発行所
石川県保険医協会
〒920-0902 金沢市尾張町1丁目9番11号
尾張町レジデンス2F
電話 (076) 222－5373番
FAX (076) 231－5156番
発行人 高松弘明
印刷所 ソノダ印刷株式会社
購読料 1年間5,000円（〒共）
（※本紙の購読料は会費に含まれます）

石川保険医新聞

主な記事

2面 個別指導選定理由が明らかに
4面 保険審査通信
5面 保険医年金ご加入の皆様へ
6面 7面 小泉医療改革の概要
8面 おサル先生の在宅医療入門㉗
9面 シリーズ車いす（第4回）

今月の会員数／945人（医科679人・歯科266人）

新規開業医懇談会

一般的な外来診療に留まらず 特徴あるクリニック経営で

理事 井沢 宏夫（金沢市・内科）

七月二十八日、金沢都ホテルで、新規開業医懇談会が開催された。週末土曜日夕方にもかかわらず開業準備中の二人の方を含め、開業二年未満の十人の先生方が出席した。遠く珠洲市から出席した方や、ご夫婦で出席の方も四組いた。

はじめに話題提供として、西田直己理事が「保険診療上の留意事項、審査指導の実際」のテーマで話し、一つの医療機関の開業から院長の老年期に到る盛衰の過程において、医療機関としての「若さ」を保つために、いかなる努力が必要かなど、西田理事自身のポリシーを交えて披露した。また、診療録の正確な記載や保険ルールへの精通の必要性など、実務的な問題についても細かく話した。受給資格の確認では、「資格証明書」などホットな話題にも触れていた。

二番目の話題として、「私の開業医体験」のテーマで、開業四年目の牛村繁理事が、両親から受け継いだ医院を、時代に適応させるために経営・労務など多角的な面から改善し立て直した経験を話し、実感がこもっていた。

中村栄希顧問税理士は、開業当初の初歩的な注意点について話した。医院会計と家計との完全分離、公私混同の厳禁、また患者数の増減を把握するための、季節変動を相殺する「移動平均法」などを解説した。

参加した十人の先生方の主として取り組もうとする科目は、胃腸科（肛門を含む）三人、神経内科・精神科（心療内科）三人、一般内科三人、整形外科一人だった。自分の医院・クリニックの特徴を尋ねると、それぞれ話された。電子カルテの導入を果たした所、アルコール依存症と取り組もうとする所、ガン末期の在宅管理やペインクリニックを試みる所など新しい試みが聞かれた。

今後の開業では、「一般的な疾患を診療する」に留まらず、ユニークな外来診療が必要となってきているようだ。「在宅診療を積極的に取り組む」というだけではなく、ある程度、専門性のある在宅医療（胃瘻・IVH・在宅酸素・CAPD）に取り組むことが期待されるようである。

今回お集まりの新規開業の先生方も、それぞれ特徴のある診療内容に取り組まれていると思われた。

遠くは珠洲市から、ご夫婦での参加が目立った

保団連第三十一回夏期学習会

保団連の提言を高く評価

政府の医療政策に歯止めを

副会長 安藤 良一（金沢市／内・児）

七月七日・八日、東京での夏季学習会に参加したので報告する。

全国からの参加者は三百三十人、石川協会からは私一人で、出席できたのは一日目全体会議の基調提案と記念講演、二日目特別討論二と第一分科会である。

基調提案「政府の医療改革に対する保団連の改革提言と運動」では、国民の関心は社会保障への税金・保険料の使われ方であり、国民医療費削減ではない。高齢者医療制度での独立案は財源面でも反対である。高薬価構造は改革すべきだ。混合診療は医療保険制度を崩し医療の変質を来すばかりか国民負担も増やす。医療提供体制の再編では、病床区分による給付差別、営利企業参入等いずれも大問題である。消費税の福祉目的税化は全く不合理であって社会保障の財源は他から十分まかなえる。国の財政構造や税制の在り方で国民的論議を大いに広めようと結んだ。

続いて記念講演「小泉政権と構造改革第二幕」で後藤道夫教授は、構造改革は小渕内閣からたくさん行われてきた。一九九〇年代半ばからの社会変動は大きい。そして現段階の「聖域なき改革」に至るその原動力は何か。新自由主義改革の三重点課題は①福祉の削減②開発主義解体③国民経済保全への国家介入抑制である。多国籍企業支援型の企業国家を目指すのが小泉内閣の本質である。「骨太の基本方針」が如実に物語っているが、これから矛盾が起こるだろうと説いた。

特別討論「国家財政と社会保障の財源」で林直道名誉教授は、医療改革に対する保団連の提言を高く評価した上で、国家財政の大浪費ぶりを示し、社会保障費の意義、高齢社会の正しい分析法とそれを支える社会保障費の試算を細かく解説されて、非常に興味深く聞いた。

第一分科会「高齢者医療保険制度」は、今秋の改革案の具体化を予見しながら、保団連の提言を中心に学習して今後の活動に備えた。

以上、概要のみご報告した。内容の詳細を希望の方は、保険医協会事務局にご連絡下さい。

第5回矯正歯科講演会

矯正治療における
早期治療を考える（その2）

〈講師〉窪田 正宏 氏（くぼた矯正歯科医院院長）
●開催日時：10月14日（日） 午前9時～午後1時
●開催場所：都ホテル 5階 能登の間
（JR金沢駅正面、Tel 076-261-2111）
●参加対象：歯科医師
●参 加 費：会員 1,000円、非会員 5,000円
※非会員の方は、当日受付にて入会申し込みいただければ会員会費で受講できます。

医心凡語

いまや、小泉内閣の構造改革「骨太の方針」で日本中がひっくり返る大騒ぎであり、予算概算要求が終って、この秋いよいよ本番となる。政治も経済もこの数年間沈滞し続けたから、活性化になって良いかも知れないなんて日和見的発言は不謹慎だ。もろに国民生活に響く話だから、皆一人ひとりが真面目に勉強し意見を出し合うのが本すじだろう。

他の業界には詳しくないから医療に限って考えても、経済財政諮問会議の医療改革案をみると、政府も従来の小手先改正でなくて本気だなと感じる。いわく、公民ミックス、医療株式会社、保険者権限強化・・・まさに新自由主義思想の大波である。医療標準化、支払い包括・定額化、診療報酬・薬価制度の見直し、高齢者独立保険などは何れも国民医療費削減の目的一本に絞られて、そこに憲法二五条の視点はない。

従来の保険医療に無駄が無かったとは言わない。しかし国はもっと大きな無駄使いにこそ大ナタを振うべきだと思う。公共事業をはじめ、日本道路公団、住宅金融公庫、都市整備公団、郵政三事業、年金資金、農協、防衛費、ODA等々、数えあげたらキリがない。

おひまな折に、社会派ジャーナリスト桜井よし子氏の「日本のブラックホール」（新潮社）を読んでみられたら面白い。

社会保険事務局の指導関連文書を入手

個別指導選定理由が明らかに

本紙七月号に紹介したように、石川協会の本年四月より施行された情報公開法にもとづく開示請求により、石川社会保険事務局から「個別指導、監査に係る行政文書」を入手しました。開示請求は平成十二年度及び平成十三年度の選定委員会議事録を中心に二回行いました。入手した資料は合わせてA四判三百五十九ページに及ぶ膨大な量であり、会員の医療機関で活用できる内容がたくさんあります。

選定委員会のメンバーは、石川社会保険事務局六人、県健康福祉部医療対策課三人の九人で構成されています。毎年五月末に第一回選定委員会を開き、指導対象医療機関を選定し、年間の指導実施計画を作成しています。選考過程で使われる資料は、県内全医療機関を病院、診療所に区分し、診療所は診療科毎に類型区分して平均点数順に並べた一覧表が使われています。この平均点数一覧表は集団的個別指導と個別指導の対象医療機関を選定する際に基礎となる資料となっています。〈表1〉

これまでは個別指導の選定理由が開示されず、指導対象者から苦情がありましたが、今回の入手資料で選定理由とその内訳が明らかになりました。〈表2〉

選定理由で一番多いのは、平成十一年度に集団的個別指導を受けた医療機関のうち、翌年度も高点数に該当するものであり、次いで指定後六ヵ月を経過した保険医療機関（新規個別指導）となっています。平成十二年度に個別指導を受けた結果、「再指導」のものが医科、歯科とも二件、正当な理由がなく集団的個別指導を拒否したものや支払基金等からの情報提供によるものがそれぞれ医科二件となっています。選定委員会は、通常は年一回五月末に開いていますが、他府県の開示文書によると、年度途中で情報提供があった場合は再度開くこともあるようです。

石川社会保険医療担当者指導及び監査実施要綱には、個別指導の選定基準として、「医療監視の結果、問題があったもの」「会計検査院の実施検査の結果、必要性が生じたもの」など十一項目ありますが、入手資料によると、「集団的個別指導連動高点数」が大半を占めています。結局は高点数医療機関を指導対象にリストアップしていることが明らかになりました。

平成十二年度の指導実施状況報告書には、個別指導の結果、診療報酬を返還した医療機関数と金額が記載されています。〈表3〉

医科では個別指導を受けた三十医療機関（新規個別指導を除く）のうち、十四医療機関が一億一千百六十二万円（平均：約八百三十万円）返還しています。返還額の大きさが気になります。歯科は個別指導を受けた十八医療機関（新規個別指導を除く）のほとんどが自主返還を求められ、十七医療機関が七十二万円（平均：約四万二千円）返還しています。自主返還については、個別指導の結果、指摘された事項のうち、医学的な常識から主治医が納得した項目に限定して応じるようにすべきです。

保険医協会では、今後も「個別指導、監査に係る行政文書」の開示請求を行い、個別指導相談と合わせて、本紙に随時紹介していきます。

〈表1〉平成13年度　石川県医療機関診療科別平均点数一覧

	類型区分	石川県内の医療機関数	平成13年度全国平均点	石川県医療機関の平均点数 平成13年度	平成12年度	平成11年度
病院	一般病院（入院）	78	36,556	29,479	28,441	28,492
	老人病院（入院）	23	30,842	34,363	36,214	35,700
	精神病院	15	—	28,797	27,487	27,413
	臨床・大学・特定	6	—	48,480	46,957	48,523
診療所	内科	345	1,093	1,091	1,072	1,076
	内科（人工透析）	7	—	3,772	2,867	3,967
	精神・神経科	7	1,245	1,659	1,684	1,749
	小児科	61	907	958	946	935
	外科	77	1,155	1,300	1,283	1,306
	整形外科	45	1,059	1,246	1,260	1,276
	皮膚科	35	600	666	658	649
	泌尿器科	4	1,929	886	852	882
	産婦人科	40	1,015	1,044	1,055	1,062
	眼科	58	681	691	683	684
	耳鼻咽喉科	31	781	791	790	819
歯科	病院（外来分）	21	1,036	1,122	1,122	—
	診療所	442	1,408	1,454	1,454	1,468
	保険薬局	238		826	864	837

◇病院は入院点数。診療所、歯科、保険薬局は入院外点数。
◇平均点数の計算方法は、前年度5・6・11・12月分の平均値（4ヵ月分合計点数÷4ヵ月分合計件数）と推定されている。
◇平均点数の対象レセプトは、病院が社保の本人・家族入院分、診療所が社保の本人・家族外来分、小児科は家族外来分である。老人病院は老人保健法対象者を利用している。

〈表3〉平成12年度　石川県における指導実施状況報告（医科・歯科・保険薬局）

区分			指導を行った機関（薬局）の数 病院	診療所	計	薬局	指導を行った保険医、保険薬剤師の数	指導に伴って実施した患者調査 指導対象保険医療機関（薬局）数	患者数	実施結果 再指導を要する機関（薬局）数	監査を要する機関（薬局）数	診療報酬の返還（注1） 機関（薬局）数	金額（円）
個別指導	保険医療機関	医科	4	新規21 47	新規21 51	—	91	2	52	0	0	(14) 14	(9,082,465) 116,264,249
		歯科	0	新規10 28	新規10 28	—	29	0	0	3	0	(16) 17	(332,398) 722,151
	保険薬局		—	—	—	新規23 25	35	0	0	2	0	(0) 2	(0) 4,752
集団指導	保険医療機関	医科	0	0	0	—	0	（指導の方法）		（指導事項の概略）			
		歯科	0	0	0	—	0						
	保険薬局		—	—	—	0	0						
集団的個別指導（注2）	保険医療機関	医科	0	(32) 32	(32) 32	—	38	（指導の方法） ・講議方式		（指導事項の概略） ・医療保険制度の概略 ・療養担当規則について ・診療（調剤）報酬請求に関する留意事項			
		歯科	0	(33) 33	(33) 33	—	34						
	保険薬局		—	— —	—	(16) 16	17						

注1、「診療報酬の返還」欄のかっこ内には、国民健康保険分が掲載されている。
2、「集団的個別指導」欄のかっこ内には、集団的個別指導の集団部分のみを行ったものが再掲されている。

〈表2〉平成13年度の個別指導保険医療機関の選定理由（内訳）

医科

選定理由	件数
平成11年度集団的個別指導連動高点数	17
平成12年度集団的個別指導を欠席	2
その他指導が必要とされるもの（情報提供）	2
平成12年度個別指導の結果、再指導	2
平成12年度共同指導の関連	1
新規指定個別指導	6
合計	30

歯科

選定理由	件数
平成11年度集団的個別指導連動高点数	14
平成12年度個別指導の結果、再指導	2
平成12年度新規個別指導結果、再指導	2
新規指定個別指導	9
合計	27

保険薬局

選定理由	件数
平成11年度集団的個別指導連動高点数	7
平成12年度個別指導の結果、再指導	1
新規指定個別指導	25
合計	33

病診連携を有効利用して眼科を開業した牛村繁理事

今月号から三回にわたって、今年七月七日に開催された会員デビュー講演・シンポジウム「開業医としての夢を語る」でご講演いただいた先生方に、その内容をまとめていただくことにしました。

今月は、牛村繁理事（金沢市・眼科）の「病診連携を有効に活用する眼科開業医の戦略」についてです。

病診連携を有効に活用する眼科開業医の戦略

オープンベッドで〝手術〟を可能に

牛村　繁（金沢市・眼科）

私は、一九九七年十月に父の医院を跡継ぎ開業しました。その際一番迷ったのが、手術をするかどうかです。周りに手術をされている病院や開業医がたくさんある中で、現在の場所で手術の設備をつくってやっていくのは無理だろうと考えました。

しかし、せっかく勤務医時代に培った手術の技術をこのままやめてしまうのも残念に思いました。そこで思いついたのが、オープンベッドを利用する方法です。

幸いにも、利用する病院の眼科の先生とはとても気心の知れた仲であり、先生もオープンベッドをぜひ利用して欲しいということで始まりました。

オープンベッドとは、開業医が主治医となって病院に患者さんを入院させ、病院の設備を利用し、病院の医師と共同して診療を進めていくシステムです。

以前は、開業医が主治医になるA形式と病院の医師が主治医になって開業医が時々診察に行くB形式があり、形式によって診療報酬も違っていました。

しかし現在は、どちらの形式をとっても、診察に行った日に共同指導料を算定し、退院に際して退院指導料が算定できるようになっています。

私の場合、オープンベッドを利用して白内障の手術をさせてもらっているわけですが、開業医が手術をすることによって、患者さんにとっても同じ医師に継続して診察してもらえるというメリットがあります。

また、二人の医師が主治医になるので、より正確な診療ができます。さらに、術後に全身的な問題が起きても病院の他科の医師に診察してもらうことができます。

このようなメリットがある反面、デメリットとしては、わざわざ病院へ行ってもらわなければならないことや、患者さんの負担が少し増えること、さらには、オープンベッドの患者さんと病院の患者さんとの間で、入院日数が違うなど多少の差がでることなどがあげられます。

私が勤務医の時は、手術をすることが決まると、採血の結果が出たころに内科受診に来てもらい、さらに手術の説明に家族と一緒に来てもらったりと、手術前に何度か再来してもらっていました。しかし、オープンベッドを利用するようになって、採血の結果などは病院にFAXで送るので、手術が決まった時点でできるだけのことをしてしまえば、患者さんは手術の前日に病院に行ってもらうだけで済むようになりました。

これまで二十七例四十一眼の手術をしましたが、特に大きな問題もありませんでした。もちろん、自分の医院で手術ができれば、それが最良の方法ですが、現実的にそれが不可能な場合、オープンベッドを利用することは、病診連携の一環としても十分に利用する価値のあるシステムと考えます。

八月の理事会は今回の一回だけで、暑い中、ほぼ定刻の開催となった。

報告事項では、経営・共済、学術・保険、医療福祉部の報告に重要事項が多かった。経営・共済部では七月二十七日に開かれた新規開業医懇談会に関連して、開業予定者の懇談会開催の検討をすることや保険医年金の受託生保の経営状態と安全性に関しての討議があった。

保険医年金に関しては、秋の募集期間に合わせて会員の不安を払拭するための説明文を配布することとなった。

学術保険部では、「個別指導に関する改善の申し入れ」に対する石川社会保険事務局の回答、二回目の個別指導に関わる情報開示請求への回答について説明があった。特に、開示情報の入手以後は、その年度の個別指導に選定された医療機関の特定が可能となり、会員からの問い合わせに答えられるということが報告された。

医療福祉部では、『病院マップ』二〇〇一年度版の完成と介護保険に関する千人アンケートの成功へ向けての討議が行われた。

協議事項では、総合規制改革会議、経済財政諮問会議の中で、医療改革に関する事項についての討議があった。そのまま進めば、福祉も医療も介護も壊滅状態になるような内容であり、いつでもどこでも誰でもより良い医療を受けられるよう運動を進める協会にとって、かなり腰を据えて取りかからねばならない事項であり、夏休み明けには、理事会内の集中討議をして、会員へアピールしていくことが確認された。

また、「医療事故をなくし、より良い看護を目指すシンポジウム」の報告者として、高松会長自ら立つことになり、来月早々に資料作りを開始することが確認された。

いつもながらの、膨大な量と充実した内容の資料を整理しながらの理事会であったが、それなりの検討が行われ、午後十時過ぎ終了となった。

【西田　記】

第8回理事会点描

保険医年金の安全性を確認

（8月7日・14人出席）

会員投稿

触法精神障害者の処遇はどうあるべきか

安藤　良一（金沢市／内・児）

六月八日、大阪教育大付属小での二十三人殺傷事件は全国を震駭した。従来から類似事件が度々発生し、そのつど犯人の精神状態について議論沸騰したが、今回はその典型である。

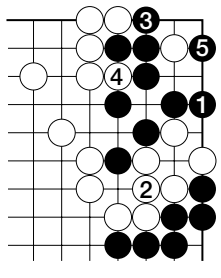
報道記事によれば犯人の経歴、犯歴から見て不思議でない悲劇だが、精神分裂病か反社会性人格障害か、または詐病かは、今後の鑑定結果を待つしかない。しかし社会防衛、安全の面から同種犯罪の再発防止に向けて早急に国民的議論を尽くすことが必要である。

一九九九年度の犯罪白書を見ると、全検挙者のうちの精神障害者は〇・六％であって、「精神障害者は危険」の考えは明らかに偏見である。だが、同年に刑法三九条「心神喪失者の行為は罰せず。心神耗弱者の行為はその刑を減軽する」によって、起訴後の無罪はゼロ、刑減軽が五十七人であった一方で、検察の段階で「責任能力無し」として不起訴が五百四十二人であった。そして別の統計では、一九九五年からの五年間で、精神障害で不起訴か無罪になった三千六百人のうち約六〇％が犯行時に無治療であったし、入院歴のある検挙者の四六％が退院後一年以内に事件を起こしているという。この現実は、触法精神障害者の治療がいかにも不完全であるとの印象をぬぐえない。

刑事取り調べや起訴の際に必要とみられて行う「精神鑑定」に基づく司法判断や「措置入院」の決定、そして入院解除の時点で、複数の専門医がもっと積極的に参加する制度を作って、客観的判断基準による正確な診断を下す努力が求められる。その方法として、欧米の例のように、犯罪記録の個人データーベース化や、触法精神障害者に対する厳格な治療プログラムの制度化を考えてもよいのではないか。

日本は「法治国家」を誇ってきた。被害者や犠牲者の問題をさておいて、精神障害だからと刑を軽減してよいのか。八月六日、与党は関連特別法案の提出を決め、厚労大臣は司法精神医療審判所の併設を考えるという。政府・国会での慎重討議に期待すると共に、現場医師のみでなく、学会や弁護士団体、学者らの協力をぜひお願いしたい。

囲碁解答



1の下がりが肝心で黒生きとなります。初手3に抑えると1にはねられてコウを免れません。

（問題は12面にあります）

『保険審査通信』に寄せられた相談事例

＜第159例＞
基金審査委員の単純ミスによる返戻

１．保険者　　社会保険　家族
２．年齢　　87歳（女性）
３．診療月　　平成13年6月
４．過誤調整連絡書の発行月：
５．病名・診療開始月
　(1) 狭心症、心不全　　昭和60年　５月12日
　(2) 結膜炎　　平成７年　１月14日
　(3) 高脂血症　　平成７年　６月24日
　(4) 両足白癬　　平成８年　７月22日
　(5) 不眠症　　平成12年　４月17日
　(6) 急性咽頭炎　　平成13年　１月９日
　(7) 脊椎骨粗鬆症　　平成13年　２月14日
　(8) 坐骨神経痛、胃炎　　平成13年　２月14日
６．該当月の診療実日数　　３日

＜主治医の意見＞

レンドルミン錠の投与について、「病名と診療内容不一致」として返戻レセプトが送られてきました。これを見る限りきちんとした審査が行われているとは思えません。

＜保険医協会のコメント＞

今月は、不眠症の病名があるのにレンドルミン錠0.25mgが「病名と診療内容不一致」ということで返戻された事例です。

レセプトを拝見しますと、傷病名欄には、「不眠症」が記載されており、レンドルミンの適応症、用量とも「不眠症」に１日0.25mgは全く問題ありません。審査における単純ミスと思われますので、不眠症の病名があることを指摘して再請求していただきたいと思います。

ここで、しつこいようですがこのようなミスの発生した原因を考えてみたいと思います。平成９年10月３日付け石医業発第196号　社保・国保審査委員小委員会結果として石川県医師会より「高血圧症に対するマイナートランキライザーの適応病名と長期投与について」として一定のガイドラインが出ています。それ以来、例えば、マイナートランキライザーの「高血圧症」への投与は、「高血圧症（心身症）」の病名が要求されるなど、10日を超える投与の場合は適応病名をつけることが要求されています。最新の社保・国保審査委員合同協議会結果（平成13年７月31日　石医業発第122号）でも５ページの「８」に同様の内容が記載されています。この間、審査の現場でもこのことに関する審査が重点的に行われた様子がうかがわれます。そのため、審査委員の方々の頭の中には、マイナートランキライザーの投与に関して、多少の思い入れがあったとしてもうなずけることです。その結果、何かちょっとした理由で審査に正確さが欠けてしまったのでしょうか。考え過ぎかもしれませんが、そんな気がする事例です。

われわれ医療に携わるものにとって、思いこみで診療をするほど怖いことはありません。今回の事例を反面教師として、日々の診療に正確な科学の目を持ってあたりたいものです。

＜第160例＞
国保再審部会でも、信じがたい査定ミス

１．保険者　　国保　家族
２．年齢　　48歳（女性）
３．診療月　　平成12年12月
４．過誤調整連絡書の発行月：平成13年7月
５．病名・診療開始月
　(1) 右乳腺腫瘍　　平成12年12月8日
　(2) 右肩関節周囲炎　　平成12年12月19日
６．該当月の診療実日数　　9日

＜保険医協会のコメント＞

第160例も審査機関の理解しがたいようなミスに対する相談です。平成12年12月診療分（中央建設国保組合）のレセプトから、保険者再審査請求の容認というかたちで、「ラミシール錠、アスタット液、ウルグートカプセル」が適応外（該当病名なし）として査定された。当該レセプトを再プリントしたところ、該当薬剤は全く使用されておらず、傷病名も治療内容も別人のものとせざるを得ないものであった。もちろんカルテとの照合によりこのことは確認済みである。主治医が国保連合会へ電話を入れたところ、簡単に、「あ、間違いですね」で終わった。間違いとしてはひどすぎるのではないか。というものです。

全くその通りで、どこでどう間違ったか首を傾げたくなる査定です。他人からの請求を支払わないと断る行為である査定は、きわめて慎重に行わなければならないものです。「あ、間違いですね」ですむようなことではありません。保険者からの再審査請求に対する容認ですから、再審査部会でしっかりと審査されるべきものなのに、いったいどうしたことでしょうか。さらに今月は、＜159例＞にもありましたように、支払基金も国保連合会もこぞっての審査ミスです。

しっかりしてください、審査機関様。総合規制改革会議では、保険者機能の強化と称して、支払基金を亡き者にすることが俎上に上ろうとしているご時世ですぞ。

以上のようなわけで、第160例については、審査内容に関するコメントはありません。審査機関の一層の精励恪勤を促すことにしたいと思います。

納得いかない返戻、査定がありましたら、
ぜひ『**保険審査通信**』にてお知らせ下さい。

■『保険審査通信』はFAXのほか、E-mailでも大歓迎です。
E-mail:ishikawa-hok@doc-net.or.jp
FAX:076（231）5156

映画上映と記念講演

映画「老親　ろうしん」　原作／門野　晴子　監督／槙坪夛鶴子

10面のシンポジウムの記念講演者である門野晴子さん原作の映画「老親 ろうしん」が金沢で上映されます。

■日時: **9月29日（土）　入場無料**
上映（昼の部）…10:45〜12:45
監督講演……14:00〜15:30
上映（夜の部）…18:30〜20:40
（監督舞台挨拶あり）

■場所: **石川県女性センター**（金沢市三社1-44）

映画「老親　ろうしん」
〜高齢者と共に輝いて生きるとき、家族が変わる。社会が動く。〜
主演　萬田久子、小林桂樹
出演　草笛光子、米倉斉加年、榎木孝明、岡本綾、小笠原町子　他
監督　槙坪夛鶴子
原作　門野晴子
「老親を棄てられますか」（主婦の友社・講談社）
「寝たきり婆あ猛語録」（講談社）
脚本　原田佳夏
製作　『老親』製作委員会　企画制作パオ㈲

■申し込み・問い合わせ先
財団法人いしかわ女性基金 TEL:076-264-1112　FAX:076-234-1130

保険医年金ご加入の皆様へ

委託会社が破綻した場合、保険医年金はどうなるのか？

保団連共済部長　小林　武

●はじめに

保険医年金の前半期普及月間を終え、後半期普及月間（石川協会など）が九月からスタートしようとしている。前半期に多数申込みいただいたことにお礼申し上げる。

さて、昨今生保不信を煽る週刊誌やテレビ、一部の経営コンサルタントらが「次に破綻する生保はどこか？」などと不安を広げている。

その中で、「委託会社が破綻した場合、保険医年金はどうなる？」などの質問が寄せられているので、最近の生保業界の動向や委託会社の経営状況などを説明しておきたい。

●最近の生保業界の動向

かつて「ザ・セイホ」の名を轟かせていた生命保険会社が、なぜ破綻するのか。

これまで原因として指摘されてきたのは、社長のワンマン経営、過去に高利回りの個人保険を体力以上に販売したことによる逆ザヤ、その逆ザヤを埋めるための高リスク資産運用による失敗、関連企業・外資からの財政支援策の解消、風評の影響などであった。

今日では、超低金利政策の長期化と株価の大幅下落による運用環境の深刻化、不況・リストラによる加入契約の低迷に加え、外資系保険会社などの参入による競争が増す中で、同業他社への干渉、契約の切り替えなどを狙った中傷合戦もその原因として指摘できる。

●保険医年金の委託生保はどうか？

保険医年金の委託生保の概況を述べれば、三井・安田・富国三生保の二〇〇〇年度決算などでは、経営の健全性を示すソルベンシーマージン（支払い余力）比率も、新基準の採用と有価証券評価損などにより昨年度決算に比べて低下したものの安全水準である二〇〇％を大幅に上回っている。「不良債権」の処理は峠も越え、ほぼ終了したと報告されている。逆ザヤの占める割合が極端に多いこともなく、リスクの高い資産運用をしていることもない。

八月六日付で米国格付会社ムーディーズが三井生命の格付評価を下げたが、昨年来の株価の急落による有価証券含み損の発生や、生命保険全体に対する不信感の中で新契約の獲得が低調だったこと、解約失効率の高さからの評価とされているようだ。

三井生命の場合、三井住友銀行をはじめグループ企業から一千億円の永久劣後ローンと三百五十億円の基金（株式会社の資本金に相当）を調達して経営基盤を増強した。

ムーディーズのレポートでも、「重要な戦略的、財務的そしてレピュテーション上のつながりといった点を考慮すれば、グループ各社の支援体制は適度な強さを有していると認識している。・・・つまるところ、ムーディーズは、・・・三井生命の経営計画は今後数年の間に明らかになると見ており、三井住友グループの将来の支援がより明確になり、かつ詳細が明らかになるにつれて三井生命の格付けに反映していく」とコメントしている。

安田、富国両生保もそれぞれ基金増額を決定した。

現在、生保各社は金融再編の中で四大金融グループへと収斂しつつある。三井生命は三井住友銀行、三井海上との業務提携を行うなど、三井・住友グループ内、安田、富国両生保は、みずほファイナンシャルグループ内で基盤を強化している。

●もしも委託生保が破綻しても積立金の最低九〇％が保証される

保団連としては、現時点で委託各社の経営基盤がゆらぐとはまったく考えておらず、なお一層の安定経営を求めているところである。そのことを前提として、仮に保険医年金の委託生保が破綻したらどうなるのかという質問に答えてみたい。

「長年かかって築いてきた積立金がまったくなくなってしまうのではないか」、とか、「銀行のペイオフのように一千万円までしか保証されないのでは」と心配される方もあるが、誤解である。

保険医年金は拠出型企業年金保険を採用しているため、法的に定められた「支払保証制度」の適用を受け、保険契約の継続が保証される。これらを通じて、万一の場合、破綻した生保会社の引受割合に相当する積立金（掛金＋利息相当額＝責任準備金）の最低九〇％が保証されるため、他の保険会社の引き受け分を含めると、全体で控除される割合はさらに減少する。

仮に、引受割合五〇％の保険会社だとしたら、全体として積立金の九五％は保証される。この例でいえば積立金が二千万円（掛金＋利息相当額）の方では、最低一千九百万円は保証されることになる。

●解約（一時金）が本当に必要かは、もう一度考えてから

別の制度で積立金の減額を経験された方などからご心配の声があるが、心配で保険医年金の解約を検討される際には、その必要性、受取金の税金のこと、資金移動であればより安全・有利な運用先の有無についてもご考慮戴きたい。

保険医年金は、受給時に課税関係が生じるので注意が必要である。この間解約された方から、他に高配当や安全性が確保された運用先・預入先がなく、結局、「再加入したい」「やめなければよかった」との声も聞いている。

●「保険医年金」は医師・歯科医師のライフサイクルにあった優れた制度

保険医年金は最高三十口まで加入できる大型年金で、必要に応じて増口や減口もできるなど、自在性、柔軟性に富んでおり、医師・歯科医師のライフサイクルにあった素晴らしい制度である。後半期普及月間を迎えるこの機会に、お申込みいただき、長く上手にご利用いただくことをお勧めする。

以上

石川協会の保険医年金普及期間
（九月一日～十月二十五日）

保険医年金についてのお問い合わせは石川県保険医協会まで
TEL:076-222-5373
FAX:076-231-5156

Q&A 保険医年金の解約について

保険医協会顧問税理士　中村　栄希

Q 私は内科医院を開業していますが、保険会社についていろいろな風評を聞くにつけ、保険医年金についても一度検討したいと思っています。

私の場合、今までの掛け金合計が約1,000万円で、今一時金で受け取ると約2,000万円になるということですが、どのように考えるべきでしょうか。

A 確かに保険会社によって体力差が出ているようですが、保険医年金については３社によって引き受けられており、たとえその内１社に万一のことがあったとしても、その引き受け割合の内、数％が減額となる可能性があるということであり、全部が無くなるというわけではありません。なお参考までに現在の引き受け割合は、三井生命55％、安田生命33％、富国生命12％の割合で保険医年金全体の運用を行っています。

あなたの場合、最大の引き受け先で万一のことがあったとして、2,000万円の55％、すなわち1,100万円のうち、仮に５％減額となると、55万円受取額が減少するということです。

次に今解約した場合、脱退一時金は、一時所得となり、その所得金額は次の計算によります。

一時所得＝[（脱退一時金－掛け金累計）－50万円]×1/2

あなたの場合は、[（2000万円－1000万円）－50万円]×1/2＝475万円

475円が一時所得となり他の各所得と合算し、所得控除を差し引き、課税所得を算出して、所得税率をかけます。

課税所得金額が1,800万円以上の場合、37％の税率になり、地方税13％と合わせて50％、すなわち237万５千円の税負担となります。

「聖域なき構造改革」と医療抜本改革

小泉医療改革の概要

石川県保険医協会　事務局　工藤　浩司

医療抜本改革が提起されてかなりの時間がすぎている。1997年8月に当時の厚生省が「21世紀の医療保険制度－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向」を、それを受けて与党医療保険改革協議会が「21世紀の国民医療―良質な医療と皆保険制度確保への指針」を相次いで発表して以来、医療抜本改革は今もなお各審議会で議論が続いている。もちろん、診療報酬の改定や健康保険法・医療法等の改正により一部は既に実施に移されてはいるが、現時点では、特に高齢者医療の改革などは、日医、健保連、経団連などがそれぞれ独自の案を打ち出している状況であり、当初のもくろみどおり進んでいるとはいえない。

しかしながら、小泉内閣の誕生により、ここにきて「構造改革」が加速しつつある。参議院選挙前の6月21日に、構造改革を政治的に主導する経済財政諮問会議が「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（いわゆる「骨太の方針」）を公表し、さらに7月24日、規制緩和を政治的に主導する総合規制改革会議が「重点六分野に関する中間とりまとめ」を公表した。この直後に行われた参議院選挙の開票結果は、小泉構造内閣を後押しするものとなり、現在急ピッチで議論が進められている。

下記は、「骨太の改革」において示された「医療サービス効率化プログラム」の項目を整理したものである。その際、各項目に対応する総合規制改革会議の中間とりまとめを参照できるようにして、より具体的に構造改革のゆくえをみることにする。なお、8月30日の経済財政諮問会議において、規制改革を主導する石原大臣の「改革スケジュール」が公表されており、規制緩和の実施期限が具体的に設けられた。この点についても各項目の末尾で括弧書きで示しておいた。

1　医療サービスの標準化と診療報酬体系の見直し

経済財政諮問会議	総合規制改革会議
○「根拠に基づく医療」（EBM）を推進し、医療の標準化を行う。	○安心できる医療サービスを確保するためには、医療の標準化を推進するべきであり、このためEBM（根拠に基づく医療）を推進するべきである。（平成16年度を目途に段階的に実施）
○医療サービスの費用対効果を踏まえた支払い方式の見直し（包括払・定額払（診断群別定額診療報酬支払い方式等）の拡大等）や薬価制度の見直しを行う。	○EBMや医療の標準化及び情報公開の推進により、粗診粗療を招きやすいといった弊害を排除することによって、定額払い方式（診断群別定額報酬支払い方式など）の拡大を進めるべきである。（段階的に実施） ○「ゾロ新」の薬価の在り方など薬価算定ルールについては、今後とも抜本的な改革を検討することが必要である。（平成14年度中に実施）
○診療報酬・薬価改定に当たっては、近年の賃金・物価の動向や経済財政とのバランス等を踏まえて行う必要がある。	○中央社会保険医療協議会の委員構成の見直しも含め、診療報酬、薬価、医療材料価格の決定方法の見直しが必要である。（平成14年度中に実施） ○「205円ルール」については廃止し、内訳を明示した請求とするべきである。（平成14年度中に実施）

診療報酬の抜本改革の議論において、包括払い・定額払いの拡大については、何度も何度も取り上げられており、特に目新しくはない。

ここで注意したいのは、診療報酬定額化の前提として「医療の標準化」があげられていることである。さらにそのためにEBMを推進するとしている。日常診療の充実のためにEBMについての研鑽を深めることが重要であるのはいうまでもなく、保団連・保険医協会でも「第一線医療に役立つ治療ガイドライン」シリーズの翻訳・普及につとめている。しかしながら、EBMを「医療の標準化」に使おうというのは、本末転倒の議論である。いわんや、それが診断群別定額診療報酬支払い方式につながっていくのであれば、見過ごすわけにはいかない。

2　公民ミックスによる医療サービスの提供など公的医療保険の守備範囲の見直し

経済財政諮問会議	総合規制改革会議
○公的保険による診療と保険によらない診療（自由診療）との併用に関する規制の緩和など公的医療保険の対象となる医療の範囲を見直す。	○当面、特定療養費制度の積極的な拡充など公民ミックスの医療サービスの規制緩和など、公的医療保険の対象となる範囲を見直すべきである。（平成14年度から逐次実施）

診療報酬の定額化の次に来るのは、上記の「公民ミックスの医療サービスの規制緩和」、すなわち「混合診療」の解禁である。定額払い方式の普及は、そこからはみ出す部分を自費にするという議論につながる。医療保険で給付する医療を限定的なものとし、それ以上を望むなら自費診療ということになれば、すべての患者に必要な医療を必要なだけ提供する国民皆保険制度は壊滅的な打撃を受けることとなる。

なお、この公民ミックスについては、当面は「特定療養費制度」の拡充によって対応するとしている。

3．医療機関経営の近代化・効率化

経済財政諮問会議	総合規制改革会議
○医療機関の経営に関する情報の開示・外部評価（外部の専門家による経営診断・監査の実施）等を行うことにより、医療機関経営の近代化・効率化を進める。	○医療機関の経営情報を開示し、医療機関の収益構造、業務内容を明らかにすることにより、医療機関の透明度を高め、医療の改善を図るべきである。（平成14年度中に実施）
○設備投資原資の調達の多様化や医療資源の効率的利用（高額医療機器の共同利用・稼働率の向上等）を促進する。	○医療資機材の内外価格差の是正のため流通全体を通じた抜本的な改革が必要であり、そのための競争政策の徹底など所要の措置を講ずるべきである。（平成14年度中に検討し措置） ○現在、政令で特に禁じられている医師・看護婦などの医療関連の業務の派遣に関する規制を撤廃するべきである。（平成14年度中に実施） ○一般小売店でも医師の処方箋などを必要とする一部の分野を除いて、医薬品の販売を可能とするための制度の整備を実施するべきである。（平成14年度中に実施）
○株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直しを検討する。 ○医療サービスのIT化の促進、電子カルテ、電子レセプトの推進により、医療機関運営コストの削減を推進する。	○株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直しを検討するべきである。（実施時期は明示されず） ○病院運営についても、法人運営のマネジメントを導入するため、理事長要件を廃止するべきである。（平成13年度中に実施） ○レセプトの電子的手法による提出を原則とする制度にするべきである。（平成13年度中に実施） ○カルテの電子化及びレセプトへの主病名の記載は体系的な医療情報の処理・分析のために必要不可欠である。（平成14年度までに整備）

ここでのポイントは、「株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直し」である。医療経営への営利企業の参入を認め、医療分野に市場原理、競争原理を導入する究極の規制緩和策である。総合規制改革会議の「重点とりまとめ」は、冒頭にも触れたとおりその実施期限を明記しているのが特徴であるが、さすがにこの点については公表直前に反対の声が多数あがり、実施時期は明示されなかった。それだけ、この問題が医療保障制度に与える影響が大きいことのあらわれといえよう。

4．患者本位の医療サービスの実現

経済財政諮問会議	総合規制改革会議
○インフォームドコンセントの制度化、医療・医療機関に関する情報開示、医療情報のデータベース化・ネットワーク化による国民への情報提供の拡充 ○医療関係者相互の評価・チェック体制の充実による適正な診療の確保	○医療の標準化を推進する際、診療ガイドラインの作成やデータベースの整備が重要であるが、これは、公正で中立な第三者機関が行うべきであり、政府はそのための環境整備を行うべきである。（平成14年度までに整備） ○個人情報の保護など一定の条件を備えた上で、患者情報を複数の医療機関で共有し有効活用ができるようにすることを推進するべきである。（平成14年度以降逐次実施） ○適切な第三者評価方式による医療機関の質の評価、及びその評価結果の公開を行うことが期待される。（平成13年度から段階的に実施）
○医療機関の広告規制の緩和	○広告規制について、将来のネガティブリスト化を視野に入れつつ、ポジティブリストの積極的な拡充を図るなど、広告や情報提供に係る規制の抜本的な見直しや規制の運用についての明確化が必要である。（平成13年度中に実施） ○関係者の要望にもかかわらず、ポジティブリストへの掲載が困難であるとするものについては、その理由を明らかにするべきである。（平成13年度中に実施）

この項目については、特に医療経営の営利企業への参入の地ならしの側面があることに注意を払う必要がある。広告規制の緩和、第三者評価方式による医療機関の質の評価などは、将来の市場原理のもとでの激しい競争を促すものとして機能することに気をつけなければならない。また、医療情報のデータベース化などは、最初に触れた「医療の標準化」のために用いられることにも留意する必要がある。

5．消費者（支払者－患者・保険者）機能の強化

経済財政諮問会議	総合規制改革会議
○保険者の権限を強化し、保険者と医療機関との契約や保険者と医療機関の連携強化（健診、予防）、レセプト審査、支払い事務等の抜本的効率化を進める。	○レセプトの審査・支払いを保険者が直接行えるようにするべきである。（平成13年度検討、結論） ○保険者と医療機関で契約による診療報酬の引下げや同一報酬で追加的サービスを行えるようにするべきである。（平成13年度検討、結論）

最後に保険者機能の強化である。これは、市場原理の導入による医療費の抑制をより具体的に示すものである。すなわち、被保険者に代わって医療サービスを購入する側である保険者が、医療サービスを評価・チェックすることによって、医療コストの削減をめざす動きである。具体的には、レセプトの審査・支払いを保険者が直接行えるような施策を本年度中に検討するとしており、それを受けて大企業の健保組合ではレセプトの直接審査の準備をはじめているとの新聞報道もあったことに注意したい。

また、この保険者機能の強化は、単なる医療費削減策にとどまらず、市場原理のもとでの競争の拡大を企図していることも気をつける必要がある。保険者と医療機関による価格交渉に診療報酬を委ねる条件を整えることが、その最終的なねらいである。

以上、骨太の改革を個別にみてきたが、各改革メニューをあらためて概観すると、次の大きな流れがあることに気づく。すなわち、医療の標準化を前提にした診療報酬の定額化、定額化を推し進めた先にある保険給付範囲の限定縮小化と保険外部分（自費部分）の拡大（これは必然的に混合診療の解禁へとつながる）、さらに特に自費部分をターゲットにした営利企業への医療の解禁、そして、保険者機能の強化による医療機関相互の競争の促進と淘汰である。このような医療保険制度は、もはや、「いつでもだれでもどこでも安心して必要な医療を受けることができる」医療保障制度とは、到底呼ぶことはできないだろう。

ところで、上記でまとめた医療抜本改革の流れは、既に多くの論者が指摘するようにまさに介護保険制度の特徴そのものをあらわしている。ということは、今後の医療抜本改革は、介護保険の論理・構造をいかにして医療保険制度に全面展開するかという試みともいえる。よって、遠くない将来の医療保険制度の姿を考えるうえで、介護保険制度について検討を加えるのは決して無駄なことではない。

介護保険と医療保険で根本的に違うのは何か。それは医療保険が必要な医療を必要なだけ提供する「現物給付」であるのに対して、介護保険が制度のうえでは、「介護保険給付にかかる費用の9割を補償する」現金給付（費用補償制度）であることにある。すなわち、介護保険にかかる費用の一部を限定的に補償する制度である以上、その報酬体系は出来高払いではなく定額払いとならざるを得ず、保険給付が限定的なものである以上、自費との混合は介護保険ではむしろ前提となり、その自費部分をターゲットにして営利企業の参入を認める（介護保険では医療系を除く在宅サービスについては、既に非営利原則が崩れている）、まさに医療抜本改革がめざす方向を、不十分ながら既に実現しているのが介護保険であり、その根本にあるのは、費用補償主義なのである。

以上、いま議論されている医療抜本改革は、単純な医療費抑制政策とは質的に異なるものであることの片鱗を、介護保険との関連でまとめてみた。医療というサービスそのものの保障から医療を購入するための費用を補償する制度へと質的な変貌を遂げようとしている今、あらためて、現物給付、混合診療の禁止、出来高払い等々の国民皆保険を実現してきた原理・原則を小泉構造改革に対して投げ返していかなければならない。

市民投稿

老人医療費の制限診療について

山森　富雄（金沢市米泉町／74歳）

参院選中、各党党首（自民党は山崎幹事長）と評論家によるテレビ討論が放映された。

わが国の老人医療費が毎年一兆円増加していることについて、保守党の扇党首は、消費税を年金、医療、介護に充当すべきと主張された。また、共産党の志位委員長は日本の薬価は世界一高く薬価基準の見直しによって一兆五千億円がねん出できると発言された。その他の政党は具体的な発言がなかった。

信頼できる機関の調査によると、わが国の薬価はイギリス、フランスの四倍、アメリカ、ドイツの二倍以上であり、長年政府に薬価基準の見直しが求められてきたが、政府は見直しをしなかった。

小泉総理は選挙遊説で高齢者は病気ごとに価格の上限を設け、薬や検査を抑制する制限診療の実施を明言された。このことは高価で治療効果のある薬剤の使用を制限するものである。高齢者の病気に対するセーフティーネットは、高価でも病気が治癒する特効薬ではないだろうか。

老後に不安を与えれば、国民の志気に影響するのは必至である。老人医療費抑制が「国民の活力なくして国の繁栄なし」と言われていることにならないか懸念される。

◇

以上、『北国新聞』の「地鳴り」へ投稿したのですが採用になりませんでした。

私は、小泉総理が「聖域なき構造改革」を絶叫し、二、三年は苦しみに耐えて貰わねばならないと言われていますが、高齢者の病気には薬価がたとえ高価でも、即刻病気を治癒する薬剤を投与しなければならない患者が多くおられると思っています。以上の措置を行わず二、三年もの間苦しみに耐えている間に死亡される方が多くなるのではないかとの思いから投稿したものです。

おサル先生の在宅医療入門 27

小川　滋彦（金沢市・内科）

『おサル先生の心的外傷!?』の巻

おサル先生がめまい持ちになったキッカケと思われるエピソードがある。

おサル先生は以前、勤めていたB病院では本当に良く働いた。上司のN先生が非常に拡大志向のある人で、「消化器内科は消化器・一般内科だ！」と、他の循環器内科や神経内科の受け持ちになりたがらない境界領域の患者を、一手に引き受けるよう指導していた。だから、おサル先生は、中毒疹でも髄膜炎でも肺梗塞でも、たとえば痴呆があってその本来の専門領域の医師が二の足を踏むような患者は率先して受け持ちになった。がんばってN先生を支えてあげようという気概があった。

ある当直の夜、深夜三時ごろ、おサル先生は救急車のサイレンに気付かず、かなり寝入った所を看護婦の電話で叩き起こされた。救急室に駆けつけると「胸がつらい」という大柄な中年男性がすでにストレッチャーに寝かされていた。患者は東京からの旅行者のようだった。おサル先生は寝ぼけマナコで看護婦から手渡された身体障害者手帳をしげしげと眺めながら、「?・?・?・?」であった。

「ハテ?・胸がつらいんですか・・・。心電図でも撮ってみましょうか」。

とたんに今まで黙っていた真夜中の訪問者はストレッチャーからムクッと起きて、「おい！　お前。専門は何だ？　オレは循環器の医者に診てもらいに来たんだぞ！」。

いきなり怒鳴られて、おサル先生はいっぺんに目が醒めた。「オレは天下の東京帝国動物園病院で心臓弁膜症の手術を受けたんだぞ。心臓弁膜症の手術を受けた患者は、皆んな身障者になるんだ。ハハぁ、そんなことも知らないな。お前、専門は何だ。言ってみろ！」。

おサル先生は医者になってから、「お前」なんて怒鳴られたこともなければ、患者にこんな高圧的な言い方をされたこともなかったので、ガタガタと自分の足が震えるのが分かった。おサル先生はうかつにもペースメーカーや心臓弁膜症を受けた患者が、身障者一級になることを知らなかったのだ。おサル先生には力をふりしぼって「ボクの専門は内科です」と答えるのが精一杯だった。

「何？　内科が専門？」大男はあざ笑うように聞き返した。今度は誇りをかけて言った。「ボクは内科の医者です」と言って譲らなかった。

「なんだ。オレは救急隊に循環器の専門医の所へ連れて行くように頼んだんだぞ。お前、心臓のエコー検査くらいできるんだろうな」。

おサル先生はB病院の威信をかけて、冷静に目一杯の対応をした。心電図だけ撮らせてもらい、異常のないことを確認した。横柄な態度の患者であったが、おサル先生のひたむきな様子を哀れに思ったのか、次第に虫の居所が収まったのか、少しずつ心を開き始めた。

患者の言い分を要約するとこうだ。患者は小さな会社の社長だったが、たまたま東京帝国動物園大学病院に知人を見舞いに行った際、急に気分が悪くなり、その場で心不全の診断で入院。循環器専門医の適切な治療で九死に一生を得て、心臓弁膜症の手術を受けた。だから、同院の循環器専門医を尊敬している。旅先の医者の試金石に「弁膜症の手術をしたら身障者手帳を持っていることを知っているか」を問うてみたらいい、というのはその担当医の入れ知恵らしい。

結局、最後には打ち解けて、嵐のような患者は帰って行き、看護婦には「先生、よく耐えましたね」とねぎらいの言葉をかけられた。おサル先生はホッと胸を撫でおろしたが興奮さめやらず、その後ベッドの中で一睡もできなかった。循環器の常識を知らなかった自分が情けなかったが、最後まで誠意ある態度で接して、患者の心を開くことができた自分を誉めてやりたかった。そうかと思うと患者の怒鳴り声がまだ頭の中で鳴り響いているし、患者をこのように教育した“専門医”はいったい何を考えているのだ！と腹立たしくもあった。

そうこうしている内に天井がゆっくり回りだして、吐き気がもよおしてきた。おサル先生が初めて経験しためまい発作だった。

◇

こういった経験は、なるべく若いうちに積んでおいた方が良さそうです。

在宅医療に関するお考えやエピソードなどをお寄せ下さい。

在宅医療で感じた喜怒哀楽やご意見などがありましたら、保険医協会にお寄せ下さい。取材の上、この欄で紹介させていただきます。

第6回HEQ研究会終了のご報告

小川　滋彦（金沢市・内科）

さて、この場をお借りして第6回ＨＥＱ研究会終了のご報告をさせていただきます。去る8月4日（土）、第6回ＨＥＱ研究会（当番世話人：金沢大学がん研究所外科・磨伊正義教授）は約360人という多数のご参加をいただき、盛会のうちに無事終えることができました。これもひとえに皆様方のご支援のたまものと、心より感謝いたしております。11月には北陸の胃癌の研究会もやりますので、ぜひ、またご参加ください！

福祉マップの活用法 5

福祉・医療サービス利用者の権利擁護に活躍

国際高齢者年・石川ＮＧＯ
オンブズパーソン委員会事務局　寺本　紀子

●エンパワメント、アドボカシーの片腕

介護保険制度を契機として、利用者の権利擁護（アドボカシー）とエンパワメントという福祉援助技術が注目されるようになっています。これまで専門職援助者は、利用者を「かわいそうな保護してあげなければならない人」「指導の対象」と捉えがちでしたが、「自ら問題解決する人」として、利用者自身が課題解決の力をもつことや、パワーアップすること（エンパワメント）に着目した援助が大切だと言われるようになってきました。

また、アドボカシーといって、利用者本人が権利を侵害されていたり、ニーズが充足されない状態にもかかわらず、気づいていなかったり、また気づいていても主張の仕方が分からなかったり、あるいはそのパワーがなくて主張できないでいるとき、本人以外の人が代弁し、権利を擁護するという援助技術がエンパワメント技法の一つとして注目されています。

『福祉マップ』には、このエンパワメント、アドボカシーに役立つ内容がふんだんに盛り込まれています。専門職が読んで利用者に情報を提供するときにも、利用者自身や家族が読んで制度を権利として活用するときにも役立つでしょう。

●前向きな編集姿勢

それは次のようなことに留意して『福祉マップ』が編集されているからです。

①権利擁護機関・苦情処理機関をちゃんと紹介している。

②制度は、不備なところがあっても運用次第で利用者本位に活用できるという側面に光をあてている。

③本当に困っている層に役立つ情報をたくさん載せている。

④単に社会資源の紹介に終わらず、せっかくあるこの制度・サービスをみなさん使いましょうよとアピールしている（ように感じられる）。「ワンポイントアドバイス」、「ご存じですか？」、「コラム」を拾い読みしただけで、そのことがよく分かります。

●市民の手に福祉マップを

わたしはいつも福祉マップをそばに置いています。仕事で、ＮＧＯの活動で、大活躍です。

『福祉マップ』を手にした市民は、大きな力を得ることができるでしょう。市民が主人公の社会づくりに貢献する福祉マップを多くの市民の手に！

会員には一冊無料でお送りしてあります

A4判・300頁・1冊　1,500円

※『福祉マップ』は県内主要書店にて販売していますが、手に入れにくい場合などは、保険医協会でも受け付けます。（この場合、送料がかかります。）

電話：076（222）5373/FAX：076（231）5156

シリーズ **車いす**——リハビリ技術で要介護老人を支える（5回シリーズ）

第4回 車いすに身体を合わすのではなく、身体に車いすを合わす—からだにやさしい車いすのすすめ

（キーワード）人体寸法・車いす各部寸法・モジュール方式

まるた老年リハビリ研究所代表・理学療法士　**丸田　和夫**

自動車を運転しているときの腰痛。長時間電車やバスに乗ったときのお尻の痛み。国際線エコノミークラス症候群。いずれの場合も、いすの寸法や構造が座る人の身体に合っていないために生ずる症状の一つです。

車いすの場合も同様なことが起きます。とくに人体寸法（図1）と車いす各部寸法（図2）とが合っていませんと肩凝り、足の浮腫、腰痛、身体拘束などさまざまな問題が生じてきます。車いすの三つの機能である移動、移乗、座位保持の要素をよく考えて、車いすの①座幅、②座奥行、③前座高、④アームレスト高だけでも身体に合わせることが大切です（図3）。

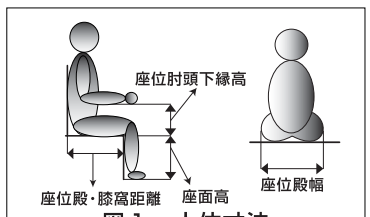


図1　人体寸法
（人間生活工学研究センターより）

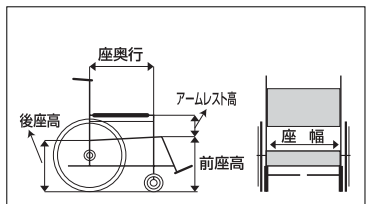


図2　車いすの各部寸法

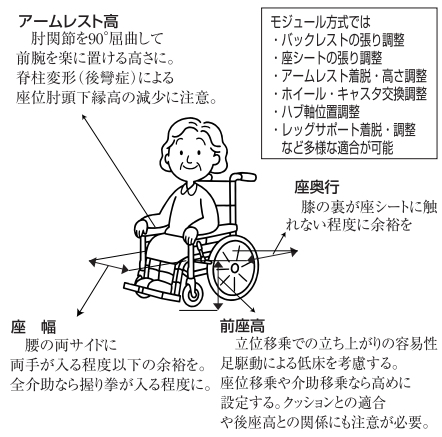


図3　身体に車いすを合わすためのチェックポイント

1．座幅（図4）：車いすの座幅はフレームパイプの内側寸法で、座位殿幅（a）に左右2.5cmずつ計5cmほど加えた（両サイドに左右の手のひらが入る程度）値が座幅となります。座幅が広すぎると、体幹が傾きやすくなる、ハンドリムによる駆動が疲れる、車いすの総幅が大きくなる（フレームパイプが立体構造のものを選べば座幅は同じでも総幅の狭いものがある）などの問題を生じます。

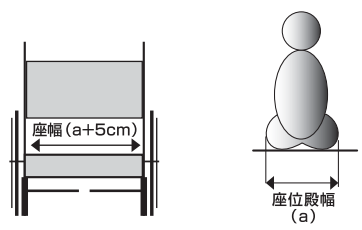


図4　座幅の計測
座位殿幅に左右2.5cmずつ加えた値が座幅となる

2．座奥行（図5）：座位殿・膝窩距離（b）から5cmほど引いた値（膝裏に3～4横指分の余裕）が座奥行となります。ただし、座奥行には車いすの構造によってバックレストパイプ前面からフロントパイプ内側までの寸法（フレーム奥行）と座シート先端までの寸法（シート{座}奥行）とを区別する場合があります。座奥行が短いと坐骨結節への荷重が大きくなりお尻が痛くなります。反対に奥行が長すぎると膝窩部が座シートの先端に触れるため浅く腰掛けようとして座位姿勢がくずれてしまいます。高齢者では円背（脊柱後彎症）による座奥行の変化にも注意が必要です。

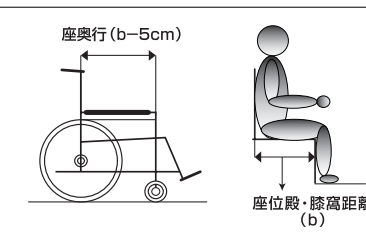


図5　座奥行の計測
座位殿・膝窩距離から5cm引いた値が座奥行となる

3．前座高（図6）：原則的には座面高（c）がそのまま前座高（床からシートサイドパイプ前部上端までの距離）の値となります。しかし、車いすの移動や移乗機能、座位保持用クッションの使用を考えると座面高（c）だけでは決定できない場合があります。また、今回は触れていませんが、後座高（床からシートサイドパイプ後部上端までの距離）との関係もあり慎重を要する寸法です。

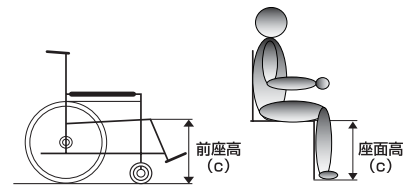


図6　前座高の計測
座面高がそのまま前座高の値となる

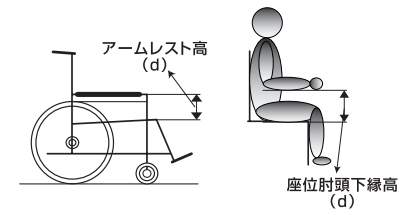


図7　アームレスト高の計測
座位肘頭下縁高がそのままアームレスト高の値となる

4．アームレスト高（図7）：座位肘頭下縁高（d）がアームレスト高（シートサイドパイプ後部上端からアームレストパッド上端までの距離）の値となります。車いすの構造によってはアームレストパイプとパッドを区別して高さを表示する場合があります。また、高齢者の円背（脊柱後彎症）や褥瘡予防用クッションの使用によるアームレスト高の変化にも注意が必要です。

従来、身体に車いすを合わす方法としては、フルオーダーメイド方式が一般的でしたが、身体的状況が変化しやすい高齢者や障害者の場合には、必ずしもオーダーメイドが最適であるとは言い切れない面があります。その理由としては完成までに数ヶ月かかってしまう。完成品が思った通りではない、完成後の変更や調整が難しい、などがあげられます。

最近は介護保険制度の導入によってセミオーダーやモジュール方式が採用され、寸法の種類や調整幅、パーツ交換など、適合を適切に行うための選択肢が広がってきています。フルオーダーメイドでなくても、からだにやさしい車いすを求めることができるようになってきました。

コ・メディカルと医師のための講習会（3回シリーズ）

「車いす～リハビリ技術で要介護老人を支える～」

講師　まるた老年リハビリ研究所代表・理学療法士　**丸田 和夫**氏（『石川保険医新聞』で連載中）

第1回（講義）
「動き創りのためのリハビリ技術」
とき　9月27日(木)午後7時～9時
ところ　金沢都ホテル7階「飛翔の間」
参加費　500円

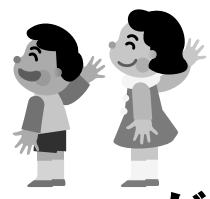
第2回（演習）
「からだにやさしい車いすを考える」
とき　10月27日(土)午後7時～9時
ところ　金沢都ホテル7階「飛翔の間」
参加費　500円

第3回（実習）
「車いすを乗りこなす」
とき　11月18日(日)午後5時～7時
ところ　金沢都ホテル7階「飛翔の間」
参加費　500円

※お申し込みは、各回10日前までに、電話、FAXにて、医療機関名（施設名）と人数をお知らせください。
※定員は各回100人です。申し込み締め切り前でも、定員に達し次第、締め切らせていただきます。
※会場の駐車場が満車になることがありますので、リファーレ駐車場（有料）をご利用いただくか、公共交通機関をご利用ください。

●お申し込みは
石川県保険医協会まで
TEL:076（222）5373／FAX:076（231）5156

子どもたちは今 シリーズ⑮



がんばってしまう子どもたち

わかものの『生い立ちの記』から（三回シリーズ）（その１）何もない時間、「ひとり」が怖い

金沢大学教育学部非常勤講師　西嶋　弘子

私は「生活科教育法」の講義の締めくくりとして、自分の生い立ちをめぐるエピソード、ストーリーなどを絵本形式で表現する『生い立ちの記』（書きたくない場合は創作絵本）を課題に出しています。教科内容にかかわる実習を兼ねる位置付けでしたが、年を重ねるごとに、その意味合いが変わってきました。

「わたし」という存在を通り抜け、『生い立ちの記』に登場する自分と向き合い、表現するという作業を通して、学生たちは封印が解かれたかのように本音や素顔を見せてくれるのです。そして新たな「自分作り」を始めるようです。

そんなわかものの思い、子どもの心をほんの少し、三回シリーズでお伝えしたいと思います。

今、四年の学生は「私が私らしいと思えるのは、いつも自分をギリギリに追い込んだ時である。昔からずーっとそうだった。自分の処理能力の三倍くらいの仕事が舞い込んだとき、はじめて私の全パワーを発揮できる。『体が三つくらい欲しい』と思いつつも、そんなふうに忙しいことに幸せを感じる。私はいろんなことをウジウジ考えるタイプだから、私にヒマを与えるとろくなことがない。一人で考えて、一人で落ち込んでいく。ところで、私はマジメのかたまりである。『マニュアル通りでないことをやる』という能力の欠如が見られる」と、自分を分析しています。

五年前の学生も「いつも何かに追われていないといやで、自分一人になって何もない時間が怖かった。ただそれだけなのに、鬼のようなスケジュールを組んでいる私を見て、みんなは『えらいね』『すごいね』『何でそんなにがんばれるん?』と口々に言った。私はいつも一人で時間を過ごせる人がすごいなって思っていたのに」と、自分を語り「寝る間を惜しんで、やりたいことをやりまくった」日々を振り返ります。

◇何かに追われる毎日

「毎日毎日、バレーばかりで、バレーが嫌になり始めていた私だったが、背が高かったせいもあり、いつの間にかエースアタッカーになってしまっていた」。

「中学生になると週四回、一回三～四時間という厳しい塾に通った。受験前には休みはなく、一日の半分を塾で過ごすこともあった。勉強で妥協するのは嫌だし、（中略）私は誉められたかったのかも知れない」。

「県立の進学校に行った。確かに楽しいことはたくさんあったけど・・・、毎日何かに追われていたような気がする。テスト、テストばっかり・・・」。

小学生時代から習い事やスポーツ活動、学習塾や通信添削のプリント学習をこなし、中学・高校では部活と受験でほとんどの時間が費やされるという体験をくぐってきたわかものたちです。

休むことも立ち止まることも罪であるかのような意識に縛られながら、何とか乗り越えてきたという思いの学生たちは、それまで我慢を強いられてきたものを取り戻すかのような行動に走り出すのです。

◇時間が足りない

数年前、ＮＨＫ朝のニュース番組で『時間高感度人間』というネーミングを耳にしたことを思い出します。

内容自体は、家電業界のわかもの向け時間短縮製品の情報でしたが、時間に過敏で一分一秒が増え、それを称して『時間高感度人間』と命名し、若い世代を中心としての調査では八四・五％もが、そう自覚しているのだという話題でした。そんなに急いでどうするのかといえば、やることがいっぱいあって、浮いた時間を他にたくさん消費したいのだというのです。押し寄せる情報と流行の波に乗り遅れると、周りから取り残されそうで不安になるのです。だから『時間高感度人間』は、一方では、いつもいつも時間が足りないという強迫観念にとらわれ、『時間欠乏症』なる症状に躍ってしまうというわけなのです。

現在は携帯電話とパソコンで、さらに重症?です。

◇自分探しに

「憧れの北海道ツーリング、バイクのシートの上は自分一人。『これまでの私とこれからの私』のことを、きれいな景色を見ながらのんびりと考えた。すごく楽しくて気持ちよくてステキな時間だった。毎日毎日、草や山、空の色や太陽の変化、月や星、馬や牛やリスやキツネに見とれているうちに、気がついたら十日もたっていた」と、「何もない時間のすばらしさ」を見つけた彼女は、現在、教職について自分づくりをしています。

シンポジウム

介護保険と権利擁護システムを考える

介護保険が施行されて１年半が経とうとしています。制度を利用するには重すぎる１割負担、要介護認定と実際の介護の必要性との乖離、「選択の自由」とはほど遠い特養ホーム待機者数、等々、さまざまな問題点が指摘されている介護保険ですが、この10月からは介護保険料が満額徴収されることとなり、利用者をとりまく状況はますます厳しくなってきています。

国際高齢者年・石川NGOは、1999年の国際高齢者年を契機に発足しましたが、その後も高齢者が尊重され安心して暮らせる社会をめざすため、医療・福祉団体や専門家と協力して介護保険における権利擁護活動を進めています。昨年からは「介護保険オンブズパーソン」をスタートさせましたが、このたび下記の要領で「介護保険と権利擁護システムを考える」シンポジウムを開催することになりました。

記念講演は自らの老親介護体験をもとにした「老親を棄てられますか」の著者で、映画「老親ろうしん」の原作者の門野晴子さんにお願いしました。門野さんには老親介護の実態と審査請求の体験報告、介護保険制度の改善方向について、お話ししていただきます。

シンポジウムでは介護支援専門員、社会福祉法による権利擁護機関、自治体独自の権利擁護のしくみ、市民レベルでの権利擁護活動を出し合い、権利擁護のあり方について意見交換します。

「措置から契約へ」をうたい文句に発足した介護保険、その「契約」を実質化するためにも権利擁護の仕組みの充実が不可欠です。本シンポジウムは、介護保険における権利擁護システムの現状を浮き彫りにし、また今後の課題を明らかにすることの一助となるよう企画しました。多くの方のご参加をお待ちしています。

とき　10月20日（土） 午後2時～午後5時

ところ　石川県社会福祉会館 4階ホール
金沢市本多町3丁目1-10　TEL 076-224-1212

■参加費／資料代　**500円**

記念講演講師
門野　晴子氏

プログラム

主催者挨拶　井上　英夫氏（金沢大学法学部教授）

記念講演
●演　題　**老親を棄てられますか**
●講　師　門野　晴子氏（作家、映画「老親ろうしん」の原作者）

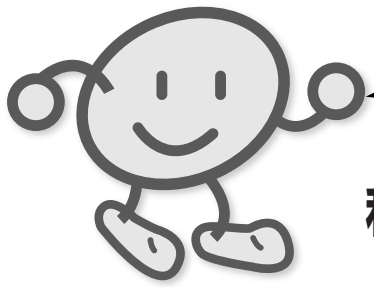
シンポジウム
●報告者　宮島　伸宜氏（金沢市介護保険課課長）
中村　幹夫氏（有限会社新世紀ケアサービス・介護支援専門員）
森　雪枝氏（金沢・高齢社会を考える女性の会代表）
横山　寿一氏（石川県地域福祉権利擁護事業・運営適正化委員会委員長）
●助言者　門野　晴子氏（作家）
●司会者　澤　信俊氏（介護保険オンブズパーソン代表）

■主催　国際高齢者年・石川NGO　●連絡先　石川県保険医協会　TEL 076-222-5373

■後援　金沢市・金沢市社会福祉協議会・石川県各種女性団体連絡協議会・連合石川総研

※このシンポジウムは、社会福祉・医療事業団（高齢者・障害者福祉基金）からの助成を受けて開催します。

石川県言語聴覚士会・リレー寄稿〈3〉



（石川県言語聴覚士会キャラクター「イスタくん」）

こんにちは、ISTA（イスタ）です

Ishikawa Speech-Language-Hearing Therapist Association

私と「リハビリテーション」との出会い

城北病院リハビリテーション科　竹内　満

私がDさんにお会いしたのは1993年12月、約8年前になります。9月に脳出血による右片マヒ、失語症を呈し「リハビリテーション」目的で転院されてきたのでした。初回面接では、よくお答えになるものの、生年月日やご主人の名前を忘れていたり、言葉のまちがいがよく出たり（体調→こーちょ、蛇口→ハンドル）していました。そして、約6カ月の入院を経て、入浴を除く日常生活動作はほぼ自立にいたり、日常会話も支障ない程度まで回復されました。

言語療法では、口頭表現のほかに書字の練習もしていました。熱心な方で、覚えられない漢字はノートに何度も繰り返し練習されるほどでした。ふだんは車椅子生活なので、書字練習は車椅子に座り、家から持ってきた画板を載せて行っていました。しかし画板はベニヤ製なので、ノートを広げて書くとしなり、せっかくの文字も歪みがちでした。そこで、車椅子の肘掛けに固定して使う丈夫な台の使用を勧めたところ、Dさんはしばらく考えた後、きっぱりとこう言ったのでした。

「それ（丈夫な台のこと）を使うと、字を書くには都合がいいだろうけれど、重いでしょ。そうしたら誰かに手伝ってもらわないといけない。これ（画板）だったら、自分でしたいときに出して好きなときに片づければいいからこのままでいいわ」。

それを聞いて、私は大きな間違いをしていたことに気づきました。「障害者」が自立できることを願っていながら、Dさんは手助けを受ける人、私は手を差し伸べる人、アドバイスする人と立場を固定して考えていたに過ぎなかったからです。Dさんは歩くのさえ四点杖でやっとで、右手は廃用手です。その方が手助けを受けずに生活することを願っているなんて思いもしなかったのです。

今年、兵庫県リハビリテーションセンター所長の澤村誠志先生の講演を聴く機会に恵まれました。そのとき先生は「自立とはリスクを伴うこと」と実例を通して話されていました。私はDさんのことを真っ先に思い浮かべました。Dさんは何でも自分でやってみようとされました。そしてわずかでもできることが見つかると、心から喜び、それを支えてくれた人に感謝を忘れないのでした。ですから、会うたびに私は感謝され、Dさんの努力の賜物ですよと言葉を返しては近況を語り合う関係になりました。「チャレンジャー」ですから、ややもすると無理をしては転倒してあざを作ってきたこともありました。しかしそれでさえ自己分析してなぜ転倒したのか、次はどうすればいいのかを笑って話してくれるのでした。

私はDさんを見ていて、自分はこう生きられるだろうか、といつも自問していました。感謝するどころか周りを恨むのではなかろうか？　病前の状態をいつまでも引きずるのではないだろうか？、と。するとDさんはこう言うのでした。

「私がこんな風にしゃべられるようになったのは先生がいてくれたから。俳句もたくさん教えてもらった。感謝してもしきれない。いろんなことができるようになって、私、今、とっても楽しいの」と。

白崎ドクター地球を行く〈6〉

●エジプトの古代文明を訪ねて●

その6

4,500年前の遺跡の旅－ギザ地区－

白崎　良明（健生クリニック院長）

ピラミッドを背景にラクダに乗る白崎ご夫妻

私たちの乗ったルフトハンザ機は、夕闇の中を砂漠の中に着陸するように広大なカイロ国際空港に着陸した。空港ビルから出た瞬間、熱気と油のような臭を感じた。念願のエジプト入り、〝これがエジプトの空気なのだ〟。ところが、ガイドの迎えがない。観光地はほとんどアラブ語しか通じないというので、今回は全旅程を同行する現地のスルーガイドを日本で予約していた。不安と空腹で待つこと三十分、「白崎さんですか」と声をかけてきた女性が、カイロの旅行会社に勤める日本人ガイドS嬢と分かり、安心の古代文明の旅が始まった。

宿泊ホテルのメナハウス・オベロイはギザ地区にあり、ピラミッドが見える部屋を予約していた。部屋に入り、荷物を置く間もなく、ベランダから闇を通して椰子の木々を越えた向こうを見ると、ライトアップされ、黄金色に輝くピラミッドが見えるでないか。「……」二人とも全く言葉がなかった。写真で何回も見た、世界の七不思議の一つと言われているあの巨大なピラミッドを目の当りにしているのだ。「すごーい」、言葉に出せないまま、心の中では複雑な感動に震えて眠りについた。

クフ王のピラミッドは底辺231m、高さ147m,角度51度で、210段の石の積み上げになっているらしく、石の数は230万個といわれる

ピラミッドのスケールの大きさは自分の目で見るほかない。翌日、クフ王、カフラー王、メンカウラー王の三大ピラミッドを回り、メンカウラー王のピラミッドの中に入った。蒸し暑さの中で狭い通路を体を折りながら上がり下りしなければならず、かなり体力がいる。同級生が「エジプト旅行は六十歳までに行ったほうが良いよ」と言っていたが、然りと思う。巨大なピラミッドを造りあげた権力と科学的な技術に、ただ、驚嘆するばかりであった。

スフィンクスはカフラー王のピラミッドと葬祭殿から参道を下りた河岸神殿の側にある。写真で見るスフィンクスは巨大に感じたが、ピラミッドと合わせてみるとスケールは小さい。その顔を見ていて「悠久の昔から何を見続けてきたのだろうか」と、ふっと思う。あごひげはイギリスが持ち去って大英博物館にあるという。帰国はロンドン経由なので、ぜひ寄ってみようと思った。

クフ王のピラミッドの南側に『太陽の船博物館』がある。これは必見ものだった。ツアー旅行のコースにはあまり入っていないようで入場者もまばらであったが、五千年前に合葬された木造船が完全に復元されて空調の効いた部屋に展示されている。長さ四十六メートル、幅六メートル、九メートルほどの船室がついていて、現在の船とまったく同じである。五千年前に目の前の船で、今と同じように地中海や紅海を行き来して交易が行われていたと思うと、エジプト文明と人間の歴史に畏敬の念を抱かざるを得なかった。

会員リレーエッセイ ◆◆31◆◆

逆中陰

粟野　利雄（金沢市・内科）

息子が昭和四十六年（一九七一）に金沢大学医学部を卒業後、ユートピア前進基地として富山県入善町を選び、産婦人科クリニックを開院したのは、十九年前の昭和五十八年（一九八三）春ごろでした。不見不知の異境の地に医院を新築開業し、多年の宿望の洋々の船出でした。

以来、昼夜の別なく営々孜々（しし）として天職に没頭し、産婦人科医の使命を自覚し、研鑽を積み、その専門分野の鬼となり、最新の技術に取り組むなど、地域医療に盡忰（じんすい）し、多年にわたり著しき業績を残しました。このように死の前日までの過酷なスケジュールや精神と肉体のアンバランスの結果として、ついに過労に倒れるという悲運に見舞われました。病名は心筋梗塞とありました。

軍人であれば名誉の戦死でしょうか。そのとき親の私の心境は、太平洋戦争の末期、九州は知覧特攻基地飛行場から発進、体当たり玉砕した航空特攻隊員の壮挙を見守った総指揮官、大西少将の立場を思い浮かべました。まことに親馬鹿の極みで申し訳ありませんが、息子の断末魔の叫びがひしひしと伝わって来る緊張感をいまも覚えます。

故人は、患者には親愛をこめ、懇切で慕われ丁寧でスタッフの方々にも人気がありました。他方、研究心旺盛で専門外のテクノロジーや新しい洋画の才能、スポーツ神経も多面であり、多技多才でした。本業にも余裕を持って産婦人科学会の新分野に天分を発揮、水中出産や体外受精などの先端技術などにも情熱を傾け、天賦の才を発揮する様子がしばしばみられました。

「天の時は地の利に如かず　地の利は人の和に如かず」のことわざのとおり、人との親和に徹しましたが、それが弱点でもありました。理に働けば角が立つ、情に棹させば流されるの非情の世界に脆くも破れてはかなく、父親にとっては息子に先立たれる逆中陰の悲劇に見舞われる結果を招きました。本人の遺言らしい撒骨儀も金大附属高校同窓会「ダラ衆連」二十二人のご好意により、故郷の山河に里帰り厳修されました。

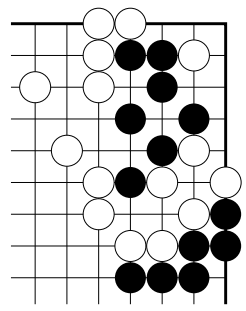
八十八歳の老医の嘆きに一陣の秋雨が身に滲みる季節となりました。

正月命日は四月十六日、桜の花の散るころ、五十四歳の一期でした。利春よ、冥（めい）すべし。

「願わくは花の下にて春死なむ　そのきさらぎの望月のころ」西行法師。

囲碁

■出題者
七段 向井富治（金沢市・内科）



黒番でどうなりますか。

（解答は３面にあります）

会員投稿

スイスアルプスとウィーン10日間の旅 ④
― ツェルマットからグリンデルワルトまで ―

藤田　士郎（金沢市・内科）

ホテルがある村の風景

五月一日（火）、モーニングコールは午前六時半。七時に朝食。ツェルマットからテッシュまでゴルナーグラード鉄道に乗る。あちこちにスキーヤーがいるのを見た。若い人から高齢者までいるのに驚いた。用具もノーマル・スキーからカービング・スキーまであった。ノーマル・スキーでカービング・ターンはすごく難しいのだが、やはり中にはそれでスキーをする人たちがけっこういるのにもびっくりした。

テッシュに着くと新しいバスが待っていた。ドライバーはヨハンさん。クローテン空港からテッシュまで運転していたドライバーと違い、丁寧な運転をするそうだ。

トゥーン湖のシュピーツ（Spiez）で昼食、インターラーケンの町に入る。メインストリートは、駅を背にして右手に真直ぐな道が続き、その両側にいろいろな店があった。通りには小粋なショップや高級ホテル、レストランが並び、右に公園（ヘーマッテ公園）があるところで一時間ほどの休憩があった。晴れていたら

スイスのなまはげ

ここからユングフラウを望む絶好のポイントだという。あちこちにタンポポが咲いていて、ここのタンポポは二種類あって、一つは西洋タンポポ、もう一つは東京タンポポというそうだ。西洋タンポポは日本で見られる額が下向きになっているタンポポだが、東京（日本）タンポポはどうしてここまで入ったのだろうか。

山道を進み、レッチェンタール（Loetschental）に到着。ここでは車が一列に並び、貨車の上に乗るという。道が狭いのでバスはもちろん、車は電車に乗って到達するという。電車とバスの間は五センチかその位で、バスの運転手の技術が問題である。

レッチュベルクトンネルがあり、ゴッペンシュタインから北東にはアレチュホルンとグレッチャーホルンに挟まれたレッチェン谷がある。ベルナーアルプスの山深いこの谷に、古い習慣が今も残っている。「ロイーチエークゲーテー」という冬の祭りでは、木彫りの悪魔の仮面を着けた男が村人をおどかし、村民はそれを追い払うことによって冬を意味する悪魔を追い払う。スイスのなまはげといわれている。

そのうちに、グリンデルワルトに到着。バスの運転手さんは町はずれまで行って、ユーターンして駐車場に入れてくれた。ホテルは、

バスが電車に乗る

すぐ近くのベルベデール（Hotel-vedere）である。ホテルの窓からはアイガーそのものが見られ、頂上はガスがかかっていて見えなかった。窓の下の方に、登山電車が走っているのが見え、それが傾斜を登りトンネルに入って行くのが見えた。アイガーの左にはシュレックホルン（Schrec-khorn）、そしてその左にベツターホルン（Wetter-horn）、Schrec-khornというのは恐怖とか驚愕という意味らしい。Wetterは雷雨とか暴風という意味だそうだ。なかなか良く見えないからなのか。

今夜は夕食は各自勝手に取るということで、通りから一歩入るとスーパーがあるから、そこで買い物をして食べるのがよいと聞いたが、スーパーに入ると、六時半で終わりで、何も買えなかった。ほとんどの店は、この時間には終わっていた。

特に、このホテルから見えるアイガーは素晴らしい。この斜面はアイガーの西斜面で、東とか北斜面は良く聞いたことがあるが、それにしても登るのは大変である。