

現場からの医療改革推進協議会

第六回シンポジウム

2011年11月5日(土)13:00—18:00・6日(日)9:00—16:30

東京大学医科学研究所 大講堂



〔目的〕

医療は医学を中心としたいくつかの社会のシステムを包含するため、医療現場における諸問題を解決するためには、医学関係のみならず政策、メディア、教育、等の異なる分野の有機的な連携が必須である。

本シンポジウムでは、医療現場における問題事例を取り上げ、医療現場の主人公である患者とそれを直接支える医療スタッフたちが、現場の視点から具体的な問題提起を行い、その適切な解決策を議論する機会と場を創出することを目的とする。

Vol.06 2011

挨拶

林 良造

(東京大学公共政策大学院特任教授)
(はやし・りょうぞう) 東京大学公共政策大学院特任教授。1970年京都大学法学部卒業。76年ハーバード・ロースクールLLM。91年ケネディスクールフェロー。2000年経済産業省官房長。01年経済産業省産業政策局長。02年経済産業研究所コンサルティング

高久史麿

(自治医科大学学長)
(たかく・ふみまろ) 自治医科大学学長。日本医学会会長。1954年東京大学医学部卒業。自治医科大学内科教授、東京大学医学部第三内科教授、国立病院医療センター院長、国立国際医療センター総長を歴任後、95年東京大学名誉教授、96年4月から現職。

土屋了介

(がん研究会理事)
(つちや・りょうすけ) がん研究会理事。1946年東京都生まれ。慶応義塾大学医学部卒業。米・メイヨークリニック留学後、防衛医科大学校助手を経て国立がんセンター病院へ。病棟医長、臨床検査部、副院長、院長を歴任し、2010年4月より現職。

林 良造

- この1年間にさまざまな出来事があったが、その最大のものはなんといっても東日本大震災であろう。思い返してみると、大震災は、発生当初の3月11日には思いもなかったような、大きく、長期にわたる傷跡を残すこととなってしまった。医療関係者でも、あるいは犠牲になりあるいはその後の人生を変えるような経験をされた方も多い。あらためて、犠牲者の方に心からお悔やみを申し上げるとともに、被災地の日も早い復興を心から祈念したい。
- この震災は、我々に対し改めて多くのリスクマネージメントの課題を認識させることとなった。国家の機能の基本は、自然的、人為的、経済的なさまざまな危険から、国民の生命・財産を守ることにある。このため、国家は、さまざまなリスクを認識し、可能性・被害の大きさを含めて評価し、ある部分は国家が直接に、ある部分は各主体の選択を通じて対応していく方針・枠組みを決定する。そして、リスクが現実化した時にはその被害を最小限にし、その復興を行う。今回の大震災の経験から改めて日本の現場の強さと基本的設計力の弱さを痛感させられた方も多いのではと思う。
- さて、あらためて、過去の6回を振り返ってみると、この協議会が医療の改革に果たしてきた役割に気づかされる。
- 最初は各現場の専門家間で、ばらばらに認識されていた危機が、実は、大きな変化に対して、従来のしくみが、その成功体験のゆえに全体的な最適解を見つけ出せなくなった現象のあらわれであることが明

らかにされてきた。

- 振り返ってみると、戦後の縦割り型の医療供給システムは、長期間にわたって、低いコストで大変効率的に医療サービスを提供し、長い平均寿命を実現してきた。しかしながら、90年代以降、医療技術は急速に発展し、製品・技術・医師・患者などさまざまな医療資源が国境を越えて自己実現の最適地を選択するようになるとともに、少子高齢化も相まった医療費の増大と経済成長の急速な低下による財源の枯渇は従来のやり方の延長を許さない状況を作り出した。そのなかで、基本の縦割り型管理制度に手を付けず政府のマイクロマネージメントでの処理を続けたことによる、硬直性や法的責任と社会的経済的インセンティブのアンバランスが、医師不足・緊急医療危機・ドラッグラグ・デバイスギャップなど医療崩壊の共通の原因であることが認識されるようになった。

- また、この基本問題は、日本に限られた現象ではなく、多くの先進国が、抱える共通の悩みでもあって、さまざまな工夫が試みられていることも明らかになってきた。その結果が、さまざまな規制や報酬制度について、科学的な根拠に基づいて制度的工夫を行うことや諸外国での工夫を取り入れることなどの改革の兆しにつながってきている。

- 今後とも、本協議会の議論が、より合理的なリスクマネージメントに基づいた医療制度の基本設計へとつながっていくことを期待している。

session 01

医療改革の現在

医薬品規制に大穴が開いている状況は今年も変わらない

小野俊介

医薬品の規制にはぼっかりと大穴（ブラックホール）が開いている。相当に大きい穴だが、ほとんどの医学・薬学専門家は見て見ぬふりをする。見ないふりをする方が自分たちにとって都合がよいし、大穴の暗闇が深すぎて、うかつに立ち入ると小ぎれいに自己完結した専門家の箱庭世界が台無しになることを知っているから。

薬をめぐる最近のドタバタでそうした構造がわかりやすく露呈している。例えば抗がん剤イレッサの訴訟とそれを念頭においた厚労省の法改正等に向けた対応。どういうわけか「添付文書の法的な位置付けが問題だ」「副作用情報提供システムを改善すべきだ」「リスクについて国民の理解が足りない」「抗がん剤副作用の補償制度が必要」などと「正解」を押しつける人々がいる。自分にできること、手柄になること、メシのタネになることの範囲内で、たまたま巷で流行の論点を挙げただけの「正解」は、たぶん正解ではない。そのような姑息な取りつくろいを何十年も続けてきた結果が現

在の姿、すなわち薬害やイレッサの訴訟が起きる今の我々の世界だ。歴史が証明しているではないか。

医薬品規制の大穴を簡単に言うと「何を、どのように決めようとしているのが誰にもわからないこと」である。新薬の承認とは何なのかが誰にもわからない。良い薬とは何かがわからない。安全ではない薬とは何かがわからない。誰も何もわからないのに、薬は日々承認され（拒絶され）、期待され、薬害だと騒がれ、承認すべきではなかったと批判される。世の理を多少なりとも知るはずの裁判官までもが「この薬は有用性を肯定することができる」と個人的な嗜好を判決で公言する始末である。「あんたがそう思っているだけだろうが!」と正しく突っ込みを入れないといけない。

大穴を無視して、日本の規制ごっこは続く。おそらく10年後も、20年後も。私はそれでメシが食えるから、ありがたいことである。…あれ、皆さんもそうなんですか？

松本慎一

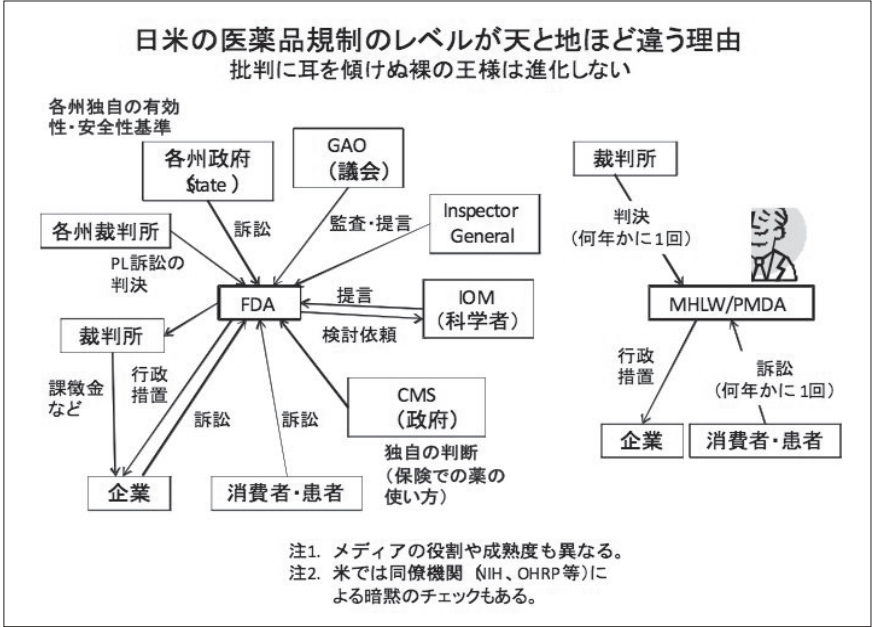
(バイラー・群馬移植研究所ディレクター)

桜井勝延

(福島県南相馬市長)
(さくらい・かつのぶ) 福島県南相馬市長。1956年1月4日生まれ、55歳。福島県原町市（現南相馬市）出身。宮沢賢治に憧れて入った岩手大農学部を卒業後、郷里で農業、酪農に従事。2003年2月、原町市議会議員初当選。2006年1月、合併により南相馬市となり、11月、同市議会議員に再選。2010年1月、市長に初当選。震災で一部が津波の浸水被害を受けた大甕地区の自宅は原発20キロ圏内に位置し、自身も強制避難を余儀なくされた。趣味はランニング、読書。

金澤幸夫

(南相馬市立総合病院院長)



日米の医薬品規制のレベルが天と地ほど違う理由

セッション02

谷口プロジェクト

(原発作業員のためにできること)

事務局としてのサポート活動

谷本哲也

谷本哲也

（たにもと・てつや）谷口プロジェクト事務局。鳥取県米子市出身。鳥取県立米子東高等学校卒。九州大学医学部卒・同第一内科入局。独立行政法人医薬品医療機器総合機構生物系審査第一部審査専門員。公益財団法人がん研究会がん研究所嘱託研究員。日本内科学会認定内科専門医。日本血液学会認定血液内科専門医。

鈴木智彦

（フリーライター、元原発作業員）

谷口修一

（虎の門病院血液内科部長）

葉山 雅

（University College London 公共政策修士コース）

セッション02

谷口プロジェクト

（原発作業員のためにできること）

事務局としてのサポート活動

谷本哲也

福島第一原発作業員のための自己造血幹細胞の事前採取・保存を提案した谷口修一氏を中心とし、ボランティアサポートチームを3月に結成した（谷口プロジェクト）。その直後、「(1) 作業員にさらなる精神的、身体的負担をかける、(2) 国際機関での合意がない、(3) 十分な国民の理解が得られていない（4月3日付産経新聞記事より）」との理由で、原子力安全委員会からの否定的見解が報道された。また、日本学術会議からは「不要かつ不適切」（4月25日）との見解も出され、舩添要一議員からの質問に対し、菅直人前首相（4月25日）や野田佳彦首相（9月16日）からは否定的な答弁が行われた。これに対する事務局側の活動として、ホームページ（<http://www.savefukushima50.org/>）、ツイッター、フェイスブック、メールマガジンや種々の勉強会・講演会等の開催により情報発信を継続的に行った。また、医学専門誌ランセット（Lancet 2011;377:1489-90, Lancet 2011;378:484-5）

事務局としてのサポート活動

谷本哲也

（たにもと・てつや）谷口プロジェクト事務局。鳥取県米子市出身。鳥取県立米子東高等学校卒。九州大学医学部卒・同第一内科入局。独立行政法人医薬品医療機器総合機構生物系審査第一部審査専門員。公益財団法人がん研究会がん研究所嘱託研究員。日本内科学会認定内科専門医。日本血液学会認定血液内科専門医。

鈴木智彦

（フリーライター、元原発作業員）

セッション02

谷口プロジェクト

（原発作業員のためにできること）

事務局としてのサポート活動

谷本哲也

（たにもと・てつや）谷口プロジェクト事務局。鳥取県米子市出身。鳥取県立米子東高等学校卒。九州大学医学部卒・同第一内科入局。独立行政法人医薬品医療機器総合機構生物系審査第一部審査専門員。公益財団法人がん研究会がん研究所嘱託研究員。日本内科学会認定内科専門医。日本血液学会認定血液内科専門医。

鈴木智彦

（フリーライター、元原発作業員）

谷口修一

（虎の門病院血液内科部長）

葉山 雅

（University College London 公共政策修士コース）

セッション02

谷口プロジェクト

（原発作業員のためにできること）

事務局としてのサポート活動

谷本哲也

（たにもと・てつや）谷口プロジェクト事務局。鳥取県米子市出身。鳥取県立米子東高等学校卒。九州大学医学部卒・同第一内科入局。独立行政法人医薬品医療機器総合機構生物系審査第一部審査専門員。公益財団法人がん研究会がん研究所嘱託研究員。日本内科学会認定内科専門医。日本血液学会認定血液内科専門医。

鈴木智彦

（フリーライター、元原発作業員）

谷口修一

（虎の門病院血液内科部長）

葉山 雅

（University College London 公共政策修士コース）

セッション02

谷口プロジェクト

（原発作業員のためにできること）

事務局としてのサポート活動

谷本哲也

（たにもと・てつや）谷口プロジェクト事務局。鳥取県米子市出身。鳥取県立米子東高等学校卒。九州大学医学部卒・同第一内科入局。独立行政法人医薬品医療機器総合機構生物系審査第一部審査専門員。公益財団法人がん研究会がん研究所嘱託研究員。日本内科学会認定内科専門医。日本血液学会認定血液内科専門医。

（たにもと・てつや）谷口プロジェクト事務局。鳥取県米子市出身。鳥取県立米子東高等学校卒。九州大学医学部卒・同第一内科入局。独立行政法人医薬品医療機器総合機構生物系審査第一部審査専門員。公益財団法人がん研究会がん研究所嘱託研究員。日本内科学会認定内科専門医。日本血液学会認定血液内科専門医。

鈴木智彦

（フリーライター、元原発作業員）

谷口修一

（虎の門病院血液内科部長）

葉山 雅

（University College London 公共政策修士コース）

セッション02

谷口プロジェクト

(原発作業員のためにできること)

事務局としてのサポート活動

谷本哲也

での提言・議論を行い、各種国内メディア等のみならず、タイムやサイエンス等多くの海外メディア、国際的専門家会議でも度々取り上げられた。さらに、福島県内での診療も開始し、被災者や原発作業員の方々の健康管理にも取り組んでいる。

これまで知る限り、国内では我々提案者側と反対者側の専門家や東京電力等関係者の間で、公開での議論は未だなされていない。福島第一原発事故全体からすれば九牛の一毛に過ぎないとしても、人命に直接かかわる問題だ。現代日本社会は何に優先順位を置くのだろうか。本件に一律の解答はなく、原発作業員一人一人の作業内容・期間、年齢、既往歴、価値観等に応じ個別化した対応が必要だと考える。

本セッションでは3人の演者から、①谷口プロジェクトの概要、②社会における意志決定、③原発作業の実際、についてご講演頂く。

注:本稿は筆者個人の文責によるものであり、所属団体を代表するものではない。

自身が原発作業員になってみて初めてわかった作業上の盲点

鈴木智彦

東日本大震災直後、東京電力福島第一原発が津波によって冷却機能を喪失し、メルトダウンという最悪の事態が訪れた。ここで原因を論議することは避けるが、その後、一号機と三号機が立て続けに水素爆発を起こし、近隣一帯はもちろん、広範囲に放射性物質をまき散らしたのは周知の事実である。

水素爆発のあと、私は三つの暴力団ルートを使い作業員募集の求人に応じた。それはいまに至るまでずっと待機が続いている。あきらめきれない私は、縁故や友人に片っ端から電話をかけ、現地の職安などにもでかけ、ある求人を見つけた。それは炉心周りを得意とする原発の協力企業の中でも中核となるべき専門職で、その会社に就職し

た後、一ヶ月の準備期間をおき、その間、マスコミ報道で知った谷口プロジェクトに賛同、我が身のため、原発作業員として初めて、造血幹細胞採取を行ったのである。谷口プロジェクトを不要と断じる東電、厚労省の思惑の背景には、予算という現実的な問題があっただろう。もしすべての作業員から造血幹細胞を採取し、保存すると仮定すると、施術や液体窒素で保存しておく費用を単純計算すれば、かなりの費用となるだろう。もっともその金額は払って当然のものであり、東電の事故解決費用、保証の金額からすれば微々たるものである。もっとも不思議だったのは、医学関係者から構成される学会が、谷口プロジェクトに反対したことだ。彼らのプレスリリース

は、医学では門外漢の私も首を横にひねらずにおけない矛盾点が多い。たとえば、長い臨床例があり、広く普及した白血病患者治療の定番であるにもかかわらず、造血幹細胞採取が白血病を引き起こす可能性がある、という馬鹿げた見解すらあった。そのことに関しては専門家に解説をお任せするが、私は自身の経験により、造血幹細胞の採取が経済的、肉体的にどの程度の負担になるか身をもって体験している。

それを踏まえ、原発作業員に対し、本当に必要なバックアップ体制はなにか？ 自身の経験談からいくつかの問題点を提起したい。

（血球型と略称される）が一致したドナーの存在が不可欠で、まず兄弟の検索が行われ（兄弟で1/4の確率で一致）、次に臍帯血やHLA不適合移植が考慮される。当院では年間100例近くの臍帯血移植を実施しており、実際には臍帯血を選択することになると考える。しかし、皮膚や腸管に障害があると臍帯血をはじめ非自己の細胞では救命できないのではと考え始める。移植後2-3ヶ月は少なくとも免疫反応（GVHD）を抑える免疫抑制治療が行われ、GVHDでは放射線障害と同じ皮膚、腸管、肺が攻撃される。この状況での救命治療はかなり困難を伴う。この時点から、GVHDは起こさない自分の幹細胞があればと考え始めた…

政策決定における専門家の連携不全について

葉山 雅

一般に、専門家の知見は関連分野の政策決定において重要な役割を担うが、一つの政策決定に対して専門家同士の意見が大きく割れコンセンサスの形成がなされない場合には、政策上の対応が遅れることになる。そのため、重大なリスクへの対策について迅速な判断が求められる局面においては特に、専門家集団の円滑な連携が重要である。福島原発事故への対応がそのような速やかな政策決定を要していることは論を待たないが、「谷口プロジェクト」の経緯は専門家間の連携が困難であるために政策決定が遅延しうることを如実に表している。

科学技術や医療の専門家の間では谷口プロジェクトについて十分な討論がなされないままに半年が経過しているが、その政治的コンテキスト形成には、政府およびその関連組織、医療機関、メディア等が関与している。特に、政府やその関連組織からはプロジェクトに対して否定的な見解しか出されておらず、この政府側の反対が、様々な政治的背景を持つ研究者の間で活発な意

見交換の妨げの一因となっているものと推測される。また、政府には原発作業員のリスクについて国内外に過大な印象を与えることを避けたがる傾向があると言われており、そのような政府側の態度が専門家らのリスクアセスメントそのものに影響を及ぼす可能性も指摘されている。

このような専門家間の膠着状態を改善し状況を前に進めるためには、谷口プロジェクトについて政策上の合意形成を求める世論が高まることが肝要であろう。また同時に、メディアも真に人々の耳目を集めるべき話題を提示するという意味で重要な役割を担う。原発作業員の健康・安全を確保するためには、また我が国のリスクマネジメント全般について健全な政策判断が行われていくためには、国民とメディアもまた、自らの果たし得る役割について自覚的であることが求められている。※本発表における見解は筆者個人のものであり、所属する機関の見解とは一切関係しない。

鈴木智彦

（すずき・ともひこ）1966年北海道生まれ。日本大学芸術学部写真学科除籍。その後、雑誌・広告のカメラマンに。米国、欧州を舞台に撮影活動を行なうが、LAで作家・安部譲二の舎弟と知り合いヤクザに興味を持つ。撮影中、イーストLAでギャングに襲われ帰国。入院中に暴力を取材テーマにしたいと考え、ヤクザ専門誌『実話時代』編集部に入社。『実話時代BULL』編集長を務めた後、フリーライターに。以降、週刊誌から書籍に至るまで、幅広くヤクザ関連の記事を寄稿している。著書に『血染めの黙示録——もう一つの『仁義なき戦い』』（洋泉社）、『我が一家全員死刑』（コアマガジン）、『潜入ルボ ヤクザの修羅場』（文春新書）、『宝島SUGOI文庫 極道のウラ情報』、共著として『同 誰も書けなかった日本のタブー』『同 平成日本タブー大全』（以上、宝島刊）など多数。

谷口修一

（たにぐち・しゅういち）鹿児島市出身、1984年九州大学卒業、同院において自己末梢血幹細胞移植の開発に関わる。1993年米国バンダービルト大学血液内科留学、赤血球前駆細胞の研究を行う。1997年帰国後は、浜の町病院（福岡市）、虎の門病院と勤務、一貫して血液内科診療に従事。専門は造血幹細胞移植、特に臍帯血を用いたミニ移植は高齢者に広く移植の機会を提供し、虎の門方式と呼ばれる新移植技術確立。2003年より現職。

葉山 雅

（はやま・みやび）(独) 科学技術振興機構 主査。東京都出身。1998年東京大学教養学部卒業、2006年東京工業大学社会理工学研究科博士課程単位取得満期退学。2006年より（独）科学技術振興機構。2010-2011年University College London 公共政策修士コースに在籍。

私たちが311以降に実施した看護

高田明美

　今もなお、多くの方に当院、当地域の医療を守るためにたくさんのお力をお貸しいただいていますことお礼申し上げます。

　福島第一原子力発電所の事故により、南相馬市立総合病院の看護部にとっても、多くの想定外の対応がありました。

　最大の想定外は、原発事故に伴い避難指示が発令され、入院患者の遠隔地への搬送が求められたにもかかわらず、原発事故のため、DMATやJMAT、看護協会と言った医療関係団体からの援助がストップしたことです。患者の搬送は自衛隊の患者搬送車両以外、外部からの支援を受けられない環境下で、自力、家族の力を借りての退院が難しい患者全員を移送することになりました。看護師はできるだけ移送時間を穏やかに過ごせるように、できうるケアを実施して引き渡せるようにとの思いから、搬送時間に合わせるべく早朝5時前後より、モーニングケアの実施、搬送による揺れからの車酔いに対応すべく、早めの朝食介助、その後清拭、出発間際には排泄のチェック、おむつ交換実施し、残った資源を最大限活用し、工夫し最低限の看護の提供は最後まで維持

する努力をしながらの搬送となりました。

　全入院患者が転院した3月20日以降に、南相馬に残っていた看護師をはじめメディカルスタッフの多くは、最低限の外来機能を維持する病院で勤務するスタッフと、福島県内外、市内の避難所へ配属配置されるスタッフに大きく分けられ、それぞれの場で市民の安全確保に努めました。避難所では看護師として住民の体調管理を含め、南相馬の情報提供と連携、市職員として避難所での住民の安全確保と避難住民の要望調整という日ごろとは違う役割、日ごろ扱わない疾患（主に精神疾患）への対応など戸惑うこともありましたが、多くのボランティア医療者の関わりで避難所対応をしてまいりました。

　震災後あらゆる物流が止まり限られた資源を有効活用しながら、病院内では患者に最低限のケアしか届けられないため「ごめんなさい」申し訳ないと思いながら震災後の看護を続けました。災害支援、原発事故時の看護、医療を見直すきっかけになればと思い、私たちの経験の一端を紹介いたします。

TEAM JAPANー今度はボクらが応援する番だ。

長塚智広

　アスリートソサエティ（以下、AS）は2010年8月、為末大、朝原宣治、松下浩二、朝日健太郎、長塚智広の5人のオリンピアが理事となり「アスリート同士、アスリートと地域や企業、教育機関とのコミュニティの創造、アスリートと社会に希望をもたらすプロジェクトの実現」を目的に発足したアスリートとプロフェッショナルサポーターを中心とした団体です。ASには現在100名以上のトップアスリートが参加し、スポーツ、アスリートに関するあらゆる問題についてともに考え、解決策を探っています。

　3月の大震災後、アスリートには何ができるのだろうか、ASで議論しました。常に応援される側のアスリートが、日本を応

援できるような取り組みにしたい。そこで出した結論の一つが「被災地へのアスリート派遣プログラム」です。一度のイベント訪問に終始せず、アスリートが同じ地域に何度も足を運び、その地域や子どもたちの中に溶け込み、復興支援を長期にわたって継続的に行うプロジェクトです。

　子どもたちが普段行っているスポーツをアスリートとして支援しながら、子どもたちとの心の交流から心のケアに繋がる活動ができるだろうか。アスリート個人個人に何ができるか自問自答しながら、これまで石巻でのバスケットやラグビー教室、相馬高校での陸上教室を継続して実施しています。

　参加した子どもたちから、「久しぶりに

笑って顔が筋肉痛です!」「自分の記録を更新していきたい、更新することができるという自信を持つことができました」「自分に足りない技術、知識を教えてもらって大きな刺激を受けました。」「次回も楽しみにしています!」「今まで悩んでいたことがわかり、モチベーションが上がりました」という感想を受け取っています。

　子どもたちはスポーツを通じ“困難を乗り越える経験”を積み重ねます。アスリートとして支援することで、子どもたちの“有能感（自分の能力に気が付く、達成する喜び）”の向上も期待できると考えています。

福島第一原子力発電所の北側で機能している最前線の高校としての現状と今後

高村泰広

　3月11日の6校時の授業中に地震が起きた。とてつもなく揺れの大きい、長い地震だった。このため、本校の施設の損壊、上水道の遮断、周囲は津波被災や原発事故に伴う避難、JR常磐線の不通などで、本校は4月15日まで臨時休校、18日から再開した。本校としては、学校長不在、変則的な人事による教員数の偏り、空間放射線量による屋外活動の不安はあるものの、震災前とほとんど変わらない通常の授業が行われていた。この頃から、本校とネットワークのあった大学の先生方を中心として様々な教育的な支援が受けられるようになる。5月の連休以降、本校は、原発事故による避難地区の高校が他の高校や施設の中に間借りをして授業を行う、サテライト校の協力校として、

これまでとは全く異なった環境で授業を行うこととなった。原町高校の約300名の生徒とその教員、相馬農業高校の約200名の生徒とその教員が、本校施設で授業を行った。この受け入れ人数は、県内最大である。原町高校は、本校校舎内の視聴覚室、LL教室、講義室などの特別教室をクラスとして使用し、相馬農業高校は、第二体育館をパネルで間仕切りをしてクラスとして使用していた。勿論、臨時の職員室も数カ所に設置した。9月30日現在、夏休み中に本校の敷地内に仮設校舎が建設され、更に小高工業高校の約200名の生徒とその教員を受け入れており、本校校舎には、原町高校の約100名の三年生とその教員が残って学習している。このような教育環境だからこそ、

生徒の教育効果を高めるような支援を受けての環境作りが重要である。この本校の教育支援ネットワークは、東京大学経済学部 の松井彰彦先生・理学部の須藤靖先生から始まり、東京大学医科学研究所の上昌広先生・中村祐輔先生・代々木ゼミナールの藤井健志先生、星槎グループの宮澤保夫会長・鍼灸師の藤田義行先生が接続した清水商業高校サッカー部の大瀧雅良先生・競輪選手の長塚智広選手が率いるアスリートソサエティの選手達と広がっていき、単なる学習面のみならず、運動面でも精神面でも生徒を支援できる体制が整いつつある。ピンチをチャンスとして本校生徒の教育環境を充実させる必要がある。

高田明美

（南相馬市立総合病院看護師）

（たかだ・あけみ）南相馬市生まれ。帝京大学医学部附属病院での勤務をへて、郷里へリターン。1994年より南相馬市立病院で看護師として勤務。これまでの臨床経験においては心臓血管外科、脳外科など主に外科系病棟での勤務。

長塚智広

（競輪選手、社団法人　アスリートソサエティ理事）

（ながつか・ともひろ）1978年生。1998年に競輪選手としてプロデビュー。2000年のシドニーオリンピックから3大会連続でオリンピック自転車競技に出場。2004年のアテネオリンピックでは、チームスプリントにおいて銀メダルを獲得。株式会社、バラエティー番組に出演するなど、幅広く活躍。早稲田大学大学院スポーツ科学研究科トップスポーツマネジメントコース在学中。

高村泰広

（福島県立相馬高校教諭）

（たかむら・やすひろ）1998年山形大学大学院理学研究科修了。専門は、天体・放射線物理学。福島県立双葉翔陽高校講師、二本松工業高校教諭を経て、2003年より、相馬高校教諭（理科）。2004年から5年間、「スーパーサイエンスハイスクール」の企画・運営に携わる。2009年からは、「サイエンス・パートナーシップ・プロジェクト」や「中高生の科学部活動振興事業」に関わり、現在、生徒の科学技術、理科・数学に対する興味・関心等を育成している。

session 04 医師不足

井元清哉

(東京大学医科学研究所
ヒトゲノム解析センター准教授)
(いもと・せいや) 2001年九州大学大学院数理学研究科博士課程修了、博士(数理学)。東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター博士研究員、助手、助教授を経て07年より准教授。ヒトゲノムデータなど高次元大規模データから知識発見・予測を行うための統計学理論、方法論の研究に従事。特に、創薬標的分子の数学的探索、がんの分子メカニズムと多様性の数理解析について研究。著書に「統計数理は隠された未来をあらわにする」(共著) など。

目黒泰一郎

(仙台厚生病院理事長)
(めぐる・たいいちろう) 仙台厚生病院理事長兼心臓血管センター長。宮城県牡鹿町(現・石巻市)出身。昭和47年東北大学医学部卒業。山形大学医学部放射線科、東北厚生年金病院、仙台社会保険病院勤務を経て、平成8年仙台厚生病院心臓センター部長就任。平成18年より現職。主として虚血性心疾患の領域を診療分野とし、カテーテルを用いた手術を専攻。平成7年8月、橈骨動脈を用いた冠動脈造影およびカテーテル手術を導入。

鈴木 寛

(参議院議員)
(すずき・かん) 1964年生まれ。1986年東大法学部卒、通産省入省勤務。シドニー大、中央大講師、慶応大SFC助教授を経て、参議院議員(東京都選出)。東大、阪大、中央大等でも教鞭をとる。参議院倫選特委員長、医療危機打開議連(超党派)幹事長等を歴任。2009年9月から2011年9月にかけて文部科学副大臣を務める。著書は「熟議で日本の教育を変える」「中央省庁の政策形成過程」「研究開発力強化法」等、多数。

小松俊平

(医療法人鉄蕉会亀田総合病院経営企画室)
(こまつ・しゅんぺい) 医療法人鉄蕉会亀田総合病院経営企画室員、社会福祉法人太陽会安房地域医療センター事務部長補佐。東京大学法学部卒業、桐蔭横浜大学大学院法務研究科修了。病院管理、医療・介護法制、医療・介護政策を専門とする。

福原麻希

(医療ジャーナリスト)

データ解析が明らかにする医師不足の現状と将来

井元清哉

我が国の将来人口予測は、人口動態シミュレーションと呼ばれる数学的な方法により精緻に予測されており、2010年の1億2千7百万人の人口が、2035年には1億1千万人となり13%減少するという予測結果が得られている。一方、医師数については、2010年に60歳以上の医師は各年齢2000人程度、50歳以下の医師は各年齢6000～7000人程度である。以前の医学部新設や定員増により若い医師が多いことが分かる。ここで、今の医学部定員を保持したまま25年後の医師数を考える。現在50歳の医師は75歳になり、その数は現在の75歳の医師数を大きく上回ることが容易に想像できる。つまり、25年後には医師数は大きく増加することになる。従って、人口千人あたりの医師数を表すOECD指標は2010年に比べ2035年には大きく改善することが予想される。この予測を基に医師が余ると予測されている。

しかし、将来本当に医師は余るのであるか?その疑問に答えるためには、OECD指標では不十分であり、人口ピラミッドの変

化を考えなければならない。2010年の人口には2つのピーク(35～39歳と60～64歳)があるが、2035年には60～64歳の1つのピークとなり、65歳以上人口は27%増、75歳以上人口は57%増となることが予想されている。そこで、我々は5年毎の死亡数の推移についてまず推計した。その結果、人口は減少するにも関わらず25年後の死亡数は42%増加することが分かった。そこで、2035年の医療を2010年と比較するため、47都道府県毎の医師数を2035年まで人口動態シミュレーションに従い予測した。その結果、日本全体では、医師数は37%増加するが、60歳未満の医師数は18%増にとどまり、60歳以上の医師が2.4倍になり、医師は大きく高齢化することが明らかとなった。また、医師一人あたりの75歳以上死亡数については、日本全体では38%の増(最大は埼玉の107%増(2倍))と大きく増加することなど、ほとんど全ての都道府県において25年後の医療状況は悪化することが示唆された。

勤務医不足解消に向けての一提案 ～医療における選択と集中～

目黒泰一郎

我が国で深刻化している医師不足、とりわけ勤務医不足の主たる要因は医学の進歩である。そして、勤務医不足解消が遅れた主たる要因は、彼らの困窮・疲弊を軽視してきたことによる。団塊世代の老齢化を目前にして、病院医療再建、勤務医不足対策は緊喫の課題である。財政難の折であれば、医療費の削減も図りつつ解決を模索する必要がある。そこで、我々が実践している「医療における選択と集中」を提案したい。それは、これまで顧みられることの少なかった勤務医の心と体も守り得るゆえに、勝算の高い医療改革につながると期待されるからである。

東北大学病院の筋向かいに位置する仙台厚生病院(病床数383)は心臓血管・呼吸器・消化器の3分野を「選択」し、そこに医師を始めとする医療資源を「集中」させることによって生き残りを図った。他の分野は市内の複数施設との連携によって補う

(分担と連携)。これによって、前述3分野は一般市中病院・大学病院には見られない規模とマンパワーを獲得するに至り、それは良質の医療と病院評価の向上につながった。評価の向上は紹介患者増をもたらし、それは350床超病院で最短の在院日数(9.8日)と最大の稼働率(101.7%)につながり、高収益をもたらした。高収益は医師の報酬改善にもつながる。それはさらなる医師獲得をもたらし、やがて診療分野ごとの当直制を可能とし、非番医師を拘束から解放した。すなわち、勤務する医師が「一般市民並み」に健康で文化的な生活を享受することを可能とした。

この状況は、高度専門医療を志向する医師に生涯勤務医であり続けることへの安心と満足を与え、「立ち去り型サボタージュ」を抑止する。医療における選択と集中が勤務医不足解消にも有効と考えられる所以である。

政権交代後の医療改革

鈴木 寛

1. 政策形成過程の変化

政権交代により、政策形成過程における政・官・民の協働の形が劇的に変わり、政治家が現場の国民の皆様から政策コンテスト等でのパブリック・コメントや熟議のプロセスを通じて直接情報を集め、政策立案するという取組みが始まっています。こうした現場からの声を背景に、政権交代後ただちに「コンクリートから人へ」の予算編成を断行しました。平成23年度予算では政権交代前の平成21年度比、社会保障関係費は16%増、文教・科学振興費は6%増を実現しました。国債発行額を増やすことなく医療・教育・研究予算を増額できたのは、公共事業費約3割カットをはじめ、無駄使いを徹底的に見直し、劇的な予算配分構造の改革を行い、財源を捻出したからです。

2. 人と命を大切にす予算編成

政権交代後初の予算編成である平成22年度予算においては、平成18年の骨太方針以降続けられてきた国立大学運営費交付金

の削減方針を撤回し、私立大学等経常費補助についても骨太方針以降4年ぶりに増額しました。平成22年度診療報酬改定では10年ぶりのネットプラス改定で、とりわけ医科については4800億円のプラス改定がなされ、医療・福祉関係の雇用も36万人増となりました(総務省労働力調査平成21年9月分と平成23年2月分の比較)。特に、大学病院などの特定機能病院の入院費改定率は7%(全体では5%)のプラスとなり、救急・産科・小児、難手術等、命に直結し医療崩壊が深刻な分野へ約800億円増額されました。それらの対策の結果、多くの大学病院が黒字に転じました。

最先端医療の提供と地域医療の砦である全国の国立大学附属病院に対し運営費や医療機械設備等の整備を支援する予算については、政権交代前の平成21年度に比べ、68%増の384億円となりました。科学研究費補助金については、制度創設(昭和40年)以来最大となる2633億円、政権交代前の663億円(34%)増です。特に、若手研究者のチャレンジを支援するメニュー等につ

医療・介護需要の動向と医療提供体制

小松俊平

医療計画における基準病床数の算定式と、都道府県別将来推計人口を用いた試算(文献1)によれば、一般病床の需要は、2010年と比較して2030年には全国で12%、病床数にして86,723床増加する。埼玉・千葉・東京・神奈川では20%以上、病床数にして41,984床増加する。療養病床・介護施設の需要は、2010年と比較して2030年には全国で65%、病床数にして847,822床増加する。東京では78%増加し、埼玉・千葉・神奈川では100%以上増加する。埼玉・千葉・東京・神奈川での増加分は病床数にして288,059床である。

人口構造の高齢化により、首都圏を中心とした都市部で、医療・介護需要が爆発的

に増加する。このまま供給を増やさなければ、首都圏を中心として、必要な医療・介護を受けられない者が大量に出現し、社会不安を生じかねない。しかし、現行の医療計画制度は、病院開設・増床の制限によって、医療費の膨張を抑えようというものであり、供給不足に対処する有効な手段を持たない。さらに根本的な問題として、国民健康保険にも、被用者保険にも、もはや供給増を支える余力は残されていない。国の財政事情も厳しくなっている。また、医療従事者の育成には長い時間がかかる。そのような中で、この問題に対応するのは極めて困難である。首都圏での壊滅的な供給不足を防ぐためには、単純に病床や介護施設

いては42%増にしました。また、研究現場の声の後押しを受け、平成23年度より基金化による研究費の複数年度使用を実現しました。

3. 未来を担う人材育成

医学部入学定員は、昭和59年度の8280人をピークに平成19年度は7625人まで減少しましたが、平成20年度は7793人と増加に転じました。政権交代後も増員方針を強化し、平成23年度は過去最多の8923人となりました。さらに、10年、20年先の医療需要も見据え、さらに、研究開発イノベーション、国際貢献・協力のための人材育成など、中長期的な視点に立った議論が必要との見地から、医学部入学定員のあり方等に関する検討会を発足させました。また、平成23年1月には内閣官房に医療イノベーション推進室が発足しました。個別化医療や創薬支援のための臨床試験体制の強化などにも着手しています。

を増やす努力のみならず、医療機関の集約化と機能分化の推進、医療の必要性を評価して不要な医療を抑制する仕組みの導入、医療の効率性を評価して効率的な医療を促進する仕組みの導入など、あらゆる方策を駆使する必要がある。特に大きい療養病床・介護施設の需要増に対処するには、医療・介護をめぐる考え方や制度の大枠の見直しを余儀なくされるかもしれない。文献

1) 小松俊平, 渡邊政則, 亀田信介. 医療計画における基準病床数の算定式と都道府県別将来推計人口を用いた入院需要の推移予測. 厚生 の 指 標 2012 ; 59 (1) (掲載予定)

session 05 地域医療

ワクチン行政のお粗末

黒岩祐治

4月に神奈川県知事になったことから、厚労省の予防接種部会のメンバーを続けることができなくなってしまった。しかし、部会メンバーとして過ごした1年半は私にとって大きな収穫だった。日本のワクチン行政のお粗末さ、政治の貧困、スピード感のない意思決定システム、患者不在の政策決定過程など、これまでジャーナリストとして外から見ていただけでは分からなかった医療界の現実を生々しく感じる事ができたからであった。

2009年秋、予防接種法の抜本改革のために開かれた厚生労働省の検討会であったが、2年の歳月を経た今も未だに検討ばかり続けている。私のスピード感からすれば、想像を絶する遅さであった。要するに、抜本的に変えるつもりは端からなかったのではないかと思わざるをえない。

私は会の冒頭から、そもそも予防接種とは何か?という根本の理念から議論すべきであり、それさえしっかり決まれば、後は一気に決めていけるはずだと主張していた

不活化ポリオワクチン接種の実際

久住英二

当院では、2009年より不活化ポリオワクチン（IPV）の接種をおこなっています。これまで、1,700人以上の赤ちゃんに、およそ4,000回の接種をおこないましたが、重篤な有害事象は発生していません。

当院では、他のワクチンと同様に、電話による予約制で接種しています。メディアでポリオの話が取り上げられると、問い合わせが増えますが、数ヶ月もすると落ち着きます。また、近隣にも取扱い医療機関が増えており、混雑は緩和されつつあります。

麻疹やヒブなどのワクチンは、実施主体が区市町村であり、地域の医師会を通じて、医療機関が委託され、接種の実務をしています。予防接種法の1類接種では、予防接種法により補償が受けられます。ヒブや

のだが、誰も聴く耳を持たなかった。考えてみれば、全員が役所に指名されたメンバーなのだから私が期待することそのものが間違っていたかもしれない。

私はいつも四面楚歌だった。唯一、傍聴席で見守って下さった被害者家族の会や、一般の方々だけが私の意見に共感し、応援してくれた。そのおかげで私がデタラメな主張をしているのでないことを確認することができた。私は民主党政権の政治主導に期待していたが、現場ではツユのかけらも感じることはできなかった。

私は今、神奈川県知事として、国でできなかったことを大胆に実行に移していきたいと考えている。神奈川県独自で医療のブランドデザインを描こうと検討会を立ち上げた。これは都道府県単位では初めてのことである。それだけ医療の世界は中央集権、霞が関主導が徹底していたことの表れでもあろう。いつか「ワクチン先進県神奈川」と言われるよう、果敢に挑戦していきたい。

医師不足と病院職員の疲弊を防ぐ策

福原麻希

医師不足対策には、すでにいろいろな案が浮上している。そのなかでも、すぐに対処できる方法は、病院全体での「職種ごとのコア業務の絞込み」と「職種間の協働」である。

職種間の協働というと、最近では「チーム医療」を思い浮かべることだろう。だが、チームができて、うまく機能していない病院が多い。それは気づかぬうちに、ゴール設定が「チーム医療をすること」になっているからではないか。

高知県・近森病院（338床）はチーム医療の目的を「職員1人当たりの労働生産性を上げること」と明確にしている。チームを組むことは、そのための1つの労働の形に過ぎない。近森正幸院長はこう言う。「医師は医師の仕事をする、ではなく、『医師しかできないこと』をする。整形外科医なら、整形外科医にしかできないことに専念してもらう」

近森病院では8職種をメディカルチームの一員として病棟に配置する。現場で医学教育を叩き込む。職員数882人のうち、医師以外の職種は789人。そのうち事務職を88人雇って、診察やデータ収集などの周辺業務を分担してもらう。人件費率は45%。その結果、病院の医療の質と安全性が高まった。今年度の病床稼働率97%を超え、患者1人当たりの入院単価は82,780円だった。

だが、こんなに医師以外の職員が多い病院は、全国でも本当に少ない。それを裏付けるデータが、今年の週刊ダイヤモンドの「頼れる病院」特集でも明らかになった。全国の急性期病院を手術数でなく、「医療機能」と「経営状態」によって評価する。

今年のアンケート調査からは、医療機能の指標に「メディカルスタッフの充実度」が追加された。急性期病院でも、病気の診断・治療の精確性だけでなく、早期社会復帰を視野に入れた「療養の質」が注目されるようになったからだ。

全国750施設のアンケート調査の結果、急性期病院で働くメディカルスタッフ数がいかに少ないか、よくわかった。アンケートに回答した病院で、厚労省の病院報告（2009年度）「一般病院の100床当たりの常勤換算従事者数（統計表18）」をクリアしたのは診療放射線技師でさえ9割弱、臨床工学技士は7割、管理栄養士4割、医療ソーシャルワーカー3割、言語聴覚士は4割弱、理学療法士と作業療法士は2割強だった。特に、600床以上の大病院で少ない。

さらに、各職種が役割を発揮できるように職能団体が算出した配置基準では、リハビリ職種（PT+OT+ST=16人以上）や医療ソーシャルワーカー（50床に1人）でクリアした病院は全体の3%前後にとどまった。いまだに、「急性期にリハビリは不要」と思っているのだろうか。

国公立病院では総定員法や条例が職員の雇用を縛る。院長が職員増員の要望について、データをもとに説明しても、条例が変更しないという。だが病院は、IT化の現在でも、基本的にはマンパワーで機能する。高齢社会になり、重症で障害が残しやすい病気での入院が多くなったら、なおさら、手厚いサポートが必要になる。増やすべきは、医師だけでなく、病院全体の人数である。

session 06 東日本大震災・福島原発事故Ⅱ

地震、津波、放射能汚染によるトリプル災害のもと 南相馬市に何が起こったか

及川友好

3月11日に起こった東日本大震災は、南相馬市に世界初のトリプル災害をもたらした。特にレベル7の放射能汚染をもたらした福島第一原子力発電所事故は国、福島県、そして南相馬市に様々な混乱をもたらした。混乱の中で、国は福島第一原子力発電所周囲の同心円状の区域に対し、避難指示区域、屋内待避指示区域、警戒区域、緊急時避難準備区域など規制を敷いた。これらの放射線規制区域の中は孤立無援となり、大きな混乱と不安が生じ、人の心に越えがたい垣根までもが築かれていった。

地域住民ならびに地域は、現在も様々な不利益の中で塗炭の苦しみを受けている。特に屋内待避指示区域、後の緊急時避難準備区域では「こども、妊婦、要介護者、入院患者等」は入らないように求められ、また保育所、幼稚園、小中学校、高等学校は休園または休校とされた。3月18日から20日にかけて、南相馬市全域の入院患者を0にするミッションが福島県、ならびに国主導のもとで行われ、多くの入院患者が200Km以上離れた新潟県に搬送されている。この20日を境に南相馬市の全ての医院が、

浜通りでの医療支援を通して 坪倉正治

筆者は震災後、浜通りでの放射線被ばくに関する医療支援として、①相馬市、飯舘村、川内村での健康診断および放射線相談会、②一般市民に対する放射線に関する説明会、③南相馬市立総合病院での内部被ばく検査、④除染活動に従事してきた。これらで得られた知見および教訓を紹介する。

①において特筆すべきは、高血圧や糖尿病などの慢性疾患、うつ病などが悪化していたことだ。放射線被ばくによる直接的な影響のフォローだけではなく、これらの疾患に対する継続的なアプローチが今後の課題である。②の放射線説明会は5月中旬から8月中旬までで延べ2500人以上に行った。その教訓は「放射線の問題に関して、不安なことや必要な情報は各個人で全く異なるため、個別具体的に一人一人じっくり相談に乗る必要がある」こと、および「現地で

南相馬市立総合病院を除く、残りの7病院が一時的休院状態となった。市内薬局、老健施設もことごとく閉院し、震災前人口が7万人の地域に一時的とはいえ、医療がほぼ消失したのである。その後、この規制は9月30日まで続くのであるが、現在でも4病院が入院を置けないでいる。

その一方では、仕事のためいったん避難した市民も3月末から徐々に戻り始め、5月8日の居住人口は2万5千人、緊急時避難準備区域が解除された10月6日現在では41,630人まで人口は回復した。

これは、国の規制が解除された現在も約3万人の住民、すなわち全市民の約3/7が避難生活を続けていることを示している。また、南相馬市にある8医療機関のうち入院業務を行えるまで回復した病院も4病院に過ぎない。教育に至っては10月6日現在も学校再開はされていない。

医療、福祉、教育の回復、復興というにはほど遠く、今後3万人の市民が戻るための除染、雇用の創出は緒に就いたばかりである。東日本大震災は南相馬市においては現在進行形である。

ば不活化ワクチンも導入が決まる、といった声が上がる。行政的には生ワクチンでも、100万人に1人か2人の発症という確率論かもしれない。しかし万一生ワクチンでポリオが発症した場合、子どもや家族はそれを一生背負い続けることになる。また、日本ではこの30年野生株からの感染はないというが、現に世界には流行地域も存在する。厚労省は不活化ワクチンの早期承認と緊急輸入を超法規的に進めるべきである。

現在、神奈川県では知事の意向を受けて、神奈川の医療ブランドデザインを策定し、医療先進県神奈川の実現に向けて取り組みを進めている。様々な利害関係も存在するが、あくまでも県民目線で、県でできること、やるべきことを優先順位や時期、その後の評価や管理も含めて取り組み、県民の負託に応えていきたい。

内田健夫

6月から黒岩知事の下で神奈川県への参入に就き、医療に関するアドバイザー役を仰せつかっている。これまでの経験を生かし、医療現場と行政をつなぐ役割を期待されていると思う。黒岩知事誕生から半年、いくつかの重要な課題があった。今回のポリオ不活化ワクチンの件も、行政としての立場、医療現場の声、また県民の思いなど、利害も含めて関わっている。

安全な不活化ワクチンが先進諸国では導入されているにもかかわらず、国策として国産不活化ワクチン開発まで導入を先送りにしてきた厚生労働省が最大の問題である。また学会や医師会の姿勢にも、市民や良心的な医師の視点が欠落していたのではないが。医療現場からは、未承認薬の使用というハードルや、十分な接種体制が困難、補助金を出せばますます混乱、あと1年待て

ポリオワクチン問題から見えるもの…誰が医療を守るの？

真々田弘

私たちの命を守るため医療が、実のところ「国が定めた」医療になってしまっている。世界標準のポリオ不活化ワクチンを求める母親、保護者、医療者の声が政策に反映されることはなく、ただ「国の方針」だけで今も生ワクチン接種が続いてゆく。医療は誰のために、何のためにと、私たちはもう一度問い直さないといけない。そして、私たちのための医療を私たちが作らなければならないのだと、今の日本では決意しなければならない。

医療崩壊の現場を、そしてかすかな医療再生の現場取材してきた私が間違いなく言えるのは、国が国の都合で崩壊に導いている医療、とりわけ地域医療を守れるのは住民・医師・地方行政（地方政府）の連携でしかない。「国の政策が悪い」と批判するのは簡単なのだが、たった今、目の前にある崩壊を押しとどめるにはそれぞれの地域で、自らが主体となって医療を守るという覚悟が必要だ。国は「医療サービス」という言葉を使う。それは命を守ろうと厳し

い労働条件の中で必死に働く現場の医療者と、命を守って欲しいと願う「命という共通の願い」を持つ人々を、サービスの供給者と消費者という「金銭的な対立関係」に持ち込んでしまった。地域の医療の中では当たり前「○○さん」という言葉を奪われ「患者様」なる言葉が強いられるようになった。医療は、与えられるものではない。命を守りたい人々が協同、協調するなかで育まれるものだ。医療現場の実態を知って「お医者さんを守ろう!」「無駄な受診を控えよう」という母親たちによって守られた兵庫県立柏原病院小児科はその象徴ともいえよう。ただ、かの地ではまだ行政という主体が欠けているのも事実なのだ。医師も住民も頑張っている。ただ国の方針、県の方針。そこに縛られた行政がそれを阻む構造だ。地域医療の再生、それは住民自治の、地方自治の再生だと私は信じる。それを抜きにして、地域医療の上からの再生プランなど、ありえないのだと。

内田健夫

（うちだ・たけお）昭和47年早稲田大学第1政経学部中退。昭和53年信州大学医学部卒業、信州大学第1外科。昭和58年大町市立大町総合病院外科医長。昭和60年順天堂大学付属順天堂医院麻酔科。昭和62年医療法人社団内田医院。平成18年日本医師会常任理事。平成22年神奈川県参与。

真々田 弘

（ままだ・ひろし）1981年、ベトナムでの枯葉剤被害調査を皮切りに国内外での調査報道、検証報道番組の企画者・記者・ディレクターとしてテレビ各局のニュース/ドキュメンタリー番組を製作。2007年より医療崩壊、地域医療問題の取材に携わる。現在、フリーランス。著書に「誰が医療を守るのか～『崩壊』の現場とポリオの記録から」(2010/新日本出版社)。

鈴木 真
（すずき・まこと）1988年昭和大学医学部卒業、産婦人科に入局。2004年より亀田総合病院勤務。千葉県初の総合周産期母子医療センター長として千葉県母体搬送ネットワーク（C-MATS）の設立、母体搬送コーディネーター制度の導入に関わった。周産期医学、とくに胎児超音波診断・治療。現在、遠隔超音波画像転送システム、周産期電子カルテシステムの開発に関わっている。ALSO（advanced life support in obstetrics）、新生児蘇生法やTeamSTEPPSなどの普及に尽力している。

尾形眞一
（おがた・しんいち）1986年日本大学理工学部薬学科（現薬学部）を卒業。翌年から福島県相馬市の公立相馬総合病院薬剤部に勤務。1991年福島県に採用され、医療薬事に20年間携わる。福島県浪江保健所、福島県いわき保健所、県庁薬務課、福島県相双保健所、現在、福島県会津保健所医療薬事課に専門薬剤技師として勤務。自宅は福島県相馬市、単身赴任で会津若松市に居住。

南相馬市における妊婦宅の除染作業報告

鈴木 真

東日本大震災では地震、津波の広範囲な被害に加えて、原子力発電所事故が起こり、被災地住民生活に多大なる影響を与えた。福島原子力発電所20km圏内の警戒区域および計画避難地域では居住が許可されていないが、避難生活の長期化する中、その周辺では自宅へ戻るようになった。その中には放射線被ばくから優先的に守られるべき妊婦、小児が含まれている。今回南相馬市原町区の前町中央産婦人科医院、高橋亨平院長は5月初旬より通院中の15名の妊婦の個人線量を測定し、年間推定被ばく量3.5mSv以上の方々へ状況を説明し被ばく線量低減のアドバイスをを行った。その中で希望された方の自宅の除染を高橋亨平医師を中心として、南相馬のNPO方針実践まちづくり、サードウェーブ、東京大学医科学研究所の上研究室とともに行った。

除染前の空間線量測定では、雨どいと浄化槽の排水口付近などに高い放射線量率が検出され、2m四方の詳細なサーベイでは、庭は地表で高く、空間で低く、屋内では上

方ほど高くなっており、地表と屋根に放射性物質が存在していることは明らかとなった。そこで高線量部分および屋根の高圧洗浄と庭の表土剥離を行った。終了後の空間線量結果は、庭で40%程度、室内1階部分で30%程度と低下したが、2階では低下しなかった。この結果より、高線量部分の洗浄と表土剥離は極めてよい効果が認められたが、屋根の放射性物質除去は不十分であったことが明らかとなった。

除染作業では放射性物質の存在場所、除染効果を適切に評価するために作業前後で空間放射線量を測定することが極めて重要であり、測定方法の統一は必須と考えられた。高圧洗浄での除染には限界があり、建築素材の違いにより効果的な洗浄方法を行うことが重要であると考えられ、建築資材メーカー、建設会社と協力し除染方法を研究・開発することが望まれる。また、除染作業が復興事業として地元雇用の創出につながることを期待する。

福島県の相双地域の医療や介護が復興しなければ この地域に未来はない

尾形眞一
3月11日の地震や津波は災害であったが、その後の原発事故や政府や県の対応は人災であると思う。そして、その被害は収束するどころか拡大しているように思えてならない。双葉郡の広野町を除く7町村と南相馬市の小高区は、原発20km圏内で立入が禁止されている。そこにあった7つの病院、3つの介護老人保健施設、6つの特別養護老人ホームは入院患者や入所者を全て他の地域に移動し閉鎖している。問題は、20~30kmの地域である広野町と南相馬市の原町区、30kmより外の南相馬市の鹿島区のみなし30kmとされた病院と老健である。当初、この地域にあった7つの病院、3つの老健、4つの特老は、政府の指示で入院患者や入所者を置いてはならぬとされた。広野町の高野病院だけが頑なにその指示に逆らい籠城した。その結果6つの病院は、一時は外来も中止し医療活動が凍結された。5月に入りみなし30kmなどという何の根拠もないばかげた指導は無くなったが、医師不足、スタッフ不足に各医療施設は悩まされる事になる。20～30kmの地域は緊急時避難準備区域と命名され、幼稚園から高等

学校まで無くなった。多くの子供がこの地域から避難して行った。そのことが、母親である看護師や介護職員まで奪って行った。6月末になり、政府はこの地域の病院に200床程度認めるとした。これも何の根拠も無い措置である。放射線量は3月末からほとんど変化が無いのに緩和した。しかし、大学に引き上げられた医師や避難し他の地域で勤め始めた医師は戻ってこない。子供と共に避難したスタッフも戻れない。病院は倒産の危機である。

そして、もうすぐまた何の根拠も無く政府は緊急時避難準備区域を解除し、5つだけ、小中学校を再開すると決めた。しかし、そこに避難している子供達が親と共に戻ってくるとは思えない。なぜなら、放射線量は変わらないのだから。

そして最も悲劇的なことは、県が8月に作成した復興ビジョンにそのことが全く入っていないことである。多額の資金を復興に関係ないところで使おうとしている犯罪者とも言うべき人たちがいるのである。

この地域を老人が在宅で我慢する姨捨て山のような地域にしてはならない。

session 07

立谷秀清

（福島県相馬市長）
（たちや・ひできよ）1951年福島県相馬市生まれ。宮城県仙台一高から福島県立医科大学医学部に進学。卒業後、東北大学医学部附属病院、公立相馬病院勤務を経て立谷内科医院開設。85年立谷病院院長、86年から医療法人社団茶畑会立谷病院（現：相馬中央病院）理事長に就任。95年福島県議会議員に当選し（1期）、01年相馬市長に初当選。現在3期目。福島県市長会副会長、全国医系市長会会長、道路整備促進期成同盟会全国協議会副会長などを務める。

小松秀樹

（医療法人鉄蕉会亀田総合病院副院長）

宮澤保夫

（星槎グループ会長）

梅村 聡

（参議院議員）

藤井健志

（代々木ゼミナール講師）

東日本大震災・福島原発事故Ⅲ

孤独社会とコミュニティ

立谷秀清

大震災直後から、我々災害対策本部の最大のミッションは「次の死者を出さない」ことだった。孤立した生存者の救出はもちろん、避難所での食事提供、支援物資の配給、医療体制など、次々と変化する状況の中で最大4,500人に達した避難所での対応は、まさに被災者の命を守る最前線だった。当初から、避難所での被災者受け入れを地域ごとに区分するよう指示した。何より地域コミュニティの輪をもって被災者同士が支え合う必要があったからだ。被災した人々は先の見えない不安と戦いながら、しかし避難所でのいさかいをお互いに戒め合って生活した。6月中旬には避難所避難者は全員仮設住宅に移り、公共施設でのプライバシーのない集団生活から各家庭の電を持つ個々の生活空間になった。次は、阪神淡路大震災で大きな社会問題となった「孤独死」をいかに防ぐかが新たな課題であった。仮設住宅も避難所同様、原則地域コミュニティを維持した形で入居者を決定し

た。しかし、仮設住宅での被災者生活支援は、集団生活ではないぶん避難所よりも管理しづらい面がある。そこで仮設住宅のマネジメント体制である組長・戸長制度をつくり、各種情報提供や希望聴取などを行うほか、支援物資を迅速かつ効率的に配給出来る体制をつくった。さらに、避難所からの継続で学校給食方式による夕食の提供や、食料品などのリヤカー戸別対面販売を行い（被災者を雇用）、会話を通したふれあいが生まれる環境をつくっている。また、健康管理の一環として被災者全員に対して問診を中心とした健康診断を行ったが、組長・戸長体制により実行した。今回の大震災で、日本が抱える孤独社会が浮き彫りとなっている。今、あらためて地域コミュニティと人々の絆が、いかにかけがえのない地域資源であったか見直すべきである。精神的にも大きな傷を負っている被災者が、新たなコミュニティを形成しながら共に助け合い復興へ立ち上がる姿に、我々は学ばなければならない。

program

(講演形式のセッションは発表順・他50音順・敬称略)



〈発起人〉(50音順・敬称略)

足立信也(参議院議員、医師)、井上純江(佐賀大学医学部看護学科教授)、岩瀬博太郎(千葉大学大学院医学研究院 法医学教室教授)、海野信也(北里大学産婦人科教授)、江口研二(帝京大学腫瘍内科教授)、大塚浩司(自治医科大学)、沖永佳史(帝京大学理事長)、小原まみ子(医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 腎臓高血圧内科部長)、上 昌広(東京大学医科学研究所 特任教授)、亀田信介(医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 院長)、川口 恭(ロハスメディア 代表)、黒岩祐治(神奈川県知事)、小松恒彦(帝京大学第三内科教授)、飯井裕一(国立成育医療センター総合診療部部長)、佐藤 章(福島県立医科大学 名誉教授)、鈴木 寛(参議院議員)、竹内賢吾(がん研究会がん研究所病理部)、田中祐次(NPO法人ももの木理事長)、土屋了介(がん研究会理事)、寺野 彰(獨協医科大学理事長)、戸矢理衣奈(元患者家族、株式会社IRIS 代表取締役)、中島利博(東京医科大学医学総合研究所 教授)、中田善規(帝京大学麻酔科 医療情報システム研究センター 所長)、中西淑美(山形大学医学部総合医学研究センター 准教授、看護師)、中村芳彦(法政大学法科大学院 教授)、西田幸二(大阪大学眼科 教授)、林 良造(東京大学公共政策大学院 特任教授)、舩添要一(参議院議員)、松田 学(元財務省官僚、横浜市立大学客員教授)、松本慎一(ベイラー舘島移植研究所ディレクター)、宮川 祥子(慶應義塾大学看護医療学部 准教授)、森 勇介(大阪大学大学院工学研究科 教授)、森澤雄司(自治医科大学感染管理学 准教授)、横山植徳(社会システム・デザイナー、社会システム・デザイン研究所 代表)、和田仁孝(早稲田大学大学院法務研究科 教授)

〈事務局〉

上 昌広、鈴木 寛
東京大学医科学研究所
先端医療社会コミュニケーション
システム社会連携研究部門内
〒108-8639 東京都港区白金台4-6-1
Tel: 03-6409-2068, Fax: 03-6409-2069
e-mail: genba-kyougikai@umin.net

11月5日(土)

- 13:00 | 開会のご挨拶 (P.2)
林 良造
- 13:10 | session01 (P.3~4)
13:50 | 医療改革の現在
小野俊介
松本慎一
桜井勝延
金澤幸夫
- 13:50 | session02 (P.5~7)
14:50 | 谷口プロジェクト
(原発作業員のために
できること)
谷本哲也
鈴木智彦
谷口修一
葉山 雅
- 14:50 | session03 (P.8~9)
15:50 | 東日本大震災・
福島原発事故I
高田明美
長塚智広
高村泰広
- 16:00 | session04 (P.10~12)
17:50 | 医師不足
井元清哉
目黒泰一郎
鈴木 寛
小松俊平
福原麻希
- 17:50 | ご挨拶 (P.2)
高久史磨

11月6日(日)

- 9:00 | session05 (P.13~14)
11:00 | 地域医療
黒岩祐治
久住英二
内田健夫
真々田 弘
- 12:30 | session06 (P.15~16)
15:00 | 東日本大震災・
福島原発事故II
及川友好
坪倉正治
鈴木 真
尾形真一
- 15:00 | session07 (P.17~19)
16:30 | 東日本大震災・
福島原発事故III
立谷秀清
小松秀樹
宮澤保夫
梅村 聡
藤井健志
- 16:30 | 閉会のご挨拶 (P.2)
土屋了介
- 指定発言
足立信也
仙谷由人
舩添要一
三原じゅん子