

医療の最前線 **10**

MediCon. 2020 OCT

M E D I C A L C O N F I D E N T I A L

スウェーデンが「集団免疫」を達成した政策

独立行政法人地域医療機能推進機構
大阪みなと中央病院長兼美容医療センター長

「日本に細川あり」世界が認めた形成外科医 **細川 互**



「日本に細川あり」世界が認めた形成外科医 ～形成外科の質の向上と美容医療への警鐘～

細川 亙

独立行政法人地域医療機能推進機構
大阪みなと中央病院長兼美容医療センター長

熊本県出身。1979年大阪大学医学部卒。日本における形成外科の発展期を歩み、今日の形成外科の隆盛の礎を築いた一人。阪大卒業後、大阪で最も早く形成外科診療を行っていた住友病院で経験を積み、94年に母校阪大の要請を受け復職。99年、同大学形成外科初代教授に就任。阪大に「形成外科あり」との高い評価を得るまでになる。2018年より現職。病院経営と臨床医という二足の草鞋に止まらず、医療ジャーナル「形成外科」の編集長。医療界におけるオピニオンリーダーとして独自の発想・思想を社会に発信している。

——戦国大名細川忠興の子孫だそうですね。院長室に「関ヶ原合戦図屏風」が飾られています。

細川 屏風の右端の部分に関ヶ原合戦での忠興の活躍が描かれています。忠興の長男忠隆の子孫が細川内膳家で明治時代は華族(男爵家)でした。細川隆元氏や細川隆一郎氏は内膳家一門です。細川本家の方は忠興の三男忠利の子孫で、現当主は元総理大臣の細川護熙氏です。なお、忠興は細川藤孝(幽斎)の長男で、忠興の妻は明智光秀の娘(明智玉、細川ガラシャ)ですので、今年のNHK大河ドラマ「麒麟がくる」の登場人物の多くが私の先祖です。高校までは熊本で育ち、県立熊本高校(クマタカ)を出て大阪大学医学部に入学。医学部在学中に法律に興味を持ち、医学部在籍のまま医学・法学の二足の草鞋で学び司法試験も受験しましたが、もう一步のところでした。その知識は私の人生に大いに役立っています。

——医局を辞めて外に出て、再び阪大の教授に。ユニークな経歴ですね。

細川 はい。珍しいと思います。新臨床研修制度が定着した今でこそ珍しくないですが、その当時は医局を辞めれば、「医師としてのステップアップ(大学の教官や大病院の部長等になる事)を放棄したんだね、諦めたのね」と言われる時代でした。卒業

時の成績は上位でしたので驚かれました。

実は皮膚科にいた僅かな期間に皮膚外科手技の習得のために週一で通っていた大阪・中之島にある住友病院で形成外科の素晴らしさに出会い、卒業直後に門を叩きました。そこには薄丈夫部長や松本維明先生等優秀な先生方がおられとても魅力的な職場でした。手術件数は年間1200件を超え、薄・松本両先生は形成外科のメッカの東京警察病院で何年間も修業し高い技術を持っておられました。私も徹底的に形成外科医としての教育を受ける事が出来ました。本当に勉強になり充実した時間でした。

大阪大学悲願の形成外科の誕生

——その辺りをもう少し。

細川 住友病院の松本先生が阪大の皮膚科学教室時代に形成外科診療班を作ったのが1980年の事です。皮膚科学講師で形成外科診療班長という立場でした。しかし、その後、住友病院形成外科と阪大皮膚科内形成外科は敵対的な関係になっていきました。また、その後14年間、阪大に形成外科が出来ず、皮膚科内形成外科診療班のままでしたので、皮膚科から独立する事が悲願でした。当時の国立大学では新規の診療科を作るには国

会での承認が必要でしたので、松本先生は自分の代で形成外科を独立させる事はもう無理と考えたのでしよう。皮膚科学講師・形成外科診療班長を辞する事を決めて、その後任に私が選ばれ、その人事を皮膚科学教室の吉川邦彦教授が認めました。しかし、阪大と住友病院の微妙な関係もあり、一旦、関西労災病院形成外科に部長として異動し、住友病院色を薄めた上で阪大に着任するという迂回路人事でした。

——阪大の形成外科初代教授になりましたね。

細川 私はずっと阪大形成外科の窮状を憂う気持ちがありましたので、敵対する阪大の形成外科診療班員からの私へのコールも大変有り難い事だと感じて受諾したわけです。そして、前任者が14年かかって達成出来なかった形成外科独立の申請(新規概算要求)を目指しました。達成に必要な要素は何か熟考しました。結論は阪大の全科的な支援を得る事だと考え、全科に協力を要請しました。着任の翌年から自身で書いた新規概算要求書を出し続け、1998年度国家予算に阪大形成外科新設が組み込まれました。その時は天にも昇る嬉しさでした。翌年2月に形成外科診療科が発足しました。

——形成外科学教室設立後の道程は?

細川 阪大の形成外科独立は東大から40年近く遅れていたため、追い付き追い越せと日本トップの形成外科学教室にするために尽力しました。臨床的には形成外科独自の疾患に特化するのではなく、外科系他科との共同手術を重視する戦略を取り、同時に、教室員には研究と英文論文の執筆を至上命令として課しました。その結果、他科への応援手術件数も急増し、私が退任する頃には年間300件でした。学問的な業績では、2002年には世界で最も権威ある形成外科ジャーナル「Plastic & Reconstructive Surgery」に私が著者(共同執筆を含む)の論文が日本人トップ、世界でも3番目の



数が掲載されました。教室員達が日々の研鑽を続けたお陰で、無名だった阪大形成外科は日本の形成外科のトップクラスの評価を頂くまでになりました。私も日本形成外科手術手技学会理事長、日本形成外科学会理事長、第30回日本頭蓋顎顔面外科学会会長、第60回日本形成外科学会会長等、学会の要職を数多く務めさせて頂く立場になりました。

教授定年まで2年を残して退官

——アメリカ形成外科学会の名誉会員になられたそうで、快挙ですね。

細川 私もびっくりしました。アメリカ形成外科学会にはほぼ100年の歴史がある学会ですが、僅か7人

しか名誉会員はいないのです。既に少なくとも2人は亡くなっている、生きているのは5人以下です。そのきっかけは16年のアメリカ形成外科学会総会で日本がゲスト国だった事です。私が日本形成外科学会理事長の職にあったので、立场上講演をする事になったのです。私の論文も見ていたでしょう。「ドクターホソカワの内容のある形成外科学の話を知りたいので、英語が苦手なら通訳を付ける」との要請が届き、それではと引き受けました。これが私の人生唯一のアメリカ講演です。講演内容を正確に伝えたいと日本語の講演原稿を作り、微妙な医学用語等には一番ふさわしい英語の単語も付記する等して事前に通訳に送付しました。この講演の後に開催されたアメリカ形成外科学会の評議員会で、私は日本人として史上初の名誉会員に推挙されました。名誉会員になる費用は?と訊いてしまいましたが、無料でした(笑)。

——大阪みなと中央病院院長就任の経緯は?

細川 これも面白い話です。私は阪大教授として渉外委員長のポストも兼務していました。この仕事は阪大の系列病院から届く院長派遣要請の窓口です。JCHO(地域医療機能推進機構)本部から院長の推薦依頼が届きましたので、検討を始めたのですが、推薦した方々が皆、院長就任を辞退されました。誰も院長職に就きたがらなかったのです。その数カ月後に検討会は「細川教授の院長就任」という答申を出してきたので驚きはしましたが、私には出来ないと言うのであればと決めました。しかし、私は日本形成学会を開催する事が決まっていたので、それが終わるまで1年待ってもらい、学会開催後に教授定年まで2年を残して移りました。

——就任して困惑した事や取り組んだ事は?

細川 それはいろいろありますね。病院長と言ってもJCHOには本部という上部組織があるので、自分の考えている医療をやろうとしても、なかなか……。皆がここの院長職に就きたがらない理由も分かりました。ただ、案外慣れてきました。JCHOの本部は基本的に官僚組織です。私の父は熊本

県の公務員、兄2人も大蔵省と通産省の官僚で、叔父は会計検査院の局長でした。そんな事から官僚の思考経路はある程度分かるのです。前例のない「美容医療センター」を作る判断の裁可を本部に求めるという行為は自らの責任を逃れようとする姑息な行為ですので、本部には一切相談しませんでした。これは本部に対する思いやりでもあります。市中の美容医療クリニック等が引き起こす皮膚の壊死や失明等を阪大教授時代に診てきた私は、美容医療合併症に苦しむ患者を救い、かつ安心安全の美容医療を提供したいとの思いで美容医療センターを開設しました。また、美容領域に進みたい医師に対してきちんとした美容医療教育を提供出来る場にしたいですし、同時に日本の美容医療の健全化のモデルケースにもしたいと思っています。当センターには絶世の美女とも言われる「ガラシャ」の愛称を付けました。他に口腔外科も新設しました。「阪大には歯学部があり、一方東大にも京大にも歯学部はない。言わば阪大の歯学部は日本一の歯学部、そことタッグを組んで開設するのだから勝算はある」とJCHO本部に主張し、新設しました。当院口腔外科は驚くほどに頑張ってくれています。また、今年4月からは大阪メトロ駅直結という好立地を生かし、通院しながら抗がん治療が受けられる血液内科も開設しました。

美容医療の健全化に対する活動

——東京都知事の「真っ当な医療法人」の言葉が話題になりました。

細川 コロナ医療を大手美容医療法人に委ねるような話ですね。その対象となった美容医療法人が真っ当か否かについてはコメントしませんが、美容医療については消費者庁に国民から多数のクレームが届いているのは事実です。過去に日本形成外科学会等は厚労省に「美容医療に関して警告を出さないと大きな社会問題になる」と進言しました。日本美容外科学会(JSAPS)は16年に厚生労働大臣に「施術に使用する薬品・材料・機器の安全性

と有効性の説明が必要」とする、「美容医療の健全化に関する要望書」を提出し、医師が患者にきちんとこれらの説明をする事を求めました。厚労省も消費者庁と共同で「美容医療の注意喚起」のチラシを出しました。私は以前にもう1つの日本美容外科学会(JSAS)からの要請で特別講演を行い「これからの美容外科」のタイトルで特別講演をし、3つの指摘をしました。1つ目は自由診療ではあるが厚労省や消費者庁は監督を強化すべきだ。2つ目は顧客獲得のための過度な広告が横行しており、この対策を取る事が必要。3つ目は美容医療を担う医師に対する教育が不十分で、かつ医師の倫理性の欠如も重大な問題である事です。勿論、美容医療でも一部の医師に問題があるだけなのですが、2つの日本美容外科学会や日本形成外科学会、厚労省・消費者庁等がマスコミ等を使って美容医療を改善して行く必要があります。ただ、美容医療で生じた様々な健康被害(美容医療の合併症)について、何と厚労省が健康保険を使って治療してはならないという指導をしている事を最近私は知りました。例えば豊胸術のために胸部に入れたバッグや注入物が原因で将来癌が生じて、その癌を健康保険で治療してはならないと。厚労省は「被害者自己責任」「混合診療禁止」、時には「第三者行為」というような説明をしているようですが、健康保険法に反する全く違法な指導です。とんでもない指導です。

「驚かないでください」のメッセージの意味

——最後にCOVID-19(以後、コロナ)の事です、病院長としてはどう見えていますか。

細川 難しい話ですが、病院長としてホームページに4月1日に「このウイルスは最終的には必ず全世界に蔓延するので、もう日本でも抑え込む事は出来ない」と発信し、4月7日には「当院は諸事情を勘案し従来医療の提供に邁進する事で医療崩壊に抵抗する」と宣言しました。4月16日には「医療物資不足でもありとあらゆる工夫をして従来医療を

続ける」という意思表示をしました。また「驚かないでください」というメッセージを配信しましたが、その意味は「足りなくなった手術着の代わりに割烹着を外科医が着ているかもしれませんが、驚かないでください」という事です。私も実際に割烹着を着て手術をしました。このメッセージを見た全国の個人や団体から沢山の医療物資が届けられました。心から感謝しています。医療物資が足りないから従来の医療を控えようとしていた他病院にも「様々な工夫をしながら医療崩壊に抵抗しなければならない」というメッセージが伝わったと思います。緊急事態宣言解除後の5月26日には「この新型コロナウイルスは医療崩壊が起こらない限度内で出来るだけ早く蔓延させるのが良い」という過激と思われそうな見解を表明し、7月27日には「この6カ月間に日本で亡くなった人の数は70万人、新型コロナ感染症で亡くなった人の数は1000人」という数字を掲げて、この新型コロナ感染症に対する今の社会の反応に疑問を投げ掛けました。医療崩壊が起こらない程度に早急に蔓延させる方が合理的です。これには世界的な合意が必要で、WHO(世界保健機構)にはその役割を担って欲しいですね。第1波の時には死亡率が約5%でしたが、今では2%になり、しかも第1波を除けば1%を下回っています。日本の対コロナ作戦を各国に提供して医療支援して行く事が日本の国際的な評価を高くするのではないのでしょうか。



細川 互(ほそかわ・ごう)

1954年熊本県熊本市生まれ。73年熊本県立熊本高等学校卒業。79年大阪大学医学部卒。80年財団法人住友病院形成外科医師。99年大阪大学医学部形成外科初代教授。2012年日本形成外科手術手技学会理事長。15年日本形成外科学会理事長。17年アメリカ形成外科学会名誉会員。日本学術会議連携会員。18年独立行政法人地域医療機能推進機構大阪みなと中央病院長。19年雑誌「形成外科」(克誠堂出版)編集長。20年日本形成外科学会名誉会員。メディカルノート医療アドバイザー。

厳しい経営環境は、なお続いている。医業利益率を見ると、4月、5月は前年に比べて著しく悪化した所が多かったが、6月から少し持ち直してきた傾向が見える。第2次補正予算においては、事態長期化や次なる流行の波に対応するため、医療関連の支援策が盛り込まれているので、利用出来る場合には、是非とも活用した方がいい。そして、補助金はコロナ対策の消耗品に使うだけでなく、新たな投資をする事を検討すべきである。

コロナ禍にあって落ち込みの激しいのは外来医療だが、人口構造の変化もあって、多くの地域では外来は需要のピークを迎えている。5年前と比べて減少しているからと言って、全てがコロナのせいばかりとは言えない事は肝に銘じておかななくてはならない。

医療・福祉の世界では、「2025年問題」を見

2040年を展望した3つの改革とコロナ対策

据えて、着々と手を打ってきたはずだ。団塊の世代が後期高齢者入りする2025年までは、高齢者人口は漸増する。そこから先、2040年を展望すると、高齢者人口はもはや増えず、逆に生産年齢である現役世代の急減という新たな局面を迎える。高齢化率が高まる中で、どのような課題に対応していくか。想定外のコロナ禍が起こった事で、更に出生数が減り、人口減が進む事は心しておかななくてはならない。

コロナと非コロナを分けて医療提供体制を構築

さて、厚生労働省社会保障審議会では2040年の医療提供体制を見据えた改革の議論が始まっており、3つの大きな改革の方向が打ち出されている。

1つ目は、「医療施設の最適配置の実現と連携」だ。ここでは、全ての公立・公的医療機関

等における具体的対応方針の合意形成が求められる。また、具体的な対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取り組みも必要になってくる。

2つ目は、2020年度の診療報酬改定でも最大の目玉とされた「医師・医療従事者の働き方改革」だ。2024年度から、医師の時間外労働の上限規制がスタートする。その中で、医療機関においては、労働時間管理を適正化して、マネジメント改革を進めていく。また、上手な医療のかかり方の普及・啓発を行い、患者・家族に向けた支援を行っていく。

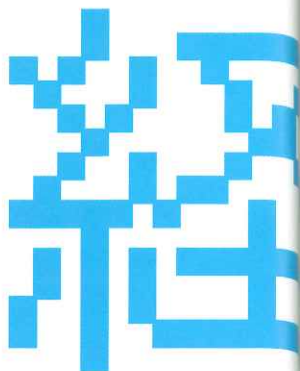
3つ目は、「実効性のある医師偏在対策」で、偏在是正の目標年は2036年と定められた。地

域及び診療科による偏在の対策を行う。また、総合診療医の確保等、プライマリケアへの対応も必要になってくる。

これら3つの改革に、コロナ対策が加わってくる。これらを一体的に推進していく事で、総合的な医療提供体制改革を実施していかなくてはならず、今後の診療報酬改定は、こうした改革を支える方向で進んでいくはずだ。

まず、第1の地域医療構想は、言うまでもないが、需要に対して病院・病床の数が供給過多な状態であった事を受けて、各病院が地域内で役割分担をする体制の構築を前提として、病院の機能転換を含む地域内再編の流れを進めていくものだ。2014年に「医療介護総合確保推進法」が成立し、地域医療構想が制度化された。

2025年に向けて、必要となる病床数(病床の必要量)を4つの医療機能ごとに推計し、地域



の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進めて、効率的な医療提供体制を実現する事を目指している。

もっとも、コロナ禍で病床が足りないという声があがった事で、その方向も少し変化を受けるかもしれない。

8月24日に開催された社会保障審議会医療部会では、新型コロナウイルス感染症に対応した医療提供体制の在り方についての意見交換がなされた。委員からは、地域医療構想は感染症のパンデミックへの対応を想定した内容に修正すべき、都道府県の医療計画に新興感染症対策を盛り込むべき、といった意見が出された。新型コロナに対応しつつも、通常の医療は維持していかなくてはならない。コロナとコロナ以外の医療提供体制を明確に分けて構築していく事になりそうだ。

厚労省は8月31日に都道府県に宛てた通知で、地域医療構想の実現に向け、公立・公的医療機関の再編統合を伴う場合、「具体的対応方針」の再検証の期限を2020年秋頃までとしていたものを、改めて提示する事を決定した事を伝えた。

コロナ禍が図らずも働き方改革を加速

次の働き方改革への対応も待たなしたが、こちらもコロナ対策の影響を受ける。コロナ対策では、感染防止への対策はもちろんの事、セルフケアを伸展させるような呼び掛けもなされている。また、対面だけでなくオンラインを併用した診療も進んでいる。面会や会議・セミナー等もオンラインで実施され、一部にはテレワークも導入されている。また、在宅医療等の場合には、直行直帰で実施している所もある他、現場における業務効率を高め、医療従事者の負担を軽減する方向に進んでいる。コロナ対策は、図らずも働き方改革への取り組みを加速させている。

また、医師の偏在対策だが、8月31日に開催

された「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」では、2022年度の医学部臨時定員について、新型コロナウイルス感染症の流行で十分に議論を行う時間が取れなかった事から、2021年度までとされていた臨時の定員増の方針を継続する事が決まった。「地域枠」と並ぶ偏在解消策とされる「新専門医制度」は、実効性を挙げているとは言い難いようだ。高齢者がとりわけ多い過疎地域において、医療施設へのアクセスの利便性解消にも、遠隔の問診の仕組みに加えて、高精細な手術映像等大容量データの双方向通信により、緊急手術等で熟練医が不在の状況で遠隔から手術支援をするための実証実験も進められている。

さて、2040年の日本。2018年時点で、全就業者6664万人のうち、823万人が医療・福祉従事者であるが、このまま単純に推

計すると、2040年時点では1000万人以上が医療・福祉を担わなくてはならなくなる。医療・福祉へ就業者の総数を増加させるような施策を期待したい。それと並行して、より少ない人数でも回す事の出来る現場の構築こそが、医療機関自身が取り組む事が出来る課題である。

2020年の年初に突然見舞ったコロナ禍は、戦後最大の社会システムの危機であり、医療・福祉業界もまた深刻な状況に陥れたが、未来が前倒しに来たと考えるべきである。

ICT等の情報通信サービスをフルに活用してテレワーク等を推進し、現場の負担を最大限に減らすように努力する。ケアに関わるスタッフが本来業務に集中出来、事務作業等に時間を割かなくてもいいようにする。“ピンチはチャンス”と捉えられる現場だけが、生き残る事が出来るのではないか。

