

はなみずき



現場医療のかかえる問題



院長 鎗田 努

医療技術や医療機器は最近めざましく進歩しています。しかし医療現場における人間関係は、これと反比例するようにどんどん荒廃してきていると感じています。最近では40才代の一番働き盛りの医師達から「近頃は腰の引けた医療しかできないでいる」という悲しい話を聞くことが多くなりました。もっと若い世代の中には「自分は消化器専門だから、呼吸器疾患はわからない」と自分達の極々限られた領域から決して踏み出さない医師も出はじめています。患者さんのお役に立ちたいと夢をもって医師になった人達が、萎縮して自己保身に走らざるを得ないことは、患者さんにとっても医師にとっても不幸なことです。信頼に応えようと

頑張ることで、病状や病期から当初考えていたよりずっと良い結果が得られる経験を数多くさせて頂いているだけになおさらそう思います（もちろん、つらい経験もたくさんありますが）。病気はいつ起こるかわかりませんし、患者さんは突然急変することもありますから、医師は常に心の準備が必要で、現場医療は、医師のやる気や使命感を礎に成り立っている部分が多くあります。ところが仕事が大変だという理由で小児科志望の若い医師が減少し（子供が好きという単純な理由で小児科志望が多かったことを、古き良き時代として済ませてはいけないと思っています）訴訟の多さにいや気がさして産婦人科医が産科をやめる（なんの

過失がなくともお産では数%の脳性マヒが発生するといわれており、政府は無過失補償制度を検討中と聞いています」というように、医師達は使命感を見失いつつあります。医療崩壊がさげばれていますが、医療制度やマスコミの無理解など「外」からが原因で崩されているうちはまだ食い止められますが、医師達が使命感を完全に失って「内」から崩れ、しかも「心」まで失ってしまったら、もう取り返しがつかないと思っています。患者様などと言って、「医療を商売」と割り切って行動する病院や医師が増え始めているのは大きな危険信号です。

大病院からは医師が次々と去っています。彼等は上からの通達で、患者様と呼ばされていますが、普通の患者さんは強い違和感をもっていますので、患者さんとの会話も成り立ちません。しかも単なる歯車として、自分の専門領域でのみ治療に参加しますので、患者さんとの人間関係などますます作れません。「医療崩壊」小松秀樹著、朝日新聞刊によれば最近、現代医学は万能で人間は死ぬことはないと思込んでいる人が増えているそうです。医師達は、大病院に行けば病気はすべて治ると思込んでいるブランド志向の家族から過大な要求をつきつけられたり、すべてが自分の思い通りになると思込んでいる人達から大声で威嚇されたりという三重苦、四重苦に悩んでいますので、燃え尽きるのは当然ともいえます。学校の給食費を勝手な理屈で払わない親は約1%だそうで、このような人達はなぜか大病院に集まるようです。やはり色々文句をつけて診療費をふみ倒すのだそうで、市内のある大病院の未収金は1年で軽く1000万円を越すと聞きました。(最近このような人は当院にも現われはじめましたが、大病院の内にてほしいと勝手なことを思っています)

大病院を辞めて次の仕事を探す医師が増えています。が、「救急と当直」のないことを条件としていることが多いようで、少し淋しすぎますがやはり本当に疲れ果てているのだと思います。大病院の上部団体の人達が現場に理解を示さず、「患者様」と呼べというような変な命令を出しつづけるとさらに医師はやる気を失ない混乱は大きくなるばかりです。

医療制度もころころと、時には180°以上変わります。現場医療を全然理解していない人達による制度いじりで現場は振り回されています。日本は、本当に上意下達の国で、法を定める人達は現場のことはむしろ

知らない方が良いと考えているとしか思えません。例えば、高齢者を皆で支えようと介護保険制度を作り、政策的に誘導した療養病棟は現在38万床あります。それを今度は在宅看護を目指すとして15万床に減らすと言っています。また医師は夜間に緊急往診はしないときめつけて、金でつるような保険点数を設定して、普通に仕事をしている医師たちを白けさせています。普通の医師は自分が関わっている患者さんには時間は関係ないものです。当院も定期的に受診されている患者さんに変化のあった時は、休日や夜間を問わず(C T検査が行えなかったり特別の専門的処置の必要と判断した場合等を除いて)対応させてもらうようにしております。制度を短期間に、しかも以前の制度を否定するような変え方をしていきますと、現場は何を信じて良いのか、国が求める医療の本質は何なのかと分からなくなり崩壊はもっと進んでしまうと考えています。

余談になりますが、今朝テレビで「ゆとり教育」を廃止するとの答申が出たと報道していました。「ゆとり」とは一所懸命働いたあとのゆったりする贅沢な時間や行為のことで、最初から勉強しないのは「怠惰」ということで、全然別のことと思っています。医療以外の領域でも、日本ではこんな風に「法」が作られたり廃止されたりしているのだとうら悲しい気持ちになりました。小泉内閣時代の経済財政諮問会議なども、ずいぶんと医療全体を壊してくれたものです。日本史で松平定信は本当に立派な人で、その立派な人が立派な法律を作っても、人々に理解を得られなかった「寛政の改革」は失敗したと習いました。立派な人が作っても「机上の空論」は所詮空論ですので、現状の分らない人達に制度をいじられたら本当にたまりません。

マスコミに情報を提供する医師のほとんどが現場医療を知らない人達です(現場の医師の書いたコラムなどは勉強になりますし、楽しく読んでいます)、その影響下にあるマスコミの現場医療への偏見は当然です。情報源の言いなりの記事が多いので「納豆騒動」に近い記事がみられるのは悲しいことです。「王監督」の胃の全摘術が腹腔鏡で行われたことをマスコミがこぞって礼賛したことには驚きましたが、「神の手」が登場したのにはもっと驚きました。人間が他人の命をお預かりするという不安定要素の多い仕事で、自分が神などと思った瞬間から、その人は医師ではないということすら分らないのでしょうか。専門医制度なども文字の上や感覚で判断するのではなくきちんと理解して書いていただきたいと思っています。マスコミのいう

事はすべて正しいと考えて行動する人が多いのですから、記事の内容によっては、医療崩壊が増々加速することを理解して行動してほしいと願っています。

最近、「循環型地域医療連携システム」の構築を目指すという千葉県保健医療計画が発表されました。端的に言えば、例えば手術の必要な患者さんは専門病院で手術だけを行い、出来るだけ早く次の病院に回すという「病院の輪」を作ることです。病院が単独で健全な経営が出来るためには、入院病床数の3倍の患者さんを毎日診察する必要があるそうです。当院は180床です。毎日540人の患者さんに外来に来てもらわねばならず、現実には不可能に近い数字です。だから病院が大きくなればなる程、紹介患者さんを多くしなければなりませんし、逆紹介といって、早く他院に移ってもらう必要があります。医療を経済や効率だけから判断するならば、非常に有効な方策です。しかし、手術を受けた患者さんは、自分の体を一番知っていてくれる医師にずっと診察を受けたいと思っているので、患者さんの気持ちや時には現場の医師の気持ちにそぐわないことでもあり、「ていの良い厄介ばらい」と感じてしまいます。「ギブアンドテイク」の機械的な医療を「官」が推めていると感じます。医師は普通、自分達の専門外の治療が患者さんに必要と判断すれば、信用できる医師に積極的に紹介状を書きますし、そこでの治療が終了すれば喜んで逆紹介を受け入れるものです。しかし、あまり評価もしていない医師の後始末をさせられるのは迷惑ですし、自分から望んで転院して行った人の場合は、戻される方も不本意でしょうし、キャッチボールのように投げ返されるのを受け入れる気にはなりません。経済理論としてのみ成り立つ制度で、やはり作成にたずさわった方々は患者さんや現場の医師の気持ちには、かなり無神経であると感じています。

これからの医療体制には、600床以上の大病院と家庭医以外は不要であるというのが医療制度作成に関わる人達の見解です。同様の体制の他国の例のように、病院に予約を入れてから診療までにかかなりの時間はかかるようになると思いますが、これも医療を経済からのみ見れば正に正しい方法です。当院はこの構想からはずれる規模の病院で、病院の名前だけで患者さんにきていただけるわけではありません。使用頻度が低く高価な機器は購入出来ませんし、所有している機器は

経済ベースにのるようにフル回転してはいません。その代わり必要な検査はその日の内に結果が出せるという小回りがききます。現在当院の検査で予約でお待たせしているのは週3回しかやっていない大腸ファイバーぐらいで、これもファイバーを最近2本新しく購入しましたので、じきにお待たせしなくなるはずですが、

皆良い職員でお役に立ちたいと頑張っているのですが、一人がいくつもの仕事をしなければならないことも多く心に余裕を失って、笑顔を忘れ機械的に仕事をこなすこともあります。大病院指向の患者さんと違って気楽に声をかけて注意していただけるのが、この規模の病院の特徴と思っていますのでよろしくお願い致します。100~200床の病院が一番経営は厳しいと言われていますが、逆に地域で地道に患者さんと接するのには適当な大きさと私は考えています。医療の質に関しては私は自分達の専門領域では大病院におとっているとは思っていません。当院の消化器疾患の医療レベルは、県内のどんな病院にも勝るともおとらないと自負しています。呼吸器疾患は、ここ数年で人の出入りがあったり、私が歳を取ってきたり、多少戦力ダウンしておりますが、1~2年の間に私が実力も人物も高く評価している医師(達)が就職してくる予定ですので、もっとお役に立てるようになるはずですが、この規模の病院は患者さんに信じていただける関係がなければ成り立ちません。あてにしてくださっている地域の方々のお役に立てるよう努力をつづけますので、よろしくご鞭撻お願い申し上げます。





地域から医療を考える

公立病院における医師不足



医師 渡辺 一男

鎗田病院で診療を始めて、やがて2年になります。昨年の春には松本（呼吸器疾患）、炭田（肝・胆道疾患）両医師を新たに迎えました。彼らの豊富な経験や技術が、この病院でのこれからの診療に大いに役立つことを期待しています。

一方、彼らの前任地だった公立病院などでは、今、医師の不足が深刻な社会問題になっています。なぜなのでしょう？ 私は昭和57年から一昨年まで23年間、その公立病院で診療していましたので、その間に経験したことからこの問題について考えてみました。

公立病院とは主に国や県、市町村など地方自治体が、「行政」つまり「法律、政令その他の法規に従ってする政務」の一つとして経営する病院のことです。日本国憲法は、その第25条で全ての国民に「健康で文化的な生活」を約束しています。ですから、もし民業で取り残されるものがあれば、国がそれを補填する義務があります。

戦後、国が先ず力を入れたのが当時の国民病、結核対策です。結核予防法を制定（S. 26）し、国立療養所と保健所網を整備して取り組みました。これなどは行政が担う医療の典型といえるでしょう。同じように過疎地の医療も行政の仕事で、これを国の出先機関ともいえる地方自治体（県市町村）が、病院を造って請け負いました。更に皆保険制度（S. 36）を導入し、国民がいつでも、どこでも、同じ料金で、均一で良質な医療を受けられることを目指しました。この頃、日本経済は大変好調だったので、高額医療機器や多くの専門スタッフを必要とする高度専門病院（国立がんセンター など）をつくり、余裕のある地方自治体がそれに続けました。千葉県は、干潟を埋めて工場誘致を進めたことで、財政は大いに潤っていました。そこで、過疎地の医療を支えるために東金病院（S. 28）、次いで佐原病院（S. 30）を建て、専門病院としてはがんセンター（S. 47）から循環器病センター（H. 10）に至るまで、合計7施設を開設しました。

私が大学病院から県立がんセンターに移ったのは昭

和57年でしたが、そこにはコストを気にせず、ただ病気を治すことに専念すればよい理想的な診療環境がありました。皆さんは「人の命は地球より重い」と云って、ハイジャック犯に身代金を支払った総理大臣のことを覚えていますか？（S. 52） 当時は、これが公立病院の「理念」だったのです。「行政としての医療だから赤字は当然」で、全て税金で補填されていました。このような利潤より人命を優先する医療の場は、若い医師が経験を積むのにも大変良い環境だったので、大学（医局）も、たとえそれが辺鄙などところにある病院であっても、自分たちの修練カリキュラムの場として積極的にサポートし、地域医療に大いに貢献していたのです。

ところが、私が移った頃から日本経済の風向きが少しずつ変わって来ました。オイルショックでぐらつき、続くバブル景気も平成に入ってはじけてしまったのです。千葉県も企業が減益続きで税収が落ち込み、頼みの幕張副都心やアカデミアパークにも企業はやって来なくて、たちまちピンチになってしまったのです。病院は無駄を無くし、節約に努めるように求められました。でも病院支出の殆どは人件費（公務員）なので、生首は切れず、急には効果が期待できません。しかし、県からは「赤字だ 赤字だ」と締め付けが強まり、我々としても診療に使う材料をケチったり、保険の効かない新しい抗がん剤を控えたり、ベッドの回転率を上げて（患者さんからみると「追い出される」と思われたでしょう）収益を上げたのです。でも、まるで「やれば出来るじゃないか」と言わんばかりに、それを遙かに上回って補助金を減らしてしまうので、いつまで経っても「赤字だ」と言われ続けました。新しく開発された診断機器（例えばPET）なども「ペイしない」との判断で購入を拒否され、旧式になった診療機器の更新も先に延ばし、挙げ句の果てに「民間のやり方を見習って収益を上げる」ことまで求められる有様。私たちは「これでは行政の担うべき医療ではなくなりませう」と抵抗したのですが、まるで聞く耳を持たなかったのです。 そうです、聞く耳を持たない・・・これが

行政のやり方だったのです。つまり「上意下達」のシステムだったことを、私は、不覚にもこの時初めて知ったのです。毎月、全病院の施設長を県庁に集めて、会議を開くのですが、話し合う場ではない。ただ前月の報告を求め、医療現場とはほど遠いどこかで決まったことを下達するだけ・・・現場の意見は全く聞かないのです。

では「上意」とは？ あの「聖域無き構造改革」であり、具体的には「三位一体改革」という地方への補助金カットだったのです。これが決定的で、今や「改革」が正義の御旗になりました。つまり、良い点は伸ばし、悪い所は改める「選別」などしなくて良いのです。なんでも「改革」であって、良い点を守ろうとすると「既得権を守ろうとする守旧派」として切り捨てられる。これで「良いこと」つまり、現場で積み上げた創意工夫などはすべて潰され、「公の医療」は完全に崩壊しました。そして職員に「患者様」などと呼ばせる口先だけのサービスが奨励され、古い建物の中での、旧式な機器を使った、利潤追求のための加重労働だけが残ったのです。

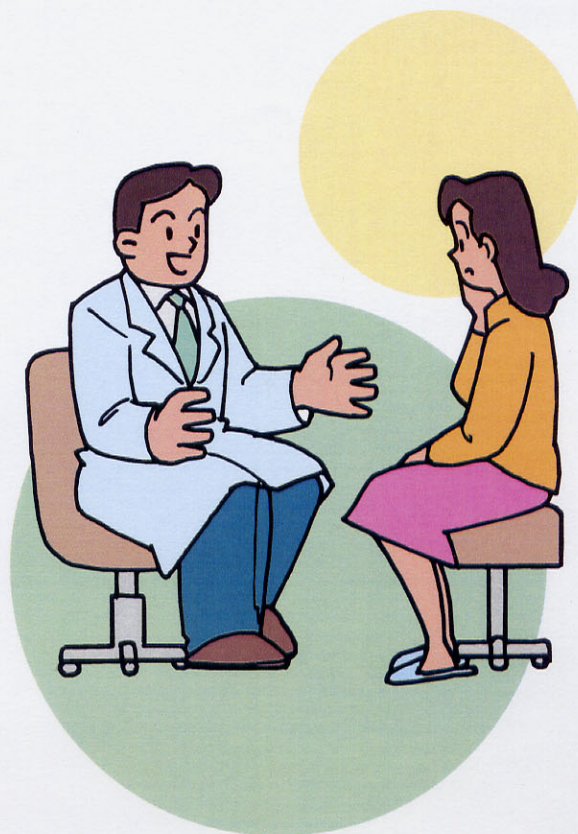
このことは、大学病院と公立病院の良好な関係を壊してしまいました。若い医師達に、経験を積む場として出張を勧める根拠が無くなってしまったのです。又、これまで若手の指導や、日常診療を支えてきたベテラン医師達も、改善の見込みのない危険な加重労働に耐えかねて、次々に離れていきます。自分たちが「公の医療」を支えているのだとのプライドさえも持てなくなったのです。まず、拘束時間の長い産科や小児科で診療ができなくなりました。次に麻酔科医が、労働条件と収入の改善を求めて、民間や独自の派遣組合に移りました。又、自分一人でも診療ができる内科系の医師は、クリニックを開業したり、もっと自分の仕事を評価してくれる職場を見付けて辞めていきます。そして欠員ができても補充できず、更に加重労働が強いられるという悪循環・・・こうやって、今の「公立病院における医師不足」に至ったのです。

今、また「上意」が次々と出されています。先日、NHKの討論番組が、高齢化社会を迎えて増え続ける医療費問題を取り上げていました。そこで厚労省の役人が、「終末期の医療には まだまだ無駄が多い」と言ったのに対して、誰も異論をとらえませんでした。私は、せめて司会者には「それは具体的にどういう事なのですか？」と訊いて欲しかったのですが、それもありませんでした。この人達は、身内に病気の年

寄りはないのでしょうか？ いたらこんなことを言えるはずはない。現場を知らないからこそ言えたのでしょう。

では、マスコミは解っているのでしょうか？ 数年前ですが、著名なジャーナリスト（T氏）が、医者の学会のパネル・ディスカッションで、医師不足問題の司会をしました。彼は奥さんを癌で亡くされたのですが、医師の加重労働が採り上げられた時に、「いや、私の家内の場合は、主治医が夜中でも休日でも出てきて、とっても良く診てくれました」と言いました。この発言は他の討論者に「それはTさん。貴方の奥様だからですよ」と一笑に付されました。

「上意」は役人の発言となり、これをマスコミが増幅して伝えて世論となり、時の医療制度が変えられていくのです。そして、その矛盾（既に「医療難民」など社会問題化しています）を押しつけられ、不平不満が噴出するのが医療現場、つまり病院なのです。では、この現場での不満の声を訊くべき「行政の耳」はどこにあるのでしょうか？ 云うまでもなく、それは国で国会、県なら議会です。ですから遠回りのようですが、この医療現場から上がる声を、ここだけで終わらせることなく、医療者と患者さん、ご家族が力を合わせて「耳」まで届けなくてはなりません。なんとか流れを変えなくては日本の医療は崩壊してしまいます。



患者さんサービスを主眼においた

外来診療とは？

医師 炭田 正俊

4月1日より鎗田病院にお世話になり、約8ヵ月経ちました。

鎗田病院に勤めることになり、これまでと変わったことといえば外来開始時間が1時間早くなったこと、聴診器を使うようになったことがあげられますが、やはり大きく変わったことといえばこれまで勤めていた公立病院と対立軸にあると思っていた個人病院に勤めることになったことです。現在では変わってきているかもしれませんが、以前は積極的にサービスを提供するという認識が足りなかったように思えますし、診療を受ける患者さん側の意識にも遠慮か、諦めのようなものがあつたように感じます。

私の転勤に伴い、千葉県がんセンターから28名の患者さんが当院に来てくれました。鎗田病院に来なければよかったと後悔されないようにするため、きめ細かい病気のフォローと、通院距離が遠くなる（茨城県や茂原地区から7名）ことによる負担をどのように軽減するかを先ず考えました。

以前、院長先生より来院当日にCT検査も行ない、説明をして帰していますという話を伺い、これが可能なら通院距離が遠くならうとも通院回数を減らすことができ、却って患者さんの負担が小さくなるとの考えで4月着任時より実施しました。28名のうち早期に治療が必要な方が半数くらいいらっしゃいましたし、これらの方が4月、5月に集中して受診、入院治療を行ないましたので、レントゲン技師さん達に多大な迷惑をかけてしまいました。患者さんへのサービスと考えていたので、技師さん達の仕事内容やマンパワー不足を考慮していませんでした。

千葉県がんセンターでは、外来にいらっしやつた患者さんから「今日は食事をしないで来たのですが」といわれても、「検査は予約制ですので今日は無理です。開業医の先生の所へ行けば、すぐに検査をしてもらえますよ」答えていました。

診療のながれとしては、先ず外来に来ていただき検査の予約をとる。検査の日には検査が終わったら、そ

のまま帰っていただく。1週間前後経ってから、結果の説明をするというパターンでした。

すなわち、検査の予約、実施、結果説明と3回の来院が必要なところを、1～2回の来院で収めることができれば負担軽減の目的は達せられると思いました。

ところが、検査当日説明は患者さんが結果を聞くためだけに再度来院しなくてよい、早く治療方針が決まるというメリットがある反面、同じ方が2度診察室に入ること、あとの方の待ち時間が長くなるというデメリットがあります。

茂原からの患者さんが、診察室に入った時点で2時間前後の待ち、しかもタクシーを待たせていたということがありました。私個人としても、以前子供を小児科に連れて行った際1時間半から2時間近く待ったことがありましたが、医療従事者としてある程度はがまんしますがやはり1時間程度が限界かなと、まして調子の悪い子供はさぞかし苦痛であったと思います。予約制であったにも関わらず、インターネットで順番が6番目になった事を確認しあわてて受診してしまったためでした。待ち人数からは待ち時間を推し測れない事があるという点を考えると予約制にしたとしても、待ち時間が殆どない快適な診療環境を得るのは中々困難です。だからといって診察時間を制限し「何分経ちました、はい終了」というわけにもいきませんし、現状で待ち時間を短縮する方法を模索中です。苦痛の強い方については、他の方の了承のもと早めの診察等は可能ですが、では苦痛の程度をどのように判断するのかなどの問題が残ります。しばらくの間ご迷惑をかけますが、ご容赦願います。





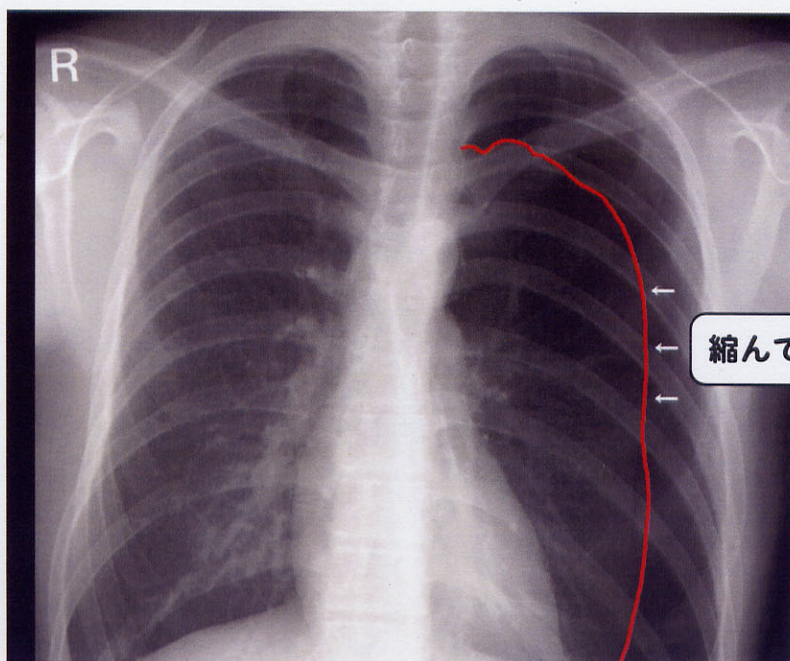
自然気胸について



医師 菅 泰博

自然気胸とは、肺に突然穴があき、空気が肺の外側で肋骨の内側である胸腔（きょうくう）という場所に漏れて肺が漏れた空気で圧迫され縮んでしまう病気です。症状は胸や肩の痛みや、息苦しさや咳などですが、肺の縮みの程度によって様々です。通常は片側のみに発症します。非常にまれですが、両側同時に起こりうるケースもあります。この病気は10代後半から20代の背が高く、痩せ型の男性に多くみられます。また喫煙歴が長い高齢者にも多くみられます。女性の場合月経に伴った気胸という特殊なものもありますが、男性に比べ女性の気胸は少なく、男女の比率は10対1ぐらいです。発症のきっかけは安静時、睡眠中、スポーツ中、仕事、歩行中など様々で肺にまったく負担がかかっていない状況でも発症します。自然気胸の原因は肺の表面に存在する肺嚢胞（ブラ、ブレブなど）という、小さな風船の破裂によって起こることが多いですが、手術をしてみてもまったく見つからない症例もあります。なぜこのようなものができるのかは現時点でははっきりとした見解はでておりませんが、生まれつき肺の表面に存在するという説、空気汚染によるという

説などがあります。肺嚢胞が破裂する原因も現時点ではよくわかっていませんが、若年者の気胸では肺の成長によって急激に肺の表面が引き伸ばされたため、気圧の変化、心的ストレス、激しい運動などといわれています。高齢者では、喫煙による肺気腫がひどくなった場合に発症することが多いようです。安静にして自然に治癒する場合もありますが、ほとんどの場合は胸腔ドレナージという胸腔内にチューブを挿入しての脱気を必要とします。安静・胸腔ドレナージ治療によって軽快した場合の再発率は約50%といわれています。胸腔鏡という内視鏡での手術（3箇所穴を開けて行う全身麻酔の手術）での再発率は約10%、開胸術（胸を大きく開けて行う全身麻酔の手術）での再発率は5%以下です。当院では、胸腔内の癒着がほとんどない症例には積極的に胸腔鏡手術を行っております。開胸術に比べ整容面にも優れ、術後の痛みなどの後遺症が比較的少ないのが利点です。合併症がない場合は術後数日から1週間以内の退院が可能な手術です。気胸に関するお悩み・ご相談がありましたら外来受診をしてみてください。



日本では、昔から「笑う門には福来る」と言われています。最近では、「笑いの効果」として健康にもいいことが認められるようになりました。

<笑いの効果>

- * 自律神経がバランスよく働き健康的でいられる
- * 腹筋や横隔膜が鍛えられて、便通も良くなる
- * ストレス解消になり、便通や胃腸の痛みなどが改善される
- * 精神的な癒しの効果がある
- * 血圧が低下し、心臓病などのリスクが軽減される
- * コミュニケーションを潤滑にし、人間関係を豊かにし、仕事などの効率をアップさせる
- * 良く笑うことで体の筋肉を使い、心地よい疲れと精神的なリラクセスで良く眠れる
- * 腫瘍細胞（がん細胞など）を破壊することができ、腫瘍が発生するのを防御する働きがあるNK細胞が増えるといわれている（NK細胞とはナチュラルキラー細胞という細胞で体内に約50億個あります。この細胞は免疫を担うリンパ球のひとつで、がん細胞を攻撃する力をもっています。健康な人でも1日に3000~5000個のがん細胞が発生するそうです。笑うだけでこのNK細胞が増えるといわれています。）

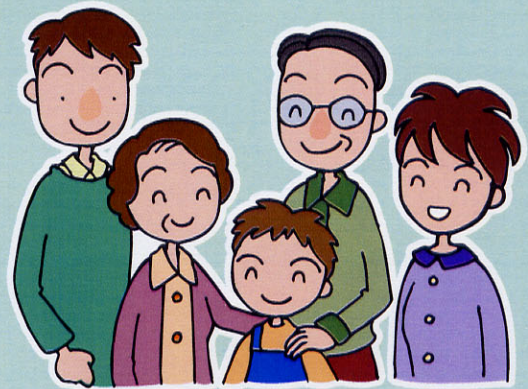
以上、笑いの効果について少し書いてみましたが、この他にもまだまだたくさんあります。

心や体に何か問題を抱えていて、なかなか心の底から笑えない……。朝は疲れていたり不機嫌だったり、なかなか笑えないかもしれません。笑いは自然に出てくる大笑いや微笑だけでなく、作り笑いや思い出し笑いでも効果があるといわれています。

朝、まずは顔を洗って目を覚まし、鏡の前でゆっくり自分に笑いかけてみてください。次はその笑顔で家族に「おはよう」と声をかけてください。

とてもいい一日になりそうな……。そんな元気が出てきます。

日常に笑いを取り入れて、心豊かな生活を心がけ、健康で楽しくすごしていきましょう。



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



ホームページ www.yarita-hosp.or.jp
Eメール info@yarita-hosp.or.jp

編集後記

病気についての話で今回は菅先生の「自然気胸」を取りあげてみました。

「この病気について詳しく…」とご意見がありましたら院内に設置してあります「皆様の声」にご投稿ください。

(編集委員)