



# Medical Journalist

NPO日本医学ジャーナリスト協会会報 MARCH 2016 Vol.30 No.1 (通巻78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

<11月> 「第4回日本医学ジャーナリスト協会賞 発表・表彰式・シンポジウム」	1	<7月例会> 「変革もたらずゲノム医療の波」	8
<9月例会> 「超高齢社会の社会保障のあり方」	4	「ポジティブ皮膚科学の提唱」	10
		新刊紹介	11
		冗句茶論	12

## 冗句茶論 (ジョーク・サロン)

松井寿一

春夏秋冬と書いた看板を店先に置いてある所がある。秋がないので「高い中」と読ませる。春夏秋冬二升五合は？二升は升が二つだから「ますます」、五合は一升の半分だから半升(繁昌)。「高いはますます繁昌」。

一斗二升五合は、一斗は十升、その半分は五升、五升の倍が一斗だから「ご商売ますます繁昌」となる。

春夏秋冬という「けん」は？体の中にある。「アキレス腱」。

健と建の違いは？。建には人偏がないので「人でなし」という意味になる。

箱根の山は何県にあるか、と聞かれたら天下の険と答える。では東京都は何県にあるかといわれたら「首都圏」。

東京タワーのてっぺんは何県にあるか？「危険」。

喧嘩の強い県は？高倉健。美男子の生まれる県は？むかし上原謙、いま松平健。

どんなスポーツでも互角に戦っている状態をボクシング中という。「健闘」。

車がビュンビュン行き交っている所でボクシングの練習をしている。車道ボクシング。

全身麻酔の時は、医師と患者が一、二と数えていく。患者は大体五前後で数えられなくなる。しかし医師は十まで数えることになっている。九と言った時、ガバッと跳ね起きた患者がいた。ボクサーだった。

日本中のお寿司屋さんが一人残らずやっているスポーツがある。テニス(手に酢)。

お寿司屋さんの大きな湯呑みに魚偏の字が沢山書いてある。では魚偏に魚と書いたら、なんと読むか？魚という字が二つ並んでいるから「煮(二)魚」。

お寿司屋さんは、酢飯の上のにせるネタが料金となる。言葉の最後に「り」がつく五つのだだのものは？おしぼり、あがり、しゃり、がり、はばかり。

落語家が好きな寿司ネタは？とり貝(とりがいい)。

ゴルフ上達のコツは落語を聞くことだという。寄席を大事にする。

ゴルフの寄せが下手な人は、洋服屋さんと電気屋さん。前者はオーバーで、後者はショート。

業界の景気は？と聞かれて、ゴルフにたとえるならホールインワンだと答えて、そんなにいいのかといわれたので、バツとしない。

二組のご夫婦がゴルフを楽しんでいた。どちらかの奥様が、これが入ったらイェーグールというところまで寄せた。嬉しくなって「これが入ったら死んでもいいわ」といった。それを聞いたご主人が小さな声で「OK」。

目が見えない動物はやさしいか、こわいか？こわい。「猛(盲)獣」。

昔、大和の国に魔法を使う動物がいた。ろばである。「大和はまほろば」。

君は繭になる前だ。解雇(蚕)。

あいつの考えていることは太い竹だな。孟宗竹(妄想だけ)。

## 新刊紹介

い。男性は女性より短命である。このか弱い男性への理解を深める興味しんしんの本である。

第1章で、一卵性双子の姉妹は一卵性双子の兄弟より似ていない事実も、性染色体で説明できるとする最新の研究などを紹介する。男のY染色体は孤立無援で、3億年前の古生代からの長い進化の過程で、遺伝子数を減らして退化していくしかなかった。このあたりの悲劇は宿命を感じさせる。ただ、孤独なY染色体は、他の染色体と混ざり合うことなく、父から息子へと受け継がれていく。日本の天皇の皇位継承問題で、男系継承の根拠にも、Y染色体の存在が浮上しているというから、知っておく価値はある。

第2章では、X染色体とY染色体の命運の違いを解説し、Y染色体の遺伝子数が減少の一途をたどった過程を推理する。500～600万年後にはY染色体も消えてしまうと予測するシミュレーション結果も、オーストラリアの研究者が発表している。もっとも、諸説

があって、男がいなくなり、人類滅亡という悲惨な話ばかりではない。著者は「男は意外にしぶとい」とみる。日本の南西諸島にY染色体を既に失ってしまったトゲネズミが生息している。それでもオスが生まれてくることを著者が発見し、哺乳類の性染色体による「性」権交代の瞬間を捉えた。この研究は哺乳類の性決定に新しい視点を提供するものとして注目されている。

第3章は、男性のつくられ方を遺伝子レベルで解き明かす。男性決定遺伝子のSR Yが精巣を持つように男性化のスイッチを入れて、男性ホルモンなどを産生していく。妊娠12週～22週目の胎児期の男性ホルモン大量分泌が男児の体の特徴をつくり出すことも示す。女性が集団生活をするとき性周期がそろうという「女子寮効果」や、最近増えているとされる草食男子などの記述は興味深い。

第3章で男の弱さをうみだすもの、第4章では男の短命を論じる。男性は女性より5%多く生まれる。しかし、その理由はまだわかっ

ていない。最後の第6章では「わかりあえない2人」と題して、男女の根強い対立を取り上げている。精液に毒をもったり、浮気防止のタンパク質を入れたりするなど、動物のオスとメスの間に延々と繰り広げられる愛憎の物語は、熟読するとぐったりするので、面白いけど、ほどほどに飛ばし読みすればよい。(A.O.)

会員の皆様からの医学・医療に対するご意見、思い、また新刊書評など、寄稿を募集します。採用分には薄謝を差し上げます。事務局までメールでお送りください。お待ちしております。

### Medical Journalist Vol.30 No.1 (通巻78号)

発行: NPO日本医学ジャーナリスト協会  
発行者: 水巻中正  
編集責任: 七野俊明  
E-mail: tshichino5159@icloud.com  
事務局: 東京都港区麻布台1-8-10 麻布信成ビル7階  
(株)コスモ・ビーアル内  
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

## ●11月

# 「第4回(2015年度)日本医学ジャーナリスト協会賞」 発表・授賞式・シンポジウム開催

報告・庄野優子

2015年11月6日(金)午後7時から東京・日比谷の日本記者クラブにおいて「第4回日本医学ジャーナリスト協会賞 発表・授賞式・記念シンポジウム」が行われました。本協会賞は、日本医学ジャーナリスト協会の創立25周年の2012年に、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されたものです。第4回目となる今年度も全国から多数の自薦・他薦があり、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」を基準に選考されたのですが、今年の協会賞は、大賞が書籍部門・映像部門・新聞雑誌部門でそれぞれ1作品ずつ、優秀賞が書籍部門で2作品、映像部門で1作品と、取り上げられたテーマも問題意識もきわめて今日的でバラエティに富んでいました。受賞作と授賞理由は次の通りです。

### <大賞>

#### ● 書籍部門

鳥集 徹さん

### 「新薬の罠 子宮頸がん、認知症… 10兆円の闇」(文藝春秋)

医療をめぐる頻発する一連の不幸な事件が「利益相反」と深い関係にあることは国境をこえた事実であり、海外では多くのジャーナリストがこの問題を追及してきました。本書は、そのような状況を真正面から取り上げた本邦初のものであることが高く評価されました。

学会中枢部を抱え込んだ巧妙な宣伝、販売促進活動、医学界のみならず、政治家、患者団体もまきこむ周到な戦略が、抽象的ではなく、具体的な事実をもって語られています。

著者は、8年前に、インフルエンザの治療薬タミフルにまつわる利益相反を

スクープし、これがきっかけになって、「厚労省の審議会の委員は、審査対象となる薬等を販売する製薬会社から資金提供(寄附金や講演料、原稿料など)を受けているかないかを申告し、一定額以上だと審議や決議に参加できない」という、基本的なルールができま

した。

長期的な取材の延長線上で、生まれるべくして生まれた書籍であり、文章の切れ味も構成もよく、勇気あるジャーナリストによる、大賞にふさわしい作品と審査委員から賞賛されました。



協会賞を受賞された皆さん(左から、川畑さん、佐藤さん、樋口さん、鳥集さん、石原さん、詫摩さん、古田さん)





シンポジウムは大熊由紀子さんの司会で、各受賞者の皆さんが受賞作にこめた思いを語った



● 映像部門

石原大史さん

『NHK ETV 特集「薬禍の歲月」  
～サリドマイド事件50年～』

サリドマイドは「妊婦のつわりにも効果がある」「安全な薬」として販売されました。ところが、強い催奇形性のために手や足が極端に短かかったり、耳が聞こえないなどの障害をもつ約300人の被害児が誕生。日本の薬害の原点といわれます。

にもかかわらず、忘れられかけているこの問題を、50年目という節目をとらえ、体験を丁寧に聞いていく中で、「薬害の影響は一生続く」という事実が伝えられました。加齢によって新たに浮かびあがった後遺症、不自然な姿勢での自立生活の努力を続けたために引き起こされた二次障害です。

そのような障害に苦しむ女性の「薬害を繰り返してきた製薬会社や医療界、国の体質はそのまま残っている。だから私たちはあの薬害を語っていかねばいけない」という言葉。生後間もなく乳児院の玄関に捨てられた男性の壮絶な人生…。

90分という長編、しかも、重い話題でありながら、見るものを最後まで惹きつける構成も高く評価されました。「放送文化基金賞」のドキュメンタリー部門で最優秀賞を受賞しておられますが、「放送文化としての評価だけでなく、医学ジャーナリズムとしてこそ、高く評価されるべき」という推薦者の言葉もあり、大賞となりました。

● 新聞・雑誌部門

古田彩さん、詫摩雅子さん

日経サイエンス

「STAP細胞をめぐる一連の報道」

STAP細胞に関して新聞・テレビはおびただしく報道をしたものの、興味本位な周辺の報道が目立ちました。そのなかで、古田彩さんと詫摩雅子さんは、科学的証拠をもとに真相解明することに集中して真実を明らかにしました。

「日経サイエンス」2014年6月11日発行の号外「STAP細胞 元細胞の由来、論文と矛盾」では、独自に入手したSTAP細胞の遺伝子データ解析についての理化学研究所の内部資料に基づいて、STAP細胞が、実は既存の多能性細胞、ES細胞（胚性幹細胞）である可能性が高いことを報じました。

8月号「STAP細胞の正体」ではこれを詳報、9月号「STAP幹細胞はどこから?」で、STAP細胞が、論文著者の小保方晴子氏が実験していた研究室で作成された既存のES細胞であった可能性をいち早く指摘。15年3月号では、判明した事実をもとに、STAP細胞が最初から存在しなかったことを解説しました。

高度な取材力と分析力に裏打ちされた質の高い記事は、科学誌ならではの調査報道のあり方を示したものと高く評価されました。

<優秀賞>

● 書籍部門

佐藤雅彦さん

「認知症になった私が

伝えたいこと」(大月書店)

「認知症になっても暮らしやすい世の中を」という強い意志に貫かれ、認知症になった人にしか書けない経験と工夫と、社会への強くて具体的なメッセージが込められています。

中学校の数学教師を経てシステムエンジニアとして活躍していた45歳のころ、仕事にミスが増える異変を感じ、51歳で若年性認知症と診断されました。ショックと苦しい混迷の年月を経て、記憶力の低下を補うためのパソコンや携帯電話やipadなどを使った知恵を編みだしました。それだけでなく、生きるための哲学が本書につまっております。あとに続く人々に伝えようとする思いに貫かれています。

講演やフェイスブックで社会への発信を続け、認知症と生きる人による「3つの会」や「日本認知症ワーキンググループ」を発足させた佐藤さんたちの歩みは、そのまま、日本での認知症当事者運動の歩みの記録ともなっています。



取材を受けた当事者も参加したシンポジウム風景

出版後1年もたたないうちに台湾で翻訳出版されたことは、本書に込められた知恵が、高齢化の進むアジアの国々にも貢献することを示しています。

● 書籍部門

樋口直美さん

「私の脳で起こったことーレビー小体型認知症からの復活」(ブックマン社)

レビー小体病の当事者である樋口直美さんが自らの日記を公開するというユニークな手法で丁寧につくられた作品。本人にしか書けない、これまでの常識を覆す認知症像が繰り広げられています。

推薦者の医師はこう述べています。

「私は30年近く医学を学び、精神科医療の現場で働いてきました。この本で語られている壮絶な体験は、私が慣れ親しんできた三人称で記述された「医学的な症状」が、一人称の現実となったとき、「感情も思考もある一人の人間の症状」となった現実です。私を打ちのめしたのは、この三人称の医療と一人称の医療のあまりに大きな落差でした。大きな衝撃を受けながらも本を読み進めると、三人称の医療を一人称の医療に変えるにはどうすればいいか、貴重な示唆が得られます」。

この本は、「レビー小体型認知症」と診断された当事者の思い、経験を赤裸々に記述したという以上に、これからの医療の本質を変えていくための貴重な道筋を示している、という点も高く評価されました。

● 映像部門

川畑恵美子さん

TBS 報道特集

「精子提供・出自を知る権利と新しい家族像をめぐる一連の番組」

精子提供で生まれたDI児は、日本に1万人とも2万人とも言われています。しかし、これまでは親と医療者の視点でしか語られませんでした。それを、子供の視点から問い直そうとした点が画期的です。

的。

ただ、取材を進めていくうちに、親の葛藤や提供者の葛藤もあることを知り、2年にわたる4回のシリーズで、立場の違う当事者たちを国内外で取材し、複眼的にこの問題を捉えています。最後は同性カップルが家族を持つことの是非にまで踏み込みました。

人工授精を不妊カップルの問題とだけとらえるのではなく、「家族とは何なのか?」という、誰にでも関わる普遍的なテーマに発展させたところが意欲的です。

「自分はどこから来たのかー精子提供で生まれた子供の葛藤」を実名で顔も出して取材する挑戦から発展し、出自を知る権利の是非、生殖技術を社会がどこまで許容できるのかを考えるきっかけをつくったといえます。

テレビ報道は、顔なし、モザイクが常態化していますが、登場人物と辛抱強く信頼感を築き、視聴者に真に信頼される、顔を出しての基本を貫いた姿勢も、映像部門のあるべき姿として評価されました。

=====

当日は、表彰式に続き、協会賞審査委員会委員長でもある大熊由紀子幹事のコーディネーションによるシンポジウムが開催されました。受賞者の皆さん、それぞれジャーナリストあるいは表現者としての思いを熱く語られ、会場の参加者の表情には、共感・怒り・悲しみ・微笑・驚き・笑い・賛嘆などさまざまな感情が現われ、大きな感動に包まれました。その模様のすべてをお伝えしたいのですが、ここでは筆者が感銘を受けたお一人の受賞者について、その一部をお伝えします。多分、本を読んだだけでは伝わってこない当事者の静かな迫力というものを直に見聞きしたことから、その感動が来たのだと思います。

それは、51歳の時にアルツハイマー型認知症と診断された、日本認知症



優秀賞を受賞した佐藤雅彦さんは、「認知症とともに歩む人たちへ」を納々と読み上げた

ワーキンググループ共同代表の佐藤雅彦さん。佐藤さんは、1954年生まれ、大学の数学科で学んだのち中学の数学の教員を経て、コンピューター会社に移りました。32歳でマンションを購入して、システムエンジニアの仕事の傍らマンションの管理組合の理事長をつとめ、多忙を極めて体調を崩し、事務職になりましたが、仕事のやりがいを持って教会に通うようになり、39歳の時にキリスト教の洗礼を受けたそうです。45歳の時から議事録が書けなくなり、短期記憶に障害が出てきて、コンピューターの注目の打ち込みもできなくなってしまい、仕事が溜まり、2年間休職したそうです。次に事務職は無理だからということで配送係になったそうですが、2年くらいは何となく支障なくできていたが、配送先がわからなくなったり、都庁に行ったときには30分も出口がわからなくなるなど、これはおかしいと思って51歳の時に精神科を受診。CTを撮ってみると脳に萎縮があり、アルツハイマー型認知症と診断されたとのこと。そのとき、だんだんと自分がわからなくなると知ってショックを受け、当時も今も一人暮らしをしているそうですが、落ち込んでしまって一人暮らしができなくなり、教会を頼って生まれ故郷の岐阜県に戻ることにしました。

そのとき自分には偏見が二つあると思ったそうです。一つは自分の中にある偏見で、何もわからなくなる、茫然自失になってしまい、生きる気力を失ってしまうと思ったこと。これではいけないと思った。



もう一つは世間にある偏見で、認知症になると、あの人はだめだとレッテルを貼られて、一人前の大人として扱われなくなる、ということで、これもいけないことだ。

そして佐藤さんは、「認知症とともに歩む人たちへ」と題した言葉を読み上げました。

- ・認知症になったら、人生終わりではない、残された機能に感謝して、素晴らしい人生が待っていると信じて精一杯生きる。
- ・なにもできないとなげくのではなく、いまできることリストを書き出し、それを実行する。そうすると、生活に張りが出てくる。
- ・必ずできると信じて、ものごとを行う。
- ・初めから、やりもせずに、できないとあきらめない。
- ・自分で自分の能力を低くみつもらない。
- ・なにごとにも、挑戦する勇気を失わない。
- ・取り越し苦労をしない。

- ・自分はダメな人間だと思わない。
- ・自分には無限の可能性があると、信じて生きる。
- ・好きなことを記録して、楽しく過ごす。
- ・失敗した記録ばかりとり、負のスパイラルに落ちない。
- ・何事にも興味を持つ。(食わず嫌いにならない。)
- ・人になにかができないかを常にかんがえ、積極的にいきる。

もっともこの自らと同病者への励ましの言葉は続きますが、この続きは大熊由紀子さんの「えにし」ネットでお読みください。

佐藤さんは、このシンポジウムでの発言を次のように結んでいます。「私の使命は、認知症になったら何もわからなくなるという誤解を解き、適切な支援があれば、普通に暮らせるということを知ってもらうことです。ボランティアの方に手伝っていただいたり、買

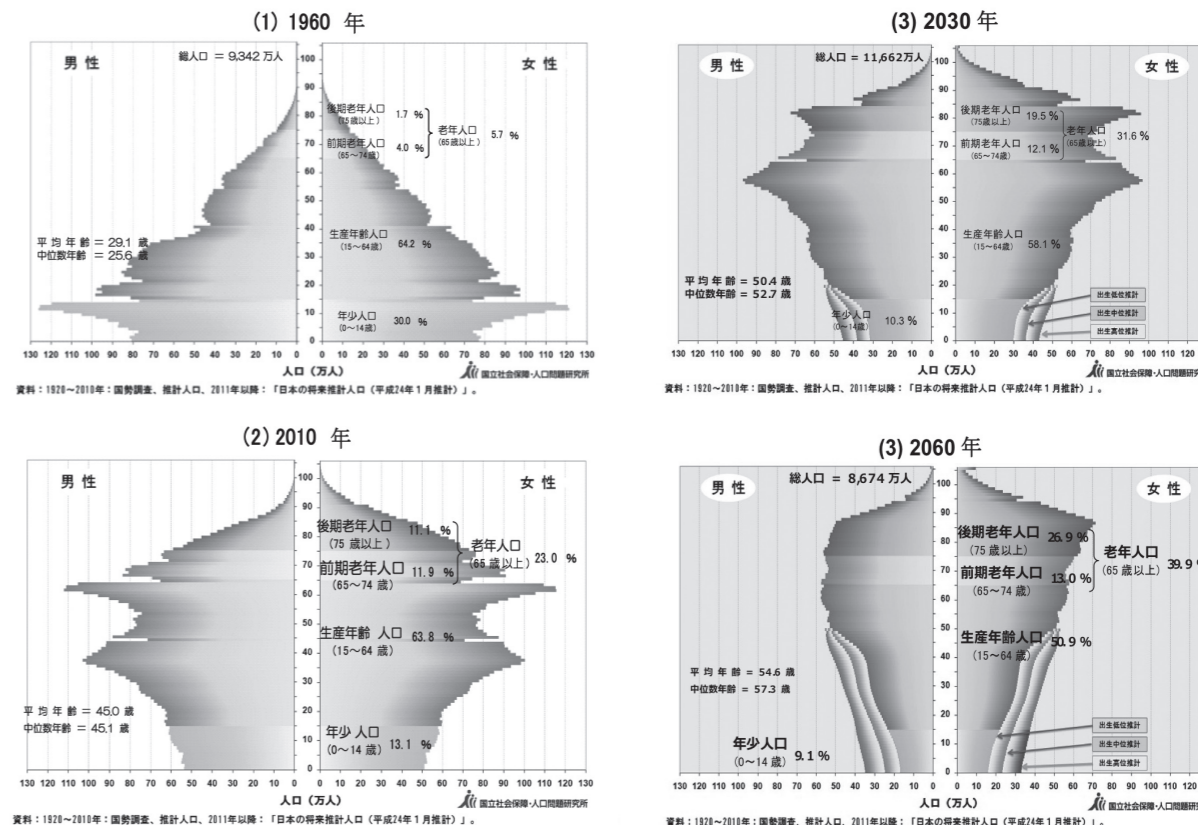
い物や交通機関、コンサートなどで出かけるときも、カードなどに買う品や行先などを書いてあるので、近くの人に棚や駅まで連れて行ってもらう、声をかけていただくということで、認知症でも普通に暮らせます。」

自分や家族もいつ若年認知症を発症するかわかりませんが、佐藤さんのように前向きに闘病し、長い人生を歩いていけたらいいなと思いました。

(しょうの・ゆうこ=医療ライター)

\* 今回の受賞者の皆さんの当日のシンポジウムでの資料が、大熊由起子さんの「えにし」ネットに収録されていますので、ぜひご覧ください。http://www.yuki-enishi.com/ トップページメニュー右上にある「優しき挑戦者(国内篇)」をクリックすると、「(91)日本医学ジャーナリスト協会の第4回の大賞・優秀賞の受賞者がきました。」が出てきます。その中に佐藤さんの資料もあります。

図1 人口ピラミッドの変化



## ●9月例会

# 「超高齢社会の社会保障のあり方」

森田朗さん (国立社会保障・人口問題研究所長)

報告・雨野重一

9月の例会では国立社会保障・人口問題研究所長、森田朗さんをお招きし、日本の医療制度が抱える問題を、少子高齢化や人口減少などの人口問題、さらには地方消滅という人口動態から考えるのが重要ということから、「少子高齢化と人口減少」、「社会保障の課題—年金・医療・介護」、「現行の医療制度」、「診療報酬と中医協」、「医療財政の限界と課題」、「改革の方向は?」という6つの論点でお話をいただいた。森田さんが指摘されるように人口動態の急激な変化は、社会保障や医療制度、医療のあり方、医療財源の問題に直結し、ひいては森田さんが先に会長を務めていた中医協での大きな議論であった高額薬剤や費用対効果の問題、さらには持続可能な保険医

療の問題にもつながっている。そのお話の内容をここですべて要約するのは紙数の制限があるためできないので、とくに「少子高齢化と人口減少」、「医療財政の限界と課題」、「改革の方向は?」に焦点を中てて紹介したい。

\*

### ●人口動態の変化

図1はよく見る、「人口ピラミッド」という言い方をしますが、今は左下が一番近くて、もう少し上ったら右上のほうになるというときに、なぜピラミッドと言うか。昔は、簡単に言えば生まれた子どもがどんどん途中で亡くなっていった。したがって、上にいくほどスーッと細くなってきて、65歳、高齢になるまで生き残っている人自体がそもそも少なかったということです。今は簡単に死な



▲森田朗さん

なくなったので、加齢によって死ぬ方が多くなっていくのは65歳ぐらいからということで、75歳を過ぎると急速に上がしはむ形になってくる。女性の場合は2人に1人が90歳まで生きられます。男性は4人に1人ですが、まだ先は随分長いと言える。

少子化の話になります。2010年から10年置きに60年までこういうふう

減っていく。2060年の場合、一番多いのは85歳です。中位推計で言えば85歳の女性が70万人ぐらいで、1年として一番多い状態だ。そのときに生まれてくる子どもの数が、中位推計で46万かもちょっとくらい。そして低位になるとそれよりも10万減ってくる。したがって、2060年に生まれてくる女の子の数は、中位推計で23万ぐらい、低位推計になると17万ぐらいで、85歳のおばあさんが70万いるときに、新しく生まれてくる女の子が20万ぐらいという状態になる。

真ん中に書いてある部分が20～30代の女性で、96%の赤ちゃんはこの世代の女性から生まれますから、この世代の女性が2010年から60年まで半分以下に減るので、合計特殊出生率というのがかなり上がったとしても、生まれてくる子どもの総数はずっと減り続ける。先日のアベノミクスの第2弾(2060年の人口を1億人に)もそうですけれども、実際にあそこに出ている数字を実現するのは、人口学上ほぼ不可能に近

い。昔は子どもがたくさん死んでいたけれども、今は死ななくなってきて、85歳以上で死ぬ人がこれからどんどん増えてくる。

少なくとも2008年までは、短期的には人口減少ということがあったにせよ、長期的には右肩上がりのトレンドがずっと続いてきた。この国のつくり方にしても、GDPもそうだが、すべてのものが人口をベースにして拡大していくという形でのモデル、発想が身につけてきた。ところがこれからは急降下する。急降下というのは傾斜のつき方ですが、右肩下がりのトレンドに変わっていく。この状態について我々は、社会をどのようにつくっていったらいいかということについてまったく経験がない。いまもって右肩上がりの幻想、夢、願望がかなり残っている。ここの切り替えが次の問題なのかという気がする。

\*

森田さんの社人研所長としての人口の話はまだまだ続くが、この後、森田さんは、地方の人口減少に触れ、東北と

四国、山陰がすごく減り、40%以上の高齢化率の市町村が2040年になると、例えば秋田県は大潟村を除いて全部になってしまうぐらいに高齢化が進むという。人口の増減と高齢化率をプロットすると、2010年から2040年の間わずか30年で、2010年で一番高齢化率が高かった秋田県よりも、2040年で一番高齢化率が低い沖縄のほうが高くなる。したがって、日本全部で高齢化が進んでいくということを意味し、地域間の差では、首都圏に人口が集まってきて地方が減っているが、これから都市部の人口も減り始め、要するにみんな減ってしまい、その中で増えるのは首都圏の高齢者だけである、と見通した。

そして、社会保障費の問題、現行の医療制度と診療報酬制度、さらには医療需要の変化と医療の課題の話に移っていくが、「今までの右肩上がりの発想で診療報酬をコントロールするのでは医療の提供ができなくなることを認識しなくてはいけないのではない



か」という中医協での最後のメッセージを、けしからんと言われたという話など、中医協会長として経験されたことなどを踏まえた数々の指摘やエピソードがここではたくさんあったが、割愛させていただき、先を急いで、今、最も喫緊の課題となっている「医療財政」と「改革」についてお話しください。

＊

現在の保険財政の面から見て、何が問題であって何を変えなければいけないか。医療保険の場合、問題は対象者をどこまでカバーするかということで、保険料を払えなくなった場合にできるだけ保険でカバーしていくためにはどうするか。その場合には保険料の傾斜その他の調整が必要になってくる。もう一つは、総額としての保険料も、今、協会けんぽが11%弱ぐらいか、ほぼ限界と言われている。そして公費の投入が3分の1。大体40兆の医療費規模だが、そのうち3分の1の13兆ぐらい公費が入っている。消費税が上がるのだから少し入れろという声もあるが、いつまでも上げられるものではない。入ってくるほうの量はかなり限界にきている。出るほうの量がどんどん増えてくるというのは、もたなくなる。

そうした場合に、保険で適用する部分とそれ以外のところと線を引く必要があるのではないかと。混合診療の話になる。今は75歳以上の高齢者の場合は原則1割、それ以下は原則3割が自己負担になっていて、それをもう少し増やすこともあり得るかもしれないし、高額医療制度も見直す必要があるかもしれない。

ただ、場合によっては3割負担というのはかなり重い人もいるわけです。だから一律にこれを3割5分とか4割というのは難しいとなると、やはり傾斜をつけていかざるを得ない。今、保険料のほうは収入に応じる形で少し傾斜がついているが、もう少し自己負担のほうも傾斜をつけていくこともあり得る。ただし、公正かつ透明度の高い形で傾斜を

つけようとするならば、まさにマイナンバー制度を活用して正確な所得の捕捉をしなければ、かえって不公正が起こってくる。そういうことも考えていいのではないかと。

医療費の抑制策として、ジェネリックの拡大とか受診時の定額負担、薬価とか出てきたが、薬価は金額から言うと、正直申し上げてそんなに多くないのかもしれない。むしろ薬価の場合、14年の改定の際には見送られたわけだが、参照価格方式という、特許が切れた場合に安い薬を基準にしてそこまでしか保険を出さない、そこから先は自己負担にさせていただくという、ある意味、混合診療的な要素も入ってくるわけだが、そうした方式をもう一度見直すべきではないかと財政審あたりはかなり言っている。

### ●医療保険制度の見直しとIT化

私自身は医療保険制度自体を見直す必要があるだろうと思っている。今、国民健康保険、協会けんぽ、健保組合・共済組合の3本の体系だが、国保のほうは以前は市町村単位だったから保険者の数が千四百幾つかあったが、今は47都道府県単位にしようとしている。これはこれとしていろいろな問題がなきにしもあらずだが、やらざるを得ない。協会けんぽのほうは大きな1本だが、これも正直言ってかなり赤字が出ている。健康保険組合、共済組合はまだいいというが、これ自体、合わせて1,600ぐらいあるので、平均してそれぞれの規模が小さい。そこから出てくる非効率というのはかなりあると思われる。

その意味では、保険者の統合というものも考えなければいけないし、もう一つ言うと、後期高齢者医療制度に、山口組式に言うと上納金を出す。税金を払っているみたいだが、客観的な根拠は必ずしもなくて、必要だから出してくださいみたいな形で出してもらっているわけで、これがこちらのほうの経営を非常に苦しめている。少なくとも

健康保険組合としての経営努力をして浮くお金よりもはるかに大きな額がこちらへ回ることになる。今まで非常に健全にやってきた健保組合が、社員と社員の家族の高齢化がだんだん進んでくると、これから先は採算がとれなくなって、5年ぐらいをめどに解散して、みんな協会けんぽに移ってもらうというところも出てくる。そうなった場合に、保険のあり方そのものをどうやって見直すか。

もう一つは、保険の審査をもうちょっと科学的、客観的にIT化する必要があるのではないかと。レセプトのオンライン化ということですのでごく進んだように多くの方は思っているが、紙で送っていたのをオンラインで送るだけで、審査そのものはまだ人間が目で行っている仕組みなので、これを何とかすべきだろう。

また、国保のほうを都道府県単位に統合したが、都道府県の規模がいろいろあるのと、せつかく地域包括ケアで医療介護連携と言いつつながら、介護のほうはまだ市町村が保険者なので、その齟齬というか、かえって複雑になり、その辺はまだまだ解決すべき課題があると思う。

これは医療費がどう増えるかということで、出口だけを言うと2025年には60兆になるだろうということだが、収入のほうはととも60兆はない。

### ●さまざまな改革が必要

さて、では、これからどうやって変えていくか。短期的には保険の審査をもうちょっと客観化して、厳格化することによってそんなに医療費の節約になるとは思わないが、仕組みそのものが非常にすっきりしてくる、合理的になるだろう。

それから費用対効果制度というのは、2016年度改定から試行的に入るが、実は、試行的にある程度やってみたケースがあって、非公開でやっているのですが詳細はお話しできないが、なかなか難しいものがある。いずこの国もかなり

苦勞している。これからこの制度をどういう形で入れていくか。相当議論があると思うが、入れざるを得ないと思う。

そしてもう一つは、DPCのデータを含めて医療関係のデータを統合していく。先日の会計検査院の指摘でニュースになっていたが、いわゆる特定検診のデータとレセプトデータの突合が二十何%しかできない。それは名前が半角か全角かでわからないという、はっきり言ってばかばかしい話だが、そういうので貴重なデータが使えない。今度がん登録も義務化されるが、がんになった人、どこがどういうがんになったというのと、いつ死んだかというデータが記録されるが、今のままでは、がんになる前の健康状態のデータとはリンクしないわけだ。そういう点はこれから変えていく必要があるだろうということ、診療報酬のときもそうだが、医療機関がどういう経営状態なのかというデータがよくわからない。最終的に赤字か黒字かというのはある程度出るのが、最大限効率的な経営をしておかつ赤字なのか、意外と非効率な経営をしながら赤字になったのか。後者だと同情の余地はないのではないかと。ことだが、そこをきっちり把握できていない。人によっては保険料で報酬が支払われているわけで、その中に税金も入っているわけだから、当然のことながら経営のデータを全部オープンにして議論すべきではないか。でないと医師の護送船団方式で、非常に経営効率の悪いところが存続できる形で診療報酬が決まっているのではないかと。その辺については経営努力を促すと同時に、医療資源の使い方、人的資源、物的資源もそうだが、いろいろ考えていかなければいけない。

もう一つは、人口が少なくなった地域は特にそうだが、複数の医療機関や看護ステーション、薬局も含めて、連携をどういうふうに考えていくか。今でも紹介したり、連携することによって若干の加算はつけているが、基本的にそれ

ぞれの医療機関が独立した経営者だとすると、自分のお客さんをよそで紹介するというのはインセンティブが働かない。手に負えなくなった状態になるとそういうことになるわけですが、そうではなしに、もう少し連携することによって、チームに入っているところ、ネットワークに入っているところにバランスよく診療報酬を配分する仕組みは考えられないのか。

### ●イギリスのGP制度を見よう

世界に例がないかということかなりあるわけで、例えばイギリスのGPの制度など、人頭割の包括化の制度が入っている。そういうところ言うと、少なくともプライマリーケアをやっている限りは一定の収入が得られる。特にイギリスの場合、かつては人頭割だけだったから、過小診療というか、非常に質の低い医療が行われていたが、ブレアのときの医療改革から、今はいわゆるアウトカムデータに基づく出来高払い、加算が入っている。したがって一例を挙げると、高血圧の患者さんが何人かいたとき、その80%の人の血圧が正常血圧にコントロールされているならば加算をつける。日本のお医者さんに言わせると、そんな仕組みだったら治しやすい患者だけ集めるということが起こるのではないかと。イギリスはそうした形でそれなりに医療機関のインセンティブを上げながら、しかも包括だから、できるだけ収益を増やそうと思ったら初期の段階で適切な治療をするというインセンティブも働かし、それがトータルで見ると国全体の医療費の抑制にも結びつく。本当に一石三鳥かどうかかわからないが、そうした仕組みを入れれば少し参考になるなと思った。

日本でそれをやるには、前提として、いわゆる総合医、かかりつけ医、主治医、家庭医と、いろいろな呼び方があるが、イギリスのGP的な医療制度そのものをつくらなくてはならない。これは医師の養成から、医師の資格、報酬まで

全部セットで制度化しないとなかなか動かないが、方向としてはそちらのほうに少し歩み出しているのかなと思う。

### ●新しいルールづくり

中長期的な改革。短期でもいいが、先ほど言いましたように保険者の再編が必要になってくるし、混合診療の問題も含めて保険外併用の範囲というルールというものは、かなり急いでつくっていくべきものではないかと思う。

マイナンバーについてだが、診療内容、病気の内容と同時に、マイナンバーの収入、資産もと言いたいところだが、リンクすることによって調整していく仕組みを考えてもいいのではないかと。例えば、生活習慣病で太り過ぎだということに対しては、特定検診のような形でちゃんと指導をする。指導に従わなかった人に対しては自己負担分を増額する。しかも収入を勘案しながらというのは、マイナンバーを含めてきちっとその辺の情報が捕捉できればできる話だ。でなければ、一生懸命ダイエットした人が、同じ病気になったときに、しなかった人に対しての医療費を負担する不平等が出てくるのではないかと。一つの理想論であるが。

今ある地方の自治体とかコミュニティをそのまま維持していくというのは、先ほどの人口の説明からわかるように無理なわけで、しかし今のまま放っておくと大都市部に集中し過ぎる。それを避けるためには地方に中核となる、これは人口が30万か50万かわからないが、そうした形での地域の核をつくらざるを得ないのではないかと。これは今の地方創生では表に出して言っていないが、行き着くところ、そちらの方向に向かうのはほぼ間違いないと思う。医療機関の配置の問題とこの問題は非常に密接なところがあり、当然のことながら人が密集して住んでいるところは医療機関もビジネスが成り立つから、かなり高度医療ができる医療機関ができるであろうと考えられる。逆に

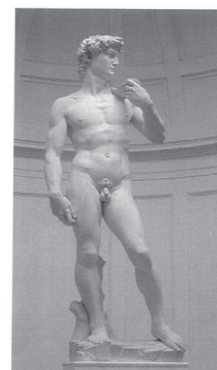


言えば、地域医療計画でそういう高機能の病院をどこかに置くとその周りに人が集まってくるので、両方にらみながら、日本の国の人口の配分を含めてきちんと設計していく必要があるのではないか。

＊

森田さんは、最後に2枚の写真を見せて、「ミケランジェロのタビデ像です。アメリカの医療費がなぜ高くなるか。ハーバードのある先生がつくったスライドですが、アメリカに3年いるとこうなると(笑)。私も一昨年アメリカに行

きましたが、確かに若い人たちの病的な肥満がかなり多くなっていて、これが医療費の問題になってくるということで、少なくとも日本の若い人たちはこうならないように。きょうは若い人の医療の話はいたしませんでしたが、若い人には元気で働いてもらってたくさん税金を払っていただかなければならないというのがこれからではないか



アメリカに3年いて肥満になってイタリアに帰ったダビデ像(森田氏スライドより)。原典は、ドイツオリンピック委員会の広告「動かないと太る」。

と思います。」と締め括った。(あまの・しげかず=医療ジャーナリスト)

## ●7月例会

# 「変革もたらすゲノム医療の波」

古川洋一さん(東京大学医科学研究所臨床ゲノム腫瘍学分野教授)

## 報告・小川明

日本医学ジャーナリスト協会の7月例会が7月9日、日本記者クラブ(東京内幸町)で開かれた。診断や治療を大きく変革しつつあるゲノム医療の最前線にいる古川洋一・東京大学医科学研究所臨床ゲノム腫瘍学分野教授が「変わる遺伝子医療」と題して講演した。会員ら約50人が参加し、最新のゲノム医療をめぐる講演に耳を傾けた。

### ●ヒトゲノム解読

古川教授は東大病院で外科医として研修してから、癌研生化学部の中村祐輔部長(現シカゴ大学教授)のもとで家族性がんのゲノム解析などを始め、2007年から東大医科学研究所教授として、ゲノム研究に取り組んできた。一般向けの著書「変わる遺伝子医療」(ポプラ新書)を昨年出版した。「私の専門は外科医です。医者が見たゲノム医療を話します」と、「変わるがん医療」「変わる遺伝医療」「変わる遺伝子産業」の順で講演した。

ワトソン(米)とクリック(英)が1953年に遺伝子DNAの二重らせんを発見した業績から説き起こした。DNAの遺伝情報は4種類の塩基の配列から構成される。その配列を読み取るシーケンサーの技術がこの20年で飛躍した。「私が1991年にがん遺伝子研究に入ったころ、毎日、ガラスを洗ってゲル板を解析して、遺伝子配列を調べていました。1日に100～200塩基を解読するのがせいぜいでした。しかし、1994年に自動シーケンサーが発売されて、その配列データは急速に増え続けた」と振り返った。

約30億塩基が連なる膨大なヒトゲノムの解読プロジェクトが国際協力でも始まったのが1990年。予想を上回る解析技術の進歩で、解読は急ピッチで進み、2003年には完全解読が完了した。ちょうどDNA二重らせん発見半世紀を記念する人類史的な成果だった。当時のブッシュ米大統領とブレア英首相が会見して、ヒトゲノム完全解読を宣言



▲古川洋一さん

した。

「ヒトゲノム解読には『科学ではない。あれは作業だ』という批判があったが、この成果が今の医療、産業につながりました。ヒトゲノム解読はスタートでした」と強調した。シーケンサー技術の進歩はその後もとどまらなかった。次世代シーケンサーが07年に登場するなど技術確信は目覚ましい。大規模集積回路(LSI)の指数関数的な発展に関する「ムーアの法則」(1.5年ごとに2倍)を上回る驚異的なペースで改良され続け、コストも安くなった。現在は、ひとりのゲノムが3～5日で読み取れる

時代になった。

### ●がんドライバー

ポストゲノム計画は個人差の探索に向かった。ヒトのDNA配列が共通でない部分を探すヒトマップ計画が2004～06年に国際共同で進み、個人差がDNA配列から把握でき、病気にかかりやすさなどもわかってきた。08年からは国際がんゲノム研究が始まった。それも間もなく終わる。「さらにその先も考えてプロジェクトに取り組んでいる」と展望した。

国際がんゲノムプロジェクトは、50種類のがんについてそれぞれ500サンプル、計2万5000サンプルのゲノムを解析して、がんのゲノム異常の包括的なカタログを作製しようとするもの。途中のデータが2015年5月に公開され、それぞれのがんで、ゲノム変異の違いが浮かび上がった。「こどものがんの遺伝子変異は少なく、肺がんやメラノーマは遺伝子変異が多い。がんは遺伝子変異が蓄積したものといえるが、同じ肺がんでも遺伝子変異は多様です」と話した。

大腸がんのゲノム解析では平均1万5000の突然変異が見つかった。すべての変異が、がんの原因になっているわけではない。「がんの原因となるドライバー変異と、同乗者(パッセンジャー)の変異とがあり、それらを見分ける必要があります。多分、数十のドライバーと数万のパッセンジャーがあるでしょう」。変異の異常蓄積に多様性があり、個体の中でのがん細胞の進化という新しい視点が出てきた。「がんの原因となるドライバー変異がわかってくれば、がんも克服できると思う」と語った。

慢性骨髄性白血病は変異が最も顕著ながんの代表である。22番染色体と9番染色体が転座して、BCR-ABLという融合遺伝子ができて、白血病を起こす。この融合タンパク質を標的とする薬のグリベックが出現して、この白血病患者は大半が助かるようになった。

分子標的薬の輝かしい成功例となった。間野博行東大医学部教授が肺がんの4、5%の原因として発見したALK融合遺伝子は、新薬ザーコリの開発に結びついた。「がんの原因となる遺伝子変異を見つけることによって、どの薬を使えばよいか、使い分けができるようになりました」。

### ●遺伝子産業の前夜

最近の抗がん剤には、薬に合う遺伝子変異の有無を判定するため、コンパニオン診断薬が保険診療で認められるようになった。しかし、「ゲノムを全部一遍に調べればよい」とも言う。抗がん剤の副作用も遺伝子検査で予想できる。がん治療でゲノム解析が欠かせなくなる時代は近いことを示した。

ゲノム解析の進歩でごく小さな異変がわかるようになって、多くの遺伝子疾患の原因が突き止められてきた。米国の人気女優、アンジェリーナ・ジョリーさん(40)は、がん遺伝子(BRCA)検査で乳がんや卵巣がんになりやすい体質であることを知り、2013年に両乳房を取り、15年には卵巣と卵管を切除した。将来がんになることを避けるための予防的な手術だった。

がんは遺伝と環境の要因が絡んで発生する。ウイルスや細菌が関わる場合もある。がんの種類によって、その寄与度は異なる。男性の前立腺がんや睪がんも遺伝要因の関与が高い。「家族性腫瘍の人たちを効率よく見つけて、個人の体質に応じて予防するためにも、ゲノムを網羅的に調べることが必要になるでしょう」と予想した。

多様な遺伝子検査は急速に普及しつつあり、新しい産業を興すビジネスチャンスになっている。遺伝子検査にガイドラインや学会などの指針はあるが、「欧米と比べて、日本には遺伝子検査ビジネスに法律規制がなく、野放し状態になっています。検査の質の保証を、どこかがしないといけない」と懸念した。

国内で遺伝子検査ビジネスを展開しているのは、38の企業も含めて51団体に達している。検査は医療機関やwebを通じて受け付けている。民間の個人遺伝情報取扱協議会は2006年に設立された。25社が現在加盟して、自主基準を決めて対応している。「遺伝子検査で変な安心感も、逆に変な心配も与えてはいけない」と話した。

オバマ米大統領は今年1月の一般教書演説で、個人ごとの違いを考慮して予防や治療法を確立するPrecision Medicine(精密医療)の推進を宣言した。2016会計年度(15年10月～16年9月)に2億1500万ドル(約240億円)を投じ、新産業の創出にも言及した。個別化医療の流れをさらに広める構想として注目された。

「オバマ大統領の演説は巧みに人を引きつけるもので、横にはDNAの二重らせん模型が置いてありました。大事なのはゲノム情報をどううまく使うかです。ひとり分のデータをいかに解析するか。膨大なデータベースを結びつけて意味づけする人工知能などのツールが必要になるでしょう」と提言した。

最後に、東大医科学研究所の仕事に触れて「病院で遺伝子検査と遺伝カウンセリングを担当し、研究所で新しい遺伝子の機能解析などをやっています。研究所にヘルスインテリジェントセンターという最新のビッグデータを解析するチームができたので、こことも協力していきます。個々の患者さんに役立つ遺伝子変異を抽出して、日本の医療のため、あるいは世界の患者さんのために尽くしていきたい」と語った。

(おがわ・あきら=医療ジャーナリスト)



# 「ポジティブ皮膚科学の提唱」

小川徹さん (国立病院機構・嬉野医療センター皮膚科医長)

「皮膚科学の力で日本の活力に貢献したい」、さらには「今のような不安定な世の中だからこそ、皮膚科学の活用で、世界の平和や安定に寄与することはできないだろうか」と、私は常日頃考えています。私がそう考えるようになった直接のきっかけは、3・11、あの東日本大震災でした。そのような考えのもと、今回私はこの場を借りて「ポジティブ皮膚科学」という自分自身が思いつづくに至った、これまでにない概念を提唱したいと思います。医学を基軸としながらも、社会学や心理学、商学や経済学、あるいは工学や環境学、公共政策学やメディア学など多彩な領域との結びつきにより、皮膚科学を応用した横断的、学際的なコンセプトです。そしてその目的は、人々の心を温かく、気持ちを前向きにすることに尽きます。

私はこのポジティブ皮膚科学の可能性を考えるたくさんのアイデアが、かつて滞在了、開拓精神溢れるカリフォルニアの地に詰まっていると強く感じています。アメリカ第二の大都市であるロサンゼルスは、美肌・アンチエイジング分野におけるカルチャーの最先端都市といえます。その意味では、例えばマーケティングなどの社会科学的視点で、皮膚科領域とかかわるトレンドの最先端を捉えていくことも可能なのではないかと考えています。また医学と工学の連携 (医工連携) が注目されて

いる現在、サンノゼ・シリコンバレーへ行けば、皮膚科学に応用できる技術アイデアはないだろうかかと心が高まりました。今、健康産業は、日本にとどまらず多くの国々で期待されている成長産業のひとつであるからです。さらには、かつて所属していたUC Davisは、農業関係で世界的に有名な大学ですから、アンチエイジングを考える上で肌についてい食べ物はないだろうかとも日々考えさせられました。また環境問題に意識の高いパークレーの街を歩けば、皮膚科学と環境問題の接点についても深く考えさせられたことも記憶しています。環境問題は、社会の発展とはもろ刃の関係にあり、持続可能な社会の発展には、今後は今にも増して人類の英知が必要となってくることでしょう。皮膚の重要な役割のひとつが、外的刺激からの防御であることを考えると、皮膚科医の発想なり視点が必要とされることもますます多くなっていくのではないのでしょうか。そしてパークレーには、公共政策分野でも世界的に有名な、同じカリフォルニア大学システムのUC Berkeleyもあります。そのように考えてみますと、カリフォルニアの地は、医学を軸に、皮膚科学をもっと大きな視点で柔軟に考えることができる場所であると確信できるのです。カリフォルニア州は日本の国土よりも広く、様々な価値観をもつ人々が暮らしている、人種のる

つぼです。私にとってはそのことが大きな魅力であり、カリフォルニアで暮らす人たちがカルチャーから、日本人らしく謙虚な姿勢で学びたいと今でも考えています。

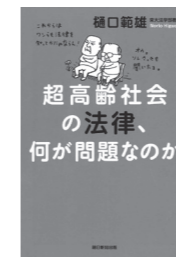
皮膚科学には、とてつもない大きな潜在力が宿っていると感じています。皮膚が直接視覚でとらえることのできる体表面に位置すること、美容・アンチエイジング領域との結びつきの強い診療科のひとつであることなどの理由から、人々の心のもちように強く影響してくる学問分野であると思っているからです。私は皮膚科医のかけ出しの頃から、特に皮膚における老化としての発癌という現象に関心がありました。今はその延長で、皮膚科領域のアンチエイジング全般へと、関心が広がってきています。この視点を大切にしながら、今後もポジティブ皮膚科学というフィールドの構築を、自分のライフワークの一環として、前進を続けていきたいと思っています。

\* 本稿は全米日系情報誌U.S. FrontLine March 5, 2015掲載の内容を一部改編しています。

(小川徹氏は、カリフォルニア大学デービス校皮膚科、ロンドン大学セントトーマス病院皮膚科を経て、現在、国立病院機構・嬉野医療センター皮膚科医長、Email: toruoga16@gmail.com)



樋口範雄著  
『超高齢社会の法律、何が問題なのか』  
朝日新聞出版刊  
(本体1,400円+税)



著名なアメリカ法・医事法学者の樋口範雄・東大法学部教授が「法は超高齢社会のスピードについていけない。何よりその現状を知る必要がある」という強い問題意識で書いた。類書がほとんどないなか、日本の社会に差し迫る大問題に法律の視点から取り組み、「超高齢社会に、暗くならないで立ち向かおうとする試み」を示す。医療や介護、住まい、遺言などで、豊富な実例や判例を挙げて解決策を探っている。樋口教授が2013年から東大法学部で実施している講義「高齢者法」を基にしており、記述は鋭く具体的で、分かりやすい。警世の書でもある。

第1章でまず、高齢者が直面する問題の大半は、実は法律問題であることを強調する。意表を突く導入といえる。「法も法律家もひどく時代に遅れていて、高齢者を助けてくれない」と嘆き、法律家と法のあり方を変えていくよう、自己改革を呼びかける。91歳の男性の認知症患者が線路に入り込んで死亡した鉄道事故をめぐるJR東海が遺族に対して起こした損害賠償請求訴訟で、名古屋高裁が当時85歳だった妻に賠償責任を認めた判決(2014年4月24日)があった。この判決は「従来の裁判を単純に踏襲したにすぎない」「このような判決で超高齢社会を乗り切れるはずがない」「こんな判決を出したら、社会を悪くするかもしれないという想像力がなぜ裁判官にないのだろうか」と批判は痛烈である。

多くの人々に一読を勧めたいが、特に裁判官には必ず読んでほしい。

第2章では、あらためて超高齢社会の現状認識をレビューしつつ、「寿命が延びたこと自体は喜ぶべきだという原点」を忘れないよう提言する。高齢者の権利保護は難問である。その原則として樋口教授は「高齢者を一括りにして、画一的な保護」ではなく、「あくまでもそれぞれの個人に残る能力を最大限發揮する条件を整え、判断能力がある限りはその判断(自己決定)を尊重しつつ、それがあまりに危険な場合に助言するのが基本」と指摘する。超高齢社会問題にも人権保護を柔軟に貫こうとする姿勢がうかがえる。

第2章までが総論とすれば、第3~7章は各論にあたり、医療や成年後見制度、住まい、経済的基盤・財産の継承、相続争い、高齢者虐待などの課題を論じている。問題が起きたら、それぞれの項目だけを選んで読むだけでも、大いに参考になる。高齢者問題に取り組む場合には座右に置き、いつも読み返したくなるような内容である。

最後に、内村鑑三が明治27年(1894年)に箱根・芦ノ湖畔で開かれたキリスト教青年会夏季学校の講演記録「後世への最大遺物」に言及して、高齢者それぞれの生きがいや生き方の意義に触れている。この文章に触発され、岩波文庫の超ロングベストセラーの内村鑑三著「後世への最大遺物」を本棚の奥から探し出して、再読してみた。貧しくても公平や平等、平和を追い求めた日本の戦後精神が鼓吹された思いを新たに、元気づけられた。誰もが後世への最大遺物をのこせるようにするためにも、法律制度が時代遅れのまま「高齢社会」に適していないことにもっと気づくべきだろう。(小川明)



黒岩麻里著  
『男の弱まり 消えゆくY染色体の運命』  
ポプラ社刊 (本体780円+税)



今は亡き野坂昭如も歌った名曲「黒の舟歌」の冒頭「男と女の間には 深くて暗い河がある」(能吉利人・作詞)を口ずさむまでもなく、男の女の関係は奥が深い。しかも、その境界は微妙に揺れ続けている。動物の性別はたいいてい、性染色体で決まる。ヒトの性染色体は、女性がXXで、男性がXYである。動物の原型は女にあり、無理やり男は作りだされている。その男性化の元になるY染色体が退化の一途をたどっているとしたら、「深くて暗い河」はどうなるのだろうか。ほってはおけない問題といえる。

このテーマを正面から取り上げた本が出た。著者の黒岩麻里(くろいわ・あさと)さんは北海道大学理学部の准教授。2人の息子の母で、哺乳類のY染色体進化をトゲネズミなどで研究する気鋭の分子遺伝学者だ。自らの研究も動員して、この25年で急速に解明が進んだY染色体の謎に迫る。やや俗っぽいタイトルと対照的に、内容は高度で、男の弱さを浮き彫りにしつつ、現代生物学の面白さを伝える。新書にしては珍しく、引用文献として原著論文なども明記しており、Y染色体の科学的な総説として読み応えがたっぷりある。

ヒトの染色体は計46本。その中でY染色体はすごく小さい。さらに、X染色体には1000種類以上の遺伝子があるのに、Y染色体には50種類の遺伝子しか残されていない