

# はなみずき

## 豊崎先生が開業します。

長年、内科の中心として頑張ってくれておりました豊崎哲也先生が4月から習志野で開業されます。私は、彼の仕事振りを「プロである」と尊敬してきました。当院にとっては大きな痛手ではありますが、自分で新しく羽ばたくと決めたことと、納得して受け入れました。ご不便をおかけしますが、これからも色々な形で協力して仕事をしてまいりますので、よろしくご理解お願い申し上げます。

最近、テレビや新聞で毎日のように偽装設計とそれに関連する手抜き建築の事件が報じられています。関連した人達が、大切にしなければならない自分の仕事を冒瀆ぼうとくするようなことがどうしてできるのか、自分の仕事に対する誇りはどうなってしまったのか考えさせられる事件です。普通、生涯の仕事を決めますと、その道の「プロ」を目指し「プロ」として認められたいと思うのが当然であると思っています。口はばったい言い方で申し訳ありませんが、「プロ」というのは、その分野で知識や技量が抜きん出ているのは勿論、その仕事を何よりも優先する精神を持ち、同じ仕事をしている人達から敬意を持たれる存在であると日頃考えて



豊崎 哲也 先生

います。遠い道程ではありますが、豊崎先生はもとより鎗田病院の職員一同、「医療のプロ」はどうあるべきかを考えながら仕事に取り組んでまいりますので、よろしくご指導ご鞭撻お願い申し上げます。

4月から豊崎先生の当院での仕事は「木曜日」のみとなり、これまでのように外来と循環器疾患の検査等を担当します。同じく4月からは長年「千葉県救急医療センター」という救急の一線で、色々な救急疾患に取り組んでこられた「松本京一先生」と「千葉県がんセンター」の癌診断と内科的癌治療の中心であった「炭田正俊先生」が常勤として勤務されます。2人共、それぞれの分野で高い評価を得られている方々ですので、必ずお役に立てると考えておりますので、よろしくお願い致します。

院長 鎗田 努

# 高血圧治療について

鎗田病院内科医師 豊崎 哲也

我が国の循環器疾患の特徴は、脳卒中が多く心筋梗塞や狭心症といった虚血性心疾患が少ない点でした。しかし、高血圧治療の普及により、脳卒中死亡率は1965年を頂点として減少しはじめ、世界一の低下率を示すに至っています。心筋梗塞死亡率も先進国の中では低い国の1つでしたが、近年さらに低下しています。また、諸外国におけるプラセボ（偽薬）を対照とした高血圧治療研究の結果からも、降圧薬治療が高血圧患者さんに多くの有益な効果をもたらすことが明らかにされています。そこで、我が国の高血圧治療率を見てみると、驚くべきことに30歳代では90%以上、60歳代は約55%、70歳代以上では、男性46%、女性37%が未治療と報告されています（循環器疾患基礎調査、国民栄養調査）。したがって、これらの患者さんを治療すれば、さらなる死亡率の低下が期待できることとなります。

2004年に新しい高血圧治療ガイドライン（メモ1）が日本高血圧学会から発表されました。このガイドラインに示された降圧目標は高齢者140/90mmHg未満、若年・中年130/85mmHg、糖尿病・腎障害患者130/80mmHg未満とされ、今までのガイドラインと比較して、より厳重な降圧を目標としています。ガイドラインが発表された直後、循環器を専門としていない医師の間からは、降圧目標が厳しすぎるとの声が上がりました。また、このガイドラインでは、家庭血圧測定による血圧管理の重要性を指摘

しています。早朝高血圧、白衣高血圧、逆白衣高血圧（仮面高血圧）（メモ2）など、診察室血圧との乖離がしばしば認められるからです。早朝高血圧、逆白衣高血圧は心臓血管病の危険因子です。脳梗塞、心筋梗塞は、起床後1~2時間に発症する頻度が高いことが分かっているので、早朝の血圧上昇を抑制することは重要です。朝起きて、排尿をすませ、一呼吸置いて血圧を測定してみてください。135/80mmHg未満にコントロールされていれば問題ありません。140/90mmHgを超えている場合には、長時間作用型降圧薬に変更するか、就寝前に降圧薬を内服することが望ましいと思われます。主治医に相談してみてください。私の経験からガイドラインを満たす治療をするために1種類の降圧薬で済む患者さんは20%程度です。80%の患者さんは2種類以上の降圧薬を必要としています。ガイドラインの中でも、薬の副作用なく、十分な降圧を達成するためには、作用機序の異なる薬剤の組み合わせが推奨されています。

家庭血圧を測定することの大切さは先に述べましたが、これは高血圧患者さんに限ったことではありません。高血圧以外の患者さんも、家庭血圧を測定してみてください。特に、家族、親戚に高血圧の患者さんがいる場合には、いずれ血圧が上昇してくる可能性があります。140/90mmHgを超えるようになったら、降圧薬による治療を開始する時期です。

降圧薬は一度飲み始めると一生飲まなければならないからといって躊躇されている方も見受けられます。しかし、高血圧治療の目的は、あくまで将来起こってくるであろう合併症を抑制することにあります。血圧が高い限りは、高血圧治療を続けないとその目的は達成できません。いつまでも快適に生活するために、積極的に高血圧の治療を受けましょう。

#### メモ 1

#### ガイドライン2004における血圧の分類

分類	収縮期血圧 (mmHg)		拡張期血圧 (mmHg)
至適血圧	< 120	かつ	< 80
正常血圧	< 130	かつ	< 85
正常高値血圧	130~139	または	85~89
軽症高血圧	140~159	または	90~99
中等症高血圧	160~179	または	100~109
重症高血圧	≥ 180	または	≥ 110
収縮期高血圧	≥ 140	かつ	< 90

#### メモ 2

白衣高血圧：

未治療者で外来血圧は高血圧、家庭血圧は正常血圧

逆白衣高血圧（仮面高血圧）：

外来血圧は正常、家庭血圧は高血圧

## 最近の医療事情について

### 少し書いてみました

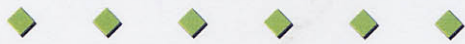
院長 鎗田 努

2月12日に、アメリカから一通の手紙を受け取りました。アメリカ人の科学者であるご主人が日本に留学されていた時に結婚され、現在はフロリダ州のマイアミに住んでいる方からです。以前から私も、日本の医療制度、医育制度や専門医制度などが、外圧や内圧、為政者や現場を知らない医療関係者達の無理解等によって、どんどん悪い方向に変えられており、今声をあげなければ大変なことになると書いてきました。手紙は、日本の公的国民皆保険制度がなし崩し的に、アメリカ型の民間保険に移行させられそうだとの情報を得られての問いかけです。30年以上もアメリカに住んでいる人ですので、少し日本語に変なところがありますが、原文のまま記載してみます。「前略～ 日本の保険制度がアメリカの様になるというのは本当ですか？私はこちらに住んでいて、どうしてこんな悪い制度なのか…とつねづね患者側からの一人としてプリプリ怒ることばかりです。自分の行きたい医師のところにはゆけず、病院も今年はこの保険は取りますが、昨年は駄目というぐあいです（注：アメリカでは、自分の入っている保険会社が契約している病院でしかその保険は使えない）。もし病気しても、アポイント（予約のこと）制度は、1ヶ月先とか病気が悪くなるばかりで、主人以前、アキレス腱の手術するまで1年かかりました。また私の大腸がんを取るのに、はじめての診察から手術まで7ヶ月待たされた有様です。全くめちゃくちゃです。どうして日本はこのような事をするのでしょうか。いつも私共は日本が羨ましいし… 後略」。アメリカで仕事をしていた頃、日本で仕事をし

たことがあり、日本の医療制度の恩恵を受けたことのある3組のアメリカ人夫婦と知り合いになりましたが、皆、口を極めてアメリカの制度を批判していたのを思い出しております（不思議なことに、医者とは日本よりずっと尊敬されておりました。医者になるまでの努力が日本に比べて大変な為かもしれません）。「隣の柿は赤い」的などころはありますが、一面の真理ではあると思っています。逆に読売新聞などは「アメリカ医療は素晴らしい」という記事を時々載せます。「幾らでもお金が払える人にとっては」とか「特殊なケースでは」という前提があって成り立つ話ですので、間違いではないが全面的に正しい訳わけでもなく、こういう世論操作はフェアではないと感じています。私もかなり「ヒネクレ」ていますが、テレビに氾濫する医療保険の宣伝を見るにつけ、小泉内閣のいう「競争論理を医療にも」はアメリカ及び日本の保険会社の外圧や内圧ではないのかと邪推しているこの頃です。

昨年11月に、日本医師会は国民皆保険制度を守る署名活動を行ないました。全国で17,635,825名（千葉県326,755名、市原市13,810名）の署名を得ました。期間が1ヶ月と短く、主旨が患者さんに徹底しなかったことが悔やまれますが、1,700万という数は無視されるべき数字ではないはずです。前にも書きましたが、国民皆保険のおかげもあり、日本人の健康寿命は世界一で、健康達成度も総合評価世界一です（WHOによる）。しかも国民総生産（GDP）対総医療費の割合は、世界で17位と低く、アメリカの半分以下で、先進国の中で日本より低いのは英国だけです。色々不条理な世

論操作が行なわれておりますが、正しい理解を基にして、是非守っていかなければならない制度と思っております。



2月16日に千葉県医師会で、県内の地区医師会会長会議がありました。席上、山武郡市の会長から、新しいインターン制度（新臨床研修制度：スーパーローテートとよばれる）がはじまって2年が経ち、千葉大学本体内にも医師不足が生じ（全国の大学病院の研修医の充足率は平均67.4%で最低は15%という）大学からの医師供給が途絶えて、県立東金病院に内科医がいなくなり、その為近くの国保成東病院の内科医の負担が急増し、9名いた内科医が次々に辞めていき、地域医療の維持が困難になっているとの報告がありました。その上、最近ではマスコミ及び学会主導で（前号を参照して下さい）専門医が異常に尊重される状況が作られ、患者さんの専門医志向が高じた反動として、内科の医師自らが、循環器、呼吸器、腎臓等々に自分の専門を狭めすぎていることが、医師不足に拍車をかけております。新臨床研修制度は専門に偏りすぎた現在の医療には、広い知識と技術の基本が必要であること及び医師の人事権が出身大学の医局に集中しすぎたという弊害を除くという2つの目的からはじまったと理解していますが、制度の歪みは一番弱い所、しかも思わぬ所（今回は地域医療）にまず現れるものだと感じています。是正しようとする政策として、医師が開業する前には、地域病院での経験を不可欠とするという対策が示されているとのことですが、いかにも泥縄的です。  
こんにち今日の悩みが、良い医師を育てるための「うみ産の苦しみ」

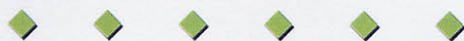
であってくれば良いと強く願っています。

船橋市からは、船橋医療センターと共に同市の小児医療の中心であった船橋中央病院が、小児病棟を閉鎖するため、その負担が医療センターへ集中しすぎ、同医療圏内の小児医療、特に夜間緊急に大きな困難が生じつつあるとの報告がありました。以前から、小児科、産科等の、仕事面からも人間関係からも苦勞が多い診療科の医師の減少が全国的に問題となっていました。最近では外科医にもなり手が減っているとのことで、その対策が色々と議論されています。苦勞も多いが大きな喜びもあるというそれぞれの診療科の魅力を伝えていくことは、現役医師の大きな努めであると考えていますが、医学部教育を含めて医療界だけでは解決できるような問題ではすでになく、根は最近の日本社会全体が抱える問題にあり、子供の家庭や学校の教育、官やマスコミのあり方等々なども関連して悩み多い問題です。

人ごとではなく、市原市でも夜間や休日の救急当番制に大きな危機が生じています。医師や看護師不足、急性期病院の採算性の悪さから療養型病院へ転換する施設の増加等によって、かつては13施設でまわしていた2次救急当番の輪番制に辞退が相次ぎ、現在は7施設に減ってしまいました。そのため、当院は毎月平均6回の当番を担当し、市原市救急隊の約11%強（労災、帝京に次いで3番目）が受診されています。昼間の日常業務を行ないながらの当番医ですから、どうしても職員の負担が増え、これ以上回数を増やすのは困難です。おそらくどこの病院も同じ状況であろうと思います。医師会内では、根本的解決策を数年来模索しております（例えば診療科を異にする5～6名の会員が一箇所に待機して、夜間、休日の救急はすべてこの定点で行う等）が様々な困難があり、未だ具体的には動け

ないでいます。しばらくは手直し、手直しでいく他はなく、医療を受ける人達にも、輪番制に参加してくれている医療施設にも、ご理解とご協力をお願いするしかなく、心苦しいかぎりです。

新研修医制度、マスコミ等によるあまり根柢のない専門医偏重、現場医療がわかっていない人達による机上の制度いじりや過重な現場医療への締めつけ（4月にはまた医療費改定が行われます）等々の歪みが今になって一気にふき出している感じがします。



暗い話ばかりを書きましたが、当院としては進歩する医療に遅れないレベルを維持すること、周辺の医療機関との協調をきちんとすること、優れた医師を確保すること、看護師の育成と数を確保していくこと等々多くの困難はありますが、当院が存在する意義の為に、頑張っていかなければならないと思っています。地域の皆様のおかげで当院はかなり大きくなりました。消化器や呼吸器という自分達の専門領域では近隣の先生方に高い評価を頂けるようになりました。患者さんや家族の方々に「お任せします」と言って頂き、大学で働いていた時には考えるだけでやらなかった手術にも挑戦させて頂いており、ありがたいことと考えています。しかし現場の医療レベルはどんどん上がってきており、特に医療を大きく動かしている遺伝子学や免疫学等の進歩、薬剤や医療機器の開発等々に、私個人はついていききれず、少しずつ遅れてきていると感じ始めています。私以外の当院の医師は新しいものを取り入れるのに積極的ですし、確実に進歩しています。新しい血（4月からは松本、炭田両医師等）も入って

きています。このままでは私は、彼らが力を発揮する為の環境作りをしたり、地域の皆様とのかかわりを伝えていくことが主な仕事になりそうです。これは自分にとっては決して望ましいことではありませんので、新しいものにも積極的に目を向け遅れないようにしようとは思っています。しかし、現場医療には古い日本人的な人間関係も必要であると強く思い続けてもいます。

「もったいない」という言葉は他の言語にはなく、その意味を知った国連の人が「もったいない」を世界共通語にしようと努力しているという話を聞いたことがあります（正しいかどうか聞いた話で申し訳ありません。しかし「もったいない」は良い言葉で是非残したい日本語だとは思っています）。最近、「おかげ様で」という言葉は、そのニュアンスを米語に直しにくいと聞きました。I thank you (for your kindness)では違いますし、I owe you が一番近いかなとも思いますが少し違う気がします。歴史家の樋口清之先生（梅干と日本刀）によりますと、日本語の日常用語数は14万語で世界一だそうです。相手に勝つことが大切とする騎馬民族の世界（西洋）と違って、相手の立場を思い、人間関係を大切にする昔の日本人の特性が日常語数を多くしているのではないかと勝手に考えています。「おかげ様で」も良い日本語であると思います。私達は「おかげ様で」信用して頂けるので、楽しく思い切って仕事ができています。医学の進歩に遅れることなく、当院をあてにして下さっている患者さんへの「おかげ様で」の気持ちを忘れずに、医療環境の悪化や医療制度改革（改悪）等乗り越えて、皆様に「良い病院」といわれるようになっていきたいと思っております。

# 鎗田病院での研修を通して

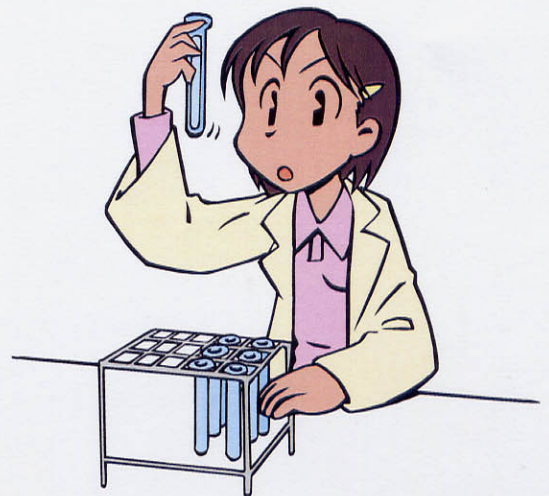
臨床研修医 海保 景子

初めまして医師の海保と申します。平成16年度より新しく卒後医師臨床研修制度が開始となり、その1期生として去年より千葉県立病院群にて医師研修を行ってまいりました。鎗田病院での研修内容をお話しする前に、新しい医師研修制度について少し述べたいと思います。

今までの医師の教育制度では、大部分の医師は大学卒業後自分の決めた専門分野を中心とした研修のみしか受けず、そのまま専門分野に従事していました。このやり方ですと、専門性の高い医師は育つのですが、専門外に関する知識の不足した視野の狭い医師が育つという問題が前々から指摘されてきました。これを受けて厚生労働省が新しい制度を立ち上げたのです。その内容とは卒業後2年間の研修を義務付け、その間に内科、外科、救急医療、小児科、産婦人科、精神科において一定期間必ず研修を受けるというもので、その後初めて自分の専攻に進むのです。これにより、従来に比べより広い視野で患者さんを診療できるようになるという狙いがあります。また、専門性の高い病院で教育を受ける医師が多いのですが、より地域に根ざした医療、また退院後の生活を見据えた診療などにも配慮できる医師を育てるため、地域医療・地域保健という研修期間を設け、保健所や診療所などの地域に密着した現場で研修を受けることが義務付けられました。

前置きが長くなりましたが、私は前述の地域医療という研修の一環で、鎗田病院において1ヶ月の研修を行いました。主に内科病棟で働きましたが、院長の往診に同行したり、一部外科や外来にも参加させていただきました。医師といえど1人前には遠くおよびませんので、常に先輩医師の指導を仰ぐ日々でした。これまで、専門的な疾患が集まる千葉県がんセンターなどの県立病院で働いていましたので、風邪などのみなさんが日常かかる病気に遭遇する機会があまりなかったのです。そういう点でも鎗田病院での研修は新鮮でした。大病ではないけれど、体調をくずし困っていらっしゃることをお話を聞き、少しでもお力になればと

思い診療していました。一緒に働いたスタッフも熱心でしたのでお互いに高めあいつつ働くことができました。みなさんにとって身近な病院であり、院長をはじめスタッフも家族のような温かさで接していたことと思います。病院の一部を新しくしたり新しいシステムを導入したりと、鎗田病院は進化を続けていますが、どんなに医療が高度化しても、みなさんにとって身近で頼りになる病院であり続けることを願っております。私自身は来年の春で2年間の研修期間が終了します。その後専攻科に進むのですが、小児科に進もうと考えております。相手は子供になるのでどこまで自分の気持ちに通じるかわかりませんが、やはり患者さんにとって身近な存在、頼りとされるような存在になれるようがんばりたいです。



# 雛祭りにちなんで

療養病棟看護師長 石川 真由美

去る3月3日、療養病棟のディルームは、可愛らしい歌声で溢れました。当病院の保育所の子供達が、ひなまつりの歌や踊りを披露しに来てくれたからです。思いがけない子供達の訪問に患者さん達は大喜び！普段見られない表情で頭をなでたり、手を握ったり…幸福なひとときを過ごす事ができました。



ところで、“雛祭り”というと、桃の節句に女の子の成長と幸福を祈って雛人形を飾り、菱餅や白酒、桃の花などを供えるお祭り…というのが現代の解釈ですが、そのお雛様には、さまざまな由来がある様です。その一部を保母さんが話してくれました。

「病院や薬のない時代、子供の無事や成長を願い、また悪いところが良くなる様、紙などで作った人形を身代わりとして見立て、病気や災いをその人形に移して川へ流してしまい、我が子の無病息災を祈ったものでした。それがきらびやかな平安の世と相俟って、今の様なお雛様の原型になったとされています。」



この様なお雛様の由来をもとに、子供達が紙で作ったお雛様を1人1人の患者さんに手渡してくれました。今回は2回目という事もあり（最初はクリスマス会への参加）自分から積極的に患者さんに話しかけたり、とても微笑ましい光景でした。

この様な交流の機会は、患者さんにとっては単調になりがちな入院生活の中では大きな喜びです。また子供の成長面でも必要な触れ合いであり、更に院内で働くお母さん達にとっても、その様な子供の姿を見る事は、とても励みになると感じました。

今後も療養病棟では、保母さん達と協力しながら、交流を深めていきたいと思えます。



医療法人  
鎗田病院

〒290-0056  
千葉県市原市五井899  
TEL (0436) 21-1655  
FAX (0436) 21-3197



www.yarita-hosp.or.jp  
Eメール info@yarita-hosp.or.jp

## 編集後記

朝夕とまだ肌寒い日がありますが、春の訪れを感じられる頃となってきました。季節の変わり目で体調を崩さないようお気をつけ下さい。

「この病気のことをもっと知りたい」「病院のこの部署について知りたい」などの要望がありましたらなんなりとご意見をお寄せください。

(編集委員)