

現場からの医療改革推進協議会

第二回シンポジウム

2007年11月10日(土)・11日(日) 9:30—18:00

東京大学医科学研究所 大講堂



Vol.02
2007

〔目的〕

医療は医学を中心としたいくつかの社会のシステムを包含するため、医療現場における諸問題を解決するためには、医学関係のみならず政策、メディア、教育、等の異なる分野の有機的な連携が必須である。

本シンポジウムでは、医療現場における問題事例を取り上げ、医療現場の主人公である患者とそれを直接支える医療スタッフたちが、現場の視点から具体的な問題提起を行い、その適切な解決策を議論する機会と場を創出することを目的とする。

挨拶

林 良造

(東京大学公共政策大学院教授)

この一年で、医療分野の経済的、非経済的な重要性、産業としての大きさと将来性、については、広く認識され、また、優先度の高い問題としての認識も格段に広がってきました。

従来、ともすると、高い平均寿命、低廉な医療コストという成果によって隠れていたさまざまな矛盾が、技術、産業、医者、患者が国境を超えて動くようになったことに伴って、一挙に吹きだした感があります。医薬医療機器の分野では、審査承認過程の体制の不備や非合理性とそれに伴う遅れ、治験や臨床研究の時間とコストの問題、保険点数制度に内在する適切なインセンティブとの齟齬などが認識され、解決へのステップが取られ始めているところもみられます。

他方、医療自身の面では、全国的に緊急医療体制をささえる医師がいなくなり、産科、小児科の医師も不足するなど、医師の偏在と不足が急速に顕在化する一方で、医療過誤に伴う刑事責任追及や硬直的な必置規制などによる限られた医療人材の非効率的な配分、保険点数の変更に伴う収入の激変や自治体・大学など他の勘定からの補助の行き詰まりからくる病院経営の困難などが状況を悪化させています。これらについても、順次、対応は模索されているようですが、パッチワークにとどまっている感も否めません。

医療産業、医療行為の両面で共通な日本の特異な現象として、刑事責任の追及によるゆがみと医師の絶対数の不足があげられます。一見すると、医師数そのものはOECDの平均と大きな違いはないように見えます。しかしながら、人口数ではなく患者数で見ると一人の医師が見ている患者数は各国の2-3倍になります。また、国民一人当たりの医療費は、あまりOECD諸国と差がないということは、患者あたりの単価は半分から3分の1程度になっているということでもあります。このような状況下で、医療費の総額を十分な議論なく抑制しようとすることは、どうしても、医師に対しても過重な労働と低い給与という結果をもたらし、産業に対して適切なインセンティブを損なうことにつながります。また、医療情報の共有化と標準化の遅れが、事故が起きた場合の個人の刑事責任の追及につながっている側面も否定できません。

もちろん、世界中で模範解答を出せた国はありません。しかし、いま、将来の社会保障制度・医療制度のあり方を決める重要な時期にあたっています。客観的なデータに基づき、それが現場では何を意味しているかを明らかにして、選択をしていくことは、きわめて重要であります。

今回の議論が、実り多いものになることを祈念して、ご挨拶とさせていただきます。

高久史磨

(日本医学会会長)

第二回目のシンポジウム開催、おめでとうございます。私は昨年第一回目のシンポジウムの際、一部のプログラムを聞かせていただきましたが、現在の医療が直面している問題について色々な方々のご意見をお伺いでき、非常に勉強になりました。今年もできるだけ時間をみつけて出席する予定です。

医師法 21 条中の異状死の定義、患者が死亡した際の医師にかけられる傷害致死罪の疑いなど、諸外国では考えられない事柄がわが国の医療の現場に起こっており、その結果として産科、小児科、外科を希望する医師が減り、地域によっては深刻な問題となっています。

現在のような状況が続くと志のある若者が医療の分野に参入しなくなるのではないかと懸念されます。『現場からの医療改革推進協議会』は、まさしく医療現場からの直接の声をわが国の医療の改革に反映させることを目的とした会であり、是非実りある討議を行い、その成果を社会に訴えていただきたいと願っています。

林 良造

(はやし・りょうぞう) 東京大学公共政策大学院教授。1970年京都大学法学部卒業。76年ハーバード・ロースクールLLM。91年ケネディスクールフェロー、客員講師、2000年経済産業省官房長、01年経済産業省産業政策局長。02年経済産業研究所コンサルティングフェローなどを経て、05年4月から現職。

高久史磨

(たかく・ふみまろ) 自治医科大学学長。日本医学会会長。1954年東京大学医学部卒業。自治医科大学内科教授、東京大学医学部第三内科教授、国立病院医療センター院長、国立国際医療センター総長を歴任後、95年東京大学名誉教授、96年4月から現職。

辻 香織

(財団法人医療科学研究所研究員)
(つじ・かおり) (財) 医療科学研究所研究員。東京大学大学院薬学系研究科博士課程単位取得退学。ノバルティスファーマ(株)、ファルマシア(株)などの外資系製薬会社にて医薬品開発に従事した後、2006年4月より現職。専門は医薬品開発、医薬品政策学。

小野俊介

(東京大学大学院薬学系研究科 医薬品評価科学講座准教授)
(おの・しゅんすけ) 東京大学大学院薬学系研究科医薬品評価科学講座准教授。1989年東京大学大学院修了後厚生省入省、1994年Harvard School of Public Health、2002年金沢大学薬学部、2005年医薬品医療機器総合機構、2006年より現職。専門は医薬品規制、医療経済学、薬効評価。

ドラッグラグに伴う本当の問題とは

辻 香織

「ドラッグラグ」が話題になっている。他国では標準薬として使用されている医薬品が、我が国では何年も遅れて承認されるか、承認の目処すら立っていないことがある。2000年代に入り、「ドラッグラグ」が注目される背景にあるのは、インターネット普及に伴う情報化であろう。患者が自ら情報を求めるようになり、海外に有用な医薬品があることを知る。生命にかかわる病気に闘っている患者からすれば、たとえ国内で未承認であっても使いたいと考えるのは当然のことといえる。しかも、日本では、医師や患者が個人輸入を行い、未承認薬を使用することは比較的簡単にできるのである。

有用な医薬品が使用できない状況は、たしかに改善されるべきである。必要な場合には未承認薬を使用する道も閉ざされるべきではない。しかし、現在のメディアの報道は「ドラッグラグを何とかしろ」という話に終始しており、未承認薬が多量に輸入されていること、それに伴うさまざまな問題が起きていることにはあまり目が向けられていない。

未承認薬による副作用は報告されず共有されない、健康被害に対する補償がない、高額な医療費が発生する、などの問題はよく取り上げられる。しかし最大の問題は、患者自身により未承認薬個人輸入が自由に行われ得ることにある。個人使用の範囲内であれば届出の必要がないためである。ここに目をつけた「個人輸入代行業」を名乗る業者が、実質上、無制限にネット販売を行っているのが、今の日本の現状である。他国では厳密な安全管理プログラムのもとに使用されている医薬品が日本ではワンクリックで入手でき、入手元も明らかではないため、品質も保証されていない。世界的に問題になっている二重薬をつかまされる可能性も十分にある。

先進諸国では、医薬品の承認、治験薬の治療目的での提供（コンパッションエートユース）、未承認薬個人使用の登録管理は統合的な制度として機能している。自己責任による未承認薬使用が無制限に行われている国は日本以外には見当たらない。国民の安全を守るべき国の役割について考え直さなければならないときではないだろうか。

ドラッグラグをめぐる「不都合な真実」

小野俊介

ドラッグラグは「悪意」や「愚図」が引き起こしているのではない。世間受けする産業政策、規制の小手先の改善、大臣や業界トップの掛け声で短期に解決できる類の問題ではない。

1. 「ドラッグラグは生じて当然」から対策を始める勇気が必要

ドラッグラグは、製薬産業の開発過程・市場が健全で効率的な証拠である。日本の患者資源は乏しく、国民皆保険下で勝負しているため生産費用も高い。おまけに生産された日本人データは大口購入者たる欧米企業・当局からは好かれない（好みだから仕方がない）。何より、日本の保険制度からの製薬企業への支払いは安い。企業が効率的であればあるほど（政府や国民はいつもそうあれと期待しているはずだ）、日本でのデータ生産や新薬の申請は行わないのが賢明だ。

ある方策がもしドラッグラグを解決する

とすれば、それは現在の新薬開発に何らかの非効率を導入するからである。その「不都合な真実」を黙殺した報いは10年後、20年後の患者に帰する。

2. アクセルとブレーキを同時に踏んでいるとの認識がない

「日本の医薬品開発力アップ」「国内治験の活性化」を推進する一方で、薬価制度は厳しくなり、データ生産構造は高コスト化している。国内データの代替品である海外データを審査当局が喜んで受け容れる姿勢も1980年代以降変わらない。政策科学が不在である。

3. 目の前の患者を救う仕組みは別モノ

治験薬の人的使用の仕組み等は、目の前の患者を救うための医療制度の問題として、常に「直ちに」解決を図るべき問題である。一見威勢のいい産業（治験）政策に結びつけることで解決したような気分になっ

session 02

医療とメディア

黒岩祐治

(フジテレビ報道局解説委員)

(くろいわ・ゆうじ) フジテレビ報道局解説委員・「報道2001」キャスター。国際医療福祉大学客員教授。早稲田大学大学院講師。早稲田大学政経学部卒。自ら企画・取材・編集を手がけた救急医療キャンペーンが救急救命士に結びつき、放送文化基金賞、民間放送連盟賞を受賞。著書に「日本を再生するマグネット国家論」(新潮社)など。

川口 恭

(ロハスメディア代表取締役)

(かわぐち・やすし) ロハスメディア代表取締役。1993年、京都大学理学部卒業。朝日新聞社入社、記者として勤務。01年若者向け新聞「seven」創刊に、02年土曜版「be」創刊に携わる。04年12月に退社、ロハスメディアを設立。05年9月に患者向け月刊医療無料誌「ロハス・メディカル」を創刊。

西川 渉

(救急ヘリ病院ネットワーク(HEM-Net)理事)

(にしかわ・わたる) 救急ヘリ病院ネットワーク(HEM-Net)理事、日本航空医療学会監事。1960年東京大学理学部卒業。83年朝日航洋代表取締役専務、89年地域航空総合研究所代表取締役所長、2003年5月退任。99年度内閣官房ドクターヘリ調査検討委員会委員。著書「なぜヘリコプターを使わないのか」。共著「ドクターヘリ導入ガイドブック」「ドクターヘリ安全の手引き」など。

松村有子

(東京大学医科学研究所客員助教)

(まつむら・ともこ) 1996年東大医学部卒業、03年東大医学系大学院内科終了。血液・腫瘍内科医として東大病院、駒込病院、虎の門病院等で勤務。05年より東大医科学研究所探索医療ヒューマンネットワークシステム部門助教。

鈴木 寛

(中央大学公共研究科客員教授、参議院議員)

武田耕太

(朝日新聞遊軍グループ記者)

橋本桂子

(ソネット・エムスリー、m3.com編集長)

マスコミは諸刃の剣です。

黒岩祐治

マスコミが騒ぐことによって、事態が悪くなってしまうこともあります。大きく改善されることもあります。福島の大野病院事件の報道によって産科医の病院離れが加速したとよく言われますが、これは報道する人間が意図したわけではなく、結果的に想像もしなかった展開になった事例と言えるでしょう。

医療事故が起きた時など、マスコミは警察・検察の動きに合わせて反射的に動きます。それは凶悪犯罪の時と同じ動きです。記者クラブ制度の上に成り立っている取材態勢のもとでは、距離を置くということはいわゆる難しいと言わざるを得ません。

本来は逮捕されたからと言っても、それで刑が確定したわけでもなく、結果的に無罪だったということもたくさんあります。医療事故で捜査が入っても、有罪が確定するケースはそんな多くはありません。しかし、手錠をかけられて連行される姿が報道されたら、誰の眼にも犯罪人にしか見えなはいはずです。

とはいえ、罪が確定するまで報道しないということになったら、ニュースそのものが成立しなくなります。それでもいいではないかと思う人もいるかもしれませんが、警察の動きが見えなくなってしまうことは恐ろしいことです。知る権利を奪われた国民は悲惨です。権力のチェック機能がなくなるわけですから、失うものはあまりに大きいと言わざるを得ません。

救急救命士制度の誕生、C型肝炎やエイズなど薬害問題の発掘、医療安全対策の推進など、メディアの報道によって、事態が改善された事例もたくさんあります。メディアに携わる以上、そういう報道を目指したいと思います。しかし、“とんでもない事件”を報道する羽目になった時、俯瞰してその事態を見る眼を持つことができるかどうかが重大です。視聴者、読者あってのメディアです。そんな健全なメディアを育てていっていただくことが、一人一人のみなさんに求められている課題ではないかと私は思います。

厚生労働省検討会傍聴記

川口 恭

昨年のシンポジウムで、医療事故ワーキンググループ（和田仁孝代表）から医療事故後の制度に関する改革提言が行われた。医療メディエーターと内閣府所管の原因究明機関と裁判外紛争処理（ADR）機関とをセットで導入するよう呼びかけるものだった。医療崩壊の一要因となっている訴訟多発への問題意識があると理解し、なるほどと膝を打つ点が多かった。そして原因究明機関については、とりあえず厚生労働省のモデル事業が動いているので、立ち後れている医療メディエーターとADRの方に力点を置けばよいのだと思った。

しかしながら同じような問題意識から制度設計に入っていたはずの厚生労働省は、年が明けた3月に、なぜか死因究明機関に特化して検討する方向性（いわゆる試案）を打ち出してきた。

この方向性では問題解決がむしろ遠のくと考えた上昌広副代表らWGメンバーは翌4月、WG提言をさらに洗練させた対案を「試案」へのパブリックコメントとして発

表した。この際に厚生労働記者クラブで会見も行ったが、残念ながら野から対案が出てくることに慣れていない記者たちの感度は鈍く、ほぼ黙殺された。

放置しておく、大して報道もされず世の中のほとんどの人が知らないうちに、なし崩し的に「試案」が既成事実化される恐れがあった。誰も困らないならまだしも、現場から聞こえるのは疑問の声ばかりだ。医療の周縁にいるメディア人として、この状況は看過し難いと考えた。

たとえ蠅螂の斧であっても、厚生労働省が既成事実化のための手続きとして開く検討会の模様を世の中に知らしめようと、第1回から続けて傍聴し、ブログやメールマガジンに傍聴記を載せてきた。このシンポジウムまでに9回書いているはずだ。始める前は誰も読んでくれないのでないか、徒労に終わるのでないかと思っていたが、検討会の「性格」もあって、かなりの成果があったと感じている。

奇蹟を日常化する

西川 渉

ヘリコプターは、垂直離着陸と空中停止という独自の飛行特性によって、第2次世界大戦時の実用化以来数々の奇蹟を演じてきた。富士山頂の気象レーダー建設はよく知られた奇蹟の一つだが、ほかにも日本海側から太平洋側まで日本アルプス越えの超高圧送電線を短期間で敷設し、1960年代にはわが国農業の近代化を推進した。これらの奇蹟は時折りメディアに注目され、新聞やテレビで報道されたが、ほとんどが刹那的なものに終わった。むしろヘリコプターは、その事故こそが最大の報道対象とされ、それゆえにどこか脆弱で危ない乗り物という印象が流布している。

ヘリコプターの演ずる最高の奇蹟は人命救助である。1959年9月の伊勢湾台風では5,041人という多数が死亡したが、同時にまた米軍と自衛隊のヘリコプター40機が出動し、合わせて5,000〜7,000人を洪水の中から救出した。このときヘリコプターがなければ死者の数は倍増したかもしれな

い。これほど大規模なヘリコプター救助活動は、今ではすっかり忘れ去られたけれども、世界的にも最大といってよいであろう。

にもかかわらず、1995年の阪神大震災ではヘリコプターの奇蹟が全く見られなかった。最初の3日間にヘリコプターで救護された人は17人にとどまる。のみならず報道機の轟音のために瓦礫の中から助けを求める声がかき消され、助かるべき人も助からなかった。

メディアは、このように必ずしもヘリコプターの強力な後ろ盾とはなっていない。新しい「ドクターヘリ特別法」が成立した現在、われわれの今後なすべきはヘリコプターの奇蹟を日常化することである。そうすれば奇蹟は奇蹟でなくなるが、それこそが救急医療におけるヘリコプターの理想にほかならない。新法が具体的な制度として結実するかどうかは、メディアの刹那的ではない、継続的な監視と報道によるところが大きいであろう。

メディア・ドクターの提言

松村有子

我々医療従事者は、患者さんの納得、患者さんの幸せにつながる医療を行っていきたいと考えています。が、残念ながら医療不信の高まりにより、不信感をあからさまにぶつけられる患者さんの割合が、明らかに増加し、個々の医療従事者は疲弊しております。地域や診療科によって医療提供体制が縮小し始めるなど、医療そのものが崩壊しかねない状況になっております。

その原因として、メディアの影響は大きいと思われます。メディアで紹介されるのは、完璧な医療や超人的な医師、奇跡的な治癒です。一般的な普通の医療は報道されません。たしかにそれは報道の特性ではあります。しかし超人や奇跡が当然であるかのような、科学的に妥当でない書き方、読者が通常の医療に不満を抱いてしまうような情報は困ります。

医療記事を検証する、メディア・ドクターの試みは、既にオーストラリア、アメリカ、カナダで始まっており、一定の効果を

上げていると理解しています。この試みは、治療法に関する記事の、①新規性、②利用可能性、③他の選択肢、④不安のあおり、⑤エビデンス、⑥治療効果の定量化、⑦治療の弊害、⑧治療コスト、⑨情報源の独立性、⑩プレスリリース依存、を評価し記事の格付けを行うものです。日本でも同様の試みがいくつか始まっています。

しかし、現在、私たち医療従事者が焦慮しているのは、治療に関する報道よりも、医療事故や医療制度、医療の格差に関する報道のあまりの偏りです。医療従事者の立場を離れ、報道は事実を伝えなければならぬとの観点から見ても、問題のあるものが多すぎます。例えば、最近、施設毎のがん治療成績が公表され、記事になりました。適切な数値の解釈や説明が不十分であれば、このランキングは患者さんや国民の大きな誤解を生むだけで終わり、有害無実です。

今や国民皆保険制度に代表される日本の安価な医療は崩壊寸前です。それだけに、

非科学的な情報が流されてしまった場合、影響を考えると看過することはできません。これらの報道が、医療に対する国民の認識に大きな影響を与え、医療崩壊に役買っているように見えます。

よって、医療報道の妥当性をメディアと医療側が共に評価し、不適切な部分を指摘しながら互いのリテラシーの向上を目的とする、『日本版メディア・ドクター』制度の創設を提言いたします。日本版メディア・ドクターは、医療事故や医療制度の記事も対象にするため、先の「治療法に関する記事の評価項目10項目」とは異なった側面を検討する必要があります。検討項目として、①一方的な主張でなく、多面的に書かれているか、②実現不可能な医療レベルを前提にしていないか、③間違った事実（解釈）はないか、④必要な情報が欠けていないか、⑤本来責を負わないでよい対象を悪者に仕立てていないか、を提案したいと思います。

鈴木 寛

（すずき・かん）医療システム・プロデューサー、中央大学大学院客員教授（ソーシャル・ヒューマン・サービス）。参議院議員。東大医科学研究所客員研究員。阪大発バイオベンチャー（株）創品顧問等。1964年生まれ。東大法卒、通産省、慶大助教授を経て現在に至る。著書に、「ボランティア経済の誕生」、「中央省庁の政策形成過程」など。

武田耕太

（たけだ・こうた）1999年上智大学文学部卒業、朝日新聞入社。大津支局を振り出しに、広島支局、東京本社生活部を経て、06年12月より東京本社医療グループ。厚生労働省記者クラブ、医療連載「患者を生きる」などを担当し、今年4月より、遊軍グループの記者として医療現場の取材をしている。

橋本桂子

（はしもと・よしこ）1988年3月東京大学理学部生物化学科卒業、1990年3月東京大学大学院理学系研究科生物化学専攻修了。同年4月日経BP社入社、日経ヘルスケア副編集長、日経メディカル副編集長、日経メディカルオンライン編集長などを経て、2007年11月からソネット・エムスリー、m3.com 編集長。医師・患者の相互理解を深めるために、いかに情報発信すべきかが、現在の関心事。

session 03

新しい医療サービスのあり方

医療提供体制の集約化とコンビニ化: コラボクリニック新宿の経験

久住英二

久住英二

(コラボクリニック新宿内科医師)

(くすみ・えいじ) 1999年新潟大学医学部卒業、虎の門病院にて内科初期研修。その後、血液科に在籍し、臍帯血移植の臨床と研究に従事。06年より東大医科学研究所探索医療ヒューマンネットワークシステム部門客員研究員として、社会実験ユニット「コラボクリニック新宿」に従事。日本初の貧血外来を開設し、日々新たな医療ニーズの探求をおこなっている。

田中祐次

(東京大学医科学研究所助教)

(たなか・ゆうじ) 1970年生まれ。1994年医師免許取得。東大病院、都立駒込病院を中心に血液内科医として勤務しながら、患者会「もの木」を設立し現在に至る。2006年2月に留学より帰国、院内患者会世話人連絡協議会などを設立。東大医科学研究所にて患者学の確立を目指す。

現在の医療制度では医療供給の絶対量が不足しているため、病院での待ち時間が長くなりがちである。このため、多忙なサラリーマンは病院を受診しにくく、いわば「現代の医療難民」である。私たちは、このような問題を解決するため、2006年11月、新宿駅近辺に夜間診療に特化した『コラボクリニック新宿』という内科クリニックを開業した (<http://collaboclinic.com/>)。内装工事、開業手続きには様々な学部 of 学生有志が協力した「社会実験」である。徹底的に議論し、開業に伴う初期投資は120万円に抑えた。ちなみにクリニックの敷地は7坪である。

コラボクリニック新宿の診療時間は平日の18-21時で、毎日10-20人の患者が受診する。患者の多くは20-30代で、クリニックから200m以内に勤務しており、かぜ・花粉症・女性貧血、およびうつ病で受診する人が多い。受診者に対しヒアリングを繰り返したところ、多くの患者は多忙なため、これまで医療機関を受診しなかったこと、およびインフルエンザや海外旅行時のワクチン接種、健康診断目的の定期採血などのニーズが高いことが分かった。また、受診者にコラボクリニック新宿の認知理由を聞いたところ、インターネット (63%)、口コミ・友人の紹介 (14%) が多かった。このような事実は、若年成人においても健康意識が高まり、大きな医療ニーズが存在するが、従来の医療・情報提供体制では十分に対応できていないことを示している。余談であるが、周辺の企業経営者・人事担当者にはヒアリングしたところ、メンタルヘルス、特にうつ病が大きな問題となっている

が、具体的な解決策を見いだせないようであった。

コラボクリニックの設立・運用を通じて、種々の法規制が医療提供体制の多様化を阻害していることを痛感した。まず、開業に伴う経済的リスクが挙げられる。医療法人設立には経営実績が必要であり、開業を目指す医師は個人医院の形態でしかクリニックを開設できない。このため、設立時の初期投資は院長の個人債務となり、院長は経営を優先せざるを得ない。次に勤務医の兼業規定が挙げられる。大学病院・市中病院の中には勤務医の兼業を認めている施設があるが、経営責任を負う院長になることは許可していない。このため、勤務先の病院の職務に影響しない夜間診療専門のクリニックであっても、勤務医が院長になることは実質的に不可能である。医師不足が叫ばれている現在、この規制が緩和されれば、勤務医や研究職にある医師、出産・育児中で休職中の女医が、グループ診療など様々な形で診療を提供することが可能となる。

国民の健康に対するニーズは多様化しており、医療提供者は対応を模索している。具体的には、癌や心臓手術など高度医療を提供する施設の集約化・淘汰が進む一方、一般的な診療を提供する施設は生活導線上に配置されていくと予想している。これは、流通業界が消費者ニーズに対応し、百貨店と個人商店が高級ブティックとコンビニエンスストアに変化したことに似ている。コラボクリニック新宿の経験から、来るべき医療提供体制の多様化に情報を提供したと考えている。

患者学

田中祐次

患者学として医療現場における人の心理面に関して研究をしています。現在の医療制度では病気を治すことが中心となり、患者の心理面のケアが乏しいために病気が改善しても心が癒されない状況が生じています。また、患者家族の心理面に対してのケアも見過ごされています。

現在の医療界において、医療者と患者・家族の間には情報格差だけではなく感情の壁も存在しています。そのために相互にコミュニケーション不足が生じています。私は、昨年より医療者だけではなく患者や家族も含めたメンバーを集め毎月会議を開き議論を重ねました。そして、医療における医療者、患者、家族お互いに気持ちの齟齬が生じており、そのために相互のコミュニケーション不足が生じていると考えました。そこで、コミュニケーションを円滑にするために患者の気持ちを橋渡しする人（ファシリテーター）の必要性を見出しました。また、患者や家族が話しやすい環境を整えるため、院内で自然に発生している患者同士の語りの場（例えば喫煙場）を参考に院内患者会の設立を進めてきました。病院の

外で開催される患者会とは異なり院内患者会は病院内で開催する患者会であるために入院患者が参加可能となります。入院患者と外来患者が交流する場を作ることで、外来患者の闘病体験情報などが入院患者へ伝達されと考えていました。実際の院内患者会での患者同士の語りの場では患者同士の情報交換だけではなく、病気や闘病の仲間意識が芽生え患者同士の共感などを通じて心の癒し合いが始まっていました。また、院内患者会への参加者は入院患者よりも外来患者や家族が多く、情報伝達だけではなく互いに共感できる仲間探しが始まりました。そして、今後、院内患者会の現場から集めた会話の内容などを情報工学的手法などを用いて解析していく予定です。

これからも患者、家族、そして医療者が共に語り合い共感する場としての院内患者会を広げていきたいと考えています。また院内患者会なども通じてファシリテーターの活動も開始します。そして、違う分野で同じような研究をしている研究者が集まり、交流し、患者学の推進力になればと考えております。

session 04

新規医療技術の確立・普及を目指して

大西昭郎

(日本メドトロニック株式会社取締役副社長)

(おおにし・あきお) 東京大学工学部、ペンシルバニア大学ウォートンスクール (MBA) 卒。通商産業省、マッキンゼーアンドカンパニー、経済協力開発機構 (OECD)、通信・ITベンチャーの経営等を経て、2003年日本メドトロニック株式会社に取締役副社長に就任。アジア・パシフィックでの新製品の導入や品質保証関連の業務に従事。

松本慎一

(ペイラー大学膵島移植部教授)

(まつもと・しんいち) 1988年神戸大学医学部卒業、第一外科に入局。1997年ミネソタ大学・1999年ワシントン大学へ留学し、膵島移植医療の研究および臨床に従事。02年より京都大学病院にて日本での膵島移植医療を開始する。05年には、生体膵島移植を世界初成功する。06年、藤田保健衛生大学病院教授に就任。同年、ペイラー大学メディカルセンターディレクターにて、膵島移植医療の研究・臨床に従事。

L マーロン

(ペイラー大学移植センター長)

(MARLON F.LEVY) 1981年ダラス大学生物学卒業。1985年テキサス大学サウスウエスタン医学校卒業。1985-1991年ウイスコンシン大学外科。1992-2002年ペイラー大学病院移植外科アシスタントディレクター。2000年に遺伝子改変ブタの肝臓を用いたバイオ人工肝移植成功を発表。2002年-現在 ペイラーオールセインツメディカルセンター移植外科ディレクター。2003年-現在 ペイラー膵島移植プロジェクト メディカルディレクター。ペイラー移植チームは現在、年間200例以上の肝移植を実施している。

下平滋隆

(信州大学医学部付属病院先端細胞治療センター副センター長)

(しもひら・しげたか) 1990年信州大学医学部卒業、第二内科に入局、血液内科学を専攻。97年信州大学大学院医学研究科修了。99年から2001年まで米国南カリフォルニア大学医学部分子微生物・免疫学教室に留学、C型肝炎ウイルスの病態について基礎研究に従事。02年信州大学医学部付属病院輸血部副部長として輸血副作用の研究、07年信州大学医学部付属病院先端細胞治療センター副センター長として、再生・細胞医療の開発研究に従事。

医療機器の開発・普及に関して 大西昭郎

IT、材料、バイオなどの技術革新が結びついた医療機器・技術の分野は医療の高度化、効率化を進める上で大きな可能性を持つ。これらの基盤技術で高い水準にある日本は、イノベーション25に述べられているように、医療の発展に大きく貢献し、経済成長を牽引することも期待できる。

しかし現実には、日本は先進医療技術、特に患者の治療に使われる機器や技術の導入は遅れをとっており、日本で使用されている医療機器は2世代ほど古いという状況にある。また、基礎研究は多くなされているものの、実際に臨床現場で試用され、実用化される治療用の製品や技術は多くない。背景には、医療機器開発の実情と研究開発・承認審査・保険収載といった制度環境の現実とのギャップが考えられる。

医療機器は、“Bench to bed, bed to bench”という言葉に象徴されるように、医療現場と開発者の密接な情報交換と改良・改善の繰り返しにより開発が進む。治験に至る以前から企業と医師が連携して臨床研究に取り組める環境、特に、治験前の研究段階から企業が医療現場に試作品を提供することができ環境の整備が必要である。

他の工業製品と同様、医療機器の進化は速く、一世代の寿命は約18ヶ月と短い。日本の薬事制度は特殊ではないが、医療機器の審査体制が欧米と比べて脆弱であることが、製品導入が遅くなる一因となっている。人員の養成や増強と、欧米との協調も含めたより合理的で柔軟な制度の運用が望まれる。

医療機器はブランド別ではなく、製品群の主たる機能区分ごとの保険収載となっている。医薬品と異なり、製品自体が特許で保護されることが少なく、マイナーチェンジを重ねて製品を進化させていく医療機器の開発過程と、保険制度の相性は良いといえない。改良・改善への投資が償還価格に反映され、投資インセンティブとなる制度が不可欠である。

より多くの患者を救う医療機器・技術の研究開発を促進するためには、これら制度環境の整備に加え、開発の道筋や投資リターンを見えやすくしていくことも必要である。先端技術の医療ビジョンや実現へのクリティカルパスの提示への取り組みにも期待する。

膵島移植の開発と普及

松本慎一、L マーロン

膵島移植は、通常、脳死ドナーより提供された膵臓から特殊な技術を用いて分離した膵島を点滴の要領で移植する低侵襲のあたらしい糖尿病治療法である。移植された膵島は、血糖値に応じてインスリンを分泌することで、従来のインスリン治療では血糖のコントロールが困難である「患者」に血糖コントロールが劇的に改善する。

我々は、我が国の脳死ドナーが極端に少ないという現状を踏まえて、心停止ドナーあるいは生体ドナー膵島移植を実現すべく、特に膵島分離技術の開発に力を注いできた。欧米より条件の悪い心停止ドナーの利用は従来の膵島分離技術ではほぼ不可能であり、膵臓摘出から膵島分離、移植方法の細部にいたるまで徹底的に最適化を行った。その結果、新しい膵島分離移植技術である「京都法」を開発し、2004年に心停止ドナーを用いて我が国で1例目の膵島移植を実施した。その後、「京都法」を用いることで心停止ドナーを用いて80%以上の膵島分離成功率を達成した。これは、欧米では成功率が50%以下であったため、世界的に注目された。さらに、特筆すべきことに、この技術をもって世界で初めて生体ドナーからの膵島移植に成功している。

以上の経験を経て、ベイラー大学研究機関で新し膵島移植プログラムを担当するにいった。ベイラー大学にて脳死ドナー膵臓を用いた研究の結果、「京都法」を用いると従来の方法を用いていたときと比べて、膵島が2倍以上獲得できることが判明

した(図)。

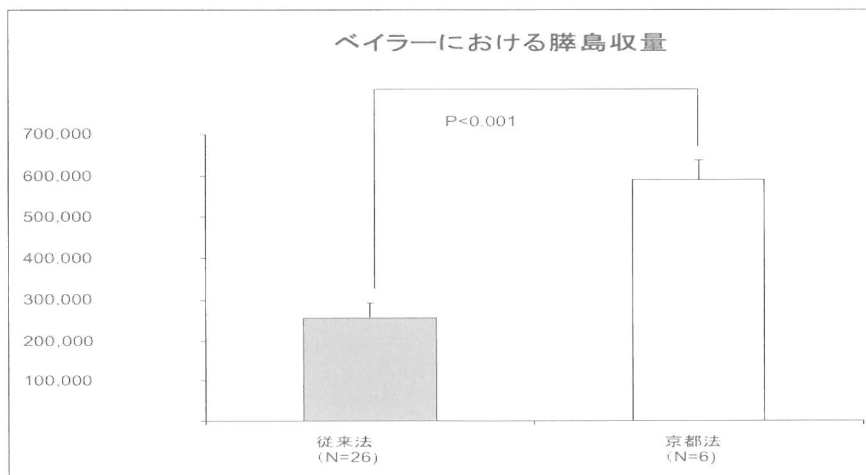
一方、本年3月に、今まで膵島分離に用いられていた消化酵素であるリベレースが牛の脳の成分を製造過程で使っていることが判明し、世界的に膵島移植が停止された。我々は、すでにリベレースに代わる消化酵素を用いての膵島分離方法を確立し、臨床膵島移植を再開している。(2007年10月現在、日本の膵島移植はすべて停止している。)

膵島移植の課題として、長期成績の改善、ドナー不足の改善、施設間格差の是正、免疫抑制剤の副作用の軽減などが挙げられる。このように、課題が多いために、膵島移植は米国を含む世界のほとんどの国で探索医療という位置づけになっている。特に、

米国では膵島移植を治験として実施しているために、莫大な費用がかかる。費用の捻出が、多くの膵島移植施設の喫緊の課題となっている。

日本においては、ドナーが少ない上に、膵島分離移植施設が7施設もあり、各施設で数例の移植しか実施されていない。このため、膵島分離で最も重要な経験が得られにくい状況となっている。少ないドナーを有効に使えるようなシステム整備が、膵島移植の成績向上のために我が国では特に重要である。

これらの課題が克服されれば、膵島移植は現状の探索医療から標準治療へと進化し、糖尿病患者への真の福音となるであろう。



ベイラー大学における膵島収量：従来法と京都法の比較

輸血の安全性

下平滋隆

輸血医療は血液型抗原や組織適合性抗原の発見に貢献する一方、血液製剤の原料である血液の特性による感染症や副作用とその対策の歴史でもあった。2003年7月「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」(血液法)が施行され、血液製剤の安全性の向上に常に配慮した製造、国内自給が確保されることを基本とした安定供給、適正使用が明文化された。

国内唯一の輸血用血液の採血、製造が認可されている日本赤十字血液センター(以下、日赤)では、安全性向上のために1999年からHBV、HCV、HIVに対するウイルス核酸増幅検査が導入され、感染リスクは飛躍的に改善したが、感染症の発生をゼロにはできない。医療現場における適正使用が推進された結果、供給量は年々減少、一方で検査費用の増加による支出が増大した。対応策として県単位にあった日赤の検査・製造施設の集約化が進行しており、日赤に依存してきた地域では、技術協力など医療への影響が心配されている。今後、日本に新興感染症が起こった場合、新たな検査の導入費用のための薬価引き上げは国民の医療費の負担増につながることになる。感染症以外の輸血副作用は、溶血性と非溶血性に分けられ、副作用頻度は製剤あたり1~2%であるが、受血者のうち7%の人に何らかの副作用が発生している。赤血球、新鮮凍結血漿の副作用頻度はそれぞれ0.7~1.0%、0.2~1.0%に対して、血小板は4~5%と明らかに高く、非溶血性副作用がほとんどである。2,000件に1件と推定される重症副作用では、ABO不適合輸血、輸血関連急性肺障害やアナフィラキシー、細菌感染による死亡例も報告されている。ヘモビジランスとは、献血者および受血者に起こる重篤な副作用や予期せぬ事象に関する組織化されたサーベイランス体制であり、EU加盟国を中心に各国が独自のシステムを構築している。日本では日赤における自

発報告による原因検索、感染症収集がなされているが、報告は輸血副作用の一部に過ぎず、報告に挙がらない輸血過誤を含めた情報収集、対策、啓発できるシステムが必要である。国の指導により日赤、医療・研究機関、学会、機構等による組織横断的なヘモビジランスの構築が不可欠である。

非溶血性副作用頻度が高く、血漿タンパク質が原因となる血小板については、その防止策として血漿を除いた洗浄血小板の効果が期待されるが、国内での標準化された調製、安全性・有効性の検証が課題である。2007年3月開催の病原体不活化に関するコンセンサス会議では、安全な方法が開発された場合には導入すべきであるとの結論が出された。欧州、周辺アジア諸国で導入されているINTERCEPT Blood System (Cerus Corporation)は、ウイルスや細菌など病原体不活化の他、血小板期限延長(5~7日間まで可能)、輸血副作用軽減(30~90%)、分離血漿の有効利用、血液放射線照射不要などが実現できる安全対策技術の一つである。

我が国においても病原体不活化導入の是非を検討すべき時期であるが、法的に日赤の現行システムを容易に替えられず、財政的にも新たな治験の推進は困難な状況である。日赤血液事業に対する国の施策および実施において、製造・検査の合理的運用、企業や研究機関等に委託できる部分を検討することが望まれる。

また、血中での酸素運搬機能を持ったナノカプセル(TERUMO)が開発され、大量出血時の赤血球代替物として臨床応用が進められている。血液型判定や交差試験を要さないのが、救急医療の現場において、不適合輸血のリスクがなく緊急輸血に備えることができる。

血液法の理念の具現化が、輸血の安全性のために最も重要なことと結論づけられる。

session 05

医師不足問題・産科問題

産科領域の時系列説明、行政・立法の評価・問題提示

海野信也

海野信也

(北里大学医学部産科婦人科教授)
(うんの・しんや) 北里大学医学部産科婦人科教授。東京大学医学部卒業。専門は周産期救急、胎児医学。2000年から04年まで長野県立こども病院総合周産期母子医療センターで地域周産期救急医療に従事。05年秋から07年にかけて日本産科婦人科学会の産婦人科医療提供体制検討委員会の委員長。

伊藤恒敏

(東北大学地域医療システム学教授)
(いとう・つねとし) 1974年東北大学医学部卒業、第三解剖学教室の助手となる。1981年胸腺上皮細胞の研究で医学博士取得。1982年4月助教授。1983から85年、Boston, Dana-Farber Cancer Instituteに留学。1986年東北大学医学部教授。組織学総論と発生生物学の講義を担当、胸腺などリンパ組織の研究に従事。1997年、第三解剖が発生生物学分野と名称変更。05年より東北大学大学院医学系研究科附属地域医療教育開発センター長、および地域医療システム学(宮城県)寄附講座副主任。

鈴木 寛

(中央大学公共研究科客員教授、参議院議員)

田谷 聡

(一橋大学国際・公共政策大学院教授)

土屋了介

(国立がんセンター中央病院院長)

山田憲彦

(防衛医科大学校防衛医学講座教授)

産科医療現場の改革を指向する立場から見ると、以下に示すような政府・厚生労働省の医療政策は、疲弊した現場にとって全くはずれまたは有害無益であることが多い。政策上の大幅な軌道修正が必要な状況になっている。

1. 新臨床研修制度：移行期の手当が皆無であったため、弱体診療科では2004年、2005年の新人空白期に現場が壊滅した。地方の研修病院の勤務実態、研修環境を改善しないまま、医師の地域的偏在を助長する全国規模のマッチング制度を導入したことにより、当然、大都市圏に研修医が集中する結果となり、地方大学とその関連病院が壊滅した。対策として、大都市圏の病院の研修医定員の削減、医師養成数の増加と地域枠、診療科枠の導入が検討されているが、地域枠の導入は地域枠以外の研修医の大都市集中を引き起こす可能性がある。診療科枠は、現場の過酷な勤務条件を放置したまま、長期間拘束されることを希望する研修医の存在自体が疑わしく、その診療科の専攻者が全体として増加するか、きわめて疑わしい。
2. 医療費抑制政策：勤務条件と待遇の悪化のため勤務医の大量退職が発生し、地方病院の存続自体を危うくしている。産科・小児科をはじめとする特定の診療領域については医療費抑制政策の継続はあきらめたようである。
3. 看護師内診問題：2002年、2004年の医政局看護課長通知による看護師内診の禁止が、その合理性の欠如と分娩取扱診療所の急減という実質的な国民への不利益を背景として、2007年に棚上げとなった。解決方法が

明瞭でないため、現場への報道圧力は持続している。

4. 集約化：分娩施設の集約化は地域住民やマスコミだけでなく地域の開業医や医師会からもきわめて不評である。このためごく限られた地域でしか進んでいない。集約化は、医師の当直回数等、労働条件の緩和に必要であり、従って地域における分娩施設の維持のために検討されていることだが、それが全く理解されていない。集約化が可能な程度に医療資源が残っている地域は限定されており、それが困難な地域では政策的な施設維持が必要だが、自治体の認識がまだ十分でない。
5. 医療紛争処理：産科・外科等リスクを伴う診療科で多発する医療紛争には既存の紛争処理制度である民事裁判の枠内では対応できない。新たな枠組みとしてのADR、無過失補償制度の導入が必要となっている。2008年、成熟児の脳性麻痺症例に対する無過失補償制度が導入されるが、この制度自体には民事訴訟抑制効果はない。新制度が成功するためには、患者側がこの制度での事実認定結果に信頼をおくことが必要となる。
6. 刑事立件：2006年には大野病院事件で産科医が福島県警に逮捕された。その直後から医療関連死の刑事立件を問題視する動きが加速され、2007年には医政局は「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」を組織せざるを得なくなった。しかし新たな制度が厚生労働省の権限を増加させ、過剰な行政処分を誘導するものとなれば、高リスク診療科の再建は不可能になる。

鈴木 寛

※P6参照

田谷 聡

(たに・さとる) 1984年東京大学法学部卒業、自治省に入省。愛知県財政課長、石川県総務部長、経済企画庁財政金融課、自治省行政課にて国・地方の行財政運営に従事。05年消防庁救急企画室長、07年より一橋大学国際・公共政策大学院教授として公共政策を担当。この間、救急医療ジャーナル83号に「救急行政をめぐる10の政策課題」を発表。著書「財務管理」(ぎょうせい)、主要論文「ヨーロッパにおける救急行政の改革について」(自治研究)等。

土屋了介

(つちや・りょうすけ) 国立がんセンター中央病院院長。1946年、東京都生まれ。慶応義塾大学医学部卒業。米・メイヨークリニック留学後、防衛医科大学校助手を経て国立がんセンター病院へ。病棟部長、臨床検査部長、副院長を歴任し、06年4月より現職。

山田憲彦

(やまだ・のりひこ) 防衛医科大学校防衛医学講座教授 1等空佐。1985年防衛医科大学校卒業、同年航空自衛隊勤務、94年大阪大学大学院卒業。95年以降主に防衛庁航空幕僚監部首席衛生官室勤務、02年自衛隊岐阜病院、04年防衛庁航空幕僚監部勤務を経て、05年より現職。阪神・淡路大震災以降、広域緊急医療体制の提言等、災害時の医療体制の問題に継続的に関与。

マグネットホスピタルの提案:医療崩壊を防ぐ

伊藤恒敏

医師名義貸し、研究助成金問題で東北大学は数年前うろたえてしまった。事件を契機にはっきりしたのは医師が極端に不足しているということだ。医療崩壊とも騒がれている。医師不足の解決には医師の増員が一番だが、基盤データがなく客観的な判断もできない。

東北地方の臨床研修指定・非指定病院への東北大学からの直接の赴任医師数の調査で若い医師は病床規模500の病院の育成環境を評価し多数赴任することがわかった。我々はこのような医師の集まる病院を、米国看護協会の用語を借りて、マグネットホスピタル(MH)と呼ぶ。

東北大学同窓会名簿での解析から医師は

生涯、技量の向上を目指して職場を探し求めるが、卒後20年でファイナルキャリアを決定することも分かった。医師派遣も育成という長期的観点が必要である。

地域に医師が不足している。無駄と既得権益を排し、医師が集まる500床ほどのMHの設置(人口20万に一つ)を考えるべきだ。診療科が網羅でき、三次救急も標榜でき、医師数も70人以上と医師の教育環境は十分。医師不足の医療圏にMHを設置し、医療圏全体で医療の質と医師を確保し、中小病院の戦略的地理的配置を考えるべきだ。200-300床の病院では医師を集められない。医療は一市町村で解決できる問題ではない。市町村の垣根を越え俯瞰的な立場で、医療

行政を進めるべきだ。

その上で、医師を長期的に育成する。20年のキャリアパスとして、プログラムを体系的に作る。大学と病院群と行政が一体となった包括的医師育成機構を立ち上げ、病院間の異動を保証する。医師の赴任しにくい医療機関にもキャリアパス形成の一環として医師配置が可能となる。

医師を増員する。医師が実効的に増員されるまでは、医師不足医療圏にこそMHを設置し、包括的医師育成機構の中で、医師配置も考えながらキャリアパス形成支援を行うべきだ。

医師不足問題・産科問題

土屋了介

医師不足問題は、医師総数の絶対数の不足と、地域の偏在と専門分野別の偏在による相対的な不足に分けることができる。絶対数の不足に対しては、すでに多くの専門家によって他の先進国との比較が示されており、急速な高齢化に対処するには早急な医学部卒業生の増加が必要である。また、必要以上の増員を避けるにはphysician assistantや医療秘書、さらには麻酔看護師の活用も必要である。

地域の偏在は、臨床研修制度の開始とともに顕在化したために、臨床研修制度が全ての原因のように言われているが、ローテーションによる初期研修制度が悪いのではなく、マッチングと言いながら、8,600名の希望者に対し、11,000名の定員を設定した制度が欠陥であるといえる。マッチングというのは希望者数と定員数がほぼ同数であることが前提であり、都会の市中病院を選ぶ研修医が悪いのではなく、制度設計が悪いのである。ほぼ同数に設定すれば、地方の大学病院や地方の市中病院の研修医の定員も充足される。

専門分野の偏在は、後期研修に公費を投

入し、専門分野の研修医の定員を社会のニーズに合わせた定員とすることが必要である。開業医の数が医師総数の40%だとすれば、その中で眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科などの専門開業を除けば、内科認定医を習得後に家庭医・総合臨床医と呼ばれるような専門分野の後期研修制度によって育成される専門家が必要である。したがって、研修病院における最大数の後期研修の専門分野とすることが必要である。

最近、注目された産科問題は救急問題である。大災害時以外には事前の連絡なしで救急車が受け入れられる施設でなければ救命救急センターとしての役割は果たせない。したがって、最近の事例で然るべき理由で救急車を断った施設に問題があるのではなく、また、連絡網を作れば解決する問題ではなく、隣接して存在する複数の病院群による大規模な医療センター(medical cluster)を各県に一か所設置するような医療行政が必要とされているのである。搬送には医師の同乗した救急車(doctor car)やヘリコプター(ドクターヘリ)が必要である。

session 06

医療システムデザイン

戸矢里衣奈

(IRIS代表取締役)

(とや・りいな) 東京大学文学部、同大学院総合文化研究科博士課程修了。(独) 経済産業研究所を経て(株) IRIS代表取締役。著書に「下着の誕生」(講談社選書メチエ)「エルメス」(新潮新書)など。患者家族としての経験から医療と他分野との横断的な連携の必要性を感じ「論座」(朝日新聞社)などで医療関連記事の執筆も行っている。

松田 学

(財務省大臣官房付、東京医科歯科大学教養部教授)

(まつだ・まなぶ) 1981年東京大学経済学部卒業、大蔵省に入省。西ドイツ・ボン大学留学、洲本税務署長などを経て、大蔵省の各局や経済企画庁にて財政・経済政策・国際金融などに従事。大阪国税局査察部長、大蔵省大臣官房企画官、成田税関支署長、内閣審議官、国土交通省や財務省の課長などを経て、2006年より東京医科歯科大学教養部教授に転出。言論NPO理事を始め政策論の場に幅広く参画。

横山禎徳

(社会システム・デザイン研究所代表)

(よこやま・よしのり) 社会システム・デザイン研究所代表。1966年東京大学建築学科卒業。ハーバード大学都市デザイン修士、経営学修士(MIT)。75年マッキンゼー・アンド・カンパニー入社。89年〜94年東京支社長。2002年退職。現在は日本とフランスに居住し、社会システムデザインという分野の発展に向けて活動中。

発想法の共有という課題

戸矢里衣奈

医療問題が山積する一方で、その解決には通常、非常な困難を伴う。医療が情報の非対称性が顕著な領域であることに加えて、そこに個人、病院をはじめとした組織、そして行政に至るまで様々な水準のアクターが関与していることがその大きな要因だろう。

しかしながら医療改革への関心の高まりとともに、今後も医師以外の多様な属性を持つ者が集って議論を行う機会が増加することは確実だ。課題解決のための方向性を共有しえない状況では、そうした場が設けられようと議論が散漫になり錯綜してしまう危険性が非常に高い。

本セッションにおいては、医療財源問題の議論を行うと同時に、課題解決のための発想法の紹介を目的としている。最初に財務省・松田学氏により「現場からの」医療財源問題が提議される。続いて建築家を経てマッキンゼー・アンド・カンパニーの元ディレクターとして国際的に活躍された横山禎徳氏により、「社会システム・デザイン」のアプローチによる、課題解決モデルの紹介と提案がなされる。

「社会システム・デザイン」は、横山氏による詳細のとおり、「分野に内在する問題点を作り出す悪循環」の発見と、それに替わる「好循環」モデルを検討、考案することを基本としている。課題のおかれた全体像を把握するための鳥瞰的な視点を導入するとともに、個別具体的な問題を解決するためのモデルとして示唆を与えるところが大きいだろう。

同時に注目されるのがこの「循環モデル」の応用性の高さである。例えば身近な組織改革や、さらには個人の行動原理を考える場合においても、循環を明示化すること自体で解決案に近づくことができよう。そもそも、冒頭に述べたように、多様な構成員による議論の際に参加者が「循環モデル」を認識しているか否かで、その成果には大きな差が出てくるものと思われるのである。

医療問題に関して医師と話しているとしたら、病院の勤務体制や行政レベルの問題に行き着く。医師だけでは解決できない課題が急増するなか、議論の前提となる発想法・解決法の共有が、医療改革の推進においても鍵となるのではないだろうか。

日本の財政・経済と医療システム

松田 学

超高齢社会に向けて果たして日本の社会保障制度は持続可能なのか。この問いが提起されて久しいが、この問題の解決に真正面から取り組む上で避けて通れない国民負担の議論の具体化がようやく始まろうとしている。政府の経済財政諮問会議にも、民間委員から将来における給付と負担の関係についての試算が提出され、話題となっている。

医療システムについては、これまでもコスト効率性の観点からミクロベースでは様々な改革が議論されてきたが、世界に例をみない高齢化の進展の中で現行の医療サービスを継続するためには、もはや医療システムへのマクロベースでの財源投入は不可避である。ましてや、日本の経済力に見合った医療制度を構築するとするならば、それは相当な規模でなされねばならないだ

ろう。

他方、国の一般会計の社会保障費の中でも最大の費目が医療費であり、それをどうするかは財政再建の上でも最大のポイントとなっている。しかし、こと国の財政については、これまであまりに楽観的な議論が繰り返されてきた感があり、あるべき目標設定はプライマリーバランスよりもはるかに厳しく、そこには気の遠くなるようなギャップが現状との間に存在する。たとえそれを達成できても、そこからさらに膨大な規模での財政需要が存在し、それはひとり医療分野に限ったことではない。

財政の実態に鑑みれば、医療財源を専ら国民の税負担の増大に求めることと、人口減少下での日本経済の活力維持とが両立しえない可能性が高く、マクロの財源論については別の選択肢を構築することも考える

必要がある。少なくとも、医療の世界に経済的な「価値」創出のフロンティアを開いていく発想が不可欠だろう。それは現在の日本経済の本質的な課題そのものでもある。

もはや、構造改革 v s 格差是正、市場競争メカニズム v s 公平・安定・安心、といった対立軸から政策論は脱皮する必要がある。今、求められているのは、超高齢社会の運営モデルの構築に向けて構造改革を方向づけることであり、医療分野には大きな潜在的な可能性がある。経済政策の課題は、国民の将来に向けた「不確実性」の問

題に向かい合うことによって、社会保障制度をも持続可能にするような経済活力を日本に創出することである。

医療システムについて政治に問われているのは、その実態を国民にきちんと明らかにし、財源投入のあり方に関する創造的な選択肢を提示して国民合意を形成することである。そのためには、日本の全体的な政策論議のあり方についても、従来の縦割り改革論に横串を通し、社会システム全体の再設計へとバージョンアップさせることが求められよう。医療問題の解もその中から描かれてくるのではないか。

「社会システム・デザイン」アプローチによる 医療システムの新たなデザイン

横山禎徳

社会システムを「生活者に対する価値提供の仕組み」と定義した上で、それをデザインする「社会システム・デザイン」のアプローチを開拓した。それは5つのステップから成り立っている。すなわち、

1. 分野特有の悪循環を定義する
2. いくつかの良循環を発見し、最良なものを選ぶ
3. 良循環を駆動する「エンジン」としてサブシステム群を抽出する
4. サブシステムを行動のステップ・フローに分解する
5. 具体的な行動に必要なレベルまで詳細なステップ・フローに分解する

このようなデザイン・アプローチを活用して医療システムのリデザインを企てて、現在作業が進行中である。

まず、患者、医師、保険者、そして行政・司法、マスメディアの間に少なくとも4つの悪循環が存在している。例えば、医療事故を刑事訴訟することが結果的に患者、あるいはその遺族は勝訴しても不満は返って増大し、医師・病院の側はリスク回避的に一層腰の引けた過剰診療をしてしまうという悪循環が存在するし、価格を抑えてコストを抑えこもうとする政府の努力が逆にコスト増に結びついているかもしれないという悪循環もありそうである。結局、患者、

医師、保険者の三者間のインタラクションが規律ある医療行動を醸成するようには働いていないのである。

この状況を変える良循環を見つけることは困難であり、まだ作業中であるが、一つの仮説は患者になる前の消費者と医者が知り合う、あるいは開業医と勤務医が知り合うような状況を作り出すことが出来れば良循環の基礎になりうるのではないかということである。消費者が医者に出会うときは常に患者としてであるということがお互いのコミュニケーション、そして自然な相互信頼の醸成を難しくしているという考えだ。

いずれにしても途中段階の粗いアイデアであり、当然、もっと改良し、洗練していくが、いずれにしても目標は医療サービスを患者、医師、保険者が時間的にも費用的にも乱用せず、規律ある消費することが普通に出来るようになれば国としても安心して医療サービスを「費用」ではなく、「価値」として拡大することが可能になる。すなわち、医療システムに今よりもっと資金が入ってくるようになるのである。そのような余裕があれば、医師不足や、メディカル・コミュニケーションなどの必要スキル訓練、そして、困窮者の無料診療などに投資が可能になる。それが最終的な良循環なのである。

session 07

がん対策

埴岡健一

(東京大学医療政策人材養成講座特任准教授)

(はにおか・けんいち) 兵庫県出身。大阪大学文学部卒。日経ビジネス副編集長、骨髄移植推進財団事務局長を経て、日経メディカル編集委員。日本医療政策機構理事。がん患者支援サイト「がんナビ」編集長。2007年4月から、「がん対策推進協議会」委員。著書に「インターネットを使ってガンと闘おう」(中央公論新社)、訳書に「もっといい会社、もっといい人生。新しい資本主義社会のかたち」(チャールズ・ハンディ著、河出書房新社)、編著に「がんを生きるガイド」など。がん医療や医療の質と安全に関する記事・論者など多数。

仙谷由人

(衆議院議員)

(せんごく・よしと) 衆議院議員。1946年生まれ。弁護士。04年民主党政策調査会長、05年～06年までネクストキャビネット厚生労働大臣、党シンクタンク「公共政策プラットフォーム」代表理事、衆議院決算行政監視委員長を経て07年9月より衆議院議院運営委員会理事。02年1月に胃がんのため、胃全摘手術を受けたことをきっかけに医療制度・システムに問題意識をもち、「がん治療の前進を求める民主党議員懇談会」会長、「国会がん患者と家族の会」世話人などをつとめ「がん対策基本法」の制定に尽力。

土屋了介

(国立がんセンター中央病院院長)

※P.12参照

がん対策基本法の総括

埴岡健一

「がん対策基本法」が施行されて半年余がたった。ここでいったん、初期総括を試みる。基本法が成立したことで可能となったことは何だろうか。この法の有無でいったい何が変わったのだろうか。「がん対策推進基本計画」が策定されたこと、「都道府県がん対策推進計画」が策定されること、がん対策に関する議論が各方面で盛り上がっていること、いろいろある。基本法の威力は明らかだろう。この法の意味を知るには、その内容のみならず、その成立過程を深く認識しておく必要がある。がん患者の声に押されて「議員立法」により実現した。いや、「市民立法」といえるかも知れない。医療行政のプロセスが、従来の「一部の医師⇒行政⇒実施⇒医療現場」から「患者・市民⇒立法府(政治家)⇒行政⇒実施⇒医療現場」へと、抜本的転回を見せているのである。これが、がん対策基本法の本質ではないだろうか。がん医療が改革されるには旧来の医療体制そのものの改革が必要だから、そう簡単にがん医療の改革がなされるわけがない。そういうニヒリズムもある。いや、そんなことはない。「がんが変われば日本の医療が変わる」というビジョンが台頭している。がん対策基本法を活かせば、がん医療においては様々な日本の医療体制の旧弊を打ち破ることができよう。医師の育成・配置、医療の値付け、医療機関の連

携、官民の参加協力、患者・医療者両方の医療リテラシー向上、医療資源の配分、医療の質に関する情報の提供、医療費と医療サービス提供の関係・・・そういったテーマへの認識を抜本的に刷新することはできないか。がん医療政策で萌芽が見られる新プロセスを育てれば、がん医療が変わることは十分に可能であり、がん医療が変われば、その変革は他の領域にも波及する。こうした潮流を明確にしていくには、提言型の患者の声を前面に出し、広い医療者が一緒にスクラムを組み、広いステークホルダーの賛同を得て、前に進んでいくことが重要だ。「提言型・実践型の患者・市民&現場に立脚した広い医療者+多様なステークホルダーからの支持者⇒立法府(政治家)⇒行政⇒医療現場・患者」というサイクルだ。がん対策基本法の潜在力は高いが、変革の本番と正念場はこれからだ。都道府県のがん対策推進計画が中身のあるものになるかどうか問われる。また、がん対策基本法の下のがん対策の推進状況に関して、PDCA(計画・実行・評価・実施)サイクルを継続的にウォッチする仕組みを確立することが欠かせない。提言型・実践型の患者・市民というエンジンを、社会ぐるみで育成していかなければ、このプロセスを継続させることはできない。

立法府の立場から

仙谷由人

私は約6年前胃がんであることを告知され、全摘手術を受けたのだが、担当医の「貴方のような立場（国会議員という意味）の人は隠さないで公表し、がんになっても元気に暮らせるのだということを見せて欲しい」との勧めに乗って公表した。

日本のがん治療が「遅々として」しか進まず、『がん難民』が大量に発生しつつあり、「人・金・情報」資源ががん征圧にむけて集中して投入されていないため、先進国水準では相当遅れつつあった。

たまたま私は2005年9月、民主党「次の内閣」厚生労働担当となったが、06年は医療制度改革が最大テーマの予定だった。

医療制度改革はあくまでも「国民・患者」の目線で提供体制を再構築することとして、小児医療緊急推進法案、患者の権利法案とともに『がん対策基本法案』を作成した。

内閣総理大臣直轄のがん対策本部の設置、がん登録、がん検診の充実、専門医・専門コメディカルの人材養成、政府の財政的措置の義務などを盛り込んだ。

その後与党からもがん対策基本法案が国会に提出され、与野党協議の結果成立した。

同法にもとづき設置された「がん対策推進協議会」において、本年6月にはがん対策推進基本計画が作られ、現在都道府県において「がん対策基本計画」が策定過程にある。

ここでも地方議会の役割は重要である。私が代表を務める民主党徳島県連では、今春の統一地方選マニフェストの中で「がん検診普及条例」を提起した。

「がん」という日常生活の中の国民的課題をこそ住民が主体的に参加し、議会で決めていくべき課題である。

現在、島根県をはじめ4県で「がん対策推進条例」が制定され、患者ががん対策に参加する仕組みがつくられつつある。

条例制定という生活の場の立法によって、がん対策をすすめることが求められている。

緩和・放射線・化学療法

土屋了介

がん対策基本計画には、重点的に取り組むべき課題として、

1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師の養成
2. 診療の初期段階からの緩和ケアの実施
3. がん登録の推進

とされている。今回は、診療現場に求められている課題として、緩和・放射線・化学療法を取り上げる。

「放射線療法及び化学療法を専門的に行う医師を養成するとともに、専門性を発揮できる環境整備を行う必要がある」、と記載されており、「看護師・薬剤師・診療放射線技師等の医療従事者が協力して治療に当たる体制を構築する必要がある」、としている。

緩和については、「がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められる」とし、「緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を養成していく必要がある」とされ、さらに、「在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある」とされている。

これらの理念と目的の達成に必要なのは、専門職の養成とこれら他職種による「チー

ム医療」の構築にあるといえる。

専門職の養成は、応急処置的には既存職種を対象とした、いわゆる「研修」によって行われるであろうが、この方法では、未来永劫に繰り返しの作業が続くことになる。したがって、専門職の養成は、医師の場合の卒後後期研修制度として制度化し、職業教育として継続的に専門家を生み出していく制度の構築が必要である。他の職種も同様で、いわゆる「post-graduate school」を作る必要がある。さらに、これら専門職が機能するには、医療秘書・麻酔看護師・physician assistant（日本にこの職種がないので日本語訳がない）・看護助手・病棟あるいは外来薬剤師等の養成と配置が必要である。

「チーム医療」は、他職種がそれぞれの専門性を尊重し、しかも、互いに補完するように活動する必要がある、専門職種の養成と共に「チーム医療」の方法の習得の教育が必要である。そのためには、従来の患者の診療体制を根本から変える必要がある。要点は、患者を「チーム医療」という複眼で見て、患者の希望に沿った単一の方針を生み出す方法の確立といえる。

がん医療の変革が日本の医療改革に通じるといわれる所以である。

session 08

医療紛争処理

患者の声

佐々木孝子

佐々木孝子

(医療事故被害者遺族)

(ささき・たかこ) 94年1月、医療過誤で次男を亡くし、真実を知りたい、医師と向き合って対話したいという思いから、医療過誤訴訟をおこす。本人訴訟で自ら法廷に立ち問いかけた。勝訴を得たが、虚しい思いは消えず、「医療システムの根本的な見直しや、裁判ではなく医療者と患者の対話の場を回復できるような制度を創ってほしい」と医療ADR設立に願いを託す。

和田仁孝

(早稲田大学法科大学院教授)

河北博文

(医療法人財団河北総合病院理事長)

上 昌広

(東京大学医科学研究所客員准教授)

野村英樹

(金沢大学医学部附属病院総合診療部准教授)

足立信也

(参議院議員)

亀田信介

(鉄蕉会亀田総合病院院長)

鈴木 寛

(中央大学公共研究科客員教授、参議院議員)

西口 元

(東京高等裁判所判事)

西島英利

(参議院議員)

私の息子は医療事故で亡くなりました。救急病院に搬送された息子をみて、緊急を要する事態があれば把握しなければならぬ医師は、単なる打撲と決めつけ、CTやレントゲンに描出された気腫像を見逃し、それを9日目の造影剤による検査で初めて知ったのです。医学的にみて、死なずにすんだはずの息子の無念さは、私の生命ある限り忘れることはできません。医学が日々進歩していくなか、一般的医療水準の知識があれば救命でき、ちょっとした配慮をもって診てくれていたなら悲劇は起きなかったはずなのに。

医学にも法律にも素人である私が、医療過誤訴訟に挑みました。裁判は途中から弁護士をつけない、いわゆる本人訴訟での闘いでしたが、結果は全面勝訴になったのです。息子の死の真実を知りたい、息子の敵討ちをしてやりたいとの執念からでした。

長かったこの医療ミス裁判の過程を、いま息子に、こうだったのよと話しかけてやりたい。やさしかった正人は、きっと、そうだったのかとわかってくれるはずです。息子に携わった医師に、犠牲になった分、これからの医療に活かしてほしいと息子も

願っていることでしょう。

しかし、訴訟によって得たものは、むなしい喪失感だけでした。勝訴はしましたが、もうどんなことをしても息子が生きて帰ってくることはありません。勝訴しても、心は何も満たされないのです。相手の医師がミスはミスとして認め、謝ってくれていれば、誠意を見せてくれていれば、私たちの心も救われたでしょう。賠償や、法律による判断よりも、その医師の誠意が欲しかったのです。

そのために、つらい思いをしている患者側に医療者と話し合える場を提供してくれるような制度があればと思っています。訴訟より、法律より、医師の誠実な言葉を聴くことができるような、そんな仕組みを作っていって欲しいと願っています。一人の人間として向き合って欲しいのです。

もちろん、医師のほうが本当に不誠実であれば、訴訟しかないかもしれません。でもその前に、向き合ってくれるような場があれば、そこで誠意ある対応を示してくれれば、そのほうが患者にとっても、少しでも区切りをつけることにつながるのではないかと思います。

和田仁孝

(わだ・よしとか) 早稲田大学法科大学院教授、早稲田大学紛争交渉研究所所長。1955年大阪生まれ。京都大学法学部卒業。京都大学大学院法学研究科修了(法学博士)。ハーバード・ロー・スクール客員研究員を経て1988年九州大学法学部助教授、96年教授。2004年より現職。専門は紛争処理論。日本学術会議連携会員、日本法社会学会事務局長、医療機能評価機構教育プログラム委員など。医療事故ADRの制度設計や提言を行っている。

河北博文

(かわきた・ひろふみ) 慶應義塾大学医学部卒業、同大学院博士課程修了、シカゴ大学大学院ビジネススクール修了。1988年10月より医療法人財団河北総合病院理事長。現兼職として(財)日本医療機能評価機構理事、東京都病院協会会長、東京大学・京都大学・慶應義塾大学大学院講師。2006年2月8日 渋沢栄一賞受賞。

医療ADRの総合システムへ向けて

和田仁孝

医療事故紛争の態様や、当事者、とりわけ患者側のニーズには様々なものがある。こうしたニーズの多様性に対応し、患者にとって、また医療側にとって、より機能的でニーズ適合的なシステムを準備していくことは喫緊の課題である。その際、単一の制度に収斂させてしまうのではなく、ニーズの多様性に応じた、各種紛争処理手段の体系的なネットワーク・システムの構築という発想がとられるべきである。以下、この医療ADRの統合システムへ向けて、いくつかの論点を検討することにする。

1.体系的システムとしての医療事故紛争処理制度

医療事故当事者のニーズや紛争の展開過程に応じて、医療事故紛争処理システムは、多元的な機関・手続のネットワークとして構成される必要がある。

1) まず、第一に、事故発生直後の医療機関内での対応が適切になされる必要がある。医療機関そのものに中に、初期段階から患者側に真摯にケアしサポートする人材や手続（院内メディエーター）を配置することが必要である。

2) 第二に、そこで解決しない場合、また解決するのが適切でない場合について、第三者ADR機関が整備されねばならない。こ

れには、さらにいくつかの類型が存在する。医療機関と向き合って話したいという患者側のニーズを重視し、患者本人と医療機関との自主的な紛争解決を促進する対話型ADR、一定の事実認定を行ったり法的な解決を簡易迅速に提供できる法準拠型ADRなどである。これらは排他的なものではなく、異なった紛争の進行度、異なった患者側ニーズに対応するものであり、相互に機能補完するような連携関係を構築していくことが望ましい。

3) さらに、それでは解決できない場合、医療機関側が非協力的であるような場合には、訴訟がその機能を維持することになる。

これら、多様な紛争処理制度・手続を、ひとつの統合的システムと捉えて、適切な連携を図っていくことで、多様な医療事故紛争当事者のニーズに適合的な場を提供することが可能になると思われる。以下、院内初期対応の制度、第三者ADRの制度を順次検討した上で、これら医療事故紛争処理システムの整備の担い手について最後に論じる。

2. 院内初期対応システムの整備

1) 海外の例

アメリカでは、すでに4州で、医療事故発生時の情報開示と謝罪など、初期対応をめ

ぐって立法がなされている。いくつかの先駆的医療機関でも、初期紛争対応のモデルが実践され、その有効性も示されているほか、ヒラリー・クリントン、バラク・オバマの両大統領候補が連名で、New England Journal of Medicine に、医療事故発生時の初期対応システムの普及について寄稿するなどの動きもある。さらに、ジョーンズ・ホプキンス病院など先進的な病院では、これにメディエーションという対話型紛争処理手続を組み合わせて、より機能的な初期対応システムを構築している。これは、情報開示や、事故調査を進めると同時に、患者側と医療機関側の対話による解決の促進を担う手続（JHではinformal small meeting、ピッツバーグ大学メディカルセンターではearly mediationなどと呼称される）を組み合わせることで、真摯な対応を求める患者のニーズに対応しようとするものである。原因究明手続のみに注目するのではなく、誠意ある対応を求める患者側のニーズにも真摯に対応するための手続整備ということができよう。

また英国では、NHSの制度の一環として、NHSの総合病院には、Complaint Managerを配置する体制が取られている。これは苦情から、事故発生時の紛争対応も含めメディエーターとしての役割を担う人材である。

上 昌広

（かみ・まさひろ）1993年東京大学医学部卒業、第3内科に入局。97年東大医学系大学院内科修了。虎の門病院血液科、国立がんセンター中央病院薬物療法部にて造血器悪性疾患の治療、特に骨髄移植の臨床と研究に従事。05年より東大医科学研究所探索医療ヒューマンネットワークシステム部門准教授として、医療ガバナンス研究に従事。

野村英樹

（のむら・ひでき）1988年金沢大卒、94年同大学院修了。95年からハーバード医学校ブリガム・アンド・ウィミンズ病院内科研究員。99年母校の総合診療部に参加、2001年同助教授（現准教授）。医学教育（研修指導医養成）、医師のプロフェッショナルリズム、確率論的臨床推論／臨床決断、EBMの普及、診療ガイドライン策定における患者参加、タバコ対策などをテーマに活動している。著書に「本当はやさしい臨床統計」（中山書店）。

2) わが国の動き

わが国でも、こうした動きはすでに現実化しつつある。全社連はハーバードの初期対応手続の導入を始めているし、英米のようなメディエーション（紛争の構造分析に基づく自主的解決促進のモデル）技法の採用やそのための人材養成は、急速に普及しつつある。

医療機能評価機構では、2004年より院内メディエーターの養成プログラムの開発と人材育成に着手し、4年目となる本年度終了時には、のべ4～500名の育成を行ったことになる。このほか、各種病院団体での研修や、個別医療機関での継続研修を通じた導入の試みも浸透しつつあり、いくつかの先進的病院では、その成果も具体的にデータとして示されてきている。また、報道等を通じて、国民の間にも少しずつその存在が浸透しつつあり、患者側からも、事故発生時に医療機関にメディエーターによる対応を求めるといった例も表れ始めている。

3) 課題と支援の必要性

このことは、医療の現場において、まさにこうした人材やモデルへのニーズが広く存在し、また患者側のニーズにも適応的であることを示している。しかしながら、問題は、現時点では、こうしたスキルを担う人材が専従の担当者としてではなく、医療安全管理者などの兼務によって担われ、結果として、負担の過重や、それによる効果の阻害が見られることである。そこで現場からの要請が極めて高く、また有効性もデータによって示されているこの院内メディエーター制度を促進するために、国が、一定の予算措置を講じ、医療機関へのインセンティブを提供する形で、人材育成と配置促進を支援していくことが不可欠である。人材育成のシステムは、すでに医療機能評価機構が中心的役割を担っていることから、この整備拡充で対応可能である。

なお、院内メディエーターについては、中立性を疑う声もあるが、たとえば、医療

安全管理者が病院の利益というより医療の質と安全の確保を担う第三者的性格を有しているのと同様の位置づけである。ただし、そこで患者側が気軽にアクセスできる第三者ADR機関を整備しておくことが必要となってくることは言うまでもない。

3. 第三者ADR機関

1) 対話型ADR

先述したように、ADRには多様な色合いのものが含まれるが、そのひとつが対話型ADRである。このタイプのADRの理念は、院内対応では実現できない完全に中立的な第三者の仲介により、医療機関の真摯な対応と説明や謝罪を求める患者のニーズに応えることである。それゆえ、紛争の比較的初期段階で、あるいは院内メディエーションでは解決しきれない段階で、患者側本人と医療機関と自主的解決を促進する機能するが期待される。具体的には、対話型ADR機関から、第三者を派遣し、現場でのセッションを持つなど機動的な対応が考えられる。

すでに、このタイプの医療ADRとしては、NPO法人「医療紛争処理機構」が、来年度をめどにサービスを提供することになっている。医療紛争処理機構では、弁護士と医療者の協働による手続主宰を前提とし、そのいずれかがメディエーション技法を持ったメディエーターとして対応することとしている。なお、この第三者ADRにおけるメディエーターは、医療機能評価機構などで育成されている院内メディエーターとは異なる技法や倫理規範が要求されるため、明確に区分して理解される必要がある。第三者ADRでのメディエーターは、別途、養成される必要があるということである。

なお、亀田総合病院では、医療紛争処理機構と協力し、一方で院内メディエーター・システムを整備し、他方で同機構の対話型ADRサービスの活用という、二段階システムを採用する方向であるが、今後、こうした動きが広がることも予想される。

ただし、対話型ADRの難点は「事実認定」や「法的評価」が、利用者によって強く求められた際の対応である。対話型ADR内部に、医療者や弁護士からなる評価パネル手続を内包して対応することがひとつの対応であるが、いまひとつは、死亡事案であれば、死因究明のシステムや、法準拠型ADRとの連携を図っていく方向である。

2) 法準拠型ADR

ここでは、一定の事実認定をしたり、過失の有無等、一定の法的な評価を提供したりすることを通じて紛争解決を図るシステムを法準拠型ADRと呼ぶ。典型的には、弁護士会が設置するADRや、有責性判断を保険適応の基準とする医師会の調停制度なども含まれる。

弁護士会は、医療紛争に特化した手続を提供し始めているが、それ以前から、単位会が設置する民事一般を対象としたADR（仲裁・あっせんセンターなど）で、医療紛争を取り扱ってきた実績がある。その傾向を見ると、ほとんどのケースで、患者側も弁護士代理人がついて事案を持ち込んでいるという傾向が見られる。すなわち、患者本人と医療機関の対話の場というより、双方の代理人が出てくる中で弁護士が仲介するという形であることから、いわば裁判代替的な機能が果たされているものと考えられる。それによって、迅速かつ簡易に解決がなされ、当事者にとって時間や労力、コストなどを少なく解決に至るというメリットが得られる。

3) ADRの連携ネットワーク構築の必要性

以上の対話型ADRと法準拠型ADRでは、明らかにそれが対応しようとする患者側のニーズが異なっており、また、紛争の進行度という点でも異なっている。

院内初期対応がうまくいかない時点で、いきなり弁護士への相談、訴訟ないし訴訟を念頭に置いたADRという体制では、多くの患者側のニーズに対応しきれず、弁護士にアクセスできないまま、もれ落ちていくケースも出てくるし、また必ずしも生産的

でない訴訟利用が結果するリスクも払拭できない。反対に、対話型ADRだけでは、そこで解決できない場合に、訴訟しか手立てがないというのでは、やはり、もれ落ちてしまうケースも出てこよう。

そこで、こうした異なる志向をもったADRをシステムとして整備し、患者側のニーズの多様性に適合的で、紛争の進行度にあわせたニーズの吸収を可能にするような「柔らかなADRネットワーク・システム」の構築が必要であると考え。多様な場を準備し、患者被害者がそのニーズに応じて自由に選択できるようなシステムの構築である。

4. 制度整備の責務と方向

1) 海外の医療ADR整備のあり方

最後に、こうしたADR制度の整備の責務がどこにあるかを考えてみたい。まず、海外の例を見てみる。

まず、フランスは、2002年、患者の権利及び保健システムの質に関する法律を制定し画期的な医療事故紛争処理システムを整備した。これは一定範囲の事故について無過失保証制度とADRを統合的に組み合わせたシステムである。具体的には、(1) 事故等の報告義務、(2) 無過失の場合の被害者への補償、(3) 地方医療事故損害賠償・調停委員会の整備、などを規定し、促進している。その実績も堅調であるとの報告がある。

イギリスでは、1973年制定のNational Health Service Reorganization Act以来、医療事故紛争処理のシステムが重層的に整備されてきている。先に述べたNHSのComplaint Manager（院内メディエーターに相当）のほか、そこで納得しない場合のパネル設置の手続、オンブズマン制度などのシステムがある。

アメリカでは、メリーランド州が医療事故訴訟すべてにつき調停前置としたり、ペンシルバニアでもメディエーション手続の導入が提言されるなど、各州の医療事故処

理制度の政策の中に重要な課題として盛り込まれている。

これらは、ほんの一例であり、多くの国において、医療事故ADRの整備は、立法による手当が必要な課題として認識され、実際に対応されているのである。

2) 国による手当が必要な理由

では、なぜ、ADRについて国による手当が必要とされているのか。理由は、その果たす機能が国民的利益にとって、極めて重要な意義を有しているからである。

いずれの国でも、医療事故訴訟の頻発が、萎縮医療や医療供給体制のゆがみを生じさせる大きな原因であることが認識されている。萎縮医療や医療供給体制のゆがみは、国民の医療を受ける権利、健康で文化的な生活を営む権利を損なう現象であることは言うまでもない。この問題は、すでにわが国でも、医療崩壊という言葉が象徴する形で、現実にも顕在化してきている。

そうであるなら、国民の医療をめぐる権利の確保のために、何らかの対策を講じることが、国が立法によって対応すべき国民的課題であるということになる。諸外国では、当然のごとく、こうした理解の下で、医療崩壊が進行する前に、あるいはそれへの対応として、着手されてきているのである。医療ADRの整備は、決して医療側の利益を図るだけのものではない。直接的にも、患者の側こそ、対話や迅速な解決の場を求めているし、より重要なのは、医療紛争解決制度の不備によって医療崩壊が進めば、国民にとって医療へのアクセスが制限される、極めて重大な不利益が引き起こされるということなのである。医療側は萎縮し、防御し、逃げる事が出来る。訴訟リスクの低い診療科へ、リスクの高い治療の回避へ、設備が整った都市部の病院へ、開業へ。しかし、患者は、ゆがんだ医療供給体制の中で、どこにも行き場がない状態から逃げ出すことはできない。

結論は、明確である。医療紛争処理システムの整備は国民的課題であり、国が整備

支援することは、まさに必要な領域なのである。諸外国は、そのような対応をしている。

3) 国による整備支援の方向性

さて、国による医療紛争処理システム整備が必要であるとしても、それはどのような方向をとるべきだろうか。先に見たように、患者側のニーズは、その問題に応じて、紛争の進行度に応じて多様である。これに単一の画一的システムによって対応するのは不効率であり妥当でない。これまで、各種紛争領域で行政型ADRが設置されてきているが、その多くは、十分に機能しておらず、利用も低調である。

こうした医療事故紛争の特質を前提にすれば、先に見てきたような多元的な医療紛争処理システムを構成する各種ADRについて、これを間接的に支援・育成すること、そのネットワーク化を図る役割を国が担っていく方向が、わが国では現実的であると思われる。

具体的には、

(1) 院内メディエーターの育成・配置を促進する支援対策の整備

(2) 各種民間医療ADRについて、充実・整備するための支援対策

(3) 各種ADR機関の情報共有とネットワーク連携を促進する対策

といった方向が有効である。これらの方策について立法による措置が講じられていく必要がある。

また、こうした民間ADR活用の方向は、患者はじめ利用者のニーズに適合的であるだけでなく、必要な予算規模もさほど大きなものではない。たとえば、交通事故紛争処理センターは、全国10箇所に展開しているが年間予算は10億円程度である。民間ADRの支援という方向で考えれば、作動するすべての医療ADRへの支援および、院内メディエーター養成・配置への支援を含めてもそれで十分であろう。

こうした課題に、国は早急に取り組むべきであると考え。

医療紛争処理に関する厚労省案と私たちの考え

上 昌広

厚労省は2007年10月17日に医療紛争処理に関する二次試案を発表した。私たちは、この試案の内容が現実化すれば、我が国の医療は萎縮し、崩壊すると考えている。真相究明機関という名を借りた厚労省の権限・ポジション拡大のように見受けられ、この組織設立が社会保険庁解体と連動していないことを願う。薬害エイズ患者・肝炎患者の資料を放置してあった事例などは、まぎれもなく医療事故だが、厚労省はどのように真相を究明し公開するのだろうか。隠蔽体質の厚労省に真相究明ができるのか。

本セッションでは、厚労省試案の問題点、および私たちの考えを示す(表)。ちなみに、本試案に関する厚労省検討会にて委員やパブリックコメントは様々な問題点を指摘しているが、座長は議論が不十分のまま結論を急ぎ、最終的に厚労省は事務局案を強硬に通したようである。この検討会は、厚労省が民意に配慮したという形式をとるための儀式に過ぎなかったのだろうか。詳細はロハス・メディカルブログ(<http://lohasmedical.jp/blog/>)をご参照いただきたい。

① 第三者機関をつくる前に既存の組織を検証すべきである。再発防止は真相究明と別の仕組みが必要である。

厚生労働省は既に再発防止を目的として医療事故情報収集事業を行っている。私たちの調査した限りでは、この事業の存在は医療者にほとんど認知されていないこと、再発防止に役立ったという声もほとんどないことから、この事業が成功しているとは言い難い。厚労省は同じ目的の重複組織をつくる前に、この事業の有効性を検証し、情報公開すべきだろう。

また、厚労省は第三者機関の目的に「医療事故再発予防」、「真相究明」を掲げているが、2つの目的達成に必要な制度設計は異なり、1つの組織では解決できない。厚労省案は失敗する可能性が高い。

第三者機関の制度設計にあたっては、真

相を知りたい患者・家族・医療者のニーズを尊重すべきである。なぜなら、医療の主体は患者・家族と医療者で、行政ではないからだ。調査によって明らかになった事実は患者・家族・医療者に帰属するものであり、速やかに当該患者・家族・医療者に公開しなければならない。一方、この事実を政府に報告するか否かは、当事者の意向を尊重すべきである。厚労省の歴史を知っている国民は、自分たちになりかわり、厚労省に適切な処分ができると思っていない。

患者・家族が医療事故の真相を十分に理解するために必要な医学的・法的・経済的サポート体制(⑤参照)を、国が充実させるべきである。この結果、患者・家族が医療者を告発することが起こるかもしれないが、それを法的に規制することは不可能であり、この問題は医療者の努力、および対話の充実により解決をはかるべきだろう。

② 届出義務化と刑事・行政処分の連動は医療崩壊を招く。責任追及を前提とした仕組みでは真相究明できない。

厚労省は、何を目的として、医療機関からの届出を義務化するのだろうか。正直者が馬鹿をみる制度になってはいけない。届出を義務づけても、故意犯が減らないのは自明で、役所の権限が増えるだけだ。この問題の解決には、世論・メディアの医療に関するリテラシーが向上し、良い意味での医療者との緊張関係を構築するしかない。この意味で、私たちはメディアに大きな期待を抱いている。ちなみに、医療崩壊の一因である医療への刑事介入増加は患者・家族の訴えが増えたためではなく、厚労省が警察への届出を指導した結果であることはご存じだろうか(図)。

医療事故の再発防止が目的であれば、「報告制度は・・・医療事故や医療上の過失を把握するとともに、その原因を究明して将来の再発防止に役立てることを目的とする。したがって、施設内で作成・提出する報告書は自発的なものとし、外部に公表す

る必要はないものとするべきである。同時に、過失や事故を報告したことにより不利益処分がなされないように制度設計する必要がある。」(日本医師会「医師の職業倫理指針」)ことが常識となっている。

調査権者と行政処分権者が同一組織では、真相究明はできない。行政処分を行う厚労省とは別の主体が調査を行うべきである。

③ 解剖への財政措置を講ずるべきである。死亡例における真相究明には、解剖が一定の役割をはたす。しかしながら、予算不足のため解剖件数は減少し、病理医・法医の絶対数は不足している。病理医・法医相互の研修や連携も不可欠である。第三者機関という組織、ハコモノを講じて役人を増やしても、専門家がいなければ稼働しない。至急、解剖(各種検査を含む)に対し財政的措置を講ずる必要がある。

④ 医師法21条を改正すべきである。

厚労省は二次試案にて医師法21条に関する具体案を示さなかった。医療現場は、この問題の解決を切望している。「医師法21条を削除」又は「警察への届出は、医師の死亡診断書がない医療機関外での変死に限定」すべきである。

⑤ 院内メディエーター及びADRへ予算措置が必要である。

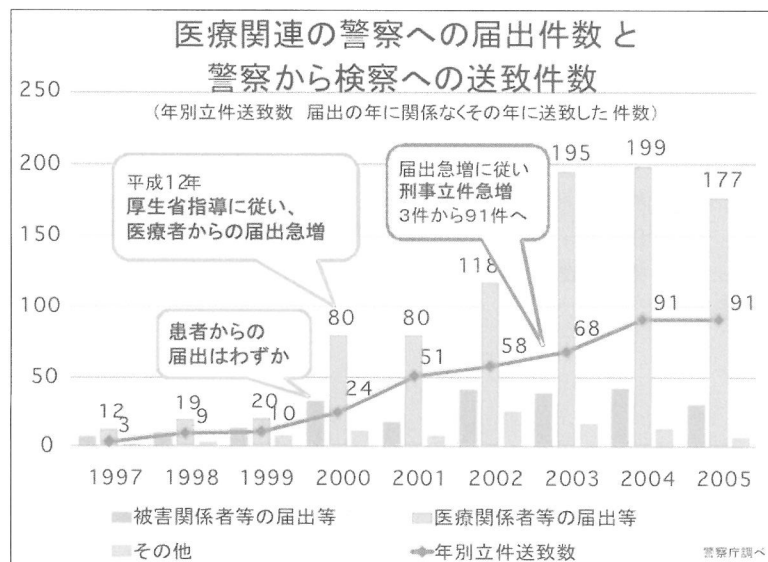
患者・家族・医療者は、納得のいくまでの対話を望んでいる。しかしながら、現行の保険医療体制では対話に関する配慮(財源措置)が不十分で、患者・家族も対話の権利を主張できず、病院経営者も院内メディエーターに十分な人材をあてがうことが出来ない。また、医療ADR制度が未整備のため、心ある法曹関係者も医療事故問題の解決の場を裁判以外に求めることができない。裁判は患者と医療者の対立関係を前提とするため、多くの医療紛争の処理には不向きである。院内メディエーター養成、および院内メディエーション行為への財源措置、さらに民間の医療ADRを育成・支援すべく予算措置を講じるべきである。

医療紛争処理に関する厚労省案と私たちの対案

	厚労省案	私たちの対案
対話の場（院内メディエーション）	対話なし	・各病院で対話の場を提供 ・メディエーター育成
ADR（第三者メディエーション）	対話なし	・医療・法律の専門家ネットワークが 患者のニーズにあわせた解決をサポート
調査	・目的は曖昧（真相究明・再発防止・責任追及） ・全件届出義務化 ・厚労省主導（患者不在）の調査 ・巨大組織を厚労省に新設（税金無駄遣い） ・刑事処分・行政処分と連動するので 真相究明は不可能	・目的は患者・家族・医療者の「納得」 ・患者・医療者の意志で依頼（届出義務なし） ・医療・法律の専門家ネットワークが 患者主導の解決をサポート ・巨大組織は不要 ・当事者が納得するまで真相究明
刑事処分・行政処分	・全件届出の後厚労省経由で刑事処分・行政処分へ ・患者が望まない処分激増	患者・家族の意志で通報
医師法 21 条改正	具体策なし	「医師法 21 条削除」又は「警察への届出は、医師の死亡診断書がない医療機関外での変死に限定」
診療における病理・法医診断	・不十分な報酬により病理医・法医不足 ・解剖費用は病院の持ち出しであるため 死因究明不可能（解剖数減少）	・十分な診療報酬と病理医・法医専門家 増加による正しい診断 ・十分な診療報酬措置による死因究明 （解剖数増加）

社会的影響

患者にとって	不信・怨恨	納得
国民にとって	医療崩壊	安心
医療者にとって	絶望・萎縮医療	安心して善意の医療を提供
厚労省にとって	権限拡大・組織拡大	患者・家族・医療現場の自律
我が国の医療水準は	専門家意見の国家統制により医療水準低下	専門家意見の多様性により医療水準向上



医療関連の警察への届出件数と警察から検察への送致件数

医師の自立的処分制度の確立に向けて

野村英樹

医師は、①正しい知識や技術、②正しい判断力、③医師として相応しい人格を持つ人である必要がある。医療の質を確保し、避けられる医療事故から患者を守るには、医師がこれらの能力を保つことが必要である。ある医師が①と②の能力を維持しているかどうかを、医師ではない者が判断することは難しい。③の評価を行うのは必ずしも医師である必要はないが、医師が中心となってこれを行わなければ自浄作用の欠如と見做され、信頼が損なわれる。

医師の能力不足が明らかとなる時は、次のうちいずれかのパターンを取る（明確な区分は難しいが）。

第一は、能力がやや不足気味ではあるものの未だ事故には至っていないケース。このような医師は早期に発見し、再教育を施して事故を予防する必要がある。ここで、①②の能力は専門医認定の更新で対処することが可能だが、本邦では全ての医師が専門医認定を受けているわけではない。③については、医師の日常の診療状況を病院内で評価し、助言するシステムが必要だが、誰からも評価を受ける機会のない医師も存在する。大学医局所属の医師に対しては従来医局がこの機能を担っていたが、組織の維持拡大を自己目的とするシステムであることから、その判断基準は適正とは言えなかった。日本医師会は倫理綱領などを定めてきたが、開業医中心の任意利益団体としての性格上、この機能を果たし得なかった。

第二は、能力不足の徴候がないか、あるいは見逃されてしまい、不幸にして事故が生じてから、医師の能力に大きな欠落が明らかとなるケース（死亡事故の場合、今後設置が見込まれる死因究明機関から通知を受けて活動を開始）。このような医師に対しては、必要に応じて免許を速やかに仮停止して患者の安全を確保した上で（これは医師を守ることでもある）、免許停止とそれに続く再教育などを行うが、改善の見込

みがなければ免許取消の処分を科す。（精神）疾患が原因ならば治療を勧告し、システムエラーが原因ならば安全管理の専門機関に情報提供する。

ここで、人は必ず死ぬ存在であり、医療は不確実なものであるから、医療行為の結果が好ましくない（法律用語では結果違法性がある）ことを理由に医師を罰することは誤りである（近年の判例にしばしば見られる）。問えるのはあくまで医師の能力であるが、その役割を医師ではない司直の手に委ねることには無理があり、医師を中心とした自律的処分制度の確立が必要である。なお、現在の医道審議会のように、刑事裁判で有罪判決を受けた医師のみを独自の調査や判断を行わずに後追い処分することも同じ理由で誤りである上、患者を守るという目的でも不十分である。自律的処分機関では、犯罪性があるものは司直に速やかに通報する。不服があれば高等裁判所に抗告できる。また、事故を未だ起こしていないが能力不足が疑われるケースも、この機関に申し立てることにより審理されるようにする。

事故の有無に関わらず、医師の能力に関する疑問を持つ者は誰でも、この機関に申し立てることができる。制度は医師が拠出する登録料で運営するが、医師は定期的に見直される行動規範に沿った公正な判断と必要な再教育を受けることができ、故意の過失や証拠隠滅などを図らない限り犯罪者扱いされる恐れから解放されるので、年間4～5万円ならば理解は得られると予想する（類似の制度を持つ弁護士は、年16万8千円の弁護士会費を支払っている）。なお、医療に関する情報公開と並行して、この機関についてもプライバシーに抵触しない範囲で活動内容を公開し、また責任を持ってこの機関の活動をチェックする機関の設置も当然のことながら必要である。

足立信也

（あだち・しんや）参議院議員。参議院厚生労働委員会委員。民主党副幹事長、政策調査副会長。1982年筑波大学医学専門学群卒業、医学博士。日本外科学会指導医。筑波大学臨床医学系外科助教授、国立霞ヶ浦病院消化器科医長、筑波メディカルセンター病院診療部長などを経て、2004年参議院議員初当選。参議院決算・倫選特各委員、参議院少子高齢社会調査会理事、民主党参議院政策審議会各副会長などを歴任。現在は厚生労働委員会のほか、行政監視委員会理事、政治倫理の確立及び選挙制度に関する特別委員会委員などを務める。

亀田信介

（かめだ・しんすけ）亀田総合病院院長。1982年岩手医科大学医学部卒業。順天堂大学医学部附属病院整形外科に入局、83年東京大学医学部附属整形外科入局。87年社会福祉法人太陽会理事長、88年亀田総合病院副院長を経て、91年より現職。03年10月には亀田産業株式会社社長就任。

鈴木 寛

※P6参照

西口 元

（にしぐち・はじめ）東京高等裁判所判事。早稲田大学大学院法学研究科博士課程修了。裁判官任官後、検事に転官、その後人事院在外研究員としてアメリカ留学。裁判官に任命され、東京地方裁判所、東京高等裁判所等を経て、現職。早稲田大学法学部非常勤講師も勤める。著書「専門訴訟体系1 医療訴訟」（青林書院2007.7）編集代表。

西島英利

（にしじま・ひでとし）参議院議員、自由民主党国会対策副委員長、政務調査会厚生労働副副会長。1977年日本医科大学医学部卒業。医療法人小倉蒲生病院理事長。北九州市医師会理事、日本医師会常任理事、厚生省の様々な審議会委員を経て、04年参議院初当選。参議院厚生労働・決算委員、倫選特委理事などを務める。

小松秀樹

(虎の門病院泌尿器科部長)

(こまつ・ひでき) 虎の門病院泌尿器科部長。1949年香川県生まれ。74年9月東京大学医学部卒業。泌尿器科学を専攻。都立駒込病院、山梨医科大学などを経て、99年より現職。近著「医療崩壊 立ち去り型サボタージュとは何か」(朝日新聞社)で日経BP・BizTech図書賞受賞。

小林一彦

(JR東京総合病院通院治療センター長・臨床医ネット代表)

(こばやし・かずひこ) 1997年久留米大学医学部卒業、聖路加国際病院内科レジデント、02年国立がんセンター中央病院幹細胞移植科レジデント。04年久留米大医学系大学院腫瘍免疫学講座修了。同年よりJR東京総合病院血液内科医長、07年より外来化学療法室長を兼務。05年、NHK医療番組を契機にがん医療において、現場が直面している問題点とマスメディアや行政が考える問題点のズレに気付き、濱木らとともに臨床医ネットを結成。

濱木珠恵

(都立府中病院輸血科・臨床医ネット副代表)

(はまき・たまえ) 1997年北海道大学医学部卒業。国立国際医療センターで内科研修医、血液内科レジデントとして研修後、虎の門病院血液科、国立がんセンター中央病院薬物療法部にて造血器悪性疾患の治療、骨髄移植の臨床について研修。04年より東京都立府中病院輸血科にて診療にあたっている。

松谷章司

(NTT東日本関東病院病理診断部部長)

(まつや・しょうじ) NTT東日本関東病院病理診断部部長。1947年生まれ、1971年群馬大学医学部卒業、1975年東京大学大学院修了、1978年DAADにてドイツ留学、病理医として東京大学医学部、虎の門病院に勤務、1996年より現職。日本病理学会認定病理専門医、日本病理学会学術評議員。1999年から東京都衛生検査所精度管理専門委員、2005年から2007年まで同精度管理検討委員会委員、2005年日本病理学会医療業務委員会精度管理小委員会委員長。

医師の自律処分制度の必要性について

小松秀樹

医療費抑制と、安全要求という相矛盾する圧力の中、医師が士気を失い、リスクの大きい医療現場から立ち去る現象が目立ちます。このため、産科や救急など軋轢の大きい医療がほころび始めました。

今後、医療保全のために多くの対策が必要となります。その中で問題となるのが、不適切な診療を行う医師の再教育や処分です。

現在、医師の行政処分は名目上医道審議会が決められているとされていますが、実質的には厚労省の事務局が決められています。原則的に、刑事罰が確定した医師を自動的に処分してきました。本来、刑事司法はその破壊力ゆえに、謙抑的でなければならず、他の制度で代替できないときに登場すべきものとされています。現在の処分は、順序が逆になっているのです。こうした制度上の理由により、明らかに問題のある医師でもしばしば処分されることなく、そのまま診療を続けてきました。

医療をめぐる軋轢を小さくして医療を保全するためには、処分制度の改革が必要ですが、厚労省主導の処分には問題があります。

第一に、厚労省の行政官は日本国憲法の下では、政治の支配を受けます。政治はメ

ディアの影響を大きく受けます。日本のメディアの感情論が処分に影響を与えるようになると医療の安定供給は困難になります。第二に、日本やドイツでは政治の命令で医師が国家犯罪に加担した歴史があります。第三に、行政官は現行法に反対できません。ハンセン病患者の隔離政策に対し、一部の医師は科学と良心に基づいて、身を挺して反対しました。しかし、行政官は法令に基づいていたが故に反対できませんでした。第四に処分機関をもつことで厚労省と医師の関係が変化して、行政に支障を来たしかねません。

医師の行動の制御は、政府ではなく、医師の知識と良心に委ねるべきなのです。多くの国で医師が自律的に医師を処分しています。処分は、医師としての不適切な行動をその根拠とします。過去の責任追及というより、未来に向けての医療の質を高めるためのものです。医師の自律的処分制度は、医師への信頼を向上させて、医療にかかわる諸問題の解決を容易にします。なにより、医師に誇りをもたらします。

処分制度自体諸刃の剣であり、リスクを伴います。まずは、本格的な情報収集、制度設計の議論など、慎重で膨大な作業が必要です。

医師が殺人罪に問われるのか? (川崎協同病院・東京高裁判決)

小林一彦、濱木珠恵

1 この症例が殺人罪なのか?

本年2月、東京高等裁判所が医師に殺人罪を適用した。当時58歳の男性が気管支喘息の重発作を起こし、心肺停止状態で川崎協同病院に運び込まれ、救命措置により心肺は蘇生したが、意識は戻らず、人工呼吸器が装着されたまま入院となったケースである。約14年来の主治医が、家族の希望により抜管したことが、亡くなってから3年後に事件化された。

2 法の限界と裁判官の苦悩

判決の理論構築は、治療中止を適法とする根拠として『患者の自己決定権』と『医師の治療義務の限界』の2つのアプローチを仮定し、いずれの観点からも適法とできないため、殺人罪の成立を認めざるを得ないというものだ。一方、裁判官は、尊厳死の要件を仮に定立したとしても、それを「傍論として示すのは却って不適切」と述べた。医療を法的判断のみで扱わねばならない裁判官の苦しさを吐露している。

3 医療における法の限界・ガイドラインの限界

裁判官は、この問題は、司法が抜本的な解決を図るものではないとして、「尊厳死法の制定ないし…ガイドラインの策定が必要であろう」としながらも、自らの判断自体が要件定立の困難さを物語っており、ガ

イドラインの限界を示している。

法やガイドラインは、規範として一定の要件を定め、責任の有無を画一的に判定しようとする。しかし、医療における治療方針は、変化し続ける状況と、医療者と患者・家族の対話のプロセスにおいて決められていくものであり、ある一時点における合意書面は、変化し続けるプロセス全体をとらえることはできない。人間が定めたガイドラインに、病気が従うわけではなく、そのような患者・家族に寄り添って死を迎えることが、逮捕・起訴を意味するなら、ガイドライン策定は医療崩壊を促進するばかりではないか。一人一人の固有の状況を尊重し、対話プロセスを重視するメディエーションや対話型ADR（裁判外紛争処理）を医療に活用する必要がある。

参照：

川崎協同病院 東京高裁判決 その1 http://mric.tanaka.md/2007/08/06/_vol_32_1.html

川崎協同病院 東京高裁判決 その2 http://mric.tanaka.md/2007/08/07/vol_33_1.html

川崎協同病院 東京高裁判決 その3 http://mric.tanaka.md/2007/08/08/vol_34.html

医療における裁判外紛争処理（医療ADR）
<http://expres.umin.jp/genba/kaisetsu03.html>

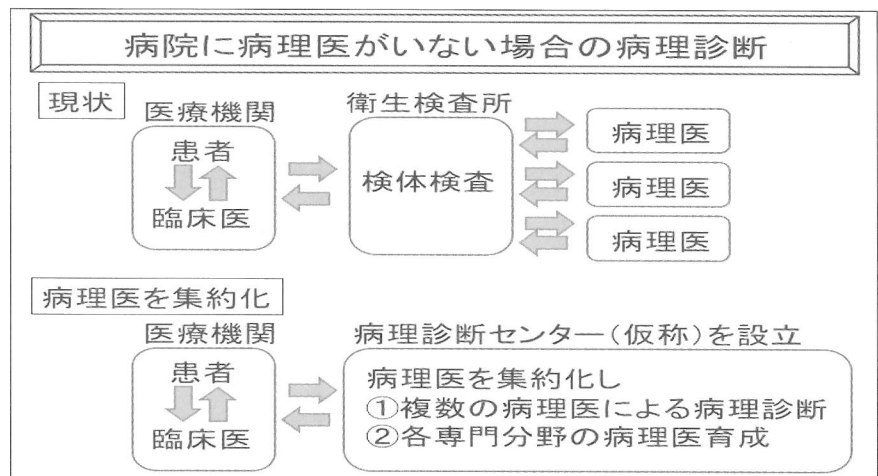
臨床医ネット

患者とともに納得の医療を目指す臨床医の会。全国の病院や診療所に勤務し診療に取り組む普通の医師達が、患者と家族・臨床医・医療スタッフが納得できるような医療現場にしていきたいと願い、2005年に結成したネットワーク。2005年には医療特集番組におけるがん医療の説明の齟齬を指摘し善処を求める提言書を出すなど、臨床現場で働く立場から生の声を伝える活動を行っている。

病理医のいない病院の病理診断は？

松谷章司

病理診断をご存知ですか？ 例えば胃癌の場合、胃カメラ検査で発見された病変（組織）の一部を採取します。病理検査技師はこれを顕微鏡組織標本にします。病理医は顕微鏡を用いて癌と確定し、病理診断をします。手術治療が選択された場合、切除された胃組織について癌の進行度や手術による根治性などの評価を病理検査部門で行い、病理診断として報告します。これにより、術後の経過観察の仕方が決まります。このように、病理診断は治療法の選択や治療の評価に欠くべからざる検査です。常勤病理医のいる病院ではこれらのことが日常円滑になされています。しかし、人口補正後の米国の病理医数8,939名に対して日本は1,900名（2003年）という数値が示しており、日本の病理医は諸外国に対して比べものにならないほど少ないのが現状です。当然、病理医のいない病院の割合は多く、約9,000ある病院のうち、常勤病理専門医のいる病院550に対して常勤病理専門医のいない病院は約94%を占めています。常勤病理医専門医のいる病院の半数強に当たる約330病院でも病理医は一人体制です（日経新聞2006年5月11日）。そのような背景で、病理医のいない病院の病理診断は外注検査に依存することになります。病理診断は医行為ですから、衛生検査所で病理標本作製し、委託された病理医が病理診断をしています。この領域には法律上や診療報酬制度上の未解決問題が存在しています。上記の如く、病理診断内容は治療法選択に決定的な影響を与えますから、高度の専門性が要求されると同時に高い診断精度の維持が必要です。その為には医療機関として病理診断を適正な形態で実施出来る施設として『病理診断センター（仮称）』の設立が急務であると考えます。



病院に病理医がいない場合の病理診断（村重先生の作品）

現場からの医療改革推進協議会
第二回シンポジウム

program

(講演形式のセッションは発表順・他50音順・敬称略)



〈発起人〉(50音順・敬称略)

足立信也(参議院議員、外科医)、井上範江(佐賀大学医学部看護学科教授)、岩瀬博太郎(千葉大学大学院医学研究院 法医学教室 教授)、海野信也(北里大学産婦人科 教授)、江口研二(東海大学腫瘍内科 教授)、大嶽浩司(マッキンゼー・アンド・カンパニー コンサルタント)、冲永佳史(帝京大学理事長)、小原まみ子(医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院 内科部長)、上 昌広(東京大学医科学研究所 客員准教授)、亀田信介(医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 院長)、川口 恭(ロハスメディア)、黒岩祐治(フジテレビ報道局 解説委員)、小松恒彦(帝京大学第三内科 准教授)、阪井裕一(国立成育医療センター手術・集中治療部部長)、鈴木 寛(中央大学公共研究科 客員教授、参議院議員)、竹内賢吾(癌研有明病院 病理部)、田中祐次(患者団体代表、NPO法人 ももの木理事長)、土屋了介(国立がんセンター中央病院 院長)、戸矢里衣奈(元患者家族、株式会社IRIS 代表取締役)、中島利博(聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター教授)、中田善規(帝京大学麻酔科 医療情報システム研究センター所長)、中西淑美(大阪大学コミュニケーションデザインセンター(CSCD) 講師、看護師)、中村芳彦(法政大学法科大学院教授)、西田幸二(東北大学眼科 教授)、林 良造(東京大学公共政策大学院教授)、舩添要一(参議院議員)、松田 学(財務省大臣官房付、東京医科歯科大学教養部教授)、松本慎一(ペイラー大学肺移植部 教授)、宮川祥子(慶應義塾大学看護医療学部 准教授)、森 勇介(大阪大学大学院工学研究科 教授)、森澤雄司(自治医科大学感染管理学 准教授)、横山禎徳(社会システム・デザイナー、社会システム・デザイン研究所 代表)、和田仁孝(早稲田大学大学院法務研究科 教授)

〈事務局〉

上 昌広、鈴木 寛
東京大学医科学研究所
探索医療ヒューマンネットワークシステム部門
〒108-8639 東京都港区白金台4-6-1
Tel: 03-6409-2068, Fax: 03-6409-2069
e-mail: exp-office@umin.ac.jp

11月10日(土)

10:00 開会のご挨拶 (P.2)

林 良造
高久史磨

10:30 session01 (P.3)

11:30 未承認薬問題

辻 香織
小野俊介

13:00 session02 (P.4~6)

15:00 医療とメディア

1. 黒岩祐治
2. 川口 恭
3. 西川 渉
4. 松村有子
5. 討論

上4名に加え、鈴木 寛、
武田耕太、橋本桂子

15:15 session03 (P.7~8)

16:00 新しい医療サービスのあり方

久住英二
田中祐次

16:15 session04 (P.9~10)

17:30 新規医療技術の確立・普及を目指して

大西昭郎
松本慎一
L マーロン

11月11日(日)

9:30 session04 (P.11)

10:00 新規医療技術の確立・普及を目指して

下平滋隆

10:00 session05 (P.12~13)

11:30 医師不足問題・産科問題

1. 海野信也
 2. 伊藤恒敏
 3. 討論
- 上2名に加え、鈴木 寛、田谷 聡、
土屋了介、山田憲彦

11:30 session06 (P.14~15)

12:30 医療システムデザイン

戸矢里衣奈
松田 学
横山禎徳

14:00 session07 (P.16~17)

16:00 がん対策

埴岡健一
仙谷由人
土屋了介

16:00 session08 (P.18~24)

18:00 医療紛争処理

1. 佐々木孝子
 2. 和田仁孝
 3. 河北博文
 4. 上 昌広
 5. 野村英樹
 6. 討論
- 上5名に加え、足立信也、亀田信介、
鈴木 寛、西口 元、西島英利

閉会のご挨拶

懇親会

厚生労働科研「がん医療水準均てん化推進事業」
共催 日本対がん協会