

〈海外視察報告〉

チェコ・ポーランド二人歩き

京都府立医科大学名誉教授（神経内科学） 中 島 健 二

はじめに

京都府立医科大学雑誌がだんだん薄くなってきているのに気付くのは私だけではあるまい。もちろん厚ければいいというものではない。先日、たまたまテレビの料理教室でフレンチトーストの作り方という放送があった。食いしん坊の私は思わず最後まで見てしまったが、フレンチパンは厚いのがよいのだそうである。厚切りの方が裏表均等にこんがり焼け、中間はふんわりして卵とバターのうまみが籠り、表面にかけたメープルシロップとシナモンとよく調和するのだという。

学術雑誌とフレンチトーストを同一視するとは何事だ、厚ければいいものではないとどこからか叱責の声があがりそうである。たしかに、厚ければいいってもんじゃない。Nature (1953) に載った、かのワトソン・クリックの論文はたった2ページであったと思う。そのうえタイトルは簡単。Molecular Structure of Nucleic Acids. A Structure for Deoxyribose Nucleic Acidであり、出だしも We wish to suggest a structure for the salt of deoxyribose nucleic acid (D.N.A.). This structure has novel features which are of considerable biological interest. と中学生でも興味を惹きそうな、しかもやさしい英語である。

ところで私は2002年に本学を定年退官したので12年経った。以前本誌(121巻121-133, 2012年)に「私の歩んだ道」を掲載させていただいたので、それをご参考の上、本稿をお読みいただければ幸いである。

なぜチェコとポーランドへ？

かつて東ヨーロッパと呼ばれた地域があった。1945年に第二次世界大戦が終わると間も

なく、それまで共通の敵である日本、^{ドイツ}独逸、^{イタリア}伊太利（この三国は日独伊三国協定を締結。枢軸国とも呼ばれた。なお枢軸国にはフィンランド、ハンガリー、ルーマニア、ブルガリアなどが加わっているが、世界地図を見れば分かるように当時これらの国々はソヴィエト連邦を脅威と感じていたのである）を相手に戦った連合国すなわち米国、英国、^{フランス}仏蘭西、ソヴィエト連邦（ソ連）を主軸とする国々の間で不協和音が生じるようになった。米英仏などの西側諸国と第二次世界大戦後ソ連を盟主と仰ぐ（あるいはソ連の侵攻により盟主と仰がされた）東側諸国の対立である。国家体制や政治思想が違うから反目するのは当たり前のことである。1949年、米英仏が中心となって結成された自由主義諸国による北大西洋条約機構（North Atlantic Treaty Organization, NATO. これに参加した国々は西側諸国あるいは西ヨーロッパ諸国と呼ばれた）が結成されたが、それに対抗しソ連は大戦後実質的に支配下に置いた社会主義諸国を統合して1955年にワルシャワ条約機構（Warsaw Treaty Organization, WTO. と略す。しかし世界貿易機構、WTOとの混同を避けるため、Warsaw Pact Organization, WPOと呼ばれることもある。東側諸国あるいは東ヨーロッパ諸国）を結成した。ここにヨーロッパは東西に分断されたが、時の英国首相ウインストン・チャーチルは東西間に鉄のカーテンが敷かれた、と表現した。

私は若い頃（1960年代）にソ連を旅した以外は東ヨーロッパ諸国では2004年にブタペスト大学での講演で訪れたハンガリーのみである。ドナウ河畔の両岸に広がる首都ブダとペストの美しい街並みはほどことなく物悲しく、しっとりとしていて、これまで訪れた西ヨーロッパの街、マドリッド、アムステルダム、ロンドン、

パリ、ミュンヘン、ウィーンなどとは異なる雰囲気を持っていた。それで、ブダペストと並び称されるプラハ（チェコ共和国首都）やワルシャワ（ポーランド共和国首都）、クラクフ（ポーランド共和国旧首都）などの古都を訪れて見たいと思っていたのである。

プラハ市街水没の危機

幸い私のカナダ時代の友人を通じてプラハ大学の Professor Pavel Calvach, Chairman emeritus of neurology at Department of Neurology, Charles University, Prague, Czech に連絡したところ、彼から返事がきた。Calvach 教授は現在名誉教授であるが、まだ大学に籍をおいて仕事をしている。しかし実務は Prof. Iva Holmerova がやっているのだから、彼女と連携をとってほしいと書いてあった。

ほどなくしてそのホルメローヴァ教授からメールが届いた。彼女の肩書きは Vice-dean of Faculty of Humanities, consultant geriatrician, and Director of the Centre of Gerontology, President International Longevity Centre Czech Republic となっていた。プラハ大学の人文学部副部長でかつ老年学センター長であり、チェコ共和国国際長寿センター長を兼務しているのである。

ホルメローヴァ教授とのやりとりで、私の講演タイトルは、Elderly Care in Japan と決まり、さらにサブタイトルを A message from a country of the world's longest life expectancy となった。彼女はもちろん日本が世界一の長寿国であり、それは世界一効率のよい医療システムをベースにしていることも知っていた。しかも高齢化率も世界一である日本が高齢者をどう処遇しているかを知りたいとやってきた。今後のチェコの参考にしたいからであろう。私は彼女の要求に応えるべく厚労省の統計資料、WHO World Health Statistics 2012., UN World population prospects; The 2010 Version などを渉猟しつつ講演の準備をした。

さてドイツ・フランクフルト空港を経て、6月1日の夕方プラハ空港に着いた。激しい雨の中、

空港のインフォメーション・センターから紹介されたタクシーでプラハ市内のホテルに向かった。初めての都市に入るには、少々運賃は高くても安心できるタクシーがいい。40分ほどでホテルに着いた。ホルメローヴァ教授が紹介してくれた2つのホテルのうちの1つである。大学に近くて便利であり外国からの研究者に勧めているからとのことであった。

ホテルに着いたが国際観光都市特有のにぎやかさがホテルにはなかった。16時間の飛行の疲れを癒すべく、部屋に入ってソファに座りTVをつけると、どのチャンネルも大騒ぎである。英語放送を探すと、ヨーロッパの主な河川は氾濫の危機に瀕していると報道していた。あのブダペストもドナウ川が氾濫して街が水に浸かっていた。ヨーロッパ最大の動脈ともいえるドナウ川流域の被害が大きかったのだ。中央ヨーロッパの山岳地帯に10年ぶりの豪雨が続く、それが山脈の雪解けを速め雪解け水と豪雨が重なったのである。

プラハはどうなっているのか。情報を得て1階のレセプションに行った。「街の中心部はテープが張られていて、立ち入り禁止です。モルダウ川がいつ氾濫するか分からないのです。警察が厳重に監視しています。地下鉄は閉鎖されました。バスも自動車も走っていません」。

何ということだ、明後日に私のセミナーがあるというのに。大学も閉鎖されているという。



プラハ市街とカレル橋

モルダウ川氾濫の危険があるので街の中心部は封鎖されてしまった。川岸のレストランは水に浸かった。古い塔の右がカレル橋

ホルメローヴァ教授からの連絡を待ったが電話がない。レセプションでも私宛のメッセージを預かっていない。翌日も彼女から連絡はなかった。どうしたことだろう。明日の私のセミナーは開催されるのであろうか。

かつて一世を風靡した植木等のスーダラ節が口からこぼれた。「そのうち何とかなるだろう」。この日は妻と共にホテル近くの名所巡りをした。このあたりはモルダウ川から離れ、しかも少し高台なので、洪水の心配はなく、自由に歩くことができた。近くの広場に大きな銅像があった。ヤン・フスであった。哲学者、司祭でありプラハ大学総長であった彼はローマカトリックの腐敗を厳しく批判したため、異端裁判にかけられ、1415年、火炙りの刑に処されている。後のマルチン・ルターやジョン・カルバンなどプロテスタントに多大な影響を与えた人物である。この日はこの偉大な思想家に敬意を表し、彼の像が見えるレストランで食事をした。夕方は近くの劇場でバレエ〈白鳥の湖〉を観賞した。どうも地元のバレエ団なのであろう、バレリーナは押しなべて太めであり、白鳥もやっとなにに舞っていた。

翌日、6月4日、朝食を済ませ部屋に戻ると、レセプションからドクター・ホルメローヴァがロビーでお待ちしているとの電話が入った。急いで降りると丸顔のやや太り気味の教授が立っていた。アノラックにパンツ姿の彼女はナップザックを背負っており、まるで郊外にハイキングにでも行くようないでたちであった。初対面の挨拶もそこそこに彼女はプラハの現況を説明した。この洪水騒ぎで、プラハの交通も、通信もマヒしてしまったとのことであった。大学も封鎖されて入れず、このホテルにも連絡ができなかったという。とりあえず私のセミナーを郊外にある大学の別の建物で開催することにしたのである。その準備がやっと昨夜済み、今日は私を迎えに来てくれたのだ。彼女の家はモルダウ川を隔ててホテルの反対側にあり、いつもは家から市内中心部の大学まで自家用車で通勤しているという。今回はそれが禁止されたので、交通規制のかかっていないバスと路面電車と地

下鉄を乗り継いでやっとホテルに来たのである。ここから郊外の山手にある人文学部に行くことになった。これで彼女のいでたちが納得できた。私もPCや文献それに非常食、水などをナップザックに詰めて彼女のあとに続いた。いくつかの公共交通を乗り継いで、2時間ほどで目的地に着いたが、例えば同志社大学の今出川校舎から地下鉄やバスあるいはJR、近鉄などを乗り継いで京田辺キャンパスに行ったようなものであろう。

プラハ大学での講演

プラハ大学は別名カレル大学である。カレル大王が1348年に創設したヨーロッパでも最古の大学のひとつである。

さて私の講演を聴きに集まってくれた人々は、プラハ大学医学部の神経内科および老年内科医、さらに公衆衛生学の研究者50人ほどであった。私は世界地図を示しながら、日本の人口構成、平均寿命の1950年からの推移を述べ、今後それらが2060年までにどのように変化するかの予測値を示した。

現在日本は男女とも平均寿命は世界で一番長く、かつ世界一の高齢者は、京都北部に住むMr. Kimuraで116歳、女性の世界一高齢者は大阪のMrs. Okawaであると紹介した。しかも、1963年にはわが国には百寿者は153人しか居なかったのに、2012年では51,376人もおり、そのうち



プラハ大学での講演
プラハ大学人文学部で講演

44,842人(87.3%)が女性であることも述べた。

さらに日本の特徴は、1950年に全人口の5%が65歳以上の高齢者であり、35%が14歳以下の年少者であったのが、2012年にはそれぞれ25%、12%と逆転し、少子高齢社会になり、この差は今後ますます広がると予測され、1960年には高齢者比率40%、年少者比率9%になるであろうことを述べた。

もうひとつのわが国の高齢化の特徴は、これが欧米と比べ極めて短期間でなされたということである。一般に、65歳以上の人全人口の7%になるとその国は高齢化がはじまったと定義する。その7%が倍(すなわちdoubling rate)の14%になればその国は完全な高齢社会であることとされる。

日本は65歳以上の人全人口の7%になったのは1970年で、14%になったのは1994年である。わずか24年でdoubling rateに達したのである。

それに対し、フランスは65歳以上の人全人口の7%になったのは1865年、明治維新の3年も前のことでありdoubling rateに達したのは1979年、実に114年を要しているのである。つまりフランスは高齢化対策に十分な時間があつたのである。

同じく福祉大国スウェーデンは1890年に7%、1972年に14%でdoubling rateに82年を要しており、イギリスは1930年に7%、1976年に14%でdoubling rateに46年を要している。世界一の経済大国アメリカ合衆国は1945年に7%になり69年経った最近doubling rateに達している。

欧米諸国が高齢国家になるまでに、50年、80年あるいは110年も必要としているのに、日本はわずか4分の1世紀で高齢社会になってしまった。このことが医療をふくむ経済活動に大きな歪が生じたとしてもやむを得ない面はある。

だが、戦後、世界の奇跡といわれるまでの経済復興を成し遂げた日本は欧米各国を凌ぐほどのすばらしい医療改革を同時に成し遂げている。そのひとつは1961年から始まった健康保険制度(国民皆保険制度)である。この保険制度の導入により、全ての国民が健康保険証を提

示すれば全国どこでも低価格で医療を受けることができるようになった。

現在日本の平均寿命は女性86歳、男性80歳であり、男性はスイスに次いで世界第2位、女性は世界第1位である(2009年、WHO調査)がこの平均寿命の伸びも国民皆保険制度に負うところが大きい。日本人は昔から長命ではなかったのである。現在のような正確な統計はないが、明治時代の日本人の平均寿命は男性43歳、女性44歳であったし、第二次世界大戦直後は男性がやっと50歳を超えたのである(女性は54歳)。その後は文字通りうなぎ登りに男女とも平均寿命は延びた。

私は日本が長寿国になった原因を、聴衆に分かり易いようにあえてマンガ風のスライドを示して説明した。講演時間の節約のこともあったが、国民皆保険制度のみによらないことを端的に示したかったからである。

説明内容はこうである。1945年夏にわが国は広島と長崎に原子爆弾が投下され敗戦国になった。国土は米軍の度重なる空爆により焦土と化し、工業も農業も壊滅した。1947年に新憲法を制定し、わが国は平和を希求する国に生まれ変わり、憲法9条で戦争の放棄を宣言した。復員した兵士も含めて若者は農業、工業、商業等に従事し、懸命に働いた。その結果、世界で奇跡の復興と言われる国に変貌した。優れた工業製品、特に自動車、電気製品、精密機器などはMade in Japanの刻印を捺されて世界中に輸出されるに至った。得られた外貨で食料品や医薬品さらには医療機器までを購入した。

人口当たりのCTスキャナー保有率は現在日本が世界一である。イギリスで開発されたこのCT(EMI社が開発したので、当時エミスキャナーと呼ばれていた)が日本に初めて導入されたのは1976年であるが、その前年にエリザベス女王がわが国を訪問されたのは、実はこのEMIスキャナーの売り込みであるとまことしやかに囁かれたほどであった。

戦後30年を経ずして経済大国のひとつに数えられるに至った日本は、MRIを始めとして最先端の各種の医療機器を買い集め、病院を新築

していった。さらに日本は公衆衛生の普及にも努めた。上下水道の普及である。1950年の上水道の普及率は26%であったが、2010年には97%になった。下水道の普及率は1978年が27%、2010年が73%である。

上に述べたことが相乗的に作用して日本では周産期死亡率、幼児死亡率も急速に低下し、長寿命の国になったのである。

ところで、チェコは男性の平均寿命は74歳、女性は80歳で日本より男女とも5から6年短い。しかし、長年自分たちを圧政のもとに苦しめてきた、「盟主」ソ連は男性62歳、女性74歳（チェコ、ソ連とも2009年、WHO調査）であり、今やチェコの方がはるかに長命なのである。しかも国民総生産（GDP）を国民ひとりあたりで比較すると、アメリカ合衆国が世界でトップの47,283ドル（米ドル、以下同じ）、第二位が日本42,820ドルであるのは当然であるにしても、チェコは18,288ドルと善戦している。それに比べロシアは10,437ドル、中国にいたってはわずか4,382ドルで、国民ひとりあたりでは元「盟主」ロシアはもとより、共産党一党独裁の今や世界第二位の経済大国中国をも陵駕しているのである。チェコは内心快哉を叫んでいるのではあるまいか。

私は国民の健康増進意識の高揚が健康寿命につながることも強調した。特に高血圧症と糖尿病そしてアルコールとタバコである。日本では25歳以上の男性のうち収縮期血圧値140 mmHg以上または拡張期血圧値90 mmHg以上は26%いるが、女性は17%である。それに対し、チェコでは男性の39%、女性の28%が高血圧値を有している。また、わが国では25歳以上の男性の7.2%が空腹時血糖126 mg/dlであり女性の4.7%が空腹時血糖126 mg/dlである。それに比しチェコではそれぞれ11.5%、9.1%と高血糖患者が多い（WHO World Health Statistics 2012）。喫煙習慣はどうであろうか。15歳以上の喫煙率はWHOによると日本は男性の42%、女性の13%であるがチェコではそれぞれ43%、31%と日本に比べ女性の喫煙率はかなり高い（WHO World Health Statistics 2012）。

確かにプラハでは歩きタバコが目立つし、繁華街でも男女とも堂々と吸っておりしかも吸殻を平気であちこちに捨てている風景に出会った。

ところで日本は喫煙が許されているのは20歳からであるが、WHOはどこから日本の15歳以上の喫煙者を調べたのであろうか。

健康に関与するもうひとつの因子に飲酒がある。これもWHO World Health Statistics 2012に報告があるが、男女とも15歳以上で1年間に純エチルアルコールに換算して日本は8リッター、チェコは17リッターと2倍以上の消費である。次に述べるポーランドもそうであるが、両国は若者のアルコール中毒が社会問題になっている。ロシアも含めこれらの国々はウオツカが好んで飲まれるのが原因であるという。日本酒のアルコール濃度15%に対しウオツカは平均40%の濃度である。

国民の健康に関与する重要な因子は肥満であろう。チェコは背が高く太った人が多かった。Body Mass Index（BMI）30以上を肥満と定義したWHO World Health Statistics 2012の報告では、20歳以上の日本の男性の5.5%が、女性の3.5%がそれに該当するとされたが、チェコではそれぞれ30.5%、26.5%が肥満であり由々しき問題になっている。

私は国の医療レベルはその国の経済力が大きく関わっているとして、先に述べたようなGDPと総医療費の比を求めた。アメリカ合衆国は経済協力開発機構（Organization for Economic Cooperation and Development, OECD）参加34カ国中GDPの17.6%が総医療費（国民ひとりあたり7,960ドル）として使われておりトップであった。しかし日本はGDPの9.5%が総医療費（国民ひとりあたり3,754ドル）であり、OECD中16番目である。明らかにわが国の方が効率のよい医療がなされていることが証明された。チェコはGDPの8.0%が総医療費（国民ひとりあたり1,495ドル）であり、OECD中29番目である。なお、ロシアと中国はOECDに加入していない。

さて参加した医師たちがもっとも知りたいと

思っているのは、日本の高齢者対策であった。私はわが国の医療費が年々増え続け1999年には30,7兆円と国家予算の三分の一を占めるようになり、今後更に増えることが予想されること、しかもこの医療費のちょうど50%が1999年当時全人口の17%であった65歳以上の高齢者に使われていたことを説明した。このような医療費の使われ方は、全人口の68%を占める青壮年に不公平であるとの意識を生じさせ、強いては青壮年・高齢者間での対立を生じることになりかねない。日本が2000年4月から介護保険制度を導入した理由がそこにあると私は述べた。

この介護保険は40歳以上の国民が毎月地方自治体に納める介護保険料に国と地方自治体の拠出金を合わせた資金を原資とする高齢者介護制度である。受給者は65歳以上の介護を必要とする者と40歳以上でガン、脳卒中、関節リウマチなどの成人病に罹患し介護が必要な者である。彼らは、入所・通所・在宅などで介護サービスや生活上のサービスを受けることができる。しかし介護保険制度が始まって以来、介護費は毎年うなぎ登りに増えてきている。2001年に4.6兆円だったのが2006年に6.4兆円、2012年に8.3兆円になった。これでは介護保険導入により医療費を含む社会福祉費を削減しようとの政府のもくろみは崩れかねない。

このほか、日本の平均的な介護老人保健施設である、京都市北区の施設のデイサービスと入所サービスの実態を、スライドをふんだんに用いて紹介した。そのなかでも聴衆が目を輝かせたのは、幼稚園児や小学生が施設訪問をし、高齢者と交わった時の光景であった。私がそのスライドに“Children are small but biggest Ambassadors!”のタイトルを付したが、彼らが大きく頷いていたのは純真な子どもの笑顔こそどんな妙薬より勝るといふ共通の感情があるからであろう。

講演の最後に、私は高齢化に隠れてこれまでなおざりにされてきた、日本の少子化問題について解説した。これは何も日本だけではなく世界のほとんどの国の抱える問題である。

日本は特殊合計出生率が1.4(2010年)でありチェコは1.5(2010年)であるからこのまま推移すれば両国とも人口減少は避けられない。とりわけ日本は高齢化が進んでいるので(年少人口13%, 高齢者人口30%, 2010年)チェコ(年少人口14%, 高齢者人口22%, 2010年)より深刻である(ただしWHO 2012では、60歳以上を高齢者としている)。

少子化と高齢化を同列に置いて考えなければならぬのであるが、日本の政治は少子化対策には冷淡であった。幼児保育が充実しなければ若い母親が仕事に就くことができない。働きたい母親、働かなければならぬ母親からの保育施設増設の要求が出されても、育児は個人のこととして門前払いしてきたのである。政治家にとっては高齢化対策の方が票に繋がるからであろう。

OECDが加盟国の2007年の社会保障費(医療費、年金、家族給付など)の比較を行っている(OECD: “Social Expenditure Database 2010”)。国により、政策内容に違いがあるので、一概には言えないのであるが、OECDの定義によれば、家族給付とは片親の子どもへの給付金、産休中・育児中の給付金、保育・就学前の教育費などである。わが国は義務教育である小学校入学(もちろん公立学校)からは国の責任で全てが賄われており、最近では私立学校へもかなりの補助がなされるようになったが、6歳以前の教育は、家庭でなされるべきものとされてきたのである。祖父母が同居していた時代の伝統がそのまま引き継がれてきたが、今や、そのような生活体系は完全に消失している。

さて社会保障費の使われ方であるが、日本はその47.6%すなわちほぼ半分を年金、介護保険関係、32.7%を医療保険に使い、家族給付はわずかに4.1%で、OECD加盟国中最低に近い。日本と最低争いをしているのは、自分のことは自分でという「自己責任」の国アメリカ合衆国(4.0%)である。それに比し、家族給付を最も厚くしているのは、イギリス(15.2%)、次いでスウェーデン(12.1%)、フランス(10.4%)、ドイツ(7.2%)である。これらの国の多くは、シングル

マザーの（生んだ）子どもと、籍を入れた夫婦の子どもを全く差別していない。2008年のデータでは日本の非嫡出子は出生児のうちわずか2.1%であるといわれているが、スウェーデンでは54.7%、フランスでは52.6%である。

日本では遺産相続に関し、非嫡出子の法定相続分を嫡出子の2分の1とする法律があったが、この規定を最高裁判所が憲法違反としたのは2013年9月4日のことである。正式な婚姻のもとで子どもを産むことはもとより望ましいことであり、守るべきモラルが必要なのは当然である。しかしどのような形態であれ生まれてきた子どもには責任はなく、ひとりの人間として尊重されるべきであり、嫡出子、非嫡出子の間で区別があってはならない。

私が示したわが国の少子高齢化対策は以下のことである。

- ・ Child care support
 - ・ Promotion of youth employment
 - ・ Improvement of medical care and care service for the elderly
 - ・ Pension reform
 - ・ Alleviation of poverty and overcoming income disparities
- and
- ・ Plan to raise the consumption tax stepwise (current 5%, to 8, and 10%).

訳出を要しないが、各項目に若干の解説を加えて彼らに話しをした。日本の政治家はこれまで票を気にして高齢者に厚い保護を加えてきた。それを悪いとは決して言わないが、乳幼児・幼稚園児とその母親たちに対する支援策も講じるべきであった。そのことが欠落していたのである。さらに若者の雇用促進を図るべきである。規制緩和策を政府が拡大させたため、多くの労働者が非正規雇用になってしまった。彼らは健康保険にも加入できず（保険料が高すぎる！）、ボーナスもなく、社会保険にも加入できないので将来年金の受給が保証されない。かくしてますます貧富の格差が拡大していく。結婚しようにも結婚できない社会システムを国が作りだしたのである。スウェーデン、フランス、

イギリスなどは子どもも持ち、仕事も続けられる“Job and Children”であるのに対し、日本は二者択一政策，“Job or Children”なのである。これでは少子化が解消できるはずはない。

ところで、高齢者は急性疾患に罹れば病院で医療を受けることができる。だが慢性疾患を有していても「安定」していれば、高齢者福祉施設での介護を主体としたお世話を受けるのが介護保険制度の主旨である。だが、この「安定」が極めて「不安定」であることは、高齢者福祉施設で働く医師は気付いている。

例えば高齢のパーキンソン病患者はパーキンソン病薬を服用している限りその症状は「安定」しているが、福祉施設のうち、介護老人保健施設に入所すると、ほとんどの入所者はパーキンソン病が悪化、すなわち症状が「不安定」になる。何故か？ 介護保険のもとで介護老人保健施設に入所中の利用者は医療保険が使えない規定になっている。だから入所中の利用者に医療が必要だと管理医師が判断した場合、その医療費は全額施設負担になる。これでは月数万円になるパーキンソン病薬は出せない。かくして独立歩行で入所してきたパーキンソン病の高齢者は入所2から3か月で寝たきりになり、急性膀胱炎や肺炎になる。その結果、急性期病院に搬送され（この時点で介護保険からはずれる）莫大な医療費が使われることになる。結局、社会保障費総体としては余計な出費が増えることになる。それを避けるためには介護老人保健施設であっても必要最小限の医療は医療保険下で認めるべきである。年金と消費税に関しては紙面の都合で省略する。

私の講演のあと、大学から少し離れた森の中にあるプラハ老年病センターに案内された。ここのセンター長はホルメローヴァ教授である。ここには日本のデイサービス機能を備えた施設も併設されていたが、私が訪問した時には利用者が既に帰ったあとであり、その方々に接することはできなかった。だが施設に隣接するグラウンドでペタンクに興じている数人の男女が目に入った。近所に住んでいる人たちが自由に楽しめるようにデイサービスが済んだあとは無料で



プラハ老年病センターでのカンファランス
教授のオフィスで毎週開かれるカンファランス・左が
ホルメローヴァ教授



プラハ老年病センターでベタンクを楽しむ住民たち
近くの住民に施設を開放。ベタンクを楽しんでいた。

開放しているとのことであった。

ちょうどセンター長室で週に一回スタッフミーティングが開かれる日であったので、それに参加させて貰った。ホルメローヴァ教授が時々解説してくれたので、私が介護老人保健施設の施設長時代に行っていたのとはほぼ同じだと感じた。

ワルシャワ寸描

ワルシャワにも6日間滞在したが、ここでの講演はなかったのもっぱら観光を楽しんだ。21世紀通りなどの大通りのあちこちにパネルが並べられ、写真が展示されていたがそれは戦

争で廃墟になった街と現在の街を対比させるものであった。前大戦でいかにドイツが徹底的にポーランドの首都を破壊したかが分かる。

ワルシャワ駅前にはガラスの城と呼んでもいいような近代ビルが立ち並んでいるが、それを圧倒するかのように37階建ての巨大ビルがある。文化宮殿と呼ばれているが、ソ連のスターリンからのポーランド国民への贈り物だそう。スターリンの名前を聞くのも嫌だという高齢者からは撤去すべしの声もあがっているとのことだが、これも忌まわしい思い出の記念として残そうということになったと聞く。

国民的英雄であるショパンを記念して建てられたショパン博物館では半日を過ごした。

ロシアに抵抗してポーランドが拳兵したのは1830年であるが、ポーランドは初めから勝ち目のない戦いをロシアに挑んだ。20歳のショパンをこの争乱で失うのはポーランドの損失であると考えたワルシャワ市民はショパンをパリに避難させた。ショパンは異国にいてポーランドを支援し続けたが、やがてパリで病死する。遺言により彼の心臓は祖国に帰り、今はワルシャワの聖十字架教会に保存されている。この教会も先の大戦でドイツ軍によって爆破されたが、元通りに復元された。

さてワルシャワはこれくらいにしてクラクフに移る。

クラクフ大学での講演

この大学は別名ヤギエヴォ大学と呼ばれるが、クラクフを統治したヤギエヴォ王に由来する。創立は1364年でポーランド最古の大学であり、先に述べたチェコのプラハ大学より18年遅い。

クラクフ大学医学部神経内科教授 Agnieszka Slowik が私の世話をしてくれた。彼女は脳卒中センターの責任者を兼ねており、日本の脳卒中研究と治療は世界をリードしていると遠来の客を労う言葉を忘れなかった。

私の講演は6月12日に大学内の講義室で行われたが、プラハ大学と同じく聴衆は神経内科と老年内科の医師であった。

話しの前半は日本の人口、年齢割合、平均寿命の年次推移などであるから、プラハ大学のそれと同じである。しかしクラフでの講演であるから、ポーランドの諸統計との比較が必要になる。チェコ同様、WHO World Health Statistics 2012, UN World population prospects; The 2010 Version からの資料を参考に原稿を作成した。

ポーランドは男性の平均寿命は72歳、女性は80歳(2009年WHO調査)で日本より男女とも7から6年短い。しかし、ロシア(男性62歳、女性74歳)よりはるかに長命なのである。しかも国民ひとりあたりの国民総生産ではポーランド12,300ドルで、ロシアの10,437ドル、中国の4,382ドルより多い。

血圧値と血糖値とアルコール摂取量と喫煙率に関するデータ比較を示す。プラハ大学での講演の日本に関するデータを再掲するが、わが国では25歳以上の男性のうち収縮期血圧値140mmHg以上または拡張期血圧値90mmHg以上は26%いるが、女性は17%である。ポーランドでは男性の41%、女性の33%が高血圧値を有している。また、わが国では空腹時血糖126mg/dl以上の者は25歳以上の男性の7.2%、女性の4.7%である。それに比しポーランドではそれぞれ8.2%、6.9%である(WHO World Health Statistics 2012)。15歳以上の喫煙率はWHOによると日本は男性の42%、女性の13%であるがポーランドではそれぞれ36%、25%と日本に比べ女性の喫煙率はかなり高い(WHO World Health Statistics 2012)。街では歩きタバコが目立つし、吸殻をどこにでも捨てている風景はチェコと同様であった。

飲酒に関しては、これもWHO World Health Statistics 2012に報告があるが、男女とも15歳以上で1年間に純エチルアルコールに換算して日本は8リッター、ポーランドは14リッターの消費である。もうひとつの国民の健康に関与する因子は肥満であろう。ポーランドでも肥満者が目立った。日本は20歳以上の日本の男性の5.5%が、女性の3.5%が肥満であるが、ポーランドでは男女とも22.9%が肥満(WHO World Health Statistics 2012)である。

GDPと総医療費の比に関しては、日本はGDPの9.5%が総医療費(国民ひとりあたり3754ドル)でありポーランドはGDPの7.4%が総医療費(国民ひとりあたり829ドル)であり、OECD加盟34カ国中31番目である。

私の講演のあと質疑応答になったが、冒頭若いドクターが、これは質問ではなくコメントなんですけど、と前置きしてこう言った。「現在生存している世界一の長寿者がキョウトの男性だといわれましたが、その人は昨日死亡しました。テレビのニュースで見ました」。私が講演の初めに木村次郎右衛門氏(京都府京丹後市在住、116歳)を紹介したことに対するコメントであった。ポーランド放送が、ニュースで国民に伝えていたのである。

このあと自由な討論が行われた。私はチェコでの討論と共通する空気を感じた。チェコでも感じていたのだが、うまく表現できずにいたがこの隣り合わせの国を同時期に訪問し始めて気付いたことであった。ひとつは両国とも第二次世界大戦で、ドイツに攻め込まれ事実上消滅してしまった国であること、しかも多数の国民が殺されているのである。もうひとつは、両国とも戦後ソ連の衛星国に組み込まれ長期に亘って搾取されてきたことである。私たち夫婦はチェコからポーランドへはあえて鉄道を利用した。飛行機のあつけない旅より車窓からの風景を楽しみ、できれば乗客との会話も楽しめたからである。しかしファーストクラスを利用する乗客は極めて少なく、数人いても彼らはケータイ電話で何やらしゃべっているか、ワープロを叩いているのである。線路の保守管理も十分ではないのか車両のゆれもきつく今にも脱線するのではないかと恐怖を感じたほどであった。思い余って車掌にこの列車はいつもこんなに揺れるのかと尋ねたら、先の豪雨で地盤が緩んだから補修中だと答えてくれた。確かに途中で徐行があり、大型の作業車が何台も反対車線に止まっていた。その作業車も私たちが乗った特急車両もドイツSiemens社製であった。チェコもポーランドも悲しかろうと思った。あれだけひどい目に遭わされながらも、「敵国」ドイツの

製品に頼らざるを得ないのである。

もうひとつはソ連に対する感情である。彼らと会話を交わすときしばしば出てきたのは、もう直ぐ私たちの国はよくなります、今がいちばん苦しい時です、何しろ私たちは空白の45年があったのですから、というセリフであった。この45年はチェコでも私は聞いた。第二次世界大戦で両国ともナチス・ドイツから解放されたが、その直後からソ連の衛星国に組み入れられ1989年ビロード革命によりチェコは共産党政権が崩壊、同年ポーランドも人民共和国から共和国に国名を変更し、共産党支配から決別した。空白の45年とは、ソ連から収奪され、管理され、秘密警察の網が張り巡らされていた時代のことである。家族内でもお互いが監視し、密告しあう生活であったという。彼らの言うこの空白とは1945年から1989年までの長い暗黒の時代を指すのであろう。

スロウイック教授は私の求めに応じて2箇所の高齢者福祉施設を用意してくれていた。

ひとつは大学附属施設で大学病院での急性期治療を終えた高齢者の自宅復帰前のリハビリテーション目的の施設であり、私の講演後直ちに案内してくれた。この管理者は医師であるから、わが国の介護老人保健施設と酷似している。築数十年の使い勝手の悪い施設でやりくりしてきたが、やっと経済が上向きになり改装ができたと言った施設長のDr. Dariucz Kubiczが説明してくれた。

ポーランドはまだ健康保険が充実しておらず、比較的安定しているのは年金が保証されている退職公務員であり、この施設の利用者の多くが元公務員であるという。したがって高齢者施設の入所費用が個人では支払えない人は子どもや親類の援助に頼らざるを得ない現状であるとのことであった。

私の講演のあと熱心に日本の要介護度と介護保険から支払われる介護保険金の関係や利用者の負担金額などを熱心に質問した医師がいた。Marzenaと名乗る彼女は神経内科医で現在は総合医を目指していると自己紹介をした。

講演後、スロウイック教授がこのMarzena



クラクフ大学附属高齢者施設外観
やっと予算がついて改装ができた。



クラクフ高齢者施設長
長身美男子で物静か。三拍子揃ったダリウス・キュービシュ博士。



クラクフ高齢者施設食堂兼図書室

Dubiel 博士が明日われわれを案内してくれる二つ目の高齢者施設の責任者であると紹介してくれた。

翌日彼女は車で私と妻をホテルに迎えに来た。施設はクラクフ旧市街から車で30分のところにあるという。ホテルを発ち10分もすると高速道路に入り、あたりは広々とした田園地帯である。所々に点在する牧場には羊や牛が放牧されており、なんともどかな光景であった。

運転しながら Marzena は、実はこれからお連れする施設は私と夫が経営しているのです、といった。「え？、お二人で？ 貴女たちお二人の所有ということですか？」。私は俄かには信じかねた。

チェコもポーランドも旅行していて感じたことはすべてがいかにも「お役所しごと」的に物事が処理されていたことであった。鉄道でも、観光バスでもそうであった。観光バスに乗って英語解説のイヤホンが故障していた。運転手にそれを告げると、ちゃんと聞こえるのがどこかの席にあるはずだからそこに移動しろとそっけない。自分は運転手で、イヤホンの不具合とは関係がないのであろう。ワルシャワ駅のホームで止まっていた列車がクラクフ行きかを制服姿の駅員に尋ねたが、私は車掌ではないから知らないといった。鉄道(国営)でも観光バス(たぶん民営)でも共産党時代の名残を引きずっているのだから、究極のサービス業である高齢者施設が民営などあり得ないと私は思っていたのだ。

私の質問に彼女は答えた。「まだ正確には、私たち二人の所有ではありません。抵当に入っているからです」。夫も内科医で高齢者医療に関心があった。それで二人で理想的な高齢者施設を作ろうということになった。二人で計画書を作成し(夫は企画や経理の才があるのです、と彼女はいった)、銀行に融資を頼んだのだそうである。「土地も建物も、私たち夫婦二人の身体も抵当に入っています」、「まだ始めて3年なので私たちの給料はほとんどありません。二人だけで70人の入所者を診ることはできませんし、学会にも出席したいし、バカンスも必要

ですし」。それで友人の精神科医などを非常勤で来てもらっているとのことであった。

やがて Dom Seniora Krakow に着いた。なだらかな丘陵の中腹に建っていた。クラクフ・シニアハウスとでも訳すのであろうか。しかし、高齢者施設というより、資産家の別荘か邸宅の観がある。入所者からは「わたしのおうちです」という声が聞こえてきそうな気がした。Marzena の夫である Wojciech Dubiel 博士が出迎えてくれた。狭いながらもリハビリ室もあった。医師以外のスタッフはナースや理学療法士、作業療法士、心理士などに介護スタッフであるが、介護スタッフはこの近郊からの採用である。給料は多くはないが、水準より若干多めに支給しているとのことであった。彼らは現金収入が入るので喜んでいて私たちにいった。

小さいながらもチャペルもあった。週に一回クラクフから神父が来て礼拝式を主宰するのだ。健康状態が悪く、チャペルに行くことができない入所者には、神父が病室を訪問していた。

2階の陽当たりのよいベランダでは20人ほどの利用者がリクレーションを楽しんでいた。この日は、日本からお客さんが二人きてくれたので、皆で歓迎の歌を歌ってくれるのだそうである。いくつかポーランド民謡を聞かせてくれたが、その中に「森へいきましょう」があった。

森へ行きましょう娘さん(アハハ)、鳥が鳴く(アハハ)あの森へ。

僕らは木を切る君たちは(アハハ)、草刈りの



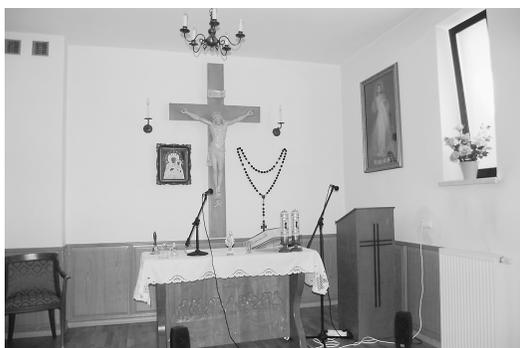
「わたしのおうち」外観

とても高齢者施設とは思えない。まるで資産家の別荘か邸宅である。



「わたしのおうち」遠望

部屋から外を眺めているだけでも血圧も血糖値も下がりがちな環境。認知症もよくなるのでは？



「わたしのおうち」のチャペル
神父は毎週奉仕にやってくる。

(アハハ) 仕事しに、

混声二部合唱で美しく歌ってくれた。妻もわたしも日本語でそれに和した。この歌は私たちの年代の者には懐かしい。当時歌声喫茶などでは定番の人気民謡であった。

私は夫の Wojciech Dubiel 博士に彼らの入所費用を尋ねた。私の予想していた通りであったが、入所者は裕福な人たちだと前置きし、年金だけでなく自己負担分がかなり必要だと答えた。多くは隠退した医師や大学教授、あるいは外国で成功して故郷に戻った実業家などであった。Wojciech は言った。「私たちは私たちが始めたこの事業がうまくいくことを願っています。これは実験です。まだポーランドの国民は二つの意見で揺れています。昔のような圧迫された社会は御免だ、もっと自由に活動したいと

いう意見があります。知識層に多い意見です。抑圧や規制ばかりでは医学も医療も進歩しません。経済活動だって同じです。しかし一方では昔を懐かしむ人たちもいます。昔は全てが上からの命令で動かされていました。しかし黙ってそれに従っていれば、少なくとも餓死はしなかった。今は年金もどんどん切り下げられて生活がおぼつかなくなっている。だから昔の方がよかったという意見です」と。

日本では戦後十数年で「もはや戦後ではない」という言葉が世間で言われるようになり、池田勇人内閣で「所得倍增」計画が打ち出され、神武景気やいざなぎ景気などを経て行き着く先のバブル景気になり、バブルがはじけて現在に至っている。

チェコやポーランドがどの道を歩もうとしているのか私には分からないが、優秀な国民である両国が少なくともソ連時代の抑圧から解放された果実を早く国民が享受してくれることを願っている。

両国とも、ここはもはや東ヨーロッパではない。地図を見て欲しい。かつて最高の文化を誇った中央ヨーロッパなのだと言いたいのであろう。もちろんどの国でも、好景気の陰に佇む人々が出るのは避けられない。そのためのセイフティー・ネットをいかに構築するかが問われているのだと思う。

デュビエル夫妻の構想と努力の結果であるこの施設を見学し、日本でもこのような施設がで



「わたしのおうち」のデュビエル博士夫妻(左)と
私たちも銀行の抵当に入っているのです、と二人は
言った。頑張り。



「わたしのおうち」の入居者(元ドクター 88歳)と

きないものかと考えていた私としては、彼らの努力が報われることを切に祈った。

私たちはクラクフ空港からフランクフルトを経て6月18日に日本に戻った。

チェコ・ポーランド二人歩き

副題を「チェコ・ポーランド二人歩き」としたのは訳がある。一昨年(2012年)の夏の夜、妻が散歩していて石につまずき前のめりに倒れ顔面を打った。それが原因で左頭頂部近くに急性硬膜下出血が生じた。外科手術は必要ない小出血であったが、脳損傷も伴ったためそれがfocusになり右片マヒ(Jacksonian epilepsy)が生じた。転倒時に手をついて左前腕の靭帯も損傷したので、最悪時、四肢のうち自由が利くのは左下肢のみであった。

京都府立医科大学病院に1ヶ月入院した。その間、神経内科をはじめ多くの科、多数の医療関係者のお世話になった。お蔭で妻は昨年春にはほぼ元の身体になった。妻の治療に懸命に関わってくださった皆様には感謝の言葉もない。

精神科医、脳神経外科医を経て神経内科医になった私は妻の受傷で深く感じるところがあった。あれだけひどい顔面打撲のcontrecoup injuryがわずか拇指頭大の出血で済んだのはなぜか。受傷当初頻発するepileptic attackが少量の抗てんかん薬でコントロール可能になり、数ヶ月後に完全に抜薬ができたのはなぜか。適切な治療が早期になされたからといえればそれはそうかもしれない。だが、脳神経外科医であった私は多

くの患者に出会っている。損傷動脈が、ほんのわずかでも太かったらどうなったであろう。受傷直後に搬送され、直ちに開頭術を行ったが巨大な血腫による脳ヘルニアで救命できなかった患者も経験している。血腫が言語野にまでおよび話しができなくなりカストロフィーに陥った患者もいた。

私の妻がそれらから逃れることができたのはまさに神の恩寵としか思えない。そう思った私は、この世での残り少ない時間をもっと妻と共有しようと決心した。それで昨年(2013年)3月にそれまでの仕事を大幅に減らし、中央ヨーロッパに二人で出かけたのである。

日本とは違った環境ではあるが、実生活でのリハビリテーションのつもりであった。三つの都市を6日間ずつであったからかなり余裕のある旅ではあった。しかし時差による身体への影響、食事の違い、夜遅くまでの観劇、施設見学など疲労が重なったが何の問題もなく旅を終えることができた。だが、この旅は私には身体的にかなり堪えた。スケジュールはすべて私が作成した。できるだけ少なくしたとは言え二人分の荷物を私が持ち、ツアーコンダクターの役目を果たしながらの旅だったからである。考えてみると、このような旅は今回が初めてである。若いときには考えもしなかったもうひとつの旅のかたちなのであろう。病み上がりの妻を労わりながらなどという、美談に聞こえるがそんな気負いはない。老いればどちらかが先に病気になるのは自然の理である。

予想に反してなどと言えば神にお叱りを受けることになるが、妻はすっかり元気になった。私は暇になったので、近くの宝ヶ池公園の散歩が日課となった。本を抱えて家を出、池のほとりのあずまやでそれらを読むのも楽しい。それでも時間を持て余すのでパンとケーキを焼いている。この一年間食パンは買ったことがない。

元気になった妻は言う。「あなた、パン屋さんになったら、もう少しふんわり焼けるようになれば売れるわよ。何しろ添加物が一切ないし、安心だから」。

アンブロワズ・パレのように

治すことは時々しかできないが
和らげることはしばしばできる。

だがそばにいて、その人を
慰めることはいつでもできる。

アンブロワズ・パレ（フランスの医師、16世紀）

まだ体力と気力があるなら、私は立ち上げたNPOの世話を続けるのと、患者の聞き役に徹する医療を展開しようと思っている。特に高齢者は「多」病を持っているので、その方たちの話し相手になりつつ治療を展開することはできる。私自身も病気を抱えているから患者の気持ちがよく分かるのである。大学に顔を出し、若い医師諸君に患者の話をじっくり聞く術を伝授したいのだが、最先端医療の研究と実践を主流と考えている現在の医学教育システムにはそのようなプログラムはない。これは何も本学に限ったことではなく、わが国のほとんどの医学部、医科大学の通弊であろう。

しかし幸いなことに、最近本学にも疼痛緩和医療学ができ附属病院にベッドも配分されることになった。それだけでなく総合医療・医学教育学および在宅チーム医療推進学の講座が誕生した。従来の臨床各科と連携することで、より患者のニーズに即した医療が図られることを期待したい。

「臓器を見ず患者本人を診よ」とか「全人的医療をせよ」とよくいわれる。これは医療の本質である。だが私は全人的医療で全ての患者を幸せにできるとは決して思わない。要はバランスの問題なのである。

本学でも分子標的癌予防医学の酒井敏行教授

など、世界が認めるすぐれた研究者が輩出しているのは心強い。臓器（細胞も含む）を調べることで病態を解明し、診断法を確立し創薬や治療法に結びつけることができれば患者にとっては大きな福音になるからである。

一方臨床分野では、臓器別専門医は自分の専門性に合致した疾患の治療には極めて熱心だが、それからずれた症状についてはほとんど関心を示さない傾向がある。だから多くの疾患を有する高齢患者は右往左往せざるを得ないのである。総合医に治療の優先順位や治療の限界を決めてもらうことが必要になる。

超高齢社会になったわが国は高齢者の医療と介護をどこで誰がするかが大きな社会問題になっている。もはや家庭でその家族のみによって介護を行うことはできない。国は10年先を見据えて、地域包括ケアシステムを構築しチーム医療と介護を展開しようとしている。当然医師の関与が求められるが、同時にその資質が問われることになろう。総合医療や在宅チーム医療学を修めた医師が必要であるのは論を俟たない。

京都府立医科大学旧図書館前に療病院碑が建立されている。1872年に京都府立医科大学の前身である療病院が設立されたが、碑には病院設立の由来と府民の期待が刻まれている。碑文の後半にはこうある。「今よりのち、民の疾病を除きてその健康を保つは難きことにあらざるなり」（原文は漢文）。

140年前、時の京都府知事榎村正直が我々の先輩に呼びかけた言葉である。諸君たちの努力でこれから先、京都府民は病気の恐怖から解放され健康を保つことができるのだ、と。

我々は本学設立の理念にもう一度立ちかえるべきであろう。