



かわしま・まひと 川島形外科病院長、東京医科歯科大学医学部卒、医学博士、骨髄炎と高血圧療法治療の第一人者として知られる。アジア太平洋海水・高気圧環境医学会理事長、大分大学医学部臨床教授など。1999年大分合同新聞文化賞。2010年から県病院協会(加盟155施設)の会長を務める。中津市宮天住。

県病院協会長

川島真人さん(75)

中津市

地方医療こそ強み 過度な効率化改めるべき

新型コロナウイルスの感染拡大は医療機関の経営を圧迫し、地域の診療体制を揺るがしている。

新型コロナウイルス患者を受け入れていない一般の病院でも外来の受診者が2〜3割減り、手術や検査も延期せざるを得なかった。大幅な減収は避けられず、マスク、消毒液、防護服といった感染対策の経費も重くのしかかる。ほとんどの病院・医院が赤字になるだろう。

感染者がいつ来るか分からない中で、最前線では薄水を踏むように診療に当たっている。現場を支えるのは医師や看護師、全てのスタッフの使命感と責任感だ。

院内で感染が起されれば外来・救急の機能は停止し、深刻な風評被害にさらされる。民間病院はあつという間にガタガタになる。

第1波は何か持ちこたえたが、全国の病院・医院はかなり消耗している。ワクチンもなく、第2、3波にどこまで耐えられるかは分からない。経営危機という形で医療崩壊に直面する恐れがある。

欧米に比べると日本の感染者数、死者数は少なく、爆発的な感染拡大には至らなかった。

日本の強み、素晴らしいのは地方でも高度な医療を提供できること。それが高齢者人口の割合が世界一高い日本が死者数を抑え込んでいる要因の一つだと思ふ。

政府はこれまで医療費の抑制を掲げ、病院のベッドをつぶして効率化を図るべきだと一先懸命言ってきた。その方向性が本当に国を良くするのか。コロナ禍は再考を促している。

イタリアの医療崩壊は、行き過ぎた医療費抑制で各地の病院を相次いで閉鎖し、医師と看護師を数万人単位で減らしていたからだ。

白人警官による黒人男性の暴行死事件をきっかけに全米に広がった抗議デモは人種差別、貧困と格差が根底にある。医療面では黒人の新型コロナウイルス罹患率は白人を上回るが、皆保険制度がなく、黒人に多い貧困層の無保険者は高額な治療を受けられない。見捨てられた貧しい人たちの怒りが、あの事件で爆発した。

新型コロナのパンデミック(世界的大流行)から、医療の在り方を真剣に考える必要がある。

ワクチン開発が急がれる中、感染拡大を防ぐには医療インフラの充実が欠かせない。

医療とは、すなわち「国防」。有事に備える自衛隊と同じく、「攻撃」を受けたときに国民の命を守る役割を担っている。

感染症の歴史を振り返ると、パンデミックは周期的に必ずやって来る。今回のコロナ禍を教訓として、効率性を過度に追い求め、コストを抑えればよいという風潮は改めないといけない。

日本は必需品の生産を他国に依存している。その結果、肝心なときにマスクは足りず、国内に体温計も消毒液も満足にないという事態を招いた。世界各国は自国民を守るため、医療物資の熾烈な争奪戦を繰り広げている。国民の命に関わる物資は「国産」に置き換えていくことを考えるべきだろう。

パンデミックは日本の政治や経済のあり方も変えていくであろう。

かつて世界各地で猛威を振るった天然痘は、人類が地球上から根絶させた唯一の感染症だ。日本でも大流行を繰り返してきたが、江戸時代末期に中津藩の辛島正庵、佐賀藩の伊東玄朴といった医師たちが先駆けとなり、種痘(天然痘ワクチン)を国内に広めた歴史がある。

今回のコロナ対策を巡る状況は幕末期と重なって見える。各地の雄藩が明治維新の原動力となったように積極的に関与した地方が新しいことを打ち出し、政府は変化にうまく対応できずあたふたしている。中央集権の限界を感じてならない。何でも東京に集めるのではなく、もっと地方の自治を認めて権限を下ろし、財源を配分する。コロナ禍は、そうした日本社会の構造的な課題を教えてくれている。

(聞き手・百崎浩嗣)

＝随時掲載＝