



# Medical Journalist

NPO日本医学ジャーナリスト協会会報 MAY 2014 Vol.28 No.2 (通巻73号) 発行:NPO日本医学ジャーナリスト協会 発行代表人:水巻中正

<b>Contents</b>	<3月見学会>	<2月例会>
	「東日本大震災被災地ツアーに参加して」	「日本一医師不足の埼玉
	<新年賀詞交歓会>	—日本医療崩壊の真相をキューバに見た」
	「肝臓外科医が日赤院長になって改革に奮戦」	命あつての俳句考
		新刊紹介
		冗句茶論

## 冗句茶論 (ジョーク・サロン)

松井寿一

スポーツ選手は金メダルを目指す。そのために筋力トレーニングに励む。筋トレ(金獲れ)である。

十条の一つ手前は文句ばかり。九条(苦情)。憲法第九条にも苦情が多く、窮状となっている。

「ネブラスカ」という映画をみた。父子の情愛を描いたロードムービーである。隣のおばさんはすぐに寝入ってしまった。「眠らすか」。南米・アルゼチセンの首都も「リオでじゃ寝入ろう」。

宝くじは別名「たぬぎ」という。たからくじから「た」の字をとると「からくじ」。でも、くじにはずれてもくじけないで。

ミスター・コロンはいけ面か? いけ面ではない。コロンプス。

酒類を安く売る店の名前が「カクヤス」。切れ味の鈍い刃物を放り投げるとい名前前の店は「鈍器放つて」。

「魅力」という言葉がびつたりのヒトがいる。ではその上は? その下は? ま行だから「魔力」と「無力」。

県人会が厭人会となることがある。いつ聞いても、小さな森の歌。五木の子守歌。

別腹と小腹と自腹同じ腹

宇宙船の若田船長。宇宙ステーションでも最高責任者となった。難しい試験があったが全問正解であった。「わかった」。

エコ、エコとエコを錦の御旗のようにいうのは、エコひいきではないか。エコが濁るとエゴになる。

日本の製薬企業の喫緊重要課題は「新薬創出」である。創出できない場合は「新薬喪失」。

片思いですと告げる熱くなっている若者に、クールな女性が問い返した。「重いのは右肩ですか左肩ですか」。

京都の銘菓に「ハッ橋」と「おこし」がある。どちらが高いか。「ハッ橋」が高い。「おこしやす」。

受けない小咄やギャグがあると「寒い」という。川柳に「お寒い自分のギャグで風邪をひき」がある。穿ってたかって騒いでも客席がシーンとしている。コーラス(凍らす)グループである。

ホームレスとは家のない人だと聞いて、じゃあファミレスは家族のいない人のことか。

あわててもあわてなくても行く先はみんなおなじゆるり参ろう。

歴史好きの女性を「れきじょ」といい、理系の女性を「りけじょ」という。では文系系の女性は「ぶけじょ」か。

理想郷へ歩いて行こう。アルカディアへ歩かいかいぞか。

薬は崩壊性が問題、薬事法は法改正が問題。

子供が毎日読む印刷物とは、カレンダーのこと。暦(子読み)。

「こうど」が問題だという。高さか、硬さか、電気のコードか、バーコードか。

## ●3月見学会

# 「東日本大震災から3年、被災地取材ツアーに参加して」

報告・野本陸美

日本医学ジャーナリスト協会は、東日本大震災1年後の2012年3月に被災地を巡り取材を行った。今回は3年が経過した被災地を総勢25名、2日間(3月30日-31日)の強行軍で訪れた。前回と同様にその企画、取材交渉、ツアコンの労までとってくれた、元河北新報記者で仙台在住の穴澤鉄男氏に感謝したい。前回取材したのは岩手と宮城の両県だったが、今回は福島第一原発の20キロ圏内まで足を伸ばした。復興はどの程度進んだのだろうか? 地元の人々の思いはどのようなのか? (編集部)

### ●海と暮らしを隔てる防潮堤

気仙沼市は「海に生きる町」だ。この町で住民を二分し復興を足踏みさせているのが、防潮堤の高さを巡る議論だ。有床診療所を開業している森田潔さんは、取材陣のマイクロバスに乗り込んで防潮堤の建設予定地を案内してくれた。「海との暮らしを阻害しない程度に防潮堤を下げ、高台への避難道の整備と市民教育に力を入れる方が大切だと思うのです」と森田さんは言う。

県と市では住民の意見を取り入れ、高さを当初の9mから4.1mに下げた防潮堤を提案している。それ以上の津波や高潮には、水圧で扉が自動開閉するフラップゲートで対応するという。

地震や津波を警告する石碑が28もあったという気仙沼市でも備えは万全ではなかった。避けられない自然災害を科学技術でブロックするのか、災害を忘れず人間の知恵と努力で回避するのか。これは、気仙沼市にとどまらず沿

岸の被災地全域の復興の課題となっていた。

仙台市の南にある岩沼市では、海岸線を10kmにわたって延びる防災公園「千年希望の丘」(2ページ下 写真)の建設が始まっていた。高さ8~10m、直径70~100mのこの場所は、津波発生時には防潮堤として波の勢いを減衰させるだけでなく市民の避難場所にもなり、普段は震災の記憶をとどめるメモリアルパークになるという。大自然の被害を最小限に食い止める“減災”が基本コンセプトだ。

気仙沼市の森田医院の玄関脇には、がれきとともに流れ着いたお地藏さまが置かれていた。「患者さんがお賽銭を置いていくので実は困っているのです」(森田院長)。

1,400人の死者・行方不明者を出したこの町で偶然にも生きながらえた不思議を思うとき、人は神仏に手を合わせずにはいられないだろう。

### ●「創造的復興」のために

3年の歳月は被災地の風景をすっかり変えていた。がれきは跡形もなく片づけられ、初めてその地を訪れた者にはどこにでもある広大な埋め立て地のように見える。通常は道路一本通すにも用地買収などで困難を極めることを考えると、「禍転じて福となす」のように、震災は新しい町づくりのチャンスといえなくもない。

津波で流された女川駅は、世界的に高名な建築家坂茂さんの設計で再建が進められていた。モダンな駅舎、駅前に広がるプロムナードやショッピングモール、そのどこからでも海が望めるといふ。女川駅は来春完成予定だ。現在復旧中のJR石巻線の浦宿~女川間の2.4kmも同時に開通することが期待されている。

山元町はJR常磐線の内陸移転に伴って職住接近のコンパクトシティ構想を打ち出しているが、実現は住民の

## 新刊紹介

長沼毅著

『死なないやつら 極限から考える「生命とは何か」』 講談社刊 (本体900円+税)



医療の現場は常に生死と隣り合わせ。そんな日常からちょっと視点を変え、生命とは何か、進化とは何か、人類が持ってしまった力とは何かなど、宇宙の中の地球の存在も含めた壮大なスケールで生物学を考えることができる一冊である。「科学界のインディジョーンズ」と称される広島大学大学院生物圏科学研究所准教授が、南極や海底火山など極限に生息する生物の衝撃的な生態を紹

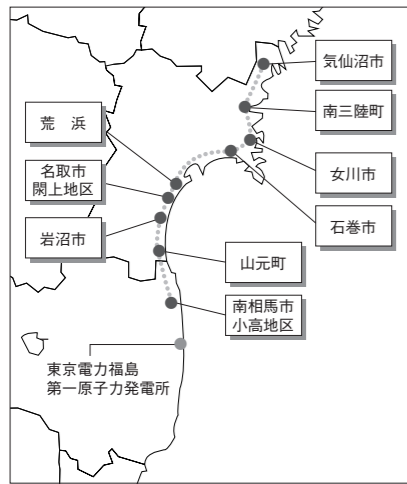
介しているだけでなく、なぜそのように進化したのかという部分まで踏み込んでいるところが、読む側のイマジネーションを触発。151度の高温に与えられるクマムシ、水深3650メートルの海底で1912年に沈没した「タイタニック号」の鉄を食べるハロモナス、放射線に異常な耐性をもつデキノコッカス・ラジオデュランス、天然の油溜まりの中に生息するセキユバエの幼虫…。人間では生きられない場所で死なないやつら。40億年前に誕生した生命は、環境に合わせて極限にまで生きられるような進化を遂げている。人間も、極限では生きられないが、他の生物にはない力は得た。この力について著者は、「遺伝子の突然変異と環境圧による淘汰の支配下にあるのではなく、もはや自分たちで自分たちの遺伝子を改変し、環境圧の方向性をコントロールできるようになった」「私たちは地球体生命史で初めての、自分で自分の進化を左右できる生物になった」という。では、病気を退け、健康長寿を伸ばすだけでなく、遺伝子操作によって進化までコントロールできる時代に、本当になったのだろうか。読者ひとりひとりにさまざまな思いを抱かせる内容だ。(安達純子)

### 訂正とお詫び

本協会の会報「Medical Journalist」28巻1号(2014年2月発行)掲載の『薬の報道とジャーナリズムの役割』(文責・秋元秀俊)の記事中、シンポジストの桑島先生のご発言として「日経メディカル、メディカル朝日、メディカルトリビューン」と並べて、「医学界新聞」(医学書院発行)の名前を挙げて「バルサルタンを讀めるような役割を果たした」としたところは誤りです。この文脈から「医学界新聞」を削除します。桑島先生が、4紙誌を並べたのは、医師に無料配布されている例が多いことを紹介したもので、その意図に反して、誤って同列に論じた如く紹介しました。お詫びして訂正します。(編集部)

### Medical Journalist Vol.28 No.2 (通巻73号)

発行: NPO日本医学ジャーナリスト協会  
発行者: 水巻中正  
編集責任: 松井宏夫  
E-mail: matsui@ab.em-net.ne.jp  
事務局: 東京都港区麻布台1-8-10 麻布備成ビル7階(株)コスモ・ビジュアル内  
担当 近藤 龍治  
TEL03-5561-2911 FAX03-5561-2912  
E-mail: secretariat@meja.jp  
ウェブサイト: http://www.meja.jp



▲第2回東日本大震災被災地取材ツアーの訪問先

意向次第のようだ。

水産と観光の町、南三陸町でも「創造的復興」が合言葉だ。しかし「国の補助制度は原形復旧が基本で、わが町の考える未来志向の復興事業には対応してくれない」と佐藤仁町長は悩みを打ち明けてくれた。「避難所を兼ねた公園を作ろうとすると、3.11以前にその公園はあったのか、証拠はあるかとする」(佐藤町長)。

震災に見舞われた東北の市や町は、震災前から過疎や高齢化に悩んでいた。原形復旧をしても未来は開けない。国の硬直な制度運用に関する地元の悩みは、その後被災各地で聞くことになる。

### ●魚離れに挑む石巻漁港

「原状復旧ではこの業界はだめなのです。世界的にみれば魚の消費は決し



▲岩沼市の防潮堤を兼ねたメモリアルパーク「千年希望の丘」。千年先の子どもたちに伝えたいと名付けられた。

て落ちていないので、海外への販路拡大で生き残りを模索中です。そのためにも新設する魚加工施設や冷蔵設備は国際基準に合うものにしていきたい」と話すのは、石巻の冷蔵会社社長の大江康博さん。ネックはここでも国の制度だ。震災前と同じ機能を持つ設備復旧にしか補助金は使えない。「20年前の設備になら金を出すというのは、20年前に返れということでしょうか」(大江さん)

震災以来の石巻のもう一つの課題は、水産物の放射能汚染問題だ。昨年から丸のままで魚の放射能を測定できる「連続非破壊放射能汚染検査システム」を導入し、1時間で140尾もの測定が可能になった。アジ、サバ、シイラなど庶民の生活に欠かせない水産物の昨年9月の検査結果は、いずれもマイナスであった。

### ●土地区画整理で暗礁に乗り上げる名取市閑上(ゆりあげ)地区

宮城県の中でも町や市によって復興のスピードに開きがある。仙台空港にほど近い名取市閑上地区では、高台移転を巡って再建計画が頓挫している。低地エリアを非居住区域とし、住民はかさ上げた居住区域へ集団移転するという当初の計画は、帰還住民が予定数より少なかったことから暗礁に乗り上げた。人数の点で国の助成要件を満たさなかったのだ。事業は縮小を余

儀なくされ、かさ上げエリアは半減。その結果、「希望する代替地へ移転できるのか」「土地はいくらで買い上げてもらえるのか」など、さまざまな個別の要望が噴出し始めた。「民主主義は時間がかかる」を具現化したような経過とはいえ、仮設住宅で4年目を迎える被災者の健康が気になる。

### ●大川小学校、悲劇の現場に立つ

北上川河口から4kmの川沿いにある石巻市立大川小学校では、児童74人と教職員10人が津波に巻き込まれて犠牲になった。去る3月1日に提出された第三者事故検証委員会の最終報告を不服として児童の19遺族が損害賠償を求める訴訟を起こし、事件は新たな局面を迎えていた。

震災当時校長が不在で避難の意思決定が遅れたうえ、避難先を北上川堤防付近とした判断ミスが惨事につながったことはすでに全国に伝えられていた。今回実際に現場に立ち、海拔0mかと思われるほどの低地に建てられたモダンな2階建ての校舎を目の当たりにすると、学校側も地域住民も大津波の襲来を全く想定していなかったことが容易に想像できた。

学校の裏手には小高い山がある。大人以上に敏捷な高学年の児童なら、たとえ倒木や残雪があってもこの山に逃げることができたのではないだろうか。「津波でんでんこ」。津波のときはでんでんばらばらに逃げろという東北地方の先人の教えが生かされてさえいればこれほど多数の犠牲者を出さずにすんだのではないか、そんな思いを抱かせるほど裏山は近かった。

### ●福島第一原発から20キロ圏内の南相馬市小高地区

国道6号線を南下して、地震津波に加え放射能という3重苦に見舞われた福島県に入る。原発20キロ圏内の南相馬市小高地区は、2011年3月12日に避難指示が出て以来住民が消え

た町だ。復旧の見込みのないJR常磐線小高駅には、あの日高校生たちが通学に使った自転車が当時のままの姿で放置されていた。

案内してくれた「原発震災を語り継ぐ会(仮)」主催の高村美晴さんは、3人の男の子のお母さんだ。「東電も行政も専門家も信用できない。信用できるのは同じ体験をした被害者だけ」と震災の翌年にはチェルノブイリを視察、広島にも行き被爆者の話も聞いた。信用できない中にメディアが入っていないのは、単なる言い忘れかもしれない。小高地区でのガイガーカウンターの目盛りは0.1μSv。新宿とさして変わらない値だ。それでも帰還を予定しているのは高齢者だけだという。

「20から60歳の生産人口の減少が固定化するのでは」と南相馬市の桜

井延勝市長は危惧している。データを見ても転出者の9割強が50歳代以下で、震災前には4万3千人いた生産人口は2万8千人にまで減少した。

復興を伝える明るいニュースが他県から流れてきても、福島の被災地にはいまだにがれきりが残された

ままだ。一方、国のエネルギー政策はまるで原発事故などなかったかのように推進されている。これからも福島の実情を伝え続けていくことがメディアの責務だと強く感じた。

2日間の被災地取材ツアーは、過密スケジュールではあったが復興への意



▲石巻市大川小学校に設けられた祭壇。3年経っても供花が途切れることはない。

気込みが感じられる有意義なものだった。震災直後に人と人の心をつないだ“絆”は、これからは未来へと世代をつないでいくことだろう。

(のもと・むつみ=医学ジャーナリスト、元NHK医学番組ディレクター)

### ●新年賀詞交歓会

## 「肝臓外科医が日赤院長になって改革に奮戦」幕内雅敏さん(日赤医療センター院長)

報告・小川明

日本医学ジャーナリスト協会の賀詞交歓会が1月28日、アルカディア市ヶ谷であった。幕内雅敏・日本赤十字社医療センター院長が「日本の医療制度改革にもの申す」と題して講演した。懇親会にも残り、懇談した。日本を代表する外科医は院長になってからも、土日に出勤して、患者の命を救うため、メスを握り続ける。その現場からのざっくばらんな話は参加者に刺激を与えた。

司会の田辺功・副会長が「幕内3兄弟の真ん中で、父が日赤医療センターの外科医、副院長だった。兄が食道がん、弟が心臓外科になった。お父さんが手術室で立ち会わせて。珍しい英才教育だった。数年の間に、日赤医療センターを立ち直らせた」

と紹介して、講演が始まった。抱腹絶倒の内容だったので、そのまま要旨を掲載する。

僕は制度とはあまり関係せず、端っこで一生涯懸命、肝臓を切っていたわけです。東大にいた60歳までに何をやってきたか、日赤の実態、病院長として何をやってきたか、臨床をやりながら医療制度の問題点、日赤医療センターの財務状況の総括などを申し上げます。

### ●1007編の論文

東大までの仕事は、術中超音波です。肝臓は人体で一番大きな臓器なので、外から見えないことが多い。肝臓の腫瘍を取るのに、超音波を活



▲幕内雅敏さん

用する術式を提案してきました。それから生体肝移植、特に成人の生体肝移植は世界で初めて成功しました。

こうした業績を60歳までに1007編の論文にまとめてあります。その80%以上は臨床の論文です。決して試験管振りに明け暮れていたわけじゃなくて、患者さんを治

療して、その結果、どうだったのか、と論文にまとめているわけです。

天下の英才を集めているとされる東大第3内科の永井良三教授が退官するときに論文集を出したのを数えると、奇しくも同じ1,007編でした。私の教室は「切った張った」のやくざ集団ですが、永井さんの第3内科と同じだけ論文を書いたわけでありませう。

医学書の出版社エルセビアサイエンスが論文の世界ランキングを出しています。私は肝静脈や門脈の専門家で一番目に多い。肝切除の論文も僕が一番。肝腫瘍では世界3番目で、生体肝移植も僕が世界で1番です。専門別では金メダルが4個、銅メダルが2個です。立派な外科の教授も7人育てました。

#### ●60歳で東大から日赤へ

日赤に行った理由を話します。東大が60歳まで定年を延長しようとしたときに、学問の発展を考えると「65歳までやってよいものか」と考え、僕は教授会で反対しました。医学部の審査で63歳まで東大にすることが決まったが、「そろそろ早めに身を退いたほうがよい」と思ったわけです。

前院長の増田寛次郎先生から「日赤に来ないか」と誘われました。実は、うちのおやじも日赤に35年勤めていて、たたき上げで、手術一筋に生きてきた。「息子が院長になってくれたら」とたまにぼろっと言ったことがありまして、やる気になりました。

日赤医療センターは本社直轄になっています。4月1日に、辞令交付で東京・芝の本社に呼び出されて「日赤の病院は独立採算制である。稼いだもので、ちゃんとやってみなさい」と何度も訓示されたわけです。

都会の病院と地域の病院で立地条件がまるで違います。地域の病院は、

医者を確保すれば、採算は取れる。医者と看護師さえ確保すれば、病院の経営はそんなに難しくない。

#### ●激戦区で病院経営に全力

都会の病院はお医者さんがたくさんいるから、楽かと思うと、そうじゃない。医者がある程度、名声を博していないと、患者が来ない。インターネットで今、みんな知っています。集客力のある医者の採用が、都会の病院では望まれます。東京・広尾の日赤医療センター病院から3キロ以内の距離には、大病院がいっぱいあります。こういう競争の中で、僕らは生きているわけです。

2007年に院長になった時、任期は事実上10年あった。将来を見据えた経営基盤を築きたいと思いました。後に引き継ぐ院長たちが苦労しないように、経営をしています。本社はいろいろな意味で支配をしています。事務官はみんな本社を向いています。独立採算制とは言いますが、非常に過酷な上納金があります。退職積立金などは全部、本社が握っている。病院建物建設資金や病院財政調整事業資金も本社が集めています。独立採算制といっても、日赤本社が病院にたかっているんじゃないか、と思います。

病院の経営には工夫しています。金曜、土曜に患者さんが退院されると、その間の収入はなくなるので、なるべく控えていただくようにしました。土日は自由な日が多い。そういうときに、ご家族が来て一緒に帰った方がよい。病床稼働率は高まっています。

本社からの幹部職員の受け入れを廃止しました。認定看護師の資格を取ったら、1階級、特別昇給をする。研修医、看護師を増員しました。看護師は、院長になったときは600人ぐらいでしたが、今、1,000人を超えています。新人看護師の住居手

当を増額しました。

薬とか医療機器をいかに安く買うかということが非常に重要です。まず入札をさせて、事務が値下げ交渉をして、そのあと、リバースオークションをして、値段を下げます。院長が自ら値段に口を挟みます。自販機のマージンなどもしっかり取っています。

#### ●医師のバイトは禁止

2009年には、労働基準監督署が立ち入り調査に入りました。「君らのやっている当直は、普通の企業で夜2回ぐらい見回りする当直とは違う。これは時間外勤務である」と言われました。救急もあって、うちは医師が17人、泊まっています。それで、時間外を認めざるを得なかった。10年の5月からは、部長が査定して「時間外でよい」となれば、手当を払っています。それで、時間外手当がすごく増えました。

その代わりに、医師のアルバイトを禁止しました。これは、私の長年の夢でした。「ウイークデーは外に働きに行ったらいかん」です。きちんと、患者さんを24時間診るという体制を組まなければ、いい医者はできません。

高い技術を目指す若い外科医は今や、国宝級の人です。1980年代に比べて、外科医のなり手は半減しています。大問題です。がんになっても、3、4カ月、手術が受けられないということになってきます。少なくとも、技術料を自由に算定できるようにしてほしい。高い値段を付けると市場原理が働くから、それほど心配する必要はないと思います。

(おがわ・あきら＝共同通信客員論説委員)

## ●2月例会

# 「日本一医師不足の埼玉 日本医療崩壊の真相をキューバに見た」

本田宏さん(済生会栗橋病院 院長補佐)

2月の例会は、済生会栗橋病院の本田宏先生をお迎えし、講演していただいた。医師として仕事をする傍ら、医療界に長年モノ申してきた本田氏は、ご自身の所属病院のある埼玉県現状から日本の医療全体を俯瞰し、危機的状況を訴え、その解決の糸口をキューバの医療に求めた。これからの日本の医療のあり方を、独特のユーモアやウィットを交えて、会場をたびたび沸かせつつ、力強く提言していただいた。

#### ●進まない医療改革

2006年、NHKのテレビ番組で、済生会栗橋病院の当直勤務医のようすが取材された。日勤が終わった医師が当直勤務をこなし、さらに翌日の日勤につく。診療が終わっても、保険会社に提出する書類など、事務作業がある。睡眠不足と疲労が重なり、薬の量を間違えそうになったことがあったと話す。

過酷な勤務医の実態が放映されたが、この根本的な原因が医師の人手不足である。人手が足りないため、どうしても医師1人1人のがんばりに頼らざるを得なくなり、過重労働になってしまう。

それが8年前。8年たって、果たして医師不足は改善されたのだろうか。応えはノーである。昨年、埼玉県で25病院に36回たらい回しされた救急患者が亡くなる事件が起きた。これは相も変わらず、同じ状況が続いている証といえるだろう。

私はこの10年以上、機会あるごとに医師不足を訴えているが、一向に解消する機運にならないのはなぜか。

日本医師会などが反対の論陣を張る。医師増員反対派は、「将来過剰になるから増やす必要はない。問題は不足ではなく、偏在である」と主張する。しかし、偏在といっても、全国で人口10万人当たりの医師が最も多い東京都や京都府でも、OECDの平均値に遠く及ばない。OECDの平均からすると、日本は14万人もの医師が足りない計算になるのだ。これは明らかに偏在でなく、不足である。にもかかわらず、グローバルスタンダードを無視して、「偏在」を声高に主張する。現場は、医師の気働きで、辛うじて持ちこたえている危うい状態であるにもかかわらずだ。

海外の医師は勤務時間が週60時間を越えることはないが、日本は過労死認定基準すれすれまで働いているし、80歳を越えてもお現役であり続けなければならない。10年後はこの老医師たちも引退していこう。このまま放置すれば、日本は医療崩壊を起こしかねない。そして、そのしわ寄せを最も受けるのは患者である。

私は今年還暦を迎え、心身ともに疲労困憊し、外科医を引退したいと思っているが、辞めるに辞められない状況に置かれている。というのも、私が働く埼玉県は全国で最も医師の不足している自治体なのである。

東京、京都の医師数を100とした場合の埼玉の割合は50%。OECDの平均に追いつかない東京や京都の、さらに半分という少なさで、おおよそ後1万人は必要となる計算だ。医師が少ないのだから、現場の過重労働は深刻で、私も引退することが難しい。

## 報告・鈴木優子



▲本田宏さん

さらに困ったことに、埼玉県は全国一医師が不足しているにもかかわらず、高齢者増加率は全国で一番高い。それを解消するには、早急な医学部新設やメディカルスクールの設立が必至だが、経済的に難しいと首長は首を縦に振らない。解決策として、全国からリタイアした医師を招聘すればいいという意見もあるが、老医師が救急などを担うのは、現実的でない。

民主党政権下では医師を1.5倍に増やすという方向になったが、自民党に政権交替したら、いつの間にかウヤムヤになってしまった。現在、医師不足が顕在化しているわけではないアメリカでさえ、将来の高齢化をにらんで、医師数を3割を増やそうとしている。にもかかわらず、高齢化は待ったなしの日本では増やそうとしない。

#### ●偏在は地域でなく、専門医

実は偏在というのは存在する。それは地域でなく別のところに存在するのだ。専門医の偏在である。必要な科に適正な人数の専門医がいないのだ。

特に少ない科は救急専門医で、アメリカの14%に過ぎない。専門医がいないので、通常の外科医や内科医が、そ

め、世界では軒並み高い数値だ。日本人が自国の政策に関心を持たないことが、最も問題なのではないか。国民が意思を持って行動しなければ、医療費亡国論を唱える官僚政治はいつまでもまかり通り、いつまでも何も変わらないだろうと思った。

最後にマーティン・ルーサー・キングの言葉を引用しよう。

「世界最大の悲劇は、悪しき人の暴言や暴力ではなく、善意の人の沈黙と無関心だ」。

私は医療問題の解決の糸口は、この言葉にすべて現されていると思う。

(すずき・ゆうこ=医療ジャーナリスト)

学大学院の内田博文教授によると「医療、医療提供者が国策に奉仕させられるということは、国民の命が国策に奉仕させられるということ」だといっている。

「竹槍精神」のように気合だけを鼓舞され、働かされる医師も限界にきている。今こそ、医師増員をすべきである。そのためには医学部やメディカルスクールの設立が急務。さらにコメディカルの増員が必要だ。アメリカのIVナース、呼吸療法士、NP、PA、病棟秘書など多職種の人がいるが、それ日本にも導入すべきである。

国もなかなか動かない。しかし、動かないのは、国民からの突き上げがないからともいえる。日本の選挙の投票率は低すぎる。キューバの95%をはじ

く医療チームを送れるのも、優れた医療体制があればこそだ。

また、来たるべき高齢化に対処するために、具体的な数値目標を掲げて取り組んでいたのも印象的だった。

●日本の医療再生の秘策はあるのか  
キューバ視察から帰国して、改めて考えさせられた。キューバは「弱きを助け強きを挫く」国、一方の日本は残念なことに「強きを助け弱きを挫く」国であった。日本の医の倫理は、「患者の人権尊重」であるが、世界の倫理の趨勢は、「患者の人権擁護」である。いかに日本がグローバルスタンダードからかけ離れているかということ、思い知った。

医療は今でも官僚統制下にあり、国家からの独立性の保証もない。九州大

## ●命あつての俳句考(句自解)

笹ひろひこ

### 【考え込ませる春】

#### 目薬を立ちしまま差す春愁ひ

白内障の手術を受けた後しばらくは、一日に六回ほど目薬を差さなければならぬ。だから外出時も目薬をポケットに忍ばせ、電車の中でも散策中の公園でも突っ立ったまま目薬を差すことになる。その煩わしさに参って「これも春愁の一種かな」と考えてしまった。本当の「春愁」とは、華やいだ春の日にも感じる物悲しさ、そこはかとない哀愁だといふが、自分には無縁なものと思っていた。手術のお陰で、茶色がかっていた本の白地が回復し、かえって文字が鮮明になった。実は愛い一つ減ったのである。 季語は、春愁ひ(春)

#### 録音の鳥声鳴かせ駅の春

騒音でこつた返す駅のホームで電車を待っていると、かわいいう小鳥の声が聞こえてくる。ウグイス、シジュウカラ、あるいはミンサザイ、カッコウ。初めは「山に登った気分が味わえて、良いものだなあ」と感心したが、録音を繰り返して流しているだけと気づいてから、すっかり興ざめた。 都心に地下鉄の乗り入れが盛んになってからは、どのホームにも何線の電車が入るかを知らせるという役目を果たしているのだろうが、耳につき始めたなら嫌みに聞こえてくる。狙いは別に「こんな雑踏から抜け出して、

自然の中へどうぞ」と遠出を勧められているのかも知れない。仕方がないから、そう思っただけにしよう。 季語は、春(春)

#### ゆく春を追ふに夜行の上野発

行く春は、なんとなく寂しいものだ。たまの出張で上野駅から夜行に乗ったが、「これは桜を追いかける旅になるかな」と少々うれしくなった。北へ向かうとき俳句好きは、「おくのほそ道」の芭蕉翁を思い出す。そして「行く春や近江の人と惜しみける」という句も。さらに「なせ近江でなければならぬか」という逸話も。 季語は、ゆく春(春)

#### 緑蔭の子らへ逸れ玉蹴り返す

サッカー好きの子どもが増えた。野球などと違って練習は、広場がなくても、あるいは二、三人でもできるし、ドリブルなら独りでも十分だ。森蔭から通りへサッカーボールが転がってくると、これまたサッカー好きの人が「よし」と張り切って蹴り返す。テレビでは世界中の試合が見られ、人気選手に喝采を送る。球を蹴り合う戦いなら誰しも歓迎だ。この少年たちもこんな夢を膨らませているのに違いない。 季語は、緑蔭(夏)

\*

笹ひろひこは、当会会員・児玉浩憲の俳号。ブログもよろしく。グーグル検索は「いのち宿る科学POEM」あるいは「俳句入門、児玉」とお願ひします。

事故調設置はこんな過酷な労働に耐えて、気働きで、国民の健康を守ろうとしている医師を追い詰めることになりはしないだろうか。

### ●キューバ医療視察

私の訴えに、国は耳を傾けようともしない。医師会からも煙たがられ、もう日本の医療再生は不可能なのではないかと、心が折れそうになったとき、キューバ視察の話が舞い込んだ。

キューバは貧困国ではあるが、医療と教育は無料という、日本と真逆の世界である。ひょっとしたら、そんな国の実情を視察することで、日本の医療再生のヒントを得られるのではないかと思ひ、昨年11月キューバに渡った。

キューバでは、地域にファミリードクターがいる。住民の診療や健康増進にかかわっている。ここでは簡単な問診を行い、診断をする。検査などが必要な患者は、ポリクリニックという一段階上の医療施設へ行く。ここには専門医がいて、外来検査や治療を行う。ここで治療が難しいケースは、さらに上の段階の病院へ行くというシステム。救急患者はポリクリニックへ搬送されるので、間違ってもコンビニ受診などはあり得ない。

ファミリードクターの診療所には聴診器とカルテくらいしかないが、住民の生まれたときから受診歴を把握しているのが、大きな特徴であり、強みだ。

キューバの病院は、アメリカの経済制裁があるため、医薬品は十分でないが、臓器移植が行われるなど、ハイレベルの医療を提供している。医薬品の不足や医療機器が古くても、そうした理念が行きわたっているため、根絶された感染性疾患が日本より多い。B型肝炎も激減しているので、驚きだ。

治療や看護、定期健診や予防接種などの医療費は基本的に無償で、国民はそれに協力することと、憲法に明記されている。海外からの医学生も無償で受け入れている。災害発生時に素早

ず、世界一高い医療機器と薬剤を使っている。これでは病院に儲けが出るわけではないだろう。赤字に陥り、地域を守るはずの病院をつぶしてしまうことになりかねない。医療費抑制政策を続ける間は、命の値段もどんどん下がる。

しかも、医療費は世界一安くても、個人負担は高いのだ。ヨーロッパ諸国は原則無料の国が多い。

日本の現状を自治医科大学メディカルシュミレーションセンターの河野龍太郎教授は日本の医療を「医療の3N+4」と呼ぶ。

- 1 お金が足りない (No Money)
  - 2 人が足りない (No Manpower)
  - 3 時間がない (No Time)
  - +4 管理が不十分 (No Management)
- 誠にお寒い現状である。

### ●医療事故調について

私が引退したいと思った理由のひとつに、心身ともに気力体力が衰えてきて、事故が怖くなってきたからだ。医療現場は、事故が起こりやすい職場といわれる。私は医療事故調査委員会の主旨の中で、患者の保証などは賛成だが、事故調査をしてガイドラインから外れてしまうことはいかなものかな、と危惧している。現場の人間に刑事罰を与えても医療安全は向上しない。それより医師やコメディカルを増やすことこそ、真の安全性の向上になるのではないか。

アメリカで腫瘍内科医として活躍する上野直人医師は「チーム医療をしよう」と呼びかけるが、少ない医療費では、医療秘書など、必要なコメディカルをそろえられない。アメリカでは、医師は処方箋を書かないそう。医師は忙しいからミスを犯しやすいので、事務作業は医療秘書がやるという。日本の医師は、アメリカではやらない医療秘書の仕事もこなさなければならないのだ。

勤務医の生涯賃金は、大企業のサラリーマン以下で退職金も少ない。と、現場は矛盾だらけである。

の業務を兼任している。麻酔科医の少なさも問題である。手術時、外科医が麻酔を行うこともしばしば。がん薬物療法専門医と放射線治療医も足りない。日本のがん医療が、欧米から30年遅れているといわれる一因でもある。小児科医も少ない。あまり知られていないが、日本の乳児死亡率は先進国で最低レベルだが、1～4歳までの幼児死亡率はもっとも高いのだ。

日本に相対的に多い科は、耳鼻科や消化器科、脳外科だ。反対派にこれらの科出身の医師が多く見られるのは、不思議な現象である。

「たらい回し」とは、専門医がいないため、診断が難しく、受け入れ不可能になるケースが多い。専門医の偏在は、結果的に患者が適切な医療を受けられないことになるのだ。

### ●歯科医と同じ運命になる？

さらに反対派は医師を増やせば、歯科医師のようになってしまおうと心配する。

しかし、歯科医と医師では置かれている土俵が違うので、並列して議論するのは無理があると思う。歯科医師は現在9万8000人あまり、一方の医師は28万人ほど。歯科に比べて、体の守備範囲が広く、勤務医中心の医師に対して、開業医中心の歯科医。さらに歯科には救急対応もほとんどない。医師は歯科医のたったの3倍程度の人数だ。これで医師を増やすと、歯科医のように即、過剰になるという主張は、論理に飛躍があり過ぎるのではないか。

### ●医療費は世界最低、個人負担は高額

盲腸で入院手術をした場合、アメリカの医療費は250万円、グアムでも86万円、一方の日本は40万円。また、分娩費はアメリカでは400万、日本は30～50万だ。日本の医療費は先進国中で最も低い。

日本は少ない医療費にもかかわらず

福永肇著  
『日本病院史  
(The History of Japanese  
Hospital)』  
ピラールプレス出版刊  
(本体4,000円＋税)



前に欧米の病院の歴史を読んだことがあるが、日本での病院の歴史は初めてである。日本国内の病院だけの歩みを通史として取り上げたのはこれが最初のように思う。順天堂大学名誉教授の酒井シズ氏が「日本の医療史」という名著を表しているが、日本の病院を主題とする歴史は初めてではないだろうか。西欧の病院の歩みは、それ自身が西洋の医学の歩みであり、現代まで続く庶民生活の歩みでもある。日本はその流れを受け続けている。その西洋現代医学の基礎は、紀元前4世紀に生存したと伝えられるヒポクラテスである。個人の家を訪ねて診療を行うのが医療の原点であると説いたヒポクラテスであった。西欧でも医学は王様、貴族社会に奉仕したようだが、パブリック・ヘルスを重要視したように、庶民を救う姿勢はヒポクラテスの時代からあった。神聖ローマ帝国の時代に、イスタンブールの施設に1,000人の病人を収容したことを読んだ覚えがある。病院を運用したり行路人を救うのはもっぱら聖職者の役目であって、医科学技術を与える意味ではなく、苦しんでいる人を助けるのが修道僧の仕事であったし、今もその精神は続いている。フランスの病院が、オテル・デュー（「神の家」と呼ばれることがそれを表している。従って、西欧の病院の多くがキリスト教によって成立した。病院が科学的医学の技術を施すようになったのは、科学が進歩し始めた17世紀になってからであり、その先駆者は血液循環を

発見したウィリアム・ハーベイである。現代医学の祖といえる。

我が国の病院も、人を助ける僧侶の実践場として建てられていた。仏教病院である。538年百濟(くだら)王から仏像・経典が贈られ博濟慈恵の精神が伝えられ、これを蘇我氏が擁護し、推古天皇の摂政であった聖徳太子が、飛鳥寺、法隆寺や四天王寺を建立したことは有名である。このうち594年、聖徳太子が難波に建立した四天王寺に、「啓田院(きょうでんいん)」、「療病院」、「悲田院」、「施薬院」の4ヶ院が併設されたと伝えられている。下って8世紀の頃、聖武天皇のお后(きさき)、光明皇后が施薬院や、悲田院を設けたことは昔、日本史の教科書で習った覚えがある。しかし、これらは単に伝えられたもので、どの程度の規模で、どんな組織だったのか、それを証拠づけるものは残っていない。その後、丹波康頼が平安時代の人間の病を描いた「医心方」を書き残しているが、病人を収容する施設については何も残されていない。鎌倉時代になると、忍性(にんしょう)が鎌倉の桑谷(くわがや)に「桑谷病舎」を建て、20年間に6万人近くの病人に薬を投与したという。

ここまではもっぱら東洋的医療が施された。日本が西洋医学に初めて接したのは、戦国時代に上陸した宣教師によるものであった。西洋でも開発されたばかりの16世紀の医学で、ザビエル配下のキリスト教宣教師が宗教伝道の傍ら医療技術の手法を広めた。もちろん、当時の日本の医学は漢方で、内科には強いが、外科は全く無視されていた。戦場で傷を負っても、手術はできなかった。これに対して、西洋医学は正式に外科手術ができることを証明した。戦場の武士が戦傷を受けると、いち早く対応した。当時、貧しい農家に子供ができると、「間引き」が行われていた。つまり、墮胎である。この悲惨な状況を見かねて、宣教師の一人、29歳のアルメイダは今の大分市に幼児舎を建築し、多くの産婦や幼児を収容したという記録が残っている。相当の規模だったらしく、多くの庶民を救って悪弊を廃棄した。その救いの心に惹かれて、耶蘇教(キリスト教)を信仰する人も増えてきた。しかし、天下の権力を握る豊臣秀吉はキリスト教の布教に弾圧を加え、下って、3代将軍徳

川家光が「鎖国」を命令し、耶蘇教の浸入、中でもカソリックの布教を断って、オランダ以外との貿易を禁じてしまった。これによって、せっかくの西洋医学導入の道を閉ざしてしまった。それから約300年間、合理主義に基づく西洋文化の導入を禁じたのである。東京大学哲学科教授であった和辻哲郎はその著「鎖国」の中で、日本軍が合理主義を無視して日本魂の根性主義を優先したために、第二次大戦は敗戦の痛手を蒙ったと嘆いている。理に叶った考え方をしていれば、あんな悲惨な敗戦を迎えることはなかったと説いている。その後、あの鎖国は日本独自の文化をはぐくむ良い機会であったという反論が出され、論争を呼んだ。それはともかく、西洋医学の導入が遅れたことは確かである。

西洋医学の病院が主流になったのは、明治維新後である。江戸時代にも、8代将軍徳川吉宗が小石川養生所を開き、これが貧しい患者に薬を与えて、数十人の入院患者を治療していたが、その後消滅した。幕末には緒方洪庵が大阪に「適塾」を建て、福沢諭吉ほか多くの塾生を養育して、文明開化の明治維新を迎えることになる。また幕末には、日本最初の西洋医学による本格的な西洋式病院、「長崎養生所」が建てられ、オランダの海軍軍医、ボンベが招聘されて日本人にオランダ医学を教えることになった。明治時代のお雇い外国人第1号である。

西洋医学が主流になったのは、1874(明治7)年に発布された「医制」である。それまでは中国から導入されていた漢方だけで、その流れに沿って多くの名医が輩出された。幕末には、細々と西欧医学が入ってきたが、わが国の医療制度を西洋医学に切り替えることにし、西洋医学の知識がなければ開業させないと決定したのは明治になってからのことである。その制度のもとで、まず陸軍・海軍の病院ができ、同時に東京帝国大学医学部付属病院などができ、多くのお雇い外国人医師が教育のために来日した。その頃、長与専斎らが中心となって内務省医務課を設置して、日本の医療制度を確立していった。その政策は西洋医学の導入に熱心に取り組み、様々な病院が建設された。日赤病院、済生会病院などの半民半官経営の病院などが創ら

れた。しかし現在は、患者のベッドが20床以上なければ病院と認められないが、当時はそれ以下でも病院として扱われ、多くの民間病院が建設された。日本は官尊民卑の国で、官公立病院を尊敬するが、多くの病院は私立であり一段低く観られた。その雰囲気は今も変わっていない。つまり、大病院はほとんど官公立であるが、中小規模の病医院はほとんど民間病院であったし、今もその方が数は多い。

明治の初めに導入されたのはドイツ医学で、これが1945年の第2次大戦の敗戦まで続く。明治維新以後、多くの学生が医学を学びにドイツへ留学し、終戦まで医師はドイツ語を医学用語として専用した。維新の頃は、アメリカも医学の後進国で、盲腸の手術を習いにドイツへ渡ったということ、メイヨー・クリニック創設者の伝記で知った。

1945年、GHQ(連合軍総司令部)が無条件降伏の日本を占領して以来、医療システムが大きく変わった。GHQの医療担当者はサムス准将で、医師であった。まず医学用語がドイツ語から英語に変わった。もちろん、医療システムも患者への取り組みも、アメリカ流になった。先進諸国に比べると、当時の日本の医療は古く、改革すべき点は数多くあった。病院に絞ってみると、患者は未だ畳の上に布団を敷いて寝かされていたし、患者の付き添いは家族が普通であった。だから、付き添い看護婦は患者側が用意するのが当然とされた。それを廃止し、看護婦が患者の世話を全て行う「完全看護制度」に切り替えた。当時は、医師の国家試験もなかった。医学部卒業証書があれば医師と認められた。その風習を変えて、医師の国家試験を開催した。それと同時に、卒後の臨床研修のためにインターン制度を創った。実際には、インターン学生を臨床研修と称して、無料で患者の面倒を診させたために、後刻、これが大学紛争に発展して解消され、現在の「卒後臨床研修」に変わる。

このように、日本の病院は時代によって様々に変わってきた。将来も社会の要求の変化にしたがって、変わっていくことだろう。庶民の権利の拡大にしたがって、変質して行くことが考えられる。それにしても、日本の医学がどんな体質のものかを知る上で、医療史

の一環として、この「日本病院史」は大いに参考になると思う。

(大野善三)

大河原節子著  
『おしっこの本』  
三一書房刊  
(本体1,500円＋税)



著者は現役の女性医師。38歳のときに普通なら帝王切開というところをベテラン産科医のおかげで、経陰分娩で無事出産。ところが出産後、出血が止まらず、膣のまわりの裂傷を起こした筋肉を縫合して、1週間後に無事退院した。産後しばらくした頃から、重いものを持ったり、くしゃみをしたときに、おしっこがもれるのを感じるようになった、という。しかし、パッドを当てていれば何とかかなるといことで、そのままなんと18年間を過ごした。育児や仕事で自分のおしっこの問題を先送りしていたが、走ったり跳んだりするとパッドに収まらないくらい失禁してしまうことから、夫とともに楽しんでいたテニスを諦めざるをえなかった。

何とかならないか、と思っていたところに、TOT手術という1泊で手術がおわる治療を行っている泌尿器科医を発見、受診したところ、術前検査を受け「重度の尿失禁」と診断された。TOT手術は膣壁と尿道の間にすきまをつくってひもを通し、適切なたわみを保つようにして立位でも尿道を垂れ下がらないようにする手術。手術そのものは18分で終わり、退院翌日から仕事に復帰、3ヵ月後には山歩きができるまでになった。QOL(生活の質)がみごとに改善したのである。これと似た手術にTVT手術というものがあり、いず

れも尿道スリング術といわれ、中部尿道の後にポリプロピレン製のメッシュテープを置いてくる手術で、スリングは吊り上げるという意味だが、実際は吊り上げるのではなく、ゆるくおかれたテープに、腹圧がかかったときにその圧で動いた尿道が当たった反動で内圧が上昇し、尿道を閉じる力となって動き、尿もれを防ぐというメカニズムらしい。いずれも健康保険が適用できる手術だ。

しかし、この本は、そうした新しい先進医療技術の紹介の本ではない。著者自らが体験した「尿失禁(インコンチネンス)」の問題を、世の中に困っている女性が多いことから(男性も前立腺肥大によって「尿」の問題に悩んでいるが)、何とかしたいという思いから書かれた本である。まず、われわれはやはり下の話はあからさまにはしない。人に言えず人知れず悩む人が多いのである。成人女性の400万人から500万人が尿失禁の症状があり、そうしたインコンチネンスに悩む人たちのために、自らの経験をあからさまに書き、悩んでいないで「こういう治療法があるよ」、「こういう対処法があるよ」、試してみたらと多くの処方箋を書いているのである。

手術に至る前にやっておいて損が無いのが女性が「骨盤底筋」を鍛えること。正しく鍛えれば人生が変わるくらい大きな問題であるが、その大切さがわかっていない。セルフケアの問題であり、それによって生活の質が変わってくる。「骨盤底筋」を鍛えることでインコンチネンスを防ぐことができる、と著者は強く訴えている。著者がもう一つ訴えているのは、システムとしての「コンチネンス・ケア(排泄のコントロール)」の大切さだ。この高齢社会でいつかおむつをつけて暮らすことになるかもしれないと誰しも思っているが、できればおむつをつけずに人生をまっとうしたい、そのためにはコンチネンス・ケアの知識と技術を習得した看護師を増やさなければならぬ。しかし、日本ではコンチネンス・ケアに保険診療点数がついていないのが問題だ、という。

インコンチネンスで悩んでいる方は、まずは手にとって、読み始めてください。新しい世界が待っているかもしれません。

(治)