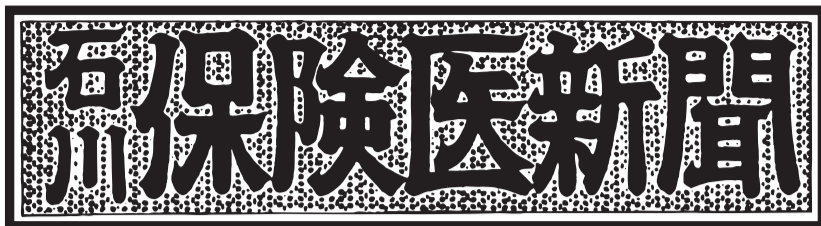


発行所
石川県保険医協会
 〒920-0902 金沢市尾張町2丁目8番23号
 太陽生命金沢ビル8階
 ☎(076)222-5373 番 FAX(076)231-5156 番
 URL http://ishikawahokeni.jp/
 E-mail ; ishikawa-hok@doc-net.or.jp
 発行人 西田直巳
 印刷所 ソノタ印刷株式会社
 購読料 1年間 5,000円(〒共)
 (*本紙の購読料は会費に含まれます)



主な記事

- 4面 小児科医からの発信
- 5面 映画「いしゃ先生」上映会案内
- 6面 原発・いのち・みらいシリーズ
- 7面 書評「花もひらかぬ一八のまま」
- 9面 社会保障・税一体改革

今月の会員数 / 1,025人(医科720人・歯科305人)

保団連北信越ブロック

在宅医療について厚労省と懇談

来年の医療・介護同時改定に向けて

副会長 大川 義弘(金沢市・内科)

27項目を重点要求

2017年1月26日(木)の午後4時から午後5時にわたって、在宅医療を推進するための厚労省との懇談会を厚労省で行いました。この懇談は長野県選出の杉尾秀哉参議院議員の仲介で実現し、厚労省側からは保険局医療課の課長補

佐の広瀬さんと、2018年度は介護報酬との同時改定でもあることから老健局の方も参加していました。保団連北信越ブロックからは、新潟医会から高畑会長、井上副会長、富山協会からは野口副会長、石川協会からは大川(いずれも内科)と、各県の事務局長と保団連事務局員の計12人が参加しました。工藤石川協会事務局長の司会にて進行しました。

第一線からの提言

- 1、往診の翌日の訪問診療を認めるべきとの要望については、往診の翌日に計画的に医師が訪問するということが厚労省側は想定できず、多職種で対応したらどうかという考えが示されましたが、その論理なら在宅療養支援診療所には往診翌日の訪問診療を例外的に認めている制度との整合性がないことと、実態として翌日に計画的に訪問することがあり得ることを当方から示しました。厚労省側はうーむという感じに見えました。
- 2、訪問リハビリの「指示料」新設については、指示料と主治医が同一患者を診て訪問診療料算定に関する、
- 3、在宅自己注射の導入前に2回以上の指導を行うことが算定要件になっている点について、医師の判断で初回から導入することもあり得ることを具体例を挙げて説明し、月をまたいだときに算定出来ない事態も起こり得ることを指摘しました。厚労省側はそうですねという感じに見えました。
- 4、在宅寝たきり患者処置指導管理料については処置内容を4区分として、それぞれ併算定を可能にしてほしいという要求には、そういう意見もあるという雰囲気でした。
- 5、在宅寝たきり患者処置指導管理の対象になっている栄養処置に用いる栄養管セットの材料加算を設定することに對しては、財政的な理由を挙げていました。
- 6、在宅の特定保険医療材料については、厚労省側が論点整理的に課題を分類しました。在宅医療の現場で実際の使用例を提示していく必要があります。
- 7、小規模多機能型居宅介護で「泊まり」サービスを利用している患者さんへの訪問診療料算定に関する、

なくてはならない点や訪問看護ステーションでは指示書で指示ができる点、介護保険ではある程度認められている点などを指摘し、地域の医療資源の有効活用や効率の利用という面からも認められるべきとの当方の指摘に、厚労省側はうーむという感じに見えました。

在宅医療を推進するための重点要求(27項目)は2面掲載



厚労省(写真右3人)に対し、在宅医療制度の改善要求をする保団連北信越ブロック役員・事務局員(写真左から3番目が大川副会長)

石川県保険医協会 第43回定期総会

と き 2017年3月26日(日)
午後0時半～午後4時

と ころ 石川県女性センター
(金沢市三社町1-44)

第一部 総会議事(4階 コンベンション室) 午後0時半～午後1時半

- ・2016年度活動報告及び2017年度活動方針案
- ・2016年度決算報告及び2017年度予算案
- ・役員改選
- ・総会アピール
- ・特別功労者の表彰 (予定)

第二部 記念企画 映画「いしゃ先生」上映会(1階 ホール) 午後2時～午後4時(詳しくは5面参照)

問合せは、石川県保険医協会(電話 076-222-5373)まで。

いわゆる「30日ルール」については、不十分な居住条件のところはずっと住むこととはいかなものか、というのがルール設定の考えで、第一線で診療をしている医師から具体的な道義のある提言は、次期診療報酬改定に結びつくだろうと感じました。

医心凡語

先日、卒後25年経つてようやく私たち金沢大学医学部91年卒の同窓会が開かれた。25年ぶりに顔を合わせると同窓も多かった。大学教授になった者、基幹病院で責任ある立場に立つ者、開業医として地域医療に貢献する者、皆それぞれに重要な立場となり立派に社会貢献しているのが分かった。私も、多少白髪が増えたりお腹が出たりして変化はあつたものの、25年前とあまり変わらぬ様子で懐かしさを覚えた。皆、それぞれの分野で最先端の医学を学びつつ25年間突っ走ってきたが、50歳を過ぎ社会的な責任も重くなった者たちが、この場に集つたのだと思う▼その中で、学年を代表する優秀な同級生で、私がいつもノートを借りてお世話になっていた方がいた。総合診療医を志し、日本でも有名な研修施設を渡り歩いてこられた。彼女と少し話すとき意外な言葉が聞かれ、それが「貧困」の問題だった。彼女は恐らく医学界の中でエリート街道を歩んで来て、私とは全く異なるフィールドで生きてきたと思うが、問題意識は同じだった。医療というフレームを通して、やはり、日本最大の社会問題を見ていることが分かった。少くも人にとって生きづらい社会になつていく。少しでもそれが改善されるよう、今年もがんばろうと思う。

保団連北信越ブロック

在宅医療を推進するための重点要求

新潟・富山・石川・福井・長野各県保険医協会・医会で構成する保団連北信越ブロックでは、在宅点数における複雑な算定要件や不合理な算定制限について、診療現場での具体的な問題点を整理し、以下の27項目を在宅医療を推進するための重点要求として掲げ厚労大臣へ要望しました。さらに、要望項目のうち★印がついた8項目について、1月26日（木）の厚労省との懇談にて意見交換を行いました（懇談当日の様態については1面掲載）。

＜医療保険と介護保険の給付に関する分担について＞

- 1 要介護被保険者等に対する、医療系居宅サービスのうち訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導などについては、介護保険から医療保険の給付に戻すこと。

＜在宅医療の通則について＞

- 2 訪問診療または往診と訪問看護・訪問リハビリの同一日の算定制限を廃止すること。

＜在宅患者訪問診療料＞

- 3 在宅患者訪問診療料2の点数を引き上げること。
- 4 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に義務付けられた別紙様式14の診療報酬明細書への添付は不要とすること。
- ★5 往診の翌日に行った在宅患者訪問診療料の算定を全ての医療機関で認めること。

＜在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料を含む）＞

- 6 在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料を一本化すること。
- 7 在宅時医学総合管理料等について、人数による点数区分を廃止すること。
- 8 在宅寝たきり患者処置指導管理料の費用は、在宅時医学総合管理料とは別に算定できるようにすること。
- 9 投薬および創傷処置等の処置の費用の包括をやめること。
- 10 訪問回数の制限を受けない別表八に掲げる患者であって、要介護被保険者等の患者については医療保険の在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）が算定できるようにすること。
- 11 同一月に複数の訪問看護提供施設からの訪問看護が行えるようにすること。

＜看護師が実施する点滴注射等の薬剤＞

- 12 医師の診療と指示に基づいて看護師等が実施する皮下・筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める注射薬に限らず算定を認めること。

＜在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料＞

- ★13 他の医療機関等に対して訪問リハビリテーションを指示する「訪問リハビリ指示料」（有効期間3か月を限度）を新設すること。また、通院困難な患者であれば必ずしも在宅患者訪問診療料の算定を要件としないこと。

＜在宅療養指導管理料の通則＞

- 14 複数の医療機関で、異なる在宅療養指導管理を行った場合はそれぞれ算定を認めること。
- 15 同一の保険医療機関において、同一患者に対して複数の在宅療養指導管理を行った場合は、主たる指導管理料と併せて従たる指導管理料について一定の評価を設けること。

＜在宅自己注射指導管理料＞

- 16 自己注射の回数による点数設定を廃止すること。

- ★17 在宅自己注射導入前の教育期間と指導について、在宅自己注射指導管理料の算定要件とはせず、医師の判断により自己注射を開始できることを明確にすること。

- 18 「在宅血糖自己測定指導料」を新設し、インスリン自己注射を行わず、服薬のみの患者に対しても血糖自己測定の費用の算定を年4回程度認めること。

＜在宅寝たきり患者処置指導管理料＞

- ★19 在宅寝たきり患者処置指導管理料を、①創傷処置・喀痰吸引・ストーマ処置・皮膚科軟膏処置（一般処置）、②膀胱洗浄・留置カテーテル設置・導尿（泌尿器科処置）、③介達牽引、消炎鎮痛等処置（整形外科的処置）、④鼻腔栄養・経管栄養（栄養処置）の4区分とし、それぞれの併算定を可能とすること。

- ★20 在宅寝たきり患者処置指導管理の対象となっている栄養処置（鼻腔栄養・経管栄養）に用いる栄養管セットの材料加算を新設すること。

＜薬剤料・特定保険医療材料＞

- 21 在宅療養指導管理料において、「含まれる」とされる処置、注射の費用については、薬剤料及び特定保険医療材料は別途算定できるようにすること。
- ★22 在宅医療で使用する頻度が高い医療材料等については、在宅で使用する特定保険医療材料として保険請求できるようにすること。
（例）蓄尿バック（ウロバックなど）、処置等に用いるディスプレイカテーテル、チューブ類、皮膚欠損用創傷被覆材（一般的な褥瘡処置）

＜胃瘻カテーテル交換法＞

- 23 在宅での胃瘻カテーテル交換法については、「画像診断又は内視鏡」でなくともスカイプルー法等で交換後の安全確認ができれば算定できるようにすること。

＜施設入所者の訪問診療等＞

- ★24 特別養護老人ホーム入所者に対する在宅患者訪問診療料の対象を下記の場合にも拡大すること。

- ① 週3回の訪問回数の制限を受けない厚生労働大臣が定める疾病等の患者
- ② 急性増悪で一時的に週4回以上の訪問診療が必要な患者

- 25 短期入所生活介護の利用者に対する在宅患者訪問診療料について、少なくとも以下の状態の患者については利用開始から30日を超えても算定できるようにすること。

- ① 週3回の訪問回数の制限を受けない厚生労働大臣が定める疾病等の患者
- ② 急性増悪で一時的に週4回以上の訪問診療が必要な患者

- ★26 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）を受けている患者について、サービス利用開始後30日に限って在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料を算定できるとした取扱いを廃止し、従前の取扱いに戻すこと。

- 27 特別養護老人ホーム以外の「特定施設」についても、医師の指示に基づき、当該施設の看護師等が点滴又は処置等を実施した場合の薬剤料、特定保険医療材料、及び施設の看護師等が検体採取した場合の検体検査実施料が算定できることを明確化すること。

会員の皆さまへ

「金沢市国保料の恒久軽減を求める」 要請署名ご協力の御礼

昨年11月より取り組んでおりました、「国保料の恒久軽減を求める」金沢市長宛て署名にご協力いただき、誠にありがとうございました。1月23日(月)に、保険医協会で集約した154筆も含め、県内から集まった2,298筆を、金沢市長へ提出しました。

2013年から国保料の計算方法が扶養控除などの各種控除が反映されない「旧ただし書き方式」に変更され、大幅な値上げになりました。中には国保料が約2倍に跳ね上がるケースもあります。より加入者の生活実態の反映された国保料となるよう、今回の署名の請願内容である扶養控除や障害者控除の新設を求めています。

保険医協会では、いただいた署名である県民・患者さんの声とともに、改善運動を続けていく所存です。



<4人家族(40代夫婦と高校生未満の子2人)の国保料>

総所得(万円)	新方式(円)	旧方式(円)	増加額(円)	上げ幅(倍)
100	194,577	98,700	95,877	1.97
200	436,377	254,424	181,953	1.72
300	579,477	411,240	168,237	1.41
400	691,841	582,240	109,601	1.19

新年号クロスワードパズルの答えとお礼

答え ハバタコウミライへ

多数のご応募ありがとうございました。厳正な抽選を行い、5人の方に図書カードをお送りしました。(編集部)

持論

世界が鳴動している。イギリスのEU離脱、ヨーロッパの極右の台頭、アメリカにおけるトランプ現象。それぞれの

アメリカと言えど、自国のみの繁栄などありえない。否、今のアメリカはそこまで追い込まれているということなのかもしれない。

経済財政諮問会議をはじめとして、国が関与する多くの提言機関は強者の論理を振りかざし、社会保障費をいかに削るかに腐心している。そこに国民が希望を抱ける未来像などはない。不

ス」は、磁気の世界を過たず乗り越えていく特殊なコンパスである。今、われわれが求めているのはまさに新たなログボースだ。無ければ、自分たち自身で作るしかない。保団連、そして各地の保険医協会・医会はずべての力を結集して、指針を作る

混沌の中から光を！ 力を結集し対抗軸示そう

一方で、この潮流が世界で同時進行的に生じていること自体が、世界は密接に関連し、自国の思惑のみで動くことはもはや不可能であることを示している。皮肉なことである。いかに

雇用はついに4割を超え、相対的貧困率は16%に達する。一方で、生活保護者や貧困家庭へのバッシングが止むことは無い。他者への共感、想像力の欠如こそ、この国が今抱える病根だ。

幸なことは、それにとって代わるコンパスがないことだ。反対のための反対では誰も動かない。漫画『ワンピース』の中で航海士のナミが持つ「ログボース」は、

「世界を混沌の中に置き続けてはならない。」

納得のいかない返戻、査定は

『保険審査通信』

でお知らせください。

「保険審査通信」では、納得のいかない返戻や査定があった場合に会員医療機関からお知らせいただき、保険医協会が『石川保険医新聞』を通してコメントを掲載しています。

会員医療機関におかれましては、不当あるいは納得できない返戻・査定の情報をお知らせください。

FAX 076(231)5156
E-mail ishikawa-hok@doc-net.or.jp

事務局休務のご案内

保険医協会事務局は、事務局研修のため、2月17日(金)は正午までの業務といたします。ご了承ください。

会員の先生へ

『石川保険医新聞』 アーカイブズについて

『石川保険医新聞』の創刊号から最新号までのPDF化が終了し、会員の皆様にもいつでも閲覧・ダウンロードしていただくことが可能になりました。当面の間、試験運用として、ホームページにアップロードしましたので、ご覧になりたい会員(ご本人のみ)の方は、保険医協会事務局まで、当該サイトへのアクセス方法をおたずねください。メールでお問い合わせいただければ、アクセス方法とIDおよびパスワードをお知らせします。

●問い合わせ先Eメール
ishikawa-hok@doc-net.or.jp

「16」は答え、7+1=9

3	6	9	2	1	5	8	4	7
2	4	5	3	7	8	1	9	6
8	1	7	4	6	9	5	3	2
4	8	1	7	3	6	2	5	9
7	5	2	8	1	3	6	4	
6	9	3	5	2	4	7	1	8
9	2	4	8	5	3	6	7	1
5	7	6	1	4	2	8	3	
1	3	8	6	9	7	4	2	5

「4」は答え、10は問題

不
玉
金
銀
桂
馬
歩
香
車
王

2
1
1
2
3
3
5
3
2

▲玉一1
▲玉一2
▲玉一3
▲玉一4
▲玉一5
▲玉一6
▲玉一7
▲玉一8
▲玉一9
▲玉一10

「5」は答え、10は問題

不
玉
金
銀
桂
馬
歩
香
車
王

2
1
1
2
3
3
5
3
2

▲玉一1
▲玉一2
▲玉一3
▲玉一4
▲玉一5
▲玉一6
▲玉一7
▲玉一8
▲玉一9
▲玉一10



診察室で タバコのお いおいが

診察中に子どもからタバコのおいおいがするたびに受動喫煙だと気づくのだが、「親から嫌な思いをされてまで診察を中断したくない」と注意がでさずらい。2006年4月から小児科なのに禁煙外来を始めた。今ではタバコのおいおいがすれば診察室でも、健診で初対面の親に対して、「せめて子どものそばでの喫煙はしないように」と指導している。そして、禁煙はそれほど難しくなく、説明し禁煙外来受診を勧奨するが、なかなか治療希望者は増えない。

喫煙、受動喫煙の 実態は

当院禁煙外来受診者64人の喫煙開始年齢は、12歳1人、14歳2人、15歳2人、16歳3人、17歳8人、18歳11人、19歳6人、20歳11人

小児科でこそ

禁煙外来

丸岡 達也（穴水町・小児科）

と、「喫煙は20歳から」の和され、若年者での治療がはずなのに約7割が20歳以下で喫煙を開始していた。20歳以下では保険で禁煙治療ができないが、禁煙外来受診時はほとんど40歳以降の方で、プリンクマン指数（喫煙本数×喫煙年数）を200以上の要件）を十分満たしていた。2016年4月から禁煙治療基準が緩和され、若年者での治療が容易になったが、喫煙を始めたばかりの20歳前後の若者は禁煙など考えていないだろう。小児における受動喫煙が関与する疾患には、虚血性心疾患、中耳炎、下気道疾患、呼吸器疾患、喘息あるいは肺機能の低下などが知られている。最近ではメタ

ボリック症候群や注意欠陥性多動性障害（ADHD）との関連も報告されている。小児科医でありながら、受動喫煙は子どもの健康権利を奪っているとはっきりと言えなかった昔が恥ずかしい。

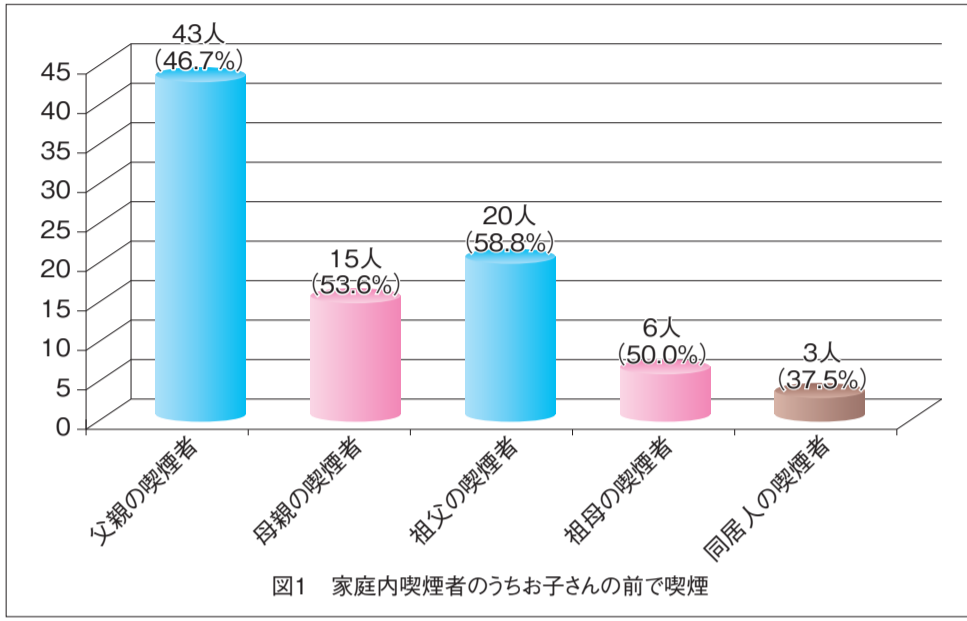


図1 家庭内喫煙者のうちお子さんの前で喫煙

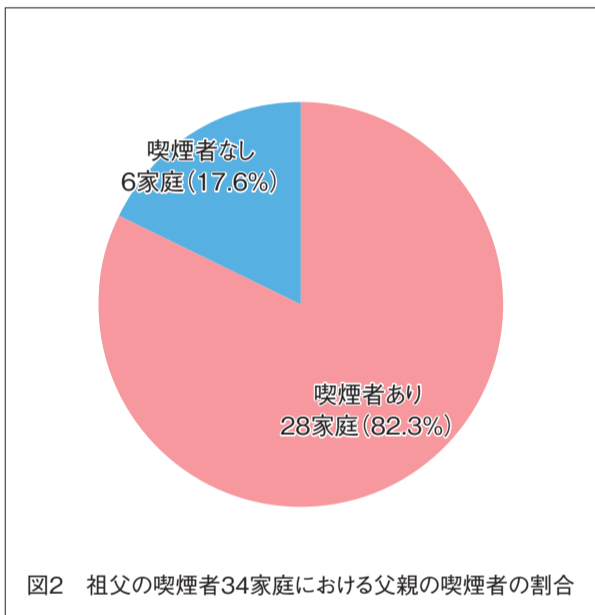


図2 祖父の喫煙者34家庭における父親の喫煙者の割合

の「健やか親子21」の調査結果で父親45%、母親12%が喫煙していると報告されているが、今回の結果もかなり近かった。喫煙をやめたい、やめさせたいと思う、受動喫煙の認識のある家庭が多いにも関わらず、子どもの前で受動喫煙は男女を問わず50%近くいた。祖父が喫煙している家庭での父親の喫煙率は、祖父が喫煙しない場合と比較すると4.5倍と非常に高率であり、受動喫煙は次世代の喫煙者を生む危険性が高いことが示唆された。さらに2016年3月に学校医をしている小学3～6年生165人、中学1～3年生182人に対して、加濃式社会的ニコチン依存度質問票を用いたアンケート調査を実施した。家庭内喫煙者は230人（66.3%）と前回の調査とほぼ同じであった。①男子のほうが肯定的な意識を持つことが多く、②小中学校の少数にタバコに対して肯定的な意識がみられ、それは小学生の方が多く（図

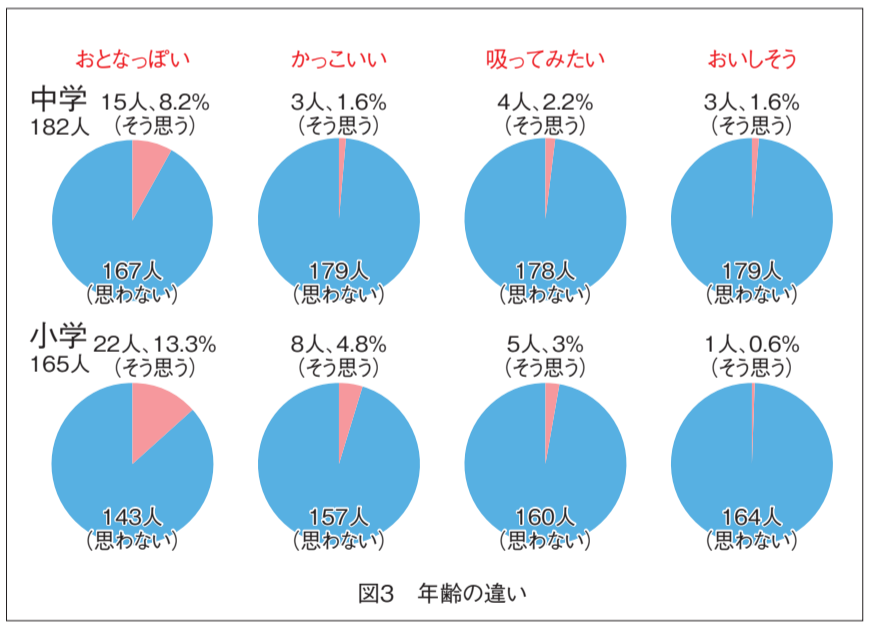


図3 年齢の違い

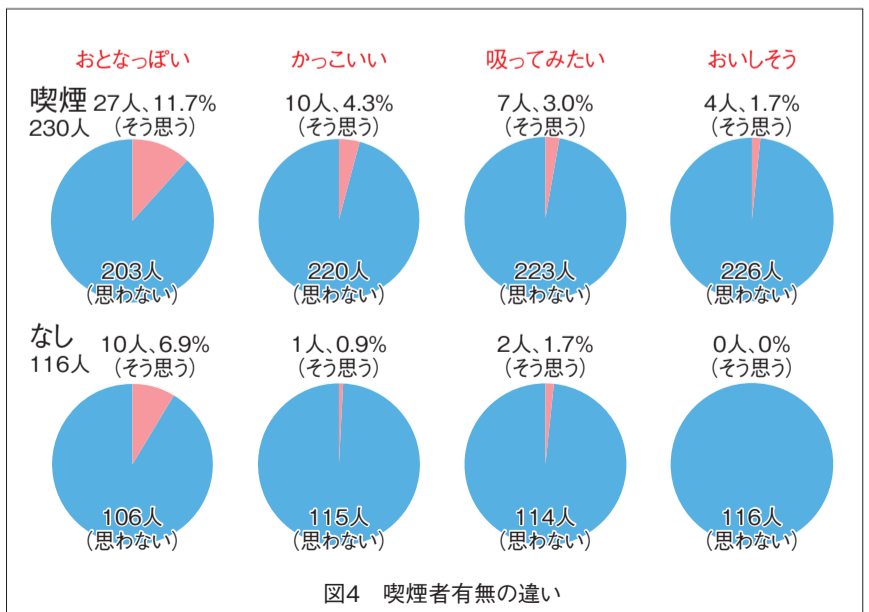


図4 喫煙者有無の違い

禁煙指導は 小児科医が

3）、③喫煙者がいる家庭のほうが肯定的な意識を持つことが多かった（図4）。喫煙開始の多くが20歳以前であり、家庭内喫煙者がいる家庭の子どもたちが喫煙に対し肯定的な意見が多く、祖父が喫煙している家庭での父親の喫煙率が82.3%と高率に喫煙の連鎖がみられ、小学校の早い段階からタバコへの肯定的な意識や、興味本位の意見がみられたことを考えると、喫煙防止教育は小学校の早期の段階で始めること、保護者の禁煙教育が必要であると考えられた。子どもたちの受動喫煙の害を与える元になりうる大人たちに一番遭遇するのは小児科医だ。小児科医として禁煙外来を始めてよかったです。

世界保健機関（WHO）は2016年2月1日、「米国で新たに喫煙を始めた青年の37%が映画やドラマをきっかけとしてタバコを吸い始め、若者の喫煙を助長していた」という調査結果を引用し、各国政府に「タバコ関連映画の鑑賞に關する年齢制限を設ける」「喫煙シーンのある映画上映前に禁煙広告を表示する」といった対策を講じて禁煙外来を始めてよかったです。



©2015「いしゃ先生」製作委員会

石川県保険医協会
第43回定期総会記念企画のご案内
映画
いしゃ先生
上映会
 ～守り抜こう 大事な“いのち”とみんなの“医療”～



©2015「いしゃ先生」製作委員会

主演・志田周子役の平山あやさん

「いしゃ先生」は、戦前戦後の混乱期に、無医村だった山形県大井沢村(現・西川町大井沢)で生涯を医療にささげ、「仙境のナイチンゲール」とも呼ばれた実在の女性医師・志田周子さんの人生を題材に、作家のあべ美佳さんによって書かれた小説です。全国保険医新聞にも

いしゃ先生とは？

連載(2013年5月～2015年2月)されてきましたので、ご存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、映画としては、2015年11月の山形での先行上映を皮切りに、全国の協会・医会が上映会を開催しています。まだ医療制度が不十分だった時代に、たった1人で村民のいのちを守った周子さんの生涯を振り返ることは、いのちと医療の大切さを再確認する機会になると確信しています。ぜひ、多くの会員のみなさまにご参加頂ければ幸いです。詳細は同封の案内チラシをご覧ください。

2017年も早1カ月が過ぎ、金沢の街もすっかり冬の装いを見せていますが、みなさまいかがお過ごしでしょうか。石川県保険医協会としては、年に一度の定期総会の季節。恒例の総会記念企画では、一昨年は山出保氏(前金沢市長)の文化講演「ものづくり、まちづくり・金沢の物語」、



©2015「いしゃ先生」製作委員会

父・莊次郎役を演じた榎木孝明さん

とき 2017年3月26日(日) 午後2時～午後4時 **参加費** 500円 (高校生以下無料)

ところ 石川県女性センター 1階ホール **定員** 320人

お問い合わせ 石川県保険医協会 電話:076(222)5373 FAX:076(231)5156
 メール:ishikawa-hok@doc-net.or.jp

文庫版『いしゃ先生』を読んで

事務局 大田 健志



「いしゃ先生」

- あべ美佳 著
- PHP文芸文庫(2015年9月初版)
- 640円(税別)

物語の舞台は、昭和10年の山形県大井沢村(現：西川町大井沢)から始まります。ほどなくして日中戦争が始まる、そんな時代背景です。当時24歳の志田周子さんは、男性でも学校を出るのが少ない時代に、人一倍の努力を重ねて東京女子医学専門学校(現：東京女子医科大学)に入学。医師免許を取得し、系列の内科で助手として勤務していました。そこに届いた故郷の父からの電報がきっかけで、志田さんは「いしゃ先生」としての人生を歩み始めます。

当時の大井沢村は無医村であり、病気になったときは、村に代々存在する巫女「ロクサン」の祈祷したお札を貼る民間療法が主です。まだ国民皆保険制度もない時代、貧しい村の人々にとって医療は身近なものではありませんでした。加えて、男女差別もまだ強く、女性で、しかも経験の浅い「いしゃ先生」は村人たちに容易には受け入れられません。幾度もくじけそうになり

ながら、「いしゃ先生」は、一人の医師として、女性として、医学的な傷病だけでなく、当時の日本が抱えていた、様々な問題とまっすぐに闘い続けます。

このお話は「いしゃ先生」を中心にしたヒューマンドラマとしての側面が強く見えますが、実際に読み進めると、その背景に様々な社会問題が見え隠れしています。そして、その社会問題への治療として、その後の医療・人権・社会保障制度や国民皆保険制度が創設されてきたと感ずります。しかし、その治療は、今も正しく行われているのでしょうか。現在の医療・社会保障は、国民のための良薬として正常に機能しているのでしょうか。

医学的に見れば、乳幼児死亡率、疫病死亡率の改善など、この数十年の進歩は飛躍的だと言えます。しかし、「いしゃ先生」の時代、さらに昔から抱える貧困・差別の問題はほとんど解決していません。国民皆保険の導入により、いつでも、どこでも、だれでもが安心して医療を受けられる時代になったはずなのに、経済的な理由による受診抑制、へき地医療、医療関係者の労働環境など様々な問題が今もなお多くの人を苦しめています。桜花爛漫を珍重して愛でるだけではなく、野に咲く小花を慈しみ支えるのが真の社会保障であり医療保障ではないのでしょうか。もしも、「いしゃ先生」が現在の日本を見たら、なんて言うでしょう。医療の進歩に感嘆の声をあげるのか、それとも・・・？

病気、貧困、差別、戦争、多くの問題が複雑に絡まり合い、この国は既に大きな傷を抱えています。現代を生きる私たちに何が求められているのか。その答えを探すために、昭和10年の大井沢村へ、「いしゃ先生」と一緒に「いのち」と「医療」をめぐる旅に出てみませんか。

シリーズ
原発・いのち・みらい
その43

「2011年から2014年の間に
福島県の18歳以下の県民から超音波
エコーにより検出された甲状腺がん」
（著者：津田敏秀、時信亜希子、山本英二、鈴木越治）
を読んで

大浜 和憲（白山市・小児外科）

数量化に基づく
医学的根拠

この論文は2015年秋にEpidemiologyに発表されたもので、ずいぶん話題になりました。そして、この論文についての私見を、2016年6月30日（木）に原発・いのち・みらいシリーズ講演会で、「一人の小児外科医がみる福島県甲状腺がん」と題して発表しました。私は1975年に小

児外科の第一歩を北陸の地で踏み出しました。1995年から北陸小児がん症例検討会が始まり、今までに当地では3例の小児甲状腺がんが報告されています。本邦では1985年から2004年まで神経芽腫マスキリーニングが行われ、マスキリーニングの功罪を身をもって経験しました。そして、2011年に福島原発事故が発生したのです。

読後感想文を書く前に、私は津田先生の書かれた『医学的根拠とは何か』（岩波新書）を読みました。それによると医学的根拠には、直感派、メカニズム派、そして数量化派の三つが存在するそうです。直感派は医師としての個人的な経験を重んじ、メカニズム派は動物実験や遺伝子実験など、生物学的研究の結果を重視します。そして、数量化派は、統計学的方法論を用いて、人間のデータを定量的に分析した結果を重視するのです。津田先生はもちろん数少ない数量化派の一人です。医学においては、数量化の方法（数量化派）が、医師の個人的経験（直感派）や実験室の研究結果（メカニズム派）に優先させるべき科学的根拠となっています。ところが、現在、日本の医学研究者のほとんどは直感派かメカニズム派であるゆえに日

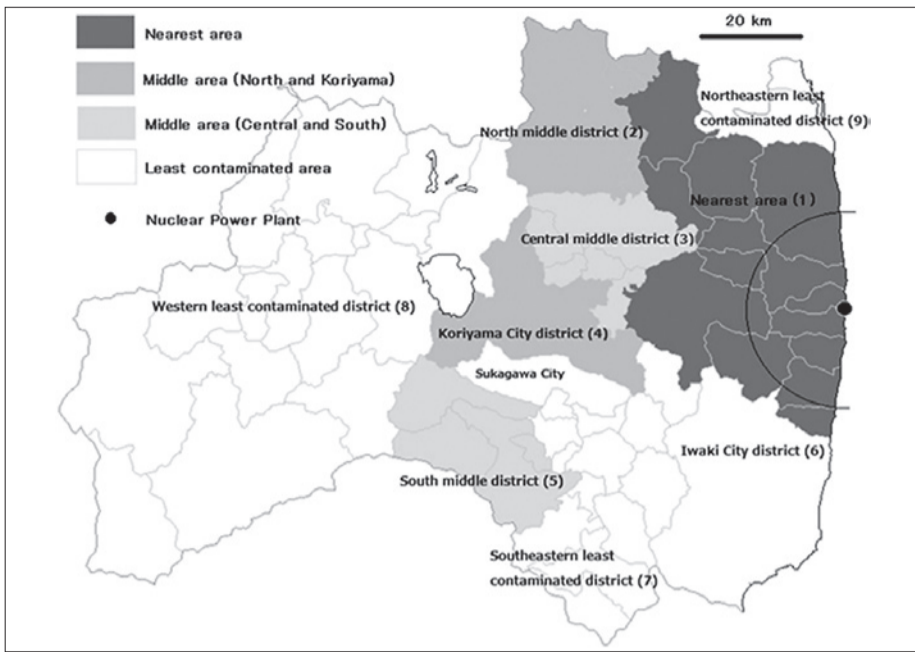


図1

本稿は、数量化派の一人です。医学においては、数量化の方法（数量化派）が、医師の個人的経験（直感派）や実験室の研究結果（メカニズム派）に優先させるべき科学的根拠となっています。ところが、現在、日本の医学研究者のほとんどは直感派かメカニズム派であるゆえに日

	対象者数	受診者数 (%)	陽性者 (%)	二次検査受診者 (%)	甲状腺がん
	N	A (A/N)	B (B/A)	C (C/B)	D (手術例)
近接地域 (1)	47,768	41,810 (88)	221 (0.53)	199 (90)	15 (15)
中通り地域	161,135	139,339 (86)	988 (0.71)	919 (93)	56 (50)
中通り北 (2)	57,212	50,618 (88)	312 (0.62)	297 (95)	12 (NA)
中通り中央 (3)	21,052	18,194 (86)	115 (0.63)	111 (97)	11 (NA)
郡山市 (4)	64,383	54,063 (84)	458 (0.85)	415 (91)	25 (NA)
中通り南 (5)	18,488	16,464 (89)	103 (0.63)	96 (93)	8 (NA)
少汚染地域	158,784	117,428 (74)	11,042 (0.89)	949 (91)	39 (22)
いわき市 (6)	62,289	48,810 (78)	436 (0.89)	401 (92)	22 (NA)
南東地域 (7)	38,321	29,656 (77)	230 (0.78)	210 (91)	7 (NA)
西地域 (8)	49,927	32,760 (66)	323 (0.99)	289 (89)	10 (NA)
北東地域 (9)	8,247	6,202 (75)	53 (0.86)	49 (93)	0 (0)
合計	367,687	298,577 (81)	2,251 (0.75)	2,067 (92)	110 (87)

表1 人口統計データ（2011年3月11日現在、18歳以下）

	100万人あたり有病率 (95%CI)	内部比較 有病率オッズ比 (95%CI)	外部比較 発生率比 (95%CI)
近接地域 (1)	359 (201-592)	1.5 (0.63-4.0)	30 (17-49)
中通り地域	402 (304-522)	1.7 (0.81-4.1)	33 (25-43)
中通り北 (2)	237 (123-414)	1.0 (0.40-2.7)	20 (10-35)
中通り中央 (3)	605 (302-1,082)	2.6 (0.99-7.0)	50 (25-90)
郡山市 (4)	462 (299-683)	2.0 (0.87-4.9)	39 (25-57)
中通り南 (5)	486 (210-957)	2.1 (0.7-6.0)	40 (17-80)
少汚染地域	332 (236-454)	-	28 (20-38)
いわき市 (6)	451 (282-682)	1.9 (0.84-4.8)	38 (24-57)
南東地域 (7)	236 (95-486)	1 (対照)	20 (7.9-41)
西地域 (8)	305 (146-561)	1.3 (0.49-3.6)	25 (12-47)
北東地域 (9)	0 (0-595)	0.00 (0.0-2.6)	0.00 (0.0-50)

表2 有病率、有病率オッズ比、発生比率

甲状腺がんの
過剰発生は

本稿は、数量化派の一人です。医学においては、数量化の方法（数量化派）が、医師の個人的経験（直感派）や実験室の研究結果（メカニズム派）に優先させるべき科学的根拠となっています。ところが、現在、日本の医学研究者のほとんどは直感派かメカニズム派であるゆえに日

さて本題に入ります。2011年3月の東日本大震災と津波の後、福島第一原発から放射性物質が放出されました。その結果として曝露された住民に甲状腺がんの過剰発生が起こるかどうかが関心が高まり、福島県は18歳以下の全住民に対して、超音波検査による甲状腺スクリーニング検査を実施しました。第1巡目の先行調査は29万8577人が受診し、第2巡目の本格検査は2014年4月に始まり、著者らは第1巡目と第2巡目の2014年12

月31日までの結果を分析しました。受診者は延べ36万7687人です（表1）。第1巡目は、2011年度に近接地域、2012年度に中通り（汚染）地域、2013年度に少汚染地域で検査が行われました。第2巡目は、2014年度に近接地域と中通り（汚染）地域、2015年度に少汚染地域で行われることとなっています（図1）。

その結果、日本の年間発生率（100万人あたり3人）と福島県内の対照地域での発生率を、潜伏期間を4年として比較したところ、近接地域で30倍、中通り（汚染）地域で33倍、少汚染地域で28倍でした。最も高い発生率比は、中通り中央地域で観察されましたが、その値はなんと50倍（95%信頼区間：25〜90倍）に達していました。この地域での甲状腺がんの有病率は100万人あたり605人（95%信頼区間：302〜1082人）でした。福島県内の対照地域（少汚染地域南東地域）と比

較すると有病率オッズ比は2.6倍（95%信頼区間：0.99〜7.0倍）でした（表2）。以上のように、福島県において放射性物質の放出から4年以内に小児および青少年の間で甲状腺がんの過剰発生が超音波検査で検出されていますが、これはスクリーニング効果とは言いがたいものです。その根拠として、著者らは、次のように述べています。①これほどの高い発生率はスクリーニング効果だけで説明するにはあまりにも大きすぎます。②福島県によって報告されたデータによれば、福島医科大学病院で手術を受けた甲状腺がん54例中40例にリンパ節転移が認められましたが、この所見はスクリーニングで見つかったがんがことさら初期がん（いわゆるsilent cancer）ではないことを示しています。③1巡目でスクリーニングを受けてがんが発見されなかった人の中から2巡目で8人の甲状腺がんが発見されましたが、この結果はスクリーニ

ングで見つかったがんがことさら初期がん（いわゆるsilent cancer）ではないことを示しています。③1巡目でスクリーニングを受けてがんが発見されなかった人の中から2巡目で8人の甲状腺がんが発見されましたが、この結果はスクリーニ

(6面の続き)

ング効果では説明することができません。なぜならば潜在性の甲状腺がんであればほとんどが1巡目で発見されていたはずです。④大きく、近接地域、中通り(汚染)地域、少汚染地域で発生率を比較しても差は見られませんでしたが、中通り(汚染)地域と少汚染地域をさらに細分化すると、中通り中央地域は、対照地域(少汚染地域南東地域)と比較すると有病オッズ比は2.6倍(95%信頼区間:0.99~7.0倍)でした。対照地域とした少汚染地域南東地域は検査が最も遅い時期に行われたこと、この地域には汚染地域(須賀川市)も含まれていたこと、また少汚染地域の北東地域で甲状腺がん発生がなかったため、対照地域として使用できなかったことなどから、この有病オッズ比は過小評価されていると思われる。

スクリーニング効果 だけでは説明不能

この4つの根拠に対して私見を述べてみます。①の甲状腺がんの発生率が高いうちにも高いのでスクリーニング効果だと言にくいという主張については、どの程度までならスクリーニング効果と言えるのかはつきりしません。被害を受けていない地域で比較のための検査が行われていない

で説得力に欠けます。放射線被曝のない地域で、福島県と同じ方法で18歳以下の甲状腺がん検診を行うべきです。ちなみに本邦で行われた神経芽腫マスキングでは、その増加率が約2倍に増加しましたが、その増加率は自然治癒する神経芽腫を拾い上げていたのです。②については、反論の余地はないでしょう。③第2巡目の甲状腺がん発見例は2016年3月31日までは57例となっており、スクリーニング効果では到底説明できません。④2巡目の検査が終了した時点で、少汚染地域の北東地域で甲状腺がんが1人発生しており、この地域を対照地域として比較すると、中通り中央地域の有病オッズ比は5.2倍とさらに大きくなっていきます。

結論として、福島県で2011年当時18歳以下の人たちの中で、福島原発事故後4年以内に甲状腺がんは外部比較で約30倍増加しており、内部比較でも地域によっての違いが観察されました。この結果はスクリーニング効果だけでは決して説明することはできません。津田先生らには第2巡目が終了した時点でもう一度分析していただきたいと切に願っています。

参考文献

Toshiohide Tsuda, Akiko Tokinobu, Eiji Yamamoto, and Eisuji Suzuki, "Thyroid Cancer Detection by Ultrasound Among Residents Ages 18 Years and Younger in Fukushima, Japan: 2011 to 2014." *Epidemiology* 2016;27: 316-322.

『病院マップ』 2016年度版

在庫残りわずか

病診連携の一助に



2016 Hospital Map

石川県保険医協会

会員
1冊 **2,000円**
(税・送料込み)

会員外
1冊 **3,000円**
(税・送料込み)

※在庫が無くなり次第終了させていただきます。

会員の先生には1冊無料でお送りしました。

(石川県保険医協会 医療福祉部)
TEL 076-222-5373 FAX 076-231-5156

書評

花もひらかぬ一八のまま —沖繩戦で散った少年飛行兵の日記

服部 真 (金沢市・産業医療科)



◆平野治和 編著
◆合同フォレスト
◆2016年7月初版

大学の同級で大親友の書であるため、書評を書くことになった。「とても役に立つ良い本なので諸兄に是非一読をお願いしたい」などと軽々しく言える書ではない。できれば読みたくない書である。書と言うより国会図書館(実は行ったことがないので、イメージだけだが)の片隅にある古い資料の抜粋と解説のようなものであり、平野治和編著でなければ決して手に取らなかった書である。

安全保障関連法案に反対する青年たちが毎週国会前に集まり(私も一度医療班で参加した)「民主主義って何だ」と叫んでいたころ、福井県旧大野郡下穴馬村にある著者の実家の土蔵から発見した彼の叔父平野利夫の埃まみれの日記を一次資料として残したいという執念が生んだ書である。18歳で沖繩の空に散った少年通信兵が陸軍航空通信学校時代(16~17歳)に書き残した日記全文を原文のまま掲載し、筆者が多忙な病院長生活の週末の空き時間を全て使い、国会図書館や全国の図書館をまわり、専門家を訪ね、解説を加えている。この解説だけでも当時の陸軍飛行学校や少年飛行兵のことがよく分かるが、少年兵の日記全文の出版は本書が唯一であるという。

日記の大半は日々の出来事を淡々と記載しているのだが、戦死

の約1年前に唯一本音と思える記載がある。「人生と云ふ事につきて、少し考ふる所あり。吾の様な年少なるものには、考へれば考へるほど浅はかなることばかり浮かびて、後には分別が付かなくなる。結局は死に趣くより外になし。吾は世の為、己の為に、死する為に生まれて来たより外になし。家のことも考ふれば、雑念も又浮かびて、実に心苦しく感ずるなり。而れども、心を常に大きく、日本国民と云ふものより見るときは、身命を捧ぐるを喜びとす。本日の見所としては別になし。特に考へたることを其のまゝに記す。」

日記は全て上官の検閲と所々加筆があるが、検閲を通り加筆もないことから、この気持ちは当時の志願兵に共通するもので、当局公認の死に臨む心の割り切り方であったと思われる。

国家挙げての戦争は法制度や軍備だけでなく、国民、特に若者の心をコントロールすること無しには遂行できない。過去の日本で若者がどうしてもどのように心をコントロールされていたかを知ることとは、二度とそうしたくない、なりたくないと思う者には必要なことと思う。「過去に目を閉ざす者は、現在にも盲目に」なりたくない方に一読をお勧めする。

「保険医のための災害対策必携」

自然災害は、医療機関にも多大な影響を及ぼしますが、日常的な対策をとることによって被害を最小限にとどめることは可能です。

また、被災からの復旧・復興に向けた諸制度を把握しておくことによって、医療提供体制の復旧・復興を早めることができます。

保団連は、東日本大震災や熊本地震などの災害の教訓も踏まえた『保険医のための災害対策必携』を発行しました。

会員は1冊無料、2冊目からは会員価格(1,000円)

となります。FAX・電話・メールよりお申し込みください(無料分1冊のみご希望の方もご注文ください)。詳しくは同封の案内チラシをご覧ください。

目次構成

- 第1節 防災・減災対策(日常的な備え)
- 第2節 地震発生時の対応
- 第3節 医療機能の復旧・復興に向けた取り組みの一例
- 第4節 被災者の保険証、医療費免除等の取り扱い
- 第5節 災害時の診療報酬等の請求方法
- 第6節 民間医療機関の復旧・復興に向けた補助金及び貸付の特例
- 第7節 消防企画及び防災マニュアル(ひな形)
- 参 考 無床診療所用・防災チャート

(体裁:A4判・47ページ、定価:1,500円、発行日:2017年2月2日)

石川県保険医協会

TEL(076)222-5373 FAX(076)231-5156
Eメール:ishikawa-hok@doc-net.or.jp

「病気を持った患者の歯科治療」

改訂第4版

医科から歯科へのアドバイス

●A5判●410ページ
●定価3,500円
●フルカラー

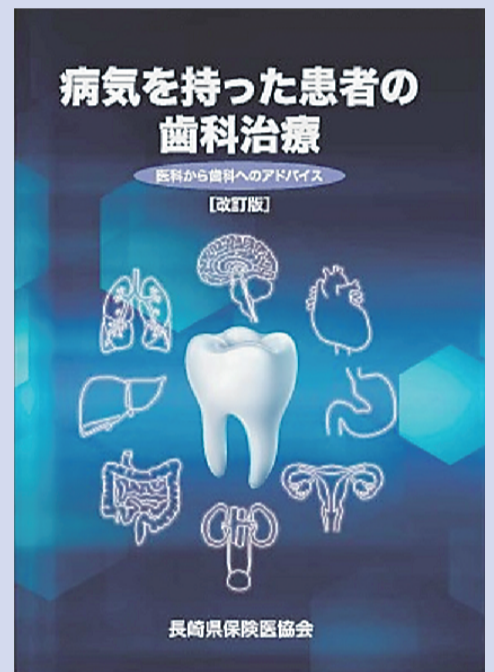
石川県保険医協会の歯科会員には、希望者に**1冊無料**でお送りします
(2冊目以降2,000円)

ご希望の方は2月末までに石川県保険医協会までご連絡ください(発送は3月予定)。
電話 076-222-5373 FAX 076-231-5156

- 医科歯科連携のための必読書!
- A5判のコンパクトサイズで編集され、気軽にチェアサイドで活用でき、フルカラー印刷で図表や写真を随所に掲載し、見やすく工夫されている。
- ①病気のポイント ②診療時の注意点 ③常用薬 ④投薬時の注意点 ⑤予測される緊急事態と対応法の項目にまとめ、最新の医学情報や歯科医師が知っておかなければならない知識などは、⑥最近のトピックスに掲載。

(主な内容)

1. 口腔関連疾患
2. 感染症
3. 呼吸器の病気
4. 循環器の病気
5. 消化器の病気
6. 腎臓・泌尿器の病気
7. 血液の病気
8. 代謝・内分泌の病気
9. 膠原病および類似疾患
10. 脳神経外科および神経内科の病気
11. 精神科、心療内科の病気
12. 小児の病気
13. 整形外科の病気
14. 眼科の病気
15. 耳鼻咽喉科の病気
16. 産科・婦人科の病気
17. 皮膚科の病気
18. 抗血栓薬と歯科治療
19. 抗癌剤・抗アレルギー剤と歯科治療
20. 救急時の処置と対応
21. 在宅医療
22. 放射線の人体に及ぼす影響
23. 薬剤使用上の注意一覧表
24. 起こしやすい薬剤の副作用
25. 臨床検査データの読み方と診療情報提供



「保険医の経営と税務 2017年版」

確定申告・医業経営改善のために

確定申告の時期が近づいてきました。保団連が確定申告や日常の経営税務対策のために毎年発行しているテキスト「保険医の経営と税務」の2017年版が発行されました。 **会員は1冊無料、2冊目からは会員価格(1,000円)**

となります。FAX・電話・メールよりお申し込みください(無料分1冊のみご希望の方もご注文ください)。

詳しくは同封の案内チラシをご覧ください。

目次構成

- 第1章 医業所得計算と日常業務
- 第2章 共済制度と税金
- 第3章 消費税
- 第4章 開業・承継・閉院
- 第5章 相続税・贈与税
- 第6章 スタッフの税務と給与実務の留意点
- 第7章 勤務医師の税務
- 第8章 地方税の計算

巻末資料

- 医療機関の収入に関する課税関係
 - 所得の種類と留意点
 - 控除額等計算一覧表
 - 確定申告書の記載例
 - 事前通知・終了通知チェックシート
 - 税務調査 対応の心得10のポイント など
- (体裁:B5判・約200ページ、定価:1,500円)

これでいいのか!?

社会保障・税一体改革



第28回 2017年度社会保障予算案が明らかに —高額療養費上限引上げの政府案が示される

事務局長 工藤 浩司

先月号の本連載においては、社会保障審議会医療保険部会の「議論の整理」を踏まえ、2017年度に政府が目指す医療保険制度改革の内容について概説した。その後、年末の予算編成において、財務大臣と厚労大臣の間で制度改革の中身について「大臣合意」されるとともに、2017年度の政府予算案が確定した。本号から、この予算案を踏まえて改めて2017年度の医療保険制度改革案について整理していくが、今月号では、社会保障予算削減の概要と、先月号において「両論併記」としていた高額療養費制度の見直し案について概説する。なお、ここで説明しているものは、あくまでも予算編成の前提として示されている「案」であり、特に過酷な患者負担増の項目については、今後、保団連・保険医協会では政府に対して見直しを求めて運動を展開する予定であることに留意していただきたい。

2017年度社会保障予算と自然増削減の中身

すでに本連載で何度も触れている通り、2012年に成立した社会保障制度改革推進法に基づき、政府は社会保障における公的責任の後退と給付の徹底した削減施策を進めている。その具体的な基本方針として、2015年6月、経済財政諮問会議は「経済・財政再生計画」(いわゆる「骨太の方針」)をまとめ、そこでは、2016年度から2018年度までの3年間、社会保障費の自然増(高齢化等により制度を変えずとも自然に費用が増える分)を1.5兆円(1年あたり5000億円)にとどめることを予算編成の基本方針として閣議決定した。2017年度の予算編成においては、厚労省では6400億円の自然増を見込んでいたため、骨太方針で定められている5000億円との差額分(1400億円)をどこから捻出するかが焦点となっていた。そして、最終的には医療・介護分野にその削減財源をもとめ、次の項目を削減することで「大臣合意」がなされた。

医療分野	①70歳以上の高額療養費の負担上限額引上げ	▲ 220億円
	②65歳以上の療養病床入院患者に対する入院時生活療養費標準負担額(居住費部分)の引上げと徴収対象拡大	▲ 20億円
	③後期高齢者医療制度における保険料「軽減特例」の縮小・廃止	▲ 190億円
	④オプジーボの薬価引下げ	▲ 200億円
	⑤協会けんぽに対する国庫補助の減額	▲ 320億円
介護分野	⑥高額介護サービス費の負担上限額引上げ	▲ 10億円
	⑦介護納付金への総報酬割の導入	▲ 440億円
合計		▲1400億円

上記のうち、②、③については、先月号既報のとおりであるが、①の負担増については「大臣合意」で具体案がまとまったので後述する。いずれにせよ、⑥の介護分野における高額介護サービス費の上限引上げをあわせて、高齢者を狙い撃ちにするかのような負担増の提起である。

なお、上記のうち患者への直接の負担増以外の各項目について若干の補足をしておく。④については既に一般紙等でも大きく取り上げられているように、オプジーボについて2月から薬価がおよそ半減となる。薬価の適正な設定という意味ではもちろん必要な措置ではあるものの、この間のオプジーボをめぐる議論とは別に、薬価の「期中改定」についても政府主導

で抜本改革案が別にまとめられていることには留意する必要がある。診療報酬改定と薬価改定が切り離されることは、薬価引き下げ分の技術料補填というこの間の診療報酬改定の在り方が根本から問われることになり、注視していかなければならない。

⑤の協会けんぽに対する国庫補助の減額は、金額としては多額であるが、いわゆる「自然増」分の抑制には該当しない。協会けんぽについては2015年度に行われた制度改定により、法定準備金を超えて準備金が積みあがった場合に、その超過分に対する国庫補助を削減する措置が導入されており、2017年度はそれに該当したということである。2018年度以降については協会けんぽの財政状況に左右されることとなる。

⑦の介護保険における介護納付金への総報酬割の導入については、2017年度から段階的に導入するとしている。40歳以上65歳未満の第2号被保険者に対する保険料賦課分については各保険者が介護納付金として介護保険財政へと充当しているが、その按分方法について現行の加入者割から総報酬割に移行させるという意味である。加入者割から総報酬割への移行により、被保険者の総報酬が高ければ高いほど介護納付金が高くなるということになり、組合健保に比べて相対的に総報酬の低い協会けんぽが負担する介護納付金が下がるということになる。結果として、協会けんぽに投入される国庫負担金も連動して下がるというわけである。この総報酬割は、応能負担という原則には合致しているものの、結果として組合健保等の財源により国庫負担削減が実現するということを意味している。この意味では、本来は削減された国庫負担分は国民の介護保障の充実策に充てられなければならないのであるが、残念ながら自然増1400億円削減方針の中に埋没してしまったと言えよう。

以上のとおり、2017年度の社会保障予算については、冒頭にも書いたが、「始めに1400億円削減ありき」の編成となっている。自然増の抑制に直接関係のない項目も加えるなど数字の上での整合性に終始しており、国民にとって必要な医療・介護は本当に保障されるのかという観点から検討されたものとは到底いえない。結果として、高齢者に対する大幅な負担増という「改正」が実施に向けて動き始めるのみである。

高額療養費制度の月額上限引上げ

①の高額療養費負担引上げについて先月号の補足をしておく。高額療養費制度は、医療保険の定率患者負担について月単位の上限額を定める制度で、特に在宅や入院における患者負担の軽減に無くてはならないものである。先月号の社会保障審議会医療保険部会では「両論併記」の内容を概説したが、最終的には次のとおり、70歳以上の高齢者に対する負担増という形で「大臣合意」された。

議論の焦点となっていたのは、70歳以上のみに存在する「外来上限特例」である。外来上限特例とは、世帯合算等を踏まえた最終的な月額上限とは別に、個人単位で入院以外の月額上限額を設けるものであり、医療費が増大する高齢期の患者負担を軽減するものとして大きな意義があった。この特例については、「現役並み所得」の区分の70歳以上高齢者については、現行の44,000円を2017年8月からは57,600円に引き上げ、さらに2018年8月からは所得区分をさらに3区分にしたうえで特例そのものを廃止することとした(70歳未満と同等の負担となる)。

「一般所得」区分の70歳以上高齢者の外来上限特例については存続することとなったが、現行の12,000円上限を段階的に引き上げることとされた(2017年8月からは14,000円、2018年8月からは18,000円)。なお、外来入院を通算した世帯合算後の月額上限についても、2017年8月から現行の44,000円を57,600円に引き上げるとしている(同時に、多数該当の場合の上限額44,400円を新設)。

「住民税非課税」区分の70歳以上高齢者の外来上限特例については、現行どおり8,000円で据え置かれる。

これらの負担増により、70歳以上の約60%(1400万人)が影響を受けると、保団連では試算している。(以下、次号につづく)

区分(年収)	現行		2017年8月		2018年8月	
	外来(個人)	限度額(世帯)	外来(個人)	限度額(世帯)	外来(個人)	限度額(世帯)
1160万~					252,600円+1%<140,100円>	
770~1160万	44,400円	80,100円<44,400円>	57,600円	80,100円<44,400円>	167,400円+1%<93,000円>	
370~770万					80,100円+1%<44,400円>	
一般	12,000円	44,400円	14,000円(年額上限144,000円)	57,600円<44,400円>	18,000円(年額上限144,000円)	57,600円<44,400円>
低II		24,600円		24,600円		24,600円
低I	8,000円	15,000円	8,000円	15,000円	8,000円	15,000円

表 70歳以上の高額療養費月額負担上限の改革案 (2016年12月19日公表、<>は多数該当の場合の上限案)

会員リレーエッセー

◆◆209◆◆

真冬のゴルフ遠征

大平三四郎(金沢市・歯科)

1月7〜9日の連休を利用して、県外へゴルフ遠征に行ってきた。目的地は千葉県の鴨川である。なぜ千葉なのかというと、私の高校時代からの悪友の本拠地で、彼から一度遊びに来いという誘いもあったからである。というわけで、私のホームコースの「ゴルフ」2人と一緒に、金沢駅から新幹線で東京駅まで「かがやき」で2時間半、それから高速バスでさらに2時間かけて鴨川へ向かった。鴨川駅に着くと同級生が迎えに来ていて、ペンションまで送ってくれた。その日はもう遅かったので、翌日のゴルフに備えて早々に眠りに就いた。

翌日、同級生が紹介してくれた地元のゴルフのラウンドレディ?がペンションまでレンタカーで迎えに来てくれた。聞けば、彼女は歯科医院院長夫人で、御年50歳なのだが、30歳代後半にしか見えず、おまけに松島菜々子そっくりだったので、われわれは最初から緊張しまくって、始めの3ホールはゴルフにならなかつた。寒かったが、天気は曇りでマズマズ。コースの上総モナークはジャック・ニクラウス氏設計で、戦略性が高く距離も7000ヤードを超えてハードで手強かった。山の中のコースにも関わらず、フェアウエー幅は広く、グリーンもポテチグリーンで高低差も適度にあり面白かった。結局その日は、ゴルフの同伴と夜の食事もお付き合いいただき、楽しい思い出になった。

2日目は場所を変えて、勝浦東急というリゾートコースだったが、1日目は打って変わって、この地方に年1回か2回あるかというくらい強い強風下のプレーだった。風速20mを超え、叩きつけるような雨にまで当たり、グリーン上でパットするときも、ボールが動いてしまい、神経を擦り減らした。余談であるが、コースに隣接して瀟洒(しょうしゃ)な別荘が数多く並んでいて、あたかもハワイのコースのようであった。

というわけで、1日目のスコアは80半ばだったが、2日目は三桁を叩いて心身共にヘトヘトになった。借りていたレンタカーを駅近くのお店に返却した後、そのままJRに乗って、特急、新幹線と乗り継ぎ、夜の7時半には無事金沢にたどりついた。もちろん帰路の車中では、3人共に爆睡していたが(笑)。

原稿募集中

趣味や旅行記、医療・福祉に関してや平和、環境問題についてなど、会員寄稿をお待ちしています。編集部までご連絡ください。076(222)5373

ドクター・コロ

温泉と食を語る ④

加賀温泉は風情で選ぶ

大平 政樹(金沢市・外科)



今回は定番の温泉案内。加賀と言えば、片山津、山代、山中温泉。加賀の三泉の中で最も好きなのは山中温泉である。理由はいくつもあるが、詰まる所途中下車が苦手なのだ。それ以上奥が無いと安心する。そういえば、小さい頃から、押し入れで寝るのが好きだった。そんなわけで山裾に位置する山中温泉はとても気持ちが安らぐ。こおろぎ橋、鶴仙溪、芭蕉堂と続く遊歩道を通ると、心はもう旅人そのものだ。お薦めは初夏と紅葉の秋。芭蕉ならずとも一句出そう。

さて、山中のどこに泊まる? 高級旅館はいくつもある。でもコロは貧乏の性である。今回はわが家の



紅葉のこおろぎ橋には芭蕉ならずとも心奪われる

嫁さんと娘のお薦め「花つばき」。理由は一つ、お風呂である。何と、花つばきには、自家噴泉がある。こおろぎ橋は立地がそもそもすごい。山中温泉街から一軒だけぽつんと離れて立ち、もうこれ以上奥に人家は無い。ホント、申し分の無いほどの奥だ。

「湯畑」と名付けられた野天風呂は、大聖寺川の川縁にあり、辿り着くには崖の上に立つ本館から、ひたすらに降りていかねばならない。エレベータは途中まで、後は長い長い廊下を下っていく。還暦過ぎには帰りがきつい。しかし、この廊下の長さがそのままの旅館と他との際だった違いを生み出している。

エレベータの中の仲居さんとの会話。「この湯畑、有名ですよね」「そうですね。もう何度もテレビで紹介されています。いやが上にも期待は高まる。川縁に仕切られて並ぶ湯殿に浸かると、もうそこは幽玄の世界だ。「瀬を早み岩にせかるる滝川のわれども末に逢はむとぞ思ふ」清流の音がざわめきに聞こえるのも静寂ゆえだろう。大きな杉の木立、鳥のさえずり、すべてが何ともはやばや、優しい。言い忘れたが、この野天風呂は日本でも数少ない混浴である。そんなに心配することは無い。脱衣場は男女別になっており、専用の湯あみも用意されている。

・とまあ、風情は申し分ない。だが、何か変? 懸樋からお湯が流れていない。イヤな予感。湯底を探ると、吸引口と環流の吹き出し口。そして、あの独特の塩素の臭い。自家噴泉の源泉掛け流し、と錯覚した自分が悪い。たまには外れもある。脱衣場で目をこらすと温泉の説明板に「完全循環式」とある。ふー! 食事を解説するのは野暮というものだ。そう、今日の



薄暮の中の湯畑は幻想的でさえある

の主題は風情! 初夏6月下旬、大聖寺川に螢が舞う。木々の間を縫う光のあやとり糸、ファンタジーの世界。とほうち女性陣の受け売りである。最後に、山中のグルメ: 休載します。

コロのお気に入り娘(にやー)万頭、そして栢野大杉茶屋の草団子。一口食べた途端、よもぎが口の中に広がる。ホントに餅だけでできている。館を味わいたい方には

SUDOKU

1				9		4	2	
					2			3
			4	8				1
			3	5			1	
7								4
	8				6	2		
8					9	5		
2				3				
	6	9		1				7

数独

二重枠(2つあります)に入った数字の合計はいくつになるでしょう。

【ルール】

①空いているマスに、1から9までの数字のどれかを入れます。

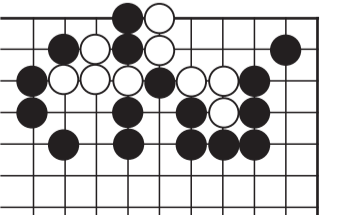
②タテ列(9列あります)、ヨコ列(9列あります)、太線で囲まれた3×3のブロック(それぞれ9マスあるブロックが9つあります)のどれにも1から9までの数字が1つずつ入ります。

(答え3面)

パズル制作/ニコリ

碁 初級編

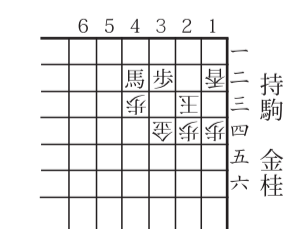
■出題 九段 石樽郁郎
黒先 7分で1、2級以上
<ヒント> 一手目が白の眼形を奪う好手です。



(解答は3面にあります)

将棋 初級編

■出題 九段 西村一義



<ヒント> 桂がよく働く……。 (10分で2級)

(解答は3面にあります)