

2018年11月24日(土)13:00—17:20・25日(日)10:00—17:20

建築会館ホール

2018  
Vol. 13

# 現場からの 医療改革 推進協議会 第十三回 シンポジウム

## [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。

一般社団法人

医療ガバナンス学会

Medical Governance Society

# 挨拶

## 林 良造

(武蔵野大学国際総合研究所長、東京大学  
公共政策大学院客員教授)

はやし・りょうぞう ●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。現職の他、経済産業研究所コンサルティングフェロー、キャ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を兼務。

### ご挨拶

林 良造

医療分野の改革の種は尽きない。最近も本庶教授のノーベル賞受賞をきっかけに、オプジーボ問題に改めて焦点が当てられた。これは、高騰する革新的新薬の保険収載をめぐる医療財政の持続可能性という側面と、極めて有効な革新的新薬の開発普及にいかん適切なインセンティブを提供できるか、という両面の問題を提起している。

また、小林慶一郎氏、松山幸弘氏らの著書『財政破綻後』は、現在のまま綱渡りを続けて財政破綻した場合に、財政支出の大きな部分を占める医療に何が起きるか、という視点から避け得ない選択を突きつけている。

さらに、高齢化社会の「支える側」と「支えられる側」のアンバランス。健康寿命延伸を通じて大きく変化しうるPopulation Healthに関し、IoTやAIといった新技術の可能性を日本でいかに具体化できるか。政府のかかわり方、インセンティブの構造、個人情報取り扱いなども含め、新たな問題が提起されている。

そして、東京医大に端を発した女性に対する入学試験での差別問題。医師の働き方改革や、医師の使命感に過剰に依存した医療供給体制、多種多様な病院・ベッドの乱立問題、診療報酬体系に振り回される病院経営問題へと繋がる、医療制度の根深い問題を提起している。

医療は多くの関係者の協働で成り立つサ

ービスであるが、関係者間の情報の非対称性が甚だしく、また、生命に関わるため、安全規制、価格面、提供体制いずれの面でも国の関与が極めて大きい。即ち、アクセス・コスト・医療の質という両立の極めて難しい目標に向かって互いに影響しあう複雑な制度を、国が運営している。ひとつの現象をめぐっても多くの制度と主体が入り組んでおり、その解決は単純ではない。

しかし、そうした状況は必ずしも日本特有ではない。新薬開発の高コスト化、人口の高齢化、医療過誤問題、増大する医療費と制度の持続可能性、医療提供体制のさまざまなゆがみは、ほぼ万国共通の問題として、各国の対応力が問われている。

日本では、この協議会を始め各所で現場の声が上がり、この10年で大きく改善されてきた。しかし日本のシステムは、しがらみのなかにある執行官庁が、全会一致型のコンセンサスシステムの下に改革を目指す形になっている。時間の限られる中、閉ざされたサークル内で執行官庁の裁量による小手先の解決が優先され、根本的な対応は先送りにされがちとなる。

この制約を乗り越えて改革を進めるためには、何よりも現場からの問題提起と絶えざる透明化の追求、そして、根本解決を合理的な手法で追求する姿勢が欠かせない。

この協議会が果たしてきた役割はそこにある。今年も活発な議論に期待したい。

## 上 昌広

(特定非営利活動法人医療ガバナンス研究所  
理事長、内科医)

かみ・まさひろ ●1993年東京大学医学部卒業。1999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～2016年3月まで東京大学医科学研究所にて医療ガバナンスを研究。福島にて医療支援。メールマガジンMRIC編集長。行田総合病院、ナビタスクリニック新宿にて診療中。

## 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、東京大学大学院薬学系研究科修了(修士)、厚生省入省。以降、医薬品関係部局、医薬品医療機器総合機構等で新薬の承認審査などに従事。2007年より現職。

## 土屋了介

(公益財団法人ときわ会顧問)

つちや・りょうすけ ●1970年、慶應義塾大学医学部卒業。1973年から3年間、国立がんセンター病院にてレジデント。外科、病理、胸部診断、放射線治療、化学療法を研修。1976年から国立療養所松戸病院、防衛医科大学校、国立がんセンター中央病院にて2002年まで胸部外科に従事。以後、病院の管理運営、経営に専従。2006年、国立がんセンター中央病院 病院長。2011年より公益財団法人がん研究会理事(～現在)。2014年4月より地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長、2018年3月に解任(現在、裁判中)。2018年4月より公益財団法人ときわ会顧問。株式会社エムティアイ社外取締役。

## 立谷秀清

(福島県相馬市長)

## 鍋山隆弘

(筑波大学体育系准教授)

### 『2018』

小野俊介

近未来のディストピアを描いたジョージ・オーウェル『1984』に、ニュースピーク(newspeak)という言葉が登場する。全体主義国家の支配者(党)が国民の語彙・思考を制限し、党のイデオロギーに反する思想を、つまりややこしいことを「考えられぬようにする」ための言語。だから語彙(言葉の意味)が毎年減っていく。ん？何のことはない、今の医薬品業界で使われている言語がそれである。

「バカなことを。グローバル開発、遺伝子・再生医療、ヘルステクノロジーアセスメント……語彙は爆発的に増えてるぞ」と業界人は反論するのだろう。そうですね、普段からテレカンしたりプレストしたりRWDのエビデンスをアジェンダにしてCMOへのアウトソーシングを考えたりしている皆さんだもの。ろくに意味のない略語の多用も、ニュースピークの特徴。

先日ある業界人が「AIに副作用を検出させようとする、AIってバカだからホントに変な『副作用』を見つけちゃうのよね、アハハ」と大笑いしていた。かわいそうに。もちろんこの業界人が、である。「副作用」のまともな意味論的定義の試みに人類が一

度も成功したことがないことを、理解できないらしい。定義に「因果関係」なる語を当然のように使っている時点で、人類はまだ北京原人レベルなのに。

グローバル化と称する植民地化がニュースピークで語られるのも、必然である。従来から業界人は、「薬が効く」という表現を(アリストテレスの本質のごとく)平然と使ってきた。薬って、「あなた」や「私」が存在しないことには効くも効かぬもないはずなのだが。ニュースピークで書かれた最近のガイドラインには、「国際共同試験では薬の評価の邪魔をしないような被験者を選ぶべき」という、正気の沙汰とは思えぬ趣旨の記述がある。

少し前のノーベル賞月間。テレビを見ていたら「速報! ノーベル物理学賞、日本人は受賞せず!」というテロップが。受賞者の業績をノーベル財団の人が解説するのに、一切無視。興奮したアナウンサーが、「日本人ではありません!日本人ではありませんでしたあ!」とわめき続ける。人類の知なんてものにはまったく興味がならしい。

『1984』に一番近い島、ニボン。

## 神奈川県に見る、「独立行政法人」の実態

土屋了介

2014年4月、神奈川県知事黒岩祐治氏に招聘され、地方独立行政法人神奈川県立病院機構の理事長に就任した。就任前、2013年11月に神奈川県顧問に任命されたので、県の医療行政について説明を受けるとともに、理事長就任に備え、各病院を視察した。自治体病院の抱える課題を解決すべく2018年1月まで努力したが、知事の理解を得られず、同年2月3日に「『理事長が配置転換した神奈川県立がんセンター病院長の事例を取り消せ』という知事の指示を受けられないなら、罷免する」と恫喝され、3月6日に解任された。

神奈川県顧問主任から約4年間で経験した、「神奈川県に見る『独立行政法人』の実態」について報告する。

神奈川県に見る『独立行政法人』の実態

は以下のとおりである。

1. 知事をはじめ県の幹部職員は、「独立行政法人法」を読んでいない。
2. 県は、「地方独立行政法人神奈川県立病院機構」を自立させる気はない。
3. 県幹部職員も県立病院機構役職員も、県からの負担金を削減する気はない。
4. 県立病院機構役職員は、患者第一より職員優先。
5. 医師は、独創的な研究を計画する術を知らない。
6. 一部の職種を除いては、職員の教育制度が整備されていない。

解決策については政治的な問題も含まれるので、当日、参加者と一緒に討論して、結論を示したい。

## 新専門医制度の問題

立谷秀清

### 立谷秀清

たちや・ひできよ ●1951年、福島県相馬市生まれ。宮城県立仙台第一高等学校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。1985年、立谷病院院長。1986年、医療法人茶畑会立谷病院（現：相馬中央病院）理事長に就任。1995年、福島県議会議員に当選。2001年、相馬市長に初当選、現在5期目。全国市長会会長、福島県市長会会長、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。

専門医機構がまがりなりにもスタートして半年が経過したが、「あり方検討会」で指摘された問題の多くを先送りして始まった。「あり方検討会」もこれで終わったわけではないらしいので、医道審議会の専門医部会の議論と並行して（回数は減少）、医師養成のあり方と地方医師不足、診療科の偏在解消をテーマに議論していくことになる。

新専門医制度（私はこれを制度と呼ぶには抵抗があり、法律の定めもないのに制度を機構が勝手に謳っている）が始まり、案の定、東京一極集中が進んだ。日本医師会の副会長で機構の理事でもある今村医師によれば、数字のマジックだというのが、地域医療の存続に悩む市長たちがこの話を真に受けることはない。

私はずっと公言してきたことだが、福祉国家を実現するために国民医療があり、その大きなウエイトを占めるのが地域医療。これを公平かつ適切に実現するために医学があり、医学教育があるのだ。新専門医制度が、地域医療の実情を大きく意識するこ

ともなく貢献もしない、あるいは足を引っ張るとしたら、たとえ崇高な理念であっても本末転倒と言わざるを得ない。例えば、総合診療専門医を養成して一般診療に幅広く対応できるスペシャリストと定義し資格を与えれば地域医療の質が上がるというが、そのためにすべてのジェネラルな医師たちが大学病院をはじめとする基幹病院で論文や学会発表付きの研修を求められるとしたら、地域医療の世界で一般診療に従事してきた赤ひげ先生たちはどうなるのか？

そもそも総合診療に何が専門領域なのか？ 医師免許に松竹梅をつけるだけではないのか？

となると、初期研修の意味をどこに位置づけるべきなのか？ 初期研修が始まった時の理念は、総合診療能力の取得ではなかったのか？

私は、専門医機構というたかだか民間の社団法人が、国会の議論も無しに巨大な権力を持ってしまう社会構造を怖れる。

これからも、市長会としてしっかりと意見していきたい。

## 「己を知ること」の医学的アプローチ

鍋山隆弘

### 鍋山隆弘

なべやま・たかひろ ●1969年、福岡市生まれ。筑波大学体育専門学群卒業、筑波大学大学院体育研究科修士課程修了。中・高・大学において剣道日本一を経験。現在、筑波大学剣道部男子監督。監督として7回の大学日本一（団体・個人）。剣道教士八段（46歳にて最年少で剣道八段に合格。合格率0.5%。受験資格46歳以上、七段に合格して10年の修行が必要）。

「彼を知り己を知れば百戦殆ふからず」とは、孫子の有名な言葉です。剣道においても、相手の特徴や技を見極めて勝負するのですが、その見極めが甘かった場合や、相手が想定外の動きをした時などは、その場で瞬時に判断することが求められます。判断に迷いが出ると動揺し、動揺すると防御が多くなり打突される機会が増え、結果として相手に打たれて負けてしまいます。

では、強い選手は動揺しないのでしょうか。動揺しない精神力を身につけるには、時間がかかります。まずは、動揺した自分自身を受け入れることが克服への第一歩と考えています。私は、動揺すると手に力が入り、打たれたくない気持ちが強くなると、身体を出す飛距離が落ちますが、そうした精神や身体の変化を自ら受け入れることで、動揺した状態を乗り切ります。

さて、本業である監督としても、選手の動揺をなくすことが私の指導の中心となっています。動揺した動きを察知して、選手

に問いかけます。「なぜそうなるかを考えなさい」。選手は十人十色です。問いかけて、自分自身で答えを見つけさせる。これが選手にとっての一番の成長だと思い、重点的に指導しています。

とはいえ、精神的な強化だけでは常勝チームを作ることは難しいと考えています。私の指導している学生の大半は、体育を専門としています。栄養学やトレーニング学、自分の身体を作る勉強の機会はたくさんありますので、「足りないと思ったことは勉強して実践しなさい」という指導方針で、これまで乗り切ってきました。

毎年少しずつ負荷を増やしている稽古メニューにも、果敢に取り組む姿勢の選手が大半を占めるようになりました。しかし、体調不良や貧血で稽古に参加できない選手も増えてきているように感じます。今後も常勝チームを作っていくには、医学的アプローチで「己の体の状態を知ること」が重要ではないかと思っています。

## 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・新宿駅の駅ナカに開設している。ワクチンや感染症について積極的に発言、行動している。正しく分かりやすい医療情報を伝えるため、コメンテーターとしてテレビやラジオにも積極的に出演している。

## 濱木珠恵

(医療法人社団鉄医会  
ナビタスクリニック新宿 院長)

はまき・たまえ●北海道大学卒業。国際医療センターにて研修後、虎の門病院、国立がんセンター中央病院にて造血幹細胞移植の臨床研究に従事。都立府中病院、都立墨東病院にて血液疾患の治療に従事した後、2012年9月より現職。専門は内科、血液内科。生活動線上にある駅ナカクリニックの貧血内科や女性内科などで、女性の健康をサポート中。

## 鎌田由美子

(カルビー株式会社上級執行役員)

かまだ・ゆみこ●1989年東日本旅客鉄道(株)入社。2001年プロジェクトリーダーとしてエキナカ事業を立ち上げ、2005年「ecute」を運営するJR東日本ステーションリテイリング代表取締役社長となる。その後、本社事業創造本部にて「地域活性化」「子育て支援」を担当、青森のシードル工房「A-FACTORY」や「のもの」等、地産品の開発に携わる。2015年2月、カルビー(株)入社、上級執行役員に就任。事業開発本部の本部長として、「カルビープラス」などのアンテナショップや「Yesterday's tomorrow」の新規事業を担当。国や行政の各種委員を歴任、社外取締役も務める。

## 細田和孝

(医療法人鉄医会  
ナビタスクリニック立川 院長)

ほそだ・かずたか●1973年栃木県佐野市生まれ。1999年3月新潟大学医学部卒。卒業後、新潟大学小児科に入局。山形県、新潟県にて総合病院小児科勤務。2003年より2年間、国立循環器病センターで小児循環器を専攻。2008年6月ナビタスクリニック立川開業時より小児科医として勤務。

### 都心の駅ナカクリニックについて

濱木珠恵

ナビタスクリニック新宿は、2016年4月に新宿駅新南口に開業した。新宿という多様性のある街での2年半の診療を通じて、立川および川崎にある2院とは異なる特徴を感じている。

ナビタスクリニックに共通する最大の特徴は、駅ナカに存在し、平日は原則21時まで診療していることである。立川、川崎、新宿の駅ビルで、週末も診療している。利用者の視点から便利と思える医療の場を追求し、「日中働いていて医療機関を受診できない会社員が、仕事を休まずに受診できるクリニック」を実現したものである。

ナビタスクリニックが立地する各駅の2017年度の1日平均乗車人数は、JR立川駅が16万7108人、JR川崎駅は21万1896人であるのに対し、JR新宿駅は77万8618人と、JR東日本の中でも有数である。さらに、JRと私鉄を合わせた新宿駅の1日乗降客数は

364万人を数え、2011年にギネスブックに世界一と認定されたほどだ。新宿駅は商業地の中心でもあり、家族連れよりは勤務前や休憩中、仕事帰りに受診する成人患者が圧倒的多数だ。このため夕方以降は非常に混雑する。自宅住所が遠方の患者も多い。なにより新宿という土地柄、外国人旅行者や在留外国人の受診も頻繁だ。多様性に対応するため、電話による医療通訳や、テレビ電話による手話通訳を導入している。

また、日常の延長線上に存在する便利なクリニックとしては、ワクチンによる予防医療の啓発として、ガーダシル9(子宮頸がんワクチン)の接種や、麻疹風疹ワクチンの集団接種を行っている。この9月からは、オンライン診療によるアフターピル処方も開始した。本講演では、これらの取り組みについて紹介する。

### コンビニ小児科での10年

細田和孝

コンビニ受診とは元々、外来診療時間外の夜間や休日に比較的軽症な患者が救急外来を受診することを指し、一般的にはあまりよくは思われていない行為です。私も病院勤務時代には夜間に受診する患者さんに「次からはきちんと日中の外来を受診するように」と説明・指導をし、ワガママな人たちだと思っていました。

しかし、子どもは急に体調を崩すものです。しかも、なぜか夜間や休日前などが多く、受診したくてもやっている医療機関はありません。そこで止むを得ず病院の救急外来を受診する人が多い、というのが実情ではないでしょうか。

そんな需要と供給のミスマッチを埋め、患者さんが受診しやすいクリニックをつくらせようと誘いを受け、コンビニ小児科で働き始めて今年で10年が経過しました。今では、患者さんはもちろん、近隣の病院勤務の小児科医からも「夕方の軽症患者の受診が減って助かります」と受け入れられ、利用していただけるようになりました

当初の診療時間は朝10時から休憩をは

さんで夜21時まででした。実際に診療をしてみると、小児科の受診数は朝のうちと夕方の2回ピークがあることがわかりました。そこで、診療開始を1時間繰り上げ9時からとしました。現在、9時台から10時台は小児科が忙しい時間であり、その時間には子育て中のママさん小児科医にお手伝いをしてもらっています。19時を過ぎると受診数が減ってくるため、比較的落ち着く夏の間は診療終了を20時としました。病院勤務時代は夜間にも受診が多い印象だったのですが、さすがに子どもは寝てしまうのと、遅い時間に受診するのは比較的症状の重いお子さんが多く、クリニックではなく病院を受診しているのかもしれない。

また、内科と比較するとクリニックからの距離が近い方の受診が多いこともわかりました。小児科ではより地域に密着した対応が必要であることを実感しています。

これからも町のコンビニクリニックとして、「あいてよかった」という安心感を提供し続けていきたいと思っています。

## 山本佳奈

(医療法人社団鉄医会  
ナビタスクリニック立川・新宿内科医、  
医療ガバナンス研究所研究員)

やまもと・かな ●1989年生まれ、滋賀県出身。2015年、滋賀医科大学医学部医学科卒業、南相馬市立総合病院勤務。現在、ナビタスクリニック内科医、相馬中央病院・常磐病院非常勤医師、東京大学大学院医学系研究科博士課程、ロート製薬健康推進アドバイザー。女性の総合医を目指し、日々研鑽中。著書に『貧血大国・日本』(光文社新書)。

## 河崎保徳

(ロート製薬株式会社 広報・CSV推進部部長)

かわさき・やすのり ●1960年、大阪生まれ。1986年、ロート製薬入社。商品企画部長、営業企画部長を歴任。3.11東日本大震災後、3年間で復興支援室長として復興に尽力。2011年10月、震災遺児の進学奨学金、公益法人「みちのく未来基金」を創設。2014年より現職。2017年10月より厚生労働省「柔軟な働き方に関する検討会」検討委員。2018年4月より神戸大学大学院非常勤講師。

## 大熊将八

(株式会社QuestHub 代表取締役社長)

おおくま・しょうや ●東京大学経済学部卒業後、日本テレビ、シンガポールの投資ファンドを経て株式会社QuestHubを創業。海外投資家向けの日本の地方企業リサーチ事業と、外国人インフルエンサーによる海外マーケティング事業を手がける。学生時代は競泳と競技ダンスに打ち込み、競泳は11年連続全国大会出場、競技ダンスは元学生日本一。著書に『進め!! 東大ブラック企業探偵団』など。

## Stella Lee

(ブロガー、インスタグラマー)

## マドカ・ジャスミン

(エバンジェリスト)

## 橘川幸夫

(デジタルメディア研究所・代表、  
多摩大学経営情報学科客員教授)

## 磯野真穂

(文化人類学者、国際医療福祉大学大学院講師)

### みちのく未来基金と震災遺児達からの学び

河崎保徳

2011年3月11日、震災から私たちは何を学んだのだろうか。昭和に作り上げてきた、古い価値観やそれに根差すシステムは少しでも変化したのだろうか？ 答えは否である。防災行動学や緊急時の原料調達、生産システムだけでなく、日本人としての生き方、そして価値観にも影響を与えるこれ以上のインパクトある出来事は、しばらくは無いだろう。コスト削減を理由に未だ品質検査の不祥事などのニュースは後を絶たない。人類はあまり学ばない、と諦めかけていたところ、明らかに変わろうとしている人たちに会った。震災で進学をあきらめようとしている学生達であった。

復興の礎になるのは、今の学生たちであるという思いから、2011年5月、新しい進学奨学金の構想を創り、被災地の学校を回った。9月には震災遺児の進学の夢を支える「みちのく未来基金」の創設を発表した。毎年約100名の奨学生が生まれ、約100名が社会人として卒業していく。既に

738名の生徒の進学応援し、この先も最後の震災遺児が大学院を卒業する19年間運営する。奨学生たちとの交わりの中で学んだのは、昭和時代にこの国を支えてきた企業の経営の本質に迫るものであった。

2016年2月、ロート製薬は記者会見で、「薬に頼らない製薬会社になりたい」と発表をした。製薬会社の自己否定宣言は、社内外が驚いた。病気にならない人(健康)を創る、科学的根拠に基づく提案こそが自社のミッションであると宣言したのだ。その後、健康経営・働き方改革など次々と先進的な方針を発表してきた。そのきっかけが、東北の震災遺児からの学びだったと気づく人は少ないだろう。

人も企業も、この世に生を受けたからには、ミッション(使命)がある。震災遺児が気づかせてくれ、我々に行動を起こすきっかけを与えてくれた。あとは、やるかやらないか。流されるか、流されないか。我々は行動を起こす選択をした。

### 外部のコミュニティに発信する方法

大熊将八

私は今年の3月に会社を設立したばかりの、26歳のひよっこだ。勢いに任せてシンガポールの会社を辞め、友人と起業したはいいが、最初の数ヶ月は売れる商品もない。ベストな顧客もわからない。とにかくツテを辿って色々な人に会い続けた。その時の縁で今回、このような場で発信する機会をいただいている。

日々ひたすら人に会い続けて気がついたことがある。それは、自分の専門外のことや即時的なメリットに繋がらないことには門戸を閉ざす人と、一見自分と関連がない事柄でも積極的にコラボレーションの可能性を模索する人と、綺麗に2種類に分かれることだ。SNSやコミュニケーションアプリなどの発信ツールの発展は、繋がりたい

人とだけ繋がることを容易にし、前者をより快適なものにしている。医療ガバナンス研究所には「おう、とりあえずやってみろ」が口癖の上昌広先生を始め、インスタグラマーに挑戦中の山本佳奈先生など、後者に当てはまる人が多い。それはひとえに、外部のコミュニティに発信していかなければならないという危機感があるからだろう。現在の自分がリーチしえない相手に発信しようと思えば、必然的に他者とのコラボレーションが必要となる。私と一緒に登壇する、インドネシア人インフルエンサーで日本に留学中のステラ・リーも、インドネシアでのセレブな生活を捨てて日本居住を開始して以降、どんなチャンスにも可能性を見出し、新たな発信方法に挑戦している。

マクロな視点で見れば、日本全体に前者の態度、即ち内側の快適なコミュニティに閉じこもる風潮が蔓延していると感じる。QuestHub社はそのような現況を少しでも打破すべく、日本在住の外国人インフルエ

ンサーのエージェンシー事業を手がけ、海外に出て行こうとする日本企業と、海外から人を呼び込もうとする日本企業の支援を行っている。本発表ではその醍醐味について伝えたい。

## 当事者になった私だからこそ

マドカ・ジャスミン

私は去年、クラミジアに罹患した。それまでは、性感染症と自分は無関係だと思っていたし、周りの性感染症についての感覚もフランクなものだった。しかし、実際に罹患してみると、世界は一変する。不特定多数と性関係を持っていた自分を恥じ、且つ、自分が誰かを感染させたかもしれないという事実は何度目を眩ませただろう。けれど、医師の助言もあり、性関係を持っていた男性達へカミングアウトし、その一部始終を掲載した。ライティング活動を行っている自分の使命だと思ったからだ。掲載後は、心無い言葉も浴びせられた。その一方、共感の声も多くあった。「私も罹患した経験があります」「ちゃんと定期検査に行きます」「他人事じゃない」等だ。

当事者になったことに恐怖し、黙り込んでしまうことを咎めるつもりはない。むしろ、当然の反応だ。だからこそ、発信していくことが何よりも大切なのだ。マイナスの意見に目を向け過ぎれば、発信自体を後

悔するかもしれない。でも、その発信で救われる人たちも多くいるだろう。

性感染症は、甘く見てはいけない。不妊の原因にもなる。だが、恐れ多く必要もない。適切な治療をすれば、私みたいに完治するのも容易い。私たちが恐れるべきは、性感染症の適切な知識を身につけられない現状なのだ。自らが積極的に情報収集を試みなければ、100%の知識を得られない。そんな現状は、生きていく上でおかしいことだと思わないのか。何故学校でも、家庭でも、腫物のような扱いを受けなければならないのか。性感染症の問題は、自分自身だけの問題じゃない。パートナー、自分の子供…生命を紡いでいく過程で絶対に考えなければいけないものだ。罹患した、当事者になった私だからこそ、そう強く思う。

この現状に皆が疑問を抱く日が来るのか。いや、来させなきゃいけない。その思いを胸に、今日も発信をしていく。

## Stella Lee

ステラ・リー●Born in Jakarta, Indonesia. Strong interests and love of Japan from childhood. Blogging mostly about Japan -- food, fashion, makeup, travel, and lifestyle. As influencer, help companies as digital marketing consultant and assistant director for tv show, as well as appeared in Indonesian big screen. Now pursuing dream in Japan and learning language here. Yoroshiku onegaishimasu.

## マドカ・ジャスミン

まどか・じゃすみん●1995年9月2日生まれ。2016年3月に開始した多種多様な人脈や行動力を武器としたライティングや、STD（性感染症）やHIV防止啓蒙活動も行う。その豊富な経験とユニークな着眼点から、人間模様を中心とした執筆内容、独自の視点からなるツイートが、若者を中心に男女問わず支持を集める。地上波TV番組雑誌への出演多数。2018年3月には、自身初となる自著「Who am I?」をKADOKAWAから出版。

## 超情報化時代における医療情報の役割とあり方

橘川幸夫

### 橘川幸夫

きつかわ・ゆきお●学生時代に音楽雑誌「ロッキング・オン」を創刊し、1978年に全面投稿雑誌「ボンブ」を創刊。さまざまな参加型メディアの開発を行う。「企画書—1999年のためのコンセプトノート」(1981年、宝島社)「一応族の反乱」(1990年、日本経済新聞社)「暇つぶしの時代」(2003年、平凡社)「森を見る力」(2014年、晶文社)など著作多数。

インターネットの普及は社会の各方面において、根源的な変革を推し進めています。これまで、特別な権力や能力のあった人が独占していた情報と、情報発信力が、すべての人に解放されつつあります。中心と周縁、上部と下部、玄人と素人などの境目が曖昧になり、カオスのような情報空間の中に私たちは生活しています。

個人が世界に向けて情報発信し、世界中の情報が享受できるというシステムは革命的ですし、人類社会の新しい発展段階に来ていると思いますが、一方、問題点・矛盾点も様々に露呈しています。

生命に関わる医療情報については、様々

な個人が自分の病気体験・治療体験を公開し、経験者でなければ分からない実感を伝えてくれる情報もあります。しかし、素人の思い込みの激しい意見や、怪しい治療法も、噂話のように拡散している状況があり、とても危険な方向に進んでいると思います。

私たちは、専門家の医師たちによる正確な医療知識情報を体系的にインターネット上に提供していくべきだと考えます。現在、eラーニングを含めた新規ソリューションとして「カラダ検定」のプロジェクトを検討しています。皆様のアドバイスとご協力をお願いいたします。

### 科学を「印籠」にしない情報発信 磯野真穂

医療者が一般に医学的な情報を発信するときの決まり文句として「エビデンスに基づいた」とか、「科学的に正しい」とかいった枕詞がある。もちろんエビデンスや、科学に基づいた情報は重要であろう。しかし一方で、「エビデンス」や「科学」が水戸黄門の印籠のように使われる場合もあり、「印籠」に従わない人々を、非合理で、賢くないと罵ったり、笑いものにしたりする現象も一部では見受けられる。

科学はもともと権威に対する対抗手段としての側面を持っていた。伝統やドグマといったものに対して、人々は科学を掲げて抵抗したのである。しかし科学が権威になった現在、伝統やドグマを掲げて科学者を封殺しようとしたかつての権威のように「科学」が使われていないかを検証することは重要であろう。

本発表では、ノスタルジックな観点から

### 医療人類学の立場から

の科学批判ではなく、意義ある形で批判的な視線を科学に向けるため、医療人類学者のアーサー・クラインマンが1970年代に提唱した「ヘルス・ケア・システム」を紹介する。ヘルス・ケア・システムは医療専門家が働く場所以外のところで、人々がどんな医療行動をするかを分析したものである。家族や知人のあいだで行われる健康希求行動を「民間セクター」、国家資格を持った医療専門家によって組織されるそれを「専門職セクター」、権威付けはないけれども独自の理論で治療を試みる「民俗セクター」に分類される。

「ヘルス・ケア・システム」は人々を屈服させる印籠として「科学」を掲げるのではなく、人々を助けるためにいかに「科学」を使うべきかを考える上で有用な示唆を与えてくれると考えている。

### 磯野真穂

いその・まほ●専門は文化人類学・医療人類学。早稲田大学で運動生理学を専攻の後、留学先のオレゴン州立大学にて専攻を文化人類学に変更。以降、社会・文化的、政治・経済的側面から身体をみることに関心を持ち、摂食障害、心房細動、糖質制限といった調査を実施している。著書に『なぜふつうに食べられないのか—拒食と過食の文化人類学』『医療者が語る答えなき世界—いのちの守り人の人類学』がある。

# session 04

## 製薬企業と医師

### 製薬企業と医師の金銭関係の透明化のために

尾崎章彦

#### 谷本哲也

(内科医師)

たにもと・てつや●1972年生まれ、鳥取県出身。1997年、九州大学医学部卒業後、内科医師として宮崎県立宮崎病院、国立がんセンター中央病院、松山赤十字病院、九州大学病院、鳥取大学病院等に勤務。2007年から2012年まで、PMDA 審査専門員。2012年より分野横断的に英文医学誌への掲載を目指す谷本勉強会を開始、成果を『NEJM (ニューイングランド医学誌)』『JAMA (米国医師会雑誌)』『ランセット』『ネイチャー』等に発表している。MRIC Global 編集委員。日本内科学会総合内科専門医、日本血液学会専門医・指導医。

#### 尾崎章彦

(公益財団法人ときわ会常務病院長外科医師)

おさき・あきひこ●2010年、東京大学医学部卒業。国保旭中央病院にて初期研修の後、東日本大震災に大きな影響を受け、2012年に福島県に移住。以来、一般外科診療の傍ら震災に関連した健康問題に取り組んできた。2012年に竹田総合病院外科、2014年に南相馬市立総合病院外科にて勤務。2017年、広野町高野病院の院長死去に伴う存続危機に際して、高野病院を支援する会事務局長として病院存続に奔走。同年以降、製薬企業と医師における金銭問題にも取り組んでいる。2018年、大町病院内科を経て現職。

#### 川口 恭

(『ロハス・メディカル』編集発行人)

かわぐち・やすし●1970年千葉県生まれ。93年、京都大学理学部卒業、朝日新聞入社。記者として津・岐阜・東京・福岡で勤務後、2001年、若者向け週刊新聞『seven』、02年、土曜版『be』のそれぞれ創刊に携わる。04年末に退社独立し(株)ロハスメディアを設立、翌年に『ロハス・メディカル』を創刊。横浜市立大学医学部非常勤講師。

#### 渡辺 周

(ワセダクロニクル編集長)

#### 荒金教介

(ワセダクロニクル財務・広報担当)

製薬企業は薬剤の販促活動の一環として、医師に講演や原稿執筆、コンサルティング業務を依頼し、医師はその見返りに金銭を受領する。その実態はパンドラの箱と捉えられ、内実は明らかではなかった。ワセダクロニクルと医療ガバナンス研究所が共同で作成した「製薬マネーデータベース」は、その詳細な分析を可能とした。私たちが行った調査により、学会理事や医学雑誌編集者、ガイドライン委員会、がん薬物療法専門医などに、多額の金銭が支払われている実態が浮かび上がってきた。このような製薬企業と医師の関係性に違法性はない。しかし、医師の処方を含め、患者の不利益や国民皆保険制度の疲弊につながっている可能性がある。私たちは、様々な媒体でこの問題について情報発信を進めるとともに、近日、データベースを一般公開する予定である。

一方で、解決すべき問題も多い。例えば、製薬企業は、講演会に関わる食費や宿泊費、交通費などを個別の医師に紐づけて公開していない。しかし、これらの利益供与も医師の処方の歪みにつながりうる。加えて、

循環器科や整形外科などの領域において莫大な利益を得ている医療機器メーカーは、医師への支払いについて情報公開を行っていない。

もう一つの重大な問題は、企業から医師に対しての直接の支払いについて情報公開が進むことで、非営利組織や一般社団を介した迂回献金が増加し、製薬企業と医師の金銭関係そのものが見えにくくなる可能性である。実際に、先端医療研究支援機構(ACRO)と呼ばれる非営利組織を介して、製薬企業から様々な医師や臨床試験に資金提供が行われていた実態が明らかになりつつある。私は昨年来、CREATE-X試験という乳がんの臨床試験の金銭問題について調査を続けているが、試験薬の販売元である中外製薬が同試験に多額の資金提供を行う際にも、ACROは一役買っていた。

薬剤や医療機器は莫大な利益を企業にもたらすため、その臨床使用を巡っては、様々な利害関係者の思惑が関わる。その透明性が少しでも高まるように、現場から少しずつ解決への取り組みを続けていきたい。

### 似た薬を作る会社が多過ぎる

川口 恭

「画期的な新薬の開発を通じて、世界の医療に貢献してきました」とウェブサイトですら自画自賛する日本製薬工業協会(製薬協)には2018年5月現在、「研究開発志向型」(同)の71社が加盟しているという。

彼らがどれだけの「画期的な新薬」を作ってきたのか、「品目は約1万6千程度」(厚労省ウェブサイトの記述)あるという薬価基準収載品目リストをしげしげと眺めてみる。71社が「画期的な新薬」を作ってきたのなら、最低でも71種類は「画期的」と呼ぶに値するような、それまで世の中に存在しなかった作用機序の「ピカ新」(ファースト・イン・クラス)薬がなければおかしい。しかし、似た作用機序の薬がゾロゾロと出てくるばかりで、ピカ新は彼らの商品の中に指折り数えるほどしかない。

つまり看板に偽りありで、日本の製薬会

社は「画期的な新薬」を作らないでも「研究開発志向型」を自称し存続できたことになる。それが可能だった理由を端的に言えば、「画期的でない薬」にも高い薬価がつき、儲かったからだ。保守的な規制当局や沸騰しやすいメディアの存在もあって、真に「画期的な新薬」へと挑むのはリスクが高過ぎたという事情もあるだろう。

この構造こそ、我が国の医師と製薬会社の関係を不幸なものにしてきた、と考える。

患者の利益を最優先しなければならぬ医師の倫理から見て、製薬会社から利益供与を受けながら処方判断を行う医師には、同情の余地がない。とは言え、似た作用機序の薬でどれを使っても結果に大差はないなら、製薬会社との関係で処方を選んだとしても良心の呵責を覚えにくからう。

一方の製薬会社からすれば、医師に処方

さえさせれば確実に利益を得られるのだから、処方させるため医師に利益の一部を供与するのは、営利企業として極めて合理的な判断だ。その分、「画期的な新薬」を生み出さなければという切実さは失われる。

しかも、製薬会社が得る利益の原資は社会で広く負担している保険料だったり税金だったりするわけで、利益供与には企業側と医師側の双方に後ろめたさがつきまとう。その後ろめたさは犯罪の温床でもある。

## 最後の砦となるために

渡辺 周

### 渡辺 周

わたなべ・まこと●日本テレビから2000年に朝日新聞。特別報道部などで調査報道を担当する。宗教団体の資金運用や、原発事故後の連載「プロメテウスの翼」で、高レベル核廃棄物などをテーマに執筆した。退社後、ワセダクロニクルを2017年2月に創刊。「買われた記事」で同年9月に外国特派員協会の「報道の自由推進賞」受賞。今年9月には「強制不妊」で反貧困ネットワークの「貧困ジャーナリズム大賞」を受賞した。

ワセダクロニクルは医療ガバナンス研究所と共同で、「製薬マネーデータベース」をつくった。医師の名前を入れれば、どの製薬会社から何の名目で資金を得たかが一発で分かる。透明性を高めることにより社会全体で製薬マネーを監視しようという試みだ。アメリカやドイツではすでに同様のデータベースを公的機関やジャーナリズム組織が作成し、公開している。

このデータベース、実は私が朝日新聞にいたときの2014年に作った。だが朝日新聞は、データベースを一般公開しなかった。この年は、従軍慰安婦の検証、池上コラムの不掲載問題、原発吉田調書の取り消し事件で朝日新聞はバッシングに見舞われ、みりみるうちに消極的になった。

公開は実現しなかったが、2015年4月にデータベースを元にした製薬マネーの検証を始めた。だがキャンペーンも途中で打ち切りとなった。「朝日新聞も広告や事業で製薬会社から金銭を得ている。まずは社内の検証をして公表してから」。これが当時の朝日幹部の説明だったが、検証結果が公

表されることはなかった。

今回、データベースの作成には3000時間を要した。製薬各社は、医師への支払いを自社のホームページで公表しているものの、データを取り込めないように様々な細工をしているからだ。これだけの作業を、朝日新聞でも東京大学でも製薬協でも厚労省でもなく、医療ガバナンス研究所とワセダクロニクルという小さな所帯がやり遂げた。大切なのは根気と覚悟だ。

この取り組みは、「医師とジャーナリストの共闘」という世界的に新しい挑戦でもある。10月に韓国ソウルで開かれたGIJN (Global Investigative Journalism Network) の大会では、医療ガバナンス研究所と共同で発表し、各国のジャーナリストたちが関心を示した。アジアのジャーナリズム組織との共同プロジェクトが生まれた。

患者さんの最後の砦となるためにはどうしたらいいか。職業人としての矜持と覚悟を持った「個」が連帯することだと、私は思っている。

# session 05

## 医療改革の現在 2

### 上 昌広

(特定非営利活動法人医療ガバナンス研究所  
理事長、内科医)

### 大友康裕

(東京医科歯科大学医学部附属病院副院長・  
救命救急センター長)

おおも・やすひろ●1984年、日本医科大学卒業。同千葉北総病院救命救急部医局長、国立病院東京災害医療センター救命救急センター長を経て2006年、東京医科歯科大学救急災害医学分野教授。2007年に同救命救急センター長、2017年より副病院長兼務。厚労省厚生科学審議会健康危機管理部会委員、消防庁「消防機関における新型インフルエンザ対策検討会」座長、厚労省「災害医療等のあり方に関する検討会」座長、東京都災害医療コーディネーター、厚労省日本DMAT検討委員会委員長を歴任。

### 東京オリンピック・パラリンピック2020へ向けて、 テロに対する医療対応は大丈夫か？

大友康裕

2020年東京オリンピック・パラリンピック大会を控え、わが国でテロが発生するリスクは決して低くない。「イスラム国」は、「日本を明確に敵であると宣言し、日本国民、日本権益を発見次第、我々の戦士、仲間による攻撃の対象となった」とし、対象国の若者へのSNSを活用した過激思想の宣伝工作を通して、多数の「ホームグロウンテロリスト」を得ている。また北朝鮮については、米国と軍事衝突となった場合、日本国内に潜伏しているとされる数千人の工作員が、日本国民をターゲットとしてテロ行為を行う可能性がある。

しかし現状では、わが国（特に東京）のテロに対する医療体制は極めて不十分である。以下、問題点と提言を列記する。

【化学テロ】①医療機関の多くは、消防に現場除染後の搬送を要求する：東京サリン事件では80%の患者は消防の手によらずに高度汚染したまま一般車で病院を受診している。②一部の病院で除染テントを持っている：東京サリン事件では、消防から医

療機関への連絡の10分後には最初の患者が病院を受診している。③解毒剤を国家備蓄している：意義はあるが、解毒剤使用の対象は自力で動けない重症者であり、消防による搬送開始は最低1時間かかる。

【爆弾テロ】①BC/RNの検知活動後に現場進入を開始する：検知器を持つ特殊部隊の到着に時間を要し、重症外傷の救命率が著しく低下する。②全救急隊にタニケット配備：有用だが、爆傷に特有な損傷とその対処に関して訓練が行われていない。③都内には26カ所の救命救急センターがある：秋葉原事件では、わずか10数名の患者搬送に、1時間を要している。

【提言】①全ての救急病院は、病院前に常設の脱衣スペースを用意する。②救急救命士による解毒剤投与（オートインジェクター）を認める。③爆弾テロでは、消防の全て部隊に放射線検知器を配備し、直近の通常部隊で初動を開始する。また直近の救命救急センターを現場救護所として運用する。

# session 06

## 新専門医制度

### 上 昌広

(特定非営利活動法人医療ガバナンス研究所  
理事長、内科医)

### 今村 聡

(公益社団法人日本医師会副会長)

いまむら・さとし●1977年、秋田大学医学部卒業。三井記念病院を経て1979年、神奈川県立こども医療センター勤務。1983年、浜松医科大学助手。1988年、静岡県立総合病院医長。1989年、浜松医科大学講師。1991年より今村医院を開設。板橋区医師会理事・副会長・監事、東京都医師会理事、日本医師会常任理事を歴任。2012年より日本医師会副会長を務める。

### 遠藤希之

(仙台厚生病院医学教育支援室長、  
臨床検査センター長)

えんどう・まれゆき●秋田県秋田市出身。1992年、東北大学医学部卒業。病理診断医、細胞診指導医、臨床研修プログラム責任者(厚労省認定)。全日本スキー連盟検定1級、国際スキー技術検定セミゴールド(ゴールド挑戦中)。

### 濱田通果

(ハンガリー Semmelweis大学医学部6年)

### 坂根みち子

(医療法人櫻坂 坂根Mクリニック 院長)

### 新専門医制度の現状と課題

今村 聡

2018年4月、新制度による専門研修が開始された。

本年度の全国の専攻医採用数は、カリキュラム制による専攻医を含め8,410名であり、2016年度の臨床研修医採用数8,622人を分母とした場合、97.5%の研修医が専門研修に移行したこととなる。

本年度の専攻医のうち、5都府県(東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県)に対して、14領域(外科、産婦人科、病理、臨床検査、総合診療以外)の専攻医数は、過去5年の採用実績を超えないようシーリングがかけられた。

5都府県の専攻医採用数は3,870名で全国の46.0%、東京都の採用数は1,824名で同じく21.7%を占めている。2016年の医師・歯科医師・薬剤師調査で医籍登録3~5年の医療施設に従事する医師数をみると、全国7,237名のうち東京都で従事する医師は1,162名で16.1%となっている。

偏在の要因が専門研修のみにあるわけではないことは論を待たないが、これらの状

況に鑑みれば、東京都、あるいは都市部に一定の集中傾向があることは否定できない。

これらのことから、次年度の採用に当たっては、東京都は本年度の採用実績の5%減、他の4府県は本年度と同様のシーリングが実行されるが、重要なことは都市部への集中回避を、相対的に医療資源の乏しい地域への専攻医配置につなげていくことであろう。

制度開始当初はさまざまな課題が生じ得ることを前提として、いかにその課題に適切に対応するかが制度の成否に関わってくる。

専門医の質の向上と偏在助長の回避という二つの命題に対して、いかに機構が指導性を発揮できるかが問われている。

機構には、中立的な第三者機関の責務として諸種の課題に真摯に対応し、専攻医、学会、地域医療関係者、国民等に対し、公平性、公正性をもった運営が求められていると認識している。

### 日本専門医機構と「新」専門医制度がもたらした災厄

遠藤希之

今年4月、市井の医師たちの大反対を振り切り、「新」専門医制度が始められてしまった。すると案の定、かねてから懸念されていた多数の問題が噴出してきた。しかも、機構の欺瞞や詭弁、データ改竄疑惑といったお粗末なガバナンスに関して、厚労省までが指摘する事態となっている。

例えば9月28日の厚労省医道審議会医師分科会医師専門研修部会において、5大都市圏のシーリング(採用上限数規制)が3都道府県・6領域で破られたことを、厚労省側が資料で暴露。さらに、「“東京集中”という状況は示唆される」ともコメントした。

これらは機構、特に松原前副理事長が、「シーリングは奇跡的にきちっと守られた」「東京一極集中という事実はない」と詭弁まで弄し、繰り返し主張してきたことだ。

それらを、厚労省があっさりと「虚偽認定」したわけだ。

ちなみに流出した内部資料を読み込むと、どうやら松原・山下の両前副理事長がデータ隠蔽・改竄を主導していた疑いが濃厚である。その松原氏は現在、なんと機構の監事に納まっている。「猫に鯉節の番をさせるようなものだ」と言ったら失礼か(猫に)。

寄り道をした。この「制度」が日本医療にもたらした、あるいはもたらす問題は、多岐に亘る。主なものを列挙する(順不同)。

- ①地域医療崩壊の加速
- ②内科減少、マイナー科増加など診療科偏在の加速
- ③若手医師の悲哀。特に進路多様性の喪失、およびキャリア形成の遅れ
- ④機構理事(前理事、前々理事)と各学会幹部の「プロフェッショナルオートノミ

一」欠如の露頭（もとより自明ではあるが、⑤の災厄を招いたため）

⑤厚労省による医師統制権の強化

⑥現場医師・事務の業務量の異常な増加  
機構の杜撰な運営、そして欠陥だらけの制度がこれだけの問題を引き起こしているのだ。これを、日本医療の「災厄」と呼ばずに何というのか。本講演では、時間の許す限り実際の事例（特に地方の問題）を紹介したい。

ただし、筆者はまだこの災厄を最小の被

害で食い止める事ができると考えている。

方策は以下の2点である。

①機構は勇断をもって即刻解散する。

②その際、この制度の最悪の問題点、すなわち「基幹施設に必ず属しプログラム制で行う」「循環型研修を必須とする」という2つの縛りを無くし、専攻医研修の多様性を確保する。

これらが実現すれば、機構が引き起こした過ち、災厄を、正すことができよう。会場での議論が楽しみである。

## ヨーロッパでの専門医制度の在り方

濱田通果

私は、ハンガリーのブダペストにある Semmelweis 大学の医学部6年生だ。卒業が目前となった今、私は日本に帰るという選択肢を取ろうとしているが、日本の医師たちからは、「日本に戻ってくるのは勿体ない、折角なら海外にいなよ」と言われることがあった。が、何故そう言われるのかは分からなかった。そして日本の卒後研修制度・専門医制度が実際に研修をしている若い医師たちにとってどういう存在なのか、まだよく知らなかった。

そんな中、ハンガリーの医学部を卒業しそのままハンガリーで専攻医をしている日本人の医師と話をすることがあった。彼にハンガリーでの働き方を聞いてみると衝撃を受けた。なんと彼は、卒後研修開始2カ月目にして手術の執刀医を任されたというのだ。外国で一人のびのびと医師として働いている彼のような人に、今まで出会った

ことがなかった。また彼自身はEU圏内で専攻医をするということにメリットを感じ、日本には帰りたくないと言った。

日本あるいはヨーロッパの卒後研修制度・専門医制度は、果たして若い医師にとってどんなものなのだろう。実際の働き方にどう影響しているのだろう。実際に日本およびヨーロッパで働く若い医師たちにインタビューを試み、比べてみることにした。

インタビューの対象は日本とヨーロッパ、それぞれで働く医師数名とした。今回は医師の国籍は問わなかった。インタビュー内容は、その国で専攻医になるための条件や専攻医の勤務形態、自分の決めた今のキャリアに進むまでの経緯など。本原稿執筆時点ではまだ全てのインタビューを終えたわけではないが、日本とヨーロッパでの考えの違いを現場の声から垣間見ることができればと考えている。

## 濱田通果

はまだ・みちか●1993年、神奈川県横浜市出身。幼少期を大阪で過ごし、2011年3月に近畿大学附属高等学校卒業後、ハンガリーへ渡る。2012年9月Semmelweis 大学医学部に入学（ハンガリー、ブダペスト）。現在6年生、The Department of Genetics, Cell- and Immunobiologyの Chemotaxis Research Group所属。

## 専門医制度を止めるべき13の理由

坂根みち子

### 坂根みち子

さかね・みちこ ●筑波大学医学専門学  
群卒業。MD、PhD、循環器専門医。循環  
器内科医として約20年勤務ののち、  
2010年10月、つくば市に開業。モット  
ーは「必要な人に必要な医療を」。開業  
の半年後に東日本大震災被災。これをき  
っかけにMRICに投稿開始。2014年4月  
1日より「現場の医療を守る会」世話  
人代表。2014年より日本医療法人協会「現  
場からの医療事故調G.L.検討委員会」委  
員長。

2018年度から専門医制度が開始されて  
いる。この制度は90%以上の若手医師が  
登録する制度でありながら、日本専門医  
機構の稚拙な制度設計・運営により、医  
療システムが暴力的に破壊され始めてい  
る。今からでも遅くはない。多少現場が  
混乱したとしても、一旦立ち止まる必要  
がある。若い医師達の未来と現状の医療  
システムを崩壊に導かないように、多様  
な考え方を取り入れ、丁寧な制度設計に  
作り替えるべきである。

本セッションでは、下記の専門医制度  
を止めるべき13の理由につき、具体的に  
説明したい。

1. 専門医機構は未だにこの制度の目的で  
ある「質」の担保をしていない。
2. 出産や子育てしながらの研修が困難に  
なった。
3. カリキュラム制が整備されず実害が出

ている。

4. 機構に制度の抜本的改善の見通しがな  
い。
5. 「循環型プログラム制」を強要したた  
めに良質の単一研修施設が潰された。
6. 医師の偏在と診療科の偏在がさらに進  
んだ。
7. 基本19領域が検討不十分のまま固定化  
されてしまった。
8. サブスペシャリティの検討が遅すぎる。
9. 機構の事務局の事務処理能力が絶望的。
10. 機構のガバナンスは危機的状況にある。
11. 機構はすでに学会から独立した中立的  
な第三者機関ではなくなっている。
12. 機構はとうとう国の管理下へ入ってし  
まった。
13. 機構が立ち止まれないのは借金のため  
である。

## 坪倉正治

(福島県立医科大学公衆衛生学講座特任教授)

つばくら・まさはる ●2006年、東京大学医学部卒業。亀田総合病院、帝京大学ちば総合医療センター第三内科、都立駒込病院にて血液内科医として勤務。東日本大震災発生以降、2011年4月から浜通りにて医療支援に従事、主に内部被ばく検査に携わっている。2011年5月から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。2018年4月より現職。

## 根本 剛

(鹿島厚生病院外科・在宅診療科)

ねもと・つよし ●福島県立医科大学。同大学第一外科(消化管外科等)に入局。2005年4月より原町市立病院(現南相馬市立総合病院)。同院で、東日本大震災に遭遇。福島第一原発の事故により病棟が閉鎖され、病棟が再開されるまで避難所回診、在宅往診、仮設住宅往診を行う。2012年4月、南相馬市立総合病院にて在宅診療科が創設され、これを機に同科に異動。2018年4月より鹿島厚生病院にて勤務。現在に至る。

## 伊東尚美

(相馬市保健センター保健師)

いとう・なおみ ●福島医大看護学部卒業。寿泉堂総合病院看護師、福島医大看護学部助手を経て、2018年4月より現職。震災に関連した健康問題に関心を持ち、現在は相馬井戸端長屋における健康支援に携わっている。公衆衛生学修士。

## 木村悠子

(川内村国保診療所所長医師)

### 南相馬の介護状況

根本 剛

私は2005年に外科医として、原町市立病院(現南相馬市立総合病院)に赴任した。赴任当初22人いた常勤医は、彼らの所属する医局が同院から引き上げをしたため、震災前は14人となった。内科系(消化器科と循環器科のみであったが)医師は4人から2人となり、当直の際に入院が必要な肺炎などの高齢患者を自分が受け持つこともしばしばあった。しかし、このような患者は治療してもADL低下や摂食能低下があり、退院は容易ではなかった。震災前は療養型病棟があり、そこでリハビリをして待機した。療養型病棟の3ヵ月後は老人保健施設や特別養護老人ホームなどの入所が選択に上がる。だが、申し込んでも「入所待機者が100人以上います」という返事があり、入所を断念せざるを得なかった。南相馬市の介護の状況は震災前から施設及びマンパワーが不足していた。

さらに震災直後は、介護職員の避難のため入居系の施設が全く機能しなくなった時期があった。被災した年は、原発事故が次

第に落ち着き始めても、避難から戻ってきたのは高齢者がほとんどだった。入院した高齢者は退院できる状態となっても、家族からは「世話をするものがないので家に連れて帰ることはできない」と言われ、施設入所もできず退院させられない状況があった。

2013年には介護職員の数は震災前の8割まで回復したが、その後も震災前の82%から93%の介護職員数で推移していた。

震災後7年8ヵ月がたち、各施設および就業する人々の尽力により震災前より施設の利用者の収容数は増えた。しかし介護のマンパワー不足は続き、施設待機者ののべ数は減少していない。したがって早急に入所が必要な場合は依然、地域以外の施設を選択する状況になっている。一方で訪問診療を受ける患者の数は増えていない。居宅系、入居系の施設数及び職員数の推移を見直し、現在と将来における南相馬市の介護に必要な要素を考えたい。

### 震災後の相馬市の高齢化の現状と孤独死対策

伊東尚美

相馬市は福島県の浜通りに位置し、東日本大震災による津波の被害で458人の犠牲者が出た地域である。相馬市の人口は震災当時から3,000人近く減少し、2018年10月現在、約35,000人となっている。

相馬市の高齢化率は29.5%と全国の27.7%を上回っている。高齢者のみの世帯は1,351世帯で、全世帯数の約10%を占め、年々増加している。また、そのうち独居高齢者は804人で、高齢者のみ世帯の半数以上だ。独居高齢者に対し、声かけ訪問や配食サービス、緊急通報システムなど、「孤独死対策」として見守りを充実させている。

また、相馬市は震災後の2012年という早い段階で、災害市営住宅である「相馬井戸端長屋」を造成した。津波による被害等で家を失い、避難所や仮設住宅へ転々と住まいを変えた高齢者の方々を受け入れることを目的とし、震災からの復興を目指して

きた。「井戸端長屋」は「孤独死対策」においても重要な役割を担っている。孤立せず安全に安心して暮らすことができるよう、管理人の見守りをはじめ、医師や保健師による健康支援などを行っている。今後も井戸端長屋の住居者同士のコミュニティ形成や、災害市営住宅が地域から孤立しないための支援が求められる。

高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続していけることは、人生の質と直結する。要介護者の急増や介護の担い手不足は今後も続く見込みだ。介護予防を目的とした「骨太公園」の利用や「骨太けんこう体操」の普及に努めている。

東日本大震災から7年8ヵ月経ち、震災当時は元気だった高齢者も徐々に高齢化しており、新たな課題に直面している。相馬市の高齢化の現状と今後について報告する。

## 高齢化に直面している川内村の現状

木村悠子

### 木村悠子

きむら・ゆうこ●2006年3月長崎大学医学部卒業。河北総合病院での初期研修終了後、国立国際医療研究センターにて血液内科診療に従事。2012年4月に長崎大学大学院医師薬学総合研究科に入学、チェルノブイリ事故後の健康影響の現状について研究を行う。2016年4月、福島県立医大放射線健康管理学講座助教。2017年4月から現職にて村の診療に従事。

川内村は、福島県浜通りの中西部、阿武隈高原の山間に位置し、2011年3月、福島第一原子力発電所の事故の影響で全村避難を余儀なくされた。しかし、幸いにも空間線量がそれほど高くなかったため、いち早く帰還宣言を発表し、2012年4月から住民の帰還が始まった。もともと住民は3000人ほどの村であったが、現在は約2100人が村内に居住している。

帰村から6年半が経過し、川内村は急激な高齢化に直面している。震災前、34.6%であった高齢化率はあつという間に上昇し、2018年3月には40%を超えた。介護認定率は、震災前の14%から24%へと跳ね上がっている。これは、避難をきっかけに若年世代が流出してしまったこと、また高齢世代と子供達世代の世帯が分離してしまったことによって、高齢者介護の担い手が家族中心であった状況から、より介護サービスを利用する方向へ変化していることが関係していると考えられる。また、帰還時は元

気だった世代も徐々に高齢化している。

私は普段、村の診療所で内科診療を行っている。年齢以上に元気な高齢者も多いが、このままでは引きこもってしまいADLが落ちていくと予想されるような高齢者もいる。現在、そのような状況を防ぐために村内で繋げることができる介護サービスは、川内村社会福祉協議会が提供するデイサービスのみで他の選択肢はほぼ無い。中核都市から車で1時間以上離れた山間部の川内村は、元々介護サービスのリソースが少ない地域だ。震災後に特別養護老人ホームが建設されたものの、自宅生活の要介護者の急増を支える介護の担い手は、常に人手不足であり、特に独居や高齢者世帯の高齢者は、ADLが低下すると自宅生活を諦めざるを得ない状況となっている。

時間の経過とともに明らかになってきた川内村の高齢化の現状と今後について報告する。

## 浜通りでの医療・介護の現状と課題

坪倉正治

放射線災害による住民への健康影響は、放射線被ばくによるものにとどまらず、生活・社会環境の変化に伴い多面的となることが分かっている。

事故初期には避難に伴う急激な環境変化が主に高齢者にとって問題となり、人的・物的資源不足や病棟閉鎖などのインフラ保全が問題となることが指摘されてきた。

中・長期的には、糖尿病に代表される慢性疾患・生活習慣病の悪化、精神的な影響、運動機能の低下、医療体制および社会環境の変化に伴う患者の診療行動の変化、介護負担の増加など、多くの問題が存在する。今年度の市町村の介護保険料は、国内

上位10市町村のうち6つが原発事故による避難指示を受けた地域である。理由は簡潔には若い人が避難し高齢化と過疎化が進んだ、といった原発事故に伴う生活・社会環境の変化であるが、その対策は困難を極める。震災後の新しい施設の増築や、医療費の無料化も影を落とす。実際、震災後の介護費用は、市町村にもよるが3倍近くまで膨れ上がった。

本発表では、事故後の、放射線被ばく以外の二次的な健康課題および今後の対策について、福島県浜通り地区のデータを元に紹介したい。

# session 08

## 医療コミュニケーション

### 久住英二

(医療法人社団鉄医会 理事長)

### 阿南里恵

(子宮頸がんサバイバー、特定非営利活動法人  
日本がん・生殖医療学会理事)

あなみ・りえ●1981年10月18日生まれ。大阪府東大阪市出身。不動産会社の営業職に就いた23歳の頃、子宮頸がん罹患(2b期)。抗がん剤、子宮全摘出術、放射線治療を受ける。2009年から体験談を語る講演活動を始める。2013年6月、厚生労働省がん対策推進協議会委員に就任。特定非営利活動法人日本がん・生殖医療学会理事。

### 會田昭一郎

(市民のためのがん治療の会代表)

あいだ・しょういちろう●1942年東京生まれ。(独)国民生活センターで永年消費者問題を研究。2000年に舌がんの宣告を受け、国際標準治療を調べ、NCIのパンフレットなどで小線源による放射線治療を知る。北海道がんセンターで西尾正道先生の治療を受け3週間で職場復帰、高いQOLを維持。これらの経験から初期治療の選択の段階での放射線治療情報の欠落に注目し、患者の権利が著しく損なわれていること、がん治療に関する情報公開の重要性を痛感。2004年、がん患者の会「市民のためのがん治療の会」を設立、代表を務める。

### 小川智也

(MRT株式会社副社長、医師)

### 澤田真弓

(メディフォン株式会社代表取締役CEO)

### 新村浩明

(公益財団法人ときわ会常務病院長)

### 若年がん患者のための選択肢

阿南里恵

私が子宮頸がんにかかった時、主治医が「子宮全摘出は免れないが、卵巣を残すことは出来るかもしれない」という選択肢を与えてくれました。卵巣を残しても子宮は喪失してしまうので、医学的な表現では「絶対的の不妊」となります。しかし卵巣を残すことができれば、卵巣機能を保つことで、QOLの維持が可能になります。私は卵巣を残せたことを、今でも主治医に感謝しています。

現在、所属している日本がん・生殖医療学会では、がん治療時の妊孕性温存療法を推進しています。妊娠する能力のことを妊孕性といいます。がん種や進行期などの条件をクリアした患者は、がん治療前に卵子や精子、受精卵の凍結をしておくことで、治療後に子供を授かる可能性を残すことができます。

しかし、まだまだ十分な情報や選択肢が患者に提供されていません。そして何より、妊孕性を喪失する患者や喪失してしまった患者へのフォローやケアが、ほとんど出ていないのが現実です。

私はがん・生殖医療と出会うまで、自身の卵巣は健康であると思っていました。ところが学会の理事長に勧められて検査を受けてみると、卵巣機能の数値が平均よりかなり低いことがわかりました。初めは早

発閉経が起こる前に卵子を凍結しておきたいと考えました。そうすれば代理出産で子供を授かることができるかもしれません。しかし、何度か理事長と話し合う中で、考えが変わりました。私は出産したことがありません。そのため無意識のうちに、健康な女性にとって出産は容易なものだと思っていたことに気づかされました。理事長は産婦人科医として、出産時のリスクや倫理的な問題などについて教えてくれました。命の大切さや儚さを知っているからこそ、誰かの命を自分のために危険にさらすことはできないと思いました。

そして、里親や特別養子縁組について学び始めました。すると、想像していたよりもずっと幸せな家族の形があることを知り、心が震え、大きな勇気をもらいました。現在はそれをがん・生殖医療の一つの選択肢に加えようと、他の理事たちと試行錯誤しています。

若年がん患者の治療後の人生は、まだまだ希望に満ち溢れているとは言えません。それを変えていくためには、がん治療医だけでなく、幅広い分野の医療者や医療以外の専門家との連携が必要です。がん治療後にまだまだ長い人生を歩んでいく若年がん患者が、希望を持って輝きながら生きられる時代が来るのを、心から願っています。

### 医師と製薬業界～患者団体としての取り組み

會田昭一郎

製薬業界からの政官等への献金については、かねてから患者会としても注視している。医療はその性質上、規制行政の色濃いものである。献金は、厚労行政の基礎となる様々な法令・規則等について、少しでも有利な扱いを受けるための事業者団体等の行動であろう。だが、今回取り上げられている製薬業界から医師への多額の金銭の支払いについては、それだけ聞いても、患者団体にとって具体的にどのような影響があるのか、もう一つははっきりしない。

ところが医師への金銭の支払いが、治療にどの薬を使うのか、どの治療法を選択す

るのかという意思決定に大きな影響を与え、場合によっては客観的に見て患者にとっての最適な治療法が選択されないかもしれない、となれば、患者や患者団体としても看過することはできない。

患者は、主治医が自分にとって最適な治療法を選択し、治療してくれていると信じているが、実は必ずしもそうとは限らないのが現実だ。このことは薬の使用だけに限らない。以下のようなケースが考えられる。  
①製薬会社から金銭等を受け取ることにより、専門家の中では効果が疑問視されたり、高齢だったり、体調が悪かったりす

## 小川智也

おがわ・ともなり●1973年生まれ。2002年、医師国家試験に合格（MD）、山田赤十字病院勤務。2004年、大阪府立千里救命救急センター。2005年、大阪医療センター救命救急センター。2008年より複数のクリニック経営に参画の後、MRT株式会社に入社。現在、取締役副社長。救急科専門医、日本抗加齢医学会専門医。英国国立ウェールズ大学経営大学院MBA。

る場合でも、特定の薬を使用する。

②専門医制度等により、手術の実績を必要とする場合、放射線治療の適用であっても手術が選択される。

③内視鏡下手術など新しい術式のキャリアを積むため、無理に新しい術式が適用される。

④ダビンチ等が導入されると、放射線治療の適用も考えられるのに、病院経営上、償

却のために手術が選択される。

医師と製薬業界の問題は、それだけでは市民レベルでのムーブメントとはなりにくいのではなかろうか。そこで患者会の視点を加え、誰もが「とんでもない話だ」「そんなことがあってはダメだ」と思えるようアピールし、市民レベルでのムーブメントが澎湃として沸き起こることを期待したい。

## ITデバイス活用による医療コミュニケーションの形

小川智也

近年、コミュニケーション手段は多用化し、私たちの日常生活にも様々な変化が起きている。その一つが、ITデバイスを活用した相互コミュニケーションのあり方であろう。周知の通り、世界のITデバイスの技術革新は、ここ10年間で驚くほどの飛躍を遂げ、様々なコミュニケーションツールを生み出した。

メールやメッセージ、SNSは、いまや日常生活の中で一般的なコミュニケーションツールとして当たり前のように利用されているが、医療現場においても同様にその活用が広がっている。

さらに、上記のコミュニケーションツールのみならず、あらゆるデバイスの活用が、患者と医療者間のコミュニケーションを円滑かつ正確にする。具体的には、非接触センサーや各種デバイスから収集されるバイタルデータの活用を指す。

病院内に限らず在宅や施設内でも、医療者は対象者の様々な客観的身体情報を事前

に得ることができるため、効率的かつ効果的なコミュニケーションを生み出しやすくなると考えられる。また、本人の負担を軽減しつつ情報をリアルタイムに収集でき、介護者など医療者以外の関係者とも情報共有が可能になる。直接コミュニケーションがとれなくとも、情報共有を介した多者連携が可能となり、これまでにない新たなコミュニケーションの形を提案しているといえよう。

一方で、便利さゆえの弊害もあり得る。過剰な期待感から倫理的課題を勘案せずに個人情報共有・活用するような事態は、勿論避けなければならない。

ITデバイスの医療分野への普及と活用は、あらゆる可能性を秘めている。私たち医療者は、医療に携わる者としての正しい倫理観を保ちつつ、新たな患者・医療者間のコミュニケーションの形態を創造し続けることが必要と考える。

## 多様性に対応する医療通訳～現状と課題～

澤田真弓

国内における訪日及び在住外国人数の増加に比例し、外国人患者受入れのための多言語対応及び未収金防止対策といった医療機関側の体制整備が求められている。関連したトラブルやインシデントも報告されていることから、医療安全の観点からも、現場での危機意識は高まっている。このような状況を受け、自民党では「外国人観光客に対する医療プロジェクトチーム (PT)」が、内閣官房では「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ (WG)」が立ち上がり、再来年度までのスケジュールを含めた具体的な施策案が打ち出された。その中には、対面通訳・遠隔通訳・機械通訳といった医療通訳の手法についての特徴整理、医療通訳認定制度の検討、外国人向け医療コーディネーターの

養成等が含まれる。こうした取り組みにより、医療機関における外国人患者受入れ体制整備は加速することが期待される。

今後、更なる検討が求められるのは、国内で話者の少ない希少言語への対応についてだ。医療通訳認定制度で対象言語となっている英語・中国語等の主要言語については、医療機関による通訳の質の担保が一定程度可能となることが期待される。その一方で、ベトナム語やネパール語をはじめとした国内に医療通訳者及びその教育者が少ない言語については、国内需要が急激に高まっている、また今後更に高まることが予想されるにも関わらず、医療機関側で医療通訳者又は医療通訳事業者の選定基準を設けることが極めて難しい。

## 澤田真弓

さわだ・まゆみ●2005年、東京外国語大学外国語学部英語専攻卒業。北京大学漢語進修プログラム修了後、インペリアルカレッジロンドンにて経営学修士号取得。帰国後、グーグル株式会社を経て、一般社団法人JIGHに参画。2014年1月に遠隔医療通訳サービスmediPhone (メディアフォン) を立ち上げる。医療者及び外国人患者への安全な医療提供、医療通訳者の育成の仕組み構築、遠隔医療通訳の社会における更なる浸透を目指し、2018年6月より現組織にて事業を運営。

## ちょんまげ仮装訪問を通じた高齢者見守り活動

新村浩明

私は、福島県いわき市にある公益財団法人ときわ会常磐病院の院長を務めている。2014年12月より、仮装による高齢者のお宅訪問を行っている。

始めるきっかけとなったのが、クリスマスシーズンだったために医局にサンタクロースの衣装を見つけた時であった。これまで白衣を着て訪問診療を行っていたが、この衣装を着て行ったらお年寄りに喜んでもらえるかなと考えた。少し不謹慎な気もしたが、もともと仮装をするのが好きな自分は、後先を考えずにサンタクロースの格好で訪問診療に出かけた。行く先々のお宅で、最初は怪しい訪問販売の人と疑われたが、新村とわかると大歓迎で迎えてくださった。

そして1月は大黒様の衣装でお願いと、リクエストまでいただいた。依頼されれば断るわけにもいかず、大黒様の衣装をネットでレンタルし訪問診療に伺った。2度も仮装でお宅を訪問してしまうと、皆様、次は何だ大変期待をされるようになり、後には引けなくなってしまった。2月は梅の

季節で水戸黄門、3月は花咲か爺さんの仮装をした。4月は桜吹雪の遠山の金さんしかないと考えたが、ちょんまげをかぶることはさすがに不謹慎すぎるだろうと抵抗感があった。だが、もう勢いで行くしかない、ちょんまげをのせて訪問することにした。これが想像以上にお年寄りたちに面白がられ、拍手喝采で受け入れてくださった。ちょんまげ姿で保険診療もないであろうと思ひ、この時から訪問診療ではなくボランティア形式の自宅訪問の見守り活動とした。

しばらくは院内外から、公益財団法人の院長が仮装は不謹慎だと批判の声も聞こえてきた。しかし、訪問先の高齢者の笑顔を見ていると、この活動は高齢独居や2人暮らしの方の癒しになっていると感じ、訪問できる人数は限られるが、今日まで月に1回仮装で訪問を続けている。今後は活動の規模を拡大するため、常磐病院看護部の協力を得て、さらに頻度を上げて訪問を行いたいと考えている。

## 新村浩明

しんむら・ひろあき●1967年12月28日生まれ、富山県氷見市出身。1993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。2005年、医療法人社団ときわ会いわき泌尿器科(福島県いわき市)に入職。2011年、財団法人ときわ会常磐(じょうばん)病院。2015年9月より公益財団法人ときわ会常磐病院院長。

## 鈴木陽介

(帝京大学ちば総合医療センター産婦人科)

すずき・ようすけ●1980年生まれ、千葉県千葉市出身。2009年、東京大学医学部卒業。2011年より亀田総合病院産婦人科、2017年より帝京大学ちば総合医療センター産婦人科に勤務。2児の父。学生時代、福島県立大野病院事件を受けて「周産期医療の崩壊をくい止める会」の活動に関わったことで産婦人科を志す。友人たちと「はっと医療学会」を立ち上げ、今年で10年目。

## 染矢明日香

(NPO法人ビルコン理事長)

そめや・あすか●2008年、慶応義塾大環境情報学部卒。自身の経験から日本の思いがけない妊娠・中絶の多さに問題意識を持つ。コンサルおよびメーカーのマーケティング職を経て、性の健康啓発を行うNPO法人ビルコンを2013年起業、現職。若者向け・保護者向けの性教育講演や性教育コンテンツの開発・普及を行い、思春期からの正しい性知識の向上と対等なパートナーシップの意識醸成に貢献。著書に「マンガでわかるオトコの子の「性」」。

## 妹尾優希

(スロバキア国立コメニウス大学医学部4年)

## 濱名潤子

(南相馬市立鹿島中学校 養護教諭)

はまな・じゅんこ●養護教諭として飯館村立大倉小学校、新地町立新地小学校、相馬市立中村第一中学校、中村第二中学校、原町第一中学校、鹿島中学校に勤務。性指導・不登校指導・心の指導に取り組む。全国養護教諭中央研修にていじめについて、中学校教育研究会で性の授業研究について、日本教育保健学会で性指導について、発表。地域で子育てに関する講演を行う。公益財団法人日本学校保健会相馬支部副部長を経て、現在支部長。

## 鈴木朝雄

(保護司、一般社団法人創発環境創造機構理事)

## 山本佳奈

(医療法人社団ナビタスクリニック立川・新宿内科医、医療ガバナンス研究所研究員)

## 林知礼

(オカモト株式会社)

### 現場からの性教育

鈴木陽介

「性教育」と聞いてみなさんはどんなことを想像しますか？

周りを少し眺めてみると、純潔教育（強制禁欲主義）、性交渉のやり方（how to sex）、食育（いのちについて知る）、フェミニズム教育、思春期におけるカラダやココロの変化、恋愛観や結婚観、人生設計のやり方、妊娠や出産のメカニズム、卵巣年齢、性的同意、セクシュアルハラスメント、男女の相互理解、LGBT、性犯罪から身を守るための方法、アルコールの飲み方、性感染症の予防や避妊……実に多くのことが、「性教育」の名前で扱われています。

性に関する教育も他の領域同様、政治や思想、科学技術の発展や社会の変化、何より「教える側」がどんな社会を望ましいと考えているか」の影響を受けざるを得ません。

### 性教育後進国ニッポン？ 性情報の海に、沈まないチカラを

染矢明日香

2018年3月、東京都内公立中学校の性教育の授業で性交や中絶、避妊を取り上げたことについて、ある都議が「不適切」と都議会で取り上げた。東京都教育委員会も「国の学習指導要領にない」「中学生の発達段階に合わない」と課題がある旨答弁し、波紋が広がった。日本の性教育が政治権力や行政などによって抑圧され、国際的な標準からはるかに遅れている現状があらためて示された。ユネスコなどによる国際的な性教育のスタンダード「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」では、包括的な性教育は性行動を早めることはないばかりか、より慎重化させると結論付けている。

私は、性の健康教育についての講演や情報発信を行うNPOビルコンの代表をしている。私たちの無料メール相談には、高校生からの妊娠不安の相談も頻りに届く。中高生たちの性知識は乏しく、あまりに無防備な状況だ。そして、妊娠すれば、中絶をするか、出産後に学校中退、ひとり親になり、

隣国が豊かであることは教えてはならない」「地球が回っていることは教えてはならない」「医局以外の選択肢があることは教えてはならない」……教育において、「何かを教えてはならない」ということは、ひずみを生みだします。

性感染症は減らすことができるリスクであり、人工妊娠中絶は減らすことができる不幸です。受け入れてもらえるかどうかは別ですが、まずは自分たちが学び、どんな社会が望ましいか考え、何を次世代に伝えたいかを考えなければなりません。

このセッションでは3人の方に発表を、3人の方に指定発言をお願いしました。このセッションが性について、また教育について、いま一度みなが考える機会のひとつになることを願ってやみません。

貧困へとつながっていく。10代の母による出産は年間1万件以上、10代の中絶は年間約1万5千件行われている。ITが普及し、子どもたちは性のことを不正確な性情報やフィクションであるAVから学んでいく。SNSを通じた10代の性被害も年々増加している。

また、日本ではアフターピル（緊急避妊薬）にアクセスするハードルの高い状況が続いている。性や妊娠・出産に関わるすべてにおいて、本人の意思が尊重され、そのために必要な情報を得ることができ、自分にあった選択肢にアクセス可能であることは、当然の権利である。

あふれる性情報の海にいる子どもたちに、ジェンダー平等と多様性に基づく科学的な性の知識や人間関係について学ぶ機会があり、彼らが困った時に、子どもを搾取する大人ではなく、適切な社会資源・選択肢とつながることができる環境整備が急務である。

## 宗教と性教育と若者

妹尾優希

私はスロバキアのコメニウス大学で、英語で医療を学んでいます。

中高時代を過ごしたニュージーランドでは、無信教が国民の42%を占め、宗教人口の大半を占めるキリスト教徒もカトリック、英国教会、長老会に分かれています。性教育は義務教育開始と同時に、4-5歳から始まります。初期には日本と変わらず男女の身体や成長の違いについて学びますが、小学6年生から高校生にかけては、避妊や性感染症、中絶による将来の不妊のリスクを学びます。2017年の15-19歳の人口千人に対する出生数は15、中絶数は9.2で、他方、日本の同年代の出生数は4、中絶数は24.4でした。出生数と中絶数の合計を比べると、日本の10代の方が若干、性の機会が多いことが分かります。ニュージーランドで10代の出産率が高い背景には、若い母や母子家庭の待遇がよく、若年の出産が歓迎されていることが挙げられます。

この夏に医療実習先として訪れたモロッコは、イラスム教が国教です。原則的には婚前の男女の性交渉は認められておらず、義務教育課程の性教育も実施されていません。しかし、実際には「女性器から出血の

ない性行為」は容認されています。実習中は、HIV、肛門がん、梅毒の患者さんが多い印象でした。HIVの2016年の感染者数は22,000人で、人口千人に対しての感染者数を日本と比べると約4.8倍ほどです。

スロバキアでは、カトリック信者が国民人口の6割を占め、力を持つ教会が人口中絶に大きな影響を与えています。今年6月には人口中絶の禁止が法案に上がりました。大学の医療倫理では、「障害を理由にした中絶は許容されるべきでは？」と発言した学生が、教授に叱咤されたのを見たこともあります。一方で、性教育の内容はEUの規定の下に宗教や道徳の授業で実施されています。スロバキアの若者の性動向は日本と大差ない印象です。2015年の合計特殊出生率は1.37と、日本の1.46よりも低い反面、中絶しにくい社会背景から第一子出産年齢の8.3%を15-19歳が占め、EU平均の3.9%を大きく上回ります。

今回は、私の滞在経験のある国々の性教育と若者の性環境について紹介し、宗教性や性教育が実際の若者の性行動にどのように反映されているかについてお話しします。

## 妹尾優希

せのお・ゆうき●1994年8月21日栃木県下野市生まれ。幼少期をアメリカ・ボストンで過ごした後、日本の小学校を経て、ニュージーランドの中学・高校を卒業。2015年9月よりスロバキア国立コメニウス大学医学部英語コースにて医学を学ぶ。2016年、震災後の福島訪問を機に、スロバキアで福島での体験を伝える活動を始める。現在、原子力学会誌『ATOMOΣ (アトモス)』のコラムで東欧・欧州の原発事情を連載中。

## 教育現場における、性教育のリアリティとシンパシー

鈴木朝雄

20歳未満1万5千人、20歳～24歳3万8千人、妊娠を望んでいた結果ではなく、不本意ながら人工中絶を選んだ人数です。中絶を選択せざるを得なかった発端はどこにあるのでしょうか？

確実に言えることは、現在の性教育は中高生の現実とかけ離れている、ということです。

高校進学とともに生徒たちはほぼ100%、スマホを持つようになります。そうなると様々な情報が一気に入って来るようになります。色々な“要因”が一気に増えることになります。

また現在、未成年の性交経験者は、中学生は女子20人に1人・男子25人に1人。それが高校生になると女子4人に1人・男子7人に1人が経験者となります（青少年の性行動全国調査）。

ところが、実際の教育現場において意思決定の中心になっているのは、自身が中高生であった時に携帯さえ無かった世代です。彼らは中高生の性の現実と全く共感できま

せん。自分の経験を元に、「そもそもSEXをしない教育を中心にするべきであって、踏み込んだ内容は必要ない」と判断しがちです。

しかも教育現場において性教育は多くの場合、「科目」ではなく「特別教育」「道徳教育」の位置付けです。熱心な教員がいる学校では計画されますが、学校関係者、特に校長先生の価値観に開催が左右されることが多いのです。

先生たちは結局、教育指導要領に基づいた指導に終始します。中学生では、まずは保護者への性教育実施の理解を優先します。内容は「健康な生活と疾病の予防」の一環として「性的接触」が触れられるにとどまります。高校生では、教育指導要領で「結婚生活と合わせて教育する」ことが主軸に据えられています。結婚生活という基本的概念の中で必要時にするものが避妊であり、コンドームの使用についても、夫婦間において避妊が必要な場合の知識、とされています。

こうして教育現場では、リアルな性につ

## 鈴木朝雄

すずき・ともお●1967年兵庫県明石市生まれ。東京農業大学農学部博士前期課程修了後、北海道大規模酪農牧場長を経て、畜産コンサル会社設立、2001年英国女王賞（Queen's Awards for Enterprise）受賞。実兄の参議院議員選挙に関わり、参議院議員公設秘書、文部科学省副大臣政務秘書官の後、私立高等学校（全日制・通信制）校長を歴任、現在一般社団法人理事、保護司として、非行青少年・元受刑者等の更生に関わる。

いて先生が触れてはいけない、生徒に対し公言してはいけない、とされています。性教育とリアルとの乖離が、生徒のシンパシ

ーを失わせているのです。

まずは、現実に即すよう、教育指導要領の改訂が必須ではないでしょうか？

## 同世代の女性に伝えたいこと

山本佳奈

「性感染症の検査、受けたことはないです…」、これは同世代の女性からよく聞かれる回答だ。私は、緊急避妊薬を希望してクリニックを受診する女性に、性感染症の検査の有無を聞いている。緊急避妊薬を希望するということは、避妊に失敗した、又は避妊していなかったということ。検査を受けたことがない、検査を知らない、という女性には、性感染症に感染するリスクがあることはもちろん、性感染症の基本や検査の必要性についてお伝えしている。

『Nature』誌によれば、米疾病予防管理センターは今年8月末、米国内の性感染症が増加傾向にあることを発表した。日本も他人事だとは思ってられない。梅毒が昨年までの推移に比べ急増しているとの報告が相次いでいる。もちろん、梅毒だけが性感染症ではない。日本で最も感染者数の多い性感染症は、クラミジア感染症で約2万5000人。次いで性器ヘルペスの約9300人、淋菌感染症の約8100人と続く。性感染症は症状を自覚しにくく、病院を受診していないケースも多いと考えられるため、氷山の一角にすぎないだろう。

性感染症の増加の原因の一つとして考え

られているのが、SNSの普及だ。我々は、出会い系アプリの登場が性感染症増加の原因かもしれないという仮説を立て、出会い系アプリの普及と梅毒の増加との相関関係について調べている。

「クラミジア感染症に、まさか自分になるとはね…」。友人は当事者になって初めて、性感染症が身近な問題であることを理解したそうだ。性感染症に感染しないと思いついていたことや、低用量ピルの内服で避妊していたことから、コンドームは一切使用していなかったと言う。

我々は今年の4月、性感染症の知識を有する看護師を対象に、性感染症の認識や行動の実態についてWEBアンケートを行った。性感染症と不妊の関係性の認識率は高かったにもかかわらず、性感染症検査の実施率は低いことが判明した。

恥ずかしながら、医学部の講義で学ぶまで、性感染症が身近な問題だと思ってもいなかった。自分のカラダを守る手段として、もっと早く知っておきたかったし、知っておくべきだったと思っている。今回は、調査結果や私の取り組みを含め、お話をさせていただきたいと思う。

## コンドームを通じてできること

林知礼

コンドームという商品は、避妊と性感染症の予防を目的としたツールである。しかしながらインパクトが強い商品であるがゆえに、良くも悪くも是非を問われる場面が多々ある。良い評価では、技術力・品質の高さが評価されること、啓発的な意味合いでシンボリックな存在として効果的な活動に活用されていること。悪い評価としては、アダルトなイメージやセックスを助長するシンボルとして捉えられること。いまだに商品の表現や露出に関して多くの制約をされることがある。

コンドームには技術的な面と社会的な面で価値があり、そのことをきちんと伝えることがメーカーの役目と感じている。日本のコンドーム製造技術、そして品質や安全管理は世界でもトップクラスで、昨今のい

わゆるインバウンド需要でも高い支持を集めている。特に薄さを極めた商品は、秀逸な商品として世界的にも評価が高い。一方で社会的な面では、日本の国民性に左右されるところもあるのかも知れないが、まだまだ理解されていないところも多い。しかしながらほぼ全ての人に関連する「性」の問題をコントロールできる非常に簡便なツールであり、時によっては使用の可否が人の心まで投影することもある。

コンドームがすべてを解決するものではないが、その意義について知らなかったり、きちんと考える機会のなかったりするまま成人する人がいることは、日本ほどの知性や経済性を持った国として、非常に残念なことではないだろうか。

## 山本佳奈

やまもと・かな ●1989年生まれ、滋賀県出身。2015年、滋賀医科大学医学部医学科卒業、南相馬市立総合病院勤務。現在、ナビタスクリニック内科医、相馬中央病院・常磐病院非常勤医師、東京大学大学院医学系研究科博士課程、ロート製薬健康推進アドバイザー。女性の総合医を目指し、日々研鑽中。著書に『貧血大国・日本』（光文社新書）

## 林知礼

はやし・ともり ●1971年生まれ、神奈川県出身。栄光学園高校、上智大学経済学部経営学科卒業。オカモト株式会社入社後、コンドームや壁紙等の営業、購買、企画などを経て、2012年よりマーケティング職としてコンドームの商品企画、PR、啓発活動などを担当。

# session 10

## グローバル

### 医療はじめ世の中の仕組みは無駄だらけ。 それに対する私見

岡本雅之

### 森田知宏

(相馬中央病院内科医、株式会社miup取締役)

もりた・ともひろ●1987年、大阪府池田市生まれ。2012年、東京大学医学部卒業。亀田総合病院での初期研修後、2014年4月より福島県相馬中央病院にて内科医として勤務。2018年3月、医学博士号取得。

### 岡本雅之

(医療法人倫友会岡本内科医院 理事長)

おかもと・まさゆき●灘高校、京都府立医科大学卒業。1983年、京都府立医大第一内科。1985年、西陣病院および京都第一赤病院。1987年、京都府立医大第一内科。1989年、国立舞鶴病院。1989年、天の橋立与謝の海病院。1994年、明治鍼灸大学。1995年の阪神・淡路大震災で無料診療所に乗り込んで以降、篤志活動を本格化。

### 近藤優実

(兵庫県立淡路医療センター看護師)

こんどう・ゆうみ●1995年生まれ、神奈川県横浜市出身。東京医療保健大学医療保健学部看護学科卒業。兵庫県立淡路医療センター2年目看護師。

### 早見泰弘

(株式会社ワイズ 代表取締役会長兼CEO)

### Abidur Rahman

(バングラデシュ人、内科医、  
福島県立医科大学 大学院生)

私は、東大阪市の内科開業医です。

1994年の開業予定が、京都府立医大第一内科の都合で明治鍼灸大学に1年派遣となって遅れ、そうこうしているうちに阪神大震災が起こり、神戸の無料診療施設に派遣され、という数奇な運命に操られています。

内科診察を続けていると、医療の現場では膨大な無駄に突き当たります。当院ではLINEを利用して各職員と連絡を取り、会議開催をやめ、診察レベルを落とすことなく時間の短縮を図っています。本口演では、職員とのLINEのやり取りの実例を紹介します。

学校検診の機能不全はご存知でしょうか？例えば、小学校の眼科の二次検診の受診率はわずか20%です。原因は多岐にわたるでしょうが、何らかの対策が必要です。

私はメガネ無償提供プロジェクトを進めています。役所主導のプロジェクトではスピード不足であり、煩雑で立ち行かなくなった点を改善したものです。LINEのやり取りで無償でメガネを提供してもらえるので、生徒にとってはとても便利です。

また、人間の健康には医療以外のサポートが必要との信念を、ラジオ大阪の番組を通じて発信しています。これについても説明します。

学校の吹奏楽部の再興プロジェクトも応援しました。学生にとっては高価な楽器も、ある人にとってはわずかなこと。でも、その支援がなければ、吹奏楽部で過ごす学生生活はなかったのです。

そしてこれらが決して“大層な話”でないことを、この場を借りて発表します。

### 淡路島で暮らす

近藤優実

私は、1995年1月17日、阪神淡路大震災が発生した日に生まれました。物心ついた時から、人の生死について疑問を持ちながら生きてきた。将来は、医療現場で働きたいと、看護師を志した。

大学時代に医療ガバナンス研究所で勉強する機会を頂き、そこで先輩方の勉強法を学び、東日本大震災の被災地である南相馬市で働いている医師に出会った。興味がある分野において、現地に行き、風土を肌で感じて、患者が何を必要としているか勉強されている姿を見て、自分も地元から離れて、興味がある場所で働きたいと思った。私が看護師になるきっかけをくれた淡路島で働く坂平医師と話す機会があり、淡路島は四方を海に囲まれた半閉鎖地域であり、「島の人は私たちが守る」という意志の人が働いていると伺った。その使命を持つ人々と働きたいと思い、看護師としての一歩目として、淡路島で働くことを選択した。

淡路島ではまず、言葉の壁を感じた。職場の人や地域の人とも淡路弁を話し、意味を正確に理解できず苦労すると共に、「どこ

の人？」とどこでも聞かれ、外国人のような対応をされた。一方で、見知らぬ人に気軽に話しかける様子にも驚いた。

少しずつ仕事に慣れた1年目の8月、淡路島まつりに参加した。今年で71回という歴史があるお祭りに参加し、地域の人が本気で楽しんでいる姿を見て、淡路島の生活を楽しいと感じることができた。自分も淡路島の住人の一人だ、という自覚が徐々に芽生えた。

住人の一人として島の人と何かできないかと思い、ボランティアを開始した。「レトロこみち」という小さな通りで年2回行われる催し物で、来場者に、イベントを知ったきっかけや来場理由についてアンケートをとった。また、廃館した映画館で行われた短編映画祭で受付をした。淡路島内外の人が協力して、食や芸術で島をPRする様子を目の当たりにした。

先日の台風により、淡路島の大浜海岸に大量のゴミが漂着した。これまでの淡路島での人脈を頼りに海岸清掃の呼び掛けをし、総勢79人で167袋のゴミを回収することが

できた。

震災後、淡路島は高齢化が急速に進んだが、復興と共に、淡路島の持つ豊かな資源とその資源を活用するために集まる人々が

協力して盛り上げ、今があることを知った。そこには、年齢の垣根を超え、皆が暮らす場所をより良くしていこうという地域への思いがあった。

## 異業種から参入したからこそ気付いた 日本の医療・介護のすきま

早見泰弘

### 早見泰弘

はやみ・やすひろ ●法政大学経済学部卒業後、(株)イニットを設立し、代表取締役としてWeb制作業界で当時TOP3規模の会社へ拡大。その後、トランス・コスモス(株)へ営業権譲渡し、常務執行役員としてインターネット部門及びサービス責任者ならびに国内上場子会社・海外子会社の取締役、董事長などを多数歴任。2014年2月に(株)ワイズを設立し代表取締役会長に就任。2014年9月日本初の脳血管疾患後遺症特化型マンツーマンリハビリ施設『脳梗塞リハビリセンター』を開設。著書『誤解だらけの脳卒中リハビリテーション』(幻冬舎)。

私が保険外リハビリ施設『脳梗塞リハビリセンター』を設立したのは、約4年前の2014年である。その前年、長くIT系企業の役員を務める中で身体を酷使していた私は、椎間板ヘルニアを患い、手術を受けた。術後、寝たきりで歩けない間に、随分気が落ち込んだ。リハビリをし、自分の足で歩むことができるようになってくると、またふつふつと仕事への情熱や活力が湧いてきた。同時に「リハビリ」が人に希望を与える素晴らしい領域だと気づき、リハビリをメインにした事業で再起業しようと、入院中に事業計画書を書き上げた。

そうして最初に立ち上げたのは、リハビリ特化型のデイサービスだった。しかし異業種から飛び込んだ私には、介護保険制度によって経営が受ける制約はもどかしく感じたし、利用者からの「仕事復帰のために自分に合ったリハビリをしたい」「もっとじっくりやりたい」などのニーズが顕在化しているながら、それに応えるサービスがないことに驚いた。それならば自らやろうと、起業から半年後に自費型のリハビリ施設を開設した。ほどなく、日本各地から社会復帰をのぞむ就労世代や、既存のリハビリだけでは不足を感じていた方々が多く訪れる

ようになった。現在は12施設を展開している。たっぷり2時間マンツーマンで理学療法士ら専門家のリハビリをうけることができ、多くの方から喜びの声を頂いている。保険外だからこそユーザーの声に耳をかたむけながら、サービスを磨いている。

また、日本のリハビリは世界に誇れるコンテンツである。現在、月に数名の海外からの利用者がある。アジアのみならず、米国や欧州などから、短期滞在をして『脳梗塞リハビリセンター』に通所するのだ。保険外だからこそできる対応でもある。同時に、海外の医療機関やヘルスケア産業に携わる方々の視察も多く頂くようになった。そもそも介護保険制度がない中国では、退院後の行き場が本当になく、スポーツジムなどで自力のトレーニングをするしか術がないと聞く。そうした国々でも、パーソナルリハビリニーズは日本と変わらず高い。専門家監修の在宅トレーニングのネット動画配信や、ゆくゆくは海外での展開も視野に入れながら、まずは、日本国内で地域格差なく、リハビリの「(医療と介護に次ぐ)第三の選択肢」となれるよう邁進していく所存である。

## Global epidemiology of use of and disparities in caesarean section.

Abidur Rahman

Caesarean section (CS) can save women's and infants' lives and should be universally accessible. However, the large increase in CS use, often for non-medical indications, is of concern given the risks for both women and children. CS use is increasing in all regions and, in recent years, more than one in five live births were by CS. In most countries, CS use has reached a frequency well above what is expected on the basis of obstetric indications. Within-country CS use is often particularly high among wealthier women and in private facilities.

By contrast, inadequate access to CS is still a major issue in most low-income and several middle-income countries, especially in sub-Saharan Africa and among the poorest women. The low use of CS implies that women and babies are at much higher risks of dying because they cannot access lifesaving surgery during childbirth.

Optimisation of CS use is needed, underpinned by a better understanding of demand and supply factors that drive the overuse of CS and by greater efforts to ensure universal access to CS for all women.

## Abidur Rahman

アビドゥール・ラーマン ● Graduated from govt. medical college in Dhaka, capital of Bangladesh, in 2015. Worked as Emergency Medical Officer in private medical college hospital for 2 years. Also took part in providing health care services during epidemic outbreaks of communicable diseases in Bangladesh. Started PhD doctoral course in Fukushima Medical University from Sep 2018, enrolled with MEXT scholarship. Keen interest in journals & research paperworks.

## バングラデシュで実感、やっててよかった「現場」活動

森田知宏

バングラデシュでの活動を始めて約2年が経過した。自前の臨床検査室をつくり、訪問式の健康診断サービスや、診療所での診療支援サービスなどを展開している。

バングラデシュは世界で唯一、GDP成長率が10年間6%以上を記録しており、インフラも整備されつつある。経済は確かに成長しているが、医療では想像を絶する世界が広がる。抗菌薬の不適切使用による耐性菌の蔓延は、すでに国際機関でも報告されている。さらに、がんの確定診断がつかない状態で抗がん剤が投与される、病院での出産の約9割に帝王切開が行われている、など日本では考えられないことが起きている。国民保険がない中で、患者から診察料を取りながらいい加減な医療を行うことに対して、世間の目は厳しい。ジャーナ

リストが、fake drug (偽の薬) が流通していること、病院に誰も医師がいない状況をレポートするなど、医療スキャンダルは新聞紙面に頻繁に登場する。

こうした状況から、バングラデシュでの医療活動には、信頼がなおのこと大事になる。現地で日本人が道路や井戸などを整備してきた実績から、日本人というだけで信頼できるイメージを持たれる。さらには、これまでの活動が役立つことを実感している。NGOや研究機関などで公衆衛生の取り組みを行っているグループに対しては、福島で実施した疫学研究の話は伝わりやすい。医療機関に対しては、内科医として話がスムーズに伝わる。一つ一つの「現場」できっちりと結果を残すことが、次の「現場」にも生きる。

## 谷本哲也

(内科医師)

## 水野靖大

(マールクリニック横須賀 院長)

みずの・やすひろ●1971年、兵庫県尼崎市生まれ。1997年、京都大学医学部卒業。京都大学医学部消化管外科に入局し外科医療に従事。2012年、マールクリニック横須賀を開業。胃がん撲滅を目指し、ピロリ菌除菌の重要性をさらに広めていきたいと考えている。

## 山口高秀

(医療法人おひさま会 理事長)

やまぐち・たかひで●1974年、大阪生まれ。1999年、大阪大学医学部卒業。医学部卒業後は外科研修後、大阪府立急性期総合医療センターの救命救急科在籍。近くに住む自身の家族の心肺停止搬送を自らの手で蘇生。その後、看取り介護を自宅で経験。2006年、在宅医療の制度化とともにやまぐちクリニックを開業。2008年、医療法人おひさま会を設立し、現職。2012年、Globis経営大学院にて経営学修士(MBA)取得。2013年、Globisアルムナイアワード受賞。

## 紅谷浩之

(オレンジホームケアクリニック 理事長)

### 横須賀市中2ピロリ検診の導入に関して

水野靖大

横須賀市は、2019年度から中学2年生に対するピロリ菌の検査と除菌を公費で行う方針とした。これは、現在大人に対して市民健診として行っている胃がんリスク検診に見られるいくつかの問題点を解決するためだ。受検率の問題、除菌後胃がんの問題、そして次世代への伝搬の問題だ。そこで、網羅的に検診を行うことができ、胃がん発症のpoint of no returnを超えず、子育て世代前、という要件を満たす中学生での検診を検討した。さらに、メンタル的に難しい受験期を避け、体格的に大量の薬が内服可能な2年生に検診を行うことにした。

この検診は、通常とは異なる流れで実現した。通常、新しく検診を作ったり、検診を変更したりする場合は、行政すなわち横須賀市の場合は保健所長と保健所健康づくり課市民健診係と協議を重ね、その内容を市議会にはかって承認された場合に予算がつくという流れがある。しかし、今回は違う流れになった。まず、市長が変わって新

しく生まれ変わった議会で、議員提案の条例を策定する試みがあった。いくつも提出された条例案のうち、全員一致で採用された条例が横須賀市がん対策条例であった。この条例のシンボリックな具体的動きとして中2ピロリ菌検査・除菌が検討された。これは元々横須賀市医師会から横須賀市の自民党市議団向けに要望を出していたものだった。このため、まず行政がこの検診を実現化しようとした。通常は、とかくプレーキ役を担う市議会も自分たちで策定した条例のシンボルたる検診だから実現に協力した。さらに医師会も、元はと言えば自分たちが要望していた検診なので、もちろん協力する、という誰もが実現に向けて協力する環境の中でこの検診は生まれた。

この検診が、主人公たる中学生にどう受け止められ、どのように育っていくかはこれからの課題だが、少なくともこの検診は皆に望まれて生まれてきた。

### 都市部在宅医療クリニック発、 これからの医師の学びの拠点づくり

山口高秀

2006年に救命センターを後にして、在宅医療をはじめ、自身の力量不足で生じる多くの失敗に対しての反省と、時折いただける感謝の言葉を原動力として、がむしゃらな現場活動を行う約12年間が経過した。現在、神奈川と兵庫の5つのクリニックで約2000人の在宅患者を抱えるグループとなった。その中で、月並みな表現だが「当該地域においては、依頼があれば断ることなくその患者が亡くなるまでの健康責任者となり、その置かれた状況と希望を理解し、様々な社会資源とよい関係性を維持し、効果的な連携デザインを構築し、その中で最新の知見に基づいた介入行為を24時間体制で行うこと」により、当グループの理念である「安心で安定した幸せな療養生活をできるだけ多くの場所に実現する」という信念を確立してきた。

この信念は、同じ寿命をもつ人間が人間を診るという前提がある以上、また、24時間体制である以上、一人医師で行うこととは矛盾する。さらに、永続的にチームで活動する必要があるため、個人の学びではなく、互いの学びを共有し、ともに成長していくための組織学習が必要となる。そして、永続的なチームとなるためには、医師が継続的に参加し続け、退職していくという新陳代謝を支える力が必要となる。最後に、これを社会インフラとするならば、この実践の場をあまねく人の住むエリアと整合させることが必要になってくる。

昨今の、医師の偏在をなくすために医師の働く場所を強制する仕組みや、報酬による誘導は、本質的な対応ではないと考える。大切なのは、地域医療に取り組む医師が、組織で学習し、永続的に活動を行うことの

できる拠点づくりであり、そこに最大投資すべきであると考え。そして、その芽は都市部の在宅医療にすでに存在する。

本発表では、遅きに失したかもしれない

が、在宅医療を出発点とした、医師の学びの拠点づくりの取り組みを、開業からの経緯を交え共有したい。

## 在宅医療とSNSの相性

紅谷浩之

オレンジホームケアクリニックは福井県福井市に拠点を置き、在宅医療を専門とするクリニックである。現在の患者数は約300人で、年間約100人の在宅看取りを行っている。診療エリアは原則として半径16キロ圏内であるが、近隣に他の医療機関が存在しないなど地方特有の状況を考慮し、より遠方の地域への訪問診療も提供しているのが実情である。

2018年2月、福井県内を記録的豪雪が襲った。交通網は寸断され、約2週間にわたり患者宅までの移動は困難となった。片道30キロ以上離れた場所に住む重度の心不全を抱えた2歳女兒の訪問診療は、携帯型端末を用いた遠隔診療へと切り替えて行われた。女兒の両親と医療従事者の間では、平常時からSNSを使用した情報交換が頻繁に行われており、健康状態だけでなく、ケアに関連する様々な心理的・社会的話題が共有されていた。結果的に、豪雪期間の前後で女兒の健康状態の悪化は見られなかった。

SNSは平常時と災害時の両方で重要な

役割を果たすと考えられる。平常時には医療従事者と患者・家族間のコミュニケーションを円滑にし、災害時には交通網が寸断されても比較的維持される通信機能を活用し、必要に応じたタイムリーな介入が可能になる。医療従事者患者・家族間で、SNSの利用に慣れていることが必要であろう。

訪問診療では、病状に加え、生活全般をみておくことが重要である。そのことが、災害時に患者宅を直接訪問する必要があるかどうか、適切に判断するための材料になる。一般的に、災害時には患者の状態は容易に悪化し、サービス全体の能力は低下する可能性がある。

今年度の診療報酬改定で、遠隔診療に関する取り扱いが充実した。現時点では診療点数こそ低いが、各地のニーズに合わせて今後さらに普及していくだろう。また、医療・介護現場でのロボット活用も進んでいる。遠隔操作可能なものも多く、在宅医療においてどのような役割が期待できるかについても、議論を深めたい。

## 紅谷浩之

べにや・ひろゆき●福井市出身。2001年、福井医科大学卒業。福井県立病院、福井医科大学救急総合診療部にて救急・総合医療研修。名田庄診療所、高浜町和田診療所を経て、2011年にオレンジホームケアクリニック開設。在宅医療という視点から、住み慣れた場所で幸せに自分らしく生きていくことを支えるため、地域づくり・まちづくりにも取り組んでいる。福井大学医学部臨床准教授。日本在宅医学会認定専門医。2017年度人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会構成員（厚生労働省）。2018年度傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会委員（総務省消防庁）。

# program

(講演形式のセッションは発表順・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 名誉教授)、岩瀬博太郎(千葉大学大学院医学研究院 法医学教室 教授、東京大学法医学 教授)、海野信也(北里大学病院 病院長)、江口研二(東海大学医学部 腫瘍内科 教授)、大嶽浩司(昭和大学医学部麻酔科 教授)、冲永佳史(帝京大学 理事長・学長)、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(医療ガバナンス研究所 理事長)、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・メディカル』編集発行人)、黒岩祐治(神奈川県知事)、小松恒彦(ときわ会常磐病院 院長補佐)、阪井裕一(埼玉医科大学総合医療センター 教授)、佐藤 章(福島県立医科大学 名誉教授)、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)、竹内賢吾(がん研究会がん研究所 分子標的病理プロジェクト プロジェクトリーダー)、田中祐次(NPO 法人血液患者コミュニティもの木 主催者)、土屋了介(公益財団法人ときわ会 顧問)、寺野 彰(獨協学園 理事長)、戸矢理衣奈(元患者家族、株式会社IRIS 創業者)、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 医療システム研究センター長)、中西淑美(山形大学医学部総合医学教育センター 准教授、看護師)、中村芳彦(法政大学大学院法務研究科 教授)、西田幸二(大阪大学眼科 教授)、林 良造(武蔵野大学国際総合研究所 所長)、舩添要一(元 東京都知事)、松田まなぶ(元衆議院議員)、松本 慎一(大塚製薬工場研究開発センター特別顧問)、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(自治医科大学附属病院・感染制御部長、准教授)、横山禎徳(社会システム・アーキテクト、東京大学エグゼクティブ・マネジメント・プログラム 企画推進責任者)、和田仁孝(早稲田大学大学院法務研究科 教授)

※発足当時と現在の所属が混在しています。

〈事務局〉

上 昌広、鈴木 寛  
一般社団法人 医療ガバナンス学会  
〒108-0074 東京都港区高輪2-12-13-201  
Tel: 03-6455-7432, Fax: 03-3441-7505  
e-mail: genba-kyougikai@umin.net

11月24日(土)

13:00 | 開会のご挨拶 (P.2)  
林 良造

13:15 | session01 (P.3)  
医療改革の現在 1  
14:15 | 小野俊介  
土屋了介  
立谷秀清  
鍋山隆弘

14:15 | session02 (P.5)  
コンビニクリニック  
15:05 | 濱木珠恵  
鎌田由美子(指定発言)  
細田和孝

15:20 | session03 (P.6)  
情報発信  
16:20 | 河崎保徳  
大熊将八  
Stella Lee  
マドカ・ジャスミン  
橘川幸夫  
磯野真穂

16:20 | session04 (P.9)  
製薬企業と医師  
17:20 | 尾崎章彦  
川口 恭  
渡辺 周

11月25日(日)

10:00 | session05 (P.11)  
医療改革の現在 2  
10:15 | 大友康裕

10:15 | session06 (P.12)  
新専門医制度  
11:20 | 今村 聡  
遠藤希之  
濱田通果  
坂根みち子

11:20 | session07 (P.15)  
原発事故後の高齢者  
12:10 | 医療の現状  
根本 剛  
伊東尚美  
木村悠子  
坪倉正治

13:10 | MRICエッセイ  
13:20 | コンテスト表彰式

13:20 | session08 (P.17)  
医療コミュニケーション  
14:20 | 阿南里恵  
會田昭一郎  
小川智也  
澤田真弓  
新村浩明

14:20 | session09 (P.20)  
性教育  
15:30 | 染矢明日香  
妹尾優希  
濱名潤子(指定発言)  
鈴木朝雄(指定発言)  
山本佳奈  
林 知礼(指定発言)

15:40 | session10 (P.23)  
グローバル  
16:30 | 岡本雅之  
近藤優実  
早見泰弘  
Abidur Rahman  
森田知宏

16:30 | session11 (P.26)  
ITと地域医療  
17:10 | 水野靖大  
山口高秀  
紅谷浩之

17:10 | 閉会のご挨拶  
土屋了介