

冗句茶論（ジョーク・サロン）

松井寿一

東宝現代劇の俳優・安宅忍さん出演のイベントに招かれた。受付で当方の名前をいふと「安宅さんですね」。そこで「安宅の関（席）です」といった。

会場は、山の手の奥様がレトルト食品を調理する言葉に似ている。「チンざんしょ」（椿山荘）。

終演後、庭の虫を鑑賞して下さいとのこと。係りの人に「獲ってもいいですか？」と聞くと「フラッシュをたかなければいいです」。「撮っても」と聞いたのである。

観光名所で「じさつ」が増えている。穏やかでないなど思ったが、なんのことではない。自分で自分を撮影する「自撮」なのだ。

自分で撮るから「じどり」ともいうそうである。地鶏と聞こえるから秋田県の比内鶏や名古屋コーチンのことかと思ってしまう。

「アリスのままで」という映画があって、「ア

リのままでいたい」というのもあった。「ス」がなくなった。

米国のNBA（プロのバスケットボール）にひときわ小柄な選手・アレン・アイバーソンがいった言葉。「大事なのは体のサイズではなく、ハートのサイズだ」。

某通信社が重大なミスをした。配信を忘れるとは背信行為だ。

臆病なのは昼の夢、ひるむ。勇敢なのは朝と夜。ひるまない。

空海・弘法大師の言葉。「いうことなけれ人の短、説くことなけれ己の長」。

都々逸。「白だ黒だと喧嘩はおよし、白といふ字も墨で書く」。

百足に、どの足が一番先に動くのかと聞いたら、考えこんでしまい、動けなくなってしまった。

あるお屋敷で雇った家政婦が住んでいる所はどこか。家政婦は三田（見た）。

いつの時代に治療しても千円という病気がある。耳下腺炎（時価千円）。

昔の中国ではあちらこちらに奥さんがいる人がいた。できる料理が八方妻（八宝菜）。

冷蔵庫の中にある料理の名前は？冷やし中華（華）。

何も入っていない空の箱をあげてしまった。カラアゲ。

臆病なのは昼の夢、ひるむ。勇敢なのは朝と夜。ひるまない。

朝と昼出でてはこないよ鬼は晩（お庭番）。

昔の飛び道具で一番早いのは弓矢の矢であった。矢の最速（催促）。

別腹と小腹はあるが無い自腹。別腹も小腹自腹も同じ腹。

タイのパンコクへ一週間出張して、すっかり日焼けして帰国した。タイ焼き。

タバコをやめて、また吸いたくなつた人の叫び。「紫煙カムバック」。

新刊紹介

医師の技量によって苦痛や結果に天地の差があるという点だ。どこの施設でやるかではなく、どの医師が行うかが問題だ。せっかく検査を受けても見落としがあってはなんにもならない。認定試験があるわけではないので、医師ならば誰でも実施可能だ。したがって技術的格差が甚だしい。

人間ドックは個人か会社負担で行われている。オプション検査も含めると幅があるが、一人当たり5-8万円程度の料金だ。決して安くない検査の内容や効果について我々はもっと关心を持つべきだろう。実施医療機関側もそれぞれの検査の有効性や意義、場合によっては限界に関してもっと情報提供すべきだ。無料のランチや一流ホテルの宿泊だけをPRしている状況ではないと考える。

そもそも人間ドックの目的は何か。名前の由来のように、人間も船舶と同様に定期的にドック（病院）に入ってヘルスチェックを行う必要がある、との趣旨で1954年にスタートした制度だ。船の垢やサビのよう

にコレステロールや血圧、血糖値、肝機能などを知ることに意義はある。しかし牧田氏が指摘するように本当に急を要するがんや心筋梗塞、脳卒中を早期に発見して治療を開始して救命することがプライオリティーのトップだとしたら、現行のやり方を改善しなければいけないだろう。

日本の場合、長年実施されている制度やプログラムを変えるには大変なエネルギーを要する。利害関係も輻輳しているので一部の変更だけでも大事（おおごと）になってしまう。

受診者側も受診するだけで安心してしまってはいけないだろう。自分の健康状態を定期的にチェックすることは意義があるし大切だが、折角の機会をより有効に活かしていかないと時間と金、場合によつては人生そのものを無駄にしてしまう。

最新の遺伝子研究により、血液を使って簡便にがんを早期発見する検査方法が開発されつつある。有効性が確立され費用が安価になれば問題は大きく改善されるだろう。胃がんについては、主な原因で

あるピロリ菌感染の有無を最初に血液検査で調べてそこから内視鏡検査の対象者を絞っていく方法が、一部の自治体などで行う集団検診の場で検討されている。

戦後間もなく始まった人間ドック健診が、技術の進歩とともにより進化発展していくことが望まれている。

追記) 本年7月30日開催された厚労省のがん検診のあり方に関する検討会は、地方自治体で実施されている胃がん検診についてこれまで推奨してきたエックス線検査に加えて内視鏡検査も推奨し、いずれかを選択するとした提言をまとめた。

(七野)

Medical Journalist
Vol.29 No.3 (通巻77号)

発 行: NPO日本医学ジャーナリスト協会
発 行 者: 水巻中正
編集責任: 七野俊明
E-mail: tshichino5159@icloud.com
事 務 局: 東京都港区麻布台1-8-10 麻布信成ビル7階
(株)コスマビーアール内
担当 近藤 龍治
TEL03-5561-2911 FAX03-5561-2912
E-mail: secretariat@meja.jp
ウェブサイト: http://www.meja.jp



Medical Journalist

NPO日本医学ジャーナリスト協会会報 AUGUST 2015 Vol.29 No.3 (通巻77号) 発行:NPO日本医学ジャーナリスト協会 発行代表人:水巻中正

Contents

<5月総会講演>

「医療事故調査の現状(モデル事業)と

1

新たな医療事故調査制度について」

<4月例会>

「プライマリー・ケア」とは—

地域包括ケアにおける家庭医・総合医の役割

3

<3月例会>

「今、日本から始まるがん撲滅への挑戦一切らずに治す

脳転移:ガンマナイフ治療最前線」

5

新刊紹介

冗句茶論

8

●5月総会特別講演

「医療事故調査の現状(モデル事業)と
新たなる医療事故調査制度について」

木村 壮介さん (日本医療安全調査機構 中央事務局長)

報告・永井裕之

はじめに

木村壮介さんは、昭和47年東京大学医学部を卒業、東大病院外科系を研修医として体験、その後三井記念病院外科医員、昭和52年から自治医科大学胸部外科系で10年勤務され、昭和62年から埼玉医科大学第一外科助教授、教授として8年間勤められました。そして、平成7年から現在の国立国際医療センターで18年間、そのうち最後の5年半を院長として責務を全うされました。大動脈解離や重症心不全の外科治療などが専門で、橋本龍太郎元首相の主治医をされました。平成20年より、日本病院会「医療の安全確保推進委員会」委員長として医療事故死因究明制度の制定に係わられました。

大学生時代ボート部に所属し、体力増強した結果で、70歳を過ぎた現在も心身ともに若々しいです。平成25年から日本医療安全調査機構中央事務局長を務め、医療安全確保に携わっている姿に敬服し、多くの場面で垣間見る若さと人間性のすばらしさに驚嘆をしています。

医療事故調査制度のテーマを語れ

る医療者、すなわち医療機関で活躍し、診療関連死の調査（モデル事業）を実践している人はほんのわずかであり、木村さんが最も適している方であると思っています。当日の講演は、木村さんの医療事故調査に関するお考えを随所で話され、その内容が大変分かりやすかったと、聴講された方々から賞賛をいただきました。

講演の概要

1. 「医療事故」及び「医療事故原因究明制度」に関する状況の経緯

木村さんの講演を聞きながら、わが身に重ねていました。1999年1月11日患者取扱手術、そして私の妻は2月11日消毒薬誤薬投与により急死しました。そして7月11日に割り箸が脳に刺さる事故により小さな子供が亡くなるなど、この年は医療事故が多発しました。

2004年、日本医学会基本領域19学会は、中立的専門機関の創設に向けて～診療行為に関連した患者死亡の届出制度（犯罪の取り扱いをする警察・検察機関ではなく、第三者から構成さ



▲木村壮介さん

れる)中立的専門機関の必要性を声明として発表しました。

2005年、日本内科学会は「診療行為に関連した死亡の調査分析」を原則的に院外のチームによる、解剖による医療事故の分析、原因究明を行う死亡の調査分析モデル事業を開始しました。2010年4月、モデル事業は日本医療安全調査機構へ引き継がれ、木村中央事務局長の下で現在まで継続しています。この事業により、事故調査のノウハウや多くの人材が蓄積されました。

2013年 厚労省『第三者機関設置』の検討会を立ち上げ、紛余曲折しながらも、2014年に医療事故調査制度が法制化され、今年10月からすべての医療機関において施行されます。モデル

事業の成果はこれからはじまる事故調査制度に活用できることが豊富にあります。

2. 医療事故調査における 重要ポイントは次の3つ

(1)評価の基本3要素「専門性、公正性、透明性」

モデル事業の医療事故調査は、「原因究明」と「再発防止」による、医療の質の向上を目指すことを目的として、「診療現場の事故の分析・評価」と「解剖による、病態分析・評価」を行う。その評価の基本3要素は「専門性（各領域の専門学会の参加など）、公正性（地域差、評価委員による差の影響を最小限にするなど）、透明性（匿名化した報告書の公開：分かりやすい表現、調査経験がある弁護士などの参加）」を重視しています。

突然の死に遭遇した遺族は、「なにが起ったのか？本当のことを知りたい」と原因究明をまず願います。そして、調査結果をわかりやすく説明して欲しい。ミスがあったならば誠意ある謝罪、すなわち、しっかりした説明・謝罪を求めます。感情の高ぶりなどが落ち着いてきたら、同じような被害を他の方たちが受けない取り組み：再発防止を要望します」という経過を踏むのです。木村さんのお話の通り、「原因究明」と「再発防止」は遺族の願いです。

*解剖の意義が増してきています

モデル事業で解剖した73事例を検証しました。解剖を実施したことにより、88%が死因究明に貢献（死因確定=56%、死因究明できた=32%）しています。

多くの遺族は突然の死に直面した時、解剖することに思いも及ばず、むしろ体に新たな傷をつけるということに戸惑いを生じます。その際、医師が死因を究明するために解剖の重要性を訴え、遺族が同意し、解剖をしておいてよかつたと後で感じる遺族が多いことが上の数字でも示されています。

(2)事故調査報告書を遺族に手交して、丁寧に説明することについて

モデル事業では、調査報告書を遺族に渡して、遺族の疑問にも答えるように努めています。遺族の報告書に対する評価の受け止め方は「良く了解・理解した、57%：繰り返し質問し理解できた、35%」と92%の遺族が丁寧な説明によって理解を深めています。これは、今後の事故調査報告書と説明の方向性を示唆しています。

モデル事業の調査では遺族からの疑問に答える姿勢が「遺族の声（抜粋）」として、示されています。

・他の病院の先生方や法律家などが加わって下さるので安心できた。

・第三者調査の評価であったことで納得することが出来た。

・この調査がなければ医療事故を疑ったと思う。

・遺族が明確にしたかったことや、対応策についてきちんと答えていた。

・再発防止に役立つことを期待したい。

モデル事業では、把握できた234事例のうち、民事訴訟に発展したのは6事例です。訴訟理由は分からぬが、金銭的な不満からの訴訟もあるだろうから、決して多くの件数ではないと思います。

また、主治医・担当医が評価結果報告書（全文）の開示についてのアンケート結果で、開示されても構わない理由として、

・公正性を保ち、他の医療機関の参考になる

・情報共有、事故再発予防のため、開示は必要

・開示を拒む合理的な理由が見つからない

と回答し、90%の医師が開示することを了解しています。

(3)医療事故に対する、医療者としての責務・対応について

木村さんは医療事故調査での豊富な知識と経験から「原因究明は医療機関の自立・自浄努力と中立・公正な医療

専門家による検証であり、評価するしくみに透明性、専門性、中立・公正性がもっと大切であり、これらが發揮されることにより信頼される事故調査が確立し、医療界・各医療機関が国民から信頼されていく」と説いています。そのため大切なことは医療界・医療者が Professional Autonomy【職業的自主性】と Self-Regulation【自己規律】を發揮することだと強調しています。

3. おわりに

医療界・患者・遺族が望んでいた「新・医療事故調査制度」が漸くこの10月から始まります。事故被害者遺族の一人として、「やっと…ここまできた」という思いをしていますが、不安を抱えながらの出発です。

医療事故調査の目的は「原因究明」と「再発防止」による、医療安全の向上並びに医療の質の向上を目指すことであるべきです。厚労省は一部の医療団体の主張を取り入れて新しい医療事故調査制度を「学習を目的としたシステム」として説明し、調査過程での「非懲罰性」「秘匿性」「独立性」を最も重視しています。このような厚労省の方針に対して、国民の信頼を得られるのでしょうか？また、今まで医療事故調査に真摯に取り組んできた木村さんをはじめとする多くの医療者らが合意するのでしょうか？

この10年強、「医療安全」の取り組みは、医療機関で大きくバラツキが生じています。「新・医療事故調査制度」を開始するに当たって、時代に逆行するような厚労省と一部の医療団体の姿勢に落胆していますのは、医療事故被害者遺族だけでしょうか？

私たち「患医連」は国民から信頼される制度になるように、真剣に医療事故調査に取り組んでいる医療機関・医療者を支援し続けます。そして、初めて医療事故調査を開始する医療機関・医療者が「専門性、公正性、透明性」を發揮した調査をするか否かを見抜いてい

きたいと思っています。

当日出席いただけなかった皆さんにご覧いただけるように、幹事の大熊由紀子さんはご自身が運営されている「福祉と医療・現場と政策をつなぐHP」

の「医療事故から学ぶ部屋」に木村さんの当日講演した資料をアップしています。この10月から施行される医療事故調査制度について、その経緯と課題を詳細に記載しています。

* 参照資料:<http://www.yuki-enishi.com/accident/accident-00.html>
(ながい・ひろゆき=患者の視点で医療安全を考える連絡協議会)

●4月例会

「プライマリ・ケア」とは— 地域包括ケアにおける家庭医・総合医の役割」

亀谷 学さん（あいクリニック中沢院長・聖マリアンナ医科大学客員教授）

報告・小川陽子



▲亀谷さん

●プライマリ・ケアとの出会い

あなたはどこにかかりますか？講演はこの言葉のスライドからはじまった。亀谷学氏は、前職の聖マリアンナ医科大学教授、川崎市立多摩病院院長を退職する2年ほど前、予てより興味が深かったプライマリ・ケアを勉強するため、一年余り、僻地医療を経験する。そのノウハウを持って、多摩ニュータウンで高齢者医療を中心に30年、天本理事長が継続してこられた医療法人財団天翁会にて、「あいクリニック中沢」を立ち上げ、院長を務め一年半が経つ。

一枚目のスライド（あなたはどこにかかりますか？）は、「今日のお話の始まりであり、そして終わりでもある」と述べられ、プライマリ・ケアは患者にとって最も重要であり、心強い存在であるということをお話しいただいた。

「胸が痛い」とき…！考へられる疾患はいくつあるのか。胸のちくちくなども含め、大まかに別けても、循環器、呼吸器、消化器、整形外科、皮膚科、心療内科など約100種の病気にたどり着く。症状が起きた時、いったいどの科に受診すれば良いのか判断に迷うものだ。緊急事態なのか、ゆっくりでよいものなのか、それを最も的確に判断してくれるのが、家庭医なのだという。

1988年、循環器専門医である亀谷氏は、航空宇宙学の生理学実験のため

デンマークへ留学していた。当時、宇宙ステーションの打ち上げは、日本も関わる遠大な計画であった。

プライマリ・ケアとの出会いは帰国後、当時は第一、第二内科などのナニー科であった大学病院は、臓器別内科に切り替えるという機運が高まっていた。所属の私立大学も再編成の方向性を示すが、その場合には、総合的な診方が必要になる。ただ、総合診療を勉強する場所は日本にはなかったため、1996年米国のアイオワ州立大学医学部家庭医科へプライマリ・ケアの視察に向かった。期間は3か月、この短期間の視察が亀谷氏の人生を変えたのだという。米国の家庭医クリニックが一日に診る患者は、リストカットした少女、単純骨折の少年、臨月の妊娠を契約病院で家庭医が分娩を実施、そして生まれた子供の診察もするなど、多岐にわたる。日本では、各専門診療科にかかるのが当たり前であるが、米国の家庭医は、どんな疾患でも診ていたのだ。さらに、米国の医学教育にも驚いたという。大学病院の家庭医療科では、日本でいう卒業して5年目にあたる研修医を、教授が外来で直接個人指導を行っている。亀谷氏は、米国のプライマリ・ケアに触れ、まさに、目から鱗が落ちたのだ。この時点で、亀谷氏は循環器専門医として実験を続けることを

止め、志はプライマリ・ケアへとシフトしていった。何よりも、自分自身、総合医が合っていると思ったからだという。その後12年間、川崎市立多摩病院初代院長を務めながら、大学では10年間教官としてプライマリ・ケアの講義を毎年12回行っていた。ただし、亀谷氏が教壇に立つののはそのうちの1回のみ、残りの11回は実践経験のある講師が担い、それは亀谷氏にとっても勉強の時間だった

●プライマリ・ケアの特徴と歴史

1900年、米国へ英国のGP（一般医）が導入されたが、当時は魅力も少なく、そのうち米国では、臓器別専門医が増えている。専門領域においては、遺伝子技術や高度先進医療が開発され、飛ぶ鳥を落とす勢いで、医学は飛躍的に進歩した。しかし、臓器別専門医療は、人間を細切れにして診療するため、人の心身の健康を維持できない

が、果たしてそれでいいのか。そこで誕生したのが、人間を包括的、継続的に診る“専門医療”としての「プライマリ・ケア」だった。その後1969年米国に家庭医療学会による家庭医療専門医のカテゴリーが作られ、プライマリ・ケアの呼称はさまざままで、家庭医、かかりつけ医、総合診療医、プライマリ・ケア医などがある。さらに、質を高めるため、資格には更新制度を設けた。

1961年、米国で行った、成人1,000人の1か月の健康問題に関する受療行動の有名な研究がある。対象成人1,000人のうち何らかの健康問題が生じる人が750人、医師を受診する患者250人、入院を要する患者9人、専門科に紹介される患者5人、大学病院に入院する患者は1人未満という結果に至った。40年後、同様の研究をしたところ同じ結果が出ており、この研究の日本版でも同様の結果となった。これにより、人間が生活する上での健康問題は国内外の差はさほど見受けられないという傾向が証明された。外来患者の内、プライマリ・ケアで手に負えない患者を専門医へ紹介する確率は、3%～4%程度であり、人間の健康問題は日常的なことが大半をしめていることがわかる。つまり、大学病院へ入院するまでに至る患者はほんのわずかであり、基にある約95%以上を占める大きなパイのことは、医学教育では教えることはないのだ。

患者のなかには、どの臓器別専門医にかかるべきか分からず、また受診した後で、臓器別専門科が間違っていたときに、途方に暮れることも少なくない。そんな時にでも、真っ先に何でも気軽に相談できる家庭医が身近にいて、専門科の診察や検査などが必要なときには、適切な専門医を紹介し、また、最期の過ごし方にも応える医療が提供できるのも、プライマリ・ケアなのだ。

●プライマリ・ケアの特徴

プライマリ・ケアは、家族志向のケアであり、患者の背景には、家族、社会生

活、精神的な悩みを抱えている場合が多く、疾患はこれらが相互に関連して発症するため、いろんな角度に目を向け、生物心理社会的治療を行う。また、疾病的予防として、生活改善への患者教育もプライマリ・ケアのテーマである。例えば、指を怪我して外来に来た患者の対応は、専門医では、まずはCT・MRIで調べることから始まるが、家庭医の場合には、患者の指以外のため息にも着目し、肥満を指摘する。つまり、患者の全人格や健康全体を診ようとするのが、プライマリ・ケアの診察スタイルだ。

プライマリ・ケアの知識・技能・態度は、臓器専門科のローテーションで身につくのだろうか? 答えは、NOである。専門領域以外の健康問題は、誰かに任せればいいという暗黙知が付いて回るためだ。また、ローテーションでは、入院診療で、病名がついている患者のトレーニングが主体となるため、未分化な多様な訴えと複数の問題を抱える患者を、臨機応変に対応する能力は身につかない。そのため、先述のように、米国では教授が外来で直接個人指導を行うのだ。

家庭医を育てるには? 地域医療で研修すること、家庭医療の特徴を踏まえて、家庭医療専門医が指導することが重要だ。米国は3年間のプログラムをワンデイパックというシステムで行い、専門病棟で診療のトレーニングを受ける一週間の内、1日は家庭医の外来に戻り自分が担当する患者を継続して診察していく。その家庭医のコマ数は毎年増えてゆき、外来の診療を忘れないよう、入院診療とのバランスを考えたプログラムになっている。

●家庭医療とは?

「どのような問題にもすぐに対応し、家族と地域の広がりの中で、疾患の背景にある問題を重視しながら、病気を持つ人を人間として理解し、体と心をバランスよくケアし、利用者と継続したパートナーシップを築き、そのケ

アに関わる多くの人と協力して、地域の健康ネットワークを創り、十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ家庭医によって提供される医療サービスです。」これは、家庭医療の世界的な定義であり、米国家庭医療学会(AAFP)は1997年「The doctors who specialize in you」家庭医は、「あなた」を専門とする医師です。」と発表している。

また、各国でプライマリ・ケア医、家庭医がいると長生きするという研究結果も次のように発表されている。QOLや幸福感などが高く、死亡率が低かった(英国)、未熟児を生む率が低い(米国ニューヨーク大学)、乳児死亡率が低い(キューバ・コスタリカ)、肺がん患者の死亡率が低い(スペイン)。

●日本のプライマリ・ケア 昔と今

1965年、三船敏郎、加山雄三らが出演した映画「赤ひげ」を参考に、病気には物語がある(ナラティブメディシン)という教えや、行動変容・患者教育、栄養指導を行うシーンを抜粋し、実は日本には江戸時代からプライマリ・ケアがあったのではないか、と説明された。

映画の中で「医は仁術である」と言った研修医に対して、赤ひげは「~医学はまだ風邪ひとつ満足に治せない、病因の判断もつかず、ただ患者の生命力に頼って、そもそも手探りをしているだけのことだ…」というセリフがある。亀谷氏は赤ひげの謙虚さに感銘し、ご自身もこのような医師になりたいと思ったという。

今日のプライマリ・ケアの現状としては、OECD日本レポート(2014.11.5)では、プライマリ・ケア専門分野の確立を重要課題として取り上げた。さらに、各国に比べ、日本は40年～50年遅れをとっている認定制度が必要。プライマリ・ケア専門医の管理体制を整備し、有効性や安全性、患者中心の医療が出来ているかを把握するようOECDのフランチエスカ・コロンボ医療課長が

指摘した。

2004年、亀谷氏と家庭医を志す若手の山下氏は、米国家庭医療学会研修ガイドラインを監訳し『プライマリ・ケア何を学ぶべきか』を出版した。その内容たるや、全診療科はもちろんのこと、医療倫理、ヘルスプロモーション、診療所のマネジメント、救急医療などを含む、幅広い34項目を米国では3年間で習得し、試験に臨む。日本でも、2017年度、19番目の基本領域でプライマリ・ケア専門医が誕生することが、閣議決定された。

●地域包括ケアにおける

家庭医の役割

地域包括ケアの対象は、高齢者の在宅医療・施設訪問。神経筋難病の在宅医療、在宅終末期医療、緩和ケア、在宅での小児科医療においては、家庭医の

出番は最も多くなる。高齢者の医療で心がけることとして、以下の10項目がある。
①「加齢」「身心障害」「死」に対する医師自身の捉え方が重要である。
②避けることのできない衰えや、機能の喪失を考慮し、現実的かつ実際的な、心からの思いやりと人道主義的な態度で接する。
③患者の自己管理と自己決定を通じ患者の尊厳を推奨する。
④患者の人生と健康のすべてで家族と家庭が重要である。
⑤患者の利益を考慮すると検査と治療には適度な制限がある。
⑥高齢の患者の加齢、健康、医学的管理を十分に学び、それを役立てる。
⑦高齢の患者の診療には、多くの診療科のトレーニングが重要である。
⑧自分の患者には、いつでも自分に連絡が取れるように、患者に対して責任を持つ。
⑨費用を抑えることも重要である。
⑩患者の生前の医師(蘇生措置

を望まない、など)、リビング・ウイル、成年後見人の利点と限界を知る。
日本は今後、90歳以上の人口が増える。高齢者は徐々に病気が増えていき、健康問題を抱えた高齢者を診る地域包括ケアシステムが急務である。しかし、日本における家庭医の現状は、機運が高まってはいるものの、発展途上にある。国立大学では、総合診療科を実際に閉じているところもあり、これまで、大学が主導できた日本の医学は偏重すぎたため、大学の上層部に本来のプライマリ・ケアを理解している人物がいないことも問題だ。家庭医を専門領域として確立する環境をボトムアップで浸透させるため、患者、市民の声とともに、ジャーナリストの役割は大きい。

(おがわ・ようこ=医療ジャーナリスト)

●3月例会

「今、日本から始まるがん撲滅への挑戦—切らずに治す脳転移:ガンマナイフ治療最前線」

林 基弘さん(東京女子医科大学脳神経外科・ガンマナイフ治療室長、

第12回国際定位放射線治療学会学術大会長、第1回がん撲滅サミット会長)

報告・倉西隆男

2人にひとりががんになり、3人にひとりががんで亡くなる時代。外科手術、放射線治療、化学療法、免疫療法に至るまで進化を続ける一方で多くの情報に戸惑い、結論を出せず彷徨う患者が少なくない。「がん撲滅」に立ち上がった医師は日本のガンマナイフ治療のエキスパート、林基弘さんである。その功績は新聞・テレビ等でお馴染みだが、3年前には氏自身も「死の淵」にいた。林さんの熱い思いが語られた講演を要約する。

●メスの代わりに放射線を使う

ガンマナイフ治療は、転移性脳腫瘍、頭蓋底腫瘍、子どもの脳血管奇形、てんかん、三叉神経痛等の機能性疾患と脳腫瘍だけではなくさまざまな治療に用いられる事を示した。線源であるコバルト60を192本、病変部へピンポイントに照射する定位放射線治療である。日本の国内1号機は1990年に東京大学へ高倉公朋先生(元東京女子医科大学長、東大名誉教授)が導入されたが、同じ定位放射線治療のサイバーナイフ、エックスナイフ、ノバリス等との違いは精度で



▲林基弘さん

ある。わずか髪の毛1本分の0.1ミリ単位でなにができるのかを知り尽くしているのは脳神経外科医である。ガンマナイフは放射線治療というより脳外科手術であり、まさにメスの代

わりに放射線を使うのである。

現在ガンマナイフは先進国に300台弱ある。ヨーロッパには意外に少ない。東京には7台という状況でいまやどこにいってもその恩恵に預かれる。ただし国内55施設には55通りの治療があるといつても過言でない。鹿児島にいても札幌にいても、われわれの施設へ治療に来る理由は患者がよく勉強していて「誰にやってもらいたいか」を考えているからだ。精度の高い治療だけに同じ疾患でも治療法は数百通りといつてもよく、相当ファインな治療にはドクターを探してやってくるというのが現状である。

●12,000例をマネージメントした

東京女子医大では過去21年間に6,700例ある。埼玉のプライベートな施設では過去10年間で5,200例で、トータル12,000例近くをマネージメントしてきた。私自身が執刀したのは8,000例を超えてる。内訳は東京女子医大においては転移性脳腫瘍が53%、次いで脳動静脈奇形、聴神経腫瘍、髄膜腫、下垂体腫瘍、ここでの特徴的な三叉神経痛と続く。3年前にパーエクションという最新型が国内の大学病院として1号機が入った。これはかなりの優れもので、0.05ミリの精度で治療ができる。

治療は、ヘルメットのようなフレームを頭につける。子ども以外は局所麻酔で行う。静脈麻酔は前後それぞれ2箇所、計4箇所。私は麻酔ひとつにもこだわり、もっとも効く場所に効く時間だけしっかりととかけるので、患者さんから痛くないと評判である。勝負はフレーム(枠)をつける段階からはじまっていて、枠のつけ方次第ではMRIで撮影した際に見える組織も見えなくなってしまう。

画像診断後、場合によって血管撮影をし、データをコンピューターに入れ、治療計画を立てる。分割照射により大きな腫瘍に対して数日間にわ

たって行うサイバーナイフとは異なり、ガンマナイフでは照射位置が少しでも外に出ると、10%以上の確率で合併症がでてしまう。シビアな治療だが、効果は絶大である。

●外科手術に匹敵するほど

ドクターに差がある

ドクターは同じトレーニングを受け同じ施設で同じ患者に対しても患者の平均余命には差があるように思う。もしかしたら外科手術に匹敵するぐらいの差がドクターにあるかもしれない。私は、99年から01年までフランス・マルセイユの病院にいた。脳腫瘍だけでなく痛みやてんかんに対しても先進的に取り組むレジス教授に師事した。フランスにはパーキンソン病や痛みに対して棒をつけて針を刺す治療法がある。ガンマナイフは脳外科手術の源流をいくものだ。帰国後はいっそう妥協することなく治療してきたと自負している。

たとえば下垂体腺腫、てんかん、三叉神経痛でそれぞれの枠の角度が異なるのは神経の位置による。三叉神経痛の場合、 $2 \times 1.5 \times 15$ ミリの神経に対して平行につけなければ治療できない。病変がどこにあり、どこを神経が走っているのかといった極限の次元にまで技術を高めなければいけない。

帰国後に最初にしたことは東芝メディカルと共同でオーダーメードのMRIを作ることだった。神経や血管の構造が見えるようになってようやく世界レベルの治療ができるようになつた。その際、造影剤を条件を変えて使うことで腫瘍を透かしてみると技術を発見した。論文にも著したがこだわった治療をするためにはこだわった武器がないとダメだということだ。

●転移性脳腫瘍が多いのは肺がん

がん患者の10人にひとりは脳に転

移がある。つまり転移性脳腫瘍の治療ニーズは高い。もっとも多いのが肺がんで、乳がん、大腸がん、日本ではこれが3本柱。肺がんは悪性だというだけでなく、肺から出た血管が脳に来るため血流に乗って脳にきたところで発芽する。MRIを見ると、抗がん剤が効いているかといったことまでわかってしまう。われわれのところには患者に麻痺が出てから送られてくることが多いが、肺転移があれば必ず脳MRIをとってほしいと外科には忠告している。

歩いてきた患者はガンマナイフで93%治すことができる。たとえばストレッチャーで運ばれてきた患者さん、あるいは、てんかんがあるといった患者さんの場合、最後は脳で亡くなる人が少なくない。将来はプレミアム脳ドックのようなシステムが必要かもしれない。

●ガンマナイフは「人生を手術する」

誰もがリスクのある「聴神経腫瘍」は、内耳道に腫瘍ができると聞こえなくなるが、顔面神経が並走しているため下手をすると半分くらいの割合で顔が曲がってしまう。30代の女性で聴神経腫瘍の治療で顔が曲がり、夫との関係が悪くなり離婚した、そんな人生が現実だ。聴神経腫瘍に対しては私は今まで約900例経験しているが1例もパーマネントに顔面麻痺を出したことはない。1~2割で合併症が出ると説明を受ける患者がいるが、そんな治療をさせてはいけないというが私のポリシーである。

脳動静脈奇形のため6センチもある血管の塊が8歳の女の子の頭にあった。深部過ぎて血管内治療ができない。ガンマナイフの施設を20も回ったがどこもやってくれなかった。私が傾聴した結果、ガンマナイフで血流を減らしたら麻痺の進行が1年で止まった。その後は奇形がみるみる潰れていった。卵巣がんの脳転

で、泣いて外来にきた女性ではまず手術で神経を傷つけずに腫瘍をとり、そのあと、残したところにガンマナイフを行うと見事に消えた。行き先がホスピスからホームになった。医者があきらめるか否かの違いだがこれを運、不運で終わらせていいのか。

30代のプロスポーツ選手で聴神経腫瘍の患者は、ガンマナイフで顔は曲がらず、音も残った。医学部への進学を目指し、この4月で6年生になる。彼は「病気にならなければ先生に会えなかつた。腫瘍になったことを感謝します」といった。この言葉は病気を克服した人にしか出ない。病気が人生をリセットしたんだと思う。その意味でガンマナイフは「人生を手術す

る」ようなものだ。

昨年11月に亡くなったタレントのダンカンさんの奥さんは、脳腫瘍の余命1ヶ月でわれわれのもとへ来た。ガンマナイフと分子標的薬を組み合わせた結果、7ヶ月もの間、家族と時間を過ごすことができた。子どもたちの世話をしたいというご本人の希望の通り、亡くなる前日まで子どもの弁当を作ることができた。ダンカンさんは「ガンマナイフが私たち家族に素敵な時間をプレゼントしてくれた」と言ってくれた。いつ、どうしたいのかを聞けば、治療をそこに合わせることができるのではないか。3年前の4月、私は心筋梗塞に襲われて死の淵を経験した。入院中には患者からの

言葉に人と人の絆を実感した。時間の大切さを強く思う。ご清聴ありがとうございました。

*

林先生は、今年6月、横浜で開かれた「国際定位放射線治療学会学術大会」の大会長を務められた。今後、ガンマナイフは脳外科手術、抗がん剤、ペプチドワクチン、重粒子線とのベストミックスの真ん中に位置するだろう。大会は成功裏のうちに幕を閉じた。詳しくは「がん撲滅サミット」ホームページhttp://cancer-summit.jp/を見ていただきたい。

(くらにし・たかお=フリーライター)

新刊紹介

牧田善二著
『人間ドックの9割は間違い』
幻冬社刊
(本体780円+税)



年間300万人以上が受診するという人間ドック。30年以上にわたって毎年検査に受診してきたが、数年前に大病を患ってしまった。健診で出されていた微かな黄信号を無視していた自分が悪かったのか、それとも健診自体の精度やメニュー(検査項目)に問題があるのか。もやもやしていたところ、書店の棚の新書のタイトルに目を奪われた。

著者の牧田善二氏は糖尿病専門医。北海道大学医学部を卒業後、久留米大学内科教授を経て2003年に都内で糖尿病専門クリニックを開業。年間3,000人以上の

患者の治療にあたっている同氏が、「人間ドックを毎年受けているながら、手遅れの疾患が見つかるのはなぜか?」という疑問を呈するに至ったのには理由がある。

実は牧田氏の父親は人間ドックの病院の所長として働いていたが、自身も受けたドック健診では胆嚢がんが見逃されてしまった。後で述べるように腹部超音波検査の限界のためだ。症状が出てから受けたCT検査で胆嚢がんが見つかったが、既に手遅れの状態で6ヶ月後に亡くなつたという。

牧田氏は健診システム自体の意義を疑っているわけではない。しかし個々の検査内容の多くが、生命リスクの高い疾患なかでもがんを早期に発見することに適していないという現状に疑問を呈している。

牧田氏によれば父親の例のように腹部超音波(エコー)検査は無害だが効果は少ないと。予後の悪い膵臓がんや胆管がん、卵巣がんなどを早期に見つけるのはエコー検査では難しい。同様に胸部エックス線検査も肝心の肺がんを早期に見つけることは困難だ。

年間1,000万人以上が受けるという胃部バリウム検査は、胸部エックス線検査の

150-300倍近い被曝量の割に胃がんも食道がんも早期に見つけることは困難という。X線画像のシルエットに現われる凹凸で、がんを見つけ出す検査のために、ある程度進行しないと凹凸が出てない。

大腸の便潜血検査も害はないが、それでは大腸がんの早期発見は難しい。大腸がんは男性・女性ともに増加しているが、特に女性の死亡数はこの40年間で4倍に激増している。がんであっても便に潜血反応が出るとは限らない。

牧田氏は胃がん・食道がんや大腸がんを治療が可能な早期に見つけるためには、最初から胃カメラや大腸内視鏡検査を行うのが一番と強調する。検査項目の一つ一つについて有効性の点から批判を行い、代替検査を挙げている。例えば胸部エックス線や腹部エコーの代わりに全身CT検査が望ましい。50歳を過ぎたら冠動脈(心臓)CTがよいという。

検査項目を牧田氏が言うように全て差し替えることは現実的ではないかもしれない。しかし一部であっても変更なりスイッチできないだろうか。

問題をややこしくしているのは、胃カメラにせよ大腸内視鏡にせよ、検査を行う