一般投票
12/2～12/18

「世界一の医療先進国へ」

～ 震災が教えてくれた日本の医療の将来像 ～

第24回 GEヘルシーマジネーション大賞

一次選考

通過25作品

No.1	部門：一般	年齢：38 歳	職業：主婦

それはちょっと。

震災と医療を考えるとき、薬剤師である私はどうしても薬の事が気になります。特にご高齢の方でたくさんの薬を飲んでいる方が心配です。

だいたい、薬はカタカナ名前です。そして、カタカナなので当然といえば当然なのですが、日本語として語呂が悪いというか、決して覚えやすい名前ではありません。しかも何種類も飲んでいる、もうコレを覚えておけというのはムリです。

では帳面に書き留めておきましょう。でも震災で家にも帰れない方多い中、その案はダメそうです。だいたい病院にはカルテとして残っているはずなのですが、今回のような大震災ではそれを探すことも出来ません。

ではどうするか。

私はあまり IT 関係に詳しいわけではないのですが、今は「クラウドシステム」という便利なものがあるらしいです。

始めて聞いたときは「食らうど！」と脅しかと思い、次には「蔵うど」とか「玄人」という字が浮かんだのですが、これこそ、カタカナ、外来語（？）みたいです。雲、とかそういったものらしいです。遠くに浮かんでいるイメージなのでしょうか？どうも、大事なものは遠くに預けておいて、使う分だけ引き出すというような仕組みみたいです（というか、私はそう理解しました）

そこで思い出すのは銀行です。全財産を手で持って歩くのはとてもイヤだと思います。でも銀行に預けておけば使う分だけ引き出せます。

薬の名前もそういうように、銀行に預けておくお金のように、どこかに情報を預けて置けないものでしょうか。それで、キャッシュディスペンサーでカードを使ってどこからでも引き出せると便利だと思うのです。でもカードが失われてしまったら？

私事で申し訳ないのですが、私はよく銀行のカードや印鑑をなくします。なくす、というかどれがどれやらわからなくなってしまうのです。あまりの銀行印の取り違えに、一回窓口で「これ、印鑑じゃなくて拇印じゃダメですか？」と聞き窓口のお姉さんに「それはちょっと、、、うふふ」と笑われたことがあります。でも、本気だったのですけれど。

今の科学技術なら、指紋認証が出来ると思うのです、指紋がだめなら掌認証でしたっけ？ATM でつかえるやつ、あれでどうでしょうか。

そうすれば、パスワード忘れとか、印鑑が偽造されて情報が盗まれたなどが防げると思うのですが、どうでしょうか。

いつもはどこかに預けておいて、必要なときに全国どこからでも引き出せる、これがとても便利だと思うのです。

あくまでも、素人考え、専門の方に話したら「それはちょっと、、、うふふ」と笑われてしまうかもしれませんけれど。

No.2	部門：一般	年齢：63 歳	職業：自営業

看護士の国際化

現在、外国フィリピン、インドネシアからの日本の看護士試験に合格しているのはたった 3 人である。その理由は、日本語で受験が原則（「保健師助産師看護士法」に基づく）なのである。

一般的に外国語を学ぶのは非常に困難が伴うのは私の経験からしてみても自明である。私は、毎日、アメリカの大学でゼミ形式の授業において一日 16 時間くらい勉強したものである。夜中に 24 時間開いている大学図書館でも、アパートでも約毎日 200 ページくらいの教科書・参考書を読み、予習しないと授業についていけないためそうせざるを得なかったものである。当然買い物や役所との手続きなど日常生活もすべて英語である。

その経験からすると英語のアルファベットの一種だけと比較しても日本語は漢字、ひらがな、カタカナなど多種をまず習得しなければならない。

今回の東日本大震災とそれに伴う大津波で死者、行方不明者が 2 万人という未曾有の大災害が生じたのである。それに加え、負傷者も当然大きな数字を残念ながら残したのである。

その時、医師も看護士も不足して助かる命も助からず、むざむざ治療も充分に出来ず放置せざるを得なかったと新聞の記事が伝えていたのである。

そこで私の提案は、日本語看護士受験とは別枠で、英語による試験を選択できるようにすれば、外国から日本の看護士になりたいと希望する人が増えるはずである。そうすれば、今回の大震災による看護士不足が解消されたはずである。

彼らは、すでに自国で看護士の免許を持ち、実際に現場で働いていたという背景がある。看護士は国家試験、准看護士は知事の許可で管轄が相違するが、まず准看護士になって日本の医療現場に慣れたら、次に看護士試験を受けるという制度に改めてはどうだろう。

日本語が話せる、日本の事情に精通しているという条件を撤廃すれば、門戸が開け、関税障壁、鎖国みたいな外国からの看護士希望者に明るい光が差すのは間違いがないと信ずる。

さらに、日本の患者は今よりはるかに手厚い治療、看護を受け幸せに感じ、感謝するのは間違いないものである。

たしかに、「日本看護協会」という看護士、准看護士の組織が存在するが、しかしこの組織が外国からの看護士を自分たちの地位、雇用の機会を喪失させるのを恐れて政治的に活動しているとは思いたくないが、日本の先端医療に看護士が増加して余裕が生ずるため促進するのは間違いないと思うものである。

ぜひ、彼ら、外国からの看護士志望者の願いを叶え、我々が充分な医療環境を得るためにも、英語での看護士、准看護士の受験を認めてもらいたいものである。

No.3	部門：一般	年齢：29 歳	職業：公務員

エリートでない！？医師育成

医学部は入るのが難しく、また私大であればお金もかかる。現在医者はエリートの象徴である。しかし、歴史上今までずっとそうであったのか。医者がエリートと必ずしもみなされない時代は、テレビの時代劇を見ていてもわかる。それなら、現在はより高度な技術や機械の操作といったものゆえにエリートなのだろうか。その現在の医者＝エリート像の破壊を提唱する。

提唱に必要なものの一つは医師育成の方法である。医師育成において大切なこと、それは医者としての心ではないだろうか。そこで、入学試験は、作文を書くのみの試験にする。勘違いしてほしくないのは、誰でも入れるのではなく、やる気と本気を見るテストであるということである。内部に入ってからは、成績評価はテストを用いて、評価を行うのも一つの方法である。一方で、ここで大切なのは何を学び、何をめざすのかという教育の履歴である。医師育成といっても、現場で活躍する医師から、最先端の薬を研究する医師、医学校を経営する能力を持つ医師、教師としての医師など多方面にわたる。そこで、多様性のある幅がある選択肢の用意をする。もちろん、教養教育も受ける必要があるし、入ったからには、ゼロからのスタートでもわかるような様様な科目を用意する。また、卒業時には、一定のレベルがないと卒業できない制度にする。

さて、問題はお金である。お金は寄付でまかなわれる学校にする。その一方で、学習・現場実習などの履歴を元に、様様な土地で、高度な医療を展開できるように医師の派遣をする。もちろん医師の給料など生活面は保証する。そのため、日本にとどまらず、ワールドワイドな学校を想定する。

そしてそのための教育機関に必要な医師としてのアイデンティティを教え導くものとしての教師の存在が必要である。そのために特化型教育機関が必要である。ここで間違えないでほしいのは、特化型機関という名称なので、only を極めれば良いというのではない。多様性の時代にそれでは時代遅れである。そこで、ネットワーク型総合教育機関の提唱をする。

エリートでないとは、エリート意識で医師になるのではなく、医師としての心を持つ医師育成機関の創設なのである。

No.4	部門：一般	年齢：40 歳	職業：無職

軍事医療の応用

病院が被災して機能しなくなり遠方への移動を余儀なくされてしまう・・・。
その中で目を引いたのが自衛隊の活動と装備でした。移動式手術コンテナ・浄水装置・ヘリ空母等などです。
日本には現在ありませんが米軍を参考にすると良いかもしれません。
病院船などはもっとも活躍が期待される物ではないでしょうか？日本は専守防衛ですから必要ないという意見もあるかもしれませんが、せめて 3 隻ぐらいはひゅうが型ヘリ空母を改装して医療設備・運搬ヘリ・揚陸ホバー・軍用救急車（悪路走行や NBC 対応）・病床ベッド多数 etc これらがあれば沿岸の災害だけでなく内陸でもドクターヘリで搬送もできますし、病床を一時的な避難場所としても使用できます。また艦内に移動手術コンテナを積んでおけば被災地近くから大型ヘリでピストン輸送も可能です。国際貢献にも使用できるでしょう。

それとアメリカの事例ですがハリケーン「カトリーナ」により孤立した地域に米軍はそらからの物資投下を行っております。迅速と言う意味では今回の震災でも食料・医療用品・物資などの投下援助というのも手段としてとりえたものだったと思います。

最後に各自治体に地下シェルターなどがあると非常に有用です、もちろんコストなり設置場所なり問題は多いでしょうが備蓄倉庫や避難所代わりにもできますし普段はコンサート会場やイベントなどに一般開放すれば抵抗は少なくなるのではないでしょうか？　短いですがこれはこれからの日本に必要なものだと確信しています。

参考文献：病院船「コンフォート」　　wikipedia

No.5	部門：一般	年齢：49 歳	職業：デザイナー

メディカルクルーズ船の運用

日本は四方を海に囲まれた島国であり、かつては世界で有数といわれた造船大国でもあった。

そこで、近未来の日本の医療のあり方として、都市部の総合病院クラスの「充実した施設とスタッフ」を揃えたメディカルクルーズ船を建造し運用することを提案したい。

総トン数 2 万～3 万トンクラスのクルーズ船に､300～400 人が入院可能な入院病室、大規模な手術・検査室、入浴施設、ヘリポートなどの設備を完備。

大規模災害などの折には、真っ先に被災地に駆けつけ停泊可能な港湾で医療活動に従事、被災地の医療体制が回復する迄の、地域の拠点医療機関としての役割を担う。その他、被災者向けの炊き出しや、入浴施設の開放なども行うことも可能だ。

被災地が広域に及ぶ場合は、週単位で巡回していくなど、クルーズ船ならではの機動性も発揮することができる。

メディカルクルーズ船は、総合病院がまるごと、被災地に駆けつけることができるため、失われた医療体制を瞬時に回復することができ、海路を移動するため大規模な支援体制をいち早く構築することも可能だ。

災害のない平時には、沖縄や奄美など離島の数多く点在する地域において、各離島を 1 ヶ月～2 ヶ月の頻度で定期的に巡回。港湾施設が整っている場合は停泊して対応し、整っていない場合は洋上で対応するなどして、外来患者の対応や入院患者の対応を行い「動く総合病院」として、離島医療を補完するなど、様々な場所で活躍することが期待できる。

メディカルクルーズ船は、大規模災害への迅速な対応、離島医療への恒久的な対応が可能で、都市部や一部の地域において検討されているメディカルシティ構想より、はるかに建設的で、有益な方法であると考える。

またメディカルクルーズ船が複数隻、運用される状況下では、拠点となる港湾にメディカルクルーズ船の支援センターや補完の医療施設などを建設し、メディカルクルーズ船を中心としたメディカルポート的な港湾施設づくりにも期待していきたい。

No.6	部門：一般	年齢：30 歳	職業：会社員

医民官、三位一体の Made in Japan

3 月 11 日の大震災直後、濁流に飲み込まれる街の姿と一緒にテレビニュース画面に映し出されたのは、予想される震災による急性期医療需要に対して『臨戦態勢』で臨む被災地病院のスタッフの姿だった。しかし蓋を開けてみると被災地の医療現場を中長期にわたって疲弊させたのは急性期医療ニーズではなく、慢性疾患患者への医療活動であった。

被災地の沿岸地区は高齢化率が 30%に迫る（現在全国平均 22.7%）。被災地の病院は震災直後は入院患者の域外搬送対応、常用薬不足に追われた。中長期的には、避難所の栄養環境、衛生環境などによる慢性疾患患者や要介護の高齢者 ADL(日常生活動作)低下が顕著に悩まされた。震災によって浮き彫りとなった『高齢者医療』への対応不足。そして 2023 年、日本の全国平均高齢化率は 30%の大台に到達する[1]

この数字が私たちに求めることは文字通り、医民官三位一体の『総力戦』である。

医の観点からは、参考文献[1]でも指摘があった通りの医療スタイル変革が求められる。現在の外来・入院を主体とした医療体系の在宅医療へのシフト。病院施設も訪問診療や訪問介護などの機能をはじめとする『小回りの効く』小規模、多機能スタイルへのシフトが要求されるだろう。

医療機器メーカをはじめとする民も同様に高齢者医療への対応が急がれる。日本では単身で暮らす高齢者は年々増加しており、慢性疾患をもつ高齢者も多い。このような高齢者自宅に対応した『見守りシステム（転倒した場合に自動的に家族に通報するなどの機能を持つ)』機器類の開発・普及が最初の挑戦として考えられる。これに対しては各大手のメーカすでに製品化しているものもあり、その実力が期待されるところである。一方で、スタンドアローンに近いシステムではなく、高齢者自宅＋システム管理会社＋高齢者の家族＋かかりつけ医＋地元自治体担当部署をそれぞれの Needs に合わせたクラウドコンピューティングでネットワーク化ことが今後の対応策として考えられる。これには従来の医療機器メーカが主導し、通信、セキュリティ、公共福祉など各分野でノウハウを持つ企業や NPO、地方自治体でアライアンスを組み、システム開発、産業の育成を果たすべきである。

官が果たす役割は医と民の活動の積極的バックアップに他ならない。高齢者医療に焦点を当てた研究開発の支援や投資を早急かつ集中的に進めるべきである。2023 年は思ったよりも近い。

最後に、日本で構築した『成功した高齢者医療社会』は、今後高齢化を控える多くの国に対して輸出可能な誇り高い『Made in Japan 製品』であることもお忘れなく。Made in Japan. Made for the world.

参考文献[1] 日経メディカル　Summer 2011

No. 7	部門：一般	年齢：63 歳	職業：無職

震災に備え医療基地となる大型専用船の建造を

三月十一日に起こった東日本大震災では大津波が発生し、多くの方たちが犠牲になられました。

また助かった人たちも多くは怪我をしたりして治療を必要としたり、入院していた患者さんも電気や水道が止まり、必要な治療を受けられない状態になっていました。

今回の大災害で目にしたのは、救助のために被災地に向かった医療チームが、地震で道路が分断していたり、津波で倒壊した家屋などで道路がふさがって通れず、被災地の手前で立ち往生しているという現実でした。

これでは地震発生後に速やかに救援に向かっても救助ができません。

先進の医療や医薬品があっても、必要とする人たちのもとに速やかにたどり着かないと意味がありません。

このような状況下で、一刻を争う救助に効果を挙げていたのが、救援に協力してくれたアメリカ軍の船や民間の船会社の船や海上自衛隊の船でした。

これらの船は被災地の沖に停泊し、そこを基地として、ヘリコプターで孤立した被災者を救助したり、救援物資を届けたりしていました。

私はこれを見ていて、将来の大地震や大津波に備えて、被災地の医療基地の役目を果たす機能と施設、複数のヘリポートを備え、救急病院の役目も果たす医療専用の大型船が複数必要だと思いました。

日本の医療がいかに先進だとしても、必要なときに必要とする場所に医療基地が設置されなくてはその価値を発揮できません。

医療専用船を建造するには多額の費用がかかりますが、日本では近い将来地震が起こる可能性が高い地域も発表されている現状では早急に必要だと思います。

完成した医療専用船は災害派遣以外の時は先進の医療研修の場として活用したり、離島の医療などにも活用できると思います。

また、外国で大災害が発生したときにも役立たせるようにすれば、日本が被災地に貢献できるものと思います。

No. 8	部門：一般	年齢：36 歳	職業：主婦

「見つめるという医療」

「とても忙しくて大変な仕事だけれど、人形を相手にしているわけじゃないからね。『顔色』を見る事が、一番大切だと私は思っているのよ。」

実家の母は、勤続四十年のベテラン看護師で、婦長経験もある。そんな母が、いつも口癖のように言っていたのが、

「『顔色』を見る事が、一番大切。」

と言う一言でした。

顔色をまず見る事、そしてその次に、検査結果などのデータを見る事を常に心掛けている。それが「普通」それが「常識」だと思って育った私にとって、現実に目のあたりにした医療現場は、衝撃以外のなにものでもありませんでした。「目線を合わせる事を一度もせず、カルテに目を通す医師」「患者の心に寄り添う事もまったくせず、事務的に診察の補助をする看護師」などなど・・・。

現在、十ニ歳の次女が、生後間もなく手術を受けた際、医療現場の実態を垣間見て、心底驚かされた経験が、私にはあります。当時、娘は血液の中の酸素の量を測る機械を、いつも指先に付けていたのですが、ある日、娘の顔色が真っ白になっているのに驚いた私が、あわててナースコールを押した事がありました。

「顔色が、真っ白なんですけど・・・大丈夫でしょうか？」

そう不安な面持ちでいる私に、駆け付けた看護師さんは、まったく顔色を見る事もないまま、

「酸素の数値はあるので、大丈夫です。」

と言って、即立ち去ってしまったのです。

確かに、忙しいのはわかるのです。複数の患者さんのケアを一人が担っていて、大変なのは充分わかっています。しかし、「人間は人形ではない」と私は思うのです。感情も表情もある人間同士が、向き合って、そこから医療が始まるのです。だから、なおさら「顔色を見る」そこから、日本の医療は再出発してもらいたい。震災が教えてくれた、人と人とのつながりの大切さ、ありがたさ、温かさ。。「見つめるという医療」が浸透し、日本の医療の未来像が、明るく、そして光輝く事を、切に願わずにはいられません。

No. 9	部門：一般	年齢：62 歳	職業：自営業

人の為の医療とは

丈夫が自慢だった私の母は、ふいの来客が多い場所柄、睡眠不足と過労で倒れ、すぐに回復しましたが、その後は「飲むと気持ち悪くなる」という薬の副作用があって医師を変えたものの「強い薬じゃないから」と言われて服用し続けると、次々に別の病名が告げられ、坂道を転げ落ちるように入退院を繰り返して亡くなりました。その一方で、父や友人たちの何人かは、何の前ぶれもなく自宅で突然倒れて亡くなっています。

どちらの場合にしても、個人の健康状態を把握する医療がなされていなくて、かくも個人と医療とのへだたりがあるものかと知らされました。

「カルテ」に記録されていることが患者の全てであり、医師自身はその人について何のデータも頭に入れていない、そんな体制ですから、カルテがないと目の前の人のことが何もわからないというのが現状です。

地域を細かく分けて、そこに医師がそれぞれ配置されていれば、各医師はその地域内の住人の健康状態を長期的に把握できて、より適切な薬がより適切な量だけ処方されるようになると思いますし、往診も可能になって住人は自宅で療養できるようになると思います。私の母のように「家に帰りたい」と願いつつも病院に取り合ってもらえず、最後に目にするのは薄暗い病室の天井だというのは、家族としてもせつなくて悲しい限りです。

私が知る、米国のフロリダの町では、各医師が小さくてかわいらしい家のような診療施設を持ち、同じ場所に或る程度まとまった数の異なった科目があって、通院できる間はここへ通います。内部は居間のようで、友人宅へお邪魔しているようです。ここで、検査や治療ができないことがあれば、大きな病院へ行くように処方されます。通院が困難になってきたら往診をしてもらいます。私の友人は、必要な時期が近づくと、自宅の寝室の内装に手を入れて、自分のベッドで 1 年過ごしてそこで亡くなりました。1 人暮らしながら、自宅で治療を受けて近隣の友人たちの手助を得ながら自宅で最後を終えられた友人は、病院よりは居心地が良かったに違いないとうらやましく感じます。

人間としての尊厳を保てる、温かみのある医療が望まれます。その為には、患者＝カルテというよりも 1 人の人間として見る、という視点を優先する必要があるのではないでしょうか。現状では、死に行くモノのように扱われている気がすることが多々あります。勿論、やさしい医師の言葉や看護士さんの気遣いは感じられます。しかしその一方でベルトコンベアに載せられているとも感じられました。やはり、これは制度の問題でしょう。

1 人の人間としてどのようにケアをしたら良いのか。必ず訪れる老いですから、医療を人間の一生として捉えることが、良い医療へとつながるのではないかと思います。

No. 10	部門：一般	年齢：44 歳	職業：自営業

絆が繋ぐ「真の医療」

「医療システム」の崩壊。
なぜ既存のシステムが機能しなかったのか？
現場だけで起きた二次災害、崩壊であれば、
医療関係の各機関、従事者の再構築だけで充分なはず。
が、そうじゃない。
そこで、こう考えてみました。
自分が全ての責任者で、
「次に大災害が起きた際の犠牲者を最小限にしろ！、
その為になら何をどうしたって良い」
という令を受けた、と。
優秀な医師がいようと、優れた医療機器が備わっていようと、
大災害の前には機能しなかった既存のシステム。
先ず、日本地図を広げてみる。
次に、各都道府県、市町村の地図を広げる。
何処に、どの様な専門医院、大病院、基幹病院があるのか？
それぞれ一部地域に専門医院が、病院が密集していたら、
同時に同じ状況に陥る可能性が高くなる。
リスクヘッジの基本は、分散と流動性。
各自治体ごとに、海岸線や地形などを考慮して、
内科医、外科医など専門医院を含めた医療施設を分散させる。
地震や津波などの自然災害に対応するには、
医療施設を「計画的な立地条件」で建て直す。
施設の崩壊、停電や処方箋不足にも耐えられるように。
できれば、学校や体育館、公民館など公共施設も分散して、
最小限度の必要な医療器具を常備しておきたい。
平行して、高度医療を担う大病院、基幹病院と、
地域のかかりつけ病院との間で、
患者の情報を共有できるシステムを構築する。
患者のプライバシーの問題、手術の経緯など、
外部に伝えたくない理由があるかもしれない。
今は、患者も医療従事者も双方が、
「真の医療インフラ」を考えるとき。**（次ページに続く）**
様々な理由、利害で難しいようであれば、

患者の情報（電子カルテ）を保管する専門の公的機関を設ける。
早急に、次の大災害が起こる前に・・・前事不忘後事師。
又、病気を未然に防ぐ事が、真の医療システムとの想いを強くした。
車もろとも津波に流される映像、
介護、高齢者施設で寝たきりの方が逃げ遅れたり、
そうした方を救おうと施設に戻り犠牲になられた方の報道が頭から離れない。
同乗者に、施設の中に歩けない方がいたら、
置いていく訳にはいかないでしょう。
寝たきりの原因となる転倒や骨折の予防に
もっと着目する必要がある。
県や市など各自治体の広報誌や親族が「運動をしよう」と啓発しても、
おそらく行動に移す人は希。
しかし、
やらない体操や運動も医師や医療関係者の指導となれば違うはず。
例えば、「健康指導員」を育成して各地域に派遣する。
家庭でもできる運動や体操を指導して、
健脚で生活できるよう体も環境も整える。
可能な限り「自分の身は自分で守る」、ことが、
身内や他人を守ることにも繋がるから。
多大な犠牲者を出した震災、
今、変わらなければ一体どれだけの犠牲者を必要とするのでしょう。
ひとりひとりの想い、
決断が臨界質量に達し、
位相転位が起こる。
自然保護や食品の安全表示、喫煙、分煙の問題がそうであったように。
いよいよ、否ようやく一番重要な「医療インフラ」ですね。
そしてこの問題は、
患者、親族、医療機関に各地域のコミュニティーが一体となって取り組むべき問題なんだと、私たちは震災から学びました。
絆は、真っすぐ「真の医療」へと繋がっています。
毎日届けられるニュースをインプットしては悶々としていた日々、
末筆ですが、このような考える機会、
アウトプットする場を用意して頂き、
心より感謝申し上げます。

No. 11	部門：一般	年齢：35 歳	職業：会社員

「ドラえもん」の生きる未来

原発事故後、息子の大好きなドラえもんのマンガを私はたまたま読んでいて、びっくりした。二十二世紀のネコ型ロボット、ドラえもんのお腹には小さな原子炉があり、食べたものは何でも原子力エネルギーとなり、これが彼の動力となるという設定なのである。大嫌いなネズミに追いかけられて気絶したり、年中トラブル続きだが、だからと言って放射能漏れは起こしていない。安全対策はきちんとなされているようで、引っ張ると全ての機能が止まるしっぽがあり、時々未来へ帰って健康診断も受けている。もちろんフィクションではあり、ドラ焼きから原子力エネルギーをつくるのはさすがに無理だと思うが、もしもこの原子力技術が実現していたのなら、今回のような悲惨な原発事故は起こらなかったのでは、と私は空想を膨らませた。

しかしドラえもんは、ネズミに耳をかじられてしまう。救急車で病院に運ばれ手術を受けるのだが、残念ながら耳は治らない。作者の描く二十二世紀の科学は、原子力分野においては夢のような飛躍を遂げるのに比べ、耳の再生も出来ない医療技術は、大幅には発展しないように思われる。変わり果てた自分の姿を鏡に映したドラえもんは、あまりのショックに青ざめたまま元に戻れなくなってしまう。他のネコ型ロボットは皆、普通に黄色くて耳があるのに、自分だけ違うドラえもん。ドラえもんは自分自身の状態に悩んだり落ち込んだり、からかわれて悔しがったりする。ところが彼は、それだけ不利であるにも拘わらず、子守ロボットという自らの仕事を、日々務めているのである。それは、本人の頑張りはもちろんであるが、二十二世紀という社会がドラえもんにも役目をきちんと与えている、という要因が大きいように思う。

私は進行性の筋疾患を患い全身が不自由である。医療の進歩により治療法が開発され、病気が治って自由に動く身体を手に入れることが出来れば、これほど嬉しいことはない。しかし私にとって、それだけが全てではない。病気であろうと障害があろうと、社会ではなるべく当たり前に生活したいのである。駅にエレベータなどがあるお陰で、私は不自由でも会社に通勤することが出来る。震災後は電力不足で稼動が自粛され、私は散々苦労し、改めてそれを実感した。健常を目標とするのみならず、病気や障害と自分の役目を両立出来る社会も、必要な未来ではないだろうか。

のび太くんが、ドラえもんの青く丸い頭と、青く丸い地球が重なって見えることに気付く場面がある。もし耳のある黄色い普通のドラえもんだったら、あくまで私の解釈であるが、青く丸い地球の美しさを、のび太くんはそれほど認識しなかったかも分からない。不利になってからはじめて気付くことがあり、不便でも不自由でもどう切り抜け、解決していくかを考えること、それがどれ程重要であるか、今回の震災により誰もが痛感させられたはずである。

No. 12	部門：一般	年齢：31 歳	職業：医師

命をつなぐ家族の絆

ボロボロの血圧手帳。避難所の医師がそのとき求めたのは医療物資ではなかった。病院のカルテが津波に流され、どんな薬を飲んでいたのかもわからない。そんな高齢者も多い中、家族がとっさに持ち出したボロボロの血圧手帳が、ある老女の命をつないだ。

その血圧手帳には、持病の治療経過や過去の検査結果は勿論、普段の体調変化に至るまで沢山のメモが、数人の筆跡で記されていた。祖母を気にかけていた家族全員によって、血圧手帳は震災前にボロボロにされていたのであろう。そうでなければ、緊急避難時の手荷物に血圧手帳が入る余地はない。

大切な家族にずっと元気でいてほしい。そのために病気や死から守りたい。そんな当たり前の気持ちが医療の原点だと思う。カルテに基づいた病院依存型の医療が 崩壊したとき、命をつないだのは家族の絆であった。

近年の医療レベルの進歩は目覚ましい。iPS 細胞の研究により再生医療の実現も夢ではなく、IT 化が進めばいずれ全ての病院のデータベースが共有化され、災害時にも迅速に適切な医療を受けられるだろう。ボロボロの血圧手帳も必要なくなるかもしれない。

しかし、現状の「病院主導の病歴管理システム」では、限られた連携病院間での病歴データベースの共有化しか達成しておらず、この延長線上の IT 化では病歴情報のユビキタス化は当分先と思われる（次ページ図 1)。

真の病歴情報のユビキタス化を実現するため、私は「患者と家族を中心とした病歴管理システムの構築」を提言したい（次ページ図 2)。携帯アプリを使って、患者や家族の携帯電話内に病歴データベースを作ってしまえばいい。現代の IT 技術なら簡単なことであり、現実的に十分実現可能である。

病院間、企業間のプロトコルを揃えるのは難しくとも、病歴データベースの入った携帯電話を肌身離さず持ち歩けば、世界の何処に行っても緊急時に適切な治療が 受けられるはずだ。当然、画像検査（CT、MRI）などのデータは携帯アプリでは容量オーバーだろう。しかし、患者中心のデータベースにそんな細かい情報は必要ない。既往歴や内服薬、血液検査などのテキストデータで十分だ。救急現場で臨床医が知りたいのは、そんなアナログ的な病歴情報なのだ。

また、携帯アプリを用いた家族内での情報共有は、生活習慣病の治療にも大きな戦力である。私の外来に、糖尿病の治療に難渋した 60 代の患者さんがいた。食事療法の大切さは十分理解している。けれど、食べてしまう。そんな彼の検査データがある日突然良くなった。「おじいちゃんの病気が良くなりますように。」と、孫が七夕の短冊に書いたのだという。1 時間かけて医師が説明しても、自宅に帰れば大抵忘れてしまうだろう。しかし、自分を思いやる孫のたった一言がどれほど心に響くことか。「今、倒れるわけにはいかない。」と彼は本気で考えたのだ。患者と家族を中心とした病歴管理システムは、緊急時の医療をサポートするとともに、日常診療においても生活習

慣病の管理レベルを確実に向上させるだろう。

前世紀、人類は感染症、心血管病、癌に対する医療インフラの確立に力を注いだ。しかしこれからの 1 世紀、真に価値ある医療インフラとは、「家族愛」ではないだろうか。世界をリードする再生医療に加え、家族愛につながれた病歴管理システムを構築できたとき、日本は世界一の医療先進国となり得るだろう。

図 1　病院主導の病歴管理システム

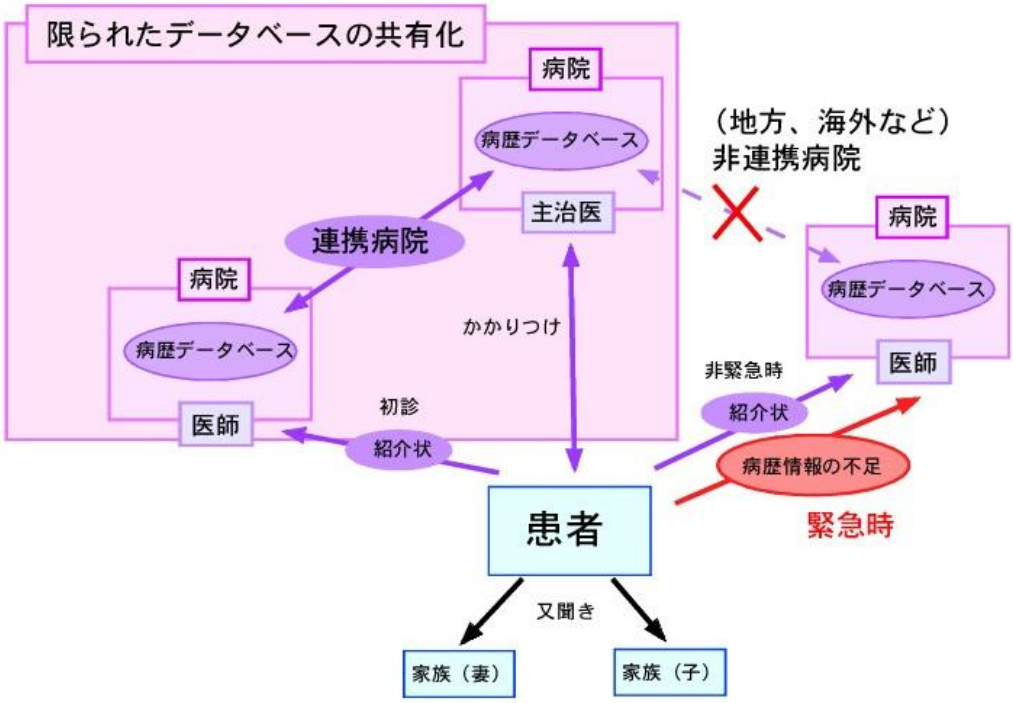
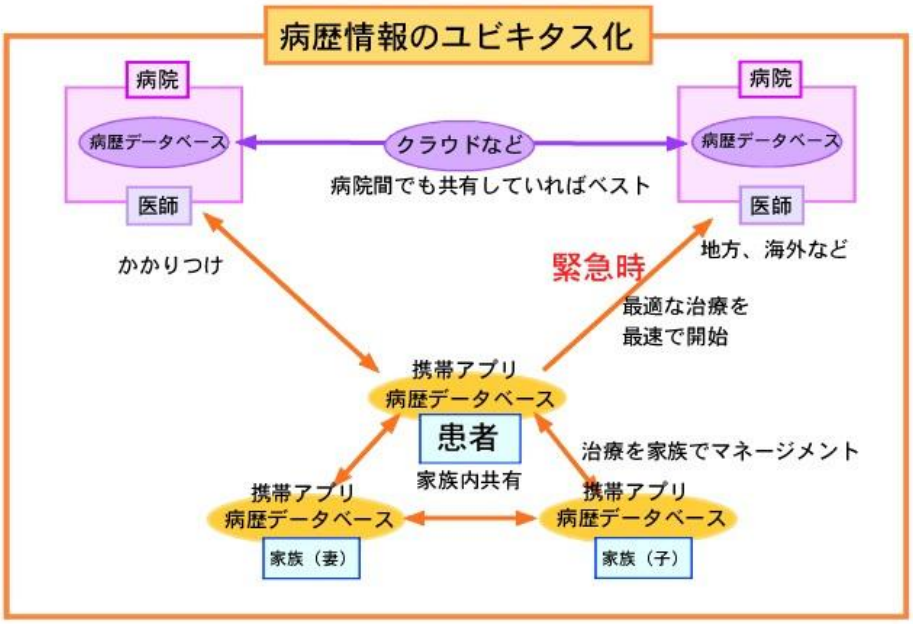


図 2　患者と家族を中心とした病歴管理システム



No. 13	部門：一般	年齢：49 歳	職業：職員

震災がもたらした医療の将来像ーヒロシマからフクシマへー

「スベテアッタコトナノカ　アリエタコトナノカ」。今から 66 年前、詩人の原民喜が原爆投下で灰塵と化した広島で残した言葉である。その被害は爆心地を中心に半径約 2 キロにわたり全焼。しかし、今回の震災は全壊家屋が東北 3 県で 10 万戸を超え、いまだ原発事故の収束も見えてきていない。地域が根こそぎ破壊され「3 月 11 日」の被害の大きさは「8 月 6 日」と重なりあう。

今回の震災は、我が国がこれまで培ってきた手厚い医療体制を瞬時にして破壊したとも言えるが、それがもたらした将来像も少なくない。キーワードは「連携」。地域や専門を超えたネットワークの構築である。例えば、震災直後の混乱の中、一早く避難住民のスクリーニングと被曝医療に当たったのは広島の医師たちだが、この半年間で現地に赴いた医療スタッフは、広島大からの派遣だけで延べ千人を超えた。その後も地元の福島県立医大や同じ被爆地の長崎医大、放射線医学総合研究所、日本赤十字社らと連携協定が結ばれ、ともすれば敷居の高い医療機関同士の横のつながりを深めた。

一方、原発事故などの被災地の復興に貢献する人材を育てるため、広島大は新規のプログラム「放射線災害復興学」を来年度から始める方針を発表。医歯薬学のみならず、環境学、工学や教育学など幅広い大学院研究科の学生が復興に役立つ知識を身につけてもらう体制を整わせることになった。

福島県内の放射線量は次第に落ち着いてきたとは言え、低線量被曝が住民の健康に及ぼす長期的な影響については、実は十分な解明がされていない。原発事故のもたらした放射線リスクとどう向き合って生きていくか。全国で

54 基もの原発が稼働している現在、この命題は日本人のみならず世界各国が共有するものだ。科学的な調査に基づいて生活者の視点から見守っていく。原爆投下から半世紀、今こそヒロシマの被爆者の経験を生かす時であろう。

No. 14	部門：一般	年齢：38 歳	職業：ﾊﾟｰﾄﾀｲﾑ

人を大事にする医療

望む医療は大きく分けて二つあります。一つは情報の伝達です。症状が出て苦しんでいても病気を特定できない、手遅れになる。そういった患者を増やさないために、一度気づけた病気はコンピューターに収めておく。症状を打ち込めば表示される。そうすれば病気を知らない医者も対処法を知ることができると思います。莫大な情報で補えない分は、どの病院も専門医に連絡をとれる連絡網をつくって助言をうける。さまざまな症状から総合的に判断する専門の方がいたらよいのではないかと思います。

二つ目は心に重点を置く医療です。気力、心の持ち方で劇的に回復していくことからも、心と体は密接に関係しています。医者と病気ではなく人と人、心と心で接する。海外ではすでにそれがあたりまえの考えで医療にあたっている国があります。先進国である日本がおくれをとっています。早く目を向け医療は心という考えが広まっていったらと思います。心といえば癒し、芸術、音楽などとりいれている病院もありますが、なんといっても食は大きな癒しだと思います。おいしい食事、楽しく食事をする場があることは精神にも体にも良い。食べ物によって体が作られているのですから薬だけでなく、食事療法で治療していく。食に重点をおくことも大事だと思います。

三つ目はコミニケーション不足の解消です。手術は命にかかわることなのに十分な話し合いや信頼関係のないまま行われている。心がけても互いに意思の疎通が難しい。そこで、医者と患者との意思の疎通、患者の不安や疑問を助ける第三者として働く方をテレビで見ましたが、そういった方が各病院にいたら大きな助けになるのではと思います。

最後に被災地の方々の治療にあたる医者不足についてですが、十分な医療をうけれるのには医者を増やしていくべきだと思います。そうでなくとも、常に人が足りなくて自分の時間どころか二十四時間休みなしで働くこともある、過酷な状況の中働いている医療関係者達がいます。その方々の即急な職場改善、それから病院がないところ以外、病院がいくつもある地域ではやたら、開業医を認めないシステムを望みます。患者が少なくても国のお金でなりたっている、そのお金を、まずは寝る間もない医者を救う資金にあて、未来の医者を育てることに使う。そして、お金がなくても医者になりたい人がなれる、育成機関が充実していったらと思います。

No. 15	部門：学生	年齢：21 歳	学校学科：大学・心理学部

決意

地震が起きた 3 月 11 日。

あれからしばらく家から出られる交通手段もなく、ただただテレビから垂れ流される悲惨な映像を見ていた。それだけで気が滅入った。現地に住む方々の事を思うと胸が痛んだ。

大学で心理学を学んでいる私は、一般就職をするのか、専門職に就くために進学をするのか、長い間決めかねていた。どうせ家から出られないのだからと、一日の大半を自分自身について考えることで費やした。いや、それはいいように言っているだけで、本当のところはただぼーっとしていただけなのかもしれない。なにせ、風邪を引いても太ってしまう私が、食欲すら失せていたのだ。

こうして私がやきもきしている間に、勇敢な人たちは現地へ向かっていった。自分の無能さに嫌気がさした。これから社会人になって、世の中の歯車になる意味も見失っていた。自分が何をしたいのかも分からなくなっていた。

それでも、一ヶ月遅れで始まった新学期の頃には、だいぶ自身も落ち着いた普段の生活を送れるようになっていた。ただ、そのことに矛盾も感じていた。私だけこの場所で悠々と暮らしていていいのかという罪悪感がずっとへばりついていた。

とにかく一度、東北へ行こう。行かなければ何も始まらない気がした。あなたみたいな女子大生に、現地に行って何が出来るのかと親に言われた。自信は無かった。それでも私には行くしかなかった。

現地では、泥にまみれた会社や側溝の掃除が主に行われていた。作業の合間、合間に観光もさせてもらった。現地の方と話す機会もあった。松尾芭蕉も訪れたという日和山。何も状況は変わっていないのは分かっているけれど、時々心配になって見に来るのだとか。ここで見る本当の景色は、どれだけ美しかったのだろう。

地震が起きたあの日から、傾き続けていたけれど、気付かないフリをしていた感情に、やっと正直になることできた。

この半年間は「心」と向き合う時間が多くあった。ずっと迷っていた進路を、進学と言う形で結論を下した。

臨床心理士という資格を目指すために。

世間的にはまだ、うまく名前が浸透していないかもしれないそれは、カウンセラーと言ったらわかりやすいだろうか。実際に現地に行って、話をして、確実に、必要である仕事であると感じた。これから先、何年も、何十年も先であっても必要であるに違いない。

ちょっと心を寄り添えば、すぐにわかることだった。

世の中では「心」というものの存在を軽視しすぎているように感じる。

家が無くなってしまった。家族が亡くなってしまった。

そのような方々にせめての望みを。悲しみで埋もれてしまった心を健康にしたい。ただ、それだけだった。それだけのシンプルなことだったのだ。

こんなことが起こらなかったら、一生気付くことがなかったのかもしれない。

No. 16	部門：学生	年齢：36 歳	学校学科：大学・医学科

自己完結型循環可能な病院

今回の震災で見えてきた未来の医療、それは病院が自己完結型循環可能な生活を提供できる避難場所となることである。

この未曾有の東北地方太平洋沖地震で、東北では、多くの人々が家を失い行き場を失い孤立した状況になった。東京においても地下鉄が機能しなくなり、当日家に帰れない人間がたくさんいた。この震災では、大阪という大都市から近い阪神大震災と異なり、被災した範囲が非常に広範囲で、孤立した地域も多いことである。このような孤立した地域が発生するということを今回の震災はわれわれに教えてくれた。この事態に、今後医療に求められることはなにであろうか。私は、自己完結型循環型の避難所としての設備を備えた病院が、未来に求められる病院であると考える。

現時点でおいてさえ、病院ほど、食事、ベッド、風呂、衣服など衣食住を備えている施設は他に見当たらない。しかしながら、自己完結型の循環可能な施設になっているかといわれると、そのようにはなっていないのが現状である。今までの機能に加えて、病院それぞれの規模に応じた機能を構築し、自己完結循環可能な設備を備えていく必要があると考える。具体的には、1 次医療施設から 3 次医療施設まで共通して求められる機能としては次のことが想定される。

1）水を循環して使用できる、たとえば、地下水などの利用体制の構築や、下水の再利用することが可能な機器の設置することが考えられる。これらにより、食事、飲料水、洗濯、トイレ、風呂などの生きていくために必要な水の確保を行える。

2）自然エネルギーなどの循環型自己完結できる発電装置、電気蓄積設備、そして、電気だけで調理できる調理器具、お風呂の装置などの設備も必須であろう。食料の備蓄、あるいは、暗室で水さえあれば、野菜栽培可能な野菜工場の設備の設置や、クロレラなどの自己循環完結型の栄養供給源となる新しい食料の開発ではないだろうか。医療従事者は細菌を扱うのも得意である。

3）正確な情報を得るために、たとえば、衛星通信など災害時も使用可能な情報通信網の整備である。

上記に加えて、基幹病院にはヘリポートなどの外部との連絡設備や長時間発電可能な装置、蓄電技術なども必要なのではないか。

こられの設備、体制を構築したうえで、平時から広範囲の大規模災害発生を予想した訓練、広報、警察、消防署などの行政との連絡を行う必要もあるであろう。

未来型の病院に求められるのは、長期間にわたる広範囲の災害時に、被災した地域が孤立したとしても、病院が、自己完結型循環の避難場所を提供できることである。これらの体制を構築するためには、自己完結型循環型エネルギーを作り出す機器をはじめとするテクノロジーの発展、行政と協力して体制を整えることは必要不可欠であるし、医療者が災害時に医療のみだけではないライフラインとならなければいけない。

No. 17	部門：学生	年齢：18 歳	学校：高校 3 年

医療テレビ―医療先進国の礎を築く―

震災前後の我が国医療の実状は、次のようである。

(1)ますます厳しくなる病院へのアクセス

震災前でも、アクセスの難しい地域が点在した（注 1）東北三県であるが、病院が壊滅的な被害を受けたため、診療を受けることのできる病院数が激減したうえ、避難所からのアクセスには、大部分、所要時間がよりかかるようになってしまった。

(2)高齢化の進展と地域の衰退

震災前でも 600 地域以上ある地域として存立が危うい地域（注 2）が、全国にあった。それが、今後、高齢化の進展と共に、さらに世帯数が減少し、その存立が危うい場所が増えると考えられる。そして、これらの地域は、ほとんど人が住まない限界集落となると予想される。これから数年かけて、復興がなされるはずであるが、地元に戻りたい人の割合が 4 割（注 3）という状況では、なおさら、地域社会が弱体化することは避けられない。

(3)病院数の減少

震災前の医療施設数の年次推移（注 4）を見てみると、病院は平成 2 年をピークに減少しており、平成 4 年からは 1 万施設を下回っている。東北三県では、一般病院や個人病院の廃院が続いており、この傾向は、さらに増幅されるものと予想される。

(4)需要においつかない救命救急医療体制

震災前でも、本格的な入院を要する救急医療のできる施設（注 5）は、全体の 3 割強に過ぎず、とてもニーズを満たしている状況になかった。そこに大惨事が起こり、病院機能が麻痺してしまった。街中に重篤患者が現れた。

これら震災がもたらした諸問題は、医療機関が処理できる限界を超えた。しかし、今後、このような大震災ばかりでなく、日常生活の変化に伴い、個々にふさわしい生活や健康への関心やニーズが高まることが十分想定できる。そうなると、医療従事者の効率的な活用と、患者のよりよい医療へのニーズをつなぐ、新たな媒体が必要になるのは必然である。それは、生活基盤のある地域ばかりでなく、地域外や海外とも結び、患者にとって最良の医療を受けやすくする媒体である。それが、『医療テレビ』（注 6）である。

医療テレビは、既存のテレビと大きさが違う。個人が、自身の部屋や机の上などで見れるよう、手のりサイズである。どのような場面でも持ち運びが簡単にできる。操

作方法は、タッチパネル式なので、見たいアイコンをタッチペンでタッチしながら操作する。

医療テレビには、従来とは違ったアイコンがついている。

①診察を受けたい国名・地域名／②診察を受けたい診療科目／③日常使用する言語・診察の際使用する言語／④カルテ：かかりつけ医の診断／⑤患者の臨床データ：病歴・手術歴・遺伝情報等／⑥治療費の送金・決済方法／⑦利用したい保険の詳細事項／⑧相談・カウンセリング／⑨テレビ電話

⑧は、診療科目がわからない時、押すと、コンピューターによる音声ガイダンスが行なわれる他、直接、医療の専門家と話しながら病院を決められるようになっている。

⑨は、⑧のうち、ことばではうまく説明できない症状を持つ時や、説明自体苦しくてできない病状の時、患部を映して送信し、それに対して、医療の専門家がアドバイスをし、患者のかかるべき病院を特定する。

このような媒体さえできれば、どのような時にも、どのような環境でも、適切な医療を受けることができ、医療機関へのアクセスも、より迅速にできるようになると考えられる。そして、その結果、わが国が、医療先進国として礎を築くことに通じることになるはずである。

（注 1）財団法人　農村開発企画委員会、「平成 17 年度　限界集落における集落機能の実態等に関する調査報告書」、平成 18 年 3 月

（注 2）前掲資料 64 ページ

（注 3）朝日新聞　2011 年 10 月 9 日

（注 4）厚生労働省「平成 20 年（2008）医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」

（注 5）前掲資料

（注 6）Clint Boulton 著、“Google TV Treads Familiar Web TV Turf with　Open Platform”、eWEEK Indexing ＆ Search Engine News ＆ Reviews、2010 年 03 月 23 日。Web とテレビの融合の失敗の歴史について、Gartner のアナリスト、バン・ベイカー氏が述べた、「動画とニュースや天気予報のような速報性のあるコンテンツを組み合わせ、従来型のリモコンで操作できるようにし、パフォーマンスが十分でサービスのレスポンスを良くすれば、消費者に評価される」という内容を、未来のテレビを考えるヒントとした。

No. 18	部門：学生	年齢：18 歳	学校学科：専門学校・看護学科

災害に強い看護師の育成

看護学校の教育内容は平成 21 年に改正され、災害看護学の科目が必修となった。日本は地震や台風など自然災害の多い国であり、今年 3 月には東北地方太平洋沖地震が起きた。震災直後から現地医療スタッフ、DMAT、消防、自衛隊、ボランティアが被災地で活動した。しかし、当初は医療従事者間や他機関との連携が難しかったと報じられている。

改善策として私が思いついたことは、学生の臨地実習や病院勤務者に対して DMAT、消防、自衛隊（以下、他機関）などの組織で見学実習を行うことである。災害時には日常ではかかわりのない組織との連携が必要になってくる。見学実習を行うことで他機関が災害時にどのような活動を行い、どのような装備を持って機能しているのかを学ぶことができる。その結果、医療従事者は他機関との連携を図りやすくなり、災害時の医療活動がスムーズになるのではないかと思う。実際、他機関の活動や装備を見る機会は少ない。実習を通して学生のうちから災害時に活動する他機関について学んでおくことにより、自然災害の多い日本ならではの医療が築かれると感じる。既に病院勤務している人に対しても他機関が実習の受け入れを行うことができればさらに良いと感じる。

実習内容としては他機関の職員による講義、数日の他機関への臨地実習。ここでは、災害時にどのような装備を用いるのかを学び、可能であればその装備や救急品の扱い方の説明や実際に触ることができれば理解も深まると感じる。他機関の行う災害に対する訓練の見学し他機関に対する理解を深める。そして、災害時のマニュアルや命令系統を知り医療機関との連携をどのように図るのかを学ぶ。また、実習の最後には災害現場を再現した場を設けて、学生や他機関の職員とチームを組み、実際に救助や患者への対応の練習ができたら、一層災害時の連携についての大切さが理解でいると思う。この実習を通して、災害時の他機関との相互理解が深まり、連携の実際や大切さを学ぶことができると感じる。このように、災害時に活動する組織を医療従事者が知ることは、自然災害の多い日本において必要なことであると思う。そして、前述した見学実習を通して全ての医療従事者が災害時に対する知識を深めることができたなら、現在よりも日本の医療は災害に強くなるのではないかと感じる。

最後に、現在行われている災害看護学の講義についても必ずしも災害看護に携わっていた看護師が担当しているわけではない。このため、講義が表面的にならないようにするためにも、DMAT 経験者などを講師として招くことができるようなシステムがあればよいと思う。前述してきたように日本は自然災害が多いため、災害看護に力を入るべきであると感じる。

No. 19	部門：学生	年齢：23 歳	学校学科：大学院・総合政策研究科

言葉を理解する

3 月 11 日の震災のボランティアで、私の父は医者として大阪から被災地に 10 日間ほど派遣された。父以外にも多くの医者や看護師などの医療従事者が被災地に入った。父が東北の被災地に行くという話を聞いて思い出したのが、東北の方言は難しいということだった。後から父に聞く限り、言葉の壁はほとんどなかったみたいだが、あの時は患者の伝えようとしていることが分からないのではないかなと思っていた。

そこで思い出したのが、医療でよく使う単語を集めた方言辞書の存在である。まだ一部の地域でしか医療用の方言辞書は存在していないみたいだが、全国の方言を網羅することができれば医者がどこに訪れたとしても強い味方になるのではないかと思った。方言でしか伝えられないものや感覚が話者にはあり、方言のほうが患者の感じている痛みや症状を聞き出すのには適していると言われているので、方言を理解できることは患者に近づくことでもあると思う。

しかし、注意しないといけない点もある。大分の方言で「めんどしい」という言葉があるが、高年層と若年層では意味が多少異なる。高年層には「恥ずかしい、情けない」といったニュアンスで使われるが、若年層には「面倒くさい」と共通語に似ている意味で使われている。高年層の患者が、何か出来ないことがあって「めんどしい」を自分が情けないという意味で使ったのを若い看護士などが聞いたら、めんどくさいから行わないのかと勘違いされてもしかたがない。ただ、これらの注意点も方言辞書があれば解消できるのではないだろうか。

他にも方言にはポライトネス効果というものがあり、ちょっとした方言を使えたり、理解できたりすると患者との心理的距離が近くなり、診察などでも良い影響が出るのではないかと思う。そして、医者不足とも言われている現在、自分の地元でない地域で診察に励む医療従事者も増えてくるだろう。そうした中で、その地域の方言辞書があることは患者の声を拾うために良い働きをしてくれるのではないか。さらには、先ほどの「めんどしい」の例のように、コミュニケーション問題の解決に繋がることもあるので、方言辞書がもたらす効果は十分にある。

方言を知ることで、患者のひとりひとりの言葉を誰でも分かるようにすることも、医療の将来としては必要になってくる。これは、方言に限らず外国語にも同様にいえる。日本に滞在している外国人や日本に医療で訪れた外国人の人の声も逃さないことで日本ならではの医療先進国としてのあり方を示すことができるのではないだろうか。世界一の医療先進国を目指すのなら言葉というコミュニケーションツールに障壁が生まれないようにすることは必要不可欠なことである。

No. 20	部門：学生	年齢：25 歳	学校学科：大学・医学科

ボランティア医療チームから学んだ真の意味でのチーム医療

東北を襲った未曾有の大震災では、日本の医療の様々な問題点が浮き彫りになった。と同時に、それを補うようにボランティアなどの復興支援に職種を問わず、多くの人々が関わることとなった。そのなかには、私たちとなじみの深い医者や看護師だけでなく、薬剤師の方々なども現地に赴き、その知識と技術によって多くの人々を救うこととなった。

私がかかわる学生サークルにおいて、実際に現地にて支援を行った薬剤師の方々に講演をしていただく機会があり、実際の現地の悲惨さのみならず、そこで結成されたボランティアの医療チームについてうかがうことができた。

私はこれを機会に現在のチーム医療の問題点、医者とその他のコメディカルとの間の壁について考え、将来の日本の医療像についてその解決策を探ることにした。

さて、実際のチーム医療と今回の震災で活躍したボランティアによるチーム医療の相違点は何かというと、前者は医者に決定権がありその他のコメディカルはそれに付き従うのが主であるのに対し、後者ではチームの人々が職種に関係なく意志決定権があり、各人の判断で最善と思われる処置を行ったことにある。

このボランティア医療チームの長所を災害時だけではなく、通常時にも生かすには医者とコメディカル同士の情報の格差をなくすこと、情報の共有を行うことであり、その具体的案として、一つの病院内にとどまらない、医者や看護師、薬剤師など医療従事者であればだれでもアクセスできるようなグローバルな患者のデータベースの確立が必要であると考えた。

ある患者に対して適切な処置を医者だけではなく、看護師や薬剤師の視点から考え、その意志を常に共有できるように通常時から行うことで、さらなる医療のパフォーマンスの向上が見込まれる上、互いを尊重しあい、地域ごとの医療関係が協力し合う土台をつくることで例えば災害時にも互いに助けあうような体制をスムーズに作り上げることができる。

病院同士が独立せずに情報を常に共有し、一人の患者に対しても迅速に適切な医療の場を提供できること、またそこに携わる医療従事者同士の壁をなくし真の意味でのチーム医療が行えること、これが理想とされる将来の日本での最低限の医療であるといえるだろう。

No. 21	部門：学生	年齢：22 歳	学校学科：大学・経済学科

いつでも、そこにある「医療」

私は、「人」が病院に行くのではなく、「医療」というものが「人」に対してより親密にアプローチをかけられるシステムを作るべきではないかと考える。

それは、震災時などと問わず、すぐ設置できる病院設備のようなもの、いうなれば、テントよりも強固で、かつ、衛生面で優れている建物、「準移動型の病院」が避難所にあれば、そこを拠点に医者や看護師を配置し、医療を欲する地においてよりよい医療活動ができるのではないだろうか。

例えば、今回の震災をもとに考えてみると、学校が避難所の場合、保健室にはある程度の薬や、医療用具があるので、多少の医療行為ができるが、公民館や公園などにおいては、そういった初期治療ができる設備や医薬品がない状態でしばらく過ごさなくてはならなくなった。そういったときに、簡易的ではあっても、すぐに設置できる病院設備のようなものがあれば、より迅速な初期治療が可能になってくるのではないだろうか。

それだけではなく、常に、どのような医薬品、医療機器がその避難所にどれくらい必要なのかを、各自治体がデータとして保管し、緊急時には、それをもとに、避難所へ医薬品の的確な配分量と、どの医薬品を優先的に輸送しなければいけないかをわかるようにする。そういったシステムを構築することができれば、空路、陸路問わず的確に医薬品の分配ができるのではないだろうか。

また、今回の震災では、自発的に救助活動などの「支え合うシステム」というのが構築されていた。つまり、自発的にそういった行為が行われるのであれば、災害時に使う医療用具や医薬品は、医療従事者以外でも使えるようにしてみてはどうだろうか。

例えば、骨折した人がいた時、どういう風に固定をするべきかがわからず、誤った固定の方法や消毒の仕方で余計に症状が悪化してしまう場合がある。それを防ぐためにも、誰にでも簡単に使える医療道具が必要となってくるのではないだろうか。例えば、ジェル状のものを腕に塗るだけで、それが消毒剤にもなりギプス代わりとなるような医薬品や、深い傷や火傷を負ってしまった時には、その傷口を覆うようなジェル状の医薬品であるような、誰にでも使える緊急時用の治療道具である。

以上のように、誰にでも扱える緊急時用の医療用具や医薬品、そして、病院のように衛生的で強固な建物がすぐに設置できる装置があれば、震災時だけでなく、十分な設備がない診療所においても、医療格差を是正する一端となることができるのではないだろうか。

No. 21	部門：学生	年齢：33 歳	学校学科：大学・医学科

私の理想が日本医療の理想と出会ったとき

「被災地で最も必要とされるのは生活の質を守る医師、つまり家庭医だ」

家庭医療学夏期セミナーの最終公演で、ある医師はそう熱く語っていた。

「震災後の数日後は確かに命を救う医師が求められていた。しかし、それ以降に被災地の方が求めている医療は包括的、継続的なケアだった。それは私たち家庭医が担うべき仕事である」

全くその通りだと、私は力強く頷きながら聞いていた。

震災後には、避難所で暮らさなくても、生活習慣の変更を余儀なくされた方は少なくない。当然、栄養の偏り、睡眠時間の減少、精神的ストレスの増大は発生しうる。それらの要因は多くの病気、特に慢性疾患につながりやすい。

医師不足が生じた今回の震災では、ある診療科の疾患だけでなく、複数の診療科の疾患を診られる医師が要求された。生活習慣に根差した病気が主なので、異なる医師が巡回診療をするよりも、常に一人の医師が対応することが理想的だった。さらには、環境衛生に配慮し、予防治療を施し、在宅ケアを手助けする医療が望まれた。これらは全て、家庭医の得意分野だ。

だが、現在の日本を考えてみれば、こういった医療の需要増加は震災にあった地域に限った話ではない。超高齢社会となり、医療の人手と資金不足が深刻化している日本なら、どこでも必要とされている医療である。その必要性は今後日本中で増す一方であろう。今回の震災後の医療事情は、未来の日本医療のあるべき姿を考えるいい見本になっていた。被災地で家庭医の役割が重要だったことは、将来、家庭医が果たすべき役割が大きいことを端的に示している。

私にとって、それは日本の医療の将来像が見えたと同時に、今後の生涯をかけて歩むべき道が見えた瞬間だった。

私は 31 歳にして「根源的に人に役に立つ仕事をしたい」と一念発起し、毎晩遅くまで 2 年間受験勉強をして、今年医学部に入学した。入学後も私の信念を実現できる医療とはなにかを常に考えながら勉学に励んでいて、偶然か必然か家庭医療学夏期セミナーの存在を知った。200 名近い意識の高い医学生と、ほぼ同数の家庭医が集まる大規模な合宿である。そこでの家庭医は医学生の隣に座り、夜を徹して語ってくれた。

「一つの臓器に注目するだけでなく、常に一人の人間として診るべきである」

「一人の人間とだけ捉えるのではなく、社会の中の人間として考えるべきである」

「既になった病気だけに注目するのではなく、これからなる病気に気を配るべきである」

「体だけでなく、心も治せる医師になるべきである」

「病院ではなく、家庭で療養すること、看取ることを目指すべきである」

これらの言葉はあまりに新鮮だった。

セミナーの最後に、上の被災地での家庭医の役割についての講演を聞いた。全ての点が線でつながった気がした。私は、人生で最もすがすがしい気持ちであった。実現できる医療の理想像を得られたと確信したからである。

No. 23	部門：学生	年齢：21 歳	学校学科：大学・総合政策学科

奇抜な発想もよりも、あたりまえのことができる医療体制の追及

私は日本の医療の将来像を考えるうえであたりまえかもしれないが、これから述べる 3 つの要素『場所・供給・管理』が重要であると考える。医療を安全におこなえる場所の確保、治療や薬の安定した供給、医療カルテの管理である。

最初に述べたが、この 3 つの要素は医療の安定した供給を考えた時に誰もが最初に思いつくあたりまえの発想かもしれない。しかし、この誰もが最初に思いつくあたりまえの発想が東日本大地震の時には機能しなかった。日本は世界の中で医療技術が高く、医療のインフラ整備がなされており、男女共に平均寿命が世界一にもかかわらず・・・

東日本大地震では、医療を安全におこなえる場所の確保が困難であった。診療所は津波被害による全壊、地震による倒壊により、(2011 年 4 月 25 日共同通信朝刊、医師会の調査では、宮城 77 施設、福島で 25 施設、岩手で 16 施設ベッド数が 19 以下の診療所、岩手は規模別の集計がおこなわれていない）普段の生活で病気をしたとき時に地元の診療所を使っている人や通院している患者が中型、大型病院に流れ込み病院の廊下まで患者があふれる事態になった。また、医療の安定した供給もおこなえてはいなかった。中型、大型病院で、機材はそろっていても、水や電気の予備は長期間で考えておらず、自分の病院で診断している以外の人たちまで見る余力はのこっていなかった。さらに、医療カルテの問題も露呈した。近年、カルテの電子化促進がうながされていた。かなり普及してるイメージが私にはあったが実際は行われていないのが現状であったのを思い知らされた。ちなみに 2010 年 10 月のカルテの電子化普及率は約 20%である。電子カルテをしてないがために、医師がその場でなんの薬を患者に渡せばよいかがわからい状況が震災の医療現場ではおこっていた。

電子カルテ導入を義務化していれば、このような混乱は生まれなかっただろう。

私たちは東日本大震災により重要なことに気付かされた。日本は、医療技術の高さ、医療施設の数、保険制度は充実している。これだけ日本は医療にたいして熱心に取り組んでいるのだから大丈夫というおごりがあったのかもしれない。3 つの要素が、あたりまえのようにでき、あたりまえのように提供できる医療体制を作るべきだと思う。

『奇抜な発想もよりも、あたりまえのことができる医療体制の追及』

参考文献：2011 年 4 月 25 日共同通信朝刊

No. 24	部門：学生	年齢：24 歳	学校学科：大学・医学科

寄り添う、受け入れる ～3・11 から学ぶこと～

現状をしっかりと見つめるーこれが私が今回の震災で一番強く思ったことである。多くのマスコミが、どの地域で何 sv を計測しただとか、原発の有無だとか、外野から意見する風潮がとても目立つ。被災地で本当に何が起こっているのか、何が出来るのかを考えさせてくれるような報道がなかった。原発に関しても有り無しの二元論に捉われ、一向に解決策が見えない。こういった、今まで想定もできなかったような状況に立たされたとき、私たちがしなければならないのは、“寄り添う・受け入れる”ということだと思う。これを医療現場で考えてみると、例えば熱がある人に対ししっかりとしたワークアップもせずにわりと広めの抗菌薬を処方すること、例えば家族を亡くし絶望する、慢性咳嗽の患者さんの喫煙に対し目をつぶることー。当然通常の医療現場では絶対にしてはいけないことだ。しかし、被災された方は外野である医療人には分からないような苦悩、絶望感がある。これを無視して頭ごなしに日常の常識を押し付けるのは間違った医療である。しっかりと患者さんに寄り添い、今何を欲しているのか、どのような思いを抱えているのかを聞き、感じる必要がある。そしてその場、その状況に合った、最適の医療を提供することが大事である。

この震災から学び、日本がリードしていけるのは、この寄り添う医療ではないかと思う。具体的には緩和医療という分野である。昔は緩和というと、死をどのように受け入れるかに主眼が置かれていた。現在では、治療を行いながら緩和の要素を入れていく考え方が広まっている。私が提案したいのは、健康である頃から緩和という視点を持つことである。これは家庭医という視点にもつながることであるが、元気な頃からありのままの現状を受け入れ、もし病気になったらどうするかということに目を配り、予防できることは予防を行っていくということを表している。もちろんただの健康おたくになってはいけない。一人の患者さん、そのご家族、医療人が共に共通のゴールを設定し、それぞれにとって無理がないように目指していくことが大事ではないか、と思う。

寄り添う、受け入れるーこれらのキーワードで緩和という視点を持ち、より多くの人がそれぞれの人にとって満足が出来る人生を過ごすことができるよう、我々医療人はサポートしていく必要がある。そして上手なゴールの設定をすることが大事である。長寿大国である日本が、長い人生はやっぱり素敵だ、と胸を張って言えるような医療・福祉体制を築いていければ、と心から感じている。

No. 25	部門：学生	年齢：22 歳	学校学科：大学・都市環境学部

「人」を看る医療へ

私は大学で緩和ケアを提供する有床診療所の建築計画を研究している。患者の療養環境や生活の質を向上させるには何が出来るのかという思いがきっかけで緩和ケアに関する研究を始めた。がんなどの終末期の患者の場合、病気の治療目的ではなく患者やその家族の生活を支援するような医療ケアが必要となる。そして、病院ではなく住み慣れた我が家で人生の最期を迎えたいという患者も多いのである。生活を送る環境の面では自宅が一番かもしれない。しかし、複数の有床診療所にヒアリングを行ったところ、緊急時の不安や家族への負担などから在宅療養に踏み切れない患者が多いという。自らが望む場所で死を迎えることが出来ないという問題が起きてしまっているのである。

今、必要なのは患者の生活圏にあり、家族や知り合いに囲まれながら食事や入浴など人として当然の生活の姿を最期まで支援してくれる終の棲家としての役割を担う場所ではないだろうか。自宅への訪問診療を行い、日ごろから状態を把握しながら、入院用の病床を持ちいざというときには安心して入院できる場所。出来るだけ家に近い環境で元気なときには自分の好きなことをしていられる場所。ある診療所では患者の娘の結婚式を診療所内の多目的ホールで行ったり、最後にもう一度温泉に入りたいという希望を叶えたりということもなされている。

平成 18 年度の診療報酬改定により在宅療養支援診療所が新設されるなど制度上も在宅医療の必要性は高まっている。しかし、患者が療養環境を選択できるよう施設の整備も十分に行うべきであろう。在宅のみならず、在宅に劣らない身近な療養環境というものが必要である。

未曾有の大震災を経て、人の生活の尊さを実感した今だからこそ、病気だけを看るのではなく一人の患者の生活を支援するような医療のあり方へ見直す必要があるのではないだろうか。

参考文献：土本亜理子/伊藤真美 著「花の谷の人びと」(医学書院)／土本亜理子 著「生きるための緩和医療」