

■巻頭言	大阪医科大学医師会会長	河野 公一	1
■特集：「医療崩壊」			
日本型医療制度の崩壊			
……医療法人清水会 京都伏見しみず病院理事長・衆議院議員		清水鴻一郎	2
外科の立場から	一般・消化器外科学教室	平松 昌子	4
内科の立場から	……総合内科学教室	浮村 聡	6
周産期医療の崩壊	……産科婦人科学教室	亀谷 英輝	8
救急医として実感する医療崩壊	……救急医学教室	新田 雅彦	11
手術室からの医療崩壊	……麻酔科学教室	田中 源重	13
関連病院・公立病院の立場から	……市立枚方市民病院院長	森田 眞照	15
■最近の動き			
脳血管内治療の現況	……脳神経外科学教室	黒岩 輝壮	18
■かなり役立つ生涯学習			
カプセル内視鏡の現況とその周辺	……第二内科学教室	樋口 和秀	20
■平成18年度大阪府医師会勤務医部会（第2ブロック）報告			
……第2ブロック常任委員		砂田 一郎	26
■会員の広場			
21世紀の養生訓	……脳神経外科学教室	梶本 宜永	28
■ホームページの広場 11			
「させていただきます」について —インターネット上での論議—			
……放射線医学教室		上杉 康夫	31
■インフォメーション			39
（北摂四医師会糖尿病フォーラム、痛みの治療研究会、第12回北摂救急症例フォーラム、肺疾患カンファレンス、よどがわ呼吸器カンファレンス、Cardio-Vascular Conference、心エコーカンファレンス、第26回大阪医大眼科セミナー）			
■会員の受賞・功績のお知らせ			41
■北摂四医師会医学会分科会記録			45
（第13回小児科医会、第6回画像診断研究会、第2回北摂コラボレーションミーティング、北摂急性性肺障害フォーラム、日本医師会認定産業医講習会）			
■大阪医科大学医師会会則			50
■大阪医科大学医師会会員名簿			52
■編集後記		平松昌子	
（題字：植木 實 学長）			

## 巻頭言

大阪医科大学医師会会長  
河野 公一



「大阪医科大学医師会会報」第29号の発刊に際し一言ご挨拶申し上げます。

会員諸先生には日頃より当医師会の活動に対し種々ご指導ご鞭撻を賜わり、厚く御礼申し上げます。昭和23年3月に設立されて以来60年、本学における医師の育成と福利厚生に寄与することを目的に、また地域医師会との密接な連携のもと、学術交流などの活動を積極的に展開するとともに、活発な地域医療活動の推進役を担ってきましたことは、当医師会を構成するすべての医師の誇りであり、宝でもあります。

さて政府は医療改革協議会の答申（平成17年12月）をうけて、医療制度改革大綱を公表しています。その中で基本的な考えとして、1. 安心、信頼の医療の確保と予防の重視、すなわち患者の視点に立った安心安全で質の高い医療が受けられる体制の構築を最重点課題と位置し、在宅医療の充実、医師の偏在への対応、医療計画の見直し、2. 医療費の適正化の総合的な推進（5年計画）として、生活習慣病の予防、平均在院日数の短縮、公的保険給付の内容、範囲の見直し、3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現として後期高齢者医療制度の創設など種々の対策を打ち出しています。

この医療制度構造改革のポイントは、以下の3つにあるといえます。いわゆる国民皆保険制度を持続可能なものとするために、将来の医療費を抑制することが重要であるとして、1. 健診、保健指導にメタボリックシンドロームの概念を導入、2. 糖尿病などの生活習慣病有病者、予備群を25%削減、3. 医療保険者に健診、保健指導の義務化です。

このため「老人保健法」を改正して、平成20年より新たに「高齢者の医療の確保に関する法律」（高齢者医療確保法）を制定して実行しようとしています。

われわれ大阪医大医師会員もこれら医療を取り巻く目覚ましい変化を注視し、常に情報を共有しつつ、地域の医師会とともに対応してゆかなければなりません。

本誌はそのコンセプトとして、時々の医学医療を取り巻くトピックスにも目を向けつつ、本学医師会員のための情報発進基地としての役割を担ってゆくことが求められています。

会員諸先生には今後とも本会の発展にご助力ご助言を賜りますよう、あらためてお願い申し上げます。

## 日本型医療制度の崩壊

医療法人清水会 京都伏見しみず病院理事長／衆議院議員 清水鴻一郎

日本は、世界に誇るべき皆保険制度を実現した。いつでもどこでも誰でも、平等で良質な医療を享受することができる。それも比較的安価な費用でそれを実現してきた。直近の資料でも日本の医療費は、先進7カ国中GDP（国民総生産）比では、もっとも安い8.0%で、2004年のデータでは、OECD加盟国30カ国中21位の費用で世界最高の医療提供体制を実現してきたのである。にもかかわらず、厚生労働省は高い費用をかけ、結果として、日本より劣る医療提供体制しか実現していない欧米諸国の医療制度に近づけようとするのは、理論的にも全く成り立たない話である。グローバルスタンダードに近づけなければとの理由で、医療提供体制ではトップランナーの日本の医療を崩壊させようとしているのである。

さらなる医療費の削減は、それだけでなく安い費用で働いている医師をはじめとする医療従事者にとって、限界を超えた過酷な労働を強いることになる。当然、安全性をも危うくする。医師数は、OECD加盟国の平均が1,000人中3人であるのに対し、日本では1,000人中2人。これからみても少なくとも現在の1.5倍の医師数を確保する必要がある。

また、最近の女性医師数の増加に対して、女性医師が働き続けられる体制は、諸外国に比べきわめてお粗末である。したがって、実働医師数はさらに少なくなるものと考えられるが、その実態調査さえされていないのが現状である。厚生労働省も今まで認め

なかった医師の絶対数不足をようやく認め、平成20年4月より60人定員の医学部は80人定員に（具体的には和歌山県立医大と横浜市大医学部）、各都道府県に定員5人増、北海道では15人増で、およそ300人程度の定員増となる予定である。しかし、この定員増の医師が実働するようになるのは、研修期間を入れれば8年、専門医等になるのは十数年先の話である。

現在の医師法21条は、明治にできた法律に由来し、不審死を24時間以内に警察に届け出る義務は、他殺等の事件の可能性がある場合、初動捜査を速やかに行うのが本来の目的であった。しかし、厚生労働省の通達を機に医療事故等の可能性のある場合も警察に届けることになったため、いきなり警察が病院に捜査に入り、専門的知識もないままに結果責任のみを問うことになってしまうという不幸が起こった。少なくとも専門家の判断に委ねられるよう、現在、専門家による第三者委員会の設置が予定されている。この委員会は、あくまでも再発防止のための死因究明が主目的で、故意に因るものなど悪質な事案以外は、医師の刑事責任が問われないこと、その第三者委員会の解明過程の守秘義務を含め、医療機関が不利益を被らないことを担保する必要性を念頭に置いて設置しようとするものである。

また、無過失補償制度も平成20年度中、遅くとも21年度スタートを目標に進めているところである。これは、まず、産科における出産時の脳性麻痺の新生児に対して施

行される。医療的過失がないにもかかわらず、不幸にして脳性麻痺の子供さんが生まれた場合、2～3,000万円を見舞金としてお渡しできるようにする制度である。財源は、出産一時金を5万円程度増額し、その増額分を保険方式で運用することが考えられている。このような死因究明の第3者機関の設置や無過失補償制度の創設により、医療訴訟のリスクを最小限に抑制し、医療が委縮医療に陥らないようにすることが、医療機関にとってのみならず、国民にとって大切なことである。

一方、厚生労働省のいう日本のベッド数の多さや、在院日数の長さについても、それぞれの国の医療制度の歴史やシステムを無視した、表面しか見ていない点を指摘しておきたい。仮にベッド数が多く、在院日数が長いとして、それによって、欧米諸国に比べて日本の医療費がその分高いのですか、と問いたい。けっして高くない医療費で、医師や看護師の管理下で回復まで過ごせることは、悪いことではない。欧米諸国では、医療費があまりにも高いため、回復するまで入院していることができない、という不幸な現実がある。そのような不幸な状態に近づけようとするのが、現在の厚生労働省の方向性である。

最大の過ちは、人口構造からも医療のイノベーションの費用からも当然増大を認め

られるべき医療費の削減が、ここ何年も実施されてきたことにある。世界に類を見ない少子高齢化によって高齢者の大巾な増加が見込まれる。それに伴い増大する社会保障費を、平成17年から5年間で1兆1千億円削減することを決定し、毎年2,200億円前後の削減を実施してきたことにある。この削減により日本人の生存権が脅かされるような社会保障の崩壊が生じたのである。これは、功罪ある小泉改革の中で、最大の失敗であると考えられる。もちろん、世界の先進国の平均的な借金が、1年間の国民総生産（GDP）の半分程度であるのに対し、日本の借金は1年間のGDPの1.5倍と破格に多いのは事実であり、現在、利子も含めれば、一般予算の約4分の1に近い二十数億円が借金返済に充てられるのも事実ではある。これは、公務員改革や公益法人改革等を行うことにより、国民の生命や健康に関わる社会保障以外の部門でのさらなる改革で補わなければならない。もちろん、生活保護を始め社会保障部門でも、合理化と無駄を省く努力はしていかなければならないということも、われわれは心しなければならない。限られた財源の中ではあるが、これ以上医療崩壊が進まないよう最大の努力をすることが、われわれに課された責務である。

## 外科の立場から

一般・消化器外科学教室 平松 昌子

医療崩壊は、もはや真ただ中である。すでに地方だけの問題でも、産科・小児科だけの問題でもない。各地で、各科で加速度をつけてドミノ倒しのように進んでいる。

### 1. なぜ医療崩壊が始まったのか？

1982年に武見太郎氏が医師会長を退くのを待っていたかのように、翌1983年に当時の厚生省保険局長、吉村仁氏が「医療費亡国論」を発表した。何のエビデンスもない私見を元にして、この後日本は医療費抑制策をとり続ける。その結果、日本のGDPに占める医療費は、英国と並んでG7の中で最低となり、医師数は年々OECD平均との乖離が拡大している。それでもお役人は、「日本の医師は26万人もいて、年々2,000～3,000人ずつ増えている」と言う。彼らのいう医師数とは医師免許を持っていてまだ亡くなっていない人の数で、65歳以上が4万人、80歳、90歳を過ぎた医師まで含んでいるのである。医師が不足しているのは、労働時間を見ても明らかである。法定労働時間の週40時間以内で勤務する医師は8.9%に過ぎず、週60時間以上働いている医師が63.7%、週80時間以上は27.9%にのぼる。しかも国民はいまだに「医者金持ち」と信じて疑わず、勤務医の給料が大手企業のサラリーマンより安いなどとは知る由もない。先進国の中で医師がこんなに働き者で貧しい国はない。

一方で患者の権利意識は高まり、病気が治って当たり前、予測される最良の結果が

得られなかったら医療ミスだと騒がれる。テレビではみ〇も〇たが毎日のように、「悪い医者とかわいそうな患者たちの物語」を語り続ける。そして2006年の2月、福島県立病院でついに産婦人科医師が逮捕された。マスコミは起こった事実の一部一部を切り取ってつなぎ合わせ、驚くほど違った意味の文章を作り上げる。彼らの頭の中に合併症という言葉は存在しない。患者が死ぬばミスである。人間の死亡率は100%であるので、すべての人はいずれ皆医療ミスで死ぬことになる。先進国の中で医師がこんなに虐げられている国もまた他にない。

…それでもまだ私たちは文句も言わずに、聖職者としてのプライドだけを胸に、働き続けてきた。

### 2. 外科医たちの反乱

私が外科医になったのは1984年である。当時の労働条件は今とは比べ物にならないくらい劣悪なもので、医者になったというのに4万円そこそこの給与と親からの仕送りだけで生活していた。といっても、ほとんど病院に住んでいたのも、あまりお金を使うこともなかった。医師は患者のために自らを犠牲にして献身的に働くもの。給料が安い、仕事がついなどとはよくのはもってのほか、ひたすら患者が良くなることだけを喜びとし、明日からの仕事の糧とすべし。おそらく大方の施設で外科医たちはこのように叩き込まれながら、過酷な労働条件に耐えてきたのである。

そして平成16年、新臨床研修医制度が始まった。外科の門をくぐる若者は年々減少の一途をたどり、このまま行くと10年後には外科志望者はゼロになるとの試算もある。癌の手術を受けるのに3ヵ月待ち、半年待ち、という日がいずれ来るかもしれない。かわいそうなのは誰あろう、患者である。他人事ではない。その頃、われわれ自身もまた患者や患者の家族になっているのである。

ところでこれまで、医学会の学術集会といえ、純粋に学術的なテーマばかりが取り上げられていたと思うが、最近は医療問題に関するテーマが目立ってきた。本年春の外科学会でも「外科医の地位向上にむけて」と題した特別企画がもたれた。各パネリストの発表が終わりディスカッションに入ると、フロアのアちこちから、切実な現状を訴える外科医たちの発言が後を絶たなかった。特に厚労省、マスコミからの演者に対する抗議のコメントに対しては、その都度会場からは割れんばかりの拍手が鳴り響いた。外科学会でこんな光景を目にしたのは始めてであった。これまでの不満が堰を切ったようにあふれ出したのである。

### 3. 私たちにできること

これほど日本の医療が落ちぶれるまで、立ち上がらなかったわれわれ医療者側にも責任はある。しかし国民には、特に自分も家族も健康である人たちには、この現状は全く理解されていない。医療崩壊の犠牲者は医療従事者ではなく患者である。まずこの事実を正しく国民に伝えよう。私たちと患者は敵どうしではない。手を取り合ってこの崩れかけた日本の医療体制を築き直さなければならない。われわれには医療人として国民の健康を守る義務がある。

もうひとつ、いわゆる理系人間である私たち医師は、文系世界の政治にはどちらかというとも無関心な人が多かった。仕事の忙しさを理由に、選挙にも行かない医師は多かったはずである。政治を政治家まかせにしている、そして気がついたら大変なことになっていたのである。医療に従事したことのない裁判官が医療裁判の判決を下すように、医療を知らない政治家たちが医療法を造り、改正している。私たちはもっと政治に関心をもって、目を光らせていなければならない。そしてできれば、医師の中から政界に出てくれる人が増えることを望まずにはいられない。

## 内科の立場から

総合内科学教室 浮村 聡

医療崩壊について紙面で論じられることが多くなってきた。医療をとりまく環境を見ると、既に崩壊しているのは司法とマスコミではないだろうか。医療を理解する努力を怠ったまま、ガイドラインに従わなかったと罰する一方で、個別に高度医療を行わなかったから罰するという矛盾した判決を出してくる裁判所の判断にはあきれられるばかりである。またマスコミは、自らの発行部数や視聴率を上げることをのみを目的とした一方的でヒステリックな医療界の批判記事を書くばかりであり、日本の医療水準をどうすれば維持できるかという観点に立った報道はごく一部しかみられないのが現状である。

医療界の内部に眼を向けてみると、新臨床研修医制度の導入により大学医局の医師派遣システムはほぼ崩壊し、新しいシステムが構築されないまま医師の偏在化が進行している。厚生労働省が現実性のある新システムのビジョンをもたないまま、医局の破壊のみを行った混乱状況の解決策は未だ不透明である。

現在の大学での医療と以前とで何がもっとも異なっているかといえば、検査や手術を行うために必要な書類とサインの多さであろう。インフォームドコンセントをとり、医療を開かれたシステムで行うことは確かに必要なことである。しかし、もともと安全ではありえない医療界に通常と同じレベルで訴訟を持ち込めば、医療は成立しないのではないだろうか。現在私は安全対策室

の兼務を命ぜられているが、日本の医療安全で矛盾を感じる点が2つある。一つはお金をかけずに安全を高めようとしている点である。安全対策には多大な費用がかかるのは当然であるのに、わずか50点でやれというのは竹やりでB29に立ち向かえというのに等しいであろう。もう一つは厚生労働省が本気で安全を高めようと思っていない、本気で患者さん(あえて様とは書きません)のことを助けようと動いていないことである。アメリカでは医療事故をなくすためには真実を知ることが必要なので、医療事故の調査においては連邦法で免責が行われるシステムがある。日本では本当のことを話せばお縄がかかるだけで、医療の安全を高めるためのシステムが未構築なのである。

現在、大学病院の勤務医は疲弊している。臨床、教育、研究、この3つが大学人として行うべき仕事とされるが、現実に評価されるのは臨床面のみで、教育や研究に到ってはボランティアのような扱いである。多忙になるのと反比例して賞与がどんどん減っていく状況で、教育や研究を行うには多大な精神的、肉体的負担に耐えなければならず、いつ大学から離れようかというタイミングを計っている医師が数多くいるのが現状である。今は彼らのボランティア精神が支えているが、医師の教育面から日本の医療崩壊が本格化するのではないかと懸念される。一生懸命教えても自分の診療科を選択してくれない医師を、これまでのように医局に囲い込んだ時代と同じ意欲をもつ

て、1年に何度も同じことを教え続けることのできる中堅、若手医師が何人いるのであろうか。

また私のいる総合内科においては、医療界の方の問題としての専門化、細分化による弊害を毎日実感している。また医療のコンビニ化というか、いつでもどこでも最高水準の医療を受けるのが当たり前で、それに正当な対価を払う必要がないと考えている日本国民の現状がある。核家族化が進み、祖父母など生活の知恵を有する人と接することの減った現代日本において、本来家族やコミュニティが行うべきことも医療に要求するようになったことが、現場の負担を増加させていることも疑いのない事実である。モラルを失い、自らのあるべき姿を求めて努力しない風潮が政治、司法、マスコミ、国民に伝播してきて、そのしわよせに耐え切れなくなってきたのが医療崩壊の本質かもしれない。

これまで医療界は日本では世界最高水準の医療を医療人の自己犠牲の上に立って非常に安いコストで行っていることを、国民に知らしめてこなかった。またマスコミをうまく利用するノウハウも有していない。前述した免責のこともそうであるが、医療界が自分たちをとりまく世界、特に司法とマスコミに対してどう働きかけていくかということを実際に考えなければいけない時

代になっていると思う。

まとまりのない文章になってしまったが、愚痴ばかりこぼしていても前進はない。われわれがこれから訴えていかなければいけないと思うことを箇条書きにして私の文章を締めくくりたいと思う。

1. 医療は本質的に不確実であるという真実と、高度医療、時間外医療のためには莫大なコストが発生すること。
2. 医療は、きちんと行えば必ず正しく診断し正しく治療できるというほど完全なものではないこと。医療事故は医療をやめなければならず、医療行為は必ず合併症などのリスクを伴い、合併症の発生は不可抗力である場合も多く、そのような場合には医療ミスとは言えないこと。
3. 日本では、世界最高水準の医療を非常に安いコストで行っていること。
4. 医師を養成するには長い時間と良い教育体制が必要で、それには現場の意見聴取と予算が必要なこと。
5. 医療事故を公正に処理するシステムを作ることと、政府が医療安全対策に対して適正な予算を投入すること。
6. どうすれば日本の医療システムがよくなるのかということ、国民全体が自分自身の問題として真剣に議論すること。

## 周産期医療の崩壊

産科婦人科学教室 亀谷 英輝

昨今、産科病棟閉鎖のニュースがよく報道される。これは全国的に大学病院産婦人科における入局者の激減により、関連施設への医師派遣が困難となり、関連病院から産婦人科の撤退を余儀なくしていることにある。この傾向は医療過疎地から始まり、最近では都心に近い公的基幹病院でも産科を閉鎖し、婦人科のみに特化したしている。遂には大学病院でさえも産科部門を閉鎖するところが出てきており、まさに異常事態である。

数年来、少子高齢化の問題がよく取り沙汰されてきた。確かに1年間に生まれてくる子どもの数は1970年代前半には、およそ200万人であったのが、最近では110万人程度に減少している（1990年頃からはほとんど横ばい）。患者が減ったため医師も減少しても可能という理論は、婦人科には通用しても産科には当てはまらない。分娩を取り扱う限り、分娩数が多くても少なくとも毎日の当直体制と緊急時（緊急帝王切開や分娩時大量出血など）の人員確保が必要となる。産科医が減少すれば分娩施設が集約化されていき、そのしわ寄せに産科過疎地が増えるのは当然である。

産婦人科医の減少は今に始まったわけではない。本学においても20年程前から入局者に比して退職者の割合が徐々に増してきたため、関連施設の人員削減や撤退等で大学病院の医療確保を死守し凌いできた。他学も概ね同じ状況で、本学と同様、何とか凌いでぎりぎりのところで崩壊を食い止め

ていたようだ。当然、1人ひとりの仕事量はうなぎ上りに上昇し、当直を例に挙げても月10回以上でも当たり前であった。その踏ん張りを粉々に打ち砕いたのが2004年に始まった臨床研修制度の導入であろう。2年間新規入局者が来ないことの厳しさは科を問わず何所も同じであるが、全く余裕のなかった産婦人科にとっては大打撃を被った。特に関連施設を多くもつ京大や阪大などの旧帝国大学は顕著で、関連病院の退職者を補充することができず、地方の基幹病院に派遣をしていた医師を引き上げざるを得なくなったわけである。また、研修医は初期研修を終えても産婦人科の現実を直視してきた経験から、過重労働で訴訟リスクが高くQOMLの低い産婦人科（特に産科）を後期研修の場として選択しなくなった。当制度は現場医師や学生からの反対を無視し、行政からの押し付けで開始されたものである。米国ではある程度効果をあげた制度であるが、米国とは比べ物にならないほど指導医が多忙である日本において、その待遇の改善なく当制度を開始したことは無謀といわざるをえない。また、突然のシステム変更により振り回された研修医も被害者であることを付け加えておきたい。

周産期医療ひいては医療全体の崩壊の一因で忘れてはならないのが、大野病院の事件である。2004年に福島県立大野病院で癒着胎盤を原因とした大量出血の母体死亡事例において、2006年になって産婦人科医が救命できなかった結果責任を問われ、担当

の産婦人科医が突然逮捕された。この事例は産婦人科医が一生に1回遭遇するかしないかというほど稀な症例であり、しかも当の産婦人科医は地域における産科医療をたった1人で貢献しているという状況に置かれていた。この大野病院の1件については日本産婦人科医会と学会が声明を発し、「このように稀で救命する可能性の低い事例で医師を逮捕するのは産科医療、殊に地域における産科医療を崩壊させかねない」と批判した。事実、この1件が契機となって特に昼夜を問わず地域医療に貢献していた医師の意欲は著しく低下し、負担の大きい医療現場から産科医師が去るきっかけを作った。

マスメディアによる恣意的報道と市民団体のネガティブキャンペーンにも、うんざりする。メディアは元来問題となっていなかった症例を、自ら調査し、耳目を引くために、あたかも事件性があるように大報道する。例えば奈良県大淀病院での妊婦死亡（脳出血）報道では、報道内容が事実に反し、また科学的でないにもかかわらず、奈良～大阪の産科医師・病院が悪者扱いされるように報道された。また、同じ奈良県の産婦人科未受診妊婦の「飛び込み分娩」で、受け入れ病院がないまま死産に至った事例においても、受け入れない産婦人科の批判はしても産婦人科に受診しない妊婦の批判はけっしてしない。ネガティブキャンペーンを展開する市民団体の代表として、自称「陣痛促進剤に対する被害者団体」があるが、彼らの活躍により産科医療ミスによる「加害者」撲滅運動が熾烈を極め、産科医が激減・逃散。産科医療そのものが日本の各地で消滅し、結果的に「産科医療ミスによる被害者」がいなくなりつつある。これらは「市民運動」による「医療崩壊」の成果であるが、一方で助産院による昭和初期かと思える低レベルな出産が奨励されているのは世界に恥ずべき実態である。

では、なぜこんなにまで医療たたきを展開されるのであろうか？ 極端に言うとマスメディアは医療を賞賛するより叩いた方が儲かり、視聴率を取れるのだ。前述の産婦人科未受診妊婦の「飛び込み分娩」の件で、テレビ番組中、いつもの医療たたきを繰り返し広げられている中でコメンテーターのテリー伊東氏がふと妊婦側の批判をした。とたん、司会者および番組スタッフは慌てふためいて、突如CMに切り替えられうやむやにされてしまった。マスコミ不信。それ以来、自分はそのチャンネルを見たことはない。

なぜ理不尽な訴訟を起こされたり逮捕までされるのであろうか？ そもそも医療が発達し治癒率が向上すればするほど治癒したことに対する感謝の気持ちは薄れ、逆に治癒しなかったことに対する怒りが炸裂する。しかしどんな疾患においても。いかなる医療手段を講じても不幸な転機をとることが一定の確率で生じるのは、医療者なら誰でも理解できる。周産期医療の場合、20世紀半ば1940年、当時の本邦の母体死亡率は出生10万人あたり240人以上を数えており、『三（産）と四（死）は隣り合わせ』という言葉が実感をもっていた時代であったという。しかし、その後の産科医の不断の努力によって母体死亡率は急速に低下、2005年には4.4人にまで減少、周産期死亡率に至っては現在出生1,000人に対して3.3人（2005年）と世界中で飛び抜けて低い値を示すまでになった。そうした中で、大多数の国民の間には「お産安全神話」すなわち「お産で人命が失われることはない」という認識が広がってしまったようだ。しかし、現在の日本でもなお年間50名程度の母体死亡は存在するという厳然とした事実がある。もし不幸にして母体死亡、新生児死亡がいったん起これば、マスコミを先頭にした産科医バッシングが行われ、「助けられたはずだ」「助からなかったのは何か過

誤があったからだ」という論調が新聞紙面を踊ることになる。

自分を含めて多くの産科医たちは「一生懸命救命努力をしても、結果が悪ければ治療内容を誹謗され、逮捕すらされる国」で医療を行っていくことにもう疲れきっている。

周産期医療の崩壊を食い止めるために、国は分娩施設の集約化や産科医師の待遇改善？ などの方策を組み始めているが、一時しのぎにしかすぎない。国民、マスコミ、法曹界の意識が変わらない限り、崩壊は突き進むであろう。

## 救急医として実感する医療崩壊

救急医学教室（小児科学兼任） 新田 雅彦

医療崩壊という言葉をよく見聞きするのは数年前からである。現在、小児科医、産婦人科医、麻酔科医の不足が問題とされているが、私自身医療の花形である病院内科医や外科医でさえも過酷な勤務の為疲弊している厳しい現実を実感し、同じ医療従事者として心を痛めている。医療を崩壊させているのは誰のせい？ 「何が悪い」とか「誰のせい」だとかという議論はよく耳にするのだが、いったい何が要因なのだろうか？ 私の専門は小児救急であるが救急医学教室に所属し、小児にかかわらず救急医療を行っている。救急医としての立場から医療崩壊についての私見を述べさせていただく。

救急の現場では、時間外受診者数が年々増加しており、感染症が流行する時期には野戦病院と化す。小児科の時間外受診が増加する種々な要因のうち、受診者側の要因について小児科的な観点からみると以下のような要因が挙げられる。社会構造の変化、すなわち核家族化・少子化・共働きの家族の増加、子育てに対するプレッシャーの増大、集団保育による疾病の変化とこどもの急病時に休めない就労環境などである。これらが相俟い、日本の社会が育児に対する余裕を失ってしまった。そのため、夜間や休日に子どもが急病になった場合、漠然な「不安」に駆り立てられて、こどもの診療は小児科ではないという「専門医」志向と、自らの「不安」を解消するための行き場として、多くの患者が小児科医を求め

病院へ殺到する。最近では、個人主義や権利主義の台頭により医療の現場はさらに混乱を来す。一方、医療側の要因は小児医療の不採算性を理由により小児科を閉鎖する病院が増加したことと小児科医不足などがあげられる。その結果、需要と供給のバランスが崩れ、時間外診療を行う病院に患者が集中したため小児科医が疲弊し、小児の救急医療はドミノ倒しのごとく音を立てて崩壊した。

成人の救急医療現場においても小児と同様で、さらにストレス社会の産物である心療内科や精神疾患、いわゆる精神科救急の増加や、老年者などの独り暮らしからの「不安」や、介護者の「不安」による救急受診も少なくはない。救急受診者数は年々増加し、救急医療を圧迫している。医療に対する一般的な傾向として、国民からの期待は高く、期待に反する結果に至った場合は些細な事情でも医療訴訟に至るケースが増加している。さらに、医療事故が生じた場合、医療者の過失の如何が十分検討されないまま、刑事事件として個人レベルでの責任が問われる時代となり、司法がわれわれを取り巻く環境すら変化した。医療訴訟は、医療を受ける側と提供する側とのコミュニケーションの問題から発展するケースが多いとされているが、その根底には医療に対する不信感があり、われわれは医療不信を無視する事はできない。このような風潮は、われわれの医療に少なからず影響し、特にリスクが高いとされている救急医療では医

療の縮小に結びついている。また、医師研修制度の変更によって、大学病院という医師を教育・育成・関連施設への医師派遣をコントロールするシステムが機能不全となり、その結果医師の需要と供給のバランスが崩れた。以上より、医療崩壊の要因は小児、成人に関わらず根本的に同じではないかというのが私の持論である。

ここで自分自身が医療者として振り返り、自ら反省する点はないかと考えてみた。多くの患者さんは受診に際し、医療行為や薬剤処方を求めることが多い。特に時間外診療ではその傾向が強い。「熱が出たので抗生剤をください」とか「食事は取れているが、しんどいので点滴してください」という希望を受けることは日常茶飯事である。なぜ、医学的・薬学的に必要な薬をくださいとか、点滴をしてくださいという希望が多いのだろうか？ 患者さんが薬剤処方や点滴をうけることにより「安心」できるため？ 日本の医療は国民皆保険を初めとする手厚い制度があり自己負担が諸外国に比して少ないため？ われわれの診療の内容を振り返ってみると、本来なら薬剤や点滴など必要のないケースに、あたかも必要であるかのように不必要な医療行為を行うことが多いか？ 安易な治療と患者教育を怠ったツケが時間外受診者を増大させる一因となったのではという懸念がある。

また、些細なことより医療訴訟に発展する時世では、医師自身リスクを負うことに関して非常に慎重となった。例えば、自分の専門とする領域でないという理由で、専門外の診療に対して消極的になった。さらに、救急医療をはじめとする様々な医療現場で、あたかも専門外であることが免罪符の様に掲げられ、医師たちは診療応需拒否

に至る。われわれは「専門医」という言葉をいかに都合よく使っているか、反省する点はなかろうか？ 臓器別に患者を診ることは可能であるが、同じ患者がほかの疾患を合併した場合、全く対応できない、あるいは対応しようとしなないことは多くないか？ たとえ専門外でも基本的な全身管理や専門医への橋渡しと患者との良好なコミュニケーションを行う能力は最低限の診療能力と私は考える。われわれ大学人は「専門医」を輩出しているのが、自らの大学病院であるということに目を背けてはいけない。医療崩壊を他人の責任に転化する前に、大学人は大学病院として行う医療・教育・(研究)についても一度考え直し、議論する必要はないのだろうか？ 医療が崩壊してしまったのなら、「医療」というプロフェッショナルとしての聖域を、大学人として自ら建て直す時期ではないのか？

医療の現状はクリティカルケア的な表現で例えると、心外閉塞・拘束性ショック (obstructive shock) の状態である。また、医師の流れを循環障害にたとえると、どんどん中枢から逃げていく血液分布異常性ショック (distributive shock) の状態である。このような2つの循環障害が相伴った病態では、チーム医療による集中治療を行わないと救命することはできない。大阪医大の一員として今の状況を危惧して止まないが、もはや大学人個人の努力では支えることは不可能である。医療崩壊を建て直すためには、大阪医大の法人、教職員が一丸となったチーム医療による集中治療が必要ではないのか？ 大阪医大の一員として今の状況を危惧して止まないが、考え方によってはチャンスの到来かもしれないと私自身は感じている。

## 手術室からの医療崩壊

麻酔科学教室 田中 源重

数年前に東北地方の大学病院で、同時に十数名の麻酔科医が辞職あるいは休職した。当然の結果として麻酔科医不足によって手術ができないという事態が生じた。最大の原因は、平成16年4月から施行された卒後臨床研修必修化である。この新制度により2年間は新入医局員が入らないので大学病院の麻酔科は人手不足になり、その補填として関連病院の人員削減あるいは撤退を余儀なくされた。関連病院に残った麻酔科医は必然的に過重労働となり、大学病院も十分な麻酔科医を確保できず過重労働となり、結果的に関連病院からも大学病院からも麻酔科医がいなくなった。最近、麻酔科医は不足していると言われているが実際には増加している。つまり主たる診療科を麻酔とする医師数は平成8年には4,683人であったが、平成16年には6,397人となっている。しかしながら、集中治療や救急医療、ペインクリニックといった麻酔科医の職場が広がったこともさることながら、手術件数の増加が、麻酔科医の相対的な不足の主たる原因となっている。さらに手術手技や術後管理の進歩および医療機器の発達に伴い、複数の麻酔科医を必要とする未熟児や重症症例が増加したことも関与している。

外科的治療を必要とする患者にとって、手術が唯一最善の治療法である。この最善の医療を受けられない患者が、日本で増加している。そして外科的治療ができないということは、内科的治療、さらに病院全体の治療に悪影響を及ぼす。世界から賞賛さ

れている医療保険制度をもち医療水準も世界トップクラスと言われている日本の医療は、坂道を転げ落ちている。手術室からの医療崩壊である。卒後臨床研修必修化が引き金になったのは間違いないが、それ以前の麻酔科医の不足も根底にあったと思われる。平成17年度の統計では人口当たりの麻酔科医数はアメリカを1とすると日本は0.4、すなわち半分以下である。その上に新制度が、麻酔科医の不足に拍車をかけた。そして医師不足が過重労働を招き、その過重労働が過酷な職場から医師を遠ざけている。一部の病院を除いては、勤務医としての麻酔科医の労働は過酷なことが多い。病院の経営としては手術件数を増やすのが得策であると思われるが、数名(時には1名)の麻酔科医が病院のすべての外科系の麻酔を行い、夜間や休日の緊急手術にも対応しているとすると、これは過酷を通り越して悲惨である。このような疲弊した状態であっても、当然のことながら医療ミスは許されない。モチベーションが低下して当然である。

平成19年の全国国立病院手術部会議では、手術台1台での年間手術件数は550件程度が限界との結論を出している。これは、麻酔科医や看護師などの健康面も考慮した数字である。大阪医大の手術件数も、増加の一途をたどっている。手術件数(麻酔科管理症例数)は平成10年には5,567例(3,410例)であったのが、平成17年には7,081例(4,757例)であり、稼働している手術台は

12台で、1台当たり590例の症例をこなしている。また、日本麻酔科学会では1人の麻酔科医が年間に施行する適切な麻酔症例数として、350～400症例としている。本院では、手術室のみで9～12名の麻酔科医が必要となる。現在12～13名で対処しているが、手術件数の年々の増加に対応できなくなるのは明らかである。麻酔科医の増員が最善策であるが、一人前の麻酔科医の育成には少なくとも5年以上は必要である。さ

しあたって実施可能な解決策として、手術室の効率的な運営が最優先で考慮されるべきである。すなわち限られた手術室と麻酔科医で、いかに効率的に安全に手術をこなすか、このためには麻酔科医と外科医および手術室看護師を含めた手術室関係のスタッフとの十分な対話と相互理解が重要である。すべては外科治療を必要としている患者さんのためである。早急の対策が必要である。

## 関連病院・公立病院の立場から

市立枚方市民病院 院長 森田 眞照

医療崩壊の現状を関連病院であり、かつ公立病院である当院での立場から述べてみたいと思います。当院は大阪医大の関連病院としては唯一の公立病院であり、医師派遣に関しては昔から最大限のバックアップを大阪医大からいただいていると思っています。それでも、診療科によっては人員の削減が行われて、そのまま補充ができていない状況になっている科もあります。私が赴任いたしましたのは平成13年の4月でしたが、その頃とは医療事情もかなり大きく変化しました。赴任当時、外科の平均在院日数は50日を越えておりました。市民病院という性格上、1人暮らしの人や、引き取り手のない人など、1年以上入院している人が何人もいました。ところが、病床区分が一般病床と療養病床に区分けされ、急性期病院としての特色がはっきりとしてきた6年半後の現在では、平均在院日数は外科では10日を切る月もあり、病院全体でも12日前後になっています。平均在院日数が減るとどういった現象が起こるかといいますと、例えば平均在院日数が半分になるとします。病床の稼働率が変わらないと仮定すると、入院患者数は倍に、手術件数も倍になることになります。その分、医師の負担、看護師の負担が倍になるわけです。これは病床稼働率が同じと前提すればの話ですが、現実的には同じ人数で倍の仕事はこなせませんので、多少割り引いて考えなければなりません。しかし、患者1人にかかる仕事量は急性期病院になれば逆に増加す

る傾向にありますので、やはり倍近い仕事量になっていると思われれます。

一方では、医療安全管理などに関しても日本医療機能評価機構が求めることを満たそうとしますと、一つひとつの動作に時間がかかり、記載も丁寧にしなければならぬ。当たり前のことではあるのですが、今までの体制はそのようなことを業務量として見ていない部分が大半です。分かりきったことでも、カルテに記載がないとしていなかった、知らなかったということになるからです。患者にとっても、記載する書類の数も増加の一途です。例えば、1つの手術をするのに10枚近い承諾書が必要となりますので、これをすべて説明して納得していただくには多大なる労力と時間がかかります。

また、開催しなければならない会議の数も半端ではなく、これにとられる時間もばかにはなりません。来年度から医師の事務仕事を減らすためにクラークの導入が考えられているようですが、どこまで機能できるものか疑問です。

そんな中、当院でもある科では最大8人いた医局員が、開業などで次々とやめていき、一時3人になってしまいました。いわゆる立ち去り型サボタージュの典型で、今までは8人でしていた仕事を3人ですることになるわけですから大変なことです。一度に全員が辞めたわけではありませんので、1人辞めるたびにいろいろなところに人員の確保に奔走しましたがうまくいかず、最

終的には大阪医大の理事長に直接お願いして、大学からかなり無理をして2人の医師を派遣していただけることになり何とかしのぐことができました。この時ほど、大阪医大の関連病院であったことに感謝し、心強く思ったことはありません。

次に看護師について考えてみますと、赴任当時看護師の平均年齢は47歳でした。50歳代後半の方もたくさんいて、長い間看護師は退職者があっても欠員の補充はしない状態が続いていました。すなわち、稼働病床に対して十分な人数の看護師が配置されていましたが、退職する看護師数も少なかったのも看護師の平均年齢の上昇につながった理由と思われます。しかし、先ほど述べましたように急性期病院へと変換してからは、医師同様看護師の業務量も飛躍的に増え、耐えかねて退職する人が増加、現在では平均年齢は40歳を切るようになりました。しかし、昨年の7対1看護の導入で、今度は募集をかけても看護師が集まらない状態になってきており、夜勤回数などの増加から、労働環境は悪化しています。昔ののんびりした状況は姿を消し、看護師の皆さんも忙しくて余裕がなくなってきました。

枚方市の医療環境の現状を述べますと、最近、当院の近隣の病院でまさに医療崩壊が起きました。某大学からの引き上げで消化器内科の医師7人が全員辞めてしまい、その病院では現在消化器内科の入院患者はいません。今までの患者さんは近くの病院に振り分けて紹介され、患者さんにも多大な迷惑がかかっています。また緊急内視鏡を年間500例近くこなしていただいていた病院ですので、当院を含め周辺の病院にも救急体制において多大な影響がありました。

また、産科もご多分にもれず医療崩壊の危機に瀕しています。当院は定年退職した医師の補充がうまくできず、現在2人の常勤医師で頑張ってくれていますが、年間400

例以上の分娩数があった近隣の病院でも同じように、5人いた産婦人科医が次々に辞めて今は2人になっています。その影響か、当院での分娩の数が少しずつ増加してきており、さらに負担が増えております。両病院ともに、いつお産の取り扱いができなくなってもおかしくない状況です。両病院の産婦人科を統合して一緒にできる方法がないのか検討も始めていますが、いろいろ問題があって難しいのが現状です。

小児科に関しては、当院は24時間365日の救急体制をひいている北河内唯一の病院です。休日や祝日には小児科の患者数が150人近くになることもあり、そのため休日や夜間の救急当直は大阪医大、関西医大、枚方市医師会からの応援をいただいて何とかこなしている状態です。なかでも大阪医大小児科からのバックアップは最大のもので、ご協力に感謝しています。新臨床研修医制度で当院の研修を機会に当院小児科医での後期研修を希望する人がここ3年間で2人も出てきており、小児科医不足が叫ばれる中、忙しい中にもきちっとした医療と指導を行ってくれている小児科のスタッフ一同にも感謝しています。

外科に関しては、全国的に外科医志望者が減少しているようですが、当院でも5名の臨床研修終了者で整形外科、脳外科、胸部外科も含めて外科系には誰も進んでおりません。大阪医大や関西医大でも外科志望者が激減しており、今年の春に日本外科学会総会で会長が10年後には外科医がいなくなるといった宣言もけっしてオーバーではありません。

当院は24時間365日の救急医療を内科、外科、小児科で行っていますが、救急科がないために、特に夜間の救急外来はほぼ全面的に大阪医大の各教室にお願いしています。ここでも関連病院としての当院を支えるために、きつい救急外来を担当していただいている先生方には本当に感謝しており

ます。しかし、今までのようにほとんど徹夜で仕事をして次の日も通常の仕事をこなすことは問題であることが、マスコミなどに取り上げられるようになりました。このような状況がいつまでも続くことは、明らかに異常なことであることをわれわれも機会があるごとにアピールしていますが、もっと医師全員が現在の問題点を、声を大にして訴える必要性を感じています。厚生労働省のいう医師の偏在だけではなく証拠に、枚方市のような40万都市でも医師不足、看

護師不足が起こっています。安心して安全な医療の提供のために、まずはマンパワーの充実が先決ではないでしょうか。

地域の医療を支える公立病院として、また大学の実地臨床の研修病院として、これからも最大限の努力を続けたいと考えています。幸い長年の夢であった新病院建設も現在の敷地の隣接地を購入して平成24年度春に開院することが決まり、建設の準備を進めています。これからも大阪医大医師会の先生方の応援をよろしくお願いします。

# 脳血管内治療の現況

脳神経外科学教室 黒岩 輝壮

脳血管内治療とは、脳および頭頸部の血管性疾患に対して、カテーテルを用いて血管の中から治療する方法である。多くは鼠径部から150cm 前後の長さのカテーテルを誘導して操作を行うが、開頭は不要の治療であることから、高齢者、合併疾患などのため手術リスクの高い症例、病変が深部のため開頭術の難度の高い症例に対する有用性が高く評価されている。また、近年の画像技術、診断器機の発達や、コイル、ステントなどデバイスの進歩により、その安全性・根治性の向上がみられるが、近日中といわれている頸動脈ステント留置術の保険認可など、最新の脳血管内治療を紹介するとともに、今後の展望について紹介する。

## 1) 画像技術の進歩

脳血管撮影装置の進歩ぬきに、最新の脳血管内治療を紹介することは困難である。脳血管撮影装置に、DSA (Digital Subtraction Angiography) はもはや必須のアイテムではあるが、すでに、FPD (Flat Panel Display) システムが導入され、より高精細の画像収集と、3D 撮影の再構成画像の作成もほぼリアルタイムで可能となっている。また、血管内手術支援装置としての機能も向上し、ワークステーション上の画像とCアームの連動や、計測モード・内視鏡モードだけでなく、3次元ロードマップやCTモードの撮影などアプリケーションの進歩は、治療精度を上げるだけでなく、治療時間の短縮、被曝量低減、造影剤の使用量減少にも役立つものである。

## 2) 脳動脈瘤塞栓術

1997年にGDCコイルが認可され、わが国でも電気離脱式プラチナコイルによる脳動脈瘤塞栓術が始まった。より深部である椎骨脳底動脈系動脈瘤や、高齢者などリスクの高い患者に対する有効性は証明されてきたが、2003年に発表されたISAT studyは、わが国のマスコミでも広く取り上げられ、くも膜下出血(破裂脳動脈瘤)の症例では、直達手術以上の治療効果も示されてきた。塞栓材料であるコイルは、3D、2D、ウルトラソフト、エキストラソフトなどさまざまな形状・硬さのものが各社から発表され、欧米で開発された瘤内に留置後に器質化を促進させるコイルや、水分を吸収して膨化するコイルなど次世代のコイルの導入が待たれる状況である。また、先に述べた脳血管撮影装置の進歩は、手術支援能力の向上にもつながり、特に動脈瘤塞栓術の安全性・根治性の向上にも大きく寄与している。

## 3) MELT Japan

中大脳動脈の心原性脳塞栓に対する局所線溶療法の有効性を示すため、わが国の多施設共同のランダム化比較試験が2002年より行われたものがMELT Japanである。当科もこの試験に参加していたが、2005年秋のtPA静注療法の健康保険収載を受けて予定症例数の約半数で試験終了となった。最終解析でこの治療の有効性は証明されたが、この治療法の標準化ならびに急性期脳梗塞における頭部CTの標準化がなされたことは意義深く、現在のASIST Japan(急性期脳卒中におけるCT、MRI検査の標準

化に関する研究)に引き継がれている。今後は、頭蓋内血管専用の血栓除去デバイスの導入が待たれるところである。

#### 4) 頸動脈ステント留置術

動脈硬化性疾患の増加に伴い、冠動脈疾患や末梢動脈疾患患者の合併疾患として、頸動脈病変への注目も高まってきている。頸動脈狭窄に対するステント留置術は1990年代末ごろより、内外で報告が見られるようになったものの、術中発生するデブリスによる遠位塞栓が問題となった。しかし2001年頃から、オクルージョンバルーン、フィルターなどさまざまなプロテクションデバイスが導入されたことで、手術合併症が減少するようになってきた。欧米ではプロテクションデバイスとステントをセットにした臨床試験が多く計画され、その結果、直達手術である内膜剥離術(CEA)とほぼ同等の予後が期待できるということが明らかとなり、わが国でも昨年9月末に頸動脈専用のステントならびにフィルターデバイスの製造販売が承認され、早ければ今年

春の保険治療認可が待たれる状況である。現在、これに先立ち、研修プログラムが運用開始されたところであり、当科でも同手術施行のための準備に入っている。

これ以外にも、脳内出血、てんかん発作で発症する脳動静脈奇形や、眼症状(結膜充血や複視)、激しい耳鳴りなどで発症する硬膜動静脈瘻など血管奇形に対しても脳血管内治療が有用であり、これらの治療に使用される液体塞栓物質も保険認可に向けての動きが始まっている。

なお、日本脳神経血管内治療学会では専門医指導医制度(筆記、口答、実技試験)を導入しており、2007年11月現在441名の専門医(うち指導医105名)が認定されており、11月13日現在、大阪医科大学脳神経外科同門では、2名の指導医、4名の専門医が認定されている。

(日本脳神経血管内治療学会ホームページ <http://www.jsnet.umin.jp> 参照)

## カプセル内視鏡の現況とその周辺

### 1. はじめに

ここ数年、消化管診療は、いろんな意味でめまぐるしく進化を遂げていると実感できる。その一つは、カプセル内視鏡・ダブルバルーン小腸内視鏡の開発により、これまで暗黒の世界と称されていた小腸を消化管の内腔からアプローチできるようになったことである。カプセル内視鏡は「内服薬のように口から飲み込まれたあと、消化管を通過しながらその内部を撮影することができるカプセル型の小型内視鏡」で、イスラエルで開発され、2000年に“Nature”誌上で発表された。2001年に欧米で臨床応用され、小腸の検査のファーストチョイスと位置づけられている。2003年にやっと日本に導入され、臨床試験が行われた。2007年10月に保険適応になり、原因不明の消化管出血が適応疾患となった。カプセル内視鏡の開発とほぼ時期を同じくして、日本で開発されたダブルバルーン小腸内視鏡がある。この内視鏡を用いることにより、全消化管の観察および治療が可能になった。両内視鏡が普及することにより、これまで明確にされていない小腸疾患がより容易により詳細に解明され、治療されていくと予想される。

### 2. 暗黒大陸と呼ばれていた小腸への新たな挑戦

内視鏡の起源は古代ローマ、ギリシャ時代に逆のぼるといわれているが、1950年頃に胃カメラ、1960年代にファイバースコー

プ付胃カメラ、1970年代にファイバースコープが開発され、その後 CCD によるビデオスコープへと進化してきている。その間に食道、胃、十二指腸、大腸などの消化管を内視鏡で検査することは可能になったが、小腸の内視鏡検査はプッシュ式、ゾンデ式、ロープウェイ式などが開発されるものの簡便ではなく、広く普及されるには至っていなかった。小腸は、口からも肛門からも遠いうえ、伸展すると約7mと長く複雑に屈曲蛇行していることより、従来の内視鏡でその内腔を十分に観察することは非常に困難であることから、これまで小腸は消化管における“暗黒大陸”とよばれていた。全小腸内視鏡観察の歴史は表1に示すが、従来の内視鏡では小腸の大部分は観察不可能であり、小腸 X 線造影や CT などの評価に頼らざるをえなかった。しかし、小腸は複雑に屈曲して重なり合うため造影 X 線検査での病変描出やその評価は容易ではなく、また大きい腫瘍などの病変でなければ CT で検出することも難しい。これらの検査で小腸病変を疑ったとしても確診を得ることは難しく、術中内視鏡を行うか、疑いのままで開腹手術を選択せざるをえないときも少なくなかった。消化器を専門とする医師のこれらのいらだちを払拭してくれたのが、カプセル内視鏡とダブルバルーン小腸内視鏡である。2000年過ぎから世の中にお目見えし、わが国においては、ほぼ時を同じく2003年頃から、一部の施設で使用可能となった。

表1 小腸内視鏡の開発の歴史

年 代	小腸内視鏡の開発経緯
1972年	平塚らによるローブウェイ方式の小腸内視鏡の開発。
1974年	多田らによるゾンデ方式の小腸内視鏡の開発。
2000年	イスラエル製のカプセル内視鏡が雑誌 Nature に紹介される <sup>1)</sup> 。
2001年	カプセル内視鏡が欧米で小腸検査として認可される。
2001年	Yamamoto らによってダブルバルーン小腸内視鏡が開発・報告される。
2003年	カプセル内視鏡が日本上陸。臨床試験が始まる。
2003年	ダブルバルーン内視鏡がフジノン東芝 ES システム社より市販化される。
2007年	シングルバルーン内視鏡がオリンパス社より市販化される。
2007年	ギブン社製カプセル内視鏡が保険で使用可能になる。

### 3. カプセル内視鏡とは<sup>2),3)</sup>

カプセル内視鏡は、11mm×26mmの小型の嚥下可能なカプセル状の内視鏡で(図1)、消化管内の画像信号を体外の受信部(携帯のコンピュータ)に送信し、さらに机上のテレビモニター上に画像を再生し、その画像を観察・診断するものである。

現在世界中で使用されているのは、イスラエルの Given 社のカプセル内視鏡で、2005年8月までに世界でのべ25万件以上の検査が行われている。日本では、2003年に導入され、臨床治験が行われ、2007年10月保険認可された<sup>4)</sup>。口から肛門までの画像

診断を目的としていた最初の機種は、M2A<sup>TM</sup> (Mouth to Anus) と命名されていたが、年々機器の改良進歩はめざましく、2004年食道用のカプセル内視鏡 Pill-Cam<sup>TM</sup>ESO (Pill Camera for Esophagus) が製品化され、欧米で使用が始まった。それに伴い、M2A<sup>TM</sup> は、小腸用と位置づけられて、PillCam<sup>TM</sup>SB に名称が変えられた。

### 4. カプセル内視鏡検査の実際

検査に必要な装置一式は、カプセル内視鏡本体、センサーアレイ、データレコーダー、画像解析装置である。センサーアレイ

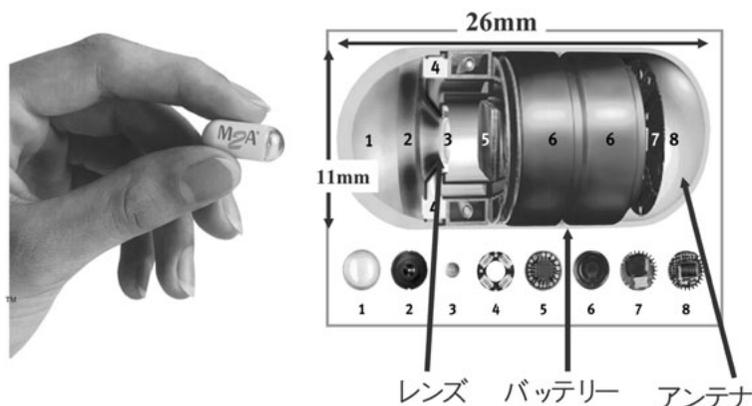


図1 PillCam® Capsule Components

は体壁に貼付して、カプセル内視鏡本体からの画像データを受信するセンサー、データレコーダーは外部記録装置、画像解析装置は撮影された画像を処理し解析する装置である。検査に際しては、12時間以上絶食で検査にのぞみ、腹部にセンサーアレイを貼り付け、データレコーダーと体外電池を取り付けたベルトを装着する。被験者はカプセルを適量の水で飲み込む。写真は1秒間に2枚、電池が8時間使用可能なことより、合計約5～6万枚の内視鏡写真が撮影されるのである。データレコーダーに保存されたこれらの写真を画像解析ソフトが入っているコンピュータで解析するが、通常はすべての写真をチェックするのに1～2時間を有する。かなり医師泣かせなところであるといえ、現在、いろんな画像解析ソフトが開発中である。

### 5. カプセル内視鏡の日本における現状<sup>5)</sup>

カプセル内視鏡は、ごく近距離での焦点設定になっており、自由に視方向の転換ができないことより、現時点では、小腸の検

査が最適とされている。欧米では、2001年にすでに原因不明の消化管出血に対する補助的診断法として認可され、2003年8月にはアメリカFDAで小腸疾患診断の第一選択として承認された。一方、本邦においては、2003年に導入され、臨床治験が行われた<sup>3)</sup>。その成績で、保険認可申請が行われたが、ほぼ同時期にカプセル内視鏡研究会(寺野 彰会長、現獨協医科大学学長)が設立された。これは医師主体の自主研究で、会員施設(全国10施設)の責任医師がカプセル内視鏡 PillCam™SBを個人輸入し、原因不明消化管出血など小腸に病変が疑われる患者を対象に検査を行ってきた。2007年10月1日付けで、カプセル内視鏡が保険適応となった。表2に、現時点での小腸用カプセル内視鏡の適応と禁忌を示す。すなわち、上部・下部消化管検査で出血源が不明の消化管出血 (obscure gastrointestinal bleeding) が適応症となった。これまで、出血の責任病変が不明のまま手術に移行したりする症例が数多くあったが、それらを事前に発見することができるようになった

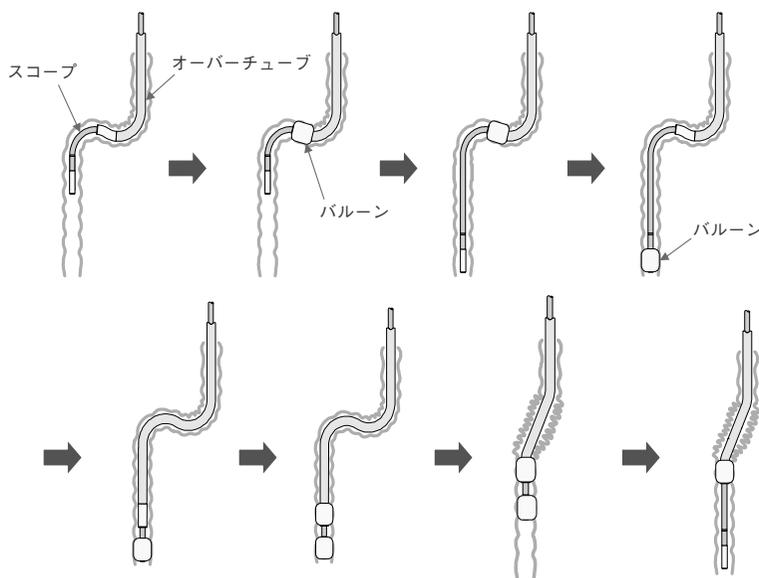


図2 ダブルバルーン小腸鏡の挿入方法

ことは、消化器診療上、非常に有益なことといえる。

## 6. ダブルバルーン内視鏡<sup>6)</sup>

ダブルバルーン内視鏡の挿入原理はプッシュ方式の小腸内視鏡が深部挿入困難となる理由の考察より生まれた。山本らは先端にバルーンがついた柔軟なオーバーチューブを用い、内視鏡がすでに通過した部分の腸管の伸展を抑制することにした(図2)。このオーバーチューブ先端のバルーンは拡張することによって腸管を内側から把持し、オーバーチューブが抜けてくるのを防止する。オーバーチューブ先端のバルーンを固定点として、内視鏡を深部へ進めることが可能になる。さらに、内視鏡先端が深部に挿入されるために、ふたたびオーバーチューブも内視鏡に沿って深部に進めなくてはいけない。その際、内視鏡先端が抜けてくるのを防止するために、内視鏡先端にもバルーンが装着されている。こうして、先端にバルーンを装着した軟らかいオーバーチューブと、先端にバルーンを装着した内視鏡を併用して行う新しい内視鏡挿入法“ダ

ブルバルーン法”が誕生した。同じような原理で開発されたシングルバルーン小腸内視鏡も、一般に使用可能となった。

経口的・経肛門的アプローチを組み合わせることにより高率に全小腸の内視鏡観察が可能であり、全小腸の観察率は86%であったと報告されている。挿入困難となる主な理由は、開腹術後の腸管癒着である。ちなみに開腹手術歴のない患者では92%の全小腸観察率に対して、開腹手術歴のある患者では57%の全小腸観察率と報告されている。

## 7. 原因不明の消化管疾患に対するカプセル・ダブルバルーン内視鏡の確定診断率<sup>7)</sup>

原因不明の消化管出血に対する確定診断率について、従来の検査法である小腸造影(経管法)は、約10~20%に留まり、プッシュ方式小腸内視鏡は21~76%と報告されている。これに対して、カプセル内視鏡は診断率が40~83%に達し、プッシュ方式小腸内視鏡との比較検討試験の大半でその優位性が確認されている。



図3-a : angiodysplasia

図3-b : angiodysplasia からの出血



ら導入し、小腸疾患の鑑別診断、治療を積極的に行っている。近隣の医療施設からだけでなく、遠くは四国などからも原因不明の小腸出血で紹介入院されてくるのが現状である。顕出血の場合は、内視鏡的止血術を行い、また、多発性のびらんや潰瘍の場合は薬物治療を行い、悪性腫瘍の場合は、手術といった具合で治療にあたっている。これまで、原因不明で放置されていた小腸出血や小腸の疾患が徐々に明らかにされ、近い将来小腸の診断・治療学が確立されると期待できる。

## 文 献

- 1) Iddan G, Meron G, Swain P, et al.: Wireless capsule endoscopy. *Nature* 405: 417, 2000.
- 2) 樋口和秀、斯波将次：内視鏡診断の進歩—カプセル内視鏡、消化器疾患—state of arts、別冊医学の歩み、226—229, 2006.
- 3) 斯波将次、亀田夏彦、渡辺憲治、樋口和秀、荒川哲男：カプセル内視鏡、消火器内視鏡、18(5): 817—821, 2006.
- 4) 中村哲也、白川勝朗、山岸秀嗣ほか：日本内科学会雑誌94: 1640—1646, 2005.
- 5) 渡辺憲治、斯波将次、樋口和秀：カプセル内視鏡の適応と現況、*medicina* 43(8): 1306—1309, 2006.
- 6) 山本博徳、喜多宏人、砂田圭二郎ほか：日本内科学会雑誌93: 1189—1199, 2004.
- 7) 中村志郎、樋口和秀：小腸出血の診断法と治療、臨床に直結する消化管疾患治療のエビデンス、文光堂、198—201, 2005.
- 8) 斯波将次、樋口和秀、亀田夏彦ほか：カプセル内視鏡の使用経験とその有用性について、*消化器科*、40: 483—487, 2005.

平成18年度

## 大阪府医師会勤務医部会（第2ブロック）報告

大阪府医師会勤務部会 砂田 一郎  
第2ブロック常任委員

(大阪府済生会茨木病院脳神経外科)

大阪府医師会にはさまざまな部会があり、勤務医部会は昭和48年に創設された部会です。その時代には医師会は明瞭に開業医のための会という意識が強く、全国で初めての勤務医部会の創設でした。しかし、今や勤務医数は府医師会会員数17,126名のうち9,760名と57%を占め（平成18年統計）、医師会の過半数を勤務医を占めているのが現状です。

医療崩壊がようやく大きく叫ばれている昨今ですが、これにはさまざまな問題が関与しており、その一因として勤務医の医療全体に対する無関心が挙げられます。現状の改革や世間に主張するためには、力が必要です。たとえば日本医師会の主張を決める会議に出席できる、また議決に投票できる代議員に関しては、定員330名に対し勤務医はわずか18名（5.1%）のみ。大阪府医師会にいたっては、代議員33名中勤務医は0です。勤務医は激務であっても、自分たちのため、また将来の医療のために専門診療以外の活動をすべきであり、その一環が当部会なのです。

大阪府を11ブロックに分割し、当三島地区（高槻市、茨木市、摂津市、島本町）は第2ブロックにあたり、委員数は勤務医数あたりで決められており12名であります。大阪医科大学は当ブロックの中心であり、3名の委員（北浦 泰、河野公一、富士原 彰 順不同）にご協力を賜っております。

主な活動は常任委員4名（大阪医科大学では北浦委員と富士原委員）が大阪府医師会会館での常任委員会に出席し（月2回）、勤務医の現状把握、地位向上運動、教育、医療連携支援、啓蒙運動等について協議等を行い、それを各ブロックに持ち帰り、それぞれの地域での勤務医の支援を行うのです。大阪医科大学にもっとも身近な活動としましては、四医師会学会総会の支援です。また、昨年度は12月5日に大阪医科大学にて勤務医部会副部長藤田敬之助医師による“大阪府医師会勤務医部会の生い立ち・役割”の講演会を開催しました。

私事ながら、平成18年度から友誼会総合病院婦人科部長の藤本 昭先生より常任委員就任の仰せを受けました駆け出し者であります。まだまだ微力ですが、やがて花咲くことを祈りながら、いや、確信しながら活動してまいります所存であります。皆様のご意見・ご支援・ご協力のほど、なにとぞよろしくお願いいたします。

### 平成18年度大阪府医師会勤務医部会 事業計画

#### 1. 部会組織の充実

##### 1) 加入促進

- ①医師会未加入勤務医への働きかけ
- ②新研修医への働きかけ

##### 2) 部会活動の浸透

- ①広報活動の充実・強化
  - ②ブロック委員会の活性化
  - ③大学との関係強化
  - ④IT化による部会活動の推進
- 3) 医師会活動における勤務医の在り方の検討
- 2. 学術研究の推進**
- 1) 各種感染症に関する研究
    - ①大阪府内における感染症の臨床疫学的研究
    - ②HIV 感染症予防に関する研究
    - ③輸入感染症の臨床疫学的研究
    - ④結核感染予防に関する研究
  - 2) 地域医療に関する調査研究
    - ①生活習慣病のための地域病診連携に関する研究
    - ②地域における障害者医療・リハビリテーションに関する研究
    - ③府下におけるエイズ患者の病診連携に関する研究
    - ④地域発達支援ネットワーク形成のための研究
  - 3) その他学術研究の展開
    - ①大阪府医師会医学会雑誌『大阪医学』への積極的参加
    - ②勤務医部会 CPC の開催等
- 3. 医療制度の研究と研修**
- 1) 医療制度の研究
    - ①医療制度の在り方の研究
    - ②新医師臨床研修制度の研究と指導者養成
    - ③その他（高齢者医療制度を含む）
  - 2) 医療保険制度の研修
    - 3) 診療報酬改定内容の研修
    - 4) 介護保険制度の研究
- 4. 勤務環境改善の推進**
- 1) 過重労働改善策の研究と提言
  - 2) 女性医師就労環境（条件）の見直しの研究と提言
- 5. 医療安全対策の推進**
- 1) 医療安全対策の研究
- 6. 勤務医生涯教育の推進**
- 1) 生涯教育制度の推進
  - 2) 各種研修会・講演会の開催
  - 3) 大阪府医師会医学会等への積極的参加
  - 4) 国際的な学会・研究会等への参加促進
- 7. 医療機関連携の推進**
- 1) 病診、病病連携の強化
  - 2) 研修会等による連携の推進
  - 3) 医療機能分担（医療提供体制）のあり方の研究
  - 4) 病院機能の評価
  - 5) 外国人の医療対策
- 8. 福利厚生事業の推進**
- 1) 府医職業紹介事業（ドクターバンク）への参加推進
  - 2) 勤務医の福利厚生の充実
  - 3) 医師会の医師賠償責任保険への加入促進
- 9. 各地勤務医部会との連携**
- 1) 全国医師会勤務医部会との情報交換
  - 2) 近畿各府県医師会（勤務医部会）との連携強化

## 21世紀の養生訓

脳神経外科学教室 梶本 宜永

2008年4月から新しいメタボ健診が始まります。この健診は40歳以上のすべての人に義務づけられるもので、メタボリック症候群とその予備軍を見つけて、病気の予防につなげることが目的です。釈迦に説法ですが、メタボリック症候群は、内臓脂肪のたまった肥満に、高血圧、糖尿病、高脂血症が合併した状態を言います。放置しますとドミノ倒しのように動脈硬化が進行して、脳梗塞や心筋梗塞を発症してしまうわけです。ウエスト周囲径の診断基準に関しては、国際基準から大きく離れているために問題がありますが、方向としては正しいでしょう。

何を隠そう、私はかつてメタボ君でした。しかし、3年前に一念発起して、大学の前のスポーツジムに通い始めました。今では週に4日はジムで汗を流しており、きわめて健康的な生活を送っております。もちろんメタボ君は返上できました。私の場合、たまたま近くにジムがあり、スタジオプログラムにハマってしまったため運動を継続することができましたが、多くの人はダイエットや運動が長続きせずメタボから脱却できずにいます。

最近、日経サイエンスに面白い記事がありました。各種のダイエット方法を比較したものです<sup>1)</sup>。その結論はと言うと、「どのようなダイエット方法であれ、一時的には必ず体重は減る、しかし、ほとんどの人は1年後には体重が元に戻るカリバウンドする」です。なぜなら、ダイエットに伴う空腹は、一生涯にわたり耐えられる代物ではないからです。数少ないダイエット成功者

に共通することは、運動する習慣を身につけた人でした。いずれにせよ、運動やダイエットは、ほとんどの場合には苦痛を伴うので、やはりメタボ脱却は難しいと言えるでしょう。

昔から、「長生きするには、腹八分目」という養生訓がありますように、摂取カロリーを控えることが健康で長生きするための唯一エビデンスのある秘訣です。しかし、前述のように「言うは易し、行うは難し」であります。これで話が終われば「21世紀の養生訓」とはならないので、たとえメタボ君であったとしても健康で長生きができる可能性のある「とっておきの方法」をお教えしましょう。そのヒントは、フレンチパラドックスにあります。

フレンチパラドックスとは、フランス人が高カロリーで高脂肪食を食べているにも関わらず、冠動脈疾患の割合が非常に低いことから名付けられました。国別の冠動脈疾患の発症率は、飽和脂肪酸の摂取量ときれいな相関がありますが、フランスだけがこの回帰直線から大きく外れていたのです。その原因について詳細に調査された結果、赤ワイン摂取との関連性が見いだされました。昨今の赤ワインブームも、元はフレンチパラドックスから派生したものです。では、赤ワインのどのような成分が健康に良いのでしょうか。赤ワインには、ポリフェノールが豊富に含まれることは有名ですが、その中の「レスベラトロール」がその有効成分であることが最近明らかになりました。

このレスベラトロールの効果については、赤ワインとは全く別の分野の研究から始ま

りました。それは、長寿遺伝子の研究からです。70年以上も前から動物実験において、摂取カロリーを抑制すると寿命が延びることが知られていますが、酵母の様な単細胞生物においても同様であることが知られるようになりました。その現象を分子レベルで研究したのがマサチューセッツ工科大学のガランテ教授です<sup>2)</sup>。ガランテ教授は、SIR2 遺伝子がカロリー制限時に活性化される長寿遺伝子であることを明らかにしました。この SIR2 遺伝子がコードしているのが、サーチュインという脱アセチル化酵素です。ヒトにもサーチュイン蛋白 (SIRT1) はあり、この脱アセチル化酵素活性を指標にスクリーニングした結果、赤ワインに含まれるレスベラトロールに強い活性化作用があることが2003年に判明しました<sup>3)</sup>。この研究により、長寿遺伝子と赤ワインの関係が初めてリンクしたのです。

その後、線虫やメダカでもレスベラトロールが長寿に関連していることが次々と明らかになりました。2006年の11月には、われわれと同じ哺乳類であるラットにおいても寿命延長効果があることを、共同研究者であるハーバード大学のシンクレア教授が *nature* で報じています<sup>4)</sup>。このラットの実験は、大変素晴らしいものです。なぜなら、メタボ状態にしたオスのラットにレスベラトロールを投与すると、体重は減らないものの、脂肪肝は治り、肝臓のミトコンドリアの数は増え、インシュリン感受性が改善し、運動学習能力はどんどん向上し寿命末期になっても衰えませんでした。結果として、メタボ状態で短縮した寿命は、メタボでないラットと遜色のないレベルまで改善したのです。網羅的な遺伝子解析では、異常な遺伝子発現プロファイルが正常化していました。

彼らの論文を注意深く読みますと、レスベラトロールのご利益は別にメタボでなくてもあるようです。「Rotarod performance

was also improved for resveratrol-treated standard diet mice.」すなわち、ラットを Rotarod という回転する棒にしがみつかせて、落下するまでの時間を調べると、メタボでなくても運動学習能力は向上したとさりげなく書いています。カロリーを制限することで、記憶をつかさどる海馬の細胞が細胞死 (アポトーシス) を起こしにくくなり、年をとっても学習能力が若々しく保たれることが知られています。これらの傍証から、レスベラトロールが脳機能を活性化し、認知症を予防してくれる可能性は高いと考えられますが、まだ研究はそこまで進んでいません。その他、抗ガン作用についても注目されており、その基礎研究も数多くなされていることや前立腺がん治療薬の「ホンバン」と炭素骨格がほとんど同じであることを付け加えておきます。

後半は、まるでレスベラトロールのセールスマンのような内容になってしまいましたが、総合的に見てかなりスジの良い物質だということはお分かりいただけたと思います。しかし、ラットの実験で用いられたレスベラトロールは多量で、ヒトに換算すると赤ワイン百本相当です。実際に、米国ではこれに相当する大用量のレスベラトロールがサプリメントとして販売されています。しかし、人での臨床研究は始まったばかりであり、その有効性や安全性が確かめられるのは、今後の研究を待たねばなりません。低用量でも効果がある可能性も高く、比較的低用量のレスベラトロールを服用するか、グラス1杯程度の赤ワインを飲むのが21世紀の初頭における養生訓と言えましょう。しかし、21世紀になっても養生の基本は、「腹八分目」であることに変わりはありません。

## 参考文献

- 1) レイバーン P: 最強のダイエット法は?.

- 日経サイエンス2007年12月号：36-37.
- 2) シンクレア DA, ガランテ L: 「長生き遺伝子」の秘密を探る. 日経サイエンス2006年5月号：30-38.
- 3) Howitz KT, et al.: Small molecule activators of sirtuins extend *Saccharomyces cerevisiae* lifespan. *Nature* 425 : 191-196. 2003.
- 4) Baur JA, et al.: Resveratrol improves health and survival of mice on a high-calorie diet. *Nature* 444 : 337-342, 2006.

## 「させていただきます」について —インターネット上での論議—

放射線医学教室講師／本誌編集委員

上杉康夫

大阪医科大学では現在 OSCE (Objective Structured Clinical Examination；客観的臨床能力試験、通称オスキー、医師および医学生の臨床能力(臨床実技)を客観的に評価するために開発された評価方法<sup>1)</sup>が実施されています。過日その OSCE の評価者として参加いたしました。私が担当いたしました 腹部の OSCE には「丁寧な言葉を使ったか」という項目があり、ほとんどの学生は「診察させていただきます。」と言って診察を開始しておりました。この「診察させていただきます」は話者の丁寧な意図を感じるのですが、私にはこの言葉になんとなく違和感がありました。さて、OSCE は滞りなく終了いたしました。この「診察させていただきます」という表現に違和感がある理由を改めて考えました。この「診察させていただきます」は「診察する」の謙譲語を話者が意図したと考えられます。この場合「する」の謙譲語は「いたす」が正しく、「診察させていただきます」ではなく「診察いたします」が日本語の正しい敬語表現と私には考えられました。今回はこの「させていただきます」についてインターネットを使い、どの程度のことがわかるのか調べてみました。

語源については大阪ないし近江の「させてもらう」が東京、特に山の手で「させていただきます」に変化したという説、キリスト

教もしくは浄土真宗の用語であったという説があります。今のところ語源について確定はしていないようです。東京に入ったのは昭和30年代とも、明治の中葉以後流行して来たとも記載があります。また樋口一葉『十三夜』、夏目漱石『道草』、森鷗外『高瀬舟』といった文豪の作品にも使用されているとのことです<sup>2),3)</sup>

次いで日本語調査について調べてみました。『「～させていただきます」の表現は正しいか?』の日本語調査結果(図1)<sup>4)</sup>が検索されました。この調査は総数も少なく、白紙も27.66%ありましたが、正しい敬語法でないと考えている人は合計40.33%(=23.4%+11.7%+5.23%)との調査結果でした。「させていただきます」は、必ずしも好感がもたれる敬語表現ではないようです。さらに10歳代から50歳までの年代別に見てみますと年齢が上がるにつれ、正しい敬語表現とは思わなくなる傾向があり、特に50歳代では、正しい敬語表現と思うのは0%という年齢別調査結果(図2-A~D)<sup>5)</sup>でした。母集団が少ないので断定はしませんが、「させていただきます」を正しい敬語表現とみなすかどうかは世代間格差があると思われ、過去には使用されなかった敬語形式であろうと思われます。また高齢者の聞き手にとっては、「させていただきます」を敬語表現と思わない可能性がある

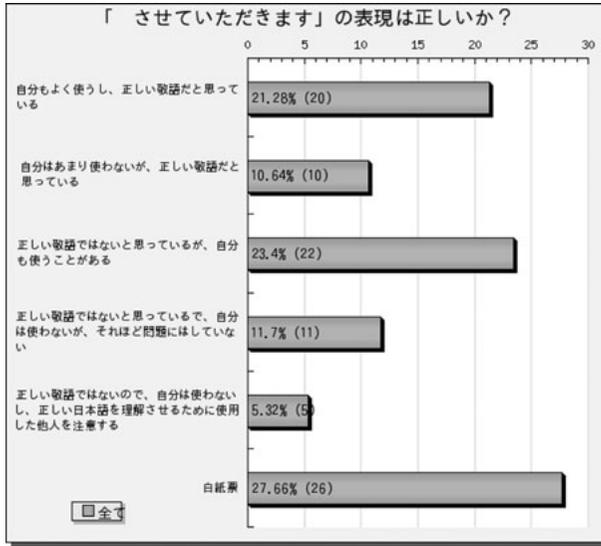


図1 「～させていただきます」の表現は正しいか？

調査期間：2006年08月15日 10時36分～2006年10月14日

調査有効度評価：評価総数94、有効評価47、無効評価26、有効評価点21、有効評価率22.34%

<http://www.yoronchousa.net/result/921> より

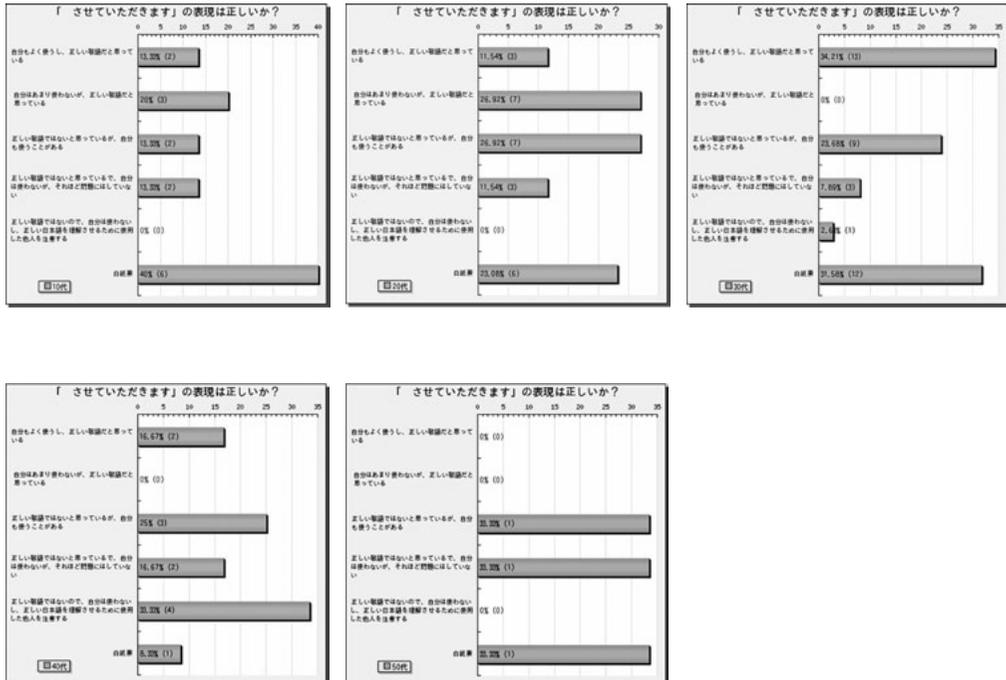


図2 「～させていただきます」の表現は正しいか？ 年齢別調査結果

A：10歳代、B：20歳代、C：30歳代、D：40歳代、E：50歳代

[http://www.yoronchousa.net/webapp/vote/frame/?id\\_research=921&type=2&attr\\_type=1](http://www.yoronchousa.net/webapp/vote/frame/?id_research=921&type=2&attr_type=1)

より

とも思われます。このことを裏付けるかのようにYahoo!辞書 新語探検<sup>6)</sup>では、「させていただきます」について「最近の若者に目立つことばづかい」「実際には受けていない許可や恩恵を受けているかのように見立てて、相手を敬っていることを示す丁寧表現のつもりで使っているようだ」と記載されています。

現代口語文法からながめてみます。日本語の敬語<sup>7)</sup>には大きく尊敬語・謙讓語・丁寧語という区分があります。2007年からは文部科学大臣および文化庁長官の諮問機関である文化審議会により、丁寧語・美化語を加え5分類にするという敬語の指針についての答申<sup>8)</sup>が出ました。尊敬語・謙讓語・丁寧語については、以下のように説明されています<sup>9)</sup>。

**尊敬語**：話題中の動作や状態の主体が話者よりも上位である場合に使われる。

**謙讓語**：話題中の動作の受け手（間接的である場合もある）が話題中の動作の主体よりも上位である場合に使われる。

**丁寧語**：聞き手が話し手よりも上位である場合に使われる語をいう。  
とあります。

さて「いたす」と「させていただきます」を、動詞「する」を基にして各要素に分けて考えてみますと、

「する」から謙讓語の「いたす」への変化は動詞を変えて、

一般で「する」

謙讓で「いたす」

となります。

ところが、「する」から「させていただきます」へは、

一般で「する」

使役で「させる」

使役+接続助詞「て」で「させて」

使役+接続助詞「て」+受益「もらう」で「させてもらう」

使役+接続助詞「て」+受益「もらう」の謙讓語化で「させていただく」となります<sup>9)</sup>。

まず「させていただく」を誤った敬語として批判する立場からみてみます。上記のことから「させていただく」は、「する」から使役、受益、謙讓の変化を受けた語彙となります。ところが、この最後の謙讓の意を離れ1つ前の変化を意識した場合、「させていただく」からは「させてもらう」の語が想起され、「させてもらう」がもつ使役+受益のニュアンスが生じます。これが違和感を生じさせる原因ではないかと考えられました。すなわちOSCEの場面を例にとれば、「診察させていただきます」は、「診察させてもらう」を想起させ、「あなたの意思とは無関係に私に診察を行わせてほしい」という使役+受益の意味が意識されますので、「いただく」と謙讓の語を語尾に持ってきたところでも、「あなたの意思とは無関係に私に診察を行わせてほしい」という使役+受益の意味を言外にほめかすように意識が生じずると考えられます。さらに違和感にとどまらず、このことによって「させていただきます」を誤った敬語法と考えている人も存在していると思われれます。例えば「言わせていただきます」は、相手の意思を無視してでも何かを発言することを宣言することを強く意識させ、丁寧であっても謙讓の意味はない語とし、謙讓語としては「申し上げる」が適切な用法と思われるとしています<sup>10)</sup>。これらのことから類推して、他の「診察させていただきます」や「始めさせていただきます」にも同様のニュアンスが聞き手に生じる可能性があり、謙讓語としては各々、「診察いたします」「開始いたします」がより正し

い敬語法と考える人がいると思われます。

また「させていただく」を、「卑下が強すぎる敬語」と思う人もあるようです<sup>11)</sup>。「させていただく」と聞くと「させてもらう」が想起されて、良い敬語とはあまり感じられないという意見もあります。それ<sup>11)</sup>によると、「させていただく」という語は謙譲よりもむしろ使役 + 受益のニュアンスが強く想起され表現の上では「卑屈」とも言える慇懃さではあるが、その裏には、使役と受益の「させてもらう」から「私の勝手にさせていただきます」という、意思の押し付けさえ感じられ、強いて容認できるとすれば、相手から何かを提示されて、「拝見させていただきます」「使わせていただきます」「引き受けさせていただきます」などと言う場合のように、相手の「使役

(勧誘や依頼)の意思表示に対して応えるときだけだろうとも記載されています<sup>12)</sup>。

次に「させていただきます」を使用する立場から見てみます。これは、なぜ使用されるのかという理由と深く関わっていると思われます。表一<sup>13)</sup>は主な動詞の丁寧語、尊敬語、謙譲語です。規則変化の他に、補充形<sup>14)</sup>(活用形にまったく異なる語形が充てられること)を使った不規則変化で敬語を作成する動詞が存在します。「言う」のように「言います」「おっしゃる」「申し上げる」と和語<sup>15)</sup>の範疇内での不規則変化を来たす動詞もありますが、例えば「見る」のように、「見ます」「ご覧になる」「拝見する」といったように、尊敬語・謙譲語には漢語が入る不規則変化を来たす動詞もあります。ここでは前者を和語内不規則変化、

表1 主な動詞の丁寧語・尊敬語・謙譲語

<http://www.yakudarts.com/checklist/list030.htm> 他より改変

和語内不規則変化、和語漢語混合不規則変化は文法用語ではありません。筆者が名付けました。

		一般	丁寧語	尊敬語	謙譲語
規則変化		書く	書きます	お書きになる	お書きする
		話す	話します	お話になる	お話する
		持つ	持ちます	お持ちになる	お持ちする
不規則変化	和語内不規則変化	する	します	なさる	いたす
		いる	います	いらっしゃる	おる
		行く	行きます	いらっしゃる	まいる、うかがう
		来る	来ます	お越しになる	まいる
		食べる	食べます	召し上がる	いただく
		言う	言います	おっしゃる	申し上げる
	和語漢語混合不規則変化	見る	見ます	ご覧になる	拝見する
		思う	思います	おぼしめす お思いになる	存じる
		知る	知ります	ご存知だ お知りになる	存じる、 承知する
		聞く	聞きます	お聞きになる	拝聴する、 お聞きする

後者を和語漢語混合不規則変化とでも名付けてみました。この和語漢語混合不規則変化をする動詞の敬語作成には、和語を漢語で置き換える漢語の語彙力が必要です。他にも「知る」に対する「存じる」「承知する」などがあります。ところが「させていただく」を使えば、違和感を感じずる人がいるにせよ、すべての動詞に機械的に「させていただく」を付けることで謙讓表現が可能で、和語漢語混合不規則変化動詞で要求される漢語語彙力も和語内不規則変化の記憶も不要で簡便となります。この簡便さゆえに多用されると思われます。しかしながら、簡便さがあるとはいうものの、「させていただく」を濫用する人は「漢語の語彙力が低いのではないか」とも思われることもあるようです。

さて最初の OSCE の場面に戻って「診察させていただきます」と言った話者には、「する」の謙讓語が異なる動詞である「いたす」であるということが咄嗟であったせよ想起できなかったので、「させていただく」としてしまった可能性が高いと思われます。「診察させていただきます」は一般形が「診察する」で、「漢語+する」の語彙です。和語漢語混合不規則動詞ではなく、「する」を「いたす」にするだけで謙讓語とすることが可能です。また「診察させていただきます」は、「診察いたします」よりも冗長な印象をうけます。同様なことは「漢語+する」の語彙である「放送する」、「休業する」、「報告する」といった語彙にも言え、これらの語彙の謙讓語としては「漢語+させていただく」に比べ、「漢語+いたす」とした「放送いたします」「休業いたします」「報告いたします」の方がより簡明な印象を受けます。

歴史的に見てみます。現在では「拝見す

る」「存じる」「承知する」「拝聴する」と謙讓語に「漢語+する」の形を使用する「見る」「思ふ」「知る」「聞く」といった知覚に関する動詞に限定して、平安時代の中古日本語では補助動詞「たまふ」を用い「動詞+たまふ」の形で謙讓語の作成が可能でした<sup>16)</sup>。謙讓語にする場合には下二段活用の「たまふ(う)【賜ふ/給ふ】」を使用し、「かかる御事を見たまふる(=拜見スル)につけて、命長きは心憂く思うたまへらるる(=存ゼラレマスル)世の末にも侍るかな」(源氏物語・須磨)<sup>17)</sup>としていました。ただし「たまふ」には四段活用する尊敬の補助動詞の「たまふ」もあり、両者の終止形は同じ「たまふ」であったためか、原則として謙讓の「たまふ」は終止形を避けることになっていました。とは言え、尊敬語と謙讓語の終止形が同じであることは使いにくかったようです。謙讓表現では文法上終止形を避けるとしても「本を見たまう」では「本をご覧になる」のか「本を拝見する」のかの判断はにわかになしがたく、言い違えた場合は当時の身分制社会を考えますと致命的な不利益を話者が被ったことは想像され、終止形が同じであることは潜在的な不都合であったと思われます<sup>18)</sup>。私見で論はありませんが、尊敬語と謙讓語を明確に区別するために、「見る」「思ふ」「知る」「聞く」といった知覚動詞を中心に「漢語+する」の謙讓語もしくは尊敬語が使われだし、敬語動詞の不規則変化が発生し和語漢語混合不規則変化として固定され今日に至ったのではないかと想像されます。そしてこの謙讓の古語「たまふ」ですが、使用は平安時代に限られ<sup>19)</sup>、今には伝わっていません。一方現代の「させていただく」は、この和語漢語混合不規則変化をする知覚動詞にも「見させていただきます」といったように難なく接続します。さらに「たまふ」の本来の動詞としての意味は「飲食物をも

らう意の謙讓語。「いただく」で意味もよく似ています。時に古語「たまふ」が現代に復活したようにも感じられることがあります。事実、「たまふ」の現代語訳に「させていただく」と記載した辞書<sup>20)</sup>もあります。

また現代口語の助動詞「させる」には文語調を除き使役の意味しかありませんが<sup>21)</sup>、「させる」は中古の「さす」が原形とされ、中古には使役の他、尊敬または謙讓をあらわす語と共に用いてその意を強める機能もありました<sup>22)</sup>。文語調であれば「させられる」、「させ給う」などの形で動作者に対する尊敬の意を表し「親しく被災地を御覽ぜさせられた」<sup>23), 24)</sup>というような形で、報道の文語調敬語表現には特に終戦まで多く使用されており<sup>25)</sup>、近い過去とは言えその使用の記憶が残っている人は多いのではないのでしょうか。また私見ですが、このことが「させていただく」の中の「させ」の解釈が人によって分かれ、口語調の「させる」を意識する人は使役を、文語調の「さす」を意識する人は丁寧あるいは過剰な丁寧を感じ、前者は「敬語ではない」もしくは「正しくない敬語」と感じ、後者は「敬語」もしくは「過剰な敬語」と感じる理由となり、この語に論争を生む原因ではないかと思われれます。さらにこの語が文語調の「させ・いただく」ではなく、現代口語の接続助詞「て」が「させる」と「いただく」の間に入り込み、完全な文語調に感じられないというのも論争を生む原因ではないでしょうか。さらにこの語は今も変化しているのかも知れません。Google で”させいただく”を検索しますと、誤表記の可能性もありますが「適用させいただくご融資利率」

「ご案内させいただく商品」といったように「させいただく」が1,140件余り見つかりました。

「させていただく」という表現を私が聞いても、話者は「させていただく」は敬語と思って使っているの、話者を責めるようなことを私はしていません。また私自身も「させていただく」を使っていますし、完璧な敬語を使用しているという自信はありません。また、時代とともに言葉も変遷します。「させていただく」も辞書<sup>26), 27)</sup>に掲載されています。文化審議会が作成した敬語の指針でも「させていただく」について、「基本的には、自分側が行うことを、ア) 相手側又は第三者の許可を受けて行い、イ) そのことで恩恵を受けるという事実や気持ちのある場合に使われる。したがって、ア)、イ) の条件をどの程度満たすかによって、『発表させていただく』など、『…(さ)せていただく』を用いた表現には、適切な場合と、余り適切だとは言えない場合がある」として用法上の問題点はあるものの必ずしも不適切ではないとされています<sup>28)</sup>。

結局 「させていただく」を敬語として認めるか否かは、謙讓語に補充形を使う不規則変化動詞を覚えるか、謙讓の意味として「させていただく」を広く受け容れるかのどちらかと思われます。

なおこの語については様々な賛否両論や文法的解説も記載されておりその多さに驚くとともに、短時間にこれら多くの情報が得られたインターネットに改めて感心いたしました。

大阪医科大学医師会ホームページ : <http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>

メールアドレス : [omcda@art.osaka-med.ac.jp](mailto:omcda@art.osaka-med.ac.jp)

ホームページ担当 : 上杉 康夫

## 〈引用ホームページ〉

---

- 1) <http://www.lifence.ac.jp/osce/main/osce01.htm>  
OSCE
- 2) <http://www.let.osaka-u.ac.jp/~okajima/menicuita/9609.htm> # 05  
KOTOBA9609
- 3) <http://www.let.osaka-u.ac.jp/~okajima/zatu/sasete.txt>  
# 1070 / 1070 ことばの海
- 4) <http://www.yoronchousa.net/result/921>  
「～させていただきます」の表現は正しいか？
- 5) [http://www.yoronchousa.net/webapp/vote/frame/?id\\_research=921&type=2&attr\\_type=1](http://www.yoronchousa.net/webapp/vote/frame/?id_research=921&type=2&attr_type=1)  
「～させていただきます」の表現は正しいか？年齢別調査結果
- 6) <http://dic.yahoo.co.jp/newword?category=&pagenum=1&ref=1&index=2006000610>  
Yahoo! 辞書 新語探検 させていただく
- 7) <http://ja.wikipedia.org/wiki/%E6%95%AC%E8%AA%9E>  
敬語 - Wikipedia
- 8) [http://www.bunka.go.jp/1kokugo/pdf/keigo\\_tousin.pdf](http://www.bunka.go.jp/1kokugo/pdf/keigo_tousin.pdf)  
敬語の指診
- 9) <http://www.sf.airnet.ne.jp/~ts/language/itadaku.html>  
思索の遊び場 > 高杉親知の日本語内省記 > 言わせていただく
- 10) <http://reviva.blog.fc2.com/blog-category-28-1.html>  
Chaotic Neutral 語学、語学 — 「始めさせていただきます」
- 11) <http://www.ne.jp/asahi/kaneko-tohru/languages-nowar/newpage44.htm>  
敬語と待遇表現
- 12) <http://www7a.biglobe.ne.jp/~say/kotoba.06.html>  
ことば断想2006
- 13) <http://www.yakudarts.com/checklist/list030.htm>  
「挨拶・会話：尊敬語・謙讓語・丁寧語リスト」のポイント・コツ・ノウハウ
- 14) <http://ja.wikipedia.org/wiki/%E8%A3%9C%E5%85%85%E5%BD%A2>  
補充形 - Wikipedia
- 15) <http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%92%8C%E8%AA%9E>  
和語 - Wikipedia
- 16) <http://www.zkai.co.jp/high/k1k2/mihon/pdf/ml2dny.pdf>  
謙讓語の働き
- 17) <http://dic.yahoo.co.jp/dsearch?p=%E3%81%9F%E3%81%BE%E3%81%86&enc=UTF-8&stype=0&dtype=0>  
Yahoo! 辞書 大辞泉 国語辞書 たま・う【賜う・給う】
- 18) [www.tulips.tsukuba.ac.jp/limedio/dlam/M17/M174293/7.pdf](http://www.tulips.tsukuba.ac.jp/limedio/dlam/M17/M174293/7.pdf)  
終止形連体形統合と二段活用的一段化
- 19) [http://www004.upp.so-net.ne.jp/s\\_honma/sugachan54.htm](http://www004.upp.so-net.ne.jp/s_honma/sugachan54.htm)  
こてんこてん蔵庫4

- 20) <http://dic.yahoo.co.jp/dsearch?enc=UTF-8&p=%E3%81%9F%E3%81%BE%E3%81%86&dtype=0&stype=1&dname=0na>  
Yahoo! 辞書 大辞泉 国語辞書 たま・う【賜う・給う】
- 21) [http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%8A%A9%E5%8B%95%E8%A9%9E\\_%28%E5%9B%BD%E6%96%87%E6%B3%95%29](http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%8A%A9%E5%8B%95%E8%A9%9E_%28%E5%9B%BD%E6%96%87%E6%B3%95%29)  
助動詞 (国文法) - Wikipedia
- 22) <http://www.asahi-net.or.jp/~sg2h-ymst/yamatouta/intro/jodousi05.html>  
和歌入門附録 和歌のための文語文法
- 23) <http://dictionary.goo.ne.jp/search.php?MT=%A4%B5%A4%BB%A4%EB&kind=jn&mode=1&kwassist=0>
- 24) <http://dic.yahoo.co.jp/dsearch?enc=UTF-8&p=%E3%81%95%E3%81%9B%E3%82%8B&dtype=0&dname=0na&stype=0&pagenum=1&index=07644507339500>  
Yahoo! 辞書 大辞泉 国語辞書 させる
- 25) <http://www.bunkyo.ac.jp/faculty/lib/klib/kiyo/lit/12001/1200101.pdf>  
戦時中の敬語
- 26) [http://www.taishukan.co.jp/meikyo/koho\\_kokugocho-sa.html](http://www.taishukan.co.jp/meikyo/koho_kokugocho-sa.html)  
「国語に関する世論調査」と明鏡
- 27) [http://www.taishukan.co.jp/meikyo/topic\\_tokushoku.html](http://www.taishukan.co.jp/meikyo/topic_tokushoku.html)  
明鏡 国語辞典：大修館書店（2002年11月）北原 保雄（編集）
- 28) [http://www.bunka.go.jp/1kokugo/pdf/keigo\\_tousin.pdf](http://www.bunka.go.jp/1kokugo/pdf/keigo_tousin.pdf)  
6 「させていただく」の使い方の問題点、敬語の指診 P40

## 北摂四医師会糖尿病フォーラム

開催日：平成20年4月5日（土）

当番教室：第一内科

問合せ先：今川彰久

## 痛みの治療研究会

開催日：11月1日

場 所：PA 会館

当番教室：麻酔科学教室

問合せ先：麻酔科学教室 酒井雅人

## 第12回北摂救急症例フォーラム

開催日：平成20年6月中旬

場 所：千里阪急ホテル

当番教室：救急医療部

問合せ先：救急医療部 森田 大

## 肺疾患カンファレンス

開催日：毎週木曜日 午前8：30～

場 所：第12会議室

当番教室：胸部外科・放射線科・呼吸器内科合同

問合せ先：胸部外科 森田

Information  
(研究会・講演会・カンファレンス  
etc.)

大阪医科大学を中心に開催されている研究会、講演会、カンファレンスなどのうち、  
会員が参加できるものについてのインフォメーションを掲載いたします。  
今後も順次お知らせしたいと考えています。ぜひ情報をお寄せ下さい。

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学教室 土手友太郎

TEL072-683-1221 FAX072-684-6519

## よどがわ呼吸器カンファレンス

開催日：奇数月 第3水あるいは木曜日  
場所：第2会議室  
当番教室：胸部外科・放射線科・呼吸器内科合同  
問合せ先：胸部外科 森田

## Cardio-Vascular Conference

開催日：毎木曜日 午前8:00～  
場所：第5会議室  
場所当番：胸部外科・循環器内科（I・II）合同  
問合せ先：（胸部外科 森本

## 心エコーカンファレンス

開催日：毎火曜日 午後4:10～  
場所：第5会議室  
当番教室：胸部外科・循環器内科（I・II）合同  
問合せ先：胸部外科 大門

## 第26回 大阪医大眼科セミナー

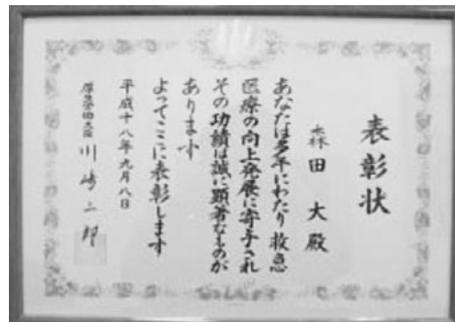
開催日：平成20年9月20日（土）曜日  
場所：新学生講義実習棟（PA会館）  
問い合わせ先：眼科学教室

## 森田大先生 (本学救急医学教室) 厚生労働大臣救急医療功労者表彰される

受賞日：平成18年9月8日

対象：地域救急医療体制充実への取り組み

- 内容：1. 院外心停止例に対するウツタイン様式を用いた前向きコホート研究により、救命率向上への対策を講じた。
2. 病院前救急医療充実のための「特別救急隊」(いわゆるドクターカー)を高槻市消防本部に設置することに尽力し、成果を挙げた。
3. 地域における院外心停止例の疫学調査をもとに効率的な AED 配備を推奨した。



## 大場創介先生 (本学形成外科) 日本頭蓋底外科学会優秀論文賞を受賞

受賞日：平成19年7月4日

研究課題：前頭蓋底部に存在する Fibrous Dysplasia の視神経管径の解析

内容：内容：頭蓋顔面領域の Fibrous Dysplasia は、頭蓋冠より頭蓋底、顔面への発生例が多い。われわれは、視神経などの重要臓器への圧迫症状を示さない

限り、病変の進行がほぼ停止するまで経過観察を行うことを原則としている。また病変の進行停止後臓器圧迫症状を示さなければ、表面を切削することで、左右対称な形態を得る手術を行っている。本疾患における視神経管開放術は、進行性あるいは急速な視力低下などの臨床症状を呈する場合には行われるが、予防的手術については一定の見解を得ていない。今回われわれは、11例の Fibrous Dysplasia について視神経管開放術の適応に関し検討を行った。その結果視神経管全周に病変が存在する症例で、視神経管直径が3.0mm 未満の症例は全例で視神経管開放術の適応となった。一部でも視神経管に健常骨組織が存在する場合には視神経管開放術を必要とする症例は認めなかった。以上の結果より視神経管の全周に病変を認めその狭窄率が高い症例では、視神経管開放術の適応の検討を含めた綿密な経過観察が必要と考えられた。

辻 洋志先生 (本学衛生学・公衆衛生学教室)  
**Medichem Congress 2007 Young  
Professional Awardを受賞**

受賞日：平成19年9月15日

演題：Mechanism of Lactic Acidosis Caused by Fluoroacetate and Effects of Glucose Infusion

内容：2007年9月メキシコで開催された産業医学の国際学会、MEDICHEM CONGRESS 2007において、産業医学に関する発表を行った若い研究者の中から優秀な演題を発表したものに対して授与される Young Professional Award を受賞。

受賞学会：Medichem

会期：9月13日～15日

場所：メキシコ ケレタロ



**Mechanism of lactic acidosis caused by fluoroacetate and effects of  
glucose infusion**

**Hiroshi Tsuji, Hiroyasu Shimizu, Michiko Fujihara, Yukari Shimbo,  
Hiroaki Tanaka, Koichi Kono**

Department of Hygiene and Public Health, Osaka Medical College

2-7 Daigakumachi, Takatsuki City, Osaka, 569-0826, Japan

Tel : +081-726-83-1221 Fax : +081-726-84-6519

E-mail : [hyg033@art.osaka-med.ac.jp](mailto:hyg033@art.osaka-med.ac.jp)

Key words: Monofluoroacetic acid; Monochloroacetic acid; Glucose infusion; Survival rate; Lactic acidosis; Amino acid; Protein degradation

### **Abstract**

There have been many accidental cases of human monofluoroacetic acid (MFA) exposure. However, the MFA toxicity mechanism has not yet been fully elucidated. It has been reported that fluoroacetate is converted to fluorocitrate, which then inhibits aconitase, a key enzyme in the TCA cycle and results in the accumulation of blood citrate and lactate. Furthermore, antidotal and clinical medications against MFA toxicity have not been put to practical use. Monochloroacetate (MCA) has a similar structure to toxic halogenated analogs of acetic acid such as MFA. MCA causes protein degradation and induces lactic acidosis. This study was designed to examine the effect of intravenous glucose infusion, which has been found therapeutically effective in cause of MCA exposure, and to analyze glucose and amino acid metabolisms in MFA-exposed rats. To evaluate of the effect of glucose infusion on survival rate, the rats were divided into two groups (a group treated with MFA plus saline and a group treated with MFA plus 10%glucose), and the survival rate of the rats was then determined. In addition, for analyzing glucose and amino acid metabolism, additional rats were divided into three groups (a control group, a group treated with MFA plus saline, and a group treated with MFA plus 10%glucose), and blood samples from the rats were examined. The results showed that glucose infusion did not increase the survival rate, but rather resulted in increases in blood citrate and lactate levels. Interestingly, we observed that MFA increased amino acid concentrations while glucose infusion suppressed them. We conclude that glucose infusion increases blood citrate and lactate levels as long as aconitase is inhibited, although glucose infusion can also suppress the increase in the concentrations of amino acids, which also induces lactate production. These findings suggest that the intravenous infusion of glucose-containing solutions should be conducted concomitant with the careful monitoring of that blood citrate and lactate concentrations in cases of MFA exposure, and MFA causes protein degradation.

## 植木麻理先生 (本学眼科学教室) Alcon Japan Clinical Award を受賞

受賞日：平成19年10月11日

内容：平成19年10月11日、京都国際会議場にて開催された第61回日本臨床眼科学会において授賞式が行われました。

この賞は日本の眼科臨床の進歩を推奨・助成し、将来リーダーとなりうる眼科医師の育成支援することを目的としたもので、全国の応募者の中から厳正な審査のうえ、2名が選出されました。



### お知らせください

本学医師会員で、学会活動、地域医療などの社会活動において受賞など功績を挙げられた方がおられましたら、ぜひ、医師会編集委員会にお知らせください。

連絡先：医師会会報編集委員会（医師会事務局）

T E L 072-684-7190（直通）、内線2951

F A X 072-684-7189（直通）、内線2950

e-mail [omcda@art.osaka-med.ac.jp](mailto:omcda@art.osaka-med.ac.jp)

---

## 編集後記

昨今の医療情勢は誠に厳しいものがあります。特に医師不足の問題は危機的な状態であり、市中病院では大学からの派遣医師が確保できずに診療科を閉鎖するところが相次ぎ、そのしわ寄せがまた大病院におよび、勤務医達はさらに過酷な労働条件を強いられます。一方で患者の権利意識は高まり、医療者はいつも神経を尖らせて働かなければならず、しかも医師の事務仕事は増える一方です。高槻という都心部にある大阪医大とて例外ではありません。

「医療崩壊…」最近になってようやく、マスコミや世間に認識されはじめてきたこのテーマを今回は特集に取り上げさせていただきました。さまざまな診療科の先生方に御執筆をお願いし、それぞれの立場から医療崩壊の現状と問題点、そしてわれわれに課された責務についても言及していただきました。非常に大きなテーマではありましたが、各先生方にはお忙しい中にもかかわらず、熱いメッセージをいただきました。中には悲鳴に似た叫びもあり、身につまされる思いです。この特集が、今後大阪医大医師会の先生方が一致団結してこの問題に取り組んでいく、その第一歩になれば、と切に願う次第です。

編集委員 平松 昌子

---

編集委員 田中 英高 村尾 仁 梶本 宜永 上杉 康夫  
土手友太郎 平松 昌子 大場 創介 島本 史夫  
萩森 伸一

### 大阪医科大学医師会会報 第29号

発行日 平成20年3月15日  
発行 大阪医科大学医師会  
発行責任者 医師会長 河野公一  
編集 大阪医科大学医師会会報編集委員会  
〒569-8686 高槻市大学町2-7  
大阪医科大学医師会事務室(藤原則子・村上真理子)  
TEL 072-683-1221 (内2951)  
684-7190 (直通)  
FAX 072-684-7189  
e-mail omcda@art.osaka-med.ac.jp  
制作 (有)知人社