

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。キヤノングローバル戦略研究所理事・特別顧問。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。1964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

「現場からの医療改革推進協議会」も第9回を迎えました。この会合は、1年の歩みを確認し、残されたあるいは新たに表れた課題を展望する絶好の機会を与えてくれます。そして、今年も、医療をめぐる展開のめまぐるしさと浮き上がってくる本質的な問題の大きさに圧倒されます。この数年間、医療分野は、政策的には、成長戦略の中心とされ、また、社会保障改革の最大の課題とされてきました。また、医療現場においても、よりよい医療の実現のための様々な課題への挑戦が行われてきました。

この1年を振り返っても、多くのこころみが始められています。まず、日本版NIHがあげられます。また、改正された薬事法の施行準備も進められています。さらに、価値に見合った価格付けを目指す医療技術評価も準備も始まりました。統合的な医療供給体への環境も整えられてきています。さらに、より合理的で良質の医療の実現のための医療情報の活用についての検討も始

まりました。これらの試みが、真に日本の医療環境の改善に結びつくかは、まさに現場からのきめ細かいフィードバック、建設的批判にかかっています。

他方で、臨床研究の現場では、研究不正も大きな話題となりました。そもそも、臨床研究の基礎的な知的物的インフラが整っていないこともわかってきました。また、それは臨床研究に限らず基礎研究においても同様の状態にあることもわかりました。さらに医療事故調査委員会制度のように、本質的な問題があらためて浮き彫りにされてきたものもあります。さらに、エボラ出血熱の世界的拡散では日本の態勢が試されることとなります。

この協議会は現場から様々な問題提起をし、その解決のきっかけを作り、わかりやすい制度設計と実のあるコミュニケーションを追求し、その道筋を検証し続けてきました。今回の会合も実り多いものになることを期待しています。

session 01

医療改革の現在. 1

夢見るように眠りたい

小野俊介

小野俊介

(東京大学大学院薬学系研究科准教授)
(おの・しゅんすけ) 1989年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。

宮澤保夫

(星槎グループ創設者・会長)

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

「健康長寿社会の実現は成長戦略の柱」らしく、医療研究の司令塔がまたできるらしい。ここ数十年、次から次に司令塔(〇〇本部とか〇〇室とか)が華々しく登場して、いつの間にか消滅し、を繰り返しているの、今度できる司令塔の名前を覚えるのにまた苦勞するのであろう。今後いつまでそれを覚えていけば良いのかの予想も難しい。

成長戦略、なんとかビジョンといった威勢のいい話は楽しい。あまりに楽し過ぎて時が経つのを忘れてしまい、錚々たる過去の戦略がどのような成果を生んだのかにすら気付かぬままに数十年が経過したほどだ。今直面する深刻で不可逆な事態は幻想なのかもしれぬ。

市販後に重大な副作用が生じた最近の薬をみると、多くの場合、「国際共同開発・世界同時開発」という開発履歴が短所ではなく長所として記されている。その手の薬では日本での用量設定試験をまともに実施していないことすらある。絶えることなく発生する副作用トラブルと、日本人患者への最適化の手抜きの関係(仮説)が気になる。杞憂ならば良いのだが。

もう一つ、誰も聴きたくない威勢の悪い話がある。雇用の話。今、薬学部の卒業生が製薬企業に就職することは困難を極める。ニポンは今、将来ある自国の若者がそのキャリアの一步目すら拒絶される非情な国になってしまった。この周知の事実が公的な場で議論されることは少ない(飲み会では

皆が憤慨するくせに)。「ニポンは医薬品競争敗戦国だもの。仕方がないじゃん」という諦めの声が聞こえる。なーんだ、みんな本当は分かっているんだ。

企業の臨床開発者(使い走りのテクニシャンは除く)は貴重な技術者である。その貴重な人的資源が日本からどんどん減っているのに、そしてその減り方は科学者のそれどころではないのに、危機感をもって論じないのはなぜだろう。むしろ逆に、技術者の減少をリストラの成功談として喜ばばかりが目立つのはなぜだろう。

企業の新薬開発者を身の丈にあった「技術者」と呼ばず、「名誉科学者」の地位に祭り上げることで、さらに状況を悪化させているのが「れぎゅらとりーさいえんす」と称する流行り病だ。「目利き」といった意味不明の持ち上げ方も危ない。研究不正の問題も、それを科学(医学)の壮大な問題に祭り上げることで、地に足を着けて議論すべき視点、例えば組織に属する技術者(企業の統計家など)が、組織と社会の狭間でどう倫理的に行動すべきか、公益通報はどうあるべきか、などがどこかに消え去ってしまうのだ。

経済の成長・科学の発展という夢を見させながら、幸せ気分のままに日本の医薬品R&Dを安楽死させる、という実に巧妙なシナリオを書いているのがどこかの国の新自由主義者なら、アンタなかなかの腕だよなあと尊敬したくなる。

スポーツを通じた健康増進

宮澤保夫

国際社会貢献の在り方も色々ありますが、我々星槎グループ・世界こども財団では医療分野の人々とは異なる切口で各国への支援・貢献を図って来ています。これまでもブータン、ミャンマー、カンボジア、バンラディシュにおいて活動をしてきました。一企業・団体では資金・人材とも限られ、出来ることも限られています。我々の強みは継続力です。現地ニーズを拾上げ、教育、保健分野において着実に成果を上げてきていると自負しています。実際、各国からもODA、JICA等とは異なったきめ細かな支援、継続的支援に対し感謝の言葉をいただいていますし、その国・地域が将来とも自立的に向上できるよう成果も着実に上がってきていると高い評価をいただいています。例えば、ミャンマーでは保健省と協議の上「スクール・ヘルス・プログラム」を数年前より実施してきました。内容は、手洗い・歯磨き等基本的な衛生習慣を学校で教え、それを生徒の各家庭、ひいては地域全体に普及することにより、社会全体の自立的公衆衛生環境向上に大きく寄与してきました。また、救急車2台を寄贈し、従来型の病院医療体制とは別に、よりフレキシブルな巡回医療体制を同国に普及することに寄与しています。

今回、2020年の東京オリンピック・パラリンピック開催が決定したのに伴い、長年温めて来た「スポーツを通じたこども達の健康増進」プロジェクトを実践に移したいと考えています。その対象国として北東アフリカのエリトリア国をこの9月に訪問し、現地オリンピック委員会と覚書を締結しました。直接的に目指すのは、科学的指導法を導入し、多くの同国選手を東京大会（オリンピック・パラリンピック）に参加させること、より多くのメダル獲得ができるよう支援することになります。これは日本国政府（外務省、内閣官房、文部科学省）、日本陸連等各種競技団を巻き込んだプロジェクトとなり、我々がこれまで行ってきた国際支援・貢献とは規模が格段に大きくなります。ただ、我々がここでも最終的に目指しているのは、その国の自立的成長、つまり、自国コーチを要請し、彼らが将来に向けてこども達・青少年を継続的に指導・育成していけるような体制の構築にあります。それにより、国全体としてスポーツを通じたこども達の健康増進、健全育成の底上げを図ることにあります。エリトリアでの経験を踏まえ、同様のプロジェクトは今後もブータン、ミャンマー等でも進めていく考えです。

session 02

地域医療 I - 都市部の医療

都市部の医療

黒岩祐治

黒岩祐治

(神奈川県知事)

(くろいわ・ゆうじ) 神奈川県知事。昭和55年早稲田大学政経学部卒業後、フジテレビジョン入社。報道記者、番組ディレクターを経てキャスターに。「FNNスーパータイム」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に転身、平成23年3月神奈川県知事選立候補のため辞職。同4月神奈川県知事就任。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)、「瀬中 奇跡の国語教室」(中央公論新社) など多数。

岡本雅之

(医療法人倫友会 岡本内科医理理事長)

(おかもと・まさゆき) 1957年東大阪生まれ。灘高校、京都府立医大、卒業。同医大第一内科で12年間勤務後、故郷の東大阪市に戻り1995年4月開業。20年、日本腎臓学会指導医、消化器病学会専門医。
学位論文) 腎臓と補体学について
仕事内容) 外来、強化型在宅支援診療所、産業医、介護施設運営、学校腎臓検診の二次医療機関指定。
趣味) 京都府立医大準硬式野球部OB会会長、gourmet、旅行。

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)

大西睦子

(ボストン在住内科医師)

康井制洋

(神奈川県立こども医療センター総長)

神奈川県は今、超高齢社会を乗り切る神奈川モデルを作るべく、ヘルスケア・ニューフロンティアという取組みを進めている。超高齢化の進み方が早いというのは、全国の都市部における共通の課題であろうが、神奈川県はそのスピードがどこよりも早い。今のままの態勢でいけば、早晚、病院は機能を停止し、皆保険制度は崩壊し、医療そのものが成り立たなくなるだろう。そんな危機意識から、ドラスティックな転換作業に取り組んでいるところである。

そのために、我々は最先端の医療・技術を追求めるアプローチと、未病を治すというアプローチを融合させながら、健康寿命を伸ばしていこうとしている。つまり、病気を治す医療から、病気にならなくなる医療への転換である。「未病を治すかながわ宣言」では、食・運動・社会交流を三本の柱に据えた。

未病を治すとはもともとは中国伝統医

大阪(関西)の医療

岡本雅之

大阪だけではなく、次の7つが医療の現場に暗い影を落としています。

- ① 超高齢社会
- ② ①に伴い、生活保護の増加
- ③ 財政難で医療費締め付け
- ④ 医療・介護の連携不足
- ⑤ 介護施設の乱立と人材難
- ⑥ 行政の介入による事務量増加
- ⑦ 患者の要求増加とスタッフの疲弊

①～⑦の影響をまともに受けたAさんは、生きているのが辛いです。

Aさんは、若い頃は小さいながらもスーパーマーケットを経営して羽振りの良い時もありました。しかし、消費税導入後は商売も立ち行かなくなり、年金もあまりない為に生活保護を受けています。70歳の今、高血圧、難聴で物忘れをするようになり、また、両下肢の軽度麻痺もあるので在宅生活を送る為に介護認定を受けました。要支援1しか出ませんでした。生活保護では、薬局は一軒に限定されジェネリックしか貰えません。医療機関受診も月二回に限定されています。財政難が生活保護者に医療を

学・中医学の言葉であるが、我々はそれを現代風に解釈し、科学的な眼でとらえなおそうとしている。日常生活の現場から、未病状態をさまざまなセンサーでチェックし、個人個人の未病を治していく。大衆をいかに動かすか、それは壮大な実験でもあるが、インセンティブを設けるなど、あらゆる知恵を総動員しながら、県民運動を展開している。

この試みに取り組む神奈川県全域が国家戦略特区に認定されたことを受け、我々はアジア、アメリカ、ヨーロッパとの国際的ネットワークの構築を進めている。国際的なダイナミズムを導き入れることより、日本の医療そのものの変革にもつなげようとしているのである。また、課題を乗り越えるプロセスそのものが、経済のエンジンを回す成長戦略にもなるはずである。世界の超高齢社会を救う神奈川モデルに注目いただきたい。

受けにくくしています。看護師の言動も冷たく感じます。70歳のくせに、といった風になります。超高齢社会では仕方ないと諦めがみです。介護施設が沢山ありますが引越し費用が無く入れてません。万一上手く有料老人ホームに入れても、医療機関が引き揚げる施設も多くなってきて安住の地とはいえません。職員の出入りが激しく、倒産する所も出る始末です。保護費で入れる特養は要介護3以上です。介護認定が厳しくとても申し込めません。医療・介護の連携もギクシャクしていて福祉担当の方も困っています。

しかし、最近、なぜか? と思っていた疑問が解けました。医療機関に対する患者の要求の増大で、医療機関はその対策に人員を投入しなければなりません。介護との連携に力を入れられないのです。また、行政への必要な書類提出の増加が医療機関を身動き出来なくしているのです。ビックリする位、同意書などを書かされるのもその為なんですね。何とかならないのでしょうか? 悩める老人Aより。

鈴木 寛

(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。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。

大西陸子

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

康井制洋

(やすい・せいよう) 昭和51年3月弘前大学医学部卒業、昭和55年3月同大学院医学研究科博士課程修了(医学博士)、昭和57年4月労働福祉事業団青森労災病院小児科科長、平成58年4月神奈川県立こども医療センター循環器科勤務、平成7年4月循環器科科長、平成15年4月副院長、平成18年4月病院長、平成24年4月総長、現在に至る。
関連学会:日本小児科学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本小児循環器学会、その他。

社会の変化と米国医療の変化

大西陸子

私は、約8年間、米国ボストンに在住し、研究、留学や日常生活を送ってきました。その間、様々な米国社会の変化や、それに伴う医療の変化を経験してきました。特に、中絶、尊厳死、同性結婚やマリファナは、米国人の自己決定権として、急速に変化してきた社会の問題です。これらの問題に対して、各州は、それぞれの法律を制定しています。

例えば、2004年、米国初に、マサチューセッツ州で同性結婚が合法化されました。その後合法化が急速に広がり、現在32州とコロンビア特別区において合法化され、連邦政府も容認しています。この合法化により、配偶者に保険や医療委任状などの権利が与えられます。医療用マリファナは、がんによる痛み、食欲低下や治療の副作用、HIVやエイズの様々な症状、腰痛や慢性疼痛の緩和などに処方されています。1996年にカルフォルニア州で始めて合法化され、現在23州とコロンビア特別区において合法化されました。連邦政府は違法としてい

ますが、将来合法化する可能性もあると思います。

米国では、終末期医療が大きな問題です。リビングウィルは、患者の人権として、現在ほとんどの州で合法化されています。現在、医師による自殺補助が問題ですが、5つの州で合法化されています。また、1973年、ロー対ウェイド判決で、米国最高裁判所により、中絶が合法化されましたが、各州は、独自の規則や規制を定めています。ミシシッピ州では、中絶クリニックが減少し、州に一つしかありません。

さらに、医療技術や科学研究の進歩は著しく、その医療への応用も進化し続けます。例えば、最近の話題は、新型出生時診断や遺伝子スクリーニングです。倫理、政策、将来の有用性などの問題が、さかんに議論されています。今後、これらのデータを蓄積し、研究者が、将来の病気の診断、治療や予防、薬の開発に使用できる可能性があります。

小児の在宅医療の充実を目指した地域医療連携の整備

康井制洋

医療の高度化によって超低出生体重児や小児がんをはじめとする難治性疾患の救命率が向上し、小児医療の現場に著しい変革がみられている。なかでも医療機器の使用や医療処置をしながら自宅で療育する在宅医療患者や外来化学療法を継続しながら地域で生活する小児患者の増加は、新たな小児医療の展開を象徴している。当センターにおいても、人工呼吸療法や在宅酸素療法、胃ろうや経管栄養、自己注射などの在宅医療を行いながら通院加療を続ける小児が著しく増加した。

長寿社会の到来による高齢者の在宅医療環境の整備が進むなか、成長・発達期にある小児では、年齢や発達段階に則したライフスタイルを確保しながら療養を継続することが必須である。急変しやすい小児期患者の診療に応需可能な在宅診療訪問医の絶対的不足、小児看護の経験のある訪問看護ステーションや利用できる介護保険サービスの未整備、成人期の在宅医療にはみられない教育環境の確保、病児や兄弟保育施設

の利用、家族支援のためのレスパイトサービスなど、地域資源の有効な活用には新たなノウハウの開発とシステム構築が必要である。安全で安心な小児の在宅医療の確保のためには、終末期医療を見据えた高齢者医療の在宅医療とは本質的に次元の異なるさまざまな解決されなければならない課題がある。

現在、われわれは神奈川県小児在宅医療拠点事業を展開中である。住み慣れた自宅で家族とともに暮らす完結型の医療・福祉・介護・地域社会の連携の推進には、高度医療を担う小児拠点病院や地域におけるサービス機関がともに課題解決型の意識改革が必要である。地域と医療機関との間の情報共有システムの導入にともなう課題、高齢者医療におけるケアマネージャに相当する地域コミュニティや教育現場と福祉と介護を繋ぐ社会横断的なガバナンスの整備など、課題解決と担当部署の負担軽減に必要な事項について考察し、整備すべき連携体制について提言する。

session 03

医療イノベーション

心理学的アプローチによるイノベーション創出

森 勇介

森 勇介

(大阪大学大学院工学研究科・教授/
高野山大学・客員教授/株創晶、株創晶應心、
株創晶大学・代表 取締役)

(もり・ゆうすけ) 大阪府交野市出身。1966年生まれ。1989年大阪大学工学部卒業後、大学院を経て大阪大学で研究に従事。主に機能性結晶の研究開発に携わり、2005年には結晶化技術で創薬支援のための大学発ベンチャー(株創晶)を設立。その後2013年に株創晶應心、2014年に株創晶大学の設立に至る。2001年に立ち上げた心理学プロジェクトでイノベーション創出のための人材活性化プログラムを開発し、自分自身も活性化される。2012年に高野山大学客員教授に就任。2013年に鎬射寺で得度。

大江紀洋

(月刊『Wedge』編集長兼WEBマガジン
『WEDGE Infinity』編集長)

(おおえ・のりひろ) 1977年奈良県生まれ。主に製造業、エネルギー、医療などを担当。11年より現職。『Wedge』の主たる読者層はビジネスや政治・行政の最先端を生きる知的エグゼクティブ。企業も国も大きな曲がり角を迎え、制度疲労を起こしている時代だからこそ、世論や風潮に流されることなく、本質を捉えた建設的な提言を行う姿勢を貫いていく。

菅野純夫

(東京大学大学院新領域創成科学研究科・教授)

我国においては、医療分野等、異分野連携が不可欠な分野でのイノベーション創出や成果のビジネス展開がなかなか進まないということが問題視されています。米国との比較で原因とされていた政府の支援体制など政策的な問題が取り上げられたりしていますが、実際に異分野連携やベンチャー起業に携わってきた経験から、日本の文化、教育システムにも大きな原因があるのではないかと思うに至りました。そのきっかけとなったのは、2001年に心理学者(サンフランシスコ州立大学・田中万里子名誉教授)に出会い、「トラウマ(Trauma:心的外傷)」が日本の問題の多くに関係しているということや、トラウマは心理学的に解消できるというお話を聞いたことです。一般的にトラウマは、いわゆる非日常的、特殊な場面で受けるものと一般的には考えられていますが、日常の生活の中での「怒られた」や「嘲笑された」など、一見軽い出来事でもトラウマになることがあるそうです。特に幼少期には、叱責や嘲笑により、「自

分は駄目な人間だ」、「好きなことをしたら怒られる」などの思い込みが形成され易く、このようなトラウマが強く残っていると、イノベーション創出やベンチャー起業等に最も重要となる、創造性や自主性、挑戦心が抑制され、コミュニケーション能力も低下してしまいます。

私もトラウマの影響で自分自身に自信が持てず、コミュニケーションも苦手でしたが、トラウマを解消することで、行動パターンが大きく変わりました。その結果、異分野連携により自分の専門分野(エレクトロニクス)とは異なる創薬支援のためのタンパク質結晶化ベンチャー(株創晶)の起業や医工連携による人工関節の開発等、それまでの自分では想像できなかったことが実際に実現しています。やはり、イノベーション創出を実行するのは人間ですから、その人間の活性化が最も重要との思いに至り、2013年にはイノベーション創出を活性化させるベンチャー(株創晶)を設立いたしました。

遺伝子検査ビジネスは「疫学」か「易学」か

大江紀洋

DeNA、ヤフーがサービスを始め、今後ソニーなどの参入も噂される個人向け遺伝子検査サービス(DTC)。健康志向の高所得ビジネスパーソンを中心に着実に広がりを見せつつある。

利用者の多くは共通して、女優アンジェリーナ・ジョリーの乳房切除のニュースをきっかけとし、「人間ドックで受けるような検査項目に加えて、病院ではみてくれない体質もわかって3万円は安い」という印象を抱いて検査キットを購入している。医療機関で提供される遺伝子検査とDTCの違いを理解できていない人は少ない。

米23andMeに対する米食品医薬局(FDA)の販売停止命令もあって、日本の事業者は、遺伝要因の影響が強い疾患項目を外すという自己規制を行っており、現状のDTCはいつでも「治療方針に影響を与えない検査」に過ぎない。これまで多くのDTCサービスが存在したが、DeNAは東京大学医科学研究所と組むことによって、「科学的に信頼できそう」というイメージを形成し、頭

ひとつ抜きん出ることになった。

「フルゲノム解析のビッグデータでオーダーメイド医療を行い医療費削減」そんな未来がよく語られるが、現実には起きているのは、医療手前の「ヘルスケア」の分野で、いかに「遺伝子」というワードを使って消費者に訴求するかという、あれやこれやのマーケティング戦略である。一方でシーケンス技術はますます発達し、エビジェネティクスなどの新領域の研究も盛んに進められている。遺伝子検査が医療に与える影響は大きくなることはあっても小さくなることはない。科学技術の急速な進化とその成果を手早くマネタイズするビジネスの勃興に、リテラシーや社会的受容が追いつかないのは、他のさまざまなサイエンス分野と共通している。

取材時の裏話なども交えながら、遺伝子検査の現状について報告したい。遺伝子検査と医療の未来について活発な議論ができればと考えている。

医療イノベーションの多面性

菅野純夫

菅野純夫

(すがの・すみお) 1978年3月東京医科歯科大学医学部卒業、1982年3月東京大学大学院医学系研究科修了(医学博士)、1982年4月日本学術振興会特別研究員、1983年4月東京大学医科学研究所ウイルス研究部助手、1984年2月～1987年1月米国ロックフェラー大学ポストドク研究員、1992年8月東京大学医科学研究所癌ウイルス研究部助教授、2000年6月同研究所ヒトゲノム解析センター助教授を経て2004年4月より現職。この間、癌ウイルス、癌遺伝子、ゲノムの研究に従事。ゲノムの研究を通じて疾患の理解と診断治療に貢献したい。

次世代シーケンサーの発展により、ヒトゲノム解析のコストダウンが進むと同時に、様々な研究成果が上がり始めている。特に、遺伝病の原因変異と対象遺伝子の同定や、がんの体細胞変異のカタログ化などは著しい進展を示している。一方、このような次世代シーケンサーの技術とそれがもたらす基礎医学研究の成果は続々と臨床の現場で使われ始めている。日本でも1年前に導入され大きな話題となった新型出生前診断が、次世代シーケンサーを使って行われていることはよく知られている。さらに、臨床診断ではなく遺伝子診断により遺伝病の診断を網羅的につけようといった研究も米国で始まっている。多種類の分子標的医薬の使用を治験中のもも含めて、がんのゲノム解析を行って決定し、治療を行っていくという試みも行われている。

一方、日本では大手インターネットサービス運営会社DeNAが、本年、直接消費者向け遺伝子検査サービス「マイコード」を立ち上げると発表し注目を浴びた。同様のDTC遺伝子検査サービスはyahooやgoogle等が出資する23andMeも行っており、日本のネット企業もそれにいよいよ参入か、と関連業界では大いに話題になった。小規模なDTC遺伝子検査は化粧品や健康食品分野

でその会社の製品に付加価値をもたらすアイテムとしての利用も広がっている。ただ、日本では最新の科学の成果を応用に移す動きは米国に比べおそく、ゲノム分野では米国に対し2年程度の遅れがあるように感じられる。昨今の日本のDTCブームについても、米国では数年前にブームが進行し、現在は規制当局との話し合いを行っている状況である。この話し合いが一応の結論を得れば、現在とは若干異なった形でのDTCが始まるのではないかと考えられる。ともかくも、今、ゲノム解析が世界の医学研究分野で熱いと同様に、DTC遺伝子検査が日本のビジネス分野で熱いのである。

個人のゲノム情報が個別化医療をもたらすと長い間言われてきたが、その医療の枠を飛び越えて、個人のゲノム情報が、直接消費者に伝えられる時代になりつつあるといえる。このことは、ゲノム情報の管理・利用に関する従来の医療中心の枠組みを、DTC遺伝子検査などを取り込んだ枠組みに変化させていかなくてはならないことを意味している。本講演では、主として技術面から考察を行い、枠組みを構築していく上で考慮されなければならない点を明らかにしたいと考えている。

session 04

地域医療Ⅱ-地方の医療

基礎自治体の首長は災害対応の総責任者

立谷秀清

立谷秀清

(福島県相馬市長)

(たちや・ひできよ) 1951年福島県相馬市生まれ。宮城県仙台一高から福島県立医科大学医学部に進学。卒業後、東北大学医学部附属病院、公立相馬病院勤務を経て立谷内科医院開設。85年立谷病院院長、86年から医療法人社団茶畑会立谷病院(現相馬中央病院)理事長に就任。95年福島県議会議員に当選し(1期)、01年相馬市長に初当選。現在4期目。全国市長会相談役、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。

及川友好

(南相馬市立総合病院副院長)

(おいかわ・ともよし) 1959年生まれ。1987年福島県立医科大学卒。2007年南相馬市立総合病院に副院長として着任。2009年福島県立医科大学脳神経外科臨床講師兼任。2013年広島大学客員教授兼任。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、仮設住宅での定期的な健康支援を行っている。

二瓶正彦

(公益財団法人 震災復興支援放射能対策研究所事務局長)

坪倉正治

(東京大学医科学研究所)

森田知宏

(相馬中央病院内科医・東京大学大学院医学系研究科院生)

大規模災害時、首長はすべての情報を集約・整理分析し、事例によっては反射的に対応を指示しなければならない。全体行動に対する首長の指揮は、危機管理とその後への復旧・復興に重大な影響を及ぼすので責任は重大である。

最重要課題は、「次の死者を出さない」こと。災害の直後は運よく生き延びつつも現場に孤立している人々の救出とケア、次に災害関連死(災害後の環境変化による病状悪化)、中長期的な課題としては経済的・精神的要因による自殺防止、最後は孤独死対策である。

東日本大震災は、災害規模があまりにも大きかったため被災者への行政の支援が困難だったことに加え、福島県では、放射線被ばくによる健康被害の懸念をはじめ、精神的ストレスや厳しい避難生活による二次被害も多く見られた。

これら非日常的な多くの障害因子を出来るだけ整理し、全体像を把握した上で適宜対策を指示することは、結果の是非に関わらず、基礎自治体の長の責任である。被災者の居住環境の確保、水・食料・生活物質の供給、医療体制の整備による被災弱者の

保護などをはじめ、長期的な課題として、被災者の人生再設計と地域の将来像を提示することにより、希望と再生へのモチベーションを持たせるように被災者の集団と地域をコーディネートしなくてはならない。

今回の震災において、相馬市の災害対策本部では、上記の理念の下、あらゆる情報集約と行動方針策定を、対策本部長(市長)の一元管理により行い、併せて全スタッフの情報共有と意思統一を目的として朝・夕の対策会議を重ねた。直後の対応は勿論のこと、短期的対応における医療体制の確保(避難所での支援)や、中長期的課題と対策(仮設住宅での被災者支援)なども当初から視野に入れながら、日々入ってくる現場の情報や予想される不安材料をできるだけ想定しその対応をアップデートしてきた。とはいえ、私の方針決定が市役所職員や市民に伝わったかについては反省すべき点もある。

私が市長として指揮を執った相馬市の震災対応の結果の是非は後世の評価に委ねるしかないが、そのためにも記録を残していかなければならない。

東日本大震災に被災した医師は何を考え、どう動向しているか

及川友好

福島県東北部に位置する南相馬市は東日本大震災による地震、津波の被害に加え、福島第一原子力発電所の事故による放射線被曝に曝された地域である。2011年3月の事故直後から全人口7万1千人のうち約6万2千人が何らかの避難をし、3年9か月が経過した現在も、未だに約2万人程度が帰還しない。突然の大規模避難は地域社会に様々な混乱をもたらし、その影響は現在も続いている。一夜にして極端な少子高齢化社会に変貌して、三世代家族のほとんどが崩壊し、独居老人世帯、老老介護世帯が増えた。若年生産人口の減少は地域産業の復興を妨げている。また、一部の地域住民は津波の被害や原発事故による居住制限のた

め長期の避難生活や仮設住宅での生活を余儀なくされている。

大規模な避難経験、社会構造の極端な変化、長期の避難所・仮設住宅での生活は、市民生活に多く健康被害をもたらしたとされるが、その全貌は明らかではない。当院は地域(福島県相双地区)の基幹病院であり、かつ脳外科では専門医を有する唯一の入院受け入れ施設である。脳卒中の患者のほとんどは当院に集中するため、震災前後の脳卒中発症率を推定することが可能で、震災前の2007年3月から2014年3月の南相馬市における脳卒中発症率について検討してみた。人口および年齢別人口調整を行い、Poisson回帰分析を用いて震災前後の脳卒

中発症の相対リスクを算出してみると、35才以上の年齢層で男女を問わず脳卒中発症率が有意に上昇し、現在もその傾向は継続している（脳卒中発症率相対比1.49倍）。

ただし、脳卒中発症率増加は、震災により生じた健康被害の一側面に過ぎない。今後、南相馬市においては、あらゆる疾病に

おける被災の影響を調査・研究する必要があるとともに、その結果を地域住民に公表し、後世に伝える義務を負う。しかし、これらは一地方の病院で全うするには、あまりにも規模が大きすぎる。意欲ある若い力の参集と全国の様々な団体、教育機関との共同作業をお願いしたい。

東日本大震災による避難者の救済・県民の要望に どのように対応したか？

二瓶正彦

1.はじめに

福島県と聞いてまず浮かぶのは、『原発』と『放射能』ではないだろうか。しかし私たちは、この美しい地に、一日も早く、多くの人と活気が戻って欲しいと願っている。

今回、その後押しになればという期待を込めて、これまでの歩みを報告する。

2.東日本大震災当時の状況と避難者への対応

2011年3月11日14時46分。

経験したことのない強い揺れの後、扉の向こうには、言葉を失う光景が広がっていた。職員は誰しも事態を飲み込めないまま、それでも全員の安否確認に走り回っていた。幸い負傷者はおらず、建物にも倒壊するほどの大きな損傷は見られなかった。私たちはこの恵まれた状況に感謝し、国内外の多くのボランティアの力を借りて、最大で188名の避難者を受入れるに至った。

3.放射能検査の取り組み

きっかけは、来院者からの、家族の内部被ばくを心配する声だった。当時は県内で内部被ばく検査が行われていなかったため、同年9月に検査装置（ホールボディカウンター）を設置し、検査を開始した。

また、甲状腺専門病院である東京都の伊

藤病院で超音波検査の指導を受け、2012年11月から、専門医招聘の上で甲状腺検査を開始した。

4.これらの検査を続けてきてわかったこと
2011年10月から2013年9月までに延べ51,412名の検査を実施し、ごく一般的な生活では、過度に心配するような結果は出ないことがわかった。しかし、野山の動植物の摂取によって、比較的高値の放射性セシウムを検出した例があるのは見逃せない。今後同じことを繰り返さないよう、専門家による説明機会を設け、正しい知識の提供に努めている。

また、昨年12月からは新たにベビースキャンを開発・導入し、これまでできなかった乳幼児の検査を行っている。

5.今後の課題

あの震災からおおよそ3年半が経過した今、被災地に住む私たちでさえ、徐々に記憶が薄れてきているが、原発事故の問題は決して収束したわけではないのだ。

私たちは、内部被ばく検査と甲状腺検査を定期的かつ継続的に受けることの重要性を、これからも県内に広く伝えていきたいと思う。

二瓶正彦

（にへい・まさひこ）1975年生まれ。福島県田村郡小野町出身。柔道整復師の資格を取得後、2004年医療法人誠協会に入社して、2012に公益財団法人 震災復興支援放射能対策研究所の事務局長に就任。

浜通りでの放射線検査および教育の現状、 今後これらは何を指すのか。

坪倉正治

筆者は2011年7月より、浜通り中通りのホールボディカウンター設置機関にて内部被ばく検査に従事してきた。南相馬市立総合病院、相馬中央病院、ひらた中央病院、ときわ会常磐病院では定期的に内部被ばく検査結果が公表され、福島県内での日常生活上の慢性内部被ばくが非常に低いレベルに抑えられ、その状態が維持されていることが分かっている。乳幼児専用ホールボディカウンター（通称:Babyscan）の検査結果も同様である。

しかしながら、現状の放射線被ばくに対する認識や不安は一様ではない。

放射線に関して、気にしない、日常生活での会話には出さない、寧ろ触れないで欲しい。と感じる住民が増えつつある一方、県産の食品に対する忌避傾向は、特に若い世代に依然として強い。アンケートでは子供を持つ保護者の約7～8割は県産の食品を敢えて選択しない。と答えている。外来での水の安全性に関する質問は多く、地元産

の米使用のための説明会や見学会の参加者は少ないにも関わらず、反対は根強い。学校教育の場での妊娠・出産、将来への健康不安は依然として多くの生徒から聞かれる。

災害初期の掛け違いや不信、復興速度の場所による差、生産者vs消費者、賠償金問題、汚染レベル、元々の生活文化的背景の差など、状況を説明しう理由は多くあるが、現状に対し検査を行う我々はどこを目指し、何を出来るのであろうか。

放射線教育が、被ばく量の低減のみを目指すのでは無く、子供達の自信の回復や孤立の防止を視野に入れた市民教育の一部であると同様、内部被ばく検査を含めた放射線対策は、ただ被ばく量の定量化と低減を目指すものではない。個人の尊厳を維持し、地域の文化や歴史を守ることも重要な目的である。以上を踏まえ、現状の検査結果、不安および問題点、今後の方向性について議論したい。

坪倉正治

（つぼくら・まさはる）2006年3月東京大学医学部卒。亀田総合病院、帝京大学ちば総合医療センターの第三内科、都立駒込病院にて血液内科医として勤務。2011年4月から、東京大学医科学研究所先端医療社会コミュニケーションシステム社会連携研究部門研究員。東日本大震災発生以降、毎週月～水は福島に向き、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。

相馬地方の看護師数不足

森田知宏

私が勤務している相馬地方は福島県浜通りの北部に位置し、南相馬市・相馬市・新地町・飯舘村から成る。この地域は、2011年3月11日の震災、原発事故で大きな被害を受けた。私は、医学部6年への進学直前に東日本大震災を経験し、飯舘村での健康診断、初期内部被曝検査のデータ打ち込みなどのお手伝いをさせて頂いた。その縁もあって今年度から相馬地方へ赴任したが、同様の若手医師は多い。当院にはロンドン帰りの越智小枝先生（膠原病科）がいるし、南相馬市立総合病院では昨年より初期研修が始まり、2年連続で2名の枠が埋まっている。他にも嶋田裕記医師（脳外科）や尾崎章彦医師（一般外科）など、多彩な医師が来ている。

これは数字にも現れている。南相馬市立総合病院の常勤医は、2011年3月時点（震災前）では12名で、震災直後には4名にまで減少した。しかし、2014年7月時点では25名と震災前の倍に増えている。相馬地方全体でも、病院の常勤医は、79名から88名と増加傾向にある。もちろんすべての病

院で増えているわけではない。しかし、少なくとも震災・原発事故の影響からはある程度回復できていると言えるだろう。

問題は看護師数である。先に挙げた南相馬市立総合病院では、看護師数（常勤換算）が132名から129名へ減少した。震災後に避難した先から通勤する方も増え、数字以上に戦力ダウンになっていると言う。その結果、230床ある病床のうち150床しか稼働できていない。相馬地方全体では、看護師数は726人から613人へと減少した。その結果、病床数では1498床のうち1074床しか稼働していない。

看護師数が医師のように回復していない原因は以下の2つが考えられる。①他地域から赴任してくる看護師が少ないこと、②看護師養成数が少ないこと、である。全国的に看護師不足の現在、①②は全国に共通する話題である。地域の特性や歴史を踏まえた解決策を考えながら、今後の対策について議論したい。

森田知宏

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

session 05

医療事故調査制度

企画者から一言

満岡 渉

満岡 渉

(諫早医師会副会長)

(みつおか・わたる) 1958年長崎県諫早市生まれ。1984年九州大学医学部卒業、九州大学循環器内科入局。循環器専門医。松山赤十字病院等での勤務を経て、1994年長崎県諫早市で満岡内科・循環器科を開業。2006年諫早医師会理事。2007年諫早市介護認定審査会会長。2012年諫早医師会副会長。医療紛争に関心を持ち、2007年から医療事故調に対する反対活動を開始。2014年同志とともに「現場の医療を守る会」を立ち上げ、医療事故調にどっぶり。

坂根みち子

(医療法人 櫻坂 坂根Mクリニック 院長)

(さかね・みちこ) 筑波大学医学専門学群卒、MD, PhD, 循環器専門医。地域の病院に循環器内科医として約20年勤務のち、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「期間限定・医療事故調シングルシユでまともろう」と「現場の医療を守る会」を立ち上げ(世話人代表)、メーリングリストを開始。7月日本医療法人協会「現場からの医療事故GL検討委員会」委員長。帰ってこない勤務医の夫と子供3人、の5人家族。

田邊 昇

(医師・弁護士)

井上清成

(弁護士、井上法律事務所)

佐藤一樹

(いつき会ハートクリニック 理事長・院長)

小田原良治

(医療法人尚愛会理事長)

今年6月、ついに改正医療法が成立し、来年10月には医療事故調査制度が始まる。長年この制度に反対してきた者としては痛恨の極みだが、法律が成立した以上それを前提として制度に備えねばならない。

筆者は、「責任追及に流用されうる事故調査は、医療安全にとって有害である」という問題意識を共有する同志とともに、今年4月「現場の医療を守る会」を立ち上げた。さらに今年10月、「現場の医療を守る会」世話人を中心として結成した「坂根班」では、本制度の適切な運用を示す目的で「医

法協ガイドライン」を発表した。今や、事故調査を何としても責任追及に結び付けた「事故調推進派」と、これを阻止しようとするわれわれ「坂根班」との抗争は最終局面を迎えている。

本セッションでは、坂根班メンバーが、現在進行中のサバイバルレースの模様を紹介しつつ、事故調議論の経緯、厚労省原案(昨年5月とりまとめ)の問題点、医法協ガイドライン等について解説する。真に医療安全に資する制度はどうあるべきか、フロアの皆様とともに考えたい。

医療事故調サバイバルの現状報告

坂根みち子

年余にわたり迷走を続ける医療事故調問題ですが、現場目線での議論がないと本年4月1日に立ち上げられたのが、世話人9名発起人67名を擁する「現場の医療を守る会」のメーリングリストです。このMLには現在、現場の医療者、病院長、医療安全の専門家、司法関係者、政治家、保険会社、メディア等多岐にわたり約250名の方々が登録されています。

2014年6月18日、改正医療法が国会を通り、来年の10月には医療事故調査制度が動き出します。

今回の法制化で、「医療機関の管理者は、医療に起因する予期しなかった死亡を医療事故調査・支援センターに報告する」ことになりました。ただし詳細は厚労省の省令で定めることとし、そのためのガイドライン作りを、全日本病院協会会長・西澤寛俊氏の個人研究「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」所謂「西澤班」に委ねたのです。

これに危機感を抱いた現場の医療を守る会有志では、日本医療法人協会常務理事小田原良治氏らの依頼により医法協内に「現場からの医療事故調ガイドライン検討委員

会」通称「坂根班」を発足させ、医療の実態に即した現場目線でのガイドライン作りが始まりました。

当初歯牙にもかけられていなかった坂根班ですが、西澤班が法律を逸脱したガイドラインを作り始めたため、徐々に注目を浴び始め、西澤班とのデッドヒートが始まりました。

8月26日「医法協ガイドライン中間報告」が西澤班に先んじて公表され、9月2日には時の厚労大臣に手渡しし、大臣は西澤班のガイドラインと同様に検討資料とすると明言されました。そして翌日には、厚労省内部に医療事故制度に関する検討会を立ち上げるところが明らかにされ、西澤班の会議記録は厚労省のHPから削除され、西澤班ははしごを外されました。更にMLのメンバーでもあった橋本岳議員が、厚労省の政務官に任命され、形勢は一気に逆転の様相を呈してきました。

坂根班は更に攻勢をかけ、10月にはガイドライン最終版まで仕上げ、厚労省に提出いたしました。医療事故調サバイバルの現状報告です。

医師法21条の正しい解釈～事故調は本当に必要か？

田邊 昇

現在、改正医療法によって、新たに医療事故調制度が法制化された。今回の事故調制度は、法律の文言上は、かつてあまりの必罰的な内容から医療界の猛反発を受け、国会提出前に潰れた、所謂大綱案ほどではないが、省令に落とされている部分が多く、その用いられ方によっては、東京女子医大事件、福島県立大野病院事件のような冤罪人権侵害事件を惹起する危険性を強く内包しているものである。厚労省研究班（西澤班）での議論や厚労省の立ち位置をみると、その危険性は大きいと言わざるを得ない。

そもそも医療界が、このような危険性の高い制度を容認、さらには推進してきた背景には、医師法21条についての誤った解釈（法医学会基準や医療過誤を異状とする考え）が是正されてきたためであろう。すなわち、「①医師法21条があるので、医療事故はすべからず警察に届けなくてはいけない。②警察に届くと、刑事事件になる。③警察以外にもっと優しく、医療の実態が判った機関ができれば、④そこに届けばよいようになれば医師は安心して診療できる。」といった発想である。

①は全く誤っている。私の責務は①の誤りをただすことである。

医師法21条については、すでに、東京都立広尾病院事件において、最高裁平成16年4月13日判決が結論を出している。

同事案は、すでに退院予定のある手指手術の患者に、准看護師が誤って消毒薬を静注して死亡せしめたという事案であり、き

わめて明白な医療過誤事件である。

医師法21条の届け出義務違反事件の共犯として起訴された病院長について、東京地裁は、患者の予期しない急変、明白な医療過誤、死亡診断時の外表面の異常性の認識を認定し、死体を検案して死亡原因が不明であるというのであるから、死体を検案して異状性の認識があったとして有罪認定したが、この判決について、東京高裁は、同様の事実認定ながら、あくまで異状性の認識は外表面に求めるべきであるとして、死体の外表面の異状を明確に認識していないのであれば異状性の認識はないとして原審を破棄自判している。最高裁も死体の検案とは外表面を調べることでありという定義を採用して、高裁判決を支持している。

かかる最高裁の判断は、憲法38条1項で保障された自己負罪特権と犯罪捜査の便宜という医師法21条の趣旨を調整した合憲限定解釈によるものである。

従って、院内での診療行為に起因した死亡のほとんどすべては、外表面に特段の異状がない場合がほとんど（外科手術の手術痕は、手術を行うことが異状でない限り外表面の異状ではないことは当然である）であるから、診療関連死に医師法21条が適用されるケースはきわめて希なのである。

現行法上診療関連死は、警察に届ける必要は全くない。バーター的に事故調制度を安易に受け入れることなく、正しい医師法21条の解釈を厚労省、医師会は医療現場に衆知させるべきである。

田邊 昇

（たなべのぼる）昭和59年名古屋大学医学部卒業。東京都立駒込病院を経て同大学院第1内科学修了後同大学大学院在学中にセントラル病院で救急医療、名古屋記念病院で、臨牀腫瘍学を学ぶ。国立名古屋病院臨床研究部を経て厚生省入省。医療放射線管理専門官・健康政策局総務課課長補佐・医療技術開発室室長補佐・脳死臨調事務局（併任）・国立循環器病センター企画室長など歴任。医療技術開発室長補佐として、スタック研究「異状死に関する研究」事務局 退官後大阪駅で開業医の傍ら東京大学法学部卒業。京都大学大学院法学研究科修了。神戸大学大学院経営学研究科修了。医学博士・法学修士・経営学修士（MBA）。医師としては日本内科学会専門医・日本血液学会専門医・ACP（America college of Physicians member）。平成11年に司法試験合格弁護士に。現在皮膚科医を続ける傍ら、中村・平井・田邊法律事務所弁護士として病院や医師側で医療訴訟を闘う。国立大学法人京都工芸繊維大学客員教授、京都簡易裁判所民事調停官（非常勤裁判官）等を歴任後、現在は大阪医大公衆衛生学・衛生学講師、国立循環器病センター倫理委員会委員長、独立行政法人国立病院機構中央倫理委員会委員、独立行政法人医薬品基盤機構倫理委員会の委員、日弁連医療ADR特別委員会幹事などを務める。

政治家、厚労官僚、弁護士からみた事故調

井上清成

井上清成

(いのうえ・きよなり) 1981年東京大学法学部卒、86年弁護士登録(東京弁護士会所属)、89年井上法律事務所開設、2004年医療法務弁護士グループ代表、2010年厚生労働省社会保障審議会医療保険部会専門委員(出産育児一時金問題)、2012年2月指導監査処分改善のための健康保険法改正研究会を設立し、石川善一弁護士と共同代表。病院顧問、病院代理人を務める傍ら、医療法務に関する講演会、個別病院の研修会、論文執筆などの活動に従事。現在、MMJに「医療の法律処方箋」を、月刊集中に「経営に生かす法律の知恵袋」を連載中。著書に『病院法務セミナー・よくわかる医療訴訟』、『医療再建』、『よく分かる病院のトラブル法的対応のコツ』(いずれもマイナビ)、『病院法務部奮闘日誌』(日本医事新報社)、『医療事故損害賠償の実務』(和田仁孝教授と共編・三協法規出版)など。

1 総論

(1) 政治家からみた事故調—何が真の国民の利益か?

「票にならないし、政治資金にもならないし、政治的リスクも大きいので、無関心」が大勢か(有為な政治家は与野党合わせても極少数)

(2) 厚労官僚からみた事故調—どちらが真の厚労省か?

①法令系事務官

「法律にのっとして、安定した法律の施行ができるようにしたい」が本音か(法治国家、法治主義に忠実)

②医系技官

「いい加減な医師を断罪したい、患者被害者に突き上げられたくない、自らのテリトリーを広げたい、予算を獲得したい」のが生態か

(3) 弁護士からみた事故調—先に紛争ありきか?

①患者側弁護士

「医療事故は即ち民事紛争であり、民事紛争の適正な解決のために原因究明と再発防止が必要」と思えてこそその正統派か

②医療側弁護士

「患者と医療者の歩み寄りによる紛争解決が信頼構築のために大切」(足して2で割る解決)程度が大勢か

2 各論—医系技官、両側弁護士の思い?

(1) 医療事故の範囲を広げたい!

(2) 「予期しなかった」は主観説よりも客観説で!

(3) WHOドラフトガイドラインは好かない!

(4) 証拠制限契約は無効とまでは言えないので、無視!

(5) 院内事故調査は、院内医療安全管理委員会や日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業と切り離したい!

(6) 院内事故調査委員会、支援団体、医療事故調査・支援センターに介入したい!

(7) 簡易迅速な紛争解決のために、報告の詳細な文書化は必須!

(8) 制度を拡大・充実させないと制度への信頼は失墜し、真相究明の拠り所として国民の信頼は刑事司法にシフトするぞ!

真に医療安全に資する制度

～WHOドラフトガイドラインと医療事故調の抗争～

佐藤一樹

佐藤一樹

(さとう・かずき) '91年山梨医大卒業、東京女子医大循環器小児外科入局、'99年同科助手、'02年千葉こども病院心臓外科医長、'09年現いつき会ハートクリニック開設。'01年女子医大心臓手術事件で逮捕・勾留・起訴されたが、'09年4月無罪確定。'07年冤罪の元になった報告書の撤回や賠償を求め大学を提訴。11年和解成立。大学側が賠償金を支払い「衷心から謝罪」した。厚生省科研費「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」班(西澤班)協力研究員。

改正医療法で法制化された本邦初の医療事故調査制度の施行は来年10月に迫っている。同法には「省令で定めるところ」が13箇所あり、厚生省の権力がおよぶ危険性が高い。実際、厚生省の立ち入りに関連した違反行為に刑罰(罰金30万円以下)を科す条文がある。

一方、ガイドライン作成のための西澤班における私の役割は、現場医療者の人権を守った上で真の医療安全を確保することである。前提として、2005年WHOのHPに公開された世界の医療安全モデル「有害事象の報告・学習システムのためのWHOドラフトガイドライン」を班員に示しているが、これに反駁する勢力が存在する。

WHOドラフトガイドラインが強調することは、「個人や医療機関の責任を追及する『説明責任を目的とした報告システム』とエラーから学習して再発を防止する『学

習を目的とした報告システム』は両立しない」ことである。医療の質・安全の向上を第一とするのであれば「学習を目的とした報告システム」を選択すべきである。そのためには、非懲罰性、秘匿性、担当官庁からの独立性が不可欠である。個人への注意喚起ではなくシステムを改良し現場医療者が安全に仕事をできるような対策を講ずる「システム指向性」や現場に情報が迅速に反映される「適時性」なども重要である。

これに対し、医療安全を科学的に研究する専門家にとっても、work-as-done(実際に現場で行われているやり方)で医療に従事する者にとっても、当然と思われるWHOの精神に反駁する勢力はwork-as-imagined(現場を知らない人達による想像の上での仕事のやり方)と利権の座標軸から事故調を捉えている輩である。すなわち、厚生省医療安全推進室の医系技官らと、報

告事例を収集しても何の対策も取らない「無為無策」であった日本医療安全調査機構「診療行為に関連した死亡に関する調査・分析モデル事業」の周囲に群がる医師・

法律家らである。この「事故調村字モデル事業」に対峙し現場医療従事者が決起すべき時は今しかない。

医法協ガイドラインと厚労省検討部会

小田原良治

医療事故調査制度は、第三次試案・大綱案を経て、今年6月「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」として成立、改正医療法として動き出すこととなった。法律成立に至るまで、医法協は、本制度の危険性を訴え、強く反対を表明して来た。平成25年5月の厚労省とりまとめ後も、法案化にあたって、本制度が医療現場に混乱を来さないよう最大限の努力を傾けてきたが、11月の厚労省との協議により「医療安全の仕組みであること」「責任追及に結び付けられないこと」を確認し、立法への理解を示すこととなった。厚労省は、法施行に向けて、ガイドライン作成のため、厚労科研究費による検討会「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」研究班（西澤班）を組織した。しかし、議論の過程において、西澤班による唯一のガイドライン作

成の危険性を察知した医法協は独自に「医法協ガイドライン」を作成して現場の選択肢を増やすこととした。困難な決断ではあったが、今日、結果的に医法協の判断の正しさが明らかとなった。西澤班はその後、法律を逸脱して迷走を続けたため、本年11月、厚労省は新たに「医療事故調査制度の施行に係る検討会」を立ち上げるとともに、医療事故調査制度に関するQ&Aを公表し、議論の方向性を示すこととなった。医法協は、すでに9月には「現場からの医療事故調ガイドライン検討委員会中間報告」を公表、10月には、「日本医療法人協会医療事故調ガイドライン」を公表している。今後の厚労省検討会においても、現場の対応のための指針としても医法協ガイドラインは大きな役割を演ずるものと確信している。

小田原良治

（おだわら・りょうじ）鹿児島大学医学部昭和47年卒。MD,PhD。鹿児島大学第一外科入局、昭和56年医学博士、昭和57年医療法人尚愛会設立・理事長就任、平成9年社会福祉法人佳成会設立・理事長就任、平成23年医療法人高治会理事長就任。現在、日本医療法人協会常務理事・医療安全調査部会長、四病協医業経営・税制委員会委員、厚労省医療事故調査施行関係検討会委員、鹿児島県病院厚生年金基金理事長等。

session 06

医療改革の現在. 2

超高齢化社会を支える介護従事者の確保に向けた アスリートの活用

早見泰弘

早見泰弘

(株式会社ワイズ 代表取締役会長 兼 CEO)

(はやみ・やすひろ) 1995年にWebマーケティング会社(株)イニットを設立し、代表取締役社長に就任。大手企業との取引を中心に業界有数の会社に成長させる。2004年に東証一部上場 トランスコスモス(株)のインターネット部門と統合。執行役員/常務執行役員を歴任し、インターネット部門等の責任者として従事。国内上場子会社取締役、海外子会社取締役、董事長など多数兼務。現在は、2014年2月に株式会社ワイズを設立し、脳梗塞特化型リハビリ施設「脳梗塞リハビリセンター」、リハビリ特化型デバイス「アルクル」等の介護・リハビリを中心とした事業を展開。

細野史晃

(Sun Light History代表/姿勢・ランニングコーチ)

(ほその・ふみあき) 1985年生まれ。埼玉大学教育学部卒業。スポーツと教育の改革を志し、株式会社リクルートHRマーケティング入社。求人広告の営業の仕事を通して人と企業のマッチングを学ぶ。2012年にスポーツ×ビジネス×キャリアという観点でランニングコーチとアスリートのキャリア支援という2軸で独立。2014年2月に「マラソンは上半身が9割」を出版。

既に大きな社会問題となりつつある高齢化社会ですが、現在65歳以上の人口が318万人、全人口の4分の1を占めています。20年後の2035年には3人に1人が高齢者となり、待たなしの状況で超高齢化社会が待ち受けています。

この状況は世界的に見ても、どの国もこれまで経験したことのない高齢化社会となっています。

そのような高齢化社会と向き合っていくためにも高齢者ご本人はもちろんのこと高齢者を抱えるご家族が生活しやすい社会を実現する介護現場を充実させていくことが必要不可欠になっていくと考えています。現在の状況下において介護現場で従事する方は220万人を超える方が働いています。さらに高齢化が進む10年後には1.5倍となる300万人を超える介護従事者が必要と推測されています。

年々、介護従事者が増えているとはいえ、まだまだ他業種と比較しても介護業界が敬遠されている状況は否めません。

このような介護従事者の確保が急務とな

っている今、私たちはアスリートの活用に着目しています。アスリートは現役時代のトレーニングを通じて身体の使い方に関することや筋肉などをはじめとした身体に関する知識が豊富であり、特に運動機能におけるリハビリについては非常に適正が高く、質の高い介護が実現できると考えています。言うまでもなく体力に関しては人並み以上ですので、介護を受ける側も安心して介護を受けられることも魅力の一つだと考えています。

また、アスリートの方は礼儀正しく、コミュニケーション能力が高い方が多く、介護現場では特に必要なスキルの一つと私たちは考えていますので、それらを持ち合わせていることも好相性だと思っています。

まだまだ道半ばではありますが、アスリートを活用した「脳梗塞リハビリセンター」「アルクル」におけるリハビリ現場作りを通じてアスリートの新たなキャリアパスを創造し、高齢化社会に寄与できる枠組みを作りあげることができると信じて引き続き取り組んでいきたいと考えています。

スポーツ×介護から見る フィットネス型通所施設の人材活用法

細野史晃

介護業界の人財不足が叫ばれて何年もたっていますが、恒常的な人財不足は今でもなかなか改善の目処が立っていません。また、スポーツ業界もアスリートのキャリア作りや競技を続行する為の環境づくりという点で抜本的なアイデアが出てきていません。

介護業界というのはキャリアパスがどんなものなのかははっきり見えてこないと言う事が人財の集まらない理由の一つとなっています。

また、スポーツ業界は選手や学生がスポーツだけやれば良いという特殊な環境下でアスリートとして以外のアイデンティティが上手く醸成されずセカンドキャリアや就職活動を難しくしています。

その二つを繋ぐヒントになるのがフィットネス型通所施設になります。「フィットネス型」と「通所施設（デイサービス）」という2点がポイントです。

アスリートが求めているのは自身の知識を活かせると言う事と練習時間を確保できる働き方の2点になります。フィットネス型のデイサービスは自身の能力を活かし、

練習時間も確保できるという意味ではピッタリです。

また、自分たちと違う年代とのコミュニケーションに工夫が必要な仕事になる為、アスリートに課題である発信力、コミュニケーション力が自然と鍛えられます。

また、デイサービス側としては若く元気で力のある人財が入ってくる事、そして次のステップとしてアスリートが使うことで長期雇用にならず給与（固定費）がいたずらに上がらない事も大きなメリットになります。

既に、何人かの学生アスリートが次のキャリアのステップとして働き始めており、今後の活躍を期待されています。

今まで広告としての活用が強かったアスリート雇用ですがより生産性の高い活用法として「スポーツ×介護」の未来。

高齢化する日本ですが、2020年の東京オリンピック・パラリンピックの成功の為には高齢者とアスリートの接点は必要不可欠です。

その可能性としてこの人材活用法に大きな未来を感じています。

session 07

看護師と保健師がより魅力 ある職業になるために

看護師不足と次の20年における

児玉有子

児玉有子

(東京大学医科学研究所特任研究員)

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

園田友紀

(石巻市役所健康部健康推進課保健師)

看護師はプロフェッショナルと言えるのですか」夏前に研究室に出入りしている臨床実習を終えた理Ⅲ学生から聞かれた。

彼の疑問に応えるには、「看護職自身が高度技能を持つ者として独立して活動することができることを示すしかない」のだと思う。そして、看護村の言語ではなく周囲に理解される言語で話せる看護職を増やしていかないとどんどん置いて行かれるのだろう。

日本においても看護職は不足している。「夜勤ができる看護師」となるとその不足はより深刻になる。特にこれから高齢化が進む首都圏の看護師不足は1学年の養成定員を5000人以上に増やさないと追いつかない程に深刻である。働く看護師を増やすためにはそれぞれの地域での養成数を増やすしかない。そして、進学するであろう18歳に看護職を選んでもらえるようになることが求められる。

先人たちのおかげで看護師の年間給与はサラリーマンを上回るようになった。もちろん、命を守る職種に相当か。については議論が分かれるだろう。しかし、これからの看護職は「大変さ」を訴えるのではなく、一人で判断でき、命を守る上で欠かせない有能な職業人であることを伝えていかなくては、18歳は目にとめてくれないように思う。

大学化が促進され20年あまりが経過した。大学化により、臨床家、研究者、教育者、政策立案者、政治家それぞれの立場の看護職が増えてきた。そして、様々な職にある看護職者のネットワーク強化が、看護が活躍できる場を広げ、看護を学びはじめの後輩たちのため、プロフェッショナルとして2020年に世界中からの訪問者を迎えるための準備になると考える。

浜通りの調査研究の重要性と地域住民への還元を考えて
加藤茂明

加藤茂明

(医療法人相馬中央病院 放射線対策室室長)
(かとう・しげあき) 1959年東京生まれ。1998年東京大学農学系研究科農学博士、東京農業大学農芸化学科、東京大学分子細胞生物学研究所勤務を経て2012年4月から相馬中央病院にて福島復興支援に参画。内部被曝測定(WBC)業務とともに相馬中央病院、南相馬市民病院での若手医師による調査研究支援、相双地区の地域医療の発展支援や啓発活動を行っている。

前川直哉

(一般社団法人ふくしま学びのネットワーク 理事・事務局長、東京大学特任研究員)
(まえかわ・なおや) 1977年生まれ。東京大学教育学部卒、京都大学大学院人間・環境学研究科博士後期課程単位取得退学。2014年3月まで灘中学校・高等学校に教諭として勤務。同4月より福島市に転居し、東京大学大学院経済学研究科特任研究員に就くとともに、一般社団法人ふくしま学びのネットワークを設立し、理事・事務局長に就任。専門は教育社会学、教育史、ジェンダーとセクシュアリティの社会史。主著に『男の絆』(筑摩書房)がある。

藤井健志

(藤井健志事務所代表)

新田祐大

(競輪選手)

瀬谷知之

(公益財団法人ときわ会子育て支援教育部 ときわ塾塾長)

2011年の未曾有の大震災では、予想を超える様々な問題を引き起こした。特に相双地区は震災前から医療過疎地区であったが、放射線汚染も相まって、震災直後には過酷な医療環境に追い込まれた。これらの窮状を救うべく、全国から医療関係者がこの地に入り復興支援に注力している。一方で、震災前後の医療環境の変化や地域住民の健康維持に関しては、様々な問題提起と教訓が満ちている。演者は以下4つの方向で、人材育成や啓発活動に努める事で復興支援を行っている。

I. 相双地区若手医師の学術活動支援

A) 相双地区では、若手医師達が日常診療の他、様々な形で復興に取り組んでいる。坪倉正治医師(東大医科研大学院生)は、震災直後2011年4月から南相馬市で内部被曝計測システムを構築し、実態調査を行っている。石井武彰医師(九大整形外科院生)は2012年4月から相馬中央病院で骨健康増進を始め、2013年からは越智小枝医師(相馬中央病院)がこれに加わっている。越智医師は、2014年から参画の森田知宏医師(同)とともに、災害前後でも医療体制の推移をハード・ソフト両面から解析している。これら調査研究の成果の国際学術誌上

での公表化を2012年4月より支援している。

B) 南相馬市立総合病院は初期研修医指定病院であり、全国から研修医が参画している。この病院固有の研修医教育プログラムの講師として、先端生物学の動向紹介とともに、学術的公表の方法についてのゼミを本年7月から始めている。

II. 南相馬市仮設住宅での啓発活動

南相馬市の一部が福島原発30Km圏内であり、一時避難地域でもあったため、放射能やその被曝に対して住民は根強い不安を抱えている。そこで南相馬市一般社団法人除染研究所や原子力機構職員と連携し、主として各種イベントと連結させた放射線啓発勉強会を、仮設共同集会所で、2013年9月から不定期に開催している。

III. 南相馬市での中高生への学習指導

番場塾を主催する番場さち子は、坪倉医師とともに震災直後から地域住民への放射線等の知識に関する啓発市民活動の核である。震災直後から開塾を再開し被災児童の学力維持を図っている。演者は2012年4月から、この塾での学習指導による支援を行っている。

福島県の教育課題と、克服のための地道な取り組み

前川直哉

私はこの春、十年間勤務した神戸の灘中・高校を退職し、福島市に転居しました。四月からは非営利型の一般社団法人「ふくしま学びのネットワーク」を設立し、県内外の多くの先生方をはじめたくさんの方々に支えて頂きながら、高校生を対象とするさまざまな活動を展開しています。

大学進学率をはじめ、福島県の教育現場が抱える課題の多くは震災および原発事故前から存在していたものであり、そのほとんどは都市部と地方における教育インフラの格差に起因しています。今後、福島県内では多種多様な雇用創出が計画されていますが、たとえそれらが全て実現したとしても教育インフラの問題が解決しない限り、

単身赴任者が増えるだけで、福島へ家族連れがたくさん越してくることに繋がりないでしょう。

もちろん人口の流入出の問題だけではありません。今後、福島を力強く復興していくためにも、そしてまた、福島の正確な情報を県外へ、海外へと伝えていくためにも、地域子どもたちに対する教育は大きな意義を持っています。

実際に福島で活動していて気づくのは、現場の先生方の強い熱意と、高校生たちの学びへの真摯な姿勢です。多くの先生方が、次代を担う生徒たちに真剣勝負で向き合い、高校生たちは自らの学びに全力で取り組んでいます。福島には、「震災と事故後、自

分は多くの人たちに支えられた。こんどは自分が、誰かを支える側に回りたい」という強い意志を持つ高校生が、そして「これからの福島を担う主役は、自分たちなのだ」という使命感に燃える子どもたちが、たくさんいます。

こうした子どもたちを支え、より良い学習環境を提供するには、どのような活動を行えば良いのか。現場の先生方と緊密に連携しながら、私たちの団体が取り組んでいる地道な、しかしこの上なくやりがいのある活動についてご報告したいと思います。

予備校講師→代々木ゼミナール講師

藤井健志

予備校業界ではバブル期と第二次ベビーブーム世代の大学受験期の重なった1988年～1994年を「ゴールデンセブン」と呼ぶ。当時代ゼミ、駿台、河合塾在籍の浪人生は合計15～6万人、最大手である代ゼミ生はそのうち8万人、代々木本部校在籍生だけで約1万5千を数えたと言われている。現在全国代ゼミ27校舎の在籍生はそれぞれ数十～数百人程度。来春にはそのうち20校を閉鎖。大幅に事業を縮小することになると発表されている。

我々予備校講師は予備校との契約に基づいて「講義」の部分を担当し、その分の報

酬を得るいわば「請負」稼業に過ぎず、いわゆる予備校経営の裏側については詳らかにしないが、現場の最前線で「少子化」の直撃を受けてきた実感については人一倍強いものがある。

その貴重な体験を、私が育った岡山県の大学受験事情、そして東日本大震災以来お世話になっている福島の大学受験事情と結び付け、さらにはいま「業界」に起こりつつある新たな動きについても言及しながら、これからの日本の教育のあり方についての一考察をお話したいと考えている。

藤井健志

(ふじい・たけし) 予備校講師。河合塾講師を経て、現在は代々木ゼミナール代々木、池袋、町田、神戸、岡山各校他、サテライン(衛星中継、映像)授業を通じて全国の代ゼミ、提携予備校・高等学校に出講。この夏以降の「代ゼミ騒動」を受けて、新年度の出講校舎は代々木、新潟、福岡校となる予定。2011年以降福島県内での教育活動を個人として展開中。著書に「国公立大二次過去問題現代文編」(数研出版)共著。

自転車を通して子ども達とのふれあい

新田祐大

私は、ロンドン五輪の経験を元に、競輪選手の傍ら、自転車競技で次のリオ五輪、2020年に東京を舞台に開催される東京五輪でのメダル獲得を目指しながら、母校である会津若松第二中学校、白河高等学校始め、福島、埼玉県内の幼稚園や学校などにお邪魔し、子ども達にスポーツや自転車の魅力を伝えています。

私が子ども達とふれあう中で一つ、大きなテーマとしていることがあります。それは、参加してくれた子ども達に『夢』を持ってもらうことです。

私がかつて長野五輪で金メダルを手にしたスピードスケートの清水宏保氏に心動かされ、自分の道を決めたように、スポーツには人に与える様々な効力があり、訪れた施設の子ども達には、自分の体験談やス

ポーツ理論によって、大小問わず夢を持ってもらい、将来のきっかけ作りになれたらと考えております。

講演を通して、子ども達から学ぶ事や驚く事もあります。

福島県いわき市内のときわ塾の子ども達や、かなや幼稚園の園児に向けて、スポーツ教室や講演を行った際のことです。

此方の子ども達は先生方の方針で、東京大学始めその道の“プロ”から本物を学ぶことが出来る素晴らしい環境にあります。

私も、その道のプロに教わることで正しい知識を持つことはもちろんですが、それだけではなく、印象に残る時間にもなり、志の高い夢を抱くことに繋がることになると考えております。

その中で、オリンピックの一人として、

新田祐大

(にした・ゆうだい) 1986年生まれ。福島県会津若松市出身。日本競輪選手会福島支部所属第90期S級S班の競輪選手であり、自転車競技日本強化指定選手としてロンドン五輪に出場し、チームスプリント8位入賞。現在、競輪最高峰のグランプリレース制覇をかけて、国内で力を発揮する傍ら、2016年開催のリオ五輪、東京五輪でのメダル獲得を目指し、国内外のレースに参戦中。また、地元福島を元気にしたいという思いで、講演会やスポーツ教室に積極的に参加しています。

また日常生活で多くの方が乗る自転車のプロフェッショナルとして、座学と体を動かしながら、スポーツの楽しさや厳しさを伝えましたが、子ども達からは、『私もオリンピック選手になりたい!』という生の声を聞くことができ、幼い頃から恵まれた環境にいて、子ども達の目が養われていて、吸収したことを自らの言葉ですぐさまアウトプット出来る、この発信力に大変驚かされました。

いつの日か、震災の苦勞を乗り越えて地

元福島からオリンピックが誕生してくれることも大変嬉しい限りですが、それだけではなく、子供の体力低下対策や子育て支援の一環として、オリンピックでありプロの競技者である私は、自らのパフォーマンスでスポーツが生み出す元気や勇気、感動を与えると同時に、お会いする機会がある際には普及や啓発を図り、今後もスポーツを通して日本を元気にしていきたいと考えております。

被災地福島県いわき市の病院が運営する学童『ときわ塾』

瀬谷知之

ときわ塾は、2013年7月下旬に開校した。主旨は「(I)当法人に勤務している職員が、子育ての心配をせず、正職員として安心して働ける環境をつくる。(II)被災地いわきの子どもたちに、充実した教育環境をつくり、家族が安心して生活できるような魅力ある街づくりに貢献する。」の2つである。

東日本大震災以降福島県の人口は減り、それに伴う医師、看護師不足は、当法人も例外ではなかった。そのような中、職員が子どもの小学校入学と同時に、今まで通り正職員として働き続けることが難しくなる、いわゆる「小1の壁」を改善するためにも院内学童を立ち上げることとなった。幸いにも当法人が教育施設を運営していたことと、私が以前教育に携わっていたこともあって、たくさんの方の協力を得て開塾することができた。場所は病院内の空きスペース(元面会室等)を使い、塾職員3名、子ども19名でのスタートだった。

夏休みということで、預かり時間は7:00~18:00、対象は小学1年生から6年生、そ

して20日間の日程をどのように充実したものにするか、当初は大いに悩んだ。しかし、そのような悩みはすぐに解消された。震災直後から福島の復興のためにご尽力いただいている東京大学医科学研究所の上昌広先生などのご協力で、学生の方々がお手伝いしてくれることになったからである。

また、日本ビーチテニス協会会長山田真幹様、ロンドンオリンピック日本代表競輪新田祐大選手がスポーツの指導をしてくださるなど、院内学童が優れた教育の場に変化していった。

放射能に対する不安や仮設校舎での学校生活など、様々な場面で活動を制限されている子どもたちにとっては、貴重な経験ばかりで忘れられない夏休みとなった。職員からも好評を得、引き続き平日も実施することになった。現在も不安を抱えながら生活している子どもたちが、地元いわきに誇りを持ち、そして未来を担っていく「人財」となるよう、日々試行錯誤している。

瀬谷知之

(せや・ともゆき) 1974年生まれ。日本大学卒業。高校教諭、塾講師を経て2013年4月財団法人ときわ会に入職。2013年6月より、ときわ会職員の子どもたち(小学生)を対象とした学童ときわ塾の開設・運営に携わる。当初子どもたちの長期休みだけの開校予定であったが、好評だったため平日の放課後も実施し、現在2人の職員と共に年間を通して運営している。

session 09

Research Integrity 研究不正の構造と解決策

研究不正の構造と解決策

谷本哲也

谷本哲也

(医療法人社団鉄医会ナビタスクリニック)

(たにもと・てつや) 鳥取県出身。平成9年九州大学医学部卒。ナビタスクリニック/ときわ会常磐病院内科。東京大学医科学研究所/がん研究会がん研究所客員研究員。

今岡洋史

(医薬経済社編集部記者)

(いまおか・ひろふみ) 1977年、島根県生まれ。国士舘大学卒業後、医薬経済社に入社。医療・医薬品の日刊紙「RISFAX」、雑誌「医薬経済」を担当。厚生労働省や製薬企業、医師会を取材し、厚生族議員の政治資金問題や抗うつ剤の副作用問題を取り上げる。東日本大震災の取材を経た後、ディオバン事件、CASE-J問題など一連の研究不正疑惑を担当している。

栗原資英

(講談社FRIDAY編集部)

岡崎幸治

(東京大学医学部医学科6年)

渋谷健司

(東京大学医学系研究科国際保健政策学教授)

昨年の本会でも日本の医学研究不正について取り上げたが、その後1年余りの間でも様々な問題が露呈し続けている。ノバルティス社の高血圧治療薬の論文不正事件では元社員の逮捕に至り、競合薬を扱っていた武田薬品工業の論文でも問題が発覚した。アルツハイマー病の国家プロジェクトではデータ改竄の疑いが報道され、白血病治療薬の臨床研究でも製薬会社社員の不正な関与が相次いで表面化した。基礎研究の分野でも東京大学や理化学研究所の研究不正が次々と問題となった。研究費についても国立がん研究センターで発覚した不正経理が波紋を広げている。健康・医療分野が成長戦略の一つとして位置付けられているにもかかわらず、その足元の日本の医学研究に

何が起っているのか。世界的にも大きな注目が集まる研究不正について、その解決策の糸口を探ってみたい。

参考文献

1. Tanimoto T, Kami M, Shibuya K. Misconduct: Japan to learn from biomedical cases. Nature 2014;512:371.
2. Tanimoto T, Kami M, Shibuya K. Research misconduct and scientific integrity: a call for a global forum. Lancet 2013;382:940.
3. Normile D. Faulty drug trials tarnish Japan's clinical research. Science 2014;345:6192.

メディアから見た研究不正の癒着構造

今岡洋史

メディアの中で医療分野の研究不正に関心が高まっている。発端は降圧剤「ディオバン」の臨床研究の不正疑惑で、この事件をきっかけに、弊社の日刊紙「RISFAX」でも企業が関わる研究の不正疑惑を取り上げてきた。

ディオバン事件では、①研究結果を自社製品の宣伝に使いたい企業②業績や研究費を得たい研究者③広告収入を得たい医学雑誌④評価や謝礼が欲しい学会幹部の4者の思惑が一致したことで、不正が起きやすい状況が生まれた。4者を結びつけたのが、製薬企業から流れる「カネ」であり、いわば臨床研究というEBMを利用したビジネスモデルが構造的にあった。メディアからすれば、これは「癒着」で、他にも事例がないか疑うことになる。

似たような構造は、武田薬品が関わった臨床研究「CASE-J」でも見られたため、昨年12月から報道を始めた。研究結果の不正は明らかではないが、企業の関与や研究結果の宣伝の仕方の問題が出ている。また、

東京大学が実施した臨床研究「SIGN」では、研究への協力そのものが、ノバルティス製品の処方切り替えに使われていた。同じく東大が行うアルツハイマー病の臨床研究「J-ADNI」も、エーザイの社員が関わっており、やはり企業との関係が不正を疑われる要因となっている。

このような臨床研究に関わる疑惑をなくす解決策としては、まず企業との利益相反管理のルールを見直す必要があり、すでに日本製薬工業協会が金銭・労務の支援を基本的に契約とする方針を示している。また厚生労働省でも、臨床研究に関する法整備が検討会で進んでおり、①GCPの適用②データの保存③ペナルティーの導入などが議論されている。

ただ、それでも急成長する分野では、研究体制や制度が追いつかず、今後も不正が行われる恐れがある。疑惑を持たれない体制を作るにはどうしたらよいか。メディアの立場から議論できればと思う。

学者を広告塔にした製薬業界の“発明”

栗原資英

2013年5月、東京駅の前にある巨大ビルで開催された臨床高血圧フォーラム。全国各地の大学病院から、高血圧の重鎮とされる教授が集っていた。当時は、ノバルティスファーマの社員が関わった臨床研究不正問題がクローズアップされはじめていた時期。主催する日本高血圧学会の理事たちは、ノバ社の高血圧薬「バルサルタン」をメディアでこれでもかと持ち上げていた面々で、“クリーン”な顔を探さそうが大変だった。私は東京大学・循環器内科学教授の小室一成氏に直接話を聞くべく、会場内を訪れていた。小室氏の直撃取材を終えた矢先、大ホールのスクリーンに名前が映し出され、アナウンスで事務局に呼び出しを食らわされた。職員室に呼び出された子供のように失笑したが、業界全体で“大先生”を守ろうとする高血圧業界の暗部を見た気がした。一年半を及ぶ取材で実感したのは、アカデミズムが製薬業界の手のひらで躍らされ、傀儡になっていた実態だった。講演料や奨

学寄付金に目がくらみ、製薬業者のいいなりになって薬効を宣伝した学者たち。当初は京都府立医大だけの問題に限定されそうだったが、FRIDAYの取材で千葉大学も臨床不正の内部調査を開始した。他のメディアがあまりに深刻なこの問題に取り組まなかったのは、製薬会社から入ってくる広告費が足枷になっていたからだろう。バルサルタンを巡る事件では、ノバ社の元社員一人が逮捕されたが、医療用医薬品国内一の売り上げを誇るブロックバスターに、現場の社員一人で下駄を履かせられるわけではない。プロモーションに携わった当時の上層部は、本当に何も知らなかったのだろうか。また、当時、メディアに頻りに登場し、広告記事でバルサルタンを持ち上げた医師たちは、どう責任を取るのか。医師と製薬業界、メディアがニセの降圧剤を三位一体で持ち上げたシステムによって、国民の保険料が奪われ、製薬業者が潤ったのために何が出来るのか。

栗原資英

(くりはら・よしひで) 埼玉県熊谷市出身。成蹊大学法学部卒。05年、講談社入社。週刊誌「週刊現代」で事件や芸能、風俗などを5年間担当した後、FRIDAYに異動。13年に発覚した、ノバルティスファーマの臨床研究不正事件を取材。多くの関係者に取材し、10本超の追及記事を担当した。現在は芸能記事や重大事件など、幅広く取材中。

公開質問状を通し痛感した自律の必要性

岡崎幸治

東大医学部で、今年の1月から立て続けに臨床研究不正に関する疑惑が報じられている。循環器内科では降圧剤をめぐる論文研究不正で、教授が前職場の千葉大学から論文の撤回を求められた。血液腫瘍内科では製薬会社がお膳立てした白血病薬の臨床研究で患者の個人情報流出した。東大教授が責任者を務めるアルツハイマー病研究の国家プロジェクトでも、データ改ざん疑惑が取り沙汰されている。

私は6月、東大医学生有志他4人と連名で、総長、学部長、病院長あてに公開質問状を提出し、説明を求めた。ブログを開設し、公開質問状やそれに対する返答や経緯を掲載した。大学からは結局満足のいく回答は得られなかったが、8月末になって、学生を対象とした「臨床研究について考える会」が開かれた。

考える会では、内容に新しい事実はなかったが、「臨床研究を今後どのようにすればいいか学生諸君と一緒に考えていきたい」という学生に向き合う姿勢は感じられ

た。残念なのは、広く社会からの信頼を損なったことに鈍感であることだ。不正が指摘された当事者の先生は一切、説明に出てこない。研究に貴重な税金が使われていることへの認識も甘い。降圧剤の問題も「他大(千葉大)で起こったこと」としている。

随時このような学生向けの説明を行うと言われている。しかし、聞く限りでは大学が社会からの信頼回復に向けて熱心に取り組んでいるとは思えない。改善策として新たな倫理教育プログラムを導入することも示されたが、新しいシステムを持ち出すことで「自分達が今後どうするべきか」という当事者としての問題の明確化や相互批判を回避していたように感じられる。

私は、私達の大学が歪んだエリート意識に拘泥しているのではと不安に思っている。先生方にご教示頂いている一学生として、医師のプロフェッショナリズムを大切にせねばと痛感している。

岡崎幸治

(おかざき・こうじ) 熊本県生まれ、兵庫県灘高等学校出身。大学では全学の応援部に所属し、4年時に主将を務める。来年から初期臨床研修で、山形県酒田市の日本海総合病院に勤務予定。

グローバル化の中で取り残される我が国の医学教育システム

渋谷健司

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。

今、世界で最も優秀な医学生はどこにいるか、皆さんはご存知だろうか。ハーバード? オックスフォード? 答えは、おそらく、ノーだ。私見では、それは、「Duke-NUS」である。講義に訪れたことのあるこの米国デューク大学と国立シンガポール大学との合弁医学部では、米国と英連邦で通用する医師免許を取得でき、世界中から最優秀で多様な人材が集う。現在、東京大学は世界の大学ランキングでは23位だが、26位にシンガポール国立大学が迫っている。東大はかろうじてアジアでトップを維持しているが、シンガポール国立大学や香港大学に抜かれるのも時間の問題だ。

最近、東大医学部を中心に立て続けに明るみになった研究不正は、我が国の医学界を支えるべきトップスクールにおける医学研究・教育システムが、完全に時代遅れとなっていることをあらわにした。大学医学部と製薬企業による臨床研究不正は、おそらく今に始まった事ではなく、昔から存在した構造的な問題であろう。今の医療界の

状況は、1980~90年代の監督官庁と業界の癒着、護送船団方式による馴れ合い、そして、市場原理と公正なルールが働かなかった金融セクターを彷彿とさせる。その後、金融セクターはバブルの崩壊と金融危機へと向かい、世界の潮流から取り残され、最後は金融ビッグバンへと至った。

大事なのは、グローバルなマーケットを呼び込み、フェアなルールに基づいてオープンに戦い、きちんと成果を公表して行くこと。そして、多様性を重視することだ。日本医療研究開発機構の設立も決まり、今後、創薬イノベーションへの追い風が吹くことが期待されている。しかし、公共事業のようにお金が来たら橋渡しができ、それで魔法のように薬ができるという幻想から脱却すべき時が来ている。その基盤となるのが、システムを見渡せる人材を育てる医学教育である。東大医学部が変わらない限り、我が国の医学界は世界から取り残されて行くであろう。

森澤雄司

(自治医科大学附属病院・感染制御部長、准教授、感染症科(兼任)科長、総合診療内科(兼任)副科長、中央手術部・中央材料室(兼任)室長補佐)

(もりさわ・ゆうじ) 栃木地域感染制御コンソーシアム TRIC'K 代表世話人; 栃木県・新型インフルエンザ対策専門委員; 私立医科大学病院感染対策協議会・運営委員、医師専門職部会・委員長; 一般社団法人日本環境感染学会・理事、評議員、国際委員会・委員長; 医師

瀧田盛仁

(バイラー大学病院、バイラー研究所、睨島移植部門、助教)

久住英二

(医療法人社団鉄医会理事長)

(くすみ・えいじ) 新潟県長岡市出身。1999年新潟大学医学部卒業。内科医。専門は血液内科、旅行医学、ワクチン。働く人や、子育て世帯の親子が受診しやすいよう、平日夜9時まで診療するクリニックをJR立川駅・川崎駅・東中野駅の駅ナカに開設している。トラバクルクリニックでは、日本にないワクチンを個人輸入して提供。ヒブ、不活化ポリオなど、日本での導入が遅れたワクチンも個人輸入で提供してきた。

高山義浩

(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 新興感染症病態制御学)

川口 恭

(『ロハス・メディカル』編集発行人)

第一種感染症指定医療機関の役割

森澤雄司

2014年秋の時点でエボラウイルス感染症(EVD)がギニア、リベリア、シエラレオネの西アフリカ地域3か国において猖獗を極めており、国際的な観点からも公衆衛生上の緊急的な重要課題となっている。かの3か国における感染拡大の最も大きな要因は社会的インフラの圧倒的な欠如であると考えられるが、南北問題を長く放置してきた歴史のツケが回ってきたとも思われてしまう。一方、国際支援活動にあたるスタッフもEVDのリスクに曝露されることとなるため、万一の場合に母国にあって先進的な医療を提供することが出来る体制を充実させる必要がある。加えてグローバル化の進む現代社会では流行地域から国境を越えて、さらには日本へEVD症例が到達する可能性があり、万全の感染防止対策が求められる。米国などからの報告によれば、EVD症例では患者の健常な皮膚からもウイルスが検出されており、空気感染伝播しないといっても、これまでと違う次元で接触飛沫感染予防策の厳密な実践が必要となる。

わが国の法律でEVDは一類感染症に分類されている。感染症法(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律)によれば、都道府県知事(等)は一類感染症のまん延を防止するため必要があると認めるとき、当該感染症の患者・保護者に対して医療機関への入院を勧告、勧告に従わないときはその患者を医療機関へ入院させることができる。この医療機関は、原則として厚生労働大臣が指定する特定感染症指定医療機関と知事が指定する第一種感染症指定医療機関の計45病院92床であり、これらの施設へ集約的に資源が投下されるべきであると考えられる。具体的な対応策を検討すると、個人防護具(PPE)などのような物的資源のみならず、強いストレスの下に勤務する看護師、医師、その他の従事者の勤務形態・シフトなどを考えると、人的資源への配慮、さらに柔軟な感染症指定医療機関の協力体制なども議論される必要があると考えている。

エボラウイルス2次感染で浮き彫りになった 米国地域医療の問題点—テキサス州ダラスでの事例から—

瀧田盛仁

瀧田盛仁

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

今年9月30日、米国で初めて、エボラウイルス感染が確認され、さらにその10日後、治療を行った病院内で2人の看護師が2次感染していたことが明らかになった。この一連の出来事は米国の地域医療が抱える様々な問題点を浮き彫りにした。例えば、医療従事者間の情報伝達の問題である。エボラウイルス初感染者が初めて救急外来を受診した際、医師・看護師間で西アフリカから渡米したという情報は共有されなかった。また、初感染者の確定診断後、CDC（米国疾病対策予防センター）から直ちに専門家がダラスに派遣されたが、医療従事者に対する実効性のある感染防御対策は遅れた。病院外での2次・3次感染を防止するため、エボラウイルス感染者に接触した可能性のある人を絞り込み、体温測定などの健康管理を行ったものの、実際は、病院内で2次感染が発生し、さらに感染者の治療や血液検査に直接、従事した職員が飛行機や大型客船で遠距離旅行をしていたことも明らか

になった。これは全て、900床を誇る地域の中核病院で起こった出来事である。結局、2次感染した2人の看護師は、バイオセーフティレベル4と呼ばれる施設を併設する、他の州の高度病院に搬送された。2人は、その後、血液からウイルスを検出しない状態になり無事に退院した。これを受け、テキサス州ではエボラウイルス感染者専用の病床を確保し、診断・治療のステップを変更した。即ち、従来、地域の中核病院でエボラウイルス感染の診断・治療を行うことを想定していたが、現在、エボラウイルス感染を疑う段階から患者を専用病床に搬送する方式に変更している。州政府は中核病院が必ずしも万能ではないことを認めたのである。最大21日とされる潜伏期のため、エボラウイルス感染者が国境検疫をすり抜ける可能性は高く、先進国でもエボラウイルス感染が拡大する危険性は否定できない。ダラスでの教訓が今後の感染対策の糧となることを望む。

リスクコミュニケーションは日常の積み重ね

川口恭

川口恭

(かわぐち・やすし) 1993年、京都大学理学部地球物理学科卒業、(株)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年末に退社独立し(株)ロハスメディアを設立、代表取締役。日本心血管インターベンション学会外部倫理委員、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。

10年目に入った月刊誌『ロハス・メディカル』の発行を通して、医療従事者と患者・社会の間の軋轢を緩和しようと努めてきた。慶事で医療機関を受診するというのは妊娠くらいしか考えられず、ほとんどの患者は本意にリスクにさらされているはずなので、私のしてきたことは、リスクコミュニケーションの一種と考えてもよいだろう。

ただし、成功してきたとは言いがたい。毎日のように配置病院を巡回して、どのように読まれているかを眺めていると、手に取って読んでいる人はそもそも医療従事者とギスギスしそうな曇り空気を醸しており、気持ちに余裕がなさそうで刺々しい曇り空気をまとっている人は残念ながら冊子を手にとって読んでくれない。このミスマッチを何とかできないか、と様々に試行錯誤してみたが、どうにもならなかった。力不足を歯がゆく思うのと同時に、最近では、読んでくれている人が疑心暗鬼からダークサイドに落ちるようなことを防ぐだけでも、少し

は意味があるようにしている。

この経験を通して痛感しているのが、本意にリスクにさらされ、事前に信頼関係のない相手から情報を伝えられた時、少なくとも人は、情報そのものが妥当か否かを判断する前に、情報を受け取るに値する相手かどうか判断するフィルターがかかるということだ。

考えてみれば、脳の能力が限られている以上、リスクにさらされた時に、不要と思う情報を遮断するのは合理的なことだ。

これは、イザ何かが起きてからリスクコミュニケーションを始めても、情報をスルーされてしまって、大した効果は期待できないということを意味している。限られた注意力を割いてでも、この人から出てくる情報は受け取ってみようと思わせる信頼関係を普段から築いておく必要があるのだ。

医療界は、それだけの信頼関係を、社会一般と築いているだろうか。