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 久保 佐世

主な内容

原発問題で学習会・視察会（2面）
初・再診料アンケート結果（3・4面）
府の福祉医療見直し議論2（6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

TPP参加表明に抗議談話

野田佳彦首相は11月11日、TPP（環太平洋連携協定）について、参加国との交渉プロセスに参加する方針を表明。これに対し、協会は15日、垣田さち子副理事長（政策担当）の抗議談話を発表した。

談話 政府のTPP交渉参加表明に医療者の立場から強く抗議します

東日本大震災から7カ月を経た2011年11月11日、政府はTPP（環太平洋連携協定）交渉への参加を表明しました。農業団体、医療関係者などが広く危険性を指摘し、反対世論が広がる中での参加表明でした。

私たち京都府保険医協会は、今回の交渉参加表明に抗議します。その理由は、以下の通りです。

TPPは加盟国間における例外なき関税の撤廃を進める協定と言われます。しかし、TPPは「関税」だけでなく、あらゆる「貿易障壁」（医療で言えば、公益性や安全性確認のための輸入・参入規制や管理ルール等）の撤廃をも求める協定です。例えば、2011年米国通商代表（USTR）外国貿易障壁報告書（2011年10月25日外務省）では、「厳格な規制によって、外国事業者を含む営利企業が包括的サービスを行う営利病院を提供する可能性など、医療サービス市場への外国アクセスが制限されている」と問題視する指摘をしています。TPPとは、このような日本の国内法による規制の撤廃を進める協定なのです。

わが国には公的医療保険制度があり、営利企業参入が制限され、なおかつ、保険医療機関に支払われる報酬は、どこの誰に対して行われた医療に対しても、みな同じ公定価格で支払われています。この制度を貫くのは「誰も排除しない医療の保障」です。私たち医療者は、患者さんの経済力の有無に関わりなく全力で医療を提供します。わが国の公的医療保険制度は、その医療者の思いを体現した制度なのです。

しかし、TPP加盟各国に、わが国と同様の公的医療保険制度を持つ国はありません。殊にイニシアチブを取るアメリカは、医療をほぼ完全に市場原理に委ねています。そこでは、医療を受けるために多額の費用が必要であり、お金のあるなしが生命に直結しています。TPP加盟の危険性の第一は、この命と医療の平等という皆保険体制の理念が崩壊するかもしれないという点にあります。

また、政府は、TPPに参加しても公的医療保険制度は守れると言います。しかし、政府は自ら「新成長戦略」において医療の産業化を志向し、富裕層向けの医療ツーリズムや病院システムの輸出などを推奨しています。

日本の公的医療保険制度には、すでに保険外併用療養費という混合診療の仕組みが組み込まれていますが、TPP参加後は、この仕組みを使って薬剤や医療材料、治療技術について、海外で承認済みのものについては、国内での安全確認を簡略化して使えるようにせよという要求を受け入れざるをえなくなる危険性があります。保険外併用療養費は、公的医療保険制度の枠内でさまざまな市場化策を具体化するうえで、使える仕組みなのです。それが今、押しとどめられているのは、医療の公益性と安全確保を重視する医療者と国民の意識に配慮せざるをえない厚労省などによる輸入・参入規制がかけられているからです。この規制が完全撤廃されたら、日本の医療の公益性と安全性は確保できません。

私たちは、医療者として、引き続き公的医療保険制度を守りぬくため全力をあげるとともに、私たちの不安を無視してTPP参加交渉を進めようとしている政府の動きに対し、強く抗議し、交渉からの撤退を求めます。

2011年11月15日
京都府保険医協会
副理事長 垣田 さち子

初・再診料で要望書

コスト別算定とし大幅引き上げを

京都府保険医協会は11月8日、初・再診料に関する要望書を野田首相、小宮山厚労相、中医協会長などに送付した。

要望項目は以下の2点で、これは会員に行ったアンケート結果に基づいたもの。**（アンケート結果及び要望の詳細は3・4面に掲載）**

1、現在の診療所の再診料は、「基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト」を補填するにも不足しており、医師の「基本的な診察や処置等」の費用は評価されていません。「基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト」は別途点数化した上で、初・再診料は大幅に引き上げるべきです。

2、財政調整のために診療所の再診料に改定財源を求めるようなことは絶対に止めて下さい。

主張

国民皆保険を如何に守っていくか

1961年に国民皆保険が成立してから、50年のときが経過した。

世の中の強者であれ弱者であれ、だれでも、いつでも、どこでも同じ水準の医療を受けることができるという、世界に類を見ない素晴らしい保険体制である。この国民皆保険が人々の健康を守り、世界でもトップを争う長寿国を作り上げたといえる。

皆保険は成立当初から完成していたわけではなく、世の中の流れに左右されながらも、医療保障に対する国の取り組み、充実、発展により、70年代に老人医療無料というピークともいえる時代を迎えた。医療から排除されがちな弱者に含まれる老人たちに、多くの公費を投入して実現した医療保障であった。しかし世界の事情、日本の事情も少しずつ変化しつつある。83年にこの老人医療無料の制度が廃止された。成立時からずっと、国民の医療は国が持つという方向で歩んできたものが、公費の投入を抑制する方向に進み始めた。生活保障、医療保障を自助、共助、公助に分け、そのうち自助・共助を中心にウエイトを置き、対応できないものだけ公助もありうるという方向に進み始めた。特に医療保障は、その本来の姿は国の予算に合わせて決めるものではなく、まず保障ありき、であると考えている。

今の公助の領域として、前期・後期高齢者、身体障害者、乳幼児、母子家庭、生活保護、精神疾患、特定疾患、結核治療、公害など多くの分野に広がっている。また生活の面も含め子育て支援、ひとり親家庭、重度心身障害児（者）・老人の健康管理などさまざまである。

昨年、京都府民を対象として行われた福祉医療制度に関するアンケート結果から見ても、公助に多くの期待をかけていることがわかる。

今年は、予想もしていなかった大震災による大津波とそれに続く福島第一原発事故など、国にとって今後どれほどの復興費用が必要になるか想像もつかない状況にある。

国の方向転換、TPP問題など国民皆保険体制が揺らぎつつある現在、先人達が確立してきた優れたこの制度をいかに守っていくか、我々の知恵と行動力が試されている。

地域包括ケアシンポジウム

住民の暮らしを包括的に支えるケア体制をめざして

日時 12月17日（土）午後2時～5時

場所 京都アスニー 第8研修室（京都市中京区丸太町通七本松西入ル）

要申し込み・参加費無料

第1部 介護保険改正と国の考える「地域包括ケアシステム」
・ケアを必要とする高齢認知症患者をめぐって
・高齢者の「住まい」と施設ケアについて
・国の考えている「地域包括ケア」と地方自治体の医療・福祉行政

第2部 地域で包括的なケアを必要とする人々とは
・子ども、患者さん、障害のある人たちの今

第3部 講演
一人ひとりの住民の暮らしを支える包括的ケアのあり方とは（仮題）
岡﨑 祐司 氏（佛教大学教授）

医界寸評

世界が不穏な雲行きである。先週は、ギリシャの国民投票をめぐって世界中がその成り行きに注目した。今週はイタリア。何かと物議を醸してきたベルルスコーニ首相が辞任に追い込まれた。驚きの女性スキャンダルや問題発言の数々が伝えられても、9年という長きにわたって君臨できるなんてさすがイタリアと感心していたがついに退場▼イタリアが財政破綻したらその影響はギリシャの比ではない。フランスに波及し、イギリスに及ぶ。ユーロ圏で、唯一助け船を期待されるドイツが応じられるのか。ドイツの税金は50%に及ぶ州もあり、ギリシャ救済の際にも「楽して暮らす他国民のために、勤勉に働く我々が貢がされるのか」という声は高かった▼アメリカも酷い。失業率9%が常態化し、フードスタンプ（食料費補助制度）受給者が15%、アメリカ国民の15人に1人がこの制度に頼る貧困層に。さらに年間所得5570ドル以下の超貧困層が6・7%に上るという▼日本だって負けていない。生保受給者が205万人に達し、戦後混乱期のワースト記録を超えた。働き盛り世代の失業の末の生保頼みが急増しているという▼世界の貧困拡大は深刻だが、日本は敗戦後のどん底生活の中から国民運動を繰り広げ様々な規制を設けて社会制度を築いてきた。医療における国民皆保険制度はその最たるものだろう。TPP参加を受け入れて、大事な成果を壊してはならない。（さ）

原発を知る・被曝を知る

飯田理事が市民対象に学習会

協会は11月12日に登録会館ホールにおいて、当会の飯田哲夫理事を講師に、環境対策学習会「原発を知る・被曝を知る」を開催。参加者は27人であった。

学習会では、今回の福島第一原発における冷却材喪失事故について、津波ではなく地震が原因で起こった疑いに言及。そもそも原子力委員会は原子炉立地審査指針において、立地条件を「大きな事故の誘因となるような事象が、過去に起こっていなかったことはもちろんであるが、将来においてもあるとは考えられないこと」としていることなどに触れ、にも関わらず、今回の事故を受け、津波対策の強化を行うということは、この立地審査指針に明らかに反していることなど、事故の実態について解説を行った。

また、放射線の分子を切断する作用が、人体へ障害を引き起こすという被曝の仕組みを丁寧に説明。被曝量に応じて確実に障害が起こるという確定的被曝と、被曝量がゼロでない限り障害の起こる可能性が払拭できない確率的被曝や、食品被曝への考え方などを述べた。

原発問題で講演する飯田理事

飯田理事は、放射線の半減期を短くする方法や、DNAの切断を防ぐ方法、切断された細胞を修復する方法を人類は持っていないということを理解し、できるだけ遠くに長く逃げて、被曝しないようにするしか避ける方法はない。原発は平常運転時でも、放射線管理区域において人の手を使い、メンテナンスなどを行う。労働者の被曝は避けて通れず、そうした犠牲の上に成り立っている豊かな生活というものを、我々は見直していかなければならないと強調した。

講演の後、参加者から活発に質疑が出され、盛会裏に終了。「分かり易かった」「先生がご自分の言葉で話されたので、良かった」「原発をなくしていくことの大切さがわかった」などの声が寄せられた。

また、10月29日に開催された兵庫県保険医協会・明石支部の第28回支部総会においても、飯田哲夫理事を講師に、講演「原発を知る・被曝を知る」を開催。講演後は映画「祝の島」の上映会が行われた。参加者は106人。

保団連公害 飯舘村の現状を視察

菅野村長が避難の苦境を報告

保団連公害視察会が10月15、16日に行われ、京都から飯田理事と事務局が参加した。今年の視察は、東日本大震災による東京電力福島第一原発の事故発生によって放射能汚染が拡散し、多くの住民が避難している福島県、特に計画的避難区域に指定されている飯舘村の視察を行った。今回の視察には、「除染を優先的に行い、子どもを安心して産み育てられる福島にしていきたい。福島の現状を全国に発信していただきたい」と訴える福島市長の挨拶文が届けられた。

1日目は福島市で、原発問題住民運動全国連絡センター筆頭代表委員の伊東達也氏の記念講演と飯舘村の菅野典雄村長の特別報告が行われた。

伊東氏は、「国策による災難『原発震災』―謝れ、償え、なぐせ原発―現地福島からの報告」を講演。今回の福島原発震災は、被害の深刻さ、広がり、被害額の大きさ、今後の復旧・復興にかかる時間など、どの角度から見ても史上最大・最悪の災害である。我々は事故前に、東京電力に対しては地震の可能性を指摘し抜本的な対策を要請していたが、東電も政府も対策をとらず3月11日を迎えた。事故発生直後、政府と東電による放射能の情報隠しと県民に共通理解がなかったことがパニックに拍車をかけた。復興はおろか復旧でさえもままならない状況があるが、原発の廃炉運動を強めなければならない。福島を放射能と健康の研究、放射能汚染や除染の研究・普及、放射線防護学の人材育成などの教育拠点にすることも考えられる。原子力に頼らないエネルギー政策の転換、経済の仕組みが求められる、と訴えた。

2.59μSv/hを示す飯舘村役場の線量計

中断した「までいライフ」

菅野村長は、『お金の世界』から『いのちの世界』へ」と題して講演。日本は原発事故で、「世界一安全な国」から「世界一危ない国」になった。飯舘村では〝スローライフ〟を求め10年計画で「までいライフ」という取り組みを行ってきた。「までい」とは、親切で、優しく、丁寧に時間をかけて、心をもってということ。計画の7年目であった。原発事故で一転した。村民6千人の多くが福島市や他県に避難している。コミュニティは一旦崩れたが、できる限りコミュニティを守っていけるように取り組んでいる。村民の健康を第一に考えながら、家の周りや田畑などの除染を行うつもりだが、本来国が責任をもってやるべきだ。事故を通してますます暮らし方を考える必要があると思う。快適さではなく、引き算の中に生活を見出すことが大事。早期帰村が復興の原点である。権限と裁量権を各市町村に与え、国と共に復興を行っていきたい、と語られた。

コミュニティ維持に努力

2日目は、飯舘村を視察。菅野村長が、村役場、村営の本屋、特養など「美しい」「のどかな」飯舘村を案内した。しかし、放射能汚染により村民はほとんど避難。特養の入所者は、特養内の線量が低いので国と交渉しそのまま入所。スタッフは交替で勤務、線量計をつけて積算線量を管理している。さらに空き巣対策として、職を失った各地域の住民が交替で組をつくり、線量計をつけて防犯パトロールを実施するなど、地域のコミュニティを維持できるようにしている。

当日の飯舘村の放射線量は、村役場前の線量計が、2・59μSv/hを示していた。木の根元では5・50μSv/h、本屋の雨どいの下では8・8μSv/hであった。国が定める放射線量基準値（限度）は、通常時では1mSv/年で、1時間換算では約0・114μSv/h、事故時（復旧時）については20mSv/年で、1時間換算で約2・283μSv/hである。通常時基準値から考えると、大気中でも22倍を超える。また事故時であるとして緩和されている基準値との比較でも、大気中の線量は若干高く、さらに木の根元では2倍以上、雨どいなど水がたまる所では4倍近い放射線量であった。

放射能汚染で人が住めないのが嘘のような「自然に恵まれたのどかな村」であった。そのことが、無色・無臭の放射能の怖さ、原発事故の悲惨さ、原発の持つ非人間性を物語っていた。

特別寄稿

何故、原発訴訟は負け続けであったのか

弁護士　莇　立明

1973年以来、日本の原発訴訟は、ことごとく住民敗訴となっている。その数は1、2審、上告審を合計して33件。例外は、1985年「もんじゅ」2審判決、1999年志賀原発1審判決の二つだけ。いずれも上級審で逆転敗訴した。

脱原発弁護団連絡会代表河合弘之弁護士は言う、「膨大な時間と労力をかけてきたが、やっても、やっても負ける。屈辱と徒労感ばかり。大変苦しい闘いである」（**10・19朝日新聞**）。

3月11日の福島第一原発事故以来、原発の安全性は、大きな危惧、疑問に晒されている。

それまでは、「原発は安全・安心」キャンペーンが国民に行きわたり、裁判官達もその宣伝に洗脳され、原発は安全との予断を持って裁判に臨んだようだ。原発は国策でもあり、大きな事故も起きていない。専門的、技術的知識が必要。しかるに原発の具体的危険性まで判断することは裁判の職務の範囲を越える。裁判官達の姿勢も消極的であった。このような雰囲気の中で住民側が、国や電力会社相手に、原発の設置無効や運転停止を求めて訴訟で対等に主張・立証を展開し、勝利の展望を持つことはそもそも至難の業であったろう。

◇　◇

しかし、弁護士は、習性として、負けを予測しつつも、どこかで裁判に勝訴する可能性に賭ける。国の行政処分、行政行為の違法を争う行政訴訟は初めから困難である。行政行為は適法なものだとの推定があり、余程の違法性がないと原告勝訴は難しい。民事訴訟でも、科学技術の粋を凝らして、専門家の知見を集めて造った原子炉を危険物と見做し、その欠陥、安全性に疑問を突きつけ、設置・運転の違法性を引き出すことは容易ではない。弁護団は弁護技術的に、どこを切り口として原子炉の欠陥、危険性を暴きだすのか。どこに勝訴の成算を立てて来たのか。多くの原発訴訟を手掛けた海渡雄一弁護士は次のように言う。

最高裁は、1992年10月29日伊方原発につき、住民の原子炉設置取消請求を棄却した。この判決は、原子炉施設の安全性審査の基準は、「放射能による深刻な災害が万一にも起こらないようにするため、施設の位置、構造及び設備の安全性について、科学的、専門技術的見地から十分な審査を行わせることにある。その違法性の判断は、現在の科学技術水準に照らし、調査・審議及び判断の過程に看過し難い過誤、欠落があり、被告行政庁の判断が、その誤りに依拠してされたと認められる場合には原子炉設置が違法であると判断すべきである」としている。この判断の枠組みは、原子力の専門家でない裁判官が適切な判断を行う上で有効に機能しうるものと理解する。何故なら、この判決は行政庁が、施設の位置、構造及び設備の安全性について「不合理でないことを相当の根拠、資料により主張・立証しない限り、行政庁の判断の不合理性が推認される」としているからである。これは、最高裁が、かなり高いレベルの安全性確保を原子力発電に要求したものと見るべきだ。したがって、この判決を積極評価し、国や電力会社の立証責任を徹底して尽くさせるよう弁護活動する（**雑誌「世界」2011年7月号**）。

かくして、各地の裁判所が、この最高裁判決の基準にしたがい、原発の具体的欠陥、危険性を究明し、被告側を指弾してくれる道筋ができたとして、裁判に期待をかけてきたのであった。しかし、結果的には、この期待は裏切られた。

◇　◇

一方、当時の下級審裁判官達はこの最高裁判決の読み方が異なっていた。「国の審査指針は専門家が集まって作ったのだ。司法としては見逃すことのできない誤りがない限り、行政庁の判断を尊重する」との趣旨だと理解する、これが今後の司法の流れを主導するとし、その趣旨に沿った判決を書く裁判官が続出したという（**前記朝日新聞記事―海保寛元裁判官の発言**）。その代表的判決が、2006年金沢地裁の志賀原発2号機の差し止めを命じた井戸謙一裁判長の判決（**本紙2796号に紹介**）を覆した2009年3月18日名古屋高裁金沢支部判決である。一審で負けた北陸電力は争点の地震動と原発の耐震性に関する「科学的証拠」文献を法廷に累々と積み上げ住民側を「圧倒」したのである。しかし、この「証拠」は、行政側の一方的な専門情報であり、住民側はチェックする術もなかった。裁判所はこれらの電力側の情報に圧倒され、それらには「合理性がある」として、それ以上に司法審査をする気迫はなかったと見える。

1992年伊方原発最高裁判決は、このようにして、その後の下級審裁判で、原発施設の位置、構造、設備の審査における「合理性」の有無が勝敗を分ける分岐点として機能した。故高木仁三郎氏（核化学者・反原発運動家）は言う。「裁判というのは、原発が合理的であるかどうかを議論しているが、原発が、良いか悪いかの問題とはなっていない」。結果を見るとき、国民から遊離したところでの議論となっていたかも知れない。住民側勝訴は期し難いことであった。

しかし、今や、福島第一原発事故で状況は変わった。新しい情勢の下で、住民・弁護団は訴訟戦術を練り直して臨もうとしている。（2011・10・25）

初・再診料に関するアンケートの結果について

京都府保険医協会は、2011年8月26日、任意抽出した診療所会員212人に対して、標記のアンケートを実施しました。締切は9月16日。回収数は44人分、回収率は20.6%でした。第一標榜科目の内訳は、内科系68.2%、外科系31.8%でした。

1．初・再診料に含まれているとされている費用について

10年9月29日の中医協において、厚生労働省保険局医療課が提出した資料「初・再診料について」（中医協総－5、22.9.29）によれば、

> 初・再診料、外来診療料は初・再診の際の基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもので、以下のような簡単な検査、処置等の費用が含まれるものと考えられる。
> (1) 診察にあたって、個別技術にて評価されないような基本的な診察や処置等
> a）視診、触診、問診等の基本的な診察方法
> b）血圧測定、血圧比重測定、簡易循環機能検査等の簡便な検査
> c）点眼、点耳、100㎠未満の皮膚科軟膏処置等の簡単な処置等
> (2) 診察にあたって、基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト
> d）上記に必要な従事者のための人件費
> e）カルテ、基本的な診察用具等の設備
> f）保険医療機関の維持に係る光熱費
> g）保険医療機関の施設整備費等
> 〔注：a）～g）の記号は当方で付与〕

とされています。

このうち、b）～g）の費用について、初・再診料はこれらを含んだ費用として評価されているという実感を、会員が持っているかどうか、質問しました。

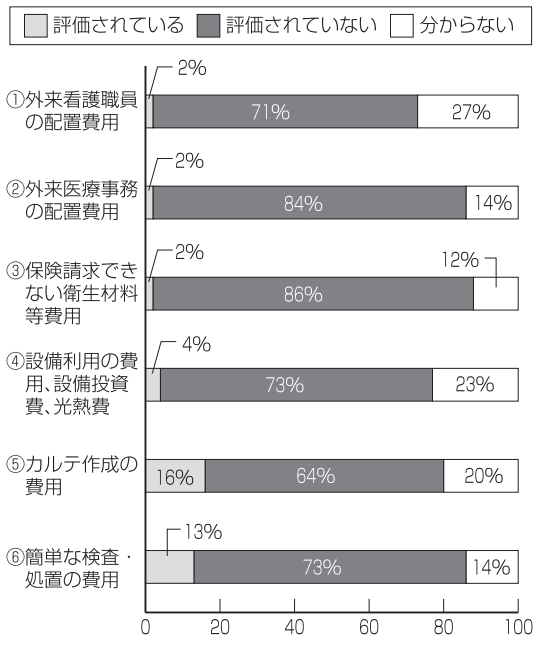
(1) 初診料

まず、初診料については、

①外来看護職員の配置費用は「評価されていない」との回答が71%
②外来医療事務の配置費用は「評価されていない」との回答が84%
③保険請求できない衛生材料等費用は「評価されていない」との回答が86%
④設備利用の費用、設備投資費、光熱費は「評価されていない」との回答が73%
⑤カルテ作成の費用は「評価されていない」との回答が64%
⑥簡単な検査・処置の費用は「評価されていない」との回答が73%

に達しており、回答者の6割強～9割弱が、初診料にはこれらの費用が評価されていないと感じていることが明らかになりました。

図1 初診料は以下の費用を含めて評価されているという実感があるか



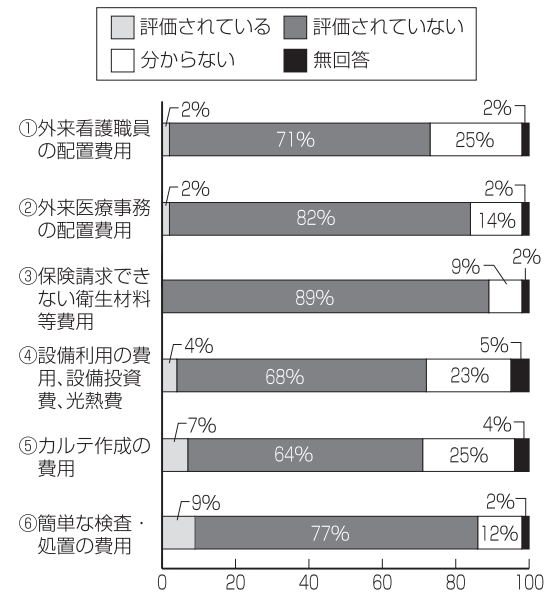
(2) 再診料

次に、再診料については、

①外来看護職員の配置費用は「評価されていない」との回答が71%
②外来医療事務の配置費用は「評価されていない」との回答が82%
③保険請求できない衛生材料等費用は「評価されていない」との回答が89%
④設備利用の費用、設備投資費、光熱費は「評価されていない」との回答が68%
⑤カルテ作成の費用は「評価されていない」との回答が64%
⑥簡単な検査・処置の費用は「評価されていない」との回答が77%

に達しており、回答者の6割強～9割弱が、再診料にはこれらの費用が評価されていないと感じていることが明らかになりました。

図2 再診料は以下の費用を含めて評価されているという実感があるか。



以下、①外来看護職員の配置費用、②外来医療事務の配置費用、③保険請求できない衛生材料等の費用、④設備利用の費用、設備投資費、光熱費、⑤カルテ作成の費用、簡単な検査・処置の費用を含んだ初診時、再診時の医師の基本技術料について、「おおよその感覚」か「該当の人件費等をレセコンで計算される総実日数で割る」等の方法で回答してもらいました。

2．外来看護の費用について

医療機関の外来における看護職員の費用については、第123回国会において「看護婦等の人材確保の促進に関する法律案」が審議された際に、当時の黒木武弘・保険局長が参院厚生委員会で、「外来については、看護婦が行っている在宅療養指導料で、看護婦の業務を単独に評価した点数も新設し、一定の評価を得ている。この方向で引き続き検討させて頂きたい」（92年4月16日）と述べているものの、その後、全く評価されていません。

京都府保険医協会が参加する全国保険医団体連合会（保団連）では、「外来看護料」の新設を長年にわたり要望していますが、全く検討されていません。

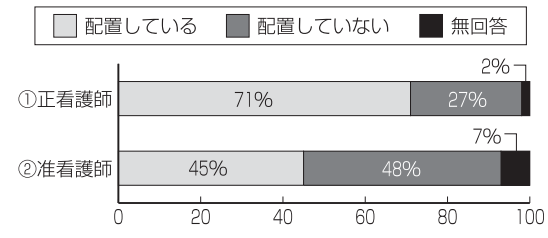
これについて、現在の配置状況や、外来看護料に相応しい点数について、質問しました。

(1) 70%が正看を外来で配置

まず、外来での看護職員の配置について質問しました。

①71%が正看護師を配置していると回答しました。
②45%が准看護師を配置していると回答しました。

図3 外来での看護職員の配置について

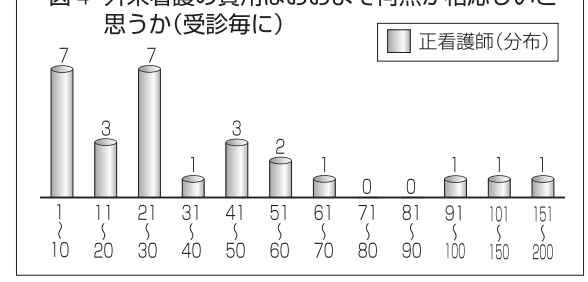


(2) 相応しい外来看護の費用

次に、上記2－(1)で、「①配置している」を選択した会員に対して、初・再診料から外来看護職員の配置費用を分離して点数化するなら、看護職員の賃金等から考えて、外来看護の費用はおおよそ何点が相応しいか、質問しました。

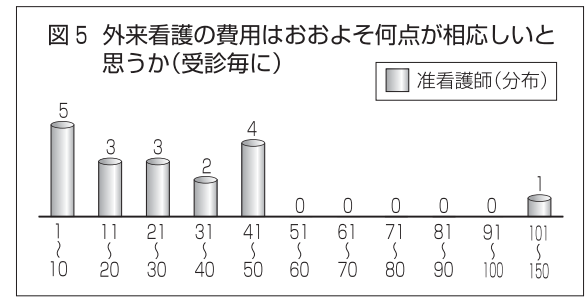
①正看護師については、受診毎に平均43.0点が相応しいとの回答でした。中央値は30.0点、最頻値は30.0点、最大値は200点、最小値は5点でした。

図4 外来看護の費用はおおよそ何点が相応しいと思うか（受診毎に）



②准看護師については、受診毎に平均34.2点が相応しいとの回答でした。中央値は30.0点、最頻値は50.0点、最大値は150点、最小値は3点でした。

図5 外来看護の費用はおおよそ何点が相応しいと思うか（受診毎に）



3．外来医療事務の費用について

入院における医療事務については、A207－2医療事務作業補助体制加算が設定される等、評価されていますが、外来の事務職員、事務経費については、全く評価されていません。

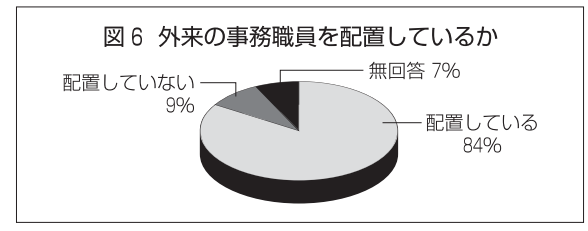
一方、06年4月より、患者の受診毎に個別の費用毎に区分して記載した領収証の無償発行が義務付けられ、10年4月からは電子請求を行う医療機関は、領収証発行の都度、明細書の無償発行が義務付けられる等、医療機関窓口での業務は増えるばかりです。再診料の明細書発行体制等加算も1点と、コンビニのコピー代程度の評価に止まります。

これら外来事務の費用について、現在の職員配置状況や、レセプト作成の人件費、機器の保守・購入費に相応しい点数について、質問しました。

(1) 84%が外来の事務職員を配置

まず、外来での事務職員の配置については、84%が配置していると回答しました。

図6 外来の事務職員を配置しているか

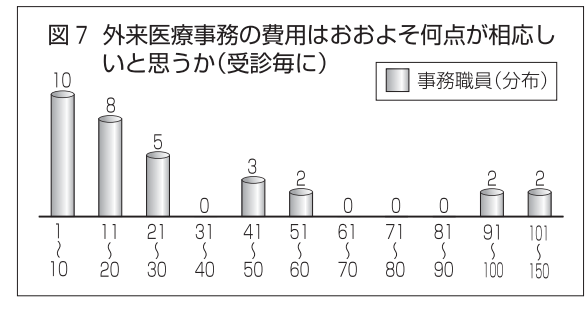


(2) 相応しい外来医療事務の費用

次に、上記3－(1)で、「①配置している」を選択した会員に対して、初・再診料から外来事務職員の配置費用、レセプト作成の人件費、機器の保守・購入費を分離して点数化するなら、外来医療事務の費用はおおよそ何点が相応しいか、質問しました。

①事務職員の配置費用については、受診毎に平均35.7点が相応しいとの回答でした。中央値は20.0点、最頻値は10.0点、最大値は150点、最小値は3点でした。

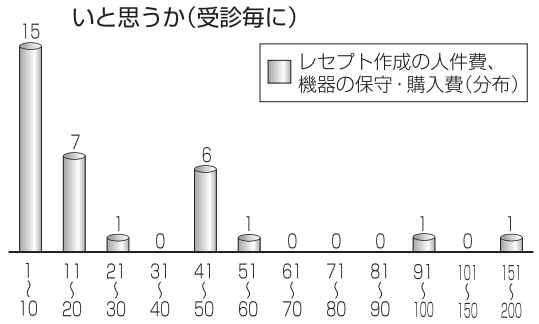
図7 外来医療事務の費用はおおよそ何点が相応しいと思うか（受診毎に）



（4面に続く）

②レセプト作成の人件費、機器の保守・購入費については、受診毎に平均29.1点が相応しいとの回答でした。中央値は20.0点、最頻値は10.0点、最大値は200点、最小値は３点でした。

図８　外来医療事務の費用はおおよそ何点が相応しいと思うか（受診毎に）

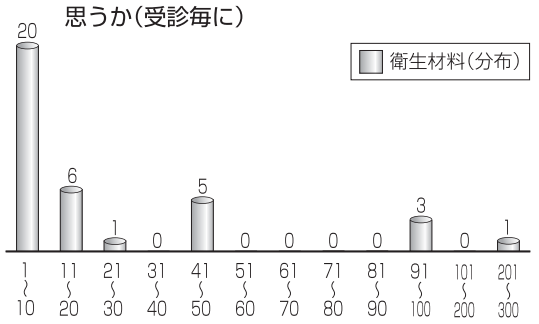


４．衛生材料、施設利用等の費用について

⑴ 衛生材料

保険請求できない衛生材料を初・再診料から分離して点数化するなら、おおよそ何点が相応しいか質問したところ、受診毎に平均31.2点が相応しいとの回答でした。中央値は10.0点、最頻値は10.0点、最大値は300点、最小値は１点でした。

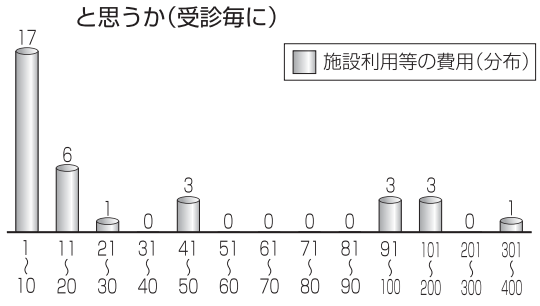
図９　衛生材料の費用はおおよそ何点が相応しいと思うか（受診毎に）



⑵ 設備利用の費用、設備投資費、光熱費

設備利用の費用、設備投資費、光熱費を初・再診料から分離して点数化するなら、おおよそ何点が相応しいか質問したところ、受診毎に平均45.7点が相応しいとの回答でした。中央値は12.5点、最頻値は10.0点、最大値は400点、最小値は２点でした。

図10　施設利用等の費用はおおよそ何点が相応しいと思うか（受診毎に）



５．初診時、再診時の医師の基本技術料について

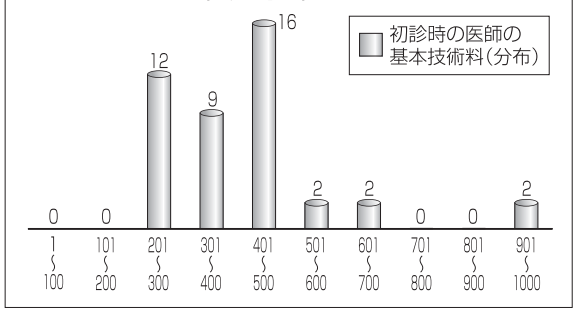
療養担当規則第12条は、「保険医の診療は、一般に医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない」と定めています。

この療養担当規則第12条を満たす初診、再診に、カルテ作成の費用や、簡単な検査・処置の費用を加えた基本技術料（外来看護の費用、外来医療事務の費用、衛生材料、施設利用等の費用を含まない）は、保険医として誇りを持って地域医療に貢献し、患者が安心できる診療を提供するために、おおよそ何点が相応しいか、質問しました。

⑴ 初診時の医師の基本技術料

平均445.6点が相応しいとの回答でした。中央値は450点、最頻値は500点、最大値は1000点、最小値は270点でした。

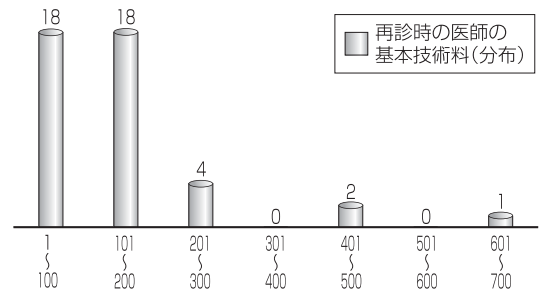
図11　初診料は、おおよそ何点が相応しいと思うか（受診毎に）



⑵ 再診時の医師の基本技術料

平均171.2点が相応しいとの回答でした。中央値は130点、最頻値は100点、最大値は690点、最小値は69点でした。

図12　再診料は、おおよそ何点が相応しいと思うか（受診毎に）



診療報酬改定に対する要望

このアンケートは、経営実態の詳細調査ではなく、「おおよその感覚」か「該当の人件費等をレセコンで計算される総実日数で割る」等の方法で回答を得たものです。

しかし、②外来医療事務の配置費用、③保険請求できない衛生材料等の費用、④設備利用の費用、設備投資費、光熱費一の平均値の合計が１受診当たり141.7点、中央値の合計が同62.5点となり、これに正看護師１人当たり・１受診当たりの平均値43点を加えれば184.7点、中央値30点を加えれば92.5点となるアンケート結果から、現在の診療所の再診料は、**３面**に掲載した厚生労働省が示す「診察にあたって、基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト」を補填するにも不足しており、医師の「診察にあたって、個別技術にて評価されないような基本的な診察や処置等」の費用は評価されていない、と言えるのではないでしょうか。

また、療養担当規則第12条が求める、「保険医の診療は、一般に医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない」を満たし、保険医として誇りを持って地域医療に貢献し、患者が安心できる診療を提供するために、「診察にあたって、基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト」を除いた、医師の初・再診時の診察等の技術料として、初・再診料は大幅に引き上げるべきであり、現行点数の２倍にしてもおかしくはないと思われます。10年改定で「外来管理加算の要件見直しに伴う費用増の予測困難性」を理由に診療所の再診料は２点引き下げられましたが、11年10月12日の中医協総会の資料によれば、診療所入院外医療費に占める初・再診料、外来管理加算の割合、算定回数は共に08年改定により大幅に引き下がったまま、10年度以降も推移しています。このことから、最低でも10年度改定以前に戻すべきです。

さらに、中医協において支払委員各位や厚生労働省幹部の方々は、コスト計算に基づく外来の基本診療料の設定を求めるならば包括化を視野に入れる必要がある、と主張されていると報じられています（**『MEDIFAX』紙、11年７月５日号等**）。しかし、なぜ、コストの洗い出しを行うなら点数を包括化する方向が打ち出されるのか、全く理解できません。10年９月29日、中医協の診療担当者側委員が「基本診療料及び技術料に係るコスト分析」を要求した結果、中医協・医療機関のコスト調査分科会は初・再診料はおろか入院基本料でさえ「調査実施は困難」と結論付けました。00年の改定で入院環境料、看護料、入院時医学管理料を統合して包括化した入院基本料でさえコスト分析が困難とされているにも関わらず、外来の基本診療料の一層の包括化を進める方向を示すのは、誤りです。

初・再診料から「外来看護の費用」「外来医療事務の費用」を分離して別途評価すること、保険請求が認められていない衛生材料等は特定保険医療材料料のように点数化すること、設備利用の費用、設備投資費、光熱費を分離して別途評価することが必要です。

以上、内閣総理大臣、厚生労働大臣、厚生労働省幹部各位、中医協会長、中医協委員各位におかれましては、診療所の初・再診料の評価を引き上げていただくことをお願いします。

なお、10年度改定で行われたような、改定論議の最終盤において、財政調整のために診療所の再診料に改定財源を求めるような「愚」は今後二度となされないことを強くお願いします。　**（要望書原文のまま掲載）**

知っておきたいシリーズ

「公費負担医療」・「保険基礎知識」説明会

京都府独自の福祉医療制度を中心に、公費負担医療の基礎的事項を分かりやすく解説します。説明会のテキストは、『公費負担医療等の手引(2011年11月版)』です。11月18日より順次発送（会員の先生方には１冊無料で送付）していますのでぜひご活用下さい。複数冊ご入り用の場合は、１冊3,000円で販売します。

参加、冊子の追加購入をご希望の方は、グリーンペーパー10月号Ｐ58の申込用紙をＦＡＸして下さい。参加費は無料です。

①福知山会場
日程：12月10日（土）午後２時～５時10分
会場：福知山中央保健福祉センター
福知山市字天田（北本町二区）35－１
☎0773－23－2788
共催：社団法人福知山医師会

②舞鶴会場
日程：12月11日（日）午前９時～12時10分
会場：舞鶴西総合会館　林業センター
舞鶴市字南田辺１番地
☎0773－75－2250
共催：社団法人舞鶴医師会

③京都市会場（「公費」のみ説明）
日程：12月14日（水）午後２時～４時
会場：京都府保険医協会　会議室

④京都市会場（「公費」のみ説明）
日程：12月15日（木）午後２時～４時
会場：京都府保険医協会　会議室

※①②は若干の駐車場がありますが、③④は駐車場がありません。できる限り公共交通機関をご利用ください。

第643回 社会保険研究会

「最近の画像診断の進歩」

講　師　地方独立行政法人京都市立病院機構　京都市立病院
放射線科部長　**早川　克己** 氏
日　時　**2012年１月28日（土）午後２時～４時**
場　所　**京都府保険医協会　会議室**
主　催　京都府保険医協会
※参加は無料。事前の申し込みは不要です。
日医生涯教育講座対象の研究会です。

地区医師会との懇談会　―――　当面の予定

■中京西部
日時　**11月28日（月）**
懇談：午後２時30分～３時30分
「指導」情報交換会：午後３時30分～４時
場所　**中京西部医師会事務所**

■伏　見
日時　**12月12日（月）**
懇談：午後２時～３時30分
「指導」情報交換会：午後３時30分～４時
場所　**伏見医師会館**

■乙　訓
日時　**12月19日（月）**
懇談：午後２時～３時30分
「指導」情報交換会：午後３時30分～４時
場所　**乙訓医師会会議室**

税務調査・確定申告の状況について税理士と懇談

協会は10月18日に協会事業に協力いただいている5人の税理士と懇談し、①11年3月（10年分）確定申告の状況、②11年度税務調査の動向、③最近の雇用問題にかかるトラブル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。

10年分確定申告の状況から見た顧問先の経営状況は、個人・法人含めて4％前後収入が減少している。国保収入が増加し、基金からの収入が減少したことで源泉徴収額が減少し、結果的に確定申告後の予定納税額や第三期納税額が増加しているところがある。

ヒブ・肺炎球菌・子宮頸がんワクチンの公費負担化により、自由診療収入による所得が増加している。そのため、小児科で消費税課税事業者となるところがある。産婦人科では健診の補助金によるものか所得は伸びている。

11年度の税務調査は全体として多くはないが、個人診療所で自費収入の多い小児科が対象になっている。

調査では現金管理や自費収入の流れを調べられ、自動販売機の収入の計上漏れも見ている。経費では、車両関連で家事使用との按分や、ゴルフでの飲食代がいかに事業と関係しているかが調査対象となった。

最近の雇用問題にかかるトラブルでは、解雇を巡るものが多くなっている。あっせんや労働審判にまで発展するケースもある。

労働基準監督署の調査は増加傾向にあり、医療機関は全事業所数から考えると多く調査に当たっているようである。残業手当の計算が間違っていたため、6カ月遡っての是正命令を受けたところもある。

有給休暇や育児休業はパート職員も取得できる事業所が増えている。法律上当然の権利であるため、少しずつ一般化してきている。

また、年金事務所から、適切に年金に加入しているかの確認も増加している。医師国保の準組合員の保険料が高くなり、給料を上げるかどうか検討し、スタッフ全員が協会けんぽに移管したところがあった。

その他、国税通則法の改正について意見交換するとともに、下半期での経営・税務関係のセミナー開催について協力を求めた。

保険診療Q&A

特定疾患処方管理加算について

Q、特定疾患処方管理加算について、外用薬の処方期間が28日以上の場合であっても、長期加算65点の対象となりますか。

A、当該外用薬が特定疾患に対する投薬であれば、長期加算の算定が可能です。

なお、外用薬の処方で、長期加算65点を算定する場合、外用薬は1調剤分を1単位としてレセプトに記載するため、28日以上分かどうか不明なケースがありますので、コメントをつけることをおすすめします。

新春特集号への会員の投稿募集

会員からの随筆など1000字程度での投稿を募集しています。締切は12月5日。

改定版 医療安全対策の常識と工夫 49

意外に要注意！ 医療安全対策の二つの要素

医療安全対策の内容を大別すれば、「紛争（事故）予防」と「紛争対応」の二つになるでしょう。あるいは、事前・事後対応に二分されると言い換えられると思います。当然ながら、この2項目には強い関連性・連続性があります。ところが、現場では、この二つが分断されている様子が散見されます。

その主な理由としては、医療機関内における体制の問題が挙げられるでしょう。具体的に言いますと、医療安全担当者の問題です。多くの医療機関では、医療安全担当者とは「紛争予防」専任者のことを示すようです。それ自体は何ら問題がないのですが、問題となってくるのは「紛争対応」が必要となった時です。

医事紛争が発生した場合、その医療安全担当者が直接、紛争対応も任される場合と、紛争対応に限っては他の部門の事務等が担当する場合があるようです。前者の医療安全担当者が紛争対応する場合ですが、医療安全担当者は、医療事故の分析や統計処理等の専門的教育は受けていても、医事紛争に遭遇した患者さんへの対応等は経験の浅い方が多いようです。しかし、自分は医療安全の専門家として頑張らなければならないと、無理をすることもあるようです。そうすると、医療機関内で当該医師や事務部門と不協和音が生じたり、スムーズにことが運ばなくなることもあるそうです。

一方で、紛争対応を事務部門が任される場合に、その事務が医療機関内における予防対策を熟知していない限り、やはり、紛争予防と対応が分断されてしまいます。せっかく蓄積された医療機関としての経験も十分に活かされない可能性も出てくるでしょう。

本来ならば、患者さんの対応にも熟練した医療安全担当者を教育していくことが理想ですが、一朝一夕に用意できるものでもなく、それほどの余裕がない医療機関がほとんどだと思います。その場合は、紛争予防部門と紛争対応部門の連携の強化が必要となってきます。まずは、医療安全対策には「紛争予防」と「紛争対応」の2大要素があることを自覚して、それぞれの医療機関で工夫をしていくことが肝要と思われます。もちろん、この点についても、京都府保険医協会ができることは、協力を惜しみませんので、是非ともご相談させていただきたいと思います。

次回は、若い女性患者の対応法の工夫についてお話しします。

憲法を考えるために 37

経済と憲法

今回は今までに取り上げたことのない「経済と憲法」について考えてみたいと思います。憲法とは国の基本となる構成原理で、国のありよう、国の政治的な秩序を決めるものですが、経済の基本的な秩序も、国のありようを大きく左右するのは疑いのない事実です（例えば改革開放前後の中国）。しかし日本国憲法（特に9条）が、平和にかかわる問題に形骸化したとの批判はあるにしても、なお強い規範力をもっているのと対照的に、「経済と憲法」は一般的には充分な議論がされてこなかったように（私には）思えます。

90年代以降、グローバリゼーションがまさにその言葉通りに世界を覆い尽くしていく中、市場原理主義がもたらす競争（そしてその結果としての格差）、規制緩和（例えば労働に関するそれらがもたらす非正規労働者の社会的問題）、「小さな政府」（そしてそれがもたらす、国が担うべき公共性の限りない矮小化）など、経済のありように起因する大きな転換が社会に起こっています。

ごく大まかに概観すれば、現代の憲法における経済と社会のありようは、よく知られているように「福祉国家」と呼ばれるものです。日本の憲法において具体的には、25条「生存権、国の社会的な使命」（健康で文化的な最低限度の生活の権利、社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上）と、28条「勤労者の団結権」（少し分かりにくいのですが、これは労働力の自由な売買に制限を加えることで生活の権利を守ろうとする労働基本権）の二つの条文といわれています。

そして一方、経済的活動（の自由）についての具体的言及は、22条「住居・移転、職業の自由」と、29条「財産権」（財産権はこれを侵してはならない）です。そしてこの経済的活動（の自由）に関わる2条にのみに「公共の福祉」によりその権利の制限ができるとの条文があります。（13条「個人の尊厳、幸福追求権、公共の福祉」にも「公共の福祉に反しない限り」の文言がありますが、これはここに述べられている個人の自由が、何でもありの自由ではなく、ここに述べられている理念を侵害するような自由（人間の尊厳を侵害するような自由）は認めないという意味に思えます）。

経済のありように起因する大きな転換は、国家からの（個人の）自由と、その国家（の力による）福祉との関係の問題、思想・言論などの自由と、経済活動の自由といういわば二つの自由の問題、「公共の福祉」と（その対立概念としての）「公共の利益」の問題、自己責任・自立と憲法25条「生存権」との関係の問題など、考えるべき多くの問題を私達に提起しているのではないでしょうか。（これらの問題については、できれば次回に考えてみたいと思っています）

（政策部会理事・飯田 哲夫）

私のすすめるBOOK

新たな福祉国家への標となる書

『新たな福祉国家を展望する』
福祉国家と基本法研究会、井上英夫、後藤道夫、渡辺治編著、旬報社、定価1,575円（2011年10月刊）

最近、幸せな生活、豊かな生活とはどんなものなのかをふと考えることがある。いつもは何気なく暮らしている生活だが、この生活がこれから先、永遠に保障されているのか心配になることがある。

日が暮れるのが早くなったこの頃、仕事が終わって帰ると明かりがともった家がある。ほっと安心することができる。

幸せな、豊かな生活とは、安心して暮らすことができる家があり、温かい家庭がある。贅沢とはいわなくても、日々の糧がある。また、子どもたちには、充分な教育を心配なく受けさせることができる。そして、そういった生活を過ごせるための仕事がある。また、いつでも安心して受けることができる医療がある。月並みな思いだが、こういったことが最低限保障されている社会が大前提だと思う。そしてそうあってほしいと願う。

でも、今の社会はどうだろう。「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とする憲法25条で本来保障されなければならない生活が充分に保障されているだろうか。とても疑問に感じる。

10月15日に「今なぜ社会保障基本法・憲章か」のシンポジウムが京都府保険医協会主催で開催された。社会保障基本法、社会保障憲章を提言し、憲法25条に命を吹き込み、さらに力をもたせることで、今の日本の社会を新しい福祉国家に変えて行こうという強い意志を感じることができた。

『新たな福祉国家を展望する』は、その社会保障基本法、憲章を私たちに示し、福祉国家への進むべき方向を伝えてくれる。ぜひ多くの方に読んでいただいて、これを大きな武器として福祉国家へと日本の社会を変えていきたい。みんなの思いが一つになれば、必ずそれは現実になる。

（西陣・渡邉 賢治）

「私のすすめる…」本・映画（DVD）・音楽（CD）等、新旧ジャンルを問わず、心に残った作品紹介をご投稿下さい。800字以内。掲載後、記念品を贈呈します。

訪問看護療養費と子育て支援医療に重点

府の福祉医療見直し議論

京都府は10月31日、第2回京都府福祉医療制度検討会を開催した。第1回検討会での、「複数ある福祉医療制度のうち、優先順位を付けて議論すべき」との意見を踏まえ、今回は①訪問看護療養費の助成対象追加②子育て支援医療助成制度の通院に係る助成対象年齢の拡大と自己負担額の上限―の2点について重点的に見直すこととした。

①については、訪問看護ステーションからの訪問看護（訪問看護療養費）に関して、「毎月の自己負担額が大きい」との声があるほか、43都道府県で訪問看護療養費が福祉医療の対象になっている実態などを受け、「京都府においても早急に対象とすべき」とされ、否定的な意見は出されなかった。

②については特に、小学生児童の保護者でニーズが増加している。京都子育てネットワーク代表の藤本明美氏は、子どもたちの保護者からのヒヤリングより「3歳以上でも風邪にかかる機会は非常に多い。医学的に好ましくないのはわかっているが、負担が苦しいため、3歳未満と3歳以上の2人の子どもがいる場合、前者で多くの薬剤をもらい、後者がいざというときにそれを服用させるケースもある」といった切実な実態を説明し、その上で「制度として見直されるべき問題」として対象年齢拡大の必要性を訴えた。

また、医科外来を受診した者の1カ月当たり自己負担額の平均は、3～9歳（小学3年生）と3～12歳（小学6年生）では、どちらも3000円台であることから（**左記資料**）「入院と外来の助成対象年齢を統一するため、自己負担の上限を現行（3000円）のままで、外来を小学校卒業まで拡充するのが妥当」との意見が多数派となった。

府資料より

京都府内の通院に係る1か月当たり自己負担額

○「3～9歳（小学3年生程度）」でも、「3～12 歳（小学6年生程度）」でも、医科外来を受診した者の1か月当たり自己負担額の平均については、3,000 円強である。

○ これは、子育て支援医療助成制度の通院に係る3～6歳までの自己負担額の上限（月額 3,000 円）と、ほぼ変わらない水準である。

府内の医科外来を受診した者の1か月当たり医療費（入院外＋調剤）

（単位：円）

	医療費	自己負担額
3～9歳平均	13,121	3,183
3～12歳平均	13,692	3,659

出典：平成 20 年度医療給付実態調査特別集計

一方で、次のような意見もあった。同志社大学経済学部教授の伊多波良雄教授（検討会副座長）は、事業効果を重視し、十分な効果がない場合、拡充は行うべきではないと主張。事業効果とは、「福祉医療助成を受けずに医療保険の自己負担を払うよりも福祉医療制度を利用する方が、結果として健康程度が上がった」などの分析数値を示すという。氏は加えて「子育て支援医療費助成は年齢による線引きであり、所得再分配機能はなく、導入する根拠に乏しい。所得再分配機能を持たせるためには、せめて一定の所得制限を導入すべき」として、制度そのものを見直すべきとの見解を示している。

協会が従前より要望している、訪問看護療養費を助成対象とすることや、子育て支援医療助成制度の対象年齢引き上げと負担軽減が重点検討項目に挙がり、さらに、訪問看護療養費や子育て支援医療助成制度の対象年齢に関しては要望項目の実現に光が射していることは評価できる。

しかし、協会は、小学校卒業までの窓口負担を無料とし、現物給付化とするべきだと考えている。子どもは親の経済状況に関係なく、等しく医療が受けられる機会が与えられるべきであるからだ。福祉医療とは、公費で子どものいのちを守る制度であり、藤本氏の「現場の生の声」からも、対象年齢の拡大の必要性と同時に、福祉制度に所得制限は入れるべきではないということがよくわかる。そして「健康程度を数値で示す」ということは検討が難しく、また実態になじまないだろう。

今回の議論を整理した上で、京都府から具体案が提示される。訪問看護療養費を福祉医療の対象にすると1・2億円の追加事業費が、子育て支援医療助成制度を通院の助成対象年齢を自己負担の上限を現制度のまま小学校卒業まで拡充すると8・6億円の追加事業費がかかると試算されており、その財源をどのように捻出するかがポイントとなる。その引き換えに子育て支援医療助成制度への所得制限が導入されぬよう注視しなくてはならない。

訂正　第1回の報告記事（第2800号）の中で、母子家庭医療助成制度について「所得制限を引き上げる可能性も示唆された」は「（略）引き下げる可能性も示唆された」の誤りです。お詫びして訂正します。

続々 漂萍（ひょうへい）の記　老いて後 補遺

谷口　謙（北丹）―＜3＞

蕪村

ぼくが蕪村に凝っていたのは、昭和40年から平成6年頃まで約二十年余りになる。初めて蕪村に会ったときは楽しかった。夢中になって、俳句、画作にうちこんだ。合計5冊蕪村関連の本を自費出版したが、最後は出版社が倒産してしまい、ほんの一部しか製本化されていない。そしてお金は一切前金払いだった。最初の『蕪村の丹後時代』はほぼ全国の店頭に置かれた。鹿児島の方からお手紙をいただいたことがあった。

だが研究を進めていくと、国文学の素養が全くない。基礎の勉強をしていないことが致命傷になった。

平成6年10月29日、土曜日。宮津市の郷土資料館で「与謝蕪村の文学とその周辺」と題して講演をした。その2週間前に京都大学文学部教授の佐々木丞平氏が「与謝蕪村の絵の世界」とのお話をされた後だった。当時の宮津の資料館の資料課技師だった伊藤太氏とは頻回に会って連絡を取った。氏にはいろいろと御指導をいただいた。ただこの蕪村展のとき、多くの蕪村学者に接触し、お話を聞いたりして痛切に感じたのは己の無学であった。まず第1に古文書が読めない。従って先輩各位の活字化された研究文書を読むだけの蕪村好きに過ぎなかったのである。研究イロハのイの字にも相当しない。ぼくは蕪村を断念した。そして平成22年2月、宮津市で蕪村祭が行われ、ぼくは久し振りに会場を訪れた。佐々木先生御夫妻、伊藤氏に再会を果たした。ただし、お話はできなかった。また宮津蕪村祭の主宰者、茶六旅館の徳田氏とも再会し、語り合うことができた。

蕪村を読んでいて、一つどうしても心残りのことがある。これを書いてしまおう。蕪村の江戸時代、元文3年9月12日。百韻付合。蕪村23歳の作、名前は宰町である。

引て見る茶臼も妾は力業

蕪村全集2巻　連歌　23ページの頭注。

○引て見る茶臼　遊女・芸者などが客がなく暇であることを、「茶を挽く」という。前句は〈家督に一家寄ば六哥仙〉で家督（家長）の妾の体。主人もしばらく姿を見せず。茶臼をひいて暇をつぶす。茶臼（類船集）。力業から、妾のヒステリー気味の状態がうかがえる。

以上はもっとも当たり障りのない、無難な教科書的な解説である。茶臼を広辞苑で引いてみる。「ちゃーうす（茶臼・茶碾）葉茶を碾いて抹茶とするのに用いる石臼。古来、京都府宇治朝日山の石を賞用」と、あり付図まで書いてある。続いて、茶臼芸、中途半端で一芸として通らないもの。また一芸だけにすぐれていること。ここまで書くとやや茶臼の芸がぼんやり浮かんでくる。つまり茶臼をひくとは隠語であり、猥せつな言葉なのである。蕪村若年の頃、笑いとばして付けたものだろう。蕪村にもこんな時代があった。蕪村とは難しい天才であった。これだけは確かであったと思う。

ハイキング　秋の美山の里を巡る

「文化ハイキング―秋の美山の里を巡る」を10月16日に、22人の参加者を得て開催。前日までの雨もあがり、好天に恵まれて爽やかな秋の一日を楽しんだ。

一行は、バスにて、まずは「かやぶき美術館・郷土資料館」に到着。同館は正面に水車小屋があり、かやぶき民家2棟をそのまま使っている。美術館では草木染の展示、郷土資料館では美山の暮らしをたどる民具などが展示され、かんじき等、冬は雪深くなるこの地ならでは特色を伺い知ることができた。

続いて、美山自然文化村「河鹿荘」にて昼食。かやぶき別館にて、美山の名物である鹿肉料理を賞味したあと、美山自然文化村の中にあるリンゴ園でリンゴ狩りを楽しんだ。最初にリンゴの取り方を教わり、枝にたわわに実る「陽光」リンゴを、低い所は素手で、高い所は器具を使ってもぎ、お土産にした。

さらに、かやぶきの集落「かやぶきの里」へ。地元の方の案内で、集落の中を散策した。道端のコスモスも色とりどりに咲き、美山の里を満喫することができた。

かやぶきの集落前にて

12月の相談室

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料。

◆医院・住宅新(改)築
12月14日(水)午後2時～
担当＝坂本建築士

◆ファイナンシャル
12月15日(木)午後1時～
担当＝三井生命のFC（ファイナンシャルプランナー）

◆法　律
12月15日(木)午後2時～
担当＝蒔弁護士

◆雇用管理
12月15日(木)午後2時～
担当＝本宮社労士

◆経　営
12月21日(水)午後2時～
担当＝牧野税理士

訃報

天津健氏（享年51、下京東部）11月15日ご逝去。謹んで哀悼の意を表します。

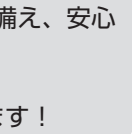
12月のレセプト受取・締切

基金国保	9日（金）	10日（土）	労災	12日（月）
	○	◎		◎

※○は受付日、◎は締切日。
午前9時～午後5時。

休業補償制度　個人型(会員)2012年1月バージョンアップ

①免責0日コースを新設
②加入年齢を拡大



▼融資のさいの信用補強に役立ちます！
▼ローン返済中の突然の病気・ケガに備え、安心して療養いただけます！
▼長期療養されても“安心”です！
▼月額最高450万円30口まで補償できます！

※なお、現在治療・投薬を受けておられる疾病によっては加入できない場合もあります。詳しくは10月発送のパンフレットをご覧になるか、協会事務局までお問合せ下さい。