京都保険医新聞

購読料　年8,000円
送料共 但し、会員は会費に含まれる

発行所
京都府保険医協会
〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階
電話 (075)212-8877
FAX (075)212-0707
編集発行人　山田 吉信

主な内容

府が国保広域化の支援方針（2面）
他医受診による減算影響を算出（2面）
アンケート 医療類似行為について（5面）
税理士と最近の動向で懇談（7面）

ご用命はアミスまで
◆医師賠償責任保険
◆休業補償制度
（所得補償、傷害疾病保険）
◆積立傷害保険
◆自動車保険・火災保険
上記事業は（有）アミスが取扱いしています。
☎075-212-0303

医療・福祉・介護シンポジウム

真の地域包括ケア実現を

超満員の会場で熱気溢れる議論

協会は12月23日、中京区のハートピア京都大会議室で医療・福祉・介護シンポジウム「国がすすめる地域包括ケアについて考える」を開催した。会場には定員を超える270人の参加があり、真の地域包括ケア実現に向けた議論を熱心に聞き入った。

シンポジウムは、垣田さち子副理事長の司会で進行。関浩理事長の開会挨拶に続いて、国が進めている「地域包括ケアシステム」構想について、渡邉賢治理事がパワーポイントを用いて報告した。

国構想は高齢者の権利保障に基づいていない

渡邉理事は、介護保険制度見直しに向け、社会保障審議会介護保険部会がまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010年11月30日）で強調された「地域包括ケアシステムの構築」は、その前段に地域包括ケア研究会報告書（10年3月三菱UFJリサーチ&コンサルティング）があることを紹介し、研究会報告書で語られた構想の内容と国の意図を整理し、説明した。

地域包括ケア構想について研究会報告書は、「おおむね30分以内の日常生活圏内（小中学校区）で、医療・介護のみならず、福祉・生活支援サービス等が一体的かつ適切に相談利用できる提供体制」と定義している。こうした構想の背景として報告書は、現在在宅サービス利用は伸びているものの重症者を支えきれない。看護職員・介護職員が基礎的な医療行為をできない等の実態があり、結果、医療が必要になると施設や病院に依存している。地域完結型（在宅で完結）にするために地域包括ケアシステムの構築が必要と述べる。そこで、「自助・互助・共助・公助」の役割分担を明確にし、それぞれが特性を生かして連携し、高齢者を支えていくシステムの構築が必要、としている。

しかし渡邉理事は、地域連携のシステム構築の必要性は当然、と前置した上で、国の構想は持続可能な制度維持を目的にした「財政問題」を優先させ、介護保険制度を運営する側からの一方的な視点で示されており、高齢者の権利保障のための地域包括ケアシステムとは言えない、と指摘した。また役割分担でも、在宅医療を担う医師の役割を後景に追いやりつつ、看護職員・介護職員の基礎的な医療行為の権限拡大に論及していることも批判し、そもそも「公」の役割も論じず、「給付抑制策」を主目的にした論議の俎上に安易にあげるべきテーマではないと指摘した。

基調講演の岡﨑祐司氏、下は聴衆で埋めつくされた会場

尊厳守られるケアの「社会的な保障」を

続いて、佛教大学社会福祉学部教授・岡﨑祐司氏が「高齢者のケアと地域生活保障」をテーマに基調講演した。

岡﨑氏は介護保険制度の給付構造（現物給付の否定）と地域医療後退、その背景にある新自由主義路線を批判。国の地域包括ケア構想が、①住みなれた地域、居住での生活の継続、②「本人の選択」、③自己能力の活用を高齢者ケアの原則であるかのようにしていることを指摘し、本来の社会福祉としてのケアは、①日常生活の維持・継続、②市民として文化的で潤いのある生活、交流のある生活、その人らしい生活をつくる、③社会参加、社会活動など市民としての社会生活の確保、の3つで構成し、生活場面で個人の尊厳を守り、不安、行動、疾病と寄り添うことが基本であるべきと述べた。その上で、新自由主義国家から新しい福祉国家へ舵を切り、高齢期の生活保障のための政策体系の再構築を目指すこと。同時に「地域包括ケア」の前向きな発想を活かし、高齢期に病気、障害があっても、人としての尊厳が守られるケアを「社会的に保障」するあり方を目指そうと提起した。

シンポジウムは引き続き岡﨑氏をコーディネーターに、荒牧敦子氏（公益社団法人認知症の人と家族の会京都府支部代表）、西村繁雄氏（福西社会福祉協議会会長）、塚本忠司氏（開業医）、北尾勝美氏（京都市伏見福祉事務所ケースワーカー）、酒井伸香氏（京都市成逸地域包括支援センター主任介護支援専門員）の5氏から発言。家族・地域福祉・医師・自治体ケースワーカー・地域包括支援センターそれぞれの立場から、高齢者介護、在宅療養をめぐる実態と将来展望を出し合い、求められる地域包括ケアのあり方を議論した。またフロアからは、施設介護の立場から廣末利弥氏（社会福祉法人七野会理事長）、記者の立場から本田貴信氏（京都新聞記者）の発言があった他、市民・当事者からの発言があった。

上から荒牧・塚本・西村・北尾・酒井の各氏

医療・福祉・介護分野の共同を

発言を受け「私たちの要望―真の地域包括ケアを実現するために」を飯田哲夫理事が発表した。国がすすめる地域包括ケア体制は、国の医療費適正化策と一方で進められる地方自治体の保健・福祉施策の後退が相まって登場していることを指摘。地域包括ケア体制実現のためには、政策の基本に「生活のケア」の実現を据え、「介護保険制度と財政の枠組み」を超えたところでの議論が必要と強調した。生活のケア保障の財政的・人的な責任は国が、その実現は地方自治体が担うべきで、当面は地域包括支援センターが役割を十分に果たし得る人員・財政の抜本改善を行うよう求めた。

最後に尾崎望理事が閉会挨拶を行い、こうした取り組みの必要性と、引き続き医療・福祉・介護分野が共同し、この問題を取り上げ、社会的にアピールすることが大切だと呼びかけた。

なお、詳報については緊急に書籍にまとめる方向で現在作業を進めている。ご期待いただきたい。

主張

窓口負担1割を原則とする

65歳以上の新高齢者医療制度を

高齢者医療制度改革法案の提出が先送りになる可能性が大きくなってきた。

市町村国保を都道府県単位で運営することに京都、大阪など賛成の府県もあるが、財源問題から反対の方が多い。費用負担増が見込まれる健保連も公費拡大を訴えて反対である。それよりも民主党が、4月の統一地方選を控えて法案提出にしり込みをしている。民主党の高齢者医療制度改革ワーキングチームも、70～74歳の窓口負担を1割から2割にすることや、自公政権での75歳以上の低所得者に対する保険料軽減措置の縮小に反対している。日医も70～74歳の窓口負担増については、「受診抑制につながりかねない」と拙速な現制度廃止は必要ないとしている。現行の後期高齢者医療制度を作った自民、公明は冷ややかに見ている。

ただ先送りして、このままずるずると現行制度をつづけるのは問題である。新高齢者医療制度では次の点を原則としたい。①今回の制度改革案では、独立した後期高齢者医療制度に入れられていた後期高齢者が、被用者保険本人と被扶養者は被用者保険に、それ以外は市町村国保に戻ってきて、高齢者は家族と同じ保険に加入し、保険証を変えなくてよくなり、「年齢差別」として国民に不評を買った点は解消された。この点は堅持する。②70～74歳の1割負担は堅持する。③高齢者を74歳までと75歳以上に分けるのは分かりにくく、65～74歳の前期高齢者医療制度に、75歳以上を吸収した65歳以上の高齢者医療制度とする。段階的に65～69歳の窓口負担を1割とする。公費負担も5割とし、さらには6割程度に引き上げる。④国保の運営は市町村単位で行い、財源管理は国が行う。

①は今回の改革案の基本であり、②は現状維持である。③は公費負担が増えるので段階を踏む必要があるかもしれないが、実現不可能ではない。医療費の財源は、窓口負担、保険料、公費しかなく、高齢者には公費負担を中心に考えざるを得ない。公費、即ち税である。所得税、法人税、消費税、どれをとっても上がることを良しとする人はいない。税や保険料を納めても、自分の生活に戻ってくる実感が少ないために、国民負担増は理解を得にくい。しかし、高齢になり年金生活になった時、低額の窓口負担で安心して医療が受けられることを保障し、そのためには能力に応じた税負担が必要であることを、理解してもらわねばならない。これは個人にしても、企業にしても同様である。

医界寸評

「最近、会員さんからの医事紛争報告や相談が極端に減ってきましたよ」と、医療安全対策の事務局から言われた。データを確認すると、確かに5、6年前の3割以上、数十件減っている。全国的に見ても医療裁判は減少しており、なおかつ、医療機関側の勝訴率が1割以上増えている。少なくとも医療界にとっては朗報であろう▼この状況は、数値だけ見れば1980年代に似ている。そして、1990年代後半から2000年代が如何に最悪の時代であったか、今更ながらに身に滲みる。80年代と似ていると先に述べたが、今は当然ながら2010年代を迎えており、決して80年代と同様ではない。協会は「今」の問題に対応していかなければ、医療界からも置いていかれることだろう▼ご存知の通り、協会の事務局は9月の終わりに引っ越しを終え、ようやく落ち着いて業務に当たれるようになってきた。医師会や私病協等とも物理的な距離ができたが、協会の設立目的が変わるものではない。時代の変化は大きいが、人は時代を選べるものではなく、だからこそ時代を創っていかなければならないのだろう。協会は「今」の問題に対応していかなければならないと述べたが、もう少し言えば、「将来を見据えた上で」の一言がその上に付かなければ、会員、ひいては京都の医療界を守っていけないのだろうと思う今日この頃である。

（フーちゃん）

＜政策解説＞

国保広域化で府が支援方針

国の責任による医療保障が原則だ

京都府は2010年12月27日、「京都府国民健康保険広域化等支援方針」（以下、支援方針）を策定・公表した。

同方針は、10年5月19日公布の改正国保法（医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律）により策定するもので、都道府県サイドからの市町村国保の都道府県単位化に向けた支援方針を定めたものである。

今回策定された方針は、広域化に対する京都府のスタンスとして、「国民皆保険を維持し、府民の公平性を確保し、府民の健康を守るためには、将来的な医療保険制度の全国規模の一元化を目指しつつ、まずは、ナショナルミニマム確保の観点から市町村国保への国費投入を充実するよう国に求めるとともに、市町村国保を都道府県単位で一元化し、広域自治体である京都府がその運営に参画することにより、京都府と市町村が協力して国保を運営していくことが必要である」との認識を示し、2018年度からの府単位での一元化に向けた課題の解決について、一定の方向性を打ち出すものとなっている。

■京都府の支援方針

府は支援方針の中で、①府と市町村の協議会等を11年度中に設置、②収納対策や医療費適正化策の共同取組による効率化等を図る、③財政運営の広域化推進により財政安定化、公平性の確保等を図る、④保険料の収納率目標、赤字解消の目標等を設置、⑤地域医療への支援―を具体化するとした。このうち、④の赤字解消には、市町村が累積赤字を長期の地方債に振り替えられる制度を創設し、国が財政措置するよう求める。また、医療費が府内で平準化されるまでは、不均一保険料率を認め、差額分に国費を投入する制度を創設することも国に求める。これらを進めることで18年度を目途に都道府県単位での一元化の実現を目指す工程表を示した。

国保の都道府県単位化の流れ

市町村国保の都道府県単位化は、後期高齢者医療制度廃止後の新制度を検討してきた「高齢者医療制度改革会議」の「最終とりまとめ」（10年12月20日）でも、「第一段階」である75歳以上の国保被保険者に関する医療費の都道府県単位化に続き、2018年には、高齢者を含む全年齢での国保都道府県単位化を目指す方向が示されている。

しかし、市町村国保を都道府県単位化する方針は、後期高齢者医療制度廃止に伴う、新たな制度創設の必要性から、にわかに浮上したわけではない。政管からの移行である協会けんぽや後期高齢者医療制度自体が、都道府県単位化された医療保険制度であることからもわかるように、国による医療保険制度再編のベクトルは、この間一貫して都道府県単位化に向かって進んでいる。極論すれば、今や「後期高齢者医療制度の廃止」も、その「都道府県単位化推進の梃子」とされているに過ぎないとも言える。

これは、医療制度構造改革で都道府県単位の医療費抑制策を推進してきた国が、さらに医療保険制度そのものを、「国の制度から地方の制度へ」変えようとするものである。

国民皆保険制度の要である市町村国保は、市町村を保険者とした制度であるため、あたかも地方自治体固有の制度であるかのように錯覚されやすい。しかし、国民皆保険を創設したのは国であり、これを維持する責任は国にある。市町村国保はそれを国からの委任事務として具体化させただけのことである。これに対し、都道府県単位化は「国の医療保障責任」自体を曖昧にし、地方自治体に転嫁させようという狙いが見えている。結果、後期高齢者医療制度や協会けんぽなどと同様に、保険財政や保険給付に対する最終責任が、地域医療費に見合った保険料や提供体制が求められるといった形で、地方自治体や、そこに住まいする被保険者・地域住民に転嫁される可能性が高い。国が責任を持たない医療保障制度など本来あり得ず、このような構想自体が全く受け入れる余地のないものであることは、誰にとっても本来自明なことのはずだ。

にもかかわらず、現実には都道府県単位化に対し、むしろ市町村をはじめ地方自治体自身がそれを容認しようとし始めている。その背景には、市町村が国保で厳しい財政運営を強いられている、切羽詰まった現実があることは間違いない。

府方針の評価すべき点と課題

こうした状況下、今回示された京都府の支援方針にはいくつか評価すべき点がある。

何より、京都府の支援方針は、医療保険制度の将来像について「都道府県単位化」が最終目標だとは位置づけていないことである。支援方針は「国民皆保険制度を堅持し、府民の公平性を確保し、府民の健康を守るためには、将来的な医療保険制度の全国規模の一元化を目指しつつ、まずはナショナルミニマム確保の観点から市町村国保への国費投入を充実するよう、国に求める」ことを前置きして、当面の対策として、都道府県単位国保一元化を打ち出している。国の責任による医療保障原則を明示したことは大切な点である。

また、財政問題をはじめとした市町村国保の困難な現実の解決に向け、都道府県が積極的に技術的助言等を行うことは必要な役割であり、その意味で、例えば以前から市町村によって著しく対応の差異が指摘されている一部負担金減免について、府として「運用を支援」すると述べていることも評価できるだろう。

しかしながら、国の進める都道府県単位化の流れの中で策定された支援方針であることは事実であり、京都府が府民の生命と健康を守る地方自治体の本旨に立ち、それらの積極面を今後本格的に展開し得るのかという疑問は拭えない。この点では、府に対し、府の言う「医療保険制度の全国規模の一元化」も含めた将来像を実現するための具体的な工程表を、府民の前に提示するよう求めたい。

今後支援方針に則り府内では、全年齢での国保都道府県単位化を目指し、①京都府と市町村の協議会等を設置し都道府県単位の国保一元化準備を進めること、②保健事業も含めた事業運営広域化を行うこと、③財政運営の広域化により「保険料の市町村格差の解消・財政の安定化」をはかること、④「保険料の収納率目標」「赤字解消の目標」を「標準設定」し、財政の安定化・公平性の確保を行う等、具体的なメニューが進められていく。その中で今後起ってくる問題に対しては、協会として実情を調査し、積極的に批判や提言活動を行っていく予定である。

しかし、厳しい国保財政をめぐる状況の解決には、必要な医療保障のための財政保障を国がその責任において行うという方向以外、道はない。

1病院8カ月分 330万円超の減収

他医療機関受診による入院料減算の影響

入院中の患者の他医療機関受診の取扱いについては、2010年4月診療報酬改定で規制が強化され、①これまで規制のなかった入院基本料等算定患者についても入院料の減算を行い、他医療機関で算定できる範囲に制限を設ける、②処方は入院医療機関で行うことを原則とする―などが実行された。

入院料減算根拠はない

このうち、入院料の減算については、保険医協会が実施した府内の療養病棟を持つ病院に対して実施したアンケート調査（**京都保険医新聞第2750号、10年7月5日**）や、近畿二府四県の精神病床を中心に持つ病院を対象にしたアンケート調査（**同第2764号、10年10月20日**）の結果から、その減算割合の根拠が不明なこと、外来で必要となる診療費の実態に相応していないことなどを明らかにした。今回、入院料減算の影響額について、府内のある病院に依頼し、その額の概算を算出してもらったところ、非常に大きな額になっていることが明らかとなった。

影響額を算出

当該病院は、病床約500床の規模で、出来高病棟と包括病棟とが混在している。改定が実施された10年4月から11月末日までの8カ月間、入院中に他医療機関受診が必要となった患者数は、延べ689人。1日平均3人近い患者が他医療機関受診を必要としたことになる。

入院料30％ないし70％減算となったもの（延べ544人）についてはその額を、他医療機関受診の結果、外来診療費を合議で精算（入院側が外来側に外来診療費を全額支払い＝持ち出し）したもの（延べ145人）を便宜上、入院料50％減算として額を算出した（当該病院で合議による精算例を確認し、およそ入院料の50％に相当すると考えられたため）ところ、これらの合計額は、なんと33万9141点、つまり、300万円を超える額となった。これは8カ月間の数字であるため、同じペースで推移したと考えると、1年間で、500万円を超える額に達することになる。

新たに発生した薬剤費も

他医療機関受診の結果、投与が必要と診断された薬剤について、専門外等の理由により、自院に在庫がなく新たに購入したもの、購入したが当該患者が退院し不要となったため廃棄した薬剤、これらも当該病院の持ち出しとなるため、他医療機関受診の規制強化による影響額が、実際にはさらに膨れ上がるという。

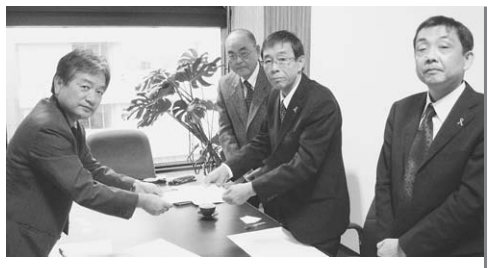
高額に膨れた影響額

年間500万円超に達するという影響額は、非常に高額である。さらに、他医療機関受診の規制強化によってもたらされた、他医療機関との調整や関係書類の作成業務など、事務量の増加を勘案すると、示された影響額以上の負担が、入院側へのしかかっていることが容易に想像できる。

入院料減算規定は廃止を

入院料減算について、未だ、厚生労働省側は明確な根拠を示していない。これほど病院の経営に多大な影響をもたらしている、入院中の他医療機関受診の取扱いの規制強化。厚生労働省側が、その根拠を示すことができないのであれば、入院料の減算規定を、即刻廃止すべきである。

入院料の減算等について、当該医療機関以外からもぜひ、積極的な情報提供をお願いしたい。



京腎協と懇談

入院中の他医療機関受診 規制に反対の立場で一致

協会は12月13日、京都腎臓病患者協議会（以下、京腎協）との懇談を協会事務所で行った。京腎協からは、梅田会長、吉村副会長、岩井事務局長代行が出席。協会からは、緊急な院内業務のため欠席した鈴木副理事長に代わって、山田事務局長らが対応し、入院中の患者の他医療機関受診規制に関しての意見交換を行った。

入院中の患者が他医療機関での治療を必要とする場合に、受診が制限されるような取扱い方法になっていることが問題であるということで認識が一致。京腎協では、問題事例が発生していないか、全国に向けて呼びかけているとのこと。透析医療機関に入院中に、他の疾病による他医療機関受診が妨げられたケースがないかなど、引き続き事例収集に努めたいと述べた。

協会から精神科の病院や、療養病床などでは、すでにかなりの入院料減算請求が行われていることを伝えると、今後、認知症で精神科に入院していて、かつ透析治療が必要な例などが増えると、さらに大きな問題となってしまう、と京腎協から不安が語られた。協会は、先に行った厚労省交渉の状況を踏まえ、厚労省は依然改善するつもりがなく、引き続き改善に向けた取組みが必要であることを訴えた。

最後に協会から、入院中の他医療機関受診の取扱い方法の改善を求める取組みに賛同をお願いしたところ、快諾し、その場で、梅田会長自ら賛同書へ署名、協会へ手渡された（**上掲の写真**）。

この問題に限らず、あらゆる共通の問題について、積極的に相互協力していくことを確認し、懇談を終了した。

府内で３ワクチンの助成スタート

昨年11月26日、国の補正予算で、ＨＰＶワクチン、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン接種への公費助成が決定したことを受けて、京都府でも11月補正予算で、これら3ワクチンについて、子宮頸がん予防ワクチン等接種促進助成事業を決定した。

負担割合は、府（＝国）2分の1、市町村2分の1。国は都道府県に設置した基金に出資する。自己負担は無料である。

1月1日から始まった乙訓2市1町を皮切りに、各市町村で3ワクチンに対して、助成が開始される（**左表参照**）。

私たちの運動が実を結んだ大きな一歩であるが、3ワクチンの定期接種化を含め、すべての世界標準のワクチンが無料で子どもたちに接種できる社会にするべく、協会は引き続き活動を進める。その一つとして、子育て世代にワクチンの重要性を知ってもらうイベントを「こどもみらい館」で4月24日に企画中である。

子宮頸がん等のワクチン接種に係る助成事業
――府内自治体の実施予定状況

接種開始日	①ＨＰＶ　②ヒブ　③小児用肺炎球菌
1月1日	向日市・長岡京市・大山崎町
1月11日	京都市・宇治市・城陽市・久御山町・八幡市・京田辺市・井手町・宇治田原町・笠置町・和束町・南山城村・亀岡市・南丹市・京丹波町
1月17日	木津川市・精華町
1月25日	京丹後市
1月31日	宮津市・与謝野町

ワクチンによって開始日の異なる自治体

福知山市	①1月17日、②③2月1日
綾部市	①1月20日、②③2月1日
舞鶴市	①1月20日、②③4月1日（予定）
伊根町	①1月1日、②③1月31日

※京都府資料より作成

三療法士会と懇談を実施

次回の医療・介護同時改定に向け意見交換

協会は昨年に引き続き、京都府理学療法士会、京都府作業療法士会、京都府言語聴覚士会（以下「三士会」）との懇談会を10月31日に開催した。各団体の現況や、次回の診療報酬・介護報酬同時改定等について意見交換を行った。

次回改定に関連して懇談では、三士会が訪問リハビリに関する合同研修会を立ち上げ、訪問リハビリステーション創設をも想定し、訪問リハビリの質と量との拡充を目指しているという取組みが報告された。また「報告書など書類作成業務が非常に多く問題である。業務の終了時間が遅くなり、臨床へ力を注げなくなる危険性もある」「廃用症候群の評価表や算定日数上限超えの改善状況の狙いである」―など、書類作成業務が本来の臨床業務の足かせになっているとの報告が相次いだ。他にも算定日数上限等についても意見交換を行った。

また、今後も継続して懇談を実施すること、次回同時改定に関連し、三士会と合同で、リハビリ施設向けにアンケート調査を行うこと、施設基準適時調査に関する学習会を開催すること―を確認した。

三療法士会と懇談

を書く書類は、毎月書いて本当に意味があるのか疑問。事務量を増やし、請求を少なくさせるのが厚労省

人体展でネットワークを立ち上げ

12月16日、関理事長が呼びかけ人のひとりとなって「人体の不思議展を考える京都ネットワーク」を立ち上げた。17日には同ネットワークとして、みやこめっせの指定管理者である（株）京都産業振興センターと京都市長へ、人体の不思議展の会場使用許可を取り消すよう要請し、その後、司法記者クラブでの記者発表を行った。

（株）京都産業振興センターの担当者は、要請書を受け取っただけで、その場では回答しなかった。京都市は産業観光局商工部産業総務課の古井課長が対応、「現時点でみやこめっせの使用許可は手続きに沿ったもので、問題はないと考えている。要請の点については検討したい」と回答した。

記者発表ではテレビ・新聞など15社が詰めかけるなど、当日のマスコミの注目は非常に高かった。

今後は、12月9日に行った告発を受けての京都府警の捜査状況や同展に対する厚労省の見解について、そして今回の要請の検討状況について確認する。また民事の損害賠償請求や住民監査請求の可能性について検討を進めるとともに、協会等が主催する2月20日開催の講演会「医学・医療に関わる倫理について考える」の支援を行っていく。

テレビ取材の中、京都市の担当者に要請書を渡す

伊達洋至京大教授が肺移植の現状を講演

外科診療内容向上会レポート

外科診療内容向上会を11月13日、京都外科医会、京都府保険医協会、大日本住友製薬株式会社の共催で開催した。京都大学大学院医学研究科器官外科学講座呼吸器外科学教授の伊達洋至氏が、「肺移植の現状」について講演した。

講演は、我が国における肺移植の第一人者である伊達洋至先生により日本の肺移植の現状について、その適応、手術手技及び手術成績等を非常にわかりやすくお話いただいた。また様々なケースの手術を動画で供覧いただいたが、その大胆かつ精密な手術手技は感銘に値するものであった。

さて、世界的にみると1983年に始まった肺移植は2万9千例を超えているが、日本の肺移植は98年に伊達先生が初めて行った生体肺移植に始まり、2010年9月までに172例にとどまっている。肺移植の適応となる疾患は16以上あり、内科的治療では余命が限られている末期呼吸器疾患が適応となる。最も多い疾患は特発性肺動脈性肺高血圧症であり、肺リンパ脈管筋腫症、特発性間質性肺炎、閉塞性細気管支炎と続いている。

外科診療内容向上会のもよう

肺移植は脳死肺移植と生体肺移植に分けられる。脳死肺移植はドナーが少ないことから感染性疾患や肺高血圧疾患を除いて片肺移植が行われる。肺移植の必要な患者は肺移植認定施設（東北大学、独協医科大学、京都大学、大阪大学、岡山大学、福岡大学、長崎大学）のいずれかの施設で肺移植の適応判定を受ける。肺移植の適応の患者は日本臓器ネットワークに登録され、脳死ドナーが出現すると待機期間の長い患者からレシピエントに選ばれる。現時点では患者の重症度は考慮されない。

生体肺移植は2人の健康なドナーから右あるいは左下葉を提供し、これらを患者の両肺として移植する。生体肺移植は健康なドナー2人から肺の一部を提供するという犠牲の上に成り立つ移植方法であることから、脳死肺移植の適応患者のうち、病気の進行が早くこれ以上待てない患者が適応となるのが一般的である。日本においては、ドナーは2親等あるいは3親等以内の血族あるいは配偶者に限定されている。患者が小児の場合はほとんどの場合、母親がドナーとなっている。日本全体の肺移植の成績であるが、10年9月までの12年間に7施設において172例が施行され、内75例が伊達先生によって施行されている。脳死肺移植は76例施行され5年生存は69・9％であり、生体肺移植は96例施行され5年生存率は81・9％である。この成績は他国に比べ良好なものであり、特に生体肺移植の生存率の高さは世界から注目されているところである。

10年7月の臓器移植法の改正により、脳死肺移植は確実に増加しているとのことで、移植数が増加しても良好な成績を維持できるシステム作りが重要であることを強調された。最後に伊達洋至先生は世界に誇れる外科医であるとともに、マラソンランナーであることを付け加えたい。

（西京・曽我部　俊大）

取扱い開始

集団扱いペット保険
どうぶつ健保ふぁみりぃ

「どうぶつ健保」の3つのポイント
●入・通院日数が無制限！
●高齢化を考えてご継続は終身OK！
●選べる３つのプラン…
○90％プラン
○70％プラン
○50％プラン

針刺し事故感染症
見舞金補償プラン
（補償制度費用保険）

身近なリスクである針刺し事故に対する見舞金制度です。

4つのポイント
●院長についても給付対象者に！
●手術中の血液飛散による吸入事故も対象に！
●見舞金の給付を受けた後でも、再度の針刺し事故で別の感染症に感染または発病した場合も、給付対象に！
●保険料は確定方式！
面倒な精算手続きはございません。

京都府保険医協会は医療従事者にとって身近なリスクである「針刺し事故」に対しての「見舞金補償プラン」を発足させました。

この保険制度は、会員医療機関の従業員が業務上の「針刺し事故」によってＢ型肝炎を発病、あるいはＨＣＶウイルス・ＨＩＶウイルスに感染した場合に、医療機関が自院の災害見舞金規定に基づいて事故に遭った従業員に見舞金を給付することをお手伝いする制度です。

また、本制度は、京都府保険医協会と三井住友海上火災保険株式会社が独自に検討を重ね、従業員のみならず、個人医院の院長も給付の対象としました（ただし、従業員の加入がある個人医院が対象）。

業務上のリスクを補償し、従業員の福利厚生の向上にお役に立つものと確信いたします。

ぜひこの際、ご加入を検討いただき、多くの会員にご利用いただけるようご案内いたします。パンフレットは11月中旬にすでにお送りしておりますが、再度、必要な方は協会事務局までご連絡ください。

着々と進む

レセプト電子化の先にある問題

下

現場不在で進められる電子化と民間利用

レセプトデータ約15億9800万件、特定健診・特定保健指導データ約2065万件が厚生労働省保険局のデータベースに蓄積されている（10年8月末現在）。このデータの外部提供について、10年10月から厚生労働省内の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」で検討されている（**本紙10年12月20日号に掲載の本稿上で報告**）。

データベースに収集されるレセプトデータ、特定健診・特定保健指導データのうち、患者の個人情報（氏名、生年月日の「日」、被保険者証の記号・番号）は、「ハッシュ関数」を用いて、個人の特定につながる情報を「匿名化」した上で、同一人物の情報であることを識別できるようにし、保管される（**資料5**）。

「ハッシュ関数」は患者の個人情報をもとに生成されるため、レセプトデータ、特定健診・特定保健指導データの突合が可能になる。有識者会議で厚労省は、①個々のデータは、単独で特定の患者を識別可能な個人情報とはならない、②特定の情報をデータベースから抽出し、何らかの方法で入手した他の情報と照らし合わせることにより、個人の方が特定される可能性があるとしても、通常それだけでは個人情報とはならないーと説明している。

一方で「データベースにおける患者情報等の匿名化は、連結不可能な匿名化（個人を識別できないように、その人と新たに付された符号又は番号の対応表を残さない方法による匿名化）とまでは言えない」と認めざるを得ない状況だ。

しかし、レセプトデータ、特定健診・特定保健指導データは、個人と結びつけて利用できなければ、民間活用も含めて、活用の構想が広がらないため、「ハッシュ関数」の採用は譲れない、というのが政府の方針のようだ。

では、「ハッシュ関数」を用いれば、安全なのか。ハッシュ値を計算する暗号化方法（アルゴリズム）には、MD2、MD4、MD5、SHA-1、SHA-2などがあるが、既にMD5及びSHA-1まで脆弱性が指摘され、現在SHA-2への変更が推奨されている。暗号化技術の進歩と、その解読技術の追求は〝いたちごっこ〟であり、1年先の情報安全性は全く保証がない。

審査のあり方が変貌

支払基金本部の発表によると、医科医療機関から提出された電子レセプト請求（オンライン請求又は電子媒体による請求）の件数の割合が、10年10月請求分で92・5％に達した。また、電子レセプト請求を行う医科医療機関数の割合も、79・1％に達している。

ほとんどが電子レセプトになれば審査も変化する。支払基金は10年4月12日の厚労省内事業仕分けにおいて、「電子レセプトの審査」と「システムチェックの主な取組み」に関する改革案を打ち出している。

「電子レセプトの審査」では、①ほとんどが電子レセプトになれば、様々な制約から脱却できる、②全ての電子レセプトについてシステムチェックが可能となり、「全レセプトの審査」が可能となる、③人による審査は「人でなければできない審査」に限定すべきーとの方針を示した。

「システムチェックの主な取り組み」では**資料6**の予定を示した。

加えて、電子請求を行う保険医療機関は、12年4月診療分から、請求する各点数の算定日を記録して請求することになる。既に、10年4月診療分から麻酔については麻酔日を記載することになった。

電子化を財界が要求

10年6月、内閣IT戦略本部内に「情報通信技術利活用のための規制・制度改革に関する専門調査会」が設置された。

10月19日の第1回専門調査会で「診療報酬請求及びカルテの完全電子化」を「検討項目」に掲げた。検討項目の洗い出し対象の中に、「『国民の声』に寄せられたもの」というのがあり、2回あった「国民の声」集中受付期間に寄せられた、というのがその理由である。規制改革を求める財界勢力からの要求を拾い上げたと思われる。

だが、再度「請求省令」の改正を行い、電子請求の義務化対象の一部除外を撤廃せよ、という要求に対する厚労省の回答は「C：タスクフォースや各府省の取組をフォローアップするもの」であって「実施困難・不要」としている。

その理由は、「レセプトオンライン請求の緩和措置は、過疎地の診療所をはじめとする小規模医療機関の撤退などに象徴される医療現場の混乱や地域医療の崩壊が起こる可能性があること等を考慮して行われたものであり、現時点でのレセプトの完全電子化の実施は困難である。義務化対象の一部除外を撤廃した場合、過疎地の診療所をはじめとする小規模医療機関の撤退などに象徴される医療現場の混乱や地域医療の崩壊が起こる可能性がある」としている。

また、カルテの完全電子化を義務化せよ、という要求に対する厚労省の回答も「C」であり、その理由は「レセプトオンライン化の完全義務化の過程においては、関係団体の反対が強く、訴訟まで提起されたことを踏まえ、十分なコンセンサスの形成が必要。また電子カルテは、導入コスト・ランニングコストの負担の問題があることにも留意が必要」としている。

全国の保険医協会が展開したレセプトオンライン請求の義務化撤回の大きな運動が、厚労省に深く楔を打ち込み、苦い経験とさせていることは明らかである。

もっとも、厚労省はレセプト、カルテの電子化を推進する立場には変わりない。専門調査会の検討結果も、健康食品のインターネット通信販売事業を行う会社社長一人が「A：専門調査会の場でヒアリングするもの」に分類したために、「B：各府省に書面で質問を行うもの（事務的にヒアリングを行うものを含む）」となった。利益誘導するような人物が政策決定を行う会議に入っているという、いびつな構造となっている。なお、専門調査会には医療関係者、医師会関係者は一人もいない。

我々は、引き続き動向を注視するとともに、保険医の立場として「診療報酬請求及びカルテの完全電子化」を専門調査会の検討項目から削除させなければならない。

「個」を守れない国の〝対策〟

最後に、医療情報のセキュリティの問題に言及したい。

アメリカにおけるメディケア・メディケイドでは、医療情報を、3つにランク付けして、各々提供について基準を定めている。このうち、個人を識別できる情報を含むIdentifiable Data Filesについて「利用者は、インターネット等の危険性のある通信により、特定個人のデータや特定個人をたどることができるデータを送信することは禁じられている」。

一方、日本では、**資料7**のような経過で医療情報の取扱いを定めてきた。重大な問題は、これらの議論の経過中一度も「医療情報」や「健康情報」等々についての定義が語られたことはなく、従ってアメリカの様に情報の中身、質（秘密度）とその個別のランク付・取り扱い方（例えば『これの項目は最重要秘密個人情報でありインターネット環境に絶対置かないこと』等々）の検討が全くなされていないことである。

08年2月に出された「医療サービスの質向上等のためのレセプト情報の活用に関する検討会」報告書では、①国によるNBD（National Data Base）の利用目的は医療費適正化計画に狭く限定せず、医療の質向上につながる目的にも活用できる仕組みが必要、②NBDの活用は国のみに限定せず、都道府県やその他の主体がデータを活用できる仕組みが必要、③保険者には特定健診・特定保健指導やレセプトデータは個人情報として収集されるが、NBDでは匿名化して収集する。ただし、ハッシュ関数の活用等で同一人物を時系列的に分析可能にするーとされた。また、同年3月の「電子私書箱による社会保障サービス等のIT化に関する検討会」報告書では、電子私書箱を経由して民間企業（銀行、民間保険、健康サービス、その他）ともつなげて活用する構想が打ち出されている。

これらの考え方が10年に発足した「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」に引き継がれている。結局、「匿名化」されたデータが容易に特定の個人と真正性を持って結びつく仕組みが巧妙に残されているのである。これでは「匿名化」の意味がないが、この肝腎な論点は用心深く議論が避けられ、うやむやの内に貫徹されている。

また、内閣官房の情報セキュリティ政策会議が09年2月に発表した「第2次情報セキュリティ基本計画」では、「漏洩などの事故が生じ得ることを前提とした形での対応能力を強めること、すなわち『事故前提社会』。事故の可能性を完全に排除する情報セキュリティ対策の実現は容易ではないと理解し、社会全体で増進する」とし、情報漏洩を前提としたセキュリティ対策を肯定した。さらに、「国民や社会全体が、一定のリスクを受容すべき。IT時代の力強い『個』と『社会』の確立が不可欠」として、自分の情報が漏洩しても気にしない強い人間になれと、無責任なことを言い出す始末である。

医療情報の電子化に保険医の声を

以上を踏まえて、以下3点について問題提起する。

1、どこでもｍｙ病院構想について

「個人の医療・健康情報を、一元的に収集・保存・活用するための情報サービスの創出」について、どのように考えるか。

2、レセプト情報等の活用による医療の効率化について

11年度早期にレセプト情報、特定健診情報、特定保健指導情報を外部に提供することについて、どのように考えるか。

3、電子レセプトの審査について

審査委員会のあり方を変える可能性のある、電子レセプト審査について、どのように考えるか。

会員の皆さまから積極的なご意見をいただければありがたい。

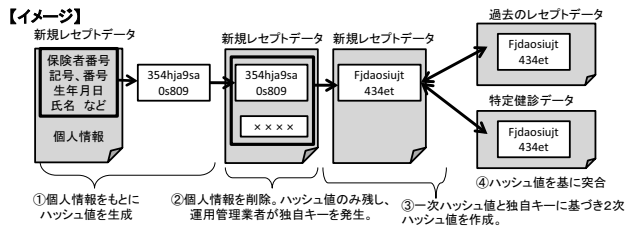
（10年12月14日、理事会特別討議での鈴木卓副理事長からの問題提起）

資料5　ハッシュ関数採用

以下の特徴を持つ「ハッシュ関数」を用いることで、個人の特定につながる情報を削除（「匿名化」）した上で、同一人物の情報であることを識別できるようにし、データベースへ保管している。

【ハッシュ関数の特徴】
①与えられたデータから固定長の疑似乱数（ハッシュ値）を生成する。
②異なるデータから同じハッシュ値を生成することは極めて困難。
③生成された値（ハッシュ値）からは、元データを再現することは出来ない。
※　個人情報（氏名、生年月日等）を基にしてハッシュ値を生成し、それをIDとして用いることで個人情報を削除したレセプト情報等について、同一人物の情報として特定することが可能。

【イメージ】



資料6　チェックシステムの主な取組み

- 傷病名と医薬品の適応等のチェック（2010年２月）
- 未コード化傷病名の傷病名コードへの変換（2010年２月）
- 診療行為及び傷病名等によりレセプトを診療科別に分類する機能（2010年５月）
- 原審査の履歴情報のレセプトへの付加（2010年７月）
- 審査委員会へ繰り返し上程できる機能（2010年７月）
- 傷病名と医薬品の禁忌等のチェック（2010年10月）
- 傷病名と診療行為（処置・手術・検査）の適応等のチェック（2010年10月）
- 重点審査を実施するレセプトを設定する機能の充実（2010年10月）
- 突合・縦覧審査機能の開発（2011年４月予定）
- 審査委員会相互の連携システム（他支部の審査委員への照会機能）（2011年４月予定）
- 傷病名と特定保険医療材料の適応等のチェック（2012年４月予定）

資料7　医療情報の取扱いの流れ

①1999年	診療録等の電子媒体による保存について
②2002年	診療録等の保存を行う場所について →2005年（一部改定）→2010年（一部改定）
③2002年	診療録等の外部保存に関するガイドライン
●2003年	個人情報の保護に関する法律　施行
④2004年	医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン→2006年（改定版）
⑤2004年	健康保険組合等における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン→2005年（国民健康保険組合）、（国民健康保険団体連合会等）
⑥2005年	医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第１版）→2010年（第4.1版）
●2005年	ｅ－文書法　施行
⑦2006年	レセプトオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン
⑧2007年	保存が義務付けされた診療録等の電子保存ガイドライン→2009年（第２版）
⑨2008年	医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン
●2007年	医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン
●2008年	医療サービスの質向上等のためのレセプト情報の活用に関する検討会報告書
●2008年	電子私書箱による社会保障サービス等のIT化に関する検討会報告書
●2010年	新たな情報通信技術戦略
●2010年	レセプト情報等の提供に関する有識者会議　発足

代議員㊻及び整形外科会員対象アンケート

医業類似行為について

調　査＝4月28日～5月21日（代議員）、8月13日～9月10日（整形外科会員）
対　象＝387人（代議員95人、整形外科会員287人）
回答数＝133（代議員43、整形外科会員90）
回答率＝34％（代議員45％、整形外科会員31％）

2009年11月に行われた行政刷新会議の事業仕分け第1弾で、「柔道整復師の療養費に対する国庫負担」が仕分けの対象となり、「柔道整復師の3部位請求に対する給付」は見直すとの結論が出された。今回仕分けの対象となった「柔道整復師の療養費」とは、整骨院や接骨院での施術に対して医療保険から給付される費用のことで、その額は07年度で3377億円と推計されている。またその伸び率も、柔道整復師の急増もあってか国民医療費の伸び率を上回っている。事業仕分けで交わされた議論では、不自然な保険請求が行われているとの指摘や、一方で審査機関の機能が十分でないとの指摘がなされている。そこで、医業類似行為への意識と現状を調査することで、課題を明らかにするために、今アンケートを実施した。同じ調査票を用いて、代議員95人と整形外科会員287人にご協力をいただいた。概要は以下の通り。

医療類似行為の保険給付はほぼ周知

回答のあった代議員の、医療機関形態は開業医比率が9割で、主たる診療科（専門化）は内科が63％、次いで整形外科、小児科が9％であった。

整形外科会員のうち、9割近くに他の標榜科があり、リハビリ科、外科、リウマチ科の順で多かった。

柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師が行う医業類似行為のうち、それぞれ一定の条件を満たせば医療保険からの給付を受けることができることを知っているか聞いたところ、ほとんどの人が知っており、整形外科会員で知らないとの回答はなかった（図1）。

続いて、資格別の保険給付の条件について知っているか聞いた。

まず、柔道整復師の業務で保険給付の対象となるのは、骨折・脱臼（応急時を除いて医師の同意が必要）、打撲・捻挫への施術に限られていることを知っているか聞いたところ、8割以上が知っており、整形外科会員では9割を超えた（図2）。

あん摩マッサージ指圧師の業務で保険給付の対象となるのは、筋麻痺・関節拘縮等へのマッサージで、医療上の必要があるとの医師の同意書があるものに限られていることを知っているか聞いたところ、約9割が知っていた（図3）。

はり師、きゅう師の業務で保険給付の対象となるのは、主として神経痛、リウマチ、およびこれら疾病と同一範疇と認められる類症疾患（頚腕症候群、五十肩、腰痛症、頚椎捻挫後遺症等の病名であって、慢性的な疼痛を主訴とする疾患をいう）で、ほかに適当な治療手段がないという医師の同意書がある場合に限られていることを知っているか聞いたところ、8割以上が知っていた（図4）。

柔整に限り受領委任払い

医業類似行為にかかる保険給付は療養費となり通常償還払いとなっているが、柔道整復師に限り、被保険者（患者）からは自己負担金相当額を受け取り、残りを保険者に請求する受領委任払（見かけ上、現物給付と同じ）制度がとられていることを知っているか聞いたところ、知っているのは代議員では半数に満たなかったが、整形外科会員では約8割が知っていた（図5）。

半数が同意書作成の経験

医業類似行為の現状について聞いた。

まず、医業類似行為への同意または同意書を書いたことがあるか聞いたところ、代議員では6割超が、整形外科会員では5割があると答えた（図6）。

同意または同意書を書いた頻度については、「年に数回」が代議員で約6割、整形外科会員で7割5分、「月1～4回」が代議員で3割、整形外科会員で1割強で整形外科会員の方が少なかった。代議員では「月5回以上」との回答も若干あった（図7）。

その時の具体的状況については、患者や家族からの強い希望があったり、それに対して断りきれないとの回答が多く、その割合は整形外科医で高かった。そのほかには拘縮防止や疼痛緩和のためという回答があり、そのうちのいくつかは施術の内容についても指示をした上で、指示通り実施されているか定期的に確認しているとのことであった。また、訪問リハビリだけでは対応が難しいためとの回答もあった。

同意疾患への診療制限、診断責任も

医業類似行為への同意または同意書を書いた場合、その疾患についての保険診療や投薬の一部または全部が制限されることを知っているか聞いたところ、知っているのは代議員で6割強、整形外科会員約7割5分であった（図8）。

さらに、医業類似行為への同意または同意書を書いた場合、患者に施術にかかわる事故が発生した際には、同意を与えた医師には診断責任が残存しており、施術同意責任が問われることも否定できないと言われている（昭57・3・30長野地裁判決）ことを知っているか聞いたところ、知っているのは代議員では6割に届かなかった（図9）。

症状が悪化した患者の診療経験も

医業類似行為を受けて症状が悪化した患者が受診した経験の有無について聞いたところ、「ある」と答えたのは代議員では2割強にとどまったが、整形外科会員では7割近くに達した（図10）。悪化した経験の頻度については、「年に数回」が7割であった（図11）。

その時の具体的な状況については、「多発性骨髄腫の治療が遅れ死亡」「頚部のハリ・マッサージ等後四肢麻痺」「骨折や神経麻痺を見逃し重度の後遺障害」「腰椎カリエス患者に2年間施術」「脊椎圧迫骨折（高齢者）」「肋骨骨折」「腰部マッサージで骨粗鬆症悪化」「肝硬変患者にマッサージで全身に皮下出血」「骨折の見逃し」「上腕骨頚部骨折を見逃し偽関節発症」「左上肢悪性腫瘍を五十肩と判断」「人工関節にマイクロ波を照射して変形治癒」等、重大な健康被害が起こっている実態が報告されている。

医業類似行為の課題

最後に、医業類似行為に関して感じていることや課題を聞いた。

まず多かったのは、受領委任払い制度を撤廃すべきという意見であった。医師の同意については、同意をするべきではないという意見、患者ではなく施術者自らが請求すべきという意見、また初回のみではなく継続して同意を得る必要のある仕組みにすべきとの意見などが寄せられた。そして、昨年会計検査院の調査で柔道整復師の施術について、請求内容と患者の申告した症状が6割以上食い違っていたとの報道があったように、3カ所以上の多部位請求が多い点など、不自然な保険請求例を問題視し、審査機関の強化を求める意見も多かった。そのほか、誇大広告が目に余ることを指摘するもの、柔道整復師の養成校が多すぎることも指摘された。このように、保険医療機関と医師養成に関わる規制や保険請求にかかる審査と比べて、柔道整復師等の養成のあり方や審査の仕組みには改善すべき点が多いことが明らかとなっている。

代議員への調査では、訪問リハビリなどの保険診療が十分対応しきれないところに医業類似行為が対応している部分（在宅寝たきり患者の拘縮防止など）があるとの意見もあった。この意見への感想を整形外科医に聞いたところ、同意する意見もある一方で、効果を疑問視する意見や、OTやPTが在宅でもっと活躍できるよう仕組みをあらためることが先との意見もあった。

◇　◇

さて、事業仕分けの結果を受けて10年度診療報酬改定では、柔道整復療養費の算定基準が一定見直された。先の会計検査院は厚生労働省に対して審査の厳格化や、請求基準を明確にするよう求めており、今後それらが的確に実施されることに期待するとともに、整形外科に限らず各科の医師がしっかり関心を持ってこの問題を考え、市民やマスコミにきちんと情報提供を行っていくことが重要であろう。

なお、アンケート結果の詳細はメディペーパー京都1月号で報道する予定。

図1　医業類似行為が保険給付されることを知っていますか

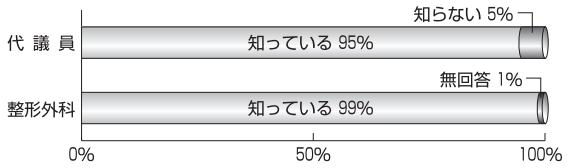


図2　柔道整復師の保険給付の範囲を知っていますか

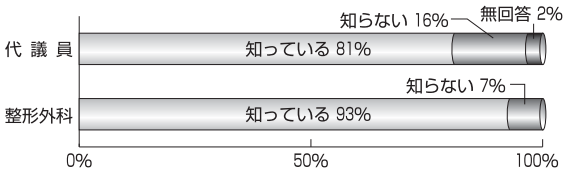


図3　あん摩マッサージ指圧師の保険給付の範囲を知っていますか

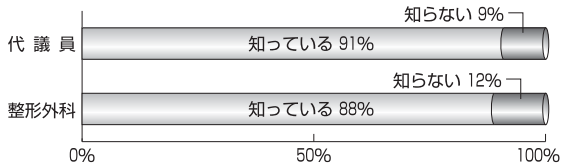


図4　はり師、きゅう師の保険給付の範囲を知っていますか

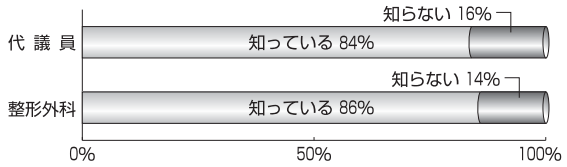


図5　柔道整復師に受領委任払いが認められていることを知っていますか

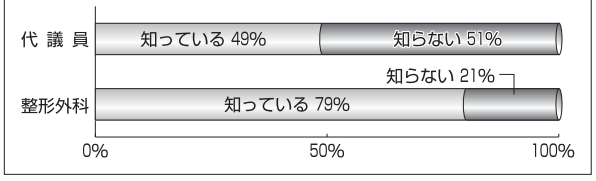


図6　同意書を書いたことがありますか

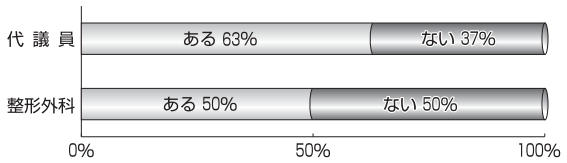


図7　同意書を書いたことがある場合の頻度

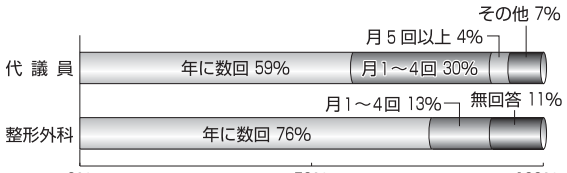


図8　診療の制限について知っていますか

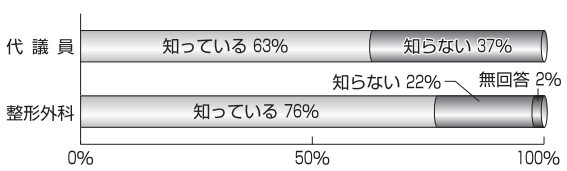


図9　施術同意責任を問われる可能性があることを知っていますか

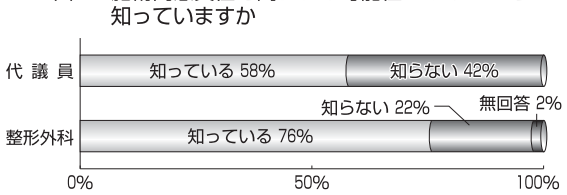


図10　症状が悪化した患者の診療経験

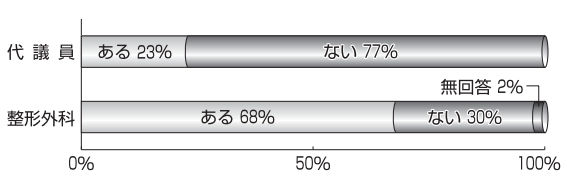
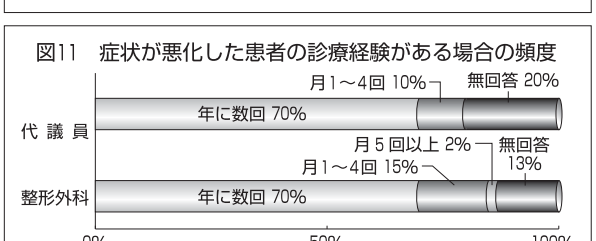


図11　症状が悪化した患者の診療経験がある場合の頻度



保団連 山口県・上関原発建設予定地を視察
参加者で建設中止求めアピール

11月6～7日の日程で保団連公害視察会が開催され、原子力発電所の建設のための海上埋立工事が始まろうとしている山口県上関町を視察。全国から医師・歯科医師ら36人、京都協会からは、飯田哲夫理事と事務局が参加した。

1日目には「上関における生物多様性の保護の必要性」と題して、安渓遊地氏（山口県立大学教授）、安渓貴子氏（山口県立大学講師）が記念講演。原子力発電所建設を進めることを前提として作った環境影響評価書（講演ではアセスメントならぬアワセメントだと紹介）が大変ずさんな内容であったことを受けて、手弁当で現地調査を続けてきたことや、その結果を受けて日本生態学会・日本ベントス（底生生物）学会・日本鳥学会が公式に原子力発電所計画に異議申し立てを行ってきたことを紹介。調査の結果、明らかとなった瀬戸内海最高の生物多様性ホットスポットである周防灘の保全を訴えた。

続いて、長島の自然を守る会代表の高島美登里氏が「上関原発計画に反対する住民運動と長島の自然を守る会」と題して特別報告を行い、独自にスナメリ、カンムリウミスズメ、カラスバト、ナメクジウオ、オオミズナギドリ、スギモク、カサシャミセン、ヤシマイシン近似種などの生息を確認。長島・上関周辺の生物多様性の全容が解明され、絶滅に瀕した生き物が棲む瀬戸内最後の楽園が、この原発建設予定地の田ノ浦とその周辺海域であることを紹介した。

最後に「上関原子力発電所の建設中止を求める」アピールを参加者一同で採択した。

2日目は、現在約500人の島民の内約9割が計画に反対していて、原発建設予定地の田ノ浦の正面3・5㎞に位置する祝島に渡り、現地の方から話を聞いた。お話を伺ったのは、「上関原発を建てさせない祝島島民の会」事務局長の清水敏保氏と事務局次長の山戸孝氏のお二人。清水氏、山戸氏は、28年にも及ぶ今日までの反対運動の経過について説明、毎週月曜日の夜に行っている島内デモは1079回に達していることを紹介した。また、それと並行して、漁業補償金の受け取りを拒否しながら、いかにして原発に頼らずに経済的に自立して生活を成り立たせるか、また高齢化率75％という高齢過疎の島で、いかにみなで支え合っていくか、全員で協力しながら歩んでいる島の生活を紹介した。

視察会後の11月20日に、祝島島民の生活と原発反対運動を描いたドキュメンタリー映画『祝の島』上映会が花園大学で行われ、飯田理事が視察会の報告を行うとともに、原発の問題点について訴えた。

説明を受ける参加者

地区医師会との懇談会
ご参加下さい

当面の予定

■右京医師会
1月28日㈮ 午後2時～
右京医師会館

■下京西部医師会
2月3日㈭ 午後2時30分～
下京西部医師会事務所

■綾部・福知山医師会
2月5日㈯ 懇談：午後4時～
懇親：午後6時～
福知山市中央保健福祉センター

■西京医師会
2月15日㈫ 午後2時30分～
京都エミナース（銀閣の間）

■山科医師会
2月17日㈭ 午後2時～
山科医師会診療センター

■相楽医師会
2月19日㈯ 懇談：午後4時～
懇親：午後6時～
ホテルフジタ奈良

保険医協会 行事のお知らせ
お申し込みは京都府保険医協会事務局（☎075-212-8877）まで

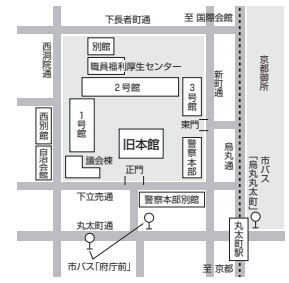
第638回 社会保険研究会「他科のための精神科疾患」

高木神経科医院院長　**浜垣 誠司** 氏
日　時　**2月10日（木）午後2時30分～4時30分**
場　所　**京都府保険医協会　会議室**（地図下掲）
共　催　京都府保険医協会　有限会社アミス
※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。

＜講師のコメント＞
最近、年を追うごとに精神疾患が増加しつつあることは、種々の統計に表れています。一時より精神科受診への抵抗感は薄れたとは言え、まだ敷居が高いと感じて、まずは一般の内科、婦人科などを受診される方も、たくさんおられます。患者さんにとっては、かかりつけの先生に相談したり治療を受けられることのメリットも大きいと思われますので、精神科と他科との適切な分業が望ましいのでしょう。
当日は、基本的な精神疾患の診断や治療の留意点、精神科に紹介すべき判断のポイントなどについてお話をし、望ましい分業のあり方についてもご一緒に考えられればと思っています。

京響メンバーによるサロンコンサート
―バロック音楽　ヨーロッパの旅―

日　時　**2月27日（日）午後2時30分～4時**（開場：午後2時）
場　所　**「京都府庁 旧本館 正庁」**（京都市上京区下立売新町西入 京都府庁内）
※新町通り側　東門よりご入場下さい。



演　奏　バイオリン：田村安祐美、前　智子
ビ　オ　ラ：金本 洋子
チ　ェ　ロ：日野 俊介
曲　目　パッヘルベル「カノン」
ビバルディ「四季」より
ヘンデル「ラルゴ」他
参加費　無料（定員：先着30人・要申込）
※演奏終了後に、演奏者とのトークがあります。
※会場は古い建物で暖房があまり効きませんので、暖かい服装でご参加ください。
※ご家族・従業員の方の参加も歓迎いたします。お誘い合わせの上どうぞ。
主　催　京都府保険医協会　　協　賛　有限会社アミス

白色確定申告書作成会

日　時　**2月14日（月）午後2時～**　※20分ごとの予約制
場　所　**京都府保険医協会　会議室**
担当税理士　外村会計事務所　**外村 弘樹** 公認会計士・税理士
対象者　白色申告者（現在税理士が関与していない医療機関）
費　用　措置法26条による申告書作成：4万円
※新規開業等の実額計算による申告者作成は、事務量を勘案して決定する。
持参物　税務署より送付された確定申告用紙、収支内訳書、収支内訳書付表、認印、社保・国保振込通知書、前年の確定申告書 等
※実額計算の場合、上記の他に収支がわかる資料が必要

白色確定申告説明会

日　時　**2月17日（木）午後2時～4時**
場　所　**京都府保険医協会　会議室**
講　師　**鴨居 勝也** 税理士
内　容　①平成22年度分の確定申告の留意点、②新規開業の留意点
参加費　無料　　協　賛　有限会社アミス

医療安全シンポジウム「医事紛争と医師賠償責任保険」

日　時　**3月12日（土）**①シンポジウム：午後4時～6時30分
②懇親・懇談会：午後6時30分～8時
場　所　**新・都ホテル「陽明殿」の間**（ＪＲ京都駅八条口前 ☎075-661-7111）
パネリスト　①京都府保険医協会　副理事長　貫戸 幸彦
②京都府保険医協会　理　　事　林　一資
③損保ジャパン大阪サービスセンター　第一業務部医師賠償サービスセンター課担当課長・新関 秀教 氏
④京都中央法律事務所　弁護士・江頭 節子 氏
参加費　1人2,000円（懇親会費含む）　※当日徴収
申込み　3月4日(金) までにお申し込み下さい。
※このシンポジウムは、医療法上年2回義務付けられている医療安全管理のための職員の研修となります。参加者には参加証を交付します。また、日医生涯教育講座の受講証を出席会員にお渡ししますので、奮ってご参加下さい。
共　催　京都府保険医協会　有限会社アミス

講演会「医学・医療に関わる倫理について考える」

日　時　**2月20日（日）午後2時～**
場　所　**ハートピア京都　3Ｆ大会議室**（竹屋町通烏丸東入る）
報　告　京都の取り組みについて「人体の不思議展」を考える京都ネットワークより
小笠原 伸児 氏（弁護士・京都法律事務所）
講　演　「人体の商品化と人間の尊厳―『人体の不思議展』反対運動をきっかけに考える」**末永 恵子** 氏（福島県立医科大学講師）
参加費　無料（定員：120人・要申込）
フロア発言・意見交換　医療の現場、患者さん・家族、市民、マスコミなど
共　催　京都府保険医協会　京都府歯科保険医協会　京都民主医療機関連合会
後　援　「人体の不思議展」を考える京都ネットワーク

第9回文化講座「哲学シリーズ 第2弾」

日　時　**3月13日（日）午後2時～4時**
場　所　**京都府保険医協会・会議室**
演　題　**初歩から学ぶギリシア哲学―ソクラテスとプラトンを中心に**
講　師　神戸松蔭女子学院大学文学部総合文芸学科教授　**山田 道夫** 氏

＜講師のコメント＞
たんにドグマ（教説）を知るのではなく、その思考の現場に立ち会うことが哲学を学ぶ楽しさだとすると、ギリシア哲学のうちでもプラトンの対話篇がいちばん面白いし、大切です。古代に執筆公刊された著作のうち、そのすべてが現存しているのはプラトンの対話篇だけだといっても過言ではありません。そこにはソクラテスが登場してさまざまな論題について対話による探究や論争論駁を繰り広げる様子が見られます。そしてそこからソクラテスの哲学とプラトンの哲学はそれぞれどのようなものであったかを学び取ることができます。ギリシア哲学、さらには哲学そのものへのアプローチとしてプラトンの対話篇を読み解いていきたいと思います。

参加費　無料（定員：40人・要申込）

税理士と最近の動向について懇談

確定申告　予防接種による課税売上が増加
税務調査　交通費・交際費等での指摘増

京都府保険医協会は協会事業に協力していただいている5人の税理士と11月20日に懇談し、①09年分確定申告の状況、②10年度税務調査の動向を中心に意見交換した。当日報告された概要は以下の通り。

09年分確定申告の状況から見た顧問先の経営状況は、例年通りで特徴ないところや、収入金額が減少しているところがある。特に内科・小児科は新型インフルエンザの影響で夏に患者が減少した。一方で、小児科はインフルエンザ、肺炎球菌ワクチンの予防接種で結果的に増収となった。また、10年夏の猛暑の影響で整形外科の患者が減少した。しかし、ヒブ、日本脳炎、子宮頸がん、肺炎球菌ワクチンの予防接種で消費税の対象となる課税売上が増加し、消費税の納税義務者となったところがある。所得税は措置法適用なのに消費税は納税義務者となることに理解が得にくい。

これまで電子申告を拒否していた人が、受け入れるようになってきている。新規開業した眼科で設備投資の回収に時間がかかるところもある、などの状況の報告を受けた。

10年度の税務調査の動向については、調査件数は、夏ごろは少なかったが、秋から増加している。内容的には通勤手当、特に自転車通勤者への交通費の指摘が多くあった。車両関係についてはきびしく、ETCの記録で事業用の運行か否かを判断される。交際費は事実関係を追及され、実態と異なると修正につながる。患者の紹介等で病院・診療所間で商品券を贈り、それを換金した場合の税務処理にも注意が必要。薬や材料の棚卸しの単価が古いことなども指摘事項になったところがあるので注意したい。大阪堺署で医療機関に対する認識を深めるために勉強会を実施している。その勉強会に参加しているメンバーが右京署に2人いる。労基署の調査の後に、税務調査が入るケースがあったので、残業代等の遡及支払が生じた場合の税務処理については注意が必要との情報提供があった。

協会からは、保団連近畿ブロックで、調査は帳簿類を持ち帰らず、臨場調査を原則とすることを大阪国税局に要望していることを報告し協力を求めた。

本紙「読者のひっちゃ俳句」（先月終了）の選者、**三嶋隆英氏**が1月4日ご逝去（享年82）。謹んで哀悼の意を表します。

2月のレセプト受取・締切

	9日（水）	10日（木）	労災	14日（月）
基金 国保	○	◎		◎

※○は受付日、◎は締切日。
午前９時～午後５時。

保険診療Q&A

カルテやレントゲンフィルム等の保存期間は？

Q、医療機関を改築することになり、過去の患者さんのカルテやレントゲンフィルムを整理したいと考えています。これらの保存期間はどのように定められているのでしょうか。

A、カルテは、医療機関の管理者において、その他の診療に関するものは、診療した医師において、5年間保存しなければなりません（医師法第24条）。カルテ以外の診療に関する諸記録（検査記録、レントゲンフィルム等）については、保険診療に関する諸記録は3年間（療養担当規則第9条）、保険診療以外の諸記録は2年間保存する必要があります。

カルテや診療に関する諸記録の保存期間は、患者の診療が完結した日から起算するとされています。例えば、継続して10年通院している患者のカルテ等は、すべて保存しなければなりません。

医療安全対策の心得『公費負担医療等の手引』（京都府保険医協会発行）をご参照下さい。

改定版 医療安全対策の常識と工夫 30

受付での対応の心がけ

電話や文書等を除けば、患者さんがクレームを付けに来るときは、医療担当者に直接の場合と、窓口等で事務職員に対しての場合とに大きく分けられるでしょう。

窓口には医師が居ませんので、当然ながら事務職員等が対応することになります。医療行為とその結果についてはもちろんのこと、従事者の態度や言葉遣い、薬剤、医療費、設備、給食等々、数えれば切りがありません。窓口の方にしてみれば、対応しかねる苦情も多分に経験されていると思います。それでも、決して「そんなことを私に言われても…」といった発言や態度は慎むように心がけて下さい。意外と思われるかも知れませんが、患者さんの中には窓口も免許を持った資格者で、専門家が対応しているものと思い込んでいる方もいます。曖昧な対応は患者さんの怒りを増長させるだけとなりかねません。

患者さんの苦情は一般的に言って、冗長で要領を得ないものです。その場合は前回に述べた通り場所を変えます。そこで苦情を聞きながら、医療・医学の問題なのか、それ以外の問題なのか、自分の頭の中で整理します。前者ならば、場合に応じて医師を呼ぶことが必要です。決して医師以外の者が独りで判断して発言しないことが賢明です。医療・医学以外の場合ならば、事務職員等で対応できることか無理なことか判断します。無理ならば、何故、無理なのか患者さんに伝える必要もあるので、その理由付けは明確にさせた方がよいでしょう。以上のことは簡単なことではないのですが、少なくとも思考・行動パターンを確立しておけば、平常心を保ちやすいと思われます。具体的に何が起こるかは次の問題として、起こったときの心構えと対応策が必要なのです。

次回は医師にありがちな患者対応の失敗例をご紹介します。

ＤＶＤ『医療安全を身につけるために』

１セット（３枚組全305分）
定価10,000円
京都協会会員価格　5,000円
他府県協会会員価格　7,000円
（税込・送料別）

せんのでご留意下さい。

※詳しくは『事例で見る医療安全対策の心得』『公費負担医療等の手引』（京都府保険医協会発行）をご参照下さい。

憲法を考えるために 34

「再・集団的自衛権④」―中国―

再・集団的自衛権①では、集団的自衛権行使は憲法上許されないこと、③ではそれを認めることが、現実にはどのようなことを意味するか、そして②では、防衛大綱決定の基礎となる報告書が、今まで堅持してきた諸原則を放棄してしまっていて、解釈改憲ではないかと述べました。

今回決定した防衛大綱でも、今まで堅持され合憲性を担保するものと捉えられ、専守防衛を意味した「基盤的防衛力」が、「動的防衛力」に転換されましたが、これは実質的には専守防衛の放棄に繋がっていくのではないかと危惧を感じます。そして大綱は「地域や国際社会の懸念事項」として中国を強く意識したものに思えます。これに関連した意見を新聞、雑誌などで少し読んでみました。集団的自衛権を見据えた改憲論、そして核武装論まで見られますが、ここでは共存を展望した議論を参考にしたいと思います。

現在GDPは日本と中国がほぼ並んで米国の3分の1程度ですが、中国の一人あたりGDPが米国の4分の1程度に達するのは充分可能であり（中国は米国の約4倍の人口なので全体としては同じになる）、軍事力も米国に近づき、軍事費は日本の10倍に達するであろうとの予測を前提にすると、日本の取り得る軍事的選択は相対的に大きいとはいえないでしょう。

また現在すでに米国の識者の意識調査では、アジアにおける米国のパートナーは中国とするものが60％近くを占め、日本は40％以下になっているといいます（外務省調査）。日本と米国の（長期的な）利益は違うことや、「日米安保の適応」と実際の軍事行動を起こすことには違いがあると考えるべきではないでしょうか。

しかし一方、（米国、日本、アジアの現実を見れば）、中国大国化＝軍事大国化から、中国が日本に軍事行動を起こす＝日本を占領すると考えるのも短絡的でしょう。（尖閣諸島の問題を詳しく述べる知識はありませんが、中国は台湾を視野に入れていること、海上保安庁を中心に実効支配し、その強化の方向で対処しうるとの議論に耳を傾けるべきように思えます）。

双方の経済的な「相互」関係の強化は、それが失われたとき双方に大きなリスクになるゆえに、関係強化に繋がることになるでしょう。中国を冷徹な目でよく知ること（日本との軍事的な衝突で中国が失うものとその影響など）、日本以上に中国の大国化に敏感なアジアの国々との関係強化、国連などの多国間の関係の強化・活用を通じて、（米国一辺倒を見直し）中国に対処する努力が大切ではないでしょうか。

そしてそれには集団的自衛権を含む憲法改正などが必要ないことはいうまでもありません。「地域や国際社会の懸念事項」に、現憲法の理念で対処すべきです。

（政策部会理事・飯田 哲夫）

圧倒的な業績誇る協会の医療安全対策

ぜひ加入・継続を！
京都府保険医協会の
医師賠償責任保険

こんなにある協会医賠責の特徴

その1　全国で「最長」！　歴史ある医療安全対策
半世紀にも遡る1959年度（昭和34年度）から医事紛争に対応。この歴史は我国でも最長の一つに数えられます。

その2　京都府内で「最多」！　数多くの紛争に対応
既に2,000件超の医事紛争に対応、ほとんどが解決に至っています。

その3　京都府内で「最短」！　解決までの時間
協会以外の紛争対応よりも、平均して短期間で解決に至っています。

その4　京都府内で「最小限」！　止める紛争拡大
協会が対応すれば、患者側・医療機関側とも弁護士が介入する率も低く、最小限の労力と費用で患者と話し合えます。

＜その他のオリジナルな医療安全対策＞
①専門部署「医療安全対策部会」の設置②「医療事故案件調査委員会」の常設③より高次な医療事故に対し、大病院の院長や大学准教授クラスの各科専門医（医療事故調査委員）への事故調査委託④「医師賠償責任保険処理室会」の常設⑤40年分のデータベースによる紛争分析や関連書籍発行⑥会員向け「医療安全研修会」の随時開催⑦「医療安全シンポジウム」の定例開催⑧医療裁判に造詣の深い弁護士の対応⑨専任理事（医師）による医療機関・患者側との懇談開催⑩紛争対応10年以上の専任理事と事務局員の適切な助言

以上の実績と体制により、協会は会員と患者の良好な関係を保つお手伝いをしています。何かありましたら、迷わず協会・医療安全対策部会にご連絡を！他保険からの加入も歓迎します。　TEL 075-212-8877

シリーズ 環境問題を考える —105—

窒素汚染…生物多様性の消失の一因

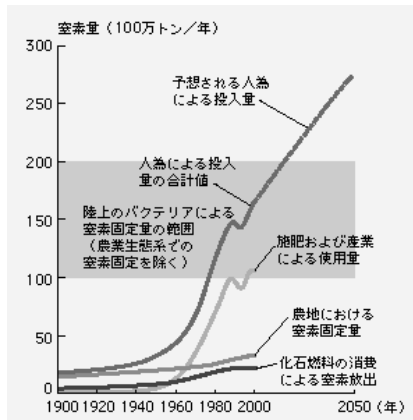
昨年のノーベル化学賞に、お二人の日本人化学者が輝きました。門外漢には理解困難ですが、その業績は医薬品関係・家電関係など一般市民の日常生活にも広範に応用・利用されているそうです。

では、歴史上最も地球上の生物や環境に影響を与えた、有機化学上の事柄は何でしょうか？　諸説はありますが、私は下記の理由より、空気中の窒素固定法の発見だと思うのです。窒素は地球大気の8割近くを占める最もありふれた元素であり、地球上の生物にとって欠くことのできない物質です。しかし、大気中の窒素は、自然界においては単一生物では、利用可能な形での体内への取り込みは不可能であり、植物と共生するある種の微生物（根粒菌など）によってのみ、利用可能な窒素化合物になるのです。植物は微生物に助けられ、土壌より窒素を吸収しては枯れて大地へ戻る。そして、草食動物はこれらの植物を食することにより、肉食動物は草食動物を捕食することにより窒素を利用しています。こうして窒素は生物種の間を無理なく緩やかに循環していたのです。

しかし、近代化学工業の発展は、20世紀初頭に大気中の窒素を固定することに成功してしまいました（1908年 F・ハーバー 鉄を触媒として窒素と水素よりアンモニアを合成＝1918ノーベル化学賞受賞）。これにより農業用化学肥料の大量生産ができるようになり、その結果、大量の食糧生産が可能となりました。でも、これは火薬の生産にも応用され、第一次世界大戦において多数の人的犠牲の原因にもなりました（ハーバーは熱烈な愛国者であり、ドイツ軍による化学戦（毒ガス生産）の中心人物であり、同じ化学者であった妻が抗議自殺したことでも知られています。でも後年にはナチスのユダヤ人追放にあってスイスで客死しています。きっとヒューマニズムに基づかない独善的な愛国心は報われないものなのでしょう…）。

その後の世界人口の増加は、この発見（窒素固定＝農業革命）なしには決して有り得ませんでした。この発見なくば食料をめぐっての戦争が、必要悪として既に勃発していたことでしょう。一人の化学者の発見は数十万以上の命を奪うも、数十億人の命の糧になったのです。

表　人為活動による反応性窒素の生産量



出典：ミレニアム生態系評価報告書

さて、増産第一目的の化学肥料大量使用や、化石燃料の消費などの人間活動が続いたことにより、現在では大量の固定窒素（窒素化合物）や燐などが環境中に蓄積されてしまいました。これらは河川・湖沼・海などに流出し、富栄養化を来たし、プランクトンの大発生を促し（赤潮・青潮など）、さらに底層の貧酸素化の原因となります。それは、健全な生態系を攪乱し、結果プランクトンと微生物しか住めないような、生物多様性の極めて低い領域（異様な生態系）を造ってしまいます。おそらくこの異様な生態系を示す領域は、今後ますます拡大していくことでしょう。生物多様性の消失は生物種を絶滅に導くのです！

また、農地に残留する窒素化合物は土壌の酸性化を促すとともに、土壌中の細菌により亜酸化窒素を大気中に放出します。亜酸化窒素は近年、温室効果ガスとして注目され、活性酸素と反応することよりオゾン層の破壊や、酸性雨被害にも一役買っているようです。

施肥による窒素化合物の環境中への放出は、化石燃料の消費のそれの数倍にも及ぶそうです。現在人類が摂取するタンパク質中の窒素の3分の1は合成肥料に由来するとまで言われています。近年の世界総人口の急増は、当然食糧増産を必要とします。そのための化学肥料の大量使用により、更に窒素を環境中にばら撒く悪循環となっているのです（別表）。

今のところ窒素汚染は、二酸化炭素による温暖化やエネルギー問題程には、マスコミがはやし立てる話題にはなっていませんが、今後は大問題になるに違いありません。

ひょっとすると大気中よりの窒素固定は、パンドラの箱だったのかも知れません。箱の底より希望の虫が這い出てくれることを望むばかりです。（環境対策委員会委員長・武田 信英）

豊国神社で文化講座

協会は11月7日、第8回文化講座「豊臣秀吉が愛した女性たち～北政所と淀殿～」を豊国神社で開催、29人が参加した。講座に先立って、参加者は拝殿での参拝を行い、神職より豊国神社の由緒を聞いた後、宝物館を見学した。

豊国神社は、京都の人々からは、「ほうこくさん」の名で親しまれているが、正式には「とよくにじんじゃ」であり、ご祭神は言わずと知れた、太閤さん、豊臣秀吉である。正面の大きな石鳥居をくぐり、参道を進むと、豪華な大唐門が見えてきた。正月三が日しかくぐれない大唐門を通って、拝殿にて参拝させていただいたのは、貴重な経験であった。

参拝後、神職より由緒を伺い、宝物館の見学をした。印象に残ったのは、狩野内膳作「豊国祭礼図屏風」である。5チーム500人が、輪になっておねの前で踊っている様は、何とも明るく、にぎやかであった。

参加記　秀吉とおねの時代に思い巡らす

竹の子の被りものをして、今で言うコスプレ姿でうろついている男もいたりして、太閤さん時代のおおらかさが偲ばれた。宝物館には、秀吉のものと伝えられる歯も残っており、鑑定の結果、秀吉の血液型はO型であったとのこと。

その後、場所を変え、田端泰子先生（京都橘大教授）から、「秀吉が愛した女性たち」のお話を伺った。

おねは、母の反対で、浅野家の養女となって、貧しい秀吉と結婚した。しかし、秀吉は、持ち前の才気によって、日本史上最も大出世した。天下人関白になってからは、おねの役割は拡大し、朝廷との付き合い、養子女の教育、大名家からの人質との付き合いなど、難しい仕事を上手に勤めていく。おねは、田舎出で、高貴な家の出身でもないが、何事も一から勉強し、公家や天皇家ともお付き合いして、一生懸命がんばったのだろう。当時、おねが公家や寺社にあてて書いた手紙も宝物館に残っている。秀吉は、正室のおねこそ、家の重鎮であると、おねを上手にたてている。淀殿が子どもを産んだ時も、「両人の御かかさま」体制を作った。ドラマで言われるように、2人はライバルというよりは、特に秀吉死後は、おねと淀殿が2人で、後家役割を分担したことで、豊臣家は大坂冬・夏の陣まで持ちこたえたのではないかと、田端先生はおっしゃった。

先生のお話が大変上手で、あっという間に2時間が過ぎていた。私は、京都女子大に勤めており、毎日、俗称女坂を登って通勤している。女坂を登りきった太閤坦から更に565段の石段を登りつめた、阿弥陀ヶ峯の山頂に、豊国廟（秀吉の墓所）がある。自分で勝手に、太閤さんとのご縁を感じており、いっそう楽しく、お話を伺うことができた。（東山・水野 恵）

豊国神社唐門を見学（上）、文化講座をうける（下）

続々 漂萍（ひょうへい）の記　老いて後

谷口　謙（北丹）—＜40＞

35回「出石」を書き、出石小学校の小さな校庭を見たくて行った、と記した。旧友富貴高司から同人誌「多島海」を貰った。集中、同人田村文生「遠景」を読み、詩人木山捷平の記事につき当たって驚いた。ぼくは木山の小説を読み、出石小学校校庭の狭いのを知って、直接見たいとの気持ちがあったのである。もちろん、医学部の同級生の住居も訪ねたかったこともあったが。木山は大正14年（ぼくの生年にあたる）から2年間、姫路師範卒業後、代用教員として出石小学校に勤めていた。彼はその時代から詩を書いていた。ぼくは書棚から「日本現代詩大系　第八巻　昭和期　一」を探し出し、木山捷平の詩集2冊と作品6扉を発見し

再録　出石

て嬉しかった。「野」と言う詩集　昭和4年5月15日発行　抒情詩社。

電信工夫
凍るやうな寒風の吹く夕暮
れであるのに
見てごらん！
電信柱のてっぺんに上って
電信工夫が仕事をしてゐる
手がかじかんで
まっさかさまに落ちはしな
いだろうか、
電信柱のてっぺんにだけ
照ってゐる
水のやうな夕日の淡さ—。

次の詩集は詩集名からして差別用語として叱られそうだから割愛する。集中の一作が詩集名となっている。長さ14行、掲載詩の中で最も長い。内容は但馬の地名が出るからおそらく出石かその周辺だろう。足の悪い28歳の女性が目の悪い男に嫁ぐ詩である。出石—但東—加悦谷—宮津へと岩屋峠を通って嫁入りをする。第二詩集は昭和6年6月10日発行、天平書院。短い詩を一編写しておこう。

大根
友達が土産にくれた大根を
すぐ食ふのもをしいので
何もない部屋にかざった。
おれの部屋には
それが又とてもよく似合った。
別な友人がやって来て
「いいな」「いいな」と言って帰った。

木山は大正14年にくだんの詩を書き東京に出て東洋大学に入る。彼の詩はすべて生活詩である。「日本現代詩体系　第八巻」の解説は中野重治が書いている。だが木山の詩はどこまでも生活の歌だと思う。庶民の安らぎであっていい。余分のことだが昭和6年4月にぼくは口大野村尋常高等小学校に入学する。

掲示板

京都実地医家の会 第96回例会

日　時　2月5日（土）午後3時30分～

場　所　ホテル日航プリンセス京都　3F「ヴィオラ」（烏丸高辻東入ル）

講演Ⅰ「地域医療における総合内科の実態～実地医家が知りたい情報を数字で示す」川島篤志氏（市立福知山市民病院　総合内科 内科医長）、座長：鈴木幸園氏（鈴木医院院長）

講演Ⅱ「2型糖尿病の治療：病態治療と初期治療の重要性—DPP-Ⅳ阻害薬はどう使うべきか—」中埜幸治氏（公立山城病院院長）、座長：梶山静夫氏（梶山内科クリニック院長）

共　催　京都実地医家の会（連絡先：☎075・581・0024片岡医院）、武田薬品工業株式会社

※会員以外の先生方のご参加をお待ちしております。当日会費1000円、情報交換会費2000円（入会金1000円、年会費不要）。

訃報

山田伸彦氏（享年72、西陣）12月25日ご逝去。

吉川検氏（享年75、福知山）12月29日ご逝去。

謹んで哀悼の意を表します。