



Medical Journalist

NPO日本医学ジャーナリスト協会会報 SEPTEMBER 2013 Vol.27 No.3 (通巻71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

<4月例会> 「医療保険財政安定化を見すえた疾病管理の取り組み」 <5月総会特別講演> 「医療・介護の課題と改革の方向」 <6月例会> 「現在の心臓外科臨床の実際と数多くの経験から 伝えたいメッセージ」	1 2 4	<医療事故調査委員会創設について> 「公的“真”の医療事故調査制度の早期創設を望む」 「医療事故調は仁術の心で作り上げたい」 命あつての俳句考 新刊紹介 冗句茶論	6 9 10 12
---	-------------	--	--------------------

●4月例会

「医療保険財政安定化を見すえた疾病管理の取り組み」

森山美知子さん(広島大学大学院医歯薬保健学研究院 成人看護開発学 教授)

報告・七野俊明

医学の進歩により新しい医療技術が次々と臨床応用されて、脚光を浴びている。しかし人口の少子高齢化も相まって、右肩上がりに増え続ける医療費を国は負担し続けることが難しくなっている。予防が費用対効果の点で立証しにくいという事情もあり、日本の医療保険制度では一部の例外を除いて、原則として予防的なサービスを給付対象として認めてこなかった。しかし社会保障制度の維持に向けた医療費抑制策として、2008年からスタートしたいわゆるメタボ健診(特定健診・保健指導)に続いて、予防を国の政策の中で正面から見すえる動きが出てきた(2013年6月14日内閣府発表の健康・医療戦略)。同戦略の中で、「医療機関と企業との連携等による科学的根拠のある公的保険外の疾病予防、健康管理等のサービスの創出が課題である」と唱われた。

メタボ健診は糖尿病や高血圧症・脂質異常症などの生活習慣病に対して内臓脂肪の観点から介入して、脳卒中や心臓病などの初発を防ごうとする一次予防の試みだ。それに対して、一旦罹ってしまった疾患が慢性化

重症化することを防止しようとするのが疾病管理・慢性疾患管理(Disease Management)という考え方だ。そこで広島大学大学院医歯薬保健学研究院 成人看護開発学教授の森山美知子さんに、我が国における最新の取り組みをお話いただいた。

●糖尿病性腎症から

透析への移行を回避

森山さん達はこれまでに地域において心筋梗塞や心不全、脳梗塞、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、糖尿病・糖尿病性腎症などをターゲットに重症化予防プログラムを構築して、対照群を設定して比較研究を行ってきた。その一つが広島県呉市で実施された糖尿病性腎症重症化予防事業だ。

呉市の人口は24万2千人(平成24年3月)。広島県内3位の人口規模だが高齢化率は人口15万人以上の都市の中で最も高い。国民健康保険被保険者数は人口の約23%(5万5千人)を占めている。呉市では介護を必要としない健康寿命の延伸を目標に掲げているが、そのためには国民健康保険の健全運営が必須となる。



▲森山美知子さん

そこでまずレセプトデータ・健診データの分析を実施して呉市国保の生活習慣病の状況を把握した。次に医療費との関連で着目したのが人工透析だ。現在、国内の透析患者は約30万人おり、医療費は年間約1兆4500億円かかっている。呉市(国保)でいえばプログラム開始時(平成22年度)に156人の透析患者(2ヶ月以上の継続した透析実施で、集計年度末に資格を有するもの)がいた。そのうち平成22年度新規導入者数は26人。透析患者1人当たり約500-600万円の医療費がかかっている。呉市では介護を必要としない健康寿命の延伸を目標に掲げているが、そのためには国民健康保険の健全運営が必須となる。

冗句茶論(ジョーク・サロン)

松井寿一

肩こりなどまったく知らないという人たちがいる。「こりない面々」。

おそば屋さんと小さな男の子がお母さんに聞いた。「ぬきそばってなに?」。冷やしたぬきそばを、冷やした、できたのだ。

オペラ歌手が声量が落ちてきて、一人で歌う力がなくなった。ソロンソロだめか。

おみくじを買った。「凶でしょう」。

ペットの犬をなくして、悲しみのあまり頭がおかしくなったという友人にアドバイスした。「脳ドックに入って調べてもらったら?」。返事が「犬のいない所なんか行きたくない」。

外孫の5歳の男の子と、行かず後家の35歳のオバさんとの会話。「オバさん、いま何が一番ほしい?」。「そうねえ配偶者かしら」。「あっ、ボクもその車ほしい」。

ご高齢の男性で、頭のてっぺんと両足がまったく同じ状態になってしまった。有る毛ない(歩けない)。

A、B、C、3人の回答者の中で正解は誰か。Cである。ただC。

その住所に住んでいる人はみなさん長寿である。富士見台(不死身だい)。

鈴木さん、田中さん、佐藤さん、原さん、林さんなど10人くらいの人が集まっていた。原さんが所用があると帰ったら、残った人全員が同じことを思った。原(腹)減った。

「泰平の眠りをさます蒸気船、たった四はいで夜も寝られず」という有名な狂歌がある。これにならって作られた優秀作をいくつか。

他人様を驚かせたいお化けたち
驚かないので夜も寝られず

新妻の化粧落とした寝顔みて
わが目疑い夜も寝られず

朝がくりゃその裏側が気になって
川田晴久夜も寝られず

百年後やっと目覚めた眠り姫
その後しばらく夜も寝られず

代議士に当選したが買収が
バレはせぬかと夜も寝られず

五十年隣で寝ている妻の顔
じっとみつめて夜も寝られず

外からは蚊と虻ブヨで内からは
ノミとシラミで夜も寝られず

「私はナニナニが大嫌いです」といって、その理由を言う遊び。

私は相田みつがが大嫌いです。「つまずいたっていいじゃないか、人間だもの」とは何たるいい草。つまずいて転んで寝込んでる年寄りがいかに多いことか。

私はお仲間さんが大嫌いです。嘘ばかりいわれました。

私はキレイな美人が大嫌いです。キレイだキレイだ大キレイだ。

私は鰻が大嫌いです。でもご馳走してくれるなら大好きです。

私はキライという漢字が大嫌いです。女を兼ねるなんて……。

新刊紹介

すぐにドイツに渡り、心臓外科医の道歩み、数多くの心臓手術、さらには心臓移植手術を行った。日本では心臓移植ができないころ、何人もの日本人を受け入れたことでも知られている。日本大学が日本一の心臓センターを作るとして教授に招聘されたために帰国したもの、その約束は果たされず、十分な手術も教育もできなかった。

ずっと外国で働いていた医療者は、日本の医療を極めて公平な目で見ることができ

る。南さんもその1人だ。南さんによると、日本の病院の心臓手術が平均70例に対し、ドイツは1400例だ。ドイツでは約80の病院に集中しているが日本は530 病院が手術をしている。日本50例程度だが、ドイツでは500 例手術しないと専門医になれない。外科医は症例を重ねるほど熟練する。日本の心臓外科のレベルが不十分なのは当然だ。

南さんはこうした思いをいろんな媒体で発信した。日本人らしくない見方や思い切った発言が珍重され、やがてラジオの医療番組を任されるようになった。南さんが選んだ医療関係者をスタジオに呼び、いろんなテーマで対談や座談会をする。実はこの本は、その番組に登場した人たちとの対談を

もとに構成したものだ。

登場する人は16人。川渕孝一・東京医科歯科大学教授、ジョン・ウォーカー・亀田総合病院特命副院長、福井次矢・聖路加国際病院院長、藤堂省・北海道大学特命教授、福島孝徳・デューク大学教授、田島知郎・東海大学名誉教授などそうそうたるメンバーも含まれている。さほどではないメンバーもいて、私もその1人に加えていただいた。

対談や座談会でさまざまな医療の問題点や欠陥が語られ、それらは何度も登場し、繰り返されている。また、相手の体験や立場の違いから、ニュアンスは必ずしも同じとはいえない。しかし、そのなかに、共通して見られるのは、南さんの、何とか日本の医療をもっともっとよくしたい、との思いだ。それにしても、こうした問題点や欠陥は、昔から分かかっていて解決もそう難しそうには見えない。それなのに何年も何十年も変わらない、ということだろうと思ってしまう。

医療の品質管理のなさ、を何人もが指摘する。南さんの指摘のように、心臓外科も脳外科も医師1人の手術数は少なすぎ、ほう大な設備・医師養成費がむだになっている。患者さん本位に考えれば医療連携は不可欠なのに設立母体の違う病院間では、隣同

士でも協力がなく、勤務医と開業医の機能分化もうまくいっていない。勤務医の過重労働はドイツでは解決済みなのに、日本ではそのメドすらたっていない。医師が経営者を兼ねる日本では患者ではなく医師のニーズが優先し、利益相反状態が起きている。

協会のみなさんにはぜひ、読んでみてもらいたい。我々が何をしなければいけないかを考える時の指標になる、と思うからだ。

(田辺功)

Medical Journalist Vol.27 No.3 (通巻71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: 松井宏夫
E-mail: matsui@ab.em-net.ne.jp
事務局: 東京都港区麻布台1-8-10 麻布備成ビル7階
(株)コスモ・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

研究事業の対象としたのは糖尿病腎症第3期または第4期で(5期2名が含まれた)、糖尿病で通院している50名の患者(平均年齢66.9歳、男性29名、女性21名)。透析回避・透析前期間の延長(できるだけ透析にもついでかない)を目標に、看護師が運動(活動と休息のバランス)や食事(減塩、低タンパク、適切なカロリー)、服薬指導、血糖・血圧管理、フットケア、ストレスマネジメントなど、面談や電話を通じてきめ細かく患者教育を実施。地元のかかりつけ医、医師会、保険者(呉市国保)とも頻りに連絡を取りあい、定期的なデータモニタリングを実施して患者やかかりつけ医にフィードバックした。

その結果、プログラム開始から12ヶ月後の時点で腎機能がほぼ維持され、糖尿病治療における血糖コントロールの指標であるヘモグロビンA1cが改善した。特筆すべきは期間中、そしてプログラム終了者の36ヶ月後の透析移行

患者がゼロだった点だ。一方で、プログラムに参加しなかった者からは、多数の透析移行者が出た(3年間で12人)。平成23年度末の状況としては、呉市の国保被保険者の中で透析者数は最近減少傾向にある。

●保険者が主体となった慢性疾患管理の展開

我が国の死因全体の約3割を心疾患、脳卒中が占めているが、医療費の面でも国民医療費の約20%がこの二つの疾患領域で使われているという。罹患させないことが重要だが、罹患してしまった患者の再発防止も医療財政を安定化させる上で欠かせない。ただ残念ながらリハビリまでいたらない軽症患者に対するフォローアップ体制は現在のところ構築されていない。心筋梗塞や脳梗塞の場合、生活習慣を改善しなければ再発を起しやすく、予後が悪いという

しかし医療機関の側だけで再発や重症化予防プログラムを組むことは、マンパワーや保険制度の制約などにより難しい。しかも患者が転医してしまえば関係が断絶してしまう。持続的な慢性疾患管理を行うためには、国保や協会けんぽ、健保組合などの保険者が主体となることが、データ管理の点でも望ましい。国が掲げた健康・医療戦略はこの点に着目して、健康寿命の延伸を図ろうとするものだ。森山さんたち広島大学では学問研究の枠を超えて、2010年12月に大学発ベンチャー企業を立ち上げて、社会の要請に応じて行こうとチャレンジを始めたところだ。医療財政の問題が大きな政治・社会問題となっている昨今、新しい試みが成功するかどうかは、我々国民にとっても大きな関心事といえよう。

(しちの・としあき=医療ジャーナリスト)

●5月総会特別講演

「医療・介護の課題と改革の方向」

秋葉賢也さん(厚生労働副大臣)

この度は、昨年の組閣にて厚生労働副大臣となられた秋葉賢也氏をお招きして、今後の医療・介護についてご講演を頂きました。

秋葉賢也氏は地元仙台開催のハーフマラソンに出場されるなど、厚生労働副大臣として大変お忙しい中でも、積極的に健康づくり運動のPRに取り組んでおられます。

初参加とは思えない力強い走りです。都を駆け抜けられ、見事完走した際には、「50歳を過ぎて初挑戦しても走ることが出来る。運動を始めようか迷っている人は自信を持って取り組んでほしい。」とコメントされていました。当日の秋葉氏の講演の要旨を以下、報告します。

現在、日本人の平均寿命は、男性80歳、女性86歳、全体では83歳と世界最長水準で、1985年に世界一の長寿国となって以来、実に30年近くに亘って首位を維持してきました。

WHOの統計を見ても、加盟国194カ国の平均値が73歳ということなので、日本は世界の平均と比べても10年長いこととなります。

このように日本人の平均寿命83歳というのは大変喜ばしいことですが、2010年に厚生労働省で発表しました「健康寿命」によると男性70歳、女性73歳を過ぎると、体の具合が芳しくない状態や、なんらかの病気を抱えている率がぐっと上がるというデータがあり

報告・葛西沙保里



▲秋葉賢也さん

ます。

健康寿命とは、介護を受けたり、病気で寝たきりになつたりせず、自立した健康な状態での長寿を目指すという内容になっていて、本当の意味での長寿を目指すために、寿命と健康寿命の差をいかにして少なくしていく

かが大切なのです。

日本にも収入格差があるのに世界最長水準の寿命なのは、諸外国から見ると不思議な事で、日本は収入に関係なく皆が同じ高度な医療を受けられることが平等とされているが、アメリカでは高度な医療は富が豊かな人のためにあり、そうでない人は自分が支払える分の医療を受ける事こそ平等と言えます。

大けがや脳梗塞など日本ならすぐに救急車が駆け付けて、適切な病院へ搬送してもらえる状態でも、国が変わると、目の前で苦しんでいようが、まず保険に加入しているか、医療費の支払い能力があるかの確認作業から始まるのですから、本当に恐ろしい事です。

アメリカでは、およそ5割の人が医療費の支払いが出来ず自己破産に追い込まれていますが、日本ではどんなに高額な先端医療を受けても、所得に応じて月の支払限度が低く抑えられています。

このような、国民にとって大切な欠かすことの出来ない制度は、なんとしても守っていかなければならないし、より良い制度にしていくためにも、1人1人が健康な食事や運動を意識し継続する事で、ガンや心疾患などの生活習慣病に罹らないようが大切です。

そうすることで医療費の負担を抑えることにも繋がるのです。

●年齢別の年間一人あたりの医療費(3割負担)

年齢	1人当たりの医療費(年間3割)
20歳～64歳	約16万円
65歳～69歳	約40万円
70歳～74歳	約55万円
75歳以上	約90万円

次に、現代の子供の健康状態についてですが、仙台市で整形外科の院長をされている先生のお話によると、昔は、転倒などで手足をすりむいたり、腕や脚を骨折して搬入される子供が多かつたのに、現在では反射的に受け身をうまく取れないがために、なんと顔面から血を流して運ばれてくる子供が多いそうです。

長年子供たちの状態を見ている先生もこれには嘆いておられると聞き、大変驚きました。

もしかして、子供達の運動機能が相当低下しているのではないかということから、仙台市教育委員会協力の下、小学1年生から中学3年生までの運動機能の抽出検査をしたところ、以下の三項目が出来ないお子さんが多数見つかったとのことでした。

- ①肩を耳に付けるようなバンザイ
- ②直立の状態から前屈で床に手をつける
- ③踵を浮かせずにしゃがみこむ

もし身近にこの三種類が出来ないお子さんがいたら要注意かも知れません。体が柔らかいはずの子供が、バンザイ・前屈・しゃがみこみを出来ないなんて、大変に驚き、バンザイが出来ない子供なんて、院長先生、本当にいるんですか?と聞き返してしまいました。

お子さんにバンザイをして下さいと言うと、Yの字になってしまう子もいるそうで、肩甲骨は本来様々な方向に動くよう出来ていますが、背中の上の方をしっかりと伸ばして支えることができないと肩甲骨が動きにくくなり、腕全体の可動域も小さくなってしまふことから起こる現象なのだとか。

しゃがみこみに関しては洋式トイレの普及が挙げられており、最近では大型商業施設だけでなく、駅などの公共機関でもお手洗いが綺麗に整備されています。

公共施設でも学校に至っては、和式トイレの存在すら知らず小学校に入学して使い方が分からなかったり、しゃがんだ状態を保てないなどが原因でお手洗いにいくことを我慢してしまい、大惨事になることも珍しくないのです。

そういう事にならないように保育園や幼稚園では小学校入学前に和式トイレの練習をするよう保護者に伝えた

り、学校でも徐々に洋式に切り換えているのです。

そんな環境の変化もあり日常生活において「しゃがむ」という姿勢が必要なくなってきたことからの現象なのかも知れません。

また、それに追い打ちをかけるように東日本大震災の影響で、宮城県・福島県では校庭や公園などのスペースは全て仮設住宅へと変わり果ててしまいました。

こうした事態も重なりどんどん遊具が姿を消すのと反対に、ゲーム機などは日々進化し、外で元気に遊ぶこと自体が減って、いつの間にか関節や体が固まってしまうと危険を回避する能力が備わらなくなってしまうのだそうです。

こういった状態が続くとゆくゆくは医療費の高騰に繋がっていくだろうと、大変深刻な状況と考え、直ぐに文部科学省に連絡し、バンザイ・前屈・しゃがみこみだけなら1人1分で終わるのだから、学校健診の時には是非取り入れて欲しいとお願いしました。

ところが、現在の健診だけでさえ保護者からクレームが入るなどで、ものすごい時間を割かれているので、到底実行に移すのは難しい、という結論に至りました。

現時点では、子供たちが今後こういった影響をなるべく受けなくて済むように、大型商業施設などの敷地を60カ所近く借りて遊具を設置したりするなど、子供の遊ぶ場所の確保にも努めております。

最後に、日本の成長戦略としても要の、医療機器や医薬品についてです。現在、医療機器は毎年6000億円の輸入超過で、医薬品に至っては1.3兆円～1.5兆円も輸入超過している状態です。

医薬品に関しては、国内にも吸収・合併を繰り返して生き残った医薬品メーカーが380社近くあるが、世界のトップ10にも入れず伸び悩んでいる状態なのです。

つい先ほども東京女子医大を訪問し、そこでは細胞シートでの再生医療

の研究という、まさに医学と工学が連携した、最先端の研究が行なわれていました。

日本の医療が世界の中で存在感を保っていくためには、「何より人づくりが大事」と、現場の先生方もおっしゃって

いて、医療・工学・バイオそれぞれの研究が別々に行われたのでは、なかなかスピードアップ出来ないとのことでした。

新薬を1つ開発するために約1,000億円のお金が必要になるが、最近話題のiPS細胞などの再生医療を進展させて

いく方が少ない費用で研究出来るので、民間の会社と政府が協力し、積極的に実用化やその発展を図り、これからの医療分野の活性化に務めて参りたいと存じます。

(かさい・さおり=三好耳鼻咽喉科勤務)

●6月例会

「現在の心臓外科臨床の実際と数多くの経験から伝えたいメッセージ」

天野篤さん(順天堂大学心臓血管外科教授)

報告・雨野重一

昨年2月18日の天皇陛下が東大病院で心臓バイパス手術を受け、その後リハビリを経て、見事公務に復帰されたことを覚えておいでの方は多いと思う。その手術の執刀をしたのが天野篤さんだった。当時のメディアをはじめ、われわれ一般の興味は、今上天皇の病気の診断をし、治療方針をたて、手術のチームを組んだ東大医学部付属病院が、いわゆる外様の順天堂大学医学部教授で、心臓手術のゴッドハンドと言われる天野さんを手術執刀者に選んだことだった。天皇陛下のご病気もさることながら、医療の世界での判官最良というのか、多くの人がある種の小気味良さを感じた(と筆者には思われた)出来事だった。

天野篤さんは、しかし、そうしたことで世間の脚光を浴びたことに浮かれるわけでもなく、徹頭徹尾、自分の職業と技に自信と誇りをもつ職人だった。天野さんにとって、天皇陛下の心臓バイパス手術を任せられたことは光栄なことであつたろうが、天野さんにとっては天皇も一人の患者であり、患者を助けるために全力を尽くす、ということでしかなかった、と思われる。その証拠に、今回の講演でも、まずは心臓外科医としての自分が関わっている疾患とその治療についての説明から入った。その内容は決してやさしい市民公開講座レベルの話ではなく、専門性の高い医学のエビデンスに基づき、

不確実性の高い医療をいかに確実なものにすることができるかという闘いであることを語るものだった。

天野さんが説明した3つの心臓疾患とは、虚血性心疾患、大動脈弁狭窄症、僧坊弁閉鎖不全症だった。これらの病気で手術をして元気になった人と言え、ということで写真で示された有名人がそれぞれ今上天皇、映画俳優のアーノルド・シュワルツネッガーさん、プロゴルファーの倉本昌弘さんだった。この3つの疾患についての天野さんの説明すべてをここで祖述するのは意味がないので、天皇陛下が受けられた虚血性心疾患に基づく冠動脈バイパス手術についての話だけを簡単に記録しておくに留めたい。

*

最近『一途、一心』という本を上梓したが、これはずいぶん前から書き溜めていたもので、昨年2月18日の陛下の手術をしたことを機会にきれいにまとめておこうと思った。幸い多くの人に読まれ、その印税は震災復興に寄付させていただいている。陛下の手術の報道に関して言えば、先にも鳥取の植樹祭に出かけられたり、昨日も関西に行かれて、心臓手術の「し」の字も出ないほど元気になられたということが喜ばしいが、これは自分としては人生の付録だと思っている。

心臓血管外科手術数は年々増えてい



▲天野篤さん

て、現在年間6万例であり、動脈硬化が増え、弁膜症も増えている。順天堂大学では年550-600例の手術数、小児が80-100例あるので、成人は500-530例であり、バイパス手術は減り、近年は大動脈のステント治療が増えている。また、大動脈弁狭窄症も増えてきている。近年は80歳以上の高齢者の手術が増加傾向にあり、2010年頃からは10%を超え、2012年には13%、1割以上が80歳以上の高齢者である。

2010年の冠動脈疾患治療数では、内科的カテーテル治療が約248,000例、外科的心臓手術が75,000例で、圧倒的にカテーテル治療が多い。日本ではバイパス手術はカテーテル治療に比べ12-13:1と少ないが、米国では6-7:1になり、手術の割合が増える。ではカテーテル治療と手術ではどちらがいいかということだが、脳梗塞も含めて通常有意差がない、あるいは脳梗塞イベントでは多少カ

テーテルの方がいいといわれているが、糖尿病多枝病変になると、動脈硬化予防治療のために積極的に脂質低下治療を行ったり、糖尿病を治療したりするが、糖尿病患者さんや複雑病変では、死亡、心筋梗塞、脳梗塞、再治療の頻度はカテーテル治療の方が多ということが出てくる。傾向として糖尿病病変については、沢山の大规模研究がバイパスが優位であるという結論を出している。外科ではどうしたら安全に手術が出来るかが常に関心の的である。SYNTAX Trialという臨床試験データでは、難易度で低・中・高のスコアをつけており、難易度の低い、危険因子の少ない(単純・単独病変)患者さんではカテーテルと差はないが、難易度が中・高の危険因子の多い(複雑・複数病変)患者さんでは差が出てきて、バイパス手術が優位になる。施設でも個人でも症例数の多い方が、安全であるといえる。

*

このように前半までが、虚血性心疾患、大動脈弁狭窄症、僧坊弁閉鎖不全症の疾患の説明や手術の治療成績、そして手術後のリハビリについての説明(すなわちタイトルにある「現在の心臓外科臨床の実際」に当たる話だったが、後半はやはりタイトルにある「数多くの経験から伝えたいメッセージ」として天野さんの心臓の手術に対する医師としての、また個人の思い、心構え、哲学が、訥々と、しかし確信をもって語られた。その語り口は熟練の技術をもった医師が経験を語るというより、ご自身「空手バカー代」という漫画のタイトルを使って自分のことを語ったりしているように、医者「極道者=求道者」でありたいと言うところから出てきたものである。それをすべて話し言葉でカバーすれば、すでに出版された『一途一心』やこれから出版されるかもしれない自伝と同じになるほど密度の濃い、また興味深い話だったが、ここでは印象に残った言葉をいくつか引用して、この稿の責を塞ぐこととしたい。

まず、天野さんは徹底した心臓外科の

職人である。それは例えばこんな言葉である。外科医の責務とは何か、それは心臓外科手術が成功するというのであるが、では何をもって成功というのか。

心臓外科診療を取り囲む過酷な環境の中で

- ・過去の治療成績に裏付けられた術式が機能障害を残さずに行われた。
- ・予後(その後の人生)に影響するような合併症を起こさなかった。
- ・術前に到達が予想された生活の質に達した。
- ・術後に遭遇する他の疾病に対して悪影響を与えなかった(心臓手術しているということで治療を縮小されなかった)。

これらの言葉は天野さんのすべての手術の目標であり、心がけであり、実際に達成していることであると思われる(まるで、武道の道場に架けてある「掟」ではないか)。

そして、その職人たる所以は、とにかく症例数を数多く手がけてきていることである。

「去年は手術を505件やったんですね。東大での一例も含めて505件。1日平均、一例平均4時間とすると、2020時間という数字が出てくる。自分の睡眠時間と同じくらい、毎日手術はしているんだろなと思いますね。今年6月までで240件やりました。手術する外科医を続ける意味ということですが、数多く手術していればこそ、可能な発見があるということですね。教科書に書いていないようなテクニックを実際見つけられることが大変うれしい。そういうふうにして見つけた発見というのは、一緒にやっている仲間にとって、けっして高いハードルではないんですね。すぐに超えられるようなハードルですぐに仲間提供できるという意味があります。

さらに数が多くなればなるほど、個人の経験からのエビデンスというのが確固たるものになりますので、グローバルエビデンスという、もっと多い臨床試験とかもメタナリリスクから出てくるようなエビデンスも参考にするとともに、そういった

エビデンスから除外されている患者さんがいるんですね。そういった除外されている患者さんに対して、自分のパーソナルエビデンスを前向きに使っていくことができることで、治療成績を上げることにつながると思っています。」

まさにこれは職人の言葉ではないか。そしてその職人は、腕を磨けば磨くほど、名人という名称が与えられることになる。すなわち名医であるが、天野さんは、では名医と呼ばれることをどう思っているのか。

「目標を高く持つということも重要なことでして、これどっかの大学の学是じゃないけど書いてあります「名医ならずとも良医たれ」…日大もそうだったような気がします。順天堂もそうだった気がします。これはもうハッキリ言ってバツですね。どうしてかということですね、(名医を目指すというのが医師道)なんです。医師道というのは造語でして、道を究めるというのが流行っているんですが、(道)というのが付くときはほとんどが武士の(士)なんです。騎士道とか、武士道とか……医師というのは、(良医は名医の通過点)であると認知すべきであって、良医を目指してはいけない。良医がゴールではないんだということ。また知識とか技術とか経験の突出とかは名医の必要条件であるけれど十分条件ではない。名医とは医師道を究めた医者が名医ということでもいいだろうと思います。」

「医師道の追求では、私の掲げた条件を述べさせていただくと、こうなります。

- ・医師は自らを生きやすくするために安きに向かつてはならない。
- ・医師は自分の業に誇りを持ち、修業に対して達成感とともに幸福感を持つ。
- ・医師は患者の苦痛・病・生死の境に逃避する行動をとってはならない。
- ・医師は患者の老若(幼)、性別を言い訳にしてはならない。
- ・医師は自身の身につけた経験を周く、差別なく施さなければならない。
- ・医師は社会制度に則した医療を行うことを原則とするが、医療改革(=患者・医師双方が納得できる医療の追求)の志を

持たなければならない。
・医師も人なり。医療の現場以外で個人が保護されるような環境は自らの力で獲得しなければならない。

どうということかと言いますと、そのぐらい自分を追い込んで高い能力を発揮できるような環境と、そういう能力を身につけなさい、ということだと思います。さらに言うと、ある外科医が24時間365日って言っていましたけれど、そんなことはできっこないんで、自分のプライベートの時間を持ちたかったら、自分で努力してその時間をつくりなさい、ということだと思います。」

*

すでに紙幅は尽きた。最後に、「空手バカ一代」ではないが、天野さんが漫画

の主人公を意識しているというエピソードを披露して終わりにしたい。講演の中でも紹介された産経新聞のインタビュー記事（記者は、木村良一氏）に次のような箇所がある。「ライバルは」と聞かれた天野さんは、「うーん。難しい。」「ブラックジャック?」「違う。(漫画『メスよ輝け!!』の主人公の)当麻鉄彦。『孤高のメス』という小説や映画にもなったけど、当麻鉄彦が僕の新東京病院時代とかなりダブる。患者サイドに立って手術で患者とその家族を幸せにしようとするところがいい。ライバルというよりも外科医の理想像かな。」と答えている。筆者も漫画が好きで、若年の頃、手塚治虫の『ブラック・ジャック』も愛読していたが、寡聞にして『メスよ輝け』(集英社)は知らなかった。早速、

1巻目を取り寄せて読んでみたが、扉に書かれた原作者(高山路爛)の言葉はこう言っている。この漫画のヒーローは「所詮は神ならぬ身、彼自身、理想とままならぬ現実との狭間であって呻吟し、「外科医に最も重要なセンスの良さと飽くことなき向上心、そして人間性も備えた現代的な少壮気鋭の士」だという。当麻鉄彦は、まさに天野さん(の理想像)である。名医となった天野さんは、いつか現場を引退し、邯鄲の弓の名人紀昌のように、メスを見せられても、「それは何と呼ぶ品物で、また何に用いるのか」と尋ねるようになるのだろうか。

(あまの・しげかず=医療ジャーナリスト)

【ミニ特集】医療事故調査委員会創設について

去る5月29日、厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」は、医療調査制度の枠組みをまとめ、これまで何度か行きつ戻りつした医療事故調がここに来て一歩前進した。日本医学ジャーナリスト協会は、これまで月例会やシンポジウム等で医療事故について、またその防止対策について、何度となく取り上げ、関係者の声を聞いてきた。2000年6月の李啓充氏の「アメリカの医療事故対策」に始まり、2001年1月に開催した「人は誰でも間違える」出版記念公開シンポジウム、2002年11月「医療事故防止対策一看護業務の実態調査から」、2003年「川崎共同病院・死亡事故」外部評価委員会報告、2007年「医療訴訟は医療ミス削減に寄与するか」シンポジウム、2008年「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」、そして2012年「医療事故報道を検証する」シンポジウムと、時々の医療事故問題とその調査究明について発信を続けてきた。ここでは、医療事故により家族を亡くされた永井裕之さんとジャーナリストの木村良一さんから今回の「在り方検討会」の報告をきっかけとして、どのような調査委員会をつくるべきか寄稿いただいた。

「公的な”真“の医療事故調査制度の早期創設を望む」

永井裕之(患者の視点で医療安全を考える連絡協議会代表)

1999年2月、私の妻が医療事故で亡くなり、もう15年になる。血液が固まるのを防ぐ薬と消毒薬を間違えて点滴され、死亡するという事故だった。この年は、1月に、肺の手術と心臓手術をする患者を取り違え、手術が終わってから間違いに気づいたという「患者取り違え」事故。7月には綿あめを口に入れていた男の子が転倒。口の中に割り箸が刺さり取り除いたが、破片が残っていたのを見逃し、男の子が亡くなるという「割り箸」事故

など、ニュースで取り上げられた医療事故が続いた年である。日本では交通事故の死亡者数は、2000年は9,066人だった。毎年減って2012年は4,411人になった。一方、医療事故による死亡者はどうかというと、この数字は全く分かっていない。増えているのか減っているのかも分からない。平成18年3月「医療事故の全国的発生頻度に関する研究報告書」で報告された医療事故の発生頻度から推計す

ると、救えることが出来たであろう医療事故死亡者は年間2万人以上あると考えられる。医療事故死亡者数をしっかりとつかみ、その数字を少しでも減らすことは「医療安全」の最も重要な取り組みだと思っている。医療安全運動を交通安全運動以上に国を挙げて国民運動として推進していくべきであると訴えている。しかし、残念なことに政治も、行政も、また国民も、「医療安全」という言葉すら、まだ十分に認知していないのが

現状である。

妻の医療事故から10年くらいたった頃、病院長・多くの医師から、「当時に比べて医療現場もだいぶ変わりましたよ」と話しかけられた。確かに、患者の名前を確認するリストバンドとか、薬剤を計るために使う注射器に色をつけたりすとか、医療現場でハード面の安全対策はだいぶ進んできた。

しかし、医療事故が起こった時に、その調査は本当に変わってきているのだろうか。最近でも医療事故らしきものに遭った人たちから「納得できる説明がない。死因の究明などの調査をしっかりとやってくれない」などの声を聞く。

病院内の医療事故調査は本当に変わってきたのか?公正中立性は?透明性は?本当に医療事故から学んでいるのだろうか?医療事故は減ってきているのだろうか?

「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」(略称:患医連)を、私たち5つの市民団体が2008年設立し、医療版事故調の早期設立を求める活動をしている。

チラシを配りながら署名をお願いする活動を都内で毎月行い、これまでに50回以上になり、約3万人の署名をいただき、国会にも陳情した。

私たちの求める医療事故調査は事故の原因を究明して、再発防止を図り、医療事故にあった患者・家族への公正な対応を目的としたものである。その目的が達成できれば、日本の医療の安全と質の向上に寄与すると信じている。

医療事故調査機関は次の5つの性格を持つべきだと訴えている。

1. 外部委員など中立の立場で、手続きと調査を行う「公正・中立性」
2. 公正中立に調査が行われていることを外部から見えてわかるようにする「透明性」
3. 事故分析の専門家によって、原因究明・再発防止をはかる「専門性」
4. 医療行政や行政処分・刑事処分などを行う部署から影響を受けない「独立性」

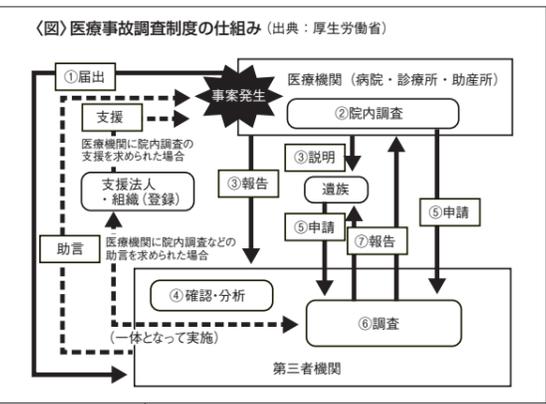
5. 医療安全の体制づくりに、国の十分な予算措置がある「実効性」

特に、事故調査制度において医療事故の届出を受け医療事故調査を行う第三者機関は国レベルの公的な機関で、国の相応な予算措置があり、継続的に推進できる制度設計をすることが重要である。そのような制度の基盤により、すべての診療行為に関連した死亡事例を調査の対象として原因究明及び再発防止を実践することにより、全国的に均一で質の高い調査分析が行われていくのである。公的機関はこのような調査分析ができる専門性を備え、全例の事故調査が行える人的・物的資源を投入されてこそ、医療事故の原因究明及び再発防止により医療の安全及び医療の質の向上が図られることになる。

2012年2月から再開した検討部会は、13回にわたり議論を行った結果、「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」について、本年5月29日にとりまとめ、終了した。

厚労省はこのとりまとめを踏まえて、今秋の臨時国会への医療法改正法案の提出を予定していたが、来年の通常国会に延期し、その中に「医療事故調査制度」も盛り込む予定である。これから「院内事故調査のガイドライン」が検討され、新しく設立する第三者機関と院内事故調との関連が明確にされていくことであろう。しかし、検討部会がとりまとめた内容(参照 図 医療事故調査制度の仕組み)について、私たちはいくつかの問題を感じている。その中から主な5点を次に示す。

1. 仕組み：「外部の支援を円滑・迅速に受けることができるよう、その支援や連絡・調整を行う主体として、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等を「支援法人・組織」



として予め登録する仕組みを設けることとする」としているが、医療事故が発生した医療機関がある都道府県の医師会・大学病院等のみで構成する「支援法人・組織」が院内調査の外部支援を行うことは、十分な中立性・公正性を担保しにくい。また都道府県ごとに登録するようでは、50近くに細分化されるので、事故調査の内容・質に差が生じる恐れもある。全国的に均一で質の高い調査分析を行うには、ブロック制を採用し、ブロック単位で登録された「支援法人・組織」が院内調査に外部委員を派遣する等の支援を行うべきである。

2. 調査メンバー：院内事故調査委員会を構成するメンバー選出方法に中立性の保障が弱い。遺族から見ても中立的な立場の方を複数入れるべきである。
3. 調査権限：「第三者機関の調査権限などにおいて公的性格が見えないため、第三者機関が院内事故調の異議申立機関に成り下がる」おそれがある。
4. 調査範囲：「届出を要する事故の範囲が事案の発生を予期しなかったものに限る」としている。医療事故が発生した当該医療機関による「合併症」であるとの判断は誤っていることがあるので、届出の判断を当該医療機関や当該の医療者だけとするならば、大半の合併症事案が届出されないことになるのではないかと心配している。
5. 調査費用：「すべての院内事故調査

によって刑事訴追や民事訴訟から医師を解放すべきだ」との声が出てきて医療事故調は医者や病院のための組織に変わってしまった。

しかしながら医療事故調査の制度はもともと「真実を知りたい」という医療事故で最愛の家族を失った遺族の願いから始まったはずだ。患者中心の構想だった。

『徒然草』の時代から医者への声や立場は強く、患者は弱かった。だからこそ医者は「仁術」を忘れて「算術」に走ることを戒められた。医療事故調を考える場合も同じである。「医は仁術」の精神を忘れず、弱い患者の立場で考えなければならない。医療事故調査制度の在り方をもう一度考え直す必要がある。

身内が身内を調べること自体に無理があるし、前述した大学病院の非常識な記者会見の問題を考えてもそれはよく分かる。

2008（平成20）年6月に厚労省がまとめた大綱案では、事故原因の調査は病院とは無関係の第三者機関で行われることになっていた。ところが第三者機関に調べられることに対し、病院や医師ら医療関係者が猛反発し、厚労省も大綱案を引っ込めざるを得なくなり、病院の院内調査が優先されるようになった。

医療事故が多発し、民事訴訟が増え、医師個人の刑事責任も問われるようになると、医師はリスクの高い手術をしなくなり、訴訟の多い産科や外科などの診療科を担当するのを避けるようになった。医療が疲弊していくなかで、医者の間からは当然なことのように「医療事故調査の制度

の設立しかない。

■無理な院内調査の優先

その「医療事故調査制度」の概要が今年5月下旬、医師や患者の遺族、弁護士らでつくる厚生労働省の検討部会でまとまった。これまで医療界の反発や政権交代でなかなか議論がまとまらず、ここまでくのに10年以上の歳月を費やした。

この医療事故調査制度の大きな特徴は、まず最初に医療機関が自らの手で自分の病院で起きた医療事故の原因を調べ上げ、その院内調査の結果を民間の第三者機関（医療事故調）に報告するところにある。しかし、一般社会と大きくかけ離れ、「医師の常識は社会の非常識」とまで揶揄され、隠蔽体質からなかなか抜け出せない医療機関に客観的調査は期待できない。

●命あつての俳句考(自句自解)

笹ひろひこ

【命とばしる秋】

鳴外の墓でんと産し秋うらら

秋晴れの日、俳句仲間と三鷹市の禅林寺を訪ねた。裏手の墓場を散策していて「森林太郎墓」に出くわしたとき、その簡潔さと質素さに打たれて、この句が出来た。「他の文字をいっさい刻まないように」という遺言通りに建てられた森鳴外の墓であった。彼は夏目漱石とともに明治期の大文豪と称されながら、こんな墓を所望したのは、大失敗の反省から来ているのに違いない。

日露戦争のとき乃木大将が指揮して戦った旅順の二百三高地攻防では大苦戦を強いられ、多くの日本兵は足がふらふらで撃たれやすかったという。当時の陸軍は兵隊を喜ばせて士気を高めようと白米食を振る舞ったところ、脚気が多発していたのだ。その責任は、ひとえに陸軍軍医総監・森林太郎にあった。ドイツのコッホ細菌医学研究所に長く留学していたため、脚気も細菌病の一種と思い込んでいたのである。

一方、日本海海戦でバルチック艦隊を破った日本海軍は、イギリス海軍に留学した海軍軍医総監・高木兼寛の信念に基づいてパン食に近い麦飯食・玄米食を続けていた。のちに脚気はビタミンB1欠乏症と判明し、「海軍カレー」を生み出した高木は「ビタミンの父」と呼ばれた。

※ 季語は、秋うらら(秋)

車座にみかんの宴檻の猿

秋が深まると、動物園の猿山でもミカンの給食が増えてくる。みんな周辺の仲間をきよろきよろ見回しながら、一つずつ丁寧に皮をむいて、ほおぼる。「きのうのミカンより甘いね」「これからもっとおいしくなるよ」「ビタミンCが多いから歓迎だね」などと、まるで話がはずんでいるみたい。野生のときは、農家が丹精して育てた旬の果物を失敬して追われたりしたが、ここではそんな非難も心配も不要。冒険をする張り合いが減った分だけ、運動不足にならないように手も使って走り回ろう。

※ 季語は、みかん(秋)

往來の灯に死角あり虫の園

車道にも歩道にも街灯が増えてきて、都会は夜通し明るくなった。しかし少し暗いところに差しかかると、草むらでは虫の声が一段と高まってくる。

コロコロコロ、リツリツリツ、リイリイリイリイ、チルチルチル、ピリリツ、リイリイリ、チリチリチリチリ、ジージージー。秋の夜長を、雌を求めて鳴き通す雄虫たち。

そういえば、私の耳鳴りもいくらか高まってきたのかも知れない。

※ 季語は、虫(秋)

笹ひろひこは、当会会員・児玉浩憲の俳句。ブログもよろしく。グーグル検索は「いのち宿る科学POEM」あるいは「俳句入門、児玉」とお願ひします。

参考資料

- (1)「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」(厚労省)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000339xk-att/2r98520000033a1k.pdf>
- (2)「医療事故調 創設の影響は?」
日経メディカル 2013/8 No.549 P44～49
- (3)視点論点「医療事故を減らすために」
2013/7/2 NHK 解説室
<http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/400/161229.html>

木村良一(産経新聞論説委員)

できない」と話したと思ったら、3人が同時に立ち上がり、そろって回れ右をして縦一列に並んでそのまま歩いて講堂の外に出て一方的に記者会見を終わらせてしまった。会見を始めてわずかに5分。私も含めてその場に集まっていた数十人の記者やカメラマンは啞然とさせられた。

なぜこんな非常識な記者会見を行ったのか。医療事故の原因を突き止め、再発防止に努めようとする真摯な態度に欠けていたとしか思えない。事故を公にすることで情報を共有し、他の病院で同様の事故が起こるのを防ごうとする考えもなかったのだろう。

いまでこそ病院が医療事故を公表するようになってきたものの、当時は病院が自ら進んで事故を発表するようなことはほとんどなく、ひたすら隠そうとしていた。「白い巨塔」と呼ばれてきた大病院ほど、組織が大きくなればなるほど、不祥事を隠そうとする隠蔽体質から抜け出せないようだ。

だからといって体を治してきた患者が死ぬような医療事故を放っておいてはならない。どうしたら患者にとって理不尽なこの医療事故を防げるのだろうか。その答えは医療事故を第三者の目で客観的に分析し、その原因を探り出して再発防止に結び付けることのできる医療事故調査委員会

当事者である医療機関と第三者機関の二つの仕組みが連携・協力する新しい制度の稼働により、医療安全の一層向上を期待する。その実現には、公的な財政支援が必要だ。

すべての人は医療のお世話になる。医療の安全と質の一層の向上を実現すべく、筋がよい“真の医療事故調査制度”を早く小さく生んで、国民みんなでしっかりしたもの育て上げていきたいと願う。

費用の負担を医療機関に義務づけることや第三者機関の調査費用の一部を患者遺族からも負担させる」という点である。医療事故の原因究明をし、再発防止に役立て、日本の医療の安全と質の向上に寄与するという公益性からみて問題がある。

院内事故調を中心とした事故調査制度を確立するためには、新しい革袋となる公的な医療事故調査の第三者機関を早く創設することだ。

「医療事故調は仁術の心で作り上げたい」

『徒然草』にこんな一節がある。「友とするにわろき者七つあり。一つは高くやんごとなき人、二つには若き人…」と友達として付き合うのによくない相手を7人ほど挙げたあと、「よき友三つあり。一つには物くるる友、二つにはくすし、三つには知恵ある友」と続く。

二つ目の「くすし」は「薬師」と書く。当時の医者のごとで、医者が古くから重宝されていたことが分かる。人に健康を与え、人の命を救うことができるからだ。筆者の吉田兼好自身、体がそんなに丈夫ではなかったというから医者を大切な友達のひとりにしていただろう。

昔も今も医者は患者にとって尊い存在だ。ただし、高いお金をくれる患者は喜んで救い、そうでない患者は相手にしない医者もいる。医者は自分のさじ加減次第で患者を生かすことも殺すこともできる。そんな医者が昔から多くいたから医者を戒める「医は仁術」ということわざが生まれたのだと聞いたことがある。

このことわざの戒めのように医師は損得にとらわれることなく、仁愛の心をもって病人の治療に当たらなければならない。決して「算術」に走ってはならない。だが、病院内でひとたび医療事故が発生すると、仁愛の心を失ってしまう傾向がある。

■非常識な病院の体質

10年前の2003（平成15）年11月11日付の産経新聞朝刊1面と社会面にこんな書き出しで始まる医療事故の記事を書いたことがあった。

「都内の大学病院で直腸がんの手術を受けた50歳代の主婦が、点滴用カテーテルの挿入ミスから意識不明の重体となり、臨床的脳死と診断された。病院側はこの挿入ミスに気付かず、断続的に24時間も点滴を続けていた」

独自に取材を重ねた特ダネだった。残念なことに主婦はこの医療事故で死亡した。今回、あえて病院名は出さないが、医療事故を起こしたのは昭和の初めに設立された歴史のある大学病院だった。

大学病院はこの記事を受けて11日午後から急遽、記者会見を開いた。しかし、それがとんでもない非常識な会見だった。

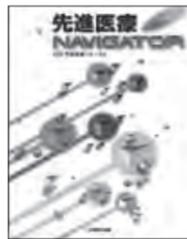
記者会見は産経新聞の記事が出た11日の午後3時過ぎに始まった。講堂の壇上に白衣姿の院長と2人の副院長が現れ、最初に院長が「ご迷惑をおかけしたことをおわびします」と頭を下げた後、副院長が医療事故の経緯をごく簡単に説明した。問題はその後だった。

もうひとりの副院長が「司直の手に委ねられているので質問には一切、お答え

新刊紹介

ニュースレター編集部では
会員の皆さんの書評を募集しています。
メールで編集部までお寄せ下さい。

各界代表医学者著
『先進医療 NAVIGATOR』
日本医学出版刊
(本体4,500円+税)



この本は、物語を記述した読み物ではない。ドキュメンタリーリストなどによるエッセイでもなければ、取材による闘病記でもない。根気よく読み込まねばならないが、しかし、日本が現在もっている医学上の実力を知るうえで欠かせない要素が、各界の専門家によって紹介されている。日本が持っている高度先進医療技術の先端性を項目別に解説し、健康保険がカバーできる範囲を説明している。

ご存じのとおり、健康保険制度は、高度の治療技術は保険の給付外とし、診療のすべてを自己負担するのが原則である。1961(昭和36)年に国民皆保険制度が制定された。昭和初期に創設されていた各種の共済組合、組合健保、政管健保(今の協会健保)、国保のいずれかに、全国民は加入しなければならないとしたのである。当時、健康保険は、病気による困窮を少しでも減らすことを目的としていた。全国民は毎月保険料を払えば、いざ病気になった時には、安い初診料と少量の自己負担金だけで、医療が受けられるシステムを設定したのである。生活苦から解放するのが狙いであった。その後、医療技術は長足の進歩を遂げ、健康保険の給付範囲を拡げてきた。ただ、健康保険の支給には限界があって、高度に開発された新技術には保険の給付を行わないとして、

もしそれを受ける場合には、診察や検査から先進医療の技術までの診療全部を自己負担とした。しかし、がん年齢の国民が増え、生活レベルが当時より向上し、がん細胞を攻撃する薬剤や技術が次々に開発され、自己負担が難しくなり、これまでの医療では、国民の満足度が得られなくなってきた。高度の技術を施す医療機関も経営が難しくなると、保険給付できる技術と保険給付できない技術の「混合診療」の拡大が大きな注目を集め、2004(平成16年)に先進医療の範囲を再定義して、保険給付できるものと、できないものを種類分けし、先進医療ができる施設条件も規定した。つまり、混合診療の拡大を図ったのである。すでに、1984年には、当時の厚生省は高度先進医療制度を設定していたが今回は、中身を細かく規定した。厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣が中心となって、国民の安全性を確保し、患者負担の増大を防止する視点を前提にして、国民の選択肢を広げ、利便性を向上する観点から、保険診療との併用を認めることにした。今年3月1日現在では、65種類の先進医療技術を行いうる施設が規定されている。

この本は、各分野の先進医療の内容を、がん医療から、人工臓器、臓器移植、iPS細胞に係る最先端的な治療法を、幅広く分野別に説明している。高久史磨日本医学会会長が巻頭文を載せ、先進医療専門家会議座長猿田享男慶應義塾大学名誉教授が「先進医療の動向と課題」を書いており、そのあとを62名の専門家が執筆している。少々難しいが、各分野の現状が理解できる。

日本の医療技術は日本国内の患者を対象とするにとどまらず、医療産業として海外に広げようとする施策が始まっている。2011年に設立されたMEJ(Medical Excellence Japan)を改組し、すでに政府の呼びかけに応じた23社を統合して新組織

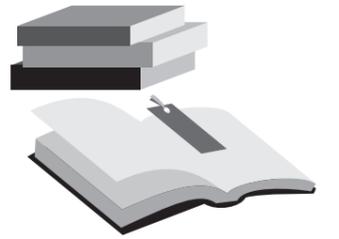
を作り、日本の医療機器、医薬品、医療サービスを、東南アジアをはじめとする海外諸国に輸出する展開である。これも、安倍政権が描く成長戦略の一つとして位置づけられている。こうした時代背景を考慮して、医療ジャーナリストは、医療界と国民にばかり目を向けず、日本の医療技術の実態を知っておくことも大切な使命だと思う。更に付け加えるなら、この本のどこかに書かれていた「今日の夢は明日の現実」であって、今は先進医療でも、近い将来、保険医療の項目に入れられるかも知れない。そんな観点から、この本の一読をお奨めする。

(大野善三)

小川明著
『医師になるには』
ペリカン社刊
(本体1,200円+税)



「なるにはBOOKS」というシリーズがある。さまざまな職業になるための案内書であり、これまで150冊以上が出版されている。本書は、その中の一つ、書名にある通り「医師」になるための解説書であるが、通信社の医療記者を20年近く続けてきた著者の、医師への丁寧な取材に基づく意を尽くした(そしてわかりやすい)文章は、医師を目指す人にとって必読の書であるばかりでなく、医療の世界で仕事をしている人にとって「医師」あるいは「医療」を理解する上でも格好の案内書だと思う。ま



櫻井晃洋著
『そうなんだ! 遺伝子検査と病気の疑問 モヤモヤを解決する33』
株式会社メディカルトリビューン刊
(本体1,600円+税)



「取材」はジャーナリストにとっては博打場である。勝てば相手の研究成果を十分に引き出して価値ある原稿を仕上げることができる。勝利の方程式は準備に万全を期すこと。私は事前に一般書・専門書・著者論文、雑文などを通覧する。この絵本かとも思える表題を持つ遺伝子本は、実は専門書への橋渡しとなる格好の入門書である。

本書はANGELINA JOLIEのNY Times 外部論説「私が選択した治療」(5月14日付け)から始まる。「遺伝性乳がんの遺伝子検査の結果を受け、予防的に乳房を切除した」という彼女の一言が、本の中核をなしている。

同書は遺伝子に関する33のQ&Aから成り立つが、特色は回答が明快であること。一部を引く。「全ての人が病気に関わる遺伝子の変化を何種類か持っているが発病者はきわめて少ない」「遺伝病の多くは治療の進歩で治療可能に」「生殖細胞がんだけが一定の確率で子へ遺伝する(全乳がんの5%が遺伝性がん)が、正しくはがんになりやすい性質が遺伝する」「体細胞のがんは遺伝性ではなく遺伝子が傷害されて発症する」「根本的治療法がない病気の遺伝子診断は生への強い信念を持つ希望者にのみに

行う。結果は人生設計の指針になることもある「安易に受検して安易に行動するな(ダウン症を例に引いて)」などなど。

一方、遺伝子文化論ともいべきヨミモノもある。「DNA解析技術の進歩で人類の祖先と考えられていたネアンデルタール人、北京原人、ジャワ原人などの各説はすべて否定され、その起源は東アフリカの1ヵ所に絞られた」「地球上にチンギス・ハーンの子孫は1600万人いる」「著者が若い女性になりすまして受けたネットの遺伝子検査(肥満)の回答は『甘い物を控え腹八分を心掛けよ』と遺伝子とは無縁のアドバイスが並んでいた」などなど。

遺伝子検査はときに朗報をもたらすが、不用意な受検は氷つくような岐路と決断を突きつけてくることを承知しておきたい。なお遺伝子検査の94%は感染症に関する検査である。著者は札幌医科大学医学部遺伝医学教授。

(高山美治)

南和友著
『日本の医療危機の真実—いまこそ求められる医療制度改革』
株式会社時事通信出版局刊
(本体1,800円+税)



南さんは群馬県渋川市にある北関東循環器病院長で元日本大学心臓血管外科教授。南さんは京都府立医科大学を卒業後