

Contents

<11月>	<9月例会>
「第8回日本医学ジャーナリスト協会授賞式・シンポジウム」—— 1	「在宅医療からコミュニティケアへ」—— 6
<10月>	<6月例会>
西日本支部新聞週間公開シンポジウム	「エビデンスに基づく糖尿病診療のポイント」—— 9
「医療報道に期待するものは何か」—— 3	中村哲先生を悼む—— 10
<医論異論その2>	冗句茶論—— 11
「新たな時代に向けた病院再編統合」—— 5	

●11月

「第8回(2019年度)「日本医学ジャーナリスト協会賞」授賞式・シンポジウム」

日本医学ジャーナリスト協会が、2012年に創立25周年を記念して、質の高い医学・医療ジャーナリズムが日本に根付くことを願って創設した「日本医学ジャーナリスト協会賞」は第8回目となる2019度も、全国から多数の素晴らしい作品を推薦いただきました。その中から、「オリジナリティー」「社会へのインパクト」「科学性」「表現力」を選考基準に、協会内に設けた選考委員会で慎重に審議した結果、2019年度の受賞者を決定し、去る11月18日、東京・内幸町の日本記者クラブにおいて授賞式と受賞者によるシンポジウム(モデレーター、大熊由紀子協会賞審査委員長)が行われました。受賞作品と受賞理由は以下の通りです。



(左から) NHK・大野兼司さん、小児外科医・松永清訓さん、読売新聞・田中浩司さん、テレビ金沢・中崎清栄さん、辻本昌平さん

第8回(2019年度)
日本医学ジャーナリスト協会賞
受賞作品

<大賞>

◆『発達障害に生まれて～
自閉症児と母の17年』
小児外科医 松永正訓さん

<優秀賞>

◆NHK
プロフェッショナル 仕事の流儀
「医療事故をなくせ、信念の歩み
～医師・長尾能雅～」
NHK制作局第2制作ユニット
ディレクター 大野兼司さん

◆「東京医科大の恣意的不正入試
事件に端を発した一連の報道」
読売新聞社会部
「不正入試問題」取材班
◆『化学物質過敏症～私たちは
逃げるしないのですか～』
テレビ金沢「化学物質過敏症」
取材班

授賞理由

<大賞>

◆『発達障害に生まれて～

自閉症児と母の17年』

小児外科医 松永正訓さん



空気を読めない。友達ができない。でも、ほしいとも思わない。周囲の状況に関係なく奇声をあげるように見える。走りまわる。止めようとするすると暴れ出す。

ところが、興味をもったことは徹底的に追及する。

そのような自閉症児を授かった母が、思い描いた「理想の子育て」から自由になっていく17年間の軌跡が、達意の文章で描き出される。子育て一般に通じる示唆も、数多く含まれている。

母、立石美津子さんは幼児教育の専門家で、著書も多数ある。そのような著述家が医師をインタビューして書いた本は数多いが、医師が著述家をインタビューして書いた本はきわめて珍しい。その良さが存分に発揮されている。著者によってこれまでに書かれた『小児がん外科医』『運命の子・トリソミー』『呼吸器の子』『いのちは輝く』に一貫し

て流れているのは、医の原点、命への畏敬であり、「真の啓発書」「異文化への入門書」とも、高く評価された。

<優秀賞>

◆NHK プロフェッショナル 仕事の流儀

「医療事故をなくせ、信念の歩み～
医師・長尾能雅～」

NHK制作局第2制作ユニット

ディレクター 大野兼司さん



交通事故の7倍の人が毎年亡くなる
と推測されている医療事故。「予期せぬ死や死産」が発生したら、医療事故調査・支援センターに届け出て、同様の事故が繰り返されないようにする医療事故調査制度がスタートし5年目に入った。ところがミスを隠す医療界の体質にいまも変化がみられず、報告数は想定を大幅に下回る。

そのような中で、「逃げない、隠さない、ごまかさない」という大方針のもと、死に至らないミスについても徹底的に報告を促し、原因を追求し、事故を未然に防ぐために格闘している名古屋大学病院の医療の質・安全管理部の生々しい現場をカメラが追う。特筆すべきは、一人の医師にスポットを当てるとい

うより、チームとして医療事故を未然に防ごうという取り組みが描かれていることだ。

「医療安全は治療」という信念で、新しい分野を切り開くに至った長尾能雅医師(49)の心情にも肉薄した。放送後、医療事故の被害者・家族だけでなく、医療関係者からも多くの反響があったのもうなずける。十分な検証もされず医療事故が葬られていく。その現状に一石を投じ、医療安全に求められる改革のヒントを提示している。

◆「東京医科大の恣意的不正入試 事件に端を発した一連の報道」

読売新聞社会部

「不正入試問題」取材班



息子を裏口入学させた文部科学省局長が逮捕された2018年の汚職事件をきっかけに、読売新聞社会部は、東京医科大学が女子に対して一律減点をしていた手法の詳細をスクープした。

医学部の入学試験で女子が不利になるような操作が行なわれていること、その背景に若い男性医師の過酷で無給に近い労働があることは、医療界



シンポジウムの司会は大熊由紀子さん(当協会理事)





「不正入試問題」取材班デスクの渡辺晋さん

では公然の秘密であり、医療ジャーナリストも例外でなかった。しかし、「しかたがないこと」と、長年、放置され続けてきた。

それを、医療界と縁の薄い社会部の取材班が、地道な取材と客観的なデータによって明らかにしたことの功績は大きい。

その結果、受験生や医学界、教育界にとどまらず、社会全体に大きな衝撃を与えることになった。

文部科学省の調査で、他の大学でも不適切な事案が次々と見つかり、政治家から特定の受験生を合格させるよう依頼があったり、寄付による入試優遇があったりする例もあきらかになった。報道をきっかけに、女性が社会で活躍することに厚い障壁があることに関心が深まり、「医師の働き方改革」に焦点があたるなど、社会的な議論は今も続



松永さんが担当した自閉症児の母、立石美津子さん

いている。

◆『化学物質過敏症～私たちは

逃げるしかないのですか～』

テレビ金沢「化学物質過敏症」

取材班



柔軟剤、整髪料、食品添加物、農薬などに反応し、頭痛、めまい、うつ状態に悩まされる人々が、化学物質から逃げようと引っ越しを繰り返し、仕事を辞め、孤立を深めている。

取材班は、“暮らしに潜む危険”に警鐘を鳴らす責任があると、7年前からニュースの特集や番組で患者たちの苦悩と現実を繰り返し伝え続けてきた。



化学物質過敏症支援センター理事長の広田しのぶさん

これまで、少なからぬ病気が原因が特定されるまで、心因性、考えすぎ、怠け病などと誤解され苦しんできた歴史がある。病気の原因が未解明であることで、環境省、厚労省も対策に手をつけようとしな

く。子どもだと、学校に行くことさえできなくなってしまう。そんな姉妹のために、小学校の教室の1つを化学物質を極力除去する改装の様子が映し出される。その部屋の窓の内側から、子どもたちが、上の絵のような、ささやかな願いを張り出す様子がいじらしい。

患者を診察する専門医は全国にごくわずか。苦しむ人たちは、医療界や社会がこの病気に目をとめ、理解してくれる日を待ち望んでいる。化学物質が生活のすみずみまで広がっていく今、さらに深刻さが増す社会を予感させる。

●10月西日本支部 新聞週間公開シンポジウム

「医療報道に期待するものは何か」

日本医学ジャーナリスト協会西日本支部（藤野博史支部長）主催の新聞週間公開シンポジウム「医療報道に期待するものは何か」が10月19日、福岡市・赤坂のよみうりプラザで行われ、約50人が参加した。第1部では協会理事で元朝日新聞編集委員の浅井文和氏が「医療報道の未来はどうなる？ 米国

から学ぶ」と題して基調講演。第2部では九州各地のマスメディアの現役記者ら6人がパネルディスカッション「記者と考える正しい医療報道の見分け方」に参加し、自身の医療報道の体験を紹介して討論、会場からの意見や質問に答えた。

報告・野原水里

●「現地に行け」恩師から学んだジャーナリズム精神

浅井氏の基調講演の概略は以下の通り。

学生時代、京都大学で生物学を専攻、サル学者の故・伊谷純一郎氏に師事した。伊谷氏から学んだ一番大きな

教えは「現地に行け」ということ。「未踏のジャングルに入り込み、サルの研究に邁進した伊谷氏の精神はそのままジャーナリズム精神に繋がる」。誰も入れない所へ、自分がまず行って見て、そこで何が起きているのか自分で確かめるのは報道記者の大きな役割と呼びかけた。

恩人として、朝日新聞長崎支局時代に担当した故・本島等長崎市長に言及。本島氏は人類最大の恐怖ともいえる原爆被害の実情を伝えるために40年前の時代から「現地に来てください」と発信し続けた。世界の人々が長崎を訪れるようになったきっかけを作った本島氏の姿は、ジャーナリスト精神の尊さを教えてくれた。

「私たちのような、ものを書くジャーナリストも、大きな研究開発の流れを見ながら書いて行かなくてはいけない



基調講演を行う浅井文和さん(当協会理事)

と思う」とも訴えた。日本におけるノーベル賞受賞者報道が日本人以外の受賞に冷淡であることに、日本ジャーナリズムの課題を感じている。例えば医療報道で言えば「ノーベル医学生理学賞は患者の治療に役立つ貢献を皆で称え、志ある若い人々に困難な医学研究に立ち向かう勇気を与える意義がある。日本人であろうがなかろうが、その業績に中高生が興味を持ってくれるように伝える役目がジャーナリストにある」。

●今、求められる

医療ジャーナリズムとは
次いで、医療報道の未来を考えるために、世界最大の医学ジャーナリスト団体、米国ヘルスケアジャーナリスト協会が主催した「ヘルスジャーナリズム2019」参加体験について報告した。ジャーナリストの教育と交流を

目的に開かれた同イベントが、世界最高水準の医学部・公衆衛生大学院があるジョンズ・ホプキンス大学をホスト校として開催されたことに注目。ジャーナリズムと大学の協業の土壌があるアメリカには、記者が学び合い専門性を磨き合う公的な場、地域社会への関心が欠かれない公衆衛生学が、大学院として存在するほど関心が高いことを指摘した。

医療報道の未来には、記者の深い専門性、記者が学ぶ場、大学との協業が求められ、①健康の社会的決定要因に注目し②患者が求める情報を反映させ③医学の大きな潮流を読み取った報道を目指す必要があると提言した。

●学び合うジャーナリスト達のためにできること

パネルディスカッションでは、コーディネーターの白井賢一郎氏(九州朝日放送解説委員長)が「できるだけ市民目線で語り合い、現役記者の皆さんが学び合う場にしたい」と呼びかけ、4人のパネリストが自身の仕事について発言した。

井上真由美氏(西日本新聞社会部編集委員)は「がんと働く」など、患者の立場に寄り添う姿勢を保ちながら、患者が社会のなかで生きるとはどういうことなのかを世に問うた。

百崎浩嗣氏(大分合同新聞文化科学部記者)はこれまでにNHK大分放送局と共同で子育てというテーマから波及する産科小児科医療の問題を多



協会西日本支部の方々によるシンポジウム

岐にわたって追究した。

大塚利樹氏(熊本県民テレビ報道制作局ディレクター)はシンポ直前に異動するまで、記者としてハンセン病患者訴訟問題を追い、病気に差別と偏見の目を向ける社会に疑問を呈した。

竹野内崇宏氏(朝日新聞記者、西日本支部幹事)は福岡赴任前、厚労省担当として医療政策に踏み込み、国策と市井の垣根を払う報道に心を砕いた。

もう一人のコーディネーターの波多江伸子氏(患者団体代表、西日本支部副支部長)が会場に意見を求めると、がん患者の参加者が「今の医療情報は、情報から正当性と効用性を得たいという私達の気持ちを置き去りにしている」と発言。正しい情報を見分けるというテーマで議論し、難しさを認識させられた。

議論の過程では、大勢の人が利用するネットメディアに様々な質の情報が流れている今、クラシックメディアである新聞、テレビ・ラジオに何ができるのか課題となった。記者達は地域社会での取材報道を重ねており、浅井氏が示した「未来に求められる、高い専門性を目指して学び合う」模索とチャレンジが明らかになった。当支部が主催したシンポジウムはジャーナリスト達に貴重な交流の場を提供できたのではないかな。そこに日本医学ジャーナリスト協会支部としての役割を見いだせたように思う。

(のはら・みさと＝

西日本支部常任幹事・広報委員長)

日本は世界で有数の病院大国といわれてきた。病院数が世界で最も多いという意味だ。ざっくり言うと、近年の病院数は約 8,500 で、2 位が米国の約 5,500、伸長著しい 4 位の韓国は約 4,600。人口千人当たり病床（ベッド）数では、やや古い OECD2012 年データによると、米国 3.1 人、英国 2.8 人、ドイツ 8.3 人、フランス 6.3 人に対し、日本は 13.4 人と群を抜いている。

大国云々は揶揄的表現でもあるが、1961 年に制度化された国民皆保険は、国民すべてが平等に公的保険医療を受けられ、世界に冠たる日本の宝である。誰でも病院を自由に選べるフリーアクセスを可能にした。民間医療保険に未加入なら門前払いされる米国、通常の初診は指定医療機関でしか受けられない英国などと比べ雲泥の差であろう。

しかし、そのような恩恵もやがて過去の記憶となる事態へと、歯車が回り始めるかのような動静が報じられるようになった。高齢人口の増加に伴う疾病構造の変化が現行の病院機能とかけ離れている実態、地方の過疎化による病院数の過剰、関連して医師不足に伴う医療の質の偏り一。

2019 年 9 月 26 日、厚生労働省が医療供給体制の“合理化”を図る一環として、（国立・自治体立）病院と公的病院の 1,652 病院の診療機能を分析したデータを用い、急性期を中心とした治療件数などの実績が少ないか、同様の機能を代替できる病院が近隣にある 424 病院を対象に名指しで公表した。政府が進める地域医療構想に基づき、人口減少の流れに沿って地域医療を維持するには、過剰な急性期病床の削減や病院機能の転換が避けられないとする厚生労働省の危機感の表れと受け止められた。

データ分析の一つを挙げてみる。がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・医師派遣の 9 つの分野別機能について 424 病院中 272 病院が、9 分野す



公立・公的病院の再編・統合の検討対象に名指しされた
東京都済生会中央病院

医論異論

その 2

新たな時代に向けた 病院再編統合

大西正夫（医事ジャーナリスト）

べてに「実績がない」か「特に少ない」と判定された。これに関し厚労省発表翌日の毎日新聞朝刊「焦点」に、「地域の呼吸器病センター」を掲げ、肺がん、結核などの治療で実績を持つ国立病院機構松江医療センターが、9 分野すべてに「診療実績が特に少ない」との辛い評価を下された事例が取り上げられている。呼吸器系の分野は当該項目に盛られていないから、病院側は不本意に決まっている。

公表後、厚労省担当者と各ブロック・当該病院の代表者らとの意見交換会が各地で開催された。「地域医療の切り捨て」、「地域で話し合い、改革に向けた矢先、冷水を浴びせられた」など批判の声が相次いだ。その中で、迫井正深官房審議官が答えていた文言（ウェブ誌「医療維新」10 月 24 日）に触れたい。「厚労省は再編統合を、機能転換も含めた広義の意味で使っているが、マスコミは狭義、つまり統廃合として捉えて報道している」（大学関係者）との問いに、再編統合という言葉の使い

方、公表の仕方などに問題があったことを認め、「今回はあくまで高度急性期、急性期機能についての分析、検討であることは重ねて強調する」と答えた真意だ。

いかにも能吏的な答弁と言えるのだろうが、筆者もマスコミの一員として言わせてもらう。結果的には、急性期から慢性期、回復期への病床区分の移行を伴う機能転換であろうと、ダウンサイジング（小規模化）であろうと、今回、俎上に乗せられなかった病院も含め、再編成、統廃合を視野に収めたダイナミックな病院組み換え工程の先触れでないのかと考える。ジャーナリストの立ち位置として、根幹的な社会問題をお役所の意に沿った報道をするはずがないことは自明であろう。

あえて言うなら（中央）行政府は、地方自治、地方政治、その上部構造としての国会議員に目配りしつつ、医療経済（経営）を含むアカデミアの学識を尊重するとともに、地方基盤の要でもある有力病院や有力者（層）の意向を忖度しがちだ。しかし、これまではその範疇で済んだことが、未曾有の人口減という縮退社会に向け、「病院崩壊」の事態を避けるには新たな視点と発想が欠かせない。様子見的小出し、字句修正などの小技、時に高圧的振る舞いで委縮させる時代は終わった。

これは公立・公的病院限定の話ではない。むしろ、日本の病院の約 7 割を占める民間病院（医療法人）こそ地殻変動、大淘汰、公立・公的病院との“合従連衡”の時代に直面するのではなからうか。1973 年の老人医療無料化を機に野放図な病院乱立が興り、85 年の医療法改正で病床増に制限がかかった時も、経過措置期間に駆け込み増床がブーム化した。2006 年の看護配置基準「7 対 1」新設時でも実体にそぐわない急性期病床が雨後の竹の子さながらに出現した“急性期バブル”。

公、民ともに病院は多難の時期を迎えているが、根本的な医療供給体制改革に期待したい。

●9月例会

「在宅医療からコミュニティケアへ」

佐々木淳さん(医療法人社団悠翔会理事長・診療部長)

9月6日に日本記者クラブで開催された9月例会でお話された、医療法人社団悠翔会理事長・診療部長の佐々木淳先生の圧倒的な迫力のご講演を、筆力の許す限り再現したいと思います。

●何が問題なのか？

わが国の人口減少と高齢化の進行を食い止める手立てはなく、2025年の65歳以上の高齢化率が3割を超えることはもはや既定の事実となっています。

そこで問題となるのは、社会保障財源の不足です。2025年の国民医療費の予測は56兆円で、とくに70歳以上の伸び率が大きくなっています。さらに問題にすべきは、医療費の国民所得に対する割合が右肩上がりに増大していることです。

2000年には20歳から64歳までの就業年齢の3.6人が65歳以上の高齢者を支えていましたが、2050年には就業年齢の1.3人が一人の高齢者を支えるとの試算もあります。

そして問題となるのは、医療介護人材の不足です。2025年の必要数は245万人と目されていますが、2016年の実績の190万人との差である55万人という数は、例えば全国の警察官が29万人ということを考えれば、いかに大きな数字であ

るか理解していただけたと思います。

認知症の人数も、毎年増大の一途をたどり、2025年には約750万人で、高齢者の中で占める割合は20%強ですが、2060年には1000万人を超え、高齢者の中での比率は実に34%を超えると予測されています。

世の中は次第に、不安定で (Volatility)、不確実で (Uncertainty)、複雑で (Complexity)、曖昧な (Ambiguity) 時代に突入していきます。すなわちわれわれの前にあるのは「VUCAな未来」なのです。

高齢化に伴う疾病構造や医療ニーズは、従来の、急性疾患を病院で治療するというものから、慢性疾患を地域で支えあうというものに変化していきます。なぜなら多くの病態が実は加齢による自然経過で、治療が期待できるものではなくっていくからです。

それでも社会的コンセンサスの得られていない現状では、どうしてよいかわからない高齢者や家族は、具合が悪くなると比較的手軽に救急車を呼びます。その結果高齢者の病院への救急搬送は右肩上がりに増加し、高齢者医療費の80%が入院医療費となっています。そして目の前にあるのは、人生の最期を選べないという現実です。すなわち、救急搬送→入院→病院死という従来の医療システムが、実際の患者のニーズに当てられていないのです。

最近看取り難民という言葉をよく耳にするようになりました。実はこれも待ったなしの状況にあります。例えば、2025年の死亡推計は150万人ですが、うち自宅で亡くなる方が約20万人、医療機関での死亡数が約90万人、介護施設などの施設での看取りが約7万と見做さ

報告・河内文雄



▲佐々木淳さん

れていますので、その差の30万人強が看取り難民ということになります。しかし看取れないなどと言っている場合にはありません。何としても看取らないといけない時代なのです。

このような諸問題を前提として、医療法人社団悠翔会は、「VUCAな未来」への挑戦を始めました。その根底にある理念は、MAYO CLINICの“The Needs of Patient Come First”というものです。

現在首都圏で10クリニックを運営し、個人の能力のみに依存せず、総合力で問題を解決する在宅医療を展開しています。悠翔会では医師+看護師+ドライバーのチームで活動していますが、去年は1日当たり平均で36台が稼働し、年間の走行距離は363300kmに及んでおります。

●人の一生と医療

小児期・現役世代・高齢者と分類した場合、身体的機能・社会的機能・精神的機能は、それぞれ特有のカーブを描きます。高齢者では当然のことながら、身体的機能・社会的機能は低減しますが、精神的機能は思いがけないほど高レベルを保ちます。

死に至る過程を見ると、終末期に至るまで健康で、最終的に老衰で亡くなる方が5%、ある日突発的に亡くなる突然



Forbes Japanの表紙を飾った
佐々木淳さん

死が15%、残りの80%が何らかの病気を抱え徐々に身体活動が低下して死に至る方々です。

わが国の男性の平均寿命は81.09歳で、健康寿命が71.11歳です。その差の約10年間は病気に悩みながら過ごす日々となります。女性の平均寿命は87.26歳で、健康寿命は75.56歳ですから、病悩期間は11.7年となります。

さらに年をとればとるほど介護を必要とする割合は急カーブで増え、認知症の発症も急速に増加します。これは致し方のないことです。

●最後まで「健康に暮らす」ために

医学モデルで考えた場合、個人的な体質や病気の有無や心身の機能や構造によって、健康と障害は区別されます。しかし生活レベルで考えると、身体的な要因以外に、社会への参加や生活の満足度などのモノサシも加わり、健康か否かが再評価されます。例えばホーキング博士はALSを患っていましたが、まぎれもなく人間として健康でした。

本人が自ら生活や人生の選択を行い、本人の持つ強みを生かし、自分なりの目的を持って、最適な環境で生きるとき、誰が何と言おうと、本人は人間として健康であり、本人の社会的機能は回復するのです。それはまた、在宅医療の一つの目標であり成果でもあります。

●高齢化に最適化した

医療の形を考える

転倒の40%は薬剤が原因です。高血圧・糖尿病・高脂血症では厳格な治療は死期を早めます。さらに近年薬剤性認知症が増加中です。ポリファーマシーは百害あって一利ありません。思い切って5剤以下に減薬しましょう。

高齢者は入院そのものがリスクとなります。環境変化によるストレスや過緊張状態が引き金となって、適応障害・譫妄・鬱などを発症し、必要以上の安静や食事制限により、医原性のサルコペニアやフレイルをきたします。

高齢者では栄養が必要です。低栄養では死亡リスクが4倍に上昇します。塩分制限は必要ありませんし、たばこや酒などの嗜好品も制限する必要はありません。年を取ったからと言って禅寺の坊主が食べるような食事を無理に召し上げらなくても結構です。年寄りほど高カロリー・高たんぱく食を摂るべきだと思います。

納得するための最期を迎えるためには、治らないという現実を徐々に受け入れること、最期まで生活や人生をあきらめないこと、苦痛の緩和はどんな手を使っても確実にしっかりと行うこと、が必要です。そして従来の責任回避のための事務的なInformed Consentではなく、本人任せ医師任せにしないShared Decision Makingや、実効あるACPが必要になります。

終末期には死を診断する医療の依存度は低下し、生を支えるケアの依存度が増していきます。これは、看取りはもはや医療ではなく、すでに生活の一部だからです。

●保険医療機関としての社会的責任

保険医療機関の責任は、患者に対しては、安心できる生活と納得できる人生を提供することであり、なるべく入院せず、できれば最期まで自宅で看取するということであり、社会に対しては、医療資源の適正利用を行い、社会保険制度を持続可能ならしめることです。

在宅医療の要諦は、急変への対応を行うこと、入院を減らすこと、自宅で看取することに集約されます。

まず急変への対応に関しては、2018年の救急対応の総件数は14181件で、これは同年の東京消防庁の後期高齢者搬送件数の5.5%に相当します。往診件数は7626件で、これも都立6病院の救急受診受け入れ件数の32%に相当します。

コールから平均34分で診療を開始することができ、救急受診より速やかな診療開始を可能としています。

次に入院を減らす件ですが、在宅医



当日の例会は若い医療従事者で満員の盛況だった

療導入前1年間には、年間延べ入院日数が42.5日でしたが、在宅医療導入後1年間では、年間延べ入院日数が10.7日と、著明に短縮しています。これは年間延べ143,100床の入院の削減となり、約53億円の入院医療費の削減にも結び付く可能性があります。

さらに連携先の特養入居者に関しては、1年間の延べ入院日数が1707日だったのが2年後にはわずか98日に減少し、入院日数を94%削減する結果となりました。

入院患者を減らす試みは各国でなされており、ドイツの例は入院原因をSYSTEM・PHYSICIAN・MEDICAL・PATIENT・SOCIALの5つに分け、それぞれ入院を回避できなかったかとの検討を加えたところ、入院の41%は回避可能との結果が得られております。

悠翔会でも、2016年1月1日から2018年3月31日までの期間に、訪問診療を受けて救急搬送された症例に対し同様の検討を加え、そのうちの46%が回避可能との結果が得られています。また、入院回避可能な症例は社会的要因が大きいため、地域づくりの必要性がクローズアップされることとなりました。

自宅で看取ることに関しては、2017年も2018年も大体60%でした。看取れる地域を創る試みはまず足立区から始まりました。その学習の流れは、医療知識講習会→アドバンス講座→医療介護連携講座→看取り実践講座というもので、同時にケースカファランスや病院での講演活動、デスカンファランス、ADACHIカフェ、栄養講座なども並行

して行われました。

そうした地味な活動の結果、2012年:総死亡数31人に対し看取り14名(45.2%)、2013年:総死亡63人に対し看取り40名(64.1%)、2014年:総死亡104人に対し看取り82名(79.0%)と、立派に看取れる地域に成長することができました。

この成功が契機となって、医療&介護カフェ ADACHI、支えあう街かつしか、川崎鶴見ケアサークルManabee、在宅医療カレッジ埼玉キャンパスなど、地域の多職種39,900人を動員して、フィールドの多面展開が続いています。

●医師も含め超高齢化していく

首都圏の地域医療を支えるために

首都圏は介護難民が爆発的に増加し、医師不足がますます深刻化しています。病院はパンク状態になり、地域の患者はかかりつけ医が守るしかなくなります。しかしかかりつけ医も高齢化し、日勤帯はまだしも、とても夜間の対応に手が回る状態ではありません。そこで出てきたのが、在宅医療専門クリニックが後方支援するというアイデアです。一人の患者さんを主治医と副主治医で診る、ないしは在宅医療を地域全体で行う。日ならずしてそのようなシステムが導入されることでしょう。

●「生きていたい」「生きていてよかった」

そう思えるケアを目指して

高齢者福祉の三原則とは、①自分らしい生活が続けること、②自分のことはなるべく自分で決めること、③自分のできることを幅広く活かすこと、です。医療や介護もそれを支えます。しかしもっとも頼りになるのは、自分自身や自分が個人的につながっている人たちです。自分が木とすれば、家族の根や、友人の根や、地域の根などの、いわゆる社会関係資本が、自分がすくくと立つのを助けてくれています。

しかし家族が亡くなり、友人とも疎遠となり、地域とのかかわりが無くなって

しまったらどうなるでしょう？友人がいないと死亡率が2.5倍にもなるという報告があります。さらに孤独と孤食は違います。息子家族たちだけで食事をして、自分に声がかからない年寄り、自分の部屋で一人ぼっちで食事をしますが、男性の場合、同居者がいながらの孤食は死亡リスクを47%も高めます。

生きがいがある人は長生きで、人生の目的があると要介護になりにくく、また、認知症の進行も抑制します。さらに、長生きにもっとも寄与するのは人とのつながりという研究もあります。現役世代を過ぎて急速に低下する社会的機能を、再就職やボランティアで維持することができれば、それはすなわち福祉の三大原則の、自分らしい生活が続けることになります。

そこにコミュニティの働きかけがあれば、やせ細った家族の根は、新しい家族関係で再び大地に深く根を張るでしょうし、同じように細くなった友人の根も、多世代交流で太くしっかりとしたものとなることでしょう。さらに途切れていた地域の根は、新しい役割を果たすことにより、以前に増して力強く自分の身を支えてくれるはず。こうした根の再生を行って初めて、病気になっても高齢になっても最後まで安心して暮らせる地域を創生することができるのだと思います。

やがて日本はまったく違った国になります。1868年～1960年くらいまでは、子供が多く、現役世代の若い労働者も多く、年寄りの少ない時代がずっと続きました。これを医療モデルの時代と呼びます。1960年～2025年くらいまでは、子供の数が徐々に減少し、就業者の数は変わりませんが徐々に若い働き手が少なくなり、急速に高齢者が増えてきた時代です。これをケアモデルの時代と呼びます。2025年以降はずっと、子供の数が少なく、就業者数も減り、高齢者のみがたくさんいる時代となります。これがコミュニティモデルの時代です。すなわち医療はもうすでに従来の医療機

関のみで行うものではなく、地域コミュニティがかなりの部分をカバーしなければ成り立たなくなっていると考えられています。

昭和に入ってから平均寿命は25年延びました。65歳で前期高齢者となりますが、老後はどんどん伸び65歳でもまだ人生は1/3残っています。そうしたときに果たして加齢はハンデなのでしょうか？

身体的機能自立度を測定すると80歳以上の男性の60%が一般就労可能と判定されます。パーソナリティ特性では、調和性・誠実性・感情の安定性・社会的優越性などで軒並み高齢者のほうが高得点となっています。

さらに高齢者の意識は大きく変化しており、80%の高齢者が就労意欲ありと答えています。日本が先進国の中で高齢者の就業率が最も高いという事実はありません。

サザエさんの波平は54歳でしたが、堤真一と同年とは思えませんね。それだけ時代も健康度も変わってきたのです。意欲も体力もある新老人は何をすべきでしょうか？

ここに、ボランティアは健康寿命を延ばすとの報告があります。身体活動+ a の、 a の部分にまだ解明されていない不思議な力が潜んでいるのでしょう。なんとなくわかるような気がします。

●さいごに

佐々木先生は在宅医療を始められてから5年半もの間、たった一人で当直を続けられました。枕元の電話には、大病院の総入院患者数に匹敵する900名の患者さんが繋がっています。いくら若くて体力があるからと言っても、よほどの覚悟が無ければできることではありません。

悠翔会が他と一線を画す最大の理由は、スタッフが佐々木先生の無言の背中を見つめているからなのだと思います。

(こうち・ふみお＝
日本医学ジャーナリスト協会理事、医師)

●6月例会

「エビデンスに基づく糖尿病診療のポイント」

岩岡秀明さん（船橋市立医療センター 代謝内科）

報告・河内文雄

●何が問題なのか？

平成28年の厚労省の統計によれば、わが国の「糖尿病が強く疑われる成人」の推計値が1000万人、「糖尿病の可能性を否定できない成人」の推計値も1000万人とされています。この合計2000万人という数字は、オランダの総人口より300万人も多い、実にとんでもない数ですが、なぜかあまり騒がれることがありません。

さらに、日本人の平均寿命は、男性81.1歳、女性87.3歳と、世界に冠たる長寿国ですが、糖尿病患者の平均寿命は、男性71.4歳、女性75.1歳と、全体平均より10歳も早く亡くなっています。これもまた不思議なことに、メディアはそれほどの危機感をもって報道しているようには見受けられません。

糖尿病への取り組みが大きな曲がり角に差しかかり、GLP-1作動薬やSGLT2阻害薬などの新しいコンセプトの薬が続々と市場に投入される一方で、古典的なメトホルミン製剤の再評価が行われるなど、治療戦略も様変わりしつつあります。

その辺りの詳細を、6月18日、日本記者クラブで開催された6月例会において、「第一線の現場から」わが国の糖尿病学を牽引しておられる岩岡秀明先生に、お伺いしました。岩岡先生は今までに9冊の医学書の単行本を出版しておられますが、そのいずれも専門医と同じように患者さんも持っているという、不思議な筆力の持ち主でもあります。講演もまた岩岡節がさく裂し、有意義でありながら、きわめてわかりやすいお話をお聞きすることができました。

●糖尿病とは？

糖尿病はひと言でいえば、「高血糖の海に浮かぶ飢餓動物」です。目の前を沢山の血糖が流れていきますが、細胞はそれを利用することが出来ません。なぜならば、血糖を細胞内に取り込むために必要なインスリンが、絶対的に不足しているからです。

インスリンは、膵臓のランゲルハンス島と言われる組織の中のβ細胞から分泌されます。ところが、過食や運動不足を続けて食後の高血糖が持続すると、徐々に膵臓のβ細胞が死滅し、絶対的なインスリンの低下が起こります。さらに高血糖が続くとインスリンの働きを悪くするインスリン抵抗性も重なって、ますます病勢を進行させます。これが2型糖尿病で、いわゆる糖尿病の大多数はこのタイプです。他に、ウイルス感染や自己免疫を契機として急激なβ細胞の廃絶が起こる1型糖尿病があり、糖尿病全体の1%程度と考えられています。

●糖尿病の治療

糖尿病の治療の基本は、食事療法・運動療法・薬物療法です。

食事療法でもっとも重要なのは総カロリーですが、その計算は自分の現在の体重ではなく、身長×身長×22で求められる標準体重を基準とします。余程の重労働でなければ、自分の標準体重に25～30Calを掛け合わせた数値が一日当たりの必要カロリー数となります。

それを炭水化物・蛋白質・脂肪に割り振ります。従来は6:2:2という比率が良く用いられていましたが、最近の低糖質食ブームの影響もあってか、最近の食



▲岩岡秀明さん

品交換表では、炭水化物の比率は50～60%と記載されるようになりました。

炭水化物と蛋白質は1gが4Calで、脂肪は1gが9Calですから、例えば必要総カロリーが1800Calの人は、従来の比率を用いると、炭水化物1080Cal=270g:蛋白質360Cal=90g:脂肪360Cal=40gとなります。

いかなる疾患でも食事療法の基本はベース・バランス・バラエティです。

ベースというのは、その患者さんの病態がどうかということで、例えば糖尿病でカロリー制限があるとか、腎臓病で蛋白制限をしなければならないとか、COPDでなるべく多く高蛋白高脂肪を摂るように指導すると言ったことです。バランスは上に述べたように糖尿病では6:2:2というようなベースに応じたバランスで、バランスの良い食事を続けていれば、生命の維持に必要なビタミンやミネラルは自然と食事から摂取できるようになります。

最後のバラエティというのは、さまざまな食材を用いて、食事に変化をつけようということです。同じ蛋白質でも、ある時は肉、ある時は魚、ある時は大豆と意識的に変えて、調理法もいろいろと変化を持たせれば、食に対する関心も高まり、ひいては自分自身に対する食育に

も結び付いていきます。

人体の脂肪組織は中に血管などの脂質以外の成分がありますから、1kgが7000Calとなります。すなわち摂取するカロリーと消費するカロリーの差が7000Calになって、ようやく1kgの脂肪を落とすことが出来ることになります。運動療法には直接的にカロリー消費を増やすという部分もちろんありますが、それよりも大きいのは、カロリーを消費しやすく、合併症を起こしにくい体を作るということです。体を作るというと、ボディビルのような運動をイメージしがちですが、そうではなくてウォーキングのような、体に負担を掛けることなく長期に続けられる有酸素運動が適しています。

薬物療法に用いられるクスリは本当に沢山ありますが、経口血糖降下剤(要するに内服薬)と注射薬に分けられます。

注射薬は今のところインスリンとイン

クレチン関連注射薬の2種類ですが、内服薬はいくつかのグループに分かれ、その中でも栄枯盛衰があります。例えばかつては糖尿治療の主役であったSU剤は、いまや第4選択以下に格下げになり、逆に、以前は乳酸ケトアシドーシスのリスクがあるとして敬遠されがちだったビッグアナイド薬であるメトホルミンが、いまや第1選択薬に躍り出ています。

血糖降下作用はマイルドですが、中長期の安全性が高いことなどから、DPP-4阻害薬が第2選択薬となっており、他にも腸管からの糖の吸収を抑える α グルコシダーゼ阻害薬や、反対に腎からの糖の排出を増やして血糖を下げるSGLT2阻害薬などがあります。

注射薬は敬遠されがちですが、糖尿病の本態がインスリンの欠乏ですから、それを補うインスリン注射が糖尿治療の切り札であることは変わりません。様々なインスリン製剤が臨床の現場で

用いられており、それぞれの患者さんの病気の程度に応じたオーダーメイド治療が可能になっています。

●気を付けること

糖尿病の大多数を占める2型糖尿病は、知らぬ間に徐々に進行する病気です。特に気を付けなければならないのは合併症で、従来から糖尿病の三大合併症は、神経障害・網膜症・腎症です。岩岡先生は講演の中で「し・め・じ」と覚えましょうと仰っていました。さらに恐ろしい合併症は、壊疽・脳梗塞・狭心症ですが、やはりこれも「え・の・き」と覚えましょうと…笑

糖尿病は進行性の怖い病気ですが、早期にリスクを発見し、きちんと対応していけば、寿命は普通の人と変わらなくなります!というのが岩岡先生の結語でした。

(こうち・ふみお＝

医学ジャーナリスト協会理事、医師)

中村哲先生を悼む アフガンで 一隅を照らす―

誰がこんなに早く、天に召され地に還ると予想し得たでしょうか。半年余り前の2019年5月に日本医学ジャーナリスト協会通常総会で特別講演していただいたばかりです。NGO ペシャワール会現地代表で医師の中村哲先生が12月4日、アフガニスタン・ナンガルハル州で銃撃され、亡くなりました。享年73歳。その生涯は私たちの魂を激しく揺さぶります。

●思えば遠くへ来たもんだ

中村先生は1946年、福岡市で生まれ、九州大学医学部を卒業して、神経内科医となりました。84年、派遣要請に応じ、パキスタン北西辺境州の州都ペシャワールのミッション病院ハンセン病棟で第一歩を印します。37歳でした。前年には支援組織ペシャワール会(現在12,000人)が発足していま

す。以来36年。人生の大半をペシャワール〜アフガニスタンに捧げました。会発足10年の著書の中で「思えば遠くへ来たもんだ」と書いています。「最初から人を助けようと考えていた訳ではありません」とも。本人も予想だになかった激動の中に巻き込まれて行きます。それは日々、目の前の患者を救う帰結として起きて行きます。

●成し遂げた事

94年までの10年間に、アフガン難民診療を本格的に始めます。ペシャワールに拠点を置き、会は日本人長期ワーカーの派遣を始めます。2年後、アフガニスタン国内に活動を拡大し、最多時は10か所の診療所を展開します。92年にアフガン難民の爆発的な帰還が始まり、PMS(ペシャワール会医療サービス)病院を開設するなど、両国にまたがって医療活動を



カマの取水堰改修作業中の中村医師

続けます。

2000年のアフガニスタンでの大干ばつが転機となりました。井戸掘削、伝統的地下水路修復に乗り出し、飲料用井戸1600本を掘削します。農業事業「緑の大地計画」を立て、「100の診療所より1本の用水路」を掲げて用水路造りに重点を移していきます。

一方、2001年9月11日の米国同時

冗句茶論 (ジョーク・サロン)

松井寿一

子供が毎日読む数字は? 暦 (子読み)。
「これは誰んだあ」「彼んだあ」。

笑うと顔にシワが増える心配する女性がいる。そういう時はお酢を塗ればいい。
シワ酢 (師走)。

長命を祈る間も減る命
誕生日教えてもらい覚えてる
命日は誰も教えてくれる人いない

極楽は十万億土と聞からは
足腰たため婆は行けまい (一休禪師)
極楽は十万億土と言うなれど
近道すれば「南無」の一と声 (蓮如上人)

子供に親が「隠し事はダメですよ」というが、
「書く仕事はダメですよ」ともなる。道理でこの頃の記者は、打っている。

「つまみ出せ」は仲間内からは必ず意味だが、酒の肴を出せとも聞こえる。

夏にアイスキャンディやかき氷を食べるのは

大人も子供も楽しみである。しかし嫌な言葉にも受け取れる。氷菓子 (高利貸し)。

涼菓は熱夏を駆逐する。

猛暑日の猛犬という食べ物がある。「ホットドッグ」。

猛暑の街を歩いてきて涼しい部屋へ入った時の心境。「ホッとする」。

春夏秋冬の四つの季節で一番疲れるのは夏である。「お疲れサマー」。

三角の中に秋と書いて「味覚の秋」と読ませる判字読みがある。羅針盤の針の上に秋と書いたら秋が来た (北)。

春夏秋冬腿はアキレス腱。

デパートで足袋を売っている場所は何階にあるか。地下足袋。

ビルの中でビタミンが豊富にあるのは地下である。B1、B2。

空と海と陸と地下で、目的地に最も早く着けるのは? 近 (地下) 道。
山の中腹にあって、行く道が何本もある温

泉。登別温泉。

お年寄りが行く温泉。老 (道) 後温泉。

その温泉へ着いたらみんな驚く温泉。「ありまあ (有馬)」。

山の中にある温泉なのに鯛が名物料理になっている。「草津でも鯛」。

何をいってもいちいち応答してくれる温泉がある。肯き (宇奈月) 温泉。

お客を「ご主人様」と大事に仕えてくれる温泉。下僕 (下部) 温泉。

殿様が呼んでもこないのに、下僕が呼ぶと飛んでくる鳩がいる。下僕の手にはママがあるから。

韓国は怪しからんという。これを非難韓国という。

意志が濁ると意地になり、口が濁ると愚痴になり、得が濁ると毒になる。

愚痴とご飯はこぼすな。

多発テロ後に始まったアフガン空爆のさなか、2010年にはマルワリード用水路 (全長 25・5km) を開通させ、かつて砂漠となった地を豊かな農地に再生して行きます。現在クナール河流域で 63 万人が賄えるようになり、それをアフガニスタン全土に広げようと、ミラーン訓練所もつくりました。中村先生は「あと 20 年続ける」と言っていたそうです。そういう意味では志半ばだったかもしれません。

●アフガンに死す

妻尚子さんは長女と現地に駆けつけ、遺体と対面しました。二人は頑張ったね」「父がお世話になりました」と気丈に振る舞いました。「こういう事はいつかあり得るとは思っていました」と尚子さん。中村先生も死は覚悟の上の活動だったと思います。ご本人もご家族も 35 年間ずっと、その覚悟の上にいらしたのです。

2008 年、同会の伊藤和也さん (当時 31 歳) が武装グループに殺害されましたが、中村先生は伊藤さんを置いて帰れなかったのだと思います。

小説「花と龍」の作者火野葦平は伯父。小説の主人公玉井金五郎・マン夫婦は祖父母。中村さんは、沖仲仕の大親分金五郎に孫の中で一番似ていたそ

うです。祖父譲りの度胸と義侠心でアフガン人を束ねた。置いて帰る訳には行かなかった。

●遺した言葉

多くの著書と言葉を遺しています。1989 年以来、「アフガン難民とともに」「医は国境を越えて」「医者井戸を掘るーアフガン早魃との闘い」「闘う平和主義」「医者よ、信念はいらないまず命を救え!」「辺境で診る辺境から見る」「国際貢献と憲法九条」「医者、用水路を拓く」「天、共に在りーアフガニスタン三十年の闘い」「空爆と復興」「丸腰のボランティアーすべて現場から学んだ」「人は愛するに足り、真心は信ずるに足る」と多数に上ります。書名の変遷に活動の変化が重なり、現場で思考が鍛えられて行ったことがわかります。

だから、言葉が借り物ではない。「誰もがそこへ行かぬから、我々がゆく。誰もしないから、我々がする」「飲料水確保に全精力をつぎ込む。水は命である」「鉄も握っていない外国人が農業支援を行うことはできません」。言行が一致した説得力のある事柄が平易な言葉で語られます。

中村先生がよく色紙にしたための言葉は「照一隅」 (一隅を照らす)。最澄の言葉です。世界の片隅に目を注ぎ、

一つひとつを実行して来ました。その死を嘆くと住職であり医師である知人は「これからは皆さんの心の中を照らしておられるでしょう」。そうだ。アフガン・ペシャワール、日本を照らした月の光のように、その眼差しは私たちの心の中を照らして行くに違いない。最澄の言葉は「此れすなわち国宝なり」と続きます。

面識を得て 30 数年。その姿を近くに遠くに見てきました。その人となりを考えていると腑に落ちました。宮沢賢治の「雨ニモマケズ」。皆さん、ひもといて下さい。そこに中村先生がいます。

先生。大いなる往診は終わりました。一隅から種が芽吹くでしょう。安らかにおやすみください。目の奥を涙が流れていきます。

(ふじの・ひろし=

日本医学ジャーナリスト協会理事・西
日本支部長)

Medical Journalist Vol.34 No.3 (通巻86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：木村良一
事務局：東京都港区麻布台1-8-10 麻布偕成ビル7階
(株)コスモ・ピーアール内
TEL03-5561-2930 FAX03-5561-2912
E-mail:secretariat@meja.jp
ウェブサイト: http://www.meja.jp