

新医師会館入居に関するこれまでの協会の取り組み

＜2005年(平成17年)＞	
6月13日	両会懇談会で正式に新医師会館への入居を要望
＜2006年(平成18年)＞	
3月22日	「協会事務所を新京都府医師会館に置くことについて」協会代議員を対象に月例アンケート。集計結果は8割の会員が協会事務所の新医師会館への入居を求める
4月18日	府医師会に対し「新京都府医師会館建設にあたって入居継続のお願い」を提出
5月1日	京都保険医新聞に「新京都府医師会館建設にあたって入居継続のお願い」の提出を公表
6月21日	府医「会費検討・会館建設特別委員会」全委員に「新京都府医師会館への入居に関する協力のお願い」を送付
9月9日	地区医師会長との懇談会で各地区医師会の協力を要請
11月16日	森府医会長と面談、入居を直接要請
＜2007年(平成19年)＞	
1月10日	各地区医師会に対し、入居を求める府医師会への要望書提出を提案
1月22日	京都保険医新聞第2570号「主張」欄で「新医師会館入居に会員の声を」の訴え
2月1日	「京都医報」(No1854)に副理事長(当時)が会員の声「新医師会館入居問題について」を投稿
2月12日	京都保険医新聞第2573号「主張」欄で「新医師会館は会員の財産である」の訴え
3月9日	15地区医師会から寄せられた「新京都府医師会館建設にあたっての要望」を府医師会に直接提出
8月4日	第60回定期総会で「新京都府医師会館建設にあたり協会事務局の入居を求める要望書」を可決。8月9日、府医師会に提出
9月8日	地区医師会長との懇談会で改めて協力を要請
10月20日	第1回コミュニケーション委員会で入居問題をテーマに意見交換
11月13日	第12回定例理事会で「新京都府医師会館への協会事務局の入居を求める声明」を採択、11月19日付「京都保険医新聞」で公表
11月20日	会員に「新京都府医師会館への協会事務局の入居を求める声明—全会員の皆様へ—」を送付
＜2008年(平成20年)＞	
5月15日	府医「会費検討・会館建設特別委員会」委員長に改めて「入居に関するお願い」を提出
10月18日	府医代議員会で協会の入居について質問
＜2009年(平成21年)＞	
9月17日	副理事長が森府医会長に面談申し入れ
10月8日～20日	臨時正副理事長会議で府医代議員会への対応について協議
10月27日	定例理事会で今後の対応について協議。「新医師会館への入居に関し改めて全会員に訴える」を確認、京都保険医新聞(第2715・2716合併号)に掲載
12月14日	府医師会より、現医師会館入居の「賃貸契約書」の「解約通知」
12月21日	「解約通知」に対し、正当理由を求める文書を提出
＜2010年(平成22年)＞	
1月28日	府医師会より、「現会館の取壊し売却」が正当理由との回答があり、同29日に改めて「質問書」を提出
2月2日	臨時正副理事長会議で協議
2月4日	府医師会と懇談
3月19日	会館建設・会費検討特別委員会委員に改めて要請
3月23日～25日	随時、臨時正副理事長会議を開き、府医代議員への対応について協議
3月27日	府医師会代議員会で、前回代議員会で確認された「広く会員の意見を聞く機会の開催」を提案
3月30日～5月6日	随時、臨時正副理事長会議を開き、今後の対応策について協議
5月8日	府医「会館建設・会費検討特別委員会」に出席。協会の立場を主張
5月18日	府医より入居不許可の理事会決定の「通知」を受ける
5月26日	定例理事会で今後の対応について協議
6月8日	定例理事会。府医「通知」の了承を決定

眼科領域の改定点数と請求上の留意点を解説

眼科診療内容向上会が4月18日、リーガロイヤルホテル京都で開催された。京都府眼科学校医会及び眼科医会の総会、学術講演会に続いて、京都府眼科医会と京都府保険医協会の共催で行われ、84人の眼科医が参加した。保険医協会の副理事長が挨拶で、今回の診療報酬改定の特徴、問題点について触れた後、京都府眼科医会理事、京都府社会保険診療報酬支払基金審査委員の松田敏史先生が新点数の留意事項と最近の審査事情について講演された。

眼科診療内容向上会レポート

主な内容は以下のとおりである。

- ①明細書の発行が義務化され、届出によって明細書が発行体制等加算の算定が可能となったが、届出及び加算の算定の有無にかかわらず
- ②処方せんの様式が変更された、発行時には都道府県
- ③外来管理加算の条件、いわゆる「5分間ルール」はなくなったが、投票のみでは算定できない。
- ④今まで一般的に使われてきた、汎網膜硝子体検査
- ⑤角膜内皮細胞顕微鏡検査
- ⑥多局所網膜電位図が新たに算定可能となったが、
- ⑦眼筋機能精密検査及び幅転検査の対象となる検査に、プリズムを用いた遮蔽試験、Hees赤緑試験が追加された。
- ⑧IOLマスタ1等の非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に光学的
- ⑨硝子体内注射が加齢黄斑変性に対して新設された。
- ⑩糖尿病網膜症の患者に対して指導を行った際には特定疾患療養管理料を月に2回まで算定できるが、カルテに管理内容を手書きで詳細に記載する必要がある。印鑑等による記載は認められない。
- ⑪眼処置を算定できる処置として、マイボーム腺圧出、偽膜除去、結膜下嚢腫穿孔、無水晶体眼のコンタクト処置洗浄なども含まれた。ただし、算定する際には注記が必要である。
- ⑫熱気電法の適応疾患には、麦粒腫、霰粒腫、結膜下出血、眼瞼炎、角膜炎、

数表に掲載されておらず、特に電子レセプトで請求している医療機関はともに(片)×2として請求する必要があります。

⑤角膜内皮細胞顕微鏡検査

⑥多局所網膜電位図が新たに算定可能となったが、

眼軸長が新たに算定できるようになった。

角膜炎、マイボーム腺炎、ぶどう膜炎があるが、眼精疲労と結膜炎に関しては算定できない。

⑬細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)を算定する場合に、ミドリNP点眼液(0.6ml)の使用を併記あるいは、点眼液の量が少ない場合には、散瞳剤を使用した旨を注記する必要があります。

番号(医科は1)、医療機関コード(7桁の番号)の記入が必要になった。

⑦眼筋機能精密検査及び幅転検査の対象となる検査に、プリズムを用いた遮蔽試験、Hees赤緑試験が追加された。

⑧IOLマスタ1等の非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に光学的

以上、松田先生より説明がなされたが、質疑応答では「明細書は本当にすべての医院で発行されているのか」「明細書に記載された項目について質問があった場合、説明の義務はあるのか」といった質問があり、

番号(医科は1)、医療機関コード(7桁の番号)の記入が必要になった。

③外来管理加算の条件、いわゆる「5分間ルール」はなくなったが、投票のみでは算定できない。

④今まで一般的に使われてきた、汎網膜硝子体検査

⑤角膜内皮細胞顕微鏡検査

⑥多局所網膜電位図が新たに算定可能となったが、

⑦眼筋機能精密検査及び幅転検査の対象となる検査に、プリズムを用いた遮蔽試験、Hees赤緑試験が追加された。



84人が参加した眼科診療内容向上会

⑧IOLマスタ1等の非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に光学的

⑨硝子体内注射が加齢黄斑変性に対して新設された。

⑩糖尿病網膜症の患者に対して指導を行った際には特定疾患療養管理料を月に2回まで算定できるが、カルテに管理内容を手書きで詳細に記載する必要がある。印鑑等による記載は認められない。



憲法を考えるために

「国民投票法—放置された法の施行」

5月18日に国民投票法が法案成立後3年を経て施行されました。立憲主義にもとづく硬性憲法の改正にかかわる問題と、国民投票法がもつ問題については、憲法を考えるために②③で述べました。一部を繰り返せば、国民投票法は「単なる手続き法」などでは決してなく、それはたとえ少数派であっても守られるべき権利があると定めた憲法の改正を、(国民投票にもとづく)多数決で決めるのですから、慎重の上にも慎重にするべきものはずでした。しかし法案は、①憲法改正に関する(反対も含む)自由な議論と、それにもとづく運動が抑圧されてしまう危険。②意見形成に影響が大きいと思われるテレビなど有料広告の危険。③最低投票率を定めていない

ので、ごく少数の意見で改憲を決定してしまう危険など大きな問題を含んだものでした。

しかしこれらは十分に議論されることなく、そのことと関連して、多くは「この法律が施行されるまでの間に」「必要な検討を加えること」などとした付則・付帯決議が多数追加決議されました。これらの多くは先に述べたことを含む憲法改正にかかわる根本的で重要な問題にほかなりません。それにもかかわらず、これらの問題は「この法律が施行されるまでの間に」「必要な検討を加えること」などされないままに、施行されてしまったのです。

具体例を2、3あげると、(附則11条・公務員の政治的行為の制限に関する検討)「この法律が施行されるまでの間に、公務員が国民投票に際して行う憲法改正に関する賛否の勧誘その他意見の表明が制限されることとならないよう、公務員の政治的行為

の制限について定める国家公務員法、地方公務員法その他の法令の規定について検討を加え、必要な法制上の措置を講ずるものとする」。(付帯決議・有料広告規制)「テレビ・ラジオの有料広告規制については、公平性を確保するためのメディア関係者の自主的な努力を尊重するとともに、本法施行までに必要な検討を加えること」。(付帯決議・最低投票率)「低投票率により憲法改正の正当性に疑義が生じないように、憲法審査会において本法施行までに最低投票率制度の意義・是非について検討を加えること」。

これらの重要な事項に関してさえも、必要な処置が講じられていないことはもとより、ほとんど何らの検討すらされていません。繰り返しになりますが、国の基本を定める憲法の改正手続きは、立憲主義、国民権原理からも、国民の意思が正確に反映されるよう最大限の慎重さが求められます。しかし国民投票法に含まれるこれらの問題点に対する、附則及び付帯決議への検討がほとんどなく、必要な法制上の措置がとられていないままの法の施行には重大な疑義があると言わざるを得ません。

(政策部会理事・飯田 哲夫)

参議院選挙にあたって 各党候補者に賛同を求めたい10の課題

7月11日に投開票される第22回参議院議員選挙にあたって協会は、「各党候補者に賛同を求めたい10の課題」を京都選挙区の6人の候補者に送付した。

<届出順・敬称略>成宮真理子(共新)・二之湯智(自現)・河上満栄(民新)・中川卓也(み新)・福山哲郎(民現)・北川智子(諸新)

今回は従来のアンケートと異なり、回答は任意とした。期日までに回答を寄せていただいた候補は3人。成宮候補は全項目に賛同。河上候補は1、2に賛同し他項目についても検討を表明。福山候補は1、9に賛同。ご回答いただいた候補にお礼申し上げるとともに、今後の政策活動の参考にさせていただきます。

1. 医療を破壊し、国を破壊する「構造改革」路線からの転換を明言して下さい

小泉内閣以来の「構造改革」と「規制緩和」が医療にもたらしたものは、「医療崩壊」と「皆保険崩壊」です。この道の先に我が国の医療の未来はありません。「構造改革」路線からの転換を明言し、ナショナルミニマムを国として整備、保障していく責任について明確にして下さい。

2. 医療を金儲けの草刈り場にする「成長戦略」競争はやめて下さい …混合診療に対する規制の緩和は、我々保険医の誇りを傷つけ、世界一の医療制度を崩壊させます

現政権は、その「新成長戦略」において環境対策と医療を、成長を支える二大産業と位置付けていますが、その具体化の中で浮上している混合診療に対する規制の緩和は、日本の医療制度に対する国民の安心と信頼を揺るがしかねない危険な政策です。公的医療保険で必要な医療をすべて保障する、この制度理念を捨て去れば、そこには、地位や負担能力の低い国民に対する差別医療が発生し、医療現場と医療者の精神の荒廃が招来されかねません。「公的保険依存からの脱却」を目標とするような医療の市場化、産業化路線は、献身的に日本の医療保険制度を支えてきた保険医の誇りを傷つけ、次世代育成をも危うくするものであり、絶対反対です。

3. 保険証は、すべての国民に渡して下さい

…保険証がなければ医療は受けられないのです

国保2100万世帯のうちの約2割に保険料滞納が生じるほど、国保料の負担は、過重なものになっています。そんな中、政府と自治体は、33万世帯を超える世帯に資格証明書を発行。彼らは実質、医療へのアクセスを拒否された形になっています。

資格証明書交付制度は、「保険料の支払いと引き替えにしか保険証を渡さない」という、非人道的な制度です。ただちに廃止して下さい。

4. 窓口負担は、「限りなくゼロ」に近づけて下さい

…保険証1枚で医療機関に駆け込めるようにして下さい

現在の原則3割という患者窓口負担は、受診を躊躇するほどの重さであり、結果として手遅れ・重症患者の発生につながり、医療費の増高にもつながります。窓口負担は廃止し、制度を維持する費用は、税と保険料で賄って下さい。また保険料は、所得に応じた応能負担の保険料とし、どんな場合でも所得の一定割合は超えないよう、負担上限を設けて下さい。また、企業については、そこに勤める従業員や家族の健康が、ひいては企業活動が、公的医療制度があることによって守られているわけですから、その企業規模や利潤額などに応じた税や保険料の負担を求めべきと考えます。

5. 介護保険からの給付を「区分支給限度額制」から、医療保険と同じ「介護サービスの給付制」に転換して下さい

介護保険の要介護認定区分毎の支給限度額(月あたりの支給上限額)制度は、その限度額内に収まるサービスしか受けることができません。さらに給付はサービス購入に必要な費用のうち自己負担分を除いた「現金給付」(事業所が代理受領)です。これに対し医療保険は、「療養」そのものの給付を保障しており、医師が必要と判断した医療行為については、すべて医療保険からの給付が保障される形になっています。一般の国民からはその違いは分かりにくいものですが、この違いが、「いつでもどこでもだれにでも必要な医療を必要だけ保障する皆保険制度」を支えているのです。今、介護家族の方々の団体からは、「要介護認定廃止」も提言されています。利用者にとって必要な介護サービスを十分に受けたいという願いを実現するには、給付制度のあり方そのものの転換が必要です。介護保険制度見直しにあたっては、第一にこの点を検討して下さい。

6. 医療崩壊を促進している医療提供体制の「適正化」をやめて下さい

今医療現場には、「急性期入院→回復期リハ→在宅診療+介護保険ケア」が理想だという、あるべき医療サイクル像が押し付けられてきています。この「サイクル」内に居場所を確保できない医療機関の淘汰を「医療提供体制の効率化・適正化」と称して進める、究極の医療費適正化策なのです。それによって、これまで様々な条件や病態を抱える患者さんをフレキシブルに受け入れ、対応してくれていた中小病院や有床診療所が、閉鎖・縮小に追い込まれています。診療所に対する評価も、24時間、在宅患者に対応するタイプが理想という評価に偏っています。このステレオタイプの提供体制像が押し付けられることによって、地域医療の現場では、急性期の病院も含めて、安心して患者さんを受け入れることができないと言われているようになっています。これこそ官僚が机の上で書いた絵だと思えません。もっと現場の声を聞き、現場救済型の医療政策を進めて下さい。

7. 地域医療崩壊の原因を生む維持期・慢性期の切り捨て、急性期・高度先進への政策的偏重をやめて下さい

6番目の要望にも重なりますが、急性期・慢性期・維持期、そのいずれの段階も患者さんにとっては、大事であり、必要な医療が受けられねばなりません。維持期リハ切り捨てに象徴される慢性期医療の軽視、診療報酬上の評価の引き下げや介護保険対象化での実質給付切り捨てなどをやめること。特に今年4月の診療報酬改定は、病院勤務医救済を口実に診療報酬改定財源の9割を急性期・高度先進医療機関に重点投資するという、著しく偏った内容でした。その結果が、中小病院や有床診療所、診療所の経営をさらに困難にし、地域医療崩壊を加速しようとしていることを知るべきです。

8. チーム医療を保障する条件整備は、十分に現場と議論して進めて下さい

病院勤務医の疲弊対策の形で導入されようとしている特定看護師(日本型の診療看護師)制度は、医師よりもコストのかからない「安上がりな看護師」による診療を可能とすることで医療費削減を図ろうという意図が透けて見えています。特定看護師制度の導入によってチーム医療の前進を図るのなら、その看護師たちに担ってもらおう医療領域についての検討や、事故などが起きた時の責任関係などについて、患者さんも交えた医療現場ともしっかり協議をして進めるべきです。また、この問題は、提供される医療の安全性に関わって国の責任も問われる問題ですから、国民ならびに医療関連職種の社会的合意が得られるのかどうかも重要です。

9. 後期高齢者医療制度の問題点解消の先送りや、他領域への拡大をしないで下さい

後期高齢者医療制度が持つ問題点の中で、最も大きなものの一つは、「その地域の医療費に連動して保険料が引き上がる仕組み」にあります。これが、保険料の引き上げで住民を苦しめたり、給付費抑制のためのさまざまな仕掛けを生み出したりするのです。後期高齢者医療制度を廃止して新たな制度に移行するには、一定の事務的経過期間が必要とされていますが、この仕組みの廃止には、そういった経過措置は必要ありません。制度廃止に取り組む第1段階として、まずは「高齢者医療確保法」の第93条から第124条までの改廃を即時提案いただきたいと思います。また、後期高齢者医療制度よりも先に、介護保険にはこの仕組みが導入されていますが、これについても廃止してください。そして今後、こういった仕組みを医療や介護に導入しないで下さい。

10. 医療機関窓口での「明細書」発行義務化をやめて下さい

4月の診療報酬改定で医療機関に義務付けられた「費用の算定項目のわかる明細書」発行の義務化は、医療機関と患者の信頼関係、病名告知を求めない患者さんへの情報提供等に重大な影響を与えます。医師と患者の関係は、一般の購買消費関係のような「販売主」「顧客」の関係ではありませんし、それに擬することによってより良い医療が実現するというのは、幻想です。むしろ患者さんの立場を「医療保障の権利主体」から「医療サービスを買う消費者」へと変えることで、医療保障に対する公的責任を曖昧にするような政策はやめるべきです。

精神科

岩瀬 則文(右京)

今回の改定で最も影響が大きい、かつ衝撃的だった項目は、診療所での主要な専門療法である「通院・在宅精神療法」(5分超、30分未満)が300点から330点に引き下げられたことである。精神疾患の病態は多様であり、経過も複雑で、治療計画に基づき、その都度適切な働きかけを行う。この診療所医療の中核がいきなり評価減とされたことは、驚きであり、かつ20点と大幅で受け入れ難い。医療の後退を招く恐れがあり速やかな増点を望む。

通院・在宅精神療法の改定は診療所に打撃

その他通院医療の領域では、「認知療法・認知行動療法」420点が新設され、標準料にかかわらず算定可能となった。精神科デイケア他で早期加算20〜50点は地域医療の充実を図る方向として評価されるが、一方40点の増点とセットで食事提供加算48点(1食あたり)が廃止されたことで、マイナスとなる場合も多し。食事提供は単なるサービスではなく、治療へのモチベーションを高める効果も

大きく、何よりも利用者への配慮が望まれる。病診連携では認知症の疑いのある患者が、一般科から紹介された時の「認知症専門診断管理料」500点が新設された。届出が必要で、1回のみの算定である。連携を強化するため、既に認知症と診断されている患者が増えた場合や、定期的な評価のための「認知症専門医療機関連携加算」50点も新設。

入院に関連する項目としては、「児童・思春期精神科入院医療管理加算」が増点され、「強度行動障害入院医療管理加算」、「重度アルコール依存症入院医療管理加算」、「摂食障害入院医療管理加算」が新設された。従来あまり点数化されていなかった「児童・思春期精神科入院医療管理加算」が20点増し、「強度行動障害入院医療管理加算」が3点増した。乳幼児加算が3点増した。診療所の再診料そのものは2点減となった。地域医療貢献加算3点、明細書発行体制等加算1点が新設も届出が必要とされており、必ずしもすべての皮膚科医が届け出ているわけではない。連日診があるわけでもないが、私の診療所でも転送電話を設置している。

皮膚科

理事 山田 一雄

日本臨床皮膚科医会から「平成22年度診療報酬改定の概要」が発表されているので、これに沿って概観してみたい。

検査は全般的に増点も汎用処置は引き下げに

単なる診療時間の問い合わせのみで、本来の役割を果たしていない。往診料の70点増は、往診の機会が多い医療機関に影響があると思われるが、連日往診があるわけでもないが、私の診療所でも転送電話を設置している。

往診の休日・深夜加算に、以下のよう算定になります。①往診時間が深夜の時間帯のため、初・再診料及び往診料のどちらにも深夜加算を算定することができます。②初・再診料については休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

保険診療



往診の休日・深夜加算について、初・再診料は休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

往診の休日・深夜加算について、初・再診料は休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

往診の休日・深夜加算について、初・再診料は休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

往診の休日・深夜加算について、初・再診料は休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

往診の休日・深夜加算について、初・再診料は休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

往診の休日・深夜加算について、初・再診料は休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

往診の休日・深夜加算について、初・再診料は休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

往診の休日・深夜加算について、初・再診料は休日加算を算定できませんが、往診料については休日加算がないため算定できず、往診料のみの算定になります。

読者のひらひら俳句

隆英 選

- 入選 早苗饗や都会育ちの嫁仕切り 珠子
靴脱ぎて走る渚や夏めきぬ 珠子
母娘づれ野路の籠をさげゆけり 珠子
風すこしなんてんの花ぼろぼろと 素
あぢさるや事のはこびもどかしく 素
木の葉かげキラキラとしちだん花 素
更地越しに西山青く豊かなり 青磁
若き頃登りし愛宕火を灯す 青磁
青楓やさしき影の揺れている 絢子
奥里の山並映す植田かな 絢子
大徳寺竹の落葉の降るばかり 絢子
春愁やうるむ瞳で湖を見る 善郎
波の間に帽子とられて潮干狩 善郎
薫風や出会ひし人も手を上げて 善郎

短評

珠子さん、早苗饗は田ともい品の良い花で、植の後の祝宴、慰労宴のよつなものです。今は機械化もあってだんだん廃れているでしょう。ほほえましくも珍しい景で素さん、七段花はシーボルトによって初めて記載されたアサイ科の花で六甲山が原産地といわれます。山あぢさいの一種で小振りな花弁が五弁の星の形に重なって見えて

素さん、七段花はシーボルトによって初めて記載されたアサイ科の花で六甲山が原産地といわれます。山あぢさいの一種で小振りな花弁が五弁の星の形に重なって見えて

素さん、七段花はシーボルトによって初めて記載されたアサイ科の花で六甲山が原産地といわれます。山あぢさいの一種で小振りな花弁が五弁の星の形に重なって見えて

素さん、七段花はシーボルトによって初めて記載されたアサイ科の花で六甲山が原産地といわれます。山あぢさいの一種で小振りな花弁が五弁の星の形に重なって見えて

素さん、七段花はシーボルトによって初めて記載されたアサイ科の花で六甲山が原産地といわれます。山あぢさいの一種で小振りな花弁が五弁の星の形に重なって見えて

素さん、七段花はシーボルトによって初めて記載されたアサイ科の花で六甲山が原産地といわれます。山あぢさいの一種で小振りな花弁が五弁の星の形に重なって見えて

素さん、七段花はシーボルトによって初めて記載されたアサイ科の花で六甲山が原産地といわれます。山あぢさいの一種で小振りな花弁が五弁の星の形に重なって見えて

<応募要領>◇ハガキに5句以内、未発表のもの。応募作品は返却致しません◇住所、氏名、電話番号明記。ただし作品はペンネームで結構です◇送り先:協会保険医新聞担当◇毎月15日締切。毎月第1週号に発表します◇入選者には記念品贈呈◇作品の発表にあたり選者が添削する場合があります。8月は休載します。

医療安全対策の常識と工夫

19

似て非なるもの「医事紛争」「医療事故」「医療過誤」

トラブルが起こった際に、患者さんの話を聞いてみると、最初のうちは何を問題としているのか、分からない場面に出くわすことがあります。医療行為の結果が得られない、あるいは予想に反して悪かったことは確かに事実としてあるのですが、よくよく聞いてみると「説明が足りなかった」「態度が悪かった等々」との「医療過誤や」と矛盾した

「医療過誤や」と矛盾した「医療過誤や」と矛盾した「医療過誤や」と矛盾した「医療過誤や」と矛盾した「医療過誤や」と矛盾した

シリーズ 環境問題を考える

-102-

ほたる族にご用心!?

の煙から家族を守っているように、微笑ましくもありますが、その実際はどうでしょうか。最近、「三次喫煙」という受動喫煙の概念が生まれました。

喫煙によって衣服や髪の毛、カーテンやカーペットをはじめ、室内のあらゆるものに付着した「残留タバコ成分」による受動喫煙です。また、喫煙後しばらくは呼吸からタバコ煙(タバコ成分)が排出されます。タバコ臭いと感じたら、これはもう立派な受動喫煙です。

戸外やベランダでタバコを吸う人達のことを、暗闇で光る虫(ホタル)になぞらえて、「ほたる族」と呼ばれます。タバコを吸い込むと、煙々と光を増す姿は、まるで蛍そのものです。

この光景は一見、タバコで「環境タバコ煙(ETT

平安京と島原の佇まいを歩く文化ハイキングを4月18日に実施。参加者24人は、天候にも恵まれ、爽やかな春風の中、ハイキングを楽しんだ。

一行は、まず「西寺跡」「羅城門跡」へ。平安京の朱雀大路を挟んで西に建つ西寺、九条大路に面して開かれた羅城門ともに、平安時代に焼失し、以降再建されずに残っている。跡地にて案内を

平安京と島原の佇まいを歩く

聞きながら、往時を偲んで。続いて「東寺」へ。東寺のシンボルともいえる「五重塔」、不動・大威徳・金剛夜叉・軍荼利・降三世の五大明王で平安初期の一本彫の堂々とした仏像のある「講堂」や薬師三尊像のある「金堂」などを巡った。

昼食のあと、徒歩で島原界隈へ。「島原大門」をくぐり、かつての落中の遊興の



島原の「角屋」にて

京都市も、四条・三条・烏丸・河原町と路上喫煙禁止区域が「通り線」で、たが、中の地域(画)での規制になりました。これを機に禁煙しませんか?

神奈川県など、喫煙に関して厳しい状況になってきました。チュー

代創建の置屋で、太夫をかかえる館として、意匠を凝らした部屋は往時の風情を残しているが、今回は帳場ののみを見学した。

一方「角屋」は現在の料亭に当たる揚屋であり、太夫をかかえることなく、置屋から呼んで客人をもてなす遊興の場。また、文化サロンとしても言うべき俳諧師が、集った場としても有名である。書院造り、数奇屋造りの意匠を凝らし、与謝蕪村や岸派の襖絵屏風が彩りを添える各部屋に、あがり、タイムスリップしたような気分が漂った。仔細にこだわった「もてなし文化」を垣間見ることができ、桜が残る春のひと時を優雅に過ごした。

掲示板

第21回核戦争に反対し核兵器の廃絶を求める医師・医学者のつどい(奈良)

テーマ シルクロード終着の都から世界の非核平和を

日時 9月18日(土) 19日(日)

会場 奈良女子大学講堂(奈良市北魚屋町)他

18日(土) 奈良女子大学 13時、記念企画 芝居・読み語り「父と暮らせば」(作・井上ひさし) 佐々木梅治氏

14時50分、仏教者の挨拶 薬師寺・安田映胤長老

15時5分、記念講演 「NPT再検討会議とICAN運動」核兵器禁止条約の実現を「ティルマン・アルフレッド・ラフ氏

17時45分、全体会(以降、奈良ロイヤルホテル)

19時、レセプション

19日(日) 奈良女子大学 10時、市民公開シンポジウム「世界の平和に向けて、奈良から第一歩を踏み出そう」 富田宏治・関西学院大学教授、川崎哲・NGOピースボート代表、片岡勝

第635回社会保険研究会

「循環器疾患の保険診療」

京都府社会保険診療報酬支払基金審査委員
勝目医院院長 勝目 紘氏

日時 7月10日(土) 午後3時~5時

場所 京都府医師会館404~406号室

共催 京都府保険医協会 武田薬品工業株式会社

※審査委員会だよりと日医生涯教育講座の受講証を出席会員にお渡しします。

<講師からのコメント>
循環器の分野でも多くの臨床研究がなされ、とくに長期間にわたる大規模臨床試験結果は診療ガイドラインに反映されている。ガイドラインが全て真実を述べているとは限らないが、多くの試験結果を吟味して現時点でコンセンサスの得られたこと、すなわちevidenceを中心にまとめられている。われわれ医師は新しい医療知識を可能な限り自分たちの診療に取り入れていく必要がある。今回は心不全、虚血性心疾患、不整脈などの比較的新しい臨床成績を中心に述べ、保険診療上の留意点についても触れる。



子・JPPNW事務総長
12時30分、全体会
参加費 ◇医師・歯科医師・医学者5千円◇医療関係者・事務局2千円◇医学士1千円

レセプション ◇一般8千円◇医学生4千円

宿泊 必要な方はお早めにお申し込み下さい。

主催 第21回核戦争に反対し、核兵器の廃絶を求める医師・医学者のつどい実行委員会/核戦争に反対する医師の会

問合 京都府保険医協会

京都地域リハビリテーションシンポジウム2010

テーマ 「障害児・者のリハビリテーション」京都における課題

日時 7月10日(土) 午後2時30分~5時

場所 京都市身体障害者リハビリテーションセンター(四条通御前西入ル)

基調講演 「障害児者の生涯サポート」地域で支える在宅生活に向けて」家森百合子氏(聖ヨゼフ医療福

社センター前副院長)
参加費 一般1000円(申込不要)

主催 京都地域リハビリテーション研究会

連絡先 垣田医院(☎075-414-1933)

本田宏氏講演会
歯科協会 総会記念

日本の医療崩壊を阻止するため、全国行脚している本田宏先生の講演会が開催されます。目からうろこの話あり、ユーモアありで、勉強になって、なぜか笑い過ぎてお腹が痛いという講演です。参加費は無料、要事前申込み。定員になり次第締切。

講演 「医療&日本崩壊の深層と再生への処方箋」本田宏氏(埼玉県済生会栗橋病院副院長)

日時 7月10日(土) 午後4時~5時30分

場所 ホテル日航ブリッセス京都(丸太町東入)

主催及び申込先 京都府歯科保険医協会(☎075-431-2314)

老いて後

漂萍の記

谷口 謙 (北丹) <29>

総代

ぼくには全く関係のなかったことだが、中学では級長と副級長があり、座席もまきまきしていた。教壇から向かって左の最後の椅子が級長で、右席の筆頭が副級長だった。教室に先生が入ってくる、級長が「起立」と言ったら全員を立たせ、「礼。あとほかたがたと自分の席に座る。」

高校でも総代がうらあった。1年生の時は恐ろしく入学試験の成績だったろう。一番と二番が指名されたのだらうと思う。座席はしっかり覚えていないが、左後方の並んだ2つの席だったらうと思う。総代は進級毎に変わったが、選挙ではなく学校サイドの指名であっ

た。1年生の時の総代は神戸一中で、五卒の上田と、同志社中学、恐らく五卒だったと思うが、西谷の2人だった。その名前は覚えていない。西谷の方は姓も?である。同志社中学出身の総代は、

「やあ、久しぶりだなあ。実は教え子の女の子1人、就職先がなくて困ってるんだ。あなた1つ薬剤師のいる病院を知らないかなあと、思ってた。」

とっさにぼくは驚いて答えた。「ぼくの近所といえば峰山町の丹後中央病院しかない

なあ。だがあそこにはちゃんとした薬剤師がいて、開業医で薬剤師を雇っている人もないなあ。実は大学に入った時、基礎医学教室の並ぶ門を入ってすぐ左側に薬学部が建物があつた。1回か2回、ちらりと上田の姿を見かけたのを覚えている。だが顔を辛うじて知っている程度、あまり話をした記憶もない。出身の神戸一中は有名校だったが、上田は少しもそんな気振りを見せない男だった。彼は薬学部を卒業し、どこかの薬大の教授で、もっていたか? 何も自分のことはしゃべらなかつた。

西谷?のことだが、ずっと後になって、彼は同志社大学を卒業したと風の便りで知った。彼は彼なりに同志社の学風を慕ったのだらう。

大林は五卒の弊衣破帽と、はげ遠いきちんと身嗜みを整えた、勉強にもそつのない男だったが、しかし彼も2年生か3年生の時総代だったと思うがはっきりしない。勉強はよくできた。服装風貌からいかに良家の御曹司と見受けられた。前に書いた松村博が「大林は良家の出らしいなあ」と呟くように言った記憶がある。当時の良家といえは政界関係か、軍人関係か、いやいや大林組という有名な会社があるから、そっちの方

らうか。そんなことを考えた記憶がある。大林は東大工学部に進学したと思う。その後の詳細は一切知らない。

大学に入ってから総代2人がきめられた。1人は必ず三高出身だったと思う。前に書いたぼくの宿に近かった高木秀夫も総代だった。が、しばらくして止め、代わりに緒方が総代になった。緒方の兄が荒木外科の助手で講義のときよく顔を見た。全く瓜二つよく似た顔立ちだった。このあたりになると読者に迷惑をかけてはいけない。筆を止めることにする。