

◀◀ 新春座談会 ▶▶

福島復興と ふくしま国際医療科学センター

福島県立医科大学理事長兼学長	菊 地 臣 一
福島県医師会会長	高 谷 雄 三
福島県医師会副会長 (司会)	佐 藤 武 寿
福島県医師会副会長	木 田 光 一
福島県医師会副会長	星 北 斗



司会 あけましておめでとうございます。ただいまより新春座談会を開催いたします。私、本日の司会を務めさせていただきます、県医師会で広報を担当しております副会長の佐藤でございます。よろしくお願いいたします。

まず初めに、本日の主催者であります福島県医師会、高谷会長よりご挨拶をお願いいたします。

あいさつ

高谷 あけましておめでとうございます。恒例となりました新春座談会ですが、本日は福島県立医科大学の菊地理事長においでいただきました。



お忙しいなかありがとうございます。

昨年12月、復興のシンボルとして「ふくしま国際医療科学センター」がグランドオープンいたしました。

あの震災から今年で6年を迎えるわけですが、このセンターによって未来への新しいページが開かれたものと期待しているところであります。菊地理事長には、センター設立にあたって基本構想から携わっていただけてきました。本日は、これまで苦心された点や、今後、世界に向けて発信していくビジョンなどについてご紹介をお願いしたいと思っております。

ふくしま国際医療科学センターの グランドオープンに関して

司会 本日の座談会は最初に「福島復興とふくしま国際医療科学センター」をテーマにお話を伺いたいと思います。初めに、先ほど会長からお話しありましたように、昨年12月の「ふくしま国際医療科学センター」グランド

オープンにしまして、構想初期の思い出やご苦労等を菊地理事長からお話いただければと思います。よろしくお願いいたします。

菊地 この「ふくしま国際医療科学センター」ですが、先端臨床研究センターと医療-産業トランスレーショナルリサーチセンターについては、原発事故以前から検討を行っていたものでした。我々は、大学が法人化したのをきっかけに、産学官が連携して、自立的・集学的な事業を立ち上げようとしていたわけです。そんななかで原発事故が起きたので、放射線被ばく対応の観点を含めて急遽、東日本大震災と原発事故からの復興、あるいは医学面の基盤整備のための基本構想としてまとめ上げました。半年で基本設計を作り、4年ぐらいでセンターができたというのが実際です。

確かに、この基本構想が公表された初期には、そんなことをしている場合か、地域医療の再建が優先すべきことではないかなど、いろいろな意見もありましたが、結果として、放射線医学あるいは低線量長期被ばくの世界の最先端の組織になったものと思っております。ただ、ランニングコストまで考えると予算規模は非常に大きなものになりますから、国の全面的なバックアップを得られるようになるまでには大変な思いをいたしましたし、海外の国際機関や民間など、あらゆる方面からの支援の確約をいただくのにはかなりの時間と手間暇がかかったことが苦労した点でしょうか。

司会 今、理事長先生よりお話がありましたように、「ふくしま国際医療科学センター」に関しては、県医師会としてもその役割を大いに期待しているところでありますが、今のお話をお聞きしまして何かご質問がございましたらお願いしたいと思います。

木田 「医療-産業トランスレーショナルリサーチセンター」を設立されましたが、これ

は、患者さんの生体試料などの情報を活用して創薬に結びつけていくというようなことになるようですね。斬新な試みなので、早くその成果が出るように、私自身、期待しているのですが、こういった構想を先生は前からお持ちだったのでしょいか。

菊地 私自身、構想としては前から持っていました。ですから、前からあった基本構想に、放射線の被ばくの問題が加わって、その部門が大きくなったということですね。



この構想のきっかけですが、福島県は、医療機器の製造額においては東日本でトップですし、全国でも3位のはずです。ところが、それを製品まで持っていくところが弱いので

す。例えば、PMDAの承認を得る手続きについてのノウハウがないというようなことですね。つまり下請け企業としては優秀な企業がたくさんあっても、それを完成形に持っていくことができなかつたんです。ここに医療産業を創出する非常に大きなポテンシャルがあるのではないかと考えたのがきっかけです。また、うちの大学は学閥がなく、診療科の壁もないものですから、患者さんの生体試料が集めやすいといったことも背景にありました。

星 我々会員も含めて、構想の全体像を十分に理解はしておらず、今後具体的なアイデアを共有できたところがスタートなのかなと考えています。そのために、医師会もそうですし、多くの関係者もそうですけれども、皆が一体となっていくための戦略が非常に重要な気がします。そのあたりはどうなのでしょう。

菊地 先生がおっしゃるとおりで、学内でもよくわかっていない人はいます。原発事故後は広報担当の部門をつくって複数のスタッフが当たっていますが、従来の広報体制では、関心のある人には届きますが、関心のない人には届きません。先生がおっしゃったように、学内だけではなく、県民や関係者にどうやって知ってもらおうかというのは非常に知恵の要るところで、まだまだ不十分ですね。

星 放射線機器を使った最先端の医療といえば比較的わかりやすいですが、「トランスレーショナルリサーチ」という話になると、我々医師も含めて十分に理解していないところですよ。

県民の興味を引くのは健康増進センターでしょう。これは、まさに健康への意識改革のための活動とタイアップしていくことになると思いますが、県民に理解されて初めて効果が上がっていくと思いますので、このあたり、もう少し踏み込んでご説明をいただくと、我々の理解が深まるような気がするのですが。

菊地 おっしゃるように、県民にいちばん関係があるのは健康の問題だと思うんですね。ご存知のとおり、原発事故後は特にですが、福島県の健康指標が最下位グループに集まってしまっているんです。ストレスが痛みを引き起こすのですが、そうすると、痛いから動かなくなる、あるいは避難という日常と異なる環境の中で動かなくなるというように、キーワードは「動かなくなる」ことです。それが結果としてがんの発生や死亡率をどんどん上げていき、自殺も多くなる。僕は、動くこととメンタルヘルスをどうやっていくかがキーだと思っています。ただ、それは福島医大だけではできないので、行政、地域住民、地域の医師会、あるいは医療機関や保健所、そういったところが一体とならなければならぬと思っています。

司会 センターにはいろいろな部門がありますが、今後、特に力を入れていくところはどこでしょうか。

菊地 今まで、どうしても甲状腺ばかりが目立ってきましたけれども、甲状腺の問題はサイエンスとしてはかなり解明されつつあると思うんですね。僕はメンタルヘルスのほうがはるかに深刻で、メンタルヘルスがさまざまな健康指標のキーになっていると思っています。もうひとつ、放射線というのは医学の中で最も進歩が早いところです。放射線というとネガティブにばかり捉えられて、最近レントゲンを撮るなという人もいるという話を聞きますけれども、放射線は悪いことばかりではなくて、人間の治療に大いに役に立っているということも知ってもらいたいですし、その恩恵を福島県民は受ける権利があると思っています。

司会 厚生労働省の平成22年の調査によると、脳卒中のひとつである脳梗塞の本県の死亡率は、全国でも男性がワースト5位、女性が1位、また、急性心筋梗塞の死亡率は男女ともワースト1位ということです。これは平成22年ですから原発事故前のデータですが、その後の避難などの環境変化により県民の健康指標は悪化しているものと考えられます。

そこで、「ふくしま国際医療科学センター」に設けられた「健康増進センター」は、県や市町村が行う健康増進のための事業に科学的根拠を提示する調査研究機関の役割を担うこととなっており、福島医大と連携した健康寿命の延伸のための健康づくりが重要であると思われまます。その辺について皆様のご意見を伺いたいと思います。

菊地 おっしゃるように本県では健康指標が悪化していて、特に脳梗塞と認知症はかなり深刻です。それから、心臓の動脈硬化に伴うさまざまな問題もあります。そこで私たちは、ふくしま国際医療科学センターとは別に、私

の発案で4月から「脳疾患センター」をつくりまます。「脳疾患センター」は、脳梗塞と認知症、そして、余裕があったらてんかんも対象にします。認知症もてんかんも、それから脳梗塞も、現場での早期診断は必ずしも容易ではありません。また、劇的な治療法があるとも言えません。標準的な治療はあっても、それをすべての県民が瞬時に受けられるかということ、そういう医療環境は全国どこもまだ整っていないのが実情です。加えて、福島県の場合は、原発事故をきっかけに環境がいつそう悪化していますから、現場の皮膚感覚としては患者さんが明らかに増えています。

一般の病院で認知症検査を受けても、今の診療報酬制度ではずっとケアできません。これは脳梗塞もそうです。そうすると、実際に脳梗塞や認知症というのは、なかなか医療機関では扱いにくいコモンディジーズです。しかも患者さんが増えているにもかかわらず、受け入れて、地域包括ケアに乗せて円滑に患者さんをケアしていくというのは採算上もなかなか難しいんですね。そこで、コモンディジーズこそ大学が先頭に立って超早期に診断して、超早期に受けるべき治療を受けて、そのあとは地域の医療機関と連携して面倒をみていくということが必要ではないか、大学こそがコモンディジーズに逃げないで立ち向かうべきではないかということでも、この「脳疾患センター」は活用できると思います。

司会 確かに必要ですね。我々も認知症の患者さんを診た際に、脳疾患センターのようところに紹介したいと思っても、そこがいつも満杯で、結局、普通の総合病院の精神科などに紹介しますが、なかなかうまくいかないですね。

菊地 認知症をどこで診るのかということについて、どうも今は混乱があるのと、リエゾンの診療体制が構築できていないと思います。粗暴行為がない人は神経内科、粗暴行為

がある人は精神科と、でも、その間には連携も何もないんです。

認知症というのは国民的な大問題ですから、もっと集学的に一緒になって早期診断してどんどん介入すべきだと思います。患者さんを集めることによってデータベースから新知見が生まれてくると思っています。今はアミロイドを取る薬剤も出てきていますし、それが画像では捉えられるわけですから、もうちょっと認知症に医療界全体が取り組むべきなのではなかなと思います。確かに、収益につながるには言い難いですし、治療は難しいのですが、国民的な大問題である認知症や激増している脳梗塞に対して、今のわが国の医療体制が万全であるとは全く思えません。加えて、福島県は震災・原発事故で危険因子が前面に出てきてしまっているわけです。ここで手を打たないという選択肢はない、福島医大自らやるべきだと言っているところです。

司会 福島市医師会では、認知症の早期診断のために認知症検診をやっています。軽度の認知症をチェックして、軽症の患者さんをフォローしていくということで今やっていますので、認知症の検診がどんどん広がっていけばいいのかなと思いますね。

菊地 認知症に対しては、明らかに運動することによって症状の進行が相当程度遅らせられる、また、記憶がかなり戻ってくる、そういうエビデンスはものすごくたくさんあるわけです。そういうことを福島県自ら先頭に立ってやらないと、どんどん認知症の患者さんが増えて、それがみんな震災・原発事故のせいだということになりかねないのではないかなと僕は心配しています。

木田 健診の話をさせていただきたいのですが、「健康増進センター」では、市町村でやっているいろいろな健診に対してアドバイスをしたり、データの評価を手伝うということですけれども、これは福島県の「健康長寿ふく

しま推進事業」の一環で、センターのほうでもデータを共有するということですね。また、福島県版の健康データベースがつくられるようですが、今は健診デー



タがそれぞれ実施主体ごとに別になっていて一元管理はされていません。そこにはがん検診のデータもありますし、生まれたときからいうと、母子保健法から始まって、学校保健安全法、労働安全衛生法、高齢者医療確保法など、縦割りになってくるわけです。統一したデータベースをつくれば1人の人間を追いかけていくことができますし、あるいは地域ごとに取り出して特性をみたり、食事とか運動へ介入していくようなこともできますから、この際、そのようなことも進めていただければと思います。

本県の特定健診の受診率はたしか38%なんですね。一方、県の目標は平成29年までに70%ということですがけれども、受ける人が固定化してしまっていて、受ける人は受けるし、受けない人は受けない。たぶん、なんらかのメリットみたいなものがないと受診率の向上はなかなか難しいと思っていますところ。

菊地 そうですね。ビッグデータの構築が日本ではなかなか難しく、今度の県民健康調査のデータも含めて一元的に管理しようとしたのですが、効率的なデータの突合は個人情報扱いの上、ますます難しくなると聞きました。それをどうするか、政府の委員になっておられる先生方に今お聞きしているところです。県民健康調査のデータ構築はほぼできていますが、データの利用をどこまで認めるべきかという話も出ているので、それについては、我々というよりも、政治レベルで問題が

解決されないと、この問題はかなり尾を引くのではないかと思います。

それから、後段のお話にあったように、健診に出てこない人をどうするかということですが、私自身は、今、公立岩瀬病院に定期的に行っているのですが、やはり、受けなければならない人が出てこないわけです。公立岩瀬病院では、受診しない人に対しては、看護師さんが出前講座として現場に行っています。そうやることでなんとか意思疎通ができる人が出てきますので、そこで会員の組織をつくって、それを病院に反映するような努力をしています。来てくださいという従来のベクトルはもうだめだと思うんですね。やはり医療側あるいは行政側が行かないとだめだと思います。

そこで、もうひとつのネックになるのは、行政と医療の接点が非常に弱いということです。せっかく法律によって、介護と医療、そして予防医学が一体となって全部できるわけですから、行政側が医療機関に来てやってあげれば、ワンストップで全部できるわけです。そういうことを福島県はやらないといけないうらうと思っています。

星 今、理事長がおっしゃったように、こちらから出かけていくというのはとても大事なことだと思っています。今までは、行政もそうだし、我々もそうだし、いわゆる福祉もそうですが、要は声を上げた人、あるいは来てくれた人たちのことばかりを見ていたように



に思います。ある年齢になれば誰にでもいろいろな危険性が出てくるわけですが、健診を受けるといのはひとつの方法でしかなくて、よく歩くとか、おいしい

ものを食べる、他人とおしゃべりをする、そういうことが予防につながるわけですね。そうやって、いわば行政も医療も福祉も手をかけてこなかった多くの人たちに、実は今、大きなストレスがかかっている、まさに危険性が顕在化しようとしているのだけれども、実際に病気になったり発病したりしないと誰も目を向けない。これを、健診というような切り口だけで、それもちっとも受診してくれないといって嘆いてみても始まらなくて、こちらから出かけて行って、地域の中で、あるいは現実の生活の中で、私たちができることは何かを考える。もちろん最先端の建物や技術でやる場所もあるけれども、実は根っこのところはきっとそんなことなのではないかと思うのですが。

菊地 おっしゃるとおりで、やはり我々医療者も行政も頭を切り替えて、待ちの姿勢から、出ていく攻めの医療に変わらないとだめなのではないでしょうか。それは発想の転換ですね。発想の転換と簡単に言うけれども、なかなか意識改革ができないのが人間の性ですから、ここはかなり強力なリーダーシップを発揮して率先してやらないと、顕在化してからではかなり厳しいのではないのでしょうか。

星 僕は、ごはんを食べる機会というのは、いろいろな意味でとても重要なチャンスだと思っています。ところが、今は配食をしまったり食べさせてしまったりしていますよね。あれは逆で、食事をみんなで楽しむような機会こそが大切なのではないのでしょうか。健康教室をやります、運動をやります、出ていらっしゃいといっても、いやいや、俺はいいよと言われてしまいますが、ごはんであれば、おなかがすけば出てきます。この欲求をうまく利用すれば今までできなかったことがもしかしたらできるのではないかと可能性を感じているのですが、いかがでしょうか。

菊地 確かに、与える行政はそろそろ限界で

すね。自分の健康ですから、ある程度は自分で責任を持ってもらうということも必要です。幸い人間は、自分の健康のためには非常にお金も時間も使いますので、これを利用しない手はないでしょう。

今、先生がおっしゃったことに関連して言えば、私は病院の食事はコストを度外視してやるべきだと個人的には考えています。食事に興味を持っていただいて、たくさん食べれば低栄養状態も改善されます。高齢者の低栄養状態というのは、術後感染の重大な原因になっているんですね。また、食事のために人が集まれば会話も生まれて、そこで脳が活性化されます。こんなふうに、病院をホテル型に変えていくべきだと僕は思っているんです。従来の医療機関は旅館型で、病める人だけが来るところでした。そうでなくて、おいしい食事を病院が提供すれば、老若男女を問わず、病める人も健康な人も交流できます。

このように、僕は医療機関はサロン化すべきだと思っているんです。サロン化することによって、独居の孤独が癒され、ストレスが解消され、支援の手が差し伸べられて元気になる。だから病院は、病気を治すだけではなくて、健康にもっと積極的にかかわっていいと思うんですね。これこそ発想の転換です。

木田 先生がおっしゃるとおりだと思います。最近、講習会などに出ていますと、65歳まではメタボ対策に重点を置いてやるということですが、75歳を過ぎたらフレイルを予防するということがとても大事といわれています。社会的な人間関係を構築できなくなると、だんだん体も弱まっていってしまいます。確かに医療機関、これは介護施設などでもいいのでしょうかけれども、そういうところが核になって、地域の人間の集まりを活性化させるようなことは非常に大事だなと思いますね。

菊地 幸い、地方ではみんなが集まるところが医療機関なんですね。それが診療報酬上

問題かどうかは別な話として、人が集まって交流するというのはとても大切です。ですから本学では、附属病院内にわざわざスターボックスを入れ、ローソンを入れ、健康な人も出かけてみたい施設にしているわけです。病院が、「病氣」ではなく「健康」をキーワードにした主体的な役割を果たす時代が来たのではないのでしょうか。

司会 私も、高齢者向けの住宅に週1回程度往診していますが、そこではみんなが集まって食事をしています。食事をしながらわいわい話をしたりするのは脳の活性化にすごくいいですね。みんないきいきしています。福島市の場合は、「いきいきサロン」ということで、高齢者の方が集まって食事をしていろいろなお話をしたりする活動に補助金を出しています。これからは、行政もいろいろと工夫しなくてはなりませんし、我々も医療関係者も、協力してやらなければならないのかもしれないですね。

新医療系学部の新設について

司会 さて、話題を変えまして、新医療系学部の新設についてです。医療の復興に欠かせないのが保健医療従事者の確保ですが、新医療系学部が平成33年4月の開設に向け準備が進められているところです。そこで、新医療系学部を新設することの意義、そして目指すものについて、菊地理事長から簡単にお話をいただければと思います。

菊地 新医療系学部の創設については、かねてより私自身としても必要と考えていました。その理由は、東日本大震災以前から、県内にはしっかりとした医療スタッフの養成機関がありませんでした。それに加えて、原発事故をきっかけに医療スタッフが県外から入ってこなくなりました。これは危機的な状況で、県の統計でも、数年後には100人単位の医療スタッフの不足が予測されていま

す。そんな中で、福島県に来てください、来て
 くださいというばかりでは説得力がなく
 て、福島県内で医療スタッフを育て、その人
 たちがまた次の世代を育てるといように、
 自ら汗を流して福島県の復興を医療面から支
 えるという思想が必要なのではないかと考え
 たわけです。母体としては総合衛生学院があ
 りますから、そこを足がかりに進めていけば
 いいのではないかとということで、なんとか県
 のご理解を得てここまで来たところです

司会 開設に向けて、乗り越えなければなら
 ない課題はどんなところにありますか。

菊地 実は、予算面が最も懸念されるところ
 で、国の財政的補助を受けられるのか、県の
 単独事業としてやることになるのか、まだ不
 透明な状況です。ただ、原発事故で一挙に医
 療スタッフの減少に拍車がかかったわけです
 から、国の負担を求めていきたいと思ってい
 るところです。教育スタッフについてはそろ
 いつつあって、これは目途が立っています。
 ただ、開設まで3年という期間は、僕は遅す
 ぎると思います。事故から既に6年になるの
 ですから、これから3年後だと事故から9年
 後です。高齢者の方はあまり時間がないわけ
 ですから、手順を踏めば時間がかかるのはわ
 かるのですが、やはり早く進めなければなり
 ません。

星 理事長が今ほどおっしゃったように、
 わが県は自立しなければいけない、自分たち
 で自分たちの面倒をみるのだと。そういう意
 味でいえば、わが県で生まれた子供たちが県
 内に残って仕事をしていくというのは非常に
 大事なことで、福島医大という名の下に開設
 する学部となればなおさらのこと、県のため
 に働くのだという意識を持った人材を育成し
 てほしいと思っているところです。先に開設
 された看護学部の場合は、県内定着について
 問題を抱えた時期もありましたので、同じよ
 うなことになるようにしたいですね。ま

た、新設する学部は、現に働いている人たち
 にとっても有意義なものであるべきで、県内
 で頑張っている専門職の人たちにとっても拠
 り所になるようなものを非常に期待しています。

菊地 次の世代を育てる、また、育つための
 受け皿をつくるのが我々の世代の責務だと思
 うんですね。そういう意味では、新医療系学
 部というのは、次の世代が、福島県で学び、
 福島県で働ける受け皿だと思っています。そ
 して、その人たちがさらに次の世代を育てて
 いくためには、大学院を設置をして学位を取
 ってもらって、その人たちが次の世代を生
 み出していかなければなりません。

なおかつ、新医療系学部は福島県全体のシ
 ンクタンクになることも求められるでしょう
 ね。これは、ある意味では明治維新後の東京
 帝大医学部のように、新しい技術や知識の配
 電盤の役割だと思っています。そういう点で
 は、なんとしても財政的課題を乗り越えて新
 医療系学部をつくらないといけません。その
 ときに、今おっしゃった看護学部設立時
 の課題を繰り返さないようにするために、設
 立のコンセプトとリーダーの識見については
 注意を払いたいところです。

星 私のところでは看護学校も有している
 わけですが、やはり福島医大の看護学部の先
 生たちには、困ったときに相談ができたり、
 問題を共有して一緒にやっていくという姿勢
 で臨んでいただけるとありがたいですね。新
 医療系学部も含めてですが、現に働いている
 人たちや、ほかの養成施設出身の人たちに対
 しても、温かいまなざしをぜひお願いしたい
 など希望しています。

菊地 今の星先生の問題提起ですが、専門学
 校であれ大学であれ、上下関係でなくて役割
 分担なんですね。リーダーがそこを明確に認
 識していればいいのですが、上下関係と勘違
 いしてしまうとおかしなことになってしま
 います。また、アメリカの翻訳文化を持ち込め

ばいいという考えではなく、現場に強い人こそがリーダーとしてふさわしいということだと思います。

木田 この新医療系学部は、開設されるのが平成33年ということで、もう少し時間がかかるということではありますが、大変素晴らしい構想ですね。私も同じ会議に出席したメンバーの一人で、理学療法士会や作業療法士会、また、診療放射線技師会の会長の方々にもお話をお聞きしたのですが、やはりキャリア形成に配慮してほしいということでした。お話にありましたように、卒業した人が次世代の方を教育するというような体制を望んでいらっしゃるということです。

あとは、医療人材確保の観点からですが、県では高校1～2年生を対象に、こういった職種を知っていますかというアンケートをとっているのですけれども、むしろ、もっと若い方々にも働きかけなくてはいけないと思っています。例えば、いわき市医師会の副会長をやっておられる木村先生は、認知症の出前講座を小学生対象に行っているのですが、もっと若いうちにこうした職種を知ってもらうことで、将来はこういう職種に就きたいという希望者も増えてくるのではないかなと思っています。また、奨学金という配慮も必要でしょうね。

菊地 今の話ですが、原発事故後、僕は数多くのお医者さんを全国から集めているのですが、団塊の世代が引退したあとのことを考えれば、もっと集めないとしたらダメですね。そのときに奨学金というのは大事なわけですね。行政は財政的に厳しいですし、前例がないからダメだといいますが、医療側からすると、このままいったら必ず福島県の医療は崩壊すると僕は思っています。ですから、民間の奨学金制度もすべて一元化していくべきではないでしょうか。一元化するというのは、基準をそろえて相互乗り入れができるよ

うにするということで、医療スタッフも医師も看護師さんも、そうすべきだと思いますね。

星 少し話題がずれてしまいますが、わが県の問題のひとつにテクノクラートがないということがあります。技術行政官がないために、今のような理事長の発言とか、私たち医師会のいろいろな発言について、そんなものは前例がないからできないということになってしまうわけです。我々が技術ベースに政策提言をしていくときに、それを翻訳してくれるはずの保健所や行政従事者が存在していない。わが県は絶望的にいないのです。行政の手口もわかっていて、我々の意見をきちんと消化できる人間、つまり行政と私たちの橋渡しをしてくれるような人というのは絶対必要だと思うのですが、そのあたりはいかがですか。

菊地 まさにそのようなことが問題でしたので、行政とキャッチボールができる部門を健康増進センターの中につくったところなんです。これまで片道切符だったからうまくいかないわけで、例えば、保健所に行った医者がまた戻れるということ、興味がある人はいますから希望者も出てくるのではないかなと思っています。刑務所の医者が足りないという話も同じで、いくら関心があっても片道切符ではリスクが高いから行かないということになってしまいます。そこで自由に行き来できるキャリアパスをつくらうとしていますので、これからは改善されるのではないかなと思います。

また、本学から厚労省に1人出しています。これは初めてのことで、ようやくスタートしたということです。そうやって少しずつテクノクラートをつくっていく努力はやはり必要ですね。

復興に向けて喫緊の課題となっている 双葉地域の医療再生に関して

司会 それでは、最後に双葉地区の医療再生

に関して話を進めてまいりたいと思います。平成28年2月には「ふたば復興診療所（ふたばりカーレ）」、平成28年6月から双葉消防本部と福島医大ふたば救急総合支援センターとの連携による救急医療体制の整備、平成28年



9月から「町立とみおか診療所」が開所しています。また、平成29年3月には「浪江診療所」が、平成30年4月には「ふたば医療センター（仮称）」が開設される見込みとなっております。

おります。

これらに関して、福島医大としてのこれまでの取り組みや今後の方向性などについて、菊地理事長からお話をいただければと思います。

菊地 避難地域では完全に医療が崩壊したわけですから、福島医大として一次から三次まで一体で引き受けることが、結果的に周りの負担軽減につながるというのが基本的な考え方です。

では、そのためにどうしたらいいかというと、今後、廃炉作業の中で大きい事故が起きることも想定しておかなければならないこと、それから、大規模な交通事故への対応も考えました。一方で、帰還住民はこれから戻るわけですが、どれだけの住民が戻るかということは問題ではなくて、戻った人がきちんとした医療・介護を受けられることを権利として担保する必要があります。そこで福島医大としては、在宅医療をやるプライマリケアの先生と、救急をすべてこなせる救急専門医を集めていまして、現実には避難地域に戻っている方や廃炉作業に従事している人のプライマリケアは、楢葉町にある「ふたば復興診療

所」で対応しています。

ただ、医療スタッフに対して常勤として着任せよというのは、僕は現実的には無理だと思います。そのかわり、ローテーションで1週間に1回派遣するための仕組みを県との協議の上で作りまして、結果的に、毎日交替で行く体制ができました。

被災地に重装備の病院をつくるべきかという、僕は個人的にはノーです。むしろヘリコプターを使ったり、道路を改修して郡山や福島大学附属病院に運んだほうが効率的で、そのためのトリアージができる人がいればいいわけです。それが現実的なのではないかと思えますね。

司会 星先生は「双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会」の委員を務められましたが、何かご意見はございますか。

星 今、理事長がおっしゃったことは基本にあるのでしょうけれども、いずれは住民と一緒に避難されている我々の仲間たちが帰るということにならないと、きめ細やかな医療は提供できないと思うんですね。戻るにしても、住民が帰還してから戻るのか、あるいは先に戻って住民の帰還を待つのか、これは経営判断なんです。そこに関しては、県が採算度外視でやりますといったところで、そううまくいかないだろうと思います。最終的な仕上がり姿からいうと、なんとか医療をそこに定着させることが必要で、今まで頑張ってきた先生、あるいは触発されてそこで仕事をしてみたいという人が出てくることに期待したいわけですが、住民の帰還の問題と医療機関の経営の問題というのは非常に難しいところですね。

菊地 僕は、現時点では定着は期待していません、あくまで妥協できる範囲内のローテーションでの派遣が基本と考えます。常勤でずっとそこにいるというのは困難だと思いますね。どうしても行政は固定しがちですが、

そうではなくて、むしろ人口動態や廃炉作業の状況に応じて柔軟に組織を変えていくことが大切なのではないでしょうか。

それから、先生がおっしゃるように、民間に採算性を求めようというのは無理で、これは国のエネルギー政策の破綻の結果として起きたわけですから、採算を度外視してもできるような方策を国が講じるべきではないかと思っています。この問題はかなり複雑で、しかも難しい問題です。だからこそ、固定化するのではなく柔軟に、いい意味で朝令暮改でやらないとうまくいかないと思いますね。

司会 まだまだ問題は山積しているということですね。議論は尽きないところではあります。時間の都合もありますので、最後に高谷会長より一言お言葉をいただきましてまとめたいと思います。

高谷 僕は、昭和40年に精神医学講座に入って、そのころから神経細胞だの神経回路だのと言ってきたのですが、先ほど理事長先生から、脳疾患センターのお話をお聞きしました。そこでは認知症やてんかんを扱ってくださるということですから、神経の大切さを先取りしていただいたとも言えるわけでございませ

て、僕の言っていることがだんだん形になってきたなと考えたところです。

今までお話をお聞きして、一連の医療構想は固定観念の殻を大きく打ち破る構想だと感じました。また、これからの方向性についてもわかりやすくお話をいただいたところです。これを機に我々も、講座の殻を破って各診療科の交流を積極的に進めていかなければならず、これは非常に大切なことだと思いました。また、痛みはメンタル面と密接に関係しているということをお聞きしまして、私どもの担う領域の重要性を認めていただき心が洗われる思いがいたしました。

今年は大オープンした「ふくしま国際医療科学センター」が、県民そして世界にどのように羽ばたいていくのか皆注目しております。我々県医師会もセンターと連携して様々な医療課題に取り組んでいきますので、理事長先生には引き続きよろしくお願ひします。

司会 ありがとうございます。それでは、以上をもちまして新春座談会を終了させていただきます。本日は長時間にわたりご議論いただきまして本当にありがとうございました。

