

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 1699
新年特集号

表紙色紙によせて

「 瑞 光 」

熊 毛 高 本 公

新春のお慶びを申し上げます。

昨秋、県医師会より会報の新年特別号の表紙を新年に相応しい書で飾りたいので、適当な言葉を選んで書いていただきたい、という依頼があった。私ごとき老医にこのような役目がきたのは、ここ数年間の緑陰随筆に駄作を書いた色紙によるものと考えられた。

元来、私の書は旧制中学時代に習っただけの自己流であり、看護学校卒業生に約 20 年間色紙を贈っているうちに、書き慣れただけの字なので面映かったのであるが、引き受けることにした。

さて、注文の新年に相応しいめでたい言葉を考えてみたのであったが、なかなか思いつかずいろいろと探した末に「瑞光」という言葉が見つかった。辞書には「めでたいことの兆しを表す光」とあったので、これを書くことにした。いざ書き始めてみると、高齢のため手が震えるので筆先が意のごとくならなかったのであったが、何枚か書いているうちに、どうにか人前に出せるようなものができた。

一方、私が絵を描くことが知られていたらしく、裏表紙に絵を入れたいからと依頼された。私の絵は何時何処でも描き始められ、短時間で仕上げられる色鉛筆画ばかりで、絵柄は富士山と花がほとんどである。その中で、この絵は崇高で秀麗な富士をイメージして描いたものなので、裏表紙には相応しいと思った。

ともあれ、この度は思いがけなく書と絵で新年特集号の表紙を飾らせていただき、傘寿を迎えた私にとっては誠にありがたいことであった。



平成 16 年 1 月 1 日「新年特集号」目次

表紙色紙によせて	熊毛 高本 公 …… 2
新年に思う	会長 藤井 康宏 …… 4
講演会「これからの医師会像を探る」	日医常任理事 西島 英利 …… 6
新春座談会	…… 15
診療報酬改訂に向けて	編集委員 加藤欣士郎 …… 32
勤務医部会「私の勤務医生活」	山口大学 松山 豪泰 …… 34

炉辺談話

●紅葉	防府 小川 聡 …… 35
●疑惑のゴッホ?!	岩国 正木 康史 …… 36
●趣味	防府 米澤 孝仁 …… 38
●ナイトウォーク	防府 松村 康博 …… 39
●父の万年筆	宇部 丸本 多 …… 40
●山頂に三ツ星レストラン開店!	徳山 望月 一徳 …… 41
●高齢者学級入学者綴方 The Old, Be Ambitious	萩 山本 貞寿 …… 43
●市町村合併	小野田 瀬戸 信夫 …… 44
●ゆっくり生きてはいませんか?	阿武 前川 恭子 …… 46
●自称映画ファン	萩 森 繁広 …… 48
●仏教的観点での脳死・臓器移植の考え方	編集委員 渡木 邦彦 …… 50
●初霜	徳医旬会 …… 59
●天気晴朗ナレド波高シ	吉南 小林 憲治 …… 60

編集後記

理事 濱本 史明 …… 63

新春挨拶



新年に思う

山口県医師会長

藤井 康宏

明けまして、おめでとうございます。

皆様には心新たに、新年を迎えられたことと思います。

昨年は、イラク戦争を始め、各地でのテロ行為など、世界に暴力的混乱が拡大し、わが国においても、経済的低迷に加え、忌まわしい犯罪が増加し、社会的不安が増長した年でありました。さらに昨年春、SARSの問題があり、幸い本邦では、その発生を見ることなく、無事に経過しましたが、その対応にあたり、危機管理の重要性と困難さを痛感させられました。今後は、これを一つの教訓として、危機管理能力を養い、制度を整備していくことが必要かと思えます。

改革という言葉が、使われるようになり久しくなります。医療を取り巻く環境も大きく変わり始めています。具体的には、診療録の開示を始めとする情報の公開、これに基づく組織、個人の評価、そして医療の産業化であります。このうち情報の公開や評価は、今まで私たち日本人にはなじみがなく、むしろこれらは無形の社会的規制の範疇において、それぞれが必要に応じ、自立的になされてきました。

確かに、いつの世でも、人の欲求により作り出されている人間社会も、組織もたえず変化を求めて動くのは当然であります。しかし、今の変化は急速に過ぎ、しかも、自ら作り出したものよりも、外部から求められている比重の高いことに問題があります。

事実、わが国は少子高齢化という人口構造の変化があり、この変化は、労働市場を含め、経済、政治、社会機構を変え、さらには、社会的、個人的価値観をも変えていきます。しかし、今の改革の根源は、世界的（米国的）経済理論の輸入と、これに財務的思惑が加わり、作り出された市場経済原理主義であります。その結果が、医療においては、株式会社の参入、自由診療拡大による医療の産業化であります。しかし、私たちに課せられている課題は、国民に安心と信頼を保障する医療を守り、しかもよりよい改善をすることにあります。そのためには、例え、社会の流れに棹さすことがあったとしても、これに立ち向かうべきであります。

この時代にあって、私たちがもっとも留意することは、この改革の荒波の中で、自分たちの持っている価値観や倫理観までも失い、今の流れの中にある不条理な部分を安易に許容することがあってはならず、そのためにも机上の理論ではなく、専門職としての理論と自分自身の医療への確固たる思いを根底として、世の変化に対応すべきであります。

日本医師会も、平成12年4月、6項目からなる医の倫理要綱を改訂、発表しました。今新たに、これに基づく倫理規定を作成中であります。これらを医療を論じ、行う上で、私たち共通の倫理として、共有し、しかもこれを単なる言葉にとどめず、力を持たせ、法に優る存在感を与え、世に問いかけていきたいものです。そこに必要なものは、私たちの自律であります。これは、単に医師会としての組織的自浄にとどまらず、それぞれが医療人としての使命感、善意、理性を根底とした積極的自律であります。この自律に倫理を重ね、それによって作られた医療集団として今後医師会は存在したいものです。

新年早々堅い話になりましたが、本年は確固たる医師会として社会に乗り出す元気な年になることを期待してのことと、ご理解いただきたいと思います。

終わりにになりましたが、本年が皆様にとって、ご多幸の年でありますことを、心よりお祈り申し上げます。

これからの医師会像を探る

ー 国民批判と医師会の起こすべきアクション ー

日本医師会常任理事

西島 英利

と き 平成 15 年 10 月 23 日(木)

ところ 山口県医師会館



西島先生プロフィール

昭和 23 年 4 月 7 日生れ。昭和 52 年に日本医科大学医学部卒業後、小倉蒲生病院小倉南看護専門学校理事長・久留米大学医学部神経精神医学講座講師を経て、平成 2 年に北九州市小倉医師会理事、平成 6 年に北九州市医師会理事となる。

平成 10 年には日本医師会常任理事となり、厚生省公衆衛生審議会委員・厚生労働省保健医療情報システム検討会委員・厚生労働省社会保障審議会（障害者部会）臨時委員・厚生労働省社会保険審議会（介護保険部会）臨時委員を務め、平成 15 年 8 月には厚生労働省中央社会保険医療協議会（中医協）の委員となる。

平成 16 年の第 20 回参議院議員通常選挙に立候補が決定。

お話をさせていただく機会を与えていただきありがとうございます。

私は中医協の委員をしています、つい先日、中医協の総会がありまして、私たち診療側の総意ということで要望書を提出いたしました。そこでは非常に歴史的なことが起こりました。

今までは私どもがこういう要望書・資料を提出しても、絶対に資料ナンバーはつかなかったんです。それは、民間が出す資料ということで、本当の資料扱いはしてくれなかったのです。ところが昨日は資料ナンバーが初めてつき、要望書が資料として認められました。また、日本医師会から出したもう一つの資料ですが、TKC という税理士の全国的な組織がありまして、そこからデータをもらい分析をして、今の医療機関の経営状態はどうなのかということを調査しました。中医協の実態調査では本当の実態が反映されていないという考えがありましたので、全国の医療機関の状況を把握している TKC と提携いたしまして、資料を提出いたしました。これにも資料ナンバーがついたのですが、資料ナンバーがついたということは、これに基づいて協議が行われるということです。

なお、この資料によりましてかなり厳しい状況が受け取れます。特に平成 13・14 年ではほとんどがマイナスの状態でした。中医協の調査では、大体 6 割ぐらいしか提出されておらず、後の 4 割は自分の経営状態が悪くて恥ずかしいので出さないという先生方もいらっしゃいました。しかし本当はこのところが一番知りたいところなのです。悪いところのデータが欲しいのですが、出していただけないので、実態とかけ離れた報告書が出てくるわけです。しかし、TKC はまさしく実態そのものですので、今後はこれを持って議論をしていこうと思っています。

昨日の総会の要望書の中で、すべてが認められることはもちろんありませんが、支払側から、総合的にいくらぐらいのプラスをすればいいのかというシミュレーションを出してほしいということでした。最初からダメだという話ではなく、今までにない議論がなされたように感じます。去年 4 月の改定時の大きな混乱について、われわれはデータを分析して中医協で議論してきました。過去の議論では、次の改定はどうするかという話だ

けでして、経営的な話はほとんどでなかったのですが、1 年半の議論ではデータに基づいていたので、支払側の聞く耳が出てきたのかなと感じました。いずれにしろ、マイナス改定になるのかプラス改定になるのかということについては、中医協では絶対に決着しません。今の経済状態がまだまだ低いわけですから、当然ここではなく政治決着となるだろうと思います。そうすると、12 月 20 日過ぎぐらいに政権与党と次の予算との絡みで最終的に決まると思います。

どうして政治決着なのかと申しますと、診療報酬の中には 1/4 が公費となっています。公費というのは予算で行わなければいけないので、政治決着となります。ただし、診療報酬だけは他の予算と違います。他の予算ではこれだけと決められたらそれしか使えませんが、診療報酬は医療費が変動しますので、オーバーした部分には繰り入れていただけます。ここが他の予算との大きな違いです。

中医協では、出した資料について今後内容的に詰めていきますが、2 点あります。

1) コストをきちんと計算して、コストに見合った報酬でなければいけないという議論を展開してきましたが、コストとなると膨大なデータが必要となります。今回診療報酬でこの部分が反映されるかは分かりませんが、コストの研究が行われています。

2) 医療安全についてです。いろんな医療ミスや過誤が行われていますので、われわれ医療提供者側に対する非難は非常に強くなってきています。しかし、今のように診療報酬がマイナス改定になると、医療安全にかけられるお金が使えなくなります。少ない費用の中で、医療安全といわれても難しいとずっと主張してきて参りましたが、今回医療安全をどのような形で入れ込むことができるようになるか、当然コスト計算をした上でということになります。現在、医療安全を行うためにはこれだけの費用がかかるという提案をしていますので、ここが大きなポイントになってくると思います。

もう一つ要望書の中で強く要望しているのが逓減制です。ご存知のように、逓減性が前回の改定でさまざまなトラブルを生みました。この辺りも撤廃をということで要望しています。もう一つ

は減算です。医療安全の体制を取っていなければ減算するというものです。これはおかしい問題であって、元に戻すように要望しています。そしてより一層評価された体制であれば加算する形で認めるべきであると主張してきています。この辺りがどのように点数化されるかということがポイントになると思います。

また、在宅医療では、平均在院日数がどんどん強化されてきており、患者が病院にいられないという状況となっています。一方、長期療養の場合は 180 日を超えた場合での診療報酬のあり方についておかしいと主張してきています。

いずれにしてもまだほとんど内容は固まっておりません。プラスになるのかマイナスになるのか現行通りになるのか決まらないうと、一つの点数を 1 点上げて、それでどれだけの影響があるのかという計算をしないではないわけですから、それが決まらないうと何も決まらないうといった状況です。いずれにしろ 1 月の初めから点数に関して内容が見えてくると思います。しかし、厚労省と議論を深めてきておりますので、必要な部分は点数化されていくのではないかと思います。

もう一つ、経済財政諮問会議が骨太の方針を先日出しましたが、最初の原案では診療報酬のマイナス改定が入っていました。しかし、われわれが自民党と議論を行いまして、マイナス改定が外れました。財務省はマイナス改定と盛んに言っておりますが、それが必ずしもそのような方向に行くのではないということを、ぜひご理解願います。

今、大きな問題は年金です。年金をどういう形で確保するかが問題ですから、今度は診療報酬の問題までは入ってこないのではないかと思います。

診療報酬は、今そのような流れになっていると報告させていただきます。

それでは、「これからの医師会像を探る」の本题に入りたいと思います。

まず、国民皆保険制度の光と影について述べます。世界の中で、「光」として日本にしかないフリーアクセスがあります。平等性（貧富の階層化の消失）と命の安全保障により国民の安心を得ることができますが、自己負担増により国民にとっ

て病気になった時どうしようかという不安が強くなり、消費が冷え込んでいると思われます。また、健康寿命の延長により、社会の活性化をもたらします。

「影」は、公的保険によるものですから、さまざまな縛りが生じ、プロフェッショナルフリーダムが侵害されており、療養担当規則等がその例です。そして、医療費の抑制、医師技術料の過少評価という形となっています。

このような環境の中、最低の医療費で世界でも最高水準の医療を保っているのは、われわれ医師が国民皆保険制度を理解し、我慢しているからだと思います。締め付けはどんどん厳しくなっていますので、医業経営の悪化・医療サービスの低下をわれわれは恐れています。

昨日、中医協で示された医療費動向でも、かなりのマイナスの数値が出ています。平成 13/14 年度の比較、14/15 年度の比較でもそのようになっています。かなり医業経営が苦しくなっているのは、国のデータでも明らかになってきました。

医療改革の大きな潮流ですが、公的保険制度から私的保険制度への転換論（財務省）でアメリカ型に持っていこうとしており、現状では、財政が持たないと繰り返しています。特に国が示している医療費将来推計ですが、非常にいい加減です。2025 年にいくらになるかというデータを出していきまして、平成 6 年に出したデータでは 2025 年には 141 兆円になるというデータを出しているのですが、それが年を追うにしたがってどんどんデータが縮小してきて、先日出した 2025 年の推定値は 70 億円でした。つまり、いかに国が出すデータはいい加減かということが分かります。ですから、われわれが出したデータに資料ナンバーがついたということは、われわれがきちんとした分析をして出した結果の表れだということになります。

次は、公私二階建て論（厚生労働省）であり、公的保険による保険給付と民間保険給付によるミックスの投資を主張しています。日医は、公的保険制度を充実発展させるべきという考え方でして、厚労省はお金がないと言っていますが、健康保険組合の被保険者は全体では 75%の方が黒

字の保険組合に入っています。これを一方では 8 割が赤字の健康保険組合だという言い方をしています。いかに小さな健康保険組合があるかということです。本来小さければ、保険として成り立たないわけで、そういうところをパーセンテージのように数字のごまかし方だけで表に出てきて、国民はそれを信じざるを得ないという状況になっています。一方、中医協でも、ある国保において、「われわれは透析の患者が 3 名出たら破綻するので、このような要望書を出されてもとても答えられない」と主張しました。われわれが得た情報では、国保の未収金が十数%あるのです。国保の未収金は 2 年で時効になるので、8 千億円の未収金があるのですが、毎年 4 千億円が消えるというわけです。また新たな 4 千億円が加わり 8 千億円になるのです。10 年では 4 兆円が未徴収で終わるのです。こういうところをどう考えるのかということを議論しましたが、それを言い出したら、保険制度は根幹から崩れるということでした。お金を払わなくても実は今医療を受けられるようになっていますので、保険制度がおかしくなるのではないかという議論になりました。いずれにしても、このようなことを先送りにしてやってきたことは間違いないことです。

もう一つ、政管健保に関しては、社会保険庁病院にかなりのお金が整備費等で流れていることも明らかにしたところです。一方、特殊法人に関しては超赤字がずっと続いております。整理をしていくと、公的保険制度でそういう財源は確保できるというのがわれわれの考え方です。本来であれば日医が財源を探すことはないわけですが、国がそれをやろうとしないので、われわれがそれをやらざるを得ないという状況になっています。さらに、高齢者医療制度を提案しています。75 歳以上の高齢者のあるべき医療の姿ということで考えていきますと、当然公的保険制度の中で十分できるというデータをわれわれは示しているところです。

次に、公的保険制度から私的保険制度への転換についてですが、市場原理導入（民間保険への移行）、safety net（無保険者対象）の導入をいわれています。safty net は言葉はよいですが、最低限しか保障しないということです。無保険者を

対象にアメリカがやっているわけですが、無保険者は 5,000 万人です。HMO という民間保険制度がアメリカにあります。この制度は 4 割が管理費として保険料から出ていっています。すると後の 6 割で医療を展開しないといけなくなっており、これだけのお金しか出さないと民間の保険会社は言うわけです。その中で医師達は医療を提供しなければなりません。そして、いちいちこの医療を行ってよいかと、HMO に打診しなければなりません。ダメだといわれれば医療ができないのであって、まさしく今、そのような市場原理に基づいた医療が導入されております。以前は HMO に入らないという民間病院がたくさんありました。しかし、それらは次々に倒産してしまいました。市場原理主義の中、非常に安い保険料で企業と契約をして、「この保険料で、すべて診ることができます」という囲い込みをしたので、HMO を行わなかった病院には患者が来なくなり、倒産したというのがアメリカの現状です。

そこで、この私的保険制度を日本に導入しようとしているのが、総合規制改革会議の方々です。議長が某民間企業の方で、この企業は生命保険を展開しています。前の副議長も、某民間企業の方で損保を持っていました。ここはガン保険を現在展開していますが、ガン保険はまさしくアメリカ的な考え方で導入してきたわけです。

この時、彼らは医療機関と契約して 1 点 12 円で契約しました。これが市場原理主義です。ところが、これがどんどん進んでいくととても 1 点 12 円ではできませんから、1 点 8 円にするように一方的に変更してくるのです。これが市場原理主義です。これでいっぺんに経営が不安定になってくるわけです。ですから、アメリカは HMO ばかりを見て患者を見ないようになりました。そこで、今年の 1 月 29 日のブッシュ大統領の議会での演説では、2 番目の重要項目として「国民の手に医療を取り戻そう」と明言したのです。それほどアメリカの医療は今大変な状況となっているのです。しかし、一度壊れたシステムは元に戻りません。

盛んに総合規制改革で言われているのは、株式会社の医療への参入ですが、在日アメリカ商工会議所が外圧をかけてきております。この会議所の

中には、先ほどのアメリカ型医療を導入しようとしている民間企業の方も加わっております。病院も経営しているので、こういう形を使って医療経営に参入したいと盛んに言っているわけです。

それから、公的負担からの撤退を自己責任社会の実現という面で財務省は望んでいますが、アメリカが今悪い状態になっていることはほとんどマスコミは知らせようとしません。マスコミでこのような記事を書いている記者は経済担当の記者だからです。経済担当の記者が一番張り付いているのは内閣です。ですから彼らは経済活性化しか望んでおらず、このような論調を生んでいるわけです。絶対こうなってはいけないと、私は強く感じています。

公民ミックス再編論（公私二階建て論）についてです。高度先進医療に関しては特定療養費制度で行っていますが、このような部分については私的保険でやってもいいのではないかという考え方があります。しかし、これも要注意です。今、混合診療の話が出ていますが、特に勤務医の先生方が言われるのは、「今の公的保険ではできない新薬が使えるからよいではないか、何故医師会は反対するのか」ということです。

しかし、ここには落とし穴があって、公的保険の守備範囲の見直しです。これは公的保険で対応できる部分を縮小するということであり、基本的なところでしか対応しないということです。後は全部自由診療にして、そこはすべて私的保険で対応すればよいではないかということです。しかし、私的保険が何でもかんでも出すはずがなく、民間保険では入院給付では日数制限があります。これだけの保険料ではこれまでしか診ないというアメリカ型になるのです。究極的にはアメリカ型に持っていこうとするやり方ですので、われわれは反対しているところです。

そこで、日医の主張は、医療費の国際比較でいくと、まだまだ公的医療費の総枠は拡大できるということです。イギリスのサッチャー首相は公費で医療を展開していました。ところが医療費の縮小によって、制度の改革を行いました。その途端、医療機関が次々に倒産して、医師はイギリスではやっていけないと、海外に出てしまったのです。その結果、100 万人ほどの患者が必要なときに

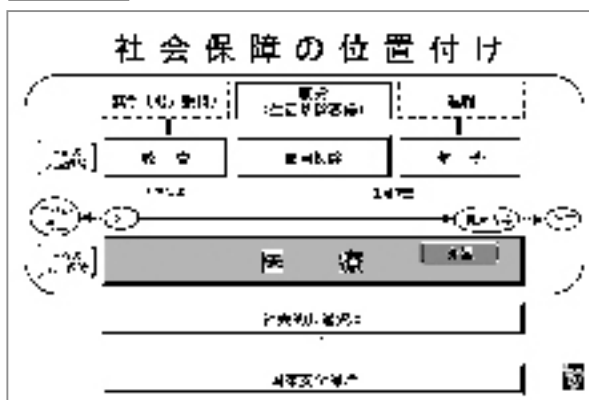
すぐに医療を受けることができない状況となりました。これを受け、医療体制を取り戻すと公約したのはブレア首相です。しかし、一度ダメになった制度は元に戻りません。この 6 年間、ブレア首相が繰り返し主張していますが、何も状況は改善しませんので、外国から医師を輸入しています。挙げ句の果ては、海外渡航費を国が出して、フランスへの手術ツアーを組んでいます。ですので、「やらせてみればいいじゃないか」ということは絶対あってはなりません。われわれが、抵抗勢力と言われようと頑張っているのは、外国の歴史が物語っているからです。

医療情報の徹底した開示について、これからは医療機関のハード・ソフトを情報として提供し、診療ガイドラインを作成し、分かりやすい言葉に直して患者に提供していこうとしています。インターネット等を利用して医療情報の徹底した開示を行っています。これが患者の安心につながります。

次は、日医の自浄活性化で、生涯教育の義務化、職業倫理の実践により、国民の信頼を確保しようと全力を挙げております。

資料 1 は、坪井日医会長が言われている社会保障の話で、国家安全保障の中に医療は位置づけられるべきであります。憲法に位置づけられた就労を医療は支えているからです。

資料 1



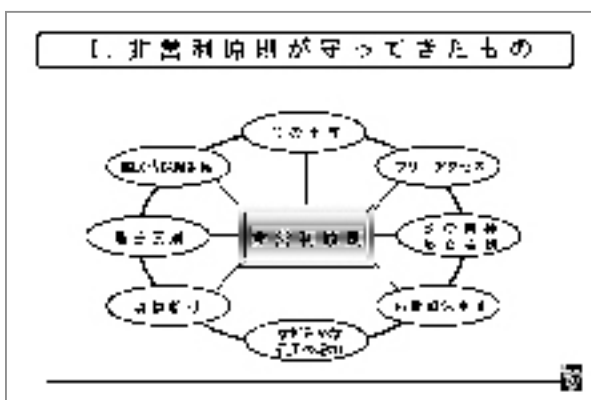
資料 2 では、日本の健康寿命は世界一であり、総医療費との国内総生産の比は 18 位なので、国

資料 2

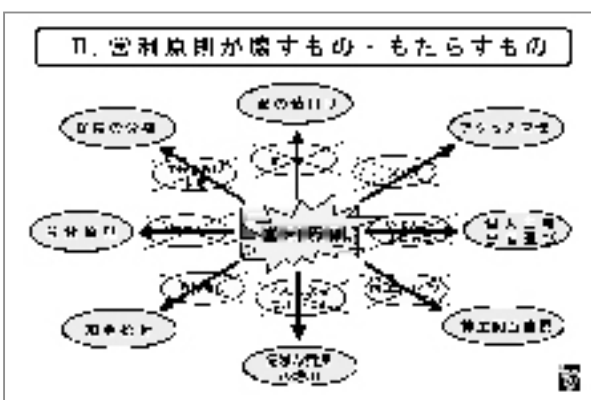
日本と外国の医療の比較・医療費と医療費

国	人口(百万人)	GDP(兆円)	医療費(兆円)	医療費/GDP(%)	医師数(千人)	病床数(千床)
日本	125	470	100	21.3	110	1000
アメリカ	265	10000	1500	15.0	1000	10000
フランス	60	250	50	20.0	100	1000
ドイツ	80	300	60	20.0	100	1000
イギリス	60	200	40	20.0	100	1000
イタリア	55	200	40	20.0	100	1000
スペイン	45	150	30	20.0	100	1000
ポルトガル	10	100	10	10.0	100	1000
韓国	45	100	10	10.0	100	1000
中国	1200	10000	100	1.0	1000	10000

資料 3



資料 4



際比較をするとまだまだ医療にお金をかけられるべきだということがわかります。

資料 3 は、命は平等であり、お金では買えないことを表しています。しかし、アメリカではお金で判断されることがあり、その例として一つの映

画があります。これは、ある登場人物が HMO に加入していましたが、いつの間にか働いている企業が安い HMO の保険に切り替えていたため、本来なら保険で心臓移植ができるはずだったのに、多額の現金を用意しないと手術ができない、というあらすじでした。アメリカはこのように命の平等がまったくないところであって、まさしくお金だけで判断をされるところだ、ということを表した映画でした。もちろんフリーアクセスはありません。保険会社と契約していますので、契約医療機関にしか行けない状況になります。現物給付により最高の医療を提供しているのが国民皆保険制度です。

資料 4 は、営利企業の参入がもたらす結果であり、利益一辺倒になるのは当たり前となります。

さて、平成 14 年度健保改正等の総括（①マイナス改定の検証、②医療の質の評価への対応、③患者負担の大幅増（老人一般）、④保険料負担増、⑤診療報酬改革・高齢者医療制度・各種保険の統合の実践）が行われ、異例のマイナス改定、再診料の通減、医療安全の強化という形で減算、手術の再評価も行われ混乱を起こしました。そこで、われわれは緊急にレセプト調査を行いました。客対数が 1 万で、厚労省の調査とも変わらない数字で、資料 5～7 の結果となりました。入院と入院外で見ると、外来の影響が非常に大きく出ています。病院はさまざまな形で収益を考えますので、平均在院日数で考えると、日数が少なければ少ないほど点数が高くなります。患者を早く退院させて回転を速くする考えとなると、収入は増えましたが、一方では過度に行った結果、需要と供給がアンバランスになり、逆にベッドが多く空いてしまったという結果にもつながりました。これが医業経営を悪化させ、倒産に導くということになりかねないのです。ここでは小さな数字の変化に見えるかも知れませんが、実際には大きな変化となることをご理解ください。

資料 8 では、内科は数字が非常に大きくなっています。特に外総診の影響が出てきたからです。

資料 5

第三次レポート調査					
調査対象 県内全病院					
調査項目	調査内容	今年度		前年度	
		件数	割合	件数	割合
診療科	内科	1,000	4.3%	915	4.0%
	外科	1,000	4.3%	915	4.0%
病種	がん	1,000	4.3%	915	4.0%
	循環器系	1,000	4.3%	915	4.0%
年齢	高齢者	1,000	4.3%	915	4.0%
	若年者	1,000	4.3%	915	4.0%
合計		10,000	100.0%	9,150	100.0%

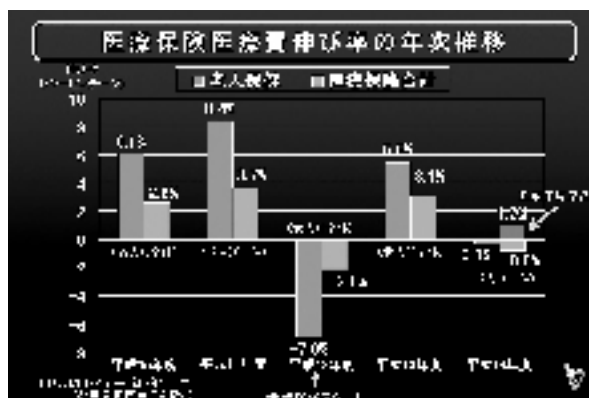
資料 8

診療所における入院外医療費の変化			
診療所別・診療科目別・診療内容別			
	診療所 診療科目 診療内容	診療所 診療科目 診療内容	診療所 診療科目 診療内容
内科	50	34.0	28.0
循環器科	102	30.2	101.1
心臓科	105	22.7	27.4
呼吸科	101	30.8	25.3
消化器科	00	22.2	20.6
泌尿科	100	25.0	22.8
小児科	100	25.7	28.2
皮膚科	100	25.4	27.4
眼科	102	25.7	22.0
耳鼻科	100	22.5	21.3
歯科	100	27.0	22.2

資料 6

2001年～2003年の医療費(内科)の変化			
(2001年～2003年の平均値)			
2001年(100%)			
総医療費(内科)	100	96.14	96.54
診療費(内科)	00	97.07	95.58
薬剤費(内科)	100	95.18	92.37
注: 2001年～2003年の平均値			

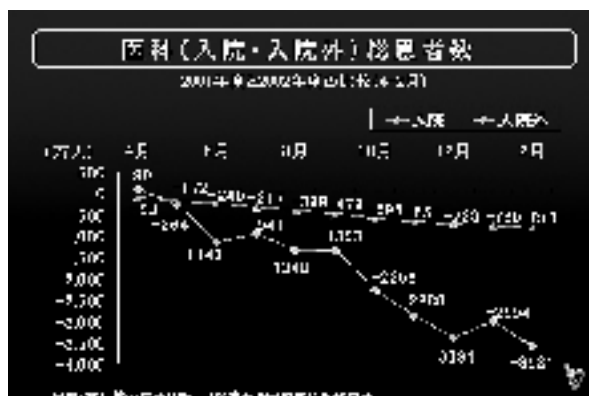
資料 9



資料 7

医療費の変化				
(平成14年度～平成15年度10月までの期間の変化)				
(10月までの期間における医療費の変化)				
診療科	診療科目	平均値		
		10月	11月	12月
内科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
外科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
小児科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
産婦人科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
皮膚科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
泌尿器科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
眼科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
耳鼻科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
歯科	循環器系	100	96.1	96.5
	循環器系	100	96.1	96.5
注: 2001年～2003年の平均値				

資料 10



資料 9 では、平成 14 年度はマイナス改定にしてもさらに 1% 伸びると国は見込んでいます。現実には、老人医療費は -0.3%、全体では -0.8% の伸びでしたので、政府の予算を見込んで 1% をたすと、-1.8% ということが分かります。これは

MEDIS の資料ですから、オフィシャルな数字です。

資料 10 では、患者が徐々に少なくなっていることが分かります。

さて、国民の医師会に対する意識についてです。医師は聖職者としての期待が大きいですから、新聞等で報じられる時は大々的に取り上げられます。この期待に応えるために、

- ①インフォームドコンセント
 - ②医療情報の開示
 - ③医療事故・医療安全
 - ④医療関連不祥事（脱税・不正請求等）の防止
- が重要だと思います。

医道審議会では、対象者が非常に限られていましたが、次のようになりました。

1. 免許の相対的欠格者（精神病、麻薬などの中毒者）
2. 罰金刑以上の刑に処せられた者
3. 医事に関する犯罪又は不正行為のあった者
4. 医師としての品位を損するような行為のあった者

世界各国の管理組織は、資料 11 のようになっていますが、懲戒処分の数を見ますと資料 12 のようになっています。アメリカの処分数は多いですが、医師数も多いです。

医師の職業倫理規定を日本医師会で検討していますが、資料 13 のように、まもなく案ができますので、皆さんにご提案できると思います。なお、この中で恐ろしいのは遺伝子研究・治療についてであり、また重大な問題であるので、政府に働きかけ、個別に法を制定するようにしました。

生殖医療もマスコミが興味本位で盛んに報道いたしますが、これもしっかりした倫理観の下で行わないと、大きな問題を後世に残すことになるので、この点についても慎重に検討が加えられています。

これらを受け、われわれは襟を正し、常に勉強をしているということを見せなければいけないということで、生涯教育講座を行っています。非常に多項目にわたるカリキュラムで開催しています。インターネットも利用して全国の生涯教育の内容を配信する準備を行っています。夜でも自宅で研修ができ、またそれを見たことがしっかりカウントされるようになっています。

資料 11

世界各國の医師管理組織	
(H25・医師法第 29 条第 4 号)	
アメリカ	State Medical Licensing Board (州)
イギリス	General Medical Council
フランス	Ordre de Médecine (職、全国)
ドイツ	Landesärztekammer (州)
カナダ	College of Physicians and Surgeons (州、省)
ロシア	Medical and Dental Professional Board
スウェーデン、フィンランド、デンマーク、アイスランド	(厚生、保健 省)
韓国、日本	

資料 12

日本法廷処分数の比較（医師・介護士）						
年次	医師	介護士	医師	介護士	医師/介護士	1000人 当たり平均
2009年 （平成21年）	1,325	1,047	1,062	3,931	676,082	5.54
2010年 （平成22年）	1,325	1,047	1,062	4,612	293,107	11.76
2011年 （平成23年）	1,325	1,047	1,062	3,125	1,075,044	2.56
2012年 （平成24年）	1,325	1,047	1,062	45	12,400	2.54

一、二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、百

さて、今起こすべきアクションは何かと考えますと、医師会は学術専門団体でありますから原点に返るべきではないかということで、

- ・生涯研修（医療の質と水準の確保）
- ・医療安全（国民の生命と健康に責任）

を全面に掲げていくべきだと考えます。また、

- ・医療技術の正当な評価（モノと技術の分離）
- ・医師と患者との新しい人間関係（プロフェッショナルフリーダムの解釈・患者主権・インフォームドコンセント）

に取り組まなければなりません。医の倫理は、あくまでも個人の問題であり、医師以前の社会人としての倫理をきちんと持たなければなりません。

先ほどの医の倫理規定を職業倫理規定として提案させていただきますので、ぜひ先生方もご活用いただき、地域の先生に対しても啓発活動をお願いしたいと思います。今、日本医師会はさまざま

資料 13

1. 医師の一般的責務

(1) 医師の一般的責務

医療技術の習得と生涯教育
研究心、研究への関与
品性の陶冶と保持

(2) 患者に対する責務

病名、病状についての本人への説明
病名、病状についての家族への説明
患者の同意
患者の同意と輸血拒否
診療録の記載と保存
守秘義務
診療情報、診療記録（カルテ）の開示
医療事故の報告・届出制度と公表
重大事故発生時の対応
異状死体の届出
診療の開始⇒（応招義務）
緊急事務管理：良きサマリヤ人の法理
無診療治療の禁止：付）遠隔医療
処方せん交付義務
対診、またはセカンド・オピニオン
広告と宣伝
科学的根拠のない医療
医療に含まれない商品やサービスの販売や提供
患者の責務に対する働きかけ
医療行為に対する報酬や謝礼
かかりつけ医の責務

(3) 医師相互間の義務

医師相互間の尊敬と協力
主治医の尊重
患者の斡旋や勧誘
他医に対する批判や助言
医師間の批判や助言
医師間での診療情報の提供と共有

(4) 医師以外の関係者との関係

他の医療関係職との連携
医療関連業者との関係
医療資格と職域の監督
診療情報の共有

(5) 社会に対する責務

社会に対する情報の発信
メディアへの対応
公衆衛生活動への協力
保険医療への協力
国際活動への参加

2. 人を対象とする研究と先端医療

高度医療と医の倫理

- ・ヘルシンキ宣言－ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則
- ・CIOMS の「ヒト被験者を含む医生物学的研究の国際的倫理ガイドライン」
- ・新薬の開発、GCP

3. 末期患者の医療

- ・末期患者における延命治療の差し控えと中止
付）持続性（遷延性）植物状態患者の延命治療の中止
- ・ターミナル・ケア（末期患者のケア）
- ・安楽死について

4. 生殖医療の倫理

5. 末期患者の医療

な委員会等（職業倫理規定検討委員会・自浄作用
活性化委員会・裁定委員会・患者相談窓口）を立
ち上げ、検討し、実践していこうとしています。

先生方のご理解とご支援をお願いいたします。
本日は、どうもありがとうございました。

新春座談会

と き 平成 15 年 10 月 23 日 (木)
ところ 山口県医師会館 第 3 会議室

テーマ

「診療報酬と日医の役割」



—— 出席者 ——

日本医師会常任理事	西島 英利	山口県医師会	藤井会長
編集委員	加藤欣士郎		藤原副会長
	薦田 信		上田専務理事
	吉岡 達生		東常任理事
	渡木 邦彦		山本常任理事
	川野 豊一		吉本理事
	矢野 秀		濱本理事
	堀 哲二		佐々木理事

東 西島先生にはご講演をいただきましたが、続きまして座談会を開催いたします。

できるだけ明るい話題で座談会が開催できますようにしたいと思います。それではよろしくお願いいたします。

加藤（司会） 西島先生には、ご講演でお疲れのところ座談会にご出席いただきまして、ありがとうございます。ご講演では、中医協のホットな話題をいただきまして、医療保険の問題・日医の取り組みに関して分かりやすくお話しいただきました。本座談会はその中で診療報酬に絞って、忌憚のない意見と、西島先生のコメント・アドバイスをいただければと思います。明るい話ということですが、前回改定があまりにも暗い改定でしたので、明るくなるかは分かりませんが（笑）、話の道筋といたしまして 3 点ほど考えました。

まず、1 点は平成 14 年 4 月の改定での総括をどのようにするかということ。2 つ目は中医協の新鮮なお話をいただきましたが、中医協のこの間の進展具合、現況、これからどうなっていくかということで、われわれがもっとも関心のあるところです。3 つ目に、診療報酬のあるべき姿についてです。

昨年 4 月の改定では誠に残念なことに -2.7% でした。しかしながら、診療報酬本体では -1.3% なんですね。-2.7 という数字ばかりいわれておりますが、実際は診療報酬は -1.3 でした。そのようなマイナス改定になってしまい、日医のアンケート調査でも、先ほどの講演にもありましたが、たいへんなマイナスで、厚労省のデータでも 3% のダウンということになっています。

そこで、診療報酬を考える場合に 2 つあると思います。1 つは国の予算の問題で、医療課の中で予算が占めるのが 1/4 ですが、このことが正直いいまして診療報酬のマイナスかアップかということに大きな意味合いがあります。総論としまして予算案をどのように総括するのか、前回の 2.7% が仕方がないものであったのか、突発的なものであったのかについて、その辺の評価ですね。

それと診療報酬改定の中味で、たいへんな問題がありました。再診料の逓減制、リハビリの処置の逓減制が導入されました。それから特定療養費

の強化、手術の施設基準がたいへんな問題だと思うのですが、他にもいろいろな問題があります。特に一部の科、特に整形外科には大打撃でありました。診療報酬の内容がこのようになってしまったこと。それはやむを得ないものであったのか。その辺の反省を含めてご意見があればうかがっていききたいと思います。

最初に、総枠で -2.7% は、坪井日医会長は仕方なく受け入れたということですが、-2.7% は本当に受け入れないといけないことであったのか、それとももっと少なくできなかったのか、それが今回の改定にも繋がると思うのですが、その辺についてのご意見はいかがでしょう。

西島 当時の経済状況をまず考えないといけないと思います。非常に低迷した経済の中で、収入がそれほど確保できない状況で、議論がスタートしたわけですね。財務省が最初に打ち上げていたのは -10% でした。それからどんどんやられまして、経済財政諮問会議では -5% という数値できたわけですが、それを -2.7% まで下げて、坪井会長はそれをのまざるをえない状況でありました。

ただ、誤解をしていただかないようにお願いしたいのですが、診療報酬はもしダメであれば、これは元に戻せるんですね、いろんな形で。つまり 2 年後には確実に元に戻せるんです。医療費改定が 2 年に 1 回あるわけですから、「経済状況の中ではあの時認めざるをえなかった」と坪井会長がいわれましたが、かなり交渉した中での 2.7% であったということですので、そのあたりのご理解をぜひお願いしたいと思います。しかし、その後の混乱がもっと大きかったということですね。それは、なぜかといいますと、実際の点数で 2.7% に持ってくるまでの手法に問題があったんだろうと思います。この行為を 1 点上げればどうなるか、1 点下げればどのような影響があるのかという影響率の積み重ねで、2.7% まで持ってきたわけです。この手法がよかったのかということが一番大きな問題だろうと思っています。

司会 ありがとうございます。西島先生よりその辺の実情の説明がありました。戻せる可能性があるということですが、いかがでしょうか。

前回の -2.7%の根拠なんです、医療費概算請求の中で 5,500 億必要なところ、2,700 億に減額され、2,800 億をどう捻出するかというところにあったんですね。それで見ますと、診療報酬を -1.3%にして、薬価ベースが -6.3%でした、材料価格が -0.8%で。

さらに前回、平成 12 年を見ますと、全体の改定率が 0.2%、診療所本体が 1.9%のアップです。薬価が -1.6%、薬価ベース -7%となっているんです。この時に、国の財源処置はいくらだったのかというと、600 億しかないんです。国庫負担は 150 億なんです。150 億を用意すれば、1.9%アップできたんですね。この -1.3%の本体ダウンをやむを得ず受け入れるべきかが問題でした。

いくら緊迫した財政の中であったとしても、例えば、ダービー 1 レースの売上げが 500 億ぐらいになるんですよ。1 レース分を国が医療費に回してくれば済むんです。それがどうしてできなかったかですね。その辺いかがでしょうか。

西島 金額の高低の話ではないと思うのですが、経済状況の中で周囲が非常にそのようなムードになっていたのは間違いないです。リストラの問題や公務員の給与カット等の周辺の状況があった中での改定でしたので、そのあたりがお金の問題だけで済む話ではなかった、と私は思います。

藤井 あの時われわれが理解したのは、伸び率管理制度です。それを抑えるための一つの妥協ではなかったのかということです。診療報酬では、先ほどのお話のように元に戻すことができるけど、制度をごそっと入れ替えられたら縛られてくるということがあった、坪井会長の話からは理解していました。

西島 その通りです。あの時は 3 割負担の問題とマイナス改定の問題と、老人医療費伸び率管理制度の問題の 3 つについて、優先順位からいきますと老人医療費伸び率管理制度を第一に持ってきたということなんです。

これが制度として、法律の中に入ってしまうと、絶対これ以上医療費は伸びないということですね。今まで自然増がかなりありました。例えば、1%の改定といえども 5～6%の伸びがあるわけですね。しかし、予算では確かに 1%を設定するけど、5～6%伸びても、それを繰り入れてきているわけです。ですから、先ほど申し上げたように数字だけの問題ではないのです。ところが、老人医療費伸び率管理制度をやられますと、伸びは絶対ないわけです。これがあったので、われわ



れは全力をあげてやったということです。優先順位からいうと、それを 1 位にしたということ。

それと、誤解のないようにとお願いしたのはそこでして、診療報酬は経済的に非常に大きな打撃が出てくれば、2 年後に元に戻せる話だということもありました。

薦田 単純な質問ですが、2 年したら戻せるというのは、経済状態が良くなれば戻せるということですね。

西島 そうです。それはきちっと確約を取っていますし、3 割負担の問題も厚労大臣が委員会ではっきりと「経済状況が変われば元に戻します」と国会で明言しています。

司会 診療報酬の中味ですが、-2.7%といいなが

ら本体が -1.3%と聞いた時は、どの先生も 1%ぐらい減ってもやっていけるかなと、思っていました。

しかし、平成 14 年 2 月 20 日の最終諮問告示を見ましたところ、たいへん。私は整形外科医ですのであれを見た途端、どうなるものかと思い、早速、シミュレーションしましたところ 25%ダウンでした。これはたいへんなことだと思いました。

実際、-1.3%といいながら、メリハリがついてしまい、再診料月内通減制、リハビリ・処置等の月内通減制、180 日超の入院保険外し、手術基準の問題など、大変に厚労省の誘導色が濃い内容ですね。これまでも診療報酬はアップしつつも、誘導施策も必ず入っていましたが、アップでしたので、問題にしないでいました。今回、厚労省がここでも誘導施策を導入することに混乱の元があったと思うのです。厚労省と日医の最後の話し合いで、どうしてあれを許してしまったのかというあたりですね、なにか反省点なり、次に向けてどう取り組みを変えたかというのはございますでしょうか。

西島 それも誤解のないようにお願いしたいのですが、シミュレーションとしては上手くいった改定だったのです。

内科での平均受診回数が 2.8 回、整形外科でも平均 4.3 回という数字が出てきたのです。そうしますと、「あまり影響がないように」との坪井会長の指示でやったのが、月の初回の点数を上げて、2・3 回を少し下げて、トータルでいくと、内科であれば 2.8 回ですから、何とかトントンでいくというシミュレーションでした。整形外科でも、それほど大きな影響がないであろうとの考え方でした。

しかし、残念ながら、われわれにデータがありませんでした。ですから、厚労省が出してくる平均のデータでしかなかった、ということが反省点でした。私どもはデータで中医協で議論をしようと思っていましたので、3 年前からデータをい

ただきたいと全国をお願いをしていました。いただいたデータを日医総研で分析して、中医協でぶつきたいと。それには、地域格差の問題、診療各科の問題等々も全部含めた形でデータとしたかったのですが、ご理解がえられなかったのか、データとして集まってきませんでした。たしか、400 医療機関ぐらいしか集まりませんでした。結果としてそれはデータとして使えないんですね。ですから厚労省と点数を設定する時の議論で、やはり相手のふんどしで相撲を取らざるをえなかったというのが今回の大きな混乱に繋がったのだろーと思っっています。これは大きな反省点として受け止めています。



堀委員

矢野委員

川野委員

加藤委員

- 司 会 -

レセプトの緊急調査をやって始めて分かったのですが、整形外科が正規分布しないんですよ。1・2 回のところと、もう一つの山が 20 回前後のところにあるんですよ。

司会 それがですね、整形外科医は 2 月 20 日に全部分かっていたんですよ。あれを見た時に、4 日目以降はこうなるとみんな冷や汗をかいたんです。整形外科全員がみんな冷や汗をかいたのを、なぜ日医が知らなかったのか理解できないんです。

西島 もう一言いわせていただきますと、われわれはデータがなければそれを検証物として使えないわけです。ですから、先生方は実感としてご理解されているんだろーと思いますが、われわれはデータでしか検証できませんので、その後の食い違いが後の混乱に結びついたんだろーと思いま

す。

東 整形外科ばかりで申し訳ありませんが、実は 4.3 という数字に驚いていたんです。実際には二重分布があったのは薄々とは感じていましたが、実際には数字では見ていなかったんです。

だから、4. ナンボで…と甘い考えを持っていたのは確かなんです。最初は、加藤先生（司会）がいわれたので、「そんなことはないよ」といっていましたが、実際には日医が出された分布に原因があったのだらうなとは思いましたね。

薦田 当時、整形外科では、それ以外の科に比べて粗収入が 1.5 倍ぐらいあると話を聞いていました。それで整形外科がターゲットになったという話しも聞きました。そういう意味では厚労省はデータを持っていたのではないかと解釈できます。

西島 確かに 1 件あたりのレセプト点数からいいますと整形外科はダントツなんですよ。それは私どももデータとして持っていましたが、だからといってそれをターゲットにしたということではありません。

堀 耳鼻科を開業しています。実際の問題として、地域差がありまして、整形外科がよく例にされますけど、うちでは改定が行われてから 2～3 割ぐらいの減収になりました。ところがあるところではあまり影響がないということでした。平均すると、このデータ通りになるというのが事実なんです。

ところが、先ほどおっしゃいました分布の問題ですが、耳鼻科ではだいたいどういう分布をしているかは、他のデータでだいたい理解しています。ところが耳鼻科なり整形なりのデータが日医にあって把握されているか、ということなんです。

開業する時は、われわれ地方の者でも東京、大阪のデータが必要ですから、ある程度集めるんですけど、どういう分布をして都会ではどうだ、地方ではどうだ、人口どれぐらいではどれぐらいの収入があるとか。耳鼻科の場合ですと、大阪は平均点数がとても高いです。しかし、山口では相

当低いと。低いということで減収になると相当痛手だということがあります。

しかし、私たちもレセプトばかりを見ているわけではないですが、全体の流れとして、整形の先生もそうでしたが、みんな持っているわけです。だから、その各科の専門の先生に聞かれたら、ある程度のデータは出ると思うんです。特に耳鼻科というのは、平均点数は地域によって 2～3 割の差が出ています。

例えば、私の方でも大都市で開業していたのと同じ方法でこちらで開業すると点数高いからとカットされるんです。同じことをやって地域差が出てくるとおかしいし、逆にそういうふうにならば耳鼻科というのは少ししか下がらなかったかも知れませんが、実際には、地方では 2～3 割の減少。ところが、場所によっては逆に増えているところもありました。だから、そういうことも考えて、全体的なデータが欲しいといわれたら、各科は日医のために提出すると思いますので、そういうデータが必要であれば、毎年でもいただければだいたい先生方は出すんじゃないかと思っています。

西島 プラス改定の時は凸凹で済むんですが、今回はマイナスでしたから、1 点下げればどういう影響があるのかという形で積み重ねて 2.7% に持ってきたわけですね。こういったことは過去になかったことですので、マイナスの影響というのは大きかったのかなと思います。

それから、これも反省点の一つとしてできたのが、ネットワークでして、各科・病院団体も含めて責任を持っていただく先生を決めていただきたということで、ネットワークを作りました。

今回の改定はできるだけ早く改定案を出して、その先生方にある程度検証をしてもらった結果でやろうというふうに、今考えているところです。前回もいろいろお聞きしていましたが、責任ある立場ではなかったのかも知れませんね。例えば手術の件数がそうです。

司会 あと、手術の施設基準、あるいは入院の 180 日超の特定療養費化について、川野先生はいかがでしょう。

川野 私は、消化器専門で 102 床の病院にいます。やはり手術の施設基準について、ある程度引っかかったものもあります。もともと症例数もあまり多くないから、あまり影響はないと思うのですが、やはり特定療養費 180 日超ですね、それが一番問題になっていますね。

急性期の病院をやっておりますから、良くなった患者さんにはどんどん帰ってもらわねえです。が、いろんなことが起こって帰ることができない患者さんが出てきます。特に合併症の起こった患者さんです。では、どうするかということですが、だいたい良くなってきているなと思った時に 180 日を超えてしまいます。

それで、その患者さんをどうするかということになるのですが、手術をして、その責任というのがありますから、きちんと診てあげたい。しかし、そうなってくると、特定療養費の問題で患者さんの負担が増えてきてしまって、それではどうしましょうかとなり、頭が一番痛いところとなります。

西島 私も、宮崎の方で病院をやっているんですけど、特にかなり田舎ですので、180 日の問題が大きいですね。実際これが導入される時は、私自身もどうしてかなというふうに考えたことはあります。

ただ、これが導入された主な目的は、介護保険制度ができて、療養型の介護保険タイプがなかなか伸びないということがあり、介護保険の方に誘導しようとする目的で、180 日というのが導入されました。ですから、そうではない患者さんをどうするかということで、できるだけ拾い上げられるように、いろいろな条件付けをして、これだと 180 日超になってもよいということになったんですね。ですから、これも今後、次回の改定では付け加えていくことができると考えています。そのあたりのご意見は、今後ともいただきたいと思います。

東 手術の件数の問題はどうか。

藤井 今までの不合理項目の中に入ってますよね。今、お話を聞いていまして、大事なのは情報ですよ。3 年前から定点調査をやりたいから協

力してほしいということですが、どうやっても集まらないんですよ。西島先生が今すぐにでも出したいということですが、この前ようやく 500 ちょっとになりましたね。本当は 1,000 集めたい。しかし、集められないから税理士や会計士で医療機関を見ておられるところに協力していただき、データとして作ったという状況ですよ。今後、ORCA でこういったデータを集めたいわけですよ。

日医が欲しいのは定点調査なんです。そうすると流れが分かりますから。その都度、別の医療機関でやっているのは、流れが分かりませんから。ですから定点調査に協力していただくことが、大事なことだろうと思います。

渡木 以前、日医総研の前田さんがいらっしゃいましたよね。その時に話を聞きました。何となく協力したいのですが、とりつく島がないというか、どういうふうにしたらいいのかわからないんですよ。いっていただければ、私たちも喜んで協力します。

私たちも協力することになっていたんですが、データがないとおっしゃったので、日医総研はどうなっているんだろうか聞いてみようかと思っていたんです。

東 ORCA を中心にして会員の情報を集めようということになっていますので、これが軌道にのれば、違う展開になることもできますよね。

西島 そうです。まさしく、ORCA プロジェクトの目的はレセプト請求が目的ではございませんでして、データを取ることが一番の目的です。

そのデータで、政策提言・診療報酬改定等に利用していこうというのが目的です。しかし、皆さんが関心を持っていたかといけません。ほとんどの医療機関にあるといわれているレセコンを安い方法で、しかも改定ごとにソフトを買わなくてもいいということになれば、皆さんがこちらを向いてくれるのではないかとということで、プロジェクトを開始したわけです。

しかも、インターネットを利用していますから、ソフトが無料で入ってくるわけですね。現在のレ



上田専務理事

佐々木理事

山本常任理事

セコンはオフコンであり、インターネットに繋いでないから、外とは繋がらないんですね。ですからコンピュータ機能を持ってもそれが使えません。ということで、ORCA を日医標準レセプトソフトという形で開発させていただいて、全力をあげています。しかし、目的はあくまでも情報収集であります。

東 ORCA で、われわれもその説明で各地を回ったりしているのですが、会員の中には、やはり自分のデータを日医が吸い上げていくという不安を持っていますので、その辺を考慮していただければと思います。

ある程度、県単位でまとめて日医に上げるなどしないと、一気に日医にデータがいきってしまうと、いったいデータをどうされるんだろうと懸念されています。

西島 決して無断でそういう形で収集しようという気持ちもありませんし、絶対できる話ではございません。そういった環境ができた暁には、データを集めるプログラムを提供させていただき、プログラムに沿って情報収集できるようにしたいと思っています。ですので、何でもかんでもインターネットに繋いでいるからといって情報を全部取るということではありませんのでご安心ください。

例えば、レセプトでは集計されるわけですから、そのデータを別のプログラムで日医に送っていたくという形になります。

山本 定点調査の時、全国で 2,000 件でしたね。山口でも 50 件ぐらい指定が来て、こちらで全部推薦して報告したのですが、やっぱり続かない

んですよね。最後まで残ったのは 3 件で、あとは止めておられるんです。やはり秘密が漏れるようななにかがあると思うのですが、このような調査に全面的に協力しようという方がなかなかおられないのが現状です。

渡木 自分たちのためにやるんだという意識がみんな薄いんです。情報というのは、漏れるんじゃないかという恐怖感が

あります。だいたい漏れるのは漏れてますから、それはそれでもいいのですが、もう 1 回、定点観測の方法論を流していただければ協力する人はいると思いますよ。

西島 分かりました。これができないと本当に中医協で戦えないんですよね。

司会 一つはデータ不足ですよ。それから各科の責任の所在が分からない。それと、マイナス改定が初めてでした。今までは上がっていましたので問題なかったのですが、前は初めての実質マイナス改定で、足下をすくわれてしまったという感じでした。しかし、反省点が今のディスカッションの中で分かってきましたし、これからどういう道筋ができるかということが出てきましたので、次回は安心しましょう。

さて、次回改定についてですが、平成 16 年度の概算要求は年金 2,200 億・医療 3,900 億の伸びをどうやって減らすかということになっているんですよ。実際、医療費は下がっています。そういう中でどこまで減らさないといけないか、またどこまで減らすことをわれわれが受け入れるかということについて、どの辺で決着できるかです。講演会では政治決着といわれましたが、12 月 20 日頃ということでした。その辺の予想はいかがでしょうか。

西島 例年 12 月 20 日前後に、最終的に与党と日医の会長で決着つけて、厚労大臣と旧大蔵大臣と最終の話をするというのが今までの流れです。

行政は面白い習性がありまして、データの出し方は変えないんです。ですから今回も過去の平均

の伸び率をかけてきているんだろうと思います。ですから、これだけ財源が必要なんだという考え方をしているんだろうと思います。

しかし今回は、1%は自然増があるということが-0.8%でしたが、でも今回の改定はそのデータを使わないと思いますので、やはり同じような数年間の伸びで恐らくかけてくるだろうと考えています。

ですから、われわれは正確なデータに基づいて交渉をしていくことになるだろうと思います。

司会 マイナスにならなければ嬉しいですね。では、プラスはいかがでしょう。

西島 今の経済状況から見るとかなり厳しいかも知れませんが、ただ、結果的にプラスになる可能性

はあります。つまり予算上でのプラスではなく、どういう改定の内容にするかによって結果的にプラスになる可能性はあると思います。

藤原 日医診療報酬検討委員会に出ていますので、できるだけ発言は控えさせていただこうかなと考えていましたが(笑)、まずこの委員会について少しお話しすると、昨春の診療報酬改定騒動以来、日医の対応が非常にオープンになってきたと感じています。実は、会内に医療制度改革検討会議なるものが新設され、この会議が診療報酬体系の大枠を、そしてこの診療報酬検討委員会はより具体的な、実務的な事項を扱うということになり、言わば格下げされた格好です。

しかし、体裁はともかく、今まではガス抜きの意味合いが濃い会ではなかったかと思います。ところが、今ではわれわれ委員の声が中医協等でリアルタイムに反映されるようになってきたなど感じています。常に委員の声が直接反映されて、つまり会員の声を直に受け止めていこうという態度がみえます。具体的にいえば、診療報酬改定時のネットワークなるものが作られ、これが常時機能

しています。委員にとっては仕事が増え大変です。再診料の通減制とか、外来基本料、重急性期医療等これから中央で討議するための意見とか、データをこのネットワークを通し収集するわけです。私は中四国ブロックの委員になっていますから、必要な時、中四国ブロックの先生あるいは時には県医保険担当役員の先生方などにこうした問題が生じたとき投げかけ、返してもらおう。

とにかくそうやって会員の声を吸収されようとしておられます。これは今までそうした作業が足りなかったという反省のもとに立ってされている

し、日医はやはりデータを強調されますね。データがないとやはり中医協でものが言えないと思います。

先ほどの再診料の通減制の問題も、結局データを日医が持っていなかったと。

それで厚労省が出し

てきた各科平均受診回数 2.2 回くらいだったと思いますが、それをみて、だったら再診料の初回は up し、2 回及び 3 回は従前どおり、あとは通減制も止む無しというメリハリをつけたほうの選択をした。支払側はというと初診料も、再診料も一律に下げようと言ってきたわけですね。しかし、日医はこれでは将来に対するビジョンが盛り込めないということもあって再診料の通減制という究極の選択をしたんだと思います。

私はこの日医の苦しい状況を見て、再診料の通減制に(止む無しと)賛成した数少ない診療報酬委員会の委員だったんですけど、それはそれなりの根拠があって、苦渋の選択でもあり、結局は、例外を多く作ってこれをうまく運用すればそれはそれでよいと理解していました。

整形の 1.5 倍が頭にあったかどうか分かりませんが、やはりとくにこれからは医師がしっかり自分で診て、それで診察料を得るという形に持っていけないと、医療自体が国民から信頼を得られないということになると思います。再診料の通減制にそういった意味合いも入っていますし、老人伸び率管理制度もある程度念頭に入れた選択をした



渡木委員

吉岡委員

薦田委員

んだと思っています。ですから、日医の選択はそんなに無謀ではないし、それなりに考えられた選択であったと思います。

将来、本当に財源がなくなった時、そういうこともわれわれは考えて、診療報酬についてのあり方を受け止めていかなければならないとは思いますが、再診料というわれわれには根幹に触れる部分について、やや唐突過ぎた対応であったかなとは感じました。そうしたことに對して、前の委員会でもまったく話がなかったし、会員の意向が十分入っていなかった、プロパガンダが足りなかったと捉えています。少し話が飛びましたが、いずれにしても日医の取組みは会員の意見を反映するという意味で、一歩も二歩も前進していると思います。

重点要望事項についても、中医協に出されているのを見ると、診療報酬委員会の意見をほとんど入れて対応していただいていますし、そういった意味では診療報酬委員会は責任を負わされているのかな（笑）、といった部分もあるのですが、それはこの診療報酬委員会に必ずしも限った事ではないので…。

司会 10 月に入り、中医協の審議が活発になっています。一般開業医が知り得るところでは、10 月 1 日に第 1 次の要望が出されました。中旬には第二次の要望が出されました。

概要については、講演でお話いただきました。要望案につきましては、藤原先生から委員会の審議が加味されている旨報告がありましたが、どのような道筋でこのような要望案ができたのでしょうか。

西島 基本的には診療報酬検討委員会の意見が吸い上げられて、それを中心にしてまとめあげられているということです。

それから、さまざまな医学界から要望が入ってきていますので、それも組み込んだ形で要望書が作られています。かなりの量になっています。

司会 誠に多義な意見があるので、要望案をまとめることにつきましては、ここまでに至るにはたいへんだっただろうと思います。

吉本 先ほど議論がオープンになったというお話がありましたが、私たち末端の会員にとりまして、今日は情報が早く伝わってきているということをお場で報告しておきたいと思います。

といいますのも、昨年から配信を始めた JPN ニュース (<http://www.jmapress.net/>) を介して、中医協の報告が非常に早く私たち末端の方にも伝わってきております。

先日、中四国ブロックの広報担当理事連絡協議会がありましたが、その席でも日医の方から、会員の方はぜひ JPN ニュースに登録してほしいという話がありましたので、一言付け加えさせていただきたいと思います。

山本 いつも、改定の時に何%アップ、何%ダウンという話が先に来ますが、診療報酬がつぎはぎで、いろいろの不合理や矛盾点が多いんですね。

特定疾患指導料を取ろうとすると、特定疾患に入っていないとか、同じように慢性腎炎も入っていないという不合理があります。在宅総合をやっていると、在宅酸素とは一緒に算定できないんです。あるいは他の在宅管理加算が取れないことになっているんです。そして、消炎鎮痛処置の月内逓減制もいまだに残っていますし、初診再診料にしても病院と診療所で差がついています。こういう不合理を先に正していって、結果的に何%アップ・ダウンとすれば、例えばダウンしても会員は納得がいくんじゃないでしょうか。そういうところを訂正するのが先じゃないですかね。

司会 鋭いご指摘ですね。そこで、今後どういう診療報酬体系に向かうかという話になっていくんですが、そちらに踏み込みながらでよろしいので、お願いいたします。

西島 まずは国がどこまでお金を出すのかからスタートするので、どうしてもそのようになってしまいます。ところが実際的にはそういかないんです。

1%の改定でも 6%の伸びとか出てくるのは、おっしゃった部分がいい方向で出てくるということです。それから今の診療報酬は非常に複雑です。療養担当規則は覚えきることはできません。でも

実際にはあれで縛られているんです。あれがまさしく EBM になっているんです。あれをもう少しシンプルにしていくべきだと思います。でないと、上手くあれを利用して取れる人は取れるんですが、真面目にされている先生はあの通りにされるので、なかなか収入として伸びないというのはあります。本当はあれをもう少し分かりやすく書けばいいんですけど、文章としてなかなか書けないというのがあります。

例えば、「～等」という言葉は「すべてオーライ」ということなんです。あれは、医者裁量なんです。ですからその時に、この「等」はどこまで「等」なのかという問い合わせが出てくるんです。これをされると国は、「ここまでは想定しています」という言い方をしてくるんですよ。われわれとしては、実はあそこは上手く仕組んでるつもりなんです。ですから、そのような裏を読むこともこれからは大事になるのかなと思います（笑）。できるだけ、先生方の裁量を活かしながら、療養担当規則の作り方をしているということです。

それから、療養担当規則の「大臣告示」と「通知」という部分がありまして、「通知」は結構上手くいかない場合は、さっと別の通知で変えられます。「大臣告示」は一度決まると簡単には変えられないんですね。手術の件数もあれだけ苦労して、通知の部分で内容を広げさせたというやり方をしました。「大臣告示」と「通知」の意味が全然違うということを理解していただければと思います。

吉岡 私の医院では週刊朝日を取っているんですが、今週号に 2 つぐらい大きな記事がありまして、一つは手術件数をシリーズで載せているんです。関東・関西に続き、今回は中国地方の山口・広島でした。

私はこれを読んで意外に感じたところがあります。あの数字は本当なのだろうか。疾患別で、肺がんランキング 1 位、2 位…とついているんですね。自己申告だろうとは思いますが、あのようなのは、一般の読者はよく見ると思うんです。

結局、広告になっていると思うんです。山口県・広島県の病院がずらっとのっていました、あれ

は正しい情報でしょうか（笑）。

西島 「徹底した情報の開示」というところでお話ししたかも知れませんが、今、健保連がそういう情報を各医療機関に提供してくれといって、インターネット・ホームページ上で公開しているんです。そこには手術件数や得意な治療等がありますが、すべて自己申告です。ですから情報の信頼性がまったく担保されていない情報だと思うんです。これはやはり正確な情報で出すべきであろうと考えていまして、その対応をどうするのかというところで検討しています。ですので、先生がおっしゃったように、病院の情報開示が実は宣伝に使われているという、最悪の状況が出てきています。

それから、もう一つは手術の成功率ですが、アメリカがこの情報提供をしたのです。その結果、重症の患者は診ないという結果が起きてきたんです。ですから、アメリカは今その反省の時期に入っています。日本も当然そういうところまでデータを出せというと、助かる人だけ手術することが起きるだろう、という議論をしているところです。

東 医薬品の内外格差の問題ですが、アメリカも抑えてあのような形になっているのではないかと思います。ずっとそれを感じています。

特に整形外科の器具は高いんですね。関節なんか 20 年ぐらい持てるのが 100 万ぐらいするんです。あの内外格差は、本来正規の値段で買っていないという気がするのです。

西島 これも MOSS 協議というのがありまして、これはまさしくアメリカサイドで作られた内容です。

アメリカの会社が日本でこれを摘要するようにという要請を出した場合には、1 か月以内に決定しないといけない決まりがあります。しかも値段は向こうのいいなりの値段ですので、単なる厚労省の話ではなくて、外務省が絡んでいる国際的な話です。だから、なかなかこれが変えられないんです。この提案は何十回となく国にしているんですが、やはり MOSS 協議というものが障害になっています。

藤井 今、それこそ市場原理社会ですよ。要するに市場原理、競争原理をグローバル化していくというのがアメリカ戦略ですよ。すると国家関与というのは否定されるべきですよ。それでは MOSS 協議は逆ではないかと感じています。

もし、財務省なり官邸がアメリカを中心にしたグローバルスタンダードでの競争原理社会をしていくのなら、そういう国家関与というのは、それこそ規制緩和をして、市場原理のもとで、競争させて値段を決めさせるということを国がやるべきだと思います。

東 薬価を決めるのもそうですが、医療機関が医薬品を抑えて買って来たんですよ。それが薬価を下げる要因になったんです。それを今、国が「これ以上買ってはいけない」とか規制をするのは逆行するのではと思うのですが、いかがでしょうか。



西島 これもですね、われわれは「ど

んどん買い叩いてください」という言い方をしているんです。薬価差は要らないから技術料できちんと提供してほしいと主張しています。

昔からいわれていることですが、薬価差益が経営資源になっているというのは、国も認めている話です。ですから、薬価差益は要らないと私たちはいっていますが、逆に残してくれといっているのは実は国なんです。そういうところで矛盾がいっぱいあります。

それと同時に、薬価差益をなくなせると、競争がなくなるというんです。薬価差益で競争させているわけですから。というところで、なかなか上手くいかないところはそこにあります。

それから、MOSS 協議ですが、アメリカの在日商工会議所の高官が私のところに来まして、アメリカの在宅ケアのいろんな材料を日本で売りたいといってきたんです。なぜ、アメリカ大使館の高官が企業のために来るんですかといいましたら、「いえ、われわれは納税者のために仕事をしてい

ます」といわれたのです。「納税者は企業です」と、はっきりいうんです。確かに、アメリカでは競争原理が働いているかも知れませんが、対外国ということになったら国をあげてくるんですね。そういう状況で、日本はまだまだ押し返せないという部分があるのかなと思います。

司会 たいへん困った問題ですね（笑）。医療費はこれだけ抑制され、GDP 比は 7.2%、アメリカは 10%を超えていますね。そのアメリカからさらに外圧を加えられて、低い医療費をさらにアメリカに吸い上げられるというたいへん悲しい状況となっています。

診療報酬の中味のことで、前回改定の逓減制について意見もありましたし、今時改定がどうな

るかということで日医も要望を出したばかりですが、中医協でいろいろな小委員会では審議がなされております。西島先生の個人的な意見でも結構ですが、何を最

優先させて求めるべきか、例えば、前回の逓減制・施設基準・特定療養費化をはずせというのは前提としてあろうかと思いますが、さらにその上にこの 1 点だけは日医として譲れないというところがあれば、教えていただきたいのですが。

西島 譲れないと申しますか、基本技術に対する評価ですよ。要するにコストも含めてということなんですけど、これらが全然反映されてないまま点数化されているというところがありますので、最重点として主張すべきかと思います。

幸いにして、中医協の支払側委員の中でもコスト意識というのが出てきましたので、これは議論の中心になってきているのではないかと思います。

司会 コスト意識を考えた場合にですね、技術の評価ということが、例えば技術の難易度、時間・コストを個別に評価していく、そこから初診や再

診料の時間的な評価が出てくると思うのですが、この辺の考え方はいかがでしょうか。

西島 確かにわれわれは要望書として、内容的なものを議論してきたわけですが、膨大なデータが必要になってきます。

今ちょうど、調査研究会が行われていますので、そこでの議論待ちとなります。となると来年の 4 月の改定にはとても間に合わないと思いますが、次々回の大きな改定のポイントになってくると思います。

司会 日医の方から積極的にデータを積み上げていくべきという考えでしょうか。

西島 日医総研の研究員をその調査研究会の研究員として組み込んでいますので、われわれとしても分析をやっていきますけど、実はタイムスタディはやっているんですね、日医総研としても。そういうデータを駆使しながら、検討をしていきたいと考えています。

司会 いろいろご意見はあるかも知れませんが、初診料・再診料あるいは検査料はこのままでもいいのではないと思われる方はいらっしゃいませんか。

堀 周りの先生方の意見も聞いてみたのですが、だいたい一般的な多数の先生は改定が上がるのはもちろん喜ばしいが、上がったたり下がったり、初診・再診料がゴタゴタすると、計算も困るし、もっと困るのは患者さんだといいます。毎回上がったたり下がったりする、月によって違う、年によって

違うような改定をするのは、患者さんに不信感を募らせるのではないかと思います。

特に、逓減制では医者と患者の信頼関係がコストの面を発端にして他の面にも影響してくるんじゃないかと。とにかく今のままでいいからあまり変えてくれるなというのが、私の周りの意見です。

西島 今回の逓減制に関しまして、いろんな混乱があったわけですが、表向きはまさしく今おっしゃられたことを主張して、平成 15 年 6 月に変えさせたということです。患者に説明できないと。それで逓減制を廃止させたということです。まさしくその通りだと思います。

藤原 次回の改定に望むに当たって、一つ質問があります。平成 14 年度の国民医療費動向を厚労省が 8 月に発表しましたが、医療費は前年度比 0.7% の減でした。平成 14 年度の医療費はその前の年、13 年度の当初予算で 7 兆 2,083 億円と示されているわけです。14 年度はご承知の通り、厚労省の自然増に対する要求額としては 5,500 億円で、この内 2,800 億円がカットされ、2,700 億円だけが認められたと。これは高齢者の人口増分でしたよね。それは 3.7% に匹敵するわけですが、つまり、3.7% は伸びないといけないのに -0.7% となったということです。

国庫ベースと医療費ベースとは多少意味合いが違いますが、単純に足し算すれば 4.4% 伸びなければいけない理屈になる。それが -0.7% となったのですから、国にすればお金が浮いたはずですよ、それはだから、チャラというのはおかしい話で還元すべきであり、次回ぜひ上げていただきたい



いです。その理屈をどこかに組み込んで、主張してほしいと思います。これは当然のことと思いますが、日医は主張していないので、どう思われているのかお聞かせください。

西島 これは非常に難しい問題ですね。予算上設定された引き上げ幅・引き下げ幅と実際の伸びが今までも全部違っているんですよ。

となると、もしそれを主張してしまいますと、伸びた時のものを返すのかという議論が必ず展開されます。そうすると老人医療費伸び率管理制度となってしまうんですね（笑）。ですからこれが使えないんです。ただ、国は伸びた分は間違いなく一般会計から繰り入れて払わないということは過去に 1 回もありませんので、そのあたりの議論は難しいところであります。

藤原 実は、みんなそう思っているんじゃないかと思って敢えて言ってみました（笑）。診療報酬検討委員会でも青柳副会長が発言されていましたが、そういう単純な足し算引き算ではいけないということで、今おっしゃった通りです。しかし、これをキチンと理論化しないと。

吉本 前回の改定でマイナスになり、そのマイナスを医療機関がどのようにカバーしてきているかという調査を山口県内でもある市がしているんですね。

結局、人件費の抑制でカバーしており、つまり人員削除しているわけです。医療安全を求めるのであれば、マイナス改定はあり得ないわけで、次回はずいぶんプラスでいってほしいと強くお願いいたします。

西島 前回の中医協実態調査ではまさしくそれが出ています。ですので、減収増益なんです。一番のポイントは人を減らしてやっているということです。

山本 その一方で、医療機関は患者さんの負担を減らそうということで、後発医薬品に変えている医療機関がものすごく多いんですよ。そこもやっぱり医療機関は考えているんですよ。自分

のところだけでなく、患者さんの自己負担を減らそうと努力している面もありますよね。

司会 診療報酬の基本的な考え方について、日医の従来の主張は出来高払いということでありました。これは間違いのないと思うんですが、しかし診療報酬のたびに包括点数が入ってきております。

厚労省も、急性期医療・入院医療については DPC（包括化）の方向へ、ということになっているのですが、日医の方は出来高払いが原則としています。しかし、包括制のよいところも加味するという表現が多いのですが、このところが大きな問題でして、やはり出来高払いの厳守ということをもっともっと強調して包括制の排除を主張するべきだと思います。

西島 基本的には出来高払いということですけど主張しております。中医協の議論の中でも、青柳日医副会長は主張してきております。

司会 現実には、入院医療は療養型から始まりまして、定額化がどんどん広がってきていますよね。厚労省の方針としては間違いなくその方向にあり診療報酬点数の中に、それがどんどん入ってくるという現状がありますよね。これをもっともっと排除するという方向にはないでしょうか。

西島 今、日医が主張しているのは、外来を出来高、入院はできれば計画的にやれるはずだからということで包括的な方向が出てきていることは確かです。

ですけれども、必要な医療がきちんと提供できるようなそのような診療報酬体系でなければならないと、ずっと主張してきています。

司会 外来は出来高ということですが、7 年前に外総診、その前に在総診が出てきまして、在総診は厚生省が作りながら、その時は日医は渋々診療報酬に入ることを認めた、ただし選択制は残したということでした。

しかし、外総診がどんどん広まるうちに前回の改定で外総診がなくなってしまいました。外総診が包括点数かということもあるのですが、包括点

数を外来の中に厚労省が入れてきた事実がありますし、在総診もそうですね。慢性疾患につきましては、管理料ということで現実入ってきておりますね。

これは、日医の出来高原則という観点からしまして、診療報酬の中に入れておくことを認めるのか、あるいは将来的には排除していくのでしょうか。

西島 あくまでも選択制で手あげ方式ですから、基本的には出来高が基本だということですね。ただ、いろんな検査もするというを前提にして包括は点数が設定されますので、最初は高い点数が設定されるんです。となると考え方によっては、包括の方がいいということで包括の方にかなりの先生方が動いてしまったという結果が、今回のもう一つの混乱の結果だと思うんです。外総診廃止というところでですね。

当時、いろんな文章を診てみますと、外総診には皆さんかなり反対されているんです。しかし、時間が経てきますとこのような結果がおきたということです。いいのかわかりませんが、薬もあまり出ていないし、検査もあまりしていないようなところがデータとして出てくるんです。それが本当に患者のためになっているのかという議論があって、今回の外総診の廃止に繋がったというところですよ。

それともう一つは、みんながみんな外総診に入らればいいわけですが、入れられないところもありましたし、不公平がありました。

東 包括医療の欠点ですよ。

西島 ですから、皆さん反対されていましたよね。そうなるよ。しかし、反対されたのに皆さん採用されたので、本当にそれでいいのかという議論になるんですよ。

吉本 在宅医療の推進が謳われて、在宅医療の診療報酬の点数が少しずつ引き上げられてきましたが、老人が 1 割、あるいは 2 割の定率となるとかなり一部負担金が高額になってくるんですね。

入院の場合は、高額医療で頭が切れていますの

で、在宅の方との一部負担金と支払金額と差がなくなってきました。在宅の場合には、家族の負担も大きいので、家族の方の負担分を勘案して、一部負担金を減額するという考え方はできないでしょうか。

西島 そこまでは難しいですね。技術的な問題もあると思うのですが、そこまでは検討していません。

吉岡 話が少しそれます。高齢者は 1 割負担と 2 割負担がありますよね。税金もたくさん払い、掛け金もたくさん払い、自己負担金もたくさん払う。自己負担には 2 種類を設定するのは、整合性がないと思います。私は納得できません（笑）。

司会 だれも納得できませんね（笑）。

西島 あれは結論からいいますと、苦肉の策なんですよ。できるだけ負担を与えないという苦肉の策として、低所得者とかそういう方たちを考慮した結果がああいう形になっているのでして、今後も検討していかなければいけない部分ではあると思います。

ただ、坪井会長も「受益者負担という言葉をよく使われますが、受益者でなく受難者だ」といわれています。好きこのんで病気になっているわけではないということをいっています。

吉岡 所得の再分配機能でしょうね。再分配は税金がやることです。掛け金等を払っておいて、医療を受ける時に自己負担が 1 割・2 割と分かれるのはおかしいですね。實際上、皆さんを 2 割にすることはできないからそう分かれたのかも知れませんが。

西島 結局、今の公的保険は税金と一緒にですよ、考え方は。民間保険でしたら、今のお話のようなことになると思います。アメリカの HMO がまさしくそうです。

HMO で一番益を受けているのはオーナーたちですよ。掛け金がほとんどなくて、いい医療が受けられるわけですから。オーナーが一番自己

負担的なものがないわけです。

司会 前回改定では、診療報酬がマイナスだけれども、医療の供給体制をちゃんとするということで、小児科の充実を宣伝文句にしていたんですね。

ところが蓋を開けてみると、小児科のことでだれもが使わないような病診連携の夜間加算ぐらいしか入っていませんでしたね。現実問題、小児科医療をきちんとするような診療報酬体系がまったくありません。私の近くの公的病院は小児科を止めてしまったという現実があります。悲しいことです。

濱本 小児科を開業している者にとっては特別問題ありませんが、問題は病院ですね。とにかく診療点数が低いので、病院では小児科部門を切らざるをえなくなる。そうすると子どもを持っているお母さんたちは困るわけです。

そういうことを含めて、病院を中心にちょっと一般とは点数を変えてよいと思います。病院を含めて、小児医療はもっと救急を含めかなり手厚くしていただきたいと思います。

司会 開業医はやっていけていますか。

濱本 小児医療も内分泌やっている先生がいらっしゃれば、普通の一般診療をされている方もいらっしゃるので一概にはいえませんね。

ただ子どもの数でも地域差が出てきますので、地域差によっては小児科の収入が全然違ってきます。点数としては、上げてもらうのが一番嬉しいですが。

司会 小児医療を確保しようとした時に、病院の入院診療ですが、どのようにすれば診療報酬が上がるでしょうか、それこそ包括でしょうか。

濱本 これも病院によりけりですね。大学病院を含めて、かなりいろんな重症の患者さんを診ているところと、一般病院で肺炎なんかで 2～3 日入院するところでは全然レベルが違ってきま



す。

だから、包括もいいですけど、手厚い治療と看護をして点数が上がればいいですが、包括を選択すると逆にマイナスになる可能性があります。

病院も同じようなレベルというわけにはいきませんので、分けないと難しい問題です。

司会 小児に関して、救急医療もあるのですが、診療報酬だけですべての医療体制をカバーするのは現実に難しいところがありますよね。

一つの病院の診療供給体制の中で、小児科にあたる診療報酬だけで小児科の医療をカバーする、あるいは救急をカバーすることは無理ですね。原則的にやはり診療報酬だけでカバーすべきか、あるいはもっと別の観点、例えば行政とかの予算配分の中で維持するかですね。

基本的に診療報酬でカバーすべきか、行政の補助を受けるべきか、今の診療報酬だけで小児科を確保できる道筋はあるのでしょうか。

西島 入院医療で考えていきますと、診療報酬は、8～9 割のベッドが埋まっている状況で計算しながらやっています。しかし、小児の場合はベッドが埋まらないというんですね。

となると、結果的に収入が少なくなるんですね。いくら 1 件あたりの単価を上げて、トータルでいくとなかなか人件費までが出てこないという問題等々ありまして、難しいところなんです。ですから、診療報酬体系だけでやるのは小児医療に関していえば限界ではないかと思います。

今度、坂口厚労大臣は、小児医療が一番重点的にやるといっていますが、診療報酬体系だけでは難しいと思いますね。この前、中医協の小委員会でもこれは出ていました。

濱本 診療報酬体系だけではおっしゃるように絶対無理ですね。

行政の補助・援助が病院の小児科にもっとできる体系に持っていけないと、小児科が収益を上げるというのは絶対無理ですね。

渡木 似たようなことは産科でもあります。分娩数が少なかったら、医者と助産婦を揃えてやるには経営が成り立ちません。現実的に公的病院で産科をやっていないところはあるんですよ、できないといって。

司会 先ほどの小児科を止めた話ですが、それは社会保険庁の病院でびっくりしたんですよ。大学ではどうなのでしょう。

濱本 大学の小児科はものすごく過酷な労働で、重症新生児なんかを診るとなるとたいへんですよ。

司会 平成 14 年の診療報酬の改訂では、もう一つの問題がありました。それは点数自体の改訂ではなく、さきほど西島先生が指摘された療養担当規則の改訂でした。つまり、投薬の日数制限の撤廃です。それまでは投薬は日数制限に縛られて、一回に 14 日分しか処方できなかった。それが、今回の改訂で実質無制限になった。これまでは、患者さんの便宜をはかって、日数オーバーしようものなら、即座に減点され、その分は医療機関の負担とされていました。

180 度の方針転換です。これはいったい何に基づいてなされたのかです。くすりの長期投与の安全性の EBM が一気に確立したのでしょうか。それとも、厚労省の政策誘導の一貫でしょうか。今回の改訂のターゲットは頻回通院と長期入院といえます、それからすれば、長期投与の容認は通院回数の減少を誘導できることになります。

ある大学病院では一回に半年分、あるいは一年分を処方しているとも聞きます。これで本当に患者の安全性が保てるのでしょうか、疑問がわきます。このあたりのことについては、いかがでしょうか。

上田 私はそのいきさつをよく知らないんですが、14 日という日数制限があるので処方に制約を受けるということは、こちら側（診療サイド）から出た話ではないんですか。

藤原 療担規則は“悪の権化”と言ったのは確か糸氏副会長ですよ。その療担規則の中に投薬の長期投与制限が盛られているんですよ。これが医師の裁量権を制限しているんじゃないかというような意味合いのことを一方ではいわれていて、今回、投薬日数制限撤廃になったんでしょう。

日医として、この撤廃による影響を熟慮した結果なのか、よく分からない部分があります。

上田 勤務医の立場からいさせていただきますと、たぶん病院が一番最初に長期投与をし始めたと思うんです。外来患者の受診回数が減った方が楽ですから。そして処方せんを見ましたら 30 日、60 日、90 日投与が一気に増えました。投薬の日数制限撤廃後、われわれは 30 日にしろ、2 週間にしろというわけにはいかないの、「一人ひとり医師の裁量で、もう少し考えて副作用がないように、適切に対面してからやりなさい」という婉曲的ないい方で（笑）相当日数を短くすることはできました。

それに関連して、減算と加算に関してわれわれが感じているのは、医療安全だとか感染対策には猛烈にお金がかかるのですが、これに対するプラスというのは一つもないことです。

また、感染があれだけ問題になっていながら、細菌検査を詳しくやればやるだけコストがかかり、保険では包括となっているので、感受性試験で抗生物質の数を増やすとますます赤字になるんです。この辺は厚労省がやっていることとやっていることは全然違うような気がしますので、一つご考慮願えればと思います。

西島 今回、日医は医療安全のコストを主張しています。ですから、今回はわれわれにとってみればチャンスなんですね。

司会 今、加算減算の話して、病院の安全対策・感染症・褥瘡ですね。減算はもってのほかだし、

仮に加算であってもコストから考えればわずかな加算で済むことですよね。

先ほど、小児科の入院医療が既に診療報酬ではまかなえないということになっていました。院内感染・医療安全については社会問題ですが、診療報酬ですと、すべてまかなえないということです。病院の構造から患者の出入りまですべて含めた時に、診療報酬の中味で加算であれまかなわないと。

もっと別に、厚労省が公衆衛生学的な予算配分をして国の安全保障の観点から予算をつけるべきではないかと思うこともあるんです。西島先生、そのところはいかがでしょうか。

西島 昔のように贅沢な財源があれば、いつでも当然そのような議論が通っていたのですが、今その議論がなかなか通らない経済状況です。しかし、その主張は常にしておかないといけないと思います。

もう一つは、医療の IT 化というのがあります。電子カルテを各医療機関に導入するように、という流れを国が作ろうとしています。10 年間で最低 18 兆円かかるんです。買い換え・メンテナンス等です。じゃあそれをどうするのか、診療報酬だけではみられないのに、一方ではそれを推進しようとしているわけです。アメリカでは、電子カルテは 5% も導入されていないんです。日本ぐらいなんです、経済活性化の中でいわれている議論なんです。

そういうところは見極めて、区別をして議論を展開しないといけません。医療安全は生命の問題ですから、常に主張していかなばなりません。

ただ、法律が全部違うんですよ。その法律を束ねるところがなく、すべて縦割りなんです。感染対策・保険は別の課です。これをきちんと法律で束ねる部分が必要だと思いますが、それがありません。そのあたりで、日医でも健康基本法的なものを制定しようという主張をし始めています。

そうなると、束ねるものがありますので、縦割りではなく、横の繋ぎが出てきます。そういうやり方をしないと、現行法そのものではとても動きが取れない状況になってきたんじゃないかと思

います。

司会 最後の西島先生のご意見で、法を束ねないといけないということです。中医協の中での審議だけでは限界ということです。

ですから、本年は西島先生には参議院議員になられて、国会の場で法律を制定していただけるように努力していただきたいと思います。われわれも全面的にそれを応援したいと思います。

本日は、遅くまでありがとうございました。

西島 平成 16 年がよい年でありますようにお祈りいたします。本日はありがとうございました。

診療報酬改訂に向けて

編集委員 加藤 欣士郎

日本の医療は世界一である

WHO は世界の医療ランキングで日本を世界一位と認めている。これは平均寿命、健康平均寿命、母子安全、乳幼児死亡率、感染症罹患率、有病率など公衆衛生面と、患者の医療機関へのアクセスの公平性、満足度などの医療制度面との総合評価が世界で一位ということである。それでは日本の医療を世界一として支えているのは何によるのか。それは高度な医学水準と医療技術が前提にある。しかし、これらは日本は世界で一流ではあるが、欧米に比すれば世界一とはならない。ならば、何が世界一を成し得たか。それは医療保険制度である。世界に冠たる国民皆保険制度の恩恵である。保険証さえあれば、だれでも、いつでも、どこでも医療機関にかかる。これによって日本の医療は世界一となった。

国民皆保険たる日本の医療保険制度は本当によくできている。世界が注目し、取り入れようとしている。日本人の知恵の賜物である。そして、その制度維持をはかるために医療の供給者は全面的に協力してきた。日本の医療機関は保険診療を遵守し、その範囲だけで医療実践をしている。その結果が世界一である。

日本の医療費は世界でも低水準

世界一の健康大国である日本ではあるがその医療費は GDP 比ではわずか 7% を占めるに過ぎな

い。これは先進国の医療費水準でイギリスと並んで低い方の代表である。10% を超えるアメリカや日本よりはるかに高い医療費の国を凌いで、低医療費の日本が医療ランキング一位であることは世界からみて驚異である。なんでこんなことが成し得たのか。それは日本の医療提供者の献身的な貢献があったからとしか考えられない。

日本の医療費の大部分は保険診療である。公費、自費は多少はあるが保険診療費が医療機関の収入のほとんどである。公立ならば補助も得られるが、多くの民間の医療機関は保険収入だけに頼っている。また、残念なことに日本には欧米のような寄付の習慣や基金の伝統はなく、それらを保障する税制度もない。日本の医療機関は保険診療費だけが収入源なのである。世界一を支えるのは保険診療費、つまりは診療報酬なのである。

世界一の医療を守るためにも診療報酬を保障しよう

国民医療費の負担は家計（保険料と自己負担）45%、事業主 23%、地方 8%、そして国庫は 24% である。ところが、診療報酬の改訂率はすべて国が決定する。わずか 4 分の 1 しか金を出さないものが全面的に口を出すのである。今回の改訂でも財務省は 5% のマイナスを主張している。これは医療費の自然増を 3,900 億円と予想して、その 2,200 億円を圧縮したいためである。なんという暴言であろう。前年の医療費は前

回の診療報酬のマイナス改訂を反映して減少傾向にあり、さらに患者自己負担増による受診抑制の煽りを受けてさらに落ち込んできている。医療機関収入も概ね 2.7%程度減収になり、医療費の自然増の当初予想の 1%増もマイナスに逆転している。医療費増の予想はここに 3.7%の乖離をみている、3,900 億円の根拠はもはや崩れているのである。確かに、国の緊縮予算のなか、医療費のみ的大幅アップを主張する意図はない、しかし、5%のダウンを甘んじて受け入れる要素は何もない。

前回の改訂は 2.7%ダウンであった。これは医療費 5,500 億円の概算請求を 2,700 億円に減額して、マイナス 2,800 億円を捻出するためであった。このとき診療報酬本体はマイナス 1.3%、薬価はマイナス 1.4%（薬価ベースマイナス 6.3）であった。この改訂がいま現実に医療機関の経営を困窮に陥れているのである。

前々回（平成 12 年）の改訂は全体で 0.2%アップであった。診療報酬本体は 1.9%のアップ、薬価はマイナス 1.6%（薬価ベースマイナス 7%）であった。そして、この改訂のための財源措置は 600 億円であった。このとき診療報酬はあまり改善されなかった。しかし、大きな混乱、不満はなかった。つまり、辛うじて診療報酬本体部分の保障が得られたからである。このときでさえ、国は 600 億円しか拠出していない、この程度の財源措置さえ講ずれば診療報酬の本体は保障できるのである。また、前回は甘かった薬価の改訂率をもう少し厳しくすれば、さらに、どういうわけかこれまで一切厳しい査定を受けてこなかった材料価格にメスをいれれば、診療報酬本体の改善は決してできないことではないはずである。

医療は国民の共有の資産である

現在、政府は構造改革を推し進めている。そのことの是非はここでは問わない。ただ、「聖域なき改革」と銘打っていることには異議を唱えたい。残念なことに市場原理一辺倒である。極端、性急すぎるのである。すべからく市場、競争の原理を適応させようとするのは「改革」ではなくて、「教条主義」である。ひとが生を営み、社会をつくるには、固有の財産と共有の資産がある。医療はひ

とがひとであることを保障するための基本資産である。これは市場、競争の渦中にあるのではなく、その基礎になるべきものである。これは、義務教育も同様である。ひとが成立するうえには、医療と教育は社会の基本的、共有の財産である。この基本認識の欠落が現政府の「聖域なき改革」の始まりであった。

先の、衆議院選はマニフェスト選挙、二大政党戦とうたわれた。その実があったのかどうか、それはさておくとして、ある政党はそのマニフェストの中で教育についてだけは一家言を示していた。「30 人学級」である。これを善意に解釈すれば、教育を国民の共有財産として、大切に考える証とみれる。揶揄してとれば、少子化のすすむ中、教員の削減問題に先手をうって、関係団体の票をあてにしたのかとみれる。ただ、マニフェストには医療については残念ながら、「30 人学級」のように具体的で、大胆な提案はなかった。ならば、この政党は医療については教育のような基本認識を持ち合わせていないことになり、教育についてのこの発想の狙いも透けて見えるのである。

どうか、何れの政党であれ、医療についてその基本的認識を明言し、よりよい医療の構築のため具体的なマニフェストを示していただくことを願う次第である。

勤務医部会

私の勤務医生活

山口大学医学部泌尿器科 松山 豪泰

このたび山口県医師会勤務医部会に入会いたしました松山と申します。よろしくお願いいたします。わたしは平成 13 年 4 月より山口大学に転勤しましたが、その前は山口赤十字病院に足かけ 5 年間お世話になっていました。

現在も勤務医ではあるのですが大学病院の勤務医の仕事内容は日赤時代のそれとはずいぶん異なっています。医師としての仕事内容は週 2 回の外来と時々はいる手術くらいですが、教官としての仕事が馬鹿にできません。最近は毎年増え続ける膨大な情報を講義のみでは教えきれないこと、受け身的な講義ではなく自ら問題を発見するプロセスにより学習効果が向上すること、グループ学習による“三人寄れば文殊の知恵”的な効果があることなどの理由によりテュートリアル教育が行われるようになりました。

この教育法はある疾患に対するシナリオを作り、学生がシナリオに書かれた症状や検査結果から学習すべき項目を抽出し、1 週間をかけて学習するといったスタイルをとります。シナリオは 3 回にわたって配布され、シナリオが配られると 30 分から 1 時間かけて学生が自分たちで学習課題を抽出し、学習分担をグループ（5～6 人）内で割り振り、図書館や web サイトを利用して調べたのち、集まってディスカッションします。教官の仕事は朝、学生諸君にシナリオを配り、シナリオ作成者が計画した学習すべき目標や抽出課題がうまく抽出されているかをチェックするのです。これだけなら“なんだ、楽なものじゃないか”と思われるでしょうが、このシナリオは 2～3 科の担当教官が半年以上かけて作り上げ、それをさらにブラッシュアップ委員会が添削をし、最終的

に学生の授業に供されます。シナリオを作成する前には 1 泊 2 日の FD(faculty development) という教官のための医学教育があり、医学教育の基礎をたたき込まれます。大学病院の臨床系の医師は自分の仕事は診療と研究だと信じており、教育はボランティアという意識の者がほとんどです。そんな連中が FD を通じてあたかも新入社員が新人研修で会社の社風をたたき込まれるように医学教育についての間違った考え方(?)を洗脳されるわけです。最初は仕事内容の変貌にとまどっていた私も洗脳の甲斐あってか、最近ではブラッシュアップ委員会のメンバーとして他の教官が作ったシナリオの揚げ足をとって、修正を要求する嫌みな役を引き受けるまでになりました。この他にも臨床修練前の学生（5 年）が患者さんに迷惑をかけずに実習ができるように模擬実習をおこなう BSL 入門コースや臨床系の授業が始まる前に学生（2 年生）が興味を持ったテーマにそって、実験や調査研究を行い、医学論文を書くのを指導する修学論文テュートリアルコース、さらには医学部以外の学生を対象に講義をする共通教育など盛りだくさんです。

私の勤務時間の半分以上はこうした教育に費やされています。しかし来年に迫った独立法人化を迎え、山口大学が生き残りをかけて（少子化により学生数は現在より 20%減少することは確実に、医学部のある全国国公立大学 80 大学のうち 16 校はつぶれる計算になります）独自性を打ち出し、戦っていかなければならない時期でもあり、こんな勤務医もいてもよいのかなと思うこの頃であります。会員みなさまのより一層のご理解とご支援をお願い申し上げます。



紅葉

防府 小川 聡

秋になるとニュースや雑誌などから紅葉の知らせが届く。春の桜もきれいだが、私にはなぜか秋の紅葉が心に響く。10 年の医師生活の中で 7 つの病院を転々とし、9 回もの引越しを余儀なくされると、春に桜を楽しむ余裕はほとんどない。私自身もそして家族もその年の勤務地に慣れた秋に、その地域の紅葉をめぐることは、いつの間にか我が家の慣例になっていた。昨年も例外ではなく、11 月の連休に防府市にある毛利邸に家族で出かけた。鮮やかに色付いた紅葉と無邪気に走りまわる娘の姿を見ながら、普段の雑踏を忘れ、心落ち着く時間を過ごせた。(テレビ局の取材を受けるというハプニングもあったが。)

では、なぜ、秋の紅葉が私の心に響くのか？

そのヒントを探るべく、なぜ、ある種の本々は秋になると葉の色を変えるのかを調べてみた。ご存知の通り、植物は根から水分、栄養をとり、芽や葉は成長する。そうして成長した葉は光によって糖分、葉緑素をつくり、根の成長に役立てる。こういう作業を毎日繰り返し、樹木は成長している。紅葉するカエデなどは夜の気温が 7 度以下になるとこの作業を停止するらしい。この作業をゆっくりと停止すればカロチノイドによって黄色へ、急激に停止すればクリサンテミンによって赤色へ変化するのだそうだ。葉柄と枝の接触部分に

温度センサーを備えており…。このように、なぜ、葉の色が変わるのかについて答えてくれる書物はあっても、なぜ、葉の色を変えるのかについては分からなかった。(知っている方がいらっしゃれば、ぜひ、教えていただきたい。)

「成長を止めてまで、葉の色を変える」のには、どんな意味があるのだろう。

毎年 4 月には新しい勤務地に移り、できるだけ速く病院に慣れ、できるだけ多くのことを吸収しようと懸命に仕事をする。気が付けば、もう秋。来年度の人事のうわさが流れ、浮き足立つ。そんな季節に私自身が「成長を止め、葉の色を変えてみる」のはどうだろう。鮮やかな紅葉のように、私がその病院に勤務した足跡を鮮烈な印象として残すことができるだろうか？「実りの秋」とも言うように、私自身が「成長を止め、実をつけてみる」のはどうだろう。木の実に集まる鳥たちがいるように、私の付けた実に集まる患者さんやスタッフがいらっしゃるだろうか？そして、静かに冬を過ごし、着実に来年に備える。私自身が、医師として、「毎年、鮮やかに紅葉し、しっかりと実をつけ、少しずつ幹を太くしていきたい」という思いが、秋の紅葉と重なり合い、私の心に響くのかかもしれない。私にとっての温度センサーは紅葉そのものなのか…。

疑惑のゴッホ ?!

岩国 正木 康史

私も年齢が 50 の大台を越え、最近ではスローライフの実践を心がけている。20 年前位より絵画の鑑賞を楽しみとしており、月に 2 回程度時間を気にせず、ゆっくりと美術館や画廊巡りをしている。なるべく天気の良い日を選んで、広島や福岡あるいは東京、関西方面へ足を延ばし、最寄の駅からはタクシー等は利用せず、必ず歩くことにしている。まず見知らぬ街並みを散策し、ゆったりとした気分になって、すばらしい絵画に出会う。これまで 300 回を超えて美術館を訪問し、個展や美術画廊等で観た絵を加えると、おそらく 10 万枚以上の絵を観ていると思う。最近ようやく絵を観て感動を味わうことができるようになってきた。

私もそうであるが、日本人が好む絵画は 1860 年代から 1940 年代のヨーロッパ印象派、エコール・ド・パリ派の画家達の絵や、明治以降の近代日本画家達の絵画であろう。私が訪問した美術館の中で、これらのすばらしい絵画が鑑賞できる、お勧めの美術館を参考までに紹介してみたい。東京や京都などの国立美術館や他の公立美術館も当然すばらしい絵画をたくさんコレクションしているが、展示スペースの関係で、いつでも気に入った絵画に出合えるとは限らない。紹介する美術館はいつ行っても、すばらしい絵画に出合えるはずである。

1) ポーラ美術館：神奈川県箱根

ポーラ化粧品オーナー鈴木氏のコレクションであるが、モネ、ルノアール、セザンヌ、ピカソ、シャガール等の代表作も多く、国際級のコレクションである。また黒田清輝、岸田劉生、梅原龍三郎、

杉山寧、平山郁夫等日本人画家の代表作にも圧倒される。非常にバランスのとれた美術館である。

2) 笠間日動美術館：茨城県笠間市

近代洋画商として有名な東京日動画廊創始者の長谷川氏が創立した美術館で、当然日本人洋画家のすばらしい絵画が多い。また約 350 作家の世界に例のないパレット画の一大コレクションもある。

3) ひろしま美術館：広島市中区基町

ゴッホ、ルノアール、モネ等フランス近代美術の国際級のコレクションは日本有数であり、大作が多い。すばらしい企画展も数多く開催される。

4) ウッドワン美術館：広島県廿日市市吉和

日本の洋画家、日本画家の代表作、大作のコレクションは日本有数であり、またマイセン磁器、アール・ヌーヴォーガラス作品のコレクションもすばらしい。

「疑惑のゴッホ ?!」。1 年前の平成 15 年 2 月、1 枚のゴッホの絵が連日、連夜 TV のニュース、ワイドショー、そして新聞各紙の一面で取り上げられた。一万円程度で売られる予定の「農婦」の絵が、オークションの直前ゴッホの真贋であると判明し、6,600 万円で落札された。文化勲章授章画家中川一政画伯のコレクションを、S オークション会社がオークションに掛けた中の一枚の絵であったが、私はこの筋書きは仕組まれたものではなかったかと思う。私も中川一政画伯の絵が好きで彼の年譜もよく読んでいるが、彼は 1962 年

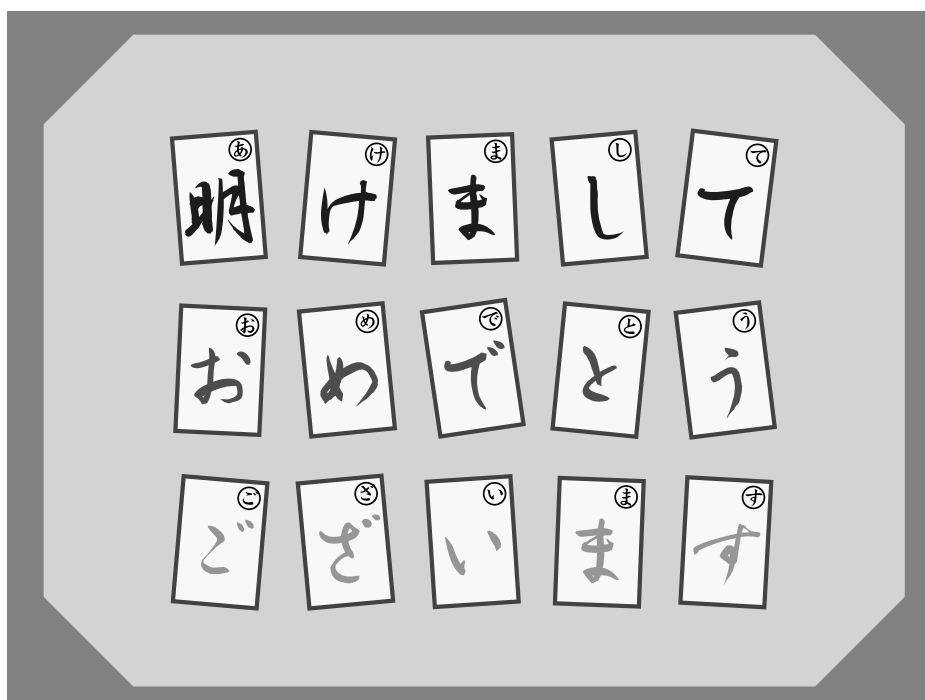
より 4 回ほどヨーロッパを巡遊している。そしてこの「農婦」の絵は 1970 年代に一度イギリスでオークションに掛けられ、600 万円程度で落札されている。中川画伯がもっとも影響を受けた画家がゴッホであり、恐らくこの頃彼はこのゴッホの絵を入手したと思われる。オランダ、ゴッホ美術館に登録されている「農婦」の絵より少し加筆されていたため、真贋かどうか定かではなかったかもしれないが、今回のオークションの直前に、ゴッホ美術館の真贋が確定したということは、タイミングが良すぎる。当日のオークションは過熱気味で、参加者は平常の倍以上の 600 人を超え、全コレクション 136 点の落札率は 100% で、総売上げも 3 億 2,879 万円で予想の 2 倍以上になったとのことである。オークション会社には売主と買主の両方より合計で、落札金額の 20% 強の手数料が入るわけであるから、この会社にとってこれ以上美味しい展開はなかったであろう。

またこのオークションでわれながら感心したことがある。私はこの絵の落札者を予想し、見事に当ててしまった。いろいろな画商さんの話を聞いて

て知っていたのだが、最近のオークションでの目玉作品は大体広島 of の住宅産業の N 本さん（ウッドワン美術館）と、長野のキノコのコマーシャルで有名な M 野さんが競っているそうである。（ちなみに日本の絵画オークション史上一番の高額落札は、ウッドワン美術館の岸田劉生の麗子像で、3 億 6,000 万円だそうである）。私もこの話題性のある「農婦」を観てみたいという希望的観測もあって、ひょっとしたらウッドワン美術館のコレクションの一つになるのではないかと予想したが、見事に的中してしまった。早速ウッドワン美術館の平成 15 年 4 月から 7 月の企画展でこの「農婦」が展示され、期間中平常の 3 倍以上の来場者があったそうで、6,600 万円のコマーシャル料は非常に安いものとなったことは間違いない。

今回のオークション結果は売主、買主、オークション会社にとって万々歳であり、暗い世の中にあって久しぶりに国民にも夢のある、楽しい話題を提供してくれた。私の疑惑は残るが、

結果良ければすべて良し !!



趣 味

防府 米澤 孝仁

皆様はそれぞれに何がしかの趣味をお持ちと思いますが、私の場合、それはカメラです。それも普段から持ち歩ける古い写真機が特に好きです。愛玩物としても好きですし、機械としても好きです。当然撮影するのも好きです。ここでは写真についての私なりのこだわりを述べてみたいと思います。

①使用フィルムについて

主に 35mm、ブローニーを使います。フィルムは ISO100 または 400 のネガカラーか、カラー現像でモノクロがプリントできるフィルムを使っています。その訳は、ラボにフィルム現像、プリントが依頼でき、比較的すみやかにプリント（結果）が得られるからです。「それは他人まかせが多くていかんだろう」という考えもあるかもしれませんが、シャッターチャンス自体が偶然との出会いですので、偶然の積み重ねの結果として一枚の写真（プリント）があると考え露出におおらかなネガカラーフィルムをメインで楽しんでいます。モノクロ自家現像&焼付け再開は今のところ実現できていません。

②使用機材について

「鑑賞するには古いのもいいけど、使うんなら最新の写真機の方がいいだろう」というのが大方の意見だと思います。そうです！ 最近の写真機は大変優秀です。ボディについては被写体の色まで認識して補正をかけてくれる自動露出、手ぶれを修正してくれるハイテクメカニズム、被写体の動きを予測してくれるオートフォーカス、またレンズについては、表面は透過率がよく反射のほとん

どない多層膜コーティング（フレア、ゴーストが抑えられコントラストが高い）で覆われ、歪みの補正が画面の隅々まで行き届いた非球面レンズ（ゆがみが少ない）が用いられています、これらは狙った場面を忠実に記録します。しかしこれらの機材を使って撮った写真を見ても楽しくないことが多いのです（多分、私の撮るモノが面白くないせいもあるとは思っています）。

そこでまったくの持論ですが、【そもそも人間は二つの目の玉でモノを立体視しているわけで単眼視では遠近感立体感は失われる。すなわち写真は単眼像であるので忠実に写しても立体感を表現しづらい。またシャッターを押した時＝少なからずところが感動した時と考えれば、その被写体を幾ら忠実に写してもフィルムに写しることができない私自身の感動がある。】と考えればカキッとハイコントラストで完璧に写ってもプリントが楽しくないというのを理解していただけるのではないのでしょうか。そこで登場するのが古いレンズです。古いレンズで撮ると周辺はゆがみ、逆光ではフレア、ゴーストがじゃんじゃんでます。そんな古レンズで撮った写真は立体感があってその時の記憶を呼び起こしてくれる写真を私に与えてくれます。写真というより写空気と呼んだ方がよいかも知れません。

かくして思い込みにどっぷりつかった写真好きの私は仕事の合間を縫ってカメラ屋をめぐり、古ぼけた汚いレンズを漁りつつ、道端の草花、ふるさと防府のみなれた風景、家族との日常生活をシャッターで切り取ってゆくのであります。

ナイトウォーク

防府 松村 康博

3 年前より母校の中学校のナイトウォークなる夏休み企画に医師として参加している。このナイトウォークは 4 年前より生徒と父兄職員の親睦を深めるため、希望する生徒とその父兄・職員が夜 0 時から翌朝まで歩く会である。距離は、25 キロメートルか 20 キロメートルどちらかを選択して歩く。コースは PTA の方々が分岐点や事故の注意地点をあらかじめ調べ、当日は休憩地点での水分・栄養補給を準備し夜を徹し警備していただいている。まさにご父兄の皆様のご尽力で行われている企画である。

私は父兄ではないし校医ではないが我が母校の行事であり、ご指名いただいたので、ご父兄のご尽力のお手伝いとして参加している。(しかし幸いにも私が参加してもあまり役にはたっていない)

日頃運動不足で過剰な体重を持てあましており緊急時に役にたたなければ参加する意味がないので、私は参加最初の年は 5km ほど歩いて様子を見た。ところがどうにか歩けるかもしれないという気になり昨年は 20 キロメートルコースを歩いてみた。実際歩くと真夏の夜更けは昼と違いさわやかで、歩いても爽快で気持ちいい。

さて昨年も PTA 会長さんより 7 月終わりに参加についての打診があった。ところが一昨年まで平地でのウォーキングだったのだが、昨年は国道 262 号線に沿って山口市小鯖で折り返すルートとなっていたのである。防府と山口の間には勝坂という坂があり、しかも深夜に昔の火葬場(今は取り壊されされている)の横を抜けて歩くこととなる。車であればトンネルを通ればよいが生徒の安全を考えるとこの山越えルートとなるらしい。一応、昨年も参加し歩きますと PTA 会長さんにご返事した後、自動車で行ってみた。峠さえぬければどうにかなると判断し、通勤を極力歩

くこととして(といっても片道 1 キロメートル程度だが)当日を迎えた。

当日午後 11 時に集合し PTA の皆さん、教職員と最終確認を行い、0 時と 1 時に分かれて出発した。天候は快晴で雲も少ないが月明かりもあまりない夜であったが、気温は快適で歩きやすい日だった。昨年は火星大接近の年であり南の空に火星が赤々と輝いているのが印象的な夜であった。最後尾を校長先生と教諭 1 名と私が雑談しながら歩いた。主役の中学生たちは、当然元気で公認の夜遊びの感覚なのだろうか、仲間同士でじゃれ合いながら歩いている。一昨年は野球部と陸上部が競い合い途中から走り出すこととなり混乱した。それ以後グループで歩くように指示され比較的統率がとれてはいた。しかし、やはりうるさい。1 時過ぎにコース近隣の人から何事かと引率の教諭に苦情が出ていた。勝坂を越え山口市小鯖でコンビニエンスストアが増えてくると中学生はアイスクリームなど買い食い始めウォーキングの速度も落ちてきた。そんな道すがら幕末長州藩の改革の機転となったとされる天保一揆の碑を発見し、この一揆は小鯖から始まったのを思い出した。歩いていないと気づかない発見があるものだ。

折り返しを過ぎ、さすがにすこし疲れがでてきたが峠がやがて下りとなり、空も白々とする頃にはゴールがみえてきた。昨年も生徒・職員父兄に何も問題なく終了した。

私たちが中学生の頃、こんな企画はなかったと思う。このナイトウォークの企画は防府市内の他の中学校でもあると聞いているが、父兄も教員の方々も本当に大変だと思う。帰り際に校長は来年のルートの構想を話しておられたので今年も続いていこう。PTA と教職員の皆様、今年も生徒さんに負けずに頑張りましょう!

父の万年筆

宇部 丸本 多

母が宇部の我が家を訪れたのは、父の 3 回忌のひと月ほど前のこの 9 月であった。母は、父のペンケースを持ってきてくれた。父の使っていた万年筆が 5 本入っていた。ほとんどがきれいに洗ってあり、インクを入れるとすぐに使える状態であった。しかし、その中にカートリッジが付いたままで、インクの乾ききったのが 1 本あった。

私の子供の頃、万年筆は大人の道具であり、子供が使うようなものではなかった。高校生になって、初めて万年筆を使い出すと、一人前になったような気がしたものである。当時の高校生が使うものであるから、安物の万年筆であり、よくインクが漏れたり、キャップが壊れたりで、トラブルが多かった。その後、ボールペンの品質が向上し、万年筆にとって代わり、万年筆を使うことは、ほとんどなくなった。

私は、十数年前にボールペンを使うのをやめ、万年筆に替えた。それは、ボールペンを握っている右の示指先端に、痛みを感じるようになったためである。筆圧が強いためか、長くボールペンを使っていると、右示指に疼痛が生じ、徐々に症状が増悪し、激痛を来すようになった。またボールペンを見るだけでも、痛みを感じるようになった。ボールペンを万年筆に替えて、この症状は消失し、以後ボールペンを使うことは、非常に希となった。

父は、18 年前に心筋梗塞を発症し、その年に 2 枝バイパスを受け、その後は比較的元気であった。しかし、死の 4～5 年前から体調を崩すことが多くなり、入退院を繰り返していた。そして、84 歳の時を刻んで帰らぬ人となった。

今までにどれくらいの死亡診断書を書いたこと

だろう。医師という仕事柄、患者さんの死を幾度となく診てきた。患者さんの死の中にも、記憶に残る出来事をともなったものもある。だが、身内の死とりわけ父の死となると、それはまた格別のことであった。

父は、青年期に結核に罹患し兵役に付くことができず、太平洋戦争にも参加できなかった。しかし、病弱そうに見えてもたいそう元気であった。また、自分が病弱であると思っていたので、身体についてはとても用心家であった。ただ、とにかく本を読むことと、文章を書くことが大好きで、自宅には大きな本棚を誂えさせて、びっしりと本を並べていた。父は読み終えた本の中で、気に入ったものしか本棚に並べなかったようである。そんな父を持つ私であるが、少年～青年時代にかけては、ほとんどこれらの本を読むことなしに、運動ばかりに明け暮れていた。

父は、勤続 30 年の表彰を受けたその日に、勤め始めてから 30 年間の出来事と思い出を、表彰状の裏一面にびっしりとしたためて、帰宅したことがある。それには、万年筆で 5 ポイントぐらいの小さな字が整然と書かれており、文章を推敲した跡も書き損じなどもなかったことを、今懐かしく思い出している。また父は、青年期よりの日記を晩年まで欠かさず書いており、私たちの子供時代を知るよい資料であるとともに、よい思い出となっている。

私たちは、3 人兄弟であるが、子供の頃、父が私たちによく言っていたことがある。それは「人一倍努力して勉強すれば、他人にはできない・わからない楽しみを持てる」と。今考えてみれば、私たち兄弟にとって「勉強をしなければならない」

と思わせるための、殺し文句のようなものであった。

母が持ってきてくれた使い古しの万年筆群、その中にはペン先がすこし傷んだものもあり、修理して使う予定であったとも思われた。父は、とても几帳面な人であったので、インクが乾ききるまで放置するようなことをするはずがない。きっと、

最後の入院の時まで使っていたもので、急遽入院になり、帰らぬ人となって、そのままになったものと思われた。

父が筆を断った時の万年筆を手にし、インクを充填して使い始めた。何か懐かしく温かいぬくもりのある「父からの無言の贈り物」と思い、いま大切に使っている。

山頂に三ツ星レストラン開店！

徳山 望月 一徳

“天高く馬肥ゆる候”ともなると、ゴルフはちょっとおいといて、ハイキングを楽しみたいくなります。ちょうどいい按配に、一年中を通して山登りを趣味にしているグループからお誘いがありました。一昨年の 11 月末のことです。

聞けば、目標は宮島山頂で高さ（530m）も手ごろです。高校 3 年生の正月には、大学受験の願掛けにこの山に登りました。お礼参りに翌年も登りました。以来、山登りが趣味というわけでもないのに、初詣のついでに何度か登りました。私には縁起のよい山なんです。家内共々参加することにいたしました。

ハイキングの楽しみは山頂から眺める景色はもちろんですが、なんといっても“腹ペコにお弁当がうまい！”につきます。

それでは、当日（平成 14 年 11 月 24 日・快晴・19 度）の様子を録画中継でお伝えいたしましょう。

・当日は夜明け前（満月が煌々と柿ノ木の影を映しておりました）から起きだして、朝食もそこそこに出発、宮島口に全員集合。団長のご挨拶のあとの自己紹介では、「今日一日、青空のもと、正々堂々と登山することを誓いまーす」。

その後は「えんやらやっと！ 六根清浄！」で山頂へ……。道中の団子とリンゴのお蔭です（先導のベテラン・ハイカーが登山の途中、みんなにエネルギーの補給をしてくれました）。

早速、車座になって山頂レストランの開業です。オーっと、いきなり煙が目にしみる。見れば、先方で目刺が焼けている。弁当のオカズには、卵焼きに明太子、目刺が 3 傑と考えているくらいです。まさか、山頂で好物に出会うとは……。はらわたの苦いのとビールがよく合います。

「おわん、おわん！」という声が聞こえる。廻ってきたお椀を覗けば、葱まで入った豚汁です。コンニャク、椎茸、ニンジン、大根、ごぼうとすべ

て揃って、手抜きなしの一品。味噌は、穏やかな塩味で自家製と見た。味噌には酒粕が入っている、と家庭の主婦（私の隣に座って弁当を使っている見慣れた顔の人）の舌力です。一口吸って旨い、二口食べて旨い。三口目からは、キリがないので説明は省略・・・、2 杯いただきました。

彼のリュックを見上げるたび（大男で私がチビだから・・・）に、「何用あって、あんなに大きな荷物を?!」と不審の思いが、一挙に解決・・・。皆に美味しい汁を食べさせてあげよう、と担ぎ上げて下さり感謝します。サッカーのベッカム選手は、背中に奥さんと子供の名前をタトゥー。彼には、奥さんの名前と“豚汁命”（登山のたびに用意してご馳走する。誰が言ったのか、これ以上のない褒め言葉です）と、タトゥーしてください。場所は任せます。

焼牡蠣は、お正月の宮島詣での風物詩です。3 つで 500 円は、数年前です。今は、4 つで 1,000 円です。あまりの高値に一度も食べたことは、ありません。山頂レストランでは、牡蠣のソテーを堪能いたしました。漬け汁がよいお味でした。グリコーゲンが一杯ですから、山登りには何よりのご馳走でした。

そのほか、車座の輪を右回り、左回りとオカズが来る、来る。

娘キムチは、辛くて、冷たくて旨い。大根、ニンジンの柚子漬は柚子の香りが一段と上品でした。筍の煮もの、昆布煮はちらっと見ただけ・・・。食べるものがたくさんあって、手が・・・イヤ箸が廻りません。

そのうち、デザートが右回りでやってくる。柿の剥いたのが来る。芋キントン、茶巾包みのキントンが来る。左回りは、コーヒーゼリーです。甘さが控えめで、結構でございました。

皆さんはたくさんの食べ物を仲間に食べさしよとて、重いのを承知でお運びでした。ご苦労様でした。

「それでお前は、何を運んだのか?!」と言われると面目次第ありません。

「空の胃袋を運びました」と申し上げておきます。ご馳走さまでした。

＊ ＊ ＊

あれから既に一年、10 月になっても日中は暑い日が続きます。しかし、コスモスが似合う真っ青な空を見上げるたびに、あの楽しくてうまあい山頂レストランを思い出しています。

皆さんも“天高く馬肥ゆる秋”には、ゴルフ止めの、魚釣り止めの・・・グループでハイキングをお勧めいたします。



高齢者学級入学者綴方 The Old, Be Ambitious

萩 山本 貞寿

2004 年高齢人口 (65 歳以上) に算入されることになる。還暦を迎えた時、以下を頭から離さないようにした。

1. The Old, Be Ambitious

2. Noblesse Oblige

2002 年萩市医師会 70 周年記念誌においてこの語を使ったが、2003 年発行された台湾前総統李登輝氏著「武士道解題」(小学館)では、サブタイトルに「ノーブレス・オブリージュとは」を掲げ、新渡戸稲造博士の「武士道」が諄々と説かれている。

3. 萩市医師会が賀寿者に贈る記念写真の構図に想いを巡らす

還暦の時には、坂をゆっくり登っている図を 2 時間かけて撮ってもらった。古稀、喜寿までは決めている。もちろん、惚けずに、生きているという条件が付く。

4. ただし心しておくこと

「人は老境に至れば、体漸く懶散にして、氣太だ急促なり。往生人の厭う所と為る。余此を視て艦と為し、齡六十を踰えて後、尤も功を著け、氣の従容を失わざるを要す。然れども未だ能わざるなり」(言志四録)

日本の将来のため、私の場合でいえば現下の三大問題となると、①少子化、②教育、③人口高齢化となろう。

①少子化：ミレニウム・ベビー (2000 年) は

119 万人、合計特殊出生率は 1.36。私が少年の頃、団塊の世代 (1949 年) には 270 万人と 4.32。報告によると、出生率の低下主要因は未婚率にあるとのこと。以下は国勢調査からとのこと、2000 年 25 ～ 29 歳の女性未婚率は 54% (50 年前 15.2%)、30 ～ 34 歳では 26.6% (同 5.7%)。男性 35 ～ 39 歳の未婚率 25.7% (同 3.2%)、50 歳時点での未婚率・生涯未婚率は 19.3% (25 年前 3.8%)。そして晩婚夫婦も子供をつくらない傾向顕著とある。

人口問題研究所の試算で今の出生率と死亡率からすると 2700 年に日本人々口は 8,700 人 (万人ではない)。保育所整備、児童手当、働くことと育ての両立対策…など議論されても、精子や卵子の発生の歴史やそれらが持っている本能が文明国のホモ・サピエンスの知 (?) によって喪失されてきたことの急速変化の予後は? 欧州などの人口学者の多くは、逆戻りはもうないだろうとの指摘をしているとのこと。

②教育：子供の学力・体力の低下という報告が続く。①と切り離せないこと。①②の解決策はわれわれにはない。できることは自分の子・孫を多く、そして遅く育てておく、ということになる。今後の文明国の幸福論の筆頭項となるか。

③人口高齢化：もっともとつき易い。われわれがもう所属しているのだから。「生病老死」今の時代は呆け寝たきりが加わるのを知り、明日がある確率は確実に低下するのを悟り、われわれの世界にいう「ノイエス」を求めるならば、結構ある

のである。

1.2.3.4 を自ら誠っている人が広くに居られる。交わりが生ずれば新しい奇跡が生まれ波及してゆく。病・老は若い時から心構えておくのがよい。若い人のためになんてのは痴がましくなるけれど、自分の記録ぐらいと思えば、時間さえあれば、幾冊かの本も書けていけそうに思っている。

双極性障害か統合失調症かと疑われるような突拍子もないことが幾つかできたことに驚き、新しい感激として返してくれる友人たちに感謝している。

一例。近頃感心している本がある。「風雲児たち」みなもと太郎著 リイド社。「NHK の大河ドラマに」「生徒の歴史副読本に」など各氏の激賞賛辞が多数よせられているようで、明治維新を書くために関ヶ原の戦いから書き始められたマンガ。18 巻と幕末編が既刊でなお続刊中。著者の

博学と新知見を求めようとする姿に私もひきつけられている。

今年 7 月、会津で「会津の歴史から学ぶこれからの家庭教育」と、とてつもないことを辻説法、押しかけ講演させてくださった方を中心に、この本のうちの一巻をお礼の代わりとして約 20 人くらいに贈ったのです。以下返礼の一部。

日新館で母親の集いを行いました、その折にこの本を紹介。(学校長)

愚息が中学の社会の教員をしていますので早速紹介。(元教師)

マンガに接することもなしに生きてきましたが、読み終えてその奥の深さに驚嘆…。目からウロコが落ちるとはこのことか…。(弔霊義会関係の方)

快情動にあるものの記

市町村合併

小野田 瀬戸 信夫

当地は今、市町村合併に揺れています。

宇部市・小野田市、厚狭郡（山陽町、楠町）は市域が連続し、医療面での患者さんの動きはもとより、保健・福祉、就労、就学や買い物、文化面その他住民活動の交流が多く、実質的に一つのまちを形成しています。この度の市町村合併では当然 2 市 2 町が合併し（できれば美祢市、美祢郡とも一緒に）、新しいまちになるものと思っています

ました。しかし現実には「宇部・楠」、「小野田・山陽」のそれぞれ 1 市 1 町での合併協議会が粛々と進められています。

小野田・山陽の行政・議会には宇部と合併すると地域のアイデンティティーを失うという不安があります。また広域合併では、小さなまちの首長、議員の数が減ってしまうことも広域合併の阻害要因です（議員数は小野田では 1/3、山陽では 1/6

に減ります)。

これに対して、2 市 2 町の広域合併を求める住民運動が起こっています。活動を主導しているのは、2 市 2 町にそれぞれ結成された「将来を考える会」で、4 つの会のうち 3 つでは、整形開業医が会長を務めています。宇部の今釜哲男先生、山陽町は河村芳高先生そして小野田では私です（副会長に宇部の綿田敏孝先生、小野田の西村公一先生も）。

その理由は、基本的に整形外科医は「単細胞」であることもあるのですが、それぞれに医師会理事として地域医療を考えてきた結果でもあります。宇部・小野田 2 次医療圏の医師のメーリングリストでのディスカッションや、今釜先生が宇部で 4 年前から大変活発な「障害者の集い」を民間主導で開催しておられることも契機になっています。

活動を開始してから約 1 年。行政には住民投票の実施を求めてきましたが応じてもらえませんので、合併特例法に則って 4 つの会で「同時住民発議」を行いました。各地で多くの署名を集め、宇部・楠の 9 月議会では 2 市 2 町合併協議会設置が可決されました。しかし小野田・山陽では否決という結果になりましたので、引き続き「住民投票」請求のための手続に進みました。小野田では有権者の 30%、山陽ではなんと 40%の署名が集まり、住民投票に必要な 1/6 以上という規定を楽にクリアしましたので、1 月に住民投票が実施されることは確実です。

山陽町では 1 月に町長選挙もあり、同日投票となりそうです。現職の町長がもっとも強硬な 1 市 1 町派ですので、山陽町の会では対立候補を立てることになりました。町長選の結果が地域の将来を決めると言っても過言ではなく、河村先生のリーダーシップのもと、山陽町の熱気は大変なものです。

以下、はじめて市民運動に関与した経験から、医師として感じたことなどを記してみます。

各地で医師が会長になった理由の一つに社会的信頼感があると感じました。「先生がやってる活

動だから間違っていないだろう」と患者さんから言われると、医者もまだ捨てたものではないと少しほろっとします。

多くの市民には行政や会社に遠慮があり、思うことをうかつに表明できないという現実があります。また、すべての判断基準を自分の現時点での利害におく人の多さにとまどうこともありました。それに比べると、医師は自分の利益で物事を判断する習慣が無く、どちらかというと将来を見通した発想で仕事をしています。社会的制約から自由な状況はありがたく、また地域のリーダーシップを取りやすい要因になっていると感じます。

プロは素人から批判を受けることに慣れていません。住民が行政・議会の判断に反対を表明する動きは、その道のプロにとって面白くないもののようで、議会からは「議会軽視」と反発を受けています。医療の世界で言えば、患者さんが知ったかぶりをする、違和感を感じるようなものでしょうか。しかし、実際にインターネットなどで勉強した患者さんが増えてきますので、医療でも行政でもこれからのプロは「知らしむべからず、依らしむべし」でなく「知らしむべし（その上で）、依らしむべし」であるべきなのかと感じています。

住民運動が経過とともに次第に盛り上がり、現実には住民の力で地域の将来が変わろうとしています。これからは、「住民の地域自治への参画」がキーワードの一つになるような気がします。これからの医師会活動においても、地域医療のために行政との折衝が大切であることに変わりはありませんが、住民とも話し合い協働するという「住民を大切にする視点」がよりいっそう必要になってくるのかも知れません。

小野田の行政・議会は本来広域合併が望ましいのだが現実的に難しい、と判断しておられます。本来あるべき姿を実現することをお手伝いする気持ちで、本業に支障のないようにいっそうの緊張感を持って、もうしばらく住民運動に関与してみようとおもいます。未熟者が大言壮語したような気がします。失礼の段お許しください。

ゆっくり生きてはいけませんか？

阿武 前川 恭子

むつみ診療所の外来には、体調や持病に合わせて仕事の量をコントロールできない患者さんが多く来る。

「先生、体がえろうてえろうてやれん。癌じゃろか。」

「去年までは腰が痛うてもすぐ治りよったそにいっそ治らん。なんでじゃろか。」

よくよく聞くと、去年より 2 割増しで苗を植えていたり、40 度を超えるハウスの中で屈み仕事を続けている。それだけの仕事なしでは食べていくことができないのであれば仕方がないか、とも思う。しかしその多くは 100 点満点の 120 点を望む人たちだ。

100 点の仕事ができれば、今度は 100 点が普通になる。次は 110 点を、その次は 120 点を目指し、到達できればそれが普通になってしまう。某保険金融機関のノルマのようだ。リストラで人員は減り、受け持ちは増え、激励はされずに叱咤ばかりでノルマを達成することを課せられる、生産年齢の希望退職者や過労死の見られる会社だ。

先の患者さんたちには除外診断を行いながら、まずは 120 点から 100 点満点まで仕事を減らすことをすすめる。患者さんの体調や家庭環境や性格によっては、80 点まで仕事を減らすよう調節をすすめる。

1 回のつまずきでうまく調節できる人もいれば、120 点から 100 点満点に仕事を減らすことさえ受け入れられない、そんなことを考えることさえ許されないと思い込んでいる人もいる。また、せっかくだうまく調節できたとしても、調子が良く

なったので病気が治ったのだと思い込み、翌年には元の木阿弥の人もいる。このような患者さんを見ると、私はアガサ・クリスティ著「春にして君を離れ」を思い出すのだ。

アガサ・クリスティは推理小説で有名な作家だが、この小説は珍しくそれには属さない。すべてをコントロールできていると思い込んでいるが、実は友人や夫からも疎まれていて主人公の女性に、真実の光が差し込もうとする。自分がよいと思いついてきたことが、実は夫や友人を傷つけていたことに気づき始めるのだが、心の目は再び闇の中に戻ってしまう。

目の前の患者さんがせっかく豊かなる 80 点の人生を見つけ始めても、個人に刷り込まれた考えからか社会や家庭が要求するからか、80 点の人生はいつの間にか闇に消えてしまう。

現代のような余裕のない時代・社会では、100 点をとれない人間には居場所がない。仕事で 100 点をとれなければ価値がないとみなされ、組織ではリストラの対象となる。そうしなければ、組織そのものが存続できない。

余裕のない社会は精神的なストレスを生み、自殺やうつ病などの疾患を増加させる。また、内服でコントロールされたうつ病や統合失調症の人が、まずは 80 点で仕事をしながら社会生活に適應することを望んでも、社会や組織が仕事での 100 点満点・120 点満点を望み、職場復帰がかなわないこともある。

日本人は勤勉であり、その勤勉さが日本の経済成長を支えてきた。でも、健康や家族の幸せも考えず 100 点満点で突っ走ることが、本当の勤勉

さなのだろうか。

デンマークの老健施設で研修をした人がこう言った。日本の特老では無理をして体を壊し長続きしない人が多い。デンマークではなるべく無理をしないように調節して仕事をし、仕事そのものを楽しんで長く続けることができ、継続した労働力となり得る、と。

この地球上の多くの人は、普通の人だ。スーパーマンでもスパイダーマンでもデアデビルでもヘルボーイでもない、普通の人間だ。普通の人間は、マズローの基本的欲求が満たされて初めて次の段階に進めるはずだ。体調が悪かったり、精神的な不安を抱えていたり、経済的に苦しんでいながら、素晴らしい仕事のできる聖人のような人はそう多くはないはずだ。

普通の人間が 100 点満点の仕事に辛さを感じ、100 点満点を維持することで体調を崩したり精神的に不安になるのであれば、80 点の仕事で豊かな人生を送るほうが、結果として余程よい仕事ができるのではないのだろうか。

もちろんすべての人が 80 点の仕事をするべきということではない。100 点満点の仕事をして人生そのものもハッピーな人はそれでよい。80 点の仕事で生きたい人、80 点の仕事で生きるしかない人を、80 点でよいのだよと受け入れてほしいのだが、そんな余裕は今の日本の社会にはない。

この日本で、もっとゆっくり生きることはできないのだろうか。

私は、私自身も普通の人間で、まあ口が大きいので時に三面怪獣ダダと呼ばれるが正真正銘の人間と自分では思っていて、医師という職業は聖職かもしれないが、自分は医師であっても決して聖人ではないとわかっている。そして自分が幸せでなければ、患者さんに対してよい医療はできないと信じているし、自分に余裕がなければ、ゆったりとした気持ちで患者さんに接することは難しいと思っている。

子持ちの女医という立場は、医療の世界ではハンディキャプトだとも感じている。患者さんに

対し 100 点満点でいられない時があり、子供や家族に対しても 100 点満点でいられないことが多い。患者さんに「80 点でいいんだよ」と呼びかけ始め、初めて自分も 80 点でよいのだと気づいたが、時に自分や子供や家族が 100 点満点になれないことに苛立たしさを感じることもある。この苛立ちの中で、100 点満点・120 点満点を望む社会や組織の中で、私はクリスティのかの主人公のように再び闇の中にもどることなく、自分を保つことができるのだろうか、焦燥感とも不安とも言い表せない感覚におそわれる。

せめて、私自身が、80 点満点で仕事をせざるを得ない人を、患者さんの中にも同僚の中にも受け入れることができるよう努力したい。目の前の患者さんに「80 点でいいのだよ」と、「体の声を聞きながらも少しゆっくり仕事をすれば、あなたはもっと楽になるよ。あなたは仕事で 100 点満点でなくてもいいんだよ。あなたの人生が 100 点満点であればいいんだよ」と呼びかけた。

そして、できることなら、私自身が自分の仕事や生活に余裕を持ち、目の前の患者さんの心に寄り添うことのできる、自身の心の余裕を持っていたい。自分の子供や家族や私自身にも「100 点満点でなくていいんだよ」と呼びかけることのできる人間になりたい。そして、子供や家族に、社会や私の 100 点満点の期待に押しつぶされない人間になってほしい。

「先生、先生のゆうたとおりにじゃった。しっかり休んだら、もうどねえもないわ。」

「ほら、みんな。みのもんたの言うことばかり聞いちゃらんと、ちったあ、目の前の医者のこと信用せんね。」

「ほんとほんと。先生、来年は儲けることばかり考えんと、もうちょっと体のことも考えて苗の数を決めようと思うちょるそ。」

目の前の、むつみの患者さんたちは、私にそう教えてくれる。

自称映画ファン

萩 森 繁広

眼科医会の間では、わたしは大のサッカー好きで通っていますが、もうひとつ大の映画好きでもあります。しかし、「スクリーン」や「ロードショウ」を買って読むといったマニアではなく、ただ観たい映画を観ることが好きなだけの自称映画ファンです。わたしの映画体験は同じ世代のもの（昭和 33 年生まれ）がそうであったように、「ゴジラ」などの怪獣ものでした。日曜の朝、同居していた当時高校生の叔母などに連れられ、映画館の前に並びました。昔は、2 本立て、3 本立てが普通で、加山雄三の「若大将シリーズ」と「ゴジラ」がいつも併映でした。ギターを弾き、ハワイで遊び、アメフト部に所属し（そのときまでアメフトを知りませんでした）、オープンカーに乗り、内藤洋子のようなかわいい彼女をもつ若大将は、小学生の私にとってまったく別世界の人間でした。こんな大学生なんかいるわけない、と、大学生などろくに知らないわたしは毎回つぶやいていました。しかし、今、テレビやビデオで昔の映像に触れると、「若大将シリーズ」がとても懐かしく、その時代の先取り方に（東京でも普通ではなかったと思いますが）驚かされます。

その後、映画の本当のすごさに触れたのは小学 5 年のときでした。叔父夫婦が実家であるわたしに家に泊まりにきて、その日がふたりの結婚記念日でしたので、夜映画を見に行く予定にしていました。その話をわたしが聞きつけ、「面白い映画なの？ 絶対一緒に行きたい。」と駄々をコネ、叔父夫婦はしょうがなく、「いいですよ。」とってくれました。今思えば、うちの親も断ればよいものを、「そう、悪いわね。」と無理やり連れてってもらったのが、「ベン・ハー」でした。映像の迫力、話の展開に子供のわたしも圧倒され、休憩を挟み 3 時間以上の大作で観終わったのは夜の 11 時過ぎでしたが、時間をまったく忘れていま

した。その頃は、まだローマ帝国とユダヤ人、キリスト教とユダヤ教、ハンセン病などの知識はなく、ただ画面をみているだけでしたが、その後 2 回、3 回と見返す度に、ああそうだったんだと、新しい発見があります。先日、「グラディエーター」を見ました。冒頭の戦闘シーンは「プライベート・ライアン」のそれと並ぶ迫力でしたが、半分 CG で作ったコロッセウムでの迫力は「ベン・ハー」に及ぶものではありませんでした。最近の「スター・ウォーズ」を見ると何か懐かしい思いがすると思っていましたが、あの街並みは古代風ですし、アナキン・スカイウォーカー（主人公）が操るジェットエンジン・カーでのカーチェイスは、「ベン・ハー」の騎馬戦車レースを彷彿とさせます。しかし、やはり「ベン・ハー」にはかないません。新作の「マトリックス・レボリューションズ」で、何十人もの黒サングラスの男がネオ（主人公）と戦う場面があります。わたしは CG で作っていると思っていましたが、本当に何十人ものひとが黒サングラスの男にメイクして撮影していました。やはりまだ実写の迫力にはかなわないんだと再認識しました。

萩の映画館はわたしが大学のころまでは 2 階が畳敷きになっており、周りに人がいないときには横になって映画を観ていました。もうひとつ洋画専門館があり、よくそこで、「マッシュ」、「シャフト（先日サミュエル・J・ジャクソン主演でリメイクされました）」、「卒業」、「パットン大戦車隊」などさまざまなジャンルのものを観ていました。それに加えて、学生のわたしは映画の間で映る予告編を本編と同じくらいワクワクして待っていました。一度観た「デカメロン」の予告編がいまでも忘れられません…。高校の放課後クラスメイト数名と立ち寄って観た映画が、松本清張原作の「砂の器」でした。加藤剛が指揮する交響曲「宿

命」に感激し、友人はすぐレコードを買いに走りました。レコードといえば、映画を観てレコードを買ったことが何回かあります。「愛と悲しみのボレロ」では登場人物の複雑さに付いて行けなかったものの、幾度となく流れるボレロのリズムと踊りに感激し、また「戦場のメリー・クリスマス」の坂本龍一の音楽に魅了され、映画が終わるとその足でレコード店に向かいました。この 2 枚を聴きながら何度となく眠りにつきました。もうひとつ、イギリスの曇天の浜辺を走り続ける若者たちのバックで流れる「炎のランナー」のテーマも思い出に残る音楽のひとつです。わたしはあまり同じ映画を何度も見ませんが、この二つは 2 回以上観ました。もう一つ 2 回以上見た映画は(3 回ですが)、「ブレード・ランナー」です。原作は「アンドロイドは電気羊の夢をみるか。」という短編小説で、リドリー・スコット監督、ハリソンフォード主演の SF 映画のお勧めの 1 本です。その映像の美しさは最高です。酸性雨が降りしきる未来のロスのビルに映る着物姿の“わかもと”の CM は笑えます。

高校卒業後、一年東京で寄り道し、はじめて「ピア」「シティ・ロード」などのタウン情報誌の存在を知りました。ある日、本をめくっていると、水道橋の名画座に観たい映画を発見し(題名は覚えていません)、夏の暑い日の午後、夏期講習をさぼって観に行きました。しかし、いくら探しても見つかりません。最後に交番で教えてもらい探しましたが、とうとう半日かかっても辿り着けませんでした。とぼとぼと夜道を歩きながら、もし来年入試に落ちたら今日のせいだと落ち込んでいました。

その後、無事入学、卒業でき、現在開業するにいたっています。最近映画を観る機会が少なくなったため、医院にプラズマテレビを買い、スピーカーを揃えました。しかし、何かが違います。画面の大きさや音の迫力が違うことはもちろんですが、やはり一度トイレに立つとストーリーが判らなくなるかもしれない、一場面も見過ごせない、この 2 時間は映画に没頭しなければならない、という覚悟というか、緊張感の違いでしょう(映画を見にいくとトイレが近くなるのはわたしだけ?)。その点、判らないことがあるとすぐ DVD を止め、見直す、トイレに行きたいと止める、医院内なので、電話がかかると止める、緊張感も何

もあったもんじゃありません。映画館で見るとおもしろいだらうなー、と何度思ったことでしょう。

以前より、気になっていたことがあります。それは、邦画と洋画の色の違いです。洋画は少し色の濃淡が淡く輪郭が鮮明ではありません。それに対し邦画は色がきつく輪郭がはっきりしています。わたしは以前から邦画の色が生々しすぎ好きになれませんでした。映画に一種現実にはない世界を求めて観に来ているのに、現実に戻されてしまうようだからです。この疑問は「戦場のメリー・クリスマス」を観てさらに強まりました。大島渚監督という日本人が撮った映画にもかかわらず、色合いはまさに洋画のそれなのです。先日、萩の唯一の映画館の社長と話をする機会があり、この疑問をぶつけてみました。(この方は歯科医でもあります。)その理由はフィルムにあり(考えてみれば当然ですが)、洋画はだいたい K 社のものを使っており、邦画は日本のもの(F 社など)を使っている。K 社のもののほうが価格が高い。K 社のものを使いたいが経済的理由で F 社のものを使っている、とのことでした。(最後のほうは本当か不明。)これで一応長年の疑問が解けました。邦画も K 社のフィルムを使ってほしい、または F 社が色合いを K 社に近づけてほしいと思うのはわたしだけでしょうか。しかし、いくら色合いを洋画に近づけても、出演者がいつもテレビに出ていいる人と同じでは興醒めです。アメリカのようにスクリーンでしか出会えないスターという存在が日本でも必要だと思います。「^{ぼっぼや}鉄道員」にしても「ぼたる」にしてもわたしは高倉健が出ていなければきっと観なかったでしょうから。

今年の夏、山口県内で「蛍の里」という映画の撮影が行われました。萩でも子供の学校(明倫小学校)を舞台にして夏休みの間、撮影が行われていました。わたしの 2 人の子供もエキストラとして何日も出演しました。どれだけ画面に出ているかわかりませんが、家族みんなで完成を楽しみにしています。これを機会に子供たちが映画に対し興味を持ってくれたらと願っています。

以上、わたしの映画への思いを独断と偏見で述べさせていただきました。わたしの記憶違いのため間違いがありましたらご容赦ください。

＜医学と宗教＞

仏教的観点での脳死・臓器移植の考え方

編集委員 渡木 邦彦

1. はじめに

命を大切にという心は、世界の大宗教のみならず、道徳、倫理でも人が守るべき道として普遍的に説き伝えられております。サイエンス領域では文明の発達にともないそのイノベーションの結果として、医学分野でも例外なく、借り腹を含めた体外受精、クローン人間、遺伝子解析による遺伝子治療、臓器移植、ひいては ES 細胞による再生臓器技術等の集学的医学の成果が現れ始めております。これらの先端医学に従事する研究者や医学者が生殺与奪の生命操作の権限を恰も与えられたような現実性を俄然帯びて来ました。このことは、人の生命に人工的操作を加えて人を改変することが、真に人の尊厳を守り、人に福音をもたらすことになるのかどうかが改めて問われる時期が到来しているのではないのでしょうか。

文明の発達や科学技術の進歩が人の生活に利便性や恩恵をもたらした事実は歴史が証明している通りですが、人がその利便性にのめり込み、欲望渦巻く煩惱に取り憑かれ、より便利に、より豊にと我欲、我執の亡者となっていることも事実です。このまま科学の進歩を手離して容認してもいいものでしょうか。

わが国では、脳死判定で脳死状態が法律的に「人の死」と認められるようになり、それにともない「待ってました」とばかりに臓器移植法も国会で承認され平成 9 年 10 月から施行されております。しかし 6 年経過し、平成 12 年からは臓器移植法

の見直しも行われておりますが、臓器移植症例は 26 例（平成 15 年 10 月現在）に達してはいるものの、レシピエントの加速度的需要増に対しドナーは一向に増える兆しが見えてきません。この事実は、医学の移植技術の進歩や信頼とは別に日本人はその大多数が個人的に脳死を人の死として納得できていないこと、それにともない臓器提供や移植に心から賛同していないのではないかとすることがうかがい知れます。さらには我国には 6 世紀に仏教が伝来して以来、意識下深奥に仏教精神が強く根付いていることを否定できません。毎日の暮らしの中に仏教用語が氾濫していることから容易に理解できます。「これをやるのは四苦八苦やった」とか「茶毘にふす」とか、枚挙に暇がありません。生死観、救い、癒しこれらに答えを出した日本精神構造の因をなす思想は今日に至っても仏教以外に該当する哲学は見当りません。そこで日本人は脳死や臓器移植についてどう仏教的解釈をしているのか、どのように影響を受けているのか、例によって私の独断と浅学非才の思考で検証してみたいと思います。

2. 仏教における基本的生命観とは

紀元前 5 世紀にお釈迦様が仏教を説かれて以来、仏教は一貫して、生きとし生けるものの限らない生命の連帯と尊重を教えています。

「仏弟子の言葉：テーラガーター（長老の死）」によれば、「われは万人の友である。万人の仲間である。一切の生きとし生けるものの同情者であ

る。慈しみの心を修めて、常に無障害を楽しむ。」と記されています。自己と他のあらゆる生命体は、仲間であり、同情者であり、他の命を奪ってしか生きられない人間であるからこそ（食べ物はずべて他の生命体であることが一番解り易いでしょう）、できるだけ他の生命体を傷つけないことを目指していることが理解できます。慈悲の心底意趣が、無障害にあることを教えたものです。

さらに「仏陀の言葉：スッタニパータ」の悲しみの章によれば、「いかなる生物生類であっても、怯えているものでも、強剛なものでも、悉く長いものでも、大きなものでも、中くらいのものでも、短いものでも、微細なものでも、粗大なものでも、目に見えるものでも、見えないものでも、遠くに住むものでも、近くに住むものでも、既に生まれたものでも、これから生まれようと欲するものでも、一切の生きとし生けるものは、幸せであれ。……中略……あたかも、母が己が独り子を命を賭けて護るように、そのように一切の生きとし生けるものどもに対しても、無量の慈しみの意を起こすべし。」と説かれています。さまざまな生命形態に、価値の序列の上下をつけることなく、平等に愛し接していたことを教えており、いかなる生命もそのものだけの、代替え不可能な固有の尊厳性を持っており、母が子を護るように、仏教者は、生きとし生けるものの尊厳性を育み、護って行くべきであると論されています。その教え通り、中国を経て日本に伝教された日本仏教經典の導入部には、宗派を問わず、地球上に存在するすべての生きものに仏性が備わっているという悉有仏性のこと、仏法僧に帰依してその三宝を厚く敬いなさいと書き記してあります。お釈迦様が覚者として悟られたことは、生老病死の四苦八苦に始まり、諸行無常、諸法無我、涅槃寂静、一切苦厄ということでした。普通に考えるとまさかと思われるかも知れませんが、臓器移植の件に関しては、お釈迦様は可とも否とも見解を寄せられていないのが事実のようです。なぜならば、以下に述べるようにその教えの中に可否両方とも受け取れるような解釈が存在するからです。

3. 日本における仏教思想の変遷

「羯諦羯諦 波羅羯諦 波羅僧羯諦 菩提薩婆訶 般若心経」これは天竺（印度）から中国へ仏教を持ち帰った唐三蔵法師玄奘が、お釈迦様の教えのエッセンスを 265 文字で漢訳表現した最短仏典、「摩訶般若波羅密多心経」の終章です。この仏典によれば、摩訶般若波羅密多心経に則って此岸から彼岸へ行き着くように努力をすれば仏陀の生き方に近づく、すなわち覚が開けると説いてあります。此岸とはわれわれが住んでいる世界、俗に言うところの娑婆（しゃば：梵語でサハ）です。それに対し彼岸とは覚を得た人の住む世界です。仏教とはこの彼岸での教義、すなわち彼岸での仏陀の信条を、娑婆の暮らしの中で実践して生きて行くことに他なりません。小乗仏教では出家して、修行により己で体得するのですが、大乘仏教では在家のまま、凡夫のままで教えを実践するのです。これをだれが教えるのかと言えば僧侶で、これが僧侶の主務なのです。聖徳太子の 538 年仏教が日本に伝来してから今日まで 1500 年を経過しています。この長い仏教の歴史の中で、識字率 95% の現代日本人が仏教を真摯に学び仏教思想を精神の柱にして実践生活しているかと言えば残念ながら「否」と言わざるをえません。さらに現在、無念というか、恐ろしいことには、これまで日本の誇りとしてきた平和と安全と水は「ただ」と言われてきた神話が崩壊し、治安も飲料水も、そして空気までも汚染され物騒な世の中が実感されるに至っております。お金さえあれば……、戒律、畏敬の念、信仰を持たない傲慢な日本人がここ彼処に跳梁跋扈していることに他ならないのです。

江戸時代に徳川幕府はキリシタン禁教令を出し、その禁教政策を周知徹底させるために日本仏教を利用して宗門請負制度や宗門人別帳といった幕府の役所業務を寺院に受け持たせました。時の権力に阿（おも）ねる結果を招き、お役所仏教、葬式仏教と呼ばれて墮落し、人心もお寺から離れて行ってしまいました。それらの政策を甘受して経済的に恵まれた生活をした僧侶の怠慢も仏教を墮落させた一役を担ったことも否定できないで

しょう。しかし明治維新からの近代日本では廃仏毀釈を叫びはしたものの、頓挫して朝令暮改的に軌道修正し、仏教は国教に近い扱いを受けてきました。戦前は 4 月 8 日はお釈迦様の誕生日で学校も休業でした。大東亜戦争の終了後のマッカーサーを頭とする占領政策の中で新憲法ほど今日の日本人の精神構造を徹頭徹尾骨抜きにしたものはなかったのです。郷土愛はもちろん、愛国心に至るまで、丸ごと骨抜きになってしまったのが現状ではないでしょうか。米国を見てみると、憲法で信教の自由は確かに謳ってあります。しかし、米国民はメイフラワー号で清教徒精神を運んでからの建国以来、キリスト教は紛れもない国教的扱いを受けて国民に浸透して実践されています。この差違は何なのでしょう。

4. 臓器移植を否定するかもしれない慎重とする考え方

■第 1 には不殺生戒としての破戒行為です。

仏教の五戒とは①不殺生戒（生き物の命を不用意に奪ってはならない）②不偷盗戒（他人の物を盗ってはならない）③不妄語戒（嘘をついてはならない）④不邪淫戒（異性に淫らなことをしてはならない）⑤不飲酒戒（酒を飲んではならない）五つです。

脳死状態とは医学的には非可逆的現象で生還することは決してない、生還した症例は脳死判定をした医師の誤診であると言われてから久しく、脳死の判定は既に確立されています。しかし医学的には脳死判定後間近に必ずや心臓死が訪れようとも、日本の精神文化と申しますか、日本人の心情として、仏教的にも脳死はまだ生きている状態だと判断しているのです。人の死は心臓死であることは古今東西有史以来の不動の判断なのです。だから臓器移植という医療行為は、死にかけている生きた人間の臓器を摘出していると考えていることになります。既死の人の心臓や肝臓は臓器移植の対象にはなり得ません、生きている人を「死んだ」とみなして、待ち構えた脳死という診断の金科玉条を振りかざして臓器摘出を施行した結果、臓器提供者（ドナー）は確実に心臓死として死亡

するのです。臓器移植はドナーの命を奪うという過程で明らかに不殺生戒に当る殺人の罪を犯して施行されたという解釈になります。ここが重大な問題点だということです。

それでは死体から移植のための腎臓や角膜の摘出はどうかといえば、原始信仰を含めて日本では風俗習慣的に死体に対する肉親の思いこみと執着が強いのは今も変わりません。遺体を損傷することなど、とんでもなくゆゆしく、忌まわしいことなのです。江戸末期の葬式仏教の中でも遺体を人為的に損傷することは御法度でした。当時の蘭学医達が苦心惨憺して腑分けをしたことでも頷けるでしょう。死に行く者への名誉と尊厳のためにも当然のことです。江戸中期に伝搬されたキリスト教が日本に根付かなかった理由のいくつかの中で、大きなウエイトを占めたのは、日本人の遺体への執着、殊に遺骨への異常な執着を当初のキリスト教布教者が理解し得ていなかったことです。大東亜戦後 60 年経つ今でも南方への遺骨収集団が編成されていることを考えると、より深く理解できるのではないのでしょうか。日本人にはこれほどまでに死んだ肉親への思いが執着となっており、日本的な習俗信仰ともなって今でも生きているのです。

ところが、西洋医学のイノベーションの一分野として臓器移植がわが国に導入され、脳死の「生体」を切り刻んで諸臓器を取り出し死体となしてしてしまうことを肉親が許し認め、宗教界（主に仏教界）も世論もほとんど反論していないということになりますと、これは日本人の得意芸とする"ご都合主義"以外の何物でもないということにはならないのでしょうか。"ご都合主義"とは仏教的に考えますと、哲学のない軽薄な此岸通念であり、幼稚な善悪判断の基準ではないのでしょうか。つまり、都合のいい便利な行為は善であり、人にとって不都合な行為は悪であるとする考えです。近代日本史の中では為政者によって倫理も道徳も仏教でさえもがご都合主義的に運用され、典型的な彼岸通念となっていたのです。明治・大正・戦前の昭和の御代にはこのご都合主義の歴史に嫌というほど辛酸を舐めさせられた体験をお持ちの方が

まだまだ数多くいらっしゃるのではないでしょう。しかし仏教の根本的教義は絶対の彼岸哲学なのです。この彼岸哲学を徹底布教できなかった日本仏教は時の権力におもねたのか、屈したかのどちらかを選択せざるを得なかったのでしょうか。彼岸哲学があるからこそ、人間は未熟で知恵がないと覚えるのではないのでしょうか。マスコミの報道の仕方にも重大な問題点があるのです。臓器移植の結果で当事者を写して、(臓器を) 上げてよかった、もらったお陰で助かったとの感激シーンのみをマスコミで煽ってみせて、移植医学の裏に潜んでいる問題の本質を見え難くしているのです。アメリカ対中東戦争でも同じといえます。戦場の悲惨な現場を見せて、戦争をやってはならない、戦争反対と平和を訴えるようなものです。いつの時代も戦争を始めるのは国民ではありません。しかし犠牲になるのは普通の市民です。人が人を合法的に殺傷するのが認められているのは、死刑と戦争だけです。それでも宗教界は殺生であり、許せない行為だと断言しております。これは正当な主張です。話を戻します。仏教ではやはり脳死状態では人はまだ生きており、ドナーは殺生であるとしております。

■第 2 に貪・瞋・痴の戒めに背いている。

貪(タン=むさぼり)・瞋(シン=いかり)・痴(チ=おろか)は仏教の三毒とされています。結論的に申せば、臓器移植は生命の存続の欲望としては人智を越えた欲のかき過ぎです。少欲知足の勧めから大いに逸脱しているのです。人の臓器を当てにして生きて行くと死にかけている人を殺さなければ臓器移植は不可能だとの解釈です。この現実をレシピエントもドナーもしっかりと受け止めて認識する必要があります。この事実を知らずして生き延びたい欲望ばかりを前面に押し出すことは、もっとも慎まなければならない貪欲の大罪を犯しているのです。欲をかくなということです。与えられたままの命を全うすることは大切な生き様ではありますが、その人が長寿か夭折かはだれにも解らないことです。何時果てるか解らない命であるからこそ、今日、そして今を大切に生きて、生き抜いた事実を喜び、感謝を忘れないようにと仏教は教えているではありませんか。ましてやこ

の生体からの臓器移植には莫大な医療費が必要です。臓器移植を受けるためにお金を工面する努力をする。お金にゆとりのある一部の人は施行可能かも知れませんが、ほとんどの人が医療費捻出のために膨大な借金をしなければ不可能です。他人の善行を当てに募金に頼るなど愚かしくも惨めなことではないでしょうか。また拝金主義が付きまといます。お金の亡者にならざるを得ない恥ずかしい現実とはならないでしょうか。「金さえあれば」、「生きてさえおれば」これでは生かされて生きてることへの冒涇であり、あまりにも悲惨ではありませんか。とても生かされて生きていることへの感謝溢れる生き方とは言えません。他人様の臓器をいただいて命の調節をすることなく、生かされるがままに寿命を全うすることがお釈迦様の御教えに報いる最高の行為だと考えます。発展途上国では臓器売買も普通のこととして行われているようです。

■第 3 にすべての生きとし生けるものに仏性があり、人は仏子である。

われわれは独りで突然にだれの恩恵も受けずに生まれてきたわけではありません。地球上のすべての生き物の中で仏性を身につけて、地球上に人類が生誕してから 45 億年の命を繋いだ人として生まれてきたのです。日本の仏教経典の冒頭に、宗派に関係なく掲げられている礼讃文の出だしに「人身受けがたし、今すでに受く、仏法聞きがたし、今すでに受く」と説かれているように、この世に存在する無数の命あるものの中で因縁によってたまたま人として生きる命を与えられたのです。この受け難い人身と命を私物化して、意の向くままに勝手気ままに調節して生きてよいはありません。われわれは己が勝手に生きているではありません、生かされて生きているのです。その命を科学技術の恩恵だからといって何のためらいもなく臓器移植等の技術を安易に享受していいものではないでしょうか。エゴイズムやゴーマニズムが見え隠れしているではありませんか。われわれの命はお釈迦様から借り受けたものであり、お釈迦様の掌(てのひら)で生かされて生きているのです。各人各様に異なった生き方があり、寿命の長短もあり、運不運や幸不幸も付きまといますが、仏の子

には違いありません。そして一人ひとりには存在するがまさに尊いと。まさに天上天下唯我独尊という言葉の通りです。

■第 4 に心身一如という考え方

「心身一如」「色身一如」とは、精神と肉体とを一元的に捉える仏教の思想であり、科学が言うところの人間機械論とは異なっています。人間機械論とは、生命体を有機統合体として捉え、脳と身体を分け、脳が機能している間は、臓器を部品交換のように取り替えても問題はないとする考えで、これに対し仏教では、人格的な働きが脳にだけあるとは考えないで、脳も心臓も手足も互いに支え合って一つの命となっていると考えています。「胸のうちを明かす」「手心を加える」等は、心を脳にだけ限らない見方をしています。したがって、仏教においては、臓器を部分品の如く繋ぎ合わせようとすることに強い抵抗感を持っているのです。また脳に人間の生を生たらしめる唯一の器官としての価値を求めるならば、脳に欠陥のある人は、人格ある人として認められ難くなり、その人権をものが侵害され易くなる可能性が高まります。出生前診断や体外受精での検査で染色体異常児や先天奇形児が判明すると、この世から葬らんとばかりに妊娠中絶術を懇願する親ばかりか勧告する医師までがいたり、わが国では、生死観哲学の欠如や社会的因襲や偏見の強さから、人権意識の低さや生存権の侵害がいまだに跳梁しています。身体の不自由な人も、健常者も同等に生きとし生けるものすべてに生きて行く権利があるのです。障害がある人は社会が面倒をみる世の中に成熟してほしいものです。受精卵に始まって、障害を持った児の生殺与奪の権限は医者にも両親にもありはしないのです。ご都合主義で命の選択を行ってはなりません。精一杯生きている障害者を不幸と思い、何の援助も奉仕もしない健常人こそ不幸な人ではないでしょうか。

■第 5 に意識と体温の両方を重視してきた仏教伝統

原始仏教以来、「雑阿含経」「具舍論」等に説かれているように、命あるところには必ず煖と識があり、その体温と意識とが肉体から消されたり、

枯れ木のようになった時を死と定めてあります。それ故に仏教では、身体が温かい間は、まだまだ生命現象は続いているという実感をとても尊重しているようです。これが日本文化的に、現在でも人の生きていることへの正真正銘の「生」の判断ではないでしょうか。

■第 6 に東洋西洋の文化的土壌の異質性

西洋では、キリスト教の霊肉二元論や、哲学者デカルトに始まる心身二元論があり、それらに基づいて大きく影響を受けながら西洋医学も進化発展してきました。聖書では、靈魂とは風や息のようなものであり、神が息を吹き込むと、肉体が生きた人間になり、そして死んだその瞬間に靈魂は天国に生まれて永遠の生命を授かり、靈魂が離れた肉体は抜け殻に過ぎないので、臓器移植などで他のだれかのために役立ててもよいとされています。これに対して東洋では、先に述べた如く心身一元論に立ち、生命は心身と脳との両方で統合されているので、脳に如何なる障害が起きても、なお体温がある間は、心が身体に残っているとしています。このような文化的背景の違いを省みて、それぞれの文化に合った対応をすることが、脳死や臓器移植医療を認める場合には必要であるという考え方をしています。元龍谷大学長・仏教学の武邑尚邦先生は気候風土により人をモンスーン型、砂漠型、牧場型の 3 タイプに分け、その風土によって生や死についての異なる受け取り方があることにも注目しなければならないと述べています。すなわち、気候風土の厳しい砂漠や極寒の地では人はダイレクトに死に晒されます。そこで信仰の対象である神と人が契約関係で結ばれ、絶対一神教として存在するのに対し、モンスーン気候帯では穏やかな気象条件の中で、その対象である仏とは釈迦の生き方や哲学的思考の模索や修行の模倣の形での曼陀羅で多神教となっている、という違いがあると論評しています。このことは仏教には種々の解釈のあり方を容認してきたことと無関係ではないと思います。それでも一神教におけるキリスト教では歴史の変遷につれて、聖書から新しい解釈を引き出して時代に即応しているようです。が、イスラム教ではいまだに政教分離ができない中で古い教えを引きずり、派別に独特の

解釈をして、主導権争いで対立してジハードを繰り返しているのも現実です。シーア派、スンニ派と対立しテロの手段まで取り入れて殺戮し合い、宗教本来の信仰による救いや癒しはもうどこかへ吹っ飛んでいます。これが神への冒瀆でもなく、平和社会への挑戦でもなく、殉教とみなすところが不思議で、理解に苦しみます。ジハード（聖戦）などいかにも正当化された宗教戦争みたいですが、絶対神が殺戮を勧め認めるものでしょうか。

■最後に、仏教における知見の独自性について

さまざまな生命や臓器を見る時に、対象的にもものとして捉えようとする科学的な見方を、仏教的立場から批判している意見があります。どういうことかといえば、仏教では、一切の生命は、それが例え沈黙していても、極小であっても、そのまま代え難い固有の意味を持っており、仏性を宿させていただいているのです。その意味で、受精卵や脳死者や無脳児等に対して、生命操作を行ってはならないと考えるものです。いみじくも西田幾多郎が「善の研究」の中で、仏教のものの見方、愛について「（仏教における）愛とは、人格的対象の知識である。たとい対象が非人格的であっても、これを人格的として見た時の知識である」と論じているように、これからは私たちは、どんな存在も、人格的に愛し接して、生命の個別なる輝きを再発見して行くことが大切であろうと思われます。

5. 脳死、臓器移植を容認し肯定する考え方

仏教のおおらかさと言いますか、寛容性と言いますか、一見裏側的視点とも受け取れる様な洞察力の深さから物事の真実を見定めて、また汎仏性的見地から臓器移植医療を、菩薩行（ぼさつぎょう）もしくは布施行（ふせぎょう）として捉え、その行為を崇高だと考えるものです。しかし、これらの行は深い仏教的信仰心や修行がなければ似非行為と受け取られてもやむを得ないでしょう。ドナーもレシピエントも敬虔な仏教者で仏道修行に励み、その果てに移植医療に取り組むことが絶対に近いほどの条件となります。これはあまりに崇高すぎて凡夫の世界の行為ではないように感じ

ます。信仰者としては素晴らしい行為には違いないのですが。

■菩薩行としての臓器移植

臓器提供を、菩薩行として勧めて行くべきであるという意見もあるのです。大阪大学教授・哲学の大峰 顕先生は、個体レベルの生命にしがみついたのはエゴイズムであって、それを破って個体以上の大いなる生命に目覚めて行くことが大切であるとし、「私の身体の中のひとつも決して私の所有物ではない、ということは、だれの所有物でもないところのものが、不思議にもしばらく私において形をとっただけのことである。それ故、これらを私物化しようとすることは真理に反する。仏の教えに反することになって、餓鬼道に墜ちる。餓鬼道に墜ちるとは、私のあるがままの命を失うことである。今日、地球人類の科学技術文明は、脳死という厳然たる事実を発見し、脳死者及びその家族の善意と愛に基づく自発的な臓器提供によって、重症患者の命を救うという生命共同体の新しい課題を背負ったのである。」と論じています。また、脳死判定は医師のみができることであって、医師以外の人は口出しすべきでないとし、人間が人間であることのアイデンティティや意味は、脳に存在するのであって、手や足に心臓はないので、心臓死でなく脳死こそが人間の死であるという主張です。しかし菩薩行を積むまでには相当の修行段階を踏まなくてはこの心境には辿り着けないのも事実です。

■菩薩行の中の布施行としての臓器提供

仏教の中には、他を救うために自己の身体を捧げるという思想があります。「捨身餓虎」と表現されていますが、法隆寺の玉虫厨子には、薩垂太子が自己の身体を投げうって、飢えた虎の親子を救ったという話が描かれています。虎が子を産んで力尽きて、餌を捕る力もなくなり、そのままにしておけば、子虎も母虎も死んでしまいます。薩垂太子は助けてあげたいと思い、裸になって虎の前に横たわるけれども虎は噛みつく力もない。仕方なく太子は尖った竹で自分の身体を傷つけて血を流し、高い崖の上から身を投げて、虎に自己を施したという物語です。このように仏教において

は、布施という自己犠牲の精神が非常に高く讃えられております。その博愛精神を受け継いで、死後に自己の臓器を提供することも肯定され、その運動を積極的に推進して行くべきであるという意見です。凡夫にはドキッとする見解です。ところがこの意見に対して 1990 年に出版された日本印度学仏教学会の前田恵学委員長の声明文を読みますと、布施としての臓器提供を崇高な行為としながらも、布施が理想的に行われるためには、三輪清浄の条件が揃わなくては臓器移植はすべきでないと述べています。三輪清浄とは、布施をする人（ドナー）、布施を受ける人（レシピエント）、それに布施をするもの（臓器）の三つのいずれもが煩悩を離れ、清浄でなくては布施にはならないと戒めています。三輪清浄に基づいた布施の精神で行う臓器移植ならば仏教的には崇高な行為であるから提供をしたいという方の意志は尊重すべきでしょう。しかし、これ程までに徹底した布施の心を会得した仏教徒に遭遇することは現代ではほとんど不可能に近いでしょう。山折哲雄先生は、「仏教の精神である捨身飼虎を臓器移植のケースに用いて脳死と臓器移植の行為を美化してはならない」と、さらに、「脳死・臓器移植で犠牲の精神を説くのは傲慢なヒューマニズムを隠蔽する詐術である」と、仏教の布施の精神を言い立てるのは身勝手な理論であると述べておられます。

6. 日本で臓器移植が普及しない理由

脳死判定と臓器移植法が医学的、法律的に整備されて実施に問題がないわけではないのですが、一応移植医療の環境整備は完了しております。レシピエントは増加の一途を辿っているにも拘わらずなかなかドナーは増えません。医学の恩恵に預かりたい人がたくさんいるでしょうに、相変わらず外国へ出掛けて長い順番を待って手術を受けています。なぜでしょうか。不思議といえば不思議な現象です。これまで述べてきた事柄の中にその解答が散見されていると思いますが、改めてここでその理由を列挙してみたいと思います。

■日本文化では亡骸（なきがら）は物体ではない
キリスト教の霊肉二元論や西洋哲学としてのデ

カルトの心身二元論の思想史の流れの中で、靈魂の抜けた肉体つまり死体は、抜け殻に過ぎない、一物体である、として考えられてきました。だから亡骸は物体であるからして臓器を取り出して他の人に役立ててもよいと宗教的解釈がなされております。生前に深い関係のあった人々も亡骸に対する執着は見られず、淡々と扱われているようです。ところが東洋や日本では心身一元論の思想が浸透し生命は心身と脳の両方で統合されているとし、肉親や親しい人間関係にある当事者は死体に対し非常な執着心を抱いているのが普通です。次節で述べますが、さらに骨、すなわち遺骨に対する執着心は仏教心を離れても強烈です。日本のお盆や正月の民族の大移動と称される里帰り、これは紛れもなくご先祖の墓参りであり、亡骸への強い郷愁の念に他なりません。

もっと驚くことは、約 60 年前の大東亜戦争時の遺骨収集団がいまだに組織されて遺骨収集旅行に出向いています。仏教にはお墓を造って先祖の供養をする教えはありません。お釈迦様でさえご自分が涅槃寂靜にはいられたら、僧団は直接葬儀にかかわるな、団信徒に任せよと仰り、葬儀すらも指示されませんでした。これら墓参の習慣は日本の土着信仰や神道に儒教や仏教が融和した結果ではないかと思われます。日本人のほとんどだれもが先祖の墓参りと法事を営んでいるのではないのでしょうか。私個人としては先祖供養は理屈抜きに素晴らしい行為だと考えます。ご先祖への崇拝と亡骸への思い込み、そして今の自分の存在への感謝、墓参の効果は十分に昇華されているではありませんか。自分は無神論者と思いながらも……。

■日本人の山岳信仰・他界観・遺骨信仰等への執着やこだわり

16 世紀に日本にキリスト教が伝来して、布教による信者も増え信仰も深まりましたが、切支丹禁教令や檀家制度といった政策下に始まり、明治政府が信仰の自由をその憲法で認めて以降でも日本ではキリスト教は定着しませんでした。なぜ日本で根付かなかったのかという問いに対し、山折哲雄先生の説によれば、第 1 点は政治・社会シ

ステムの圧力という観点です。これは政治政策としての切支丹禁教令と宗門改めと檀家制度による寺檀関係の確立でキリスト教伝播の息の根が止められたようです。仏教は神道と習合して国民宗教化の様相を呈してきました。死者は身分や地域差に関係なく仏式によって葬られ、個人の葬祭としての儀式を執り行いいわゆる葬式仏教として檀家制度の庇護の基に全国的に取り入れられ、神道は「集団としての地域社会」と密着し護国・自然災害からの安寧・豊穡を祈って発展し神祀りや神信仰として発展し、その役割を異にして国民に受け入れられたことは今日あるが如くです。

第 2 点は日本人による外来宗教の受容仕方に独自の個性があったという点です。この受容パターンに順応した外来宗教は日本定着に成功し、順応しなかった宗教はそれに失敗したということになるようです。日本人の外来宗教の受容という課題に関して「山岳信仰」「他界観」「遺骨信仰」の 3 問題が存在し（この 3 問題の内容については今回は省きます）、仏教はこの 3 問題を無理なく取り入れ融合し土着化に成功したと山折先生は論破されております。さらに日本には先祖崇拝の精神が脈々と受け継がれて来ているのです。この先祖崇拝の重要性をキリスト教は見誤ったがために定着の大きな妨げになったと述べています。われわれは死後どうなるのか、今でも西方浄土へ行けると主に言われているように「他界観」、その浄土に近いところが高い崇高な山すなわち「山岳信仰」で、現在でも行われている大東亜戦争時の戦死者の遺骨収集などの「遺骨信仰」等はどれも現在も生きている侮れない信仰ではありませんか。日本人にはこういった信仰心が心奥に潜んでいるのです。

■仏教的伝統での人の死は「体温」、「意識」の消失である

日本人の社会では今でも人が倒れていたり、遭難したり、事故に遭遇した場合、身体に触って温もりがあるか、意識があるか、問いかけに回答するかで救助の緊急性を決めてきています。これらがとりもなおさず肌の温もりと意識の有無で生命の危険度を無意識に測っているのです。特に意

識がない植物人間状態や脳死状態において身体が十分に温かい人を見て触って、この人は「もう死んでいる」と言われてもほとんど実感が伴わないのが当然ででしょう。肉親に至っては尚更のことです。臓器提供をとの申し出があっても躊躇し狼狽するのが自然感情というものではないでしょうか。

■臓器移植の実現への後ろめたさ

日本では神道と仏教の区別ができない人がたくさんいるとか、国民のほとんどが無信仰者だとか言われようとも、まだまだ日本人には仏教精神がその生活真髄に脈々と息づいているのではないのでしょうか。ドナーの死亡でもたらされる臓器移植での脳死判定への後ろめたさ。臓器提供を受けることでドナーが亡くなってまで自分が生き延びてよいものか、これまでの自分の生涯の中で布施と徳を積んで来なかったレシピエントの後ろめたさ、人間性の未熟さ、良心の呵責が彼等に働かないはずはありません。ましてや臓器移植に成功した暁での自分の元気さの度合いが高ければ高いほど、ドナーへの思いが募るのではないのでしょうか。しかし考えてみますとこういった感情の動きは、布施への尊い感謝の自然の気持ではないのでしょうか。ここまでの配慮がレシピエントにあればもう立派な仏教者です。これ以上の生かされて生きている実感はないでしょうから。

■臓器移植を前提とした脳死判定への欺瞞感や疑義感

臓器移植目的の脳死判定だと揶揄されていまだに医師をはじめ法曹界や哲学者、知識人の間で堂々と議論されている事柄です。平成 12 年 10 月から始まった臓器移植法改正案では

1. 法律によって、脳死を一律に人の死とする。脳死の拒否権は認めない。
2. 脳死になった本人がドナーカードを持っていない場合、「臓器移植に自己決定して死んだ」ものとみなし、家族の承諾があれば移植できるようにする。

3. 親権者の承諾があれば、意志表示のない 15 歳未満の脳死の子供からも移植ができるようにする。

という結論を導く内容の最終案が厚生労働省に提出されそうで、移植推進団体からも、同様の要望書が提出されているようです。臓器移植を推進するためにここまでやるかというやりたい放題感を否めません。「愛の医療」などと銘打って、言葉で酔わせて……。

これらのやり口は、戦場の凄惨なシーンをこれでもかこれでもかと動画で見せて、「戦争は悲惨だ、悲惨だ、絶対許してはならない。平和が大切だ、最高だ」の解説や、先天の奇形児や染色体異常児を産むとこれだけ高医療費がかかり、無駄になると金額数字を提示して「不幸な子供を産まない」運動と称して時代錯誤の優生思想を繰り広げる、といった啓蒙の手口と酷似しています。結果だけを見せて、その根底にある問題点の思想や哲学を被覆するやり方です。

脳死判定自体にもまだまだ数多くの問題点が残されています。①なぜ脳死状態になったら心臓死に至るのか、そしてすべてが脳死状態から死に至らないで生き延びる脳死患者がいるのか。②脳死とは脳の表層の判定しかできなくて、臨床的には深部の脳の生死の判定は不可能であること。③全脳死、脳幹部死、小脳死かの診断もつかないのに一律に脳死と診断してよいものか。④脳死判定とは近期の死に至る過程にはあるが、まだ脳も個体も死に至っていないこと。等々です。

脳死を一律に人の死と決めることには前に述べた通り大きな問題があります。ましてこれを国家法律によって決め、拒否できない等は国家権力の濫用ではないでしょうか。各人の信仰とか生死観に委ねるべきです。そして脳死者からの尊い臓器提供の意志が確認され、ご遺族も賛同された場合に施行されるべきであって、タイムリーだとか臓器不足だからという理由で移植医療の施行は決してなされるべきではないと考えます。さらに臓器提供の申し出があったら、救急蘇生や末期医療の

手を抜いて死期を早めるとか「臓器移植ありき」のためには何が何でも……、移植医、コーディネーターが連んで、臓器提供を促し、脳死の死期を早めるとか、恐ろしい風潮も存在しているようです。さらには臓器提供者の屍から請われた臓器以外の人体部分が皮膚までも剥ぎ取られたという事態さえ起こって、紛争沙汰にもなっているようです。ドナーの人権や尊厳など葬り去られて、法律でも保護されていません。

仏教的視点からでなくとも、棚島次郎先生は「現行移植法の根本的欠陥」として①生きている臓器提供者の保護規定がない、②主要臓器以外の人体組織の利用に対する規定がない、③研究目的での人体利用に対する規定がない、④治療中止のぜひ議論が欠如している、等と法律的欠陥を指摘しています。法律的にもまだまだ不備だらけというのが実情のようです。

7. おわりに

脳死や臓器移植については日本仏教教団の中でも、宗派によりその受け止め方もそれぞれに異なった解釈や立場でもって論陣を張っておられるので（私個人はそのように理解しております）、日本仏教としての統一見解を求めるべくありません。この統一見解が出されなかったということは、生死観の指導者として、当事者の安堵感や癒しを与える意味からも非常に残念な気がしてなりません。ここで仏教の一喝でなくとも一偈文がでておれば……との思いが今でも強いのですが、やはりモンスーン気候帯の穏やかな曼陀羅宗教のせいだったからでしょう。

脳死を個体死として認め、臓器提供に応じている人は、そのほとんどが宗教の教義に基づいて崇高な布施の心から脳死・臓器提供を肯定しているのではなく、現在の移植医療技術を信頼して、その医学の現状を尊重しているから移植医療に名乗り出たというのが本音の姿ではないのでしょうか。こういった現状を踏まえ、本人の宗教的自覚や自己決定権が尊重された上で、自発的ドナーとしての臓器提供は美しい崇高な行為でありだれに

も止められないことでしょう。逆に本人の信仰に目覚めた宗教的自覚に基づいて、緊急事態時にも臓器移植を拒否し、与えられた自分の寿命をあるがままに全うすることも素晴らしい崇高な行為だと考えます。

日頃の健常な時に、自分はいざという時にどのような選択を下すのかということを含めて、宗教とは命の存在についてどう教えているのかを知ることが強力な自己啓発になります。殊にわれわれは仏教的には非常に取り組みやすい環境にあります。なぜって、家の宗教はほとんどが仏教であり、お寺もお坊様も市井に氾濫しているからです。仏縁に触れることがないということに他なりません。老師様との警咳に接するほどのご縁をいただけたら、仏教の世界へグイグイ引き込まれること請け合いです。これからは国際化の波の中で、無信仰者、無宗教者は国外で危険人物視される可能性が高くなります。殊に一神教の国へ旅する場合は入国玄関で「宗教は?」、「無信仰、無宗教」の

会話で入国を拒否されることがあり得るようです。なぜか、信仰や戒律を持たない人間は何をしでかすか解らないからです。仏教ですら、信心深い人でも催す機会に出くわすと人をも殺しかねない、それが人間の性（さが）であると戒めてあります。常日頃の仏道を通して戒律を守るべく自戒することが大切だと教えてあります。人とはそれほど弱い存在で、いくつになっても未熟者なのです。何か畏敬し畏怖するものの教えに縋ってしっかりと自己抑制を続ける必要があるのです。お金や自分の貧弱な経験に頼ると強烈なしっぺ返しを食らうでしょう。

脳死、臓器提供、臓器移植の過程で、これ程の深い生死哲学が含まれており、医学の技術革新のみがすべてではないとのご理解をいただき、さらに今からでも遅くない信仰のある生き方が受け入れられたら、筆者の望外の喜びとするところです。

合 掌

初霜

徳医句会

炉開きの香のたちこむる一会かな
裏庭にときに猫来て冬ざるる
くしゃみして脳より何か飛び出せり
延暦寺時雨れて色を失ひぬ
初霜の朝日をうけて輝けり
傘寿にはまだ余白あり年惜しむ
紅葉濃し随心院の昔日を
山紅葉可憐な姉妹京言葉

浅海日出子

村田 周陽

武田 子龍

姫野 豊山



天気晴朗ナレド波高シ

吉南 小林 憲治

明治三十八年五月二十七日午前二時四十五分、五島列島白瀬島の西北 40 マイルの海上で日本海軍の特務艦隊が船舶群の灯火を発見した。明治政府の掲げる富国強兵策のもと着実に実力を蓄えつつあった日本が、海軍力を以って欧米列強に比肩し得る晴れ舞台に踊り出ようとする序曲の始まり、つまり、日本海海戦のプロローグである。

ロシア・バルチック艦隊(以後、「バ艦隊」と記す)らしき船影と判断、これを追従確認した仮装巡洋艦信濃丸は、午前四時四十五分に「敵艦ラシキ煤煙見ユ」の報を打電する。

鎮海湾（現韓国）で待機中の日本海軍連合艦隊は、これを受信、大本営に向け「敵艦見ユトノ警報ニ接シ、連合艦隊ハ、直ニ出動之ヲ撃滅セントス。天気晴朗ナレド波高シ」の電文を発して、直ちに抜錨、旗艦三笠を先頭に出動して対馬水道へ向かった。

二十七日午後一時五十五分、旗艦三笠の艦橋に Z 旗が翻翻として翻り、彼我の距離七千米となった午後二時〇八分、「バ艦隊」の旗艦「スフォーロフ」が三笠めがけて初弾を発砲、午後二時十分、満を持した東郷連合艦隊司令長官は六千米にて発砲を命令する。

「皇国ノ興廃、コノ一戦ニ在リ」の Z 旗のもとに海戦は二日間に及ぶが、捨て身の T 字に構えて迎え撃つ日本海軍は、月月火水木金で鍛えた正確無比の集中砲火と「夢寐にも忘れることなく」の精神力で、主戦は約三十分で勝負が着いたと言われる。世に言う「トウゴウターン」の迎撃体勢で、腕を撫して待ち構えた日本連合艦隊が「バ艦隊」を一瞬の内に壊滅させたのである。

海戦の詳細は、これまで夥しい著述が有り、また、俊才秋山真之の考案と言われる「T 字戦法」への異論も割愛し、ここでは七月十九日からルソ

ン海で「バ艦隊」の消息が消え、その後の対応に苦慮した日本海軍連合艦隊司令部の「バ艦隊航路の予想対策」について経過の要約を紹介する。

「東郷平八郎連合艦隊司令長官は一貫して“バ艦隊”の対馬海峡通過を確信していた」というのが通説であるが、事実は些か複雑な経過を辿ったようである。

七月十九日午前五時三十分より、三井物産の雇用船「オスカル二世号」がルソン海峡で「バ艦隊」から三時間に亘る臨検を受けて以来、その後の消息が杳として判らなくなった。

レーダーや宇宙衛星はもちろん、哨戒航空機もない当時では、船による有視界確認しか決め手はない。しかも、艦船の場合は、その航続速度の如何で通過時間を予想するのは至難の業である。当然のことながら日本海軍艦隊司令部内は大いに混乱した。

「バ艦隊」がウラジオストック港へ向う航路は三つある。積載燃料から考えれば宗谷海峡経由はないだろうが、対馬海峡を避け津軽海峡航路に向かうことは容易に考えられる。待ち伏せする日本海軍にとって、この予想選択は極めて重要な問題であった。つまり、ウラジオストック港へは対馬海峡から 600 マイル、津軽海峡から 470 マイルで、この距離差は待ち伏せ場所を間違えるととても途中迎撃には間に合わない。

艦隊司令部と大本営との航路予想についての連絡不十分や意思不統一等の内容・経緯は略するが、消息不明の「バ艦隊」の捕捉に躍起となっている日本海軍艦隊司令部では、時間が徒に経過するにつれて強い動揺・衝撃・不安を生じ、その結果、大方の意見は次第に「津軽海峡通過説」が主流を成して行った。

この時、歴史的にはあまり知られていないが「対

馬海峡通過説」を頑なに信じ、孤軍奮闘、命を賭けて主張し続けた人が居た。第二艦隊参謀長藤井較一大佐（後の海軍大将）である。彼は一徹、熱弁をもって「対馬海峡通過説」を唱え続けた。

七月十九日以後の「バ艦隊」の航行経緯は、野村実著「日本海海戦の事実」に詳しく書いてあり省略するが、この時期に世に言う「密封命令（五月二十四日配布、二十五日午後三時の開封命令）」が登場し、さらに、事態を緊迫化させるのである。ちなみに、この「密封命令」は「バ艦隊津軽海峡経由に対応して連合艦隊の北進開始を決定する」というもので、その実体内容は第二次大戦後になって初めて公開された。

この時期の時間的経緯を史実で見ると、「バ艦隊」の予想航路決定を決め兼ねた艦隊司令部は詮議の結果、遂に「密封命令」を発するとともに、二十四日午後二時十五分「相当ノ時期当方面ニ敵艦隊ヲ見ザレバ、敵ハ北海方面ニ迂回シタルモノト推断シ、聯合艦隊ハ・・・大島（渡島）ニ移動セントス（抜粋）」という「連合艦隊の北方移動」を表明する「北進第一電」を大本営に打電した。つまり、連合艦隊は津軽海峡方面で待ち伏せするというのである。

これに対し、あくまで対馬海峡説を採る大本営は「・・・移動セラレルコトニ就イテハ、特ニ慎重考慮セラレンコトヲ希望ス」と返電したが、これと行き違いに、さらに、「二十六日正午までに“バ艦隊”の発見がなければ北方への移動を決断する」という内容の「北進第二電」が艦隊司令部から出された。

現在地は確認できないものの、もう敵は目の前に来ているので猶予はできない。切迫した当時の艦隊司令部内や大本営との間にかなりの動揺、齟齬、不徹底、不一致、混乱があったことが窺われる。「バ艦隊」の通過が津軽海峡か対馬海峡か、日本の運命が架かっているのである。つまり、連合艦隊が「バ艦隊の津軽海峡通過説」を採り津軽海峡に集結し、逆手に「バ艦隊」が対馬海峡を無傷で通過してウラジオストック港に入れば、爾後、日本海を吾がもの顔に暴れ捲ったことは容易に推察できる。

この時期、つまり二十五日午前、日本海軍にとっては天佑とも思える「三笠軍儀」が行われ、そし

て、私の唱える「救世主」が主役として現れるのである。大袈裟に言えばこの人が居なかったならば、日本海海戦は別の形態をとり日露戦争の勝敗はどうなったか判らない、と思う。二段論法で言えば救世主「第二艦隊参謀長藤井較一大佐」が「密封命令」を開封不履行に終わらせた為、対馬海峡決戦となり、結果的に日本を救ったことになる。

彼は、二十五日午前に行われた「三笠での軍儀」において、二十五日午後三時には開封される手はずになっていた「密封命令」の開封延期を強く主張した、と言われる。密封命令が開封されると即実行、したがって、二十五日午後三時には必然的に連合艦隊は津軽海峡へ向かう手はずであった。

その経緯は、紙面の関係で「日本海海戦の真実」や「坂の上の雲」で見てもらうとして、私はここで最終的に藤井説が取り上げられた「偶然性」を指摘したい。

1. 当時、艦隊司令部では秋山真之等の考えとして「形式的な会議を開いてもよい工夫は出て来ない」という理由で格別な会議は開かない傾向であった。それが、俄に二十五日午前に行われ、いわゆる、命運を賭けた「三笠軍儀」となった。つまり、「密封命令」開封のタイムリミットが二十五日午後三時だから、この「二十五日午前の三笠軍儀」の開催は、危機一髪的重要な要素を得てくる。もし、この時期に三笠軍儀が行われなかったならば藤井大佐の意見具申は通らなかった、と考える。
2. この日は低気圧のため海が荒れていて第二戦隊司令官島村速雄少将の乗る短艇は遅れ、彼は軍儀に遅参した。結論を決め兼ねていた一同が、遅れて来た島村少将に「バ艦隊の遅延」について質問した時、彼は「バ艦隊の速力がわれわれの推定以下かもしれない。物事には異変性があるものです。今日も、こうして私が遅れて来たではありませんか」と答えたという。島村の言葉にヒントを得て会議の緊張は一瞬にして和み、北進一辺倒だった軍議の主流意見が次第に動いて行ったという。咄嗟の明瞭な喩に皆が納得したのである。ちなみに、島村少将も対馬海峡通過説だった。
3. 「密封命令」は絶対であるから公式に開封されておれば、つまり、二十五日午後三時を期

し連合艦隊の主力は躊躇なく津軽海峡へ移動、対馬海峡は空っぽ同然となる。

それが、藤井大佐の懸命な説得により辛くも開封されず、つまり、連合艦隊の北進は実現しなかったのである。一説によると、密封とは言え実状では封はしてなく形式的なもので、唯、午後三時から有効、ということだったらしい。

いずれにしても、開封が延期されたというところに意味があった。つまり、所在不明の「バ艦隊」が再発見されたのが二十六日午前零時 0 五分、その報告が連合艦隊に伝わったのが二十六日早朝だから、二十五日午後三時に開封が実施されておれば連合艦隊の総勢は津軽海峡へ向かっていたことになる。

ともあれ、大方と言っても過言ではない「バ艦隊津軽海峡迂回論」の三笠軍儀の中であって、対馬海峡説を唱える藤井大佐の熱弁は揺るぎが無かった。切腹覚悟、命を賭して一步も引かず、そして、遂に自説を押し通した。その詳細は割愛するが、もちろん、彼には合理的、且つ、緻密な計算の上での「対馬海峡通過説」であった。

その結果、「密封命令」は開かれず、したがって、海兵七期の同期生島村少将の助けもあり、大袈裟に言えば『藤井較一大佐（当時）が日本を救ったと言っても過言ではない』と思うし、これが私のこの話のクライマックスであり大団円でもある。

藤井較一氏は、知性豊か、計理に明るく、群を抜いた意志力の強さ、寡黙で人付き合いが不得手、沈着、名誉欲なく、しかし、実戦では臨機応変・天賦の知将だった言う。

これから想像して、私は極めて怜悯、先見性に富み、計理に長じ緻密な人だったと思う。只、無欲で功名心がなく、その上、当時の海軍内で有利な薩摩閥ではなかったから、常に、出世は同期生の後塵を拝したようである。岡山県の生んだ唯一の海軍大将である。一応、話は此处までであるが、折角だから蛇足を加えて置こう。

一説によれば「一つの賭け」だった、とも言われる山本権兵衛海軍大臣の推挙により得た連合艦隊司令長官の職席ではあったが、東郷平八郎元帥でなければ日本海海戦は乗り切れなかったかもしれない。そして、彼は一躍「アドミラル・トウゴウ」の名を世界に冠たるものにしたのである。が、そ

の陰には隠れた逸材・真の功労者のあったことも、決して忘れてはならない。「一将功なりて万骨枯る」、「籠に乗る人担ぐ人、そのまた、籠を造る人」と雖も、歴史は真実を正しく、詳細、且つ、確実に書き残さなければならない。そして、歴史を単に過去のものとしてせず、それを見習い、さらに、教訓とすれば、歴史は決して過去の話ではなく脈々として現在にも有効的に生き続けるのである。

戦争を放棄した今の平和日本に何を今更、しかも、こともあろうに戦争や軍人の話を持ち出すのか、というご批判もあろう。しかし、古来より偉人賢人と謳われる人には一様に「無私」という信念があった。決して、戦意を高揚する気はさらさらでないが、命を張っても国のために自説を貫いた「先人の信念に基づく無私の善行」を見習うに躊躇は無用、それをわれわれはもちろんのこと、殊に、今の政治家や外交官・政府官僚関係者は大いに参考とされたい、と愚考したのである。

以上は、最近読んだ本に示唆されて、日頃、漠然と偶感していたことを閑中の閑話として、敢えて、旧聞に属する昔話を持ち出した次第である。

（付記：そもそもこの文章は、藤井較一大将を主人公にして書く積りであった。インターネットを開き、各所（岡山県関係、厚生労働省援護局、防衛庁、海上自衛隊など）に電話を掛け捲くった。ところが、いずれも軍籍と岡山県出身という程度の返事しか返って来ず、出生地さえ判らない。私が知りたいのは「藤井較一氏の人間性」であり、その糸口として「岡山県の何処の出身なのか」でも知りたかったのである。

思い余って、元海軍兵学校生だった元川崎医科大学々長勝村達喜先生に電話したところ、間もなく、「判ったぞ!」と電話の返事をいただいた。曰く、「岡山県赤磐郡赤坂町坂部（元坂部村）の出身…」と聞き及び、「先生、其処は家内の郷里の近くです」。

此处まで判れば、と意気込んだが、時すでに平成十五年十月三十一日、炉辺談話の投稿に間に合わない。したがって、書き置いたこの原稿になった次第である。戦争放棄・戦争忌避の日本とはいえ、特に、軍関係の偉人の歴史が埋もれている時代だ、とつくづく空しさを感じた。

編集後記



理事 濱本 史明

2004 年の新しい年になりました、新年おめでとうございます。

一年が過ぎるのは本当に早く、今年こそはと思いながら、目標を立てようとしているうちに一年間が終わっています。去年を振り返ってゆっくり反省をしてみたいものですが、あまりの時間の早さに戸惑うばかりです。

スバル天文台が、地球から約 128 億光年先のもっとも遠い銀河を発見したというニュースを聞きました。ということは宇宙が誕生してそれ以上の年数が経過していることとなります。それに比較すると人間の一生は、いかに矮小なことかと考えますが、そんなことにはお構いなしに、いつものようにまた一年が始まり、日常を繰り返していきます。

11 月 23 日の国保ウォーキング大会で紅葉の長門峡を楽しみました。約 5 キロ先の終点にバスが待機していて、片道で帰ることになりました。愛犬を連れて来られた編集委員の Y 先生は、復路を奥様と愛犬とで帰られました。「往復大変だったでしょう?」と聞くと、「帰りは行きとはまた違った景色を楽しむことができて良かったよ!」との返事でした。景色だけでなく、あらゆる物事をいろいろな方向から見て、そして考えることが、あらためて大事なことだなと考えさせられました。

今年の炉辺談話も、執筆された諸先生がたの力作で構成され、ゆっくり読ませていただくのが楽しみです。編集委員、渡木先生の「仏教的観点での脳死・臓器移植の考えかた」は、「人の死」に対する考え方を分かりやすく説明していただいたような気持ちになりました。そういえば、森先生の「自称映画ファン」の中に出てくる「ブレードランナー」は、クローン人間の「死」がテーマだったような気がします。

表紙色紙は傘寿を迎えられた高本先生にお願いし、「瑞光」で飾られることになりました。今年が「めでたい光」で始まり、このやりきれない閉塞感で充満している世界から、少しでも抜けだせるような年になるよう祈りたいものです。ちなみに「瑞香」は沈丁花のことで、春になるとあの類い稀な香りが庭いっぱい広がるのが楽しみです。「沈丁花」の花言葉は「よい前兆・栄光」。

