

挨拶

林 良造

(明治大学国際総合研究所長)

(はやし・りょうぞう) 東京大学公共政策大学院客員教授。経済産業研究所コンサルティングフェロー。キヤノングローバル戦略研究所理事・特別顧問。機械振興協会経済研究所長。1970年京都大学法学部卒業。ハーバード・ロースクールLLM。2001年経済産業省経済産業政策局長。2004年東京大学公共政策大学院教授。

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。

ご挨拶

林 良造

早いものでこの「現場からの医療改革推進協議会」も第10回を迎えます。

今年はとりわけ一年が速く感じられるような気がします。

振り返ってみると、医療の研究開発体制ではAMEDが発足しました。薬事の分野でも医薬医療機器法が成立し施行段階に入ってきています。再生医療でも新方式での再生医療も承認が始まりiPS細胞を使った臨床研究も進んでいます。医療供給体制・医療財政の分野でも、変革の原動力となる医療情報の利活用についての検討も進んでいます。保険制度・医療供給面でも様々な改革が行われ始めました。懸案となっていた医療事故調もようやく開始されようとしています。

思い返すと、10年前には、日本の医療制度は、世界に冠たる万全のものであるという考えが支配的でした。そのほころびが随所で明らかになってきているにもかかわらずその改革への具体的道筋は見えず、現場では危機が起こらないようにつぎはぎをしながら支えるということを強られる状態でした。

その中で、本協議会においては、高齢化、医療技術の進歩、制度のゆがみなど本質的

問題を、ある時には正面から、ある時にはトピックスに対応して、現在現場で起こっている材料を提供する形で提起し、その解決に向かっての知恵を組み立てる場を提供してきました。

そして今、多くの改革が進み始めました。しかしながら、多くの新たな制度は今から具体化の段階を迎えます。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、医療には、多くの人々がかかわり、また、様々な制度がかかっています。医療資源が適材適所に配置され医療の質を改善し続けるように、制度の細部を設計し人々の意識の変革に働きかけることが求められます。さらには環境が変化し続ける中で、制度がよどんだものとなってしまわないために声を上げ続ける変革を求める動きも極めて重要です。

今回も、この場での議論が、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

医療改革の現在

れぎゅらとりーさいえんすはさらに蔓延

小野俊介

小野俊介

(東京大学大学院薬学系研究科准教授)
(おの・しゅんすけ) 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。

土屋了介

(神奈川県立病院機構 理事長)
(つちや・りょうすけ) 1970年慶應義塾
大学医学部卒業。米国メイヨー・クリニ
ック留学、防衛医科大学校、国立がんセ
ンター等を経て、2006年に国立がんセ
ンター中央病院院長。2010年同院長を
退任。2012年公益財団法人がん研究会
理事、2014年地方独立行政法人神奈川
県立病院機構理事長。2008年厚生労働
省「安心と希望の医療確保ビジョン」具
体化に関する検討会委員、「医療におけ
る安心・希望確保のための専門医・家庭
医（医師後期臨床研修制度）のあり方
に関する研究」主任研究者、内閣府行政
刷新会議「規制・制度改革に関する分科
会」ライフイノベーションWG主査、規
制改革会議専門委員などつとめる。

満岡 涉

(諫早医師会副会長)

及川友好

(南相馬市立総合病院副院長)

瀧田盛仁

(地方独立行政法人 神奈川県立病院機構
神奈川県立がんセンター 治験管理室医長)

石本茂彦

(森・濱田松本法律事務所 パートナー弁護士)

先日、日本の医療政策を紹介するプレゼンに、勇ましく「日本のレギュラトリーサイエンスを世界に発信する！」とあるのを見て驚いた。「日本の高度な医療を世界に輸出する」政策のタマの一つらしい。確かに日本の優れた医療システム・医師（そうなのですよ？）をグローバルビジネスで使わぬ手はないと外野が考えても何ら不自然ではないし、買い手さえいれば頑張って輸出するのもよからう。

しかし、日本のれぎゅらとりーさいえんす（長いので「れ・さ」と略す）ってそれ一体なんだ？ 伝統工芸の一種？ そんなものが存在することを不勉強にも私は全く知らなかった。そもそも「れ・さ」という概念が分からない。最近の医薬系の学会誌は、ネタ枯れを反映してか、やたらと「れ・さ」特集が多い。興味深いのは、その手の特集号の論文のタイトルにはきまって「れ・さ」という語が含まれていること。まるで選挙運動のように「皆様、これこそが、れぎゅらとりーさいえんすでございます！」と連呼しないとそれが「れ・さ」の論文だとは誰にも気付いてもらえないらしい。少し哀れである。ちなみに20年前にはそうした論文は「薬事・衛生行政（の紹介）」

と正しく分類されていた。

特集号では、今の規制・ガイドライン等が説明され、それらがなんとなく正当化される。面白いことに、そうした特集号で「現在の規制のここがダメである」と科学的根拠に基づき指摘する著者はほぼ皆無である。規制システムの欠陥を科学の言葉ではっきり指摘することこそが本領域の研究者の最も重要な使命だと思うのだが、そんな研究者はこの「れ・さ」の領域では生きていけないのかも。科学の定義は山ほどあるが、「仮説に誤りはあり得ない」ことを前提とした「科学」をポパーは似非（エセ）科学と呼んだ。

日本人がもてはやす「れ・さ」は単に当局からの情報公開であり（その重要性は誰も否定しない）、科学の営みではあるまい。学会・行政・ビジネスの重鎮の方々が「キミたち、似非科学への悪乗りは止めて、きちんと学問しなさい！」と現状を厳しく叱責することもない現在の姿は、日本にregulatory scienceが（未だ）存在しないことの証であろう。

一方、これを書いた私は、いろいろなヒトからまた厳しく叱責されるのである(笑) …

ついに始まった医療事故調査制度 ～自分の身は自分で守ろう～ 満岡 渉

満岡 渉

(みつおか・わたる) 1958年長崎県諫早市生まれ。1984年九州大学医学部卒業、九州大学循環器内科入局。循環器専門医。松山赤十字病院等での勤務を経て、1994年長崎県諫早市で満岡内科・循環器科を開業。2006年諫早医師会理事。2012年同会副会長。医療紛争に関する反対活動を開始。2014年同志とともに「現場の医療を守る会」を立ち上げ、今年もまた医療事故調にとっぷり。

2014年6月改正医療法が成立し、今年10月ついに医療事故調査制度が始まった。長年この制度に反対してきた者としては痛恨の極みだが、法律が成立した以上これに備えねばならない。筆者の属する「現場の医療を守る会」では、日本医療法人協会の協力を得て、昨年10月法律の適正な運用を定める「医法協ガイドライン」を発表した。幸い「医法協ガイドライン」が厚労省検討会の正式なたたき台として採用されたため、われわれは制度の運用を定めた厚労省の省令・通知に、この制度から身を守るための「安全弁」を仕込むことが出来た。

医療事故調査制度推進派の中心にいるのは、医療に恨みを持つ一部の被害者団体と医療事故を商売と考える法律家であり、彼らの目的は、調査報告書を訴訟・紛争の証拠として利用することである。この動きに、医療行為の過失を判定することが医療安全だと考える似非医療安全専門家や、厚労省、日医などがそれぞれの思惑の下に加わり、

事故調査制度は彼らの複合利権になりつつある。彼らに共通するのは、医療事故を紛争すなわち規範的非難から切り離して科学として捉える姿勢の欠落であり、このような態度からは、真の医療安全を得られない。

しかし、彼らは制度を「成功」させるべく、法律を逸脱した解釈・説明を全国で広めており、これに呼応して筆者の周囲でも、上が決めたことには従うべきだとして、この制度を積極的に利用しようと主張する医療従事者が少なくない。厚労省・日医といった「権威」を無批判に信じる権威主義と思考停止であり、あたかも、笛吹男の笛の音に誘われて川になだれ込んで行くネズミのようである。

現場の医療者がこの制度の危うさに気付き、われわれが仕込んだ「安全弁」をフルに利用して、制度に慎重に向き合うことを願うが、自分の身を守れるのは、最後には自分しかない。

被災地基幹病院の医療改革 及川友好

及川友好

(おいかわ・ともよし) 1959年生まれ。1987年福島県立医科大学卒。2007年南相馬市立総合病院に副院長として着任。2009年福島県立医科大学脳神経外科臨床講師兼任。2013年広島大学客員教授兼任。2014年福島県立医科大学放射線管理学講座非常勤講師。東日本大震災以後、現地に留まり地域社会の崩壊、医療崩壊、そして国が設けた規制区域の様々な混乱を見届ける。現在は南相馬市立総合病院での活動を中心に、南相馬市医療ボランティアコーディネーター、避難所連絡会議議長、仮設住宅連絡会議議長を務めるなど、現在も仮設住宅での積極的な健康支援を行っている。

福島県東北部に位置する南相馬市は東日本大震災による地震、津波の被害に加え、福島第一原子力発電所（FDNPP）の事故による様々な不利益を被った。震災から4年9ヶ月経過した現在、常磐自動車道、国道6号線が開通し道路交通網はある程度整備され、市内人口も震災前の7割まで戻ってきたが、一方ではJR常磐線は福島北部で未だに不通であり、FDNPP20km圏内の居住制限は解かれていない。また、出産数、学童数の低下から極端な少子高齢化社会が続いている。

震災を通して病院は社会の縮図であることを改めて感じる。地域における生産人口の減少とともに医療スタッフも、医師16人から4人、看護師128人から82人、リハビリ12人から3人と激減した。

医療スタッフ激減の原因は入院医療の中断、被曝に対する過度の反応、大規模避難による社会インフラの崩壊など原因は様々であったが、その後の復興努力により看護

師以外のスタッフは震災前以上に集まっている。

たとえば、医師は常勤医24名＋初期研修医6名まで増えた。医師人生の最後に被災地に貢献したいとするベテラン、被災地医療や研究を今後のキャリアアップに繋げたいとする中堅や後期研修医、そして今しか被災地を見られないという理由で初期研修医たちが集まってきている。当院では震災初期の混乱期から支援、共同研究、取材などの申し出を可能な限り受け入れて来た。その結果、地方の病院としては珍しく、地域を越えた医療人、施設との協力関係が構築され、更には医療の枠を超えた方々との協力関係も築けたと考える。

医療とは人が為すものであり、組織とは人の集まりであるならば、一病院のミクロ的な医療改革は人の質、数、関係の改革に他ならない。当院での医師確保の具体例を述べながら、医療改革軌跡と現在の問題点について考えてみたい。

重粒子線治療と先進医療

瀧田盛仁

重粒子線治療は、日本が誇る先進的な医療技術の一つである。1994年に世界で初めて放射線医学総合研究所でヒトに対して応用した。以来、日本では12,000人以上の患者さんが重粒子線治療を受けている。現在、日本で4ヶ所、世界では、ドイツ、中国（上海）、イタリアの医療機関で重粒子線治療が行われている。なお、アメリカには重粒子線治療施設は1ヶ所も稼動していない。

通常のX線を用いる放射線治療と比較して重粒子線の特徴は、体内のより深いがん病巣に命中できること、がん細胞を破壊するパワーが強いことである。治療期間も劇的に短縮できる。

ところが、健康保険は適応されておらず、「先進医療A」という保険承認の前段階にある。「先進医療制度」とは、有望な先進的な新薬や医療技術に対して、保険診療と未承認の治療法との併用（混合診療）を認める制度である。先進医療では、新規治療法の費用は患者さんの自己負担となるが、民間保険会社は、この自己負担分を軽減す

る「先進保険特約」を販売している。

保険承認が遅れている原因の一つは、他の治療法に対して重粒子線治療が優位であるという明確な根拠が示されていないことにある。平成22年以降、厚生労働省の「先進医療会議」も同様なことを指摘している。現在、日本放射線腫瘍学会が主体となって、新たな臨床試験を計画し課題に答えようとしている。しかし、X線や陽子線治療の技術改良や縮小手術の進化もあり、生存期間というような従来型の「ものさし」だけでは、重粒子線の優位性は必ずしも証明されないかもしれない。別の問題は、約300万円から350万円強という高額な医療費である。これは、重粒子線施設の建設に巨額な費用がかかるためである。

このように、重粒子線治療は極めて有望な治療法である一方で、克服すべき課題も多い。課題解決には、医療機関や学会、行政、重粒子線治療機器メーカー、民間保険会社等、患者を取り巻くステークホルダーが互いに歩み寄る必要がある。

瀧田盛仁

（たきた・もりひと）山口県山口市出身。2004年山口大学医学部卒業。2012年東京大学大学院医学系研究科卒医学博士。虎の門病院、東京大学医科学研究所附属病院で内科及び血液内科研修後、ペイラー研究所にて膵島移植（糖尿病患者のための細胞治療）の臨床及び基礎研究に従事した。2015年から現職。治験・臨床研究の支援に従事。

中国人の法意識 ～医療と不法行為法を巡って

石本茂彦

医療の過程における患者の死亡に際し激高した家族が医療関係者に激しい暴力に及ぶ。手に手に棒で「武装」した一族郎党や村民の団が病院に押し寄せる。時には逆に医師らを死に至らしめる。中国ではこの手の事件が21世紀になった今でも少なからず起きている。

こうした現象の背景には、中国の法律制度が抱える様々な問題——裁判制度の不全、法律の不備等々——がある。中国政府は「法治国家」の建設を標榜し、こうした問題の改善に積極的に取り組む姿勢を見せている。2010年の不法行為法（権利侵害責任法）の施行や、ここ1～2年特に強調されはじめた裁判制度の改革などはその一

環と言える。

例えば不法行為法では、全92条のうち11条が医療に関する規定に割かれている。そこには、医療機関の民事損害賠償責任、医師の過失判定基準、医療機関の免責事由は勿論、逆に患者の側からの不法行為等から医師や医療機関の権利を保護する規定も置かれ、中国の「実情」に即した紛争解決への志向が見て取れる。

そして、これらの現象や法律のさらなる背後には、中国人特有とも言えるある種の「法」に対する意識のあり方——国家法との距離感、紛争の解決、家族観等々——が透けて見えることもある。

石本茂彦

（いしもと・しげひこ）東京大学法学部、米国ニューヨーク大学ロースクール(LL.M)卒業。94年弁護士登録。森・濱田松本法律事務所・上海事務所首席代表（前・北京事務所首席代表）。東京大学法科大学院非常勤講師、中国華南国際経済貿易仲裁委員会仲裁人、経産省産業構造審議会不公正貿易政策・措置調査小委員会委員、日弁連国際交流委員会・国際業務推進センター各委員。中国・ベトナム等のアジア諸国等のクロスボーダー投資（M&A、合併等）、ファイナンス案件、独占禁止法案件、不動産投資案件、製造物責任・知財等の紛争案件などを幅広く手掛ける。

session 02

東北で医療者を育てる(1)

森田知宏

(相馬中央病院内科医・東京大学大学院医学系研究科院生)

(もりた・ともひろ) 1987年大阪府池田市生まれ。2012年3月東京大学医学部卒。亀田総合病院での初期研修後、2014年4月より福島県の相馬中央病院で内科医として勤務。また、同年東京大学医科学研究所の大学院生となる。

尾崎章彦

(南相馬市立総合病院 外科)

(おざき・あきひこ) 1985年福岡県宗像市生まれ。2010年東京大学医学部卒業。同年、国保旭中央病院初期研修医。2012年竹田総合病院外科研修医。2014年より現職。初期研修医時代に、東日本大震災に被災。当時住んでいた旭市は、津波の被害に遭い、千葉県で最も多くの死者が出た市町村だった。

Claire Leppold

(南相馬市立総合病院 研究者として勤務)

浜通りの魅力

森田知宏

私は、学生時代から医師のキャリアパスについて幅が狭いことに疑問を持っていた。現在も、専門医などでは画一化が進んでおり、時代のニーズとは逆行しているように感じる。医局のカリキュラムに沿って専門分野を探究するのは選択肢としてはありだろうが、それ以外の可能性を排除するのはいただけない。

共感した方には、浜通りで働くことをおすすめしたい。浜通りと聞くと、原発事故を連想される方が多いだろう。確かに2011年から現在に至るまで、原発事故の影響は残っているし、被害も甚大だ。しかし、私が相馬市、南相馬市に来たのは、原発事故に対して被災地支援のためだけではない。浜通りでの勤務が魅力的だったからだ。実際、私は現在も恵まれた環境にあると実感している。

浜通りの魅力、それは以下の3点である。

- ・世界でリードできる課題の先進地域であること
- ・信頼できる「仲間」がいること
- ・自分で主体的にできる範囲が広いこと

例えば、私が興味を持っているのは高齢化問題である。日本は世界一の高齢化国家である。なかでも浜通りは、急激に高齢化が進んだ地域である。この状況は高齢化が急速に進行するアジア諸国と似ている。浜通りで具体的な経験を積んで課題を明らかにすることは、世界で進行する高齢化問題への示唆に富む。

研究活動を進めるうえでの仲間も充実している。東京の指導者、共同研究者とはもちろんのこと、海外の研究者ともやり取り可能である。浜通りには課題はごまんとあるため、少しでも改善できることは多い。

課題が多い一方で、まだ人は少ない。結果的に、自分で主体的にできることが多くなる。今年は英国や中国でプレゼンをする機会も得た。自分のキャパシティを超えたタスクを抱えているのが現状だが、それは幸せな状況でもある。

今後も浜通りの魅力を正しく伝えることができれば、少なくとも5年程度は若手医師・研究者が集まるだろう。結果的に、それが地域の復興につながるはずだ。

地域に学ぶ

尾崎章彦

私は、現在、南相馬に勤務する6年目の外科医である。もともと東北に縁はなかったが、東日本大震災を契機に、この3年半は福島県で勤務している。

とは言え、最初の2年半は、母校が主催する後期研修プログラムの一環で、会津地区において一般的な外科研修に勤しんでいた。この期間、一度も浜通りを訪れたことはなく、放射能被ばくといった健康問題に関して、真剣に考えたことはなかった。日々の臨床に打ち込みながら、将来は大学に戻って、大学院に進学して、ハイボリュームセンターで修行して…というような、外科医としての一般的なキャリアパスを漠然と思い描いていた。

そのような自分が、なぜ大学とのつながりを絶って、1年前にこの地に移住したのか。最も大きな動機は、将来への不安である。会津で過ごした数年間、日々のステップアップや患者との関わりは喜びの連続だった。その一方で、ブラックジャックを目指すほどの外科的な素養がないことには、気付き始めていた。自分の能力を見定めただけに、目の前に敷かれたレールの上を盲目的に進んでも、世の中から必要とされる存在にはならないことは、容易に想像できた。これは、多くの若手医師に共通する悩みだろう。その価値観の多様化に対して、医療の体制の変化は相対的に乏しく、受け皿はあまりに少ないように見える。

森田医師の発表にあるように、浜通りには、若者が地域で活躍できる環境が整っている。私の現在の主な興味は、一方で、震災後の社会的孤立による癌患者への影響であり、他方では、農地や土地の荒廃による蜂や蛇などの害獣被害への影響である。必ずしも一貫性はないが、重要な点は、これ

らの問題の解決が、地域にとってニーズがあることである。地域医療は決まった形を押し付けるのではなく、住民のニーズに応じていく作業である。この1年間で学んだのは、そのようなことかも知れない。同様に、医師のあり方というのも、一つでなくともよいはずだ。

福島から世界へ

Claire Leppold

2011年3月日本の東北地方を震災が襲った時、私はアメリカの自宅で、打ち震えるような気持ちでテレビに釘付けになっていた。それから4年が経過し、私はその場所で研究者としての第一歩を踏み出した。その事実、自分自身が最も驚いている。

転機となったのは、今年の2月、坪倉正治医師が、私が在籍するエディンバラ大学で講義を行ったことだ。直接耳にした日本の被災地の現状は、テレビやインターネットで知り得たものとは大きく異なっていた。また、坪倉医師らの活動は住民の生活に根ざしており、私もその一員に加わりたく強く思わせるものだった。そこからの展開は目まぐるしかった。今年の春には3ヶ月間にわたり南相馬に留学。多くの方の助けを得ながら、震災が糖尿病患者に与えた影響を、まとめることができた。

この経験は、私に大きな印象を残した。強く感じたのは、南相馬は依然として多くの問題を抱えていることだ。放射能による直接的な被害以上に、震災がもたらした心理社会的な影響は、地域コミュニティーに大きな傷跡を残している。加えて、生活習

慣病の悪化、高齢化、社会的孤立など、課題が山積している。

一方で、この地域に強い親しみを感じたのも事実だ。実際にこの地に住み、人々と交流する中で、私はもっと多くの時間を過ごしたいと考えるようになっていた。大学院を卒業した今、この地に戻ってくることができ、心から嬉しく思っている。

私が特に取り組んでいるのは、健康の社会的決定要因（Social determinants of health）が、どのように人々の健康に影響を与えるかという点である。多くの生活習慣病や結核などの感染症は、社会的弱者により強い影響を与える。災害のような状況ではなおさらである。私は、そのような人々の助けになるような活動を行っていきたい。

この地域の実情は驚くほど世界に知られていない。信頼できる仲間と協力しながら住民の健康問題に取り組むとともに、その結果を世界に発信して、福島に対する正しい認識が広がっていくための努力を続けていきたい。

Claire Leppold

（レポード・クレア）アメリカ合衆国オレゴン州出身。2014年オレゴン大学卒業。2012年から1年間早稲田大学国際教養学部留学。2015年英国エディンバラ大学大学院卒業。同年より現職。専門は国際保健医療学。現在、福島県浜通りにおいて、現場の医師と協力しながら住民の健康問題に取り組んでいる。

session 03

医療費問題 (パネルディスカッション)

日本の財政と医療システム再設計 ～医療・健康マネジメント地域システムの提案～

松田まなぶ

上 昌広

(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
特任教授)

(かみ・まさひろ) 1993年東京大学医学
部卒業。1997年同大学院修了。医学博士。
虎の門病院、国立がんセンターにて造血
器悪性腫瘍の臨床研究に従事。2005年
より東京大学医科学研究所探索医療ヒュー
マンネットワークシステム(現 先端
医療社会コミュニケーションシステム)
を主宰し医療ガバナンスを研究。

松田まなぶ

(前衆議院議員、東京大学大学院客員教授)

(まつだ・まなぶ) 松田政策研究所代表、
元財務省官僚、横浜市立大学客員教授、
大樹総研特別研究員、国家基本問題研究
所客員研究員、外。1981年東京大学経
済学部卒業、大蔵省に入省。ドイツ留学、
本省各局、他省庁、内閣審議官、財務省
本省の課長、東京医科歯科大学教授、
(独)郵貯・簡保管理機構理事、預金保
険機構金融再生部長への出向等を経て、
2010年4月に政界進出のため退官。2012
年衆議院議員に当選、日本維新の会・国
會議員団副幹事長、次世代の党・政調会
長代理、衆議院内閣委員会理事等を歴任。
財務省在職時より言論NPO理事等として
日本の政策論の舞台形成に尽力、医療シ
ステム改革についても提言。著書「国力
倍増論」等多数。

渋谷健司

(東京大学医学系研究科国際保健政策学教授)

上田和朗

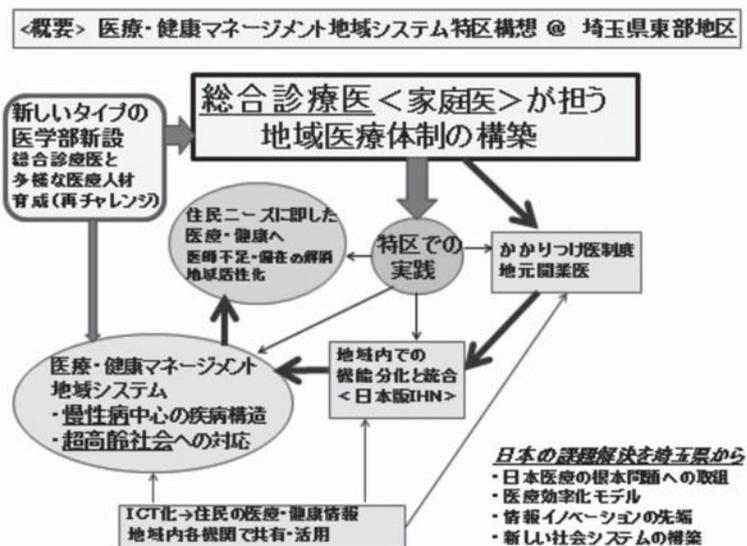
(ウエキ税理士法人 監査部部長)

小松恒彦

(帝京大学医学部第三内科教授)

アベノミクスに補うべきものがあるとなれば、それは長期的な「持続可能性」である。政府はこれまで「中長期の経済財政に関する試算」でも、現在の力づくでの金利抑制の効果の継続で公債等／対GDP比率の低下をギリギリ示せる2023年度までの推計しか提示してこなかった。問題は、その先にある。団塊の世代の後期高齢者世代入りで医療と介護への財政需要が爆発的に拡大する2024年度以降を視野に入れば、名目3%の経済成長の永続という超楽観的理想のもとでも、今後10年程度の間50～60兆円規模での国民負担増(増税が社会保障費の削減)を行わねば、財政の長期的持続可能性は確保されない。経済成長と財政とのつじつまは既に合っておらず、これが財政の「不都合な真実」の姿である。対応策の王道は、日本の3,300兆円の金融資産(世界ダントツ一位の367兆円の対外純資産)をフロー化し、医療システムを中心に社会保障分野に民のおカネが回る仕組みを組み立てることにある。その動きを引き出すバリューを医療サイドなどで組み立てるべく、第4回の本協議会では「三層構造の医療財源システム」を提案した。これに加えて今回は、上述の財政問題との関連のもとに、医療財源確保にもつながる政府サイドの新たなファイナンス措置の仕組みとして、政府保証債の活用と日銀基金構想にも触れてみたい。しかし、何よりも重要な

は、医療をユーザーサイドを起点にした社会システムと捉え、国民や時代のニーズに応える「地域システム」として再設計することで、効率と効果の最大化を目指すことである。それは国民負担増を回避しつつ医療費の合理化を図る上での要諦でもある。その一つのモデルとして今回は、現在提案中の「医療・健康マネジメント地域システム特区構想」について取り上げる。これは、現在の医療システムそのものが、国民の主要な疾患は感染症というすぐに治る形態の病気だった、1961年の国民皆医療保険制度の導入当時に出来上がったものであり、主要な疾患が慢性病へと変化し、社会の高齢化がこれを促進しているこんにち、時代の変化に応えられるよう再設計が必要な局面にあるとの認識に基づく。主要な柱は、①総合診療医が担う地域医療体制、②地域内IHN(機能分化と統合)、③ICT化による地域内個人認証システム、④様々な角度から日常の健康を「マネージ」するエリアを構築し、⑤そのために多様な能力を有する医療人材と総合診療医を育成する新しいタイプの医学部を設置することである。この構想試案を医師不足・偏在の問題とも関連させつつ、議論のたたき台として提示したい。日本が世界の課題解決センターとして先駆的なモデルを提示する国へと飛躍するよう、活発な議論を期待するものである。



「保健医療2035」～20年後の医療ビジョン～

渋谷健司

筆者は、20年後の保健医療のあり方を検討する厚生労働省の「保健医療2035」策定懇談会の座長を務めた。既存の枠組みや制約にできるだけとられず、社会システムとしての保健医療のあり方の転換や求められる変革の方向性を議論した。6月9日に最終提言書を公表した。そこでは保健医療制度を規定してきたパラダイムの転換が提唱されている。

保健医療のパラダイムが大きく変わる中で、わが国がとるべき道は次の3つである。第1に、「保健医療の価値を高める」ことである。つまり、より良い医療をより安く享受できるよう、医療の質の向上や効率化を促進し、地域主体でその特性に応じて保健医療を再編していくことだ。2つ目は、「個人の主体的選択を社会で支える」ことである。患者は基本的に受け身であり、どの医療機関にかかるべきかなどの情報を持っていない。今後は、人々が自ら健康の維持や増進に主体的に関与できるようにする。また、健康は個人の自助努力のみで維持・増

進できるものではない。個人を取り巻く職場や地域などの様々な社会環境、いわゆる「健康の社会的決定要因」を考慮することが求められる。最後に、「日本が世界の保健医療をけん引する」ことである。高齢化、生活習慣病のまん延や医師不足は、日本の地域医療のみならず世界共通の課題である。

こうしたビジョンに基づいた保健医療は年齢、疾病や障害にかかわらず、あらゆる人に自らの能力（アマルティア・センのいうところの「潜在能力」）を発揮できる場を与え、お互いを尊重する社会の礎となる。所得格差の拡大や貧困層の増加などの中で、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの土台が崩れないようにしながら、特に地方での雇用を支え、経済活動の基盤としての存在感を高めていくであろう。保健医療への投資は経済・社会システムの安定と発展にも寄与する。わが国は、様々な暮らし方、働き方、生き方に対応できる「健康先進国」としての地位を目指すべきだ。

渋谷健司

（しぶや・けんじ）1991年東京大学医学部医学科卒、帝京大学附属市原病院麻酔科医員（研修医）として勤務。1993年米国ハーバード大学リサーチ・フェロー。1999年に同大学より公衆衛生学博士号取得。同年、帝京大学医学部産婦人科助手、2000年衛生学公衆衛生学講師。2001年に世界保健機関（WHO）シニア・サイエンティスト（保健政策のエビデンスのための世界プログラム）就任。2004年にWHOコーディネーター（評価・保健情報システム/保健統計・エビデンス）を経て、現職。

医療費問題―首都圏医学部の経済状況

上田和朗

首都圏の13大学病院の財務状況を分析して驚いたのは、このままでは、大学病院が倒産してしまうということです。定員増にも関わらず少子化や不況の影響で、「大学倒産時代」という言葉があります。これまでは、少数の高校が倒産をしている事例がある程度で、余り、身近には感じません。しかし、大学病院が倒産をしてしまつては、治療を頼っている方々や働いている方々にとって、そんなことを言っていられなくなります。果たして、大学病院の倒産などということが起こりうるのでしょうか。

13大学病院のうち、最終的に黒字になっているのは、9大学病院です。しかし、もし寄付金や国等からの補助金がなければ、3大学病院しか黒字になりません。通常の企業であれば、売上以外に、寄付金や補助

金を貰うことはほぼありません。企業の場合は、研究をする場合も補助金はほとんどなく、過去の利益の積立の剰余金から工面をして明日の売上に繋げています。しかし、大学病院の場合は、その割合が平均すると収入の7%くらいの割合で寄付金や補助金があります。勿論、研究の対価に対しての補助金等であるかとは思いますが、それでも実際には、補助金なくしては成り立たない状況です。

長い平均寿命は、国民皆保険、医療の充実によりもたらされて来たと思いますが、その中で、大学病院の状況がこれだけ厳しくなっているという認識をもっていただき、これからどうしていけばよいのかを考察するための現状を知る機会にしたいと思っています。

上田和朗

（うえだ・かずお）1968年大阪府箕面市生まれ。多数の企業の監査や幹部教育、経営計画の立案から個人のファイナンシャルプランニング、相続対策等のコンサルティングをする傍ら、FP・FA、税務・財務研修、その他様々な研修の講師をしている。2008年ビジネス・ブレイクスルー大学院大学経営管理修士。

日本の医療は上下水道と同じ「インフラ化」が進む ～安くて安全な水が出るのは当然。過度の品質は求めるな～

小松恒彦

小松恒彦

(こまつ・つねひこ) 北海道出身。1988年筑波大学医学専門学群卒業。1994年筑波大学大学院医学研究科博士課程修了。2006年帝京大学ちば総合医療センター血液内科助教授、2010年同教授。1997年から医療法人社団筑波記念病院血液内科科長として、日本で初めて急性白血病治療のクリティカルパスを作成し運用した。2002年からはDPCに対応したパスを多数作成。血液内科医として診療に携わる傍ら、医療経済・情報・経営・マネジメントに関わる研究と実務に従事している。

診療報酬改訂の度に1%程度の増減が大騒ぎとなるが、包括医療費支払い制度(DPC)の報酬が話題になることは少ない。しかし主に大規模病院が対象となるDPCにおいては、2年ごとの改訂で10~20%の増減(主に減)は茶飯事である。血液がん化学療法には高額な薬剤費が必要である。DPCでは「大赤字」になるリスクが極めて高い。筆者は筑波記念病院で出来高からDPCへの転換を経験した。稼ぎ頭が大赤字科になるという衝撃であった。DPC下で如何に医療の質を保ちつつ適切な収益を確保するか。困難な命題ではあったが、DPCの点数と薬剤費を計算し、頻用される化学療法で概ね収益を保つことが可能となった。しかし安堵もつかの間、次の改訂で全てが見直し対象となった。1~2%の変化ではない。10~20%の増減やDPC⇔出来高の変更が多数出現。樹系図も細分化し、患者への対応も複雑化。同じ「悪性リンパ腫」という疾患でも、B細胞性なら14日入院、T細胞性なら3日の入院という奇怪な事態が常

態化した。医学の勉強より、人間が作った仕組みの分析の方が重要という本末転倒であった。何が目的なのか? 幸か不幸か、これらへの対応が評価され2007~2009年、2010~2012年度に医療と介護の連携、がん医療経済をテーマとした厚生労働研究班代表を務めることとなり、各国の医療費制度の調査、がんに必要な費用全体を研究する機会に恵まれた。その結果分かったことは、大雑把にいうと、米国では医療はビジネス、欧州では社会インフラ、日本はそれらの中間である。日本は医療のインフラ化を進めていることが分かれば、医療を取り巻く環境が徐々に悪化する意味が理解できる。多くの医師や医療機関は「飲める水道水」であることを求められているのである。エビアンやペリエは過剰、もしくは自費で。意外に知られていないが、ドイツのように10%の富裕層は民間保険、その他90%は公的保険、民間保険なら教授が往診に来てくれるという状況がゴールかもしれない。

session 04

上研究室10年

上研卒業生たちの今、未来

児玉有子

(東京大学医科学研究所特任研究員)

(こだま・ゆうこ) 看護師・保健師。久留米大学医学部看護学科卒業、佐賀医科大学大学院修士課程修了。虎の門病院病棟看護師、佐賀大学医学部看護学科助手を経て現職。

東京大学医科学研究所に2005年10月に誕生した探索医療ヒューマンネットワークシステム部門設置以降、現在の先端医療社会コミュニケーションシステム社会連携部門に至るまで、多くの学生や若手の医療者が研究室を訪ねてきてくれています。その数は250人を超えました。

そして、彼らと多くのプロジェクトに取り組みました。その代表はコラボクリニックであり、医師不足は看護師不足のデータ収集であり、東日本大震災発生直後の様々

な支援です。

当研究室が瞬発力をもって活動できるのもこのような若者の参画があるからです。

本セッションでは、医療系以外の学部在籍しながら医科学研究所に通い、大学卒業後も何かと関わり続けてくれている卒業生を中心とするメンバーとともに、10年を振り返り、学生時代からお世話になっている皆様へ成長のご報告と今後の決意を述べさせていただきます。

session 05

10年を振り返り

現場からの医療改革推進協議会の歩みとこれから

鈴木寛

鈴木寛

(東京大学公共政策大学院教授、慶應義塾大学政策メディア研究科兼総合政策学部教授)

(すずき・かん) 1986年東大法学部卒業後、通産省入省。慶應義塾大学環境情報学部助教授を経て、2001年参議院議員初当選(東京都)。12年間の国会議員任期中、文部科学副大臣を2期務めるなど、教育、医療、スポーツ・文化・情報を中心に活動。超党派医療危機打開議連幹事長。文部科学副大臣時代、内閣官房に医療イノベーション推進室を立ち上げ。

2014年2月より、東京大学公共政策大学院教授、慶應義塾大学政策メディア研究科兼総合政策学部教授に日本初の国立・私立大学教授同時就任。ほか大阪大学招聘教授(医学部・工学部)、日本サッカー協会理事。10月より文部科学省参与に就任。2015年2月文部科学大臣補佐官を務める。著書に『熟議のススメ』(講談社、2013年)、『テレビが政治をダメにした』(双葉新書、2013年)、『『熟議』で日本の教育を変える』(小学館、2010年)など。

福島県立大野病院事件。産婦人科医が全力を尽くして治療にあたったけれども、患者さんを救えなかった。そして、その医師が業務上過失致死容疑で、病院で逮捕される事件でした。司法と警察により日本の医療は破壊される危機に直面しました。この時の刑事告訴に反対する署名活動を経験し、現場の医療者が声を上げることの重要性に思いが至り、2006年に第1回シンポジウム開催するに至りました。以後、年1回のペースで開催を続けてきました。大野病院事件で、自らの生命を賭して解決に尽力された故佐藤章福島県立医科大学名誉教授の姿は未だにまぶたに焼き付いています。会のテーマは、その時々の問題に即して、多様な問題を提起してきました。医療事故調査のあり方、不活化ポリオなどワクチン行政

の問題、医学部定員増につながった医師不足についての議論がありました。また、医療の受け手である患者さんも発表を行う場であることもこのシンポジウムの特色です。ほか、法律家、政治家、教育者、スポーツ選手など様々な立場の方にも、医療を良くするために議論いただきました。

いま、日本は少子化と高齢化という二つの事態に直面しています。医療は、今までよりも国民の関心事となります。今後も生じるであろう様々な問題について、是非シンポジウムで議論を重ねて参りましょう。『現場からの医療改革推進協議会』シンポジウムが15回、20回と続きますよう、引き続き皆様のご指導、ご協力をお願い申し上げます。

session 06

がんの先進医療

ゲノム情報の医療応用とその課題

小川誠司

久住英二

(医療法人社団鉄医会理事長)

(くすみ・えいじ)新潟県長岡市出身。1999年新潟大学医学部卒業。内科医。専門は血液内科、旅行医学、ワクチン。働く人や、子育て世帯の親子が受診しやすいよう、平日夜9時まで診療するクリニックをJR立川駅・川崎駅・東中野駅の駅ナカに開設している。神奈川県予防接種研究会委員。ワクチンによる副反応については速やかに無過失補償を受けられるべきとの立場だが、HPVワクチンを推進したとして、HPVワクチンによる被害を受けたとする人たちが名指しで批判を受けている。

小川誠司

(京都大学医学研究科腫瘍生物学講座 教授)

(おがわ・せいし)1988年3月東京大学医学部医学科卒業。1988年6月内科研修医(東京大学および自治医科大学)。1994年3月東京大学大学院医学系研究科博士課程(臨床第一医学専攻)修了。1994年4月東京大学医学部附属病院非常勤医員(第三内科)。1996年1月日本学術振興会特別研究員。1997年4月東京大学助手医学部附属病院助手。2002年9月東京大学大学院医学系研究科造血再生医療寄付講座客員助教授。2006年10月東京大学大学院医学系研究科21世紀COEプログラム特任准教授。2008年5月東京大学大学院医学系研究科「大規模ゲノミクスによるオーダーメイドがん診療技術の開発」特任准教授。2013年4月京都大学医学研究科腫瘍生物学講座教授(現在まで)。

岩澤倫彦

(ジャーナリスト、ドキュメンタリー作家)

Sharon Hanley

(北海道大学医学研究科
総合女性医療システム学 特任助教)

大西睦子

(内科医師、米国ボストン在住、医学博士)

遺伝という現象は言うまでもなく、生物現象の本質に関わる概念である。子供がさまざまな点で親に似ること、血液細胞が分裂して神経細胞になることがない、などといったことは、わかりやすい例である。同様に、病気になりやすさも遺伝するし、がん細胞が分裂するとやはり、がん細胞になる。というわけで、遺伝という現象を理解することは、病気の原因を考えたり、診断や治療を行ったりする上で、不可欠の事実であるということになる。遺伝現象を担っている物質的な実態は、細胞のDNA(いわゆる、ゲノム)とともに「染色体」と呼ばれる構造形作る一群の蛋白質であるから、遺伝学の研究はもっぱら、これらのDNAや染色体構成蛋白を相手にするのである。近年の大きなニュースは、このDNA、30億塩基対によってコードされる生命現象のプログラムを、大変なスピードと精度で読み解くことができるようになったということで、このことが、医学研究に与えたインパクト

は絶大なものがある。すなわち、病気に関わるDNAの配列を比較検討することで、病気になりやすさがどのように遺伝するか、また、病気を起こした臓器、とくにがんでは、これがどのようにおかしくなっているかということに関する我々の知識は格段に増加したのである。そこで、こうして得られた知識や技術革新を、病気の診断や治療、あるいは予防に応用することによって、よりよい医療を実現できないかということになるのはごく自然な発想なのである。しかし、こうした応用については、同時に、いままで予期しなかったような様々な問題も抱えており、単に医学や医療の現場のみならず、社会全体がともかくも向き合わなくてはならない課題となっている。今回の講演では、こうした医学の進歩と社会が向き合うことになるかもしれないいくつかの課題について議論を深める契機となればさいわいである。

「バリウム検査は危ない」を隠してきた“検診ムラ”とは

岩澤倫彦

岩澤倫彦

(いわさわ・みちひこ) テレビ朝日「Jチャンネル」ディレクター等を経て、1999～2014年まで「フジテレビ・ニュースJAPAN」調査報道班チーフディレクターとして救急医療、臓器移植などの医療問題を報道。「血液製剤フィブリノゲンのC型肝炎ウイルス混入」のスクープで、02年度・新聞協会賞、米・ピーボディ賞。著書に「ドキュメント・検証C型肝炎」、「薬害C型肝炎 女たちの闘い」、「バリウム検査は危ない」(全て小学館)。

年間約5万人が命を落としている胃がん。自治体が行う胃がん検診は、国が定めたバリウム検査(=胃X線検査)で実施されているが、「内視鏡と比較して格段に劣る発見率」、「見落としが多い」、「放射線被曝」などの問題点を臨床医から指摘されてきた。

私の取材チームが調査した結果、バリウムが大腸などを「穿孔」する重大事故が、1年間で68例あると判明、過去には死亡ケースも確認した。健康な人を対象にした胃がん検診で、死に至るリスクを受診者が負担することは決して妥当ではないだろう。国や自治体には、「バリウム検査は危ない」という説明義務があったはずで、これまでの対応は不作為としか言いようがない。

バリウム検査は、国立がん研究センターの検診研究部が中心となって作成した、「胃がん検診ガイドライン」が根拠となっている。2014年度版ガイドラインでは、内視鏡検査が推奨に加えられた一方、バリウム検査は実績評価もないまま、「死亡率減

少効果が証明されている」として継続された。しかし、証拠として採用された論文は、日本と環境が大きく異なる中南米コスタリカでの研究や、選択バイアスの可能性が付記されたコホート研究でしかない。

実は、ガイドライン作成委員の国がん・検診研究部の二人は、10年間で5億7622万円という多額の厚労科研費が交付されており、9人の委員中8人が共同研究者に名を連ねていた。検診研究部の部長は、国内最大の検診グループ・日本対がん協会の評議員を務めている。バリウム検査は、がん検診の中で最も売上高が大きい事業であることから、同部長には利益相反の疑いがある。

同グループ各支部に自治体幹部の天下りが常態化している他、バリウム検査で様々な企業が多額の利益を得ている。私は胃がん検診をめぐる資金と人間関係、組織を『検診ムラ』と命名した。2年間の取材で解明した事実を報告したい。

子宮頸がん予防HPVワクチン:世界の動き

Sharon Hanley

Sharon Hanley

(シャロン・ハンリー) University of St Andrews出身。北海道大学大学院医学研究科生殖内分泌腫瘍学講座で学位取得。現在は同大学の医学研究科総合女性医療システム学講座特任助教。女性医学、特に子宮頸がん予防を研究。専門は疫学・公衆衛生学。ロンドン大学衛生学熱帯医学大学院のMPHコースにも所属し、健康推進・vaccine hesitancyを研究している。

HPVワクチンは125ヶ国以上で認可され、64ヶ国では公費助成制度があり、ワクチン事業に組み込まれています。この数年、英国、オーストラリアのような高所得国だけではなく、ルワンダ、パナマ、ブータン、マレーシアなどの低・中所得国でも90%以上の高い接種率を達成しています。他の医療介入と同様にワクチンにもリスクとベネフィットがあります。しかし、大事なことは、医学的な介入はリスクをはるかに上回る利益があるときにのみ導入されるということです。

HPVワクチンの効果と安全性には大きな実績があり、子宮頸がんの減少だけでなく、HPV関連疾患の医療費や、この疾患に関わる精神的および身体的負担を軽減出来ます。その為、経済力のある国のほとんどは、女性を守るために検診とワクチン接種事業を両輪にして子宮頸がん予防に積極的に取り組んでいます。

全ての子供は住む地域や両親の経済力に関係なく、平等に医療を受ける権利があると強く信じ、HPVワクチンの公費助成は不可欠なものと思っています。

米国、医師による自殺幫助の適応についての議論

大西睦子

現在、医師による自殺幫助の賛否が、米社会を二分して議論されています。いつ、どのように死を迎えるかを、自分でコントロールすることが許されるかどうか、ということです。これまでに、余命6ヶ月未満の患者さんに対して、オレゴン、ワシントン、モンタナ、バーモントの4州とニューメキシコ州で判例が認められています。さらに、2015年10月5日、カリフォルニア州においても、ジェリー・ブラウン知事が、医師による自殺幫助を容認する法案に署名し、法律が成立しました。今後、別の州においても、合法化の動きは進むでしょう。

さて、そんな米国で、医師による自殺幫助の認知症への適応が議論になっています。認知症は、自分の人生をコントロールできなくなり、今のところ根本的な治療はありません。これまでの報告で、認知症とうつ

病の併発が自殺のリスクを大幅に増加させていることが見出されています。そこで、認知症の初期は意思決定が可能なため、安楽死の決断に関しても意思表示ができる、というのが容認派の主張で、これには賛否両論、議論が沸騰しています。

オランダ、ベルギー、ルクセンブルクは、本人に正常な判断ができる時期に、自ら医師による自殺幫助を要望する文書を残している場合には、進行した認知症患者さんの医師による自殺幫助が合法化されています。認知症に苦しむ患者さんは、知的能力が悪化する中で生きるより、むしろ医師による自殺幫助を願う場合が少なくなってきました。高齢化率が高い国では、将来、医師が頻繁にこのような要求に直面することが予想されます。

大西睦子

(おおにし・むつこ) 米国ボストン在住、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月からボストンのダナ・ファーバ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月から2013年12月末まで、ハーバード大学で、肥満や老化などに関する研究に従事。現在、星槎グループ医療・教育未来創生研究所ボストン支部の研究員。

session 07

2020年に向けて

エリトリア国における スクール・ヘルス・プログラムのへの関わり

宮澤保夫

宮澤保夫

(星槎グループ創設者・会長)

(みやざわ・やすお) 1949年生まれ。1972年に学習塾を開設以来、教育界に革命を起こし、子どもたちのために必要な学びの場を作り続け、次々と新しい試みに取り組む。保育園・幼稚園から大学までを擁し、現在全国で約2万5千名が学ぶ。2010年には「世界こども財団」を設立。東日本大震災の復興支援のほか、特にアジア・アフリカ・南米地域の子どもたちにより良い医療・教育の環境整備に資する活動を進めている。2014年、早稲田大学大学院スポーツ科学研究科修士課程を修了。

澤田真弓

(一般社団法人ジェイ・アイ・ジー・エイチ 理事)

黒岩祐治

(神奈川県知事)

エリトリアは世界的に見ても最貧国のひとつとして知られている。多くの問題を抱える国であるが、資源が豊富であり、地政学的にも重要な地域に位置する。従って、経済制裁等の問題の解決が進めば将来は大変良い国になるだろう。

我々は1993年から小さな支援を行ってきた。現在はスポーツ支援を通し青少年に教育と医療分野での環境づくりを進めようとしている。そのような中、今年北京で行われた世界陸上競技大会において19歳のギルマイ選手が男子マラソンで優勝し、エリトリアの名を世界中に認知させた。

エリトリアは30年に及ぶ独立戦争を経て、1993年エチオピアからの独立を果たした。独立戦争中にいち早く手がけたのが次世代養成のための教育だった。戦闘地域にあっても子どもたちの教育は熱心に行われた。独立後このシステムがエリトリアの教育のベースとなった。更に、このシステムが、全国、特に遠隔地における医療・保健体制の整備につながった。

独立後間もない状態で全国に医者と病院を配備することはできない。だが、教育システムは既にあり、教師がどのような地域にもいた。そこで教育省と保健省が協働し、5年間で全国に446の初期教育センター(学校)を設立し、そこで教鞭をとる教師に保健ワーカーとしてのトレーニングも併せて開始した。教師は「子どもを守り、子どもたちへ保健教育をすることにより、その公衆衛生習慣を家族へ普及し、コミュニティ全体に普及する」というミッションを

担うことになった。

これにより、「クラス担任が、生徒個々の健康に責任を持つ」という体制が出来上がった。教師は生徒の成長を定期的に観察し、皮膚、耳、目、歯に感染症がないかチェックする。そして病気が疑われる場合には、診療所で診察してもらうよう指示を出す。このようにして病状を早期に発見し、治療を受けさせるので、病気の重篤化を防ぐのに効果をあげている。また、その地域特有の健康問題の発見にも繋がっている。ある地域では、クラスの中の数人が授業中集中力がないのに、教師が気づいた。その教師は「勉強嫌い」とは考えず、診療所に相談したところ、食事時の鉄分不足が原因であると判明し、その地域では同様の症状を抱えている子どもは14%にものぼっていた。そこで、学校は鉄分タブレットを無料で配布し、結果地域の貧血症割合は4%にまで低下したという実例がある。

エリトリアは、GNPでも世界最下位レベルであり、国土・人口も下位に属するが、子どもたちの将来のためには継続的に投資している。教育・保健分野はその好例であり、しかも教師が保健ワーカーの役割を果たすことにより、コスト的にも効果を上げている。

このようにエリトリアは教育・保健分野において独自の努力を続けてきた。我々も、エリトリアの子どもたちのより健康的な未来のために、スポーツや医療の分野で支援を続けていきたい。

医療通訳の現場が抱える課題とテクノロジーを活用した新たな医療通訳システム構築の展望

澤田真弓

日本国内の在留外国人数は、2014年末には212万人となり、訪日外国人数は2014年には年間1,341万人を記録した。増加の一途をたどる国内の外国人数に比例して、外国人の医療ニーズは年々増加しているが、

1) 外国人患者、2) 医療機関、3) 医療通訳者という外国人医療課題のステークホルダー三者はそれぞれに課題を抱えている。

1) 外国人患者は、言語的な障壁により、国内の医療機関でのスムーズな受診が阻まれる状況がある。2) 医療機関は、全体の数%にしか満たない外国人患者の対応のために、プロフェッショナルな通訳者を雇用することができず、外国人患者の受入は容易でない。3) 医療通訳は、左記の現状を受け、地域の医療通訳者がボランティアとして活動をし、外国人医療を支えてきた。しかし、患者の生命・健康に関わる非常に高い専門性を求められる業務にも関わらず、あくまでボランティア活動であるため、医療通訳のみで生計を立てることは極めて難しく、必要なスキルを備えた担い手が常に

不足していた。

これらの課題を解決するためには、テクノロジーを活用し、三者それぞれが容易にアクセスすることができる医療通訳システムの構築が必要である。具体的には、電話やビデオを活用した、外国人患者・医療機関と医療通訳者をつなぐ遠隔医療通訳システムである。本システムによって全国に薄く広がる医療通訳ニーズを一箇所に集め、十分な能力を有した医療通訳者で対応する。こうしたシステムが、外国人患者や医療機関に、自分たちで医療通訳者を雇用するよりもはるかに軽い負担で、品質の保証された医療通訳を利用することを可能にし、医療通訳者に対する正当な報酬の支払いの実現と活躍機会を創出できると考える。

本システムの構築により、国内の外国人医療課題を解決し、また、言語障壁の高い日本だからこそ生まれたイノベーションとして、日本がグローバルヘルスで世界におけるプレゼンスを示していく一助となることを目指す。

澤田真弓

(さわだ・まゆみ) 一般社団法人ジェイ・アイ・ジー・エイチ理事。東京外国語大学外国語学部 欧米第一課程 英語専攻卒業。北京大学漢語進修プログラム留学中に北京で起業。その後、渡英し、インペリアルカレッジロンドンにて経営学修士号取得。グーグル株式会社を経てJIGHに参画。2014年電話医療通訳サービスのメディアフォンを立ち上げ、運営。外国人患者・医療機関・医療通訳の抱える外国人医療課題の解決のため、企業含む他セクターとも連携した持続的なシステム構築を目指し、活動を続ける。

国家戦略特区で未病発信！

黒岩祐治

黒岩祐治

(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]「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付き、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を経て、平成23年4月神奈川県知事。平成25年4月再選。著書は「末期ガンと漢方～東西医療の融合 父に起きた奇跡～」(IDP新書)、「灘中 奇跡の国語教室」(中央公論新社)など多数。

神奈川県は京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区、さがみロボット産業特区、そして全域が国家戦略特区と3つの特区に指定されている。我々はこれを最大限に活用しながら、超高齢社会を乗り越える神奈川モデルを作るべくヘルスケア・ニューフロンティアの取り組みを進めている。

そのキーワードは「未病」。健康と病気を二項対立の概念でとらえるのではなく、連続性の変化の中でとらえようという発想が「未病」である。病気を治すだけでは、超高齢社会を乗り越えることはできない。食・運動・社会参加によって「未病」を治し、健康寿命を延伸しようというものである。

厚生労働省の激しい抵抗を突破し、政府の「健康・医療戦略」の中に、「神奈川県が進める」というまくら言葉つきではあるが、なんとか「未病」という言葉を入れるところまではこぎつけた。10月に開催した

「未病サミット神奈川2015イン箱根」では、WHO、NIH、ハーバード大学、シンガポール大学などからも参加いただき、未病(ME-BYO)コンセプトの共通認識を得て、世界に未病コンセプトを発信していこうとする「未病サミット神奈川宣言」を発した。

この未病プロジェクトを強力に推進するために、特に県全体の国家戦略特区というお墨付きは大きな意味を持っている。それは国内向けというより、むしろ海外への発信という意味においてである。神奈川県は「一国二制度」を実践しているように海外からは受け止められるからである。

サミットでも明らかになったが、このコンセプトを徹底していくと、医療の在り方そのものの革命的な変革にもつながってくるし、社会システムそのものの変革も必要になってくる。我々は国家戦略特区を最大限に活かしながら、未病革命をリードしていきたいと考えている。

session 08

地域医療

小松秀樹

(特定非営利活動法人ソシノフ運営会員)
(こまつ・ひでき) 1974年東京大学医学部医学科卒業。1983年山梨医科大学泌尿器科助教授。1999年虎の門病院泌尿器科部長。2010年亀田総合病院副院長。2015年9月25日公務員の違法行為を批判したことを理由に亀田総合病院を懲戒解雇。
編著書
「医療崩壊 立ち去り型サボタージュとは何か」朝日新聞社
「地域包括ケアの課題と未来—看取り方と看取られ方」ロハスメディア など

宇都宮高明

(成田市議会議員)
(うつのみや・たかあき) 1946年生。愛媛県西予市出身。中央大学卒業後新東京国際空港公団(現成田国際空港株式会社)に入社、約8年間の用地部の大半は妨害鉄塔の用地交渉に没頭、元空港反対同盟の方と共に「地球的課題の実験村」構想の調査を船井総合研究所に依頼。日本・メキシコ政府交換留学生。空港公団労働組合委員長。花と緑の農芸財団理事。現在市議8期目、この間議長(第30代、36代)、千葉県市議会議長会会長、関東市議会議長会副会長を務める。

岡田直己

(慶應義塾大学医学部5年次在籍)

高月清司

(厚労省認定医業経営コンサルタント MRM研究会専務理事)

松村有子

(神奈川県立病院機構本部担当局長 兼 理事)

地域包括ケアの骨格となる論理

小松秀樹

現在、ケアについての考え方が大きく変化しつつある。病気の治癒を目指す医学モデルから、高齢者や病者の生活の質の改善を目指す生活モデルにケアシステムが転換しつつある。厚労省の目指す地域包括ケアは、医学モデルから生活モデルへの転換に他ならない。

従来、医師は、生物学的医学研究、新しい治療方法、新しい手術の開発などに大きな価値を見出してきた。ケアについての考え方の変化とともに、在宅医療、総合内科、家庭医を目指す医師が増えてきた。WHOも健康格差を解消するのに、不平等の解消と人々の日常生活条件の改善が重要であると主張するようになった。医学の中心が生物学から社会科学に移行しつつある。

医学モデルでは病気の定義、治癒などケアの目的を、現場と関わりなく、医師が学問の営為の中で決めてきた。これに対し、生活モデルはニーズすなわちケアの目的を、当人を含めて、現場に近い人たちそれぞれが感じ取る。このため、地域包括ケアのサ

ービスを向上させるためには、現場に近いところでニーズを把握し、現場の複数のサービス提供主体が、地域固有の状況を踏まえた上で連携しなければならない。医師が医学モデルに閉じこもってふんぞり返っている限り、地域包括ケアの中心的役割を果たせることはない。実際、要介護状態の人にとって、医師よりヘルパーのサービスがはるかに重要なのである。

国は、国を頂点とするピラミッド型の階層構造によって、国→都道府県→市町村→サービス提供主体へと同じ情報を反復して流すことで、医療、介護、福祉サービスの統合を図ろうとしている。これに強制力や裁量幅の大きい補助金が伴うと、各サービス主体は行政しか見なくなり、現場のニーズに対応できなくなる。地域の状況を踏まえた横方向の連携が阻害される。地域包括ケアが目指すべきは、階層構造ではなく、ネットワーク構造による多元的アプローチである。

成田に『医の英知』の結集を !!

—地球的課題の実験村づくりの第一歩—

宇都宮高明

〔三里塚闘争と地球的課題の実験村〕

1966年7月に新東京国際空港(現成田国際空港)の建設地が、成田市に決定されてから来年で半世紀になる。戦後日本の民主主義のあり方を問い、四半世紀を超えて闘われてきた三里塚闘争の対立構造解消のひとつの到達点が、「地球的課題の実験村構想」であった。私達が依頼した船井総合研究所は、この構想の座標軸として「健康」を取り上げた。その後成田空港を襲ったのが、サーズであり新型インフル騒動であった。

〔2009年新型インフル騒動時の上先生の講演が、成田市・医学部新設の原点〕

空港勤務者、成田市民の不安解消のため、2009年に上先生に成田で新型インフルの講演をお願いしたのをキッカケに、2010年に「地域医療とメディカルツーリズム・

成田医療ハブ構想を考える」、「国際都市成田の将来と新しい医科大学構想」という2回のシンポジウムを成田市で開催したが、成田市が医学部新設を提案する流れをつくった。

〔成田市・医学部新設の現状と今後〕

現時点では大学は未定であるが、成田特区の共同提案者である国際医療福祉大学を前提に進められている。

政府の特区方針では、成田市の医学部は、世界最高水準の国際医療拠点という観点で国際的な医療人材の育成が定められ、地域医療への貢献は謳われていない。諸々の感染症をはじめ医の地球的課題に取り組む国際拠点づくりと共に、現在の日本の医学界の課題に立ち向かう医学部新設であるべきである。

成田市は、今回の計画に市として最大約

133億円（千葉県補助を要請中）の事業費の想定をし、2017年4月開学を目指している。今後とも成田市は不交付団体との予測ではあるが、これだけの市税を出す以上、開学後の大学運営を大学側だけに任せるわ

けにはいかないのでは。

1979年以來の医学部新設は、単に一大学の枠に留まるのではなく、日本の医の英知を成田に、との思いでお話したい。

医師の移動と偏在

岡田直己

近年医師の偏在が問題とされている。特に田舎での医師不足が深刻だと指摘されており、これは医師が田舎から都会へと移動するからである、と説明されてきた。たしかに医師の偏在を説明する上で、医師の移動という要素は重要である。しかし、医師の移動に関する情報は今のところ数値ではっきりと示されておらず、先の説明は類推の域を越えない。

そこで筆者は、医師の移動に関するデー

タを集め、それを整理・解析した。今回は、この医師の移動に関するデータを示すとともに、医師の偏在について考察したい。

高齢化が進行し医療資源が不足する中、その適切な分配が求められている。医師の偏在はより深刻な問題になると予想される。今後は類推ではなく、データに基づいた議論がより必要となってくるのではないだろうか。

岡田直己

(おかだ・なおき) 大阪生まれ、奈良県東大寺学園高校出身。慶應義塾大学医学部5年次在籍。

医療事故はこうして起こる ～コミュニケーションはマナーから～

高月清司

よく知られる通り、医療ミスもゼロにすることは出来ません。従い、医療安全ではミスや事故を減らす対策 (Before) と同時に、起きてしまった後の対策 (After) も重要です。当日はBefore & After両面の効果が期待できる「医療者のマナー」について考えます。

実際にいろいろな現場を見てみると「マナーの良い病院や医療者は、ミスもトラブルも少ない」ことを実感します。それは、マナーの良い人は周りに好い感情を与えると同時に周りから多くのアドバイスをもらえるOpenな雰囲気を作っているからです。逆に優秀といわれる人やあまり好印象でない人には話しかけにくいムードが漂い、言いたいことがあっても人は一歩踏み込むのをためらってしまうのです。

今回は不幸にして医療スタッフ間のコミュニケーション不足が死亡事案につながってしまった実例を題材に、医療ミスに潜むこうした人間の心理を探りながら医療者にとって必要なマナーの基本をみていきます。医療者のマナーは「おもてなし…」といわれる接客マナーと異なり、医療者と患者、あるいは医療者同士が皆イコールパートナー（協働者）であることを基本とします。『マナーは人の為ならず』です。良い医療者であると同時に、今世界から注目される日本人の良いマナーも身に付けて、明るくミスの少ない風通しの良い職場作りに役立てて下さい。最後に「女性がより美しく見えるしぐさ」についてもお話しできればと思います。

高月清司

(こうづき・きよし) 1953年東京神田生まれ (関西人と東京人のハーフ)。メーカーや燃料トレーダーなど国内や海外で多くの職種を経験後、東京海上を経て保険代理店として独立。医療事故の現場で保険サイドからトラブル解決に努める傍ら、「三方一両“得”」や「戦わない医療」をテーマにビジネスマンの視点から医療現場について数々の提言や講演を行っている。2009年度に寄稿文が日経メディカルオンライン誌で年間アクセスランキング第1位。趣味は山・旅・歩きと美形鑑賞。

地域医療—神奈川

松村有子

神奈川県立病院が2010年に独立行政法人化し、神奈川県立病院機構となった。現在4つの専門病院（県立がんセンター、県立こども医療センター、県立精神医療センター、県立循環器呼吸器病センター）と、1つの地域総合病院（県立足柄上病院）がある。県内の高度専門医療、人材育成を担い、県民のための医療を提供することがその役割である。加えて、独立行政法人化してから、柔軟な病院経営を実施し、経営改善に努めることも求められている。

2014年4月から土屋了介理事長のもと、本格的な改革に乗り出した。

県立病院機構は、実質上は赤字補填で、高度医療という名目等で県から税金をいただいていた。「県から委任された事業について堂々と県から費用をもらって実施する。民間病院が通常、自力でやっている診療は税金をもらわずに自前でやっていきます」という考え方の転換をはかることから始まっている。

また、人事面でも県からまだ独立できていない。県立病院は、通常の病院の診療は

もとより、重粒子線治療など県のプロジェクトを遂行せねばならないため、幅広い人材が必要である。

高度専門医療にたずさわる医療機関に必要な臨床研究支援センターを設置した。おかしいと思うことに対し職員が内部から正々堂々と声をあげることができ、それを改善につなげるため、監査・コンプライアンス推進体制ができた。

神奈川県全体の医療を考えるときに、人口と規模、高齢化、受療行動の変化、県の未病へのとりくみと特区の活用、医師・看護師など人材育成、課題は数多い。しかし、知事の政策が旗振りとなり、神奈川県でなら実現可能性がある事も数多くあるので、ポテンシャルは高い。

県立病院が真に地域の医療を担うためには、その組織自身が実力をつけるしかない。大きな公的な歴史をもつ組織が変わるのには、時間がかかる。県立病院の資質を活かしながら、一步一步前に進もうと取り組んでいるところである。

松村有子

（まつむら・ともこ）1996年東京大学医学部医学科卒業、東京大学医学部病院、都立駒込病院、虎の門病院等で血液・腫瘍内科の臨床医療に従事。2005年より、東京大学医科学研究所（現）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 特任助教。2006年～2011年がん対策のための戦略研究推進室長を兼任。2014年、神奈川県立病院機構本部担当局長 兼 理事。

坪倉正治

(東京大学医学研究所)

(つぼくら・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、ひらた中央病院非常勤医。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。

新村浩明

(公益財団法人ときわ会常磐病院院長)

(しんむら・ひろあき) 昭和42年12月28日生まれ。富山県氷見市出身。平成5年富山大学医学部卒業。同年東京女子医科大学泌尿器科入局。平成17年福島県いわき市にある医療法人社団ときわ会いわき泌尿器科に入職。平成23年財団法人ときわ会常磐(じょうばん)病院。平成27年9月公益財団法人ときわ会常磐病院院長。

佐藤智彦

(星槎大学大学院教育学研究科教授)

(さとう・ともひこ) 内科医師、医学博士、総合内科専門医。1977年青森県生まれ。東京大学医学部卒業、2003年東京大学医学部附属病院内科研修医、2004年東京厚生年金病院内科研修医を経て同血液・腫瘍内科入局。造血幹細胞、白血病の基礎研究に従事し、2009年東京大学大学院医学系研究科修了。東京大学医学部附属病院輸血部医員を経て2014年1月より同院輸血部助教。2015年4月より星槎大学大学院教育学研究科 看護教育研究コースを主宰。

宮坂政紀

(仙台厚生病院 医師)

いわきの取り組み

新村浩明

私は、福島県いわき市の公益財団法人ときわ会常磐病院の院長を務めている。いわき市に来て10年の間に経験した、福島県いわき市の医療状況とその推移、そして医療人材不足に対処するときわ会の取り組みについて報告したい。

いわき市の人口は、震災後に大きく増加した。現在、約32万4千人の人口であるが、震災後は福島第一原発周辺自治体より少なくとも約2万4千人の人々がいわき市に避難されている。

いわき市は他の東北地区と変わらず医師不足が著しく、特に勤務医が不足していることが特徴である。いわき市の人口10万人あたりの勤務医数は、81.5人であり、全国平均147.7人、県平均110.7人を大きく下回っている。また、いわき市では看護師養成学校が少なく、他の医療職の養成校が一枚もないため、パラメディカルの慢性的な不足が生じている。

このような状況で、いわき市に基盤をおくときわ会グループでも、全職種が人材不足である。人材獲得のため1) 働きやすい

職場、2) 子育て支援、3) 笑顔あふれる人間関係の構築を通し独自の工夫をしている。

・働きやすい職場：医局といわれる大部屋は存在せず、全室個室で対応している。医師には三食を無料で提供している。源泉かけ流しの大浴場が院内にある。

・子育て支援：院内託児室および病後児保育を併設している。ときわ会グループに幼稚園があり、送迎を完備している。学童保育を独自に行い、オリンピック選手や有名大学学生を招き教育をしている。

・笑顔あふれる人間関係構築：職員は笑顔で働いて欲しいとの願いから、院長自ら仮装をしグループ施設を巡回している。仮装はチョンマゲの侍の姿でやっている。またときわ会独自のライブイベントを催し、職員に楽しんでもらっている。

以上の取り組みで、どこまで職員獲得や職員定着につながっているかは分からないが、少なくとも多くの取り組みは職員から大好評のようである。

リーダー教育としての看護専門職通信教育

佐藤智彦

団塊世代が一斉に後期高齢者になる「2025年問題」まであと10年、150万人いる看護職員は今後10年でさらに50万人必要とされる。そのような看護師不足の根底に看護教員不足があり、各医療圏で看護教員の取り合いになっている。本年度から私が主催する星槎大学大学院教育学研究科看護教育研究コースは、看護師養成施設教員の創出を主目的とする。現在7名の大学院生は、いずれも社会人で、看護教員3名、看護師4名からなる。なぜ通信制か、それは働きながら学べるからである。学生たちは忙しい日常業務をしながら、いかに新人や後輩看護師に十分な教育をできるか考え、

より働きやすい職場を目指して、大学院で教養を深め、新規の看護研究を立ち上げ、研究論文としてまとめ、教育学修士取得を目指していく。そこでは自学自修をはじめ、対面式授業があり、横断的学修として、教育関連専門職の大学院生とともに議論する研究発表会も経験する。入学時の看護教育に関する研究意欲と基礎的能力をもとに、修了後に各現場で指導的役割を担うことを大きな目標としている。ICT(情報通信技術)を利用したスムーズな連絡手段と、貴重な対面時間の有効利用とで高度専門社会人教育としての通信教育をより効率的に進めていくことが可能となる。

4名の大学院生は福島県出身の看護師で、東日本大震災以降の深刻な看護師不足解消に向けた意識の高さが表れており、さらに一部の学生は職場からの学費援助を受けている。ここで言う看護専門職通信教育は、星槎大学の通信教育システムを利用できるため低コストであり、学生自身にとっての今後に向けた大きなステップアップ（転職

を含む）や、学費援助を行う職場にとって看護職リーダーの育成という高付加価値を生む。このように、看護専門職通信教育は、「学び続ける場所」を提供することで看護師不足問題に対する1つの解決策を示すとともに、リーダー教育への投資を行う医療関連企業の大きな一助となる。

東北で医療者を育てる 仙台厚生病院の取り組み

宮坂政紀

仙台厚生病院は「選択と集中」を特徴とする循環器、消化器、呼吸器の専門病院である。心臓カテーテル検査数、心筋梗塞患者数、胃・大腸癌の内視鏡治療数、肺癌手術数はいずれも東北一であり、東北の基幹病院の一つだ。

若手医師にとって、仙台厚生病院での研修には利点と欠点がある。

例えば、仙台厚生病院は早期に診療技術を身につけたい若手医師には良い環境となる。理由は「症例数が多い」、「症例数の割に医師数が少ない」、「経営状態が良く留学などの人材投資が可能」、「若手の雑用を減らす工夫がある」、「仙台は都会であり、東京へのアクセスも良い」などが挙げられる。

一方で、「多くの症例を経験でき雑用も少ない反面、診療にスピードを求められること」や「総合病院ではないため、初期研修で他院をローテーションしなければならないこと」などが欠点として挙げられる。いずれも考え方や個人の資質によっては利点にもなりうることはあるが、例えば、専門を決めていない初期研修医にとっては消化不良となる場合がある。

仙台厚生病院は多くの専門家を輩出する一方で、教育面では未だ試行錯誤を繰り返している。私は若手医師教育に関するプロジェクトチームに配属された。若手の教育機関として仙台厚生病院の利点と欠点につき考察したい。

宮坂政紀

(みやさか・まさき) 東京下町出身。筑波大学医学専門学群卒業。都立墨東病院で初期研修、後期研修後に2013年より仙台厚生病院に就職。専門は循環器内科。