

特 集

宇都宮共和大学シティライフ学講演会 「とちぎを救命救急の先進地に—安心安全なまちづくり—」



…… 要 綱 ……

1. テーマ 「とちぎを救命救急の先進地に—安心安全なまちづくり—」
2. 日 時 2023年12月2日（土）10：00～12：00
3. 会 場 宇都宮共和大学 宇都宮シティキャンパス
4. 次 第
 - （1）講 演 「とちぎを救命救急の先進地に」
小倉 崇以 氏（済生会宇都宮病院 救急・集中治療科 主任診療科長
／栃木県救命救急センター 所長）
 - （2）トークセッション
「安心安全なまちづくり」
聞き手 北浦さおり（宇都宮共和大学シティライフ学部准教授）
5. 主 催 宇都宮共和大学都市経済研究センター
共 催 宇都宮市創造都市研究センター

講演



「とちぎを救命救急の先進地に」

済生会宇都宮病院 救急・集中治療科 主任診療科長
 栃木県救命救急センター 所長
 小倉 崇以 氏

とちぎを救命救急の先進地に
 —安心安全なまちづくり—
 済生会宇都宮病院 救急・集中治療科
 栃木県救命救急センター
 おぐら たかゆき
小倉 崇以

(001)

小倉崇以 Takayuki Ogura

【学歴】
 ・栃木県宇都宮市出身
 ・宇都宮市立戸祭小学校卒
 ・宇都宮市立星ヶ丘中学校卒
 ・栃木県立宇都宮高校卒
 ・東京慈恵会医科大学卒
 ・ケンブリッジ大学留学
 ・自治医科大学にて医学博士取得

【職歴】
 ・済生会宇都宮病院 臨床研修
 ・前橋赤十字病院 専門研修
 ・ケンブリッジ大学 ECMO研修
 ・前橋赤十字病院 高度救命救急センター 副部長
 ・済生会宇都宮病院 救命救急センター長（現職）
 ・世界保健機関 国際緊急援助隊 熱帯災害対応ユニット 構成員
 ・厚生労働省 サブスペンเชียลティ領域の在り方ワーキンググループ 構成員
 ・内閣府産業化学兵器処理事業 医療支援業務専門家
 ・日本救急医学会 ECMOネットワーク特別委員会委員長

E-mail: alongthelongestway2003@yahoo.co.jp

(002)



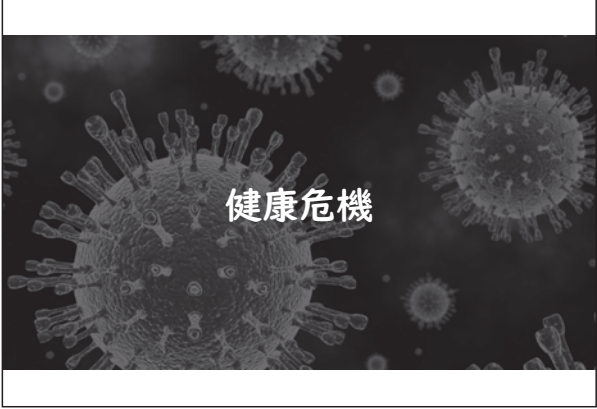
(003)



(004)



(005)



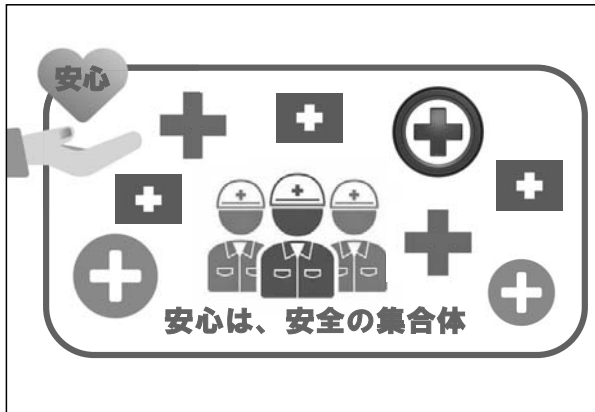
(006)



(007)



(008)



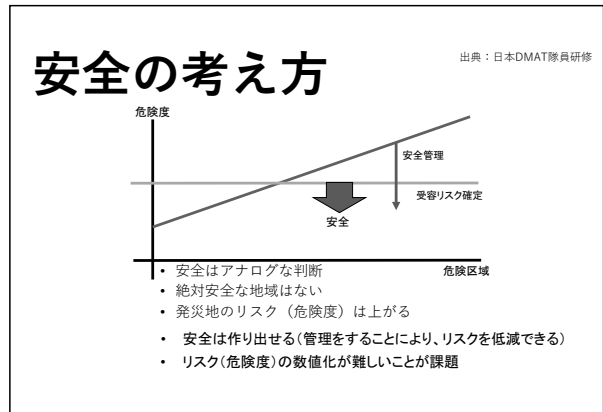
(009)



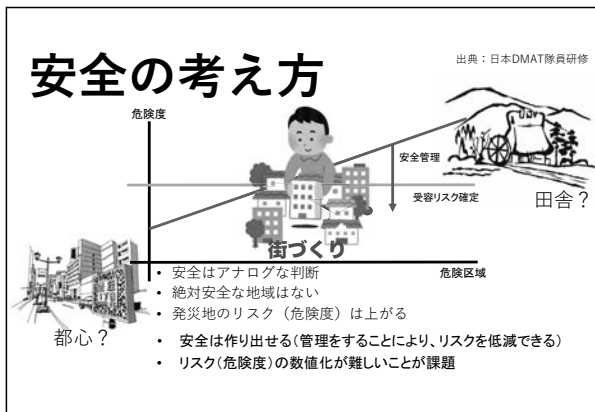
(010)



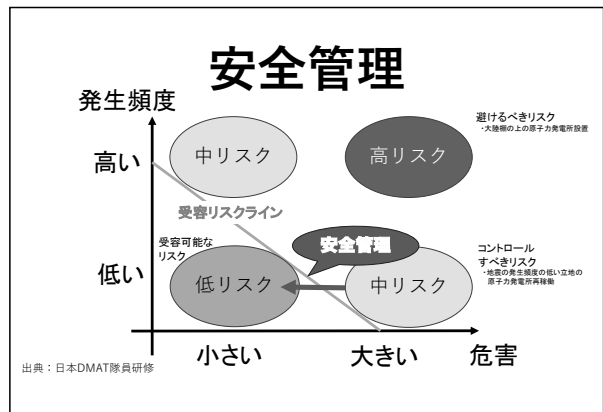
(011)



(012)



(013)



(014)



健康危機管理

現状、どうなってますか？

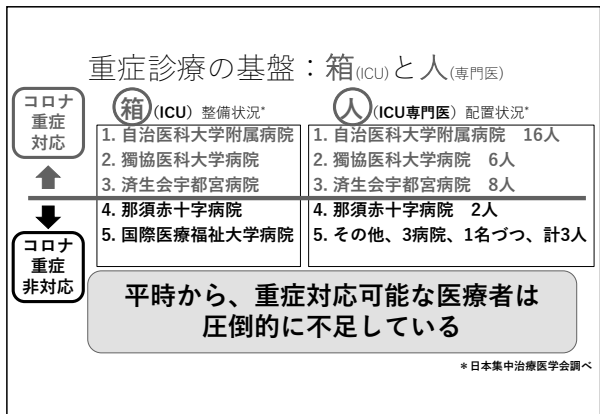
(015)



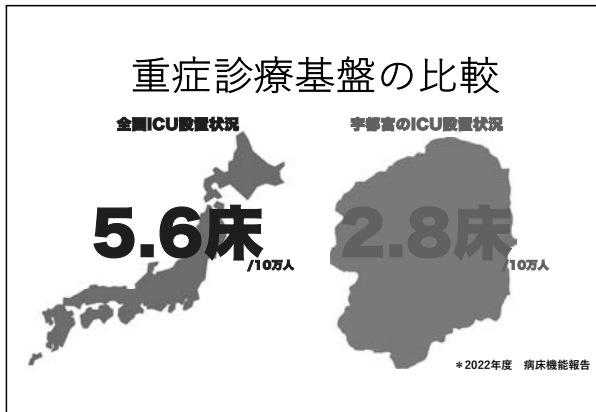
(016)



(017)



(018)



(019)

順位	都道府県	公的医療機関	順位	都道府県	公的医療機関	順位	都道府県	公的医療機関
1	北海道	130	17	山形県	32	33	鹿児島県	22
2	北海道	56	18	埼玉県	30	34	香川県	22
3	東京都	53	19	岡山県	30	35	滋賀県	21
4	愛知県	51	20	京都府	29	36	和歌山県	19
5	大阪府	49	21	福島県	29	37	山梨県	19
6	新潟県	48	22	三重県	29	38	徳島県	19
7	長野県	47	23	埼玉県	27	39	鳥取県	19
8	静岡県	46	24	山形県	27	40	奈良県	17
9	神奈川県	44	25	愛媛県	26	41	大分県	16
10	千葉県	43	26	秋田県	26	42	佐賀県	16
11	福岡県	43	27	高知県	25	43	沖縄県	15
12	宮城県	39	28	長崎県	25	44	福井県	15
13	広島県	37	29	石川県	24	45	高知県	15
14	岩手県	36	30	宮崎県	24	46	鳥取県	15
15	熊本県	34	31	富山県	23	47	栃木県	13
16	青森県	34	32	群馬県	22			

(020)

順位	都道府県	公的医療機関	順位	都道府県	公的医療機関	順位	都道府県	公的医療機関
1	北海道	130	17	山形県	32	33	鹿児島県	22
2	兵庫県	56	18	岐阜県	30	34	香川県	22
3	東京都	53	19	岡山県	30	35	滋賀県	21
12	宮城県	39	28	長崎県	25	44	福井県	15
13	広島県	37	29	石川県	24	45	高知県	15
14	岩手県	36	30	宮崎県	24	46	鳥取県	15
15	熊本県	34	31	富山県	23	47	栃木県	13
16	青森県	34	32	群馬県	22			

**公的医療機関13施設
栃木県、全国ワースト!!**

(021)

	総人口	公的医療機関	公立(県立/市町村立)病院
岐阜県	1,941,463人	30施設	県立3施設+市立病院6施設
岡山県	1,858,269人	30施設	県立1施設+市立病院13施設
福島県	1,784,936人	29施設	県立4施設+県立医科大学病院
群馬県	1,913,192人	22施設	県立4施設+市立病院3施設
栃木県	1,905,170人	13施設	県立3施設+市立病院2施設

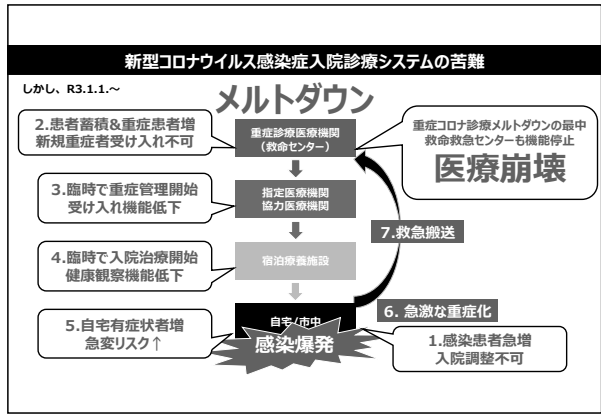
人口比で比べてみても、栃木県は救急をやるべき公的病院が少ない

(022)

重症コロナの 診療基盤は脆弱

重症ベッドも足らなければ、専門医も少なく、、、
県本部のコマンドも機能しない

(023)



(024)



(025)



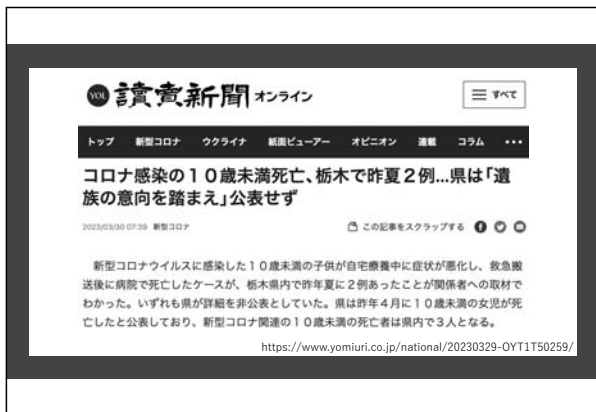
(026)



(027)



(028)



(029)



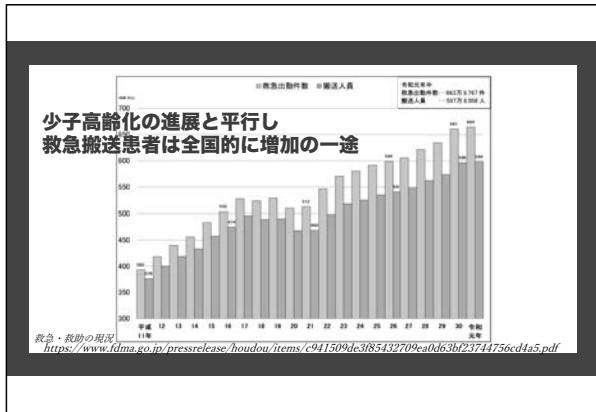
(030)



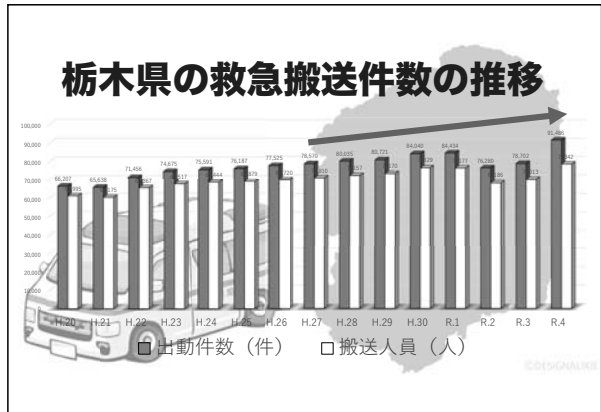
(031)



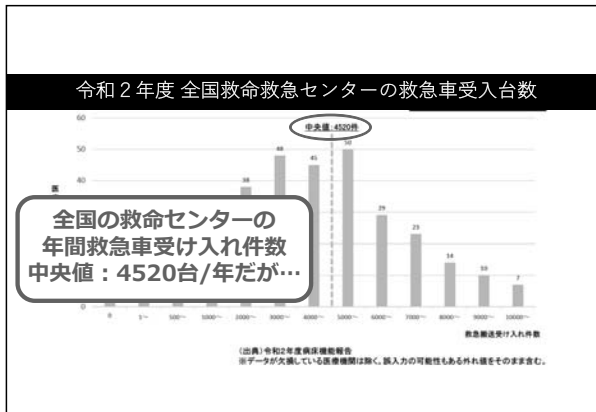
(032)



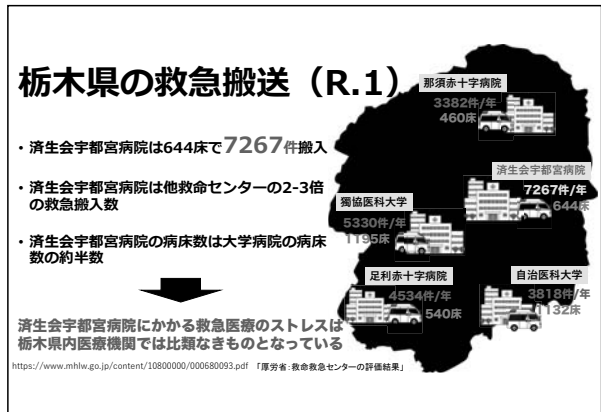
(033)



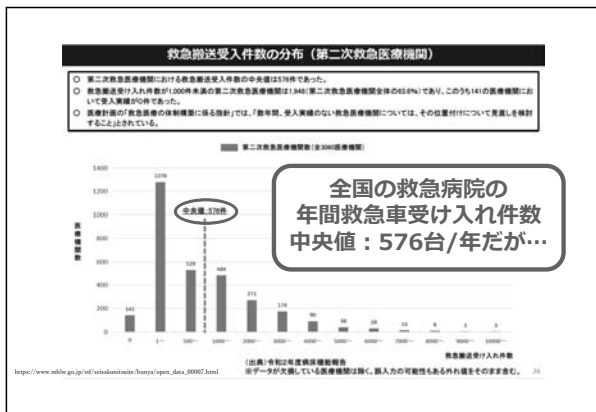
(034)



(035)



(036)



(037)



(038)

高度救命救急センター未設置は 関東では栃木県だけ*という事実

前橋赤十字病院
高度救命救急センター

埼玉医科大学総合医療センター
高度救命救急センター

杏林大学附属病院
高度救命救急センター

東海大学附属病院
高度救命救急センター

横浜市立大学附属病院
高度救命救急センター

筑波大学附属病院
高度救命救急センター

さいたま赤十字病院
高度救命救急センター

日本医科大学附属病院
高度救命救急センター

東京都立墨東病院
高度救命救急センター

帝京大学病院
高度救命救急センター

千葉県救急医療センター
高度救命救急センター

*東日本においても、未設置は山形県と栃木県のみ

(039)

高度救命救急センター@宇都宮 “新設”が必要なのでは？

(040)

安全管理。
その真意、
わかりますか？

安全第一

(041)

防災・減災は、進む。

(042)

2019年10月12日

- ・台風19号発生
- ・日本列島襲来
- ・各地で水害発生

(043)

群馬県 八ッ場ダム

(044)

2019年9月28日

(045)

2019年10月13日

(046)

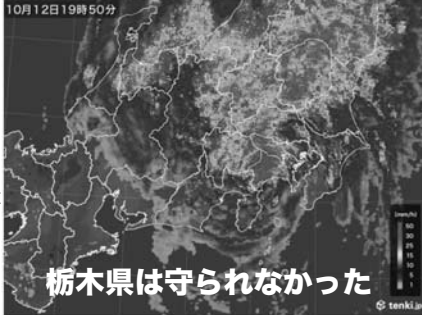
ハツ場ダムは 群馬県民を守った

(047)

10月12日19:50
大雨特別警報発令
県内各地記録的大雨

■被害状況
・死者4名
・土砂崩れ78か所
・堤防決壊
・氾濫68か所
・浸水被害1.8万棟強

■避難所
・369か所
■避難者最大数
・19,822人



(048)

佐野市・秋山川水域
栃木市・永野川水域

栃木県では
河川が相次いで氾濫




(051)

宇都宮市・田川も
氾濫&浸水被害

田川からの溢水による氾濫は宇都宮駅前の市街地を中心に広範囲に及んだ(図5参照)
・浸水面積約150ha、浸水家数2,300戸(床上:1,090戸、床下:1,303戸)の浸水被害が発生
・宇都宮記念病院などの重要施設や特養いずみ荘など多数の福祉施設が浸水(図1参照)

浸水した重要施設	浸水	被害
宇都宮市上下水道局 10階 水処理センター	浸水	水処理機能停止
宇都宮記念病院	浸水	患者搬送困難
宇都宮市立病院	浸水	患者搬送困難
宇都宮市立病院	浸水	患者搬送困難
宇都宮市立病院	浸水	患者搬送困難
宇都宮市立病院	浸水	患者搬送困難



(052)

NHK Web News 2023.10.12

台風19号災害から4年 宇都宮で「調節池」の建設工事が始まる

10月12日 18時29分



栃木県内でも甚大な被害が出た令和元年の台風19号の災害から4年となった12日、中心市街地などが浸水した宇都宮市では、大雨のときに増水した川の水をためて、浸水の被害を防ぐための施設、「調節池」の建設工事が始まりました。

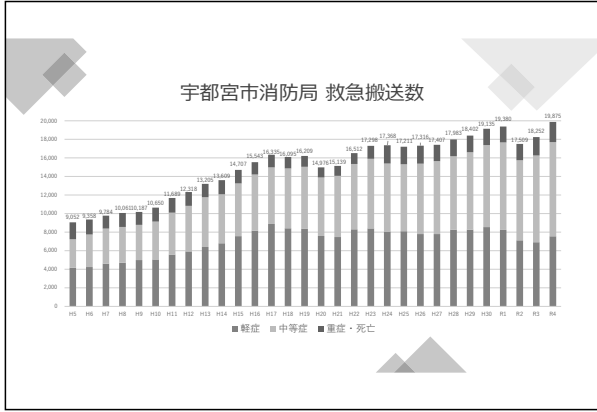
<https://www3.nhk.or.jp/news/utsunomiya/20231012/1090016116.html>

(053)

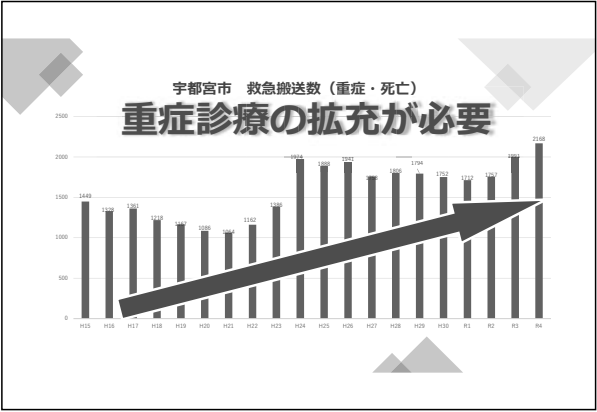


医療の安全管理、どうする？
女王節

(054)



(055)



(056)



(057)



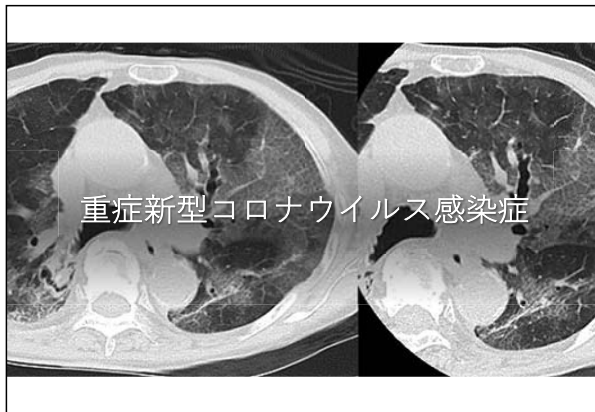
(058)



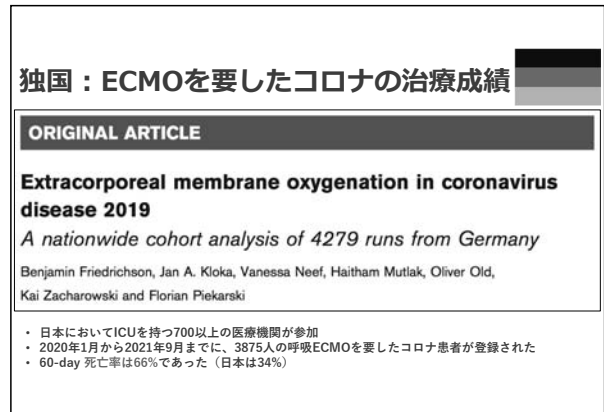
(059)



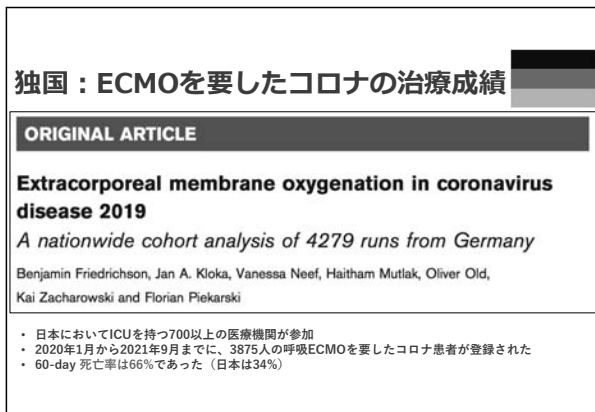
(060)



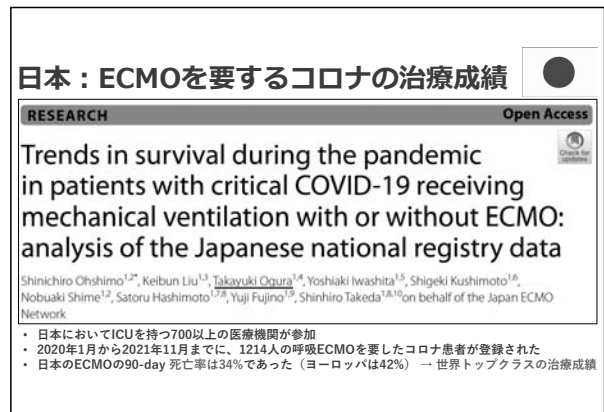
(061)



(062)


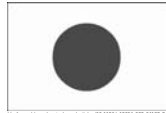
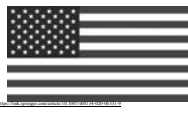





(063)



(064)


コロナECMO：各国の治療成績

 生存率58%	 生存率66%	 生存率50%
 生存率46%	 生存率74%	 生存率34%

(065)

英国から学ぶ危機対応 -ECMOセンター化事業

- 英国人口6700万人
- 平時に6箇所のECMOセンター指定 (1センター/1100万人)
- 患者をECMOセンターに集約 (ECMO Carで患者を搬送)
- ECMOセンターにて人材育成



(066)

英国のコロナ有事対応

- 英国国内人口6700万人
- 最大コロナ患者数68000人/日 (2021年統計)
- ECMOセンターを6施設 → 18施設(3倍)に拡大 (1センター/1100万人 → 1センター/380万人)
- 研究者・教員の全てを診療現場に投入



(067)

日本の強さ = 災害医療

membranes MDPJ

Establishment of a Disaster Management-Like System for COVID-19 Patients Requiring Veno-Venous Extracorporeal Membrane Oxygenation in Japan

Takayuki Ogura^{1,*}, Shinichiro Ohshimo², Keibun Liu³, Yoshiaki Iwashita⁴, Satoru Hashimoto⁵ and Shinhiro Takeda⁶

- コロナ禍において、ECMOの専門家を重症コロナ発生医療機関へ派遣 (全国的に支援)
- NPO法人 日本ECMOnetが災害医療チーム (DMAT) 派遣システムを応用し、ボランティアにて開始
- 日本政府が2020年度の第一次補正にて予算計上し、日本ECMOnetと厚生労働省が業務委託契約締結

(068)

ECMO Consultation • ECMOに関する電話相談 • COVID-19関連情報を伝達 • コンサルテーション受付 • コーディネーション受付 • 緊急支援受付	ECMO Co-ordination ECMOを必要とする全ての患者と状況を支援 • ECMO専門医の派遣 • コラボレーション • 遠隔診察支援 • ECMOトランスポート	人口の70%をECMO専門チームがカバー 71.3% 2-3時間内にECMO team 現場派遣
ECMO導入 • ECMO導入 • トラブルシューティング • 治療戦略のシェア • Pandemicプランニング	コーチング ECMOコンサルタント派遣 ECMOのノウハウを伝授 ECMOの導入を支援 緊急時対応を確認 ECMOの管理を支援	 <p>* ECMOの日本製新規機種は動物実験@豪国 写真：劉啓文医師提供</p>

(069)

最新の日本式重症呼吸不全治療を拠点化しては？



(070)

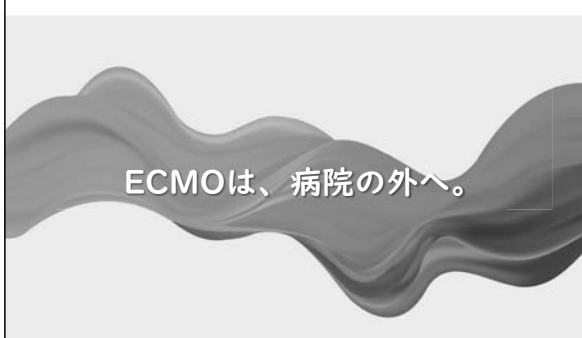
教育開発拠点 ECMO Project

高度救命救急センターでやろうじゃないか...




(071)

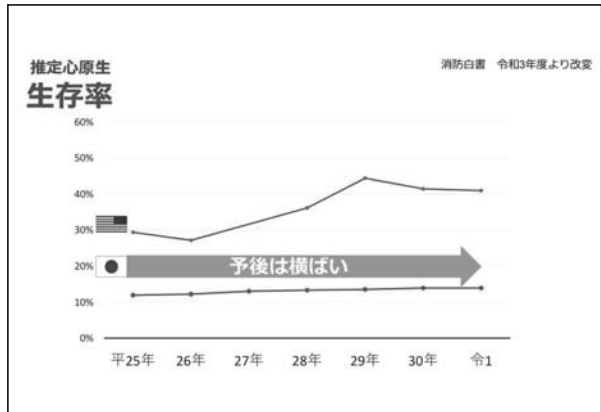
ECMOは、病院の外へ。



(072)



(73)



(074)



(075)

EVIDENCE エビデンス

社会復帰には

- 早期の
- 病院前/現場での
- 質の高い蘇生

High quality CPR
アドレナリン早期投与
気道確保デバイスの導入

Utsunomiya Specific facts

宇都宮特有の事情

- Bystander CPR施行率
- 救急救命士数
- Mechanical CPR device
- 特定行為施行数
- 交通量
- 高層階
- 狭い現場 など

戦略の見直し

消防との検証の結果
一連の現場活動において胸骨圧迫の質は変化する
手法(manualかmechanicalか)や環境(現場、車内、移動)に影響される

(76)



(077)



(078)



(079)



(080)



市民とのふれあい

(081)



県民と歩む、果てなき挑戦。

(082)



その延長戦上に…

(083)



Heart safe city

(084)



(085)



(086)



救命の連鎖

(087)



そこにあるのは、まちづくり。

(088)



(089)



(090)



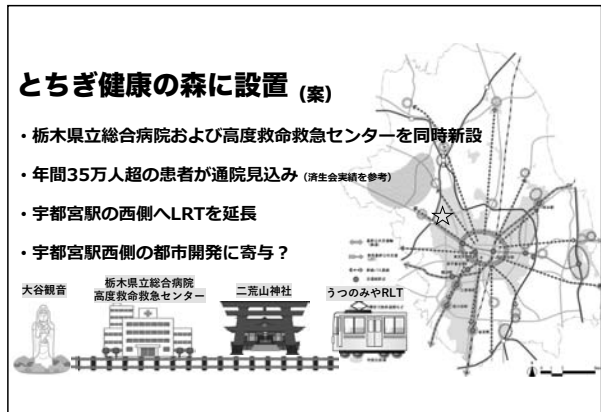
(091)



(092)



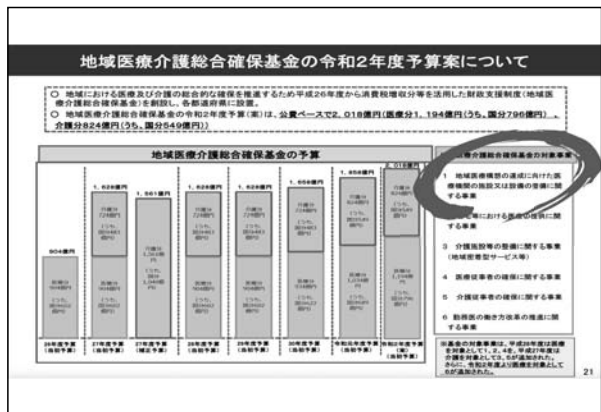
(093)



(094)



(095)



(096)

**栃木県
活用実績
ゼロ!**

地域医療連携推進のための地域医療連携協議会設置と新たな財政支援の整備

○ 地域医療連携を推進するため、地域医療連携協議会の設置と新たな財政支援の整備
の協定を締結し、活用実績をゼロとする。また、協議会により、協議会による新たな事業を推進
○ 地域医療連携を推進するため、地域医療連携協議会の設置と新たな財政支援の整備
の協定を締結し、活用実績をゼロとする。また、協議会により、協議会による新たな事業を推進
○ 地域医療連携を推進するため、地域医療連携協議会の設置と新たな財政支援の整備
の協定を締結し、活用実績をゼロとする。また、協議会により、協議会による新たな事業を推進

(097)

**前橋赤十字病院
公的医療機関等2025プラン(第3版)**

高度救命
救急センター

<https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/3583.pdf>

(098)

構造：前橋赤十字病院 高度救命救急センター

医療機関名	前橋赤十字病院 (2019年12月1日)
開設主体	日本赤十字社本社 大塚 義治
所在地	群馬県前橋市朝倉町389番地1

許可病床数	555床 (2019年12月1日)			
職員数	(2019年12月1日)			
	医師	看護職員	専門職・ 技能業務職	事務職員
正規職員	1,180	707	270	83
非正規職員 (常勤換算)	223.43	79.11	66.15	12.94
合計	1403.43	786.11	336.15	95.94

<https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/3583.pdf>

(099)

収益構造：前橋赤十字病院 (555床)

(1) 入院

項目	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
①入院患者延数(人)	187,590	185,601	183,217	181,347	181,877
②病床稼働率(%)	90.2	89.0	88.1	87.2	89.4
③診療単価(円)	68,534	70,663	70,425	70,122	73,249
④平均在院日数(日)	12.5	11.4	11.3	10.9	11.6

(2) 外来

項目	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
①外来患者延数(人)	220,007	232,172	229,391	220,931	201,803
②診療単価(円)	16,366	19,715	18,834	18,606	20,078

営業収益：約175億円/年

<https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/3583.pdf>

(100)

営業利益175億円とは？ (一般比較)

ぐるなび
営業利益122億円/年

WASHINGTON HOTELS
営業利益175億円/年

アパルタ
営業利益195億円/年

* 済生会宇都宮病院は644床で、前橋赤十字病院の1.16倍の病床を有します。

<https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/3583.pdf>

(101)

国民の医療費

○ 財源構造 (国民医療費は平均ベースの国民医療費を基礎として増減した額)
国民医療費(平成25年度予算ベース)：約4.2兆円

財源	金額	割合
国庫負担(税金)	約1.6兆円	38.1%
保険料負担	約2.0兆円	48.5%
患者負担等	約5.9兆円	13.4%

人件費立率(一般)

項目	金額	割合
医師等の人件費	約19兆円	47.7%
医薬品	約9兆円	22.1%
医療材料	約2兆円	6.0%
委託費・ 光熱費等	約1.0兆円	2.4%

* 前橋赤十字病院(営業収益約175億円/年)は、約80億円/年の人件費となる計算
→ 公式発表では、医療費用に対する人件費率は約60%とされています。
<https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/3583.pdf>

(102)

じゃあ…
造った道の、
その先に…

(103)

覚悟を決めて、
造ろうじゃないか…

(104)



(105)

トークセッション

「安心安全なまちづくり」

聞き手 宇都宮共和大学シティライフ学部准教授 北浦さおり

◆大石

それでは、トークセッションを始めたいと思います。聞き手を務めますのは、本学シティライフ学部の北浦さおり准教授でございます。それでは、北浦先生、よろしくお願いいたします。

◆北浦



よろしくお願いいたします。先生のご発表、すごく熱の入った野心的な計画を話していただいて、たぶん考えるところが大きかったと思うんですね。私、最初伺った時、県外なんですけど、かなりショックを受けて、7歳の子どもがいるんですが、もともと埼玉で、子ども病院とか、あと小児救急センターにも何回かお世話になりましたし、そういうのがないっていうことに改めてショックを受けました。

基本的に病院が本当に必要だっていうことを感じたので、そのために市民の皆さんができることって、どういうことが考えられるのかなっていうのを最初にお伺いしたいなど。

◆小倉



はっきり言うと政治です。僕、統一地方選挙ってどのぐらい話題になるんだろうと思って見てたんですよ、医療のこと。でも、びっくりするくらい、全然話題にならなかったです。僕、これ見て「駄目だ…」と思ったんです。

これだけコロナで苦戦したんですけども、公約として「ちょっと救急部門強くしよう」とか、「医療基盤を整備しよう！強くしていこう！」ということ掲げてる議員はほとんどいなかったんです。市議もそうですし、県議もそうでした。

結局、税金を使うって何なのかっていうと、“政治やる”ってことです。これこれのことに税金を幾ら使いますって、どこで決めるのかというと、議会で決めるんですよ。その議会の決める側の人間が医療について何も感じてないと、絶対に県立病院とか、市立病院とか、税金を使って県民の健康を守っていこうということに対して施策が出てこない。。もう、それがはっきり目に見えちゃったんです。

なので、「ああ、栃木県の医療の課題を自分の中にため込んでただけで、あまり皆さんに話し

して課題を共有することがなかったなあ」と、今、猛省してこのように講話に登壇させていただきます。

◆北浦

それで、那須塩原で3月にご講演された時から構想が具体的でパワーアップしているんですね。

◆小倉

はい。でも、この医療基盤整備、とくに栃木県の場合は県立3病院をどうするのか？という問題、やっぱりとても難しい問題ですよ。もちろん行政官にもその道のプロがいるんですけども、「こういうふうによれば、こういった形でできるんじゃないか」という明るい道筋がなかなか見えない、、、なぜなら自治体病院って、基本的には赤字だと言われるんで。県のがんセンターとかりハビリテーション病院っていうのも、やっぱり全部赤字なんですよ。年間でだいたい10億円くらいのお金（運営負担金、等）がそれぞれの県立病院につき込まれた状態でやっと運営してるんで、結局、県立病院建てようとかって言うても、担当になった行政官が試算すると、赤字運営しかみえてこない。でも、僕は、済生会、もともと2018年は医業収益で見ると8億円の赤字病だったんですが、私が入ってから1年間で1.5億円の黒字に持っていきました。差額でいうと、1年間で9.5億円の増益でした。もちろん、自分ひとりでやったわけではなく、病院全体でやったわけですけども。でも、どんな会社でもそうですが、経営は全て、やり方次第だっていうことなんです。（もちろん、コロナ禍で病院の運営システムは滅茶苦茶に破壊され、計算が立たなくなっていましたけど…）

◆北浦

そうですね、V字回復。

◆小倉

はい、V字回復やったひとりの救命救急医の経験から、病院の運営だってやり方次第だっていう実感を、自分の実績として持つことができたんです。だからこそ、そういう経験を元に、県立病院の機能拡充とか県全体の医療基盤の整備とかのやり方を、経験のある人間が描いてあげないと誰もそこにメスを入れられないんじゃないかというふうに思ってます。あとは、それを実際に「やる！」と、誰が覚悟を決めるかですね。

◆北浦

ありがとうございます。

さて。先生からお話のなった小児救急救命センターや高度救急救命センターとは少し外れるんですけども、素朴な疑問で恐縮なんですけど、県内って高齢者のための医療センターとかって、どうなんですか？高齢者、すごく増えてますよね。あとは、発達専門の療育センターに関しては

どうなんですか、あるんですか。

◆小倉

ないです。東京だと長寿医療センターがあったり、そういった形で高齢者がよくお世話になるような、もしくはそういった研究開発やる部門というのがあるんですね。都立の長寿医療センターもあれば、国立の長寿医療センターもあります。もちろん東京はお金がある自治体なんで、そういった高齢者医療に特化した医療施設をつくれますし、東京っていう首都ですから、国立の何々っていうのもできやすいんです。

そういったところと栃木を比較すると、そもそもの財政的なパワーの差というものが歴然としてありますし、栃木はなかなかそういったところを専門的に大々的にやっている部門というのはない、というか作れないんだと思います。

また、医療的ケア児への対応に関して中心的な役割を果たすところも栃木県にはなく、これ、全部民間に委託っていう状況なんです。多少のお金は払うから、これでやっと思ってくださいっていう議論になるんです。この「ひとまず、お金を出しておけばいい（民間委託）」というのは、自治体の体質としては正直よくないと思います。責任感がないですし、それを続けていくと自治体の責任感が廃れて行きます。

◆北浦

分かりました。私、個人的な話なんですけど、子どもが療育を必要としているので、それもあって東京に行ったっていうところがあるんです。埼玉の子ども病院に関しても、もう行くと、埼玉医科大学のところだったかな、隣に、すぐ近くに親が泊まれる宿泊施設あったりするじゃないですか。だから、先生のお話聞いて、新しい病院、どんどん期待しちゃうんです。

◆小倉

イギリスも全部そうなってますよ。ECMO 着けるような重症患者さん、2週間ぐらいICU入院しますので、やっぱり家族は「付き添いたい！」っていうんです。そういった人たちが泊まれるような宿泊施設って、イギリスには必ずあるんです。県内でいうと、獨協さんが獨協インっていうホテルを一応建てていますね。どのぐらい稼働しているかちょっと分かんないですけども、獨協に入院される方が泊まるというような形で運営されているんだと思います。

ただ、宇都宮市内にそういうところはない。一番医療需要が大きく、一番人口が多いのが宇都宮。でも、そういった病院隣接の、入院患者家族のための特化型ホテルというのは、ゼロです。一方で入院する人たちでだけのためのホテルとして造ると、たぶん赤字になります。けれども、街全体の設計図の中で適切に病院とホテルを配置すれば、一般向けの宿泊施設としても入院患者の家族に対しての宿泊施設としても、両方使えるようになります。なんなら、オンコールで緊急呼び出しとなった医師等の一時的な仮眠スペースとしても使えるようになったり、病院職員の寮としても稼働させられるかもしれません。そのように人が寝泊まりできるスペースに多様な用途

を乗っけていくことで、利用してくれる方が増え、おそらくそんなに大きな赤字にならなくて済むんじゃないかと思うんです。

◆北浦

すごく期待が大きく、どんどん膨らんでいく。本当にできたらいいですね。必ず必要だっていうのは、すごく先生のお話で感じました。

さて、もう一回、基本的な話に戻るんですけども、私、全然詳しくないので、子ども専用の病院とか、子ども専用の救命救急センターが必要なのって、どうして大人のところと一緒にならないんですか。例えば普通の一般のクリニックの内科だったら「大人も診ますけど、お子さんも一緒に診ますよ」というのが普通にあるじゃないですか。なぜ、子供専用の救命救急センターが必要かっていうのを分かりやすく教えていただけますか。

◆小倉

はい。例えば“ぜんそく”っていう病気がありますね。子どものぜんそく、大人のぜんそく、両方ありますよね。たぶん小児科の先生も、小児の子が成長して行って成人になっても、その子のぜんそくを診てあげられると思うんです。大人のぜんそくを診ている呼吸器内科の先生も、大人のぜんそくっていつからだろう？といたら、おそらく子どもの頃からっていう話は良くあるじゃないですか。なので、呼吸器内科の先生も、子どものぜんそくは、大体診れるんですよ。

一方、けれども、例えば小児の心臓手術しましょうっていうふうになった時は、どうでしょうか？大人の心臓は大人の掌大ぐらいのサイズです。でも、子どもの心臓って、生まれた時は大人の親指1本ぐらいのサイズしかないんですね。同じ心臓の手術をするといっても、大人と子供とでは、手術に際して発揮される技術に、大きな差があるんです。子どもの心臓いじれる人でも、高血圧とか糖尿病とか持っていて、血管がぼろぼろになった患者さんの心臓や血管をいじれるかって言われると、たぶんトレーニングを積んでいないといじれません。

一方で、大人の心臓だけを扱っている人間が小児のこんなちっちゃい心臓をいじろうと思っても、たぶん小さ過ぎてできないんです。大人と子供では専門性が全然違うんで、小児は小児の医療センター、成人は成人の医療センターっていうのがしっかりと分けられてしまうんです。

◆北浦

それは例えば、さっきちょっと私が伺った、高齢者専用の医療センターっていうのとはまたまた違うわけですか？設備とかそういった面も。

◆小倉

はい、違いますね。ある特定の分野に特化することで、そこに専門性を見いだして頑張るといふ施設があることも事実です。例えば、アルツハイマー病などの高齢者特有の病気がありますね。このアルツハイマーは高齢社会を迎えた日本の国民的な悩みの種ですから、そういった病気を

いっぱい診て、新薬を使って、さまざまと研究開発をして、よりよい長寿医療社会をつくっていかうというような動きを生みやすくなります。なので、そういった方向性でその病院を設計するのであれば、アルツハイマーの患者さんが、てんでんばらばらでどこ行ってるか分からないよというよりも、その診療の拠をつくり、そこに患者さんに来てもらい、最新の医療を提供する、プラス研究開発するって形で、専門特化型の病院を作って運営していく。そういう取り組みを起点として、社会や街をつくってくということもできます。もちろん、そのようなアルツハイマーの診療拠点となる病院を持つ街は、ちゃんと設計すれば、高齢社会先進地域として野心的な方向性の雰囲気を選びながら、徐々に成長していくはずです。

◆北浦

それはさっきの ECMO の話と同じですね。

◆小倉

ええ、そうです。“拠点”って必ず必要なんです。キリスト教が普及するのにも、教会が必要だったことを想像すれば、理解はたやすいと思います。新しい治療法であり、かつ、発展性の高い ECMO という治療にも、今後は診療拠点となる施設の設置が必要です。

◆北浦

もう一つお伺いしたかったのが、先生のやられた中で、最初に感銘をすごく受けたのが、システムそのものを変えられるとか、新しく再構成されるということから始められて、最近のお話で伺ったのは、男性育休の取得事例が8件もあるってことです。そういう働きやすい環境を整備するという点に関して、ちょっと事例交えてお話お伺いしたいんです。

◆小倉

さっきの救命センターの再建ですけども、8億円の赤字病院だったところを1.5億円の黒字病院に持ってくのって、やはり結構大変な作業なんです。1年でV字に回復させるパターンを実際にやり遂げちゃったんですけども、僕は3年計画ぐらいのつもりで黒字化持ってくっていうのを想像していたんです。というのは、1億円の赤字、2億円の赤字、3億円の赤字っていうふうに来たので、そこをいきなりポーンと黒字に持っていくと、内乱が発生するだろうって思ったんですよね。強固にシステム変更するので、急激な変化に耐えられない人も出てくるだろうな、と。実は、そこに対してすごく気を遣ったんです。

簡単に言うと、人が離れていっちゃ駄目だよなとか、けんかしちゃ駄目だよなとか、あとは、1回V字回復したとしても、それ続けなきゃいけないよなとかってというような継続性を考えると、ある程度のスピード感と、ある程度の目標をどのペースでこなしていくかっていうメルクマールとかも全部置いたんで、それを3年のスパンで考えたんです。

ただ一番大事なのは、やっぱり最後は“人”なんです。システムを変更しても、そのシステム

についてこれる人が残らなければ意味がない。それができる人を育てないと続かない。救命救急というのは常につらい部門だって言われてるんで、何もしないでいると、人が逃げていっちゃうんですよ。じゃあ、何を目玉政策としてやろうかというふうに考えた時に、子育て支援とか、そういう、この地域の救急医として長く働いてくれるような設計図をまず描かなきゃいけないと思って目を付けたのが男性育休だったんです。

救急医は男性が多いんですけども、仕事はつらいけど、お給料しっかり頂いて、休みもらえて、子どもと遊ぶ時間もあってっていう形であれば、「うちの家庭じゃ2人目は無理かな」って思っている奥さんも、旦那さんが夜勤明けで帰って、午前中休んでいるかもしれないけど、午後は起きてきて、お昼ご飯食べたら子どもをお風呂に入れてくれるんだよねってというような生活のサイクルがしっかり救命医の家庭で生まれたら、「ああ、この救命センターで働いて行きたいし、しかも技術も習得できるし、ECMOもやってるし、働き方改革も進んでるし」というふうになって、やがては人気出るなというふうに思ったんですね。

それで、もともとそういったシステムを立ち上げていきなり10人の医師を全国から連れてき救命救急センターの再建に着手したんですけども、その10人には、絶対にこういった時間確保するねというふうに言って始めて、今、僕の部下が22人になりました。研修医を含めたら24人くらいでしょうか。今、人が集まるフェーズに入りました。

◆北浦

素晴らしいですね。実際にどういうふうに回してらっしゃるんですか、人の運用っていうか。

◆小倉

もちろんフルで24人いる時はかなり楽なんですけども、「ちょっと子どもが…」とか、「育休で…」とか、今も女医さんが半年の育休を取得しているんですけども、そうやって人が休暇を取得している時は、まず、業務全体のボリュームをコントロールするということを意識します。

他科の先生が“つらい”と言ってる時は、「それ、うちのセンターで見ます、今は比較的余裕があるんで！」と言う一方、「うちのセンターで育休に入った人がいるんで、この半年間、この領域を願いできますか？」というような感じで、チーム全体で、病院全体で、みんなでトータルマネジメントできるような形で、トップである私がコミュニケーションしっかりと取って、お互い支え合いの環境を整備しているのです。

◆北浦

素晴らしい。しかし、うまくいかないかもしれないとかいう時もありますよね？

◆小倉

そうですね。そこを安全管理の目線で考えたら、例えばこのプランでいこうって言ってリスクオンしていきましようっていった時に、こういうことがあったらああいうふうにしよう、これが

駄目だったら次のプランだ、それが駄目だったら次のプランだというふうに、たぶん3つの案ぐらい、僕、常に持っててんです。駄目だった時にはこうしようっていうのを、災害の時にも、救命救急の時にも、自分の科内のシステム変更の時にも、常にバックアッププランを考えて、それ全部見せてるんです。

これが一番いいだろうと思ってやってみたことが駄目だった時は、もうすぐ次のプランに行くよというのを見せてるんで、ある程度周りの人間が、1番駄目だったら2番ねって分かってるんです。だから、切り替えられる。じゃ、どのタイミングで切り替えるのっていうのは、1回データ持ち寄って集まって決めようよ、と。うまくいってる？うまくいってない？うん、うまくいってないよね、じゃあ2番目。その会議の時間すらやっぱりもったいないんで、スプレッドシートでデータ集めて、クラウドでデータが見れるような形にして、直感的にこれどうなのっていうのを、思いを持って集まる。すると、会議=15分です(笑)。

◆北浦

すごいですね、ほんとに。前の、他のところでお話しされた時にも感じたんですけど、有事の時だけはトップダウンでびしっとやって、それ以外はもうちょっとフラットな形で。

◆小倉

そうです。平時のつくり込みは、やっぱりベース内のコミュニケーションだと思うんですよ。ボトムアップ方式で、一番できないと言っている人とか不安だと言っている人の声を聞いて、その人でもできるようにつくってあげれば、みんな安心感持って前進めますよね。そういう形で自信持って前に進めるっていうのが、正しい平時のやり方だと思うんです。地震とか感染症とかの有事対応は迷ってる暇なんてないので、「大丈夫だ、俺についてこい！」と言って、トップダウンでやって、かつ結果を出すっていうところがプロだと思うんです。

それは、僕は自分がどういった立場のリーダーなのかっていうのを理解していることが前提となります。平時対応はしっかりと意見を聞いて、みんなで足並みを揃えて前に進んでいくためのやり方を取ります。でも、コロナの時にはそれをやってる余裕はないし、誰も正解が分からないので、結果を出しにかかるしかないんです。だから「トップダウンでいくよ！」と宣言をして、「全て俺が責任持つ！」ということで、それで走る。「困ったら全部俺に相談しろ」と。電話が鳴りやまなくて睡眠時間2時間になりましたけれども、やり切る覚悟でやりますというふうにして、実際に3年経過しました。

◆北浦

ご家族の協力もあってですね、ほんとに。平時のフラットになるべく、さっきの計画も、Aが駄目だったらBでとって3案ぐらい持ってらっしゃるのを共有してっていう話でしたけど、イメージと私の経験上で考えると、日本の組織って、どうしても情報がそもそもあんまりオープンじゃなくて、何かが計画が出てきた時には既にもう決まってる、それを後から知るみたいな形

が多いように感じています。

◆小倉

たぶん、僕、意見とかやり方とか、何かそういうところって何通りもあると思っているんですよ。ただ、ビジョンが明確じゃなきゃいけないんですよ。ここに到達するんだって、このゴールが見えてないと、誰もその上り方を、手も挙げてくれないし、意見も言ってくれないし、1つに固執するんです。

だから、僕は何かを計画する時に、今まさに県立総合病院だって話ししましたが、これをつくるということを決めた時に、まず決めた人間は責任持たなきゃいけないですけども、ただ「やり方は何通りもあるからアイデア出してくれ」って言って、もちろん「議論しよう」という感じになんてですね。すると「これがいいと思います、あれがいいと思います」とった感じでアイデアが出てくると思うので、「じゃあ、これとこれ、かいつまんでこういうふうにはできないの?」「制度上無理です」って行政官から言われて、「うーん、そうか。でも、それってちょっと上と交渉してみようよ」といって、厚生労働省と協議するとか、総務省と協議するっていうのがたぶんトップの役割なんです。

僕の頭からすると、トップっていうのは、ビジョンを設定すること、話を聞くこと、難しい協議は自分で責任感を持って関係各所と協議をすることだと思ってるんです。そういうことの繰り返しをやってきたのが、まさにコロナ本部でしたね。

◆北浦

何かもう、先生がイメージさせてくれるのって、現実と全然違うんですよ。先生の動き、まず、発表するタイミングが全然違う。思っているよりずいぶん早い。我々からすると、ビジョンがなくて、具体的な計画だけを知ることがやっぱりどうしても多い。他の方もたぶんそうだと思うんですけど、それを考えると、先生のやり方っていうのは公正だし、たくさんの人たちのいいところを吸収して、緩やかに変化するっていうところが見えます。

◆小倉

そうですね。だから、自分の中だけ、自分の範囲だけとかいう情報の共有は御法度で、それだとおそらく何も達成できません。達成できたとしても、小さなことだけ。コロナ本部のような大きなことは、自分のパワーだけでは絶対できない。いろんな人の意見、アイデアを聞くことによって、学びながら一緒にやっていこうぜっていうのが大事を成し遂げようとする時の基本スタンス。けど、進んでいく方向性が分らないと、みんなが「ん?」って思っちゃうんで、「ここに行きたいんだよ!、どうしたらいい!?!、ここに到達したいんだよ!、何か策ある?」みたいな、そんな感じで前進していく。そして最後に、おまえのジャッジ、俺、責任持つから大丈夫って言ってあげる。リーダーには、責任をとる覚悟が必要なんです。

◆北浦

何かそのやり方とか考え方っていうのは、チームとして成長できる、地域として成長できる、町として成長できるっていう考え方ですよ。

◆小倉

まさに！そうですね。だから、さきほど講演でお話したような「現場に ECMO 持ち込んで蘇生するぜ！」っていうやつ。でも、「やるぜ！」言っても、日本の救急活動というのは、救急業務規程という形できちんと決められていて、総務省が発表している行政文書に基づいて地域の救急システムがつくられているはずなんです。なので、何かを変えて行こうと思うと「いままで通りやれ！現行の変更は認めない！」という感じの思わぬ反発に出会ったりします。そこで戦ってしまったら、もうはや試合終了なので、僕の場合は救急業務規定などの行政文書を実際に見て、それをどういうふうに解釈したら自分が考えているものができるのか？っていうところを現場の消防職員と議論し、そして現実的な施策をあらためて作り上げ、それを決めていく。仮に「うーん、グレーだな…」「これ、ちょっと危ないな」っていうところは、長である自分が総務省や厚生労働省まで行って直接話をしてくる。そして責任者として前面に立って、決定事項をおろしていく。

新しいこと始めるのってやっぱり怖いし、リスクが大きいなって思うんだけど、「そこは俺が何とかする！」というリーダーシップを発揮し、チームメイトにはアイデアを出してもらい、職種に関係なく、消防の人間からも、病院の人間からもフラットに意見もらって、施策を実現していく。それができるかどうかっていうのは、地域のパワーそのものを問うていることになると思うんです。

◆北浦

もう一個、今の話に関連してお伺いしたいのが、私なんかも教育の現場で働いてますが、人を育てるってすごく大事なことで、特にそういう医療の関係の専門的な人材を育てるのは、また違う大変さがあると思うんですけど、基本的な方針とか考え方としては、どういうポリシーを持っていらっしゃる？

◆小倉

私は地域の医療を支えられる人材を育てたいと思ってるんです。ただ、医者を育てるとか、看護師を育てるとい、この医師確保・育成に関しては、県は今主体的に何もできない状況なんです。つまり、県立病院の中で初期臨床研修医を責任持って育てられますっていう病院、ないんです。ゼロなんです。全部「大学にお願いします！」なんです。つまり、お金を払っているだけ。委託という魔法の言葉に乗っけて、丸投げです。

すると、県がお金を出して育ててもらった人間は、結局はその大学の医局人事に乗っていくんです。けれど、例えば自治医科大学は全国の都道府県から2から3人の学生を集めて育て、卒業したら全て都道府県に帰っちゃうんです。つまり、卒業生を見送った時点で、学舎は全て空っ

ぽになるということなんです。そしたら、もう、そこに医者いないんですよ！獨協医大はちょっと違うんですけども、獨協医科大学の年間の学費は、約1,000万とか言われています。それを払える栃木県民は、実はそんなに多くない。ですから、往々にして獨協さんは、都心部近郊の富裕層の家庭から学生を集めていることになります。ですので、獨協医科大学を卒業すると、これまたみんな、都心に帰っていくのです。都心に帰らないまでも、獨協医科大学の関連医療施設である獨協医科大学さいたま医療センターに行く傾向になってしまうのです。本院がある、壬生じゃなくて。

そういった栃木の現状を考えると、僕自身がやるべきことは、栃木で働いてくれるような医療人材を育成することとなります。結局のところ、そういった栃木で育った人間が栃木で働いて、「いいな、働いていけるな、楽しいな、夢持てるな」というような感覚を心から持ち、そういった夢を持てる医療機関を県が複数持つことが重要です。そうじゃないと、人間が栃木に定着しないと思うんです。

◆北浦

もう一つ、人材を育てる時に、私のところの見た学生なんかでもいるんですけど、自分の生まれ育った地域に貢献したいっていうことで、ビジョンを持って卒業して行って。そうすると、最初にまずは力を付けるために、東京に就職して勉強する。そしてしかるべきタイミングで戻ってきて、起業する。そういうことをやりたいっていう気持ちでやってる子もいるんですね。それ考えると、地元だけで仕事をするっていうのも、なんだか少しもったいない気もします。外部の風が入ってこないとか、知識の面でもちょっともったいないかなと思うんですけど、その点に関してはいかがですか。

◆小倉

僕は結局海外まで行って勉強して帰ってきました。でも、やっぱりその原点って、地域医療なんです。医者になって一番最初、僕は済生会宇都宮病院で2年間初期臨床研修やったんですけども、僕はそこで何を見たかったかっていったら、それはまさに“地域のニーズ”なんです。こういったものがあつたらいいとか、こういった課題があるんだよっていうことを、まず、調査するのです。いわゆる一般の社会で言うところの、マーケット調査になります。そしてその課題解決の施策が、やがては仕事になる。ニーズがどこにあるかをちゃんと答えられれば、そこに仕事が発生する、事業が発生するはずなんです。

僕の済生会宇都宮病院における初期臨床研修は、僕自身がその地域に身を置いて「どんな医療ニーズがあるのかな」っていうことをしっかりと把握する2年間だったんです。でも、それを実現するためには、単に栃木で医療をやってるだけではなかなか無理だろうということにも気づき、前橋赤十字病院高度救命救急センターという高度救命の専門施設に行って学び、さらにはイギリスまで行って学び、最後はやっぱり栃木に帰って、自身が課題としてとらえた医療ニーズに対して、自身が具体的に動いて仕事をしてゆく。

東京に行ったっきり、地域に籠っただけ。どちらか一方で生活するとかってというのは、あまり人生にとって有益なことではなく、本来であれば両方あってしかるべきですね。まずは何を目的にその地域に身を置いてるのかを下投げ、マーケット調査をするんですね。そのあとは、機器開発を東京でやりましょう、でもそれを売る場所は東京じゃないよね。もちろん、ニーズがあるところに開発商品売らないと売れて行かないんで、結局はニーズのあるところに自分が戻ってくるはずなんです。そういった流れを具体的に示し、目的をもって人材を育成していく。人材育成の現場では、そういったことを明確に伝えてます。

何をしにここに来たの？ここに来てどんな技術を持ち帰りたいの？といった感じの面接をしたり、君は今後、将来的にどういった医者として働きたいの？君が行きたい場所には、どんなニーズがあるの？というような将来設計を聞いたりします。

◆北浦

人を育てる時の方策、何か方針みたいな、具体的なものってあったらお聞かせ願えますか。どういうふうにして専門の人材を育てることに実際に取り組んでらっしゃるんですか。

◆小倉

ずばり、心技体です。ありきたりなこと申し上げて大変恐縮ですけども、やっぱりおまえの仕事に対する姿勢は何だというようなことをまず、第一に考えます。あくまで、仕事ですよ？プライベートは人それぞれ色々あっていいと思うんですよ。けど、仕事に対しての姿勢は本当に大事で、それをまず確認します。こういった方針、こういった姿勢で俺は仕事に取り組む、ああ、しっかりしてるなっていうのが最初にあって、「じゃあ、その姿勢でもってどんな技術を身につけようか？」となるわけです。僕の教育現場だったら、「絶体絶命の最重症患者を ECMO で救いたいだよね？だから ECMO の技術を習得しなきゃいけない。じゃあ、ここから●年間で何症例こなして、こんな技術を持てるようにしようか。」というように進んでいきます。そして人材育成の開始地点においては、その全部のプログラムを見せます。

また、医療現場は体力勝負のところがあるのですが、誰もが体力に自身があるわけではないですからね。人材育成現場では“疲れたら休めるシステム”を積極的に導入しています。「休むシステムがあるから利用してください」とか、「メンタル困ったら恥ずかしくらずに言ってください」とか。そういった形で体の調子を整えるようなシステムもこちらは持ってるので、トータルして自分の中での患者に対する真摯な姿勢を身につけ、どんな技術を学びたいかという意欲を持ち、そして自分のメンテナンスも利用できるという、“心技体”をしっかりとやっていくということを臨床医を育てる現場ではやっていることになります。

◆北浦

基本的に大学のカリキュラムとかプログラムとか、私たちがやっていることと根本的には、要素としてはすごく似てますね。それをすごい実感しました。

◆小倉

医者になってからの教育は、ほぼほぼリカレント教育なんです。社会人がもう一回学び直しをして戻ってくるとか、学ぶ時もかなりの計画、目標があると思うんです。

同じように、医者になったんだっていうところじゃなくて、何科の医者になりたいの、その科の医者になったら何の専門になりたいのっていうところを明確にして、それに対してどれぐらい努力してる自分が用意されてるかっていう心の部分もしっかりと聞き取って、そこも用意できなかったら、正直、元の位置に本人を帰すと思います。ただちょっと就職して ECMO を齧ってみたかったというだけでは、僕は就職を断っています。

◆北浦

何か社会に出て働いてからも、ある程度の伴走が必要だというのは、今の先生のお話伺っててすごく感じましたね。

◆小倉

やっぱり人が大事。人を育てるのはまた人じゃないですか。そういった意味では、今の救命救急センター、人がいるんでそれができるんですけども、人が5人、6人しかいない救命センターは、人の育成もやんなきゃいけないし、現場の患者さんも診なきゃいけないしで、たぶん相当過酷な環境にあると思うんで、そういった環境は改善しなきゃいけないんですよ。

◆北浦

優先するのは、どうしてもその場合、人命の救助のほうになりがちなんです。

◆小倉

そうですね。そういった教育機関ということを考えても、やっぱり拠点が必要なんです。教育人材を、1人、2人、3人いても、その病院で教育者1人じゃ絶対人って育たないじゃないですか。教育機関として拠点をつくろう、そういった意味では、県立総合病院とかで何科の医者でもその病院で育てられるようにしといて、教育者も集めてそこで教育をするもいいし、確保・育成の拠点としても、やっぱり県立総合病院って僕は必要なんじゃないかなと思うんです。

◆北浦

実際に私のところの卒業生で、もう働き始めて、4月からですけど、あっという間に、アクセルを踏み過ぎてブレーキのかけ方が分からなくて、自律神経やられてしまったりする子とかがやっぱりいるんですけど、先生はもう精力的にすごい活動されてらっしゃるじゃないですか。

こういう講演会も草の根の活動で、先生の構想とか考え方をたくさんの人に知ってもらうために重要な啓蒙活動ですよ。そういったこともされて、災害の救助もされて、もうとにかく多方面に活躍されて、おうちのことももちろんされて、それと切り替えですかね、仕事の。そこ

が今回、今教室に新しく働く学生さんもいらしてるので、ちょっとそこの精神的なところの切り替えとか保ち方をお伺いできたらなと。

◆小倉

自分のセルフケアですけども、自分自身で心をコントロールするというのは、実はあんまり意識的なこと、やってないんです。ただ、一つ言えることは、たぶん“休み上手”だと思いますね。手の抜き方がうまいと言ったら語弊があるかもしれませんが、よくあるじゃないですか。ちょっと空いた15分で何か休みたいっていう時に、例えばチョコレート1個食べるとか。でも、それを「太っちゃうからな」とか、いろんな雑念が入ってくるんです。でも、「いや、俺は今日は絶対食う」って言って、1枚の板チョコ、全部食ったりします（笑）。

正直、自分自身のことについては「やっちゃったな」とかっていうのは、時にあってもいいと思うんですよ。人様に迷惑かけるようなことじゃなければ。「今日はビール1杯にしとこう!」と思っても、結局自分に負けて3杯飲んじゃったとか、あっていいんです。そして大事なものは、そんな後からいくらでも補正することできるじゃないですか。辛い時に逃げたとしても、後からどうにでもなることってたくさんあるんです。そういった、“ちょっと自分をかわいがる時間”じゃないですけど、「駄目だな、俺」って言いながらカップラーメン食ってるとか、「でも、うまいんだもん」って言いながら。。そういった形で休み時間を上手に使う。

あと、やっぱ根詰め過ぎないってことですよね。「ああ、俺、うまくいってねえんだ、どうしよう?」って普通に隣の人に言ってみるみたいな。「小倉さん、大変ですね」って言われて、「うん、大変なんだよね。今日帰っていい?ハハハハ（笑）」みたいな。そんな感じのところで「ああ、分かりましたよ、早く帰ったらいいじゃないですか、小倉さん」ってしてくれる同僚が宝物なんです。

◆北浦

分かります、それ。私も今この大学にお世話になって感じてます、すごいそれを。

◆小倉

ただ、最終的には手を抜く時にも仲間が必要で、だから、たぶんそういった意味では1人でやらないってことです。1人で根詰め過ぎて誰にも相談できなかつたら、たぶんそれ寂しい人になっちゃうんで、誰かが助けてあげられる。やっぱ最後、人なんです。

◆北浦

先生の性格的なところもあると思うんですけど、開放性が高いじゃないですか。ご自身の感じることとか、ご自身の持つてる情報を他の人たちに結構軽く。

◆小倉

そういったことが得意な人と不得意な人いるんですよ。私は栃木県の自殺対策の協議会の委員なんですけれども、自殺に追い込まれる人は、大抵外に打ち明けられない人ですね。拾ってあげられない、周りも。だから、いかに隣の人に興味持ってるかって大事で、何か急に白髪増えたな？とか、急に服の何かこう、今までしっかりネクタイ締めてたのに雑な締め方になってるけど疲れてるのかな？とかって、やっぱ気を配ってあげるじゃないですけども、そこら辺って優しさだと思うんですよ。「ん？」って思ったら、「最近、大丈夫？」っていう感じのストレートな声をたとえかけられなくっても、小分けのお菓子とかあるじゃないですか、小分けのチョコパイとか。そういうのにメッセージ付けて、お疲れさまって。

◆北浦

優しい。。。

◆小倉

いや、でも、ほんとにそういうことですよ。だって“ありがとう”からその会話が始まるんですから。「どう、何か最近疲れた？大丈夫？」みたいにそこから進んでいく。「いや、実はですね」、「ああ、そうなんだ、休んでいいよ」って感じで広がって行きますよ。それをやれるかどうかって、やっぱ最後、人なんです。そういった意味では、町づくりとかいって話しましたが、箱物じゃなくて、最後は人なんです。見える関係、声かけられる関係、優しさとかそういったところ。

僕、情熱大陸に出演したからじゃなくて、純粋に情熱って言葉が好きなんですけど、情熱の情は、愛情の情なんです。そして、物事をよりよくしていこうとする時、必須なのは熱なんです。そこには情熱がやっぱり必要で、人の愛情をつないでいくことが大事。あとは、何かやっ払いこうとする人のそれぞれの情熱をしっかりと束ねることも大事。

そういった自分のポリシーからすると、最終的には箱物造っても優しさがなかったら、その町、生きて行けないんで、だから僕自身は「最後は人」ってよく言ってるんです。愛情を持って人に接せれるかどうか、そこが勝負どころですね。

◆北浦

私、夢中になって質問し続けて、予定の時間超過して。もっと聞きたいことがあるぐらいだったんですけど。どうも、今日はちょっとこの辺で。

◆大石

どうもありがとうございます。本日は、「命を救える町をつくる」という小倉先生のビジョンを皆様と共有でき、大変有意義な講演会になったと思います。お2人にもう一度、盛大な拍手をお願いいたします。(拍手)