

巻頭言

地域医療再生 堺 常雄

3

グラフ

国際モダンホスピタルショー2009

4

●国際モダンホスピタルショー2009

オープニングセッション

「医療再生への途を求めて——

政府・地方自治体，国民，医療関係者の役割」

●山本 修三 8

●特集

「銷夏随筆」(掲載・50音順) 26

足立 山夫・阿部 正隆・新井 弘之・安藤 文英・生野 弘道・池澤 康郎・石井 孝宜
石橋 晃・伊藤 健一・今岡 真義・岩崎 榮・宇沢 弘文・大井 利夫・小田 隆晴
梶原 優・上村 朝輝・唐澤 祥人・川口 光平・神原 啓文・菊地 誠・木村 格
倉澤 卓也・小池 哲雄・河野龍之助・後藤田正純・小西 裕・齊藤 壽一・堺 常雄
崎原 宏・佐藤 真杉・清水鴻一郎・鈴木 博・砂川 晶生・関 健・関口 令安
高田三千尋・高野 正博・高橋 正彦・竹内 秀雄・武久 洋三・千木良晴ひこ
土谷晋一郎・土井 章弘・中井 修・中山 健吾・西村 昭男・久常 節子・藤井 博之
藤原 研司・藤原 卓夫・細木 秀美・松田 朗・松谷 之義・松波 己・松本 文六
宮崎 忠昭・宮下 正弘・村上 信乃・矢崎 義雄・山田 實紘・山田 哲司・山本 修三

【特別寄稿】「ブタ由来新型インフルエンザ流行について」

●菅谷 憲夫 104

連載・医学史の旅

エーゲ海の島々④ 【コス島】 ●星 和夫 107

ようこそ日病へ・新入会員の紹介

医療法人財団 愛慈会 相和病院 (神奈川県) ●川村 一彦 111

医療法人美杉会 男山病院 (京都府) ●壺井 和彦 112

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報6月号」巻頭言 ●松廣 耕三 114

一番町だより 平成21年度 第1回定期理事会 議事抄録(平成21年5月23日) ●115

お知らせ

省エネ法(工場・事業場)が変わります ●120

日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 ●124

本誌へのご寄稿のお願い ●126



地域医療再生

この号が皆さんのお手元に届く頃は衆議院選挙の最中と思われるが、政治に翻弄された病院医療はどこへ行くのだろうか。そのようななかで明るい材料として6月5日に発表された「地域医療再生計画」がある。これは地域における医療課題の解決に向けて策定する地域医療再生計画に基づく事業を推進するため都道府県に設置する基金の造成に必要な経費を交付するというものである（平成21年度地域医療再生臨時特例交付金の公布）。具体的には都道府県が策定する計画に対して1地域につき100億円または30億円を上限とした総額3,100億円の交付となる。計画の対象は二次医療圏が基本となり、平成25年度末までの複数年度にわたる取り組みが支援される。

これを受けて病院がしっかりした対応ができるかどうか重要になってくる。すなわち地域医療のなかでの病院の真の関わりが問われているのである。二次医療圏における課題は何であるかを同定し、それに対する解決策を考え、地域の医療機関が連携を取りながら行動を起こし、さらには成果を挙げる事が求められる。医療は地域産業といわれるがそのとおりだと思う。例えば浜松と東京の地域医療はかなり違うと考えるのが妥当であろう。地域住民の構成、疾病構造、医療施設の数と質、医療施設へのアクセス方法など多くの違いがあるからである。そうであれば各地域ではその地域の特性をしっかりと把握したうえで地域医療再生計画を策定しなければならない。このように地

域による違いがあるにもかかわらず今までは全国一律、お仕着せな医療政策が行われてきたのではないだろうか。また今回も含め多くの場合「二次医療圏」という括りで物事が決められてきたが、その医療圏の決め方自体が実態にそぐわなくなってきたのは問題である。

一方、各都道府県では保健医療計画整備のなかで、地域の医療に対するニーズの把握が進んできており、特に4疾病5事業についてはかなりのデータが集積されてきている。また地域内医療機関のマンパワーや機器整備などの実態把握もできている。それだからこれらの情報に即したその地域特有の医療再生計画は策定可能なのである。もちろん、データがあっても自然に計画ができるわけではなく、どこかがイニシアティブをとって進めなければならない。今では病院医療を抜きにして地域医療を語ることはできない状況になっており、病院団体、医師会、行政の連携・役割分担はもちろん必要だが、病院は積極的に関与して地域医療再生の中心的役割を果たさなければならないだろう。

混迷する医療行政のなかで望まれるのは医療現場・地域レベルで医療のあるべき姿を考え、それを積極的に提言して実現に持っていくことであり、今回の「地域医療再生計画」は今後の方向性を占う絶好の機会である。トップダウンの政策決定をボトムアップの政策決定へ変換できるかどうかの大きな試練であり病院団体として大いにかかわりを持つべきものと考えられる。

国際モダンホスピタルショー2009



主催者と来賓による開会式でのテープカット

「いのちの輝きを！ 明日に架ける健康・医療・福祉」をテーマに、国際モダンホスピタルショー2009（社団法人日本病院会・社団法人日本経営協会主催）が、去る7月15・16・17日の3日間にわたって東京ビッグサイトにおいて開催された。国際モダンホスピタルショーは1974年に日本病院学会の併設展示会から独立して単独開催して以来、今回で36回を迎えた。出展者数は347、3日間を通じての延べ入場者は約7万6,500人であった。



開会式会場



本松茂敏日本経営協会理事長の挨拶



大道久ホスピタルショー委員会委員長の挨拶



向かって左から、来賓の厚生労働省大臣官房審議官・榮畑潤氏、(社)日本医師会副会長・宝住与一氏、(社)日本看護協会常任理事・永池京子氏、出展者代表の東京電力(株)執行役員法人営業部長・鎌倉賢司氏。

会議棟の6階では講演やシンポジウムが開催され、医療・福祉に関するさまざまな問題提起や提案があり、熱心な議論が展開された。



オープニングセッションの山本修三日本病院会会長講演「医療再生への途を求めて」

日本病院会主催の公開講座「輝かそう地域救急医療」

シンポジストの各氏



昭和大学病院 副院長・救急医学部教授・有賀徹氏



八戸市立病院 救命救急センター所長・今明秀氏



茨城西南医療センター病院 救命救急センター長・鈴木宏昌氏



東京消防庁 救急部長・野口英一氏



武蔵野赤十字病院 救命救急センター 認定看護師・西塔依久美氏



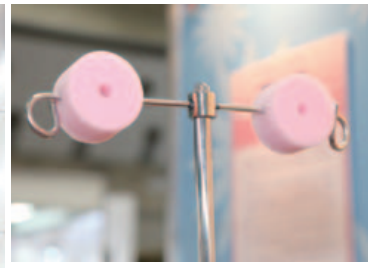
座長の宮崎忠昭日本病院会 副会長(右)、高橋正彦日本病院会 救急医療委員会委員長



入場を待つ大勢の参加者

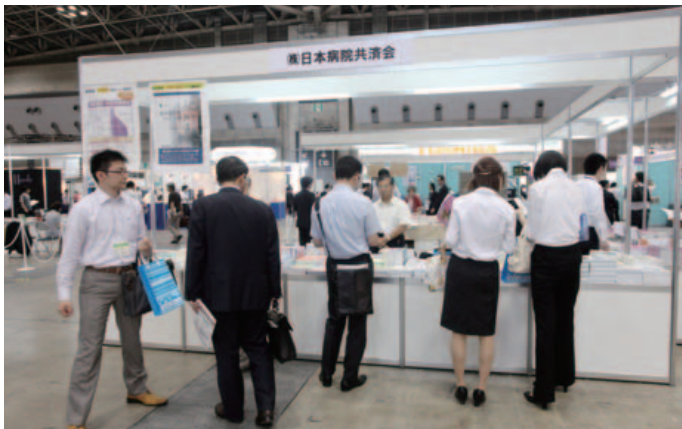


会場の東京ビッグサイト



看護のアイデア de 賞

昨年から行われている「こんなものを作ってみました！ 看護のアイデア de 賞」第2回の今年は(財)小倉地区医療協会 三萩野病院の点滴スタンド用安心スポンジ「安心だポン」がグランプリに輝いた。



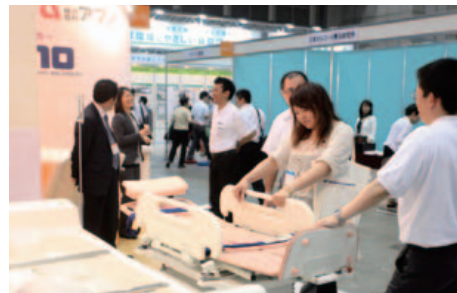
出版物の展示販売が行われたブックコーナー

日本病院会のブース



展示会場の様子

東展示棟4・5・6ホールの広い会場は医療機器・環境設備、健診・ヘルスケア、看護、介護、施設運営サポート・サービス、医療情報システムの6つのゾーンに分かれ、各社の最新機器やシステムが展示、実演された。また、セミナーステージでは参加企業や団体の取り組み、最新の情報などが紹介された。



撮影：橋本秀法

オープニングセッション

医療再生への途を求めて

—政府・地方自治体, 国民, 医療関係者の役割

日本病院会
会長

山本 修三

日本病院会の山本です。今日は暑いなかお集まりいただきまことにありがとうございます。オープニングとして1時間ばかりお話しをさせていただきたいと思っております。この国際モダンホスピタルショウ 2009のメインテーマは、「命の輝きを！」という言葉で始まっていますが、「命の輝きを、病院医療崩壊の現状」ではうまくないものですから、「医療再生への途を求めて」という題名でお話ししようと思っております。今、我々医療提供者側だけでなく、政府あるいは国民みんなが、現状を認識してどういう役割を果たすべきなのか、そんなこととお話ししたいと思っております。中身は、最初に「医療崩壊の現状」ということで、今の現状をお話しして、次いで「医療関連予算と診療報酬改定」ということでは、来年4月に診療報酬改定が行われますがその

問題、そして最後に「医療再生への主要課題」ということでお話しを進めていきたいと思っております。時間の関係もあり、急性期医療を中心にお話ししたいと思っております。

■医療崩壊の現状

●一般病院の現状と地域の医療格差

(スライド1) 平成19年10月1日現在の調査ですが、一般病院数は7,785、一般病床が91万3,234床となっていますが、これはどんどん減ってきています。このほか1日平均在院患者数などいろいろな実態が書いてあります。1病院の平均病床数が117.3床、病床利用率が76.6%、常勤医が100床当たり12.1人しかいない。今、そういう現状にあるということ。

(スライド2) 今、何が起きているかということ、1つは医療の地域格差という問題があります。都道府県別に人口10万当たりの病床数(一般病床)を見ますと、大分県がいちばん多いのだそうで、10万対1,009床あります。その次は高知県、それから岡山県、北海道、香川県という所が多いトップファイブです。少ない都道府県は静岡県、愛知県、千葉県、神奈川県、埼玉県と並んでいて、埼玉県がいちばん少なく、10万対492床。いちばん多い大分

一般病院の現状(平成19年10月1日調査)

平成19年医療施設調査(病院調査)
厚生労働省統計情報部編より

・一般病院数	7,785病院	・1病院平均病床数	117.3床
・一般病床数	913,234床	・病床利用率	76.6%
・1日平均在院患者数	699,357人	・100床当たりの常勤医数	12.1人
・1日平均外来患者数	1,427,772人	・100床当たりの看護師数	80.4人
・一般病院の医師数	175,369人		
常勤医	141,393人		
非常勤医(常勤換算)	33,976人		
・一般病院の看護師数	733,856人		
保健師	3,463人		
助産師	17,594人		
看護師	573,040人		
准看護師	139,759人		

19年医療施設調査(動態調査)病院報告
厚生労働大臣官房統計情報部編、(財団法人)厚生統計協会

スライド1

県と比べると半分以下ということになります。

なぜ、このようなことが起きているんだろう。地域医療計画というものがあって、各都道府県でもう5回やったわけですね。5年ごとに5回ですから、25年かかって国の方針に従って、各都道府県で地域医療計画の見直しをやってきた。25年経ったらこんなふうに大きな差ができてしまった。一体これはなんだということになります。

(スライド3) もう少し細かく都道府県単位で見ますと、さらに変わってきます。全国平均は、100床当たり医師数が12.1人、人口10万対医師数が143.9人、人口10万対病床数が714.7床、このようになっています。北海道は10万対病床数が非常に多い。そのほか先ほども出ました岡山県、高知県が10万対病床数が特に多い県です。10万対医師数も高知県は212人と多い。北海道はちょっとだけ多いようです。逆に、例えば神奈川県を見ますと、10万対病床数は平均よりずっと少ない。10万対医師数も平均より少ないです。しかし100床当たりの医師数、すなわち病院で働いている医師数を見ますと、東京に次いで多く14.5人いるわけです。10万対の医師数、病床数が多い北海道も、実際は、100床あたり医師数は8.5人ですし、高知は8.6人です。こういう地域格差が出てきているということがあります。

●診療科の偏在

(スライド4) さらに今、科の偏在が問題になってきています。平成2年と平成19年を調べてみますと、一般病院は平成2年は9,022病院ありましたが、平成19年は7,785病院で、1,200病院減っているわけです。それで、各科の数を見ますと、内科は平成2年が7,887で平成19年は7,186と減っていますが、病院が減っている割合と比較すると、平成19年の一般病院数7,785に対する内科の数7,186の率はむしろ増えています。やはり大事な科ですからそんなに目立って減っているわけではありません。しかし小児科は減っています。外

都道府県別人口10万対病床数

・多い都道府県

1 大分県	1,009.8
2 高知県	989.8
3 岡山県	981.4
4 北海道	979.5
5 香川県	962.0

・少ない都道府県

5 静岡県	588.1
4 愛知県	557.6
3 千葉県	547.7
2 神奈川県	527.7
1 埼玉県	492.5

19年医療施設調査(動態調査)病院報告
厚生労働大臣官房統計情報部編、(財団法人)厚生統計協会

スライド2

都道府県別病院常勤医師数及び一般病床数(平成19年10月)

	100床当たり医師数	人口10万対医師数	人口10万対病床数(一般病床)		100床当たり医師数	人口10万対医師数	人口10万対病床数(一般病床)
全国	12.1	143.9	714.7	京都	13.2	184.1	877.6
北海道	8.5	155.5	979.5	大阪	12.8	161.5	750.8
岩手	9.5	134.7	828.8	岡山	11.3	177.0	981.4
福島	8.6	121.5	829.3	徳島	9.6	184.1	819.3
埼玉	11.2	99.5	492.5	高知	8.6	212.1	989.8
東京	18.1	183.8	652.7	福岡	10.6	184.9	857.5
神奈川	14.5	121.2	527.7	宮崎	8.6	149.7	834.2
長野	11.7	134.9	725.6	沖縄	11.4	163.2	711.0

※100床当たりの医師数 全国平均 12.1人
※人口10万対医師数 全国平均 143.9人

スライド3

診療科目別一般病院数の年次推移(平成19年10月)

	平成2年	平成11年	平成19年		平成2年	平成11年	平成19年
一般病院	9,022	8,222	7,785	リハビリ	3,863	4,520	5,123
内科	7,887	7,403	7,186	循環器科	3,106	3,316	3,802
小児科	4,102	3,528	3,015	形成外科	629	826	1,063
外科	6,298	5,598	5,113	脳神経外科	2,133	2,269	2,451
産科	270	203	195	心血管外科	407	677	872
放射線科	3,839	3,649	3,552	眼科	2,198	2,404	2,513

19年医療施設調査(動態調査)病院報告
厚生労働大臣官房統計情報部編、(財団法人)厚生統計協会

スライド4

科も減っています。産科はもともと少ないところへもってきて減っている。放射線科も少し減っている。こんなところですよ。

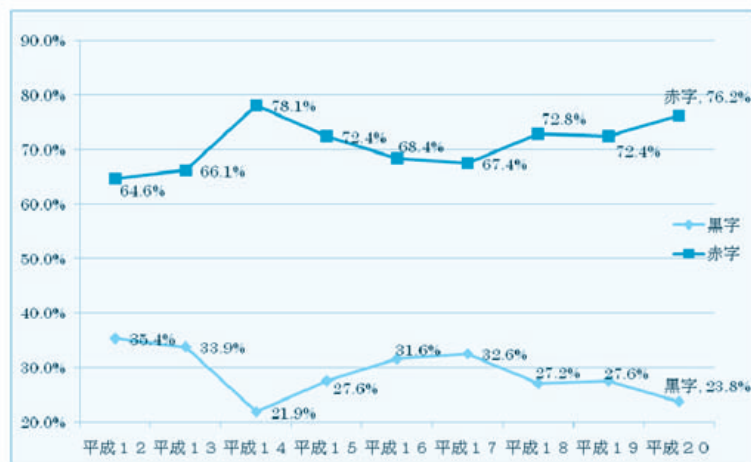
逆に増えている科を挙げると、リハビリが3,863から5,123へ、循環器科は3,106が3,802、形成外科

100床当たり収支金額、科目、年次別 (金額単位千円)

科目	平成19年6月		平成20年6月	
総費用	151,350		153,237	
1 医業費用	146,904	100%	148,698	100%
1) 給与費	76,924	52.4	77,913	52.4
2) 材料費	37,149	25.3	36,604	24.6
3) 経費	22,119	15.1	23,204	15.6
4) 減価償却ほか	10,712	7.3	10,977	7.4
2 その他の費用	4,445		4,539	
総収益	140,439		139,327	
1 医業収益	137,561	100%	136,089	100%
1) 入院収入	90,496	65.8	90,630	66.6
2) 外来収入	41,449	30.1	39,949	29.4
3) その他の収入	5,616	4.1	5,511	4.1
2 医業外収益等	2,879		3,238	
総収益－総費用	△10,911		△13,910	
医業収益－医業費用	△9,343		△12,609	
総費用/総収益×100	107.8%		110.0%	
医業費用/医業収益×100	106.8%		109.3%	
病院数	1,167		1,180	
平均病床数	280		282	

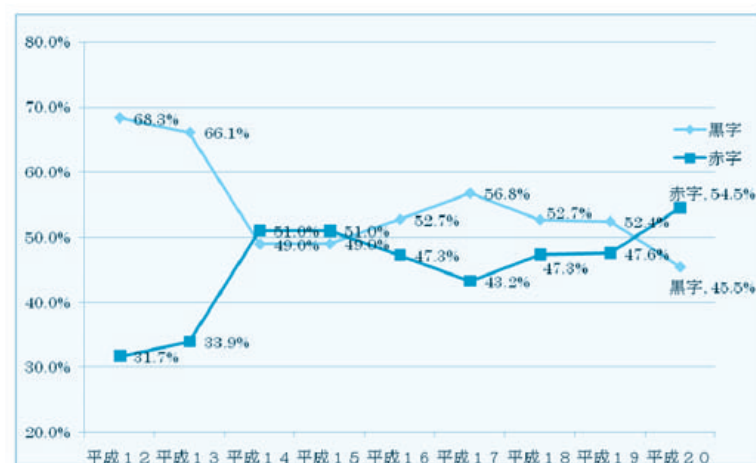
スライド5

表1 黒字、赤字病院構成比推移:総数(自治体、その他公的、民間)



スライド6

表2 黒字、赤字病院構成比推移:民間病院



スライド7

が629から1,063。テレビの影響が少しあるのかもしれませんが脳神経外科も少し増えている。心臓血管外科も407から872に倍増しています。循環器とか心臓外科というのは、やはり医学の進歩によって非常に対象患者も増えてきましたし、治療が良くなってきた。そういう意味で増える要素があるわけですが、そのほかの理由もあるのかもしれない。そんな変化が確かに見られます。

●病院の経営状態

では経営的にはどうなのだろう。ご覧のように(スライド5),平成19年と平成20年を比較しても、やはり赤字が増えています。

(スライド6)平成19年は72%の病院が赤字でしたが、平成20年6月の調査では76%の病院が赤字になっている。これが現状です。赤字病院、黒字病院の推移を見ますと(自治体、その他公的、民間も入ったトータルの数字)、平成20年は76.2%が赤字、黒字は23.8%ということになっています。推移はそう大きな差がないように見えますが、実は、次の民間病院での推移(スライド7)を見ますと、赤字の民間病院は平成12年では31.7%だったのが、一時増えて、またちょっと戻っていますが、ここへ来て(平成19年、20年になって)、赤字の民間病院が54.5%に増えています。黒字の病院は相当減ったわけです。これは非常に大きな変化で、いろいろな経営努力をして頑張ってきた民間病院の人たちが「もう駄目だ」と言い出したわけです。それが現状です。非常に厳しい状況があるわけです。

●救急医療の現状

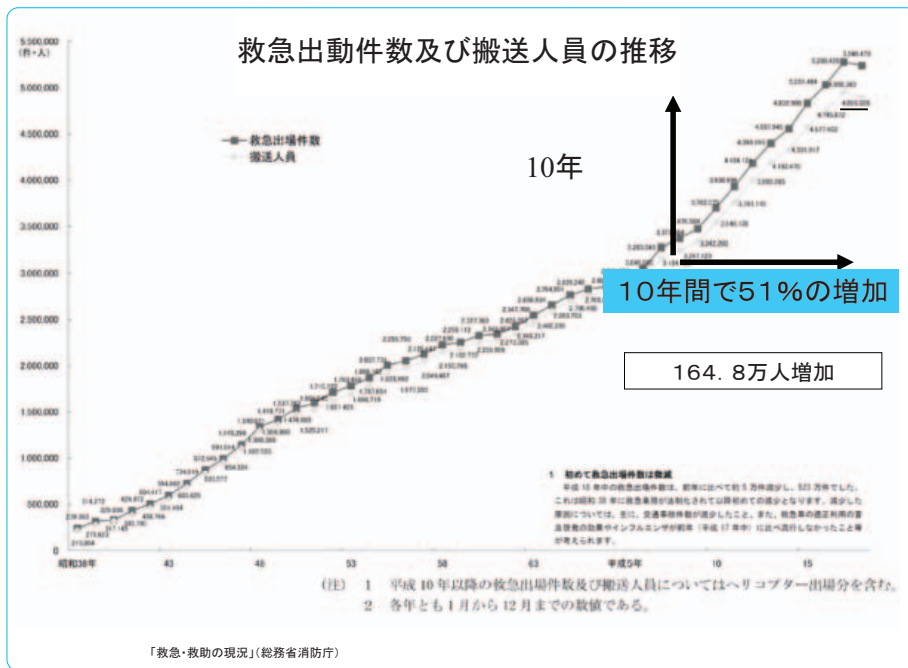
(スライド8)今、問題になっている救急について。今日の午後は救急のシンポジウムもありますが、救急の現状を1つ2つ申しあげますと、

救急出動は10年間で51%の増、年間500万という件数で救急車が走っています。

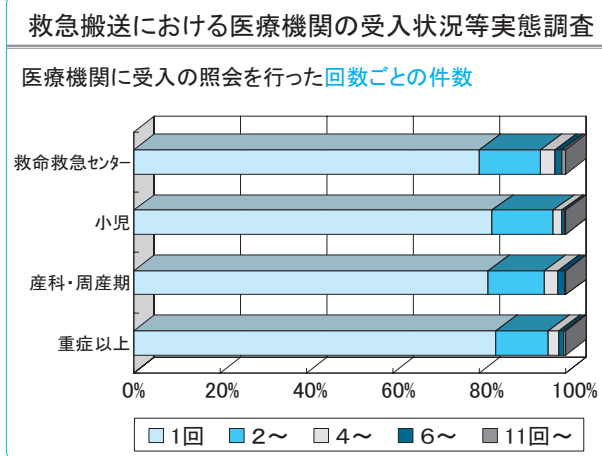
たらい回しといわれて新聞に出ますが、実態としては(スライド9)、救命救急センター、あるいは小児、産科・周産期、重症以上と見ましても、90%以上の患者さんは1~2回で受け入れられているわけです。しかし4回以上、6回以上、11回以上というものこのくらいいるということが問題にされて、「救急患者が拒否された」ということが言われているわけです。

(スライド10)では都道府県別に見たときに、どういう県が受け入れられない回数が多い所なのだろうか。実は、例えば北海道とか青森、岩手、秋田、そういう地方の病院ではないのです。東京と東京の周辺の埼玉、神奈川、千葉など、茨城も入っています。それから大阪、奈良。むしろこういう所(都会)が患者さんの受け入れのための照会回数が多い。逆に言うと、病院がたくさんあるので選択できる。そのためになかなか1回では受けられないということが起きているわけです。こうしたことを踏まえて、救急をどのように受け入れていくのか。今、消防庁が中心になって、救急の受け入れを真剣に検討しているところですよ。

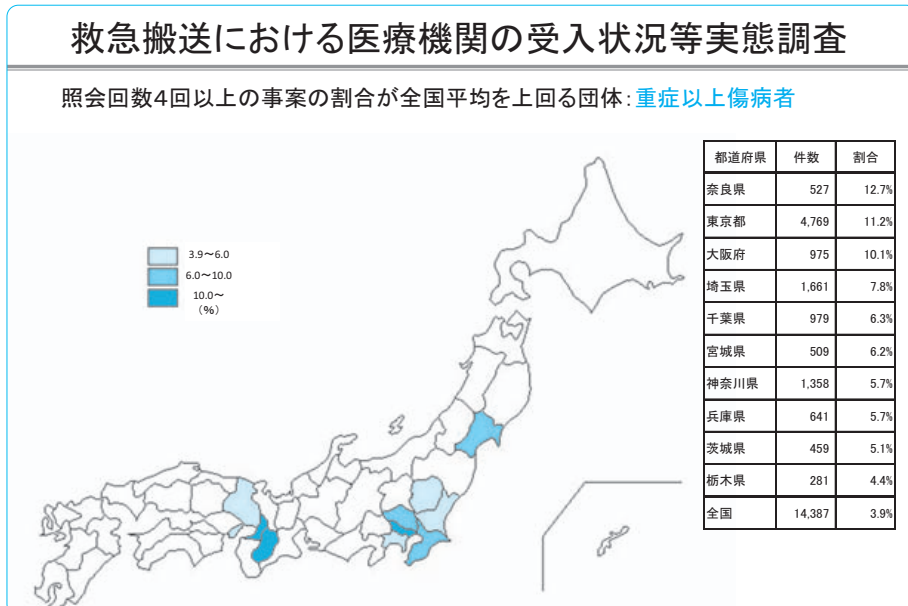
救急に関して、全体として何が問題かという、スライド11に示してありますように、成人でいうと軽症の救急搬送が増えた(緑の棒グラフが平成18年でグレーの色のほうが平成8年)。中等症も少し増えた。しかもそれが三次救急に行ってしまうということで、こういうことが非常に大きな問題になるところです。高齢者の方は軽症、中等症



スライド8

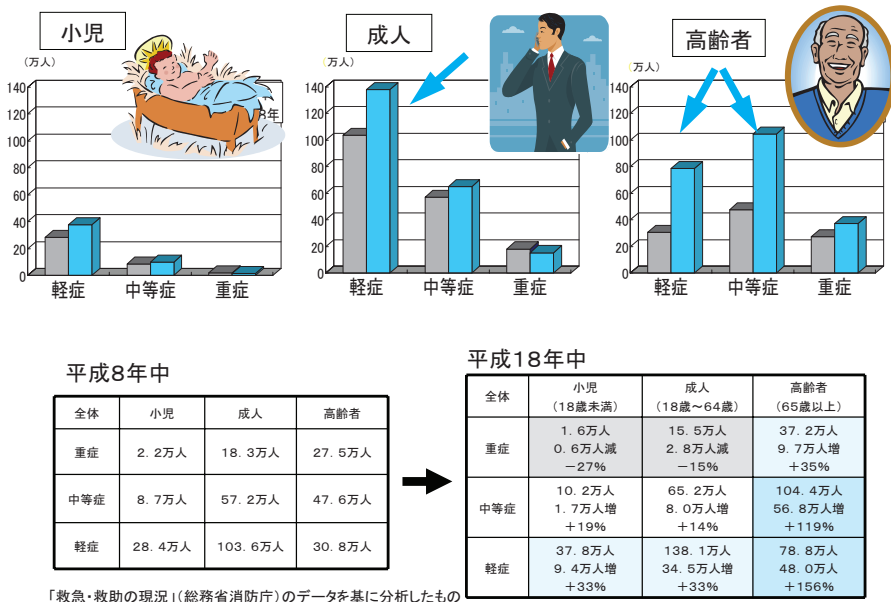


スライド9



スライド10

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)



「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

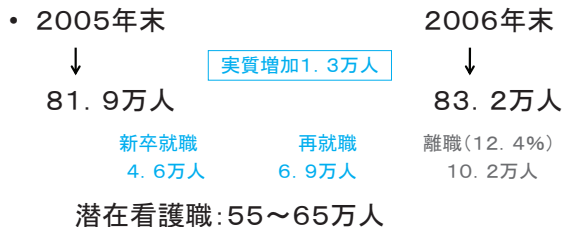
スライド11

とも増え、やはり救急車を使って三次救急に行っている。こういうことが非常に大きな問題になっているというのが現状です。

●看護師不足

(スライド12) 一方、看護師不足の現状ですが、これは病院看護職の就業者数の変化ということで、日本看護協会の数字ですが、2005年と2006年の1年間をみてみますと、2005年は病院で働いている人が81.9万人、2006年は83.2万人です。実質の増加は1万3,000人ということになりますが、しかし、その中身

病院看護職就業者数の変化 (日本看護協会推計)



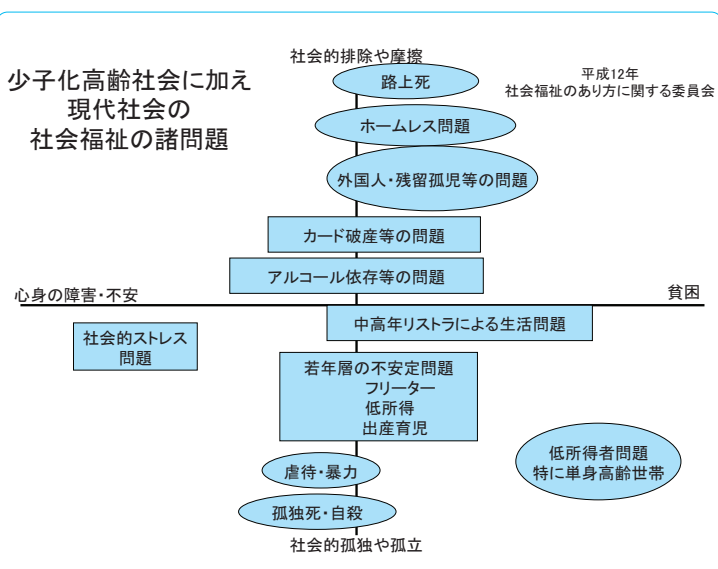
看護学校で定員をカバーできているのは、4年生の大学だけ、他の学校はすべて定員割れ

スライド12

を見ますと、新卒で就職しているのが4万6,000人、再就職が6万9,000人で、11万5,000人の看護師さんが就職しているのですが、それに対して離職が12.4%、10.2万人離職している。結局、実質1万3,000人しか増えていない、こういう現状があるわけです。これに対してどうしようかと、日本看護協会では、今、非常に大きな問題になっています。今、看護学校で定員をカバーできているのは4年制の大学だけになってしまっています。

●社会的な諸問題の噴出

それに加えてもう1つの現状。今、医療費の未収金という問題も出ております。実は日本人はみんな中間的な資産を持って、そんなに金持ちもない代わりに、そんなに貧乏な人はいないんだという日本を目指してきて、そうやってきたはずですが、実態としては、これは平成12年の資料ですが(スライド13)、横軸に“心身の障害・不安”から“貧困”，縦軸には“社会的排除や摩擦”と“社会的孤独や孤立”といったような軸を立てて分けてみますと、現代社会のいろいろな問題が見えてくる。ある頃から自殺が3万人いて、それ以下に減らないわけです。こうした社会的な大きな問題があります。平成12年はまだ中高年のリストラとかフリーターが少し増えてきたなど



スライド13

いう時期だったのですが、こうした問題がどんどん増えて、この経済不況のなかで非常に大きな問題を提示しています。

●機能不全状態の日本の医療

こうしたことを踏まえて、日本の医療がどうなっているのかということですが、**スライド14**は、それをまとめたものです。病院医療への主な影響因子にはこういうものがあります。

診療報酬改定はマイナス改定が3回続き、平成20年はプラス0.38%ですが、先ほどの数字に見たように、平成20年になってもまだ赤字病院は増えているということになります。

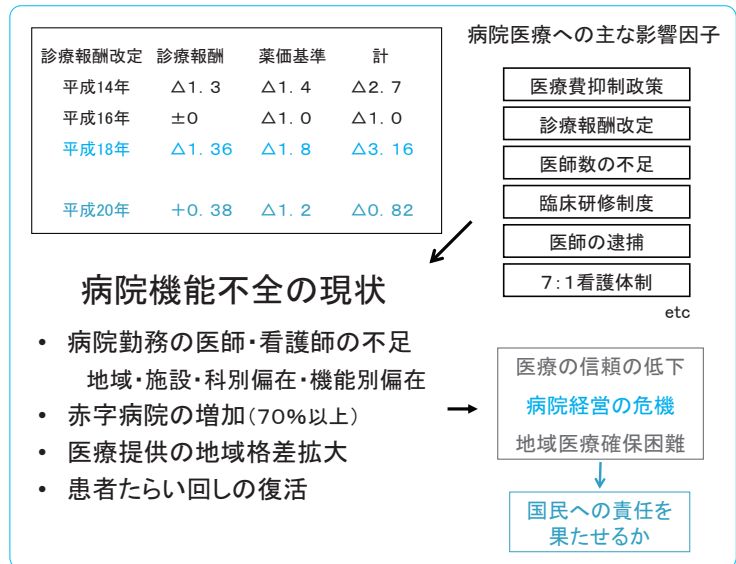
そして病院の機能不全。医師が足りない、看護師が足りない、赤字が増加、医療提供の地域格差が出てきて患者さんのたらい回しも起きている、医療の信頼は低下して病院の経営が危機になる、地域医療の確保が困難になる。我々医療界としても、国民への責任が果たせない。今こういう状況を醸しているわけです。

政治も行政も、日本の医療が大変だ、何とかしなくちゃいけないと、ここのところずっと一所懸命やってきたはずです。10年、20年と一所懸命やってきた。現場の人たちもそれを受けて、出てくる方針に従って一所懸命取り組んできたはずです。ところが結果として、今の状況を迎えている。

●医療現場が感じている矛盾

スライド15は医療現場の人たちが感じている矛盾です。一体それはどこがおかしいからなんだろう。こういうことを、今あらためて考えてみる時期に来ているんだろうと思います。

例えば、医療制度の理念と現実についていうと、いつでもどこでも診られるような状況をつくりましょうと国民皆保険はやってきました。その結果として、現在を迎えている。医療提供体制、国民皆保険制度、世界に誇る制度といいながら、本当にそれが機能しているのか。現場が感じる非常に大きな矛盾です。診療報酬関連で言えば、少ない医師で働くと診療報酬が下がる。これは地域の先生方が敏感に感じていることです。病院が減ってきた。残っている病院に患者さんが集まってくる。少ない医者で一所懸命やると外来が増え、入院患者さんも増える。そうすると医療法のルールの規定を患者数が超えて、



スライド14

医療現場が感じている矛盾

- 医療制度の理念と現実
医療提供体制・国民皆保険制度
- 診療報酬関連
少ない医師で働く診療報酬が下がる
一物多価・出来高制の矛盾等
- 労基法・医療関連法
医師の当直と交代制勤務
当直業務に救急患者を診ることは想定していない(労基法)
- 医師の世界はプロフェッショナルか
現状プロの世界とはいえない。プロ世界を目指すのか

スライド15

診療報酬がいっぺんに10%下がるわけです。こういうことが起こっていて、一体何なんだ、おかしいじゃないかということになるわけです。労基法と医療関連法にも矛盾を感じています。我々は患者さんが来るから、一所懸命当直して患者さんを診ます。そうすると、労基法の違反だといって、奈良であったような事件が起きる。一体、医療の現場をどう考えているのだろうか。交代制勤務をやればいいといわれても交代制勤務をやるには医師の数は足りません。とてもじゃないけど、できるはずないです。今我々が労働基準法を守るとすれば、「当直体制は取ります。だけど、救急患者は診られません」と言うよりないわけです。こうした矛盾というものを現場は非常に強く感じていると思います。医療界として、こういう問題にどう対応していくのか、非常に大きな課題だと思っています。

医療の世界はプロフェッショナルか。なかなか難

しい問題があります。これは後でちょっと述べます。

(スライド16) 現代の医療は少なくとも進歩して、Evidence Based Medicineということで、治療法も

現代の医療

- 医学の進歩と証拠に基づいた医療
 - 診断法・治療法の多様化
 - 侵襲的な医療から非侵襲的な医療へ
 - 専門分化がより細分化
 - 医療水準の標準化、グローバル化へ
 - 医療連携とチーム医療
 - 単に治す医療から、社会復帰への医療
 - 医療安全の推進
 - 国民・患者参加の医療
- より安全、確実な医療へと進歩しているが、一方で、医療に対する信頼はむしろ低くなっている

スライド16

安心と希望の医療確保ビジョン

平成20年6月 厚生労働省

「安心と希望の医療確保」 のための3本柱

- 1 医療従事者等の数と役割
- 2 地域で支える医療の推進
- 3 医療従事者と患者・家族の協議の推進

- 1 医療従事者等の数と役割
 - (1) 医師数の増加
 - (2) 医師の勤務環境の改善
 - (3) 診療科のバランスの改善等
 - (4) 職種間の協働・チーム医療の充実
- 2 地域で支える医療の推進
 - (1) 救急医療の改善策の推進
 - (2) 「地域完結型医療」の推進
 - (3) 在宅医療の推進
 - (4) 地域医療の充実・沿革医療の推進
- 3 医療従事者と患者・家族の協働の推進
 - (1) 相互理解の必要性
 - (2) 医療の公共性に関する認識
 - (3) 患者や家族の医療に関する理解の支援

スライド17

内閣府：安心社会実現会議報告(平成21年6月)

安心と活力の日本へ

II 人生を通じた切れ目のない安心保障

- 4 医療と健康の安心

医療費がGDP比で8.1%(2005年、OECD平均9%)

諸外国に比べ医療サービスを受けやすい環境。ところが、急性期病院を中心に医師不足が深刻化し、地方では病院の経営破綻が拡がり、この安心が急速に揺らいでいる。

救命救急センターにおける医師、看護師の配置などをできるだけ早急に進めなければならない。併せて二次医療圏において、病院コンソーシアムを組織しつつ医療機関の機能分担と集約をすすめる、地域の医療ニーズに応じていくべきである。二次医療圏において、とくに産科、小児救急に対応する救急体制を確保する。レセプトのオンライン請求への切り替え、データに基づいた効率的医療の推進など相対的に遅れている医療IT化への対応を速やかに進めなければならない。

また、国民の命と基本的人権(患者の自己決定権・最善の医療を受ける権利)を実現するため2年を目途にそのことを明確に規定する**基本法の制定を推進**しなければならない。

スライド18

多様化して、その成績も上がるようになってきました。侵襲的な医療から非侵襲的な医療へ。専門も進みましたし、非常に良くなってきていると思います。しかし、その反面、より安全、確実な医療へと進歩している割には、医療に対する信頼はむしろ低くなってきているのかと、この辺も課題だと思っています。

医療関連予算と診療報酬改定

●最近の動きから

(スライド17) こうしたことに対して、国は平成20年6月に「安心と希望の医療確保ビジョン」というものをつくった。「安心と希望の医療確保」のための3本柱として、1.医療従事者等の数と役割、2.地域で支える医療の推進、3.医療従事者と患者・家族の協議の推進ということを示しました。こ

れには医師数を増やすということも書いてありますし、大変良いものを出したわけです。良いけれども、じゃあこれ読んでみて今までとどう変わってきたのだろうか。どうもやはりぴんとこないところがあります。

(スライド18) そして今度は平成21年6月、今年の6月ですが、内閣府が出した「安心社会実現会議報告」のなかで、「安心と活力の日本へ」という報告がまとめられました。そのなかに「人生を通じた切れ目のない安心保障」というのがあります。安全保障じゃなくて安心保障と書いてありますが、その4に「医療と健康の安心」ということが書いてあります。……医療サービスを受けやすい環境をずっとつくってきて良かったんだけど、GDP比で8.1%という数字でサービスを提供したが、医師が足りなくなって、病院の経営破綻が拡がり、この安心が急速に揺らいでいる……と。この指摘は良いと思います。それから、救命救急センターをこうこうしなければならない、と書いてあります。このなかで1つ大事なことが書かれています。「国民の命と基本的人権を実現する」。そして「実現するため2年を目途にそのことを明確に規定する基本法の制定を推進しなければならない」。こういうことが、この6月

にいられています。

●緊急対策的な予算は付くようになった

(スライド19) こういうことを踏まえて、平成21年度の予算、それに対する追加予算というの出されましたが、医師確保対策は平成20年度に比べて平成21年度は69%増、救急医療対策は倍増です。

平成21年度の救急医療対策の中身をちょっと見ますと (スライド20), 平成20年度予算の100億円が205億円と倍増されまして、救急医療を担う医師の支援が21億円、救急医療の充実が51億円、以下ここに示すような予算が国会を通ったわけです。

(スライド21) 3月21日には経済活性化対策ということで、経済危機克服のための有識者会合というのがありました。社会保障部門で、ここに書いてあります10数人の有識者といわれる人が内閣府に呼ばれ、麻生さんをはじめ3人くらいの前で1人3

分で経済危機克服のためのプランを述べてくださいという。1人3分とって、2時間半くらいあったのですが、私、最後のほうに言いましたが、私の番が来たら残り時間がもうすでに10分くらいしかなかったですね。

それで、今、何をするかということでお話ししました。医療の質と安全の確保の視点から、1) 病院施設の耐震化の推進、特に民間病院が古い耐震基準のものを新しい基準に合わせなくてはいけないがそれが進まない。

これは、もう、国のお金でやってほしい。それから、2) 医療機器の更新、新規導入の支援、これも良い機械ができて、買いたいが、今の医療費の中では無理だから、これも国のお金でやってほしい。3) 病院IT化も国のお金でおやりなさいと申しあげました。そして最後に、オバマ政権に後れを取らないように医学・医療に係わる研究・技術開発等への緊急投資をと言ったわけです。麻生総理の前で。この意味はどういうことかということ、ブッシュ大統領の時、彼はキリスト教保守派がバックですから、再生医療の臨床応用の実験・研究に議会在議がOKしたのですが、

平成21年度医政局予算案概要

	平成20年度	平成21年度	増加率
総額	1,967億7千万	2,132億6千万	8.4%増
医師確保	161億	272億	69%増
救急医療	100億	205億	105%増

スライド19

厚生労働省
救急医療対策関係予算案(21年度)

- 平成20年度予算100億円
⇒平成21年度予算案205億円
- (1) 救急医療を担う医師の支援 21億円
- (2) 救急医療の充実 51億円
- (3) 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援 54億
- (4) ドクターヘリ導入促進事業の充実 21億
- (5) 周産期医療の充実

スライド20

経済危機克服のための有識者会合
社会保障部門 3月21日(土)

- 大久保満男 8020社会の実現
- 唐澤祥人 医療従事者の勤務改善、雇用創出
- 京極高宣 社会保障の経済効果、ニューディール
- 児玉孝 かかりつけ薬局、セルフメディケーション
- 竹中ナミ 共生と共助の基本法、障害者問題
- 中田清 20万人待機者解消、施設整備、新規雇用
- 久常節子 看護師の労働、少子化対策
- 日野原重明 スキルミックス、メディカルスクール
- 堀田力 高齢者の投資優遇、福祉就労者無償教育
- 矢崎義雄 勤務医対策、病院改革、治験促進
- 山本修三 医療の質・安全、雇用、研究開発推進
- 湯浅誠 住宅確保、生活費確保、貧困対策

- 山本修三(日本病院会)
- 1 医療の質・安全確保の視点から
 - 1) 病院施設の耐震化の推進
 - 2) 医療機器の更新、新規導入支援
 - 3) 病院におけるIT化の推進
プラットフォームの標準化
- 2 雇用の視点から
Doctor's Secretaryの導入・支援
- 3 医学・医療に係わる研究・技術開発等への緊急投資
オバマ政権に遅れをとらないように
すべて今回の対策に反映(A)された

スライド21

ブッシュが倫理的な理由でサインをしなかった。そのために、ブッシュ時代は進まなかったわけです。オバマは大統領になった途端に、科学を正常な道に戻すと言ってサインをし、一気に大きな予算が付いた。それがもう始まっていますからそれに後れを取ってはいけないということで申しあげたわけです。

(スライド22) そしてその結果、財政出動15兆円、実質57兆円の経済危機対策が決定されました。私どもが申しあげたかたちのものが地域医療再生のためということで、3,100億円の予算が付きまして。この中身は100億円×10カ所、25億円×84カ所、全部

足すと3,100億円になります。47都道府県がそれぞれ2つのプランをつくってお金をもらえる、ということになった。今、各都道府県は一所懸命プランをつくっているところだと思います。それから世界の最先端の研究開発については3,000億円付きました。耐震整備にも予算が付きました。

こういうことで予算的には付きましたが、これはあくまで補助金です。補助金というのはある期間だけで、やはり本質的には診療報酬で見てくれないと持続性がないわけです。ですからやはり、これからは診療報酬が非常に重要なポイントだと思っています。

●医療費の増大に備える政策を

(スライド23) 医療費というのは、これからどのくらい増えていくのか。2020年には医療の進歩で6兆～9兆円増え、経済成長で7兆～9兆円増え（この計算はまだ経済が悪くなる前の話ですから、おそらくこんなには伸びないだろうと思いますが）、それから高齢化で7兆円くらい増える。こういうものをどうやって確保していくのか。これ、真剣に考えなくちゃいけない。国民がどのくらい負担して、どういう給付を受けるのか。これこそ政治の問題です。給付と負担の選択は政策であり、国民の判断である。私はそう考えております。

●来年の診療報酬改定に向けて

補助金で予算は付いたにしても、やはり診療報酬できちんと確保されないと持続性がないということでは、診療報酬が大事です。来年の4月には、新しい診療報酬体系が決まりますので、今、一所懸命その中身を検討しております。

(スライド24) 病院団体として日本病院団体協議会というのがありますが、そこで主張している基本的な考え方はここに示す8つです。そのなかでいちばん重要なのは、入院医療のあり方、そして入院基本料のあり方です。いろいろと細かいことを言ってもなかなか難しいので、やはり病院の機能は入院が中心になります。入院基本料を上げてほしいということをメインで、今、検討がなされております。

経済危機対策
(平成21年4月10日)

- 対策規模 57兆
(財政出動) 15兆

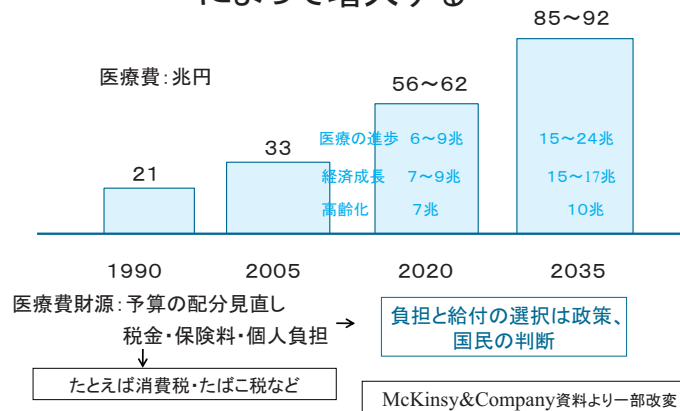
医療関連

地域医療再生のための交付金の創設	3,100億円 (100億×10カ所、25億×84カ所)
世界先端の研究開発・海外派遣支援	3,000億円
耐震整備、その他	

スライド22

必要な医療費と財源

医療費は
医療の進歩・経済成長・高齢化
によって増大する



スライド23

医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について(日本病院団体協議会)

- 1 入院医療のあり方(機能分化)
高度機能病棟、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハ病棟、慢性期病棟
- 2 精神科医療のあり方
- 3 介護入所施設のあり方
- 4 外来診療のあり方
外来診療料、急性期外来と慢性期外来、介護施設の医療
- 5 入院基本料のあり方
入院基本料の考え方の整理
- 6 医療専門職の職掌について
スキル・ミックス
- 7 リハビリテーションのあり方
- 8 DPCのあり方

スライド24

昭和32年頃の病院経営のデータがあり、それを見ると、病院の入院料は病院収入の44%、手術料が病院収入の31%くらいという数字が出ています。“これが病院だろう”とこういう話になるわけです。

今は出来高制というので、薬がいくら、検査がいくらということになってきたので、入院基本料なんていうのはどんどん下がりましたし、手術料は技術料というところで、何だかわけのわからないものと一緒に下げられてしまっているということがありますから、その辺の基本的な考え方はもう1回見直してほしいということです。

●総選挙のマニフェストは？

(スライド25)そして、医療費が今大変だというなかで、国会の解散があります。8月30日に選挙をやることが決まりました。

自民党のマニフェストは今検討中。そして社会保障制度改革国民会議の創設——またこんな会議つくるんですかという感じで、あまり意味ないと思いますが——、診療報酬はプラス改定を宣言するという方向で検討しよう、というのがメディファックスの5678号に出ていました。これも選挙対策かもしれませんが。民主党のほうも、これは朝日新聞が7月7日出したのですが、案を検討中といいながら、不採算部門を担う病院の入院部分を2割アップ、1点10円を12円にしよう。これが新聞に出て、「本当にこれやってくれるの」というのでエーッと思いましたが……。病院の外来と開業医は単価が10円、患者負担は3割を2.5割に減らそう、対象病院の指定基準を具体化することを今検討中、12円じゃなくても1点11円という選択肢もつくろうとか、何か大変なことを民主党は検討中らしい。そろそろ具体的なマニフェストが出てくるので、しっかり見たいと考えているところです。

いずれにしてもこういうお金の問題は、やはり国全体の経済と、国民がそれに対してどういう考えを持つかということが重要で、医療界だけがお金を「足りないから出せ」といっても済む話ではないわけです。

■医療再生への主要課題

(スライド26)我々はどうするのか。政界混乱・経済不況のなかで、医療再生の道をどう開くのか。もちろん病院医療の再生がいちばんのポイントにな

衆院選マニフェスト案

自民党(案:検討中)

- ・ 社会保障制度改革国民会議 (仮称)の創設
 - ・ 診療報酬はプラス改定を宣言する方向
- (メディファックス5678号より)

民主党(案:検討中)

- ・ 不採算部門を担う病院の入院部分を2割アップ
 - ・ (1点10円 → 12円)
 - ・ 病院の外来、開業医は10円
 - ・ 患者負担は3割 → 2.5割
 - ・ 対象病院指定基準を具体化
 - ・ 1点11円を選択肢的に
- (朝日新聞、7月7日版より)

スライド25

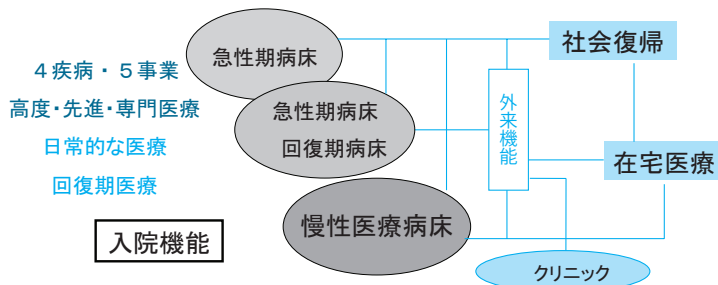
政界混乱・経済不況の中で医療の再生の途をどう開くのか

医療崩壊とは病院医療崩壊のこと
地域医療崩壊も病院医療崩壊から始まった
医療再生の重要なポイントは、

病院医療の再生

スライド26

地域医療:医療機関の役割・機能・連携



- テーマ: 1 地域医療ニーズの把握 (地域医療計画⇒情報提供推進)
2 機能分化と集中、連携
3 患者中心の地域ネットワーク構築と自施設の役割

スライド27

るわけですが、地域医療の再生が非常に重要です。(スライド27) 地域に医師が足りない。だったら地域にどうやって医師を配分していくのかということ考えたときに、地域医療のニーズをどうやって把握できるだろうか。今まで、その把握の方法がなかったわけです。レセプトをベースにした患者数とか、いろいろ数字はありますが、その地域でこういう治療を必要とする患者さんが何人いるといったよ

うなことから、それでは医者は何人いなくてはいけない、そういう分析は今までやられてこなかった。これから地域が中心になるとなると、そういうことも考えなければいけません。つまり地域医療ニーズの把握ということが非常に重要になってきます。

●医療機能情報提供制度への期待

そこで、第5次地域医療計画の中で、医療機能情報提供推進の仕組みができました。この医療機能情報提供制度を検討する委員会には日本病院会から副会長の大井先生が参加されていて、実施のための検討が行われたわけです。この仕組みが進むことによって、地域医療のニーズが把握できるようになっていく。今年の3月で、都道府県に各医療機関が必要な医療情報を提供する仕組みができましたので、これにアクセスすれば、どこの病院でどういうことが行われているか、だんだんわかるようになっていきます。

(スライド29) 実際にどういう中身を病院は報告しなければいけないかがここに示してあります。

これは病院の場合ですが、1、2、3と分かれています。「1.管理・運営・サービス・アメニティに関する事項」はこういう項目、「2.提供サービスや医療連携体制に関する事項」、それから「3.医療の実績、結果に関する事項」。こんな情報を、医療機関は責任を持って都道府県に出さなくてはならない。そして都道府県は、この医療情報を住民が見られるようなかたちでインターネットで公開しなくてはならない。そういう仕組みができたわけです。

これからの地域医療計画 (医療法30条の4)

医療圏の設定
基準病床数の算定
地域医療支援病院の整備目標
4疾病及び5事業の目標・医療連携体制
医療連携における医療機能に関する情報提供の推進
居宅における医療の確保
医療安全の確保
医師等の医療従事者の確保
その他の医療を提供する体制の確保

3つの課題 1 量的管理から質の評価へ
2 住民・患者にわかりやすい医療計画へ
3 数値目標を示して評価できる医療計画へ

スライド28

「医療の実績、結果に関する事項」は今は13項目ですが、これがだんだん増えていって、先進諸国並みに、その病院では胃がんを何例やって、死亡率がどのくらいだという情報を提供しなくちゃいけないという時期がおそらく来るだろうと思っています。それによって、いろいろなことが変わってくる可能性があります。

●医療機能の集中・分化・連携の意義

(スライド30) 今、地域の中で、医療機能の集中・分化・連携ということがいわれています。その1つのデータですが、例えば、PCI(経皮冠動脈インターベンション)をする医療施設、100万人当たりの施設数が日本では8.1ですが、アメリカは4.2、

半分しかない。施設ごとの症例数かというと、日本は107でアメリカは381、3倍以上です。

要するに、集中したところで数多くやることによって、成績も上がるし死亡率も下がるということがあります。これはCABG(冠動脈バイパスグラフト術)も同じで、日本と先進諸国では1施設で扱う症例数が全然違う。これはアメリカへ行った人はみんなよく知って

医療情報の提供(都道府県)義務化 医療機関の医療機能に関する情報(病院)

1 管理・運営・サービス・アメニティに関する事項

(1) 基本情報	9項目
(2) 病院へのアクセス	8項目
(3) 院内サービス・アメニティ	9項目
(4) 費用負担等	5項目

2 提供サービスや医療連携体制に関する事項

(1) 診療内容、提供保険・医療・介護サービス	13項目
-------------------------	------

3 医療の実績、結果に関する事項

13項目

1 医療機関名、解説者、所在地診療科目、医療機関へのアクセス、駐車場、ホームページ、外来受付時間、予約診療、面会時間、医療相談、院内・院外処方、外国語対応、選定医療・先進医療、治験等

2 学会専門医、医療設備、対応可能な疾患・治療、短期滞在手術、専門外来、人間ドック、セカンド・オピニオン、地域連携等

3 人員配置、看護配置、医療安全、クリティカル・パス、診療情報管理、情報開示、症例検討、平均在院日数、患者満足度調査等

スライド29

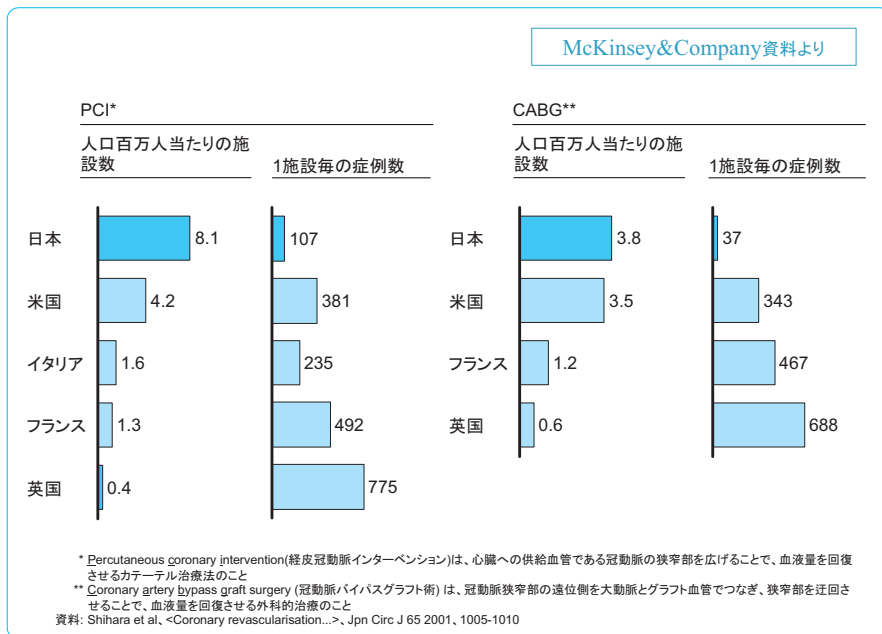
いることです。例えば、私も日本病院会副会長の堺先生は、脳外科医としてずっとアメリカでやってこられました。日本では10年かかって経験する症例数を、アメリカの施設だったら3年でカバーできるとおっしゃっています。これによって医師の質も変わってくるということがある。こういうことのために集中・分化・連携ということがいわれているわけですが、実際にはなかなか難しい話です。

●社会的共通資本としての医療

そういういろいろなことも踏まえて、医療というものをどういう位置づけをするかということですが、我々は宇沢弘文先生の「社会的共通資本としての医療」という考え方、みんなで助け合ってやっていくものだという位置づけをスタンスとしております（スライド31）。そうしたら宇沢先生は、「社会的共通資本の管理、運営は、それぞれの社会的共通資本にかかわる職業的専門家によって、専門的知見と職業的倫理観に基づいて」やるんだと。要するに、医療のことは医療の提供者が自分でちゃんとやりなさいと、こういうことを言っているわけです。これは非常に大事なことであり、しかも重いことだと思っています。

●臨床医師に求められるもの

（スライド32）今、臨床の医師に求められるものは大変多いと思います。生命倫理・職業的倫理、必



スライド30

要な知識の持続的な取得、技術を取得して向上してそれを伝えていくこと、研究も大事、社会性も大事です。ですから、医学教育から→臨床研修→専門医制度という一貫した教育システムは必要です。また目に見えるかたちでの、こういうことができる、こういう資格があるといった資格の更新制度が必要だと思います。そういうことによって、医療の品質管理の基本は良い臨床医をつくること——それを「見える化」していかなければいけないだろうと思っています。

●医療に複雑系の考え方を

国民も、国も、我々も、みんなちゃんと決められたルールに乗って一所懸命やってきた結果、こういうこと（医療崩壊）が起きてしまった。それはどこが悪かったんだろうかということになります。

例えば1つの問題を解決するのに、あるパラダイ

社会的共通資本としての医療
宇沢弘文

- 社会的共通資本は、一つの国ないし特定の地域が、豊かな生活を営み、優れた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境と社会装置である。
- 社会的共通資本の管理、運営は決して市場的基準、あるいは官僚的基準によって決められるべきものではなく、それぞれの社会的共通資本にかかわる職業的専門家によって、専門的知見と職業的倫理観に基づいて管理、運営されなければならない。

スライド31

臨床医師に求められるもの

- 生命倫理・職業的倫理
- 必要な知識の持続的な取得
- 必要な技術の取得と向上
- 医療の適切な伝承
- 臨床研究志向
- 社会性

資格更新制度

医学教育→臨床研修→専門医制度

医療の品質管理の基本は良い臨床医

スライド32

ムがあってそのなかで、そのパラダイムを利用していけば解決できるということがあります。ところが、今までのやり方ではどうやっても解決できないということが出てきたときに、解決する手段そのものを変えなくてはならないということがあるだろうと思います。我々の考え方を変えないと解決できない。

(スライド33) そのときに、“医療は複雑系”という考え方を言う人がいます。例えば臨床研修医制度で大学から医者がいなくなった。だからこれを見直せと。あるいは看護師が足りないから、忙しいところは7対1をつくってくれと。じゃあ病院全体で7対1やりましょうとなった途端に、看護師さんの取り扱いになって、全体が非常に大きな影響を受けた。このような要素還元的な考え方でやったときに、思わぬ結果が起きて、組織全体がおかしくなってしまう。こういう系を複雑系というのだそうです。そういう複雑系の社会では、あまり要素にとらわれ過ぎるとかえっておかしくなってしまうと考えるのだと聞きました。複雑系の特徴は、開放系で非線形性があるということ。自己組織化というのはよくわかりませんが。

それをアメリカの研究者がButterfly Theoryといっています。アフリカで蝶々がパタパタさせると、フロリダにトルネードが起きるという考え方なんです。要するに1つ何かの要素が起こっただけで、系全体に思わぬ影響を受けてしまう。それが複雑系だそうです。そこで複雑系の場合、そういう1つ1つの要素にとらわれるのではなくて、ここここだけは押さえておきましょうというオーダーパラメーターを重視する。そうすれば系全体はそんなには動かないのだという考え方、そういう考え方を取り入れていかないと系全体が壊れてしまいますよといっているわけです。

アメリカは以前から政治も医療も経済も複雑系であるという考え方で、細かい要素にはとらわれないで、これとこれとこれは押さえようというやり方をやってきたということだそうです。

●医療の品質をオーダーパラメーターに

オーダーパラメーターというのは、考えてみますと1つはお金です。お金はどういう系でも非常に重要なパラメーターだと思います。もう1つは医療の

医療は複雑系

- 医療再生にかかわる要素
 - 医療費抑制政策
 - 診療報酬制度
 - 病院医師不足、偏在
 - 臨床研修制度
 - 医師の逮捕、業務上過失傷害
 - 7対1 看護師問題等
- 医療は複雑系
 - Butterfly Theory
 - Order Parameter は?
 - 医療費の確保
 - 医療の品質管理

複雑系の特徴：開放系・非線形性・自己組織化

個々の要素を修正すると系全体に予想外の変化が生ずる

本質的な要素を押さえることで、系が自己成長をするような仕組み

スライド33

病院医療再生への途 医療提供者のオーダーパラメーター

- 医療の品質管理の仕組み
 - 良い医師の養成
 - (医学教育・臨床研修医制度・専門医制度の一貫性)
 - 医師の適正配置・医療のプロとしての規範

・信頼ある医療を提供するために、ACGME を作る (専門医制度認定管理機構)

・納得できる医療を提供するために、JCAHO を作る (日本医療機能評価機構)

ACGME: The Accreditation Council for Graduate Medical Education

JCAHO: Joint commission on Accreditation of Healthcare Organization

スライド34

品質管理 (スライド34)、要するに良い医者がたくさんいれば医療の質は担保できる。そして医師の労働、雇用に関して自由度を増すことによってその系が成長するという考え方です。複雑系の中では、国とか上の人が、1から10まで枠をはめてしまうとその組織は動かなくなってしまうという考え方で、大ざっぱに決めておいて、なかの人たちが自由に動けるようにしておく。すなわち、現場を大切に、動けるような仕組みをつくらないと良くならないという考え方です。私はこの考えに賛同しています。やはり現場の自由度が大事で、現場を中心に考えていかなくちゃいけないんだと思います。

そうしますと、医療提供側のオーダーパラメーターは品質管理ですから、良い医者をつくらなければならないということ、そしてプロとしての規範をつくる。例えばACGME、これは専門医認定機構です。日本にもありますが、先進諸国で動いているようなきちん

としたかたちのものにしたらどうだ。それからJCAHO, これも日本医療機能評価機構があります。こういうのを活用して、きちんとやっていけば医療の品質管理ができるのではないかということです。

■さまざまなところで課題を提言

●医療再生への個別の基本的な課題

(スライド35) 次は医療再生への個別の基本的な課題についてです。まず医療基本法について。医師法・医療法・補助看法とか、いろいろな法律がありますが、例えば医療法は医療の施設法みたいな法律ですし、医師法、補助看法は身分法です。考えてみますと、日本の医療のあり方をどう考えるという、いわば医療の憲法にあたるような基本法は、実は日本にはないということです。ですから、こういうものをきちんと検討する。今、一部の人が言っている医療を市場経済にゆだねていこうというような考え方を抑えるためには、やはり医療に対する基本的な考え方を、国として、国民としてしっかり持つ、理念として持つ。これがいちばん大事だろう。そういう意味では、私はやはり、医療の基本法というのは検討する意味があると思っています。一方では、この医療基本法を患者を守る法律という位置づけで、患者権利法であると言っている人たちもおります。そういう人たちも集まって、本来の医療基本法というのをどうつくっていくか、これが大きな課題になると思います。

財源についてはお話ししました。統計については、日本の医療統計はなかなか難しいんですね。見直さなくてはいけないと思います。IT化も進めなくてはいけない。高齢者医療もこれからの非常に大きな問題です。それから、何といても規制強化と緩和の見直しはやっていただきたい。国は医療界を信用していない。ですから1から10までみんなルールを決めて、そのなかでやってくださいということになる。そうすると、我々がにっちもさっちもいなくなってしまうわけです。例えば、厚労省のなかでも労働基準法と医療提供に対する当直についての法律とが違うわけです。そういう医者が困っているようなもの、いや必要のないものはやめようよということです。病院に医者が何人いなくてはいけないという法律。そんな規制は先進諸国ではないわけですから、取っ払ったらどうですか。そういうことは、やはり現場が言っていかなければいけないことです。

医療再生への個別基本的課題

- 医療基本法 : 理念法・患者権利法
- 医療費財源 : 国民の負担と給付
- 医療統計の見直し : 退院サマリーからの統計
- IT化の推進 : プラットフォームの標準化
- 高齢者医療政策 : 世界の高齢化への先導
- 規制強化と緩和の見直し : 現場の機能重視
- 医療の品質管理 : 良い臨床医を作ること
- 見える化 : 情報提供・説明責任と国民の理解
- 医療の範囲 : 職種間連携

(課題の課題: 各論地獄、多様なstake holderの利害)

原則: 総論賛成なら、各論地獄は無いはず

スライド35

医療の品質管理は先ほど申しあげました。見える化、今、医療があまり信用されていない部分というのは、国民から見て、医療が見えないというところがいちばん大きいだろうと思っています。ですからやはり、情報を提供して、説明責任と国民の理解が大事です。例えば今度の臓器移植の法案、A案が通りました。その時にふと思って、私は、日本病院会の事務職の人に、「脳死って、君たち知っているの」と聞いたら、これは事務の人たちですが、全然わからないんですね。脳死の患者さんと植物状態の患者さんは同じだと思っている人が何人かいました。「脳死ってどういう状態?」「脳が死んだ状態ですかね」と、要するにそういうレベルでしかわかっていない。これは大変だなと。やはり我々は専門家として、もっとそういうものを国民にわかるように説明していかないといけないなと感じたわけです。それから、医療の範囲ということがスキルミックスという意味で、あらためて検討されることになるのかなと思っています。

●医療政策3つの重要課題

(スライド36) 医療政策国民フォーラムというのがあるのですが、医療界だけでなく、有識者、経済界、大学の先生、患者さん代表、マスコミ、そういう人を60人ほど集めて、今の医療をどうしたらいい、ちょうど選挙があるんだから、そこに対して何をぶつけようかという検討をやった。そこでまとまったのが、この医療政策3つの重要課題です。これを自民党と民主党にぶつけようというわけです。

まず「1. 安定財源を確保し、急性期医療に集中投資する」。「2. 自立的な専門医制度を確立し、医療

の質と安全性を向上させる」。この自立的というのは非常に大事なんですね。それから、「3. 政策決定プロセスを透明化し、広く国民の声を反映する仕組みを制度化する」。これはやはり医療の提供側でない人たちがよく言います。私たちに見えない、もっと見えるようにしてくれ。そのためには医療政策をつくっていく過程に参加させる、こういうことを皆さんよくおっしゃる。これをまとめたわけです。

● 私たちそれぞれの役割

(スライド37) その後、医療界だけに任しておく

医療再生で、日本を元気にするための 医療政策3つの重要課題

- 1 安定財源を確保し、急性期医療に集中投資する
- 2 自立的な専門医制度を確立し、医療の質と安全性を向上させる
- 3 政策決定プロセスを透明化し、広く国民の声を反映する仕組みを制度化する

(日本医療政策機構:医療政策国民フォーラム発信)

スライド36

私たちの役割

- 医療関係者
プロフェッショナル・オートノミーの確立
アカウントビリティと見える化
- 市民・患者
医療者との協力関係を作る
情報に積極的にアクセス
- ジャーナリスト
専門家と市民の橋渡し
注目される事件と構造的な問題を見極めた報道
- 政界・行政
負担と給付を明確にした医療費の確保
現場の活性化対策

スライド37

医療セクター評議会 新たな医療提供への途

- 1 医療基本法の制定
- 2 地域中心の医療
- 3 財政問題
- 4 情報の透明化(見える化)と情報の共有
- 5 専門性の確保
- 6 医療のパートナーシップ

スライド38

んじゃなくて、それぞれの立場で国民としてやることがあるでしょう。例えば医療を提供する側においても、自分が患者になれば今度は医療提供を受けるわけです。私なんかその典型で大変長いこと医療を受けておりますが、それぞれがその立場で自分たちの役割を、何をしていくかを考えなくてはいけないだろう、というのをまとめました。

医療関係者は、プロフェッショナル・オートノミーの確立と、アカウントビリティと、見える化、これをしっかりやっていかなくてはいけないんじゃないか。市民・患者は、医療者との協力関係をつくる。積極的に情報にアクセスする。ジャーナリストは、専門家と市民の橋渡しの役割を。ここで非常に問題になりまして、注目される事件ばかり扱わないで、構造的な問題を見極めて報道しろと。政界・行政は、負担と給付を明確にした医療費の確保を。すなわち今度の選挙では、自民党も、民主党も、医療をこうするためにはこれだけお金がかかります。このかかるお金はこうして国民の皆さんに出してもらいます。その代わりこれだけの給付をやります。そういうことを明確にしたマニフェストを、ということ突き付けたらどうでしょうということです。少なくとも、あまり枷鎖^{かき}をかけ過ぎないで、ルールをつくり過ぎないで、現場を活性化する対策を考えてほしい。地域の活性化に100億の予算を付ければそれだけでよいという話ではなくて、その地域の自由度を上げ、そこに働く人たちの自由度を上げて、その組織が伸びていくようなかたちにしてほしい。こういうことをまとめたわけです。

● 政界はじめ、各界へも提言

(スライド38) もう1つ、医療セクター評議会というのがあります。これは箱根に2泊3日でもり、いろいろな議論をして、最終的にまとめたものを冊子にして、政界、経済界など各界に出しました。その内容は、医療基本法はやはり必要だろう。これからは地域中心の医療になっていくのだからそこをしっかりとやる。そのためには財政が大事。情報の透明化と情報を共有。専門性の確保。そして医療のパートナーシップが大切です。

やはり国民全体としてそれぞれの役割があるということを検討して、今度のマニフェストに載せるように考えなさいということをぶつけたわけです。

● 医療界の責務

(スライド39) 最終的には医療界として自分たち

医療界の責務は 見える化とアカウンタビリティ

- 基本: 医療は社会的共通資本
皆で助け合うもの
医療は複雑系
形・要素にとらわれすぎない
- 要は、患者が困らないように
現場が自ら責任を果たせる仕組み

スライド39

でできることをしっかりやっていく必要があるだろうと考えているわけですが、単純にいうと医療界の責務は見える化とアカウンタビリティ、やはり自分たちは十分説明しているつもりでも、一般国民から見ると、見えないということがあります。それと同時にやはり説明責任というものをどう果たしていくか。これは大きなテーマだと思えます。

基本的スタンスとしては医療は社会的共通資本であって、みんなで助け合うもの。複雑系という考え方で、1つの形とか要素にあまりとらわれ過ぎないで、やはり現場が働きやすい、現場が働くことによって、現場が良くなるという環境をどうやってつくっていかうかということが課題です。

お願いの体質はやめたらどうでしょうということで、「我々がこうしますよ」ということを言っていかななくてはいけないだろう。そのためには医療界がもう少しまとまらないといけない。日本医師会がありますし、病院団体がありますし、学会のグループがありますし、医育機関があります。あるいは看護協会もあります。こういう人たちが十分に話し合いをして医療界として1つの方向に行く……、まだまだそういう環境が整っていない。しかし、やはり患者さんが困らないように、現場自らどういう責任を果たしていくのか。そういう仕組みを今こそ、本当に考えなければいけないと思えます。

経済はまだしばらく大変だと思いますし、政治に至っては今度の選挙でどうなるかわかりません。どうなっても、しばらくはかなり大変な時期が続くだろうと予想されるとすれば、我々医療界は、これ以上医療が壊されないように、しっかりと考えて行動しなければいけないでしょう。今日は、課題の提供の話で終わりにしたいと思います。ご清聴どうもありがとうございました。

■質疑応答

■複雑系について少し説明を

質問者 シングル・イシューで動いていっても、全体が、かたがちが壊れて駄目になるよということだろうと思うんですが、もう少しお話をいただけたらと思えますが。

山本 複雑系というのはなかなか難しいんですが、私がこれを話した時に、複雑系をやっている先生方が、「これ非常に大事なことなんで、まさにそうなんだ」ということを言われました。例えばアメリカは、ご存じのように医療制度ひどいですよね。高齢者とお金のない人たちの保険はあっても、普通の人は民間保険で、それも払えないほど高い。保険証がなかったら診てくれないとか、金がなかったら診てくれない。そういうことが言われていて、ある部分本当です。救急センターに行っても、軽い人は3時間、4時間、5時間と平気で待たされるという環境です。

そういうなかで、どうしてアメリカの医療（臨床）が世界でいちばん良いとってみんなが勉強しに行くのかということなんですね。その話をした時に、医師で日本人で30年アメリカで臨床をやり、医療制度にもかかわって日本に帰ってきた。今は行ったり来たりしていますが、その人が言うには、「自分は脳神経の専門医で、この問題にかかわってきたが、アメリカがやったことは良い臨床医を育てようと、まさにそれだけです」と。「そういう臨床医を育てているから、何とかアメリカの医療は持っています」ということなんですね。

それ以上のことを説明するのは難しいのですが、少なくとも、シングル・イシューとか、アリストテレス以来の要素還元型のような解決の方法では解決できないのかなど。逆にいうと、やはり現場を中心にする。上からのルールでコントロールするのではなくて現場を中心にして、上のコントロールはいくつか穴が開いていて、いくらでも自由に動けるようなかたちにして、現場が動きやすいように。例えば今、医師は完全雇用ですよ。完全雇用というところまで働いて外では動けない。地域の中でもこっこの病院には行けないとかそういう環境があるとすれば、それはもう少し自由度を上げれば、専門医は有効に働くことができます。週1回か2回はこっちで産科やオペをやりましょうといったそういう環境をつく

っていく。そういうことをやっていくためには、やはり現場が動きやすいような、もうちょっと自由度が上がるようなルールにしないといけないだろうと。それを医者が何人いなくちゃいけないからこうだとか、こうやらないとこの施設は認定できませんよとか、そういうことでいくと、やはり今みたいな閉塞的なことになるんじゃないか。そんなことを含めて複雑系とっています。

■ いろいろな機会に、ぜひ国民に届く情報提供を

質問 静岡県の神原です。非常にわかりやすいご講演、ありがとうございました。昨日、私たちの静岡の方でがん拠点病院の会があったのですが、その拠点病院の参加者のメンバーのなかに、がん患者さんを支える会、そのメンバーの方ですが、がん拠点病院が何たるかということで、自分たち、あるいは自分たちのメンバーでわかっていないということがありました。それから、私、たまたま地元で新聞の連載コラムを書く機会があったのですが、そのなかで医療のことをちょっと書かせていただきました。皆さんからのいろいろなご意見で、「いや、自分たち、わかっているつもりで全然わかっていない」というご意見を、かなりインテリジェントのある識者の方からいくつも聞いたということがありました。それで、国民、一般の方はほとんど中身はよくわかっていないんじゃないか。医療者にはいろいろな情報がよく流れているかと思いますが、一般の国民にどれだけ流れているかということ、非常に危惧しますので、ぜひ先生のお立場を利用して、やはり定期的あるいはいろいろな機会をつかまえて、ぜひ国民に届く情報提供を心がけてお努めいただきたらと思います。よろしくをお願いします。

山本 ありがとうございます。大変、重要なテーマだと思います。日本の病院団体の1つに公私病院連盟というのがありますが、あそこは毎年、国民の医療会議というのをやっていて、一般の人を対象にしたシンポジウム、セミナー、そういうことを毎年やっています。もう1つはマスコミですよ。マスコミを通して正しく伝えていただくということが必要かと思います。それはこれまでやってきていても、なかなか功を奏していない。とすれば、やはり直接国民に語りかける場がやはり必要だろうと考えて、そこを、今模索しているところです。大変良い示唆

をありがとうございました。

■ 高齢化のなか社会保障は安心できるか

質問 宮崎から来た吉岡という者ですが、今後、高齢化が進むにつれて、真っ先に問題だと考えているのは、年金と国民皆保険制度だと思います。人口グラフが壺形に戻るまで、国民健康保険がもてばいいんですが、そこら辺はマスコミが面白おかしく「崩壊するぞ」とやっているのです、その辺が安心できるのかどうかちょっと教えていただけたらと思うのですが。

山本 高齢者の問題、今日は時間の関係で割りましたが、これはこれからの日本の中で、いちばん大きな問題になると思います。まず最初に、やはり若い人も含めて、この問題は非常にシビアなんだということを感じて面と向かって取り組む勇気が必要だろうと思います。少なくとも2020年とか2030年になると、最終的には2人で1人の老人を支えなければいけないという時代が来るわけですから、それに向けての考え方をどうするんだと。今のところこうすれば乗り切れるということは、ポチポチいろいろなところに書かれていますが、単純に絵に描いたようなことで、結局は、国民の負担が増えますよということしか書いてないわけですね。その問題に関連して、つい最近ドイツで、死ぬ権利法が6年以上かかって議論して、やっと国会を通った。安楽死、尊厳死、これを法律で認めるということになりました。EUではいくつかの国——スウェーデンとかスイスとか——がすでに安楽死を認めています。それもベースにして新聞に書いてあったのは、これから迎える高齢化社会に対して、やはりこういう考え方を整理するのも必要なんだと、何か恐ろしいことが書いてありました。我々はそういう意味では、少なくとも世界でいちばん最初に超高齢化社会にすでに入った。世界の各国が続いて高齢化社会に入ってくるわけですが、我々がこうすれば乗り切れますよということを実践に取り組まなくちゃいけない。これは急ぐことだと思っております。今こうすればよいという答えは、まだ私にはありません。よろしいでしょうか。

ちょうど、時間になりましたので、このセッションを終わらせていただきたいと思います。どうも、ご清聴ありがとうございました。

日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

1. 医療の質の向上
我々は医療の質の向上に努め、人格教育を高めることによって、全人的医療を目指す。
2. 医療記録の適正管理
我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。
3. 権利擁護とプライバシーの保護
我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。
4. 安全管理の徹底
我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。
5. 地域社会との連携の推進
我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

病院憲章

- 一、病院は、社会機能の一種として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保障することを目的とする。
- 二、病院は、生命の尊重と人権愛護を基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。
- 三、病院は、利用しやすく、且つ、便宜を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。
- 四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。
- 五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることに努めるものとする。

社団法人 日本病院会

銷夏隨筆

執筆者〔掲載・50音順〕

足立 山夫	倉澤 卓也	土井 章弘
阿部 正隆	小池 哲雄	中井 修
新井 弘之	河野 龍之助	中山 健吾
安藤 文英	後藤田 正純	西村 昭男
生野 弘道	小西 裕	久常 節子
池澤 康郎	齊藤 壽一	藤井 博之
石井 孝宜	堺 常雄	藤原 研司
石橋 晃	崎原 宏	藤原 卓夫
伊藤 健一	佐藤 眞杉	細木 秀美
今岡 真義	清水 鴻一郎	松田 朗
岩崎 榮	鈴木 博	松谷 之義
宇沢 弘文	砂川 晶生	松波 己
大井 利夫	関 健	松本 文六
小田 隆晴	関口 令安	宮崎 忠昭
梶原 優	高田 三千尋	宮下 正弘
上村 朝輝	高野 正博	村上 信乃
唐澤 祥人	高橋 正彦	矢崎 義雄
川口 光平	竹内 秀雄	山田 實紘
神原 啓文	武久 洋三	山田 哲司
菊地 誠	千木良 晴ひこ	山本 修三
木村 格	土谷 晋一郎	

編集部註：執筆者の役職はご執筆時のものです。

癌と落語

(三奉会 井上病院 院長・東京都支部監事・東京) 足立 山夫



なにしろ、笑うと言うことは、人間にとって、くすりで、体にいいそうですな、怒るよりはね、は、志ん生の落語「寢床」のまくらにある。笑いがくすりであることは、日常診療を行っている臨床医なら一度や二度と言わず、何回も体験済みのはずである。特に、ユーモアによる笑いは、患者に対する温かい思いやりが込められており、病状を回復させるばかりか、目の前にいる患者を身内にする不思議な力がある。患者のQOLの引き金は、実は笑い、ユーモアにあると言える。私は、もともと落語が好きなので、自分が胃癌で胃の手術を受けた時、入院中、枕元にカセットテープを揃え、毎晩、聴いていた。硬膜外麻酔の効果も重なってか、術後の痛みや苦痛はなく、よく寝ることができたし、翌日からロビーで家族と団欒もできた。今でも、寝るときに落語を聴いているが、そのお蔭か、熟睡もでき、体調はすこぶるよい。

笑いが癌を抑えるNK細胞やキラーT細胞を増やすことは、すでに医学的に証明されているが、それなりに作用したのか、私の癌も、この4月で術後、丸5年、再発なし、転移なしの判定が下り、一つのハードルを越えたかななどの思いでいる。ヒトの体内では、毎日3,000個のがん細胞ができては消え、消えてはできる、を続けていると言われ、発癌メカニズムは、なかなか複雑であると言えそうだ。

つい最近、昔、私の下で働いていた、切れ者の某大学の教授から、論文をいただいた。NK細胞やキラーT細胞の細胞膜上に発現す

るDNAM-1なる癌免疫系受容体分子が、癌細胞上のCD155分子やCD112分子と結合してはじめて、癌細胞が殺傷されることを突き止めたとのことである。笑っていれば癌にならないわけでもないし、怒っている人が癌になるわけでもない。癌を克服すれば、次の癌について免責されるわけでもない。むしろ発癌する率は高いと言われている。NK細胞やキラーT細胞に関するかかる研究成果が、癌の治療、癌に罹りにくい体質改善につながることを期待してやまない。

まあ、昔から笑いはくすりだ、と言われていたので、せめて、患者さんには笑い、ユーモアを提供し、癌の患者さんを明るく元気にしてほしいものである。NK細胞やT細胞は、リウマチ患者さんの痛み改善にも効果ありと言われているし、認知症の患者さんにもなかなかよい効果があることを知った。

笑いを提供するためには、落語、特に、名人の古典落語を聴くとよい。そこには相手を元気にする得も言われぬ力が込められている。

一日に1回、患者さんを笑わせる運動を展開してみてもどうだろうか。

トイレ雑考

(代議員・北上済生会病院 名誉院長・岩手) 阿部 正隆



トイレで物思いに耽る癖が医局生活に明け暮れる頃からあるのを、大学を退職する頃から自覚するようになった。

遣り残した仕事に気づいたり、診断や治療に関するアイデアが、ふと頭に浮かんできたり、時には自己反省させられたりと、10分前後の時間ではあるが、一日のうちで最も貴重な時間帯であった。

日本リウマチ学会のフェローとしてロンドン大学に留学していた頃のトイレタイムは緊張から開放されるひと時であった。イギリス人が Water Closet をよく“REST ROOM”と言う訳がわかるような気がした。ほの暗く、静寂で、時には10分も20分も座り続けることによって、心が休まるのを実感した。

1998年国際手の外科学会のツアーで、上海市の手の外科センターを訪れた際のこと、会場となった会議室のトイレは小用ばかりでなく大の方にも囲いがなく、便意も消退するのではないかと想像された。

1995年国際手の外科学会がヘルシンキで開催された際、帰途にサンクトペテルブルクに立ち寄り、世界的に有名な美術館を見学することとなった。そのトイレは便座が壊れてなくなったままで苦勞させられた。前日にガイドさんから、朝出掛ける前に用便は済ませておくよう注意された訳がわかった。しかし、よく飲み、よく食べた翌日の生理現象にはどうしようもなかった。

今春の新型インフルエンザ騒ぎで、飛行機乗客で感染のおそれのある人の座席の周辺の

乗客も隔離のうえチェックを受けさせる態勢をとられたようだが、感染者が使用したトイレがどれだったかも考慮する必要があったのではなかろうか。トイレのドアに手を掛ける辺りを清潔に保つような対策を講じなければ、座席周囲のみでは解決しないだろう。

新幹線では、トイレを使用した後の手洗いが、手をかざせば石鹸も、水も、乾燥まで済む。ドアも自動で、サッパリした感じで座席まで戻れるのはうれしい。

近年、デパートや飲食店でも手をかざせば、石鹸も、水も、さらに乾燥までできるところが増えてきている。わが病院も一日も速く近代的な「手洗い」になることを期待している。



未曾有の不況の 逆巻く大波の中で

(医療法人泰庸会 新潟脳外科病院 理事長 院長・新潟) 新井 弘之



● 一致団結 ●

現在世界のあらゆる業種が不況のどん底で苦しんでいます。このような時にこそ、私達は足をしっかりと地につけて、更なる信頼を地域の人々から得て、病院が正しい道を歩くように心がけなければなりません。同時に私達は一致団結して、収益が落ち込んだ中で支出を減らすような方策を考える必要があります。それにはまず私達が仕事をしている中で、それぞれが垣根を取り払って、全員が互いに協力して事に当たる必要があります。

● 支出を減らす ●

それぞれが節約に心を掛けて、最小の費用で最大の効果を上げるような事をしないことには、いかに一生懸命やっている病院であったとしても、このような厳しい世の中で生きていくことはできません。それぞれが力をつけて、更なる仕事の量をこなすような力をつけなければなりません。

在庫管理も非常に大事です。いつ何をどこで仕入れて、それがどこにあるかを明確にすることが重要です。不必要な物を買って病院の中に保存しておく必要は全くありません。このように一致団結して、収入が少なくなった中でも支出を減らす、入るを計りて出づるを制するという事、すなわち収入と支出のバランスをよくするということが非常に大切なことです。

● 思いやりの心 ●

このような不況がなぜ来たのか、それはそれぞれが楽をしてお金を儲けようとしたから

に相違ありません。昔から学問に王道は無い、何の道にも王道は無し。王様の通るような立派な道はありません。茨の道ばかりですが、それぞれが強い信念を持って事に当たれば、このような不況も乗り切ることができます。今後またこのような不況は必ず来ます。5年経って来るか、10年経って来るか、しかし必ず来ることに間違いありません。歴史は繰り返すのです。そのようなことを考えると、自分達がきちんとした内部の統制を取って事に臨んで、すなわちセクショナリズムを排除して、それぞれが病院にとってどのような事ができるのかということを考えながら、更に研鑽を積んでゆくことが必要です。しかし、力ばかりあっても、心が無ければ何にもなりません。人の思いやりの心を十分持った上で事に臨むことが必要です。

● 明るい未来にむかって ●

日本の病院の職員は一生懸命働いております。やり方をちょっと変えれば、ばら色の未来が待っています。国民の健康を守るのは私達医療人をおいてほかにありません。国家の繁栄の根幹である国民の健康を守り、国家の繁栄に大きな貢献をしているのです。このような目標にそってそれぞれの職員が努力をして、明るい未来にむかって更なる病院の発展をめざして努力しようではありませんか。

「鶏口となるも牛後となる勿れ」を服膺する

(常任理事・医療法人西福岡病院 理事長・福岡) 安藤 文英



有限資源を効率よく消費すると謳う選択と集中なる麗句が我が業界にも浸透しつつあり、その一つの現れと思うが病院のM & Aが盛んだ。私の周辺事例をみればこれまでのところ吸収や合併される方には後継者問題や経営難といった切羽詰った要因が認められる。経営的に順調と思われるところにはまだ及んでいないようだ。しかし私が法人運営に関わり始めた頃、全国の病院は15～20ほどに整理されるいずれかの系列下に納まらざるを得なくなるだろうと聞いた。それが正しい方向性であるのならいったいどこと結びつけばよいのか、などと思いを巡らせたものだ。確かに開設者や経営指導者はごく少数ですむし設備投資、物品購入などの点でも節約効果があり、寡占提供体制は利用者に施設特性を判りやすくする効果もあろう。現在医療法人にあっては責任者である理事長要件として医師であることが存置されているが、巨大化した組織の経営には医師は勿体ないか不向きであり、管理専任者には訓練された専門職こそが適任であるとする向きもある。金を出すが現場には口は出さない篤志家オーナーなら話は別だが、医師は傘下の病院ごとに配置された現場管理者としての立場がせいぜいの存在になる。決して経営責任者、代表者たり得ない。

ところで、わが同胞は体制や法体系そして時代がどうあれ、常に最善を尽くそうとする民族であると信じる。特に医師を志す学徒の胸裏には理想がありその実現に向かい困難を乗り越える努力を惜しまない性向とともに旺

盛な独立心があり、開業をそのゴールに思い描いていると思われる。私自身は間違いなくそうであった。勤務医師からの開業では言われるように「立ち去り型サボタージュ」もあるだろうが、多くは企図実現に雄雄しく踏み出したものと理解する。つまり開業とは、医師の^{あすなろ}翌檜精神を完遂すべき最後のサンクチュアリと見做すのだ。収入の多寡だけが問題ではないはずだ。そうであるならば、高い志や能力ある勤務医師が真の経営者として留まっておられるよう「中小病院」が在ってもいいのではないか。有為医師の活躍の場であり創意工夫や理想実現が主体的に自己責任で発揮できる一定数の独立系民間病院が必要と思う。これはちょうど製造業界に存在する多くの有能な中小企業の存在と equivalent である。金融業界をはじめ鉄鋼、自動車などの製造大企業、医薬品の卸問屋などで大規模集団への再編が行政主導でおこなわれつつあるなか、時代の流れに逆行するようでもあるが、昨今の大企業の意外に脆弱なる結末を見るにつけ、その思いを強くする。もちろん病院の総数は過剰であり、ある程度までの整理はやむをえまい。また事業継続の様式に親子承継とは別箇の仕組みを準備しておく必要もある。当然のことだが、国民皆保険制度の理念を踏まえた清廉な経営が約束されなければならない。

以上なお漠とした不安を覚えつつも、私の器量に合致し社会的存在価値があると信じるささやかな法人を経営する一医師の矜持に依拠する私心なきところを述べた。

発熱外来

(代議員・守口生野記念病院 理事長・大阪) 生野 弘道



新型豚インフルエンザは、パンデミックが確認されてフェーズ6に引き上げられ、「2009インフルエンザ」と命名された。わが国では山を越えたとされるが、ここで安心するよりも、危機意識があるうちに今回の対処について十分に検証し、できるだけ多くの教訓を得なければならぬ。

今回の流行は、以前から強毒型の鳥インフルエンザウイルスを想定して国民への情報提供がある程度行われており、タミフルなどが備蓄されていたため、恐慌状態は避けることができたといえよう。騒ぎすぎたという批判もあるが、このような時は防備の過少よりも過剰のほうがベターであり、万一を想定して行動せざるを得ない。ただ、欧米では水際作戦が重要視されていないなど、国による差異をどうするかは今後の大きな課題である。パンデミックが一瞬にして起こりうる今日なのに、各国がバラバラの対処をしているようでは更なる世界流行は避けられない。今後は、国の枠を超えて迅速に起動する治療チームを充実させ、国際的に使える危機対策費用を備えるなど、強力な方策が必要であろう。

さて、大阪府守口市で我々がどう動いたかといえば、まずメキシコで新型インフルが発生したとの情報を受けて、守口保健所は4月28日に「健康危機管理関係機関会議」を開催し、行政、教育委員会、消防、警察、医師会さらに管内の病院の担当責任者を集めた。その場で国や府の最新情報を提供し、対応についての基本方針を確認した。5月16日には、渡航歴のない人に新型インフルエンザウイルスが検出されたという

ことで、地域での緊張感が増し、保健所の「発熱相談センター」には新型インフルが不安だという人が駆けつけるようになった。そこで2回目の会議が緊急に開催され、「感染症指定医療機関」だけでは対応しきれないということで、市内の大学附属病院と筆者の病院（一般病院、199床）に「発熱外来」の要請があった。当院は5月21日に敷地内にテントを張って発熱外来をスタートし、「疑いは少ないが一般患者とは別に診察する必要がある」という人が1日数名～10名程度で紹介されてくるようになった。5月下旬になると感染の勢いが急速に低下したが、ウイルス再燃、変異による感染力の強化、強毒化など否定できず、「ワクチン生成まで終結宣言はない」との方針が伝えられた。

保健所から発熱外来の設置を要請され、患者を紹介されたことに対して、病院職員は疲れを感じるよりも、むしろ使命感をもって積極的に対応することができた。とくに保健所の強いリーダーシップによって地域が一つにまとまったことが、病院職員の意気を高める結果につながったと思われる。しかし強毒性の鳥インフルや直下型の大地震が襲来すれば、今回のような騒ぎでは済まない。地域で発生した危機は、地域特有の事情を踏まえて、地域で解決していかねばならない。したがって、常時から、エマージェンシーに対応できる連携チームに参加し、実地訓練を行うなどして意識を高め、地域の安心安全につなぐことが大切であると痛感した次第であった。病院職員が中核的な役割を果たせるよう、今後も継続して意識や機動性の向上を図っていきたいと考えている。



Placebo は偽薬か

(副会長・中野総合病院 理事長・東京) 池澤 康郎



普通私たちは Placebo (以下 P と云う) を偽薬と訳して使っている。これはその薬自体が有効なのではなく、苛立つ心情からその薬に期待し、一時的な・その場だけの安心を得て鎮静されることがあるからである。しかしこれの和訳として「偽薬」と記すのは誤っている。診療録に「偽薬を投与」などと書かれていれば、患者や家族は「偽りの薬を服まされた」などと不満・不快に思うことだろう。

羅語 P (プラケーボ) は動詞 Placeo (プラケオー, 気に入る) の直接法・能動態・未来形である。この動詞は非人称動詞で、もともと主語を必要としない。会話で please は if you please が (お気に召すなら→どうぞ) と縮まったものであるが、この you は主語ではない。please は vt が元来の意味で、if it pleases you (若しそれが貴方を喜ばすなら) が簡略化して if you please となった。これは仏語で s'il vous plait (それが貴方に気に入られるなら) で、il が主格であり vous が与格、plait は 3 人称単数与格であることがわかる。このような動詞は非人称の主語を加えて、It rains, Es donnert などとなる。羅語では P だけで「(私は) あなたのお気に召すでしょう」となる。

P が記される最古の書は、旧約聖書の 70 人翻訳本である。BC. 3 世紀の中頃から BC. 1 世紀にかけて 72 人のユダヤ人が翻訳したからこう云われるという。ギリシャ語訳だった。その後これがラテン語に翻訳されて、中世にかけて広くキリスト教徒に愛読されたが、

この内の詩篇 114-9 に “Placebo domino in regione vivorum” (私はこの世に生きて主を喜ばせるだろう) と、P 本来の意味で使っている。

(Wikipedia はこの件りが『Vulgata 聖書』にあると言うが、これは誤りで『Septuaginta 聖書』に見る。) この 1 句が有名なのは中世の僧侶たちが葬送の唄としてこの句を繰返して歌い、遺族らにヤハウエへの貢物を要求したからである。(チョーサー『カンタベリー物語』)

Wikipedia によれば、17 世紀までには、医師が薬効のない薬を P として投薬する様になり、1785 年には Motherby の『新医学辞典』の第 2 版に、P は「ありふれた治療法または薬」とある。ここで P は薬効も害もない気休め薬となったが、1801 年刊の『フーパー医学辞典』には、「患者に恩恵を与えるよりは、患者を満足させるために使われる薬の総称」とされて、私たちの規定にかなり近い。二重盲検比較試験では効用を調べる薬の対照となる効果のない薬を P (偽薬) と云う。現代の医師はこれに影響を受けたようである。また 2009 年 6 月の『NEJM』には、P は客観的な成績については何ら重要な効果を及ぼさないが、持続して使えば自覚的な鎮静効果は多少ある場合もあるようだとの文献的考察がある。

漢方医学は近代西洋医学と異なる理論と技術の体系を持っており、四診は診断過程ではなく、証、つまり漢方薬処方決定に直結している。P 療法の理屈を受入れる余裕はない。しかし明治以降の西欧医学を受容した時、同時に P も入ってきた。例えば明治 13 年

8月に出版された『内科治法錦囊』（片山芳林纂訳）は「欧州大家ノ學說ニ就キ各病治則上處置及ヒ藥法ノ蒐集」しているが、治療法として原因療法、対症療法、原病療法、併発症法などの外、姑息療法がある。中国古典の1つ『礼記』の檀弓上に「君子の人を愛するや徳を以てし、細人の人を愛するや姑息を以てす」とある。（姑息とは一時凌ぎの間に合わせ、思いきったことをしないで、そのまま、の意で、老女が現状のままを尊び、保守的で

あることから言う。）この姑息療法の際に、強壯剤などと共に姑息剤を投与する（白糖、乳糖など）。そして『袖珍醫學辭意』（明治19年12月刊）に、Placebo：姑息藥，とある。懼語辭典には偽藥の他に擬藥という訳もあったが、どれも胡散臭い。色々探したら、『醫家の独逸語』（大正7年刊）という簡便な辞書にPを嬉藥，喜藥と訳していた。これがPの原意に最も近く，妥当な翻訳ではなかろうか。



世情の話 (輸出依存度, 雇用崩壊, そして辛い夏の到来)

(監事・公認会計士) 石井 孝宜



平成20年秋, 再び不況が到来した。1990年, 同じく秋に発生した我が国のバブル経済崩壊よりもはるかに大きな世界規模の金融・経済危機による大不況である。震源地はアメリカという世界で一番の大国, 透明性や説明責任, 標準化やグローバリズムの権化, その国の企業が世界で最も適切にガバナンスを確立し, コンプライアンスを機能させていると言われてきた, そして本人たちも言ってきた国である。

金融や経済が崩壊した原因の中心にあったのはサブプライム・ローンというお化けのような幻で, 崩落したものはアメリカ金融資本主義によって創られた投資銀行やアメリカの力の象徴のような巨大企業 GM などである。

我が国は, バブルの崩壊により失われた10年という厳しい時代を過ごし, 金融機関は不良債権をとことん解消, このため最初リーマ

ン・ショックにより始まった世界金融危機の影響は他の国よりもずっと少ないと言われた。しかしながら, 気がつくとも我が国の実体経済不況は思ったよりも傷が深く, 肉を通り越して骨に至る状況となっている。その理由は, アメリカにおける幻としか言いようのない好景気への対応や BRICs とされる新興大国に対する輸出の急拡大に我らが日本企業が総出で対応し, 国内総生産に対する貿易依存度を過去最高レベルにまで引き上げ繁栄を謳歌した後, 世界不況が始まると一転して生産縮小・在庫調整に走り, 非正規就業者層を中心として1年間に70万人近い失業者を生じさせたからであると思えてしかたがない。

バブル崩壊後の雇用システムの大変更, すなわち非正規就業者層の拡大 (バブル崩壊から18年間で非正規雇用者は880万人から1,700万人に約900万人増加) は, いつでも解雇可能な労働者を大量生産したことになり, 人件費は固定費ではなく変動費化されたのである。雇用のセーフティネットは有名無実。本年4月の失業率は5%となり一説では年内に6%に達すると言われている。既に我が国には約350万人の失業者がおり, 1%の失業率は, すなわち65万人の新たな失業者の誕生を意味する。

1989年のベルリンの壁崩壊以降, 世界は「構造デフレ」の時代に入り, 直後のバブル崩壊によって「円安バブル」という副産物も発生し, 我が国は内需拡大の必要性を国民全体が認識しながら, 結果としては輸出依存型

【完全失業率 (男女計) 推移】

	完全失業率 (男女計)
昭和43年 (1968年) 11月	1.0%
昭和44年 (1969年) 11月	1.0%
昭和45年 (1970年) 3月	1.0%
昭和50年 (1975年) までは, 失業率は2%未満 ↓ 平成6年 (1994年) までは, 失業率は3%未満	
平成14年 (2002年) 8月	5.5%
平成15年 (2003年) 4月	5.5%
平成20年 (2008年) 3月	3.8%
平成21年 (2009年) 4月	5.0%

經濟をますます肥大化させることとなった。そして今、この20年間、すなわちバブル崩壊後の時代を振り返ると、市場競争原理主義的改革は残念ながら国民にとって最も大切な自由競争下の弱者救済システム、セーフティネットを構築しなかったのだと評価せざるを得ない。

社会保障制度の中に位置する医療や介護も社会的セーフティネットの1つであるが、医療崩壊、介護難民という最近の流行言葉を考えると雇用・医療・介護、大切なものはみんな壊れてしまった感がある。

四半世紀、病院経営を見てきた会計士の独り言——「平成20年度の病院経営結果は過去最悪間違いなし、そして平成21年度はさらに

〔貿易依存度〕

	輸出依存度
昭和40年(1965年)	9.5%
昭和50年(1975年)	11.1%
平成15年(2003年)	11.1%
平成16年(2004年)	12.3%
平成17年(2005年)	13.1%
平成18年(2006年)	14.9%
平成19年(2007年)	16.0%

悪化の可能性あり」。

今年、350万人の失業者は「辛い夏」をむかえる。そして、病院経営者も。



漢方をあなたも診療に

(代議員・救世軍ブース記念病院 名誉院長・東京) 石橋 晃



最近、漢方薬を服用したいという患者の声をよく聞く。私が診療に漢方を取り入れる機会も患者の声からかもしれない。ともかく、医師よりも患者の中に漢方の処方をもっと望んでいるものが多いのは事実である。

特に精神的な症状の強い患者は、西洋医学的外来では嫌われる傾向がある。話がくどく、あまり西洋薬が有効でないなどがその理由である。「あなたは異常がない」と説明するか、せいぜい精神安定剤程度を出す程度であり、患者にますます不信感を抱かせるのみである。しかし漢方を知っていれば、その手段を用いて、この患者を適切に扱うことが多い。

ここで漢方的診断法についてお示しする。まず望診である。患者の様子を眺めることから始まる。かつて内科診断学でも習ったことがあるが、患者の歩きかたをみることから診断学が始まると教えられた。この望診には、特に中国で重要視していると思われる舌診も含まれる。最も特徴的といえるのが、舌の裏の血管が怒張している瘀血（血の滞り）である。この瘀血には、これに適合する駆瘀血剤が用いられる。次は問診である。これは、西洋医学と同じ内容である。しかし漢方では、病気の起こりや経過を詳しく聞くことが多い。次は聞診である。話し声、息の調子、口臭などがこれに含まれる。次は特に日本漢方が重視する切診である。西洋医学的には触診に相当する。2種類ある。つまり脈診と腹診である。脈診は患者の両腕を触れて診断するが、私の専門の泌尿器科の診察に漢方式の脈診や

腹診を行うと、極めて丁寧に診察していると患者側に思われることが多い。私は脈の緊張度やリズムを詳しく調べ、患者の体質を診ることにしている。

腹診は、全くの自己流で恐縮だが、あえてコツを言えば患者を仰向けに寝かせ、下肢を進展させ、腹圧を出来るだけ排除させて診察する。その上で静かにそっと、力をいれずに腹面を触ると所見がよく分かる。前立腺肥大症の人は、多くは小腹不仁（下腹部正中線上にやや軟弱な部分を触れる）がある。その他代表的な腹診所見を示すと、胸脇苦満（悸肋部に重圧感があり、同部に抵抗があるもの。柴胡剤の投与目標となる）、小腹拘急（腹直筋が恥骨付着部付近で緊張している状態）などがある。

漢方の診察方法とくに腹診、脈診を会得すれば、これによっていくつかの漢方製剤が選択できる。患者によっては、よく診ていただき、その結果漢方製剤が選ばれたので、是非これを飲んでみたいという願望を抱くようになる。西洋医学で治療に困難を来した時、新しい治療の方向を与えてくれるのが漢方と思っている。

～に詳しい人

(代議員・蒲郡市民病院 院長・愛知) 伊藤 健一



ニュースに登場する「解説員」、あるいは「～に詳しい人、何某」はどんな人達であろうか。世事に疎い小生としては、関心のない事柄の報道に際して、「～に詳しい人」の説明、コメントを信用している。一方、医療報道において「～に詳しい人」が適切でない人選であることに不満がある。報道制作者の近くにいる人間からコメントを取るという安易な道を選んでいるのではないか。穿った見方をすれば自分達の欲しいコメントを出せる人間を選んでいるのだらう。日本人は明らかに権威に弱く、解説員の言葉はアナウンサーよりも間違いがないと捉えている。解説員は元アナウンサーが多い。彼らがあらゆる分野に亘ってコメントを出せるだけ、事象を自家業籠中のものにはできない。彼らは難しい言葉あるいは、理解できない論理に対しての道案内であり、徒に自己の意見を述べる必要はなく、結論はいらない。医療分野に、彼らがばら撒く害は筆舌に尽くし難いものがある。是非、医療界から間違いのない人を推薦し、間違いのないコメントを出せるようにして欲しい。報道は国民に事実を告げることである。解りにくいニュースは、伝達するアナウンサーと報道プロデュースの力量不足であらう。こういった報道姿勢が続く限り、テレビ離れ、あるいは新聞離れがすすみ、ニュースに興味を示さない国民を作ることになるのではないか。

「有識者」なる者もこれといった定義もなく、政府始め地方行政の中で位置づけられている。これも権威に弱い体質を逆手にとった

行政の隠れ蓑である。「コメンテーター」はお笑い番組に近い報道番組で言いたい放題、自分の立ち位置の確認もないままに番組に媚を売っている芸人もどきが多いように思う。インターネット上を行き交う情報は玉石混淆であるが、危うい情報の訂正はすばやく、結構核心をついている。しかしながら、数の暴力により、炎上したブログも少なくなき、韓国では有名俳優の自殺者まで出ている。

問題は、情報発信がこれだけ自由になり、双方向性が確保されるとラジオ、テレビはおろか新聞雑誌さえもその存在意義が低下してしまう。情報の新鮮さ、占有性、確実性、正確性の反面、個人保護、誹謗中傷、デマログ、単なる間違いに対する中立性と即時性を考え直さなければ国民は情報に対する信頼性を失い、信用のない世界になってしまう。

子供に嘘をいってはいけないという躰は、今は絵空事である。うまい嘘をつける人間が偉大であり、良い企業であらうか。どう考えても牽強付会、あるいは詭弁にしか過ぎない国会答弁を聞いていると実は政治家の質こそ最大の問題だ。

翻って、医師はどうだろうか。患者、家族に真実の伝え方が悪いと罵られ、伝えなければ隠しているのではないかと疑われ、常に良好な結果を保証されるように強要されている。昔は 医師は正しい嘘のつける人種であったのであろうが、絶滅危惧種になって久しい。

急速に高度化する 医療提供に思う

(代議員(医療制度委員会 副委員長)・NTT 西日本大阪病院 院長・大阪) 今岡 真義



医学は急速に進歩しレベルが高くなる。必然的に、高度化した医療の提供が医師に要求されます。医師が負う責務は従来型のものとは大きく変化してきたように思えます。

オバマ大統領が“変化”を強調され、“我々は出来る！”と言われています。大きく進歩した医学のもとで如何に医療が高度化しても、医療機関はその高度化した医療を提供する責務があります。しかし、個々の医師が、^{かよう}斯様に高度化した医療の専門性、総合性の両面を、同時に責任を持って提供することは至難の業と思えます。看護師、薬剤師も高学歴化し、研修の機会も増え、それぞれのレベルも高くなってきています。Co-medicalの医療従事者にも、更なる役割を果たしていただき、それぞれが持つスキルを集約させるなどの工夫を凝らし、従来型の医療から変化していかなくては未来の医療は期待できないのではないかと思います。

我々医師は医療従事者の先達として、至急に医療提供の体制改善・整備に努めなければならない責務を負っているでしょう。同時に、患者さんにも医学・医療の現況を理解していただくために、医療者から積極的に情報を発信させなくてはなりません。医療のサービス提供はお店における品物提供とは本質的に異なり極めて不確実性の多いもので、その“不確実性”を知っていただかなくてはなりません。昨今の医療の現場は、“医者－患者様”の様で行われてきましたが、本来、“お医者さん－患者さん”の様で充分なるインフォームド・コンセントの下に、納得が得られた医療が行われなければならないと思います。

ジャック・アタリ氏 (1943年11月1日アルジ

ェ生まれのフランス経済学者、38歳でフランソア・ミッテラン大統領の補佐官を勤めた。サブプライムローンの破綻、リーマンブラザーズの破綻という経済危機到来を予言した)がNHKでのインタビューで注目を浴び、著書『21世紀の歴史』がベストセラーという売れ行きです。

5つの波——第1の波：アメリカ支配の崩壊－大英帝国の崩壊やローマ帝国の消滅とは異なる。この現象は既に始まっている。アメリカは他国のことなどかまっておれず、内向き、保護主義をとるようになる。ただ、アメリカにとってかわる国の出現はないらしい。第2の波：この現象もすでに始まっている。多極化秩序といい、15～20カ国が世界をリードしていくが、協調体制をとってもグローバル市場への動きに打ち勝てないらしい。第3の波：グローバルなルールと統治 (2040年頃)、第4の波：超紛争、第5の波：超民主主義－超紛争に変わるものとして利他主義——を唱えられましたが、日本は政治力も弱く世界のリーダー国になりうる機会はないそうです。人間を運ぶ人工衛星打ち上げも中国、印度に遅れて2020年頃らしいが、小企業の開発で打ち上げたマイド1号は既に地球を回っていますし、1年で3人もの学者がノーベル賞を受賞するなど、日本人個人の能力は極めて優れたものがあることを認識すべきです。おそらく、日本国はアメリカからは見放される運命にあるのかもしれませんが、行政に大きく頼る姿勢から、医師を含め医療従事者が従来型から脱皮した独自性のある発想にて、行政機関と共に医師・Co-medicalの協調体制を構築し、高度に進歩した医療を効率よく患者さんに提供したいものです。

専門医指向が招いた今日の 病院における診療科医師の偏在

(参与・卒後臨床研修評価機構 専務理事) 岩崎 榮



常に医師不足といわれる地域で臨床医師をしてきたものにとって、今日ようやく国を挙げて医師不足を問題としているのはある意味歓迎されることです。だからといって急速に改善できる方策が見当たらないのがこの種の解決の難しさなのです。お金のバラマキでいかにも直ぐにでも解消されるがごとき、また医学部の定員を増せばそれで済むとか、いかにも安易な政策が実行に移されています。その極め付けが新医師臨床研修制度の見直しであったと言わざるを得ないのです。見直しの3つのポイントである研修プログラムの弾力化、基幹型研修病院の導入と指定基準の強化、都道府県別募集定員上限の設定のどれ一つを取ってみても、良い方向への見直しとは思えないようです。それどころか、将来の地域医療を担う医師の養成が危ぶまれるのではないかと。そもそも医師不足解消の具に臨床研修制度が利用されたこと自体が間違っていたのです。研修の質の向上どころか質の低下になるのではと危惧されます。今後ますます専門医指向が高まる懸念と診療科の偏在が助長されることが予測されます。

医師の養成が一朝一夕でできるはずがないことくらい誰もが知っているはずですが。一方で、卒前教育の見直しも重い腰を上げて大学がようやく始めたようにも思えます。しかし全国的にはその動きは決して速いとはいえないようです。また専門医養成見直し論も活発さを増したようでもあります。だが各専門学会でのエゴ的論議が多く聞かれて一向に良い方向性が打ち出されそうにも見えないのも確かです。

「専門医は放っておいても育つ」といったのは医学教育学会の重鎮であったいまは亡き中川米造氏です。この言葉は裏を返せば、家庭医やプライマリケア医師、そして今いう総合医はきちっとした養成制度をつくらねば育たないということなのです。家庭医論議は一時期「家庭医に関する懇談会」が行われていた頃に高まりが見られたものの、当時は実現しなかったばかりか、「家庭医」という言葉さえタブーとなった経緯があるのです。

世界の先進国では医師の養成において30～40%は家庭医ないし総合医が必要だとしてその養成課程が設けられています。

ここで専門医の養成を決して否定するものではありません。むしろ専門医こそは地域的、人口割りの考えを入れた計画的養成が必要なことを強調したいのです。

しかも現在は一人の医師がいくつものサブスペシャリティを持てること自体問題なのです。

「病気を診るでなく病人を診よ」とは多くの先達が言ってきた言葉です。今更ながらこの言葉を真剣に省察すべきときが来たのではないのでしょうか。

家庭医であれ総合医であれ国民の理解が必要です。今では国民もまた専門医指向に陥ってしまっているのですから。そのように仕向けたのも実はわれわれ医師の責任だと大いに反省しなければならないのです。

武見太郎とケネス・アロー

(参与・東京大学名誉教授) 宇沢 弘文



日本に帰ってきて間もなくのこと、日経新聞の円城寺次郎さんがアレンジされて、武見太郎先生とご一緒する機会があった。その席で、武見先生がケネス・アローを高く評価されていて、アローの書いたものはほとんどすべて読んでおられることを知って感銘を受けた。アローの仕事は医の心を深く理解して、それを経済学の器に盛るという表現を使われた。私がアローの一番弟子と言われていることを円城寺さんをご存じで、その席を設けられたのだと思う。円城寺さんはそういう心配りの細やかな方だった。それから何回か武見先生とご一緒する機会をもったが、その度に武見先生が医療に係わる経済学者の仕事をじつに深く、また広くご存じであることに驚嘆した。

ある年、武見先生が世界医師会長になられ、その学会が東京で開催されることになった。武見先生は、アローをメインスピーカーとして呼びたいと言われ、私にそのプログラム委員長になってほしいという打診があった。ところが、武見先生がそれまで信頼していた医療経済学者から「どこの馬の骨か分からない宇沢は起用しない方がいい」という意見が出されて、武見先生から、済まないが、その案は取り消したいと言われた。武見先生が、信頼して一緒に仕事をしてきた人の意見を尊重されることには共感するところが大きかった。

アローはこれまで一番若くしてノーベル経済学賞を受賞した人である。大きな鋭い目をして、厳しい峻厳な顔で、その言葉はそのま

ま見事な文章になるような格調の高い話し方である。しかし、心の優しい、思いやり深い人である。私がこれまで何回も人生の危機に立ったときに、アローがいつも救いの手を差しのべてくれた。

あるとき、どこだったかは忘れたが、学会で一緒になった。会場の近くを二人で散歩しているとき、アローが言った。

「お前は日本という平和で、同質的な社会で生まれて、のんびり育ったから分からないと思うが、私は大恐慌のあとの厳しい時代に、ニューヨークのブルックリンでユダヤ人の子どもとして育った。一人で歩くと危ないので、いつも仲間と一緒にだった。」

「私は若くしてシカゴ大学の助教授になった。教授会ではずば抜けて年が若かったが、この顔でじっと睨むと、年輩の教授たちもしゅんとしたものだ。」

武見先生はスタイルは違うが、アローを彷彿とさせるような生きざまと風貌をもっておられた。武見先生が、医療経済学を専門としない十人ほどの学者を集めて、毎年一月に三日間ほど帝国ホテルに泊まり込んで、医について語り合うという企画を立てられたことがあった。武見先生が真ん中にでんと座って司会されるわけであるが、なんとも言えない威圧感があった。あるとき「名医の条件は」という設問を出された。私が最初に答えて言った。「名医の条件は、そのお医者さんにかかって死ぬなら本望だと思うときだ。」武見先生はわが意を得たりという面持ちだった。

医師不足と医局制度

(副会長・上都賀総合病院 名誉院長・栃木) 大井 利夫



昭和40年6月、大学院を卒業して一息ついているときに、教授から現在の病院への出張を命ぜられた。2、3カ月の短期間で、すでに後任も決定している所謂つなぎ出張である。その後様々な事情があって、現在まで44年間も居座ることになったけれど、数年間はそのまま臨時職員として勤務した。赴任当時は、上都賀病院がどんな病院なのか、何処にあるかもよく知らなかった。教授の命令はほぼ絶

対であったのと、当時の整形外科医長 G 先生を尊敬していたこと、さらに結婚を控えて経済的に余裕を得たかったことなどが重なって、病院の内容も知らずに、一緒に勤務することになった後輩の O 君と共に、生まれて初めて鹿沼の地に降り立った。上都賀病院に勤務し暫くしてハッと気がついたことがある。以前、新聞に大きく取り上げられた「外科医師引上げ事件」のことを思い出したのである。

昭和38年5月28日、それまで派遣を続けていた千葉大学第二外科と上都賀病院のあいだに人事上のトラブルが発生し、一夜にして外科医師5名の総引き揚げという事態となった。新聞にも大きくとりあげられたので、記憶されている方も居られるかも知れない。当時、母校の第二外科のことは何となく理解していたが、この事件には、残された患者さんたちや病院関係者のことを思って複雑な気持ちになったことを記憶している。と同時に、教授の権力の大きさを思い知らされた。当時の教授は、有名な中山恒明先生である。

その後、直接関わった当事者や当時を知る関係者に話を聞く機会があり、総引き揚げに踏み切った大学医局の状況やそのことを飲まざるを得なかった病院管理者の立場をある程度は理解することができたが、今回はそのことが本題ではない。触れず



に置くことをお許しいただきたい。

上都賀総合病院に赴任後、生来の不精癖も加わって、そのまま病院に居続け、院長としても約15年間勤務。その間、関連大学の教授や医局との関係に多くの労力を費やした。医局との関係は常に最大の関心事であり、良好な関係を保ち続けることは、弱小な地方病院の院長としての重要な任務であった。医師の派遣が途絶えそうになり、眠れぬ夜を過ごしたことも一度や二度ではない。学会出張先のホテルで入浴中、若手医師の派遣を決意し連絡していただいた教授の電話に、全身ずぶぬれ、真っ裸で電話を握り締め、何度も頭を下げたこともあった。

近年、地域医療を担っている病院の医師不足が深刻になり、そのため多くの病院が崩壊の危機に瀕している。こうした病院勤務医不足が、新臨床研修制度の実施と結びつけて論じられ、それまでの大学医局による医師派遣制度復活を望む声が起こり、堂々と論じられるようになった。しかし実際は、新臨床研修制度実施以前から勤務医師の不足は深刻であり、医局制度の復活が問題の根本的解決には繋がるとは思えない。確かに、以前の医局制度のすべてが非難されるべきとは限らないし、教授を中心として宥和的にまとまり、大きな力を発揮している医局も少なくなかった。だからといって、派遣を依頼する側と派遣をする側の力の不均衡は、すべての場面で健全性が担保されるわけではない。まして、そこでは派遣される若手医師の意見は無視されやす

く、実地に即した基礎的臨床研修を、系統的に十分履修することなしには、将来の倫理性が高く、実技に秀でた臨床医の姿も描きにくい。

その意味で、臨床研修制度を考えてみると、原点に戻って、新臨床研修制度が施行される前に望ましい医師の育成を求めて充実をはかってきた頃の状態、すなわち、現行の単独型、管理型、協力型などの区分ではなく、以前の厳しい認定基準を充たした臨床研修指定病院を中心とした臨床研修制度こそが、旧弊的な大学医局制度に取って代わり、地域の勤務医を充足させ、新しい地域医療構築に資するようになると思えてならない。そこで認定された臨床研修指定病院は、優れた臨床医を育成するとともに、各地域における中心的医療を担い教育的役割も有しているために、その病院を経済的に支援し充実させ、近隣の病院や診療所に対する支援を義務付ければ、地域の医療を十分支えるようになると考えられる。今でも、そう思えてならない。少なくとも、医局ないし教授の意向で、突然医師総引き揚げなどという事態は防ぐことができるようになるのではないだろうか。

アラカン世代から見た 少子高齢化

(代議員・山形県立中央病院 院長・山形) 小田 隆晴



私は団塊の世代、いま流行のアラカン（around 還暦）世代で、新潟の片田舎に生を受け、産婦人科医として猪突猛進してきた。アラカン世代の同級生は今の倍以上の260万人余おり、社会科の授業では『日本の人口密度は高く、食料の自給率は低い。このまま人口が増えれば、日本は潰れる』と教えられた。昨今の特殊合計出生率（女性の産む子供の数）は1.3前後になっており、この出生率では日本の100年後の人口は現在の半分まで減少すると予測されている。しかし地球環境、食糧自給、資源確保の問題から考えれば、これ位が妥当な人口であり、少子化現象は我々に飽食・浪費・大量消費癖を反省させ、豊かさの価値を問い質しているのではあるまいか。しかし少子化は将来的には労働力の不足を来たし、医療制度、年金制度などが破綻することが危惧されている。その原因は適齢期の女性の減少、婚姻率の低下、晩婚化などが考えられる。現在、結婚に対する価値観が変わり、メリットとデメリットを天秤にかけて、個人の自由と考える風潮にある。少子化の歯止め対策に一番必要なのは若者の婚姻率を上げることである。このためにはアラカン世代が『結婚や子供が与えてくれる幸せは素晴らしい。家庭は精神的な安らぎや社会的信用を得るのに欠くべからざるものである。そして自分のゲノムを後世に残す事は誇らしいことである』というポジティブな法螺吹きをしなければならぬ。動物の世界では、オスはメスをものにするために、精子いや生死を賭けて

闘い、勝てば勝ち犬となる。嬉しい事に、世の中婚活ブームである。当県の吉村新知事の Manifesto の一つに結婚しやすい環境作りの推進があり、本年度は、婚活を支援するネットワークの構築と婚活コーディネーターの配置を打ち出したことは素晴らしい事である。

最近では、経済不況のために、若者の派遣社員、フリーターなどが増えて社会問題となっている。彼らは自分一人食べて生きていくのに窮しており、結婚して子供を設けるなんていう余裕はない。現在、アラカン世代が、次々と退職となっている。あと数年で経済機構はコンパクトに整理され、若者の雇用機会も増えると信じている。アラカン世代は、そろそろ一線から身を引きましょう。そして農林業、ボランティア活動や地域の行事にどんどん参画して生き甲斐と夢を持った介護の不要な年寄りになろうではありませんか。老化防止には、臆いや土いじりをする事、息子・嫁に財布を渡さないこと、お洒落をし、女性は口紅・化粧をすること、森林浴をすることが有効である。

日本全体が少子高齢化すると、日本が破滅するような発想が主流となっている。今必要なことは、人口増とバブルでおかしくなった経済機構の整理であり、アラカン世代がそろそろ後輩にバトンタッチし、元気な年寄りを目指す事だと考えている。

地域医療は 地域住民とともに守る

(常任理事(広報宣伝部長)・医療法人弘仁会 板倉病院 理事長・千葉) 梶原 優



残暑お見舞い申し上げます。地球温暖化で、北海道に梅雨が出現し、東京から以西は亜熱帯のようなスコールが降り、北海道のコシヒカリが良質とのこと、逆手にとって食料自給率80%も夢ではないかと期待されます。

私たち地域医療の現場は、公私を問わず、病院の存立基盤がゆらぎ、人材難（医師、看護師不足）、資金難（現金収支のマイナス計上）の中で、医療の質向上への地域住民の過度の期待が一方にあり、ひたすら労災事故を心配しながら耐えているのが現状であります。国は、財政的側面からの効率性を追求し、病床削減と病院の集中化により、人材を集中させれば過重労働はさげられ、質も向上すると考えているようですが、この政策が実は地域をますます崩壊させていることに気付いていないのであります。近くに通院する病院もなく、子供を通学させる学校（少子化で廃校）もないところに、若い家族が住居をかまえ、生活を営むでありますでしょうか？ 結果として、人口の80%は都市部に住み、20%が山間部に住み、急速に高齢化し、80%の国土の荒廃を招いております。

昨年のリーマンブラザーズ破綻にはじまる100年に1度の不景気の中で、今後ますます社会保障資源は苦しくなることと考えられますが、医療・介護・福祉の分野は公共事業より経済波及効果が大きいことを知り、この分野に集中的に投資することが重要であります。日本の次世代の産業政策の戦略とあいまって、真の内需型、外需型のバランスのとれた国家

になると考えております。

医療の実情は、地域ごとに千差万別であります。私どもの今日の反省は、今日まで国・自治体と医師会、病院団体などのサプライサイドの考えが強かったように思われます。これまでも地域の人々から沢山の意見を聴取して、計画を練ったと思われませんが、その中の過程で真に地域住民（医療・介護の消費者）が参加していたでしょうか？ 銚子市立病院の突然の廃院はまさに、この典型であります。地域住民が、病院医師の過度の労働状況や医師不足、市職員の高給や赤字体質を知って参加していたら、病院医療に対する過度の期待も要求せず、病院内にボランティア参加して、自ら崩壊を守ったと思われれます。これからは、地域の人々に積極的に地域医療の現場に参加してもらって、一緒に地域医療を守らねば、真の社会保障資源の効率化は達成されず将来はないように感じている今日であります。



変わらぬ風景

(代議員・済生会新潟第二病院 院長・新潟) 上村 朝輝



一般病院に勤務すると国際学会であれ観光旅行であれ、長期に海外に出かけることが難しいことは多くの方が感じているところと思う。私自身も現在の病院に勤務してからは、赴任当初にカイロの国際学会に出席した1回だけであった。そのようなわけで何とはなしに海外を遠く感じながら十数年が経過していた。昨年の9月に3日間とれる夏期休暇を土、日につなげ有給休暇を加えて約1週間 Pittsburgh と Washington DC に出かける機会があった。長男が Pittsburgh に留学中なのでこれを機会にと思い切って出かけることにしたのである。家内と二人 Chicago 経由で Pittsburgh に着き Pittsburgh 大学や研究室を案内してもらい、また Pittsburgh で有名なケーブルで丘の上のにほり美しい眼下の河の流れや街並みを眺めることができた。ここは15年くらい前に Pittsburgh 大学での肝移植セミナーに参加した時にも訪れたことがあり、美しい風景は思い出の中にあったものと変わらないと感じた。

26, 7年前に NIH で研究をさせてもらっていた頃、Washington DC から車で40分くらい北の Rockville という町に住んでいたことがあった。そこで今回長男家族と一緒に車で Pittsburgh から Washington DC まで出かけることとした。5時間ほどで到着したが、DC に入る前に昔住んでいた所を訪ねてみようということになった。比較的容易にその場所を見つけることができ、住んでいたアパートメントのある場所に着いた。アパートの外壁は塗

り替えられたもののまったく昔と変わらず、その周辺の建物、プールや公園なども昔のままであった。また、子供たちがサッカークラブで走っていたグラウンドもそのまま、家内ともども当時にタイムスリップし懐かしさと諸々の思いで感無量であった。2日間ほど DC のスミソニアンその他を巡り楽しい旅を終えることができた。

さらに今年の3月には国際ウイルス肝炎・肝疾患シンポジウムが DC で開催され、これには家内、次男と三人で出発、現地で長男家族とも合流しこれまた素晴らしい旅となった。ポトマックの桜はまだ蕾であったが、George Town には歩いて行き四半世紀前と変わらぬたたずまいに出会うことができた。学会では昔の研究室のメンバーに会うこともでき彼らがまだ活躍している姿に接し、久し振りに病院マネジメントに追われる日常から離れリフレッシュされた気分であった。半年の間に2回 DC を訪れることができたことは思いもよらぬ幸運であり、まだ新型インフルエンザの世界的流行の少し前であったことも絶妙なタイミングであったと感じている。

21世紀の時代を思う

(顧問・日本医師会会長) 唐澤 祥人



今年、西暦2009年は、米国発金融破綻以来のグローバルな産業経済不況、あるいは新型インフルエンザの世界的流行という状況の中で、我が国経済は、他の要因も重なり、予想外の大打撃を受けている。

日本は、「明治時代」といえば即座に歴史的特色を大まかに表現でき、とかく「明治生まれは……」などと決めつけられることも多い。

また、遡って、日本では元禄、天平等の多くの時代区分は、現代人にとって文学、芸能、あるいは芸術的な造形物や遺構などで身近に語る事ができる。

世界史的には、新大陸発見や18世紀後半の産業革命から数度の世界規模の戦争を経て、20世紀になってから文化と文明、産業経済の発展の状況も、各地域の人々の暮らしぶりの変貌も語られている。このように史実や遺跡の物語が日常的に身近であるのは誠に驚嘆の限りである。直近の19世紀や20世紀といった区切りでも歴史として語られるものは、今日の世界の状況と関わりが大きく、切り離して語れるものではない。

東アジアでは、中国の歴史を除いては何も語れない。中国の遠大な歴史は、「夏」を滅ぼした紀元前16世紀に始まる「殷」の時代、孔子の生きた魯の国の「周」の時代が紀元前1100年頃、「東周」の「春秋戦国時代」を経て、「秦」から「漢」が成立するのは紀元前202年。さらに魏、呉、晋の「三国志」の時代までに2000年遡る長大な歴史が語られねばならない。

現在のグローバル化の時代に、「世界の将

来、我が国の国家像は」など問われるときには、このように世界やアジアの歴史を丁寧に紐解く作業から始めなければならない。そこには無限のヒントが散りばめられているのではなかろうか。

「国民医療」や「国民福祉」といった視点で考察する場合など、月並みな言い方かもしれないが、「温故知新」ということで再度真剣に取り組んでみる必要があると思っている。

改めて中国の紀元前後の状況は、とりわけ現在のグローバル化において、我が国の環境に非常に類似しているところが多い。しかも、最も根源的で関心の深い問題の一つとして、当時の人々の心が現在と大きな類似性がある。

もともと先史的に古代の中国では、地縁、血縁の絆が重んじられた地域共同生活集落が諸処に散在していた。稲作、青銅器と鉄器、綿織物などの各地の産業や物資の流通と貨幣経済が進展し、次第に都市化や流通経済社会が拡大し、富の集中化や法整備などが進むに従い格差が次第に増大し、ついに経済格差、身分格差などが定着した。富の偏在に伴い人々の絆が希薄となり、国土や富を巡って戦争や略奪の横行する社会情勢となったとされる。

当時の周王朝下の魯や斉など諸国の状況は、広大な中国の中で規模は異なるものの、現今のグローバル化の世界に押し流されて漂う我が国に合い似た要素が内在していると思う。

我が国の現況といえば、昨今、人も地域もそれぞれが孤立化し、様々な格差多き社会状

況で、日々の暮らしが何か空疎なものになっているようである。この狭隘な島国の中で、若年者、現役世代のみならず、高齢者や子供達まで地域、家庭などで孤独な日常生活を強いられ、その絆が次第に希薄化しつつあるようだ。このような暮らしと絆が消滅しつつあり、日常的な課題が山積した時代に、まさに少子化問題や超高齢社会が進展している。

将来に希望なく、漠然とした不安が蔓延し、他を顧みない自己主張の横行を案じ、社会共通の認識と共助や互助を遠ざける殺伐たる利己主義跋扈の社会となってしまうよう念願するのみである。未来に展望なき無味乾燥な21世紀になるのではと危惧するのは、悲観的すぎるであろうか。

このような現況を思うとき、21世紀の現代は、脅威と圧政の古代国家の様でなく、身近

で住み慣れた地域での日常の暮らしにおいて、安心と安全のシステムが完備し、たまたま健康を害し失職などという人生の危機があっても、容易に克服し得て、速やかに日常の健全な生活に戻れるという健康長寿と、支え合いと絆を大切にす地域社会を目指すことが最重要ではなからうかと思う。

我が国の国民福祉政策をもって、国際紛争や武力衝突など、とかく人々の生存を危うくする「国家の垣根」を超えて、「国民という概念」を凌駕する安心世界を求めるのは安易すぎるかもしれない。しかし、他の「権利」、自らの「義務」と「公共財」を尊ぶ福祉制度の構築は重要である。格差の少ない開かれた「地域社会」に囲まれ、環境を大切にし、災害に強い、安心で平和な21世紀の世界が展望できるように思う。



やっとトンネルを抜けた

(公立能登総合病院 事業管理者・石川) 川口 光平



収益的収支14億1,000万円の赤字、累積46億円と言うとんでもない状況下に、経営企画室長を命じられ、それまで自分の専門である泌尿器科診療にのめり込んで生きてきた自分にむちを打って、もう1回、別の人生を歩もうと決めた。平成17年9月であった。総務省経営アドバイザーはキャッシュがこのような階段状に少なくなってきて、3～4年で資金が底をつくことから、指定管理者制度にしよとのアドバイスであった。また、首長が諮問した経営改革委員会の答申も、取りあえず地方公営企業法一部適用で3年間やってみて、駄目なら指定管理者の方向にと言うことであった。職員の心は動揺し、さっさと見切りを付けて辞めていく者もいた。こんな中で、平成18年2月、首長から権限を大幅に委譲するから病院長になれると言われ、ここまで踏み込んだからには受けることに決めた。ある医師からはこんな時に何を好き好んで病院長などになるのかと蔑まれたが、この病院で働く仲間が好きだから、この病院と運命を共にして、みんなのために何とか頑張ってみようと思悟した。

数多くの病院経営に関する書物を読んでもそんなに簡単に答えは出ない。それからは戦いの日々だった。経営を立て直すためには何をなすべきかであったが、意外なことにヒントは、時々呑みに行っていた小さなバーのマダムから聞いた一言であった。商売は売り上げを上げて何ほのもの、どんなに経費節減しても売り上げを伸ばさなければ経営はうまく

いかないと言う一言であった。当時、病院の照明はところどころ蛍光灯を抜き、コピーの用紙も裏を使う始末であった。ひどいのはエレベーターを使う職員をチェックし、叱責する職員が配置されていたことであった。まさに経営ではなく感覚の世界での結末がこのような事態を招いていたのであった。

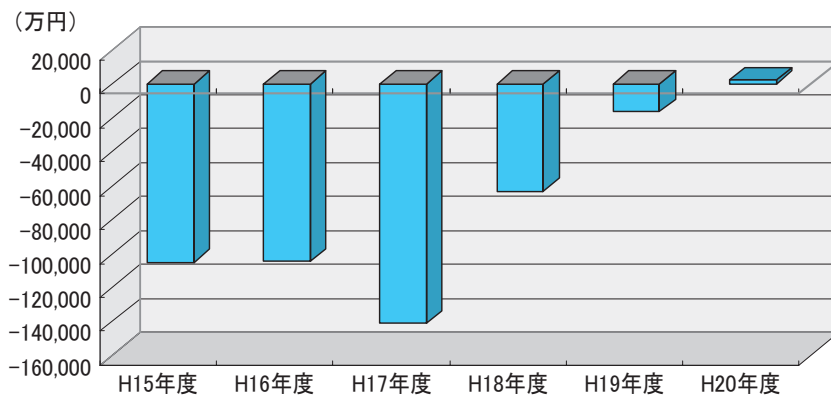
平成18年度の診療報酬改定は実質3.16%の切り下げであった。しかし、目玉はついていた。厚労省の方向として、急性期入院診療を手厚くし、在院日数の短縮を図って医療費全体を抑制しようとする「7:1」看護の基準であった。収入を上げるにはこの基準の獲得以外にはない。「7:1」に叶う条件は看護師免許を持っている80歳のおばあちゃんでも良いのではないかと考え、看護部長に看護師確保を依頼した。看護部長はこの病院で働いた後、医療を離れている看護師、中には看護師長で退職した方もいたが、これを掘り起こし、20名ばかりの看護師を探し出した。地方の病院では退職した看護師でも病院への帰属意識があり、「経営困難になっている」「助けてほしい」の一言で来てくれた。これが経営改革の始まりであった。「7:1」看護と職員への改革意識の目覚めのおかげで、平成18年度は6億3,000万円の赤字までに改善した。以後、経営内容の全職員への積極的な開示、病院長による職員への度重なる経営状況説明会、医師への経営意識の浸透などを基本にして、平成19年4月には地方公営企業法全部適用病院へと進化した。経営の基本は、経費節

減よりも収入を上げる一点に集中し、職員一人ひとりの気持ちを取り入れた「心の経営」を目指した。

事業管理者になって、さらに権限が集中し、様々な問題に対しても迅速に対応できるようになった。病院内のラウンドでも適切な要望があれば即決した。このような対応こそ、職員の信頼を得、病院を活性化できるのだとの学習をした。平成19年6月に、総務省アドバイザーが、「私が指定管理者制度にしろと言ったが聞き入れず、地方公営企業法全部適用病院になったが、このような甘い計画では資金が底をつくとした私の助言が的中することになろう」と言うコメントをホームページに出し批判された。世間では地方独立行政法人、指定管理者制度とやかましいが、公的病院が

民営化の方向になびくのはおかしい。批判はされたが、地方公営企業法全部適用を限りなく押し進めれば、経営改革が立派にできることを実証しようと、その批判をばねにして取り組んだ。平成20年度は710万円の黒字であった。やっとトンネルを抜けた。だが、戦いはここからである。鳥インフルエンザが来ても、職員への公的補償があるからこそ、厳しい状況にも立ち向かえることを皆忘れてしまったのだろうか。地方独立行政法人や指定管理者制度のもとで、強毒性のインフルエンザ診療に職員を向けられるのだろうか。十分な補償ができるのだろうか。「自分の飯のことしか考えない輩」「義とは何ぞやを忘れた輩」が蔓延る世情の中、医療人のあるべき姿を探す毎日である。

(過去6年間の赤字額の推移)



安心して医療ができる日を望んで

(理事・静岡県立病院機構理事長 兼 静岡県立総合病院 院長・静岡) 神原 啓文



医療は安全であるべきですが、人為的ミスは一定頻度で必ず起こります。しかも医療は他分野に比べて不確定要素が多いため、それだけチェックの網目をかいくぐる頻度も高くなります。従って、事故を減らすためには機械化やシステムを改善して不確定要因を減らし、ダブルチェック、トリプルチェックのフィルターをかけることにより、事故率を減少させる努力をします。しかし、100%完璧な医療システムなどあり得ません。予期しない小さなミスがある確率で大きな事故に繋がります。疲労やストレスが多い時、落ち込んだ時、あるいは非常に多忙な状況では、人はミスを犯しやすくなります。

医療事故に関して医師の最大の関心事は医師法21条でしょう。医療は患者の命を救うあるいは救済しようとする崇高な精神の発動であり、その意味で医師は人々に敬われる立場にあるべきです。提供する医療サービスは医師の善意と努力に負うものです。従って、医療事故は基本的に民事の対象にはなり得ても、刑事事件の対象にすべきではないでしょう。

現在、各界でいろいろな議論が積極的に行われており、厚生労働省も「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」を提示しています。この大綱案について言うならば、第25の「警察への通知」事項が最も問題です。とくに、「標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡又は死産の疑いがある場合」の意味はあいまいであり、通知義務から

削除すべきとの意見が多いのはもっともです。通知すべきは「故意による死亡又は死産の疑いがある場合」で、加えても「当該医療事故死等に係る事実を隠ぺいする目的で関係物件を隠滅し、偽造し、又は変造した」重大な非行の疑いがある場合に限定すべきでしょう。医療事故調査の趣旨が真の原因究明と再発防止にあるとするならば、そのような限定的通知にしない限り目的を達成することはできません。

また、不幸にして医療事故が生じた場合には、無過失医療補償制度のような制度を全診療領域に拡大して患者救済に適用できるようにし、さらにメディエーターを養成してADR（Alternative Dispute Resolution 裁判外紛争処理）による解決を目指し、医療者と患者サイド間に実りある解決ができるユートピア社会の到来を一日も早く実現できるよう努力しなければなりません。

いずれにしても、医療現場における現在の状況はあまりにストレスフルです。それらのストレスを解消することが、とくに外科系の医師の撤退を防止し、はたまたそれらの分野の医師増加に対する起爆剤になるのではと思っています。不幸な医療界における刑事事件がいつ再発するかも知れません。今は、医療事故対応の制度設計が可能な貴重な時期です。この機会を失することなく、医療界の総意をまとめ、政界、行政と一緒に早期の法案成立を目指す必要があるのではないのでしょうか。

我が庭に立ちて (小さな菜園)

(代議員・医療法人社団博友会 金沢西病院 理事長・石川) 菊地 誠



地域医療に根ざして開業38年目を迎えました。金沢の西部、田圃の真中で当初は蛙の声を聞くのどかな病院でしたが、今は高速道路バイパスの4本が近くを走っています。

自宅に関しては、少しはゆとりのある地面ということで、結局のところ、病院の近くに腰を落ち着けることになりました。病院まで徒歩で約10分という健康にもよく、便利な所です。また、落ちつける静かな環境ということで一部家庭菜園を取り入れました。

先ず周囲には松の木、しいの木、もみじ、みかん、ざくろ、他に栗、柿、梅、梨、更にはさざんか、さつき、椿、バラ、その他盛り沢山の木々を植えました。生育するのも楽しみですが、密集し過ぎ、間引きが必要となりました。鳥が運んできた万両やオモト、むらさきしきぶも大きくなりました。木々に囲まれた裏庭に60坪くらいの土地で、菜園の一步を踏み出したわけです。この場所は、田圃で土壌の改良に努め、農家の方より教えを受けながら、生ゴミは4mの畝に深さほぼ1mの溝を掘り堆肥として利用することとし、野菜の苗を植えることにしました。(年1回場所をかえる)

トマト、きゅうり、ナス、いんげん等、更に健康に良いというゴーヤ等を植えています。時節の新鮮野菜の朝のもぎたてを食卓に出し、家族揃っての食事に舌つづみを打ち、話もはずみます。

樹木の閑静さと共に日増しの成長を楽しみに病院より帰宅し、庭に立つ時、心の安らぎ

を覚えます。時には土いじり等、成長の早い夏野菜には驚きパワーを頂き、いつしか疲れの解消をしています。

その様なある日、びっくりしたことがありました。みかんの木に鳩が巣を作り、2羽のひなが産まれていました。えさを運んでいた親達が姿を見せなくなり、心配で鳩のひなを野鳥園にもっていったこともありました。朝・夕小鳥のさえずりは、(尾長・シジュウガラ・むく鳥ほか知らない鳥達が訪れ)さわやかに、愛らしく時には賑やかに騒がしくても気を休めることも多くなってきている。また、野菜畑に立っていると、ちょこんと肩に気配を覚え「誰だ」と静かに様子を伺っていると鶯が1羽肩にとまり、「ホケキョー」と鳴き、うれしいやら驚きです。これも、役得の一つでしょうか。菜園の影響でしょうか、犬、猫も散歩に来て畑を荒らしたり、猫の臭いフンにはこれまた、鼻がおれそうです。しかし、どこから来たのか人なつっこい猫です。

最近、役職も増え、時間に追われる毎日で、野菜の成長、美しい草花、果実の成長等と共に、虫、かたつむり、蟻……種々雑多のものが共有致す、楽しき我庭で眺め、日々の疲れも癒し、多いにストレス解消となっている今日この頃です。

光の記憶とステンド・グラス

(理事・国立病院機構宮城病院 院長・宮城) 木村 格



いつの頃からかはわかりませんが、かなり小さい頃から色ガラスには心を引かれていました。海岸で拾ったつるつるになった瓶の青い底、何の欠片だったのでしょうか真紅のガラス破片、光を通して向こうを見ると不思議な景色になったのを覚えています。ビー玉遊びも、ぶつけて遊ぶよりも光を通した色合いの美しいものを眺めていました。ヒトの脳に入ってくる感覚情報の大部分は視覚からと言われます。確かに記憶をたどってみると、その時々々の光の具合や眩しさ、色や形といったものが妙に鮮明に蘇ってきます。

欧米を旅行して感心することの一つに、佇まいの中での光の使い方があります。ちょっと雰囲気の良いレストランに入ると昼間でも随分暗いと感じます。しばらくして目が慣れてくると外からのやわらかな光、観葉植物の葉っぱに散乱した明るさ、古いステンド・グラスを通した神秘的な色相にも魅惑されます。大聖堂のこれでもかという壮大なステンド・グラスには圧倒されます。天から降る荘厳な光で、集まった人々を現実から異次元の空間に誘う力があつたのかも知れません。

ガラスの素材や製品に魅力を感じていましたが、正式にステンド・グラス製作を学び始めたのは単身赴任が何年か続いたある日のことでした。製作法には大きく分けて二つあります。教会の窓などに使われる大きなものは、鉛板の太い枠に色付けをしたガラスを嵌め込み、全体を平面に組むパネル工法です。個々のガラスが大きいのでガラスに細かく色を焼き付けなければ

なりません。染色する、汚す stained という言葉が由来です。一方、米国の宝石商ティファニーが完成させた方法は、色ガラスの小片を組み合わせてデザインし、一つひとつのガラス片を銅の薄いテープで巻き、それらを鉛の半田でしっかり固定します。どんな小さなガラス片でも組み込めますので非常に繊細な表現に向いています。色で汚さない、ガラス素材そのものの美しさが魅力です。技術が進み質のよい美しいガラス素材が生産できるようになってはじめてできる方法です。ランプ・セードなどの立体的な作品にも向いています。そんな訳で、もっぱら後者の工法での製作になります。好きなだけ時間をかけてガラスのかけらを磨き、形を整えるという子供の時からの楽しい作業です。時間が自由になる退職後にとまた期待を膨らませているところでもあります。

照明も時代とともに変化をします。経済成長時には効率よく明るく、賑やかな照明が好まれ、時代が落ち着いてくると個性的な、実用性には欠けるが、心が癒される白熱球がまた好まれます。ステンド・グラスのスタンドは絶対に白熱球でないと輝きません。

忙しい毎日ですが、時には蛍光灯を消して、真っ赤なテーブルクロスにロウソクを灯し、揺らめく炎を見つめながらワインや美味しい食事はどうでしょうか。日常を忘れきつと記憶に残る素晴らしい時間になると思います。美しいステンド・グラスが傍にあれば、そして美しい人と一緒ならばなおよろしいでしょう。少し欲張り過ぎかも知れませんね。

新型インフルエンザ騒動記

(代議員・京都府病院協会会長, 国立病院機構南京都病院 院長・京都) 倉澤 卓也



私が初めて新型インフルエンザ (swine flu) のことを耳にしたのは、本年4月24日に行われた第83回日本感染症学会総会での国立感染症研の岡部信彦先生の教育講演「感染症の動向 2008 - 2009」の冒頭でのお話であった。しかし、その詳細は不明とのことで、僅かに触れられただけであり、聴取者である私もその後こんな大騒ぎとなるとは夢想もしていなかった。しかし、それから間もなく、この新型インフルエンザに関する情報は溢れ出るが如くに報道され、国内感染者の発生と共に当院も対応を余儀なくされた。

当院は予てより新型インフルエンザ対応施設として、発熱外来の設置および感染者の収容を京都府より要請されており (強毒性の avian flu を想定)、保健所の依頼により、5月の連休中から発熱外来診療を開始した (保健所から要請された患者のみを対象とする)。神戸市や大阪府下の患者発生により京都での患者発生も必至であると想定され、5月16日、正式に発熱外来を設置、患者発生に備え、非排菌者用の結核病棟 (50床) を新型インフルエンザ専用病棟に転換することとし、18日より患者の他病棟への移動等を開始、21日移動完了により、更衣室とナースステーションに空気清浄機2台を新たに設置し、専用病棟とした。当時、発熱外来受診者は1日当たり4~14名であったが、幸いなことに簡易検査によるA型陽性例は皆無であり、また、府下の発症者は京都市内の2名のみであった。当時の気候条件等からとてもパンデミックには

なりそうもない、と判断し、保健所の了解を得て、5月27日、専用病棟を元の状態へ復帰させ、改めて患者収容を開始した。

この間、入院患者数は30名程度減少し (転用した病棟分にほぼ相当)、当院にとって経営上大きな痛手となったが、発熱外来診療や患者の転棟および専用病棟の開設、等、新型インフルエンザに対する当院の対応に対しいずれも全職員の理解と協力なしには実施が不可能であるが、支障なく対応できたことは真のパンデミック発生時に向けての予行演習として、貴重な経験ができ、誠に不幸中の幸いであったと考えている。

新型インフルエンザは現在より、今秋以降のパンデミックが大きく懸念されているが、現時点の知見によれば、swine flu の毒性は季節型のもの (ソ連型・香港型) と大差がないと考えられており、特別な対応が必要なのか疑問である。医療現場では簡易検査しか実施できず、A型陽性者すべてに鑑別診断を実施することは困難であり、かつまた、現場を混乱させる原因ともなろう。毒性の強弱に合わせた冷静かつ適切な対応が望まれる。



団塊世代の罪？

(新潟市民病院 院長・新潟) 小池 哲雄



私は団塊の世代先頭の昭和22年生まれです。その団塊が今や大挙して60歳代に invade しています。他の世代の人たちにとってはどこへ出かけても変に自信に溢れた目障りな世代ですが、今後なお20～30年の間この目障りな固まりは地球に存在し続けることとなります。そんななかで最近の何とも芳しくない日本の世相を考えるにつけ、私ども団塊世代がこの世相の形成に深く関わっているように私には思えるのです。私どもは、昭和30年代の日教組が血気盛んな頃でもあり、小中学校～高校にかけて、道徳や倫理についてはきちんとした教育がなされなかったように思います。あの頃は敗戦のショックもあったのですが、親達も教師も道徳や倫理については自分自身の中に確固としたものがなく、子供たちへの教導する意欲・自信は消失したままだったのではないかと。小生のなまけた所為もあることは重々承知していますが、それを差し引いても、当時のことを振り返ると親や教師がどの程度の信念を持って我々世代に接していたか疑問なのです。少なくとも私の周囲の教育者たちは「戦前はすべて劣悪で学ぶ必要のない時代であり、これからの民主主義社会の中で、君たちは自由を謳歌して生きていけばよい」と言い続けたように思います。そんな中で多くの団塊世代を中心とする日本人は義務を負わない頭でっちな権利ばかりを主張する個人主義（むしろ利己主義）を是とする人間として育ち、これまで生きてきたのではないのでしょうか。私にとって今でも何だったのか頭の中でそれこそ“総括”ができないでいる、全共闘運動を私ども団塊の世代は青春の一時期経験したわ

けですが、これも文化大革命の毛沢東語録を掲げた紅衛兵のようなもので勝手気ままに他人の家（心）に土足で踏み込んだだけの運動で、その揚げ句が何の反省もなく、これまでのうのうと過ごしてきたように思います。国家が個人の暮らしに嘴を挟むことを徹底して嫌いつつ、一方では何事にも、国家や社会による保全を当てにし、行動の結果の尻拭いしてくれることを願っている嫌な日本人が、団塊の世代を中心に形成されたように感じます。更にそのような団塊の世代を親とする団塊ジュニア世代も加わって今の日本の諸問題が噴出してきているのではないだろうか？ と思ってしまうのです。昨今、モンスターペアレント、モンスターペイシェントといった呼称で、受け入れを積極的には拒否できない学校や医療施設の利用者のうち、目を覆うばかりの言動をされる人が話題になっています。モラルの欠如した自己中心的言動、何らかの負の結果をすべて他人の所為に帰してしまう、自分の要求を通すためには、屁理屈を捏ね、時には言葉の暴力や実際の暴行も辞さない人々ですが、このような人間が出現し始めたのは、団塊の世代が家庭を持ち始めた頃からのように思います。

そろそろ団塊の世代も、この憂うべき日本の状況を直視し、響感を買いながら小金を持って世界中を物見遊山などばかりせず、日本がそのまま黄昏れていかないように、しっかりと残り20年くらいは未来の日本人にとって良かれと思うことをしなければならぬのでは？ とつくづく感ずる、今日この頃です。

不耕起移植栽培法を知って

(代議員・益田赤十字病院 院長・鳥根) 河野 龍之助



自宅の庭には朝夕雀がやってきて虫を食べているのをよく窓ガラス越しに眺めています。時にはきれいな羽の雉も降り立っていました。年々スギナが生えてきて生い茂るようになりました。土を掘り起こし石灰をまいたりしてみました。やはりスギナが生えてきたのでラウンドアップハイロードをまいてみました。スギナは見事一時的には枯れて効果はありましたが、雀などの鳥はぱたりと庭を訪れることはなくなり、まさに薬の影響と思いました。以降薬を使わず野菜作りに精を出しています。少しの農薬でも鳥など大変敏感です。再び雀が庭の虫を食べに来るようになるのに3年もかかりました。今、自然環境は変化しており、田んぼではドジョウ、エビ、イナゴなど見ることが少なくなりました。新潟県佐渡では朱鷺を飼育し昨年9月10羽自然へ放たれました。現在9羽確認できていますがこれからも元気で育ち、ひなが誕生するかどうかが関心が寄せられています。畑や山や田んぼに食料となるものがあるかどうかは課題の一つです。農薬などに汚染された田畑ではドジョウなどの生き物が育つのは大変困難と思います。平成20年9月より5回連続で放映されたNHK「人生の歩み方」の中で岩沢信夫氏が唱えている「不耕起移植栽培法」を知りました。すでにご存じの方もいるかと思いますが簡単にご紹介します。その栽培法は米を作るのに普通は4ないし5回耕しますが、まったく田んぼを耕さず、農薬なしで育てるのです。雑草が生えるのが欠点でしたが、冬季湛水たんすいを導入することでイトミミズなどが発生し、雑草が

生えにくくなり、良好な食物連鎖となっています。稲の間をカエルやエビ、ドジョウなどたくさんの生き物が育っていきます。そこには多くの鳥も降り立ち、餌として盛んに食べています。不耕起移植栽培法に佐渡の農家も注目しています。不耕起移植栽培法で稲も収穫し、朱鷺のえさも提供できるのではないかと数年前から取り組んでいるとのこと。

岩沢信夫氏の不耕起移植栽培法が普及すれば地球環境の保全がなされ、朱鷺や、コウノトリに限らず水鳥の繁殖がスムーズに行くかと思ひ、紹介させていただきました。平成21年度の新潟日報社の情報では佐渡の朱鷺は佐渡と本州を行き来しているようです。本州では新潟をはじめ、富山県、長野県、山形県とだんだん広く飛来しています。今後、繁殖し、生存していくためには各地区で環境汚染がないことも重要点と考えます。無農薬、無化学肥料による稲作作りの重要性は改めて言うまでもありません。これが1地区でなく、全国的に広がるのが大事だと思います。そうすれば岩沢氏の唱える不耕起移植栽培法も生かされてゆくと思います。私は佐渡の朱鷺とこの農法を通してよい連鎖が生まれ、環境保全に役立つことを期待しています。

政治家の覚悟，国民の覚悟，病院の覚悟

(顧問・衆議院議員) 後藤田 正純



《はじめに》

医師不足，医療崩壊，病院受難，といわれながら相変わらず医療制度が定まらない。理由は簡単である。医療制度を決定するプレーヤー達が，誰も責任をもって「決断」をしないこと，誰も「壁」を打ち破ろうとしないこと，忙しさにかまけて見て見ぬふりをしていくことである。医学会，大学病院，医師会，病院団体，医療従事者，中医協，保険者，地方公共団体，厚生労働省，総務省，政治家，マスコミ，そして国民がそのプレーヤー達である。なるほど，これだけのプレーヤーの存在自体が，彼ら自身の自覚を欠如させ，他人任せになり，何も決めない，何も進化しない理由であろう。

持続可能な医療制度・国民医療のために，大きな変革をしようとする度に，ある意味まとまりのある一部のプレーヤーが動き出し，まとまりのないプレーヤー達を尻目に，国民世論の目にさらされずに，政治・行政の決断をだぶらせ，単なるマイナーチェンジ，単なる診療報酬増のみの議論に矮小化されてきた。

《現状認識》

①「低い費用」で「高いレベル」の日本医療

日本の医療は，先進諸国の中で，極めて低い費用によって，高い評価の医療制度を実現してきたことを再認識すべきである。

日本は「少ない費用」で「高いレベル」の

健康を達成しているが，アメリカは，日本の倍の費用をかけながら，健康の達成度は低い。つまり，日本の医療は少ない人員で，医療従事者の聖職者のような努力により，世界最高の医療と健康を達成してきたのである。

②日本の「医療危機」

日本の医療は素晴らしいと世界からも評価されているはずなのだが，現実と未来は決して明るいとは言えない。先に申し上げた医療従事者の，聖職者のような自己犠牲の精神には限界が近づいてきたのである。

具体的には，高度医療，急性期医療，救急医療，小児産科医療においては，医師不足と医師の偏在が，国民の身に降りかかってきはじめている。

病院経営においても，がんセンターなどのナショナルセンター，政策医療としての自治体病院における経営悪化，そして政策医療とプライマリーケアの間を結ぶ，地域医療としての民間病院経営も大変な状況に置かれ始めている。

この原因として「医療財源の絶対的不足」と，「医療財源の配分のあり方」の問題が挙げられる。医療従事者はこのような過酷な病院経営の犠牲となり，医師・看護師は過酷な労働条件を課せられている。彼らはその現実と，当初もっていた自己犠牲の精神との間に悩み，病院から立ち去り，高度な医療から立ち去り，その結果，病院経営の中核である有能な勤務医を失った病院は経営難にさらされる。

《おわりに》

今まさに対応を怠れば、取り返しのつかないことになるであろう。一刻も早い国家としての決断，国民の決断が急がれる。

私は国会の中で，数少ない増税論者である。政治的には「増税」，特に「消費税の増税」は言いにくい，政治家には「次の選挙」も大切である。しかし「次の世代」を考えるべき立場にあると確信している。冒頭申し上げた様々なプレーヤー達は，医療財源確保のための増税論に援護射撃が少ないことに，いつも憤りを感じている。野党やマスコミにいたっ

ては，無駄遣いがなくなるまで増税を許さないという主張がまかり通り，その主張が国民に受け入れられてしまっていることに，我々政治家の無力と努力不足も反省するところである。

最後に改めて，病院関係者および医療従事者の皆様に積極的な政治参加，援護射撃を心からお願い申し上げます。

※本稿は『病院』68巻7号（医学書院，2009年）に掲載された文章を一部変更したものです。



「蝉」雑感

(理事・日本赤十字社和歌山医療センター 院長・和歌山) 小西 裕



私にとっての“梅雨明け宣言”は「セミの声」である。気象庁の予報より「セミの声」の方がはるかに実感に近い。

子供時代を山陰の田舎町（島根県浜田市）で過ごした私の夏の思い出は、「セミとり」である。戦後の何もない時代であったが、それを不自由と思うこともなく、毎日のように山に「セミとり」に出かけていた。夏は、ニイニイゼミに始まり、アブラゼミがこれに続き、夏の盛りはミンミンゼミ、クマゼミに席卷され、やがてヒグラシ、ツクツクボウシで、夏は終わる。ツクツクボウシの声は、新学期の始まりを連想して、いささか気を重くした。

現在、私は家族を京都に残し和歌山に単身赴任して22年になる。京都下鴨の家は、近くの下鴨神社、^{ただす}糺の森、鴨川沿いの桜並木があり、セミとりには絶好の場所である。しかし、都市はクマゼミの天下で、ミンミンゼミを見かけることはない。山陰では、逆にクマゼミを見かけることは極めて少なかった。従って、捕まえたこともなかった。クマゼミの都市での異常繁殖は、東京でも報告されており、識者はこれを地球温暖化の証と指摘している。京都での「セミとり」は、必ずしも喜んでいただけではない息子の手を引っ張って、時にはミンミンゼミを求めて洛北の鞍馬寺まで出かけることもあった。しかし、それも子供が小学生であった頃までで、その後は私1人で行くのも格好悪く、現在中断している。現在孫（2歳半）の成長を心待ちにしている。しかし、それにしても最近の子供は「セミとり」

をしなくなった。川で魚捕りをしている姿も滅多に見かけない。テレビゲームに熱中しているのであろうか。

今年の赤十字病院のOB院長の旅行会では、山形県立石寺（通称山寺）を訪れることになっている。この寺は「閑さや岩にしみ入る蝉の声」（芭蕉）の舞台になった場所である。芭蕉の聞いた「セミの声」は何ゼミであったかの論争が、昭和2年、歌人の斎藤茂吉とドイツ文学者の小宮豊隆によりなされたと伝えられている。その後の調査で、芭蕉が訪れた7月13日（新暦）には、アブラゼミはほとんど鳴かず、ニイニイゼミだけであったので、それを主張した小宮豊隆の勝ちとされたと言われている。私は、あの暑苦しいミンミンゼミの鳴き声を思い描いていたのだが。

奇しくも我々の旅行日程では、7月13日に山寺を訪れることになっている。果たして、何ゼミの声が聞けるか楽しみである。



内服薬処方せん書式の標準化

(常任理事・社会保険中央総合病院 名誉院長・東京) 齊藤 壽一



平成14年度に厚生労働省から日本病院会に委託され、筆者が研究班長を担当した厚生労働科学研究に「処方せんの記載等に関連した医療事故防止策に関する調査研究」がある。この研究が継承されて平成17年度から20年度まで4年間、同じ課題が採択され、このほど医療事故防止の観点から処方せん書式の全国的な標準化を求める結論を提言した。

処方せんは医師から出され、薬剤師や看護師が内容について共通の理解を持って処方や服薬指導に当たる公的な文書である。ところが、我が国には医療関係者が共有する標準的な処方せんの書式として定まったものはなく、多くの医療施設がそれぞれ処方せんの書式について独自の慣習を持ち、いわば百施設百通りの記載法に従っている現状にある。

強心剤ジゴキシンの記載は賦型剤も加えた製剤量（グラム単位）で記載する医師とジゴキシンの原薬量（ミリグラム単位）で記載する医師が混在している。またグラムの時は数字のあとのgを省略し、ミリグラムの時はmgと記すと伝統的に決めている医療施設もある。さらに我が国の多くの医療機関では投薬量は1日量で記載され続けて1日何回に分服するかが並記されているが、週1回の服用を原則とする抗腫瘍剤リウマチトレックスの処方せんの記載法は医療施設や医師によって一様でない。このような状況で、医学教育や薬学教育の現場でも処方せんの標準的な記載法の教育しにくい実態がある。研修医制度の導入により医師の勤務施設が流動化し頻繁に勤務先が変わる今日、標準的な処方せ

んの書式がない状況で職場ごとに異なる処方せんの書式をその都度、担当医は変えてゆかなくてはならず、医療事故の遠因となっていると思われる。

1日量を基本とした処方せんの書式が使われているのは、先進諸国の中では我が国だけであり、諸外国の内服薬処方せんは1回服用量を基本としている。我が国で1日量処方が慣習化されてきた経緯は、江戸時代の漢方薬処方に端を発するとともに、また明治時代に大学で教鞭をとったドイツ人医師の指導によるともいわれている。しかし今のドイツも含めて諸外国の処方せんは「1回の服用という人の行動単位」をもとに1回量処方を基本とし、その内服行為をどれだけの時間内に何回行うかを明示して記載する形式となっている。医師と患者の会話でも医師は1日3錠服用のつもりで「3錠飲んでますね」と確認すると患者は当然、1回量のことと理解して「いえ、1錠です」と否定する、といった齟齬も我が国の医療現場ではしばしば経験される。

リウマチトレックスやジゴキシシンなどについては処方せんの理解の齟齬に由来する投薬ミスも看過し難い形で報告されている。このような実態を指摘した今回の厚生労働科学研究の提言を踏まえて、平成21年度に厚生労働省に「内服薬処方せん記載方法の標準化に関する検討会」が発足した。我が国においても標準的な処方せんの書式を定めるための医療関係者の共通認識が醸成されることが、医療安全のために必須であると思われる。

夏が来れば思い出す(2)

(副会長・聖隷浜松病院 院長・静岡) 堺 常雄



私の故郷には野川と松川という2つの川があり合流して最上川を形成している。夏になると思い出するのがその最上川についての松尾芭蕉の有名な句「五月雨をあつめて早し最上川」である。ところが最近になってもう一つの句があるというのを知った。「五月雨をあつめてすずし最上川」がそれである。どちらも芭蕉が山形県の大石田という所で詠んでいる。「すずし……」が先に船着場で詠まれたものであり、「早し……」はその数日後に最上川を下った時に舟上で詠んだものという。

「すずし」の方は最上川から吹く風がいかにも涼し気で初夏を思わせるが、「早し」の方は梅雨時の雨降りの後の最上川の荒々しさが眼に浮かぶようである。実際「水みなぎって舟危うし」だったという記載が残っている。最終的に芭蕉が選んだのは「五月雨をあつめて早し最上川」だった。現場の状況の違いと詠み手の感性で句がこの様に違ってくるのは驚きである。

私たちもこのようなことはしばしば経験している。色々なプランを机上で策定していると、アイデアや数値が先行して現場の思惑と全く違ったことを考える場合がある。上から目線ではなく現場の目線で物事を考えなければならぬということであろう。しかし現場目線で物事を考えるというのは意外に難しいことである。これだけ複雑化した医療環境の中では何が現場目線なのかさえ分からないことが多いからである。身近な例としては臨床研修制度の見直しがある。本来は良い臨床医を育成するという目的があったにもかかわらず、医師の地域偏在・診療科別偏在を解消

するかのような見直しになってしまい、大病院と一般病院両者から不満の声が上がる結果になってしまった。ごく最近の事例としては救急医療機関勤務医師確保事業がある。これは過酷な勤務状況にある救急医等の処遇改善を図るという素晴らしい目的であるが、具体的には「本手当ては、医師への手当てのうち、救急医療に従事することに対する対価であることを就業規則に明記してある必要がある」という要件がつけられ、病院としては到底受け入れられないものとなってしまっている。救急医療を支えているのは医師だけではなく、また各病院の就業規則まで変えなければならぬというのは納得できないことである。

これからの梅雨、猛暑に向かい「五月雨をあつめてすずし最上川」の方が望ましいのは言うまでもないが医療を巡る環境はまだまだ厳しく、まさに「五月雨をあつめて早し最上川」という現実から眼を逸らすことができない状況である。

わが故郷の最上川は、いつもはのどかな風景を提供しているが雪解け時や梅雨時には大石田ほどではないものの、水嵩を増し普段からは想像もできないくらい荒い川になる。どちらも同じ最上川に変わりはないのだが時によっては正反対の様相を呈するということがある。我々も色々な事例でその本質をしっかりと見極める能力が求められる場合が多く注意が肝心であろう。

最近嬉しかった事

(理事・永寿総合病院 理事長・東京) 崎原 宏



最近とても嬉しかった事がありましたので報告したいと思います。3月のある日突然電話がかかり女房が受話器をとると「お母さん、覚えていますか」とどこか聞き覚えのある懐かしい声でした。しかも外人ぽいアクセントです。女房がハッと思い出しました。「アンディさんではないですか」、「良く思い出しましたね」。これが懐かしい再会の始めでした。私が家に戻ると彼女は早速電話の事を伝えてくれました。「それは良かったね、元気そうで」、私はアンディさんの「元父親」として心から嬉しく思いました。そして過ぎた15年前を昨日の事のように思い出しました。15年前は日本もバブルの中で多くの外国の青年が日本への留学を希望して日本の土を踏みました。アンディさんもその1人でした。韓国系のアメリカ人として双子の兄で生まれワシントンのジョージタウン大学の学生として早稲田大学の国際部に1年間の留学生として来日したのです。当時の我が家はお恥ずかしいながら2人の男の子がいましたが浪人中でブラブラしている、そこで妻と話し合って子供達に刺激をあたえようという事になり留学生を受け入れる事になりました。実はアンディさんのまえにウェストさんというやはり韓国系のアメリカの学生さんを1年受け入れたので彼は2人めでした。初めての出会いは彼のお父さんが焼肉をご馳走して下さりタクシーで市川の我が家にお連れしました。日本の家の狭さに驚かれたと思いますがその日から家族の一員としての生活が始まりました。アメリカで日本語を勉強されていて日常の会話はほとんど不自由がなく礼儀も正しくどこにでも自慢のできる「息子」でした。スポーツが好きで家の近くを

ジョギングしたりテニス、バレーボール等何でもしていました。心配した食事も何でも食べてくれました。やはりアジア系の人は日本人と通じるところがありました。私達も英語を習いました。ちょうど私がイギリスの学会に演題を出しましたので彼がすべて書いてくれ大助かりでした。そして半年をこえた頃私たちに「お父さん、ここを出て寮に住みたい」と言われました。見聞を広め若い人同士が知りあうのは大変良い事と大賛成をして送りだしました。少し寂しく我が家に何か落ち度があったか不安でしたがその後も連絡をしてくれ浅草で天ぷらを食べたりして瞬く間に1年が過ぎました。帰国前夜は我が家に泊まり食事をともにして「外交官になりたい」と抱負を語り翌朝成田から帰国されました。数年後大学を卒業して日本へ語学の教師として来日して草津に2年間過ごし、この間我々夫婦、2人の息子そして妻の友人と、6人とスキーに行き楽しい思い出や、双子の弟が来たときは我が家に泊まってくれました。瓜二つで「元父親」として見分けがつかせませんでした。再会の日が来ました。我が家も久しぶりの2人の息子が揃いアンディさんをむかえました。面長の懐かしい顔、15年前と変わっていません。出された名刺に「在日アメリカ大使館」と書いてありました。やった、希望の道を歩んでいる。「元父」として本当に嬉しかった。そのあとの「キムチ鍋」とお酒が美味しかったのは言うまでもありません。もし彼がアメリカの外交官として日米外交をになってくれたら我々夫婦も少しは「お国のお役に立った」ことになると妻と話しました。そして「元父母」として彼が良き配偶者を得られる事を期待いたします。

鮎の宿

(副会長・医療法人 美杉会 理事長・大阪) 佐藤 眞杉



この数年、鮎の季節に訪れる宿がある。

京都から小1時間、安曇川^{あどがわ}に沿った鯖街道^{くつきむら}を北上すると人里離れた朽木村の山中に着く。

鯖街道は往時、京と日本海をつなぐ幹線道路で、若狭名産のサバを塩漬けにして、人の背で京へ運んだところからこの名がある。現在は国道367号線という。

朽木村には比良山の登山口があり、すぐ横に周囲の風景に馴染んだ佇まいの料亭がある。もと登山客の旅館が改装されたものと聞く。料亭の軒先の溝には清流が豊かに流れ、小さな水車が回っている。

部屋へ通されてお茶を出されたところで気分がホッと寛ぐ。仲居さんは素朴だが、にこやかに落ち着いた物腰である。浴衣が用意されている。

風呂場はゆったりした檜造りで、浴槽の縁一杯に湯が張られている。もったいないと思いつつながら贅沢に湯を溢れさせ、しばらく現実を忘れる。

料理が出る部屋は広く格式を感じさせる日本間である。前面に庭園が開き、池の中には、料理に使われる鯉がひしめくように泳いでいる。

まず、京都風の洗練された前菜、鯉の洗い、熊の身入りのすっぽん鍋などを味わう。熊は香ばしい匂いがあり、思いがけず美味である。お目当ての鮎の塩焼きは笹の葉を敷き詰めた大皿に盛られて登場する。琵琶湖から遡上して目の前の安曇川で釣られたものという。

酒は斜めに切った青竹に入れて、キンキン

に冷やされている。鮎は頃合いを見計らい、その後2回運ばれる。さすがに満足する。

仕上げは鮎の炊き込みご飯である。和服がすらりと似合う若い女将が熱々の小さな釜の中で鮎をほぐし、おこげも混ぜましょうか、と聞きながら笑顔で給仕してくれる。

鮎に堪能し、酒が程よく回ったところで山の静けさに包まれて眠る。

翌朝はゆっくりと宿を出る。

昨年は8月に琵琶湖の北岸を回って伊吹山に向かった。伊吹山は標高1377mながら麓から眺めるとなかなかの威容を示す。

17kmのドライブウェイの終点から頂上までは40分かけて歩く。その途中は、全山が高山植物の色とりどりの花におおわれて見事だ。

山頂に着いても歩いてきたのでやはり暑い。いささか閉口したものの、かき氷^{すく}を掬いながら近江平野の景観を満喫した。

山を下りると関ヶ原の古戦場に出る。意外に狭い。新幹線から眺めていた時は、東京寄りに隣接する不破郡の小盆地を古戦場と思い込んでいた。

湖畔のホテルで夕食をとり、黄昏の中を名神高速道路で帰路に着いた。

秋には、“鮎の宿”に、京都で開かれた全国介護老人保健施設大会に来賓で出席された山本修三会長を案内させていただいた。

国会の攻防

(顧問・衆議員議員) 清水 鴻一郎



暑中お見舞い申し上げます。

この随筆が発行される頃、私はどうなっているのかなと考えながら書いています。私は病院理事長であるとともに京都第三区から出ている衆議院議員でもあります。書いているこの時期は6月下旬ですが、7月か、8月か、はたまた任期満了の9月か、どちらにしても3カ月以内に総選挙が実施されることとなります。

選挙結果は如何に？ 私としては努力あるのみなのですが、最近の自民党の不人気には流石に閉口します。もちろん私も責任は大いに感じていますが、小泉内閣時代の聖域無き構造改革で、硬直した予算配分にメスを入れたのはよかったのですが、命に関わる社会保障費まで大幅削減したものだから、医療崩壊を始めとして社会保障制度のあちこちにほころびを生じ、にっちもさっちも行かなくなり国民の不安は極限に達しているのが現状です。この不安にどう答えていけるのか、政権与党に与えられた課題は重い。

今その課題にどこまで応えられるのか、少なくとも応えるメッセージを伝えることができるのかが総選挙の勝敗の分かれ目になると思います。今も今年の政策方針を決める「骨太2009」を決定するのに、「骨太2006」を踏まえてという言葉を入れるか否かで、自民党を二分した論争になっています。2006を入れるという意見の方々の言い分はこの旗を降ろすと、財政規律が保てなくなり公共事業を始めあらゆる分野から予算要求が出てきて収拾

がつかなくなるため、限界にきている社会保障費はその例外として予算措置は十分配慮すると主張するのです。一方、2006を入れるなどと言う私も含めた方の言い分は、総理大臣も代わり、まして昨年9月のリーマンショック以来、3回にわたる補正と2009年度の予算で合計75兆円の大型の景気対策を実施してきました。6月には21年度の補正予算で「地域医療再生基金」として3,100億円の基金が用意されました。このような状況で財政規律にこだわり2,200億円削減を明記しないのは理解ができませんし、国民とりわけ医療関係者を始めとする社会保障関係者には納得してもらえない話ではないと主張しています。

この結末がどうなっているのか、更に私自身の総選挙が実施されているのか、その結果は？ 次々と考えていると冷や汗が出てきたのでここで終わらせていただきます。



海軍の町・よこすか余話

(社会福祉法人 日本医療伝道会 衣笠病院 病院長・神奈川県) 鈴木 博



坂を登ると眼下の街並みの向こうに海が広がる。海に面して絶壁となっているこの高台の公園は、かつて東京湾防衛のための日本陸軍——海軍ではない——の砲台が置かれていた跡地である。ここ横須賀市中央公園からは横浜、川崎、東京、房総半島が一望できる。公園内には巨大な平和モニュメント、日清戦争からさきの大戦までの地元戦没者慰霊塔があり、その一角に大戦の勝者であった米軍人の銅像が置かれている。台座には「デッカー司令官」と刻まれている。胸像の見つめる先には「猿島」と呼ばれる東京湾唯一の自然の島が浮かぶ。かつては、日本海軍の要塞として機能していた周囲1.6キロの無人島である。「よこすか」の海から忽然とこの島が消えたら、なんと間の抜けた景色になるだろう。

横須賀に隣接する横浜では、今年、150年前の開港を祝ってさまざまなイベントが催されている。鎖国日本に米国の大統領国書を携えたペリーが黒船で横須賀・浦賀沖に現れ、久里浜に上陸して江戸幕府に開国を迫ったのはその6年前の1853年のことである。やがて日米修好通商条約が締結し、1859年に横浜など5港が開港したのである。条約の批准書交換のため日本側使節団を乗せた米軍艦に同行した幕府の軍艦がご存じの勝海舟を艦長とする咸臨丸で、1860年に浦賀から出港している。福沢諭吉、ジョン万次郎らも乗船し、幕府初の太平洋往復航海となったとされる。このようにして横須賀は幕末の開国の歴史を間近に見、そして、明治以降は第二次大戦終結に至るまで、わが国最大の帝国海

軍基地として君臨してきた。今日「よこすか」は米海軍基地の町であり、現代版黒船である米第7艦隊の主力艦、原子力空母ジョージ・ワシントンの母港となっている。

米海軍の横須賀進駐当初、町は敗戦に打ちひしがれ、風紀は乱れ、衛生状態は劣悪で、荒廃しきっていたそうである。1946（昭和21）年に胸像の主、ベントン・W・デッカー大佐が米海軍基地司令官としてこの地に着任。4年間在任中に横須賀市の経済・産業・社会面で多大な指導力を発揮し、横須賀の戦後復興に大いに貢献したのである。クリスチャンだったデッカー司令官は旧日本海軍の建物を利用して、キリスト教系の3つの学校、2つの病院、1つの児童福祉施設の開設にも着手した。衣笠病院はこの事業のひとつとして1947（昭和22）年に創立された。大佐の勤務交代が噂されると、横須賀市会はマッカーサー元帥に「横須賀全市民に愛され尊敬されているデッカー大佐を当市発展のために現職に留まらせてほしい」と嘆願書を送ったとされたほどの人物である。

胸像は彼の偉業を讃えて横須賀商工会議所により後年1959（昭和34）年に建てられたものである。戦後日本の復興に貢献し、市民から敬愛されて銅像を残された米軍人は国内広しといえども他にいないであろう。わが病院創設にかかわってきたその人の胸像のもと、しばし緑陰にたたずみながら猿島に目を移し、近代から大戦を経て今日に至った「よこすか」に想いを馳せた。

小児科医からみた新型インフルエンザ対策について

(理事・大和高田市立病院 院長・奈良) 砂川 晶生



この号が皆さんのお手元に届くころには、おそらく、新型インフルエンザ騒動も一段落しているものと思われる。そして、来るべき冬の第二波の流行に備えた対策が国や地方、また、各医療機関で検討されていることであろう。果たして、各地で、発熱相談センターや発熱外来はそのまま継続維持されているのだろうか。

原稿執筆時点での厚生労働省の「医療機関における新型インフルエンザ診断の流れ（H21. 5. 24版）」では、フローチャートの第一段階は、「38℃以上の発熱または急性呼吸器症状を認める」ことである。国内の発生状況や新型インフルエンザの毒性を始めとする特徴が明らかになるに伴い、この診断の流れも改定されてきた。初期のチャートでは、まん延国への海外渡航歴や患者との接触歴など、疫学的関連の有無が必須条件となっていた。しかし、5月16日に、兵庫県の高校で海外渡航歴のない患者発生が報告されてから事態が一変した。

わが県では、早々、5月16日付で、疫学的関連の有無を外した基準で、発熱外来へ患者を誘導する対策をとった。この時点で、実際、各地で潜在の患者がどれほど存在するか、全く分からなかったわけであり、ある意味、迅速で適切な判断であったのかもしれない。しかし、この疫学的関連の有無を外した基準で振り分けをした場合、次に、どんな状況が待ち受けているかを、誰も想像しなかった（のだろう）。少なくとも、臨床に携わっている

現役の小児科医が基準作成に関与した形跡はない。小児科の一般診療では、「38℃以上の発熱または急性呼吸器症状を認める」患者はごまんといふ。その子供たちが、すべて発熱外来に回され（厚労省は診断の流れや症例定義については示しているが、どのような症例を発熱外来へ回すかは規定していない）、しかも、発熱外来では、頭から足先までの完全防御服で対応することとなる。発熱相談センターもパンクしたが、発熱外来、とりわけ、夜間の小児の発熱外来診療はおそろしく悲惨な状況に陥った。今回の新型インフルエンザは幸い比較的毒性の弱いウイルスであったが、毒性の強いウイルスであっても、この基準では、現場は数日ももたない。それでは、どうするか。医療提供側のキャパシティを念頭に置いた対策を、現場を交えた場で予め検討しておく必要があるだろう。

厚労省の勧告等は、さすがに、微に入り細に入りよくできているが、最前線の臨床医の印象とは温度差がある。組織のトップにとって、いかにして、現場から有用な情報を手に入れるかは非常に重要なことである。個人の知識や経験は限られている。まさに、「何を知っているかより、誰を知っているか」である。

森林セラピーと EBM/NBM

(代議員・城西医療財団 理事長 総長・長野) 関 健



Therapy は、辞書を紐解くと「(通例薬や外科手術を用いない) 治療; (物理) 療法」となっている。医学用語としては‘療法’と訳されることが多い。いわく Psychotherapy; 精神療法, Occupational Therapy (OT); 作業療法, Physical Therapy (PT); 理学療法, Speech Therapy (ST); 言語療法, 等々である。他にも芸術療法, 絵画療法, 音楽療法, 催眠療法, 等があり, 英語では __Therapy である。いずれも何らかの手技を要する治療法のことである。保険診療で報酬が定められ, 名称独占が認められている‘療法’から, なにやら胡散臭い民間療法まで, 広く用いられている言葉だけに, 人心を惑わす‘療法’もあって, 多額の金品を掠め取られる詐欺事件も発生している。

他方 Treatment は, 「1. 取り扱い, 待遇 / 2. 治療, 治療法 / 3. (問題の) 論じ方, (化学薬品などによる) 処理」となっている。医学用語としては, 単に‘治療’とか‘処置’の意味に使われているが, 美容の世界ではよく用いられる言葉で, その場合は, ‘お手いれ’といった意味合いであろうか。これも女性達は高額を支払いをして僅かの効果を得て満足しており, 美容とは無縁のむくつき男からすれば詐欺まがいと思ってしまう。

さて, かく言う私もセラピーに手を染めることになった。長野県の北の果て新潟県境の北小谷で森林セラピーを行おうというのだ。その実, 森林セラピーなるものがどんなものなのか全く知らなかったのであるが, 小谷村

からの依頼で廃校となる小学校の校舎や体育館・プール等の施設をケアハウスと健康増進施設に作り変え, 村の活性化を図るプロジェクトに加担することになり, 村が先行して進めてきた森林セラピーにも関わるようになった。北小谷は, 「森林セラピーソサエティ」が‘森の癒し効果が実証された’と称する全国35の森林セラピー基地のひとつとなっており, プナ原生林の中に4つのセラピーロードを有している。林野庁の肝いりで発足した「森林セラピー研究会」から発展した「森林セラピーソサエティ」はNPO法人であり, いずれも医師である今井通子理事長・新貝憲利副理事長をはじめとして各界からの錚々たる役員を擁し, 複数の医師からなる森林医学研究部会も組織されている。森の力を森林浴を通して身体(心体)の健康に生かそうというのが「森林セラピー」であると定義しているが, 生理・心理・物理実験を行い様々な効果を検証してきた結果として35の「森林セラピー基地」「森林セラピーロード」を認定したとある。さすれば, EBM (Evidence Based Medicine) を志向しているのかと受け取れる。しかし, どう考えても EBM ではなく, NBM (Narrative Based Medicine) であろうし, そのほうがわかりやすい。ちょうど温泉療法がしきりに EBM を主張しようとしても似合わず, NBM というのが相応しいというのに似ている。詐欺と思われぬよう頑張りたい。

湘南讚歌

(理事・東京都保健医療公社 大久保病院 顧問・東京) 関口 令安



湘南に越して13回目の夏を迎える。1997年7月都立広尾病院副院長時代、新宿からの転居である。しかも、引っ越した3日目に都立大久保病院への異動の発表があった。旧居からは歩いて10分の距離の病院に、以来13年間、湘南新宿ラインで1時間半の通勤を全うした。

13年前、将来の隠居所として海、山の眺められる藤沢市片瀬山に居を構えた。晴れば、大島・利島・富士山が、江の島や烏帽子岩の彼方に眺められる山の頂上である。昨年夏、大久保病院を退職し、漸く湘南暮らしを満喫できるようになった。朝、雨が降っていなければ、妻とユキ（四国犬・メス4歳）とで、鶯の鳴き類る裏山（市の森林公園）を散歩している。

「森林浴をするとストレスホルモンが減少し、免疫力が上がり、癌をはじめとするさまざまな病気の予防につながる」という説があるが、森林浴は血糖値および血圧を低下させ、リラックス効果をもたらすことが報告されている。

本年5月30日第29回日本登山医学会が東京品川で開催され、日本医科大学衛生学公衆衛生学教室の李 卿先生の講演で「森林浴は、人NK細胞数及びNK細胞内の抗がんタンパク質の増加によって、人NK活性を上昇させることが判明した。さらに森林浴によるNK活性等の上昇効果は、1カ月くらい持続することも判明した。これは、月1回森林浴をすれば、生体は常に高い免疫機能を維持でき、NK細胞の機能が高まれば、生体の抗がん能力も高まる」と研究成果を発表されている。

この研究結果を参考に、できる限り短時間で

も裏山へ出掛け、森の癒し効果を継続していこうと励んでいる。

最近では、食生活でも湘南を満喫している。即ち、鎌倉野菜と腰越の海産物である。鎌倉野菜は、八幡宮の南、下馬の交差点際にある鎌倉市農協連即売所で、朝取りのいろいろな野菜を、農家の人がそれぞれの部署で売っているもので、新鮮で安価で安心な野菜類である。今まで見たことのない野菜にもお目にかかることがあり、その食べ方を聞いて賞味する楽しみもある。腰越の海産物は、新鮮この上なしは当たり前である。海の状態から、海岸の漁師小屋へ電話して、朝獲れの生シラスを買いに、2キロのドライブで済む。他にも新鮮でうまい魚がふんだんにあり、新宿では口にできなかった魚・イカなどを自分で調理するまでに変化している。

週1回の外来と、日本病院会理事会と委員会・日本医師会の委員会・山岳会関連の委員会・出身高等学校の理事会等の会議で上京するほかは、できるだけ藤沢暮らしを優先するよう努めているが、最近35年前の南極越冬の経験で、国立極地研究所からのお呼びが掛かった。

即ち、南極観測審議委員会医療分科会委員および極地観測隊員健康判定委員会委員への参加要請である。

国立極地研究所は板橋区加賀町から立川市へ移り、不便にはなったがうれしいお誘いで、喜んでお受けし35年前の越冬時代を懐かしく思い出している日々である。

リレー・フォー・ライフ in Japan

(代議員・医療法人 大分記念病院 名誉理事長 常務理事・大分) 高田 三千尋



1985年アメリカ・ワシントン州シアトル郊外で、アメリカ対がん協会のゴルディー・クラット医師が始めたがん患者支援のイベント「リレー・フォー・ライフ」、がんの患者さんとその支援者らがチームを組んでグラウンドを24時間歩き続けるというイベントです。また寄付を募って、集まった寄金はがん撲滅のために拠出されます。

がんを患っている人は24時間休むことなくがんに向かい合っているということを支援者らが実感することで、連帯感が生まれるというイベントですが、我が国では一昨々年^{さきおとし}に初めてつくば市で開催されました。3年目の昨年は全国7カ所で開催されました。10月に大分市で行われた「リレー・フォー・ライフ大分」では3,000人を超える人々が集い、300万円を超す寄付金が集まるという大成功を収めました。今年も大分での企画が進行していますが、全国でももっと多くの場所での開催が期待されます。

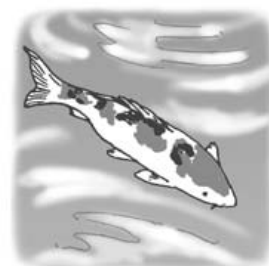
さて、近年の我が国の医療はまさに医療崩壊ともいえる状況にあります。がん患者さん達への支援はこれまでも決して豊かなものではありませんでした。その中で患者さん達はそれぞれの立場で連携を取り合い、組織を作って情報を交換し、独自の力で病を克服すべく努力してこられました。昨年の「リレー・フォー・ライフ大分」の成功はそのような方々の大きな連携の場が作られたため、一気に気運が高まったものと思います。患者さん達はそれぞれの思いを語り合い、また支援

者とのふれあいで病が癒され、生きる勇気を、そして病を克服する力を得られたのではないかと考えています。

1人の医師の呼びかけに始まったこのイベントが、既に全米4,000カ所に波及して活動がなされているという現実。このことは、今後私達医療者の進むべき道を示しているのではないかと考えています。

幸い、21世紀になって分子標的治療薬というがん細胞そのものを標的とした強力な薬が開発されました。その最有力な薬はmagic cancer bullet「魔法の弾丸」と呼ばれ、「リレー・フォー・ライフ」の寄金で開発されました。

がんの治る時代の到来も夢ではなくなりました。今こそ私達は患者さんと連携して病気と対峙する時ではないかと考えています。「リレー・フォー・ライフ」を全国に波及させ、患者さんへの支援の輪を広げていきたいものと考えています。「リレー・フォー・ライフ in Japan」への展開を夢見ているところです。



肛門病学の濫觴^{らんしょう}



(理事〈熊本県支部 支部長〉・医療法人社団高野会 会長・熊本) 高野 正博

先生方は医学の各専門分野でトップクラスの方ばかりで、それぞれの専門分野の濫觴について興味あるエピソードをご存じではないかと思えます。

私の専門分野は大腸肛門病で、これは人類にとってポピュラーな疾患で古代医学でも欠くべからざる分野です。それを多少紐解いてみますと、文献上最も早く肛門の記載があるのは紀元前1750年頃のハムラビ法典で、痔疾患の記載や法典という性格上、治療費についてまでも述べられています。日本病院会理事会でも討議されている医療費が大昔からのテーマであるとは興味深いことです。

次に古い記載は紀元前1550年にエバース パピルスの痔瘻の治療法についてのもので、この頃、地中海沿岸では坐薬も使用されており、地中海沿岸に沿って一番古く肛門病学が発達したことが推測されます。筆者もカイロ博物館でピラミッド時代の肛門の手術器具を見ましたが、メス、ピンセット、ゾンデに至るまで現在使われているものと基本的には全く同一のものです。紀元79年、ヴェスヴィオ火山の爆発で埋没したポンペイの遺跡からも二弁の肛門鏡や痔瘻用のメスが出てきており、当時、優れた痔の治療が行われていたことが分かります。

紀元前1000年にはインドでアーユルヴェーダのススルタ サムヒタに痔瘻の治療法について述べられており、後述するクシャラストラを用いての治療法です。ギリシャのヒポクラテス(紀元前460～356年)は痔瘻をヒポクラテスの結節と呼ぶ術式で治していました。アポリノ

ーゼと称した馬尾毛を用いたそうです。当時、細くて強く無害でしかも質が揃っているという馬尾毛が最適であったと容易に想像できます。

中国では紀元前230年、華陀^{かた}が麻沸散を使った全身麻酔によって痔核の手術を行ったという記録があります。全身麻酔は外科のどの分野にも必要な方法で、大いに役に立ったと思います。華陀の時代は「三国志」の時代で、人民は干ばつや疫病で大変苦しみ、彼は人民奉仕の崇高な精神を持っていました。いろいろの医学、特に針治療に卓越しており、魏の曹操も頭風病という病に苦しんでいたが一針で治った。曹操は再発を恐れ侍医にと頼んだが、華陀は良い返事をしなかった。曹操は怒り華陀を引き連れて来させて診察させたところ、「あなたの病気は既に重く針は効かない、根治術をしないと駄目だ」と言われ大変怒って華陀を殺してしまった。

話は元に戻って紀元前1000年のインドのアーユルヴェーダにはクシャラストラを用いた痔瘻の治療が述べられており、これは seton という糸を使って瘻管を入口から出口まで縛って開放させるもので、この語源はラテン語の“seta”に由来しており動物の鬣^{たてがみ}を意味し、現在の“suture”へと繋がっています。我が国には田澤によって紹介されました。

戦前のドイツ医学、戦後は米国からの現在の西洋医学ですが、今、古来の術式が復活したことは大変興味あることです。歴史は繰り返すとはよくいったものです。

〔故 衣笠昭先生の文献参考〕

これからのこの国の かたちを考える

(理事・茨城西南医療センター病院 名誉院長・茨城) 高橋 正彦



当院は急性期医療に特化し、慢性期病棟をもつ70余の病院と病病連携を行なっている。最近の当院の入院患者の動向をみると、連携病院への患者の移動が減少し、満床状態が多くなり、平均在院日数も12日から13日に延び、救急医療に大きな支障をきたしている。患者の移動が減少した原因として、連携病院の固定的な満床状態があり、その原因として、後方医療・福祉機関である老人病院、老人施設、介護施設、福祉施設などの減少や衰退がある。その背景には、医療以上に、介護・福祉への税投入が極端に少ないことにある。現在の医療には、病病連携・病診連携のみならず、保健・医療・介護・福祉の総合的な連携が必要で、行政によるそのような制度設計が早期に望まれる。高齢化が進む日本の現状は、寝たきり老人・寝かせきり老人が圧倒的に多い、老人の自殺者が多い、介護疲れによる国民の労働力の低下さらには国の経済力の低下を引き起こしている、ターミナルケアの引受けは圧倒的に病院それも急性期の病院である、老人福祉や介護サービスの水準が低いことから老人医療費だけが突出して上昇を続けている、などである。

20世紀は資本主義と社会主義の競争の世紀であったが、21世紀になると資本主義が勝利し、社会主義はほぼ消滅した。この資本主義が成功を収めるほどに、民主主義が弱まってしまった。政治の場で、平等主義に疑問を呈し、所得格差を拡大することを目指す市場主義改革を断行したのは、サッチャーとレーガ

ンであった。サッチャーの改革によってイギリスの医療は崩壊してしまったが、政権交代によって徐々にではあるが復活しつつある。その後の資本主義は、市場原理主義やマネタリズムなどの経済学に翻弄されて変貌し、医療・福祉・教育を疲弊・荒廃させた。ガルブレイスは「医療と福祉と教育については、資本主義は失敗した」と述べている。さらに最近では、サブプライムローンの破綻による世界経済の大恐慌を招いている。市場原理主義的経済改革がもたらした教育・医療・福祉の疲弊・荒廃が、欧州諸国に中道左派政権「第三の道」を誕生させた。「第三の道」とは、市場主義にも反市場主義にもくみしない、両者を止揚する革新的な改革である。

以上のような資本主義の変貌のなかで、高齢化社会を迎えたわが国では、国民が医療・福祉・教育などの国のあり方を考え選択する時期が到来したと思われる。低負担・低福祉の小さな政府か高負担・高福祉の大きな政府か、市場原理主義か社会的共通資本か、企業医療保険制度か公的医療保険制度か、家族介護か社会的介護かの選択である。具体的には、前述の前の項を選択した米国型資本主義か、後の項を取り入れた北欧型資本主義か、あるいはその中間か、の選択である。ヨーロッパでは、経済の発展と社会保障の発展のバランスを政権交代によって調整している。

磯釣り

(代議員・公立豊岡病院 病院長・兵庫) 竹内 秀雄



魚釣りにはいろいろあります。対象とする魚からの言い方で、鮎釣り、へら釣り、チヌ釣り、石鯛釣りなどがあります。釣り場所からの言い方では、溪流釣り、防波堤釣り、船釣り、磯釣りなどです。釣り方では、エサ釣り、疑似餌釣りなどです。通常は対象魚が決まり、その魚を釣るためにはどこで、どのように釣るかを考え、自分のパターンを決めているようです。鮎の友釣り、筏のチヌ釣り、防波堤のアジ釣り、磯のグレ釣りなどです。このうちのひとつだけを一生懸命やる釣り人といくつかを幅広くやる釣り人がいます。

私は磯釣りで主にグレ、チヌ、真鯛を対象としています。釣り場は兵庫県北部但馬をホームグラウンドにしています。ときに島根県の隠岐に遠征することもあります。また年に一度ぐらい、船釣りでアジやイカを、筏でチヌを釣ることもありますが、年中磯釣りを楽しんでいます。夏の暑いときは夜釣りに行きますし、真冬の雪の積もるときも行きます。ただ磯釣りも船で渡してもらう釣りですので、冬場は波も高く行くことができないことも多いものです。釣行は仲間とや単独です。以前はペーパードライバーで人に連れてってもらわないと行けなかったのですが、15年ほど前、こちらに2度目赴任のとき、運転の練習をして中古車を買って人の都合でなく自分の都合のみでも行けるようになりました。

釣りの楽しみは釣る前、釣っているとき、釣った魚の料理と食べることの三つとも楽しめます。釣る前は、今度はどういう仕掛けで

どうやって釣ろうと前もって準備します。道具の点検、仕掛けの準備、磯上がりの場所選定、天気予報での波の予想、ああしようこうしよう、前の晩など考えて眠れないこともあります。本番の釣りは潮の流れや地形より磯でのポイント選び…、どこにエサをまいて、どこの辺で食わせるか、どれくらいの柵でやるか、海中での様子を思い描いたりします。いろいろ工夫をして満足の釣果を得たときが最高に嬉しいものです。なかなか思うとおりにはいきませんが。これまでの記録は真鯛85cm、グレ48cm、チヌ51cmです。チヌは今年記録を更新したのですが、他は15年ほど前のもので、なかなか記録更新とはなりません。釣った魚を食べるのも楽しみです。何といっても魚は鮮度です。釣りたての魚の刺身、塩焼き、煮付けなどです。料理も自分でしますが、これも楽しみのひとつです。この魚は刺身で、あの魚は塩焼きでなどと献立を考えます。そしてよく釣れたときには人にも食べさせたりします。もちろん自慢話も混じりますが。

もう少しで退職です。退職後は釣り三昧をと考えたりしますが、週2回ぐらいの釣行が適当かなと思ったりもして、今から楽しみにしています。

超高齢社会を迎える 医療・介護体制は！

(理事・医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長・徳島) 武久 洋三



団塊の世代が超高齢者となる時代の医療・介護体制はどのようになるであろうか。小泉・竹中政権により崩壊され尽くした医療体制の再建に厚労省は必死である。当事者の誰もが盲索する中、いち早く厚労省の有能な若手官僚によって社会保障国民会議に出された医療・介護提供体制の将来像と題する提示資料は、誠に当を得たものであり、担当課としての心意気を感じた。その通りになるかどうかは15～20年の世の中の変化にもよるし、何人も決定的なことは言えない。しかし、プランニングとして示されれば、関係者はその大まかな道筋を参考に動き出すことができる。その意味でたたき台とも、目標値ともいえるものである。

団塊の世代の方々が一齐に超高齢化する20年後には、現在より年間死亡数は50万人増え160万人超になるとされている。しかし、問題は20年後のその後にある。この一団が世を去った後、年間死亡数は確実に減少するのである。30年後は少子高齢化ではあるものの、落ち着いた人口構成となり極端なアンバランスを脱却することができる。だから、この30年間さえ何とかやり過ごせばよいわけで、むやみやたらに施設を増やそうとしても、地方によっては早いところで後10年で空床が出るのが予想され、20年もすればあちらこちらで経営が立ち行かなくなる介護保険施設が続出するだろう。せっかく建設した施設が耐用年数の半ばで無用化する可能性がある政策は取りづらいのではないか。いきおい、

この間は何とか在宅療養で逃げ切れないかと思っても責められるわけではない。

在宅患者を現在の倍の約500万人と想定しているが、この数は医師1人が10人の在宅療養患者を受け持つとすると、在宅支援診療所が50万カ所必要であることを意味する。現在、1万以上の申請がありながら実動は1,000カ所もないと言われているのに、果たしてその500倍もの在宅療養支援医師団を構成できるものなのか。約50万床とされる急性期病床の平均在院日数を10日に規定すれば、1カ月に退院する患者数は150万人となる。それらの患者が慢性期病床、介護保険施設、そして居住系施設を経て自宅に戻る道考えたとき、それぞれの施設の入院（入所）ベッド数と平均在院（所）日数を規定すれば、それぞれの定員に対して次々と移動していくべき人数を算出することは可能である。それらを順々にトレースすると、その患者の流れから、実際の患者の入所施設を確保するのはほとんど不可能であることに気付く。そして、その矛盾をすべて在宅への移行や死亡数の増加というターミナル論争へと導いていかなければ話が進まないことがはっきりと分かってくる。

この状態は、政権が変わろうと厚労省の担当が変わろうと環境が変わろうと、誰がどのように考えても解決不可能な今という時代が突きつけた非情な事実である。我々、医療担当者として全体を俯瞰した目線が必要とされているのである。

病院船

(代議員・東海市民病院 院長・愛知) 千木良 晴ひこ



いつものことだが、地震や今回の新型インフルエンザ発生などの大規模災害が起こるたびに、被災者ならびに患者の救済に「病院船で対応しよう」という発想が出てきて良いのではないかと思う。

1995年の阪神大震災時に、アメリカから「空母を病院船として被災者の救助に」との申し出があったが、当時の村山内閣はこれを断ってしまった。被災者は冬の寒空の中で過ごさなければならず、高齢者などにとってはさぞかし辛い生活であったことだろう。なお、空母は3,000人の収容が可能であったという。自衛隊への救援出動要請も含め、行政トップの判断の誤りや対応の遅れは多くの人命を奪ってしまった。石原都知事の「天災ではなく人災だ」との発言にも端的に表れている。

逆に、2007年の新潟県中越沖地震は夏の暑い気候であり、狭い車の中での居住や貧弱な避難所における脱水症状などから、いわゆるエコノミー症候群で亡くなる被災者も続出した。これも政府が大型客船などをチャーターして「病院船」として新潟港沖合いにでも停泊させ被災者の救済に当たっていたらと思う。

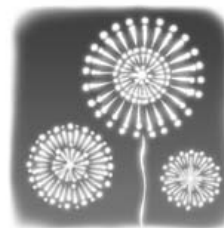
そして、今回の新型インフルエンザである。幸いにして弱毒性で死亡者は現在のところ出てはいない。しかし、SARSのように死亡率の高いインフルエンザでは、今回のように関西を中心とした大多数の患者発生には現体制の病院では隔離機能などはなく、感染拡大においては無防備となる。この点、「病院船」を停泊させ、多くの感染患者を収容できれば隔

離による感染拡大の予防には大いに役立つと思われるが如何だろう。

今後、予想される大規模災害は東海、東南海大地震のみならず鳥インフルエンザなどの致死性の高い感染症、さらには考えたくはないが、北朝鮮有事における大量難民の発生などである。

「病院船」は高度医療ができる機器とスタッフが必要であり、また輸送にはヘリコプターなどの装備も必要であろう。無論、非常時のみであり経済効率は極めて低く、維持管理費も膨大となるだろうが、いまの日本の経済力からして決して不可能なことではないと思う。2004年に起きたスマトラ沖地震によるインド洋大津波の際に活躍したアメリカのマーシー級病院船（1,000床のベッドを保有）の規模まではいかなくても、「病院船」を欧米先進国が保有して活躍している実例を見るにつけ、日本のように周囲海に囲まれている島国には迅速に移動可能な「病院船」が極めて有効と思われる。

ここは知恵を絞って日本にも「病院船」を是非とも実現して欲しいものである。



透析施設における 新型インフルエンザ対策

(理事・広島県透析連絡協議会会長，
医療法人あかね会 土谷総合病院 理事長・広島) 土谷 晋一郎



現在，新型インフルエンザに係る医療体制としては，第二段階の「国内発生早期」にあるとして，「発熱相談センター」を通じた発熱患者等を「発熱外来」で診療するという，主として感染の拡大抑止を主眼とした医療体制が，各都道府県において敷かれています。広島県においても感染症指定医療機関2施設，感染症協力医療施設（発熱外来）12施設が定められました。

今後は，第三段階の「感染拡大期」・「まん延期」への移行をも見据えた医療体制の整備が急務となっております。発熱患者の過度な集中による発熱外来の破綻を回避し，すべての医療機関で発熱患者が受診する可能性のある「まん延期」の医療体制への円滑な移行に備えるため，広島県では，健康福祉局から，「発熱外来」や「発熱外来支援医療機関」への参加について，県内の医療機関に対し，協力依頼がなされました。

広島県で透析医療を行なう医療施設の大半（計81施設）が，広島県透析連絡協議会に加入しております。本年5月22日には，広島県腎友会（広島県の透析患者団体）から，広島県透析連絡協議会あてに，透析患者の不安を強く訴える要望書が届けられました。透析患者は，感染があろうとなかろうと，週3回医療施設にて透析を受けなければなりません。新型インフルエンザの「感染拡大期」・「まん延期」においても，自宅で安静療養するわけにはいきません。感染時にも透析できる入院施設の確保，入院施設が確保できない場合の

発熱時の通院手段等，透析患者特有の不安があります。さらに，透析医療施設からも，新型インフルエンザまん延期にどのように透析医療を行うか，また，行政から支援が得られるのか，などの問い合わせが相次いでいます。

末期腎不全患者では，細胞性免疫，リンパ球機能，好中球機能のいずれも低下しており，易感染性状態にあります。本日（2009年6月19日）も，広島県透析連絡協議会と広島県腎友会とで，県に協議に行ったところでありませぬ。透析施設会員からは「県から透析施設に対し具体的な対応策を示して欲しい」という要望があります。しかしながら，行政の方からは，お互いに知恵をしぼろうという返事でありました。今年の秋以降，新型インフルエンザの流行が本格化する可能性が非常に高い，と言われております。年内には新型インフルエンザワクチンが2,500万人分製造されると報道されており，一刻も早いワクチン増産が待たれるところでありませぬ。感染予防を徹底するという基本をふまえた上で，秋以降どう対処するか，この夏早急に検討したいと考えております。



老いのまさに至らんとする を知らざるのみ

(常任理事・(財)操風会 岡山旭東病院 院長・岡山) 土井 章弘



女性は平均年齢87歳・男性79歳となり、世間では老いるショック（オイルショック）、痴呆の時代（地方の時代）と騒いでいます。冷静に考えてみると、秦の始皇帝（2,200年前）も不老長寿を願って「徐福」を送って日本に仙薬を求めたとの言い伝えがありますが、私達が求めている長寿社会が到来したと喜んでいいのではないかと思います。私達は物質の豊かな国を目指してきましたが、これからの時代は幸せの国を目指して生きたいものです。国民の半数が、癌に罹患し、「認知症」も高齢化が進むと増加する時代です。食生活は、1970年に大阪万国博覧会の頃から、ケンタッキーフライドチキン、マクドナルドハンバーガー等を代表として欧米流の食文化が入ってきました。その結果、次第に栄養過多になり、それに伴いメタボリック症候群が国民の関心事になり、国の威信を掛けての、検診事業が始まりました。もちろん、成果が出れば、世界から評価されるであります。

健康管理・食生活の改善も大切ですが、人間の生き方も健康維持に大切ではないかと思えます。心は体の主人公、心が体を動かすなど良い言葉があります。

貝原益軒先生（1630～1714年；江戸中期の漢方医）の養生訓を読んで、昔から養生していた人がいたに違いないことがわかります。私が好きな言葉に「老いては、1日を10日とし、10日を100日として、喜樂して、あだ日をおくるべからず」などは今日でも素晴らしい生き方だと思えます。孔子（紀元前500年）

の弟子が書き残した論語にもヒントがあります。井上靖著の『孔子』からの引用です。

中国は紀元前500年の昔、戦国乱世に明け暮れる、春秋戦国時代。孔子一行が、中原遊説放浪の旅の途次、とある町の市長さんにあたる人が、弟子の子路に聞いた。お前さんの師・孔子とはどんな人であるかと。しかし、子路は答えられなかった。そうすると、孔子は「子路や、お前さんは言わなかったのか。このように言ってくれば、よかったのではないか。（孔子はちょっと顔を和らげて）、“その人となりや、^{いきどおり} 憤^いを發して食を忘れ、楽しんで以って憂い忘れ、老いのまさに至らんとするを知らざるのみ” 私はまさしくこうした人間である。これ以上の人間でもないし、これ以下の人間でもない」。

毎日、理不尽なことがマスコミを通じて報道される。これらの事に、^{いきどおり} 憤^いを感じて、学習し行動して、少しでも世の中が良くなるように努力し、また、世の中には、善行をする人も多く、世の中には良いことも多くあることを聞いて、心を楽しませ、憂いを忘れて、年を重ねるのも忘れる。孔子の生き方からも多く学ぶことができます。「老いのまさに至らんとするを知らざるのみ」こんな人生がまっとうできればいいなと思っています。

新医師と旧医師

(理事・九段坂病院 院長・東京) 中井 修



大学医局制度が解体の危機にさらされている。そうやってそれが日本の医療体制の維持に重要な役割をしてきたことがわかった。それは、医師の診療科偏在の抑止機能である。卒業した大学の医局に大部分が残る時代には、皆自分の希望する診療科を決定するのに、医局の混み具合を見ていた。つまり、前年にたくさん入局があった医局は敬遠され、しばらく入局者がでない医局には先輩のあれやこれやの熱心な勧誘にほだされて、入局したりしたものだ。わたしの大学ではしばらく入局の無かった麻酔科の教授から、入局すれば卒業させてやるが、しなければ留年だとおどされて、麻酔科に入局した少し遊びすぎた先輩がいた。彼はやがて大学教授になったのだから、人生はわからない。こうした診療科人口密度の自動調整が、どの大学でもそれぞれ行われていて、日本全体の診療科の医師数が適度に保たれていたという訳だ。

現在、初期研修で大学を離れてしまえば、大海原に飛び出したようなもので、昔の卒業大学へ残って入局するという無難な選択は色あせてしまう。そこでは、診療科の選択も自由にできる。むかしの過密医局や過疎医局を気にして、進路を変えたりしない。後期研修プログラムはいくらでもある。診療科選択にあったタガがはずれたのである。そうなれば、当然人気に左右された診療科の偏在は避けられない。そしてこのままでは医療崩壊も避けられない。

それでは大学医局制度を復活させる。それ

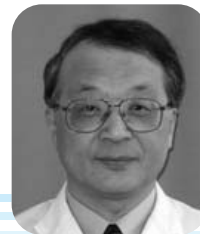
はもう無理であろう。解決策は後期研修枠の数量規制しかない。アメリカではレジデント制で専門医の数は制限されている。卒業時に成績優秀のタイトルが無いと人気診療科のレジデントには採用されず、その科の専門医にもなれない。フランスでも大学の成績が悪いと人気の診療科を選択できない。自由に専門を選べる時代は日本でも終わったのである。人気診療科の後期研修は成績が良くないと受けられないということにすればよい。

それでは、数量配分をどうするか？ 毎年8,000人の初期研修終了者をどう割り振るか？ 各科の専門医の必要数を客観的なデータを集積して、学会、大学のエゴを排して決めていく必要がある。そこでは地域割りは必須である。人気診療科の後期研修を受けるためには全国どこにでも行こうというものもいれば、東京にいたいから不人気の診療科に行こうというものもいるからだ。職業選択の自由については、機会均等であれば文句はいえまい。努力をすればだれでも東京で人気の診療科の後期研修が受けられるのだから。

これまでの専門医や標榜科はどうするか？ 古い人たちは相手にしない。新たな制度ではじめる。新医師と旧医師と二本立てで行くしかない。そのうち新医師だけになるのは自明である。10年、20年先には日本の医療の再生が見えるのだから、旧医師も協力を惜しまないであろう。

今こそ「いいかげん(良い加減)」 の精神で医療再生を

(島根県立中央病院 病院長・島根) 中山 健吾



私は2009年4月に就任した新前の病院長です。当院は急性期を担う県立の総合病院で、その使命は「基幹病院として高度・先進医療を提供すること」「救急医療、周産期医療などの政策医療の中核を担うこと」「僻地、離島などの地域医療を支援すること」です。

その重要かつ困難な使命を実現するため、どんな心構えでやればいいのでしょうか。私は相田みつを氏の「真剣だと知恵がでる、中途半端だと愚痴がでる、いいかげんだと言訳ばかり」を大切にしています。「いいかげん」を辞書で引くと、「無責任、徹底しない、おごなり」と否定的で、相田氏もその意味で使っています。しかし、一方では「ちょうどいい程度、適度」と肯定的な意味を持つことを再認識しました。私は医療は元々不確実なものであり、完全を求めすぎると結果として良い成果は得られないと経験的に思っています。そんな時にこの肯定的な「いいかげん」という言葉が抵抗なく心に入ってきました。

もちろん「いいかげん(無責任)」ではいけないことがあります。当院が存在する意義、果たすべき使命を認識して行動することです。また、患者、家族への「やさしさ」であり、スタッフ間での「思いやり」の精神です。国家資格を持った個々人が知識、技術を向上させ、患者を対象に実践する、そこに「やさしさ」を一緒に提供してこそ、真の「顧客満足度」という大きな成果が得られます。また、スタッフ間での「思いやり」があれば、お互いの業務が効果的、効率的となり、より成熟

した労働集約型組織(病院)となります。

「いいかげん(良い加減)」が今なぜ必要なのかを自分なりに考えてみました。病院医療の崩壊が叫ばれていますが、これは医療費抑制政策や病院勤務医師、看護師不足などが原因ではなく、より深刻な背景があるように感じます。当地出身の郷原信郎氏が、著書の『思考停止社会』『法令遵守が日本を滅ぼす』で詳細に主張していることです。耐震強度偽造、食品の産地偽造、最近では新型インフルエンザなどでみられる日本社会、行政、マスメディアなどの反応、対応です。「この世に安全などなく、あるのは危険だけ」と専門家が実感している「安全」への過度な期待と要求が、結果として大きな「もの」を失い、「木を見て森を見ず」の状況をもたらしていないでしょうか。私が「良い加減」を提案するのは、今こそ「加減」、つまり「何を加え、何を減らすか」「何が必要で、何を捨てるのか」を適度に判断、対処していくことが、専門家たるわれわれの責務と考えるからです。この「良い加減」つまり「ちょうどいい程度、適度」の「医療の安全や質」こそが「現実」であり、専門家はこれを国民、マスメディアに理解してもらおう努力をしなければならないのです。医療再生への始まりに「いいかげん」を提案してみました、いかがでしょうか。

ジョン万次郎 —太平洋の架け橋—

(理事〈北海道ブロック支部長〉・

社会医療法人 社団 カレス サッポロ 理事長・北海道)

西村 昭男



「太平洋の架け橋」の表現は主に日米交流という舞台で貢献を果たした歴史上の人物に冠せられる称号に類して用いられる。去る5月10日ニューヨークのシェラトン ホテルで総領事 西宮伸一大使などの後援を受けて開催された講演会の「輝いて生きる」のなかで、日野原重明 聖路加国際病院理事長は日米交流の架け橋として、尾崎行雄 (1859-1954)、新渡戸稲造 (1862-1933)、鈴木大拙 (1870-1966)、賀川豊彦 (1888-1960)、エドウィン・ライシャワー (1910-1990) の5名を「ジョン万次郎 (1827-1898) に次いで日米交流の架け橋となった人々」に挙げて業績を聴衆に示された。この講演と演奏の会は「ホイットフィールド・ジョン万次郎友好記念館開設の会」がチャリティ形式で開催したもので、万次郎ゆかりの地フェアヘーブンで5月7日に友好記念館開設セレモニーに日本から参加されたツアーグループと共に多数の米国在住の有志多数が参集され、極めて有意義な集まりであった。

ジョン万次郎こと中浜万次郎については伝記、文献、舞台、映画、テレビドラマなど資料は膨大である。私も小学校時代に国語教科書で習った記憶がかすかにあるものの、幸運な少年の漂流物語の印象であった。江戸時代末期にホイットフィールド船長に助けられ、米国で生活した最初の日本人として居住した船長の家屋が荒れ果てた状態で競売されることを知った日野原理事長が、それを修復して記念館として日米友好の証にすべきとして、

2008年1月に基金委員会を設立して資金集めに尽力された。この活動を全く知らなかった私であるが、今年3月6日に聖路加国際病院の理事長室でお会いした時に、募金も大きく目標額を突破し、友好記念館への修復工事も進んで、来る5月7日に開館式典を現地で行うことが決まったと喜んでおられた。かつて留学したボストンへ40年ぶり再訪のまたとないチャンスも頭をかすめて、その後ジョン万次郎について踏み込んで学習した。私の結論は早かった。基金委員会の趣旨に賛同して一連の記念行事に参加すべく、さっそくニューヨーク往復便と休暇を確保した。

1841年、14歳の少年万次郎が土佐清水から仲間4人と小船で漁に出た時から、彼自身にとって全く予知不能な運命という引き潮によって、1843年、米国大陸に渡った最初の日本人として人生物語が始まる。ホイットフィールド船長は捕鯨基地、マサチューセッツ州フェアヘーブンの自宅にジョンを住まわせて、英語、数学、測量、航海術、造船技術などの教育を受けさせた。まさに日本人留学生第1号と見做される。そして1851年に琉球に決死の覚悟で上陸し、本土に護送、取り調べを受けて、漂流から11年後にようやく故郷土佐に帰ることができた。これまでが一卷の壮大な漂流物語である。

帰国後の万次郎には、開国を迫る米国の事情を知る貴重な人物として我が国の近代化に大きな役割を果たすという後半人生が待ち受けていた。万次郎は土佐藩より名字帯刀を許

され、出身地の中浜をとって中浜万次郎を名乗ることになった。幕末の動乱期にあって、彼から欧米諸国の情報が直接あるいは間接に伝わり、当時の歴史上の人物、坂本竜馬、勝海舟、福沢諭吉、岩崎弥太郎、板垣退助、中江兆民などの開国に向かう士気を高めるなど多大な影響を与えたとされている。そして1860年、33歳の時に、「日米修好通商条約」批准のため使節団を乗せた咸臨丸の通訳、事実上の船長として太平洋横断の重責を果たしている。

万次郎は、日本国際化の夜明けともいえる時代に幾多の業績を残したが、表舞台の役割でなかっただけに、我が国においては歴史上の評価は高くなかった嫌いがある。それに謙虚で中庸な性格も加味されてのことではなかろうか。

一方、万次郎の業績に対する評価は米国で高いという特異な情況がある。クーリッジ大統領は万次郎の帰国を「米国が日本に送った最初の大使に等しい」と述べ、また、建国200年にスミソニアン研究所が企画した「海外からの訪問者展」では29人の1人に選ばれ、詳しく人物紹介されている。

国際姉妹都市交流でも日本側の片側交通になりがちだが、土佐清水とフェアヘーブンの間は往来盛んで、今回の友好記念館開所式典など一連の行事には市長はじめ町民あげて熱心に準備され、われわれツアーグループを大歓迎してくださった。そこにはホイットフィールド家と中浜家との親交が以来代々に引き

継がれている情況が中核に在る。今回の式典でも両家の5代目がそれぞれ挨拶された。中浜家には海軍士官、医師など有為な方々が多く、万次郎の伝記も世に出している。今回は直系第5代目の中浜京さんが代表として式典の挨拶を流暢な英語でなされたのが印象的であった。

江戸時代末期に開国による近代化の動きを大きく下支えした中浜万次郎の業績については、ホイットフィールド・万次郎友好記念館の誕生を一つの契機として、広く国民に認知されていくものと期待される。ニューヨークにおける日野原重明理事長の講演は、ジョン万次郎を最初の「太平洋の架け橋」と位置付けた点において画期的であった。そして「もし吉田松陰が中浜万次郎と出会う機会があったら、すばらしいことが起こったでしょう」という謎掛けが私の脳裏に焼きついて離れない。





落ち着かない6月

(参与・日本看護協会 会長) 久常 節子



菖蒲もアジサイも見に行く機会なく6月が終わる。うっとうしい天気を吹っ飛ばすように玄関に白いユリをドンと活け、その中に朱色の姫百合を少し交ぜてみた。季節の花にどの花卉が合うか見定めるとき心が落ち着く。花が好き。花卉との相性でたとえば、どくだみの花一輪でも、人の心を落ち着かせ、豊かにしてくれる。

国際会議があり、あと2、3日で南アメリカに行く。そのパレードで和服を着ることになっており、用意もできた。しかし、気持ちがまだその気になっていない。保健師助産師看護師法の一部改正のための検討が参議院でまだ始まっていないからだ。いつか、いつかと待つ緊張感に少々疲れてしまった。

一方、医師不足の問題解決の一つとして看護職の機能拡大の動きが出てきた。経済財政諮問会議での総理や与謝野財務大臣の発言が取り入れられてのことで、「経済財政改革の基本方針」に明記されている。その延長線上でと思うがナースプラクティショナー (NP) のことが話題に出ている。医師会は早々に反対の意思表示をした。日本看護協会はこの課題の検討を先延ばしにしてきた。事実、内部でこの検討会すら持っていない。しかしあまり周りが騒がしいので勉強ぐらいしておかねばと機会を持った。そこで初めて知ったが、アメリカではNP

の開業は4パーセント弱、それに引き換え、診療所に雇われているものは、34パーセントと大きく上回っている。利用者からの評価は非常に高い。「三流の医師」を作っているのではという意見もあるが、どうもそうではなさそうである。医師と同じお金を払ってもNPを選ぶ人もいるようで、このあたりがなぜかもう少し掘り下げたい。



私の歩いてきた道。 これから歩む道。

(医療法人社団 博洋会 藤井脳神経外科病院 理事長・石川) 藤井 博之



中国の五行説に季節を表す言葉がある。春は「青春」、夏は「朱夏」、秋は「白秋」、冬は「玄冬」と呼ぶ。この四つの言葉は人生を表す言葉としても用いられてきた。

「青春」は十六歳頃から三十歳代前半を指し、「朱夏」は三十歳代前半から五十歳代後半までの壮年期を意味する。「白秋」は五十歳代後半から、六十歳代後半までの老境にさしかかる頃、「玄冬」はさらに上の人生総仕上げの年代にあたる。

私は昭和二十二年二月生れで、現在六十二歳である。私の人生の歩みを振り返ると、小学校に入った頃、世の中は神武景気が始まり、経済白書で「もはや、戦後ではない」と言われた。中学生になった時、所得倍増計画が発表された。でも私には、貧しかった頃の記憶が鮮明に残っている。高校生になった時、東京オリンピックが開催され、日本中が沸き上がった。しかし先生は、「君たちは受験生、テレビは見るな」と言う。

金沢大学に入学した時、都はるみの「あんこ椿は恋の花」の艶やかな歌声がラジオより流れ、若い女性はミニスカートで元気に闊歩していた。臨床講義が始まった頃、東大安田講堂占拠事件、そして一年半後に金沢大学医学部にも、学生運動の嵐が吹き荒れた。授業ボイコット、連日のクラス討論、学内騒然にて勉強どころではない。反社会的な環境の渦巻に自分は流されていた。しかし昭和四十六年私は、卒業試験、医師国家試験の扉を少し開いていただき、無事通過することが許され

た。同年九月に山本信二郎教授の主宰する金沢大学医学部脳神経外科学教室へ入局させていただいた。晴れて医師としてのスタートが始まり、医療の基本をここで叩き込まれた。三十五歳から四十歳までは、山本信二郎教授のもとで、脳血管障害全般の手術治療を任せられ、素晴らしい部下達の協力のもとに、日々精一杯に全身全霊をかたむけて仕事をしてきた。また、教室の伝統研究テーマである「くも膜下出血後の頭蓋内圧亢進」の機序についても、多くの若手医師と共に実験計画を練り、多くの研究発表がなされ、頭蓋内圧亢進をテーマに研究している他大学の研究者の友人とも多く知り合うことができた。今でもその当時の研究生生活をしてきた夢をよく見る。自分の気持ちの中では大学時代はまさに、「朱夏」の時期であったと思う。多くの患者さんを見とり、見送り、よく泣き、よく笑って今の自分の原型となるものが形成された。しかし勉強は苦しいもので、心より楽しむ余裕はなかった。

四十歳の時、バブル経済のピーク時に、自分の道に進むべく、家内の協力のお陰で、開業することができた。その時にも社会人として、世の中の責任と義務についていろいろな方々に再び厳しく教えられた。そして二十年間、脳神経外科病院として昼夜を問わず、一生懸命努力し、なんとか地域の人に認めていただき、今日に至った。還暦の前に少し時間に余裕ができ、私は何十年ぶりに勉強をしてリハビリ専門医になった。そして病院も日本

リハビリテーション医学会研修施設に認定され、研修施設の指導責任者に認定された。

年齢に逆比例して時間は短く感じる。でも六十歳を過ぎて定年の年齢を迎えると、後は自分の時間、自分のために使える時間は長くなる。やったことがないことを六十歳や七十歳から始めてみると、気付かなかった自分の才能に気付くかもしれない。最近、勉強すればするほど、人は磨かれ、そして夢をかなえ

る思考術についての本にめぐり会えた。勉強で得た一番大きなものは、自分が生きる意味、つまり自分のミッションについて考え気付くことであるという。これからは、外科的治療の分野から卒業し、五年、十年リハビリテーションへの道を患者さんから教えていただき、一步一步明るく楽しく大切に歩みたいと思っている。



脳を学び、現代に生きる

(独立行政法人労働者健康福祉機構 横浜労災病院 院長・神奈川) 藤原 研司



5年前の後藤田正晴元副総理大臣との雑談。「藤原君、僕は間もなく90歳になる。今でも毎日4時間は本を読んでいるが、読み終わって“あれ、何が書いてあったっけ”と思いつけないことがある。読んでいる間は記載内容を完全に理解していてもね」。

1年4カ月後、ご家族から『後藤田正晴日本への遺言』が送られてきた。政治家を引退して逝去される直前まで、TBS『時事放談』で述べられた発言集。衆院総選挙の公示前の風向きについて「今のマスコミがあかんのよ」と一言で総括するなど、人間社会や政治の仕組み、日本人の特質を熟知し、鋭い洞察力で国民に語った一政治家のいわば叢智集である。

人間の叢智は環境と遺伝子の相互作用により育成されよう。特に創造力、記憶力、自制力など人間らしさの源泉を生む大脳前頭前野は、体力や筋力と同様、加齢によって衰える。数年前から、その防止に向けて、脳を活性化する玩具やDSソフトの商品が、計算・反射・記憶・判断力を別々にトレーニングできる脳力トレーナーとして登場し、脳に関する著書も巷に溢れているようだ。

院長職にある者は、病院経営に専念するほどに、最先端医学・医療を学ぶ余裕がなくなり、時に専門領域の質問を受けて恥をかく。今や脳科学の知識を少しでも身につけ“医師への虐待”に備えなければ医師失格になると考え、人間の記憶について脳の仕組みを学び、“銷夏”を試みた。

脳の神経細胞は、細胞内外のイオン濃度によ

る電氣的興奮の信号伝達、シナプス、アセチルコリン受容体の免疫系などを介して作動する。精神作用は、神経細胞から分子信号が発せられた結果、自律神経やホルモン系、運動系や認知系、食欲、随意運動、行動を制御して、情動や言語機能などが生まれる。これら神経細胞システムと神経回路を基に、記憶や学習に関する分析が行われてきたという。

記憶には、体で覚える記憶と新たに覚える記憶とがある。後者は側頭葉の大脳基底核内の海馬と大脳辺縁系の側坐核で2つの神経細胞がシナプスを強化するよう同時に活性化される。1つの神経細胞は1つの神経伝達物質を出す、それらには蛋白質やペプチド、化学物質ではカテコールアミンがあり、グルタミン酸も神経伝達物質、特に興奮性伝達物質として働き、受容体には3種類がある。注目されるのは、その1つであるN-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体が抑えられると記憶ができなくなることである。このNMDA型グルタミン酸受容体は、2種類の蛋白質の2量体2セット分子であるが、その受容体の組成は個々で違なり、そのうちの1分子の組成は生後から徐々に変わり、大人ではすべてが変換されるという。しかし環境で変容する記憶の高次メカニズムは不明らしい。

このところ、官僚制の機能不全や政治家の責任放棄を見るにつけ、リーダーの不在を痛感する。熱い情熱、責任感、冷静な判断力と創造力を発揮できる脳を持った人間を待ち望むのだが先は暗い。国民の一人ひとりが叢智を醸成するのが先ずは解決策への道だろうか。

周産期医療と救急医療の確保と連携について

周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて

(理事・医療法人吉徳会 あさざり病院 理事長・兵庫) 藤原 卓夫



周産期医療と救急医療はともに医療制度改革の中の5事業の中に位置づけられている。

周産期医療は妊娠中・分娩時あるいは分娩後に正常に経過していると思われていた妊婦に突然救急状態が生じ、母児が同時に生命の危機におちいる可能性が高い医療である。事実、妊産婦の脳内出血での死亡事例が平成16年奈良県で、平成20年東京都で起こり、様々な解決すべき問題が露呈した。

また、救急医療は直接患者の生死に関わる医療で、我が国のすべての地域において万全の提供体制を整える必要がある。

しかし、周産期医療と救急医療はその経緯を振り返るとそれぞれ独自で連携システムを構築し、互いの医療間の連携については検討される機会はなかった。

特に、周産期医療は少子化対策の観点からもその体制整備が急がれており、国民が安心・安全に出産に臨める医療環境の実現に向け効果的な施策の実行が求められている。

周産期医療ネットワークの整備は、分娩に伴って大量出血を生じた妊婦の救急、未熟児の救命に大きく寄与し、いまや我が国の妊産婦死亡率や新生児死亡率は世界の最高レベルに達した。その結果、通常の産科疾患による死亡（直接的産科死亡）は著しく減少したが、一方で近年元来頻度の低い脳血管障害など、産科だけでは対応困難な間接原因による母体の死亡（間接的産科死亡）が顕在化してきた。つまり直接的産科死亡は減じたが、それによ

り脳出血や急性心疾患などによる間接的産科死亡が問題となってきた。

ところが、分娩施設数は年々減少し、産科医を目指す医師数も激減しつつあるのが現状である。

分娩施設の減少は最近では公的な病院にも及び最近の十年間で数百箇所の医療施設が分娩の取り扱いを中止している。

また、産科医の数も最近の十年でおよそ800人減少し、特に40歳以下の年齢層では男性医師より女性医師が人数で上回っている。一方女性産科医師の3割が妊娠中あるいは育児休暇中である。

このような現状の中で、今後一層の妊産婦死亡率を改善するためには、早急に関連診療科（脳神経外科・心臓血管外科・麻酔科・救急科）との密な連携が必要である。

そこで、医療関係者は、安心・安全な環境のもとでの出産ができる環境整備として大局的な立場に立ち、周産期医療と救急医療の確保と連携の推進を進めていかなければならないと考える。



小さな感動は幸せを呼ぶ

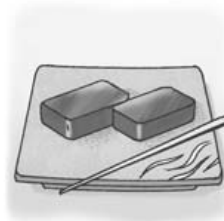
(理事〈高知県支部支部長〉・特定医療法人 仁生会 理事長・高知) 細木 秀美



先日、高知新聞の「土佐あちこち」の欄の短い記事が目に入った。野球部を創設したばかりの高知県の西の四万十市の近くにある幡多農業高校が、テレビ番組で有名な北村晴男弁護士をお呼びして、彼の講話「真剣に考えれば、人は動く」を聞いた。その講演のお礼に学生たちが突然立ち上がって、彼の母校の校歌を全員で歌ったと言う。高校時代、憧れの甲子園に行けなかった弁護士が学生達からの思い掛けないお礼に感激した様子が手に取るようにわかった。人を感動させることは、小さな親切の一つだろう。思い掛けないお礼を考え出した学生たちに拍手を送りたい。一人一人が何か小さいけれど、他人を感動させる親切を考え実行すれば……きっと明るい世の中になるのではないかと思う。

最近、感動したもう一つの出来事があった。秋の連休を利用して友人数名と台湾を訪れ、台北市から約1時間の山の上、九份の村の観光に行った時のことである。昔は9軒しか家の無い寒村であったが、しばらくして金鉱山が発見されて3万人を越す大きな村となり、また、最近次第に寒村に戻っていたが、今では映画などの舞台となって、特に日本人の若い女性には大人気の観光地の一つになっている。しかし、現地までは観光バスは入れず、途中から公共のバスに乗って行く。バスを降りると、そこから上に向かって2～3mの狭い山道の両側に小さなお店がギッシリと数キロにわたって続いていて、とても物珍しくて、

私にとっても結構楽しい数時間だった。小さなレストランで小休止して、帰りのバスを待った。バス停に到着したバスは満員だったが、乗り込まないと帰れないので仕方なく乗り込んだ所、後ろの方に座っていた学生たち数名がサッと立ち上がり、台湾語で「どうぞ」と手招きしてくれ、席を代わってくれた。しかも大きな荷物を持っているのに……。これにはとても驚いた。一緒に行った全員が彼らの好意に甘えて座らせてもらい、無事帰りのバスが待つ駐車場まで下山することができた。後でガイドに聞くと、日本人だから代わってくれた訳ではなく、自分より高齢の人、目上の人に会うと敬う……そんな教育ができているからと言われた。日本でも私の子供の頃は、確かに目上的人是敬うように教育された気がする。今では日本でそんな光景は見るのが少なくなっている。何と無く、幸せな気持ちになって帰国したが、誰かに言いたくてしょうがない。今の日本でも皆が小さな感動を与える親切を一日一度でも、進んですれば……きっと良い世の中になるだろうなあ。



達者で長生き三日でころり

(参与・(社)日本医業経営コンサルタント協会会長) 松田 朗



この標語は亡父が自作でよく使っていた。まさに有言実行で、今年1月4日、自宅でころりと息をひきとった。その数日前、つまり年末の数週間を風邪をひいて高熱を出したので、いつもの病院に入院したが、次第に元気が失くなり寝た切り状態になったので、年末年始を、医療スタッフの手薄な病院で過ごすより、家人の集まる自宅の方がよからうと、入院中の一時退院ということで自宅に迎えたのである。

亡父は長男（小生）と姉に見とられながら、来世へ旅立った。入院中は、多くの親類・友人らの見舞いを受け、会話も交すことができた。つまり、今はやりの「ピンピンコロリ」では、別れを惜しむ時間が足りなかったのである。そういう点で、亡父の標語は的を得ていると思う。

特に、小生が小脳梗塞に突然見舞われてからは、その感を強くした。日頃、健康に自信のあった小生には、小生死後のことについて考えて見たこともなく、身内、親類、友人との別れの言葉なんて想像していなかった。よって、「三日でころり」に意味が出てくるのである。

この事件を機会に小生夫婦間の会話は変化を来した。先ず妻の方からは、「元気で長生きしてね」ではなくて、「今度倒れたら寝た切りにならないでね」、「意識不明になったらチューブは抜くわよ」とか、「貴方が死んでも私が困らないようにしておいてね」、「年金はどうなるの？」等々である。最初のうちは腹

立たしくもあったが、今ではすっかり納得している。

と言うわけで、目下、小生が余暇のあるときに行うのは、アルバム、書類、小道具、装飾品、小物類などの整理である。整理というよりはほとんど廃棄に等しい。つまり、小生の死後、妻子が遺品として残しておきたいと思ってくれるであろうと考えられるものに絞っていくとそうになってしまうのである。

想えば、母が亡くなり、父が亡くなった時も、衣装類、書籍、アルバム、花びん・つぼ類、絵画・掛軸、古切手・古銭、観光みやげ品などおびただしい遺品の処理に往生したものである。両親の懐かしい思い出のあるもの、ひょっとすると高価かもしれないもの、まだまだ使用に耐えるものなど、捨てるに捨てられないものの処分に困り、日時を費やした。

物持ちのよい（妻に言わせると、ただ何でも溜め込む性分にすぎないのだそうだ）小生の遺品の整理には、恐らく大いに困惑するであろう。いや、困惑どころか、あっさりところごとく処分されてしまうかも知れないのである。と思うと、せめてこれだけは……という品は選別しておきたいと思っている。

今考えているのは、物を買うときは廃棄する時にらくな物、残る物よりは食べて失くなる物を求めることにしている。

それから、どうやって長生きするかよりもどうしたら寝た切り、植物状態にならずに安らかに往生できるかということである。

劔 岳

(理事・医療法人松徳会松谷病院 理事長・大阪) 松谷 之義



先日、映画『劔岳 点の記』を観賞して、ある種の感動を覚えたのと同時に、この年になって初めて、私の18歳から22歳の切り取られていた空白の時間が蘇りました。劔岳に狂ったように登っていたこの時期の出来事は、当然記憶の片隅に残っていましたが、ふと昔のことを思い起こす機会に遭遇しても、そのころの体験は登場しなくなっていたのです。訳は当時の行動が、あまりにも過激で非日常であったのでその活動が終わった瞬間、反動ですーっと火が消えたようになり、語る力も褪せたのではないかと考えられます。事実以後なぜか1回も劔岳には登っていません。ところが『劔岳 点の記』を観たとたん、急に何故あの頃のことが遠い記憶になってしまい、あまり思い出そうとしなくなったのか、何故あんなに狂ったように劔岳に登っていたのか、考え込んでしまいました。映画も3回観、往時の写真も探し見直しましたが答えは得られません。ただ映画から見れば、随分危険なことをしていたことは事実だとは思いますが、しかし当時あまり危険とは思わなかったのです。それは若かったからでしょうか。私の劔岳に登る目的はその頂上に立つことではなく、映画の画面にしばしば登場したハツ峰のフェースや、三の窓からクレオパトラニードル、チンネの岩峰に登攀することにあります。4年間、夏がくれば30有余日劔沢にベースキャンプを張り、明けても暮れても岩を攀じ登っていたのです。登攀が終わったあとはザイルの仲間たちと、長次郎谷を一気にグリセー

ド(ピッケルを使って雪渓を滑降する)で下りベースキャンプに帰る、その楽しさは例えようがありません。もちろん登山には危険はつきもの、常に上手くいくとは限りません。浮石を掴んでしまい、10mほど滑落したり、雷雲に巻き込まれ動けなくなり、降路が分からなくなり、岩壁でビバーク(野営)したりはしばしばで、時には雪庇を踏み外し滑落したり、下山途中吹雪に阻まれスキーごとギャップに突っ込み、脛骨を複雑骨折させてしまったこともありました。さらに猛吹雪の翌日、快晴で有頂天になりサングラスをかけるのを忘れ登攀し、雪目になり人の手の世話になったという苦い経験も記憶しています。それでも性懲りもなく年間100日以上山に入っていたのです。内、最低でも30日は劔岳を攀じっていたのです。

あの4年間は何だったのでしょうか。神戸育ちの都会っ子が始めて接した大自然に感動したのがきっかけで病みつきになってしまったからでしょうか？ それもあったと思います。山岳会会員の義務感に押されたからでしょうか？ それもあったと思います。そこに山があるからだだったでしょうか？ それもあったと思います。否、そこに劔岳があったからです。



駆け足ドイツ旅行印象記

(理事・手稲溪仁会病院 名誉院長・北海道) 松波 己



ゴールデンウィークをフルに利用したドイツ・ロマンティック街道の旅に応募、新千歳空港発、北京経由、フランクフルト空港からドイツ入り。ライン川クルーズ、ローテンブルグへ、ロマンティック街道をドライブ、ミュンヘンへ、ニュルンベルグを経てハイデルベルグ、さらにボン、ケルンに足を伸ばし、再びフランクフルトに戻り、北京で一泊、北京市内観光もという8日間の欲張り駆け足旅行であった。

ヒットラーの少ない功績のひとつだという縦横無尽に走るアウトバーン沿いの森林、林は下草がきれいに刈られ、下枝の払われた木々は隅々まで日の光を浴びてのびのびと育ち、間引きされた木は適切に裁断され、束ねられている。葉の花とじゃが芋畑は黄色と緑の絨毯を敷き詰めた丘陵地帯を彩り、今は、観光用に管理されていることが多いという風景をかもし出している。

ライン川クルーズで船内に流れたローレライはハイネの詩がドイツ語の響きとマッチして耳に心地よい。

ドイツの主食はポテトとの事、ドイツパンが朝食だけにでたがフランスパンに似て粘り気があり美味であった。ソーセージはスパイスが強く、ほかの食事は大味であったがビールはうまい。日本の地ビールのような味で世界有数のビール消費国といわれるだけの事はある。白と赤の花が盛りのマロニエの木が周りを彩るマルクト広場。テントを張った出店のイチゴは新鮮で洗いもせずそのまま結構いけた。

ローテンブルグでは総合内科開業医のオフィスを偶然カメラに収めることができた。普通の民家の戸に Dr 名と専門科、診察時間が記され

ている小さな看板が出ているだけであった。各々の店には品のあるクラシックな看板が掲げられている。また独特のショーウィンドウの飾りつけ、石畳の道、石、土、レンガ、中世の街が現代と同居しているが違和感はなく、時代を超えてもかくも融和している風景が自然体であることに感ずるものがあった。

ディズニーランドのおとぎの国の城のモデルとなったと聞いているノイシュヴァンシュタイン城はルードヴィッヒ II 世がワグナーの歌劇ローエングリンに心酔、17年の歳月と巨費を投じて築いた城だという。城での生活は1年にも満たないで、悲劇の結末を迎えたことをはじめて現地で知り、お土産品を買う気になれなかった。

ハイデルベルグは小説「アルト・ハイデルベルグ」の舞台として日本には良く知られているが現地の人は反応を示さなかった。爆撃の痕が痛ましく残るハイデルベルグ城は、小高い丘の上であり、ネッカー川、哲学の道、カールテオドール橋、大学のキャンパス、レンガ色の街並みが一望され、道端にはスケッチ画がたくさん売られていた。派手な飾りのついたチロリアンハットを衝動買いしハイデルベルグの1日の思い出を共にした。

ミュンヘンのビアホール、ミュンヘン・FC・バイエルンのサポーターと思える集団の大合唱が始まった。サマータイムの夜が更けるまで威勢の良い歌声がいつまでも続いた。

帰国したらローレライの歌詞ぐらいはドイツ語で正確に暗記しようかなとふと思った。新型インフルエンザ流行の直前、運よく巻き込まれず、楽しい旅となった。

臓器移植法見直し に関する意見

(理事・社会医療法人財団 天心堂 理事長・大分) 松本 文六



この小文は、衆議院でわずか9時間の審議でA案が採択されるとは予想もしていなかった段階での私の意見です。先生方の忌憚のないご批判・ご意見をお聞かせいただければ幸いです。

はじめに

臓器移植法の見直しが4月より始まりました。現行法の改悪に向けての動きが国会で始まっています。現在、中山案・斎藤案・金田案・笠案の4案が提出されています(以下、それぞれA, B, C, D案とする)。

A案は、臓器摘出に関し、本人の書面での拒否がない限り家族の同意のみで可能とし、“脳死”を一律に人の死としています。更に、15歳未満の者からの臓器摘出も認め、親族への優先提供も可とするものです。

B案は、臓器提供の意思表示の有効年齢を12歳に引き下げるとし、ほかは基本的に現行法通りとするものです。

C案は、“脳死”判定をより厳密にし、“脳死”判定要件を省令ではなく法律に明記させ、“脳死”判定基準に『脳血流及び脳代謝の途絶』を追加させるとしています。また、『こどもは蘇生能力が高く脳死判定基準も確立していないので小児にまで拡大し得る科学的根拠なし』として子どもからの臓器摘出はすべきでないとしています。更に、親族への優先提供は認められないとし、生体移植・組織移植および摘出臓器等の研究目的への転用についても倫理的・社会的・科学的規定をきちんと設けるべきであるとしています。

D案は、現時点でその細部は詳かでないのですが、新聞報道によりますと、“脳死”を一律に人の死とせず、子どもへの臓器移植を国内で受けられるようにするとして、児童虐待の問題もあり、子どもからの臓器提供は15歳未満の場合は、家族の同意と病院内の第三者機関の確認を必要とするというものです。

I “脳死”は人の死ではないことが明らかになりました

現行法の基軸となる点は以下の2項です。

- ①臓器の摘出について、本人が書面で同意し、家族が拒否していないこと
- ②臓器提供の場合に限って“脳死”を人の死とすること

B, C案は2項を守ったもので、B案は臓器提供意思表示の有効年齢を15歳より12歳に下げたものであり、その論拠は、以前に比べ、子どもの成熟度は早まっているので12歳が無難だろうとしています。

A案は、この現行法の中心的基軸2項をすべて否定し、本人意志とは関係なしに、しかも、本人が書面での臓器摘出に拒否の意思表示がない限り摘出可能とする案です。私どもは“脳死”は人の死ではなく、人間の死への過程の一通過点でしかないと考えています。かかる点で、A案は、“脳死”を一律に人の死として、人間のあくなき欲望とエゴのために、死にゆく国民一人一人を物として処断するというナチス医療に匹敵する暴虐的法案であり、認める訳にはゆきません。

因みに、“脳死”状態に陥った子ども達が

現に30日以上も長く生き続けていたという例が日本でも18例もあります。日本小児科学会は、1995年5月以後の4年半で75施設中163例の子どもの脳死症例を分析し、医学的データの揃った74例を分析し、18例が30日以上生存していたことを明らかにしています。30日以上6カ月未満が10例、6カ月～1年未満が7例、2年以上が1例でした。『日本小児科学会雑誌』, 2004; 108(11); 1434-1437)。

また、カリフォルニア州立大学ロスアンジェルス校小児神経学教授アラン・シューモン氏は、1996～1997年の間に報告された1万2,219例の症例を分析し、1週間を超えて生き続けた175例を解析。この内医学的データの整備された56例を抽出した結果、1カ月以上の生存例28人、2カ月以上17人、6カ月以上7人、1年以上4人であったといます。175例が心停止に至った期間は、2週間以上が80人、4週間以上が44人、6カ月以上が7人、1年以上が4人で、最長例は1998年時点で14.5年でした。この最長例は2004年1月に心停止を来し、20年有余を生き続けたといます。第2次性徴も出、身長も156cmまで伸びたといます。

以上の事実からしますと、“脳死”はやはり人の死ではなく、“脳死”を人の死とすることは、臓器移植を行うための《便宜的な死の概念》であったこともまた、科学的に証明されたこととなります。

従って、A案のように“脳死”を一律に人の死とすることが、如何に人間の生を暴虐的に否定する論法であるかがわかります。と同

時に小児の臓器提供意思表示有効年齢を撤廃することが如何に暴論であるかも十分理解できます。

更に、本人同意を必要とせず、家族同意のみで良しとすることは、救命措置を拒否することに通じ、人間の生命を西欧流の身心二元論に基づいて物扱いとすることを了とする視点での、医療の否定、人間の生の否定にも通じ、断じて認める訳にはゆきません。

II 子どもの拡張型心筋症は臓器移植でなくとも軽快させることは可能!

子どもの臓器移植について、マスメディアが海外での移植に向けた募金活動などを美談的に取りあげているのは、子どもの拡張型心筋症が《移植でしか助からない》とされているからです。しかし、この病気にみられる難治性心不全が、『心臓再同期療法 (CRT = Cardiac Resynchronization Therapy)』を適用することにより助かるという報告が近年明らかにされています。

長野県立こども病院の安河内聡医師らは、2003年10月～2009年3月の間に、生後2カ月～1歳の5人の拡張型心筋症の子どもにこの心臓再同期療法を適用することによって4人が自宅退院し、日常生活に復帰するに至っていることを公表しました。現在、日本全国でこのCRT実施例は推定30～40例あるといます。2歳以下の乳幼児の拡張型心筋症に対するCRT実施例は、10例以下と推定されています (2009. 4. 3. 現在)。この学問的裏付けのある臨床例で、小児への臓器提供を強要

しようとする A 案はこの観点からも認めるべきではありません。家族の同意のみで虐待児からの臓器摘出をも認めようとする A 案は“臓器狩り法案”でもあることをも示しています。

Ⅲ 私どもは C 案を支持する

このような中で、A 案を提出した国会議員団は、医学の進歩を一切考慮することなく、《“脳死”を一律に人の死》とし《他人の死を期待する医療》を何が何でも推進しようとしています。彼らには、現行の臓器移植法の附帯決議として記されている、“脳死”判定については、《脳低体温療法を含めあらゆる医療を施した後に行われるもの》という文言さえ

も故意に無視した疑いさえ持たれています。因みに、法施行後の 9 例あたりまでは、情報が公開され、具体的に検証されてきたにも拘らず、厚労省はそれ以後はプライバシーの保護という“美名”を盾にしてすべての情報の公開さえしていません。そこには政治的圧力さえ感じます。附帯決議第 6 項の、“脳死”判定基準に関しては《臓器移植の実施状況を踏まえ、医学の進歩に応じて常時検討を行うこと》に反して全く死文化させられています。

現時点では、B 案・D 案の政治的な妥協を前提とする見直し案には私たちは賛同しません。現行法を進化させ、人の生に真正面から取り組んでいる C 案を支持することをここに表明します。
(2009. 5. 15.)



安曇野のわさび農場から

(副会長・長野赤十字病院 名誉院長・長野) 宮崎 忠昭



6年前から10数名の後期熟男熟女が年1回、2泊3日の国内旅行をしてお互いに元気であることを確かめあっている。

メンバーは、北は北海道から南は沖縄に住んでいるかつての仕事仲間とその奥様方で、今年は私が幹事として半年前から旅行会社と相談をしながら計画を立てた。

1日目（5月16日）は松本・美ヶ原温泉で泊まり、翌日は待望の上高地・帝国ホテルの予約がとれたと喜んでいたところ、直前になり落石事故のため上高地線が不通となってしまった。

しかたなく急ぎよ2日目は安曇野の一角にあるホテルに変更したが、それはそれでまた大変楽しい旅となった。

ちょうど今年、20年に1度の大遷宮祭が行われていた穂高神社や、日本近代彫刻の扉を開いた萩原守衛（碌山）の作品と資料が展示されている碌山美術館、そして大王わさび農場など安曇野を代表する観光スポットを見てまわった。

長野県は静岡県、岩手県などとともに、わさびの代表的な産地であるが、中でも北アルプスのきれいで豊富、しかも年間を通して13℃の湧き水を利用した、ここ安曇野の大王わさび農場は日本最大規模のわさび園で、年間120万人が訪れる。

広大な農場内にはわさび田を見学できる遊歩道も整備されており、売店には生わさびやわさび漬けをはじめ、わさびソフトクリーム、わさびコロッケ、わさび風味の野沢菜などがある。

わさび（本わさび）は日本原産のアブラナ科の多年草で、文献的にはすでに飛鳥、奈良時代

から薬草として使用されていたようである。そして室町時代には現在のように薬味、香辛料として利用され、さらに江戸時代になると寿司やそばの普及とともに一般に浸透していった。

その頃までは日本各地の谷間に自生していたわさびを採取していたが、江戸初期（慶長年間）に現在の静岡市有東木の村人が自生のわさびを採って湧水地に植えたのがわさび栽培の始まりといわれている。

当時、大御所として駿府城に居た徳川家康にそのわさびを献上したところ大変よろこばれ、有東木から門外不出としたそうだ。なおわさびは漢字で山葵と書くが、わさびの葉が徳川家家紋の葵あおいに似ていることから保護を受けることになったともいわれている。

なお、わさびの栽培方法は大別して「水栽培」と「畑栽培」の2種類があり、その違いにより「沢わさび」「畑わさび」と呼ばれているが、長野県はほとんどが「沢わさび」である。

わさびの根や葉の細胞にあるシニグリンが、すりおろして細胞が壊れる過程でミロシナーゼという酵素で分解されてアリル芥子油となるが、これがわさびの辛味成分（揮発性）であり、これには抗菌作用や抗カビ効果も認められている。

ところで「わさびと浄瑠璃は泣いてほめる」という諺があるが、ピリッと効いたわさびや、義理人情の浄瑠璃に感動して泣くのはいいが、不況や医療崩壊では泣きたくないものだ。

日本の救急車始め

(理事・秋田赤十字病院 院長・秋田) 宮下 正弘



今や日本の何処に行っても救急車のピーポーの音を聞かない日はない。信州の山の中に育った私は大学に入り新潟市で暮らすまで救急車のサイレンや警告音とは無縁であった。新潟でもそれほど多くは聞かなかったような気がするが、東京に行くと夜間街中を疾走する救急車の音に都会を感じたのであった。

この度赤十字事業の歴史を調べてゆく中で、赤十字が日本の救急事業のスタートに深く関わっていたことを知り、その概略を述べてみたい。

ここに1枚の絵がある。大正12年関東大震災の時に皇居前に作られた救護所を描いたものである。真ん中に大テントがあり、そのまわりに被災者が群れている。その大テント前に赤十字のマークをつけた箱形の自動車がかかれていた(写真1)。この自動車は救護車であって救急車ではない。日本赤十字社東京支部が、交通事故が多発する場所に常設救



写真1 五姓田芳柳作「関東大震災宮城前赤十字臨時救護所」

護所を設置し(京橋:明治41年, 日本橋:同43年, 深川:同44年), けが人の救護にあっていた。また大正後期には救護所に救護自動車^{あきら}を配置し, 一定区域を巡回して応急救護を行っていたと記録にある。皇居前の救護所に描かれているのはその救護車である。

救急車第1号は日赤大阪支部で

現在の救急活動の初めは大阪から始まった。

日本病院会の常任理事や臨床予防委員会委員長を務められた大阪赤十字病院の故二本杉^{あきら}院長は次のようにそのスタートを書いている。(日本赤十字社大阪支部100周年記念誌『赤十字の旗なにわに百年』から)

“災害救護に出動するのは、我々赤十字としては当然のことである。通常の交通災害並びに急患に対する所謂救急医療も赤十字として積極的に取り組んでゆかなければならない。現在消防署で活躍している救急車の先駆をなすものが戦前のおおの赤十字で扱っていた救急所の救急車である。赤十字で行われた日本で初めてとも思われる組織だった救急医療体制を知っておられる方も少ないので、その歴史について述べてみたいと思う。”

を前書きにして以下次のように書いている。

“昭和の初めになると交通量の増加に伴い、特に都会では交通災害が多くなり、これを救急処置し適当な医療機関に迅速に輸送し、後の治療を便にするための救護奉仕

の必要にせまられるようになり、当時の日赤大阪支部並びに大阪支部病院においては昭和六年頃から関係機関と協議し、外傷患者の救急搬送事業を実施する計画準備にとりかかったのである。

今日でもそうであるが、後送病院の確保ということが大切であり、府市側関係者及び外科病院長の出席を求め、後送病院の必要性を説き、市中の篤志病院の協力を求め聯盟病院の設置が計画され、外科的設備の完備されている三十九病院が後送病院として参加することとなった。その聯盟病院打ち合わせ及び警察署長会を開催し具体化をはかり、昭和七年三月より実施にこぎつけた。

まず第一に、大阪市西区江之子島日赤大阪支部診療所内江之子島救急所及び南区長堀橋北詰東入河岸上長堀救急所の二カ所を開設し、各々に救急自動車を配置し、通報連絡係二名、看護人二名、運転手二名、助手二名を以て編成し、何時でも出動出来る勤務態勢を取った。その後益々街頭災害が絶えず、増加してきたので、各方面からの要望もあり、昭和九年五月、北区角田町市営自動車車庫構内梅田救急所と天王寺筆ヶ崎町日赤大阪支部病院内天王寺救急所を増設した。電話番号は前述したごとく、何れも九九〇に統一されていたこの救急自動車は、欧米各国の救急車を十分に研究して大阪・堺市にある梅鉢工場で製造したもので、車種は「ホワイト」「インディアナ」「フォ



写真2 日赤大阪支部の救急車 1932年

ード」「シボレー」の各1台ずつ。——中略（構造など）—— 救急自動車の派遣要領、及び救急車派遣受付方法等は今とあまり変わらない。交通事故以外、火災その他特別の異常に際しては警察署、消防署、及び官公庁の請求に応じて出動することがあった（写真2）。

聯盟病院に加盟した病院は救急聯盟病院と称せられ、予め常時提供しうる病床数の限度を協定し、変更のあるときは救急所に通報するようになっていた。比較的軽症で入院治療を要しなくて直ちに帰宅する場合は、救急車は利用しない。救急車の作業は、運転手及び看護人各一名を以て行った。患者が特別重症で急を要する場合は、先ず付近の医師にて応急処置を受けるようにした。また、救急所では、毎日午前中に聯盟病院の報告に基づき、各病院の収容力表を作成していた。聯盟病院に搬送するときは、事故発生地から最短距離に位置する病院を先

にする。患者若しくはその関係者が特に他の病院への搬送を希望した場合は、この限りではない。搬送費用は無料であるが、篤志者にして支払いを希望するときはその料金を受領し、本部収納所に納付した。又、看護人の患者取扱指針があり、それにより応急手当を実施していた。

昭和九年十二月に東京支部では京橋区榎町、下谷区竹町の二箇所に救急所がつくられ、自動車各一輛が備え付けられ、また兵庫支部においても昭和十三年六月から救急車を配して路上救護にあたった。しかし昭和一九年、二十年になると空襲が激しくなり、路上救護は実施困難となった。戦後昭和二十三年、大阪では救急車は北消防署に貸与したという記載がある。”

最後に二本杉先生は

“以上、少し詳しくこと迄書いたが、現在救急医療というものが真剣に取り上げられている時、今日の救急医療の先駆者として果たした赤十字の救急医療を何かに書き留めておかないといけないと思い、記してみた”

と書いて筆を置いている。

自治体救急の初めは

一方自治体の救急はどうであったろうか。昭和8年3月13日、神奈川県警察部（現在の神奈川県警察本部）に属する横浜市山下町消防署（現在の横浜市安全管理局中消防署）に配備、消防機関においては初めての導入と

なった。名古屋では昭和9年に消防機関が救急業務を開始している。東京都でも日赤東京支部の2台の救急車では東京の災害救護に対処しきれなくなっていたのであるが、予算が伴わないため導入が見送られていた。だがいよいよ昭和10年末、財団法人原田積善会から救急車9台、及び救急資器材一式の購入に充てるための浄財の寄付を受け、救急業務の実施が現実のものとなった。警視庁消防部では安全自動車(株)に米国ダッジブラザーズ社製の車体による救急車の製作を依頼し、第1号車の製造を急いだ。製造にあたっては、欧米諸国の救急車を参考としてその長所を採用した。当時の救急車の状況がよくわかるので引用してみる。（『厚生』1996年9月号から）

外色は白色塗装で両面に赤の一線を入れ、車体の前・後部に赤色の警告灯をつけ、また前後左右に警視庁のマークを表示し、前部には動力式サイレンを備えた。内部には上下2段のベッドを備え、上段のベッドは油圧によって昇降できる構造とし、担架の出し入れはレールの上を滑らせて行うものであった。このほか、軽症者5人程度を同時に収容搬送できる折りたたみ式の腰掛も備えた。積載医療器材は、応急手当の薬品包帯のほか、酸素吸入および人工呼吸装置、氷箱、氷嚢吊作業台、手洗い装置、消毒装置、副木入れ棚、作業着及び毛布入れ棚、不潔物入れ、便器入れなどで、更に自動車の排気ガスを利用して暖房装置も備えていたという。

警視庁消防部の救急業務開始式は昭和11年1月17日に行われ、同月20日から救急業務が開始された。

昭和38年に救急業務全国に普及

そして時を経て、昭和38年消防法が改正され、各自治体消防が救急業務を行うように義務化されてからは全国に救急業務が普及し、救急車が導入されたのである。我が秋田県でも昭和38年4月3日にニッサンセドリックバンを改造した救急車第1号が、秋田ロータリークラブ10周年記念事業として秋田市に寄付されている。道路端に倒れているバイクの救急業務を行っている写真が秋田市消防本部に残されているが、写真で見る限り狭く低い車内での救助活動は大変だったことが想像される。(写真3)



写真3 秋田市救急車1号

最近の救急車はスマートかつ高度化して、昔日を偲ぶべくも無い。今日も高規格救急車が街に、村にと駆け回っており、当直医はその音が近づいてくるのをドキドキして待っているのである。



3本の筋金に支えられて

(副会長・旭中央病院 名誉院長・千葉) 村上 信乃



昨年、急性心筋梗塞の診断で右冠状動脈にサイバーステント3本が挿入された。自覚症状は大したことなく、糖尿病療養の一環としての毎朝の散歩で、途中から軽い息切れがするようになったので当院内科を受診した。最初の負荷心電図では異常がなかったのだが、念のためとして1週間後におこなったラジオアイソトープ検査により、運動負荷後の虚血域が発見され、直ちに追加されたCTアンギオにより右冠状動脈の狭窄、心筋梗塞の診断で即日入院となった。翌々日には動脈撮影をおこない、右冠状動脈が99%、95%、85%と3カ所で狭窄していることが確認され、その場で3本サイバーステントが挿入された。大分古くからあった狭窄らしく、左冠状動脈からもバイパスが来ており、M字型に蛇行した血管で、ベテランの術者も「こんなに難しいのは初めてだ」と苦戦していたようだが無事終了した。それにしても「悟り」などはおよそ縁が遠く、部下に「俺が癌であっても絶対に告知するな」と頼んでいるほど臆病な自分が、心筋梗塞という恐ろしい疾患の治療前の晩に不安なく熟睡でき、術中もほとんど気持ちの動揺がなかったのは不思議である。医学の進歩と主治医に対する信頼感もあったろうが、「このまま死んだとしても、家族や仕事に恵まれた一生であったので、悔いはない」という、その時初めて気がついた自分の人生に対する満足感のせいもあったのであろう。医学の進歩は大したもので、3日後には前から約束していた友人とのゴルフも問題なくプ

レイすることができた。

その後の検査でアルブミン尿も発見され、糖尿病のために全身の血管がボロボロになっており、心臓に3本の筋金を入れて「てこ入れ」をすることによりかろうじて生きていける身体であることが分かった。古希を迎えて公的義務も減ったこれからの人生を、如何に悔いなく有意義に過ごすかを改めて考えざるを得なくなった。まずは何よりも長年連れ添った妻と共に過ごす、残された二人の時間をもっと大切にすべきと考えた。そこで毎年、友人とのゴルフ三昧で過ごしてきたゴールデンウィークも、今年は妻がかねてから望んでいた萩、津和野方面への3泊4日の旅行のお供をすることにした。萩は明治維新に大きな役割を果たした長州藩の古都で多くの史跡がある。そのため旅行に行くことと決めた今年始めから、当時の人々の活躍を確認する目的で、司馬遼太郎の書いた吉田松陰、高杉晋作を主人公とした『世に棲む日々』と村田蔵六を主人公とした『花神』を何十年ぶりに読み直しておいた。そのように下調べした箇所を二人で貸し自転車を連ねて回り、得意気に妻に説明できたことは良い時間を過ごせたものと自己満足している。これからもこのような機会をたくさん作りたいと考えている。しかし残りの人生を悔いなく有意義に過ごすには、これだけでは不十分で、他にも何かある筈と模索している今日この頃である。

メデイカルスクール論議

(参与・独立行政法人国立病院機構 理事長) 矢崎 義雄



勤務医が医療のリスクや厳しい勤務体制を強いられる病院から離職したことにより、地域医療の中核を担っている病院ですら、診療科の休診や救急患者に対応できない状況に追い込まれている。このような病院医療の崩壊への危惧が社会的にも大きく注目されている中で、その対応案としての医学部の定員増と勤務医支援のための予算措置がとられているところである。

一方、主に病院経営者からこの窮状を打開するために、米国式のメデイカルスクールによる新たな医師養成システムが提案されている。その利点として、①医師の臨床能力が高く評価されている欧米では、医学教育はそもそも病院で総合診療の視点からはじめられ、その後医学部が附属として設置された歴史がある。②大学院教育とすることから、医学・医療への明確な意識を有する者が教育の対象となる。③4年課程で、臨床重視の少人数教育が実施されることから、旧来の基礎医学重視の医学教育が抜本的に改革され、臨床能力に優れた医師が育成される。④医学教育が効率化されて、財政負担が著しく軽減される、などが挙げられている。

私の学生時代は、2年間の教養課程が確立されており、医学専門課程が4年間であった。正にメデイカルスクールに準じていた。しかし近年の医療技術の進歩、病因、病態が分子、遺伝子レベルから解明されたことにより、診療に必要とされる知識は膨大となり、また修得すべき技術も高度に、そして多様化したことから、医学専門課程の教育は前倒しとなり、ほぼ6年間を費やすようになったのが現状である。

そこで、メデイカルスクールの課題として、

①基礎医学については、臨床との統合カリキュラムで、非常勤の教官で効率よく行くとされているが、解明が進んでいる病因、病態の理解が十分に得られるか。②わが国では学生の診療行為への参加には限度があり、米国のような実習が大学院生であれば可能という患者の意識が少しでも改善されるか。③少人数教育が主体で、通常の医学部より多くの指導教官が必要とされるが、その確保はどのように行われるのか。④教官が日常診療に携わりながら学生を指導するメリットが強調されているが、カリキュラムの平準化はどのように担保されるのか。⑤現在も学士入学制度があり、その評価が必ずしも定まっていない中での新制度導入への危惧。⑥就職未定の、必ずしも目的意識を持たない理系学生が殺到するのでは、などが指摘されている。

現在のメデイカルスクール構想は理念先行で、このような課題解決への具体的な行動が必ずしも充分ではないのではと一般的に受けとめられている。とくにわが国では、生命科学分野で医学士が活躍してその進歩を担っており、その要因として、医学研究が臨床現場と密接な関連を有することとされていることから、その阻害要因にならないか、さらに、医師の二層構造を醸成することが危惧されている。

医学教育と医師育成システムは、その国の歴史、文化、社会制度、経済などが色濃く反映されている。外国の制度を導入などしてその改革を目指しても、成功させるためには幅広い環境整備についての努力が欠かせないことを強調したい。

社会医療法人への道のり

(理事・社会医療法人厚生会 木沢記念病院 病院長・岐阜) 山田 實紘



私が医学部を卒業した昭和43年は、折しもインターン制度が廃止された年であり、私達がインターンを経験しない最初の医師として創成期の研修医制度のもとストレートで医局に入局した時代である。その後40年の間、日本の医療は改善悪を繰り返しながら、今日の医療崩壊の時代に突入した。再三再四卒後研修制度が変わる大きなうねりの中で、医師不足や公的病院の廃院・合併等、様々な問題が深刻化してきている。

この様な状況のもと、私が当院の理事長・病院長に就任してから本年までの10年間、ひたすら当院を半官半民の病院にすることを目標に全力を尽くしてきた。まず、公立病院に先駆けてエイズ拠点病院を引き受け、どんな患者であろうと門戸を開いている病院をアピールした。さらに、地域災害医療拠点病院の認定を受け、24時間対応可能な救急体制を提供する、地域の中核的な役割を担うことになった。また、病院機能評価認定も岐阜県で第1号を取得し、国立公立病院の先人を切った。

これらのアクティブな動きの中で、国土交通省所管の独立行政法人自動車事故対策機構より全国に4施設しかない療護センターの一つを委託されることとなった。中部療護センターは、自動車事故により重症頭部外傷を受けほとんど寝たきり状態になった患者のリハビリ施設で、どちらかというとなんて脳神経外科医が敬遠する分野の医療を提供している。しかし、このセンターにPETをサイクロトロン設備もつけて導入させたことを契機に、がん診断に力を入れがんドックも開始。診断のみな

らず手術や放射線治療にも力を入れ、トモセラピーハイアートシステムを日本で2番目に導入した。がん患者数の増加により多くの症例数を計上し、地域がん診療連携拠点病院にも指定された。以後、2台目のトモセラピーを導入し、日本における強度変調放射線治療(IMRT)の拠点づくりをしてきた。さらに320スライスCTを世界で始めて臨床診断用として設置し、稼働させている。

こういった一連の設備投資が功を奏し、卒後臨床研修医は日本全国から集まっており、現在14名を抱えている。関連大学よりも多くの医師を派遣していただくことはあっても引き上げる医局はなく、本年4月においては専門医が半数を占め、総勢20名が新たに加わった。この医師不足の時代にありがたい悲鳴である。“官の良いところと民の良いところを統合して両方のメリットを生かした半官半民の医療が、職員に対しても患者に対しても最も良い”との哲学で病院経営を進めてきた。この哲学が多くの医師や看護師、コメディカルに至るまで理解され、地域住民にも認められた結果であると自負している。

現在、地域医療支援病院に認定され、7:1看護も早い時期に取得した。昨年10月に社会医療法人の認可を日本で第3番目に取得したことにより、まさしく半官半民の病院となった。ますます地域医療に貢献できる状況が整い、大きく夢を膨らませている。

読書と老い

(理事・石川県立中央病院 院長・石川) 山田 哲司



暑い夏の思い出は、大学生の時までに限られる。大学を卒業して医師となってからは、朝早くから夜遅くまで冷房の効いた病院にいた記憶しかなく、季節の変化を敏感に感じる事がなかった。外科医として忙しく働いていた頃には、患者さんの治りたいとの思いに答えようとするあまり、日々の心の余裕をなくし、読書することさえ思い浮かばなかった。しかし、手術をすることがなくなった今、患者さんの思いに追まわられるような日常はなくなったが、外科医師としての歳を重ねるために多くのものを捨ててきたことに気付かされる。とりわけ、ここ数年ほどは新しい小説を読んでも感動することがほとんどなくなった。もちろん、院長となって直接手術をすることがなくなるにつれ、専門書も面白く感じることも少なくなってきた。自分が感受性も向上心も衰えた人間になっていくようで、さびしい思いがある。

出張帰りに飛行機の窓ガラスに映る自分の顔をみたり、夕焼けに照らされた雲上を眺めたりすると、どういう訳か、学生時代に徹夜して小説を読んだ後に見上げた白々と明ける空と本の感動を同時に思い出すことがある。懐かしさのあまり、昔読んだ本を手にとってみることもある。しかしどの本をとってみても、昔の感動を得ることはなく、せいぜい数ページ読んで本を閉じることが多い。学生時代にあれほど衝撃を受けた「僕は20歳だった。それが人生でもっとも美しいときだなんて誰にも言わせない」という有名な冒頭の一句か

らはじまるポール・ニザンの『アデン・アラビア』を手にとった時も、読み続けることができなかった。医師という仕事につき、30年以上にわたり時間を細切れに切り売りしているうちに、言葉の裏に潜んでいる思いに、心を通わし、思いを巡らすことができなくなっている自分を知るのはさびしいかぎりである。

今年の1月末に転倒し、下腿骨を骨折し入院したことで、思いがけない長い自由時間を得ることができた。そのとき、友人の差し入れてくれた藤沢周平の『三屋清左衛門残日録』を読み終えた後は、久しぶりに「すがすがしい気持ち」にさせられた。まだ若いと思っていた自分が、思いがけなく老いを自覚せざるを得ない事態になったことと、小説の主人公の設定が似通っていたことも理由であろう。

若い知人や同級生の死が身近に続き、「歳月をあるがままに受け入れて生きる」ことも、決して楽なことではないことを知った。「あら還世代」を対象にした老化防止のための様々な商売が盛んになりつつあると聞くが、若者からみて、古くて息苦しい団塊・共闘世代（若い世代ではこう言われているらしい）にならないためにも、準備を少しずつ整える時期になっていると思う今日この頃である。

見える化

(日本病院会 会長) 山本 修三



最近、「見える化」という表現が流行っている。例えば、専門医制度をもっと「見える化」すべきだとか、国民から見て診療報酬制度がよくわからないからもっと「見える化」して欲しいといった具合である。フリー百科事典「ウィキペディア」によれば、「見える化」とは企業の漠然とした部分を数字等客観的に判断できる指標で把握する取り組みを表す言葉である。「測れる化」ともいうとある。

現代の医療は、医学の進歩による証拠に基づいた医療の提供を基本として、侵襲的な医療から人に優しい非侵襲的な医療をそれぞれ専門的なレベルで提供している。昔に比べれば、より質の高い、安全で、確実な医療を提供し、その結果も悪くはない。しかし、一方で医療に対する信頼という視点で見ると、むしろ昔に比べ今の方が国民の医療に対する不信感が強いように感じられる。その理由として、一つには新聞紙上等に報道される医療事故の問題があるが、医療の信頼性が落ちているのはそれだけの理由ではなさそうだ。もう一つ大事なことは、医師のアカウントビリティ、つまり医療は国民のためにあるといいながら、国民に対する説明責任を十分に果たしていない、医療の情報開示が不十分であると国民が感じているという点も大きいように思う。すなわち、患者が医療を理解し、自ら医療を選択するための中身が十分「見える化」されていないということになる。

「見える化」とは、もともと、企業が強い現場を目指して、作業についての情報を組織内

で共有することで、課題の早期発見や効率化、改善につなげてきた手法である。医療の見える化も、一病院という組織内での「見える化」問題も重要であるが、広く患者、国民に医療を理解してもらうための方法としても、医療の「見える化」の推進には真剣に取り組むべきであろう。患者、国民が理解できるように、専門医や専門医療をどのように「見える化」するのか、また患者が治療を受ける病院、受ける医療、担当の医師等の情報をどのように「見える化」してゆけばよいのか等は大きな課題である。

これからの医療は患者参加型の医療、地域完結型の医療を目指すとして、どのように医療を「見える化」してゆくのかについて、平成18年医療法の改正で、都道府県単位で各医療機関は決められた多くの医療情報を提供することが義務化された。集まった情報は都道府県の責任で、わかるように地域住民に開示しなければならない。その仕組みもこの3月ですべての都道府県ほぼ整ったようである。医療機関が自ら責任を持って提供する医療情報は、これまでのランキング本等とは異なり、その質の確かさにおいて、信頼に足るものであって欲しいと願っている次第である。



日本病院会の主な事業活動

学会運営：日本病院学会・日本診療録管理学会

委員会活動：政策提言や人材の育成、調査の分析、広報活動を円滑に行うための委員会を組織しています。平成20年度は23委員会、1部会体制で活動しています。

人材育成：臨床研修指導医・医療安全管理者・感染管理者（ICS）
診療情報管理士・病院経営管理者
人間ドック健診情報管理指導士（人間ドックアドバイザー）
人間ドック健診食生活改善指導士 等の養成

セミナー等：病院長・幹部職員セミナー（東京）、医療の質を考えるセミナー（札幌）、
感染制御講習会（東京）、医療安全管理者養成講習会（東京）、
介護報酬改定説明会（開催予定）

調査活動：病院運営実態分析調査、病院経営分析調査、手術時の医療材料に関する調査、
患者の病院選択動向調査、看護師入退職状況および採用コストについての調査
を実施しました。（平成19年度実施の調査）

国際活動：国際病院連盟（IHF）理事、アジア病院連盟（AHF）理事
WHO活動支援

要望・提言：自民党、公明党、民主党、厚生労働省等へ、税制改正や診療報酬などに関し、5
要望しました。（平成19年度実施）

その他：国際モダンホスピタルショウ、無料職業紹介

厚生労働省・各種団体への委員派遣：

厚生労働省の審議会・検討会、消防庁、日本医療機能評価機構、日本医師会等
へ派遣をしています。

病院団体連携：日本病院団体協議会、四病院団体協議会



日本病院会の国際活動

●国際病院連盟（IHF） International Hospital Federation

1929年に発足し、本部をフランス（フェルネイ・ポルテア）に置く世界規模の病院連盟。現在、59カ国が加盟。

会員は原則、一カ国一団体になっており、本会は1965年常任理事国入りが決まり、以来40年以上常任理事国を務める。

現在、本会代表IHF理事は山本修三会長。

●アジア病院連盟（AHF） Asia Hospital Federation

1971年にフィリピン・マニラにおいて第1回会議を開催。フィリピンのマユ会長が選出され、本格的な活動を開始。AHF理事会は毎年1～2回、会長国を主に加盟国が持ち回りで開催し、本会は昭和48年に当時の神崎三益会長がAHF会長を務めた。

設立当初は日本、台湾、韓国、フィリピンの4カ国であったが、現在は12カ国・地域が加盟。

現在、AHF本会代表理事は山本修三会長、堺常雄副会長、秋山洋名誉会員の3名。加盟国・地域は、台湾、韓国、香港、モンゴル、マレーシア、フィリピン、タイ、インドネシア、インド、オーストラリア、ニュージーランド、日本。

●WHO活動支援

日本病院会は日本診療記録管理学会と共に、世界保健機構（WHO）が掌握している国際疾病分類（ICD）について、その窓口となっている厚生労働省大臣官房統計部ICD室との協力関係を強化しています。ICD-10へのアップデートのほか、2015年にはICD-11への改定など、ICDの適切な普及啓発のため技術・経済分野で支援をしています。

ブタ由来新型インフルエンザ流行について

神奈川県警友会けいゆう病院
小児科

菅谷 憲夫

要旨： 世界的にブタ由来新型インフルエンザウイルス、S-OIVによる流行が拡大している。日本でのS-OIVの大規模な流行は不可避と考えざるを得ない。今回の新型インフルエンザは治療をし

なければ、健康成人でも肺炎を併発して重症化する可能性がある。外来では、早期のノイラミニダーゼ阻害薬投与、入院では、重症化した場合のレスピレーターによる治療が重要となる。

世界的にブタ由来新型インフルエンザウイルスA (H1N1), S-OIVによる流行が拡大し、WHOは、2009年6月11日にパンデミックを宣言した。日本での患者数も4000名をこえ、増加の一途である(7月20日現在)。夏を迎えた米国や日本でも流行が続く状況は予想外であった。このような世界の流行を見れば、日本での、秋あるいは冬からのS-OIVの大規模な流行は不可避である。

日本でのS-OIV流行は未だ前駆波に過ぎない

本年5月から始まった日本の流行を第1波として、秋に第2波が来るというような報道がされているが、現時点では(7月20日)、患者数も4000人程度と散発的な流行であり、第1波ではなく、前駆波(herald wave)というべきである。

最も近い年代のパンデミック、1968年から1970年の香港かぜ出現時も、現在の状況と似て、数ヶ月間、流行はくすぶり(smoldering epidemic)、その後、第1波が来た⁽¹⁾。香港での流行は1968年7月当初から始まり、7月から8月中旬まで続いたが、その流行は、早くも7月25日には日本に波及した。イス

ラエル船テビリア丸により名古屋港に持ち込まれたのが最初の例である。以後、8月中旬に10件もの事例が記録されている⁽¹⁾。しかし、輸入された患者の周囲に何名かの患者がいたとしても、そこからさらに流行が拡大したことはなかった。

最初に香港かぜが日本国内で流行として認知されたのは、10月に入ってからであった。10月9日、東京都内の両国中学で、インフルエンザの流行があり、ウイルス分離により、A香港型と確認された。その後も横浜、京都、大阪などで学校流行が確認されているが、流行としては散発的でその拡大も進行も著しくなかったと記載されている⁽¹⁾。しかしながら、香港かぜは、結局、翌年の1月から本格的に流行して、数万人の死亡者が出た。

以上、香港かぜの最初の流行を振り返ってみると、人々が免疫を持たないはずの新型インフルエンザであっても、必ずしも、ただちに大規模な流行を起こすわけではないことがわかる。S-OIV感染では、夏に向かって国内での感染の広がりをみると、前駆波としては香港かぜよりも強力な印象があるのが懸念される。

S-OIVの重症度はまだわからない

S-OIVは、日本では当初から弱毒株といわれ、季節性インフルエンザと重症度は変わりないと考えられてきた。しかし、弱毒株という言葉はウイルス学的に誤りである。鳥のインフルエンザの赤血球凝集素 (hemagglutinin) には、H1 からH16 まであり、そのうち、H5 とH7 は強毒、高病原性鳥インフルエンザである。感染したニワトリはほとんどが死亡する。その他は弱毒である。しかし、人のインフルエンザにはH1 からH3 までの3種類であり、強毒とか弱毒という区別はなく、ただ、臨床的に重症、軽症の区別しかない。

日本では、誤った「弱毒」という言葉が一人歩きして、今回の流行がいかに軽症という報道がなされていることが懸念される。5月から8月にかけての散発的な患者発生が前駆波とすれば、今まで前駆波が重症であった例はなく、あのスペインかぜですら、前駆波ではほとんど死亡者は出なかったことを想起すべきである。

世界の専門家は、今回の新型インフルエンザの重症度は、アジアかぜ、あるいは香港かぜレベルと考えている。日本での2つの新型インフルエンザの推定される致死率 (case fatality rate) は、0.09%から0.12%であったが、人口の25%、3200万人が発病すれば、0.1%の致死率でも、3万人の死亡が発生する。

メキシコ・シティでのS-OIVによる重症ウイルス肺炎

メキシコ・シティからの報告では、健康成人でも重症のウイルス肺炎を合併する危険性があることが示された⁽²⁾。S-OIV感染であることが確認された18例の入院患者(9ヶ月~61歳, median 38歳)のうち、10例には基礎疾患がなかった。発病後、4-25日入院 (median 6日) しているが、全例、入院時まで、oseltamivirなどの抗インフルエンザ薬の投与は受けていなかった。全例がウイルス肺炎で、発熱、咳、呼吸困難、LDH上昇、レ線で肺炎像がみられた。12例が、acute respiratory distress syndrome (ARDS) でレスピレーター管理となり、7例が死亡した。これは、メキシコ・シティの病院からの報告であるが、職員22例が院内感染と思われるインフルエンザ様疾患となったが、oseltamivirの早期治療により、重症

化も入院もなかったことも述べられている。S-OIVに対する早期のoseltamivir等による治療の重要性が示唆されている。

おわりに

インフルエンザが疑われた患者には迅速診断を実施し、陽性の場合には、oseltamivirあるいはzanamivirで治療するという、日本で確立したインフルエンザ診療を実施することが、ブタ由来新型インフルエンザA (H1N1) の最善の対策である。抗インフルエンザ薬の投与により、青壮年での重症ウイルス性肺炎は防止可能と筆者は考えているが、そのためには、全ての診療所、病院で新型インフルエンザ患者の診療に当たることが必要となる。さらに高齢者では、重症の細菌性肺炎を併発する可能性が高いが、これに対しては、前もっての肺炎球菌ワクチン接種が必要である。パンデミックでは、ウイルス性、細菌性にかかわらず、レスピレーターによる呼吸管理の必要な重症肺炎が多発するので、入院施設にはレスピレーターの配備が重要となる。

1. 福見秀雄. 香港かぜ, その流行の記録. 東京: 日本公衆衛生協会; 1971.
2. Perez-Padilla R, de la Rosa-Zamboni D, Ponce de Leon S, Hernandez M, Quinones-Falconi F, Bautista E, et al. Pneumonia and Respiratory Failure from Swine-Origin Influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med.* 2009 Jun 29.

【※編集部註：本稿は7月22日に投稿いただいたものです。】

医学史の旅—エーゲ海の島々④

星 和 夫

青梅市立総合病院
名誉院長



コス島 *Kōs*

ドーデカニサ諸島の中でロドス島に次いで大きいのがKōs島です(図1)。エーゲ海の東端、トルコからわずか5kmの所に位置するこの島は、人口約1万8,000ですが、医神アスクレーピオスの神殿があり、また“医学の父”と称されるヒポクラテスが生まれた所、すなはち“医学のメッカ”であることはよくご存じでしょう。ここぞまさしく“医学のルーツ”といえる所です。

この島は、通常の観光コースからはずれているため、なかなか行きづらいのですが、アテネから飛行機で約1時間、ロドス島からは軽飛行機で15分くらいです。トルコ周遊の節はBodrumから船で1時間半で行けます。

★医神アスクレーピオス一家

神話によりますと、アスクレーピオスは太陽神アポローンとテッサリア王の娘コロニスとの子です。しかしコロニスが妊娠中にもかかわらず、他の男と通じたのを怒って、アポローンは2人の不義者を殺し、火にくべてしまいました。薪の火の中から、腹の中にいたわが子アスクレーピオスだけは取り出しました。またこの時、不義を知らせたカラスに対しても憤って、それまで真っ白だったのを真っ黒にしてしまい、それ以後カラスは災厄の使者として怖がられるようになったのだといわれています。



図1: ドーデカニサ諸島

アポローンはこうして取り上げたわが子を、半人半馬の怪物ケンタウロス族のCheironに預けました。ケイローンはこの子を山中で育てながら、薬草や医療の知識を一生懸命教えましたので、成人したアスクレーピオスは名医となり、トロイア戦争の際は、息子のMachaon(外科)とPodaleirios(内科)を連れてギリシャ軍の軍医としてトロイアへ遠征し、傷病兵の治療に当たったといわれています。

のちに有名になって、多くの人々から治療を乞

われ、事実死んだ

人さえも生き返ら

せたりしました。

これを聞いたゼウ

スの大神は、死ぬ

運命にあった者ま

で生き返らせると

いう彼の傲慢さを

怒って、落雷で撃

ち殺してしまいま

したが、のちにな

って神と崇められ

るようになったの

です。



図2: アスクレーピオス像(ナポリ考古学博物館)



またアスクレーピオスの一家はみんな医療に関係しており、妻の ^{エピオーネ} Epione は鎮痛、息子の Machaon は外科、Podaleirios は内科、娘の ^{パナケイア} Panakeia は“すべての病気を治す女神”、^{ヒュギエイア} Hygieia は健康の女神、その他 ^{アケソ} Akeso、^{イアソ} Iaso という娘たちも治癒、健康の女神でした。この Hygieia は *hygiēs* (健康な) というギリシャ語を擬人化した言葉ですが、我々が習った ^{ハイジーン} *hygien* (衛生学) は *hygienē technē* (健康法) からきた英語で、同じ語源なのです。また Panakeia という名前と同じ語源の言葉に、^{パナシア} *panacea* (万能薬) があります。

このように彼の一家はみんな医療に関係していましたので、彼らを祀る神殿はいつしか現代の総合病院のようなものになっていったのです。

アスクレーピオスの神像は、長衣をまとい、左手には1匹の蛇が巻きついた杖を握った姿で描かれています(図2)。蛇は脱皮を繰り返しては成長するので、太古から生命力の象徴とみなされてきました。以来欧米諸国では、杖に1匹の蛇がからまったデザイン(Asklepiosの杖)が医学の象徴となっており、医療施設や救急車のマークなどに広く使われています(図3)。またヒュギエイアが聖なる蛇を飼ってその毒液を治療に使ったといういわれから、蛇と皿のマークがヨーロッパでは薬局のマークとして使われています(図4)。

★アスクレーピオスの神殿 ^{アスクレピエイオン} (Asklepieion)

目指すアスクレーピオスの神殿は、コス市から約



図5：アスクレーピオス神殿跡



図3：イタリアの救急車



図4：フランスの薬局の看板

4 kmの山の中腹にあり、3段の台地にそれぞれイオニア式建築のアスクレーピオスの神殿、ローマ神殿、祭壇、ローマ人の浴場(紀元前1世紀)、噴水などがあります(図5)。

大部分は紀元前300-270年に建てられたもので、現在はいずれも大理石の台座と一部の列柱が残っているだけですが、アスクレーピオス神殿の本拠地であるペロポネソス半島のエピダウロスのそれよりも、ずっと保存状態がよく、トルコのベルガモン遺跡のアスクレーピオス神殿とともに一見の価値があります。また、糸杉の森林に囲まれた荘厳な雰囲気のある遺跡は、二千数百年の昔を偲ばせるものです。

古代ギリシャでは、このアスクレーピオス神殿で入浴、睡眠、安静、暗示、食事、理学療法、運動療法などの医療が行われ、当時のいわば総合病院であったことは、ご存じのとおりです。最盛期には、ギリシャ全土で330ものアスクレーピオス神殿が建てられていたとのことですが、これはその1つなのです。

★医師になるための誓いの儀式

大勢の人たちが見守るなか、最上段の神殿跡からもの寂しい葦笛の音が鳴り響き、純白の長いギリシャの伝統的の衣裳をまとい、手にバラの花籠を携えた聖女たちが、石段の片側6人ずつ、しずしずと笛の音に合わせて降りてきます。ついで紅衣をまとった2人の少年が、1人の聖女を中にして、細い葦笛を吹きながら降





りてきます(図6-7)。そして最後に、これから医師になろうとする若者が赤い長衣を着、頭には月桂樹の冠をかぶり、両側を2人の聖女に守られながら降りてきます(図8)。

中段の台地に降りた一行は、祭壇の周囲にバラの花を撒きながら

一回りした後、若者は祭壇の前で「ヒポクラテスの誓い」を読み上げ、立派な医師になることを誓うのです(図9)。この間約40分、実に厳粛なひと時でした。最近日本の医学界でも、医師の倫理の高揚が叫ばれ、医学概論の講義の充実などが図られていますが、依然として医学史の断章もヒポクラテスも知らない若い医師たちが続々生まれています。私は皆さんをご案内してすでに3回ここを訪れていますが、若い医師たちに一度はこういう雰囲気浸らせればよいなあ毎回感じています。

★国際ヒポクラテス財団研究所

アスクレーピオス神殿跡から市内へ戻る途中で、1kmばかり右へ入ると、山腹に国際ヒポクラテス財団による殿堂があります。これは Spros Oeconomou 教授の提唱によって、全世界の医学関係者の拠金によって建てられた記念殿堂だそうです。

★コス市博物館(図10)

コス市内の中心 Plateia Eleftherias (自由広場) のすぐ正面に面しており、建物は小さいが、主としてコス島およびアスクレピエイオンで発掘されたヘレニズム期やローマ時代の彫刻や壺などが陳列されています。

写真でよく見るヒポクラテスの像(図11)や、アスクレーピオスの娘で衛生の女神 Hygieia (図12)、トルコのエフェソスのアルテミス(豊饒の女神)、アプロディーテー(愛と美の女神)とエロース(愛



図6：医師の誓いの儀式(1)



図7：医師の誓いの儀式(2)



図8：医師の誓いの儀式(3)



図9：医師の誓いの儀式(4)



図10：コス市博物館

の神)、ディオニューソス(豊饒の神)の像などがあり、また中庭のモザイクも素晴らしいもので、一見の価値ある博物館です。

★ヒポクラテス Hippocratēs

“医学の父”といわれるヒポクラテスに関しては、皆さんよくご存じのことと思いますが、有名なわりに、実は正確なことがほとんど分かっていないのです。彼が紀元前460年頃にコス島で生まれたことは確かなようですが、それ以後の生涯については、歴史的潤色が施され、伝説のようになっており、その





図11：ヒポクラテス像



図12：ヒュギエイア像

記述はかなり疑わしいのです。

ヒポクラテス伝のほとんどは、実はトルコのエフェソスの医師 Soranus^{ソラーヌス} が紀元2世紀に書いたものです。彼がヒポクラテス伝を書いた時は、ヒポクラテスの没後すでに500年もたっており、しかもかなり追従に満ちた伝記であるとされています。その信憑性といったら、“宗教的な靈感を授かった現代の女性運動のリーダーが、もっぱら口伝を頼りに書き上げたジャンヌ・ダルク伝と変わらない”とさえいわれています。とはいえ、彼の生涯について書かれたものはこれが最初であり、現在知られているヒポクラテス像は、みんなこれが元になっているのです。

彼は紀元前460年頃にこの島で生まれ、各地を遍歴して勉強し、経験を積んだのち、島に戻って、弟子たちに医学を教えたといわれています。

★液体病理説

彼の教えは、死後弟子たちによって『ヒポクラテス全集』として出版されましたが、その内容の第1は、「液体病理説」と称される病因論です。それによると、人体には háima（血液）、phlégma（粘液）、cholé（黄胆汁）、melanocholé（黒胆汁）の4原液（the cardinal humours（英））があって、これらの調和と循環が障害されると病気が発生するというのです。ちなみに、phlegm^{フレム}は医学英語では“痰”を表す言葉として用いられています。

さてこの4つ液体のことを“rhéum^{レウム}”といい、これから rheumatism^{リュウマチイズム} という病名や、またその元の

rhéin（流れる）”から catarrh（カタル）、diarrhea（下痢）、gonorrhoea（淋病）、menorrhoea（月経）、steatorrhea（脂肪性下痢）、hemorrhage（出血）、arythmia（不整脈）などの言葉ができました。

またこの4原液を総称してラテン語では hūmor といいますが、これは元来“水分、湿気”を意味する言葉だったのです。英語の humor（humour）は、古い時代のフランス語 humor に由来しています。

ついでに、眼の中にある“房水”のことを aqueous humor といいますが、直訳すれば“水性の液体”で、誠におかしな用語ですね。

★ヒポクラテスの誓いと箴言^{しんげん}

彼はまた同時に“医療に携わる人々の心得”も説いています。“医神アポロン、アスクレーピオス、パナケイアおよびすべての男神と女神に誓う、私の能力と判断に従って誓いと約束を守ることを……”に始まる「ヒポクラテスの誓い」は、我々の不朽の教えとして、西欧諸国では医師になる時の誓いの言葉になっています。

また「ヒポクラテスの箴言」と称される“生命は短く、学術は永い、好機は過ぎ去りやすく、経験は過ち多く、決断はむずかしい。……”は、有名な格言となっていますね。

こぼれ話

中世になると、この hūmor が人々の気質を決めるとの考えから、“気分”という意味に用いられるようになり、さらに“気分をよくするもの”ということで、“ユーモア”を表す言葉になりました。我々も“ユーモア小説”“ユーモラス”などといいますし、英語でも bad humoured（不機嫌）、good humoured（上機嫌）などと使われています。

かつて上智大学のアルフォンス・デーケン教授が、“医療スタッフはもっとユーモアを”と書いておられますが、その“ユーモア”という言葉の由来はこんなところにあるのです。



(同院は平成 21 年 5 月の本会入会)

医療法人財団 愛慈会 **相和病院**

神奈川県相模原市大島 1752 TEL 042-761-2331

かわむら かずひこ
理事長 **川村 一彦**

重症救急患者の亜急性期以後を中心とする療養病床です。

重症救急患者の救命治療処置後の患者の受け入れに積極的に取り組んでいる療養病床です。

相和病院は現在 319 床でほぼ全員、医療区分 3 の患者さんになります。

呼吸管理を必要とする疾患・神経難病・脳血管疾患（脳幹部出血、梗塞）脳外科手術後の意識の出なかった方、心臓疾患及び心血管手術後、低酸素脳症・重症心不全・慢性閉塞性肺疾患・代謝性疾患・中毒の遷延性意識障害の方、突然低酸素脳症になった方、頸損・後韌帯硬化症の方の管理が中心になっております。

平成 21 年 6 月 12 日現在、ドイツ製のザビエーナ呼吸器を 75 台保有しており、70 台が稼働しています。呼吸管理は常勤医師 6 名、非常勤医師(13 名)、臨床工学師 3 名で対応しております。胃ろう造設、気管切開、TPN、植め込み式高カロリー点滴も実施、心不全・不整脈等にも対応、イレウス等の処置も行っています。リハビリ、看護介護サービスも充実しております。

神奈川県・東京都の大学病院、救命救急センター、三次・二次救急の患者の亜急性期から在宅まで、または最期まで、お世話させていただきます。





ようこそ 日本病院会へ

新入会員の紹介

(同院は平成 21 年 5 月の本会入会)

医療法人美杉会 男山病院

京都府八幡市男山泉 19 TEL 075-983-0001

院長 壺井 和彦
つぼい かずひこ

附属病院を継承。地域の役に立つ、機動力のある病院を目指します。

この度、日本病院会に医療法人美杉会男山病院を入会させていただきました。平成21年4月1日、旧関西医科大学附属男山病院を医療法人美杉会が継承し、民間病院として再スタートを切ったところです。旧病院の沿革、病院継承、今後の方針のご報告とともにご挨拶を申し上げます。

旧関西医科大学附属男山病院は京都府八幡市に男山団地の開発とともに昭和50年132床で開院しました。その後、近隣団地の変遷にもなって産科、小児科、一般診療と発展し、昭和62年に212床に増床し現在に至っています。数年前までは大学附属病院として特色のある診療が行われていましたが、施設の老朽化とともに関西医科大学の整備計画構想からも再編の対象となり、この度、民間委譲されました。

一方、医療法人美杉会は昭和54年有床診療所佐藤外科として開設され、平成21年3月31日現在、介護施設を含めて793床の入院入所施設を有するにいたりました。この度、法人の中核である120床の佐藤病院が慢性的に満床状態のため、男山病院を継承しました。

旧関西医科大学附属男山病院は地域の基幹病院として良質な医療を提供し続けてきた歴史と伝統を有しています。病院継承に当たっては平成22年4月までは現状の関西医科大学のスタッフが出向という形で診療体制を維持しています。平成22年8月に新しく関西医科大学附属香里病院が開院しますが、その時には男山病院への出向者の多くが関西医大へ戻る予定です。来年の4月からは耐震補強工事も始まり、ソフト・ハードともに大変な局面を迎えます。

私が美杉会男山病院病院長として着任するに当たって「患者さんのため」というものさしを判断の基準とすれば、大学であれ、民間であれ、おのずと何



をするべきかは明らかになると楽観しておりましたが、次第にこのものさし自体が必ずしも共通ではないことが明らかになってきました。大学附属病院では患者さんに対して万全の診療体制を整えることが最優先されます。その反面、十分な体制が整っていない場合には診療自体ができないことになりかねません。実際に男山病院の大きな問題点はおかかりつけの患者さんでも時間外に具合が悪くなったときに診てもらえなかったことです。

これに対して、美杉会では十分な体制が整わずともできる範囲のことは患者さんの要望に応える努力をしてきました。この違いが何かを始められるか、始められないかの大きな違いになっています。百点満点が保障されなければ許されないという昨今の風潮は日本の医療を崩壊へ導く一因にもなっています。

美杉会男山病院は平成21年8月からは二次救急告示を目指しています。万全の救急体制ではありませんが、地域の役に立つ病院になるためにできる範囲のことを始めたいと思います。設備、体制の不備は必要に応じて整備しつつ、臨機応変に患者さんの要望に応えられる機動力のある病院になれるよう努力を積み重ねてゆきたいと思います。

今後ともよろしくご指導ご鞭撻をお願い申し上げます。
(病院長：壺井和彦)

第60回 日本病院学会



会期 2010年7月22日(木)・23日(金)

会場 長良川国際会議場/岐阜都ホテル/未来会館

学会長 山田 實紘 (社会医療法人厚生会 木沢記念病院 理事長・病院長)

医療人の協働と明日を拓く力
～人間50年から100年へ～

本部事務局 社会医療法人厚生会 木沢記念病院 〒505-8503 岐阜県美濃加茂市古井町下古井590
TEL:0574-66-2600 FAX:0574-26-2181 E-mail:60gifu@kizawa-memorial-hospital.jp

運営事務局 株式会社コングレ中部支社内 〒460-0004 名古屋市中区新栄町2-13 栄第一生命ビルディング 8階
TEL:052-950-3369 FAX:052-950-3370 E-mail:jha2010@congre.co.jp

特定健診・保健指導用パンフレットシリーズ

平成20年4月から施行された「特定健診・保健指導」の際に、受診者への情報提供として配布するように作られたパンフレットシリーズです。

厚生省の標準的な保健指導プログラムに則り、人間ドック健診の経験豊かなメンバーにより作成されたもので、一般向けの適切な、わかりやすい内容になっております。

企画監修 日本人間ドック学会 特定健診特定保健指導対策委員会

制作 株式会社日本病院共済会 出版部



内容 パンフレット No1～4 受診者共通の基本情報
パンフレット No5～10 生活習慣に対応する情報
パンフレット No11 動機付け支援・積極的支援用

価格 No1～No10 (A4、両面印刷)
一枚単価 5円～18円 (枚数による)

No11 (A3、両面印刷)
一枚単価 9円～32円 (枚数による)

*申し込みは100枚単位です。

*関連商品としてグループ支援のための特定保健指導用DVD「メタボリックシンドロームといわれたら」好評発売中

株式会社 日本病院共済会 出版部

〒102-0082 東京都千代田区一番町13番地 一番町法眼坂ビル5F

Tel 03-3264-9888 Fax 03-3222-0016

<http://nichibyoo.co.jp/>



医療機関の部門別収支計算と診療報酬改定 ～精度向上と併せて行うべきこと～

医療法人大雄会 本部長
病院経営管理士教育委員会 委員

松廣 耕三

去る4月22日、奈良地裁は、奈良県立奈良病院における産科医師の宿日直勤務を時間外労働と認め、割増賃金の支払いを命じた。永きにわたって、日本の医療は、医師の聖職者意識に依拠するところの「がんばり」に支えられてきたところは少なくない。そこには、労働の質を時間比例で測られたくないという、一種のプライドもあったはずである。しかし、他方、その文化が、医師自身の過重労働や、看護師その他の医療職のサービス残業を、組織内で余儀ないものとさせてきたことも否めない。残念ながら、それらの計測されていない貢献度を金額評価することはできないが、少なくとも、これまでの間、多くの医療機関では、半ば恒常的に給与費等の医療費用が過少計上されてきたと言えそうである。それにも拘らず、多くの調査・統計が示すように、7割、8割といった一般病院が赤字経営に苦しんでいる。育成に多額の投資を要する専門職の集団であるところの病院では、他の産業が、高給の熟練専門職の仕事を機械設備や非熟練労働者への代替によって合理化を図ってきたような手法はとりえない。このままでは病院経営に収支改善の未来はなくなってしまう。

目を転ずると、昨年6月に公表された『医療機関の部門別収支に関する調査研究』をもとに、厚労省は医療機関のコスト計算の方式をほぼ固めたようで、今後の診療報酬改定に当たって、それを活用していくらしい。ただ、気になる点は、この調査研究が行っていることは、費用をいかに合理的に診療科別・部門別に集計・配賦

するかであって、会計帳簿に記された費目別の金額の正当性・妥当性は検証していないというところである。ところが現実には、前段に述べたように、医療費用のうちの最大項目である人件費が、会計上は正しくとも、実質的には「過少計上」である。費用の按分計算の精度を高めることももちろん重要だが、いま行うべきことは、適正な水準の人件費の支給を保障できるだけの、診療報酬水準の切り上げをおいてない。

しかし、そう言おうものなら、「これ以上医療費を上げられようか！」との反論がすぐに返ってきてそうである。一般に、社会保障支出の増大や医療財政の悪化が語られるとき、議論の矛先は、費用支出の増加側面にだけ向けられる。しかしながら、これはおかしな話で、本来あるべき議論は、制約条件としての限られた収入を、どう優先順位をつけて各支出項目（費目）に割り振るかでなければならないはずである。しかも、厚生労働白書によれば、医療をはじめとする社会保障分野の経済波及効果は他産業に比べてむしろ大きいとのこと。ならば、国富を増やすために、医療費への投入を増やすことのメリットは相対的に大きいはずである。効率的な資源配分と適正な価格設定のために原価計算の精度向上は欠かせないが、それと並行して、あるいは先んじて行わなければならないのは、病院の健全な経営を維持するための医療費総額水準についての検証ではないだろうか。

平成21年度 第1回 定期理事会 議事抄録

日 時 平成21年5月23日(土) 午後1時～2時50分
場 所 東京都中央区・ロイヤルパークホテル3階「有明の間」
出席者 (会長) 山本 (副会長) 池澤, 佐藤, 堺, 大井, 宮崎(忠)
 (常任理事) 林, 宮崎(瑞), 石井(暎), 梶原, 木村(壯), 齊藤, 末永, 松本(隆),
 大道(道), 小川, 中島, 安藤, 宮崎(久), 須古
 (理事) 吉田, 西村, 佐々木, 宮下, 濱崎, 有我, 高橋, 遠藤, 原, 中井, 崎原, 関口,
 新納, 中, 山田(哲), 山田(實), 神原, 足立, 松谷, 藤原(久), 砂川, 奥村, 小西,
 片岡, 武久, 細木, 吉田(博), 今泉, 岡留, 高野, 松本(文), 石井(和)
 (監事) 柏戸, 中川 (代議員会議長) 加藤 (代議員会副議長) 野口
 (顧問) 奈良
 (参与) 行天, 高久, 岩崎, 鴨下, 宇沢, 久常, 堀内, 渡辺
 (委員会委員長) 星, 佐合, 大道(久) (支部長) 三浦, 福田, 福井

定刻となり、佐藤眞杉副会長の議事進行により会議を開始。

山本会長から開会挨拶を述べた後、本日の会議は代議員会、総会を控え、限られた時間で運営しなくてはならないため、承認事項の審議を行い、報告事項は手短にお願いしたいと理解を求めた。なお、報告事項の冒頭に、新型インフルエンザの状況を兵庫県と大阪府の理事に報告をいただくとした。本理事会は、理事定数65名中、出席者52名、委任状13通であり、過半数(33名)を超え成立している旨の報告後、議事録署名人に遠藤昌夫(埼玉県)、中佳一(神奈川県) 両理事を選任した。

〔承認事項〕**1. 会員の入退会について**

前回の役員会後の会員移動として、正会員の入会3件、正会員の退会4件、賛助会員の入会1件、賛助会員の退会3件について承認した。

〔正会員の入会3件〕

- ①埼玉県：個人 豊岡第一病院（会員名：山根宏夫 院長）
- ②神奈川県：医療法人 愛慈会 相和病院（会員名：川村一彦理事長）
- ③京都府：医療法人 美杉会 男山病院（会員名：壺井和彦院長）

〔正会員の退会4件〕

- ①北海道：公益法人 釧路市医師会病院（会員名：西池彰会長）
- ②東京都 医療法人 愛生会 北町病院（会員名：大畑隆郎院長）
- ③東京都：医療法人 恵仁堂 丸茂病院（会員名：丸茂裕和理事長）
- ④兵庫県：個人 ヒトラ外科病院（会員名：人羅俊雄院長）

〔賛助会員の入会1件〕

- ① A 会員 東京都 サクラグローバルホールディング(株)

〔賛助会員の退会3件〕

- ① A 会員：東京都 三菱化学メディエンス(株)
- ② A 会員：大阪市 エス・バイ・エル(株)
- ③ D 会員：東京都 松本謙一



(平成21年5月23日現在)

正会員2,648会員 特別会員241会員
賛助会員234会員 (A会員98, B会員101, D会員35)

2. 各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

(継続：後援2件)

- ①第11回フォーラム「医療の改善活動」(医療のTQM推進協議会)全国大会 in 大阪に対する後援
- ②「自治体総合フェア2009」協賛名義使用(日本経営協会)

(新規：後援2件)

- ①第1回学術集会(日本医療メディエーター協会)に対する後援
- ②第1回アジア慢性期医療学会(日本慢性期医療協会)に対する後援

3. 平成21年度代議員会、総会の議案について

下記の議題案について概略の説明があり、代議員会、総会の議案として承認された。

①平成20年度事業報告(案)について

冊子「平成20年度事業報告」案を配布した。前年度の事業報告書を1冊にまとめたもので、年々厚さが増しているが、これを見れば1年間の日病の事業内容がわかるものとなっている。

②平成20年度収支決算書(案)について

一般会計及び各特別会計の収支決算報告、及び予算の執行状況は収支ともに適正である旨の監査報告があった。

③平成21年度事業報告(案)について

定款に定められた本会の事業目標をベースに、今年度は重点項目として、新公益法人制度への対応、日本病院会創立60周年(平成23年度)への対応等、10項目を掲げた。

④平成21年度予算(案)について

各担当より提出された予算案について、会長・副会長会議において計数整理し、平成21年度の事業活動に支障を来すことのないように検討、精査して予算案を作成した。

なお、上記②及び④において、新公益法人会計基準への移行について説明があった。すなわち、平成20年12月1日の新公益法人制度施行により、日本病院会も自動的に特例民法法人(特例社団法人)へ移行になり、5年間の移行期間中に所要の申請手続きを行わなくてはならない。申請手続きは、新公益法人会計基準により作成された公益目的支出計画の策定、従来の収支計算書ベースから損益計算書ベースの収支予算書提出などが義務づけされる。日本病院会も公認会計士の指導により、平成21年度より新公益法人会計基準にのっとり会計処理を行うことになった。新公益法人会計基準では、勘定科目の変更や、各特別会計を廃止し一本化した処理など、従来の会計処理とは大幅に変更となる。このため、平成20年度までの会計処理と平成21年度以降の会計処理が大幅に異なっている旨の現状説明がされた。

4. 代議員の異動について

下記について県より異動の申し出があり、検討の結果、承認された。

①秋田県・公的・4月1日交代

旧)大淵宏道(山本組合総合病院院長)
新)小野地章一(仙北組合総合病院院長)

②岩手県・私的・退任(ご逝去・平成20年5月20日)

旧)遠山美知(医療法人遠山病院理事長)

5. 人間ドック健診施設機能評価の認定について

検討の結果、新規認定施設、更新認定施設として、下記施設の指定を承認した。

(新規認定施設：Ver.2.0)(1件)

①鹿児島県：特別医療法人 博愛会 さがらパース 通りクリニック人間ドック ウェルライフ

(新規認定施設：Ver.1.0)(1件)

①東京都：学校法人 武蔵野女子学院 武蔵野大学 メディカルセンター

(更新認定施設：Ver.2.0)(4件)

①愛知県：医療法人社団 喜峰会 東海記念病院健康管理センター

②大阪府：医療法人 生長会 ベルクリニック

- ③神奈川県：医療法人社団 亮正会 高津中央クリニック
- ④東京都：財団法人 健康管理事業団 イムス八重洲クリニック

〔報告事項〕

冒頭に新型インフルエンザの現状について、兵庫県の藤原久義理事と大阪府の小川嘉誉常任理事から報告を受けた。

藤原久義理事は、兵庫県立尼崎病院では、4月からインフルエンザ対応のシミュレーションをしており、医師も150名ほどいるので、ある程度対応できると思うと述べた。また、患者は5～29歳がほとんどで、CRPも高値ではなく、タミフル服用で翌日は発熱も下がる状況で、症状も重篤ではなく、季節性インフルエンザと同等である。現在求められている対応は、鳥インフルエンザの対応であるので、季節性と同じ対応でよいと考える。ただ、現在は院内発症を危惧しているとの報告があった。

小川嘉誉常任理事は、今回の対応の中で、苦情等が頻繁に寄せられ、電話相談窓口等は完全にマヒしてしまった。発症の疑いのある人が電話しても繋がらないため、直接、救急病院に来てしまう。もっと蔓延したらこの体制は全く機能なくなってしまうので、平素より災害医療等に対応できる体制を整えるべきであると述べた。また、医療の現場よりも社会的な混乱のほうが大きいのではないかと述べた。

その他の意見として、砂川理事は、奈良県ではまだ発症例はないが、熱・咳等があれば発熱外来へ行くように言われており、発熱外来では防護服を着て対応している。しかし現状からするとその必要性はなく、医療の現場では疲弊が激しい。日本病院会として、普通型のインフルエンザ対応にということで、意見を出してほしいと述べた。

以上の議論を踏まえて、日本病院会としての取りまとめを行い、早急に厚生労働大臣に提出することとした。

1. 各委員会等の開催報告について

下記の諸会議について報告が行われた。時間の関係上、一部は資料一読にかえることとした。

- (1) 第1回病院幹部医養成委員会（4月24日）
報告は、資料一読とした。
- (2) 第1回医療の質を考えるセミナー（4月24日）
シンポジウム「新医師臨床研修制度の功罪」はかなり参加者が多かった。
- (3) 第1回DPCコース小委員会（4月30日）
1,000名の枠に、締め切り1週間前で既に1,300人を超えている。
- (4) 第1回基礎課程小委員会（5月12日）
計画どおり、業務を遂行している。
- (5) 第1回医師事務作業補助者コース小委員会（5月13日）
9月に開始予定。大勢の参加をお願いしたい。
- (6) コーディング勉強会（4月14日～5月17日）
報告は、資料一読とした。
- (7) 日本診療情報管理学会第1回編集委員会（5月11日）
報告は、資料一読とした。
- (8) 日本診療情報管理学会第1回診療情報管理士業務指針WG（5月15日）
指針のとりまとめを行っている。
- (9) 日本診療情報管理学会第1回生涯教育委員会（5月22日）
報告は、資料一読とした。
- (10) 第2回医療経済・税制委員会（5月12日）
平成22年度税制改正に関する要望の文言について検討。
- (11) 第2回医療制度委員会（5月13日）
診療報酬改定に係る要望の第2報について検討。
- (12) 第6回公益法人制度見直しに係るプロジェクト委員会（5月14日）
今後、定款変更等の検討を進めていく。
- (13) 第2回人間ドック施設認定小委員会／評価委員会合同委員会（5月14日）
認定施設へのメール配信サービス、サーベイヤー通信等について検討。



- (14) 第1回病院経営管理者協議会 編集委員会 (5月15日)

報告は、資料一読とした。

- (15) 第1回病院経営管理士教育委員会 (5月21日)

現在、32回生の募集中。多数の申し込みをいただいている。

- (16) 第2回雑誌編集委員会 (5月21日)

日病雑誌の6月号、7月号の企画の報告、及び「銷夏随筆」への寄稿のお願い。

2. 日病協諸会議の開催報告

下記の諸会議について報告が行われた。

- (1) 第1回死因究明制度等に係るWG (5月19日)

日本病院会が実施した大綱案についてのアンケートに、多数の回答をいただいた。今後、それを中心に協議を進め、日病協としての意見をまとめたい。

- (2) 第46回診療報酬実務者会議 (5月20日)

来年度の診療報酬改定に向けての要望の第2報について、多数寄せられた要望事項の整理・取りまとめを行っている。

3. 中医協について

時間の関係上、下記の会議から、抜粋して概要報告が実施された。

- (1) 第2回DPC評価分科会 (4月27日)
- (2) 第3回DPC評価分科会 (5月14日)
- (3) 第144回総会、第133回診療報酬基本問題小委員会 (5月20日)

4. 四病協関係の会議開催報告

時間の関係上、下記2会議の報告については、資料一読とした。

- (1) 第2回医療保険・診療報酬委員会 (5月1日)
- (2) 第1回医療従事者対策委員会 (5月8日)

5. 行政関係の各種検討会等の開催報告について

下記開催報告が実施された。

- (1) 第1回看護教育の内容と方法に関する検討会 (4月28日)

下記の検討課題について検討していくこととなった。

- ①免許取得前に学ぶべき事項の整理と具体的な教育内容の見直し
- ②看護師養成機関内における教育方法の開発・活用
- ③効果的な臨地実習のあり方
- ④保健師・助産師教育のあり方

- (2) 国会議員シンポジウム医療版事故調～国会での十分な審議と早期設立を求めて (5月12日)

自由民主党、公明党、民主党、日本共産党、社会民主党、国民新党から意見が出された。詳細は資料一読。

6. 第59回日本病院学会の進捗状況について

7月23日～24日に熊本市で開催される第59回日本病院学会の学会長である宮崎久義常任理事より進捗状況の報告がされた。テーマは「よりよい医療のあり方を求めて」。多数の参加が呼びかけられた。

7. 第35回日本診療情報管理学会学術大会の進捗状況について

9月17日～18日に浜松市で開催される日本診療情報管理学会学術大会の学術大会長である堺常雄副会長より進捗状況の報告がされた。基調講演のテーマは「診療情報管理士の来し方行く先」。多数の参加が呼びかけられた。

8. IHF (国際病院連盟) 諸会議の開催報告について

5月15日にフランス・パリでIHF理事会が開催され、山本会長の代理として堺副会長が出席した。厳しい経済危機が各国の病院団体に影響を及ぼしていることや、IHF規約改正(案)の検討等がされたことが報告された。

9. 第3回日本人間ドック学会創立50周年記念式典の進捗状況について

第50回日本人間ドック学会にあわせ、9月3日 16:00～ 記念座談会、16:45～ 記念式典を行う旨

の説明が、奈良顧問（日本人間ドック学会理事長）よりされた。この式典は日病と日本人間ドック学会との共催で行う。

10. 日本病院会ロゴマークについて

前回、ロゴマークとして選んだものが、他社のロゴマークと全く同じものであることが判明した。決定した旨を日本病院会ニュースに掲載したが、日病の立場として、他社と同じものは使えないため、このロゴマークは取りやめとし、再度検討させていただく。

〔協議事項〕

時間の関係上、協議事項は省略とされた。

〔その他〕

報告事項の冒頭であった、新型インフルエンザの対応について現場と行政の政策が違うので、ギャップを縮めるように何か要望を出してほしいという意見について、議論を行った。

山本会長は、早急に対応したいと述べ、関係する先生方の協力を要請した。

また、大阪府の大道常任理事は、大阪府医師会の代議員会で緊急アンケートを行ったところ、簡易キット、タミフル等の備蓄がない病院が3分の1、数人分以下しかない病院が3分の1あった。医療経済も厳しい折なので、要望する際は資金援助をお願いしたい旨を盛り込んでほしいと提案した。

以上ですべての議案審議を終了し、常任理事会を終了した。 （日本病院会事務局 総務課）

省エネ法（工場・事業場）が変わります

——平成21年4月から準備が必要です——

我が国は、京都議定書の目標を確実に達成するとともに、中長期的にも温室効果ガスの排出量を削減することが求められております。温室効果ガスの約9割はエネルギー起源の二酸化炭素であり、一層の地球温暖化対策の推進のため、省エネルギー対策の強化が求められております。こうした状況を踏まえ、平成20年5月に「エネルギーの使用の合理化に関する法律」（省エネ法）が改正されました（施行日は平成22年4月1日を予定。ただし、平成21年4月から1年間のエネルギー使用量の計測・記録が必要となります）。これまで一定規模以上の大規模な工場に対しエネルギー管理義務を課しておりましたが、今回の改正により事業所単位から事業者単位（企業単位）のエネルギー管理が義務づけられることとなり、業務部門に多く見られる中小規模の事業場を数多く設置する事業者が新たに義務の対象に加わることとなります。また、一定の要件を満たすフランチャイズチェーンについても、チェーン全体を一体として捉え、本部事業者に対し、事業者単位のエネルギー管理と同様な管理義務が課されることとなりました。ここでは、省エネ法の概要と主な改正のポイントなどについて以下にご紹介させていただきます。

1. 省エネ法とは

「エネルギーの使用の合理化に関する法律」（省エネ法）は、石油危機を契機に1979年（昭和54年）に制定されました。省エネ法は、内外におけるエネルギーをめぐる経済的社会的環境に応じた燃料資源の有効な利用の確保に資するため、工場・事業場等についてのエネルギーの使用の合理化に関する所要の措置等を講ずることとし、もって国民経済の健全な発展に寄与することを目的としています。

（1）改正前の指定基準

燃料・熱・ガス・電気などのエネルギーを一定規模以上使用する工場・事業場は、その年間のエネルギー使用量（原油換算値）を工場・事業場ごとに国へ届け出て、エネルギー管理指定工場の指定を受けなければなりません。

（2）義務

エネルギー管理指定工場は、エネルギー管理者やエネルギー管理員の選任、エネルギーの使用の状況等の定期報告書や中長期計画書の提出、設備ごとのきめ細かな現場でのエネルギー管理を工場・事業場単位で行なうことが義務付けられています。

2. 今回の主な改正のポイント

（1）指定基準の改正

①工場・事業場単位から企業単位へ

今回の改正（平成20年5月改正）では、これまでの工場・事業場ごとのエネルギ

一管理から、企業全体での管理に変わります。したがって、企業全体（本社、工場、支店、営業所など）の年間のエネルギー使用量（原油換算値）が合計して1,500 kℓ^{※1}以上であれば、そのエネルギー使用量を企業単位で国へ届け出て、特定事業者の指定を受けなければなりません。

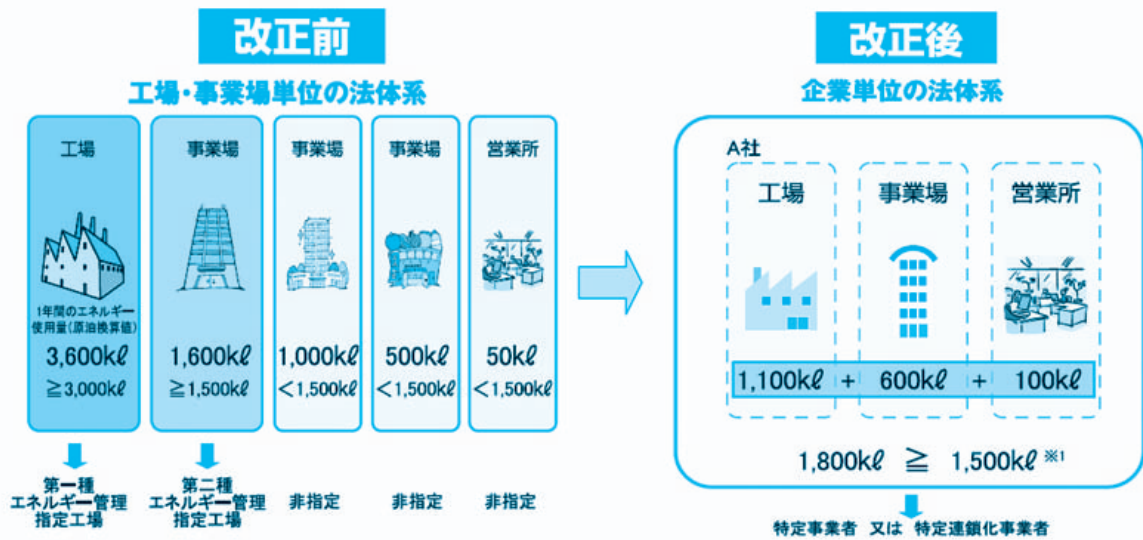
②特定連鎖化事業者も新たに規制の対象となり得ます。

コンビニエンスストア等のフランチャイズチェーンも同様に事業全体でのエネルギー管理を行わなければなりません。フランチャイズチェーン本部が行なっている事業について、約款等の取り決めで一定の要件を満たしており、かつ、フランチャイズ契約事業者（加盟店）を含む企業全体の年間の合計エネルギー使用量（原油換算値）が1,500 kℓ^{※1}以上であれば、フランチャイズチェーン本部がその合計エネルギー使用量を国へ届け出て、特定連鎖化事業者の指定を受けなければなりません。また、エネルギー管理指定工場の指定については、これまで同様に一定規模以上のエネルギーを使用する工場・事業場等は、エネルギー管理指定工場の指定を受けることとなります。

※1 政令公布時に正式決定します。

(2) 報告書等の提出単位の変更

エネルギー管理指定工場の義務のうち、定期報告書、中長期計画書の提出が従来の工場・事業場単位での提出から企業単位での提出に変わります。



(3) エネルギー管理統括者等の創設

特定事業者及び特定連鎖化事業者は、エネルギー管理統括者（企業の事業経営に発言権を持つ役員クラスの者など）とエネルギー管理企画推進者（エネルギー管理統括者を実務面で補佐する者）^{※2}をそれぞれ1名選任し、企業全体としてのエネルギー管理体制を推進することが義務付けられます。

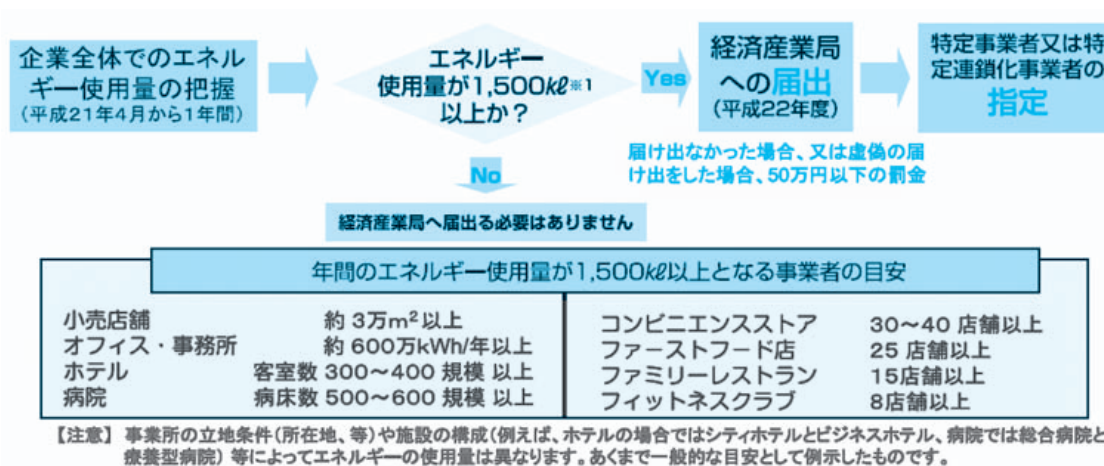
※2 エネルギー管理講習修了者又はエネルギー管理士から選任しなければなりません。

3. 企業全体でのエネルギー使用量の把握

今回の改正に伴い企業全体でのエネルギー使用量の把握に努めていただく必要があります。

(1) エネルギー使用量データの記録

エネルギー使用量は平成21年4月から1年間記録する必要があります。下記フロー図のとおり、企業全体での年間の合計エネルギー使用量（平成21年4月～22年3月まで）を正確に把握し、 $1,500\text{k}\ell^{*1}$ 以上であればエネルギー使用状況届出書を平成22年度に管轄の経済産業局へ届け出なければなりません。



(2) ポイント

- ①平成21年4月から1年間、全ての工場・事業場のエネルギー使用量（原油換算値）を把握してください（例：電気・ガスについては、毎月の検針票に示される使用量を把握）。
- ②エネルギー使用量を以下ア～ウの手順で原油換算値へ換算してください。
 - ア 使用した燃料・熱・ガス・電気ごとに全社の年間の使用量を集計してください。
 - イ アの使用量に燃料の発熱量，熱の係数，電気の換算係数を乗じて熱量（GJ）を求めた後合計して年間に使用したエネルギー量（熱量合計，GJ）を求めてください。
 - ウ イの年間の使用熱量合計（GJ）に、0.0258（原油換算kℓ/GJ）を乗じて年間のエネルギー使用量（原油換算kℓ）を求めます。

また、事業所ごとに各月ア～ウを行い事業所ごとのエネルギー使用量を求めてから合計する手順もあります。

- (3) 合計が $1,500\text{k}\ell^{*1}$ 以上の場合は、平成22年度に経済産業局へ届け出てください。燃料の発熱量，熱の係数，電気の換算係数の具体的数値，集計用の簡易ツールは下記URLを参照してください。

(URL) http://www.eccj.or.jp/law06/xls/07_01.xls

簡易ツールの画面

エネルギーの種類		使用量			換算係数			
		単位	数値	熱量(GJ)	数値	単位		
燃料 及び 熱	原油	kl	0		38.2	GJ/kl		
	原油の凝縮液(NGL)	kl	0		35.3	GJ/kl		
	揮発油(ガソリン)	kl	0		34.6	GJ/kl		
	ナフサ	kl	0		33.6	GJ/kl		
	灯油	kl	0		36.7	GJ/kl		
	軽油	kl	0		37.7	GJ/kl		
	A重油	kl	3,308	129,342.8	39.1	GJ/kl		
	B・C重油	kl	0		41.9	GJ/kl		
	石油アスファルト	t	0		40.9	GJ/t		
	石炭コークス	t	0		29.9	GJ/t		
	石油ガス	液化石油ガス(LPG)	t	0		50.8	GJ/t	
		石油系液化天然ガス	Tm ³	0		44.9	GJ/Tm ³	
		可燃性	液化天然ガス(LNG)	t	0	54.6	GJ/t	
	天然ガス	その他	可燃性天然ガス	Tm ³	0	43.5	GJ/Tm ³	
		石炭	原料炭	t	0	29.0	GJ/t	
			一般炭	t	0	25.7	GJ/t	
			無煙炭	t	0	26.9	GJ/t	
			石炭コークス	t	0	29.4	GJ/t	
			コールタール	t	0	37.3	GJ/t	
			コークス炉ガス	Tm ³	0	21.1	GJ/Tm ³	
			蒸気ガス	Tm ³	0	3.41	GJ/Tm ³	
			圧縮ガス	Tm ³	0	8.41	GJ/Tm ³	
		その他の燃料	都市ガス 13A	Tm ³	2,993	134,685.0	45.0	GJ/Tm ³
			*	t	0		GJ/*	
			**	t	0		GJ/**	
			産業用蒸気	GJ	0		1.02	(換算係数)
		産業用以外の蒸気	GJ	0		1.36		
		温水	GJ	0		1.36		
		冷水	GJ	0		1.36		
		小計①			264,027.8	6,811.9		
電気	一般電気事業者	昼間買電	kWh	14,916	148,712.5	9.97	GJ/Tm ³	
		夜間買電	TkWh	5,314	49,313.9	9.28	GJ/Tm ³	
	その他	上記以外の買電	kWh	0		9.78	GJ/Tm ³	
		自家発電	kWh	()			GJ/Tm ³	
		小計②	kWh	20,230	198,026.4			
合計 GJ (③=①+②)					462,054.2			
原油換算 kl					11,921.0	0.0258	kl/GJ	

以上で、省エネ法の概要と主な改正のポイントについてのご紹介を終わらせて頂きますが、ご質問などございましたら、下記のお問い合わせ先までご連絡頂けますようお願い申し上げます。また、繰り返しになりますが、今回の改正に伴い、平成21年4月から企業全体でのエネルギー使用量を把握して頂き、年間のエネルギー使用量が1,500 kl^{*1} (原油換算値)以上となる場合には、平成22年度に「エネルギー使用状況届出書」を管轄の経済産業局にご提出頂く必要があります。事業者の方々におかれましては遺漏無きようご対応頂けますようお願い申し上げます。

お問い合わせ先 : 経済産業省 資源エネルギー庁 省エネルギー・新エネルギー部
省エネルギー対策課
電話 : 03 - 3501 - 9726
FAX : 03 - 3580 - 8439

(第1号様式)

社団法人 日本病院会 正会員入会申込書

社団法人日本病院会長 殿

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

入会承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

平成 年 月 日

〒

所在地

病院名

会員名 } 病院長又は医師
である開設者等 役職名

印

申込取扱者氏名	印
職名	
電話	内線

平成 年 月 日

社団法人 日本病院会 会長 殿

住 所 〒
会 員 名 会社・団体
又は個人名



社団法人 日本病院会 賛助会員入会申込書

貴会の趣旨に賛同し賛助会員の A . B . C . D 会員として入会します。
(該当する種類に丸印を付して下さい)

会 社 ・ 団 体 又 は 個 人 名	
代 表 者 名	(役職)
業 種	
住 所 電 話 番 号	〒
担 当 者 所 属 部 課 名 氏 名	
会 費 納 入 方 法	1. 郵便振替 2. 銀行振込
紹 介 者	

本誌へのご寄稿のお願い

『日本病院会雑誌』では、親しみやすい誌面づくりに努めておりますが、その一環として、趣味に関する原稿、あるいは旅行記、エッセイ、俳句、短歌など、ほっとする内容の記事の掲載を企画しており、会員の皆さまのご応募をお待ちしています。

かつて「黄色いページ」として親しまれていましたページと同様とお考えいただければと思います。

原稿：字数の制限はありません。写真の掲載も可能です。

募集期日：随時受け付けています。

謝礼：掲載誌及び別刷り 30 部を贈呈し、謝礼とさせていただきます。

◆送り先・問い合わせ先

『日本病院会雑誌』 編集代行：植松 文子
〒160-0015 東京都新宿区大京町 31 番地 御苑住宅 1 階 (有)木耀社
電話 03 - 6666 - 4001 FAX 03 - 6666 - 4002
(e-mail : uematsu@m.email.ne.jp)

日本病院会雑誌

第 56 巻第 8 号 2009 年 8 月 1 日発行 (毎月 1 日発行)

頒価 1,200 円 (会員の購読料は会費の中に含まれます)

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町 13 - 3

電話 : 03 - 3265 - 0077 (代) FAX : 03 - 3230 - 2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 山本 修三

編集人 星 和夫

編集協力 (株)美和企画 (東京都渋谷区南平台町 12 - 6 電話 : 03 - 3496 - 6751 (代))

印刷・製本 日本平版印刷 (株) (東京都文京区小石川 4 - 3 - 6)

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。