

# 山口県医師会報

新年特集号

2005  
平成 17 年  
1 月号  
No.1733



雪牡丹 牧野 典正 撮

Topics

〔特集：混合診療〕  
国民皆保険制度堅持について

山口県医師会報は、本年より  
月 1 回の発行となります。  
(毎月 15 日発行)

# Contents

## 新年特集編

新春挨拶	3
講演会「国民皆保険を守る運動について」	6
座談会	19
混合診療の禁止は健康保険制度の理念に基づく	35

### - 炉辺談話 -

第一回中国地区バリアフリーダイビング大会に参加して	40
父母からの手紙	44
年越し	45
私のボケ防止法	46
混合診療に NO!!	48
失敗だらけの車選び	50
近頃の親子関係	55
恩賜財団済生会 山口県済生会山口総合病院	56
地震台風雷停電	59
混合診療解禁は国民になにをもたらすか?	60
一本松	61
介護ふん戦記後編・・・命燃え尽きるまで・・・	62
杜牧「江南の春」をよむ	64
萩ヨットクラブと萩レース	68
< 医学と仏教 > 胎教とは	70

郡市会長プロフィール<第6回：熊毛郡医師会長>	80
日医 FAX ニュース	81
今月の視点「学校・地域保健連携推進事業」	82
国保だより：第3回「学びながらのウォーキング」大会 in 秋吉台	84
平成 16 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会	86
県医師会の動き	90
飄々	92
お知らせ・ご案内	93
編集後記	97

*YamaguchiMedicalAssociation*

# 新春挨拶

## 新年に思う

山口県医師会長

藤原 淳



あけましておめでとうございます。

昨年は全国的に何度となく強い台風や地震などに見舞われ、私たちは自然の猛威に言い知れぬ不安と脅威を感じた年でありました。

政治、経済、教育など相変わらず混沌とし、先行きが見えませんが、私どもの関与する医療・福祉の分野も不透明そのものであります。小泉内閣の「聖域なき構造改革」路線にのる経済財政諮問会議や規制改革・民間解放推進会議主導の社会保障改革は、混合診療導入や株式会社の参入などにみられるように、市場経済優先の政策であります。混合診療導入が、保険給付の縮小と患者負担増を来たすものであり、世界的に高く評価されている国民皆保険制度を瓦解させるという危険を孕んでいるということは、今更言うまでもありません。国民皆保険制度に対して、これを否定したり、新たなレジームを提唱しているものはだれもいませんし、第一、平成 15 年 3 月に閣議決定された

「基本方針」にも“安定的で持続可能な医療保険制度を構築し、将来にわたり国民皆保険制度を堅持する”としっかり謳っています。混合診療解禁のもつ意味を国民に十分知らせることなく、崩壊に導いていくことは許されるものではありません。このことについては何故かマスコミはいたって傍観者的立場であり、国民に正確に熱意をもって情報を伝えているとはとても思えません。確かに、医療提供側である東大など 3 大学病院が、「特定療養費制度の抜本改革もしくは混合診療導入」を規制改革会議に要望したのには驚きの念を禁じませんが、その動機は経営上の問題が大きいと考えられます。貧富の格差を拡大する混合診療解禁反対と同時に、一方で、保険財源について、“医療の質と安全また医療機関の経営を担保する”ためには、せめてドイツやフランス並みの対 GDP 比 10% 前後の医療費増大を政府に要求していかなければなりません。

2005  
New Year

## 新年挨拶

混合診療解禁にみるように、新自由主義・市場原理主義が医療・介護・福祉分野に持ち込まれると、十分なサービスが受けられなかったり、生命の危険さえ冒されるような事態が起りかねません。そのことは社会保障制度そのものの信頼を傷つけ、特に中流層には貯蓄に走らすことになり、真の市場経済の活性化と逆の方向へ行くこととなります。現在、日本において所得格差の大きさを示すジミ係数は拡大してきており、“努力が報われる社会に”と言いながら、勝者と敗者ははっきりした社会を作り上げてきています。社会保障は平時の安全保障といいいます。今、政治は“ダチョウのように砂の中に頭を隠す”とある新聞の社説に揶揄され、説明省略の首相を頭に抱き、本当にこの国は大丈夫かという不安感を持っている国民は多いと思います。

日本医師会は坪井体制から、植松体制へと変わり、かつてないほど厳しい医療を取り巻く環境に対応していますが、これまでの体制の継続性と新しい執行部としての新機軸の狭間で、今ひとつ、私ども会員には方向性が見えませんが、時間とともに明確なビジョンが示されるものと期待しています。いずれにせよ、現執行部をしっかり支えると同時に、地方の意見を汲み上げ、反映する体制に持っていかなければ一体感はないと思っています。

山口県医師会も昨年 4 月に新執行部と

してスタートしましたが、7 月の参議院選挙、11 月を中心とした署名活動、県民運動など大きなイベントがありました。このイベントを通して、山口県においては、会員の方々の医政への関心の高さ、見識をあらためて全国に知らしめた年でもあったと自負しています。

規制改革・民間解放推進会議等の動きはさておき、今年は介護保険改革、来年は医療保険改革がスケジュールに上っています。

介護保険改革は骨格が固まりましたが、当初予想されたような大きな改革にはならないようです。介護保険は利用者数の予測以上の増加ということで、早くも財政が悪化してきておりますが、改革の中身は保険料の値上げと利用の制限です。相変わらずの高齢者負担増でお茶を濁すという感じが否めませんが、市場原理の導入と営利性を認めたこの介護保険、利用者のサービスの選択をうたい文句にしてきたはずですが、その理念も怪しくなっています。いずれにしろ、給付と負担の調整は必要ですが、営利企業の参入を野放しにして、保険財政が持つはずもありません。根幹部分にメスを入れ、非営利を中心とした地域社会作りに基礎をおく視点での改革が必要ではないかと思っています。

医療保険改革についてはやはり「基本方針」のなかで、診療報酬体系について「少子高齢化や疾病構造の変化、医療技

## 藤原山口県医師会長

術の進歩等を踏まえ、社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供されるよう、必要な見直しを進める」と明記しております。とくに、ナショナルミニマムではなく、最適医療としている意義は大変大きいと考えます。今期は日医診療報酬委員会の委員長という重責を担っており、こうした観点をもとに、そこでもしっかり会員の声を反映した答申を作り上げたいと強く決意しているところです。

地方分権の流れの中で、税財政改革（三位一体改革）が取り纏められましたが、この中で国民健康保険（国保）や救急医療など社会保障関係が対象となっております。特に、国保の移譲は医療界にとって極めて影響が大きく、保険者の広域化や県単位での医療費コントロールということになり、県行政と医師会との摩擦が生じかねません。まだ見えない部分もありますが、今後、医師会の役割が一層求められることになるだろうと予想しています。

勤務医関係は、これまで以上に、医師会として最重要課題として取り組まなければならないと思っています。勤務医は医師数の約 6 割を占めていますが、医師会への加入率は 5 割前後です。現在、勤務医の過重労働や医師数増加、医師派遣問題など課題は山積しています。こ

う問題を解決していくためには、日本学術会議議長の黒川清氏も言うておられるように、「日本医師会にすべての医師の力と知恵を結集して、よい医療の構築」を目指さなければ、諸問題の解決は困難です。今回の混合診療解禁問題にしても、しっかりで、医療界が内部分裂しては簡単に相手方に足元をすくわれ、医師の地位も、裁量権も、信頼も失われていくこととなります。よい地域医療提供体制を構築する上でも、勤務医・開業医の連携強化は地域医師会の大きなテーマと考えています。

最後に、自浄作用活性化委員会について触れておきます。日本医師会の求めもあり、山口県医師会においても「医の倫理」を認識し、実践する組織を作り、会員が共通意識をもってこれに取り組むこととしました。会長就任挨拶でも触れましたが、日医の動きをみて対応したため、若干設置時期が遅れましたが、不正行為による行政処分や医の倫理に反する行為についてはこれを重く受け止め、時には強く対応しなければ国民の理解は得られません。ご賢察の程、お願い申し上げます。

今年も「ノープレッス・オブリージュ」の精神で、「創造と実行」をモットーとして山口県医師会執行部は頑張りますので、会員諸兄のご支援、ご協力をよろしくお願いします。

## 新年挨拶

新年特集

## 国民皆保険を守る運動について

### 特別 講演会

— 講師 —

日本医師会常任理事

松原 謙二



と き 平成 16 年 10 月 28 日 (木)

ところ 山口県医師会館

藤原会長（座長）日本医師会植松新執行部がスタートして半年たち、新しい機軸で動き始めています。その中心となって活躍されている松原常任理事、本日お迎えすることができました。日本医師会の中ではもっとも若く、40代。それでいて医療保険の重要分野を務めると『日本医事新報』の「ひと」の欄に紹介されています。皆さんのお目にもとまっているかと思いますが、もちろんわたしの関与しています診療報酬検討委員会の担当

でもございます。医療保険以外に情報、医事法制、調査、日医総研の主担当も務められて、本当に激務をこなされているという状況であります。

ここで、ご略歴をご紹介します。広島市のお生まれで、昭和 57 年に広島大学医学部を卒業されていますけれども、医学部以外に東大の教育学部と阪大法学部を卒業という経歴の持ち主であります。阪大病院勤務などを経られて、平成 5 年に池田市に松原内科を開設されています。平成

6 年に池田市医理事、10 年に同副会長、平成 12 年に大阪府医理事、平成 16 年に日医常任理事になられています。医学博士、内科専門医、循環器専門医を取得されて、好きな言葉は「誠実」と『医事新報』に記されています。

それでは、「国民皆保険を守る運動について」というテーマでご講演をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

松原 本日は、このようなお話をさせていただく機会をお与えいただきまして、誠にありがとうございます。日本医師会社会保険担当の常任理事、松原です。診療報酬検討委員会を私は担当していますが、その委員長を藤原先生にお務めいただき、大変お世話になっています。日本医師会の中でもメインの委員会です。大変ご苦勞をおかけしているとは存じますが、これからも藤原先生、よろしくをお願い申し上げます。

本日は、この国民皆保険制度を守る運動について。当初は次期診療報酬改定についてお話ししようかと思っていたのですが、この運動を始めることになりましたので、その運動について少しお話をしてみたいと存じます。

その前に、私がなぜここで立ってこういうことをしているのかということをお話し申し上げます。私は、今ご紹介いただきましたように、まず医学部を出て普通の医者として暮らしていたわけです。池田市の医師会で開業しましたところ、5 人の長老がやってこられまして「君は医師会に入れてやったんだ。みんな理事者として入ってやってるんだから、君も入ってやらなきゃだめだ」と言われまして、そのときにはまだ非常に未熟だけではなくて、何もわからなかったものですから、「そういうものですか。それでしたら、入れていただいたお礼といたしまして理事を引き受けます」と一言言ったために、訳がわからない間に理事にさせられました。

そのうちに介護保険導入の前のナースステーションをつくったり、それから市長との、いろいろなやりとりを担当してやっておりました。大阪の一番北の外れ、もう兵庫県と、一部は京都府とも接するようなところ。池田、豊能、能勢で人口が 16 万人から 17 万人ぐらいのところですが、

大阪といっても、あまり皆さんが抱いておられる浪速のど根性のある大阪と違まして、何となく住んでる住人は神戸に近いような、京都に近いような大阪だと勝手に思っています。

そういった住みよいところですが、かなり医者は多くおまして、その中で役員として仕事をしるうちに、いろんなことを行政としなければいけないということに気づきました。少し行政学を勉強しようと思ひまして、法学、つまり行政学を勉強いたしました。私は妻が同じ内科医です。そのころには 8 対 2 で、私が 8 の患者を診て、妻が 2 の患者を診ながら、ゆっくりとした時間をそういったことに費やして勉強してたわけですが、この 4 月から、私は 1 対 9 か 2 対 8 で、ほとんど妻に頭の上がない状態に追い込まれています。これもこういった日本医師会のためにと行って行ってるわけではあります。

ある日、植松会長に呼び出されまして、「池田でやってるんだしたら、大阪府医師会の理事者として仕事をしろ」と言われて、しばらくやっておりました。もちろん今お話しいただいたように、池田市の副会長も続けてやっていたわけですが、2 年前の選挙のときに、やはりこれではだめだということで、植松会長に「何とかして、日医会長に立候補してください」と申し上げて直談判に及びました。かなりしつこく言ったために、「今回出るんだから、おまえも一緒に来い」と言われまして、断れないような状況に追い込まれたのが自分で追い込んでしまったのかわかりませんが、妻に頭の上がない今の状態になったわけです。

そういったことで、地域の医師会でやっておりました社会保険の仕事をしるという命令が出たわけですので、この医療保険をやっているわけですが、私自身は地域の医師会で担当しておりましたので、今現在の医療保険の問題点は先生方と、先生方に及ぶまでもなくても近いところまでは十分に理解してるつもりです。そのところが、まったく厚生省から来た先生方と違うところであると思っています。

本日はこの国民運動のお話を申し上げますが、重々、先生方もご理解いただいているところとは思いますが、混合診療ということになりますと、非常に定義がばらばらです。そこで、まず混合診

療の定義をどう考えているのか、ということをお話し申し上げて、その混合診療の問題点はどこなのかを続けてご説明申し上げ、そして最後に、この運動をどのように展開していくかということについてお話ししたいと思います。

まず、現在の健康保険制度ですが、このような話を先生方に今こうやってお話しするのも恥ずかしいことで、申しわけなく思うのですが、まず定義のところからお話しします。健康保険の医療は安全性と有効性が保障されています。この安全性が保障されているということは非常に大きな要素です。また、同じように規制改革会議がこのところを問題としてるわけですが、安全性と有効性が保障されて初めて健康保険制度の中に入ります。また、健康保険の医療に関する価格は国が決められています。つまり公定です。この国が決められているということがどのような価値を持つのかと申しますと、実際には後でお話し申し上げますけれども、アメリカの GDP 比に比べたら日本は半額の費用で何とかこの保険医療制度を保っているわけです。こういった公的な制度、公定価格を定める制度がなければ、もちろんアメリカと同じ金額になるのは当たり前なことだと思っています。

この健康保険制度の一番大きな特長は、現物給付制度であるという点です。これは健康保険法の中に、必要なものはすべて現物で給付しなければならないと読める法文がございます。したがって、医療にしろ、看護にしろ、その他にしろ、現物、すなわち必要なものはすべて給付しなければならないということが原則です。したがって、保険者、すなわち国、市町村、健康保険組合が医療サービスを医療機関から買い上げて、そしてそれを現物として患者さんに給付するわけです。決して現金で患者さんに私どもが売り渡しているわけではありません。いったん保険者が買い上げた上でそれをお渡ししているというのが、この健康保険法に定められた制度の規定です。

では、混合診療はどのようなものかと申しますと、この健康保険制度による診療と、健康保険制度外による診療、これは自費です。その診療が混在することを示します。このところで、さまざま議論が出てきて、混合診療とは何ぞやということの定義がきちんとできておりませんでしたの

で、先日『日本経済新聞』で開原先生の書かれた文章をお読みになった方もかなりいらっしゃると思います。要するに、混合診療というものの定義がきちっとされていないために、非常に混乱を来しているのは事実です。しかし、私ども日本医師会は、健康保険制度による診療と健康保険制度外による自費診療が混在することと考えています。

この制度と申しますのは、現物給付するシステムです。その現物給付するシステムとこの混合診療が反しています。したがって、法律上は混合診療は認められないのだというのが法律上の解釈です。もし混合診療を認めるということを政府が決定するとなれば、健康保険法上の文言を変えなければなりません。健康保険を変えねばなりません。ここが実は一番大きな問題です。

この「制度」という言葉にこだわっていたのは、通常健康保険、この現物給付のシステム以外に、健康保険制度は療養費というシステムの中に持っています。つまり、特定療養費として一部はお金を個人が払い、そして残りの部分は療養費として、正確に言えば、保険者から現金として患者さんに戻されるというシステムです。つまり、患者さんは現金を医療機関に自費の分も療養費の分も本来は全額支払って、そして後に保険者から現金を戻してもらうというのがこの特定療養費、療養費の制度です。その療養費制度の中に高度先進医療と選定療養がございます。高度先進医療は非常にわかりやすいのですが、選定医療の中に混合診療と間違われるものが幾つか入っていますので、ここで非常に議論が難しくなっているというのが現実です。

高度先進医療ですが、特定療養費の中の高度先進医療というのは、これを行える機関も承認制です。したがって、特定承認保険医療機関になったものだけで、現在、特定療養費が 80 種ございますが、高度先進医療として、定められたものを使うことができるというシステムです。この高度先進医療の範囲ですが、これは、量的・質的に高水準の医療基盤を有する医療機関において行う、安全性・有効性は確立されていますが、いまだに全体に普及するには至っていないものというのが定義です。これは法律の中に書いています。そして、その医療が一般に普及し、保険に導入さ

れるまでの間、本制度の対象とするものです。すなわち、この高度先進医療というのは、特定療養費の中に入ったら、最終的に普及するものは保険に導入しなければならないということです。このところがいわゆる混合診療と異なる点です。

この特定療養費ですが、現物給付ではありません。本来は、一部の負担金を払って、残りの療養費も医療機関に払って、その療養費のお金を保険者から戻してもらうというのが定義です。したがって、ここにおいては現物と自費は混合しておりません。しかし、患者さん、つまり被保険者がそれでは非常にお困りになるだろうということで、保険者が患者さんにかわって特定承認保険医療機関に対してお金を直接支払うというシステムになってますので、非常にわかりにくくなっています。

もう一度申し上げます。普段の現物給付の一般の健康保険制度に、われわれは非常になじんで、うまくできています。しかし、特定承認保険医療機関におきましては、この高度先進医療も選定療養も含めた特定療養費制度がありまして、この制度においては本質的には現金給付になります。すなわち、患者さんは自分の受けた高度先進医療を自費で払い、そして本来保険で給付されてもかまわないと思われるようなものは自費で払っておいて、後で保険者から戻されるというのがシステムです。それでは非常に気の毒だということで、保険者が医療機関に対して直接支払うというシステムになります。そうすると、見かけ上は現在のこの保険制度の中で現物給付のシステムと非常に類似して見えますが、これは療養費のシステムですので、現物給付とはまったく違うものです。

したがって、現物給付のシステムと特定療養費のシステムがありますので、ほとんどのものは適用できます。特定療養費は、高度先進医療においては、あくまでも今から保険に入れるための前段階として普及するまでの間ここに置いておくものですので、そのところがいわゆる混合診療とはまったく違うものだということをご理解いただけたらと思います。

問題は、特定療養費制度の中の選定療養です。ここで非常に定義があいまいなままここまで参りましたので、非常にわかりにくくなっています。実際のところ、本来の姿といたしましては特定療

養費ですので、保険の適用までの前段階です。すなわち、この選定療養に入れたら保険の前段階のものは保険に入るべきものだと、私どもは思っています。しかし、この 180 日を超える入院についての選定療養の採用は、本来は保険で支払うべきものを個人の負担にするわけですから、保険の制度内における混合診療を合法的に厚生労働省はやったわけです。本当はこれを採用されるときにもっと議論しなければいけなかったわけですが、十分な議論がないままに、この 180 日を超える入院のところは保険の中からこの選定療養の中に戻されたものです。これは非常に大きな問題があります。

また当初、選定療養はアメニティ、つまり快適性において採用していたものですが、これが選定療養の中にも入っていますので、話をさらにわかりにくくさせています。混合診療について、規制改革会議がよく主張しますのに、外国語しかわからない方が来たときに通訳の費用を取るの混合診療として認めるべきだとおっしゃいますが、私どもは、例えば通訳にしろバイアグラにしろ、その他にしろ、快適性を求めたアメニティは本来は勝手に患者さんがお支払いになればいいものであって、私どもが議論しなければならないのは、保険に将来入るべきものに限ってすべきだと考えています。

そこにおきまして、当初の一番最初にあったアメニティが選定療養の中に入っていますので、非常にこの本質がわかりにくくなっています。しかし、現在私どもの立場といたしましては、この選定療養というのを中医協できちっと議論して、元々この療養の、要するに差額ベッドなどは病院が勝手に決めになって、いいベッドがあればいいように、つまり部屋にシャワーがついていようと何がついていようと、それに投資した分だけを回収できるだけのものをもらわれれば済むと思っています。したがって、この選定療養の中に入れること自体が本来間違っていると思っています。

すなわち、快適性に関するものは将来保険に導入されるものではありませんので、それについて一遍に議論いたしますと、規制改革会議の罨にはまるわけです。例えば予約診療にしても、いくら



ていますので、それを利用すれば十分なわけです。問題点は、今申し上げた特定療養費制度に入れる入れないというところの規制緩和が十分になっていなく、厚生労働省との話し合いが十分にできていないために、速やかに有効で安全で、そして新しくできた治療法が保険に入らない、また保険に入る前段階の特定療養費にも入らないということ、最先端の治

どれだけ取っても私はかまわないのではないかと思います。ここのところは今から中医協で十分に議論して、この選定療養の中ではなく、もう自由なものとして対応すべきだと思っています。バイアグラに関しましても、これはもう自由診療であり、また美容整形も自由診療です。保険に入る可能性がないのであれば、これは私どもがそれを一遍に議論するからややこしいので、混合診療の議論をするときには、もうそれはご自由にどうぞと、カルテだけ別にしていただいたら、いつ来ていつ、同日にしようともかまわないのではないかと私は思っています。そのようにすれば、保険に入るものだけを私どもが議論していけばいいわけですので、もっとすっきりするのではないかと考えています。

ただ、この保険に入っていたものをいったん外に出すということ、なぜそのときに採用してしまったのでしょうか。ここのところは今議論して、これはまた元に戻すべきだという議論を医療課と話しています。保険制度の中には現物給付の、私どもが普段馴染んでいる制度もありますし、また、その他の高度先進医療などにつきましては保険として採用されるまでの間、つまり有効性・安全性が確立されて普及されるまでの間は、特定療養費制度という療養費制度の中に保険制度として入っ

療をされてる先生方には不満があるわけです。

混合診療容認論として出てきたものですが、規制改革会議で彼らが第一に主張するのは、「規制緩和の一環として行うんだ。これは患者の選択の拡大である」ということです。患者さんが選択するのが増えてどこが悪いのだという理論です。そして、日本で許可されてない医薬品の使用も、患者さんが望むなら、患者さんが責任をとるのであれば認めるべきだというのがこの混合診療容認論の立場です。しかし、これは表向きの理由で、裏側は、公的な保険で給付している医療費を少なくし、なるべく小さくして、政府が関与している公費の支出をどうやって抑えるかということが目的です。

この混合診療が導入されますと、どのような影響があるでしょうか。本来、混合診療というのは健康保険法上の現物給付の原則に反していますので、健康保険を変えなければなりません。変えなくてできるのは特定療養費を拡大することだけです。この特定療養費を拡大することがだめで、混合診療を導入しなければならないということは、すなわち健康保険法自体を変えるということです。健康保険法を変えるということによってどのようなことが起きてくるのでしょうか。すなわち混合診療は当初、安全性が完全に確立されてない

薬とか、それから最先端の今すぐできるようになった新しい治療とか、そういったものを混合診療ですればいいと彼らは言いますが、患者さんも医師も、技術が進歩すれば高度な医療、つまり患者さんは治りたい、医師は治したいわけですので、できる限りのことをしたいわけですから。そこにおいてこういった新しいものが保険にも入らずに混合診療に入ってまいりますと、非常に高い医療費として積み上がってまいります。

最近のコマーシャルに多くの医療保険のコマーシャルが含まれています。かつては所得保障保険が普及していました。入院したときには働けなくなりますので、何割かお金をカットされます。カットされたら生活が大変になりますので日額 1 万とか 5,000 円が支払われます。しかし、最近では医療保険と名前を変えました。そして、先日とうとう一部負担金をゼロにする保険を発表したわけですから。今彼らが望んでいるのは、私的な保険を拡充して、混合診療を導入した後に起こる保険外診療費の増加という不安を患者さんに植えつけ、私的な保険を拡大しようとしているのです。そこどころが見て取れるわけですから。これは営利を目的とした保険です。

この営利を目的としている保険は、病気にかかっている人や、あるいは高いリスクを持っている人は入れません。これは今の生命保険を見ても明らかです。入れるとしても、いろんな条件をつけられて費用が高くなります。そういった生命保険と同じことが医療保険でも当然起きます。これはアメリカで現実に行っていることです。そして、真に医療を必要とする状態にある者が保険に加入しにくい状態に置かれます。すなわち、公的保険はどなたでも入れますが、私的な保険は営利が目的ですので、本来必要な人は入れません。つまり、私的な保険は公的な保険の代替品とはなり得ません。どんなに公的な保険が残るといっても、高度先進医療等の良い医療が私的な保険でしか給付できない混合診療の世界になったときには、混合診療という名をもって保険の制度を変えさせます。私的な保険が何割でしょうか、最初はもちろん私的な保険は 1 割にも満たないでしょう。しかし、長期で見ると国が金を出せない状態が続けば当然公的な保険は縮小されてまいります。その縮

小されたところに私的な保険がどんどん食い込んできたなら、一体最後はどうなるのでしょうか。これはアメリカと同じようなシステムになります。

アメリカの医療費は、GDP 比で日本の 2 倍です。潜在的国民負担率とかいって、日本の遅れは非常に大きく、現在の保険制度で使っているものは小さくても、借金が大きいからアメリカよりも大変なんだと言っています。しかし、アメリカのデータ自体には私的な保険で国民が払っている分は入っておりません。私的な保険というのは極めて大きな金額を患者さん本人に負担させているわけですから。それは国の予算の中には出てまいりませんので、それを棚上げにしておいて、私どもの今の立派な医療を「財政難で借金をしています。それが積み重なって潜在的に考えたら、アメリカよりも大変です」と言って絞ろうとしているわけですから。これは財務省の立場です。

そういった中でアメリカと日本を比べたときに、日本は半分でよくやっているわけですから。アメリカは私的な保険がほとんどです。低所得者は別の保険があります。アメリカはその低所得者だけにお金を払えば何とかなるわけですが、ヒラリー・クリントンがあれだけ努力しても結局、国民皆保険をつくることができませんでした。恐らく彼女は大統領になってそれをまたやろうとするのではないかと思います。その私的な保険会社の力は莫大なものです。アメリカでは患者の権利法が必要な状態です。患者さんが入院したときにどのような治療をするかというのは医師は十分知っています。アメリカでは、医師はどのようにしなければならぬでしょうか。「あなたは私的な保険会社は何に入っていますか」ということを確認して、入っている保険会社に電話をして、この治療をしてもいいかどうか、これを確認した上でないと医療ができません。もし、「この人に入っている保険では給付できません。では残念でした」ということで電話を切られたときにはどうなるのでしょうか。それでつらい思いをした患者さんたちが今、保険会社を訴えようとしています。しかし、現在の訴訟の中では保険会社は患者さんに賠償する義務を負っておりません。それを負わせようとして権利法をつくらうとしたところ、結局、今の政権は成立を拒んでいます。つまり、私的な保険会社に力

を与えたらどのような形になるのでしょうか。アメリカを見ていれば簡単にわかることです。そういったことをするためのシステムとして、規制改革会議は混合診療を導入しなければならないわけです。

規制改革会議という名前はあとに何がついてるのでしょうか。もちろんご存じだと思います。規制改革民間開放推進会議なんです。規制改革は混合診療の開放です。あとは何ですか。民間開放。何を民間開放させるんですか。公的保険を開放させて、私的な保険がもうかるように、混合診療を導入する形で持っていきたいわけです。そここのところが見て取れるからこそ、われわれはここで止めねばなりません。法律を改正させてはならないと思っているわけです。そして、アメリカでは 4,000 万人が無保険です。この 4,000 万人が無保険。私的な保険というのはセレクションがあります。セレクションに入れなかった方は結局は保険に入れません。日本でも最終的に混合診療が導入されて私的な保険が大きくなれば、最低限の保険にしか入れません。つまり、形骸化された最低限の保障はできますが、十分なものではなくなります。そのときにはやはり保険制度が崩壊してしまいます。

アメリカで短期間過ごして、返ってこられた先生方は、「非常にアメリカはいいです」と申されます。しかし、2 年住んだ先生、5 年住んだ先生、10 年住んだ先生は「アメリカの制度なんかとんでもない」と言って帰ってこられます。

私も大阪府の医師会副会長は阪大の教授も兼ねておられます。その先生いわく、「10 年近く暮らしたが、日本ほどいい制度はない。アメリカの私的な保険制度がどんなにつらいものか、もっと大きな声で説明するべきだ」とおっしゃいます。私も思っています。

平均寿命、もちろん平均寿命だけでなく、この健康寿命も世界一のレベルです。日本はそれだけすぐれたシステムを持っていながら、それを破壊するような混合診療、すなわち私的な保険を導入させることを許していいのでしょうか。何としてでも阻止しなければなりません。

彼らが言っている簡単な話、例えば新薬です。新しい抗がん剤が認可されません。ここで余命 3

か月といわれた、膵癌の方が主張されました。「これが通らないから私は生き延びられないんだ」と。しかし、安全性・有効性が確立されてないものを国民全体に適用するわけにはいきません。その人がどのように、これはもうどんなにしても命のために必要だとご判断されるのは、それは個人の考え方です。しかし、国全体に適用するものにはやはりある程度のルールが必要だと私は思っています。ここで問題は、むしろ保険に適用するためのルールがガチガチになっていることです。アメリカで有効だといっても、ルールが十分に規制緩和されていませんから、日本の特定療養費にも簡単には入りませんし、そして特定療養費からの後の保険の導入も適切にできないというところに問題があるわけです。混合診療というものを導入しなければできないことではなくて、特定療養費を規制緩和して、速やかに適用できるような中医協での議論をして導入すれば済むということです。また、有効性があっても、安全性が十分確立されてないもの、これは保険に入れることができません。しかし、安全性ができてなくて、それを確認するためのシステム、治験があるわけです。

ただし、今、日本の治験のシステム、これもがんじがらめです。これをもっと緩和して、1 人の医者がこれを治験にしたいということがあれば、システム的にそれが適用できるように構築すれば、どんなに新しい薬でも速やかに使うことができます。治験ですれば患者さんの負担はないのですから、これは混合診療にはなりません。すなわち、やるべきことは治験のシステムをもっと規制緩和して、簡単にわれわれ医師が患者さんにとって必要だと判断したときには使えるようなシステムに変えることだと思います。

また、高度先進医療は、何度も繰り返しますけれども、あくまでも保険に入れるまでの間のものです。特定療養費制度として規制改革会議がいろんなことを言っていますが、健康保険制度の中に適用があります。保険制度の法律を変えなくても、特定療養費を使えばよろしいわけです。この適用のルールを緩和することが、本来やるべきことではないのでしょうか。そして、一般に普及されるまでは特定療養費として、有効性が確立されて普及が可能となって一般的治療になれば、速やかに健

健康保険制度に導入すればよいのです。健康保険制度で多くの人を受けられるようになれば、これこそ経済の原理にしたがって、コストは落ちます。そうすれば、多くの人が使えらるわけです。つまり、保険に導入すべきというところが本来の筋であります。

今、国は金がないから保険に導入することができないというわけです。しかし、私ども医師が言うべきことは、患者さんにとって必要なものを保険制度に入れることです。私どもは、患者さんの健康と命を守るために仕事をしてるわけですから、これを言えるのは私たちだけです。それを、「金がありませんから、じゃあ、患者さんに 100 出すべきものを 50 でいいですよ」と。これは私は医師の仕事ではないと思います。これは政治家の仕事です。私どもの主張すべきことは、とにかく患者さんに必要なものは保険制度に入れて、国民全体が使えようようにしなさい、すべきだということです。あとの問題はまた政治で決着をつけましょう。しかし、ここで考えてください。アメリカの半分の金額で医療をやっているのです。半分の金額でやっているということは、本来これがどんなに導入されても、2 倍になるためには何十年もかかります。規制改革会議は、国の予算が取れないからだめだと申しますが、国の予算が取れなくて、それを私的な保険で補って患者さんに支払わせると、一体最後はだれが払うのでしょうか。国のお金も、そして私的な保険の金もすべて患者さんの金です。つまり、お金の流れの仕組みを国の制度のもとでやるか、私的な保険で保険会社を儲けさせて一部をピンはねされて残りでするか。全体を払ってるのは国民すべての患者さんです。そここのところの議論をしっかりとしましよと言ったら、結局彼らは何も言いませんでした。自分たちでわかってるのです、規制改革会議は。わかってて、「100 ある良いことのうち 97 までは大丈夫だ。3 ほど問題がある。新しい薬が使えないと患者さんはかわいそうだと。もちろんです。元々われわれがそう思ってるのですから。そういったことを言って健康保険制度を否定するような混合診療の導入を図り、最終的には私的な保険を導入することを考えていますから、私どもは腹を立てて反対してるわけです。

混合診療がいったん導入されて今の健康保険制度が改正されると、財政難ですので、国としてはなるべく健康保険の中に最新の医療を入れないようにします。私的な保険ができれば、「それを受けたい方は私的な保険に入ってください、混合診療でできますから」という主張をすると思います。そのようになったときに、新しい医療は、私的な保険あるいは費用が負担できる人しか受けられなくなります。受けられなくなったら当然、費用の負担できる人とできない人の間に不平等が生じます。私どもは命が平等と信じてるからこそ、全力を尽くして一つの命を守ってるわけです。そのようなことの理解のないままに、費用の負担できる人とできない人があれば、当然不平等ができます。これは私どもが言っている、だれでもが安心して医療を受けれる社会とは違うものです。あくまでも医学・医療の進歩の享受は国民皆保険制度によって国民全員が受けるべきだと私どもは考えます。その費用は政治的に話をすればいいわけです。私ども医師は、患者さんにとって何が必要であるかということをまず議論すべきです。そこにおいて、自分のところで金がないから引込めしてしまうということは、われわれの医師としての義務に反することだと考えます。

したがって、何としても混合診療を反対ないといけません。長期で見ると、10 年先、20 年先、この法律が変わって、私的な保険が一部負担金のところだけでなくいるんなことが私的な保険で賄えるような制度に変わったときに、一体どうなるのでしょうか。アメリカのように保険会社に電話をかけて「松竹梅の梅ですけれども、これで治療はどこまでできますか」というのを聞かねばならないような医療が果たして正しいでしょうか。決して許すべきではないと思います。

この規制改革民間開放推進会議ですが、彼らの言うのは、「ピロリの除菌の回数制限がある、これはけしからん。それから、CEA も回数制限があってけしからん。乳房再建術も併設、一緒にできないのはけしからん。それから、安全性の確立された新薬が投与できないのはけしからん」と言いますが、ピロリの除菌の回数制限は、これは厚生労働省がやってることです。「2 回目まではこうやったけど除菌ができなかった、3 回目はこうい

ったものを加えて除菌すれば可能性があるので治療を行う」とレセプトに書いて、通れば良いのです。それは必要な人があるから医師として対応するわけで、必要のない人に 3 回目の治療をするわけではありません。患者さんにとってプラスになることは、中医協で議論して保険で認めれば良いのです。

CEA の回数制限も、例えば 1 回計って非常に高かったとします。患者さんに「待たないと、2 回目は計れないよ」と。だけど、1 回目が本当に正しいかどうかなんてことを確認するのは、だれだって行きたいのは当たり前です。そういったことも含めて医師に任せれば良いのです。何回もしたら問題があるというのであれば、必要であることをレセプトに私どもが書き込むぐらいの努力はしてもかまわないと思います。こんなピロリの回数制限を外しても、何十万人とって、3 回も 4 回もしなければいけないというわけではありません。

乳房の再建術の併設につきましては、実際のところ認可されて保険適用になっています。ただし、シリコンを入れて見た目をよくしようというところにおいては、確かにシリコンを入れる安全性の問題がありますので、美容整形の世界では認められていても、今の保険制度の中では認められていません。しかし、考え方を変えて、これは美容整形と同じもので、ある程度のところまで戻すのは保険の責任、それから少しもっときれいに見せようと思うのは美容整形のような快適性の問題だから混合診療ではないと考えてしまえば簡単なことです。これは議論する余地がないのです。議論する必要がないのです。バイアグラの問題も議論する必要がありません。ただ、ニコチンの件は、個人的には保険導入して、たばこを吸ってる方に説明して使えるように保険ですべきだと思っています。

安全性が確立されてなければ、治験という方法があります。その治験という方法をうまくするように改正すればいいわけです。これらを改善するために彼らは混合診療解禁を主張し、健康保険法を変えねばならない事態に私どもを追い込むわけですが、しかし、その健康保険法を変えるという真の目的は私的保険の参入です。健康保険法を変えなくても、特定療養費をうまく運用すればできるわけです。そここのところが分かってこの規制改革会議は民間開放推進をしようと思ってるわけですから、そここのところを先の先まで、10 年、20 年先まで私ども医師は患者さんのために読み取って判断しなければなりません。この議論なしに私的な保険が入る可能性、あるいはすべての進歩したものが国民すべてに使えるようになるという条件を外してしまうのは、医師の義務を行っていないことになると思います。そこで、この 9 月に国民医療推進協議会を設立いたしました。

実際は、混合診療を導入すれば私どもは目の前の収入は増えます。目の前の収入がふえることがわかっていながら、なぜこれを反対するかというと、10 年、20 年先に問題がありますからです。そういったことを説明してまいりました。そうしましたら、40 近い医療団体及び国民の団体が参加してくれました。これは日本を代表する団体です。そういった団体に声をかけて、今からぜひ都道府県の中で地域集会を開いていただき、特に都道府県においてそういった団体とお話をしていただいて、「こういった医療を推進するにはどうしたらいいでしょうか。私ども医師だけのものではなくて、いろんな幅広い国民の力を結集して、あるべき医療の姿を議論し、国が間違った方向に行こうとしてるのであれば、それを正しい方向に直さねばなりません。11 月の後半に各都道府県にぜひこういったことを、「このまま行って混合診療を解禁するということは、目の前はいいですけ

### 混合診療導入の " 真の目的 "

### 私的保険の参入 ( 利益誘導 )

お金の無い人や既に病気を持つ人は加入できないので、不平等な医療を招く

[ 規制改革会議主要メンバーは、私的保険会社の運営者 ]

れども、長期的には大変なことが起こりますよ」ということをご理解いただき、そして、混合診療を導入すれば国民皆保険が崩れるということをご理解していただいた上で決議を採択し、反対の声を集めていただきたいと思います。ここで座ったままで規制改革会議に首をはねられて、10年、20年先に、あのときちゃんとしてればよかったと思うようなことは絶対に避けたいと思います。できるところまでやりたい、やらねばならないと思います。

11月に署名運動を行います。全部日本医師会でまとめまして、紹介議員の署名をつけて国会に持ってまいります。これが果たして有効かどうかという議論がございます。しかし、座してこのまま将来に禍根を残すようなことを許すわけにはいきません。そこまでやるのが、今の医師としての義務ではないかと思えます。

混合診療反対のポスターをつくりました。患者さんにどのように説明していいか、非常に難しいところです。なぜこれが難しいかといいますと、まず第一に、私ども医師会の会員の中に、混合診療自体を理解されていない方がいらっしゃいます。そして、混合診療は目の前はいいいじやな

いかという考え方の方もいらっしゃるからです。しかし、長期で見たときにこれがどのような問題になるかということをご説明しなければなりません。

さらに患者さんも、お金がある人は良い医療を受けられるのであればいいじゃないか、と考えられますし、お金がなくて、こんなものを導入されたら自分たちが大変だとすぐに思われる方もいらっしゃいます。また、真ん中ぐらいの方は「民間保険にさえ入っておけばいいんだな」と考えられる方もいらっしゃいます。そういったことで、一つの文章にすると非常に難しいので、やはり各先生方がその患者さんの考え方に応じて、そのポイントを考えながらご説明していただき、患者さんの将来を十分考えているんだということを伝えていただきたいと思えます。決して私ども医師の信頼を損ねることにはならないと思えます。それは本来、かかりつけ医として私どもが普段やらねばならないことの一つではないでしょうか。保険診療が縮まって保険外診療が増えます。新しい診療は保険の中に入りませんから、どんどん増えます。

保険診療はなぜ縮まるのでしょうか。簡単な例は先日「日本経済新聞」で発表されました。どのよ



うな発表だったかといいますと、患者さんが入院したときの食費とベッド代。これは医療保険で自費にするのです。これこそ混合診療です。ベッド代は絶対病院にとって患者さんに給付すべき必要なものです。現物給付して当たり前です。いいベッドにしたければ、その分お金をもらっても、それは個室代としてもらうのは結構だと思います。しかし、そのベッド代自体の根底のところから患者さんに全員支払えというのは、まさに混合診療です。それを含めて、簡単なものは保険が利かないようにします。また、「風邪引きで来たときには、風邪薬というのは薬局で売っているから、診察料だけ取って、風邪薬代は全部自費で払わせるべきだ」という議論も何度もありました。薬剤の参照価格制度でも一番最低の薬の金額だけ出して、あと高い薬が必要だったら、皆さんに金を出してもらったらいいじゃないかという参照価格制度です。これも混合診療になるからだめだということで潰したわけですが、今回、混合診療が導入されますと、このような制度が合法的にできるようになります。

いったん健康保険の法律を変えて広がってしまうと、厚生労働省もコントロールができなくなって困りますので、反対の立場をとって、私どものほうを向いているようなふりをしています。しかし、ある意味でこれが解禁されてコントロールが自由になれば、保険診療が膨らむ要素、あるいは膨らんでた要素をどんどん混合診療のほうに持って行って、自分たちが財務省から非難されないような方法をとるであろう、というのは間違いないと思います。こういったことも踏まえた上で、保険診療が縮小され、保険外診療の自費が増えるということを患者さんにご説明ください。

あくまで患者さんの自己負担が大幅に増え、その結果として、だれもが受けられる国民皆保険制度が破壊されます。そうすると、だれもが安心して、良い医療が受けられなくなります。だから、反対しましょう。つまり、国民皆保険制度を守る運動をします。

ただ、混合診療といっても、興味のない患者さんは「それは一体何ですか」というところから議論しますと、この今の話のように 1 時間しないといけなくなりますので、「混合診療というのは、

要するに簡単に言えば、新しい医療が保険外診療になって、保険外診療は皆さんが自分で負担しなきゃいけないことを法律を変えて認めるものですよ」とお話しされればよろしいかと思えます。

混合診療が導入されますと、新しい医療が健康保険に適用されなくなります。保険外の診療が増えて、一部の金持ちしか十分な医療が受けられなくなります。そして、保険診療が徐々に形骸化されて、適用範囲が小さくなります。長期的には、ここが大事ですが、だれもが安心して良い医療が受けられる国民皆保険制度が破壊されます。したがって、これを守らねばなりません。法律改正をさせてはなりません。混合診療を認めてはならないというのが今回の運動の趣旨です。

何としても日本医師会は今回できるところまでやらねばなりませんし、これをやらないのは、私が先ほども申しましたように、医師の義務としてやらねばならないことをやらなかったこととなりますので、ぜひご理解いただき、ご協力いただければ幸いです。

#### 質疑・応答

司会 混合診療についてわかりやすくご説明いただいたかと思えます。また、厚労省の内幕についてもその一端をお聞かせいただきましたが、それでもなお、混合診療についていろいろ思いがある方もいらっしゃるのではないかと思います。何を聞いてもよろしいそうですので、どんどんご質問いただければと思います。

明解なご講演をいただきまして、ありがとうございました。混合診療のシステムが非常にわかりやすく理解できました。患者さんへわたしたちが説明をして今一生懸命署名を集めている段階です。郡市区医師会は一生懸命頑張っています。それで、日医は一体何をしていただけののだろうかというのが素朴な疑問です。号令をかけるだけなのか、国民に対して、日医としてご説明をどういう方法を使ってなさる予定なのか、というもお聞かせいただけるとありがたいと思います。

松原 まず、私がこうやってここに来てお話しし

ているのが一番大きな要素です。各常任理事を全国に手配して、説明して回っています。というのは、私どもは直接患者さんにお願いはできません。もちろんその方法はございます。

しかし、一番有効なのは、患者さんと地区医師会で、地域で患者さんの治療をしている先生方が一番説明しやすいんです。皆さんお忙しいですから、大変なことだと思います。しかし、マスコミがどんなに医者への悪口を言っても、患者さんは自分の医師、自分の主治医は信用してるわけです。その信用してる先生から説明していただければ、患者さんも「それはもっともだ」と一番ご理解できると思います。

したがって、私どもが今やっていることは、こういった先生方、力のある先生方にお話を申し上げ、その先生方が各郡市区医師会でまた自分のところの先生方にお話しただけでしたら、その先生が患者さんに説明するのが、どんなマスコミよりも一番力があります。それで世論がこちらに動けば、マスコミは突然手のひらを返したように、今度は私たちの応援をしてくれます。今どんなにマスコミを呼んで説明しても、彼らはびくとも動きません。なぜならば、官邸に偉い人が 1 人いて、その偉い人が全部マスコミを握ってます。このようにマスコミをコントロールできている政権という他にないのではないかと思います。

例えば、「私どもは政府に反対だ」とテレビに出そうとしても、簡単には出ません。とすると、われわれのやるべきことは、患者さんとかかりつけの医師という関係のなかで、「どうぞお願いします」と。「各郡市区医師会でお願いします」と。そういったことを言って回るのが、今の日医の仕事だと思っています。

また、全国組織をつくるのもかなり実はエネルギーが要りました。各団体にご説明に上がって、大体今までは皆さん、日医が言っても「日医が言ってることなんか」ということで、理解していただかなかったことも多々ございます。しかし、全部にお話し申し上げましたら、かなりの団体が「まさにそのとおりである」と、「一緒に動く」ということで国民医療推進協議会ができました。これだけでも画期的なことです。そこは日本医師会がやらねばだれができるのだと思っておりましたの

で、やりました。あとは汗を現場でかかなければいけません。

各地区の先生方、かかりつけ医の先生方に汗を流していただいて、患者さんに説明していただいて初めて最終的にマスコミも動きます。よろしくをお願いします。

これは質問ではないのですが、お願いです。

首相や厚生労働大臣に会われたときには、ぜひ、「自分たちの利益だけを考える方が議長をされていいのでしょうか」と、ちくりと言っていたきたいと思います。よろしくをお願いします。

松原 そのとおりです。何度も言っています。言っていますが困難です。

規制改革民間開放推進会議のある主要メンバーは自分のことしか考えません。患者や国民のことは考えない人ですから、そういった方が、自分の利益になるような仕事を国家の中で決めていいのでしょうか。私はこれはモラルハザードだと思います。そういったことを主張してはいます。

一般的でないご質問をするかと思えます。混合診療といえば即、高額な医療の問題点を例として引き合いに出されますが、私どもは一般的な診療の場で大勢の患者さんの風邪とか胃炎とか、ああいう一般的な疾患に対面します。

今後、混合診療というものはどういうふうな影響を及ぼしていくのでしょうか。先ほどのお話で少し出たかと思うのですが、その辺をまたもう一度わかりやすく、ご説明いただければというふうに思っています。

松原 財務省はこれまでもそのことを言ってるわけですね。「風邪のような簡単な病気は診察料だけもらって、そしてあとの薬代は自費負担すべきです。また、免責制といって、何点以下、つまりいくら以下のものは本来であれば保険で適用にすべきではありません」と。つまり、これは公的保険の縮小です。そういった財政からしか言っていないわけです。

そうすると、今、先生がおっしゃっていたような風邪の問題はどうなるかといいますと、恐らく

再診料だけもらう、あるいは初診料だけもらって、薬代は抗生物質も含めて全額自費負担になる、というように混合診療を導入して保険制度を変えれば、簡単に明日からでもできるようになります。最初は彼らは高額な話しかしません。しかし、私たちの身近な問題で簡単にできるのです。

それから、「いろんなことをすべて広げるつもりはない、全部にさせるつもりはない」と言ってますけれども、いったん法律が変わったら、通知一本でできるのです。簡単にそういったことができるようになりますので、私どもが診てる患者さんに対してそういったことが起きないようにしたい、と思います。

また、今、中小病院は非常に辛い状況にあります。辛い状態にいても、今これを許してしまったら、最終的にはもっと大変なことになるということをご理解いただかねばなりません、大変な状態は、これは目の前の中医協で改善していかねばなりません。普通の診療所も辛い状態です。それから、今建てかえの時期に来ている中小病院はもっと大変な、存亡の危機に立っています。本来はこれを今まで中医協できちっと議論すべきだったと思います。そういったことをしなくて、財政のつじつま合わせだけで決めてきましたから、このような状態になったわけです。

どのような決め方を中医協でするかといいますと、厚生労働省と日本医師会がやりとりするとき「新しいものが入ったらこれだけ上げて、何人が適用になるから何億円かかります。じゃあ、ほかのところを何億円削ろう。じゃあ、どこを削ろうか」という話になるわけです。さまざまな細かい保険の中の制約を解除すべきでしたのに、それをしないままにきました。

先ほどのお話に戻りますと、風邪引きは簡単な分は混合診療を導入される可能性が大です。

司会 先ほど代議員の先生方との話の中で、国民運動の展開の仕方として、署名活動もいいですが、もっと日本医師会は新聞広告などを出さないかという意見が出ておりました。それについては先生、どういうふうにお考えでしょうか。

松原 まず、新聞広告を半面出します。1紙だけ

で 3,000 万円から 5,000 万円です。それはそれでいいのですが、政府に対する反対運動というのはなかなか新聞は受け入れてくれません。マスコミはすべて政権をサポートするものしか流していません。これだけ状況に問題があるにもかかわらず、その問題点をきちっと指摘してるマスコミはどれだけあるのでしょうか。

例えば、私も最初は「テレビスポットで、救急車で搬送されてきた患者さんがいて、その患者さんが『苦しい』と言っているのに、民間保険会社に電話をかけて『どうでしょうか』と言っている間に患者さんが亡くなってしまおうようなスポットをいっぱい流そう」とだいぶ言ったのですが、莫大な金がかかって、しかもそのときにそれが採用されるかどうかわかりませんし、放送してもらえない保証もありません。

しかし、それに近いものをつくり、そして各会員の先生方にお配りして、会員の先生方がビデオで患者さんに流していただくようなことぐらいは可能かと思っています。そういったことは今、広報がやっています。

なかなか、表現というのは難しいものです。それは、患者さんもお金を持ってる人、持っていない人、それからお年の人、お年でない人、いろんな考え方がございます。そのような考え方の全員に納得してもらえようものをつくるというのは大変なもので、そうするとかなり抽象的に、最終的には皆保険を守るというような言い方しかできません。

しかし、一番有効なのはやはりかかりつけの先生から説明していただくことではないでしょうか。それを最大の武器にしてやるべきではないかと思っています。

# 座 談 会

- 松原先生を囲んで -

と き 平成 16 年 10 月 28 日 (木)

と ころ 山口県医師会館 第 3 会議室



## 出席者

日本医師会常任理事 松原 謙二  
 編集委員 薦田 信  
 吉岡 達生  
 渡木 邦彦  
 川野 豊一  
 矢野 秀  
 堀 哲二  
 津永 長門

山口県医師会 藤原 会長  
 上田 副会長  
 木下 副会長  
 三浦専務理事  
 吉本常任理事  
 西村常任理事  
 弘山 理事  
 加藤 理事

薦田 (司会) 松原先生、本日の講演会では熱弁を振っていただきまして、ありがとうございました。

今日は、国民皆保険制度を守るということで、特に混合診療はよくないというスタンスでお話をいただきました。わたしたちも混合診療というのは薄々はわかってる概念なのですが、いよいよのところはわかりかねてたところがありまして、今日お話を聞いて大体わかったような気がいたします。

しかし、会員にもいろんな立場の人間がいます。

診療所の者もいますし、わたしのように中小病院をやってる者もいますので、少し意見が違ってくるもあるかに思います。少し言いたいことがあるという先生がいらっしゃいましたら、お願いいたします。

渡木 最初に、お断りしておきたいのは、わたしは日医の混合診療反対という運動に対して決して反対をしているわけではないのですが、せっかくの機会ですので、いろんなことをお聞きしたいと思います。

混合診療というのは、先生のお話を聞きますと もっともなことなのですが、日本の医療というのはわれわれの感覚では統制経済だと思うのです。このままでいいのかどうか、それから、今の医療保険で、医療というのがどこまで公平・平等でやっていけるのでしょうか。それで混合診療をやったら、医師の収入が減らないのかどうかを、お聞きしてみたいのですが。

松原 私どもは人の命は平等だと考えています。また、それを守っていくのが医師の使命であると思っています。そういったことから考えますと、やはり国民が平等によい医療を受けられるような社会を維持するのが医者務めではないかと思っています。

ただ、この統制経済の中で私どもは自分の診療所や病院を経営していかなければならないという現実があるわけです。その統制経済のもとであるところの公定価格というものを、やはり私どもは十分に現実・現状を反映したものにしていこうということで対応してきたわけですが、経済がこのような実態です。しかし、必要なものは必要ですので、やはりそのところで十分に議論して、何が必要だということをご理解いただかねばならないと思います。

というのは、本当に患者さんに必要なものであれば、それを支払っている健保組合も認めざるを得ないものですし、また、健保組合自体は保険に入っておられる方々からお金を集めているわけですから、それを適切に使う義務はあります。本質的には患者さんに私どもが適切な医療をして、それが適切な医療をする対価として、十分支払っていただかねばならないと思っています。

薦田 どうもありがとうございました。

混合診療に関して皆さん反対というふうに基本的には考えてよろしいでしょうか。混合診療というのは、今お聞きしても、なかなか範囲も広いですし、難しいところもあるかと思いますが、加藤先生、どうでしょう。

加藤 私は整形外科の開業医です。2年前の診療報酬の改定で大打撃を受けました。いまだにその

打撃が尾を引いて、医院のほうは火の車です。それはさておき、混合診療ですが、実はこの編集委員会で松原先生をお招きして講演をしていただき座談会をしようという決定した時は、まだ日医が国民医療推進協議会を提言する前でした。折しも、それがこの時期になりました。まさに混合診療反対運動をすることとぴったり重なり、われわれの企画したテーマが時勢にマッチすることになりました。そのときはこのような国民皆保険制度を守ろうという運動をつくるという観点ではありませんでした。実はわれわれ医療の供給者の中に、どちらかというと混合診療を是認する声が結構多いということで、フィフティ・フィフティの混合診療についての考えがあります。混合診療を導入することが、よいことか悪いことかというディスカッションをしようという企画でありました。それを提起されたのが、今最初に発言されました渡木先生でありました。渡木先生は混合診療容認派と言ってしまったりいけませんが、混合診療については、婦人科の先生であるということもありまして、混合診療のよい部分、それを導入したほうが医療が円滑になることをかねてからいろんなところでも書いておられますし、発言もしておられます。それで渡木先生からのご提言でこのセッションが持たれることになりました。

ところが、先ほどの松原先生のご講演の中、それから質問の中でもありましたし、先週、わたしは日医に行って直接松原先生のお話も聞いたのですが、その中の質問でもわれわれ医療の提供者の中に混合診療について賛成する向きが結構多いですね。アンケートでは4割と言われましたけど。混合診療を健康保険制度という観点から見た場合、それでも賛成しようとする医療の提供者側はもっと少ないかと思えます。ここは医師会のディスカッションですから、混合診療のもうちょっと細かいところを、本音のところですね。やっぱりあったほうが便利じゃないかということもあります、その辺の意見をもう少し出していただいたほうがいいと思います。

わたしは整形外科ですが、整形外科の中で混合診療が必要かということ、わたし自身は必要性を感じません。わたしの行っている診療のレベルでありましたら、ほぼ100%保険でできます。ただ、

その保険には大変不満があります。リハビリテーションが月の何回か経つと半分になるとかです。診療報酬の算定の仕方には大変疑問がありますし、不満もあります。けども、保険でカバーできない医療が果たしてあるかと考えたときに、わたしがやってる整形外科の診療の範囲ではまったくないと言っていいですね。患者さんがよく、保険診療外に求められるものがあると聞くのですが、それはわたしとしては、日常診療の中ではあまり経験してません。

先般少し気になる記事がありました。朝日新聞にしては、混合診療を是とする意見、反対する意見、日医の意見もとり上げて、まあまあフェアな、フィフティー・フィフティーの記事を載せてましたね。ヒアリングのときの記事でした。余命3か月という患者さんがその席上におられまして、「わたしは混合診療を求める」と、「どんなことがあってもわたしの命を助けてほしい」というようなことをおっしゃったようでした。そのときに賛成する人、反対する人、会場がしーんとなったという記事でした。

しかし、その余命3か月の患者さんがそれまでいろんな医療機関で医療をされてきたと思います。その患者さんの状態、どういう病名でどういう状況かというのはわかりませんが、その3か月余命になった患者さんを混合診療があれば助けることができたでしょうか、あるいはその余命3か月を余命1年、3年にすることが、混合診療があればできるのでしょうか。その具体的なことは何も書いてません。その患者さんが「わたしは混合診療を望みます」と言いましたけど、果たしてその患者さんの望む混合診療というのは、先ほど松原先生の一連の説明であったように、保険外でしかできない診療でありましょうか。例えば新しい薬が適用外でその患者さんに有効であれば、適用を早めるようにすればいいですし、もし3か月で間に合わなかったら、治験、特定療養費、あるいはもっと別の方法でその薬を使えるようにすべきです。混合診療が本当に必要か、混合診療がなくて今の保険診療だけで実際できないかということ、一切その記事にはありませんでした。

われわれとしては、もしその患者さんにお話しする機会があれば「あなたは果たして混合診療が

あれば助かるのでしょうか」という提起をできると思います。そういった観点がマスコミには、意図してか、あるいはそういう考えがそもそも欠落しているのかわかりませんが、記事は書きっ放しですね。ですので、まだまだそういった混合診療を望む患者さんに対してもわれわれは説得していけると思います。きょう松原先生から示していただいた理論、保険診療に対する考え方というのはまさにそういう患者さんにも十分説得力を持つと思います。

薦田 混合診療というのは、簡単に考えますと、「公的な保険」と「私的な保険」が一緒にあります。公的と私的が一緒にあるから混合診療とも言えるわけで。したがって、私的保険がどれぐらいの医療をするかによってまた考えが変わってくると思いますね。

わたしが見た限りでは、私的保険は今の公的保険のようなことはしないのではないのでしょうか。要は所得補償的なことだけで、今の保険診療はあくまでも公的保険とするんじゃないかと感じました。ですから、どの範囲を私的保険がするかということも問題になりますね。アメリカのように、私的保険にだけしか入らない人がいます。あちらの公的保険加入者というのは年寄りか低所得者ですから、日本とは状況が違いますが、私的保険の守備範囲について、松原先生はどういうふうにお考えでしょうかね。

松原 規制改革会議は、公的保険は残して、私的保険が入ればお互いにいい面が残って、アメリカのようにはならないという主張をされます。しかし、私が先ほどお話し申し上げましたように、私的な保険というのはあくまでも営利を目的とした保険です。その営利を目的とした保険は、本当に病気になって入らねばならない人が入れないという現実がありますので、そういった費用を負担できない人は公的保険だけに頼らざるを得なくなります。

しかし、国は財政難で公的な保険を縮小させる方向にありますので、結果としては、お金がない方は一番最低限の保険だけにしか給付を受けられない現実が必ず起きてきます。そういったこと

を考えますと、私的な保険と公的な保険をペアで  
 存続させること自体、やはり幾つかの無理がある  
 のではないかと考えています。現在の日本の中で  
 言っている医療保険というのは、あくまでも所得  
 補償保険です。入院したときにお金がかかるから  
 それを給付するものであって、例えば大きな病気  
 になって、その大きな病気にかかるすべての金額  
 を払ってもらえるような保障をしているものでは  
 ありません。そここのところを勘違いいたしますと、  
 大きな問題点が出てまいります。あくまでも私的  
 な保険は営利を目的としているものですから、公  
 的な保険の肩代わりはできないと思っています。

また、科によっていろんな考え方があります。  
 整形の回数の問題はやはり大きな間違いが起きて  
 いたのではないかと考えていますので、できる限  
 り、担当の常任理事として改善するつもりです。  
 また、婦人科におかれましては、不妊の問題があ  
 ります。この不妊の問題を放置したままで今で  
 来ていたこと自体が間違いでして、今、日本国民  
 は数が減ってます。何百年か先には 1 人が 2 人  
 になってしまうなんていう冗談もありますが、や  
 はり国としては、子供を希望されてる方にそれを  
 手助けすることは国策として当然のことだと思  
 います。どのような形ですればいいでしょうか。現  
 実問題として混合診療とするのではなくて、ベ  
 ースのところはまず保険にとり入れて、高度先進医  
 療で必要なものに対しては特定療養費の適用にす

べきだと思っています。特定療養費の適用にする  
 上では、とにかく新しい最先端の医療があれば、  
 速やかにそれを適用して、それをご希望になる方  
 は使えるように。特に希望されてる方が妊娠する  
 ためには全力を尽くすべきだと考えています。

また、目の前の問題だけを考えますと、この混  
 合診療を導入すると、少し経営がよくなるのも事  
 実です。しかし、先ほどお話ししましたように、  
 10 年、20 年先を考えたときに、日本の国民にと  
 ってそれが本当によいことかどうかを私ども医師  
 として判断しなければならぬと思ってるわけ  
 です。また、余命 3 か月のすい臓がんの方、非常  
 にお気の毒で、私ども医師がそれ以上のことはで  
 きないというのはつらいことですが、あくまで治  
 験のシステムを改善して速やかに、アメリカで使  
 える薬であれば、安全性に少々問題があっても、治  
 験であれば使えますので、そういったことで投与  
 してさしあげたいと思います。今現在すぐにこれ  
 ができないというつらさがありますが、治験で有  
 効であれば、さらに多くの人たちがその恩恵を受  
 けるもとなりますので、やはり治験のシステム  
 を変えるべきだと考えます。

渡木 それで混合診療を禁止していった場合に、  
 今のままでいくと医師の収入というのは減って  
 いくと思うのですよね。これをどこでどうやって補  
 てんするのかとか、どれぐらいまで今の医療費が



上田副会長 藤原会長 松原日医常任理事 木下副会長 三浦専務理事 弘山理事

もつのかという気がするのです。もし崩壊した場合に、あと次にどうするかという案が日医にあるでしょうか。

松原 規制改革会議も同じことをおっしゃるわけですが、私は先ほど申しましたように、日本の医療の費用というのは、GDP 比で見てアメリカの半分なわけです。本来であれば、この倍使ってもおかしくないわけです。日本とアメリカとどこが違うのかといいますと、医療のレベルにおいてはそんなに大差がないと思います。むしろアメリカのほうが人間的にも裕福に使っていますので、そういったミスも少なくできますし、いろんな面で優遇されてるのも事実です。せめてアメリカ並みの費用を負担するのは当然ではないでしょうか。

今現在、日本のシステムは世界の中で一番の長寿、健康寿命を維持しているわけです。そういったことを維持しながら、これを倍にしても問題がありません。つまり、国としてのあり方の問題だと思います。国としてそこに費用をかけずにアメリカの半分で行っているということを保っていますから、いろんな面でしわ寄せが来てるのであって、国のあり方を議論すべきではないかと思いません。例えば、どんな高度先進医療を導入しても、そんなに簡単に 2 倍にはなりません。

渡木 おっしゃるとおりで、よくわかります。しかし、いろんな人と話をしてみますと、よく言われることは「何でおまえらは患者側の支払いを本

気になってやるのか」と。「もうかってもおらんに、何で患者側の支払いを口出しするのか」と。ひっくり返して言えば「おまえたちが儲けるためにやっ取るんやな」という言い方をされます。こういうふうな捉え方というのは、どう解釈していいのかわからないです。この混合診療をもっとやって、もっと自由に診療を行い、法できっちり縛らないほうがいいのじゃないのかということと言われるのですが、そこらあたりはどうでしょうか。

日本の医療というのは確かに徹底的に公平・平等なですよ。年収 300 万円の人でも 3,000 万円の人と同じ医療を受けられるわけです。ところが、実際は税金の徴収というのを見ますと、これは累進課税で、いわゆる本当の意味での中産階級以上の人というのはむしろ放しですよ。介護保険でも同じことをされているわけです。これが国民一律負担でみんなが税金負担してるというのでしたら、公平・平等というのは大賛成です。ところが、日本の税金の負担方法というのは、わたしが読んだいろいろな本の中で、でたらめなわけです。これを集めますのに、取れるところから取れ、取りやすいところから取れという号令をかけて、国税庁がお金を集めて、これをばらまいて、そして公平・平等に医療を受けるというやり方はどこか違うのじゃないかと思うのです。

自助努力で一生懸命やってきた人も、無責任に生きてきた人も老後は一緒だよっていいますと、われわれの子供たちの時代には貧しい平等へ近づいていって、最後は同じになるのではないかと



堀編集委員

薦田編集委員

渡木編集委員

川野編集委員

う気がするのです。医療の公平・平等を説く前に、課税方法を考えて、それからやると今の日本の医療制度に納得します。

それで、失礼ですが、松原先生、入院されたことはありますか、保険診療で。

松原 あります。

渡木 ありますか。そのとき、いかがでしたか。

松原 ほとんどお金がかかりませんでした。

渡木 そのかわり、まあ、先生の場合は 6 人部屋、4 人部屋に寝られることはなかったと思うのですが、そういうことでは、まだまだ改善すべき点がたくさんあるわけです。もっと掘り下げて言いますと、薬剤費とか医療材料費、それから入院した食事代とか、そういったものを選択制にすると、医療を受ける機会均等に反しないと思うのですよ。診断料は皆一緒と。あとは、高い医療を受けますか、安い医療を受けるかっていうのは、そういう選択制があってもいいんじゃないかと思うのです。ただ、税負担が国民一律ということになったら、こういうことはできないと思います。

松原 幾つかのお話をいただきましたので、一つ一つお答えしてみたいと思います。

まず、なぜ自分たちが患者さんの金の支払いの話をするのかということについてですが、私はこう説明しています。「目の前のことを考えたら、もちろん私たちはお金の金額を勝手に決められて、そして徴収できれば、その分収入は上がります。収入は上がるのですけれども、最終的に長い目で見たら、国民全体が不幸な制度に巻き込まれることがわかってますので、医師としてそれが認められないから反対してるんだ」と申し上げています。

目の前はもちろん、混合診療を導入して、自分で自由に金額を決定していただければ、それはそれで非常に目の前としては、医療機関としてはプラスになるわけです。しかし、先を考えたら、私ども医師の義務を果たしたことになるので反対してると申し上げてるわけです。

実は保険が導入される前と、それから導入された直後もちょうど混合診療と同じような時期がございました。高貴薬というのがあって、お金を持っている人はそれを使えますけれども、そうでない人はそれを使えないというような、混合診療に近いようなベースの時期がございました。そういった時期を知っておられる先生方からすれば、そんなものは今のに比べたら天と地の差で、そういう世界に戻してはならないとおっしゃいます。私どもの医師の義務だと思っています。

2 番目の税金のあり方ですが、国のあり方の問題であって、税金をどのように集めるかとか、税金をどのような方から取るかというのは、政治の問題だと思っています。もちろんどのようにすべきかという案は持っていますが、私ども医師の仕事として主張すべきではなくて、政治家が考えるべきことであり、政治家がどのように考えているかということを理解した上でどのような政治家を推薦するかを私どもはまた医師政治連盟として考えれば済むことだと思っています。

3 番目は、介護の問題があります。介護は生活権の保障です。そして、医療は生命と健康の保障だと思っています。そういった面で、例えばギリギリのような生活をしていた方が最後に同じようになるというようなお話をされたと思うのですが、私どもは結果的な平等、社会主義に基づく結果的な平等を求めているわけではありません。あくまでも自由主義社会の中で、それを補完してる福祉主義の根幹である国民皆保険制度を守っていきましょうということです。つまり、最終的にどのような生活を送るかはその人の行われた努力に基づいて決められたらよろしいかと思いますが、命というものに限ってみたら平等にそれを給付すべきで、お互いに助け合いながらすべきだと思っています。そして、最後の状態、例えば老後のときにどのような生活をするかというのは、これは生活の問題ですので、それはその方の今まで生きたやり方によって選択されればよいと思っています。

そこのところは、私どもは決して結果的な平等を求めているわけではありません。人の命が平等ですから、そこにおいて健康保険制度においては平等にしなければならないと思っているわけで、生活まで平等にするという考え方ではありません。

ん。というのは、例えば山口から東京まで新幹線で参ります。新幹線で運んでもらう金額は平等です。その後グリーン車に乗るかどうかは、その人のお金で決めれば済む話であり、みんながグリーン車に乗ればいいのか、みんながグリーン車なしで行けとかという話ではありません。つまり、アメニティーの問題は別です。

そこで、混合診療の誤解の大きな面で、アメニティーのところまでお金を払ってはいけないのではないかと考えていらっしゃる方がかなりいるのですが、アメニティーは本来保険に入るものではありませんので、議論の対象外だと思います。どのようなプラスの個室があって、風呂がついてて、トイレがついてて、どのようにデラックスにされても、それにお金を払って入られるのは結構だと思います。ただし、その受ける治療が高度先進医療で、この治療をすれば助かりますが、お金がある人しか助からなくて、お金がない人はそれを受けられないという社会は医師として認められないと思っています。今、最後に申しました個室の問題、アメニティーの問題を混同されてるということにこの今回の混合診療がご理解されていない面があるのではないかと考えて、今日はそのお話をさせていただいたわけです。

川野 わたしは消化器の専門の 120 床の病院でやっていますけれども、わたしどもの診療で日常遭遇するのは、進行したがんの患者さんで、使える薬が限られてきます。文献を見ますと、あちこちよさそうなのがあります。また、こういう時代ですから、患者さんもインターネットを調べて「これはどうですか」というようなこともあります。そうすると、今度は保険の適用がききませんから、保険外の診療になってしまいますと説明します。

患者さんは保険外の診療というふうになりますと、当該するもののみ適用外になるとおられます。「実はそれは違いますよ」と、「保険外のものを使ったら、すべての治療が保険外になってしまいます」というような説明をしないとイケないのですが、そうすると結局、経済的なことでまず大体が不可能になります。保険の収載を早くするかというのは当然のことですけれども、先ほど先生が言われたような治験のシステム・方法を

考えてやっていきませんと、そういう意味では混合診療を認めてくれという声は起こるだろうと思います。

薬だけではなくて、医療機械でもやはりいろいろ厳密な適用があります。食道がんの患者さんにステントは使えますが、下部の直腸がんとか大腸がんの患者さんにステントを使ったらどうなるかといったら、これもまた適用外ですから、またお話をしないとイケません。そういう意味で、いろんなことをやっていいというのはわかっていますけれども、保険の縛りで使えないという現状があります。また、そういう方にこそちょっと無理してでもやってあげたら QOL が少しは上がるであろうとかという問題もありますから、その辺が非常にもどかしいところがあると思っています。

松原 適用外の問題は、中医協で議論する努力が足りなかったのではないかと考えています。ただ、進行がんの問題は患者さんにとってみたら非常に重要な問題ですので、中期の面で見れば、治験のシステムを改善することによって対応するというのが本来の姿だと思います。

ただ、具体的に今すぐの方の場合には二つ方法があります。

一つは、特定療養費というのは療養費なのですが、この保険の中のシステム外に、保険者が療養費払いを認めれば済むというシステムがあります。例えば海外で治療を受けたときに、これは保険医療機関ではありませんので、保険の適用にはなりません。そこで受けた治療費を全額払って、そして帰ってきてから保険者に請求したらそれを戻してもらえというシステムが療養費としてあります。それと同じように、もし必要であれば全額を現金で払って、それを保険のシステムではなくて、保険者に請求して、保険者が払ってくれるという療養費払いというシステムも実際にはあります。ただ、保険者がそれを認めるかどうかという問題がありますので、簡単にはいかないんじゃないかと思っています。

また、もう一つの方法としては、例えばアメリカでできた新しい薬を、そういったものの安全性が確認されていないわけですが、そういったこともちゃんと理解した上で、どこかに基金のプー

ルをつくって、そこが治験ではなくて無料で配布すれば、それに対して、無料ですので、費用の混合にはなりませんから、混合診療の適用外として行うことは可能ではないかと思えます。これはまだ具体的に、つい最近思いついたことなので、実証しておりませんが、何らかの方法で患者さんを助けるのは私ども医師の義務ですので、そういった方法も検討してみたいと思えます。あくまで保険の診療の制度の中で対応できるわけです。そういったことをきちっとして、混合診療は必要ないというのが私どもの立場です。

木下 わたしは皮膚科です。来週、皮膚科の学会があるのですが、その中でやっぱり自由診療を取り上げているんですね。皮膚科は結構、美容形成とか、それから特殊な皮膚科の、まだ保険で認められてない治療があります。抄録を見ましたら、あるところは自由診療をどんどんやるんだと。もちろん保険診療もやってますけれども、どういふふうなやり方をするかといったら、自由診療をどんどんやります。保険診療よりもその分高いですから、やるほうとしても非常な責任を持って、しかも、うまくいくように努めて患者さんも満足するんだと。患者さんもお金を出した分だけはそれだけの見返りがあると。それはどんどんやりますと。ところが、保険診療もやってますと。そうやって二つを両立してやってるんですね。今、日本はそういうことができるのです。

一番わたしが懸念してるのは、国の金もう目いっぱいだから削減しよう、削減しようという考えで、私的保険を入れるというのが見え見えなの

ですね。だから、問題はそこを阻止するわけであって、混合診療だとか何とかというよりも、今せっかくあるいい体系をしっかりと見直して、そこを踏まえて自由診療はどうぞおやりになりなさい、そこは私的保険でも何でもいいじゃないですかと。だから、今の公的保険の部分はアメリカの 2 倍ぐらいいいんじゃないでしょうか。そしたら、そんなに混合診療賛成・反対というような議論はなくなるのじゃないかと思うのですがね。皮膚科としてはそういう考えです。

渡木 今の診療体制ではそれをやってはいけないのでしょうか？

木下 いえ、構いません。一人の患者さんに保険診療と自由診療をませたらいけません。まったく別の患者、A という患者は保険診療、B という患者は自由診療。実際、よその先生はそんなのをやってますよ。美容形成的な手術は初めから、初診からもう患者さんに納得してもらってからです。

例えば、その抄録を見ますと、玄関口を二つ造っておいて、中では一緒になりますけれども、自由診療の方はこちらから入ってきてくださいというようなことをやってます。カルテももちろん別ですがね。

渡木 われわれの科もそれをやっていますので、それはわかるのです。別に混合診療に賛成と言っているわけじゃないのですが、まだまだ何となくみんなの疑問点というのが、まだ日医の一般会員にはわかっていないと思うのです。それがいろんな疑問を生んで、町の人たちと話をするとつじつまが合わないのですよ。

確かに先生がおっしゃるように、命が大事ですから、その命をみんなで日本の医療保険で守るという意見もわかるのですよ。それはわかっているのですが、まだ何となくしっかりこないのです。市民の人たちにいろいろところで話をしますと、「そりゃ、おまえらの稼ぎ口を一生



津永編集委員

矢野編集委員

吉岡編集委員



加藤理事

西村常任理事

吉本常任理事

上田副会長

藤原会長

懸命やっとなるだけじゃ。ちょっと違うのではないかと言われますから、どっきりするのですよ。

木下 歯科医師会の話ですが、混合診療をさせたばかりに、初診料、再診料がものすごく下げられたのですね。要するに公的保険を下げられたわけです。混合診療を見たら、その当時はいいと。いいですけども、何年か先には必ず公的保険を落とされるわけですね。今回もそれが見え見えですから、これをやらせてはいけんというのを議論したほうが僕はいいと思うのです。

吉本 今日の議論は医療保険の面から見た混合診療解禁の是非ですよ。もう一つ忘れてならないのは、医師賠償責任保険の面から見た混合診療の解禁です。

今の医師賠償責任保険というのはあくまでも、既に効果ははっきりしてて安全性が確立されている診療をやって、そこで事故が起きたときに賠償金を払うという制度と思うのですが、混合診療が入りまして、安全性が確立されていない治療法をやって事故が起きたときに、それをカバーするかどうか。カバーするということになりますと、これは今でも医師賠償責任保険は破綻の危機を迎えていると言われていまして、これを全部カバーするかということになると、もう破綻は目に見えてくるでしょう。

破綻をさせないためにはどうするかというと、

日医の医師賠償責任保険以外のいわゆる私立の保険を新たに用意しないといけなくなってくる可能性があるということです。だから、目先は儲けたよと病院の先生が言ったとしても、それをカバーするために保険を支払っていくということになりますと、本当に医師の儲けになるかどうかということも考えて議論しないといけないんじゃないかなと考えています。

木下 それと、さっき税金のことを話されましたけど、自由診療になるとものすごく税金は高くなるのですよ。今の公的保険でやっているから、税金は少なくて済むのです。ここも考えたら、自由診療でかなりの税金を持っていかれるということもあります。

渡木 それはわかります。ところで、診療科単位で私費診療の現状を把握できていますでしょうか。

松原 各科にいろんな問題点があるのですが、整形の先生、婦人科の先生、それから皮膚科の先生がおっしゃいましたように、個々に少しずつ違っているわけです。それは十分に議論してます。例えば、皮膚科におきましては形成の問題があるわけです。

ただ、あくまでも保険に導入されるべきものについて議論すべきです。保険に導入されないもの

についてまで議論するからおかしな話になるのではないかと思っています。厚生労働省との最終的な詰めができておりませんが、美容整形を同時にやるのはアメニティーの問題ですので、ここで議論すべき問題ではありません。医療の中ではあるけれども、医療保険で行う診療には当たらないのではないかと考えています。

渡木 でも、現実として、皮膚科にしる、外科にしる、内科にしる、私費診療をすれば、こういう点があるということは一応把握できるわけですね。

松原 内科の場合には抗がん剤の問題が一番大きいです。外科もそうです。各科においてのデータは全部考えて議論しています。皮膚科の問題におかれましては、自由診療と、保険診療を別の患者さんに行うことは全然違法ではありません。

問題は、それを保険診療、例えば、にきびの保険診療をしながらケミカルピーリングしたときにはどうなるのかと。そういった非常に難しい問題があるのですが、個人的には、それは保険で議論すべきものでなく、関係ないのではないかと。カルテだけ別にして、医療とは別のものとして扱われればいいのではないかと考えて、これは厚生労働省と詰めています。

薦田 どうもありがとうございました。お話を聞きますと、混合診療には反対だという方が圧倒的だろうと思いますけど、科によって少し違う意見もあるというふうに解釈いたしました。

それで、結局今の診療体制をとりあえず続けるということですね。問題は、この皆保険制度が今後もうまくいくかということです。これは財源にもかわるわけですが、心配をしています。そのあたりの見通しはいかがでしょうか。

松原 本来であれば、2 倍かかっても問題ありません。つまり、世界的なレベルを保つにはそれだけかかって当たり前なわけです。

なぜ私どもが具体的に財源の話をしていないかと申しますと、例えば公共投資を削れと言え、公共投資をされているところを敵に回します。また、

消費税を上げると言え、一般庶民の感覚とすれば、今現在、消費税を上げられるような社会的な環境にはありません。そういった議論をして、どこどこを削ってうちに回していこうと言っても、なかなかそれは敵をつくるばかりで、プラスにはなりません。私どものすべきことは、やはり医師としてあるべき姿を主張しましょうと。あとは政治的な問題ですと。それを理解してくれる政治家をみんなでバックアップしていくのは医師政治連盟の仕事だと思います。どうするかというのはもちろん頭の中にはありますが、そのところをあえて言及しないのはそういった理由です。

津永 先ほど松原先生の講演を聞かせていただきまして、混合診療について、すごく理解できて整理できたのですが、やはり一般の患者さんとなりますと、もう難しいと思うのですよ。本日の 1 時間のお話と、この間から「日経新聞」とか読んで、開原先生の記事も読んで、ある程度理解できたのですが、一般の患者さんにとってはすごく難しいです。

先ほど不妊のお話が出ましたが、先日も体外受精の排卵誘発剤の注射を紹介で打ちに来られた患者さんがおられまして、全部自費になるわけですね。注射代だけじゃなくて初診料、あと、打ちっ放しじゃいけませんから、副作用を見るために超音波をしますと、1 回でやっぱり 1 万円以上かかります。支払いの時になって「これ、何で保険がきかないのか」と。「初診料とか検査料は保険がきくんじゃないか」とか言われまして、受付で対応ができませんので、私がちょっと診療を中断して 10 分以上話して、それでも納得されなくて「何で保険がきかないんか」と言われて、渋々払われて帰られました。

やはり、その辺のことが患者さんにもわかるようなビデオを作成していただき、またパンフレットですが、このポスターだけではまだ理解が難しいので、もう少し頑張っていたらと希望します。

松原 患者さんの立場、経済状態、年齢とかによって受けとめ方が非常にばらばらなわけです。したがって、このポスターをつくる時にそんなこと

を 100 ぐらい議論はしたわけですが、一番説明しやすいのは、やはり新しい医療が保険の診療に入らなくて保険外診療になると自費負担が大幅にふえると。そういうことを説明しなければ仕方がないだろうということでこのポスターをつくりました。

実はその不妊の治療につきましては、私どもは今別のことを少し考えています。高度先進医療のように非常に高度なものだけではなくて、中度あるいは普通の先進医療がこの特定療養費の中でできないかと考えています。ただし、あくまで保険に最終的には入れるということが条件で考えたいと思います。

もし保険に入るのに適切でないもので、普及するものでなければ、先進医療の中から削除して片づけてしまえばいいわけですが、そういったことを利用して不妊の治療を少しでも負担が軽くなって、お子さんをおつくりになられる手助けができたというふうに考えていますが、今現在計画中です。

もう一度申しますと、特定療養費というのはあくまで保険に入る前段階であるというものの考え方で対応していきたいと思っています。

津永 医師会の考え方としてはそういう方向性でいかれると思うのですが、やはり今、政府と、あと厚労省と医師会と。今、厚労省と医師会が政府と対決してるような図式ですが、先ほど最後にちょっと言われましたけど、厚労省は厚労省でうまく裏で立ち回ってるので、医師会だけが何か最終的に孤立して悪者になって、抵抗勢力っていう感じで玉砕という感じになるのではないかということに危惧してるのですが、いかがでしょうか。

松原 閣議決定というのは 1 人の閣僚でも反対したらできないのですが、もちろん小泉さんがどうしても最後まで主張されまして、反対した閣僚は即座に首にできますので、最終的には首相の思うように決定できるわけです。

そういったことも考えて、この運動の開始のときに大分議論したわけですが、「座して首を切られるぐらいだったら最後まで戦います」と。この戦いの意味の一つは、まずこういった国民運動

ができるようなシステムをつくり上げるということ。これは今までなかったことです。こういったシステムをつくり上げれば、幾つかの問題点が起きたときにも当然対応することになります。

また、私ども医師一人ひとりが患者さんの信頼を受けて診察をし、説明をしてるわけです。それがどの程度効力があるのかということを示す運動で示すことができれば、医師というのは患者さんのことを考えて一生懸命医療をしてる、その結果として信頼を受けていて、その集団の主張すべき医療に対する意見はやはり尊重しなければならないのではないかということを示すということが、私は大事なことではないかと思っています。これは最後までやらないとわかりませんが、少なくともその 2 点で、この運動をやることに意義があると考えています。

渡木 高度先進医療に関してですが、大学病院は今までと同じように、表現は悪いのですが、学用患者としての予算がとってあるみたいです。問題は、その支柱の公的病院でない機関病院がそういう先進医療をやってデータを出すときは問題になるんじゃないかと思うのです。それはどこからか予算をつけるような方向で持っていけば、患者さんのためにはなると思うのです。

高度先進医療というのは、今からこれが普通の診療ペースになっていって、患者の疾病に対する治療として確立するかどうかということが問題であって、これはまた今の混合診療とは少し違うニュアンスになるんじゃないかと思うのですが。

ちょっと話が変わりますが、今までわたしがずっと話を聞いておりましたら、混合診療反対というのが何か空騒ぎに終わったみたいで、実際は「混合診療というのは今までどおりやるならやってもいいです」と、そのかわり国民皆保険制度を死守しようというふうにして運動を広げていったほうがわかりやすいんじゃないかと思うのですよ。これとこれをやっちゃいけないという先進医療というのは今のところはないわけでしょう。

松原 具体的には混合診療の定義の持ち方の問題はあつたわけですが、したがって、今行われているものは現時点の保険制度の中ですべて適用できるわ

けなのです。時間のかかるものもありますが、そういったことを考えれば、混合診療を今しようとしている、導入しようとしている人たちの考えは、結局は健康保険法を変えて、私的な保険が自由にできるシステムを導入しようということにほかならないわけです。

そこにおいて、混合診療は健康保険法を変えてまでそれを導入することには最後まで反対すると申しているわけです。そういったものが導入されたら最終的には国民皆保険制度が破壊される、ということを主張することによって、彼らの目的を阻止しようと思っているわけです。

渡木 そういうふうな情報を流すということではできないわけですね、日医の会員に。

松原 私的な保険について、規制改革民間開放という名前がついてる以上は、もちろんそれが目的だというのは明らかなのですが、彼らはそのようなつもりがあるかないかは彼らが考えていることです。私どもが推測して、それについて「君たちがそういうことをしてるから」と言っても、なかなか彼らはすぐに「うん」とは言わないと思うのです。そういう難しさがあります。

民間保険では既に、一部負担金は全部免除の保険なんていうものも宣伝していますが、先に考えてるのは間違いないと思います。そこを直接非難することが業務妨害になることもありますので、できないという面もありますが、国の制度のあり方としては私どもが議論できることだと思います。

矢野 開業医は混合診療反対というのはよくわかっていると思うのですが、勤務医の先生では、やはり混合診療したほうが儲かるんじゃないかという方が多いと感じます。その辺の先生にもやっぱりよく理解してもらえないといけないんじゃないかと思います。

わたしは内科の開業医ですが、あんまり混合診療のメリットがないので、やっぱりその辺じゃないかと思うのですが。特定療養費制度といういい制度があるので、それを本当に十分利用したら、全然混合診療なんか導入する必要ありません

よね。その辺のルールづくりを迅速に、すぐ変えていけるようにするのが一番じゃないかと思いません。

松原 そのとおりだと思います。勤務医の先生方に関しましては勤務医部会でも考えています。勤務医担当の常任理事も考えていますし、また、日医の広報ニュースでご説明申し上げるのが一番いいのではないかと思います。というのは、勤務医の先生方はやはり目の前のことじゃなくて長期に問題があるということが十分理解されていらっしやらない方が多いということだと思います。

ただ、署名運動におきましては、勤務しておられる先生に署名をしていただくことはやはり管理医師の権限の問題があります。A 会員の先生方は自分で管理しているわけですから、どのような時間を使おうとも、それは就業規則にも反しませんし、自由にできますが、そういったことも考えて、現在の署名運動は病院協会にお願いして、できるような形をとっているのが現状です。

吉岡 講演会でも少し触れられた話ですが、ある民間保険会社の方の動きでうさんくささを感じています。こういった話は、別に言っていないとも思っているのです。スキャンダルで政権が転覆することは幾らでもあるわけで、スキャンダルで話をしてしまうと本当はいけないのですけれども、結局相手を攻撃するときはもうスキャンダルしかなかったりするわけですね、実は。それは「週刊現代」でも「週刊ポスト」でも僕はいいと思うのですが、実際、ある方の怪しげな行動も長野オリンピックの分は週刊誌に書いてあったわけで、で、やっぱりかと。

だから、推測のところはとにかくカットしないといけません。表向きに動いてるところはみんな知っていることなので、でかかと言っても、苦情の出ようがないはずだと思います。

もう一つ感じるのが、郵政改革のうさんくささです。結局一番大事なポイントは外して、ポイント以外のところで何かやって、改革してますと。彼らと連帯はできないだろうとは思いますが、でも、あそこにも何か同じような問題点が僕はあるんじゃないかと思ってますので、医療と教育と郵



政、ポイントになることを小泉さんはされてるなといひます。

例えば、中央医療審議会で利益代表が出てきて、それを話し合って落としどころを決めるというのはわかるのですが、規制緩和の会議で本当に利害、まさに関係者が出てきてやってるというのは、電機業界の人が出てきてやってるんなら、まだ少しは変わるのかもしれないと感じます。

松原 某家電会社は入ってます。

吉岡 そうであれば、不買運動をやってもいいと思うのですね（笑）。覚えておられませんかかもしれませんが、昔、某製菓会社に対する不買運動ではものすごいダメージを受けました。わたしもパチンコ屋でもらうときに「要りません。別の会社にしてください」と（笑）。そうしたら、彼らがパチンコ屋に納入するのはものすごく激減しましたので、不本意ながら和解したのですね。

それぐらいのことはやっても、前向きに倒れようというんだったら、その家電会社に恨まれたって、不買運動をやったってわたしはいいと思ひます。前に倒れていくんだ、負けてもいいのだと。

松原 連帯できるところとは連帯したいと思ひています。

吉岡 だけど、もしかしたら野たれ死にするみたいに前向きに倒れるかもしれないということであれば、それはもうそこまで憎まれたっていいんじゃないかと思ひますが、それはアドバルーンに

はなると思ひうのですね。

松原 推進会議主要メンバーの、スポーツ業界に対する問題発言は、私もあちこちで申し上げてます。スポーツファンを無視するようなやり方というのは結局患者さんを無視するやり方と同じであって、このような方が決めること自体が間違っているのではないのでしょうか。これは私は正当に主張できることだと思ひますので、これはあちこちでご本人の名前を挙げて申し上げていひます。

堀 私は、耳鼻咽喉科で開業してひいます。よろしくお願ひします。

皆保険制度というのは大体今から三十数年ぐらい前にやったのですが、大体法律とか何とかいひうのは時代時代によってその目的の意識が違ひと思ひます。日本の憲法といひうのはずっと戦後一緒ですが、外国の憲法なんかを聞いてますと、時々どんどんどんどん変わってひいきます。ただ、皆保険といひうのだけは固定的に持っておひいて、それなりの余分なところはちょっとずつ変えてひいき、ある程度の弾力性を保ってひいくのが本当だと思ひます。

それともう一つ、混合診療解禁は、根本的には財政問題が主だと思ひますけど、それ以外のことがあるのでひいしょうか。

もう一つは、わたしは耳鼻咽喉科でちっちゃな田舎で開業してひますと、混合診療をしようがしまひいが、はっきり言って、わたしのところにはあんまり関係しませんが、どっちにしたって患者数下

がります。この前の保険制度でも、2 割から 3 割に上がったところ、患者数は随分減りました。だから、はっきり言って、混合診療を解禁しようがしまいが、耳鼻咽喉科の田舎の小さな開業医の立場においては余り関与しませんというような意見がお互いに開業医の先生方にはあると思います。賛成はしませんけれども、反対もしないというのが大体 3 割ぐらいの先生方がいるのが現実ですね。

実際問題、運動を起こしても動く人が少ないのが現実なのです。先生方の集まりでは「なるほど、そうだ、そうだ」と言いますが、実際に動きますかということなのです。つまり、こういう運動をする場合、医師会員の全体の把握があって、全部の意見を統一してできる問題だろうか。もう一つは、それが本当の患者さんのためになって、そしてその利益がわたしたち医師会員の本当の意味になるだろうかという意味を考えながら運動すべき問題もあるのではないかと思います。

松原 保険制度ですけれども、これは実際のところは 2 年に 1 回ずつ少しずつ変わってきています。特定療養費の導入もこれは保険制度の中で法律の改正で行われたもので、極めて硬直的なものではありません。高度先進医療が将来これで対応できるかという議論は、実はかつて抗生物質、例えばペニシリン、高貴薬のときにもあったわけですね。高貴薬をすべてみんなが使えるようになったら保険財政がパンクして、保険が成り立たなくなるから高貴薬は自分で払えというような時期があったわけです。

ところが、実際に過ぎてみますと、ペニシリンどころか、いろいろな抗生物質も今は多くの人を使うことによって安くなって、自由に使える非常にいい医療ができる社会になってるわけですから、やはりそういったことを考えても、財政の問題で考えるのではなくて、患者さんにとって何が必要かということのをわれわれ医師は考えていくべきではないかと思っています。

また、私は今回のこの混合診療は、先ほど申しましたように、一つ二つの具体的な問題点を指摘して、最終的には彼らは私的な保険を導入する法的な整備をしようと思っているのだと思っています。

す。ですから、皆さんもそうだと思いますけど、気づいているからこそこれは反対してるわけで、そういうところに問題があります。1 人で判断しますと幾つか問題がありますので、チームでいろんな問題点をいろんな方向から検討して、厚生労働省にだまされないように、頑張ろうと思っていますので、何とかしたいと思っています。

それと、日本医師会の会員の問題ですが、実は 2 層性の問題、つまり年齢的な分布の問題があります。75 歳以上の先生が非常に多くて、あとは 45 ~ 50 歳ぐらいの先生が多いという 2 層性になっています。かつて医師会の運動として保険医総辞退をされたのは 70 ~ 75 歳の先生なのです。この先生方は非常に多い人数があって、非常に国民のためにも自分たちのためにもいろんなことを考えて強い運動をされました。ある程度やはり数がいないとできません。ところが、今の現状の問題では 2 層性の後の 40 ~ 50 歳の先生はまだ病院にほとんどいらっやいます。

しかし、病院がすべてを抱えられる時代は絶対に今後来ませんので、この先生方がお父さんの跡を継ぐなり、また開業するなりでどんどん開業されます。開業しても、問題点は、すぐには自分の経営のところに全力を尽くさなければなりませんので、医師会活動ができないという問題があります。この先生方が本気で国民医療のことを自分の経営以外に考え始めたときにもっと力が出るのではないかと思います。その狭間として非常に苦しい状態にあるのは事実です。

しかし、5 年先、10 年先にはまた環境が違ってくるのではないかと思っています。勤務医の先生がどんどん開業されたら、その勤務医でない方向、また開業医の方向から物を考えられる時期が来たときに、この国民皆保険制度がどのようになっているかです。

歯科の問題ですが、歯科は混合診療を最初から現実的には認めています。その結果として保険の中で非常に辛い立場に立っていたのは事実です。当初、目の前におきましてはこの混合診療というのは、収入がアップして、患者さんにも自分の力を示せるというような錯覚があるのですが、長い目で見ますと、最終的には身動きがとれない状況に陥りかけていたのは事実です。そういった

ことも踏まえた上で国民皆保険を堅持し、混合診療に反対していかなければならないかと思えます。

また、医療関係者に声をかけて、全員の目で、つまり医師の目だけではなくて、ほかの職種の目から見てもどのような考え方をするのかということを目指してやっています。もちろんその団体の方々に逐次、今日ご説明したようなことを申し上げて、ご理解を得て協議会を立ち上げたわけですので、少し幅の広い物の見方ができるのではないかと考えています。

渡木 混合診療の定義といいますが、「現実はこのようにふうになっているから反対するんだ」ということを、会員に何らかの手段で伝える必要があると思えます。結局みんな混合診療とは何かというのがあんまりわかってないと思うのですよ。

松原 誤解されたまま行われてるのですよ。各郡市区医師会において、簡単でいいですから、皆さんが思ってるような話ではなくもっと違うんだということと、その裏側にある何かについて十分にご説明していただければよろしいと思えます。

渡木 そうですね。それを伝えませんと、会員には伝わらないと思えます。それが伝わると患者さんに説明しやすいですし、国民皆保険を守らないといけないと。これがものすごく生きてきます。

木下 昨日届いた大阪府医ニュースで、一面に松原先生の写真がありますが、ここの裏側に「医療と水」というおもしろい表現があります。

水道水は公共料金で安くて安全でなのですね。ところが今、名水とか、金を出して買い求めるのですね、金に糸目をつけずに。それに行政が目をつけて「そんならさ、赤字でやっている水道行政をカットして半分にしようじゃないか」と。「その分だけ金があるやつはいい水飲めよ」というようなので表現してるのですよ。こういう説明は患者さんしやすいと思えます。

松原 説明しやすいですね。日本の国民はみんな空気と水と安全は無料と思ってるのですが、これ

ほど高いものは実際はないのですね。国民皆保険のこれを維持するということは大変なことなのです。失ってみたら初めてわかることです。水と一緒にです。

西村 内科で開業してる常任理事の西村です。先ほどの話にもあったのですが、われわれ開業医は実際、例えば高度先進医療とか適用外薬物の問題は余り関係ないのですよね。だから、余り混合診療の話をして、われわれ開業医はぴんときないといいますが、余り関係がないと思う場合が多いのですけれども、先ほど松原先生の説明にありましたように、混合診療が解禁されて、当然そのバックとして健康保険制度が縮小されてくるということですよね。その中で一番気になったのは、風邪薬なんかの安価な医療、そういったものでいわゆる自費負担、自己負担が増えていきます。

例えば、風邪薬は自分で払いなさいと。あるいは免責制度ですね、医療費の免責制度。例えば 1,000 円以下は自分で払えとかそういった問題。こういった問題が入ってきますと、われわれ開業医はものすごく痛手になります。非常に、患者さんは風邪じゃ来なくなりますよね。薬局で風邪の薬を買って、それで済ませますよね。そういう問題はやっぱりわれわれ一般開業医にとって非常に大きな問題だと思います。患者さんにとってもそれはかなり大きな問題だと思います。そういったことはやはり切実な問題としてもっと大きく言っていいんじゃないかというように思います。

それともう 1 点だけ。「ジョン Q」の映画を最近山口県でもやりました。最後のナレーションでちょっと印象に残った一言ですが、「この問題が起こって悪いのはわが国の国民である」と、要はアメリカ国民であると。これは国民健康保険制度を捨てたからです。なぜなら、国民が税負担の増加を嫌ったからであるというふうに、そういうような意味のナレーションがあったと思います。この状況を今、日本に、後から振り返って後悔のないようにしたいと感じ、その言葉はかなり印象に残りました。

松原 風邪薬の件にしる、免責の件も、財務省は以前にこれを述べてるのですね。ですから、財務



省としてはこの国民皆保険制度において混合診療が解禁されれば、こういったことが合法的にできるわけなのです。

もし、今これをやろうとしたら、混合診療に反するからできないという主張ができますが、その主張ができなくなるわけですから、ぜひその辺は先生方にもご理解いただきたいと思います。高度先進医療というのは、実際のところ、お金がかかるように見えていても、そんな金額になりません。しかし、風邪薬は数が多いので、ものすごい金額になるのですね。財務省としてはそちらのほうが本当はやりたいところだと思います。

それが法律を改正して混合診療が可能になれば、現物給付じゃなくなりますから、できるようになるわけです。薬も一定のところまではお金を払いますけれども、あとの一流薬とかそれ以上の薬は全部自費で出せなんてことは、既に具体的に議論されて、もう入りそうになったところです。それが合法的にできるようになること自体が非常に大きな問題だということをぜひ地区医師会でご説明いただけましたら幸いです。

「ジョンQ」の問題は、税金の話をするとなかなか難しい問題がありますが、むしろ「ジョンQ」の状況自体が国民にとってよくないということをやっばりご主張いただけたらと思います。

薦田 時間が既にオーバーしてしまいました。み

なさま、本日は長時間おつかれさまでした。

今日は、国民皆保険を堅持するという事で運動しようという集まりでもありますので、署名をたくさんいただいて、大いに参加していきたいと思います。

最後に、藤原会長からお願いします。

藤原 長時間お話しいただきまして、ありがとうございました。

わたし、珍しくずっと一度も発言しませんでした。黙っているのも結構腹ふくる思いなのですが、今日はさすが編集委員の先生方、建設的な意見がある一方で、この混合診療反対を単純に認めるのではなくて、それに対する意見をあえて出して議論を深めていただいたというふうに思っています。われわれ医師としても徹底的にその混合診療のもやもやした部分を表に出してこそ、混合診療が初めて理解できるのではないかと考えています。

松原先生には本当に歯切れよくお話しいただきました。日医に新しい風が吹いていると先生方もお感じになったと思いますし、先生をしっかり支持して、日医に頑張っていただきたいと考えています。どうかよろしく願いいたします。

## 講演会・座談会 印象記

## 混合診療の禁止は健康保険制度の理念に基づく

[ 記：理事 加藤 欣士郎 ]

昨年 9 月、国会の冒頭で小泉総理がその解禁の年内決着を宣言した混合診療は、去る 12 月 15 日、厚労大臣と規制改革担当相の全面解禁は見送り、特定療養費制度を整理、再編することで合意され、一応の決着をみた。

この間、規制改革民間開放推進会議は強引な手法で解禁論議を主導していった。これに対して日医は医療関係団体や各種団体と手を組み国民医療医療推進協議会を設立し、混合診療解禁反対運動を展開した。結果、混合診療の解禁は見送りになったが、これは日医が混合診療が国民皆保険制度を崩壊させるものであるとする主張が、規制改革会議の議論を凌駕したものと考えてよい。

ただ、全面解禁は見送りになったとはいえ、特定療養費の無限則な拡大は実質的な解禁に繋がる危惧もあり、まだまだ油断はできない。また、2006 年の医療法改正に併せて、健康保険法の改正の策動もある。今後も政府、推進会議を注視していかなければならない。

これらの状況をふまえて、ここでは混合診療の諸点をもう一度整理し、健康保険制度の理念の観点からその問題点を指摘したい。

## 二つの混合診療

混合診療といっても、それを使う立場でまったく意味が違ってくる。規制改革会議は混合診療の解禁を自由診療への足がかりとしてとらえ、民間保険導入の突破口としている。一方、医療の提供者は日常診療での保険診療の制約のジレンマの中でとらえている。同じに混合診療の容認といって

も、その意味は正反対なのである。

## 規制改革民間開放推進会議が唱える混合診療

一つは規制改革・民間開放推進会議の唱える混合診療である。昨年 9 月に国会の冒頭で小泉総理が混合診療の解禁の年内決着を宣言して、その解禁論議が一気に加速した。推進会議は 10 月には 14 の重点検討事項を盛り込んだ基本方針を決めた。この内の 5 項目が医療関連で、そのトップが混合診療の解禁であった。2 番目が医療法人への株式会社の参入、次いで中医協の見直し、病床規制の緩和、一般小売店での医薬品の販売拡大とつづいた。これは何としたことか、規制改革のほとんどは医療に向けられ、これならば「医療改革・民間開放推進会議」と名称変更すべきである。実際、会議では混合診療の解禁論議にその多くの時間が割かれた。推進会議の議長は財界代表の宮内義彦氏、オリックス会長である。会議の委員には医療の専門家は一人もいない。これでは、プロレスリングで相撲をとるようなもの、寄り倒しても決まり手にはならない、いつまでたっても決着はつかないはずである。もとより年内答申の脈はなかった。

推進会議の前身の総合規制改革会議では、医療法人への株式会社参入が強く求められてきた。「聖域なき」構造改革をうたう小泉総理のもと、経済財政諮問会議と規制改革会議は医療をターゲットにしてきた。本来、市場の活性化と競争原理を導入して構造改革を推進すべき舞台は他にあるはずである。郵政、道路公団どうしたことが、一向

に改革がすまない。そこで、抵抗が少ない医療に狙いをつけた。これでは「聖域のみの」構造改革ではないか。これとて、小泉総理の目論みどおりにはいかなかった。医療特区構想も挫折した。株式会社の参入もすまない。かくして、混合診療の登場となった。

当初、総合規制改革会議は株式会社の医療への参入にこだわった。しかし、日本の医療費は 32 兆円、それもそのほとんどが公的保険の給付である。厚労省の低医療費政策のため医療機関の大半は赤字経営を強いられている。医療費の対 GDP 比は 8.5% で先進国では低水準で、アメリカのその約半分である。しかも、医療費は公定価格で、公的保険給付のため予算制であり、医療費総額の伸びは制限されている。株式会社からみれば日本の医療市場はまったく魅力のないはずである。であるに何故に株式会社は医療に参入したがるのか。それは現在の 32 兆円の市場ではない、アメリカの医療費は対 GDP 比 15% である、日本であれば 60 兆円の市場である。これを公的保険では賄えきれないはずはない、つまり、自由診療の拡大と自由市場の創出である。さらに、自由市場は個人のリスクカバーで対応される、ここに民間保険が導入されることになる。民間保険が普及すれば、自由市場は拡大される、フリーマーケットであるから価格は自由に設定でき、医療費総額の伸びも天井知らずである。そして、公的保険は財政的に逼迫していることから、その支給範囲を徐々に減らし、民間保険に委ねる部分が増えていく。

規制改革会議の目指す医療への株式会社の参入は、医療費の膨張と民間保険の普及、拡大、そして公的保険の縮小が前提である。これは単に規制改革の問題ではなく、公的医療保険のあり方、延いては社会保障の位置付けに沿って議論すべき課題なのである。よって会議だけの議論では株式会社の参入はなかなか進展しなかった。そこで、出てきたのが混合診療であった。とりあえず、自由診療の拡大は棚上げして、混合診療を解禁することで公的保険から民間保険への壁に風穴を開けようと目論んだのであった。

小泉総理の国会での混合診療の解禁宣言は余りにも唐突であった感が否めない。また、推進会議の混合診療解禁議論も性急の謗りを免れない。小

泉総理にとっては構造改革、規制緩和をうたいながら何一つ成果を上げてこれなかった焦りから、抵抗勢力の弱いとみた医療に狙いを絞ったのであろう。推進会議にしては、とりあえず混合診療解禁のお墨付きをもらうことで、将来の自由診療の拡大と民間保険導入の布石にしようとしたのであろう。推進会議は混合診療の認められていない医療について、具体的に例示した。

たとえば、未承認の抗癌剤、これについては安全性の問題がある。確かに、承認、薬価収載までの手続き、治研方法についてはもっと改善の策が必要であった。その意味ではここで議論され、改善の方法が得られたことは「規制改革の成果」であるかもしれない。しかし、ピロリ菌の投薬制限、腫瘍マーカーの回数制限などは混合診療で対処すべき問題ではなかった。これらは診療報酬の算定制限がネックになっているだけで、算定要件を弾力的にすれば解決できることである。乳癌手術時の乳房再建術の併施は、アメニティーと見るむきもあるかもしれないが、女性器の本来の形態と機能を回復させることは女性の尊厳からみるとき単にアメニティーとしてしまってよいか、これは保険適応の是非を問うべき問題であろう。むしろ手術時のシリコンの材料費が高価なことが議論されるべきである。日本の医用材料費が世界でも突出して高価なことは知れ渡っている、その多くがアメリカからの輸入品である。何故か、このことは議論の俎上にあがらなかった。外人の診察時の通訳の費用にいたっては、医療行為とかかわりのないことである、はじめから混合診療にはならない事項である。

これら推進会議の示した例は混合診療を解禁するまでもなく、もとより特定療養費制度を整理、再編することで対応できるものばかりであった。また、会議は診療報酬算定上の制限やアメニティーの要件などに不案内なため、不適切な例示が多々みられた。つまりは土俵が違ったのである。これら例は医療制度、医療保険の専門委員会で議論すべきことばかりである。もし、規制改革会議が口をはさむならば、混合診療がそれを禁じる公的保険制度の中に容認される論拠を示すことである。会議は各論を議論しても、総論、つまり健康保険法の理念を覆すまでの根拠を示せなかったの

である。

かくして、推進会議の提案した混合診療解禁論議は、会議の求める包括的解禁は見送られ、厚生省が特定療養費制度を再編、拡充することで決着した。つまりは推進会議がもともと医療の問題に介入するには、理論の構築ができておらず、実態の把握すら不十分であったことより、その限界を露呈した次第となったのである。

## 医療の提供者の求める混合診療

混合診療は規制改革会議が初めて提起したものではない。われわれ医療提供者ではその是非についてずっと議論されてきた。アンケートでは医療者の 40% が混合診療の容認を賛成している。しかし、ここで医療者が求める混合診療と規制改革会議が解禁を求めた混合診療が同じ言葉を使いながら、その意図するものがまったく違うことを明確にする必要がある。

医療の提供者はその日常診療において、さまざまに保険診療のカベにぶつかる。ガン患者を診ているとき、未承認の抗癌剤の使用が迫られる。検査の回数制限が治療の妨げになる。混合診療が容認されれば、患者の負担は軽減し、多少は診療がやりやすくなる。臨床医であればだれもが経験することである。大学の研究者なら新しい技術を開発し、臨床応用することがその使命である。高度な先進医療なら特定療養費と承認されることもある、しかし時間がかかる、また、それほど高度でなければ特定療養費の申請すらできない。ここに、保険診療の不合理を感じることになる。開業医と同様に、日々の保険診療で薬剤の投与基準、適応症、検査の回数制限に窮屈さを覚えることがしばしばある。こんなことで、混合診療の容認を許してほしくなる。患者に最良の医療を提供するのが使命であれば、当然の思いかもしれない。

## 健康保険制度の理念は共助である

しかし、ここで保険診療が何故に混合診療を禁止しているかを考えてみるべきである。今一度、健康保険法の理念を確認するべきである。それは、共助の精神である。大正 11 年に施行されたこの

法律は、すでにこの時代に、一つの職域での保険による共済をうたっている。その後、多くの職域で健康保険が整備され、小規模の事業所には政府管掌が用意され、国の財政援助も加わった。個人事業主には地域保険である国民保険制度ができて、保険負担能力がないときの医療保護制度が出来上り、ここに日本は世界に冠たる国民皆保険をもつ国となった。昭和 36 年のことである。以後、老人保健法が施行され、保険負担の過重な保険単位には他の保険制度から拠出金を得て、それぞれの保険制度を維持する、つまり保険者間の共助の考えも導入された。

日本の国民皆保険制度は一つの保険者での共助を基本に、保険者間の共助も加え、公的財政補助または公費負担を補完するもので、共助と公助が絶妙なバランスで支え、維持されているのである。かくして日本の医療は WHO が世界一と評価することになった。そして、世界中の国が日本の公的医療制度を学ぼうとしているのである。日本に世界一として誇れるものがいくつあろう。まして、世界から学ばれようとするものが他にいくつあろうか。国民皆保険制度はいかに風雪にされされようと絶対に堅持しなければならないものである。

保険診療が混合診療を禁止しているには、共助の理念に基づいているからである。つまり、保険診療はだれでも、どこでも、いつでも保障されなければならないのである。決められた自己負担分以外の徴収は許されないことになる。これは絶対の原則である。そして、必要な医療はすべて安全性が保障され、効果が確認されれば保険収載される。日本ではすべての国民が必要な医療はすべて公的保険で享受できるのである。ただ、保険収載までは時間がかかる、それを待ちきれない患者がいる。確かに、混合診療を認めれば、患者の負担のハードルは低くなる。しかし、保険収載されればハードルはなくなる。そしてもっと多くの患者が恩恵を得られる。

毎日新聞は混合診療の禁止を懲罰的な全額負担と形容した社説を載せた、確かに混合診療が容認されれば、全額負担は一部負担ですむであろう、これで助かる患者さんもいるのは事実である。医療技術や薬剤の安全性と効果の確認には時間がかかる、それは短いにこしたことはない、しかし厳

密に評価しなければならない。混合診療を容認すれば、いくらかの患者さんの負担は軽減できる、しかし、保険適応ができればもっと多くの患者さんが負担を免れるのである。これを懲罰的と揶揄すべきであろうか。これまで混合診療を禁止してきたことで保険診療がより完備したものになってきた経由を考えてみるべきである。

### 間違いだらけの特定療養費制度

推進会議の提示した例はほとんどが特定療養費制度で対応できるものであった。結果、混合診療の解禁が特定療養費制度の整理、再編で決着したことは始めから予測できたことであった。特定療養費制度とはまさに混合診療そのものである。例外的に許された混合診療を別の言葉で表しただけのことである。もともと混合診療は一部とはいえ容認されてきたのである。しかし、これは必要悪でしかなく、保険収載までの一時的、便宜的な扱いであるべきであった。ところが、これが固定化し、さらに拡大されてきたことに問題があった。そこに混合診療の付け入る隙があった。

特定療養費制度は 1986 年に、高度先進医療の提供と特別の療養環境の提供（差額ベッド）について例外的に差額費用の徴収を許可するものとして始まった。高度先進医療については、安全性が保障され、効果が確認されれば保険適応になるもので、これは特定療養費制度の対象とすべきものである。しかし、差額ベッドはどうであろう。療養環境の提供は患者にとって必須である、それをどこまで保険給付すべきか、それは患者の病状によるであろうし、また、患者のそれぞれの欲求にもよる。適切な療養環境の基準はみつけにくい、足りなければ病気の回復に悪影響することもある、過ぎれば贅沢となり保険支出に負担を生じる。適正か、アメニティーか、その線引は難しいのである。そこで苦肉の策として、個室には差額徴収を許可するためこれを特定療養費に組み入れることになった。現実には、病院経営は差額ベッド料金を徴収せずにはなりたない。ところが、差額ベッドを特定療養費としてスタートしたことから、この療養費制度が歪んだものになっていったのである。もとより、差額ベッドはアメニティーと位置

付けるべきであった。ベッドそのものは医療行為に必須である、しかし個室について、もちろん病状によっては個室が必要なこともあるが、一応はアメニティーとしておくべきであった。それであれば、差額徴収は保険外負担取り扱いの個別的事項として実費徴収すればよいことになる。

特定療養費制度はその後、選定療養費として項目が追加され現在 14 種類が認められている。ところが、その内容を見るとそれが混合診療を認めるべきものか疑問が多い。96 年に治験にかかわる診療、2002 年に医療用具の治験にかかわる診療、薬事承認後の保険収載前の医薬品の投与、さらに、2004 年には治験省略可で適応変更の申請中の薬剤の適応外使用について、やっと追加された。これらはいずれ保険収載されるものであり、選定療養費の対象として当然認められるべきものであり、むしろ選定されることが遅すぎた。92 年には予約診療と時間外診療の差額負担徴収が加えられた。これはどうか、時間外については初診、再診の点数上の加算がある、患者の病状以外の都合での時間外受診はアメニティーである。また、予約診療についてはアメニティーそのものである。これらは、保険外負担取り扱いで実費徴収を認めればよいことで、わざわざ選定療養費に載せる必要のないものである。

それでは何故これらが特定療養費になったのか、それは厚労省の都合でしかない。差額ベッドについては、当時、日本の公的保険制度を調査にきたアメリカの視察団に、日本の病院を「うさぎ小屋」と評されてしまったことに始まる。厚生省の低医療政策のため、診療報酬の入院環境料では病院の環境整備は保障しきれない、建築コストについては診療点数での償却はできない、これを差額ベッド料の徴収で埋めあわしている実態がある。これにお墨付きを与え、公認するため、あえて保険外負担の除外規定ではなく、特定療養費に規定したのである。予約と時間外については、2 時間待つて 3 分診療と評判の悪い病院外来の混雑を緩和させるため、患者の受診の分散化を狙って、さらに、その進捗のためわざわざ特定療養費に組み入れたものである。

さらに、96 年には 200 床以上の病院の紹介なし受診、2002 年には再診についても差額徴収が

選定療養費にされた。これはたいへん問題である。日本の保険制度はだれもが、いつでも、どこでも診療が受けられることを保障している。患者が医療機関を選択するのは自由である、紹介がなくとも病院を受診するのは患者の権利である、それに差額負担を強いることは皆保険制度の理念に反するものである。確かに、大病院外来の混雑ぶりは尋常ではない、患者の大病院指向も根強いものがある。しかし、それを差額料の徴収で是正しようとするのは本末転倒である。ここは真剣に病診連携をはかる方向で施策をはかるのが筋である。

### 180 日超入院の特定療養費化は保険診療の原則を逸脱している

2002 年 4 月の診療報酬改訂は史上最悪のマイナス改訂であった。ここではそのことは触れないが、このとき 180 日超の入院基本料の一部が特定療養費化された。これは、本来保険で支払われるべき診療費本体の一部を患者負担に転嫁するものであり、特定療養費に名を借りた「保険外し」に他ならない。2002 年の点数改訂では、再診療、処置、リハビリの月内逓減制が導入された。これは「頻回受診を悪」として厚労省がその抑制を狙ったものであった。そして、180 日超入院の保険外しは「長期入院は悪」として、在院日数の短期化を誘導しようとしたものである。ここで厚労省は保険制度で保障しなければならない入院診療費そのものに免責を科した。「社会的入院」と揶揄されることに業を煮やしてか、平均在院日数の短縮を性急にはかるあまり、保険外しの暴挙にでた。絶対に超えてはいけな一線に足を踏み入れてしまったのである。

このように特定療養費制度は、高度先進医療と薬剤、医療材料に関するもの以外は厚労省の都合と政策誘導の手段として使われてきた。そのため本来保険収載を前提として、緊急避難的に一時期あてはまるべき特定療養費は、選定されるべきでないものが混在し、そして固定化される結果となった。ここに混合診療容認論議で疑義が出された多くの例で混乱を生じることになった元凶があった。

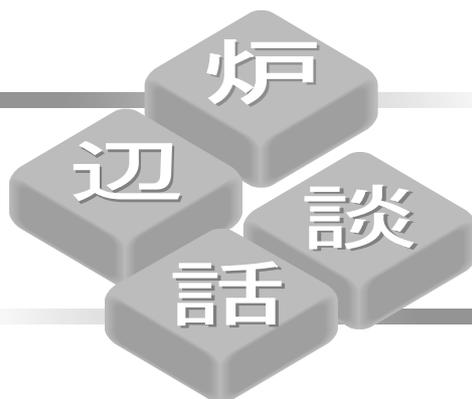
### 特定療養費の拡大は慎重に

厚労大臣と規制改革担当相との合意で、混合診療の全面解禁は見送られ、特定療養費制度の整理、再編をすすめることになった。そして、2006 年の医療法改訂に併せて、制度を改正し、健保法も改訂するとの方針である。しかし、特定療養費制度は改訂の必要はない。保険診療を補完する目的には今のままで不備はない。その運用に間違いがあっただけである。今回、選定の対象にあがっている必ずしも高度でない先進医療、国内未承認薬などは今の制度でそのまま対応できる。要は選定と運用を的確かつ迅速にすればよいのである。また、制限回数のある検査、治療については特定療養費とすべきものではない、これらはそもそも回数制限があること自体が間違っている。診療点数の解釈の中で、弾力的に運用すればすむことである。そして、無限則な特定療養費の拡大は許されない、特定療養費に選定されるのは保険収載を前提に、それも一定の期間であることが条件であり、原則である。この原則が守られず、これまでのような選定が行われるなら、特定療養費制度は、それに名を借りた、実質、混合診療の解禁になってしまう恐れがある。

### 2006 年医療法改訂に向けて、健康保険法の改正の要はない

2006 年の医療法改正は医療の供給体制が主題であるはずである。特定療養費については法改正の必要もなく、急ぐべきであるが、一つの整備課題でしかない、これは中医協マターでよい。まして、特定療養費について健保法を改正する必要はまったくない。混合診療を禁じ、保険診療をより充実したものをめざす健保法に一点の不備もない。特定療養費制度の規定も改訂の要はないのである。

混合診療の解禁は見送りとなったが、今後も療養費制度の改変、健保法の改悪などの策動が予想される。まだまだ、注視していかなければならない。



## 第一回中国地区バリアフリーダイビング大会に参加して

岩国市 森近 博司

2004 年 8 月 7 日から 8 日の 2 日間にかけて、中国地区では初めてのバリアフリーダイビング大会が、萩市にて開催された。

バリアフリーダイビングは、1998 年、厚生労働省所管（財）日本障害者スポーツ協会登録団体『日本バリアフリーダイビング協会（JBDA：会長 山田眞佐喜 氏）』が、主として身障者を対象に、沖縄でスキューバーダイビングの全国大会を開催したのが最初である。昨年で 7 回目と歴史は浅いのだが、既に毎年 200 名近い人たちが全国から参加している大会である。JBDA の大会趣旨は、「健常の方のみに対してだけでなく、体の不自由な方を始め、加齢のためにハンディキャップを所持しているすべての人々に、ダイビングにおいても、他のスポーツ同様に垣根を越えた（バリアフリー）、生涯楽しめるスポーツとして教授すべき



ものであり、そのために、個々のハンディキャップの特長等を把握し、各人に合った合理的な援助、協力、指導等を行い、残存能力の維持向上、体力の増進、自立促進、相互交流などを通じて社会参加の促進に大きな役割を果せるよう活動をする」ことだと会長は述べられている。

今回の大会は、岩国市でダイビングショップ「中国ダイビング」を経営している錦織秀治社長（全国 26 名しかいない JBDA の指導員のひとり）の呼びかけにより、東は神奈川、南は沖縄まで総勢 31 名のゲスト（脊髄損傷 2 名、脳性マヒ 2 名、脊髄生筋萎縮症 1 名、交通事故による体幹機能障害 1 名）とボランティアが参加して行われた。私

自身は特に潜水医学の専門家でも何でもないのだが、40 の手習いで始めたダイビングのライセンスを取得した所が、たまたま中国ダイビングだっ

たということで、ひょんなことからこの大会の医療チーム主任に任命された次第である。

JBDA 主催のバリアフリーダイビングは、これまで全大会を通じて事故は一件も起こっていないのだが、それ故に今大会を開催するにあたり、錦織氏を中心にさまざまな準備を行った。

一般的に、スキューバーダイビングの事故でもっとも怖いものの一つは減圧症でありエアエンボリズムである。減圧症は、深く潜行することだけが原因で生じると思われがちであるが、これは外界との圧力比で生じるわけで、つまり同じ 10m 浮上するにしても、20m から 10m (3 気圧から 2 気圧、1.5 倍) に浮上するよりも 10m から海面 (2 気圧から 1 気圧、2 倍) に浮上するほうが減圧症にかかりやすいということになる (潜水時間も関与しているのだが...)。また、より重傷のエアエンボリズム (肺の気圧外傷により、中枢神経症状を呈する重症の減圧症) に至っては、浮上速度のみが原因となって起こるのである (やっかいなことに、浮上速度は海面に近く浅くなるほど速くなる)。つまり、10m 位の浅場こそ、ダイビングにおいて減圧症の危険地帯と言っているのではないだろうか。個人個人がダイバーとしての基本的知識を持つことや、ダイブコンピューターを所持することにより減圧症にかからないようにしているのだが、海中では陸上では考えられないくらいちょっとしたことで (特にビギナーダイバーでは) パニック状態になってしまうものである。ましてやバリアフリーダイビングでは、身障者が対象である。脊椎損傷や小児マヒの方は体のバランスが悪く、海中では簡単に回転してしま



うし (宇宙飛行士が無重力状態でグルグル回っているのと同じ状態と考えてください) 体温調整も不良である (すぐに低体温になる)。彼らは健常人では考えられないような些細なことで簡単にパニック状態になる可能性があるのだ。さらに安全上海岸から近い浅場 (水深 5 ~ 10m、エアエンボリズムの危険地帯) で潜るため、より細心の注意を払わなければいけないということである。

備えあれば憂いなし、まずは事故の起こったことを想定し準備を進めていった。

萩消防署のご尽力により、山口県防災ヘリ及び救急車の待機搬送は確保していただいた。ただ問題は、一番簡単に考えていた搬送先の病院であった。山口県内で減圧症の再圧療法ができるチャンパー (高圧酸素治療装置) を設置している病院は限られている。幸い近郊では萩市玉木病院にチャンパーがあることがわかり、玉木院長に直接面会にうかがったところ、快く相談に乗っていただくことができた。ただし、同病院では脳卒中の治療に使用しているとのことで、減圧症に対しての使用経験がないので大学病院に頼んだ方がよいのではないかとの回答であった。そこで私の出身大学である Y 大医学部附属病院救急救命部にお問い合わせすることとした。私自身、同病院勤務時期に約半年間にわたり救急救命部でお世話になったこともあり、また高圧酸素療法が可能なチャンパーがあることも知っていたので簡単に引き受けていただけると考えていたが、以外にもあっさり断られてしまった。電話口で錦織氏に対応した同部の医師によると“チャンパーを減圧症に使用したことはないし、これから先も減圧症に対し使用する気は



ない。それに水深 10m 位の潜水では減圧症にはなりません。”とのことであった。減圧症の知識がない(?)一医師が言われたことで同部の本意ではないと信じたいが、同じ大学の出身者としては残念でならない回答であった。現在山口県内では一年を通じて海中で働いている作業ダイバーはたくさんいらっしゃるし、夏になるとファンダイブを楽しむたくさんのダイバーが、山口県内のみならず九州をはじめ他県から、きれいな海を求めて青海島などのダイビングポイントを訪れている。ぜひとも今後山口県内の病院でも減圧症の治療ができるよう考慮していただきたいものである。兎に角、山口県では、一番の高度先進医療を行っているとうたっている大学病院でも減圧症の治療ができないというのが現実であったため、他県の病院をあたることとした。一番近いところでは、九州労災病院で減圧症の治療を行っていることを知り、受け入れをお願いすると快く承諾して下さった。

安全上の確保ができると大会開催への準備は順調に進んでいった。(社)萩市観光協会及び萩市経済部水産課のご尽力により、参加者の宿泊先、オプションツアー(萩焼手づくり体験教室)、ダイビングで使用するビーチ、ボート停泊用のマリーナの手配をしていただき、いよいよ第一回中国四国地区バリアフリーダイビング大会の始まりである。

医療班の任務は、既に開催されている本大会を参考にするとともに、2003年に16名の少人数で行ったプレ大会としての山口大会の経験(詳細は岩国市医師会報を参照してください)を生か

し行うこととした。一日目は土曜日で午前中は診療のため昼からの参加となった。救急セットを車に積み、萩市的美萩海浜公園に到着したころには既にビーチダイビングのエントリーは終わっていた。イクジットしてきたゲストダイバーの健康状態のチェックや保温(すぐに低体温になるので)をしていると、かたわらで午後の日差しの強い灼熱の砂浜の上、二人の男性が場違いな制服姿で大会を見守っていた。聞くと海上保安庁の方たちであった。大会開催を承認したからにはこうして大会の安全を見守っていただかなければならないとのことであった。本当に任務とはいえ頭が下がる思いであった。当初は暑い中直立不動で大会を見学されていたが、徐々に大会の様子がわかってきたようで、最後はいっしょに身障者をかかえて海からテントまで運ぶのを手伝って下さった。中国初のバリアフリーダイビング大会なので、当然彼らにとっても見るのが初めてであり、さらにヘリコプターまで待機したのだから、どんなに危険なことをするのかと思われていたのではないだろうか。実際大会を見守られ、バリアフリーダイビングが安全面においても細心の注意を払っており、身障者の方々でも何の問題もなく安心してダイビングを楽しむことができるよう運営努力していることが今回の大会で理解していただけたのではないだろうか。“明日は部署で待機しているから引き続き気をつけて大会を行ってください。”と日に焼けた笑顔で帰路につかれた時には、そう思わずにはいられなかった。

日本海に真っ赤な夕日が沈む頃、宿泊先のホテルで交流会が盛大に行われた。沖縄から今大会のため、泡盛持参で駆けつけてくれたJBDA 会長山田眞佐喜氏のご挨拶の後、ゲスト、ボランティアが和気藹々とその日のダイビングのことや次の日のボートダイビングについて熱く語っていた。私は、たまたま山田会長の隣席であったため、バリアフリーダイビング大会を行うようになったきっかけを尋ねてみた。会長の話によると、始まりは3名の視覚障害者だということであった。当時(1983年)は障害者の方たちがダイビングをすることはタブー視されていたが、彼らの熱意により体験ダイビングを敢行し、これがマスコミに取り上げられることにより全国の障害者の方々のダ

イビング熱が高まり、大会を運営するようになった、とのことだった。このことがきっかけで、今では視覚障害者はもとより、聴覚障害者、脊髄損傷、脳性マヒなどさまざまな障害を持つ方たちが海中の世界を存分楽しむことができるようになったのである。われわれも今後、“なぜそれがタブー視されているのか、本当にそうなのか、本当にできないのだろうか、と考へながら生きていかなければいけない”と思わせてくれるよいお話であった。

翌日も雲一つない快晴の天気だった。ゲストのメディカルチェックを行った後、3隻のボートに各々乗り込み、萩沖にある羽島を目指し出航した。昨日は緊張していたゲストの面々も、期待に満ちあふ

れたキラキラとした笑顔であった。途中、われわれのことを祝福しているかのごとく、イルカの群に遭遇した。約 15 分で羽島に到着、透明度 18m、べた凧の絶好のコンディションの中、2 日目のバリアフリーダイビングが始まった。次々とゲストやボランティアが真っ青な海に潜っていくのを見守りながら、真夏の強い日差しを受け船上で待機することはサウナに 1 時間ぐらい入っているのと同じくらいに感じられた（事実、着ていた T シャツも半パンも汗でぐっしょりとなっていた）。それでも私は楽しくてしょうがなかった。イクジットしたゲストダイバーに熱いお茶を



差し出す時、満足したその笑顔を見るだけで心が癒されていた。京都から来た脳性マヒの F 君のご両親が今回一緒にダイビングに参加し、息子が熱中しているのがやっと理解できたと涙を浮かべて話され、一方で脊髄損傷のゲストが海の中のきれいな景色や生き物達のことを熱く語っているのを聞くと、人類を含めすべての生物を平等に扱ってくれる海の大きさに感動せざるをえなかった。午後 1 時、すべての大会日程を無事故のうち終了することができた。日本各地から山口県に、ダイビングという一つの同じ目的で集まった人たちは、オプションとして準備していた萩焼ツアーに行くもの、車で数時間かけ地元に戻るもの、もう 1 本潜るものそれぞれに別れ、翌年の再会を約束し

つつ散会となった。

スキューバダイビングは、たくさんのスポーツの中では数少ない“競うことのないスポーツ”である。年齢や身体の障害に関係なく、だれでも自分の技量にあったようにできる“バリアフリースポーツ”である。なにかとストレスの溜まる競争社会で生きているあなたも、ダイビングで癒されてはいかがでしょうか？

終わりに、今大会の開催にご尽力いただきました萩消防署、萩海上保安署、萩市観光協会、九州労災病院、日本バリアフリーダイビング協会をはじめ関係者の方々に心から敬意を表します。

経口用セフェム系製剤



**セフゾン**®

CFDN

細粒小児用  
カプセル 100mg  
50mg

セフジニルカプセル、セフジニル散 指定医薬品・要指示医薬品<sup>(注)</sup>  
注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

**Cefzon**® (略号:CFDN)

薬価基準収載

**Fujisawa**

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照下さい。

発売元 資料請求先  
**藤沢薬品工業株式会社**  
大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514

製造元  
**富山フジサワ株式会社**  
富山市興人町2番178号

作成年月2003年11月

## 父母からの手紙

山口市 田村 博子

世の中が 21 世紀を迎えた 2001 年の元旦、私の息子のもとに 1 通の手紙が届いた。1985 年つくば万博の折全国の郵便局に設けられた“ポストカプセル”に家族みんなで 16 年後の息子に宛てて書いて投函した手紙だった。父の手紙はこんな風に始まっていた。“今日は 1985 年 9 月 16 日でおじいちゃんは 55 歳、真吾は 2 歳です。”

父は 1999 年 10 月、食道癌の気管支動脈穿破による大量出血で亡くなった。69 歳だった。健康家で私たちが幼い頃から“俺が食べられなくなったら死ぬときとってくれ”と言っていたが、その言葉通り経口摂取ができなくなってから 4 日目だった。勝負の早いのが好きだった父らしく、早朝吐血し始めてからあっという間だった。その夜、遺体のそばで眠っていた私の夢に父が現れた。休日の朝のようにパジャマ姿で新聞を読んでいる。“パパ！（あんなに血を吐いたのに）大丈夫だったの？”と驚く私に“おお”と一言。

亡くなって 5 年経った今でも、山口に来たから、と遠方から父の大学時代の同級生が訪ねて下さることがある。皆さんが父の下宿には婚約者であった母の写真が飾ってあったとおっしゃる。その母は父より 3 年早く卵巣癌で亡くなった。母の癌がわかったのは私が医学部に入学して 3 年目、専門課程にあがるという 4 月だった。亡くなるまでの 5 年間 28 回入退院をくり返した。私にはあまり残された時間がないの、と言いながら、体調の許す限り旅行したり家事にいそしんだりしていた。強かったけれど、時にぼつんと“ママ、こっちゃんとお別れしたくないなあ”などということがあった。母の最期の日々、私はどれだけ涙を流

したことだろう。日赤に入院してからは病室から一歩出た途端、とめどなく涙を流しながら階段を降り、亡くなった後は、忙しい研修医生活の中、ふっとした時、患者さんのお花見に同行した後河原で桜を眺めたとき、夜湯舟につかったとき...涙はとまらなかった。

それに比べ、父の時は悲しかったけれど笑えることも多かった。父は闘病の 1 年 3 か月、入院していないときは診療所に出て、白衣のポケットにいれた持続のシリンジから肝動注したりしながらも、患者さんとおしゃべりしたり診察したりしていた。10 月にはいって涼しくなり始めたある晩、久しぶりに水炊きにしたらおいしいと最後の雑炊までしっかり食べて、真吾から“おじいちゃん、仮病だったの？”と言われ笑った顔を思い出す。自分の葬儀の弔辞をよむ人からその順まで指図していた父に妹は“喪主あいさつも考えておいたら？”などと言っていたのだが、葬儀も終わった頃、夢に現れた父に妹が“葬儀はあれでよかった？”と聞いたところ“まあね”の返事。妹は私に喪主挨拶も合格だったらしいよ、と笑っていた。

父の手紙は続く。“この手紙を開く時は真吾は 18 歳になっていると思います。今は第 3 の産業革命の波がやってきて社会生活は変わりつつあります...この変化は今後急速に進むと考えられ 16 年後にはどのようになっているかわかりません。医療の面でも...これも大きく変わっているでしょう。たとい、こうしたものがどのように変わろうとも変わらないものがあるはず。それは人間としての情というものだと思います。親子のきずなとか、そういったものです。社会がどのように変

化していようと人間としての性格、その人となりというものが一番大切なものと思います ... これから大学へいこうという年になっている真吾は勉強も大切だけど人間としての器量をつみ上げて、いろんな人から愛される人間になって、知識のかたまりだけで心がないというような人間にはならないでください。一番大切なことは人へのいたわりの心だと思います ... ”手紙には当時書かなかったと思っていた母も 2、3 行言葉を残していた。本人達も 21 世紀の始まりにふたりともこの世を去っているとは思わなかっただろう。今頃どうしているかしらん？ 前任の平田晴夫先生や後任の

藤野巖先生と大きな声でしゃべって母から相変わらずのお行儀の悪さを叱られてるかしら？ 博子の奴、俺の手紙を勝手に切り貼りしやがってと思ってるだろうか？

これを書いている休日の朝、ラジオから聞こえているのは、なんというタイミングかレクイエム。山口市で在宅緩和ケアの気運が高まっているこの頃、父母の最期がいつも以上に思いおこされる。私たち家族が過ごしたような悲しいけれど明るい日々を送ろうとしている人達に私が少しでもお役に立つようであればと思っている。

## 年越し

竹秋句会

見慣れたる山河尊し大旦	吉武三和子
具雑煮の謂れを語る箸休め	中山 泥子
官杉の倒れ齋 <small>ゆま</small> はる神無月	井上佳代女
年越して宿題一つ果たしけり	笠原北斗窓
元旦や四方おほかた低き山	中山 裕子
しんとして明けゆく中の淑気かな	原 俊雄
孫の手になる御幣つけ注連飾る	水津奈々子

## 私のボケ防止法

編集委員 薦田 信

ある日のこと、所用で診察室から自室へ行く途中、職員に出会って指示を求められた。それを済ませると自室へ。

「エート、何しにここへ来たのだろう？」と、思い巡らす、といったことが最近たまにだがある。ボケの症状かもしれない。

一つの用事を行っている最中に、もう一つの用事を持ってこられると、先の用事を忘れてしまう、がボケの最初のサインの一つ、とされている。

ヤバイ！

実は十年以上前、病院の忘年会の余興で、まず目を開けたままで女子職員の手を握り、次に目隠しをして相手の名前を当てる、という単純なゲームで、相手は 6 ~ 7 人位だった。目隠しをすると頭が混乱したのか、職員の名前が浮かんでこない（一人は特徴のある手の感触で名前がすぐ出たが）。

「これはいけない、物覚えが悪くなった」と、思い知ったことがある。

痴呆は、脳血管性痴呆、老人性痴呆、老年期痴呆、アルツハイマー型痴呆、アルツハイマー病などの名称で呼ばれているが、これらが必ずしも正しい病態を示しているものではない。

アルツハイマー病が目につくのは、アリセプト投与のための、いわば保険病名だろう。

アルツハイマー病は痴呆群の中ではごく少数で、ボケる必要なさそうなのにボケる。三十歳代から六十歳代前半（主として四十歳代、五十歳代）に、遺伝子異常により発病するもので、痴呆群のうちほんの数%とされている。

アルツハイマー型痴呆とアルツハイマー病が混同され使用されている。『ホームヘルパー養成研修テキスト（長寿社会開発センター発行）』にも、アルツハイマー型痴呆は、ドイツの神経学者アルハイマーが最初に報告したもので、この名がある、となっている。

アルツハイマー型痴呆は、いわゆる老人性痴呆と同意語と考えてよい。

金子満雄氏（浜松医療センター顧問）は、「老人性痴呆は特別な疾患ではなく、その基盤に脳の老化現象があり、それに加えて脳の廃用性萎縮を促す諸々の環境因子が、その変性を加速する」と、廃用性萎縮を強調されている。

脳の廃用性萎縮で発症する五十~六十歳代の軽度痴呆を老人性痴呆と呼ぶには少し抵抗がある。

いずれにせよ重度痴呆になると、回復の見込みはなくなるので、痴呆の予防は、いかに軽度痴呆を早期に見つけて進行させないようにするか、にかかっている。

老化による痴呆の予防は、生理的なもので防ぎようがないが、脳の廃用性萎縮は、脳を活性化することによってある程度予防できる。

早期痴呆の最初のサインは、無表情、意欲低下などで、額（ひたい）の直下にある前頭前野の機能障害とされ、表情こそが前頭前野の活動を如実に表す。したがって表情の微妙な変化を読み取り、「ボケの始まりではないか？」と疑うことが軽度痴呆発見のポイントとなる。

前頭前野は脳の総司令部で、人間だけが持つ創造性、発想力、機転、感動、注意分配能力などをコントロールしていて、ここの働きだけが少し

衰えた時、人は軽いボケの状態を呈してくる。

前頭前野の次に海馬が障害を受けやすいらしい。海馬(側頭葉にあり、取り込んだ情報を記憶しておく場所)が障害されてくると、物忘れをするようになる。しかし物忘れはボケの始まりではなく、ボケの始まりは前頭前野の障害による。

さてボケ防止には、脳の前頭前野を刺激する創意、工夫、応用、感動を得られるような生活を持續すればよいこととなります。ゲーム、スポーツ、絵画、ペット飼育、交遊・・・メニューは多彩。

私は、音楽はバッハからジャズ、歌謡曲など何でも聴き、また自称オーディオマニアで、上京時には、必ず秋葉原に立ち寄ります。カラオケは宴席でたまに歌いますが、カラオケはいわば模倣で、創意工夫がないのでボケ防止にあまり効果がないようです。

ギャンブルも嫌いではなく、といっても今は麻雀を時々する程度。医師会で年に数回麻雀大会があり、先日第二十五回大会がありました。成績は、最近は平凡で、今まで二十回くらい参加して優勝二回。

「プレイステーション 2」で麻雀のテレビゲームを時々します。テレビゲームなどと侮ってはいけません。結構熱くなり、思わず数時間に及ぶこともあり、ボケ防止には効果があるような気がします(自己弁護)。

しかし何といってもボケ防止には男女交際に勝るものはないようですが・・・。

ボケるか否かは、六十歳代になってからの生

活スタイルも重要ですが、実はさかのぼれば、幼児期からの右脳の開発の程度が大きくかかわってきているようです。生まれた瞬間からボケ防止法は始まっています。

いつまでも第一線で診療にかかわっている限り、せいぜい軽度痴呆程度で踏みとどまっているのではないかと思います。

金子義雄氏の、「軽度痴呆(小ボケ)の症状」を掲げておきます。

- (一) 1日や1週間の計画が自発的に立てられない(指示待ち人になる)。
- (二) 反応が遅く、動作がモタモタしている(歩行も手も動きも)。
- (三) 同じことを繰り返し、話したり、尋ねたりする。
- (四) 無表情、無感動の傾向になる。
- (五) ぼんやりしていることが多い。
- (六) 生き甲斐を感じない。
- (七) 根気が続かない(何でも面倒くさがる)。
- (八) 発想が乏しく、画一的となる。
- (九) 仕事がテキパキと片付けられない。
- (十) 相手の意見を聞こうとしない。

(以上のうち、4項目にマルがつく場合は軽度痴呆の可能性が大である)

参考：金子満雄 「生き方のツケがボケにでる」

角川文庫



医業継承・医療連携  
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

## 後継体制は万全ですか？

D to Dは後継者でお悩みの  
開業医を支援するシステムです。  
まずご相談ください。



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

【携帯、PHS対応】受付時間：9:00～18:00(月～金曜日)担当：藤原・伊藤

<http://www.sogo-medical.co.jp>



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店 / 山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階  
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342

本社 / 福岡市中央区天神 東京本社 / 東京都品川区西五反田

■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064  
■東証一部上場(証券コード:4775)

## 混合診療に NO!!

防府 清水 暢

さて医療における現下最大の問題は、言うまでも無く「混合診療の是非」である。12 月下旬の答申を目指すということになれば、この新年特集号が出る頃には結果が出ているのかもしれない。

「混合診療解禁」を声高に叫ぶ市場原理主義者たち(財界)が最終的に目指すものは、「医療に市場原理を導入して、株式会社病院も認める」こと、すなわち、アメリカ型の医療制度にしてしまえということであり、そのための第一歩として「混合診療解禁」を位置付けている。

言うまでもなく「混合診療」とは、一連の治療行為の中で保険診療と自由診療を併用することをいうが、現行の医療保険制度においては認められていない。「固定価格」の枠内で定められた医療しか行えない保険診療のままでは、彼らにとっての魅力はなく、利益をもたらす市場とするためには、どうしても保険診療という枠組みを壊す必要があった。その手っ取り早い方法が混合診療なのである。財務省の「医療保険から公的部分を減らし民間の部分を増やす」意向に乗っかり、しかも保険診療の隙間から生まれた矛盾点について、「負担軽減」「選択肢の拡大」などバラ色イメージを振りまくなど、マスコミを総動員した PR で国民的支持をも取り付けるかの勢いである。自由診療が大手を振ってまかり通るということは、「似非医療」にまで医療としての選択肢を広げることも意味しており、まさに彼らは、混合診療解禁後に生まれる大きな自由診療市場をよだれを流して待っているところだ。

何故、世界に冠たる日本の国民皆保険制度を

破壊し、多くの国民を犠牲にしてまで、悲惨な状況にあるアメリカの医療制度に倣おうとする必要があるのか。

戦後、日本の医療は厚労(厚生)省と日本医師会の対立を軸にその形を整えてきた。しかし、対立の中にあっても医療に関する基本的な考え方については以下の点で一致していたと思われる。"医療財源の確保については政府に責任があること、国民全員に平等な医療を提供することを最優先すること、医療サービスの量的拡大"である。

量的拡大の達成された昭和 50 年代以降、「医療経済」の理念が導入されたが、これは医療費抑制を正当化する論拠となっただけで、厚生省が体質的に持つ、「公衆衛生」的な平等な医療の提供の考え方は変わらなかった。「医療経済」に謳われる効率を追求する場合には、医療サービスに不平等がでることを容認する必要があるが、こと医療に関しては社会の強い反発を招く恐れがあったのである。故に医療政策も患者のエージェントとしての医師と、「公衆衛生」的厚生省によって決定されるため、家父長的な考え方が基本になっていた訳である。また、政治も「医療の社会化(国の責任で医療を保障する)」については、アメリカのように自由主義の基盤を揺るがすものであるといった批判的な対応は取らなかった。平等が日本医療の基本原則となったのである。

一方でアメリカはどうかと言えば、日本のような「医療の社会化」を認める風土では絶対ない。医療を市場経済原理に委ね、いわゆる官による「配給」制は統制経済に属するものとして排斥される程の、自由と自立の国なのである。「高いお金

を払っても自分の望む医療サービスが受けられない」ことが著しい不正義であり、配給制は市場原理とは相容れないものとの観念がある。そのため、公的医療保険としてはメディケア（高齢者）、メディケイド（低所得者）があるだけである。

ではそのアメリカでどのような問題が起こっているのか。大手株式会社病院チェーンの不正請求等のスキャンダル、無保険患者のみならず低保険患者にまで拡大する「医療倒産」（低所得者が病気になった場合の経済負担による個人倒産）、日本のサラ金まがいの医療負債取り立て事例（専門の債権回収業者が、高額利子をも取る）、株式会社病院が実験段階の治療を売名のために「先端医療」として商品化したために生じた医療事故など、日本では考えられない状況にある。市場原理の下で弱者（老人や低所得者）は医療へのアクセスから排除され、財政難からさらに診療報酬支払額が低下したメディケイド（低所得者用公的保険）の患者は診療を拒否されたりしている。

医療への市場原理導入にファナティックな規制改革・民間開放推進会議の委員の多くは経済人で医療現場を理解する人はない。混合診療を解禁し、株式会社参入によって単にビジネスチャンスの拡大を狙っているだけである。例えば、同会議の「中間取りまとめ」に出された「混合診療が容認されるべき具体例」などは、内保連も外保連も何れも保険収載や特定療養費での対応可能としているにもかかわらず、「一定水準以上の医療機関」について混合診療の全面解禁を求めている。「一定水準」とする基準はまったく曖昧であるが、どうやらこれに株式会社病院を当てはめるつもりらしい。医療特区で株式会社病院の行う「高度な医療」が特定療養費化された際の抜け道づくりである。この人たちの言う「逆に混合診療の方が弱者に優しい」という言い分に至っては、物事の単なる一断面を切り取ってこじつける、正に牽強附会の最たるものである。

もっと驚くのは現実に私的医療保険にかかわっている人、すなわち利害を持つ人が国の政策決定にかかわっていること。これ自体が、大変異常なこととしか言いようがない。規制改革推進室には、保険会社からの出向社員が多数政府職員として働いているという現実もある。日本の政治機構はどうなってしまったのだろう。在日米国商工会議所からも株式会社による病院経営を認めよとの強力な圧力があるとも聞く。悪名高い医療外国資本が今後日本に進出してこないという保証は何もない。

いくら小泉「丸投げ」内閣が「民間に投げれば丸くおさまる」ごとくバラ色路線を描いても、日医が言うように、医療は教育など同様に「社会的共通資本」である。人間が生を全うするために必要なものである以上、これに市場原理は基本的に馴染まないのは当然である。特に日本では医療制度の歴史的な成り立ちの点からも、受け入れ難いものがある。極論すれば市場原理主義者達は、例えば、移植医療においてドナー臓器を競売にでもかけるつもりなのだろうか。

市場原理で医療の質がよくなるわけではなく、価格（医療費）が下がるわけでもなく、患者の選択の幅が広がるはずがないことは、まさにアメリカ医療が実証している。WHO も認めた世界に冠たる国民皆保険制度を崩すことなく、国民の医療を守っていくことこそ、真の医療改革につながると信じる。そのことを国民にも理解してもらい、ともに運動を進めていくことが、私たちに求められているのではないだろうか。



## 失敗だらけの車選び

下関市 加藤 康子

4 年前、新車を買った。車に興味のない私が初めて「この車、かわいい!、これ、絶対欲しい!」と思ったのがその時買った車なのだが、この買い物は大失敗だった。この車……それは黄色いビートル、ビートル君との出会いと別れをお話ししようと思う。

試乗会の案内葉書が来た時、いつものようにゴミ箱へポイしようとした私は、そこに写っていた黄色い車に目が釘付けになった。それが私とビートルとの出会いだった。その車はまるでゼンマイ仕掛けで動くおもちゃの車みたいにキュートで、くりくりとした目がチャームポイントだった。

ビートルはドイツ車なので、右ハンドルの車が発売されるまで、私はずいぶん待たされた。待つて待つてようやくうちにビートルが来た時の嬉しさと来たら……。車がやってきて、こんなにも嬉しいと思ったのはその時が初めてだった。

黄色いビートル君の顔を見ると、やんちゃな息子に話しかけるように声をかけたくなる。

朝、出勤時、「おはよう～、ビートル君。今日も頑張るよ」

午後、往診時、「患者さんが待っているよ、さあ、出かけよう」

仕事を終えて帰る時、「疲れたねー、安全運転で帰ろうね～」

待ち合わせをしても相手はすぐにビートル君を見つけてくれるから、メロドラマのようにす

れ違いの悲劇が生まれることもない(あ、いえ、たいていは子供か母親と待ち合わせなのですが、ちょっと試してみただけです)

ショッピングモールの駐車場で自分の車を探してフロアを行ったり来たりすることも無い。遠くから見ても、私の黄色いビートルはピカピカに目立っていた。

ビートルと私はある車の雑誌にも一緒に登場したことがある。というのも私の妹が自動車関係の

ライターをやっていて、街で人気の車とそのユーザー特集という企画に記事を提供することになり、新車が来て有頂天の姉を引っ張り出したからなのだが、いやー、さすがプロのライター、その記事と写真は見事なビートル賛歌に終始していた。その記事の中では、ビートル君は仕事に

忙殺される私をいやしてくれる安らぎの空間、診療を終えてビートルのハンドルを握る私は爽やかで知的な女性医師……。

わー、笑える、笑える、今思い出すと、これはほんとに笑えるのだ。どこかの古本屋さんで「輸入車ガイドブック」なる本を見つけたら、パラパラとページをめくってみてください。下関市長府古小路、崩れそうな土塀と不思議にマッチした黄色いビートル、その横に佇む私が写っている。

言っとくけど、現実の私は全然かっこよくないし、とんでもなくドジだし、爽やかで知的というイメージからは遠い。でも、診察室でメガネをかけて座っていれば、患者さんには一見知的に見え



らしい。もっともそうでなければ、患者さんは来てくれないだろうし、康子先生ってほんとにドジなんだってという噂が広まったら、うちみたいな零細医院はつぶれるしかない。患者の皆さま、どうぞそのまま麗しき誤解を。

余談だが、先日、妹が web で全国の医療機関を検索していて「加藤医院」が出ていることにびっくりしていた。言われて、私も見に行ったのだが、ほんとに出てくる！一体だれがいつこんな出したの？ しかもうちの医院の特徴として「女性医師在勤」と書いてある。びっくり。

どうせ web に出されているのだったら、「“ スタッフは美人揃い、爽やかな笑顔でお待ちしています ” とか書いてもらえんのやろか？」と妹に聞いてみたら、「“ 主観的コメントはお断りします ” って書いてあるよ」と妹。

うー、そうだね、確かに超主観的コメントだ～、しかも真実ではない（汗）

おっと、話がどんどん本筋から外れていくので軌道修正してっと・・・。

そんなわけで（どんなわけで？）、ビートル君と私はしばらく蜜月時代を過ごしたわけだが、そのうち目立つが故の問題がいろいろ持ち上がってきた。

いわく、「×月×日午後 12 時 36 分頃、交差点で目撃」

いわく、「×月×日午後 1 時頃から夕方まで、カラオケ屋の駐車場に長時間駐車」

いわく、「×月×日 ビデオ屋で目撃」

ラーメン屋で目撃、回転寿司屋で目撃、本屋で目撃、平尾台で秋吉台で角島で目撃～～～。

そうこうしているうちに、私じゃないものまですべて私と誤認されてしまうようになった。これではたまらん。

それにビートルはロードクリアランス（っていうらしい、最低地上高、つまり地上から車の底までの高さ）がとても低くて、ちょっとした段差が越えられず、ガツンガツンとしょっちゅう底を



打った。職場の駐車場に入る時ですら、毎回お腹をこすっていた（らしい。何しろ、うちのスタッフは、ビートルがお腹をこする音で、私が出勤したことに気づくと言っていたくらいだから。早く言ってよー。私、気づかないで毎朝底打ちしていたんだから・・・）。

ビートルを見初めた時、私は徹底したインドア派だった。自分が野山を歩くなこと、思いもよらなかった。何しろ私は 200m 先のコンビニにだって、車で行くくらい歩かない人間だったのだ。山に登る?!、そんなしんどいこと、なんで好き好んで?!

皮肉なことに、ビートルに乗り始めた頃から、私は次第にアウトドア派になっていった。これはビートルには致命的なことだった。ビートルは街仕様の車だ。さりげなくブランドものを着こなしたおしゃれなお嬢さんがハンドルを握るのが似合う、そんな車だ。どう考えても。よれよれの山ズボン、しわしわの山シャツ、どろどろの山靴のおばさんが乗るにはふさわしくない車だ。

未舗装の道でずりずりと底打ちしながら、3 年あまり乗り続けていたある日、走るたびに、ゴボゴボ、ゴボゴボと妙な音がし始めた。特にバックの時に大きな音がするのだが、エンジンルームを開けたこともない私には何事が起こっているか、想像もつかなかった（だったら、早くディーラーに持っていけて？ そうだねえ、そうすりゃよかったものを・・・）。

2004 年春になると、ガッ、ガッという控え目な音から、ゴゴゴゴ、ゴゴゴゴという大胆な音に変化し、さすがの私もちょっとおかしいか？ と思い始めたが、それでもまだこの重大性に気づかず、そのまま乗り続けた（鈍すぎる）。

4 月、母を花見に連れて行った山のてっぺんで、決定的な異変が起こった。お花見に来ている人、みんながしげしげと私のビートルを見ていくのだ。すれ違う車のドライバーもわざわざ身を乗り出すようにして、ビートルを見ていく。

「え？、なにに？ ビートルってまだまだ注目

に値する車？ それでみんなが見つめていくのかなあ」と私は思い「そっかー、いやあ、まいったな、この田舎じゃ、まだまだビートル君も捨てたもんじゃないんだ。もっとかわいがってあげなくちゃ」といい気分で、満開の桜並木の下をゆっくり走った。

しかし、どうにも様子がおかしいのだ。人々の視線は決して賞賛や憧憬のそれではない。どっちかっていうと、っていうか間違いなく驚嘆のまなざしなのだ。それも不可解さをあらわにした驚愕の視線。

なんなんだ？ この視線は。いったい??、ビートル君に何かとんでもない異変が起こっているのか？ 何が起きているのだろう、かなり怖い。怖いけど、現実を直視しなければ山から下りられないかもしれない（直視したって、自分ではなんにもできないわけだけど、まあ、最悪の場合、JAF を呼ぶぐらいのことはできる）

車から降りて、まじまじとビートルを見つめてみた。一見、なんともなさそう。どこがどうなの？

私は車のボンネットから車の底の方へと視線をずらせていった。車の底から何やらぶら下がっているものが見える。なんだ？ これは。この黒い不気味な物体はいったいなんなんだ？ なんだかわからないけど、大変なことが起きているみたい。どうやら底が破れて、それを引きずったまま走っていたらしい。

わーん、うちまで帰れるのか？ ディーラーまでもってくれ～。爆発したらどうしよう。三菱じゃないから、理由もなく火は噴かないだろうけど、ここまで底板が破れていたら、オイルもガソリンも漏れ放題かもしれない。摩擦熱で漏れた油に引火するってことも考えられ。ぞーーっ。

花見の山のとっぺんからフォルクスワーゲンのディーラーまでは約 15km、いつ爆発するかとドキドキしながら私は走った。走りながら、この悲惨なビートルを完璧に修復するとしたらきっと何十万もかかるだろうと、そっちの方もドキドキしていた。何十万もかかるなら、いっそ新車を買った方がいい。ビートルみたいなヤワな車じゃなくて、山でも海でもガンガン走る車、階段だって上る車（昔、チャールズ・ブロンソンのアクション映画で見たことがある）そんなパワフルな車を

買おう。軟弱者のビートルとはもうおさらばだ。

ルックスのかわいさに惹かれて結婚してしまったけど、仕事はできないし病弱だし、この結婚は一生の不作だったと嘆く男の気分で、私はもう次に買う車のことに思いを巡らせていた。

ディーラーに着いて、破れた底板を見てもらった。馴染みの修理のおじさんも驚きを隠せない。そりゃそうだねー、底板ずりずり状態で結構な距離を走っていた私。修理代がどれくらいかかるものかおそろおそろ聞いてみた。そしたら、私の予想に反して 2 万とのこと。何十万もかかると思っていたので、ちょっと拍子抜け。とりあえず底板を外してもらって、むき身のままうちに帰ることになった。しばらくむき出しのまま走っても、まあ、それほど問題はないという。ただ、この状態で悪路を走って底打ちしたら、ガソリタンクやオイルタンクに穴が開くかもしれないと言（というようなことを言われたのだろうと思う。私には車の構造がどうなっているのかまったくわからないし、おじさんの説明もイマイチ理解できなかった）ともかくしばらく修理するかどうか考えさせてくださいと言ってうちに帰ってきた。

2 万の修理代を払って、ビートルに乗り続けるか？ それともアウトドア向けの頑丈な車に買い換えるか？ かなり悩む。車に詳しい友人やアウトドア派の友人に手当たり次第に聞いてみた。周りの友人たちの意見は「スバル！」という声が圧倒的に多い。アウトドアならスバルやるとみんなが口を揃えて言う。

そっかー、スバル か～。

目を閉じて～、何も見えず～、哀しくて目を開ければ～・・・谷村新司の顔が浮かんでくるが、スバルもいいかも。アウトドアなら四駆、四駆ならスバル、スバルに乗る人をスバリストと呼ぶそうだ。スバリストの一人になるのも悪くない。

私は近所にあるスバルのディーラーへと走った。ディーラーにあったフォレスターとレガシーにさっさと試乗する。車に疎い私にしては素早い行動。買う気満々と見たのか、スバルのセールスさんの解説にも力が入る。

「スバルは元々飛行機を造っていた会社なんです

よ」  
へえ～、飛行機、飛行機、ルンルンルン、浮かれた私は思わず「スピッツ」の「空も飛べるはず」を口ずさむ。

「スバルのエンジンは水平六気筒といいまして……」

セールスさんは一生懸命説明してくれるが、なんだかよくわからない。わからないけど、“すいへいろつきとう”という言葉は耳に心地よく響くではないか。“空も飛べるはず”の“水平六気筒”、いいねー、スバル、かっこいいね、スバル。

こうなったらなよなよのビートルと早く手を切りたい。手切れ金がかかりかかるかもだけど、もう君には愛想が尽きたんだよってところだ。愛想が尽きてしみじみ見てみると、可愛く見えたそのルックスも間抜けに見えてくるから。あ～ら、不思議。人間って冷たいものね。永遠の愛なんてこの世に存在しないのね 飛躍しすぎ……。

さて。問題はフォレスターにするかレガシーにするかだが（と、この時点で何故かスバル一本に絞っている私。なぜスバルと決めていたのか、今になって振り返ってみてもどうにもよくわからない。よく考えずに突っ走る性癖が今回も災いした。後悔先に立たず……）

本格的アウトドア仕様といえばフォレスターなのだが、往診にも同じ車で行かねばならないし、母を乗せて走ることも多いので、年寄りに優しい乗り心地も求められる。となるとレガシーかな。問題のロードクリアランスも 200 とまったく問題ない。悪路もバリバリ？ モータージャーナリストの妹にも相談してみて、レガシーに決定。くしくも 4 年前、ビートルが我が家にやってきたその同じ日（4 月 28 日）にレガシーは我が家にやってきた。レガシーがやってくるということはつまりビートルとの別れを意味している。

別れる最後の日もビートルはにこにこしていた。よそへもらわれていく自分のさだめも知らずに。その無垢な瞳にちょっとだけ胸が痛んだが、私には新しい恋人が待っている。さよなら、ビー



トル。4 年間、短いつきあいだったけど、君のおかげで車に乗る楽しさを知ったような気がするよ。別れるとなると勝手なものでふっと寂しさがよぎる。愛情はとっくに冷めてしまったが、手放すのは惜しいという男の心理と似ている（なんだか、さっきから我ながらたとえがしつこい。昔、余程痛い目にあつたとみえる。見えるって、自分のことやるという突っ込みは、なしね）

さー、私の新しいカーライフが始まる。これでもう目撃情報もなくなるだろう。底打ちもなくなるだろうし、山へもすいすい、雪道も平気の平左。想像しただけでわくわく。

山友達の M さんに「ねえねえ、私、レガシーを買ったのよ。これでもう山道でも平気よ。少々の段差なら乗り越えちゃうよ」と得意気に電話した。M さん、ぼそっと「そんな大きな車、こうて（買って）狭い山道に入り込んだ時、どうやって向き、変えんの？」

どきーっ、狭い山道、言われてみればそうや、山道は狭い。幅も長さもビートルを遙かに超えるレガシーは小回りがきかん。うーむ、M さん、鋭い。ロードクリアランスしか考えていなかった私はいつもどこか間抜け。

レガシーに乗って三日目、娘を迎えに駅まで行った。放置自転車が道路にはみ出していた。ビートルの感覚で、まあ、曲がりきれんだろうと踏んでハンドルを切った。「ガシャッ」鈍い音。うそー、あの角度で曲がりきれないのか、何て車だ、レガシー、君はでかすぎ！ あーあ、新車のバンパーに無惨にも傷が。

自宅のカーポートにレガシーを入れて、荷物を降ろそうとハッチバックのドアを開けた途端、ドアは勢いよく跳ね上がり、カーポートの天井にグシャッとぶつかった。うう、後部ドアにも傷。狭い道でのすれ違いも、今までの何倍も気を遣うようになった。行けると判断して通り過ぎたら、ガジガジとブロック塀でミラーをこすった。いてて、レガシー、君の横幅は広すぎる。

路上の縦列駐車に至っては、私にはまずミッ

ション・インポッシブルだったが、不可能と知りつつチャレンジして 3 度やりなおし、後ろの車からクラクション攻めにあった。ただでさえ縦列駐車が苦手なのに、一方通行の狭い道で、路上駐車にチャレンジした私が無謀だったと言わざるを得ない。これからは 1 時間 200 円の路上パーキングはあきらめねばならない。立体駐車場でもレガシーは断られ続け、当てもなく駐車場を探してうろろする日々が続く。

なくなると思っていた目撃情報も相変わらず。「先生、こないだ関門橋の下で写真を撮っていたでしょう」と MR さん。

「え、なんで知ってるの？」

「レガシーでわかったんですよ」と MR さんは勝ち誇ったように言う。

うーむ、そう言えば、街を見回してみたら、レガシーアウトバックは少ない。目立たない車ということを重視するなら、トヨタか日産にするべきだったのだ。マイナーなスバルを選んでしまった私の考えは浅かった。

悪路もバリバリで、山へもすいすいと思っていたのに、狭い山道が怖くて、私は山へ出かけられなくなった。おまけにレガシーの燃費の悪さと来たら、まったく驚嘆に値する。リッター 7 キロ前後。悪路を走ることが多いせいか、5 キロ台に落ちることもある。燃費の悪い車になったとたん、ガソリン代は大幅に値上がりした。私ってどこまでも読みが浅い。

買ってすぐに私はレガシーを手放したくなった。

数々の“こんなはずではなかった”に加えて、レガシーのルックスはなんぼなんでも悪すぎる。どう見てもレガシーっておっさんの車。ルックスに惹かれてビートルに決めたことを激しく後悔した私だけど、やっぱりレガシーはおじさんすぎる。そりゃ、乗るのはおばさんだけど、おばさんだって、胸ときめく車に乗りたくないではないか！ ではないかって、自分で選んでおいて、その言いぐさはないだろうと思っってはみるが、ああ、なぜレガシーを選んだの？ こうなると昔の恋人が恋しさえなってくる。華やかで明るい無邪気なビートル、君は確かに軟弱で間抜けなやつだったけど、私の気分を明るくさせてくれたね。

まったく失敗だらけの車選び、次は何を選べばいいの？

今日も悪態をつきつつ、私はレガシーのドアを開ける。



## 近頃の親子関係

山口市 緒方 正彦

今年、私たち夫婦は結婚して 19 年目になります。3 人の子供に恵まれました。長男は高校 2 年生。来年の今頃は受験を控えピリピリしているかな(だといいいけど)。次男は高校 1 年です。末の娘はやっと 4 歳となりました。2 番目と 3 番目の子供の年齢差は約一回り違います。家内が妊娠に気がついたときはお互い驚きましたが、これも神の思し召しと考えました。女の子が希望でしたので、とても嬉しく思いました。

結婚当時私は大学院生でしたので帰宅は深夜になることが常で、育児は妻にお任せ。無責任な父親でした。学位を受領し県立病院に就職することとなりました。今よりは楽になるからと妻をなだめ赴任しましたが読みが甘く、相変わらず帰宅が遅く妻には負担ばかりかけてきました。家事は私にできることは何でもしてきたつもりですが、やはり男にできる範囲のことは妻の負担を軽減するに程遠いものでした。何より彼女自身も医師として伸びてゆく大切な時期を子育て・家事に時間を消費される。このジレンマは多大なものがあったと思います。

末娘の誕生した頃は開業しておりましたので、勤務医の頃と違い仕事の後の拘束はないため私も育児に参加するようになりました。食器の使い方、トイレの仕方と今まで経験したことがなかったことばかりで、今までの妻の苦勞が身に染みて判りました。子供と一緒に入浴し、食事を摂り、就寝前には絵本を読んでやる。子供と接する時間が長くなりました。これは上の子供達も同様です。お互いによく話す時間が持てるようになり親子の関係を実感するようになりました。

近頃、子供の犯罪が増えています。親の愛情

はどの家庭でも等しく同じと思います。ただ景気が悪いこともあり仕事を持つ女性が増えています。子を大切に思う気持ちは十分あっても、女性が家庭と仕事との両立は中々難しいことと思います。私の父も医師で、私の子供の頃は多忙でした。母は専業主婦でしたが父が開業医でしたので従業員を抱え医院を運営するため、やはり忙しくしておりました。しかし両親は多忙な中、私たち兄弟 4 人を同じように慈しんでくれました。昔の人間ですから言葉にすることが不器用ですが、行動で示してくれました。私は子供に自分の思うことをなるべく話しかけています。進路、学業、趣味のこと。何でもです。日頃より短時間でも会話することで互いの思い遣る気持ちが解り合えると思います。

2 番目の子供が進学するまであと 2 年少々。あくまで希望ですけど。これで子育ての第一段階が終了。夫婦の間では落ち着いたら親子で“旅行に行きたいね”とか“優里(末娘)をディズニーランドに連れて行かなくては”などと話は弾んでいます。また読みが甘いかな。

これからもお互い思い遣っていこうね。



## 恩賜財団済生会 山口県済生会山口総合病院

### ～今は昔の物語り～

徳山 光永 徹

長年の思いであった済生会病院を平成 9 年 7 月 24 日に訪れることができた。記念誌「40 年のあゆみ」が上梓されたことを風の便りに聞き、手に入れたいと常々考えていたからである。

丁度事務長さんは出張で不在、新任早々の弘中次長さんにお会いでき、いろいろとご配慮下さり、残り部数の少ない中を快く記念誌を贈呈していただいた。

何故記念誌に拘るかということ、済生会山口診療所時代を知る方がほとんどおられず、初代診療所長は、市内石観音町に居住される赤川次郎先生であったことは、最早先生の口からのみしか聞くことができなくなっている。父も早く逝き、数年前には母も旅立ちいささか遅きの感がするが、数少ない資料に基づいてできるだけ明らかにしたいと考えた次第である。

「40 年のあゆみ」の中で、済生会山口診療所については次の文章を見るだけである。

「昭和 16 年 3 月、軍人援護会により戦傷病者の治療を行うため、山口更正会館診療所が、山口市大字下宇野令字清水（現緑町 2 番 11 号）に開設された。本院は、山口診療所として同年 3 月 10 日、山口市大字下宇野令字坪地 2004（現旭通り 1 丁目）に開設され終戦前まで存続したが、その後の経過については資料が無く不明である。」

昭和 43 年発行の「山口市医師会史」の中でも、寺山和夫先生が「済生会山口病院は昭和 16 年 3 月 10 日山口診療所として開設されたことに源を發する。戦争中の記録は明らかではないが、戦後山口県同胞援護会の経営による木造二階建ての建物を継承して、昭和 26 年 11 月 11 日に新しく済生会山口病院が発足した。」と記述されているだけである。

「山口病院略史」にも、「昭和 16 年 3 月 10 日、山口市大字下宇野令字坪地 2004 番地（現旭通り 1 丁目）に山口診療所を開設。終戦まで存続したが詳細は資料なきため不明。済生会山口病院の前身」と一行触れられているだけで、戦時中の経過はいづれも明らかにされていない。

赤川次郎先生が初代の済生会山口診療所長として赴任、亡父光永清雄が先生の後を受けて、第 2 代所長として診療所を続けた経緯があり、済生会山口診療所時代が幾らかでも明らかになれば、病院の不明部分～隠れた歴史の一部を補完することになるかもしれないと思い、この一文を認めることにした。

平成 6 年 6 月 11 日に山口市湯田ホテルニュータナカで「赤川次郎先生勲五等宝章受賞祝賀会」が開催され、先生のご略歴の中で関連ある部分を抜粋すると、

昭和 11 年 3 月 長崎医科大学卒業・内科入局  
昭和 12 年 3 月 長崎県健康保険相談所嘱託医  
昭和 13 年 8 月 山口県社会課地方技師  
(高等官七等)

昭和 15 年 7 月 山口県保険課地方技師兼務  
昭和 17 年 9 月 地方技師退官

また、「山口市医師会史」より「赤川家の思い出」の章が転載されており、その中を見ると、

「私事になりますが、私は昭和 13 年より 17 年まで山口県庁に勤務し、社会課で医療関係の仕事をしていました。国民健康保険組合の創設及び貧民救済の医療、すなわち恩賜財団済生会の業務を担当した訳です。まず下関市の天理教の会館を改築設計し下関済生会病院を、次いで昭和 16 年 3 月山口市十王町の隣保会館に山口診療所を併置し

たのです。下関病院は牛尾先生が、山口診療所は私が診療に当たりました。私は平日午後の診療でしたが、昭和 17 年 1 月、県衛生課勤務の光永清雄技師を初代の院長に迎え、昭和 19 年 3 月まで一般診療を続けたのが現在の済生会病院の前身というものです。光永先生は、昭和 6 年時の山口医師会会長光永常次郎先生(註 昭和 6 年~昭和 11 年会長)のご長男で、一時お父様の跡を継がれましたが、現在は故人です。清雄先生のご長男は現在徳山市で外科を開業されています」

そのような次第で、赤川先生には、過日(平成 9 年 9 月 15 日)お尋ねして記憶の紐を解いていただき、次のような経緯が明らかにされた。テープから必要なところを抜粋させていただいた。

#### 赤川次郎先生口述

長崎医科大学時代、丁度 3 年生から 4 年生になる時、微熱が続き内科に行って例の有名な永井先生(註 被爆され、長崎の鐘・この子を残して等の著者・如己堂で生活)の診察を受けるもレントゲン上何もなく判然とせず、丁度ツ反が陽性になったし、父親が僕が若い時に Tb でなくなっているの、感染したと思っていた。その時は初感染でレントゲンには出てこなかった。内科へ 1 週間居たら熱が下がったので実習へ出る。眼科学のポリクリで暗室に入り眼底検査をする時肩が凝り、眼底を皆が覗いているのに自分だけが覗けず、外科へ行くと外科学の古屋野先生からいきなり「お前は脊椎カリエス」と診断され、3 か月入院するも微熱が続き結局どうしようか迷い、このままなら 1 年休学する羽目になるし、体の具合は悪いし 3 か月たって帰ってきた。鴻城病院が空いていたのでコルセットを作ってもらい静養していた。日赤へ時々行っていたが、これはカリエスじゃないよということになったが、とうとう 1 年休学した。そうゆう関係で、大学を出て内科に棟久君が居て(註:旧制山高の時の同級生で、後に県立中央病院院長)あれが私を助けてくれた。1 年留年して試験を受けたら他の内科や外科の先生とかテニスをする先生は私をよく知っているから割合に簡単に通してくれたが、泌尿器科で躓いた。もう 1 年延ばそうかと思ったが、棟久が喧し

く「心臓でいけ、心臓でいけ」言ったので、一度ピーコンを喰らったけど二度行き、先生が諦めて卒業させてくれた。その関係で棟久のいる内科へ入局。結局まだ一人前でないので内科の教室がお前は予防医学に進めと佐世保の健康保険診療所へ一年行っていた。

その頃兵隊にとられ、山口の 42 連隊に入り 24 日ばかり居たが「定員過剰で帰ってよい」ということになった。山中で 1 年先輩が軍医だったので「お前は帰してやる」とのことだった。定員がかなり多かったが、私は一中隊に入っていたが「お前の中隊はお前に任す」と言って任してくれた。兵隊に入ったとき初めのうちは飯が食えなかったが、終いには腹が減って、そこで僕は健康に自信を持った。元気になったということで佐世保に戻り保健所にいた。鴻城病院の兄貴(註 田中清人氏・岡山医専卒)から、どうせ予防医学をするなら県庁(山口)へ帰ってこいといわれ、昭和 13 年に山口へ帰ってきた。

当時国民健康保険が市町村にできる時代だったので、保険課に入らず、社会課に入り厚生技師になる。国民健康保険の普及に全力を尽くしたが、その頃山口県は成績が良く厚生省も認めてくれ、厚生省の中国地区のその方の集会で講師を勤めたりした。

その頃松江へ行き、松江の医師会長と交渉をしなければならぬため、山口県の島根県寄り、益田近くの村が(註 最初が阿武郡の小川村、次が仁保村、その次が佐々並村)国民健康保険をトップで作った。その契約で島根県へ行ったが、当時の島根県医師会長は長崎の先輩で、夜ご馳走になった時「お前は共産党か」と言われたこともある。

厚生省から来ていた重田課長がやり手で、山口県の医師会長が渡辺剛二氏は金持ちで(註 宇部興産関係者)専務理事は防府市の木原氏であった。私は狡かったので、直接渡辺氏の家へ行き直接直談判した。氏等は私たちの言うことを良く聞いてくれ、有利に山口県医師会とは契約ができた。

山口市医師会は、あんたのお祖父ちゃんがまだ健在の頃だったが、三吉氏(註 耳鼻科・岡山医大出身)が会長で、山口市は保険について特別準備していて、私に直接話し掛けてきた。知っての

通り山口市でオヤジが開業していたので、山口市とやれば損なので県と契約した。(註：山口市医師会は早くから保険対策部を作り、独自にややよい点数を設定していたが、一括して県医師会の点数に設定した～市医師会史より) 県庁におる頃は厚生省と良く働いたものである。

健康になったから、どうも役人は僕の性格に合わないのと、自分が思うような仕事をしたいときは予算を取らねばならなかった。当時、有名な庶務課長と交渉しなければならぬが、昔・今でも同じだろうが - 一昼夜位ねばりねばりあげなければ、自分の意見が通らなかつた。だんだん(厚生省はオレに期待していたが) 厭になったから、開業したくてたまらなかつた。

そこへ済生会の中に何やら十王町にできた(註 隣保会館) でしょう。じゃあここに一つ診療所を創って午前中か午後行こうと思って、自分が働くために創った。その時にもちろん下関の済生会病院はオレが創った。どちらか、下関が先だったかナア? 下関済生会は全部オレが準備をした。初代院長は何処からか見つけてきて、これがとてもよい人であった。山口の診療所へは午後から行っていたが、人が増え忙しくなつたのであつたのオヤジが県庁の保険課にいたので診療所長にした。「オイやってくれ」「やろうか」という軽い気持ちで頼んだ。

(中略：我が家についてのプライベートな話がしばらく続く)

県庁時代は、高等官待遇で高等官食堂に若い医者(30代)ながら、衛生課長・学校保健衛生技師・土木部長等と食堂に入れた。衛生課長は本官で、学校保健衛生技師は高等官待遇であった。食堂は2階にあり知事・各部長級が利用できた。私は待遇が良く、県庁では厚生省の技官で月額150円、毎年昇給して辞める頃は200円幾らであった。元気になってテニスをやり始めたが、だんだん診療したくなつた。開業をしてから勉強を始めた。

(中略)

僕は亡くなられた熊谷先生に可愛がられたから、林老先生よりも先に若くして39歳で市医師会会長を仰せつかった。林先生(大正14年卒)はああゆう人だから、長崎の後輩(註 赤川先生は昭和11年卒)になるけれども助けてくれた。随

分年寄りから虐められたが、オヤジが医者をしていたため幾分か遠慮があつた。

(中略)

今の方は、済生会(診療所)のことを全然関係ないように考えている。もちろん関係ないでしょう。時代がちょっと違ふし済生会を再興したわけでもないし、初代院長の斎藤氏(註 前の県医師会会長)は私の後輩(長崎医大)だが、十王町の話をしたことはない。俺も自慢話をする必要はないからノオ。彼やら大平氏やら酒の相手をするだけで二人をよく呼びだしたが、病院の話をしたことがない。酒の話はしたが。

三吉氏と鴻城病院の兄貴とはよく喧嘩をしたもので、兄貴は軍人さんで気が強かつた。

新藤氏(註 外科・岡山医専卒)が、兄貴が開業する時大反対した。あそこはオヤジが建てたもので、オヤジが軍医の時、鴻城病院を一つの医者の遊び場・金儲けの場を作つた。オヤジは初め関係していたが中央から叱られ、前田氏をあそこに置いて、昔の軍医の溜まり場として菜香亭で遊んでいた。そんな関係でウチと関係があるので、前田氏が亡くなられて、萩まで呼びにいて鴻城病院の兄貴を連れて帰つてきた。だが三吉氏・新藤氏等が「岡山閥」で猛反対をくつた。しかしウチから言えばオヤジが作つたところでしょう。

.....ここで、肺炎・膿胸を併発し肋骨2本切除する療養の話、娘3人を嫁がせて家1軒しかなかった状態になり、モーニングは伯父に作ってもらつた話などいろいろ話が尽きなかつた。

話が冗長となり、整理すれば、赤川先生が県庁の社会課在任中に下関・山口両済生会診療所を創設、山口は十王町に診療所を昭和16年3月に開設、19年まで存続診療を続けたことが判る。いろいろと裏話も多く書き足りないこともたくさんあるが、済生会と直接関係ないので割愛した。読み流していただければ幸いである。

テープに収めてから7年、先生も他界され早くと思いつつ、叩くキーの重さ、遅さに悩みつつやっとクリアしたかなと考えるこの頃である。会話ですから前後に行き戻りして分かりにくいところ、文脈がチグハグな点をご寛容ください。

## 地震台風雷停電

編集委員 津永 長門

去年は、一年を象徴する漢字が「災」であったように天災（北朝鮮拉致問題やイラク戦争・邦人人質事件など人災もあるが）に見舞われた一年だった。

新潟中越地震は報道でしかわからないが、阪神淡路大震災は私も実感した一人である。といっても被災したわけではない。震災発生当日、平成 7 年 1 月 17 日、周防大島の大島病院で当直していた私は、月曜日の朝、大学へ戻らないといけないので、早朝から目が覚めていた。布団の中で 1 回だがグラッとゆっくりした確かな揺れを感じた。6 時前だったのを覚えている。すぐにテレビをつけると、NHK がテロップで淡路地方で地震が発生したと流していた。規模などははっきりとは伝えていなかったが、震源が遠いのに揺れたなぁと思ったものだった。自宅に戻った 8 時過ぎには、まだ十分な報道がなされていなかったが、時間が経つにつれ被害の甚大さが明らかになり、しばらくは病棟の回診の時、患者さんと一緒にベットサイドのテレビを見ていた記憶がある。

台風の上陸による風害も多かったが、外出しなければ直接の被害に遭うことはない。我が家は屋根の瓦が何枚か飛んだだけですんだが、困ったのは雷と停電である。

夏に、15 年以上愛用してきた S 社製のテレビ（当時としては 29 型の大画面）が落雷のために一瞬にして漏電して壊れてしまった。どうしようもないので、電器店に行きいろいろ検討したが、ちょうど一年前に買い換えを検討していた P 社製の 42 型のプラズマテレビが新機種の発売にともない半額でセールしていたので購入した。

実際視聴してみて大画面薄型テレビが売れている理由が分かった。一番は省スペース性。設置台を含めると幅はとるがそれでもブラウン管に比べると圧倒的に圧迫感がない。おかげで夏のアテネ

五輪は堪能した。

思いがけず安い買い物をしたので、DVD プレーヤーも購入した。従来のビデオテープに比べると利便性に優れており、CD が LP を駆逐したように、ビデオテープがなくなるのも時間の問題であろう。

レンタル店でいろいろ借りてきて秋の夜長に鑑賞会をしたが、子供たちも楽しめたのが「ロード・オブ・ザ・リング」三部作。私的にはカナダの天才ピアニスト、グレン・グールドの貴重なドキュメンタリー映像集「グレン・グールド / エクスタシス」が一番興味深かった。グールドの演奏がなぜ素晴らしいのかがいろいろな人々に語られているが、中でも、「グールドの演奏は、ただ作曲家が書いた楽譜の音符を演奏するのではなく、彼が頭の中で再作曲・再創造して演奏するから素晴らしいのです」という評論に納得がいった。これは、ホルヴィッツの演奏や没後 50 年を迎えたフルトヴェングラーの指揮など、コンポーザー演奏家に共通する行為である。そのために彼等の演奏が非常に生々しく新鮮に感じられるのだろう。

停電も今年ほど多い年もなかった。たいていは数時間で回復したが、3 日間復旧にかかった時はさすがに困った。一番困ったのはお風呂で、スーパー温泉にも行ったが芋の子を洗うような混雑で、ちっとも綺麗になった気がしなかった。子供たちも口ウソクに灯をともして暮らすのはおもしろかったようだが、テレビが見れないとぼやいていた。

1977 年のニューヨークの大停電時には、理由はよくわからないが？ 9 か月後にベビーブームになったそう。産婦人科医としては、今年は少し出生率が上がるかもしれないと淡い期待を寄せている。

## 混合診療解禁は国民になにをもたらすか？

防府 上田 尚紀

平成 13 年 4 月 1 日、総合規制改革会議が 3 年間の期限で設置された。その後平成 16 年 4 月より規制改革・民間開放推進会議となり小泉内閣の諮問をうけている。委員は多少変更したが、議長、議長代理は同じで、ほとんどが株式会社の経営者である。2004 年 9 月の重点検討事項に

1. いわゆる「混合診療」の解禁、
2. 株式会社等の医療機関経営への参入、その他  
中医協のあり方、病床規制の見直し、医薬品の  
小売店での販売、人材の国際間移動の円滑化  
等が盛り込まれた。

混合診療推進論者の論拠は

1. 患者の選択肢の拡大
2. 現在はお金持ちだけが保険外診療としてさまざまな医療をうけているが、これは不公平である
3. 現在不認可の新技术や医薬品の使用が可能になる
4. 不適切な保険外負担の解消

等である。具体例として検査の回数や抗がん剤が挙げられる。その際「余命 3 か月なので新薬を使用したいが保険適用でない」と感情に訴える発言もみられた。末期がんに新薬が有効であるという EBM はないし、安全性の保障もない。

1. は確かに患者の選択肢が広がる。ただし金持ちの患者に限られる。

2. もほとんど 1. に同じであるが保険診療料金 + 自由診療料金（混合診療）のほうが完全自由診療料金より安いので金持ち以外の患者も受診し易いという論旨である。保険診療料金については高額療養費給付制度があるので、8 ~ 10 万円程度の自己負担ですむとしても、自由診療料金はその何十倍もするので、やはり金持ちの患者でなけれ

ば混合診療の受診者とはなれない。したがって、このことを強調するのは詭弁に近い。

3. については一見もっともらしく感ずるが、情報の公平性と技術の安全性・普遍性の検証がなければ危険極まりなく、民間療法などまやかしの似非医療が横行することとなる。新薬についても同じく効能と副作用の EBM が必要で、これらに問題がなければ保険収載を前提に特定療養費制度の拡充で対応すればよい。

4. も同じく特定療養費制度に繰り込み、問題にされている迅速性と範囲については柔軟な対応で可能となる。

前述のように混合診療推進論者の表向きの論拠は国民を納得させるものではない。医療がまったく解っていない市場原理主義である財界人の意見なので当然であるが、実はその裏に恐ろしい目論みが隠されていることを看破しなければならない。

もしも混合診療が導入されたら、新しい技術や新薬は次々と自費扱いとなり、5 年 ~ 10 年先には多くの手術・検査・薬剤は保険収載されなくなりすべて患者負担となることは、火を見るより明らかである。また、現在保険適応である治療薬や手術法は次第に廃れて保険診療の範囲は極めて狭くなると思える。その時点で、金持ち以外の国民は平等な受診機会を奪われて「金の切れ目が命の切れ目」となる。このことについて宮内議長の弁明はない。立派な制度がこわれると取り返しがつかないことは、ゆとりの名のもと、緩み・怠け・無責任教育で高校生の学力低下をもたらしたことで明らかである。

また、患者の自己負担が増えると、国民は民間の医療保険に加入するようになる。ここで、お金

持ちは条件のよい高額の保険に加入し、弱者は見捨てられるという選別が始まる。

最近、各種医療保険の広告が新聞紙面を埋め尽くしているが、まさに映画「ジョンQ」を地で行く市場原理主義社会アメリカの再現である。国民皆保険制度のないアメリカの無保険者がどれだけ悲惨であるかは李啓充氏の「市場原理が医療を亡ぼす」に詳しい。

医療界は社会構造からも、技術の進展からも現在注目の発展市場であり、混合診療を進めて、株式会社を参入させ民間保険とタイアップすることがコングロマリットの目差すところである。

国の医療費削減を目差す混合診療の導入策と混合診療導入による株式会社の利潤追求が見事に一致した。その結果如何で、ひどい目に合うのは国民である。

規制改革・民間開放推進会議に連ねている顔ぶれを見ると、彼らが混合診療の良さそうに見える一部分を針小棒大に流言蜚語し、金持ち優遇の医療制度創設と民間保険敷衍に情熱をかける理由がわかる。宮内議長は「中医協は医師会の支配下にある」というが、国民の健康と命を「貧富の天秤」に掛ける会議のあり方は決して容認できるものではない。

## 一本松

徳医句会

手を引いてあんよが上手石路の花

浅海日出子

遅れきて息弾ませる夜学の子

慰霊祭最後となりぬ秋寂し

村田 周陽

初時雨インフルエンザ注射せり

芒野に一本松のたくましく

武田 子龍

冬の菊荒れあるままの花壇かな

万里の長城曲阜観光

秋空に長城続き人の列

姫野 豊山

秋深み栄華の跡や孔子廟

## 介護ふん戦記 後編

### ・・・命燃え尽きるまで・・・

徳山 望月 一徳

これまでのあらすじ・・・17 歳になる老犬チビは、全聾、視力障害、歩行困難となったが、食欲だけは衰えず食べるだけ食べ、ところ構わず出すものを出すので介護に難渋する日々が続いていた。

その年（平成 15 年）の夏までは、なんとか散歩・・・と言ってもほんの 20 ～ 30m 先の草むらに用足しに出かけるだけなのですが、行きはヨイヨイでも帰りの坂道は、登る力がありません。本人に任せていたら、帰るのが何時になるか分かりません。時間が勿体ないので、抱えて帰ることもしばしばでした。

その内に、四肢の力の衰えは、顕著となり庭を歩行中に、何かに躓いて、バタッと倒れたまま起き上がることができません。天気の良い日の陽だまりでは、そのままに放置しておいても本人も承知で、いつまでも寝ていました。時には、まったく微動だにもしないので、死んでいるのではないかと心配で覗き込むこともありました。

さて、そんな老衰ぶりを知っているのは、私の家族だけではなかったようで、近所の野良猫が、庭を横切るようになりました。若い頃は、庭の外を通ってもその臭いで分るのか、突然駆け出して吠えつきます。逃げ去る猫の姿を見て、犬の五感の鋭いのに感心しておりましたのに・・・それにこの犬は、若い頃は何匹も猫を殺しています。我が家では、猫殺しの異名を取っていました。

ところが・・・、或る日のこと、猫がしのび足で庭にやってきて、しかもチビの目の前にいます。今までの経歴からして、ただでは済むまいと息を飲んで見ているうち、お互いの距離が 1m になっ

ても、チビはまったく関心を示しません。一方、猫は犬の動きを用心しながら少しづつ近づいて静止し、やおら犬の正面を向いたまま、目をつぶりました。その意味は、いまだに分りませんが、目をつむっても安全である、と判断したことは確かです。

さあ、それからは一瀉千里というほどの早さで、我が家の庭を我がもの顔で占拠します。さっそく、3 匹の子猫を連れてきました。近所の軒の下で生まれたらしいことは、知っておりましたが、まさか我が家にやってこようとは・・・野良猫親子の目的は、犬の食べ残しなのです。犬になんの力もないことを知ると、子猫がまつわりつきます。犬に餌をやると、見張っていないと横取りです。だから、しっしと追いながら、いくらかを分けてやります。猫が分け前に与って夢中で食べている内に、本人に食べさせるのです。これが後に大間違いだったと知ることになりました。いったん、餌を与えたら、梶子でも動かないのが猫族だ、と経験者の話でした。

親子 4 匹の内、どういう訳か 2 匹の子猫が居つくようになり、やがて夜は犬小屋で一緒に眠るようになりました。夜が、冷え込む頃になったので、老犬にはよい湯たんぼができたと本人のために喜びました。介護が必要な老犬ですから、いずれ寒い冬になれば、土間に入れてやるつもりでしたが、2 匹の居候猫のお蔭でしばらくの間は、助かりました。

年を取ると、体が硬くなって思うように屈伸ができなくなるのは、人間も犬も同じです。筋力が衰えた上に体の柔軟性がなくなったせいで、犬小

屋で丸くなって寝るといふ、若い頃なら、なんでもない一連の動作ができなくなりました。

そうこうする内に、小屋に頭から入って、方向転換も出来ず、さりとて後ずさりもできないといふ、奇声を発するようになりまして。昼間ならともかく、夜中にこれをやられると、隣近所に迷惑です。それに寒くなってからは、介護の方が、寒い夜空にいちいち外に出て介護するのは、風邪引きの元です。

土間に、段ボ - ルを解いて帯状につなぎ、水の無い池のような囲いを作って、夜だけ収容することにしました。夜鳴きが近所の迷惑にならぬように、介護人が寒いさなかに庭に出ないでもいいようにする作戦です。この頃から、徘徊がはじまり水族館の魚のように、同じ方向にぐるぐる廻ります。段ボ - ルの切れ目に鼻先を突っ込んだといふ、奇声を上げます。泣き声が近所の迷惑にならないだけ、気分的には楽になりましたが、一晩に何回も呼び起こされました。ある晩、予定外の排泄をしてそれを踏みつけながら、徘徊したからたまりません。土間が排泄物で猪のヌタ場のようにになりました。一から作戦のやり直しです。

やれ、お腹が空いた（放置しておけば庭土を食べる）やれ徘徊中に庭の隅に頭を突っ込んで抜けなくなった、やれ排泄だ（たぶんそうだろうと察して・・・）と奇声をあげます。その都度、家族が介護のために庭に出ます。家内は、丑三つ時にも排泄に連れて行くこと再三で、深夜ともなるとさすがに心細く、呆けた犬は頼りにならず、健気にも子猫が付いて来てくれるのが心丈夫だった、と後の思い出話です。

\*

平成 15 年も 12 月を迎える頃には、犬小屋が役に立たなくなったので、段ボ - ル製の大きい即席のハウス（我が家は、なんでも段ボ - ルです）に毛布を掛け、床はコ口付きの引き出し式にしました。これで寝たきり老犬の介護がしやすくなりました。

それから、亡くなるまでのほぼ三週間というものは、食べる、排泄、徘徊の 24 時間でその介護に振り回されました。深夜、15 ~ 20 分おきに奇声を発するのに、体をさすってやれば、いつもなら泣き止むのにその理由が分らない時には、あ

まりの奇声に近所迷惑の手前もあり、思わず手が出たことがあると告白します。だから、「さっきオムツを替えたばかりなのに、また汚して！」と、思わずお尻を叩く介護人がいても、決して責めたりはいたしません。本当に介護って大変なんですから・・・。

\* \* \*

12 月 16 日、いよいよ衰弱がひどく寝たきりとなったので、再度土間に入れ介護することにしました。あれだけの大食漢が、固形物は受けつけず水分の補給だけになりました。18 日の朝から、嘔吐を繰り返シ夕方の 8 時に意識がなくなりました。9 時には対光反射がかすかとなり、9 時 35 分下顎呼吸をするうちに、大きい呼吸を一つしたあと亡くなりました。

最後の 3 日間は、我が家の全員が台所の板の間に寝具を持ち込んで、チビがなくなつたに介護を繰り返シ疲労困憊だったので、

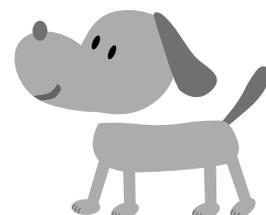
「チビよ！死んでくれてありがとう、おまえも楽になってよかったな！」と、思わずつぶやきました。12 月 18 日は、奇しくもこの犬の母親が、亡くなった命日（平成 9 年）でもありました。

享年 18、この家で生まれ、この家で亡くなりました。目も耳も鼻（自慢の嗅覚）も歯も手足も脳みそも使い切り、命燃え尽きてなくなりました・・・合掌。

\* \* \*

「ところで、その後二匹の子猫はどうなったか？」ですって！

「そのまま居ついて、犬小屋で寝起きしておりますです、ハイ！」



## 杜牧「江南の春」をよむ

編集委員 吉岡 達生

### はじめに

晩唐ばんとうの杜牧とぼくには、啓蒙的な訳注選集の文庫本がなかった。やっと昨年 11 月に松浦友久・植木久行編訳『杜牧詩選』(岩波文庫)が出版された。巻頭をかざる「江南の春」は、とくに有名で高等学校の教材にもなり、わが国ではしばしば詩吟の対象とされる。そこで、この漢詩を注釈し、講義録風にまとめてみた。

### 原文・訓読

江南春	こうなん はる とぼく 江南の春 晩唐 杜牧
千里鶯啼緑映紅	せんりう くいすな みどりくれない えい 千里鶯啼いて緑紅に映ず
水村山郭酒旗風	すいそん さんかく しゆき かげ 水村 山郭 酒旗の風
南朝四百八十寺	なんちよう しひやくはっしんじ 南朝 四百八十寺
多少楼台烟雨	たしょう ろうたい えんう うち 多少の楼台 烟雨の中

諸書の訓読は、慣例にしたがって、ほぼ同じである。

### 通釈

#### 江南地方の春げしき

見渡すかぎり一面に、いたるところで、ウグイスが鳴き、緑の若葉が紅い花々と照り映える。

川のほとりの村や山すその村には、酒屋の目印にたてた青い旗が、春風にゆれている。かつて南朝のときには、ここ金陵に大変多くの寺院があった。

今も残っている多くの堂塔が、春雨の中に見えて見える。

### 語釈

江南 長江(揚子江)下流の東南の地域。一般には、蘇州・鎮江・南京などを主要なイ

メージとする。ここでは、仏教の栄えた南京(南北朝の時代の都・建康、唐代の金陵)を中心として指す。

江南地方は、おだやかな気候と美しい風景の農村地帯である。海拔も大部分が五十メートル以下の水郷地帯であった(川やクリーク)。とりわけ、755 年の安祿山の乱以後は、豊かな穀倉地帯(米)として唐朝の財政をささえた。

「江南」という詩語には、とくに南京が六朝の都であったので、貴族文化の華やかさがあり、唐代以後はさらに六朝興亡のはかなさ(滅びの美学)が加わる。

千里 1. 非常に遠いところ。 2. 千里四方。見渡すかぎり一面。ここでは、2. の千里四方の意味。千里のかなたまで続く、広々としている形容。当時の一里は、約五百メートル。千里は約五百キロで、詩的な誇張表現である。

「千里」の語は、「邦畿千里」への連想もはたらき、古都の描写にふさわしい。「邦畿千里」とは、王都を中心とする国の広さが千里四方であること。『詩経』商頌・玄鳥に「邦畿千里、惟れ民の止る所」という。

明の楊慎『升庵詩話』は、「十里」( )が正しいとするが、これはとらない。たしかに本詩は眼前の景色を詠んだものである。しかし、「千里」の語によって、眼前とともに、目のとどかぬ江南地方のすべてが、同じく春たけなわであることを表す。

用例「句吳亭東 千里の秋」(杜牧「潤

州 其の一)。

鶯 春を告げる鳥ウグイス(コウライウグイス)。日本の鶯より大柄で、黄色い。黄鳥ともいう。中国においても、鶯は春の鳥である。

用例「春風語流鶯」(春風は流鶯に語ぐ)(李白「春の日に酔より起きて志を言ふ」)

啼 鳴く。「啼いて」は「啼きて」のイ音便。

用例「兩岸の猿声啼いて住まず」(李白「早に白帝城を発す」)

緑 緑の若葉。柳のイメージ。緑と紅は、一般に漢詩では、それぞれ柳と桃を意識する(「柳緑花紅」)。

映 映発する。二種類の色彩がコントラストをなして、鮮烈にきわだつ。

用例「鶯飛して 遠く碧山に映じて去る」(杜牧「鶯鶯」)

紅 桃の花のイメージ。

用例「霜葉は二月の花よりも紅なり」(杜牧「山行」)

水村 川ぞいの村。「水」は小川。水村( )と江村( )は、平仄で使い分ける。

山郭 山辺の村・町。山ふところに抱かれたような村里。山は、丘のようなものであろう。中国の村や町は、外がわを城壁で囲んである(城郭)。村・町そのものも「郭」という。郭( )は、城( )の言い換え。

酒旗 酒屋(飲み屋)が目印に立てる旗・幟。緑の竹竿にかけた麻製の細布に、酒の銘柄や詩の一句などが書いてあった(旗の布地は青色)。江南の風物で、豊かさの象徴である。江南は酒どころであり、酒好きの杜牧は、酒屋の目印の旗に目がいったのであろう。

酒屋が看板として旗を立てる習慣は、周代からあり、『韓非子』にも出てくる。

用例「檣(舟の帆柱)は倚る 酒旗の辺」(杜牧「鍾陵の幕吏を罷めて...」)

風 ここでは春風で、東風である。

南朝 ここでは、南北朝の時代の都・建康(唐

代は金陵、今の南京)をさす。一般に「南朝」は、建康に都をおいた、宋(劉宋)・齊(南齊)・梁・陳の四つの王朝(420 ~ 589)をさす。これに先立つ三国の呉と東晋を加えた「六朝」とほぼ同義で用いる。

南朝の時代から杜牧のころまでに三百年たっている。

四百八十寺 数多くの仏寺。四百八十は、実数ではなく大体の数をいったもの。

南北朝時代は、仏教が盛んであった。とくに、梁の武帝(502 ~ 551 在位)のとき、首都の建康では五百余の寺院を数えた。唐代になると、すたれてきている。

八十「八十」の十は、慣例により「しん」と訓読する。それは、以下の理由による。

近体詩の平仄として、第二字目の「朝」(平声)と同じであること(二六対)が必要であり、しかも「八十寺」の三字がすべてが仄声( )となる「下三連」(ここでは下三字仄三連)を避ける。したがって、わが国では、仄声(入声)の「じゅう」(じふ)を避けて、それに対応する平声の「しん」(しむ)に読みかえている。

現代中国の諸注は、この点にほとんど言及するものはない。かつて小川環樹は、破格の詩は少なくないので、韻脚以外は読みかえる必要はないとした。つまり仄声( )の下三連(下三仄)と考えてもよい。

南朝四百八十寺 この句は、過去のことが現在のことかで、二つの解釈がある。ひとつは、「四百八十寺」を南朝時代という過去の寺の数と解釈して、「ここ金陵には、かつて南朝時代に大変多くの寺があった。(今も残っている大変多くの堂塔が...)」と訳していく。本説が主流で、通釈はこれにしたがった。

もうひとつは、「四百八十寺」を現在の寺の数と解釈して、「ここ金陵には、南朝時代の盛んだった仏教の名残りをとどめる寺々が、たいへん多く残っていて、(たくさんの堂塔が...)」と訳していく。

多少 疑問詞。「どれくらいの」が基本義で

ある。ここでは、派生義としての「多くの」のニュアンスを併せもつ(どれほどとも知れないの意から、無数の義をも含む)。盛唐期から多用されはじめた詩語。

用例「花落つること知んぬ多少ぞ」(孟浩然「春暁」)。

楼台 高樓。ここでは、寺院の広大な建物、堂塔。楼台( )と楼閣( )は、平仄で使い分ける。

用例「落日 楼台 一笛の風」(杜牧「宣州開元寺の水閣に題す」)

烟雨(煙雨) こぬか雨。きり雨。ぼうつとけぶるように、柔らかくしっとり而降る春雨。静かでやわらかいイメージがあり、うら悲しいイメージもある。

「煙」は、ガス状にたちこめるものの総称で、キリ・モヤ・カスミ・ケムリなどを広く指す。ここでは、キリ・モヤ。中「なか」より「うち」と読む。中( )と裏( )は平仄互用の字。

形式 七言絶句

押韻 紅 - 風 - 中(上平声東韻)

平仄式 仄起平収式(第一句で二字目が仄声、七字目が平声)

本詩

千里 鶯啼 緑映紅

水村 山郭 酒旗風

南朝 四百 八十寺

多少 楼台 烟雨中

平声(韻字)、 仄声

: = 16 : 12

(十を とすると、15 : 13)

(参考)

七言絶句の仄起平収式の基本型

二四六七字目は、基本型どおりが大原則。

「二四不同、二六対」

一三五字目は、平仄を入れ替え可能。

出典

『樊川文集』巻三(詩題「江南春 絶句」)。『三体詩』巻一(詩題「江南春」)。初唐・盛唐の詩が中心の『唐詩選』にはとられていない。

解説

建康(今の南京)を中心にすえた江南地方の春景色である。当時の人々が「江南」から浮かべるイメージは、広い農村と古い都である。広い農村の春は明るい晴れの天気が、一方、古い都はしっとりとした小雨がよくうつる。本詩の前半は晴天の農村風景、後半は南朝を偲んで雨の古都のたたずまいという構成である。

[前半]

起句は大きな視野で、江南地方の明るい春を描いている。鶯が鳴き、見渡す限りの緑と紅を詠む。聴覚と視覚の両面に訴えた表現である。

承句は視野を狭くして、名詞を並べて印象に訴える手法をとる。村々の春景色の中で、風にゆれる酒屋の青いのぼりを詠む。「酒旗」に焦点があり、酒旗の青で視覚に訴えた表現となる。さらに、酒旗の「風」は、ここちよい微風をも感じさせ、酒の香りもただよってくるようである。それぞれ触覚と嗅覚に訴えてくる。

前半の起句・承句は、千里・水村・山郭の語句でのびのびとした農村風景をとりあげ、多くの感覚に訴えてのどかな江南の春を描いている。光と風・水にあふれた晴景である。

[後半]

空間を軸に江南の風物を表現した前半の二句に対して、時間を軸に歴史を追憶(懐古)したのが、転句である。思いは、はるか南朝の昔にはせる。南朝の四つの王朝は、仏教が盛んで、多くの寺院を建立したが、いずれも短命に滅びた。「南朝」に象徴される短命のマイナスイメージと、「四百八十寺」に象徴される隆盛のプラスイメージとの落差の大きさが、歴史の非情さを感じさせる。転句のみ7字(2+5)のリズムにしている。

結句は、はかなく消えた王朝への懐古を契機として、過去からの残像を現在の中へ融合させる。

華やかな古きよき時代「南朝」を懐古するとき、当時建てられた多くの寺が春雨の中に見える。懐古のムードは、春雨によってかきたてられる。さらに、眼前の風景とともに、きり雨さめにけむる昔の南京の風景を重ね合わせてうたっているのであろう。

後半の転句・結句は、前半から一転して、南朝を懐古して、春雨にけむる古都の風景である。「烟雨」という静かでやわらかいイメージは、懐古する南朝や、寺・楼台のイメージと調和して、しっとりぬれた江南を描く。滅びさった南朝時代への無限の愛情をこめた鎮魂歌であろう。

#### [全体]

眼前の明るい農村の風景は、南朝を懐古したとき、雨にけむる寺の堂塔に見事に合一する。前半と後半とで、全体として、江南地方の春の情景を総合的に描き出している。縁語のように、水 - 雨、山 - 寺 - 楼台の連想により、前半と後半は照応している。

目にうつる風物を、ほとんど何の形容もなく並べたような構成で、一幅の絵画のような詩である。もちろん、文字どおりの意味での叙景ではなく、再構築された叙景である。それは抒情にかさなる。

本詩は「金陵懐古」(南朝の興亡への想い、漢詩の重要な主題)といってもよい。現実の風景をこえて、詠史の性格をもっている。なお、江戸中期の服部嵐雪らんせつに「鯊釣るや水村山郭酒旗の風」の俳句がある。服部は、蕉門の十哲のひとり。

#### [私見]

以上の解説は、これまで本詩を何度も読みかえして、諸文献から学んで得たものである。むかし私自身はじめて読んだころは、晴れた春の日に農村を歩いて行き、南京の町に着いたら雨が降っていたのだらうと解釈した。実際に、このような説も存在し、捨てがたい。さらに、私は少し自信のある珍説をもっている(もちろん証拠がなく、想像である)。涉猟した参考文献には指摘がされていない。一幅の絵画のような本詩は、むしろ画賛がさん(画に題す)ではないかと考えている。本詩を賛として書きつけた絵画は、縦長の一幅か横長の一巻かであろう。一對の屏風ではない。

杜牧と江南について

杜牧(803 ~ 852)は、晩唐の詩人である。字は牧之、号は樊川はんせん。西安の出身。太和二年(828)に26歳で進士に及第したが、地方官としての勤めが長かった。若いころ揚州に赴き、風流才子ともてはやされた。詩は晩唐第一と称せられ、ことに七言絶句をよくした。杜甫を「老杜ろうと」と呼ぶのに対し、「小杜しょうと」と呼ばれる。書や絵画にも優れていた。本詩の成立年代・背景の詳しいことは、わからない。北方で成長した杜牧は、その青春時代に江南の揚州で、節度使の幕僚として過ごしている。本詩も、その当時に出張でこのあたりを訪れて作ったものかもしれない。杜牧には、江南の風物・追憶をよんだ詩が多い。

#### 訳詩

前野直彬の訳詩をあげる(『唐代詩集(下)』平凡社、1994)。ただし、転句は現在のこととして解釈している。

#### 江南の春

千里を鳴きわたる鶯 若葉の緑に映える花の紅  
水辺の村にも山里にも 酒屋の旗にそよぐ春風  
南朝四百八十の寺々の  
数も知れぬ楼台がけぶる雨のうちに

#### 主要参考文献

- 前野直彬：唐詩鑑賞辞典、102・103頁、東京堂出版、1975  
鈴木次次：漢詩漢文名言辞典、712・713頁、東京書籍、1985  
一海知義：漢詩入門、136 ~ 138頁、岩波ジュニア新書、岩波書店、1998  
石川忠久：漢詩をよむ 春の詩 100選、28・29頁、日本放送出版協会、1998  
松尾善弘：唐詩読解法、146 ~ 149頁、白帝社、2002  
植木久行：唐詩歳時記、115 ~ 120頁、講談社学術文庫、講談社、1995  
植木久行：杜牧詩選、17・18頁、岩波文庫、岩波書店、2004

## 萩ヨットクラブと萩レース

萩市 篠田 陽健

あまり人と遊ぶことは上手ではありませんが、ヨットの連中とはつきあいを楽しんでいます。私の参加する萩ヨットクラブは総勢 12 名、異業種達の集まりです。畳屋あり、坊主あり、金物屋、ガス屋、電器屋、医療関係者は私だけです。年齢も皆 50 代はじめで、ヨットに乗るといふより、主に陸で酒に酔うのを活動としてきました。酒を飲みながら、話を聞くのは本当に楽しく時間がたつのを忘れます。町の噂や子供の話、昔話、見た映画のこと、みなさんいろんなことをよく知っていて知識の豊富さには感心します。最近健康のことが多くなりました、が、私の実力をしってか、私に質問することはめったにありません。

この飲みクラブに、5 年前転機が訪れました。萩でヨットレースをしよう、という私たちの計画に萩市が OK のサインを出してくれたのです。こうして、1999 年第 1 回萩ヨットレースで 38 隻のヨットが萩沖に集まり、開かれました。私は本部船での雑用係で、レースには参加できませんでしたが、自分たちの企画がうまく運ぶうれしさを味わいました。

第 5 回ヨットレースの今年、毛利輝元公が安芸から萩へ移封され、400 年目の節目の年で、萩市は開府 400 年のさまざまな記念行事を行いました。ヨットクラブでも節目の年になりました。まず、20 代の若者が、同時に 2 人も仲間に加わってくれたことです。一人は長門市でのヨットレースが面白かったから、もう一人は大学時代ヨット部で楽しんでいた、今後も続けたいと、うれしいことを言ってくれます。おじさん達の毒気にあてられることなく、願わくは、友達を、さらに願わ

くは女性を引き連れて来てほしいものです。

クラブの所有するヨットは、3 隻あり、マツダキャロルかホンダ N かというほどの古いものです。ヨットレースを楽しむ、まして主催するのだから、もっと速い船がほしい、だがお金はどうする、この思いが浮かんでは消え、繰り返されてきました。ついに今年、ヨットレース派、今しかない派の意見がとおり、新艇を購入することになりました。といっても私たちのできる範囲、300 万位の中古艇で、しかも速く、大きく、美しくという欲張り条件付です。4 月、広島市の観音マリーナにヨット探しに出かけました。このマリーナは今まで見た中で、もっとも設備が整っており、ポンツーンと呼ばれる浮き桟橋に整然と並んだヨットの数はすばらしいものでした。しかし恋人には巡り会えませんでした。大竹市でもふられました。次は博多の小戸マリーナ。博多ラーメンを食べて帰りました。再度博多のマリノワ。ここでようやく、ヤマハ 31EX を見つけました。値段といい、サイズも手入れ度も申し分ありません。これに決定です。ヨットは「百舌鳥」と名前を付けられ、整備が終わった 5 月 23 日博多マリノワから萩まで回航しました。朝 5 時出発、午後 5 時到着、百舌鳥はすばらしいスピードで玄界灘と響灘を走り抜けました。

7 月 25 日、第 5 回萩ヨットレース当日。昨夜のレセプションはお酒をセーブしたし、なんといつても秘密特訓もしてあり、準備万端です。私はウィンディーウィッチという名前の、参加艇では一番小さな 21 フィートのヨットに 2 人で乗りました。でもこの船は今年のクルージング部門の



優勝艇なのです。ヨットレースの面白さは、前夜の作戦練りから始まり、スタートの緊張、海域や風を読む力、セールや舵をトリムする技術と盛りだくさんです。今年は神風が吹いてくれて、2位に入賞することができました。いただいた萩焼きで作られたトロフィーは時とともに渋みを増してくるでしょう。

今年のヨットレースでは、ヨットに少しでも親しんでもらおう、という目的で「親子ヨット教室」が夏休みに開かれました。ヨットに乗れないほど参加があったらどうしよう、は杞憂におわり5組12人の親子がディンギーとクルーザーを楽しんでくれました。企画はよいので宣伝すればもっと参加者は増えると思います。でも、12人のメンバーではここまで手が回らない、という意見も聞かれます。来年はどうか、課題が残りました。

暮れが近づき、来年の活動に向けて準備を始めようとしていたところ、ヨットレースに新たな問題が降ってきました。萩ヨットレース期間中、レース艇は萩マリーナに係留されます。ところが、来年から大型客船のために、マリーナの一部が使

用不可になるというのです。その場所は週末ともなると多くの市民が、のんびり釣りを楽しむところでもあります。年に一度来るかこないかの、客船のために防波堤を2メートルのフェンスでおおい、市民をシャットアウトする。

レースを来年も行う予定の萩市が、一方でヨットの係留を放棄する。何とも奇妙な話です。みんなが少しづつ譲歩すれば、釣りが楽しめ、客船も停泊でき、そしてヨットも係留できる、そんな工夫があると思います。ヨットレースを主催するとき、うまくいくかは艇の係留場所を確保できるかが大きなポイントになります。レース参加者がここなら安心して船を休ませておけると思える港の探しが必要になりました。

もう一つニュースがありました。萩市の大島で来年子供ヨット教室を開催してもらえないかという申し出があったのです。今年の参加者が、自分の島でも行いたいと考えたのでしょう。これは朗報といえるでしょう。

来年は、百舌鳥で瀬戸内海のレースに参加したいと考えています。ハウステンボスカップにゆけたらどんなにすてきなんでしょう。

## < 医学と仏教 >

### 胎教とは

編集委員 渡木 邦彦

はじめに

最近、胎教についてマスコミや雑誌ではちょっと下火になっているようですが、妊婦さんにとって胎教とは、やはり気になる言葉です。「ホントかしら」、「胎教なんてあるの?」と。私の診療所でも時々胎教について質問を受けます。母親が妊娠中の自分の子に対し「いい子が生まれますように」、「五体満足でありますように」とか、お腹の子に対して、「よい影響を与えられる方法や何かできることはないのかしら」と祈るような気持ちで妊娠期間を過ごすことは、人として当然の親心です。

さらに、胎教のオリエンテーションをしたりヨガを実践したり、胎教のための音楽を演奏したり、再生装置で聞かせたりする有料施設が国内には多数存在しているようです。それらの方法が有効か無効かを判定する資格や知識が私にはありませんので、有料施設が存在するという事実のみをお知らせするにとどめます。

妊娠という現象は、仏教的に考えますと、先祖から受け継いだ我が命を子に伝え継ぐことです。科学的にみますと、卵子と精子の結合により両親から子に伝えられる形質的因子で、まず最初は遺伝です。これは両親の遺伝物質 DNA の螺旋構造での遺伝形式で、目や鼻が親に似ている、走るのが速いといった遺伝要素は、胎教ではどうにも変更不可能な領域です。ところが、人間性とか心の動きをつかさどる、情操、美意識、そして慈悲心といった深層意識の領域は胎教でその効果が現れ、ひいては先天的天才を創ることに繋がると仏教的には古くより言い伝えられております。さらに言えば、よい胎教に出逢うと、素晴らしい人

間性を備えた英才児が育つということです。親の無意識界の信念が、子供に伝わった結果、その子は素晴らしい子に育つというものです。しかしこの唯識に始まる無意識界の存在を信じないとしたら仏教的胎教は成り立ちません。そもそも仏教の心理学といわれる唯識とは、自分を始めとして自分以外の他人とは一体何者であり、人のみならずこの世のすべてを「存在せしめている」ものとは何なのだろうか、といった疑問に「認識する」という観点から出奔して、存在の本質を問い、それを基礎にして覚(さとり=涅槃)への道を求めている哲学です。唯識は「すべては心の織りなすもの」という意味を持つ、「三界唯心」という華嚴經の考え方に源を發し、四~五世紀ごろ世親(ヴァスバンドウ)という覚者が大成したと伝えられています。それら意識下の「心の織りなすもの」という領域について仏教的観点から胎教の意義や実践方法、そして有効性について述べてみたいと思います。

広辞苑での胎教：子が胎内にある時行われる教育、妊婦が修養につとめて、胎児により感化を及ぼすこと。

世界大百科事典(平凡社)での胎教：妊娠中の夫人が精神修養をし、言葉や動作を慎み、これによって胎児により影響を与えようとする教育。これは古い中国の《小学》の<内篇立教>という部にでており、また日本では稻生恒軒の《蝗草：いなごぐさ》の中にも妊娠中の婦人の心得を説き胎教の必要なことを強調している。その中で<しかれば懐胎と覚しき日より、よろづにつき、心の

つつしみ深く、露ばかりも悪念なきようにとたしなみ、口に言ひ手足になすわざ、いかにも過ちなきようにして、出産の時を待つ、これを胎教といふとある。このように昔の胎教とは妊婦の修養がそのまま胎児に伝わるように解釈していた。しかし、子宮内の胎児と母体との間には神経の連絡はなくて臍帯(さいたい)によってつながり、母子間には胎盤によるガスや諸物質の交換があるばかりである。この胎教ということを経典医学からみれば二つの意味がある。一つは遺伝の問題で、両親の形質は必ず子に遺伝するという説。もし母体に優秀な遺伝子があれば子にも遺伝するが、これは妊娠中の摂生によって影響は受けない。他の一つの問題は、妊婦の摂生が胎児に及ぼす影響ということ。胎児の発育には、遺伝のほかに妊娠中の母体から栄養その他多くの影響を受ける。したがって母体をとる栄養が不足すれば胎児の心身の発育は悪くなるということになる。また精神状態は体の健康とも密接な関係があるもので、怒り、不安、恐怖などは食欲や睡眠を妨げ、これが間接的に胎児の発育を妨げることになる。また妊娠中の不摂生によって早産でもすれば、早産児、未熟児が生まれ、体や知能の発育が悪いこともある。このように妊娠中の婦人がつねに心を安らかに、諸事を慎むことは、結局健康状態をよくし、胎児の心身の発達にも好影響をおよぼすので、胎教はきわめて重要であるといえる。(森山豊)

東京芸術大学の実験：妊婦にひも付きの高感度マイクロフォンを胃の中に飲み込んでもらい、ピアノ生演奏、ステレオでオーケストラ演奏、ジャズ演奏を流してテストしたところ、何の音も一切聞こえなかったようで、母体の心臓の拍動音が微かに録音されたほどだったようです。子宮の中には外部の音は爆発等による衝撃音くらいしか伝わらないのではないかと結論づけてありました。14～5年前に読んだ私の蔵書の中にある、たぶん、上前淳一郎の「読むクスリ」ではなかったかと記憶は曖昧です。音楽は胎児には聞こえていないと芸大の先生方も意外な感想を漏らす結果になったと記載しておられたように記憶しております。

NHK-TVの「ためして合点」(平成15年度の放送)より：同様に妊婦さんに高感度マイクロフォンを胃の中まで呑み込んでもらい、いろんな音楽や音を体外から聞かせてみましたが、やはり外からの音楽や音は収録できませんでした。胎児には聞こえていないということです。その代わり水道の蛇口から出る流水音みたいな音がジャージャーと録音され(たぶん大動脈音ではないかと思われる)この音を生まれたばかりの新生児や乳児に聞かせると、泣きやみ、心静かにこの音に耳を澄ますようです。我が家の孫にも、紙袋を揉みくちやにして両手で摩擦音を出したり、浴室の水道を流すと、同様の反応を示しました。これは胎児の胎教のための音ではなく、生理的母胎音に反応するのでしょう。

#### 私の胎教に対する矢崎節夫先生への回答

現在のところ、ステレオ装置でクラシック再生音楽を聞いたりピアノやロックジャズを除いたその他の生演奏を聴いたりすることが胎児に直接聞こえているとか、妊婦スイミングをしたり、妊婦エアロビクスをしたり、トリラックス方法があたかも胎教のような印象を与えています。しかし、現実には、稼業を手伝ったり、家事の多忙さや、稼業の経営状態、夫婦間の葛藤、さらにはDV等々を含めて、妊婦自身がさまざまなストレスを受けて暮らしております。ストレスの負荷状態になると母体から当然のことながら、カテコールアミンやノルアドレナリン、さらには副腎皮質ホルモン等が血中に分泌され、胎盤を通過して(分子量1000以下の物質は胎盤通過性あり)胎児に直接影響を与え胎児のストレスとなります。これらの分泌現象は母体同様に児に悪影響を及ぼすことが予測されます。胎教とはこれらの物質が児に影響を及ぼさないような平穏な生活を妊娠期間中に送ることだと思っております。胎児に聞こえなくとも、母親が音楽を聴いたり、癒しの時間をもって心安らかに過ごすといった直接的かつろいだゆりの生活内容が胎教になると私自身は信じています。胎教とはと問われたら、そのように説明しております。日本の社会は社会的弱者として妊婦に対して保護や援助するとか、気配りをするといった生活習慣がありません。一昔前頃までは夫婦間でも

意識改革しないと、妊娠中でも妻を平常通りこき使って、出産後も育児を手伝わないなどと公言して妊婦を精神的にも疲れさせて、「俺は亭主閑白だ」ととぼけた男性が多かったのです。近頃はそういった男権を振り回す若い夫は非常に少なくなりました。亭主閑白の上にさらに嫁姑の確執が加わるとどうなるのでしょうか。胎教とか妊婦にいい生活環境をなどと宣っても社会の大半はまだまだ何をたわけたことを申すかの話のようでもあります。現に職場進出した女性は妊娠中でも非常によく働き、異常妊娠でも自分の職場を気遣い、業務に忠実です。私から「仕事を取るのか子供を取るのか、決めておかないと後で泣くことにならんとも限りませんよ」と強く注意を促したくなる会社妊婦にしばしば出逢います。

物質的には豊かになった日本の社会で、それでは心も豊かと問われれば、ほとんど「とんでもない」と答えざるを得ない現実です。まだまだ、拝金主義や物欲主義が横行しており、口では安全な妊婦生活や分娩の優先性を叫んでいても、胎児や子供への思いやりは二の次か三の次というのが最近の妊婦の日常ではないでしょうか。職務に忠実なことは決して悪いことではないのですが、何せ最近では人の「いのち」がモノ化している傾向にあります。母親がお腹に子を宿しているという認識が薄いのです。これが怖いのです。

母親の心拍動音も、芸大の貴重な実験の通りで、本当は胎児にそれほど聞こえていないと思います。それは成人の場合にも言えることですが、耳鳴りや内耳の疾患等で自分の拍動音が連続して聞こえると覚醒時は聴力障害や集中力障害となります。ましてや静かな夜には心拍音が気になって睡眠妨害となり熟睡できません。このように生活に悪影響を及ぼしますので、人体では生理的に心拍動音は聞こえないようにできていると思います。ましてや胎児には母親の心拍は聞こえていないと結論づけていいと考えます。母体の消化管の蠕動運動さえも同様に聞こえていないのではないかと思います。

母親が自覚して、よい赤ちゃんを産もう、心豊かなゆとりある妊娠期間を過ごそうと精進することが、胎教に繋がっていると考えます。胎教とはよい音楽を聞くとか、リラックスした豪華な生活

をすとかそういった物欲的なものではなく、母親となる心の自覚や子供に対する尊い命の受け止め方や愛しみ方ではないかと考えるからです。それらの思い入れは妊娠したから云々というのではなく、生まれ育った家庭の宗教、親の躰、妊婦自身の心の成長、その人の培った哲学や人生観で既に形作られているものではないでしょうか。付け焼き刃の胎教を始めると生まれ出た赤ちゃんが可哀相です。何の理念もない浅学な子育て理論を振りかざして親業をする可能性が高いからです。自分の単純な経験を基に考えや理論に沿わないものは誤りだとばかりに、我が子の虐待に繋がりがかねません。

以上は平成 15 年春に矢崎節夫先生（詩人金子みすゞの発掘者・児童文学者）が胎教について私にどう考えているかと問われた時の、私の回答です。

ところが、仏教の唯識の中の末那識（まなしき）阿頼耶識（あらやしき）といった人間の無意識界の存在を学んでからというもの、自分の無学さと、仏教学の深さにまたまた驚嘆させられ、知るは人生の喜びなりと感動しきりです。そして己の無学さを恥じ入るばかりです。この無学さを矢崎先生に伏してお詫び申し上げたいと思います。

仏教で言う人の意識作用をする領域には、眼耳鼻舌身（げんにびぜっしん）の五根を感覚器として情報収集をし、それに現自己認識ができる意（に）を加えての意識界、すなわち、眼識、耳識、鼻識、舌識、身識、意識の六識があります。その他に、無意識界として末那識（まなしき）と阿頼耶識（あらやしき）とがあり、この二つを併せて八識といいます。末那識とは、端的には自己愛や我執の根源の心であり、迷いや煩惱の元になるようです。阿頼耶識とは、人間存在の根底をなす心模様で、記憶の蔵、蔵識（ぞうしき）ともいわれるように、自分の生きている中ですべての体験を内蔵しているようです。

日常生活には六識まででほぼ事足りるのですが、人の深層意識下には自己保存を中心とした無意識界が脈々と作用し社会生活を営む意識感覚に種々の影響を及ぼしているといわれております。生物は八識がすべて一体化しており、人間のみが

自らの生存感を認識できます、西洋哲学流に言えば「われ想うゆえに、われあり」にでも相当するのでしょうか。

それ故に、感動は命まで直接伝わり、生存感を高める快感として作用するようです。感動が八識を刺激して生理学的に脳内エンドルフィンを増し、日常の意識にエネルギーを供給していると考えられ、これにより枯れかかった人の心にエネルギーを注ぎ込み、蘇生させることが可能になるのです。

意識界と無意識界とに脈絡はありませんので、無意識界について興味がないと、ほとんど信じられない学説に近いと思われるのではないのでしょうか。未那識や阿頼耶識とはやはり仏教の信仰世界の考え方です。

もう少し噛み砕いて述べてみます。前に挙げた「眼耳鼻舌身」とは「般若心経」にあります眼耳鼻舌身（げんにびぜっしん）に意（に）を加えたもので六識といい、この六識がものを考えるのです。つまり、見たもの、聞いたもの、嗅いだもの、味わったもの、触れたものを今までの体験によって判断し考え意識する働きが六識でなされているといえます。しかし、人間がモノを考える作用はそれだけではありません。その意識の奥に未那識という層があるのです。未那識は自己中心性、いわば我執の心がうごめいているそうです。さらに驚いたことに、未那識の奥底に阿頼耶識という蔵のような層がありまして、そこには別名蔵識（くらしき）というが如く、自分にかかわること、記憶にあるなしにかかわらず一切が内蔵されているのです。この内蔵されているモロモロが人生に無関係という訳にはまいりません。思いますのに、このモロモロをどのように整理し浄化するかが、仏教唯識の根本にあるような気がします。そして、その鍵は未那識の自己中心性（我執）の心をコントロールすることではないかと考えるのですが、いかがでしょうか。仏教や唯識についてはまったくの初心の私が、ことに口幅ったいことですが、初心者の一応の理解ということでお許しいただきたいと思います。

さて、その未那識のコントロールですが、ある坐禅会に参じた時に拝読しております道元禅師の

普勸坐禅儀（ふかんざぜんぎ）にあります「諸縁を放捨し万事を休息して……云々」を思い出すのです。自分にかかわる一切の諸事から離れ、調身、調息でひたすら坐禅をしたり、一心に専心念仏が申せたらいかにも素晴らしいことであろうかと。それは日常の動と静の調和ができた、すなわち、感謝と報恩の生活にあるのではないだろうかと思ひ至るのです。お互い人間は少欲知足を忘れ次々に自分を中心とした快楽や欲望を求め、実は迷い苦しんでいると經典に注意されておりますが、実践的に遂行どころか、反省もなかなかできないのが凡夫の生き方ではないのでしょうか。

#### 原田祖岳老師の胎教法話とその解釈

福井県小浜市の曹洞宗、発心寺（ほっしんじ）に原田祖岳というご老師がおられました。この原田老師という方は、人間の無意識という世界を非常に大切にされ、妊婦さんには特別なご法話をされたようです。そのご法話を仏教学者の紀野一義先生がまとめられた「現代に生きる仏教 Vol.2」から引用させていただきます。

無意識とか意識という言葉は仏教に由来した用語です。この無意識界への思い入れが胎児の心と思考の明晰な人への発育を導きだし、引いては英才児を生み出すというのです。素晴らしい哲学なのですが私の浅学のために、旨く平易に文章化できておりません。難しい箇所が多々あるかもしれませんがご理解をたまわりたいと思います。

まず世の中に、天才と呼ばれる人がいますが、後天的天才と、先天的天才とがありまして、

後天的天才とは、本人の強烈な希望と、その実行とによって現れるものでして、これはたいへんむずかしく、常人の及ぶところではありません。

先天的天才とは、父母の強烈な希望と、その胎教の完遂とが実りまして、出現するもので、この方は確実で、かつ迅速で、天才とは天から授かるものではなく、すべて人為的なものであります。……

今までの胎教とは胎児の成長と、栄養衛生に重点を置く、肉体的方面のみの胎教でありました。ところが、ここに驚くことがあります。それは、食物が大きくなるとともに、基本の精神は、母体

の中で刻々と造られてゆく、ということでありませぬ。食物だけで心ができるのではありませぬ。刻々の父母の精神が、刻々に胎児の精神を造って行く。この一大事を、だれも知らなかつたのであります。医学では遺伝といいますが、遺伝ではありませぬ。偉人は、その母の徳によって立派に生まれましかた。摩耶夫人（まやぶにん）やマリアの存在なくしては、釈迦もキリストも生まれなかつたでせう。母正しければその子もまた正し、とは世間でも漠然と知っています。そう思うと、毎日がいかに尊いかを思わずにはおれませぬ。よい子がほしい、と願ったときに、すでに親の心は正しくなっているのであります。知ると知らぬにかかわらず、人類全部が、胎教によって左右されているのであります。

あなたのお子さまの、それぞれ違つた性格（と決まつたものは実はないのであります）を目の前になさつて、その子供を宿した頃の、あなたの心持ちと行いを振り返つてみてください。その時その時の、両親の人格のすべてが、影響しているのであります。すなわち「子は親の鏡なり」ということが、よくおわかり願えると思います。……

ではその胎教とは、どのようなものか、どうすればよいのか、具体的にお伝えいたします。……一口にいつて、眼、耳、鼻、舌、心、意を清浄にせよということだす。しかし極端に走らず、中道を尊ぶことだす。こまかくいいますと、

**眼** 悪いモノは見ないこと。火事、変死体等、悲惨なものは一切見ないようにすること。色彩は人心に影響すること大であります。また、色彩により感情も変化しますから、悪い色、強烈な色は避けてください。

さし昇る太陽を見るにも、無関心ではなく、大きい心を持って見ること。その爽快、雄大を、わが心にいただく気持ちで眺めれば、心の広い大きな子供ができます。山脈、大洋、大川等、心して見てください。たとひ狭い部屋で暮らしていても、まわりに大景がなくとも、せめて夜だけでも、満天に輝く美しい星空等を仰ぎたいものです。竹を見るときは、竹の内なる心を見ましかた。サラサラとまっすぐなる心、しなやかに見えつつも、雪

にも折れぬ強さを。また、野の花の可憐さ、美しさを感じたならば、胎児も可憐さ、美しさを感じましかた。偉大な人格者の像を眺めて、その人格をいただきますましかた。

**耳** 音響による精神的影響も大きく、平俗低調な歌謡曲等の音曲は避けるように。嫌な音、きしむ音、鶏をしめるときの声等々、聞かぬように、また一切悪口はきかぬことだす。騒々しい音も避けましかた。

妙なる音に耳を澄まし、またどうと岩打つ勇ましい潮の音、あるいは心静かに松風を聞くなど、また、虫の音は悲しくとも、なにか心情に触れるものがあります。それらの情緒を胎児に与えます。竹のサラサラと風に鳴る音を聞き、一切サラリサラリと執着を取り去つて、サラリとした心境を持ちましかた。尊敬する人の声を聞き、人格を耳から頂戴し、妙なる音楽を聴き情操を養うはよいことだす。音楽は感情を表していますから、人格の低い人の作曲はよいはずがありません。よく選んでください。たとえば、音楽家の中で最高に幸福でよい妻を持ち、優しい曲を作つたという、メンデルズゾーンの無言歌等はよいでせう。また洋の東西を問わず、明るい曲、楽しい曲、高尚な曲等を聞いて高い情操を養うのもよいことだす。

**鼻** 臭覚による強い嫌悪を感じるような臭い、または極端な愉悦は遠ざけねばなりません。仏の境地より見れば、穢（汚れ）などはなく、不垢不浄といいますが、皆、仏になつていないのですから、せめて妊娠中は悪い臭いを避けましかた。香水の種類によっては、官能的なものを呼び起こすからよくありません。

丁子（チョウジ：熱帯産の常緑樹から収る香料）等、大体植物性のものはよろしく、それは心を清浄にするために用います。

**舌** 悪口、お世辞、人の批判を言つてはなりません。

特に食についての諸注意を述べましかた。

人間の生命の根源をなす重大な食事を、三度を通じ聖なる喜びとしてください。三度の食事なんかと思つてはなりません。特に食事に好き嫌いを

しないことです。心から感謝していただいでください。その胎児は、一生食べ物に感謝の心をもつようになります。これは偉大なことです。感謝していただくのと何を食べてもよく消化します。女性は自分で料理したと思うので、感謝が足りず唇の色が悪くなりがちです。感謝して食べてください。一切の食物は、自分で作ったと思うのは浅い考えです。ねぎ一本でも太陽、水、土等々、その恵みがあるから育ったのです。買ったと思うのは、その人力に対してお金を出したに過ぎません。天与のものを無駄にすると、徳を失います。料理に使う材料も、一切天与のもので、またその道具も一切の根本は、大自然の産物を加工したものであります。ただただ感謝していただきましょう。そういうわけで、精神界も物質界も、すべて相重なり重なって、尽きるところがないのであります。そのことを「重々無尽」といいます。

妊娠と胎児のその時の状況に応じて、腹八部目にしてください。家人が食事の時に新聞等を読むのを不快に思わず、人を責めないで、妊婦である主婦は、自分の心が足らぬと反省してください。

食事時間については、一定の時間を守り、変則的な食べ方をしないことです。食前食後には、静かな時間を持ってください。また、食後は特に愉快的な語らいをして、あくせくしないことです。食後ごとに歯をみがき、または、うがいをして、口中を爽やかにしてください。

食物については、変則的な料理をしてはなりません。見た目にも美しく、正しい形であるように、切り方にも心を配り、ちぎったり、乱切りにしたり、くしゃくしゃにまぜたりせぬように。また、食器は欠けていたり、ひびの入ったものを使うと、胎児の人格も、どこかひびの入ったものになります。すべて口に触れるものは、上等というよりも、いつも清潔であるように、胎児もきっとそれを感じます。

身 規則正しい生活をする事。

不浄の地、競輪競馬、パチンコ、卑俗な映画館等へは足をいれないこと。

汚れた、上等の衣服よりも清潔なもの、特に肌着を。心してよい環境に身を置くことです。自然の偉容に触れるよう。時には景色のよい所へ行

かれるのが望ましいです。神社、仏閣、校庭等を散策するのもよいことです。またよく働くことは大切です。

意 精神界のことですから特に注意を要します。心を汚しやすい所へは行かぬことです。正しい心を持ってください。差別にも平等にもとらわれず、一切の執着を離れるように心がけて、日常を正しく、しかもサラリサラリと暮らして行かぬばなりません。その正しさの基準となるものは、宇宙の真理です。すなわち、太陽は惜しみなく光と熱を与えています。自然の風物は常に、われわれに恵みを与えています。これらは真理の一つのあらわれであります。いただきっぱなしです。一切は感謝であります。心の触れるところ、身の触れるところ善いことばかり思い、かつ行うように心がけてください。すなわち、触処（そくしょ：ふれる所）の清涼を心がけてください。

胎教中の静坐法（原田祖岳老師の法話集から）

原田祖岳老師は胎教の積極的方法として以下の静坐法の実施を説かれてあります。

静坐は朝夕二回、三十分づつ。すなわち一日一時間実施します。その方法は、まず厚い座布団を敷いて、

足の母趾を重ねて、身体全体をぐっと後ろへずらしつゝ上体を真直ぐに起こし、膝は握り拳（五本の指を折り曲げて握ったもの）一つ又は一つ半程の間隔に開く。手の位置は、掌を上に向けて、右手を下に、左手を上重ねて、両膝の辺りに降ろす。両の親指の先は軽く触れあうように、ボールを抱くような型にする。肩は落とし、腹に力を入れない。

あごは堅く引いて、鼻と臍との垂直線上に揃える。眼は半眼に開いて、視線が自然に一メートルほど先へ墜ちる位の頭のそなえがよい。心は大地を座布団にして。天地の間に自分一人居るといような、大きいどっしりとした気分、その上に"リン"と張り切った気持ちを失わないようにして、無心の状態に入る……。これが静坐であります。

静坐中は、次から次へと出てくる雑念を追いか

けないで、相手にしないことです。それでも絶え間なく出てきます。一刻としてとどまらないのが心ですが、訓練を重ねますと、いつか雑念は消え、心は定まり、「我」をなくすることができるようになってきます。我が無くなるというのは、何も聞かぬ、何も判らぬ、ということではありません。周囲のものは一切判って居ながら執着しないと云うことです。

これが坐禅で我をなくすことなのであります。

まず最初の五分間……朝は朝日の昇るのを心して見る。まったく清浄無垢、爽やかな、何もかも押さえることの出来ぬ偉大な力を感じ、その心をいただく。朝日の見えない所では、朝日の絵等を掲げて見るのもよろしい。

夜は太陽の代わりに尊敬する人物の像、すなわち仏、菩薩等の像を掲げ、その偉徳と人格をしのぶこと。通例の場合は「観音様の姿」を掲げて、その優しい気持ちをいただくようお奨めします。そうすれば生まれて来る子供は、男女共に容貌の優れた、気持ちのやさしい人間になります。理想の人物を夫婦でよく相談なさってください。

次の五分間……眼を閉じ、今見た朝日の偉容、あるいは尊像の偉徳をしのびます。

後の五分間……無心の境地。

拝むということは（太陽等々）尊崇（尊び、あがめる）の意でありまして、信仰の対象ではありません。ただし、仏様すなわち真理は対象そのものであります。朝と夜とでは、朝日が尊像に異なるだけで、まったく同じことを三十分ずついたします。

胎教と心構え（原田祖岳老師の法話集から）

胎児が宿る前に、夫婦でどんな子供が欲しいかよく話し合ひましょう。将来、正しい人間になってほしいという希望を持ってください。生まれてから……成長してから……子供に自由にさせる等の考えは、まったく胎教を知らぬ人の考えです。

妊娠した時、夫婦で何かよい約束をしてはどうでしょう。野田先生は奥様と、「子供は絶対怒らないで育てよう」と約束されて、以来四十年怒られたことはありません。

このようにして成長されたお子様のことを、先生はいつも「自分に優る子供であります」といっ

ておられます。よい約束をして自分で極楽を造るのも楽しいではありませんか。

怒るということは、自分が腹を立てることであり、注意をを与えとか、話し合うこととは根本的に違いますから混同しないようにしてください。

妊娠や分娩は真理の働き、すなわち天地の原則に従うのですから、一切心配はいりません。安心して自信を持ってお産にのぞんでください。子供は、その天地の摂理に依っていただくのですから「授かりもの」と申します。子宝とは、まさにこのことであります。心正しければ必ず安産します。これは「心身一如」ということです。

釈迦は林の中で生まれ、キリストは馬屋で生まれているではありませんか。場所よりも妊婦の心次第です。ここにもし親に「胎教などする必要はない」と云われたとしましたら、「ハイ」と止めることが親孝行という胎教をしているのです。もちろん、心から胎教を止めるものではありません。心では胎教の尊さをよく知って、親の意に逆らわないように、見えない所で行いましょう。これは時・所・位（時と場所と相手）といって、大乘の（自他共に救われる）見地から、嘘も方便となるのです。つまり胎教はする必要がないという親は、真の胎教の尊さが判らないからで、無理もないことです。そこで「ハイ」と親の意に従うことが尊いので、一応親に従うのですが、真に胎教を実行しようという心を失うのではないということです。そうすれば適当に、自分で時間と場所を見つけて行くことができるでしょう。

夫婦仲よく……親子仲よく……

摩耶夫人の人格が釈尊を生みましたが、よい胎教ができたのは、夫人にふさわしいよき夫がありましたからで、又祖父祖母も正しい、立派な人でした。釈尊は偶然に生まれたものではありません。

私たちは自分では気がつかずに、毎日毎日罪を作っているものですが、今までの罪も、妊娠を機会に懺悔（反省しお詫びすること）をすれば胎児への悪影響はなくなります。

「懺悔滅罪」とは、人間にとって何よりありがたいことで、偉大なことです。

夫は妊婦に、精神的にはもちろんのこと経済的にもできるだけ心配をかけぬようにしてくださ

い。又たとえ困難なことが起こっても、妊婦自身、気かけぬように心がけてください。例えば経済的に苦しい時、気にすることによって楽になるのであれば、大いに気にするとよいのですが、楽にならぬばかりか、ますます苦しみと変わります。苦しみは胎児に悪影響を及ぼします。気にするということは、心配し苦しむことであり、善処するのはハッキリ異なります。経済的なことに限らずすべて、心配と考えると、とかく混同しがちになりますから、気をつけてください。

ここに引用された部分は原田ご老師のご法話のほんの一部ですが、大体の内容をご理解いただけたことと思います。原田ご老師が問題とされたのは、無意識界の末那識の世界のことなのです。母体の中にいるときから胎児は母親から時々刻々と種々の影響を受けて育って行くと同時に、その基本の精神も刻々に創られているのです。食物だけで胎児の心が出来上がっているではありません。時々刻々の父と母の精神が、刻々に胎児の精神を創っていると説かれているのです。母親はよほど考えて生活行動をし、精神活動を行わなければならないということを具体的に述べておられます。母親を含めて人はだれでも一寸先がどうなるか解らない命を生かされて生きているから、その刹那刹那を大切に生きなくてはならないと同様に、時々刻々と胎児の精神が造られて成長して行きます、母の徳が子を偉大にする、「母正しければその子も亦正し」とは、世間でも漠然と知られております。母親たるもの一瞬の油断も許されることではありません、と諭してあります。

幼少の頃に受けた、感動的な自然の景観や造形による世界的芸術的美しさ、これらの強烈な印象は決して忘れないものです、そういった美しいものが人間の情緒を形成してゆくのですが、その情緒をつかさどっているところが末那識なのだそうです。幼少期を含め、12歳頃までに自然の景観や種々の美を観て育たなかった人は、この末那識が形成不全で芸術家にはなれないそうです。

#### 心としての唯識

ところで、前に挙げた「眼耳鼻舌身意」とは「般

若心経」の中の一節で、眼、耳、鼻、舌、身を五識といい、「意識」の意を加えて六識といいます。この六番目の意識がものを考えるのです。

人間の頭脳のモノを考える作用というものはそれだけではありません。この意識の奥の方に末那識というものがあり、末那識は、自分はどういうことを考え、自分がここに存在し、自分がだれかを観ているという、その自分がという自我の念が起るのを、末那識といいます。そして、仏教ではこの末那識が迷いや煩惱そして苦しみの根源をなすとされています。

この末那識は「意識」によって活性化されるようです。ここら当たりが末那識による胎教の効果の源となるのではないのでしょうか。

一方で、阿頼耶識そのものは迷いではないそうです。きれいなものでもきたないものでもない、元来その阿頼耶識というものだけがあって、それを私のものとするから私が生まれてくるのだそうです。

初めに阿頼耶識という大きな永遠の生命みたいなものがある、これは永遠の生命と考えてもよいし、絶対的な生命と考えてもよいし、阿弥陀様や仏心と置き換えてもよいものです。そういうものを阿頼耶識と名付けて、本能的なものを司るようで、本能自体に善悪はないそうです。

この阿頼耶識は始めのない初めからずっと続いており、そこから人間も生まれ、また人間はそこへ戻って行くのです。そういうものを阿頼耶識というのですが、この阿頼耶識を自分と考えたときに、そこへ末那識が働いているというのです。そしてその「自分」と考える働きが、どういう時に人間に起こってくるかといえ、母親のお腹の中にいるときにもう既に起きるのだそうです。人間の意識は生まれてからしばらくしてできるのですが、末那識の方はもっと早くから、そうです胎児が胎内にいるときから働いているようです。凄いことである反面、恐ろしいことでもあります。今では禁句とされている「親の因果が子に報い」ているではありませんか。仏教で言うところの素晴らしい因果応報の世界です。縁起を説く仏教の真理がここら辺にも正確に解き明かされているではありませんか。

おわりに

昔から、胎教といって観音様の絵や写真を飾って、優しい子が生まれますようにと朝夕念じていると、穏やかな静かな落ち着いた子が生まれると言われてきました。胎教とは、人の意識下に存在しながら、そして胎児の時から働いている未那識という無意識に作用している中で、母親が子を思う深い慈悲心をもって、人間らしい素晴らしい子供を授かろうとする崇高な精神活動ではないでしょうか。仏教的唯識は私の浅学のため言葉足らずで少し難解でしたが、胎教は決して迷信ではない由来のある所業だということをご理解いただけたのではないのでしょうか。

最近の、母親による子殺しや子供虐待といった悲惨な事件をマスコミで見ると、彼女たちも妊娠中には胎教を思い、出産直後には、普通に子供を見つめ、子供を愛し、変わらぬ慈悲心をもって子供に接し、子供を育ててきたに違いないのです。一緒に暮らし、育てる中で何かが狂ったのです。その狂った因子とは一体何なのでしょう。あってはならないことですが、素晴らしい胎教を施行してきた母親が子殺し、虐待行為をしては胎教が泣きます。すべての妊婦さんが胎教について考え、理解し、実践することを望みます。眼耳鼻舌身意の意識生活を正しく実践することを仏教では精進と言います。精進するとは「子は親の鏡」という諺からすると胎教が終わっても、子供が成人するまで続けなければならないということです。これすなわち八正道（はっしょうどう）の中の精進に他なりません。四諦（したい：苦諦、集諦、滅諦、道諦）を受け止め八正道の実践で生きて行くということです。四諦、八正道という重要な言葉がでてきましたので、ついでにその仏教用語の解説をしておきたいと思えます。

お釈迦様が覚の境地に到達して得られたことは、諸行無常（しょぎょうむじょう）、諸法無我（しょぼうむが）、涅槃寂靜（ねはんじやくじょう）、一切苦厄（いっさいくやく）でした。以上のうち前三者を仏法の三法印（さんぼういん）と呼びます。

一番最初の諸行無常とは一切がそこにとどまらず絶えず移り変わって行くということです。私たち人の命しかり地球上の諸現象も宇宙でさえもが

諸行無常しかりです。この諸行無常の源は縁起によって起こっていると仏教では考えるのです。そこでの諦（たい）とは諸行無常というこの正しい道理や真理を明らかにして、正しく受け容れなさいということなのです。仏教が世界宗教として目指すものとは、諸行無常を受け容れる、すなわち煩惱を捨て、涅槃寂靜（もっとも深い安らぎ）に到達することに尽きるようです。此岸（しがん）から彼岸（ひがん）へ行き着こう、羯諦羯諦（ぎゃーていぎゃーてい）波羅羯諦（はらぎゃーてい）波羅僧羯諦（はらそうぎゃーてい）と般若心經にある通りです。彼岸へ行き行きて……。

この涅槃への到達実践法とは「四諦」を修得することに他なりません。

お釈迦様がブッダガヤーの菩提樹の下で大悟された後、縁（ゆかり）の深い五人の比丘にお説きになられた最初の説法（初転法輪：しょてんぽうりん）がこの四諦であり、道諦の道が八正道なのです。

一、苦諦（くたい）：思い通りにならないものが苦です。苦の主な原因は快樂と貪りをともなう欲望です。人の生涯は一切が苦であることを覚らねばなりません。

二、集諦（じったい）：常住（無限にある）を前提とした飽くことのない欲望や執着は、無明（無常という真理を知らない無知なこと）によって起こる迷いです。

三、滅諦（めったい）：この世は無常であるという真理を知り、飽くことのない快樂と欲望を滅する智恵を持つこと。

四、道諦（どうたい）：欲望を滅する智恵を養う方法（道）がある。その道は実践しないと意味がない。その道が、すなわち、八正道です。という四つの教えの総称です。

八正道とは

人間の正しい生き方の基本とさえ言われているものです。殊に中道の道を歩むための、心と生活の基準である仏教で言う中道の生き方を教えるも

のです。

一、正見(しょうけん):ものごとを正しく見る  
こと。

自我の思いを捨てて、こだわりから離れて見る  
努力をすること。偏らない和の均衡(中道)で見  
ることを実践することが大切です。

二、正思(しょうし):(心の中の)正しい思いとは、  
慈悲と愛の心が中心です、人や事象に接しこれ以  
外の思いは、すべて自我から生じています、我欲  
に満ちたあやまった思いです。他を害することな  
く、怒ることなく、貪ることなく、正しく思うこ  
とです。

三、正語(しょうご):言葉は人間のみにも与えら  
れた意志の疎通に欠くことのできない機能です。  
「愛語よく廻天の力あることを学すべきなり」と  
いう教えがありますが、本当にその人のことを心  
から願い、思う言葉はその人の心に入ります。

四、正業(しょうごう):地上界のあらゆる生物は、  
生きて行く上で役割を与えられ、働くように仕組  
まれています。動物も植物も、そして鉱物でさえ  
も、この地上の生きとし生きるものに、その体を  
提供しています。

言葉と同じように、私たちの日常の行為は言葉  
以上に「ことば」を発しています。「お陰様で」、「あ  
りがとう」につながる生活をするのです。

五、正命(しょうみょう=正しい生活):正しい  
生活はをすることです。中道にかなったバランス  
のとれた、思いやりのある生活をする。生活が乱  
れると心も乱れ、迷いが多くなります。清く、正  
しく、仲良く生きて行くことです。

六、正精進(しょうしょうじん):正進ともいい  
ます。正精進とは人間関係で調和して生きて行く  
努力をすることです。正しい努力をする。その努  
力を続けることを精進といいます。精進すると智  
恵が生まれ、ますます精進が楽しくなり、人々を  
喜ばせます。

七、正念(しょうねん=正しい道を念うこと):  
仏の教えにならう理想を忘れずに正しい念ずる心  
の集中です。清く、正しく、仲良くできる念(おも  
い)に帰ること。

八、正定(しょうじょう=正しい心の安らぎ):  
坐禅では最高の境地に入ったことを禅定といま  
す。ともあれ、正しい心の安定です。身体と心は  
一つ(心身一如:しんしんいちによ)です。日々  
の生活の中で動と静を整えて、落ち着くことを少  
しでも実践することです。

私の浅学非才のため言葉足らずで説明不足の著  
述にしかかなり得なかったことをお詫び申し上げま  
す。胎教とは妊娠中に母親が清く正しい生活を送  
る中で唯識の末那識や阿頼耶識という無意識界で  
の念想が胎児に伝わり、天才ではないけれども、  
素晴らしい子供を授かれるという不思議な教化、  
それらに始まり、胎教実践のための静坐法と心構  
え、さらには四諦と八正道の教えによる心の持ち  
方や仏道の実践方法等を述べさせていただきました。  
これらの事柄を学んでみて改めて人間とは本来勤  
勉な動物ではないのだとつくづく感じ入りました。  
易きに流れ、快楽を求め、物欲に溺れ、ご都合主義  
を受け容れたがる。だから、人間には戒と律でも  
って思考や行動の普遍的規範となる宗教が必要な  
のではないのでしょうか。仏教的観点からの胎教が  
少しでもご理解いただけ、妊婦さんに受け容れら  
れたら幸甚です。胎教の効果ですか？これは妊婦  
さんが真理にしたがって実践されてのち、答えは  
おのずと出るはずで。さて、父親たる者、妊娠と  
は関係ないとばかりに奥様に無関心で好き放題  
の生活をしていいはずがありません。ご老師が説  
かれたごとく、清く、正しく、夫婦相和し、愛情  
溢れる思いやりのある毎日を送ることは、取り  
立てて胎教だからと力むことでもありません。常  
日頃、平常心で仏道を実践するのは仏教徒として  
は当然の勤行だからです。ご精読ありがとうございました。合掌

## 都市会長 プロフィール

### 第 6 回 熊毛郡医師会長 新谷 清



小学校の校長先生の長男として昭和 22 年に誕生。昭和 47 年、山口大学を卒業。経歴からうかがうに、東京女子医大の研修以外、ほとんど、山口県内、それも生まれた田布施近辺で人生を過ごしており、根っからの田舎の医者であろう。外科と内科の違いはあるが、彼とは 11 年余りの長い間、周東総合病院で一緒であった。周東病院時代、彼の外科医としての腕については、既に、記憶が定かでないが、真面目で誠実そうな(?)外科医であったことは記憶している。また、昭和 56 年に 11 か月間、東京女子医大で研修したことは、外科医としての腕に相当の影響を与えたようである。

平成 2 年 9 月に彼は田布施町で開業した。平成 10 年 4 月、曾田医師会長の下、副会長になった。ところが、曾田先生が平成 11 年 3 月末に突然ご逝去され、急遽、会長職を代行することになった。当医師会は田布施、大和地区(既に光市と合併)と平生、上関地区の二つの地域から 2 年おきに会長を出す規約になっている。会長の選出は話し合いで決まる。それ故、平成 12 年 4 月からは、平生地区から向井先生が会長になり、平成 14 年 4 月から、田布施地区となり、彼が会長になった。実質 2 度目の会長である。2 年後に無事会長職を終えるはずであったが、市町村合併の話が持ち上

がり、平成 17 年 2 月に市町村合併が行われるとのこと、平生、上関地区から会長を出しても、任期 1 年足らずで柳井医師会との合併になる可能性が高い。そこで、新谷会長に続投してもらうことになった。しかし、ここに来て合併は暗礁に乗り上げ、先が見えなくなっている。このぶんだと最初の 1 年を含め、5 年間の会長は避けられない情勢だ。

彼の診療所と自宅の間に広い庭がある。そこに、大きなカメが 5、6 個あり、メダカが飼育されている。白メダカ、青メダカ、背中が光るホタルメダカ、腹の大きいダルマメダカ等がいる。彼は、上手に卵を移し、稚魚を増やしている。一匹、千円から 2 千円するメダカもいるとのこと、一つのカメに百匹はいる。相当の資産になりつつあるようだ。庭には他に、彼が育てている鉢植えの花や観葉植物が見られる。診療所の広い部屋の壁に 20 以上の絵がかかっている。馬を画材としたフランスのブラジリエ、ラシスの版画やスペインのリャドの風景画(テレビドラマの白い巨塔の中で教授選に係る賄賂の贈り物として登場した)等があり、まさしく、ギャラリー新谷医院である。最近のお気に入りには櫻井幸雄さんという新潟在住の作家で、レギュラーになれずいつもベンチにいる野球少年を描いた「出番のないベンチ」シリーズ

で、50号の大作もある。診療所の多くの絵は患者さんにも大変好評で喜ばれているようである。

熊毛郡医師会は毎年医師会で旅行に行く。上記写真は平成 15 年の北海道旅行、摩周湖畔のもので、集合写真は平成 16 年の城崎温泉の老舗旅館、西村屋で撮ったものである。家族も一緒に和気あいあいとした旅行である。小さい所帯の良さであろう。熊毛郡医師会は今後柳井医師会との合併か、小さい所帯であるがこのまま熊毛郡医師会で行くのか岐路に立っている。彼の誠実さと柔軟性のある指導力に期待している。



[ 記 : 熊毛郡医師会 田尻三昭 ]

## 日医 FAX ニュース

2004 年 (平成 16 年) 12 月 21 日 1506 号

中医協改革の検討の場は厚労省内で  
有識者会議を厚労省内に設置  
医療提供体制改革に向け議論一巡  
国と県が抗ウイルス薬を備蓄  
返還金額が過去 4 番目の 63 億円  
保健所医師の確保に行動計画策定

2004 年 (平成 16 年) 12 月 17 日 1505 号

我々の主張に沿う内容  
未承認薬、先進技術でも保険診療を併用  
診療所でも高度先進医療が可能に  
消費税含む税体系抜本改革を  
主治医への確認方法を検討

2004 年 (平成 16 年) 12 月 14 日 1504 号

医療機関向けに個人情報保護 G L 案  
健保組合にもガイドライン  
認定医療法人などめぐり議論  
フィブリノゲン納入先 7000 件を公表  
900 医療機関でワクチン在庫切れ

## 今月の視点

### 学校・地域保健連携推進事業

理事 杉山 知行



近年の社会環境や生活様式の急激な変化にともない、児童生徒をとりまく状況が大きく変化し、その心身の健康にさまざまな影響をもたらしている。その結果不登校や保健室登校、学級崩壊、いじめ、性の逸脱行動などの現象が起こっているものと思われる。

このような情勢下、学校保健の現場では疾病構造の変化もあり、現在の内科、眼科、耳鼻科の三科校医のみでは対応しきれず、精神科、産婦人科等の医師が専門相談校医（専門校医、専門相談医）のような形で新たに学校医として参画してもらうことが必要な状況となってきた。このことについて神奈川県医師会では、平成 11～13 年度にわたりモデル事業を実施して、アンケート調査等を行ってこの専門校医の必要性を検討している。

それによると学校医、学校長、養護教諭を対象として専門校医の必要性を問うと、学校医の 72%、学校長の 83%、養護教諭の 75%と、かなり高率に「専門校医は必要」と答えている。必要とする理由としては「こころの問題」、「性の問題」、「アトピー性皮膚炎等のアレルギー性疾患」、「スポーツ障害」が上位を占め、そのまま何科の専門校医が必要かとの回答となっている。すなわち三者共ほぼ同率で、精神科医（41%）、整形外科医（21%）、皮膚科医（18%）、産婦人科医（17%）が必要と答えている。

専門校医の配置については、三者共に市町村単位と答えた者がほぼ半分（49%）あり 1 位をしめていたが、学校医では郡市区医師会単位と答えた者がかなり多い（28%）。また学校長や養護教諭は学校単位と答えた者も多い（各々 37%、20%）。

担当をお願いする各科の医師にその必要性を聞いてみると、精神科医の 80%、整形外科医の 69%、皮膚科医の 69%、産婦人科医の 69%といずれも高率にその必要性を認めている。さらに「実際に専門校医として参加してもらえるか」という問いには、整形外科医の 77%、皮膚科医の 70%、産婦人科医の 76%と大部分は協力してもらえそうだが、精神科医は 58%が不可能という回答であり、その理由としては「時間がない」が多数を占めた。

以上の結果から精神科、整形外科、皮膚科、産婦人科の専門校医の配置は必要であり、緊急性もある。またその配置は各校一人が理想的だが、一方でそうもいかない現実もある。

雪下常任理事をはじめとして日本医師会の学校保健担当関係者は熱意を持ってかなり精力的に、この専門校医を配置すべく関係機関と折衝されたものと思われる。今年度から文部科学省の「学校・地域保健連携推進事業」として、1 都道府県あたり今年度 448 万円の予算が計上された。全額国負担で 3 年間の継続事業である。

ただ残念な事に、今年度日医の役員選挙等があったためだろうか、日医よりの連絡が遅くかつ十分でなく、この事業の内容を十分理解してスタートできなかった都道府県医師会がほとんどだったようである。もちろん私どもの責任もある。

また事業主体者である山口県教育委員会の本事業に対する理解にも少し問題がある。元来、養護教諭は日常児童生徒に対して「健康相談活動」というものを行っている。山口県は国の委嘱事業として平成 13～15 年度に養護教諭の援

助と健康相談活動の充実をめざすものとして「健康相談活動支援体制整備事業」なるものを丁度行って来ておられた。山口県教委の担当者は「学校・地域保健連携推進事業」もこれまでの事業の延長的なものと考えられた節がある。

両事業とも、児童生徒の心身の健康に寄与しようという趣旨ではあるが、「学校・地域保健連携推進事業」は平成 16 年 4 月 1 日付の文科省のスポーツ・青少年局長決定の中に「本事業においては、学校の要請により各診療科の専門医の派遣を行う等、地域保健等と連携し、児童生徒の心身の健康相談や健康教育を行うモデル的な事業を実施する」とある。等という文言はあるが、少なくとも各診療科の専門医の派遣が本事業の中核である。日医と文科省の立案当初の趣旨と思惑はまさにこれだろうが、物事は各県の個別事情や一方の当事者である学校や養護教諭の希望・注文等で変わってくるのも事実であり、致し方ない面もある。

学校・地域保健連携推進事業は具体的には

1. 推進連絡協議会の設置
2. 専門家派遣事業
3. 研修事業〔養護教諭や学校関係者への研修事業〕
4. 成果物発行〔派遣専門家名簿(マンパワー・リスト)の作成等を含む〕

等の事業を行う。協議会は第 1 回が 7 月 15 日、第 2 回が 12 月 14 日に開かれた。第 2 回の会では少し長い時間をいただいて専門医の派遣が事業の中核だということをしつこい位に述べさせてもらった。

専門家派遣事業については今年度 100 件を予定しているが、11 月末日締切の 2 次募集でもまだ 29 件の応募しかなく、改めて 3 次募集をする予定。臨床心理士への要請が 13 件と一番多く、次いで助産師が 8 件である。かなしいかな医師への要請は外科、小児科、皮膚科各 1 件ずつであった。学校側に事業の趣旨の浸透がまだ十分っていないこともあるのであろうが、医師へアプローチする際の敷居が高いこともあるのではないか。

山口県では養護教諭や学校関係者への研修事業は平成 13 年度から「健康相談支援体制整備事業」により行われていた関係もあり、また要望もあって盛会のようで、既に 8 月 25 ~ 26 日の養護教諭研修会と、10 月 13 ~ 14 日の健康相談活動研修会が開かれている。1 月 8 ~ 9 日には健康教育指導者スキルアップ研修会も開かれ、

私もパネラーとして出席する。事業の趣旨を再度説明し、県医師会としても専門校医制度をスタートさせる準備があることや、アプローチに対して敷居を低くするよう各医師会員へも依頼するので、医師へも派遣要請をしてくれるよう依頼や宣伝をするつもりである。

成果物はまだ発行されていないが、下記に述べるブロック毎の 4 科の専門医も決定し、その先生方をマンパワー・リストに掲載するところまで、ぜひこぎつけたいと考えている。

以上当事業に関しては医師会側としても上手にスタートが切れなくて、したがって主体者である県教委への指導性も十分発揮できなかったが、現在は県教委も事情は承知してくれている。日医はこの事業の行われる 3 年間の間に専門校医システムを格段に進めてほしいと期待している。

そうするためには、学校医をはじめとしてまず多くの医療関係者や学校関係者にこの事業の存在を知ってもらうことが必要である。次いで学校側から個別に医師に相談や依頼があった場合、できれば依頼に応じてほしいが、少なくともとりあえず話は聞くとか、適当な方を紹介するとかの労をとってもらいたい。学校側から郡市医師会への問い合わせや依頼もありうると思われる。その場合学校保健担当理事が軸となって振り分け役を担ってほしいものである。また近々精神科、整形外科、皮膚科、産婦人科の各医会へ依頼に参らねばなりません、県内を 5 ~ 10 区位のブロックに分けて、各ブロックごとに上記 4 科の専門相談校医を置く県全体のシステムもぜひ作りたいと考えている。ぜひ皆様のご理解とご協力をお願いしたい。

最後に、医師は基本的には日々の医療行為を通じて世間の信頼を得ているのであるが、もろもろの社会的医療関連ボランティア行為ともいふべきもの等々を通じての信頼も案外大きいのではないかとの感慨を先日の混合診療解禁阻止の署名集めの際に抱いた。元来学校医活動はボランティア的側面も大きく、その観点からは報酬なしでも可とすべきであろうが、当事業は少なくとも 3 年間は報酬もつき、その後も継続する可能性がある。学校側の要望が大きければ、国の事業としてはなくなっても、山口県としては続けたい意向もあるようだ。一石三鳥の効果や、鯛ならぬエビで鰻位の影響は期待できそうな面もある。担当として私どもも努力精励するところであるが、再度医師会員各位のご理解とご協力をお願いしたい。

国保だより

## 第 3 回「学びながらのウォーキング」大会 in 秋吉台

と き 平成 16 年 11 月 21 日

と ころ 秋吉台

[ 記 : 山口県医師国民健康保険組合 常務理事 佐々木 美典 ]

今年度は 11 月 21 日(日曜)に、恒例となった山口県医師国保組合の保健事業である第 3 回「学びながらのウォーキング」大会を開催した。また昨年に引き続き、日医認定スポーツ医研修会(「ウォーキングの効用とその実践について」山口大学医学部医療環境学 上田真寿美講師)も並行して行った。

山口県総合保健会館において午前 9 時 30 分より藤原理事長による主催者挨拶、引き続いて山口大学教育学部教授 阿部弘和先生に「秋吉台の自然」をご講演いただいた。

阿部先生は山口県文化財保護審議会委員、山口県自然環境保全審議会委員、秋吉台の自然に親しむ会副会長でもあり、ユーモラスなお話と数々の美しいスライドを織り交ぜながら、その暖かい人柄で聴衆を魅了された。特に万葉集の中から引用された和歌には大いに楽しませていただいた。また参加賞として配布した先生の著書「秋吉台の植物」も美しく素晴らしい本でたいへん好評であった。

講演後、柳井健康福祉センター恵美須勝美主査によるウォーキングの効用、注意事項の説明を聞き、総勢 190 名の参加者はバス 5 台に分乗し、秋吉台に向かった。

途中「道の駅みとう」でトイレ休憩の後、現地到着。ウォーキング指導員による簡単なストレッチの後、11 時半に「少年自然の家」駐車場からウォーキングを開始した。



上り坂を 30 分ほど歩き、身体が少しほぐれてきた頃「長者ヶ森」に到着。草原で雄大な眺めを楽しみながら昼食をとった。午後 1 時過ぎから、20 分かけて冠山（377m）頂上に登り、360 度のパノラマ絶景を楽しんだ後、やや急な下り坂を転ばぬように注意しながら降り、なだらかな道に入った。45 分歩き少し足が重くなったころ、若竹山（253.4m）に到着。軽く休憩してから最後に 10 分ほど歩き、終着点のカルスト展望台に到着した。（昼食後のコースは計 85 分。）

当日は素晴らしい晴天に恵まれ、初めは少し冷たいと感じた風もウォーキングが終了する頃には心地よい疲れとともに少し汗ばむほどの陽気だった。なだらかな道が多かったが急な下りもところどころあり、その都度変わる景色に感動できる変化に富んだコースであった。山口県に住んでいても、秋吉台は車で横を通過する程度で、ゆっくりとその懐に抱かれて歩き、自然を満喫することなどめったになかった方々も多いのではないだろうか。草の上でお弁当を食べ、足元に咲く可憐な花々の無垢な姿を眺めながら歩いた後は、日常のストレスで凝り固まった心も、いつのまにか癒されているのを感じた。

毎回参加されるリピーターの方も多かったのですが、今回初めて参加された方にも無理なく楽しめる晩秋の 1 日であったと思います。ウォーキングのお世話をいただいた指導員及び山大の学生さんたち、大会の準備にあたられた事務局の皆さんに感謝します。

来年も充実したものを企画しますので、多くの方々のご参加をお待ちしています。

# Walking ～秋吉台～



## 平成 16 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

### メインテーマ「激動の時、新たな勤務医像を求めて」 ～ 新臨床研修制度とともに ～

と き 平成 16 年 11 月 6 日  
と ころ 熊本市

主催：日本医師会 担当：熊本県医師会

[ 記：理事 湧田 幸雄 ]

#### 特別講演(1)「今、医療に求められるもの」

日本医師会会長 植松 治雄

座長：熊本県医師会会長 北野 邦俊

今一番の問題は混合診療だ。株式会社の参入は 10 月にも解禁されるかもしれない状況で経済諮問会議から閣議決定される予定になっている。昭和 36 年以来 40 数年間国民皆保険制度は、健保闘争を通じて改正改正がなされてきた。若い先生方はその経過をご存じない。国民にしてもいろいろあっても心配ない、という安易な考え方をしている。混合診療になぜ反対するのか十分に理解をしていない。たとえば足切りのように、1 か月 1 万円程度の医療費は健康保険なしで自分で払いなさい、ということになる。毎日新聞にもあるように、にわかには信じがたいが、財政諮問会議が云うことより、医師会の言い分の方が正しいようだ、という意見も聞かれるようになった。われわれは過去に誤解があって作られた医師会のイメージを変えなければならない。時間はかかるが国民の信頼を回復することが大切だ。余談だが、たとえば世の中はスピードアップしている時代、昔ながらに時間がかかる育児はスピードアップができない。育児はスローフードのようなものなので、ミスマッチングが起こっているのではないだろうか。

世界医師会東京総会が開催されるが、テーマは既に高度先進医療と決まっている。高度先進医療は脚光を浴びているが、全人的な医療、かかりつけ医療が横に置かれている。開催地会長の話の中でそのことを話したい。医療の定義を武見会長は「医療は医学の社会的な適応である」と述べている。医学が進歩しても実際に行うのが医療、医療には時代の背景があり、文化や地域性もある。それぞれの社会にどう適応していくかだと思う。日本医師会会長に立候補した時、全国を回ったが、教育・文化などさまざまな差があり、東京にいて机上で絵を描いてはわからないなと思った。高度先進医療は不可能を可能にした。どんどん進めたいという思いがある。たとえば生殖医療について倫理的問題を学会で話をしているが、医学界の中だけで話してはだめだ。宗教、文化など広い分野の人たちを含め、同じ場で討論する必要がある。謙虚な気持ちで、安全を考えて進めていかなければならない。また、内視鏡下手術は保険診療で無かったために、それを行った大学にペナルティが科せられた時代があった。その後保険収載されて、不可能な手術が内視鏡下で可能となり、今日では皆が内視鏡下手術を受けられるようになった。保険診療によって新たな医療が安く、皆が受けられるようになった。そういった下支えを

している特定療養費はいずれ保険適応になるところが、混合診療とは違うところである。

生涯教育としては、自分が行わないことについても知識として知っておく必要がある。現在の診療レベルがどの程度なのか、先端医療はどうなっているか。患者さんも IT によって知識を持っている。医療安全のためには医師免許証の更新の問題がある。これは試験をするなどということではなく、住民の信頼を得て生涯教育の中でやっていく。安全で質の高い医療をどなたにも平等に提供することは大事なことだが、その上に暖かい、人に優しい医療が求められている。

医療供給体制としては、診療所がプライマリ・ケアとしての外来機能、病院が入院機能、という機能分担を徐々にでも正しい方向に進んでいくようにする。もっとも大切なプライマリ・ケアとしてのかかりつけ医を病院がサポートする形が大事である。診療報酬、点数表は複雑だが長い時間をかけて、できあがったものだ。診療報酬の改訂は次の改訂でも今のような方向で行くだろう。2 年に 1 度診療報酬改訂がプラスになるかマイナスになるか、この 2 年間にあるべき診療報酬のあり方を中医協で議論していく。

新たな卒後臨床研修制度が始まっている。今はプライマリ・ケアが十分にできていない。医療を良くするためにはプライマリ・ケアの充実が大事で、プライマリ・ケアに目を向け、プライマリ・ケアのできる医師を作ることが必要だ。臨床研修にかかわる診療所の先生方は地域医療の大切さを教えてほしい。プライマリ・ケア学会は専門医を作ろうとしている。以前家庭医の専門医を作ろうとして国立病院から医師が外国へ研修に行ったことがあったがうまくいかなかった。各診療所の医師はそれぞれ専門科はあるが、患者さんの背景を見てアドバイスすることはできる。かかりつけ医として 10 ~ 20% の機能は持っている。24 時間かかりつけ医はできないので、各地域医師会でシステムを作る必要がある。地域で提供する医療は一人ひとり違う。高齢者ではどの位の医療が必要か、同じ症状でも望む医療が違っている。全人的医療で、QOL を高めるものでなければならない。また、定年後の医師の働く場としてドクターバンクを活用して医師不足を何とかしたい。一次

救急医や小児科医などが足りない。このことに医師会は既に取り組んでいるが、もっとアピールしなければならない。

手術の施設基準が導入されているがアウトカムを見なければ本当の評価はできない。人口分布が違ったり地域差があり、地域住民の合意がなければならない。医療費の 60 ~ 70% は病院の医療であり、大病院指向が医療費の増大の一因となっている。そこで外来診療費を病院では下げ、診療所では上げたことがあったが、結果は予想と逆になった。このように今の医療は診療報酬に振り回された医療である。DRG-PPS については、現在 DPC による包括化がおこなわれている。手術料などがはずれているが、直ぐに包括化される恐れがある。入院期間は短くなったが病気が治って退院したのかは不明だ、追い出されたのではないか。病院機能分化が求められているが、一部には 100 ~ 200 床で総合病院的機能を求めているところもある。それぞれに対応していただきたい。病床区分については西山氏がやめるときは無責任にも慢性期は介護保険でといったがこういう考えがあることも知っておく必要がある。精神科病床にしても基本的に受ける側が何を必要としているかを知ることが重要だ。

市場原理の危険性を国民に理解してもらい、国民皆保険制度を国民とともに守っていく、一度押し切られたら大変なので国民運動としてやっていく。11 月 ~ 12 月は予算の話が大切な時期になる。その時には各地域医師会にお願いすることがあるので、資料提供の準備をし、援助も考えている。混合診療についてはもっと国民に知ってもらうために、マンガにして説明してはどうかとの意見がある。ともかく国民皆保険制度を守ることが重要で、混合診療によってこれが崩れる恐れがあり、株式会社の参入も断じて許すことはできない。先生方には安全で、質の高い日常診療に努めてほしい、またそうでなければならないと思っている。

報告：日本医師会勤務医委員会報告

日医勤務医委員会委員長 池田 俊彦

現在勤務医の割合は 1.5% の微増、代議員は 6.1% である。また生涯教育の申告率 61.9% であ

り、大学病院の勤務医が低かった。

今年度は今までに 3 回の委員会を開催した。第 1 回は、医療環境変革期における勤務医の役割というテーマで、植松会長からの諮問要請があった。

これを受けて第 2 回は、フリーターキングを行った。小児科医の問題、医師の拠点病院集中化による偏在の問題、女性医師の問題、勤務医の当直の問題などが主な話題であった。第 3 回は、IT と医療、混合診療をテーマに討論した。

次期担当県の挨拶：香川県医師会長森下立昭先生、平成 17 年 10 月 22 日、場所はかがわ国際会議場、テーマは「アンピシャス勤務医」とする。

#### 報告：熊本県勤務医アンケート調査報告

熊本県医師会理事 坂本不出夫

アンケート調査は開催県が同じ内容の調査を行い、過去の開催県と比較したものである。例年と同じような傾向であったが、多少違っていた点は、医師会加入率、加入しているは、熊本県 45.6% (山口県 76.3%)、医師会活動への参加について、参加しているは、熊本県 21.7% (山口県 44.4%)、将来の開業予定について、開業の意志なしは、熊本県 54.7% (山口県 34.5%) などであった。

#### 特別講演 (2) 「宇宙と素粒子」

東京大学名誉教授 小柴 昌俊

座長：熊本大学副学長 小野 友道

どんな物質も素通りして観測がむづかしかったニュートリノの存在を証明したことで平成 14 年ノーベル賞を受賞、大マゼラン星雲で起こった超新星爆発で飛散したニュートリノを、観測装置カミオカンデを用いて観測し、ニュートリノの存在を証明した。またニュートリノ天体物理学を確立した。

#### 特別講演 (3) 「北里柴三郎と周辺の人びと」

熊本大学名誉教授 野村 茂

座長：熊本大学教授 二塚 信

北里柴三郎は伝染病研究所、北里研究所で多くの医学者を育成し、福沢諭吉とともに慶應義塾大学医学部を創設。その後医政に転じて日本医師会

を創立、初代日本医師会長に就任、健康保険診療制度の基礎を築いた。慶應義塾大学からは、北島多一、武見太郎の医師会長がでている。

#### シンポジウム

テーマ「臨床教育・研修制度改革と勤務医の役割」

座長：熊本県医師会勤務医部会長 木川 和彦

日医常任理事 三上 祐司

\* 卒前・卒後・生涯教育：改革の動向と背景

田名病院理事長東海大学客員教授 阿部 好文

医療の質と患者の安全をキーワードに変革が起こっている。

卒前教育では、モデル・コア・カリキュラムと連動して OSCE などの試験を経て、クリニカル・クラークシップを実施するようになってきている。卒後教育では、プライマリ・ケア能力を獲得するためスーパーローテーション方式の卒後臨床研修がスタートしている。生涯教育では、参加型のカリキュラムが重要である。リピーター医師の教育、生涯教育の義務化、医師免許更新の問題など課題は多い。

#### \* 卒前教育：病院でのクリニカル・クラークシップの試み

沖縄県立中部病院内科副部長 玉城 和光

今年 5 月から実施している、クリ・クラの経験。臨床研修病院のすべての職員は研修医を教える義務がある、という目標に向かって取り組んできた。研修委員会では、卒後研修開始時にどういう医師であってほしいかを見据えて、指導内容を決めている。米国の卒前教育に追いつくようにしたい。

#### \* 卒前教育：診療所でのクリニカル・クラークシップの試み

たけや小児科医院院長 武谷 茂

1999 年、日本外来小児科学会が、学生に対し、小児プライマリ・ケア実習システム、を発足させた。ボランティアとして小児科医院でのクリ・クラを実践し、5 年間に久留米大学から 520 名の学生を受け入れた経験。午前中は自分の患者の診療を優先し、午後は親の同意を得て教育のための診療とし、学生とともに診療している。開業小児

科医は教育をどう考えているか、について開業小児科医 434 名にアンケート調査を行った。病院から指導協力を依頼されたらどうしますか、については、カリキュラム次第では「協力する」が 30%、「引き受ける」が 23%であり、協力的であった。研修医の小児プライマリ・ケア教育の行動目標 SOB については、Common disease の診療の中で面接・診察能力と小児二次救急、感染症サーベイランス情報の活用、予防接種の理論と手技、乳幼児健診の要領、母子手帳の活用、子供のための社会貢献ができるようになることが必要である。このために研修医ノートを作成した。また、厚生労働大臣から受ける臨床研修協力施設証を診療所内に掲げ、患者家族の協力をお願いしている。

**\* 卒後研修：新研修制度について一現時点での問題点**  
 東京大学先端科学技術研究センター特任講師  
 市村 公一

東京大学文学部卒業、コンピューター会社、銀行、東海大学医学部卒、臨床研修医、日医総研主任研究員、東大先端科学技術研究センター特任講師。

平成 15 年全国 25 の臨床研修病院を訪問して調査した。その結果、各診療科任せ、研修医本人の自覚任せ、という実情が浮かび上がった。病院トップは研修医の育成・教育に熱心だが、現場の医師は教育に時間を割くことができず、回診やカンファレンスも患者の管理が中心で、診断のアプローチや鑑別診断などを含む十分な教育は行われていない。輸液・栄養・抗生剤の使い方など臨床

の基本事項も、院内で統一した教育がなされていない。これは必修化後も基本的に変わっていない。各科が短期研修のため患者との信頼関係を心配して研修医に任せないため研修医は放置されている。初期研修は今後も大学から市中病院へという傾向はいつそう強まるが、教育者として市中病院の勤務医の責任は重く、勤務医をサポートする態勢の強化が望まれる。

**\* 生涯学習：熊本市医師会における生涯教育の実施状況**

熊本市医師会理事・斉藤耳鼻咽喉科医院院長  
 斉藤 龍也

熊本市医師会の会員数は、総数 1,175 人、A 会員 584 人、B 会員 591 人、人口 10 万人当たり 352.8 人（全国 195.8 人）である。

市医師会が企画している主な勉強会は、学術アーベント（月 1 回の勉強会）出席者は平均 42 人、画像診断勉強会は毎月 1 回行っており平均 37 人の出席がある。医師会病院症例検討会は月 1 回で平均 298 人の参加、熊本医療センターとの共催の勉強会は平均 56 人の出席がある。このような勉強会は合計 32 回開催されたが、出席数の平均は 30 ~ 40 人でこれを増やす努力をしている。現在の取り組みとしては、FAX での案内、医師会メーリングリストでの案内、月末回覧での案内、勉強会への意見・要望のアンケート調査、医師会報での勉強会の抄録紹介などを行っている。平成 14 年度の生涯教育の申告率は全体では 87.2% で、平成 11 年以降横ばい状態である。

新自動車総合保険・住宅総合保険・店舗総合保険・家庭総合保険・積立火災総合保険・タテコエ保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立家族傷害保険・交通事故傷害保険・医師賠償保険・所得補償保険・国内旅行傷害保険・ゴルフ保険・ハンター保険・つり保険など

**あなたにしあわせをつなぐ**

株式会社損害保険ジャパン 代理店  
 共栄火災海上保険株式会社 代理店

**山福株式会社**

TEL 083-922-2551

副会長 木下 敬介

今年の11月は月の平均気温が観測史上もっとも高かったという。12月に入っても暖冬の傾向は続く。4日にはあわや台風27号の上陸さえ懸念され、その影響で関東地方では風速40mを越す強風が吹き荒れた。その翌日は29℃を上まわる猛暑だったとか。今年は師走というのにまだ雪も降らないし、これが12月かと思えるほどの陽気。何かおかしい。そういえば、今年ほど異常気象や地震による災害が多かった年はあまり記憶がない。12月13日に今年を象徴する漢字が決まった。それは「災」。

12月3日頃には混合診療解禁に関して決着がつくと予想されていたが、報道がない。16日になって全面解禁は見送りというニュースが各新聞に載った。これは国民医療推進協議会が約600万人の署名を集め、混合診療解禁反対と国民皆保険制度堅持の請願を衆参両議長に提出したところによると大きい。請願に対する紹介議員は衆参320名(衆院の与党議員221名、参院の与党議員99名、与党議員の8割に相当)にのぼった。衆参厚生労働委員会において諮られたところいずれの委員会でも全会一致で請願が採択されたが、このようなこと(首相の所信表明に反対の請願を採択すること)は前代未聞の出来事だそう。

12月1日(水)、日医診療報酬検討委員会のため当委員会の委員長でもある藤原会長が東京日帰り出張。平成18年度診療報酬改定に向けてその検討項目は膨大なものがあり、委員長として取りまとめていくのは大変な作業だとか。この日も会議時間延長のため宇部空港への最終便に間に合わず、福岡経由で夜遅く帰山。

12月2日(木)の夕刻、西田健一先生叙勲「旭日小綬章」受章祝賀会が山口グランドホテルにおいて行われた。県医師会から会長、副会長、事務局長が出席。西田先生の永年にわたる保健衛生・医療団体振興功勞に対して授与されたもので、県医師会に関しても昭和63年から地域医療対策委員・地域医療計画委員として地域医療活動に貴重なご意見やご助言をいただいていた。

12月4日(土)午後、産業医研修会・平成16年度山口県医師会産業医部会総会。「労働衛生の動向」と「過重労働と心臓疾患」の2題の特別講演をはさんで産業医部会総会があった。61名が出席。

同日、日医家族計画・母体保護法指導者講習会のため藤野俊夫前常任理事が東京へ出張。新執行部には産婦人科関係の役員がいなかったことから藤野先生には妊産婦保健関係の日医あるいは山口県における行政との会議に、役員退任後も引きつづき出席していただいている。

12月9日(木)、郡市医師会長会議。協議題として11月16日(火)に行われた平成16年度第3回都道府県医師会長協議会報告、国民皆保険制度を守る国民運動、自浄作用活性化委員会の設置が取り上げられ、郡市医師会からの意見・要望として医療廃棄物処理法に関する案件が宇部市医師会より提出された。「混合診療解禁反対」に関する署名活動については、11月26日(国会請願提出期限)の時点で全国から598万人の署名が集まった。山口県においても国民運動推進協議会から割り当てられた10万人を超え(医師会87,921、医師会以外の団体12,796、計

100,717 人) 47 都道府県中第 15 位、A 会員 1 人あたりでは第 10 位、人口千人あたりでは第 4 位とますますの健闘。ただ、県内の都市医師会別でみると、A 会員 1 人あたりの獲得署名人数にかなりの格差のあったことは今後の課題。県医師会事務局が 6,000 人の署名を集めたことも特筆に値する。自浄作用活性化委員会の設置については執行部案が承認され、平成 17 年度から機能することとなった。裁定委員会等かけられる前に、そのような事例を未然に防ぐように機能することがこの委員会設置の趣旨。

会長会議のあと、九州大学大学院医学研究院教授尾形裕也先生による「医療供給体制の改革と医療計画の見直し」の講演を聴講。厚労省の「医療計画の見直し等に関する検討会」の委員でもある尾形先生から、ホットな情報を聴くことができた。

12 月 11 日(土) 第 1 回山口救急初療研究会が山口グランドホテルで開催。代表世話人は山大学部附属病院高度救急救命センター長の前川剛志教授。パネルディスカッション「AED をめぐる諸問題」の中で、県医師会の佐々木常任理事がパネリストの 1 人として、「医師会員への ACLS の講習と AED」について話題提供した。出席者数 144 名。

12 月 14 日(火)の夕刻より、今年度 2 回目の勤務医懇談会が周東総合病院で開催。年が明けて 1 月開催の予定が都合によりこの日に変更。県医師会から為近勤務医部会長、藤原会長以下 7 名が出席。周東総合病院から岡崎病院長以下 36 名の勤務医が参加して懇談。地元柳井医師会からも新郷会長が出席。県医師会から定番の 4 項目(福祉事業・勤務医部会活動、保険診療、医事紛争、主治医意見書の記載)について解説があったあとフリートークとなり、熱の入った活発な意見交換が行われた。

12 月 16 日(木) 15 時より学校心臓検診検討委員会。今年度 3 回目の委員会。34 頁に及ぶ立派な「平成 16 年度山口県学校心臓検診報告書」が出来上がった。砂川博史委員長以下委員の先生方のご苦勞に敬意と感謝の念を捧げるとともに、

これからもますます充実したシステムにつくりあげていただきたい。この報告書は冊子にして関係者に配布される。

17 時より今年度最後の第 15 回理事会。「平成 17 年度事業計画・予算編成日程」について協議。毎年のことだが担当常任理事は年が明けて 3 月まで事業報告や事業計画作成のため慌ただしくなる。

理事会終了後は恒例の役員・事務職員合同忘年会が行われた。これで県医師会の今年の行事はほとんど終了。藤原新体制のもと、4 月から大きなトラブルもなく年の暮れまでやってくることができた。新体制での第 20 回参議院選挙、県民の健康と医療を守る活動、混合診療解禁反対・国民皆保険制度堅持の署名運動など、どれをとっても他の都道府県医師会に比べて決して見劣りのしない健闘ぶりだったと思われる。若い新理事 8 名もどんどん進化して実力をつけてきている。事務局の影の力も大きい。この勢いをぜひ来年度に繋げていきたいものだ。

12 月 19 日(日) 平成 16 年度介護保険研究大会が山口県介護保険関係団体連絡協議会主催により総合保健会館多目的ホールにおいて開催。関係者約 1,100 名が出席。この研究大会は介護保険が導入された平成 12 年度に始まって今回で 5 回を数えるが、21 もの関係団体が連絡協議会を組織して質の高い研究大会を毎年開催し、しかもきちんと報告書を作成しているのは全国でも類をみない。この報告書は厚労省からも高く評価されていると耳にした。

平成 17 年 1 月から山口県医師会報がこれまでの月 3 回から毎月 15 日の月 1 回の発行となった。したがって、「県医師会の動き」も前月 20 日頃までの出来事が掲載されることになる。月 1 回の発行についてはいろいろ検討された結果でこのことで、速報性が求められる事案は文書による通達、FAX、インターネットなどの手段を用いて伝えられることが決まった。

今年も残すところあと 10 日ばかりで大晦日。もうすぐ平成 17 年(2005 年)が始まる。

大晦日 定めなき世の さだめ哉 西鶴

# Editor's Voice

飄

々

編集委員 津永 長門

新年明けましておめでとうございます。

平成 17 年 1 月号より山口県医師会報が月刊となり、飄々も毎月の掲載となります。よろしくお願ひ申し上げます。

さて、1 年が経つのは速いものです。若い頃に比べて、年をとるにつれ時間が経つのが年々速く感じられるのはどうしてでしょうか。

その理由にはいろいろあるそうです。一つには、心理的な時間の流れが違うという説で、同じ 1 年間でも 20 歳では、それまで生きてきた期間に対する割合として 1/20 だが、40 歳では 1/40、20 歳の頃に比べ約 2 倍時間が経つのが速く感じられるそうです。なるほど感覚的には合っている気がします。

外的刺激減少説というものもあります。子供の頃は毎日毎日が新鮮で、外部からの刺激が記憶に残り、その分の時間の経過が長くなります。ところが大人になって、仕事や生活がマンネリ化・ルーチン化して過去に経験したことに似ていると、記憶に残らない分、時間の経過が早くなるというものです。

また、忙しい時間はいつもより速く時間の流れを感じるのという多忙説があります。

昨年の医療界を振り返ってみると、年初には山口県に端を発した鳥インフルエンザ問題がありました。幸い発症者は出ませんでした。抗体検出

者が見つかりヒトへの感染は確実にありました。今年も引き続き注意が必要でしょう。

夏は猛暑で熱中症患者は過去最高を記録しました。

秋には、臨時国会での所信表明演説で小泉首相が「混合診療の解禁」を推進すると明言してから、年末までさらに慌ただしく時間が過ぎた一年でした。

メンバーの半数以上が医療分野に関連のある民間企業の代表が占めている規制改革・民間解放推進会議が求める「混合診療の解禁」などは、利益誘導も甚だしいのですが、国民医療推進協議会が進めた「国民皆保険制度を守る国民運動」と 600 万近く集まった署名の成果でしょう、包括的解禁は見送り、現行の特定療養費制度を再編・拡充することで決着しました。

今後、安易な特定療養費制度の拡大運用には留意しなければいけません。とりあえず小泉首相に「無条件で解禁したら混乱が生じますよ」と負け惜しみ？ を言わせたのには溜飲が下がりました。

2005 年は酉年です。鳥インフルエンザはこりごりですが、せめて今年一年は、時間が流れるのがゆっくり感じられるように、日常生活のマンネリ化を打破して新鮮な日々を過ごせればよいと思います。

お知らせ・ご案内

## 合併による福祉医療費負担者番号の設定

市町村名	福祉医療費負担者番号	設定年月日
萩 市 (萩市、川上村、田万川町、むつみ村、須佐町、旭村、福栄村)	81350605	平成 17 年 3 月 6 日
長門市 (長門市、三隅町、日置町、油谷町)	81350613	平成 17 年 3 月 22 日
下関市 (下関市、菊川町、豊田町、豊浦町、豊北町)	81350019	平成 17 年 2 月 13 日

## 第 55 回山口県産業衛生学会 山口県医師会産業医研修会

- 1 日 時 平成 17 年 2 月 6 日 (日) 午前 10 時 ~ 午後 3 時 30 分
- 2 場 所 山口県総合保健会館 2F「多目的ホール」(山口市大字吉敷 3325-1)
- 3 プログラム
  - 10:00 開会挨拶
  - 10:10 シンポジウム  
 「山口県における過重労働対策の実際」  
 座 長：東洋鋼鈹診療所 富 惠 博  
 パネラー：日本製紙(株)岩国工場診療所 井上 正岩  
 帝人(株)岩国事業所診療所 立石 肇  
 武田薬品工業(株)光工場健康管理室 小林 敏生  
 日新製鋼(株)周南製鋼所診療所 山本 真二  
 (株)トクヤマ徳山製造所 新生 修一  
 宇部興産(株)健康管理室 岩政 琢
  - 11:40 山口県産業医会総会  
 昼食・休憩 (12:00 ~ 13:00)
  - 13:00 特別講演  
 「労働衛生行政の現状と今後の方向性」  
 講 師：山口労働局労働基準部安全衛生課長 大路曜太郎
  - 14:00 特別講演  
 「過重労働と心疾患 -high risk 従業員の見分け方と治療-」  
 講 師：総合病院社会保険徳山中央病院循環器内科主任部長 小川 宏
  - 15:30 閉会挨拶
- 4 参加費 1,000 円 (当日受付にて徴収)
- 5 参加並びに昼食の申込み  
 所属の各郡市医師会を通じてお申込みください
- 6 取得単位  
 日本医師会生涯教育制度 5 単位  
 日本医師会認定産業医制度 (申請中)  
 シンポジウム：基礎研修 後期 1.5 単位 生涯研修 専門 1.5 単位  
 特別講演 1：基礎研修 後期 1 単位 生涯研修 更新 1 単位  
 特別講演 2：基礎研修 後期 1.5 単位 生涯研修 専門 1.5 単位

## 第 243 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

- と き 平成 17 年 2 月 10 日 (木) 午後 7 時  
 と ころ ホテルサンルート徳山 別館 1F「飛鳥の間」 TEL:0834-32-2611
- テーマ 弁証論治トレーニング〔第 39 回〕 - 便秘 -  
 年会費 1,000 円  
 漢方に興味おありの方、歓迎致します。お気軽にどうぞ。  
 [代表世話人・解説] 周南病院院長 磯村 達 TEL:0834-21-0357

## 学術講演会

と き 平成 17 年 2 月 12 日 (土) 午後 6 時 ~ 9 時  
 ところ 小郡 ホテルみやけ (新山口駅新幹線口)  
 会 費 3,000 円

講 演 「新専門医制度について」 日本東洋医学会専門医制度委員 藤田 仁志  
 特別講演 「心身症と漢方治療」 産業医科大学神経内科 岡 孝和

日本東洋医学会における学術教育事業であり、専門医参加点数 10 点が許可されています。  
 一般の方の参加を歓迎いたします。

主 催：山口県東洋医学研究会  
 共 催：日本東洋医学会中・四国支部山口県部会  
 事務局：〒744-0011 下松市西豊井 1404-10 クリニック・アミカル内  
 TEL:0833-43-8180 FAX:0833-41-2872

## がん検診精密検査機関の更新について

平成 17 年度がん検診精密検査実施機関の更新手続を行っています。  
 現在の申出内容の変更や新規または辞退される医療機関は 2 月末日までに所属都市医師会で  
 手続願います。  
 申出の諸様式は郡市医師会にあります。

## 第 40 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座 (体験学習)

### 腹部エコー検査の実際

1. 開催日時 平成 17 年 2 月 27 日 (日) 9:00 ~ 12:30
2. 開催場所 山口大学医学部総合研究棟 1 階会議室 (講義)  
 山口大学医学部附属病院 腹部エコー室 (実技)
3. 講師 山口大学医学部消化器病態内科学スタッフ
4. 対象 山口県医師会会員 (30 名)
5. 受講料 10,000 円 欠席の場合は払戻しいたしません。
6. 申込先 所属都市医師会
7. 申込締切 平成 17 年 1 月 20 日 (木)
6. 日程
  - 9:00 受付
  - 9:00 - 10:00 講義 1  
 腹部エコー検査法 (一般診療場面における使い方)  
 講師：黒川 典枝：山口大学医学部附属病院第一内科講師  
 司会：沖田 極：山口大学医学部消化器病態内科学教授
  - 10:00 - 11:00 講義 2  
 肝細胞癌の診断における最先端の腹部エコー検査法  
 講師：工藤 正俊：近畿大学医学部消化器内科教授  
 司会：沖田 極：山口大学医学部消化器病態内科学教授
  - 11:00 - 12:30 実技指導  
 実際の腹部エコー検査の注意すべきポイント  
 担当：山口大学医学部消化器病態内科学 医師  
 ( 受講者数によっては 13:00 まで )
  - 12:30 閉会

お知らせ・ご案内

## 第 91 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 16 年度第 7 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 17 年 2 月 13 日 ( 日 ) 10 : 00 ~ 15 : 15  
 ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール

日 程

○特別講演 10:00 ~ 11:00

「ゲノムからプロテオームへ - ヒトプロテオーム研究の最前線 -」

山口大学医学部分子感知医科学 ( 生化学第一 ) 講座教授 中村 和行

特別講演 11:00 ~ 12:00

「ゲノム情報 - ラボからベッドサイドへ -」

広島大学原爆放射線医科学研究所ゲノム疾患治療研究部門遺伝子診断・治療開発研究分野助教授 檜山 桂子

山口県医師会勤務医部会総会 12:00 ~ 12:30

シンポジウム 13:15 ~ 15:15

「内視鏡手術のリスクマネジメント」

シンポジスト：山口大学医学部器官制御医科学 ( 第一外科 ) 助手 金田 好和

山口県立中央病院外科部長 須藤隆一郎

厚生連周東総合病院外科部長 松井 則親

山口大学医学部生殖・発達・感染医科学講座 ( 産婦人科 ) 講師 武田 理

山口大学医学部特殊専門領域腫瘍病態学講座 ( 泌尿器科 ) 助教授 松山 豪泰

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位  
 日本内科学会認定内科専門医の更新 2 単位 ( 全日 )

### 新収載医薬品紹介 2004 年 12 月 8 日収載

	一般名	商品名	製造 - 販売	規格	薬価	備考	識別コード
内服	アデホビルピボキシ ル	ヘプセラ錠 10	グラクソ・ スミスクラ イン	10mg1 錠	1334.00	抗ウイルス薬 ( B 型肝炎 )	GSKNU
注射	ゾレドロン酸水和物	ゾメタ注射液 4mg	日本チバガ イギー - ノ バルティス ファーマ	4mg5mL1 瓶	41,257	悪性腫瘍による 高カルシウム血 症用剤	
	三酸化ヒ素	トリセノックス注 10mg	日本新薬	10mg1 管	35,230	急性前骨髄性白 血病治療薬	
	ペグインターフェロ ンアルファ・2b ( 遺伝子組み換え )	ペグイントロン皮下注 50 μ g/0.5mL 用	シェリング・ プラウ	50 μ g1 瓶	16,585	インターフェロ ン製剤リバビリ ンとの併用によ る C 型慢性肝 炎の治療	
		ペグイントロン皮下注 100 μ g/0.5mL 用		100 μ g1 瓶	32,447		
ペグイントロン皮下注 150 μ g/0.5mL 用		150 μ g1 瓶		48,047			
塩酸プララルモレリン	注射用 GHRP 科研 100	科研製薬	100 μ g1 瓶	8,499	機能検査用試薬 成長ホルモン分 泌不全症診断薬		
外用	臭化チオトロピウム 水和物	スピリーバ吸入用カプ セル 18 μ g	日本ベー リンガー イン ゲルハイム	18 μ g1 カプ セル	220.20	気管支拡張剤	ベーリンガー TI01

山口県薬剤師会薬品情報センター調べ

お知らせのご案内

### ORCA(日医標準レセプトソフト)セミナー

と き 平成 17 年 1 月 31 日(月) 午後 7 時  
 と ころ 防府医師会館(防府市三田尻 1-3-1)  
 対 象 会員、医療事務者等  
 ORCA 概略説明 / 操作説明 / 使用者の感想  
 山口県医療情報ネットワークについて  
 質問、意見交換 / 出席者による操作体験



日医標準レセプトソフト  
公式マーク



## 税務署からのお知らせ

申告は、自分で書いて、お早めに。

平成 16 年分所得税確定申告の窓口での相談及び申告書の受付は、  
 平成 17 年 2 月 16 日(水)から  
 平成 17 年 3 月 15 日(火)までです。

#### 確定申告が必要な方

事業所得(商業、工業、農業、医業、漁業などから生ずる所得)や不動産所得(地代、家賃)などがある方で、1年間の所得金額の合計額が、所得控除額を超える方

土地、建物などを譲渡した方

給与収入が年間 2,000 万円を超える方、給与以外の所得が 20 万円を超える方 など

確定申告をすると所得税が還付になる場合

マイホームを住宅ローンなどで取得した場合

多額の医療費を支払った場合

災害や盗難にあった場合

年の途中で退職し、再就職していない場合 など

所得税の還付申告はすでに受付を始めています。  
 毎年、期限間近になると相談会場は大変混雑しますので、お早めに申告をすませましょう。

国税庁ホームページ「確定申告書作成コーナー」では、所得税の申告書を作成することができます。インターネットをご利用の方は、国税庁ホームページ(アドレス <http://www.nta.go.jp>)をぜひご覧ください。

- お問い合わせは最寄りの税務署又は税務相談室へ -



広島国税局キャラクター

## 編集後記

理事 加藤 欣士郎

新年あけましておめでとうございます。今年も新年特集号をお送りすることができました。例年なら、年末に送付していたのが、今年は新年になってから、それも半ばになってからの発行です。「遅いぞ」とお叱りをうけるかもしれません。しかし、これは編集委員がさぼっていたからではありません。これにはちゃんとしたわけがあります。それは、もうお気付きでしょう、今年新年号から本会報は月 1 回の発行になったからです。本号は記念すべき新装版第一号であります。発行日は毎月 15 日です。次号は 2 月 15 日の発行予定です。それまで、会報は届きません。どうか、この点ご留意ください。

さて、月 1 回の発行になって、編集委員は楽になった、とお思いでしょう。ところが何の、それがかえってたいへんなのです。これまで月 3 回であったので、各号の記事は報告が主体でした。おおよそ、県医の行事にそって記事は出来上っていくこととなります。新年の特集号と 8 月の緑陰随筆号だけが特別号で、これに力をいれればよかったです。月 1 回となってしまっただけからは毎号が特集号かのようなのです。すぐには無理かもしれませんが、毎号なにか目玉になるものを載せられればと思っています。

他の県医師会誌と山口県の都市医師会誌の転載を企画しました。本会報にはすばらしい論説やおもしろい随筆がいっぱいあります。それがしょっちゅう他県医師会報に転載されます。他県の編集委員はよくもここまで読んでくれるものだと感心していました。しかし、これはたいへんに意義があることです。よいものはできるだけ多くの会員の目にしていきたい。そして、他県のよいものもできるだけ本会員に紹介できればと思いました。都市の会報も同じです、他の都市の会員に読んでいただきたいものがいっぱいあります。これもどんどん紹介していきます。

月 1 回になって、これまでの 3 号分が 1 冊になる勘定ですが、特集、転載など企画ものが加わり、少し分厚い雑誌になりそうです。A4 版で 100 ページ程度ですので、かなりボリュームがありそうです。これまでは半折りで襷かけで届けられていました。郵便物が多いときなど、また、会報の薄いとき（じつは、月 3 回発行では記事が少ない号が悩みのタネでした）など、ほかの雑誌にまぎれて出てこないことがあると聞いていました。しかし、もう大丈夫です。この厚さ、この重さならなくなることはないでしょう。必ずや、封筒をあけて、手にしていただけると信じています。背表紙がつきました。本棚になられば毎号のトピックスがわかります。

日医雑誌も 4 月号から月 1 回の発行になります。どうか、本会報をご愛読していただくと同様に、日医雑誌もよろしくご愛読ください。そして、読後は本棚に並べてやってください。これらがあれば、医療関連の通達、保険、医政のことなど必要なことはおおむね情報が得られるはずです。

表紙は毎号カラーです。写真、絵、書、会員の投稿をお待ちしております。会報はその性格上、かたい内容の記事が多くなってしまいがちです。どうか、表紙だけでもこころのなごむものになってほしいものです。

本会報がさらによいものとなり、会員の皆様の役にたつものとなるために、編集委員一同力をあわせて頑張っています。今年もよい年になりますことをお祈りいたしております。

発行：山口県医師会  
(毎月15日発行)

〒753-0811 山口市大字吉敷3325-1 総合保健会館5階 印刷所 大村印刷株式会社  
TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527 定価1,000円(会員は会費に含む)

ホームページ  
E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>  
[info@yamaguchi.med.or.jp](mailto:info@yamaguchi.med.or.jp)