

病院でもらう 病気で死ぬな!

— 現役医師が問う、
日本の病院の非常識度 —

つつみ病理診断科クリニック

院長 堤 寛

病院でもらう病気で死ぬな！

—— 現役医師が問う、日本の病院の非常識度

堤

寛

病院でもらう病気で死ぬな！

C O N T E N T S

はじめに	5
第一章 歴史に残る恐ろしいはなし	9
第二章 医療者の「ああ！ カン違い」	43
第三章 病院でもらう病気で死ぬな	78
第四章 だれも知らない病院のゴミ問題	122
第五章 医者を腐らせる日本のシステム	152
第六章 病理医だからいえること	183
おわりに	211

はじめに

「早期発見、早期治療のために、みなさん健診を受けましょう」と医師のだれもがいう。しかし、医師の健康診断受診率の低さは全国共通の特徴だ。

この事実は、多数の肝炎患者を診療する医師に「肝炎ウイルスをもらうのは交通事故のようなもの」といわせしめ、ベテラン病理医に「病理医は結核にかかってようやく一人前」とうそぶかせる職場環境と無縁ではない。これなど、「医者の不養生」どころのほなしではない。こうした非常識を反省し、医療者自身の問題意識を高めることがなにより必要だ。

つぎに紹介するエピソードから、読者のみなさんに医師の常識度の判定をお願いしたい。

一九九八年三月二三日の朝日新聞記事「「手洗いせず」が三割」から。

「病院の集中治療室（ICU）には、事故や急病で重症の人や大手術直後といった感染症に對してとくに弱い患者さんが集まってくる。この場合、健康な人にはなんでもない病原体が感染をおこすことがある。手洗いはこうした院内感染を防ぐ基本中の基本の手技だ。某大病院のICUの入り口にある手洗い場が一週間にわたってビデオカメラで監視された。その結果、患者家族の九四パーセントが手を洗っていたのに対して、ICUの医療スタッフ（医

師と看護婦)は七一パーセントしか洗っていなかった」

もつとも、講習会の開催、洗わない人への個別指導、ICUの扉へのステッカー表示といった啓蒙活動の結果、約半年後の再調査ではほぼ全員が手洗いするようになったそうだ。ただし、「正しい手洗い」がなされているかどうかはいま一度チェックする必要があるが――。

くわしくは、第三章の「医者ハンバーガー店の店員に手洗いを学べ」を参照してほしい。筆者は日々病理診断を行う病理医であると同時に、私立大学医学部の教員でもある。筆者の問題意識の原点は、第三章「結核にかかる医療者が多いのはなぜ？」で紹介した結核症の業務感染だった。一緒に病理解剖している臨床検査技師や医師の仲間が「つぎつぎに結核にかかっていくのを目のあたりにした。十数年前のはなしだ。なにか変だと感じて、地元の保健所、県庁経由で厚生省(現厚生労働省)の感染症対策室を訪ねたところ、逆に業務感染に関する実態調査をたのまれたことが『社会派病理医』としての出発点となった。

筆者はこれまで、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)の院内感染による肺炎や敗血症で亡くなった患者さんの病理解剖に多数接してきた。悪名高いこの菌は抗生物質が効かない。そして、この院内感染は、前に述べたような手洗いの不徹底から生じることがよく知られている。ところが、そうした痛い経験を臨床現場に返し、なぜ院内感染が発生したのか、どうしたら再発を防ぐことができるかといったことを解剖症例から学び、前向きに検討する院内システムが心許ない。こんなことがありましたと、個別の報告を個別の医師にすると

どまらざるをえない状況なのだ。病理医のほうも、院内感染防止に病理解剖の結果を役だてようとする意気ごみは盛んとはいいがたい。自然、解剖結果の最終報告までに時間がかかりすぎる――。

プロの病理医として日々しごとをするなかで、矛盾だらけのわが国の医療システムに対する疑問や筋の通らないいい伝え・因習にたくさん気づいた。だれでも一度や二度は病院のお世話になるだろう。その病院がこのままでいいのか。国際標準をみすえた改革が必要なのに、日本という国は、医療の社会においてもやはり、ずいぶんとドメスティックなのではないか。本書では、これまでに書きためたり思いためたりしてきた問題意識を、思いっきりだしきってみた。こんな一介の「病理医」が、田舎の町で必死にもがいている姿を少しでも知っていただければ幸いである。願わくは、ここに提示した問題が一部でも改善され、世界に通用する医療が実践できるようになればいいのだが――。

二〇〇一年七月

筆者

第一章 歴史に残る恐ろしいはなし

すべての母親の命の恩人を襲った悲劇

ときは一九世紀半ば。ところろは医学の殿堂、オーストリア帝国のウィーン大学医学部附属病院。産科病棟には、産褥熱さんじよくねつの多発につよい疑問をもつひとりの医師がいた。消毒法の父、イグナツ・フィリップ・ゼンメルワイス（一八一八～一八六五年）、その人であった。

一八四六年二月にゼンメルワイスが赴任した当時、分娩ぶんべんのあと高熱をだし、いまでいう敗血症（細菌による全身感染症）で死亡する産婦があとをたななかつた。ある月でみると、計二〇八人の健康な産婦のうち、実に三六人（一七パーセント）が死亡していた。

ルイ・パスツールやロベルト・コッホが医学の檣舞台ひのきぶたいに登場する以前の時代である。病原体はまだみつかっておらず、顕微鏡も実用化されていなかった。産褥熱は悪い空気（ミアスマ）のなせるわざといった説明が信じられていた。つまり、防ぎようのない宿命的な女性たちの病とみなされていた――。

フローレンス・ナイチンゲールがクリミア戦争で活躍し、アンリ・デュナンが赤十字社を設立した一八五〇〜六〇年代は、なにしろ、創傷熱（せうじやうねつ）の華やかなりし時代でもあった。当時の外科医は、戦争で傷ついた手足を切断するとき、メスの汚れを自分の靴でぬぐっていたという。消毒法を世に広めたことで有名なイギリスの外科医、ロード・リスターでさえも、血（ち）や膿（うみ）のこびりついたフロックコートをつけて外科手術を行っていた。

ゼンメルワイスの調査は、ふたつの産科病棟における産褥熱死亡率の比較検討にはじまった。赴任直後の一八四六年のことだった。医師が赤子をとりあげる第一産科の死亡率が、助産婦が働く第二産科のそれよりも明らかに高かった。前者は一〇〇人中一人が死亡するのに対して、後者は三人。翌年、屍体解剖中に腕を傷つけた友人の病理学者が創傷熱で死亡した。かれは考えた。医師は、当時の最先端の研究手段、病理解剖で屍体に直接触れる。屍体にまといつく「何ものか（屍毒）」が、産婦に乗りうつるのではないか。

当時の医学になかった「病毒」という考え方の登場である。ゴム手袋など存在しない時代のこと。その「何ものか」は、目にはみえないが、病理解剖した手指にはつよいにおいが残る。そこでかれは、手指の徹底的な洗浄と防腐処理を実践した。つまり、ブラッシングによる物理消毒と塩素水（塩化石灰水）による化学消毒の両者の併用。現代にひきつがれることになる消毒法がこのとき確立された。その結果、一年後には産褥熱による死亡率は前年の一〇分の一にまで減少した。

権威たちは、なぜゼンメルワイスの業績を否定したのか

悲劇は、ときの産科学の権威たちがこぞってかれの業績を無視したことにはじまった。ゼンメルワイスの直属の上司だったヨハン・クライン教授も、かれの独善的なやり方や奇想天外な着想を批判することはあっても、かれがもたらしたかけがえのない成果、産褥熱の減少に対して、患者側に立つみかたがまったくできなかった。

なぜだろう。ゼンメルワイスの業績を認めることは、すなわち、産褥熱が医師の手指によって媒介される「医原病」である事実を認め、患者の命を救うべき医師自らの役割を自己否定することとなるからにほかならなかった。いわく、許しがたい侮辱——。当時の医師たちは、診察前に手を洗っていなかった。

ところが、一八四七年一〇月、ゼンメルワイスが受けもっていた病室の産婦一二人中一人がつぎつぎと産褥熱に倒れた。まわりの目は、それみたことか、に尽きた。このとき、かれはふたたび気づいた。「何ものか」は屍体のみならず、生きた患者にもまわりついている。その病室の入り口近くのベッドには子宮頸がん患者が入院しており、かれの回診（内診）はこの患者からはじめられていたのだ。このあと、かれの手指消毒は、一処置一消毒へと進化するとともに、消毒対象が診察器具にまで広げられていった。

恩師カルル・ロキタンスキ―病理学教授はかれの業績を大いに評価・支援した。しかし、

上司のクライン教授による解雇通告を受け、かれはついにウィーン大学を追われた。

一八五〇年、ゼンメルワイスは、自らの祖国、ハンガリーのブダペストにある聖ロック病院の産科主任に就任した。五五年には、ペシュト大学（のちのブダペスト大学、現在のゼンメルワイス医科大学）で産科教室を主催するにいたる。失敗に終わったハンガリー独立戦争後の疲弊したブダペストの街で、かれは産褥熱との闘いを必死につづけた。六〇〜六一年、産科における死亡者はついにゼロとなった。

六一年、かれは『産褥熱の原因と概念およびその予防法』を出版するとともに、ゼンメルワイス説に頑迷に反論する権威主義者たちに対する公開状を発表した。ゼンメルワイス教授がかいかに無視されたかは、同年ドイツで開催された産褥熱に関する学会にかれが招聘しょうへいされたことがあったことに象徴される。そして、悲劇はここでクライマックスを迎えた。当時の医学界の最高権威、病理学の父であり、ベルリンの街に上下水道を敷いた実践的政治家（国会議員）で、かつ人類学の祖でもある哲人ルドルフ・ウイルヒョウ教授が、学会会場で、かれの業績を頭から否定したのだった。欠席裁判だった。かの著名なる哲人も、決してスパーマンではありえなかった。

悲運の主人公は、一八六五年、かれが闘いを挑んだ「何ものか」が細菌という新種の生き物であることを知ることなく、メスで傷ついた手指に端を発する創傷熱で死亡するという運命の皮肉に立ち会うこととなる。コッホが創傷感染症の原因が化膿性病原菌である事実を発

表したのは、一四年を経た一八七九年であった。

現代版「医原病」も、やっぱり医者¹の非常識のせい

私たちはいま、ゼンメルウィスの悲劇に学ぶべき事態を抱えている。そう、病棟におけるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染の蔓延^{まんえん}である。抗生物質の無効なMRSAが、医師や看護婦の手指から患者へと伝播^{でんぱ}されることは周知の事実である。院内感染防止対策の主力は、医療者の手指の洗浄・消毒^{でんぷ}につきるといっても過言ではない。しかし、このことを実感していない医療者がいることは疑う余地がない。

たしかに、実際の医療現場では、一処置一手洗い（消毒）を励行することはむずかしい。わが国の病院には、医師や看護婦が手洗いできる流しのない病室が少なくない。たとえ流しがあっても、消毒薬が備えられていなかったり、消毒薬をおくスペースがない。手術室での手洗いを別にすれば、病棟での手洗いを指導する「安全教育」が徹底されている医療施設が、いったいどれほどあるだろう。

MRSAは乾燥につよく、病室の床のほこりのなかで生きながらえる。だから、病室の床掃除はたしかに重要である。しかし、MRSAの院内感染防止対策では、病室の掃除や消毒だけが論じられる傾向がなかったとはいえない。

ある外科研修医の言。

「診察の前に手を洗うのは常識です。当然きちんと手袋もしています。問題は空調ですね」
いやいや、問題は、かれがどのような手洗いを実践しているかなのだ。診察室の打診・聴診や顔面の診察に際しても、一処置一手洗いをしているか。全部で何秒間手洗いをしているのか。短すぎる手洗いでは十分な消毒効果はえられない。消毒剤を使った手洗いを適切に選択しているか、ゴム手袋をつけるべき処置（カテーテル挿入や切開排膿）とそうでない処置（採血や通常の診察）がきちんと区別されているかも問題だ。

イギリスにおける院内安全教育では、「診察に際して、医療者は決して自らの首から上に触ってはならない」ことが強調される。人間が無意識に触る場所は、髪の毛、目、耳、そして鼻が代表格だ。MRSAはしばしば医療者の鼻の穴に棲みついていて、居心地のいい毛穴と適度の湿り気がMRSAの「不顕性感染」を支えているからだ。

医療者はなぜMRSAの感染症にならないのか。それは、MRSAが健康な人にとっては大したことのない常在菌だからだ。でも、ひとたびからだの弱ったお年寄りののどや手術の傷口にとりつくと、肺炎や敗血症で患者さんの命を奪いかねない。

徹底した院内安全教育が実施されている病院もある。医療職員全員が定期的に鼻のなかの培養検査を受ける。もしMRSAがみつかったら、消毒用クリームの塗布が義務となる。

かの外科研修医に象徴される落とし穴は、専門家である自分の対策はこれで十分だと思いついておられるところにある。問題意識の欠如そのものが憎き敵、MRSAの蔓延を助長してい

る（MRSAの怖さについては、第三章を参照してほしい）。

シカゴの国際外科医師会会館のホールに、世界の十大医学者のひとりとして等身大の彫像が建てられている「母性の救い主」、医師ゼンメルワイスの名すら知らない医者が少なくないのは、大いなる皮肉である。

医師・森鷗外の最大の過ち

脚気^{かっけ}について、多くの医師は「膝^{ひざ}を木づちでたたいたとき、脚^{あし}の反射がなくなる」といった程度の知識しかない。しかし、ひと昔前の脚気は、手足のむくみ・しびれや疲れやすさにはじまり、進行すると歩行困難や視力障害をきたし、ついには、脚気心^{かっけしん}による心不全で死亡する、げに恐ろしき日本人独特の風土病だったのである。江戸期から、脚気は都市型の病気であり、^江江^戸戸^煩煩^いい^かとか^大大^坂坂^腫腫^れれ^かとよばれていた。

日清戦争から一〇〇年以上が経過した現在、この急性ビタミンB₁欠乏症に遭遇^{さうごう}することはまずない。産業革命の真っ最中だった明治中期から末期には、しかし、脚気による死亡の全盛期であり、その原因追究は焦眉^{しやうめい}の急であった。当時、日本は朝鮮半島をめぐる欧米列強との国際的対立のなか、風雲急の状況であった。そして、富国強兵のかけ声高く、多くの農民が日清戦争（一八九四年、明治二十七年）、そして日露戦争（一九〇四年、明治三七年）へと駆り

だされた。当時の軍隊での食事は白米絶対主義。「日本軍人には白飯しろめししかない。麦飯むぎめし、そば、ましてパン食などでは、力はだせない」。

コッホによる炭疽菌たんそきん、結核菌、コレラ菌の発見は、それぞれ一八七六年、八二年と八三年。北里柴三郎しげさくろうが破傷風菌はしょうふうきんの発見にひきつづいてその血清療法を確立したのが九〇年。同じく、北里が香港でフランスのエルザンとペスト菌の発見を争ったのは九四年。野口英世ひぐよによるペスト菌の再発見は九八年。九七年には、志賀潔きよしが赤痢菌を発見していた。一九〇一年と〇五年には、ペーリングとコッホが、それぞれ第一回と第五回のノーベル医学・生理学賞を受賞した。

こうした歴史の流れのなかで、一八八五年、緒方正規まさのり（東京帝国大学⇨現東京大学）は脚気細菌病原説を唱えた。「脚気菌」の存在は、当時の正統派医学を自認する東大派にたく信じられていた。いっぽう、東大出身の農芸化学者である鈴木梅太郎が米糠こめかからオリザニン（ビタミンB₁）の抽出に成功し、この物質の不足が脚気の成因と唱えたのは、一九一〇（明治四三）年だった。ポーランド人科学者フンクは、一二年、この物質が「生命に必須ひつすのamin」であるとしてビタミンと命名した。

陸軍兵士ばかりが脚気で死んでいったわけ

日清戦争では、陸軍兵士の脚気による死亡が四〇〇〇人近くにのぼった。この数字は、戦

死者および戦傷死者の合計の実に三倍以上なのだ。日露戦争の総出動人員は一一〇万人とされているが、脚気患者は二一万人（実に、五人にひとり）を数えた。戦死者数は一二万人にのぼるが、このうちの三万人近くは脚気による死亡と推定される。

脚気死亡者の大部分は陸軍に所属しており、海軍の脚気死亡はゼロに近かった。この陰には、悲運の医科学者、東京慈恵会医科大学の祖である高木兼寛男爵がいた。高木は、脚気予防法の確立、貧しい人を対象とした無料診療施設である東京慈恵医院の開院にとどまらず、わが国初の看護婦養成所や生命保険会社（帝国生命、のちの朝日生命保険相互会社）の設立にも業績を残した。くわしくは、吉村昭氏の作品『白い航跡』（講談社文庫）を参照されたい。

一八八三（明治一六）年、ニュージールランドをめざした軍艦「龍驤」（二五三〇トン）では、総乗組員三七六名のうち一六九名が脚気となり、うち二五名が死亡した。ロンドンの医学校を抜群の成績で卒業した新進気鋭の海軍軍医高木は、徹底的な調査の結果、脚気が食事と関係していることをみいだした。脚気は欧米にはない病気であり、日本に在住する外国人にもみられない。日本でも、脚気は白米をよく食べる都市の住民に多い。麦飯が支給される刑務所の罪人に脚気は少ない。軍艦乗組員のうち、脚気にかかるのは下級兵卒（下士卒）ばかり。艦内での食事は、白米のみ現物提供され、副食については現金支給だった。貧しい家出身の下士卒たちは、配給米のみを食べ、おかずは漬けもの程度にして、副食費は仕送りに回していた。

日本帝国海軍における脚気の発生状況

年(西暦)	全兵員数	脚気発症者(%)	脚気死亡者(人)
明治11(1878)	4331	1485(34.3)	32
12(1879)	4924	1978(40.2)	57
13(1880)	4808	1725(35.9)	27
14(1881)	4528	903(19.9)	25
15(1882)	4677	1894(40.5)	51
16(1883)	5166	1292(25.0)	49 (龍驤艦で25名死亡)
17(1884)	5500	706(12.8)	8 (筑波艦の実験成功)

高木兼寛「脚気病予防説」大日本私立衛生会雑誌 22号:1-20 1885年

翌年、海軍医務局長に昇進した三五歳の高木は、海を舞台とした歴史に残る壮大な比較対照実験を実施した。伊藤博文公への上申が効を奏し、「龍驤」とまったく同じ航路で軍艦「筑波」を派遣することが内閣会議で決定された。食事は、肉類、牛乳などの副食も含めてすべて良質の給食とした。二八七日の全航海期間中、「筑波」乗組員三三名(下士卒、二七三名)のうち、脚気患者はわずか一五名、死亡はゼロ。脚気を発症した下士卒者一〇名のうち、八名は肉をまったく食べず、四名はコンデンスミルクを飲まなかったことがわかった。みごとに実験の成功だった。こうして、兵食改良(米麦の混合食あるいはパン食と肉類支給)が進み、日清・日露の戦争を通じて、海軍における脚気発症者は少数にとどまった。明治一年から一七年までの海軍における脚気の発生状況は上の表を参照されたい。

東大派閥による徹底的な妨害のはじまり

いっぽう、東京大学医学部出身の陸軍軍医局の医者たちは、すべからくベルリン大学のコッホを頂点とするドイツ医学の信奉者だった。原因追究を二の次にしたイギリス式の実践医学者（臨床疫学者）高木兼寛に対する風あたりはつよかった。一介の薩摩藩医出身である「高木ごときになにがわかる」はかれらの本音だった。

大日本私立衛生会雑誌に高木の論文「脚氣予防説」が掲載された翌月の一八八五年四月、緒方正規が同誌に「脚氣病菌発見の儀」と題する論文を発表した。そこには、脚氣患者の血液と臓器から細菌（桿菌）が発見され、その細菌を動物（ネズミ、ウサギ、サル）に接種したところ脚氣と同様の内臓病変が再現され、さらに、動物血中からも脚氣菌が証明されたと記されていた。

ドイツ留学中の北里柴三郎は、熊本医学校の同期生である緒方の研究方法に二点の不備を指摘した。すなわち、培養された細菌の集落の形状が記載されていない点、および脚氣患者からえた菌で動物に内臓病変などがみられたというものの、「脚氣症状」をおこす証明のない点だった。

同年七月の同誌には、東大生理学の権威大沢謙二が「麦飯の説」と題する反論を発表した。蛋白質消化の第一人者であるかれは、麦と米の蛋白質の量と消化効率を比較して、麦飯が米

飯よりすぐれているとするのは根拠に乏しいとした。この論文は、食事原因説を説く高木の立場をあやうくした。

追い撃ちをかけるかのように、東大医学部出身でドイツ留学中の陸軍一等軍医、かの森林太郎（のちの森鷗外）の執筆した「日本兵食論大意」が、一八八六年一月、軍医会で代読された。森は、日本食も洋食も栄養学的に同等であり、洋食にすれば脚気が防げるとする高木の説は俗説・迷信にすぎないと論じたのだ。

一八八八年、二七歳の森は、一二歳年上の高木をイギリス流の偏屈学者と断じたらうで、アンチ高木説を声高らかに論じ、そして、「非日本食論は將に其根拠を失はんとす」「統計に就ての分流」と題する二編の論文を発表した。

高木が、前述した大沢とともに第一回の医学博士号を文部省から授与されたのも、高木の発表した脚氣予防に関する英文論文が海外で大きな反響をよんだのも、ともにこの年だったことは、歴史の皮肉といえるだろう。一八九〇年には、森が調査の中心となっていた「呈兵食試験報告書」が発表された。内容は、高木の提唱する麦飯および洋食尊重に対する強烈かつ頑迷なまでの反論だった。

こうして、陸軍における兵食改良は、森を中心とする東大医学部出身の秀才たちによって徹底的に妨害された。その結果、陸軍の米食至上主義は、日露戦争後も変わることなく生きつづけ、脚気で死んでゆく多数の兵士たちが見殺しにされた。

いっぽう、高木は、日露戦争終結の翌年の一九〇六（明治三九）年、アメリカカおよびイギリスで脚氣予防法に関する講演をした。そして、自分の業績が海外で高く評価されていることを改めて感じた。森は、一九〇七年に陸軍軍医総監に就任し、一九一六年に退官するまで、米食至上主義の姿勢を守りつづけた。かれが森鷗外の名で『キタ・セクスアリス』を発表し、発禁処分を受けつつ華々しく文壇にデビューを飾ったのは、一九〇八年のことだった。

脚氣がビタミンB₁欠乏症であることがわが国で実証・確定されるのは、鈴木梅太郎のオリザニン（ビタミンB₁）発見から一年も経過した一九二一（大正一〇）年に行われた、慶應義塾大学医学部の大森憲太による人体実験まで待たねばならなかった。当時の医学界が、医学者でない鈴木が発表を無視したのが主因だった。臨時脚氣調査委員会が最終答申したのは二五年。この発表は、高木が二〇年に、森が二二年に、それぞれ死去したあとだった。

日露戦争の天王山となった陸戦「旅順の戦い」には、もうひとつの歴史の皮肉が隠されている。乃木希典大將率いる日本帝国陸軍第三軍を七ヶ月間にわたって悩ませつづけたのがかの脚氣だったのに対して、たてこもるロシア軍兵士総勢二万二〇〇〇の約三分の二を襲ったのは、ビタミンC欠乏症「壊血病」だった。冬季に日本軍に包囲されたロシア軍には、生野菜が決定的に不足した。多くのロシア人兵士が、歯ぐきからの出血、歯の脱落、膝関節の腫れを訴えて動けなくなっていた。一九〇五年一月の占領後、日本軍は食糧倉庫に大量の大豆をみいだした。もし、ロシア軍が大豆からビタミンCの豊富なもやしを育てていれば、戦局

は大いに変わっていただろう。不思議なことに、大豆そのものには、ビタミンCはほとんど含まれていない。

ビタミンの命名者であるフンクは、一九二二年に著した自著『ビタミン』のなかで、高木の実証した臨床疫学的業績を激賞している。二九年、オランダの医学者エイクマンが行った脚気の研究成果に対して、ノーベル医学・生理学賞が与えられた。ちなみに、ビタミン（A、B、C、D、Kなど）の研究成果に対しては、計八名にのぼるノーベル賞受賞者の名が歴史に刻まれている。そのなかに、残念ながら、高木や鈴木の名はない。

しかし、高木兼寛は、慈恵医大に現存する高木会館とともに、南極大陸の岬、高木岬にその名を残している。間宮林蔵のみいだした間宮海峡とならぶ、日本人の名前の冠された海外の地名のひとつである。南極大陸のその地一帯の岬には、世界的に著名な栄養学者、ビタミン学者の名がつけられている。

熱帯病が招き寄せた運命的出会い

一九八九年一二月、ジョージ・ブッシュ政権は、「民主化」の名のもと、米軍をパナマ国内に侵攻させた。八八年二月の対パナマ経済封鎖につぐ、実力行使だった。九〇年一月には、パナマ政界の最高実力者であり、対アメリカ強硬政策を展開するアントニオ・マヌエル・ノ

リエガ将軍が、麻薬密輸容疑で逮捕された。アメリカの法律に基づいて裁かれたノリエガは、九二年七月、拘禁四〇年の判決を受けた。人気のある政治家だったノリエガ将軍がお膝元ひざもとの首都パナマ市内で逮捕されたことは、パナマ国民の根づよい反米感情を助長した。事実、九四年五月の総選挙では、エンダラ傀儡政権かいらいせいけんに代わって、親ノリエガ派のペレス・パリヤダレス大統領が誕生した。同年、パナマは周辺諸国との経済統合をめざして、ラテンアメリカ二ヶ国およびカリブ共同体加盟国と共同で、カリブ諸国連合を結成した。

北海道よりも少し小さい程度のラテンアメリカの小国に対して、アメリカ政府がこれほどまでの内政干渉行為に及んだ理由はただひとつ、世界最大のくわもん閘門式（ロック式）運河の存在である。パナマ運河は、一九一四年八月の開通以来、アメリカの完全管理（治外法権）下に、実質的な植民地支配がなされてきた。つまり、パナマという東西に細長い発展途上国は、アメリカ領の運河によって、真つ二つに分断されていた。しかも、運河の太平洋側に位置する首都パナマ市は、このアメリカの管理領土内に位置する。

一九〇三年に、セオドア・ルーズベルト大統領とコロンビアから分離独立したばかりのアメリカ傀儡政権の間にかわされた不平等な運河条約が、その理由のすべてであった。ジミー・カーター大統領（民主党政権）最大の功績のひとつと評価されているのが、七七年の新（第二次）運河条約の締結である。この条約により、パナマ運河はとりあえず両国による共同管理とされ、九九年大晦日おおみそかの正午には、ついにパナマ共和国に全面返還された。香港、マ

カオとともに、二〇世紀の「三大返還」とよばれるべきごとだ。九九年五月、パナマ初の女性大統領が誕生し、そして、年末のこの歴史的瞬間はミレヤ・モスコソ新大統領のもとで迎えた。

ゴールドラッシュからはじまった病氣との闘い

パナマ運河の建設は、蚊との闘いの歴史そのものだった。マラリアと黄熱病。この憎き「パナマ熱（ジャングル熱）」によって、いったいどれだけの人命が失われたことだろう。パナマ運河の走る幅八〇キロほどのパナマ地峡には、奥深い熱帯雨林が果てしなくつづく。アラスカからアルゼンチンにいたるパンアメリカン・ハイウェイは、このジャングルで忽然と姿を消す。地図ではおよそ五〇〇キロにわたって点線で示されているのだが、実は、この部分に関しては建設予定さえもたっていない。この密林に生活することができるのは、いままも原住民（インディオ）だけなのだ。

「パナマ熱」との本格的な闘いは、一八四九年、アメリカ合衆国のゴールドラッシュにのるフォートイーナイナズのパナマ地峡への来訪にはじまった。一攫千金をねらうかれらは、つるはしを携えて、われ先にと地峡を足で渡り、カリフォルニアへと急いだ。

一八五〇年にはじまったアメリカの会社によるパナマ地峡横断鉄道の建設工事は、困難をきわめた。四六年にアメリカは、パナマにおけるコロンビアの主権を承認するみかえりに、

パナマ地峡の通行権を獲得していた。五一年に鉄道は部分開通し、そして、五五年はじめ、五年をかけた大工事はようやく終了した。日本初の鉄道に一七年先行していた。この難工事では、枕木一本について労働者ひとりが死んだと伝えられている。たとえば、強制的に動員された中国人労働者一〇〇〇人が、数週間後にはたった二〇〇人を残すのみとなる惨状だった。

一八六九年にスエズ運河を完成させた高名なるフランス人、フェルジナンド・ド・レセツプス伯爵は、八一年にパナマ鉄道を買いとり、かれの第二の夢、パナマ運河の建設を強行した。スエズ運河と同じ「海面式運河」の建設をめざした無理もてつだって、八九年にととうとう工事中止となるまでの八年間に、マラリアと黄熱病による死者は計二万人にのぼった。

当時、これらの熱病が蚊によって媒介されることは知られていなかった。パナマ市に新たにつくられた最新式の病院でも、看護婦をつとめた尼僧二四人のうち二一人が死亡した。病気で死亡する率は黄熱病のほうが高かったが、実際に死亡する人数はマラリアのほうがずっと多かった。

パナマ運河完成に隠されたもうひとつの記念すべき勝利

フランスの会社からパナマ鉄道を、そして、パナマ臨時政府から運河のルートに沿う幅一〇キロの土地を手に入れたアメリカ政府は、一九〇四年、パナマ運河の建設に着手した。成

功裡に終了したこの八年にわたる土木工事は、大規模な熱帯病予防対策における記念すべき成功例となったのだ。中心的役割を演じたのは、軍医ウィリアム・ゴーガス少佐だった。

マリアが蚊によって媒介される可能性は、ド・レセップスが工事ははじめたころ、すでに学術的には論じられていた。赤血球に寄生するマリア原虫は、一八八〇年に発見された。イギリス人医師ロナルド・ロス少佐は、九五年にインドで、感染型マリア原虫が雌の「はまだら蚊」の唾液腺に集まることを発見した。その後、かれは、蚊帳の使用、キニーネの服用と溜り水の除去を中心としたマリア予防に関する著書を三冊残した。

いっぽう、黄熱病が蚊に媒介される事実も、一八八一年、カールロス・フィンレイというアメリカ人医師によってつきとめられていた。黄熱病予防の実践は、米西戦争の副産物だった。九八年、キューバの首都バハマを占領した米軍にとって、黄熱病の蔓延は由々しき緊急課題であった。フィンレイ医師のアドバイスを受けたゴーガス少佐は、志願兵士による感染実験を行い、琉球しま蚊が黄熱病の唯一の媒体であることを確信した。一九〇一年の年頭にはじまった防疫班による徹底した住民教育ならびに蚊の駆除対策の結果、黄熱病はわずか半年あまりで、バハマの街から完全に姿を消した。

キューバでの黄熱病の撲滅に成功し、バナマへと派遣された軍医ゴーガス大佐は、思わぬ大きな壁にぶつかった。提督ジョン・ウォーカーをはじめとする指揮官の無理解だった。そのため、工事開始後一年半の時点で、黄熱病患者二四〇六名、うち死者八四名を数えた。ゴ

ーガスが十分な活躍を許されたのは、ようやく一九〇五年七月末になってからだ。そして、その年の一二月には、黄熱病の発生はゼロとなった。

住居周辺に棲みついて昼間に活動する琉球しま蚊に媒介される黄熱病は、いわば、都市型の伝染病であり、したがって、予防対策が練りやすいのに対して、水たまりで増える夜行性の「はまだら蚊」に媒介されるマラリアは、沼沢地の（ジャングル型の）疾病であり、たいへん手強い相手であった。ゴーガスの必死の努力にもかかわらず、マラリアの撲滅はついに達成されなかった。一九〇六年には、運河労働者の一〇人中八人がマラリアで入院した。一年でも、まだ一〇人中ふたりがかかっていたという。

マラリア対策に関しては、現在でも「撲滅」は不可能とされている。世界保健機関（WHO）が中心となって行っているマラリア対策では、「制圧」の語が用いられている。つまり、マラリア発生をできるだけ低いレベルに抑えることが、マラリア対策の目標なのである。マラリアワクチンの開発は、いまでも、多くの医学者の夢でありつづけている。

黄熱病に挑んだ野口英世の壮絶な死

一九一八年、軍医総監に昇格していたゴーガスは、南米の赤道直下、エクアドルのグアヤキルにいた。バナナの輸出基地として栄えるこの港町は、最大の黄熱病発生地でもあった。バナマ運河の安全運営の観点から、エクアドルにおける黄熱病撲滅が、よく要請されていた。

ゴーガスは、当時、ニューヨークのロックフェラー医学研究所で活躍していた野口英世博士を急遽よびよせた。野口は、完成後四年のパナマ運河を通って、海路、この太平洋沿岸の町に到着した。

七月から一〇月までグアヤキルにとどまった野口は、ここで、黄熱病ワクチンを開発し、「スピロヘータが黄熱病の病原体である」と発表するにいたった。だがのちに、これは誤りと判明した。野口は、その後、メキシコのユカタン半島、ペルー、ブラジルへと黄熱病研究の足跡を残し、そして、一九二八年、西アフリカのゴールド・コースト（現ガーナ）において、黄熱病による壮絶な死を迎えるにいたった。最後には、自分のつくったワクチンが効かないことを実は知っていたともいわれる。

蛇足ながら、パナマ運河のカリブ海側の出口には、コロソという町があり、その郊外には、クリストバル市が接している。ここは、一五〇二年一二月に、ラテン名クリストファー・コロンブスが、かれの第四回目、また、最後の航海で碇泊した、まさにその場所なのだ。この人物のスペイン語名は、クリストバル・コロン。かの有名な艦長は、この地がマレー半島の東海岸である、と最後まで信じつづけていた。

南米北部のコーヒーと石油の国、コロンビアの名もむろん、コロンブスにちなんだものだ。コロンブス自身は現在のコロンビアの海岸に到達してはいないが、コロンビアの独立した一九世紀初頭には、パナマはコロンビア領土の一部だった。記録によると、そのころ五二歳に

達していたコロンブス自身も、長い航海の間ずっと痛風による関節痛とマラリアによる発熱に悩まされつづけ、体力をかなり消耗していたらしい。難破を乗り越えてようやくスペインに帰還したのが一五〇四年一月。失意とマラリアを携えたまま、バリャドリッドの町で死亡したのは一五〇六年五月だった。

平均寿命が延びた理由は都市整備にあった

一八〇一年におけるある医師の言。

「ロンドンに住む男性のほとんどと女性の多くは、手や顔は毎日洗うのに、からだは何年間も洗おうとしない」

一八九〇年にバリ労働者一〇二人に対して行われた生活調査。浴槽を使っているもの二名、靴下を替えるときに足を洗うもの一八名、顔と首は毎週洗うが、足は冬に一度だけ、頭は一度も洗わないもの五八名、そして、一度もからだを洗ったことのないものが二四名。

少なくとも一九世紀前半までのヨーロッパの伝統的社会には、「垢はからだを守る膜である」とする神話ができあがっていた。ペストやコレラといった疫病からからだを保護するのが垢だったのだ。垢は清潔に衛生に病、除垢に清潔に衛生に健康という考え方は、ほんの二世紀前でもまだ常識ではなかった。一八二〇年に出版された『医学事典』には、垢擁護論

が記述されていたという。かのルイ・パスツールの父親は、パリで学ぶ息子にあてた一八四四年の手紙で、週に二、三回は足浴するよう諭しているが、これは清潔さのためでなく、気分転換と健康維持を望む親心だったらしい。

現在の洋式バスに関しても、浴槽のなかでからだを洗うことを想定していたとは到底思われない。いまでも、アメリカのモーターやイギリスのB&B（朝食つきホテル）に泊まると、バスタブに敷かれたゴム製マットの裏側がみごとにかびていることがまれでない。

ついで、一九五八年のデータから。旧西ドイツのある町では、二〇〇戸の家に一二五台のテレビがあったが、浴槽はわずか三槽にすぎなかった。イギリス、ヨークシャー州の住宅調査では、五〇パーセントが風呂なし、三〇パーセントは共同ラヴァトリー（洗面所）だったという。

そういえば、ケニア訪問中にきいたナイロビ大学の産婦人科医のことばを思いだす。ケニア人女性に子宮頸がんが多発するのは、局所が不衛生だからではないかとの質問に対する答えだ。「ケニアの女性は、イギリス人よりよほど頻繁に水浴びする」。ローレンス・ライト氏の著した『風呂トイレ讃歌』にも、つぎのような記述がある。「こと毎日を浴びるといふ点では、アメリカインディアンやシャイエン族、東アフリカのバガンダ族、南米チャコ平原のチリガノ族などのほうが、ロンドン市民よりずっとすすんでいたのだ」。

上下水道の完備した四世紀のローマ時代。浴場は信じられないくらい発達していた。浴場

は社交の場であり、入浴は仲間同士の社会的な義務でもあった。ただし、入浴の目的はくつろぎや疲労回復であり、からだを清潔にすることではなかった――。

シエークスピアの戯曲にも登場しない清潔習慣

四七六年に西ローマ帝国が滅びると、ヨーロッパは長い不潔の時代へと迷入してゆく。俗にいう「ヨーロッパ、洗わずじまいで一〇〇〇年」。当時の一般庶民用の公衆浴場は、悪の温床、すなわち、売春の巢窟さうくつ、不道德性の排撃対象であった。そして、このことからだを洗う習慣の衰退を助長した。中世ヨーロッパのキリスト教世界では、汚さは聖なるしるしのひとつであった。

十字軍が「トルコ式風呂」のよさを伝えた一四世紀には、ロンドンやパリで公衆浴場「シチュー」が一時的に復活する。公共シチューが一世紀ほどで途絶した理由は三つ。森が伐採されて燃料の薪まきがなくなったこと、石炭が高価だったこと、そしていかがわしい商売が幅を利かせてきたこと。

クリストファー・コロンブスが新大陸からもち帰った梅毒の蔓延まんえんは、「シチュー」の原義とは異なった意味（＝売春宿）を決定的にした。こうした伝統のため、一八八三年にベルリン衛生博覧会が開催されたころのドイツには、公衆浴場は住民三万人に対してひとつしかなかった。一九〇八年になってもその傾向はつづき、ロンドンでは、住民二〇〇〇人に対して

公営浴場がたったのひとつだった。

天才レオナルド・ダ・ヴィンチ（一四五二〜一五一九年）は、ヘリコプター、バラシュート、潜水艦、機関銃などとともに、ウォータークロゼット、温水供給システムを備えた浴室や下水道の完備したニュータウンを設計している。これらはいずれも実現にいたらなかったし、いたらなかったがゆえに発明に値したのだ。ウイリアム・シェークスピア（一五六四〜一六一六年）の戯曲を読んでも、入浴や洗浄に関する記述はほとんどみあたらない。

便器の中身を窓の下の道路にぶちまけるといった信じられないような悪習（そして、悪臭！）がパリの街から姿を消したのは、ようやく一九世紀も終わりに近づいたころだった。パリで生活排水や糞尿を下水に放流することが義務づけられたのは一八九四年だった。

一九世紀前半までのパリの街は「腐敗都市」そのものであった。家庭内にトイレがないばかりでなく、屋外にも公衆便所はなく、人びとは淑女も含めて、公道、街角、路地、空き地や川沿いなどで用をたす。そんなとても自由奔放な排泄習慣をもっていた。ちなみに、イタリア人、ダ・ヴィンチのニュータウン計画における住居棟の階段は、すべてらせん形に設計されていた。なぜなら、踊り場があると、お門違いの使い方をされて汚くなるから。

パリに最初の公衆小便所が出現したのは一八三〇年。四三年には四六八基の小便所があったらしいが、人びとはそう簡単には公衆小便所を利用せず、その代わり、小便所の周囲で放尿していたという。こうした衛生状況のもと、三二年、四九年、五四〜五五年、六四年とフ

ランス国土をコレラがくりかえし襲ったのは、当然といえば当然だった。

一八四〇年の記述。「もし狭い街路や十字路など、どこでもよいから、汚らしくて不便で不衛生な古い建物があったなら、それは小学校である」。学校が、その界限かぎわり全体のトイレの役割を果たしている状況さえあった。高校のトイレに関しては、「臭ければそれは結構。生徒がそこにいる時間が短くなるだろう」が基本的発想だった。そして、「自慰行為封じ」（一九世紀の強迫観念）の目的にあわせて、外部から生徒の頭がみえるような仕切り構造をとっているトイレが多かった。

下水設備では一歩進んでいたロンドンでも、一九世紀半ばには、老朽化した下水道は文字どおり糞詰まり状態となった。プリヴィとよばれる小便所の下には下水道があった。当時、糞尿を垂れ流しされていたテムズ川の悪臭は相当のものだったという。なにせ、議事堂（ビッグ・ベン）のテムズ川に面した窓が何年もの間、閉めっ放しだったのだから。

医学の進歩で延びた寿命は一年以下!?

ロンドンの街にも、一八四八年、四九年、五四年、六六年とコレラが襲いかかった。夜間に尿管処理しにょうをする業者（糞尿溜め下水道掃除作業員）は当時「ナイトマン」とよばれていたが、かれらのしごと場は汚水溜めの大部分は、五〇年までに撤去された。そのため、この特殊業界の人たちは廃業せざるをえなくなった。労働局主任のジョーゼフ・バズルジェットが設計し

たロンドンの大規模かつ本格的な下水道建設が完成したのは一八六五年だった。

パリから排出される家庭ゴミを定期的に回収する旨の条例が実施されたのは、ロベルト・コッホがコレラ菌を発見した翌年、一八八四年であった。セーヌ県知事ウジェーヌ・ルネ・プベルは、市民に一定のゴミ容器の使用を義務づけた。それまでは、二〇〇万人を超える市民がゴミを公道に放置していた。ゴミ箱がフランス語で「プベル」と称されるのは、まさにこの「清掃革命」に由来する。「不衛生都市」パリは、こうして「衛生する街」へと変貌していった。

一八七二（明治五）年二月一六日、岩倉具視、大久保利通、伊藤博文、木戸孝允らの明治維新の士よりなる岩倉使節団が目のあたりにしたパリは、舗装されたシャンゼリゼ通りの両側にそびえる白亜の建造物など「名都の風景」であった。しかし、このころは、市民の清掃意識はまだまだ不十分であり、裏通りはゴミであふれていたはずだ。事実、一八七三年と八三年に、フランスの首都は腸チフス流行の洗礼を受けている。

岩倉使節団がパリに着く一〇年前の六二年、幕府遣欧使節のひとり「ことにアンゲネーム（快適）なるは厠に御座候」と記したのは、ここパリの水洗便所だった。これはまさに、歴史の皮肉といつていいかもしれない。

江戸時代に世界に先駆けて上水道（神田上水）をひき、共同浴場をもち、そして、共同便所と尿尿の汲みとり・肥料としての再利用といったシステムをとくに完成させていた「衛

生的な「江戸の街からの使者がパリにみならおうとしたものは、いったいなんだったのか。伝統的に風呂好きの日本人が世界に誇れる「衛生観念」でなかったことは間違いない。

欧米諸国が衛生を考えた都市計画を実施することによって、伝染病が減り、人口増加や寿命の延長に貢献したことは明白な近代史的事実である。つまり、世界の人口増加や寿命の延びは、ただ医療の発達によるものとはいえない。戦後、日本人の寿命が五〇歳から八〇歳まで驚異的な速さで延びた原因のうちで、医療の進歩による部分は寿命の一年分にも満たないだろうとする興味深い計算がある。上下水道の整備、空調設備の普及、食生活の改善、鉄道・道路網の充実、清潔や健康に関する情報や教育・啓蒙の効果といった社会基盤の発達が平均寿命を延ばす原動力だったといえよう。

ついでながら、東京医科歯科大学の藤田紘一郎^{こういちろう}氏が奇しくも警告するように、抗菌グッズ全盛時代の現代日本におけるゆきすぎの潔癖志向は、かえって健康を害することもまた、知っておきたい。抗菌便座の効果を信じすぎないこともたいせつだが、抗菌歯ブラシ、抗菌マスク、抗菌肌着、抗菌スリッパ、果ては、なんと抗菌消しゴムまでが家庭のなかに大氾濫^{はんらん}する。直接肌に触れるこうした抗菌グッズが皮膚の健康維持によかるうはずがない。

日本人が伝統的に身につけた清潔習慣はたいせつにしたいが、商業主義やマスメディアに踊らされた過剰な反応は厳に避けたい。そして、歴史に学ぶ賢さをもう一度思いだしてみたい。

大統領はなぜ脳出血で死んだのか

二〇〇〇年六月、日本高血圧学会の発表した「高血圧治療ガイドライン二〇〇〇年版」で、高血圧の基準は従来の一六〇／九五 mmHg（ミリメートル・水銀）から一四〇／九〇 mmHgへとひき上げられた。つまり、最高血圧が一四〇以上、あるいは最低血圧が九〇以上のいずれかを満たせば高血圧と診断され、治療の対象となるのだ。この新基準だと、三〇歳以上の全成人の四割、六〇歳以上では六割以上が高血圧という「病気もち」になる。日本の高血圧患者は三七一〇万人にもなるらしい。しかも、大部分の人は無症状だ。そんなに多くの人に病気の烙印を押して、本当にいいのだろうか。

現在の新基準も不可思議だが、過去の医療の常識にもまたおかしなものがある。

少し前まで高血圧は悪ものではなかった

一九四五年四月一二日、アメリカ第三二代大統領フランクリン・ルーズベルトは高血圧性脳出血で倒れ、帰らぬ人となった。戦時中の例外措置として第四期目をつとめはじめて四ヶ月目のことだった。当日の血圧は三〇〇／一九〇 mmHg。かれの最高血圧は一年前から二〇〇を超えていた。主治医はなぜ血圧をさげなかったのだろうか。

答えはふたつ。まず、よい降圧剤がなかった。そのうえ、「高血圧は治療対象とならない」というのが当時の医学常識だった。心臓病学者フライの言。「一九四六年当時は、高血圧の薬物療法はエセ医療と思われていた」。四八年でも、「血圧上昇そのものは寿命をとくに短くすることはない」という記述が残されている。

一九三〇年当時の代表的な内科教科書（セシル）に記載された高血圧の治療法は、安静と身体療法。当時の「薬」は前世紀となんら変わらない阿片、ワインとフェノバルビタール（鎮静剤）にすぎず、効果は期待できなかった。プロプラノロールという薬物が人体にはじめて使われたのは一九四〇年。自律神経節遮断剤である4エチルアンモニウム降圧作用が報告されたのは四六年。本格的な降圧利尿剤であるクロロサイアザイドが登場したのは五七年だ。

時代はさかのぼる。一九世紀前半のロンドンのガイ病院。そこには三人の新進気鋭の内科医兼病理医がいた。その名はトーマス・ホジキン、トーマス・アジソン、そしてリチャード・ブライト。

ブライトは一〇〇例の腎臓の萎縮した病理解剖症例を解析し、半数以上の患者に左心室の肥大を証明した（一八三六年）。そして、「腎疾患では腎血管が損傷を受けて血流が悪くなる。そこに無理に血が流れるには心臓がつよく働かねばならない」と唱えた。いまでいう慢性腎不全は長く「ブライト病」と称されていた。

一九世紀後半になると、ドイツの病理学者たちが「腎障害の代償としての高血圧」の考え方をよく支持した。こうして「からだに絶対に必要な高血圧」、すなわちエッセンシャル・ハイパーテンション（日本語の「本態性高血圧」は意訳）の考え方が定着した。血圧をさげると腎臓などの重要臓器への血流が悪くなってしまう、だからさげてはならないという論法だ。

たしかに、高血圧による直接の臨床症状は少ない。高血圧のまま長生きする人は少なくない。だが、ルーズベルトをむざむざ死にいたらしめたのは、この迷信だった。『エッセンシャル・ハイパーテンション』の病名は現在も用いられる。実に歴史的重み、いや皮肉に富む誤記ではないか。

ガイ病院の構内にゴードン博物館がある。ホジキン医師が初代館長をつとめた世界最古の病理博物館である。そこは迫力満点。ホジキン、アジソン、ブライトの三羽がらすが一六〇年以上前に自らの手で解剖し、とりだした臓器がホルマリンづけでそれぞれ三例ずつ、仲よく展示されている。

顕微鏡観察が普及していない当時、肉眼でみえるものがすべてだった。かの地をおとすれたとき、あの終末期の患者たちの腎臓がアメリカ大統領の脳出血死につながり、果ては戦後の米ソ冷戦構造をつくるきっかけになったとは思ってもよらなかった。

日本で虫垂炎手術が四五年も遅れたわけ

虫垂炎が俗に盲腸（炎）とよばれるのはなぜか。虫垂炎の歴史探訪をしてみた。

現在では、外科医トレーニングにおける第一段階のメニューとなっているほど軽い病気の観のある虫垂炎だが、ひと昔前は、死亡率が六割に達するほとんど手のつけようのない死病であった。

一九世紀初頭、フランスの外科医デュピュイトランが、この病気の経過中にみられる右下腹部の膿瘍を切開したとき、盲腸自体の激しい炎症を観察して「盲腸炎」とよんだ。ドイツ医学界では、「盲腸周囲炎」の名称が提唱され、以後、この病名がヨーロッパで広く用いられることになった。イギリスの名内科医、パーキンソン病の発見者であるかのジェームズ・パーキンソンも、同時期に盲腸周囲炎の病理解剖の記録を残している。わが国で、この病気がしばしば「盲腸」と略されるのは、古いドイツ医学のなごりだ。

そのころの治療法は、現在は禁忌である下剤療法が主体だった。疼痛に対しては、阿片やブランデーが投与された。内臓の病気を扱う内科医は、体表の出もの腫れものを扱う「下賤な」外科医を下にみていた。ただし、下剤療法を行って病状を悪化させていたのは、ほかならぬ内科の権威たちだったのだが――。ちなみに、イギリスでは現在でも、実績ある外科医

はドクターでなくミスターの称号でよばれているが、これは外科医はドクターではないと差別されていた時代の歴史的なごりだ。だが今日では、敬意をこめた呼称となっているのだから不思議。

内科医の激しい反駁のなか、外科医は早期手術の有効性を実証した

この病気の本態をはじめて正確に記述し、虫垂炎の名称を用いたのは、一八八六年、アメリカ、ハーバード大学病理学のレジナルド・フィッツ教授だった。かれは、五〇〇例にのぼる病理解剖の解析から、この病気から人命を救う手段は、早期診断に基づく早期手術であると提唱した。

ウィーン大学のビルロート教授が、はじめて挑んだ胃がんに対する胃切除術に成功したのが一八八一年。麻酔や消毒の技術がようやく定着しつつあった時代である。開腹手術などともないし、まして早期診断は不可能である、と主張する内科医たちの激しい反駁のなか、新進気鋭の外科医がアメリカにつきつきと登場した。

モートンがはじめての虫垂切除術を成功させたのが、翌年の八七（明治二〇）年。八八年には、マックバーネイが七例の虫垂切除を施行し、六例を救命した。八九年、シカゴのマフィーは、実に年間一〇〇例以上の早期手術をこなし、虫垂炎に対する開腹手術療法の有用性を実証した。本格的な外科の夜明けだ。

一九〇二年ころ、アメリカでは、遠方に旅行するときには予防的な虫垂切除をしたほうがよい、とまでいわれるようになっていた。フランスの外科学会で、「急性虫垂炎の正しい治療は早期手術である」との結論が採択されたのは一八九九年。一九二一（明治四四）年ころまでには、全ヨーロッパに早期手術療法がゆきわたった。

いっぽう、わが国では、残念ながら早期手術の普及はいちじるしく遅れ、ようやく一九三一（昭和六）年にいたって、虫垂炎に対する手術療法の意義が認められたそうだ。フィッツ提案からすでに四五年が経過していた。いまでは考えられない遅れである。

しかし残念なことに、欧米ですでに実証された医療技術をとりに入れるのに時間がかかりすぎる弊害は、現在の医療行政のなかにしっかりと残ってしまった。薬害エイズ問題ばかり、経口避妊薬問題しかり、ピロリ菌の除菌治療しかり、乳がんに対するハルステッド手術しかり（筋肉と一緒にごっそり乳房をとる拡大手術で、副作用が大きい割に生存率向上の効果）が乏しい。欧米で行われなくなっただけから、久しくわが国の乳がん治療の標準手術法として生きつづけた。

そう、虫垂炎の診断・治療のすべは習っても、ほんの七〇年前まで、虫垂炎が手のつけようのない致死的な病気だったことを認識している医徒が、いったい、現在の日本にどれほどいるだろう。医学史のたいせつさをもう少しみなおしてもよいのではなからうか。

【第一章参考資料】

- 『医師ゼンメルワイスの悲劇 今日の治療改革への提言』 南和嘉男 講談社
- 『白い航跡』 吉村昭 講談社
- 『パナマ地峡秘史 夢と残虐の四百年』 デイヴィッド・ハワース 塩野崎宏訳 リプロボート
- 『トイレの文化史』 ロジェ・アンリ・ゲラン 大矢タカヤス訳 筑摩書房
- 『風呂トイレ讃歌』 ローレンス・ライト 高島兵吾訳 晶文社
- 『ベストの文化誌 ヨーロッパの民衆文化と疫病』 蔵持不三也 朝日新聞社
- 『清潔はビョーキだ』 藤田紘一郎 朝日新聞社
- 『医学を変えた発見の物語続』 ジュリアス・H・コムロウ 諏訪邦夫訳 中外医学社

第二章 医療者の「ああ！ カン違い」

病院のトイレは汚れている

第一章では、医学の歴史を振り返って見た。読者のみなさんはどのような教訓をえただろうか。第二章では、現在のわが国の医療現場での奇妙な因習についてお話ししてみよう。

ここまで大きい！ 欧米と日本の病院格差

欧米の病院をおとずれると、わが国の病院との違いにたくさん気づく。病院のにおいがしないこと。窓が広く病室が明るく、カラフルなこと。ベッドとベッドの間隔が広く、すべての病室に手洗いのための流しがあり、液体石けん、ペーパータオルと複数種類の消毒剤が配備されている。ゴム手袋はS、M、Lの三サイズがそろっている。ゴミ箱はキャスターつき。カーテンレールや蛍光灯はほこりのたまりにくい埋めこみ式がふつうだ。

廊下にててみよう。消火器や備品入れはすべて壁掛け式。壁と廊下の接点は九〇度の鋭角

でなく、丸みのある構造になっており、ここでもほこりのたまりにくい工夫がされている。病院の玄関にはこどもたちが遊べるコーナーが設けてある。病院の全館禁煙は当然だが、喫煙コーナーが各病棟の見晴らしのよい場所に設置されている。公衆電話はしっかりとしきりがある個室になっていて、隣に声がかきこえにくい構造になっている。

欧米の病院では年輩のボランティアが大活躍している。病院の受付、患者の搬送、通訳、図書館員などなど。医者の方たちのつくる「ワイフクラブ」は、病院の駐車場で洗車やチャリティー用ギフトショップを運営して、売り上げをロビーや廊下に飾る絵・写真の購入や患者へのちょっとしたプレゼントに回している。そういえば、筆者が一九八八年にボストンに留学したとき、ボスの教授の夫人がギフトショップで無料奉仕をしていたことに敬服した。残念ながら、こうしたボランティアが根づいている病院は日本ではまだまだ少ない。

トイレの大便器は例外なく壁掛け式だ。排水管は壁側に埋めこまれ、体重を支えるためもあって壁が分厚い。つまり、大便器の下は空間となって、トイレの床を清潔に保ちやすい構造、清掃のしやすいつくりになっている。わが国の病院や福祉施設でこうした構造を備えたトイレをみつけることはむずかしい。もっとも、大手ホテルやコンサートホールではすでに壁掛け式大便器が積極的に採用されている。

大手トイレメーカーの東洋陶器は病室用、業務用の壁掛け式ユニットを販売している。イナックスが待望の壁掛け式大便器を単品として新発売したのはほんの三年ほど前のことだ

（従来、単品は輸入にたよっていた）。床置き式にくらべ、単品の便器は工事費用を含めて割高だが、ユニット式のほうは床排水の場合とくらべても、建築コストは変わらない。

最近、筆者が自宅を建て替えるにあたり、建築会社をおとずれた際に手にした啓蒙パンフレットは印象的だった。いわく、男性が大便器を使って小用をたす場合、五割の確率で床を汚す。そういえば、自分もよく妻にしかられる。公衆トイレの男性用小便器でときどき張つてある表示は、「もう一歩前へ」。掃除する人たちからの切実なお願いだ。

わが国では、病院や施設の設計者のみならず医療者も、欧米では常識的なこうした事実に従来ほとんど気づかなかつたようだ。当然ながら、欧米では設計の段階で自動的に壁排水式トイレが採用される。床排水式にくらべて掃除をしやすいため、清潔を保てるというのが最大のメリットだ。

ただ、ドアの高さが一メートル程度で、用をたしている足先、立った場合の頭部が外から丸みえのトイレに欧米でときどきお目にかかるのは、個人的には感心しない。これはどうやら、第一章に記したように、一九世紀のヨーロッパの学校で生徒が悪いこと（喫煙や自慰行為）をしないようにみはれる構造としたことの歴史的遺産らしい。たしかに、用をたしている間になにかあつた場合には、病院としてもただちに対処できるのだろうか――。

入院患者さんたちの生活の場となる病院・病室に対する基本的な考え方が、わが国で旧態依然のままにとどまっているのは、トイレメーカーの責任とはいえないだろう。さらにいえ

ば、トイレが汚れやすい小児や老人の介護福祉施設では、壁排水式のトイレは必須条件といえるのではなからうか。

病院選びのコツといった雑誌記事に、トイレの汚いところは失格と書かれている。そのせいか、最近では、病院や施設のトイレは手間をかけてきちんと掃除してあるところが多いので、すべからく「病院のトイレが汚い」といいたいわけではない。逆に、広く普及している抗菌素材でできたトイレだからといって細菌がいなわけでもない。誤解なきよう。

スリッパと生卵の危険な共通点

はじめに、旅館や民宿の朝ご飯につく生卵のだし方について一言いいたい。

鶏卵はサルモネラと称される名だたる食中毒菌の温床として悪名高い。ニワトリの腸のなかに常在するこの細菌は、卵の殻にへばりつく可能性がある。たしかに、生卵は安定が悪い。だから、卵を容器に入れて運びたい気もちはわかる。でも、生卵を運んできたそのお椀わんのなかに卵を割り入れる方式はあまりに危険すぎる。そう、保健所の指導が行き届かない宿泊施設がまだまだ少なくない。

似たような危険性を感じるのが病院のスリッパだ。

家に入るとき靴を履き替えるのは欧米にはないわが国の昔からの習慣である。たしかに、

日本のホテルや旅館の多くに準備されている消毒ずみスリッパは便利で気もちがいい。欧米では一流ホテルでさえない、世界に誇れるサービスである。そう、スリッパは日本だけのほきもので、江戸末期から明治のはじめに横浜で誕生したそうだ。

以前は、玄関でスリッパに履き替える下駄箱つきの病院や医院が多かった。しかし、結果は、スリッパを重ねておくことによって病院の床の汚れがスリッパ内部にもちこまれ、足の裏や靴下が不必要に汚染されるだけのこと。たとえ個別の場所に重ねずにおかれてあったとしても、だれが履いたのかわからないスリッパを履くのは気もちのいいわけがない。

そのうえ、スリッパの裏をきれいに保つという大義名分なのか、日本の病院は床の消毒にずいぶんと熱心だった。消毒剤のにおいが病院の代名詞のようになってはいなかっただろうか（第四章「消毒剤のにおいのしない病院を選ぼう」参照）。これは決してほめられない。院内感染予防対策の観点からは、感染リスク（感染する危険性）の低い床や壁に消毒剤を使うのは経済的にむだだけでなく、職員の健康や地球環境にもやさしくない。

床は、きちんと清掃してほこりがたたないようにしておけば十分だ。床を無菌にすることは不可能だし、無意味である。床に細菌がいても、床を触れた手で病変部を触らないかぎり、その菌が人のからだに感染を生じることはない。感染経路が成立しないからだ。

旅館や民宿でも重ねたスリッパが玄関に山積みの光景はめずらしくない。生卵のだし方につづくこの悪しき習慣に、みんながそろそろ気づいてほしい。

それに、トイレ用スリッパの効用も考え直してみたい。「病院のトイレは汚れている」の項でも述べたが、トイレの床はとかく汚れがちだし、男性用小用トイレでは、相当のしぶきが跳ね返っている。どうしてわざわざ、汚れた（あるいはどの程度汚れたか判断できない）スリッパに履き替えねばならないのだろうか。

慣れ親しんだ習慣を捨てられない日本の外科医

欧米の病院では、たとえ手術室でも靴を履き替えない。床はたとえ手術室であっても無菌にはなりえないからだ。手術室では、院内履きに「靴カバー」をして入室する。いや、最近では、靴カバーは飛びちる血、体液や膿で靴が汚れるのを防ぐ以上の意味はないとされ、廃止する病院が少なくない。靴の履き替えに関する事情は、集中治療室（ICU）や白血病治療のための無菌室でも同じだ。

日本の病院でこの「複足制」を廃止しようとすると、外科医たちの猛烈な反対にあう。長年慣れ親しんだ習慣は捨てがたいもの。その結果なのだろう。この点を論じた日本の文献を捜すのは至難のわざだ。欧米の手術室の感染事故が日本より多いという証拠はどこにもない。いや、裸足にサンダルやスリッパを共用する日本の手術室は、かえって水虫の院内感染のものになっていくかもしれない。ある病院の手術室では、水虫用スリッパが別に並んでいたという。「水虫の医者ほ他人の水虫菌のついたスリッパを履け」という妙なルールがきちんと

守られていたとはとうてい考えにくい。

スリッパに履き替えるときには、どうしても「汚れた」スリッパに触る。そのことが、接触による感染症を増やすことにつながらなければいいのだが――。

手術前に毛を剃る意味はあるのか

ここでは剃毛が主題だ。

医学生時代に、新宿の歌舞伎町のそのすじの店で「毛じらみ」をもらってきた若い男性患者の陰毛を剃ったことがある。いや実は、婦長さんに教わりながらトライしたのだが、かみそりの使い方がままならなかった。陰部を血だらけにしまったために、選手交代と相なった。性病である毛じらみにもっとも有効な治療法は剃毛なのだ。この点はいまでも同じだ。いかんせん、陰囊の皮膚はしわだらけで、その男性には悪かったが、初心者が剃るにはむずかすぎた。

二〇〇〇年に、筆者のいた大学の医学生が急性虫垂炎にかかって大病院で手術を受けた。痛みがよいため鎮静剤をうたれ、トロトロしているうちに陰毛の上半分をかみそりで剃りあげられた。みごとツルツルになったといって嘆いている。いっぼう、ある学会で一緒になった研究者は、五年前、アメリカ滞在中に虫垂炎にかかった。手術前に右側の陰毛を一部短

くされた程度で、剃毛はされなかったという。

この違いはなんなのだろう。いったい、剃毛は本当に必要なのか。

欧米の常識を紹介しよう。かみそり剃毛は、微細な皮膚損傷を生じやすく、そこに雑菌が増殖しやすい。そのため、かえって手術後に感染する可能性を高めるので行わない。剃毛は、脱毛クリームまたはバリカンで、皮膚切開や縫合の妨げになる部分にかぎって行う。

虫垂炎で皮膚切開をするのは右下腹部であり、陰部からは十分離れている。タオルで隠しておけば基本的には陰毛は手術の邪魔にならない。欧米の虫垂炎手術で、手術後の感染症が多いというはなはざかかない。

脳の手術をする場合も、毛髪の除去には、欧米ではバリカンが用いられる。日本ではまだまだかみそりによる剃毛が主体だ。絆創膏を張りにくいといった理由でかみそり剃毛をつづけるのは、どうやら日本の病院の特徴のようだ。

お産のときの会陰切開も新しい因習か

二〇〇〇年六月二八日づけ朝日新聞の記事。

「女性がお産をするとき、世界保健機関（WHO）のガイドラインでは慣例的な実施はやめるべきだとされている。洗腸や剃毛、会陰切開、点滴が日本の病院では広く行われている。

（中略）これらの処置は助産院ではほとんど行われてなく、こうした点が影響してか、満足

度は病院より助産院のほうが高かった」

厚生省（現厚生労働省）の「利用者の立場からみて望ましい出産のあり方に関する研究班」の一九九九年における調査結果だ（対象二七六施設、回答八二二七人）。

正常分娩ぜんぶんに際して剃毛された人は、大学病院で七一パーセント、一般病院で六五パーセント、医院で四九パーセント。会陰切開（出産直前に会陰部、つまり膣ちゅうの出口の部分を開いて分娩を助ける処置）は大学病院・一般病院で六割、医院でも五割近く。点滴はいずれも六〇七割、浣腸は三〇五割の実施率だった。助産院ではこれらの処置は二〇五パーセント程度の実施率にすぎなかった。出産一時間以内の授乳は、助産院では四人に三人、医院では五割、一般病院では四割、大学病院では四人にひとりだった。

この記事は、助産院における自然分娩が、病院におけるお産よりいかにもすぐれているような錯覚を与えるが、お産にはある程度ある程度のリスクがある。陰部の裂傷は初産婦にしばしば生じるため、それを予防する目的の会陰切開のメリットも多い（きれいに治る）。会陰部を縫うのに陰毛が邪魔になるために、部分的に肛門こうもん周囲を剃毛する割合が増える。助産婦には会陰切開術が禁じられているため、当然実施率は低い。点滴は、なにか事故がある場合に備えての「念のため」の備えだ。

大学病院で働く若い助産婦が、医師に早めに会陰切開することを期待する場面はまれでない。そのほうがお産は早く終わり、妊婦も楽だから。

お産では、剃毛罪惡説は必ずしもあたらないのかもしれないが、「原則として会陰部を切開する」といった因習があるとすれば、みなおしてみる必要がある。そうすれば、自然に剃毛率も低下するだろう。

「いままでこれでずっとやってきたのだから、いいじゃない」。そういう因習や病院における「生活習慣」をみなおしてみることはなかなかむずかしいものだ。

医療者こそインフルエンザワクチンを受けよう

一九九四年の予防接種法の改正によって、それまで義務接種だったインフルエンザワクチンが「任意接種」にきり替えられて以来、日本のインフルエンザワクチン接種率は世界に類をみないくらい低い水準となってしまった。欧米での接種率は増加傾向にあるので、その差はますます広がりとつある。

インフルエンザウイルスは感染力と増殖力の高いウイルスで、流行するウイルスの種類（亜型）が毎年異なることが知られている。不活化ワクチンはつぎのシーズンに流行するであろう亜型を予想してつくられる。最近では流行亜型の中率は一〇割であり、ワクチンの有効性は高い。一月下旬から二月上旬にワクチンをうつとその冬は安心してすごせるだろう。

たしかに、このワクチンは粘膜におけるウイルス感染そのものを防止できないが、いったん侵入したウイルスを効率よくたたくため、確実に重症化が避けられる。要するに、インフルエンザがふつうの風邪程度ですむのだ。いっぽう、このワクチンはふつうの風邪（インフルエンザウイルス以外の風邪ウイルスによる気道感染症）を防ぐことはできない。マスコミのみならず、医療者までもが、風邪とインフルエンザを混同していることが問題なのだ。もちろん、副作用はゼロでないが、他のワクチンと同程度とされる。

標準の接種回数が欧米では一回なのに対して、日本では二回接種（二ヶ月あけて二回うつ）を奨めて（奨^{すす}めて）いることも障害になっている。このワクチンは一回接種で十分有効だ。接種に健康保険が適用されず、自費診療（一回三〇〇〇円程度）となっている点も普及を遅らせる大きな要因だ。

そうした結果なにが生じているか。老人ホームに入所している老人がインフルエンザ肺炎で死亡する。小児（とくに解熱剤服用者）がインフルエンザ脳症で死亡したり、重篤な後遺症が残る。心筋炎で小児が突然死することもある。

つまり、インフルエンザワクチンを接種すべき対象は、高齢者（とくに老人ホームなどの福祉施設入所者）と小児、それと医療者なのだ。医療者は弱った（リスクの高い）患者さんに密接に接触する。だからこそ、ワクチンをうってインフルエンザを防ぎ、患者さんへの「院内感染」を防ぐ義務がある。事実、米国疾病管理センターは、二〇〇〇年～二〇〇一年にお

けるインフルエンザ対策のなかで、ハイリスク群にウイルスをもちこむ可能性の高い医療従事者、看護介護者（患者家族を含む）へのワクチン接種を推奨している。

アメリカの医療者には、「自分がインフルエンザに感染すると、担当する高齢のがん患者や新生児にうつしかねない。だからすすんで接種を受ける」という動機づけがはっきりしている。こうした問題意識は、残念ながら日本の医療者には不十分だ。ただし、希望する職員に無料でワクチン接種を行う病院が日本でも増えてきていることは喜ばしい。

同じことは、福祉施設で働く人、介護ヘルパー、在宅で高齢者のケアをしている家族にもいえる。そうした人を友だちにもつ人も同じだろう。ひとりひとりがワクチン接種をすすんで受けて、自分を守るとともに友人や家族にインフルエンザをうつさない。そうした輪をぜひ広げてゆきたい。医療者には、ぜひ模範演技をしてほしい。

なんといいてもたいせつなのは教育・啓蒙活動だ。

教育を実践しやすいのは、そして効果が高いのはなんとといっても学生だ。そう。医学生や看護学生は、病棟実習にでる前に、自分を守るB型肝炎ワクチンのみならず、患者さんを守るインフルエンザワクチンを受けるようにすべきだ。また、教員免許を取得するために、介護福祉施設での実習が必修化されている。こうした教師の卵たちにも、冬季にはぜひワクチン接種を奨めてあげてほしい。できれば、無料接種が望ましいのだが――。大学や学校当局の決断をつよく望みたい。

医者もやっぱりたばこをやめられない

長年身についた生活習慣をやめることはとてもとてむずかしい。禁煙を着実に実施すれば、肺がん、食道がん、喉頭がんなどの悪性腫瘍のみならず、高血圧症、心筋梗塞といった生活習慣病や、肺炎腫、慢性気管支炎を代表とする呼吸器疾患が減少することはすでに実証済みである。医師にとってもっとも苦勞するのが、喫煙・飲酒といった「悪習」を患者さんにやめてもらうことだ。自ら喫煙をやめられない医師のことばに説得力がないのは自明だ。たばこを一本吸うと寿命が平均一六秒縮まるという計算があるそうだ。一日二〇本のたばこを二〇年間吸うと、寿命が二七日縮まることになる。二〇年間のうちのたった一ヶ月くらいならいい、と判断して吸いつづける人も少なくないかもしれないが――。

日本は、一九〇〇（明治三三）年に世界に先駆けて未成年者の喫煙を法的に禁止した。にもかかわらず、五五（昭和三〇）年ころから喫煙率が上昇し、六五（昭和四〇）年には、二〇歳以上の男性の喫煙率が八二パーセントにも及んだ。その後、徐々に低下しているが、二〇〇〇年現在、五四パーセントと依然として文明国で世界一の男性喫煙率を誇っている。地域別では北海道が五八パーセント、年代別では三〇歳台が六三パーセントともっとも高い。二〇歳以上の女性の喫煙率は一四パーセントと、逆に先進諸国のなかでは低い数字だが、

二〇歳台にかぎれば二二パーセントに及んでいる。日本の国民全体の喫煙率は三三パーセントだ。日本の喫煙人口は総計三三〇〇万人で、たばこ依存症（重喫煙者）が一八〇〇万人いると推定されている。

一八歳の高校生の喫煙率は一九九一年の二七パーセントから、九六年には三七パーセントへと上昇している。喫煙率が七割に達する高校もあるそうだ。

ちなみに、イギリス、アメリカ、カナダの国民全体の喫煙率は、男性が二八〜三〇パーセント、女性でも二四〜二九パーセントという。

日本はたばこ広告の規制のほとんどない例外的な国だ。敬老の日には、世界第三位の実績を誇る日本たばこ産業が一五〇〇万本ものたばこを老人ホームへ寄贈している！日本たばこ産業の株の三分の二を保有するのが財務省で、たばこの税収が全税収入の三パーセントにあたることと無関係といえるだろうか。

ようやく禁煙宣言をした肺がん学会

一九九三年六月一日の毎日新聞の記事によれば、日本の医師の喫煙率は四四パーセントにのぼる。一般国民の三八パーセントより高い（実は、この記事は男性の圧倒的に多い医師と男女比の同じ一般国民が比較されているが――）。同様の傾向は、イタリア、スペイン、ポルトガルといった南欧諸国の医師にもみられる。イギリス、アメリカ、オーストラリアの医

日本医師会員の年齢別喫煙率（アンケート調査、2000年）

年代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	計
男性							
喫煙率 (%)	26.1	30.7	31.0	27.6	23.7	22.9	27.1
回答数 (人)	(23)	(264)	(662)	(577)	(476)	(498)	(2500)
依存率 (%)	13.0	17.0	14.2	15.6	10.3	8.8	13.0
女性							
喫煙率 (%)	1.8	5.5	7.8	7.4	5.8	8.2	6.8
回答数 (人)	(55)	(292)	(332)	(215)	(120)	(257)	(1271)
依存率 (%)	0.0	1.0	2.1	1.9	0.0	2.3	1.6

依存率：依存率指数4点(中等度)以上の依存性をもつ喫煙者の割合

師の喫煙率は一〇パーセント前後。

いっぽう、二〇〇〇年はじめに、日本医師会会員三七七一人(うち女性医師一二七一人)を対象に行われた全国規模のアンケート調査(上の表)では、男性医師の喫煙率は約二七パーセント、女性医師では約七パーセント(うち、たばこ依存症の割合は、男性一三パーセント、女性二パーセント)だった。一九九三年の調査と異なり、この数値は一般国民の約半分だ。男性医師では三〇〜四〇歳台が三〇パーセントを超え、科別では呼吸器科一九パーセント、循環器科二〇パーセントに対して、泌尿器科三九パーセント、精神科三三パーセントだった。さすがに呼吸器科所属の医師の喫煙率は低い、それでも五人にひとり喫煙者だ。

日本動脈硬化学会で発表された循環器内科医四四三名によるきぎとり調査(九八年)では、喫

煙率は二四パーセントだった。広島大学医学部の教員（三一人）を対象とした医学生による調査（九八年）でも、男性二七パーセント、女性八パーセント（全体では二五パーセント）の数値が報告されている。

他方、看護婦の喫煙率は一般国民よりも高いことが示された。計一八施設（四〇九四人）を対象とした一九九三年一月の調査だ（毎日新聞九三年五月三十一日）。一般病院の看護婦は一九パーセント、高度医療機関では二〇パーセントに対して、二〇〜五〇歳台の一般女性は一五パーセントだった。年代別では、三〇〜四〇歳台が高く、二〇歳台の喫煙率は低かった。

現在、病院の九三パーセント、診療所の七九パーセントに分煙対策が実施されているという。しかし、大学の医局や医学部の学生室が禁煙になっているところはそれほど多くないのではなからうか。医学部入学の条件に、たばこを吸わないことを加えるべきだとする五島雄一郎氏（禁煙医師連盟会長）の意見を採用する医学部ができてほしい。

一〇年以上前のはなしだが、日本肺がん学会の会場ロビーは煙だらけだった。当時、世界肺がん学会の会場は完全に禁煙が当然だった。肺がんを専門とする英米の医師が喫煙することとはほとんどない、ときいたのもそのときだった。二〇〇〇年一月、日本肺がん学会はようやく「禁煙宣言」を発表した。内容は、医療機関や自治体と連携して禁煙推進に関する医学的、社会的活動を行うことを骨子としている。残念ながら、会員ひとりひとりの禁煙宣言ではないようだが、それでも今後の活動成果に大いに期待したい。

五月三十一日は、世界禁煙デーだ。

“念のため”の治療は医者自己満足？

あなたが大腸がんをわずらったとしよう。幸いなことに、手術で大腸の病変はとりきれた。病理医が病変を顕微鏡で調べたところ、がん細胞は筋層まで浸潤していたが、周囲臓器への浸潤やリンパ節ならびに肝臓への転移はみられなかった。主治医から、このままで完治する確率は九〇パーセントを超えると説明された。

この大腸がんは早期がんではなく、進行がんに分類されるのだが、進行がんといってもそれほど恐ろしい病気でないというみかたもできる。なにせ、確率的には一〇人中九人もがそのまま治るのだから。決して治らず、あなたの命を奪いかねない心筋梗塞、脳卒中、糖尿病や肝硬変よりずっとまし、とはいえないだろうか。

日本だけが使っている効果不明な経口抗がん剤

さて、あなたは主治医から、「手術後の再発を防ぐために、念のため、抗がん剤を使いますせんか」と問いかけられたとしよう。あなたは抗がん剤治療を受けますか。

あなたが一〇人にひとりの運の悪い患者に選ばれるかどうかは、神のみぞ知る。再発を予

測でできるような「危険因子」の研究は別途必要だし、それが外科医や病理医に課せられた大きな宿題である。ただし、現段階でそのような科学的データはそろっていないのだとすれば、あなたにはとても間にあわない。しかも、抗がん剤だけで大腸がんが完治することはほとんどないし、延命効果さえあやしい部分がある。

「抗がん剤の副作用で、吐き気や下痢、脱毛や肝臓の機能異常、白血球の減少による発熱、場合によっては薬剤アレルギーや二次的な日和見感染症ひよしみかんせんしょうがおきる可能性があります。外来通院と金銭的負担も必要です。長い目でみたときには、抗がん剤による二次発がんの危険もゼロではありません」

「軽い経口抗がん剤（5-FU）の服用もできます。副作用は少ないですが、効果もはっきりしないかもしれません」

欧米人と日本人の感性の違いがこの質問の答えに顕著に現れるとされる。欧米人の多くは、「私

がそのひとりに選ばれるはずがない。なにもしなくてOK」。そして、もし運悪く再発したら「オー・マイゴッド！」なのである。日本人の場合は、「私

がそのひとりに選ばれたら困るので、念のため」に治療を受けます」と答える人が多いのだそうだ。むろん、どちらが正しい悪いの問題ではないが、さて、あなたならどうする？

上に書かれていない条件によって答えが違

う、とあなたはいうかもしれない。たとえば、あなたの年齢・職業、お子さんの年齢、再発腫瘍しんやうに対する治療効果に関するデータなど。再

発腫瘍がどの程度まで制御可能なのかに関する情報はとくに重要だろう。再発しても、それから治療すれば大丈夫だとしたら、なにもいま無理する必要はないのだから。

「念のため」医療の目的に沿った経口抗がん剤の投与が、広く行われているのはわが国だけの特徴だ。諸外国にはこのような抗がん剤の使い方はない。くりかえすが、副作用が少ない代わりに、効果のほどはつきりしない治療なのだから。

「念のため」医療の目的に沿ったこの「念のため」治療をおすすめたのが、もし医師側の都合・因習（みんながやってるから）や自己満足（とりあえず抗がん剤を投与しておけば安心だから）であったとしたら、それを直してゆく力や知恵は患者さん側が、そう、あなたが蓄えねばならない。

風邪で処方される抗生物質は意味がない

「念のため」医療には、そのほか、大量の薬とともに処方される胃薬や風邪をひいたときの抗生物質が指摘される。

胃薬は、胃が荒れるのを防ぐという名目でだされるのだが、そもそも、胃が荒れるほどの薬をださなければいい。胃薬の処方では欧米ではほとんどない習慣だ。ちなみに、デンマークでは、市販で手に入る総合感冒薬なる薬は存在しないそうだ。風邪をひいたらつとめは休みで、ベッドでゆっくり寝ているのが当然なのだ。それゆえか、マスクをつけて外出する習慣

はない。

抗生物質は風邪の原因であるウイルスには無効である。二次的な細菌感染症を防ぐという大義名分なのだが、そのような事態になるのは例外的だ。なにか処方しないと患者さんが納得しないので、しかたなく「念のため」処方をしている医師が多い。この点については、アメリカの医師も同じ悩みを抱えている。アメリカ疾病管理予防センターが一九九七年に行った調査では、抗生物質は年間一億五〇〇〇万件処方されたが、そのうち三分の一は不要とみなされたという。風邪症状を訴えた患者の半数以上に抗生物質が処方されていたが、その大部分がむだだった。風邪に抗生物質が効くと信じている患者側にも問題があることをぜひ知ってほしい。まあ、こうやって基本的にはいらぬ薬を大量に処方するので、薬剤メーカーの医師に対するサービスは悪くない――。

命が助かれば、お漏らしやインポテンツくらいいいか

さて、はなしを元に戻そう。今度は、あなたの大腸がんが直腸の肛門こうもん近くにできたと仮定する。手術は大がかりで、あなたは人工肛門をつけることになってしまふ。

ある学会での発表を紹介しよう。

「人工肛門設置手術を受けたわが国の直腸がん患者の五年生存率（治癒率）は、欧米にくらべてやや高かった。直腸切除の際に、徹底したリンパ節廓かくせい清術を行った成果である」

人工肛門とは、直腸を肛門までえぐりつつたあと、大腸のはしっこをおなかの皮膚につなぎ、そこから排便させる手術法のことだ、これだけでもたいへんな「生活の質（QOL）」の低下だ。

直腸切除に際して広範なリンパ節廓清を行うと、骨盤内の神経網がずたずたにされる。その結果、患者さんの膀胱は麻痺して、お漏らしや尿閉（尿がでない状態）が生じやすい。男性では性功能が麻痺し、インポテンツ（陰萎）あるいは射精不能となりやすい。女性では性感が消失したり、膺分泌液が減少したりする。そして、そこまでしてとったリンパ節に、病理医からいわせると、意外に転移は少ない。

数年前までつづいたこうした拡大手術時代の医師の考え方は、「命が助かるんだから、お漏らしやセックスくらいがまんしなさい」だった。神経を温存する直腸切除（「生活の質」重視型の縮小手術）にきり替えられたのは、比較的最近のことだ。

あなたはきくと、お漏らししてもいいから少しでも命の助かる確率の高い方法をとってほしい、とはいわないだろう。なにせ、病変が手術でとりきれて、リンパ節や肝臓への転移がなければ、九〇パーセント以上の確率で命が助かるのだから。

もうひとつ、乳がんの例をあげよう。

縮小手術がいちばん広く行われているのが乳がんだ。乳房温存療法といわれる縮小手術が、従来行われてきた乳房全摘術に代わる手術法として爆発的に普及してきている。たしかに、

大きくとっても小さくとっても転移率や予後に差がないデータが蓄積されてきた。というわけです、最近では、無理をしても縮小手術を行うあまり芳しくない流れがあるように思う。

あなたの乳がんは発見が遅れ、三センチを超える大きさがあり、表面からみて皮膚がひきつれているでしょう。縮小手術は一応、大きさ三センチ以下が適応基準となっている。それでもあなたは縮小手術を望みますか。まわりの組織に広がる（浸潤する）傾向があるような（皮膚がひきつれているのがその証拠）大きながんだと、とりきれずに再発する危険性が高まる。なお、縮小手術の場合でも、腋わきの下のリンパ節は切除される。

最近、そのような患者さんに無理をして縮小手術が行われた。病理診断結果では、手術切除断端部に明らかにがん細胞の浸潤を認めた。今後の治療は、もう少しまわりの乳脈にゅうもんを追加切除するか、改めて乳房全摘を行うか、放射線治療をしようすをみるかのいずれかとなる。がん組織にメスが入っているので、手術中ががん細胞をばらまいてしまった可能性は否定できなない。いずれにせよ、最初から乳房全摘手術をした場合よりも、再発の危険性を高めてしまったかもしれない。

この場合は、*「念のため」*医療からは正反対の*「エイヤッ」*的治療ともいえそうだ。

適正な治療に対するバランス感覚は患者さんのみならず、医師の側からみてもなかなかむずかしい。外からみえる女性のシンプルの乳房と、外からみえない大腸、それに人工肛門をつくることになる直腸がんではそれぞれに事情が違うだろう。

担当医師の意向に沿った診療が本当に適切かどうか、を判断するために必要なセカンド・オピニオンが簡単にえられるような、患者さんのためのシステムづくりが必要だ。

患者のためにならない医者のがんばり

一昨年、一緒にしごとをしている優秀な細胞検査士が、所属する日本臨床細胞学会から表彰され、お祝いのパーティーが開かれた。同学会が資格認定する細胞検査士とは、細胞診断になくはならないスクリーニング（下見）を担当する技術職員だ。かれらは臨床検査技師の国家資格をもち、主として病理診断部門に所属している。細胞の顔つきをみて、病気を推定する高度な経験と知識が要求されるため、資格試験は相当の難関である。そのなかから選ばれて表彰されたのはすばらしい。

パーティーの席では学会のお偉方五人から祝辞があった。早く食事にしようよといった雰囲気のあるなか、お祝いと励ましのことばがつづいた。はなしの最後に、みなさん同じことをいうので気になってしかたなかった。「これからも、○○のためにがんばってください」。

この○○は、当然、患者さんであってしかるべきだ。ところが、挨拶あいさつのなかの○○は、日本臨床細胞学会あるいは神奈川県だったのだ。かれは日本臨床細胞学会の神奈川県支部の若手ホープでもある。

おいおい、なにか変だぞ、と思ったのはどうやら筆者だけだったようで、参加者のみなさんにはこやかに、ごちそうのほうをちらちらみやっていた。あとで、このはなしをしても、残念ながら、期待した反応は返ってこなかった――。

日本臨床細胞学会や神奈川県職員の職員でもないのに、なんで患者さんをさしおいて、学会や県のためにがんばらねばならないのだろうか。この発想自体がなんらかの落とし穴にならねばいいのだが――。ただし、本人はいたって前向きだ。まわりがなんといおうが、神奈川県のためだけに働くわけなどない。

一〇人にひとりがお合併症をおこす検査を奨める有名病院

別な例をあげよう。胆石症は太り気味の四〇歳台女性に多い病気である。最近では、胆石症の手術はおなかをきらなくていい。おなかに三ヶ所ほど小さな穴を開けるだけで、腹腔鏡を使った手術ができる。

ただし、胆石が胆嚢たんのうのなかだけにあるのか、胆管たんのう（胆嚢と十二指腸をつなぐ胆汁の流れ道）にもこぼれているのかの判断が重要となる。手術法が違ってくるためだ。超音波検査やCT検査のほか、胆管造影ぞうえいも行われる。胆管結石たんのうの存在を否定するためには、内視鏡的逆行性胆管・膵管造影（ERCP）とよばれる検査が有効だ。

胆石症の診療で知られたある病院のはなしをしよう。その病院に入院する胆石症患者には、

胆管結石の可能性が低い場合も含めて、全例にERCP検査が行われていた。それが「医局の方針」だから。たしかに、胆石症の病態について、多数例の比較検討をするためにはとても貴重なデータとなるし、たまには予想しなかった胆管結石が発見される。

ERCP検査にはリスクがある。約一割に急性膵炎が合併する。つまり、一〇人にひとり。無症状で、血液中の膵臓酵素の異常を認める程度のことが多いのだが、まれに劇症型の急性膵炎を併発して死亡することがある。たかが胆石の、しかも手術前の検査のせいで死ぬなんて！ こうした運の悪い患者さんには、えてして結果的に胆管結石は認められない。

先日、そうした不幸な患者さんを病理解剖した。死因は、明らかにERCP検査による劇症型急性膵炎だった。若い主治医の落ちこみようもたいへんだった。一週間以上帰宅しておらず、ろくに寝ていないようだった。かれは必死に夜も寝ずに治療したのだが、いかんせん、ことがおこってしまったからでは遅すぎた。患者さんのみならず、主治医にとってもあまりにも悲劇的なできごとだった。

問題点は、「医局のため」に行っただといっても過言でない検査の実施にある。「医局のため」が結局「患者さんのため」になるのだと信じての方針なのだが、なにか本末転倒の感がある。

そのがんばり屋の主治医はその後、みるも無惨にうちひしがれて、しばらくの間、ほとんどことばがなかった。かれにどれほどの罪があるろう。かれが医局の方針に逆らうことができ

ただらうか。がんばる医師の悲劇が患者さんの不利益につながることは、たいへん残念ながら少なくない。

「心づけ」相場の決まり方

またしても、他の国にみられないわが国独特の病院の因習のはなしだ。医師が患者さんあるいはその家族からもらう「源泉されないお金」の授受である。

病院によって、また医師の地位によって「相場」なるものがあるらしい。患者さんが社長や有名人で、有名医大の教授に手術してもらうときは、「相当の額」になるというウワサがある。手術の助手たちもお裾分けを頂戴する——。コネで医師を紹介してもらった場合の金額がとくに大きいそうだ。

そうした相場は、どうやら病室内や廊下の端で行われるひそひそばなしで入院患者の間にひき継がれていく。「これをしておかないと診断書をなかなか書いてもらえない」とまことしやかに語られる。病院のぬしになっているつき添いさんのような人のアドバイスが効いているのかもしれない——。

お金を渡さないと医者はろくな診療をしないとみくびられているのだらうか。謝礼なるものを渡さないと不利になると信じられているのだらうか。年賀状、お中元、お歳暮の延長線

上の社交辞令なのだろうか。

患者さんは病院を、つまり医者を選べるが、医者は患者さんを選べない。そして、むしろ患者さんを差別してはならない。どんな犯罪者でも、外国人でも、はたまた、総理大臣でも、同じレベルの精一杯の医療を提供する義務がある。でも、医者も人の子だから、いったんなにがしかをもらってしまったら、区別しないわけにはいかなくなる可能性がある。

イギリスでも、退院時に患者さんが感謝のしるしに医者にプレゼントをする習慣はあるそう。ただし、バラの花を一輪や、一ポンドくらいの値段のチョコレートを一枚といった気もち程度らしい。

患者さんからみえる場所にはない私たち病理医は、日本でも決してそのような「恩恵」に浴すことはない。もらえないからとひがんでいるわけではない。老人病院における「お世話料」を含めて、日本中のこのやみ資金、欧米には決してみられない不透明な患者負担を集めたら、なにか別の医療サービスができそう。

「患者は心づけを身代金のように思っている」

『医学のあゆみ』（医歯薬出版、一九五巻三号、二二七ページ、二〇〇〇年）に、看護婦であり、がん患者でもある友人の天津敦子氏が奇しくも述べている。そこには、大部屋に患者として入院してみてもはじめてわかったことだ、と彼女がしみじみ筆者に語ってくれた内容が書かれ

ている。題して「看護婦が患者になったとき 医療者の気もちと患者の気もちとのズレの違い」。少し引用させてもらおう。

「医師は患者から金品を受けとるべきではないと思う。『お礼の気もちを表したいのだから気もちよく受けてあげればよい』とある医師の家族がいつていたが、患者の気もちはずこし違う。身代金みしろきんのように思い、不利なことがあつては困ると思つて渡している。(お金に)左右されるような人と思われている訳だからみくびられたものだ。医師の意識からすればわずかな額でも、患者には少なくない額になる。濡れたシートぬれたシートを交換するのもガマンして(別料金がかかるので) いる患者もいると知つて、その何十倍・何百倍の金品を受けとる勇氣がありますか」

彼女は、「がんになつたのが母親や娘でなく私でよかった」といえる人物であり、「世界一明るいがん患者でいたい」と自称しているのだから尊敬に値する。そんな彼女が投げかける問いは重い。

徳洲会系病院(本部・東京都千代田区永田町)のように、金品の授受を厳禁している病院群がある(『贈り物をもらわない医者 医療ビッグバン』で日本をかえる』光文社)。ぜひみならいたい。

若い医師が大学で医学博士号をもらうには「学位審査」を通ることが必要だ。審査員は医学部の教授あるいは助教授が数人だ。みごと審査が通る(とはいつても、落とされることは

（ほとんどない）と、ここでも税金のかからない金が動く。多くの若手医師は決して経済的に潤沢なわけではない。とくに、その医師が大学院生の場合は、奨学金はもらえても給料はない。いえ、決して安くはない学費を納めている。その若き後輩医師から金品をもらう習慣があるのは、恥ずべきことではなからうか。長年、こうしたおいしいお金をもらいつづけると、感覚が麻痺してしまうのか。

筆者の少ない経験でも、菓子折に「包み」を添えてくる学位取得者がいる。筆者は大いに説教してつきかえすのだが、自宅に商品券で送りつけられてしまうとうつ手がない。どうもそうしないとまずいぞ、と奨める先輩が多いらしい。教授にお金を渡したほうがいいと患者さんにアドバイスする主治医（ついでにお裾分けいただけるのを計算ずみ？）と同じくらいタチが悪い。金を渡さなかったために地方病院にとばされた先輩がいたのだろうか。ありえるはなしだが――。

江戸末期の大坂の町で、緒方洪庵は二〇年かけて『扶氏經驗遺訓』全三〇巻を翻訳した（扶氏とはベルリン大学教授のフリーフェランドのこと）。洪庵は、適塾の創始者であり、幕末の蘭学者兼医学者だ。そのなかから洪庵が要約した一二ヶ条は「扶氏医戒之略」とよばれている。その第二条を紹介しよう。

「病者に対してはただ病者を見るべし。貴賤貧富をかえりみるることなかれ。長者一握の黄金をもって貧士双眼の感涙に比するに、その心に得るところ如何ぞや。深くこれを思うべし」

インフォームド・コンセントのからくり

手術の危険性について半分近くが知らされていない

インフォームド・コンセント（説明と同意）ということばがよく使われる。意味は、医療者が病気の中身・病状や検査・治療に関する情報を患者さんにしっかり説明したうえで、患者さんから医療内容に関する同意をえることである。専門家である医師としらうとの患者さんでは理解度に大きな隔たりがあるため、医師の説明がわからない場合は少なくない。なにをどこまで、どのようなニュアンスで説明するかは医師次第で、都合の悪いことは口にできないことも可能だ。つまり、「誘導」がいくらでもできる状況といえる。

この点は必ずしもすべて悪いとはいえない。経験の深い医師にまかせたほうが安全度の高いことが多いはずだし、また、そうであると信じた。一生懸命に説明されると、かえって、「よろしくお願います」という結果になる場合もあろう。でも、判断に客観性が保たれているとは必ずしもいきれない――。

日本看護協会が二〇〇〇年一月に行ったインフォームド・コンセントに関するアンケート調査の結果には愕然とした。全国の四一病院を退院した二三四一人の患者さんのうち、手術を受けたのは九九一人。このうち、手術の危険性について事前に説明を受けなかったと答

えた人が四二二人（四三パーセント）にのぼったという。手術の結果を知らされなかった人は一五五人（一六パーセント）、手術内容を具体的にきかされなかった人は六八人（七パーセント）。患者さんがいちばん気にする、どうなれば退院できるかについて説明を受けたのは四四パーセントにすぎなかった。医療側は「説明した」と思っている、患者さんに十分に伝わっていない場合が多いことを示すデータに思える。

「先生の父親だったら手術しますか」

最近経験した切実な状況を紹介しよう。八〇歳に近い男性が径八センチに及ぶ胸部大動脈瘤（りゅう胸部の大動脈にできるコブで、動脈硬化症が原因となる）を指摘された。患者さんは高血圧をわずらい、二度の脳梗塞発作ののうこうそく後遺症で発声がままならない。幸い、麻痺はほとんどなく、日常動作には大きな支障はない。だが、かかりつけの内科医に「内科的コントロールは限界にあるので、外科的処置（大動脈の置換手術）を考えたほうがいい」といわれた。動脈瘤は大きい、内部に厚い血栓ができていて、コブの内側にセメントがぬらされているような状況なのだ。それに、周囲の大動脈にはつよい動脈硬化症があり、血管はぼるぼるだ（そうでなければ大動脈瘤はできない）。

しかし、もし手術するとすれば、大動脈弓部置換術というたいへんリスクの高い方法がとられる。教科書的には、五センチを超える大動脈瘤は破裂の危険があり、手術をするかどうか

か考慮する対象となる。いったん動脈瘤が破裂すれば、命はまず助からない。

そんな状況の老夫婦から相談を受けた筆者は、借用したレントゲン写真とビデオフィルムをもって知りあいの心臓血管外科医に面談した。状況を話し、率直な意見をきいた。「先生の父親だったら手術しますか」「手術したあとで、孫と買物にいける確率は五割以上ありますか」いろいろと話した結果、答えはともに「ノー」だった。理由を述べよう。

① 手術死亡率（手術後一ヶ月以内に死亡する割合）は一五パーセント程度。そのうえ、手術によって血栓が血管壁からはがれて流れてゆき、患部から離れた場所の血管をつまらせてしまうリスク、つまり、血栓症が生じて心筋梗塞や脳梗塞を併発する危険性は相当に高い。そうなったら、たとえ命が助かってもたいへんな事態だ。さらに、手術できた場所に感染を生じる可能性も少なくないし、老人が痛みのためにおきあがれない状態になるとボケがはじまる恐れもある。

② とてもむずかしい手術のため、技術と経験が手術成功のたいせつなポイントとなる。残念ながら、日本で安心して手術を受けられる施設はかぎられている。

③ 大動脈瘤が五センチを超えた場合、どれくらいの間どの程度の割合で破裂するか、に関する正確なデータが実はほとんどない（少なくとも、すべての動脈瘤が破裂するわけではない）。

では、自分の外来患者にはどこまでどのように話すのかを尋ねた。

①については手術死亡率の数字を強調する。「一ヶ月以内には死なない」が、その後の生活の質（QOL）を決定的にさげらるだろう合併症のはなしはつけたし程度、あるいはやんわりとしたニュアンスで話すことが多い。

②については不安感をあおるだけなので、きかれないかぎり話さない。

③については、破裂する大動脈瘤はほぼ例外なく五センチを超える大きな病変であるという事実を述べ、データのない自然に破裂する確率には触れないかたちをとらざるをえない。要は、外科医にとって「手術してみたい」という気もちがよく働くことは否めない、と告白してくれた。自分の親ならやらないことを自分の患者さんに対しては行う――。

でも、手術をしないと外科医は商売あがったり状態なのだ。こうした挑戦がなければ、決してよりよい治療法は開発されない。心臓血管外科医にいわせると、受けもち患者の大動脈瘤が自分たちの手に負えない状態と判断した内科医は、積極的に手術療法を奨める場合が多いという。たしかに、破裂してしまっただけでは手遅れになることが圧倒的だ。

かかりつけ内科医からくりかえしはなしをきいたという目の前の老夫婦の理解度はというと、予想どおり、ほとんどゼロに近い。「なんだかたいへんな手術みたいだね」程度なのだ。「危険性の説明も受けただけど、なんだかむずかしくてよくわからない。先生のいうとおりするのがいんじゃないの」。

あれから一年以上たつが、その老人の大動脈瘤はいまだじっとしている。この正月は孫た

ちに囲まれて楽しくすごしたそうだ。

「特別」にたのんだ治療はトラブルになりやすい!?

もうひとつ、こちらは悲しい事例をあげよう。同業者たる筆者が外科医に「よろしくお願
いします」とたのんだばかりに、最悪の結果になってしまったケースだ。

これは十数年前のはなし。筆者の知りあいだったその六〇歳台男性は、検査の結果、胃の
上部に広がる進行胃がんと診断された。胃生検標本をみた筆者は、顕微鏡下に分化度の低い、
つまりタチのよさそうにないがん細胞を発見した。こうした進行胃がんに対する当時の標準
的な手術法は、胃全摘+脾臓摘出+脾臓の尾部切除という拡大手術だった。脾臓や脾臓の一
部をとるのは、転移の可能性があるまわりのリンパ節を広範囲にとりきるためだった。

その男性には、持病として糖尿病があった。脾臓から分泌されるインスリンが不足してい
るのだ。糖尿病の患者から脾臓をとると、当然ながら、糖尿病は悪化する。筆者からのま
れた外科医は、ふだんやらない方法を特別に考えてくれた。つまり、脾臓を残してまわりの
リンパ節だけをとり除く手順だ。

手術の結果は最悪だった。がんはとりきれたのだが、まわりをむしりとられた脾臓から脾
液が漏れたのだ。脾液には食物を消化するさまざまな酵素がたっぷり含まれている。
漏れた脾液はまわりの組織を消化してしまう。この場合、消化されたのは食道と小腸を手

術でつないだ部位だった。縫合不全^{ほうごうぜんぜん}の状態だ。もう一度縫うにも、臍液が漏れつづけている状態ではまたすぐに穴が開いてしまう。臍液の漏れをとめるのが先決だが、いったん漏れておなかの奥にたまってしまった病変はそう簡単に治らない。

この合併症は致死率が高いへん高い。この男性も例外ではなかった。手術後、一滴の水も飲めず、おなかの痛みに苦しみつづ、一ヶ月と三日で他界した。この場合、死亡が手術後一ヶ月をすぎているので、統計上、「手術死亡」にカウントされない。

同業者や知りあい^あが特別にたのんだ治療は、しばしばトラブルが生じるような気がしてならない。ふだんやらないことを「特別に」やってみようとするのがまずいのではなからうか。よりよい医療を受けるには、自然体がいちばんなのだろう。

複雑な医学的内容を患者さんにわかりやすくじっくりと説明し、納得してもらうことは容易なことではない。患者さんが自分で治療法を選択するためには、患者さん自身の理解力とともに、医療側に相当の粘り強さも要求される。説明時間が五分でも、一時間以上をかけても、収入が変わらない現行の医療保険制度のなかで、提供者と受給者の双方が納得のゆく医療がどうしたら行えるのか。医療者の良識を患者さんがどこまで信じるか。医学的なセカンド・オピニオンをいかに有効に利用できるか。課題は山積している。

第三章 病院でもらう病気で死ぬな

医者白衣は白くても不潔!?

外来や病棟で患者さんを診察していたその同じ格好で、病院前の銀行や食堂に堂々と登場する医者たちがいる。なぜだろう。

病院でマスクの取材を受けると、よく白衣をつけてくれとたのまれる。病院での記者会見では、ほぼ例外なく医者は白衣を着ている。テレビドラマでも、前ボタンをかけず、首に聴診器を無造作にかけて歩く医師の姿が格好よく描かれる。いいわけがましいが、医師としての「みづえ」に対処するこうしたマスクの期待が、トレードマークとしての白衣のイメージを医療者自身にも刷りこませているような気がしてならない。

肝炎ウイルスが付着しているかもしれない白衣を着て、病院前の銀行に登場する医師たちに対して、周囲の目は寛大である。レストランで白衣をつけたまま食事をする医者隣に居あわせた患者家族の目にも、非難がましさは少ない。医局のソファで白衣のまま一服、な

どは日常茶飯事の光景だ。昼間の会議には八割の臨床医は白衣のまま登場する。この白衣はとり替えたばかりだからきれいだと本人は主張するかもしれないが、まわりの目にはそれが洗濯したてかどうかは定かでない。

白衣ってなんだろう。たしかに白衣は医療者のユニフォームともいえる。こそ泥には、白衣さえつけていれば病院内のどの部屋にでも容易に出入りできるという大きな利点を与えている。実際、そのような盗難被害があとをたない。

しかし、よく考えてみると、白衣の原点はなんと「予防衣」である。それ以上の意味をもたせようとするユニフォーム説には危険性が内蔵されている。つまり、白衣は「汚れている」ことを前提に考えるべき衣服なのだ。病院にはさまざまな感染症患者が集まってくる。そのうえ、からだの弱った感染リスクの高い患者さんが多い。汚染域と清潔域で同じものをつけていることに矛盾を感じない医者があまりにも多すぎる。そんな医者にかぎって、感染の恐れの高い処置に際しては白衣を脱ぐし、必ずビニールエプロンをつけるから大丈夫などという。

白衣の着方の問題は日本だけにかぎらない。アメリカでは通勤する車のなかで、すでに白衣をつけている若手医師がちっともめずらしくない。イギリスの医師は逆に、不思議なほど白衣を着ない。背広にネクタイが身だしなみの基本なのだ。医者かどうかはネームプレートやバッジでご判断くださいという姿勢を貫く。

千葉県にある亀田総合病院の特命副院長であるジョン・C・ウォーカー医師の、アメリカでのよい医師像に関する意見を紹介しよう。

「スーツを着こなしたアメリカの『よい医者』は、初対面の患者が質問しやすすい雰囲気づくりに心がける。みな一様に白衣を着ている日本の医者は冷たくて、患者との距離が遠いように感じる。患者のいうことをきくだけで会話がない。日本では、医者と患者はパートナーシップでつながっているのではなく、警察組織とよく似た上下関係のようだ」

いっぽう、看護婦の白衣は素肌に直接つけている場合が圧倒的に多い。脱げというのは無理ななした。だからなのだろうか。イギリスの病院の病棟で、ジーンズにTシャツの姿で働いている看護婦をみかけることはめずらしくない。

ひと月以上洗わないナースキャップをつける看護婦がいる

つぎに、ナースキャップのはなしをしよう。

日本の病院の約半数に、欧米ではとくに廃れたナースキャップをつける習慣がいまだに残る。ナースキャップは、日本初の看護婦養成機関「看護婦教育所」(第一章「医師・森鷗外の最大の過ち」)の項で紹介した慈恵医大の創始者、高木兼寛が設立で、アメリカ人宣教看護婦リードによって第一期生五名のために導入された。一八八六(明治一九)年だった。

ナースキャップを清潔に保つのは容易でないし、つけるのに時間もかかる。事実、あるア

ンケート調査では、九〇パーセント以上の看護婦がナースキャップは邪魔で、かぶることに不便であると答えている。ひと月以上同じキャップをつけている看護婦もいるそうだ。看護婦としての自覚を高めているとはいえず、ナースキャップへの思い入れを助長する看護学校の戴帽式なごかしきなる儀式はそろそろ廃止したらどうだろうか。

そう、戴帽式（名前も変えたほうがいい）の日には、ナースキャップの代わりに、ナースウォッチを渡すのはいい考えた。ナースウォッチについては、本章「腕時計をした医者に近づくな！」を参照してほしい。

テレビドラマで映しだされる看護婦の姿はほぼ例外なくナースキャップをつけている。白衣の着方と一緒に、テレビ局やマスコミももともと勉強してほしい。

医者はハンバーガー店の店員に手洗いを学べ

一九九六年七月に、大阪府堺さかい市で発生した腸管出血性大腸菌O-157による学童の集団下痢症事件は記憶に新しい。患者総数は実に五七〇〇人を超え、三つの幼い命が失われている。ウシの腸のなかに常在するこの「病原性」大腸菌O-157による汚染は世界中の先進国から報告されている。アメリカでも、菌で汚染されたハンバーガーによる集団感染が八二

年以來、断続的に発生している。手指についた菌がハンバーガーを介して腸に入りこみ、悪さをする。肉にどんなに火を通して、加熱後に汚染された指で触ったのでは元も子もない。O157汚染防止が至上命令であるマクドナルドチェーンでは、徹底した手洗いが最重要の企業戦略となっている。もちろん、世界規模ではなした。日本のマクドナルド店のトレイに敷かれた印刷物に注目しよう。こんなことが書いてある。少し長いが全文紹介しよう。

「マクドナルドの店員にとって、『手を洗う』ということは、『腕まで洗う』ということですよ。ふつう、手を洗うといえば、指先、手のひら、手の甲を洗うということかもしれませんが、私たちの場合は違います。特別な洗剤でひじまでを全部で三〇秒間もみ洗いしてからブラシで爪の間を二〇秒間こすり、洗剤をよく洗い流し、タオルやハンカチではなく、使い捨てペーパータオルでふき、仕上げにアルコール消毒。マクドナルドではここまでやってはじめて『手を洗った』といえるんです。清潔は品質の基本。お店で働く私たちは細心の注意を払って、みなさんの口に入るハンバーガーをつくっています」

別の店でこんな標語にも出会った。「人生で、正しい手洗いを教えてくれるのは、お母さんと、小学校と、マクドナルドぐらいかもしれない」。はてさて、病院では正しい手洗いを習えるだろうか。

抗生物質の効かない菌は、医療者の手で運ばれる

ときは、一五〇年以上前、一八四六年のウィーン大学産科病棟。お産のあとに産褥熱さんじよくねつ（化膿菌かうなんきんによる産後の子宮感染症）でつぎつぎに死亡する母親たちを救うべく立ちあがったハンガリー生まれの医師がいた。その人物は、本書の冒頭で紹介したゼンメルワイス。パスツールやコッホが細菌を発見するのにさかのぼること三〇年、数人にひとり死亡するこの恐ろしい病気の原因は「ミアスマ」という得体の知れない空気だと信じられていた。つまり、産褥熱で死ぬのは妊婦の宿命とみなされた。その暗黒の時代に、かれは徹底した手洗いと塩素消毒の有効性を実証し、産科病棟における死亡率をゼロにした。

しかし、当時の産科学をはじめとする医学界の権威たちはかれの業績を徹底的に無視した。なぜか。病原体の存在を知らない当時の医師たちは、手も洗わずに診察していた。ゴム手袋はまだ世の中に登場していない。かれらは、内診する自分たちの手指が感染症を媒介している事実を決して容認しなかった。ただ、ゼンメルワイスの方法の有効性を確認した心ある産科医は、当時、何人もが自殺している。自分が患者さんに病気をうつしていたことにあまりにもつよい衝撃を受けたためだ。

いま、わが国の多くの病院では、抗生物質のほとんど効かない真ん丸い細菌である「メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）」が猛威をふるっている。MRSAの感染様式は医療者の手指を介した「接触感染」である。一五〇年前の産褥熱によく似た状況だ。もともと黄色ブドウ球菌は健康人の皮膚に常在する細菌で、ときどき「おでき」の原因になる。病院

における抗生物質の使いすぎから生まれたMRSAは、抗生物質の効かなくなった黄色ブドウ球菌の変わり種のことだ。MRSAは健康な医者や看護婦の手についていかれらる危ない目にあわせたりしない。しかし、弱った患者さんにこの耐性菌が感染すると、患者さんを死に陥れかねない。

印象に残る症例を提示しよう。患者さんは一六歳の高校一年生。小学校六年生の秋に急性リンパ芽球性白血病をわずらい、いったんは治療でよくなったものの、二年後、そして三年半後と再発をくりかえした。四年後に、骨髄バンクの適合者がみつかったため、最後のそして決定的な治療法として、骨髄移植を受けたのだ。骨髄移植では、前もってからだの血球細胞、免疫細胞、そして残った白血病細胞をすべて殺すきつい「前処置」が行われる。そうしておいて、ドナーの新しい骨髄細胞と入れ替えるのだ。ドナーの骨髄細胞が生着するまでの二週間ほどは白血球がゼロとなり、細菌感染症にとくに弱い状況となる。

この患者さんは骨髄移植後二日目に高熱を発し、急激な敗血症状態を併発して、五日目に亡くなってしまった。病理解剖では、無数の細菌塊が全身の諸臓器にばらまかれていた。血液中に白血球がないため細菌のひとり勝ちとなり、白血球による細胞反応はまったくみられなかった。敗血症の原因はMRSAだった。よくきけば、骨髄移植術前にとことからMRSAが検出されていた。免疫状態がある程度保たれていた移植前は保菌状態にすぎなかったMRSAが、前処理により白血球がゼロになったとたんにかからだのなかに侵入を開始したのだ。

MRSAの保菌状態を甘くみたのが失敗だった。のどのMRSAを除菌してから骨髓移植を行うべきだった。MRSAの怖さを思い知らされた、とても教訓的な事例だ。

MRSA感染の蔓延を防ぐ最良の手段は徹底した手洗いにつぎる。マクドナルドに準じて、液体石けんを用いた最低三〇秒間の手洗いが必要なのだ。忙しい（と思いきや）医療者たちにとって三〇秒はとても長い時間だ。マクドナルド方式で、指先、親指のつけね、そして手首もしっかり洗うことを実践しなければならない。固形石けんや共有のタオルの使用はいけないし、洗い終わったら手をしっかり乾かすことがたいせつだ。

むろん、ふだんから爪を短くきっておくこと、腕時計や指輪をはめないこと、マニキュアをしないことは手洗い以前の大前提である。マニキュアについては、アメリカの看護婦が感染症のリスクにはならないと報告しているが、患者さんの気もちになって考えると、やはりやめるべきだろう。ハンドクリームによる手荒れ防止対策も欠かせない。

ここで話題にしている手洗いは、「手術前に行く徹底した手洗い」ではない。石けんと流水を用いる「日常の手洗い」と消毒剤を使う「衛生的手洗い」の病棟における実践のことだ。病棟では、日常的手洗いと衛生的手洗いの違いは消毒剤を使うかどうかであり、手洗いの手順や方法は両者で変わりはない。もっとも、どういうときに消毒剤を使うべきなのかの判断は意外とむずかしいのも実状だが――。

なお、手洗いすることと同じようにたいせつな点として、病棟では顔に手をやらないこと、

つまり、肩から上に手をあげないことが指摘されている。医師や看護婦の鼻や耳にはすべからず、M R S A がいるとみなして、病棟ではそこを触らないことがとても重要なポイントなのだ。ヨーロッパでもっとも強調される院内感染予防対策である。

ところが、たいへん残念なことに、日本では多くの医療者たちにそうした認識が乏しい。感染症を防ぐには、一般に、予防接種をすることと感染経路を断つことがもっとも有効な手段だ。M R S A に有効な予防接種はない。つまり、この場合、感染経路の遮断がなによりたいていせつとなる。加えて、薬剤耐性菌をつくりかねない抗生物質の乱用をやめること、いい換えれば、正しい抗生物質の使い方や学ぶこともプロとしては当然のつとめだ。

M R S A 訴訟裁判では一九九八年四月と六月、大阪地裁と山口地裁で相ついで医師の過失を認める、医療側にとって厳しい判決がくだされた。九六年までの医療者よりの判決（因果関係を証明できず）とは対照的だ。今後は、「悪しき医療慣行に免責なし」の時代だろう。むろん、医療訴訟防止のための感染防止対策では本末転倒なことは自明だ。

自分たちが患者さんに病原菌をうつしているという自覚の欠如——。そう、一五〇年前の権威たちの誤ちをもう二度とくりかえさないために、有効な院内安全教育が、そして患者中心の医療に向けた職員ひとりひとりの意識改革が、いま切実に求められている。

いっそのこと、医学生、看護学生の全員にマクドナルドでのアルバイトを課してみたらどうだろう。

腕時計をした医者に近づくな！

国内線の飛行機に乗ったとき、座席のポケットにはさまれた機内ショッピングのカタログを何気なくめくってみた。ファッショナブルなグッズとして「ナースウォッチ」が紹介されているのではないか。とても気になったので、その足で東京、銀座の百貨店の時計売り場を二ヶ所ほど訪ねてみた。ナースウォッチをおいていたのは一ヶ所。小さい時計店では「なんですか、それ？」といった反応が多い。

ナースウォッチは看護婦さんが胸につけて、腕時計代わりにする時計のことで、その表示は天地が逆になる。残念ながら、わが国での普及度はまだまだ低い。なぜかって？ ひとつの理由は、国内の時計メーカーがこのタイプの時計を生産してこなかったことにある。従来、入手可能なナースウォッチは、機内のカタログに載っていたフランス製かイタリア製が主体だった。これは輸入物だけに値段は安くない（八〇〇〇円〜九八〇〇円）。

最近になってようやく、日本の時計メーカーもナースウォッチをつくりはじめた。売れるかどうかヒヤヒヤしながら製造しはじめた一社のナースウォッチの値段は、これまでの半額以下だ。「医療者側の要求が十分でない」が、メーカーの及び腰の理由だったのだろうが、これだけ潜在的ニーズのあるマーケットを放っておくのはメーカー側の研究不足ともいえる

だろう。ぜひドクターズウォッチもつくってほしい。毎年、看護婦は四万人、医師は八〇〇〇人が国家資格をとる。幸い、かの日本製の新製品は二年で一万个が売れたそうだ。

どうしてナースウォッチが必要かって？ 腕時計をしたまま診療している医療者は、「私はきちんとした手洗いをしていません」と宣言しているのに等しいからだ。正しい手洗いは手首までが大原則だ。もう少しくわしくいうと、手のひら、手の甲、指の間、指先、親指のつけね、そして手首の六ヶ所をそれぞれ五秒間ずつ計三〇秒間、液体石けんあるいは消毒剤をつけて洗うのが正しい手洗いだ。腕時計をしていたら手首はきちんと洗えない！

あるとき、若い研修医にエム（業界用語でMRSA）メチリン耐性黄色ブドウ球菌の隠語が病院に多発する理由をきいてみた。かれいわく、「空調の問題でしょう」。全然わかっていない。君の手が問題なんだよ！ 「手は洗ってます」といばる君。手術室での手洗いではなく、その腕時計をしたままのスタイルで、病棟での「正しい手洗い」が本当に実践できていると思っっているのが間違いの元だ。そもそも、感染経路に関する認識のなさがさびしい。MRSAは「接触感染」する病原体なのに！

この程度が、たいへん残念ながら、わが国の医療者の実態なのかもしれない。

感染管理看護婦の制度化は、欧米に遅れること四〇年
別の例をあげよう。

これから研修をはじめるとして、新米医師（研修医）たちを対象とした年度はじめのオリエンテーションで、バイオハザードマーク（九一ページの図）をみせてその意味を尋ねた。バイオハザードマークとは、感染性のある廃棄物を収納する容器に張られている万国共通のマークのことだ。「はい」の答えは、がっかりするほどの少なさだった。数日後、医療品・機器メーカーの新人社員を対象とした研修会によられたので、同じことをきいてみた。入社間もないかれらの大部分がそのマークの意味をきちんと理解していた。短い間に社内教育を受けていたのだ。六年間に及ぶ医学部教育になにか欠けているところがある証拠だろう。

欧米の病院では、感染症対策専門のトレーニングを受けた看護婦である感染管理看護婦（ICN）が「院内感染対策チーム（ICT）」の中心となって院内感染防止にとりくみ、大きな成果をあげている。彼女らは権限と予算をもち、縦横無尽に働いている。当然、専任だ。ICNが制度化されたのは、イギリスでは一九五九年、アメリカでは六三年のこと。

ICNに求められる資質として、イギリスでは、①メリー・ポピンズのように、まわりを楽しく、やりがいとやる気のある雰囲気になると同時に、相手の悩みやその解決法を常に考えること、②シャーロック・ホームズのように、冷静に証拠を集めて問題を絞り、解決する能力、そして、③アッシジの聖フランシスコ（一三世紀初頭のイタリア、アッシジ出身の「保護の聖人」で、九一ページで紹介する「聖フランシスの祈り」が有名）のように、まわりからの信頼をえて、人のために身を粉にして働くこと、の三点があげられている。

わが国でも、ICNやICTが動きだしてはいる。かたちのうえでは、一九九五年、すべての国立大病院に「感染対策看護要員」の増員が認められた。しかし、残念ながら、欧米のような「専任」のICNをもっている病院は数えるほどしかない。わが国のICNは、病棟や外来業務との兼任職が大部分なのだ。しかも、権限も予算もかぎられているし、医師たちは彼女たちのいうことを簡単にはきこうとしない。九九年に日本看護協会が行ったアンケート調査では、全国三三八九病院のうち、ICNをおいている病院は二八パーセントにすぎず、しかも、専任ICNのいるのは、そのうちたったの三パーセントだった（九割以上が兼任）。

感染症専門医の数も実はわが国にはたいへん少ない。「感染症科」をもっている病院が日本に少ないのは、医系大学に感染症を専門とする内科部門が少なすぎることに原因がある。欧米ではほぼすべての病院に「感染症科」があり、感染症専門医が複数配属されている。

抗生物質や消毒剤の正しい使い方や院内感染防止対策に対する教育・啓蒙は、かれらの重要なしごとである。これら本物のプロの意見が、効率のよい感染症対策に必須であることはいうまでもない。それが欠落しているのが、現代日本の医療の現実なのだ。日本に感染症専門医の増えない理由は、受け皿となる「感染症科」が少ないために、就職先がない、出世できない、したがって、つぶしがきかないといった悪循環があるからだろう。

ちなみに、日本看護協会が主催・認定する認定看護師（救急看護、重症集中ケア、ホスピス

バイオハザードマーク



感染性廃棄物の廃棄容器に表示する世界共通のマーク。
マークの色によって、内容物が識別される。赤色：血液・体
液などの液状物、橙色：血液・体液の付着した固形物、
黄色：注射針、メスなど鋭利なもの。

聖フランシスの祈り

主よ、私をあなたの医療の僕しもべにしてください。

病には治療を、負傷には援助を、苦しみには安堵を、絶望には
希望を、そして死には受容と平安とをもたらすことができますように。

どうぞこの私が、自分を正当化するよりも他の人びとなごきに慰めを与
え、服従させるよりも他を理解し、名誉を求めるよりも他を愛するよう
にしてください。

なぜなら、私たちは自分を与えることによって人びといひを癒し、相手
のはなしをきくことによって慰めを与え、そして死によって永遠の生
へと生まれ変わるからです。

ケアなど計一〇分野)の研修コース(二ヶ月の通信教育と実質六ヶ月、八一〇時間の研修)に「感染看護」が加わったのはようやく二〇〇〇年四月からだ。第一回の認定試験は二〇〇一年六月だ。人手がかかるため、養成できるのは一年に二〇名程度にすぎない。

また、感染症関連学会のつくるICD制度協議会が感染管理医師(ICD)の認定をはじめたのは一九九九年二月。二〇〇〇年一二月で、ICDは合計一五七〇人。二〇〇一年二月には東京で第一回ICD講習会が開催された。ようやく「かたち」が整いつつあるといった状況だ。

MRSA院内感染の蔓延、針刺し事故の低い届け出率、感染性廃棄物の分別不十分による廃棄物収集運搬関係者の院外における針刺し事故の多発、院内感染防止のための院内勉強会やセミナーの開催が心許ないことなど、対策の遅れ(後進性)をふりかえってみてほしい。その理由は明白だ。

ここで、衝撃的なデータをご披露しよう。入院患者さんから分離・培養される黄色ブドウ球菌のうちを占めるメチシリン耐性菌、つまりMRSAの割合をMRSA率とよぶ。MRSA院内感染対策の最先進国であるオランダやデンマークなどの北欧諸国では、この数字は一パーセント以下。MRSA感染症がでると症例報告するほどめずらしくなっている。イギリスやドイツでは数パーセント程度。院内感染では評判の悪いフランスや南欧諸国の数字が三〇パーセント。アメリカの数字も三〇パーセントだ。はてさて、日本は？

驚くなかれ、この数字は全国どこでも七〇〇八〇パーセントに達するのだ（オビに示したデータファイルを参照されたい）。外来患者さんのMRS A率でさえ、信じられないくらい高く、二〇〇二五パーセントなのだ。なにをかいわんや。

そう、残念ながら、日本の病院は抗生物質の効かないMRS Aのすみかとしてしまっている。医者や看護婦がMRS Aの運び屋になっているのだ。MRS Aが病院にいるのはしかたがないことといった主旨の発言がよくきかれるが、それは、同じレベルの医療をしている先進諸国と対比する視点を忘れたドメスティックな発言といわざるをえない。

国立大阪病院のホームページから、小塚雄民皮膚科部長の書かれた「エルメレンスとグロニンゲン大学病院」の一節を引用させていただく。

「（オランダのグロニンゲン大学病院を）院内感染対策視察の目的で訪問したが、抗生物質の使用に厳格な制限が設けられているため、検出された約二〇〇〇件の黄色ブドウ球菌のうち、四件のみがメチシリン耐性菌であるときき感銘を受けた」

ちなみに、エルメレンス医師は一八七〇（明治三）年、オランダのグロニンゲン大学から外国人講師として来日し、国立大阪病院の前身となった大阪府医学校病院で教鞭をとった人物である。北欧でもMRS A感染が問題となった時期があった。北欧やイギリスでも手洗いの徹底はなかなかむずかしい課題だ。とくに、医者がダメだそうだ。徹底した安全教育、とくに前に紹介した「病棟ではぜったい顔を触らない、万が一触ってしまったらすぐ手洗い」

がもつとも有効なのだ。

患者のみなさん。自分の身を守るために、医者や看護婦が顔の汗を拭いたら、あるいはめがねに触ったら、すぐに手を三〇秒間洗うかどうかみはっていきたくて下さい。

日本初の院内感染被害者は大村益次郎だった

しつこいようだが、もう少し院内感染問題にこだわりたい。

世界医師会のジュネーブ宣言、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」。

ギリシャ時代の有名な医聖ヒポクラテスの誓い、「患者の利益につながることを考え、危害を加えたりしない」。

フロレンス・ナイチンゲールが一〇〇年以上前に著した『病院覚え書き』の一節、「病院が備えるべき第一の必要条件は、病院が病人に危害を与えないことである」。

逆説的だが、これらはいずれも「医療それ自体が内包する危険性」を明確に意識したスロガンなのである。

前にも紹介した適塾の創始者、緒方洪庵の要約した「扶氏医戒之略」一二ヶ条のうちの第三条をつぎに紹介しよう。

「その術を行うにあたっては、病者をもって正鵠とすべし。決して弓矢となすことなかれ」

正鶴とは弓のマト中央の黒点のことで、ただ病者をみよ、患者を試験台にするなど論じている。入院患者に新たに加えられる危害の代表は「院内感染」だ。最近では「病院感染」とも称される。病院にかかったために病気になるのでは、とてもとても悲しすぎる。筆者の母親のはなしでは、筆者が二歳のときに何ヶ月も病院ですごしたのだそうだ。百日咳で入院している間にはしかをもらい、治りかけのころ猩紅熱になったという。治る病気なら予防接種代わりと思えばいいが――。

ある病院の病理医が、水ぼうそう（水痘）による肺炎で死亡した白血病患者を病理解剖した。二週間後、執刀医本人だけでなく、子どもたちを含む家族全員が発熱と皮膚の水膨れをきたした。幸い、全員自然治癒したが、病理解剖という医療業務を介した「業務感染」（院内感染の一種）の代表例といえよう。

水痘ウイルスが小児白血球病棟で「敵」とよばれる理由は、そのつよい感染力と「空気感染」による感染経路にある。かの病理医も、解剖室で発生したエアロゾル（細かい水しぶき）「飛沫核」を吸入して空気感染したに違いない。空気感染をきたす病原体はたった四つしか知られていない。結核、麻疹、水痘、そしてレジオネラ（在郷軍人病肺炎の病原菌）だ。水分に乏しい飛沫核のなかで生き延びることができ、しかも少数の病原体で感染が成立する（感染力が高い）という条件をクリアする病原体は例外的なのだ。ちなみに、MRSAは空気感染しない。乾燥にはつよいが、飛沫核に含まれる程度の少数の菌では感染が成立しないた

めた。

感染症の感染経路を正しく理解することは、その予防の最重要ポイントである。院内感染を考えたとき、たいせつな感染経路は三つ。ひとつ目は前に述べた「空気感染」、ふたつ目は風邪や百日咳や風疹（三日はしか）に代表されるような「飛沫感染」（くしゃみや咳などの大きなしぶきによる感染であり、しぶきは床に落下するため、一米ートル以上離れば伝播しない）、そして三つ目がMRSAに代表される「接触感染」だ。

空気感染の防止には、特殊フィルターを用いた空調の整備と特殊な感染対策用マスクの着用が求められる。飛沫感染防止では、ふつうのガーゼマスクをつけることとうがいを行なうことが肝心だ。机やテーブルに落ちたしぶきを触った手で病原体を体内にもちこむことも少なくないので、手洗いも重要である。接触感染の防止には、なんといっても「正しい手洗い」がたいせつだ。

参考までに述べると、わが国最初の院内感染の犠牲者は、明治二年一月二日に創設間もない大阪府医学校病院（現在の国立大阪病院）で死亡した天才的軍政家、長州藩士の適塾徒、そして周防国の農民出身の蘭医でもあった大村益次郎（村田蔵六）だとされている。職業武士の解体、徴兵制、国民皆兵を提唱したために、九月四日夕刻、京都三条木屋町で薩摩藩系保守派の刺客に襲われた大村は、一〇月二十七日に大阪で右大腿部の切断手術を受けた。結局、創傷感染から敗血症を併発し、一月五日に他界した。四五歳だった。国立大阪病院の東南

角には現在、かれを記念する大きな石碑が建っている。

ちなみに、入院中の蔵六を五〇余日間看病しつづけたのは、かのオランダ医（実は、ドイツ人）シーボルトの娘で日本最初の女医（産科医）でもあったイネだった。蔵六は宇和島でイネの用心棒兼蘭学指南役をつとめ、一緒に住んだことがあった。そして、イネと蔵六が登場する小説『花神』（新潮文庫）の著者である司馬遼太郎氏が、一九九六年二月一二日に大動脈瘤破裂で亡くなったのは、奇しくもこの国立大阪病院だった。

一 女性の問題提起が、制度改革の原動力となった

富家恵海子とみいえみこ氏の一連の作品『院内感染』（一九九〇年）、『院内感染ふたたび』（九二年）、『院内感染のゆくえ』（九五年、いづれも河出文庫）は、MRSAによる院内感染の恐ろしさを患者家族の立場から訴え、なにが問題で、どのようにすべきなのかを示してくれた院内感染対策のバイブル原典である。ぜひ一読されたい。高度医療の発達した日本で、なぜ院内感染のようなできごとで尊い命が奪い去られていかねばならないのかという彼女の、そしてまた多くの患者家族の素朴な疑問に答えるべく、私たち医療者は「患者中心の医療」を行ってゆかねばならない。

一般市民である富家さんの問題提起は、「院内感染対策」用に一床あたり一日五点（五〇円）の対策費用を保険診療のなかで保証する原動力となった。九六年四月の診療報酬制度の

みなおしで、病院がM R S A院内感染対策委員会を設け、感染情報レポートを作成して、各病室の入り口に即乾式手指消毒液を設置する場合に、入院患者ひとりにつき一日五点（五〇円）の保険点数がつくこととなったのだ。この画期的な制度改革「院内感染防止対策加算」は、手洗いの励行が大前提となっている。特別に大きな拍手を送りたい。なお、二〇〇〇年四月の診療報酬改定では、もう一步進んで、やって当然の院内感染対策を怠った場合に五点の減額扱いへと変更された。

富家さんには、毎年春、東海大学の医学部生のために講義を担当してもらっている。忙しいしごとの合間をぬって、医学生に切々と訴えてくれる彼女の問題意識を、学生たちはきちんと受けとめてくれるだろうか。

M R S Aによる院内感染にとくに弱いのは、白血病やがんなどで治療を受けて白血球が減っている人、手術後で局所的な感染を生じやすい人、それに新生児と老人である。M R S Aによる肺炎は抗生物質が効きにくいのみならず、肺に空洞をつくりやすいため、いったん発症すると致命的になりやすい。手術部に感染したりすれば、敗血症となって菌が全身を回ってしまう。これもしばしば致命的だ。

しかし、単にM R S Aがいる（培養される）ことと、病気の原因になっていることとは違うという点も正しく理解されねばならない。

感染と発症の違いは、医療者の間でさえ正しく理解されていないことがある。黄色ブドウ

球菌は人の皮膚に常在する菌で、そこにいてもまず悪さをすることはない。不顕性感染だ。しかし、これは他の人への感染源となる。MRSA院内感染の多発は、まさしく、顔に菌を住まわせていることに気づかない医療者が多数いることを意味している。

悪名高い病原性大腸菌O157は、一九九〇年に埼玉県浦和市（現さいたま市）の幼稚園で、九六年には岡山県邑久町と大阪府堺市の小学校で、相ついで集団感染を生じた。疫学的な調査で、いずれの流行においても、便から菌が検出された小児の三割は無症状、六割は下痢症状のみで、高度の出血で重症化したのは一割程度だった。死亡したのは、それぞれ、発症者二五一名中二名、一〇四名中二名、五七二七名中三名だった。同じ給食を食べても人によって抵抗力はずいぶん違うものだ。この点は、MRSAについても同じだ。

にもかかわらず、患者さんののどからMRSAが培養されただけでバンコマイシンというとおきの特効薬を使ったり、床ずれからMRSAがただけで個室隔離するといった誤った対応（過剰反応）をしている病院が少なくない。残念きわまりないことに、なにが適切な処置なのか、病院スタッフに十分に理解されてはいない。

のどや床ずれにMRSAがいると、老人福祉施設が入所を拒否するといった誤った対応もまかり通っている。床ずれを治してあげれば、特効薬など使わなくても菌は消えるのだ。逆に、床ずれを治さないかぎりなかなか菌は消えない。のどにただけのMRSAは、退院して抗生物質をやめれば、早晚消えてゆくはずである。とりあえず、むりやりにバンコマイ

シンを投与して病変をMRSA陰性にしておかないと退院・転院できないといった事態はどうみても異常だ。必要のない患者さんに特効薬を使うと、その薬さえ効かない菌を生みだしてしまいかねない！

患者さんのための正しい対処法・治療法への啓蒙は、在宅ケアに携わる介護福祉士やヘルパーだけでなく、医師や看護婦にも必要不可欠なのが、わが国の医療・福祉の実状だ。

レジオネラ菌は温泉や加湿器が大好き

感染症の発症に必要な六つの条件

レジオネラ肺炎という怖い肺炎がある。温泉旅行から帰ったあと高い熱と息苦しさを訴えて病院をおとずれる老人がいる。亡くなることの多い感染症だ。英語で「レジオネア」が在郷軍人のことなので、在郷軍人病の別名もある。一九七六年に、フィラデルフィアのホテルで開催された全米在郷軍人会で、ホテルの外を通りかかった人を含めた二一人が肺炎となり、二人が死亡した事件にちなんでこの病気は命名された。レジオネラ菌という細菌に汚染された空調の空気を吸って感染した「空気感染」だった。

九六年一月に都内の大学病院で発生した新生児のレジオネラ肺炎は、この病気が院内感染としても生じるといふ貴重な教訓を与えてくれた。給水タンクの汚染による事故だった。そ

の後、厚生省（現厚生労働省）通達によって、冷却塔の管理やレジオネラ菌汚染の定期的なチェックが全国の病院で行われるようになった。

レジオネラ菌は細胞のなかでしか増殖できない細菌であり、水中では病原性のないどこにもいるアメーバに寄生する。このアメーバが温泉水の温度、四二度前後が大好きなために、この温度付近の水はレジオネラ菌に汚染される確率が高い。老人が温泉で感染するのは、温泉のお湯が細かい水しぶきになりやすい場所、つまり、温泉水によるシャワーや滝状のお湯にうたれたりするためだろう。水しぶきに含まれるアメーバもろともレジオネラ菌を吸いこんで肺炎になるのだ。ただし、温泉の湯気のなかに怖いレジオネラ菌がいるわけではないのでご安心を。

いったん発症した患者さんからまわりの人へ伝染しない点も、この病気の大きな特徴だ。アメーバという保護体があるや存在しないので、さすがのレジオネラ菌も生き残れない。

数年前から、二四時間風呂がレジオネラ肺炎の元凶であるとする発表やマスコミ報道が少なくない。たしかに、四二度に保たれるお湯のなかでレジオネラ菌は居心地がよからう。たくさん菌がみつかる。だから、二四時間風呂は危ないのだろうか？

菌がそこにいることと感染症をひきおこすことは違うことを思いだしてほしい。感染症が成立するためにはつぎの六つの条件をすべて満たさねばならない。すなわち、①病原体がいること、②病原体に感染力（病原性）があること、③感染成立に十分な菌量があること（感

感染力のつよい菌では比較的少数で病気をひきおこす)、④感染経路が成立すること(空気感染、飛沫感染と接触感染がとくにたいせつ)、⑤感染の入り口があること(赤痢菌やO157は口から、結核菌やレジオネラ菌は肺から侵入する)、⑥感受性のある人がいること(ワクチン接種により免疫力があれば発症しない。ただし、レジオネラ菌に対するワクチンはない)の六つだ。

レジオネラ肺炎の感染経路は細かい水しぶきによる空気感染である。お湯のなかにくら菌がいようが、レジオネラ菌は皮膚を通して感染はしない。たとえ、菌を吸いこんでも少量なら感染するにいたらないだろう。湯気からは決して感染しない。だから、二四時間風呂のお湯をシャワーに使わないかぎり、レジオネラ肺炎のリスクはたいへん低い。

危ないのはむしろ加湿器だ。タンクの水を毎日換えないで使うと、霧状の水滴に含まれるレジオネラ菌を吸いこむかもしれない。無用な院内感染を防ぐために、病室では加湿器はむやみに使わないほうがいい。

ついでながら、病室に飾る切り花の水も毎日換えなければダメ。緑膿菌りよくのうきんやセピア菌といった消毒液のなかでさえ生えてくる、お水大好きのしぶとい菌たちが増えてしまうからだ。もちろん、水を換えたあとは、どこかに触る前によく手洗いしてほしい。

ところで、最近、二四時間風呂を使ったこともたちに、ときどき妙な皮膚病が発生している。その原因はレジオネラ菌ではない。四二度の温度が大好きなトリ型抗酸菌(非結核性抗

酸菌の一種）という水のなかによくいる細菌による感染症なのだ。浴槽の掃除を怠った場合に生じやすい。二四時間風呂は現在、全国に一四〇万台ほど普及しているそうだ。やっぱり、お風呂はこまめに清掃することが肝心だ。

年間一万五〇〇〇人が栄養剤の点滴で死亡!?

日本は危険な点滴器材をいまでも使っている

点滴に使用されている三方活栓さんぽうかつせんという器材がある。点滴チューブの途中から抗生物質や抗がん剤などの点滴を追加することがある。この場合、三方活栓につながる。

使用しないときには三方活栓の穴の部分はキャップでカバーされるのだが、実はこの部分にたまる少量の水分は一時的に外気に曝さらされる。その消毒には、アルコールがもつとも有効だ。しかし、実際に調べてみると、この露出部の点滴液からかなり高い確率で細菌が培養される。そして、この細菌類が体内に注入されるのだ。二〇〇一年になってからも、三方活栓で増殖したバチルス属の細菌による敗血症が新聞報道されている。

こうした危険を避ける目的で、アメリカでは三方活栓はもはやほとんど使用されていない。その代わり、閉鎖式輸液回路とよばれる特殊な点滴ルートにきり替えられている。

残念ながら、日本ではこの安全器材の導入はかぎられており、ときどき患者の発熱事故や

敗血症が発生しているのが現状だ。こういった重要な部分を経費削減の対象とするのはぜひ避けてほしい。

静岡県西部浜松医療センターでは、感染症科の矢野邦夫氏が中心となって、いち早くこのシステムを全面的に導入した。ある講演会で「うちの若い看護婦は三方活栓の使い方を知らない」と氏がいわれていたのがとても印象に残った。

手足の静脈を利用するこうしたふうの点滴のほかに、心臓に近い太い静脈（中心静脈）にチューブを挿入して行う点滴がある。腸での栄養の吸収ができない場合に緊急避難的に行われるこの栄養管理法は高カロリー輸液（中心静脈栄養）とよばれる。チューブは鎖骨下、頸部あるいはそけい部の静脈から中心静脈へと挿入される。わが国では手術前後の栄養管理という名目でこの方法が安易に利用されるくらいがあり、中心静脈用チューブの使用量は年間一八〇万本にのぼるとされる（一九九九年）。いっぽう、欧米では高カロリー輸液の利用は反省期を迎えている。ここで、問題点をまとめてみよう。

カテーテル敗血症での死亡は交通事故死より多い？

高カロリー輸液のもっとも恐ろしい合併症は、中心静脈チューブの感染による敗血症（カテーテル敗血症）である。感染率は一〇パーセントと試算されている。アメリカのデータを参考にとすると、カテーテル敗血症をきたすとその四分の一は感染が直接の死亡原因となる。

ところで、中心静脈チューブは一定期間ごとに入れ替えられる。患者ひとりあたり平均三本のチューブが使われると仮定しよう。そうすると、わが国では年間一万五〇〇〇人もの人がカテーテル敗血症で死亡している計算になる。この数字は、交通事故で死亡する人よりも多い（もっとも、交通事故一週間以降に死亡した場合は事故死にカウントされないトリックがある）。欧米と違って、わが国ではなぜか実態調査がない。

欧米から発表された高カロリー輸液に関する論文では、「この方法が重症患者や外科患者の生命予後を改善することはない」と結論されている。したがって、欧米では、腸管がまったく使えない患者に適応を限定すべきであるといわれている。

カテーテル敗血症は皮膚挿入部の感染が原因となるため、挿入に際して厳密な感染防止対策が必要である。十分な皮膚消毒、清潔な手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子の着用、大きくて清潔な覆布の使用、皮膚刺入部を密封する透明な滅菌シートの使用が求められる。

わが国における高カロリー輸液治療の問題点としては、①適応の過剰な拡大（この方法が重症患者の治療に欠かせないもので、カテーテル敗血症は必要悪であるという誤解）、②標準的な無菌管理が記述されたガイドラインの欠如、③カテーテル敗血症の怖さ・予防対策に関する認識・知識の不足、④カテーテルの留置期間が長くなりがちなこと、があげられる。つい最近問題となった、某精神病院における高カロリー輸液の乱用（口から食べられる患者さんに対してさえ行われていた！）を知れば、ため息が怒りに変わってもおかしくない。

さて今度は、点滴が終了したあとの時点にはなしをきり替えよう。使用済みの点滴セットは、当然ながら再利用されることなく、すべて廃棄物となる。医療廃棄物問題は別のところで触れるが、ここでは少しだけ先どりして、廃棄物の分別、つまり、点滴セットがすべて「感染性廃棄物」ではない点について触れたい。

静脈に挿入する針とそれにつながるチューブの部分が「感染性廃棄物」なのはわかりやすい。ところが、静脈血はやたらに逆流はしない。点滴セットにはチューブの途中に液量を調節する部分があるが、ここが逆流防止装置の役目を果たしている。つまり、その部分より上のチューブと点滴ボトルは血液に汚染されていない。

したがって、使い終わった点滴セットは液量調節部分の上で切り離して、感染性廃棄物の「減量化」につとめなければならない。ただし、当然ながら、点滴ボトルの再利用は禁止だ。すべてまとめて感染性廃棄物として扱うようなことは、どうかごめんこうむりたい。

絨毯を敷いた病室は危ない

ある産科病院が新築された。売りは、豪華なホテルなみの食事と快適でゆとりのある病室。贅沢さをあと押しする目的で導入されたのが、豪華な絨毯だ。絨毯を敷き詰めた病室。さて、みなさんはどのように感じるだろうか。

たしかに、お産する女性は病気ではないし、正常分娩に健康保険はきかない。たった数日を快くすごすのに文句はない。そういう病院なら、掃除は毎日欠かさないだろう。

しかし、たまには思いもよらぬ合併症がおこるだろうし、帝王切開をする場合もあろう。そうすると、感染症のリスクが発生する。感染症のリスクの側面から床を考えてみよう。

有効性の高い院内感染防止対策を実施するには、リスクに応じた対策が重要である。

無菌の体内に直接挿入する医療器具（針、メス、カテーテルなど）は、「高リスク」に属し、「滅菌」が必要である。常在細菌がいる粘膜表面に直接接触する医療器具（内視鏡、挿管チューブ、呼吸器など）は、「中間リスク」であり、器具は「消毒」されねばならない。正常の皮膚が接触する器材（トイレの便座、洗面台、ドアノブ、ベッドなど）は、「低リスク」であり、「洗浄・清掃」が求められる。消毒する必要はないし、とり扱い者の健康管理、環境汚染や医療経済の視点からすると、消毒してはならない。直接肌が触れない病室の床や壁はさらにリスクは低く、「最小リスク」に分類される。つまり、「清掃」レベルの対応が正しい。消毒が無用であることはいうまでもない。

では、便座が下痢便で汚染されたり、血液が床に落ちたらどうするのか。そのときは、汚れた部分だけを拭きとり、部分消毒すればよい。

たとえ消毒剤を使っても、正しく使わなければ消毒はできない。消毒薬のなかでも増える細菌（緑膿菌、セブシア菌、霊菌が代表）は院内感染の元凶となる。MRSAも消毒剤のなか

でけっこう生きながらえる。緑膿菌は雑巾ぞうきんのにおいの元凶であり、たまり水があればどこにでもいると思つてよい。しかも、抗生物質が効きにくいので院内感染の代表的な病原菌となる。とくに、全身やけどの患者さんの憎き敵だ。その名のとおり、緑色の膿うみをつくる。とにかく、消毒剤の継ぎたし使用は厳禁だ。消毒剤を浸した綿球やガーゼも、細菌汚染を防ぐために、作製後一日以内に使うのが大原則だ。

ついでながら、洗面器に消毒剤をためて手を洗う昔ながらのやり方は危険きわまりない。消毒剤が緑膿菌や霊菌の温床になっている可能性があるからだ。もしそのような非常識な病院がまだあったとしたら、さっさと退院したほうが身のためだろう。

「世界の恥」ともいふべき消毒法を用いている病院

ここで一度、滅菌および消毒とはなにかを考えてみよう。滅菌とは、すべての微生物を死滅させるか、完全に除去することをさす。滅菌は器具類にかぎって可能で、人体そのものを滅菌することはできない。消毒とは、人体に有害な微生物の感染性をなくすか、数を減らすことである。注意すべきは、消毒とは消毒剤を使うことと必ずしも同じでない点だ。

十分な洗浄は高い消毒効果をもっている。微生物が病気をおこすには一定以上の菌数が必要である。一匹や二匹の菌がそこにも病気になるわけではない。感染力がたいへん高い腸管出血性大腸菌O-157、赤痢菌せきりや結核菌なら一〇の一乗個（二〇〇九匹）の菌で病気

になるが、コレラでは最低でも一〇の四乗（二万匹以上）、食中毒にいたっては一〇の五乗（二〇万匹）から一〇の八乗（一億匹）が必要とされている。つまり、十分な洗浄によって、菌の密度を発症するレベル以下に薄めれば感染性はなくなる。ちなみに、石けんを用いた十分な手洗いにより減少する菌数は、手洗い前の一〇〇分の一程度であるとみこまれる。

もうひとつ重要な点は、乾燥の消毒効果である。MRSAや結核菌などの一部の例外を除いて、乾燥状態では菌は生き残れない。洗濯物を干すことは有効な消毒法となる。ついでに日光の紫外線による消毒・殺菌効果もある（ただし、日の光のあたった部分だけ）。

だから、床が部分的に汚染された場合でも、十分に拭きとってよく乾燥させれば、必ずしも消毒剤はいらないともいえる。しかし、結核菌、O157の場合には必ず消毒剤を使ってほしい。おわかりかな？

消毒剤の有効な使用方法についてもおさらいしよう。有効な消毒には、温度、濃度、そして時間^④の三要素を守ることが重要だ。消毒剤はふつう、室温で使われるが、低温では効果が低い。消毒剤を適切な濃度に薄めることも基本である。ここでもっともたいせつなのは時間である。最低でも三〇秒間の接触時間がポイントである。手の消毒の場合は、手指をこすって温度をあげると効果が高まる。アルコール消毒用の綿でちよつと拭いた程度は消毒のうちに入らない！ それと、消毒のあとの乾燥も忘れずに。

笑えないはなしがある。アルコール入りの消毒剤で皮膚を消毒し、十分に乾かないうちに

電気メスを使った外科医がいた。アルコール分が発火して、患者さんはやけどしてしまった。消毒効果を高めるためにも、くれぐれも、消毒のあとには乾燥を！

汚れがあると消毒剤の効果がすぐに落ちてしまうことも重要な点だ。石けんなどでよく汚れを落としたあとに消毒するのがもっとも有効だ。便や血液の上に直接消毒剤をかけても消毒効果は乏しい。だから、便や血液をよく拭きとってから消毒するのが正しい手順だ。

さらにもうひとつ。消毒剤は決して「噴霧」してはならない。濃度が不安定で接触時間が少ないだけでない。噴霧された消毒剤を吸入することはたいへん危険である。病室の床に消毒剤を噴霧するような病院があったら、この場合も別な病院を探したほうがいい。ここではさぞかし、「病院のにおい」がきついことだろう。

最近はずすがにないと思うが、以前は病室を「ホルマリン薫蒸」くんじょうすることがあった。床や壁を消毒しようとするこの方法は、むだであるばかりでなく、ホルマリン漏れによる健康被害や経費の点からみても、やってはならない作業である。

まだときどきみかける風景を紹介しよう。病室のドアに消毒剤がおいてあり、「衣服に噴霧してください」などというとんでもない表示のある病院がある。そのような指示にはゆめゆめ従いませぬように！ それにしても、なんと認識度の低いことか。日本の恥どころか、世界の恥だ。病院関係者はいま一度、リスクに応じた感染防止対策をたっぷりと勉強しながらしてほしい。

さて、はなしを絨毯に戻そう。病室の床は必ず分泌物や血液で汚染される。そうでなければ病室ではない。絨毯が敷いてあったのでは洗浄も消毒もままならない。乾燥が唯一の消毒法になってしまふ。つまり、院内感染防止の立場からすると絨毯は「憎き敵」ということになる。そのうえ、絨毯にはほこりがたまりやすい。特殊なフィルターのない掃除機で掃除されたら、それこそ病室中を乾燥につよいM R S Aが飛び回ることになりかねない。絨毯を敷いた病院の床は、もはや「最小リスク」といえないかもしれない。

要するに、病室に絨毯を敷くような病院は、院内感染防止に対する注意など皆無の、とても危ない病院ということになる。ストレッチャーやワゴンなども摩擦で運びにくからう。つまり、職員の働きやすさに対する配慮もまた欠けている。

病院にだいいじなのはみづえではない。ハードでは機能性、ソフトでは問題意識だろう。病院長室の絨毯ならいいだろうという発想は、それなら婦長室や医長室もと拡大解釈されやすい。あとで絨毯を撤去するにはお金がかかるのをご存じだろうか。昨日もやっていたのだから、あの病院もやっているからこれでいい、といった悪しき因習を断ちきるには「気づき」とともに「勇気」と「決断」も必要だ。

病院の床についても一言。病院の床は、掃除のしやすさ、すり傷の補修の容易さ、耐薬品性が求められる。そのため、わが国の病院では、床を定期的にワックスがけしているのが現状である。ワックスがけされたピカピカの床はいかにも清潔そうである。ところが、ヨ-

ロッパの病院ではこのワックスがけ作業がない。ワックスがけしなくても清掃しやすく、傷の修復をしやすい床材が使用されているためだ。ワックスがけには時間・手間・コストがかかるうえ、二四時間稼働の病院では、多くの人が、とくに入院患者さんに迷惑がかかる。汚れたワックスをはがす目的で使用する化学薬品は作業者の健康や環境にやさしくない。病院設計の段階では、床材にも大いなる配慮が必要だろう。

わが国でよくみかけ、欧米では決してみられない院内感染防止対策を追加しよう。部屋の入り口の床に張る「粘着マット」とガウンロッカーのなかに設置された紫外線照射装置である。粘着マットはほこりに混じる細菌のたまり場になるばかりか、金額的にもばかにならない出費となる。紫外線照射は、一見有効のように思えるが、二〇センチ以上離れた場所には殺菌効果がないことはよく知られている。

なにかやっておくと安心といった側面しかないこうしたむだな対策は、また、肝心な手洗いや床の清掃をついおろそかにする元凶となる危険性を秘めている。

手術前のエイズ検査に意味はない

わが国の多くの病院では、手術のような出血を伴う医療行為を行う前に、患者さんの同意のもと、B型・C型肝炎ウイルスやエイズウイルスの検査が行われている。いや、行われて

いたと過去形でいいたいところだ。もし陽性だと、「感染症扱い」のレットルを張られ、専用の手術室で手術が行われる。その専用手術室に入るには靴カバーが必要で、手術後には床全体の消毒が行われる場合すら少なくない。

最近はずすがにないとは思いますが、患者さんに無断で手術前にエイズ検査をしている病院が少なくなかったことは疑いのない事実である。

前にも述べたように、手術室といえども、床全体の消毒は無用である。汚染部分の清掃がたいせつで、せいぜい部分消毒が許容範囲だ。

いったい、欧米ではどうなっているのだろうか。

すべての血液、体液（胸水や腹水）、分泌液（精液、便、尿）や浸出液（傷口や感染部位から浸みだす液体成分）にはなんらかの病原体がいるとみなして、つまり、患者さん全員を「感染症扱い」して対処するのが常識なのだ。いい換えれば、手術前にわざわざ感染症の検査をすることはないので、外科医は患者さんがエイズウイルスの保因者かどうかを知らずに手術することになる。そう、この考え方の実践によって、患者さんに対する不当な差別がなくなることが大きな利点だ。

この考え方は、院内感染対策の基本中の基本であり、「ユニバーサル・プレコーション（普遍的予防策）」ないし「スタンダード・プレコーション（標準的予防策）」と称される。

これには少しばかり例外があることも知っておいてほしい。エイズ予防対策に必要な知識

だ。つまり、特殊なウイルス感染症の場合を除いて、唾液と汗と涙については感染性がないとみなす。エイズ患者の使ったシーツや枕に危険性はないし、エイズ患者と握手してもキスをしても大丈夫なのだから。唾液からエイズに感染するには、バケツ一杯の量の唾が必要とされている！

医療者の身を守るための検査費用を患者が払う？

エイズ検査に関して、日本のやり方が正しくない理由を述べよう。

①まず、前に述べた患者差別の問題がある。②エイズウイルスに感染した直後の三ヶ月間ほどはエイズ検査が陰性となる期間があるため、検査が陰性でも必ずしも安全ではない。しかも、この時期の血液にはウイルス量がとくに多い。③危険な病原体は、肝炎ウイルスやエイズウイルスにかぎらない。狂牛病で悪名高いプリオンや成人T細胞白血病ウイルスもあるし、血液中に未知の病原体がいるかもしれない。④手術を受ける患者さん全員にエイズ検査をすることが感染防止に役だったとする証拠はない、というアメリカからの報告がある。

よくきかれる声は、「医者や看護婦も自分の身を守りたいので、患者さんの感染症を知る権利がある」だ。それなら、患者さんも医療者の感染症を知る権利があるはずでしょう。日本人の100人中ひとりないしふたりが肝炎ウイルスの保因者である事実には、医療者も例外でない。アメリカでは、歯医者からエイズウイルスをうつされた患者さんがいるそうだ。

結局、こうした感染症検査は患者さんのためではなく、医療者のためのものとしかいいようがない。そして、その結果、患者さんのプライバシーが主治医以外の多くの医療スタッフに知られてしまう。健康保険がきくとはいえ、お金を一部負担するのは患者さんだ。いや、その分は病院が負担するからいいだろう、といういい分をだれが納得してくれるだろうか。

そう、感染症関係の情報は、患者さんの診療上有利になる範囲にかぎって使用すべきであり、医療者のために管理してはならない。

ちなみに、日本では医療行為の結果、医療者がエイズウイルスに感染した事例は、筆者の知るかぎり、まだ報告されていない。

結核にかかる医療者が多いのはなぜ？

病理解係者はJR職員の二〇倍結核になる頻度が高い

「業務感染」あるいは「職務感染」とは、医療従事者が医療業務を行うなかでこうむる感染症をさし、広い意味の「院内感染」に含まれる。

一九九六年夏に堺市でおこった病原性大腸菌O1157による食中毒騒ぎの際に、診察に関与した少なからぬ医療者が下痢を経験するはめにいたったのは典型的な業務感染であり、医療者の職業病である。一九二八年五月二一日、五一歳の野口英世博士がガーナの地で黄熱

病に倒れた。実験室感染は過度に美談化されてはならない。

悪名高き業務感染には、「針刺し事故」によるB型・C型肝炎ウイルスやエイズウイルスの感染があげられる。針刺し事故については、事故を技術の未熟さのゆえとして恥ずかしく思う、また思わなければならないような雰囲気があることは否定できない。新人看護婦や研修医が針刺し事故をおこした場合、「腕が未熟だから針刺し事故をおこすのよ」といった刺すような視線が病棟にないと本当にいえるだろうか。

病気の人が集ってくる病院の入院患者におけるB型・C型肝炎ウイルスの保因者の確率は平均八パーセントなのに、届けられた針刺し事故は八割が肝炎ウイルス陽性例からの事故、というのはよくある状況だ。つまり、針刺し事故で届けられているのは全体の一割にすぎないことを端的に示している。すべての事故が報告されねばならないのは当然なのだが――。

以下に、病理医と病理技師の職業病を紹介したい。それは肺結核症。結核は、毎年四万八〇〇〇人が発症し（一九九九年、約三〇〇〇〇人が死亡するわが国最大の感染症である（疾患別死因統計の第二位）。世界では、年間約三〇〇万人もの人びとが結核で死亡している。この職業病の感染の舞台は、主として病理解剖室である。病理診断部門のしごとの内容は第六章の前半で説明するが、ここでは単純に、病気で亡くなった患者さんの病理解剖をする部署だと考えてほしい。

さて、どれくらい危険だろうか。九〇年に筆者らが発表したアンケート調査の結果を示そ

わが国の病理関係者における肺結核症の罹患率*1

	データ(人)／10万人／年
病理医十病理技師 (n=2,388)*2	639.5
病理医 (n=1,201)	683.9
病理医 (女性) (n=88)	2,136.8
病理技師 (n=1,187)	592.4
病理技師 (解剖介助を行う) (n=753)	823.8
病理技師 (解剖介助を行わない) (n=422)	125.1
病理医十病理技師 (1978～1988年)	559.3
病理医十病理技師 (1978～1988年) (40歳以下)	673.8
病理職員 (病理医と病理技師を除く) (n=207)	76.7
衛生学・公衆衛生学職員 (n=732)	55.3
衛生学・公衆衛生学職員 (医師十技師) (n=414)	94.2
JR職員 (n=500,000) (1982年)*3	30.0
日本人 (1982年)*3	53.9
イギリス人 (1982年)*3	15.0
イギリス病理医 (1953～1955年)	547.0

*1 罹患率とは、母集団あたりの年間の肺結核症発症者の人数から求めた、毎年新たに肺結核を発症する10万人あたりの人数。

*2 nは、対象人数を表している。

*3 1982年は病理関係者の在職期間の中央値に相当する年次。

Sugita M, et al. Acta Pathol Jpn 1990; 40: 116-127 より抜粋

う（一一七ページの表）。JR職員の結核症発症率を三〇（人口一〇万人あたり毎年三〇人が新たに結核にかかるという意味）とすると、病理関係者のそれは最近でも約六〇〇、単純計算でも二〇倍の危険度だ。四〇年前にイギリスで病理医の結核が問題となったときの数字が五〇〇だから、その危険度が容易に想像できよう。病理経験が一〇年の女性病理医は五人にひとり、結核にかかる計算になるのだから恐ろしい。五〇年間病理医として働くと女性は全員結核にかかる——。病理関係者が結核にかかる年齢は平均三〇歳前後とみな若い。たしかに、四〇歳以下の病理関係者の結核発症率にかぎっても、その数字は六〇〇に近い。

これにはつぎの六つの理由がある。①病理解剖室の感染防止対策の乏しき。②病理関係者自身の感染の危険に対する危機意識の不十分さ。③小児期のBCG（結核菌に対する生ワクチン）接種による抗結核菌免疫力への過信（成人期になるとその有効性はもはやあやしい）。④高齢の日本人にみられる古い肺結核病変のなかに、菌が生きていることがまれではないこと。⑤感染力のつよい活動性結核がみおとされる確率が高いこと（病理解剖症例からみると、たった約三〜四割しか生前に正しく診断されていない！）。そして、⑥結核菌の感染力の強さと空気感染性。結核菌は乾燥につよく、空气中を漂う少数の菌の吸入で感染を生じる。事実、老人ホームや病院での結核集団感染に関する新聞報道があとをたない。

「結核は過去の病気さ」などと呑気に構えている病理医はさすがに少ないだろう。なぜなら、生検病理診断や病理解剖で結核病変に遭遇する頻度は少なくともないのである。がんで弱った末

期の患者さんに結核が再燃することはよくあるはなし。遅まきながら、厚生省（現厚生労働省）が「結核緊急事態宣言」を発表したのは一九九九年七月だ。

肺がんを疑われて術中迅速診断（手術中にとられた病変部を病理診断室に提出して、腫瘍か、悪性か、転移か、がんはとりきれたか、悪性度はどうか、などを判定する病理診断行為。病理医がいる病院でないといけない）に提出された肺の円形病変が結核結節であることはめざらしくない。一見治ったようにみえる古い結核性病変にも結核菌は生きつづけている。しかしながら、病理解剖や術中迅速診断といった結核菌に触れる危険性のある病理業務は、あまりにも無防備な職場環境のなかで営々とこなされてきた。

欧米では、肺結核症は医療関係者の職業的リスクとして問題視され、一九五〇年代からさかんに啓蒙活動が展開された結果、医療関係者の結核症リスクはいちじるしく軽減した。それに比して、わが国ではなぜ対策が遅れたのだろうか。医療者が結核感染に対して高リスクであることを示す疫学的データがなすすぎた。つまり、病理医を含めたほとんどの医療者に問題意識が乏しかったため、だれも調査すらしなかった――。

もっとも安価で効率のよい感染防御対策は、一枚がたった二〇〇円の結核菌空気感染防止用の特殊なマスクだ。しかし、この特殊マスクすら常備されていない病理解剖室がまだ多いのはたいへん残念だ。ごく最近の調査でも、このマスクの常備率は五割に満たない。病理解剖室の改造には多大な費用が必要となる。お金をもちだす一方で一円の収入にもならない不

採算の病理解剖（病理解剖には診療報酬が認められない！）に、多額の投資をする病院は少ない。いい換えれば、安全な病理解剖室が夢でありつづける病院は少なくない。

抗結核薬の効かない結核で亡くなった看護婦もいる

病理解剖室は空気感染する結核菌に対するリスクがもっとも高いが、結核が怖い部署は院内にほかにもある。たとえば、結核菌の培養検査をする細菌検査室。結核菌を吸いこまないためには、安全キャビネットという作業台が必要だが、これが整備されている検査室はまだまだ少ない。八八年に行われた調査では、全国八二七病院のうち、安全な作業台を使用している細菌検査室はわずかに七六（九・二パーセント）。現在でも、おそらく半数には達しないだろう。

気道のなかに内視鏡を挿入する「気管支鏡検査」も危険度が高い。病変が、がんか結核かを鑑別するために検査が行われる場合も少なくないからだ。気管支鏡はたいへん苦しい検査で、患者さんはごほごほと咳をする。結核病変を内視鏡でつついて生検あるいは擦過する（つまり、病変を露出させる）のが目的の検査だ。そして、作業者はその咳を吸入しながら検査する。結核菌吸入のリスクは、通常の接触にくらべて二五〇倍ほど高いと試算されている。ただし、筆者の知るかぎり、気管支鏡による結核症業務感染の疫学的データは日本からは発表されていない。

いつも患者さんのそばにいて親身なケアをしている看護婦、とくに二〇歳台の若い看護婦に、結核感染率が高いことが明らかになっている。一九九九年に日本看護協会が行った調査では、対象となった三三八九病院のうち、実に二四八（七・三パーセント）の病院で過去一年の間に看護婦が結核を発病したという。恐ろしいほど高い数値だ。九七年には、仙台の病院で抗結核薬の効かない多剤耐性結核菌による感染で若い看護婦がひとり死亡している。

ちなみに、日本病理学会の行った最近の調査で、九七年から九九年までの三年間に病理検査室で結核感染事故のあった施設は、アンケートに答えた全国三五二病院（常勤あるいは非常勤の病理医のいる大規模病院）のうち一八（五・一パーセント）に及んだ。看護部と病理室の対象人数の違いを考慮すると、この数字の高さがわかってもらえるだろう。

さて、読者のみなさんは、病理医をはじめとする医療者がまんづよさをほめてくれるだろうか。

余談だが、病院内にかぎらず閉鎖空間に排菌患者がいるとき、結核菌の空気感染の危険性は高まる。家庭内感染のほか、病室や学校内の伝染がときどき新聞を騒がす。ホームレスの人たちの間での流行や、不法滞在する外国人の結核症も問題となっている。航空機では八時間以上のフライトでリスクがとくに高いとされ、同乗者の健診が行われる基準となっている。ロシアの刑務所では、結核の発症率が一〇万人あたり年七〇〇〇人（二〇〇人中七人が毎年結核になる、あるいは一四年服役すると必ず結核にかかる！）に及ぶという。

第四章 だれも知らない病院のゴミ問題

摘出された臓器はどうなるの？

十分水洗いし、よく乾燥させるのがコツ

病院をおとずれる患者さんには、自分のからだの不調の理由を知るという目的がある。担当医は、諸種の検査のあとで、内視鏡検査や皮膚切開をして組織の一部を採取（生検）する。細胞をこすりとって調べる場合もある。

そこで登場するのが、病理医が顕微鏡を使って行う病理診断であり、しばしばそれが「最終診断」となり、治療方針が決定される。がんや感染症、皮膚病や腎炎じんえんの診断など、現代の医療に病理診断は欠かせない。病理医は、手術された臓器や組織を顕微鏡で調べたり、不幸にして亡くなった患者さんの病理解剖も行う（くわしくは、第六章を参照）。

そう。病理診断の役目は、人体のさまざまな臓器や組織を肉眼的ならびに顕微鏡的に検索して、最終診断をくだすことにある。病理解剖や手術切除、そして生検でえられた患者さん

の臓器や組織はホルマリンで固定（腐らないように蛋白質を凝固させること）され、顕微鏡用標本がサンプリングされる。その後、パラフィン包埋、薄切（薄い顕微鏡標本の作製）、染色がつづき、病理医による病理診断にいたる。この段どりが、毎日、全国の病理診断室でくりかえされる。

病理診断室の悩みは、病院の「財産」ともいえる資料が一方的に増えつづける点にある。パラフィンブロック、スライドガラス、そして病理報告書の三点セットは、通常、半永久保存される。いっぽう、保存スペースは有限である。スライドガラスは想像以上に重く、保管用キャビネットをへたな場所に設置すると、床が抜ける可能性があると事務方から脅かされるのは、笑うに笑えない現実だ。いったい、何年分の材料を保存すべきか、各施設の事情にあわせて、個別に検討されている（最低でも五年間は保存される）。しかし、なんといいてもいちばんスペースをとるのは、ホルマリン固定された検索ずみの臓器なのだ。

ここで、知る人ぞ知る、いや、だれも知らない医療廃棄物問題を紹介してみたい。

検索の終わったホルマリン固定臓器は、その後どうなるのだろうか。生検材料のような「小物」は一〜二週間、手術切除材料や解剖材料といった「大物」は一〜二年、病院によっては数年間ほど保存するが、保存期間がすぎると臓器は「感染性一般廃棄物」と化す。次項で述べるように、血液は「感染性産業廃棄物」なのに、臓器はなぜか「感染性一般廃棄物」なのだ。廃棄物処理法の大きな矛盾点の一つである。

臓器や胎盤は、都道府県知事の認可を受けた感染性一般廃棄物を取り扱う専門業者により収集運搬・焼却処分が行われるか、まとめて棺桶くわんぼくに入れて遺体焼却場（斎場）で荼毘たひに付している。なんといつても、人さまの臓器・組織である。

というときこえがいいが、その実は、十分水洗いした臓器・組織をできるだけ乾燥させてから、まとめて袋詰めにして専門業者にだすか、棺桶に入れるのである。料金は一定重量あたりいくら（筆者が勤めていた東海大学病院では、四キロあたり二〇〇〇円）と決まっているので、できるだけよく乾燥させるのがコツなのだ。どこで乾燥させるかって？ 専用の臓器乾燥機もっている施設もあるが、大学病院を含めた多くの施設では、病理解剖室の裏側の流しに大きな金網容器をおき、このなかでじつと自然乾燥を待つといった原始的手法が採択されている。ぎよっとする風景と独特のにおい。処理するほうもホルマリンなどの異臭との闘いで鼻水だらけ状態となる。できればやりたくないしごとだ。

費用病院もちで斎場にもちこめばすべて完了ならよいのだが、事態はそう単純ではない。まず、古いスタイルの斎場の場合は、ホルマリン固定臓器・組織は焼いてくれないことが多い。いくつかの市町村の施設をたらい回しといった逸話もきこえてくる。焼肉状態となる臓器・組織からにじみでるホルマリン液が、焼却台を腐蝕ふじよくしてしまうのがその理由だ。幸いなことに、東海大学病院のある地区の斎場は比較的最近の築であり、（大理？）石製の台が設置されているとかで、ホルマリン耐性なのだ。やれやれ、問題解決。と思いきや、まだ厄介

な問題が残っていた。

あるとき、病理診断室にたまった在庫を一気に整理した。これら臓器には、解剖時にとられた背骨や、手術できりとられた下顎の骨が含まれていた。間の悪いことに、同じころ、整形外科からも冷凍保存されていた切断四肢の焼却処分を依頼されたのだ。その結果、ふだんの数倍量の「焼骨」が発生した。斎場としては、大量の「焼骨」は病院にひきとってもらわねばならない。いや、「焼骨」をひきとらなければ焼かないということになった。

病院の事務職員は、躍起になって交渉を重ねた。半年以上この廃棄物処理が滞って、解剖室の裏側が乾燥臓器の山と化しかけたころ、ようやく解決策がでた。あるお寺と契約が成立したのだ。「焼骨」を無縁仏としてまとめ納骨する。それ以降、病理解剖室の倉庫には、ホルマリン固定された臓器を入れる容器と並んで、骨壺こつぼがおかれている。やれやれ。

ちなみに、切断された手足については、現在では、患者さんないし家族の許可と役所から埋葬許可証を逐一とって、患者さんの経費負担のかたちで火葬処理に付されている。

返してくれという患者さんはまずいないけれど……

こうして苦労している臓器処理なのだが、法的にみてこれは正しいだろうか。

廃棄物処理法の規定に従えば、臓器は「感染性一般廃棄物」となる。その収集・運搬、さらに「中間処理」には都道府県知事あるいは政令指定都市の首長の認可を受けることが要求

される。ところが、斎場はそのような許可を受けていない。病院が「良心的に」行っている方法は実は違法行為なのだ。なにか変だ。そもそも、臓器を廃棄物と規定するところに根本的な矛盾がある。

最近、ホルマリン固定された臓器を生物学的に分解する技術が開発されたようだ。特殊な細菌を特定の条件下で水洗いした固定臓器の上に乗せると、一晩ほどできれいに食べ尽くしてくれるそうだ。残るは、ふりかけのような粉末だけ。この技術が実用化される日はそう遠くない。さて、臓器処理の流れが変わるだろうか。老婆心ながら、この秘薬が殺人犯の手に渡らないような管理も必要だろう。

さらにいおう。いったい臓器の所有権はどうなっているのだろうか。病院の判断で処分していいものだろうか。臓器はだれのものか。残念ながら、この点に関する法律や判例はいまのところまだない。しかし、あくまでも、臓器は患者さん本人、解剖の場合には遺族のものであるとするのが原則だ。病院が責任をもって臓器処理を行う場合、前記のような現実は倫理的側面をうまくクリアできているだろうか。

法的には、解剖された臓器の保存に関しては、死体解剖保存法一七条「標本としての保存」に「遺族の承諾を得て、死体の全部、または一部を標本として保存することができる」と規定されている。同法には処理についての規定はない。病理解剖材料の場合は、患者遺族にサインをいただく解剖承諾書に、検索終了後の臓器処理の承諾まで記されている場合が多

くなってきている。しかし、手術材料や生検の検体についてはこの種の承諾はえていないのがふつうだし、標本の保存に関する法的規制もないのだ。

死体解剖保存法一八条に基づく病理解剖指針（一九八八年）によれば、遺族が臓器の返却を申しでた場合、病院は「遅滞なく」遺族に臓器を返却しなければならぬ。幸いにも、ホルマリン固定され、ずたずたに切られた臓器を返してくれという患者さんやその家族はまずいない。自宅に飾っておいても気もちのいいものでない。どんどん処理しないと、病院の裏は臓器の山になってしまう。ただし、礼をもって処理すべきことはいうまでもない。

今後、こうした諸点に関する説明責任が病院に要求されるようになるだろう。はてさて、読者のみなさんのご意見は？

用ずみの血液で大もうけした業者のいい分

医療現場からだされる「廃血液」、つまり用ずみの血液は、感染性産業廃棄物として扱われる。「廃血液」は血液検査の残りとしても発生するが、なんといっても量的に多いのは、献血終了後の検査で輸血基準にそぐわないことが判明した不適格血液と期限ぎれの輸血用血液だ。献血後に、即「廃血液」となる血液は全献血血液の一割に達するらしい。そして、昨日まで安全性が保障されていた輸血用血液も、いったん期限ぎれになったとたんに、少なく

とも法的には、危険な感染性廃棄物とみなされる。

「はたちの献血」キャンペーンによってもたらされる安全な血液が、保存期限の三週間を過ぎて廃棄物と化す量は、決してばかにならない。ヤクルト二本に加えて、おまけに卵のもらえる駅前献血がお気に入り筆者としても、せっかくの好意をゴミとして捨て去るなど、きき捨てならない。

ちなみに、献血された四〇〇ミリリットルの安全な血液は、日本赤十字社（日赤）から医療施設へ、全血あるいは赤血球成分と血漿成分に分けられて、一パック一万二〇〇〇円〜一万六〇〇〇円の薬価で販売されている（二〇〇ミリリットルは半額）。価格は全国一律だ。

混入する白血球による副作用を抑えるために、血液に放射線照射が加えられる製剤もある。六〇〇ミリリットルの成分献血からえられる血小板は使用期限が短く、価格は一回分で一五万円近い。当然、肝炎ウイルス、エイズウイルスや梅毒の検査も徹底的に行われる。こうした安全性確保のための処理や検査に金がかかるため、値段がはるのだ。

燃やすはずの廃血液をリサイクルして年商四億円！

一九九五年夏、「廃血液」処理のむずかしさを象徴するような事件が東京都内で発生した。日赤の血液センターには、医療施設から期限ぎれの保存血が返却される。とくに、外科系の臨床各科は、輸血用血液製剤を少し多めに日赤に注文する。各病院の輸血部は、あまった血

液をなるべく有効利用すべく努力してはいるが、どうしても日赤に返却する場合が生じる。多い施設では、とりよせた保存血の一割程度が使用期限ぎりぎりに返却されて廃血液となる。輸血不適格と判断された血液もまた、当然処分対象となる。

そこで登場するのは、都道府県知事から認可を受けた「産業廃棄物処理業者」だ。「廃血液」の処理は焼却処分が大原則である。だが、輸血用にバックされた血液を焼却しようとする、爆発しやすい。これを防ぐために、紙類などと一緒に燃やすのがコツだ。

日赤の、すなわちわが国の、「廃血液」の半量以上を一手にひき受けている中間処理業者が、うまい商売を考えた。「廃血液」といっても使えないのは血球だけであって、血液の半量以上を占める血漿成分は使用に耐える。血液の上澄みである血漿は、実に丈夫なもの。たっぷりと抗菌性物質が含まれているおかげで、めったにカビなど生えないし、腐りもしない。

廃血液は焼却処分の名目のもと有料でひきとられているのだが、かの業者はこの有価ゴミのさらなるリサイクルを決行した。もともと、もの安全性は折り紙つきだ。つまり、アルブミンなどの血漿蛋白を精製して、輸入製品の半額で売りさばいたのだ。明らかに法律違反であり、マスコミ各紙は大きく報道した。東京都は行政処分として、当該業者に対して、九六年一月に一五日間の営業停止処分を科した。また、九五年一月には、浦和簡易裁判所の裁定（刑事処分）がでた。五〇万円の罰金刑。しかし、かれらのもうけた金は年間四億円に

のぼるそうだ。

なんだか割りきれない。その会社のやった行為は許しがたい。しかし、献血するボランティアの側からすれば、燃やす前になんとか一部でも有効利用してほしい。安全であることが保証された血漿蛋白を再生するシステムづくりと廃棄物処理法の適正化を求めたい。

かの業者の言。「今回は問題になったが、『廃血液』が再利用できるのはたしかであり、今後、『廃血液』の有効利用を考えなおすきっかけになればよい」。少なくとも部分的には筋が通っている。そして、この大手の業者は現在でも日赤の廃血液を『処分』している。

消毒剤のにおいのしない病院を選ぼう

アメリカのロッキー山脈のふもとをおとずれたとき、おやつと思った。山に木がない！赤茶けた岩だらけの山々をみて、地図の山岳地帯が茶色で表現される理由が納得できた。山に木がいっぱいなのは、日本のえがたい自然の恵みなのだ。

欧米の病院を訪ねると、ここでもおやつと思うことがある。病院のにおいがしない！いっぽう、電車のなかでの体験を話そう。ホルマリンづけの病理医である筆者の横にいあわせ高校生たちにもごとみぬかれたことがある。「ねえ、病院のにおいがしない？」。

日本独特の病院のにおい。それは消毒剤のにおいだ。肝炎病棟、手術室、救命救急室の裏

で、病棟婦長から指名された若い看護婦たちが毎日黙々と携わっているしごと。それが、グルタラール製剤による医療器具の「一次消毒」だ。グルタラール（グルタールアルデヒド）は消毒剤のなかでもっとも強力な消毒効果をもつが、揮発したアルデヒドガスは粘膜をつよく刺激する。いったい、どれくらいこの看護婦が涙と鼻水を流しているだろう。

それだけでない。三〇リットルといった単位で大量に使用されるグルタラールは決して安い消毒薬ではない。しかも、たとえ中和剤などで中和する場合でも、流れてゆくのは環境のなか。病理診断の目的で、電子顕微鏡検査の固定液として用いられる数ミリリットルのグルタラールなどかわいものだ。大量に使って捨てられるグルタラールは、つまり、とり扱ひ者の健康にも医療経済にも、そして環境にもやさしくない。

病院の予算削減で、設計図から真つ先に消える裏ルート

イギリスの感染管理看護士（ICN）と話すチャンスがあった。この三拍子そろいすぎた「やさしくないはなし」をすると、即座に「信じられない！」と反応されてしまった。

欧米の病院で「病院のにおい」がしないのは、こうした「日本の常識」が「世界の非常識」であるためだ。欧米では、グルタラールは内視鏡の消毒専用であり（ただし、アメリカではより手軽で安全な過酢酸へのきり替えが進んでいる）、病棟や手術室で使用したメスやはさみなどは、簡単に洗浄したあとに中央滅菌材料室へと運ばれて高圧蒸気滅菌されるのが

常識である。この消毒前の医療機材を安全に運搬できる、つまり、患者・家族用のルートと交差しないエレベーターや通路が確保されているのが、病院の一般的な図面なのだ。

わが国の病院では、もし仮に初期の設計図にあったとしても、最終段階の予算削減策のなかで真っ先に消えてゆくのがこの裏ルートなのだ。きつと、スペースが「もつたいたい」ので、病室にしてしまうのだ。そうなると、いたしかたなく看護婦が一次消毒をすべきなのだろうか。

二〇〇〇年八月六日の朝日新聞に掲載された「病院臭 病棟での消毒薬乱用が原因？」と題する記事で、取材執筆担当の田辺功氏は、「有害無益」な一次消毒を廃止して年間数百万円の経費削減につなげた健康保険諫早病院（長崎県諫早市）の「はなし」を引用している。

古くからの因習を打破するのはなかなかむずかしいが、いまやボイダールズの国際化時代である。国際標準で判断をくだすべきでしょう。そこでは、まず環境問題ありき、の姿勢が求められる。

鳴き砂の琴引浜に針つき注射器が出現したわけ

意味のない感染性廃棄物の区別が引きおこす問題

鎖国時代に「おろしや」（ロシアの古いよび方）を一〇年間も流浪した大黒屋光太夫の足跡

をたどった『シベリア追跡』（集英社文庫）の冒頭で、著者である椎名誠氏は書いている。

「光大夫の流れついたアラスカ州アリューシャン列島のアムチトカ島の海岸には、いまは大量の廃棄物が漂着しており、洋酒のびん、壊れた椅子などに混じって、日本語のラベルのついた洗剤容器やビールのプラスチックケースもみられた」

そこは、一九七一年一月にアメリカによる史上最大の地下核実験が行われた無人島だ。

九七年一月八日の朝日新聞京都版には、鳴き砂で有名な京都府の琴引浜に多数の注射器が流れつき、一部は針つきだったことが報道された。注射針の海洋投棄だ。どうやら、日本製のみならず、対岸の韓国やロシアの製品も多かったようだ。フィリピンへ「輸出」した産業廃棄物のなかに、少量だが医療廃棄物が混入していたのはごく最近のはなしだ。このパーゼル条約違反に日本政府が払った金額は実に二億八〇〇〇万円。

医療機関は廃棄物の適正処理に管理責任があるにもかかわらず、なぜこのような事態が生じるのだろうか。

ゴミは一般廃棄物（二廃）と産業廃棄物（産廃）に分類される。日本の法律（廃棄物処理法）では、一廃は市町村の責任で処理するが、産廃には排出者責任を課している。産廃処理には原則として「公共関与」（自治体の責任で収集・処理すること）を認めていない。世界的にみてこれは例外である。同じコピー用紙が病院からであれば一般廃棄物、製紙会社からであれば産業廃棄物といった矛盾は、ゴミを二種類に分けることに発する。

ゴミ処理問題の最先進国、ドイツの法体系では、「ゴミは有効利用すべき資源」「ゴミ問題は地域・国家レベルでとりくむべき環境問題」が基本的考え方だ。排出者責任は当然なのだ。個人や個別の企業の良心にまかせず、環境を共有する地域の共同責任でゴミ問題に対処しようとする。一廃も産廃もない。当然、可能なかぎり、分別による再利用・再資源化をめざす。分別を怠った個人や団体は高い料金を請求される。ドイツをはじめとするヨーロッパの国々には焼却炉は少ない。アイルランドには国中に焼却炉はひとつもないときいた。ゴミ処理は、粉碎・減量化にひきつづく埋めたてが原則だ。焼却が原則であるために多数の焼却炉のある日本のゴミ処理の現状との落差は大きい。

最近では、ドイツなどのヨーロッパ諸国では、プラスチック製品の多い医療系廃棄物はエネルギー効率が高いため、埋めたての代わりに「燃料化」することが普及してきている。わが国でも、高知医大病院、慈恵医大病院、東海大病院の三病院にマイクロ波や高圧蒸気滅菌を利用する医療廃棄物処理装置が導入された。粉碎処理によりチップ化された滅菌済み廃棄物は一五パーセントないし二〇パーセントに減量化されるとともに、燃料化が可能となる。ただし、残念ながら、燃料化の装置は日本ではまだ稼働していない。こうした処理機は一億円以上の価格だが、滅菌によってふつうのゴミになること、減量化することで、感染性廃棄物処理に要する多額の経費を大幅に削減することができる（二〜三年で元がとれる）のが大きな利点だ。

二〇〇〇年一月に施行されたダイオキシン類対策特別措置法の規制さえクリアすれば、ゴミはなんでも燃やせばよい、とする考え方には問題がある。一九九七年の京都会議で提唱された二酸化炭素排出削減は、アメリカの反対のため、いまのところ気候変動枠組条約締約国の間の合意がえられてはいないが、二〇〇二年の合意をめざして動いている。そう、廃棄物は、焼却の時代から再利用の時代へ確実に変化しようとしている。

だいぶはなしがずれたので、元に戻そう。そう、複雑きわまりないことに、医療機関からでる特別管理廃棄物である「感染性廃棄物」は、血液・体液そのものや血液・体液のついた手袋や注射器といった「産廃」に加えて、血液・体液のついたガーゼや臓器のような「一廃」が区分されている。しかし、処理の場面では臓器を除いて、現実的にはすべて産廃としてとり扱っている。まったく意味のない区別だ。

ゴミ専門業者である収集運搬業者および中間処理業者は、都道府県知事ないし政令指定都市の首長の許認可制だが、代表者のみを対象とした簡単な講習で認可がおりるために、すべての認可業者が十分な経験と知識をもっているとはいえない。処理下請けによるゴミのたらい回し、感染性廃棄物の量は産廃全体の〇・一パーセント以下と少量のため建築廃材と混ぜてしまえばわかりやしないといった安易な考え方、さらに行政監査の不徹底など問題が山積している。

こうした問題点・矛盾点は、建築廃材、工場廃液や家庭ゴミを念頭につくられた「廃棄物

処理法”のなかに、いちじるしく性質の異なる（感染性があり、リサイクルをしにくい）ように、排出量の少ない医療廃棄物が「付録」のように規定されているための弊害といっても過言ではない。独立した「医療廃棄物処理法」の制定が、つよく望まれる。

また、建築廃材や工場廃液の量が圧倒的に多い廃棄物に対する監督省庁が二〇〇一年一月の省庁再編まで、厚生省（現厚生労働省）だった点も問題がなかったとはいえないだろう（現在、廃棄物の監督・管理業務は環境省に移管されている）。

産廃業者には抜け道がいっぱい

たしかに、医療機関から排出されるゴミは感染性廃棄物が多く（全体量の約半分の）、通常のゴミより厳密な安全処理が求められる。当然、処理のための費用はかさむ。適正処理の価格は、キロあたり三〇〇円程度（容器代・運搬費に約二〇〇円、焼却処分約一〇〇円）とされている。常識的には、認可処理業者はノウハウにくわしい専門職であり、立派な焼却炉ないし融解炉を備えているはずだし、そうあってほしい。

ところが、現実はどうか。公的病院では入札制度の結果、適正処理を行おうとする良心的な業者は落札できない。なにせ、落札価格はキロあたり五〇円といった値段が相場なのだ（ちなみに、一般廃棄物処理はキロあたり一七円程度とされる）。驚くべきことに、ある都立病院のある年の落札価格はキロあたりたったの九円だったという。感染性廃棄物専門の容器の使

用が推奨されているが、この容器の値段だけでも、ゴミ一キロあたりに換算して二〇円程度はする。適正処理のためには、当然、ゴミは容器ごと焼却されるはずである。たしかに、不法投棄の現場に廃棄物容器はみつからない。いったい全体どうなっているのか。

カラクリを披露しよう。まず、収集運搬、中間処理いずれの業者ともに、これまでの「実績」を評価するという名目で簡単に営業が認可される。かれらの多くは、実は十分な専門知識をもたない。昨日まで一般ゴミの収集や処理をしていた業者の代表者ひとりが簡単な講習を受けると、感染性廃棄物とり扱いの営業許可がおりるといったこともめずらしくない。中間処理に必要な炉の処理能力は低く、猛毒のダイオキシンをださないような安全な焼却炉は期待できない。そのような業者は、二〇〇二年一月いっぱいまでようやく法規制のため営業できなくなるが。

一九九七年三月一三日づけの朝日新聞に、「埼玉県南部の廃棄物処理焼却炉密集地から基準値の五倍の高濃度ダイオキシン検出」という記事が掲載された（これら焼却炉はおもに建築廃材の中間処理用）。都内の病院からだされるゴミのかなりの部分を埼玉県内の業者が「中間処理」していたのだが、ダイオキシン規制強化以降、かれらは「焼却」処分を捨て、「熱分解」処理と称する内容不明の処理法での認可を埼玉県知事から受けている。

ここで、笑えないはなしを紹介しよう。針刺し事故防止のための「針捨てボックス」なる非貫通型容器が市販されている。欧米ではどこの病棟にいてもおいてあるが、わが国では

まだまだ普及度が低い。専用の針捨てボックスは、いったん針を入れたら二度と蓋が開かない構造になっている。とりだすときに針刺し事故が生じうるからだ。当然、ボックスごと焼却処分するのが大原則だ。

ところが、わが国ではそうした構造の針捨てボックスはほとんど売れない。売れるのもっぱら、蓋が開くタイプのもの。蓋の開かないタイプを購入すると、すぐどうやって開けるのかという問いあわせが病院からくるそう。経費削減は別なところでやってほしい――。

ほかの感染性廃棄物についても、原則は同じで、容器ごと焼却処分されねばならない。ところが、前に述べたように、不法投棄の場所には容器はみつからない。どうやら、感染性廃棄物専用の容器は、中身をだしたあとに水洗いして業者が「再利用」しているらしい。マンパワーの主体は外国人で、そのためか、一年に正規職員数の何倍かの人がやめてゆくそう。職員に対する安全教育が乏しいことはもとより、職員にB型肝炎ワクチンを予防接種している企業体は少ない。

都内の某有名国立大学病院では、キロあたり二六〇円というまあまああの価格で感染性廃棄物処理を業者委託している。ところが、月刊ヴェイズ（一九九六年一〇月号）に病院の実名入りの記事「感染性廃棄物の恐怖」が大々的に掲載された。九五年秋、成田空港の北五キロの農村地帯（千葉県成田市）に紙おむつ、注射針や点滴びんなどが病院名むきだして捨ておかれていたのだ。

これは廃棄物処理法の例外規定（処分業者はやむをえない事情がある場合、一回にかぎってゴミ処理を再委託できる）による抜け道をうまく利用する「互助会」組織の団結力を示している。つまり、二六〇円で落札した埼玉県の認可収集運搬・中間処理業者が、別の認可業者にとえば二〇〇円でゴミをひき渡す。そして、またつぎの業者へ。その業者にとっては一回だけの例外行為だ。必要な産業廃棄物管理表（マニフェスト）はとり繕う、ないし処理した一部のゴミについてのみ記載する。

問題の大学病院のゴミ処理を最終的にうけおったのは千葉県内の不認可業者で、値段はキロあたりなんと二〇円だった。その零細不認可業者は、当然営業停止になるが、社長名を息子に替えて別の会社としてすぐに再生する。息子がだめなら奥さんだ。病院や途中の認可業者は法的責任を問われない。なぜなら、当時、行為はすべて合法だったのだ。どうやら、「ゴミ処理はおいしい商売」らしい。

二〇〇〇年六月に廃棄物処理法の改定がなされ、罰則および排出者責任が強化された。排出者たる病院は、自分の出したゴミの最終処分までみとどける義務が課せられた。現実性のない規定だ。いっぽう、病院事務の廃棄物処理担当者に病院側から課せられた業務目標は、しばしば「経費削減」であるのが現実だろう。金をかけて適正な処分をしたことが正しく院内評価されるしくみになっているかどうか、ぜひチェックしてみたいところだ。

病院のゴミ処理に要する費用は、実はすべて病院予算からのもちだしなのだ。つまり、処

理費用に関する収入がゼロの状態、金をかけてしっかり処理をする義務があるといくらお上りが叫んでも、うまく動くほうがおかしい。

検査や治療をすればゴミは必ずでる。東京都医師会の試算では、検査や治療によってだされるレセプト（診療報酬請求書）一枚あたり、ゴミ処理に平均一三四円かかっていることになるという。メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（M R S A）の院内感染対策費用として一床あたり一日五点（五〇円）が保険で保証されてきたように、ゴミ処理費用についても、診療報酬のなかに収入源を盛りこむシステムをつくりあげるべきだ。

もうひとつ問題点をあげてみたい。実は、わが国には医療廃棄物問題の専門家の育成コース、つまり教育機関が、専門学校を含めて存在しない。だから、ゴミ問題にくわしい人材が病院内外におらず、ゴミは捨てっぱなしになりがちだ。「ゴミはゴミ箱に入れればいい、あとはだれかがなんとかするだろう」が現場の人間の感覚になってしまいかねない。

しっかりと教育を受けた人材をひとりひとり資格認定して、ゴミのとり扱いに専門性の高いプロとして、誇りをもってしごとをしてもらうことが肝要だ。現行の認可制度は、企業全体に対してであり、そこで働く従業員各々の資格認定ではない。ゴミ処理のしごとがいつでもだれでもできる無資格状態に放置されるかぎり、適正処理の徹底はむずかしかるう。

最後にふたたび、笑えないはなしをつけ加えたい。

医療廃棄物処理業者と会食する機会があった。筆者が、「医療廃棄物適正処理のためのマ

ニフェストシステムの内容を知っているのは一握りの医者だけですよ」というと、「そんなバカな！ 特別管理産業廃棄物管理責任者の資格をとるのに、医師、看護婦、薬剤師、臨床検査技師はみな講習免除じゃないですか！」と驚かれた。

マニフェスト、つまり産業廃棄物管理表とは、廃棄物の収集運搬・中間処理から最終処分しているまでの廃棄物の動きを記載する伝票のことで、「廃棄物処理法」によって、排出者たる病院と業者の両者にその運用が義務づけられている。「特別管理産業廃棄物」に関するマニフェストの管理責任者として、特別管理産業廃棄物管理責任者をおかねばならないのも同法の規定による。行政的には、医師や看護婦などの国家資格をもつ専門職は、こうした処理過程は熟知していると判断されているのだ。ところが――。

あるとき筆者らは、医療廃棄物に関するアンケート調査を実施した。それに対しての某大学のベテラン医師の言。

「アンケートの質問事項に依頼があったので、自分の大学に特別管理産業廃棄物管理責任者がいるかどうか調べてみた。なるほど指名されていた。ところが、なんと！ その名前は自分だった」

オイオイ、そりゃないでしょ。

ちなみに、病院の特別管理産業廃棄物管理責任者は、六五パーセントが医師、一五パーセントが看護婦。講習会受講者は一五パーセントにすぎないそうだ。医師の場合、院長あるい

は副院長が責任者になっている場合が五四パーセントに及ぶという。どうやら、名前だけのとりあえずの責任者が相当に多いようだ。

紙おむつはコワイ感染性廃棄物？

感染性のある廃棄物は家庭からもたされる

高齢化社会では、小児用のみならず大人用の紙おむつが大量に使用される。ずっしりと重い使用済みの紙おむつは、病院からでる場合は感染性廃棄物としてとり扱われることが多いが、家庭からであれば一般廃棄物だ。なにかおかしい。

たしかに、旧厚生省は家庭、病院にかかわらず、紙おむつを一般廃棄物としてとり扱うよう（実態にあわない）通達を出しているが、市町村によっては、病院の紙おむつは回収しないところも少なくない。回収しない場合、病院がふうより高いお金をだして業者にたのむことになる。量的に、紙おむつはそれ以外の感染性廃棄物の三倍ほどでるのだから、適正処理がとりわけたいせつだ。

「廃棄物処理法」によると、感染性廃棄物は「医療関係機関等からだされるゴミで感染の危険のあるもの」と定義されている。医療関係機関等に含まれるのは、病院、診療所、保健所、血液センサー、検査センサー、老人保健施設、助産所および医歯薬系研究機関だ。企業や学

校の医務室や薬局は対象外である。在宅ケア、在宅医療の普及によって、一般家庭でも紙おむつをはじめ、腹膜透析器具、インスリン注射針、点滴装置などの医療器具が相当量使われ、排出されている。あまった抗がん剤が捨てられる場合もある。しかし、これらはいずれも法律上は一般廃棄物であり、その回収システムは市町村まかせの状態だ。しかも、これらを集めてくれない市町村がある。

そもそも、紙おむつは感染性廃棄物として処理されるべきしろものだろうか。病院と在宅の差別化はあまりにも不合理だ。女性の生理用品に関しても、入院患者が使用した場合だけが感染性廃棄物でいいのか。肝炎ウイルスの健康保因者は決してまれではない。日本人のパーセントないし二パーセント（総数、一〇〇万人から二〇〇万人）が肝炎ウイルスを血液に保有している。ほかのウイルスの保因者もいるだろう。当然、家庭からも感染の可能性のあるゴミが排出される。食中毒で下痢をした場合、家庭はほったらかしで、病院の下痢便だけが危険なはずがない。痰のなかに結核菌の混じっている人が家にいるかもしれない。すべてを感染ゴミ扱いは不可能だし、プライバシーの侵害でもある。

紙おむつの処理にも裏がある。紙おむつをとり扱う収集運搬業者と中間処理業者の多くは、一般廃棄物とり扱い許可のほか、感染性廃棄物とり扱いの認可を同時に受けている。つまり、単価のずっと高い感染性廃棄物として処理契約をして、圧倒的に量の多い一般廃棄物と一緒に焼却処分するという奥の手を使うのだ。合法的な金もうけのワザだ。一般廃棄物と産業廃

棄物の区分の理不尽さを逆手にとったおいしい商売である。だれもとりに扱いたがらない廃棄物を処理するのだから、お金をもうけてもらってちっともかまわないが、やはり、根本的なところでとても大きな問題があるといわざるをえない。

神奈川県相模原市さかみはらにある北里大学病院では、肌触りのよい布おむつを加熱消毒できる洗濯機で洗ってくりかえし使用しており、原則として、紙おむつは使わない。地球環境にやさしいすばらしい活動であり、経費もずいぶん節約されたそうだ。また、入院患者の下着を病院のリネン室で洗濯するサービスを行っており、とても評判がいい。どの病院にもある患者用のコインランドリーは北里大学病院には設置されていない。ぜひともみないたい実践だ。

ゴミから感染症がうつる明らかな証明はない

ところで、ドイツでは一九七四年から、ガイドラインに則したがって、医療廃棄物をA～E群に分類している。実に三〇年近い実績だ。

A群は一般ゴミ、B・C群は（広義の）感染性廃棄物、D群は有機溶剤やホルマリンなどの化学物質、E群は血液や臓器だ。

B群は院内での感染性は問題になるが、環境中での危険度は低く、消毒せずに排出する。

C群は環境へだす前に消毒（通常は焼却）を要する病原体の付着した、あるいはその可能性のあるゴミだ。C群扱いされる病原体には、コレラ菌、チフス菌、赤痢菌、ペスト菌、ジフ

テリア菌、結核菌、ポリオ（小児麻痺^{まひ}）ウイルス、エボラ出血熱ウイルス、狂犬病ウイルス、狂牛病プリオンなどが含まれる。

B群廃棄物は消毒する必要がないし、してはならない。消毒剤で環境を汚染したり、熱でエネルギーを浪費するのは罪悪と考える。いい換えれば、ドイツではC群のゴミだけが真の感染性廃棄物なのだ。

D群は当然リサイクルをめざす。E群の臓器類は倫理的観点から焼却される。少量の血液はB群扱いでよいそうだ。エイズウイルス、B型・C型肝炎ウイルスは理念上B群に分類されるが、これら業務感染のリスクの高い病原体は、院内の職務のなかでも恐れられている。そのために来たのが、前に説明したユニバーサル・プレコーション（普遍的予防策）あるいはスタンダード・プレコーション（標準的予防策）の考え方「すべての血液、体液、分泌液、浸出液は感染の危険があるものとしてとり扱う」なのだ。

最近、講演会で聞いた院内感染対策専門のドイツ人医師、ペーター・ヘーク教授の発言が印象的だった。「ドイツでは、感染性廃棄物を排出しない医療機関が少なくない」。

しかし、ゴミになったとたんに血液はもう危険ではないと頭と行動をきり替えることはとてもむずかしい。そのため、肝炎ウイルスあるいはエイズウイルスの混入した恐れのある廃棄物は、病院によつてはC群として処理されることもあるそうだ。

病原体はいつたい、ゴミのなかでどの程度感染力を保つのだろうか。乾燥状態では多くの

病原体が死滅することはすでに述べた。たしかに、C型肝炎ウイルスやエイズウイルスの遺伝情報RNAという分解されやすい（だから、実験室ではそのままのかたちで活性を保つのに苦労する）核酸から構成されている。こうしたウイルスがいつまでも感染力をもちつづけるとは考えにくい。

だから、感染危険度のきわめて低いB群のゴミは一般ゴミと同等のとり扱いでよいとするこうしたドイツ流の考え方、感染性廃棄物に対する厳密な（狭い意味の）定義はたいへん合理的だ。環境問題まずありきのドイツの理念が遺憾なく生かされているし、病院からのゴミと家庭からのゴミの妙な差別化の必要がなくなつてとてもすっきりする。実は、ゴミから感染症がうつるとする明らかな科学的な証明はされていないのだ。MRSAの付着したゴミに過剰な対策をとる必要がまったくないのはたしかだ。ごく近い将来、この考え方がヨーロッパ連合（EU）全体の基準となる可能性が高い。

混乱を辞さずにくりかえすと、院内感染防止対策の基本であるユニバーサル・プレコーションの考え方は、ドイツ流の医療廃棄物処理においては適用されない。ゴミの減量と環境への配慮が優先され、完全にゼロではないかもしれないがいちじるしく低い感染リスクには目をつぶるのだ。たしかに、感染の危険のあるゴミがでるのは病院からだけではない！

感染性廃棄物に対するわが国の考え方の矛盾はそろそろ反省してもいいころあいだろう。日本の病院では、相変わらず、大量に使われる消毒剤が最終的に下水へと流され、感染危険

度の低いゴミを含めてほほすべてが焼却処分されている。地球環境に、そして医療経済にやさしいとり組みとはとてもいいがたい。

劇薬ホルマリンのなかで泳ぐフグ

発がん性のあるホルマリンを下水に流す病院

住宅の高気密化・省エネ住宅ブームに伴って、シックハウス（病気の家）症候群^①が増えてきている。症状は、めまい、吐き気、頭痛、目・鼻・のどの痛み、くしゃみ、呼吸困難だ。シックハウス症候群の主たる元凶は、新建材（合板）や家具の接着剤、壁紙の糊^②の防腐剤として使われているホルマリンである。さらに、ホルマリンに対する接触アレルギーが問題となることもある。鋳物工場や病院では職業性皮膚炎を生じる人がいる。

二〇〇〇年七月一二日の朝日新聞に、「下水にホルマリン 解剖遺体の検査に使用 東大、三〇年垂れ流す」と題した記事が掲載され、物議をかもした。

記事によれば、ホルマリンの下水への排出量は年間五トンと推定されている。法医学と病理学の教室がやり玉にあげられた。ここでは、ホルマリン液は手術や解剖などでえられた人の臓器の固定（腐らないようにする方法）に利用され、使用済みの部分を下水に流していたのだ。現行法下ではこの程度のホルマリン排出は実は違法ではない。そのからくりや問題点

を探ってみよう。

ホルマリンとは三七パーセントホルムアルデヒド水溶液のことだ。空気中の酸素で酸化されて、溶液は酸性を示す。室温で有毒・可燃性のホルムアルデヒドガスを放出する。空気中のホルムアルデヒドガス濃度が〇・一 ppm 程度で刺激臭を、〇・五 ppm から目・鼻・气道に刺激を感じる。ホルマリンは急性毒性がつよく、突然変異原性、発がん性があるため、劇物に指定されている。蛋白質を凝固沈殿させる作用がつよいため、皮をなめしたり、手術や解剖で摘出した臓器の「固定」に用いられる。臓器の固定液としては通常、一〇パーセントホルマリン液（三・七パーセントホルムアルデヒド水溶液）が使用される。衣類の繊維をホルマリン処理すると、いわゆる「形状記憶シャツ」ができる。

諸種の法律がホルマリンの使用や廃棄を規制している。このうち、廃棄に関しては、「毒物及び劇物取締法」の規定、すなわち、ホルムアルデヒドの濃度が一パーセント（一万 ppm）以下の場合には規制対象としない除外規定があり、事実上、これが排水基準になっている。つまり、大量の水で濃度を一パーセント以下に薄めれば（つまり、四倍以上に希釈すれば）、下水に放流してもかまわないと定められているのだ。

「廃棄物処理法」に基づく「感染性廃棄物処理マニュアル」（旧厚生省）には、ホルマリンは「廃酸」としての「適正処理」が求められている。しかし、なにが適正処理であるかが明示されていないため、「毒物及び劇物取締法」の一パーセント以下に薄めれば適正と解釈す

るしかない。つまり、前に紹介した新聞記事の内容は、一〇パーセントホルマリン液が多量の水とともに下水に流されたことを考えに入れると、その違法性を追及できないのである。参考までに、アメリカのカリフォルニア州では、ホルマリンの排出規制は一〇 ppm 以下と、たいへん厳しい。日本の一万 ppm とはまるで比較にならない。

一九九三年に私たちが東京地区の六七病院を対象に行った廃液処理に関する実態調査の結果を示そう。ホルマリン処理については、流しに流す施設が四九パーセント、業者に収集・委託する施設が二二パーセント、一部を委託し一部を流しに流す施設が一五パーセント、施設内処理が一パーセント、その他が三パーセントであった。専用のホルマリン貯留槽を備えている施設は四施設にとどまった。九九年に群馬県内および近隣の二一病院を対象に行われた別の調査でも、ホルマリン処理の業者委託は三施設のみで一八施設では流しにそのまま流していた。

ただし、流しに流したホルマリンがそのまま下水に流れずとはかぎらない。いったん沈殿処理槽にたまり、中和処理がなされてから下水に排出される施設もある。上記四九パーセントのうち、どの程度の施設が沈殿処理槽を有しているかははっきりしない。

アメリカやオランダではじまった有害有機化学物質の環境中への排出・移動を登録・公表する制度（PRTTR制度）を規定する法律が、わが国でもついに二〇〇一年四月から発効された。ホルマリン、ベンゼン、エチレンオキサイドガスなど三五四種の化学物質が対象で、

一定の要件を満たす製造事業者に対して情報開示が課せられる。ただし、消費者である病院はこの対象事業者には含まれない。つぎに述べる養殖魚業者も規制対象外だ。

養殖トラフグの切り身から検出されたホルムアルデヒド

並はずれて不適正なホルマリンの使用例を紹介しよう。

トラフグ、ハマチ、ヒラメ、ウナギなどの養殖魚が養殖用生け簀いすのなかでホルマリン浴をしているはなした。ただし、マダイ、カンパチの養殖には過酸化水素が用いられているそうだ。病院からのホルマリン廃棄のはなしとぜひ対比してほしい。

一定濃度のホルマリンは養殖魚のエラに寄生する「エラ虫はぐてんちゅう」の除去に有効である。エラ虫のついた魚は成長が悪いし、死亡率も高いため、効率よくエラ虫を除去（治療）する必要がある。

具体的には、トラフグの養殖生け簀（二〇メートル四方）に接してつくられた消毒用シート（一〇メートル×五メートル×一・五メートル）のなかの海水五〇トンに対して、四〇〜五〇リットルのホルマリン原液（最終濃度は〇・〇八〜〇・一パーセント、ホルムアルデヒドとして三〇〇〜三七〇ppm）を注入して四〇〜六〇分間薬浴させる。この間、フグたちは苦しくて水面をはね回るそうだ。薬浴後、シート中のホルマリンは海にそのまま放出される。こうした消毒は一週間に一度のペースで行われる。その結果、トラフグ用生け簀一基で年間

約一トンのホルマリン原液が使用される。

水産庁は、一九七七年以来数回にわたってホルマリンの使用禁止を通告している（ただし、罰則規定がないため、実効性に乏しい）。各県は水産薬品の適正使用の徹底に関する通知を漁業協同組合あてにだし、養殖業者でつくる全国かん水協でもホルマリンの不 사용을申しあわせている。ホルマリンに代わる「マリンサワーSP三〇」（三〇パーセント過酸化水素水）の使用も認可された。

ところが、トラフグ養殖のもっとも盛んな熊本県の調査では、一五八業者のうち一二五業者（七九パーセント）がいまだにホルマリンを使用しており、熊本県だけでも実に年間約二六〇〇トンものホルマリンが海に垂れ流しされている。どうやら周囲の海の海底付近には、ホルマリン固定されて沈殿したプランクトン類が白く浮遊しているらしい。

九六年以来、トラフグ養殖場に接した真珠養殖場でアコヤガイが大量に斃死する事件が愛媛県で発生し、漁業関係者の間で大問題となっている。事実、アコヤガイから八 ppm、トラフグの切り身から一・三 ppm、トラフグの肝臓からは一四・三 ppm のホルムアルデヒドが検出されている。わが国の真珠産業が斜陽になっている要因のひとつといえるだろう。こうした桁はずれの環境汚染問題が、病院からのホルマリン廃棄問題を緩衝するわけではないが、なにかとでもむなしさを感じる――。

第五章 医者を腐らせる日本のシステム

医学生を教える市民と、教え方を知らない医者

診察室に、おなかを押さえ重苦しい面持ちの女性患者と向きあう医学生がいる。その横では学生の態度や質問内容を評価する教員がじっとやりとりをきいている。

「いつごろからおなかが痛いんですか」

「半年ほど前からときどき忘れたところに――」

「どんなふうに痛みますか」

「おなかですくと、しくしくします」

これは医学生に対する医療面接訓練の一場面だ。医学部では市民も「先生」になれる。実は、この女性はよく訓練された「模擬患者」で、決まったシナリオに沿って演技している。学生がききとった「問診」の内容のみならず、学生が自分の名を名乗り挨拶あいさつをしたか、患者名や年齢を確認したか、わかりやすい言葉でしゃべったか、相手の目をみて話したか、じっ

くり患者のはなしをきいたか、不適切な発言がなかったか、などの項目に対して彼女自身が評価者となる。いうまでもなく、評価基準はよくそろっている。結果は学生にただちに戻される。同じ部屋にいる教員も同様の評価基準で同時に評価する。

この形式は、「市民が医学教育に参加する」意味で画期的だ。東京、大阪を中心に模擬患者のグループが活動をくり広げている。それぞれの模擬患者が得意なシナリオをもち、医学生たちを訓練する。かれらの職業的背景は、主婦、会社員、僧侶、医療関係者、俳優などさまざまだ。日本でもすでにほとんどの医学部で、模擬患者を利用した医学教育がはじまっている。学生の評判も上々で、とても効果的な実地教育となっている。

アメリカの医学教育では、模擬患者の役目が前に紹介した医療面接にとどまらず、一步進んで、実際の患者さんでは行いにくい診療手技、具体的には、内診（婦人外陰部の診察）、乳房や男性性器の触診に及んでおり、むしろこちらが主流であるときく。日本では診察手技を教える模擬患者はまだ育っていない。必要度は高いし、個人的に尋ねると協力するといってくれる患者さんや市民は少なくないのだが――。

教授の選考基準は「良医」性より業績至上主義

さて、はなしを変えよう。幼稚園から高等学校までの教員は、全員、教員資格試験に合格することが要求される。当然、教育論を学び、実習を体験する。そして、ようやく「先生」

になる。

ところがどっこい、大学の「先生」は無試験だ。少なくとも医学部の「先生」には、一応、医師国家試験という関門がある。しかし、この試験には教育論はまったく問われない。

昨日まで学生だった人物が一夜明ければ「先生」よばわり。まわりの看護婦や目上の薬剤メーカーの人たちに、「必ずしも先に生まれたわけではないのに」「先生、先生」とよばれるうちに、偉くなったと勘違いして鼻が高くなる。

たしかに、「教えることは最高の勉強」が合言葉だが、これはずいぶんと危なっかしい。どう教えたらいいのか教わるチャンスがないのだから、学生時代に自分の体験した授業が基準とならざるをえない。授業をサボりまくる学生時代をすごした教員もいるが――。

医学部学生の特徴は職業を決めていること。ほぼ全員が医師となる。医学部では「教員」が、ふだんどおりの「医師」としての姿を学生にみせる（模範演技をする）こと自体が教育という希有なる分野であり、だからこそ未訓練の「先生」でもなんとか通用するのだ。当然、いろいろな「先生」がいる。学生からみて、将来の自分をうつつ理想のすがたに近い先輩医師がそばにいてほしいが、しばしば反面教師もいるだろう。

良医やすばらしい研究者がすべからくすばらしい教師ではないし、「教授」の選考基準に教育面が考慮されることはめずらしい。客観的な評価のしやすい研究面での業績至上主義からなかなか脱却できない。あとで述べるように、医学部が文部科学省に実質的に支配されて

いる影響といわざるをえない。「良医」性を教授選考の評価基準にという市民の声をいつまでも無視していいだろうか。

研修医の時給四〇〇円はましなほう？

救急医療の現場などで、最近、若手医師による事故が相ついでいる。新聞でもかれらの勤務内容が問題となった。ここでは、かれらの生活の実態を具体的に紹介することを通じて、医療の質にかかわる本質的な問題を提示してみたい。

医学部を卒業して間もない医師たちは研修医あるいは修練医とよばれる。英語ではレジデントと称される。レジデンスは住まい、レジデントは居住者。つまり、病院に寝泊まりして働いている医者という意味だ。そう、「修練中なので当然だ」が洋の東西を問わない従来の考え方だった。

最近の朝日新聞に、若い医師の労務管理はどうなっているのかという読者からの疑問の声がか載っていた。労働基準法に定められた一日八時間、週に四〇時間の労働時間が守られることは金輪際ありえない！ なにしろ、「住みこみ医」なのだから。とはいっても、アメリカでさえ、病院に住みこんでいるレジデントはもう少ない。アメリカでは、ハードであればあるだけよいトレーニングだとされた風潮は改善され、外科系などで早朝から深夜まで虫けら

同然にあるいは奴隷のように働いたレジデントの姿はみかけなくなりつつある。東海大学病院の構内に以前二棟もあった「レジデントハウス」は、家賃の安さにもかかわらず、だれも利用しなかったために、とっくの昔に存在しない。一棟はとりこわされ、もう一棟は学生用の実習室に変わっている。すぐに病院によばれてしまうためゆっくり休めないし、まして、プライベートな時間を安心して過ごせないのが敬遠された理由だった。

入院患者に対する診療時間は教授三時間、研修医七八時間！

国立大学医学部附属病院長会議の調査（二〇〇一年二月）は、研修医の実態をめぐりに反映している。内科の入院患者に対する診療時間は、教授が週に平均三時間、助教授が七時間あまりなのに対して、医師免許をとったばかりの一年目の研修医は平均七八時間と教授の二六倍だった。かれらのしごとはこの他に、外来の手伝い、カンファレンス参加、それに教科書や論文による下調べなど。労働基準法無視などという生やさしさからほど遠い。

新聞報道によると、北大阪労働基準監督署は二〇〇一年四月二七日、研修医の長時間労働は労働基準法違反であるとして、関西医科大学とその責任者二名を大阪地検に書類送検した。九八年八月に心筋梗塞で死亡した二六歳の研修医は週に一一四時間働き、報酬は月額六万円の奨学金だけで、法定の最低賃金にも満たなかった（計算すれば、時給一三〇円！）。大学側は一定の労働を課しながら労働者として扱わず、労働時間の管理をしてこなかった。さも

ありなん、と妙に納得してしまふところに、筆者を含めて大学病院に勤務する医師の「非常識」が集約されている。送検された同大学の総務部長の談話はいやに正直だ。

「わが国で研修医が労働者として認識されているのか疑問。労働基準法違反とされるのはふに落ちない」

医療廃棄物問題に関する討論会で、知りあいの法字部教授が発言した。

「私は、洗濯物の削減を実践しています。毎日下着をとり替えることもたちに苦言を呈して喧嘩になることがあります。自分で試したことがあります。下着を替えずに何日くらいいさせるか。答えは二週間でした」

研修医が一週間ほど家に帰れないのはよくある状況だ。三日も四日も同じ服装をしている研修医は、きつとパンツも替えていないのだから。いや、裏と表で四日はもつと豪語する強者は少なくない。ちなみに、大学構内にあるコンビニでは、パンツと靴下がよく売れる。

女性研修医の場合は、生理用ナプキンやおりもの用シートをあてて使うと結構もつらしい（実は、この方法は国際線スチュワーデスの間では常識らしい）。医局には寝袋が転がっている。コインランドリーで洗濯しやすい寝袋を選ぶことは必須条件だ。研修医がありがたがる薬剤メーカーからのプレゼントは、歯磨きセットとタオル。住みこみ医らしいグッズだ。

これじゃあ、事故がおこらないほうが不思議

正規の当直ならまだなにかの手当ができるが、受けもち患者さんの容態が悪くて家に帰れない場合は、基本的にはただ働き。しかも、もらえる場合でも、当直手当は大学病院では雀の涙。休日に丸一日当直する場合、一万円が支給されたとして時給四〇〇円あまり。コンビニのアルバイトの半分以下だ。悲しいことに、受けとり額が五〇〇〇円の場合もある。そのうえ、たとえ朝九時までの当直だとしても、九時びつたり帰宅する研修医はまずいない。そもそも平日の当直の場合、翌日が休みになる病院はまず少ない。夜はほとんど眠っていないため、みるも無惨な状況になる。なにか事故がおこらないほうが不思議なくらいなのだ。先輩医師たちも、以前はみなそうしてすごしてきたので、当然だと思って改善に努力してくれない。

そう、こうした下積み研修医によって日本の医療は、(少なくとも部分的には)支えられている。本当に安い労働力だ。読者のみなさんがかれらの給料をきいたらもっと驚かれるかもしれない。古くからある有名私立大学の附属病院では、月二万五〇〇〇円こっきりだそう。かれらは疲れきったからだにむちうって、外部病院の当直アルバイトをしてなんとか食いつなぐのだ。経験不足の医者がたったひとりで当直することもある。悲劇がおこらないほうがおかしい――。

全日本医学生自治会連合が二〇〇一年六月一五日に発表したアンケート調査(対象三二大

学の研修医四〇〇人、指導医六八六人）によれば、研修医の九八パーセントが研修病院以外の民間病院に当直アルバイトに通い、そのうち八〇パーセントが夜間にひとりで診療していた。研修病院でも、六五パーセントが指導医の支援なしに患者を診ていた。ひとりきりの診療に不安があると答えた研修医は実に九〇パーセントに達した。ああ、何という劣悪な医療環境。悪いのは決して研修医たちではない。

ちなみに、筆者が二一年間勤務していた東海大学病院の研修医の給与は、私立大学病院としてはそれほど悪くない。一年目で、基本給一三万円に手当がついて、税込みで一六万五〇〇〇円程度になる。当直手当についてはすでに紹介した。健康保険も保証されるし、ボーナスもでる。厚生労働省から人数に応じた補助金がでているのだから、東海大学病院の対応がふつうで、そうでない（補助金をピンハネする）ほうがおかしいのだ。

一六一ページの下の図に、朝日新聞社が調べた二〇〇一年三月現在の私立医大病院における研修医の処遇を示す。全二九大学のうち、月額一〇万円以下が一七校（五九パーセント）で、一五校は健康保険の保証がない。月額五万ないし六万円が九校（三二パーセント）を占める。前述の関西医科大学の処遇は二〇〇〇年度から、月額一二万円あまりにグレードアップされた。なお、国立大学病院の研修医はほぼ二〇万円前後受けとっている（ポーンナスはない）。一般総合病院では、もっとずっと待遇のいいところがある。しかし、いずれにせよ、時給は計算しないことだ。むなしくなるから。

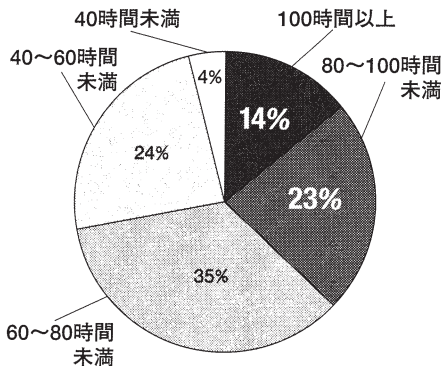
研修医の処遇が最低の都内の有名私学では、看護婦の給与は皮肉にもトップクラスなのでそうだ。そう、看護婦（四年制大学卒業）の初任給は、私学、公立にかかわらず、どの大病院でも月額二六万円から三一万円程度だ。むろん、健康保険が保証されないところはなし、当然、ボーナスも支給される。

最近、デンマークの医学生が短期滞在し、心臓血管外科で研修した。心臓・大血管の手術は、十数時間連続のことがある。かれいわく、どうして日本の医者はあんなに長く、日曜日も休まずに働くのか。同じ執刀医が心臓の手術を八時間以上連続で行うなどデンマークでは考えられない。途中で交代すべきだ。医師といえども、デンマークでは一定以上の時間残業してはならないことになっている。あれでは疲れきってしまう。ご名答。

デンマークの医学生という医者は研修医ではない。正規のスタッフをさしている。かくいう筆者も、労働時間ならだれにも負けないくらい（妙な）自信がある。なにせ、医者にはタイムカードなどないことが多い代わりに、残業手当はゼロがあたりまえの世界なのだ。いい換えれば、いつ休んでもいいことにはなるが――。

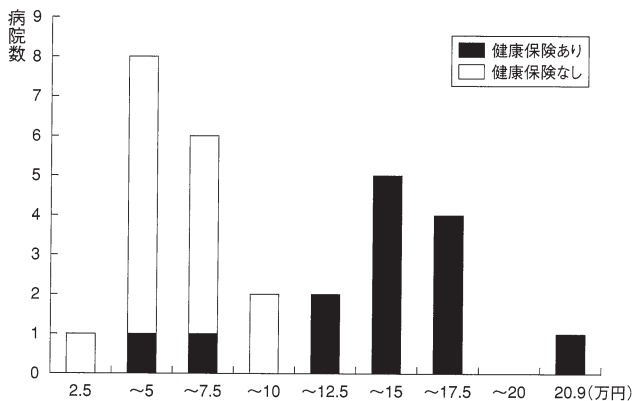
ちなみに、日本の医師たちの極端な長時間労働を一六一ページの図に示す。二〇〇一年一月に厚生労働省が一五国立大病院の計六〇診療科を対象とした調査で、教授から研修医までの医師のうち、週に八〇時間以上働く割合は三七パーセントに及んでいる。筆者のように週一〇〇時間以上働く医師も一四パーセントいる。日本の勤労者の平均労働時間、週三五・

日本の医師の1週間あたりの就労時間



厚生労働省「国立大学病院における医師の診療体制に関する実態調査」

全国私大病院における臨床研修医1年目の処遇



全国29私立医系大学の主要病院における処遇(給与十手当)
2001年3月現在の月額、朝日新聞社調べ

七時間と比べてみてほしい。そう、忙しい医者には研修医だけではない！

蛇足ながら、国立神戸病院研究検査科、中村哲也博士のコメントを紹介しよう。

「第二次世界大戦後の日本人をうまくコントロールするために占領アメリカ軍がひそかに考えた政策が『SSS（スリーS）』作戦だ。スピード、スクリーン、セックスによって若い日本人の思考力を麻痺^{マヒ}させ、ふたたびあのような戦争をおこさせないようにする。と同時に、アメリカよりの政権をつくらせて、太平洋西部における防波堤の役割を期待した。たしかに、自動車、映画、ポルノといったアメリカ文化が戦後歯止めなく流れこんできた」

優秀な人材が集まっているにもかかわらず、現代医療のひずみのために忙しすぎて、SSSすら享受できない若手医師がめざめてたちあがれば、そう、少しは医療事情も好転するかもしれない――。

厚生労働省は、卒後研修二年間の必修化を二〇〇四（平成一六）年に実現しようとしている。二年間の研修を終えないかぎり、保険診療のできる『ふつうの医者』になれないしくみだ。たいへんおかしなことに、現在、卒後研修は医師自らの『努力目標』にすぎないことになっていく。当初、お役所がしっかり保証すると約束していた全国の研修医たちの給料（現在の国立大病院なみの月々二〇万円程度）のほなしは、財務省のきびしい指導のもと、現在のところかなりあやしい。たった六〇〇億円にすぎないとされる財源が日本国民の医療のために確保できないなんて！ ちなみに、防衛庁の平成一〇年度概算要求でみると、三菱製

F-2支援戦闘機五機分（防衛庁はこの年度は九機を要求している）がほぼ六〇〇億円に相当する。甲型警備艦Dは六四〇億円、潜水艦Sは五〇〇億円だ。

研修だけ必修化して、その間アルバイトができない（保険診療のできる資格を与えない）ようにしておいて、給料は保証しないなんてことが決まってしまうようにしてほしい。それでは、かれらは生き延びてゆけない。それこそ、一揆いっきがおきてしまうかもしれない――。

読者のみなさん、研修医たちのためにぜひ応援の声をください。あなたが疲れきった研修医の世話になる可能性は、明日にもあるかもしれませぬよ。

小児科医が足りない！

インフルエンザで発熱していた幼児が夜間突然けいれんをおこした。意識がない。救急車でかかりつけの病院に運んでもらったが、残念ながら小児科医は当直していなかった。当直の若い内科医は採血さえままならない。二時間ほどたつて、なじみの小児科医が自宅から駆けつけてくれたが、すでに遅かった――。そう、大学病院なみの大病院を除けば、救急病院に小児科医が毎夜当直しているわけではない。

東海大学病院では、卒後二年間のローテーション式研修（厚生労働省が平成一六年をめどに実現しようとしているシステム）を二五年來実践してきている日本では数少ない大学病院だ。

筆者が所属していた病理診断科にもローテイタと称される研修医が回ってくる。

あるとき、将来どの科に進むかまだ決めていない研修医が病理診断科にやってきた。じっくりはなしをきくと、小児科も選択肢のひとつだという。筆者は迷わず、小児科の選択を奨めた。産まれることも少ない時代でお客さん（患者さん）の減った小児科は、産科とともに斜陽のうわさが絶えない。だからこそ、貴重品である小児科医になる必要があると思っ
ているからだ。むろん、病理医の数だって足りないことはいままでもないが――。そして、その研修医はいま、小児科に入局してがんばっている。

二〇〇一年二月一八日の朝日新聞の記事から。

「厚生労働省が一九九九年からスタートした『小児救急医療支援事業』三年計画が下方修正を余儀なくされている。全国を三六〇地域に分けた医療圏で少なくとも一ヶ所ずつ、休日や夜間の診療にあたる小児科医を確保するための事業であり、こどもの急患がたらい回しにされたり、治療を受けられないのを防ぐのがねらいだった。複数の病院で当番体制を組むと、人件費などの費用の一部が補助される（二地域一日あたり二万六〇〇〇円。二〇〇〇年度までに二四〇地域で整備する計画が現実には五〇地域にとどまっています、とても目標達成が困難だという。二四〇地域の目標は二〇〇一年度中へとぎりさげられた」

小さなこどもは注射一本うつにも手間がかかる。大人のように定期的に通院する高血圧や糖尿病といった慢性病は少なく、病院にとって安定的な「収入」になりにくい。つまり、小

児科はもうからない。不採算部門。なのだ。結果として、一般病院から小児科がどんどん消えている。九九年一〇月現在で、小児科のある一般病院は三五〇〇あまり。前年とくらべると一年で二〇〇近く減少している。

急患の小児を乗せた救急車が受け入れ病院を探すのに手間どることはめずらしくない。また、かつぎこまれた病院でとても手に負えない場合、担当医が個人の努力で転院先の病院を探さねばならない。地域や病院同士が連携するしくみが不十分なのだ。

役所が小児科研修の必修化をいくら叫んでも、研修する場がない

厚生省（現厚生労働省）は二〇〇〇年十一月、小児科医の確保対策の必要性をうちだした。たしかに、九九年度より、内科、外科、小児科、救急診療部門および病理部門を回る卒後臨床研修（総合診療方式、二年間）を行った場合、国庫補助金が研修医ひとりあたり月額一十九万五〇〇〇円と、そうでない場合にくらべて高い金額に設定されている（単純ローテイト方式だと一十二万九〇〇〇円、その他の方法だと五万一〇〇〇円）。ただし、病理部門のローテイト義務に関しては二〇〇〇年度には早々に消えてしまった。――。上記した金額はあくまで申請可能額であり、実際に支給されるのは半額程度だ。

この総合診療方式にも大きな矛盾がある。小児科研修を必修化した厚生労働省的な危機意識は理念的にはわかるが、研修の受け入れ態勢が考慮されていない。しっかりとした研修が

できるかどうかはさておいて、行政指導だけする——。どういうことか。

わが国の多くの医系大学では小児科は一講座しかない。内科や外科が複数講座で、複数の教授のもとに多数の医師が働いているのと違って、もともと大学の小児科医数はかざられている。当然、病床数も少ない。もしそこに、内科や外科と同じ人数の研修医が押しよせたら、充実した研修を受けられるはずがない。基盤づくりにもくれずに理論づくりに励む、日本のお役所独特のやり方の弊害がここにもみえ隠れする。

参考までに、九九〜二〇〇〇年における全米一二五医科大学の総教員数一〇万人あまりの所属をみると、いちばん多いのが内科で約二万四〇〇〇人（神経学、家庭医学をあわせると三万一〇〇〇人）、そのつぎが小児科で一万一〇〇〇人である。精神科八〇〇〇人、外科七三〇〇人よりも多い。要は、アメリカと同様の小児科研修が、日本でもできると考えるほうがおかしい状態なのである。ちなみに東海大学医学部（分院を除く）における内科教員数は七七（七講座）、小児科教員は二二（二講座）である。日米の違いをわかっていただけたらどうか。いや、ものは考えようで、小児科を回っている間はさすがの研修医にもある程度暇ができるのだから、先に紹介した研修医のすさまじい勤務状況（惨状！）が少しは改善されるかもしれない。

ちなみに、アメリカでは研修病院で研修可能な人数は、卒後医学教育認定協議会という公正な第三者機関によって、その病院の実績、活動に応じて一年単位で臨床科ごとに査定され

る。つまり、どの病院で研修してもある一定レベル以上の研修ができるしくみになっている。暇すぎることはないし、人数が基準以下で忙しすぎる場合は病院が責任をもつて基準数まで補充しなければならぬ。そうしないと研修指定病院の対象からはずされてしまい、病院から研修医がいなくなる、すなわち倒産へと向かってしまう。アメリカではあたりまえのこうした卒業研修システムは日本ではまったくといっていいほど整っていない。アメリカでは、日本の厚生労働省にあたる政府機関が直接介入するわけではない！

どうして日本人はシステムづくりがへたくそなのだろうか。お役所まかせ、お上にいいなりの姿勢は、日本の社会の隅々にまで行き渡ってしまっている。

いい医者づくりを邪魔する文部科学省

国民保健の責任省庁の変遷をみてみよう。生後しばらくは厚生省、学校では文部省、働く間は労働省、老後は再び厚生省。みごとに縦割り行政だった。二一世紀はじめの省庁再編で厚生労働省が成立したので、矛盾は部分的には解消されたが――。

もっとも象徴的なのは、省庁再編後も相も変わらない医学部の二重支配だ。医学部の六年間は文部科学省の支配下。その成果を国家試験するのはなんと厚生労働省だ。卒業教育は厚生労働省の責任だが、その成果を専門医・認定医試験として問う各種学会は文部科学省の管

轄下にある。一部の人材は医学部卒業後、ふたたび文部科学省支配の臨床系大学院に進み、ここで研究を行うとともに、学生割引の恩恵を受けつつ、直接患者さんに接する臨床研修を兼務している。こんな奇妙な制度はむしろ日本以外には決してみない。

医系大学における文部科学省と厚生労働省の二重支配の結果は、医学と医療の分断だ。医療人のふだんのしごとのおかげで、「教育と研究」といった文部科学省的な側面と「診療」という厚生労働省的業務の間を線引きすることは不可能だ。診療行為そのものが教育だし、診療行為のなかにこそ役にたつ研究テーマが眠っている。両者はうまく統合してはじめてよい結果がでるものなのだ。

当然ながら、文部科学省は研究重点主義。よりよい診療は守備範囲ではない。つまり、厚生労働省的な診療能力は評価の対象外となる。大学で偉くなるには、研究成果がすべて。教育はやって当然、というなかで評価がしにくい。

私立大学に勤務する筆者の給与の数分の一は文部科学省からの「私学助成金」にたよっているのが現実だ。文部科学省からの援助がなかったら私学はともやってゆけない。逆に、この助成金のおかげで数えきれないほどの私立大学が全国に存在する。いい換えれば、私学は「お上」のいいなりだ。私学らしさが消えてゆく。ここはひとつ、アメリカなみに税法を変えて、無税の研究用寄付金をいつでも受けられるように、真の意味で私学がお上から独立できるような制度にすべきではないだろうか。そうなると、実力・底力が私学の生き残りの

すべてになるだろう。

質のあやしい医師が大量生産されるプロジェクト

基礎研究の遅れをとり戻す戦略と文部科学省がうそぶくのが、旧帝国大学を中心とする大学院大学構想だ。東京大学のキャンパスを歩けば大学院学生にあたるらしい。医学部も例外でない。京都大学や名古屋大学でも一学年一〇〇人以上の大学院生を採用しなければならぬ。六年制医学部を廃して、四年制大学卒業生（学士）にかぎったアメリカなみの四年制大学院大学ならはなしがわかる。そうすれば、東大や京大の医学部（をはじめとする諸学部）がなくなり、現在のなにか間違った受験競争の流れも大きく改善されるだろうに。

しかし、文部科学省が姑息的に進めているのは、国立大学医学部はあくまでそのままにして、一部の大学における少数の学士入学枠の確保なのだ。そして、ようやく医師になった若い人材をさらに四年間、医学研究に向かわせるという名目で、大量ぶんどり作戦が展開されている。この研究重点主義のおかげで臨床的研鑽が不十分となり、肝心な診療行為の質のあやしい医師が大量生産されようとしている――？

卒前・卒後教育の統合は医学教育の重要なテーマだ。厚生労働省が家庭医・かかりつけ医の育成をめざした卒後研修二年間の必修化構想をいくら声高に叫んでみても、しょせん、医学部と医学部附属病院は文部科学省のもの。文部科学省が指導・認可する卒前教育の改革も

卒業教育との統合がなされないかぎりむなし。くりかえすが、文部科学省のめざす卒業教育の重点は、いい医者の養成ではなく、あくまで世界に通用する医学研究者の育成だ。あふれかえる大学院生のパワーで、少ない科学研究費の限界を乗り越えられるだろうか。大学院大学構想と卒業研修の必修化、この相矛盾する目標をとともに達成することが可能だと考えている大学人はいるだろうか。

医療をよくしようと思つたら、まず医師養成所である医学部の改革が必須である。そもそも大学を国が管理しようとする発想自体が古い。医学部の二重支配はなにをかいわんや。せめて、卒業のみならず卒前の医学教育もすべて厚生労働省にまかせたらどうだろう。

そう、筆者は文部科学省無用論者だ。視点やアプローチの方向こそ違いが、慶應義塾大学の榎原英資教授も、文部科学省解体論を強烈に論じている（「ゆとり教育」で日本衰亡 悪平等思想に凝り固まった文部行政を一新せよ」文藝春秋、二〇〇一年三月号）。日本の教育の危機と医療の危機の共通項は、文部科学省の存在そのものだ。

日本の医療が世界水準から遅れてしまう！

金田一春彦教授の書かれた『ホンモノの日本語を話していますか？』（小社刊）は、私たちの母国語のすばらしさを教えてくれる。

日本語の細かいニュアンスをつくりだすのは、さらさら、どんどん、しとしとなどのくりかえしことば。この表現が、日本語を学ぶ外国人にいちばんむずかしい部分らしい。

鎌倉幕府成立は「一一九二（いいくに）」、電話番号が「三四一九六九六（みよ、くろぐろ）」など、こんな覚え方が簡単にできるのは日本語の特長だそう。ちなみに、円周率は「身ひとつ世ひとつ生くに無意味いわくなく」あるいは「産医師異国に向こう、産後厄なく、産婦みやしろに、虫さんざん闇に鳴く、ご礼にははよ行くな」。千桁までの覚え方を考えた人もいる。

英語で円周率は、May I have a large container of coffee?（単語ごとの字数を数える）などと覚えるそう。でも、さすがにゼロのでてくる小数点三三桁目以降はむずかしい。

発音のパターンの少なさも他のことばかり頭抜けているそう。「みゆ」という発音をもつ日本語固有のことばはたったひとつだけだそう。人名で「大豆生田」さんの「みゆ」がそれにあたるという。

日本語の最大の特徴に、外来語の翻訳のしやすさがある。

一七七四年、杉田玄白と前野良沢は『解体新書』の翻訳に際して、漢方医学の五臓六腑に入っていない脾臓を苦勞の末に「大機里爾」と訳した。一八〇五年に出版された『医範提綱』のなかで、訳者の宇田川玄真と藤井方亭ははじめて「脾」の字を使った。この和製漢字は、のちに中国へと逆輸出された。英語の pancreas は、すべて（pan）肉（kreas）

という意味だが、『腺』の文字はまさにこの意味を表した名訳である。『腺』の文字も実は『医範提綱』に初登場する国字だ。

江戸時代に訓読み主体だった漢字の用法は、明治維新以降、音読み主体に大きく変身した。その原動力は、福澤諭吉、西周を中心とする知識人たちであった。社会、会社、保険、病院、医院、哲学、愛情、家庭、演説、情報、責任といった新語がつぎつぎとつくりだされた。

余談だが、福澤はどうして情報・informationを「情けに報いる」と訳したのでろうか。また、どうしてインテリジェンス・intelligence（知的情報）ときちんと区別してくれなかったのだろう。日本政府の明治以来一貫した「よらしむべし、知らしむべからず」の姿勢を尊重してなのか、福澤はresponsibilityを「責任」と翻訳したが、アカウンタビリティー・accountability（説明責任）は訳さず、それに対応する二字熟語をつくらなかった。おかげで、日本の社会にアカウンタビリティーの考え方が希薄なこときわまらない。

むろん、医学用語も例外ではなかった。明治期の医者たちはつぎつぎに新しいことばをつくってくれている。病理、臨床、虫垂、心筋、梗塞、肝硬変、肉芽、粘膜などなど、きりが
ない。

最新の英文論文を読めない、読まない医師が多いわけ

さて、目を転じて、現代ヨーロッパの壮大なる歴史の流れをみてみよう。

一九九九年一月にヨーロッパ連合（EU）の通貨統合が実施され、二〇〇二年一月一日（Eデー）には一ニヶ国三億人の間にユーロ紙幣とコインが登場し、同年二月二十八日にはマルクやフランが市場から消滅する。フランス大統領だったド・ゴールが西ヨーロッパの統合を提唱してから三〇年以上。滔々と流れる息の長い歴史的な大変革だ。二〇〇一年二月六日にはEU加盟一五ヶ国は東方拡大に備えた「ニース条約」に調印した。二〇〇四年はじめにも中東欧からの加盟がはじまり、計二七ヶ国総人口五億人に達するローマ帝国以来の、大欧州（拡大EU）をめざした政治統合の論議が本格化する予定である。予定どおりEUの拡大をはじめるとは、二〇〇二年中に現加盟国がすべて条約を批准する必要があるのだが、IT産業で好景気のつづくアイルランドでは、二〇〇一年六月七日の国民投票でニース条約批准反対が決議された。EUが草の根運動ではなく、政治的エリート主導であることに對する民意のしつべ返しともとれる反発だ。拡大EUの大連合までには、今後まだ、さまざまな紆余曲折があるかもしれない。

EUで行われている試みは通貨統合にとどまらない。医療のきり口でみると、医師や看護婦の資格を共通のものにしようとする壮大なチャレンジがつづく。不ぞろい度の高い卒前教育にはとりあえず手をつけず、まず行うのは英語を共通語とした卒後教育の統合だ。内科、外科、病理といった各専門分野の学会が中心となって、卒後教育メニューの標準化・目標設定が進み、どの国で卒後研修を受けても同じ資格がえられる。ことばを研修の壁にしてはな

らない、が合言葉なのだ。

とりあえず、患者さんを相手にしないために、研修において現地語のできないことが障害になりにくい病理診断の部門が、国際化のトライアルに先行している。一〇年先、二〇年先をみれば、国際性豊かな医師たちが続出することうけあいだ。多言語を使う学生たちが優先的に医学部をはじめとする大学に進む社会に変わってゆくに違いない。おそらくめざす先は、医師や看護婦免許の国際免許化だ。その結果、医療の国際標準化が促進される。患者さんにとって、大きな実りとなろう。

いっぽう、わが国の医療界は相も変わらぬ講座制、学閥主義。狭い日本のなかで大学間の相互交流すらおぼつかない。新米医者の多くは医局というぬるま湯にどっぷりとつかう。英語がとくにできなくても医者になれる世界でも希有なる国、それが日本。ほぼすべての医学用語を含む学術用語が日本語化されているおかげだ。漢字をもつわが日本語の言語学的なすばらしさ・幅広さの賜物。たまもの

まずいことに、わが国の医学生、いや大学生の多く、そして教員たちも、自国語の教科書だけで学問ができることの例外性に気づいていない。たとえば、タイ語やスワヒリ語には小回りの利いた医学用語はないし、新たにすることも不可能だ。多数の公用語のあるフィリピンやインドでは共通語は英語だけ。いい教科書はみな英語で書かれている。医学は英語で勉強せざるをえない。試験も当然のように英語で出題される。英語ができなければ高等教育

を受けることはできないのだ。必然的に、医者にも看護婦にもなれない。いや、農学も工学も、建築学も文学も勉強できないだろう。

漢字を使う中国の医学生も英語の教科書を使うのがあたりまえになっている。かれらは、選り抜かれたエリートたちだ。韓国でも、医学生は英語でばかり勉強して、ちっともハンブルで勉強してくれないと医学部教員が嘆いているほどだ。

二〇〇一年二月二〇日の朝日新聞に面白い記事がでた。独仏の駐英大使が共同で、「イギリス人よ、外国語を学べ」と苦言を呈する論文を発表した。経済のグローバル化とインターネットの普及で英語の影響力が広がり、イギリス人に外国語習得の意欲が冷めているらしい。二〇〇〇年一二月に、「外国語」を話せない人の割合がEU一五ヶ国で調査された。イギリス人は六六パーセント、ポルトガル、スペイン、フランスが五〇パーセント台。ちなみにルクセンブルクはわずか二パーセント、デンマーク、オランダ、スウェーデンも一〇パーセント前半だった。EU全体で、ふたつの外国語を話せる人は一八パーセント、三つ以上話せる人（つまり、四ヶ国語以上を操る人）は八パーセントだった。

そういえば、学生時代に筆者が出会ったオランダの女子学生がいていた。「オランダ語をしゃべるのはおもに家のなか。学校では英語、町中ではドイツ語やフランス語が多い」。

慶應大学名誉教授の鈴木孝夫氏は、二〇〇一年四月一日に東京で開催された「日本人にとって英語とは」と題された公開シンポジウムの席上で、つぎのようにコメントされた。

「英語は二種類あると考えるべき。英米人の母国語としての英語と、世界の人すべての共有財産としての『国際英語』。国際英語は、英語を材料にしてつくった別な言語であり、意志疎通が少々不自由なのは当然。だれもがネイティブスピーカーだ」

「英語を公用語、準公用語としている国は、世界一九ヶ国中五二ヶ国。英米人がいるから英語を学ぶのではなく、世界に人がいるから英語を学ぶことを忘れてはならない」

このままでは日本の医師が、いや日本の国全体が世界からとり残されてしまう、が杞憂だといいのだが——。医師が世界からとり残され、いつまでも因習だらけの自己満足の世界に浸りつづけていると、迷惑をこうむるのはほかならぬ患者さんたちだ。これからの日本の医療を、いや日本の社会をどう舵とりするのか、医学界や日本政府にいま、明確なアカウンタビリティー（説明責任）が求められている。

医療事故を警察まかせにする摩訶不思議

三年ほど前、近くの一般病院で働くまじめな後輩外科医から深刻な電話をもらった。

「大腸内視鏡検査の事故で、大腸の壁に穴が開いた患者さんが亡くなってしまった。病理解剖してもらえないだろうか」

医療事故は明らかだったので、まず法医学者に相談するようにアドバイスした。筆者は、

法医学的な見解をいただいたうえで、病理解剖しようとする待機していただけた。ところが、いつまでたってもその後の情報がこない。翌日になって、ようやく状況が判明した。

法医学者のアドバイスは、「まず地元の警察に届けなさい」だったのだ。職務に真剣なその外科医は、地元警察に電話をかけた。地元警察も突然の申し入れにとまどったのだろう。くわしいはなしをきくために、とりあえず、警察署に出頭するように指示したらしい。その結果、医療ミスをした犯人が自首してきたと判断されて、拘留処分となってしまうのだ。なんとも、割りきれない。警察のほうもかなり困った末の判断だったのだろう――。

ミスをすべて警察に自己申告することがベストか

医師法二一条は、医師が死体や死産児をみて異状があるとき、二四時間以内に警察に届けであることを義務づけている。違反すると二万円以下の罰金が科せられる。この条文は、外傷など死因に不審な点がある場合を想定してつくられた。医療ミスで患者さんが死亡した場合にも警察に届ける必要があるかどうかは少し別の問題だ。

二〇〇一年二月一八日の朝日新聞「医療事故届け出は義務か」と題する記事から。

「一九九四年五月、日本法医学会は、診療行為直後の予期しない死亡、あるいはその疑いのある場合についても警察に届けでるべきであるとする指針をまとめた（『異状死』ガイドライン）。旧文部省配下の国立大学医学部附属病院長会議作業部会は、二〇〇〇年五月、医療行

為に關して刑事責任を問われるかどうか判断に迷う場合でも、速やかに警察署に連絡することが望ましい、とする中間報告をまとめた。旧厚生省が国立病院に示した『リスクマネジメントマニュアル作成指針』（二〇〇〇年九月）でも、医療過誤によって死亡または障害が発生した場合、あるいはその疑いがあるとき、施設長は速やかに所轄警察署に届けるよう指導している」

しかし、自分の過失まですべて届けるとするこうした見解は、黙秘権を認めた憲法三八条に明らかに抵触する。東京都病院協会が二〇〇〇年一月に発表した見解は、「いまだ結論をえられず」だった。

二〇〇一年三月、日本外科学会は、「診療に關連した『異状死』について」と題する声明を発表した（日本外科学会誌二〇二卷三号、二〇〇一年）。

「診療行為に關連した『異状死』とは、あくまでも診療行為の合併症としては合理的な説明ができない予期しない死亡、およびその疑いがあるものをいうのであり、診療行為の合併症として予期される死亡は『異状死』には含まれないことを、ここに確認する。とくに、外科手術において予期される合併症に伴う患者死亡は、不可避の危険性について患者の同意をえて、患者の救命・治療のために手術を行う外科医本来の正当な業務の結果として生じるものであり、このような患者死亡が『異状死』に該当しないことは明らかである」

四月には、日本外科学会、日本救急医学会を含む外科系一学会から同様の共同声明が発

表された。

つづいて四月末、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神病院協会、日本病院協会の四者がつくる四病院団体協議会の医療安全対策委員会も、医療事故で患者が死亡した場合、原則として、医師法二一条で定められた警察への届け出義務はない、とする中間報告を発表した。事故で医療者が刑事責任を問われるケースが相つぎ、「診療が萎縮し、医療の進歩を阻害する可能性がある」のがその理由だ。

ちなみに、一九九九年に都立広尾病院でおきた消毒剤の点滴による死亡事故で、院長らが医師法違反で起訴されたからは、世論のあと押しもあって、重大な事故が発生したら社会に公表するとする病院が九割に達した。朝日新聞社の行ったアンケート調査の結果だ。都立広尾病院が示した事実隠蔽の体質は非難されて当然だ。

しかし、ひとつひとつのミスに刑事責任を問われる（刑事被疑事件として捜査対象とされる）ことが本来に望ましい姿だろうか。医療者はそこまで良心的、自己犠牲的でなければならぬのだろうか。読者のみなさんは、はじめに紹介した外科医は当然の処置を受けたのだと思われるだろうか。どうして、民事でなく、刑事訴追されなければならないのだろうか。

医療界が自ら第三者機関をつくらないのはなぜか

欧米では、医療行為の失敗で刑事責任を問われるようなことはない。医療事故に対する社

会的対応を専門家のいない警察の処置にまかせるといった建前は、他の文明国には決してみられない制度なのだ。国も医療団体も根本的な対策をしないで、警察まかせ。たとえ一件落着いても、その個人が足きり処分されるだけで、医療界には十分な教訓になりにくい。誤解のないようにあえてコメントするが、あくまで届ける先が警察なのがおかしいのだ。

公正かつ専門的な第三者機関を設立して、そこにすべてのミスを報告する（報告したほうが有利になる）ようなアメリカ型のシステムづくりが、つよく望まれる。医療過誤かどうかの判断を当事者である病院がするのでなく、灰色の場合もすべて届けでて、白黒は第三者が判断する「透明なくみ」が肝心だ。

独自の安全対策を導入している大阪府八尾市の八尾総合病院院長、森功いさお氏の正論を紹介しよう（『医学のあゆみ』一九五巻、一〇四六ページ、二〇〇〇年）。

「アメリカでは、一九五二年に設立された医療施設評価信任合同委員会が、医療の質の向上に推進役を果たしてきた。九五年、ボストンのダナ・ファーパーがん研究所でおきた抗がん剤過剰投与による八歳男児の死亡事故で、事故直後に社会的責任をつよく追及された同研究所は『公開による透明性と綿密な解説責任』を果たし、結局全米から高い評価をえた。同委員会はその後、医療過誤事例の報告と対応を病院に課した。

医療過誤の防止は、医療の質の向上と同質であることがあらためて確認されたのだ。この時点で、アメリカ医師会も全米患者安全基金を設立し、医療ミスの調査、予防をはかる対応

を開始した」

一九九一年一月には、アメリカ科学アカデミー医学研究所が、“To Err is Human”（邦題『人は誰でも間違える より安全な医療システムを目指して』医学ジャーナリスト協会訳、日本評論社）を著した。日本のマスコミが追及する犯人探し「だれがやったのか」、すなわち、個人の刑事責任は重要でない。「人はだれでも間違えるが、それが事故に結びつくのは、個人の問題ではなく、システムに欠陥があるからだ。システムを改善すれば、間違いを防ぐことはできる」。

連邦政府はそれを受けて、二〇〇〇年二月、医療関連省庁で構成された合同調査部会において予算措置を伴う具体的作業をまとめ、大統領に答申した。

- ① 障害や死亡につながる医療事故は州政府への報告を義務づける。
- ② 未遂や被害の軽微な事故の報告は自主的で、施設内のエラー低減委員会にゆだねる。
- ③ 義務的に報告された事例は、訴訟から保護する法律を策定する（届け出を促進する条項）。
- ④ 医療者の教育、免許更新に際しては、患者の安全に関する項目を必須とする。
- ⑤ 連邦食品医薬品局は、薬剤販売前後の安全管理対策を具体化する。

お役所主導のわが国の対応は、前に述べた文部省（現文部科学省）主導の国立大学医学部附属病院長会議作業部会中間報告と厚生省（現厚生労働省）のリスクマネジメントマニュアル作成指針をみればわかる。

①危機管理委員会、リスクマネジャーの選任、情報の収集と管理、②警察への届け出、③予防マニュアル作成の奨め。

予算措置は二億円程度。リスクマネジャーの人件費はまったく考慮されていない。アメリカの予算、初年度三〇〇〇万ドル（一ドル＝一五円として約三五億円）、次年度から一億ドルとの落差は大きい。とりあえずかたちだけをつくって、余裕があるなら本格的にやりなさいということなのだろうか。

名古屋弁護士会の加藤良夫氏、増田聖子氏は、平等に最善の医療を受ける権利、医療における自己決定権と自己情報コントロール権の三つを基本とする「患者の権利」が守られるためには、「患者の権利法」の制定が必要だと訴える。そして、おこってしまった医療事故から被害者やその家族を速やかに救済するためには、公正中立でかつ市民参加型のシステム「医療被害防止・救済センター」を設立すべきだと提唱している（『医学のあゆみ』一九五巻、一〇四二ページ、二〇〇〇年）。

以下のセンチテンスは、くりかえさざるをえない。どうして日本人はシステムづくりがへたくそなのだろうか。お役所まかせ、お上にいいなりの姿勢は、日本の社会の隅々にまで行き渡ってしまっている。健全な医者を育てるためには、こうした医療のリスクマネジメント（セーフティーマネジメント）に関する根本的な制度改革が必要不可欠だ。

第六章 病理医だからいえること

病理医はよく料理医と間違えられる

七〇歳女性が頸部の腫れを訴えて来院した。熱はなく、そのほかに特別な異状はみられない。皮膚を切開してとられたリンパ節の病変が、悪性リンパ腫か、がんの転移か、リンパ節結核かを顕微鏡でみて最終的に決定するのは、実は外科医や内科医ではなく、病理医だということを知っている人は残念ながら少ない。

胃にできた潰瘍が良性の胃潰瘍か胃がんか、乳腺のしこりが乳がんかどうか、ヘビースモーカーの喀痰のなかにかん細胞があるかどうか、手術でがんがとりきれたかどうか。こうした判断は病理医のしごとの代表例だ。

さて、ここからしばらくは、そんな「病理医」をめぐる不合理を嘆かせていただきたい。患者さんと接する機会が乏しいため、患者さんによく知られていない部門が筆者の所属する病理部門である。たいへん情けないことに、病理医はよく「料理医」と間違えられる。病

理医という単語があまりに耳慣れないせいで。病理医の存在を知っている一般市民は一部だけ、しごこの内容を理解している人は例外的、が現状に近い。

病理医のおもなしごとは、上に紹介したような「病理診断」である。病理診断には、病理解剖（剖検）、組織診断および細胞診断の三本柱がある。とくにがんの診断には最終診断としての重要な役割を果たしている。

病理解剖は、不幸にして亡くなった患者さんの全身臓器を、肉眼のおよび顕微鏡的に観察して、病気の成りたち、死因、治療効果などを調べるとともに、病気の最終診断をくだす場となる。組織診断は、内視鏡などでとりだされた生検組織や手術できりとられた臓器を肉眼と顕微鏡でみて判断する診断業務であり、現代の病理医にとってもっとも重要なしごとといえる。手術中に短時間で行われる「術中迅速診断」も組織診断のひとつだ。細胞診断では、病変部を綿棒でこすりとったり、注射針で穿刺吸引してえられた細胞や、喀痰・尿・体腔液（胸水、腹水、心囊液しんのうえき）といった液状の検体をスライドガラス上に塗った細胞標本を顕微鏡で観察して診断がくだされる。

端的に言えば、病理医はありとあらゆる病変に診断をくだす「診断のプロ」である。病理診断は、どういった治療が最良かに関する重要な判断基準を臨床医に提供する。がんや感染症に最終診断をくだす病理診断には、プロとしての知識と技術が要求される。アーサー・ヘイリーの小説『最後の診断』（永井淳訳、新潮文庫）にたよるまでもなく、病理診断は治療方

針の決定に欠かせない。

なお、美しい病理標本の作製や病理解剖の介助をするのは病理診断室に勤務する臨床検査技師のしごとだ。つまり、適正な病理診断は、鍛えぬかれた病理医の「目」とプロの技師の「腕」が一緒になってはじめて可能な点はぜひ確認しておきたい。

病気を最終診断する役割を担う病理医の数が少ない！

従来、文部省（現文部科学省）配下では病理学は「基礎医学」、厚生省（現厚生労働省）配下では病理診断は「検査部門」（病理検査）に分類されてきたため、情けないほどの人手不足と病院内での発言力不足にあえぐ毎日である。わが国では病理医不足が深刻だ。日本の病理医は全医師のわずか〇・七パーセントにすぎない。アメリカでの数字は二・六パーセントだ。三〇〇床以上の総合病院でも、常勤の病理医を雇用しているのはたった半数あまりだ。そして、その多くがひとり勤務のため、休むのもままならない。

最終診断たる病理診断の質の向上はそのまま、医療の質の向上に直結する。なのに、肝心の病理診断の担い手たる病理医が医療界で正当な評価をえているとはいいがたいのだ。へなちょこな病理診断だとうなるかって？ くわしくは、拙著『病理医があかす タチのいいがん悪いがん 最新診断治療ガイド』（双葉社）をぜひ参照してほしい。

臨床医学には診断と治療しかないのだから、「最後の診断」を受けもつ病理医はりっぱな

臨床医のほずである。そうでないとしている国は日本くらいだ。その証拠に、病理医の存在は欧米では、内科医、外科医、小児科医、産婦人科医と同じくらいにでも知られている。そう、「料理医」と間違われる気遣いはない。

臨床医としての病理診断医には卒業臨床研修が必須であるべきだが、病理研修医を受け入れている大学はまだ少ない。多くの大学では、基礎医学系病理学教室の大学院制度（研究者育成システム）を利用して病理診断医が養成されている。臨床研修医として病理診断を研修すると、旧厚生省からの補助金とその分だけカットされるといった笑えない状況が終わったのはついこの前、一九九三年のこと。正しい病理診断には多くの経験と臨床的知識が要求されるにもかかわらず、病理診断そのものが医行為と正式に認知されたのは八九（平成元）年。それまでは、病理診断はだれがやっても、機械がやっても違法ではなかった！

九二年七月の医療法改正に伴う標榜科（院外への広告を許される公式の診療科名）みなおしに際して、病理科の標榜は「患者をみない」というただ一点でみごとにきり捨てられた。そもそも、標榜科が患者さんに対する広告規定と定義されている医療法の考え方が誤っているのだ。専門性を明確にする機能的分類であってしかるべきなのに！ 今後は、病院機能としての病理診断を表示することを通じて、「医者ドクターの医者ドクター」たる病理医が正当に認知されたいのだが――。

患者さんの顔がみえないことは、病理標本を第三者的立場から客観的に観察・診断する大

きな利点がある。この客観性は水商売的になりがちの医療の世界にあって貴重品だ。いっほう、病理標本の向こう側に正確な診断とそれに基づいた適切な治療を待っている患者さんがいることを忘れやすい点は「病理医」の陥りがちな落とし穴だ。病理診断は、教授や助教授がみたから正しいのではない。患者さんのことを考えつつ、一枚でも多くの標本をみた病理医にかなわない。

独りよがりの診断で患者さんに迷惑がかかることを自戒しつつ、今日も顕微鏡に向かう。

いい病院を選ぶちょっとした目安

大病院を直接受診できる現行の医療提供システムは、よりよい医療を受けたいという患者さんの願いをかなえているだろうか。現行の診療報酬システムは、患者さんをみれば、医療の質にかかわらず一定の報酬になるという大きな矛盾を抱えている。つまり、十分な時間をかけた診察をして、必要最小限の検査や投薬ですませるベテランばかりだと病院経営はおぼつかない。検査づけ、薬づけに加えて、トラブルにつづく追加治療も金をよぶ。

患者側にも問題がある。たとえば、前立腺がんをわずらう老人は、原則として、月に一度の抗男性ホルモン剤の筋肉注射だけでようすをみる。これが「生活の質(QOL)」をさげないすばらしい治療法なのにもかかわらず、「月に一度しか医者にかからないのは不安だ」

といったことばが口から飛びだしてくる。現在、三ヶ月に一度の注射ですむ有効な薬が開発されているが、これがかえって患者さんの不安をあおることになってしまふ――。

診断がていねいでも雑でも収入が同じという新システム

現行の出来高払い制の矛盾を修正すべく、一定の病気には一定の額しか保険対象としないアメリカ型包括診療報酬システムがいま、一部の公立病院で試行中だ。アメリカのシステムでは病理診断は別枠扱いなのだが、日本型では病理診断も包括されてしまうかもしれない。これでは、肝心な最終診断が経済的理由でカットされかねず、逆に、医療の質の危機が助長される恐れがある。

事実、二〇〇〇年四月からは、「特定集中治療管理料」を保険請求する場合は、病理診断を含めたすべての「検査」は包括されてしまうことになった。肺、肝臓、脾臓、食道、脳、心臓・大血管などの大手術では、患者さんは手術後にほぼ必ず集中治療室（ICU）に入室する。その場合、迅速診断や手術切除材料の組織診断の費用をはじめ、すべての検査費用が包括されてしまふ。いい換えれば、迅速診断や諸種の検査をやってもやらなくても病院の収入は一緒なのである。外傷や中毒で救命救急室に搬送された患者さんについても状況は同じだ。手術切除された標本をいくらていねいにみても、雑にみても収入は変わらない。これでは、肝心な病理診断が経済的理由でカットされる状況がでてもおかしくない。提供される

「医療の質」の低下が危惧^{きぐ}される。

病理医は「医療の監査役」に向いている

いい病院を選別するために、第三者機関としての日本医療評価機構が機能しはじめています。しかし、その評価はあくまで総論的評価にとどまり、各論的評価、まして医師個人の質の評価からはほど遠い。

いっぽう、アメリカ、マサチューセッツ州でインターネット上に公開している医師の診療経験を載せたホームページには、年間三〇〇万件のアクセスがある。そこには、手術の回数や成功率のみならず、過去におかした医療過誤の回数も掲示されているという。

そんな状況のなか、日本の患者さんにとって手軽な医療の質の判断方法を教えよう。病理医と麻酔医が常勤で何人いるかを院内の掲示板で確認すること。ともに専門性が高く、人材不足を嘆きつつ診療を支える医者仲間だ。

医学生を病理医へ勧誘するときのうたい文句。「うそをつかなくていい。悪いものは悪い、わからないものはわからないとはつきりいわねばならない。患者さんを直接受けもたないの自分のペースでしごとができる。そして、ネクタイをしなくていい」。そう、ほかの臨床医と違って、病理医には「水商売的」な側面は乏しいし、不必要なのだ。

これからの医療には客観的な評価（監査）をする・受けるシステムが求められる。そこで

は「セカンド・オピニオン（第三者意見）」が重要だ。従来の白い巨塔的医療では、医学部の講座制や学閥意識のなかで、外部意見の入る余地が少ない、医者同士の相互批判の成りたりにくい縄張りができあがっている。講座の教授や病院の医局長は一国の主、^{あるじ}「殿」であり、たとえ不適切な診療があっても黙っているのが家臣の役目。名古屋の医療弁護士、加藤良夫氏は、この「封建性」が専門性、密室性と並ぶ医療の三つの壁のうちでもっとも乗り越えにくいと主張されている（『医療過誤から患者の人権を守る』加藤良夫、ぶどう社）。

さて、病理医は「医療の監査役」足りえるだろうか。講座も学閥もありのなかで、しかも患者さんの顔を知らない病理医が、患者さんのための冷静な診断をくだし、臨床医と対等に中立的な意見を述べられるだろうか。はからずも、不適切な治療、診断の誤りや院内感染が死因につながった解剖例に接した場合、その貴重な経験を再発防止に向けて素早く院内に還元できるだろうか。

病院内で、「医療の質に関する委員会」や「死因検討会」が機能する場合、そこで中心的な役回りを果たすのが病理医のはずだ。たとえば、大阪厚生年金病院病理部の小林晏^{やまじ}先生が中心となっている委員会は、同僚の行った医療行為の審査を通じて、同病院の医療の質を支えている。苦勞・心勞が絶えないらしいが、ぜひみならいたい実践だ。

病理医のもつ第三者的な「客観性」を院内・院外のセカンド・オピニオンとして生かすことがまず第一歩となる。幸い、もち運び容易な病理標本は客観性を保ってくれる。

要注意！ がん保険のおりないがんがある

生存率のきわめていい乳がん（浸潤性の増殖を欠く非浸潤がん）で、乳房全摘術と腋の下のリンパ節切除を受けた三〇歳台前半のキャリアウーマンから相談を受けた。彼女の手術はもともと縮小手術の予定だったのだが、がん細胞が乳管のなかを予想以上に広がっていることが手術中に短時間で行われる病理診断「術中迅速診断」によって確認されたため、乳房全摘手術にきり替えられた。むろん、その旨は事前に十分に説明され、本人も理解していた。

このように、がんとしての治療を受けたにもかかわらず、彼女は生命保険について「がん保障」（三大疾病保障特約）が非浸潤がんに適応されない点にどうしても納得いかないという。

保険会社のいい分は、「非浸潤がんは転移しないので生命を脅かさない」の一点張り。そして、保険料の支払いを拒否したのだ。たしかに、保険の契約書には皮膚がん（悪性黒色腫を除く）と上皮内がん（非浸潤がんの同意語）は保険の対象外と書かれている。

「上皮内がんって、小さながんの芽のようなものなのだろうなと考えていました。保険会社から上皮内がんについてのくわしい説明もなかったですし——」

医学のしろうとである保険勧誘員が上皮内がんを説明できるとは思えないが、彼女が納得

のいかない点はよく理解できる。

手術前の細胞診断はクラス5、つまり悪性だった(細胞診断の分類では、クラス1、2は陰性Ⅱ良性、クラス3は擬陽性Ⅱ境界病変あるいは判断保留、クラス4、5は陽性Ⅱがん)。外科医もがんとして手術を行い、念のため、ていねいなリンパ節廓清かくせいを加えている(むろん、結果的にリンパ節に転移はなかった)。まして、非浸潤がんと確定されるのは、たくさんの顕微鏡標本をつくって調べる病理組織学的検討の結果なのであって、手術前に浸潤の有無を確定することは不可能だ。

同じく上皮内がんに関する除外規定をもつ外資系大手保険会社のがん保険では、このような事例の場合、慎重に内容を審査して保険適用となる場合があるという。ところが、日本の保険会社は「上皮内がん」という診断病名だけにかんとしてこだわりつづける。

日本では「がん」でも、欧米では「がん」じゃない

がん保険の支払いはがんの告知が前提条件である。そして、支払いの申請に病理診断報告書のコピー添付が求められる。がんの診断にとって病理診断がもっとも着実な最終診断だからだ。最近おめみえした一部のがん保険を除いて、通常のがん保険の規定では、大腸のポリープ内がん(ポリープの一部ががん化した初期病変)をはじめとする上皮内がんは保険適応にならない。わが国でがんと病理診断される大腸のポリープ内がんが、アメリカでは「異形

成”（前がん病変）とよばれ、がんと区別されているからだ。

欧米の病理医の考え方を紹介しよう。

「がんとは、浸潤・転移して患者さんを死にいたらしめる可能性のある病変をさすべきだが、いわゆるポリープ内がんはそうではない。がんの診断病名を使うと外科医は不必要な過剰診療（つまり、必要のない手術切除）をしかねない」

たしかに、この種の病変はポリープ自体を内視鏡的に切除することで完治すること。追加の治療はいらない。定期的な経過観察をすれば十分だ。使う病名は違っても、この治療方針に対する考え方に日本と欧米の違いはない。

わが国では、内視鏡医の技量の高さを背景に、胃がんを中心とした早期診断法が広く普及しており、大腸でも欧米では発見困難な早期病変が数多くみいだされている。わが国の内視鏡診断は間違いなく世界一すぐれている！ 臨床医の要望に応じて、第二次大戦後いち早く胃カメラの開発につとめた内視鏡の最大手メーカーが、日本の企業であることもその理由のひとつだ。

人を死にいたらしめる浸潤がんにならないうちに「がんの芽」を発見するのが内視鏡検査の究極の目的だ。たしかに、病変が粘膜の内部にとどまる早期胃がんは、切除すれば完治する。がんの成りたちや早期がんが進行がんに変わるメカニズムを学問的に追究するには、こうした早期病変の解析が欠かせない。

がんという病気にとり組むスタンスの違いから生まれたことばの使い方の違い。同じ病変に対して使われる診断病名が日本と欧米で異なる点はたしかに大きな問題であり、世界レベルでの同意が必要だ。

わかりづらいかもしれないが、もう少し説明してみたい。わが国の病理医の主張はこうだ。内視鏡検査では生検材料として粘膜のみが採取される。その結果、欧米病理医の顕微鏡的ながんの定義では、粘膜下層へ浸潤する「本物のがん」を識別できない恐れがある。事実、扁平^{へんぺい}にもりあがる大腸の早期病変（欧米ではこれらの病変をなかなかみつけられない）では、欧米で「異形成」と診断されるなかに明らかな浸潤がんが含まれてしまう。つまり、低い確率だが、転移可能な病変がみおとされている。

さて、どちらの見解が患者側にメリットが大きいか。内視鏡的粘膜切除術といった患者さんにとって苦痛の少ない安全な治療法が確立した現在では、日本に分ありとみなしたいのは筆者の欲目かしらん。だからといって、「早期がん」の名のもとに、不必要な過剰手術（胃や大腸の切除術とリンパ節廓清術）が過去に多数行われてきた事實は、謙虚にかつ深く反省しなければならぬ。こうした不適切ともいえる診療をあと押ししてきたのは、残念ながら、診断のプロたる私たち病理医だったのだから。

たしかに、上皮内がんを放っておいたらどの程度の確率で浸潤がんに進展するかに関するデータはほとんどない。なにせ、診断された時点で病変をとり去ってしまうのだから、その

先どうなるかはわかりようがない。少なくとも理論的には、進行がんはすべからく上皮内がんの時期を経ている。なぜなら、がんはすべからく上皮細胞からなる粘膜に発生するのだから。いい換えれば、上皮内がんの一部は確実に浸潤がんへと進展してゆく。しかし、残りの上皮内がんは上皮内にとどまりつづけ、患者さんを殺さない可能性はある。

将来浸潤してゆく可能性の高い病変とそうでない病変をあらかじめ識別できれば、適切な治療に直結する。それができればノーベル医学・生理学賞をいただきだ。このテーマが医療者の、とくに病理医の永遠の夢であってはならない。

検査センターで行われる病理診断のリスク

あなたが病院をおとすれ、血液や尿の検査をしたとしよう。それを調べるのはこのだけだか考えたことがあるだろうか。大きな病院では自前の検査室をもち、臨床検査技師、臨床検査医や病理医を雇っているだろう。しかし、そうでない病院も少なくない。

検査センター（衛生検査所）は、血液や尿などの検体を利用する検体検査をひき受ける営利企業で、自前で検査室をもたない小さな病院や診療所の検査を支えている。胃カメラでとられた胃生検標本や子宮がんのための「病理検査」も、検査センターでとり扱われることが少なくない。ただし、「医行為」（医師免許がないと行ってはいけない診療行為）である病理診

断をくだすのは、検査センターに（臨時に）雇われた病理医だ。

日本病理学会の認定する認定病理医（二七〇〇名あまり）の半数以上は大学や大病院に勤務している。全国に一〇〇〇に満たない三〇〇〇床以上の大・中規模一般病院でさえ、常勤の病理医がいるのは約半数にすぎず、しかも、その多くはひとり勤務の“ひとり病理医”である。常勤病理医のいない大・中規模病院では、非常勤の病理医が週に何回か病理診断を担当していることが多い。

それ以外の中小病院や医院で採取された病理検体はどこで診断されるのだろうか。

こうした病理検体は、地元の医師会立病院に勤務する病理医が診断する例を除けば、地域の大病院の病理学教室に検体が直接もちこまれるか、検査センターが集配して大学や大病院の病理医たちが時間外に診断している。全国的にみると、検査センター経由で診断されるのは全病理検体の半数近く（年間三〇〇万件あまり）にのぼる。

検査センターにおける病理診断の問題点をあげてみよう。

検査センターの診断の質をさげている“宿命的な制約”

まず、価格のダンピング（安売り）。一部の検査センターでは請負額が正規の半額になる。すると依頼した病院は残り半額が手に入る。細胞診断にいたっては無料サービスをうたう業者もある。なぜ？ 病理検査は血液や尿にくらべれば、もともと調べる数がそれほど多くな

い。しかも、病理医によるプロの目がどうしても必要なため、採算性がいへん悪い。もうからないのならむしろサービスマンに徹し、ドル箱の血液検査や生化学検査（自動分析装置が結果をだしてくれる）の検体をいただく戦略だ。むろん、精度管理のしっかりした大手業者もあるが――。

こうした体制のなかが問題か。それは、被害が患者さんに及ぶ可能性があることだ。病理診断の質に関して、最大の敵は情報不足だ。検査センターの標本をみる病理医には必要な患者情報が不足し、病理診断を受けた臨床医は遠く離れた病理医に質問しづらい。

たとえば、頸部リンパ節や骨髄の標本に結核などの感染症を疑う所見があったでしょう。病理診断申込用紙には、えてして十分な情報は記載されていない。病理医が病院にいる場合は、気心の知れた臨床医に電話して、発熱があるか、肺に影はないか、ツベルクリン反応は調べたか、結核にかかったことはないかなどを問いあわせることが容易だ。臨床医も、肉芽腫性炎症（結核の代表的顕微鏡所見で、結核と断言できない場合にしばしば用いられる医学的表現）という病理診断を受けとったときに、結核を疑っているのか、そのほかにとどのような病態の可能性が考えられるのかを病理医と気楽に話しあえる。そうしたなかで、正しい診断へとたどりつくものなのだ。

いっぽう、検査センター経由の場合、正確な診断に重要なこうした病理医と臨床医のコミュニケーションがとりにくいことは紛れもない現実である。結果として、最終診断たる病理

診断の質が十分に保証されない危険な状況になりうる。

病理医からみると、申込用紙に記載された臨床情報が不十分だったり、書かれた略号が理解不能だったり、文字が読みとれないことがしばしばある。報告を受けとる臨床医からすると、診断医の名前が読めず、たとえ診断や所見に疑問点があってもついそのままにしてしまう。もっと知りたくてもお互いに顔も知らず、経験や実力もわからないもの同士では、気心の知れた話しあいが行えないのは自明である。お互いに一方通行。病理医、臨床医とも「ま、いいか」の連発だ。

くりかえすが、適切な病理診断には、病理医と臨床医の連携プレイがなによりたいせつだ。これなしの「ま、いいか」式の病理診断には一定のリスクが内包される。だからこそ、病理医の存在が貴重なのだ。

大手の検査センターにも専任の病理医が勤務しているが、全国で五〇人にも満たない人数ですべての標本をチェックするには、検体数があまりにも膨大である。

そう。宿命的な制約を有しつつ行われている検査センターにおける病理診断のより一層の「質の向上」は、わが国の「医療の質の向上」に直結する大きな課題である。患者さんにとっては、臨床医と連携しやすい病院勤務の病理医に診断されたのか、連携のしにくい検査センターを通じて診断されたのかは見えにくいし、したがって、その結果の不利益も認識されづらい。

誤解のないようにつけ加えるが、検査センターの病理診断がすべて信頼できないわけではない。対人口比あたりの病理医数が、日本とそれほど変わらないイギリスでは、「病理検査」をとり扱う検査センターはない。病理診断は、臨床医と認知されている「病理科」の医師が行うれっきとした医療行為であり、決して検査の一部でないため、検査センターが行える業務に属さない。

イギリスをみならって、病理診断を安易に飯のタネにしない、できないシステムの構築が必要だ。そのために、病理診断の実働部隊を抱える社団法人、日本病理学会の大いなる指導力が期待される。

あなたの個人情報や研究に利用されている

病理診断とは、病気がどういふものかを最終的に確定するために病理医が顕微鏡を使って診断をくだす医療行為をさす。病理診断された標本とそのもとなったパラフィンブロック（ろうに埋めこまれた組織標本のことで、これから顕微鏡標本がつくられる）は、病理診断室に長期間、半永久的に保存される。保存の目的はつぎの三つだ。①同じ患者さんから採取された過去の標本をいつでも参照・再評価できること、②違う患者さんが同じ病気にかかったとき

の参考にすること、③特定の病気の標本を特定の目的の研究対象や教育材料として用いること。パラフィンブロックからはいつでも必要な切片が作製でき、必要な染色を追加検討できる。

同じことは、胸部X線写真、CT写真、エコー図、心電図、血清、あるいは診療録（カルテ）に記載された内容など、医療のすべての分野にわたる情報についてもいえる。

従来、これら（とくに③）は当然の権利として、患者さんの了承なしに医療者が活用してきた。たしかに、個人を特定して学会などで発表するわけではないので、患者さんのプライバシーが侵害される可能性は少ない。とはいえ、ホルマリン固定臓器の所有権（第四章「摘出された臓器はどうなるの？」参照）の場合と同じで、これらの画像や数値はだれのものなのかといえ、やはり、本来は患者さんのものだろう。

できれば、将来の教育・研究目的の利用に関するインフォームド・コンセントをあらかじめ個別にとっておくことが望ましい。この方向での実践が全国で少しずつはじまろうとしている。ただし、病理医や臨床医がこれら材料を悪用する可能性はないし、あまり厳密な規制をかけられると臨床研究がストップしてしまい、医療・医学の進歩に赤信号がともることになる。開かれた病院に向けた努力を惜しまないつもりなので、どうかご理解を！

正々堂々と症例報告できるようなルールづくりを！

患者さんの病気をもととした「症例報告」は臨床研究の基本である。特徴ある症例を蓄積し、世界中の医療者の行う診療に役だててもらおうことの意義はたいへん大きい。しかし、症例報告では、患者さんの名前以外の個人情報と臨床的ならびに病理学的な所見などが詳細に記述される。場合によっては、目を隠したかたちでの顔写真、乳房や外陰部の肉眼所見が提示される。いい換えれば、個人のプライバシーが濃厚に提示されるのだ。しかも、症例報告をする旨の了承を患者さん本人からとっている場合は例外的だ。

プライバシー権はかつて、他人に私的な領域に踏みこまれない権利（そっとしておいてもらう権利）と考えられていた。しかし、現在では、「自己情報コントロール権」と捉えられている。①勝手に個人情報を集められない権利、②正当に収集された情報でも、目的外には使用されない権利、③収集された情報を閲覧・謄写するなどして利用できる権利、④収集された情報に誤りや変更があれば、訂正・削除できる権利。この四点が保障されてはじめて、「新しいプライバシー権」が確立したと解釈される。

二〇〇一年春の通常国会で、「個人情報保護基本法」が可決成立した。そこでは、「個人情報」は「個人に関する情報であつて、個人が識別可能なもの」と定義されている。個人情報管理者の設定、従事者への守秘義務の確認と教育、マニュアル作成、情報の危機管理などが法制化された。そうなると、公共性のある医療においては、個人のプライバシー権を尊重しつつ、医療情報の流通や活用をはかることがつよく要求される。

症例報告におけるプライバシー権の保障に関しては、前述した標本の研究利用以上に深刻なのは明白だ。今後とも、正々堂々と症例報告ができるように、医療者の大いなる意識改革が求められる。

肝心な点は、報告する対象となっている病気や病態に不必要あるいは関連性に乏しい、個人を特定できそうな情報は記述しないルールづくりだ。名前のイニシャルはもとより、居住地、職業、嗜好品、既往歴、家族歴、入院年月日、これまでににかかった医療施設名などを記載しなくてすむ個人情報情報は少なくないだろう。

たとえば、「○○郡在住の五〇歳男性、職業△△、が二〇〇X年Y月に◎◎病院に、B型肝炎ウイルス陽性の肝硬変症で入院した」と記述されたとしよう。○○が狭い（あるいは人口の少ない）地域で職業△△が僧侶、弁護士、医師といった特殊な場合、それだけで個人が簡単に特定されてしまうだろう。この場合、年齢、性別、病名は必須事項だが、居住地、職業、入院年月日、入院した病院名は肝硬変症という病気とは直接的な関連性がないのだから原則として記述しないですむはずだ。B型肝炎、エイズや遺伝病をわずらう個人が特定されてしまうと、患者さん個人のみならず、家族にも迷惑のかかる恐れがある。

情報技術（IT）の時代である。インターネットでさまざまな情報が行き来し、これまでは医療関係者しかみることがなかった医療情報が家庭のなかにさえ入ってゆく。医家向けの衛星放送もはじまっている。書店の医学コーナーでは膨大な量の書物が並んでおり、だれで

も手にとれる。

医療者と患者の双方が納得できるルールづくりを急がねばならない。

ぎんさんが解剖されたわけ

二〇〇一年二月二八日に一〇八歳で亡くなられた蟹江^{かにえ}ぎんさんは、遺族の「長寿の研究に役だててほしい」という願いから、病理解剖された。週刊朝日二〇〇一年三月一六日号の記事によれば、「肉眼でわかる範囲では、若干の脳の萎縮^{しゆく}と動脈硬化があった以外、めだだった病変はみあたらず、「老衰」の域をでないものだった」。

解剖には、系統解剖、法医解剖、そして病理解剖の三種類がある。

系統解剖は、献体された遺体を医学部の学生が系統的に解剖し、人体のしくみを学ぶもので、医学の習得になくてはならない。その管理は、医学部の解剖学教室のしごとだ。

法医解剖は、事件や事故で死亡した人を解剖して、死因を追究するもので、社会の治安維持になくてはならない。医学部の法医学教室ならびに東京と大阪に設置された監察医務院で解剖が行われる。

病理解剖は病理医の重要な職務である。病死した患者さんの病気の診断、進展の度合い、治療効果を判断し、死因を追究することのでつぎの患者さんの診療に生かす。臨床病理カンフ

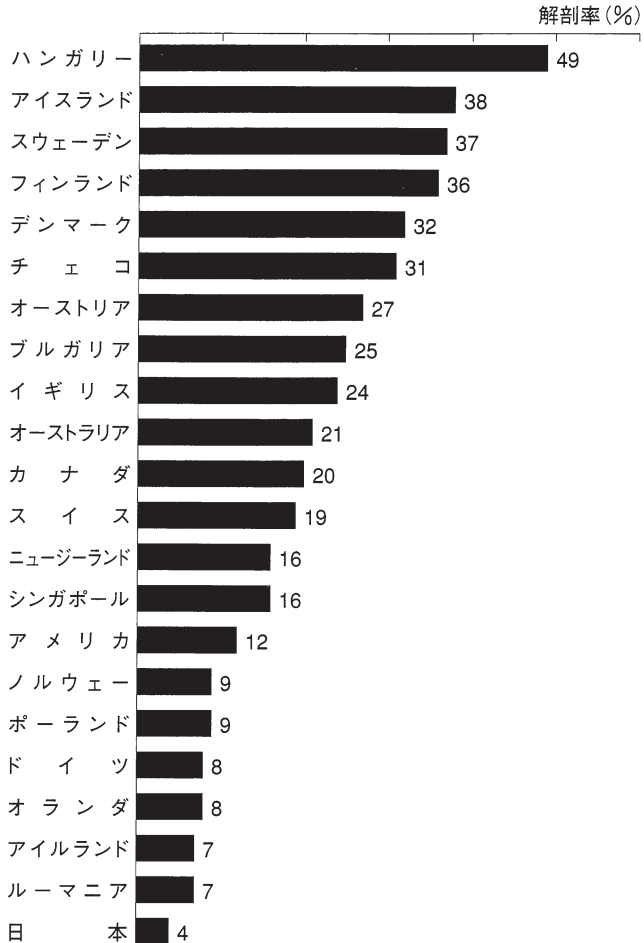
アレンスとよばれる検討会で、病理解剖からえられた結果を勉強しあうことはとくに意義深い。医学生や研修医への教育の場としての役割も大きい。思いもよらない病変が解剖してはじめてみつかるともある。患者さんが私たち病理医の教師に変身する瞬間だ。

脳死臓器移植に際して、ドナーの病理解剖が行われていないのはとても残念だ。なぜなら、脳死に相当する病理所見を科学的に証明する機会を逸してしまったから。それに、気づかれない肺がんからの転移がある肝臓を移植されたいへんだ。

画像診断の進歩にともなつて、従来は解剖しないとわからなかった病変が生前にわかるようになった。そのことを反映して、病理解剖率の低下が近年いちじるしい。そのうえ、診療報酬（健康保険）の対象とならない病理解剖の経費は全額病院からのもちだしであり、現代のきびしい医療経済情勢のなかで、経済的な動機づけがなかなか働かない。

WHOの統計に「一九九六年における世界二二ヶ国の解剖率」がある（二〇五ページの図）。国民全体を分母にした数値（病理解剖と法医解剖をあわせた数字）だが、ハンガリーの四九パーセントを筆頭に、北欧諸国が三〇パーセント台、イギリス、カナダ、オーストラリアなどが二〇パーセント台、アメリカは一三パーセント、ヨーロッパのなかで低いのはドイツ、オランダ、アイルランドなどで七〜八パーセントとなっている。日本は、二二ヶ国中最低でわずかに四パーセントの解剖率だ。しかも、もともと解剖率が高かった八〇年代でさえ、六パーセント台にすぎなかった。九八年にはこの数字はさらに低下し、三・九パーセント

1996年における世界22ヶ国の解剖率 (1998年のWHO統計)



病理解剖と法医解剖をあわせた数値。日本の解剖率は調査された22ヶ国中最低である。

(うち、病理解剖は二・九パーセント)まで落ちこんでいる。

たしかに、アメリカでも解剖率の低下が問題視されているが、それでも日本の三倍の率を堅持している点は意外に知られていない。宗教的な背景の違いはあるにせよ、この数値の意味するところはみすごせない。

誤診や誤治療も病理解剖で判明する

入院中の突然死や、病院に運びこまれてきた事故・死因不明の遺体は、しばしば病理解剖され、傷や病変と死因の因果関係が追究される。医療事故や入院中の突然死の場合は、ふだん共同作業をしている医者仲間の医療行為に対する客観的判断が求められるため、病理医は医療の質の番人に変身する。当然、病理医が労災保険や医療裁判に関わる機会が増える。残念ながら、死因不明の場合もあるが――。

二〇〇一年二月二〇日づけのUSAトゥデイ紙に載っていたデータを紹介しよう。アメリカ、オハイオ州にあるクリーブランド・クリニックの集中治療室(ICU)で一九九四〜九六年に亡くなった四〇一名のうち、九一例(二三パーセント)が病理解剖された。そのうちの八例(二〇パーセント)に誤診がみいだされ、八例(九パーセント)は治療方針を変えるべき重大な誤りだった。これは、集中治療室に運ばれる最重症の患者さんが典型的な所見を示すとはかぎらない事実を反映している。どんなに最新の診断装置を駆使しても、一定の確

率で誤りは生じる。その検証のため、病理解剖の意義はいまでも少なくない。

病院外で発生した事件や事故で亡くなった方や死因不明の突然死・不審死に対しては、通常、法医学解剖が行われる。法医学解剖と病理解剖の境界線にある入院中の突然死では、病理医にも法医学的知識と経験が要求される。アメリカでは、法医学は病理診断のトレーニングにつづく選択コースとなっている。日本では残念ながら、両者の交流は少ない。法医学専門医が増えるためには、まず病理医の確保からはじめるのが筋なのだが――。

「メント・モリ（死を忘れるな）」は、人の死と日常的に接する医療者にとって忘れがちなラテン語の格言である。病理解剖をめぐる問題はさまざまだが、年に一度の解剖慰霊祭では、せめてこの言葉をかみしめてみたい。

「死の日常性」について考えよう

ケニア国民の三大死因は、肺炎、下痢症、そしてマラリア。最近では、エイズ、結核と交通事故死も多い。インド洋に面したケニア第二の都市、モンバサにある州立病院では、年間一〇〇〇体の解剖が行われている。半数以上は、事故、事件がらみの法医学解剖らしいが、病理解剖診断名には、大葉性肺炎、腸チフス、マラリア、結核などが並ぶ。専任の介助者にとつて、屍体たいたいをさばく、積み重ねるといった作業は日常茶飯事だ。

いっぽう、ナイロビ大学の教育病院であるケニアッタ国立病院で病理解剖が再開されたのはつい最近だときいた。一九九四年一月時点でのなした。筆者も現地で肝炎に倒れるまでの短い間に二例の病理解剖をさせてもらったが、そのときまず感じたのは器材の乏しさ。手袋や長靴がなかなか手に入らない。それでもなんとか解剖できたのはホルマリン液があったから。以前行われていた年間二〇〇〇体の解剖がこの大学病院でゼロになったのは、ホルマリンが買えなかったからときいたが、どうやらまんざらうそではないだろう。

ふだんから、相当数の病理解剖を行っている筆者でさえ、啞然としたのは、遺体保存用冷蔵庫の大きさとその管理方法だ。両方の病院とも基本的には同じだった。

そこには、解剖をしなかった遺体を含めて、きわめて多数の遺体が冷蔵庫に折り重なり、絡みあって眠っていた。冷蔵庫は三〇体用らしいが、実際には三〇〇体もの遺体があるところ狭しと詰めこまれていた。なんとという光景。腕にはめられた個人確認のための名札が悲しい。

なぜ？「遺族が遺体をひきとり、土葬するのに要する費用を捻出するのに、ときには三ヶ月の日時を必要とするため」がその理由。貧しさゆえの悲しさだ。大学病院では、解剖室の外に大人用と子ども用の棺桶が無造作に放置されていた。遺族が、冷蔵庫のなかから求める肉親の遺体を捜す現場にも遭遇した。筆者には、かれらがあまりにも平静な顔つきで遺体の確認をしているようにみえてならなかった。

たまたま、柳田邦男氏が著した『死の医学』への序章（新潮文庫）を携えてケニアをお

とずれ、柳田氏のいわんとするところに深く共鳴していた筆者は、わが国ではいまや、あまりにも薄れてしまった「死の日常性」が、かの国では当然のごとく、病院にそして一般市民に受け入れられていることに強烈な衝撃を受けた。

道端に放置された遺体を目撃したというケニア中央研究所の同僚がいたし、知りあいや親戚が若くして病死ないし事故死したという現地の間のはなしも何度か聞いた。筆者の短いケニア滞在中に、ナイロビ大学の医師と医学生がひとりずつ、エイズに合併した結核で亡くなったときいた。こうしたケニアという異境の地の「死」と接する生活環境は、「死」を隔離しようとする病院医療がふつうであるわが国とは、決定的に異なっている。

日本人の八五パーセントが病院で死を迎える

日本人の死は、残念ながら、家族に看とられるかたちからほど遠い。日本の病院では、俗にスパゲッティ症候群といわれるチューブだらけの状態で患者さんは死を迎える。日本人の死の八五パーセントは病院で迎えるという。欧米の五割にくらべても突出して高い数字だ。最近、年少少女の凶悪犯罪が増加していることと「死の日常性」の喪失は関係が深いのかも知れない。

感染症の実地体験を目的に、そして、さだまさしの歌う「風に立つライオン」の歌詞に魅せられて、はるばるアフリカ大陸まで渡った筆者に、なにもものにも代えがたい貴重な体験を

与えてくれた魅力ある国、ケニア。医療の原点を感じるのに、そして、医療援助のなんたるかを考えるのに最適なチャンスを提供してくれた人びとの暮らし。また行ってみたくなる不思議な吸引力をもつ国土。

その後、柳田邦男氏の『「死の医学」への日記』（新潮社）を読み、さらに深い感銘を受けた。末期患者の「生活の質（QOL）」を確保するための三本柱は、①身体症状の緩和ケア、②こころのケア、③人生の完成への支援、だと氏は主張する。現代の医師に「気づき」がほしい。患者さんの痛みや苦悩に耳を傾け、こころのケアにとり組もうとしてほしい。

たしかに、現在の医学教育のなかには「死の医学」の側面が大きく欠落している。多肢選択形式のいまの医師国家試験には「死の医学」的な問題がだしにくい（あるいは、だしても常識的な問題となってしまう）。そして、こうした倫理面の教育・訓練が医学部教育のなかでついおろそかになる。二〇分程度の面接試験を医師国家試験に導入したとしてもなんともならない。いったい、どのようにしたら解決できるだろう。

おわりに

本文中にも述べたが、私たち病理医の利点は、守備範囲が広く、しかも患者さんと直接接触する機会が少ないために、(少なくとも理論的には)冷静かつ客観性のある第三者的な判断が可能なことにある。野球でいえばキャッチャーの役目、航空機の運航でいえば管制官といった役回りだ。

医療の世界はあまりにも専門性が高く、医師免許をもっているからといってすべての分野がわかるわけではない。医師を育てる場所、医学部は教授を筆頭とする講座制が高い壁をつくっている。そして、講座制の根っこには学閥主義が潜んでいる。しかも、患者さん個人のプライバシーを守るため、医療は密室で行われる。

また、医学は「経験学」といっても過言でなく、でっかい経験することがなによりたいせつである。つまり、先輩医師のいうとおりの奴隷のようなでっかい丁稚奉公ぼんこうのステップが欠かせない。医学の実践の場である医療がもつ封建性をくずすことは本当にむずかしい。

専門性、密室性、封建性の結果は、外部からのチェック機構を働きにくくする。医師は相互批判がもつとも苦手である、いや、そうならざるをえない環境のもとでしごとをこなして

いるのだ。

医師たちは、日々のしごとに忙しい。専門性と密室性が特徴である医師のしごととは、つい内向する。外向きの啓蒙活動はなにかとおざりにされがちだ。少し離れて、客観的に状況を判断すれば、われわれ医療者自身が気づいていない「日本の常識イコール世界の非常識」そして「世間の常識と医療の常識の格差」がみえるはずなのに、みようとしない。情報はたくさんあふれているのに、なにかたいせつなものが判断しにくい。

まして、病院のそとの一般市民にとって、医療の抱える本質的な問題点がなかなかみえにくいのは当然だろう。

本書では、病理医の最大の利点を生かして、これまで筆者が思っていた問題意識を思いつき紹介させていただいた。専門外の分野にもあえて踏みこむ冒険もしてみたので、不適切な記述があるかもしれないが、すべて筆者の責任である。本書の内容は、一九九九年二月～三月にかけて計二四回、朝日新聞夕刊の科学欄に連載した「病理医の目」を元にして、大幅に加筆したものである。もののついでに、筆者が編集委員を担当している『医学のあゆみ』（医歯薬出版）に掲載されたエッセイ類を、一部修正して第一章に紹介させていただいた。そう。本書では多岐にわたる問題を提示したが、問題解決のためにはいったいなにをどうしたらいいのだろうか。

経営コンサルタントの大前研一氏は、経済不況に沈む北海道の再建のために、二時間の時

差を導入することを提案している。それにより、札幌の金融市場が活性化され、札幌が経済の中心地に変身するという筋書きだ。

こうした比較的シンプルな変革で大きな成果のえられる方策を医療でも模索したい。

ゴミの分別の習慣づけは、幼稚園教育から徹底しなければならぬような息の長い計画性が求められる。それに対して、世界に通じる人材を育てるための英語教育には、つぎのふたつの手が有効なのではないだろうか。ひとつ目は東大の入学試験の英語にヒヤリングを大幅に導入すること。ふたつ目は医師国家試験の一部を英語で出題すること。いずれも、実行可能で、社会的な影響力が大きい。

筆者のあせりは、日本の社会の、いや日本の医療が潜在的に抱える「非国際性」に対してもっともつよい。第五章「日本の医療が世界水準から遅れてしまう！」に紹介したヨーロッパ連合（EU）の壮大なる歴史の動きを無視することはできない。このボーダーレスの時代に、そして医師やその他の資格の国際免許化が叫ばれる時代に、いつまでも日本語だけを使った高等教育に固執しつづけていて本当にいいのか。

医療のもつ封建性や学閥制を根絶やしにし、文部科学省を廃止するといった根本的な対策は実現不可能だろうか。筆者は以前から、首相制度をとるいまの日本の政治制度をアメリカやフランス式の大統領制度に変えるべきではないかと思っている。そうすれば、本物のリーダーを育てる社会へと社会機構がシフトするだろう。

こうした数多くのむずかしい関門を一気にクリアする方法はただひとつ。それは、日本とアメリカの合併。日本がアメリカ合衆国の五一番目の州になるのはどうだろう。そうすると、貿易摩擦を含めた幾多の問題点が解決できることに気づく。いまのアメリカ社会の抱える欠点は日本の力でなおせないだろうか。『合衆国』のいい点は、州の独自性が発揮できる点にある。日本のようにほとんどすべてが中央政府のいいなりといった事態にはなりえない――。日本人のアメリカ大統領が可能かもしれない。

最後に「おおぼら」を吹いてみた（そう、筆者の趣味はオーボエ吹き）。このような相当思いきった施策を導入しないかぎり、二一世紀後半の日本の社会が世界にとり残されない状況でいられるかどうか、とても危惧している。

筆者のあこがれの人は三人。少しでも近づきたいとかなわぬ夢を追っている。

ひとり目は伊能忠敬。五〇歳から新たな分野で歴史に残る大きなしごとを成し遂げた人。

伊能忠敬展でかれの描いた精密な地図をみたときの感動は忘れられない。ふたり目は坂本龍馬。世の中のしくみを変えるために、具体案を示しつつ命を張って動いた人。三人目は医師から作家に転身した渡辺淳一。かれの文才に追いつくわけはないが、プロの医師としての経験を生かして、世に訴える外向きのしごとがしてみたい。

本書が、わが国の医療が抱える矛盾の改善、日本独特の「常識」からの脱却に少しでも役だつことができれば望外の幸せである。

堤 寛

1976年、慶應義塾大学医学部卒。80年、同大学大学院（病理系）修了後、東海大学医学部に21年間勤務。2001年6月より藤田保健衛生大学医学部第一病理学教室の教授を務める。日本病理学会評議員・認定病理医、日本臨床細胞学会評議員・指導医、日本胃癌学会評議員、医療の安全に関する研究会「安全教育」分科会担当理事、東京都医療廃棄物適正処理連絡協議会副議長などを兼務。著書に、『病理医があかす タチのいいがん悪いがん 最新診断治療ガイド』『ユニバーサル・プレコージョン実践マニュアル 新しい感染予防対策』『ゼットイわかる病理写真の読み方』『感染症病理アトラス』などがある。
e-mail: tsutsumi@fujita-hu.ac.jp

角川Oneテーマ21 A-11

病院でもらう病気で死ぬな！

——現役医師が問う、日本の病院の非常識度

堤 寛

2001年8月10日 初版発行

発行者 角川歴彦
発行所 株式会社角川書店
東京都千代田区富士見2-13-3
〒102-8177
振替00130-9-195208
電話／営業部 03-3238-8521
編集部 03-3238-8555



編集協力 呉 清美
装画 小島 武
デザイン 緒方修一 ラーフイン・ワークショップ
印刷・製本 e-Bookマニファクチュアリング

落丁・乱丁本は小社営業部受注センター読者係宛にお送りください。
送料は小社負担でお取り替えいたします。

© Tsutsumi Yutaka 2001 Printed in Japan ISBN4-04-704041-X C 0295

復刻版・非売品

本書は株式会社 KADOKAWA

永井草二編集長の了解を得て

再発行しております。

