

# Medical Journalist



Medical Journalists Association of Japan

NPO日本医学ジャーナリスト協会会報 February 2010 Vol.22 No.1 (通巻60号)

発行：NPO日本医学ジャーナリスト協会 発行代表人：大野善三

## C O N T E N T S

<11月例会>	
新しい医学教育とチーム医療	1
<9月例会>	
日本のワクチン事情	4
<12月例会>	
脂肪由来間葉系幹細胞の特徴と細胞移植治療への応用	7

<10月見学会>	
先端生命科学研究教育施設TWins見学記	8
追悼 秦洋一さん	10
新刊紹介	12
命あつての俳句考	13
冗句茶論	14

### 冗句茶論 (ジョーク・サロン) 松井寿一

珍しいとか奇妙とか、どう読んでいいかわからない姓がある。

たとえば「春夏秋冬」。見当をつけるとすれば四季さん、一年さん。一年をやまと言葉でいうと「ひととせ」。正解である。

続いて「東西南北」。「よもひろ」と読む。漢字に戻せば四方広。「粟花落」はなんと読むか。粟の花が散る季節と考えると梅雨の時期である。「つゆ」と読む。

熊本県に「一」という姓のひとがいる。まことに理屈にあっていて「にのまえ」である。「九」はどう読むか。一つの字で九だから「いちじく」。では「十」は。「つなし」。ひとつ、ふたつと数えていって、やっつ、このつと一から九まではすべて「つ」がついている。十になるとなくなるからである。なぜ

なくなったかといえば「いつつ」で二つ使ってしまったからという。

「小鳥遊」は「たかなし」。鷹がないから小鳥が安心して遊べるわけである。「月見里」は「やまなし」。山がないから里でもよくお月さまが見えるわけである。では「南足」は？。足が南なら頭は北にある。そこで「きたまくら」と読む。

佐渡に「祝寿」という方がいる。祝は「ほおり」で寿は「ひさし」である。

私も松井寿一でおめでたい姓名だが、上には上があるものである。ところが一つ悩みがあるという。どんな悩みですと聞いたら「香典袋に姓名を書けない」という。平仮名で書くとのこと。

以上は本当の話である。ジョークではない。でもそこそこ笑える話である。

これからは判じ読みとか頓智読みとなる。

①新豚②愛飲酒多飲③無癌④高首領⑤周帯。すべて人名である。何人おわかりか。①ニュートン

②アインシュタイン③レーガン④ハイドン⑤シューベルト。

次は人名ではない。①亀筆②玄人姿勢③不幸幸④珍豚美人⑤銀行酒場⑥父嫌⑦愛米弗⑧日女中本⑨十夜一夜⑩一斗二升五合。

左脳だけでは答えが出てこない。右脳も駆使して、さていくつ読めましたか。

①万年筆②プロポーズ③不幸中の幸い④ちんちんちゃん⑤バンクーバー⑥パパイア⑦アイドル⑧メイドインジャパン⑨てんやわんや⑩ご商売ますます繁盛。一斗は五升の倍、二升はますます、五合は一升の半分。

「神道滅却すれば日の本暗し」と神社にエールを送った。ジンジャーエール。

神主さんが食事もとらず夜も寝ないで働いている。これを「寝食(神職)を忘れて」という。配信を忘れるという背信行為。

## 新刊紹介

策を取り続けてきた厚生行政を、大谷氏は反省もこめてふり返り、人権重視の医療制度は如何にあるべきかを述べた珠玉の著作です。医療ジャーナリストなら一度は紐解くべき作品だと思えます。

大谷氏には、「らい予防法廃止の歴史～愛は打ち克ち城壁崩れ陥ちぬ～」という著作があります。その中でも述べていますが、大谷先生も最初は「らい予防法」廃止に消極的でした。しかし、実態を見るにつけ、患者の人権無視の徹底振りに廃止運動に激しく傾いて行きました。それを皆に伝えたいために、「呉下阿蒙」(無教養な粗暴の人)から「非呉下阿蒙」(努力を重ねて学識のある人)へと進む、中国の古語を紹介しています。大谷先生は、らい予防法廃止運動と共に、精神障害改善運動にも力を入れてきました。明治時代、東京大学初代精神科の呉秀三教授は、統合失調症(当時は、精神分裂病と称しました)を、「この病気に罹った不幸の上に、日本に生まれた不幸を抱え込んでしまった」と言ったように悲惨な生活が強いられました。病気を社会的に排除する政策が続けられてきたのです。それにも眼を向け、弱者の救済こそ、医学の根本だという態度を貫いてきました。「障害のある人もない人も皆同じ人間」という精神で一貫して人権重視の主張を重ねてきました。この本は、理想社会の実現に向けて説いた学ぶことの多い作品です。是非、ご一読下さい。(大野善三)

### 丸山寛之著 『「がん」はいい病気だ』 マキノ出版刊 (1,300円+税)



障害は不便です。しかし決して不幸ではありません。

いやはや底抜けに明るいがん患者の手記である。いろいろなプレスセミナーでも、当協会の月例会でも、実におとなしく聴き入っている丸山さんが、このように不屈の精神の持主で、全身これユーモアの固まりだったとは、あらためて尊敬の念を深くした次第である。

1999年秋に前立腺がんが見つかる。通院治療を続けた。2008年10月、左尿管がんが見つかり、12月に左の腎臓と尿管、膀胱の一部を摘出する手術を受けた。それより前の2006年5月、突発性難聴で左耳が壊れてしまった。右の耳はもともと高度難聴だったので、全聾になってしまった。ご出身の屋久島の方言では、全聾のことを「みんつん」というのだそうで、これで「がんがんつく」になったと笑いとばしている。

プロローグの一節は次のようになっている。ショックといえばショック、不便といえば不便、

いささか精神の変調を感じた時期もあったが、根がかるくて、薄い人間性が幸いして立ち直りも早かった。「障害は不便です。しかし決して不幸ではありません」とはヘレン・ケラーの言葉だが、私の実感的感想もそれに近い。

次はエビローグの一節である。しかし、まあ、なんとよく病気をするものだ。肝嚢胞、前立腺がん、失聴、尿管がん。私は学歴は貧しいけど病歴は輝かしい。肝臓高校、前立腺大学、難聴専門学校、尿管大学。卒業したのは高校だけで、ほかはたぶんずっと留年したままであろう。

さすがは永年にわたって医学・医療の分野で活動してきただけあって、疾病、検査の内容、数値、治療方法等の叙述が実在的である。同病の後継者(?)の羅針盤となるであろうし、なによりもかにもこの明るさが大いに励みとなり力づけられることであろう。(松井寿一)

**Medical Journalist Vol.22 No.1 (通巻60号)**

発行：NPO日本医学ジャーナリスト協会  
 発行者：大野善三  
 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・ピーアール内  
 担当 近藤 龍治  
 TEL 03-5561-2911 FAX 03-5561-2912  
 ウェブサイト：http://www.meja.jp

## ●11月例会 新しい医学教育のあり方とチーム医療 北島政樹さん(国際医療福祉大学学長)

報告・小川陽子

医学教育は、医学知識の詰め込みから、全人的医療を実践する人格形成まで含んだ教育へとシフトしつつあるという。疾病構造が、高齢化社会等々で非常に変わってきており、同時に患者のニーズも非常に多様化している。さらに、医工連携によるロボット手術の展開、遠隔共同手術の進歩、さらに進行がんに対する新しい治療法の出現など、そのような中から、新しい医学教育について触れ、米国と日本の医学教育の違い、メディカルスクール、そして最後に、アート・サイエンス・ヒューマニティなど、北島政樹氏は現代の医療を体系的に話された。なお、北島氏は、第100回日本外科学会会長、第42回万国外科学会会長、日本内視鏡外科学会名誉理事長、New England Journal of Medicine 編集委員などをつとめられている。

### ●外科の急速な変革

20世紀から21世紀に至って、内視鏡手術は、外科臨床全般に、急速な変革をもたらした。1991年に北島氏が慶應義塾大学医学部に教授として戻ったとき、3つのチャレンジを課した。内視鏡手術およびロボット手術、外科腫瘍学(サージカ



▲北島政樹さん

ルオンコロジー)、臓器移植。

その一つに、なぜ、臓器移植が入っていたのか。そのきっかけは、小児病棟を回診しているとき、一年のうちに、二百数十日入院している子供たちを診ていたからだ。先天性胆道閉鎖などの疾患。このような子供を何とか助けたい。

他大学では、すでに臓器移植は行われていたが、「われわれは、患者さん中心の移植をやる」と、移植の数ではなく、質を競うというコンセプトを、若い医師達に説明した。移植を始める前、「戦う医魂」—小説・北里柴三郎(文春文庫)を全スタッフに読ませた。

一例目が、小学校4年生で、母親がドナーだった。手術は成功し、彼は、中学、高校、大学へ進む。卒業後、医療関係の職

業を選び、事務職へ。6例目の子供は、将来医者になる。外科医になって、患者を助けたいと、現在、某国立大学の2年生。このように、移植には、いろいろなドラマがあるという。

そして、内視鏡手術とロボット手術。先進医療の対応には、医工連携の必要性を強調する。2008年、母校の慶應義塾大学が150周年を迎えた。130年前、「今に、視学の器械が進歩して、あたかも口の中を見るがごとく、子宮、直腸、胃は、観察することができる。医学は外科より進歩する」と、福澤諭吉が、内視鏡手術を予見していた。医工連携を推進し、内視鏡手術を行ってきた北島氏にとって、この言葉には、勇気づけられた。

### ●医工連携によるロボット手術

医工連携の必要性の思いから、ロボットの取り組みを、理工学部あるいは企業と取り組んできた。アジアで初めて、「ダビンチ」という手術用のロボットを、2000年3月に慶應病院に導入した。当時、費用は3億円。術者は、離れたところで、コンソールボックスに座って行う。このコンソールボックスは、画像が3次元で見ることができ、親指と人差し指で操作していく。7:1、5:1、3:1とスケーリングができ、

大きさを拡大視できる、また、手ぶれの防止機構などの利点がある。「ダビンチ」を使って胃がんの手術を行う。その操作性は、7自由度の動きがあり、外科医にとって、すばらしい「神の手」だ。だが、2000年から導入して、治験も行なったが、10年後の今、やっと許可が下りた。韓国では、すでに16台を導入しているが、日本には、現在、3台のみ。これらは研究費で賄っており、まもなく、認可はされるだろうという。慶應義塾大学とコラボレーションしている、私立延生大学では、一つの大学で、6台を所有。韓国との医療制度の違いもあり、いろんな面で日本は遅れを取っている。

「ダビンチ」の胃がん手術の操作性が優れ、正確性も向上しているため、外科医の疲労も軽減された。しかし、大きくて複雑、ロボットのアームが緩衝する。そして、残念なことに、先端に触覚がない。大型ロボットのこのような欠点を克服しようと、小型ロボットの研究開発をすすめてきた。この臨床の疑問を研究に回し、東芝と慶應の理工学部と共同開発した「ダビンチ」に変わる簡便なものとして、「マスタースレーブ一体型ロボット鉗子」を開発した。ロボット鉗子は先端のグリッパーに把持、回転、「ダビンチ」と変わらない程度の6自由度を有し、操作部と鉗子部は通常の内視鏡外科用鉗子と同様なロッドで結合されている。「ダビンチ」と違って、医師は患者のそばで、ロボットを操作する。

ロボットの鉗子が掴んだ触覚は、リニアモーターを通じて、ほとんどそのままコンピュータに入力される。すると、コンピュータが瞬時に計算して、その情報を、医師が操作する手元に伝えて再現する。

北島氏は、一つクリアできると、さらに次から次へと欲が出てくるという。この先端医療を、大学病院だけでなく、関連病院での共有化という夢を持つ。先端を理工学部置いて、手元を医学部に。その距

離20 キロ。その触覚を理工学部から医学部へ転送することに成功した。それから、日本とスロベニア間の一万キロを、インターネットを使って転送した。触覚が転送できたのだ。このように、ロボットを開発し、実験、臨床応用に向かっている。このような医工連携、産学連携の概念はこれから必要不可欠である。

### ●医学教育の新しい方策

時代の要請にあった医療人の育成のための制度改革を、学会会議などで議論されており、基礎知識、先端知識、基礎技術、先進技術、先端知識が非常に要求されるようになった。

日本学会会議は現21期。20期から、現行の医学教育システムの問題点をあげ、多様な医師医学研究者育成システムの構築を目的に、基礎医学、臨床医学の先生の両方のメンバーがチームで「我が国の医学教育はいかにあるべきか」の提言を出そうと検討してきた。

そこで、4年制大学卒業後に4年間の医学教育を課し、より成熟した医師育成が可能であるメディカルスクール。そして、従来の6年制医学部教育に大学院教育（3または4年間）を併せた、9年または10年間の教育カリキュラムで、physician scientistとしてキャリアを歩むプログラム、MD-PhDコースなどを検討している。

厚生労働省および文部科学省、教育方面の委員からのヒヤリング実施と繰り返し討議を重ねるが、メディカルスクール構想のあり方、MD-PhDコースなど、今後、継続的に審議を行っていく。

我が国の医学教育において、卒前教育に関しては、全国医学部共通モデル、コアカリキュラムが導入され、講義偏重型授業から問題解決型参加型学習への転換が行われてきた。臨床教育においては、米国方式「クリニカル・クラークシップ」の導入を前提として、共用試験 OSCE (Objective structured clinical

examination)、CBT (computer based testing) など、臨床実習開始前の学生の実力を評価することが必要となり、新しいメソドロジーが開始されている。つまり、患者さんの前に出て、医療行為を行うのだから、実力のある学生でないと駄目ということである。

国が決めているコアカリキュラムに準拠して、教育していき、30%から40%の余裕時間で、各大学に合った独自の教育をしていく。私立大学の場合は特に、そういうことが可能。臨床実習に入る前に、学生の評価、あるいは、質を担保するために、CBTで、100人近い学生が、コンピュータの前で問題を解いていく。また、各々違う問題が出題されているため、カンニングはできないシステムになっている。この他に、疑似患者さんを使ったOSCE (オスキー)で、客観的スキル試験をする。これは、医学部だけではなくて、6年制の薬学部にも、OSCEとCBTを導入した。OSCEでは、学生が疑似患者に聴診しているそばで、審査員が適正とか技術評価をチェック。慶應大学だけでなく、慈恵医大や順天堂大学から先生が出張してきて、コミュニケーションを取りながら審査する仕組みになっている。

さらに、シミュレーション教育も推進し、自身の医学部時代には考えられないくらいのシミュレーションが進んでいるという。OSCEの立ち上げと診断主義の教育、そして、米国では通常行っている白衣授与式を導入。日本では、慶應で初めて行ったが、臨床実習に入る前に、一人ひとりに、白衣の授与をする。この儀式は、医師に、これから診療に参加するマインドを植え付けるためでもある。

このほか、ICT (インフォメーション、コミュニケーション、テクノロジー)により、従来型の教育を活性化するため、Up-to-date、E-testing (電子教材)を用いる。いくつかの質問に対して Keypadで答え

たり、また、慶應の医学部に先を越されたが、国際医療福祉大学においても、iPodを導入する考えだ。

### ●シミュレーションの教育

医学教育は、診断主義の教育からはじまって、実際にシミュレーションの教育、それから、先述した模擬患者を用いて、適正とか臨床技術を評価し、それから患者さんに入っていき。こういう、きめの細かい、緩やかな段階が、医学教育には必要だ。

学生のシミュレーション教育には、まず、BLS (ベーシックライフサポート)の講習がある。BLSは、1年生から4年生、6年生に入ると、救急の実習もきめ細かく行われ、ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support)心肺の蘇生を教える。4年の診断学は、外科は縫合や採血、内科は循環器、呼吸器、6年生の内科ローテーションの時は、高機能、呼吸循環トレーナー (イチロー)、超音波診断シミュレーター、外科は、中心静脈のカテーテル、腹腔鏡も実習で教える。このように、トレーニングモデル (人形や器具)を使った、学生へのシミュレーション教育が非常に充実してきた。当時 600万円した、超音波診断シミュレーターは、北島氏が学部長の時に導入をせがまれ購入した。現在は学生から看護師、研修医と「皆で使ってくれているので、今は、安かったなと思っています」と話す。

クリニカル・シミュレーション・ラボは、学生に自主的に運営させ、随時トレーニングを行えるよう、専属の看護師が1名常駐している。学生が、シミュレーターの開発研究も行っており、腰椎麻酔 (ルンパール)の成人と小児の人形が出来ている。他には、胸腔に水がたまった時に刺すモデルなど、うまく当たると髄液が出てくる仕組みで、まったく臨床に近いモノができていく。救急実習では、脊髄損傷、または、誤嚥の場合など、そのケースに合わせた

教育を受けることができる。

### ●日米の医学教育の比較

米国では、教養専門教育、ネットワークづくり、社会体験後に、メディカルスクールへ入学する。医学部に入る前に、人間性の評価、適正があるかどうか、やる気、基礎学力とあるが、最終的には、人間性を重視。オックスフォードやケンブリッジでは、半年間かけてインタビューをし、医学部志望者の学生をフォローアップしていく。Medical College Admission Test (MCAT)により選抜され、4年間の医学教育を受ける。2年次目から臨床実習が開始され、3年、4年とクリニカル・クラークシップで実際の医療チームに配属されて、患者の診療に当たる。医療の現場では、Student doctorとして学生も患者と接することになる。

日本において求められるのは、メディカルスクールによる、“より成熟した”医師の育成である。メディカルスクールを米国型の医学教育と置き換えれば、4年間の成熟した人材を対象にした臨床実地教育といえる。

最近では、日本も緩やかな教育を行ってきているが、米国は、医学部の4年、レジデント3年、フェロー、患者さんに対する責任へと、緩やかに上がっていく。医学部4年で、問診で身体所見がとれる→データを統合しはじめる→一般的疾患を持つ患者をケアできるようになる。一般医として独立できるのが、レジデントからフェローへの一年目。臨床研修の時間を日米で比べると、米国は患者さんと接する時間、責任が加わり週80時間。それに対し、日本は週42時間という大きな差がある。「水泳の選手にたとえれば、プールサイドでバタ足の練習をしているときから、患者さんと接する時間、患者に対する責任を覚えさせて行くことが大切である」と話す。

米国の医学部は、教育、臨床、研究を、

ほぼ同等に重視する。研修病院に至っても同じである。それは、十分な指導医がいることで、確固たるスタンスで教育ができる。

日本の現実には、臨床をやりながら、片手間に指導医を担う。研修病院においても、臨床に比べて非常に教育が少ない。最終的な医学部の教員は、研究論文、グラント獲得で、教育評価はまったく昇進には関係がなかったが、最近になって、日本においても、教育評価や臨床研究をすることを、キャリアパスに加えていく意識が高まってきた。

米国では、レジデント一人あたりにかける金額が約1,200万円。また、外部監査 AAMC (Association of American Medical Colleges) が教育の監査を、ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) が卒後の研修医の評価をする。サポートが十分である分、評価も厳しいため、米国のレジデントは必死に学ぶのである。

### ●慈恵の心が必要

北島氏は、教育をするときに、「アート・サイエンス・ヒューマニティー」という言葉を必ず教えるという。アートは外科技術。医学とは、サイエンスを背景としたアートであり、その基礎となるのがヒューマニティー。つまり「暖かい心」だという。「外科医は、麻酔をかけた患者さんにメスを入れる。慈恵の心がない医者ではいけない。このようなことを、若いうちから教育していくことが大切である」と強く語った。

(おがわ・ようこ = ジャーナリスト、イメージコンサルタント)

## ●9月例会

# 日本のワクチン事情

## 「日本はワクチン後発国、ワクチンは微生物災害への最良の武器である」

三瀬勝利さん(独立行政法人医薬品医療機器総合機構専門委員)

報告・和久鎮夫

2009年5月のメキシコに端を発する新型インフルエンザがパンデミックになり、日本でも患者が発生、さらには厚生労働省が水際作戦と銘打って成田空港での感染防止対策を行なった頃から、インフルエンザそのものへの興味とその予防ワクチンについての話題がマスメディアを賑わし、その後新型インフルエンザ(H1N1)予防ワクチンは国内では量が足りないために海外から輸入する、また誰に優先的に接種するかなど、そのワクチン問題がいろいろな意味で現在まで続いている。一方、インフルエンザではなく、幼児の髄膜炎を起こすとされるヒブ(インフルエンザB型菌)予防ワクチンが2008年の12月に日本で10年越しに承認・発売された頃から、ワクチンそのものへの興味・議論が沸きだし、昨年10月には子宮頸がん予防ワクチンと乳幼児用肺炎球菌ワクチンが同時に承認され、がんを予防できる唯一のワクチンと銘打たれた子宮頸がん予防ワクチンは年末に接種が開始された。しかし、いずれのワクチンも世界ですでにほぼ100カ国の国々で使用されており、先進国では日本は最後の承認国となっている。がんなどの新薬や先進医療機器の世界の標準治療とされるものについて、いつも冗談のように言われるのが「未承認は日本と北朝鮮だけ」という常套句だが、ワクチンも同じ状態だ。こうした日本たかから網羅的にお話を聞きたいと思っていたところ、協会幹事の宮田親平さんから「すぐそばにいます、われわれ日本医学ジャーナリスト協会の会員で、感



▲三瀬勝利さん

染症の専門家である三瀬勝利さんが最適です」とご教示いただき、今回の講演が実現した。ここでは、三瀬氏の講演を一字一句報告するものではなく、端折ったり横道に逸れたりしながら、私なりに理解した三瀬氏の講演内容をまとめてみた。科学的な誤解や理解不足の記述があったとしたら、それはすべて筆者の責任であることをお断りしておきたい。

\*

三瀬氏は、1963年に東京大学薬学部を卒業されてから、国立予防衛生研究所を振り出しに、一貫して細菌と微生物の研究畑を歩いてこられた。1972年にはスイス・バーゼル大学バイオセンターに留学して制限酵素や分子生物学を学ばれ、人間と細菌の付き合い方を考えてこられた方である。その三瀬氏が最近『ワクチンと予防接種の全て』を大谷明氏(国立感染症研究所名誉所員)との共著で出版された。本書は「見直されるその威力」と副題にあるように、ワクチンの重要性が説かれている、ワクチンに関する全体的な、また平易な解説書をめざして書かれたものだ。大谷氏はウイルス学・感染症の大家で

日本ワクチン学会の創設にも関わられた方だが、このワクチンの本の出版を前に急逝され、三瀬氏が完成されたという。モーツァルトの最後の作品である「レクイエム(死者のためのミサ曲)」は彼の死により未完のまま残されたが、弟子のゼスマイヤーにより補筆完成されたという挿話を三瀬氏はあとがきで述べている。その大谷氏は、黄熱ワクチンの開発により1951年度のノーベル生理学・医学賞を受賞したマックス・タイラーのもとで2年間学び、帰国後、日本におけるウイルス学やワクチン学のリーダーとなった方である。

### ●ワクチン後進国の日本の現状

まず、日本は世界でも珍しいワクチン後発国になっている(三瀬氏は、自分はホモサピエンスの中でも珍しい存在だと思っているが、日本のワクチン後発性はそれ以上だ、とユーモラスに語っている)という。それは承認(流通)しているワクチンの種類が少ないことと、費用が安く済む定期接種のワクチンの種類も少ないことで、これを北朝鮮並みの予防接種行政の遅れというメディアがいるが、こうしたワクチンラグ・ワクチンギャップは行政だけの問題ではない。表1は日本未承認、米国承認のワクチンの一覧(2009年9月現在)だが、日本がワクチン後進国に成り下がっている理由は、まず第1に医薬品の審査官の数が少ない(現在は増員中だが、米国FDAの10分の1以下)こと。第2に狂牛病(BSE)の発生により牛由来製品の使用制限が極端になりすぎていることがある。ワクチンの製造に使われるアルブミン、血清、培地には牛由来のものが多い。

そして第3に、かつてのエイズ裁判で血友病患者用血液製剤を承認した厚生省課長が有罪判決を受けたことで、審査官たちが承認に過剰に慎重になっていること、が上げられるという。

こうした現状を踏まえ、三瀬氏は声を大にして次のように訴えた。承認に慎重になっているのは「羹に懲りて膾を吹く」という感もするが、必要なのは審査官だけに過大の責任を課さないシステムの構築が必要ということで、「わが国にはワクチンの基本政策を論ずる場がない」と故・大谷氏は嘆いていた。米国には医師、研究者、行政官、政府関係者、疫学者など多方面の人たちが参加する「予防接種諮問委員会(ACIP)」があり、そこではワクチンのあり方が活発に議論されている。専門家だけでなく、オブザーバーとして誰でも参加でき、一般の人でも発言ができる。このACIPのような多方面の関係者が一堂に会し、お互いが意見をオープンにぶつけながら政策決定をしてゆく組織(そこにはワクチン被害者の関係者の参加も求められる)が必要だと大谷氏は言っていた。三瀬氏は、大谷氏の遺言ともいえるこのことをメディアにはキャンペーンを張っていたきたいと訴えた。

### ●ワクチンの特徴と歴史

三瀬氏は次に、ワクチンとは何か、そしてそれはどういう経緯を辿ってきたか、という医薬品やワクチンの開発にはど素人の筆者には大変に興味深い話をいくつかのエピソードを交えながら話された。そしてそれはまた、メディアにはワクチンに対して誤解があるのではないかと、問いかけでもあった。それは「ワクチンには強烈な光と影がある」というもので、その光の部分には、ワクチンが疑いもなく抗生物質以上に天然痘、炭疽、ポリオ、ジフテリアなどの感染症の制御に貢献してきたことであり、今後は新型インフルエンザなどにも期待でき、抗ウイルス薬よりワクチンの方が重要であることである。

しかし、その影の部分もあることを知らなければならぬ。すなわち、いかなる努力をしても副作用のないワクチンは永遠につくれないことであり、副作用を持たないワクチンができて、それは効果が期待できない、ということだ。感染症の専門家の間では常識となっていることが、メディアの方々には理解されていないのではないか(ここで三瀬氏は言及しなかったが、日本でワクチンが一般の人に不安を持たれ、ひいては日本がワクチン後発国になった理由の一つに、過去のワクチンの副作用を過大に(センセーショナルに)報道したメディア(とくにTV)があるのではないかと、言いたげだった)という。

ワクチンは、近年の研究により、微生物の感染がいくつかのがんや循環器疾患の発症原因になっていることが明らかになっているという。すでに開発されたものでは、肝臓がんの約1割を占めるB型肝炎ウイルスワクチン、約95%の子宮頸がんの原因であり、口腔がんも関係するというパピローマウイルス(HPV)ワクチンが知られている。現在、肝臓がんの約8割を占めるというC型肝炎ウイルスのワクチンが開発中であり、このほか胃がんに関係するピロリ菌(H. pylori)や白血病に関係するHTLVが微生物が関係するがんである。がんは人の命を奪うことで知られる病気である。三瀬氏は、先ごろ近代美術館で展示されたポール・ゴーギャンの有名な絵画『われわれはどこから来たのか われわれは何者か われわれはどこへ行くのか』を示しながら、人は「不老不死の薬」は存在しないことを知っているのに、一方で

表1.日本で未承認だが、米国では承認されているワクチン

ワクチン	米国	日本
子宮頸がん予防用	承認	未承認 (近く承認されるかも)*
乳幼児用(2歳以下)肺炎球菌	承認	未承認 (近く承認されるかも)*
帯状疱疹予防用	承認(高橋理明のウイルスを使用)	未承認
口タ(小児下痢症予防)	承認	未承認
髄膜炎菌	承認	未承認
不活化ポリオ	承認	未承認 (生ワクチンは承認)

\*これらワクチンはこの講演後、2009年10月16日、日本でも承認された。

「完全に副作用のないワクチン」が開発できると信じている、と聴衆であるわれわれに哲学的な命題を投げかけ、残念ながら副作用のないワクチンはないということ強調された。

ワクチンのエピソードで有名なものは、医師ジェンナーの天然痘予防の話だろう。昔、小さい頃読んだ偉人ジェンナーの物語では、ジェンナーが天然痘の予防に牛の病気である牛痘を人間に植えることを思いついたが、誰もその牛痘を接種されることを嫌がったため息子に接種したという話(事実は違うということらしいが)。乳搾りの女に牛痘にかかるものが多かったが、しかし彼女たちに天然痘の膿を植えて感染させようとしてもほとんど天然痘にかからなかったということだが、ここにワクチンのコンセプトがあると三瀬氏は言う。つまり、人工的に弱い病気を起こさせて、それに似た恐ろしい病気を予防する、それがワクチンである。そしてその弱い病気を人工的に起こすのだから副作用がないということはあり得ない、ということもワクチンのコンセプトに含まれる。

しかし、牛痘と天然痘のような似た弱い病気はないことから、かのフランスの細菌学者パスツールは似たような弱い病気が見つからなければ、恐ろしい病気を起こすものから弱い病気を起こすものを人工的につくればよいと思いつき、炭疽菌を連続的に植え継ぐことにより弱毒の

炭疽菌を得、ワクチン化に成功したという。炭疽菌は911のWTCのテロの後、米国でのバイオテロの菌として使われたことは記憶に新しい。

ワクチンにはいろいろな種類がある。表2に示すように、大きく分けて生ワクチンと不活化ワクチンがあり、不活化ワクチンはまた大きく3つに分けられる。生ワクチンは一般に強力で、副作用は強いといわれる。また弱毒化してあるが、先祖返りをして強毒になることがあるという。ワクチンによる予防はワクチン（紛い物・代用品）を入れてやることで、生体防御機構を引き出すということだ。ワクチンを打つと副作用（副反応）で発熱するが、これは生体防御機構の一環で、発熱は有害ではなく、多くの病原微生物は高温では生育が阻害されることから、解熱剤の乱用は却って有害だ。こうした副作用のない薬は薬ではない。

これまで述べてきたことから結論として、ワクチンの評価は主として、便益対リスクでなされるべきである、と三瀬氏は強調した。そして、恐怖の感染症を予防する（便益）ために、ワクチンの副作用（リスク）が避けられないことから、その副作用で亡くなったり重篤な状態になり、後遺症が残った場合の被害救済を国家として最大の補償をするべきだという。それも定期的接種だけでなく、任意の接種についても同様に補償するべきだ。なぜなら、ワクチンの副作用による被害者は、集団免疫を獲得するという大きな目的遂行の上で功績を残した犠牲者だからだ。

#### ●我が国の感染症とワクチンの問題点

以下、三瀬氏は「我が国の感染症とワクチンの問題点」として、定期接種のワクチンが少ない、また承認されているものが少ない、という点を指摘し、インフルエンザワクチンを巡る諸問題（季節性インフルエンザ、新型鳥インフルエンザ（H5N1）、新型豚インフルエンザ（H1N1）、不活化

ポリオの導入の遅れ、MMR問題と麻疹・風疹の流行、日本脳炎ワクチンとADEMについて、それぞれ詳細に科学的な知見と問題点を語った。それぞれ重要な問題点の指摘があったが、ここでは三瀬氏がメディアに対して要請されたものを記しておきたい。

まずポリオについては、ポリオワクチンの中止は危険であること。生ワクチンはポリオの制御に大きな役割を果たしたが、「生」ワクチンによる副作用で深刻な弛緩性麻痺が接種者約440万人に一人の割合で出ることから、先進国では不活化ワクチンを採用すべきであること。日本でDPT（ジフテリア・百日咳・破傷風）と混合する4種混合ワクチン（DPT+不活化ポリオ）の治験が始まっているが、承認には時間がかかりそうである。こうした問題をメディアにキャンペーンを張っていただきたい。

次にMMR（麻疹・おたふく風邪・風疹）ワクチンの問題だが、日本では1984年から導入されたが、接種者約1200万人に一人の割合で髄膜炎患者が発生、死者も出た。これはおたふく風邪ワクチン株の副作用が強かったためであり、早く中止をすればよかったが、米国より1桁以上多い副作用だった。これにより1994年よりMMRワクチンは中止され、おたふく風邪ワクチンは定期から任意接種になった。これは社会問題ともなり、効果が薄いといわれたインフルエンザワクチンに対する批判と相俟って、国民のワクチンに対する不信感を増大したといえる。薬害エイズの問題など一連の医薬品に対する不祥事の発生とともに、行政が萎縮し、新しいワクチンの導入に過剰なまでに慎重になってしまった。そしてこれにより1990年頃から子供へのワクチン接種を控える親が増え、現在、麻疹・風疹に免疫を持たない子

#### 表2.いろいろなワクチン

1. 生ワクチン…弱毒微生物
2. 不活化ワクチン
①全菌体ワクチン(微生物全体がワクチン)
②成分ワクチン(微生物の特定成分がワクチン)
③トキソイド(微生物毒素を不活化したもの)
免疫を引き出す能力は保有

供が成人し、大学生の間で流行する伏線の一つであり、最も心配なのは風疹に免疫を持たない女性が妊娠した時に感染した場合、「先天性風疹症候群」にかかり、心疾患などの奇形児が生まれる可能性が高くなると専門家が憂慮していることである。

我が国のワクチンの導入の遅れには行政や研究者の責任もちろんあるが、センセーショナルな報道を垂れ流したメディアの責任も大きいのではないかと思う。潔癖主義の日本では議論が極端から極端に流れる傾向があり、ワクチン不信を煽っていると思われる、と三瀬氏。

#### ●進化するワクチン

三瀬氏は最後に、これから登場する子宮頸がん予防ワクチンや乳幼児用肺炎球菌ワクチンについて触れるとともに、米国では承認されているが日本では未承認のワクチンも多いこと、またすでに開発が試みられているC型肝炎やHIVの予防ワクチンを紹介し、進化するワクチンとして多種混合ワクチンやデリバリーの新しい経鼻・経皮ワクチンなどがあることを紹介した。その中で、子宮頸がんの予防ワクチンについては、ヒトパピローマウイルス（HPV）が子宮頸がんの原因であることを突き止め、がんがワクチンで制御できるという道を開いた功績で2008年のノーベル医学・生理学賞を受賞したハラルド・ツアハウゼン氏を称えた。ちなみに、子宮頸がんの95%はHPV感染によって起こり、そのうち16型と18型というHPVが約7割を占めるという。近く承認される可能性の高

い子宮頸がん予防ワクチン（サーバリックス:GSK）は16型と18型のウイルス感染予防に効果がある、という。（筆者注:この子宮頸がん予防ワクチン「サーバリックス」は10月16日に承認され、12月22日に発売・接種が開始された。その時々々の新聞・TVでの報道は、「がんが予防できる。女性に福音」という、まさに事件的な扱いだったが、現在の制度ではワクチンは自由診療

で、予防のため保険は利かない。広く普及するには公費助成や定期接種化などが必要といわれている。）

21世紀は治療よりも予防重視の時代となる。予防は治療よりもはるかに医療費が安上がり（特に感染症）であり、患者を長く苦しめない。ウイルス感染症は抗生物質では治すことができない。世界のグローバル化とともに未知の感染症が増え

ている。現在、こうした感染症には有力な治療法がない。しかし、遺伝子操作技術の発展などで、副作用の弱い成分ワクチンがつくられつつある。ワクチンは微生物災害に対する最大の武器である。ワクチンに正当な理解をいただきたい、と三瀬氏は締めくくった。

（わく・しずお=フリーランスライター）

## ●12月例会 脂肪由来間葉系幹細胞の特徴と細胞移植治療への応用 落合孝広さん（国立がんセンター研究所・がん転移研究室室長）

報告・松井寿一



▲落合孝広さん

12月の月例会は3日、講師に国立がんセンター研究所・がん転移研究室室長の落合孝広先生を迎えて開かれた。演題は「脂肪由来間葉系幹細胞の特徴と細胞移植治療への応用」である。

末期の肝不全に陥った患者さんを救う唯一の方法は肝移植である。しかし慢性のドナー不足、高いコスト、拒絶反応、ドナー側の副作用など多くの問題を抱えているのが現状である。そこで肝移植に代わる医療として再生医療が期待されている。ES細胞やiPS細胞を用いる研究が進められているが、実現にはまだ間がある。

再生医学とは、その生物に元来備わっている自己再生能力を最大限に引き出し、難病等の治療に対する新しい手法を開発する学問領域である。こうした観点から、倫理面や安全性などにおいて優れた生体内に存在している体細胞由来の幹細胞が脚光を浴びるようになった。これまでに多くの研究機関で、幹細胞の分離や同定、そして可塑性、多分化能について詳細が明らかにされつつある。体細胞由来の代表的な幹細胞として、皮下の

脂肪組織中に含まれる間葉系幹細胞の利用が、盛んに研究されはじめている。人間の細胞の数は、数百種類以上、約60兆個あるといわれている。その細胞の中で自己再生能力（細胞分裂で自身を増やす）と、より成熟し、特化した細胞に分化する能力（多分化能）を共に持つ細胞が存在することがわかっている。それが幹細胞で、由来により胚性（ES細胞）と体性がある。

体性幹細胞は①身体の内臓器官、骨髄、臍帯血、脂肪組織などに存在し、老化した細胞や損傷を受けた細胞を新たな細胞に置換・修復補充する ②自家移植

では免疫拒絶の心配がない ③胚性ではないので、倫理上の問題はない。

脂肪組織由来の幹細胞の主な特徴は次のようである。①細胞分化=多様な細胞に分化する能力がある ②パラクリン成長(増殖)因子の発現=治療過程を促進する成長(増殖)因子を発現する ③他の自己成人幹細胞と比較して、細胞数が多い ④採取時の痛み、不快感が最小限に抑えられる。

乳がん患者の乳房修復・再生治療について全米乳がん学会では、安全性および有効性が立証できたと発表している。手術後の復元（瘢痕等）に顕著な改善がみられているし、乳房再建（照射2年以上経過症例）において、27症例中に有害事象はまったくなかった。

慢性虚血心疾患について欧州では、経動脈的カテーテルによる移植を行い、6ヶ月後、12ヶ月後での経過観察を実行中である。交通外傷後の骨形成でも有為な組織再生がみられているし、クローン病に対する修復治療も順調に推移している。

さて、皮下脂肪組織のメリットは ①豊富なこと ②幹細胞がリッチで ③自家移植が可能である等の点である。そして間葉系幹細胞の主な機能は、炎症抑制（免疫制御）、栄養効果（増殖因子等）、血管新生、抗アポトーシス、組織修復、アンチエイジングである。また対象疾患は、肝硬変、慢性心疾患、慢性腎疾患、脳梗塞、潰瘍、糖尿病、組織再建（乳房）などである。骨髄中の幹細胞数は、1:50万から100万個。臍帯血中の幹細胞数は、1:8000万個。脂肪中の幹細胞は、1:10～100個であり、脂肪組織は培養で細胞数を増やすことなく、移植に必要な幹細胞数を確保

できるという利点がある。マウスにヒトの前立腺がんを移植、骨転移しているのを治療して効果が得られ、世界的に注目された。食生活が欧米型化し、大腸がん、乳がん、前立腺がんが右肩上がり増加している。とくに乳がんの場合、20歳代でふえているのが問題である。抗がん剤に耐性が出てきて、転移が増えている。これをなんとかしなければならぬ。せつかく効く薬があるのだから、その短所をなんとかする必要がある。これからは「糖鎖」の研究を進めていくことが大事である。

## ●10見学会

# 東京女子医科大学・早稲田大学連携先端生命医科学研究教育施設 TWins見学記

東京女子医科大学のTと早稲田大学のWが資金を出し合って、研究教育施設（Institution）を作ったので、これを略してTWinsと言います。国からも援助資金が投入されており、1億円以上のいろいろな最先端の機械が備えられています。2008年4月にオープンしたこの施設の見学を会員に呼びかけたところ、今までにない30数名が参加し、見学した人は「これまでで最も良い見学会でした」と感想を述べていました。

### ●病気は、医師だけでは治せない

「治せない病気を新しいテクノロジーを使って治せるようにしたい」、とTWins所長で東京女子医科大学教授の岡野光夫（てるお）教授が考え、それに早稲田大学の梅津光生教授が賛同して、生物工学を共通の基盤として考えたのがTWinsです。いわば、両教授の情熱が建てた施設だといえます。これまで女子医大で循環

器内科を専門として臨床に携わってきた笠貫宏名誉教授が早稲田大学教授になって、この施設を後ろから支援することになりました。笠貫教授は、「患者さん中心の医学」というのが口癖です。

東京女子医大の裏隣に政策大学がありました。これが転移して遺して行った土地があり、売りに出された機会を捉え、TWinsが建てられました。梅津教授の説明によると、「買い取りたいが、女子医大にはそれだけの資力がなくて、早稲田側が2/3、女子医大側が1/3を出し、国からの援助を得て、最先端医科学の施設を建てました。2大学が共同で管理して行くと、とかく風通しがわるく、基礎と臨床の間にも流通しにくい壁が出来やすいのを、建てるときから、風通しがよくなるように設計されました。以前は、生物学は教育学部にあり、工学部の多くは物理学、化学が基盤の機械工学が中心でしたが、最も

再生医療で、ES細胞、iPS細胞が万能といわれているが、全てをつくれるわけではない。肝臓、膵臓をES細胞はつくれる。皮下脂肪の間葉系幹細胞を用いての創薬ならびに治療は前途に光明を見出すことができる。

DNAもさることながらRNAの研究をもっとするべきだ。血液、唾液、涙、汗、リンパ、精液、乳汁等である。

ストレスというのは、わかったようでわからない存在だが、これを測る尺度がみつかるであろう。1年以内にである。

（文責筆者）  
（まつい・じゅいち=医療ジャーナリスト）

## 報告・大野善三

縁遠いようにみえる、医学と工学が一緒になって生命現象に取り組むことになりました。従って、東大の機械工学から移ってきたり、元慶応義塾大学医学部長が研究に携わっています。その連携によって、盲目の人を見えるようにしたり、梗塞を起こした心筋を回復させたいと再生医療の研究に取り組んでいます。基礎研究を専らにする研究員が14人。それを患者に適応させる臨床研究に携わるのが17人。その人たちを中心に、実験と観察が重ねられています。

### ●様々な研究

館内見学で先ず目に付いたのは、実験室に若い人たちが多くいたことです。それもそのはず、この施設は研究所であり、同時にトレーニング・センターでもあるのです。約300人の早稲田大学工学部の学生が、実験を行っていました。生命工学専攻の学生で、未だ施設がオープンしたばかり

りなので最上級生は3年生ですが、本校の方には殆ど行かず、大半の時間をここで過ごします。早稲田の学生の隣で、女子医大の大学院学生が機械の操作を行っていました。この施設の大きな狙いは、もちろん先端医学の専門家を育てるのが一つですが、専門家がどんなに真新しい研究成果を得ても、それを理解して臨床に応用したり、企業に売り込んだりして、世間の認知を得るには、最先端の技術が解って財政的に良好に推移させる必要があります。専門研究員を養成するだけでなく、それを支える周辺部の人たちを育てることも欠かせません。学生の中には、そういう人も混じっています。他に、アメリカ、インド、中国、韓国などからも研究者がきて、その成果を説明していました。その人たちの日本語が上手なのに吃驚しました。日常会話は日本語と英語だそうです。最近では、アメリカ、中国、韓国からの研究論文が多く、次の世代に乗り出して行こうという意欲が旺盛です。

基礎的なアイデアを臨床応用するに際して、新人医師の訓練のための細かな技術開発も必要です。例えば、0.2mmの血管を縫い合わせる技術を訓練するための器具の開発や、くも膜下出血の原因となる脳動脈瘤を扱う技術を教えるための機器も研究開発しています。脳動脈瘤でも破裂しやすいか、破裂しやすければ直ぐ入院であり、破裂するまでには未だ時間がある場合には、しばらく様子を観るといふに幾つかの種類があります。それを見分ける機器を研究しているのです。気管挿管の技術を習得させるマネキンも開発しています。これらは、国内よりは外国の教授、企業からの注文が多く、既にビジネスとして動いています。

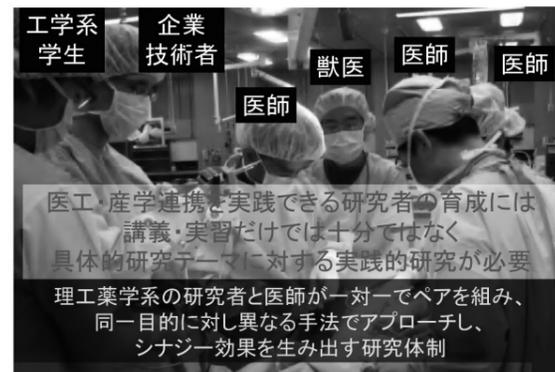
私が注目したのは人工心臓でした。拡張型心筋症などの治療法は、今は心臓移植が普通ですが、人工心臓の技術は昔に比べてかなり進歩しており、近い将来

他人の心臓を貰わなくても、機械仕掛けの心臓を埋設するのが普通になるかも知れません。そうなれば、免疫抑制剤を飲み続けなければならない義務から開放されます。既に、人工心臓をつけて結婚した人もいます。「わしは、他人の心臓を貰うより、こっちの方が気持ちよい」と言って、人工心臓を選択した人もいます。既に10人以上の人が人工心臓をつけているということです。

### ●細胞シート

この研究所の特徴は、「細胞シート工学」が一步抜き出ていることです。パンフレットには、『細胞シート工学による角膜、心筋、歯根膜、軟骨、食道等の新規再生医療技術の研究開発を推進し、順次、臨床応用、商品化の実現に向けて技術融合をはかります』と書いてあります。それを実現させたのが、ここで開発した「温度応答性培養皿」です。口腔粘膜などから取って来た幹細胞を培養し、お皿の温度を低くして培養細胞をお皿から剥がすという技術です。細胞の裏側は粘着性があるため、盲目にしていた角膜を切り捨て、その病地に貼り付けて眼が見えるようにするのです。心筋には、この細胞を貼り付けて、拍動の悪い心筋を活発にする動物実験も成功しています。心筋用の培養細胞はびくびくと動く性質があり、細胞自身から新生の毛細血管を呼び込むホルモンなどを分泌します。その血管が細胞を養うのです。将来、心筋梗塞などの治療には、バイパス手術でなく細胞シートが使われることになると思われます。現在、再生医療のために、次のようなグループが研究をしています。新規基材グループ、幹細胞グループ、心筋グループ、歯根膜グループ、食道グループ、肺グループ、肝臓・膵臓

### 真の医工連携・産学連携を実践する研究者



グループなどです。

既に、株式会社セルシードという会社が設立され、商品名“UpCell”のグローバル販売を始めています。他に、大日本印刷株式会社、オリンパス株式会社、株式会社日立製作所などが参加するといった具合に、産学協同が進行しています。参加している医学部も女子医大だけでなく、阪大、東北大、医科歯科大なども連携しています。

培養する細胞も1層だけでなく多層細胞を作ったり、より高度な再生医療を実現するために次世代型温度応答性培養皿の開発にも取り組んでいます。

### ●岡野光夫所長の締めくくり

見学の最後に岡野所長が力説したことを、2点紹介しておきましょう。第1は、日本の医学人は一般に新しいことに取り組む姿勢が「消極的」であるように感じます。日本の医学が「蘭学事始」から始まり、今も新しい知識・技術は常に欧米から入ってくるのが普通だという意識が続いています。彼らは欧米で開発された結果を翻訳して導入し、それが最先端だと思いがちです。日米の先端技術を比較すると、アメリカは輸出が多く、日本は輸入の方が遥かに多いのです。つまり、日本人は、命を支える技術には逃げ腰であると感じます。精密機械技術の粋だと言われている心臓ペースメーカーは、国内品はなく総て輸入品です。

その傾向は、開発予算額にも現れてい

ます。アメリカのNIHの年間予算は4兆円です。日本の科学技術研究費は2,000億円です。20倍の違いがあります。資源のない日本が将来をどう過ごすのかを考えると、お寒い限りです。日本には将来を開く戦略がないせいだと思います。自動車、家電でお金を稼ぎ、それを研究に回していた時代は終わりました。生命科学の追及こそ

将来を開くのではないのでしょうか。第2点は、医工連携の姿勢です。あちこちの施設でお医者さんと工学部出身者が一緒に研究しています。研究発表会でも、その成果を公表する例が増えてきました。ただ、お医者さんが工学部を利用しているに過ぎない例が多いのです。発想は常に医学・医療側で、工学はその要求を

実現するという風に一方に偏りがちです。むしろ、工学者にもっと医学を学んでもらって、全く同レベルの立場で、同じ問題を検討させるべきだと思います。ここに手術室の情景が写されていますが(前頁写真)、担当医師だけでなく、いろいろな職種の人が参加しています。自分の専門としている分野から、手術の進行を観察して

いるのです。これがあって初めて、共同作業が成り立つのではないのでしょうか、生命科学の発展のためには、この姿勢が大切だと思いますと、岡野所長は力説していました。最後に、傍に立っていた女性を紹介しました。江川美芽(みめ)氏です。一ツ橋大学で国際経済学を専攻して1981年に卒業

し、欧州エービーエヌ・アムロ銀行法人金融本部ヘルスケア部長を経験した人です。これまで医学も工学も専攻していませんが、東京女子医大先端生命科学研究所客員教授で、チーフ・メディカルイノベーションオフィサーです。グローバルファイナンス、M&A等アドバイザー業務のスペシャリストだということです。私は彼女がど

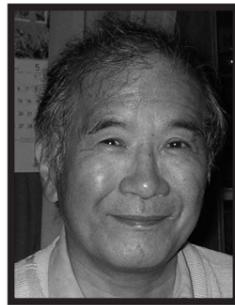
んな業務を実際に行っているのかは判りませんが、理科系の世界に社会科系の専門家が教授として参画していることに、将来を見据えた人事だと感心しました。(おおの・ぜんぞう=医療ジャーナリスト)

## 追悼 秦洋一さん

日本医学ジャーナリスト協会元幹事の秦洋一さんが昨年9月10日に逝去されました。享年68歳。協会設立当初からの主要メンバーとして活動。在職中に脳梗塞で倒れられましたが、その後リハビリを重ねられ、不自由なからだと言葉をものともせず、執筆、協会の活動、厚生労働省の社会保険委員会介護部会委員など、精力的に活動されました。

とくに晩年は、年4回発行の協会報「Medical Journalist」の編集長としてだけでなく、それを補完する形で2003年からメールでの「日本医学ジャーナリスト協会便り」を始められ、2007年2月からは「針の穴通信」という個人メールの発信を開始し、2008年3月に106号を出して再入院されるまで、まさに精力的に書き、これぞという人の意見を紹介し、「患者の権利」「尊厳死」「介護問題」などの医療問題に留まらず、日本の社会の森羅万象について発信し続けられました。ご冥福をお祈りします。

秦さんの略歴を簡単に記します。1940年高知県に生れ、国際基督教大学卒業後、朝日新聞社に入社。『モダン・メディスン』副編集長。調査研究室主任研究員、編集委員を経て、定年退職後フリーの医療ジャーナリストとして活躍。訳書にW.バークett『科学は正しく伝えられているか』(紀伊國屋書店 共訳)、J.E.ピショップ他『遺伝子の狩人』(化学同人 共訳)、『インフォームド・コンセント—患者の選択』(みすず書房 共訳)などがあります。



▲ありし日の秦洋一さん

## 秦洋一さんのこと

9月10日、秦洋一さんが心不全で逝去された。協会にとって最初から活動され、ことにニューズレターを長く編集された方であるので、そのことへの感謝とともに哀悼に堪えない。

小生はこの会(当時は医学ジャーナリズム研究会とあった)への参加は少し遅れてであったので、秦さんは牧野賢治さん、伊藤正治さんらともども先輩として仰ぐ存在であった。ただ、いくつもの訳書があり英語に堪能であることに敬意を表していたが、深くお付き合いしたのは、会のスピーカーに近藤誠氏を呼んだころだったと思う。

当時、朝日新聞社で企画調査室に属しておられた氏は、医学雑誌の編集に携わったことがあり、文系の氏がそのとき化学を初歩から学ばれたという話に驚かされた。

それからしばらく後、今度は「朝日新聞記者」という名刺を渡されながら嬉しそうだった。「ジャーナリストは現場が一番」とかねがね思っていた小生も、編集委員として再出発された秦さんを大いに祝福したい思いだった。

それからの朝日新聞紙面における活躍は瞠目すべきものだった。ことに神戸大震災前後の健筆ぶりは、一時は同紙

で最大の紙面占有率(というのがあるかどうか知らないが)といたいくらいの執筆量をこなされた。毎週のように「秦洋一編集委員」の署名記事がないときはないほどで、その執筆量だけでなく、内容がつねに弱者に目を配っておられたことに感銘を受けた。おそらく大熊由紀子さんとともに、「社会福祉の朝日新聞」を牽引された第一人者でなかったか。

同時に地域での医療、福祉にも挺身され、「ターミナルケア」など生の本質に迫る活躍まで本当にすばらしかったが、それが八面六臂であり過ぎただけに秦さんのご健康に及ぼしたことが大き

## 宮田親平

かったのではないかと。突然に倒れられ、一時は生死の境をさまよわれたという。幸い回復されて奥様に付き添われて現れてから、日ごとに健康を取り戻されてニューズレターをほとんど一人で編集してくださった。

小生らはこうした闘病のご生活などを

通じてご一家とも知ることになった。奥様から3人のお嬢様まで福祉に造詣が深く、ことに神戸地震でもお父さんに倣って活躍された、とてもラブラブなつみさんと交流があったことを小生は嬉しく思っている。奥様も地域の福祉に挺身され、まさに「福祉ご一家」であったのだ。

9月15日、キリスト教式でご葬儀があり、奥様の暖かくも気丈なご挨拶に感動した。まさにキリスト教の「隣人愛」を医学ジャーナリストとして実践されたご生涯であった。従ってこの小文の冒頭の言葉は、「天に帰られた」と書き直すべきでしょう。

## 知らぬ医学もなんのその 何事であれ一途を通す

朝日新聞社の東京事業開発室から出していた医師向け月刊医学雑誌『モダン・メディスン』の編集部では、秦洋一君はシニア部員として毎日、取材に翻訳にと飛び回っていた。彼は英語が得意だったので、その能力を買われて東京本社の整理部から引き抜かれたのに違いなかった。

次いで私が1979年9月に科学部から編集長として移っていったが、この雑誌がアメリカの医師向け医学誌の翻訳版であることに不満だった。そこで新年号から表紙も一新し、新誌面を展開した。この変革をやり遂げられたのは、ひとえに秦君の率先的、献身的な協力のおかげであった。

彼は何事につけ、やり出したら一途に突っ走る男であった。たちまち大学医学部の教授連にも食い込み、開業医たちの勉強会にも顔を出して、自分でもせっせと記事を書き、企画も出した。

こうして翻訳文主体だった雑誌が内科医や小児科医に身近な雑誌に変質していく。やがて英語からの翻訳記事が1~2割にまで減るころ、医学・医療界ばかりでなく広告業界からも注目され始め、大きな収益を上げるまでに成長した。

しかし秦君のヘビースモーカーぶりには、ほとんど参った。医療記者として「健康に有害」と分かっている習慣を絶ってほしかったのだ。そこで「せめて編集会議の席だけでも我慢してほしい」とお願いした。

こうして彼とは2年余り一緒に仕事をしたが、その間に彼のお母さんが胆のうがんでシビアな状況に追い込まれた。その時の彼の機敏さは、まったく見事であった。書きためられていた短歌が歌集にまとめられ、なんとか病床に届けることができたという。

やがて私の方が先に編集部を去っ

## 児玉 浩憲

て、彼とはすっかり疎遠になっていたが、10年余りたつと新聞紙面に署名記事を見かけるようになる。医療や介護について一家言を吐露できる編集委員に育っていたのだ。医学雑誌の編集で培われた力だと思う。

次に彼と会ったのは、医学ジャーナリスト協会幹事会の席であった。彼は杖をつき、回らぬ舌を懸命に動かして話そうとしたが、聞き取れない部分の方が多かった。小脳部が脳梗塞に侵されたと聞いた。

それでも若い頃と同じ一途さを通し、厚生労働省の調査委員などを続けていた。しかし68歳で、脳梗塞の再発に遭ったのである。長期喫煙者の同僚や友人が次々倒れていくのが残念でならない。68歳といえば、私が俳句の手習いを始めた歳だ。

\*若き友逝くを嘆けば穴惑ひ

\*友のいまは知らずか虫の声途切れ

「私は1924（大正13年）3月27日生まれて、戦中派世代の一人です。

戦争中の学生時代にハンセン病の臨床医学に接して、大東亜戦争（戦後に太平洋戦争と改名）に従軍、1945（昭和20）年の敗戦を迎えました。戦後、また大学に入り直し、病気のため卒業が遅れましたが、地方公務員である保険所職員となり、さらに中央の厚生省職員に転じました…」

大谷先生は京都大学医学部学生時代に小笠原登助教授の薫陶を受け、ライ病（ハンセン病）が伝染力の弱い細菌による感染症であることを教えられました。「小島の春」（伝染力が強いと考えられていたハンセン病患者を薄暗

い時間に逮捕し、有無を言わず収用所送りにする戦前の強権発動のルポルタージュ）がもてはやされた時代で、国家は、ハンセン病患者は社会を汚す元凶だとして、一生、親にも兄弟にも会えない収容所暮らしを強制しました。隔離し、断種するという人間扱いしない「けがれ」者扱いの政策でした。ハンセン病が弱い細菌に因る病気であり、仮に感染しても化学療法で治ると判った終戦後も長く患者の隔離政策がとられ、明治時代に制定された「らい予防法」が廃止される1996（平成8）年まで続きました。遺伝病だと誤解された時もありました。明治の初め以来、患者の人権を無視する強権発動の方針の下に、残忍な医療政

偏見と差別を乗り越えて

大谷藤郎先生は、皆さんもご存知の通り、1983（昭和58）年に厚生省医務局長を定年退任され、その後、藤風協会理事長、ハンセン病資料館館長、国際医療福祉大学理事長など多くの役職を歴任されました。医療福祉分野の大先達です。この本は、先生がいろいろな組織で行われた講演や座談会を記録したものと、各種出版物に執筆された著作物を含んだ作品で、先生の一貫した考え方を著した労作です

「はじめに」には、次のように書かれています。

●命あつての俳句考（句自解）  
 笹ひろひこ  
 【寒い冬もあと少し】  
 逝く年を惜しむ  
 鯨の骨見上げ  
 川柳とは違って、俳句には1カ所だけ（切れ）がある。この欄では切れのところで行替えをしてあり、そこで軽く溜めを作って読み下すと分かりやすい。俳句を読み解くには、この切れを見つけることが何より大切だ。この句では、逝く年を惜しんでいるのは鯨ではなく、詠み手の私である。科学博物館内を歩き回っていて、鯨の展示に出くわした。十メートル近い立派な骨格だ。これが体をくねらせながら南極海を泳ぎ回っていたのだ。まさに威風堂々。私も骨になるまで、今しばらく体をくねらせたり伸ばしたりして生き続けることにするか。 季語は、鯨（冬）  
 煤はらふ  
 老とは物をためすぎで  
 新年を迎えるために大掃除をする、小さな部屋にも様々な物が詰まっているのに驚いてしまう。いつの間にか溜めこんでいたのだ。年を重ねるということは、身の回りに物をはべらすことだったのか。後にこんな物を遺された家族にとって迷惑千万に違いない。思い切つて整理して廃棄することにした。 季語は、煤払ひ（冬）

鍋奉行とは、鍋料理を作るのに慣れた人のこと。鍋に材料を入れる順番や食べるタイミングなどを詳しく講釈しながら、リードしてくれる。こんな人がいれば、忘年会の席もみんな大助かり。それにしても今日の奉行は、口ごもつて小さな声しか出さないの、よく聞き取れない。確かに頭がでっかく口が広い鮫鯨に比べれば、どの人の口もちっちゃい、でも、なかなかおいしく仕上がって、一同感謝の極み。 季語は、鮫鯨（冬）  
 春寒し  
 釣師に浮きの微動なし  
 こんなに寒いのに朝早くから魚釣りをしている人がいる。もちろん防寒具に身を固めているのに違いないが、浮きを見つめる釣師も、池に浮いている浮きも、まったく動かない。釣りの面白さを知らない者には、絶えがたい状況ではある。かつて友人にも釣り好きがいて、暗いうちから熱燗片手に糸を垂れていた。たて食う虫もなんとやら。 季語は、春寒し（冬）  
 \*  
 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。グーグルでの検索は「俳句入門、児玉」とお願いします。  
<http://echike.exblog.jp/>

比企寿美子著 『アインシュタインからの墓碑銘』 出窓社刊（1,500円＋税）



海と時代を越えた科学者の友情

アインシュタインといえば、どなたもご存じの「相対性理論」で知られるノーベル物理学賞の受賞者。その博士から愛惜の情をこめて贈られたドイツ語の碑文を刻んだ小さな畳1畳ほどもある石を横にした墓が徳島県美馬市のはずれの光泉寺に建っている。

その碑文には「ここに三宅速とその妻三宅三保が眠る。二人は共に人類の幸せのために尽くして共に人類の過ちの犠牲になって逝った。米国プリンストンにて1947年3月3日 アルベルト アインシュタイン」とドイツ語で彫られサインもある。

著者は、墓碑銘にある九州帝国大学（現九州大学）第1外科教授・三宅速（みやけ・はやり）とその妻三保の孫に当たり、アインシュタインから墓碑銘が贈られるまでのいきさつや速の足跡について見事な筆の運びと描写力でありのままを再現している。

本書は第一章「アインシュタインの来日」、第二章「それぞれの流れ」、第三章「濁流」、第四章「戦争、そして平和」の四章から構成されている。第一章では、アインシュタインと三宅速とが、フランスのマルセイユ港岸壁で、初めて顔を会わせ、日本への長旅の途中、体調を崩した博士を治癒に導いたことを契機に二人の親交が深まったことが、紹介されている。

そして日本各地で講演の途次、福岡の三宅家を訪問したアインシュタイン夫妻が、すっかりくつろぎ、団らんのひとときを過ごし、そのうちに速が娘たちのためにドイツから送ったグランドピアノ（フリーユゲル）の前に座った博士が鍵盤に指をふれた途端、見

事なやさしい音色でフリーユゲルが歌い始めた、と団らんの状景が目浮かぶような筆の冴えである。

第二章ではアインシュタイン、速のそれぞれの生い立ち、特に速については東京帝国大学医学部首席卒業から留学先ドイツでの勉学ぶりなどが活写されている。そして圧巻が第四章の中の岡山大空襲の情景である。1945年6月28日の深夜、B29の大編隊による大空襲に見舞われ、市街の大半が焼失、同市のシンボル岡山城も天守閣から真っ赤な炎を噴き出して崩れ落ちたが、何よりも速・三保夫妻が防空壕内で戦災死する悲運に見舞われており、当夜の悲惨な状況に胸を打たれる。

この速、三保夫妻の死が息子博によりアインシュタインに伝えられ、「墓碑銘」が海を超えて届けられたわけだ。いずれにしても本書は国境を超えた友情、また家族愛、そして戦前、戦時中の国際情勢まで垣間見ることができる悲しくも味わい深い一書といえよう。

ちなみに、本書は著者が「おわりに」で記しているように「生前の父・三宅博や叔母の高岡富子から聞かされた祖父とアインシュタインとの関わり、また戦争で失われなかった写真や家族間の手紙、さらに祖父自身の書き残した日記、そして空襲による火の海の中を当時まだ4才だった著者を背負って逃げてくれた従兄の蝶良良郎から聞いた当夜の話をなどを基にまとめた」ノンフィクションである。

（伊藤正治）

近藤公一著 『しあわせのうた』 メディア・ポート社刊（1,000円＋税）



命さえあればいいよね、遅れても

重い障害を持って生まれた長女の成長ぶりを、短歌に托しながら、著者と妻双方の両親、

二女、周囲で支えてくれた人々への愛と感謝のメッセージである。せっかく授かった新しい小さな生命が、重度の障害を持っていると知った時の驚き。なんとか奇蹟が起きないかと願う親の心。動きもままならず、言葉もほとんどしゃべれないで育っていく娘への温かいまなざしが、全篇をつらぬいている。

著者は長野県の南信濃村の出身で、横浜国立大学で「南アジア」を専攻したこと、長女を「みなみ」と名づけた。二女は「史奈乃」である。1989年7月9日、第一子となる女の子が生まれた。3700グラムの大きな赤ちゃんであった。夫妻は大喜びであった。しかし数週間後小さな痙攣を起こした。すぐ近くの医科大学病院に電話を入れて、夜間緊急外来の診察を受けた。「なんでもないですよ。心配いりません」という言葉を期待していたのに、診察を終えた若い医師は「精密検査を受けてください」といった。「ミトコンドリア筋症」の疑いもたれたが、そうではないことが判明した。

しかしそれ以後「脳の石灰化」という事実と「発達障害」ということ以外に、明確な病名が与えられないまま今日にいたつている。

2007年12月に『みなみへ 障害を持つ娘と家族への言伝（メッセージ）』として自費出版し、親しい友人、知人に配るだけにとどめたのだが、いろんな人たちから「もっと広く読んでほしい」といった声や、2009年4月に公刊の運びとなった。

「命さえあればいいよね、遅れても」  
 夫婦の結論 今宵も同じ  
 （松井寿一）

大谷藤郎著 『ひかりの足跡』 ハンセン病・精神障害とわが師わが友』 メヂカルフレンド社刊（4,500円＋税）

