

現場からの医療改革推進協議会

第七回シンポジウム

2012年11月10日(土)12:30—17:30・11日(日)10:00—18:00
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.07

2012

挨拶

ご挨拶

林 良造

林 良造

(明治大学国際総合研究所長)

(はやし・りょうそう) 明治大学国際総合研究所長。東京大学公共政策大学院特任教授。キャンングローバル戦略研究所理事。1970年京都大学法学部卒業。1976年ハーバードロースクールLLM。1991年ケネディスクールフェロー。2001年経済産業省経済産業政策局長。2002年経済産業研究所コンサルティングフェロー。

高久史麿

(日本医学会会長)

(たかく・ふみまる) 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、96年自治医科大学学長、2012年自治医科大学名誉学長。

これらの問題提起の中で次第に明らかになってきたように、一国の医療のレベルは、医療を提供する病院、医師、コメディカル、医薬・医療機器メーカー、患者という多くの人々の意思決定の結果が、医療資源が適材適所に配置されていくようにできているかで決まってきます。このような意思決定に大きな影響を与えるものとして、実質的に

価格を決めている診療報酬制度、医師・看護師などの資格制度、医薬・医療機器の安全規制、医療事故に対する民事・刑事の責任制度などがあげられます。そして、質の高い医療を持続的に、公平に提供できるためにはこれらの制度が合理的に設計運用されているかが極めて重要です。

そして、多くの関係者の利害が複雑に絡み合う制度の設計運用の合理性を確認し、諸問題を納得的に解決していくためにはデータに基づく丁寧な検証とオープンなコミュニケーションが欠かせません。また、このグローバル化した経済のもとでは、グローバルな視野に立った制度の見直しが必要であったり、世界各国が様々な経験を交流させることが大きな助けになったりします。

この協議会が、新鮮な問題提起とステークホルダー間の真摯な議論によって医療技術の進歩、医療の受け手にも担い手にもやさしい、持続可能な制度の構築に向けて引き続き大きな役割を果たしていくことを祈念して開会の挨拶とさせていただきます。

session 01

医師・看護師養成問題

医療人材教育改革・神奈川県の実践

黒岩祐治

黒岩祐治

(神奈川県知事)

(くろいわ・ゆうじ) 神奈川県知事。昭和55年早稲田大学政経学部卒業後、フジテレビジョン入社。報道記者、番組ディレクターを経てキャスターに。「FNNスーパータイム」「(新)報道2001」などを担当。自ら企画・取材・編集まで手がけた救急医療キャンペーンが救急救命士誕生に結びつき、第16回放送文化基金賞、平成2年度 民間放送連盟賞を受賞。その後、国際医療福祉大学大学院教授に転身、平成23年4月神奈川県知事就任。著書は「地産地消のエネルギー革命」(PHP新書)、「灘中 奇跡の国語教室」(中央公論新社)など多数。

鉄田貴大

(福岡豊栄会病院、理学療法士)

(てつだ・たかひろ) 福岡豊栄会病院、理学療法士。1984年生まれ。熊本出身。2006年西日本リハビリテーション学院卒業。同4月より医療法人豊栄会 福岡豊栄会病院に勤務し、現在に至る。中高齢者がかかえる整形外科的慢性疾患や骨折、中高生のスポーツ障害など、幅広い年齢層における疾患に専門的なりハビリを行うことで、社会や家庭への早期復帰を目指している。

井出恵伊子

(公益社団法人地域医療振興協会、看護師)

(いで・えいこ) 1999年東京大学医学部健康科学看護学科卒業。虎の門病院循環器センターにて7年間、看護師として勤務。2008年慶応義塾大学経営管理研究科修士課程終了。同年4月より山田ビジネスコンサルティング株式会社に入社し、財務・診療報酬・現場オペレーションの3つの視点から医療機関の経営改善に取り組む。2012年より東京ベイ・浦安市川医療センター 経営企画室にて、病院立ち上げプロジェクトに参画中。

神奈川県は人口当たりの看護職員数は恥ずかしながら全国最下位、医師数は全国39位である。今後、全国のどこよりも超高齢化の進み方が早いと予測される中で、数の問題の克服は喫緊の課題である。数の不足を補うために養成数を増やさなければならないのは当然であるが、医学部新設に対する県医師会、医学部の抵抗は根強い。

そこで、神奈川県としては、まずは川崎の京浜臨海部のライフイノベーション国際戦略総合特区に国際医療人材を養成する国際医学部の設置を目指すことにした。なるべく抵抗感の少ないカタチで実を取りたい一心での新機軸であった。単なる数の不足を補うだけでなく、教育の質の転換も同時に目指そうとするものである。

また、看護師の数の不足を補うためには、看護教育のあり方を根本から見直す必要があるとの認識から、改革を進めようとしている。新人看護師が一年以内に10%も辞めてしまうというのは、重大な問題である。現場に出てリアリティショックを受けるか

地域に根づくリハビリテーションの重要性

鉄田貴大

復興住宅はこのままだと寝たきり住宅になる。日本理学療法士協会は、東日本大震災直後からメディアを通して生活不活発病予防の普及活動を行ってきた。生活不活発病は生活の不活発化、すなわち「活動」(ICFによる)の質的・量的低下による全身の「心身機能」の低下である。震災から約1年半経過した福島県相馬市でも運動機能低下が危惧され、H24.7/10-7/17に運動器健診が行われた。そこに運動器疾患に携わるPTとして、相馬中央病院の石井武彰先生を通じて参加させていただいた。

健診では片脚起立保持時間低下が目立った。65-79歳の6割が片脚起立機能低下、そのうちの約3割と80歳以上の7割が80歳の虚弱高齢者基準にあてはまった。話を聞くと、被災後転倒されている人も多い。生活不活発病を予防できたとはいいいがたい結果である。また、健診時に生活不活発病予防の考えや運動習慣は地域に浸透していないと感じた。震災後に生活不活発病を啓発しても遅いことがわかった。

らというが、それは看護教育そのものに問題があると言わざるをえない。そこで、検討会を設置し、議論を進めているが、その場で真っ先に取り上げられたのが准看護師養成の問題であった。

16年も前の国の検討会で21世紀初頭に准看護師養成停止の方向性が打ち出されたにも関わらず、未だに先送りされ続けてきたテーマであった。県の検討会は「准看護師養成は早期に停止すべき」との報告書をまとめた。それに従い、私は25年度の入学生を最後に養成停止し、准看護師養成学校への補助金も打ち切る方針を打ち出した。

医師会は私個人への人格攻撃も含め、なりふり構わぬ抵抗を示している。しかし、患者が納得する医療の姿を実現するためには、このような反対に屈するわけにはいかない。神奈川から医療・看護教育の姿を変えていくことが、長年医療・看護の問題を追いつけてきた私にとっての使命であると考えている。

予防には、PTの日頃から地域に溶け込んだ活動、つまり普段から予防医学や運動に触れる環境が必要である。その点で福島県の専門職の人材不足が問題になる。私の勤務先の福岡県と比較すると、H24.6月時点の協会会員数は、福岡県4466名・福島県938名。震災前(H21年)は、相馬市7名、相双地域だと33名が在籍。私の職場が現在PT33名である。PT一人あたりの人口数は、福岡市989名・相馬市5,160名。この差は、PT養成校が福岡県14校、福島県1校と圧倒的に少ないことで生じる。東北と九州は、予防を促すPTを育成する環境に大きな差がある。

PT不足の影響は、身体状況に合わない杖の長さや補助用具の選択などでも見受けられた。介助の仕方や人工関節患者の動き、仮設住宅の動線や手すりの位置・段差も問題である。PTは動作を見抜く視点と動きやすい環境作りを得意とします。寝たきり予防・心身の復興にはその地で働くPTが必要である。

session 02 医療事故調&産科無過失補償

急性期病院における課題抽出と特定看護師（仮称）の可能性 ～医師・看護職員調査の振り返りから～

井出恵伊子

急性期病院の循環器内科で勤務する医師と看護職員計468人にアンケート調査を行った。

それによると医師はカテ治療や検査、外来などで日中多忙であり、病棟業務に従事できる時間が夕方中心であった。また看護職員と医師の相談時間が短く、看護職員は医師に対して連携不足を感じていることが分かった。更に看護職員は病棟勤務を続ける上で看護そのもののストレスや体力的問題が課題だと回答する者が多かった。

急性期病院では平均在院日数短縮により業務密度が高まっている。また高齢化に伴い身体ケアや不穏対応などが増えており、人手の少ない夜間帯まで業務が増えている。

このような状況の下、医師の病棟業務時間が夕方以降になると、治療関連ケアが日中から夜勤帯に移行し、特に準夜帯の負荷が増えやすい。現在では、1病棟2人夜勤から3人夜勤体制が主流となっており、夜勤看護職員の需要が高まっている。

一方、就労看護職員中4割以上は日勤みの勤務である。また就労看護職員はこの30年間で80万人強も増えたが、大学化等の影響で30歳未満の看護職員は約2万人増に留まっている。更に看護職員の退職理由のトップは結婚・出産であり、女性のライフイベントと共に夜勤のある就業形態維持が困難になっていることが予想される。

以上から、「看護職員不足」とは正確に

言う「夜勤者の需給ギャップ-需要過多-」である可能性がある。看護業務量増大に合わせた手厚い配置は必要であるが、一方で夜勤人材は貴重なので、できる限り夜勤必要量を減らす取組みが求められる。

現在議論されている特定看護職員（仮称）が急性期病院で期待される役割として、病棟患者に対する処置・オーダー支援を日勤帯に行うことによる看護職員の夜勤業務の緩和と、看護職員視点からオーダー出し・説明による看護職員との良好な連携があると考えられる。一方で特定看護職員（仮称）に移行する人員が増えると看護職員の夜勤不足を助長してしまうため、人材供給のバランスには配慮する必要がある。

大磯義一郎

（浜松医科大学医療法学教授、
帝京大学医療情報システム研究センター客員教授）
（おおいそ・ぎいちろう）浜松医科大学教授。1999年日本医科大医学部卒。消化器内科医として勤務していく中で、急激に進んだ医療現場への司法介入に疑問を感じ、2004年早大大学院法務研究科に入学。07年の卒業年に司法試験に合格。11年から帝京大医学部で、医療と司法の相互理解の促進をテーマとした「医療法学」の講義を開始。12年より国立大学法人浜松医科大学教授に着任。医学部教育において必要不可欠である「医療法学」を全国に推進している。弁護士としては、加治・木村法律事務所に所属している。

小島崇宏

（北浜法律事務所、弁護士）
（こじま・たかひろ）医師・弁護士。北浜法律事務所・外国法共同事業。2001年3月大阪大学医学部医学科卒業、2001年4月大阪大学医学部整形外科学教室入局、以後、大阪大学医学部付属病院、大阪厚生年金病院、関西労災病院などで勤務。2008年11月司法試験合格。2010年8月司法修習終了、弁護士登録、北浜法律事務所・外国法共同事業入所。現在は、医療分野を中心に弁護士業務を行う外に、当直や手術の助手といった医業も行っている。

井上清成

（弁護士、井上法律事務所所長）
（いのうえ・きよなり）弁護士・井上法律事務所所長。1981年東京大学法学部卒。2004年医療法務弁護士グループ代表。2012年指導監査処分改善のための健康保険法改正研究会を設立し、石川善一弁護士と共同代表。病院顧問、病院代理人を務める傍ら、医療法務に関する講演会、個別病院の研修会、論文執筆などの活動に従事。現在、MMJに「医療の法律処方箋」を、月刊集中に「経営に活かす法律の知恵袋」を連載中。著書には『病院法務部奮闘日誌』（日本医事新報社）など。

医療事故調と産科無過失補償

大磯義一郎

1999年に起きた都立広尾病院事件、横浜市立患者取違え事件、杏林大学割箸事件を契機に、メディアによる医療バッシングが苛烈を極めると同時に、医療現場への司法介入が加速的に進みました。

民事医療訴訟は5年で倍増し、医療者にとって、訴訟は身近なリスクとなりました。特筆すべきは、世界的に類を見ないほど刑事司法が医療現場に介入したことです。そして、福島大野病院事件における医師逮捕・勾留を契機に我が国の産科医療は崩壊の危機に瀕しました。

このままでは、司法により我が国の医療は壊滅してしまうという危機感から、2007年10月に、いわゆる厚生労働省医療事故調第二次試案は作成されました。当時の医療者は、医師法21条の解釈が広尾病院事件により診療関連死も含むよう変更され、日常的に警察が病院に土足で踏み込む日々に怯えきっており、何を犠牲にしても刑事司法の介入を免れたいという一心でした。

このような情勢の中で生まれた第二次試案は、皆さんもご存じのとおり、医療者の人権を全く無視した現代国家では考えられ

ない内容であり、そのあまりの惨たらしさに、人権侵害の対象となる現場で働いている医療者を中心に大反対運動が起こり、医療事故調の議論は中断に追い込まれました。

一方、事故調論議の裏で、特に司法によるダメージの大きかった産科において、2009年に重度脳性麻痺児に対するいわゆる無過失補償制度である産科医療補償制度が導入されました。近年、過度な医療訴訟は医療現場を破壊するという現実を踏まえ、世界的な潮流として、適切な無過失補償制度が創設されています。

ところが、産科補償制度も事故調と同様な生い立ちから作られたため、制度創設から4年目となり見直しが検討されている現在、さまざまな問題点が浮かび上がっています。

医療事故調も、モデル事業の予算削減の検討が契機となり、本年2月より再度厚労省内に検討部会がつくられました。

仕切り直しともいえる現在、総論賛成各論反対といわれる両制度の問題点を医療者の人権保護の観点から徹底議論したいと思います。

session 03 医療改革の現在

医療事故調査委員会に求められるもの

小島崇宏

医療事故調査委員会（以下「医療事故調」という。）設置の目的は、厚生労働省の大綱案によると「医療事故死等の原因を究明するための調査を適格に行い」、「医療の安全の確保のため講ずべき措置について勧告等を行う」ことで、医療事故の防止に資することとされている。しかし、実際の医療現場で切望されていることは、大野病院事件を教訓とし、通常の診療行為に対し刑事責任を問われることなく医療従事者が安心して診療行為を行えるということ、及び、裁判官という医療の素人により医療行為の過失の判断がなされるという民事裁判から解き放たれ、医療従事者が裁判という無用

な負担を強いられず診療行為に集中できるということではないだろうか。また、これらを実現することは、結局、国民全体がより良い医療を享受できることに繋がるのである。もちろん、医療事故の原因を究明し、医療事故の防止を実現するということも、医療事故の多くがシステムエラーによって生じていることなどから考えても重要なことであるし、医療事故調についての厚生労働省の大綱案においても、医師法21条との関係も含め警察への通知に対し謙抑的な立場をとることが明記されてはいる。しかし、制度において目的は根本的なものであり、医療事故調の目的に、医療現場からの

視点をしっかりと取り入れておく必要があると考える。いずれにせよ、様々な立場の者が意見を交わしあい、より良き医療事故調の実現を切に願う。

もっとも、我が国の政治情勢や、国家の財政状況、医師不足などの現状を鑑みると、理想的な医療事故調の実現には、相当な困難があることが予想される。まずは、医師法21条の改正や医師による鑑定制度を拡充させることで現行の医療訴訟やADRの改善を図るなどといった、各論からの積み上げ作業を着実に行うべきである。

法律を改正して医療に合わせるには

井上清成

医療と法律の間にはズレがある。多くの法律家は法律に医療を合わせるべきだと言うか何も言わないかだが、私は法律を改正して医療に合わせるべきだと思う。ズレた法律の下では、医師への恒常的な人権侵害を防げない。

医療と法律のズレの代表例は、医療事故を巡る刑法（業務上過失致死傷罪）・民法（損害賠償）・医師法（行政処分）での取り扱いである。ところで、裁判には、事実認定と法律判断の2つの側面があるが、ズレの大きいのは多くは事実認定よりも、むしろ法律判断であると思う。その法律判断のズレの原因は、個々の裁判官の法律解釈の誤りよりも、もともとの法律自体にある。つまり、法律を改正しない限り、抜本的な

ズレの解消は望めない。

医療事故調の議論で大切なことは、「どうすれば副作用を少なく抑えながら、刑法・民法・医師法を改正することができるであろうか?」につき知恵を絞ることである。かつての第三次試案・大綱案などの厚労省案の最大の問題点は、医師法21条改正だけに皆の眼をそらしつつ、刑法と民法には全く手を触れずに維持させて、しかも行政処分を増大しようと目論んで、中立的第三者機関たる医療安全調査委員会を創設しようとしたことにあった。現在の各医療団体の提案も結果もほぼ同様のものが多い。

多くは、医療事故調で「事実認定のみ」を死因「究明」の名の下で事実上確定させてしまおうとしたり、「事実認定+医学的評

価」で事実上、法律判断にも影響を与えようと目論んでいる。その願望を否定するものではないが、実際上これでは副作用が多いし大きい。少なくとも、医師の人権への侵害の恐れを高めている。つまり、中立的第三者機関を創設することで、意図せざる結果ではあるが、医療界自らが医師の人権侵害への道を拓いてしまいかねない。さらに悲慘なのは、医師への人権侵害という副作用を甘受したにもかかわらず、刑法も民法も変えられないばかりか、医師法21条改正の副作用として、むしろ行政処分の増大への道を拓いてしまう。

では、どうすればよいのであろうか?

立谷秀清

（相馬市長）

（たちや・ひできよ）相馬市長。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。

小野俊介

（東京大学薬学系研究科准教授）

（おの・しゅんすけ）東京大学大学院薬学系研究科准教授。1989年厚生省入省。1997年医薬品医療機器審査センター。2002年金沢大学薬学部。2005年医薬品医療機器総合機構。2006年東京大学大学院薬学系研究科医薬品評価科学講座。専門分野：医薬品規制論、医療経済学。

浅原新吾

（医療法人沖縄徳洲会 千葉徳洲会病院 副院長）

（あさはら・しんご）医療法人沖縄徳洲会千葉徳洲会病院副院長。1990年広島大学医学部卒。卒後研修後、順天堂大学附属順天堂医院で肝胆膵疾患の画像診断と治療に従事。1997年より癌研究会附属病院内科（現がん研有明病院）に勤務。進行肝細胞癌、転移性肝癌のインターベンション治療に専念。2007年より現職。救急医療の傍ら、肝胆膵疾患のインターベンション治療や後進の指導に力を注いでいる。2009年3月から、東京大学医科学研究所と共同で、進行膵癌に対するペプチドワクチンの臨床研究を行った。

大西睦子

（ハーバード大学）

（おおにし・むつこ）ハーバード大学。医学博士。東京女子医科大学卒業後、同血液内科入局。国立がんセンター、東京大学医学部附属病院血液・腫瘍内科にて、造血幹細胞移植の臨床研究に従事。2007年4月より、ボストンのダナ・ファーマー癌研究所に留学し、ライフスタイルや食生活と病気の発生を疫学的に研究。2008年4月より、ハーバード大学にて、食事や遺伝子と病気に関する基礎研究に従事している。

震災対応から生活再建へ

立谷秀清

被災地は今、発災直後の短期的テーマから中長期的テーマにそのウェイトが移っている。相馬市では、(1)被災者生活支援体制のマネジメント、(2)被災者が入居する災害公営住宅の建設、に重点を置いて取りかかってきた。

(1)については、特に放射線被害対策も含めた健康管理に意を用いてきたが、具体的には、①仮設住宅での健康診断、②玉野地区（※）での健康診断、③ガラスパッチ検査、④ホールボディカウンタ検査、⑤市民に対する放射線講習、⑥これら方針や結果の説明と適切な対応策、の6点について取り組んできた。

(2)については、高台集団移転事業のための土地取得、危険地域の買取りを進めながら、①災害公営住宅団地（戸建て住宅）、②高台住宅団地の造成、③戸端長屋（高齢者集合住宅）、が現在着工済または近々着工の予定である。

その他、生活を支えるハード事業として、①防災備蓄倉庫、②公民館、③防災集合所（地区集会所）、④漁労倉庫兼作業場、⑤

苺（水耕栽培）の大型ハウス、⑥市民会館、の建設を全国からの応援職員の協力のもと進めている。

また、被災した子どもたちのPTSD対策と、世界中からの孤児遺児への支援（生活費・学費）に応えるためにも、学力向上の取り組みを行っている。具体的には、①被災中学校の生徒全員にタブレット端末を配付し授業等で活用、②仮設住宅集会所にて東京大学学生による「寺子屋授業」、③市独自講師を採用しきめ細やかな学習指導、である。震災の困難な状況から力強く生き抜くためにも、子どもたちの教育に力を注いでいきたい。

発災後一年間の相馬市の取り組みは、これ以上の犠牲者を出さないことを基本に、次の生活につなげてゆくための準備期間でもあった。仮設住宅のコミュニティを守りながら、人々の健康を損ねず、高台移転など安全で新しい生活を確立するため、取り組みのスピードアップを図るつもりである。※玉野地区は、市内で放射線量が高い山村集落。

病気は今年も進行中

小野俊介

一年、二年では世の中は変わらない。医薬品の規制にばかりと開いた大穴（ブラックホール）を誰も閉じる気がない状況は今年ももちろん変わらない。世の中の皆さんは「医薬品の有効性、安全性という言葉に定義がない」状態でも何ら気持ちが悪くないらしい。こちらはあくまで善意で「あなたのズボンのチャック、開いてますよ」と指摘しているのだが、皆さんからは「そんなこと気にしたことがない。そんな妙なことを指摘してくるのは君だけだ」「チャックが開いていて何か問題があるのか？」と逆切れされてしまうのだからどうにもならない。そちらは気にならなくても、こちらは気になって仕方がない。

iPS細胞のお祭り騒ぎの間にも、日本の

ペプチドワクチンは膵がんに対する第四の治療法になりうるか

浅原新吾

膵がんは早期発見が困難で、約60%の患者が診断時には切除不能な状況である。手術不能の膵がんの場合、その治療の中心は抗がん剤である。

現在、切除不能膵がんに対しては、ゲムシタピンとTS-1という抗がん剤が標準的治療薬として用いられているが、古典的抗がん剤である5-FUと比較して生存期間中央値や1年生存率は改善したものの、それぞれ5.7ヶ月、18%と満足のいくものではない。2012年にはタルセバという分子標的薬が膵がんに対して保険適応となったが、これまでの治療法に比べてわずかな延命効果しかない。つまり、膵がん治療に関しては近年ほとんど進歩がない状態が続いてい

米国における肥満問題

大西睦子

現在米国では、肥満者が約68％（日本の基準）という深刻な状況です。OECD加盟先進国において、トップの米国に続き、メキシコ、チリなど約20カ国で国民の半分以上が肥満です。先進国だけではなく、低コスト、加工食品中心の欧米型食生活を導入している国すべて、肥満が問題となっています。最近、肥満の原因として『甘み中毒』が注目されています。カルフォルニア大学のLustig教授らは、「砂糖は毒であり、アルコールやタバコのように砂糖にも課税すべきだ。」と主張しています。

1970年代、米国は、高フルクトース・コーンシロップ(HFCS)を導入し、食文化が大きく変化しました。HFCSは、トウモロコシなどのデンプンを酵素処理して生産

医薬品（開発）産業は沈み続けている。「バカなことを言うんじゃない。国内の治験の数は順調に増えているし、予算もバンバンついているじゃないか」とおっしゃる短絡的な方々が多いが、ここで採るべき視点は「世界の多くの国々と比べて」であることを理解していないらしい。世界中のほとんどの国で（戦争中の国を除く。）トレンドとして臨床試験の数が増えていない国はないと思う。相対的に日本が沈み続けていることが問題なのだ。（大のおとなに、こんな説明をしなければならないことが情けない。）それもこれまで日本が採ってきた施策（の欠陥）をきちんと反映した形で。新薬開発における「なんちゃって国際共同試験」の増加がその一例である。

る。

そこで注目されているのが免疫療法である。今回紹介するがんペプチドワクチン療法は、がん細胞の表面にある特有の抗原（腫瘍抗原）からペプチドを作成して皮下投与するもので、細胞傷害性Tリンバ球が腫瘍抗原を有する細胞のみを攻撃するため、それ以外の細胞が障害されることがなく、副作用が起りにくいのが特徴である。現在までに報告されているペプチドワクチンの副作用は、ワクチンを注射した部位の腫れ、発赤、かゆみ、発熱、悪寒、頭痛など、いずれも軽度なものばかりである。

2009年3月から2年間、標準治療が無効であった膵がんの方31人に対してペプ

この状況下でも有識者から出てくる提案は「審査当局の審査官を増やし、審査体制を強化すべきだ」というのが、もの哀しい。どうせなら、キューバ並みに「国民皆公務員」ならぬ「国民皆審査官」になるまで審査体制を強化してはいかがだろうか。

何十年間も供給側や門番（当局の審査体制）のみをいじくりまわした医療R&D政策の結果が現在の惨状である。日本人には「お客さん」という概念の想起と関連する大脳皮質の部位に欠損があるのではないかと疑っている。やはり日本は21世紀には世界地図から消え去っている国なのだろうか。

チドワクチン治療の臨床研究を行ったが、ペプチドワクチンを受けなかった方に比べて、余命（50%生存期間）を約2ヶ月延長させることができた。特筆すべきは、抗がん剤で縮小しなかった転移巣がペプチドワクチン治療によって明らかに縮小した方が数名おり、そのうちの一人が完治したという事実である。この結果を基にして、現在新たに2種類のペプチドを混合した3種類のカクテルワクチンを用いた多施設共同研究が進行中である。

現在も多数のがん腫で、ペプチドワクチンと抗がん剤の併用や、術後再発の予防のための投与など、さまざまな用いられ方が研究されており、その成果が期待される。

る消費量は頭打ちとなっています。これに代わって、2000年代初頭から「ゼロカロリー」の人工甘味料の消費量が急増しています。しかし、人工甘味料は「ダイエット食品」どころか、「肥満の原因」という研究結果が報告され始めています。結局、「ゼロのカロリー」から米国社会に生み出されたものは、「甘み中毒者」と「増え続ける肥満者」です。この問題は米国だけではなく、低コスト、加工食品中心の食生活を導入している国すべてにおいて非常に深刻となっています。日本においても、人々の生活が便利になる一方、生活の質が低下しています。今後、食生活の質を見直す必要があると思います。

session 04

被災地の復興

帰村宣言から半年　川内村の未来は

藤原真哉

福島県川内村は、昨年の福島第一原子力発電所の事故後の2011年3月16日の全村避難を余儀なくされた。そして今年3月川内村はどこの地区よりも早く帰村宣言をした。現在の川内村の人口は2,850名そのうち村へ帰村したのは約750名。しかしこの750人も村役場は村に4日以上住んでいれば帰村したこととしている為確実に村で生活している村民は750名より遙かに少ない。現在でも、いわき市や郡山市にある仮設住宅や借り上げ住宅で生活をしている村民の方が多い。筆者は、今年の4月からこの川内村で教員生活の1年目をスタートさせたが、4月と比べても村民が確実に帰村している実感はまったくない。村の道路を通行しているのは、除染作業のためのトラックや警戒区域に行くための警察車両等。

この様な状況の中、川内村に戻ってきた園児・児童・生徒は合計37名。そのうち中学生は13名。震災前の生徒数は約60名近く在籍。多くの生徒は郡山市やいわき市へ転校した。そして4月幼稚園・小学校・中学校合同入学式で学校生活が始まった。小学校に至っては第2学年が0名という状

継続×スポーツ

菅野優太

アスリート多額の寄付は出来ない、芸能人のような盛り上がる大イベントは難しい。そこで考えたのが自分達の持っているスキルを提供、還元する事。更にその活動を継続する事でした。他の支援のほとんどが継続性のないものだった事もあり継続を一番に考え導き出したのが地域を限定した陸上教室です。地域の復興におけるアスリートの役割は発信だと思っています。私がプロスポーツ選手で何億円も稼げる選手であれば寄付でもよいかもしれませんが、しかし、アマチュアスポーツのほとんどの選手には金銭的な余裕は少ないのが現状です。ただ、その道においての影響力、発信力はスポーツ選手の強みだと思っています。相馬の現状をSNSなどを通じて発信する事も復興に役買っていると信じています。始めてから1年以上経ち、仲間も増えました。現在も

況である。生徒たちが帰村しない理由は放射線量の問題もあるが、多くは親の仕事や、中学校卒業後の進路が決められないことにある。震災前の川内村の生活圏は、現在でも警戒区域に指定されている大熊・富岡・楢葉だった。生徒の保護者の多くも原発関係の仕事やこの地区で仕事をしていた。その為、川内村に戻っても仕事が無いという現実もある。また中学校卒業後の進路も、双葉高校や富岡高校もしくは村唯一の富岡高校川内分校（2011年廃校）といった浜通りの学校へ進学していた。現在川内村から一番近くの高校はバスで片道1時間以上掛かってしまう田村地区にある船引高校。この進路選択ができないということも生徒たちの帰村を妨げている要因である。また、医療に至っては、診療所があるのみ。緊急の場合は、救急車で30分程の近くの町の病院への搬送もしくは、ドクターヘリでの県立医大までの搬送。商業面に至っても村で生鮮食品を売っている店はない。復興元年と言われている年だが、まだまだ教育面や医療面、生活インフラで課題が多いのが現状である。

増え続けています。その中には現役の日本チャンピオンも数人含まれます。その事もあって外への発信力は強くなっていると感じます。

マンパワーの復活

何と言ってもマンパワーの復活が復興には欠かせません。そのマンパワーの将来を担う子供達への支援は優先されるべき支援であると思います。彼らが希望を失い気力をなくしてしまってはどんなに外見がキレイになっても真の復興とは言えないのではないでしょうか？

スポーツを通じて子供達を元気にする

夢をもち、目標を見つける。希望を持ちづらい今だからこそ、スポーツを通じて見つけて欲しい。その夢や目標は人それぞれでしょう。長期的にオリンピックかもしれ

ない。短期的にインターハイ出場だったり自己ベスト更新だったり、マネージャーであれば選手達の活躍。納得して卒業して欲しい。など…それぞれの夢や目標に向かう手助け。これがアスリートである自分達にも可能な支援だと考えます。何かに熱中している時間はとても幸せな時間です。その一役を担いたい。例えば、相馬の子供達の為に活躍したい。アスリートが来てくれている。結果を残す事で恩返ししたい。このような相乗効果が生まれてくれると幸せです。

1年以上継続して変わった事

まず、私達アスリートが変わった事として、待っている楽しみにしている人達がいる事に勇気をもらいアスリートとして輝いていたいと努力する原動力になっている。

復興には人材育成

高村泰広

東日本大震災から、1年8ヶ月が経った。福島県浜通り地域の沿岸地区は、福島第一原発周辺地域を除いて、復旧の初期段階について一段落が付いたものの、復興にはまだほど遠い状態である。ここで、現場の教員がやらなければならない活動の一つは、教育環境の整備・構築である。そんなことは、教育委員会のやることだからと他人事としてとらえていると、いつになっても埒が明かない。児童や生徒の学習環境が、震災前と同じような状況になっていなければならない。特に、被災して、公営住宅や応急仮設住宅に移住した場合の児童生徒の環境を配慮しなくてはいけないだろう。震災があったから、学力が低下して、進学や就

自らの手で安心を

阿部光裕

福島原発事件によってばら撒かれた放射性物質は、まるで見えない雪のようにこの地に降り注ぎ、長い冬をもたらした。そして、私たちから当たり前の生活を奪い、放射線と向き合って生きていかなければいけない過酷な現実を私たちに突きつけている。確かな根拠のないままに情報が流され、防護・容認、いずれの立場を取るのか、住民間に「逃げる・逃げない」「食べる・食べない」「作る・作らない」などの対立が生まれ、選択を迫られる。せめてどちらかを選択する自由は認められてしかるべきだが、両極の立場を主張するものにとってそれは許し難く、声高に是非を叫ぶ内外部の争いは絶えない。

行政はしかるべき調査・検査を愚直に実行し真実のデータ・情報をありのままに示

現役選手が結果を残しているのも良い例だと思います。引退した私などは、相馬の子供達の事を考えると自分の悩みが小さな事に気付かされます。それが行動として現れ何事にも積極的にチャレンジする原動力になっていると確信しています。次に子供達の変化として、発言が増えたり、笑顔が増えたり言葉にするとたわいのもないことです。震災後初めて行った頃に比べ、子供達の顔、目つきが変わったと感じています。毎回、行く度に始まりと終わりの雰囲気や顔つきは違うのですが、ここ最近、始まる時のぎこちなさが無くなってきたと感じています。名前を呼ばれる回数も行く度に増えてきています。この名前を呼ばれる事の嬉しさを今はひしひしと感じています。継続する事で先輩のような存在になってきているような感じでしょうか。当初、どう対

職実績が極端に下がってしまうのもしようがない、とは考えなくなかった。震災1ヶ月後くらいから、相馬高校では、さまざまな教育支援を受けることが可能になった。教育支援は、「専門的」であり、「継続性」が必要である。代々木ゼミナールの藤井健志先生（現代文担当）は、ほぼひと月に一回の割合で、ボランティアで来ていただき、相馬高校で特別授業を開催している。また、同僚の安藤勝美先生（英語担当）にも藤井先生の頻度ほどではないが、定期的に来ていただいている。学習面の支援のみならず、運動関係の支援も受けた。競輪の長塚智広選手などが参加する団体「アスリートソサエティ」が被災地支援のプロジェクト「チ

被災地支援

せばいいのだが、事件後、公表されるそれらはほとんどが曖昧であり住民からの信用はもはやないに等しい。



写真

応していいのかわかりませんでした。これはNGワードかなと一瞬考える事で会話がぎこちなかった事を覚えています。今現在は何でもあり。という事ではありませんが本当に自然にくだらない話をしたり、ふざけてみたり。笑顔が沢山の教室になっています。

3月11日

震災直後、こんな時にスポーツするのかとスポーツ不謹慎空気になった事を私は鮮明に覚えています。1年以上経って言いたい。スポーツは不謹慎なんかではない。スポーツの力で人は元気になれる。相馬に来る事で、アスリートも子供達も夢に近づける。そんな活動であり続けたいです。

被災地支援

「チームジャパン」の活動の一環で、相馬高校の陸上部をほぼひと月に一回の割合で指導してくださっている。今年度からは、東京大学経済学部の松井彰彦先生は、経済学という学問の枠を超えて、ゼミ学生を毎月一回程度、相馬高校に引率し、学生と高校生を交流させることで、高校生の学習意欲の向上や勉強や進学に関する問題解決の手立てをしてくださっている。今後は、私が勤務する新地高校でも、相馬高校と同様な人材育成教育プログラムを展開していきたいと計画中である。20、30年後の地域の担い手をしっかり教育して、被災地が復興できるようにしていきたい。

被災地支援

一例を挙げれば、放射性ヨウ素による被ばくの実態。事件後、真っ先に調査し、ヨウ素剤の配布をするなどの措置を取るべき

であったが行政はしてこなかった。私たちの調査では、福島市東部地区に於いて、5月20日に採取した土から、500Bq/kg以上の放射性ヨウ素が検出されている。そこから推測すると地震によってライフラインが滞っていた頃、水汲みや食料・石油・ガソリンの調達などにより外で過ごしていた空から、最大で128,000Bq/kgもの放射性ヨウ素が降り注いだ計算になる。土壌に含まれているセシウムの含有量については多少公表されているが、ヨウ素についての記録が見当たらない。それでいったい文科省や放医研は、外部内部被ばくともに実効

被災地支援

吉田克彦

私はブリーフセラピーという構成主義的なカウンセリングをベースにして活動してきた。震災後、生まれ故郷である福島で何らかの貢献をしたいと思い、星槎グループ（世界子ども財団・星槎大学）のカウンセラーとして相馬フォロアーチームや南相馬市内での被災家族の支援に携わっている。

なぜ、前職を辞して福島の支援に来たかといえば、郷土愛ゆえにではない。数日単位の交替で関わる被災地での心理支援の実際を知り、黙っていられなかったからである。カウンセリングでは、病名・薬名・数値（体温、血圧など）といった明確な記号がある医療現場と違い、共通言語の乏しく曖昧であることとアプローチの多様さから、（職場内ならまだしも）特に多方面から支援に駆けつける被災地ではカルテなどで情報共有するのは難しい。つまり、十分な引き継ぎがないままに支援者が変わることになる。その結果、支援者が変わるたびに住民からは「また同じ話を聞かれる」と思われ、“カウンセラーお断り”といわれるようになる。また、PTSD探しに陥人が多い。見学や取材に来る方に「PTSD様症状はほとんど見られない」と説明するとあからさまにがっかりする人が少なくない。まさか「PTSDに苦しむ人がたくさんいて欲しい」と期待しているのでは」と勘ぐりたくなるほどである（内部被ばく問題でも似た現象が見られるように思う）。これでは、支援によって問題を生み出しているだけだ。問題探しではなく解決に焦点化した支援が求められる。

線量を把握できるというのだろうか。

したがって、自らの行動により、自分たちの安心を掴んでいく以外にはないという信念のもと、市民団体「花に願いを」を立ち上げ、綿密な計測、様々な方法での除染、勉強会・イベントなどを精力的に行い、福島の復興の一助となるべく活動をしている。また、昨年6月から、寺の所有地に仮置き場を設け、なんとかこの地で生きていきたいと思う人が自主的に除染した汚染土を預かっている。生活圏から非生活圏へ運び出すことが安心に直結すると考えたからである。

被災地支援

吉田克彦

私が被災地心理支援で心がけることは、心的外傷後ストレス（Posttraumatic stress:PTS）を障害（PTSD）にするのではなく、成長（Posttraumatic Growth:PTG）へと結びつけることである。そして、目標は、子どもたちが何十年か後に「震災や原発のせいで人生がめちゃくちゃになった」ではなく、「いろいろあったけれど、自分なりに精いっぱい過ごしてきた」と胸を張って振り返ってもらうことである。では、どうすれば大震災の経験を成長の糧へと繋げられるのか。

当然のことながら、震災後も月日は流れ、髪の毛や爪が伸びるのをやめないことからわかるとおり、人間の成長は止まることがない。しかし、マスコミ報道や私たちの日常会話では「あの日から時間が止まったまま」「何も変わらない」「3.11前に戻りたい」という語りを目にすることも多い。そこで「静」の語りではなく「動」の語りを引き出そうと努力する支援者の姿勢が欠かせない。ゆく河の流れは絶えずして、しかももとの水にあらず、常に変化しているのである。その些細な変化に目を向けることが大事である。その上で、引き出した「動」の語りから子どもたちの「自律性を磨く」「有能感を引出す」「他者との関係を生かす」ようなナラティブを作ることが必要だ。もちろん、この作業は子供だけではなく大人にも当てはまる。どんなに歳を重ねても成長（PTG）は続く。

当日は、今後の被災地心理支援のあり方について考えていきたい。

被災地支援

（たかむら・やすひろ）福島県新地高校教諭。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。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。2012年より、新地高校教諭(理科)。2011年の東日本大震災以降、相馬高校や相馬地域の被災地における教育支援活動に関わり、地域復興のための人材育成の教育ネットワークづくりを行っている。

被災地支援

（あべ・こうゆう）宗教法人常円寺住職。1987年駒澤大学仏教学部卒業。大本山永平寺にて5年の修行後、準役寮を勤める。全国曹洞宗青年会青少年教化委員長・30周年記念事業実行委員長を歴任。現在、福島刑務所特別改善指導講師、保護司といった社会奉仕活動に勤める傍ら、原発事故後、市民団体・福島復興プロジェクトチーム「花に願いを」を立ち上げ、除染ボランティアを県内外から募集して独自の除染活動に取り組み、除染で出た汚染土を寺所有の山に仮置きしている。その量は、特性のドラム缶700本で150 tを超えた。

被災地支援

（よしだ・かつひこ）精神保健福祉士、星槎大学共生科学部非常勤講師。相馬フォロアーチーム主任カウンセラー。1977年福島県いわき市生まれ。神奈川県内で学校臨床を中心に活動し、その傍らNPOにて不登校引きこもりに関する家族支援を行っていた。東日本大震災を機に、故郷福島県内での被災者支援を希望し、現職。著書に、小学校スクールカウンセリング入門（編著、2008、金子書房）、ブリーフセラピー講義（共著、2011、金剛出版）他。

箱崎亮三

（はこざき・りょうそう）エコ&未来エネルギー研究会南相馬準備委員会事務局長。1983武蔵大学経済学部卒。1983株箱崎林業入社。1995-1996横浜国立大学環境科学研究センター植生学研究室研究生。1998株箱崎林業常務取締役役に就任。2004NPO法人ご本陣山を活かす会設立、事務局長に就任。2006NPO法人実践まちづくり設立、理事長に就任。東日本大震災後、現地に留まり、南相馬まちなかひろばイベント実行委員長として物資支援、復興イベント開催等の支援事業を展開。2011.11一般社団法人南相馬除染研究所設立、理事に就任。2012.8エコ&未来エネルギー研究会南相馬準備委員会設立、事務局長に就任。

秋山淳一

（あきやま・じゅんいち）ときわ会常磐病院診療支援部門放射線部技師長。1978年、福島県いわき市生まれ。高校卒業後、国際医療福祉大学保健学部放射線情報科 学科卒業後、会津中央病院（福島県会津若松市）に入職し、6年間実務を経験する。父親の死を機に、地元いわき市に戻り、ときわ会に入職をする。国際医療福祉大学大学院保健医療学を専攻し、前立腺MRIの画質向上で修士を取得。現在は、ときわ会常磐病院診療支援部門放射線部技師長。

復興へ向けて新しい豊かさを南相馬市から

箱崎亮三

南相馬市は、平成23年3月11日に発生した東日本大震災による未曾有の地震と大津波により、地域の社会的機能が壊滅的な被害を被った。また、未だ収束に至らない原子力災害、それに伴う住民の避難、小中学校の活動制限、農作物の作付け制限、商工業事業所の閉鎖・撤退、雇用者の解雇・流出など地域住民の生活不安や地域産業の衰退など深刻な状況に陥っている。

そんななか、市内にある産婦人科医院の院長の高橋亨平先生が一般社団法人南相馬市除染研究所を立ち上げた。福島第一原子力発電所の事故後、妊婦さんや小さなお子さんのために、逸早くフィルムバッチャや線量計を入手して、線量を測定したり生活上のアドバイスを熱心に行っていた。研究所メンバーは、除染に関連する知識やノウハウを専門家から学ぶことから始め、南相馬市で内部被曝検査を行っている東京大学医科学研究所の坪倉先生から放射能や放射線に関するレクチャーをいただいた。除染作業は、妊娠中の母親がいる家や、小さな子供が通う保育園・幼稚園の除染を優先して進めた。

いわき市におけるホールボディカウンタの普及活動について

秋山淳一

ときわ会常磐病院のあるいわき市の人口は、元来約33万人であった。3.11の東日本大震災による福島第一原子力発電所事故の影響で、事故後5ヵ月間だけで約6,000名の人口が減少したと言われている。しかし、同発電所のある大熊町等の双葉郡の20km圏内の警戒区域から、避難住民がいわき市に約2万2,500人転入し、現在の人口は震災前同様約33万人となっている。いわき市は福島第一原子力発電所の近隣の市町村と比べ空間線量は低いが、同発電所から30km~50km圏内にあるため身体への影響を心配する住民が非常に多かった。当時、既にいわき市内には公立病院と個人団体の計2台のホールボディカウンタ(WBC)が設置され、内部被曝調査が実施されていたものの、多くの検査希望者に対し実施可能件数が相対的に不足していた。このため、1日も早く検査希望住民の内部被曝調査を実施し、より安心な生活を住民に提供する一助として、当院では2012年4月からWBC(キャンベラ社製)検査を開始することになった。幸い、早期にWBC検査を実施していた南相馬市立総合病院の金

高橋代表は、「除染とは人間を診断するのと同じで、すなわち治療だ」と言う。カルテを作って、現場の処置を繰り返し、すべての記録を報告書にまとめ共有することが重要だ。そして、その内容は、市民の一人ひとりの放射線被曝管理や今後の除染計画に活かせる貴重な知見であり、積み上げていくと大きな財産になるはず。しかも、原子力災害で被災した地域の共通な財産として活かしていける可能性もある。

震災前、南相馬市の明るい未来のビジョンをみんなで考えたものだ。しかし、原子力災害を受けたこの町は、その時の水準にさえ戻れなくなるかもしれない。人口減少やリーマンショックを引かずっていたわけだから、右肩上がりの経済はすでに望めなかったはずだ。豊かさのはかり方を変えない限り、復興には、近づけないと考える。

今、南相馬市は、明日にでも解決しなければならぬ除染という大きな壁と向かい合い、新しい豊かさ、生きがいを感じてずっと南相馬市に住み続けたいとみんなが思えるまちづくりと向かい合っている。

いわき市立総合病院の金沢院長と、南相馬市立総合病院の金沢院長との対談

金沢市長と、南相馬市長との対談

澤院長、坪倉医師からの運用面のご指導が得られ、稼働準備を円滑に進めることができた。子供をお持ちの地域住民の多くの方々、さらにはときわ会グループ内の幼稚園職員や保護者の方々が、特に子供達の内部被曝の状態を不安視していたことから、4歳~19歳(実年齢)の子供を主な対象に無償で実施とし、市内の幼稚園/保育園園児の検査を優先的に進めた。職員が市内の幼稚園/保育園を直接訪問し、詳細で丁寧な説明を心掛け、検査日の決定を行った。小児を対象としたことで当初は混乱があることを予想していたものの、訪問した幼稚園/保育園の保育士や保護者の方々から多大な協力が得られ、心配は杞憂に終わった。

園のスケジュールをわざわざ変更して頂き、中には仕事を休んでまでも園児の送迎などを行って頂いた保護者の方もおられた。その結果、通常の診療業務と並行する中、短期間で市内の園児計2,923名(8月末現在)、成人を含め全体で計4,389名(8月末現在)の検査を実施することができた。今回はWBCの導入から普及活動で経験した実情について発表する。

session 05

久住英二

（ナビタスクリニック立川院長）（くすみ・えいじ）ナビタスクリニック立川院長。1999年新潟大学医学部卒業。都内の病院にて内科研修の後、血液科を専攻。2006年より東大医科研先端医療社会コミュニケーションシステム客員研究員。2006年11月から2007年12月まで、コラボクリニック新宿プロジェクトに参加。2008年6月よりJR立川駅の駅ナカ商業施設『エキュート立川』にナビタスクリニック立川を開設。2012年5月にナビタスクリニック川崎、9月にナビタスクリニック東中野開業をプロデュース。

エキナカクリニック

駅ナカ医療

駅ナカ医療機関は医療ニーズを満たしているか？

久住英二

ナビタスクリニック立川を開設して、丸4年が経過した。当院は、駅にあり、平日夜9時まで診療している。よって、風邪などの急病時の1次救急はもちろん、慢性疾患の方も会社を休むことなく外来治療を受けられる。共働きの保護者にとって後回しにしがちな子供のワクチン接種も、仕事を休まずに受けることが可能である。手探りからはじめたが、現在では多くの地域住民より支持をうけている。その経験および新規受診者に全員お願いしているアンケート調査結果から、今後の診療所のあり方について考察した。

毎月約800人の新規受診があり、多くは立川および近隣市の在住者、および立川駅周囲のオフィスワーカーである。年齢層は、内科と皮膚科では、50歳未満がほとんどで、高齢者は少ない。これは、当院の受診者の年齢層が、駅利用者の年齢層を反映しているものと考えられる。

当院を認知した経路は、口コミ・紹介がトップであり、ほぼ同率でネット検索であった。駅ホーム看板による認知は多くなかった。また、立川駅に発着するバスの車内

アナウンスは効果がゼロであった。ネット検索による認知が多いのは、医療機関を探すのは体調不良など医療ニーズが発生してからのため、かつては電話帳であり、現代はインターネットが取って代わっているのかも知れない。また受診者の年齢層が若く、かかりつけ医がいない医療浮動層が多いことと関係している可能性がある。

当院の良いところ、では夜間診療が最多で、ついで駅に立地していることへの評価が高く、そのほかは少数であった。

夜間診療の価値を知るため、その利便性を貨幣価値に換算したら幾らであるか調査した。立川では3,000円という額が最多であり、2,000円と5,000円がこれに続いた。1,000円以下との回答は少ない。現行の診療報酬制度では、18時以降の診療に際して、500円の加算があり、3割の自己負担額は150円である。実際には2~3,000円の価値を感じる人が多いため、夜間診療が高い医療満足度につながっていると考えられる。

シンポジウム当日は川崎、東中野クリニックでのデータも提示し、駅ナカ診療所のあり方について、議論したい。

泉田裕彦

(新潟県知事)

(いずみだ・ひろひこ) 新潟県知事。昭和37年9月新潟県生まれ。昭和62年京都大学法学部を卒業し、通商産業省入省。資源エネルギー庁石油部、特別認可法人産業基盤整備基金、国土交通省貨物流通システム高度化推進調整官を経て、平成15年より岐阜県新産業労働局長。平成16年より現職。

湯地晃一郎

(東京大学医科学研究所附属病院血液腫瘍内科助教)
(ゆじ・こういちろう) 東京大学医科学研究所附属病院血液腫瘍内科助教。1995年東京大学医学部卒。東京大学医学部附属病院、虎の門病院を経て2004年より現職。専門は血液腫瘍学、造血細胞移植学、臨床薬理学、臨床遺伝学、臨床検査医学、輸血学、抗加齢医学。医療志民の会発起人であり、周産期医療の崩壊をくい止める会、漢方保険継続署名運動、子宮頸がん予防ワクチン公費助成推進実行委員会、などの活動で中心的役割を果たした。

データ解析が明らかにする医学部新設の必要性

湯地晃一郎

我が国の医師不足は危機的状況を迎えている。2004年の臨床研修制度導入を契機として、医療崩壊の危機が叫ばれるようになった。特に産婦人科・小児科・救急科・外科などの診療科で医師不足が深刻となり、医師不足地域での診療中止、閉院が相次いでいる。

日本の医師数は他の先進国に比べ極端に少ない。2011年のOECD health dataによれば、日本の人口1000人あたり医師数は2.2であり、OECD加盟32ヶ国中28位である(加盟国平均は3.00)。医師不足の社会的問題化を受け、2008年から2011年にかけ医学部定員数は1,298名増員され、2011年度は8,923名となった。増員効果により、我が国の人口1000人あたり医師数は、2035年にはOECD加盟国平均水準に達すると見込まれている。将来的に医師が過剰になる予測も存在する。

医療の将来予測を目的として、人口数・医師数・死亡者数の年齢構成の変化と医師労働時間に基づきシミュレーションを行った。2035年と2010年を比較すると、全

人口に対する65歳以上高齢者の割合は23.1%から38.7%に増加する。さらに全死亡者数は42%増加、75歳以上死亡者数は88%増加する。一方、医師数の年齢構成の比較を行うと、75歳以下医師数は37%増加するが、60歳未満医師数の増加は18%にとどまり、医師は大きく高齢化する。医師一人あたりの75歳以上死亡数は38%増加する。都道府県別の解析では、2035年にはほぼ全都道府県において医療指標が悪化し、東西格差が2010年より広がる。指標の悪化度は人口数と相関する傾向があり、特に埼玉・千葉・神奈川の東京周辺地域で悪化が顕著となる。

これまでの医師不足・医師偏在の議論では、人口数・医師数の年齢構成の変化、医師男女比の変化、医師過重労働の視点が欠落していた。昨年度のシンポジウム演題(「データ解析が明らかにする医師不足の現状と将来」、東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター井元清哉准教授)に続き、精緻な将来予測を基に、医師不足地域への医学部新設について建設的議論を行いたい。

希少がん「肉腫（サルコーマ）」と闘いながらの診療改善活動と現在の問題

吉野ゆりえ

私は世界的に「忘れられたがん」と呼ばれる希少がん「肉腫（サルコーマ）」であるががん告知を受け、「5年生存率7%」といわれる中、7年間で9度に及ぶ再発転移手術を克服してきました。4年前、自分自身が肉腫患者であることをテレビや拙著で公表。啓発活動が続ける中、日本には一つも存在しない「サルコーマセンター」(肉腫専門診断治療施設)を日本に設立しようと、日本に「サルコーマセンターを設立する会」を発足しました。当会は、患者・患者家族・医療者・サポーターが同じ目的を持って協働する会です。

発足1周年には、肉腫啓発マンガパンフレット『肉腫ってなあに?』を自費制作、全国の患者さんに配布。米国のサルコーマセンターも視察しました。当会の働きかけをきっかけとして、国立がん研究センター中央病院内に日本初の「肉腫診療グループ」が誕生、「サルコーマカンファレンス」、患者向けの「肉腫ホットライン」も設置されました。そして先日、がん研有明病院内に「サルコーマセンター」が開設されるに至りました。

地域緩和ケアプログラムの介入試験OPTIM-studyから得られた教訓：大事なことはそこにある

森田達也

OPTIM-studyは、わが国で初めて行われた緩和ケアの地域介入研究であり、国際的にももっとも大規模なものである。OPTIM-studyの特徴は、アウトカムの変化を取得したのみならず、そのプロセスの評価が可能なように「complex interventionに対するmixed-method study」として行われたことである。地域緩和ケアプログラムを行った結果、自宅死亡率が全国平均に比較して有意に増加し、患者の希望に一致したもので家族の介護負担も増えなかった。患者の緩和ケアの質評価、遺族の緩和ケアの質評価も改善した。医師・看護師の困難感、特に、地域連携に関する困難感の改善が最も大きかった。プロセス研究の結果からは、変化をもたらしたものは、新しい施設の設置などではなく、地域にすでにあったリソースが多職種協働

肉腫は、腫瘍マーカーも存在せず、深部であるために画像診断・希少であるために病理診断が難しく、有効な薬や治療法もほとんどない状況です。その上血液転移のため再発転移が多く、身体的・精神的・経済的負担が大きい疾病と言えます。故に、高額療養費制度を利用しても医療費が嵩み、薬を減らしたり治療を中断やあきらめざるをえない患者も少なくありません。また、医療関係者側の都合で薬や治療に制限が存在する場合もあります。可能性があるならば患者が納得した上で治療を受けられるような、患者が希望を持ち続けられるような、医療体制・経済体制を切望してなりません。

この度、東京大学経済学部の松井彰彦教授をはじめとして、全盲ろう者で東大先端研の福島智教授や、ろう者でジェトロ・アジア経済研究所の森壮也主任研究員などと一緒に、「社会的障害の経済理論・実証研究」に私が長期療養者の当事者として関わらせていただく機会を得ました。当事者・医療者・経済学者がコラボして、上記のような問題を検討していければと願っています。

松井彰彦

(東京大学大学院経済学研究科教授)

(まつい・あきひこ) 東京大学経済学研究科教授。専門はゲーム理論、理論経済学。1985年東京大学経済学部卒業、1990年ノースウェスタン大学Ph.D. (Managerial Economics andDecision Sciences)。1990年ペンシルバニア大学経済学部助教授、1994年筑波大学社会工学系助教授、1998年東京大学経済学研究科助教授を経て2002年より現職。現在、「社会的障害の経済研究」プロジェクトで障害を社会・経済現象としてとらえるべく、研究を推進中。

宮野 悟

(東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター教授)

(みやの・さとる) 東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター教授。1977年九大理学部数学科卒。理学博士。九大理学部教授を経て1996年より現職。スパコンを利用して癌などの病気をシステムとして解き、個別化医療へとつなげていくための計算科学・情報科学を研究。文科省新学術領域研究「システムがん」領域代表。国際計算生物学会理事、日本バイオインフォマティクス学会会長などを歴任。NPO健康医療開発機構事務局長・理事。

session 08 ポリオワクチン

ポリオワクチン

細部千晴

平成元年結婚と同時に東京へ来てすぐ子どもと医局に恵まれ、医者になって26年、小児科開業医として12年のキャリアを得ることができた。親子に寄り添える医療・支援がしたいと考え開業し、その後隣接した子育て支援施設を2008年に造った。健全な両親のもとに育てられた子どもは健康に育つと言われていることから親子のセルフエスティーム（自尊感情）を向上させるための子育て施設だ。開業してしばらくするとワクチンで防げる病気から子どもを守るという海外では普通に行われていることが日本ではされていない現実を知った。そんな時、患者会「細菌性髄膜炎から子どもを守る会」事務局の吉川恵子さんとお会いし、意気投合して2010年ワクチンデモを行った。この活動は今年7月5日3回目となり、またママチャリレースによる麻疹撲滅運動も9月30日に3回目を一緒に行ってきた。ワクチンデモに関してはなぜ国民はこのようなデモをするのかと海外のメディアは驚きだったようだ。日本小児科学会も日本小児科医会も予防接種推進専門協議会

もワクチン問題に関しては提言し、請願までだしているにも関わらず国は動かないのである。専門集団が言っているのにだ。現場ではかかりつけ医でワクチンが接種できない（助成が使えない）、東京都では無料で受けられる都民は出生数でわずか13%だ。このような地域格差・経済格差、6か月健診にきてワクチン未接種という情報格差、同時接種しませんという医療施設格差問題など、これらの問題は子どもの命に係わる問題だ。年度末に助成は打ち切りになるかもなど行き当たりばったりの政策に医療現場は毎年振り回されている。これでは子どもたちの健康は守れない。2010年、日本医師会が「予防接種法を改正し地域間や経済格差なく希望するすべての子どもが公費（定期接種）でワクチン接種が受けられる制度を実現することを目的とする」と大々的にキャンペーンをしたが、その後2年間何も変わっていない。下町の小児科開業医であるが現場の状況をお伝えできればと思う。

細部千晴

（小児科専門医、細部小児科クリニック院長）
（ほそべ・ちはる）小児科専門医、細部小児科クリニック院長。1987年藤田学園保健衛生大学卒業後、名古屋市立大学小児科・日本医科大学小児科を経て、2000年開業。2008年独立開業。2010年11月診療所に隣接した子育て支援施設を開所し地域の子育てを応援している。臨床心理士・臨床福祉士とともに母と子のカウンセリングルーム・発達支援教室やベリネイタルビジット（出産前出産後小児保健指導）に力をいれている。2010年、2011年、2012年7月5日に患者さん団体とともにワクチンデモ「希望するすべての子どもたちにワクチンを」の実行委員として参加した。昨年デモ隊とともに小宮山大臣に請願書を提出した際には東京都の地域格差データを見せ、実態を訴えた。4月からは東京保険医協会理事としてあらゆるワクチン問題の改善のために東京都との交渉や各政党への働きかけなどしている。

谷本哲也

（常磐病院）
（たにもと・てつや）常磐病院。鳥取県米子市出身。平成9年九州大学医学部卒。ときわ会常磐病院・ナビタスクリニック内科医師。九州大学病院、鳥取大学病院、県立宮崎病院、国立がんセンター中央病院、松山赤十字病院、医薬品医療機器総合機構等を経て現職。総合内科専門医・血液内科専門医。福島と東京を毎週往復し内科診療に取り組む傍ら、震災後の医療や医薬品規制・副作用の研究を細々と行っている。

吉川恵子

（「希望するすべての子どもたちにワクチンを」パレード実行委員会）
（よしかわ・けいこ）「希望するすべての子どもたちにワクチンを実行委員会」実行委員長。一般社団法人細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会理事。細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会支援ネット・ちは事務局。千葉県保険医協会事務局次長。

「未来はとっくにはじまっている*」ーヒトゲノム解読から10年後

宮野 悟

生物のDNA情報を読み取る装置は一般にシークエンサーとよばれ、A, T, C, Gの文字で綴られるDNA情報（ヒトの場合30億文字の情報）をコンピュータで読めるように取り出すことをシークエンسとよんでいる。半導体チップでDNAを読む革新的なシークエンサーの実用化により、2013年には誰もが自分の全DNA情報を10万円で丸ごと手にいれられることが確実になった。さらに、1万円ゲノムを実現するナノポア半導体シークエンサー技術も実用化されている。これまで主に生物や病気の「研究」のために行っていたシークエンスに対し、がんや患者さんの全DNA情報をシークエンスし、臨床的に翻訳・解釈し、治療として「患者さんに戻す」臨床シークエンスの時代が始まった。医療のビッグデータが誕生する。米国NIHは2011年6月29日~2012年5月3-4日、“Genomic Medicine”の会議を3回開催し（http://www.genome.gov/27548693）、その

内容をYouTubeも含め広く公開している。そこでは、このシークエンス技術の急速な発展に応じて、DNA情報に基づく個別化医療をすすめる研究者、検査の提供側、医療保険会社、クラウド会社などが出席し、国を挙げて取り組んでいる様子が見える。ヒトゲノム解読から10年、「日本は夢物語」にいななか「米国では明日の問題」となっていた。2009-2011年、米国ウイスコンシン医科大学において世界で初めての全遺伝子解析に基づく治療が行われた。それはGenomic Medicine IIで報告されている。そして、その感動的なレポート記事“One In A Billion”に2011年Pulitzer賞が与えられた。米国NIH所長フランシス・コリンズ博士は、2012年予算要求演説の中でこの治療によって元気になったNick Volker君（6歳）のストーリーを引用し結論を締めくくっている。その後、2011年12月6日に米国NIHはDNAシークエンスに基づく医療応用研究に4年間で

約400億円を投じる発表している。隣国のカナダにおいても、2012年2月2日、Ontario Institute for Cancer Researchは、主ながんのゲノム異常カタログという国際がんゲノムコンソーシアムの成果に基づき、がんの臨床シークエンスによる個別化医療の研究開始を発表している。そして、2012年6月20日には、トロントの子供病院SickKidsは、半導体シークエンサーを導入し、将来的には、1万人/年の規模で全ゲノム臨床シークエンスを行うことを発表している。東京大学医科学研究所も、スーパーコンピュータをフルに活用した全DNAシークエンスに基づくがんの医療研究を消化器がんと血液腫瘍について行う準備を進めている。

*フランシス・S・コリンズ著（矢野真千子訳）「遺伝子医療革命」の第1章のタイトル

session 09 被曝・健康被害

不活化ポリオワクチンは如何にして導入されたか

谷本哲也

1981年は、経口生ポリオワクチン（OPV）導入の華々しい成果により、野生株由来ポリオの国内発症者が出た最後の年だった。OPVではワクチン由来のポリオ発症が問題となるため、不活化ポリオワクチン（IPV）導入の必要性が早くから指摘されており、先進国を中心にOPVからIPVへの切り替えが20世紀末から続々と進められていた。しかし、今年9月になって日本でもようやく待望の新薬として登場したIPVは、最初にフランスで1982年に承認されて以来、韓国・中国・台湾といった近隣諸国を含む世界86カ国以上で既に使われている製品だった。世界では数億回の接種実績があり、日本でも個人輸入の形で長年使わ

れ、私自身もトラベルクリニックで既に日常的に使用していた。承認された製品の値段は、個人輸入時の数倍に跳ね上がった。ポリオワクチンには、反復される医薬品ラグの問題が凝縮されていたように思う。

たとえ世界の潮流から遅れているように見えるとしても、日本には尊重すべき固有の歴史、文化、社会構造があり、それは医薬品業界も同様だ。海外で使っているからといって、無条件に日本の医療に取り入れるのは安直に過ぎるだろう。医薬品ラグがあることで、未然に防げた薬害もある。さらに言えば、現在の医薬品業界の仕組みにより、製薬企業の社員はもちろんのこと、医薬品行政関係者が

ら治験担当の医療従事者まで、多くの雇用が生みだされており、「公共事業」として成立しているという見方もできる。仮に科学的妥当性が不明であったとしても参入障壁を設け、「欲しがりません、日本人での有効性・安全性を確認するまでは」、というのも業界人にとっては当然の理屈なのかもしれない。一方で、この公共事業が、ムラの外にいる一般国民との間に多くの軋轢を生み出してきたのも、また、無視出来ない事実だろう。揺れ動く日本社会の中で、産官学の医薬品業界の在り方そのものもまた、費用と便益を冷徹に分析し、見直す時期にきているのではないだろうか。

希望する子どもたちに世界標準のワクチンを届けたい～わが国の現状と課題～

吉川恵子

2013年度施行を見据えた予防接種法改正案が国会に提出される予定です。今回の見直しは、「ワクチン後進国」と揶揄される20年のワクチンギャップの解消を目的とし、安全性、有効性や費用対効果を評価し、医学的・科学的観点から新たに7ワクチン（ヒトパピローマウイルス、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌、B型肝炎）を広く接種を促進していくために定期接種に位置付けるとしています。この疾病、ワクチンの追加は国民や医療従事者の長年の願いであり、私たちは高く評価するものであります。併せて、乳幼児の感染性胃腸炎を予防するロタウイルスワクチンを定期接種とし追加することを望みます。

また、その接種費用の負担のあり方として「予防接種法の定期接種は市町村支弁により実施されている自治事務であり、（中略）ほとんどの市町村においては実費徴収を行わず、公費で負担している」とし、接種費用のあり方について国は「市町村等関係者と十分に調整し、検討するべき」としてありますが、被接種者に費用負担をさせることができるとする現在の予防接種法の規定を残したままでは、地方自治体の財政状況が厳しい中、各自治体の財政事情により住んでいる地域で子どもたちの命に格差が生じてしまう可能性があります。

今こそ、ワクチンギャップを解消するために、住んでいる地域で格差なく、世界標準の8つのワクチンを希望するすべての子

どもたちに無償で接種できるよう体制を整える重要なときです。私たちは国に対し、予防接種費用の財源確保や予防接種施策を評価・検討する仕組みの導入など、国防の一環として役割を発揮し、子どもたちの命を最優先とすることを強く求めています。そこで、こうした点を国に対しアピールする行動としてこの間、ワクチンデモや署名を呼びかけ取り組んできました。希望するすべての子どもたちに世界標準のワクチンが受けられる社会の実現をめざして、シンポジウムに参加されている皆さまと共に考え合い、今後の行動につなげていければ幸いと存じます。

林 隆久

（東京農業大学バイオサイエンス学科教授）
（はやし・たかひさ）東京農業大学バイオサイエンス学科教授。1981年東北大学大学院農学研究科修了。カナダ国マギル大学生物学科、米国アトランティックリッチフィールド社植物研究所、味の素基礎研究所、京都大学木質科学研究所（現生存圏研究所）を経て、2009年4月より東京農業大学バイオサイエンス学科教授。専門は、樹木分子生物学。放射性ヨウ素は東京農業大学アイソトープセンターで、放射性セシウムは東京大学アイソトープ総合センターで基礎実験を試みながら、相馬地方森林組合の林地でフィールド研究を行っている。

石井武彰

（相馬中央病院整形外科医）
（いしい・たけあき）相馬中央病院整形外科医。2006年3月九州大学医学部卒。北見赤十字病院にて初期臨床研修後、九州大学整形外科に入局。九州労災病院、福岡豊栄会病院、福岡県立粕屋新光園、九州大学病院で整形外科医として勤務。2011年4月より九州大学大学院所属。本年4月より大学院を休学して相馬中央病院にて整形外科医として勤務している。

坪倉正治

（東京大学医科学研究所）

島 蘭 進

（東京大学文学部（大学院人文社会系研究科）宗教学宗教史学科教授）

森林が果たした役割

林 隆久

福島県は、約97万haの森林面積を有し、森林蓄積量は約1億m3と見積もられる森林県である。私たちは、南相馬市に本部を置く、相馬地方森林組合の林地（新地町、相馬市及び南相馬市の3市町村からなる）をフィールドとして調査・研究が続けている。SPEEDI（緊急時迅速放射能影響予測）によると、大量の放射性物質は、原発から南相馬市そして相馬市の西部を通して福島市方面に向かって流れた。400m以上の山があると、放射性物質は山の手前で滞留・停滞し、そのような林地の外樹皮に付着した放射性セシウム量は多くなった。

私たちは、放射性ヨウ素とセシウムの動態を明らかにすることを目的として研究を始めた。放射性ヨウ素は、樹木の木質成分と結合することが認められ、その結合メカニズムを分子レベルで解明した。これらヨウ素の大半は、樹木の気孔から取り込まれ、細胞壁に結合して固定されることも明らか

となった。一方、放射性セシウムは葉面や樹皮から吸収され、内樹皮から木部（木材となる組織）に浸透した。古い年輪部分となる心材部位に移行したものもある。従って、原発事故によって生じた放射性ヨウ素とセシウムは、広大な森林の中の樹木によって吸収され、ヒトを守る役割を担ったと言える。放射性ヨウ素135Iは半減期が短いために消滅していったが、放射性セシウムとくに137Csは半減期が30年と長いため、森林は放射性セシウムの生物学的シンク（貯蔵の場）となった。

南相馬市林地の樹木が吸収したセシウムの量は、チェルノブイリ原発事故後の近郊のウクライナやロシアの樹木の吸収量に匹敵する。福島県における樹木のセシウム吸収量は、地域によって異なるため、林地を所有する農家の賠償請求が進まない中で生じている問題点についても述べたい。

相馬市での診療・健康診断を通じて

石井武彰

本年4月より相馬市の民間病院で整形外科医として勤務している。診療のほか、相馬市主催の仮設住宅・高線量地域住民を対象とした健康診断に参加した経験を紹介する。

病院では外来診療および病棟業務を行う日々で、震災より1年経過しており混乱はない。赴任当初に気になったのは「慣れた場所でもないし散歩しても面白くない」「仮設いてもやることないしな」と避難生活で活動度が低下した話だ。元来ADLが低かった人の中には、避難後活動量が著明に減少し、体重増加・筋力低下が相まって寝たきりとなった人もおり、課題を感じる。診療以外の活動として7月に開催された相馬市の健康診断に参加した。対象は郊外の仮設住宅住民、市街地の仮設住宅、みなし仮設住宅住民、そして高線量地域である玉野地区住民であった。仮設住宅において肥満、高血圧、糖尿病などの生活習慣病の有病率が玉野地区住民に比較して高いように感じられた。仮設住宅において体重増加

した人が多々見られるが玉野地区では体重増加は目立たない。避難によって生活習慣が激変した仮設住宅住民に対して、肥満をはじめとして高血圧・糖尿病・脂質異常症などの生活習慣病へのサポートが必要と感じている。

健康診断では運動器健診も実施された。ADLと関係があると言われている握力、移動能力、動的バランスを評価する3m Timed Up & Go test (3mTUG)、静的バランスを評価する片脚立ち時間を計測した。握力は全国平均と差はなかった。3mTUGは3m先の目印を回ってくる時間を計測する。これも過去報告と比べて明らかな差は認めなかった。片脚立ち時間は、目を開けて片脚立ちができる時間を計測する。片脚立ちは5秒間も出来ない人が多数見られ、これまでの報告に比べて明らかに短かった。片足立ち時間の低下は転倒のリスクと考えられており、転倒や骨折に伴うADL低下が危惧される。

session 10 政権交代を振り返る

一歩も進めず、三步さがる：官僚に大惨敗

小松秀樹

2009年9月、民主党政権誕生直後、私は新政権に対して注文を付けた。（「民主党には現実認識に立脚した医療政策を期待」 m3.com, 2009年9月9日）

- 1 新政権に望むのは安定。
- 2 民意は、激情という非合理を多量に含む。民主党指導者には、冷静に自民党再建の中核になる政治家と大きな議論をすることを勧めたい。数に任せて自民党を粗末にすることがあってはならない。
- 3 政治家は思想家ではない。合意形成のプロであって、信念のプロではない。
- 4 保守政治家がどの政党（民主党、自民党、国民新党、みんなの党）に所属しているかは偶発的。民主党と自民党の公約は似ていた。長持ちする対立軸は形成できない。保守政党は政治の安定のための第三極になれない。
- 5 次の参議院選挙で民主党は敗れる。
- 6 安定のためには、成り立ちが異なる政党、具体的には公明党に協力を求めるしかない。
- 7 マニフェストは日本の政治風土の影響を受ける。強いられたポピュリズム。マニフェストより議会での議論がはるかに重要。マニフェストに引きずられて政治判断を誤ってはならない。
- 8 マニフェストでは少子高齢化を最重要課題としていた。医療政策よりこちらが重要。
- 9 医療政策を政治的言語で大議論すると弊害がでる。「あるべき論」ではなく、実

情の認識に基づいた定量的議論が必要。人材や費用が足りない場合、安易に現場に無理を強いることができるような状況ではない。

政権交代後の民主党はあまりに稚拙だった。

- 1 パフォーマンス 改革のための方法として採用した事業仕訳は、その場限りのパフォーマンスでしかなかった。具体的問題に粘り強くコミットし続けるプロの仕事が見えなかった。

- 2 財政 無駄削減で子供手当の費用をねん出するとしていた。ところが、無駄削減をあっさり捨てて、自民政権以上のばらまきを行った。復興予算のばらまきは常軌を逸していた。

- 3 脱官僚 脱官僚の意味は、行政的中央集権による規制を取り払い、個性的でエネルギー的な個人が、未来を切り開く活動ができるようにすることだと理解していた。ところが民主党の言う脱官僚は政治家による行政的中央集権だった。東日本大震災では菅総理が官邸中央集権に挑んで大失敗した。結果としてこれまで以上の官僚主導になった。

- 4 政治家の資質 世襲のおぼっちゃま、現実無視の規範で社会を縛る官僚、目立ちたがりの松下政経塾出身者ではなく、何かを成し遂げた若者を政治家の出身母体とすべきである。

坪倉正治

（つばくら・まさはる）2006年3月東京大学医学部卒。亀田総合病院、帝京大学ちば総合医療センターの第三内科、都立駒込病院にて血液内科医として勤務。2011年4月から、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研究員。東日本大震災発生以降、毎週月～水は福島に出向き、浜通りにて医療支援に従事し、主に内部被ばく検査に携わっている。2011年5月からは南相馬市立総合病院非常勤医、2012年3月から相馬中央病院非常勤医。相馬市や南相馬市での放射線説明会などにも積極的に参加。放射線による内部被ばくを心配する被災者の相談にも対応している。

島 蘭 進

（しまその・すすむ）東京大学文学部（大学院人文社会系研究科）宗教学宗教史学科教授。1977年、東京大学大学院人文科学研究科博士課程単位取得退学。筑波大学哲学思想学系研究員、東京外国語大学助手・助教授を経て、東京大学文学部（大学院人文社会系研究科）宗教学宗教史学科教授。専攻は、宗教学、死生学、生命倫理。著書に『現代救済宗教論』（1992年）、『いのちの始まりの生命倫理』（2006年）、『スピリチュアリティの興隆』（2007年）、共編著に『人間改造論』（2007年）、『悪夢の医療史』（2008年）などがある。

浜通りでの内部被ばくの現状

坪倉正治

筆者は2011年7月より、南相馬市立総合病院を始めとする、浜通り中通りのホールボディーカウンター設置機関にて内部被ばく検査に従事してきた。南相馬市立総合病院、相馬中央病院、ひらた中央病院、ときわ会常磐病院では定期的に内部被ばく検診結果が公表され、徐々に福島県内での内部被ばくの現状が明らかになりつつある。これらで得られた知見および教訓を紹介する。

特筆すべきは、福島県内の全域での日常生活上の慢性内部被ばくが非常に低いレベルに抑えられているということである。セシウムの生物学的半減期の短い小児に対する内部被ばく検査は、現在の日常生活での内部被ばく量を計測することに主眼が置かれているが、2012年4月以降、上記4病院での小児のセシウムの検出率は0.1%以下である。この結果は、チェルノブイリ事故後、長期間にわたり汚染食品の継続摂取による内部被ばくを続けたウクライナ、ベ

放射線リスク・コミュニケーションについて
専門医学者はどう考えてきたか？

島 蘭 進

福島原発事故後、飛散・流出した放射性物質による健康被害への危惧が広がったのは当然のことである。ところが、それに対して放射線健康影響の専門家による情報提供、政策への関与、健康維持のための措置が市民の信頼を得られず、どこに真実があるのか分からないための苦悩が広がっている。放射線健康影響の専門家といっても、その多くは原発による健康被害について調査をしたり生物実験をしたりする「保健物理」「放射線防護」の学術圏に属する人が多い。だが、さほど数は多くないが、核医学・放射線医学の分野の専門家があり、事故時の対応という面ではたいへん大きな権限と責任を負うことになる。こうした専門家がどのような人たちは首相官邸ホームページの「原子力災害専門家グループ」や日本学会会議の「放射線の健康への影響と防護委員会」を見ることで知ることができる。

福島原発事故後に主に福島県の被災に対

ラルーシとは決定的に異なる。農家、両親による内部被ばく対策が早期から行われていたこと、日本の食品自給率の低いことが原因として考えられるが、今現在の福島県内での生活での慢性的な内部被ばくは、大多数の方でほぼ無視できる程度に抑えられている。

しかしながら、問題点も指摘されている。検査結果の二極化である。大多数が検出限界以下となっているのに対して、数万Bq/body以上のチェルノブイリ級の汚染を認める住民がごく少数だが散見される。原因として、イノシシやキノコなど食品基準値を大幅に超える汚染食品を継続的に摂取していることが判明している。

今後、このような高い値を検出する方々をどのようにして発見し、継続的な検査を受診していただくかが課題である。徐々に情報公開が進むにつれ、住民の危機感も薄れつつある。学校検診化も含めて継続的な検査体制の構築が求められている。

して、リスク・コミュニケーションを行う上で大きな役割を果たしたのはそうした医学者たちだった。山下俊一氏、長瀧重信氏、神谷研二氏、中川恵一氏らの名前があげられよう。では、これらの専門医学者たちは、放射線の健康リスクについて、適切な情報発信や政策助言を行い、住民の信頼を得ることができただろうか。そうではなかった。

では、彼らのリスクコミュニケーションはなぜうまくいかなかったのだろうか。これらの医学者たちは不安こそが健康を脅かすもっとも重要な要因なので「不安をなくす」ための情報発信や政策助言を行うという方針を貫いてきている。だが、それは科学的な根拠に基づいたものなのだろうか。また、科学的な根拠をもとにした適切なリスクコミュニケーションを行ったのだろうか。もしそうでないとしたら、なぜ適切な対処ができなかったのだろうか。こうした失敗は日本の医療体制とどう関わるのだろうか。

小松秀樹

（亀田総合病院副院長）
（こまつ・ひでき）亀田総合病院副院長。1974年東京大学医学部医学科卒業。都立駒込病院など7病院を経て1983年山梨医科大学泌尿器科助教授。1999年より虎の門病院泌尿器科部長。2010年4月より亀田総合病院。著書「慈恵医大青戸病院事件 医療の構造と実践的倫理」日本経済評論社。「医療崩壊 立ち去り型サボタージュとは何か」朝日新聞社。「医療の限界」新潮社。

土屋了介

（がん研究会理事）

内田健夫

（医療法人社団内田医院理事長）

森澤雄司

（自治医科大学附属病院・感染制御部長、感染症科（兼任）科長、准教授）

鈴木 寛

（参議院議員）

梅村 聡

（参議院議員）

政権交代を振り返る

土屋了介

2009年の政権交代の前後を国立がんセンター中央病院長として過ごした経験を通して政権交代を振り返る。2006年4月に病院長に就任し、2010年4月に退官した。2009年（平成21年）4月より平成21年8月まで規制改革会議医療タスクホース専門委員として、2009年9月より2011年3月まで規制・制度改革に関する分科会・ライフィノベーションWG（ワーキンググループ）主査として関与した。また、同時期に始まった厚生労働省の省内事業仕分けの仕分け人も勤めたので、内閣府と厚生労働省での経験から見た政権交代を振り返る。こ

政権交代を振り返って

内田健夫

2大政党制の確立をめざし小選挙区制が導入されて、日本で初めての本格的な政権交代が3年前に実現した。背景はやはり自民党長期政権への飽きと、停滞する政治への失望、そして民主党による新しい政治への期待にあった。しかし残念ながら、民主党は政権を取りながらも沖縄問題、東北大震災後の対応とエネルギー政策のふれ、3党合意による消費税増税など迷走を重ね、離党者が続出する状況を招いた。問題は、民主党が政党として政権を担当するまで人や経験といった点で成熟していなかったことにある。野党時代は政権を攻撃する気楽な立場であり、年金問題など突

の間の自民党政権下の規制改革会議と民主党政権下の規制・制度改革に関する分科会および行政刷新会議の主要構成員を示す。

規制改革会議（2009年4月）
議長 草刈 隆郎 日本郵船株式会社取締役・相談役
議長代理 八田 達夫 政策研究大学院大学学長
規制改革会議は、2010年（平成22年）3月31日をもって終了。

行政刷新会議（2010年6月）

出した戦略で政権を追い詰めることに成功したが、その中身は政権奪取のための反自民の寄り合い所帯であり、マニフェストよりも党内事情を優先させ、基本的な方向性までぶれてしまい、国民の期待と信頼を大きく裏切ることになった。勿論国民の生活が第一、脱官僚といったところでの一定の成果は上げたが、あまりにも失点が多過ぎた。

日本にはまだ健全な2大政党制と政権交代を維持するだけの基盤が無いとも言える。権力を求めて離合集散を繰り返し、国民の選択に耐えるだけの明確な対立軸を持つ2大政党が存在していない。今回の3党合意

規制・制度改革に関する分科会
分科会長 大塚 耕平 内閣府副大臣（規制改革担当）
分科会長代理 田村 謙治 内閣府大臣政務官（規制改革担当）
分科会長代理 草刈 隆郎 日本郵船株式会社取締役・相談役

行政刷新会議（2012年10月現在）
規制・制度改革委員会
委員長 岡 素之 住友商事株式会社相談役
委員長代理 大室 康一 三井不動産株式会社特別顧問

による消費税増税と社会保障の一体改革にしても、事の是非はともかくとして国民には選挙という意思表示の機会もなければ意見表明の場もない。ますます政治に対する参加意欲を失う状況に追い詰められている。この状況は誰にとって都合の良いことなのか、よく考えることが必要だろう。

本シンポジウムではこの間の医療政策を振り返りながら、現在私関わっている神奈川の黒岩県政における医療政策を、地方における政権交代という視点から触れてみたい。

感染症診療・感染防止対策の立場から

森澤雄司

2009年4月に北米大陸から世界へ拡大した新型インフルエンザA／H1N1pdm2009は、5月の関西地方における小流行、8月の沖縄地方における地域流行を経て、9月からは本格的な流行が全国へ拡大した。わが国ではまさに政権交代の激動期と同調して事態が推移することとなった。筆者らはスペインインフルエンザのような高い致死率を前提とした対策は現場に混乱をもたらすとして反対したが、厚生労働大臣の判断を覆すことは出来ず、民主体政権へ交代した後も現場からの声は届かなかった。結局のところ、医療現場では季節性インフルエンザと同様に対応するのが常識となった2011年3月によりやく“新型”の指定が取り消された。この間、10-mLバイアル製剤、輸入ワクチンの緊急承認、優先接種順位、などの新型インフルエンザワクチンをめぐる問題も含めて、医療の現場は厚生労働省から乱発される通知や事務連絡で大変に混乱したが、結果として見ると、新型インフルエンザ流行によるわが国の健康被害は諸外国と比較して著しく小さく抑えることが出来た。その背景には、医療現場の臨床判断と郡市医師会や保健所のレベルで連携した地域医療ネットワークがあり、地域医療連携が多大な役割を果たしたと考えられる。しかし、地域医療

の充実と地方自治の重視を選挙公約に掲げていた現政権は、2012年4月に新型インフルエンザ等対策特別措置法を成立させるに至り、新型インフルエンザ発生に際して、「国民の生命と健康に重大な被害を与える恐れがあり、生活と経済に甚大な影響を与える」と判断すれば、政府はほぼ無制限に集会禁止を命令することが可能となり、さらに政府が「都道府県ごとに緊急事態を宣言する」強大な権力まで法制化することとなった。医学界や法曹界から基本的人権の制限と公共の福祉との利益衡量を含めた科学的な議論が不十分であり、法案成立は拙速で不適切であるとの指摘があったが、国会における“通り一遍の”議論ではまったく顧みられることがなかった。

急性期ケア病院における高度耐性菌アウトブレイクの社会問題化を背景として、2010年4月の診療報酬改定から感染防止対策加算が整備されて、2012年4月にはその改定から増額が認められるなど、医療現場の患者安全を支援する動きも見られた。しかし、不活化ポリオワクチンをめぐる混乱などもあり、結論として、感染症診療・感染防止対策の領域においても、現政権の「政治主導」が発揮されたとは考えにくいと総括せざるを得ないのではないかと判断している。

土屋了介

（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。

内田健夫

（うちだ・たけお）医療法人社団内田医院理事長。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。

森澤雄司

（もりさわ・ゆうじ）自治医科大学附属病院・感染制御部長、感染症科（兼任）科長、准教授。1991年3月東京大学医学部医学科卒。東京大学医学部附属病院、NTT 関東通信病院（現・NTT 東日本関東病院）の勤務を経て、1998年7月東京大学医学附属病院感染制御部・助手。2004年4月より現職、2009年4月より感染症科・科長を兼任。栃木地域感染制御コンソーシアム TRIC' K' 代表世話人、日本感染症教育研究会 IDATEN 世話人、私立医科大学病院感染対策協議会・医師専門職部会・委員長、日本環境感染学会・理事・評議員・国際委員会委員長。新型インフルエンザ流行に際して 2009年5月から2011年3月まで厚生労働大臣政策室アドバイザーを兼務。

鈴木 寛

（すずき・かん）参議院議員。1964年、東京大学法学部公法学科卒業。1986年、通商産業省。シドニー大学特別研究員、慶應義塾大学湘南藤沢キャンパス（SFC）環境情報学部助教授。2001年参議院議員通常選挙東京選挙区で当選。2007年参議院議員通常選挙で再選。医療危機打開議連（超党派）幹事長等を歴任。2009年9月、鳩山由紀夫内閣で文部科学副大臣に就任し、菅直人内閣で再任。内閣官房医療イノベーション推進室立ち上げに従事。2011年9月野田佳彦内閣の発足に伴い、民主党政策調査会副会長、民主党文部科学部門会議座長、民主党憲法調査会事務局長、人材科学技術イノベーションPT事務局長、参議院文教科学委員会筆頭理事、憲法審査会幹事に就任。現在、中央大学大学院客員教授、筑波大学客員教授、阪大医学部招聘教授、東大でも教鞭をとる。

梅村 聡

（うめむら・さとし）参議院議員。1975年、大阪府堺市出身。大阪教育大学附属池田高校を経て、2001年大阪大学医学部卒業。大阪大学第二内科に入局し阪大病院にて研修。その後、箕面市立病院、阪大病院にて診療に従事。2007年の第21回参議院議員通常選挙に大阪府選挙区より立候補し初当選。現在、野田第三次改造内閣において、厚生労働大臣政務官を務める。著書に「パンドラの箱を開けよう」長尾和宏／梅村聡共著。日本内科学会認定内科医。

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)、井上範江(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)、大嶽浩司(自治医科大学)、冲永佳史(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)、阪井裕一(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(ペイラー-勝島移植研究所 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)、横山禎徳(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10日(土)

12:30 開会のご挨拶(P.2)

林 良造

12:45 session01(P.3~4)

13:45 医師・看護師養成問題

黒岩祐治

鉄田貴大

井出恵伊子

13:45 session02(P.5~6)

14:45 医療事故調 &
産科無過失補償

大磯義一郎

小島崇宏

井上清成

15:00 session03(P.7~8)

15:45 医療改革の現在

立谷秀清

小野俊介

浅原新吾

大西睦子

15:45 session04(P.9~12)

17:30 被災地の復興

藤原真哉

菅野優太

高村泰広

阿部光裕

吉田克彦

箱崎亮三

秋山淳一

11月11日(日)

10:00 session05(P.13)

10:30 エキナカクリニック

久住英二

10:30 session06(P.14)

11:30 医学部新設

泉田裕彦

湯地晃一郎

12:30 session07(P.15~16)

14:00 がん

吉野ゆりえ

森田達也

松井彰彦

宮野 悟

14:00 session08(P.17~18)

14:45 ポリオワクチン

細部千晴

谷本哲也

吉川恵子

15:00 session09(P.19~20)

16:30 被曝・健康被害

林 隆久

石井武彰

坪倉正治

島園 進

16:30 session10(P.21~23)

18:00 政権交代を振り返る

小松秀樹

土屋了介

内田健夫

森澤雄司

鈴木 寛

梅村 聡

18:00 閉会のご挨拶(P.2)

高久史廣