間に終わるでしょう。旨くいっただらお陰様で、ふが悪いのは身から出た錆です。人のせいにして世の中を涉っても、何の解決にもなりません。

9. 特殊な悲嘆のケース

- a. 突然死：1. 悲嘆度が非常に高い。
2. 残された者の混乱が激しい。

3. 業務上や職務上の残務整理が大変である。

4. 負の遺産相続の整理の可能性が高い。

- b. 公認されない悲嘆：1. 愛人関係での死。
2. 内縁関係での死。
3. エイズによる死。

男でも女でも愛人関係での死は公然と悲嘆できない、打ち明けられない悲嘆、社会的に否定されます。法律的な結びつきはなくともお互いが誠実な人間関係であればあるほど悲嘆度は強いのです。

10. おわりに

1) いのちとは

仏教では命の三要素として

- ①命は尊い
- ②命は儚い
- ③命は悲しい

と説いてあります。地球上に生命体が誕生し、30 数億年という長い年月を今日まで連綿とその命を繋いできたのです。この地球上に生きとし生けるもの、命あるものすべてが、生きて行く権利があるのです。お釈迦様は「一切衆生悉有仏性」と申されてこの世に存在するすべてのものに仏性があると説かれておられます。その命は己の天命と生かされている環境の中で、生かそう生かそうとの計らいでもって生きながらえているといっても過言ではありません。自分がだれにも妨害されずに生きていたように、他の生きものもまったく同じ感覚で、同じ思いで一生懸命に生きているのです。だから命は尊いのです。さらに人は一人では生きては行けません。他人とかかわり合って、種々のご縁をいただいて、人間社会で何らかの役割を担い合って暮らしているのです。お互いの命の尊さに感謝して生きる喜びを求めて人間らしく生きる他に生きる術はありません。

ところが、命あるものすべてが、一個体としては必ず死ぬ運命にあります。そして個体や種別に寿命という生かされている期限もあります。そこに、天災や地上の異変での死、

人の世には人災や文明の利器による事故死、殺人、揚げ句の果てには戴いた命を病によって自死という反宗教的痛ましい行為での死もあります。殊に人の死は老若不定で不如意です。朝元気に家を出たのに、学校帰りに交通事故で…。この様に命とは儚いものなのです。いつ果てるとも解らない儚いのち、だから今を一所懸命、清廉に生きなさいという説諭理由がここにあるのではないのでしょうか。

われわれ人間をはじめとして生き物、主に動物は食べ物を摂らないと生きながらえることはできません。そして動物は地上での生き物を食料として食べているのです。その食べ物を地球レベルで科学的表現を用います時には食物連鎖と言う形で食べ物を摂取しているのです。命は尊いと申しながら、この矛盾する摂食行為を仏教的にはどう釈明したらいいのでしょうか。この悲しい宿業、甚重罪業をわれわれ人間は食べ物を大切にする、無駄にしない、他の生き物の命を戴いたという深い感謝の念を抱くことにより容赦を求めなければなりません。それら容赦とはわれわれが人間らしく生きて行くことではないのでしょうか、人間らしくとは心の羅針盤であるその人の信仰に沿った真理の物差しでの生き方に他ならないのではないのでしょうか。食卓に上がった食べ物が口にはいるまでにはどれほどの人手と手間暇が掛かっていることでしょう。これらの悲しい命の営みまで思いを馳せますとき、われわれは自分の力で生きているのではなく、世の仕組みのはからいによって生かされて生きていることがよく理解できるのではないのでしょうか。尊い命をいただく我が命の罪の深さを悲しみとして謙虚に悟り、深謝する必要があります。

2) 悲嘆をより短期間に、激しく落ち込まずに乗り越えるために

悲嘆とはまさに「苦」であり苦しみです。思い通りにならないという悩みではなく、突然に襲う苦しみです。どうにも避けようのない苦しみに対し日本人は仏教の教えを知らなくとも、この仏教用語の四苦八苦を定着した

日常用語として理解しております。今回は四苦八苦の解釈には触れません。その四苦八苦の現象は日常生活の中に生きながらに体験し、己のこととして、しかも避けられない事象として実存しております。悲嘆ケースの場合はそのほとんどが己のことではなくて堅い絆で結ばれた人間関係にある人の突然の異常事態です。そこで仏教は出逢った苦に真っ向から対峙しなさい、真剣に悩み取り組みなさいと教えています。その苦を何とかして乗り越えれば、その苦のお陰で見えなかったものが見え己の無知を悟り、己の未熟さが解る機会に巡り会えると。それにより人の痛みや苦しみが解る、豊かな人間に成長すると教えています。乗り越えることは容易なことではありませんが真理です、Deeken Alfons の 12 段階の最終段階、立ち直りの段階・新しいアイデンティティの誕生に相当するのではないかと判断します。悲嘆の最たる事態として配偶者の死が上げられます。人は一人で生まれてきて、特殊な例外を除いていつか必ずまた一人で死ななければなりません。しかも生きて行く中で「苦」に出逢わずに、苦を避けることなど到底できない相談です。お釈迦様が説かれたように四苦八苦を受容するために悟りに近づくことが肝要だと頭では理解できてもその術を^{すべ}知らないというのが本音でしょう。自分の生き方に信仰を加えるのが一番の近道であり、王道でもあると確信します。

Deeken alfons の 12 段階にしても、Ross 女史の 5 過程にしても、その過程の最初の半分は少なくとも省略できて、愁傷狼狽や葛藤が軽減し、立ち直るまでの期間が短縮するのではないかという思いが強いのですが。そう旨く行くのかな、机上の空論に近いではないかとお思いでしょう。人はだれでも、苦を乗り越え、最後まで他人のために役に立てれば生きる喜びや生き甲斐を感じ得るのではないのでしょうか。

悲嘆教育などと耳慣れない言葉の概説を述べさせて戴きました。力量のない浅学な表現でしか真意を伝えきれませんでしたことを深くお詫び申し

なんてったってアイドル

岩国 守田 明子

我が父小幡士郎は明治 45 年 2 月生まれの満 90 歳。山口県眼科医会の最長老です。

昭和 22 年岩国市で開業し、途中病院勤めをしましたが、昭和 39 年に現在地に開業してから約 40 年。最近も患者さんから「大先生を最近お見かけしませんがお元気ですか」と聞かれます。

昭和 55 年 1 月（67 歳）に S 状結腸癌の手術をした時は、まだ私が次女を出産したばかりで、少しの休診をただけで、また元気に働きだしました。それから私は岩国に帰り、父を手伝いながらいろいろ教えてもらいました。

昭和 58 年 2 月、祖母が満 91 歳で亡くなった時、父は「親より長生きができてよかった」と言いましたが、本音だったと思います。平成 4 年 7 月、胃癌が見つかった時は、「内視鏡で出血を止めるためには周東病院の岡崎先生」と言われて行きましたが、明らかに外科手術の適応と言われ、主人が主治医での手術となりました。「80 歳の胃全摘は初めてだったし、身内の手術なので一番緊張した」と言っていました。父はテレビ大好き人間で、まだ ICU にいるうちから「テレビを見ていいか」と言い出し、主人曰く、「ICU の中にいるうちからテレビを見たいと言ったのは初めて」と。胃全摘をしたのですから食事は大変でしたが、入院中も昼は高校野球、夜はカープでテレビ漬けでした。長女は病院に何度もお見舞いに行くうちに「看護婦さんは大変だけど、薬剤師がいいかな」と言っていたのですが、今は広島で薬剤師として病院勤務をしており、仕事という共通の話題があり、父親守田知明としては嬉しいようです。これはいい副産物でした。さすがこの時は、父小幡士郎は退院してからは診察室に出なくなりましたが、患者さんから「大先生はお元気ですか」と日に何度も聞かれるので、「患者さんに何回も説明するのが

大変だから、応接室で本を読んでいるだけでいいから診察室に出て」と言って、出てもらうことに成功しました。それからは忙しい時や外来手術で 2 階に上がった時などは診察をしてくれました。母が 3 年前に体調を崩して、「お父さんには近くにいてほしい」と言い出し、診察室には出なくなりましたが、税理士さんに持っていく書類の整理はまだまだしてくれています。「仕事がなくなるとボケるよ」と言って、私が楽をさせてもらっています。

今でもお年寄りの患者さんからは「最近大先生をお見かけしませんか、大先生はお元気ですか」と聞かれます。「元気ですが 90 歳なのでもう診察はしません」と言うと、「もう 90 歳ですか」と自分も歳を取っていることを忘れていているようです。アイドルとは「お年寄りのアイドル・我が父小幡士郎」です。岩国市医師会では、長老の 2 番目 3 番目がお元気で、4 番目の父と 90 過ぎの 3 人だけで、寒い 2 月に京都旅行をする元気があります。平成 14 年 5 月の私の旅行中に、「これが最後だから」と言って孫とカープを見に行き、ダフ屋から内野立見席を買って見るという元気もあります。（これはしばらく私に内緒で、後で留守番にきてくれていた姉から教えられましたが、隠していたことも可愛い）平成 15 年 3 月（満 91 歳）には長男の長男の結婚式に、私たち夫婦と一緒に名古屋まで行くつもりです。

娘も「お祖父ちゃんみたいな可愛いお年寄りなら面倒をみてあげるけど、可愛くない老人は知らないよ」と言っています。老後は父のようにならないと娘には見放されますので、めざせ、可愛い老人！！

中国西部の旅

徳山 姫野 英雄

今年 9 月末、四川省を訪れた。先年北京を訪ね、八達峰で万里の長城を訪れたのは、柳絮舞う 5 月初めの頃であり、高い峰々を占める大蛇のごとき壮観に圧倒されたものであったが、今回は別の盡きない興味があった。上海を経由して成都之、水と緑の夢源郷、黄龍、九寨溝、成都、都江堰 7 日間の旅である。佐伯晴男、土本政雄、矢吹欣一氏、いずれも元トクヤマ重役で楽しい交流ができた。福岡空港で JTB の旅行チームを編成、同行は北九州、熊本、大村の方々と、旅を重ねるにつれて、よきパートナーとなりました。

中国の西部は 600 万平方キロ、山と川ばかり、世界の屋根といわれるところである。行き着く先にはチョモランマ峰があり、高原と峡谷、森林と草地、砂漠と盆地が広がっている。漢族、チベット族、カイ族、モンゴル族などたくさんの民族が住んでいる。四川は長江と黄河の恵を受ける大きな省で、盆地の南に曲がりくねった長江は岷江、沱江、涪江、嘉陵江を集めて豊かな土地を灌漑している。成都から北へ 500 キロ、九寨溝を目指す。岷山山脈と岷江に沿っては山と川が迫り、景観の素晴らしい大自然がある。山の急斜面には耕やすのも困難な高所まで開かれており、リンゴの木や山椒の木が多い。四川省は 1 年を通じて曇天の日が多く、山椒や唐辛子をはじめとした香辛料をたっぷり効かせて汗を流し、四川料理がひときわ辛いのは風土によるも



のらしい。われわれにもしだいに味になれたようであった。

山と川の狭間には美族の住まいが点在し、収穫されたトウガラシや玉蜀黍が一面、日干しにされていて、赤や黄色が鮮やかである。そのうち標高 5588 メートル、雲宝頂の雄大な山容が迫ってくる。九寨溝は、岷山山脈のカルスト大地に広がる渓谷であり、3 つの大きな渓谷は Y 字形になって合流し、全長 60 キロに及ぶようである。また 9 つのチベット族の古い集落が九寨溝の地名となったそうである。太古の地殻変動と氷河の活動により、大小の湖沼が生まれ、石灰質が長い時間をかけて沈殿し、堤防となり、樹木が茂り、段々畑のような景色を造っている水は真っ青に澄んでいて、陽の光で水の色は藍、黄、緑色に変化し、この間から水が激しく流れ壮観である。湖沼には珊瑚のような岩が横たわり、黄色味を帯びている。臥龍海は真っ青な水に龍の形が浮かび、老虎海の湖底には倒れた木々が清明な水を透かして幻想的である。九寨溝の中ほどにある諾日朗滝は、日則溝と敗查窪溝が交わり、滝の幅は 320 メートルに及び、中国一の高山滝と呼ばれている。



旅程は前後するが、黄龍へ向かう道は、岷山山脈の最高峰である万年雪の雪宝頂を眺めながら、4,400 メートル峠越えである。空気が希薄となり息苦しさをおぼえる。黄龍は玉翠峰の亀裂した渓谷である。寺の周辺に 256 の大きな池が

あり、傾斜した地形そのままに棚田状に連なる不思議な景観で、池には透きとおった水が溢れ、神秘的な美しさを呈している。傾斜地は長さ 2.5 キロ、幅 100 メートルに及び酸素不足のため、若い青年 2 人が担ぐ駕籠に乗る。黄色い龍が天に駆け登ったように見え、表面をキラキラと大量の水が流れて美しい。成都市の北西約 60 キロにある都江堰は紀元前 3 世紀の戦国時代、秦の昭王の時代に李冰、李二郎父子によって造られたと伝えられている古代の水利施設で岷江をせき止めて分流したもので、2 千年を経た今でもその機能を果たして、四川盆地を潤し



ており、二王廟から俯瞰する景色は壮大であり、3 年前に見た万里長城とともに、中国古代の土木事業には驚くばかりであった。成都市では武侯祠と杜甫草堂を訪れた。竹林の中に建つ草堂には旅の心が洗われた。かつて、後漢時代（181 ～ 234）は三国が鼎立した時代であった。正面には目を射るような金箔、劉備の塑像があり、左側に孫の劉湛、東には関羽父子、西には張飛らの塑像があり、東西の回廊には蜀の 28 人の文官と武將の生き生きとした塑像が並ぶ。

諸葛孔明は郊外の丘に隠蔽生活をしていた。身長八尺の大男で「臥龍」と称されていた。劉備の

三顧の礼で迎えられ、勢力の衰退した漢王朝を起こし、劉備が死して後、17 歳の劉禅を補佐して、北方魏への攻撃を繰り返し、陣中で死したが今にその功績がたたえられている。唐の詩人杜甫（712 ～ 770）は安史の乱を避け、都長安から移り住み多くの詩を残した。春の雨、錦官城（成都）の

花を詠んだ「春夜喜雨」は、この草堂から生まれた。北宋時代に広大な敷地に祠が作られ、元・明・清時代に拡張された。梅園や竹林の多い、心洗われるところである。西北部のヤクやパンダ、可憐な少女、親しみやすい奥地の人々と交流した、心持ちよい旅であった。

秋風や 異郷の人の 情深く
モンゴルに 続く眩野は 秋の風



花への想い

岩国 齋藤 由希子

小さい頃から花が大好きでした。そして、それぞれの花に対し、深い思い入れや思い出があります。

小さい頃、姉や近所の友人と、近くの草むらや田んぼでよく遊んでいました。その時に地面に這いつくばって、オオイヌノフグリ、ムラサキサギゴケ、ホトケノザ、ハコベなどを見て、田んぼの畦の雑草がつけた小さな花は、近づいてみるとこんなにきれいなんだとつくづく見入っていたような気がします。

オオイヌノフグリ（写真 1）というのは、ゴマノハグサ科の越年草で、道端や土手にみられ、春に真っ青のきれいなブルーの小さな花をつけます。西アジア原産の帰化植物で、明治中期に渡来したと記載されています。

この名は犬のふぐり（Scrotum）からきているらしいのですが、この愛らしい花にもっとましな名前はなかったのでしょうか。

子供の頃は、家族と広島県の山へピクニックに出かけて、家の周りにはなかったフデリンドウ、スマレを見つけては喜び、夢中になって摘んでいました。

スマレの仲間、世界では約 450 種、日本では 70 種近く知られています。

私が好きなのは、深い紫色をしたいわゆるスマレですが、この辺りの山々で見かけるのは、白色から淡い紫色のタチツボスマレが多く、葉の形がまったく異なります。スマレは新岩国駅の近くの



（写真 1: オオイヌノフグリ）

路地に春になるとよく咲いており、今でも時々摘んで帰ります。

中学生になってから、家族で父の車に乗っている時に、山の中でたまたまササユリをみつけました。ピンク色のササユリは甘い香りを放ち、この世にこんなきれいな花があるのかと感動しました。葉がササに似ていることからこの名がついたようです。カサブランカなど美しいユリの種類はたくさんありますが、この深い山の中でひっそり咲いているササユリには趣があり、その姿には心打たれます。ササユリ（写真 2）は中部以南から九州に生える日本特産種



（写真 2: ササユリ）

で、みんなが取って帰るので、最近は数が減っています。この花は、皆のイマジネーションをかきたてるようで、谷崎潤一郎の「細雪」に出てくる花であり、奈良の率川（いさがわ）神社では、三枝祭りというササユリの恋伝説に因んだ祭りがあるそうです。

滋賀県で研究に追われていた頃、瀬田川の川岸を少し入ったところを、車で通っていると、白い野性のバラが



（写真 3: ナニワノイバラ）

木に巻きついてきれいに咲いているのを見つけました。うれしくなって医局に持って帰りました。ナニワノイバラという花でした（写真 3）。

琵琶湖の秋で思い出すのは、湖岸を北に向けて、アルバイト先の病院へと、車を走らせていた時に、田の畦にびっちりと赤い線を引いたように咲いていた彼岸花です。彼岸花（写真 4）は、その名の通り秋のお彼岸に合わせたように咲く花で、別名マンジュシャゲともいいます。夕日の沈む琵琶湖の風景が美しかったのと、岩国ではこのようにたくさんの彼岸花の群落を見たことがなかったので、印象に残っています。



（写真 4: ヒガンバナ）

この岩国近辺では、シャガ、オドリコソウ、ツリフネソウなどを欽明路バイパスの近くで見かけることがあります。しかし、年々数が減っているように思われます。どうかこの花たちがいつまでもきれいな姿を見せ続けてくれたらと願っています。

錦川下流に沿って春に満開になる桜並木（写真 7）にはいつも心を癒されます。

嬉しかった時や、楽しかった時、悩んだり、また悲しかった時に、私にはいつも思い出の花があります。

岩国で開業してから、夏の日に、自宅の玄関に植えてあった木に、白い可憐な花が咲いているのを見つけました。そ



（写真 5: ナツツバキ）

して、それがナツツバキであることを知りました。ナツツバキ（写真 5）は庭木などに用いられるツバキ科の落葉高木で、別名沙羅の木といいます。有名な沙羅双樹はフタバガキ科の別種です。突然このような可憐な白い花に出会ったので、嬉しくて花瓶に生けましたが、やはりツバキの宿命か、花は一日で落ちてしまいました。

赤い花をつけるヤブツバキ（写真 6）も大好きな花のひとつですが、このナツツバキはまた一味違った清楚な気品を持っています。ナツツバキに想いを寄せた人は数多く、森鷗外もナツツバキに因んだ詩を書いています。



（写真 6: ヤブツバキ）



（写真 7: 錦川の桜並木 写真: 松林英雄）

しおり 錦秋の枝折峠に行く

下関 織田 登

秋が近づくと、どこか紅葉を見に出かけたくなる。平成 14 年の秋はターゲットを「枝折峠」に絞った。「枝折峠」といっても一部の山歩きする方を除いて、おおかたの会員にはなじみ薄いと思う。行政上は新潟県北魚沼郡湯之谷村。県南東部、群馬、福島県に接する村。南端は尾瀬ヶ原を含む。村名は村域を流れる 3 つの川の谷間、特に佐梨川の本流支流べりにわたり温泉が点在することになむ。まさに湯之谷村だ。

小出町側から奥に向かって律沢（宿二軒）、芋川（一軒宿）、折立（宿七軒）、大湯（宿一三軒）、栃尾又（宿三軒）、駒ノ湯（一軒宿）とそれぞれユニークな六つの温泉が連なり、湯之谷温泉郷を形成している。

古くから越後の湯治場としてそれぞれのファンに愛されてきた。ここから銀山平へ行く途中に枝折峠がある。

話は変わるが、敗戦日本の復興にもっとも必要とされたのが電力で、その開発は急がれ期待された。そして電源開発のための調査や測量が始まった。銀山平一帯が水力発電に好条件を持つことは、その道の人たちには常識になっていた。かくて今度こそ只見川水系の豊富な水資源を活用しようという気運が盛り上がってきた。

紆余曲折があったが、昭和 27 年（1959）「電源開発 K'K」が設立された。28 年 11 月には同社の奥只見建設所が小出町に設けられた。突貫的な工事は昭和 29 年からで、ダムの本體工事が始まったのは昭和 33 年であった。

この間枝折峠経由の山道を補修して資材を積んだトラックを走らせてはみたものの、冬期間は作業が止まるなどの不利を克服するために、新しい資材輸送路として、小出町の資材集積場から県道 10km 余りは拡張改修してアスファルト舗装道路とし、延長 22km、内トンネル部分 18km、最

高勾配 15 分の 1、コンクリート舗装 2 車線道路を新しく築造した。従来、枝折峠を経由すると片道 2 時間半以上を費やしたのが新輸送路ではわずか 50 分に短縮され、これまで越後の山奥の秘境だった奥只見は小出町の郊外へと変貌した。（注：現在は、シルバーラインとして残され、立派な観光路線としても活用されている。）ちなみに、工費 43 億円、延労働者 200 万人。新輸送路の完成により、資材の輸送は円滑となり、ダムの建設された八崎には工事のピーク時、5 千人の労働者がひしめき、作業員宿舎、建設会社の事務所、警察署の臨時派出所、病院の出張所、売店などができ、ダムの町が出現したという。

ダムの高さ 157m、堤長 470m、総貯水量 6 億 m³ の巨大ダムが出来上がったのは昭和 37 年（1962）5 月である。満水位湖水面積は中禅寺より 10% 大きい 11.5 平方 km の人工湖が出現したわけである。なお奥只見発電所の最大出力は 36 万 kw（注：ダム工事の人員約 600 万人、費用は当時の金で約 390 億円）。

こうして巨大な人工湖が出現するや銀山平も、ダムも、湖も、山も、溪流も、みんな観光資源になった。自然志向の高まりから尾瀬が一躍脚光を浴びるようになったことと相乗効果をもたらし、観光の波がじりじりと押し寄せた。

奥只見が尾瀬への一方の人口をなしていることが両者をうまく結びつけた。若い頃尾瀬ヶ原、尾瀬沼と二度ほど足を運んだ。足を悪くして山へはいれなくなり、桧折岐から御池を経て尾瀬口から遊覧船で奥只見湖のダム側の堰堤一体の錦秋の旅をした車があり、その時バスの中で枝折峠の紅葉の素晴らしさを聞かされたが、旅程の都合でシルバーライン経由で通過した。

一度行ってみたいと思いながら年が流れ、平成 14 年秋、やっとチャンスをつかんで出かけた。

下関を寝台特急で出発すれば翌日の午後三時には小出町の宿につける。名物「ヘギソバ」を食って翌日車を頼んで枝折峠へ向った。

高度が上がってくると山肌の紅葉が姿を見せ始める。途中右手はるか越後三山、といわれる越後駒ヶ岳 (2,003m)、中ノ岳 (2,085m)、八海山 (1,778m) をはじめ越後の山々が雄大な景観を見せてくれる。

やがて 1,065m の枝折峠の頂上に着く。見学者がかなりいる。見渡せば奥只見側の山並みの全山が見事に紅葉している。道路わきの山腹は只今紅葉まっさかりだ。自然が織りなす芸術品とっていいだろう。素晴らしい錦秋を賞味しながら銀山平へと下る。

銀山平の名は江戸時代の初期、銀山があった事に由来するという。最盛期には 1 万 4 千人あまりの鉱山町が出現し、遊女などの姿もみられた由、が、宝永 3 年 (1706) と安政 6 年 (1892) の二度に渡り只見川の水底をつき破る事故により、坑内出水で多くの犠牲者を出し、再開できず閉山したという。

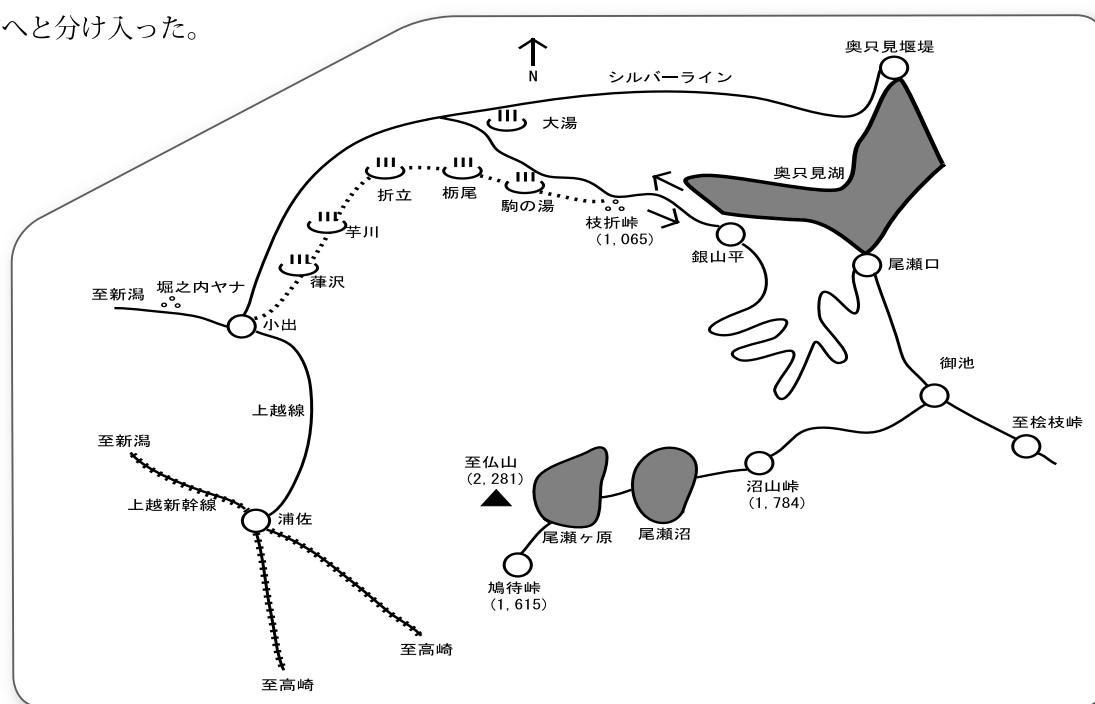
銀山平の遊覧船発着場のちょっと先、右手に段々があり上ってみると「尾瀬三郎」の銅像がある。「尾瀬三郎」は右大臣藤原経房の二男で、名を房利といい、二条天皇に若くして逝かれた皇妃をめぐって、平清盛と恋のさやあてを演じ、清盛の策謀により越後に流された。数名の従者を連れて湯ノ谷の方へと分け入った。

三郎はやがて路が険しくなったので馬から降り立ち、歩き始めたところが湯之谷村の「折立」(前出)で、あまりの難路に三郎一行があたりの木木の枝を折り折り越えたのが今の枝折峠という。苦難のあげく、やっと尾瀬にたどり着いた三郎は燐ヶ岳山麓の岩窟を住み家として都への帰還を画策したが果たせなかった。

「尾瀬」の名はもちろん三郎の姓をとったものであり、尾瀬三郎の死後、彼の守本尊の化身がこの川を渡ったが、兩岸はうっそうとして見るものはただ川ばかり、この伝説から後にこの川を「只見川」と呼ぶようになったとか。

銀山平のとある土産品店の店頭のガラス張りの水槽に大きな魚が 2 ～ 3 匹泳いでいるのをみつけた。店の人に聞いてみたら「イワナ」との事。それにしても 40 ～ 50 cm、まるで大きいボラクラスだ。以前奥利根を旅した折藤原湖畔の食事処で 30 cm 長のイワナを出されてびっくりしたがまだ上がいた。

いい目の保養をして、きた道を逆に折り返すことにする。重ねて二度目の目の保養をしながら長年の「シコリ」みたいなものがすっかりとれた枝折峠往復の錦秋の旅だった。その日小出町の側を流れる魚野川に仕掛けられている自稱東洋一の堀之内ヤナ場で食べた落鮎の味は本場コシヒカリとともに結構うまかった。(文献等省略)



「スローライフ」と「スローフード」

編集委員 薦田 信

『SKIP』というブランドをご存知ですか。『ユニクロ』から生まれた野菜・果物のブランドです。

最近異業種から農業を一つの事業ととらえ、アグリビジネス（食に関連するビジネス）に進出する企業が目立っている。トヨタ、セコム、プロミス、丸紅、住友商事・・・。

「食」は生活習慣病の大切なパートを占めている。しかし BSE 問題や雪印、日本ハムなど食に関する事件が連日のように報道され、さらに外国野菜、特に中国野菜や中国製ダイエット食品など、私たちの「食」が脅かされている。

日本の供給熱量（食料）自給率は、35 年前の 73% から徐々に減少して 2000 年にはついに 40% になった。特に穀物自給率は 27% で、世界 178 か国中 130 位。

農産物の約 4 割は米国から輸入している。米国では大豆の約 80%、コーンの 35% が遺伝子組み換えによる作物で、「組み換え作物は環境にやさしい」という認識で栽培され、日本や西欧のように反対運動はあまりない。したがって今後米国では組み換え作物はますます増える。日本は今後も米国の穀物に頼るしかなく、「組み換え作物は食べません」ではすまされなくなる。

遺伝子組み換え作物は、安全性という点では 100% 保障されていないが、反対運動ばかりして、取り組みが遅れると、その最先端技術からとり残されてしまうことになる。「遺伝子組み換え作物が潜在的に持つリスクと恩恵について、社会が広く議論する時期がきた」というのが世界のトップに立つ人の認識のようです。

一方、野菜の自給率は 79% で、年々減少してきている。輸入野菜は年間 300 万トン。その 52% は中国からで、圧倒的な低価格を背景にこの 2、3 年で急激に増加した。

昨年从中国野菜の残留農薬問題が注目されている。しいたけ、ごぼう、ほうれん草、ブロッコリー、白菜、ニラ・・・。これらから猛毒の有機リン系（メタミドホスなど）、有機塩素系（BHC、DDT）農薬が検出。とくに冷凍野菜など加工食品は、野菜のような残留農薬の基準がなく、中国側の管理体制が不十分で安全性に問題がある。

中国は農薬の使用に関して優遇政策をとっており、また世界の大手企業のなかには、自国で法的に規制されて使えない農薬を中国に運びこんでいるところもあるという。

先日（11 月 6 日）NHK クローズアップ現代「中



国・消費者の心をつかめ」で、上海など都市部のスーパーマーケットでは、「何より消費者です」という視点で、店頭に並べられている野菜の 3 割以上が低農薬野菜。一方、日本へは高農薬野菜を輸出している（これには日本の輸入業者の、消費者の健康と安全を無視した金儲け主義もかかわっている）。

食品添加物には腐敗防止の保存料、見た目をよくする着色料、食品中の色素と反応して安定した色を保つ発色剤などがあるが、厚労省が許可した化学合成品が 338 種、天然の添加物は 1,200 種以上が使用されている。

私たちには、添加物を一切口にしない食生活は不可能です。したがって食材の選択とその処理に工夫がいらします。例えばハム、ソーセージは「湯通しをする。茹でる」で添加物が半分になるが、「炒める」では減らないそうです。

日本の消費者は「見た目がきれいで、大きさが揃っていて規格が統一されたもの」でないと買わない。したがって野菜・果物のランク付けは味や安全性で決めるのではなく、鮮度と見た目が勝負。

「旬」の野菜は、その季節に採られたもので、その季節を生きるために必要な栄養を持っており、人間の体によくておいしい。

生活習慣病は、仕事に追われ、食事を楽しむ余裕がないことが一つの原因と考えられます。

健康は時間にゆとりを持つこと、すなわち「スローライフ」で得られるものです。そして「ファーストフード」より「スローフード」です。

無農薬野菜を求めれば莫大なコストがかかり、実際的ではないので、「低農薬野菜で、多少の変形や大きさが不揃いでも気にしない」という私たちの意識改革が必要です。



何を書こうかな

下関 稲野 秀

「新年特集号に載せる随筆ですか。いいですよ。」と安請け合いしたものの締め切りは目前、いよいよお尻に火がついた状況なのにネタがない。困ってしまって本棚に目をやればたまたま目についたのは、あそこ読んだ小説、ではなくて論語だった。古い岩波文庫本（金谷治訳注）で、四半世紀前に一人で大学の入学手続に赴いた日に大学生協の狭い書店で買い求めたものだ。むろん精読したわけではないが、いまでも覚えている文句に独断の感想をつければなんとかサマになるかもしれない。これで勘弁してもらおうことにしましょう、ということではばし駄文におつきあいください。

＊ 旧字体は当用漢字に直してあります（単に入力の手間をサボるため）。

「子不語怪力乱神」エロ・グロ・バイオレンス・オカルトを語るなどということでしょうが、2500年もたつと四六時中 TV でやっています。孔子様は普通の人間が大好きなことをよく知っていられる。

「其恕乎、己所不欲、勿施於人也」新約聖書にも似たような言葉があります（高校で "the golden rule" と習いました）。簡単な掟がいつの世も守られないということですね。

「従心所欲、不踰矩」法の網をかいぐるのではなくて、このように生きられれば幸せなのでしょうが、心の欲するところに従いて、矩を踰えて恥ずるところがないという輩ばかりが目につく昨今です。情けない。

「不時不食、割不正不食」旬のものでなければ食べない、切り方が悪ければ食べないとは、孔子様もなかなかのグルメだとよく茶化される一文。飢餓が蔓延していたはずの古代中国でこのような贅沢を言ったのは、食中毒や寄生虫疾患を恐れたためもあるのでは？ そういえば中国人は加熱

していない食材を喰う者を野蛮人とみなすらしいが、さもないと命が危ないからでしょうか。四つ足は机以外、飛ぶものは飛行機以外何でも喰うという彼らが生ものを喰わないのにはそれなりの理由があるのでしょう。当時、冷凍食品があったはずもないし。命を惜しむ余裕のある人は食事に気を遣ったのか。

「唯女子與小人、為難養也」しばしば非難の対象になる一文。こんなことを言わなければ非の打ち所がないのに、と残念に思える人・本・思想はたくさんありますが、これもそのひとつ。ちなみに、酒を飲むな・豚を喰うな・鱗のない魚を食べてはいけないなどという戒律がなければイスラム教は今頃世界を席卷していたかもしれないし、ひょっとしたら自分も帰依してしまったような気がします。多少同情的な見方をすれば、古代の戦乱の世では女性が男に伍して自立して生きることが不可能に近かったのだろうし、また、大陸においては、エリート（君子）と一般庶民（小人）との能力の差は極めて大きくなる（「ゾウの時間ネズミの時間 - サイズの生物学（本川達雄、中公新書）」で、「島の規則」から連想されています）ことから、当時の彼の地ではありがちな見解だったのでしょうか。

「歳寒、然後知松柏^{ひのき}之後彫也」寒くなってから、はじめて松や栢が散らないで残ることが分かる [人も危難の時にはじめて真価が分かる] との訳注がついています。ここで思い出すのは、内村鑑三「デンマルク国の話」にある「国民の意気消沈しなにごとにも手のつかざるときに、かかるときに国民の真の価値は判明するのであります」の一節です。厳しい世情の年頭にあたりこの一文をご紹介します。失礼いたしました。

「女医」の意識、無意識

岩国 大島 眞理

「たまには女医さんにも原稿を」ということで依頼を受けた。

しかし、こうして考えてみると今まで「女医」ということを意識していた気があまりしない。私は 40 代半ばであるが、女性の意識改革の話題が隆盛な昨今である中、特に苦労や区別を感じたこともなかった。ただし、これは私が恵まれた環境にあったのか、ただ鈍感であっただけなのかは定かでない。

周囲からはしばしば「女医さんで困ったこと、良かったことはありますか」と尋ねられる。得しと思うことは、学会、シンポジウムの休憩時間に行く女性用トイレがたいへん空いていること、連休中の高速道路の休憩所とは逆現象で、たいへん気分がよい。

困ったことは、実はあまり感じたことがないというのが正直なところ（やはり私はただ鈍感なのか？）。

「女医」ということは、自分の中よりも周囲において区別されているものかもしれない。受診者側から見れば、女性患者は同性ということで比較的安心して受診できるであろう。特に内科医である私は全身を見るだけに、確かにその傾向はあるとしばしば感じる。

しかし男女患者を問わず、中には「男性医師」の方が頼りになるという方々も少なくないであろう。この季節、「かぜ」で受診される人が多い、「どうしても休めないんです、早く治してください」と懇願されることも少なくない。そんな時、私はこう答えている「どんな方も、一日も早く治ってほしいと努力していますよ」と。すると、たまに「ああ、女医さんは言うことが優しいねえ」と返ってくることもある。しかしこれは「女性」の私が言わせた言葉ではなく、自分という「タイプ」が無意識にそう言わせているのだと思う。

人に自分がどのように映っているか、考えることは容易ではなく、畏怖なるものであるが、正の評価も負のものも、「女医」であるからということではなく、私の人間性の未熟さ所以と受け止め、青襟を正していかなければならないと感じている、そして、自分が愛するこの職業を可能にしてくれているすべてのものに心から感謝をしている。





編集後記

○明けましておめでとうございます。山口県医師会報を会員からより親しんでいただける会報にするべきと、新年特集号を企画して、今年で 4 号目をお届けすることができました。

○今年のテーマは「EBM と IT」と題しまして医療情報開発センター理事長の開原成允先生をお招きし、講演、座談会を企画しました。今後の山口県医師会における IT 化の推進に向けて役立つものになったと自負しております。

○炉辺談話も 10 遍の玉稿をいただきました。お陰さまで読みごたえのある特集号となりました。毎年投稿していただくベテラン会員様には毎回の厚かましいお願いにもかかわらず快く引き受けていただき感謝するばかりです。また、この度、初めて投稿していただいた会員の方にはこれを契機に今後も引き続きご投稿下さるよう切にお願い申し上げます。

○昨年、編集委員会にお二人の会員からそれぞれご自身が編纂された著書の贈呈を受けました。一つは「イチローの精神」望月一徳著（徳山医師会）です。先生の示唆に富んだユーモア溢れる文章には定評のあるところですが、今回は平成 9 年に出版された「幸福の木」の続編といったところでしょうか、その後の 5 年間に於いて会報、医学雑誌等に綴られ文章を纏められたものです。冒頭「贈られて迷惑なものは遊びで釣った雑魚、アイスクリームで作ったクリスマスケーキと自家本でしょう」で始まりますが、軽快なタッチで綴られた文章にはいつもながら著者の暖かな心に触れ、感動を覚えます。

○もう一つは「初代大審院長 玉乃世履 - 年譜 -」吉岡達生著（岩国市医師会）です。山口県岩国市が輩出した大審院長（現在最高裁判所長官）

「^{たまのせいり}玉乃世履」について詳細に調べ挙げたものです。法曹界とはまったくの門外漢の医師がここまで調べるかと思われる程の緻密な年譜となっています。医療をしている暇はあったのかと問うてみたい気になるのは私一人でしょうか。とにかく読んでみてください。感動します。

○昨年、一昨年と医療費に関するテーマを選び、それぞれ日医総研の前田由美子、中村十念先生にお願いしました。医療費のあるべき姿について掘り下げた議論を展開したつもりでおりましたが、この 2 年間、医療に関する環境は増々厳しくなるばかりです。さらにその勢いは加速している感はありません。

○昨年 4 月には診療報酬マイナス改定という私たちが過去に経験したことのない強烈なパンチを喰らいました。

10 月は老人医療の定額負担、外総診の廃止等が決定し、今後、各医療機関への深刻な影響が懸念されます。

○日医は早速レセプト調査を実施し昨年 4 月、10 月診療報酬改訂のダブルパンチの影響を調査されているところですが、医療現場を無視した理不尽な改訂に対しては早急な再改訂が望まれます。

○さて、今年はどのような年になるのでしょうか。医療制度改革の議論も本格化するでしょう。規制緩和特区も具体化し、医療の株式会社参入問題も再度、頭を持ちあげることが予想されます。医療環境が増々厳しくなるなか、国民皆保険制度を守り、医療を政策に利用されることなく、国民の手に取り戻すためにもさらなる日医の指導力が期待されます。

[常任理事 東 良輝]

From Editors

○昭和 61 年に継承開業した際に、レセプト作成はパソコンでやりたいと、父の代から勤めていた事務職員に相談したところ、かなりの抵抗がありました。その反対を押し切り採用したわけですが、月末、月初めの残業がなくなり、こんなことであればもっと早く採用してもらえば良かったというのが、その後の彼女らの感想でした。

○新しいものに対する抵抗はいつの時代にもあることです。座談会の中でレセプト電算処理システムに関して、推進派と思われる開原先生に対して、むしろ否定的な発言を行いました。私自身も将来はレセプト電算処理システムへの移行はやむを得ないと考えています。支払基金や国保連合会の審査の非効率さを改善する上で大きな役割を果たすことは間違いありません。

○IT は日常生活にも大きな変化をもたらしつつあります。インターネットの普及は情報の概念、通信の概念を根底から変えました。いながらにして、リアルタイムに全世界から情報を集めることが可能となり、まただれでもが全世界に向けて情報を発信することが、こんなに簡単にできることは夢にも思わなかったことです。インターネットを代表とする通信環境の変化は産業構造さえも変えようとしています。

○町に出ると、若い人だけでなく中年、あるいは高齢の方も携帯電話によるメールやコンテンツの閲覧を楽しんでいます。パソコンは苦手という私の妻でさえ、携帯電話のメールは楽々こなしています。私から言わせれば、パソコンも決して難しくはないと思うのですが、なかなか触ろうとはしません。ソフトさえ組み込まれていれば、インターネットを介したホームページの閲覧、メールのやり取りは、携帯電話より簡単で、携帯電話以上の楽しみが味わえると思うのですが・・・

○「パソコンは何でもできる、そのためにいろいろな機能を搭載している、だから難しい」パソ

コンを敬遠する人たちがパソコンに抱いているイメージはこんなところでしょうか。これはパソコンメーカーの責任でもあります。パソコンの性能は毎年飛躍的に向上しています。それに対してパソコン部品の価格はどんどん安くなってきました。メーカーとしては売上金額を伸ばすためには、パソコンを高性能・高機能・高付加価値のものにして、販売価格を維持する必要があったわけです。インターネットを楽しむためだけなら、現在販売されているパソコンの性能・機能はオーバースペックです。ある機能に特化した（インターネットとワープロだけとか）パソコンであれば、今よりずっと低価格で、携帯電話より圧倒的に使いやすいパソコンになるはずで、パソコンが一般家電と同じ感覚になる時代もそんなに遠い将来ではないと思います。

○「IT が医療を変える」と言われ始めて久しくなります。確かにインターネットの普及で私のような開業医でも、文献検索を含めた情報の収集が楽になりました。しかしカルテは手書き、紹介状も手書き（ワープロで書いたとしても紙情報であることには違いありません）、FAX や電話で急ぎの用事も解決できます。本当に医療現場で IT が必要になるのでしょうか。

○電話機や FAX も発明されて、皆が使い始めた頃からその便利さが理解され始めました。自分一人が電話機を持っても、FAX を持っても、それで通信する相手がいないと、単なるガラクタに過ぎないのと同様に、IT の場合も、それを使う相手が増えないと、その便利さは理解できないと思います。現在県がすすめている山口県医療情報ネットワーク構想に、数多くの便利な道具が加えられるよう、幅広い人々からの意見をお聞きしているところです。しかしどんなに便利な道具でも、使われてその真価を発揮できるのです。多くの会員の先生方に参加していただけるようお願いいたします。

[理事 吉本 正博]

