

# Medical Journalist



Medical Journalist Association of Japan

NPO日本医学ジャーナリスト協会会報  
SEPTEMBER 2012 Vol.24 No.3 (通巻68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

## C O N T E N T S

<5月公開シンポジウム> 「今なぜ、医学部新設か?— 医師不足の解消と医学教育を考える」	1	<7月例会> 「透析のゆくえ、腹膜透析という 身の丈の医療」	9
<4月例会> 「病理検査における匠の世界」	6	命あつての俳句考	11
<6月例会> 「うつ病の根本的治療法の開発に向けて」	8	UPMCを訪ねて	12
		新刊紹介	13
		冗句茶論	14

## ●5月公開シンポジウム

### 「今なぜ、医学部新設か?—医師不足の解消と医学教育を考える」

講 師：上 昌広氏(東京大学医科学研究所特任教授)  
北島 政樹氏(国際医療福祉大学学長)  
福井 次矢氏(聖路加国際病院長)  
田島 知郎氏(東海大学医学部名誉教授)

コーディネーター：水巻 中正(日本医学ジャーナリスト協会会長)

## 報告・森まどか

### 〈第1部〉

5月19日に東京都内で、日本医学ジャーナリスト協会主催による公開シンポジウム「今なぜ、医学部新設か?—医師不足の解消と医学教育を考える」が開催され、北海道から福岡まで約140人のジャーナリスト、医学・医療関係者、自治体関係者らが参加した。

冒頭で、司会を務める水巻中正日本医学ジャーナリスト協会会長は、医学部新設を巡るトピックとして東日本大震災で被害が大きかった岩手、宮城、福島県の3県で、住民と医学・医療関係者の意見が対立していることを紹介。日本全国でパブリックコメントを求めたところ賛成が6割を超え、医学部新設を望む声が多くなっている印象だと述べた。



▲水巻 中正さん

そのような中で、このシンポジウムは新設の是非論から一歩踏み越え、既存医学部の定員増が医師不足や医療崩壊の解決策に成りうるのか、また、医

学部を新設するのであればどのような医学部を作ればよいかを具体的に話し合う場としたいと呼びかけた。

### ●医学部新設は数の辻褃合わせではなく、地域の人材育成が目的

上 昌広氏(東京大学医科学研究所特任教授)  
震災後、福島を中心に被災地での復興支援を継続している上氏は、医学部新設に賛成を表明。被災地でも医師以外の住民は医学部新設を強く求めていると述べ、その必要性について4つの視点から話した。

医師の偏在については、日本の人口当たりの医師密度が「西高東低」であり、地域によって非常に大きな格差があることを指摘した。京都、徳島、高知、福岡が密度が高く、ドイツ、フランスと同レベル。埼玉、茨城、千葉は低く中東並み。福島・浜通り地区はさらに低く東南アジア並みの充足度であるという。

これは戦前までに権力を持っていた地域に医学部が優先的に誘致された近代日本の歴史が大きく影響しており、医学部の新設は、明治以来の歴

## 冗句茶論 (ジョーク・サロン)

松井寿一

脳梗塞で倒れた人がいた。救急車で一刻も早く病院へ運ばなければならない。しかし高速道路は使わずに、下の道を行くという。ノー高速。

混迷する社会を切り開くには、大きな志を持った僧侶にゆだねるべきだという。ポーズ・ビー・アンビシャス。

鮎の塩焼き。串の端を両手に持って、いままさに食いつかんとして質問した。アーユ・鮎?。

東京新聞の付録は、別刷りのタブロイド版。題字がいい。「暮らすメイト」。

グラスを軽く触れさせて乾杯をする。こんな挨拶はいかが。今日はじめて会った。生まれも育ちも違う。多分出ている学校も違うが、グラスを触れ合わせて友達になれる。「グラスメイト」。

やきもちをやかないで、というのを英語でいうと。嫉妬ダウン。

人生は明るく生きなきゃ。暗いのはダメというのを英語でいうと。ドンチークライ!!。

大阪は心斎橋の路上で。外国人に道を聞かれると大抵は足早に去ってしまうが、外国人に勝るとも劣らない英語で教えている日本人がいた。それをみてた人が一言。「ええ会話や」

炎天下の街中を汗びっしょりになって歩いてきて、涼しい部屋に入って一言。「ホットした」。

前進するのかわ却却するのかわ、伺いをたてたところ沖縄の野菜という指令が届いた。「ゴーヤ」。

自動車には「カーナビ」がついていて、間違わずに進んでいける。わが家には「カカアナビ」がついているので、安心である。

秘密が秘密でなくなった日のことをなんとかいうか。「バレタデイ」。

アーカイブスならシー・ロイ美人。

近くで話してもトーク。

話かうまくなるには、一にも慣れ、二にも慣

れである。それでナレーションという。

いやあ上手ですねえとほめられて怒った人がいる。「おれはサメじゃない」。

お坊さんは座禅をしたり読経したりで座っていることが多い。外出する時は車を運転するからほとんど歩かない。またお坊さんは剃髪している。それで歩けない(有毛ない)。

ご住職のいうことは絶対である。下の者は従わなければならない。それで服従職(副住職)という。

争いが絶えない土地柄というのがある。寄こすか(横須賀)寄こさないか。

神奈川県で一番散らかっている海岸がある。かたせ(片瀬)江ノ島。

北海道の斜里岳を臨みながらつぶやいた人がいる。「おかずがないんだ」。

鳥にもダニがつかます。鶯ダニ。植物にもダニがつかます。茗荷ダニ。

五箇山や白川郷では、屋根がすばらしいハーモニーを奏でています。合掌(唱)づくり。

## 新刊紹介

けの努力では、財政再建には限界があると、著者は考え続けてきた。

やはり八重山郡民全体や、他の民間医療従事者も共に考えていくことが、問題解決により近づく道だと考えた。

「医療とは“患者さん”と“医療者”の両者がいて成立する活動です。医療崩壊がいわれて久しいですが、“崩壊”とはだれにとっての崩壊なのでしょう。私には“患者さん”からみても、“医療者”からみても崩壊に向かっているかのように感じます。お互いの主張をぶつけ合っているだけではだれも得をすることはありません」と問題を提起。

医療崩壊を食い止めるには、両者が同じ情報を共有し、考え方の温度差をなくすことだと考えた。そこで、一般市民への情報提供を含め、病院からの発信を活発化することの必要性を痛感。多忙な診療のあい間に執筆し続けた。

10年11月から八重山毎日新聞にコラムで連載されたものが、このほど集大成された。

その陰には「八重山の医療を守る郡民の

会」のサポートもあった。

### ◎石垣島から全国への発信

著者は生粋の“海人”(ウミンチュ)。琉球大学医学部卒業の麻酔科の専門医、指導医で、01年から10年余り同病院に勤務している。

八重山諸島唯一の総合病院で、一般診療のほかには救急医療、訪問医療、訪問看護、離島巡回診療なども行う。患者は周辺離島からは昼間は定期船で通院。緊急時は海上保安庁のヘリコプターで石垣島に運ばれる。

病院の最大の問題は数年来の財政難と、医師、看護師などの慢性的な人材難である。このため診療の縮小がこりさらには離島特有の問題も加わる。

これほど多くの難問が、これですぐに解決するとは決して思わない。しかし、多くの住民の認識と理解という小さな一歩は、何らかの課題解決の糸口となりうるであろう。

「幸せはいつも自分の心が決める」が著者自身のモットーだという。

**Medical Journalist**  
Vol.24 No.3 (通巻68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  
ウェブサイト：http://www.meja.jp



▲上 昌広氏さん

史的問題の見直しにつながり、東西格差の解消のためにも有効と述べた。

医学部新設による医師過剰が懸念されている点については、人口数と単純医師数を比較することには意味がないと指摘。その理由として、高齢者増により患者が増える一方で、医師も高齢化し、さらに女性医師が増えることをあげ、患者の数に対する医師の労働時間数は、大都市圏も含め2050年まで不足する状況が続くと分析した。

また一般的にいわれている「地方大学を卒業した医師が都会へ戻る」という現象については、地域ごと、大学ごとに極端に異なり、一定の傾向はないと報告した。

その上で、復興の基本は教育にあり、東北に医学部を新設する是非は教育の視点で考えなければならぬと主張。被災地に医学部を新設することで地元の教育レベルが上がれば、地域に人材が残り、各地からも若者が集まると述べ、「地域の人材育成のための医学部新設を」と結んだ。

●硬直化した医学教育を変える、

新たなコンセプトの医学部を

北島政樹氏（国際医療福祉大学学長）

北島氏が学長を務める国際医療福祉大学では、新たなコンセプトの医学部新設をめざし、2009年から本格的に検討をはじめ、医学のヒューマニティを踏まえてどのような教育が必要かを設立準備委員会で議論している。

「医療崩壊」といわれる現状について、先進諸国がすでに医療の「質」を求めて在院日数などの改革を行っている中で、これまで「量」の医療を推進してきた日本は、質と量を両方求めたことが原因であると指摘。関東は25年経っても医師の不足が続くと述べた。医師不足の背景には、病院数が多いのに医師が少ない、専門の細分化、医師の過重業務が原因であるとともに、大都市と地方の偏在、診療科の偏在、専門分野による偏在が起きていると分析。

医師不足解消のために行っている医学部の定員増については、定員増に見合うだけの施設の拡充や教員の充実がなされておらず、教育の質の低下が危ぶまれていると指摘した。

一方、医学部新設については、東北75市の市長会から要望書が出されることや、パブリックコメン



▲北島 政樹さん

トで6割が賛成していることをあげ、医療の受益者である国民の声に対する国の反応に期待したいと発言。医学部の定員増が閣議決定で認められながら、必要基準を満たしても新設が認められないのは妥当性に乏しいと主張した。また、医師が増えても、DPC（包括医療）による機能分化、効率化で医療費は増えないと、国の懸念を退けた。

国際医療福祉大学は、より良い医学・医療教育のために知識よりも技能・態度を重んじる教育をめざすと話し、教養教育を大切にしながらも、早期に臨床教育を取り入れ、4附属病院を活用する診療参加型実習を実施、医療福祉の総合大学として多職種への理解を育み、チーム医療をしっかりと教育する新たな医学教育のモデルをつくりたいと述べた。

また、地域医療を志す学生のために選抜方法を考慮することや、一般家庭から入学可能な学費水準を検討していることも報告した。

●北米型のメディカルスクールで、

ダイナミックな医学教育を

福井次矢氏（聖路加国際病院長）

アメリカでプライマリ・ケア内科学の臨床医として働き、公衆衛生大学院で勉強した福井氏は、1984年の帰国時に、プライマリ・ケアのプログラムがない、EBM（evidence-based medicine）のトレーニングがなされていない、公衆衛生大学院がない、4年制大学卒業後に入学するメディカルスクールがないという4点で、日本はアメリカの質の高い医療より遅れていると感じたと発言した。総合診療もEBMもこの十数年で広がり、公衆衛生大学院も広まりつつある現在、メディカルスクールだけが実現していないことをあげ、医学教育という視点から、北米型のメディカルスクールを作れないか考え始めたことと述べた。

急速に医学知識が膨大化し技術が高度化していく一方で、教育期間は限られているため、日本の医学教育は長年改革が叫ばれてきた。特に日本は学問ではなく臨床のできる医師を養成することで後れを取っていたために、実技の教育、卒後臨床研修の充実が必要だったと言う。

またグローバル化の波が迫って来ていることを今になって医学教育関係者が意識するようになったと指摘し、臨床実習が充実している北米型のメディカルスクールをぜひ日本でも認めてほ

しいと述べた。

北米型のメディカルスクールの特長として、大学で4年間学んだ後の22歳以降で入学するため、幅広い教養と、医師・医療者になるための献身的な心構えを持った人が選択されて入るという点をあげ、コミュニケーションやヒューマンリズムの側面でダイナミックであり、モチベーションや教養レベルの高さからグループディスカッションなどの斬新なカリキュラムを導入できることを利点としてあげた。

福井氏が病院長を務める聖路加国際病院でもメディカルスクール設置をめざして活動、内閣府の規制改革委員会に申請したが、既存の学士編入学制度を実施する医学部が高く評価されていないという理由で認められなかったと報告。これに対し、学士編入者と高校を卒業したばかりの学生と一緒に教育していること自体が間違っており、全く別のグループとして教育カリキュラムを走らせない限りは、学士編入学制度の実績からのメディカルスクールの評価はフェアではないと反論。

硬直した日本の医学教育では、新しいことが何もできないことを問題視し、病院での徹底的な臨床実習重視など魅力的な教育カリキュラムを実施するメディカルスクールあるいは大学の新規参入を認めてほしいと主張した。

●医学部新設が、医学・医療改革の

起爆剤になることを期待

田島知郎氏（東海大学医学部名誉教授）

田島氏は、現在の日本は医療劣化の悪循環に陥っていると指摘。医学部新設が、本物の医学・医療改革に向かわせる黒船役あるいは起爆剤になってほしいと期待感を示した上で、医師の教育で重要なのは医学生あるいは医師が置かれる環境であると主張した。医療の在り方、医業の仕組み、病



▲河北新報の佐々木記者

院の在り方、医師の働き方など根源から見直す必要性を見据えた医学部新設であり、最終的には国民目線の医療構築を目指すものであってほしいと冒頭で話した。

医療劣化については、医師が勤務医と開業医に区分され、病院運営がオープンシステムではなく、開業医が大病院の診療に関わらないというシステムが医療諸問題の根源的な原因であると発言。

医療劣化の実態として、分娩施設の半数に輸血の準備がないことや、開業診療所の乱立、中小規模病院の病院機能不全などによる救急搬送時間の悪化、救急医療体制の不整備の実例をあげ、明治維新以来、国民の医療ニーズに対し国はきちんと答えようとせず、経営優先の民間に任せられたことが問題と指摘した。

同時に、日本の医療は医師＝経営者の構図があり、医療が利益相反行為、簡単にいえば「銭勘定の医療」になっていることを問題視した。

標準医療普及の遅れ、医師力の無駄遣い、過剰診療による医療費の無駄遣い、それによる社会の医療に対する認識の低下と弊害など、医療劣化の悪循環を迫り、その原因となる現行の医療の仕組みを変えようとする厚生労働省の行政姿勢と、見て見ぬ振りをする民間の姿勢を批判した上で、若い医師までがカネか名誉を優先する現状について嘆き、新しいタイプの医学部設置がその打開策になることに期待を寄せた。

4名の講師の発言を補足する形で、河北新報の佐々木記者より、仙台厚生病院と東北福祉大学による医学部新設構想を自社の提言に盛り込み、「東北再生 あすへの針路」というキャンペーン報道で取り上げた経緯の報告があった。

佐々木記者は地元の要望が高まってきている、手ごたえがあるといい、被災3県のルポでは、沿岸部の病院長から「臨床重視の新しいタイプの医学部を作ることで医師不足が少しでも解消されるのであればぜひ新設してほしい」という発言もあったという。東北に医学部の新設をめざして今後も取材、報道を継続していくという河北新報の姿勢に対し、水巻会長をはじめ、上氏、北島氏からもエールが送られた。

〈第1部 終了〉



▲福井 次矢さん



▲田島 知郎さん

## 〈第2部〉

会場とのディスカッションに先駆けて、講師が発言に補足。北島氏は「現在の医学教育で本当に良い医療ができるのか。新しい理念の新設医大を作って、既存の医学部とコンペティションすべきである。競争がなければイノベーションはありえない」と強調。福井氏も「すべてを北米型のメディカルスクールに思っているのではなく、違う養成課程があって、それでより良い医師や研究者を養成するというフレキシブルな体制にしてほしい」と発言した。また、田島氏は「医学部の新設を機会に、日本全体で新しい環境で徹底したことをしないと、問題が複雑になって先送りされ、より重要な医療の問題が見えなくなってくる」と、医療の仕組みの改善を見据えた医学部新設であるべきと主張した。

その後、東北の75市長会による医学部新設の要望を受けて、水巻会長は自治体が動き出したことに大きな意味があるとし、フロアの黒岩祐治神奈川県知事に発言を求め、黒岩氏より神奈川県医学部新設への動きについて説明があった。

### ●特区の中で医学部を作り、開かれた医療をめざす 黒岩祐治氏（神奈川県知事）

黒岩氏は、神奈川県は医師数が圧倒的に不足しており、医師を増やすために既存の医学部の定員を増やしてきたがもう限界であり、医学部の新設を検討していると発言。神奈川県医師会等の抵抗勢力に配慮し、慎重に進めているという。具体的には、川崎市に認められたライフイノベーションの総合特区である「国際戦略総合特区」に医学部を新



▲黒岩 祐治さん

設する方向で動き出したと報告。これを「日本人による日本人のための医療」として守られてきた我が国の閉ざされた医療を変える起爆剤にし、開かれた医療のショーウィンドウとしたいと構想を語った。実現すれば、アメリカの大学と組んだ新しいカリキュラムでの英語による教育、外国人ドクターや外国人ナースが勤務する自由診療の附属病院など、新しい医学・医療モデルを神奈川から発信することになる。

講師の発言を受け、フロアからは、幅広いバックグラウンドを持つ者が入学するメディカルスクール制度の方が高い目標を持った医師を養成できるという意見や、医師不足に対する具体的な解決策も提示せずただ医学部新設に反対している者への批判、医学部新設を含め医療そのもののコントロールは都道府県単位で行うべきという提言など、概ね医学部やメディカルスクールの新設に賛同する声が上がった。水巻会長から新設反対派の懸念として、教員集めのために医師が病院から引き上げられると震災復興ができなくなるという意見の紹介と、それに反論する発言があった。

また、首都大学東京の学生から、首都である東京の公立大学に医学部がないのはおかしいという意見が述べられ、それに応える形で上氏は「東京は山手線内以外は極端な医師不足であり、自民党も真剣に考えているが、肝心の都民に関心がないことが問題。特に西東京市はきわめて危ない状況。もっと都民から声を上げるべきで、学生が自ら誘致活動をめざすことは良いことである」と話した。

ディスカッション終盤には新設医学部の学費が話題に上がり、医学部新設をめざす国際医療福祉大学理事長の高木邦格氏からもフロアから発言があった。



▲首都大学東京の学生さん

### ●附属病院の経営能力次第で学費は低く設定できる 高木邦格氏（国際医療福祉大学理事長）

高木氏によれば、国際医療福祉大学グループは附属病院に医師400名、関連病院を含めると800名以上の医師がいて、健全な黒字経営をしている。そうした中で医学部設置を検討した場合、教育専門の臨床医も確保した上で200名前後の教員を増員すれば良い教育ができると考えており、教員の平均年収1200万円として24億円、プラス $a$ を想定して試算しても、年間授業料200万円前後で医学部の運営はできるはずと述べた。

医学部を新設して医師が過剰になり医療費が増えるという懸念については、中核的な病院で長期的に働ける勤務医を育てることを意識した教育をすれば、DPC病院であれば医師が増えても医療費は増えないと反論。日本は自由主義の中で競争しながらやってきたので、既存医学部や医師が自分たちの所得を守るために医学部新設を制限するのであれば独占禁止法違反だと述べ、仮に医師が過剰なら、各大学の教育の質を評価しながらある程度の入れ替え戦をしていけばよいと主張。現在の「認めない状況」は奇異と語った。

また、新設の条件として、入学者の父兄からの寄付行為の禁止、年間の学費は二百数十万円と一般



▲高木 邦格さん



のサラリーマン家庭の子弟が奨学金なども含めて十分に入れる金額の設定が必要であるとし、国が制限するのではなく、地方自治体がある程度関与した上で授業料の問題などの条件を示し、できるだけ早く設置に向かうべきだと、医学部新設を巡る現状に疑問を投げかけた。

高木氏の発言に対し、上氏から「学費は安くする必要はない。医師の資格を取得し、1、2年地方で働けば十分返金できる能力があるのだから、むしろ金融関係者が支援システムを検討すべきだ」と発言。これに対し高木氏は、医科大学の議論でいちばん欠けているのは附属病院の経営能力であり、附属病院が健全な経営能力を持っていれば、ある程度学費を安くできるはずであると述べた。また、開業医の子弟が大半を占める現在の私大医学部では30歳代から40歳代で皆開業に向かうという現状を指摘し、勤務医をある程度作っていくような大学を意識するとすると、授業料の配慮と充実した奨学金制度、地方自治体による支援が重要だと、意見をまとめた。

シンポジウムの終了にあたり、水巻会長は、医師不足はその地方の住民にとって深刻な問題であり、医学部を新設してほしいという声を始め、住民が何を考え、何を望んでいるのかをよく考えて、実現の方向に持って行くことが大切であると述べ、医療も変えなければいけない、医学教育も変えなければいけないと課題が山積している現在、このシンポジウムを次のステップにつなげていきたいと結んだ。

〈第2部 終了〉

(もり・まどか=医療キャスター)

## ●4月例会

# 「病理検査における匠の世界

～正確な病理検査を支える標本作製の現状と問題点～

末吉 徳芳さん(順天堂大学大学院 NPO法人病理技術研究会理事)

報告・君島 邦雄



▲末吉 徳芳さん

いまの医療が多くの専門職能の集約、ないしは統合によって成り立っていることは改めて言うまでもありません。その中心に医師がいることも自明ではありますが、私たちはついつい医師ばかりに目を向けてしまい、医療を支えている多くのコメディカルの人たちにまで思いが及ばないことがあります。

病理検査は、とくにがんの診断や治療に不可欠の検査技術であり、そのレベルが治療の選択や予後に大きな影響を与えます。これまで例会のテーマとして病理は何度か取り上げられてきましたが、それらはすべて病理医によるものでした。4月の例会には、病理診断の前提となる病理標本と、それを作成している臨床検査技師の方々についてのお話をうかがいました。標本をつくる作業はいわゆる裏方仕事であり、また職人技が求められる匠の世界でもあります。

講師としてお招きしたのは末吉徳芳氏です。末吉氏は、順天堂大学大学院の細胞病理イメージング研究部門に所属しておられますが、組織横断的なNPO法人病理技術研究会理事長としても活躍され、臨床検査の中でも病理検査分野の第一人者です。

### 病院に検査技師は必要ない

末吉氏のご講演は、「臨床検査とは」という極めて基本的な認識の確認から始まりました。

「患者の検体や生理的機能の検査により、得られた結果は客観的な情報となり、疾患の診断や治療方針の決定、予後の判定をする上で重要な科学的根拠となる。この情報は医師が治療をするために必要不可欠であり、その結果は現代医療において医療ミスや院内感染事故を未然に防止する重要な役割を担っている。それを生業とする臨床検査技師は、生命や人権にかかわる医療分野の検査業

務に従事するため、高度な知識や検査技術のみならず、高い倫理観も要求される。」(末吉氏のスライドより)

このような重要な役割を担っているにもかかわらず、臨床検査技師は心電図や超音波検査などの生理検査を例外として、患者さんに接触する機会の少ないコメディカルであると言えるでしょう。患者さんから見えないうえに、実際にどのような仕事をしているのか、その実情が世に知られにくい面があります。

末吉氏によれば、現在の法律では臨床検査技師は「名称使用のみで業務独占ではない」のであり、病院に検査室は必要だが検査技師を配置する必要はない、ということになっているのだそうです。臨床検査技師に限らず、昔もいまもコメディカルに対して行政は関心が薄いようです。

### カンナクずのように

病理検査には、内視鏡による胃生検や摘出した乳房組織などの「組織診検査」、子宮がん検診や肺がんの検診などで行われる体液中のがん細胞を検索する「細胞診検査」、手術中に切除範囲を決定するための「術中迅速診断」などがあり、さらに電子顕微鏡を使って微小な病変の変化を捉える検査や、病理解剖などもその範疇です。

代表的な病理検査である組織診検査は、確定診断の根拠となるばかりでなく、治療方針の決定や、さらに治療効果の判定にも大きな影響を与えます。

組織診検査を行うには、病変部から採取した組織の標本をつくる必要があります。その作業は、摘出した組織を固定するところから始まります。固定とは、ホルムアルデヒド等の薬液を用いて組織の腐敗を止め、生きていたときと同様の状態に保つようにする手技です。これをできるだけ速やかに行

わないと、組織はどんどん壊れてしまい、診断ができなくなってしまいます。

次に固定された組織を適当な大きさに切り出し、さらに専用の装置を使ってそこにパラフィンを浸透させ、ブロックをつくります。これを「包埋(ほうまい)」という専門用語で呼びます。顕微鏡で組織を見るためには、細胞が重ならず、かつ光が通る程度に組織を薄く切る必要があります。ロウで固めなければ、そのような薄さに切ることができません。生のロース肉を薄切りにするのがいかに難しいか、私たちの日常感覚でも理解できるところです。

固めたその組織を、今度はマイクロームと呼ばれる装置を用いて数ミクロンに薄切りして行きます。カンナクずのようにそぎ取るその作業を動画で示していただきましたが、まさに匠の世界そのものであることが実感できました。

次は、プレパレート上に乗せた組織標本を診断しやすいように染色します。しかし、パラフィンが浸透したままの組織は染色できません。そこでパラフィンを抜き、染色と脱色を繰り返すことによって、ようやく異形細胞が識別しやすい「病理標本」が完成し、病理診断が行われることになります。

私たちが良性か悪性かとドキドキしながら検査結果を待っている間に、これだけ多くの作業が行われているわけで、それがどのような人たちによって、どのように行われているかということに、私たちは無関心ではられません。

### 手術台の患者さんを待たせて

乳房温存療法に代表される各種の縮小手術を支えている技術に、術中迅速診断があります。文字通り摘出手術中に、病巣が取り切れているかどうかの病理診断を行うもので、手術台上の患者さんの術創を開いたまま診断結果を待つことになります。できるだけ迅速に作業を行わなければならない。そのプロセスは次の通りです。

1. 切り出し(病理医による):手術摘出材料から目的部位を細切
2. 包埋・凍結(臨床検査技師による):組織の凍結
3. 薄切(臨床検査技師による):薄切装置にて薄切
4. 染色(臨床検査技師による):固定操作後、HE染色

5. 診断・報告(病理医による)これらを20～30分の間に行います。

前述の組織診検査ではパラフィンで包埋していたプロセスが、迅速診断では凍結に置き換えられています。お叱りを受けそうですが、しゃぶしゃぶ用の薄切り肉は冷凍してから切り出すという話を思い出しました。もちろんこちらは-20℃以下という超低温で処理されます。

このほかにも、最新技術の数々を美しい標本写真を示しながら紹介されましたが、このような病理検査には経験的な要素が大きく、技術習得には3～5年を要するとのこと。もちろん検査の自動化やキット化は進んでいるものの、かえって技術修練の機会が減少して、匠の技術を持つ技術者が育成されにくい環境になっていると、末吉氏は指摘されました。自動化されても、手作業で行わなければならない部分がどうしても残り、その標準化が難しいということです。

また、業務量に比して保険点数が低いことや、ホルマリンや有機溶剤などに暴露される劣悪な作業環境で作業を実施しなければならないなど、病理検査技師の業務には解決すべき課題がたくさんあるようです。

### もっと社会にアピールを

今回の講演を通じて、病理標本をつくる臨床検査技師の世界がまさに「匠」の世界であることを再認識させられました。患者さんの目に触れることのない病院内の一室で、技術者たちがコツコツと地道な活動を続けていること、それによって正しい診断が導き出されていることを、私たちは忘れてはならないでしょう。

一方、孤高の技術を追求する「匠」たちには、その狭い世界の中に閉じこもりがちな「職人」気質というもう一つの側面もあるのではないかと、多少の危惧も抱かざるを得ません。

匠のみなさんには、現代の医療で重要な役割を担っておられる事実をより強くアピールし、併せて社会や医療の大きな動きにコミットし続けることを期待したいものです。また、医学・医療ジャーナリズムの側も、彼らの仕事を積極的に社会へ紹介して行く責任がありそうです。

(きみしま・くにお=ココノツツ代表)

## ●6月例会 「うつ病の根本的治療法の開発に向けて」

加藤 忠史さん(理化学研究所 脳科学総合研究センター  
精神疾患動態研究チーム)

報告・藪本 雅子



▲加藤 忠史さん

華やかに見えるアナウンサー時代、テレビに映し出される自分と本来の自分とのギャップ、多忙、プレッシャー、ストレスに何度も私の精神は悲鳴をあげ、死を考える苦しい日々を過ごしたことがある。その後、厚労省担当の記者に転向し、ハンセン病、筋ジストロフィー、精神疾患をテーマに取材し、退社後も支援者に近い立場で活動が続いている。去年、「うつ病・認知症コンソーシアム」が発足し、運営役員をつとめることになった。コンソーシアムは連合という意味。要するに、医者、研究者、当事者とその家族、企業、メディア、あらゆる立場の人が両疾患の解明と根本治療を目指して声を上げていこうというものだ。精神疾患をとりまく世界は、まだまだヴェールの向こう側で、差別や偏見、誤解も多い。まずは、現状を知ること、オープンに議論することから始めたいと思い、コンソーシアム発起人の加藤先生にお話をいただいた。以下に報告する。

まず、昨今週刊誌などによく取り上げられている「新型うつ」問題。未熟な若者が職場不適応をおこし、精神科を受診した結果、「うつ状態」の診断書を発行され、休職するが、趣味や旅行は積極的に楽しみ、周囲が困惑する現象のことだ。この原因は、医者と社会のミスマコミュニケーションによる。実際、医学用語に「うつ」はなく、症状や状態には「抑うつ状態」、疾患名には「うつ病」という言葉があるのみだが、「うつ」という言葉が一般化した結果、うつ＝うつ病とみなされるようになった。また、患者の話だけで診断する医者にとり、「あなたの精神は正常です」と診断することは極めて難しく、うつ病でなくても、うつ症状がないわけではないということで、「うつ状態」などという曖昧な診断書を発行する。企業は、休職扱いとし、若者は、いつまでたっても仕事を覚えられずに悪循環となる。

こうした混乱を防ぐために求められるのが、うつ病を症状ではなく、脳病態に基づいて分類しなおすことと、血液検査、脳画像診断など、病理学に基

づいた客観的な診断法を開発することである。日本でもようやく去年、文科省の脳科学研究戦略推進プログラム＝脳プロで、精神疾患が取り上げられた。

現在、脳プロの研究チームによるニューロフィードバック研究をはじめ、即効的治療法としての薬物開発が進められている。しかし、うつ病は薬が効き始めるのに1、2週間。治るのに3ヶ月、薬をやめるのは、その3ヶ月、半年、一年先……。患者としては、薬なしで生活したいというのが強い願いだ。だから、今後、副作用がない治療法、ips細胞による再生治療を目指さなければいけないと考えている。

研究は、基礎研究と臨床研究を行ったり来たりしながら進める必要があるが、日本は研究者人口が極端に少なく、大規模な研究費もないのが実情。しかも、臨床にはプラセボ反応が指摘されたり、謝礼目当てに患者でもない人が嘘の症状を訴え、臨床試験被験者になろうとするケースもあり、臨床試験をしても有意義な結果がでないという側面がある。だからこそ、脳病態を明らかにして診断する方法がどうしても必要。

だが、日本の脳研究の限界は、死後脳研究ができないということにある。患者さんの脳を研究すれば解明できることがたくさんあるのだが、患者さんが精神科で亡くなるのは事件、自殺というケースであり、警察案件になるために研究どころではなくなる。今は、アメリカの脳バンクから脳を供与してもらい、研究に使っている。が、知的財産はそのバンクに属しているため、日本で研究しても成果はアメリカの脳バンクに属することになる。こうしたことから、日本でも脳バンクが必要だということで、去年から脳プロでブレインバンク準備調査研究が行われている。

次の世代に同じような病気をしないよう希望の贈り物をしようという高い志を持った人に献脳登録カードを所持してもらおうような仕組みを検討している。うつ病研究にはうつ病の脳が必要で、自殺し

た人などが対象。遺族は、なぜ自分を残して逝ったのかを理解したいと思っている。中には脳の病変が原因の人もいるだろうから、自分を愛してなかったからではないのだとわかるということは、遺族にとってもプラスに働くことが予想される。

認知症は多くの研究者がいて、解明は進んでいる。一方、うつ病は遅れてしまった。全く違う病気に見えても、いずれも脳の病気。うつ病は心、認知症は脳、というのは間違いである。社会が最も困って

いて対策が遅れている両疾患に対し、社会の期待に応えるんだという研究者からの決意表明がコンソーシアム。社会のエネルギーを病気の根本的解明に向ける大きな流れを作っていきたい。

「うつ病・認知症コンソーシアム」HPアドレスはこちら。<http://cdd-conso.org/>

(やぶもと・まさこ=フリーアナウンサー)

## ●7月例会 「透析のゆくえ 腹膜透析という身の丈の医療」

横山 啓太郎さん(東京慈恵会医科大学 腎臓・高血圧内科准教授)

報告・安達 純子

透析患者数は年々右肩上がりに増え続け、昨年末には30万人を突破しました。今日のような限られた医療財源では、将来の透析医療が立ち行かなくなりかねません。早い段階で治療の在り方を見直すことが必要不可欠といえます。その切り札となるのが腹膜透析です。新たな展望について、長年透析医療に携わる東京慈恵会医科大学の横山啓太郎准教授が講演しました。

### 破たん寸前の透析医療

透析医療は、私が医師になった1985年と現在とでは大きく様変わりしました。かつて、透析を導入する患者さんの平均年齢は48歳程度でしたが、現在は平均年齢が66歳。日本は超高齢化社会といわれていますが、透析医療は25年間でそれより速いスピードで高齢化が進んでいるのです。しかし、医療財源は限られています。透析医療費は約1兆2000万円ですが、頭打ちの状態、今後透析患者さんがどんどん増えれば立ち行かなくなります。

では、なぜ透析患者さんは増え続けているのでしょうか。確かに、検尿システムや降圧剤などの新しい薬により、医療は進歩しています。しかし、本当に医療が進歩しているならば、本来は透析患者さんの数は減るはず。その理由について、医療現場のドクターも、ナースも答えられない。

実は、透析患者さんの増加は、医療現場のメン

タリティーに関係しています。かつては高齢の方や、すでに糖尿病の合併症がかなり進んでいる方、がんを併発されている方などには、透析の導入を行っていませんでした。現在は、高齢の方であっても全ての人に導入しようという考え方になっているのです。

最近は一入暮らしのご高齢者、いわゆる独居老人も特に都内で増えています。子どもたちは一緒に住むことはできない。その状態で、透析を導入することになったらどうしますか？血液透析は週に3回病院へ行かなければなりません。働き盛りの子どもたちは、親のために週に3日間も病院へつき添うことは難しく、独居老人が透析のできる施設に入れば、日常生活や環境はガラリと変わり、QOLを著しく損なうことにもつながるのです。

この現状を打開するために、私は、ここ数年何ができるかを考えてきました。そして、腹膜透析には、現状を変える潜在的な能力があり、その使い次第で状況が変わることがわかったのです。

### 腹膜透析の新手法

現在、腎不全の治療には、血液透析、腹膜透析、腎移植の3つがあります。日本透析医学会のハンドブックにも記載されています。ところが、現在の約30万人の透析患者さんのうち約29万人は、血液透析を受けているのです。腹膜透析の患者さんを管



▲横山 啓太郎さん

理できる施設も少ないのですが、導入時に患者さんに何の説明もなく、自動的に血液透析になってしまっているのは問題だと思います。実際に調べてみると、透析患者さんの約4割は腹膜透析の説明を受けていませんでした。

血液透析は、2本の針を刺して血液を巡回させて適正な体重に戻し毒素を抜き、1回4時間、前後の処置も合わせて1日5～6時間を週に3回行います。一方、腹膜透析は、ご自身でお腹の中に2リットルの液を入れて老廃物を除去し、1回30分、1日4回行うのが基本です。

日本の透析患者さんで、腹膜透析を受けている人の割合は3.5%程度ですが、香港では80%が腹膜透析です。もちろん、腹膜透析にもデメリットがありますから、日本が香港のように高い割合になることが望ましいとはいませんが、それにしても少なく偏り過ぎているといえます。

国内の腹膜透析患者さんの数が頭打ちになっている理由の一つに、硬化性腹膜炎の問題があります。腹膜透析では、透析液を腹部に入れて置いた後5～8年経つと腹膜が厚くなり、場合によっては腸閉塞を起こすなど命に関わります。患者さんにとっては非常にシビアな問題で、腹膜透析の導入数がある程度制限してしまうのは止むを得ないことだと思います。

ただし、腹膜透析の硬化性腹膜炎の率は、5年以内は0.7%程度、8年で2%程度です。80歳で血液透析に入ったときの余命がおよそ2年程度ですから、硬化性腹膜炎が腹膜透析を選ばない理由にはならないのですが、やはり、腹膜透析を患者さんが受けたがらない理由になっています。慈恵医大病院でも2005年に腹膜透析の患者さんは減り



▲iフォンを使用した腹膜透析手帳 (iPD) をもとに診察する横山医師

ました。

そこで、一番良い透析とは何かを考えたのです。それは、患者さんのQOLが保てる治療。高齢者の場合は、患者さんだけではなくご家族にも重要なことになります。そして、生命予後が良いこと。この2つをクリアしたい。そのために、腹膜透析で1日4回のパック交換を2回に減らしてみたいのです。すると、かなりの患者さんが2パックで良好な状態であることがわかりました。特に高齢の方は、朝晩2回のパック交換になることで、ご家族も対応しやすい。現在、慈恵医大病院では、1日1～2パックで始める人が非常に多く、半分以上は1年以上その状態を継続しています。そして、ご本人やご家族にとっても喜ばれています。

もちろん、全ての患者さんが1日1～2パック交換で済むわけではありません。そういう患者さんには、週に1回の血液透析を加える併用療法を実施しています。生命予後は、血液透析のみ、腹膜透析のみ、併用療法の3つの治療にその色はありません。高齢の方には、ライフスタイルに合わせて治療を選択できるようになりました。また、医療費的には、現在のところ血液透析も腹膜透析もあまり変わりはありませんが、腹膜透析の患者さんが増えることで、パックの値段が下がることは期待できます。つまり、将来的には医療費削減に役立つと考えられるのです。

#### 新システムの後押しを

腹膜透析は、災害時にも役立ちます。併用療法の患者さんは、2009年の新型インフルエンザの大流行時には、血液透析を受けに医療機関へ行きづらい状況でしたが、その間は腹膜透析でしのいでいました。2011年の東日本大震災のときには、医療施設が崩壊して血液透析を受けられない患者さんが、やはり、腹膜透析で数多くの方が難を乗り切っています。また、都内の医療機関に被災地からの透析患者さんが多数来られたため、ベッドもいっぱい状態だったのですが、その際には、併用療法の患者さんには腹膜透析を行っていただきました。いずれも健康状態は維持されたとの報告もあります。

このように災害に強い腹膜透析ですが、震災時の患者さんの安否確認が大変だったこともあり、

新たなシステムを導入しました。iフォンを使用した腹膜透析手帳 (iPD) をテルモさんと共同開発し、セキュリティー管理のiPDに患者さんが、何時に何リットル腹膜透析をしたか、データとご本人のコメント、そして、液の入れ替えて血液が出たときにはデジカメで撮影した画像も送ってもらうのです。iPDの情報を医師や看護師が見ることで、患者さんの状態を常に把握することができます。体重設定もあり、オーバーすると、患者さんに食事管理などの方法について情報も提示します。また、「腹膜透析マニュアル」も搭載し、入浴後の消毒方法なども患者さんが常に確認できるようにしました。このように治療法やシステムにより透析医療は変わることがあります。

最後に、冒頭で独居老人の話をしました。ご

高齢の方が亡くなる場所は、自宅や医療機関は横ばいですが、介護施設や老人ホームは急速に増えています。自宅で1日1～2パックの腹膜透析が普及すれば、この状況は変えられる可能性はあります。その一方で、介護施設や老人ホームでは、家族以外の方が腹膜透析のパック交換ができないため、スタッフは対応できず、腹膜透析の普及の足かせのひとつにもなっています。介護施設のスタッフは、最近ようやく痰を吸引することが認められるようになりましたが、パック交換はダメなのです。マスコミのみなさんの力で、このような透析医療の現状を変えていただきたいと願うばかりです。ご清聴どうもありがとうございました。

(あだち・じゅんこ=医療ジャーナリスト)

### ●命あつての俳句考(句自解)

笹ひろひこ

#### 【悲喜(こも)の秋】

生徒らのみな脇見好き小鳥来る

旅のついでに山間部の分校に立ち寄った。開いている窓から教室の様子がうかがえる。黒板を見つめている子もいるが、外に気を取られている子のほうが多い。窓辺の植木の枝から枝へ飛び移っている小鳥たちが気になつて仕方がないのだ。

スズメやカラスはどこにでも年中いるが、秋になると多くの冬鳥が渡ってきて、里は賑やかに。山の奥から移ってきた小鳥も交じっている。子どもたちも美しい鳥には目がないのだ。算数の計算も大事だが、季節めぐりに感動するのも悪くはない。この子たちも、やがて遠くへ散らばっていくのだろう。

※ 季語は、小鳥来る(秋)

#### 船笛を茫と聞きぬて寝待月

寝待月とは、陰暦八月十九日の月のこと。十五夜の「中秋名月」は夕方六時ごろ東の空に昇るが、毎日約五十分ずつ遅れるので、それぞれ別の月は「十六夜」「立ち待ち」「居待ち」「寝待ち」と呼ばれてきた。

電灯のない時代、月明かりは貴重であった。かつては盆踊りも七月十五日の満月の宵の行事であり、男女の出会いや交流も月明かりの下で運んだ。だから、ひと寝しないと出ない月を待ち遠しくつたに違いない。と

ころが今は世界中が「不夜城」となつて宵つ張りが増え、人体の日周リズムも狂いつぱなし。こんな世だから、たまに早寝をして枕辺に「ぼーっ」と鳴る船の汽笛をぼんやり聞くのも素敵な気分だ。なお、今年の寝待月は十月四日であった。

※ 季語は、寝待月(秋)

#### 首長うして芒野を泳ぎきる

すっかり涼しくなつた秋空の下、銀色に光るスキ原の穂波のただ中を泳いでみた。緑遠くなつた夏の海水浴の代わりである。スキは丈が高く外界はまったく見えない。そこでダチョウか首長竜になつたつもりで、首をしつかり上へ延ばした格好で。風が吹くと柔らかな穂が頬に当たる。この尾花も、間もなく散りこぼれる。自分が散る前に、急いで子ども時代の体験を復習しておきたい。

※ 季語は、芒(秋)

#### 友のいまは知らずか虫の声途切れ

入院している友人の容態が心配だ。道端ですだく虫の音が途切れたりすると、もしかして? と不安に陥る。そして何日かのち訃報が届いた。やはり駄目だったか。自分も、衰えた声で鳴く「残る虫」に仲間入りし、いずれ……。

※ 季語は、虫の声(秋)

笹ひろひこは、当会会員・児玉浩憲の俳号。ブログもよろしく。グーグル検索は「ひたる舎、児玉」あるいは「俳句入門、児玉」とお願います。

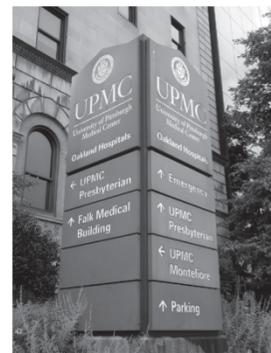
# 「UPMC：ピッツバーグ大学医療センターを訪ねて」

報告・雨野 重一

6月の半ばに知り合いの編集者に誘われて、米国ペンシルバニア州のピッツバーグに行く機会があった。着いた日の午後少し雨催いだったが、夕方近くになって晴れ上がり、高台から見た三つの河に挟まれたダウンタウンは殊の外美しく輝いていた。その昔、ピッツバーグといえば豊富な鉄鉱石や石炭に恵まれた「鉄鋼の街」として知られ、鉄鋼王として名を知られるA.カーネギー（その財によって建てられたNYのカーネギーホールは知る人多いと思う）やA.メロンらの実業家が輩出し、重工業の街として知られていた。日本のチッソによる水俣の公害を世界に告発した写真家ユージン・スミスが1950年代半ばに撮影した「ピッツバーグ」の写真には無数に立つ溶鉱炉の煙突からあがる煤煙に充満した都市の風景や溶鉱炉のそばで働く煤に真っ黒くなった労働者の姿などが記録されている。しかし、そのピッツバーグが70年代半ばから80年代の鉄鋼産業の不況・衰退により、市内の製鉄所がすべて閉鎖され、人口はピーク時の68万人から37万人に激減し、治安の悪化、公害によって、米国でもっとも住み難い街になったとい

われるまでになった。この事態を重く見た地元の政・官・財・学の重鎮たちは、さまざまな地域経済活性化イニシアチブを構想し、実行に移していったが、その一つで、もっとも大きな成功事例がピッツバーグ大学医療センター（UPMC）だろう。設立後わずか20数年で、長い歴史を持つ著名なメイヨー・クリニックやクリューブランド・クリニックと肩を並べるまでに成長した。UPMCは2010年、年間の事業収入が80億ドルを超え、メイヨークリニックの79億ドルを抜き、2012年6月期では100億ドル（約8,000億円）になったという。日本の多くの国公立病院や大規模の病院グループが赤字を抱え、経営が困難になっていることから考えると信じられないような数字である。UPMCはその名の示す通り、州立ピッツバーグ大学の医療センターであるが、日本の大学の付属病院を想像すると大分事情が違う。もともとは大学の付属だった病院を切り離し、他の病院と経営統合させたことから出発し、現在では4,500のベッドをもつ20の病院、がんセンター、スポーツ医学センター、画像診断センター、診療所、介護施設などの400のサテライト

事業拠点それぞれが専門性を持ち、機能重複がないように最適配置されているという。つまりUPMCは一つの施設の名称ではなく、ピッツバーグを中心とした東西約200km、南北約260kmの広大な医療圏をもつ非営利の医療事業体を指すのである。



▲市内のいたる所にあるUPMCのサイン

この医療事業体は1992年までに1万人を超える職員を雇用するまでになり、鉄鋼業界に代わってピッツバーグ最大の雇用主になり、2012年現在、55,000人の職員を雇用するUPMCはペンシルバニア州の民間部門では最大の雇用主となっているとともに、12万人以上が病院や医療関連の仕事に就いているという。ピッツバーグに行くことになったときに知人から紹介されたUPMCシェイディサイド病院の血管外科のステイブ・リアーズ医師は、「僕がここに来て20年以上になるけれど、最初の頃は朝着ていた白衣が夕方には黒く汚れるくらいにひどい環境でした。」と語ってくれた。

鉄鋼の街として知られたピッツバーグが医療によって再生し、多くの雇用を生み出している、ということの象徴が今UPMCの本部が入る市内で最も高層のビルだ。かつてこの建物は、世界最大の製鉄会社USスチール社の本社ビルだったのだ。

（この文を書くに当たって、竹中工務店発行approach誌2012年秋号「特集：医療による都市再生」中、松山幸弘氏の論文「医療産業集積ピッツバーグのビジネスモデルUPMC」を参考にさせていただきました。）

（あまの・しげかず＝ジャーナリスト）



▲ピッツバーグの市街風景。左上の黒い、最も高層のビルがUPMCの本部ビル。

細田満和子著  
『パブリックヘルス 市民が変える医療社会 ～アメリカ医療改革の現場から～』  
明石書店刊(本体2,600円+税)



医療の原点はパブリックヘルスにあると考えていた筆者は、「市民が変える医療社会」の副題に刺激されて読みたいと思った。医療制度の流れを左右するものが政府にあり、『医療崩壊』を嘆くのが医師であって、庶民は『おまかせ医療』に依存し、医療界に任せっきりの、とかく日本でみられる態度からは市民を中心とする医療改革は生まれてこないのではないかと、日ごろから思っている。その参考になれば、幸いだと思って読んだ。結果、自由を生活の中心とするアメリカと、政府の力が比較的強い日本とを対比しながら読んで大変面白かった。

私は、日本の国民皆保険方式は世界に冠たる制度だと評価している。私的保険会社が健康保険制度を左右しているアメリカでは、国民皆保険制度の設立は無理だろうと予測していた。本書の中にも、「一般にアメリカ人は、自由に価値を求め、個人主義で自己責任を尊ぶ国民だといわれています」と述べている。日本の国民皆保険制度は、1945年以前の健康保険を1961年に一つに統合し、国民全体がいずれかの保険に加入しなければならないと強制的に加入させたのが元になっている。生活困窮を救うために、個人の自由を軽視して発足したのが日本の健康保険制度の始まりであった。ところがアメリカでは、科学技術と産業化が社会を作り上げてきたという社会科学の定説、技術決定論に待ったをかけ、「患者中心」の医療から「専門医中心」の医療を推進することにブレーキをかけ、マサチューセッツ州で州民皆保険が設置され、2010年には98%の人が加入している。アメリカ国民は州法には市民の声が生かされるが、連邦政府が望む皆保険には、指示されることが多いので反対の態度をとっていたが、結局、オバマ大統領が法案を通した。無保険者が人口の15%以上もいるという現実と、子供

の成長は社会がみるべきだという心情が、連邦政府による国民皆保険制度を成立させた。本書は、アメリカの現場をつぶさにみて、「個人と共同体」、「障害と社会」、「誰のための医療化か」などにまとめ、「健康の権利」「健康の義務」などに義論を進めて、パブリックヘルスの基本を説いてゆく。そして、東日本大震災やフクシマを実現して、みんなの健康のために、パブリックヘルスの視点が大事であることを主張している。（大野善三）

行岡哲男著  
『医療とは何か』  
河出書房新社刊(本体1,400円+税)



行岡哲男東京医大教授は30年以上、ハードな救急現場で勤務して、千数百人もの突然の心停止患者の診療に関わり、医療の不確実性に向き合ってきた。救命できなかった多くの人々の思いを胸に、長年の経験と思索を集大成した『医療の哲学書』を世に出した。患者を治すことだけに熱中しがちな外科医にしては珍しい哲学好きの面目が躍如とした好著といえる。具体的な臨床経験を織り交ぜて、デカルトや山上憶良ら古今東西のさまざまな人物への記述もあり、教えられることは多い。

救急医療には、生命が危ない重症救急患者が24時間突然搬送されてくる。患者の病歴などは分からないことも少なくない。元気だった人の命が一瞬に失われる時もある。十分に診断して治療できる慢性疾患とは対極の世界で、「大きな不確実性こそが救急患者の本質」と指摘する。救急医らは「不確実な状況下での意思決定」が強いられ、「正しい判断」ができなくても、一刻の猶予も許されないまま、目の前にいる患者の救命に力を注がなければならない。

20世紀に医療が進歩し、診断技術も格段に上がってきた。この技術革新は今後も続くに違いない。その一方、医療現場で「正しい判断」が可能であるという誤解が世に広がってきた。「これこそが医療の根本問題」と著者

は強調する。話は救急の分野にとどまらない。不確実性をキーワードに、医療のパラダイムシフトを求める主張は説得力がある。

全身の多発外傷で、腹を開くと血の海のような患者に、医師らは「このままでは駄目だ」と直感する。まずは大量のガーゼを詰めて、救命に絶対に欠かせない止血を優先する。このダメージコントロール手術の後に、病状を安定させてから2段、3段構えで手術を実施する。このように、救急医らは長年の経験と知識、医療技術を総動員して、その局面ごとに「正しいと確信する判断」「納得を確かめ合うゲーム」という発想で治療に当たる。その考え方を医療現場に導入するよう提言する。

現代は科学技術に伴う不確実性が課題としてはっきりした時代である。昨年の東日本大震災とそれに伴う東京電力福島第1原発事故は、その事実をまざまざと示した。「この不確実さは、医学を含む科学がもたらす力が強大になればなるほど、人や社会にとって深刻な問題となります」という警告は傾聴に値する。新しい医学論を超えて、警世の書としても読める。（小川明）

上原真人著  
『八重山病院 データでムヌカンゲー』  
(有) ボーダーインク刊  
(本体1,143円+税)



◎地域医療の危機問題に投じた医師の一石  
石垣島は夏のレジャー客のメッカ。澄んだ空、コバルトブルーの海的美しさに魅せられ、年間70万人の観光客が訪れる。

およそ5万3千人の八重山圏住民とこれら観光客の命を守る拠点病院が県立八重山病院(16科、296床、職員約288人)である。

地域医療崩壊の波は、日本の最南西端の離島にも押しよせ、綱渡りの運営状態が続いている。

沖縄県では県立病院の財政再建に向けて、さまざまな議論がなされ、積極的な対応策がとられている。しかし、県庁や医療従事者だ