

2016年11月26日(土)13:00-17:30・27日(日)10:00-17:30

東京大学情報学環・福武ホール

2016
Vol. 11

現場からの 医療改革 推進協議会 第十一回 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

現場からの医療改革推進協議会
第十一回シンポジウム

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 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 (帝京大学医学部 難治疾患支援学講座 特任教授)、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 (国立成育医療研究センター 副院長)、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もの木 主催者)、土屋了介 (神奈川県立病院機構 理事長)、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 (明治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 (前衆議院議員)、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・デザイナー、東京大学エグゼクティブ・マネジメント・プログラム 特任教授)、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

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: 03-6455-7505

e-mail: genba-kyougikai@umin.net

11月26日(土)

13:00 | 開会のご挨拶 (P.2)
林 良造

13:30 | session01 (P.3)
コンビニクリニック
14:25
濱木珠恵
梅村 聡
大西睦子

14:25 | session02 (P.4)
教育
15:20
酒井麻里子
太田勝久
鍋山隆弘
玄 君先

15:35 | session03 (P.7)
高額医療
16:45
長谷川一男
小川誠司
小杉和博
川口 恭
足立信也

16:45 | session04 (P.10)
情報
17:30
井元清哉
大澤幸生
松尾 豊

11月27日(日)

10:00 | session05 (P.12)
地域医療
11:10
麻田ヒデミ
尾崎章彦
齋藤宏章
島貫隆夫
吉永治彦

11:10 | session06 (P.15)
医療改革の今
12:10
小野俊介
黒岩祐治
宮澤保夫
武藤香織

13:10 | session07 (P.18)
震災
14:20
高野己保
上村克哉
澤野豊明
森田知宏
吉田実貴人
立谷秀清

14:20 | session08 (P.22)
専門医制度
15:30
森田麻里子
遠藤希之
及川友好
羽鳥 裕
土屋了介

15:40 | session09 (P.25)
医学部、受験エリートと
テロリズム
17:20
石本茂彦
宇都宮高明
倉石 寛
渋谷健司
鈴木 寛

17:20 | 閉会のご挨拶 (P.2)
高久史磨

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 ● 明治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。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。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。

高久史磨

(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

この協議会も11回目を迎える。

第1回では、各現場で全くバラバラに起こっているように見える問題が取り上げられ、そこにかかわる多くの人が意見をぶつけ合う中で、対話を阻んでいた垣根や不信が徐々に消えていき、よりよい医療を願う気持ちが形となっていくという、大変新鮮な試みに感動したことを鮮やかに記憶している。

それ以来、多くの問題が取り上げられ議論されてきている。例えば、薬害を防ごうとする思いと最新の医療を早く届けることの両立、日本に数多くあるあるイノベーションの芽とそれを育てようとするとその過程に待ち受ける無限と思われる障害、より多くの患者を救いたいという医師の思いが基本にありつつ生じる医療事故と法的責任を追求したいという患者・遺族の気持ちの中でどのように再発防止に結びつけるかという制度設計の問題も多様な論点から幾度となく取り上げられてきた。また、現場で不可欠になっている医療と介護の連携、医療の偏在や臨床研究をめぐる研究不正、さらには教育問題や東日本大震災からの復興にかかわる問題など紹介しきれない数の論

点が様々な角度から取り上げられてきた。

そして、現場からの声を発信し続けることによって現場でのインセンティブ構造を踏まえた改革の後押しをし、現場でワークする制度改革に向かって一定の影響を与えてきたと思う。他方、多くの人の考え方の変革にかかわることも多く結果に結びつくまでに時間がかかると感じられることも多く、また、根深い病根や新たに湧き上がる問題など改革の課題は尽きない。

さらに、改革が進展する一方で、このところ微妙に変わってきているような点もみられる。たとえば、皆保険制度をはじめとする現在のシステムの持続可能性を懸念する声次第に大きくなってきている。そして、数字の上では一挙に解決できそうな骨太に見える処方箋も提唱されている。しかし従来そのような中央の机上で考えられた処方箋、特に価格を操作する方策は、現場に混乱だけを残すということも多かった。我々としては、解決策は常に現場にあるという原点を忘れず、現場の目から正当な懸念と言いつきを選別していく細やかな作業を忘れないようにして進みたい。

session 01

コンビニクリニック

コンビニエンスクリニック

濱木珠恵

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。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ワクチンと推進したとして、HPVワクチンによる被害を受けたとする人々から名指して批判を受けている。

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月よりナビタスクリニック東中野院長、2016年4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では貧血内科や女性内科などで女性の健康をサポート中。

梅村 聡

(前参議院議員・内科医・医療法人適塾会
よどがわ内科クリニック理事長)

うめむら・さとし●1975年大阪府堺市出身。大阪大学医学部を卒業後、大阪大学医学部第2内科（現内分泌・代謝内科）入局。阪大病院で研修後、箕面市立病院、阪大病院内分泌・代謝内科で診療に従事。2007年から2013年に参議院議員。2012年厚生労働大臣政務官。2015年より医療法人適塾会よどがわ内科クリニック理事長を務める。日本内科学会認定内科医。

大西睦子

(内科医師、米国ボストン在住、医学博士)

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。

ナビタスクリニックは立川、川崎、新宿の駅ナカで、週末や遅い時間も診療しており、「日中働いていて医療機関に受診できない社員が、仕事を休まずに受診できるクリニック」として、利用者視点で便利と思える医療の場を提供している。体調が悪ければまずは自宅で休養するのが一番だが、そうそう仕事を休めないという現状もまた事実だ。従来、緊急性がないにも関わらず休日や夜間に総合病院の救急外来を受診する行為を「医療のコンビニ化」と言っていたが、今後、言葉の定義は変わると思う。

ナビタスクリニックの最大の特徴は駅ナカに存在し、平日は21時まで診療していることである。2015年度の1日平均乗車人数は、JR立川駅は16万人、JR川崎駅は20万人、さらにJR新宿駅は76万人と、JR東日本の中でも有数である。新宿駅のJR・私鉄を合わせた乗降客数は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。これらの駅は職場のある駅であり、ベッド

地域住民、患者さん、スタッフのニーズを満たす

梅村 聡

2015年9月、私が生まれてからの30年間で過ごした、大阪・十三（じゅうそう）で内科の診療所を開設した。また、私が理事長を務める医療法人の名前は、大阪大学発祥の由来にちなんで「適塾会」と名付けた。診療所をスタートするにあたり、私たちは仲間と話し合い、テーマを設定することにした。そして決まったテーマは「自分たちの都合ではなく、関係する様々な方のニーズを徹底的に満たしていこう」であった。

十三という町は、大阪市淀川区にあり新大阪駅からも近く、また最近人口増加が著しい地域である。にも関わらず、この町にある某公的病院は救急車の受け入れを夜20時以降は行わないという状況であった。そこで様々な住民の要望を聞く中で、夜間遅くまで開いていることをうりにしようと、診療時間を22時まで設定した。大阪市内の内科系ではおそらく初めての試みであった。開院後、分かったことは、住民の利用もあったが、働く若い世代が電車に乗ってやってくることも多いことだった。実は、

タウンに繋がる駅でもある。東京都では仕事から帰宅平均時刻が19時45分という調査があり、アクセスの良い場所に終業後も受診できるクリニックがあれば、軽症のうちに受診しやすいだろう。実際、受診は若い人や女性が多く、熱・咳・咽頭痛・鼻水など風邪症状が中心である。小児科が併設されているため、子連れの母親も多い。受診は午前と午後の診療開始直後、仕事終わりの18-19時台に多く、夜は年配の男性が増える。また土曜日にも男性の内科受診が多くなる。

米国でも「リテールクリニック」と呼ばれるコンビニクリニックが急増している。日常に近い食料品店や薬局の中で週末や夜遅くまで開いていて、予約不要で医療費も安い。若い女性が多く利用し、感冒など重症ではないが明日まで待つのは辛い疾患で受診している。

このような日常の延長線上に、コンビニエンスクリニックの存在価値がある。

今、医療に一番恵まれていない層は、働く世代ではないかと考えている。

医師の確保は比較的容易であった。まず院長は子育て中の女性医師に担ってもらった。朝の診療開始時間は10時なので、子供を送り出してからも十分に勤務することが可能である。国や医療団体は「女性医師の活躍」と声高に唱えているが、実は診療所で一定の責任を担ってもらうことが非常に理にかなっていると考える。

また大学で勤務する医師が外勤（アルバイト）する場合、現状では昼間の外来が多いので、大学から外勤先に向かいまた大学に戻るという非常に効率が悪い動きになる。当院で18時以降に働いてもらいその後、帰宅という形にするので日中は大学勤務の医師は、大学内の業務に専念することもできる。

このようにそれぞれの立場を出来るだけ考慮した診療所のモデルが今、スタートしたところである。

session 02

教育

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。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～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。

酒井麻里子

(島根大学医学部医学科4年)

さかい・まりこ●2003年3月慶應義塾大学法学部卒業後、同年4月読売新聞東京本社入社。北海道支社、東京本社社会部、同医療部を経て2015年3月退社。同年4月に島根大学医学部3年次に学士編入学。取材を通じてたくさんの患者さん、医師に出会ったことがきっかけで医師を目指すことに。

太田勝久

(幼児教室「ライトスタッフ」・中学受験塾「ノブレス・オブリージュ」代表)

おおた・かつひさ●1973年2月兵庫県神戸市生まれ。灘中・灘高卒。1996年東京大学法学部卒業。大学在学中から大手塾・家庭教師センターで講師を務める。1997年、実家の幼児教室・学習塾・認可外保育園に加入。2002年代表就任。自らが幼少期に受けたJ.P.ギルフォード博士の知能構造論に基づく知能開発を軸に、現在兵庫県西宮市で幼児教室と中学受験塾を営む。今後、保育園・幼稚園・産婦人科医・小児科医との連携を深めたいと考えている。

鍋山隆弘

(筑波大学体育系准教授)

玄 君先

(弁護士 弁護士法人 港国際法律事務所)

記者から医師を目指して～社会人入学して思うこと

酒井麻里子

私は新聞社記者として働いた後、医師を目指すことになりました。社会人から学生になり、最初の大学の頃より勉強への意欲は高まっています。

その理由の一つに、働いた経験があるからこそ感じる学生生活の贅沢さがあると思います。学生は勉強が本分です。そして、その評価は試験で行われます。つまり、自分が努力して勉強し、その結果は学生全員が平等に試験で評価される世界がシンプルで、新鮮に感じるのです。

仕事では、たくさんの人が関わるため、自分の力ではどうすることもできなかったり、どれだけ努力しても結果に結びつかず、なかなか進める仕事の面白さではありません。これに対し、今の生活は、どれだけ多くを理解し、記憶するかは自分次第です。頑張りや試験の点数に直結します。仕事のやりがいや楽しさを経

験した一方で、苦労も味わった分、勉強だけに集中できる環境は贅沢でありたいと感じます。

さらに、目標が明確な状態で勉強できていると感じます。医学部はたくさん学ぶ内容があり、その量の多さは時に驚くほどです。ですが、社会人になって様々な職業の実際を知り、それでも医学を学ぶことを決めたので、迷うことなく勉強に集中できます。仕事で患者さんやその家族、医師と出会い、また、東日本大震災などの様々な現場を取材してきた記憶がいつも頭にあり、「だから自分はどんな医師になるのか」と思いながら勉強できることは幸せです。

けれど、医師には体力が必要ですし、一人の医師を育てるには多額の税金もかかります。ですので、医師は何歳であっても挑戦していくもの、とは言いがたいかもしれませんが。そんな中、自分は何ができるのか、考える日々でもあります。

本物の幼児教育から、正々堂々とした中学受験へ

太田勝久

私は、兵庫県西宮市で幼児教室「ライトスタッフ」、中学受験塾「ノブレス・オブリージュ」を経営している。

「Light Staff」とは「光の杖・炎の杖」。社会の暗いところに灯を点す「光の杖」。冷めた心に火を点け、冷えた心を温める「炎の杖。」そんな人材を育てたい、と言う意味である。

「Noblesse Oblige」は今春、灘中高の同級生でもある現役医師 西原文現と一緒に立ち上げた。最近の中学受験塾が、卑怯な方法でうわべの合格実績を増やし、その片棒を子どもたちに担がせている現状に警鐘を鳴らし、「正々堂々とした中学受験」を掲げている。塾には「医学部進学コース」があり、医師の西原が直接小学生に「ノブレス・オブリージュ」精神を持った医師になるための心構えを語る特長がある。

子どもの勉強をめぐる「9歳のカベ」という言葉があるが、このカベは「当たっ

てからでは遅すぎる」。9歳までに必要な思考回路を育てておくことが必須で、9歳以降に不足している能力に気付いても、後から育てることはできないのである。

9歳までに育てた思考回路が固定されてしまうのだが、最近は脳科学を悪用した、害のある早期教育が蔓延している。目先の派手な「効果」を強調する教育法は、必ず後から有害な副作用がある。

正しい方法で能力も心も育てるには、我々幼児教室だけでなく、保育園や幼稚園の現場の先生方、経営陣にもっと正しい知識を身につけてもらいたいと考えている。もちろん、最重要なのは家庭における保護者の意識である。普段の何気ない遊び・言葉かけがどのように子どもの能力・心の成長を促し、妨げるのか。玉石混交の幼児教育法の中で、本物を選択する目が重要である。

また、そのためにも、産科・小児科医と

の連携も重要であると考えている。妊娠中から保護者が正しい知識を持ち、本当に子どもの成長に寄与する保育園・幼稚園を選ぶ際の信用できる相談相手として重要な役割を担うべきである。

最後に、「9歳以降」はどうすれば良いのか？

私たちは、「学力＝能力×時間×集中力」と説明している。何のために勉強するのか。

なぜその学校に行きたいのか。それが明確であればあるほど「集中力」は増すし、そのモチベーションの源泉が他者や社会への貢献である方が、より高い意識を保てるであろう。

以上の内容の詳細については、今年の6～8月に3回に分けてMRICで発表している。興味のある方はぜひそちらを参照されたい。

指導場面での教育

鍋山隆弘

私は大学生に剣道を指導しています。指導でまず心がけていることは「教えすぎないこと」です。欠点を指摘し対策を考えさせるようにしています。何度も観察してなぜそのような状況なのかを把握します。表面に現れている事だけで判断するのではなく、そこに至った過程を考えるようにしています。

私の身長は184cm。剣道界では大型の剣道家です。私の身長、運動能力によって身につけた技が、誰にでも身につくとは思えません。考え方はアドバイスしますが自分の技を教えることはめったにありません。

気を抜いて稽古をしていると感じた学生がいてもすぐには注意しません。なぜそのような状況になっているのか、何が原因なのかをさぐります。そして、その原因が体調不良であったとしましょう。後日、一生懸命稽古しているときに褒めます。「毎日、今日のような稽古をすれば強くなる。先日

は気を抜いた稽古をしましたね。試合ではそういう気を抜いた稽古が自分の隙を作ってしまうのです。体調が悪いなら悪いなりに一生懸命に稽古する。一生懸命やれないのであれば稽古は休んだ方が良いでしょう」と言います。体調が悪いときに注意しても、気を入れて一生懸命稽古することは難しいと考えています。

剣道は指導として実際に稽古をします。稽古では弱点を見つけてそこを打突します。そして、なぜそこを打ったのかを説明します。そして考えさせます。考え方が身につけば、自然と技が良くなり結果強くなります。

授業でしっかり勉強して、単位を取るように指導します。学業の成績が良くないと試合結果も良くありません。やるべき事をやれない学生は剣道も上達しないと思っています。

鍋山隆弘

なべやま・たかひろ●筑波大学剣道部男子監督。剣道教士八段。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・大学で日本一を経験。監督として6回の大学日本一（団体・個人）。昨年46歳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）。

社会で生きる力の醸成

玄 君先

玄 君先

げん・くんせん ●神戸市出身。現在は妻、娘、息子の4名でシンガポールに在住。私立灘高校、東京大学法学部を卒業後、三井安田法律事務所、西村あさひ法律事務所、モルガン・スタンレー証券、メリルリンチ日本証券、リーマンブラザーズを経て2009年に港国際法律事務所を設立。国内外のM&A、東南アジア諸国への日系企業進出サポートを主に手がける。投資銀行時代には、東京三菱銀行とUFJ銀行の統合、アイフルによるライフカードの買収、東京三菱銀行によるアコムを買収など数多くの大型金融機関M&Aを手がける。カリフォルニア大学バークレー校ロースクール修了(LL.M.)。

16歳の高校生、12歳の中学生の二児を教育中である。といっても家庭を離れがちなので、進路、学校、塾の選択における教育方針決定以外では、休暇中に一緒に旅行をしたり、週末に家で顔を合わせる際に言葉を交わしたり、メールでメッセージを伝えるくらいであるが。教育の目的としては、社会で生きる力の醸成を主眼としている。これは、現行の学習指導要領と大枠で変わるところは無い。ただ、学習指導要領は思考力、判断力、表現力を育てるところ、私は表現力に変えて実行力を重視している。益々変化が激しくなる現代社会において、社会で生きる力が重要と考える事にはさほど異論はないだろう。

社会人になると様々な局面で判断が求められるようになる。就職、転職、結婚、携帯電話契約、保険契約、住宅購入、転居、投資。社会の変化は激しく、各判断にリターンとリスクが伴う。判断の結果下される成功と失敗の評価は容赦ない。何でも集団行動というのは過去の遺物となり、個人の

固有の判断が求められる。判断の基礎となる情報は溢れており、その取捨選択も個人の判断に委ねられている。適切な判断の積み重ね及びその実行が人生の成功をもたらすといっても過言ではない。

問題は、生きる力をどうやって子供達に付けさせるかだ。そもそも今の社会人の多くはこの力に欠けている。これまで日本の教育で重視されておらず、社会ではさほど必要とされていなかった能力といえる。だから、社会人になれば周りを模範として自然に身に付く能力といえない。むしろ、社会に出る前に家庭や学校でその素地を身に付けさせる必要がある。その方法論についてはおそらく議論百出であり、価値観も影響するので人それぞれだろう。

私見では、批判及び議論する事。視野を広げ、質が高い情報を得る事、チャレンジする事が大事と思っており、そのために、数学、読書、英語、友達と遊ぶ、旅行を積極的に薦めている。

session 03

高額医療

長谷川一男

(NPO法人肺がん患者の会ワンステップ代表)

はせがわ・かずお●1971年東京都生まれ。肺がん。ステージ4。喫煙歴なし。2010年に発症し、現在7年目。ワンステップが大切にしていることは「仲間を作る」と「知って考える」。2ヶ月に1回のペースでおしゃべり会開催。HPとブログにて、様々なテーマで情報発信している。全国の6つの肺がん患者会が集まった「日本肺がん患者連絡会」所属。代表。今年のIASLC ベイシレントアドボカシーアワードいただきました。

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附講座客員助教授。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)。

小杉和博

(川崎市立井田病院 かわさき総合ケアセンター 緩和ケア内科、東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野 博士課程)

川口 恭

(『ロハス・メディカル』編集発行人)

足立信也

(参議院議員、筑波大学客員教授)

患者としてできることは何か？

長谷川一男

現在10月17日。抗PD-1抗体「オプジーボ」の薬価を引き下げることが決まっている。残る問題は、薬価の引き下げ率と、実際に下げるタイミング、そして類薬「キイトルーダ」との関係。

オプジーボの薬価下げ率は、最大25%を軸に調整されているようだ。

14日の経済財政諮問会議では「50%以上の引き下げが必要」との発言も。

肺がんの患者会が心配しているのは、この混乱の影響を受けて年末までに承認見込みのキイトルーダに薬価がつかず、使用できない状態が生まれることだ。11月末、この医療改革推進協議会が行われる頃、メラノーマの承認でキイトルーダの薬価がついているかどうか注目している。もし薬価

がついていなければ、懸念は現実化する。

高額薬剤の問題に当事者である患者はどう考えるべきか？ 何ができるのか？ この問題の本質は「痛みを避けられない中で、どんな社会を目指すのか」である。その道のプロたちが公開のもとで議論し、広く周知され、合意が形成されることを望む。今回私がいただいた時間は、がん医療の中で、合意が形成されないまま、しかし、正しく物事が進んだとき、なにが生まれたのかをご紹介します。

また別の視点で、この問題を突破できるのは医療者・研究者であると考えている。そして患者はその後押しすることをお約束する。

オプジーボの新たな効果予測の方法について

小川誠司

近年、多くの進行癌症例に対して抗PD-1抗体および抗PD-L1抗体の顕著な有効性が示されたことから、癌の発症における免疫の役割の重要性があらためて確認されるとともに、がんの免疫療法の展開に大きな期待が寄せられている。一方、現在我が国で発売されているPD-1抗体であるオプジーボについては、その治療費が年間3500万円にも上ることから大きな社会問題ともなりつつある。

有効な薬剤を患者に届けるという視点からは、多くの問題を解決する必要があるが、現在オプジーボが保険承認されているがん種の多くで、奏効率²⁰30%にとどまる

ことから、その効果を治療前に予測することができるマーカーの開発は重要な課題の一つである。今回我々は、PD-L1遺伝子の3'-UTRの破壊を伴う構造異常を介した、がんの免疫回避のユニークなメカニズムを見いだした。頻度の高いがん種にわたって広く認められるこれらの構造異常に伴って、正常な3'-UTRが失われる結果、安定化したPD-L1のトランスクリプトの過剰発現が誘導される。今回の知見は、3'-UTRを介したPD-L1遺伝子発現の新たなメカニズムの解明のみならず、抗PD-1/PD-L1抗体の有効性を予測する新たなバイオマーカーの開発に資すると考えられる。

先進医療と緩和ケア

小杉和博

私の緩和ケア外来には先進医療を求める患者が多く存在する。ニボルマブは画期的な効果が認められているが、その他の先進医療はまだ効果が認められていないものが多い。それでも多くのがん患者は先進医療を希望してやまない。なぜか。それは現代

のがん医療が患者のニーズを満たせていないからである。手術、放射線、化学療法を中心とした標準治療は全国に広まったが、それを外れた患者へのケアはほとんど行われていないのだ。

それまで治療していた医師から「できる

小杉和博

こすぎ・かずひろ●1984年埼玉県鴻巣市生まれ。2011年3月獨協医科大学医学部卒。震災後間もない郡山市にある太田西ノ内病院での初期研修後、2013年4月より聖路加国際病院にて内科後期研修。2015年4月より現職。緩和ケア内科を中心に、内科、腫瘍内科、訪問診療に従事している。

ことがない」と緩和ケア医へ紹介される。しかし、特に症状がなかったり、全身状態がよかったりすると「あなたはまだ早い」と緩和ケア側から断れてしまう。病院から見放されたと途方に暮れていると、「がんが治る」と喧伝する広告を見つけ、自由診療を提供するクリニックに通うようになる。一縷の望みをかけ高額な医療費を払うわけである。そして、多くの患者はその効果を実感できないばかりか、体調が悪化してもクリニックは引き取ってもらえず、近くの救急病院に運ばれ、亡くなっていくのである。

こうした元凶の一旦となっているのは我々緩和ケア医ではないだろうか。まず症状があろうとなかろうと、主治医となり最期まで責任を持って診察を継続していくべきだ。そして、患者が先進医療や民間療法

を希望した場合でも「科学的根拠がない」と頭ごなしに否定してはならない。私は、医師として推奨できるものかどうかははっきり伝え、それでも患者が希望するのであれば、それを支えるようにしている。患者の価値観は様々であり、こちらの主張を押し付けても患者が満足するわけではないからだ。むしろ満足するまで支援しながら、最期の受け皿として緩和ケア医がいればよいと思っている。ただ、治療だけが希望となるような支援ではいけない。治療はあくまで手段である。ニボルマブのような画期的な治療で延命できたとしても、いつか必ず最期は来る。その時を迎える前に、何故ここまで頑張ってきたのか、治療の真の目的を確認し、その目的を達成できる方法を一緒に模索しながら、最期まで付き添っていききたい。

薬剤費は、社会の許容限界を超えつつある

川口 恭

9月、オプジーボの英国でのメーカー希望小売価格は我が国薬価の約5分の1であり、しかも非小細胞肺癌に対して保険償還されるのは、さらに半額程度になりそうだ。と大阪府保険医協会・小藪幹夫氏から報告があった。報道で知り、衝撃を受けた方も多いことと思う。

英国の薬価が低くなる大きな原因として、1QALYを上乗せで得るために払ってもよい費用（ICER）の上限を定めて、NICE（国立医療技術評価機構）がメーカーと保険償還価格を交渉するという仕組みの存在がある。

原則として自己負担なく医療を受けられる英国の患者からすると、この仕組みは薬剤へのアクセスの障害でしかない。しかし、それが社会から支持されているのは、費用負担者たる健康な国民の利益をも代弁しているからだ。

今回、ICERが英国で許容される額の10倍にもなるというオプジーボの薬価問題が起きてみて、我が国には費用負担者たる健康な国民の声を医療価格に反映する仕組みがないに等しいと気づかされた。

我が国でも、一般国民が許容するICER上限は650万円との調査結果があるようだ。オプジーボがこれをはるかに上回っているのは驚かないとして、他のレジメンの多くも、この上限を既に大きく超えているらしい。健康な国民が知れば、許容しなくなる可能性はあるだろう。

実は今年になって複数の医療関係者から、化学療法を受ける肺癌患者が、職務に耐えられる能力や身体状態なのに職場で肩たたきに遭ったり、あるいは再就職できなかったりしており、その原因は健康保険組合が高額な薬剤費負担を嫌っているためだ、という話を耳にした。費用を知った「健康な国民」の代表たる健康保険組合や、そこに費用拠出をする企業が、医療価格に対して発言権を与えられない代わりに、そのような振る舞いに及んでいると解釈することもできる。事態は切迫しており、しかも現在の医療価格決定の仕組みを続ける限り好転の要素がない。

根本的な発想の転換が必要だ。

川口 恭

かわぐち・やすし●1993年、京都大学理学部卒業、朝日新聞社入社。記者として津、岐阜、東京、福岡で勤務した後、2001年若者向け週刊新聞「seven」創刊に参加、02年土曜版「be」創刊に参加。04年末に退社独立、翌年『ロハス・メディカル』を創刊。一般社団法人保険者サポーター機構理事、横浜市立大学医学部非常勤講師、神奈川県予防接種研究会委員。(株)ロハスメディカルコミュニケーション代表取締役。

高額な薬剤への対応について

足立信也

2016年度の診療報酬改定は薬価・材料改定率-1.33%、本体+0.49%、全体-0.84%となっているが、これとは別に市場拡大再算定が行われており、これを加えると薬価・材料改定率-1.52%、全体-1.03%となる。明らかにマイナス改定を少なく見せるまやかしである。さらに、市場拡大再算定の特例が施行され、年間売り上げ1000億円を超えたアバチン点滴静注用、ブラビックス錠が25%の引き下げ、1500億円を超えるソバルティ錠、ハーボニー配合錠が50%の引き下げが行われた。

今年度はさらに高額なオプジーボの取り扱いが話題となっている。中医協での議論は①薬価に係る緊急的な対応②最適使用推進のための取り扱い③2018年度同時改定

に向けて薬価の在り方全般について抜本的な見直しを行う、この3点が議論されている。

しかし、薬価改定の期中に適用拡大が承認された場合の薬価の見直しにおいては、一定のルールが必要であることは当然であり、場当たりのとみなされてもやむを得ない。さらに、①緊急的な対応は保険局が決め、②「最適使用推進ガイドライン」は投与する患者の要件や適切に使用できる医師・医療機関の要件を医薬・生活衛生局が決め、③今年度は診療報酬改定の枠外であった市場拡大再算定を次の改定で行うのか、といった疑問が残る。

シンポジウムではさらに進んだ議論の内容を提示し、問題点を共有したい。

足立信也

あだち・しんや●1957年大分市生まれ。1982年筑波大学医学専門学群卒業、1990年医学博士。きぬ医師会病院外科診療科長、筑波大学臨床医学系外科助教授、筑波メディカルセンター病院診療部長を経て、2004年第20回参議院議員選挙（大分県選挙区）で初当選。2010年第22回参議院議員選挙で再選。2016年第24回参議院選挙で3期目の当選を果たす。鳩山内閣、菅内閣の厚生労働大臣政務官を務める。2011年1月から筑波大学客員教授。現在、民進党ネクスト厚生労働大臣、税制調査会副会長。

井元清哉

(東大医科学研究所ヒトゲノム解析センター
ヘルスイテリジェンスセンター健康医療
データサイエンス分野教授)

いもと・せいや●1996年九大理学部
数学科卒業、2001年九州大学大学院数理
学研究所博士課程修了、博士(数理学)。
東大医科学研究所ヒトゲノム解析センタ
ー博士研究員、助手、准教授を経て2015
年よりヘルスイテリジェンスセンター
健康医療データサイエンス分野教授。ス
ーパーコンピュータを用い、健康医療の
データから知識発見・予測を行うための
情報解析研究に従事。特に、がんの分子
メカニズムと多様性の数理解析、免疫の
システムの解析について研究。

大澤幸生

(東京大学大学院工学系研究科システム創成学
専攻教授)

おおさわ・ゆきお●大阪大学助手、筑波
大学助教授などを経て、東京大学大学院
工学系研究科システム創成学専攻の教授
(2009～)。人工知能研究を経て2000年に
チャンス発見学を提唱し、イノベーション
ゲーム等の開発を経て現在は「データ
ジャケット」を利用したデータ市場を
実現する研究に取り組むほか、データ市場
から生まれた各種プロジェクトに、人生
から呑みとスポーツの時間を差し引いた
時間を捧げている。と書いてから、大学
業務の責任の重さを思い冷や汗。

松尾 豊

(東京大学大学院 工学系研究科 特任准教授)

がん臨床シーケンスと人工知能

井元清哉

東京大学医科学研究所では、2011年か
らヒトゲノム解析センターのスーパーコン
ピュータシステムを活用し、がんを対象と
した全ゲノムシーケンスに基づく臨床ゲ
ノムシーケンス体制を構築してきた。国
際がんゲノムコンソーシアムなどのがんゲ
ノム研究で実績のある全ゲノムシーケン
スデータ解析パイプライン、RNAシーケ
ンス解析のパイプラインをはじめ、さまざ
まなゲノム解析のプログラムを整備し、イ
ンターネットから切り離されたスパコンの
一部に実装し、高セキュリティなデータ解
析環境を構築している。また、Laboratory
Information Management System (Clarity
LIMS) などのデータマネージメントシス
テム、生体認証によるセキュリティ管理、
網羅的多地点カメラによる安全・データ事
故管理などのシステムを構築してきた。

このようなデータ解析環境を用いること
で、全ゲノムシーケンスの巨大なデータ
を安全に、また迅速に解析することを可能
とした。データ解析の結果、患者さん個々
人に生じた数千から数万のゲノム変異を知
ることが出来る。この情報を担当医に返し、
治療方針に活用する、臨床シーケンスの

ボトルネックは、膨大な数発見される変異
の臨床翻訳にある。科学的な論文がこのた
めの基本情報であるが、例えば、生物科学
分野文献データベースPubMedには、2000
万件を超える論文が登録され、がん・ゲノ
ム分野だけでも年に20万件を超える勢い
で増えている。

医科研では、IBMのWatson Genomic
Analytics Early Adaptor Programに採択され、
2015年7月1日にIBM Watson Genomic
Analytics (現在は、Watson for Genomicsと
名称変更)が医科研に研究用として導入さ
れ、臨床シーケンスにおける活用につい
て研究を行っている。2015年度からは、こ
れまでの大腸がんのマルチリージョナル全
ゲノム解析だけでなく、Myeloidパネルを
使った血液腫瘍の臨床シーケンスも始ま
った。隔週でTumor Boardを開催し、臨床
シーケンス体制、シーケンス解析結果、
同定したゲノム変異の臨床翻訳、および運
用のための経費のことなど、医師(含臨
床遺伝専門医)、生物学者、情報科学者、
遺伝学者、生命倫理研究者が一堂に会して
議論を行いさまざまなノウハウがこの5年
ほどの間に蓄積していると考えている。

データ市場が人とAIを結ぶ

大澤幸生

昔チャンス発見ラボで研究員をしてくれ
た松尾氏が、今も人工知能(AI)領域、特
に機械学習で頑張っているようなのでAIの
話は任せたい。私は相当前にAIから足を洗
った者として外様の自由人の視座に立つ。

最近、機械学習の関係者と私とで「特徴
量を作り出す(あるいは発見する)」とい
う言葉の意味が違っているのが愉快だ。こ
の特徴量生成能力が今のAIの凄さだとい
う人もいる。特徴量とは、データを切り分け

ときの注目点のようなものだ。例えば、
動物園のサル山でたくさん写真を撮り、可
愛いサルとはどんなサルか考えてみよう。
仕草? 表情? そもそも表情って何?
耳の動きかな? 可愛いサルを表す特徴量
を見つけるのは意外に難しい。最近
は機械学習技術で、この特徴量を自動
的に見つけてくれるというわけだ。

ところで、いま学習を積んだAI君が可愛
いと言ったサルを、なぜか人は可愛いと思

われないとする。その人は、このサルは声が良くないという。声などデータ（写真集）に入らなかったからAI君の知ったことではないが、この、データに含まれない「声」という成分を持ち込むことを私は特徴量作りという。どうすれば「声」を持ち込めるだろう？

「なぜこのサルが可愛くないの？」という疑問から新たにサルの声を録音する行動まで達するなら、チャンス発見プロセスである。しかし、動物園から音声データをもたらすために対価やデータ利用条件の交渉を始めるなら、「データ市場」に一歩踏み入

れたことになる。私の研究対象は、このデータ市場の設計である。大学のみならず様々な企業で、データ市場型ワークショップはデータ活用戦略の立案に役立っている。上の例でいえば「声」の大切さに気付くだけでもデータ市場での会話が大変役立つ。AIとデータ市場は一見別世界だが、異なるレベルの特徴量をそれぞれが発見して結びつけられれば、可愛いサルの喉を治し、様々な業界でデータの価値化が可能となる。いや、これはAIやデータ市場だけではなく、人間社会という自然環境の摂理というだろう。

ディープラーニングの進展と日本のチャンス

松尾 豊

人工知能は60年続く学問分野である。その間、多くの優秀な研究者たちがさまざまな問題に取り組んできた。したがって、いくらブームになったところで、できることはできるし、できないことはできない。そして、「人工知能」という言葉の魔力によって、人々の想像をいつも掻き立て、それが実力以上の期待につながり、そして冬の時代を迎えるということを繰り返してきたことは強調しても強調しすぎることはないだろう。

さて、私は、長らく停滞してきた人工知能の分野で、最も根幹的な問題が「特徴量」の抽出であり、その突破口の端緒がディープラーニングという技術によりもたらされていることを述べてきた。人工知能のブームといっても、日本が戦略的に注力すべきはディープラーニングという1点だと思っている。誤解を招かないように、最近「機械に眼ができた」ということにしている。いままでのコンピュータは「眼」が見えていなかったのだ。カメラで画像を撮ることはできても、それは人間でいえば網膜にすぎず、その情報を処理する、人間の脳で言えば視覚野にあたる部分がなかった。それが、ディープラーニングによって「眼」ができた。

古生物学者のアンドリュー・パーカーは、生物の進化におけるカンブリア爆発が、生物の眼の誕生に由来すると主張したが、機械やロボットが眼を使って、さまざまな作業を上手に行うことができる。今後、多くの産業で、「眼をもつ機械」が使われるようになるだろう。それは、農業、建築、食品加工、あるいは、家庭内での掃除等の製品に使われるだろう。また、医療の分野では、医療画像の認識（胸部レントゲン、CT、MRI、皮膚、細胞診）からはじまって、患者の見守り、介助、手術等にも使われるようになるかもしれない。

さて、眼をもつ機械を日本が主導して作ることができるか。ものづくりに強い日本には本来できるはずである。しかし、イノベーションのスピードでは諸外国に負けている。ドイツでは産業用ロボットに、米国のダイソンは掃除機に「眼」をつけようとしている。韓国のサムソンやLGも医療やロボットの分野で取り組む。今回のディープラーニングというイノベーションの果実を、日本がものにするのができないのではないか。ここ20年間、ITで負け続けた悪夢が、「眼をもつ機械」でも繰り返されてしまうのか。なんとかこのチャンスを日本がものにするのを願っている。

松尾 豊

まつお・ゆたか ● 1997年 東京大学工学部電子情報工学科卒業。2002年 同大学院博士課程修了。博士（工学）。同年より、産業技術総合研究所研究員。2005年10月よりスタンフォード大学客員研究員を経て、2007年より、東京大学大学院工学系研究科総合研究機構／知の構造化センター／技術経営戦略学専攻准教授。2014年より、東京大学大学院工学系研究科 技術経営戦略学専攻 グローバル消費インテリジェンス寄付講座 共同代表・特任准教授。専門分野は、人工知能、ウェブマイニング、ビッグデータ分析。人工知能学会からは論文賞（2002年）、創立20周年記念事業賞（2006年）、現場イノベーション賞（2011年）、功労賞（2013年）の各賞を受賞。人工知能学会 学生編集委員、編集委員を経て、2010年から副編集委員長、2012年から編集委員長・理事。2014年より倫理委員長。日本のトップクラスの人工知能研究者の一人。

session 05

地域医療

麻田ヒデミ

(瀬戸健康管理研究所 院長 / 社会福祉法人塩屋福祉会 理事長)

あさだ・ひでみ●1946年香川県丸亀市生まれ。1971年東京女子医科大学卒業。大阪大学医学部放射線科入局。1984年4月四国健診センター（現一般社団法人瀬戸健康管理研究所）設立。2015年4月M.K.ソリューションズ株式会社就任。救急医療の現場からスタートし、予防医学や障害者ケアなど、地方中核都市の中で地域から必要とされる医療体制づくりに取り組んでいる。

尾崎章彦

(南相馬市立総合病院 外科)

おさき・あきひこ●平成22年3月東京大学医学部卒。平成22年4月国保旭中央病院初期研修医。平成24年4月一般財団法人竹田健康財団竹田総合財団外科研修医。平成26年10月～現在、南相馬市立総合病院外科。研修医時代に経験した東日本大震災に大きな影響を受ける。平成24年4月からは福島県会津赤松市に移住。平成26年10月からは同県南相馬市南相馬市立総合病院に拠点を移して、一般外科診療の傍、地域住民の健康問題に取り組んでいる。特に、がん患者が震災で受けた被害を中心に、社会的な側面から調査を行っている。

齋藤宏章

(北見赤十字病院初期臨床研修医)

島貫隆夫

(日本海総合病院病院長、心臓血管外科専門医)

吉永治彦

(医療法人社団永仁会吉永医院 院長)

人口11万人の地方都市での地域医療

麻田ヒデミ

現在私は70歳になります。学生運動が最も激しかった昭和40年～46年に医学生の時を過ごしました。

卒後研修後は約45年間、人口11万の丸亀という地方都市で内科医として過ごしてきました。300床の地方病院での勤務医と理事長職を務め、また健康診断のみを業務とする医療機関の院長、身体障害者の通所施設の理事長とかなり多方面の医療を実践してきましたが、その中で痛切に感じることは、医学生だった頃私たちが目指してきた医療・システムと今の医療内容の違いです。

今は患者さんとの個人的な関係も希薄になり、実施すべき医療内容は専門化して、1人では十分な診断・治療が困難なケースも多くなりました。その結果、丸亀のような小さな地域社会においてさえ、医療を提供する環境は大きく変わってきています。

また、地域医療のみならず、医療そのもののあり方も大きく変化してきているように思います。IT技術の導入や新薬の開発も加速し、本当に日進月歩と言えるでしょう。

南相馬で考える地域医療

尾崎章彦

現在私は卒後7年目の医師である。福島県南相馬市において外科医として勤務する傍ら地域住民の健康問題に取り組んでいる。私は医師1年目に経験した東日本大震災をきっかけに被災地で医療に取り組みたいと決意し、2012年4月から福島県に移住した。特に、南相馬で過ごしたこの2年間は、「地域医療」とは何かを見つけ直すとても良い機会だったと思っている。

一般に、地域医療は、都市部の医療と対比した上で地域の医療として捉えられることが多い。しかし、私が考えるに、都市部か地方かに関わりなくその土地で暮らす住民のニーズに応えるものであるべきだ。現場で患者さんと関わり、その中で問題に気づき、解決していく。その過程を繰り返すことにより、患者の満足度を上げるだけで

しかし同時に経済格差同様、医療の地域格差もどんどん広がっています。

病気の人たちが受けたいと思う治療の内容は、メディアの喧伝により各段に広がりを見せる一方で、地方での医療レベルはそこまで達していないことが多いのも現実です。また患者さんの意識も多様化し、なかなか治療内容に満足して貰えないこともあります。私自身、自分の医学的知識不足を痛感することもしばしばです。

そのような現状を補完する方法として私は今、遠隔医療に期待しています。

専門家の医師と、患者情報をデジタル・アナログを問わず同時に共有しながら、多方面から診断や治療を行っていく。その内容を、地域に密着した私たち現場の医師が、患者さんの生活環境までを考慮しながら治療につなげていけるような仕組みです。

地方の医療格差を出来るだけ少なくする一方、昔ながらの家庭医としての役割を果たす。そんなシステムを構築し、患者さんに安心してもらえる医療を提供したいと模索している昨今です。

なく、医療者自体も成長していくことができるのではないだろうか。

例えば外科で担当する疾患にがんがあるが、患者の多くは高齢者である。震災後、十分なサポートを受けられずに病院への受診が遅れたり、治療を完遂できない方が増えている。背景には、震災後多くの若年者が市外に避難したことがある。これは、個々の患者と丁寧に対話を続けることでわかかってきた事実だ。さらに、この取り組みを続ける中で患者と私の距離感は縮まり、以前より近い関係で診療をできるようになったと感じている。

また、がんに限らず様々な疾患の治療に取り組む中、震災後に蜂刺されによる病院受診が増加していることに気づくことがあった。同様に患者と密なコミュニケーション

ンを取ることで、避難区域や街中の空き家で蜂が増加している可能性、また、除染作業員の被害が多いことがわかってきた。

このようにしてわかった事実は論文や記事として記録に残すように努めている。そ

の努力もあってか海外の若い医師や研究者との交流も進んでいる。現場はダイナミックであり、そこで起こっていることは私たちの想像を超えている。地域医療は医師にとって学びの場である。

北海道オホーツク圏での初期研修

齋藤宏章

「北海道で研修をしている」、というと本州の方は大抵札幌のあたりを想像されるようだが、私が研修している北見赤十字病院は札幌からおおよそ350km離れた北見市に位置している。この距離は実に東京—名古屋間に相当する。北見赤十字病院はオホーツク圏の中核を担っているが、北海道の北東部、オホーツク海に面した紋別、遠軽、網走、北見の地域で構成される第3次医療圏である。オホーツク圏の面積は10.691平方キロメートル、これは新潟県の面積よりも大きく、四国の半分を上回る。札幌の次に人口の多い旭川市まで約170km、東京から軽井沢までの移動距離と同等だ。つまりオホーツク圏で完結できない医療は170km先

にお願いすることになるわけである。地理的な制約がこの地域の医療の一つの特色である。医師数も少なく、人口10万人対比では151.2名で全国平均237.8人を大きく下回る。本州とは一風変わった環境でありがたいことに多くの経験を積ませていただいている。

自然も非常に豊かで、アウトドアや観光に乗り出すのはオフの週末の大きな楽しみである。車を1時間半走らせれば世界遺産の知床半島を散策できる。

オホーツク圏での初期研修を公私ともに紹介しこの地域について少しでも知っていたできれば幸いである。

齋藤宏章

さいとう・ひろあき●1990年福岡県福岡市生まれ。2009年福岡県立修猷館高校卒業。2015年東京大学医学部卒業。同年4月より北見赤十字病院初期臨床研修医。消化器内科志望。小学校より剣道部。趣味は釣り。

山形県庄内地方における地域医療への取り組み

島貫隆夫

医療は地域と密接な関係にあり、歴史や文化を含めた地域特性への配慮も必要である。当院における取り組みを報告した上で、将来の課題について医療と街づくりの観点から考える。

酒田市直酒田病院と山形県立日本海病院は2kmと離れていないところにあり競合関係にあった。様々な折衝の結果2008年4月に地方独立行政法人を運営形態とする病院統合再編が実現し、日本海総合病院（646床）と同酒田医療センター（114床）となった。少ない医師の負担を減らし、医療の質を向上させるためにクラーク、看護補助者などを多数投入し、生産性の向上に努めた。その結果在院日数は11日台となり、診

療単価が上がり、収支は改善した。

水平な地域連携を形成することを目的に2011年4月より地域医療情報ネットワーク「ちょうかいネット」を立ち上げた。開示施設での診療録開示を義務付け、利用は順調に伸び、2016年10月現在の登録患者数は23,783人である。この4月より検診センターとも連携し、国保の検診データ参照を可能とした。

今後の課題である少子高齢化と人口減少に対応できる地域包括ケアシステムを実現するために、この9月に5法人からなる地域医療連携推進法人設立協議会を立ち上げた。地域完結の医療・介護を目指し、競争相手同士での濃し合いをやめ、効率化と生産性

島貫隆夫

しまぬき・たかお●1980年山形大学医学部医学科卒業後、同第二外科入局。1993年山形県立日本海病院勤務。2008年地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院副院長。2016年4月同病院長。心臓血管外科専門医。

を向上させてゆく。

さらに15～20年後の状況を視野に入れた医療を確保するためには、急性期病院の統合再編も俎上に載せなければならないだろう。2015年の庄内地域人口は279,506人だが2035年は209,968人と予測されている。人口は少ないが面積は神奈川県とほぼ同じ

であり、地域の広さに対応したコンパクトシティを目指す発想が求められる。病院を核とした、高齢弱者でも気軽に交流できるような交通インフラを整備し、技術革新を活用した、庄内地域を一体とした街づくりが待たれる。

清水の在宅医療～顔の見える連携とICTツールの活用とやはり顔の見える連携

吉永治彦

静岡市清水区では、「地域包括ケア」という言葉が一般化するずっと以前、旧・清水市の頃から在宅医療や介護に関わる多職種連携を大事にしてきた。東海地震を想定して数十年前から毎年さっちり行われている防災訓練もこの連携に一役かっていたのかもしれない。近年では機能強化型在宅療養支援診療所チームを構成して在宅患者増に対応するとともに、毎月第2火曜日にInterProfessional Café（多職種カンファレンス。雑談の場となることも多いが）を開催し、各圏域の包括支援センターや訪問看護ST等との顔の見える連携を強化している。

オリジナルのグループウェアを構築し日々改良を重ねながら運用していることも特徴である。「DtoD Shimizu」は、メッセージ・掲示板・スケジュール・書庫等に加え共有データベース機能を備えた清水医師会と病院勤務医専用webサイトで、診療所機能DBを使用すれば、例えば「人工呼吸器管理・カニョーレ交換・看取りも対応する患者に近い診療所」といった複合検索の結果を地図上にリアルタイム表示可能なため、

地域連携室が逆紹介先を探す際に役立っている。紙のアンケートに比べ人手もかからず情報の陳腐化もない。さらに集団感染発生時等に緊急立ち上げ可能なリアルタイム感染症サーベイランスDBや災害時の安否確認システム等を追加し今なお発展途上である。建物と異なり小さく作って大きく使うこともできるのがICTの利点。大規模システムにはない小回りのよさや開発スピードも地域には最適である。これをVPN上に移築して患者情報を扱えるセキュリティを確保し多職種向けに拡大した「SkyCastle」も本運用に入っている。

尚、これらはあくまでも顔の見える連携の補助ツールであるということ、医療情報を共有可能だがクラウド型の電子カルテではないこと（必要な最低限の共有にとどめる）を運用上のスタンスとしている。

人口減少が進みエスパルスもJ2でばつとせず「しみずみなど」は意気消沈気味であるが、気候温暖にして富士山と海、のんびりとした人々に囲まれ、高齢者が最期まで笑顔ですごせる街を守ってゆきたいと思っている。

吉永治彦

よしなが・はるひこ●1991年金沢大学医学部卒業。医学博士。東京医科歯科大学第一内科、横浜赤十字病院、都立駒込病院血液内科等を経て、静岡市清水区で内科開業。近隣の診療所とともに機能強化型在宅療養支援診療所チームを構成するとともに死体検案にも従事（静岡県警察協力医会副会長）。静岡市清水医師会理事（在宅医療担当、ICT担当、学術生涯教育担当）。現場での医療システム開発をモットーに株式会社エバーメディアを設立、同社代表取締役。

session 06

医療改革の今

参加者限定で「政府ご用達印」の椅子取りゲームをしても、
明るい未来は来ない気がする

小野俊介

小野俊介

(東京大学大学院薬学系研究科 医薬品評価
科学教室 准教授)

おの・しゅんすけ●1989年東京大学大学院修了後厚生省入省。2002年金沢大学薬学部、2005年医薬品医療機器総合機構、2006年より現職。専門は医薬品規制、薬剤疫学、薬効評価。「サルの日記」(ブログ)。

黒岩祐治

(神奈川県知事)

くろいわ・ゆうじ●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。

宮澤保夫

(星槎グループ創設者・会長)

武藤香織

(東京大学医科学研究所 公共政策研究分野
教授)

「日本の国際競争力」だの「日本の研究開発力」だのという言葉に出てくるニッポンは、人が足りない。ニッポンの人口は米国の1/3のはずなのに、医薬品領域のニッポンの専門家の数は米国の1/1000くらいしかない気がする(注)。政府の審議会、学会のシンポジウム、メディアに登場する専門家はいつも同じ顔ぶれ(含む同門)(注)。椅子取りゲームで確保した椅子は決して手放さないのは競争社会の常だが、加えて、ゲームに参加して椅子を奪ってやろうという替わりの参加者がいないこともこの国の特徴である。

(注) これは個人の感想です。感じ方には個人差があります。

公的な研究開発予算の食いち・椅子をめぐる状況を考えると分かりやすい。新しい司令塔や研究費配分制度をつくってみたいところで、そこに登場するプレイヤー (a) 企画・立案する人、(b) 応募する人、(c) 評価・審査する人 全体の顔ぶれはまったく変わらない。(b) から (a) に多少の研究者が移っても、所詮は生態系内部のローテーション人事異動である。

ニッポン人の「政府ご用達印(じるし)」好きは相変わらずである。つい最近の業界紙に「ベンチャー振興へ初の基本指針 厚

労省に司令塔、国主導支援促す」の記事が。私はずっと、ベンチャーって、お上の規制やビジネス慣習の隙間をうまく抜け駆けして、『あいつらだけうまいことやりやがって。締め上げてやる!』とお上を激怒させる類の人たちだろうと勝手に思っていたのだが、どうもニッポンのベンチャーは「当局様、どうぞ我々に司令してください」という壇蜜のMっ気たっぷりの方らしい。ちょっとびっくり。

同じ顔ぶれの人たちが、着ている服を少しだけ替えて「政府ご用達印」研究費、ポスト、優遇措置の対象など椅子取りゲームを延々と繰り返しているだけでは、楽しいことは起きないだろうと思う。たとえばゲーム参加資格を世界中の人に広げる程度の度量がないと「改革バカ」にすらなれないかも。世界中の研究者からの公募を受け付け、評価・審査を米国NIHに丸ごと外注するとか。バカげている? 私には今我々がやっていることと同程度のバカらしさに見える。

あなたと私がもっと簡単に起こせる変化もある。それはお仕着せの「政府ご用達印」の椅子取りゲームへの参加をやめて、愛着のある自作のゲームを提案し、ワクワクしながらそれに自ら参加すること。目の前に広がるブルーオーシャン。いかがでしょうか。

人生百歳時代の設計図

黒岩祐治

先ごろ、「百歳時代～“未病”のすすめ」(IDP出版)という本を上梓した。現在は全国で百歳以上は6万人を超えたが、2050年には約70万人となり、142人に1人が百歳以上という時代がやってくる。そんな圧倒的な超高齢社会で、多くの高齢者が病気がったり介護が必要な状況だったりでは、社会が立ち行かなくなるのは明らかだ。だからこそ、未病を生活の現場から改善していくことにより、病気にならなくすること

を今から最重点課題にすべきである。

白(健康)か赤(病気)かという「白赤モデル」ではなく、白から赤は連続的に変化するという「グラデーションモデル」、すなわち「未病コンセプト」でとらえることが大事である。ビッグデータの解析が可能となったことで、未病レベルの見える化ができるようになった。

これまでの「白赤モデル」は病気になったら、ドクターに頼ればよいという依存型

であったが、「グラデーションモデル」では、自らが主体となることが求められる。医療の在り方そのものの価値観の転換にもつながるだろう。

未病改善のためには「食」「運動」「社会参加」が重要なカギを握る。特に社会参加に注目したい。高齢者が籠りがちになるとフレイル（筋力・心身の活力低下）が進み、未病状態が悪化し、要介護状態になっていくことが多い。それを防ぐには、籠らないこと、つまり社会参加していることが大事である。

今は60歳定年の企業が多いが、定年退職後、一気に社会と分断されてしまう社員は少なくない。百歳の人生ならそれから40年もあるのに、老後という構えだけで、生きていくのは難しい。ならば、百歳人生を想定した上で、自らのライフプランを考えておくことが大事になるだろうし、それに対応した社会に変えていかなければならない。「人生百歳時代の設計図」を社会全体で考えていくことが必要である。医療改革を医療の現場だけから考える時代は終わりを遂げつつあるのではないだろうか。

時間はかかるが！ 海外支援の継続性

宮澤保夫

今回の報告では、支援国の一つであるエリトリア国に対して行っているスポーツを通じた若手選手の健康管理と記録向上プログラムの実践の中間報告をします。

それは、ここ数年間における効率的な練習と生活健康管理を学習し、より良い記録を出せるプログラムと環境の提供を実践してきました。

本国ではもちろん、まだ埋もれている若手（17才～19才）選手とコーチを日本で約1ヶ月間、日本陸連の合宿や各方面の方々のご協力をいただき、選手とコーチに経験を積ませ、そしてIAAF公認の記録会に参加させ、リオオリンピック直前の「U-20世界陸上選手権」への参加記録を突破し、U-20本戦においてこれらの選手が素晴らしい成績を上げた結果、エリトリア国から感謝状をいただきました。

私達星槎グループは2020年東京オリンピック・パラリンピックを当面の目的とはしますが、それ以降も支援体制を続けます。日本ではエリトリア国は知られていませんし、国連統計においても最貧国の一つに数えられている（この）国が陸上競技、特に中・長距離において強豪国ケニア、エチオピアに対等に組みする日も近いと考えております。

それには競技環境の改善、コーチの育成、国家的な明確（国家的で明確な）育成プログラムの実践、健康管理等の多くの課題が

あります。

短期間の学習でもコーチと共に学べば、共感理解が生まれ人格育成、記録向上に必ずつながることが理解できます。ここでは参加した選手たちの平均的な記録の伸びは会場でお見せしたいと考えております。

また、我々の支援は、ただ単にエリート選手を育成することのみを目的としているではありません。そして東京大会のみを考えているものでもありません。それ以降の継続的な支援が重要であることを基にした、循環型支援の仕組みの第一歩を踏み出したところです。

あくまでもスポーツを通じた健康環境改善、教育環境の改善等を実行していくことです。それはこのプログラムによって育った選手が将来指導者として活躍し、次世代の選手の発掘とより科学的な育成をしてもらいたいのです。

それは、各競技の若手選手、指導者たちにスポーツを通じて将来を切り拓こうとする力になり、より夢が具現化するのです。これは努力すれば夢が必ず現実に近づくと、いう大きな希望なのです。

エリトリアは先程も述べましたように世界の最貧国の一つとされていますが、国民は明るく勤勉です。もちろん子ども達のおかれている状況も日本とは全く異なります。彼らは過酷な社会的状況にはありますが、スポーツを通じて将来に向けて努力をする

宮澤保夫

みやざわ・やすお●1949年生まれ。1972年に学習塾を開業以来、教育界に革命を起こし、こ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・南米地域のこ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。現在、東京大学公共政策大学院客員研究員。

ことで、少なくとも希望を持つことができる。そしてそれは生きる上で重要なことです。

一人でも多くの子ども達に勇気や希望がより身近に持てる環境整備の支援をするために、いろいろな国々で活動しています。

そして一人でも多くの子ども達が笑顔をもって困難に立ち向かえる支援をし続けます。

また、9月16日にはブータン王国とMOUを締結し、このプログラムを開始いたしましたことをお伝えいたします。

研究対象者の保護から参画へ

武藤香織

倫理審査委員会は、研究対象者に与えるリスク・負担と利益のバランス、個人情報保護などを研究開始前に審査する重要な役割を担う。日本では、企業や医師が主導する治験や再生医療臨床試験の事前審査は法的規制の対象だが、それら以外では様々な行政指針で対応されてきた。その結果、日本には倫理審査委員会の司令塔がなく、審査の質もバラバラのまま、委員会の数だけが増え、長期化する審査はときに国際的にも問題となってきた。2014年度より、国の主導で介入研究の新規審査実績が年間14件程度以上ある施設を対象にした認定制度が開始されたが、他の研究領域の審査や小中規模施設の委員会は置き去りのままである。そこで、筆者らは、倫理審査委員会に関心をもつ有志が集う場づくりに着手した。それが「研究倫理支援者懇談会」や「研究倫理を語る会」であり、設置主体や規模に拘らず、全国の委員や事務局が集まって審査や教育の困りごとを話し合い、研究対象者保護に関する共通基盤を草の根か

ら確立したいと考えている。

他方、研究対象者の立場では、倫理審査委員会はもちろん、人を対象とした研究自体が縁遠い。また、英米では、臨床研究の実施計画立案段階から患者・市民の意見を取り入れる「患者・市民参画」が進み、現在も試行錯誤が続く。そこで、筆者らは臨床試験・治験に関与した経験をもつ40名の患者の語りのウェブサイト公開に協力した*。また、筆者らは、過度な期待と誤解が生じやすい再生医療臨床試験において、対象疾患の当事者と開発者の対話の場も仲介してきた。しかし、この程度では物足りない。現在、約3,000件もの治験が行われ、その背景には多数の患者の協力があるが、治療と勘違いしたり、断れずに参加した患者の声も多く聞く。患者・市民が、人を対象とした研究の意義や課題を理解し、倫理的な議論にも主体的に参加する社会を構想したい。

* 「健康と病いの語り」 <http://www.dipex-j.org/>

武藤香織

むとう・かおり ●慶應義塾大学文学部卒業。同大学院社会学研究科修士課程修了。平成10年東京大学医学系研究科国際保健学専攻博士課程単位取得満期退学。平成14年博士（保健学）取得。財団法人医療科学研究所研究員、米国ブラウン大学研究員、信州大学医学部保健学科講師を経て、平成19年より東京大学医科学研究所准教授、平成25年より現職。研究倫理支援室室長兼務。専門は医療社会学、家族社会学、研究倫理・医療倫理。

坪倉正治

(特定非営利活動法人 医療・健康社会研究所 理事長)

つばくら・まさは ● 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～2016年3月、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。2016年4月より東京大学医学部国際保健政策学客員研究員。

高野己保

(医療法人社団養高会 高野病院 事務長)

たかの・みお ● 佛教大学社会学部社会福祉学科卒業。社会福祉士資格・精神保健福祉士。2008年4月医療法人社団養高会高野病院（いりょうほうじんしゃだんようこうかいたかのびょういん）事務長就任。病院の立地町（広野町ひろのまち）は、2011年3月の東京電力福島第一原子力発電所事故により緊急時避難準備区域となり町は行政機能を、県内の他の地域に移した。町には患者さん100名と十数名のスタッフのみが残ることになった。治療に専念する院長に代わり、外部との折衝等すべてを行い、双葉郡で唯一病院を閉鎖することなく、現在も診療・入院機能を継続している。

上村克哉

(医療法人継匠会 上村内科クリニック)

澤野豊明

(南相馬市立総合病院・外科)

森田知宏

(相馬中央病院内科医)

吉田実貴人

(いわき市議会議員 公認会計士)

立谷秀清

(相馬市長)

震災からの復興に必要なもの

高野己保

福島第一原子力発電所の事故から5年8か月、双葉郡では民間3病院、公立2病院がいまだに再開できず、稼働を続けているのは当院（高野病院）だけです。警戒区域等の解除に伴い住民は少しずつですが帰還し、さらに廃炉や除染関係者が何千人と暮らしています。それにも関わらず、医療の復興は全くといって進んでいないのが現状です。復興を遅らせている一番の要因として、私が現地で日々感じているのは、「公平性」です。当院は事故後から一度も休止せず医療を提供してきましたが、たった一つだけ残ったことで、支援が受けられない状況です。つまり私たちの病院のみを支援すると、他のところと公平性が保てないというのが行政の考え方なのです。同様に私達が「民間」ということで、公の施設には支援がなされても民間病院一つに支援することは、公平性の観点からも難しいと言われてしまっています。しかしながら、この公平性を守ることで一番の不利益を受けているのは私達

ではなく、この地で生活をしている人々です。救急車が出動しても、当院の専門外になると、双葉郡外の搬送になり、受け入れてくれる病院を探すまでの時間が、震災前より長くかかっているのが現状です。重症の場合には下手をすると命にかかります。そうでなくとも、疾病によっては、その後の後遺症が問題となります。そんな医療環境に、この地で生活している人たちは置かれているのです。

福島第一原子力発電所事故により、突然医療機関は医療の提供を継続できなくなりました。患者さんたちは、自宅からの避難を余儀なくされただけではなく、かかりつけの医療機関を失いました。地域においてかかりつけの医療機関と患者さんは常に一体であったのです。その関係を取り戻すことこそが、地域の医療を復興させることではないかと思います。公も私もなく、力を合わせるからこそが今一番必要なのではないのでしょうか。

熊本地震を振り返る

上村克哉

2016年4月14日21時26分（前震）と28時間後の16日1時25分（本震）の二度にわたり震度7の直下型地震が起こった。阪神淡路大震災と異なり火災による被害はなかったが、震源地近くの木造家屋や1981年以前の耐震基準で造られたビルなどは壊滅的で、その後もやや強い地震とされる震度4以上が1か月中に104回あり、学校の運動場、公園、広場、屋根のない広域駐車場などは夜を明かす車中泊で埋め尽くされていた。

当施設（当時は上村循環器科医院：旧館）は前震では被害が全くなかったが、本震により大規模半壊で施設が使用できなくなった。幸いにして隣接地に5月より移転開業予定であった新館（上村内科クリニック）があり、急遽、医療政策課へ開設の申請を行い（受理）、すぐに医療機器を移設し本震翌日には自院患者の透析を行い、いくつ

かのめぐり合わせにより奇跡的にも本震2日後からは被災施設から受入れ施設として活動した。

受入れ期間は2か月間におよび、想定していたものよりも長かった。私を含め多数のスタッフも被災者であったが、被災直後は「透析難民を作り出さない」という使命感だけで行動し、“よく言えば充実している”毎日が過ぎていったが、10日ほど経過すると、がむしゃらから振り返り考えることができ、体力の消耗とともにスタッフ間に軋轢が生じ始めた。この溝を埋めてくれたのが、福島県いわき市の常盤病院と滋賀県草津市の富田クリニックからの人的支援であった。人手不足を補ってもらっただけでなく、精神的にも大きかった。特に常盤病院のスタッフからは東北震災での経験を伝えてもらい団結力に変えてもらった。

これらを乗り越えても実際の生活状況は変わらず。そこで、受入れた施設の復旧を支援することにした。このことが、支援する側、される側の全スタッフにどこまで続くのかという閉塞感から希望へと変わった。

災害を想定して対策を講じても経験して初めて知るものが多く、体験者の支援は大切であると思う。

上村克哉

うえむら・かつや●1968年熊本県熊本市生まれ。1996年3月久留米大学医学部卒業。同年5月熊本大学第3内科入局・研修。1997年4月からは、人吉総合病院消化器内科、東海大学医学部付属病院腎臓内科、熊本大学医学部附属病院消化器内科での勤務を経て、2004年4月から上村循環器科医院副院長、2016年4月16日から上村内科クリニック院長。

復興に携わる作業員の健康問題

—放射線の影に潜む生活習慣病

澤野豊明

2011年3月の東日本大震災は、福島県に広範囲の放射能汚染をもたらした。放射能の健康影響は現在も検証され続けているが、その一方で風評被害や避難ももたらす影響といった放射能以外の影響も少なくないことがわかってきた。そういった意味で、原発災害の及ぼす影響は未だにわかっていないことも多い。

放射能汚染による健康影響を最小限にするため、福島県内では多くの作業員が従事している。県内外から多くの作業員が集まり、その数は4万人程度と考えられている。南相馬市でも1万人が生活し、朝には福島第一原発方面に向かう車で渋滞が起こる。県外から来た作業員はプレハブ宿舎で共同生活を送っている。除染作業員の年間被ばく線量は平均で0.6mSv（2015年）と少ないことがわかっているように、日々被曝線量が測定されている一方で、それ以外の健康状態に関しては全く情報がなかった。

私たちは南相馬市立総合病院に入院した除染作業員の調査を行い、作業員の方では生活習慣病の方が多く可能性があることがわかって来た。入院した113人の患者のう

ち、63.7%が高血圧、39.8%が脂質異常症、23.8%が糖尿病を持っていた。特筆すべきはそのいずれの生活習慣病も6～8割が未治療、あるいは本人が無自覚だった。加えて、アルコール常用者は73.5%、喫煙者は83.1%といずれも高かった。この結果から生活習慣は乱れていることが疑われるが、この状況はおそらく除染作業に従事する前からの作業員の健康状態を反映していると私たちは考えている。除染作業には特殊な技術を持たない、いわゆる社会経済的状況（SES）が低い方が雇用される傾向にあることが関連していると考えられる。低SES層では健康リスクが高いことが知られている。つまり、もともと生活習慣病のリスクが高い方が復興のために集まっている可能性があるのだ。

私たちは現在、復興作業員に対して健康啓発活動を行なっている。除染作業は徐々に縮小となるだろうが、廃炉作業などは少なくとも40年はかかると言われている。復興を支える作業員の健康を守るため、さらなる支援が必要だ。

澤野豊明

さわの・とよあき●1990年神奈川県横浜市生まれ。2014年3月千葉大学医学部医学科卒業。同年4月より南相馬市立総合病院初期研修医。2016年4月より同病院で外科後期研修を開始。本業の手術を含む癌治療に加え、復興に従事する作業員の健康問題、特に生活習慣病に着目した研究に従事している。

東日本大震災の教訓:健康被害と高齢社会への対策

森田知宏

森田知宏

もりた・ともひろ ● 1987年大阪生まれ。2012年3月東京大学医学部医学科卒業。亀田総合病院にて初期研修後、2014年4月より現職。

東日本大震災から5年以上が経過した。私が相馬に赴任してからは2年半だ。復興は着実に進んでいる。同時に、東日本大震災当時の情報も明らかになってきた。

東日本大震災の教訓は大きく分けて2つある。まず1つめは、原発災害対策だ。福島第一原発事故は、原発災害後の避難の困難さを示した。私達の調査では、原発事故後3ヶ月間、周辺の病院が閉鎖したことで救急搬送が遅延していたことが示された。さらに、原発発生から1週間程度で、避難地域周辺の、避難指示が出ていない地域でも人口が10%まで低下していた。このように、原発事故後には避難地域、その周辺で大規模な避難が起きることで二次的な健康被害が起きる。震災から5年間の相馬市・南相馬市の死亡率を調査したところ、震災による死亡を除いても、5年間で最も死亡率が高かったのは最初の1ヶ月であった。この1ヶ月の死亡のなかで、最も多い死因は肺炎であり、口腔ケア不足による肺炎の

増加によるものと考えられる。このように、福島第一原発事故の最も大きな健康被害は、原発事故後の大規模な避難・混乱によるものであったと言える。原発再稼働に向けて、各自治体で原発事故後の避難計画策定が進められているが、原発事故後の避難時には想定以上の混乱が発生することを、いま一度思い起こして頂きたい。

2つめの教訓は、高齢社会への対策だ。東日本大震災後に若年層が避難してしまったため、介護が必要な状態になってしまった高齢者を自宅でみるのが困難なケースが増えている。その結果、公的な介護サービスに頼る世帯が増加したため、南相馬市では高齢者一人あたりの介護費用が1.3倍に増加した。核家族化が進んだ東京では、公的な介護サービスへの依存割合がより高くなると予想され、在宅介護が主流とはなり得ない。介護予防のためには、相馬市で設置された「井戸端長屋」のような、高齢者同士で共同生活を送る仕組みが有効だ。

被災地周辺の公立病院の建築コスト増は、将来の負の遺産となる

吉田実貴人

吉田実貴人

よしだ・みきと ● 1969年福島県いわき市生まれ。シンガポール国立大学MBA修了。中央監査法人にて会計監査・株式上場支援を行う。PwCシンガポールにて日系企業の進出支援。帰国後は、企業合併・企業価値評価に携わる。震災後にふるさとに戻り、数字が読める地方議員として活動中。

震災後に建替・再オープンした北茨城市民病院、そして建替工事が進行中のいわき市立総合磐城共立病院等の公立病院建設コストは、自治体病院共済会調査の民間病院平均コストや公立病院平均コスト、総務省の新公立病院改革ガイドラインの上限単価をはるかに超えており、異次元のコスト増が予定されています。この背景は、震災後の被災地周辺での建設作業員の除染作業分野への流出や、各種復興需要に関連する建設作業員の特需、さらには建設資材自体の高騰等といわれています。

一方、甘い将来計画の下で異常な高コストの建設費を受容すれば、借金返済と運営

費用が増え、それが病院経営の赤字とキャッシュ不足につながります。悪い経営状態が続くと、必要なタイミングで適切な設備投資ができず、さまざまなコストカットせざるをえない等の悪循環を呼び、最終的に医療スタッフのモラルにも悪影響を及ぼします。「医は仁術」のとおり、魅力がない病院から医療スタッフが立ち去ってしまえば、診療自体が継続できなくなります。財政的には自治体本体が、自治体病院の面倒を見ることとなり、市政運営への重いお荷物になります。そしてすべての結果は、有無をいわず、地方自治体の住民が負うこととなります。自治体病院の建替えのよう

な極めて重要な投資意思決定は、政局のムードや定性的で感情的な判断に左右されてはなりません。しっかりとした定量的なデータとロジックに基づき、良識的に判断することが必要です。そして、民主主義の根

本に立ち返り、異なる立場からの意見をオープンに論じて意思決定していく、そしてその過程に対して最終責任を持つ住民がチェックしていくこと、そういう行政・住民意識を持つことが次世代に対する責任です。

震災前よりもいい相馬市に 立谷秀清

大震災から5年8か月。復興事業は概ね計画どおり進んでおり、昨年完成した恒久住宅への移住もほぼ完了した。水田農業の復旧はほぼ完了したが、水産業ともども風評被害はまだ続いている。9月には、漁業の本拠地となる荷捌き施設が完成したが、放射線検査施設など事故に対する配慮と工夫を凝らした造りとなっている。

5月、現地の我々が主体となって開催した「こどもと震災復興国際シンポジウム」では、相馬地方がこれまで積み重ねてきた健康対策や放射線対策の科学的知見を人類の財産として世界に発信することができた。

NPO相馬フォロアチームによるPTSD対策活動のお蔭で、子供達は全体として落ち着いて学習や各種活動に励んでいる。音楽による生きる力を育む事業としてエル・システムジャパンと連携してきた情操教育は、ドイツでベルリンフィルと共演できるまでに成長した。

新たな住宅団地に作った「骨太公園」で

の介護予防事業などは、今後の高齢者健康づくりに大きな示唆となる。今後さらに実験的に効果を検証し広く発信してゆきたい。

10月、地震による被災で建て替えを進めてきた3階建て和風造りの市役所新庁舎が完成、業務を開始した。

現在、今後10年の市政運営の指針となる長期総合計画を策定している。市民125人によるまちづくり協議会で喧々諤々の議論をいただいた。大事なことは、自分たちのまちは自分たちで作るという精神であり、市民の英知を結集し相馬市全体で取り組んでゆきたいと思う。

被災直後より「震災前より良くなった相馬市を」という思いで復興に取り組んできたが、亡くなった人達を想うと口に出すことはできなかった。しかし、市民を挙げて復興に邁進してきた成果が目に見えて現れてくるにつけ、将来に希望の持てる復興を成し遂げることこそが供養になると考えている。

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4期目。全国市長会副会長、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。

session 08

専門医制度

森田麻里子

(南相馬市立総合病院麻酔科)

もりた・まりこ●1987年東京生まれ。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月仙台厚生病院麻酔科後期研修医、2016年4月より現職。若手医師の立場から、新専門医制度の問題点を発信している。

遠藤希之

(仙台厚生病院、医学教育支援室・室長、兼臨床検査センター・センター長)

えんどう・まれゆき●秋田市出身。東北大学医学部平成4年卒。一般外科3年研修後、東北大学院・医学研究科、病理学専攻修了(平成11年)。東北大学病院病理部を経て、平成18年より仙台厚生病院勤務。専門：病理診断学。

及川友好

(南相馬市立総合病院副院長)

羽鳥裕

(はとりクリニック院長)

土屋了介

(地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 理事長)

若手医師からみた新専門医制度の問題

森田麻里子

新専門医制度が検討されるなか、当事者である若手医師は議論から置き去りになっている。私は仲間と協力して6月に厚労大臣宛の陳情書を提出し、その後、新制度の開始は1年延期されることが決まった。10月には厚労大臣と面談の機会を得て、意見を述べてきたが、未だに専門医機構の中でも議論は噛み合っていない。新専門医制度の最大の問題は、医師養成における多様性を奪うことだ。この問題はさらに3つに分けられる。

1つは、地域医療への影響だ。現在、福島県浜通りには被災地で活躍したい若手医師が集まっており、地域医療に貢献し臨床能力を磨きながら、論文執筆なども精力的に行っている。しかし新しい制度では福島県立医大などの大学に所属しなければならず、このような働き方は認められなくなってしまう。

2つ目は、女性医師への影響である。後期研修医になる時点で最短でも26歳、専門医を取得する30歳過ぎには妊孕性は低下し始めることを考えると、子供を持ちたい

女性医師が、研修中に出産育児を考えるのは普通のことだ。しかし新制度では働く場所や期間に制限が多いため、どんなに多くの症例を経験し、能力を磨いても、その後産休や育休の取得、非常勤勤務の期間があると、なかなか専門医受験資格を得られなくなる。専門医認定においては、研修期間や働く場所ではなく、経験症例数や試験によってきちんと能力を評価すべきだ。

3つ目は、将来の医療水準が低下する可能性があることだ。新制度の画一的なローテーション制度で育成されるのは中途半端な医師だ。様々な珍しい病気を見たことはあっても、自分で責任を持って治療を行う経験を積むのは遅れる。若いうちに訓練する機会を逸し、高度専門医療の技術レベルは低下する。さらに厚労省は医師の「偏在」対策として専門研修プログラムの定員を操作しようとしているが、今後医師の計画配置が行われるようなことがあれば、優秀な人材が日本の医療界を去っていただけた。

何のため、誰のための専門医制度なのか、もう一度きちんと議論し直すべきだ。

「新」専門医「制度」とは若手医師奴隷化制度か

遠藤希之

自分は仙台厚生病院で、臨床研修プログラム責任者と「臨床研修医世話係」といった位置づけの医学教育支援室・室長を務めている。

当院は今回の「新」専門医「制度」において、内科教育プログラム基幹病院として手を上げた。自分は一昨年から情報収集を行い、実際に内科プログラムの作製にも携わってきた。その結果、この「新」専門医「制度」なるものは問題だけであることが判った。正直どの問題を取り上げるべきか迷うくらいだ。ひとまず今回は、基本19領域全てがカリキュラムのハードルを異様に高くしたがゆえ、研修基幹施設数が激減し、結果として生じる問題に絞りたい。

具体例を二つ挙げる。現行制度→「新」専門医「制度」になった場合、外科は2,072→188、整形外科が2033→104、とこ

の2領域での基幹研修施設は実に1/10～1/20に減少する。

ではいかなる病院が基幹施設となるのか。言うまでもなく大学病院だ。外科では22の、整形外科では28もの道府県で、基幹施設が一大学病院ないし医学部数と同数に限られてしまう1)。この2科はまだマシかもしれない。38～39もの道府県において大学病院のみが基幹施設になっている領域もあるのだ(放射線科、泌尿器科、眼科、耳鼻科、リハビリテーション科)。さらに20～30の道府県では内科を除いた他領域でも基幹施設＝大学病院である。大学病院以外の基幹施設がある自治体についても大学主導の状況はさほど変わらない。

各学会幹部や専門医機構は、3年間の研修期間中、最長2年は連携施設での研修が可能であるため、医師偏在問題を含めなん

ら支障はないと言う。しかし連携施設の選択権を基幹施設が握るのは火を見るよりも明らかだ。若い専攻医達は研修先選択の自由を奪われることになる。しかも彼らの雇用形態、身分保障はなんら考慮されていない。これを大学医局制度の復権といわず、なんと言うのか。若手医師を奴隷化し「医

師派遣」で大学医局が権益を伸ばすシステムとしか思えない。「新」専門医「制度」など直ちに白紙撤回すべきである。

1)厚生労働省、社会保障審議会、第三回専門医養成のあり方に関する専門委員会資料による

雇用者の立場から見た新専門医制度 及川友好

新専門医制度は多くの問題を抱え、その開始が1年先送りされた。また、「一度立ち止まって検討の場を設け、地域医療への影響などについて、集中的な精査を早急に行うこと」との塩崎恭久厚労大臣の発言は、新専門医制度の問題の根深さを物語る。

そもそも日本専門医機構はプロフェSSIONALオートノミーを理念の一つに掲げており、本来ならば政治の介入は皆無のはずである。様々な問題が表面化するまで、われわれ臨床の現場では政治色を感じることはなかった。

さて、福島県太平洋岸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、原発事故のトリプル災害に蹂躪された地域である。住民の90%が一時避難を経験し、地域も医療も一時崩壊する憂き目を見た。当時、地域基幹病院の副院長だった私は、震災後も地域に留まり地域と医療の復興を目の当たりにし、また直に関わってきたが、震災後ほど医療と地域が等価だと感じたこ

とはない。医療復興なくして地域の復興もあり得なかったと実感している。

震災後、多くの方々の支援に支えられ、当院は医療スタッフの確保に成功した。中でも初期研修指定病院に認定されたことは、医師スタッフの確保のみならず、様々なメディアへ登場する端緒にもなり、病院に大きなアドバンテージをもたらしたが、新専門医制度はわれわれのような地域の小規模基幹病院に恩恵をもたらすだろうか。新専門医制度は領域毎に内容が異なり、それぞれに対応が求められ複雑である。また、制度そのものは大学病院や大規模病院の運営に有利なものとなる。現時点で公開された情報をもとに、当院に属している初期研修医が新専門医制度に移行したとすると、病院側にはどのような不利益が生じるか、また病院側はどのような方策をとるべきか、それらについて後期研修医を雇用する立場から考えてみたい。

及川友好

おいかわ・ともよし●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兼任。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。

うまれかわった日本専門医機構 羽鳥裕

新たな専門医の仕組みについては、地域医療への影響やさまざま準備不足から1年間延期され、当初の平成29年度4月の導入の予定が、平成30年4月の導入となったところである。

以下は、日本専門医機構の新執行部（吉村博邦理事長）の理事会での決定事項である。

1. 日本専門医機構の基本姿勢

(1) 機構と学会が連携して専門医の仕組みを構築することを基本姿勢とする。

(2) 機構と学会の役割分担の明確化を図る。

学会は、学術的な観点から、責任をもって研修プログラムを作成する。

(3) 機構の役割

羽鳥裕

はとり・ゆたか●昭和53年3月横浜市立大学医学部卒業。1978年6月横浜市立大学病院第二内科。1981年6月神奈川県立成人病センター（現がんセンター）。1985年6月横浜市立大学病院第二内科医務吏員。1987年6月横浜市立港湾病院（現みなと赤十字病院）。1988年12月はとりクリニック開設。1995年4月川崎市幸区医師会理事。2001年4月川崎市医師会理事。2006年10月神奈川県医師会理事。2014年6月日本医師会常任理事。

(ア) 機構は、専門医の仕組みを学術的な観点から標準化を図る。

(イ) 専門医を専門医機構認定の資格として認証する。

(ウ) 専門医に関するデータベースを各領域学会と共同で作成する。

(エ) 専門医の仕組みを通して、国民に対し良質な医療を提供するための諸施策を検討する。

(4) 社員との関係

社員との情報の共有を図る。

設立時社員、学会社員と理事会との定期的な情報交換の場を設定する。

機構の根幹に関わる重要事項については、社員総会で議論を尽くす。

2. 地域医療の確保対策について

各領域学会に対し、地域の医師偏在防止対策の現状についての意見を求め、また、

更なる具体的な対策案を募る。

3. その他

整備指針の見直し、基準等の柔軟な対応、暫定措置を講じるなどを含め、広く具体的な対応に関わる意見を求める。

日本医師会では、現行の医療提供体制が国際的に高い評価を受けていることから、急激な制度改革は避け、かかりつけ医という強固な土台をもつ日本の医療制度のなかに、専門医の仕組みをどう生かしていくかが最も重要な視点であると考えている。

また、日本専門医機構では、小児科、整形外科、耳鼻咽喉科、病理、救急、形成外科が平成29年4月からの暫定プログラムの導入を決定しているが、学会からのヒアリング等を終え、新たな専門医の仕組みがうまく運営されるよう努めているところである。

専門医研修

土屋了介

1. 専門医研修の目的

医師以外の職業と同様に大学を卒業した時点では、知識はあるが、実践力とはならないので、職場教育としての研修（レジデント制度等々）が必要である。したがって専門医研修の目的は医療の戦力となる医師の養成が目的である。

2. 研修内容（プログラム）

一人で判断し、診療を管理・運営できる、すなわち、経営できる能力を身に着ける研修内容であることが必要である。したがって、十分な症例数と、適格な指導者、良好な診療・教育環境、的確な病院管理体制の下での研修が行われることが必要である。

3. 資格取得条件

一人での確かな判断ができることが資格取得の条件である。すなわち、当該専門分野の全ての技術を持たなくても、持たないことを自覚し、周囲の援助を求められる判断力

があることが必要である。

4. 研修施設

十分な症例数と、的確な診療を実践している指導医、良好な診療・教育環境、新規の医療を開拓する探究心・研究心を持つ医療職人などが備わった病院が研修施設となる。

5. 指導者

人格者であること。

6. 専門医の種類と専門医の数

患者・国民が必要とする専門分野と、専門医のほとんど全ての者が、技量・知識・知恵が維持できる症例数を経験できることが、専門医の数を規定する。

4. 運営母体

職能集団としての自覚を持った医師の集団。

土屋了介

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。

session 09

医学部、受験エリートと テロリズム

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。

石本茂彦

(森・濱田松本法律事務所パートナー弁護士)

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。

宇都宮高明

(成田市議会議員)

倉石 寛

(立命館稲盛経営哲学研究センター副センター長)

渋谷健司

(東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教授)

決して他人事ではない

石本茂彦

1995年3月20日の朝、地下鉄サリン事件が起きた。当時職場が同じだった妻と毎朝乗っていた、いつもの線のいつもの駅でも大勢が被害に遭い、死者も出た。我々が乗ろうとしていたのは、サリンが仕掛けられた列車のほんの少し後のものだった。

その宗教団体が起こした数々のテロ事件のうちのいくつかは、高校の同期だったTが関与していた。東大理Ⅲに軽々と現役で合格し、事件の時は医師になって2年ほどだった。高校の頃のTは、凄まじく優秀ではあったが、それを鼻にかけることもなく、むしろとても真摯でジェントルな男だった。彼がそのような過激で非常識なテロに加担するとはおよそ信じられなかった。その後、彼は殺人未遂等の罪で懲役15年の判決を受けて服役した。

一連の事件には、私と同業者である弁護

士も深く関わっていた。一度だけ会って話したことがある彼は、私より司法研修所の10期先輩にあたり、当時は年に数名いるかどうかの司法試験の21歳最年少合格組だった。連日テレビで教団の無実を訴えていた彼自身、結局殺人未遂罪で起訴され、懲役12年の刑に服すことになった。

今年7月のバングラディシュのテロ事件の犯人に裕福な家庭出身のエリートが少なからずいたとのニュースを聞き、真っ先に思い出したのは彼らのことだった。何が彼らをそのような行為に駆り立てたのか。何故そんなことになってしまったのか。そうならないようにする手立ては果たして存在したのか。あるいは当時の自分が何かの拍子でそうなっていたということが、本当にあり得ないと言い切れるか。特に自身が人の親となった今、色々な思いが交差する。

「学生の沈黙」への思い!!

—1970年ベトナム・サイゴン(現ホーチミン)を歩き、
三里塚闘争にかかわった者として—
宇都宮高明

現在のテロリズムとして、ISがあげられる。ISの発生は、ヨーロッパにおける移民統治の失敗との指摘もある。一方、現代の若者たちの抱えている心の闇の現われととらえるならば、心に隙間を持つ若者たちの存在は、国境を越えた普遍的な問題でもある。日本の若者たちはどうだろうか。

成長から成熟への転換期を迎えている日本社会、人々は心の奥底で先が見えない不安を感じているかに見える。バブル崩壊後、批判勢力は衰退し、全体を思索していく者が少なくなってきている。この世相の中で今の学生の沈黙は「これでいいのか」との思いを抱く。

学生運動をけしかけるわけではないが、

一人ひとり話せばそれなりに問題意識があるのに語ろうとしない。不況下で受験熱がより強くなる中での処世として、本質だの全体像だの考えていたら試験問題を解けない。傾向と対策、与えられた問題を解くための思考を磨ぐだけでいいとの受験エリートからは、世界を動かしている政治や宗教からは距離をおき、寄らば大樹の陰の依存体質を感じる。この現象は「この国はダメだ」と叫ぶことはあっても、戦後負けて手にした権利のもと国家論を準備せずに歩んできた、親の世代の責任とも言える。若者たちの心の隙間は世界共通であるとしても、日本の若者たちがテロに走るとは考えにくいし、この国では革命的政治変革は起こり

宇都宮高明

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）、千葉県市議会議長兼会長、関東市議会議長会副会長を務める。

倉石 寛

くらし・ひろし●1946年生、東京大学文学部卒 私立灘中学校高等学校教諭、教頭を経て2016まで立命館大学教授・教育研究研修センター長。現在は立命館稲盛経営哲学研究センター副センター長。兵庫県私学副校長・教頭会会長、兵庫県私学審議会委員を歴任。社団法人ふくしま学びのネットワーク代表理事、NPO法人グローバルな学びのネットワーク・留学フェロシップ副理事長、NPO法人ニランジャーナセワサンガ理事を務める。

にくいと思う。それは、この国の天然の箱庭のような温暖な地勢が、このような意識を決定させているからである。

しかし、国家が行き詰まるのは世の常であり、何があってもおかしくないのがこの世界の本質である。「China2049秘密裏に遂行される世界覇権100年戦争—マイケル・

ビルズベリー著」を手にした時に、1973年秋の万里の長城での思いが蘇った。教育こそ国の要である。「多様なものの見方・考え方」のできる人材の育成を。優秀な人材が家庭の貧富に係わらず学べる社会創りを。

受験エリートとテロ

倉石 寛

<1968年学生反乱>

(1) 日本でのテロは、1920年代の右翼テロがあるが、戦後は浅沼稻次郎刺殺事件以後、“1968年 学生たちの反乱”の時代とその後に集中し、その後急速に収斂している。

“1968年”西側先進諸国では、「戦争を知らずに育った」世代による戦争経験世代への「異議申し立て」の反乱が学生たちによって高揚する。詳細は省くが、この“68年”はドイツの緑の党やアメリカの市民運動など、その後の政治に連なる制度的あるいは人的財産を生んだ。日本は別。

(2) 日本では、1960安保反対闘争、1968年の全国学園闘争を通じて、マルクス主義の影響下に学生の運動はその独自性を形成していく。（『層としての学生運動論』）

「1968年」の学生反乱は、大衆化しつつある大学の勉学環境と運営に対する学生の改革要求にはじまり、ノンセク・トラジカルや全共闘運動などに代表される“運動”を産み、日大・東大を頂点に全国の大学、さらに70年には高校にまで拡大していく。闘争は大学改革要求から、68年末の東大を機に、セクトの全面介入と「自己確認欲求」ともいえる観念的な闘争に転換していく。

(3) 闘争は思想的にはマルクス主義の影響下に見えたが、変化する社会構造に対応しきれないオールドレフトに対し、組織においても運動においても学生たちは違和感を持っていた。ベ平連とともに、“68年”は公害反対や部落差別問題へと戦いを

持続したが、「個」と社会との関わり方を、理論でも運動でも誰も提示しえず、運動は収斂していく。「子どもたちはやってみた」のだが。

(4) 最後に、赤軍派テロと暴力についてだが、全共闘運動のよき理解者でもあった吉野源三郎は、昭和初期の血盟団事件の青年と比べて、「自己を献べき他者（民衆）を持っていた。」かどうかの違いが大きいと指摘した。

<オウム真理教とテロ>

(1) オウム真理教の事件は、その中核に高学歴の、とくに宗教と反対の極にあると思われた自然科学を修めたエリートのいたことが驚きをよび、改めて、科学と宗教の関わり、特に教育におけるその在り方が問題となった。科学は、対象が限定された「分科」の学である。全体たる哲学、最低で科学哲学を学ぶ、少なくとも「全体がある」ことを考えさせる場は日本にはない。さらに、科学という学問と、私を含む自然と社会の現実そのものとは、まったく切り離され、学習は「実験室内」どころか「教科書の暗記」にとどまっている。

「日本人は宗教的か？」に対して、筆者の教え子たちは英国に永住していた一人を除いて異口同音に「否」と答えた。科学より以上に宗教を学生は学んでいない。特にそこに内在している論理と「信じる」ということを学んでいない。「何かに向き合う」という経験をそもそもしていない。

NPOが、日本各地の高校生とワークをし

た際、教師にも高校生にも最も受けたプログラムは

「自分の将来を自分でデザインしてみる」ことだった。子どもたちは自画像を描いたことがない。

(2) だが、オウム真理教のテロにおいてより深刻だったのは、他者に対する無感覚さである。現に生きている生身の人間に対する感覚の欠如はどこから来るのであろうか。倫理を育てた「共同体の崩壊」程度ではない。子どもたちが、同質的な身内集団

の中に閉じこもろうとする傾向が強くなっていることは疑いえないが、主体的に生きることはかなり意識しているものの、「外」にある世界には関心が薄く、皮膚感覚がないという感じ。交響することのない「他者」。感覚までとすれば、原因は小学校低学年のまでさかのぼる。そしてそれはエリート層に顕著となる。

“感情を潜り抜けた体験” →何が他者への感覚をここまで衰弱させたのだろう。

制度からシステムへ

渋谷健司

筆者もアドバイザーとして関わった英ランセット誌の医学教育に関する諮問委員会 (The Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century) の報告書が2010年に出版された。そこでは、1900年代にFlexnerの提唱した「科学的教育」、そして、1970年代に生まれた「問題志向型教育」に続く第3世代の医学教育として、「システムに基づく教育」が推奨されている。そこでは、transformative learning (変形教育) が提唱され、教育の現場は、大学やその関連機関から「保健医療システム」全体へと移り、それに伴い、教育内容は、コンピテンシーをもとに、「地域とグローバルの双方の視点」を重視したものとなっている。

こうした人材育成の潮流は、筆者が座長を務めた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」策定懇談会においても明確に示されており、「予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントに関する能力を有する医師の養成」を提唱している。保健医療の課題克服のためには、従来の保健医療の制度そのものを維持するという発想では不十分であり、将来ビジョンを共有し、イノベーション (新たな社会価値の創造) を取り込み、システムの転換をしなければならない時期を迎えている。本講演では、ランセット報告書と「保健医療2035」から今後求められる医療人材像について論じる。

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。