

COMLひとことインタビュー

医療法人社団 今村医院
理事長いまむら さとし
今村 聡さん

日本医師会の副会長を務めていたので、厚生労働省などの審議会や検討会でCOML理事長の山口育子さんとよくご一緒していました。山口さんは患者・一般の立場から正論を述べ、私は医師会の立場として100%賛成ではないこともありましたが、実りある議論ができたと思っています。

2023年8月号の目次

ひとことインタビュー 今村 聡さん	1
COMLに届いた相談から	2
こころにとまったこんな取り組み 健康・省エネ住宅を推進する取り組みが進んでいます!	4
リポート 第2回医療のmanabiya 日本産科婦人科学会前理事長に聴く!! 保険適用になった不妊治療	6
リポート 第249回大阪患者塾 どう考える? 終末期の意思表示	8
COMLメッセージ No.147 名指しの質問主意書 それを元にいわれなき批判	10
7月の活動報告①	11
7月の活動報告②・ご案内・センターだより 他	12

住まいと健康についてもつと意識を高めてほしいです。

1991年に東京都板橋区に診療所を開きました。その後、区医師会と都医師会の役員を経て2006年に日本医師会(日医)の常任理事に、2012年から副会長を務めました。日医では経理、税制、年金、産業保健、環境保健を担当していました。環境保健とは水俣病やイタイタイ病のような公害だけでなく、アスベストや化学物質による健康被害も含まれます。日医での仕事を始めて間もなく大阪で開かれたシックハウス症候群のシンポジウムに呼ばれました。主催者は、自分の新築の家の建築資材が高濃度のホルムアルデヒドを含んでいたため健康を害したことから国に働きかけ、最終的に建築資材の基準の法改正を実現させた人で、歯科医師です。彼はその後、健康で省エネな住宅を普及させようと「一般社団法人 健康・省エネ住宅を推進する国民会議」を設立しました。私もその会議の委員になり長年活動を支えています。

訪問診療に行くと冬は寒かったり夏は暑かったり快適ではない家に住んでいる人がいらっやいます。室温が18度より低いと血圧があがり、心筋梗塞や脳卒中を起こしやすいなど健康に影響があることは国内外のデータからも明らかです。しかし、どうすればいいかわからない人がほとんどです。小規模な改修でなくても個人でできることもあります。また、住まいと健康について同じような問題意識を持っている建築家を医師が紹介することができれば、皆が恩恵を得るのではないのでしょうか。

6~9月の暑い季節は熱中症対策が求められますが、室温が28度でも湿度が高いとからだに熱がこもるので湿度にも留意する必要があります。行政と医療者と建築家が協力して、少しでも健康に良い住まいにしていくことが大切です。

* 4~5ページに今村さんがかかわっておられる「住まいと健康」に関する取り組みを紹介しています。

(インタビューアー 村上朝子)

保険者がかわると 「多数該当」は継続できない?

私(男性・43歳)は先月、転職しました。前職は中規模の会社だったので、保険者は協会けんぽだったのですが、転職後の会社は規模の大きな会社で、保険者は〇〇健康保険組合になりました。

じつは、同じ年で私の扶養家族になっている妻が3年前に乳がんと診断され、治療を受けています。見つかった段階で結構大きながんだったので、最初に抗がん剤治療を受けて、少し小さくなった段階で手術を受けました。しかし、その後に再発がわかり、治験薬を試みたこともあり。現在は、抗がん剤とかなり高額な特殊な薬を使って治療を受けています。そのため、毎月の医療費がかなり高額になっているのです。ただ、高額療養費の上限額が3ヵ月連続で超えたため、4回目以降は上限額が減額される「多数該当」になって助かっていました。

ところが、今月新しい保険証を持って受診したところ、再び高額な医療費を請求されたのだそうです。妻が驚いて事務の方に説明を求めると、「今月から保険証が新しくなったので、高額療養費の多数該当は継続できないのです」と言われたというのです。妻は「多数該当」という言葉自体を知らなかったのて意味がわからず、「どういうことなのでしょうか」と尋ねたものの、説明された内容は難しく、それ以上質問することもできずに帰ってきたと言っています。

私は何の疑いもなく、保険者が変更になっても多数該当は継続されるものだと思っていました。いったいどういうことなのでしょう。

→COML 転職した先が転職前と同様に協会けんぽで、配偶者が同様に被保険者の状態であれば多数該当は継続されます。しかし、保険者が変更になったり、被保険者から被扶養者になるなど加入の状態が変更になったりした場合は多数該当は継続できないままになっているのです。被扶養者である妻は何も身の周りに変化がないのに、なかなか納得できないかもしれませんが、現制度ではきまりに従わざるを得ない状況です。そのような内容について具体的に詳

しく説明しました。

往診会社のシステムに 不信感

58歳の夫が38度に発熱し、検査キットで調べたところコロナ陽性と判明しました。その後、徐々に熱があがり始めたので心配になったのですが、救急車を呼ぶほどではないと思いましたし、夫も同意見でした。しかし、何もせずに様子を見ているだけというのも不安でした。かといってかかりつけ医もいないので、ネットで調べた結果、電話で依頼をすれば往診してくれる会社を見つけました。その会社のことは以前、テレビで紹介されていたことを思い出し、初診でも往診に来てくれるのなら便利で安心だと思って夫と相談し、そこに連絡することにしました。

その会社のホームページを見て電話をかけると、夫の状態をいろいろ聞かれたので症状などを伝えました。するとしばらく待ったあとで、「症状を医師に確認したので、往診します」と言われ、聞かれるままに住所などを伝えました。そのときに受けた説明として、医療費の支払いはコンビニや銀行からの後払いができる方法で、「請求書はサービス提供後に郵送しますので、発行から14日以内にお支払いをお願いします」と言われました。

電話から約50分後の21時50分に医師が防護服を着てやってきて、診察が始まりました。そして「薬は基礎疾患がある人だけだし、まだ50代なので処方の対象になりません」と言って帰ろうとしたのですが、思い出したように聴診器で胸の音を聴き「肺炎もないので問題ないですね」と言って往診は終了しました。

その後、請求書が送られてきたのですが、720点の往診料に深夜往診加算2,300点が加算されていました。調べたところ、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院の保険医が深夜に往診した場合の点数で、深夜とは22時以降であるとわかりました。しかし、電話で往診を依頼した会社のホームページを見ると、営業時間は平日が18時~6時、土日は14~6時と標榜されています。ということは22時以降も通常の標榜時間なので深夜加算は請求できないのではないかと思うのです。それに、そもそも診察が

始まったのは22時になっていない21時50分でした。インターホンが鳴ったときに時間を確認したので、明確に覚えています。それなのに、請求書には診察開始時間22時15分と記載されていました。そんなでたらめな開始時間をもとに請求されることにも納得できません。

そこで地方厚生局に電話で問いあわせてみたのですが、「その会社は医療機関の登録がないので、厚生局は関与できないのです」と言われました。ますます意味がわからなくて、往診会社に問い合わせました。

すると、「医療費の請求は、往診に行った医師が所属する診療所がおこないます。あなたのお宅に往診した医師は在宅療養支援診療所の医師なので、そのような請求になっているのだと思います。診察開始時間についてはこちらでは把握できないので、医師が記載した通りかと思うのですが……」と最後は言葉を濁されてしまいました。

私はその診療所に往診を依頼したわけではないのに、何とも無責任なシステムだと納得できません。薬も出してもらえなかったし、症状を聞いて聴診器を当てただけなのに、請求額は非常に高額でした。診療内容に疑問があるときはどこに言っていけばいいのか、責任の所在も不明確だと思います。このようなシステムに問題はないのでしょうか。

→COML この方からの相談で、往診を専門にしている会社のシステムを初めて知りました。そもそも、往診料は「患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない」と定められています。つまり、患者が直接往診を求めた医療機関の医師がおこなうものなので、仲介業者が入っていることは想定されていないのだと思います。また、電話で依頼した際にも、その会社が仲介業者であって、登録している患家近くの医療機関の医師を業者が選んでいること、医療費の請求は往診した医師の

所属する医療機関がおこなうことなどについて、患者側は一切説明を受けていませんでした。このようなしくみが認められているのかどうか、厚生労働省に確認し、回答が得られれば当会報誌でもご紹介していきたいと思います。

流産の一連の検査なのに 自費で請求されて

私(41歳・女性)は2年前から不妊治療を受けているのですが、昨年4月に保険適用になってからは保険で不妊治療を受けています。

6月に妊娠していることがわかったのですが、7月に入って胎児の心拍が途絶えていることがわかりました。そのため、稽留(けいりゅう)流産の手術を受けました。この手術自体は保険適用なので、3割負担の医療費を支払いました。

医師から、子宮内部の確認をしたいから、手術の10日後に受診するように言われ、エコー検査を受けてその結果の説明がありました。ところが会計で支払う段階になって、事務職員から「今日の診察は保険適用になりませんので自費です」と言われたのです。「どうしてですか?」と尋ねると、「不妊治療のエコー検査は月1回しか保険適用にならないのです」と言います。私が「今日のエコー検査は、流産の手術後の子宮の状態をみるためのものだと聞いていますから、不妊治療の受診ではないはずです」と反論したのですが、「ウチではそうなっているので、自費でお支払いください」と強硬に言われてしまい、しぶしぶ自費で支払ってきました。でも、どうしても釈然としません。諦めるしかないのでしょうか。

→COML どのような目的でエコー検査をしたのかは、やはり医師に確認するしかありません。まずは、改めて医師に確認し、流産の術後の確認のためのエコー検査だと明確に言われれば、不妊治療の一連と言われて自費になったことを話し、医師から事務に言ってもらえることもできますし、医師の判断を事務に伝えて再検討してもらえることもできると思います。その言い方とタイミングについて一緒に考えました。

健康・省エネ住宅を推進する 取り組みが進んでいます！

住まいが健康に及ぼす影響が大きいことから、夏は涼しく冬は暖かい、「健康・省エネ住宅」の重要性が指摘されています。1ページでご紹介した今村聡さんがかかわっておられる取り組みについてお話を伺いました。
(まとめ 村上朝子)

●日本で遅れている適切な住環境の対応

ヨーロッパでは、医療や介護だけでなく住宅も社会保障政策として位置づけられている国が多くあります。たとえばイギリスでは、英国保健省が「イングランド防寒計画」で室温を18度以上にするよう定めています。そして、世界保健機関（WHO）は、「住まいと健康に関するガイドライン」で、冬季室温として18度以上を強く勧告し、夏季室内の熱中症対策を条件付勧告しています。

ところが、日本ではどのような家に住むかというのは大部分が自己責任になっています。良質の家に住めるかどうかはお金次第というわけです。そもそも日本の家は機密性や断熱性がよくないので、冬季の室温が低いことが多く、心筋梗塞や脳卒中が多く起こる原因になっています。冬季死亡増加率が断熱住宅普及地では低いことが調査で明らかになっています。じつは日本で冬季に脳卒中や心筋梗塞が人口当たりもっとも少ないのは北海道です。北海道と言ってもデータは札幌が多いのですが、平均室内温度は約20度です。

●住宅における健康と省エネの問題解決を目指す団体

「NPO法人シックハウスを考える会」を1993年に立ちあげ化学物質に関するシックハウス対策に取り組んだ上原裕之氏が、2003年に「建築基準法改正」（シックハウス対策法）が成立したことで一定の目的を達成したことから、つぎに取り組む問題として「住宅の温度差、低室温」を課題として掲げ、「一般社団法人 健康・省エネ住宅を推進する国民会議」を2012年に設立しました。建築学や医学の専門家、消費者団体などが連携して発足し、住宅における健康と省エネの問題解決を目指すとしました。

「国民会議」では、日本の住環境が健康に及ぼす影響について専門家によるさまざまな調査・研究をおこない、その論文が海外の医学・科学系雑誌に掲載されています。科学的知見を積み重ねるとともに、具体的な健康・省エネ住宅対策を提示しています。リフォームや新築など業者をお願いするものから住まい方の工夫まで、3つのタイプがあり、タイプIの断熱改修リフォームまたは新築はお金もかかるので、住宅と健康について研修を受けた建築関係者に相談するよう示しています。

具体的内容は、寒さ対策として、①住居の断熱化、②タイル式浴室のユニットバス化（浴室暖房設備設置）、③脱衣室の断熱（脱衣室暖房設備設置）、④開口部の断熱化、ガラス複層化、断熱サッシへの交換、内窓設置、⑤暖房便座やトイレ暖房設備の設置、です。一方、暑さ対策は、①住居断熱化（最上階天井等）、②屋根、外装の淡色化、③南面開口部のひさしの設置、日射遮蔽ガラスへの交換、上下に開口部設置（温度差換気）です。

タイプIIのDIY（自分自身でする）による対応は、寒さ対策として、①窓に緩衝材のプチプチを取りつける、②窓下に気流防止材を置く、③カーペットを敷く、④カーペットの下にアルミホイルを敷く、⑤暖房便座の設置、⑥脱衣室に暖房機を置く、⑦金属手すりにカバーをつける、です。また、暑さ対策は、①すだれや網戸の設置、②樹木による日射遮蔽（グリーンカーテン等）、です。

タイプIIIの住まい方ですが、寒さ対策は、①夜間、雨戸、カーテンを閉める、②カーテンを床まで下げる、③カーテンの上に布をかける、④夜間起床時には1枚はおる、⑤スリッパを履く、⑥入浴前に浴室にお湯を流す、です。一方暑さ対策は、①日中、レースカーテンを閉める。②冷房や扇風機を使用する、③夜間、外が涼しければ窓を開ける、④入浴時、浴室の窓を開ける、⑤周辺を緑化、散水する、⑥水分補給する、などです。



●板橋区での調査

国土交通省の助成金を得て、私の診療所がある板橋区で2022年12月、住まいと健康に関する調査をおこないました。目的は、①冬季室温18度以上の住宅の割合を把握する、②室温と健康（血圧等）の関連を認知してもらう、③室温と健康の関連を認知した医療関係者が室温改善方法をアドバイスすることで、健康な住環境対策をおこなうきっかけを作る、④参加した医療機関が患者さんに対しても啓発したくなったか調べる、です。

参加者は、患者5名、医療関係者20名、病院勤務者（事務系）4名の総勢29名でした。医療関係者を含めたのは、医療者にも住まいが健康に及ぼす影響について理解を深めてもらいたかったからです。参加者の年齢は、20代1名、30代6名、40代7名、50代5名、60代5名、70代2名、80代2名、90代1名でした。

参加者に温度計とパルスオキシメーター、血圧計、測定日誌を渡し、2週間、室温と湿度、血圧、血中酸素濃度を測定し記録してもらいました。温湿度計は寝室と居間の2ヵ所、窓や床から1メートルほど離れた位置に置いてもらい、血圧と脈拍、血中酸素濃度は、起床後と就寝前に各2回測ってもらいました。

その結果、寝室・居間の最低室温の平均は15~16度と低く、どちらも18度以上の住宅は24%しかなかったことがわかりました。寒いと血圧があがる、室温が低いと排尿回数が増えるなども実感してもらいました。そして、参加したほとんどの人に、「部屋を暖かくする対策をしたほうが良い」と思ってもらうことができました。また、「国民会議」で提唱している「健康・省エネ住宅対策」マニュアルを見てもらったところ、ほとんどの人が、「DIYによる対応」「住まい方による対応」といった対策を講じようと考え、なかには内窓設置などの断熱リフォームまで考

えた人もいました。そして、医療関係者のほとんどに患者さんや利用者の部屋を暖かくするよう提案したいと思ってもらうことができました。

●医療者も住まいに関心を

これまで住まいと健康についての調査や研究はおもに建築関係の専門家が中心で、研究費の補助金なども国土交通省の助成金などでおこなわれてきました。超高齢社会になった日本において、在宅医療の重要性は高まっており、そこに参加する職種も増えているにもかかわらず、住宅環境を積極的に改善していこうと考える医療者は多くありません。その原因の1つは、住宅に関する専門的知識を持っていないことが考えられます。

住民もまた、家のなかで極端に寒かったり暑かったり湿気が多かったりしても、どうしていいのかわからないのが現状です。建築関係の業者からリフォームを勧められると、高額な費用を請求されるのではないかと身構える人が多いと思います。

そこで、医師を始めとした多職種（看護師、ケアマネジャー、歯科医師、薬剤師、ヘルパーなど）が室内環境と疾病の関係をより理解し、問題があれば適切に指導し、さらに住宅のリフォームが必要な場合は、住まいと健康のことをよく理解し、地元で活動している信頼できる工務店や建築家を紹介することができればいいのではないかと考えています。

●医療者と建築業者の連携

以前、板橋区で医師会の幹部と建築関係の人が集まって会合をもったことがあります。ところが、いきなり団体同士が集まると、お互いに身構えてしまい打ち解けないという経験をしました。地域包括ケアを進める際、医療と介護をつなげるコーディネーターとして自治体の人たちが重要な役割を担っていましたが、同じように、医療者と建築関係の人たちの連携も自治体にコーディネートしてもらうことがカギになると感じました。

「国民会議」では、新たに「医療建築連携自治体実践委員会」を立ちあげ、その委員長を私が務める予定です。全体の方針を決める委員会のほかに、推進部会として地区担当、自治体における職域連携担当などを置き、必要な専門的知見を有する機関、団体、専門家および普及推進の核となる地域の機関、団体等と連携して推進することを目指しています。

どのような住宅に住むかは、高齢者だけでなく、子どもたちにとっても重要です。新型コロナをきっかけに在宅ワークをする人も増えています。住環境の重要性についてもう少し関心が向けられることを期待しています。

第2回医療のmanabiya 日本産科婦人科学会前理事長に聴く!! 保険適用になった不妊治療

さまざまなテーマで専門家に話を聴き意見交換をする「医療のmanabiya」の第2回は、日本産科婦人科学会前理事長で大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室教授の木村正さんに話題提供をお願いしました。

(まとめ 村上朝子)

初めにCOML理事長の山口育子が木村教授の紹介をしました。

本日は第2回目ということで、昨年保険適用になった不妊治療を取りあげたいと思い、大阪大学産婦人科教授の木村正さんにオンラインで講演をしていただきます。木村教授は2006年に40代で教授になられ、とても話題になりました。会報誌『COML』No.221~224(2009年1~4月号)で4回にわたり「安全で安心できるお産に向かって」という連載をしていただいたこともあります。木村教授は2018年から2020年大阪大学医学部附属病院の病院長をお務めになり、その間の2019年から今年6月末まで日本産科婦人科学会の理事長をお務めになりました。今日は、不妊治療とは何か、保険適用になったことで何が変わったのか詳しくお話ししていただく予定です。

木村正さん

まず不妊症とは何か、からお話しします。不妊症とは、「生殖可能な年齢にあり、正常な性生活を営んでいる夫婦が一定期間以上にわたって、妊娠が成立しないもの」とされています。一定期間とは、日本産科婦人科学会では以前は2年間でしたが、2015年より1年間になっています。一方、米国生殖医学会では、従来は1年間と定義していましたが、現在では、「女性が35歳未満では1年、35歳以上では半年、40歳以上ではすぐ」に検査および治療をおこなうことを推奨しています。

妊活という言葉聞くようになりましたが、排卵日近くにセックスをすると、6回で90%は妊娠するというデータがあり、35歳未満でもタイミングを6回試して妊娠しなかったら産婦人科へ行ったほうがいいと言われていました。

妊娠力(妊孕性)は加齢に伴い、自然でも体外受精でも低下することがわかっています。45歳以上の方が妊娠しづらいのは生理的に当然のことです。また、男性も年齢の影響を受け、40歳を超えると少しずつ妊娠の可能性は低下し流産率は上昇します。

妊活を始めると基礎体温をつけるのが一般的ですが、実際につけてみると、排卵が近い日を正確に見極めるのは難しいことがわかります。また、朝一番の尿をスティック状のチェッカーにかけ陽性の印が出たら排卵が近いことがわかるという排卵チェッカー(尿LH測定)もあります。基礎体温表をつけたり、尿LH測定をするなど自分でできることもありますが、医療機関を受診すると、医師はこれらの指導のほかに、卵管が通っているか調べたり、排卵が近いことは超音波でもわかるので超音波をしたり(タイミング目的では保険適用になりませんが、排卵誘発剤を使っていれば適用になります)、精子が十分にあるか調べたり、排卵直前に精子を子宮内に入れる人工授精をおこなったりしますが、これらは基本保険診療です。また、精液検査で精子が一定の数いて、それらが運動しているかどうかをスマホで調べる自分で買って使うキットもあります。

私の考えですが、それまでに十分な性交渉をしていて、年齢が上であれば検査を早くおこなったほうがいいと思っています。精子が少ないことがわかれば、人工授精や体外受精をしますし、卵管が通っていないことがわかれば体外受精や卵管を開通させる治療などがあります。

人工授精とは排卵のタイミングに合わせて、精液中のよく運動する精子のみを抽出しそれを子宮腔内に注入するもので、体外受精とは、超音波で見ながら膣から針をさして卵巣から吸引して卵子を取り(採卵)、体外で精

子と受精させ、受精した胚を子宮腔内に移植するものです。ただ人工授精による妊娠成功率は6回くらいで頭打ちになるというデータが揃っています。

保険化の内容

本日のテーマの不妊治療の保険化ですが、まずその概要を説明します。一般不妊治療であるタイミング法と人工授精に加え、生殖補助医療である採卵・採精をして体外受精や顕微授精、そして受精卵・胚培養をして(胚凍結保存を経る場合もある)おこなう胚移植が保険適用になりました。ただ年齢と回数の制限があります。年齢は、治療開始時において女性の年齢が43歳未満であること。回数制限は、初めての治療開始時点の女性の年齢が40歳未満であれば通算6回まで(1子ごとに)、40歳以上43歳未満であれば通算3回(1子ごとに)となっています。

保険化でよかったことは、▽より若い人が利用することで成功率が高くなることが期待される、▽高額療養費制度があるので上限が決まる、▽薬や方法が決まるので治療が標準化されるなどです。一方で、▽うまくいかなかったとき個々人に合った工夫が保険でできない、▽新しい技術導入をすると混合診療になりすべて自費扱いになる、▽治療施設が混みあうなどが挙げられます。

体外受精は先ほどお話ししたように、卵管から吸引採卵し体外で精子と受精させ、その胚を子宮腔内に移植しますが、受精しない場合や精子の状態が悪い場合は、顕微授精(ICSI;イクシと呼びます)をおこないます。それでも受精率は50~80%です。受精した卵が正常に分割していくか確認し、4分割や8分割になったところでそのうち1個を胚移植します。状態の良い卵があれば凍結して保存することができます。

新しい技術と最近の動き

新しい技術として注目されている受精卵着床前診断(PGT-A)ですが、これは受精卵の染色体数を調べるものです。PGT-Aは高齢女性の流産率を低下させますが、赤ちゃんを無事出産する率(生児獲得率)は変わらないというデータもあり、結論としては、生児獲得率、流産率に対するPGT-Aの有効性についてはエビデンス(科学的根拠)が不足している状態です。

重篤な遺伝疾患をもつ家系の方の着床前遺伝学的検査(PGT-M)の適応については、学会が規制したりするのではなく国として考え、監理する機関が必要ではないかと考えています。日本産科婦人科学会としては、適切な情報を提供することが重要と考え、ホームページにPGTに関するわかりやすい動画を掲載しています。

最後に、保険の話ではありませんがノンメディカル卵

子凍結について話します。若い女性の間で、結婚や出産の予定はないが若いうちに卵子を凍結しておきたいという声があります。これを非医学的適応ということでノンメディカル卵子保存と呼びます。「女性の生き方や多様性に応じた選択肢としてライフプランをサポートできる技術」と賛成の声がある一方で、高齢妊娠を助長する、胚移植の年齢制限はどうなるのかといった懸念の声もあります。排卵誘発や採卵は女性のからだにかなり負担がかかりますし、卵子を凍結するのにもかなりお金がかかります。

いろいろな技術が進歩しましたが、妊娠・出産できないカップルはやはりいます。不妊治療の保険化は、この医療が「おおよけ」のものになったことを意味します。「おおよけ」だからこそ皆で支援し、最大公約数の医療になるため、希望通りにはいかないこともあります。そのような場合には、特別養子縁組など家族としてさまざまな子どもの迎え方があると思っています。

質疑応答

Aさん PGT-Aと出生前診断の違いについて教えてください。

木村さん PGT-Aはあくまで体外で培養されている卵に対しておこなわれるものです。一方、出生前診断は、血液検査でわかる新型出生前診断(NIPT)を想定していると思いますが、それは妊娠が成立し胎盤もできている状態でないとできない検査です。

Bさん 不妊は男性に原因がある場合もあると思いますが、体外受精やイクシ(顕微授精)でそれは克服できるのでしょうか?

木村さん 以前は精液のなかに精子がないときはどうしようもありませんでしたが、いまはイクシがあるので、極端な話、精巣(睾丸)の一部を取り出してきてほぐしてその中に1匹精子がいたら受精をするステップまではチャレンジできます。しかしそれですべて克服されたわけではありません。男性の側に原因があるのは以前、1~2割と言われていましたが、実際にはおそらく半数程度ではないかと思っています。

Cさん 42歳のときに凍結した受精卵が1つ残っているが、それを戻すときには43歳になってしまい、医師からは43歳になると保険適用にはならないと言われたという話を聞きました。

木村さん 治療計画書を作成したとき42歳とのことですが、実際に胚移植を実施するのが43歳であれば原則保険適用となりません。ただ、一連の治療(採卵~移植)が43歳0ヶ月をまたぐような場合は解釈が難しいので、お住まいの地方厚生局に確認するのがいいでしょう。

第249回大阪患者塾 どう考える？ 終末期の意思表示

大阪患者塾が6月11日、「どう考える？ 終末期の意思表示」をテーマに開かれました。理事長の山口育子が話題提供をしたのち、参加者はグループに分かれディスカッションをおこないました。（まとめ 村上朝子）

山口育子

COML設立翌年の1991年から始めた患者塾はこれまで248回開催してきました。今年度から、オンラインでおこなうセミナーを「医療のmanabiya」に、大阪勉強会&交流会を「大阪患者塾」にして回数も継続することにしました。患者塾はもともと膝突き合わせて話し合うことを大切にしてきましたので、本日も終末期の意思表示をどうするかと一緒に考えたいと思っています。

アドバンス・ケア・プランニングの概要と問題点

ACPという言葉が聞かれたことがありますか？ アドバンス・ケア・プランニングのことで、「人生会議」の通称がついています。これは、これから受ける医療やケアについて、自分の考えを家族や医療者に表明し文書に残す手順のことですが、1回書いて終わりにするのではなく、気持ちは変わることがあるので繰り返し話し合うこととされています。医療者主導でおこなわれることが多いのですが、主役は患者です。本人の希望や生活を尊重し、将来の変化に備え、このようにしたいという納得感を高めることが大事だと言われています。また、自分が意思表示できなくなったとき誰に代わりに意思表示や判断をしてもらいたいのか、このようなことを考えるのもACPです。

ACPの問題点は、▽患者が将来どうなるのか予想することが難しい、▽意思表示をしても実際に活かせることがない、▽早すぎると意思が不明確になる、▽遅すぎると意思表示ができない。つまり、タイミングを逸さない実施が必要だと言われています。

ACPはタイミングによって目的が異なります。健康な成人はさまざまなライフイベントに併せて実施し、ACPの理解がおもな目的になるのに対し、患者の場合は、余命があと1年くらいと見込まれたときが目安と言われています。タイミングとしては、病状が悪化して起きられなくなったり歩けなくなったりしたときや、抗がん剤治療を止める

など治療方法が変わったときなどが考えられます。終末期になると70%の患者が意思決定できなくなるそうなので、複数に分けて適切な時期に実施することが大事だと言われています。

ただ終末期は病気によって異なります。がんは全身状態が良く保たれている時期が続き亡くなる1~2ヵ月で急速に悪化するので、予後予測が比較的しやすいと言われています。一方、心不全は、肺炎をはじめとする感染症を併発するなど悪化と改善を繰り返し穏やかに病状が進みますが、悪化時そこから改善するかどうかの判断が難しく、死亡直前に急速に悪化するので終末期の判断が難しいと言われています。また、認知症や加齢による衰弱は、全身機能が低下した時間が長期間継続し緩やかに低下するので、いつからが終末期か不明確という特徴があります。

終末期の意思表示を考えるタイミングとポイントは、①身の周りで起きた大切な人の死の経験で学んだことを活かす、②いま病気にかかっているのか、その病気がいのちにかかわるものか、③健康な場合はどのような病気を想定するのか、④自分の意思表示を実現してくれる人の存在、⑤年齢、です。いつどうなるかわからないというのはどの年代でもそうですが、若い人よりは年齢を重ねた人のほうが身近になってくると思います。

リビングウィルと意思表示の項目

事前指示書とも呼ばれるリビングウィルですが、この内容を話し合うのもACPの1つではないでしょうか。日本尊厳死協会のリビングウィルは延命措置を望まない包括的な事前指示書です。しかしこれは法的に守られているのではなく、法的に有効なものにしたいのであれば、公証役場に行き公証人に公正証書を書いてもらうことです。医療機関ではたとえば、①人工呼吸器、心臓マッサージ等最大限の医療を希望する、②人工呼吸器などは希望しないが高カロリー輸液や胃ろうなどによる持続的な栄

養補給を希望する、③継続的な栄養補給は希望しないが点滴などによる水分補給は希望する、④点滴などによる水分補給もおこなわず自然に最期を迎えたい、⑤治療の判断を〇〇に委ねる、⑥それ以外、などの項目から選択する書式を作成しているところもあります。

意思表示をする際、延命治療が具体的にどのようなものか知っておかなければ意味がないのでご紹介します。一次救命処置とは、胸骨圧迫・人工呼吸とAED（自動体外式除細動器）で、救命講習で学ぶ処置です。二次救命処置は、基本的心肺蘇生法で、胸骨圧迫、気道確保、人工呼吸、そして、気管挿管、高濃度酸素投与、電氣的除細動器、静脈路確保、薬物投与などです。

栄養を入れる方法は、心臓近くの太い静脈に高カロリーの栄養を入れる中心静脈栄養、お腹に開けた穴にチューブを通し直接栄養を入れる胃ろう、腸に直接入れる腸ろう、鼻から管を通して入れる経鼻経管栄養などがあります。

これからディスカッションをしていただくにあたり、意識や判断能力の回復が見込めないときに希望する治療について具体的な項目を挙げましたので、まずはご自身で考えてみてください。また、最期はどこで迎えたいか、意思表示できなくなったら誰に託したいかなどの項目も挙げましたので、それについても考えてみてください。ディスカッションでは、人生の最終段階の意思表示のために

必要だと思ったこと、今回の患者塾参加をきっかけに、何を考え、どのような行動をしておく必要があると思ったか、について話し合ってください。意思表示した内容の発表を求めたり、グループのメンバーに披露したりする必要はありませんので、そのことをつけ加えておきます。

ディスカッションで挙がった意見

- ・一人で生活しているのでキーパーソンが必要になりますが、一人暮らしの人が増えていくので行政が支援してくれると有難いです。
- ・意思表示については普段から家族と話をしていることが大切だと思いました。
- ・終末期はかならずしも高齢の人だけとは限らず、AYA世代（15～30代）や若い子どもを育てている人もいます。立場によって望まれることは違うと思いますが、そのあたりをACPでどこまでくみ取れるのか疑問です。

山口 ACPにも課題はありますが、まずは知識として知っておき、現実的になってきたときにきちんと意思表示できるようにしていないといけないと思います。日本では自己決定が煙たがられる傾向がありましたが、自分しか決められないという時代に入ってきていると自覚することが大事だと思い、患者塾のテーマにしました。これをスタート地点にしてもらえればと思っています。

意識や判断能力の回復が見込めないときに希望する治療

治療内容	〇△× 意思表示	理由
胸骨圧迫（心臓マッサージ）		
AED		
カウンターショック		
人工呼吸		
水分補給		
中心静脈栄養		
経管経鼻栄養		
胃ろう		
（血圧低下時の）昇圧剤		
その他意思表示したい治療		

治療以外の意思表示

あと1年と言われたら…	内容	理由
最期はどこで迎えたいか？		
意思表示できなくなったら誰に託したいか？		
終末期の希望は？		
気になることは？		
誰と話し合っておきたい？		

■一次救命処置：救命講習で学ぶ救命処置【胸骨圧迫（心臓マッサージ）+人工呼吸（鼻を押さえて息を吹き込む）+AED（自動体外式除細動器）】 ■二次救命処置 基本的心肺蘇生法（心肺蘇生法）：胸骨圧迫+気道確保・人工呼吸【加えて必要に応じておこなわれる】 確実な気道確保による気管挿管、高濃度酸素投与、カウンターショック（電氣的除細動器）、静脈路確保、薬物投与】 ■中心静脈栄養：鎖骨下や首のあたりから太い静脈に高カロリー輸液を入れて栄養補給する方法 ■経管経鼻栄養：鼻からチューブを入れて栄養補給する方法 ■胃ろう・腸ろう：胃や腸と直接つないだチューブから栄養を補給する方法 ■昇圧剤：血圧が低下したときに血圧をあげる薬剤

名指しの質問主意書 それを元にいわれなき批判

理事長 山口 育子

国会議員から確認なく名指して質問され

6月のある日、厚生労働省関係の知人から、「COMLを名指した質問主意書が出ていますよ」と知らされました。どうしたことなんでしょうと調べたところ、立憲民主党の早稲田ゆき衆議院議員が提出した「厚生労働省の会議体における患者、消費者代表に関する質問主意書」（2023年6月16日提出・質問第131号）であることがわかりました。

質問主意書とは、国会議員が国会の開会中に議長を経由して内閣に質問できる文書です。議長の承認を受けた質問主意書は内閣に転送され、内閣は受け取った日から7日以内に答弁しなければなりません。答弁は各府省庁で案文が作成され、内閣法制局の審査を経て閣議決定された後、議長に「答弁書」として提出されます。

早稲田議員からの質問は4点あり、1つ目は医薬行政の利益相反の問題についての質問なので省きますが、残りの3点はCOMLに関係することなので、以下に転記します。

<質問主意書 原文から転記>

二 厚生労働省の審議会、研究会、検討会等、および厚生労働省が事業を委託している一般社団法人日本医療安全調査機構の各種会議体において、認定特定非営利活動法人ささえあい医療人権センター COMLのメンバーが構成員となっている会議体はいくつあるか。政府として承知しているところをあきらかにされたい。

三 右記（註1）に述べた各種会議体における患者枠、消費者枠のうち、認定特定非営利活動法人ささえあい医療人権センター COMLのメンバーが占める割合は何パーセントに達するか。政府として承知しているところをあきらかにされたい。

四 医薬行政を進めるにあたり、当事者、患者、消費者の声を反映させることは大変有意義であるが、特定の団体や個人だけに集中してその役割を担わせることは、その団体や個人にとっても会議参加のための準備をする時間もなくなり、不適當ではないか。政府としての見解をあきらかにされたい。

註1：質問主意書は縦書きなので「右記」。

この質問主意書が公開されたころ、複数の知人から「何があったのか」「事前に問い合わせがあったうえでの質問なのか」と心配しての連絡が届きました。じつは早稲田議員からは何一つ確認や問い合わせの連絡はありませんでした。

「COMLのメンバー」とあるのは、私だけではなく、COMLでおこなっている「医療関係会議の一般委員養成講座」で合格した人が登録している「COML委員バンク登録会員」を含めているのだと思います。会報誌『COML』No.394（2023年6月号）7ページに「『COML委員バンク登録会員』が就任している委員会」を公表している通り、バンクメンバーの何人かは「COML委員バンク登録会員」という肩書で厚生労働省の委員も複数務めています。

しかし、これはより多くの方が委員となって発言する機会が得られることを目指して開催してきた講座であり、意見統制しているわけでも、利害関係があるわけでもありません。そのような講座の主旨を調べたり、確認したりもせず、名指して質問する姿勢に疑問を抱きました。早稲田議員のホームページを見ると、「質問主意書の提出件数、衆議院でトップ!」と活動成果として強調されていました。数多くの質問主意書を提出したい意気込みは評価されることなのかもしれませんが、他団体のことについて言及する場合は、せめて活動内容を調べたり事実関係を精査したりしたうえで質問してもらいたいものです。ただ、反論するほどの内容でもないと考え、静観することにしました。

ちなみに答弁書は6月30日に発出されています。その内容は以下の通りです。

<答弁書 原文から転記>

二について

お尋ねの「厚生労働省の審議会、研究会、検討会等」及び「認定特定非営利活動法人ささえあい医療人権センター COMLのメンバー」の具体的に指し示す範囲が明らかではないため、網羅的かつ正確にお答えすることが困難であるが、（中略）（註2）認定特定非営利活動法人ささえあい医療人権センター COMLの肩書のある者が構成員となっているもの（平成三十一年四月一日以降に開催実績のあるものに限る。）の数は、令和五年六月二十一日現在、三十

五である。

三について

お尋ねの「いわゆる患者枠、消費者枠」の意味するところが明らかではないため、お答えすることは困難である。

四について

お尋ねの「団体や個人にとっても会議参加のための準備をする時間もなくなり、不適当」の意味するところが必ずしも明らかではないが、厚生労働省の審議会等の構成員については、御指摘の「医薬行政を進める」に当たり、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に係る制度に関することや薬剤師に係る制度に関すること等に係る経験や知見を踏まえた意見を述べていただく観点から、厚生労働省の審議会等のそれぞれの任命権者が御指摘の「団体や個人」の同意を得た上で適切に選任したものである。

註2：中略にしたのは、審議会等の法的対象の説明のためです。

私の発言を捏造して批判したコラムに訂正要望

ところが、問題はこれだけで済みませんでした。この質問主意書と答弁書の内容を受けて、日経DIオンラインにコラムを執筆している熊谷信氏（薬剤師）が「一見するととても地味な質問主意書ではあるものの、この指摘、非常に鋭いところを突いている」として、COMLへの批判を展開したのです。「COMLの代表は」として私の発言は「単刀直入に言えばあまり建設的ではない、もっと言ってしまえば弊害の方が大きいのではないか」と書かれているのですが、そう思われる発言だったのであれば、それは私の至らなさとして受け止めます。しかし、そう判断された根拠として記載されていた私の発言は事実無根の捏造された内容だったのでした。

というのも、厚生労働省の第5回「医薬品の販売制度に関する検討会」（2023年6月12日開催）で零売（註3）について「なくした方がスッキリする」と発言したと書かれてあったのです。そのような発言をした覚えはまったくありません。ちょうどそのとき、厚生労働省から確認のために議事録が送られてきたのですが、やはりそのような発言はしていない確認が取れました。さすがにこれは静観するわけにいかないと考え、日経DI編集長に熊谷氏が何を根拠に記載し、日経DIがどのように確認をとったのか問い合わせ、最終的には以下のような訂正文を日経DIが掲載するに至りました。

註3：零売とは、処方箋がなくても販売できる医療用医薬品を必要量だけ販売すること。この日の検討会では零売を専門にしている薬局がヒアリングに登場。詳細は厚生労働

省のホームページで公開される議事録をご参照ください。

<日経DIオンラインの訂正文を転記>

【訂正】(2023.7.7)

本文7段落目のCOML代表の発言としていた内容に事実誤認がありました。当日の同氏の発言を編集部で確認したところ、「処方箋なしでも購入できるものがあるという、『やむを得ない場合』という抜け道があるから、販売していいではないかというように見えてしまうと思いました。ドクターの処方が必要なものが医療用医薬品だということだと思いますので、だからこそ一般用医薬品ではないということからすると、今、法的にきちんと規定がない医療用医薬品を、しっかりと規定することが大事なのではないかなと思いました」であり、「出席したCOMLの代表は零売に関して『なくした方がスッキリする』と発言していた」わけではありません。これまで同検討会を傍聴してきた熊谷氏の感想として、「出席したCOML代表の零売に関する発言を聞き、私自身は『なくした方がスッキリする』と捉えました。」とするのが適切でした。お詫びして訂正します。（編集部）

このやりとりの間にも、Twitterなどで熊谷氏のコラムの感想が拡散され、一部でCOML批判が継続していたようです。どこかで会員の方も目にされた可能性があると考え、今回事実関係を報告することにしました。めげずに果たすべき使命を精一杯果たしていくつもりです。

●7月の活動報告①（報告②は12ページにございます）

講演・シンポジウム

- 3日 大阪医科薬科大学
- 10日 東京薬科大学
- 11日 神戸赤十字病院（兵庫）
- 12日 国際モダンホスピタルショウ日本病院会主催公開シンポジウム（東京）
- 18日 大分大学医学部看護学科・先進医療科学科
- 20日 東京医科大学
- 21日 全日本病院協会医療安全管理者養成課程講習会（東京）
- 22日 第62回農村医学夏季大学（長野）
- 25日 近畿大学医学部（大阪）
近畿大学病院（大阪）
- 29日 新潟県民主医療機関連合会医療介護安全講演会（Web）
第55回日本医学教育学会（長崎）

委員として出席した会議

- 3日 くすりの適正使用協議会共同ステートメント会議（Web）
- 6日 出産育児一時金の見直しを踏まえた出産費用の分析並びに産科医療機関等の適切な選択に資する情報提供の実施及び効果検証のための研究（田倉班）（Web）
- 7日 厚生労働省医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師等確保基本指針検討部会（東京）
厚生労働省社会保障審議会医療部会（東京）
- 13日 医薬品医療機器総合機構（PMDA）審査・安全業務委員会（東京）
- 14日 厚生労働省「遠隔医療にかかる調査・研究事業」に係る技術審査委員会（Web）
厚生労働省医薬品の販売制度に関する検討会（東京）
- 19日 住民・患者による活用促進のあり方に関するワーキンググループ（Web）

●第250回大阪患者塾

マイナ保険証で何が変わるの？

と き 2023年9月16日(土) 14:00~16:30
(13:15~開場しますので、交流の時間にお使いください)
会 場 大阪市立阿倍野市民学習センター・アトリエ
(多目的室) あべのペルタ3階
話題提供 COML理事長 山口 育子
定 員 30名(電話・FAX・メールのいずれかでお申し込みください)
参加費 1,500円(当日会場でお支払いください)

●7月の活動報告② (報告①は11ページにございます)

委員として出席した会議

20日 国立がん研究センター研究倫理審査委員会 (Web)
21日 日本医学教育評価機構 (JACME) 理事会 (東京)
日本OTC医薬品協会アドバイザリーボード (東京)
25日 医療系大学間共用試験実施評価機構認定標準模擬患者委員会 / 認定標準模擬患者小委員会 (Web)
26日 厚生労働省利益相反データベースに係る有識者会議 (Web)
27日 国立がん研究センター臨床研究審査委員会 (Web)
横浜市医療安全推進協議会 (神奈川)
31日 慶應義塾大学病院特定機能病院監査委員会 (Web)

掲載誌(紙)

1日 『すこやか健保』(健康保険組合連合会)
『医事業務』(産労総合研究所)
『クリニックマガジン』(株クリニックマガジン)

SP(模擬患者)活動

5日 日本臓器移植ネットワーク(東京)
神奈川県看護協会
6日 森ノ宮医療学園専門学校鍼灸学科(大阪)
10日 天理よろづ相談所病院研修医(奈良)
14日 姫路医療センター附属看護学校(兵庫)
15日 昭和大学医学部臨床実習後医療面接試験(東京)
30日 千葉市立青葉病院マッチング選考試験医療面接

その他の活動

新規会員 0名
2日 医療をささえる市民養成講座(Web・16日、30日も)
8日 第2回医療のmanabiya(Web)
23日 東京SP研究会
28日 ラジオNIKKEI「賢い患者になろう!」放送

●カンパありがとう名簿

2023.7.1~2023.7.31

竹中夜江、中野知子、玄田公子、増田尚子、匿名2名
(敬称略。資金カンパや切手・はがきなどの物品カンパ、技能ボランティアなどのご支援をいただいた方々です)

COMLはインターネットでも情報発信しています

理事長 山口育子のFacebook(フェイスブック)
<https://www.facebook.com/ikuko.yamaguchi.3975>

ホームページ <https://www.coml.gr.jp>

メールアドレス coml@coml.gr.jp

会報誌COML

創 刊 1990年9月15日
発 行 山口 育子
編 集 村上 朝子
発 行 所 認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML(コムル)
〒113-0033 東京都文京区本郷3-35-4
不二光学ビル6階
TEL 03-3830-0655(代) FAX 03-3830-0646
年 会 費 正会員6,000円 賛助会員4,000円(学生は半額)
団体賛助会員30,000円
会員登録 郵便振替 00930-9-50565
「NPO法人ささえあい医療人権センターCOML」
活動支援 三菱UFJ銀行 梅田新道支店(普) 1178138

センターだより

普段は在宅勤務なのですが模擬患者の関東メンバーの集まりがあり、久しぶりに事務所に出勤しました。昨秋ぶりにお会いする方が多く嬉しかったです。また日ごろメールや電話、Zoomでやりとりをしている(明)と、ついに対面で会うこともできたのです。それにしても東京駅がまだ把握できません。案内表示を見ればどうにかなるさ~と思って下調べをせずに新幹線から降りて、乗り換えのために歩き始めるのですが、構内のどこを歩いているのか毎回わからなくなります。案内表示に従っているつもりなのに、絶対に遠回りをしている…。ズバーンと乗り換えるルートや、お土産充実ルートなど、徐々にマスターしていきたいです。(彩)

電話相談を受けていると聞いたことがない言葉に出会うことがあります。ネットで検索をしたり相談者に確認したりしながら内容を正確に把握しようと努めていますが、相談者自身も間違えていることもあります。先日、PETのことをチャットとおっしゃる方がいました。一瞬、最近はやりのChatGTPかと思ったのですが、「CTのあとにチャットをやった」とおっしゃったのでPETのことだと気づきました。またときどき、「かかりつけ医」のことを「いきつけのお医者さん」とおっしゃる方がいます。いきつけの飲み屋さんのように、医師がゆっくり話を聞いてくれる場所なのかなと、ちょっぴり温かい気持ちになってお話を伺っています。(朝)

今年度から模擬患者活動にも携わるようになり、模擬患者を用いた医療面接試験のシーズンに向けて連絡調整が本格化してきました。しかし、私自身が模擬患者活動の実際に行かれないままでは調整役は務まらないと思い、先日見学にらせていただきました。見学したのは看護師を対象としたコミュニケーション研修で、午後の部では模擬患者を相手に実践練習するというものでした。午前の部では参加者同士で看護師役・患者役に分かれてロールプレイをしたのですが、午後の部で登場した模擬患者のリアリティにただただ驚くばかりでした。やはり百聞は一見にしかず、貴重な経験でした。これから実際に知る機会を大切に学んでいきたいと思ひます。(明)

病院に行く機会があると、たいてい売店にも立ち寄ります。最近はコンビニエンスストアになっていることも珍しくありませんが、品ぞろえが街の店舗とは異なっていることに目をひかれます。ガーゼなどの衛生用品のほか、靴下やお箸は入院患者さんが使うのでしょうか。海苔の佃煮などの瓶づめ類は、食がすすまない時の心強い援軍になりそうです。パズルの本があるのは、時間を持てあましてしまうからかもしれません。それから、ノートもあります。医療者から言われたことや、覚えておきたいこと、いまの気持ちを書き留めていくのではないのでしょうか。まささなノートにどんな世界がつつられるのか、立ち止まり表紙を見つめずにはいられません。(紀)

(明)の長男は5歳児の鉄道マニア。あるとき私が東武鉄道の特急リパティに乗ると聞いて、「ボスと一緒にリパティ乗るんだ」とその気に。しかし実現できず泣いたと聞いて、これは何とかしなきゃ。過去に一度しか会ったことがなく、しかも緊張で固まって3分しか対面していないのに、たまに母親経由で送る鉄道の写真の送り手として心理的距離が近くなっていたようです。そこである日曜日、リパティ往復40分を含む合計2時間の鉄道2人旅を企画。家族でも保育士でもない私の旅に母親が極度の心配で不安に陥るなか敢行。「いろいろ教えてね」と出発してからの2時間、ずっと鉄道のあれこれを指南してくれたのでした。頼もしく、楽しい旅でした。(育)

認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOMLは…

1990年9月に活動をスタートし、2002年4月にNPO法人化しました。「いのちの主人公」「からだの責任者」である私たち市民中心のグループです。COMLでは、「賢い患者になりましょう」を合言葉に、患者の主体的な医療への参加を呼びかけています。患者と医療者が、対話と交流のなかから互いに気づき合い、歩み寄ることのできる関係づくりを願っています。COMLは、患者中心の開かれた医療の実現を目指します。