

シンポジウム詳録 |
現場からの医療改革推進協議会 07



Vol.2

現場からの医療改革推進協議会 第二回シンポジウム

日時 2007年11月25日(土) 10:00—17:30
26日(日) 9:30—18:00
場所 東京大学医科学研究所 大講堂

【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要である。

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。

【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)、戸矢理衣奈(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(バイラー大学脾胃移植部 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: genba-kyougikai@umin.net

session 00	挨拶 林 良造 (東京大学公共政策大学院教授) ……4 黒岩祐治 (フジテレビ報道局解説委員) ……5
session 01	未承認薬問題 辻 香織 (財団法人医療科学研究所研究員) ……6 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) ……13
session 02	医療とメディア 1. 黒岩祐治 (フジテレビ報道局解説委員) ……30 2. 川口 恭 (ロハスメディア代表取締役) ……33 3. 西川 渉 (救急ヘリ病院ネットワーク(HEM-Net)理事) ……35 4. 松村有子 (東京大学医科学研究所客員助教) ……39 5. 討論 ……44 川口 恭 (ロハスメディア代表取締役) 黒岩祐治 (フジテレビ報道局解説委員) 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) 西川 渉 (救急ヘリ病院ネットワーク(HEM-Net)理事) 橋本佳子 (ソネット・エムスリー、m3.com編集長) 松村有子 (東京大学医科学研究所客員助教)
session 03	新しい医療サービスのあり方 久住英二 (コラボクリニック新宿内科医師) ……58 田中祐次 (東京大学医科学研究所助教) ……66
session 04	新規医療技術の確立・普及を目指して 大西昭郎 (日本メトロニック株式会社取締役副社長) ……72 松本慎一 (バイラー大学脾胃島移植部教授) ……86 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) ……98

session 05	医師不足問題・産科問題 1. 海野信也 (北里大学医学部産科婦人科教授) ……108 2. 伊藤恒敏 (東北大学地域医療システム学教授) ……115 3. 討論 ……122 伊藤恒敏 (東北大学地域医療システム学教授) 海野信也 (北里大学医学部産科婦人科教授) 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)
session 06	医療システムデザイン 戸矢理衣奈 (IRIS代表取締役) ……140 松田 学 (財務省大臣官房付、東京医科歯科大学教養部教授) ……141 横山禎徳 (社会システム・デザイン研究所代表) ……146
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) ……160 仙谷由人 (衆議院議員) ……168 土屋了介 (国立がんセンター中央病院院長) ……174
session 08	医療紛争処理 1. 佐々木孝子 (医療事故被害者遺族) ……184 2. 和田仁孝 (早稲田大学法科大学院教授) ……187 3. 河北博文 (医療法人財団河北総合病院理事長) ……193 4. 上 昌広 (東京大学医科学研究所客員准教授) ……196 5. 野村英樹 (金沢大学医学部附属病院総合診療部准教授) ……204 6. 討論 ……210 足立信也 (参議院議員) 上 昌広 (東京大学医科学研究所客員准教授) 亀田信介 (鉄蕉会亀田総合病院院長) 河北博文 (医療法人財団河北総合病院理事長) 佐々木孝子 (医療事故被害者遺族) 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) 野村英樹 (金沢大学医学部附属病院総合診療部准教授) 和田仁孝 (早稲田大学法科大学院教授)

林 良造

(東京大学公共政策大学院教授)

ただいまご紹介頂きました東京大学の林でございます。約1年前にここでこの協議会を始めてからの1年間、医療の分野あるいは医療に関連する産業の分野に本当に多くの出来事が起こりました。

その多くはここで1年前に議論されていたことの延長線に樹立されたこと、指摘問題が現実化されたことによるものが、非常に多いと思います。時津風部屋の事件をきっかけに日本の検死は一体何だったのだろうかという問題も出てきました。診療報酬という観点からは後発医薬品の問題もありました。また、勤務医と開業医の間の診療報酬体系の新たな模索というものもございました。また、C型肝炎をめぐる問題とか様々な問題がこの1年間出て来たと思います。その中でいくつかの問題については解決に向かって進んでいるように見えるものもございます。それにつきましても、その細部の設計次第でこれが現実生きるものになるかどうかということが非常に大きく変わってくることもございます。あるいは問題の中で示されているようなある種の一見正義に見える方向というのは実は経済原則から見たときに、本当に効果的な解決に繋がらないんじゃないかということが危惧されるような問題もございます。

例えば、刑事責任の問題を考えてみましても、非常に基本的な対応体制の少ないところで難しい業務というものがあった場合に、一定の割合で過誤が起こる。これは医療の場合でもそうですし、あるいはその薬の承認などという場合もそうでございます。

そういった意味で、問題の本質という

のはそこにたまたまいた人、あるいはたまたまいた被害者という問題に触れて、体制としてそれが起こりにくいような体制をどのように構築していくかということが本来の解決に繋がるわけでありまして。そういった意味で現在まで進んでまいりました。戦後非常に少ないコストで非常に高いパフォーマンスを示してきました。いい意味で日本の医療というのを進めてきたと言われます。しかし、それが一面ではグローバル化した経済産業の体制の中で人、技術、企業、製品も国を越えて動く時に日本が空洞化していく。あるいは、非常にお医者さんの少ない体制の下で、そして、OECD諸国と比べてところ、お医者さん1人当たり500人位の人口のバランスになるようです。例えば、ヨーロッパの場合は300人位です。それだけではなく、日本の場合の患者さんというのは一年間に15回位医者に掛かり、ヨーロッパの場合は5、6回ということですから。そうすると、お医者さん一人当たりと見ると、単に1.5倍ではなく、3倍位の労力が掛かっています。

そういった全体の姿を見ながら、各々で何を現場で意味するのかということを考えながら、こうして広く意識を共有していくというプロセスが、これから一年間非常に大事になっていくと思っています。

そういう意味で、昨年に引き続きこの場がそういう広い理解、あるいは建設的な提案に向かって、進んでいかれることを祈りまして、私の挨拶とさせていただきます。ありがとうございます。

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。

黒岩祐治

(フジテレビ報道局解説委員)

おはようございます。フジテレビの黒岩です。突然のご指名で少し驚いています。

先頃マイケル・ムーア監督の「シッコ」という映画がありまして拝見いたしましたが、アメリカ医療の陰の部分非常に強調した映画でありました。国民皆保険制度が無いアメリカの中で、格差社会がここまで究極な形で表れるのか。保険の無い人はどんな悲惨な思いをしているのか。また、保険に入った人でも、保険会社はビジネスの観点から極力払わないように一生懸命になっているという中でアメリカ国民は非常にひどい状況に置かれることをかなり強調した形でアピールした映画でした。

この間、日本医師会の会長の記者会見を聞いてきました。そのお話の中で、「シッコ」の話が冒頭から出て来ました。日本の医療はいかに素晴らしいか、あの「シッコ」みたいになってはいけない。アメリカ仕様ではない、日本の医療はい

かに素晴らしいかという話でした。今の国民皆保険制度に守られていつでも誰でもどこでもかかることができる医療という視点から見ると、日本の医療は世界最高の医療といえるかもしれません。

しかし、その一方で日本の医療は崩壊を迎えつつあるという非常に危機的な状況です。では、どのようにすればこの危機を脱することが出来るのか。どのようにすれば守ることが出来るのかという非常に大きな課題があります。それを医療者の皆さんだけで語っていてもなかなか埒が明かないという中で、この協議会は非常に素晴らしい場だと私が思うのは、医療関係者だけではなくて、我々メディアなど様々な人達が参加し、日本の医療をどのように支えていけば良いのかという知恵を出し合う場ということ。そのような場として、今回も私達メディアも一生懸命頑張っていきたいと考えております。どうぞ宜しくお願い致します。

黒岩祐治

(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。

辻 香織

(財団法人医療科学研究所研究員)

財団法人医療科学研究所の研究員をしています辻香織と申します。今日はこのような機会を与えてくださりましてありがとうございます。また、このようなシンポジウムで最初のトピックスとして未承認薬問題を取り上げて頂いたことに大変感謝いたします。知られているようで、実は真実が知られていない、しかし重要な問題だと思います。今日は色々なデータと事例を見ながらこの問題について共有化をして、新たな議論のきっかけが出来れば良いなと思います。宜しくお願いします。

それではまず、今日使います用語についてちょっと確認させて頂きます。皆さんご存知と思うのですが、ドラッグラグと言いますのはある地域では承認販売されている医薬品が、他の地域では承認されておらず使用できない。あるいは、使用出来るまでに時間が掛かるといった状況を指しています。未承認薬というのは他国では承認販売されているけれども、わが国では使えないというものを指しています。ドラッグラグの問題は世界的には1970年代から注目される研究テーマでありましたが、日本では2000年代に入ってから注目されるトピックになりました。しかしながら、研究データは実に断片的といわざるを得ません。

いくつかよく引用されるものがあるんですが、この2番目、3番目は殆ど同じデータを使っています[図1]。2004年の世界売り上げ上位品目を対象にしまして、88品目のうちの68%しか承認されてないとか、アメリカ、イギリスに比べると上市が2.5年遅れているといったことがよくメディアで取り上げられています。これを受けて、患者の積極性が変わってきたということもあって、世界の標準薬が使えないじゃないかとい

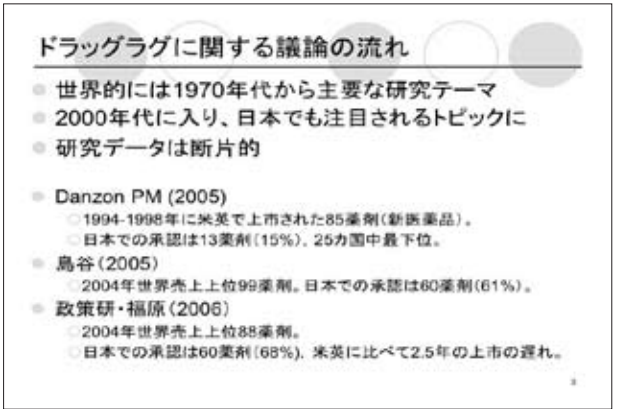
う声が盛んに聞かれるようになってきました。多数の早期承認要望書が厚生労働省に提出されています。おそらく100位の早期承認要望書が提出されています。未承認薬を個人輸入してでも使うという人がかなり増えているといった状況もあります。メディア報道も盛んになってきて、まさにこのドラッグラグ問題が流行っている感があるんですけども、実は何がどの位問題なのか、どんな影響があるのか、何が原因なのか、どうすれば解決するのか、そういった議論の土台となるような基礎データが致命的に不足している状況と言えそうです。厚生労働省がどういったことをやっているかといいますと、2005年以降主に2つの検討会でこういった話がされているのですが、ドラッグラグの現状分析というのは殆どなされないままに目標だけがこの4月に設定されました。その目標と言いますのは治験の活性化をして、2009年までにドラッグラグを解消します。具体的にはタイムラグを2.5年短縮してアメリカ並にしますということです。しかしながら、これにはかなり疑問があります。2.5年というのは先程の世界売り上げ上位品目のデータから持ってきたのかなと思うのですが、88品目のデータで市場の大きな薬に限定されているわけです。全体像を示しているとは言いがたいです。そこで私は1、2年前から新薬品全体を網羅的にデータベース化してまして、その分析結果を今日はお示して行きたいと思っています。このようなコミットメントが示されているということを頭の中に入れた上で見ていただければと思います。

私のデータベースには過去8年間に承認になった新医薬品370薬剤がデータベース化されています。この370薬剤を対

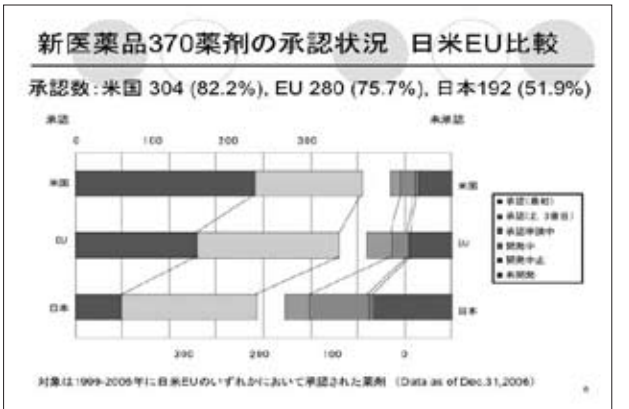
象にしまして承認状況の3地域比較を行ったものです[図2]。アメリカ、EU、日本で、左側が承認されている薬剤の数、右側が未承認の数です。そして開発状況の内訳を示しています。承認割合はアメリカとEUが80%前後ですが、日本は52%です。つまり全体の半分位しか日本では承認されていないということです。開発状況を見ますと日本では半分位は開発のアクティビティが起きていますが、半分位は未開発のまま留まっています。中身を見ますと、日本で3地域で初めて承認になるというのが1割あって、これは日本の会社のものです。未開発のものの中身を見ますと、日本ではいらないだろうと思われるものがあまりありませんで1割以下位だとすると、8割位は入ってくるのが遅れていてラグに相当すると言えます。

これはタイムラグで、承認されている薬剤が最初に承認された地域からどの位遅れているかということを示したものです[図3]。それを3地域ごとに年度ごとに平均を取りまして推移を見たものです。この8年間の平均を取りますとアメリカがタイムラグの平均値が14ヶ月、EUが16ヶ月、日本が50ヶ月です。それで、アメリカと日本の差が36ヶ月位ということになります。メディアンで見ますと41ヶ月で、およそ3.5年です。注目すべきなのは過去2年間で3地域の差が開いている傾向が見られていまして、2006年になりますとアメリカと日本の差は6.2年も開いています。アメリカで最初に承認になり、日本はどこかで承認されたものがかなり遅れて承認されるということがますます強くなってきています。例えば、この2年間にアメリカで承認になった薬剤は39品目あるのですが、このうち日本で承認されているものはわず

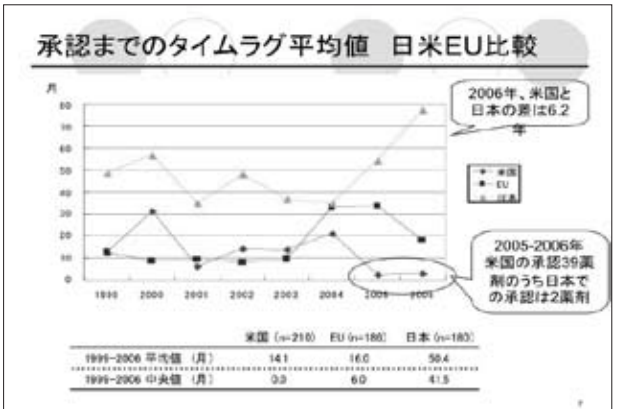
[図1～3]



[図1] ドラッグラグに関する議論の流れ



[図2] 新医薬品370薬剤の承認状況 日米EU比較



[図3] 承認までのタイムラグ平均値 日米EU比較

か2つしかありません。こういった状況です。

どうしてこんなに遅れるのかということについて、背景として重要なものが2つあります[図4]。まず、日本企業の薬剤と欧米企業の薬剤で全然違うということです。日本企業がライセンスを持っているものが54薬剤あり14%ありました。その日本での承認割合は90%と高く、殆どが日本で最初に承認になっています。日本企業はまずは日本でプレイしているということです。よく日本企業が海外に出ていってしまったので、ドラッグラグが起こっているということを言う人がいるのですが、これを見る限りそんなことはなくて、実際に海外で先に承認を取った事例はごくまれです。逆に欧米企業の方を見ますと、日本での承認割合は50%を切っています。45%です。だから、欧米の企業が創製したものが日本に入ってくるのが遅いということがイコールドラッグラグになっています。もう1つ、バイオ医薬品で、リコンビナントタンパクと抗体医薬ですけど、そこにフォーカスして見ますと、日本での承認割合はわずか33%になっています。これは日本発のバイオ医薬品がここの所生まれていないということによります。過去8年間で、日本企業が創製して承認をとったものは1つしかありません。したがって、欧米から持ってこざるを得ません。特殊な領域ですので、なかなか困難が伴うということを示しているのだと思います。治療領域ごとに見ますと、この傾向がはっきりと分かります。治療領域ごとに承認割合を見たものですが[図5]、日本の承認割合はHIV感染症治療薬の領域で77%と最も高く、一番低いものが先天性代謝異常症、ウルトラオーファンとして最近非常に話題になったものですが

ど、そこで30%とかなり幅があります。ご存知のようにHIV感染症に関しては特別な施策が講じられていますので、ラグは最小に食い止められています。これは例外だと思います。2番目に高いのはHIV以外の感染症ですが、これは従来日本企業が強く、日本の市場に合ったものをきちんと作って出してくることが出来ている領域です。したがって、欧米のものが少し遅れていますけれども、実際の所はあまり問題にはなっていません。

逆に低いところを見ると、抗凝固剤が多い血液系の領域ですとか、抗リウマチ薬などの抗体医薬が多いです。筋骨格系の領域ですとか、リコンビナントタンパクが多いウルトラオーファンの領域で非常に低くなってしまっていて、開発されないものが半分位あります。これは殆どが欧米発の薬剤でして、しかもバイオが多いという領域です。特にウルトラオーファンになりますと、欧米の小さなバイオベンチャーが持っているということが多くて、日本では法人もなく、権利関係が複雑になっていて、持ってくるのに時間が掛かるとか、良いものがあっても日本が気づいていないとか、いろいろな問題がありまして、日本で開発のアクティビティが起るのが非常に遅れているということがあります。

ドラッグラグは審査が遅いからだということもよく言われています。しかし、タイムラグが3、4年あるわけですから、審査のせいではないわけです。例をとって抗癌剤のうち、3地域とも承認されているものについて計算してみますと、審査機関は中央値でアメリカが6ヶ月、EUが15ヶ月、日本が13ヶ月です。アメリカと日本の差は7ヶ月しかありません。承認までのタイムラグはアメリカに比べ

て日本は48ヶ月あります。申請のラグも実際に算出してみますと38ヶ月と3年以上ありますので審査が長いせいではなくて、申請するまでに日本は時間が掛かっているということが言えます。では、どうして遅いのが最も興味ある所なのですが、これをデータできちんと示するのは非常に困難で、パッと見せられるものは実際ありません。ですけど、今までの話で開発のアクティビティが起きるのが遅いというところが非常に大きいのではないかと考えています。そうしますと、今ある知見だけでも厚生労働省の施策に対して様々な疑問が湧いてくるわけです。まずドラッグラグの何を問題にしているのかということです。売り上げ上位品目のデータを持って来ているということは、これだけを解決すれば良いのかということですが、そんなことは無いと思います。新医薬品全体ですとアメリカとの差は6.2年ありますが、こういったことをどう考えるのか。それから、あまり問題ない領域とシリアスな領域で、背景も様々で、それぞれに対して異なる対策が必要ではないかという気がします。この状況ですから、治験の活性化と審査の迅速化でドラッグラグは解消されるだろうか。開発着手が遅れてそれが大きい要因であるとする、それは改善されないのではないかと考えます。それから、施策の評価をどう行うかという問題です。元々曖昧なデータに基づいて目標設定されているといわざるを得ないので、本当に成果があったのかどうかということについてぜひ第三者の評価が必要だと私は思っています。時間の関係でドラッグラグの話はこの辺で終わります。

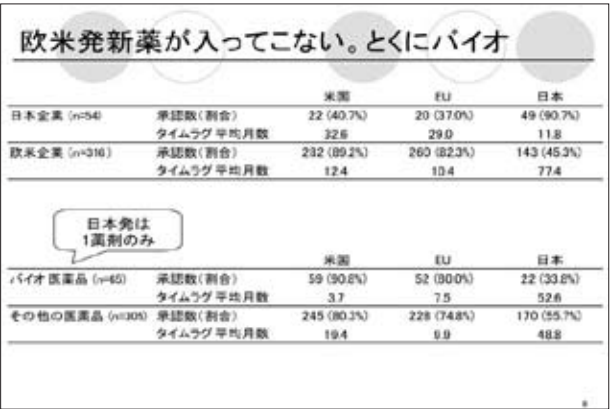
次に、未承認薬であっても使ってみたと考えた時に、どういう手段があるのか。未承認薬の個人輸入の問題に後半は

移りたいと思います。

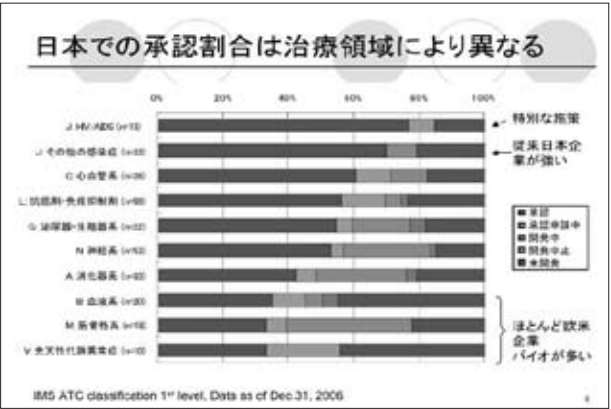
医薬品を販売するには国の承認が必要で、未承認薬にアクセスするためには、第一の方法は治験であります。これは世界共通であります。日本では未承認薬が多いです。治験が行われていないことも多いという状況にありまして、加えて治験薬を治療目的で使用するという欧米で言いますコンパッションエートユース制度というものが整備されていません。したがって、未承認薬をどうしても使いたい場合、残る手段は個人輸入するしかないということになります。個人輸入に関しては医薬品等輸入監視要領という通知が出てまして、医師が個人輸入する場合と患者さんが個人輸入する場合で、一定量を超えている場合は薬監証明という医薬品の輸入証明書によって地方厚生局の承認を受ける必要があります。これは業としての輸入に当たらない確認であって、一件ごとに輸入の可否を判断して許可するものではないので、実際の所自由に行われています。しかも、患者さんの場合ですと、個人使用の範囲であれば届出が不要というようにされています。これが問題を大きくしていると思っています。これについては後程もう一度説明したいと思います。

どのような流れで個人輸入が行われるかですが[図6]、輸入者は諸々の書類を作成しまして、地方厚生局に提出しますと、確認印が押されて戻って来ます。これが薬監証明と言われるもので、これを税関で示すことによって商品を通関出来ます。一方、地方厚生局ではもう一部保管しています。今回地方厚生局にお願いしまして、このデータの一部を入手することが出来ました[図7]。2005年の医師による個人輸入の実態について分析することが出来ました。非常に示唆に富むデ

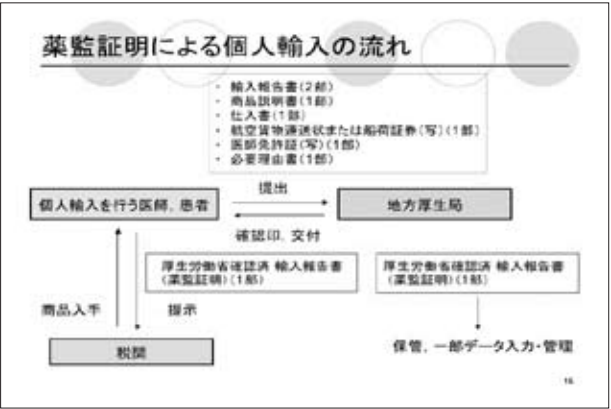
[図4～6]



[図4] 欧米発新薬が入ってこない。とくにバイオ



[図5] 日本での承認割合は治療領域により異なる



[図6] 薬監証明による個人輸入の流れ

ータが得られましたので、一部ご紹介したいと思います。2005年の医師による個人輸入は総数で12,196件ありました。そのうち、美容関係を除く医療用医薬品に相当するものは5,428件ありまして、これは一般名にして242種類の薬剤に相当しました。これは輸入件数の内訳ですが、上位に集中が見られまして、10件以上の輸入が行われたものは55薬剤になります。この一覧を示します。濃い網のところが抗癌剤です。薄い網のところがすでに承認されていたはずの薬剤で、結構入っているのですが、動物薬への転用だと思われるものとか、適用外で使にくいので輸入しているとか、そういった理由が考えられるのですが、分からないものも結構多いです。一位が予想通りサリドマイドで2,178件ありました。2位は不妊症の治療薬でセトロレリクス、3位がペバシズマブで抗癌剤のアバステン、4位が抗肥満薬のオーリスタット、5位がGH製剤で日本にはない用量です。これは恐らく美容目的での使用だと思われます。7位がシブトラミンでやはり抗肥満薬です。8位に抗癌剤のオキサリプラチンとボルテゾミブが来ています。実は3ヶ月位前に厚生労働省からも同じデータを使って簡単な報告がなされたのですが、この2番目のセトロレリクスとか、脱毛症治療薬、GH製剤、肥満薬だとかが報告に入っていないです、おそらく美容薬とかそういったものは除いたと思います。ただ薬監証明が必要な医療用医薬品で、しかも重篤な疾患のものではないものが無制限に輸入されているという状況を問題として考えなくてもいいのかという気がします。

ご存知のように、個人輸入には様々な問題が伴います。だから、無制限に輸入

されている状況は良いのかという気持ちがありますのと、更に問題なのは薬監証明によらない患者の個人輸入が全く把握出来ないということです。患者さんが勝手に輸入して良いということになってしまっていて、ここに目を着けて、いわゆるネット販売を行っている業者が大変増えているという状況があります。輸入代行業と称しているわけです[図8]。「輸入代行」というのは輸入者がはっきりしていて、製薬会社なり医薬品卸なり海外の輸入元がはっきりしていて、その事務手続きを代行するというのを「輸入代行」と呼ぶと思います。「輸入代行」をきちんとやっている会社もちろんありますし、ポリシーを持って未承認薬を提供する医薬品卸も存在していて、これは必要な業態であると思います。しかし、問題なのはこれを名乗るちょっとおかしい業者が増えていることです。薬事法で禁止されている広告をネットでどんどん商品の写真も出していて、患者さんが1クリックで注文をする。それで、どこかに注文を出します。ここから先は患者さんが見えないわけです。どこからか分からないけれども、患者さんの所に直送されているということが行われています。患者さんはやって良いことなので、悪いことをしているとはいえないですし、海外でも処方がなければ使えない薬ということを認識していなかったりしています。こういうことが起こっていると、品質が保証されないものが入ってくる危険ももちろんありますし、思わぬ健康被害が起こったりすることも考えられるわけです。その事例をいくつか紹介したいと思います。

これはあるドクターから入手した情報です。卵巣がんの患者さんでゲムシタビンとドセタキセルで治療をしていた患者

さんが口コミが何かでアメリカで承認されたスーテントという薬が良いらしく、個人で買えるらしいと言われて、ネットで検索してみたのです。そうしたところ、商品名と写真と価格が明示されていて購入しやすいサイトがあったのでクリックしてみました。そうしたら、薬監も処方も無しで購入出来て、送られて来たということが起きました。それで、医師には相談せず、2週間服用しました。そして、通常の診察に行って検査を受けた所、血小板が急激に下がっていて、鼻出血や皮下出血が認められました。それで、「どうしたのですか?何かしたのですか?」と聞いた所、スーテントという薬を飲んでいましたという事実が分かったといった事例です。この患者さんにしてみれば、おそらく健康食品とかサプリメントを買うような感覚で、1クリックで買ってしまったということで、このようなことが起こっています。多分これは珍しい事例ではないのではないかという気がします。

これはネット販売で別の事例なのですが、スーテントを注文した所、やはり1クリックで送られて来ました。しかも、"Sample for personal use"と、よく分からないことが表示されていました。医薬品なので中身を表示することはもちろん必要です。だからこれは密輸に近い事例だと思います。

もう一つ、これはサリドマイドです。やはり同じように1クリックで入手出来ました。"Health Product"と、よく分からないことが書いてあったという事例です。サリドマイドはもちろん皆さんがご存知だと思いますけれども、予想される副作用がありますので、厚生労働省もサリドマイドは個人輸入をしないで下さいという通達を出しています。しかし、こういうことが起こっているということは、当

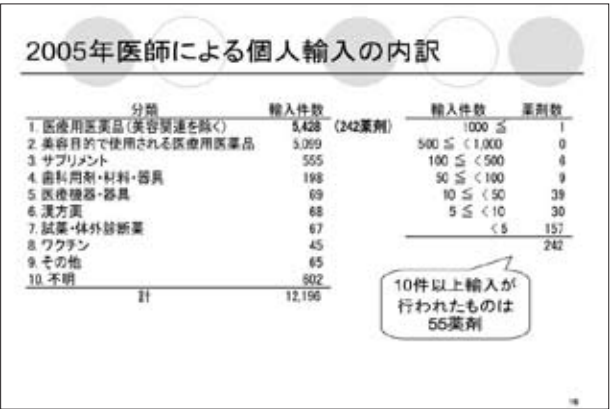
然薬監を通ってないわけです。そういった意味からも悪質であると思います。

日本はこういう状況なのですが、諸外国は未承認薬使用に関してどんなことをやっているのか事例をいくつか紹介したいと思います。まず、アメリカです。アメリカが一番厳しいです。未承認薬使用は当然治験ですし、治験に適合しない患者さんのために"treatment use"という治療目的での使用という枠組みを用意しています。治療目的ですけれど、すべてGCPに沿った治験でIND届出をして行われています。インベスティゲーション・ニュー・ドラッグはすべて臨床研究の枠でやるべきで、それが患者さんを守ることだという考え方をしています。ただし、それでも、どうしてもということが起こりうることは理解しています。だから、条件を満たす場合には非法なものだけでも、認めることもありますよということも言っています。

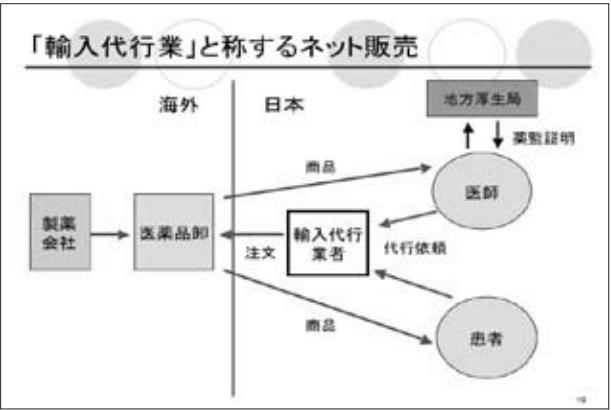
次に、フランスです。フランスはATUというシステムがありまして、内容はアメリカに似ていますが、アメリカほど条件は厳しくないかもしれません。GCP準拠位だと思います。でも、1件ごとの当局への申請許可制を取って、未承認薬を使います。未承認薬の使用は全てこの枠内で行われることになっています。

イギリスはアメリカやフランスの2つとはちょっと違って、届け出制です。必ず許可制というのではなく、28日まで待って、ダメと言われなければ使って良いということです。少し緩い気しますが、品質を担保するために、関係する人を全部資格制にしています。未承認薬を製造したり、輸入して販売したりして良い製造業者とか医薬品卸とか、細かく決められています。ここから買うことによって品質が担保されるというシステムを

[図7～8]



[図7] 2005年医師による個人輸入の内訳



[図8]「輸入代行業」と称するネット販売

作っています。

医薬品に承認が必要なのは世界共通ですし、今言ったような枠を外れるようなアンダーグラウンドのものは、世界でも問題になっています。しかしながら、世界の各国に比べて、全く規制の無い日本の状況は特殊ではないかと思います。薬剤、疾患、量に制限がありませんし、薬監証明は最低限の監視でしかなくて、医師が必要ですよといえればOKということになっています。輸入者も輸出者も問われませんので偽薬が入って来ても分からないわけです。しかも、患者が処方無しで自由に個人輸入出来ることになってしまっています。これに対して、厚生労働省の対応は実に一時凌ぎだと思います。時々、広告禁止違反ですよということで、Webサイトを注意したりしているようなのですが、こうした業者は一時的に引っ込めるのですが、すぐにまた出して来ます。あとは健康被害が実際に起こるとWebサイトで患者さん個人で輸入しないで下さいと呼びかけています。中国のダイエットピルとか、サリドマイドのようなものです。でも、患者さんが本当に見ているのかなという気がします。あとは、検討会の中でコンパシヨネートユース制度を作りますと決めました。2、3年掛かるそうです。コンパシヨネートユースと言いますと、製薬会社提供してもらおうという枠組みになると思うのですが、今起こっている問題は無くなりませんので、輸入監視の見直しを含めた全体の仕組みを構築すべきだと思います。国民の健康を守る国の役割について考え直す時じゃないかなと思います。

では、最後に呼びかけたいことについて、まとめてお示しして終わりたいと思います。まず、ドラッグラグに関してで

すが、データが不足しています。まず事実意識をきちんと行ってエビデンスに基づいて議論するべきだと思います。我々アカデミアは客観的なデータの提供に尽力しますので、産官学、医療関係者、患者さんなど様々な視点を交えた議論が活性化することを期待します。

行政施策に対しては、第三者評価の仕組みを作るべきだと思います。目標設定は適切かどうか、目標が達成されたかといった評価は審査とか製薬業界とは独立した立場で行われるべきだと思います。

未承認薬の個人輸入に関してですが、まずは明らかな広告違反を厳しく取り締まるのはどうでしょうか。これは広告違反に留まる問題ではもちろんないですけれども、これを厳しくやることによって、きちんとしたビジネスの仕組みを持っていない会社は激減するはずだと思います。もっと、これを真面目にやったらどうかと思います。そして、ちょっと時間が掛かるかもしれませんが、統一した未承認薬輸入・使用の枠組みをこういった形で作ったらどうかと思います。まず、製薬会社によるコンパシヨネートユースです。これは日本法人が対応出来る限定された範囲に留まると思います。日本で未承認薬のニーズが多いということを考えれば、医師による個人輸入という道を残した上で、関連する人達、特に提供者を資格制にすることにして、品質の保証を図るということはどうかと思います。何回も言っているのですが、患者による個人輸入は問題です。これを実質規制出来るような方向で国による申請、許可制、明確な使用ルールの下に未承認薬使用が行われるという枠組みが必要ではないかと思います。

最後にお伝えしておきますが、この発表に用いたデータはRHC USA Corporation

という真面目にやっている医薬品卸と、私が二ヶ月前まで所属していた東京大学大学院薬学系研究科の医薬政策学講座との共同研究で行われたものの一部です。今日発表したデータは1年古いのですが、ドラッグラグに関してはすでに「医療と社会」に掲載されたものがありますので、宜しければ読んで頂きたいと思います。どうもありがとうございました。

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)

小野俊介

(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。

薬屋の代表として説明に参りました。未承認薬の話をして。先程の辻先生の説明はデータに基づいた非常に分かりやすい説明だったと思います。未承認薬の問題に関してあのようなデータが出るのは実は初めてなのです。もう一つ申し上げておくと、あのような研究者のデータを役人は使おうとしません。見て見ぬふりをします。これは日本の大きな問題です。

未承認薬問題は様々な呼び方をされてきました。今は、ドラッグラグ問題という呼び方が流行です。産業支援と短絡的に結び付けて威勢が良い話が出来るのが流行の理由だと思います。少し前は適応外使用問題と呼んで大騒ぎしていました。例えば抗がん剤の問題で、こうした問題の本質はずっと変わっていません。私が役人をしていた5年位前には、もっぱら肝炎治療薬の問題が沸騰していました。辻先生がフォーカスを当てた個人輸入の問題も一つの切り口ですし、承認審査の問題に重点を置く人もいます。呼び方は、問題意識の置き方次第です。

ここでは、今流行のドラッグラグ問題と呼びます。新薬の上市の遅れです。おそらく役人の書いたものをそのまま読まれたのだと思いますが、舛添大臣がドラッグラグを2.5年短くすると言っています。どの新聞を読んでもドラッグラグの定義や概念がいい加減で、本当に内容を分かって説明したり聞いたりしているのかと思いましたが、意気込みは結構なこと。ただ、「ドラッグラグ問題が、誰にとってどの程度の問題なのか」は実はこれまでほとんど検討も議論もされていない。どの新聞にも書かれていません。私もこの世界に長くいますが、問題の本質の議論は一度も聞いたことはありません。多くの場合、目の前の現実が述べら

れているだけです。例えば、分配の問題として誰が利益や被害を受けるのか、効率の問題としてどの程度の大きさの問題なのかを聞いたことがありません。エピソードとしてドラッグラグによって可哀相な目に遭っている患者さんの例は山程出て来ます。しかしそれは、単なるエピソードです。もっとも、医療の世界の諸問題や政策の議論は、ほとんどの場合言いつ放し、検証なしで終わるわけで、それを標準と思えば、ドラッグラグの世界で起きていることも標準です。

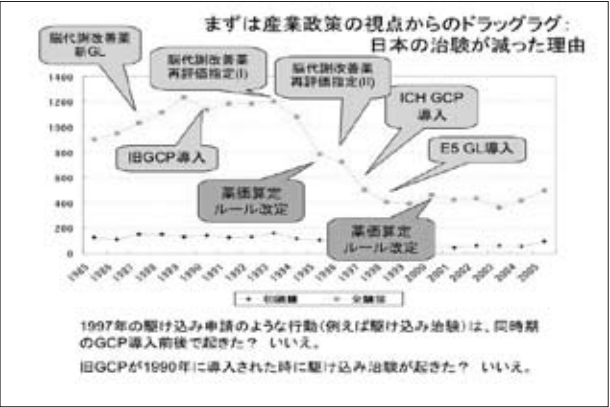
厚労省の施策をまず話します。厚労省の施策はここに書いてあります[図1]。ドラッグラグに対して臨床研究基盤の整備ということで、要するに補助金をつけるということです。また、承認審査の改善、審査官の増員、海外臨床試験データの活用を提案しています。国際共同試験を進めようとも言っています。臨床試験を世界共同で実施すると開発が早くなると役所の方々は信じているようです。総合機構に民間企業の人が働けるようにしたと胸を張っています。これは一歩前進です。コンパショネートユースを目指す動きも確実に進んでいます。様々な政策に取り組んでいます。それぞれに前向きな話でして、それぞれに確実に前進していると思います。その上で、上先生がいつも仰っているような「政策の市場」を目指していくというスタンスから、私が主張したい政策や方針をスライドに示しています。

ドラッグラグ問題ではステレオタイプな意見や主張がはびこっており、そこから逃れて自由に政策論をたたかわせるのは非常に難しいと感じます。皆が「ドラッグラグ問題が近年深刻化している」と言います。でも、辻先生がきちんとしたデータを出すまでは、「近年深刻してい

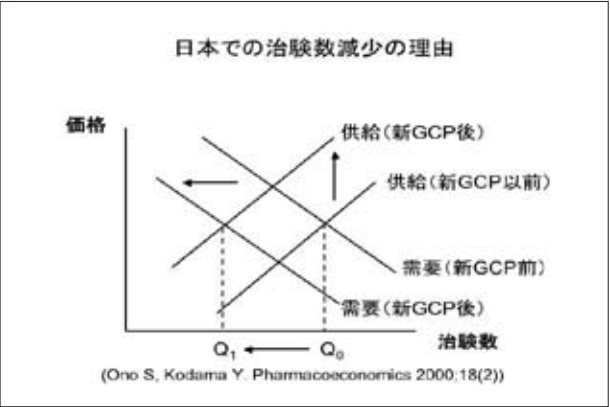
[図1～3]

厚生省の施策	私の意見（赤字は厚生省の施策にない or 反対なもの）
臨床研究基盤整備 臨床研究予算の増額	・必要。ただし： ・政策目的が、生産費用を下げるとか、費用上がっても先進国の national minimum 的発想なのか議論要。 ・「価格」政策の導入。
承認審査の改善 （審査官の増員、海外データの活用）	・増員・強化は必要（今のリソースは非常識）。加えて： ・内部職員と同等の力を持った peer による監視・監査の仕組みの導入。 国会の監視は非現実的か。
国際共同試験の推進	・医療政策ではなく、産業政策との自覚が当局にあるのなら賛成（企業に無理解はいはずい。） ・日本人データを含むエビデンス「需要」政策の確立。
総合機構： 民間企業経験者の採用	・当然必要。 ・機構職員をどんどん民間 R&D の活力にするための方策。 離職後二年間の企業就職禁止ルール の早急な廃止。
未承認薬を患者に提供する仕組みの整備 （Compassionate Use等）	・Compassionate use の導入は当然。 ・個々の価値に定量的に対応する仕組みを新設。
？？？	・医療費・薬価を引き上げる。 理解ある政治家に、例えば道路工事とODAから少しお金をくすねてもらう。

[図1] 厚生省の施策と私の意見



[図2] まずは産業政策の視点からのドラッグラグ：日本の治療が減った理由



[図3] 日本での治験減少の理由

る」かどうかを正確には誰も調べていなかったのです。決まり文句で新聞はそう書出し、企業・役所もそう言う。データも無いのによく言うよ、という感じです。「ドラッグラグは国内の治験体制が欧米に劣っているから生じる」というのもステレオタイプな主張ですよ。特定の当事者が語る一方的なエピソードは山ほどありますが、医療の仕組み全体を踏まえて日本の何がどう劣っているのかについてのまともな説明を聞いたことも私は一度もありません。さらにもっと大事なものは、治験体制が劣っている「から」ドラッグラグが生じているのかどうかを確かめた人は誰もいない点です。典型的なステレオタイプ、あるいは思い込みだと思います。「ドラッグラグの解決のカギは国際共同治験だ」という主張に至っては、例えば「少子化問題の解決のカギは夫婦のベッドルームの改善だ」くらいの発想に思えます。「国際共同試験だから海外でやるんだろう。海外に近くなるな」という感じです。両方の例とも、問題の本質は「その気になるかどうか」なのですがね。関連する主張として「新薬の承認審査をする審査官を増やせば、新薬の審査時間が短くなる」というものがありますが、これも全く保証はありません。後程説明します。ただ、今の時点で審査官を増やさなければならぬのは確かです。ドラッグラグについて、まずはマーケットの視点から分析します。ラグ(遅れ)を考える前に、日本の医薬品市場、そして新薬開発市場がどのような状況にあるのかを説明しましょう。新薬は日本人の治験結果を踏まえて評価され、販売の申請がなされます。日本で実施される治験の数の推移を示したグラフを見ると、製薬企業が新薬を近い将来日本で販売したいと期待しているかの程度が読み取れま

す[図2]。

ご覧のとおり、日本の治験の数は1990年代に激減しました。最近当局は2003年から2005年あたりのデータだけを見せて、「治験が増えました。治験推進施策の効果が出ているようです」と自画自賛していますが、こういう解釈はよくないですね。エビデンスに基づく政策を行う気なら、せめて過去20年くらいは振り返らないとダメです。昔の日本では治験をたくさん実施していました。治験の質に問題はあったかもしれませんが、企業もお医者さんも一生懸命頑張っていました。しかし1990年頃から急激に治験の数が減って今のレベルに落ち込み、ステレオタイプな言い方としては「治験の空洞化」が起きました。その原因はいろいろあります。いろいろあるのだけれども、その「いろいろ」全部を説明する人は稀です。ある人は「お薬の薬効評価の方針が厳しくなったからだ」とだけ説明するし、ある人は「ICH-GCP(欧米の厳しい治験のルール)を導入し、治験が国際化したからだ」とだけ説明します。薬価の話だけをする人もいます。例えば1995年から新薬の薬価の付け方が厳しくなり、3番手以降の類似の新薬には高い薬価はつけませんよ、ということがルールになっているわけですね。企業からの治験の受託が減って研究費が減って、お医者さんも困っているかもしれませんが、企業も企業として大変な思いをしています。どんどん薬価全体が切り下げられ、他の医療費財源に充当されているからです。いずれにせよ、こうした要因全てが治験数の減少につながっていると思われます。要因全てを考えねばなりません。

要因らしきものを挙げただけでは不十分です。なぜ治験数が減ったかのメカニズムを考えなければいけません。これは、

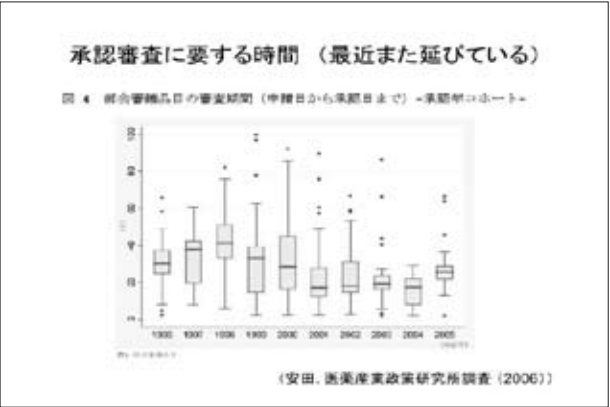
シンプルですが強力な需要と供給の枠組みで説明することができます[図3]。昔の需要曲線、供給曲線はQ0で交わっており、Q0の数の治験が取引されています。1990年代からは、供給側の要因(治験を生産するコストの要因)が変化し、供給曲線が上にシフトします。一方の需要は急激に減って、需要曲線は左(下)にシフトし、Q1の点で需要曲線と供給曲線が交わります。日本の治験の需要の減少は、簡単に言うと、世界で一番の大口需要者である厚生省が「日本のデータはあまり欲しくなくなりました」と1998年に明確に意思表示をしたことによります。その結果として、モデルで言うと需要と供給の両方の理由から、Q0からQ1に数が減った。減って当然というか、当局が国内の治験数を減らしたということです。しかし、昨今の議論を聴いていると、当局の方々は今の需要と供給の話を正しく理解しておらず、「いわゆる治験の空洞化は当局自らが引き起こした官製不況のようなものだ」という自覚はないようです。理解はしても認めたくないのかもしれませんが。その気持ちは理解します。

官民ともに、治験の供給側(医療機関・医師側)の話には熱心です。供給側の要因は色々検討されています。治験の費用がかかりすぎるだとか、治験の質がオーバークオリティだとか、その手のシンポジウムはあちこちで毎週のように開催されています。拠点整備のための補助金だとか、治験ネットワークだとか、CRC育成トレーニングだとかの話が華々しく紹介されます。治験の空洞化をますます悪化させる可能性が高い施策も多いのですが、それはさておき、供給側には皆が注目し、対策を講じようとしています。しかし、治験を欲しがる側、需要側の要因の議論

はまったくありません。明らかに片手落ちです。この需要・供給の枠組みを念頭に日本の治験数に影響を与える要因を考えると、話が分かり易くなります。例えば、治験の質はもちろん需要側の要因の一つです。海外の治験の価格もそうです。海外の治験は日本の治験の代わりになりうるから、代替財ですよ。日本の治験受注者の商売敵というわけです。海外の値段が安くなると日本で打撃を受ける人がでてきます。それから、企業がどれだけ金持ちかも影響します。お金をたくさん持っている企業がたくさんの数の治験をするのは当たり前ですね。それと関連するのが薬価や将来の期待利益です。開発候補物質の量・質が現在どの程度かは、現在の科学レベルと関係します。一方、厚生省が承認申請時に何を要求するか、どのようなデータを要求するかは需要側の要因です。繰り返しますが、需要側の要因については、日本の皆さんまじめに考えようとはしません。これでは物事は解決しません。「日本の治験の質の改善」を唱えていれば治験の空洞化が解消すると信じている人々が多い現状は、情けない限りです。

ここまでは国内の治験(すなわち新薬開発)が減ったことを紹介しましたが、そのこととドラッグラグの関係は実は検証されていません。しかし、国内での新薬開発活動が低迷すると、新薬が登場しにくくなるだろう、ドラッグラグが大きくなるだろうという予測はできます。次に、ラグに直接に影響しているかもしれない当局の承認審査の遅れを見てみます。承認審査プロセスに要する時間の日米の差は、開発段階での差に比べたら、それほど大きくありません。だいたい半年程度でしょうか。もっとも、生死がかっ

[図4～5]



[図4] 承認に要する時間(最近また延びている)



[図5]米国の承認審査時間とマンパワーの関係

た患者にとっては半年は大変な時間ではあります。総合機構という新しい規制当局は日本版FDAを目指しています。機構設立後にFDAなみに審査期間が短くなっているかと言いますと、最近はまだ延びているのが実状です[図4]。1年の承認審査時間を目標にして、現実には2年になっているわけで、企業の方々は皆イライラしています。もちろん当局も静観しているわけではなく、対策を講じているのですが、にもかかわらず、このようなことが起きているわけです。当局は「では審査官を増やしましょう。」と言っています。どの新聞も「審査官増員で審査時間短縮へ」という大本営発表のような記事を掲載してくれますし、世の中皆好意的ですが、ことはそう簡単ではありません。

これは一つの例で[図5]、米国で何が起きたかという歴史です。このグラフで徐々に増加しているのがFDAの審査官の数です。一方1991年以降急激に下降しているのが承認審査時間です。現在では、承認審査時間がほぼ1年となっており、これを日本の当局も目標にしています。しかし、昔はFDAも審査時間はかなり長かったのです。このグラフで注目すべきは、1991年以前の審査官の数と審査時間の関係です。審査官の数が増えると審査時間が短縮しているかという、まったくそんなことはなく、解析すると、逆に審査官の数が増えると審査時間も増えるという関係にあります。伸びているということです。そして1991年あたりから、分析するまでもなく、何かすごい変化が起きています。審査時間がものすごい勢いで短くなっています。1991年からすごい勢いで審査時間が短縮した理由は、ユーザーフィー法の成立です。ユーザーフィー法とは製薬企業からお金をた

くさん頂いてFDAの審査官の人件費を含む審査費用にあてて、審査時間の目標を立ててそれを達成しますよという法律です。米国議会がそういう法律をつくったわけです。

ユーザーフィー法では、新薬を承認申請する企業から頂く審査料で審査官を雇うほか、審査の費用に当て、その代わりFDAは審査にかかる期間の目標をあらかじめ設定して、これをきちんと達成することを約束すること、これがポイントです。では、審査時間が短縮したのは「お金が十分に行き渡るようになって審査官が増えたから」でしょうか。それはたぶん誤りです。なぜなら1991年以前にも増員は着実に進んでいたし、現在の日本よりもはるかに多い審査官が働いていたのに、審査時間はまったく減っていないからです。1991年から審査官の増員の影響が急に極度に大きくなったとは考えられません。より可能性が高い理由は、ユーザーフィー法が5年ごとのサンセット法であることだと思います。5年ごとに法律が途切れるので、法実施後5年後にはFDAが目標を本当に達成したかどうかを議会という強力な第三者が監視し、達成されていると思われるばさらに5年ずつ延長する仕組みです。5年ごとに、組織の、そして職員のクビがかかっているのです。FDAにとってはきつい世界ですが、しかし、これは効きます。米議会ではつい先日5年目の法の更新のタイミングだったのですが、FDAの目標達成の話とは無関係な政治日程的な話で議会の法成立がちょっと遅れるかも、という話になりかけて、FDAが職員の解雇予告通知書を出すか出さないかもめていたという記事があって笑えたのですが、そのくらいシビアな世界です。職員のクビがかかっているという厳しいインセンティ

ブの付与の仕方が、審査時間の短縮にすごく効いていると私は思っています。一方、ほとんどの人々は「米国で審査時間が短いのは、ユーザーフィー法で十分な審査官を雇えるからだ」とステレオタイプにのん気なことを言います。少し考えてみればそのような主張は短絡的だと気付くはずなのに、情けないことです。

さて、米国FDAが国会に監視されているという話のついでに、他にもFDAを監視している政府の組織があることを紹介します。米国にあって日本には無い行政組織に対する監視の仕組みがいくつかあります。臨床開発や承認審査のあり方にもしっかりお目付役がいます。辻先生は第三者機関を提案されていましたが、私は第三者機関だと機能しないおそれがあると思います。役人を、身内の役人が監視する仕組み、同僚(peer)として監視する仕組みが必要だと思います。例えば、米国にはGovernment Accountability Office(GAO)という議会補佐機関の一つがあります。会計が主たる業務ではなく、政策の評価を細かく行う機関です。2004年にGovernment Accounting Officeから名前を変えたことで、そのことがよりはっきりしました。監視・評価の対象となる役所の人々と同程度の知識・実力を持った調査者による詳細な調査、批判、提言をGAOが行います。知識・実力が同じ、という点がポイントです。こう言うと議員の先生は怒るかもしれませんが、役所の人達には騙されないような人たち、あるいは役所の人たちよりも詳しい人たちが役所の評価をします。そのようなレポートだから皆が注目するのです。最近では「新薬の研究開発が停滞している原因はなにか」というレポートがGAOから出ています。このレポートは明らかにFDA職員並みのプロの産物です。調査対

象と同程度の実力を持った調査者によるということです。日本の会計検査院も行政の監査をしているじゃないかと思われる方がいるかもしれませんが、全然違います。

FDAの監視を行う機関がもう一つあります。米国の主たる役所にはOffice of Inspector General(OIG)というオフィスが置かれています。Inspectorというのは行政内部の監察官です。監察総監は上院助言による大統領任命ということでかなりえらいポジションです。この人達も行政機関の内部監査を行います。内部監査といっても、職員が昼間仕事をサボってスターバックスに行っていないかとか、そういう話ではなくて、業務そのもののあり方を監察するわけです。新薬の承認審査業務は現在のあり方でよいか、治験届のあり方は現在のあり方でよいかなど、そのようなことを調査しているのです。重要なのは、このOIGの人たちも調査対象となるFDAの人たちと同程度の実力を持っていることです。

先日出張でFDAに行き、2007年に出されたOIGの臨床試験の査察や監視に関する報告書について話をする機会がありました。その報告書は、米国内の臨床試験に対するFDAの監視が不十分で、目が行き届いていないという厳しい内容でした。私は状況が分からなかったので、FDAの人に「OIGの人たちにひどいことを書かれて大変でしたね。あのOIGの連中は変わり者ですか?」と尋ねたところ、「そんなことはない。あの人たちは同僚だ。確かにFDAには厳しいことが報告書には書かれているが、書いてあることは事実。報告書の作成には我々FDAの職員が全面的に協力しています。」とのこと。これがアメリカか、と久しぶりに感動しました。批判する側と批判される側が協力し

てますから、ということです。日本でこれをやったらどうなるか。今の行政の査察の仕組みでは、このように詳細かつ批判的なレポートは出て来ないと思います。内部者による日本の行政の評価は、形式的になりがちで、きちんと機能していないと思うので、米国のこのような仕組みを参考にしてはどうかと提案したいところ です。

ドラッグラグの話に戻ります。製薬企業が、既に手元にある海外臨床試験データがあれば、日本であらためて試験を行うことなく、どんどん日本に申請すればドラッグラグは短くなるではないかとは、誰もが思うことです。「こうるさい日本の当局がそれを邪魔している。日本の当局はダメだ。」とよく言われます。しかし、それに関しては、「ちょっと待って。ことはそう簡単ではないですよ。」と申し上げたい。ここに示したデータはその理由の一つで、研究室の学生が調べたものです。このデータは、日米で最近承認された新薬の用量を比較したものです。日本とアメリカで用量はどちらが高いか低いかの比較です。そうすると、日米で違いがない薬は多いのですが、用量が違う薬もかなりあることがわかります。多くは、アメリカの方が用量が高く設定されていて、日本人は低く設定されています。日本人は身体が小さいからというのは大きな理由でしょうが、その他の理由もたくさんあります。日本の方が用量が高い薬もあります。このデータを見て、「日本とアメリカはだいたい同じだ。日本人はアメリカ人の用量を飲めばよい。」と言えるかどうかです。

政策論の議論の場で、一般論として「日本での試験は不要」と言う製薬企業の人々も、いざ現実に個々の薬の薬効評価を行うとなると、ちゃんとこのように

用量に差をつけているわけです。それが科学的に正しいとされることだからです。差をつけるべきという科学的なエビデンスが出てきたら、差をつけないと、お医者さんも納得しないし、患者さんも納得しません。要は、我々は新薬を各国仕様にカスタマイズしているという現状を無視してはいけません。カスタマイズしなかったら何が起こるかですが、例えば、用量が高すぎる薬のせいで、肝機能異常で死にかけような人が一定の率で出ます。あるいは死なないまでも、薬の治療を中断しなければならない人が出てくる。問題は、おそらくほんのわずかかもしれないが、確実に高まっている安全性のリスクは、薬が一度世の中に出しまうと、検出されることはまずないだろう、という点です。アメリカ人と日本人との間で、副作用などに差があるのかを誰も確かめることなく、何十年もその薬の寿命がつきるまで、少しずつお薬の副作用によって死にかけよう人や治療の機会が失われる人が出るのです。しかし、一方でアメリカ人と同じ用量を自動的に日本も認めることにすると、日本の患者はより早く薬にアクセスできる。それらを天秤にかけて、どちらを選択するかを決めればよいのです。どちらを選ぶかは意思決定の問題です。しかし現状は、意思決定の問題ではなく、薬効評価・用量設定の科学の問題ばかり前面に出ている。そこがうそ臭いところ です。

また、国による用量の違いに関しては「患者の」体格や「患者の」薬物代謝の人種差ばかりが注目されがちです。最近流行のファーマコゲノミクス(遺伝子の違いの薬物治療への応用)の知見を持ち出してきて、「日米は同じ」「いや、違う」と科学者は議論しています。しかし、これは話の半分しか議論していません。仮

に、人類皆兄弟で、患者の薬物反応性が100%同じであったとしても、同じ用量が選択されるかどうかはわかりませんし、「同じ用量にすべきだ」という議論も誤りです。それは、(患者を含む社会の)意思決定者のリスク・ベネフィットの好み に違いがあるからです。身体は同じでも、好みは同じではありません。どの用量を採用するかは好みの問題です。リスクとベネフィットについては、どの点を採用してもそれぞれに正当化されるのです。薬の種類によってリスクとベネフィットの考え方が変わるのも明らかです。なおこの点については、薬効評価の教科書によく見かける記述、すなわち「リスクとベネフィットの乖離がもっとも大きい用量(すなわちベネフィットが最大になる用量)を選択するのが一番良い」という記述が誤解の元です。なぜなら、そもそも有効性と安全性を同じグラフの同じ縦軸で議論することなどできるわけがないからです[図6]。例えば、学生の体重(kg)のグラフと算数の成績(点)のグラフを同じグラフに重ね合わせて、その差に意味があると主張してみても、多くの場合眉唾ものと見なされますが、それと類似の理屈が述べられている教科書にも問題があります。

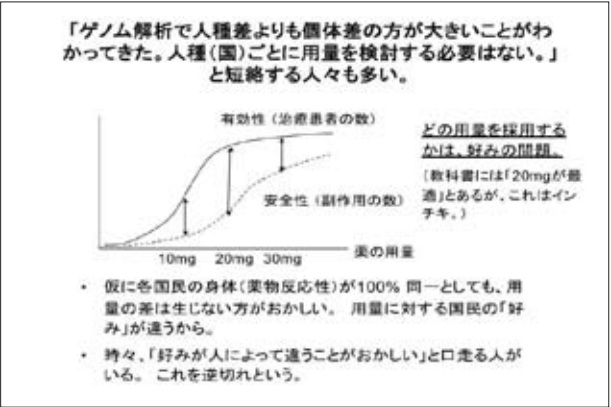
薬効評価は科学ですが、科学には限界があります。我々の知識の限界もあります。科学者や製薬企業が臨床試験のデータを出せば、それで薬の使い方が全て判断できるわけではないのです。例は多数あります。被験者が死にかけたイギリスでの臨床試験がありましたね。Cytokine Stormが起きたやつです。最近、SSRIという抗うつ薬が低年齢の患者への投与で自殺を引き起こす可能性があるとして低年齢層への処方が減ったのですが、その後、SSRIの処方量は減ったものの自殺

者が増えているというデータがあります。どちらが正しいのかを今アメリカでは一生懸命確かめようとしています。良い薬なのか悪い薬なのかが180度ひっくり返る話です。医薬品評価とは所詮そんなレベルであることを認識すべきです。別の例では、あるコレステロール薬を別のスタチン薬と併用するとHDLが上がりLDLが下がり、万歳と言っていたのです。コレステロール薬の理想的なプロファイルです。しかし、大きな臨床試験を実施すると心血管系のイベントで死にそうになる人が増えちゃったという結果が出て、これも現時点での科学レベルを超えた結論となりました。

ドラッグラグは日本の国際競争力が低いから発生するのだという人もいます。国際競争力というのはかなり怪しい概念なのですが、「国際競争力」を「新薬を研究開発する力」と置き換えれば、確かにドラッグラグとは関係していると思います。今の日本企業の研究開発力は、欧米企業よりも低いのは確かです。そこには規制のノウハウの偏在が影響していると思います[図7]。欧米では企業にいるFDAの元職員が自分たち自身で開発戦略を立てています。一方、日本では総合機構の審査官は壁の中に一生閉じ込められています。天下り反対をステレオタイプに叫ぶ人たちのおかげで、審査官の堀の中での地位はますます安泰です。非常にバカげた状況です。

ドラッグラグについては、これまで話してきたような産業論的な視点だけでなく、今日の前の患者をどう救うかという視点も同様に重要です。目の前の患者さんを救うために例えば、治験の開発に失敗したお薬のデータを全部出してもらうべきじゃないかという動きが一部にあります。ただ、100%それを認めるという

[図6～7]



[図6] 「ゲノム解析で人種よりも個人差が大きいことがわかってきた。人種(国)ごとに用量を検討する必要はない。」と短絡する人々も多い。



[図7] 日本企業・アカデミアの国際競争力が弱いには当然...当局の審査力が弱いことより、こちらははるかに深刻

状況ではありません。しかし、そのような議論は大事です。厚生労働省が最近承認した薬の例で、エラブレースという薬があります。部会で審議してから翌日には承認という形をとりました。事務的な書類の処理作業を事前にやっておいたのです。このようなことが出来るようになったのはすごいことです。こういう動きをスタンダプレイだと馬鹿にせず、続けていく努力は必要です。

厚生省の政策に対して、私はこう考えているという結論がこのスライドです[図8]。研究基盤の整備については、我々の政策目的をはっきりさせなければいけません。研究者に飯を食わせるだけではいけないということです。生産費用を下げるために投資しているのか、あるいは生産費用が上がっても、それは国策(例えばnational minimum的な発想で)としてやるべきなのかというのは議論が必要です。それと関係しますが、治験の価格政策が欠けています。市場の構造を考慮した価格政策が必要です。それから承認審査の話では、説明したとおり、内部職員

と同等の能力・知識を持った同僚(peer)による監視・監査の仕組みが必要です。国会の監視というのは日本では非現実的だと思います。国際共同試験の推進に関しては基本的には同意しますが、日本人データを含めてのエビデンスの「需要」政策が必要です。総合機構の審査官等の人材については、どのような人を採用するかではなく、逆にノウハウの独占者としての地位を楽しんでいる総合機構の審査官を民間に追い出していくかの方が、ずっと長期的に大事です。今のルールでは、機構を辞めた後2年間は企業に行けないのです。企業では活躍出来ないのです。仕事の腕と頭が少し鈍ったところで企業で働いてもよいというのがルールです。ふざけたルールだと思います。しかし、このようなルールが馬鹿げていると主張しているのはきわめて少数派です。誰か味方になってくれないかなと思います。Compassionate Useに關係して、患者や国民のクレームに対応する仕組みの改革が必要です。今の日本では苦情処理は単なる苦情処理です。今の日本では負

の仕事です。役所の中で、誰か手の空いている者が「嫌だな、困ったな」と言いながら苦情処理をしています。お役所にとって、苦情・クレームとは、基本的には出てくるはずのないもの、出てきてもらっては困るものです。アメリカのシステムでは、苦情・クレームは当然出てくるものとして扱われています。苦情処理専門の人がいて、苦情に応じて対応を行い、苦情を起点にして政策を立案していくというラインがアメリカにはあります。そのような仕組みが必要だろうと思います。

最後に医療費、薬価を十分なレベルに引上げる必要があるということです。医家の点数の引き上げは近年の論点になっていますが、「十分なレベルまで薬価を引き上げる」というとバカかとすぐ言われます。しかしそんな日本は、かつてのFDAの長官から「米国の研究の成果にタダ乗りしやがって」と痛烈に批判されています。理解ある政治家に、道路工事とかODAとかからお金を少しくすねてもらえばどうかとも思います。以上です。

[図8]

厚生省の施策	私の提案（赤字は厚生省の施策にない or 反対なもの）
臨床研究基盤整備	• 必要、ただし: • 政策目的が、生産費用を下げるのか、費用上がっても先進国の national minimum 的発想なのか議論要。 • 「価格」政策の導入。
承認審査の改善 (審査官の増員、海外データの活用)	• 増員・強化は必要（今のリソースは非常識）。加えて: • 内部職員と同等の力を持った peer による監視・監査の仕組みの導入。 国会の監視は非現実的か。
国際共同試験の推進	• 医療政策ではなく、産業政策との自覚が当局にあるのなら賛成（企業に無理強いはずい） • 日本人データを含むエビデンス「需要」政策の確立。
総合機構: 民間企業経験者の採用	• 当然必要。 • 機構職員をどんどん民間 R&D の活力にするための方策。離職後二年間の企業就職禁止の廃止と新たな守秘義務ルールの導入は必須。
未承認薬を患者に提供する 仕組みの整備 (Compassionate Use等)	• Compassionate use の導入は当然。 • 個々の苦情に定常的に対応する仕組みを新設。
???	• 医療費・薬価を引き上げる。 理解ある政治家に、例えば道路工事とODAから少しお金をくすねてもらう。

[図8] 厚生省の施策と私の提案

Q&A 質疑応答

Q会場（黒岩） 未承認薬問題で確かに思い込みをしていた部分が沢山あって非常に役に立つ講義だったと思います。私は臨床試験の倫理審査委員会のメンバーをやっていますけど、その中でいろいろと矛盾を感じたことがありました。それを少しお伺いしたいです。今日のお話の中にも出て来ましたが、私はそもそも国の中でこのようなことをやることはどこまで必要なのかと思います。国というのは何なのかずっと考えていました。その中で、人種によって薬の効き方が違うという話がありました。アメリカではこの薬を使われていますが、日本ではちゃんと臨床試験なり治験なりをしなければいけませんという話を聞いた時に、ではアメリカ人って何人種ですかと聞いた時、誰も答えられませんでした。人種というのはいろいろ混ざっている中で、国単位で仕切っていく意味は私にはよく分かりません。日本は日本人種というわけでもないのであって、日本の中にもいろんな国から来た人もいるでしょう。それを日本という国の中の国民という仕切りを作ることの意味がどこにあるのかということとともに、よく考えて見ますと日本の中でも、例えば東北の寒い所での食生活の在り方、塩辛いものを一生懸命に食べている人達の体と、沖縄の太陽燦々という中で過ごしている人達の体はずいぶん違うと思います。そこに同じ薬ということで仕切ることの意味がいま少しよく分からないということがあります。そのような中で国際共同治験というかは別にしながらも、もうちょっと開かれた形の在り方があって良いのではないかとということとともに、仕切るのだったら別の仕切り方は本当はあるのではないかなと思います。男と女の差は実はもっともっ

と大きな話なのではないかなと思います。これを混ぜて話すのはどうでしょうか。そのようにいろんな疑問がわいてきます。それとともに最近あったC型肝炎の話で言いますと、フィブリノゲンというのは例えばアメリカでは使用を禁止されたということがありながら、日本では使われ続けて来たということがC型肝炎に繋がったという話があります。だから、新しい薬を認めていくだけではなくて、向こうで使われなくなった薬はある種、同時に使われなくなるような仕組みは本当はあったほうが良いのではないかと思います。国境というものが肝心なことを阻害する要因にもなっているという気がします。このことは、どうやって考えればよろしいのでしょうか？

A（小野） 後半の方は仰る通りです。危ないことに対する反応は、人種差があれば日本人は胃袋が異常に丈夫でそのようなことが起きないとかそういう合理的な考えは別ですけど、普通は危ないことは世界共通です。全く仰る通りだと思います。危ないことに関する情報は共有して一斉に何とかします。最初の方の話の国の話ですけど、それも実は、両方ベクトルが動いています。例えば、アメリカでは黒人薬が承認されています。男女のお薬もちろんあります。例えば、ビルは極論すればそうで、女性のお薬です。そのように個々のポピュレーションに分けて、そこに本当に最適なお薬を提供して行こうという動きは確実にあります。ただ、国としての境界線が無くなるかどうかと言われると、それは今の日本政府が無くなるか、アメリカ政府が無くなるかというような話です。税金で動いている一つの区切りが無くなるかというような

話になります。ポピュレーションの話は、アメリカ人が多様ではないかと言いますけど、その通りです。FDAは多様な人達を全部念頭に置いて、それをおそらくユーティリティアンの立場だと思うのですが、その人達みんなを最大限にハッピーにするように、その人種差や組み合わせを考えてお薬を開発しなさいと言っています、そういう形で対応しなさいと。その中で、しかし黒人にだけ効くお薬だとか白人には効かないお薬があったら、そこは黒人専用でも良いです。あるいは、こういう遺伝子的な要素を持った専用のお薬も沢山出て来ますのでそういうのも良いということになっています。国の境界が無くなるかどうかというと、薬の承認内容というのは医療制度とすごくくっついていきますから、そこはこのうんと先に規制の単位としての国境がどの位意味が無くなるかということにリンクして変わって行くかもしれませんが、当面は残ります。当面と言っても恐らく50年、100年は今のままの仕組みではないかと思います。

Q会場（林） 今日のお二人のお話は非常に共感する所が多くて聞いていました。いくつかお伺いしたかったのは、お二人が微妙に違う所で、ドラッグラグというのは審査の申請の遅れなんだと。では、申請の遅れは何だろうかと聞いた時に、おそらく一つは小野先生が仰った薬価というものに対する将来の収益期待が不安定な所にあって、そうしたら誰が出ていくのかという意味でものすごくそれを阻害しているのだろかなという直感が一つしています。辻先生はいろんな要素がありますと仰っていたので、どういった要素があるのかお伺いします。特にその中

で私が思いましたのは、C型肝炎ですけど、あるいはその前のケースでもありましたが、非常に限られた人数でやっていて、それがプロセスが標準化されていないで見つけてたり、見つけるのが遅れると刑事責任が追求されます。そういう体制の下に思いきって進むことが出来ないのではないかという要素が考えられます。それは現場におられてどのように感じられていますか。

それからもう一点なのですが、最終的には、監視の形なのですが、アメリカの場合はチェック&バランスが非常に徹底していて行政府と立法府の間、行政府の中と立法府の中、立法府と司法府を含めて徹底的にチェック&バランスが働いている国です。かつ、流動性が非常に大きくて、したがってその間がどんどん動いていくという意味でキャリアパスが非常に複数として確立しているという所です。日本場合はその形だけを持って来たのでは、日本の固定的な、かつ議院内閣制の下に、かつて長期に一党の党管理機構がワンセットでやってきたという体制の中でなかなか働きにくいです。そうすると、ヨーロッパではどうなっているのかというのを含めて、その体制は何か良いのだろうかということについて、もしその辺のお考えがあればお伺いしたいです。

A（小野）よく言われるのですが、アメリカの役人は刑事責任ですよということです。しかし、微妙です。本当に刑事責任のプリミナルローの責任は追及されないのかというのはですね、法律の専門家に聞いた方が良いのかもしれませんが、微妙な所があるかもしれません。基本的には、不法行為のあれは追及されない免責されている感じがあります。日本はそ

れがされていなくて訴えられるし、刑事告発までされるし、たまらないということがよく出て来ますがそれは事実です。しかし、日々の経験と照らして、そのようなことを考えて仕事をしている人はおそらく誰一人いません。日々のオペレーションにおいてはいません。それから、裁判の話になると実は海外の方が遥かに当事者になって訴えられる確率が高いです。それは行政の訴訟で、行政当局やFDAに対してバンバン向こうは訴えます。日々の訴えられるリスクを負っているという意味合いでは多分トータル差し引いて考えたら向こうの人達の方が遥かにドキドキして仕事をしていると私は現場の感覚として思います。だから、よく言われる日本は刑事責任まで追及され、向こうは免責されているというのは、ちょっとフォークロアに近いかなと思います。それから、そのインスペクションなり内部監査の仕組みがどれだけ働かということですが、アメリカでは働く仕組みに全体がなっているということで仰る通りです。今、一つの提案をしましたけど今のやり方で内部監査を入れても、多分今と同じことが起きます。今も内部調査をいろいろやっていますけど、可能性は十分高いわけです。そこが課題で、これからそこをいろんな提案をして見比べていきたいと思います。ただ、今やっている内部評価は、内部評価というよりは少しマシになるかなとは思いますが、私のようなものを採用してくれば、内部監査の方はすごく嫌がるでしょうけど相当厳しいレポートを書いて差し上げます。

A（辻）私も今の質問に対してお話をさせていだきたいと思います。小野先生

は薬価の話をなされることが多くて私と意見が違うのかどうかよく分からないですが、日本市場が魅力的かどうかは投資とリターンのバランスで決まります。薬価というのはリターンの決定要因の一つだと思います。薬価が低くてリターンが悪いから魅力がないのだという話をされる方が多いのですが、実際に日本の薬価がそんなに低いかといいますと、ヨーロッパの国に比べてそんなに低いわけではなくて、むしろアメリカが圧倒的に高いわけです。アメリカの会社が「上げろ、上げろ」とプレッシャーをかけているのが現状だと思います。確かに日本の薬価制度は、ただ何も考えずにどんどん切り下げられていくのは変だと思いますし、医療費全体の枠組みを上げるべきかどうかというのも全体と連動させるべきかという議論があると思います。私が言いたいのは、リターン側の要因よりも日本ではコスト側の要因の方が大きいと思います。日本の申請に掛かるコストがアジアの国と比べて圧倒的に高いです。アジアの国は元々ちゃんとした審査機構を持っていなかったんで、ある種諦めている所があって、自分達の国で出来ないから欧米の提案を受け入れますということをやってきたわけです。日本は下手に持っていたので、日本人のデータをちゃんと審査しますというのを非常に強く引きずっているわけです。欧米の企業はだんだん強くなってきて、入ってくるものも多くなってきました。欧米企業と日本当局の間で理解し合えないことがすごく増えて来て、どういうやり方をするのか、どのようなデータで通しますかということでものすごく長い間議論になってしまうわけです。私産業界の出身なのでよく分かるのですが、ブリッジングの議論だけ

で一年半位揉めているというようなケースがいっぱいあったのです。ですので、全体のコストが高いのは8割位調整コストではないかと思います。そのようなことが起こっているのが実際かなという気がします。

A会場（林）私もそういった要素がかなり大きいと思っています。薬価全体を言うよりも薬価が安定しないで下がるということ、あるいは普通は特許が切れるまで高い薬価が続いていいけど、切れればストンと落ちて今度は、後発薬が優先されますという状況です。わりと、日本の場合はトントントンと降りていくという構造、あるいは途中でむしろ抑制の観点からカットされるという非常に不安定さというのが、先程仰ったそういう意味での薬価ということかなと思います。それから、おそらく合理的な形で、どういった形でそれを早くやっていくかが凄く大事だと思います。それが出来ない限り、それがドラッグラグの形で沢山残っている限りそれを沢山置いておいて個人輸入はダメだと言われても「何を言っているんだよ。」と多分個人の方から批判が上がって来るのではないかなと思います。そこで、やはりそこに戻ってそこをどうやって早くするかがもの凄く大事なような気がしました。

司会（上）薬のプライシング問題と国民の合意形成の問題って、なかなか難しい所に来たのですが、鈴木寛先生その辺に関しまして何かございますか。

A会場（鈴木寛）私も事務局をやらせて頂いておりますので、トップバッターでこの協議会に非常にふさわしい、かつク

オリティの高いプレゼンテーションと言いますか発表をやっていただいて本当にありがとうございます。今も非常にいい議論をして頂いているのですけれど、私はこの協議会をやる上でエビデンスベースポリシーをぜひ訴えたいと思っています。その場面には非常に重要な影響のエビデンスが出て来て大変嬉しく思っています。そして、今の林先生の議論も含めて、論点がかなりクリアになって来ています。今日は黒岩さんを初めメディアの方にも来て頂いていますが、ここが論点だとシェアしていくことがすごく良いと思っております。結局、もう一つ問題提起をしたいのは薬の場合はいわゆる経済合理性と今上先生が仰った国民の健康で文化的な最低水準の医療水準をどのようにキープするかということが、本当にせめぎ合っている一番難しい障壁だと思います。役人も含めてプロとプロの議論は要するに交渉力というか情報の非対抗性がある程度無いのです。あるいは補完するという少なくともリテラシーがあります。一方で患者さんや納税者と、行政のプロ、企業のプロ、製薬のプロであったりした所との情報の非対称性は埋めようがありません。プロ側の議論とプロアマの議論が同時に出て来てしまっただのよう調整していくのかという所が非常に重要です。そこはもう一人のプレーヤを僕は入れないといけないと思います。要するに患者さんと納税者のサイドに完全に立ったプロフェッショナルがそのプロ側の議論に参入して頂いてそこである種のネゴシエーションのような政策形成過程を入れていきたいと思って、この協議会をやっています。それから、もう少し薬価行政あるいは製薬行政のステージにそういうプロセスをどうやって作って

行くか。これは、なかなか大変だとよく分かっています。しかし、そのコンセプトと人材さえ入れていけばどんどん直していくことは可能だと思います。すでに小泉政権が終わって一年経ちますけれど、何でもかんでも医療費を切ったらいいという乱暴なトーンはかなり消えたのではないかと思います。ただ、そのことがまだ具体的な財務省の予算編成に反映されているかという点と反映されていないです。しかし、これは少なくとも次の総選挙で自民党が勝とうが野党が勝とうが、すでに医療費削減をあの勢いでやるということは、福田政権ではもう止まっています。その交渉が全部そのようになっていると思います。従って、そんなに悲観しないでちゃんとした議論さえしておくと、もちろん制度設計と制度の確立には時間が掛かると思いますが、既存制度に対して機能効率を良くすることは、メディアの方々のご協力で出来るのではないかなと思います。それから、今まで完全に御用審議会や御用中医協になっている部分とか、閉じたステージが議論の場になっていますけど、その議論の効率がかなり変わってくるのではないかと思います。行政省系の審議会は最も情報公開が遅れています。これはあの総務省も情報公開がかなり遅れています。その情報公開がかなり出来るようになってくると、そういう政策決定の進退は私は構わないと思っています。

司会（上）どうもありがとうございました。

A会場（林）今の話に触発されたのですが、さっき辻先生が仰った個人輸入の監視についても今鈴木先生が仰った話もそ

うなのですが、NPOはネット上の監視なりもう少し広い意味で監視と言いますと、先程チェックアンドバランスが必ずしも確立されていない形のガバナンス政府のガバナンスという憲法を持ったことを前提とした中でのNPOというのはかなりのウエイトとして発達に貢献していると思います。そういった意味でサブスタンスと同時にそのようなNPOをどうやって育てていくのが非常に大きな要素になってくるのではないかという感じを持ちました。

それから、世界でGDPの15%を医療に使っているアメリカは多すぎると思います。そして8%の日本とイギリスは少なすぎると思い、フランスやドイツの11%というのは周りと比べたらどうなのかと思います。しかし、おかしい所がまず無くなってくれないと増やすという議論が出来ないのではないかと思います。そのような順番の大体の感覚とそれに向かったのプロセスを整理して行くので、そこでマクロの議論と同時にミクロのおかしいと思うことが無くなっていくということに合わせて進めていくという意味で、二つのバランスの議論が必要という感じがしました。

Q会場 名古屋で病院薬剤師をしております伊藤と申します。私は普段やはり目の前の患者さんを救う立場におりますので、その視点で今日は是非聞いて帰りたいということがありましたのでご質問をさせていただきます。

やはりインターネットの普及などで、かなりの患者さんが情報を入手されて病院にお薬を持ち込みになるパターンが増えて来ています。特にこの3年から5年急増している印象を受けています。患者

さんの気持ちとしてはやはり自分にとって一番良い治療で安全性が高くて効果が高くて副作用も無くてということをや非常に主張されて、薬剤師に未承認薬の有効性を聞いてくるのですが、やはり患者さんが調べた上で持って来たものであると、こちらで調べる手段に手を焼いてしまったり、返答に困ってしまったりすることが非常に多いのですが、先生のお立場で信頼性の高い情報をどのように得たら良いのでしょうか？ やはり患者さんにとって重要性の高い薬剤について特に判断に迷うことも多いものですから、先生のご意見でどのように判断したり、どのように患者さんに接したら良いのか何かアドバイスがありましたら教えてください。

A（小野）これは現場の先生方、あるいは薬剤師の先生方の方がはるかに詳しいと思います。行政系の話でいけば、基本的に行政がちゃんとガッチリ出しているお薬の報告書とか、少なくとも数十人の目は通っているわけです。そういった意味で例えば信頼のおけるものです。それからパブリッシュされている文献の本はインパクトファクターが高いとかに関わらずちゃんとした所ならちゃんとしています。そのようなものと週刊誌、週刊現代にポツと載っているのを同一に並べるのがおかしいです。すごく当たり前のリテラシーみたいなのがあります。結局そこに帰っていくのではないかと思います。そこに重みづけをどうやってつけるかはまさにプロフェッショナルの腕の見せ所です。先生の方がおそらく私よりも患者さんにはフィードバックが上手ではないかと思います。それからインターネットの怪しい所の見分け方は辻先生の方が詳しいかもしれませんが辻先生よ

ろしく願います。

A（辻）今のご質問は実際にもう持って来て、これの情報をくださいという具体的な事例についてですね。この未承認薬の問題は薬剤師がどこまでやるべきかという問題があると思います。日本に添付文章が無いわけですので、全部海外のものでやりますが、いろんな添付文章なり薬のモノグラフなり、いろんなものが海外ではあります。それを検索して提供することは可能だとは思いますが、直接のお答えにならないかもしれないのですが、本当に薬剤師がどこまでやるべきなのかという話があります。海外のコンパッションネートユースの制度を見ますと、例えばフランスですと申請がされた時に国が海外の添付文書なり、それに代わるものなり情報を付けて許可と一緒に出します。そういった仕組みも同時に構築していければ良いのではないかと考えています。

司会（上）実はsession7の中でがん対策基本法の成立から、今一番問題になっている患者さんへの一般情報開示及び個別の情報で、それを国立がんセンターの土屋了介院長がお考えでそのお話をされます。情報といえば鈴木寛先生に是非一言、情報開示についてお願い出来ますか？

A会場（鈴木寛）これは別にインターネットだろうが何だろうが、媒体の問題というよりもその主体がどれだけ能力があって、かつモラルを持って発信するかに常にかかって来ます。もう一つはその情報主体の情報発信の特に中身にもあまりにも責任を課し過ぎるとそこはかなり慎重になってしまいます。例えば典型的な例

は厚労省で厚労省の発言は非常に重いです。それは当然であって、厚労省が引き続き規律を持ってやっていただきたいと思います。私が申し上げたいのは、中間形態です。要するに、厚労省が発表する非常に責任のあるギチギチに詰めてある意味で旬を逃してしまったタイミングに出る情報提供と、それからいわゆる与太話に近い情報の大きく分けると二つしかありません。学会はある種アカデミックで、社会のニーズからすると詰めすぎて欲しい時に欲しい情報が入らないです。特に薬のような、なかなか科学的にあるいは行政責任的に不確実性を常に伴う情報というものは、そちら側のサイドとしてはどうしても遅れてしまいます。しかし、社会のニーズ、患者のニーズ、市民のニーズからすると、もっと早く欲しいわけです。それは個別情報であっても、あるいはもう少しマクロな情報であってもです。これも同じ話になってしまうのですが、そこがやはりクオリティの良いNPOと言いますか、学会ほどギチギチにアカデミックには詰めないですけれども、しかしながらそれぞれのプロフェッショナルが集まって少なくとも中身についてはある程度の精度といえますか、いろんな英知を結集しながら衆知を集めながら、程よい適切なタイミングで適当なクオリティで、社会のニーズ、患者さんのニーズ、現場のニーズに応えていくという情報コミュニケーションのルートというかフィードバックのルートを作っていくべきではないかと思います。この会も一つになりたいと思っています。

A会場（林）まさに今のフォローアップなのですが、ふと思いついたのですが、せっかく辻先生の所で先程共同研究であ

のようなデータを出されていくつかのものを並べて出されたのだとすれば、とりあえず第一歩としてあのような所に上がって来た薬についてある程度の販売元の外国の物を前提にした薬というか、あるいはそれをもう少し分かり易くしたものをとりあえず作ってみるという共同研究を一つ付随物としてスタートさせるのも一案ではないかと思ったのです。せっかくあれだけの情報をとりあえず局の方からお預けになられて、そしてリストアップされていますから、責任を持ってと言われても困るでしょうから、その辺りを少しモディファイするにしても何かをスタートとしてまず始められると生きてくるのかなと今お話を聞いていて思いました。

Q会場 ただ今のお話の中で、他のものに置き換える際、消費者センターや相談センター的な何が世の中にあるのでしょうか?私は一人の臨床医として、もう少しセミプロ的な方が何か一つの組織として間を繋ぐ、情報へのアクセスが出来るか出来ないか、あるいはすでにあったものはある程度工夫していった、少なくとも先程薬剤師の方が言われたように一人一人やるのは大変でしょうけど、何かそのようなシステムのものがすでにあるのでしょうか?あるいはそれへの動きがあるでしょうか？

A（小野）ちなみにお薬相談室というのは総合機構、いわゆる日本版FDAの中でありまして、おそらく10人位の者が対応していると思います。ただ、認知があまりないのかもしれませんが。いろいろな何とか協会とか、お薬協会という所が先生が仰る意味かどうかは少し微妙ですけ

ど、セミプロ的なアドバイスはしております。ただ、それも患者さんが大体知っているものかと言われると、それはちょっと否定的な感じであります。そういったものはいます。多くの国民がなんとなくは知っているぞというものが、今総合機構が目指している所ではありますけれども、その試みが上手くいくかどうかはこれからの課題だと思います。

A司会（上） 私達の小さな試みは、session3でご紹介する元々血液内科医である田中祐次が、患者学で患者会の活動をしていまして、その中の一端として相手の患者さんに合わせた情報のカスタマイズスタンドで、完全に患者側に立った情報を提供するという試みをやっています。いろんなノウハウをsession3でご紹介させていただきます。

Q会場（黒岩）この問題は、やはり国をどこまで信頼出来るのかということに繋がって来ると思います。さっきの話のフィブリノゲンのような話は、国に対する信頼を失うような話です。患者さんの立場に立ってみると国が認めなくても、アメリカで認められている薬があったならば、それは使いたいという気持ちは自然なことだと私は思います。その時にやはり国の中でそういった気持ちをどうやって満足させるかという工夫というのはいろんな形があるのではないかと実は思いました。例えば、特区を利用して、ある所では日本では承認されていないけれども、アメリカで承認された薬はこの特区の中では使えますよということにします。そこでは特別な所でアメリカの専門家を呼んで特別それで出来るようなある種の日本における実験的なものをやってみま

す。それは、そこの薬を使うことは自己責任ということでやってみるというのは知恵のような気がしますがいかがでしょうか？

A（小野）そういう話がありました。そして、一つ医療特区がありました。その特殊な美容整形だとか、ちょっと主旨が今先生が仰った意味合いとは外れるかもしれませんが。しかし、特区は上手くいきませんでした。

A会場（黒岩）特区というのは規制外の特別区だから、ある種実験的にやれば良いのですが、誰が承認するのかという厚生労働省が承認しなければ医療特区にはならないです。医療というのはある意味で壁が厚くて、医療特区は殆ど承認されていないのが現状です。

A（小野）仰る通りです。今の現状は正にその通りです。新しい試みなり何なり知恵をお貸し頂かないとダメです。動かないです。

司会（上）逆にそれは黒岩さん方が圧力をかけないから動かない気がするのですが。

A会場（鈴木寛）結局、未承認薬の個人輸入が事実上の特区になっているということです。今日のインブ리케이션は。だから、それは大変意味あります。そういう意味でも良いディスカッションだったと思います。それでやってみたら、辻さんの仰るような問題と、効用ももちろんあるわけですが、個別の患者さんのニーズにはクイックレスポンス出来るのはこれしかないのです。そういうメリット

はあるけど、一方ではあのような問題が出て来ました。ある意味では個人輸入制度をもう少し補完をしながら、厚労省の規制を入れていきます。例えば、広告あるいは情報に虚偽があってはいけないという所はリーガルに縛ります。情報の評価とか、それについてのコメントについてはもう少しアカデミアが中心となって、あるいは製薬企業も含めてそういう意味でのプロフェッショナルが提供していくある種の公共圏です。そういったものを作っていくことはまさにむしろ民間が始めた特区になると思います。それから、完全に個人で野放しになっているわけですから。先程のRHCさんは良い特区を作ろうとされています。しかし、そうではない無法者も入って来ます。このような所で、自警というものはあるのではないかと思います。あそこで、ある程度のルールと言いますか第二モードの中である種のルールが出来てくれば、それは少しずつ日本全国にも制度化していきましようということではないかと思います。

Q司会（上）私も、未承認薬の問題というのは患者さんにとっていかに安全性を担保するかという議論になってくると思います。少し危惧しているのは、国の制度を作って、私が国立がんセンターにいた時に上手くいった試しを見たことがあります。やたらと多くの制度が出来て結局特区が特区ではなくなるような形を考えています。あの事例で本当にどういう場合が危険なのかと言いますと、徹底した情報公開だと思います。患者さんと医療者二人の徹底した情報公開で、session7で土屋先生がお話されると思うのですが、未承認薬を使ってくれる先生とか、その先生がどのように考えている

かとか、ダメだという先生ももちろんいますが、そういう情報すら患者さんは認知していないです。病院も出していないですし、トランスレーターもいないということで。病院は土屋先生達が考えて、トランスレーターは田中君達がやろうとしています。そういったものに関して、やはり私が一番現場にいて思うのは、メディアの方達といかにリンクしていくかです。メディアはやはり患者さんに伝えるプロですので、黒岩先生にお伺いしたのですが、どうやったらこのような問題を患者さんに上手く話せるかというご意見を頂けませんか。

A会場（黒岩）確かにそういう役割はあります。患者さんの立場に立つのはやはり我々にとって立ち位置としては一番ふさわしいものかなと思います。しかし、情報の洪水です。その中で、特にインターネットという世界の情報の仕組みと、我々メディアというものと若干違う所があります。その中で患者さんを守りながらより正しい情報についていくということの仕組みというのは一回だけは必要ですけれども、正しい情報にアクセスする中にはもう一つ何かプロ集団みたいなものがないと患者が直に生の情報を受け入れてしまうというのは、メディアがいかにその間で振る舞おうと思ってもなかなか難しい所があるのかなという気がします。

A会場（鈴木寛）医療の問題全てに通じる話なのですが、私は元々情報社会学の専攻ですが、インターネットの世界にはベスト・エフォートという考え方と、ギャランティーという考え方があります。それは何を言っているかというと、その

中心網には二つあって必ずある情報はお届けします。例えば、郵便局とか銀行のATM回線とかは、ちゃんとギャランティーされた回線です。もしも情報が届かなければ、これは郵便局だったり、通信会社がちゃんと責任を取りますということで成り立っている世界です。インターネットというのはある種ベストエフォートと言いますか、皆が最大限そのレベルでの最善は尽くします。しかし、それが届くか届かないかはこれは保証は出来ません。保証は出来ないけどベストエフォートを皆で尽くしましょうということでインターネットコミュニティが出来ました。今やいわゆるギャランティされた専用線を上回る社会的な効用をもちろん光と影両方ありますけど、この二つのカテゴリーがあることをまず認識して当然線が繋がらないのと医療とでは、ギャランティーされる部分とベストエフォートのクライテリアは当然違います。特に命に関わる話ですから、インターネットだったら繋がらなかったり、メールが来なかったで済むんですけど、医療ではそれでは全然済みません。しかしながら、医療に関わる全てのサービスを全部ギャランティーでということになってしまうと何も進まないわけです。ここの構造をどれだけ多くの人達に理解してもらうか。そして、ベストエフォートの世界にどれだけの人々が納得した上で自己責任を取りながら、ここはベストエフォートの世界だということで、患者さんを含めてのこのコミュニティにどうやって参画して頂くかということになります。治るということについてはもちろん自己責任ですが、加えてある薬というものの医療の進化に最も貢献して下さっているのは治験に参加してくれるある種の患者さんなわけです。そ

こはある意味で最も非常に重要なエッセンシャルな存在であって、そういう役割を担って頂くということについてはどうですかというオファーが危険ではなく、医療を進化させる上でパートナーなのだという枠組みをどうやって作っていけるのかも視点に入れていかなければいけないのではないかと思います。

Q会場 私は血液内科医で、未承認薬を使っています。具体的には多発性骨髄腫のサリドマイドです。患者さんに情報を提供するのには医師の責任です。先程NPOが出来たら良いとか、何か新しいシステムが出来たら何か良い情報が出たらという話もありました。それも必要ですけど、患者者にとっては主治医が正確な情報を提供するというで、一番の情報提供者の責任はやはり主治医だと思います。個人輸入でいろんな薬品を買う事態になっているということはやはり主治医と患者の信頼関係が薄れているのではないかと思います。逆に、新しい情報が入って来て新しい薬を患者さんがどんどん自主的に購入するという事態になってきたら、医療の医師と患者の信頼関係はどうなるのかなと思います。

それからもう一つサリドマイドの問題です。厚労省が承認していないということですが、承認していない薬を主治医がこれが非常によく効くから出しているということによって、患者さんが厚生労働省を信用しなくなります。やはり厚生省は日本の医療責任を担って、日本の医療を発展させるという責任を持っているわけです。責任を持っている厚生省が主治医が効くという薬を認めないというのはどういうことなのかということになります。お金の問題だけでなく、すごく不信

が出て来るのではないかとといった心配があります。だからいろんなシステムは必要ですけど、やはり一番大事なのは早く厚労省がいろんな新しい薬を承認するシステムを作ることがやはり一番大事ではないかと思っていますがいかがでしょうか？

A（小野）厚生省の中の人達が、前向きな宣伝と言いますか、これこれ大事なことをやっていますからちゃんとご協力をお願いしますという説明が大事なのではないかと思います。今回はその一つの例ではあります。ちゃんと頑張っていますから皆さんもいろいろ情報を寄せてくださいという前向きなことです。これは、なかなかやりにくい世界にちょっとなっています。大臣の悪口を言うわけではないのですが、特にあのような方が大臣だとマスコミ対応とか色々考えて、役所の人達がおそらく国民に対して前向きなプロモーションをしにくい状況になっているという政治的な状況もあったりしてというのもありまして、なかなか歯がゆいところは感じるのですけれども。

Q会場 HIVの薬を早期承認で推進している方の立場ですが。今の林先生のご意見について、やはり林先生のご意見に沿ったような形は患者さんの信頼性がかなりそこには置かれるのではないかと思います。私は海外で承認されてこちらに入っていない薬について迅速にこちらに入れてもらうとか、それから向こうで治験が始まっている時に患者さんに国内にいてこのような治験に参加出来るというのを製薬会社とか国も含めて色々を協力して頂いている中で少しずつ実現しているのが現状だと思います。そこでやはりが

んの方とか私達HIVの問題につきましても、主治医と患者と一緒に申請するような形でそういった未承認薬の使用とかというのをあえてどこかの機構でびしっと確保出来るような、個人輸入という形ではなくてある程度担保出来たような形の何かシステムというのは本来は必要ではないかと思っています。そこには患者あるいは製薬会社も負担しながらある程度何か事故があった時の保険のようなシステムも導入して、何か上手く未承認薬を使えるとか、また新しい薬がどんどん使われるような仕組みが出来たら、それがプレシャーになって逆に製薬メーカへの新しい薬の開発意欲とかいろんなものに繋がっていくのではないかとちょっと漠然と考えています。

司会（上）貴重な意見ありがとうございます。最後の点につきましては、RHCコーポレーションのLim社長がそういうのを作ろうと奮闘されていますので是非具体的な話として進められたらいいなと思います。

黒岩祐治

(フジテレビ報道局解説委員)

去年もやりましたが、医療とメディアをやります。医療とメディアを皆様の前でやるいつも袋叩きに合います。一人で背負うのは、重いなあと思いますね。

メディアは、諸刃の剣だという感じがしまして、良いことも結構やっているんですけどもね。我がフジテレビが関わったものでいいですよ、先程言いましたC型肝炎の問題です。フィブリノゲンの薬の瓶を一個手に入れまして、フジテレビのスタッフがフィブリノゲンの中にC型肝炎ウイルスが混入していることを突き止めました。そして、厚生労働省等が全部隠そうとしている中で、事実をどんどん追い詰めて、全国から捜査しようということになっていきました。埋もれた事実を浮き彫りにしていったということですが、メディアはこういうことも出来ます。

私自身が取り組んだテーマとしては救急医療キャンペーンがあります。平成元年から2年間、救急車の中で医療がやられないのはおかしいという一点に絞って、のべ放送回数が100回を超えたという連続キャンペーンでした。医者以外の人間が医療行為を行うことは医師法違反であるということで、医師会とも壮絶な闘いになりました。最終的には救急救命士という制度も出来ました。メディアのそういうプラスの側面も、多々あるということ、まずは強調しておきたいと思うんです。

残念ながら、そうではない側面もあることは間違いありません。そのことについて我々は、どのように取組み、どのように向き合い、そのようなことをどのように防いでいくのか、我々自身が問いかねなければいけない問題であります。実は、皆様の前で言う話ではなくで、メディアの人間の前で本当は言うべき話だと

ずっと思っています。現場からどうしてもそのような、皆さんの思いとかけ離れた感じになってしまうことがよくあるのかということも、状況だけは、まずお話をさせていただきたいと思います。

一つ一つの出来事が飛び込んで来た時、我々は反射的に動く、スピートが求められるのがメディアの特性であります。その時、これが全体像の中で一体どのような意味があるのかが把握できないまま、突き進んでいくことが多々あります。皆様からすれば、そこはマスコミはもう少し勉強しろ、しっかり勉強してから取材しろ、と言われるかもしれませんが。その思いは十分に分かります。なかなか、そのような専門記者が育たないという事情があります。様々な記者クラブを転々と回り、昨日までは官邸にいた記者が、突然異動で厚生労働省の担当になったりということの延長線上にあります。医療の情報を深く知れということ自体、なかなか難しいところがあります。しかし、そんなことは言っても仕方のないことです。我々はやはり全体を俯瞰して見る目が本当は必要だと思います。つまり、今日のタイトルに、現場からの医療改革と書いてあります。医療の改革ということは要するにどういうことなのか、何に向かって進んでいくことを改革と言うのか。この方向性をやはりしっかり把握しておかないと、現場ではメチャクチャなことが起きる可能性があります。

医療と関係ない話ですが、例えば小泉構造改革の中でも、思わず我々が間違っしてしまいそうなことに直面しました。例えば、不良債権を処理しろと、こう言っていました。不良債権を処理することが改革だと言っていたわけですが、次の瞬間には、こんなに会社が潰れて失業者が増えているこの状況をどうするのだ、

このように言っている自分がいます。この現象、一見どちらも正しそうに見えますが、よく考えてみると不良債権とは何のことを言っているかという、ダメな会社に対し貸し付けている借金のことを言います。不良債権を処理しろと言っていることは、ダメな会社を早く潰せということです。早く潰せと言って会社が潰れます。すると失業者が街に溢れます。自分で会社を潰せと言っておいて、次の瞬間に「何で会社が潰れているのですか。失業者が街に溢れているではないですか」と言う。このような矛盾に思わず落ちってしまう怖さが実はあります。

この医療の問題も実は同じようなことです。ある財務省の官僚と話をしている時、彼はこのようなことを言いました。「『一杯のかけそば論』で、医療の問題は語ってはいけない。」こう言いました。ある種の真実をついていると思います。何を言っているのかというと、一杯のかけそば論というのは、いわゆる世の中にある可哀相な物語です。一つ一つ話を聞いてみると確かにそれはひどい話だ、冗談じゃないなということになる。しかし、その個別の所に目を向けることによって、全体像を見忘れて大きな声を上げて騒いで、これは問題だと叫んで良いのかということになるんですね。例えば、よくあります医療難民、介護難民、がん難民ということがよく言われています。現場の目で見ると、可哀相な人が沢山いるわけです。まだ医療が必要で、やっと安定してきたという状態で追い出されてしまう。そこだけに焦点を当てて、国は何をやっているのか、厚生労働省は何をやっているのか、この病院は何をやっているの、ひどいことやっているな、というように大きな声で騒ぐことは十分可能ではあるんです。しかし、俯瞰して見たとき、こ

のままではなくどのように捉えるべきなのかということをしかり押さえないといけないということなんですね。一人一人に可哀相だと対応していたら、では全体像はどうなるかということになります。今のままの医療で良いのであれば、沢山の患者さんが病院に行き、医療現場では医療スタッフが大変疲弊しているながらも歯を食いしばって頑張っている中で、このままで良いならいいですけども。それで支えられるかどうかというマクロな話になってきた時、マクロの大きな方向性を見出した時、現場に対してあえて我慢しなさいということと言わざるを得ないことも実はあるということ、なんですね。その辺が実はメディアとしてはなかなか言いにくいことだと思います。

例えば今の有名な事件ですと、去年取り上げました福島の大野病院事件がありました。産科医療で起きた一つの出来事でした。そこで妊婦さんが亡くなられてしまい、警察も動いたと。そこで何をやっているのか、とんでもないことが起きた、警察も動いたからこれは犯罪だと、その一途の局所に絞って大きな声で、とんでもないことが起きたと騒ぐ。メディアというのは警察が動くと反射的に動くという仕組みになっています。これは犯罪行為だということで、普通の殺人者と同じ扱いを致します。しかしそのことが、俯瞰した目から見たら、どのような意味があるのかということを考える余裕がなければ、結果的にどうになってしまうかと、今そこに起きている現状です。産科医療全体を崩壊の道に突き進ませてしまうという怖さがあります。しかし、それを現場でそこまで考えながらやれるというのは、そのように簡単ではありません。それなら、我々は医療の改革の行き先はどうなるのかと、ランドデザイン

というものを、我々なりにやっぱり考えていかないといけないと思います。

私が考える医療の改革の先にあるランドデザインは何かというと、患者にとって納得できる医療の形だと思います。納得ということは我慢することも含めて納得なんです。納得した上でそれを受け入れていくという姿勢にどのように持っていけるか、これが現場での可哀相な物語と全体のマクロの姿を繋ぐ、唯一の切り口ではないかと思っています。そのようなことをしっかりと見極めてやっていかないと、我々が一生懸命頑張れば頑張るほど、日本の医療を改革ではなくて、破壊の方向に向かわせてしまうということが一つあると思います。

例えば先日このようなことがありました。介護の現場で、老人の生爪を剥がしたという事件です。「ナースの虐待だ」ということが伝えられました。これは我々も反射的にとんでもないナースがいたということで、大々的に取り上げました。その後、日本看護協会から様々な意見が出て来ました。あれは虐待ではなく、老人介護の現場において爪が剥がれていくという状況があり、剥がした方がむしろ介護として正しい方向なんだと後から出されて来ました。後から言われても我々はなかなか困ります。これはとんでもない虐待だということで、皆様のエモーションな部分を引きずる上では格好のニュースだということでわあわあ騒いだ。それがずいぶん経ってから、実はそのようなこともあるんですよと言われた時には、取り返しがつかないということでもあります。

我々は皆さんに対してお願いしたいことがあります。メディアに対して勉強しろということ間違いないことですが、足りない部分も絶対にあります。

黒岩祐治

※P5参照

できるだけ早く専門家の情報をメディアにフィードバックしていただく。そして、すぐにここが違うということをどんどん出して修正していただくという仕組みを作っていただくことが、少なくとも現場でエモーショナルにどんどん引っ張られ、可哀相情報にどんどん引っ張られて行く我々を抑えていく一つの方法になるのではないかと思います。皆様のお叱りによってメディアを正しい方向に導いていただきたいという願いをしてお話を終わります。ありがとうございました。

川口 恭

(ロハスメディア代表取締役)

医療を語る上で、医療政策というものもしっかり扱わないといけないと思います。その医療政策とメディアの関係を考える上で、少し参考にならないかなということをお話いたします。

本日のお話は『厚生労働省検討会傍聴記』というタイトルです。ここでいう厚生労働省検討会とは何か。死因究明検討会と言っておりますけれども、医療者や法律家をはじめ非常に雑多な有識者の方を委員に入れてやっています。これまでに半年間で9回開催してまして、8月に中間取りまとめをしております。

この検討会、一体何のためにやっているのかというと、検討会が設置される前に新聞各紙で報道されています。例えば、朝日新聞。「医療行為中の死亡事故について、厚生労働省は今春警察以外の専門機関が原因を究明する制度の創設に向けて本格的に検討を始める。『事故調査委員会』の医療版を想定し、制度のあり方を議論する検討会を立ち上げる」と。これが2月26日付で朝日新聞の特ダネと思われ、毎読より2週間程早く報じています。読売新聞、毎日新聞は実際に立ち上がるという3月8日9日のタイミングで書いてまして、遅れた分だけ記事が詳しくなっています。読売新聞の場合、「2010年度の新制度開始を目指す」と書いてあります。毎日新聞には「新法の制定や関連法の改正をしたい」と書いてあります。

まとめると、2010年度に医療事故調を設置するために、法律を制定するか法律の改正をするための検討会であると報じられているわけです。

このような記事は頻繁に出ています。皆さんも毎日のようにご覧になっていると思います。でも、よく考えてみると、おかしいです。法律の改正とか法律の制定は国会の職務のはずです。なぜ規定方

針のように報じるのかという問題があります。

あまりカマトトぶっても仕方ないですね。実際には、審議会や検討会はお役所がアリバイ作りのために設置するもので、これは皆様もよくご存じのことだと思います。しっかり機能するのであれば、別にとにかく言う必要はありません。

ただし、事故調の問題については、昨年のシンポジウムでも議論が行われていたと思います。医療紛争解決のために、何が必要なのかと。その時に出てきたのは、原因究明も必要なだけでも、それと同時に、患者さんと医療従事者との間を取り持つ関係性の構築のメディエーション、裁判外紛争処理の仕組みのADR、誰も悪くなくても被害が生じてしまうということがあるのであれば補償制度も何とかしなければいけないんじゃないかとか、様々な提言がありました。様々なピースが必要で、全体として機能するはずのものであるにも関わらず、なぜ突出して事故調の話だけが出てくるのか、非常に違和感があります。

それについては、上先生をはじめとするワーキンググループの皆さんもおかしいんじゃないかと感じたようで、昨年のWG案をもう少しブラッシュアップした対案を携えて、厚生労働省記者クラブへ記者発表に行きました。これは医療者としては画期的なことで、今までそんなことをする医療者は一人もいなかったんじゃないかと思います。

でも記者クラブからは、ほぼ黙殺されました。こんなことを言う就上先生に叱られるかもしれませんが、私は、持っていく前から多分取り上げてもらえないだろうと思っていました。なぜなら、在野から霞が関に対案が出てきたというようなことを伝える記事の枠組みを、既存の

川口 恭

(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。

メディアは持っていないからです。

ただし、枠組みを持っていないからと言ってそのままほっといて良いのかという問題はあります。医療事故調だけが突出してできた時には大変なことが起きるとWGの先生方に言われました。ほっとくとアライバイだけ出来てしまう。それでは、検討会を単なるアライバイ作りに終わらせない方法はないか、ということで傍聴に行ってみたのです。

行ってみて、びっくりしました。本当に皆さんが勝手なことを喋っています。各委員が、どういうことを喋ったかは、ロハス・メディカルブログとかMRICのメールマガジンでご覧いただいている方もいると思いますが、本当にただ集まっているというだけで、好き勝手なことを喋っているのです。こんな検討会あるのかという位びっくりしまして、その驚きを皆さんにお知らせしました。自分言うのも何ですが、これで世の中にも議論の過程はある程度出たし、さすがにアライバイにならないだろうと思ったわけです。

ところが、8月10日に共同通信ですけれども、こんな記事が出ます。「医療事故の原因について中立的な立場で究明する新たな組織創設を目指している厚生労働省の検討会が10日開かれ、患者の死亡事例を対象に新組織への届け出を医療機関側に義務付けることで委員の意見が一致した」。

これはウソです。実際の検討会では、義務付けのところ非常に異論が出てまして、中間とりまとめも、ちゃんと両論併記になっています。それにも関わらず、共同通信が一致したと報じてしまうのです。なおかつ恐ろしいことに、記事が出た後に厚生労働省の第二次試案が出てくるのですが、試案では両論併記が無くな

って、義務付け一本になっちゃったのです。

つまり、厚生労働省がやりたいことをアライバイ付けのために議論させているのですが、議論させているだけじゃなくて、その中で何を話そうが、勝手に厚生労働省が方針を立てて、さらにメディアがその通りに報じてしまいます。すごいことだなと思いました。メディアも共犯ということですよ。

となると、きっと他の審議会、検討会でも同じ事をしているに違いないと連想が働きます。厚生労働省の政策の本丸と言ったら、社会保障審議会があるいは中医協だと思うのですが、お金にまつわることを扱っていて、特に今年は診療報酬の改定作業をやっておりますので、中医協がきっと面白いに違いないと考えて傍聴に行ったのです。きっと色々な面白い話が出て来るに違いないと思って、ひょっとすると、これを書いているだけで飯が食えるんじゃないかとすら思いました。

しかし、これは考えが甘かったです。なぜなら、中医協は議論する場ではなくて、厚生労働省がこうしますと方針を出し、適当に意見を出させては「承認」を繰り返していました。あなた方聞いてないとは言わせないよ、ちゃんと出したからねという場だったのです。

そして、そのことに対して傍聴に行っている人達が特に疑問を感じていないのです。むしろ、少しでも早くその情報に接して、ラッキーだったというように思っているようです。そうになると、メディアとしては厚生労働省の方針をそのまま書いておけば、間違えようがありません。つまり、死因究明検討会で共同通信がやったことは、普段の検討会・審議会で行っていることを、そのままやったに過ぎなかったということなのです。

結論に入ります。メディアは一体誰のためにあるのかという根源的な疑問に立ち至らざるを得ないのですが、インナーと言いますか、検討会・審議会に出て来ている人達のために、メディアがあるのだとするならば、今のメディアのやっていることは非常に正しいあり方だと思います。しかし、そうではない人達のために存在するのだとすると、凄まじい背信行為を行っています。そのことをもっと外側にいる人達は怒らないといけなと思います。

これはあくまでも私の勝手な意見なので、その辺について後程、議論させて頂ければと思います。どうもご静聴ありがとうございました。

西川 渉

(救急ヘリ病院ネットワーク(HEM-Net)理事)

今日は、HEM-Net理事という立場を少し離れて、私が普段考えていること、あるいは勝手な意見をお話したいと思います。従いまして、本日は航空ジャーナリストとは異なった肩書きを持って参りましたので、その立場からお話したいと思います。

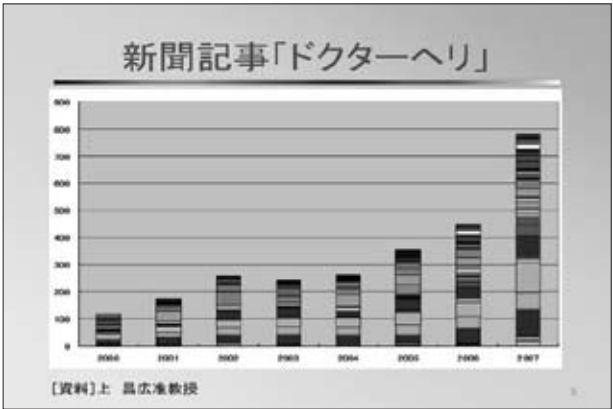
今ご紹介がありましたように、『救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法』が、6月27日に公布されました。シンポジウムでは、これについて法律の制定の過程とメディアの果たした役割を説明するようにという課題が与えられましたが、なかなか難しい問題です。特にこの法律自体が議員立法で成立しました。そのため、今の川口さんの話にもありましたが、行政当局の姿勢が、「法律が出来たから、これでどんどん行くぞ」というような具合にはっていないところが問題です。とりあえず、新聞メディアがどのような役割を果たしたかと考える上で、ドクターヘリというキーワードでどのような記事がどの位の量、これまで取り上げられて来たかということを見てみます[図1]。厚生省がヘリコプターの制度を始めたのは2001年だったのですが、実際始めると、そういう同じ話題はなかなか新聞記事にはなりません。しかし、今年になってかなり増えました[図2]。しかもこの6月に、法律が制定されましたが、6月、7月で急に大きく記事数が増えています。要するに、メディアが後押しをして法律を制定したり、法律を制定するために何かの役割を果たしたわけではありません。むしろそれ以前に事態が進んでいて、大して世間的なジャーナリズムの話題になる問題ではなかったので、いい加減な報道がされていて、法律が出来たということだけを報道されたのではないかと思います。

逆にヘリコプターの場合は事故がありますと、ものすごく新聞、テレビが伝わるわけです[図3]。しかし、事故の件数と報道の量が比例するかというと、あまり比例していません。比例しているのは死者の数です。この7年間に沢山死んだ年は9人ですが、この年はかなり沢山の報道がされました。2005年5月3日に静岡県警のヘリコプターが警察官を5人乗せて清水の上空で墜落して全員が死亡しましたが、こういうことがあると急に記事数が増えます。その結果「ヘリコプターはなんか危ないなあ。警察のヘリすら落ちるじゃないか。」というような印象を世間一般に植えつけるわけです。同じようなことは阪神大震災でもありまして、実際にヘリコプターが救急医療や人を助けるのに役に立ったのかという報道がされました。実際に発生日に救護されたのは1人で、3日間で17人です。川崎医大の小濱名誉教授が調べた数字ですけど、実際にはこの時6,000人位の人が死んでいます。この発生日だけでもヘリコプターがしっかり動いていれば、200人位が助かったのではないかということが小濱名誉教授の感想であります。これに対して、朝日新聞に投稿された女子学生からの投書ですが、『火災、ガス漏れ、余震の恐怖におののく神戸の上空をゆらゆらと飛び交うヘリコプターに、町の人たちは次のように叫んでいました。「あのヘリは何しとんや。行ったり来たりするんなら海から水くんででもまかんかいな。けが人のせて大阪まで運んだれや。用もないのにウロウロすな!』という厳しい投書が朝日新聞に出ました。あの時猛烈な量の報道がされましたが、この投書が最も印象に残った投書です。あまりにも報道機が飛び交うものですから、瓦礫の下の人の声が聞こえないということ

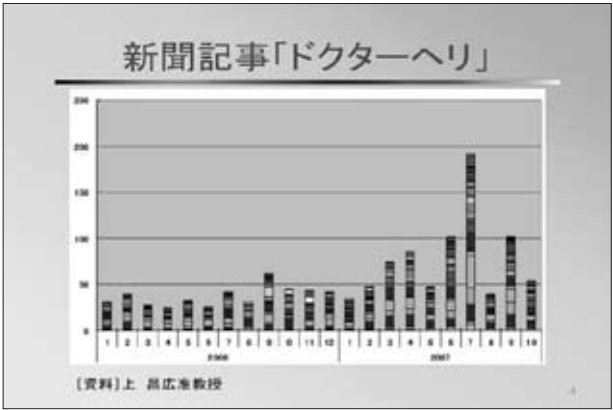
西川 渉

(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年朝日航空代表取締役専務、89年地域航空総合研究所代表取締役専務、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。

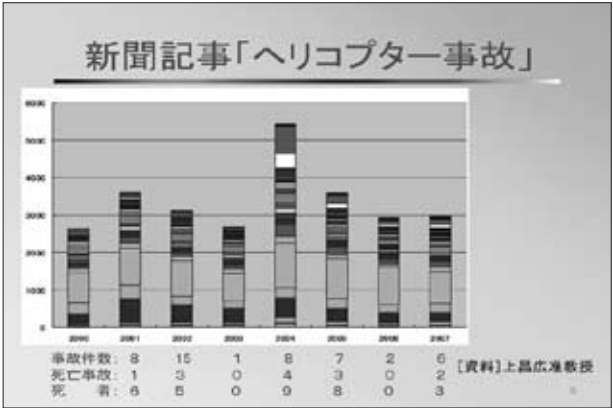
[図1～3]



[図1] 新聞記事「ドクターヘリ」 1



[図2] 新聞記事「ドクターヘリ」 2



[図3] 新聞記事「ヘリコプター事故」

で、貝原兵庫県知事が「サイレント・タイム」という提案をしました。これは時間を決めて、ヘリコプターが飛ばない時間を作ろうじゃないかという提案です。それをうけて中央防災会議が色々検討をしたわけですが、実際は新聞協会が反対という申し出をして、防災会議もそれに折れて、反対の申し出に対して、状況に応じて報道機関と相談すべきで、あらかじめ規制を盛り込んでおく必要がないということで、うやむやのうちに終わっています。

日本の場合はやたらと報道の重要性が強調されます。しかし、アメリカでは必ずしもそうではありません。もちろん、法律を作る方が良いか悪いかの問題は次の問題です。現実問題として、このような災害が起こった場合、必要な時には飛行を制限するとアメリカではしっかりと、緯度、経度、高度、時間を決めていつからいつまでこの範囲は飛んではいけないと法律で決まっています。それによって、財産の保護や、特に災害救助のために、救急活動、救助、応援物資を運ぶ飛行機とヘリコプターが飛ぶ邪魔になりますので、それらの安全確保をはかるために、法律で決まっています。あるいは見物その他の目的で、自家用機で見物に来る野次馬もいますので、そういうものも制限するわけです。法律で最も大きく制限されたのはもちろんご存知の9・11テロの時です。この時には緯度、経度も関係無く、アメリカ全土が飛行禁止になりました。もちろん軍用機、警察、救急、消防は飛ぶわけですが、それ以外のものは旅客機だってあの時は禁止されました。

なぜヘリコプターの救急医療を強調するかという理由を言います。例えば、ドイツでは半径50キロ以内なら15分以内に患者さんの所にドクターを乗せたヘリ

コプターがすぐに行って治療が開始できます。そのようなステーションがドイツには80ヶ所あります。日本の国土面積に換算しますと、85ヶ所にステーションがあることになります。スイスも同じです。日本の1割強の国土に対して15ヶ所にヘリコプターが配備されています。スイスのアルプスの山の中であろうと15分以内にドクターが飛んで行きます。ごくごく一部の谷間とかに15分を超える部分もありますが、基本的にはすべて15分以内で飛べるようなシステムが出来ています。オーストリアも同じです。日本に換算すると171ヶ所位の配備がされています。イタリアも同じ、日本なら60ヶ所に相当する位のヘリコプターが置いてあります。イギリスは26ヶ所ですけれど、日本の40ヶ所位に相当する拠点が出来ています。アメリカは国土が広いですが全体では664ヶ所で、日本の27ヶ所位に相当する拠点到ヘリが置いてあります。

日本は11ヶ所です。つい先月10月26日から埼玉県で始まりまして12ヶ所になっています。それでも東北から日本海側の地域の殆どが何もヘリコプターでカバーされていません。前に述べた先進国に比べると、非常にお粗末であることが分かります。アメリカでも色々隙間がありますが、人口の4分の3の人がこのヘリコプターの保護下にあります。しかし、そういうことで投げ出してはいけませんので、2001年からこのようにドクターヘリの出動が始まりまして[図4]、2006年には11ヶ所で4,400回出動しました。1ヶ所平均400回です。その結果、どういことがなされたかと言いますと、2004年度の数字で、2,403件のうち継続調査が可能だった1,592例について調査した結果、ドクターヘリで運んで治療した患者のうち363人が亡くなっています。元々ドクターヘリが出動するような場合は非常に重い病気ですから、死亡率も高いです。しかし、ドクターヘリがもし無

ければ、496人が死んだにちがいありません。27%程亡くなる人が減ったのではないかと推定されます。それから後遺症、植物状態が残った人は46%減っています。逆にしっかり治って社会に復帰した人は、ドクターヘリが無かったと仮定した場合の1.4倍位までであると推定されます。同じ事は2003年にも調査が行われまして、死者だけの数ですが34%の人が死ななくて済んだという結果です。あるいは特に交通事故だけを取り上げますと、4割近い人がドクターヘリが無ければ死んでいただであろうと推定されます。

治療効果だけではなく、経済的な効果もあります。様々な条件がありますが、これは東大の山口先生にお願いして調べて頂いた数字なのですが、ドクターヘリに乗って救助を受けた人の平均入院日数は21.8日です。ところが同じ地域から同じ病気の状態で、救急車だけで来た人は38日入院するという事で、入院日数が減りました。その分、保険の点数も減りました。よって、経済的にも効果があります。したがって、健康保険をこれに使うことによって、ただでさえ財政破綻の状況なのに、そんなヘリのような高い物に保険の金を使うわけにはいかないと言うことが多いのですが、実際は逆です。経済的にも効果があります。

最後ですけれども、このHEM-Netがどういうことをしてきたのかですが、話して来ましたように99年から我々の活動はスタートしましたが新聞、雑誌では、なかなか取り上げられる機会がありませんでした。しかし、國松孝次さんが2003年の4月に理事長に就任してから、かなり活発になりました。今まで申し上げたような調査、研究した結果を、小冊子にして配布しました。それからオピニオン・リーダーを招き、シンポジウムを開

[図4]

ドクターヘリ出動累計									
地 域	2001	2002	2003	2004	2005	2006	累 計	06前年比	
岡山県	204	429	446	437	437	443	2,396	101.4%	
静岡県西	516	560	455	496	538	580	3,145	107.8%	
千葉県	121	461	571	669	698	633	3,123	94.8%	
愛知県	32	384	462	389	305	486	2,148	123.0%	
福岡県	1	129	302	299	375	306	1,412	81.6%	
神奈川県		264	387	398	396	330	1,775	83.3%	
和歌山県		35	265	334	341	347	1,322	101.8%	
静岡県東			423	497	522	522	1,442	105.0%	
北海道					251	378	639	144.8%	
長野県					190	313	503	104.7%	
長崎県						106	106	—	
合 計	874	2,262	2,888	3,445	4,098	4,444	18,01	108.4%	
拠点平均	175	323	413	431	410	404	—	—	

[図4] ドクターヘリ出動累計

きました。グラフ雑誌の発行、特に國松さんの場合は国会議員の朝の朝食会などに出て色々な説明をして、自民党、公明党、民主党、それから関係省庁への働きかけをしました。それから県知事、自治体の関係当局を次々と訪ねてこういうことがあるのであなたの県でもやりなさいということを説得して歩いています。それから、全国各地でシンポジウムをやっています。そのようなことをして、いくらか新聞、雑誌に取り上げられつつありますけれども、一番最初に申し上げましたように、それでもって法律の制定の後押しをしたかという、あまりそうではなく、むしろ我々だけではありませんけれども、このような地道な活動自体がいくらか役に立ったのではないかと思います。

これまで一年間かけて我々役員の間で、わが国にヘリコプターが是非必要であり、そのためにどういう現状になっているのか、どういう課題があるのかを一年間かけて検討し、かつ役所、国会議員の先生方、消防、警察、自衛隊の人達に来てもらって、様々な検討会をしました。その結果をまとめて多くの文献を作りました。これを全国の知事、あるいは県の当局は

もちろんですけれども、国会議員の全員の方々に配布して運動をしてきました。あるいはシンポジウムも次々とやりました。そして、その他の研究をしながら全て文字にして配付しています。例えば、中越地震の問題も検討会をやって、文字にしています。更にアメリカ、スイス、フランス、ドイツ、オーストリア各国を回って、私も含めて専門の先生方と回りながら、調査をしてその結果を文章にして公表するというのを続けて来ました。そこで、この法律の目的はドクターヘリを全国的に普及させることです。しかしそのためには費用が一番の問題だというのが元々の発端であります。この法律自体には殆どそういうことは書いていません。ただ附則がありまして、附則の中に法律施行後3年を目処として、健康保険とか労災保険を使うかどうか検討すると書いてあるだけです。従いまして、メディアという立場から言えば、今後どのような具合で進展していくのか、これが実際に実現するのかどうか、継続的な監視の報道が必要ではないかということが結論です。

松村 有子

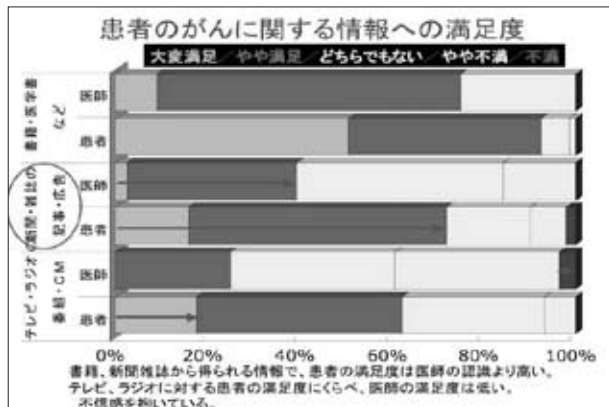
(東京大学医科学研究所客員助教)

本日はメディア・ドクターの提唱ということで報告させていただきます。今回、現場からの医療改革推進協議会からのご提案ということにしまったのですが、私も上先生も血液腫瘍内科医として白血病患者さんを診ておりましたので、その周りから発生した活動として捉えていただきますと幸いです。

患者さんはどんな所から情報を得ているのかというのは非常に臨床の現場でも問題となっています。問題というのは悪いということではなくて、やはり患者さんに初めて会ってご病気のこと、治療のこと、それで患者さんがどういう希望を持っているかということをお話をしながら今後の治療方針を決めて行かなければいけないのです。その時に、医者から話すことだけで患者さんが判断するというのは非常に難しいです。説明する時間も何日何日もございせんし、患者さんが普段からどのようにご病気のことについてどの位の知識があって、いざという時に自分はどうしたい、家族だったらどうしたいと思うか、そういうものが患者さんご自身にある場合は、非常に医師のほ

うも患者さんの願い、望みを聞きながら、その実現に向けてどのようにすれば良いか一緒に考えていきます。しかし、患者さんご自身がまったくそういう情報が無く、どうしたらいいかというご希望もはっきり無く、でも不満だけがあるというような患者さんがかなり多いです。そのような場合は、こちらはどうしたら良いのかが全く分かりません。そのようなことから医師は患者さんがどのような所から情報を得ているのか、そしてどのような知識をどこから得ているのか、臨床医はあまり知りません。そこで、患者さんに対して、病気に対する知識をどこから得ましたか、という調査をしました。その結果、わかったことは、患者さんというのは、医師が思うよりもあらゆる所から情報を得られています。患者さん同士の会話からも非常に情報を得ています。それが医師からの説明よりも非常にためになるということも多々あります。その他に新聞、雑誌の記事、広告からも非常に情報を得られていて、満足度も非常に高いです[図1]。ところが、医師が考える、これらマスメディア情報の満足

[図1]



[図1] 患者のがんに関する情報への満足度

松村有子

(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。

度はこれだけしかありません。やや不満というのがあります。患者さんはテレビ番組や雑誌からも非常に情報を得ています。患者さんの満足度はそこそこ高いですけど、医師の満足度は低くて、不満、あるいはやや不満が多いということで、やはり医師の、テレビ番組や雑誌の医療情報の評価はかなり低い。医療に関する情報を、患者さんはインターネットでも得ていますし、患者さんのブログ、あるいは入院患者さん同士の情報交換からも得ています。しかし、医師はこれらの事実をあまり認識していません。ここから今後について言えることは、患者さんが病気に関する情報を得ることができて、良かったと思う場、患者同士の情報交換を円滑にするような機会、システムが必要です。今、自発的に院内患者会が行われています。当講座の田中祐次先生がやっている、患者さんが集まりやすくなるような院内患者会、あるいは患者さんのブログで同じような悩みを持っている人が「私はこうだった」というようなことを皆が書けるような、ブログを用いた情報交換を作る必要があります。

しかし、やはりマスメディアは非常に影響力が大きいことが、先程のアンケートでも分かっていますので、医療界とマスメディアの信頼関係を構築するというのが非常に重要だと考えています。

去年の、この「現場からの医療改革推進協議会」第1回シンポジウムで発表したのですが、福島県立大野病院事件において、最初の2005年3月に医療ミスという記事が初めて出たのが毎日新聞です。それから、2006年2月に逮捕された時、最初はどの新聞も、記事の見出しが「手術ミス」「帝王切開ミス」「医療ミス」「医療過誤」「出血死」。そのような表現が多かったのです。ところが、3月になって

あちこちから医療関係者が声明を出したり、背景にある産科医療の問題を、声を大にして話していくに従って、記事の表現が変わってきています。最初は「ミス」という言葉ばかりだったのですけれど、そのうち、「ミス」としている記事が殆ど無くなりました。ところが、福島日報だけは「医療過誤」でずっと通しています。これは、非常に面白いですね。

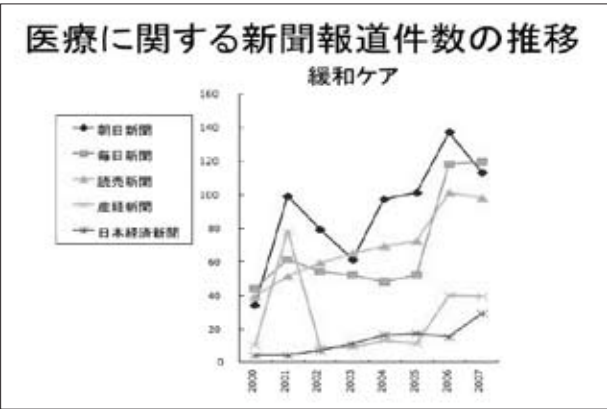
産科医療関係の記事の数を、グラフにしたものです。福島県立大野病院事件後は飛躍的に増えました。最初は、2006年2月に逮捕されて、医療事件、医療事故、医療過誤、医療ミスみたいな記事が目立ちました。[図2]この黄色が福島県立医科大学の佐藤章先生を中心とする団体、学会、あるいは他の様々な医療関係者団体から出た声明です。その後から、産科医が不足しているという報道が非常に目立ちました。これは、やはり医療者から声を上げたことによって、記事に変化が出て、それで世の中の認識がダイナミックに変わったという例の一つだと考えています。医療者の、メディアに対する不満が非常に高いということですから

ど、マスメディアは医療事故をセンセーショナルに扱ってしまいます。合併症は必ず起きますので、100%完璧な医療はなかなかありません。そのようなことをしっかり理解されていないまま、医療ミス、医療過誤で医師が悪いとセンセーショナルに扱ってしまいます。医療事故の第一報はだいたいご遺族が訴訟や告発されたり、あとは警察が発表したりという場合です。医療の性質に基づいた記事ではなくて、医師の過失があるので医師が悪いという記事になってしまいます。そういうことから、本当は公平に判断して公平に報道して欲しいのですが、第一報が警察からの医療ミス発表、患者さん側からの告発ですので、第三者であるはず識者専門家が、加害者とされる医師を「これはひどいね」とコメントする断罪が次の日から始まってしまいます。その先から、大野病院事件では比較的にそうでしたが、マスメディアがじつくりと実際に何をどう改善すれば、地域医療が良くなるのかを考えてくればいいのですが、実際には医療の崩壊を加速させているという例が多いではないかというよう

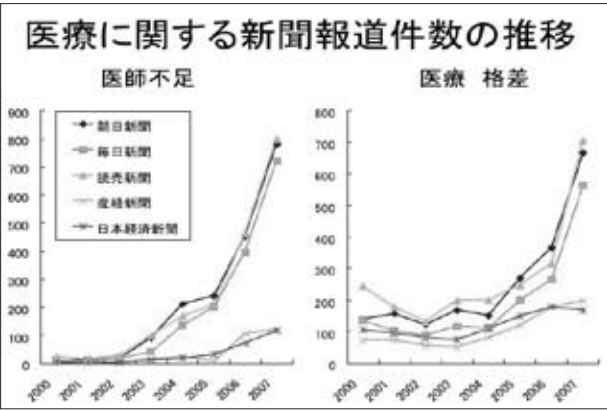
に医療者は考えています。やはり先程黒岩先生のご説明にもあったように、どうしてもマスメディアが無批判に追いかけてしまって事件だったら即動いてしまいます、とか、メディアは起こったことを報道しますが、予防はしませんというメディアとしての特性、性格があります。医療は国民にとって非常に大きな関心ですので、ここで医療側とメディア側が対決していても仕方ないと思いますので、医療者とメディア側が共に語り合いながら、良い医療報道を作っていくことが国民の医療にとってプラスになると思います。次に、新聞報道を見てみたいのですが、新聞報道も非常に特徴があります。新聞記事になる医療ネタのトレンドみたいなものが沢山ありまして、緩和ケアに非常に関心が高まっていますし、記事も増えています[図3]。医師不足は、別に2005年、2006年に非常に医師が減ってしまったわけではないと思うのですが、このグラフのように、急激に記事が増えています[図4]。医療格差もそうですけど、別に2000年に医療格差が無かったというわけでもないと思うのですが、激増しています。新聞記者の認識がそうだから患者さんがそう思うのか、あるいは患者さんがそう思っているから新聞記事が増えているのか、どちらなのか分かりません。がん難民もそうですね、別にがん難民の数が増えたわけではないと思うのですが、新聞記事はこのような増えています[図5]。医療崩壊は小松先生の著書でベストセラーになってから記事も増えています。新聞記事を見る限り、日本の医療は悲惨なことになっているということですが、さて、どうなのでしょう。

メディア・ドクターという言葉がござ

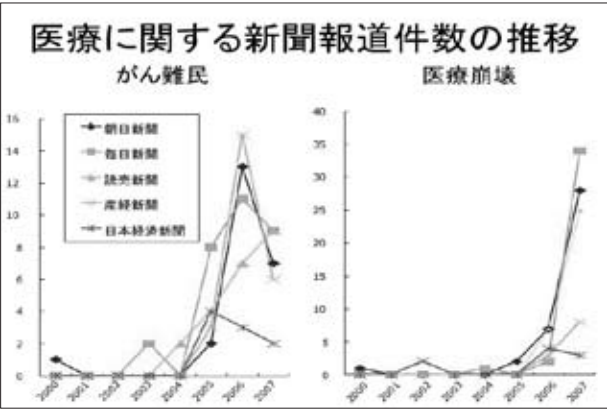
[図3～5]



[図3] 医療に関する新聞報道件数の推移

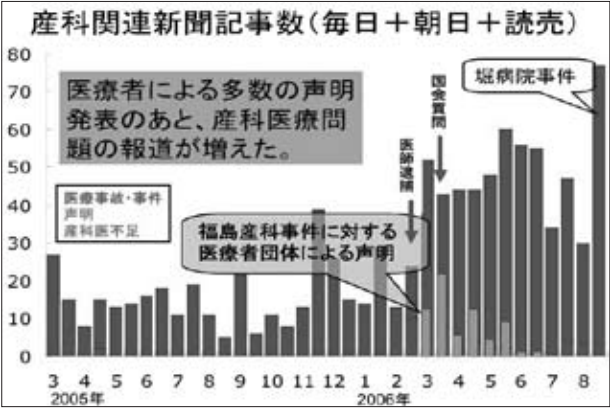


[図4] 医療に関する新聞報道件数の推移(医師不足、医療格差)



[図5] 医療に関する新聞報道件数の推移(がん難民、医療崩壊)

[図2]



[図2] 産科関連新聞記事数(毎日+朝日+読売)

ダ、アメリカで始まった試みです。大体がんの治療、一般医療の新しい治療の報道がされますが、新規医療の報道が妥当かどうかを評価する試みです。記事を読んで記事としての新規性があるかどうか、その治療が利用可能性があるかどうか、その治療に他の選択肢が無いか、その治療を報道することで不安を煽ったりしませんか、本当にエビデンスがある記事ですか、治療効果はちゃんと出ているものですか、治療の弊害については書かれているのですか、コストはどうか、情報源は独立したものですか、プレスリリースの内容をそのまま垂れ流していませんかというような10項目を医療者、メディア側、あるいは第三者が評価をし、ランキング付けをしてホームページに公表するという試みをしています。日本でも今年の2月に埴岡先生達がされたりして、一定の評価があります。ただ、日本版のメディア・ドクターが必要だと思いますのは、治療に関する記事の評価だけではなくて、日本では医療事故の報道、医療格差の報道、医師不足の記事という日本の医療のトレンドを作っていると思われるこれらの記事について、メディア・ドクターの先程の10項目で評価することは難しいと思いました。なので、日本版の「メディア・ドクター」としては検討項目として5項目を提案したいと思います。これは私共事務局の方で考えましたので、今後メディアの方々のご指導で、だんだん揉んでいきたいと思っています。まず、一方的な主張ではなくて、多面的に書かれているのかということを考えました。先程の医療事故報道のように、一方だけの主張で終わっていないかということです。次に、実現不可能な医療レベルを前提にしていないかということです。非常に日本の医療の質が悪いと

いう記事が沢山出ますが、どの程度の医療レベルを前提に話されているのか分かりません。三つ目に、間違った事実解釈はないか、四つ目に必要な情報が欠けていないか、五つ目に本来責任が無いはずの人を悪者に仕立てていないか、この5項目を考えてみました。

具体的な例を上げてみたいと思います。例の1は福島的事件です。これは、朝日新聞の朝刊に逮捕された当初、起訴の前に出たものです。これは「県警によると」という内容だけがずっと書かれている記事です。「他の医師を呼んだらどうかと院長が提案したら呼ばなかったということが分かったので、県警は加藤容疑者が提案に応じなかったことが医療事故が起きた原因の一つとして調べています。県警によると、女性の胎盤を剥がして、大量出血が起きた。複数の捜査関係者は加藤容疑者が自分の技術を過信していたのではないかと言っています。県によると、ただ一人の産婦人医科だったが癒着胎盤の手術経験が無かったという。容疑者は弁護士にあんなに血が出ると思わなかったなどと説明している。」という内容が書かれています。ここまで一方的に書かれると、どんな悪い医師だとみなさん思ってしまうのではないかと思います。事情を知っている人から見ると、嘘つきだと思います。しかし、初めて読む人に対して滅茶苦茶悪い医師の像を想定してしまうような記事になっています。これは非常に一方的で多面的に書かれていない例でした。次の例は間違った事実解釈はないかということです。これは11月6日に毎日新聞に載った記事です。「診療報酬:引き下げ、財政審建議へ 医師会の反発必至―財務省方針」これは新聞記事ではこうなっているのですけれども、Webに載ったのは「医師の給与にメス」

というように書かれているのです。医師の給与などに充てる診療報酬を2008年度に引き下げる方針を固めたと書かれています。別に、診療報酬はイコール医師の給料ではないのですが。これを読んだら分からないですね。医師の給料は高いからちょっと安くしてもいいという暗示にかけています。診療報酬は診療に対する材料費から全部含まれているものであって、イコール医師の給料ではないということが書かれていると記事を見る目が変わって来ると思います。次に3番目の例です。10月5日にがんの生存率について施設間で手術成績に差があるというような報道がされました。厚生労働省科学研究所の研究班が患者さんのがんの手術の成績で手術でバラつきがあるという結果をホームページに公表しましたという記事です。このホームページでは非常に長い説明をされていまして、成績の数字には簡単に行き着けなくなっています。何度クリックしてもなかなかこの数字には届きません。多分、患者さんは途中で諦めてしまうのではないかと思います。あと、結論づけて分かり易く書いていないので、何が何だか、数字を見ても、よっぽど頑張っ て見ないと意味が分かりません。それくらい解釈の説明がされています。しかし、この新聞記事が言いたいのはここだけです。「生存率で病院による差が最も大きかったのが胃がん、最も高かったのは国立がんセンター、最低は匿名施設の45.6%だった。」ということです。しかし、この生存率の数字がそのまま病院の治療の成績、治療の良さを表している数字ではないのですが、そのような説明はありません。胃がんの生存率が高かった国立がんセンターは1期の患者が7割を占めていると申しわけ程度に書いています。1期の患者が7割を占め

るという意味がどうなのか、一般の読者に伝わっているのでしょうかというところが問題だと思います。やはりここはもう少し説明をしないと、非常に格差があることを、ただ単に誤解を与えておしまいというような記事になってしまっているように考えております。

以上、このような例を色々見ながら、医療者の立場から批判だけをしてしまいました。しかし、メディアの方からすると医療者に対する不満も沢山あると思いますので、そういうことを出し合いながら、国民にとって非常に大事なことだと思いますので、一緒に考えていければ良いと思います。そういうことで、今回メディア・ドクターの日本版のご提案をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

川口 恭

(ロハスメディア代表取締役)

黒岩祐治

(フジテレビ報道局解説委員)

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)

西川 渉

(救急ヘリ病院ネットワーク(HEM-Net)理事)

橋本佳子

(ソネット・エムスリー、m3.com編集長)

松村有子

(東京大学医科学研究所客員助教)

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)創晶顧問等。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。

橋本佳子

(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。

川口 恭

※P.33参照

黒岩祐治

※P.5参照

西川 渉

※P.35参照

松村有子

※P.39参照

司会 (鈴木寛) session2も非常に興味

深い報告を頂きまして、それぞれの報告者の方々本当にありがとうございました。それでは、武田さんと橋本さんからまずご発言をいただきたいと思います。武田さんは西川さんから話がございます救急ヘリのHEM-Netをずっと追いかけて来られました。武田さんから見た救急ヘリの活動、今回の法制化、そして今後の展開についてお話を頂ければと思います。

武田 私は救急ヘリを以前からずっと追いかけてきたわけではなく、法律が成立してからこの話題に乗った、どちらかと言いますと悪いタイプの記者です。ニュースで法律が成立したことを見た時、何か記事を書けないかと考えていました。発表にもありました山口先生の医療費の抑制効果があるとニュースで取り上げられた時、面白いと思って取材に伺いました。その際に、私は周産期医療の担当をしていますので、集約化が進んで搬送距離が広がっていく中で単純に考えて、ヘリは使えるのではという本当に素朴な所から取材をしました。そして、小原先生や亀田総合病院を紹介していただきました。そのような形で記事が出来上がりました。

今後は、単に患者さんの遠距離の搬送だけに使うという見方ではなく、周産期とか様々な所からどのような利用価値があるのかを考えるべきだと思います。

ます。集約化にそもそも反対する人達もいます。そうすると、私の記事は集約化に反対の人達からすると、そもそも意味が無い記事だと思います。しかし、現状がこれ程厳しくなっていく中で、使うツールを、どれほどそのために使っていくべきだろうか、という現実的な目から見た考え方はあっても良いのかなと思います。そのような議論の提起が出来たら良いなと思っています。

司会 (鈴木寛) 武田さんありがとうございます。それでは、橋本さん宜しくお願い致します。橋本さんは今まで非常にユニークで素晴らしい活動をしておられます。ご紹介も含めてよろしくお願いします。

橋本 今日「医療とメディア」というお題をいただいた時、すごく幅が広い話だと実感しました。なぜかというと、私はメディアの一員ですが、前職も今も私が書いている記事の読者は医療関係者です。黒岩さんは一般国民に対する情報斡旋をされていますが、私は医療関係者に情報を提供しています。そういった意味で、今日はある意味ではメディアの立場だけれど、一般メディアを見るような特殊な立場で発言をさせていただきます。

まずは、ソネット・エムスリーは何かをご説明させていただきます。今、医師にはだいたい15万人位の会員が

います。看護師、薬剤師など医師以外の会員も含めると現在約30万人位の会員が登録している医療系のサイトで。その中で、私がこれから力を入れていきたい分野をお話いたしますと、先程一般誌では専門家からの情報が欲しいという話がありました。また、医療界とメディアの橋渡しという話もあります。今は、医師といっても凄く多様な人種で、医師が今何を考えているのかを、私が医師を取材して一般メディアに情報を発信していくという取り組みをしたいと考えています。

先程の皆様の話に追加させていただきますと、医療とメディアの問題で私が最近すごく感じていることがあります。最近特に医療事故の報道の数が、ここ数年非常に増えています。この話を医療関係者にしますと皆さんも同意されます。やはり、99年の横浜市立大の患者さん取り違い事件から、数が増えて来たという話はします。ただ先程松村さんのお話にもありましたが、医療事故なのか、医療ミスなのか、医療過誤なのかという表現の問題もあります。しかし、ここ一、二年やはり一般メディアの取り上げ方が変わってきたのではないかと、という話はよく聞きます。やはりメディアはどこが価値観なのか振り子なのかという軸足の置き方が非常に難しいと思います。産科医療のたらい回しという表現もメディアは権力や権威を叩くということが一つの役割となっている中で、ずっと叩き

続けていたら実は医療が崩壊してしまいます。そして、メディアは医療崩壊の一端を担っていると言われ始めました。そうすると、多少振り子が変わってきて、やはり冷静な目で見えるようになったのではないかと最近感じております。

もう一つお話があります。メディアとは何かを最近非常に感じる人が多いです。つまり、皆さんは従来のメディアと言ったら、新聞、テレビ、一部雑誌を思い浮かべると思います。最近、私共のように医療系のウェブサイトも増えています。また、一個人がブログ等で情報発信することも出来るようになりました。昨日、東京地裁で混合診療をめぐる判決が出ました。その原告の名前をGoogleで検索すると、本当に様々な情報が出て来ます。もちろん大手のメディアのサイトも出てくると同時に、各個人が書いているブログも非常にヒットします。つまり、今は本当にネットの時代になって、従来のメディアだけではなくて、様々な方が情報を発信する、それが出来る時代になりました。そういったことも含めて、今回の問題を考えたいと思っています。

司会 (鈴木寛) 黒岩さんはフジサンケイグループ、川口さんは元朝日新聞、武田さんは朝日新聞、橋本さんは一番最初に日経BPに入られました。そのように、様々なメディアグループから、今日は集まってきていただいています。

私はメディアは、オーディオで言うところとアンプだと思います。要するに音を大きくするものと本来は思っています。自ら音をだして、それをアンプにするのは、ちょっとするんじゃないかと、まあそれは今日はおいておきまして、どの音源に対してボリュームを上げたり下げたりするかが、まさにメディアの編集だと思います。

黒岩さん、川口さん、武田さん、橋本さんの四人にお聞きしたいのですが、先程武田さんのお話で、色々な環境の中で今はドクターヘリの話が面白いと思って今取り組まれているという話がありました。そこで、記者さんがどんなテーマに取り組むかが一番最初のステージですごく重要なステージだと思うんですね。どこにマイクを向けるか、もちろん記者の自由はあるし、その自由は、権力から新聞社やテレビ局が完全に自由であるということは当然確保されなければならないと思います。記者さんはチームで様々な仕事をされると思いますが、現場記者、デスク、編集長がいますよね。例えば、医療と言っても様々なテーマ、問題があります。その中の全部は追いきれないですが、今日お集まりのようなメディアグループの方々が、どこに関心を持って、どこに取材に行くかがものすごく大事だと思います。ある意味、本質的に非常に恣意性を含んでいるわけで、そこがどういう構造でここに取材に行こうとか、この話を追いかけてみようとか、

この話を勉強してみようとかが決まっているのかをお伺いしたいです。

お役所の場合は非常に明確です。その人がどんな問題に関心を持っていようと、厚生労働省の何とか局何とか課に配属されると、個人としてはものすごく様々な思いを持っているかもしれませんが、その人の関心と全く関係なく強制的にその問題について勉強しろと言われます。例えば、一番話が分かり易いのは、財務省の中にも本当は患者主導の医療政策をやるべきだと思っていたり、自らが患者だったり、自らが患者の家族だったり、個人としてはしている人は沢山います。しかし、財務省の主計局の厚生労働係の主査とか主計官になった瞬間に、その人は心の中でどのように思っているか、その人は医療費削減をするというのが役所です。逆に言うと、そのような原理で動いています。今日の記者の皆さんはその辺はどんな感じになっているのか、私の率直な質問です。では武田さん、川口さんにまず朝日新聞の実態を聞いてから、橋本さん、黒岩さんの順番でお話をお願いします。黒岩さんには、昔と今の違いも含めてお話を聞きたいと思います。

武田 私も二年位前に一年半程厚生労働省の記者クラブにいたことがあります。その時はやはり記者クラブなので、日々反応していくことで精一杯でした。記者クラブと少し違って、今は遊軍グ

ループにいまして、医療という名前が付くものであれば基本的には自分で何を追いかけても良いという立場にいます。割り振りは、希望を考慮する所はあるのですが、むしろ全く関係ない所もありながら決められていきます。そういうのも回転しながら決まっています。その範囲内で、自分の書けることを書こうと探していくのも一つあると思います。ただ、医療全般にやりたいと思ったら、自分の興味のあることをすぐにやっていくので、そこは本当に自由に様々な情報源を探しながらやっているのが実態です。

もう一つお話させていただきます。最近医療従事者の方々も、こういう活動もそうだと思いますが、志をある程度持って何かをしたり、何かを考えていらっしゃる方は、自分達の仕事以外の現場の人達と割と繋がっています。例えば、私も奈良の産科たらい回し事件の時に、これは一体どういうことなのか、と知り合いの先生に一斉にメールを送りました。そういう中で様々な全体像が見えて来て、自分なりに色々考えながら取材先を探していくという形を今は取っています。

司会（鈴木寛） 先輩とか所属の部署のボスから、こんな話をやらないかということはあるですか？ 大学だと指導教官がいて、修士論文とか博士論文を書く時は、もちろん個人の意思もありますが、指導教官と生徒の間のやりと

りがありますよね。もしくは、そこは全く関係無く、自分の努力、見識で出来るのでしょうか？

武田 とっかかりは、自分の努力、見識が始まります。もちろん組織なので、こういうテーマで書いてくれないかとかもあります。当然、自分が取材してみても、もちろんそこにペンが入ることもあります。記事に載る時にはなかなかそのままではなく、上司とのやり取りがあることはあります。もちろん集団の中で仕事をしていることは確かなので、なかなか思うように記事が載らないこともあります。その辺は自由ではない所もあると思います。

司会（鈴木寛） その辺の自由さ不自由さで朝日新聞を辞めてしまっ、ロハスメディアを立ち上げた川口さん。朝日新聞社にいた時と今との比較も含めて、取材のきっかけ、自分は何に向かって何を伝えていこうとしているかのお話をお願いします。

川口 今、武田さんの話を伺って、いい記者だなと感心しました。今考えると非常に反省しなければいけないことですが、私自身が新聞記者をしていた時は、そもそも自分の受け持っている範囲が、自分一人でカバー出来るはずがない位膨大な領域を持っています。全部カバー出来るはずがないという割

り切りの上に立って、いわゆる費用対効果ですね、自分の触るものの中でこれは書けそう、これは書けなさそうという見極めをしてやっていました。ご縁があるかないかだけです。現在も、本当に少人数でやっていますので、全部カバー出来るはずがないという割り切りはより一層強くなっています。ただ、おかげさまでご縁の方が大きくなっている、人数が少ない割にカバー出来る範囲は案外広いかなと思います。ご縁が広がるという意味においてIT時代は非常に大変なことだと思います。

司会（鈴木寛） ロハス・メディカルをいつも見てなかなか良いテーマだと思っているのですが、ロハス・メディカルのテーマは編集長はどうやって決めているのですか？ 最初の頃は、本当に生まれ立てホヤホヤのメディアでしたが、今はだいぶ読者の数も増えて、プロの方も患者の方も、様々な層の方のある種の専門のメディアですよ。現状において、反響や取り組んで欲しいという声を受け取ってテーマを決めているのですか？それとも、川口さんの直感、良い意味での独善でテーマを決めているのですか？

川口 本来のあるべき姿としては、やはりご要望をいただき、その中から拾っていくという形になるんだと思いま

す。しかし、実際の作業からすると、それを当てにしてテーマを作るのには至っていません。どうしても、ある程度方向を決めなければいけない感じにはなっています。

司会（鈴木寛） それでは橋本さん宜しくお願いします。

橋本 私は皆さんと違い常に小さな媒体にいましたから、ましてや全て医療をカバー出来るわけではありません。そうした中で、私は専門メディアだったのでお医者さん向けに主に情報を発信していました。そうすると、情報は臨床とそれ以外の医療制度的なものの二つに大きく分けられます。特に私は後者を取材して来ましたが、医療制度に絞っても全てカバー出来るわけではありません。

そうすると、何を日々考えていたのかと申しますと、良い意味でバランス感覚です。そこで言うバランス感覚は、一方で読者がいますので今の読者の最大公約数的な関心はここじゃないかということがあります。他方で、やはり私を含めて記者も思い入れを持ってやっている部分があります。その自分の関心と読者の最大公約数的な関心が、もちろん重なる時もあれば、重ならない時もあります。良い意味で記者は、こんなこともあるんだという驚きを読者に与えたい部分もあり、常にそのアイデアを意識しながら情報を発信して

来たのかなということがこれまでの取り組みです。

司会（鈴木寛） 今はソネット・エムスリーに変わられ、その前は日経メディカルオンラインの編集者をやられてました。そうすると、従来の雑誌系の一方通行型のパブリッシュメディアと、今は完全にネットワークで繋がったものと両方を体験されているわけですが、相当直接的な反響がソネット・エムスリーとか日経メディカルオンラインにはありますよね？

橋本 そうですね。直接的にブログとか掲示板での書き込みもありますし、直接編集部にもメールを送られることもあります。そこが雑誌メディアとオンラインメディアとの大きな違いかなと思います。それから、最大公約数という話もしましたが、やっぱり日々オンラインメディアをやっていると、読者がどこに関心があるのかか嫌な位分かります。そこは辛い所と面白い所です。逆に今後それを活かして、月刊誌なら一ヶ月単位でしか動きませんが、オンラインメディアだと、もう少し機能的に読者の反響を活かしながら、取材対象を決めて行くことが必要じゃないかなと今、痛感しています。

司会（鈴木寛） 黒岩さんお願いします。

黒岩 テーマをどこで見つけるかと言

われると、正直言って本当にお寒い限りだということが現況です。テーマを持っている記者がいるのかということですが、恥ずかしながら殆どいないと思います。やはり皆それぞれ忙しいんですね。ニュースは日々起きること、とにかく追っかけて出す、追っかけて出すの繰り返しです。自分がしっかり腰を据えて一つの問題に対して切り口を持ってずっと考えていくことはほぼ不可能に近いですし、実際にやっている人は殆どいないです。むしろ、ワイドショーのディレクターの方が割とある種の問題意識を持ってずっと食らいついていくという所があるんじゃないかと思います。

先程言いました、自分自身かつて救急医療の問題にしがみついていたことがなぜ出来たかと申しますと、私は当時は土曜と日曜の夕方のスーパータイムという番組のキャスターでした。土曜と日曜ですから、月曜から金曜まで時間が空いていました。記者クラブにいなかったんですね。月曜から金曜まで何をしていても良いから、自分で取材、レポート、編集、報道をしろと言われた極めて特異な立場にいました。その時に、たまたま何かネタがないかと探していた時に、僕はかつて政治部の記者をやっていて、その後警視庁記者クラブとか東京消防庁の担当をしていました。そして、東京消防庁の消防総監の中條永吉さんから「黒岩さん、救急隊の問題を取り組んだらどうです

か。」と言われました。その時は全く意味が分かりませんでした。しかし、気になって東京消防庁に再び足を運び、実は日本の救急車の中には医療が無く、患者を運ぶだけだということを知りました。医療の問題がきっかけだったのではなく、たまたま他人から話を聞いた所を行ったら、救急車の中に医療が無いという現実を知ったのです。

現実として、アメリカはパラメディックの資格があり、フランスなんかではドクターカーというものがあります。いずれにしろ、救急車の中に医療があるのが当たり前で、日本の場合は運ぶだけだということを、現実として納得出来ないと思いました。だから、納得するようにしたいなと、動き始めたことがきっかけでした。その時にどうすれば良いのかゴールが見えたわけです。救急車の中に医療を持ち込めば良いわけです。だからアメリカ式のパラメディックという救急隊を高度にして医療行為をさせるか、フランス式の医者が乗るドクターカーを充実させるか、どちらかという話を整理して展開してやっていきました。やってみると、僕はその時こういう問題はゴールに辿りつきたいと思いました。マスコミは次々に新しいニュースに食いついて、食っては食いちらかし、次々にあちこち行きます。医療の現場では、皆様の所に何か突然のごとく現れて、医療ミスがあったとわ一つと報道して、ぐちゃぐちゃにしてすぐにどっか次の報道に行

ってしまう、と。そういうことを日常的にやっていて、それが医療不信、メディア不信に繋がっているのではないかと思ったものです。

たまたま特異な立場だったので、徹底的にこの問題にこだわってメディアの在り方を挑戦しようと思った。それが出来る立場にいましたから、来る日も来る日も救急医療を報道しました。しかし、当初は救急医療のテーマだけで、ゴールまで辿り着くだけのネタはあるかなと思いました。しかし、やってみると面白いもので、視聴者からこんな問題を取り上げたら良いですよとか、こんな話あんな話もありますと次々とボールが返ってくるんですね。視聴者からどんどんボールが飛んで来ますからそれを取材に行くと、また別のボールが飛んで来るというキャチボールをしながら、ずっとやっていたら続きました。最終的に2年間継続して報道しているとだんだん影響力が出て来ますから、その結果国会も動き始め、行政も動き始め、最終的には救急救命士法案が国会に出て成立しました。

実はその後もあります。実は救急医療のキャンペーンをやっていて、救急救命士制度が出来た時に、すごく寂しくなったんですね。2年間、救急医療を取り上げて生きて来ましたから、とりあえずゴールに辿り着いた時、明日から何を頼りに生きていけばいいかなと思っていました。その時、たまたま視聴者の方が手紙をくれたのです。そ

れは当時の准看護師さんからでした。今度は准看問題を取り組んで下さいという内容でした。これはおかしい制度ですよという話になり、准看護師制度は何だろうと思って、今度はずっと准看護師問題の取材をしています。私の場合は、視聴者の皆さんが、どんどん反響を返してくださることで次なる世界を開いているという現状が起きています。

ところが、非常に悔しいですが今の私はなかなかそういうことが出来ません。今、報道2001という番組を日曜日の朝7時半からやっています。この番組は政治課題、外交問題、経済問題という大きなテーマを扱います。私は自分でライフワークだと思っている医療の問題が出来ないんです。私はキャスターでかなり発言権を持っているはずなのに出来ません。医療の問題をやろうと言ったら、「黒岩さんそれは視聴率取れませんよ。」と言われてしまうんですよ。だから、僕は先程のヘリコプターの話聞いて胸が痛かった。救急医療キャンペーンを2年間で100回やっている時には、救急ヘリの問題を何回も取り上げました。フランスのヘリコプターもどんどん取り上げました。しかし、その2年間で報道は終わってしまいました。國松さんが私の所に説明しに来て下さいました。そして、救急医療と言えば黒岩さんだからと言って下さって話を聞いてやりましょうということで僕が報道2001のスタッ

フに言ったら、「視聴率取れませんよ」と言われてしまった。それなら、他の報道で何か出来ないかと色々やりましたが、なかなか上手くいきませんでした。救急ヘリが制度化されるまで報道が少なかったと言われて、ものすごく今内心忸怩たる思いで聞いていました。もう一つ、様々な人とこうやってお話しているだけでも、こんなこと取り上げたらどうかと言われることがありますので、そういう受け皿を作りました。私は、これはフジテレビは諦めまして、月に一本30分のトーク番組で黒岩祐次のメディカルリポートという番組をCS放送の医療福祉チャンネル774でやっています。ここは私が勝手なことをやっています。そういうものがあると、インプットしてきたものをアウトプットするという番組内容になっていますので、もし何かありましたらそちらで扱いたいと思いますのでよろしくお願いします。

会場（久保医師・国立成育医療センター） 周産期医療に携わるセンターの医師です。今話を聞いてメディアの報道は二つあると思います。一つは物事が起きた時に最初に行われる報道と、それから物事を追いかけていって特集を組む報道の二つがあると思います。僕は後のところはそれ程心配していません。今大きな問題になっているのは、物事が起きた最初の時の報道です。最初に警察から出された情報を、新聞も

テレビもどんどん取り上げてしまい、国民はそれが間違っているとしてもそれを真実だと思ってしまいます。それで、逆に言いますと国民の世論を作っています。そこが医療がメディアに持っている不信感だと思います。

例えば、先程黒岩さんが仰った救急車の問題にしても、看護師の内診の問題も同じです。何がおかしいかというと、黒岩さんが先程救急車に医療が無いのはおかしいと言ったのと同じように、看護師さんの内診問題で一番の問題は内診を出来ない助産師さんが沢山いるが、内診も助産も出来る看護師が沢山いるという現実です。それを皆さんが知らないの、ずっと話がおかしなことになっています。僕らは看護師さんに内診を教えてそれでやっているのに、私の病院に毎年何十人も入って来る助産師は全く内診が出来ません。それが助産師の実情です。その事実を伝えたら、誰かが改善してくれるかもしれない話もあります。最初に行われる報道の情報操作を止める方法をメディアの方に考えていただきたいのですが、いかがでしょうか？

司会（鈴木寛） 黒岩さんコメントをお願いします。

黒岩 まさに起きたことについてどう向き合うかについて、即効性が求められますから、すぐに応えなければいけません。ですので、それだけ知識もベ

ースもない中でどう答えるかという時に、厚生労働省がどう発表したか、警察がどう発表したかにずっと引っ張られてしまうということは確かにあります。しかし、看護師の内診問題が出て来た時、知らない記者が聞いても何のことかさっぱり分かりません。そもそも内診が何か分からない所から始まるのが現状なのです。その時にどうやって考えるかが問題です。考え方ですが、俯瞰で見ることが重要です。私も医療福祉チャンネルを立ち上げた際にその問題に直面しました。要するに現実問題やってらっしゃる、それで支えている、それによって成り立っている産科医療体制があります。法律的に厳密に言って良いか悪いか別にして、そういう現状があります。そういう現実がダメだと言って助産師さん達が冗談じゃないと怒っているわけです。確かに、法律で厳密に言ったら少し違うかもしれませんが行われていましたとレポートしたら、一気に産科医療が崩壊に向かっていることが見えた時、それはやはり言うべきではないだろうという所があります。現実問題このことについて見れば、確かに法律の整備が遅れているかもしれないけど、しっかりとしたトレーニングシステムを作って追認していく形にするのか、助産師をもっともっと長期的な計画によって増やしていくような戦略にするのかというソリューションを描きながら、この問題を見ていくと

いう距離感を持たなければいけないと思います。

司会（鈴木寛） 例えば、番組のディレクターやプロデューサーがたまたま医療報道をした時に、黒岩さんのような専門家の方がどこかにいれば、今のような修正がなされます。しかし、ほとんどの場合はそういう修正がありません。しかも、一時間後にニュースに出さなければいけないことになった時、良いことも悪いことも、結局「たまたま」の世界に相当乗っかっていることが先程の話で確認されました。それをもう少ししっかりとさせて、先程、メディア・ドクターの話も出ましたけど、例えば、医療専門の記者をずっと育てていくことはいかがでしょうか。要するに縦割り横割りの話で、視聴者に非常に分かり易く番組を作る横割りのプロフェッショナルも育てつつ、医療問題もしくは教育問題を10年、20年と専門にやる縦割りのプロフェッショナルも育てることが必要だと思います。そして、こういう話をする時には必ずこいつに聞くというシステムがこれから出て来るのか？ あるいは出て来ないとした時、今はディレクターさんがたまたま知っている大学教授、何かの評論家とかに聞くという状態です。そこをもう少し何とかなる可能性はありますか？

黒岩 恥ずかしながら、そのような流

れはありませんね。

橋本 今の話で、私が今必要としているのは、一般向けに発信するメディアとともに、やっぱりそういったものをドクターに聞いて発信していくことが必要だと思います。結局専門家の意見を各新聞社なり各メディアが書くのはこれもまた大変です。ですので、そういった取組みを私はしたいと思います。

先程メディア・ドクターのお話が出ましたが、あれはある意味で発表されたものを評価するものです。そして、その中で一つ気になったことがあります。事実を報道しているのかどうかということです。でも事実って何かということです。よく例に挙がることですが数年前のスマトラ沖地震の時、初日の報道だと被害の実態が分からないから、津波の被害者がすごい少ないから実は大きな地震でも、その初期報道の時はすごく小さな地震だと報道していました。でも、様々な事実が日々明らかになってくると、実はすごい地震だったことが分かるように、事実は日々刻々変わっていくものです。何か事件や事故が起こった時点で、事実を把握することは実は不可能です。ですから、メディア・ドクターには、事後すぐの評価ではなく、リアルタイムと一緒に活動していくようなドクターが必要ではないかという気がします。

会場 私は医師で東大の医療政策人材養成講座の4期生で、メディア・ドクターにも非常に興味があります。松村さんの話を、私も考えてみました。

私は今日5時間位新聞記事を見ているような生活をしています。特に医療事故に関する報道を見ていつも思うことは、自分の専門分野であっても、新聞記者さんから得られる情報、遺族からの情報や警察発表からの情報では、自分では何も答えられないことに気付いてしまいました。だから、今、橋本さんが言われたように専門の先生に聞いても、多分その時点にある情報で正確な情報は出せないと思います。例えば実際に裁判になって様々な情報が出てきた後でも、白黒つけるのには時間が掛かることがあります。ですので、医療事故が起こった翌日に、例えばディレクターの知り合いの偉い先生に聞かれても、いわゆる批判めいた記事を出すしかありません。真剣に考えようとすると責任あるコメントが出来ないということになってしまいます。私が考えたのは、そんなに速報性が必要なことなのかということです。報道は全て主観だと思います。誌面にも限りがあるし、何を報道する、しないかは誰かの主観が必ず入っています。そこで視聴率、インパクトとかで決まっている部分もあると思います。

もう一つの問題として、見出しの問題があると私はいつも思っています。内容が良くても、見出しが台無しにし

ている場合が非常に多くあると感じます。アメリカでも医療事故は沢山あるのに医療事故に関するメディア・ドクターが無いというのは、それだけの理由があるからです。要するに、医療事故は非常に困難で難しい問題だから、アメリカではメディア・ドクターが無いのです。僕個人は速報性は大事なことだと思いますが、しかし、本当に速報性が必要なことではないことに関しては、難しいとは思っているのですがある程度情報が出てから報道すると良いのではないかと思いました。

司会（鈴木寛） メディア・ドクターについての話が少し盛り上がっていますので、松村さんメディア・ドクターについてお話をよろしくお願いします。

松村 事故の記事をいくらランク付けしても、見る人は見ますけれど、多分一般の方はあまり面白くもないと思います。やはりリアルタイムで記事を出す前の段階で、やはり医療者、記事を書く側両方のリテラシーを高めて、その上で記事を書くことが大切だと思います。個々の記事について、どうこう言うより記事を書く方、医療関係者、患者さんからの希望とかも含めてネットワークを活かしたコミュニケーションを作っていきたいと思います。

もう一つお話がありまして、記事は速いほうが良いということはありません。そして、この記事は載せないか判断を

するかもしれませんが、だからといって止めるものでもないのは確かです。ですので、医療事故それぞれについてどうこうではなく、医療事故の新聞報道はこのような側面があるということを読者が知ることが大事なと思って

司会（鈴木寛） それと、案外報道側は自分たちの報道がどう評価されるかを気にしてますよね。それでは、川口さん、林さんの順番をお願いします。

川口 今まさに鈴木先生が仰った通りで、記事を書くのは人間であることを忘れてはいけないと思います。つまり、油断があった時にとんでもない記事が出てくることが多いのです。本当にこの記事で誰も傷つけないだろうか、この記事を書いて大丈夫だろうかと注意深くやった時にはそんなとんでもない記事は出ないはずです。それが、警察が言っているから間違いないというような緊張感を失った時にとんでもない記事が出ます。ですので、メディア・ドクターという緊張を与える存在があることが大事だと私は思います。

会場（林） 今のお話の中で、やはり日本のメディアは少し自分の思う正義に対してスピンをかけすぎ、結論が先にありすぎていると思います。確かに、時間がかかったら面白くなりますので、たびたび両論から聞きます。そ

の時期から見て自然に反応するであろう結論と、必ずそれと違うことを聞きます。それを帰ってから必ずニュートラルな状態にしておけば、余計なスピ

会場 メディアが何を報道するかしないかの問題ですが、私は特に日本のテレビが食欲、性欲、暴力の本能に根ざした問題をあまりに取り上げすぎていると思います。要するにこの問題を常にあまりに取り上げすぎています。食欲と言っても料理番組は良いのですがどこかで大食い競争をしているとか、それはニュースではないけれどもそういう種類の番組が多いです。あるいは、どこかの女優が不倫だとか別れたとか暴力とか、もちろんこの間の相撲なりボクシングなりいろいろなありますけど、あのようなものを少しでも止めて、その費用を医療もその一つですけれどもまともな報道に向けて欲しいです。そうすると、先程黒岩さんが記者は忙し

いと言われましたが、いくらか余裕が出て来るのではないかと考えています。

司会（鈴木寛） 私もコミュニケーションを少し勉強していたので、ある枠組みを提供したいと思います。今日様々な記事のグラフが出ていました。あれに共通しているのは指数関数ということです。これはある程度理論的に証明がつきます。しかし、コミュニケーションは何を共有しているのかという共有性の上に新奇性が乗っかると、コミュニケーションが非常に活性化します。そうすると、日頃どういう記事や番組を見ているかが多ければ多いほど共有性が広がります。そこがどんどん貯められている所に新しい新奇な情報が乗ると、視聴率と読み手が増えると思います。よく読んでもらう、視聴率というのはメディアの存在意義ですから良い意味で言っているのですが、その構造にはまると、ある種のバタフライ効果みたいな感じで、ポジティブスパイラルに入ります。そうすると急激に指数関数で記事が増え、視聴率も取れます。要するに、慣れ親しんでいる話だから読む、そしてそこに新奇なネタをどんどん追加するというスパイラルに入るという構造が起きるという話です。だから、実は私が一番最初に記者がどういうことに創発するのが大事だと思います。

それから、メディア論について二つ目の話をします。常に創発と共鳴の二

つのフレーズが相互に出て来ます。どんなに良い創発をしても、それが共鳴されなくなった瞬間、そこでコミュニケーションはストップします。共鳴はまず上司が共鳴してくれるかどうかという、武田さんがいつも聞っている問題があります。あるいは同僚のチーフデレクターが共鳴してくれるかどうかという、黒岩さんですら抱えている問題があります。メディア論は、マスメディアとミニコミで構成されています。何が言いたいかと申しますと、学術論文、雑誌論文はせいぜい百人のオーダーで読者に読まれます。それが出版になると、千人のオーダーから一万人のオーダーになります。専門誌になると数万人のオーダーになります。週刊誌になると十万人のオーダーになります。CS、BSが週刊誌と同じ十万人のオーダーです。テレビ、朝日、毎日、読売新聞などの巨大メディアになりますと、数百万人のオーダーになります。黒岩さんの番組ぐらいになると数千万人のオーダーになる。こういう指数でメディアの指数曲線が出来ています。これも裏を取りたいのですが、テレビの方であれば、要するに一千万人オーダーのメディアを扱っている人は、その直前の百万人オーダーのメディアでオーソライズされるとだいたい安心して取り上げます。百万オーダーのメディアを扱っている人は、その一つ前の十万オーダーのメディアでオーソライズされるとそれを取り上げます。こういう

メディアチェーンがあるのではないかというのが我々の情報学の仮説なんです。そこにインターネットとかCSなどの新しいメディアがどのように介入をし影響していき、既存のマスメディアのメディアチェーンに対して、インターネットがどのようにポジティブやネガティブに効果を与えるのかを情報社会学や情報メディア学が研究している。その中で、様々なところでポンポンと創発が入ると、実はものすごく強いメディアチェーンに思えますが、それは案外様々な変化が出て来ます。その一つが今日のメディア・ドクターだったり、そういうことに呼応してむしろメディアの内部から様々なことが起こっていったり、あるいはメディアも媒体を変えて薬みたいなものが出て来たり、ロハス・メディカルみたいなものが出来たりというのが今の状況です。それで、医療の分野のメディア環境、メディアチェーンも変わりつつあるのではないかと思います。

会場 女子医大の神津です。先程鈴木寛さんが言われた、内部にどのような自浄能力、規制能力があるのかがとても大事な問題だと思いますので、それについてお話させていただきます。私達は医療の教育の中で、どの位それが自分の中でチェックされていったかを個人の問題であれ、システムの問題にしようとしています。その一つの方法はチェックリストであり、一つはガイ

ドラインです。メディアの方にお伺いしたいのは、一体それぞれのメディアは、自分達の中に内的なルールとしてのプロセスに対するガイドラインを持っているのかどうかをお伺いしたいです。それは単に言い聞かせられただけで、個人に依存しているのかどうか。それともシステムとしてそれが発効するようなものに変換されているのかどうか。もし、それがきちんとなされていれば、その後検証しながら、その在り方を分離することが出来ます。私達は医療の中では、それをしきりに医療過誤が無いように、あるいはよりよい医療にするために自浄能力と自己開発的な改善のためのシステムを作ります。メディアが人に依存している部分があります。武田さんが良い取材をされるのは個人の資質の部分がかかなりあるようです。しかしもう一つ大切なのは、システムとしてどのような十分な体制を整えているかがあると思います。ですから今のお話の中で、例えばお若い武田さんはその場合どれだけのことをチェックして一緒に出すことが出来るのか。このリソースは確からしいと思って、そのリソースについて自分がどれだけ情報を持っているかと様々な項目でチェックリストがあった時、それを後でもう一度見直し、もう一度それをチェックして直していくことが大切だと思います。ですから個人に依存するのではない、むしろ将来的な改善のプロセスを内在させるシステムがメデ

ィアにあるかどうかをお尋ねしたいです。

司会（鈴木寛） 非常に貴重なご提言、ご質問です。簡単に武田さんに朝日新聞社として、明示的なシステムがあるのかどうか。あるいは暗黙知ではあるけども、慣習、あるいは先輩からの教育の中であるのかどうかをお伺いしたいです。

武田 例えば、少なくともチェックリストと言われるようなものが手元にあるって仕事をしていることは正直ないです。

司会（鈴木寛） 逆にチェックリストがある所はありますか？

黒岩 基本的には現場の記者が取材します。それを原稿にしたものを、デスクがチェックします。そのチェックしたものを更に編集長がチェックします。最後は読むキャスターがチェックします。こういうようなチェックリストは実はあります。大半の場合は、現場記者が記者クラブ制度によって、厚生労働省発表でそもその入り口で間違っているのではないかということをチェックするものは基本的に残念ながら無いです。

神津 それは恣意性を排除するための知恵なのではないかと思います。いつ

も同じ基準で物事を見て、一つ一つの事例はどのように処理されたかを検証可能な形に持っていくことが、ある行動を改善する規範になると思います。私はそれがあれば今までのお話のある部分はクリアされるのではないかと思います。

司会（鈴木寛） 現状は無いということですが、今のご提案は非常に貴重だったと思います。ある種、医療過誤ならぬ報道過誤をどうやって減らしていくかにも繋がると思います。これはかなり乗れる可能性がありますか？

黒岩 話を聞いてアイディアとして素晴らしいと思いながら、現実はどうすれば良いか考えた時、ちょっと思い浮かばないのが現実です。つまり、ニュースの現場は実に多様なニュースが出て来ます。それをある種の類型化をしてチェックリストを作れるかどうかということ自体よく分かりません。しかし、最終的に人に依存せざるを得ないというところが残念ながら速効性が求められる中でのメディアの現状ではないかという気がします。

会場 NTT東関東病院の落合と申します。私も今質問された先生と全く主旨は同じように感じます。今の医療機関は、報道がいろいろあったおかげもあり、特に2000年を過ぎてからは、内部的なチェックを非常に厳しく図る

ようになっているのが現状です。最近の読売新聞の医療に関する報道は、患者さんの理不尽な物言いか、そのようなことにも焦点を当てるということで色々変わって来ています。多少これからは良い方向に進むかなと期待はしています。

私自身の知恵として知りたいのですが、今日は報道のことは医療にテーマが絞られています、黒岩さんとか色々著名な方も来られているので伺いたいのですが、医療というテリトリーに絞らずに、政治に絞ろうが、経済に絞ろうが、スポーツに絞ろうが、日本の報道は、医療におけるものと同じ位にめちゃくちゃだらない番組があります。これは鈴木寛先生にも伺いたいと思います。先生は「一番最初に報道機関に入って、ある程度自主的にどういう分野を受け持つか選択できるのですか？」と見事な質問をされましたが、先生は民主党にお入りになられて、自主的に選択して分野を選んで活動が出来るのですかということをお伺いしたいです。

司会（鈴木寛） 私からお話を申し上げたいと思います。私は役所を辞めたのも、その自由が欲しいと思ったからです。私は慶應にずっといて、慶應では非常に自由に快適にやらせていただきました。それから、現状の民主党はどうかですが、僕は参議院議員であるという所が非常にあると思うのです

が、教育と医療とITという私の好きなテーマを選び、その中で更に好きなトピックスを選び追いつけることが出来ます。これは野党であることと、参議院議員であることが大きいかもしれません。これが政権を取ってしまった後はどうなるのかは、この会の発起人でもある舛添大臣に第三回のシンポジウムに来ていただいて検証したいと思います。私はこのような会を通じて、医療問題についてフィールドは決めていますけど、どういうトピックが緊急かつ重要なのかは私の独善ではなかなか難しいので、このような機会を最大限活用しながら、これを即例えば行政監視委員会の質問に反映させたり、我が党のマニフェストに反映させたりということになっています。それからもう一つ、政治の分野、経済の分野、教育や報道に私はこの20数年ずっと携わって来ましたが、少なくとも政治報道、経済報道、教育報道は医療報道よりもひどいというのが私の認識です。ただ、教育報道については、私も教育については様々な活動をこの7、8年させていただきました。教育報道についてはかなり改善をされているのではないかと思っています。政治報道については相変わらずです。被取材者の感想ですが。

黒岩 取材者としての感想を述べたいと思います。いや、最後は全部メディアに降りかかってきますね。仰りたい

ことは、よく分かります。私はメディアの現場にいながら、自分でこれが良いと全然思っていません。先程お話がありました通り、本能のまま動くのだんだん暴力沙汰等々を繰り返し繰り返し報道して、もっと大事なことはあるだろうというまさにその通りだとは思っています。しかし、あえてメディアの立場から言わせていただきますと、それを報道すると視聴率が上がるんです。視聴率が上がるから現場はそれを伝えます。なぜ視聴率が上がるのかというと、皆さんが見ているからです。皆さんが求めていらっしゃることを我々が判断するのは、この指標以外実はないんです。おかしいだろうと本当に思うのでしたら、そういう番組の視聴率を下げていただければ良いのです。テレビはすぐに止めると思います。そう言っても仕方ないんですけれども。しかし、私は中にいながら、悶々とやっている所は確かにあるところはあるんです。しかし、たった一人でも偉そうに言えば、メディアの中にもアンチメディアの気持ちで自分なりの形を作りたいと思う中で、出来る限り闘いながらやって行きたいと考えています。今後は是非見続けていただきたいと思っています。ありがとうございました。

司会（鈴木寛） 一つだけ申し上げたいのは、まさに西川さんに言おうと思ったのですが、やはり國松さん一人の創発、あるいはそれを支えるHEM-Net

さんの創発がかなり共鳴を得ながらある事情を変えたということをお伺いしたいです。そのことに関してではなくても結構ですのでお願いします。

西川 國松さん話の前に、今の暴力沙汰の番組を見なきゃ良いじゃないかということに関して、私はそれが出て来るとすぐにチャンネルを変えることにしています。要するにあのような本能の問題は、メディアで煽ったりしなくても、皆自覚しているわけですから、これ以上テレビや新聞で様々なことを付け加える必要はないというのが私の感想です。

司会（鈴木寛） 結局、実はものすごく大変だと皆さんが思っているが、例えば、読売新聞で教育あるいは医療についての報道が分量からすると増えました。あるいは、最近は何の新聞社もどの報道局も増えました。実は、その発端は一人の記者だったり、一人のグループだったり、一人のNPOだったりするということを私はいろいろ事例で見えています。だからあまり絶望しないで、頑張る人が頑張るとわりと変わります。その一番の例がヘリコプターの例で、やはり、國松さんという方、あるいはその仲間の西川さんも相当支えていただいたと思いますが、HEM-Netという一つのNPOです。私達も受けましたが、一人の個人とそれを支える一つのNPOが相当なロビー活動

をされました。もちろんこれから見守らなければいけませんが、頑張ると一つの法律まで出来ます。そのリアリティーを我々も共有したいと思います。

西川 もちろん、これからも報道し続けていただきたいです。しかし、その前に出発点としては、國松さん自身をご存知のように銃に撃たれています。4発の銃弾が身体の中に入って、それを30分以内に摘出したわけです。この手術を行った二人のお医者さんが今のHEM-Netという団体を立ち上げてNPO法人を立ち上げました。その後、國松さんに理事長になってもらいたいということを言いに行きましたが、その時すでにスイス大使に行くことが決まっていたので、そこで2年、3年別の方が理事長をやっておられ、2、3年前から今の立場になりました。そうしますと、皆さん専門の医師ばかりで今更私が何かを言う必要はありません。國松さんの手術が上手く成功したのは奇跡的なことであったと、ここにおられる専門の先生方皆さんそうやって思

っているのではないかと思います。それを背景にして、なおかつ今までの警察庁長官の官僚としての立場を含めて、両方相まって上手く行ったのではないかと考えています。

司会（鈴木寛） 皆さんのおかげで大変盛り上がりました。この協議会のシンポジウムは年一回ですけれども様々なワーキンググループをしています。例えば、去年はADRの話が盛り上がりました後、ワーキンググループも盛り上がりました。そして、先程ご紹介がありました但記者会見もやりました。この後、明日はどういうことになっているのかということもあります。この医療とメディアの話、あるいは今日のメディア・ドクターという話の提言も出ました。この件でも、是非皆さんこの議論を続けていただくきっかけになればいいなと締めくくらせていただきまして、このsessionを終わりたいと思います。皆さんご協力ありがとうございます。

久住英二

(コラボクリニック新宿内科医師)

私は昨年(2005)の11月からコラボクリニック新宿という新宿西口徒歩1分のクリニックで夕方6時～9時のサラリーマンがちょうど家に帰る時間にサラリーマンが駅に向かう途中の道にあるクリニックで診療をしています。そこで、1年間診療した上で、どのような患者さんがみえられたのか、どのようなニーズがあったかということを実体験に基づいてご説明させていただきます。先程申しましたように、現在の医療制度では医療供給の絶対量が足りません。待合室に患者さんは溢れかえり、長時間待たされ、造影CTは一ヶ月待つということで全く動かないという状況です。そのような状況ではありますけど、実は多忙なサラリーマンたちは糖尿病や高血圧などの疾病を抱えながらも、忙しいので病院へは行かないということで放置されたままです。しかし、風邪を引いて辛いということで会社帰りに救急外来に多くのサラリーマンの人達が風邪にかかっているという状況で当直の先生に「勘弁してくれよ。今日もこんなにきているのかよ。」という感じで当直医はぐったりという状況が生じていると思います。我々は医療業界でこれから変化が起きると思っています。これは多分流通業界に起きた変化が起きるのではないかと考えています[図1]。その変化をもたらす最大の原動力は、消費者のニーズだと思っています。かつては個人商店があって、百貨店があったという流通業界がコンビニエンスストアが出現して個人商店が駆逐されて今やコンビニが商業業界において、かなり売り上げを伸ばしているという状況です。コンビニエンスストアの売り上げが伸びる一方、百貨店等の売り上げは下がっているという状況がございます。それぞれの特徴を抽出してみました、やはりコンビニエンスストアで一番重要

なのはいつもやっていて、通行量が多い所にあることです。元々人がいっぱい通る所でいつ行ってもやっているということ。それから、セブンイレブンだっただこへ行ってもお金を下ろせる。どこへ行っても同じ牛乳が売っている。どこへ行っても同じパンストが売っているとうこと。それから待ち時間が殆ど無いということ。皆さんそんなに大きな買い物はしません。千円で大体おつりが来る位のレベルです。700円買うとクジが引けますので、セブンイレブンへ行くという所ですね。そして、牛乳、パンスト、おにぎり、あと雑誌とかを買います。ところがデパートというのは非常に巨大で営業時間は昼間です。最近では、ちょっと夜遅くまでもやっています。しかし、忙しいサラリーマンは20時位でないと寄れません。都市部にあって標準化はされていますけど時間外は対応出来ませんし、待ち時間はお正月とかの福引きは並びますけど、まず待たないです。客単価は高く、近所に住んでいる人は牛乳を買いますけど、ほとんどの人はたまに週末に出かけて大きな買い物をしたり、お見合いがあるから服を買わないといけないという時はデパートで買います。

これを病院に当てはめてみるとどういうことになるかと言いますと、デパートに対応するのはいわゆる大病院だと思っています。昼間やっていて大きな都市にあって、病院の場合は都市部の商店街というよりは、幹線道路の交差するような交通の要所にあります。標準化はされていません。時間外は対応しています。待ち時間は最悪です。しかし、客単価は高いです。基本的に手術や化学療法など大掛かりな治療を受けに行くという所です。診療所というのはあるのですが、これはコンビニには相当してなくて、いわゆる

昔の個人商店に対応する業態だと思っています。昼間やっていて住宅街とかサラリーマンが沢山いる人が多い所にあり、標準化はされていません。どちらかというと院長の味とかそういう感じで客がつくという状況です。時間外は場合によります。待ち時間は人気の所は込んでいますけれども、そうではないところは空いているという状況です。客単価は低いです。風邪を引いてお薬をもらう位です。で初診料と処方料で1,030円になりますという状況です。風邪、花粉症、血圧のお薬です。血圧のお薬を貰いに来ている患者さんに、「前回血圧を測ったのはいつですか?」と聞きますと、「半年前です。」と答えます。これは安定している方です。このような方が来ます。我々はこれを今後コンビニ化して、コンビニ化するというのは安かろう悪かろうではなくて、手順が標準化されて、行き易い所にあって、かかり易い時間にあって、だけど待たなくてすごく便利なものになると思っています。結局百貨店の売り上げが下がって、コンビニの売り上げが伸びているのは、原因としては今の病院の収支構造もこれと同じで、診療単価を下げられて、だけど開業医さん達は頑張って収支がプラス1%位伸びているのですが、大きな病院は半分位が赤字に転落しました。やはり図体が大きく人が沢山いるとなかなか意思を統一してこちらの方向へ進もうということが出来にくいです。ところが診療所の場合は、病床があったとしても19床未満ですし、非常にクイックに体制を環境の変化に対して対応できるということではないかと思います。コンビニはまさに流行に乗ったことをするわけですし、店自体も小さいので、例えば今日は隣の公園でお花見がいっぱいあるからおむすびとかお酒をいっぱい置い

[図1]

2. 医療提供体制の変化:流通業界と医療業界				
	デパート	コンビニ	診療所	基幹病院
営業時間	10～20時	24時間	9～17時	9～17時
立地条件	都市	通行量多い所	人が多い所	交通の要衝
標準化	○	◎	×	×
時間外	×	◎	△	○
待ち時間	○	○	△	×
客単価	高	低	低	高
おもな 利用方法	週末に出掛けて、大きな買い物をする	通勤途中に寄って、牛乳、パンスト、おにぎりを買う	風邪や花粉症、いつもの血圧の薬をもらいに行く	手術や化学療法など、大がかりな治療を受けに行く

[図1] 医療提供体制の変化：流通業界と医療業界

久住英二

(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。(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。

ておくと売れるなどが、天気予報で雨が降ると言ったから傘を置いておくと売れるなどということで、商機を捉えて商売が出来るという所で非常に対応が出来ているのだと思います。

 昨年の11月の、今から1年前にコラボクリニックが開業いたしました。鈴木寛先生の東大のゼミで呼び掛けて呼応した学生連合は、今日の受付の業務とかもやってくれていますけど、普段は我々の教室で夜中にいろいろやっています。平日の18時から21時にやっていて便利な所にあって、内科、心療内科、貧血外来、旅行者外来という標榜科をかけてやっていますけど、基本的には何でも診ますという状況です。なんと面積は7坪です。非常に患者さんと我々医療者との関係が密でございまして、インフルエンザなんかは一発でうつってしまいそうです。これは、ビル診です。ドアを開けると受付が見えて受付には綺麗な女の子を雇っていますので是非一度お越し下さい。診療室では、電子カルテで患者さんがこの椅子に座って、我々が貧素な椅子に座って頑張って診療をしています。膝を突き合せんばかりの状況でございます。心療内科とか、ゆっくり座って話を聞く方はなかなか立ってくれません。30分位お話を拝聴するという経験もありました。しかし、最近はいぶ裁き方も学習して参りました。

 実際に、このような所でクリニックをやって患者さんが来たのですかということですが、なんと来ました。最初は来ませんでした。どの位来たかという。例えば去年の3から4月位のインフルエンザや風邪がすごく流行った時期なのですが、3時間で20人位です。ほとんど初診の方ですので、ほとんど診察しっぱなしという状態でした。

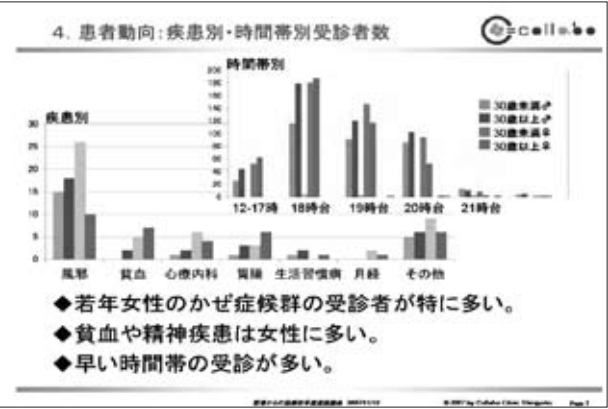
 疾患別に見てみますとやはり風邪の方が一番多いです[図2]。あとは、私こう見えても血液内科医でございまして貧血外来なんてのもやっていたので、貧血の方が来られました。やはりニーズとしては心療内科は必ずあります。季節性なく、常にバラバラ来られます。あとは、胃炎、神経性胃炎などです。また、生活習慣病は非常に少ないです。これは年齢と性別でそれぞれカテゴライズしています。疾患別の棒グラフの風邪の中で右から2番目の棒グラフは30歳未満の女性なのですが、風邪で非常に多くの若い女性が来られているのだということが分かりました。これは何かというと、例えば男の会社員の場合は、昼間は営業に出ています。そこでちょっとその間に病院に寄れるのではないか。もしくは、女性の方は非常に病気に対してほっといてはいけないからちゃんと病院に行ってお薬を貰おうという意識があるのではないかと思います。そういうことが原因なのかもしれません。そこまではまだ詰めていません。時間帯で見えますと、昼間の貧血外来は無視していただいて、18時台は特にやはり多いです。そして、だんだんと減っていくという状況です。

 どこから来ているかと言いますと[図3]、真ん中にある円の右端が新宿駅でございまして、コラボクリニックが真ん中にある円の中心点でございます。新宿駅から縦に山の手線が走ってまして真ん中にある円から少し左に行った所に都庁があります。いわゆる西新宿がこの辺になります。地図の下の方が新宿御苑とか、四谷とか、さらに先に六本木があります。やはり近隣の方が多いです。このような駅に向かう道すがらちょっと寄って来ます。そういうわけで、新宿近隣の方が非常に多かったです。もっと遠くはどんな

のかということで、どの辺からお越しになっているかということを保険証に書いてある事業所の住所をベースに調査しました[図4]。もしかするとKDDIの新宿ではなくて本社の住所を引っ掛けてしまっているのでは、ちょっとばらつきがあるかとは思いますが、やはり圧倒的に新宿から来られる方が多いです。それと渋谷区はほとんど隣に面していますので、歩いていける距離になりますので多いです。あと、千代田区は都営新宿線に乗って新宿を通過して行く方とか新宿で乗り換える方々が多いです。そのように、通り道にある人と近隣住民が受診されるということで、これまでのように開業コンサルタントに頼むと周りに何人住んでいるから、どの位患者さんが来るというデータが出ます。今後はこのような生活動線の中にあるクリニックですと、田舎ですと道路、都市部では鉄道というものが患者さんを連れてくる大きな要因になるのではないかと思います。

 我々が一番驚いたのは、患者さんが我々のクリニックをどうやって知ったかということでアンケート調査を致しました[図5]。問診表に必ず書いて頂くようにしていますので、ほぼ全例の調査です。圧倒的にインターネットです。ティッシュも城口君達と8万個位配りました。しかし、こんなもんでした。インターネット以外のいわゆるメディアで、新聞、ラジオ、テレビを全部合わせてこんなもんでした。線グラフが去年の11月から今年の9月までで、こういった方々が来ているのかを時系列で見えますと、多分今年の2月位にサーチエンジンに引っ掛かってぐんぐんとアクセス数が伸びています。ティッシュは配っている時には来ましたが、その後はあまり来ないです。口コミというのは微増なのかどうなのか

[図2～5]



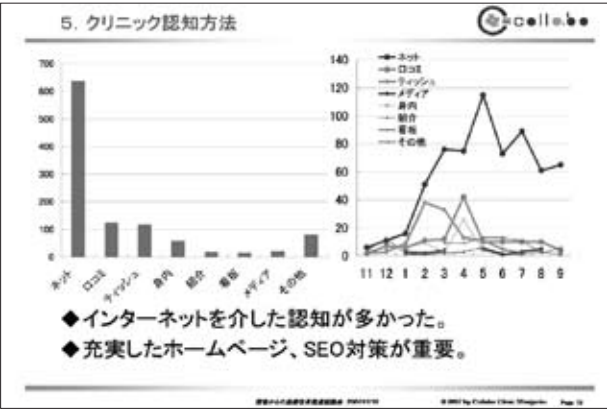
[図2] 患者動向：疾患別・時間帯別受診者数



[図3] 患者動向：やはり近隣から来てます



[図4] 患者動向：近隣が多いです



[図5] クリニック認知方法

ちょっと分からないです。夏場はちょうど夏枯れする時期なので何とも言えません。これを見て我々はやはりインターネットを介した認知は非常に重要なので、充実したホームページを作り、かつサーチエンジンオブティマイゼーションという検索エンジン最適化が重要であると思いました。

これはインターネット以外のメディアに登場したものです[図6]。かなり一流の所に取材して頂いております。「本当は怖い家庭の医学」も監修致しました。あとは、日経新聞の医療面で非常に大きく取り上げていただいています。記事の写真のような感じで診療しています。後程出て来ますが、記事の真ん中にあるのが問診票です。これが、ホームページでございます[図7]。その道に詳しい方々に知恵を頂きまして、非常に優れた構成にしております。優れた構成というのは立派ではなくて必要な情報へのアクセスが多く、アクセスし易いということです。ですので、診療時間とか地図とかは全面に出ています。昨日の夜GoogleやYahoo!で検索してみたら、「新宿内科」を入力して検索しますと一番に出て来ました。これがアクセス分析です[図8]。大体ページを見に来られた方がこのような推移です。ページビューと言いまして、見に来てトップページだけを見て帰るのではなくて、ちゃんと中の方まで見て帰る人が8月で伸びています。これはどうも貧血に関する情報のページを詳しく書いたのが関連しているようです。あとはこういったキーワードで患者さんが来たのかということですが、**「コラボクリニック」**というキーワードで患者さんが来たのが多かったです。そして、だんだんサーチエンジンに引っかけると**「新宿内科」**とか**「貧血外来」**でも引っかけ

って来ています。色々なキーワードを散りばめて、ユニークな単語を散りばめておくと、それを手がかりに来るものなんだということが非常に良く分かりました。我々は聴診器さえあてていれば、お医者という仕事は済むのだと思っていました。しかし、このようにしっかり患者さんにアピールしていかないと良い医療は手元に届かないのだということが分かりました。

あとは問診表の最適化ですが、このレーザーチャートの紫色の色使いは東京芸術大学の古賀君のデザインでございます[図9]。これは当院で使われている問診表で、患者さんの症状を全部いちいち聞いていると時間が掛かります。あと、風邪について咳が辛いのか頭痛なのか、カロナールで良いのかロキソニンを出すべきなのか、その辺を一目瞭然で分かる問診票を作ってやっていました。今はこれをもうちょっとちゃんと、本当に患者の症状を拾えているのかということで、細かい問診票を作って項目を5%以上の頻度のもを集めると熱とかこの辺の症状があるのですが、臨床をやっている先生方だと風邪で来た人に「あなた便秘ですか?」とかなかなか全員には聞かないと思うのです。ところが、風邪をひいていて便秘の方は結構います。そうするとこの人に抗コリン剤を出すすとすごくお腹が張って苦しくなるのです。だから、このような風邪の人にはちゃんと便秘かどうかを聞いた方が医療としてはクオリティーが高いです。ですので、こういった問診票をピピピッと簡単に書いてもらうことで非常に満足の高い医療が提供出来るのではないかと思います。

あとは、開業に関する問題点でございます。診療所の開業は医療法という法律で規制されております。個人開業は届出

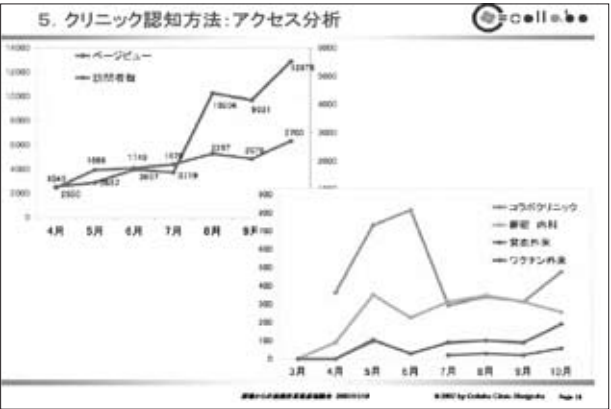
するだけで極めてアバウトです。いつでも今晚からでも開業出来ます。開業資金が、個人債務となるということが、やはりこれは問題です。医療法人にしても結局借金する時は個人が連帯保証人にならざるを得ないという日本独自の悪習がありますので、どうしても個人開業するとどうしても経営リスクを意識せざるを得ないです。だからこそ、診療報酬とかに敏感で、次々に手を打てるのかなということで、メリットなのかデメリットなのかというリスクを背負っているから頑張れるということで良いのかなと思います。あとは、開業する時に何が一番問題かということ、勤務されている例えば国公立病院ですとかプライベートのホスピタルでも、ほとんどの先生方は兼業規定でうち以外の所で診療してはならないことになっています。昼間にはバイトに行っても良いのですが、開業はいかんといい変な囲い込みがあります。ですので、例えば昼間は大学病院で第一線の治療をやっているけど夜は家の近所で往診位でお爺ちゃんお婆ちゃんの面倒を見たりしたいと言っても、法律は規制していないけど、勤めている病院が困り込んでいるのです。この辺を変えないと医療が本当の意味で自由化されないのかなと思います。

今後としましては、医師の勤務形態の多様化への対応が必要です。例えば、今女医さんが家で仕事をしていて仕事をしてくれないからお医者さんが足りないと言っても、働きづらい環境なので働くわけがないです。例えば、病院勤務はやはり、病棟持ちだと夜中も拘束時間は無くても、私は違うのですがお医者さんは真面目な人達で責任感を感じるので、自分の担当の患者さんが夜具合が悪くなったりとするとなんとなく気が重いのです。で

[図6～9]



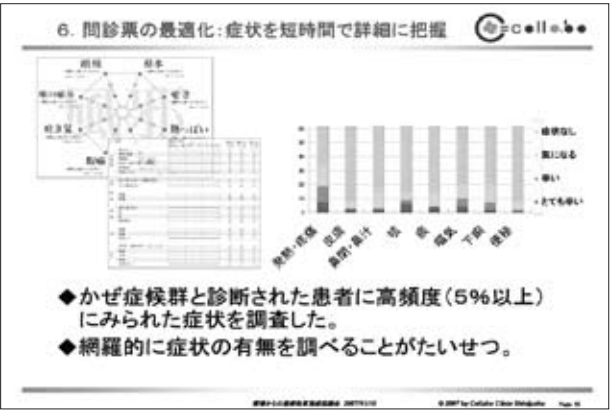
[図6] クリニック認知方法：メディア掲載一覧



[図8] クリニック認知方法：アクセス分析



[図7] クリニック認知方法：コラボHP



[図9] 問診票の最適化：症状を短時間で詳細に把握

すので、そうではなくても昼間だけやって下さいということにします。そして、「子供がいるのですがどうしましょうか?」と言われたら、「実はこの駅の中にあるこのクリニックは隣に保育園が併設されていますので、こちらにどうぞ預けて下さい。」といった格好で多様化していきたいです。あと、研究している先生方が夕方の6時から9時にコラボでバイトをしてくれれば、寝当直で「ここの当直室汚いんだよな。」という所で翌朝疲れて起きる必要もなくなります。このようにいろんな勤務形態の多様化に対して対応して行きたいと思っています。あとは、勤めている時は分からなかったのですが、診療報酬が極めて安いです。開業医さんの初診料は2,730円です。そして、処方料が660円です。ですので、3割負担で、処方箋だけ出してもらおうと1,030円です。これは、実は鬱の人の症状を30分聞いても変わらないのです。なので、これではペイしないです。ですので、診療報酬をちゃんとやっている所にはちゃんと出します。その代わりに処方箋をもっと長期に処方しても、例えば30日分の処方箋よりも60日分の処方箋の方が高くなるとか、そういった誘導は必要であろうと思います。そうでないと、2週間ごとにお薬が出されてサラリーマンはやはり病院に行けないやという状況になってしまふと思います。それをやることによって、経営分析とか営業回りとか、実は営業回りはいくつか行ってみたのですが、「お医者さんが営業回りに来たのは初めてです。」といろんな会社で言われました。やはり一流の人材が入っても、彼らの給料が高いで、トントンでやっている所にはなかなか入って来れないです。ネット対策とかですが、大体開業医さんのホームページはこういったインターネ

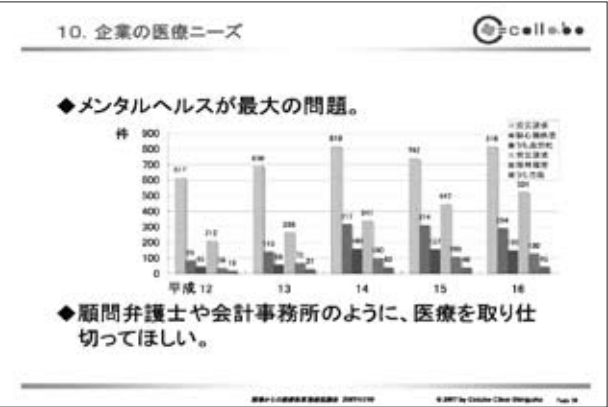
ット産業の食べ物にされていて、チョロットとしたホームページを作って何百万円も使わされて、ヒイヒイ言いながら患者さんの数をこなすという状況です。この辺もちゃんとした人達が入って来てそれに対するフィーを払えれば、どんどん医療の業界は良くなっていくと思います。そういった感じで、今後はいわゆるデパートやブティックといった高度に専門的な医療を提供するブランド病院と、良質な日常医療を便利に提供するコンビニ診療所の二つに分かれていくのではないかとと思っています。皆さんはどう思われますか？

あと、企業の医療ニーズですが、営業に回って足で調べてまいりました。とにかくメンタルヘルスが最大の課題です。メンタルヘルスだけでなく、高血圧や糖尿病も多分問題なのでしょうが、症状が無いので何とも言えません。メンタルヘルスに関しては、辛さというのは本人しか分からないです。それが最大の課題です。これは厚労省から持って来たデータですけれども[図10]、平成12年の棒グラフの左から一番目から三番目までの三つの棒グラフが心臓とか脳みその病気で労災請求があって、それによる労災認定数でその中の死亡数が左から三番目です。左から四番目から六番目の三つの棒グラフが精神疾患による労災請求で精神障害と認定された人です。左から六番目がその中の自殺の数です。これがどんどん増えて来ています。いわゆる動脈硬化性疾患というのは高齢者の割合が増えざるを得ないです。鬱の人がどんどん増えて来ていますので、これを何とかしたいです。あとは訴訟リスクです。自殺されてしまうと、ボンと賠償金が1億円とかになってしまうので、企業としては1億円も一気にガサッと持って行かれると企業のイ

メージダウンと更に金銭的にも痛いということで、鬱の患者をなるべく早くスクリーニングして治療に結びつけたいというニーズがあります。あとは、労務とか人事の人達が医療のこのような問題の人達を扱っているのですが、「分かりません。我々はサラリーマンで医療の知識は無いですよ。」と言われ、「顧問弁護士や会計事務所のように、会社員の健康管理は検診、二次検診、受診、継続診療に至るまで全部取り仕切って下さい。うちがパッケージを入れて提供します。」という希望があったら、明日にでも契約したいということを仰っていました。

まとめますと、ニーズに対してなかなか医療現場は対応しきれていませんが、非常に大きなニーズが潜在しています。お医者さんが足りないということですが、足りないですけど多様化する就労形態に対応することで、いくばくか搾り出すことは出来るのではないかと思います。当たり前ですが、これがペイすれば世の中を席捲するだろうと思っております。コラボクリニック新宿に青春の時間と情熱を注いでくれた学生さんとプラスαです[図11]。学生の皆さん達どうもお疲れさまでした。ご静聴有難うございました。

[図10～11]



[図10] 企業の医療ニーズ



[図11] 謝辞

田中祐次

(東京大学医科学研究所助教)

今日は、私の言います患者学とは何かということと、どうしてこのようなことをしているかに関してお話ししたいと思います。そして、仲間を集めていきたいと思っていますのでよろしくお願い致します。

少し自己紹介をさせていただきます。私自身は、94年に徳島大学の医学部を出まして、実家が埼玉ということもありまして、東京の方に来まして東京大学の内科研修をしました。血液内科へ行こうと思ひまして、96年に都立駒込病院で研修をしまして、その後は東京大学の大学院に入りましてガンに対する免疫療法の方で博士号を取らせて頂きました。その後駒込病院に戻りまして移植を中心とした血液内科医として働き、その後Duke大学にがんの免疫療法の方で留学致しました。そして、2006年2月に現在の東京大学医科学研究所の方にやってまいりました。

本日は現場からの医療改革推進協議会ということですが、私自身は現場というものを経験の場、そして研究の場ではなく新しい所に私自身の現場を置くことをここで決めました。2000年に患者会を作った時、何をするのかとよく聞かれました。僕は、交流会をすることを目的として始めました。そして2005年、この頃はまだアメリカにいたのですが、無料のメールの相談というものを開始しました。約2年ちょっと経ちましたけれども、400人の方から約6,000通を超えるメールを頂いておりまして、ですから私の現場はここになっております。そして、多くの患者さん達と話し、家族の方と話し、多くのメールを私自身が読んで、すべてに返信しています。その交流を重ねる上で色々考えてきたことがありまして、それを簡単に言うと患者さんや家族の方々

と医療者の間にズレがあるということを感じました。ここを何とかしたいという所が始まりです。何でもかなということをし少し考えた時に、今の世の中ナラティブベースドメディスンという物語をベースにした医学から、エビデンスベースドメディスンに変わってきた理由の一つには医療機器があります。色々聴診器が出来て、レントゲン写真も撮れる様になりました。それによって、症状やそういうものが数値化出来るようになりました。もう一つはホスピタルです。昔は想像していただければ分かる通り、一人の王様に100人の医師が詣でていた往診の時代だったのです。しかし、ホスピタルが出来ることによって、一人の医師に多くの患者さんが集まるようになりました。多くの患者さんが集まり、症状が数値化されて何をしたかということ、カテゴリー別に分けたのです。そして、そこから出て来たのは症状別なので症候群、原因が分かたら病気というように進んで来ました。ですので、人から病気を見つけ、その原因を見つけ、そしてそれが細胞だったり蛋白だったり、ないしは臨床統計のような形も作ったりしました。そして、約50年ちょっと前に見つかったダブルストランド遺伝子まで行って、今はそこを読み切ったのでポストゲノムというようにずっと探しに行きました。そして、その通りに臨床分野も分かれ、基礎の分野も分かれていきました。さて、心はどこに行ったかと言いますと、なんと精神科の先生がしっかり診てくれます。しかし、実は心のどこを診ているかと言いますと、心の病気を診ています。そして、心と病気を繋ぐ心療内科の先生もここを診ています。そして、僕の現場はここではないと思いました。僕の現場はここにあります。人には人生があり、関わっているコミュ

ニティがあります。これをすごく感じています。ただし、昔とは違います。大きなコミュニティの変化においても、例えば昔は大家族で今は核家族化しています。そして、情報の面で言えば昔は新聞だけで、今は新聞、ラジオ、テレビ、更にはインターネットや携帯電話が出来上がることによって、コミュニティも変わって来ました。患者仲間まで繋がるようになったり、インターネットでいろんな情報を得られるようになって来ました。

さて、ここで少し情報という面の切り口から考え出させていただきます。家族や患者さんの情報をどのように情報を得て来たかと申しますと、以前は専門家や医師などの医療者から患者さんに専門的な情報が来ました。しかし、先程のコミュニティの変化とか、情報伝達の変化から専門家からの情報が実はかなり多くエビデンスベースドメディスンの形で伝わって来ました。そして、実は患者さんや家族の方から患者さんや家族の方という所への伝達も始まって来ております。ここに患者会という存在が、昔一番最初は結核の患者会から始まっているのですが、多くの医療者の方が思うのは訴訟とか何

[図1]



[図1] 院内患者会

か反発してくるのではないかと感じます。しかし、実は情報が欲しいということで、患者会で講演会が開催されます。そして、患者さんや家族方から患者さん同士や家族同士で話します。それは交流会という形でされています。また、先程のこのコミュニティの変化のようにホームページとかブログなどインターネットの活用もなされます。私自身実は、患者家族の集まれる場というものを作りました。実は、私自身が作ったというよりも自然に病院の中で発生しているのです。考えてみると、私は血液内科なので何ヶ月も患者さん達が入院していますので、大部屋で仲良くなっていたり、病院の喫煙所とかで仲間が出来たりしています。例えば私自身、東大病院で血液内科の外来をやっている時に、ある50代の男性の方は外来の採血が終わると常に泌尿器科の煙草を吸う仲間の所にいます。だから、呼び出して来ないです。ですので、僕はそこまで行って「はい。はい。」と一緒に話をしたりしました。あとは、お昼休みを使ってずっと一緒にご飯を食べたりする仲間がいたり自然と作られています。これだなと考えて来

ました。

そして、もう一つ先程松村先生の方から言った通り院内患者会というものを作っております。ここは、実は私自身「ものの木」という患者会では、一番最初に考えたのは入院患者さんが仲良くなって、外来に出ると主治医の先生と曜日が違うということとずっと会わないのです。それで、寂しいからちょっと会いましょうということで、交流会をして居酒屋で飲み会をするような形だったのです。その中である患者さんが言ったのです。「先生これを入院中にして欲しかった。入院中に僕は参加したかったんだよ。」ということを言われたのです。それでは、院内で作ろうかと思いました。そこで何で欲しいのかと考えた時に、闘病を経験した人が外来患者さんのまさに今闘病をしている人やこれから向かう人に対して色々教えてあげたいということと言われたのです。これだなということで、院内患者会というものを作っていこうと考えました。実はこれも、北陸の富山県や金沢の方では10年以上前に出来ていたのです。ですので、私はそちらに行って一緒に色々話をして良いなと思って、それではやろうということでアメリカにいる時からスタートしまして、今や全国20位の院内の患者会というものが出来ました。ここは実は、先程言った通り、闘病の時間の違う人達の情報やインターネットが使えるので、空間を越えるという新しい情報伝達の場だなというように考えていました。さて、これが実際の患者会の風景です[図1]。これは、とある北関東の病院でやっているのですが、このような感じでしています。患者さんからの声としては、例えば「元気と勇気をもらった。」「貴重な体験談を聞くことが出来た。」「明日への希望が湧いてき

田中祐次

(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。

た。」「次回も是非とも参加したい。」というものでした。そして、参加した医療者の方からの声からとしても、「患者さんの元気な姿に接し、仕事に対する意欲が高まった。」「本当の自分を理解してもらう良い機会となった。」「患者さんの本音を聞くことが有意義だった。」「次回も是非とも参加したい。」というような声が聞かれています。実際に、この院内患者会の方も今年の日本血液学会・臨床血液学会合同総会の方でも展示でさせて頂きまして、いろんな多くの方に知って頂くと思ってやりました。また、実は院内患者会が先程20あると言ったのですが、そこで患者さんや家族の方が世話人や幹事をやって頂いているのですが、その人達にも色々な悩みと苦労があるので、それも一緒に年に2回位集まって話しましょうということで作ったのが院内患者会世話人連絡協議会というものです[図2]。今年も11月に先週行いまして、約20の患者会の世話人の団体の人達が集まりまして、情報交換をしたり会の運営で困ったこととか悩み相談をしたりしました。あとは、色々研究協力などもします。日経新聞さんや朝日新聞さんの方でも色々報じられるような形になっています。

実は、この院内患者会世話人連絡協議会でこのような声が聞かれました。世話人の方からの声ですが、「完治した患者さんが参加するだけで、入院中の患者さんは参加しないのでどうすれば参加出来るのか?」という声がありました。実は先程の図で見た通り、外来患者さんや入院患者さんは学校で例えるとOBが在校生に何かサポートするというようなことを考えて作ったのに、世話人の方の多くがこれを言うのです。実際を見て下さい。先程の図を見るとほとんど皆が私服です。

点滴をぶら下げた入院患者さんは来てないです。これはやってみて分かったのです。私自身が、一番最初に実は患者さん達と触れて患者さん達と医療者の間にズレがあるという話をしました。実は僕もまだまだズレています。こういう時にどうすればいいのかと思ったのは、ではどこでズレているのか。患者さん達とズレている。色々聞いたらいいのではないかと思いました。また、僕の現場に入って色々な話を続けています。だから、これが崩れたのかなと思います。ただ、患者会は家族のストレスも発散出来るという良いことも確かにあります。見ていただくとも図3]、この中に要望としては、大体ほとんど全部がコミュニケーションに関して書かれていますのです。その中に、一番最後はとても気になったものがあります。ある方が、ポータブルトイレで排尿した時に看護師さんから「沢山出たね。」と言わた一言が、とても恥ずかしかったです。それ以来看護婦さんとコミュニケーションが取れなくなり症状が悪くなり亡くなられてしまったというような訴えもありました。これは確かかどうかじゃなくて、やはりコミュニケーションが非常に問題になっているのだなということが感じられます。実際に院内患者会は実際にはどうなのか私自身聞いて考えました。そこで私自身が思っているのは、院内患者会という名前ですけれど、実際に集まる方達は外来患者さんが多いです。これは、20の患者会のほとんどがそうです。では、これは意味が無かったのかと言いますと、やはり意味があるのかと言いますと、入院患者さんは確かに辛いです。やはり再発する方もいるし、これから治療で不安の方もいます。でも、お医者さんはいますし、看護師さ

んも24時間います。外来に出た方というのは週1回の場合だったら週1回だけ、月1回の場合だったら月1回だけで、社会復帰がなかなかままならない方が多いです。その方をサポートする所は、医療に無いです。だから、この人達は集まったのだと思っています。やはりここは一つ、今の医療では手が届いていない所、そして実は家族のストレスも発散出来ません。患者さんの家族は、実は入院中に患者さんの家族をサポートする人もいないし、外来に出たらよほどいせん。辛いのは、患者さんだから家族は頑張れというのが通常の風潮です。そこもないのだなということをどんどん分かって来ましたが、では、どうすればいいのかなということですが、これはまた色々聞きながら考えながらやっていこうということで僕のこれからの課題だと思っています。

医療者、家族、患者さんにズレがあるという話をしましたが、実は今医療者から見てなのかもしれないですけど、患者さんと家族の間でも僕はズレがあると感じています。これをどうしていったらいいかなと考えた時に、ここを仲良くするとかいうのは無理なのです。ズレを直すのは無理だと僕自身は思っています。そうではなくて上手く調整していくというのが重要だと思っています。それによって、良い形で回り出すということが出来れば良いと思います。そして、これを担う人が必要ではないかと考えております。それを僕自身は、ファシリテーター調整役と考えて、今まさに一緒に活動しようとしております。これはどういうことかと言いますと、情報の伝達は患者さん家族の方から患者さん家族の方へ情報の伝達が始まっています[図4]。今後は、実は専門家から患者さん家族へ向けるのではなく、患者さん家族から専門家

への情報伝達というのも必要だと思っています。ところがここを担う人がなかなかいないです。そこにファシリテーターという役が僕は必要だと思っています。そして、実はこれは僕だけの意見ではなく、私自身昨年の6月から患者学セミナーICOMIというものを開始しております、これはドクターだけではなくて看護師さん、薬剤師さんなどの医療者、そして患者さんや家族、そしてメディアの方が集まって月に1回のセミナーを1年半重ねてきた中でやはりこれが必要だと思いました。いろんな角度の声を集めて、これが必要だと感じて作って来ております。ここで少し考えて頂きたいのですが、なかなか良い図に見えるかもしれないですけど、実はまだ少しいけないと思います。先程の院内患者会で問題視されたコミュニケーションという面で言うとか何か違和感を僕は感じて欲しいです。つまり、これで本当に専門家である医療者と患者さんや家族の方がコミュニケーションが取れるのかなということに関しては、僕は取れないと思っています。ある患者さんから僕は教えられましたが、情報ではなく情動や感情の方の「情」というものは理論では動きません。「情」は「情」で動くと言われ、確かにその通りだと僕は思います。医療の現場でなくても、普通一般的に考えると、理詰め映画は誰も感動しないと思います。感動を呼び起こすのは感動だと思います。では、この中にそれがあるのかなと思った時に、専門家からEBMじゃないものが出て来れば良いのではないかと思います。

私自身の今後の活動に関しまして、先程ご説明した院内患者会をどんどん拡大して行きたいと考えております。そして連絡協議会などは定期的に進めて、これは世話人の方々へのサポートと考えてお

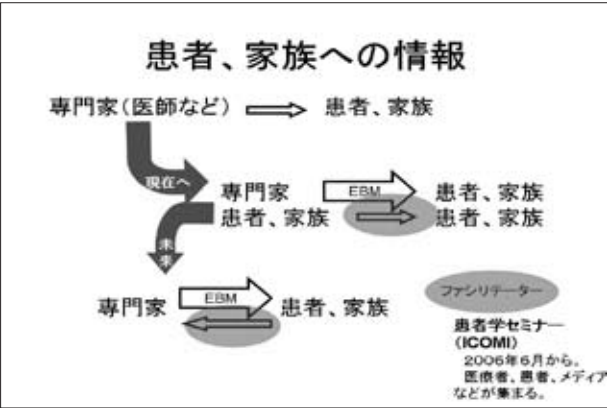
[図2～4]



[図2] 院内患者会世話人連絡協議会



[図3] 院内患者会世話人連絡協議会2



[図4] 患者、家族への情報

ります。また、実は院内患者会だったり、そしてそれを束ねる協議会とかが研究の場になっていくと思っています。また昨年、東大工学部の大澤先生が出されていました人の思いというものを科学しようという提案に、私達の教室と共同研究させていただきまして科学的な証明をしていきたいです。そして、今後先程のICOMという所でファシリテーターの育成をして行きたいです。これが私の今の活動で、そして今後続けて行きたい活動です。

以上ですが、私が所属しています探索医療ヒューマンネットワークシステム部門で多くの方々に協力頂きながら進めております。また院内患者会、世話人協議会の方々、ももの木の方、ICOMの方など多くの方々に支えられながら私自身の新しい現場を求めて新しい患者会というものを確立するために頑張っております。皆さんご清聴ありがとうございました。

Q&A 質疑応答

Q会場 今日の久住先生のお話をお聞きしまして非常に良いなと思いました。今、小児救急は潰れているのですが、小児救急の救済についてですが、うちは24時間の小児救急を年間1万数千件やっています。一番多いのは、夜の18時から22時です。それも、朝から熱を出しているのにお母さんやお父さんが仕事が終わってから病院に連れて来るので、24時過ぎると激減します。その95%は入院の必要がないです。80%は投薬とかが必要になります。ですから、そういった患者さんが小児救急を潰しているのです。本当は、お母さん方がもっと前に連れて来れば良いのですが、それが出来ない事情があるのだとすると、18時から21時という時間帯に、例えば成城とかどこかで病院をやる、数千人の患者さんが来る可能性があるのではないかと考えています。すごくこれは面白い発想で、今の小児救急をどうかしようとして行政がやろうとしたのですが、小児科に限ってそれを例えば産後の女医さんが小児科は多いですから、そういった所を使ってやればかなり集客というかニーズになる可能性があるのではないかと考えました。僕は面白いと思ったのですがいかがでしょうか？

A（久住）まさに我々もそういったニーズがあると感じております。実はコラボクリニックパート2を準備しております。東京郊外の駅の中に病院を作って、昼間からやります。夜の10時までやって、小児科と内科を診療するクリニックを準備しております。近日中にまたお知らせいたします。

A会場 23区外の小児救急は完全に崩壊していて、都立清瀬、都立八王子、都立

府中の三つは潰れて都立は小児一個なのです。実際面積も半分位にしかありません。ですから、うちの病院なんかも完全に満杯でオーバーしています。そういう所にとってはすごく良いアイデアになってくると思います。

司会（上）手に負えない患者につきましては是非宜しくお願い致します。
実は、コラボクリニックの方に関しましては、これとまったく別のものとして東急大岡山駅の上に出来たり、JRの駅プロジェクトでJRさんがこういうものやりたいと言ってきたり、あとはイトーヨーカドーさんとかそういった所も考えております。やはり、私達は患者さんへの医療提供の在り方をもう少し議論していかないといけないと思います。東大の医科学研究所はこれまで分子生物学であったり、感染症の研究をずっとやってきて確かにプロダクトを見つけるモノを見つけるのは非常に慣れて来ました。実は私達は、一つこれからはプロセスを良くしていくような、患者さんが昼間だけではなく夜だったら非常に便利だとか、完全に顧客の立場に立った見方がいるのではないかなと考えております。田中の方は実は全く違って、これまでのこの数年の議論はお客さんサービスとカスタマーと医療者ということでやってきましたが、彼は仲間と考えてやっています。ですからビジネススクールマネジメントじゃなくて、完全に仲間だと。このような在り方も一つあるのではないかと思います。これは医療全部までには拡大しないけど、一部にはこうしたやり方で患者さんの満足度を高めるのではないかと考えております。

大西昭郎

(日本メドトロニック株式会社取締役副社長)

皆様初めまして。大西と申します。よろしく願いいたします。今日はこのような機会を頂戴いたしまして大変感謝致しております。今過分なご紹介を頂きましたが、ちょっとお話を聞いてからまたご判断頂ければと思います。

いくつかテーマを絞りながらお話をしたいと思います。一つは医療機器、または医療技術というものは一体どうなったかという所でございます。ご案内の通り、やはりIT、材料、バイオなどいろんなモノが結びついたものが医療機器という形になる。また、医療技術ということになります。これは、一部には非常にお金がかかる。コストが高いという見方もあります。しかし、一方ではこれによって効率化が進む。または、患者さんの負担が減っていくということもございます。

最近の政策課題として、政権が代わりましたので、言葉自体が生き残るかどうかは別なのですがイノベーション25ということが今年の早くから言われております。こういうものが今後日本の経済の中でも大きな位置を占めるのではないかなという意見もあります。これは簡単な絵ですが、いろんな医療機器のものがございます[図1]。医療機器は後程出て来ますが非常に幅広いモノを指しております。お薬に比べても一桁位品目が多いというように言われています。診断の分野から治療に至るまで色んなものがございます。それから、いろんな技術が日進月歩で加わってまいりますので、後程出ますが非常に製品のライフサイクルが速いです。どんどん革新が進むというのが特徴でございます。

先程申し上げました、単にコストがかかるということ以外に医療の効率化ということにも役に立ちます。一つの例ですが[図2]これはいわゆる低侵襲の手術を

皆先生方もご専門ですからご案内の通りだと思います。いろんな従来の療法と比べまして、患者さん一人当たりの医療費に対する負担は減っています。また、医療費の負担の背景には何日間位で対応しされるのかということも削減に寄与しております、このような効果も大きくあるのだということも言えると思います。

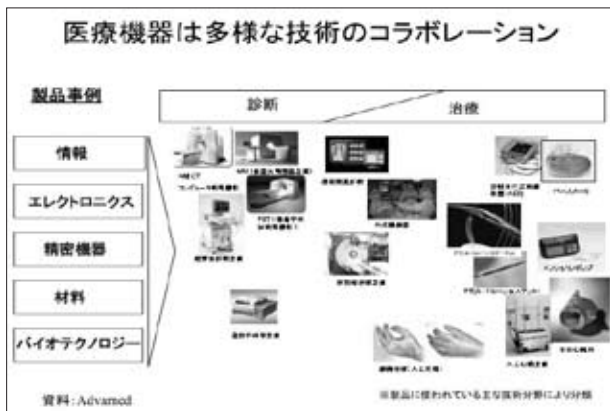
今後の話でございしますが、近未来ということと言えますと、先程ご覧頂きました表にもありましたように、いろんな技術がどんどん進化しております。これはナノテクノロジー、バイオテクノロジー、ITの関係です。こういったものが組み合わせあって進んでいくことによっていろんな可能性が言われております。そして、もっと言えますことは先程のイノベーション25ということにもありましたが、日本がこれまで今までいろいろ持っていた基礎的な技術が製品として活かされていけば非常に産業的にも強くなります。または、これが経済の中でも大きな役割を持っていくということも言えるのではないかと考えています。これは一例ですけど、最近、これは私共の会社の製品ですが[図3]、心臓のペースメーカーが無線で通信が出来る機能も付いています。これによって、お家の中の電話回線からサーバーにデータを常を送ることで、先生が時々サーバーを覗きに行ってくださいことでいろんなことが出来ます。もしくは、先生の方から信号を送って患者さんに何らかの状態が起きた時に、信号を発するという事も出来るようになっていきます。アメリカでは、10万人単位以上の方がこのようなシステムを使っております。

それから、ナノテクノロジーの話ですが、これも私共の製品の具体例で申し上げますと[図4]、ナノテクをどう使うか

というと、いろんなことがあります。一つの例を申し上げますと、心臓の中にペースメーカーの電極の表面をナノテクノロジーで処理いたしますと、非常に細かくいろんな電極の信号をきめ細かく体に伝えることが出来ます。それによりまして、非常に細い糸で同じ効果が得られます。また、非常に細かく効果的に電流を流すことが出来る技術が出来ます。こういった部分は、もしかして日本は世界で一番進んでいる技術を持っている可能性があります。また、細かく薬の粒を少しずつ整理しながら出していくという技術も当然ございます。いずれにしても、そのように政府の方もいろんなことをお考えになっておられまして、医薬品もしくは医療機器のための5カ年計画でのいろんな政策を推進して行こうということで、研究の基盤の整備もいろいろございます。これはイノベーション25と書いてありますが[図5]、この政策5カ年計画そのものはこれから引き続きやられていくというふうに伺っております。

ところが、医療機器の現場というのはどうなのでしょうということなのですが、私共が知っている限りにおきましては、やはり医療の現場で使われている医療機器、特に治療系の機器というのは、世界最先端の物ではなくてむしろ二世帯、場合によっては三世帯位海外から遅れた物が使われているということがあるようでございます。それから、研究開発の場面ですが日本にはいろんなITの技術、エレクトロニクス、バイオの技術がありますが、それは基礎研究の分野では非常に成果を上げています。しかし、実際に製品に使われている部分は実はそれ程進んでおりません。心臓血管系の機器ですとか内視鏡とか世界をリードしているものはございますけど、とりわけ私共はたまた

[図1～3]

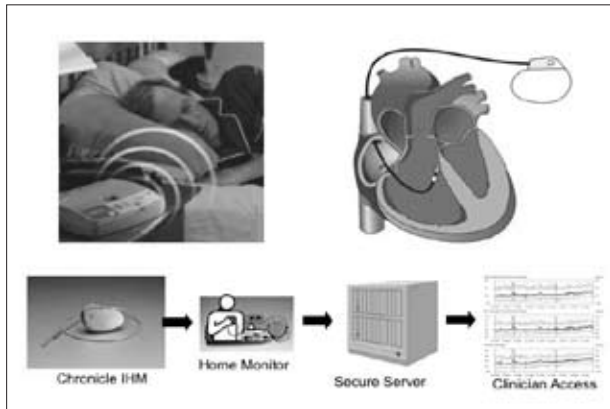


[図1] 医療機器は多様な技術のコラボレーション

医療機器/療法	日数	従来の代替療法	日数	患者一人当たりの医療費削減効果(削減率%)	年間当たり患者数	年間当たり医療費削減効果
PTCA	5	バイパス術(CABG)	30	226.6万円(70%)	86,000	1948億円
腹腔鏡下胆嚢摘出術	6	開腹術	28	25.4万円(73%)	100,000	254億円
体外衝撃波結石破砕	3	開腹術	14	16.6万円(79%)	30,000	50億円
食道スチント	7	バイパス術	30	31.4万円(75%)	3,500	11億円
内視鏡下胃腸腫瘍悪性腫瘍切除	3	開腹術	29	36.1万円(89%)	7,000	25億円

出典「転機期を迎えた日本の医療システム」1999年(ACC)Bain & Company)など

[図2] 低侵襲手術器具による入院期間の短縮と医療費削減効果の試算

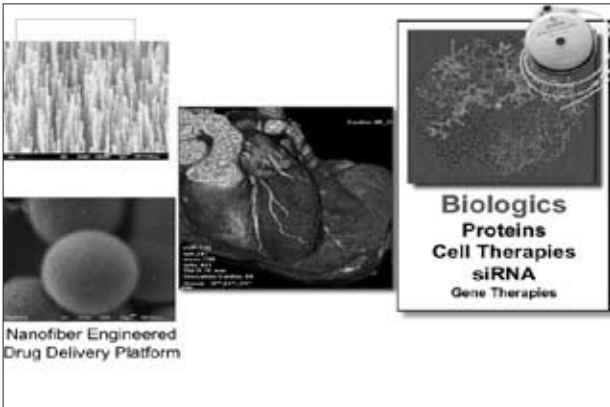


[図3] 心臓のペースメーカーの無線通信

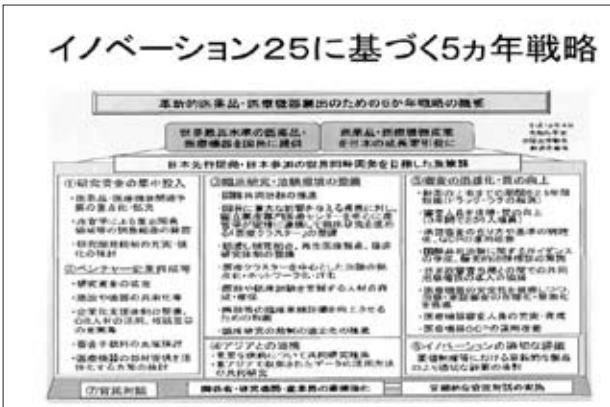
大西昭郎

(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。

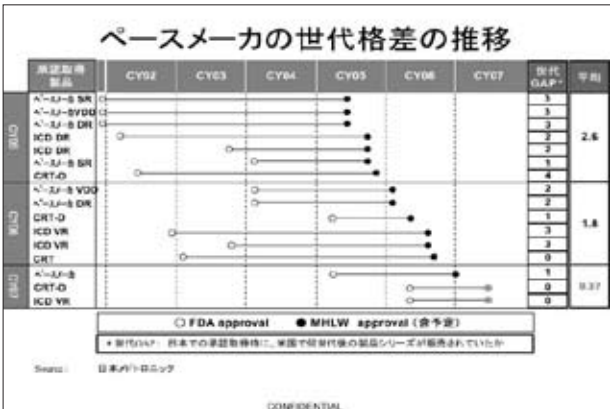
[図4～8]



[図4] ナノテクノロジーの製品



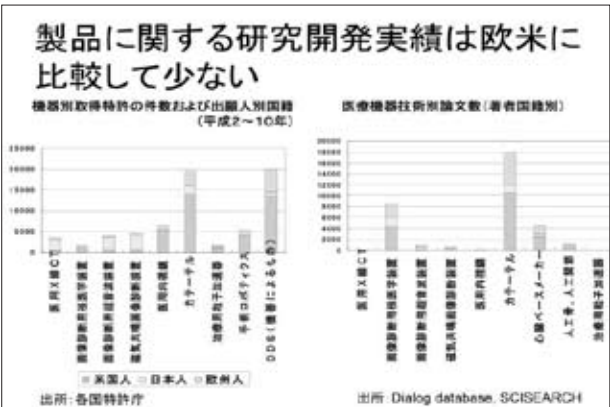
[図5] イノベーション25に基づく5カ年戦略



[図6] ペースメーカーの世代格差の推移



[図7] ICD上市製品国際比較



[図8] 製品に関する研究開発実績は欧米に比較して少ない

ま治療系を開発しているアメリカの会社にいますから、非常に目立つのですがそういった分野ではなかなか難しいものがあります。その背景には何があるのかということを私も考えてきました。やはり、研究開発の環境、認審査の問題、保険収載というように産業として投資から開始にいたるまでのプロセスのそれぞれの段階にいろいろな課題があるのかなというように思います。これは実例ですが[図6]、ペースメーカーの世代の差ということで、2005年までは平均して海外と比べますと、2.6世代ということになります。これは、どうやって測っていますかということですが、FDAで承認されてから厚生労働省で承認されるまでの間の時間のギャップを見ています。ここで見ますと、一番古いもので言いますと、2年前に承認されたこのペースメーカーDRの場合には3年以上のギャップがありました。したがって、世代のギャップというのは当時アメリカで承認されていたペースメーカーDRと、日本で初めて承認されペースメーカーDRのギャップがおよそ3世代程ありました。こういう解釈でございます。だんだん距離を縮めていこうという努力は一生懸命やっております、少しずつ縮まっては来ています。しかし、これはこの分野の話だけでございまして、広く見ますと他の分野でも同様の現象はございます。これはICDという機械で植え込み型除細動器ですが、これもヨーロッパ、アメリカ、日本を比べますと、例えば2004年までは海外、ヨーロッパ、アメリカ、さらに中国と比べましても日本で承認されている機械は非常に少なかったという実態でございます。太字のものは日本には導入をしておりません[図7]。これも私共の会社の製品です。後程少し触れますが、やはり全部申

請していくということをいたしますと、結果的に承認が取れないということが起きますので、選別的に承認が取れるタイミングですとか期間を想定しながら進めているのが今の実態でございます。ちょっと分野が違いますが、心臓の人工弁も日本では海外の製品しか導入されておりませんというのが実態でございます。研究開発の様子ですが[図8]、これも特許の件数ということで見てみますと、製品に関する特許はやはり圧倒的に米国が覇をなしております。一般的に特許は世界で年間に80万件出ると言われています。そのうち、アメリカがその半分近い40%、日本は実は残りの40%を占めていますが、医療機器の製品ということで見ますと、非常に偏りがあるというのが事実でございます。

さて、臨床研究の環境ということですが、医療機器というのはちょっとお薬と違う所がございます。やはり、人間の体に埋め込んだり、人間の体に直接接しているんな処置をするというのがございますから、どうしても研究室で開発したものをちょっと臨床現場に持って行って試してみます。ところが、なかなか思うように動かない、または思った程の成果が上がらなくて改良を繰り返すためにベッドからベンチに戻っていくということを繰り返すというのが医療機器の開発であるというように言われております。実際、私共を含めて色々な会社の方々にお話を聞いてみますと、医療機器の基本はお医者さんからいろんなアイデアが出るのですが、それを開発側で一緒になって開発を繰り返して続けながら改良して物にしていくのだというのが実際に至る以前に、企業と医師はアイデアの段階からドクターの方とスポンサーである

企業とが連携して研究を進めていくことは当然必要になるのですが、今の所はこの辺に制度的に少し曖昧な所、または難しい所があるというように言われております。医薬品の場合は、もちろん先生との協力は当然必要ですけど、かなり物質の特定、もしくは物質の開発そのものというのは研究所主体、もしくは産業界主体で進められる部分が多いのではないかと思います。先程、神津先生とお昼を食べながらお話をした時に申し上げたのですが、医療機器というのは先生がただ注射を打つとか飲んでいただくことではなくて、実際に血管の中にカテーテルを入れて、その先にある患部にいかにステントなり何なりを留置するかというこの辺の技術が伴わないと結果として治療が効果を満たしません。したがって、製品の開発というのは物質をただ開発するというものではなくて、製品の使い方の開発でもあるし、製品の使い方のトレーニングの開発でもあるし、最終的に先生に使って頂いたことをまたフィードバックして頂いて、製品そのものを最終的に形だけではなくて、トレーニングの仕方、使い方、そういったものを含めて開発を続けるということが大事になります。したがって、どうしても先生方と一緒にやって行く場面が多いし、それが進まないとか普及も進まないということになります。だから、このようなトレーニング、もしくは簡単に使える物を開発するという辺も大きな要素になるというように思っております。したがって、医療現場との連携はどうしても必要になります。しかし、今の薬事法の中で、私共も実際にトライをしてみたのですが、企業がいわゆる試作品の段階の製品を医療現場に持ち寄って使って頂くということが非常に難しいことが分

かりました。私共は、先程上先生にご紹介頂きました通り、数年前からこの会社で仕事をしているのですが、治験もやってみましたし、臨床研究のトライアルもやってみました。そして、いくつかの課題にぶち当たりました。一番大きな問題だったのは臨床研究の段階で、治験の前です。治験届けを出す前に試作品を臨床現場に持ち寄って研究に協力して頂く、または先生と一緒に作業するということが非常に難しかったということがございます。具体的に言いますと、企業は日本の中で試作品、要するに承認されていないものを臨床現場に持ち込むことは基本的に薬事法によって禁止されています。治験を行うということに関しては、治験というのは承認を取るためのデータを取得するためのものですから、いわば量産直前の段階まで最終的に製品として出来上がっています。このようなものであれば、治験届けを取得することによって医療現場に持ち込むことは可能です。要するに、量産を前提にしていない試作品ですね、ある程度のもちろん安全性はクリアしていますし、製品の精度も確認されていますが実際に体の中でデータを取ろうということをした場合の試作品でプロトタイプと言って良いかもしれませんが。このようなものを先生にお渡しして使って頂くということは色々トライしたのですが無理でした。なぜ無理だったかといえますと、先程の話に戻りますがやはり先生にその製品であるプロトタイプを使って頂く場合は、どうしても企業がサポートしないと出来ないのです。お薬の場合ですと、先生が個人で輸入をされて、患者さんに処方されることは可能だと思えます。しかし、先生のみで、一人で新しく出来た機械を使うのはほぼ出来ないということになりますので、どうしても

企業側のサポートが必要です。サポートということがあった瞬間に、企業が未承認の製品に関わったということにどうもなるようでございます。そういったことをお役所の方から指摘されまして、どうしても断念せざるを得ないということがございました。この辺は午前中にお薬のお話の中にもあったのですが、やはり米国のIDEという制度である「Investigational Device Exemption」ということですが、Deviceの場合はこのような名前がついていますが、ある程度患者さんを保護し、かつ企業にそのようなチャンスを与えるという制度を是非作って頂くことが、やはり先程申し上げた本来の研究開発を進めていく上でも必要なのではないかとこのように思っています。それから審査体制の所です。ここでも少し医療機器というものがある特徴を持っていることを申し上げたいです。18ヶ月という数字がございます。これは、先程ご説明しましたように医療機器のいわゆる世代交代に要する時間です。当然ITもありますし、材料、バッテリー、ソフトウェア、半導体というものが組合わさったものが例えばペースメーカであったり、ICDであったりします。これは言ってみれば、パソコンとほぼ変わらないわけですから、当然要素はどんどん変わっていきます。ソフトウェアが変わっていけばいろんな性能が変わっていきます。先程の無線で通信が出来るものも、いろんなものが付加的にどんどん増えていくわけです。従って非常に期間が短いというのが他の工業製品と同様で医療機器の特徴です。ところが、日本の薬事制度というのはおそらくお薬を想定されていますので、例えば特許で保護されている期間というのが色々想定されています。これは保険の所でございます。例えば新し

いスカイラインを開発したからと言っても、これで特許を取れないわけです。あれは新製品なのです。画期的なものではありませんから、いろんな改良がされていて、見られたくない所も沢山ございますが、それを特許で保護するということは普通は工業製品ではありえません。それと同様ですから、やはり違う概念で審査、もしくは保険の評価みたいなことも是非考えていただかなくてははいけません。その辺りが、少し薬の制度という中でご覧になられている気がします。それから、これも何度も出て来ているお話かもしれませんが、やはり欧米と比べますと、専門家の方々、審査を担当される方々の体制というものもやはり彼我の差が大きいというように感じております。私共のメドトロニックという会社の売上げの構成なのですが、私共の会社のグローバルな売上げで、アメリカ、ヨーロッパ、アジアも含めて売上げは1兆3千億円位ございますが、その中の三分の二の70%近くは過去2年間に導入された製品の売上げです。したがって、3年経つと製品がまるっきり変わって来ますというのが、この業界の特徴でございます。もう一つ、これは医療機器だけですFDAという所で、医療機器の審査もしくは承認ということが行われております。そこで、年間17,000件位の製品が審査されて上市されているのがアメリカの様子であり、私共のような企業の様子でございます。これが日本の数字なのですが[図9]、状況は少し良くなっています。ただ、2000年の段階では例えば医療機器の審査をされる方の数は15名です。現在25名に増えました。おそらく来年あと数名足して頂いて30名近くになると思えます。ところが、アメリカでは医療機器の

専門の方が約360名いまして、2005年にはもう少し増えています。午前中にお話されましたけど、ユーザーフィー法の改定が公示されましたので、もう少し増えていくのがこれからのFDAの様子です。それから一審査員の方が扱う申請数が130件というのはありました。2004年は189件でした。2005年に薬事法の大改正がございまして非常に難しくなりましたので一旦非常に縮んでおります。しかし、いずれにしてもここで比較したのはアメリカの場合の審査員の方は一人で50件足らずを見ておられます。日本の方は倍、もしくは3倍、2005年は非常に少なかったのですが、おそらくはまた元に戻っていくと思いますから、非常に負担がございます。もう一つは薬剤師出身の方がなっていたというのが過去の医療機器の審査の実態です。アメリカの場合は、いろんな方が入っておられます。最近になりまして、増えた人数の方々の中には工学系もしくは医師の方も入られるようになりました。しかしながら、やはりどうしても私共が心配致しますのは17,000件にあたる申請が出て来ると一人で130件を見ていて、2,000件だったということです。これが若干増えて4,000件になっているのですが、先程冒頭で申し上げましたような彼我の差を埋めていく同世代のものが同様に入っていくのを考えますと、世界中で同じ製品が使われることを考えれば、当然15,000件位の製品が本来は開発されて、世に出ているわけです。これを審査して処理していくためには、やはりこの体制では非常に厳しいのではないかと思います。これが審査期間の差ということでございますけれども、このグラフ[図10]が、2003年で上にある線グラフの方が日本総審査期間で、下にある線グラフがアメ

[図9]

日米の医療機器審査システムには依然大きな差			
	2000年	2000年	現在
	日本	米国	日本
承認審査員数	15	359	29(2006年)
1年あたりの全申請数	約2,000	16,919	359(2005年) 4,720(2004年)
1審査員が取り扱う申請数	約130	47	約15(2005年) 約189(2004年)
審査員構成	薬剤師中心	多様な専門家	薬系、工学系、医師
1患者あたりの平均臨床試験費用	15万円から150万円	\$1,000から\$2,000	-
臨床試験で利用される医療器具	製造業者より無料提供	一部保険償還される	製造業者より無料提供
欧州では50あまりある認証機関(Notified Body)による審査が行われいずれかの機関で承認されれば全EC域内で有効なCEマークが付与される			
出典：在日米国家工会議所(ACGJ)			

[図9] 日米の医療機器審査システムには依然大きな差

リカでございます。やはり、審査の期間にも差が出ております。午前中に、ドラッグラグの話がございましたが、これは私共の方ではデバイスラグというように呼んでおります。これは、少し私共の頭の整理ということで色々考えてみたのですが、審査体制ということをどのようにすれば良いのかということを考える時に、やはりPMDAという総合機構が色々生懸命頑張っておりますけど、そこの中だけで解決する問題と、そうではない問題がやはりあると思います。産官各自の基盤強化という所が一つの大きな塊だと思います。ここでレギュラトリーサイエンスというものが、医療機器の安全性、有効性、リスクの管理というものはどのような考え方でやれば良いのかということについて、やはりお薬とは違った感覚と世界があるのではないかというように思います。さらに、ある規制を行ったらその結果、どのように企業、医師の方、患者の方が振る舞うかを含めて制度的な考え方を是非専門的に考えて頂くという所が必要ではないかと思います。それから、企業と審査官の交流と促進なのですが、これは企業側がきちんとした申請書を出して、申請書のクオリティーを上げろというのは当然でございます。そのためにも能力を上げなければいけないです。もう一方では、日進月歩で変わっていく製品の姿、もしくはその背景にある技術に対する知識ですとか、familiarityを上げていただくことも当然必要なことだと思いますので、どのような形で相互の研修ですとか、トレーニングですとか、そういったものをやっていけば良いということも大きな制度的な問題かもしれません。またはグローバルな活動です。医療機器のGHTFと書いています。Global Harmonization Task Forceというのがあり

まして、いろいろ制度的にどういったルールを共通化しようかという議論もあります。最近ですとHarmonization by Doingといった医療機器の治験を日米で同時に行って評価を同時にやっていこうという動きもございます。またRegulatory Affairs Professionals Societyと言って、薬事制度の専門家の合体というものがございます。ここでは9月にボストンに行って来たのですが、非常に活発にFDAはこのような議論を今やっているから、これについてどう思うかということ非常に広い行動の中で盛んに議論されています。そこには、中国のSFDAの方も来ておられ、ヨーロッパからも来ておられました。リスク管理のルールをこのように変えるけど皆さんはどう思うかということ、三日間を通して議論しています。こういった場面は、非常に新鮮に映りました。そ

ういった所と人材の交流もありますし、もう一つ私共として思っていますのは、後程少し触れますが、クリティカルパスです。要するに、将来について、先程言いましたようないろんな技術をいろんな分野に当てはめる時にどういった所が技術の勘所なのですかということについていろんな議論を予めしているということもございます。これによって研究の方向や開発の方向がある程度絞まって来るという効果がございますし、小さな段階でも効率的に処理するという基盤的な所が出来るのではないかと思ったりしています。このようなことが、周辺のなことだなと思いました。

もう一つは、PMDAの審査体制についてです。先程のどうやって沢山出て来る審査、または案件をどのように確実にかつ効率良く処理するかと考えますと、や

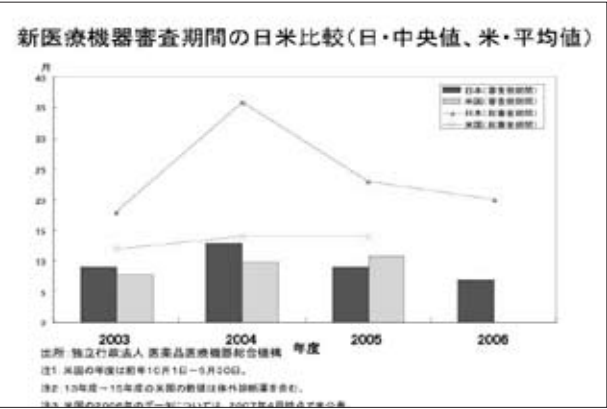
はり業務品質、効率の向上です。これは工場などと言っている言葉かもしれませんが、そういった問題があります。それから能力の全体、キャパシティ全体をどうやって高めて行くか。もう一つは、負荷を下げるにはどうしたら良いかということではなかろうかと思いました。品質の向上と業務品質ということですが、これは先程もどこかでございましたけど、やはり業務プロセスです。審査をするには一体どういったプロセスで出来上がっているのか。どの段階でどのようなデータをチェックするのが必要なのか。そのチェックは一体何を指しているのか。どのように記録に残しているのかという辺りを標準化をして頂いて、かつ透明にして頂きいろんな人がそれを見て業務出来るようにしていただきます。または、短期の審査でOKであるものはこうです。または、早期の審査にたえるもので、アメリカで言いますリアルタイム審査というものがございます。また、審査官が同時に同じ書類をその場で見ながら議論して、それを通過したらOKというようなものもございます。そういったものに対応するのはこの場合、この場合というようにハッキリさせておくといったこともあるでしょう。または、キャパシティの増強ということで、これは午前中の議論でもありましたが、民間の方とかいろんな経験をした方がそこに入って行って審査に参加をされます。または、他の公的機関で、日本ではいろんな国立研究所がございます、大学もございますから、そういった機関も利用されたら良いのではなかろうかと思えます。または、今度の法律では第三者認証機関というものも審査をすることが出来ますが、今はリスクのレベルの低い方だけが対象です。もしも、業務プロセスが標準化さ

れ、透明化されたらどのような製品だってあるプロセスは外注して審査するということも出来るのではなかろうかと思えます。実際にヨーロッパでは、notified bodyという審査機関がいくつもございまして、どこを選んでも構いません。どこで審査されてもヨーロッパ中で有効になります。かつ、お互いのプロセスを確認するためにnotified body同士が常に監査や認証し合うということをやっています。しかし、日本ではまだ業界にはISOを取れというご指導がありますが、PMDAはISOを取っておられるということはございませんので、そういった所も是非考えて頂きたいと思います。したがってそういった負荷の軽減という意味では海外企画との連携をして、これは何を審査してどのようなプロセスを取れば良いかということをはッキリすれば海外との連携もやり易くなるのではなかろうかと思えます。今は海外のデータを受け入れるという議論が盛んに行われ、進んでいます。ところが、治験のデータを受け入れても、その限界と言いますかその結果をどうやって読むかということについては意見は違って来ます。アメリカではOKでも日本がダメな場合もございます。しかし、いろんなプロセスを共有化することで、データを受け入れるだけではなく、結果や見解も受け入れていただくことは出来ないだろうかというように思います。それからnotified bodyのような、これはヨーロッパのISOの審査機関ですが、共通のお互いに審査する機関も出来たらどうでしょうか。または、ある機関だけは欧米と共通に結果を受け入れても良いという体制を作っても良いのかもしれません。または、午前中にもありましたが、結果責任についてどういう考え方を持つか。審査官の方はこれは良いと言

ったからその方に個人的な責任が及ぶのか及ばないかということもあります。それも裏返すとやはり私はこのようなプロセスがどれだけきちんとしていたか。プロセスをきちんと回していたことがどうやって証明されるかによって結果責任の議論も少し変わってくるのではないかとというように想像しております。

最後に保険の問題です。医療機器の場合に非常にユニークなのはブランド別に保険の点数もしくはデータがついているのではなく、機能区分という考え方になっております。例えば、ペースメーカですと、ペースメーカの種類の三つ、四つに分かれているのですが、そのカテゴリーに入る製品は5年前に開発された物も今年に開発された物も同じカテゴリーになります。ところが、医薬品と違い、製品自体がマイナーチェンジを重ねて進んでいくところが医療機器の特徴です。ので、新しく出た物は少しずつ前の物とは違ってくるのです。ですが、同じカテゴリーであるからには同じ物です。例えば、電池が3年持つもの、5年持つもの、7年持つものも同じカテゴリーだったりします。そこには、技術的にはかなり大きなハードルをクリアしたものが実際にはございます。医薬品の場合は、品目数が17,000程度、医療機器は20万から30万とされています。医薬品はブランド別となっております、品目と対応するだけの区分がございます。医療機器の場合は、面白いことに700位のカテゴリーに分かれているだけです。それから、医薬品の場合は特許というものがございますから、新しい分子の場合は10年位だと伺っております。ところが、先程申し上げました医療機器の場合は、改良、改善ということで短い命しかありません。それから、特許の範囲も本当に基礎的な

[図10]



[図10] 新医療機器審査期間の日米比較(日・中央値、米・平均値)

本質的な機能だけに限られるということになります。それから、1品目の売り上げということを言いましても、お薬の場合は非常に大きな売り上げがごございます。マーケットも大きいです。医療機器の3倍位ごございます。沢山の品目がありますから、当然スケールメリットも限られています。それから、お医者さんが使われる時も非常に訓練の必要が出て来るということがございます。この辺を保険の制度上で、いかにある意味でインセンティブを感じられる制度にさせていただくことが、冒頭に申し上げました研究開発、新しい製品を投入していく、または産業として活性化していくということを考える上で非常に重要な要素かなというように思っています。

最後のポイントなのですが、やはり医療機器だけではないと思いますけれど、医療の分野でもやはり今後一体どのような治療法がどのような患者さんにとってどのような可能性が検討されているのかということについて、やはり情報が広がっていくことによっていろんな周辺の産業、医療機器の場合はとりわけ化学、材料、バイオとかいろんな周辺の産業の方がもしかしたらここには可能性があるのではないかとと思っている技術を沢山持っておられると思います。そういうものに対して何らかの筋道を示していくことは出来ないでしょうか。または、その筋道を本当に実現する上では、このようなハードルがあるということも見せられないだろうかということを最近考えたりしております。たまたま、今年の春位に英国に行くチャンスがあったのですが、デパートメント・オブ・ヘルスで聞きましら、あそこは面白くて各医療分野の疾病分野

ごとに課長さんがいらっしゃるのです。director of cardiovascular systemという方がいらっしゃるしまして、心臓関係の専門家です。その方が仰るのは、イギリス人の中では心臓病の患者がヨーロッパの中で一番比率が多いそうです。したがって、10年計画でもって、これを何%削減することが自分の目標なんだということを仰りました。それを削減するにあたっては、今はこんな治療法をこれだけ普及させています。または5年後、10年後にはこういう開発されているものが実現出来るように産業に色々刺激していきたいみたいなことを仰っておられたのです。そういうことを考えますと、素人的なアイデアで笑われるかもしれませんが、もし可能であればどの患者さんが今どの位いらっしゃるって、その分野にはそれこそどの位の医療資源が投入されているのか。または、将来はその分野はどのような可能性を持っているのか。それによって患者さんは希望を持てるのか、期待は出来るのかという辺を含めまして、そのような指針やビジョンを必ずしも国が示す必要はないと思います。産業界であったり、医療界の方々がこのような情報をどんどん出していただくことによって、いろんな刺激が生まれて来ないかなと思ったりしています。

最後に、そういったことも含めまして、先にある議論がこのクリティカルパスです。FDAではこのようなイニシアティブをやっている、この背景にNIHという巨大な研究機関がありますから、それを反映しながらやっています。こういったものも視野に入れながら出来ればということも夢に描いたりしています。そんな所でお話を終わりたいと思います。

Q&A 質疑応答

Q会場 マイナーチェンジを繰り返していくので、一つ一つの期間が1年半ということになってくると、例えばそれでチェンジしていますよというのは分かるのですが、それでアウトカムに本当に影響を与えるのがすごく気になります。その辺について新たなDTCAが出来ましたというような大きいものだったら明らかに影響を与えると思うのですが、その辺をちょっと教えて下さい。

A（大西） ご指摘ありがとうございます。それは非常に重要なポイントでございます。日本の場合は先程申し上げましたように、制度的に機能区分ということで保険償還がされています。欧米の場合は、ヨーロッパになってきますと本当に各国のカウンティーごとに保険制度がバラバラなのですが、何がポイントかといえますと、本当にevidence based medicineでございます。したがって、本当にマイナーな所はなかなか難しいですが、非常に頻繁に市販後の臨床試験を一所懸命やっています。実際の医療現場からデータを頂いて、その上でアウトカムデータを検証します。特に医療機器の場合はお薬と比較するのが多いのですが、お薬の場合はこれだけのコストでこれだけの効果でしたということに照らして、医療機器の場合はこれだけのコストでこれだけの効果でした。または、レトロスペクティブでかつて作ったモデルの中に現場のデータを頂いたものを投入してモデル化します。ちょっとそれは参考データですが、そのようなものをお見せしながらということを盛んにやっています。実際にISPORという学会がございまして。医療機器の経済評論を盛んに議論しているのですが、面白いことに日本から出た論文は過去10年間に2本しかありません。イン

ドでは8本出ています。その位研究の土壌が日本はまだ未成熟だというように思っています。

Q会場 大変色々な重要なことを仰ったのですが、確かにメーカーさんから見ると投資意欲をそそるような価格をつけて欲しいということになるのでしょうか。しかし、先程のsessionで久住先生が言われたように初診料が2,700円とか、いわゆる技術料が非常に安いわけです。今話題に出ました、例えばICDと言う植え込み型除細動器は300万円するわけです。そして、リードも100万円するわけです。あれを電池切れで入れ替える技術料が2万4千円です。病院としてはその2万4千円の中から医師の労務費、看護師の労務費、放射線技師の労務費、機械の減価償却費、光熱水道費を払うわけです。非常に、技術料がばかばかしく安く抑えられているものですから、それから見ると300万円は高いと思ってしまいます。今の日本の診療報酬体系ではどうしても同じパイの中で産業界、医療界、医療社会学会が奪い合う形になっています。やはり医療費の総額を広げてもらわないと、この議論はなかなか進まないのではないかと考えています。また、国産品の開発はあまり行われていないです。日本ではベースメーカーを開発出来る会社は一社も無いわけですが、過去に輸入品で使われていた透析のダイアライザーなんかは、今非常に国産品が良くなって、ニプロとか東レの製品がほとんど使われています。そういう競争原理が働けば日本の会社を応援するというわけでもないのですが、そうすると値段も下がってきます。そのような所から考えていかないと、産業界だけの見方だと今の医療の限られた資源を奪い合うようになって

てしまいます。ちょっと気がついた点ですがコメントさせて頂きました。

A（大西） ありがとうございます。先生の仰る通りでございます。私共が今お話ししたのは、アメリカのメーカーに私はおりますけれど、そこから見た日本に対する要望というのではなくて、日本の中で研究開発が行われ、産業開発が発展していくということを考えた時にどのようなことがあるのかなという視点でまとめてみたつもりです。先生の仰るのはその通りだと思います。

それから、医療費の総枠が限られているという前提の中に置かしても、私は先程触れましたけど、同じ枠組みの機能区分の中で、古い物も新しい物も同じに評価する必要は無いと思います。新しい物は高く評価して古い物は評価しなくても良いのではないかと思います。その方がインセンティブになりますし、それによって、もし効率化が出来るのであれば、その道は私個人の意見ですが十分あると思います。

それから、もう一つは冒頭にありましたが、本当に結果的にどのように医療費にインパクトを与えているのかという議論です。先生が仰るように手技料と製品の価格を比べたら確かに高い安いという見方も出来ますけど、結果として患者さんが発症してから完治されるまでにかかっているお金の中で、それはどのような役割をしているのでしょうかという見方が必要です。ある患者さんに対して、また疾病群に対してどれだけの医療資源が投入されて、その中でどのような役割を果たしているかという辺りの議論も是非見ながら進めて頂くと医療費総額の議論の中にも、何か新しい刺激があるのかなという想像をしたりしています。

司会（上）医療費の総額について鈴木先生一言いただけますか?それは議員の仕事ですよ?

Q会場（鈴木寛）これは、まさに次の総選挙で国民の皆様に決めていただく話だと思います。我々は対GDP8%というのは明らかに少な過ぎると思います。そのことが、当然医師不足にも繋がっているし、医療危機、薬価問題とあらゆる所に影響を及ぼしています。ですので、その議論は是非していきたいというように思っています。医療というのは、産業として見た時にかなり雇用吸収力とか、特に地域経済への活性化とか、わりと従来型公共事業を削ってでも、ましてアメリカで50億円の戦闘機を日本では150億円で買っているという無駄を削って、そのような所にやはり資源配分を変えていくことは大きな争点になると思います。

それと一点だけ伺いたいのですけど、session1で小野先生にも少しお話を伺ったのですが例えばアメリカのFDAとかヨーロッパの審査当局よりも、訴訟のリスクとかあるいは社会的にかなり糾弾をされるリスクを厚生省は抱えているわけです。そのために、非常に慎重になっている所もあります。この問題は、どちらも患者のためというベースから取っているんですけど、非常にアンビバレントな所です。要するに、欧米の審査当局が仮に医療機器による事故があった時にどう責任を負い、それをどのようなことで解決しているのかという実態を教えてください。

A（大西）私共も限られた知識しかありませんけれども、一つ分かっていますのは、やはり審査に携わった審査官個人個人に責任追及が及ぶということは聞いて

ていないです。したがってFDAに対しての訴訟というのは起きます。それは、数年前のICDのような騒動があった時にも色々起きています。その結果、訴訟の結果がどうなったかということについては直接は聞いておりません。その場合には、色々なことが起きます。FDAに対する訴訟が起きますし、例えば医師に対する訴訟も起きますし、メーカーに対するクラスアクションも起きます。これは、訴訟として処理が進んでいます。

一方でありますのは、FDAはそのような事象が起きますと、そうすると今度は審査のプロセスはこのように変えるよとか、審査に当たってデータとしてこのようなものを要求するとか、または臨床のデータとしてこのようなものが必要ということをどんどん投げてきます。それを、先程ありましたけれども、いわゆる薬事的な学会の中でさんざんな議論をやります。例えば、安全性についての確認、もしくはpost marketの措置です。どのように事象が起きた時に情報を集めるのか。その判断をどのようにするのかというようなことについても盛んに議論がされております。今、まさに進んでいます。2年位前から始まったことです。そのような議論は沢山ありますが、一つ言えるのは、では誰が審査したのかという議論はなかなかありません。

Q会場（透析患者）私は10年間週2回の透析を受けています。いつも思うのですが、宇宙開発とか戦争の兵器の迎撃ミサイル、地球から36万キロ離れた宇宙船からの映像とか音声、それらをどこをどう直せばどこが故障しているとかはよく分かります。それだけの科学技術があるのに、透析機械が私の隣で4、5時間動いていてどういった透析経過を辿って

いるのかが全く分かりません。しょっちゅう警報がブウブウ鳴ったり、いろんな事故が多いです。毎回のように私は事故に遭います。透析患者は27から28万人いまして、2兆円のお金を毎年使っていて、患者一人当たりベンツ1台分のお金を使っています。私は文科省に面接に行きましたけど、300万円のベンツにちょっとだけ乗せて頂きました。けど、もっともっと高いベンツ一台分のお金を使っているわりには、患者の大多数のQOLは良くないです。ですから、透析機械の技術開発がもっと進んでも良いのではないかと思います。

A（大西）私共は、透析の機械については知識が無いものですから直接お答え出来ないので、先程申し上げましたように日本にはいろんな技術がありますし、先程のITの技術や何かを使えば、いろんなことがまだまだ出来ることが沢山あると思います。したがって、非常に夢は沢山描ける分野ではないかなと個人的には思っています。その夢を実現する上で、どうやってそういった技術があるのだよということを当局に知って頂く、または専門家の方々に早く知って頂いて、それを開発を促進するような動きに進めていくという環境を是非一緒になって整えていければと思います。どうもありがとうございます。

A司会（上）ただ今の患者さんのご意見に関して私もその通りだと思います。今日は実は、大西先生にこちらに来て頂いたのには理由があります。実は私も内科医ですが、この話は全く知りませんでした。国立がんセンターで治験をかなりやってきたのですが、一番ピンと来たのは寿命が18ヶ月の機械と、薬の場合はそ

れが大体10年です。そんなのは違うに決まっています。そのルールを変えるのに我々医療者だけでは絶対に出来ないし、メーカーだけでも出来ません。やはり患者さんの声とか皆さんの声が必要ではないかと考えています。特に、今回我々の医療面は一個ずつ片付いています。例えば、小児科問題、産科問題、がん問題、肝炎もやっています。ルールは片付いてきて、ノウハウを貯めて人材を今養成するように今進んでいます。次がおそらく心臓、メタボリックシンドロームで、心臓は実は機械と人間の技術と両方がいる難しい分野です。抗がん剤はわりと簡単と言いますか、わりと画一化して出来ます。心臓の手術とか機械は、名人の腕プラス機械なのです。そこの部分は、もっともっと国民的な議論が必要かなと思って、このような場を作らせて頂いています。ちょっといきなりですが、今日は国立循環器病センターの首藤さんが来られていますので、せっかくですのでご意見を頂けませんか。

A会場 国立循環器病センターにおります首藤と申します。国立循環器センターに今年の8月から行っているのですが、元々役人です。医薬品審査センターにいたこともございます。薬の審査はある程度流れとか分かっていたのですが、循環器病センターがやはり医療機器の開発とかもやっているのを見まして、先生ともこの前いろいろお話させて頂きまして非常にこの分野が大事でありかつ特殊であるということをかなりまざまざと現場で見させて頂いているという状況でございます。手前味噌ですが、やはり潜在的なポテンシャルはかなりあると考えております。現代の平賀源内と呼ばれているよ

うな方もいらっしゃるし、そのポテンシャルをどのように効率的に効果的に製品まで結びつけていくかということは、かなりポテンシャルがあるがゆえにもつたいないという気持ちを非常に痛切に考えております。それをやはり現場から制度に結びつく流れを作るのにこの協議会の場も非常に良い場だと思いますので、今後官民の立場を越えて、政府でも色々やろうとしています、もう少し地をそのようなディスカッションを今後は是非展開させて頂ければありがたいと思っています。

A会場（鈴木寛）先程、FDAが医療界と現場に相当投げてかなりディスカッションをして、それをフィードバックして直していくと言われました。やはり、日本の医療政策に予算の問題と同時に欠けているのはそこだと思います。先程、川口さんの発表にもありましたが、やはり厚生省の審議会自体がアリバイ作り審議会になっていまして、これをいかに実りある審議会にしていくかが重要です。

それから今首藤さんのお話がありましたので、やはりナショナルセンターの役割というのは、そのようなディスカッションの場をもっと主体的に厚生省は目を向けて、あるいはその後に国民の皆さんがいるわけですが、そのコーディネーターやファシリテーターと言いますかプラットホームの提供者というミッションがあると思って、そういうミッションを再定義をして、ナショナルセンターが再生していただくことが大変大事だと思っています。是非ここでもそのような議論を盛り上げていただければと思います。そのケースメソッドのスタディーをしていただければと思います。

A会場 確かに、どこかに向けてそのような機器対応の作りは一つの役目になってきていると思います。ただ、僕自身がすごく思うのは、ずっと30年間周産期医療をやっていて、ほとんどのデバイスが海外製品が多いです。確かに日本製品で文明化して良いものは沢山ありますが、多分車でもそうですが上手く設計すれば日本の製品で使える物はいっぱいあると思います。ただそれは、僕らが実際にいろんなことをやって厚労省に話を持っていくことはすごく難しいです。それをやること自身、予算が無いです。ですから、やはりそういった所をものすごく予算が入る仕組みを考えていくと、多分医療機械というのは日本の製品がかなり席卷する可能性が僕はあると思います。ポテンシャルは絶対持っているはずですよ。それを今厚生労働省が潰していたのは間違いないです。

A会場（友池仁暢・国立循環器病センター病院院長）事例の方からご説明申し上げたいのですが、循環器病センターが出来た時から心臓移植をどうするかという問題と人工心臓をどうするかということが大きなテーマです。20年ほど前に左心補助心臓というNCVC型と私達は呼んでいるのですが、それを開発して600台近く全国で現在使われています。最近ここ数年のことですけれど、可搬型の非常に小さな駆動装置を開発して、それがありますと患者さんが電車に乗っても移動出来るようになります。それを開発しても、病棟ですぐに使えるようには必ずしもならないです。薬事法が通らないと違法行為になりますし、薬事法に通っていないということでその医療は全部患者さん持ちになります。そのような問題がございます。ですから、機器の開発に関し

ては、私達循環器系は特に機器に依存することが多いです。大西さんが仰ったように、毎日毎日改良していかないと本当に使える物にならないです。薬剤だったら出来ているものを飲んで頂いて、副作用の無い範囲に押さえて、それからどうぞこの範囲内だったら使えます、中毒になっていないから良いですということでもいいのですが、機器の場合はとにかく不都合な所が見つかったら、すぐに改良しなければいけません。毎日のように改良して初めて使える機械になります。ところが、改良しても薬事法を通らないと許されません。改良したものが薬事法を通ると初めて使えるようになります。また、使っていると不具合があるから、そこを改良します。それをメーカーさんに言って改良してもらって薬事法を通さないとまた使えないです。そうすると、実験室レベルだったら一週間で出来ることが患者さんレベルだったら5年も10年もかかってしまうというのが実情だったと思うのです。先程から話がありますように、機器関係が海外と比べて遅れていることは20数年前から大論争でした。私達はこのような会議を何度も持ちました。例えば、旧通産省が一刻も早く国産の機械が海外と合うようにということで、透析の機械も皆さんが頑張られたし、皆さんが今使っている24時間のホルター心電図計はアメリカ社の独占機器だったのですが、国産メーカーがものすごく頑張って現在はほとんど国内のメーカーの機械になっています。これは、患者さんにある意味で危害を及ぼさない、体外式で記録するだけです。ところが、一旦治療機器になりますと、ものすごく難しいです。ですから、薬剤とは違う意味での機器に関する認定の仕組みを一刻も早く作って頂かないと、おそらくメーカーさ

んもその気にならないでしょうし、循環器病センターは病院と研究所が一体になって進めていますが研究所が開発した良い機械を即明日から使えるというわけではありません。ナショセンだから出来るだろうと思われる方がいるかもしれませんが、私共ははっきりとした法令の下で動く病院でございます。ですので、他の病院が良いと思っておられることでも私達の病院では法律がそのような法律ですから法律違反は出来ません。今日は、いくつかポイントを言われましたし、審査の過程とか、あるいは許諾の問題とか、その辺は機器は違うということで是非これを機会に先生がどんどん発言して頂ければ、私達は実務のレベルからエビデンスを出していけると思います。

Q会場（NTT関東病院落合院長）大西さんが非常に抑えた調子で本当に淡々と語られたわけですけど、胸の中の煮えたぎる思いは大変なものがおありだなと非常に感銘深く伺いました。それで先程言われた中にNBと言われたのでしょうか、アメリカとかヨーロッパは国を越えて機関を越えて審査をして、そうしたらある基準を超えている審査であればお互い信用し合う、認め合うというルールがございます。この間、私もヨーロッパのWorld Health Information Technologyという学会に行ったのですが、ヨーロッパで電子カルテを導入しようということですが、EUは言葉が違うのにも関わらず共通のものを何とかしているというものを何とかやろうとしているわけです。日本は言葉が同じでも規格が一緒にならなくて広がらないというような具合があります。そういうアメリカ等で御覧になって医療というのは大きな上がやることは下に向けてはダイバージェントと申しま

すかいろんなことが分散するように情報が与えられます。患者さん一人の目で見たまは、コンバージェントに情報を受け取って自分一人に全てが当てはまらないと情報ではないと考えます。施策や政治で見た時にはある程度のマスとして見なければいけないことがあります。先程、予算という面でも仰いましたけど、全体を見ていった場合8割がカバー出来たら安く上がって上手くいくと見た時、2割はどうするかという議論は置いてでも通り越える合理性というものが必要なのではないかと思います。しかし、日本は厚労省が規制する時は8割のことを言いながら、いざとなると最後の一人にとって何か不具合があったら許可出来ないみたいなことで逃げるという非常にずるいことをやるわけです。欧米のそのような合理性みたいな部分はどのような所から来ているのでしょうか?そのような文化は日本に埋め込まないとそれこそ進まないのではないかと思うのですがどうでしょうか？

A（大西）先程少し触れたのですが、レギュラトリーサイエンスという概念がきちんと確立していると思います。例えば、安全対策という言葉があります。先程先生が言われましたように、一人の事象、不具合が起こったので回収して下さいというような話がありますけれども、実は回収をするというのは二面があります。確かにその事象が起きることを想定すると、現在その機器を使われている方はリスクにさらされています。ところが、それは1%かもしれませんが、0.1%かもしれません。一方で、今その治療を待っている患者さんがいたりします。その患者さんに対しては、その治療のオプションを取ってしまうことになります。それに

よって、その患者さん達はどのようなリスクが発生するのかということも評価すべきだと思います。そういう相対的な評価のもの、または患者さんの状況にもよると思います。ある機械を使おうと思って審査に当たった時に、アレルギーの可能性ありますからダメですという議論がありますけど、それを使う患者さんがどういう状況なのかということです。そういう場合、アレルギーの発生率というのは、どういうふうに影響するのか。やはり、使われている状況や局面におけるリスクの相対的な評価があって、他に選択肢が無ければそれを使わざるをえません。それが無ければ、治療の選択肢が無くなってしまうのであれば、この範囲の中で使って下さいというように考えていくのがやはり基本的な考え方だと思います。そのような議論は、なかなかマスコミを見ている限りは聞こえて来ません。その辺の荒っぽい議論は非常に心配になります。少なくとも、そのような議論は欧米の場合にはなされているというように感じます。それを支えているのが先程の広いプラットフォームでのディスカッションであったり、認証制度、標準化という非常に強いイニシアティブが働いています。リスク管理をしているということを認定する制度もあります。そういうものがあるか無いかだけでもプラットフォームよりも上か下かということになってきます。そういうことではないかなと思います。

司会（上）大西先生ありがとうございます。今日、このsessionで是非考えていただきたいのは、これから循環器は問題になります。それから、医療機器の開発は薬とは違って我々も出来る範囲で少しずつご協力していきたいと思ひますし、皆さんも是非ご協力よろしくお願ひ致し

ます。

A会場（鈴木寛）今日、黒岩さんが特区の話をされましたけど、まさにナショセンとか大学病院というものはある意味での本来は特区なのです。その理解が国民の中で薄れて来たと言ひますかそもそも無ひです。そのような議論もこういう所で盛り立てていきながら、ナショセンとか附属病院はみんな倫理的にはものすごく高いモラルでベストエフォートを求めていくことを納得の上で、そのコミュニティーに患者さんも入っていただくということで、全部が全部そうしろとは言ひませんが、そういう所を少ししっかり詰めてモデルを提示していくことも出来たら良いなと思ひます。

松本慎一

(バイラー大学膵島移植部教授)

最初にこのような素晴らしい機会を与えて頂いて上先生に非常に感謝しております。今回、私が所属しておりますバイラー大学の移植センター長のレビー・マーロンも是非参加し話をさせていただく予定でしたが、バイラー大学にて外せない予定がありまして、今回は参加できないことになりました。マーロンも大変残念に思っており、今日は、マーロンからのメッセージも一緒に伝えたいとそのように考えております。

膵島移植というのは、新しい糖尿病の治療です。20世紀はいわゆる感染症を中心とする急性疾患の時代でしたが、21世紀は糖尿病を代表とする慢性疾患の時代に入って来たと私自身認識しております。まさに、今アメリカでもそうですが、WHOでも糖尿病は21世紀に我々人類が対決すべき大きな病気であるという認識があります。そして、糖尿病は治らない病気と言われ、一生懸命コントロールしましょうと医療者に言われてきていると思います。しかし、本当に治らない病気なのかと言うと、実は根本的治療が理想的であり、何もここで妥協する必要がないという発想もあります。そして、糖尿病の根本的治療を考えた時に糖尿病とは何かということになります。糖尿病というのは、比較的簡単な病気です。人間の体の血糖値が上がる病気ですが、人間の体の血糖値を上げることにに対して反作用で血糖値を下げるのが、唯一インスリンというホルモンだけです。このインスリンというホルモンの作用の相対的絶対的不足が糖尿病です。例えば、相対的不足としてインスリンが効きにくかったり、あるいは絶対的不足として我々が現在対象としている1型糖尿病であれば自己免疫疾患といって、自分の体の免疫が自分のインスリンを出す細胞を潰してし

まう病気なのです。そして、このインスリンを、外から上手く補ってあげれば糖尿病が根本的に治る可能性があるのです。そして、このインスリンを唯一生産する体内の細胞が膵臓にある膵島細胞です。この細胞を移植してしまうことがいわゆる膵島移植で、理想的には膵島細胞を補うことで、糖尿病を根本的に解決してしまう治療です。これは、膵島移植の大きな流れのシェーマです[図1]。これはドナーで提供者です。アメリカやヨーロッパでは脳死ドナーの膵臓を利用します。提供いただいた膵臓から特殊な技術を用いて、膵島細胞を分離します。これは膵臓100グラム位の臓器に平均して100万个位の細胞の塊である膵島があります。膵島は、約1,000個から2,000個の細胞の塊ですけれども、この中の80%がインスリンを出す β 細胞と言われております。この膵島を分離して、点滴の要領で肝臓に移植します。元々食べ物食べて栄養が吸収される肝臓の門脈という太い血管の中に、点滴しこの細胞が肝臓の中に全体に広がります。この移植された膵島細胞は大体数週間から2、3月間かかって、患者さん自身の肝臓から膵島まで血管が伸びてきます。通常移植と言うと、血管吻合が外科医の腕の見せ所です。しかし、膵島移植の場合は細胞の中に自然と肝臓から血管が伸びることで血管吻合してしまします。

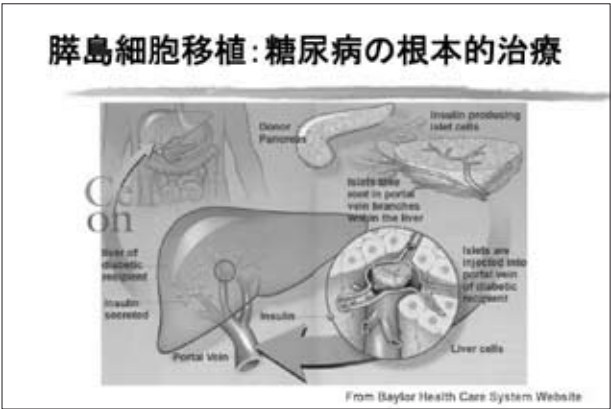
この膵島移植を世界的に有名にしたのは、2000年にカナダのアルバータ大学のジェームス・シャピロです。彼がエドモントンプロトコールを発表してからです。膵島移植の適応は、1型糖尿病です。1型糖尿病とは、平均して10歳代で発症する病気、自分の膵島細胞がやられてしまってインスリンが不可欠になる自己免疫疾患です。彼は、膵島移植1年後に

インスリン治療が全く要らなくなったということで、今まで不治の病と言われていた1型の糖尿病が治るのではないかとということで脚光を浴びました。細胞移植と言っても、他人の細胞が体に入るので拒絶反応が起こります。この拒絶反応に対し、免疫抑制剤を使用します。この免疫抑制剤の中から、通常臓器移植の場合ステロイド剤という薬をよく使います。このステロイド剤には様々な副作用があります。このステロイド剤の副作用で一番糖尿病にとって厄介なのは、このステロイド剤自体が血糖値を上げてしまうという副作用です。拒絶反応を防ごうと思ってステロイド剤を投与すると逆に糖尿病が悪くなります。このようなジレンマがあったのですが、このステロイド剤を一気に抜いてしまってラバマイシンという新しい薬を投与します。これが彼の

一つ良いアイディアです。もう一つのアイディアは、通常移植は提供いただける臓器が非常に貴重なため、一人から一人、あるいは一つの臓器を二人にという発想で行われています。2000年当時、膵臓から膵島を分離するという技術が非常に難しいために、インスリン注射からの離脱のためには、2回、3回の移植が必要でした。これは考えると、非常にもったいない話です。アメリカでも、膵臓という臓器は非常に扱いが難しくて、提供して頂いた臓器の8割が臨牀的に使われていないのです。そのような背景を考えると、二つ、三つの膵臓を使っても一人の患者さんが治るなら良いのではないかと、いわゆる通常の移植とは逆転の発想で、多くのドナーを使っても一人を良くしようという所からまずこの治療を確立しようという発想から始まりました。

このシャピロの発表の後、膵島移植をアメリカ、カナダで有名なエドモントン・アルバータ大学、マイアミ・ミネソタ大学で118人の患者さんで同じような治療をしたところ、1年後に80%の患者がインスリン離脱できました。これで一気に膵島移植が標準治療になるのではないかと多くの人が期待しました。ところが、長期の成績を見てみると1年位経つと8割位ですけれど、どんどんインスリン注射を再開する人が増えてきました。最新のデータでは、5年でインスリンが完全に要らないのは1割位ではないかと言われております。ここは実は改善すべき点の一つです。しかし、膵島移植はあまり意味がないのかと言うと、実は大きな意義があることが分かりました。インスリン注射が全く要らない人は1割位になるのですが、移植後5年経過しても8割の人が、膵島がある程度ファンクションしています。この機能があるために、1型糖尿病で一番厄介な血糖のコントロールが上手くいきます。ここが非常に大きなポイントで、現在膵島移植を受ける患者さんというのは、ただ単に糖尿病だけではなくてインスリン注射が一日4回位必要で、なおかつ完全に自分の体からはインスリンが出ないです。血糖値も自分で感知出来ないのです。そのために、自分で血糖値を計りインスリンがどの程度必要か予測しインスリンを打ちます。しかし、実際必要なインスリン量より多く入ってしまい血糖値が下がりすぎることがあります。人間の脳は、唯一ブドウ糖を栄養としているので、このように血糖値が下がりすぎると気を失ってしまいます。確かに8割の患者はインスリン注射を再開する可能性はありますが、低血糖発作からは解放されます。このような患者は、低血糖発作のために家から出られないと

[図1]



[図1] 膵島細胞移植: 糖尿病の根本的治療

松本慎一

(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、バ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。

か、車の運転中に事故を起こすなど厳しい状況にあります。これはどのようなエビデンスがあるのかという点と[図2]、一つは移植期間が6ヶ月の時に一番下のラインと、同じく移植期間が6ヶ月の時に真ん中のラインで、両方とも移植した膵島が機能しているラインです。長期の血糖値を測定するのに、ヘモグロビンA1cはよく使われる指標なのですが、赤血球にどの位ブドウ糖がついたかという指標です。7を切ると良いコントロールだと一般に言われています。それで、膵島移植をしてインスリンが全く要らない移植期間が6ヶ月の時に一番下のラインは非常に上手くいった5年で1割位の患者さんですけど、これと比べても膵島さうまく生着していれば外からのインスリンを補う必要がありながらも非常に良い血糖値のコントロールが出来ます。膵島移植によって血糖値の安定化、そして低血糖からの解放が5年位出来るよという治療です。こういった段階が今の膵島移植のレベルです。

私自身2002年に帰国する前は、アメリカでミネソタ大学、そしてシアトルのワシントン大学で膵島移植の臨床及び研究をしていました。ちょうどカナダのグループが発表した頃、当時病院長だった田中紘一先生から京都大学で膵島移植を導入しないかというお話をいただきました。日本で膵島移植を導入するに当たって最も難しいのは脳死ドナーの不足です。アメリカでは、年間7,000位脳死ドナーがあるのに対し、日本では平均すると年間約5例です。これ位極端に少ないドナーからの膵臓を膵島移植に使うことはほぼ不可能です。日本で膵島移植を行うためには、ドナーの問題を考えなければなりません。そこで、2つの対策を検討しました。

一つは完全に心臓が止まった後、提供いただける心停止ドナーです。これは日本でも、腎臓移植で行われており、年間100例位のドナーが出ます。そして、2つ目は可能性として生体ドナーの利用があります。健康な方の膵臓の一部を使って膵臓移植が出来ないか。この2つが、日本で膵島移植を導入するには重要だと考えました。ここでキーワードになるのは膵島分離技術です。エドモントンプロトコルでは、二つ、三つの膵臓が必要です。アメリカの脳死で非常に良い状態の膵臓でもそれ位必要です。更に日本では一回心臓が止まって状況が悪い膵臓から膵島を分離する技術が必要です。生体ドナー生体移植の場合は、膵臓を全部使うわけにはいかないので、せいぜい使って半分位です。この半分の膵臓から、アメリカの脳死からいただく膵臓の二つ、三つ分の効果を出せるかが問題です。いずれにしても、いかに高い質の膵臓を分離出来るのかという技術が必要であろうということです。逆に言うと、この技術が出来たら日本でも膵島移植が始められるのではないかという所から入りました。これは心停止ドナー膵島移植を考えた時の技術開発です[図3]。

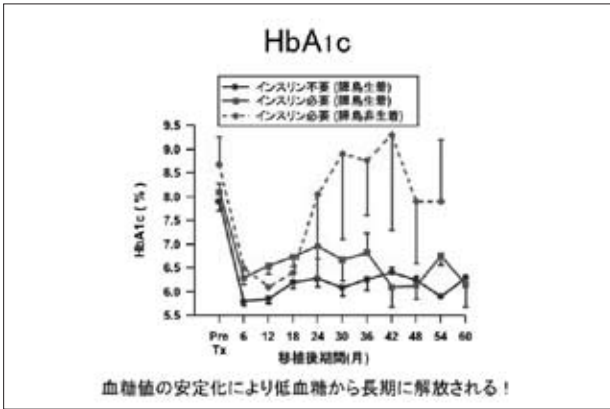
技術開発において3つの工夫をしました。アメリカで膵島分離した時に大体これが全部の分離過程です。8時間から10時間位掛かっていました。膵臓を膵島に分離する過程で、どんどん膵臓を痛めつけています。これは何とか短縮化出来ないかと考えました。これは日本人が非常に得意で、複数の作業を何人かで分担して効率よくやります。膵臓の摘出も効率良く行い、全てを効率化するとかなり成績が良くなるのではないかと考えました。これが1つ目の工夫です。そして色々試したのですが、まず我々が注目したのは

日本では心停止ドナーで脳死ドナーとは違うということです。これを克服するために、ご遺族の承諾を得て心臓が止まる前にカテーテルという管を入れさせていただき、心臓が止まると直ちに冷却する方法を開発しました。これでいわゆる心停止と脳死の差をできるだけ少なくする方法を開発しました。これが、2つ目の工夫です。そして、最後に膵臓の保存方法です。これは私が大学院生の時の研究テーマは膵臓保存でした。この下のブルーの所がパーフルオロカーボンで人工血液です。上の所は保存溶液です。膵臓を保存しながらも酸素を与えて、元気な状態で維持しようというのが3つ目の工夫です。さらに膵島分離は大量の溶液をつかいますので、新しい溶液を開発しました。この中で、溶液の開発が一つのキーワードで、溶液の開発には力を入れて研究をしています。

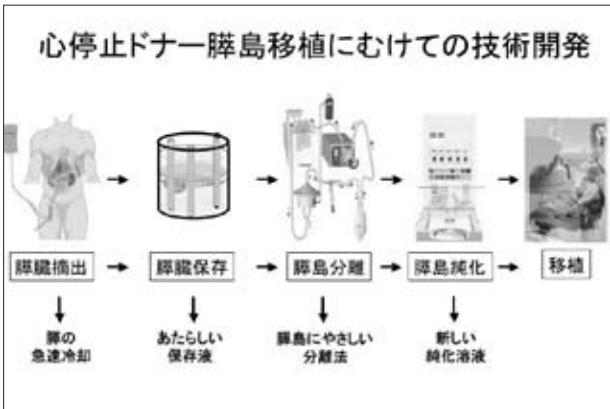
その溶液は、ミラクルキョウトソリューションと言います。京都大学の呼吸器外科のグループが肺の保存で開発した溶液です。非常に面白い特徴があります。一つはトレハロースを使っています。トレハロースをご存知の方は多いと思いますがお砂糖の一種です。これの何が面白いかというと、乾燥地帯でウスバカゲロウがどうして乾燥したまま長い間生きられるのかという点、このトレハロースが細胞を保護しています。この溶液自身は、膵臓をバラバラにするのに有効なコラゲナーゼを阻害しないという状況を見ました。しかも、カリウムの濃度が低く粘性が低いという膵島に優しい条件が揃っていました。このミラクルキョウト溶液のミラクルの語源ですが、奇跡を起こしたいという意味合いもありますが、実はミラクリッドというお薬です。日本では、持田製薬が出していて、トリプシン

阻害薬です。トリプシンというのはいわゆる膵島を溶かしてしまう酵素です。それをこちらで上手く防御しながらコラゲナーゼの方は阻害しない、絶妙のコンビネーションの溶液がミラクルキョウト溶液です。実際にこの溶液を臨床に使ったら良いのですが、まず豚で実験しています。これはバイラー大学の野口先生のデータです[図4]。ミラクルキョウト溶液が本当にウスバカゲロウを守るトレハロースが細胞も守ってくれるのかという点を、これはちょっと専門的な用語ですが、アポトーシスと言いまして細胞死を表す指標です。これは、外分泌組織がミラクルキョウト溶液を使うことによって保存後1割以上の細胞が死んでいたのが、1%位の死になりました。かなり外分泌の死を防ぐことも分かりました。膵島細胞自身も膵島細胞は外分泌組織に比べると強いのですが、やはり保存だけで1割位死ぬのをほとんど死ななく出来ることで、この溶液はなかなか有効であるということが掴めました。もう一つが、ミラクルキョウト溶液は粘性が低いことです。これは非常に重要です。従来、細胞を分離するフィコール溶液というのは粘性が高くドロドロしています。そのために、遠心分離をかけると、一個ずつの細胞なら良いのですが、膵島のような構造は大事なものは引きちぎれてしまいます。ミラクルキョウト溶液は、粘性が低いために純化遠心分離の時間も短く剪断応力が低いため、引きちぎれないのではないかと考えました。実際に豚の実験で行うと、非常に劇的な効果がありました。これは従来のフィコールで純化すると多くの膵島は引きちぎれてしまいます。ところが、このミラクルキョウト溶液を使うと綺麗な形を保てるということで、これは画期的に膵島分離技術が革

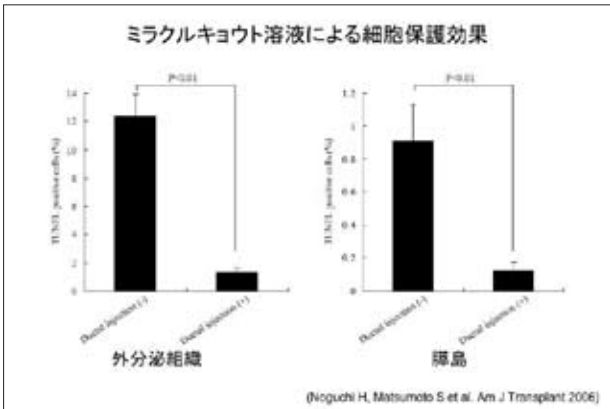
[図2～4]



[図2] HbA1c



[図3] 心停止ドナー膵島移植にむけての技術開発



[図4] ミラクルキョウト溶液による細胞保護効果

新できるのではないかと我々は興奮して研究していました。実際に、膵島移植の場合数が重要です。体重当たりの数でグラム当たりの膵島を示すのがIEというアイテッド・イクヒバレットという単位です。目標は、膵臓の1グラム当たり膵島4,000個位で、膵臓が大体100グラム位の臓器なら40万個位の膵島が取れます[図5]。40万個の膵島を移植することは、80kgの患者にとって体重当たり5,000個以上移植する結果になり、これくらいの膵島の数移植すると膵島の効果があると分かっています。これ位取れると移植の効果として有効で、ここを目標として研究しています。欧米の標準法を使うと3,000個位しか取れなかったのですが、ミラクルキョウト溶液だけを保存で使った場合(キョウトA法)、この目標を満たし、最後の純化方法も導入すること(キョウトB法)で最初の2倍近く取れるようになりました。これで心停止のドナーからも、日本で実際に膵島移植が出来るのではないかと判断し、このキョウトB法を使って実際に臨床をすることを京大の倫理委員会に申請して実際に始めました。

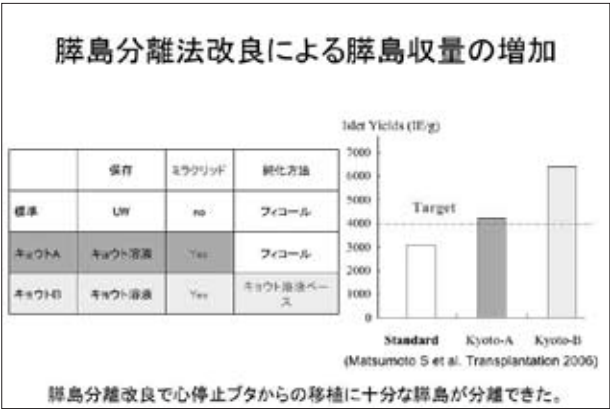
実際の膵島移植ですが、理論的には出来るのですが実際にいくつかハードルがあります。ひとつに膵臓を提供して頂くというプロセスがあります。膵島移植という新しい治療に対し、臓器を提供するという文化が無い日本でどうやって臓器を提供して頂くかという難しい問題です。日本では心停止ドナー腎臓移植という治療があるので、この腎臓チームの理解を頂きタグを組むことが一番早いのではないかと考えました。そこで、腎臓チームとタグを組むことにしました。腎臓チームとタグを組むにあたって配慮した点がいくつかありました。1点目は、

腎臓の摘出時の切開範囲を広げないことです。これは、腎臓チームにも実際に提供したいというご遺族の方の医師にも「膵臓を提供するのは良いのですが、傷は増えますか?」と非常によくきかれます。ですので、腎臓摘出時と同じ切開範囲で膵臓を摘出することを我々のポリシーにしました。2点目は、膵臓摘出に要する時間のことです。これは実は、外科手術としては、血管の処理が非常に難しいので時間が掛かります。ところが、膵島移植の場合は細胞移植するために血管の処理は要りません。ですので、慣れた外科医がやると10分以内で摘出が出来ます。ご遺族の方に、「腎臓、膵臓も摘出すると、待ち時間がどの位延びるのでしょうか?」とよく聞かれます。逆に、膵臓チームが入ることで外科医の手が増えるので、摘出時間が短くなります。こ

の2点を抑えると、ご遺族の方に腎臓摘出時に膵臓の提供をお願いする際、ほぼ全例で頂けるということが分かりました。当時、京都大学へのドナーの提供が多かったのは実はこの2点が重要でした。

次に膵島分離方法です。リベレースという消化酵素を誓って膵臓をバラバラにします。一旦バラバラにすると、大体60から80ccになります。これを、純化すると10cc以下になります。実際に移植する時にはこのようなバックに詰めて点滴の要領で移植を行います。実際の症例です。日本での1例目の症例です。15歳の時に1型糖尿病を発症し、20年以上経過した患者です。こういった方は血糖をコントロールするためにインスリン注射をするため、だんだん血糖が下がっても分からなくなってしまい、無自覚低血糖症状を呈します。そのために、交通事故を

[図5]



[図5] 膵島分離法改良による膵島収量の増加

起こした経験のある方です。今回は一人から提供いただいた膵臓から35万個位の膵島が取れて、移植の条件も満たしていたため移植を行いました。これは移植前の血糖値です[図6]。食前血糖は、高い時は400を超え低血糖もあります。移植を一回すると血糖値が安定し、この患者は2回目の移植をすることによってインスリン注射からも離脱しています。京都大学で22例の心停止ドナーがあり、これは2004年から2006年の間に大体これ位のドナーが出ました[図7]。そのうち、8割位の移植が出来ました。これはアメリカ、ヨーロッパで脳死ドナーを使っても5割を超えないという当時のデータと比べて、8割位の移植が出来ているということで、非常にこの京都の膵島分離法が優秀だと評価されました。これが注目され、私がベイラーに異動する大きなきっかけになりました。

日本での現状は、2004年以降2007年の3月までに63回の膵島分離をして、33回の移植をしています。移植率は5割位で京都大学では8割位の移植率でしたが、他の施設ではなかなか京都法が使えないため、平均すると移植率は欧米位になります。移植した膵島は全例機能して低血糖の症状は改善しますが、日本ではインスリン離脱がなかなか難しいという現状があります。現在、日本で一番問題になっているのは膵島分離時に使用する消化酵素であるリベレースという薬剤があります。そのリベレースにアメリカの牛の脳の成分が混ざっているということで、全面中止になっています。アメリカではどのような扱いになっているかというと、4千万頭いる牛の中で4頭から7頭の確率で狂牛病になると言われているため、アメリカでこの消化酵素を使う場合、患者にインフォームドコンセントを取るよう

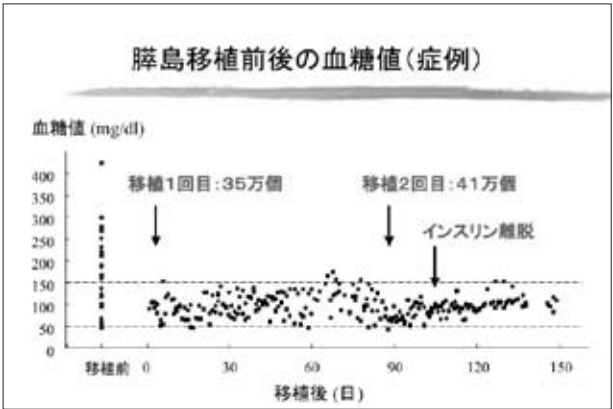
に指示されています。もう一つのオプションとして、FDAが承認している薬剤を使用するように通達を受けています。日本は、厚生労働省よりリベレースの使用を禁止されたことで膵島移植そのものをとめているようです。

私がアメリカにいる時、生体ドナーの膵島移植の可能性があるのではないかと考えていました[図8]。これはコンセプトとして、健康な方の後ろ半分の膵臓から膵島分離して移植するというものですけれども、大きな課題があります。2005年に世界初の生体ドナーからの膵島移植を成功させていて、この課題は一応クリアしています。1点目はドナーの安全性です。これは糖尿病内科医と検討し、ドナー提供者の高いインスリン分泌度を証明する必要があります。我々が2005年に生体膵島移植を行った後、カナダのバンクーバーで世界的に生体ドナーの条件を決める会議がありました。その国際基準を決める際に、我々の意見も非常に反映されました。2点目は、半分の膵臓で本当に膵島が取れるのかということです。これは、私がシアトルに留学していた時に、アメリカでは研究にヒトの膵臓が使えます。ヒトの膵臓を使って、後ろ半分、前半分、全体でどれ位膵島が取れるかが分かりました。これは、前半分は十二指腸とくっついていることと、消化酵素をながす膵管複数開口しているために、消化酵素が漏れてしまいます。あと、厚みがあるので非常に消化が難しいのです。後ろの部分は、逆に膵島の分離が容易で、後ろ半分だけでも膵島の数的に全体と比べてあまり変わらないです。しかも、生体ドナーからいただくため非常に質が高く、後ろ半分で移植に足りる

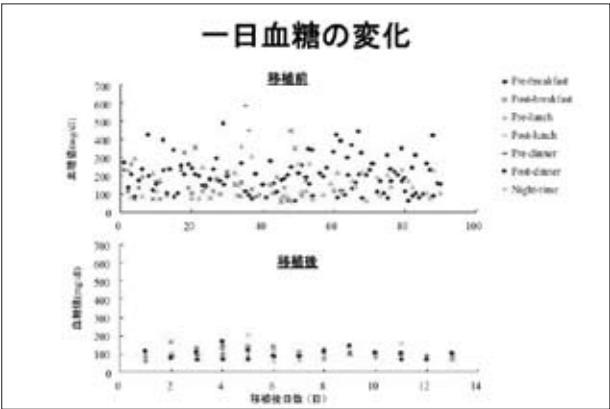
数が取れるのではないかと考えました。実際に、2005年に行った生体膵島移植の際も、後ろ半分だけで約40万個位という我々の大体予測していた数の膵島が取れ移植しております。これは生体移植の場合膵島移植前後の患者さんの血糖値の変化です[図9]。移植後直ちに劇的に改善しました。我々は、生体移植ですので機能が良いことを予測していたのですが、移植後3週間でインスリン注射から離脱しました[図10]。当時、エドモントンプロトコールは全部の膵臓を2個から3個要と言われていたのに、生体の場合は症例によっては半分でインスリン離脱が出来るということが分かって、非常に世界的にセンセーショナルになりました。ブドウ糖の負荷テストです[図11]。実際に、ブドウ糖を飲んでもらい血糖値がどのように反応するか検査します。これは、膵島移植でインスリン離脱しても、境界型の方が多いです。今回正常型だったということで効果が非常に高いということが証明されました。「THE LANCET」に発表させて頂き、「nature」でニュースとして取り上げて頂きました。その後に、世界的にニュースとして取り上げられました。私自身が驚いたのは、アルジャジーラ放送でテレビに映っていたことです。誤解のないように申し上げますが、アルカイダではなくてアルジャジーラのテレビ放送です。

膵島移植は、低血糖から解放されるという医療として世界的にも定着しています。しかし、私自身としてはこれで十分と言えるのかと疑問に思っております。なぜなら、エドモントンプロトコールを発表した時、多くの1型糖尿病の方は、1型糖尿病が治るという期待を抱いたのです。ところが、5年経ったら「あなたは低血糖から解放されますよ」というよ

[図6～11]



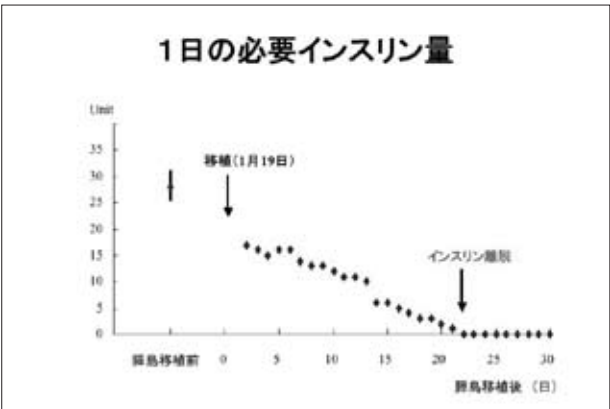
[図6] 膵島移植前後の血糖値(症例)



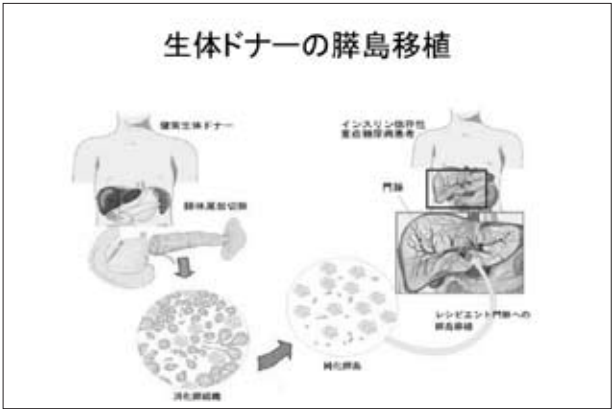
[図9] 一日血統の変化

	経歴	移植症例	膵島移植日	膵島用量	ドナー状態
1	膵臓癌	膵臓	2004/1/19	24月	良好
2	膵臓	膵臓(移植: 患者1)	2004/4/7	26月	良好
3	膵臓癌	膵臓	2004/4/12	51月	良好
4	膵臓	膵臓(移植: 患者2)	2004/4/30	46月	良好
5	膵臓	膵臓(移植: 患者1)	2004/7/2	47月	良好
6	膵臓	膵臓(移植: 患者2)	2004/7/20	51月	良好
7	膵臓	膵臓(移植: 患者2)	2004/7/23	26月	良好
8	膵臓	膵臓(移植: 患者4)	2004/7/27	46月	良好
9	膵臓	膵臓(移植: 患者4)	2004/8/4	51月	良好
10	膵臓	膵臓(移植: 患者4)	2004/11/12	26月	良好
11	膵臓	膵臓(移植: 患者4)	2004/11/28	46月	良好
12	膵臓	膵臓(移植: 患者2)	2004/12/1	26月	良好
13	膵臓	膵臓(移植: 患者4)	2005/4/7	46月	良好
14	膵臓	膵臓(移植: 患者4)	2005/5/29	51月	良好
15	膵臓癌	膵臓	2005/6/7	30月	良好
16	膵臓	膵臓(移植: 患者2)	2005/10/29	56月	良好
17	膵臓	膵臓(移植: 患者1)	2005/11/12	26月	良好
18	膵臓	膵臓(移植: 患者4)	2005/11/23	26月	良好
19	膵臓	膵臓(移植: 患者2)	2005/11/28	21月	良好
20	膵臓癌	膵臓	2005/12/1	31月	良好
21	膵臓癌	膵臓	2005/11/14	6月	良好
22	膵臓	膵臓(移植: 患者3)	2005/11/23	16月	良好

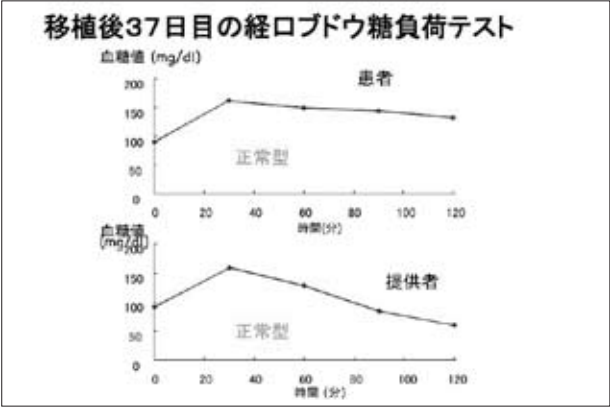
[図7] 2004年から2006年の京都大学の心停止ドナー



[図10] 1日の必要インスリン量



[図8] 生体ドナーの膵島移植



[図11] 移植後37日目の経口ブドウ糖負荷テスト

うな話にすり替わっているのではないかと待機患者は思っているのではないのでしょうか。患者が現在の膵島移植を良い医療と考えているかどうかが重要だと考えます。我々のチームでは、膵島移植コーディネーターが患者の意見や考え、思いを聞く体制を取り入れています。これは、医師には出来ない部分でもあります。その理由は、患者はどうしても医師に遠慮してしまい、本音はなかなか聞けません。膵島移植に関して、私自身は当時インスリン離脱が必要であると思っていたのですが、患者は血糖が安定化し低血糖が防げ、その機能が長く続くことの方が大事なのです。また、膵島移植の場合、免疫抑制剤の副作用が少ないので、それ程問題ではないと思っていました。ですが、この免疫抑制剤を飲むことがとても心配であることが分かりました。これらが今の課題になります。

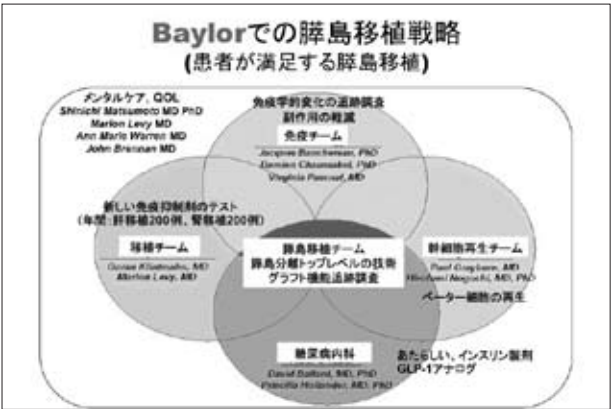
この課題を克服するために、ベイラー大学へ研究の場を移動しました。この課題のうち、血糖値の安定化や移植膵島の機能に関しては、我々の研究分野ですが、免疫抑制剤の副作用に関する研究は不得

意分野です。ベイラー大学には、ジャック・ベンションという臨床の免疫学のヒューマインロジーの研究者がいます。彼には、全てが臨床に直結する免疫学をしたいという発想があります。特に移植に関しては、移植を受けた患者が免疫抑制剤を内服しないという点の研究は是非一緒にやりたいと考えています。彼とその研究を膵島移植のフィールドで目指すことになりました。そして、膵島移植でインスリンも免疫抑制剤も要らない治療を開発したいという思いで参加しました。ベイラー大学の肝臓移植は、年間200例以上という非常に盛んな施設です。肝移植チームからのフィードバックや内科医からのフィードバックを頂けるベイラー大学のチームで膵島移植確立を目指し、そして、その確立は最終的に患者満足の高いものへと考えています。それは、患者のQOLの改善やメンタルケアへ大きく影響を与えると考えます[図12]。患者のQOLの改善を目指す際に、膵島移植の全てを知った上で、患者へどのようなオプションが提示できるかが重要になります。我々のチームでは、レシピエン

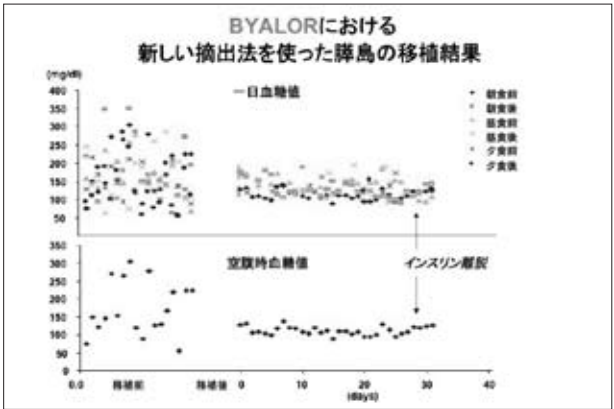
トコーディネーターがそこを担当しています。患者へ正しい情報を提供し、患者がしっかり検討し選択して、膵島移植を受けられることへの対応は、とても重要です。

ベイラー大学における京都法についてお話します。この1年で、実験のレベルではありますが、日本で行ってきた心停止ドナーからの膵島移植技術をもって米国で移植を行えば、米国の従来の方と比較して3倍の膵島が採取できることがわかりました。これは、1回の膵島移植でインスリン離脱出来るのではないかと考えています。このことは、先月国際学会で発表させて頂いて、非常にセンセーショナルなデータとして、取り上げられました。この膵島は実際に患者に移植し、インスリン離脱した症例のデータです[図13]。ドナーの不足に関しては、マージナルドナー、生体膵島移植、パイオ人工膵島移植といった研究もしています。マージナルドナーですが、日本に比べるとアメリカは非常に厳しい条件を色々とつけています。日本で我々はもっと悪い条件の膵臓で膵島移植を行っています。実

[図12～13]

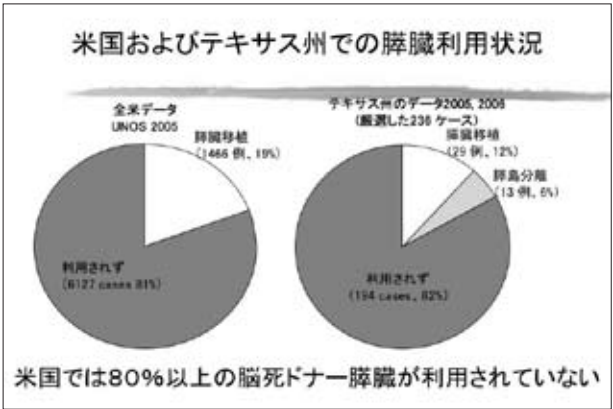


[図12] Baylorでの膵島移植戦略(患者が満足する膵島移植)

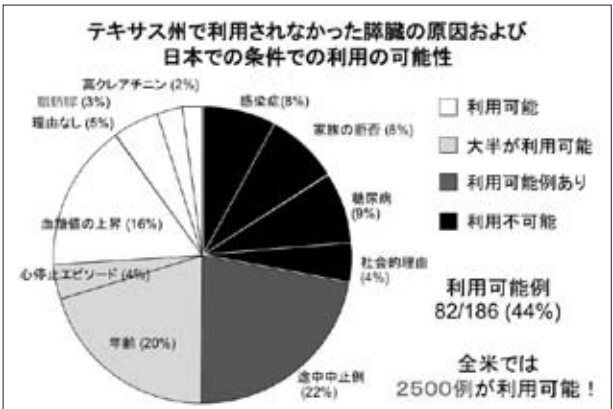


[図13] Baylorにおける新しい摘出法を使った膵島の移植結果

[図14～16]



[図14] 米国およびテキサス州での臓器利用状況



[図15] テキサス州で利用されなかった臓器の原因および日本での条件での利用の可能性



[図16] 21世紀 細胞移植始まる

際にこれはアメリカのデータです[図14]。アメリカでは8割位の臓器を使わずに捨てています。これを日本の条件に当てはめると、半分近くの臓器は臓器移植が出来ます[図15]。年間2,500位の臓器移植が出来たことになります。とりあえず、ダラス・フォートワースの地元だけで年間100位の脳死ドナーが出ますので、年間50位から始めることで話を進めています。日本では極端なドナー不足で待機患者の移植ができず低血糖症状で患者は苦勞されています。ベイラー大学にて、日本の患者を受け入れ移植を提供する提案をしたところ、せっかく日本人のスタッフが来ているのだから日本の患者さんの受け入れも可能だし、日米の共同治験にしてみれば、このデータをそのまま日本に持ち帰り、日本ではなかなか進まない臓器移植へ日本の患者のデータとして貢献できるのではないかと合意を得て、ベイラー大学での渡航移植も一緒に準備することになりました。そして、数多くの臓器移植をするのなら、今は臓器分離施設が一つしかないため、せめて2つの施設が必要であると提案し、それに関しても準備中です。施設を建設するにも資金が必要です。日本では、その資金がないため簡単には施設は建設できません。今回、この建設には10億円の予算が必要です。10億円の予算は、半分位がキャピタルニーズで、後は人件費、オペレーショナルなどですが、どのようにして、この10億円を捻出するのか大変興味がありました。ベイラー大学には、ALL SAINTS HEALTH FOUNDATIONというのがあって、これは1999年に新しく作ったのですが、彼らはここ7、8年で日本円で言います65億円の4,900万ドル位を寄付として集めています。なぜ、寄付でこんなにもお金が集められるのかと大変興

味を抱きました。アメリカには元々ドネーションするという文化があります。アメリカでは、税金の制度が始まる前に、教会に売り上げの数%を提供するという考え方があったために、アメリカが税金の制度を導入する時に、教会はドネーションの制度は税金の制度に反映しないように働きかけ、それが今でも脈々と続いています。今では、その教会が病院になったり学校になったりし、ドネーションにて運営をまかなっているのです。国民は税金を支払うのか、または自分が役に立つと思うこのような研究にドネーションするのを選択できます。そしてドネーションしたお金は、税金の対象から省かれるのです。このようなことで、我々が非常に良いことをしていると理解してもらえると、必要な金額が集まります。そういうことで、現在ベイラー大学は臓器移植の一大キャンペーンを張っていて、その一環として来年の1月にテキサスのテレビ局のグッドモーニングテキサスに私自身出演します。

最後に、糖尿病慢性疾患で治らないコントロールしようがない病気と言われてきましたが、今、治してしまうという発想で研究しています。そのためには、課題はあります。これは私が最後によく使うスライドですけど[図16]、糖尿病を治そうではないかという発想は実は19世紀にあったのです。イギリスのウィリアム博士が、羊の臓器を1型糖尿病の子供に移植しています。これは異種移植で当然上手くいかなかったのですけれども、当時に根本的に治してしまうというスピリットの医師がいました。このちょうど10年後の1903年に、アメリカのライト兄弟が世界で初めて飛行訓練に成功しております。21世紀我々は、臓器移植で病気が治せるし、飛行機で空を飛べま

す。一昨日までアメリカにいましたけど、今日このように発表できるのはライト兄弟のおかげです。そして、21世紀我々は確かに宇宙にも飛べます。そして、私は細胞移植を移植の次世代のものにしたい。そして10年20年位経った時に、学生に「20年位前に臓器そのものを移植するという野蛮な医療をやっていたのだよ。信じられる?」と話をしたいと考えております。最後に私の好きな言葉で「If you can imagine it, you can achieve it」という言葉があります。人間は想像出来るものは必ず実現出来ます。頭で思い描くことが最も大事です。特に1型糖尿病の患者は治らないと言われて、よく自暴自棄になっている方も多く、心を痛めるケースもあるのですが、過剰な期待を抱かせることは最も悪いのですけど、悲観しすぎている患者さんには「If you can dream it, you can become it」と言って、希望を捨てずに日々頑張っていると、そのうちに良いことも来るよというようなセッションをしております。以上です。どうもご清聴ありがとうございました。

Q&A 質疑応答

Q会場（大西）先程のキョウト溶液というものがございましたよね。あのようなものは、薬事的な承認ですとかあれを熟知主義の中で使うのは何らかの問題はございますか？

A（松本）非常に素晴らしいポイントですね。これは私が最も頭を痛めていたポイントの一つです。一つありますのは、これは京都大学の知財として登録をすれば良いという発想がございます。当時、知財ということもあって、実際に特許を出しています。それで、特許の出し方をどうするかが非常に議論になりました。キョウト溶液自身、ミラクルキョウト溶液として最初に特許を出したのですが、それだけではなくて京大の膵島分離として用法特許も出そうではないかということで、現在京都法として特許を出しています。その特許を基に、京都大学に一つベンチャー企業が立ち上がりまして、この溶液を使ったノウハウごとパッケージにして世界に売り出そうということをしています。これは非常にジレンマがありまして、ノウハウを特許を取って売るのは難しいのです。それで、今はまさにホットな協議の所です。溶液自身が海外でなかなか作れません。ミラクリッドというのが海外で作れないので海外で出来ません。溶液に上乘せして売ることとで特許的なものにして、ベンチャーさせようではないかということで非常にこの溶液自身、臓器の保存はアメリカでもFDAの管轄外になっていますので実は承認が要りません。将来的に要るのではないかとということで、大塚製薬に入っていていただいてGMP準拠にしています。膵島分離も実はグレーゾーンなのです。膵島分離の所からFDAが入っているのですが、ファイナルプロダクトに生体内に入らな

いレジデュアルの産物を測ってネグリジブルなら使えるという一つ日本よりも一段階浮いてくれているので、ちょうど今FDAとやりとりしている所です。結局膵島移植そのものが、膵島自身がINDの方でやっていますので、FDAの承認が要ります。ですので、端的に言いますとFDAの承認が要るのですが、体に入るものに比べると一つ易しい面はあります。最終的には、FDAの承認が要ってアメリカの素晴らしい所は膵島移植用にFDAのセッションを作ってもらって、すでに三つあります。すごくダイナミックで仰る通りにこれ売るときに、僕は臓器保存をやっていたので、私に直接FDAから電話が掛かってきて実際に膵臓移植の際にパーフルオロカーボンを使ってどんなエビデンスがあるのかということを質問されました。当時、私のポストはシニアリサーチのサイエンティスト位のレベルでしたが、FDAから直接電話が掛かってきました。そのような、本当にリアルタイムで専門家とコンタクトするというFDAの特徴だと思います。

Q司会（上）実は、私達と松本先生の出会いは数年前の京都の勉強会以来です。あれからトントン拍子に進んで、まさかあの時から世界の松本に1年間であってしまふとは思わず、衝撃を受けています。このプロジェクトが上手くいっているキーの多分5割位は看護師の移植コーディネーターの畑中さんのおかげだと思います。まさにチーム医療でありまして、畑中さんがマネージメントされています。本当に我々医療者は、プロバイダーの視点で考えるのですが、なかなか患者さんの視点で考えていないなと思います。例えば、渡航移植と言うのは簡単ですがものすごく難しいです。途中で事故が起き

たらどうしようとか、保険をどうするか、国内の世論はどうかとかいうことがあります。つまり、ちょうど準備している所ですので、ちょっと畑中さんプレゼンしていただけないでしょうか？

A会場（畑中）医科研の畑中です。上先生の下で、今渡航移植の準備をさせていただいております。また、ベイラーの松本先生の下でレシピエントコーディネーターを担当しております。現在の渡航移植の準備ですが、日本の患者さんも今朝からいろいろ言われていると思うのですが、非常にいろんな世界の情報や日本の情報を入手する手段が増えています。ですので、自ずと成績の良い所で治療を受けたいという希望が非常に高く、その可能性があるなら、海外でも治療を受けたいと皆さん思われています。現在、渡航移植を準備する際に、いくつか課題があって、膵島移植が確立した医療ではありませんので、探索医療の部分でわざわざ米国に行って治療を受けた際に、どれだけ満足度を得る問題があるとか、法的な問題、制度の問題、膵島移植の日本の先生方が作られたルールの比較とかあっていろいろとハードルが高いです。その中で、一つ一つクリアにしていこうとご支援を多くの方に仰ぎながらしております。一番大きいのは、ベイラー大学を含むテキサス州の方が日本の患者を受け入れてくれるという有り難い言葉がありますので、それを十分に活用して日本の患者さんが1型糖尿病が治ったと思えるような治療が、提供出来るように私達多くの医療者がいろんな側面から検討していかなければならないと思っています。

司会（上）畑中さんありがとうございます。実は、私ベイラーのシステムにすご

く興味を持っています。どうやったらこのような研究中心の所が回るのかということで、私が見ても多分分からないので来年鈴木寛先生に直接行っていただいて、向こうで講演会をしていただきたいです。やはり、スズカン先生が来るとなると町をあげてお迎えするみたいです。

A（松本）すでに報道はしていますし、是非その時に来ていただくようにしています。うちの病院長と非常に楽しみにしております。

下平滋隆

(信州大学医学部附属病院先端細胞治療センター副センター長)

今回発表の機会を頂きまして上先生、鈴木先生、協議会の先生方に深謝致します。私は輸血の安全性という命題を頂きまして、今回プレゼンテーションをさせて頂きます。まず、江戸時代すでに、子羊の輸血をしたという歴史があります。そして、Herveyの血液循環論というものも、輸血の科学的な根拠として出てきました。人の血液を輸血して成功したというのは、ちょうど180年前にイギリスで弛緩出血の患者さんにドナーさんと患者さんをホースで繋いで輸血をしたということがLancetという雑誌に載っております。ただその頃は血液型も発見されておりませんし、消毒という技術もなかったわけです。世紀が明けて1901年にLandsteinerがA、B、O血液型を発見しまして、翌年DeCastelloがAB型を発見しました。10年余り経ってから輸血による死亡事故はABO不適合輸血であったことが分かりました。輸血の発達と抜きに出来ないものが抗凝固剤というものです。クエン酸ナトリウムというのは今も使用されている抗凝固剤です。それによって、保存が出来ます。更に、第一次世界大戦中には戦地で兵士に使われたという記録がありますし、アメリカの血液銀行は36年に出来ています。Rhの血液型というのは遅れること40年余り経って見つっております。

さて、日本においてはどうかと申し上げます、100年位遅れまして、やはり婦人科の患者さんで初めて輸血が行われて成功しています。輸血が目されたのは、東京駅で浜口首相が狙撃された事件です。輸血で救命支援が出来るということです。1952年に血液センターが開設されました、いわゆる「黄色い血」の売血が横行して輸血で梅毒になる方が多かったということがあります。それに基づきまし

て「採血及び供血あっせん業取締法」というものが出来ています。ちょうど東京オリンピックの年に、ライシャワー事件が起こりまして、肝炎を輸血後に発症したために外交問題となって、今は献血で賄うといった経緯があります。80年代には、いわゆる非加熱製剤によるHIV感染が社会問題になっておりました。それで、2002年に「安全な血液製剤の安定的供給の確保等に関する法律」という、いわゆる血液法が制定されています。

この法的な経緯に関しましては、いわゆる薬害エイズで、血液事業と輸血療法の責任の所在ということはやはり明確になるべきです。去年、基本的な理念や関係者の責務が明確化されていますし、献血推進と国内自給とを含めていわゆる安全な血液製剤の安定供給ということが求められています。そして、薬事法の改正でも、いわゆる市販の調査、人体から作られた製品は皆、特定製品に該当しますが、その特定生物由来製品の記録保管も20年間保管ということが述べられています。いわゆる生物由来製品全般についての安全性の確保・向上というのは、不可欠です。そして、健康被害の救済に関しましては、いわゆる医薬品副作用被害救済制度というのがあります。いわゆる生物由来製品に対しての被害救済制度というのは平成16年4月以降に輸血等で感染した方々に適用というのがあります。この血液法に関しましてはやはり優れた法律だと思いますが、きちんとした目的と理念が関係者の責務として明確にあります。そして、国内自給の概念があります。そして、献血推進や安定供給というものもあります。更には、感染症等の発生防止のための安全性の確保ということも述べられています。それぞれの血液成分の特性を考えまして、安全性の向上を考える必

要があります。アルブミンは50数%、ガンマグロブリンも90%ほどの国内自給です。また、血液センターの供給を行う部署におきましては、安定供給をされなければならないです。あと、医療現場におきましては適正使用ということが述べられております。国、地方公共団体もそういった施策の運用に関して、公正性と透明性が求められております。

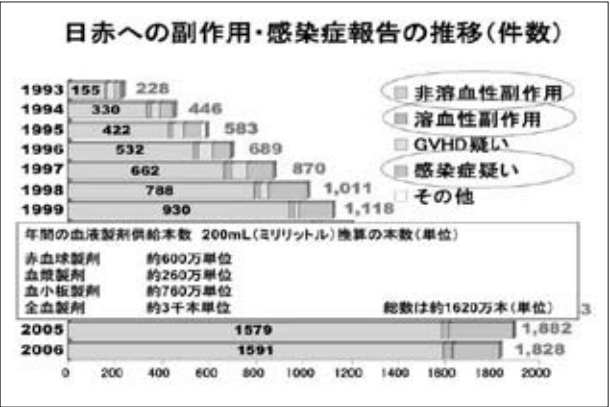
輸血の副作用の話をします。大きく分けまして赤血球が壊れる溶血性のものと、非溶血性のものがあります。ほとんどが、アレルギーを含めた非溶血性です。特に、肺障害を起こすような病態は重篤でありますし、アナフィラキシーを起こす患者さんもおられるわけです。更には、いわゆる輸血による感染症で、細菌感染や肝炎を含めたウイルス性の感染症もあります。以前から問題になっていますが、2000年以降日本では輸血後GVHD報告例がありません。いわゆる照射の普及が大きく貢献しているわけです。これは、日赤の副作用・感染症報告の自発例を年次別にまとめてあるものです[図1]。ほとんどが非溶血性副作用になりまして、年間血液センターに上がってくるのは2,000件弱程度です。溶血性はほんの一部になっています。いわゆる感染症疑いは大体年間200件近くになっています。ただ、その一部しか輸血との関連が分かっておりません。実際には、輸血は年間1,620万本行われていまして、200mlを一単位としますと1,620万単位の輸血が年間で供給されています。しかし、血液センターに上がってくる副作用はたかだか2,000件弱といったものです。しかし、実際医療現場では、輸血をしている医療機関の先生方はよくご存知だと思いますが、やはり血漿製剤におきましては400本に1本位は何らかの副作用が出ていま

す。そして、赤血球は1%位の副作用は出ます。更に、血小板にいたっては23本に1本位は、アレルギーあるいは蕁麻疹を含めた軽微なものから重篤なものを含めて副作用は出ています。更には、大体全体では1%位の本数に対しての非溶血性副作用があります。また、重篤な事例は2,000件に1件といったものです。患者さんは、1回輸血をしてそれで終わりではないですから、患者さん単位で見ただけの場合には文献を見てもやはり7%位の方に副作用の経験があるというものです。患者さんごとにも、10本位輸血を受ける方は6%位の方に副作用があります。そして、20本位まで輸血される方は12%で、階段状になっています[図2]。50本以上輸血された方の3割以上の方に副作用が出ているというのが実際だと思います。また、いわゆる溶血性ABO不適合輸血は起こしますと致命的になる医療問題の一つであります。これは、以前輸血学会で統計を取ったもので95年から99年までの各年で上に書いてある棒グラフと2000年から2004年までの5年ごとの比較をしています[図3]。やはり、赤血球のこうした不適合輸血で溶血を起こす事例は以前に比べて件数が減っています。新鮮凍結血漿でミスマッチの輸血もだいぶ件数としては減っております。間違いの主たる原因は、ベッドサイドでの患者照合間違いが多くを占めています。その点も、かなり件数としては減っております。ただ、やはり医師が検査をして間違えているという事例はいまだにあります。やはり医師は、輸血療法の中でこのような交差試験や血液型は知っておくべきなのですが、医師が最終判定者として輸血をするというのは、今の時代にそぐわないものだと思います。

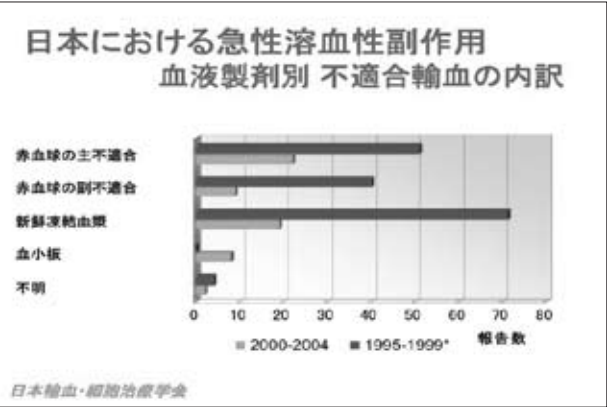
ところが、こうしたABO不適合輸血で

転帰を見てみますと、以前5年前と5年後で比べ、死亡例に関しては変わりがなかったというのが実際です。件数は減っても、死亡例は変わらないというのが集計で出ました。平成17年に改定された指針をきちんと終始徹底させる必要がありますし、このご時世ですから人為的なミスの防止のためには携帯端末等を用いた認証システムの普及が必要だと思います。おそらく、医療機関の10%位は導入していますが、まだその位の頻度ですし、緊急時に赤血球の輸血はO型を使うということも指針に述べられますので、その普及も必要だと思います。赤血球の溶血を起して命を落す事例もある中で、先進的な取り組みをしている企業もあります。人工赤血球といったものは、ここにありますように[図4]、酸素を運搬するそういった代替のものです。大きく分けて、カプセルに埋め込んだカプセル型とカプセルに入っていない非カプセル型があります。赤血球は、酸素を運ぶ成分ですから生理的にそれに近い挙動をとる人工酸素の運搬体というのはカプセル型で、非カプセル型でもそれに近いものがあります。実際に、ヘモグロビンという赤血球の中の色素を取り出して修飾したものと、カプセルに入れたものがあります。ただ、非カプセル型は小さいですが、血圧を上げたりといった問題がありなかなか臨床用には進んでいません。カプセル型に関しても、赤血球のサイズに比べておよそ40分の1の小さいサイズで酸素を運ぶという能力を持っています。この特徴としましては、実際に半減期は48時間位です。ただ、きちんと処理されていますから、副作用やABO不適合といったことも回避されますし、長期保存出来るので、備蓄も出来ます。更に、いろんな検査といったものも不要です。また、血液型が

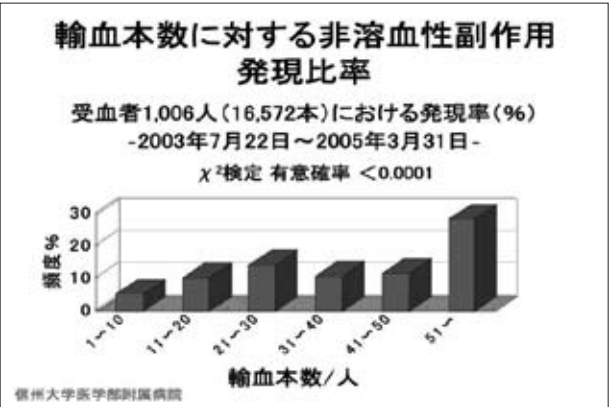
[図1～4]



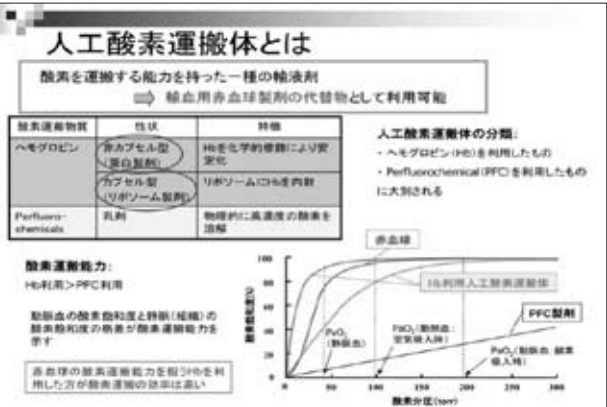
[図1] 日赤への副作用・感染症報告の推移(件数)



[図3] 日本における急性溶血性副作用血液製剤別不適合輸血の内訳



[図2] 輸血本数に対する非溶血性副作用発現比率



[図4] 人工酸素運搬体とは

無いので、いろんな不適合輸血も防止出来ます。感染症の回避とか、更には輸血の非溶血副作用を含めたリスクの回避、更に長期保存も出来ます。ですから、これはこの半減期から緊急対応、備蓄対応、需給調整に対応して貢献出来るというものです。実際には前臨床研究の段階のものがあますし、出来るだけ早く臨床用出来るように期待しております。

今度の話は、非溶血作用の中でも、命を落とす可能性のある輸血関連急性肺障害というものです。実際に輸血開始後数時間以内に発熱、呼吸困難を発症する心不全ではないこういった肺水腫です。本数的には5,000本に1本位の頻度で、致死率は10万分の1です。やはり、現段階では輸血で死亡する一番の理由になっております。死亡率も6から8%というのが数字として出ています。このTRALI輸血関連急性肺障害は以前アメリカを含めてかなりアラートが出ていました。主な原因としては、ここにありますような、製剤の中に含まれているHLA抗体、抗顆粒球抗体が原因です。やはり妊娠、出産等で女性のHLA抗体の感作がある場合など女性由来の製剤に多いです。抗体ですから、血漿成分を含む製剤に頻度が高いというのが分かっています。アメリカでも、年間20例位の方が亡くなっているというデータです。こうした抗体スクリーニングは、日常の検査では実施されておりませんので、TRALIが起こって初めて副作用調査の検査がされているのが実情です。日本においても集計がなされておりまして、輸血以外の肺障害のある場合、Possible TRALIというものでカテゴリーとして出ています。中には、一人の患者さんに2回も発症している事例もありますし、年間TRALIは日本でも40例近く発症し、死亡率からすると数名の方

が亡くなっている可能性があります。

今回のテーマでもあります、輸血の感染症についてお話を致します。実際に米国においても細菌感染症のリスクは血小板製剤は日本と違いまして五日間保管になっていますので、それが頻度として2千分の1位の確率になっています。B型肝炎、C型肝炎、HIVに関しましては更に10万分の1のレベルより下がって、とくにHIV等に関しては100万分の1を切っています。ただ、これは完璧にスクリーニング検査、NAT検査をしても0には出来ないというものです。細菌性の敗血症では、米国でBaCon Studyというのがあります。菌血症、敗血症例は血小板製剤に多く、その理由として室温で浸透保管するという製剤の特性があります。やはり、製剤汚染し、細菌汚染した輸血をした場合には、全身の発熱、あるいは全身症状が出ます。しかもやっかいなこと一過性に出る場合もあります。以前、日赤が無菌検査をしたところでは、やはりサンプリングしても0.04%、0.03%というオーダーで菌が陽性でした。日本でも、2000年に血小板で肺炎球菌、赤血球製剤でエルシニア菌、昨年黄色ブドウ球菌で死亡例が報告されています。この敗血症ですが、実際に四日目以降になりますと、その敗血症事例の比率も上がります。五日目で死亡例も出ていたというのが例えばアメリカのデータです。本邦では、この実数は正確な値が明らかではありません。安全対策として、初流血、最初の献血するときの24ccあまりを初流血除去して、表面に除けない菌を除去するという方法がやっと導入されております。おそらく来週位からだと思うのですが、現段階では血小板は72時間というもの4日目、日の単位で3時で使用期限のものがその日の夜の12時まで使用

出来るという四日まで延長されるというのがあります。やはり、初流血除去はされていますが、いろんな病原体の不活化等はされていませんので、やはり安全性の問題では少し心配されることだと思えます。費用、検査、感度の問題もあって、製剤が作られる段階での全数の無菌検査というのは実施されていません。そして、細菌感染によるリスク、危険性を完全に排除することは出来ないというのが実際です。更には輸入感染症のリスクも高まっていますし、米国では西ナイルウイルス、更にシャーガス病も広がってきています。熱帯地域を中心にデング熱。日本でも1月に報告されていますが、デング熱が流行しています。インド洋で旅行したヨーロッパの方々が感染する病原体もヨーロッパに広がっています。近隣の諸国でもSARSあるいは鳥インフルエンザ、0-157といったものも問題としてあるわけです。輸血による感染のリスクの軽減として、このジャーナルで出たものでは、やっぱり細菌の混入に関しては細菌検査を全数行うべきだというのがありますし、病原体の不活化の導入も必要だと述べています。また、こうしたウイルスに関しまして、今はプールのサンプリングでウイルス検査をしていますが、不活化の導入も必要だということです。シャーガス病もスクリーニング検査、更にはヒトヘルペスウイルス-8、A型肝炎ウイルス、パルウイルスB19といったものも対応策が述べられています。問題を起したBSEは、病原体の不活化が出来ないものですから、吸着フィルター等が開発されつつあります。また、新しい検査法も導入されますが、なかなかそこまでは行かないです。日本では実際には、イギリスの渡航歴で80年から96年までに1日でもイギリスに渡航した方は、献血出

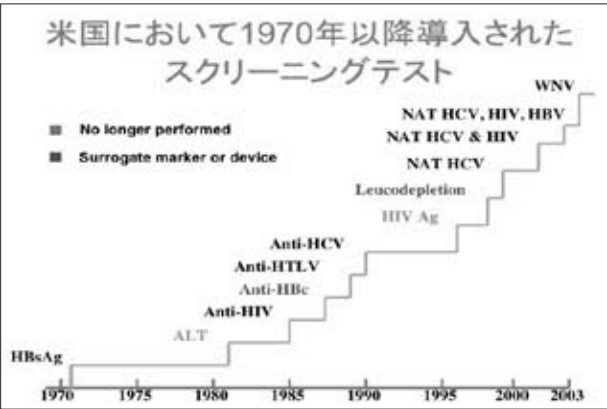
来ません、私も、90年に1日イギリスに行ったことがありますので献血は出来ません。米国においては、70年代以降[図5]、感染症の検査、更にはC型肝炎、HIV、B型肝炎のNAT検査が導入されて、更には西ナイルウイルスまでの検査がスクリーニングとして導入されています。これからどんどん更に新しいものが出てくると、こうした検査もどんどん増えていき、経費も掛かっていきます。実際にアメリカの血液は、日本より更に高く、赤血球400ccから500cc当たり日本の2倍位する値段です。輸血の担当医は、その血液センターと納入価を交渉する役で私のような役が交渉役になっています。日本におきましても、売血の時代から肝炎等の感染症のかんりの検査がHIVまで、それぞれ検査が新しく導入されてきてNAT検査も2004年からは20本プールになっています。ただ、一本一本の個別のNAT検査、ウイルス核酸増幅検査という高感度のものまでは出来ないというのが実際です。輸血で、現段階でこうしたB型肝炎、C型肝炎、HIV-1/2、HTLV-1、サイトメガロウイルス、パルボウイルスB19、梅毒等の検査がされております。B型肝炎、C型肝炎、HIV-1/2に関しては、NAT検査、ウイルス核酸増幅検査が2次検査で行われていますが、やはりウィンドウ期に感染しても検査で検出出来ない期間がやはりB型肝炎では34日、C型肝炎では23日、HIVでは11日間あるのです。こうした2次検査のスクリーニングを含めて、現段階はこの20本プールでは、やはりNAT検査陽性頻度はB型肝炎では5.5万人に1人、C型肝炎は54万人に1人、HIVは204万人に1人という頻度で引っ掛かっています。当然、すり抜けてしまう事例も出て来るわけです。日本のこうしたウイルスの3種類の検査はNATが導入されております

が、それ以外のものは、なかなか手当てが出来ません。細菌感染においても出来ません。それに代わってサンプルを長期保存して、遡及調査、追跡調査が出来るようにしているのです。更には、いろいろなサイトメガロウイルス等の伝搬に関係するような白血球を除いたり、先程ありました初流血を除いているというものです。医療機関でも、適正使用で出来るだけ無駄な輸血はしないといったことが、かなり徹底されて来ていまして、使用量が少なくなっています。更には、輸血前後の感染症検査ということが通達として出されています。ただやはりB型肝炎、C型肝炎、HIVはNATが導入されてかなり抑えられています。しかし、年間十名前後の方々にB型肝炎の感染事例が出ていますし、肝炎ではなくてキャリアになっている方の実数は明らかではないです。更には、こうしたウイルスの報告も自発報告ですし、先程ありましたような2007年11月からの血小板期限の延長、細菌感染の実態も明らかではなく、検査および予防も十分ではないということです。病原体不活化技術に関する国際会議が、トロントで3月に開催され、安全性の高い技術が開発された場合には、コストによらず導入すべきだという結論があります。コストだけでは推し量れないものです。可能ならば、こうした全ての品目に不活化が出来れば良いです。不活化が可能になれば、いくつかの検査が必要なくなるし、照射も必要がなくなります。ただ、こうした追跡調査がきちんと出来るようなそういうシステムが不可欠です。全血の200ml、400mlの献血でも血小板成分がとれるのですが、実は今までは廃棄されていました。その量としましては、大体成分献血で得られる血小板の8

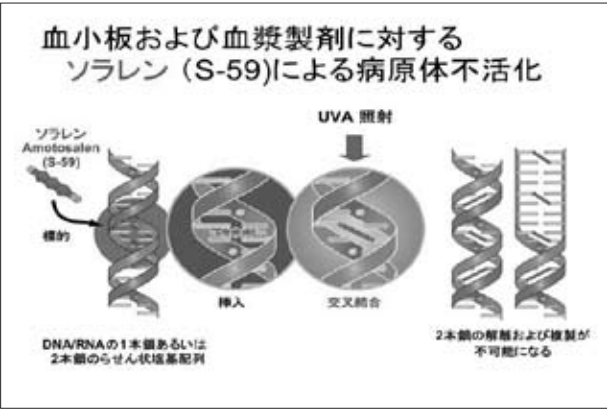
割位の相当です。また、成分献血では採血に伴う副作用もありますので、全血以外の血小板は不活化をして有効に活用するというのが、本当にこれからの時代に必要になると思います。日本はプール血小板を使っていない唯一の国です。不活化をすると、副作用の低減になり、血小板の使用期限の延長になり、照射やフィルター、いくつかの検査が不要になります。また新たな感染症に対しても不活化が出来ます。ただ、BSEには対応出来ないというのと、中には機能に影響を与えるものもあります。不活化剤にはメチレン・ブルー、リボフラビン、ソラレン等のものもありますが、例としてソラレンを挙げます[図6]。血小板、血漿を分離してそこにソラレンを加えてUVA照射をします。更にそれを吸着する。すると使用期限も伸びるという優れたものです。ヨーロッパでは、実際に血液センターで使われていますし、近隣のアジアでも使われていると思います。長期データ追跡が出来るように継続されています。ヨーロッパでは、非常に進んでいます。日赤でも安全対策がなされていますが、不活化の導入には200億円の費用が掛かるのではないかという心配がなされています。献血者も年々どんどん減少して、500万人を切っています[図7]。採血量も右肩下がりです。血漿の使用量もどんどん減っている状況です[図8]。こうした問題に際しまして、血液センターの集約化というのがなされて、検査では10ヵ所に集約されていますし、医療現場への影響も危惧されます。製造も50ヵ所から20ヵ所に集約化されています。やはり、医療現場においても供給が安定的に出来るのか不安ですし、医療格差に繋がる可能性があります。最後に、このヘモビジランスという部

分をお伝えします。やはり、重篤な副作用や予期せぬ事象に関して組織化されたサーベイランスを作る必要があります。ヨーロッパは進んでいます。日本では自発報告以外はなかなか上がって来ないのが実情です。アメリカでもこうしたバイオビジランスという輸血だけではない臓器移植に至るまでの監視ネットワークを作ろうとしています[図9]。そして、フェーズIが血液です。こうしたネットワークを国際的にも作っているのがアメリカで進んでいます。日本でも、こうした副作用、有害事象の総合的な解析体制を確立する必要がありますし、今まで血液センターや厚労省機構等に上がっていたものを、出来るだけ総合的な解析で出来る組織が必要で、それが医療現場や患者さんに開示されるものだと思います。最後に結論ですが、やはりこうした医療事故にも繋がるようなABO不適合輸血に関しては、新しいシステムや技術の必要性があります。そして、ウイルス、更には輸血の一番恐れる非溶血副作用の抑制のために、不活化の導入の是非を考える時期ではないかと思います。それにはヘモビジランスの構築なくして新しい安全な輸血医療の導入は出来ません。やはり、安定供給のために血液センターにおける製造・検査の合理的な運用、企業や研究機関等が支援出来る体制が望まれると思います。以上です。

[図5～7]



[図5] 米国において1970年以降導入されたスクリーニングテスト



[図6] 血小板および血漿製剤に対するソラレン(S-59)による病原体不活化



[図7] 献血者と献血量の推移

という組織が出来て、これは官でもない民でもない組織なのですが、新規の医療技術の開拓に100億円から200億円の資金調達を市場からは出来ません。国から貰わないといけなくて、要は財務省から取って来るという理屈になります。ATLの白血病ウイルスの問題を数年前にやった時も、結局世論が考えて動いて、国から一般財源として出て来て問題が解決しました。今回の肝炎問題もこれだけ話題になっていますが、実は最後の不活化技術というのは数年前に大臣の方から日赤でやりますと言っているのですが3年間位全く動いていません。これは、おそらく輸血学会と厚生労働省の二つでは私は全く解決しないと思っております。より広い分野の先生方に、いろんな形でご意見を頂きたいなと思っております。

海野信也

(北里大学医学部産科婦人科教授)

海野信也

(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。

一年前にもこのシンポジウムでお話をさせていただきました。その後も私は産科のことをずっとやっていますが、産科医療の状況は少しずつは変わって来ている。それが良い方向になっているかどうか、まだ嵐の中にいるものですから、ちょっと分からないなと思いながらいるのが今の状態です。

最初に聴衆の方には復習のようなものですが、産科はどのようなところかというご説明をいたします。日本ではお産の47%から48%を開業医が担当しています。病院という名前がつく所のお産が52%です。助産所やその他の場所でのお産は1%という状態です。今、飛び込み分娩、自宅分娩、墜落産とかが話題になっていますが、確かに現場では少し増えているようです。横浜市の消防局に伺いましたら、今年に入ってから11月までに、救急車が呼ばれてしまうような自宅分娩、墜落産、救急車の中で生まれてしまったといういわゆる車中分娩、それらが大体30件位あります。ですから、月間30件位どこかの車内で起きているというような状況となっています。日本のお産の特徴は、診療所や病院でも産婦人科医が1人から3人しかいない、非常に小規模な施設が全体の分娩取り扱い施設の70%位を占めていることです。2年前までのデータですが[図1]、全体的にこのような減り方をして2005年まできています。その後の経過を少し調査しなければいけません。調査をするのが怖いですが、更に300施設位は減っているだろうと思っています。

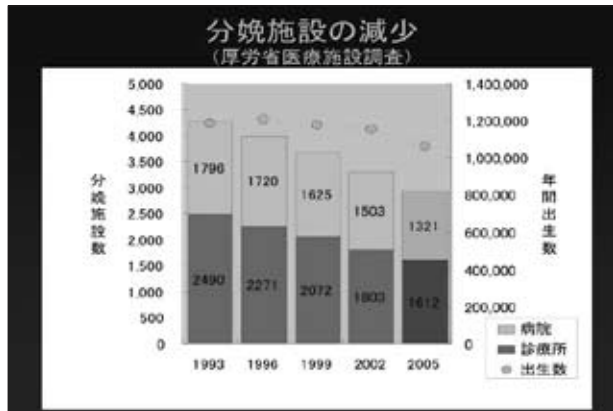
産婦人科医の数はどういう状況かと言いますと[図2]、昨年のシンポジウムでもお示ししたと思いますが、高齢層と若年層をご覧ください。高齢層の75歳前後の先生方が開業医で主にお産を担って

います。そして病院側は若年層が担っているという構造です。これは一番新しいデータなのですが2007年の9月末の段階での産婦人科学会医の年齢・性別分布です[図3]。現在50歳位以上の医師の男女比は男性が90%を占めています。45歳～50歳から下で急速に女性医師が増え男性医師が減るという現象が起きています。最近では、産婦人科医全体の数も減っているという状態です。産婦人科医の年齢別の男女比では[図4]、20代は女性が70%、30代では50%から60%位です。ですから、産婦人科医が「大変だ」と言っている、一番の原因はこの男女構成の変化です。その変化に現場の職場環境が全然対応出来ていません。今までずっと男が家庭を犠牲にして奥さんを犠牲にしながら、それでフルタイムで働いてきて支えてきた現場をこの構成でどうやって回していくのか。職場環境から変えていかなければ、どうしようもないのが現場の実情です。地域医療をどうやって支えるかという観点とは、また別の論理が一方であるということをお願いしておかなければなりません。

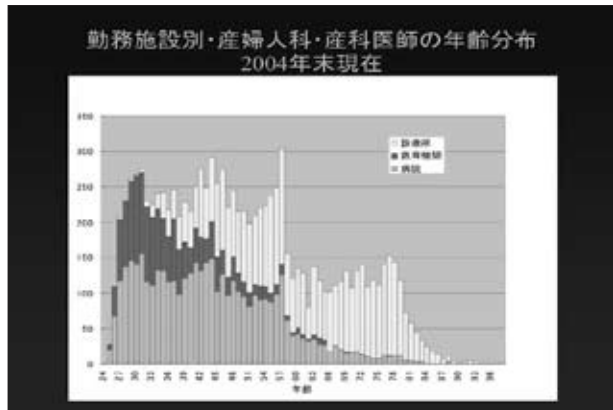
女性医師の場合、現状では10年から15年経ちますと50%の女性医師は、分娩取扱施設から撤退しています[図5]。男性医師は、80%が分娩取り扱い施設に残っています。分娩取り扱い施設以外への勤務にはがんセンターに勤めている人もいます。これから年を追うにしたがってこの差の部分が効いてきて分娩が厳しくなっていきます。新臨床研修制度になりまして、実は男性医師の割合がすごく減っています。全体数も減っているのですが、男性の割合がすごく減っているのです。さらにこの男女構成の変化が進行するのではないかとと思っています。

私が日本産科婦人科学会の担当者にな

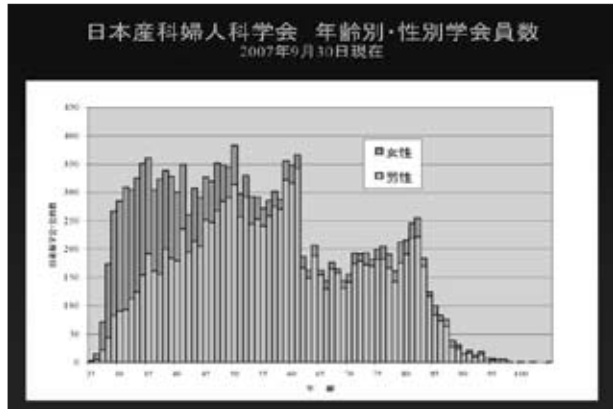
[図1～5]



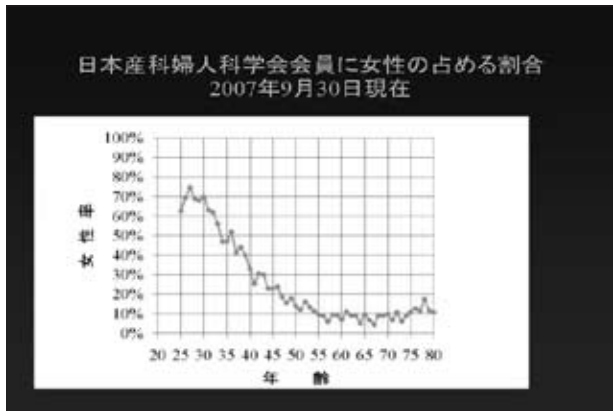
[図1] 分娩施設の減少



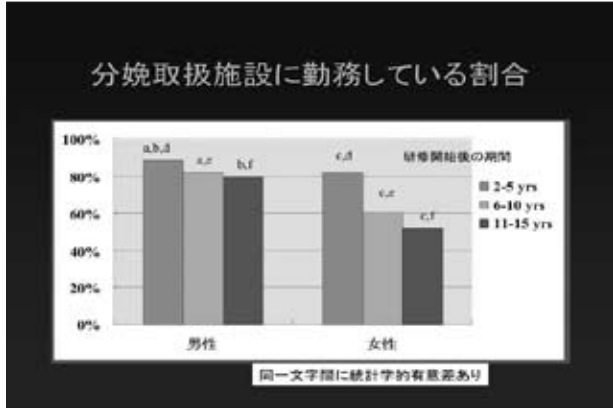
[図2] 勤務施設別・産婦人科・産科医師の年齢分布



[図3] 日本産科婦人科学会 年齢別・性別学会員数



[図4] 日本産科婦人科学会会員に女性の占める割合



[図5] 分娩取扱施設に勤務している割合

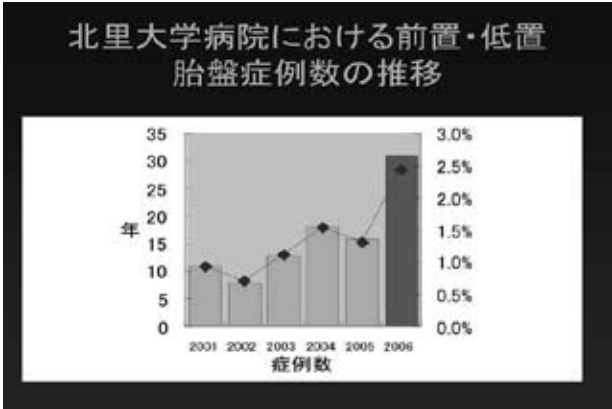
りましてちょうど2年になりました。その間起きたことを、まず振り返ってみます。2006年の段階では、大野病院、堀病院、大淀病院の事件があって、まだ公判も始まっていませんでしたし、これからどうなっていくのかもわからない状況でございました。2年前に地域医療に関する関係省庁連絡会議より「医師確保総合対策」が出まして、産科や小児科の医療資源の集約化や重点化という方針が公的病院に対して出ました。この時、我々にとって唯一の良いニュースは、産科や小児科といった診療科では勤務環境が悪化していることが原因で、医師の偏在が起きているのだということが、公的に役所の文章として明確に示されたことでした。それなら、いくら何でもお金のことも考えてくれるだろうなということになりました。集約化が始まって、確かに多少、産科医集約化のための交渉はやり易くなったと思います。地方では、先程言いましたように、1人や2人の産科医しかない分娩施設が沢山あったのですが、それらの施設から産科医3人から4人への集約化が徐々には行われてきています。ただ、普通に当直体制を組んで労働基準法をクリア出来るような人員構成にすると、産科医が8人から10人という人数が必要になります。そこまでの意味での集約化は、例えば産科医5人と5人の施設が一緒になるということです。これが実際に実現出来ている所は日本国中でも3施設位だと思います。まずはすごくプリミティブなレベルの集約化が現場で少しずつ起きているのが現状です。ただ、この少しずつの集約化でも実際には各地域で激しい反対運動が起きています。署名運動ですとか、マスコミで「安全で安心な分娩現場が～」という話で非常に叩かれているわけです。ただ、我々としては

先程言った事情がございますので、集約化していかないと一時的には耐えられたとしても数年後には無理ですよということなのです。

大野病院事件の裁判に関しては、周産期医療の崩壊をくい止める会をはじめ、大変ご尽力いただいているのですが、その件は今進んでいるということでそれといたしまして、産科の現場でどのような影響が起きているのかということをお話します。特に大野病院もそうだったので、産科医一人や二人でやっている地方病院や診療所で働いている先生達に対する圧迫は非常に大きなものがございます。去年からどの位の病院がお産を止めているのか、これはもちろん大野病院事件がなくても、半分位はお産を止めていると思いますが、影響は間違いなくあります。今まで、普通に、前置胎盤の症例

などに対応していた一般の病院がほとんど前置胎盤症例を担当しなくなりました。その結果として[図6]、私の病院の2006年の前置胎盤の症例は以前の何と2倍に増えました。これはうちの病院近辺だけなのかと思いましたがいろいろ聞いてみたのですが、東大病院も、自治医大病院も倍に増えています。ですから、そういう形で症例のシフト、現場がやらなくなったことが如実に表れています。前置胎盤だけではなくて、少しでもリスクのある症例に関しては同じ傾向になっています。そして、リスクが中等度の症例でも三次施設に紹介されるような状況になったのです。基本的にリスクがある症例を一次施設がとらなくなり、二次施設もとらなくなり、リスク回避の方向になっています。その結果として周産期センターに症例が集中し、周産期センターでも緊急時

[図6]



[図6] 北里大学病院における前置・低置胎盤症例数の推移

の受け入れが出来ないという状況が現場で如実に起きています。

堀病院事件は、看護師の内診問題でずっと問題になっていたのですが、一応棚上げとなっていて厚労省では解決したということになっています。解決したと言われても産科開業医の立場から見ると全然スッキリしていません。ですので、こんな面倒くさいことではやってられないと言ってまた開業医が辞めていくという現象が起きています。私は、ただ単に現象を述べています。現場の感覚から言いますと、厚労省の言うことはコロコロ変わります。医政局の中でも話が違いますので、結局看護課が言っていることと医政局が全体として言っていることが違うのではないかと皆が全然納得出来ない状況がずっと続いていました。そして、法律の欠陥があります。最終的には日本医師会と産婦人科医会と看護協会も含めて政治決着をしました。それによって、現場の混乱は続いているという状況にあります。結果として助産師が雇用出来ないと産科開業は難しくなっています。新規で開業するというのは一応ベンチャービジネスのようなものですから、ただでさえ足りなくて職場はいくらでもある助産師さんはなかなか一緒にやってくれません。これまで新規開業の開業医は、ほとんど助産師がいない所で始めてそれで少しずつ育てて雇っていくことをやってきました。今ではこれまで以上に開業障壁が高まっているということが言えます。ですので、分娩場所を確保するのが難しいということになっています。

大淀病院のことがありまして、三次医療の問題は後で申し上げますが、その後は一応問題は出尽くしたかなということいろいろな対策が、無過失補償ですとか医療関連死の問題とかいろいろな対策が

出て来ています。そしたら、8月にやはり奈良で未受診妊婦死産事例というものが発生しました。これはご存知だと思いますけど、未受診妊婦さんがお腹が痛くて切迫流産事例として奈良救急隊を呼んで搬送先を探したのですが、それに時間が掛かって結局隣の大阪府に搬送途中に交通事故がたまたま起きてしまったということです。このことは、たらい回しとして集中豪雨的報道が起きました。

二つの奈良の事例は、最初の大淀病院の事例はその症例自体がどうかということとは別にして、報道の中心はたらい回しです。周産期救急の特に三次救急体制の機能不全と申し上げることが出来ます。背景に奈良県内の高次周産期医療機関の収容能力が明らかに不足しているという問題があります。そのため長年大阪に頼るような形での運用が行われていました。そしてずっと大阪に頼っていたくせに、その頼る頼り方のシステムが非常に効率が悪いのです。その場しのぎのことがずっと行われてきたのでいざという時に対応しきれない部分が出て来てしまったというのが大淀病院の事例です。

今回の8月の事例はまた少し違っていて一次救急体制の問題です。要するに患者さんが救急車を呼んでそれがどこへ行くのかということが決まりません。一般の方は簡単に受け入れ先が決まってしまうのですが、現場は実際にはそうではなく、産婦人科に限らずほとんどの科の症例に関して、その時その時で救急対応してくれる病院に救急隊の側から頼んで受けてもらっているのが今の仕組みです。

三次救急に話が戻りますが、三次救急のいわゆる施設間の母体搬送に関して今の周産期医療対策事業に基づいた都道府県で作っている周産期医療システムです

と、とにかく都道府県内で何とか決着出来るように場所を見つけていこうというのが基本原則になっています。それ以上のことは何も決まっていません。そういう意味で県内施設が受け入れられているかどうかが三次救急の一つの目安になると思います。丸のついている所[図7]はとにかく結果的に25道県ということになりますけど、受け入れていますということを周産期センターが答えています。それに対して答えられないという所は、要するに県内だけでは無理ですので他の県の施設に頼んでいるというのが首都圏、近畿圏、北九州圏という形です。考えてみましたら、北海道や沖縄の症例を地域外に運ぶのは非常に難しいと現実には思いますので、それはとにかくその場で必死にやっていると思います。それぞれの地域に関して地域差がかなりあります。要するに、周産期医療対策事業として上手く機能して目標が達成出来ている地域と、どうしても今の枠内では無理だという地域があります。今回奈良の事例の後、集中豪雨的な報道がありましたが、うちの地域でもこのようなことがあったという形での報道で私が見つけた範囲は大体このような所です[図8]。首都圏や近畿圏でそういう現象が報告されています。重なれば明らかです。

2007年10月26日に発表された消防庁での全国救急隊からの産科・周産期搬送症例の調査の報告です。こんなに大騒ぎしていますけど、実際に救急隊が患者さんを運んでいる数は年間480万人おられます。その中で、産科・周産期搬送の症例は4万例です。0.8%というような対象が今問題になっています。ですので、少し大騒ぎしすぎではないかという気がしないわけでもありません。しかも、その中の半分は先程の母体搬送です。要する

[図7～9]



図7) 母体搬送を(道)県内施設が受け入れることにしている地域



図8) 2007年9月前半までに産科一次救急受入問題が報道された地域

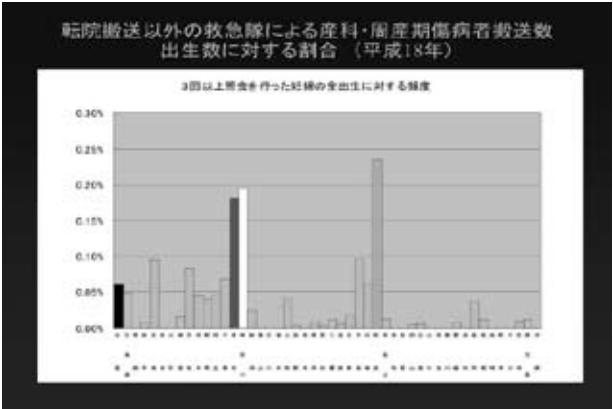


図9) 転院搬送以外の救急隊による産科・周産期傷病者搬送数出生数に対する割合(平成18年)

に施設間で予め運び先が決まっていでの搬送が半分です。実際に救急隊が患者さんから呼ばれてそれから探しているというケースは、1.8万人位の数になります。ただ、救急隊の人に実際に伺いますとやはり「搬送先を見つけるのがすごく大変です」と言われます。搬送先を探すのが一番大変な科は二つありまして、一つは精神科でもう一つは産科です。精神科は精神科で問題があるでしょうけど、産科には確かに問題があることは間違いありません。

どこの地域で問題が多いのか見てみます。三回以上病院を探さないと見つからなかったというケースの出生数に対する割合を示したグラフです[図9]。そうしますと、一番多いのがやはり奈良です。二番目に多いのが私がいる神奈川でして、三番目が東京です。これは、かなり地域差があって一次救急を受け入れられる余裕と言いますか、その辺の問題が背景にはあるのだと思います。ただ、あまり奈良の悪口は言えませんので、神奈川県がなぜ多いのか調べました。そして、いろいろ考えてみますと、一つには休日当番医制度の一次救急システムがないことが挙げられます。無いからその場で救急隊が探さないといけないですし、逆に無いので患者さんも救急車を呼ばないといけません。そういう事情があります。これはしかし、日本全国ほとんどそうなので神奈川県だけの問題ではないのかもしれませんが、あとは、今お産をやっていない開業医の先生をビル診とかいろいろ言いますが、そういう先生が多いです。そうすると、その先生達は夜には帰ってしまいます。休みの日はいません。連絡が取れません。そうしますと、こういう施設で妊婦健診を受けている方は行き先が無いのです。夜になるとかかりつけ医の

いない未受診状態になってしまいます。本当は、これは良くありません。本当は、妊婦健診をやっている施設は夜中も必ず連絡出来るようにせよというように我々も神奈川県産婦人科医会もそういう通達を出しているのですが、みんな守ってくれません。それから、経済的問題等で未受診になっている人が多いような気がします。実際に受けている立場から言いますと、確信犯的に最初から医療機関は当てにしないと云いますか、どういう考え方だか私には理解出来ません。それで、救急車を呼ぶのが当然と思っているような行動を取られる方もいます。そういうのが今の現状でございます。

この2年を考えると、そのようなことでいろいろと苦しい状況が続いてきました。政府はいろいろと対策をやってくださいました。後程お話があると思いますが無過失補償制度です。診療行為に対する死因究明についても後でお話があると思います。

緊急医師確保対策は5月から8月にかけて具体策が出されました。これについてのお話を少しさせていただきたいと思っています。まず、緊急臨時的医師派遣システムを作り出すと言って今始めました。ただ、これは実際に誰が行かされているかを考えると、一つは若い先生が行けと言われて行っている事例をいくつも聞きます。これでは派遣された医師はまた戻ってしまいます。緊急派遣だから仕方ないのかもしれませんが、これによって地域の医師不足と言いますか病院が非常に困っている状況が中期的に解決する可能性は全然ありません。これをやっているのは先程申し上げた集約化とは全く逆向きの現象です。集約化をするということは、それぞれの地域で集約する病院と集約しない病院を決めて、集約しない

病院は集約する病院の医師が多くなった時にサポートするというのが考え方です。実際には、例えば本来は集約化して人を5、6人置きたい病院が、仕方ないから一人送るという現実がありますので、非常に厳しい状況になります。

今述べたことが政府の六つの緊急医師確保対策の一つで、他の五つについてこれからお話しします。病院の勤務医の過重労働を解消するために勤務環境を整備するということですが、現場の医師にしてみると少なくとも過重労働をしていることに対する評価というものは全然してくれていません。超過勤務手当を付けろと言いたいのですが、それをしないで医療秘書のためのお金をつけるというのは少し話が違うのではないかというのが現場の気持ちです。女性医師に関してはやればやっただけの効果はあると思いますので働きやすい職場環境の整備は良いと思います。研修医の定員の見直しに関しては最初からやり方が間違っていたと思います。私は、日本全国に医大を作ってそれぞれの地域でそれなりに人を育てていこうという考え方で国はやってきたのだと思いますが、そこで育てた研修医達を全国統一マッチング制度でやったら、そういう形で地域医療を育てていこうという観点とは全く逆向きの考え方になるかと思っています。現実にはそうなっていると思います。医療リスクに対する支援体制は先程やっていたいただいたので、またこれでいろいろご検討いただけたと思います。一番文句がありますのは、地域枠、診療科枠ということです。地域枠は先程の地域医療の研修制度のしくじりを何とか逆戻しするために一つの手段としてはあるのかもしれませんが。診療科枠は、今医学部の定員を増やそうということで5人ずつ各都道府県で増やす話と、定員の少な

い横浜市大と和歌山県立医大に関してはプラス20人の定員にするという話があります。地域枠はそれに当然入ってくるのですが、診療科枠を加えるような話がございます。高校を卒業して医学部に入る時に「お前は産婦人科に入りなさい」という誓約書を書かせる誓約書案が横浜市大で検討されています。それは良いのでしょうか?我々は医師になって考えますと医学生の人に自分がどの科に行きたいか一生懸命考えていても分からなくて、それで必死になってやっとそれで決めているのが現実です。それで全然向いていない奴を産婦人科医にしても良いのかなという気がしますし、枠を決めると成績の下位に順位がありますので我々としては非常に辛いです。でも、来ないよりは良いです。

産婦人科学会の今の作戦を申し上げて終わりますが、制度問題に関しては、この協議会も含めて去年一応話がまとまったのだと私は思っています。当面は、病院勤務医の過重勤務に対する正当な評価と開業障壁の軽減ということを優先課題にしようということでやってきています。やっていることは、産科救急・ハイリスク妊婦分娩管理に関連する診療報酬の大幅な引き上げということをお願いして、中医協でOKをもらいました。それを財源として病院に時間外救急対応手当、時間外手術手当、時間外分娩手当の支給を求めています。ただ、病院は赤字ですから、そうやって多少お金が入ったとしてもそのように使ってくれない可能性が十分ありますので、一応県と自治体にそれをサポートするような補助をしてくれるような話の流れで進んで来ております。中医協は一応今ウンと言っているんですけど、利益が上がっていなければ仕方ないですが、分娩取り扱い施設の事業税の免除を

厚労省が財務省と交渉してくれるような話がございます。病床規制も少し緩めてやろうという話がございます。しかし、問題は実際に病院でそれが出来るのかということです。そこは我々が現場でやらなければ仕方ないです。これから現場でストライキするしかないかもしれませんが、その手当てをつける運動を学会としてもやっていきたいと思っています。以上です。

伊藤恒敏

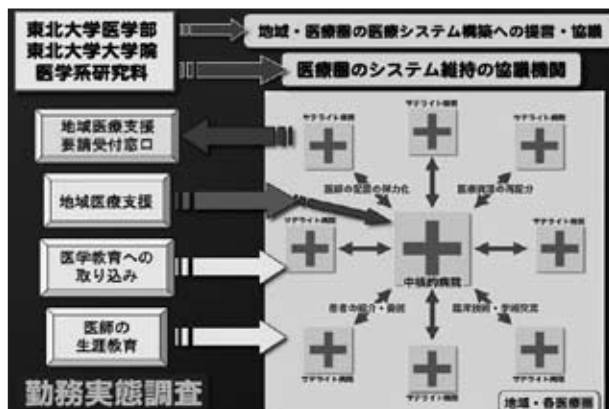
(東北大学地域医療システム学教授)

この3年間位、医師不足問題にずっと取り組んでまいりました。2006年の2月位から「マグネットホスピタル」という言葉を使い、この言葉で我々の考えを何とか皆さんに理解してもらえないだろうかと考えています。

私は東北大学で解剖学の教授をしているのですが、3年半位前に北海道から始まった医師の名義貸し問題、その後の研究助成金問題で東北大は非常に叩かれました。首都圏や近畿圏の大学と違い構図が非常に分かり易くなっていますので、東北大が悪いということでもかなり叩かれたのだと思います。今から思いますと、これはこういう問題以前に、もっと深刻に実は地域に医師不足があって、それがこういう症状として出て来たと理解出来ると思います。その時に調査委員会などの問題を後ろ向きに検討する委員会も作ったのですが、地域医療をどうするか、前向きに考えないことには問題は解決しないだろうということになり、私が雑務を担当して半年位の作業を行いました。

地域のシステムを変えてもらう必要があるという結論が出て、地域と継続的に協議した上で、大学が持っていた医局の医師派遣機能を外から見える形に一本化しました。さらに、後からデータが出て来ますが、無限に人がいるわけではないので、中核的病院に重点的に医師派遣することにして、後は大学ですから医学教育へ地域医療をどうやって取り込んでいくのか、あるいは地域に出ているお医者さんに対する生涯教育をサポートし地域を助けるということで、提言をまとめました[図1]。その時、一緒に勤務実態調査を行い、我々がどれだけ地域医療に貢献していたか、医局をやっていたために今まで見えなかったことを調べて最終答申にまとめました。その後、学内の予算でシンポジウムを開催し、内容を東北大学出版会というあまりセールスをしてくれない出版会社から『地域医療システム構築—東北大学医学部の取り組み—』という本として出しました。提言はたいがい出しっ放しで終わりです。それなら本屋

[図1]



[図1] 勤務実態調査

伊藤恒敏

(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年から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。

で売れる形にして皆さんに見てもらって、出した提言を大学としてどれだけ責任を持ってフォローしているのか見守ってもらいたいと、独断で出版しました。

本が出た時点で、今度は予算が取れると大学の執行部は考えまして、文部科学省に交渉して地域医療教育開発センターというものを付けてもらいました。これは、3年プロジェクトで2007年度が最終年度です。ここは、学部学生に対する地域医療体験プログラムを企画・実行して、あとは医師の生涯教育を行って、さらにITを利用して地域に出ているお医者さんに対する機会の提供や素材の提供をやっています。今日皆さんに一枚の紙をお渡ししましたが、<http://edclom.med.tohoku.ac.jp/>にアクセスしていただければ、例えば今日の私の資料全体がPDFでダウンロード出来ますので是非やってみていただきたいと思います。

生涯教育は昨年一年間で8回位やりました。やると非常に大変だということが分かりました。実は執行部が県にもう一つ同じネタで申請をして私はかなり怒りました。文科省は教育を中心にやりなさいということで、県は地域医療の提供体制をどうするかということをやってくれということで同じ額のお金が付きました。3年プロジェクトで今年が最終年度です。地域医療の現状を調査して研究をして、地域に戻して提言するというをやっています。それで、シンポジウムをやりました。シンポジウムは一回目の東北6大学のシンポジウムを一応記録として出しています。二回目、三回目、四回目の分は来年二月にもう一つ刊行予定です。そのような基盤の中でいろいろ研究をさせていただくことが出来るような体制になり調査を進めていくと、実は日本は非常に医師が足りないという現状にぶち当

りました。

これ[図2]は、皆さんよく御存知のOECDのデータで日本はOECD加盟国全体の三分の二です。さらに、病床当たりの医師数、看護師数を見ても日本は医師数は最低で看護師数は下から三番目です[図3]。そして、非常に忙しく足りない医師数で頑張っているという状態です。このデータを出すと必ず日本に病床が多いからだという批判をされます。ところが、これは済生会宇都宮病院の中澤先生のデータですが[図4]、日本は確かに病床数で見ると欧米の各国と比べて非常に病床数は多いです。ところが、アメリカやイギリスなどみんなそうですが、実は急性から慢性の患者さんはみんなナースিংホームに移されます。これが、日本の病院とほぼ同じ機能があります。この数を入れるとほぼ同じになるという事態があるわけです。これは、中澤先生だけではなくて、近藤克則先生の『医療費抑制の時代』を超えて」にも出ていますし、愈柄匡さんの「改革のための医療経済学」にもしっかり出ています。近藤先生の本はイギリスについて書いてあり、愈柄匡さんの本はアメリカについて書いてあります。さらに日本では、病弱高齢者が5％から6％います。そして、必ず各国にも同じ位います。しかし、この人達を扱う施設が日本には充実していないので、病院で扱わざるをえません。こういうことがあって、病床が多くなっていると言いますか、このナースিংホームはホームですからホスピタルではないのでカウントの時に統計数値として病床ではないというだけです。

私は大学にいますので、実は大学の教員数も非常に格差があります。東大はもっと多いのですが、東北大は全体で600人の学部学生、そして同じ数位の大学院

生がいて、全体で440人位しか今は教員がいません。全国平均でもっと少ない所もあります。ところが、イギリスのオックスフォード、スタンフォード、イエール、デューク、そしてハーバードとワシントン州立大学は少し格別ですが大体1,200人位のスタッフがいます。教授の数を比べただけでも200人から300人います。これだけ少ない所で研究、教育、診療、それから地域医療までやれということになっています。これを、ざっと荒っぽい計算ですがグローバルスタンダードで1,200人位というようにしますと、もっと少ない日本の平均数ですから医学部の教員数だけで、あと6万人以上足りないということになります。

さらに、これはどちらも厚生労働省のデータなのですが、2002年のデータで医師調査というものをやっています。これは皆さん御存知だと思います。総数が26万人で、施設従事者が25万人です。これは、2年に一回やる戸籍調査みたいなものです。同様に病院報告・医療施設調査という、病院にどれだけの医師が張り付いて働いているかという調査があります。これをやりますと、総数が29万人と出ます。医師調査の施設従事者は25万人しかいないのに、病院報告・医療施設調査では29万人と出ます。非常勤を常勤換算でやっている所が4万8千人位いますから、大体この数位足りないのです。東北大学の金村政輝准教授が調べたところ[図5]、90年から何と4万6千人、96年に4万7千人、2002年に4万人足りないということが続いています。これだけの数が違うということは単純に調査漏れでは片付きません。

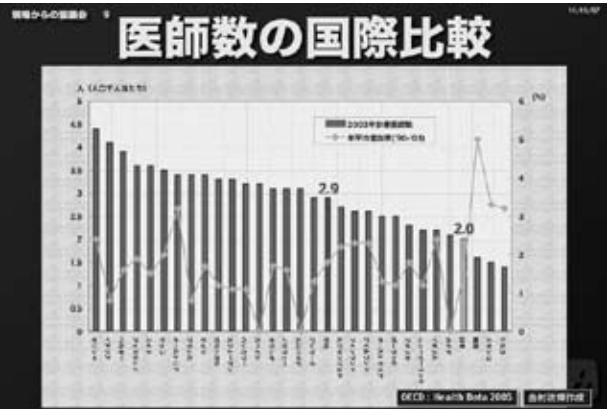
さらに、先程海野先生のお話にもありましたが、非常に過酷な労働時間というものがあるって、これは2006年に大阪府

医師会が出した数値です。全体の平均が64時間です。同じような数値があります。これは、医師の需給に関する検討会で長谷川先生が出したデータで、常勤医師で一週間で66時間です。これも非常に荒っぽい計算をします。山田先生は48時間と言っていますが、この際厳密に40時間労働ということにして、勤務医総数が大体16万人ですから、この64時間を40時間に強制的に直しますと10万人足りません。そのような数が出て来ます。

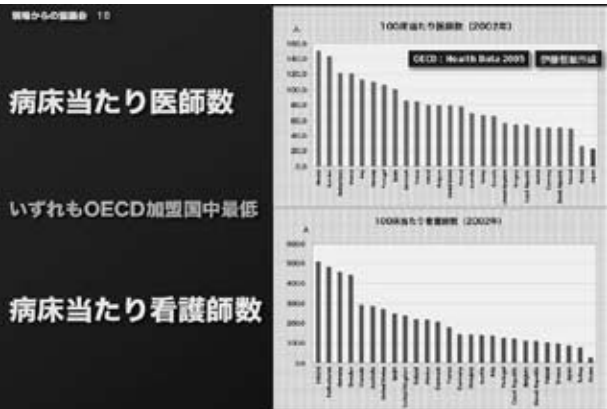
さらに、これはなかなかデータに出来ないことですが、医療技術が高度化してきますと、治療に当たる医師が集約化されてきます。そうすると、当然診察に当たる医師が少なくなってきます。そして、相対的な医師不足が起こってきます。それから、インフォームド・コンセントその他で患者さんにしっかり説明しなさいと言われると、同じような医師不足が出て来ます。これはなかなか直接データが取れないのですが、東北大学の金村准教授が年代別に見た75年から2004年までの医師数を取りました[図6]。総数は確かに増えています。増えていますが病院の医師数と診療所の医師数を分けて考えますと、診療所の医師数はそれ程大きな増加にはなっていません。ほとんど病院に吸収されているわけです。これは先程言いましたように治療の高度化、先進化が進むと病院に張り付く医師が非常に必要になってくるというデータです。そして、それを裏付けしてくれるデータだと思います。

さらに、女性医師の問題があって、今は17％です。卒業時点で40％に近づく位になっています[図7]。これは先程の長谷川先生のデータの報告の中に出て来る医師の就業率のデータです[図8]。男性と女性で免許取得後の年数が出ていま

[図2～4]



[図2] 医師数の国際比較



[図3] 病床当たり医師数・看護師数



[図4] 日本の病床数は本当に多いか

[図5～10]



図5) 医師調査と医療施設調査・病院報告との乖離



図6) 医師数年次変化：年代別

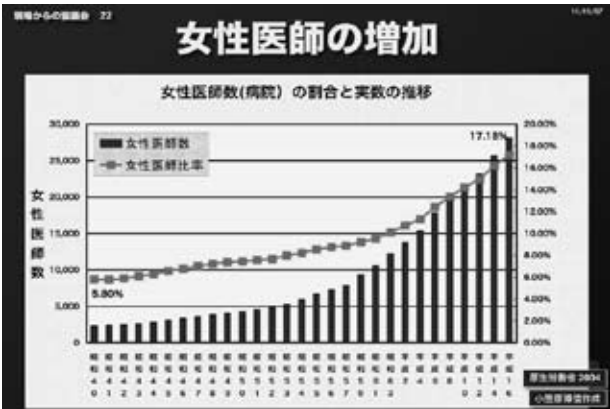


図7) 女性医師の増加

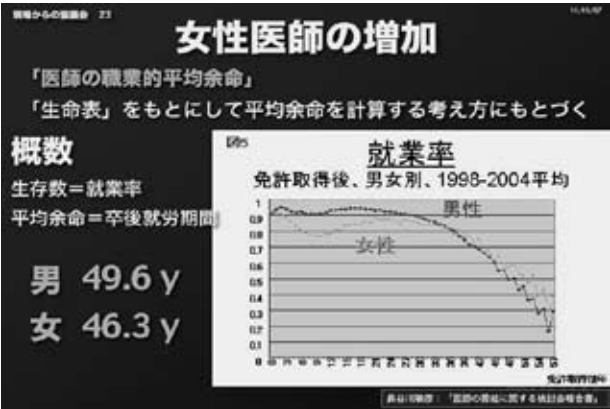


図8) 女性医師の就業率



図9) 医師充足状況



図10) 東北大学からの赴任状況と病院：3年間の合計

す。ひっくり返して90度傾けてくれれば生命表と見なすことが出来ます。就業率から医師の職業的な平均余命を出すことが出来ます。そうしますと、男性が50年で女性が46.3年というように減ります。その理由は、卒業後10年位の所で御存知のように妊娠、出産、子育てで病院を出ないといけません。それで、減るわけです。これで、7%労働力としては減少ということになります。

もう一つ、先程の大阪府医師会のデータがあります。あれは、男性が一週間で66.7時間で、女性はいろんなことがあって一週間で57時間です。これでやりますと、14%位の減です。そして、長谷川先生のデータと大阪府のデータを合わせると20%減になります。差別とかそういうことは別に、労働力として女性は男性の現時点では20%減ですからこれはどうしようもありません。またなかなかそういうことは言えないのですが、やはり男女には生物学的な体力差があります。端的に陸上競技の記録を見ますと、大体男性の9割位の体力だということが分かります。ですから、こういうことも含めて女性医師が今2万7千人位います。しかし、この数は男性と比べて20%減ですから女性が増えてきたら数で調整してくれないと、やっぱり現場では非常に大変な思いになるのです。そこを全く考慮されていないというのが実状です。さらに、日本では医師が何でもやらないといけません。今、だんだん病棟クラークというものが導入されるようになりましたが、欧米で見ますと患者記録でさえディクテーションしています。そういう職種の展開と言いますか開発してもらう必要があります。

私は医師不足は絶対数が足りないということをずっと言ってきました。ところ

が、国をはじめ一部の人達は地域偏在だと言います。確かに、格差があることは確かです。二次医療圏という括りで全国を政令指定都市とそれ以外で分けますと、政令指定都市は東京も含めて人口10万人に対する医師数が255人です。それ以外ですと175人ですから、ここで格差があるのは確かです。ところが、この255人というのは思い出していただきたいのですが、先程のOECDの平均の290人よりも少ないのです。したがって、日本は医師密集地域ですら、OECDの加盟国の平均以下だということをよく噛み締めていただきたいです。ですから、日本は全国で医師不足です。その状況証拠のもう一つは、病院を一つのユニットとして考えて、どれだけの病院が医師充足しているかというデータです[図9]。これは厚労省のデータですが、最も非常勤も含めて医師が病院当たりで充足しているのが大阪府で、96.2%の病院が充足しています。ところが、これは非常勤込みの話です。常勤だけでいくと大阪府で35%です。東京も60%位でそうとう低い数字のはずです。東北地方は非常に悲惨な状況です。だから、日本中でとにかく医師が足りません。私は、ではどうしたら良いのか考えました。もう簡単な話で、医師を増やせということです。これしかありません。これは、国でやってくれないと話にならないことなので、絶対にやってもらいたいです。ただ、医師を増やせというと、今すぐに増えないだろうと必ず言われます。ですので、その間に医師が足りない医療圏に今からお話する「マグネットホスピタル」を作って欲しいのです。さらに、ハードを作っただけでは、なかなか上手くいっていない例も沢山ありますので、医師育成機構を含めて考えて医師配置を上手く組み合わせてやって

欲しいと思います。

医師が足りないというのは、どれ位増やしたら良いのかですが、今各県に5人ずつという厚労省の意見が出ていますが、私も何人増やしたら良いのか分かりません。なぜならば、何もデータがありません。適正医師数はどれ位にすべきかと考える基盤データをまるで出されていませんので、当面OECDの平均まで上げて下さい。それは10年位掛かるでしょう。その間に、データを出していただいて研究をさせて下さい。そしたら、10年位あったら何とか数値が出ます。その上で、微調整をすれば良いと思います。

その10年の間何もしないでいるわけにはいけないので、医師が足りない医療圏にこそマグネットホスピタルを作って欲しいと思います。これは、人口20万人位の一つです。このマグネットホスピタルは何かと言いますと、実は先程の勤務実態調査で、我々の所でやりました2000年から2002年の少し古いデータですが[図10]、そこで、大学から直接病院にどれだけの医師が赴任したかというデータを取りました。これは、研修指定病院と研修指定ではない病院で区別してデータを取りました。これは東北6県のデータです。研修指定病院の平均病床数が500位。そうではない所が160位です。そして、研修指定病院には一つ当たり三年間で27人行きました。研修指定ではない病院には三年間で1.8人しか行っていません。病床数と人を派遣された医師の数では、比例しません[図11]。500床の所に非常によく行っているということが分かります。これを今度は、派遣された医師数で病院を分類し直します。反対のデータを取ります。そうしますと、やはり20人以上行く病院は476床位の平均病床数です。ここには一年間で、15人

[図11～13]



[図11] 東北大学からの赴任状況と病院 赴任医師数による病院の分類



[図12] マグネットホスピタルが医療圏にないと...



[図13] 医師は卒後、15-20年で自分のFinal Carrierを決める

位行っているということが分かります。したがって、500床位の病院は非常に若い医師が集まります。こういう病院をマグネットホスピタルと言ったら良いのではないかと思います。アメリカの看護協会は非常に看護師数が足りなくなっているのですが、その看護協会では、労働環境が非常によく整備されている病院が看護師を引きつけているということでマグネットホスピタルと認定して、そこで重点的に看護師を養成するという政策をやっています。これは日本で中核的病院と申し上げる概念を表すのに非常に良いということで、この500床前後で、医師が70人以上いて、教育環境が整っていて、労働環境も整って、三次救急も出来るというマグネットホスピタルと呼び、人口20万人に対して一つ作って欲しいです。最大の目的は、バラバラに病院が設置されて医師が足りなくなっている医療圏に医師を全体として集めます。現実には御存知のように200床から300床の病院には、ほとんど医師が行きません。行かなくて苦労しています。

マグネットホスピタルが無いとどうなるかと言いますと、一つの例です[図12]。これは日経メディカルの今年の一月号の記事です。北播磨医療圏で、ここは6の市町村があります。人口は30万人です。全体の病床数を合わせると1,700床以上あります。ところが、最大の病院が三木市の病院で323床です。こういう地域がバラバラで200床から300床位の病院しかないのが、医療崩壊になってしまっています。そういう所です。だから、こういう所こそ500床から600床位の大きな病院を作って、そこできちっと教育も出来、皆が働きやすいという病院を作ってくれば医師が逃げなくて済むものという例です。

こういう言葉を盛んに言って歩きましたら、厚労省にバクられました。実は2006年の9月に東北医師会連合会という所でシンポジウムがあって、医政局の総務課長の二川さんと私がスピーカーになってお話をしました。その時に、二川さんは私にデータを欲しいと言いましたので全部差し上げました。そうしたら、12月に何の断りもなくバクられました。ついこの前の10月31日に全国審議会の議長会の地域医療セミナーというものがあって、たまたまた二川さんと一緒になりました。それで、控え室で「先生、良い言葉がありますので先生の言葉を借りてしまいました。」それだけです。

そのようなマグネットホスピタルを作っていた上で今度は何をして欲しいかと言いますと包括的医師養成機構を作っていただきたいです。これは、病院を作ればそこに集まります。だけど、それだけでは困るわけで、周辺の病院にどうやって有機的に医師を派遣するのかという問題が生じます。それを、長期的視点に立った医師育成機構を地域全体で作って欲しいというのが我々の願望です。大学医学部、病院群、病院間の医師の異動を保障するという意味で行政の三つが一緒になって作って欲しいです。私たちが調査をした時のデータで東北大学の卒業生の動向を考えてみました[図13]。卒業後の年数ごとに、働いている場所、キャリアをプロットしました。そうすると、20年位を境にしてそれぞれの線が交わらなくなることが分かりました。これは、結局ファイナルキャリアを決めるのに大体20年位掛かっているということです。しかし、考えてみれば医師だけではなくて、大体どんな職種でも40歳から50歳位で自分の行く末を大体見極めてどう生きていくか考えるわけです。この年齢ま

での、15年から20年位を「育てる」という観点で医師の配置を考えて欲しいです。今、辺鄙な僻地に行けと言われた時に、働いている病院を退職して僻地の病院に就職する場合がほとんどです。ですから、後で帰って来れるかどうか心配して行かないわけです。医師の病院間の異動を県など行政が入って保証してくれれば皆は行って戻ってくるのではないかと思います。

地域でいろいろ話していると、行政というものは全く動きません。私たちからすると、座して死を待つだけみたいなことです。そして、彼らは提案しません。私たちが提案を続けるとそれを拒否します。それで、不作為のままです。確実に共倒れになります。だから、困った時こそ基本に立ち返る、混乱している時こそ正論に耳を傾けるということをしてビジョンを持って問題に立ち向かうべきではないかというのが私の考えです。非常に大変です。大変ですけれども、ビジョンを持たなければ医療をどうするかという解決策も出て来ないのではないかと思います。どうもありがとうございました。

伊藤恒敏

(東北大学地域医療システム学教授)

海野信也

(北里大学医学部産科婦人科教授)

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)

田谷 聡

(たたに・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。

伊藤恒敏

※P.115参照

海野信也

※P.108参照

鈴木 寛

※P.44参照

司会 (鈴木寛) session5の討論を始め

ていきたいと思います。まずは、海野先生と伊藤先生どうもお疲れ様でした。

それでは、先生をご紹介します。田谷聡先生です。大学卒業後、自治省に入省されて救急医療や地域医療のことを担当されて、今は一橋大学で教鞭を執られています。それから、山田憲彦先生です。現在は、防衛医科大学校で防衛医学の教授をされています。本日はよろしくお願いします。

後で産科の話と地域医療の不足の話は分けますが、まずは田谷先生から海野先生と伊藤先生のご発表に対するコメントでも結構ですし、あるいは更に追加的な情報でも結構ですので救急医療、産科医療、地域医療の辺のフィールドにおける医師問題や医療提供問題について補足と申しますかコメントをいただければと思います。

田谷 冷や汗ばかりかき通しの行政出身の田谷です。実は私は、救急医療と申しまして、消防庁の方で救急搬送の制度の企画立案に長く携わっていました。ですので、医師不足問題が消防機関の救急隊にとってどのような課題になっているかという観点から少しお話を聞かせていただきました。実は、これは宣伝になりますけど毎年2月頃に大都市の持ち回りで救急隊シンポジウムという3,000人位集まるシンポジウムをしています。主に、救急医療のドクターが中心なのですが、ご参加い

ただいたりご指導いただいたりしております。私も、一昨年、昨年とそちらに出かけて行きましたが、20から30位の大小様々なセッションがあるので、非常に小さなセッションだったのですが産科と精神の救急についてのセッションへの関心が非常に強かったです。先程、海野先生のお話にもありましたように、実際に全体の救急搬送が500万件あるのですが、その中で転院搬送が9%です。ところが、産科の場合は転院搬送が半数を超えますから当然転院搬送中に車中分娩することが多いです。成人の場合の処置は慣れています、新生児の蘇生の場合は関心は深くても救急隊は不安を持って行っています。他方では、5割弱ですが行き先が決まらない産科あるいは小児科については、皆さんがよくご存知のような状況で、救急隊員があちこちぐるぐる回りながら時間ばかりが過ぎていくという状況です。実は、消防で出来る限りのこともやってきました。最終的には海野先生や伊藤先生が仰ったように受け入れ医療体制の整備が中心だと思います。実は、一般職の地方公務員はこの厳しい時代ですから、平成7年以降純減傾向にあります。ただ、救急については市町村長も爪に火を点すように他の分野の職員を減らしてそれを救急隊に回してくれていますから、わずかですが10年間で1割弱位隊員数を増やすことが出来ています。ところが、その一方で先程私が言いましたよ

うに救急の要請が非常にありまして、その要請に対してとても供給が追いつきません。そのような中でやっています。また、お時間がございましたら、今新しい活動をしておりますのでそれについて詳しくご説明したいなと思います。いずれにしても、出来るだけ早く医療受け入れ体制が進むことを消防サイドでも切に願っています。

司会 (鈴木寛) 田谷先生ありがとうございます。それでは、山田先生よろしくお願いします。コメントでも結構ですし、逆に言いますとこういう論点が抜けているのではないかとか、あるいは防衛庁の体制でこのような可能性があるということも少し投げかけていただければありがたいと思います。

山田 防衛医大の山田です。どうぞよろしくお願いします。私は、阪神淡路大震災以降、特に災害に関することを防衛省や防衛医科大学校の方でやらせていただいております。このシンポジウムとの接点をご説明するには少し時間があるかとは思っていますが、少し聞いていただければご理解いただけるのではないかと思います。阪神淡路大震災の時には6,000名位の方が亡くなりました。その中の400人から500人の方は通常レベルの救助もしくは、救急医療対応が出来ればもしかしたら亡くならなかったのではないかとことで、防ぎ得た死という

ことで「プリベントブル・デス」と呼んでいます。この問題にどのように対応するかを考えた時に、当時阪神淡路大震災で被災地が孤立して道路が全て崩壊をしているという状況で、例えば少なくとも数百人の緊急手術を必要として亡くなる可能性がある方がいたにも関わらず、初日に神戸から大阪にヘリコプターで搬送したのはたったの一例です。名古屋でも東京でも集中治療室でそういう方に対してそういう意味での対応は全く出来ませんでした。こういう問題をどうするかということについて防衛省であったり、厚労省の先生達といろいろ議論している中から広域搬送という考え方が出て来ました。今では例えば東海地震などの大きな地震が起こった時には、上手くいくかは別ですが、被災地の中では診れない患者さんを被災していない大都市の高度医療圏に運ぶという考え方がだんだんと整備されつつあります。それにずっと携わってきたというのが私の一つの経歴です。

その計画の姿がだんだん見えるにつれて、むしろ災害時に問題になりそうな診療科の普段の状況が非常に脆弱であるということが非常に気になってきます。例えば救急で言いますと、今300位のチームが、各救命センターのドクター、ナース、事務官の方を中心に災害時に派遣をするという意味でDisaster Medical Assistance TeamというDMATと呼ばれるものが災害

拠点病院に300チーム位ばらまかれています。しかし、考えていただければ普段から2、3人の救急医でやっている所で何かありましたからその現場にすぐに来て下さいという形にしましても、おそらく参集は非常に難しいです。例えば、東海地震の時にはそのようなチームが初日だけでも600チーム位必要になるのではないかという議論がある一方で、今の所行政のレベルでは600チーム分の研修を済ませるということをやっています。しかし、実際は普段の救急医療の体制を見ていくと、指定を受けたという人達と実際に被災地に飛んで来てくれる人達の数は相当乖離することが考えられます。そこを結局解決するには災害時に重要になりそうな医療については、海野先生が仰ったような情報化もしくは集約化を是非進めていただいて、最終的にはある程度一つの目安になるのかなと思って伺っていたのですが、労働基準法にのっとる位の余裕を持って医療機関は運営していただかないと、今の広域にドクターを派遣するという体制が全くまさに絵に描いた餅にしかないと思います。そういうことで、むしろ集約化の問題を議論される時に災害時にどうするかということも是非入れていただければ、もう少し先生方の議論を後押しできるのではないかと思います。

もう一点だけお話しします。災害時に特に問題になるケースがありまして、一つは地震の場合には外傷のある患者

さんです。これは皆さん容易に想像出来ると思います。もう一つは、災害弱者という言葉がございまして、それはその頭文字を取ってCWAPと言っています。Children、Women、Aged people、Patientsです。こういう方達が災害の急性期に通常受けている医療の途絶が起こった時に、おそらく真っ先に怪我をした方と同時位で大きな問題を抱えて来るはずで。今の日本の災害医療のレベルでは、CWAPの問題に十分な光がまだ当たっていないのですが、今後は是非それを考えていかないといけないという意味でも産科医療や小児科医療については、普段から災害時のような状況だということはよく分かりましたが、本当の災害の時にも動いていただけることを視野に入れて是非集約化や効率の問題も考えていただければと思います。そういう形で関心を持たせていただいています。

司会（鈴木寛） 山田先生ありがとうございます。今のお話は、本当に貴重なご指摘だと思うのですが、労働基準法で働くということは別に医師あるいは医療従事者の権利という問題はもちろんのことながら、世の中全体として見ればまさにそれがリスクマネジメントと言いますか、災害時のリスクマネジメントの観点から極めて重要だと思います。この観点は、本当にこれからもっともっと議論していきたいなと思います。今、土屋先生がおみえでござい

ますが、もう少し馴染んでいただくまで聞いていただきたいと思います。

田谷先生にもう一度お伺いしたいのですが、先程消防庁の対応については少しご紹介いただきましたが、救急のお話をもう少しお伺いしたいです。もちろん都会も地域も実は相当大変な状況なのですが、そういう中で今山田さんの方からもお話がありました地域救急体制の状況についてどのようなことを考えていったら良いのでしょうか？今日は、伊藤先生からマグネットホスピタルという具体的な提案が出ましたが、今まで厚労省、総務省、首長、地方議会の話はかなり聞いてきました。先程の産科で言うと集約化に少し抵抗勢力になっているというグループでもあります。しかしながら、地域住民が一番期待も心配もしている所もそういう所です。その辺の議論と、個人的な見解で結構ですのでどういう対応策を考えていかないといけないのか田谷先生にお伺いします。

田谷 非常に難しい宿題です。適切なお回答なのかは分かりませんが、実は救急の世界で言いますと、なかなかドクターカーにすぐにドクターに乗っていただくのは先生方の数も少なくて難しい問題もあります。皆様もご存知だと思いますが、この十年来、救急救命士ということで非常に処置範囲を拡大させていただきました。しかし、それは当然しっかりしたマニュアルもない

といけませんし、ドクターの事後検証や指導も受けないといけないですから、それをする仕組みとして、大体二次医療圏ごとにメディカルコントロール協議会というものを作っています。さらに、県単位のメディカルコントロール協議会がございます。地域で熱心に活動している所もあれば、していない所もあります。それを、厚労省と総務省が協力しながら出来るだけいろんな意味での資源を投入して医療と消防の連携が進むようにということをやっています。

それで、一点だけご紹介させていただきたいのは、実は先程マグネットホスピタルのお話を非常に興味深く聞いたのですが、消防の分野も主に火災対応が中心なのですが、より高度化する技術に対応するために消防の広域化というものを作りまして、市町村合併が進んだと言いましてもまだまだ小さな市町村は沢山ありますから、30万単位で消防の分野だけでもまとめていこうということをやっています。

もう一つ、今日ご参集の方々でご存知ではない方が多いのではないかなと思うのでご紹介します。平成28年までに消防や救急の無線システムをデジタル化して全部変えないといけないということになります。それでどういうことが起こるかと申しますと、医療機関から連絡が入るのが近くの消防本部の指令センターだったのが、10年位先にはもっと早く県で一つか二つの集

約された指令台に連絡が入ります。これが起きますと、多分どういった所に搬送すれば良いのかとか、あるいはその搬送手段としていわゆるヘリを使うとかいろんな形の工夫が進んでいくと思います。ところが、ご存知のように行政だけで見ますと、保健医療は県、消防救急は市町村と分かれています。なかなか、知事さんや市町村長さんという二人の人格が二つの課題を一人の人格の中にまとめるということは出来にくかったのですが、それがおそらく出来るようになります。これはいろんな意味で消防救急がお世話になる分野は救急医だけであって、様々な診療科も含めてトータルで動きが出てくるのかなという非常に大きな変化が近い間に起こると思います。

司会（鈴木寛） 搬送とかマッチングということは、改善の兆しがあるというお話なのですが、そもそも山田先生のお話にもありましたが、運んでも受け入れてもらえる体制がありませんよね。そこに人員がいらないという問題なのですが、例えば様々な最近の報道を見ても地域の公立病院の医師不足に担当の方は苦勞されているという報道が続いています。現状は大体皆さんシェアしていると思うのですが、どこから手をつけていったら良いのかというような辺で何か今お考えがあればということをお伺いしたいのですが。

田谷 消防の立場で言いますと中々限界があります。

司会（鈴木寛） むしろ、地域医療にお願いします。

田谷 我々が消防活動をしていた限りで、いろんな医療体制の未整備とか偏りを非常に感じます。そういったことを県レベルに上げていくために、先程申し上げた協議会とか、今ちょうどドクターヘリ法案が通りましたので、県単位で保健医療計画の大きな見直しをやっています。そこを突いて、いかに地域単位での医師不足、医療体制不足があるのかを公にしていくのかが今進みつつあると思います。その中から様々な知恵が出てくるのではないかと思います。

司会（鈴木寛） 田谷先生ありがとうございます。それでは、まずサブセッションとして海野先生からこの二年の産科医不足問題についてのプレゼンテーションがありました。そして、産科学会としては短期的な目標でこのようにしていくのだというお話をいただきました。それから、いろんなことで一次機関、二次機関、三次機関も全部総倒れという現状については皆さん共有していただいたと思います。ここからは皆さん方にも参入していただいたのですが、まずは産科医療対策についての海野提案に対する様々なコメン

自分で決断したりする厳しい姿勢があります。日本は、皆保健制度でかなり安易な受診をしているという点でも、医師を忙しくさせているし、医療費も上げていると思います。医療も高度化、専門化、IT化され、物量次第の時代とされています。ですので、医学部の受験までには基本的な生理系の解剖学とか基本的に100位の血液検査のデータが分かるようにしておけば、医学部の教育の程度もかなり上がって良い医師もたくさん育つのではないかなと思います。

司会（鈴木寛） 海野先生。先程産婦人科学会としての戦略方針とかを発表されたのですが、実は内心これは迷っているのだとか、先程の労基法の話とか、ただこれは実は厚生労働省が60時間以下ということを発表した段階で論理矛盾に陥っています。厚生労働省は内部に労働省を抱えていますので、同じ大臣が労基法違反を公式に認めたということです。そこは、かなり事実上クリアにしてしまって、ただその所を労基署の監督現場にどのように下ろしていくのかについて、ある程度枠組みとして対応していないと仕方がないなと思います。もっと深刻なのは、民間病院です。国家公務員の場合は、ある程度労働基準法違反というか、常勤手当の問題はもちろん残っていますがそのことによって監督署に入られるという事態はありません。しかし、民間

病院の場合はその危機すらあります。それはもう、完全に我々の問題として引き取らせていただきたいと思います。

会場 国立病院も監督署に入られたという所はあります。

司会（鈴木寛） それは、本末転倒というか、要するに同じ労働を厚生労働省がやろうという論理部分です。それ以外に、もっとこういうことを知ってもらいたいとか、こういうことについてどうしたら良いのかという補足をお願いします。

海野 先程の救急医療との関係もそうなのですが、現場の状況から言いますと、全く救急医療用の患者を受け入れる余裕がありません。無いのが現場の現実です。それで、無い所でただ患者さんはみえますからそこをどうするかということです。他の科の先生は絶対に産科の患者さんは受け入れてくれませんから、自分達でやらないといけません。そうすると、そこはとにかく現実的には時間を稼ぎながら長い目で見たら先程伊藤先生が仰られたような病院が育てていくしかない私は思っています。それで、育てた結果、結果的に今よりもより良い受け入れ状態になってくれる。それで、受け入れに関しては、これは昨日も奈良県のことが新聞に出ていたのですが、奈良県の方で対策が一応ピンボケなのですが出てい

ます。それは、結局は医師会や現場の先生達の病院の輪番制とかで何とか今の時期を凌ごうということにつきています。ただ、病院の方は元から経営が成り立っていない所でさらにやって、医師は誰がどのようにサポートしていくかということになりますので、行政がやっぱり医療費はたくさんお金を出さなくなります。それを地方自治体が出さなければいけないのだとすると、そのお金は一体誰が出すのだろうということで、そこが今の例えば奈良県の人達は困り果てています。県知事さんは政治決断をして、産科の問題に関していくらかでもお金を出すから受け入れ態勢を整備してくださいということを医師会や病院協会に言っています。医師会や病院協会は嫌々断れないのでという感じの対応です。それに対して、ただ県には一体それにお金を出す財源が確保出来ているかということになると、今の所はそこで今病院との間で値切り交渉をしているという状況です。その辺をもう少し本当にやるのであれば、そこをサポートする形で政策的にいかないと、結局はなんだかんだ言っている間に元の木阿弥になってしまうのではないかなという気がします。

会場（久保） 産科の救急の話は今日くしくも二人の先生が話されたのですが、すごく二人共勘違いしていることがあります。たらい回しの話の時、救急隊から来る搬送と病院から来る搬送があ

るということすら知らないし、その施設間でやることは、三十回も四十回も断られているのです。救急隊の場合は、何回かの回数で受け入れてもらえますけど、それを知った上でも数十回以上断られています。もっと凄まじいたら回しがあります。それを、まず最初に知ってもらうことです。

もう一つは産科の搬出先を探す時は、とりあえず一報する時に病院のクオリティの問題があります。例えば、23週までの赤ちゃんがお腹にいる妊婦さんを管理出来る病院と、28週から34週が出来る病院と、34週後は出来ない病院が厳然とあることは僕らは分かっているわけです。ですから、電話で調べるのですが、救急隊は分からないから断られる病院に電話して断られるのは当たり前です。そういうことすらやられていないのが現状ですから、それが一つあります。

もう一つは、たらい回しという言葉を使っていますが、妊婦のたらい回しという言葉を使わなくなってよかったのですが、あれは胎児のたらい回しです。赤ちゃんのたらい回しであって、お母さんのたらい回しでは絶対にありません。8割以上は赤ちゃんが診れないから断っているのです。そこから辺を、妊婦のたらい回しという言葉は絶対に止めてほしいし、やるなら胎児のたらい回しとかお腹の赤ちゃんのたらい回しという言葉を使って欲しいです。断っているのは、産科医でなく

小児科医、新生児科医です。それを産科医が単にその病院の代弁をしているだけです。そこから辺の現状を是非分かって欲しいです。

司会（鈴木寛） ありがとうございます。それでは、マグネットホスピタルにいきたいと思います。先程も、経済的に未成熟という話がありましたが、逆に言うと、自分をどうやって高めていくかという経験の機会、教育の機会という意味でのマグネットホスピタル構想ということだったと思います。これについて、ご意見なりコメントなりをいただければと思います。

会場（佐藤） 先生のお考えは非常に賛成なのですが、現実起こっている問題を申しますと、我々がいるのは宮城県よりも経済的には悪い所の東北の県ですが、どういうことが起こっているかと言いますと、集約と言いますか大きな病院にするために合併する時に自治体病院、準公的病院、私立病院というものがあります。その時に、一緒にする時にはっきり言いますと給料の問題という経済的な基盤の問題で、一緒になれません。現実には、20分の所で2つの大きな病院があります。先生が言われましたが、僕も思いますけど150とか200ちょっとの中途半端な病院を二つ合わせれば先生の言う通り500位になるわけです。そうすると、機械でも何でもみんな効率良くやれま

す。それをやろうとしても、集約集約と言いますが、実際にはそれがなかなか経済的問題や設立基盤によって違います。

それからもう一つは、一緒にする時に行政には様々な法律があって、一緒になれません。こういう危機的な状態の時には、ではこういう法律は止めて一時的にこういうようにやってみましょうというフレキシビリティが非常に無いです。行政がいくら地域地域でやりましようと言っているにもかかわらず、実際にやろうとすると、そういう所でダメですと言います。非常に行政間のフレキシビリティが無いという所が現実ですから、そのこの所を何とかしようということを考えないといけないと思います。先生が仰ることはものすごく賛成だけど、現実にはやろうとする時にそれで全部ストップしてしまっています。ベッドの数でもそうです。

伊藤 我々も今日は時間の制限がありましたから、あまり沢山は喋っていませんでしたけど、医療圏の会議に行って佐藤先生が仰っていることの問題に直面して、そうすると、佐藤先生の全く言った通りです。行政がまず動かないです。これは、行政のやっぱり習いとして境界を越えない、自分のセクトを越えない、縄張りを越えません。だから、こういうことをしなくてはいけないと言っても嫌だと言って終わりです。もっと出来ることを提案しても今

度は医師会長に嫌だと言われたからそれ以上構想しないということです。全く動かないという現実にとにかくぶち当たっています。僕はこのような性分なので、とにかくしないといけないことがあったら、とにかく僕が言って少しでも展開出来るのならということで市長に会ったり、あるいは市長と町長の間を取り持ちたりしてやっています。宮城県の場合は、行政の単位がまとまってやろうとして、その上に言ったらダメになったという所ではなくて、もっと手前の所でダメだということになって先程座して死を待つだけなのかというのは、私のそのような気分なのです。それは、絶対にやらないといけなし、逆にやらないと200床から300床の病院は、年間で5億とか10億とか累積で50億とかの赤字をたくさん持っていますから、それを何も対策することなく対策するビジョンを持たないで黙っているのは許されないと思います。だから、大変ですが今佐藤先生が先程の発言で仰ったようにこれからしばらくは大変だけど、ビジョンとしてこのようなものがあるから少し我慢して下さいと言うのであれば住民も我慢出来るのだと思います。しかし、全くそのようなビジョンも示さないで策も示さないで提案したことを全て拒否して事態が転回するとは思いません。それはやはり言うべき相手を見定めてレベルを変えて市長や町長にも厚労省にも文句を言うべきだと思います。

司会（鈴木寛） 田谷先生は石川県の総務部長とか愛知県の財政課長とかお務めになられたわけですが、今は一橋大学の教授としてそういう経験も踏まえ今仰ったボトルネックの所、要するにプランやビジョンが良いことは分かったけどどうやって実現するのかということ、例えば先程北播磨の医療圏のあれが出て来てなるほどなと思いました。私も兵庫県出身ですから大体イメージがわくのですが、あそこに国立病院機構の病院があるということで、ではどこにどうやって集約して500床から600床の病院を作っていくのか。これは本当に仰る通りボトルネックになると思うのですが、今日は結論が出る会議ではないと思うのですが、もっとこういう視点で物事を考えてみたら良いのではないとか、思いつきでも結構ですから田谷先生にお話をいただきたいです。

田谷 先程どなたかが、国民の人がもっと現状を分かるべきだという話をされたと思います。少し違う話になるかもしれませんが、皆さんは物価がものすごく上がって生活にものすごく影響を与えたという経験をされた方はいらっしゃると思います。それは、日銀が強力な物価抑制政策をずっと頑張ってくれていてインフレファイターとしてやっていることの日々の価値がどれ程高いものか皆様の中でご存知ない

方も多いと思います。これまで行政とか、あるいはまさにドクターの先生方が自分達の世界の中で様々な苦勞とかを飲み込んでどうにかサービスとかを提供してきたことは一般の方々には全然知らされていませんでした。最近典型的な話題は、同じ少子化対策ですが公立保育所を民営化するという話があちこちで起きています。それを、厚生労働省が民営化させて出来るだけコストを下げて様々な特別なサービスも提供出来るようになるというビジョンでやってはいるのですが、それを始めて住民の方が40歳のベテランの保母さんがいる公立の保育所だから私の息子を入園させたのに20歳そこそこの若い保母さんばかりのベテランがいない保育所を民営化するのはけしからんと言ってあちこちで訴訟が起き出しています。最初の頃は、訴訟と言っても民営化自体を止めることは出来ないから若干の損害賠償だけを唱えていたのですが、最近になって国民の救済を順次実行させるための行政事件訴訟の法律改正があったものですから、ついに公立保育所の民営化を差し止めというのが神戸で認められました。そうなりますと、これまで住民の方々が実際にはどこかで無理を飲み込んで引き続き提供され続けていたことがついに出来なくなって初めて動き出したわけです。そうすると、当然市長とか知事とか選挙に出られている方々が真摯に受け止めないといけません。そういった

ことが、本当はそのようなことが起きずに上手くソフトランディングすれば一番幸せなのでしょうけど、仮に今日お話に聞いたことが実現だとすれば産科、小児科の世界でもそういったことが起きてしまうのかなと思います。ハードランディング構想でしょうかね。ちょっと不安を感じます。

司会（鈴木寛） 山田先生は自衛隊の岐阜病院にいらっしゃいました。我々はどうしても例えば役所で言いますと自治省、文科省、厚労省の枠組み位でものを考えてしまう癖があります。それは、今までどうしてもなかなか防衛省や自衛隊がやっておられることは別に医療だけではないのですが、なかなか見えづらかったからです。それは、お互いの問題もあるかと思います。今、だいたい様々な垣根が取り払われて来ています。逆に言いますと防衛省や自衛隊自体の実質的には相当緊急時などではやっておられるのですが、地域貢献をもう少し平時の医療体制の強化という観点でこういう可能性があるのではないかということ、もしもあれば山田先生よろしく願います。

山田 医師不足という話題で最初声がかかった時に防衛省も実は2年位前にイラク問題にいろいろ対応している時に医官がいっぱい辞めまして、深刻な医師不足になりました。それで、防衛省の医師不足の話をすれば良いと勘違

いしていた状況ですので、ものすごく組織的に民間の方の認知はなかなか難しい所があります。そう言いながらも特に再三の普通の民間の病院の方で合わないベースの診療科目は往々にして潜在的には災害時には重要な科目も多いので、いろんな枠組みでポチポチとやっています。とにかく、我々の手駒が非常に少ないので、これは冗談なのですが私達も少し医師の増産の問題が根本にあるのかもしれないと思います。

先程の話から普段僕が災害医療系の学会や集会で議論させていただいているのですが、実は産婦人科の問題や小児科の問題は非常によく似ているということに改めて愕然とする所があります。それで、いくつか気付いたことを言わせていただきたいと思います。最初は、国民の皆さんの理解ということがあります。災害の問題でも、今の日本は世界一の地震大国だし、12年前に阪神淡路大震災であれだけの地震を経験しています。だから、当然ものすごく理解は進んでいて提案したらスポスポ議論は進んでいくのだろうということを、特に阪神淡路大震災直後は皆がそのように思っていました。ところが、そんなことは全く無く、先程のようになんとか提案してもどうのこうのと言って消えていきます。そういう中で十数年同じことをやっていると、救急医療搬送とかDMATとかいくつかな不足だけど成功してきたものがあります。それよく考えると、やはり沢山あ

る提案事項の中で特にこれが大事だというプライオリティを明確にどこかのレベルでポリティカルでも良いのですが、していく必要があると思います。行政機構そのものにフレキシビリティが無いというご指導でしたし、そういう面もありますが実はそういうものがある所もあります。そういう中でフレキシビリティが足らないけれど、これが大事だというプライオリティのイメージが少し足りないと思います。それが、災害の問題と小児、救急、産科の問題で似ているなと思ったことは、この問題は全部アパシーと言いまして皆がそれが問題であるということは知っているのですが、具体的な対応を取りません。世論調査の結果で地震の時何が心配か聞くと、8割位の多くの方は建物が壊れることが心配だと仰ります。では、あなたは建物に関して地震対策は何をしているか聞きますと、水の備蓄をしている、連絡網を取っています、何とかホームに入りましたといいます。そして、家を買う時何を心配しているか聞きますと、見てくれ、白金台かそうではないか、ローンがあるか無いかというそういう話で、耐震構造に注目する人は1割そこそこです。こうやって、危機を認識しつつも外的な対応と結びつかない状況の危機管理をアパシーと言うのですが、したがつて災害対策の中では、アパシーを一つ克服するために例えばメディアの方とか様々な方に入っていただくと同時に、これは

非常に人間にとって根深い性なのです。めったに起こらないこと。災害はめったに起きません。産婦人科の問題は妊婦の方以外にとっては実感としては他人事です。小児科の問題もそうだと思います。どうしても、他人事になりやすい問題については他人事になるという前提で対策を考えないといけないと思うというのがもう一つの教訓事項です。そういう意味でも、政治家の先生のご英断を是非仰がないといけないポイントはこのような災害、小児、救急という日の当たりにくい所はなかなか世論を待っていても、実際はそのような大事件が起きた直後の数週間しかありません。アパシーの克服でいろいろお願いすることと同時にアパシー全体が堆積している問題は何かを考えないといけません。災害の場合は日常の救急医療に出来るだけドクターヘリが入っていくことです。県内で自由に支援が出来ることで、次は隣県レベルで支援が出来ることという話に多分なっています。今はそれを全部すっばかして、大震災があったら全国中からチームが来るということになっています。そういう意味では、砂上の楼閣になっています。やはり、アパシーの克服には普段の問題に出来るだけ近い所から関連づけていって対策を取るということを是非産科、小児科の方で災害経験をあれするとすればあるのかなという感じがいたします。ちょっと混乱してすいません。

司会（鈴木寛） 非常に重要な示唆をいただいてありがとうございました。それでは、そろそろ土屋先生お願いします。医師不足は様々な次元で様々なレイヤーがあると思います。まずこれは私が国会ですっと3、4年やっているのですが、偏在なのか全体的不足なのかこの認識をどうやって改めさせるのかということで、今年の需給検討会の報告はまだ偏在説です。それで、やっと4月、5月、6月の国会で参議院選挙直前になって突然与党はその場しのぎ的に全体的不足説に変わったかの答弁がありました。しかし、また8月、9月になってしまいますと、そこの所が偏在説をベースに少なくとも政策立案を行われていることは事実です。全体的不足説には基づいていません。ですから、20人の定員増でお茶を濁してしまうのかなという危機があります。このまさに1,000人あたりどうするのかということが問題です。

伊藤先生にもう一つだけ加えていただきたいことは、日本は高齢化するわけです。もっと言えばほぼドイツと日本は同じ高齢化率ですから、日本は1,000人あたり2.9にしたのでは全然足りません。ドイツ並みの3.5にはしないといわゆる患者需要に応える医師提供体制は出来ないというのは、もちろんお分かりだと思います。我々もそのことを、どんどん発信していこうと思

っているけどそういう議論にはなっていないという話です。それから、その絶対的に不足している中で特に救急、産科、小児科、地域にかなりシワが寄っているというようなアジャストの問題があり、いろんなレベルがあるかとは思いますが、それを具体的にガバメントリッジで、要するに強制的に出来る部分とそうでない部分があってなかなかガバメントリッジの部分は少ないです。そうすると、経済的にどうやってメリハリをつけるかという話に今なってきます。その辺をどの角度からでも結構ですけどいろいろ考えておられるご見解をいただければと思います。

土屋 一昨日は青森で今朝広島から帰ってきたものですから遅刻して申し訳ありませんでした。この問題で、私が発言するのに大変躊躇することは、ご存知のように国立がんセンターの院長ですから産科はまずありませんのでその苦労は分かりません。小児科も極めて限られたものです。救急も当院に通っている患者以外は診ないということとで実際の現場からは離れてその問題については久しいです。ただ、医師不足という問題に関しては、全く同じ目を見えています。特に、麻酔科は以前に新聞に出た通りです。

結論から言いますと絶対的不足はもちろんあります。偏在ももちろん強いんです。その時に、やはり一番問題なことは、鈴木先生が一生懸命考えてみえ

るのですが、医師が総体として統一の見解が出ていません。医師会は皆さんご存知のように開業医の集まりです。勤務医が総体で何かまとまった意見が出るかと言いますと、出ていません。国民に分かって欲しいと言っても我々が職能団体としてのそれを持っていないということが決定的だろうと思います。したがって、私が喋ろうが誰が喋ろうが全部散発的な意見ということで処理されてしまいます。これは、なかなか国民の理解やこれを国民の代表である国会議員の方の理解に持っていくことは難しい要素だと思います。したがって、個別には先程出たように行政に過大な期待をしてはいけません。行政はやはり、行政と言う通り、法律があったらその通り執行していただくことが行政の本分ですので、あまりにもフレキシビリティが高いとこれは法治国家でなくなってしまうて、人治国家になってしまって、これは大変危険な要素だと思います。そうしますと、やはりそれをしっかり抑える内閣と立法府でこうだということを決めないとなかなか上手くいきません。それに働きかけるのは我々医師が職能団体として、病院長だとか一人の研修医ということではなく医師が総体として労働者と言いますと怒る方もいらっしゃるかもしれませんが、やはり労働基準法が適用されるわけですから、労働者として総体として専門職としての毅然とした意見を述べるべきです。

労働基準法は違反しても良いとは私は思いません。私は卒業までに4回学生時代にストを6ヶ月づつやりましたので、4年間で医学校を卒業しています。したがって、大学には一応経歴上は入局したことに教授の前ではなっていますが、一日もいないで私は川崎の日本鋼管病院という所に行きました。そうしたら、数ヶ月したら院長に呼び出されて先月手取りが一番多かったのは誰かと言われ私でした。なぜかと言いますと、労働基準法遵守の病院ですから出勤退庁全部当時はつけないといけませんでした。そうすると、超勤手当が全部つきます。夜に当直したら翌日の昼からは帰ることになっていますけど、民間病院は大体午後手術ですから午後手術をやるとまた更に超勤がつくということで、本給の4倍にも5倍にもなります。これが労働基準法のある意味労働協約があって良い所ですが、院長としては翌月から止めてくれと言われました。当直を15回もやっているなんてとんでもない。労働協約で5回と決められているということを守ってくれないと院長のクビが飛ぶと言われて翌月から我慢しました。これは、やはり足りないという事実を何らかの形で補填しないと病院としては正しい方向にならないと思います。私は、今院長だから威張るのではなく、やはり医師が総体としてそれをやらないと、これは労働基準法うんぬんの話ではなく患者さんに失礼だという発想でいか

ないといけないと思います。疲れきって寝不足で診るというのは大変失礼なことであります。原点はそこだと思います。そのために、法律上労働基準法があるということです。

そういう意味でいろいろシステムという言葉が救急の場合でも出て来ますが、これはやはりコンピューターであるとかITで情報網を作ってカバーするというのは小手先の手段であって、救急のシステムあるいは医療のシステムは別にコンピューターがなくなってもシステムとして存在します。それをどうするかというのが我々専門家が真剣になって考えないといけません。これは、残念ながらアメリカの医師会のような強力な総体としての組合が無い我が国ではその代わりをどこでやってもらうかです。一時、医師会が総研を作ってそこで先生が出すものにかかなり私は期待していたのですが、最近ほとんど何も出て来ません。どうなっているのか私は知りません。そうすると、医師側ではないとすると、国家としてはどうかと言いますと、昔ここに公衆衛生院がありました。これは、本来はそういうことではないかと思ひます。そこが、統計局と手を組んで実態を調査してそこからどういうものだと考えるためのものです。今ここは無くなって埼玉県和光市に保健医療科学院になっています。そこが私の個人的な考えではそういう所がしっかり素案を考えるべきではないかと思ひます。HPを

見ている何か研究医の趣味の研究ではないかと私が思うものしか、なかなか見つかりませんでした。日本の医療をどうしたら良いのだというために税金を使う施設ではないかと考えています。そこから出ることはむしろ行政で小手先のことをやられるよりも、そこで大きな指針を出して欲しいという気がします。また、私も国立で税金で禄を食んでいますのでお手伝いはいくらでもしたいという気がします。

それと、合併の話がありましたが、これはどなたかがご指摘のように設立母体が違います。かなり難しい点があるということです。これは、むしろ地方に行きますと休耕田や休耕地がある所へ私は古くなった都心部の病院をそこへ移すということで、そこを行政が整地しておいて一カ所に5年から10年かけてだんだん古い順番に中心部の土地を売ってそのお金で田んぼの中に新しい病院を作って隣同士でやるということです。その時に行政が、カルテは共通のものを用意しておくから、このルールに従ったらその所は安く土地を提供するという人參をぶら下げて一カ所に集まるということから始めないと無理ではないかと思います。共通のカルテでやるなら、給与体系も一緒にした方が良いのではないかということをやっていかないと、いきなり合併というのは大変難しいのではないかという感じがしています。これはどういったら良いのかは私は起業家ではないので

それ以上は分かりません。

それと、医師不足をいきなり医師の定員を増やすのもあれなのですが、日頃自分の医療人としての活動を見ていると医師以外を補助するチーム医療のパートナーがいません。看護師は医師以上に不足していると私は思います。また、看護助手はもっと諸外国に比べれば不足していますし、また事務系もいません。厚生労働省の一番配下である私共を呼んでまず減らされるのは行政職で、事務員がただでもいないのに減らされます。では、何をやっているかと言いますと委託業務で、うちの病院に入っていらっしゃると病院の一階で顔が見える人は全員委託業者なのです。国家公務員は一人もいないという状況です。そういう事実を隠しておいてどんどんやっています。次に削るのは、臨床検査技師を削ります。そして、放射線技師を削ります。さらに、看護師も削ろうとしています。私共の所は毎年4人位しか増やしていただけないという状況です。99年に新棟が出来てから私は副院長や院長をやっていますけど手術件数は倍に増えています。定員は医師が全く増えていないという状況です。ある意味隠れた医師不足です。これは、まさに医師も増やす必要がありますが周りが周りも増やさないとけません。しかも、入院期間もその期間に約半分に減っています。30日間の入院が今は14日ということです。4倍位の効率になっているということを考

えますと、やはりここは医師だけの問題ではないということが大事ではないかと思います。　パンフレットのsession7に書きましたが、physician assistant、医療秘書、看護助手はもちろんですが、麻酔看護師とかそういうものが、全く顧みられていません。そういうことをやるだけでも医師不足のある側面は解決すると思います。

司会（鈴木寛） 土屋先生ありがとうございます。本当にその通りです。我々も国会で議論して先程の伊藤先生のプレゼンテーションにもありましたけど、医師不足の状況は分かった。例えば2005年にはこの位足りない、2010年にはこの位足りない、2015年にはこの位足りないという数字がほぼ出て来ないと我々もそうですけど弾をいただけないと議論が出来ません。伊藤先生が先程仰ったようにそのためのデータが全く開示されていないということは大問題なわけです。しかし、それはある種intentionalにそういう状態を放置しておくということもあるので、そういう意味では本当にどうやって現状を把握し、それをしっかり予測も立ていくのかということを、まずやはり何とかやっていかないといけないと思います。

対策としては、合わせ技でいろんなことをします。短期の話も、もちろん集約化の問題もありますし、マグネットホスピタルの問題もあります。それ

と、医師は養成するのに10年がかりますけど、例えばマネジメントであれば6年で良いわけです。あるいは、コメディカルであれば4年で済むものもあるし、そうでないものもあります。そういう時系列もしっかりカウントに入れながら、これからやっぱり10年、15年、20年の年次計画で医療人材をどういうふうに養成し、それをどうやって適正に配置していくかというプランというものを早急に作らないといけないと思っています。例えば、医学部の定員の話でも、ではどうするのですかということです。今、7,700人ということになれば、やはり増やさないといけないという議論が出て来ます。その時に、これは私の私案なのですが、既存の医学部の定員もハードウェアのいわゆるビルではなく、限られた人材の中で人にもっと手当をしたいということになってきます。そうすると、既存医学部でどこまでの定員増を受け入れていただけるのか。あるいは、新規の医学部創設は何校したら良いのか。現にそれを希望しておられる大学もあります。それで足るのか足らないのか。もう一つは、私は再度土屋先生にお伺いしたいのですが、がんセンターをはじめとするナショナルセンターが一年生や二年生とは言いませんが、学士入学とかいう所で受け入れる可能性があるのか。あるいは、国立病院機構の中でそのような可能性があるのか。ある

いは、民間の病院でも今日は亀田総合病院の小原先生も来ていますが、そういう所で受け入れる可能性があるのかという辺りも是非これからしっかり議論していかないと、単に文科省任せというわけにはいきません。例えば、ナショナルセンターが医療人材の養成を受け入れる可能性が絵空事なのか、少しは検討に値するのかという辺をどうでしょうか。

土屋 医学部の定員を増やすということですが、やり方はいくつか今仰ったようにあると思います。文科省の作るものは、私は防衛医科大学校に病院が出来た頃1年だけいたことがあるのですが、基礎の臨床も全部一講座10人とか8人とかの定員でやります。法医学教室なんて絶対に埋まりっこありません。それで、平然とそういう定員でやって中で内部調整して、計画したりというのは無かったです。建前と本音とは全然違う運用をしています。そういうことから言うと、やはり医学生を増やすやり方で今仰ったように定員を増やすというやり方もあると思いますし、今基礎が十分動いていないのであれば、二つの大学をむしろ一つにして基礎は一つでやります。それで、eラーニングも沢山ありますからクラスルームでやることはまとめてやってしまうということも必要だと思います。

ただ、今ナショナルセンターでそういう手伝いが出来ないのかということ

ですが、これは、それとは別の病院での実習です。これは、当然ナショセンだろうがどこだろうがしっかりした病院であればどこでも対象になります。ご存知のようにアメリカでは、例えばハーバードと言ってもやっているのはケンブリッジではなくて、ボストン市内のMGHとか、あるいはプリングムとかナノハーバードとかそういう所でやっているわけです。ナノハーバードが丁度うちのがんセンターに相当します。当然学生さんが実習で来ていただいても結構ですし、ポストグラディエイトではうちは今レジデントが1学年30人で3学年で90人います。それから、チーフが1学年20人で2学年で40人の合計130人抱えています。今年から、短期の6ヶ月の研修もそういう枠組みに入れますのでおそらく150人位がトレーニングドクターとしてうろうろしています。しかし、スタッフは124人しかいません。ですから、スタッフを増やしていかないと学生さんの面倒が見れなくなるかもしれません。それは、当然ナショセンと言わずそれ以外の市中病院も学生の時代からの実習の場として使うべきだと思います。東大とかそういう病院が通常は1,000ベッドの規模だと思います。そこが、100の方を例えば3年、4年、5年、6年目とそれぞれ取って、それから初期トレーニングを何だか何十人も取っているようですけど、それを全部合わせたら患者さんが一人の研修医に一人位しかい

ないような数をやっているのがまともな実習をやっているとは我々の病院から考えると思えません。そういうことからいけば、是非私共の病院を利用していただきたいし、市中の大きな病院をもっと利用すべきだと思います。

司会（鈴木寛） 土屋先生ありがとうございました。伊藤先生に先程少し乱暴なことを申し上げて恐縮なのですが、もちろんいろいろなデータを積み上げていかなければアカデミックには耐えられないと思います。しかし、事態は急を要しています。例えば医師不足の問題、あるいは先程申し上げた8,000人の今の医学部定員の問題ですが、これを目の子で結構なのですが、例えば東北のフィーリングでも結構なのですがどの位増やしていかなければ追いつかないのでしょうか？

伊藤 私のデータでも出しましたが、今の病院体制を維持するには4万人も足りないという数字が出ていますから、4万人を大体何年で生産するのかということを考えれば良いのです。そうしますと、市場に出て来るのに10年位かかります。それをもう少し延ばして20年にしても、2,000人×20年で4万人を増やせば今の病院はようやく維持出来る数です。ですので、2,000人と言いますと25%から30%の定員増は最低でもやらないと皆さん医師が現場で困るという数字です。ですから、鈴木

先生も仰ったように僕はこれだけお金がなくて苦しい所で皆やっているのだから政策を出すためにはものすごく客観的であるべきだし合理的であるべきです。そのためにはしっかりしたデータが必要です。これは絶対にないと政治裁量が後で働いたとしてもその決まりがあるのは客観的なデータが必要だと思います。それが一番だと思います。それから、義務化とか資格化という言葉は、僻地勤務とか医師の配置の問題で言われています。それは医師も人間で心があって意思がある人間であるということを考えてもらえば、それを免許を取ったからあっちに行けこっちに行けということはありません。ヒューマンリソースとしてやはり5年、10年かけて育てるということを考えれば、もう少し効率の良い育て方をすべきだと思います。

司会（鈴木寛） 海野先生が何かお話ししたそうなので海野先生お願いします。

海野 伊藤先生が全部言われました。私、伊藤先生と初対面ですが全く考えが一緒ですのでビックリしていました。産科、小児科、救急とかそういう所は、例えば病院の立場で言いますと儲かりません。それで、病院としてはしっかりベッドを埋めて、しかるべき手術を予定手術として効率良く低コストでやっていくことが一番儲かる方法です。そうすると入院期間も短くなると

いうのが一番儲かる方法になります。やっぱりそういう科には比較的若い人達が入っているという現実があることも確かです。それを変えないといけません。我々はそういう科にずっといるものですから、そうやって思うのかもしれませんが。先程の山田先生のお話にもありましたように、そういう科がやはり緊急の場合に本当に必要とされる科であるならば、そのの所はそういうバランスで診療報酬もそうだと思うのですが、人間の手当とか特に救急対応に関することは今までのようなやり方では、これは立ちゆかないと強く思っています。

会場 一言だけよろしいでしょうか。今日は、産科、小児科のことだけ集中的に話題になっていますが、外科も内科も足りません。ですから、これは全般的な医師不足というように捉えてその医師を増やす中で産科や小児科もどうするかというように私としては考えるポイントをしっかりとして持っていたきたいです。

司会（鈴木寛） 土屋先生どうぞ。

土屋 医学部の定員を増やすのに厚労省も文科省も反対することが多いと思うのですが、私はむしろ溢れる位に定員を増やしても良いのではないかと思います。ただ、医学部の教育にお金がかかるということが確かにあると思

います。ですから、そこの所の採算を先程言ったように学部での教育と病理実習を分けて考えるべきだと思います。病理実習でお金がかかるのは病院側の問題だと思います。なぜそういう乱暴なことを言いますかと言うと、医学生に刺されるかもしれませんが、医学校を出たからといって医師にならなければならないことはありません。法学部を出たからといって、全員弁護士になっているかと言いますとそんなことはありません。医学で勉強したことは他にいくらでも応用が効きます。多少オーバーフローする位医学部の学生数を増やすべきではないかと思います。人数のコントロールは国家試験というものが厳然とあるわけですから、司法試験で弁護士数をコントロールしているわけですから、医師もそのような考えに踏み込むべきではないかと思います。そうでないと、不適正な医師がいると言いながら自分達で切れない状況に今はあります。それはやはり、医師全体としての組合も大事ですけど医師全体の自浄作用が無いと、これは世間の尊敬を集めないと思います。そのためには、ある程度オーバーフローということが無いとそういうことは出来ません。ですから、いきなり学部の学生数が医師の数という考えは、まず捨てるべきだと思います。その代わりどこかでコントロールが必要だと思います。

司会（鈴木寛） 土屋先生ありがとうございました。

会場 私は大阪の南部の歯科医師で公立病院に勤務しています。今回、歯科医療の話も少し出て来るのだろうという思いも少しあったのですが、歯科医師は20年前から異常な過剰を迎えているという現実があります。すごくその余った数があったいないとは私と考えています。是非、伊藤先生にお願いなのですが、伊藤先生の政策というか方針の中に歯科医師の活用とか、私自身は医学部へ3分の1位から4分の1位の学校を転換していく時期にかかっていますと私は提案しています。現実的に財政上の問題もありますので、実際は医師養成も歯科医師養成もかなり近い位のお金がかかっています。日本国が成り立たないプランではいけないわけですから、今必要の無い歯科医師を養成しているお金を医科医師の養成分に転換していくべきです。歯科医師会の方はずっと手をつけようとしているのですが、それは大学の既得権益ですので減らせれない現状があります。ただ、転換となれば、もちろん飛びついて来る方は多く、むしろそれを断るのに大変だろうと思いますし、そのフィルターをかけるのは難しいと思います。が是非そういうプランを取り組んでいただけたらと思います。

伊藤 私共のスタッフの一人がメディ

カルスクール構想検討委員会のような所に参加してしまして、そういうアイディアが現実にあります。そういう方向で努力していると僕らは思っています。

司会（鈴木寛） それでは、だいぶ時間も押し迫ってきましたので最後短めにお願いします。

会場（久保） 今日、話題に出なかったのですが、一つだけ田谷先生にお聞きしたいのですが、20年位前から僕は救急車の有料化の話をずっとしています。総務省の友達もいて話をしたのですが、ずっと現実化していません。実は、うちなんかでも妊婦さんは全く必要ないのに救急車で来る人がいっぱいいます。こんな人を何で救急車に放り込んでいるのかと頭にきています。ですから、僕は有料化というのは、必要な人はお金は後で返します。それで、一回使うと一万円か二万円のお金を払ってもらおうということをすると、救急隊とかもすごく良くなるという話を20年前からずっと検討で上げていても全部総務省に断られていてということですずっと来ていますが何かないですか？

田谷 世界各国で有料化している所は沢山あります。大体が保険制度です。その場で払うということはありません。おそらく、日本の場合は保険制度で有

料化するということであれば制度設計はもしかしたらあり得るかもしれません。今現在イメージとして湧くのは一回使ったらお金くださいというのであれば、アメリカはそれをやっているのですが、実は徴収率は4割を切っています。徴収するためにもう一人救急隊を雇わなければいけません。こういう問題が一つあります。

もう一つの問題は、保険制度で有料化にしても金額をどの位にするかにもよるのですが、逆に潜在的な需要を顕在化させてしまうかもしれません。保険料を払っているのだから使おうということ。その金額の設定が住民の方や国民の方の意識をどうやって見定めるかによって非常に難しいという議論が一般的です。

有料化を否定しているのではなく、有料化以外の方策で今日はお時間が無いのでお話はしませんが、救急上様々な抑制をしたりすることを今取り組んでいます。18年期はおかげさまで有史以来やっと要請件数が減ったのですが、それで他の代替策でどうしても上手くいかなくなった時には国民レベルでの議論をしていただかなければいけないのかなと思います。

会場（久保） 未受診妊婦の4割というのは確信犯でお金を払わずに帰ってしまします。救急のお金も払わないし、病院のお金も払わないで帰ってしまします。全く確信犯なのでそういうこと

で少し抑制になるのではないかと思います。

司会（鈴木寛） ありがとうございます。だいぶ時間も超過しましたので、山田先生に最後にお話いただいてとりあえず一回終わりたいと思います。山田先生お願いします。

山田 もう終わりかと思ひまして油断していました。ちょっと危機管理が足りませんでした。一点だけお話しします。要は災害の問題をずっとやっていまして、救急、産科、小児科の共通点を今日は随分感じました。やはり、医師不足全体の議論の中でも特に日常のニーズを国民の方々になかなか広く分かってもらえない分野同士ですけど、そういう分野についての特殊性、重要性については医療分野が持つ重要性のみならず、よろしければ国家的な危機管理の視点からも是非サポートしていただければ、それに従事する医師にとってもやりがいが増えるのではないかと思いますので、そういう視点も是非今後加えていただければと感じた次第です。

司会（鈴木寛） とりあえず以上で終わりたいと思います。皆さんご協力どうもありがとうございました。

戸矢理衣奈

(IRIS代表取締役)

現場からの医療改革推進協議会の存在に象徴されますように、近年医療問題は国民的問題としてクローズアップされています。そして、様々な分野の有識者、患者さん、患者さんの家族が医療問題に関する議論の場に参加するようになってまいりました。しかしながら、当たり前のことですが、参加される方々の専門知識も経験も異なります。そして、先程から行政官の対応が問題になっていますが、メンタリティーが違う人達もたくさんいます。むしろこの場に集まってらっしゃる方の方が例外で、議論を進めるにあたっては様々なコミュニケーションの壁が続々と出てくるケースが一般的ではないかと思っています。昨日マスメディアの際に鈴木寛先生が、円滑なコミュニケーションのためには、情報の共有が非常に重要であるということをお話になられました。そして、私が考えますに、医療問題を様々な分野の方々が議論される現在、

「発想法の共有」が非常に重要なことではないかと思っています。今回のsession6では具体的問題としての医療財源問題を論じるとともに、横山先生からは、発想法という点からも大きなご示唆をいただくのではないかと思います。横山先生がお話しになります「社会システム・デザイン」のお話は、今日はまさに社会のランドデザインを扱われると思います。しかし、そのご発想は皆様の身近な組織におけるトラブルであったり、あるいは個人の問題である場合にも非常に応用性が高いものです。まずは身近な問題で、横山先生が仰る好循環モデルや悪循環モデルなどの分かり易いモデルを当てはめてお考えいただきますと新たな発見がいろいろ出てくるのではないかと思います。こうした発想法を共有したうえで、様々な分野の方が議論をされてはじめて、実り多い成果が出てくるのではないのでしょうか。

戸矢理衣奈

(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

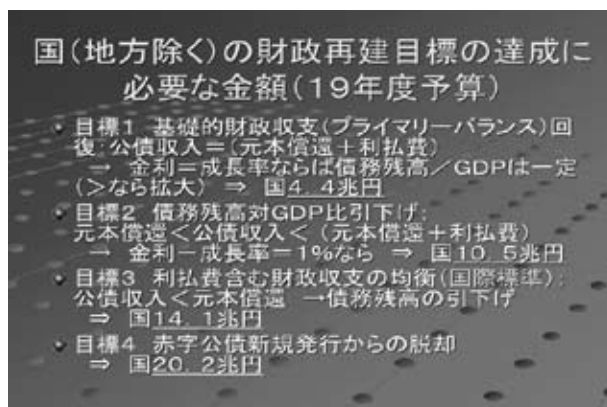
(財務省大臣官房付、東京医科歯科大学教養部教授)

現在、東京医科歯科大学の教授をやっているのですが、元々財務省におりまして教授と言っても別に医学をやっているわけではありません。教養部の方で経済学や歴史学を教えています。今日は、財務省や東京医科歯科大学とは全く関係無く、私の後に横山先生が色々お話をされますが、「横山スクール」の一人として、個人でいつも議論しているような話を個人的な立場でさせていただきたいと思います。「医療財源論」を話して欲しいということだったので、その前提として少しマクロ的な周辺の話、日本の財政や経済の議論などをさせていただいて、横山先生の話の露払いをさせていただくということにしたいと思います。

今、よく財政再建の議論で「プライマリーバランス」ということが色々言われています。医療財源との絡みで財政や日本経済の話をするとなれば、先程から医師不足の問題などが色々出ていますが、超高齢社会にきちんと対応していくための財源というのは、今の仕組みそのものでいきますと、多分財源は出て来ないと思います。大きく仕組みを変えなければ

いけないという話になります。まず、財政のことでは、政府がその達成を目指しているとされる「プライマリーバランス」というのは、少し整理して申し上げますと、あくまで財政再建の中間目標であり、新大阪から東京に向かっては新幹線が名古屋辺りまで着いたという状態が、この図で目標1としているプライマリーバランスなのです。毎年度の公債発行額を、国債の元本償還費プラス利払費の範囲に抑えるということになれば、その状態では、もし経済成長率と金利がイコールであれば、債務残高の対GDPは一定になって、今も続いているその発散的な拡大がそこで止まるということにすぎません[図1]。19年度予算は多少税収が良かったのですが、このプライマリーバランスとのギャップは国の一般会計だけで4.4兆円ということになっています。それだけ毎年度の国債発行を減らさなければそれは達成できません。ところが、普通は金利の方が成長率より高い。特に金融市場が現在のように自由化されているとそうなるのが普通です。その金利と成長率との差として1%位余裕を見るとすれば、

[図1]

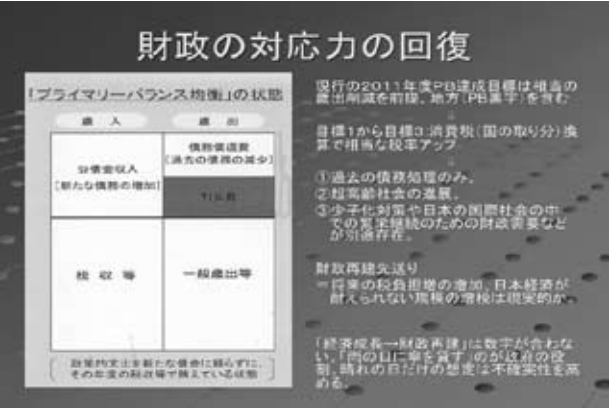


[図1] 国(地方除く)の財政再建目標の達成に必要な金額(19年度予算)

松田 学

(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。

[図2～3]



[図2] 財政の対応力の回復



[図3] 財政は専ら社会保険給付と過去の借金返済のマシンに

10兆円あまり現在よりも国債発行額を減らさないと対GDP比の引き下げにはいかないということになります。それが目標2です。目標3は、国際標準です。多くの先進国の財政再建目標の主流がこれです。債務残高の対GDP比ではなく、債務残高そのものを拡大させずに、出来ればそれを引き下げていくというのが、アメリカでもヨーロッパでも世界標準になっています。そこまで持っていくためのギャップというのは、日本では国の一般会計だけで14兆円位あります。これは、毎年度の公債発行額を元本償還費以下に抑えることによって達成出来るわけです。目標4は、さらに厳しい目標なのですが、赤字国債発行をゼロにするということです。そのためには、20兆円位、今よりも公債発行を減らさなければいけません。これは、かつての日本の財政再建目標だったのですが、ここまでやらないにしても目標3ぐらいまでやるのが国際標準だということです。

これは今言ったことと関連しますが、左側の図の真ん中を線で引いたものがプライマリーバランスの状態です[図2]。本来の財政再建目標のためには、公債金収入というものを、これは新たな債務の増加でありますので、これを元本償還である債務償還費とイコールのところまで持っていく。つまり、債務の増加は過去の債務の減少とイコールになりますから、その結果、ちょうど国債発行残高は一定になるということです。これが目標3に相当します。それと現状とのギャップが14兆円位だ、国の一般会計についてはそうだということを先程申し上げたわけです。そもそも目標1のプライマリーバランス達成というのは、地方はすでにプライマリーバランスが黒字になっていますから、地方を含めて2011年度までにそれ

を実現しようということを政府は言っているわけです。それは歳出削減を中心としたフレームでできるということなのですが、そのような目標では財政再建としては全く甘い。先程言いましたように、本来の目標3までやるとすると、消費税率だけで換算すると相当な税率アップが必要になります。単純に計算するとそうです。

ただ、重要なのは、これが一応の達成を見たとしても、これで達成された状態は過去の債務が処理されたということだけだということです。先日、経済財政諮問会議が将来の社会保障給付と負担の推計をしていましたが、あれを見ましても、現状の歳入構造では3割位、社会保障負担を将来カットしなければいけないということが前提で計算されていました。超高齢社会の進展に対応するには、現在の歳入構造では全く不足なのです。さらに、超高齢化以外にも、別の財政需要、例えば、少子化対策を本格的にやるには何兆円もかかるという話があります。日本が国際社会の中で繁栄していくためにも色々な財政需要が別途存在するということを考えますと、かなり現状とのギャップが大きいということです。今よく言われているのは、まずは歳出削減を徹底してやらなければ増税するのはけしからんという議論です。こういうことを言われながら、私も大蔵省に入って四半世紀経ちましたが、当時からずっと「増税なき財政再建」をやってきました。結局、構造的な歳入不足問題の解決を先送りいたしますと、将来の税負担の増加分がさらに増加するということになり、日本経済がその時に耐えられない幅での増税を考えるのは本当に現実的なのかということになります。財務省と関係ない意見を言うと言いながら、ほとんど財務省のよう

なことばかり申し上げて申し訳ありません。ただ、最初にこの点を押さえておく必要があります。

次に、高齢化ということで、よく出る表なのですが[図3]、これは社会の高齢化とともに自然増の形で社会保障給付が増えていく。いくら社会保障関係費を抑制しても、平成13年度から平成19年度の間に、この図のように増えてしまっています。これを、他の費目の歳出削減で賄ってきたということが示されています。他の費目の削減はずっと続けて、この増加の一途をたどる社会保障の財源を賄ってきた。では、他の経費はどうか。公共事業などは大変評判が悪いといっても、社会保障以外の費目は半永久的に削減を続けていって、ゼロになっても良いのか。高齢化がずっと進んで一番左側の社会保障関係費は膨らんでいくわけです。これは、半永久的に持続可能な構造ではないわけです。放っておくと財政というのは、専ら社会保障給付と過去の借金を返済するだけのマシンになってしまうというのが実態です。

一方で、これはすでに専門家の皆さんがたくさんおられますので飛ばしますが、医師不足の問題がある。日本が他国に類例の無い高齢化をしていく中で、医療システムにはどうしても、マクロのレベルで財源を投入するしかないわけです。その際に、どういうことを考えるかということですが、今、国民医療費が32兆円あまり。これはGDP比で比べてみると、先進国の中で比較しても決して大きくありません。むしろ、小さいとされています。かつ、それは医療を「コスト」で捉えた金額であろうと思います。ここから、横山さんのお話の受け売りになって恐縮ですが、やはり医療を価値(Value)として捉え直してみようということです。特に、

超高齢化社会で「健康」という価値を創造していけば、国民医療費が32兆円というのは、実際は50兆円位あってもおかしくないとよく言われます。100兆円位のマーケットということを考えていっても良いのではないかと。そういう発想の転換をしてみてもどうかということが出て来ます。医療システムを、「エンドユーザー」、すなわち、ここでは患者だけではなく健康を維持したい人とか、もっと健康になりたい健康な高齢者といった方々に対する、「価値提供システム」にしていくという形で財源問題の解決を図っていくということが、一つ提案されるのではないかと思います。

現状のマクロ的な財源制約の下では、今言われているような医師不足問題もマクロ的な医師不足問題となり、国民あまねく平等に医療を提供するとの国民皆保険の建前の下でいずれ医療制限が避けられなくなり、実質的な不公平が進展していくだろう。これも専門家の皆さんには周知の問題だと思います。こうした医療の色々な実態を明らかにした上で、財源投入の選択肢をきちっと提示して国民合意の形成を図ることが、今、政治に求められているのではないかと思います。実は、私、言論NPOというものを設立以来、代表の工藤さんと一緒にやってきて、私は陰でやっているのですが、ここでもマニフェスト評価、政権評価というものを行っています。そこでは二つの選択肢を出しました。その一つがA案で、これは「二階建てシステム」です。現行の公的な国民皆保険は世界に冠たる素晴らしい制度なので、これをきちんと残した上で、混合診療を認めて、その上に二階建てとして民間保険を上乗せするということです。これによって、そこに様々なビジネスチャンスが創出されるだろうと

思います。そして、お金持ちに喜んで「健康」という価値にお金を払ってもらうことによって、下のクラスが引き上げられていく。そういうシステム設計を、横山さんが航空機のビジネスクラスという例えでよく仰っています。こうした二階建て制度の中で、そういう設計を医療システムの中に組み立てていくことが考えられるのではないかと思います。

B案は、それではいけない、やはり、「命の値段には差が無い」、「全ての国民に同じ医療サービスを提供すべき」だということで、現在の公的保険一本でいくという選択肢です。そうすると、先程申し上げたような様々な問題を解決するためには、相当な国民負担の増大が避けられません。しかし、先程財政のところで見ましたように、日本の財政状況に鑑みて、そこまで公的負担だけで面倒をみるとなると、全体として相当な消費税率のアップは避けられない。それで本当にやっていけるのか。これから人口の減少が進んでいく日本で、それだけの消費税率の上昇をオフセットするだけの生産性の上昇を達成しなければ経済は回らなくなるわ

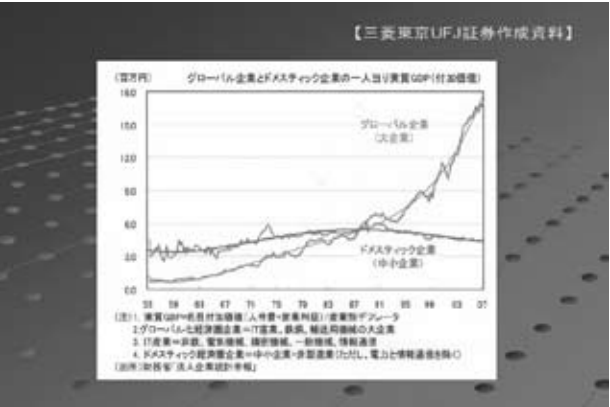
けですが、それが本当に実現出来るのかということもよく考える必要があるのではないかと思います。結局、医療財源を考えるに当たっては、それを支える日本経済のことに絡めて考えなければいけないということになります。

最近、経済の分野では「構造改革」について色々な議論がなされています。振り返ってみますと、経済学的に「構造改革」を定義すると、生産性(収益性)の低い分野に張り付いた生産要素を生産性(収益性)の高い分野にシフトするというのが、その本質的な意味でした。日本経済の場合、官民間わず、非生産的部門に過剰な資源配分が行われていました。そこで、将来の生産性上昇に対する悲観的な想定というものがなされて、それが収益率や金利が低いという状況になっています。現在の異常な低金利政策も、そういうった将来に対する悲観的想定への「過剰適応」だという捉え方が出来るわけです。

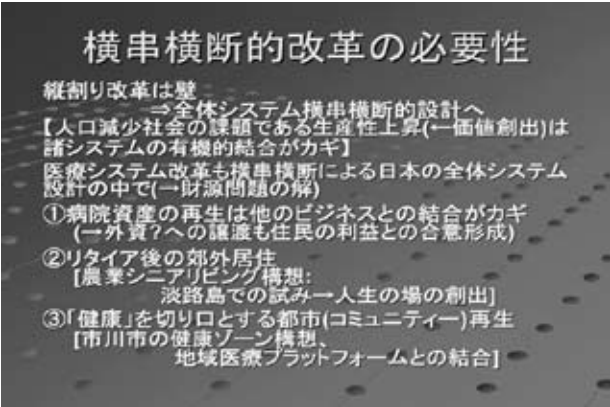
これは、水野和夫さんというエコノミストが分析したのですが、日本の一人当たりの実質GDPの推移です。それぞれ

産業部門ごとに集計しております[図4]。グローバル経済と関連している、特に大企業につきましては、1990年以降の16年間で、それは一貫して上昇を続け、特に2002年の景気回復以降は、その上昇角度もBRICs諸国の中国の成長率と同じ位高いわけです。グローバルとは関係のない地方などのドメスティック部門(中小企業やサービス産業)は、90年から最近まで16年間、一人当たりの実質GDPが一貫して低下しています。就業者数でグローバル部門が占める比率は大体4%から5%位ですが、ドメスティック部門に属している方々は人口の6割近くいる。それが格差の拡大と言われている現象です。国民経済が、全く二つに分かれてしまっているということを表しているグラフです。そもそも、生産性が下がった企業から雇用が溢れて来て、それが生産性の高い分野にシフトするのが構造改革であるはずですが、結局、このグラフが何を意味しているかと言いますと、生産要素をシフトする先の分野の創出に日本経済は奏功しておらず、未だに本当の構造改革に向かっていない。それが日本経済の姿だとい

[図4～5]



[図4] グローバル企業とドメスティック企業の一人当り実質GDP（付加価値）



[図5] 横串横断的改革の必要性

うことです。特に、総需要が不足する経済の下では市場メカニズムで新しい分野を創出することは非常に難しいものです。現在の先進国の国民経済は、いわゆるレーガン・サッチャー時代とは異っています。いまや、自由放任ではない「設計」ということをやっていかないと、難しい時代に入っているというのが、世界の大勢です。その場合に、医療は、これを「産業」として捉えれば、構造改革で資源をシフトする先として、日本では最有望分野だろうと考えられます。そのような「設計」が必要なのではないかという提言です。

日本は「グローバル部門」に依拠した景気回復を示していますが、先進資本主義経済全体に共通した傾向として、各国とも途上国の成長に依存した構造になってきています。アメリカの消費や住宅投資主導の経済も、相当な移民の増大、すなわち、途上国を国内に取り込んだ形を伴っています。それが90年代以降の特徴だと思います。そのような状況に対して、先進国の内部に「ドメスティック部門」の課題としての「内なるフロンティア」の開拓ということを提起したいと思います。国内需要の循環を回復しなければ、真の持続的な成長にならないだろう。その際に、日本には、「超高齢社会」という共通テーマがあるのです。最近では定年も延びていますが、仮に60歳で引退して平均寿命が90歳になるとすると、30年という新しい人生が我々人類に与えられます。そういう状況に、世界で最初に日本が直面するわけです。そこには、「新たな人生の創造」というフロンティアがあるはずですが。そこにおいて、多様な人生の価値を追求する活力ある超高齢社会を作っていくということこそが、日本全体の課題であります。その中で「健

康」に関わる価値にはニーズが最も集中するだろうということが、医療部門の可能性として指摘されるのではないかと思います。

「投資主導経済」とありますが、長らく日本というのは、このパラダイムでやってきました。実際は、投資主導でいきますと生産性の低い分野に資源がどうしても行ってしまう。経済システムの本来の目的は、将来にわたる高度で安定的な消費の実現であるにもかかわらず、投資主導であると、どうしてもそれを実現するような資源配分には向かわなくなってしまう。そういうことが、最近、経済学の分野では指摘されるに至っています。本来の「ケインズの状況」とは、いわゆる金融資産を消費よりも選好してしまうということです。そこでは、需要不足が起こって不完全雇用になります。それを指摘したことが本来のケインズ経済学の趣旨だということが言われるようになっていきます。いわゆる「流動性選好」が強まる背景として大きいのは、やはり不確実性があるということです。市場メカニズムでは処理出来ない将来の不確実性が流動性選好を高めて消費を停滞させ、需要不足の経済になります。ここを何とかするというのが、これからの経済政策の課題でなかろうかということです。

そうなってくると、やはり先程の話に戻りますが、人生のフロンティアを開拓していくということではないでしょうか。それによって人々の不確実性を軽減し、流動性選好を低下させ、消費を振興し、金融資産の大半を高齢者が保有していますので、それが海外の資産への投資ではなく、国内の需要として出てくる。そして、消費が振興されて、消費の増大に見合った形で、そのニーズに応える形で投資プロジェクトが採択されれば生産性の

高い投資が生まれ、消費と投資の需要の循環が起こる。それでこそ初めて持続可能な成長になります。こうなってくると、やはり超高齢社会の運営モデル構築に向けた社会システム設計(デザイン)ということがどうしても必要になってきます。そういうことで、私も横山さんに日頃からご指導いただいているところです。

結局、その際に重要なのは横串横断的改革であろうということです[図5]。やはり、価値の創出に向けた社会の全体システムの組み替えのためには、色々なシステムの有機的な結合が求められてきます。私自身、ここにありますように、現在、一昨日も淡路島に行って地域再生策を超高齢化社会のモデルの一環として提案しているのですが、農業をやりながらシニアライフを楽しむりタイア人たちのタウンをそこに創ろうということです。また、私は市川市の委員にもなっていて、健康ということを切り口にして地域コミュニティを創出していこうということです。こういった所で、色々な縦割りのシステムを横串横断的に組み合わせながら高齢化社会の運営モデルを創っていくという試みが重要になっていくのではないかと思います。それが結局、医療財源の問題の解決の解にも繋がるのではないかという話をさせていただきまして、以下、横山さんの話に続けたいと思います。前座を務めさせていただきました。どうもありがとうございました。

横山禎徳

(社会システム・デザイン研究所代表)

私は、元々は建築のデザイナーだったのですが、その後経営コンサルティングの世界に30年程いて実質的には組織のデザイナーとして過ごしてきました。それを卒業して今は、社会システム・デザイナーと自称しています。他に自称している方が世界にあまりいないようなので、世界でただ一人と称しています。依頼される仕事も何もありませんので勝手にデザインをしてみまして、今は誰に頼まれたわけでもなく、医療システム・デザインを上先生と共にやっている所です。まだ、作業途中ですので途中経過のご報告でしかありませんが、考え方をご理解いただきたいと思います。

今日お話するのは医療課題というものを「社会システム」的に把握することです。では、「社会システム」とは何なのかということという定義をしています。それから、「社会システム・デザイン」のアプローチですが、これは方法論というものが無いデザインというものは有り得ないので、方法論というものをお話しいたします。それから、医療システム・デザインの今試みている途中経過をお話して、次のステップと本来、「社会システムデ・ザイナー」がどこにいるべきかということをお話したいと思います。

医療課題にはいろんな提案があるのですが、最近出版された「改革のための医療経済学」(俞炳匡:著)が指摘しているように色々な要素が絡み合った複雑系のシステムであって厚労省の扱える域を超えているということを、まずみんな分かっていることですが、改めて言わせていただきます。これまでの単発的施策は効果がないか逆効果になっています。いろんな個別アイデアも副作用がありそうなのが結構たくさんあります。システムの発想はやはり必要ではないかと思いま

す。

厚労省が扱えない多様な要素の絡み合った課題であるということに関して、やはり医療の背景にある日本社会における死生観というのはかなり変容してきているとか、高齢者の新しい社会的役割や生活形態というものがまだ確立していないことがあげられます。また、地域コミュニティでの人間関係と医師の位置づけというものがはっきりしなくなってきました。それから、医師の役割の変化と育成方法、および医師の達成感の問題とか、ディスイーズ・マネジメント、そして全体的経済性など全てが統合的に回らないとどこかに歪みが出て来てしまいます。

現行の医療システムは関係者間に自己規律の醸成が欠落しています。医者、患者、保険者の三者間に普通の市場のようなインタラクションが無いからそこで通常は出来上がる相互関係からくる自己規律というものがなかなか出来上がって来ません。そういう問題があります。では、市場メカニズムを導入すればいいのだというように、問題の裏返しを答えにしないというのが「社会システム・デザイン」の基本です。

「社会システム」の定義は、「生活者・消費者への価値提供の仕組み」というように定義します。「価値提供の仕組み」は当然、産業横断的であって、「産業立国」論からは決別しようということなのです。「医療産業」と「医療システム」とは全く違うものです。「医療産業」には銀行、保険会社、情報システム会社などは入れないはずです。しかし、「医療システム」と言ったら保険会社も入って来るし、病院を建てる時にはお金を借りる銀行も入って来るし、そこに医療情報システムを提供する情報システム会社も入ります。そういう意味で産業横断的な

のです。これは、当然監督する省庁も横断的であって、厚生労働省の範囲を完全に超えています。

これらのシステムは技術ロジックだけの問題ではなくて、やっぱり社会の価値観と絡んでいますのでなかなか難しいです。だからこそ、「社会システム」と呼んでいます。私は、デザイナーですので学者ではありませんから、観察してロジカルに説明し、よい論文を書いて評価されれば喜ぶ立場ではありませんので、具体的デザイン実現の視点から定義します。だから、論理的厳密さよりも実践の有効性を優先します。

それから、外国の例をいくら語っていても日本は日本ですから日本の状況に適した特殊解を追求しなければいけません。一般解というのは、ほとんど役に立たないのです。特殊解を考え抜いた後、一般解と比べてみて「うーん、外国はよく考

えているな」とか、「全然違うがどっちが優れているのだろうか」というように使うべきだと思います。それから、「消費者からの発想」を掛け声ではなく具体的に実現することが必要です。政治家はすぐに「国民のために・・・」と仰るのですが、掛け声だけで終わらないようにしたい。具体的に実現してみないとダメなのということです。

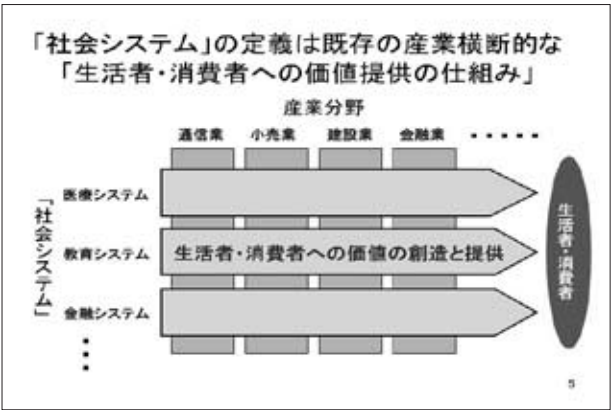
だから、より具体的に生活者や消費者に着目するわけです。今までは、日本は産業立国という産業別縦割りで行ってきたわけです[図1]。対象には何があるのかと言いますと、企業なり業界だったのです。ところが、「社会システム」というのはこれらの産業に横串を通した生活者・消費者への価値の創造と提供の仕組みであります。だから、消費者が良いと言ってくれるか言ってくれないかというのが全ての価値判断であるということ

す。誰が考えても、交通システム、産廃処理システム、電力供給システムとはシステムなのですが、それは技術ロジックでほとんど決まってしまいます[図2]。通信システムもほとんど技術のロジックで決まってしまいます。インターネットというのは、ツリー構造ではなくてその名のとおり、ネット構造になっているのは、安全性のためで技術的な発想です。しかしながら、社会の価値観というものも影響するわけです。教育システムはゆとり教育がいいとか詰め込み教育はだめだとか言って、ああだ、こうだと議論をします。個人的には「良いゆとり教育」や「よい詰め込み教育」もあると思いますが、要するに、価値観が違います。そして、医療システムは大体真ん中にいます。やはり、社会の価値観と技術ロジックの両方が絡んだ世界であるというように考えているわけです。「社会システム・

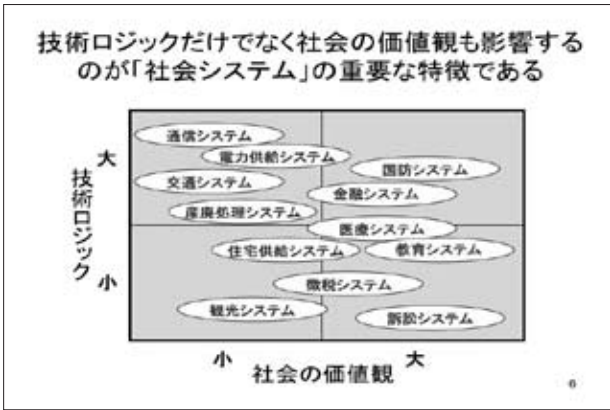
横山禎徳

(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。

[図1～2]



[図1]「社会システム」の定義は既存の産業横断的な「生活者・消費者への価値提供の仕組み」



[図2] 技術ロジックだけではなく社会の価値観も影響するのが「社会システム」の重要な特徴である

デザイン」のアプローチですが、これはダイナミック・デザインというものを目指しているわけです。毎年良くなっていくということです。そこが、このデザインのミソなのです。多くのデザインはスタティックです。私は建築家でしたけど、今喋っているこの講堂のある建築はいつ出来たのか分かりませんが、多分1920年代に出来たと思いますが、その頃からほとんど変わっていません。自己変革はしないのが建築です。「建築は凍れる音楽である」というのが建築の美しい表現です。建築とは違って時系列的に変わっていくものをデザインし、すなわち、毎年良くなっていくものの組み立てをしたいのです。しかし、現実の世界には毎年悪くなっているものもあります。それは、悪循環です。

この悪循環をまず発見して確実に定義し、皆でそうだねと確認します。先程ありました、産婦人科医や小児科医もそうなのですが医師の数が減れば減る程また減っていくというサイクルに入っているわけです。もう、これではやってられないよということで減っていくと、もっとやってられない状況が来るから、また減っていくわけです。そういう悪循環に入っているのだという定義をします。実際は、もっともっと複雑なのですが、考えられる範囲内で定義していこうということです。

しかし、これが問題だからといってそれを裏返したら答えが出てくることはありません。世の中はそんなに単純ではありませんから、裏返すだけではなくて、やはり違う良循環というものを発明しなくてははいけません。ここは、クリエイティビティの問題です。この新しく発明した良循環というものは、今存在しないわけですから、この循環をドライブする

「エンジン」が必要なわけですが、それが、サブシステムということですが、今存在しない良循環を回していくためには三つ位「エンジン」が必要です。

そのサブシステムまで定義出来たら、あとはアクション・ステップ・フローを作ること誰がやっても大体同じものが出来ます。そのフローを見ても何すればいいのも分からないと言う人がいれば、そのフローを何層にもっと細かく具体的にしていくことが出来ますから、誰かがこの行動を起こせと言われたらすぐに出来るという所まで深掘りしていけます。サブシステム以下は、アクション・ステップの具体性にこだわります。だから、法律を作るのとは少し違います。竹中平蔵さんが官僚に法令の文章のテニオハを変えられて骨抜きにされたと仰っていますが、そういうことが起こらないのです。具体的なアクションが全部書いてあるわけですから。まずこういう作業をやり、

その次に、法律を作るというステップにさせていただきたいというのが私の希望です。先程申し上げたように、このようなアプローチはスタティック・デザインではありません。建築というものは、スタティック・デザインですし、情報システムというのもスタティック・デザインです。情報システムというのは、出来上がったその日から陳腐化を始めます。そういうものなのです。情報システム自身は状況変化に合わせて自己変革出来ません。高級なシステムなのですが、ある意味では非常に幼稚なシステムです。

自己変革することが出来る複雑系のシステムとは皆さんが住んでいる東京です。これが、一番複雑なシステムです。都市デザインというものは7,000年の歴史があります。少し難しい話になりますが、ツリー構造にデザインしていきますと必ずフリーズ(固定化)という融通のきかないことになってしまうので、そうではな

くて時間軸を入れるというのが「良循環」、 「悪循環」という考えです。

それから、デザインというのはエンピリカル(経験的)であり、100年前も100年後も今日も正しいというものはありませんから、常にベターなものを求めていくという世界です。それぞれの分野の中核課題からスタートして、このように悪循環がいくつか回っていますから[図3]、それを見つけていきます。

例えば住宅供給でしたら戦後日本政府がやってきた持ち家推進策も、日本人の7割が持ち家に住んでいますから終わっています。逆に悪循環を作っています。しかし、ずっと住宅金融公庫に5,000億円の税金から利子補給をしていました。だから、もういらないと言ってやめました。やめたら、東京の町並みはすごく美しくなりますか?美しくなりません。いらないからやめたという裏返しだけでは何も新しいことは起きません。新しいこ

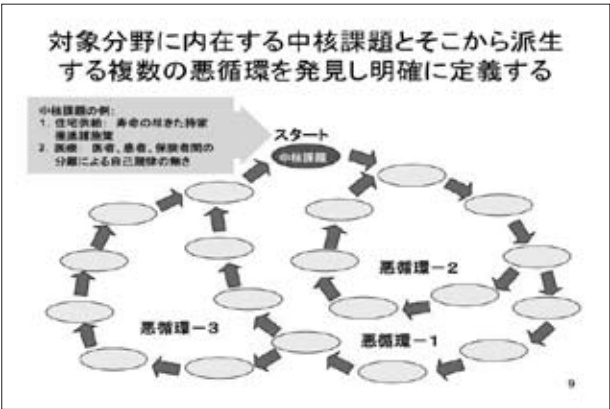
とを起こすためにデザインするわけです。先程申し上げたように医療の世界であったら、基本的には医師、患者、保険者間の分離による自己規律ができあがりにくいということが問題です。医師が医師の本分としての良い仕事をしているということとは別に、ある種の自己規律というものが三者間のインタラクションを通じて出来上がるシステムにはなっていないのだということが基本的な問題なのだと思います。だから、厚労省は、皆が無規律な浪費をするのではないかと思っています。歳出を抑えようとしています。しかし、経費を抑え込むことをやりながら良循環が出来たためしは歴史上無いと思います。経費を抑え込みながら良循環を作れということは矛盾だと思います。

私の考えは必要ならいくらお金をつぎ込んでも良いのだという世界を作り出すということです。しかし、これは難しいです。今、松田さんのお話にあったよう

に日本は巨大な財政赤字をかかえていまずからお金は出てこない。しかし、よくよく考えてみたら、日本人は豊かなのですが、日本政府は貧乏だという問題です。だから、日本政府に頼っている限りは絶対にお金は出て来ませんから、そうではない仕組みを考えようというのが私のデザインの基本的な考えです。上手くいかどうかは、皆さんでご判断ください。実際に、悪循環を定義しましたら、悪循環の裏返しではなくて色々試行錯誤しながら良循環というものを見つけていきます[図4]。一つではありません。たくさん出てくるのだけどその中で一番良いもの、二番目に良いもの、三番目に良いものを三つ位取り出して、それを皆で確認し実現可能性を評価していいものを選びます。

繰り返しになりますが、その良循環は今動いていないのだから、それをドライブする「エンジン」と言いますか、「モーター」と言いますか、それをサブシステムとして最低三つ位引き出します。抽象的で申し訳ないのですが、それぞれのサブシステムにアクション・ステップでどういう行動をしたら良いのかを書いていきます。このステップがよく分からないのであれば、もっと具体的に細かく書けます。そして、サブサブシステム、サブサブサブシステムというように何層にも作ることが出来ます。「医療システム・デザイン」の試みをやっていると申し上げましたが、それについて今お話ししてみます。日本の新たな医療システムというものは、「超高齢化社会」経営の文脈内で連携する「社会システム」群の一部としてデザインすべきです。独立して、医療システムというものは存在しません。「超高齢化社会」をどうやって経営するのかは日本の重要課題です。放っておけ

[図3]



[図3] 対象分野に内在する中核課題とそこから派生する複数の悪循環を発見し明確に定義する

[図4]



[図4] 現在世の中に存在していない新たな良循環を駆動するモーターとしてのサブシステム群を複数抽出

ば辻褄が合わない社会なのです。それを、何とかうまく乗り切ろうというのが今後多分50年位の課題だと思います。その文脈の中の一部として有機的に組み込まれた医療システムというのをデザインしていかなければいけません。

まず、現行の医療に存在する多くの悪循環を抽出し、明示します。医療費削減ではなく、資金が流入することが良循環を作り出すのだという方に発想を転換します。先程のお話をお伺いする限り、思った以上に変だということは分かるのですが、どこか答えに辿り着けないといけません。少ない資金の制約のなかで皆がもっと努力するということに終わってしまうのはだめで、やはり一番良いのは医療システム全体にもっとお金が入って来ることです。航空業界を例に取ってみましょう。「ビジネスクラス」の発明が良循環を生んだのです。1970年代初頭の航空業界というのは最悪の状況でした。皆利益が出るか出ないかで、機材更新が出来ませんでした。したがって、飛んでいる飛行機の寿命が30年を超えるという状況になりそうでした。30年を超えるとこの前、某航空会社の30年物が空中分解したように、やはり、安全性に問題があります。大変なことになるという予測でした。ところが、70年代の半ばから後半にかけて航空業界は「ビジネスクラス」というものを発明しました。これは、フルフェアを払ってくれる企業が相手であり、「ちょっとまけてよ」とは言いません。料金をフルで払ってくれます。航空業は定価どおりに払ってくれば儲かります。ほとんどディスカウントしているから儲からないのです。企業相手であればフルフェアであるということです。そこがミソであって、だから「ビジネスクラス」と言ったわけです。これは、予想

以上に当たって、急速に航空業界は豊かになって、そのおかげで最新鋭機、すなわち767、777、747-400、737-700、737-800と出ました。それから、エアバスも300というのはそうではないのですが、エアバス320、319、330、340を含めて全部第四世代の機材と言います。

皆さんご承知ではないと思いますが、驚くべきことに2000年から今まで先進国のエアラインにおいて第四世代の飛行機での死亡事故はゼロ以外今の所ゼロです。その位安全性が保たれています。確かに破損事故は結構あります。この間も、中華航空の飛行機が燃えましたが、あれも死亡者ゼロです。だから、やはりお金がシステムに入ってくると安全性が高まるのだということです。貧乏人は古い機材に乗りなさい。「ビジネスクラス」の客以上は新しい機材に乗せますということはありません。747-400というのは非常に安全性の高い機材なのですが、エコノミー客もどんなタイプの客も皆乗っています。システムにお金が入るということは皆が得をするのだというように発想すべきです。だから、医療システムの中にお金が入って来るということが大事なのです。それをどうやって成し遂げるかということですが、対厚労省的には皆が自己規律を持って無駄遣いしない仕組みになったのだから、必要なお金を使っても良いのではないかという方向に発想を転換すべきです。しかし、あの人達が簡単に発想を転換することは無いということとは先程のお話を聞いていてよく分かりましたので、やはりこれは絶対に無駄遣いをしないぞというように見せることが必要です。それから、医療における貧富の格差の是正も潤沢な資金があって初めて可能なのです。「医療に関しては皆平等であるべきで、お金持ちがお金で命を

買うことはよくない。」と言う人はたくさんいます。では、その代わりとしてどうしてくれるのかということです。声にはちゃんとした答えが返ってきません。そうではなくて、潤沢な資金が入ってくれば本当に貧乏な人は医療費タダで治療をやってあげても良いのです。すなわち、お金がある人からたくさん取って、その一部を「医療基金」としてプール出来れば良いじゃないかという発想の方が、まだ素直ではないかと思います。

それから、多少の時間差は勘弁して欲しいと思います。例えば、人工透析という治療法が出て来た時に、アメリカの人工透析の必要な患者数と人工透析のキャパシティにものすごく格差がありました。そのためどうことをやったのかと言いますと、この人を生かしてこの人を殺すという判断をする匿名の委員会で人工透析を受ける人を選んでいたわけです。それは非常に悲しいことであったのだけど、別にお金持ちが選ばれたわけではありません。要するに、「生涯価値がある人」が選ばれたわけです。そのような時代を経て今の人工透析は日本だけで2兆円位使う時代が来ているわけです。だから、必要な人は誰でも治療を受けることができるまである程度の時間差というのは少し許してもらいたいということです。

それから、すぐに市場メカニズムに走るというのも私は反対です。市場メカニズムの持っている問題というものがありますから。まだまだ他に手があるはずだというように考えるべきです。それから、Payer、Provider、Patient、すなわち、保険者、医者、患者、それと行政、司法、マスコミにお互いの関係から自己規律を作り出す良循環を見つけるというのがデザインの目的です。先程申し上げたように、「超

高齢化社会」経営というのは、日本の最大のテーマです。放っとけばつじつまが合う形では回らないというのは明らかです[図5]。回らないというのは、今松田さんの数字でご覧頂いた通りです。それを、回さなければいけません。電車に乗った時、シルバーシートは老人のために取っておくべき所だということで座らないようにしたら、私も一ヶ月前に65歳になりまして、私のためにとってあるので、座って良いのだということに気がついて愕然としました。でも、まだ座る気はないぞという気持ちです。そういう人のために高齢者雇用システムというものが必要なのです。

今の団塊の世代も二人に一人が90歳を過ぎても生きていくのなら働いてもらうのが一番良いのだし、日本人特有の価値観に基づいたシステムだと思います。というのは、私は半分フランスに住んでい

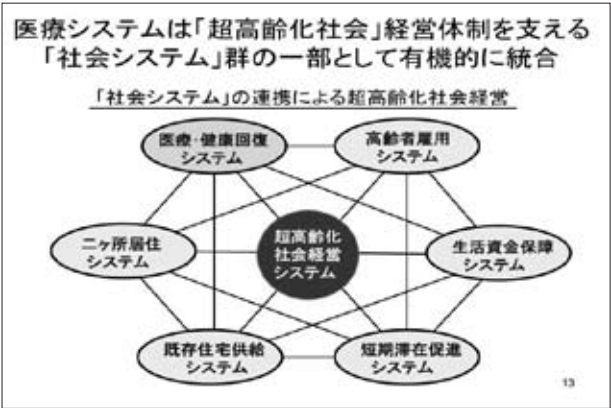
るのですが、フランス人は本当に引退することを夢見て生活しています。皆が言う通りです。でも、日本人は引退することを夢見て働いていません。やはり何かの仕事をしたいのです。それが、緊張感を醸成し、結果として健康で長生きに繋がります。そういうことがあるのだから日本には高齢者雇用システムが必要なのです。例えば、3日働いて4日休むというようなパターンの雇用です。それだったら二カ所に住んで、別荘ではなくて東京半分、どこかの町に半分という生活をする、家を二つ持ち、一人二役の生活になりますから人口が倍になったようなものです。そのためには、高い新築住宅ばかりではなくて、既存住宅も安く買いたいということになります。

今、日本の既存住宅の市場というのは15万戸しか売れていないです。アメリカは600万戸売れています。なぜかと言

ますと、要するに既存住宅市場を政府が育ててこなかったのです。要するに、新規需要の「一次市場」に比べて既存品の流通市場である「二次市場」というものを政府はコントロール出来ないから嫌います。それは分かります。アメリカの鉄砲の市場というのは、大体4割が「二次市場」で動いているといわれています。ですから、コントロールが効きません。非常にコントロール志向の強い政府のおかげでここまで発展して来たのかもしれないが、ちょっともう勘弁してくれないかということです。官僚のパターナリズムから脱しないといけない時期に今来ているわけです。そのようなパターナリズムでは育たないものが多いのです。

それから、日本人が減るのだったら、外国人にもっと来てもらうことを推進すべきでしょう。そのためには旅行者という短期滞在者であっても住んでいる人であっても消費してくれるのであったら、どちらも大事なのです。政府の観光立国の目標は1,000万人です。1,000万人というのは、消費という視点からはほとんど足しになりません。何で1,000万人という目標を掲げたのか私には全く分かりません。私だったら、5,000万人にします。世界では、フランスが7,000万人、スペインが5,500万人、アメリカが5,000万人ですから、中国はもうすでに3,000万人から5,000万人の外国人旅行客規模になっています。何で日本は1,000万人なのだという中途半端なことを言っているのか分かりません。ほとんど、分かっていない人達が組み立てているということです。だから、政府もあまり信用出来ないということなのです。だから、頼っていても仕方ないという状況です。それから、生活資金を保障するシステムというものもあります。これだけではないので

[図5]



[図5] 医療システムは「超高齢化社会」経営体制を支える「社会システム」群の一部として有機的に統合

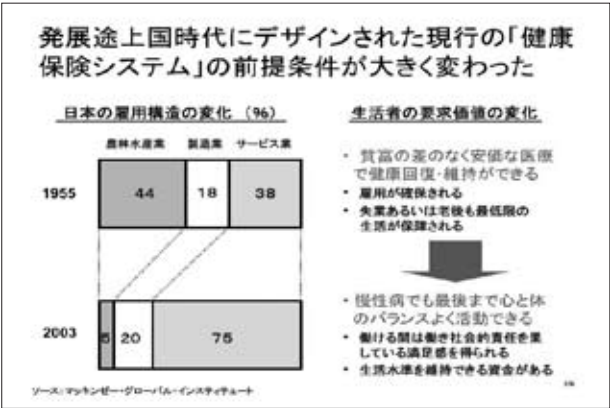
すが、こういうものが全部繋がっているのです。それらのシステムのトータルとして「超高齢化社会をどうやって経営するのか」ということに応えないといけません。そうすると、これは明らかにかなり高度なデザイン能力が必要だと思われます。では、今お役人がこういうことをデザインする訓練がされているのかといえ、されていません。法律を作る訓練をされています。法律を作る前に制度設計ということもあります。しかし、その省庁内の権限の幅で制度設計するという能力は訓練はされているけど、こういう複雑なシステムをデザインする訓練はされていません。松田さんは財務省ですけど、優秀な官僚であると思います。しかし、優秀だったらゴルフはうまいのか、テニスはうまいのか。一緒にやったことは無いけど全くゴルフは下手くそだと思います。要するに、練習しなければ上手くなるわけありません。今の官僚というのは、こういうシステムをデザインする練習をしていないです。それが、いろんな所で歪みとして出て来ています。練習しないのだからデザインの能力はありません。

先進事例が存在する世界で生きて来ましたし、小さく間違っても高度成長がその間違いを消してくれるという中にいたので、官僚の無謬性という神話ができたのです。誰が言っているかと言いますと官僚が自分でも言っています。要するに、「インディアン嘘つかない。官僚間違わない。」と思っているわけです。そのような時代はすでに終わっているわけです。「間違っでごめんね。やり直させてくれ」と言えば良いのです。例えば、住基ネットは400億円を使って全くの失敗です。「ごめん、やり直させてくれ。システムは一発では決まらないのだ」と言えば良

い話です。ですけど、言えません。それが、いろんな問題を起こしています。要するに、「ごめん」と言えません。日本政府も安倍首相もそうでしたけど。「ちょっとやり直させてくれ」ということを言えない限り、システム・デザインということは出来ません。システムは絶対に一発では決まらないからです。ここが、基本的な思考の転換が必要なところなのです。「世界に冠たる健康保険システム」だといっているのですが、本当にそうだと思います[図6]。構想を始めたのは1955年で、その当時の日本は立派な発展途上国だったのです。就業人口の44%が農林水産業の従事者だったわけです。だから、お医者さんに診ていただけるだけで嬉しくて涙ぐんでいるという時代でした。当時、ほとんどが感染症であって、貧乏国だから心と体が両方病気になるっても体を治せば心も付いて来るだろうという仕組

みでやってきたわけです。1961年に実施されたのですが、1964年に完成した東海道新幹線は、世界銀行からお金を借りています。発展途上国にお金を貸すのが世界銀行で、まだ世界銀行からお金を借りることができる時代に日本は健康保険システムというものを作ったのです。それは、たいしたことなのです。でも、今は違うのだということを確認して欲しいのです。やはり、今は大枠としては慢性病であり、完全には治らないのだけど、でも最後まで心と体でバランス良く活動出来るようにして欲しいなと思っているわけです。では、今の健康保険システムが、それに応えるようになっているかと言いますとなっていないということです。「健康は消費」ということをいっても、別に目くじら立てる方はおられないと思うのです。すでに政府のサービス消費という項目の中に健康というものがありま

[図6]



[図6] 発展途上国時代にデザインされた現行の「健康保険システム」の前提条件が大きく変わった

すから、健康というものはサービス消費だと思っているわけです。だけど、ではそのように組み立てているのかということです。考えてみると、健康というのは高齢者による最大の消費分野であって、常に消費トレンドの先端にいた団塊の世代による新たな消費トレンド形成の機会があります。

ご存知のように日本は今、消費が伸びていないのです。バブルの崩壊後、景気の底を打ったのだけと成長軌道に乗らないのは国内消費が伸びないからです。日本というのはほんの最近までGDPに占める輸出の割合というのは9%で、世界でも二番目に輸出比率の少ない国でした。90%は国内の経済活動で回っていたのです。それが今、15%まで上がっています。大半は中国依存なのです。その理由は、国内消費が伸びていないのです。なぜかと言いますと、バブルの崩壊だと言って騒いでいた時期に静かに起こったことというのは、日本の人口の半分が50歳を超えたということです。皆さんは、50歳を超えておられる方もおられると思いますので、お酒の消費量をお考えになると思います。ビールの消費のピークは50歳です。45歳から50歳が一番消費しています。あとは、ダラダラと落ちて60歳でボトンと20%位落ちます。そういうサイクルに入っているから、放っとけば消費が伸びないのです。

また、日本の平均寿命が伸びていると非常に誇らしげに新聞などで書いているのですが、ある意味ではこれは最悪のニュースなのです。なぜかと言いますと、90歳を超えてお父さんやお母さんが亡くなると相続人である貴方はすでに60歳を超えているわけです。相続してもお金を使いません。最近は、貯蓄から投資へと言われて、そうかということで、アメリ

カの財務証券など、外国の証券が入った投資信託を買います。これは、私が言う所の消費ではありません。使ってもらえないといけません。国などが調査で「何でお金を貯めているのですか?」と聞くと、「老後のため」と答えます。もしくは、「まさかの時のため」と答えます。私に聞かれても、「老後のため」と言うと思うのですが、言ってみれば、お前はもういい老後だから使ったらどうなのかという歳なのです。でも、使わないわけです。だから貯まってしまいます。

実際に、高齢者が今どの位持っているのかと言いますと、よく新聞で1,500兆円の個人金融資産という話が出ますが、1,500兆円とは別に非金融資産の土地、建物、書画、骨董が2,000兆円あるそうです。めちゃくちゃお金がある国なのです。しかも、60歳以上がその両方の大体7割方を持っているわけです。2,500兆円あるわけです。2,500兆円あるということは、単純に計算しても毎年50兆円以上の相続が発生しているわけです。今、表に出ているのは30兆円位で、2兆円位の相続税を取っています。50兆円はもう発生しているわけです。それをどこかに隠しています。一方、税務署員というのは相続税のようなストック課税の捕捉能力が弱いのです。訓練されていないからです。それなのに、日本政府は小さな政府という馬鹿な掛け声を掛けて税務署員が56,000人いるのを平成12年から平成22年までに10年掛けて一割、すなわち、5,000人以上減らしています。税務署員が色々やりとりしているサイトがあってそれを見ますと、手が回らず、もう悲鳴を上げています。捕捉率は落ちています。だから、消費税を上げる前に相続税の捕捉率を上げることをやっていただいた方が良いでしょうと思います。どんなに甘く見積もって

も全体で最低5兆円は取りっぱぐれています。要するに、相続しても使わないという状況を変えないといけません。それは、高齢者に消費させることです。ものであればすでに全部持っています。必要なのはサービス消費です。サービス消費で一番魅力あるのは、健康医療に関するサービス消費です。そういうと、「命をお金で買うというのか」という人がいますが、それは少し飛躍じゃないかということです。日本全ての医療行為の中で本当に命に関わるものは何%なのだと思います。そういう統計も絶対に無いと思いますから、誰も知らないと思います。大変大目に見て30%位ではないでしょうか。7割が命に関係無い医療行為なのです。

「国民医療費」と言いますと、経費、すなわちコストです。コストはカットすべきなのです。コストを増やそうという経営者は一人もいません。コストと言った途端に自動的に削減と言うわけです。だから、「国民医療費」という言い方は、やめたらどうかと思います。「国民医療消費」と言った方が良いのではないかと思います。消費は浪費だと思っている人がいるのですが、そんなことはありません。例えば、CO2を削減するためにトヨタはプリウスを作ります。プリウスは新しい色々な部品が必要です。それを皆さんが買うわけです。だから、消費は浪費ではありません。浪費もあるけど、良い消費もあります。だから、健康というのは良い消費なのだと。そのためには、自己規律があって、無駄な安易な医療行動を患者もしないし、安易な医療行為を医師もしないというような所へ持っていけば良いではないかと思います。健康消費の健全な育成に関する多くのテーマは厚労省の得意分野ではありません。彼ら

も、「そうだ」と言うと思います。

医療という「価値」を消費すると考えるのです。この「価値」、あるいはバリューというのは、感覚的にいうと、かかっている人件費の4倍以上の値段を取ることができるということです。このように、バリューで考えると、「国民医療消費」100兆円というのは、そんなに非現実的な話ではありません。そのうち、国が面倒をみなければいけないのは、3分の1強位で抑えるというやり方もあります。それが、システム・デザインなのです。システムにお金が入ってくると色々な応用が出来ます。本当に貧乏な人にはどんな医療でも無料ということが出来ます。

完全無料というのは、実際に存在しています。私は、原爆の被爆者で特別原爆手帳を持っていますから、医療費は完全に無料です。国に悪いから使ったことは無いですが、無料という世界があるのであり、それだって良いではないかということです。先程から出ているように日本の医師不足というのは、もう悪循環に入っています。先ほどの話を聞いていて非常にマズイなと思ったわけです。ネアンデルタール人が滅亡したのと同じようなサイクルに入ったなと思います。本当かどうか知りませんが、おばあちゃんが家族にいと、乳幼児死亡率が低いという話があります。ネアンデルタール人は、平均寿命が短いのでおばあちゃんが家族にいなかった。おばあちゃんがいないと、乳幼児死亡率が高まり、悪循環に入って滅亡したということです。それに近い悪循環がもう始まっているのではないかと思います。あまり時間が無いぞということです。

実際に、Payer、Patient、Provider、Control、Mass Mediaの間に存在する悪循

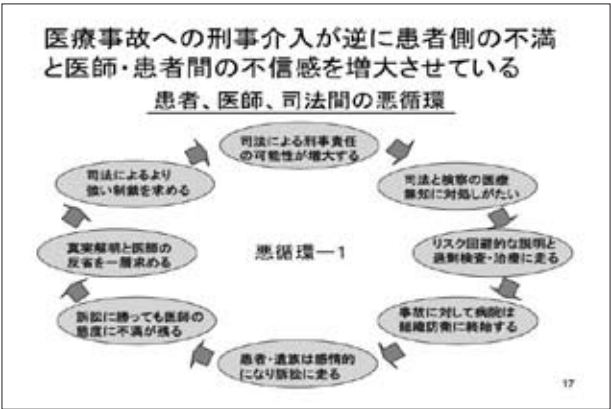
環というのを、色々拾っているわけですが、例えば医療事故というのは刑事介入をするということがいかに悪循環を作っているのか。要するに、亡くなった患者の遺族も裁判に勝っても当然のことながら、患者が生き返って来とは思っていません。真実を知りたい、本当に謝って欲しいというような素朴な感情がこじらせていくということです。だけど、刑事犯になるのだったら出来る限り被告側は防御します。そうすると、真実の解明にはなりません。患者側は医師がちゃんと反省してくれないと思って、もっと強い制裁を求めてしまうという悪循環が回っています[図7]。

それから、コストを下げたいこうという努力が実はコスト高に結局はなるとい悪循環があります。[図8]、医療改革をやろうとするのだけど現場感覚の欠けた委員を集めた委員会を設置して色々委員のご意見を伺うのですが、これも悪循環を作っています。[図9]、委員に選ばれる「有識者」というのは多くの場合、ほとんど医療の実態に関して無知です。「有識者」の意見を新聞で読んでくだらないないつも思います。例えば、金融で何か事件があると彼らの意見がのっていますが、「有識者」がどれだけ金融を知っているのだということです。同じく、「有識者」が医療を知っているのかというと、知っていないわけです。そういう人達を集めて委員会を作るわけでしょう。現場感覚の無いものが出来ていきます。そうすると、現場は煩雑さが増して一層忙しくなるわけです。もっと疲労困憊します。どんなに優秀な医師であっても、30時間以上睡眠しないで対応していると、ミスする確率が高いはずで。そういう悪循環が回っているということです。マスコミというのは、基本的にはエコノミ

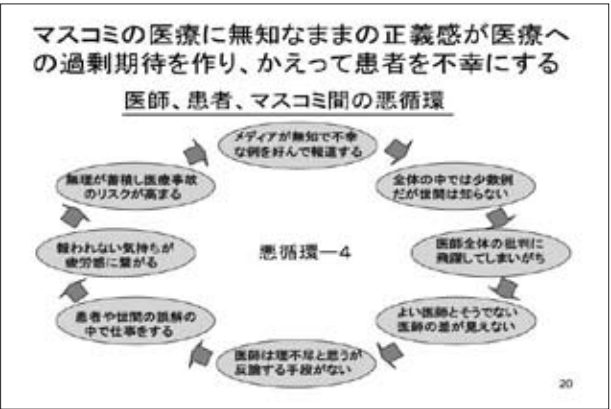
クス、すなわち、経済性のことはあまり勉強していません[図10]。ですから、いろんな事業をもてはやしますが、その事業をやったら儲かるのか儲からないのかわかりません。それから、時間軸を短くする傾向があります。10年後の話ですと言いますと誰も読まないの、来年起こりそうに言います。マスコミを別に批判しているわけではないのだけど、要するにマスコミの好みというものがあります。そのうえ、マスコミもやはり医療に関して裁判官が無知であるように無知です。それに、統計的なことはあまり得意ではありません。記事で取り上げているのは少数例だということはあまり出て来ません。そうすると、医師全体の批判になっていって、良い医師とそうではない医師との差が見えないから、医師は理不尽だと思うけど反論する手段がありません。患者、世間の誤解の中で仕事することになり、報われない気持ちが疲労感に繋がります。無理が蓄積し医療事故のリスクが高まります。そうすると、またメディアが取り上げます。そういうような悪循環が回っています。では、良循環は何かと言いますと、色々な考え方があります。これは、ちょっとユートピア的なことを考えています[図11]。あなたが「医者に会う時はすでに患者である」というのは、結構辛いものがあります。そこに私の健康診断担当の先生が座っておられるけど、あの先生にお目にかかった時はすでに私は患者であったわけです。生活態度が悪いといって叱られるのではないかと、すでにすごい引け目の感情になってしまいます。そういう関係が、やはり非常に複雑な心境にさせますので、医師に会う時にはすでに患者という状況を変えたいと思います。

医師というのは様々なタイプの人がい

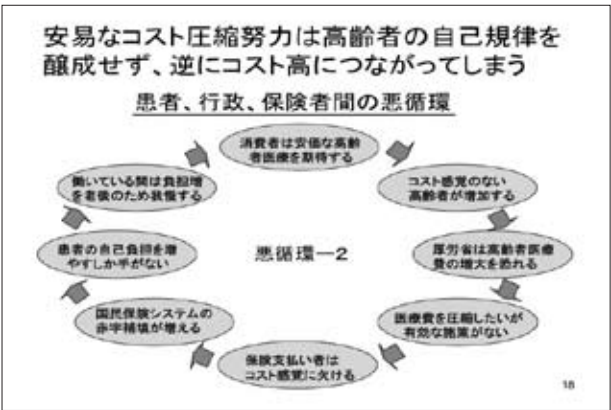
[図7～12]



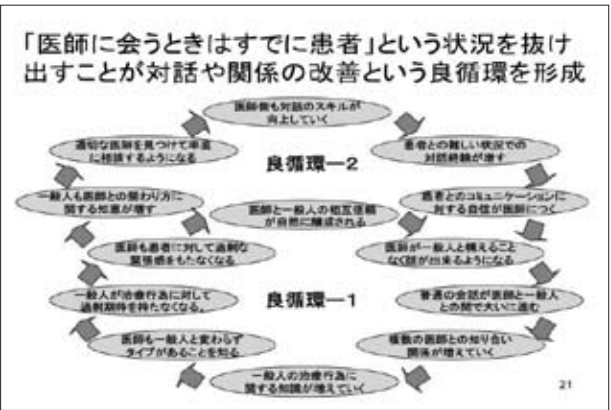
[図7] 医療事故への刑事介入が逆に患者側の不満と医師・患者間の不信感を増大させている



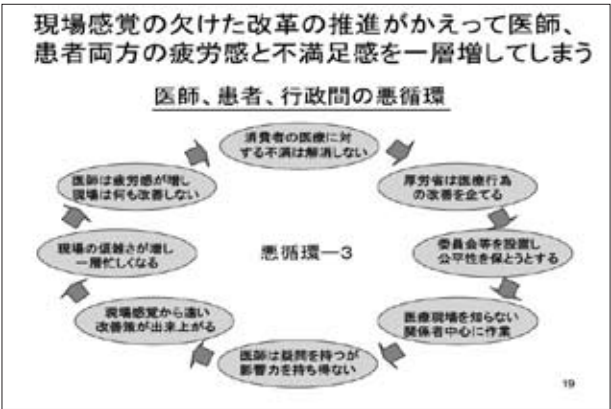
[図10] マスコミの医療に無知なままの正義感が医療への過剰期待を作り、かえって患者を不幸にする



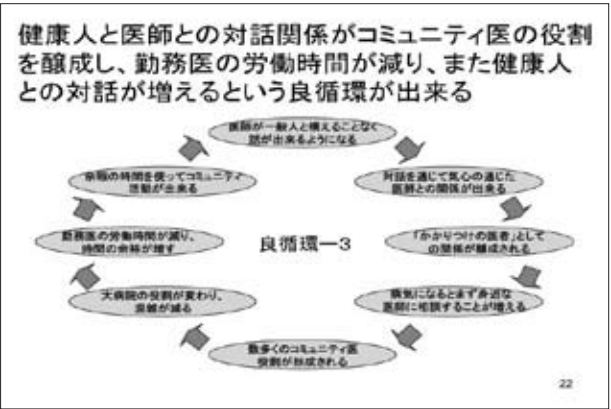
[図8] 安易なコスト圧縮努力は高齢者の自己規律を醸成せず、逆にコスト高につながってしまう



[図11] 「医師に会うときはすでに患者」という状況を抜け出すことが対話や関係の改善という良循環を形成



[図9] 現場感覚の欠けた改革の推進がかえって医師、患者両方の疲労感と不満足を一層増してしまう



[図12] 健康人と医師との対話関係がコミュニティ医の役割を醸成し、勤務医の労働時間が減り、また健康人との対話が増えるという良循環が出来る

るのだということがわかる組み立てが出来ないのか。だから、ユートピアなのですが、デザインですから何度でも何度でも変えていけます。「こんな馬鹿なこと出来ないよ」と言われれば、もう一工夫します。今の所は馬鹿なことを書いていますが、医師と一般人が出会う場があると、やはり医師にもピンからキリまであるということもわかります。自分とケミストリーが合う人も、そうではない人もいます。それが、意外と自分の近くにゐるんだねということが分かっていくということです。

厚生省はある種のことは導入するけど、それに伴うべきことの導入は欠落しています。インフォームドコンセントとかセカンドオピニオンとか言いますがそのために必要な医師のコミュニケーションスキルはどこで訓練しているのか。全然無いではないかということです。要するに、刑事犯になる可能性があったら、ものすごい腰の引けた話をたくさんするはずです。この手術をすると、成功率はどうこうというようにリスクを散々聞かされてそれで手術を受けますかといわれても困るというような問題があります。だから、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンということを言うのであれば、メディカルコミュニケーションということをちゃんと訓練すべきではないか。それは、厚生省の管轄ではなくて、文科省の管轄です。

文科省の「医療教育の10年像」とう報告書が出ていますから、御覧になると良いです。メディカルコミュニケーションを一言も言っていません。全くゼロです。だから、腕は立つが口は立たないという医師ばかりになってしまうではやはり困ります。特に、心の病気が体に影響するような時代に、心のケアというのはコミ

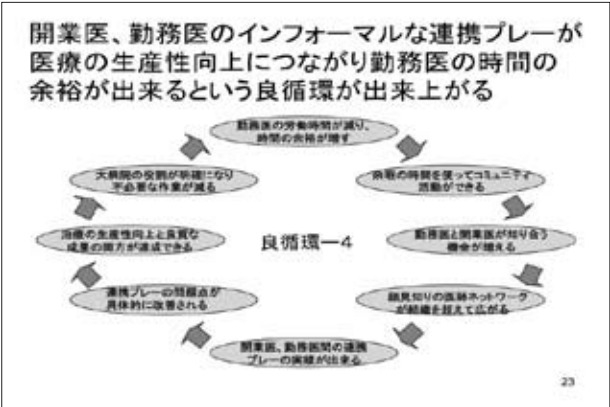
ュニケーションであって、それが出来るような訓練というのは別に精神分析医だけではなくて、皆がやるべきではないかと思います。しかし、文科省にはそういう観点はないようです。でも、そういうコミュニケーションの訓練があれば良循環が出来、そうするとまたそのサブセットとして健康人と医師との対話関係がコミュニティ医の役割を醸成し、勤務医の労働時間が減り、また健康人との対話が増えるという良循環が出来ます[図12]。本当かと言われそうですが、例えばこのようなことを良循環として組み立てるのだということです。

それから、開業医と勤務医は昔程人間関係が繋がっていません[図13]。だから、知らない医師に電話して話をするようになります。日本の人間関係は、知らない人にはつっけんどんだけど、ちょっとお互い知っていると対応が丁寧になるというのはありますよね。だから、知らないよりは知っていた方が良いわけです。開

業医や勤務医は顔見知りになっていた方が良いわけです。そういうインフォーマルな連携プレーが必要だと思います。フォーマルなシステムだけで全部やろうというのは、私は無理だと思います。インフォーマルな所をどれだけ活かすかということです。それが、医療の生産性に繋がり、勤務医の時間の余裕が出来るということなのです。良循環のデザインの最初の段階ですから、そんなものは本当にできるのかと思われるかもしれませんが、そう思われるのでしたら参加して改良していただきたいと思います。いくらでもデザイン出来るということです。

最後ですが、次のステップは何かと言いますと良循環を駆動するエンジンとしてのサブシステム群を見つけ出すことを今の作業としてやっています。具体的にはまだ言えませんが、例えば医師と一般人、勤務医と開業医が普段から顔見知りである状況を作り出すサブシステムで

【図13】



【図13】 開業医、勤務医のインフォーマルな連携プレーが医療の生産性向上につながり勤務医の時間の余裕が出来るという良循環が出来上がる

す。地域コミュニティ意識の希薄な日本の地方都市という文脈の中で考えています。特に、先程松田さんの話にありました「健康都市」宣言をしている市川市で何かできないかと考えています。市川市という所にコミュニティ的なものを作ろうと言ったからといって簡単に出来るわけではないので、健康というものを中核にしながら組み立てる方法が無いのかという議論をしています。それには日本特有の人間関係ネットワークの活用ということです。我々は色々な人間関係を作っているわけです。よく言われた会社を「地縁社会」にしているという状況はほぼ終わりがけて、別の人間関係を日本社会は作り上げようとしている途中だと思います。そこの中にはめ込んでしまえば良いというようなことです。

それから、「医療価値」に応じた価格設定とその収入を貧富の格差は正のための「医療基金」としてプールするサブシステムですが、要するに国が面倒見てくれる可能性というのは当分ほとんどありません。従って、国の予算とは別に、基金としてプール出来るようにするということです。そういうことを議論しないで、混合診療をやれとか言っても、それでどうするのということになります。それは、基金をプールするためにやるのだということです。だから、お金の無い人は完全無料にするということを入れないといけません。この基金はどれ位必要かといいますと、多分500億円から1,000億円でだんだん動き始めて兆円以上の所まで持っていくということだろうと思います。

次に、刑事裁判のみでない多様な紛争解決を図るサブシステムですが、これはADRということで出来て来るでしょうけどADRの仕組みを作ったら本当にADRが動くのかという大きな疑問がいくつかあ

ると思います。だから、本当に動くような仕組みというのを作らないといけません。それこそ、デザインなのです。それから、医師のコミュニケーション能力を向上させるサブシステムも必要でしょう。

こんなことを喋っているのを聞いていてもやはり虚しいよなど。お前はたかが引退したコンサルタントだろうと。どれだけの力があるのだねと言われそうな感じがします。だから、本来「社会システム・デザイナー」というのは、官僚から出てくるべきなのです。縦割りの世界にゐる官僚の中から35歳位からピックアップして40歳までに訓練して首相官邸に医療・健康システム・デザイナーとして置きます。それにマスターという名前を付けてまして、「マスター医療・健康システム・デザイナー」という人を置きます。彼のアカウンタビリティの対象は消費者です。だから、主婦も「何々さんがマスター医療・健康システム・デザイナーなのよ。」と言う位、次官などよりも余程顔が知れている人になるだろうということです。

大きな権限があるわけではなくて、縦割り官庁に同じような権限と年次の課長がいますから、それら課長と全てネゴシエーションなのです。オーバーライドする権限はありません。あくまで大臣だけです。一生懸命疲れながらも忍耐強くやります。なぜかと言いますと、消費者が見ているからです。そういうことです。そのようなデザイナー・チームを首相官邸に置きます。なぜ民間人でなく官僚なのかと言いますと、官僚同士の限界と、その細かい具体的な動かし方を知り尽くしているということで、官僚が良いだろうということです。要するに、逆に彼らをうまく使うのだということです。志を変えてもらうということです。そのため

には「社会システム・デザイン」ということに関して、知識、技能、知恵の徹底訓練し、デザイナーとしての皮膚感覚を獲得させるということです。だから、ことデザインに関しては「優秀なのに無能」という状況ではなく、「優秀でかつ有能」にするということです。それから、同年次の官僚と同等の権限だが、「社会システム・デザイナー」の志を持ち縦割り組織の官僚と忍耐強く交渉する。出身官庁に帰ることは原則不可とし中立性を確保する。

では、この後彼らのキャリアは何ですかということですが、この「社会システム・デザイン」と「社会システム・デザイナー」のご説明を課長クラスにしたら、「面白いです。やりたいです。」と言われたのです。ところがある課長が「この後の私のキャリアはどうなるのですか?」と聞きましたので、私は「ありません。これでああなたの官僚としてのキャリアは終わりです。日本中の主婦に顔が売れているのですから民主党からでも立候補して下さい。」といいました。このように、国民に幅広く成果を問い、個人的認知を得て官僚としてのキャリアは一旦完結するわけです。官僚にとって次官志向でない多様なキャリア・パスの一つになるということです。以上です。どうもありがとうございました。

Q&A 質疑応答

Q会場（鈴木寛）私は、質問というのは早くサブシステムのあの表に穴を埋めていきましようということだと思います。

A（横山）私が5時間説明するのにかかると言ったのは、民主党の議員の方々有志10人位に説明したのに5時間かけたわけです。その時、よく理解していただいて頭が良い人だなと思ったのですが、多少がっかりしたのは「これで政権が取れるのかな。」と言っていたことです。政権を取るのか取らないかではなくて、こういうことを組み立てるということです。要するに、自民党なのか民主党なのかそんなに差がないと皆思っているのですが、どちらが「超高齢化社会」を経営するシステムで、実現性のある良いものを先に出したかということです。そういう競争をしてもらいたいというように私は思います。

Q会場（鈴木寛）そこも、政権を取るデザインをすれば良いんですね。

A（横山）ナチュラルな結果として、自然な結果としてそうなるようにしていただきたいです。

Q会場（大澤）大変貴重で面白い話をありがとうございます。こんなに明るい話をここで伺えるとは思っていませんでした。

実は、私は昨年ビジネスチャンス発見というタイトルで確かここでお話したと思うのですが、実はやりたいことというのは、去年お話したようなデータの可視化ということではなくて、社会のシステムとかそういういわゆるシステムがずっと循環的に良くなっていくようなそういう仕組みを作りたいなというのが一つ

のドリームです。そういうことをやろうとする時に、私個人のローカルな話に陥って申し訳ないのですが、ステークホルダーの声を集めてそれを私の専門的な話にすると、そこから新変数を見つけるということが結構本質なのかなと思います。どんな新変数かと言いますと、ステークホルダーというのは、いろんな島があってその間を何か結ぶような新しい新変数というものを見つけていくと、新変数はどんどん変わっていきますけど、恒常的に次から次へと見つけれられるようなプロセスを作ると、回っていくのだというのが私のビジネスパートナー達とのコラボレーションの結果分かったことかなと思います。今ちょうど亀田総合病院さんとか、医科研の田中先生とかとコラボレーションさせていただいて、やっています。どうも、患者さんの発言はいくら堆積しても、あまりにも悲惨なのです。仰っているような夢のあるサイクルというのはなかなか描けないような気が実感として少しあります。ビジネスピープルであれば、お客さんの声を可視化するとかなり回っていきそうなコンセプトが取れてかなり出てきます。サイクルは回っていきますし、利益にも繋がっていきます。しかし、なかなか医療という場合に、それが難しいです。実は、仰っているお医者さんが、患者さんとコミュニケーションする能力にもかかってくるのではないかと思います。要は、患者さんが明るい気持ちになって話が出来るような場を作ってやっていけないのかなという気がします。

A（横山）患者も消費者ですから、私はいつも言うのですが、消費者は賢いけどイメージネーションはそんなに豊かではありません。だから、このワンプッシュ型

の携帯電話が出て来るまでに、消費者は「パッと押すと開く携帯電話が欲しい。だから作ってくれ」とパナソニックに言ったわけではないのです。常に企業が仮説を立て、これは良いということで作っているわけです。だから、いつも言いますのは「浜崎あゆみが出て来たら嬉しい」と言った高校生はいないよということです。出て来る前に「出て来てくれ」と言った人はいません。出て来なければ良い悪いの評価はできません。だから、消費者は賢いけどイメージネーションは無いのです。だから、見せてやらなければいけません。そこが一番難しいと思います。

Q会場（大澤）何が言いたいのかと申し上げますと、結局スキルというのが必要だと思います。それは、おそらく今仰った意味で患者さんに対してそれを求めるのはおそらく極めて難しいと思います。そういうことは、医療者の方に例えば仰っているような意味でのイメージネーションであるとか、おそらくイメージネーションを育てるにはアナロジー思考の能力を育てるとか、わりと細々とした生きるレベルの教育ということがおそらく必要なだとすれば、それは一体どこでやったら良いのかというのが私の最終的な質問です。

A（横山）皆、クリエイティビティとかイノベーションと仰るけど、イノベーションはそんなに簡単に出て来ないし、そんなクリエイティブな人は世の中にはいません。ほとんどの人は、リソースフルなのです。要するに、いろんなことを知って整理しているだけなのです。この問題にはこれ、この問題にはこれというふうに答えをだしていくと「クリエイティブだね」と言われるだけです。要するに、

誰かがやっているわけです。だから、そういうことを知っていて、それを自分の無意識の世界に、特に規制のきつい世界は、こういうことはやってはいけないという自己規制がものすごく無意識なレベルにあって発生しているのです。それを、何が無意識な自己規制なのかということです。私はコンサルタント時代、お上が規制を与えていないのに自己規制しているのは、銀行で大量に見ました。誰もやれと言っていないことをやっているのです。いつからやっているかと言いますと、要するに30年、40年前からで何故やり始めたのか覚えている人はもういません。そういうことがあるので、無意識の自己規制をリストアップしてそれを外していくということをやると、パッと思考が広がります。こういうことを沢山調べて本を出版しているのはスタンフォードプレスです。もう、30年程前に大量に創造性に関する本が出ていますから、もし興味があったら数冊は日本語に訳されています。日本語の本は魅力の無いタイトルでほとんど売れていませんから、絶版なのです。私が良いと思ったのは、「コンセプチュアル・ブロック・バusting」という本です。要するに、自分でどういう所で自己規制をして思考を停止しているのかというのを、一般的にこの位ありますというのが書いてあります。それで、自分の世界はどれかなとやっていただけで、かなり足しになります。

Q会場（大澤）分かりました。ありがとうございます。今のは、お医者さんの卵である医学生ではなくて、私の所にいる工学部の学生達にも言えることだと思いますので、参考にさせていただきたいと思います。

埴岡健一

(東京大学医療政策人材養成講座特任准教授)

今日は、「がん対策基本法」の初期総括ということでお話をさせていただきます。まず、申し上げておきたいことは、がん対策基本法が多くの方々のご尽力で成立したことです。関わられた皆様、多くの患者さんに本当に敬意を表します。牽引された患者さんも何人かお亡くなりになられています。改めて哀悼の意を表したいと思います。

さて、がん対策基本法の初期総括です。民主党の仙谷由人先生は、6年前に胃癌を患われて国立がんセンターで治療されました。仙谷先生はがん対策について常日頃「遅々として進んでおる」と仰ります。それがまさに当たっていると思います。がん対策は進んではいるのですが、遅々としています。「遅々として進まない」と言うのと皆やる気がなくなります。一方、「どんどん進んでいる」と言うのもう良いのか頑張る必要はないのかということになってしまいます。ですので「遅々として進んでおる」という言い方が、まさに相応しいと思います。

このスライドの写真は2005年7月5日に開催したイベントをまとめたチラシです。この時に仙谷先生が「がん対策を маниフェストの争点に」と言われました。がん対策というものは政治の争点になると、この三党の幹部が集まった場所で言われました。公明党の渡辺孝男先生も自民党の鴨下一郎先生も「その通りだ」と受けて立たれまして、がん対策を маниフェストにしていこうという話が盛り上がりました。また、そのためには予算が大事だということでがん対策を優先事項にするということで、この辺から様々な声

が盛り上がってきました。2005年8月3日に民主党で対がん政策

「推奨政策10ヵ条」と言っていたものが、まさに遅々として進んでいるという感じです。私は10ヵ条のいの一番に対がん法を置いておりました。これは実現しました。ここで「対がん戦略諮問会議」とあるのは、「がん対策推進協議会」という形で、これも出来ています。次の施策の患者代表参加もかなり進んでいます。次の項目にある国の対がん予算の増額については、少しずつ増えています。次の項目の、診療報酬も少し増えています。そして、今年の11月、12月から来年の3月に向けて、かなり動きがあります。たばこ税の増額をがん対策目的税として実施すること、他の省庁の予算からがん対策予算を持ってくるという点はできていますが中身がまだまだこれからという状態です。そういうわけで、遅々として進んでいます。かなり進行したと評価できる部分もちろんあります。

がん対策基本法ができたことは画期的です。本文をまだ読んでいない方はぜひ読んでいただきたいと思います。なかなか面白いことが書いてあります。そして、その中身もさることながら、なぜ成立できたのか、どのようにできたのかという所が今後の大きな教訓ではないかと思

います。経過を三段階でご説明します。2005年の前にも前史があるのですがそこは今日は省きます。まず、第一段階として、2005年5月頃にがん患者団体有志が国会議員に陳情するという一連の陳情活動がありました。2005年5月には「がん患者大集会」という大きなイベントがありまして、テレビでも報道されました。陳情活動を受けて、この時期に主要政党の中でそれぞれ2、3人のコアとなる国会議員の方が、がん対策は大切だという認識

を深められました。大臣への面談、説明、陳情も定期的に行われ大臣のがん対策への理解もずいぶん進んでいました。そして、民主党、公明党ががん部会を作ろうではないかということで、それが設置されました。この時点でがん対策に関するインプットとコアサポーター議員の形成というインフラ整備が行われていました。

第2段階として、2006年2月の医療法改正審議の時にがん対策基本法を出そうという動きが生まれて、民主党がまず3月15日に提出しました。そして、3月24日に公明党が出しました。そして、3月28日に与党もやらなくてはいけないということで続きました。しかし、与党の案は内容があまり良くて、民主党、公明党はかなり前向きの考えが入っていました。それをいったいどうまとめるのかということでもめたのですが、それが成立するかしないかという所で、山本孝

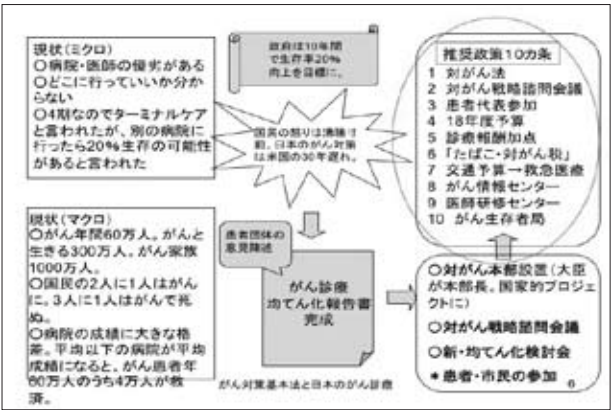
史議員が自らのがんを告白されて早期成立を訴えられたことで機運が高まって、最終的に仕上がっていきました。ぎりぎりの与野党折衝の中で、法律の目玉となった患者委員を入れると明記するなど、いくつかのポイントが入ってきました。要するに、議員立法として新しい政治力学のダイナミズムの中で成立できたということが大きなポイントとされています。

考えてみますと、今までの医療政策は次のようなプロセスでできていました。行政が主導で医療政策を決めていましたし、医療界、医師会などが要望するなどしたことにに関して、行政がやる意思をもったならば、政治や国会の場でオーソライズするという形式的な側面がありました[図2]。しかし、今回は患者が要望して政治が方針を決めて、行政はそれに基づいて実施するということです。立法府主導、患者の声が動かす医療政策という

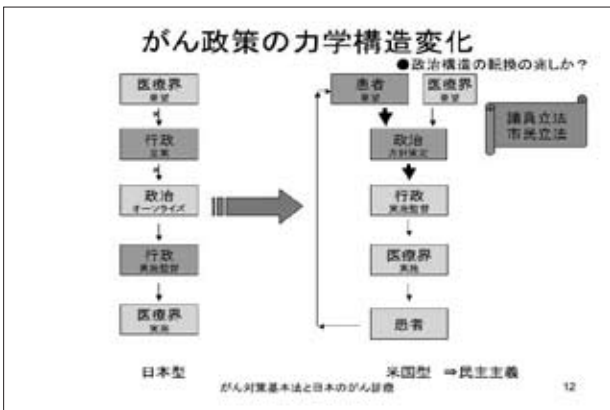
ことで米国型になったという風に感じますが、考えてみればこの構図は単に当たり前の本来の民主主義の形になっているということです。がん対策基本法は、議員立法でできましたが、市民立法とも言える成立プロセスをもっています。これまでの政策決定プロセスがコペルニクスの転換といいえますか、抜本的に主客逆転的な変化をしているということを認識することが重要だと考えます。

これは意思決定プロセスの抜本的改革だなと捉えます。患者主導、市民主導の政策決定の好事例ではないかと思

[図1～2]



[図1] 推奨政策10ヵ条



[図2] がん政策の力学構造変化

自分たちの利害のためにこれをやって欲しいと要望する形の議論になりがちです。しかし、患者委員は、医療全体を良くするためにはどうすればいいのかという発想で意見を述べます。同時に、患者の視点からはこうして欲しいと要望します。その両面が言えるということで全体をリードしている感じがします。行政の方も患者委員からは包括的な意見を言ってもらえるので、取りまとめがしやすいという声も出ています。これが、国の審議会から各都道府県へと地域に波及し、患者を前に押し立てて、医療従事者を含む多様なステークホルダーが皆でスクラムを組んでWIN-WINの形を組み立てていく流れが生じていると見ています。

先程申しました構図がこれからの政治プロセスになってきますから、選挙とがん政策が繋がってきますし、マニフェストが大事になってきます。そして、患者が投票行動の時に政策を見て選ぶというような形になっていくのではないかと思います。一つ極端なことを言いますと、さきごろの参議院選挙で日本医師会が支持した方が当選できませんでした。しかし、自殺対策とがん対策に尽力された山本孝史議員は当選しました。このように、様々な新しい兆しが見えるのではないかと思います。

「がん対策推進基本計画」ががん対策基本法の下に策定されたのですが、日本のがん対策プランも遅々として進んでいます。私はこれができた時に「偉大なる30%前進」という言葉を使いました。「遅々として進んでおる」と似たような意味です。30%だけですが、じつは偉大なる進歩で、稀有な前進がありました。一つは審議プロセスにおいて「民主主義の実験」と呼んだ人もいるように、責任ある患者参加の萌芽が見られたというこ

とです。それから、「絵」としてはかなり良いことが書かれました。ただ、人、物、金、誰がいつまでに責任を持ってやるという裏付けが無いので、絵に描いた餅になるという画餅リスクがあります。今後の各都道府県での都道府県がん対策推進計画における実行計画としての作り込みが課題になっています。

がん対策推進基本計画にはかなり面白いビジョンが盛り込まれています。かつ、会議が始まったころのビジョンと途中から大幅に変わりました。最初は比較的、行政あるいは医療としてどのようながん医療を形成していくかという形だったのですが、途中で様々な声を盛り込んで、非常に新しいビジョンを描く部分が増えました。「がん対策の恩恵を享受すべきは、がん患者を含めた国民であることは言うまでもない」とか、「がん患者を含めた国民の視点に立ってがん対策を実施していく必要がある」などです。今のがん診療に関して、地域間格差や施設間格差等の問題があるということが書かれました。法律作成の過程で、元々与党原案は「現状のがん対策は特に問題はなかったが、高齢化なのでがん対策を強化しよう」といった趣旨が書いてありました。しかし、民主党、公明党の案では、「がん対策で今苦しんでいる人がいるし、がん診療に問題があるので対策を打たなければならない」という認識でした。がん対策推進基本計画もたたき台の段階では高齢化に対応するという趣旨だったのですが、患者委員などの意見によって、がん対策基本法の趣旨に合わせて、がん診療における問題を解決しなければいけないという趣旨に変わりました。こういうことで30%前進ですが、まだ患者さんや医療現場に関してはこのところのがん医療改革の恩恵がまだ何も到達していない

状況です。一口で言えば、「計画はできたが、実際に変化するかはこれから」という段階です。

先程から医療政策決定に患者参加の形が見られたと申しあげています。これまでは「患者参加」と言った時に、「そういう考え方もあるのか」「本当にそんなあり方が成り立つのか」などと、新しい考え方であると考えられたり、議論の余地があると受け止められたりする所もあったと思います。しかし、今回の基本計画に、患者参加に関しては、ある種の既定事実として書き込まれました。「がん患者および患者団体は、がん対策を担う役割として医療政策決定の場に参加し、行政や医療従事者と協力しつつ、がん医療を変えとの責任や自覚を持って活動していくこと」と、基本計画にこのようなスタンスが明記されたのです。

患者委員たちががん対策推進協議会で4月、5月、6月と活発に動きましたが、そこでしたことは、議論を散発的に言うのではなく、まとまった提案を出したということです。それから、賛同を得る多数の発言をしたこと、委員の間で連携したこと、それから行政との密なコミュニケーションを維持したこと、さらには議員連盟との連携をしたことがあります。

このような動きに関して、果たして前進に役立ったのか、役立たなかったのかという評価を行うことが大切だと思います。これはなかなかエビデンスを得ることは難しいのですが、これまでに得ているいろんな立場の人の評価コメントを見てみましょう。当時の柳沢大臣が国会質問への答弁において「積極的にご意見をいただきました」という前向きコメントがありました。当時の厚労省局長からも同様のコメントがありました。それから、尾辻元厚労大臣も、議員連盟の挨拶で高

く評価をするコメントをされています。鴨下議員も様々なイベントで患者の動きを高く評価される発言をされています。がん対策への患者参加が「民主主義の新しい実験」と呼ばれ始めているのです。ロハス・メディカルの川口さんがロハス・メディカルのブログに「がんと民主主義」という文章を書かれています。国会がん患者と家族の会とそこでのがん患者関係者代表委員の発言などをレポートしたものです。そこからご紹介します。そこでは仙谷先生も挨拶をされました。鴨下議員は「患者側委員が頼む側ではなく作り上げる側になっている。厚労省の局長は自分たちで作るような口ぶりだったが、皆さんが主体になって責任を担ってほしい」と言っています。この皆さんというのは患者委員のことです。このような新しいビジョンが出て来ているのです。

起こっている構造変化をこの図[図3]で別の角度から考えてみましょう。もと

もと患者団体がいろいろな要望事項を出して厚生労働省と対峙するという構図になりがちでした。役所は防戦一方みたいな形になりながら、いくつかの対策を小出しにするといったような姿です。しかし、患者セクターと行政府・役所はもちろん向き合う部分も当然あるのですが、一緒に目標に向かってプッシュしていくという形があってもいいのです。そして、国会議員も行政府・役所を攻め立てて何かやらせると言うのではなく、財務省に働きかけるなど、良い医療政策ができる環境を整えるために様々な方向に働きかけるという構図が生まれつつあるのではないのでしょうか。

大阪府立成人病センターの今岡先生は「がん治療の充実を何とかしてくれと医者がずっと言ってもだめだった。ところが、患者さんが声をあげたらあつという間に法律ができて、ここまで変わろうとしている。どうかみなさん、もっと声をあげてください」と仰っています。各地

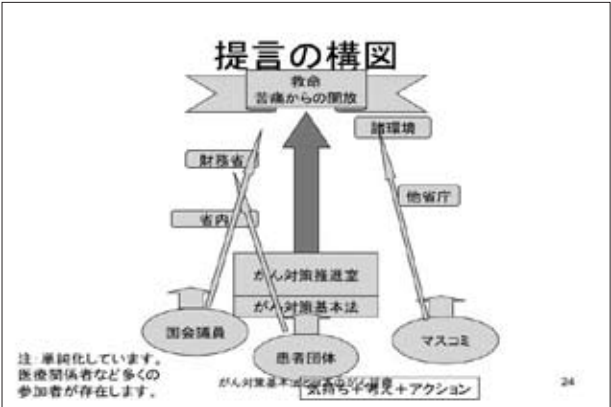
でもこのような見方が増えて来ていると思います。患者さんに、医療者が医療者だけで言っても話は通りません。患者さんが患者の気持ちとともに提言をしていく、それに関して医療者は必要な情報を提供する。そのように前に進んでいく構図が出て来ています。

国の基本計画はできました。ところが、国の計画は本当に絵に描いた餅になりかねません。私もがん対策推進協議会の委員だったのですが、かなり忸怩たるものがありまして、なかなか前向きな意見を採用してもらえなかったです。一番の問題は、誰がいつまでに何をするかが不明確であることです。そうしたことを一種の施策表として、タテに何をするか、横に誰がいつまでに何をするかということを書いていくことが計画立案だと思ったのですが、そういうものは今はできないということで実現しませんでした。

それで、都道府県が策定する都道府県がん対策推進計画をそのような実施計画の形にして実行性のあるものにしていけるということが挽回の形です。がん対策基本法で都道府県が計画を策定しなければならないと決められています。計画のプロセスとしては2008年3月までに策定するのですが、2007年12月までに都道府県の予算は決まってしまいます。そこで、日程を前倒しして作業をした県以外は、予算が先に決まり、計画が後で決まるというタイミングになってしまいます。予算が計画策定以前の発想で作られてしまいかかってしまうという形になりがちです。いずれにしても2008年3月までに都道府県の計画が決まり、4月から実施が始まります。

ここで、がん対策の都道府県格差が出て来ます。まずは、明確なデータとして、

[図3]



[図3] 提言の構図

がんの現況に関するアウトカムである都道府県別のがんの死亡率があります。県によってずいぶん死亡率が違います。大阪や福岡はがんの死亡率が高いです。全国平均の死亡率に各都道府県がなれば何人助かるかという計算をしますと、例えば大阪が男性のがんの死亡について各年代層の成績が全国平均並みになると878人助かります。大阪は女性の救命余地も大きく、男女合計でトップの改善余地があります。例えば、東京都の女性は救命余地の大きさに2位の330人です。東京都が全国平均並みのがん死亡率を達成すると毎年東京で330人の女性が死ななくて済むはずだということになります。このように、様々な評価がこれから都道府県別にされていくと思います。

ここ数カ月の間見ていると、都道府県によってずいぶん前向きに動いている所とそうではない所があります。そして、あまり活発さを感じない所が大多数です。さらに、他の県がやっていることに関する情報があまり伝わっていないということがあります。ですので、できるだけ早くどこかがこのような情報を集めて提供したり評価するような動きが重要です。また、定期的に「都道府県がん対策白書」のようなものを出していくことが必要で、それがウェブで読めると便利です。「こんな良いやり方があるのか」「隣の県でこんなことをしているのか」と互いに学べる情報を出していくことが良いのではないかと思います。例えば、島根県や富山県など新しい動きをする所が出て来ています。それを全国が知ることが大切です。このままだと都道府県別にがん対策のばらつきが出るだけで、格差がますます広がってしまい。そのような状態です。ただ、国全体で一律に推し進めるだけでなく、やはり地域の創意工夫に期待し

たいです。あとは、そうした創意工夫を互いにどのように早く真似をして取り入れていくかという点だと思います。ところで、地域でがん対策を推進していく上で一番大事なのは、地域ごとに各ステークホルダーの連携・協力を上手くしていくことだと思います。御仕着せのやり方ではなく、例えばここ地域は医療界ですごいリーダーがいればその人がリーダーシップを取って様々な人をまとめていく。あるいは、こっちは行政ですご腕の人がいればその人がまとめていく。あるいは、患者の声が非常に強い所は患者中心の形でブッシュしていくという様々なパターンがあって良いと思います。いずれにしても、組み合わせは違ってても連携と協力、そこの地域にある熱意、リソース、人材を上手く繋ぎ合わせる所が良くなっていくのではないかと思います。各地にいらっしゃる方にとっては、他の県を見て自分の位置を知ることということが大切です。行政、マスコミにとってみれば、それに役立つ様々な情報を伝搬していくことが大事です。むしろ、短期的には県間の格差が出る怖れがあることに、注意しなければいけないと思います。

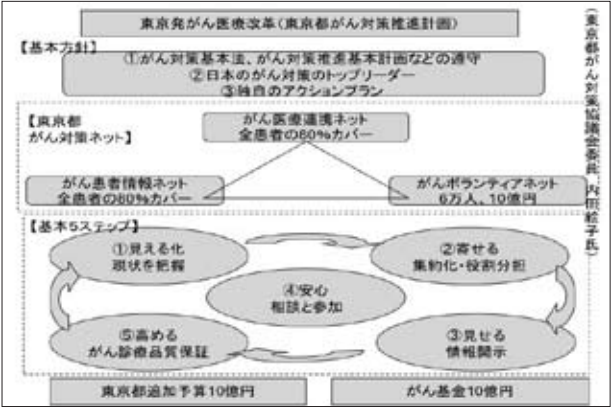
問題は、国の厚生労働省や国立がんセンターが、今の地域計画を作るにあたって情報発信や支援ができていない点です。もし、各都道府県を継続的に調べて、どのような協議会があるのか、その協議会の運営はどうか、計画の骨子はどうか、出ている叩き台はどうか、どのような施策が検討されているのか、といった情報交換の機能を作ってあげればずいぶん良いと思います。しかし、それができていません。例えばアメリカですと、政府のCDCという所が地域別のがん対策プランの作り方というノウハウブックを作って、供給しています。それをCancer

Control Planetと言います。そういうものがあつたらいいなと思ったら大阪府立成人病センターの調査部が、「さあ、はじめよう!がん対策」という名前で日本のCancer Control Planetを作りました。これはまだあまり知られていけませんのでPRしたいと思います。これがある意味で国際標準の地域がん計画の作り方です。現状を書いて、どのような施策がどのような連関で効果を生むと、結果として何が達成されると組み立てていきます。これは、がん医療の均てん化に関して施策を組み立てた図です。このようにフローチャートを作ります。それぞれの連関の関係がきっちりと繋がっていなければ、対策を講じても結果に結びつきません。また、このチャートは別途、施策表の形でまとめられます。ここでのポイントは、施策別に、誰が何を分担して実行するかが書いてあることです。そして、必ず守る目標、できればやる目標、できると良いなという目標の3つに分けて記述しています。こうした方法が常識的な計画の作り方だと思うのですが、国の計画はこのような作れないと言われました。それで、これからの焦点は、47都道府県の中でこうした方法を採用するところがどの位出て来るかです。数日前に土屋先生も委員をされています東京都のがん対策推進協議会が開催されまして、そこで東京都のがん対策推進計画の素案が出ました。私も傍聴していたのですが、配られた素案を読んだとき唖然としてしまいました。前向きなことは見当たりません。しかも、誰がいつまでに何をするということは全然書いてありません。散文的にダラダラ書いてあります。しかも、国の計画には施策の柱となる個別目標に数値目標が一部書いてありますが、東京都の素案にはそれすらありません。国の計画

は絵に描いた餅の部分がありこれをリカバリーするのは各都道府県の頑張りなのですが、力が入っているところが数県しかないといった状況です。

国会議員会館で2007年の10月30日に第一回全国がん患者ロビイングデーが開催されました。がん対策基本法が成立する素地を作った方々も参加されました。また、各地から東京に来られて、役所の人、政治家の人立ち会いの下で意見交換をしました。また、現在は都道府県のがん対策推進協議会ができて、その中にこうした方々が委員として入っておられます。例えば東京都でしたら3人入られています。大阪府でしたら協議会に2人、部会に2人参加されています。こういうことで、各地区で声を上げて時には政治家と一緒に、時には行政と一緒に、時には有力病院院長と一緒に動いていращいます。成果を出している県の例をひとつあげれば、高知県はモデルとされている所です。

【図4～5】



【図4】 東京発がん医療改革(東京都がん対策推進計画)

これは、東京都がん対策推進協議会委員の患者代表委員の内田さんが出されたプランです[図4]。「東京発がん医療改革(東京都がん対策推進計画)」と名付けられた都の素案への対案なのですが、東京都の計画よりももちろん良いですし、東京都の計画に盛り込まれれば良いということが、かなり入っています。また、行政にやってくれと要望するだけではなくボランティアのネットワークでお手伝いしましょうとか、都民をあげてがん対策基金を作ってサポートしていきましようという側面も入れています。予算に関しては法律ができたので全体が減る中でも徐々に増えていく傾向にあります。問題は診療報酬なのですが、基本計画に診療報酬の「評価」という二文字が入りまして中医協の今回改定の事項リストにも載りました。中医協の中で「放射線療法について」、「化学療法について」、「緩和ケアについて」、「がん拠点病院について」、「リンパ浮腫について」と、

5つの項目が議論されています。がん診療が本当に改善するには、思い切った診療報酬のシフトによって良いがん診療がペイするようにすることが欠かせません。

最近よく言っていることは「がんは政治である」ということです。自分のがんが治ったり治らなかったり、あまり良くない病院に行ってしまうといったことの背景に、政治問題があります。使えるはずの薬が使えないもの、政治的な制度の問題ではないか、その点に注意を喚起したいのです。

一般市民にアンケートしますと[図5]、日本の医療への不満に関して一番何が不満かと言いますと、治療に関するのではなく、意外と「制度決定への市民参加の度合い低い」「プロセスが公正ではない」ということに関して不満が出ています。私が思いますことは、がん医療改革の意味は、がん医療が変われば、がん患者およびがん医療に関わる方々に恩恵があるということはもちろんですが、すべ



【図5】 国民の不満が最も大きいのは、市民不在の制度決定プロセス

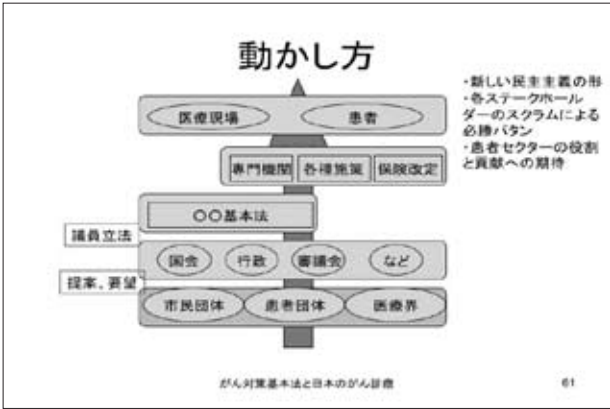
ての医療に波及できるのではないかということです。がん医療を変えようと2年位前に盛り上げようとしたとき言われたのは、「がん医療の問題はすべて日本の医療の構造問題につながっている。だから日本の医療が変わらないと、がん医療は変えられない」ということでした。でも、そんなことはないのではないかと思います。そして、法律ができてから風向きが結構変わってきました。「がん医療ならば、日本の医療を変えられる」という兆しが出て来ました。つまり、がん医療は医療改革全体のリーダーとして役割が位置づけられています。だから、がんに関わらない人もがん医療改革のサポートをしていかないといけないのではないかと思います。

新しい医療のビジョンを作っていくことが求められています。その時にやはりがんが起こった改革プロセスが何らかの

形で参考になると思います。これから「医療の質と安全に関する基本法」を作ったり、あるいは「医療基本法」というものを制定すると考えた場合、がんで起きたことと同じように患者団体、市民団体の声を中心に医療界がサポートして国会を通して議員立法をして、大きく動かしていくということが今後の大きなパスになっていくということです[図6]。

最後に本日の話を簡単にまとめておきます。がん医療にみられる新しい医療政策決定プロセスとガバナンスが注目に値するということです。また、がん医療改革は日本の医療改革のフロンティアの役割で、がん医療が変われば日本の医療が変わる可能性があります。ですので、新プロセスを皆で応援していくことが医療改革成功の要素ではないかと思います。ありがとうございました。

[図6]



[図6] 動かし方

Q&A 質疑応答

Q司会（上）患者さんの団体が入っている中で、行政に声をかけていったり立案することはなかなか難しいですが、どのような苦勞がございますか？

A（埴岡）それには様々な側面があると思います。一つはスキルの点です。それは、勉強することで解決していけます。もう一つは横の連携、団結の問題があります。これに関しては、なかなか統合できていない部分があります。欧米の動きも勉強したりしながら、試行錯誤がなされているようです。それで、連携が十分になされて代表性をもった当事者からの提言という形に持っていければ理想的なのですが、それが完璧ではなくても、完成を待っているうちに時間がたってチャンスを逸する面もありますから、一定の所で出来る人がやっていく中でしのいでいくしかありません。

それから、社会からのサポートも重要です。今回がん対策推進基本計画の中に、患者さんには政策立案に参加する責務があると書いてあります。さらに、その責務を遂行するために社会がサポートしていかなければならないということまで入っています。そのためには一種の優遇的措置の必要性があると思います。これから患者団体が急いでそのような組織やスキルを身につけるためには、国立がんセンターや国とかが、患者団体が甘えすぎても患者団体を甘やかしすぎてもいけないと思うのですが、良い意味でのサポートをするということが必要です。計画の中に記述されたように、そういうことを作っていくことが、日本の医療にプラスになるのではという見方が出て来ている。私は、そのように捉えています。

Q司会（上）おっしゃる通りだと思います。私も行政だけでも、国立がんセンターだけでも、患者だけでも難しいと思います。バランスが大切ですね。

A（埴岡）それで、様々な患者団体を対象とした教育プログラムができてきたりとか、あるいは海外に皆さんが勉強に行かれたりとか、様々な試行錯誤が出て来ているのだと思います。

A会場（足立）質問ではなくて、回想のような話ですが、思い出しますと昨年私達が医療制度改革ということで10年位先を見通してやっていこうという様々な議論の中で具体論が出て来ました。そこで、突破口として、がんのことをやらないとダメだと思い立ったのが2月位でした。そこから2ヶ月弱で最初の議員立法を作り上げて、患者さん、団体の方々から党派に関係無くとにかく法律を通してくれということがありまして、先程埴岡先生の講演の内容そのままでした。一步踏み出す突破口に定めたことに対して強烈な反感と支援があったと思います。これがまさに現場からの医療改革推進協議会の役割の一つでもあるでしょうし、おっしゃる通りだと思います。昨年のことを思い出しながら、そのような感想を持ちました。どうもありがとうございました。

A（埴岡）まさに、そのような動きをしていただいたので、今日があるのだと思います。ありがとうございました。

仙谷由人

(衆議院議員)

埴岡先生が、先程のお話でほぼ整理をされてお話されましたので、補足の部分をお話させていただきます。

結論から申しますと、埴岡先生が言われたようにがん対策基本法は患者が提起した法案です。がんという限られた部分ですが、医療の世界で素人が初めて医療提供体制についてこういうことを考えてやるべきではないかという法案を作ったケースです。さらに、がん対策推進基本計画を練り上げていく「がん対策推進協議会」というものを、本来は内閣官房の下に作ろうと考えていました。しかし、厚生労働大臣の下にしか作れませんでした。そして、推進協議会に患者代表の方を必ず入れるということを法律にも明記し、患者代表が法律が出来た後の推進協議会にも参画していく法律になりました。これも極めて大事な点です。医療の世界で国の基本的な計画を作る場所に患者代表が20人の中で4人参画したというのも初めてのケースです。ある意味では、がん対策基本法で革命的なことが起こりつつあります。

そのことを上手く使って、革命的ながん治療の問題を突破口に、医療提供体制全般に影響を及ぼしていくことが出来るのかという所が大切です。考え方は全く同じですから及ぼしていけるかどうか、我々国会議員、一般国民、医療従事者、サプライサイドの先生方にも問われていくと思います。その理由は、なぜ初めてだったのかを考えてみれば明らかだと思います。医療の世界は素人は何も分からないから黙っていなさいというものです。ずっとやってきました。明治以降近代医学は大変専門的で難しくて庶民の下々には分からない世界でした。我々が治してあげるのだという世界がずっと続いてきたのだと思います。がんの問題にしても同

様で、私が本当にがんに罹っているのか、どのような手術をすると治るのか全然分かりませんでした。したがって、専門家に任せるしかないという思い込みの中でずっと医療の問題は推移してきたと思います。ところが、専門的分野が当然ありますが、専門的に処理、研究、調査、対応策を作らなければいけないものは、今の時代あらゆる世界にあります。しかし、先程横山先生が言われましたその課題を解決するシステムを作ることは様々な人が参画し、参加しないと上手くいかないのではないかと思います。今の医療も政治の世界も同じです。一般の素人の方が疎外されているから良いシステムが作れないということが今の日本の実態だと思っています。そういう意味では、がん対策基本法が出来た段階で、質的に従来のがん治療と異なる飛躍したがん治療体制が出来てくると医療提供体制と言われていた医療全般の方も革命出来て、質的に違う体制が作れるのではないかと思います。

先程埴岡先生のお話にもありましたが、実際にアメリカでは1971年にキャンサーアクトが出来て以降、がんとの闘いのためにはこのようにしなければいけないという質的に違う体制が出来ました。アメリカはがんとの戦いで、徹底的に集中的に資源を投下するということをしています。これだけは、アメリカの戦略性を見習った方が良いのではないかと思います。大変残念なことに日本の場合は、がん対策基本法が出来てからも資源の集中投入が今の所ほとんど見えません。これは容易なことではありませんが、なんとかやっていかないといけないと思います。そして、がん対策基本法が出来ても東京にいますとあまり実感がありませんが、私のように地元と東京を行ったり来たり

しますと、どのようにしていこうか大変憂鬱な問題です。つまり、生活の場で上手く機能しない限り、がん治療の体制にしても医療提供体制一般にしても、国会でがん対策基本法が出来てもほとんど意味がありません。例えば去年、一昨年の段階で徳島県の乳がん検診の受診率は1.6%です。富山県だけが突出して16.8%です。これを50%以上に上げようという話がん対策基本法、がん対策推進基本計画の中で明記されています。それをどうするかは、実は地方政府、厚生労働省、文部科学省、大学病院の課題であると同時に、各都道府県の課題でもあります。

例えば、徳島県ではまだ徳島県のがん対策推進協議会も出来ていませんし、どのように作るかという計画も全くありません。実は、私は年末の12月26日に国会も終わり徳島の人間ドックに入りました。そこの夫婦の医師が私を呼んで青ざめた顔をしていました。その時に、「これはがんです。」と言われました。その時に胃がんと宣告され、徳島で治療すると絶対ダメだと言われ、東京の知合いの医師にすぐに電話しました。そして、28日の午前8時38分に知合いの医師のいる病院で、もう一回内視鏡で検査するという話から私の胃がんの話は始まりしました。私は胃の全摘手術の後、がんセンターのベットの上でサンデープロジェクトを見ていましたら、平岩正樹先生と患者の方々が出演し、未承認薬を使えないがん難民の話をしていました。司会の田原総一郎さんの奥さんも乳がんで10年位闘病されてお亡くなりになりましたが、がん治療の化学療法に特に興味を持っていて、その点では日本は大変な立ち後れをしているという話をサンデープロジェクトの中でしていました。その番組の中で、「仙谷先生もがんになったのだから、

仙谷先生にやったら良いのではないか。」と田原総一郎さんに言われました。田原総一郎さんの話を聞いて、がんセンターの主治医の先生に、例えば徳島県では、抗がん剤治療はどのような人がやっているか聞きましたら、それは外科医が片手間でやっているという状況を聞いて驚きました。そして、徳島県には認定された化学療法の専門医が一人もいないことにも気付きました。そういう目でいろいろ見ていきますと結局システムの問題、人材養成の問題、そこにあまりにもお金をかけていないなど様々な問題があり、診療報酬の上でも化学療法については全く技術料加算がありません。化学療法の先生が一生懸命やればやるほど病院から追い出されるという訳が分からない話が沢山出て来ました。

例えばがんセンターで入院中に、レジデントの方といういろいろお話をしました。その時にレジデントの方に「私達の手当は看護師よりも安くて築地のマンションに住んでいるけどどうしたら良いのでしょうか。」と言われました。そのような本当の話が聞こえて来ました。それで、どうしたら良いか聞いたら「今の月給が30万円位ですが、出来れば月給50万円位にしてくれたら、大分県や香川県に出ていけます。」という話をされました。国がレジデント体制にがんの専門医養成として一人当たり30万円位が予算として出しています。その数を年間2倍、3倍にするという目的のためにお金をかければ遅々として進むと思います。しかし、お金をかけなければ徳島県はいつまで経っても化学療法の専門医、放射線治療の専門医はいつまで経ってもゼロの世界です。外科医や内科医が片手間にやるという話になります。だから、よく分かっている開業医の先生はがんになったら絶対

に徳島で治療を受けてはいけないという鉄則を私に言ってくれました。その繰り返しでは、全体として助からない場合も多々あり得ます。あるいは、余計な副作用で苦しむ人もいます。このような話になってくると思い、これは様々な角度から取り上げないといけないと思いました。

これを国会で質問しているうちに、先程から言っています今の日本の医療が崩壊の危機と言われている全般の問題が、今日皆さんが一生懸命議論しているがん治療という一つのパートの中に出て来ていることに気付きました。少し抽象化すると同じ問題がほとんどだと思います。そうだとすると、がんの問題を一つ手球に取って議論し問題提起を国家にすると、今がん対策基本法が出来ましたがこれからは県のレベルに誰かがしっかりとすれば、医療提供体制全般の改革に必ず繋がると思います。

私がん患者にならないければ、がん対策基本法が進んでいないという意味では、私は時代の子かもしれません。私の先代のがん患者が医師出身の今井澄参議院議員で、私がん患者になった8ヶ月後に亡くなりました。それで、今井澄参議院議員が亡くなって困ったと思ったら、筑波大学助教授の消化器のがんの専門家の足立先生が民主党の参議院議員になったという偶然が重なってがん対策基本法が出来ました。そして、今は都道府県でいかにやらせるかという問題が一つあります。同様に大切なことは、国が本気でがんとの戦い、医療全般との戦いをこれから進めていくという決意をし、資源を投入するかに日本の医療はかかっていると思います。

がん対策基本法推進計画でやるべきことは分かっています。しかし、なぜ出来ないのかは、やる気が無いのとお金が無

仙谷由人

(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、胃全摘出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。

いという二つが問題です。では、なぜやる気が無いかと申しますと、厚生労働省の医官を中心とする官僚は、先輩の今までダラダラやってきて意味の無かったことを否定的に総括出来ないという所がこの官僚制の悪い所です。今までも、まあやってきたけど、少し不足だったという話にしかありませんので、質的に飛躍した予算をつけ施策を全面的に転回するという動きになりません。もう一つは、厚生労働省は財務省に頭が上がりません。私はがん対策推進計画を作る協議会に見学に行き、協議している人は専門家と患者代表で、傍聴しているのが参議院議員山本孝史と衆議院議員仙谷由人でした。その帰りに、埴岡先生と患者代表の方ともう一回打ち合わせをし、外口さん以下役人の方を呼んでこれをこうしようという話をしようという話をして推進計画は出来ました。

しかし、依然として質的な飛躍を遂げるような予算措置を取りません。それを都道府県にやらせるため、都道府県が自主的にやるために支援する措置もお金ありませんから言えません。これが、今最大の問題です。皆様に覚えておいていただきたいことは道路特定財源は、単年度で皆様方が車に乗られることで5兆2,000億円～5兆8,000億円というお金になります。その中の一割でも5,000億円はあるということです。道路を作るのを1割分遠慮してもらって、その5,000億円をがん対策だけに放り込めば随分変わってくると思います。特に、ヒューマンパワーを養成する専門医、認定看護師、その周辺の人材に単年度でがんに限れば単年度で5,000億円を5年間かければ随分変わります。そういうことが決められる政治、そのように政治家を動かせる何かがあるこれから大事だと思います。

もう一つ申し上げますと、煙草は年間の売り上げで2,900億本売られています。1本につき1円上乗せで2,900億円になります。1本につき10円上乗せなら2兆9,000億円になります。1本につき10円値上げすると今1箱300円で売られている煙草は1箱で500円になります。イギリスの煙草はだいたい1箱1,000円です。極端に言いますと、1本で10円をがん対策税で上乗せ出来る政治的決定が出来れば、計算上は2兆9,000億円のお金が出来て来ることになります。しかし、売り上げが落ちて来ますから2兆9,000億円の増収ではなく、5,000億円位の増収になってしまふと思います。それでも、5,000億円とか3,000億円のお金が作れます。つまり、お金を作ろうと思えば作れないわけではありません。ただ、国民の皆さんが納得出来る訴え方、政治決断をしないと多分出来ません。ということは、都道府県においても国においてもそのような動きが出て来ないとなかなか出来ません。今の財政から見ますと厚生労働省の医療関係の予算から、がんにこれだけ優先して使うということは肝炎対策を作らないといけないとか、次々に出て来ますので難しいと思います。ですので、がんや医療全般の崩壊現象から提供体制を改めて再構築するための資源をどこから持って来るかという問題ですが、先程言った他の省庁から道路特定財源のようなコンクリート型予算から持って来るという方法が一つあります。もう一つは、新たな財源を健康何とか税、健康何とか料を広く国民の皆様から取るという方法無しには、これからの日本の最低限の医療が守れないということになると思います。それも、標準治療、標準介護をベースにした水準を守るためには、多分もっとお金をかけるべきです。

ここから先は経済論の話ですが、無駄なお金をかけているという議論が社会保障や医療に対しては多いです。アメリカで今経済成長率が一番高いのは産業論として見ても教育と医療です。つまり、国民医療費として5兆円や10兆円増えたと言っても多分医療や介護の場合は半分は人件費です。これは人件費になって消費されるということですから、別に増えたから悪いという話ではありません。つまり、サービス産業下の時代に、医療従事者が増えてそこの人件費に払う報酬が増えて何が問題かということです。他のIT産業の人に払う報酬が高くて良くて医療の立派な治療、手術をした人に払われる報酬が高ければ問題だということは、経済論あるいは貨幣論からしても間違いだと思います。払ってもらって、GTPの成長に寄与すれば良いだけの話です。あるいは、税收から言っても高い報酬をもらった人から税金をもらうことは大いに結構だと思います。さらに、国の持ち出し分で10兆円医療費が増えたとしても多分30%位しか増えないと思います。つまり、健康保険の世界がそのような世界ですから、窓口負担と保険料がありますから、それ程増えないと思います。そういう観点から申しますと、医療費相対が増える、がん治療費が増えることをいかにも財政破綻の引き金をひくような思いにとらわれていることが少々頭の中身が悪いのではないかと思っています。そんなことを心配することはありません。それは、国民がそのことをしっかり選択すれば予算もつけられます。また、そのような政府を作れば良いだけの話だと考えていただきたいと思います。

都道府県の中でも、なぜ富山県だけが検診に対して15億円～16億円も外側からお金をつぎ込んでやっているのかとい

うことです。これは、1988年に中沖豊富山県知事が選挙に出る時に「富山県はがんの死亡者が多いので死亡率を減らす」と公約をしたからなのです。ですので、富山県だけが妙にがん検診の受診が進んでいるのです。静岡県は毎年60億円の予算をかけて静岡県立がんセンターを作りました。私は、このように毎年60億円使っても良いと思います。それで、静岡県が山口健先生を国立がんセンターから連れて来て良いがんセンターになっているのならそれは良いことだと思います。その程度のお金を静岡県が負担可能であれば余分に負担をし、静岡県と東海地方の方々のがんに対する安心材料を買う。あるいは静岡県がんセンターだけが、年間6,000万円位の予算をかけて専門家を配置してよろず相談センターを設置出来ることは素晴らしいことだと思います。そのようなモデルケースは各県に出て来ているのですが、それを思いつきや予算をつけるためでなく、根拠のある当たり前のやり方でやらせるということを、都道府県や大きな市町村で基本的なわずかな条例でも抽象度が高くても良いと思いますので条例を作らせることが必要です。条例を議会で作らせる運動が起こってくることが、例えばある議員が乳がんに関心があるということを地方の新聞に書かれ、そこで条例を巡っての論争が行われ、「なぜ乳がんだけにそこまでお金をかけなければいけないのか。」という話になったらしめたものです。なぜなら、それならがん全般をやろうという話に持っていき易いと思うからです。地方議会で、患者会と地方でがん治療に関わっている人達が動いて、都道府県や市町村を巻き込んでいけるかどうかという段階に入ってきたと思います。

いずれにしても、法律や条例が出来れ

ば必ず予算付け、法律に基づいた計画、医療提供体制を作らせるきっかけを作ることが出来ます。地方はがんや他の疾患に関しても患者団体がほとんどありませんのでなかなか辛い面はあります。しかし、そろそろ様々な所で先進的の事例と芽生えが来ています。そこに期待をかけて医療提供体制を本当に飛躍的に革命的に良くする状況がどこかで生まれるのではないかとあって、皆様方と頑張っていきたいと思います。ありがとうございました。

Q&A 質疑応答

Q会場 がん対策を考えますと、禁煙が何よりも重要だと考えているのですが、今後禁煙に関してどのような計画やお考えがありますか？

A（仙谷）議論はまだ迷走中だと思います。煙草は一昨年の春にたばこ規制枠組条約が100ヶ国以上の国が批准して発行しました。したがって、ヨーロッパで去年の秋から大変厳しい規制が実施されています。国内的措置を取るようにとたばこ規制枠組条約の条項にあります。そのために、ヨーロッパ各国はレストランも含めて公衆の場所での禁煙をやり始めています。ただ、昨年、一昨年、今年とヨーロッパに行きましたが、やはり国々によって規制が強い国と弱い国があります。もう一つは、先程も申しましたが煙草に税金を特別にかけてとりわけ税金を高くすると青少年の喫煙が確実に減ることは実証されています。それが、日本にも迫られて来ると思います。

何とか規制枠組条約で皆様がピンと来ると思いますのが温暖化の問題で出された気候変動枠組条約です。あれも、京都議定書から10年位になりますが、遅々としてしか進んでいません。しかし、どこかで国連加盟国の中で100カ国が批准すれば、枠組条約が発効し、それに基づいて国内的措置を取らなければならず、取っていない国は野蛮国ということになります。したがって、何らかの規制をしなければいけなくなります。規制の方法は煙草で言えば喫煙可能な場所を出来るだけ少なくし、公的な場所は禁煙にします。やめなければ罰則を課される。例えばレストランだと、営業者に罰則が課される。反対に喫煙者との関係は、煙草により大きい負荷をかけてマイナスインセンティブで喫煙者を少なくすること位し

か方法は無いと思います。

日本の場合、ここも財務省の問題です。10円上げたら喫煙者が一気に減ると思います。1円ずつ値上げすると喫煙者は減らないと思います。これは、国鉄の赤字を減らすために1円ずつ値上げしていった方針が使われています。つまり、1本につき1円の値上げで2,900億円になります。ですので、実際は1箱20円ずつ値上げしたいというのが財務省の経験則による知恵だと私は思っています。ですので、煙草関係は遅々として進んでいると思います。国策としては、そのような状況です。

Q会場（NTT関東病院落合院長）私も禁煙について質問しようと思ったのですが、仙谷先生の言われた1本につき1円の値上げという議論は金輪際なさってはいけないと思います。毒を買う人のお金で何かに使おうかというものと同じ議論だと思います。本来、禁煙は国が煙草を売らなくすべき問題なのです。そのためにたばこ税が減ってそこをどうやってがん対策の予算に当てようか考える所が知恵の問題だと思います。煙草1本につき1円の増税をして健康対策の予算に当てるとことは笑い話にしかありません。ですので、私は金輪際言うてはいけない議論だと思います。もし増税するという議論があるなら、例えば煙草1箱1万円にするとか買う人をなくす手段でそのような方法を取るなら理解出来ますが、増税して喫煙者が増えることを期待してそれを健康対策の予算に使うという議論は本末転倒だと思います。

A（仙谷）貴重なご意見をいただきましてありがとうございます。その議論は、エネルギーの問題にしても何にしても悪

魔のような技術とか悪魔のような何かを元にして人間はわりといいかげんだから生きている部分があります。そのような原理主義的な話になってきますと、医師の世界や宗教の世界はそれで良いと思うのですが、政治の世界で普遍化するのは容易なことではないと思います。ですので、先程のような話をしました。だから、そこはご理解をいただければと思います。しかし、政治家はいいかげんだと思って、先程のように忠告していただいて我に返ることもありますから有り難いですが、そこは思考空間が別だということで、なるべく謙虚にやっていきますのでお許し下さい。

Q会場（大澤）患者や医療者ではない一般の国民に対するがんの教育をどのようにお考えでしょうか？

A（仙谷）今日来られている専門家の方々は小学校、中学校、高校で入りの口なことをするのは意味があると思います。しかし、今の日本人が一般に取り囲まれているある種の情報過多の中で、整理された情報がしっかり届かない状況だと思います。

Q会場（大澤）反論がましいことを言って大変恐縮なのですが、先程の煙草の件も青少年の教育という対策もあると思います。それから、私の身近な人が乳がんの告知を受けても、どうも悪性ではないのではと思っていました。その理由は、何回も本屋に行き悪性腫瘍と見間違いやすい良性腫瘍という本を見て一生懸命勉強しました。そして、どうも私の場合は医師の診断は違っていたのではないかと癌研にサンプルを持っていった所、診断が反転しました。全摘出が予定されてい

て手術の2週間前に手術を中止して、完全に運命が変わったということを経験しました。

私は医師ではありませんが、そのような深いレベルの情報を学べる環境に日本はあるのではないかと思います。ですので、その方法は何かあるのではないかと思います。もし可能であれば国策で何かしていただければと思います。

A（仙谷）がん対策基本法を作った後、病理医の学会の先生方が私の所に来てこのがん対策基本法になぜ病理という文字が一文字も入っていないのかといわれました。一般的な診療報酬体制の中でも、臨床の中で病理の世界は端に置かれて病理診断に対して診療報酬が付くようになっていません。そのことで、病理医に若い人達が全然なりたがりません。このように悪循環の世界に入ります。しかし、悪循環の世界に入って良いのかということになります。

今の大澤先生のお話は多分病理医の世界との関係が深い世界で、私も病理医の先生の話を聞くと、「だから国立がんセンターでしっかり診断して下さい。」という話にしかありません。徳島の病院で診断してもらったら良性のがんが手術してみて、手術後に良性で良かったという話になることがあると聞いています。だから、そこは「そんなことがあるかもしれないから気をつけろ。」と一般の人に言っても見分けがつかませんから仕方ありません。それは、多分専門医の世界を一層しっかりやっていくということではないかなと思います。

Q会場（亀田）一つお願いがあります。今回の三本柱は教育演習、国民に対する情報提供と相談、そして大きなことが

ん登録だと思います。我々も、今がん登録を一生懸命やり始めています。その登録のフォーマットもだいたい整備されてきました。確かに地方自治体ごとにやることに関して、日本人は動きますのでがん登録をしますとどうしても国民背番号制ではないですが、IDの統一があるか無いかが非常に重要です。これだけIT化されていても日本の医療全体で情報がなかなか共有出来ません。やはり、IDもソーシャルセキュリティナンバーも日本にはありません。先程横山先生が住基ネットは失敗策だと言われました。そうかもしれませんが、あのような番号があるのに医療で使わせてもらえません。がん登録がしっかり出来ないと今の五年生率は大ウソです。その情報を提供して何か意味があるのかという話になるので、すごく根本の問題だと思います。是非医療に限ってでも良いのががん登録を機会にして、国民医療背番号制を導入していただけると最高に有り難いです。

A（仙谷）がん背番号制だけはやりましょう。それは、しっかり頭にインプットしておきます。

土屋了介

(国立がんセンター中央病院院長)

がん対策で緩和医療、放射線、化学療法について概観を述べたいと思います。その前に一つだけ先程の亀田先生のお話について、私も申し上げますと、私は1973年か74年にスウェーデンに行きました。私が行った町は800人位の人口でしたが、その当時すでに背番号が付いていて、全員追跡調査が可能でした。病理医の診断がどこの病院についてもチェックが出来るということをやっている愕然としました。我が国では住基法どころか何も背番号が無かったので不可能でした。しかも、臨床科に評判の悪い理系学者が作った院内がん登録の方法で、各病院で非常に苦勞されています。こういうものは大概使いにくいもので、決して病院で作ったものではないということを理解していただきたいのですが…。そういうわけで、改善すべき問題はたくさんあるのを承知の上で、今日はお話させていただきます。

先程お示しになったように「がん対策基本法」は予防、早期発見、均てん化、研究の推進が描かれています。研究の推進のところは第三次対がん10カ年総合戦略が始まっていますが、20数年やっていてほとんど進歩がありません。これはなぜかと言いますと、今までほとんど制度立案ばかりやっけていまして、いわゆるがん対策についてほとんど研究費が使われていませんでした。しかし今回のものには、国、地域、個人の役割をかなり明記してあります。国の対策推進基本計画の中では人材育成という、私が与えられたテーマが大きく取り上げられているのがポイントです。地域では、育成された人材を確保し、配置を考えるということだと思います。医療保険者は検診をするということです。

国民の責務が先程から問題になってい

ますが、それは喫煙、食生活などです。予防に注意を払うということは、禁煙しろということです。私は元々肺の外科出身でして、簡単に申しますと「タバコの値段を倍にすると半分の人が喫煙をやめる」とどのアンケートでも言っています。そうすると、税収も減りませんし、患者が半分に減ってくれば我々医療者にとっても朗報です。その位バツサリやらないと無理ではないかと思います。このように議論の余地は無く、実行あるのみという感じが現場ではしています。

医師の責務としてはがん患者の状況を深く認識するというのがポイントです。患者本位の医療が今回大きく叫ばれたということが、これまでとの大きな違いです。問題は、法制上の処置をするということです。がん対策基本法には、法制上、財政上と明記されているのですが、ここで気をつけないといけないことは、我々医療関係者は法制上と言いますと、法律を作ってくれとすぐ思います。また、財政上と言いますと事業費で永遠にやってくれと思ってしまいます。しかし、それはウソです。すぐに局長通達が出て来て、あたかも法制上の整備をしたように言いますが、局長の担当者が代わると変わってしまいます。先程、session5で申しましたが、それでは人治政治であって法治国家ではありません。今日問題になりました人材育成はどうなっているかと言いますと、文部科学省は頭の良い人が揃っていますので、すぐに「がんプロフェショナル養成プラン」というものを立てました。今年度14億の予算を取っています。この5年間で達成するそうで、5年間は面倒を見るから、その後は大学で面倒を見ると言うのです。各大学でたった1億円の予算ですが、1億円で何が出来るのかということです。そんな安上

がりで医師が育つなら我々は苦勞しません。しかも、文部科学省が狡いところは、それを大学院でやっているのです。職業人を養成するのになぜ授業料を取るのでしょうか、会社で社員に対して社内教育する際、授業料は取りません。そのような簡単な疑問をぶつけていかないと問題は解決しません。これに加えて、厚生労働省は基本法が出来ても人材育成のためには一銭も予算を取ってきていません。厚生労働省は一体何をやっているのだというのが私の意見です。

厚生労働省が考えることは、国立がんセンターのがん対策情報センターで何をやれと言うかということ、研修です。研修というのは講義をするということです。その講師は誰かと申しますと私のような現場の医師が講師に使われます。3日間講義をしたら、3日間一人の医師は働けないということです。私が3日分の収入が減ったということを申したら、厚生労働省の出先の次長に怒られました。情報センターで病院の医師を使うなら、その分人を取ってこいというのが私の意見です。

短期レジデントは6ヶ月間いますので、give & take で、教えると同時にある程度労働力として働いてくれます。私達は非常勤で月30万円で140人使っていますので大変助かっています。研修の募集の対象が先程言いました化学療法、放射線治療、緩和医療ですが、この分野の医師が足りないから育成せねばならないと言われています。しかし、この状態で全国から医師に集まれと言って集まるわけがありません。ですので、どうしてこのような、4年生どころか厚生労働省の医系技官は医学部を出ていますから6年間高等教育を受けて何を考えているのだということになります。しかも、厚生労働省に

入ってから公共政策学院にわざわざ公費で留学している人が何人もいます。一体何のためにお金を使っているのか分からないというのが私の率直な意見です。とにかく、この状況では募集してもなかなか医師が集まらないというのが現状です。国の人材育成に関して肺がんを例にお話します。肺がんの手術はどこでやられているかですが、肺がん手術数ベスト10の病院の中で大学病院は1つだけです。ほとんどが一般市中病院です。がんセンターや成人病センターが多いですが、これらは昔は療養所だった所です。そういう所が肺がんの実際の医療をやっています。大学病院に大学院を作っても患者さんがいないところで医師が教育出来るのか、できませんねということになります。

正確なデータは日本にはありませんが、肺がんは年間罹患数7万例とされています。切除率が40～50%なので、年間3万例手術されています。皆さんがどういう医師に手術してもらいたいかと素人の人に聞きますと、年間100例の手術をしている人が専門医で、そういう医師に切ってもらいたいと言います。しかし、私に言わせれば年間100例は決して多い数ではありません。一年間52週間としますと、1週間で2例です。今、肺がんの手術はだいたい1時間半～2時間で出来ます。若い医師に指導しながらやっても2時間あれば十分肺がんの手術は出来ます。ということは、一日で午前と午後の2回手術をしたら、一週間の手術は終わってしまいます。では、外科医はあとの4日間何をしているかですが、一般病院では気胸があったりしますが、それでも同じ位の仕事量しかありません。それで、暇だから化学療法をしたり、内視鏡をしたりします。しかしそれは、本来の外科医の仕事ではありません。みなさんは外科

医と言いますと、外来の日以外は毎日朝から晩まで手術をしていると想像していますが、日本にはそのような外科医は極めて少ないです。そういうことで、専門家と言われている人の中でえせ専門家が多いという現状をよく覚えておいていただきたいです。

専門医を育てるのに約10年かかります。35歳で一人前の外科医になり、55歳で副院長になって手術が出来なくなる。ですので、患者さんにしっかりついて手術をする外科医としての時間は20年間だけです。300人の専門医を20年間働かしたら毎年15人補充すれば日本中の肺がんは解決がつきます。また、1つの施設に3人は外科医がいないと学会などの勉強に行った時に困ります。また、夜中に交代で当直をしたりしますから、最低3人の外科医でやるということがグループ診療の基本です。そうしますと、日本中にだいたい100カ所ですが、東京と大阪に施設が集中しますから、各県に1施設がやっとです。新規参入者は15名ですから、全国で教育病院は15でいいのです。ですから、医科大学を合併したらどうかとsession5で発言しました。ところが、政府は47都道府県にがん診療拠点病院を作ると言っています。肺がんの診療を皆さんの期待通りにやろうとしたらここだけで精一杯です。がん患者の数が少ないと医療の質は維持出来ないのです。二次医療圏が364あります。二次医療圏におおむね各一カ所地域のがん診療拠点病院を作ります。このことを政府が言いますと、自分の町の病院にも肺がんの外科医が来ると思っている人がいますが、先程も言いましたが外科医は行きません。そこへ全て配置しようとしたら、年間10例～20例しか肺がんを切らない医師しか配置出来ません。また、昭和37

土屋了介

※P122参照

年の政府の方針では各都道府県にがんセンターを作るということで国立がんセンターも昭和37年に出来ましたが、一部に県立中央病院も入っていますが、30カ所で止まっています。一昨日青森でこれについて会議をしました。また、昨日広島に三浦さんに行った時、文科省の高等教育課長が広島の部長の時にがんセンターを作ることを失敗して申し訳なかったと言われました。そして、私はその後の演説で、旧来のがんセンターを作らなくて良かったと言いました。後でその理由は申しますが、新しいがんセンターはそのようなものではありません。また、がんセンター以外に防衛医科大学校を入れて80の医科大学があります。この全部の大学が呼吸器外科を作ろうとしています。そこで、毎年一人呼吸器外科医が育てられると、オーバーするのは明らかです。ですので、国策としてどういうことをやっていくか考えないと医師の育成は出来ません。

ところで、肺がんだけの問題かと申しますと、これは週間朝日が全国の社会保険事務所に毎年聞いたデータです。がん種別上位10位以内の大学病院と市中病院の比率ですが、肺がんと胃がんは1施設しか大学病院は入っていません。大腸がんと乳がんに関しては、1施設も上位10位以内に入っていません。子宮がんでやっと3カ所です。週間朝日には40位まで出ていますが、40位まで見ても、医科大学は80もあるのにその中に入るのは肺がん7カ所、胃がん10カ所、大腸がん11カ所、乳がん8カ所、子宮がん17カ所です。大学で本当に人が育てられるのかを真剣に考えて、文科省は14億円の予算を持っていたのか大変疑問に思います。先程、仙谷先生も言われましたが、この法律は病理医と放射線診断医を育成

するものです。放射線診断医も足りないのです。病理医と放射線診断医ががんの診断をしないとがんの治療は始まりません。ここがないのにがんの治療医だけ増やそうというのは本末転倒です。

それでは、なぜ専門医が増えないのかということをお話します。これは、学会に任せた専門医制度だからです。専門医を全て合わせると日本の医師の倍の専門医がいると言われていています。一人で3つも4つも専門を持っている医師がいるということです。ですので、がんの薬物療法、緩和医療、婦人科腫瘍、放射線治療の医師が欲しいと言いますがなかなかそれが増えません。なぜ増えないのかと申しますと、アメリカではグリーンブックというGraduate Medical Education Directoryがあります。これは、アメリカ中のレジデントと言われている卒後の研修を全て網羅しています。これは、アメリカの厚生省が音頭を取って全米医師会が協力をし、各学会が委員を出し、全米一つのボードで各専門科のボードを作ってこのようなものを作り上げています。これから全米の医学生は自分でアプライする卒後教育の場所を探すのです。これをマッチングしてやります。ニューヨークのベスイスラエル病院は、昔のポイランド大学のニューホスピタルです。そこは、スローンケタリング記念がんセンターとタイアップしています。したがって、肺がんが一施設500例、他方で200例～300例ということで800例近く切っています。それ以外に心臓外科も同じ位手術しています。そういう所でも全部合わせて2年間で6人しか育てません。なぜなら、これが終わったら身を任せなければいけない真剣勝負ですから。これだけ多くの症例があっても外科医を育てるのは大変だということです。

日本では、この二年間で新臨床研修医制度が出来ました。これについては、評価が一定していません。大学では人が来ても来なくてもおおむね評判が良くありません。多くの臨床研修医が来る東大病院や慶応病院でも評判が良くありません。なぜなら、自分の主張通り動き出すだけの数が戻って来ませんでした。たったそれだけの理由です。自分の病院がしっかり運営出来るかどうかを考えずにそういうことを言います。この前、慶応の関連病院長会がありましたが、学部長にだいたい200人も取って慶応病院で何人、外の病院で何人とどのような計算をしているのか聞いたら、答えられませんでした。慶応病院でどのような配置をするかも考えずに、ただ多ければ良いという発想が未だに続いています。これは、新聞社もよく勉強しないといけない問題だと思いますが、地方の医療を崩壊させたと騒ぐだけです。市中病院には評判が比較的良いです。私も評価しています。このように評価が一定ではないのはなぜか申しますと、応募者が8,600人なのに、募集枠を全部で11,000人も用意しているからです。当然埋まらない所が出て来ます。

これは、模式的に書きましたが、大都市部、中核都市、小都市、町村部とそれぞれ定員が決められています[図1]。大都市部は大体埋まって来ていますが、町村部は当然埋まりません。ですから、大都市部はしっかり定員のラインを引いて、余った部分を町村部とか定員に満たない所に人員を回していけば地方でもしっかり定員が埋まります。この問題を厚生労働省は三年間ほったらかしです。それで、周りが騒ぎ始めたら気がついたので、来年は少しコントロールするということになりました。しかし、少しではこの問題は解決出来ません。これをしっかり定員

化するのがマッチングです。今しっかりマッチングしていると言うのは嘘です。応募者8,600名で11,000名の定員がいてマッチングになるはずがありません。アメリカでは日本の倍以上の卒業生を先程のグリーンブックにのっって各ボードがしっかりマッチングをしています。よって、今年は臨床研修医が足りないと言う馬鹿な病院はありません。先程の日本の医学校を出てから内科や外科などの認定医になってそれぞれの専門科に行きますが、専門医を考える時に大事なことは、タイアップする家庭医や総合医です。これが育たない限り病診連携は絵に描いた餅です。専門医は周りにジェネラリストがいなければ生きて来ません。ところががん対策法だけでやっていますから、これについては全く触れていません。専門医だけを増やしても全く意味がありませ

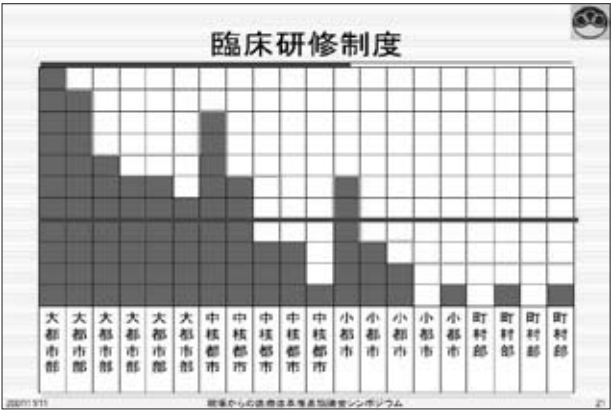
ん。その結果、がんセンターの外来には一般の風邪をひいた患者も来ることになります。放射線腫瘍医、緩和ケア医の確保のためには後期研修制度を確立しなければ出来ません。単にがんセンターの情報センターが研修をやっても出来ません。それから、患者の需要に応じた各科の定員を全国レベルで考えることが必要です。研修生が北海道の僻地に行くように厚生労働省と医師会で議論していますが、こんな馬鹿なことはありません。半人前の医師を派遣してもその町民に失礼です。やはり、一人前に育った総合臨床医を僻地に送ることが必要だと思います。私があえて送らなくても、それだけの実力を備えたら自ら僻地に行ってやろうという医師が必ず出て来ます。そうでないと安い月給であれだけ働くレジデントは存在しません。しっかり環境を整えれば、

やる気のある若者はいくらでもいます。

また、家庭医と総合臨床医はGate Keeperですが、日本の今の開業医は家庭医や総合臨床医ではないと思っています。なぜなら、大学で10年間位心臓外科、循環器、呼吸器等の専門医教育をやった人が開業して明日から家庭医だという嘘はありませんので、現状では病診連携の基盤はありません。家庭医や総合臨床医の専門医教育のコースで、病院で各科をローテーションする、例えば内科であれば循環器、呼吸器、消化器、外科であれば小児外科、他には整形外科、眼科、耳鼻科、産科、婦人科、皮膚科です。例えば、目に入ったゴミを角膜を傷つけないように取り出すにはどうしたら良いのか、耳に入った虫を鼓膜を破らないように取り出すにはどうしたら良いのかなど、そういうことをしっかりやります。そうすると、これが異常だと分かれると自衛隊のヘリコプターを呼べば良いのです。その判断が出来ない医師が行くから怖いのです。総合的にこのようなことを3年、4年場合によっては5年かけて育てる必要があります。

教育にはClass Roomでやるか、Bed Sideで患者さんを目の前にやるかの二通りあります。医師は、患者さんの目の前にいないと育ちません。ですから、文部科学省の大学院では医師は育ちません。促成の研修か本格的な制度かです。厚生労働省が考えているがん対策情報センターの研修は付け焼き刃です。もちろん今現在働いている医師をこれで叩き直すことは必要です。しかし、一番大事なことは本格的に若い方で、専門家をどのように育てていくかです。こちらの制度無しに付け焼き刃的なことをやっても10年経っても今の状況は変わりません。そして、患者さんの求めるのは医学者ではな

[図1]



[図1] 臨床研修制度

く立派な医者が欲しいと言っています。それを文部科学省は博士号と専門医と両方取ればこんな良いことは無いと言っています。4年で両方取れば苦労しません。私共の所は真剣にやって10年かかってやっと一人前になっています。その代わり、私共の所を卒業した者は私が身を任せて自分のがんを切ってもらっても大丈夫です。

それから、婦人科のがんは比較的若いですが、がん患者さんは大半が高齢者です。したがって、多くの方は他の疾患の罹患者です。しかも、がんの診断はある意味簡単です。モノが有るか無いかです。しかし、肝機能が悪いのはモノで見えませんが、CTでも分かりません。多くの病気はがん違って、モノの有る無しでは分からない病気です。機能的疾患は別ものです。がんセンターは片方の医師ばかりです。モノが有るか無いかはよく分かりますが、機能が落ちているか落ちていないかはよく分からない医師ばかりです。

がんの新しい診療体制はどうあるべきかですが、総合病院を中心に専門病院群の中の一つでないとがんセンターは意味がありません。今、築地のがんセンターが生き延びているのは東京の真ん中で5分行けば聖路加病院があり、10分行けば虎の門病院があるというように、立地条件が良いから生き延びているのです。ですので、本当はこれが同じキャンパスの中にあればこんなに良いことはありません。チーム医療について先程も言いましたが、総合病院を中心にということが必要だということは、病院群間でのチーム、あるいは病院の中での各科でのチーム医療、病院と診療所の連携によるチーム医療、これらの基盤が今の所整って

ません。さらに、がんの場合には、介護によるチームでの支援と医療という両方を備えないとがんの医療は出来ません。したがって、模式図的に書けば[図2]大学病院に生き残る余地はいくらでもあります。総合病院としての機能は大学病院が規模が一番ですが、機能していません。ほとんどの大学病院でそうですが、セクショナリズムでお互いにチーム医療が出来ていません。私は、あちこちの大学病院に呼ばれて手術をしてきましたが、ほとんどが機能していません。私どもがんセンターの外科医、内科医は壁がほとんどありません。ですの、上先生と私が仲が良いのです。血液内科医と胸部外科医がなぜ仲が良いのか皆不思議なのですが、がんセンターではこれは当たり前のことです。したがって、こういう総合病院の周りに専門病院を

置き、そこに診療所が必要です。検診の話をしますと、肺がんの検診の話は出来ても、胃がんの検診の話は出来ない医師ばかりです。ところが、患者さんの方から見たら一カ所で全身をやってくれないと困ります。人間ドックと同じような形で検診はあるべきですが、がんの検診医に言わせると、肺がん検診や子宮がん検診など専門の話ばかりします。トータルに男性のがん検診はどうだとか、女性のがん検診はどうだという話が出来なければいけません。

アメリカの状況はどうかと言いますと、ヒューストンにあるテキサス医療センターには41医療施設が一カ所に固まっています。ミネソタ州のロチェスター市にあるメイヨー医療センターも同じです。800ベッドの病院があり、1,000ベッドのホテルがあります。そこには外来は無く、

外来はメイヨービルディングとゴンダビルディングにあります。そういうことで、外来の方が充実しているということは、今後の日本の状況を示唆しています。ところが、がんセンターは病院がぼつんと建って、あとは駐車場、古い管理棟、研究棟があります。そして、職員宿舎があります。そういうわけで、広島にがんセンターを作らなかったことは非常に良かったと思います。

がんセンター足下には築地市場があります。これが5年後に移転する話があり、築地市場の場所が空き地になりますが、オリンピックの時にメディアセンターを作ると言うものですから、私はそれは止めてほしいと思っていました。そうしたら、JOCがスポーツの殿堂は神宮だと言ってくれました。ですの、築地市場の跡地に東大が第二病院でも作っていただいて、医科研も移っていただき、ここにメディカルクラスターを作ったらどうかと思います。これだけのものがあれば、今の病院で言います3,000ベッドから5,000ベッド分の病床がありますから、夜中でもほとんどフル活動でき、夜中に急に救急車が来ても大丈夫です。それが救急医療です。そのためにも、メディカルクラスターが必要ではないかと思えます。そうすると、この中で沢山の症例を見るので沢山の治験もできます。そういうことが山ほど出て来ますので、晴海の方はオリンピックのメイン会場を止めて医療産業をしてみたらどうでしょうか。神戸は市民病院位しか考えていませんが、私は、3つでも4つでも病院を全部持って来てしまえと思えます。session5でも言いましたが、合併するというケチなことを言わないで、インフラストラクチャーをハードの面でもソフトの面でも東京都がやります。それで、条件に合って移

植したい人を呼びます。そして、この新治験の特許を医療産業に売ります。そうすると、医療産業はお金付きの治験を持って来てくれます。これはなぜ必要かですが、先程から新しい薬が使えなという話をしましたが、これは審査機構だけが悪いわけではありません。日本で治験の良いデータが出ないから審査のしようがないのです。審査に持っていったもどうにもならないデータを持って来ますから機構が困るのです。したがって、薬剤、医療機械の早期承認のためにもメディカルクラスターが必要だろうと考えます。

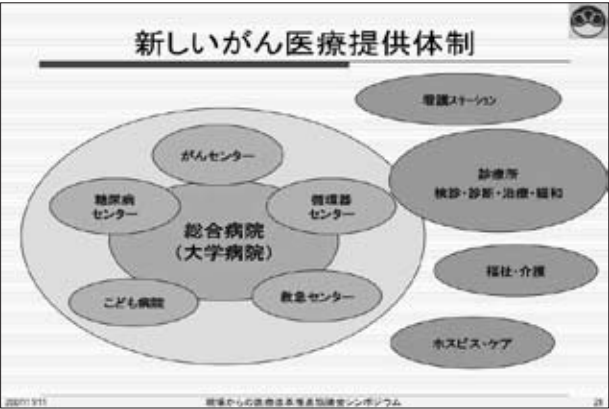
まとめて提言すれば、文科省は、大学病院をチーム医療が出来てBasal Teachingも出来るまともな病院にしることです。各科の隔壁の無い総合病院として機能させることが必要です。先程も言いましたが、ハーバードに留学した人が例えば東大に留学したというようには言いません。マサチューセッツジェネラルホスピタルに留学したと、病院群を言います。ですから、東大が、がんセンターをアフリエイト・ホスピタルにさせていただいて結構です。それで、がんについては築地に行ってこいということでローテーションさせていただければいくらかでも協力させていただきます。その代わりに厚生労働省が先程言いましたように、前期研修のマッチングをしっかりとすることと、後期研修に関しても法律を作るべきです。1人500万円の予算がかかるすると1万人で500億円の予算がかかります。それで、5年間教育すると2,500億円の予算がかかります。そういう制度を考えていかないと、いくら待っていても緩和医療の面倒を見てくれる医師は育ちません。しかし、2,500億円の予算をいきなり出せと言うつもりはありません。今の夜中の当直医師は外科医や

内科医が行きます。しかし、夜中に来るのは大体がすり傷や骨を折った患者さんで、整形外科的なことが多いのです。ところが、日本では整形外科医よりも一般外科医の方が多いのです。そういうことは、皆さん沢山胃がんや肺がんを切らずに皆分散してしまっているのです。外科医は今でも多すぎます。本当に外科だけで24時間やったら今の数はいりません。そういう意味で定員が非常に大切だと思います。

では、地域の都道府県は人材確保をどうするかですが、東京都の協議会でも言ったのですが、奨学金を出して縛り付けなさいということです。緩和医療や放射線治療をするなら月謝を払うし、お小遣いをあげるということです。そのかわり、6年間の1.5倍の9年間は都立病院で働いてもらいます。そして、卒後研修はしっかりやってあげるのです。そうすれば、若い人材は必ず集まりますし、自信を持った専門家になりますので、同じ都道府県でもお金を使うなら奨学金で国の制度が出来上がるまでつなぎでやらないと、とても人材確保は出来ないと思っています。さらに、都道府県で気をつけなければいけないことは、先程計画の書き方も教えてくれないと埴岡先生は言われましたが、その国に対する恨みを市区町村に押し付けないでいただきたいです。とかく、そのようなことが今まで多いのです。国が何もしないと、都道府県も市区町村に何もしないということです。そこは気をつけないとますます悪くなります。国民は、禁煙と節制が必要ですが、自主的や主体的という所が大事です。日本の患者会で気になることは、相変わらずお上頼みの陳情型なのです。これは、良くありません。

そして、専門医師、医師が足りないと

[図2]



[図2] 新しい医療提供体制

Q&A 質疑応答

A会場（仙谷） 土屋先生のお話を聞いて足立先生も同じことを思われたと思いますが、一般の医師不足の問題も含めて今土屋先生が言われたことは実質的な意味でのメディカルスクールのお話ではないかと思って聞いていました。大学病院の位置づけはおいおい考えるとしまして、臨床の専門医をどうやって作っていくのが直近の課題だと思います。一般の医療においても専門医を育てる後期研修をどうするのかという点を真剣の考えないと教育、臨床、研修が全て中途半端だという体制ではこれからもたないと改めて思いました。

A会場（足立） 土屋先生がボランティアの患者会の方に、いずれ回りたいと言われましたが、昨年あるシンポジウムで見た論文についてお話しします。先程情報のお話がありましたが、患者さんは最初の段階では何が分からないのさえ分かりません。また、何を調べれば良いのかさえも分かりません。そこを助けてあげるのが私は患者会の役割であると思っています。足りないのは説明する医療であって、癒しの医療だと思います。その部分を全て医師に頼るのは間違っているということを変えて確認しましたし、その部分でシェアしていただかないと現状はなかなか打開出来ないと改めて感じました。

A会場（河北） 今、土屋先生が国立がんセンター中央病院の院長という立場というより、がんセンターの総長のような目線でお話されたと思います。これは仙谷先生にも考えていただきたいことですが、ナショナルセンターの役割は一体何であるかということです。ナショナルセンターを単に独立行政法人にすれば良いということではないと思います。やはり、ナ

ショナルセンターでこの国のがんという医療の診断と治療に関しての水準を決定して、それを全国に普及することが役割だと我々は考えなければいけないと思います。

もう一つは、今後のがん治療は、かなりピンポイントで考えていかないといけないと思います。入院治療と外来の治療をどのように考えていくかは地域医療として我々がかなり考えなければいけないことであります。また、先程の家庭医と総合診療医との繋がりも地域医療の中でのすごく大切になってくると思います。ですから、私も強調しておきますが、家庭医を育ててこなかった二十数年間の我々の時間の経過は、我々の悲劇ではないかと思っています。

A会場（西島） がん対策基本法は、これは一、二週間の議論で出来上がりました。なぜなら、実は山本さんという方がいらっしゃいましてその方が本会議で「私はがんです。」と言われまして、この方のためにも何とかこの法律を作らなければいけないという方向の中で、実はがん対策基本法は出来上がりました。そういう身近な人達の考え方が我々国会議員になかなか通じてこないのではないかと思います。そういう人達の意見をしっかり聞く機会を沢山作っていかなければいけないと思います。先生が言われました臨床研修医制度の話も同じです。あれはまさしく、大学病院と市中の病院の定員を一緒にしてしまった結果が11,000人という定員になりました。そういうことを細かく検証していかないと今土屋先生が言われた素晴らしい考え方が実現出来ないのではないかと思います。

Q会場（高久） 私も、先生が言われるよ

うに総合診療医から専門医に行くことは大賛成です。そういう診療体制を作べきだと思います。今、先生がやってみえるがんの診療の認定医はどのような立場にありますか？

外科の先生は、最近外科医が減って危機的状況にあると言います。しかし、先生のお話ですと、そんなに多くの外科医を作る必要はないのではというお話でしたが、それについてもお話をお願いします。

A（土屋） 外科医の話に関してですが、外科医が24時間外科医の仕事だけをやっていたら、今の外科医の人数は余ると思います。実際には、先程のお話に出ましたが日本のがんの化学療法の8割方は外科医がやっていますので、化学療法の専門医を育てないと外科医の数を減らすわけにはいきません。ですので、今急に外科の入局者が減ってしまいますと混乱を生むのは確かだと思います。

Q会場（高久） 心臓外科とかもそうなのですか？

A（土屋） 心臓外科医は、圧倒的に多いです。各大学でやっているのは、皆手術が100例もいっていない場合がほとんどです。そうすると、とても腕は信用出来ません。やはり、自分で30年間手術をやっていましたが、一日おき位で手術をしていないと勘が鈍ります。中途半端な手術は患者に対して失礼だと思いますので、私は6年前に副院長になって一切の手術を止めました。

がん治療認定医に関してですが、最終的にはテンポラリーなものだと思います。例えば、私が呼吸器外科医と言っても国民の方が肺がんの外科医とはすぐには分

かりません。そういう意味では、私が呼吸器外科の専門医であると同時にがん治療の認定医という資格があると、あの先生はがんの中で特に呼吸器のことが専門なのだろうと患者さんに分からせるためにダブルの認定が必要ではないかと思えます。現時点では、国民に対して大変親切ではないかということで先生に大変お力添えをいただいて何とか発足しました。将来的に皆さんがそういうことに精通して、社会の認知を得ればあえてそういう資格が無くても済むようになると思います。実際に、アメリカやヨーロッパではそのような資格はありません。ですので、多分そのような世界が来るのではないかと思います。

Q会場（透析患者） 一つだけ気になりましたことは、一番最初に先生が言われた背番号制です。実は、透析患者には背番号がついています。しかし、私は知っていますががほとんどの患者は知りません。背番号は、日本の和を協調するあまり、一番最初にかかった先生が治療方針を決めると、全部同じになっては困ります。最善の医療、適正の医療を目指して、そのための背番号制ですよ？

A（土屋） これは、国民全員に背番号を使わないと意味は無いと思います。その患者さんだけに背番号をつけますと、その専門の枠外に出た時把握出来ないからです。もちろん個人情報の機密は大事ですが、それを保った上で医療の面では背番号があると安全性が逆に高まると思います。

佐々木孝子

(医療事故被害者遺族)

みなさんこんにちは。大阪の豊中市から参りました佐々木孝子と申します。

まず私の裁判闘争からお話させていただきます。それから被害者、患者として医療者に思うことについてお話をさせていただきます。

今から13年前になりますが、当時高校2年生の17歳の息子を医療ミスによって亡くしました。私達は生きている間に必ず病氣、怪我とかによって医療機関にお世話になります。私は、専門職、高級職業として、医療者に対して信頼と尊敬の念を持っています。しかし、そこで初めての症例であったと死に至らしめられれば何のための医療かと思います。しかし、我が息子はその医療者と出会ってしまったのです。

バイクによる自損事故ではありましたが、救急病院に搬送され、緊急を要する事態を把握しなければいけないのに、単なる打撲と診断されたのです。そして、夜通し急性腹症で痛み、明るる日に膿盆に吐血を2杯程しました。その時、私が吐血を受け取ったのですが、主治医が出て来た時に、「内臓破裂ではないですか?」と本当にドキドキしながら主治医に聞いたのですが、その医療者は、「いや、鼻血を飲み込んだのです。大丈夫。」と言われました。そして、横にいた看護師も大丈夫ですよと言って下さいました。医療者、専門医が大丈夫と言って下さいましたので、私は緊張からホッとしました。ところが、息子の痛みは持続するが、強力な鎮痛薬剤によって痛みを抑えられていました。そして、いつも痛みを訴えていまして、9日目に初めて医療者がバリウムによる造影検査をしたのです。そこで、十二指腸後腹膜破裂の漏れを発見し、緊急手術となりました。医療者は慌てふためいていました。私と息子は本

当に震えが止まりませんでした。どうして今頃見つかるのか。あまりにも遅いことに本当に絶望感というものを感じました。そして、長い時間かかって手術をしまして、手術室から出て来た医療者にどうでしたかと私が聞きますと、「食事を食べさせたことが良くなかった。」というのです。すでに、その時には腹膜膿瘍を起こしていました。そして、「おなかを40センチも切って食塩水で洗った。」と言ったのです。それを聞いた時、私は本当にもうダメかなと苦しく感じました。その晩、一晚中医療者は朝まで出てくることはありませんでした。

朝、息子を見ましたら黄疽が出ていました。そして、医療者に「黄疽が出ているじゃないですか。」と言いましたら、廊下と呼ばれて「ここではもう処置が出来ない。お母さん、半分諦めて下さい。」と言われました。それで、すぐに知り合いの病院に転院を考えまして、夜に医療者に「転院しますからカルテをお願いします。」と言いましたら、その夜遅くに医療者がやって来て、「もう一度この病院で手術させて下さい。」と言ったのです。私はその時にはこのままではこの医療者に息子は殺されると思いまして、私はその言葉を無視しまして早朝に救急車で転院しました。

そして、転院した病院では医療者が一生懸命診て下さいました。そして、看護師が、「若い力に希望を持ちましょうね。」と言って下さいました。しかし、3日後播種性血管内凝固症を併発し、敗血症を起こし院内感染でMRSAに罹っていました。そして、多量の下血の末最悪な状態で亡くなりました。息子は、家族に向けてもうダメだという指で×印のサインを出しました。それでサインを出し息を引き取りました。

私は一体どういうことがあったのか医療者に聞きたいと思い、病院へ行き、主治医に会いました。大きな文献を持って来て、「この文献には載っていなかった。」というのです。初めての症例で分からなかった、難しかったという点張りで、申し訳なかったという一言もありませんでした。そこで、はいそうですかと引き下がる親はいないと思います。一般的な医療水準で一生懸命診てくれていたならば悲劇は起きなかったはずです。死に至らしめれば取り返しのつかないことになるのです。また、品物であれば弁償して金銭で解決出来ますが、かけ替えのない命は二度と返って来ることはありません。

その時、家族としてこの苦しみ、悲しみ、怒り、不信心は、どうしたらいいのでしょうか。私は提訴をしました。医療者を訴えるということは余程のことではないと出来ません。立証責任は訴えた側にあります。また、情報の多さ、専門性、この格差は否めません。よく言われる専門性、閉鎖性、密接性という壁を乗り越えなければなりません。

私には、弁護士、裁判官との闘いもありました。弁護士を頼み、こちらから情報を全部提供し、準備書面を書いてくださいました。私達が、陳述書や情報を全部言って準備書面を書いてくださるので。弁護士から情報集めはしてくれませんか。その際、和解はしないので判決までよろしく願いますと弁護士にお願いしました。弁護士は一年位後に何か争点となるものはないかと私達に言ってきました。それで、本屋で様々な医学書を見ていると、息子に似た症例が書かれた本がありました。それは、沖縄のある病院の院長先生の本でした。そこへ聞きに行きました。院長先生が、一度レントゲ

ン写真を持って来るように言われ、証拠保全したレントゲン写真を持って再度沖縄へ行きました。すると、明るる日に撮ったレントゲン写真を一枚見まして「ここに十二指腸後腹膜破裂の典型的な気腫像が播出されている。これを見落としています。佐々木さんの所の一本勝ちですね。」と言われました。

すぐに弁護士に伝え、書面を出してもらいました。そうすると、医療者から「最初から分かっていたけど、あなたの方で言わなかったからそれを伝えなかっただけだ。」と言われ、すぐにミスを確認するという書面が送られてきました。弁護士はこれ以上争いごとはないので書面を出さず、和解したらどうかと提案してきました。私は最初から和解せず、真相究明が目的だと言っており、金銭目的ではないので、それは違うと弁護士に伝えました。水面下で真相究明も無しに相手の弁護士と裁判官をはさんと和解の話が出来上がっていたのです。信頼関係が薄れました弁護士を解任しました。すぐに裁判所に弁護士を解任したという届け出をしましたら、裁判長から呼び出しがありました。「あなた方は弁護士を辞めさせたのですね。せっかく8合目までいっていたのに、3合目まで落ちた。もしかしたら、裁判に負けるかもしれない。」と言われました。そして、弁護士を入れなさいと威圧的でした。

しかし、証拠もありますし、相手もミスを認めていますので裁判で負けることはないと確信していました。それよりも、真相究明のために証人尋問をしたいと裁判官に伝えました。二人の医師に対して1時間づつ2回証人尋問しました。そして、証人尋問の日は事故からちょうど1年後でした。出て来た医療者は二人共ものすごくふくよかでしたが、痩せ細って

いました。その姿を見て、この二人も一年間悩まれたのだと私も大変心を痛めました。心理的負担があったのだと本当に心苦しく思いました。

そして、私はそこで全てを聞くことが出来、それは私にとっては大変良かったと思います。最後に「レントゲンの見落としがあり、当時はわからなかったが今なら分かる。」と、ミスを認めました。それで、珍しい症例だったと言われていましたが、沖縄の先生が言われるには、十二指腸後腹膜破裂というものは決して珍しい症例ではありませんということです。医学生の時に学ぶということです。「自転車で転んでも圧力が掛かって後腹膜が切れることがあるという。これが分からない医療者が救急病院にいるのか。可哀相なことをしましたね。」と沖縄の先生に言われた時は本当に残念に思いました。

「子供を亡くした親の気持ちは悲しくて悲しくてどうしようもありません。ただ、信頼し、命を託したあなたの誠意が私達にとっては救いになるのです。」尋問の時に言った言葉です。しかし、謝罪の言葉も無ければ、顔と顔を合わせることもなく終結しました。法廷という所はそこで攻撃的に張り合う所ですので、そこでは謝罪や感情を表す場ではないということが分かりました。医療裁判は人間の生命、身体、心というものを争うことなので法律に照らし合わせて白黒つけることが必ずしも事実と合致するとは思いません。

そして、年々訴訟に持っていくことが増えていますが、これは被害者が診療期間中に何が起きたのか知りたいということです。しかし、それを医療者に聞こうとしても受け入れてくれません。そうすると、公の場に医療者を呼んで話を聞こうということで訴訟という手段を選ばざ

佐々木孝子

(ささき・たかこ)94年1月、医療過誤で次男を亡くし、真実が知りたい、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いきたい」と医療ADR設立に願いを託す。

るをえないのです。そこで何年もかかり、敗訴、あるいは和解になって終結し、被害者にとっては不満、不信感となって残っています。

今回和田先生が提唱されています対話型ADR(裁判外紛争解決方法)を5年前に和田先生の著書を読んで知りました。当事者同士が互いに出会い、そこで話し合う。そこには専門のメディエーターを置き、仲介として話し合うということです。しかし、医療者の説明に被害者としては不満を持っています。医療者の説明不足、責任感が希薄になっているのではないかと思います。そこにミスが無ければしっかりお話しいただければ不満も払拭出来ます。しかし、現実には説明がありません。もしそこに、ミスがあるなら真摯に誠実に謝罪して許しをこえれば私達はそれを受け入れることが出来ます。医療者が謝罪することは大変だと思います。しかし、謝罪があることで私達の心は癒されます。それを許せます。顔と顔を合わせれば必ず話し合える心が出てきます。

また、そこに誤解などの思い違いがあればコミュニケーションによって払拭出来るのではないかと思います。また、マスコミなどでセンセーショナルに話題として取り上げられることなく、その問題点を指摘し、速やかに二度とおこさないようにすることを約束し、再発防止に取り組むことによって被害者も納得するのです。裁判での勝訴、敗訴ということではなく、お互いが気持ち良く話し合うことによって、医療者も心理的負担なしに次の医療に専念出来るのではないでしょ

うか。

多くの被害者がこのようなシステムを医療機関が確立してくれれば、医療体制、質の向上、患者満足度の向上に繋がるのではないかと考えていると思います。医療機関の方もこのようなシステムを確立していくことが良いのではないかと思います。法律の整備として国もこのような法律のシステムを構築して下さることが、私達被害者、これから医療を受けようとする人達にとっても、安心して医療を受けることが出来ると思います。

最後に一つ、未熟な医療者の克服を問題提起したいです。沢山の医療者がおられますが、ほとんど立派な医療者です。しかし、僅かながらの医療者ですが技術、知識の不足した未熟な医療者がミスを犯すとクローズアップされ、医療全体に不信感が出てしまうと思います。また、医療者对患者ではなく、お互い同じ人間対人間なのです。医療者も患者になる可能性があります。そこで私達は最高の医療を施したとしても寿命があり亡くなってしまいます。せめて元気に生きている間に病気や怪我をした時には一生懸命診ていただいて治していただきたいです。命がある限り生きていきたいです。

医療者は本当に患者の心が分かる医療者になっていただきたい。ということは、本当に我が身に置き換えて医療を一生懸命して下さい。使命感をもって一生懸命して下さると我々患者としてはうれしいものです。対立するのではなく、医療者と患者が一緒になってかけがえのない生命について考えていければと思います。

和田仁孝

(早稲田大学法科大学院教授)

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。

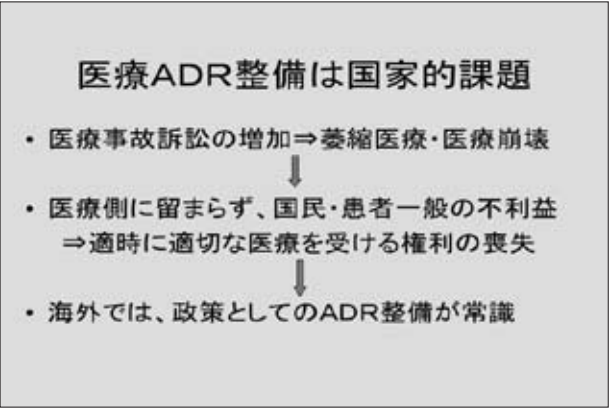
早稲田大学の和田です。今、佐々木さんから非常に重いお話がありましたが、最初に裁判闘争という言葉を使いまして、医療者の方は今の佐々木さんのお話を聞いて様々な思いをされたと思います。例えば、佐々木さんに裁判闘争で和解はせず、判決まで行くと思わせたことは何かということです。おそらく、佐々木さんが最後に言われた、医療者側の対応に多少問題があったと思います。ただ、医療者側も非常に努力をしているということも知っています。実は、そこに双方の認識が専門家と一般の患者さん、被害者という所で様々なギャップがあり、双方が上手くコミュニケーションを取ろうと思っているのに上手くいきません。このようなことが多々あると思います。双方を繋ぐような場や人が必要になってくると思います。現在厚生労働省で、医療事故調査委員会の方向が非常に進んでいます。私は、そのこと自体に少しズレがあると思います。基本的に原因を究明するのではなく、死因を究明しています。そのこと自体は、被害者にとって非常に大事だと思います。しかし、死因が分かっただけで被害者の方が納得出来るかということではありません。今のお話にもありましたが、被害者の方が皆思っていることは、しっかり真相究明して欲しいということです。真相究明を表面的に捉えると死因究明するということになります。しかし、それではないと思っています。被害者が真相究明という時は、なぜそれが起きたかということです。一つ一つのプロセスの中で、医療機関、医師が何か出来たかもしれないかということです。別に、保護的な監視とかそういうことではありません。それは医療者として、本人も非常に残念に思っていると思います。そこを素直に患者さんに伝えるべきです。

そこを共有することが患者さんにとっての真相究明だと思います。端的に言いますと、医療事故調査委員会で真相究明しても紛争解決には繋がりません。大きなファクターで繋がるとは思いますが、ピースの一つにしかすぎません。そこをむしろ受けた上で、医療者と患者の間の対話をどのように繋いでいくか、相互理解をどのように図っていくのかというものが伴っていないと絵に描いた餅になってしまうと感じます。今日は、その辺の話を進めていきます。

当然のことですが、医療事故訴訟が増加する中で萎縮医療、医療崩壊は進んでいます[図1]。もう、恐れがあるのではなく、現実にもそのようになって来ています。最初に訴えたいことは、国家的な課題であるということです。厚生労働省の検討会の議論を見ていると、厚生労働省はADRや紛争の対話の場を作ることは医療者側の利益になることだから、医療者側が勝手にやればいいと思っている節があります。

しかし、本当に医療者側のことだけかといいますと、医療崩壊は現実に進んで来ています。現実にも今起きていることは、新しい臨床研修医制度問題の影響もありますが、一つは訴訟の増加という問題もあります。地域医療が崩壊して、適時に適切な医療を受けられない国民が増加している。産科は減ってきているという状況に今になって来ているわけです。そうすると、医療訴訟の増加は決して医師が問題を被るだけでなく、我々国民の不利益になってきます。そうなってくると、完全に医療を受ける権利自体成り立ちません。当然それを防ぐための手段は国が整備しないといけません。その中の一つの重要なシステムとして、紛争処理システムについて訴訟に代わるADRを整備し

[図1～6]



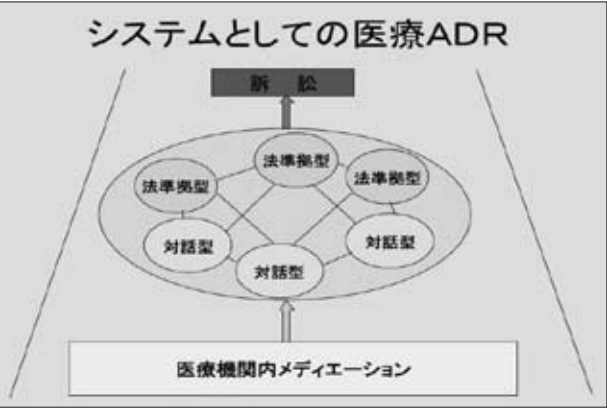
[図1] 医療ADR整備は国家的課題



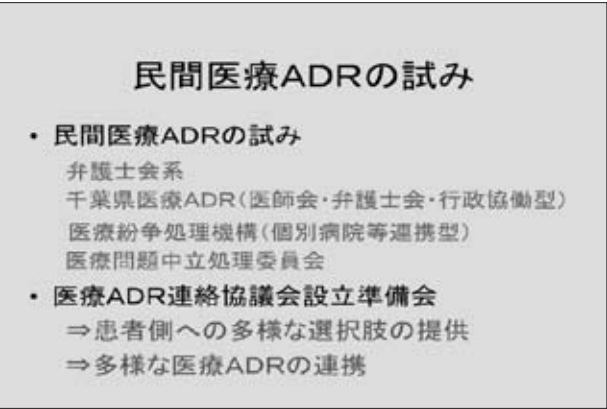
[図2] 海外の医療ADR整備



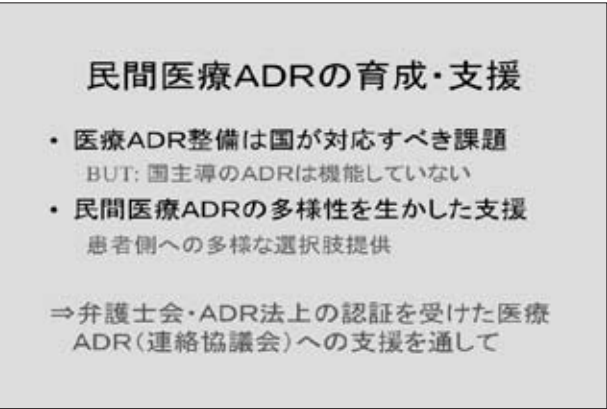
[図3] ADRの2つの理念



[図4] システムとしての医療ADR



[図5] 民間医療ADRの試み



[図6] 民間医療ADRの育成・支援

ていくことです。海外では当たり前のよう
に動いています。

簡単に例だけ紹介します[図2]。例
えばフランスは現時点で一番進んだシス
テムだと思います。2002年に患者の権利
及び保険システムの質に関する法律を作
って、ADRと対話によって交渉し、合意
を作るようなプロセスを作る。かなり重
篤なものと死亡事案に関して無過失救済
制度と接合させたような法律を作ってい
ます。これが非常に上手く機能している
ようです。財源はかなり大変だと思いま
す。イギリスは1973年からこのような
動きがあり、医療事故ADRは何段階にも
整備されています。一番底辺の所はNHS
がNHSの総合病院には必ずメディエー
ションのスキルを持ったComplaint Manager
を一人派遣し、常駐させてメディエー
ションをやります。そこで解決するとそれ
で良くて、解決しなければ次にパネルを
作ってそこでやるということになります。
何段階かのシステムを作っています。ア
メリカは、各州で様々なことがあります。
例えば医療崩壊が非常に大変なペンシル
バニア州では、医療事故制度責任改革の
提言の中でADRを整備することになって
います。デュレクセル病院などで試行的
にやったりしています。メリーランド州
では裁判所が医療事故訴訟が起きた段階
でメディエーションを試みるというシス
テムになっています。その他に様々なこ
とが州によって試みられています。マサ
チューセッツ州も今は休止しているよう
ですが、メディカルボードの中でこのよ
うなシステムで対応しています。カナダ
もオンタリオ州が医療事故に関して訴訟
の前にメディエーションを行うことにな
っています。このように外国は全て裁判
所や司法が動いていたり、国の制度とし
て新しい立法をして整備していくという

ことは当然のように医療事故の所ではや
っています。そうでないと、医師が訴訟
が減って得をするということではなく、
佐々木さんのケースでもありましたよう
に患者さんもハッピーになりますし、国
民一般にとっての医療崩壊を防ぐとい
う大きな課題があります。それが、国の責
任です。

それでは、どのようなADRを整備して
いくかですが[図3]、ADRについて二つ
の大きな考え方があります。一つは、裁
判は基本的に理想的なものだと考えま
す。しかし、時間、コストが高くなる
ということがあります。より簡単に法的な被
害者の権利を満たしていくシステムが考
えられます。弁護士会はこのようなライ
ンで考えていると思います。

もう一つは、佐々木さんのお話の中
にもありましたように、裁判の不備があ
ります。裁判の中では向き合って話すこ
とも出来ません。むしろ、感情的なこ
とを裁判で扱うことは出来ません。そのよ
うな所を繋いでいくような場、第三者的
なADRを作ることも一つの重要な課題だ
と思います。ただ、私もこちらの方が患
者さんのニーズに絶対合っていると思
いますし、医療者側のニーズにも合っ
ていると思います。しかし、それは私が勝手
に思っているだけで、国が例えばこのよ
うな制度を整備していくなら、国、僕、
弁護士が使うことを決めるのではなく、
患者さんという使う方が決めれば良いわ
けです。

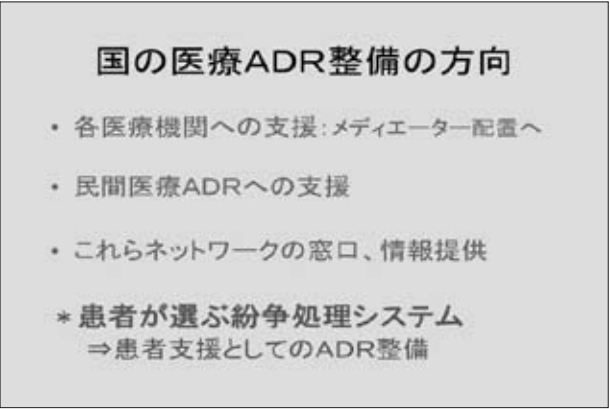
そうすると、このような様々なADRが
多様に選択肢として用意されていて、患
者さんが自由にシステムを選ぶというシ
ステムを作ることが、患者さんにとっ
て一番良い、医療に対するADRのシステ
ムということになると思います。医療機
関に非常に問題があるような場合、訴訟が

必要になる場合があるかもしれません[
図4]。ADRですが、私が先程言いました
対話型について私達が考えているものは
資料の中にも入れてあります。弁護士会
もいろいろ作ろうとしています。後の討
論の時に御覧いただくとと思いますが、高
裁の西口判事が千葉で医師会、弁護士会、
行政が共同して法準拠型ADRを準備して
います。その間にどちらが良いかですが、
上手く連携していくことです。基本的
には患者さんと医療者が向き合って話せる
場を患者さんが求めているならそのよ
うな場を提供する。その中に非常にシビ
アな法的問題が出て来た時には、そちら
の方に移す。

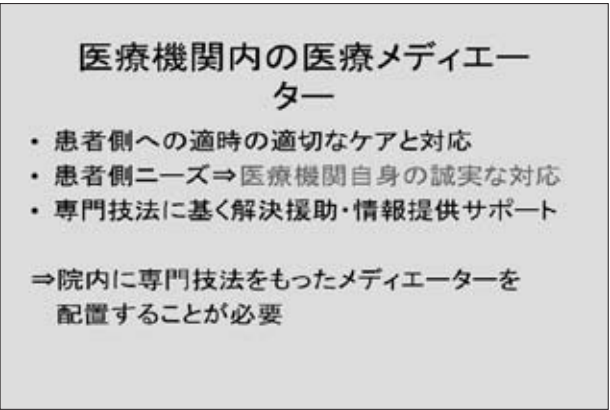
弁護士会のADRは名古屋では非常に実
績があります。基本的には原告側は代理
人の弁護士が出て来ます。病院の方の被
告側も弁護士が出て来ます。間に入るの
が弁護士で、全て弁護士がやるという
のがほとんどのケースです。そうでは
なく、向き合って話し合いたいと本人が来
てもこちらに回してもらうというシステ
ムがあります。一番大事なことは、ベ
ースになる所で、医療機関の中でこのよ
うなシステムを作っていくことです。

これは、ADRで様々な試みがあります
[図5]が、第三者機関は実はバックア
ップ装置だと思います。大事なことは多
様な選択肢を患者さんに提供し、そのた
めの多様な医療ADRのシステムを作っ
て連携をしていくことです。国はそれ
ではどのようにするかですが、先程外国
では国が率先して作っているという話
をしましたが、国が率先して作るとや
はりワンパターンになると思います[
図6]。日本の場合は行政がADRを他
の領域でたくさん作っていますが、ほと
んど使われません。国が作るといまい
ち大したものが出来ません。使う側
にとっても良いものは出来

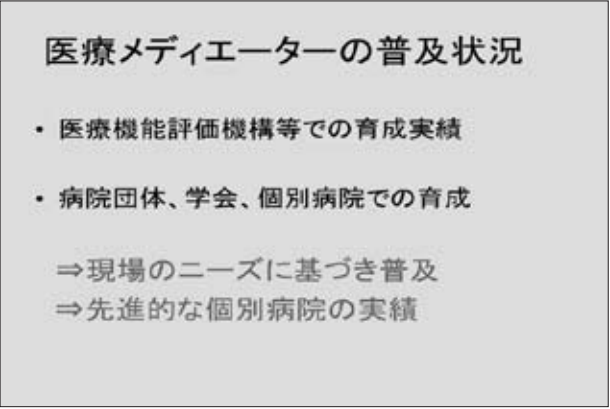
[図7～9]



[図7] 国の医療ADR整備の方向



[図8] 医療機関内の医療メディエーター



[図9] 医療メディエーターの普及状況

ないことがあります。しかし、国が対応すべき課題ではあります。民間の医療ADRの多様性を活かしてそこに様々な支援をしていくようなやり方を、国として選択していくべきです。間接的に国が民間の医療ADRをバックアップしていく。実は、民間の医療ADRを考えている様々な弁護士会だとか、千葉で我々がやろうとしていることなどと連携した協議会、準備会がすでに出来た所です。そういう意味で患者が選ぶ紛争処理システム、それを支援していくADRシステムをしていく必要だと考えます[図7]。国は大したことはしなくて良いということです。

もう一つ大切なことは、医療機関内部のメディエーターです[図8]。私は第三者ADRよりも、ここが一番大事なポイントだと思っています。ここがしっかりなされれば、第三者機関は使われないことが一番良いのです。裁判、ADRすらもです。院内で、医療機関と患者さん向き合って、佐々木さんが先程言いました、患者さんの思いにしっかり応えられるようなことが出来ていけば一番良いと思います。患者さんが一番求めていることはこれだと思います。ADRや裁判に行っても、一番根本に求めていることは医療機関内部のメディエーターです。それをどうしたら良いのかというノウハウが実は無かったのです。最近それが検討され始め、医療メディエーターが専門技法としてのメディエーションを持ったメディエーターが普及しつつある状況です[図9]。一つは、医療機能評価機構、大学でやっていますが、医療メディエーター普及に対して現場のニーズがすごくあります。年々ものすごい勢いで受講される方が増えている状況です。それだけでなく、病院団体、各界、個別病院など様々な所からこのようなものを導入、育成したいと

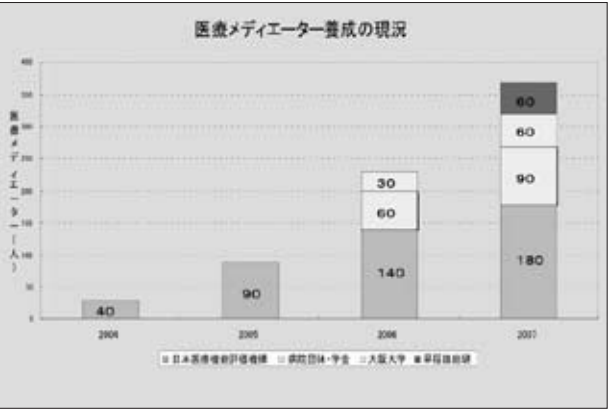
研修に関わったりしています。すでにくつかの先進的な病院で模範的な事例が出て来ています。今日も来ていると思いますが、豊田さん、大阪大学の中西さんなどのパイオニア的なメディエーターが、マスコミなど様々な所で発言、講演されたりしています。これ[図10]は、医療機能評価機構だけです。しかもリピートを除いた最初に受けた人だけです。毎年このように増えて来てます。2006年、2007年の下から二番目の60と90という所は大学で行われているものです。この

ように急速に普及しています。これ[図11]は、医療機能評価機構だけで、今年一年でこれだけの数の研修をやっていますが、申し上げたいこと[図12]は、このように現場のニーズがそれだけあるということです。何か分からないけど何十億もかけて大きな箱物を作ってそこに様々な人をはめ込んで動くか動かないか分からない制度を作るより、本当に現場のニーズがあり、患者さんもこれを求めているだろうし、医療者側にも必要なニーズだと思います。それが、すでに定着し、広

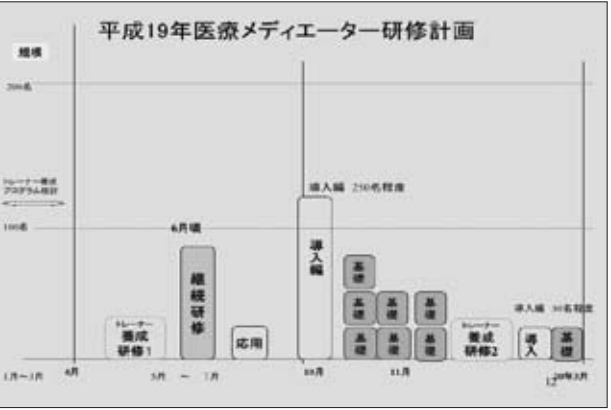
がっています。このような所にこそ、しっかりとした予算措置をする。さらに、医療メディエーターを公的な位置づけにするとか、先程のような養成プログラムの整備、充実をしていく。そのような所をしっかりと国として国策としてやることですが、そのような所にしっかりとした手配をしていくことだと思います。

私は基本的に、ADRは患者支援のためのシステムだと思います[図13]。基本コンセプトは患者さんによる選択を保証することだと思います。中心にあるのは、

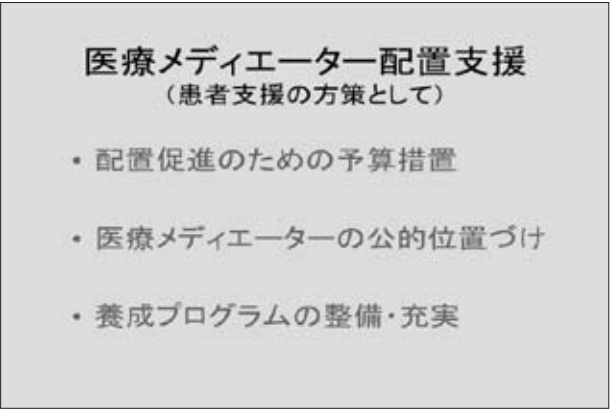
[図10～13]



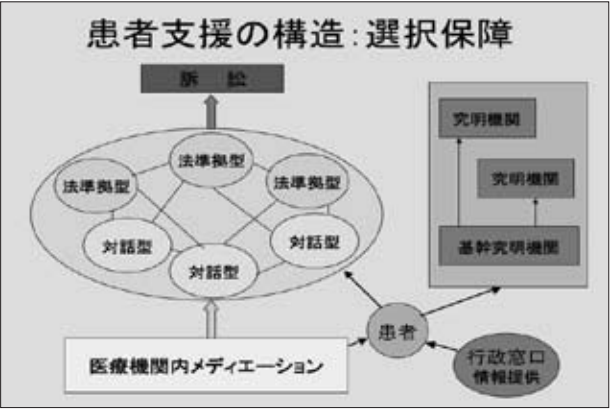
[図10] 医療メディエーター養成の現況



[図11] 平成19年医療メディエーター研修計画



[図12] 医療メディエーター配置支援



[図13] 患者支援の構造: 選択保障

医療事故調査委員会などの組織でもなければ、ADR機関でもありません。中心にいるのは患者さんです。そして、医療機関内で患者さんが最初にしっかり対応を得られることが大事です。そこでしっかりした対応が得られなければ、そこで患者さんが動けば良いことです。ADRだったら対話型を選んでも良いし、裁判型のものを選んでも構いません。そこは患者さんの自由にするのは、医療機関側は、医療事故調査委員会がやろうとしている、死因究明、原因究明をすれば良いのです。それについても、実際に死因究明をするのは誰かと言いますと、それぞれ大学の法医の先生だったり、病理の先生だったりします。そうすると、行政で何十億もかけて箱物を作るより現実に動く所にしっかり手当をすれば良いわけです。行政は、まさに患者さんが自由に選んで動いていくことを支援するような情報提供をしたり、ネットワーキングしていくような役割をすれば足りるのではないかと思います。そのような形での患者支援のシステムとしてのADRも含めた、あるいは事故究明のシステムも含めた統合的な患者支援の方法の発想をしていくことが大事ではないかと思います。このような形での提言をしっかりした形でしていくことが非常に重要ではないかと思います。後で討論の中で補足が出来ればと思います。これで終わらせていただきます。

河北博文

(医療法人財団河北総合病院理事長)

私は、財団法人日本医療機能評価機構専務理事を代行していますので、その立場からお話します。皆様ご存知のように財団法人日本医療機能評価機構は1995年に設立されました。主に病院の機能を審査、評価、認定をすることが事業です。それ以外にクリニカルガイドラインを示すということでMindsという事業があります。もう一つは、医療事故に関しまして医療事故防止センターがあります。全国からヒヤリハットを含めて様々な情報を収集、分析し、医療関係者に公表して、医療事故を防いでいくという事業もしています。

昨年与党から示されたものが資料3ですが、その前に今、和田先生がお話されたメディエーターの養成というものが資料2の1頁目にあります。こちらの方は、認定病院患者安全推進協議会が組織中に設置されていて、そちらの方で医療メディエーターの養成が2004年から始まりその後約30名、約90名、約140名、約180名とここに書いてあります。基礎編、継続編、応用編、トレーナー養成という講座を開催してきました。これは主に認定病院の中で患者さんとのコミュニケーションをしっかりと取るということで、職員を対象にこのようなメディエーターを養成してきました。今後、社会の中で大いに活用されることが必要ではないかと思います。

資料の3は、昨年の11月29日に与党の自民党から示された「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」という資料です。自民党の政務調査会の中で社会保障制度調査会、医療紛争処理のあり方検討会から出されたものです。これに沿いまして、このことを検討しろと財団法人日本医療機能評価機構に話がまわりまして、今年の3月から準備委員会を

設置し、今まで検討を進めてきました。スケジュールとしては予算の関係もありますが12月20日前後に準備委員会の最終的な報告が出されて、12月21日に財団法人日本医療機能評価機構として理事会評議委員会を開催し、実際に運営組織になるかどうかを決定する予定です。

この中で、趣旨は最初に書いてありますが、「分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争う傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つ。」という所が、スタートになったことは事実です。「このため、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済し、紛争の早期解決を図るとともに、事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組みを創設」することが趣旨としてあります。

制度の運営主体は「日本医師会との連携の下、「運営組織」を設置。運営組織が、補償対象の審査や事故原因の分析を実施」です。制度の加入者ですが、「医療機関や助産所単位で加入」ということです。

4番目が「保険料の負担と、これに伴い分娩費用が上昇した場合の対応」ということで「医療機関や助産所が、運営組織を通じて保険会社に保険料を支払う。保険料の負担に伴い分娩費用が上昇した場合は、出産育児一時金で対応を検討。保険料の支払いについては、医療機関や助産所にとって加入しやすいものとするため、関係者の合意によって出産育児一時金の受取代理の仕組みを活用する」と、少し分かりにくい所がここです。

それから、補償の対象ですが、「補償の対象は、通常の妊娠・分娩にもかかわらず、脳性麻痺になった場合とする。な

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。

お、通常の分娩の定義や障害の程度、対象者の発生件数の調査など制度の詳細な仕組みについては事務的に検討する」とあります。

6番目は補償の額で、「補償額は、保険料額や発生件数等を見込んで適切に設定。現段階では数千万円前後を想定。」とあります。7番目が「審査及び過失責任との関係」で、「運営組織が給付対象であるかどうかの審査を行うとともに、事故原因の分析を実施。事故原因等については、再発防止の観点から情報公開。過失が認められた場合には、医師賠償責任保険等に求償」とあります。

国の支援としては、「産科医の確保や事故原因の分析を通じて安心できる産科医療が確保され、ひいては、少子化対策にも資することから、国は制度設計や事務に要する費用の支援を検討」です。

その他、「この制度は、喫緊の課題である産科医療について補償制度の枠組みではあるが、今後、医療事故に係る届出の在り方、原因究明、紛争処理及び補償の在り方についても具体化に向けた検討を進める」ということが、自民党から示された枠組みです。

その後、資料の4ですが、準備委員会、準備室を設置して、検討してまいりました。5番目の「無償」という所は、「補償の対象者」の間違いです。「趣旨」、「制度の運営主体」、「制度の加入者」、「保険料の負担と、これに伴う分娩費用の上昇した場合の対応」、「補償の対象者」、「補償の額等」、「原因分析及び再発防止等、補償対象か否かの審査、原因分析、求償、再発防止・情報公開」、「国の支援」、「その他」ということで、これは枠組みの方に示されたことです。それから、「無過失補償制度に関わる関係者」、「関係者の合意による受取代理の活用も検討」と、

同じようなことが書いてあります。

簡単にご説明します。この制度は民間の保険システムです。保険は保険に加入する契約をします。ですので、それは医療機関、助産所が契約者になって、保険料を支払って補償制度を作ることです。それが、最初に示された枠組みですが、この検討の経過の中で、誰のための制度で、何のために、ということが問題です。

誰のための制度かと言いますと、最終的には分娩を経緯して脳性麻痺になった子供達をどのように社会的に救済をするかということを、我々は第一に考えないといけません。

そして同時に産科医が安心して医療に臨めるということが大切だということです。この二つがこの制度の一番大きな点です。

今現在、日本で生まれる子供の数が約106万人です。保険制度は母体が大きくないと運営出来ませんので、できるだけ多くの妊産婦の方に参加をしていただくような仕組み作りをしています。

106万人という数、どの位の保険料であるかということが問題です。保険料を分娩費用に上乗せするというのが現実的です。上乗せするということは、実際に払っていただくものと、社会保険の仕組みで代替出来ないかという意味で、現在社会保険の中での出産育児一時金の上乗せをそれに当てようではないかと考えています。その調整は、我々がするのではなく、厚生労働省の中で、保険局が保険者との調整をしています。それが、上手く話が進んで、実際に加入していただく医療機関ができるだけ多く参加していただくことが大切です。それをし、しっかり妊産婦の方に説明をし、納得していただくことがなければこの仕組みは動

き出しません。

脳性麻痺になる子供達がどの位の比率であるかに関して、調査専門委員会を設置しました。その中で検討した結果、日本で脳性麻痺の対象になるケースが700～1,000位あります。これは正常の妊娠分娩とこの中に書いてありますが、それをどのように考えるかです。

調査委員会からの報告で、未熟性だけで脳性麻痺になった子供達の取り扱いをどうするかという問題が最終的に残りました。未熟性ですが、2,000グラム33週という所で線を引くかということが問題です。それ以上発育をした子供達は、無条件にこの制度の対象にすることです。それ以前の子供達に関しては、しっかり審査を行い、出来るだけ多く救済するという形におそくなっていくと思いますが、それはこれから検討します。

そこで、医療紛争に関して我々も考えてみたのですが、先程佐々木さんのお話を聞いていて、まさにその通りだと思いました。5つの大きな言葉があるのではないかと思います。

一つ目が原状の回復です。元に戻すということです。原状の回復ということは出来ることと、出来ないことがあります。原状を回復するということは非常に困難であると思います。

その次に、真相究明です。出来るだけ真相究明することです。

次にそれを反省、謝罪に繋げられるのかということです。素直に両者が納得出来るような真相究明から反省、謝罪に移ることが出来るかということです。

その次が、再発防止です。最後に損害の賠償です。

この5つがおそらくキーワードになっていくと思います。そういうことを前提に我々が進めてきた準備委員会は、公開

をずっとしてきています。この中にも何人か委員に入ってみえる先生がいます。これが一つのきっかけになって、裁判外紛争処理に将来的には結びついていくということも可能性があります。

医療の補償は、医療の現場で安心と納得を確立した信頼関係を作っていくことが非常に大切ではないでしょうか。今回結論が出た時に、今お話したようなことを踏まえて、来年出来るだけ早く、産科医療無過失補償制度を実際に運営していくことになると思います。しかし、おそらくシステムの開発等で、約1年位かかりますので、早くて来年10月1日開始という予定です。

以上です。ありがとうございます。

上 昌広

(東京大学医科学研究所客員准教授)

私は、真相究明機関についてお話させていただきます。皆様ご存知のように政府与党の第二次試案というものが先日発表されました。私達はこの案に関して、真相究明するという点に関しては全面的に賛成なのですが、その制度設計の面で誤りがあると思っております。それに関して、我々ワーキンググループは対案を作成しました。その説明をさせていただきます。

患者の願いですが、和田先生が言われたように医療者と患者の願いは同じであると思います[図1]。しっかり説明をしたい、真相を明らかにしたい、再発させたくない、適切な補償・賠償をしっかりとしたい。この4つの点に関しては医療者と患者が全く同じことを願っています。

今回、厚生労働省の検討経緯について私達の分析を示します。本年3月9日～4月20日に厚生労働省の第一次試案が発表されました[図2]。この際に、パブコメを集めています。その後、4月20日～8月10日にかけて合計8回だったと思うのですが、検討会を行いました。この検討会を踏まえて10月17日に第二次試案が発表されました。それに関連して第二回パブコメも発表しました。10月26日から、また検討会を再開しています。これが、これまでのプロセスです。

最初に驚いたことが、このチームは、座長が刑法の専門の先生で医療事故の真相究明をします[図3]。医療の真相究明するのに刑法の専門家が入っています。これは、ウィキペディアに載っていたり、インターネットで探したのですが、このような記載がありました。「少年法と入国管理の強化や厳罰化によって治安を取り戻そうと主張」とありますが、刑法の先生としては良いと思うのですが、医療にはそぐわないのではないかと思います。

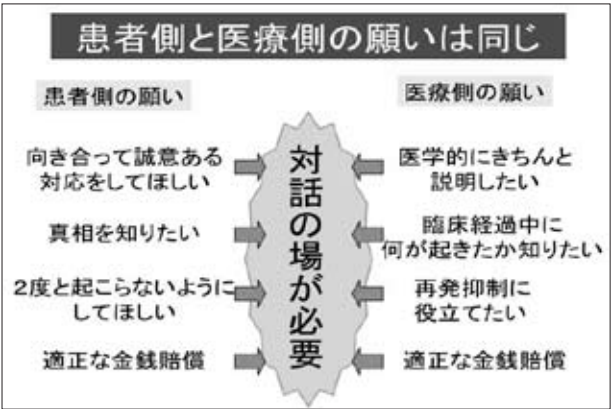
「かつてはリベラル刑法学者として名を馳せたが、転向後は行政機関の委員を渡り歩いてる。」とはてなダイアリーに書いてありまして、前田雅英先生はまともな人だと思えます。しかし、少なくとも、この方を座長に任命した厚生労働省の事務局に関しては著しい問題を感じます。

これは第一回のパブコメの結果です[図4]。実は、私達も自分達の意見を考えて広く意見を募りました。その結果、5,874の中で、5,716人の97.3%が私達の意見に賛同を寄せました。これに関しては、今日ご出席の鈴木寛議員、あるいは柳沢先生なんかが国会でご討議いただきまして、このように、現場からの医療改革推進協議会ワーキンググループの方からもコメントをいただきました。今後この意見を踏まえてやりたいとのご回答をいただきました。

しかし、我々の案と論点に関して全く討議されることはありませんでした。それでは、どうしてこのような行き違いができたのでしょうか。そもそも刑事がどうして増えたのかという問題です。この背景をご説明致します[図5]。実は、医療が刑事の対象にされた背景には厚生労働省の制度設計の変更があります。

昭和24年厚生省は、医療は警察への届出対象ではないと周知しています。ところが、1999年、2000年と横浜市大の事件等からマスコミ報道が急増しました。それを受けて、厚生省が21条を拡大解釈して医療過誤を警察に届け出るように指導しました。国立病院マニュアルや、死亡診断書記入マニュアルによって変更しました。これ以降、実は厚生省指導に従い、医療者から警察への届出が急増しています。実は、患者さんからの訴えが多いと言われていますが、これは嘘です[図6]。被害者からの届け出は、各年三

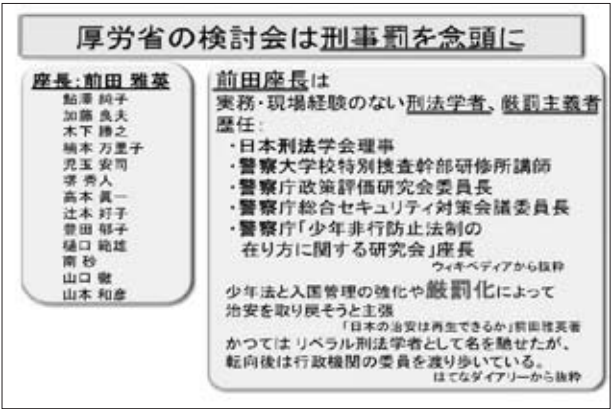
[図1～5]



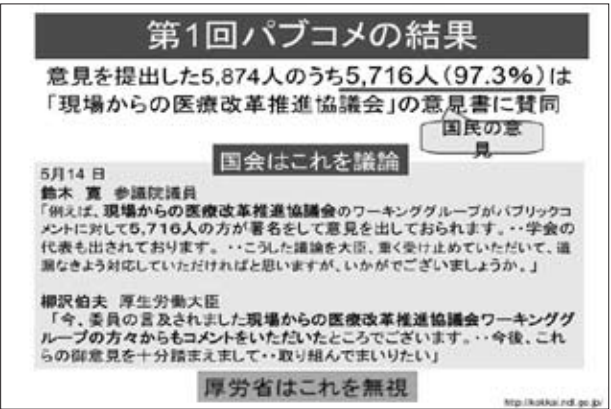
[図1] 患者側と医療側の願いは同じ



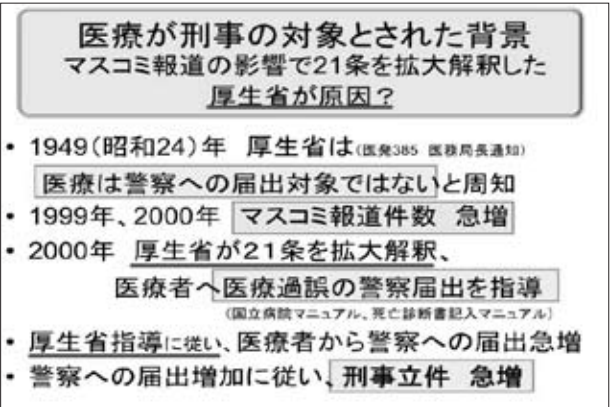
[図2] 厚生省による検討会



[図3] 厚生省の検討会は刑事罰を念頭に



[図4] 第1回パブコメの結果

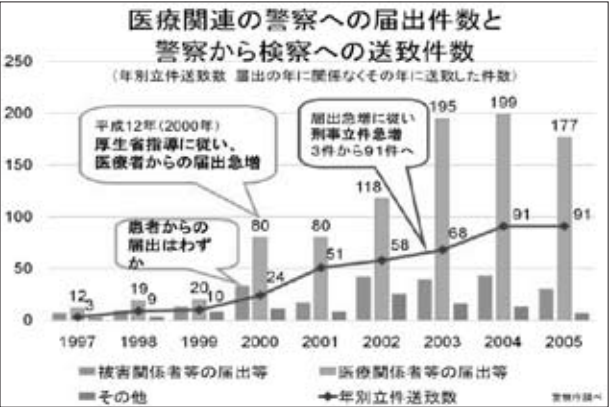


[図5] 医療が刑事の対象とされた背景

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。

[図6～8]



[図6] 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

ロハス・メディカル発行人 川口恭氏の検討会傍聴記録

飯田英男委員・元検事・弁護士
「刑事医療過誤事件が増えたのは特に大規模病院を中心とした届け出が増えたためであり捜査側が積極的に立件しようとしているなどというのは根も葉もない話に過ぎない。」

警察庁の太田裕之刑事企画課長
「警察として医療事故を一生懸命やっているという認識はない。あくまでも届け出が増えたから送致も増えたに過ぎない。」
「議論になっている医師法21条の届け出義務違反に関しても、立件したのは全て業務上過失が主にある事案。21条単独で立件したケースは一件もない。」

元朝日新聞記者

http://rohasmedical.jp/blog/2007/06/post_696.php

[図7] ロハス・メディカル発行人川口恭氏の検討会傍聴記録

厚生省による重複組織の設立

- 6年前から「医療事故情報収集等事業」
目的: 医療事故の発生予防・再発防止のため
- 6年前から「医療安全支援センター」(既に122か所以上)
目的: 医療の安全に関する情報の提供等
- 2年前から「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」
目的: 医療事故の発生予防・再発防止
- 計画中「診療関連死の死因究明を行う組織」
目的: 不幸な事例の発生予防・再発防止等

http://www.rohasmedical.jp/blog/2007/06/post_696.php
http://www.rohasmedical.jp/blog/2007/06/post_697.php
http://www.rohasmedical.jp/blog/2007/06/post_698.php
http://www.rohasmedical.jp/blog/2007/06/post_699.php

[図8] 厚生省による重複組織の設立

本グラフがある中の一番左側の棒グラフです。確かに一時期増えているのですが、基本的には減ってきています。

ところが、線グラフが立件件数で、真ん中の棒グラフが病院関係者からの届出です。届出が増えている所はここなのです。これ自身は、立件されることがまっとうである立件で、医療者が刑事罰を受けても当然です。大野病院事件など、いくつかの事件が起きて、萎縮医療、医療崩壊を起こしていることが事実だとすれば、ここの部分に非常に大きな問題点があったと考えています。

実は、この様[図7]に刑事医療過誤事件が増えたのは大規模病院を中心とした届け出が増えたためであり、捜査側は関係がないと、検討会で委員がすでに言っています。警察庁の方も、届け出が増えたから送致も増えたに過ぎないと、ご自身で公の場でお認めになっています。

もう一つ実は問題がございまして、私達は真相を知りたいことと、再発を予防したいということは別の仕組みが必要だと考えています。実は厚生労働省も様々な事業をしています[図8]。6年前から「医療事故情報収集等事業」、同じく6年前から「医療安全支援センター」、2年前から俗称「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」など、現在まで様々な新しいことをしています。果たして、どの位効果があるのでしょうか。

実は、私達もアンケートを取ってみました[図9]。これが結果ですが、「医療事故情報収集等事業」をあらゆる職業を対象に951人からアンケートを取りました。医師は587人です。この中で、全職業で3%、医師は4%が実際に臨床現場で役立

てていると考えた方です。「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」は、実際に臨床現場で役立

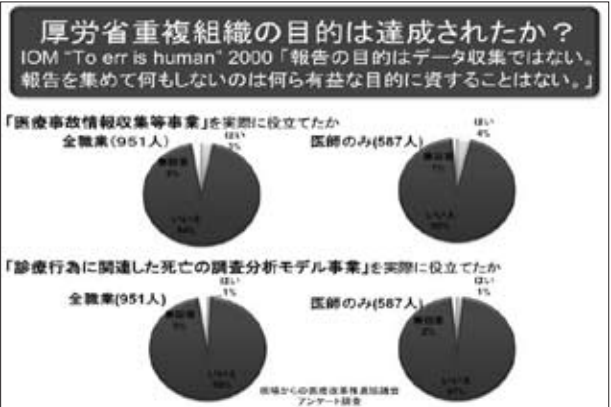
てていると考えた方が全職業で1%、医師のみで1%です。

この事業に関しては、一般の臨床現場、患者さんともに1%~4%の方が実際の臨床事業に役立っていると思っています。ほとんど全く現場に関係がありません。私達は、少なくともこのような事業をやっているのであれば、屋上屋を重ねずに、しっかり成績を発表していただきたい。そしてそれを、患者さん、世間、社会に対してしっかり発表していただきたいと考えています。

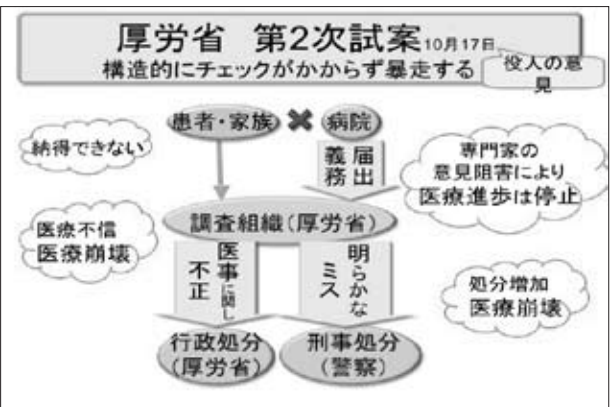
現在、私達は真相究明に賛成です。ただ、制度設計に間違いがあると思います[図10]。現在の厚生労働省案(厚生労働省事務局案)は患者・家族とのコンフリクトがあった場合、病院は届出を義務化し、ここではっきりと事態を究明し、それを行政処分、刑事処分に分けますということが基本的なアイデアです。何が問題であるかということ、インターネットで検索してみたら、事務局は実は課長さんと室長さんでしているみたいです[図11]。平成18年7月、平成18年9月からこの部署になっています。それまでは、医政局経済課長、医政局総務課長、保険局、老健局と、一体誰がこのアイデアを書いたかということが問題です。医療事故に関して和田先生は30年しています。私も勤務医を15年しています。普通に考えて、この方達が事務局案を書けるわけがありません。

実は、今回のもう一つの問題点というのは、真相究明に関しては皆賛成なのです。ところが、制度設計に間違いがあるのです、自民党の部会でPTの座長でおられる大村先生が厚生労働省、総務省、警察庁に委ねるとされています[図12]。日本医師会副会長は全面的に協力すると仰っています。モデル事業事務局長の山

[図9～11]



[図9] 厚生省重複組織の目的は達成されたか?



[図10] 厚生省第2次試案

厚生省の構造的限界

約2年で交代する役人が、厚生省案を書く

「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」事務局

二川一男氏 佐原康之氏 役人の意見

- 厚生省年金局確定拠出年金制度準備室長
- 大臣官房参事官(総務担当)
- 医政局経済課長
- 医政局総務課長
- 平成18年7月～現在

- 平成元年金沢大学医学部卒
- 公衆衛生入局(小児科研修)
- 平成3年入省
- 和歌山県庁健康局
- 老健局老人保健課課長補佐
- 保険局医療課課長補佐
- 医政局 医療安全推進室長
- 平成18年9月～現在

[図11] 厚生省の構造的限界

[図12～14]

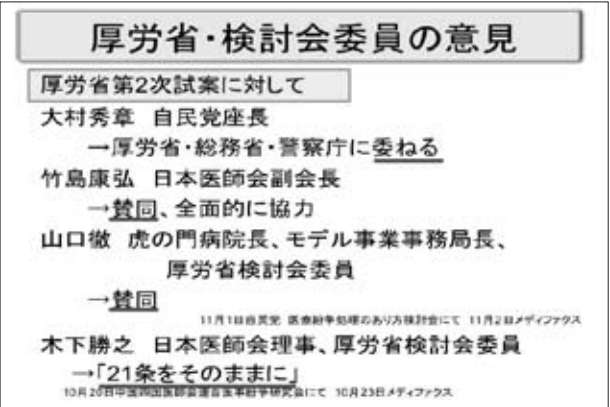


図12) 厚労省・検討委員会の意見

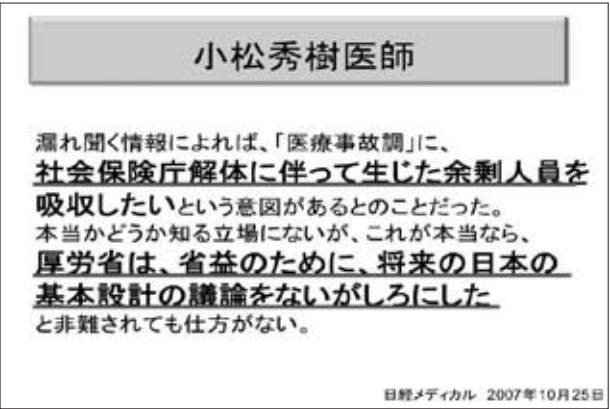


図13) 小松秀樹医師

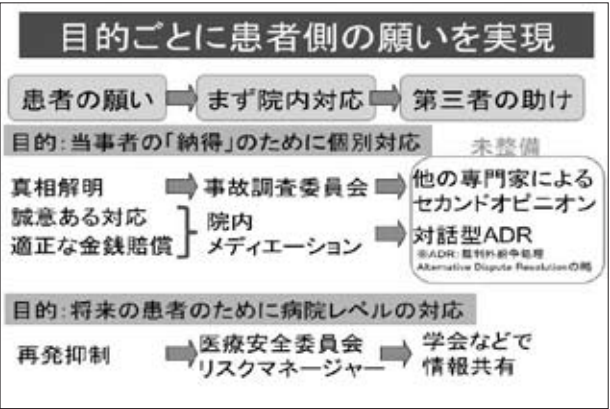


図14) 目的ごとに患者側の願いを実現

口徹虎の門病院院長は賛同、日本医師会理事木下先生も賛同です。私達は、真相究明に対しては賛同ですが、コンフリクトの制度設計に関して賛同されても困ります。

もう一つ、虎の門病院の小松秀樹先生は[図13]、社会保険庁解体に伴って生じた余剰人員を吸収したいという組織ありきは止めて下さいと仰っています。また、厚労省は、省益のために、将来の日本の基本設計の議論をないがしろにしないで下さいと仰っています。

では、具体的にどうしたら良いかですが、まず、私達医師は医療者を守るべきです[図14]。そのためにも患者さんがご納得いただくことが一番必要です。つまり全て患者さんの権利を強化する制度にしたいのです。患者の願いは、真相究明、誠意ある対応、適正な金銭賠償、院内対応、第三者機関で、そういうものが未整備です。

そうしたら、具体的にどのような所を考えていけば良いのか。実は、私達は患者の権利実現のための医療事故に関する患者支援法ということを考えております[図15]。これは医療者も守ります。これが全てだと思っています。ですので、その時に患者さんは、何とか出来るという制度的、財政的措置が必要になります。

ちなみに、原案を見ますと対象は死亡例のみとなっていますが、これは患者が真相究明を望む例であって、死亡例ではありませんし、事故でも良いのです。とにかく患者さんが知りたいことを皆でサポートしていただくだけです。

さらに、院内メディエーションンに関して先程の和田先生の案ですが、これは厚生労働省案にはコメントはありませんが、これは必要です。しかし、日本は現在保険医療制度の下でやっています。財

源措置をつけないと病院は出来ません。それにも関わらず、あれだけ病院で要請されていることは、現場の医療機関にはものすごくニーズがあるということを示しています。とても、院内メディエーション、裁判外紛争処理に関して財源措置無しで、計画経済に近い保健行政では出来ません。ここは、やはりしっかり議論していただきたいです。

今、法律家の中で裁判型、調停型、対話型と言っていますが、それを決めるのは患者さんです。多分適切な割合で振られていくでしょう。そして、患者さんの権利をしっかりサポートしていく制度を作っていただきたいです。

実は、今回の案で最大の問題点はここだと考えています[図16]。届出義務化、医療機関は事故があると思ったならば厚生労働省に届け出なさいという。そこで、調査し、処罰を決めます。しかし、調査機関と処罰機関は分けるべきです。というのも、これは数々の医療事故、航空事故等々で、届け出調査による不利益処分を禁じた次の大きな国際条約にも明確に違反しています。そして、こういう制度をすると故意犯は隠しますから明らかに正直者が馬鹿を見ます。そしてこれによって何が起るかといいますと、萎縮医療が起きます。患者さんを本当に診たいと思っている人が診れなくなります。これは、明かに患者さんの不利益になります。ですので、真相が知りたいということが重要です。患者さんの意思でやはり依頼すべきなのです。真相究明がしたいと思っている人に対してはどんどん様々な方法を提供し、それには財源をつけるべきです。

医療者が真相を知りたい時は患者さんの了解を必ず得ますから、窓口は患者さ

[図15～16]

医療紛争処理に関する厚労省案と私たちの対案1		
	厚労省による 調査組織肥大法案	現場からの医療改革推進協議会 医療事故ワーキンググループによる 医療事故等に関する患者支援法案(仮称)
コンセプト	・医療現場を促進 ・厚労省の組織続け太り	・患者の権利実現を具体的に支援する委員会を 内閣府に設置し、二次医療圏ごとにその窓口を 設ける。 ・厚労省の組織・権限拡大を許さない
対象	誰に限のみ	患者が真相究明を望む側
院内メディエーション	なし	事故発生時に患者をサポートする医療メディエーターを各病院に配置 ・日本医療従事者協議会や大学などでのメディエーター養成事業の拡充 ・各医療機関への財政的サポート
裁判外紛争処理機関(ADR機関)	なし	紛争解決の多様な選択肢を患者に提供 ・弁護士会、ADR法上の認証を受けた医療紛争を専門とするADRに対し予算措置 ・ADRを担う人材育成 ・民事的救済の充実

図15) 医療紛争処理に関する厚労省案と私たちの対案1

医療紛争処理に関する厚労省案と私たちの対案2		
	厚労省案	現場からの医療改革推進協議会案
調査	・目的は矛盾(真相究明・再発防止・責任追及) ・全件届出義務化 ・刑事処分・行政処分と連動するので真相究明は不可能 ・届出・調査による不利益処分を禁じた次の指針等に違反 日本学術会議「事故調査体制の在り方に関する調査」 日本医師会「医師の職業倫理指針」 "To err is human" Institute of Medicine N Engl J Med. 2008 May 25;358(21):2205-8 National Medical Error Disclosure and Compensation (MEDIC) Bill ブリンズ大総領による一般教書演説 厚労省医政局助産課 第2回医療安全対策検討会議事録 国際民間航空機関条約(シカゴ条約) 国家運輸安全委員会(NTSB) 米国民航空安全報告制度(ASRS) 富久史慶先生インタビュー ・厚労省主導(患者不在)の調査 ・巨大組織を厚労省に新設(税金無財源)	・目的は患者の「納得」 ・患者の意思で依頼 ・専門家ネットワークが、患者主導の調査をサポート ・院内メディエーターや医療ADRとの有機的連携 ・巨大組織は不要
	2 高次医療センター(2005年10月14日) / FRI(2005年10月14日) 第2回医療安全対策検討会(2005年11月17日) / http://www.mhlw.go.jp/f/s3/s305/s30505.html	

図16) 医療紛争処理に関する厚労省案と私たちの対案2

ん一本で十分なのです。私がこの患者さんの真相を知りたいと言って勝手に届出たりは出来ません。全て患者さんの納得し、患者さんの意思で依頼で、病院からは役所に届出を出して、そこで処分するというのは、患者さんのためにも全くなりません。かつ、社会的、学問的違反で、常識に反しています。ここは絶対にしてはいけません。私達はここの制度設計、ここはバツなので、この部分に関しては、声を大にして主張いたします。

では、悪いことをしたらどうするかと言いますと[図17]、当然行政処分は厚生労働省が下し、刑事処分は司法機関が厳正に実施して下さいということです。これまで、大野病院等の事件では、厳正に実施されていなかったことが問題点であって、やり方、制度が悪いわけではありません。あくまで、的確な事例は的確に刑事に、的確な事例は的確に行政処分への原則を遵守すべきです。特に、最近の医道審議会の在り方については司法でも問題にされていますが、ここに関しましてもしっかりやって欲しいのです。刑法とかではなく、しっかり自分達でやるべきことをやっていただきたい。こういうものを厚生労働省が刑事と民事を分けるなんて論外です。そんなこと出来ません。医療者の中では医師法21条の問題は諸般議論されています。ここで、医療

事故が医師法21条に当たるのかどうか。私は当たらないと思います。医師の診断のない死亡例は限定し、それはこうこうこういうもので対応して下さい。そして医療事故の在り方に関しては別の問題です。一緒に議論していただかないでいただきたいです。

この医療事故の部分は、今日岩瀬先生がお越しになられていますが、とても重要です。真相究明するのは、病理医、法医学の先生、臨床の現場の先生達で、真相究明機関ではありません。その方達が動き易い情報、情報を開示しやすい形が重要です。ここに関して、十分な財源措置や制度改革をお願いしたいです。

このような真相究明の情報は1にも2にも3にも行政にあげるより前に、患者さんにしっかり開示すべきです。患者に全て開示すべきであります。もちろん隠す医療機関は論外ですから、隠匿行為、過失があった場合は厳しくペナルティーを課すべきです。患者さんに情報をまず開示し、こういう所もありますと情報を提供すべきです。処罰と報告の連携みたいなものに関しては、非常に危惧しております。

我々のイメージ[図18]です。これはイメージ図なのですが、患者・家族を中心にして、多様な医療リソースをネットワークで繋ぎ、患者さんをサポートするこ

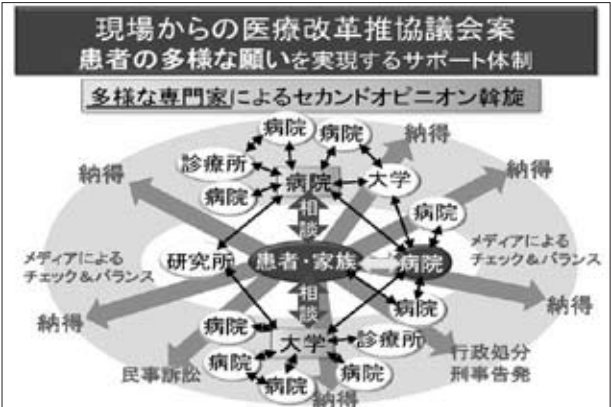
とを目的にしております。法医学、病理学、法的な弁護士の先生や司法の方々なんかもセカンドオピニオンでも何でも良いのでリソースを繋ぐ所が必要なのです。そして患者支援センターなど、新しく作る組織は地域地域の実状に合わせたネットワーク化をする機関であるべきと思っています。決して築地の大きながんセンターのようにそこに500人雇うとか全く考えておらず、そのようなものを作っても我々は何も嬉しくありません。患者さんも嬉しくないと思います。困った患者さんや家族に何とか適切な情報を提示することが可能な場だと考えております。

実は、今回お渡ししていませんでしたが、ワーキンググループ内で実際に法案を準備しています[図19]。今回ロースクールの先生方がたくさん来ていますので私達の案として世間に公開させていただきたいと考えています。これは、政府与党案とは全く別の対案でありまして、世間に広く公開し、どちらが本当に良いか悪いか、そして双案ともにどの点が利点か欠点かを議論していただきます。そして最後にアウフヘーベンして、国民、患者さんのために非常に良いような法案、ルールができればと考えております。どうもご清聴ありがとうございました。

[図17～19]

医療紛争処理に関する厚労省案と私たちの対案3		
	厚労省案	現場からの医療改革推進協議会案
行政処分	調査組織へ全件届出の後、厚生労働省で刑事処分・行政処分へ	・行政処分は厚労省が、刑事処分は司法機関が、厳正に実施。検死体制を根本的に強化。 ・特に厚労省のずさんな医道審議会運営について、人材・体制を根本的に改革
刑事処分	薬師医療・医療崩壊	
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死亡に限定」
真相究明を担う専門家・費用	・真相究明に協力した医療者に対する予算措置は明記なし ・解剖担当医等の育成・確保 ・解剖費用に対する予算措置は明記なし	・真相究明に協力した医療者に対する予算措置 ・解剖担当医等の育成・確保（医国医・法医相互の連携・連携） ・無償費用（各種検査を含む）に対する予算措置
その他	なし	患者の求めに応じ、医療機関は診療録の写しを交付する

[図17] 医療紛争処理に関する厚労省案と私たちの対案3



[図18] 患者の多様な願いを実現するサポート体制

医療事故等に関する患者支援法案（要綱）	
第一章 総則	
（目的）	第一 この法律は、医療事故等が発生した場合の原因究明、再発抑制、対話の確保、権利救済に関し、その円滑かつ適切な実現を図るため、医療事故等に関する患者支援に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体及び民間等の責務を明らかにし、医療事故等に関する患者支援の基本となる事項を定めることにより、患者支援対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。
（定義）	第二 ①この法律において、「医療事故等」とは、医療行為を起因として、患者が死亡した場合又は身体に重大な障害が残る結果を生じた場合をいう。 ②この法律において、「患者等」とは、医療事故等により害を受けた患者及びその家族又は遺族をいう。

[図19] 医療事故等に関する患者支援法案

野村英樹

(金沢大学医学部附属病院総合診療部准教授)

今までのご議論を拝聴してまして、私の話はおそらく医療紛争処理の文脈では再発防止と関係すると思います。私が自律的処分制度について取り組み始めたのは、必ずしもそれだけが目的ではありません。もう少し大きな意味で、安全な医療を提供し、患者さんを避けられる事故から守るためにはどうしたら良いかという所から出発しています。

最初は医師に求められる能力とはどのようなものがあるかから考えてみたいと思います。これは、ハーデンというイギリスのダンディー大学の医学教育者が提唱しているモデル[図1]で、非常に分かり易いのでよく使用しています。医師に求められる能力の第一はやはり正しい知識や技術です。これは全く当たり前のことで、正しく身体診察が出来て、病気の知識があってということになります。その外側にありカバーするものとして、正しい判断力を持っていなければいけません。例えば科学的な裏づけのEBM、論理的推論と意思決定、倫理的配慮などが必要となります。さらに外側にハーデンの書き方ではプロフェッショナリズムという言葉になりますが、医師として相応しい人格を持っている必要があるということです。例えば、使命感、正義感、共感的態度、リフレクティブプラクティスという言葉は最近よく聞くようになりましたが、常に内省的に振り返りながら学習していく能力が求められていると言われています。どの能力が不足しても患者さんを危険にさらし、社会に不利益をもたらす可能性があります。

どういう時に患者さんに不利益が及ぶかと言いますと[図2]、これはAパターンですが十分に能力があり、安心、安全の提供が出来る医師は求められる水準を常に上回った所で推移しています。ただし、

それでも過失を伴わない事故を発生するという所が医療の難しさだと思います。一応、こういう人は大丈夫だと思います。

それから、Bパターンですが求められる水準を時々下回り、学習するが医療の進歩についていけず、時々マイナーなアクシデントを起こしながら放置しておく、最後に大きなアクシデントを起こしてしまうことになります。これは、まだ良いのです。Bパターンは早期発見し、再教育を施せばこのような大きな事故には繋がらないでしょう。

こういうCパターンも実際にはあると思います。ずっとまともな医療をやっていたのだが、突然プツツと切れたように何かミスをしてしまい、大きな事故に繋がってしまうというケースがあります。これはもう事故の予測は困難です。Cパターンは早期発見は無理ということになりますので、発生後に速やかに対処することになります。

現在このような医師達に対してどのような対処が行われているかです[図3]。放置すれば、時々危険なレベルを下回っているような医師に対する早期発見、再教育というのは、図1の①と②の能力です。判断力と知識、技術に関しては領域別学会による認定更新制というものが、とても100%完璧とは言えませんが少しずつ動き出しています。それがもし上手く機能すれば、かなりの部分上手くいくと思います。ただ、学会というのは学会の勢力拡大という利益団体でもあります。そこが困った所なのですが、そこと利益相反があるということです。

もう一つ、領域別認定を受けていない医師が多数存在します。そのような医師達をどのようにカバーするかという問題があります。

③のプロフェッショナリズム、医師と

しての人格の部分です。これは日常の診療状況を観察し、評価、助言するフィードバックするシステムがないといけません。従来は一応大学の医局がそのような機能を担っていたと言えないこともないのですが、どうしても、医局の論理が優先で医局の勢力拡大が優先です。

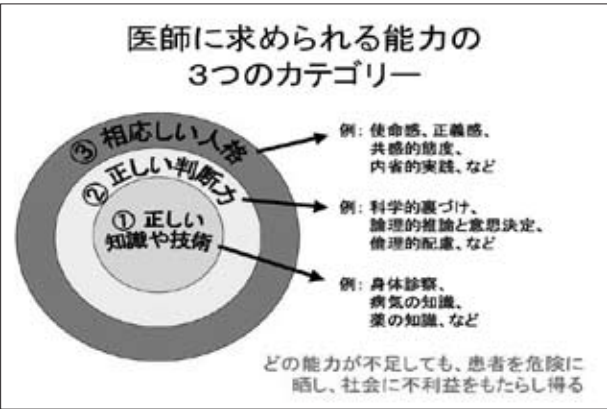
医師会にも倫理綱領は昔からありますが、こちらも開業医の利益団体としての性格上、利益相反があり結局機能していません。やはり、誰からも評定を受ける機会のない医師が存在するという問題もあります。

それから、過失を伴う事故を実際に起こしてしまった医師にどのように対処していたかということです。基本的には現在の日本では民事あるいは刑事責任を追及するという方法しか方法がありません。しかも、刑事有罪の確定後に医道審議会が免許処分を行います。有罪確定までは診療も出来ます。さらに、再教育もほとんどありません。ただし、本年度よりようやく2日間の免許講習が始まりました。今申し上げたように、受けていないので分かりませんが、ほとんど運転免許の免許講習のようなものだろうと想像しています。これでは、患者さんを守れないのではないかと思います。

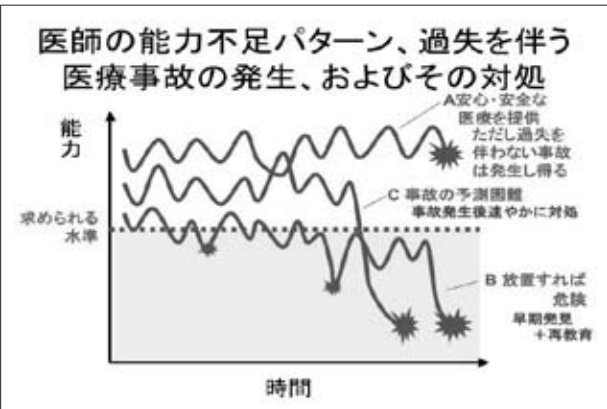
もう一つ、安心・安全な医療を提供している医師に対して、本来は必要ありませんが対応です[図4]。現在過失を伴わない事故やシステムエラーについても一部で個人の民事・刑事責任が問われている現状があります。

正しい判断で正しい医療を行っていても結果が悪いこともあります。「チャングムの誓い」という韓国の歴史ドラマ番組で、王様が亡くなると医女のチャングムは殺されてしまうため、王様がチャングムを逃がすというシーンがあります。

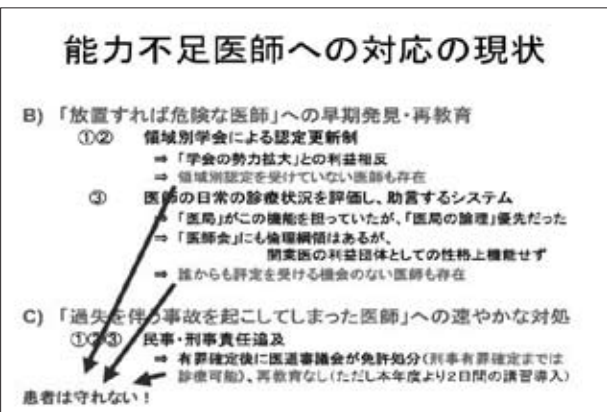
[図1～3]



[図1] 医師に求められる能力の3つのカテゴリー



[図2] 医師の能力不足パターン、過失を伴う医療事故の発生、およびその対処

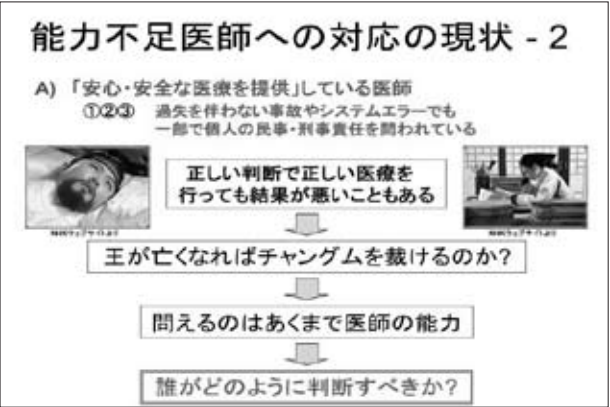


[図3] 能力不足医師への対応の現状

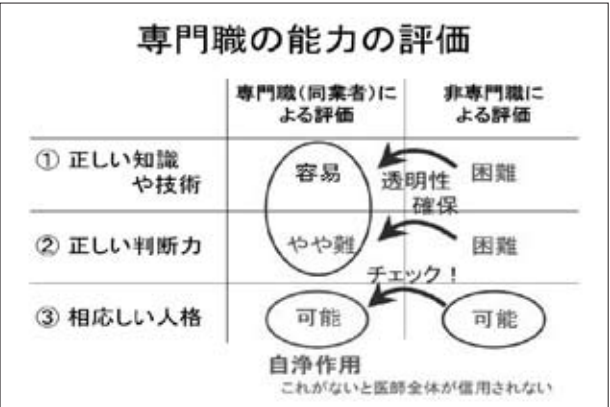
野村英樹

(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プリガム・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リズム、確率論的臨床推論/臨床判断、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)。

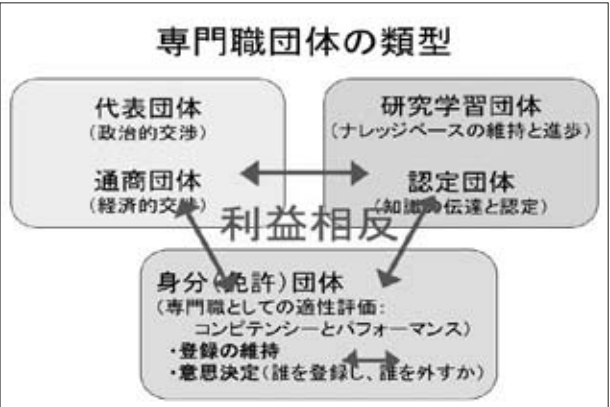
[図4～6]



[図4] 能力不足医師への対応の現状-2



[図5] 専門職の能力の評価



[図6] 専門職団体の類型

王様が亡くなればチャングムを裁けるのか。そういうわけにはいかないのであくまで医師の能力を問う必要があると思います。では、誰がどのように判断するべきかを今から提言させていただきたいと思います。

専門職の能力の評価ですが誰が行うことが可能かという問題です[図5]。言い切ってしまうのは問題ですが、正しい知識や技術、判断力を持っているかに関しては同業者が判断することはかなり簡単だろうと思います。正しい判断力は同業者同士でも意見が違ふことがありますので同業者がやっても難しい面があります。ただ、出来ないことはありません。大変申し訳ありませんが、これは非専門職が行うことは非常に難しいと思います。一部の検事さんが出来ると言っていることを聞いたことがあります、出来ると思っている位全く分かっていません。分かっていないことが分かっていないという状態だろうと思います。こちらはやはり専門職がやるべきですが、透明性を確保するということが非常に重要になってきます。

相応しい人格については、むしろ医師よりも非専門職の方が正しく判断出来るかもしれません。ただし、先程土屋先生も言われましたが、自浄作用がないと医師全体が信用されなくなってしまいます。ですので、やはり医師が行うべきなのです。ただし、やはりここはしっかりとしたチェック機構を設ける必要があると思います。

それでは、専門職の中で誰がやるかということですが、専門職団体を大きく類型しますと医師会のような政治的交渉を行う代表団体、学会のような研究学習団体あるいは認定を行う組織、日本にはありませんが身分団体があります[図6]。

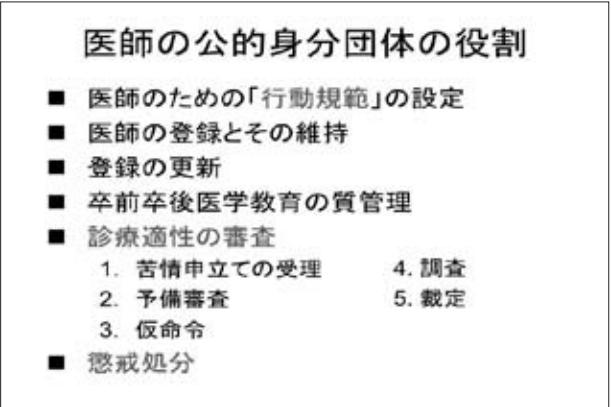
それぞれの働きを一つの機関が行うことは利益相反がありますので非常に無理があります。もう一つは、実は医師免許を登録をする機関とそれを外すことを検討する裁定、処分を行う機関も利益相反がありますのでもししたら離れた方が良くかもしれません。

実際、医師の公的身分団体がどのような役割を持つべきか[図7]ということですが、まず行動規範を設定します。医師を登録し、医籍を維持します。登録の更新を行う国もあります。卒前卒後医学教育の質管理も行っている所もあります。そして、ここが本日はメインになると思いますが、診療適性の審査ということで苦情申立てを受理し、予備審査を行い、そのまま放置しておいたら危険な場合は免許の仮停止の仮命令をします。それから調査を行い、裁判のような裁定を行うが必要になります。裁定の結果を受けて懲戒処分を行う。これを全て一つの団体でやる必要があるわけではないと思います。むしろ、先程申し上げたように場合によっては分けることが利益相反を減らす方法かもしれません。

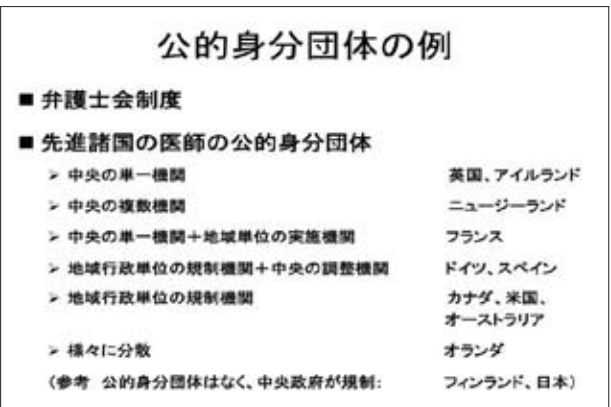
公的身分団体には他に弁護士会があります[図8]。弁護士会は年間16万円位の会費を納めていると把握しています。世界の先進諸国には様々なタイプの公的身分団体がありますが、ほとんどの国は何らかの公的身分団体を持っています。ただし単一の機関であったイギリスが、やはりこれは少し利益相反があるから良くないだろうと言って、少しずつ分ける方向に動いていることが少し参考になると思います。参考までに、公的身分団体がなく、中央政府が規制しているのがフィンランドと日本だけです。

次にお示ししますのは、実際に私が考えた運用案ですので、皆様でディスカッ

[図7～8]



[図7] 医師の公的身分団体の役割



[図8] 公的身分団体の例

ションしていただければと思います[図9]。

医師が登録料を年間4～5万円払います。基本的には公的資金は最初の立ち上げの時だけで、その後は必要なくなってくると思います。

5年毎に行動規範を見直す必要があると思います。例えば100年前の刑法が未だに使われていることで問題なのは見直しが無いからだと思います。

人員ですが、全て医師がやるのは無理があります。調査には医師ではないが、かなり訓練を受けたそのための専門人員を配置します。裁定は医師を中心に、非専門職がチェック機構として参加するという形が良いのではないかと思います。

診療適性審査と裁定については、事故を起こしていないが能力不足が疑われるケースも、事故が起こってしまったケースも、申し立てにより審理を始めます。ただし、死亡事故の場合は、死因究明機関から通知を受けて活動を開始することになるだろうと思います。

仮命令は、仮に免許を停止したり、制限する。これは患者さんを守るためでもあります。その医師を守ることでもあります。医師も人間ですので思わぬところまで頑張ってしまうということもあり

ます。ですので、そこはしっかり止めてあげる必要があるだろうと思います。

裁定ですが、行動規範に基づく処分として免許の停止、それに続く再教育などを行います。再教育を重視し、とにかく処分することを中心にするより出来るだけ再教育し、その人が再び活躍出来るようにしてあげることを考えるべきではないかと思います。それからもちろん、不服があれば高等裁判所などに抗告出来る仕組みも必要だろうと思います。

その他の機関とももちろん協力し、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。

透明性の確保ですが、非常に重要だと思います。裁定審理は基本的には私は公開して良いのではないかと思います。もちろん、最初の審査の部分を開示する必要はないと思います。監査機構も設置する必要があると思います。イギリスも最近、GMCを監査する機構を作りました。それから、機関の活動内容は毎年一回の年次報告を実施し、基本的には国会に報告することになると思います。その際はもちろんプライバシーに留意する必要があります。

これによって、どのようなことが得られるかと言いますと[図10]、患者さん側

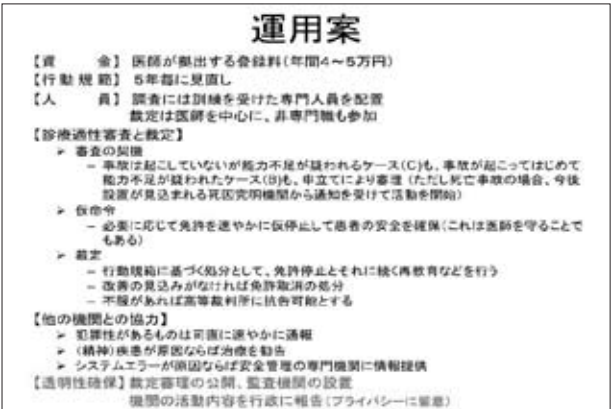
には事故の有無に関わらず、医師の能力に関する疑問を持った者は誰でも申し立てることが出来る。事故が医師の能力不足によるものかどうか、公正な判断が期待することが出来る。もちろん医師の側から見ても公正な判断が期待出来ます。避けられる事故に遭う可能性が小さいので、安心して医療を受けることが出来るだろうということです。

医師側の利点ですが、やはり公正な判断が期待出来るとともに、故意の過失や証拠隠滅などを図らない限り基本的には犯罪者扱いされることはありませんので、萎縮医療に陥る必要がなくなります。必要な再教育が受けられ、再び社会に貢献出来ます。医師全体から見ると社会からの信頼を回復して、誇りを持って働くことが出来るだろうということです。

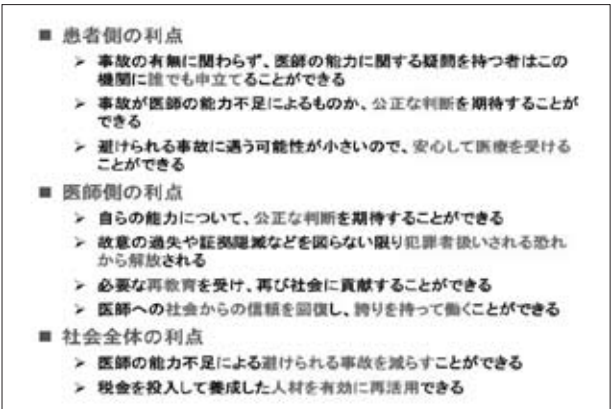
社会全体の利点ですが、避けられる事故を減らすことが出来て、税金を投入して養成した人材を有効に再活用出来ます。医師一人育てるのに3,000万円の税金が投入されているということです。その人達をどんどん潰していったらもったいないと思います。やはり、そのような人を再活用出来ることが社会全体の利点ではないかと思っています。

以上です。ありがとうございました。

[図9～10]



[図9] 運用案



[図10] 運用案で得られること

足立信也

(参議院議員)

上 昌広

(東京大学医科学研究所客員准教授)

亀田信介

(鉄蕉会亀田総合病院院長)

河北博文

(医療法人財団河北総合病院理事長)

佐々木孝子

(医療事故被害者遺族)

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)

野村英樹

(金沢大学医学部附属病院総合診療部准教授)

和田仁孝

(早稲田大学大学院法務研究科教授)

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。現在は厚労委員会のほか、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。

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部会長。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、厚労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。

上 昌広

※P.196参照

河北博文

※P.193参照

佐々木孝子

※P.184参照

鈴木 寛

※P.44参照

野村英樹

※P.204参照

和田仁孝

※P.187参照

上

討論に入ります。壇上に8人の先生が立ちまして話をします。新たにご参加いただく先生は、民主党参議院議員で外科医の足立信也先生、亀田総合病院院長亀田信介先生、東京高裁の判事西口元先生、自民党参議院議員西島英利先生です。よろしくお願ひします。司会は、鈴木寛先生をお願いしています。

司会

(鈴木寛) 2日目の最後のsessionになりました。佐々木さんをはじめ講演者の先生方、本当にありがとうございます。特に、私も8月に緊急手術をしましたので、本当に重く受け止めてさせていただきました。それでは、討議に入りたいと思いますが、まず西島先生からいろいろな発表がありました。感想、あるいはいろいろな取り組みについてお話をお願いしたいと思います。私は今日、やや西島先生の肩を持ちながらお話させていただきたいと思っています。実は自民党の先生方にも3名程お越しいただけないかお願いしたのですが、皆様大変お忙しくて、今日は西島先生に来ていただいて大変ありがとうございます。外添大臣も、西島先生は3人以上の方だからと言ってみえ、ご推薦をいただきました。先程、上先生から大変熱心なご発表いただいたことは大変ありがたいのですが、一点フェアに申し上げておきますと、現在発表されているのが厚生労働省案が、まだパブリックコメントを頂

上

きながら形成中ということです。厚生労働省案が決まって、その後の閣議決定で政府案になっていく。しかし、この8月以降特に国会で与党も野党も大変イニシアチブを持って政策形成過程が変更しています。従って、与党案の自民党案、公明党案はまだありません。まさにそうした厚生労働省の議論を踏まえてそれを受け止めて、今日の議論を踏まえて西島先生をはじめとする与党の皆様方が今後いろんな議論を踏まえて案を進化させていただくという途上にありますので、そういう意味でも今日の西島先生を含めたご議論は大変意義があるものです。そういう前提でご理解いただけたらと思います。

当然今日の議論は、この会の発起人でもあります外添大臣にも事務局の方からもご報告させていただきたいと思っています。そういうわけで、西島先生今日は本当にお忙しい中ありがとうございます。西島先生よろしくお願ひします。

西島

発言の機会をいただきましてありがとうございます。今の私の立場は、先程のお話にも出ましたが医療事故紛争処理のあり方検討会の副座長をしています。今後この考え方をどういう形で作っていくか鉛筆をなめる立場であります。そういう意味で、少し先程のお話の中で若干誤解があるという部分もありましたのでそういうことも含めてお話させていただきたいと思います。

私

自身は、実は医療事故の担当を地域の医師会で6年間やってきました。まさしく対話型でないとも解決しないということは十二分に分かっているつもりです。ただ、真相究明という時に出て来た観点等々では中々説明できない部分があります。その辺をどうしていくかという点が一番悩ましい所でありました。今回厚生労働省が出した試案の中にはお亡くなりになった方を対象にするということになっています。それはどうしてかということ、いろんな事故が起きた場合、その全てを対象にすると、とても処理が出来ないのが一点あります。

二点目は生存されているのであれば、じっくりと事故の究明は出来るのです。ところが、お亡くなりになるとご遺体が火葬されてそれで終わりですから事故の究明が出来ないというところがありまして、一つにはお亡くなりになった方を対象にするという整理が今つけられているところです。そして、あくまでも厚生労働省が検討会をやってそれを取りまとめた試案でありまして、これを我々が政治家の立場で立法する場合叩いていくわけですので、これは決して厚生労働省の考え方がそのまま立法されていくことではないということ、前提としてお話を聞いていただきたいと思っています。

それと、もう一点これは箱物を作る話ではありません。先程箱物の話が出ましたがシステムを作るという話です。

先程河北先生が無過失補償制度を日本医療機能評価機構でやっているという話がありましたが、実は最初の段階ではこれは日本医師会でやるという話でした。私はこれに反対しました。なぜなら、透明性が担保できない。ですの、無過失補償制度は第三者機関である日本医療機能評価機構でやることで透明性が担保できるので日本医療機能評価機構でやるようにいいました。私はだいぶ日本医療機能評価機構から文句を言われました。なぜなら、「また仕事を増やすのか。」ということです。しかし、日本医療機能評価機構は、ある意味では一番学者さん達も揃っていますし、透明性が担保出来るのですね。そういう意味で今日本医療機能評価機構で準備委員会を作って無過失補償制度をやっているということです。そういう意味ではおそらく、まだ内容が決まっていますがまたもう一つの仕事が行く可能性があるのかなと思っていますので、覚悟の方よろしくお願いします。

社会保険庁のお話が出ましたが、社会保険庁のでたらめさがありましたから、実は社会保険庁を解体するので、社会保険庁の職員が行くことは100%ありません。それだけはお約束をさせていただきたいと思います。

そこでこの叩き台が出まして、資料の5にイメージ案が出ています。これは何かと言いますとあくまでも患者さんからしてみたら、原因の究明をして

いただきたいというのが患者さんの一番の願い事です。

それから、医師側にしますと資料5のイメージ案ですが、説明をするためのデータが無いと患者さんとしっかりとした話し合いが出来ないという部分もありまして、そういう意味でまず一つには原因究明というシステムが必要であろうということがあります。その結果はどうなるかと言いますと報告書を作りまして御遺族の方、当然医療機関にお渡しまして、取りまとめた結果をそれぞれの医療機関にもう一つの目的である再発防止という形でやっていくということです。そして、この報告書が出た段階で初めて患者さん、ご遺族の方との対話がスタートするのではないかと思います。ですの、これを区分けしてお考えいただけないと先程のご説明はごちゃまぜになっていますので、このシステムについてはご理解が進まないと思いましたので、その辺の整理はさせていただきたいと思います。

先日、ヒアリングを2回に渡ってこれについて行いました。弁護士代表の方々もお出でになりましたし、大きな事故がありました都立広尾病院のご遺族の方もお出でいただいているんなご意見をいただきました。このシステムについては基本的には賛成の方向で良いということです。ただ、細かい所で様々な問題があります。その時の細かい所が何かと言いますと、どのような

症例の一つは対象にするのか。亡くなった方を全部にしてはいけません。信頼の中で亡くなった方もみえますので、どのような症例を届け出の対象にしていくのかということが今後の議論になっていくのかなと思っています。この時に、弁護士が言われた、刑事事件にこの報告書が使われるということが書かれていますので、それは何かというと、故意に行ったもの、重過失については刑事事件の対象にしないといけないのではないかという意見でした。私もそれは賛成です。故意は問題無いと思いますが、重過失をどのような形で整理していくかということも、今後の議論だろうと思います。

それから、届け出を義務化するということになると、別の問題が起きてきます。将来的にそのような方向で使われるということは当然あります。当然それに対して隠蔽が行われる可能性もあります。届け出をしないということが当然起きる可能性があるということです。それで、大事なことは免責の考え方を必ず入れていかないとこのシステムは機能しないだろうと私は思います。ただ、何でもかんでも免責にするのではなくて、先程申しました故意や重過失は事故調査の中できちんとした結論が出てくるわけです。そういう意味で、調査機関はそのような流れを作っていく必要があると思います。いずれにしても、免責を入れないと義務化は出来ません。そういうことがこ

れから法律を作っていく上での重大な議論になっていく部分ではないかなと思います。決して我々は警察庁、法務省、厚生労働省に投げたわけではありません。これはまず、審議会、検討会を作って議論をして下さい。その中には警察、法務省の言い分もあるでしょう。そのような中で検討会をしていたいて、今していただいたことが試案という形でありますのでこれからが本格的な議論がスタートするのだということは是非ご理解いただきたいなと思います。

どうしてこれが出来たかといいますと、まさしく福島県の大野病院事件からであります。私は国会で質問しまして、医師法21条に問題があるのではないかということで、川崎大臣から検討をスタートするという答弁をいただいて、様々な動きがスタートしたのだということです、是非ご理解いただきたいと思います。

ありがとうございました。

司会（鈴木寛） 西島先生ありがとうございました。報告書を読んでいただけでは分からない点を非常にクリアに解説していただきましてありがとうございます。

次は亀田先生にご意見いただきたいと思いますが、今日の議論を様々な角度からご発言いただきたいと思いますが、一つ私からポイントを提示させていただきたいのは、結局誰がチェック

をするということが機能するということかなということだと思いました。

おそらく三つ位主体があって、一つは厚生労働省ないし警察庁といういわゆる国、もちろん行政と刑事は違いますので本来的にはもう少し細かく分けて考えないといけないですが、いずれにしても公権力がチェックをするという考え方です。しかしその場合、能力の問題、マンパワーの問題があると野村先生からもご指摘いただいて、まずは死亡事例からというところもそういったマンパワーと能力の問題ということも後で西口先生からも補足をいただきたいと思います。

第二のグループは専門家によってサポートされた患者さん、あるいはご家族自身がチェックをする。もっと言いますと権利の回復、という先程お話がありました現状の回復というのは医療事故の場合、河北先生も先程5つの分類の中で言われましたが原状の回復は非常に難しいのですが、患者あるいは患者の家族の皆様が専門家主導でやっていく。あるいはネットワークが付いてくるのだと思います。そのような方法論です。

三つ目はまさにピアチェックと言いますか、同僚の医師であれば医師コミュニティ、専門家のコミュニティで、弁護士会はそのような構成を取っていますがピアでまさにチェックをしていくのだということです。

大きく言うところの三つであって、そ

のどれかを選ぶという話ではなく、ベストミックスが議論の方向性としては正しいのだと思います。それを具体的な制度に落とし込む時に現状そのようになっていますが、現状急速な産婦人科の問題であれば萎縮医療、あるいは産科不足ということがここへ来て問題になっています。だから、今のままのバランス、あるいは役割分担では難しい。そこでもう一回再構築、再点検をして再構築をしようということかなと思っています。

これは一つのフレームワークということでお話をしましたが、どのような角度からでも結構ですが、亀田先生もまさにこの問題に日々取り組んでみえるわけですがご意見をいただければと思います。

亀田 まず、現場でやっている実情からすると、現実には我々の所でもそうなのですが、今まででは送られて来なかったアッペとかの簡単な手術が急激に増えています。それはどういうことかというと、周りの中小病院が手術をやめているということです。それで、手術数が増えているのですが、その多くが特に地域の人に関しては、従来亀田総合病院でやらなかった簡単な手術が増えてきてます。これは立ち去り型だと思います。

亀田総合病院ではよちよち歩きでメディエーションもどきというものを、和田先生からもご指導をいただいて始

めています。医療の不確実性というか、どんなに医療事故にしても過誤にしても減らせてもメディエーションは無くならないという、やはり国民の皆様にとのよう理解していただけるかということが一番大切だと思います。それで、我々は過誤が少しでもあれば、当然セーフティーマネージメントではなくリスクマネージメントと考えた時、最も危険なことは隠蔽だということです。要するに情報公開ということが一番自分達を守ることにあります。そういう意味では医療者の良心を信じていただくしかないと思うのですが、いずれにしても、医療過誤であればこちらから謝罪もし、交渉して和解もするということで最終的にはお金もかかるということです。この財源をどうするかということですが、亀田総合病院では倍々ゲームです。事故は必ずありますからそうすると和解をしますので、病院は出来るだけ多く保険会社からお金を出してもらおうとするわけです。そうすると保険への掛け金が倍々になるということが現実起きています。医療事故と医療過誤をどのように分けているかという問題がありますが、基本的に裁判になるのはほとんどは我々としては防ぎようが無かったし、きちんとやっていたと信じるものについて職員のことを考えた時にこちらがよれたら、みんなやらなくなってしまうなという問題については、行く所まで行くしかない。情報公開と言いながら、今度病

院が全部の情報を公開したいと言うと、強者と思われている病院が情報を公開することは酷いのではないかという話になって来るわけです。この辺の整理をきっちりつけて、やはり情報を公開すべきだと思います。裁判まで持っていくなら情報を公開して、もちろん個人のプライバシーは当然守るものとして、公開討論まで持っていくようなことが医療機関側にも権利をいただきたいと思います。マスコミの方も本当に入ってもらって、プロを入れて討論してみたいと思うものが裁判になっているケースだと思います。それと、なかなか折り合わない金銭がべらぼうに違ってしまうものもあります。先程、河北先生から無過失補償制度のお話がありましたが、これも過失があったか無いか誰が対象者かということも非常に難しいです。それで過失が無かったからとこの金額でと言った時本当に患者が納得するのかという問題がすごく疑問です。ともかくCPなら1億円以上ということが相場ですから、訴えたらもう少し貰えるのではないかと、1千万円ではこの子供を育てていけない、という問題が、逆に患者さん側の考え方ではないかと思ひます。そうすると、裁判に必ずなります。ですひで、どのように無過失補償制度を本当に機能させるのかということがすごく難しい所です。ともかく、医師達の医療事故は最低限にしないといけなひが、必ず起こり

ます。その時にお互ひ納得するための制度をお金も含めて誰が財源を支払うのか。結果責任まで取ることは本当は良いのですが、支払う医療費の中で持つのか、それともかかる患者さんが納得の上でリスクに対して自分達で保険料を上乘せして払うのか。様々なやり方があると思うのですが、そこまで含めてこの問題は大きく捉えていかないと、実際に現場では難しい問題が次々に出てしまうのではないかと思ひます。

司会（鈴木寛） 亀田先生ありがとうございます。それでは、西口先生よろしくお願ひします。この会に現役の高裁の判事さんにご参加いただいたということに非常に感謝しています。

西口 裁判所の医療過誤事件でお世話になっている先生方がたくさんみえるみたいで、いつもありがとうございます。今日は先生方から厳しいご批判を受けるのではないかとひことで覚悟して来ました。少し申し上げれば医療過誤によって萎縮診療が始まっているということは先生方の過剰反応ではないかと思ひています。私達が先週も判決を書きましたが、一審を取り消すように病院側が請求してきましたが、裁判所が認めることはよっぽど酷い案件です。それを少し誤解があるのかなという感じがします。多分先生方も裁判官は素人で良く分かっていないという面で見ていると思ひます。確かにそう

いう面もあるのですが、素人の立場での判断を出しています。最近出した本で書きましたが鑑定書が出てくるのです。鑑定書を見て高裁は三人ですが、一人の裁判官がこうでないかと言ひて判断するのですが、チェックしていることは専門的なことではなく、例えば鑑定の前提事実を間違っているとかカルテの見方を間違っているという問題が結構あります。カルテの記載と証言義務をした医師、看護師の証言が違っているということがあります。そうすると最終的に裁判所が判断せざるを得ない。前提を間違っていたら鑑定が全く違います。

それから医療文献の引用箇所が間違っているということが結構あります。こういう鑑定がざらにあります。こういう医師は当然信用出来ないということになります。それで、鑑定が来てすぐに鑑定するということになります。

あとは、自信のある先生が若干多いので過失の判断までしてしまうのです。過失の判断は裁判所の専権事項であります。ですひで、過失の判断まで言う必要はありません。先生方は医師としてこのように思うと言ひだけで、普通の医師ならこのようなことはしないということは、最高裁の判断事項であります。ですひで、先生方もそれ程怖がるのでなく自信を持ってやっていたければと思ひています。

せっかく司会の鈴木寛先生から発言の機会をいただきましたのでご紹介し

ますと最近は医療関係訴訟が年間900件から1,000件位起きています。医療過誤の御三家と言われている診療科は、内科、外科、産婦人科です。この3つの科が医療過誤の御三家と言われています。平成18年の医療訴訟は内科256件、外科188件、産婦人科が161件です。医師の責任を認めたという認容率も、世間の批判もありまして平成3年当時で認容率が25.6%、平成17年が37.8%と、倍近く上がっています。これはどこに原因があるか非常に不思議に思っているのですが、医師の事実誤認、裁判所の判断が間違っているということも結果的にはあります。認容率が4割位になっています。

あと、鑑定の実施率がそれ程高くないのです。統計では平成18年は17%位しか鑑定されていません。最近、私自身非常に反省する点が多いのですが、自信を持った裁判官が非常に増えてひまして「鑑定はいらない」と言うのです。それはどうかと思います。医学文献を出してもらえれば十分分かると言ひのです。確かにその程度の医療ミスは結構あります。何で先生方はそのようなミスを犯したのかなと思うような初歩的なミスは結構あります。裁判官の立場として言いにくいことなのですが、裁判にふさわしい事件があると思ひます。裁判にふさわしい事件は裁判所に来て欲しい。それはなぜかと言ひますと、公平性、中立性を保った判断をしたいからです。おそらく行政庁

が作ったADRが使用されないということは国民が全く信用していないということです。行政庁は信用が無い、医師はお互ひかばひ合うという所がどうもネックになっていると思ひます。それで、全て裁判所に来るということになります。その辺の中立性を維持して欲しいということがあります。私自身も5、6年前に和解の実態調査を東大の先生と一緒にやったのですが、当事者の原告本人ですが、満足度が上がる一番の理由は公平でした。公平であれば裁判所を利用する。公平であれば満足度は高まります。この辺も無視出来ないと思ひます。

後で発言する機会があると思ひます。千葉では和田先生の言う対話型を入れておるんですけどやはり公平を大事にしたい。そうすれば多分誰も裁判所を利用しないだろうと思ひています。

司会（鈴木寛） 非常に生々しい数字も含めて西口先生ありがとうございます。ただ、900件という数があるんが増えていますがいんな無念な思いを持った患者、家族の数を件数化した時に多いと見るか少ないと見るか。泣き寝入りとは言ひませんが、本当はいろいろな思いがありながら、それをどこにもぶつけられずに抱えたまま来る患者、家族がそのような900件という桁の数ではないのではないかと思ひます。その中で、900件全部を裁判所というわけにはいかないと思ひます。もっと社

会全体として多様な選択肢が必要という議論が必要ではないかと思いました。それでは足立先生よろしく申し上げます。

足立 鈴木寛先生の質問が果たして誰がチェックするかということでした。その前に司法の裁判の前の公平性の話が先程出ましたのでそちらを先に申し上げます。2000年位に消化外科学会の中で、司法と外科医の接点を探るというシンポジウムがありました。裁判所ではそれだけの思いを持って訴訟までして何とかしたいという被害者の思いを遂げさせたい。誰に責任があるか決めなければいけないということを言ってました。これで公平性が保たれるかという話です。

誰がチェックするかという話ですが、二つ意味があると思います。原因究明、調査に関して誰がチェックするか。それは専門家がやれば良いという話になります。モノによって違うと思います。研究所が必要であったり大学が必要であったり事案によって変わると私は思います。

では、システム全体のチェックを誰がするのかということですが、これは相談、届け出された所です。私のイメージはがん対策基本法の話が出ていましたが、二次医療圏内に相談センターを286作り、そこが窓口になる。ですから、そこが進捗状況をしっかりチェ

ックすることになると私は思います。質問に対しては以上です。

もう少し話します。河北先生が無過失補償の話をされました。これは、10月9日に検討の方向性を厚生労働省の方から出されています。この件と先程の第二次試案をまとめて、どうして正面からぶつかるような考え方の相違が出てくるのか、じっくり考えました。そこで行き当たった考えが、無過失補償制度を例に取りますとスウェーデン、ニュージーランドでの例を参考にしていると思います。どのような対象かという条件ですが、不適切な医療によって患者が受けた、避けられたはずの損害を対象としています。それで、訴訟を減らすことが目的です。絶対必要なことが支払いのための機構、原因を究明する機構、処分をする機構となります。訴訟を避けるためにある。誰に責任があるのか、どこがミスをしたのか。しかし、個人の責任にしないで補償するという考え方です。そこが、元々あった全ての制度はそうだったのですが、そこを捉えて原因究明の機関と無過失補償制度をそのまま作ってしまえ、という勘違いでスタートしているのではないかと思います。なぜ勘違いしていると言え、過失の有無に関わらず補償すると言うのです。過失があれば医師、看護師、医療機関の医療提供者に求償する。過失があれば求償は増えます。それを原資に訴訟出来ます。しかし、訴訟を減らすことは出来ません。

逆に訴訟が増えていく心配の方を、私達の無過失補償の枠組みから感じます。

何が原因かと言いますと、日本人は医療事故と医療過誤の区別がついていません。上先生が発表したことは医療事故が何なのかからスタートしています。鈴木寛先生が言われたことは、モノを言わぬサイレントマジョリティの思いをどこで受け止めるかという話です。佐々木さんのことがありましたが、訴訟出来た、裁判まで持っていけたということは、ほんの一部です。しかし、分からない、疑問を持っているという方は大多数います。その人達の思いをどのように受け止めるかということがこの考え方です。過失の有無からスタートする。そこら辺で少しズレがあるという気がしました。

先日、小松先生の論文でその通りだと思ったことがあります。開かずの踏切があります。1時間中50分開きません。危険なので自動的に踏切を制御しています。その脇に人間が押しボタンで開けられる仕組みがあります。そこで、なかなか踏切を渡れない可哀相な方がいたので、押しボタンで開けてあげたら事故に遭った。罰せられた人が押しボタンを押した人なのです。これはシステム上間違っていますよね。機械的に自動的に制御している所にわざわざ隙間を作って、その人だけが罰せられている。こういう考え方が医療事故と医療過誤の区別がついていない所からスタートする。対象はサイレント

マジョリティである。そういうことを強調したいと思います。

司会（鈴木寛） 足立先生ありがとうございます。先程西島先生も定義はどうするのかという問題が難しいということを書いてみえました。おそらく同じ問題意識だと思います。河北先生にもコメントいただきたいと思います。その前に、今日は高久先生にお越しいただいていますので、高久先生にコメントいただいてから河北先生にお願いします。

会場（高久） 今、亀田先生が言われましたが、私も大学の病院にいて、病院とよく話をするのですが、非常にマイナーな手術が殺到してきて、外科が本当にパンク状態になってきて、重要な手術が遅れるということで危機感を持っています。

それから、先程厚生労働省の事故調査の報告について、11月2日までにコメントを日本医学会の臨床部会の運営委員会というものをやっていまして、初めの原案は大変厳しいものでしたが、運営委員に虎の門病院の山口徹病院長がみえて、是非厚生労働省の室長の話も聞いてもらいたいということを開きまして、何となく非常にトーンダウンをしました。

一つは19学会が調査機関を作れというコメントを出しています。その辺は評価出来ます。一番問題になったこ

とは、診療関連死の定義を皆様がハッキリ明確に、しかも医療従事者が納得出来る定義を樹立してもらいたいということが一つのポイントだと思いました。

ところが大学に移りまして、会議の時にいろいろ話してまして、私共の大学に今年から来た医療事故に詳しく、元々東京電力の電力関係の事故から専門にやっている河野龍太郎准教授が、理由はハッキリ言いませんでしたが、厚生労働省の第二次思案を見て国際的な恥だと言っていました。いつか河野龍太郎准教授のお話を聞く機会があれば良いのではないかと思います。

司会（鈴木寛） 高久先生ありがとうございます。一応、今厚生労働省案の関連死の定義はモデル事業の定義を踏襲するということになっています。事実確認なのですが。

会場（土屋） それは決まっているのですか？

会場（高久） 報告書の中では今行っているモデル事業があります。その結果を見て決めるということでまだ決めていません。

司会（鈴木寛） それでは河北先生いろんな指摘、議論がありましたらよろしくお願いします。

河北 産科医療補償制度についていくつかコメントをいただきましたので、私の考えを述べたいと思うのです。今、我々は無過失補償制度というように考えています。過失の有無の判断は我々はしません。原因究明は組織の中でやっていこうと考えています。最終的に今の医療事故調査委員会等が動き始めた時は変わってくると思います。

それで、裁判は過失の有無を争うわけですが、最終的に産科医療で脳性麻痺の子供が産まれた時に先程1億円という話が出ましたが、その位の賠償責任が決定されるということは、それ率は高くありません。ですので、今までそこでは過失が認められなかった人はそこで終わりになってしまいます。障害を持った子供達の基本的に誰のための何のための制度かとい考えた時に脳性麻痺の子供達の生活を保証していくというための制度です。今までは過失が認められなければ、国が作っている補償制度は全く無く、そこに上乗せする補償制度だということをご理解いただきたいと思います。

金額的にはいくつか案が出て来ていますが、介護費用をカバー出来る位の金額になっていくと思います。一時金ではなく、何とか分割制度で支払していくようなものにしていきたいと思っています。それで、お金を渡してしまうと今度は訴訟が増えるのではないかと指摘がありました。確かに、その可能性が無いとは言えませんが、と

りあえず全く過失が認められなかったが、CPの子供を抱えてしまった家庭に対しての補償制度を始める所に意義があると思います。

そこで、我々は自民党から示された枠の中で議論して、出来るだけ早くそれをスタートするという立場にいます。

司会（鈴木寛） 河北先生ありがとうございます。では、会場の先生どうぞ。

会場（久保） 去年もお話したのですが、対象をCPにしたという理由が全然分かりません。現実的に脳性麻痺という診断を作っているのは産まれてから1年から3年と時間が経ってからですよ。その時に、初めて言われても両親にとっては何年前の話でしょうか。それをなぜ対象にするのか分かりません。もちろん無いにこしたことはありませんが、そういう可能性がある場合には最初から判定せずにお金を出すということにしたらどうか。実際、軽症から重症と幅は広い。重症を対象にしていると言われましたが、神経小児の専門家にも重症か軽症か診断がつかないと言っています。それを対象にしようとしています。それなら、最初から脳性麻痺の可能性がある最初のグレーゾーンの状態から産まれたらすぐお金を払い始めたら良いのではないか。そういう制度でないといけないのではないか。今の話でしたら、決まってからお金どうこうの話になるなら、ナンセ

ンスそのものだと思います。それに付いていかがでしょうか？

河北 それは我々が判断することではありません。なぜなら、自民党が示した枠組みの中にそのように書かれているからです。これはもう仕方がないのです。我々は枠組みの中でやるのです。そこは私がお答えすることではありません。

ただ、診断は6ヶ月から5歳位までにしたいという考えはあります。ですので、そこをどうするかは、これからこの運営の中で決めていきたいのですが、対象を絞ったということはおそらく自民党からの意見です。

会場（久保） 最初は新生児の中でやるなら、死亡例を見るというのはどうでしょうか？ 年間1,200から1,500人位の死亡例がいるわけですから、その方がはるかに現実的だと思います。脳性小児麻痺に関しては、もっと別の制度で考えていくべきだと思います。先程1億円という値段の話がありましたが、そうでなければ1千万円、2千万円という話もナンセンスだし、介護するならもっと抱えていかなければならないわけです。最初に私が聞いた話では、脳性小児麻痺の数と、用意した予算の数が合ったから1千万円、2千万円という値段にしたという訳が分からない説明を聞いて私はすごくナンセンスだと思います。

西島 それは全くありません。脳性小児麻痺の対象になる人がどの位いるかという数は明らかではありませんでした。500名という数字もありましたし、例えば沖縄の事例で見ると1,000名以上になるというお話もありました。ですので、最初から予算ありきで考えたわけではありません。

もう一つこの制度そのものは、日本医師会から最初に提案してきたのです。それで、これを検討しようということでした。実は、医学会等々にも様々なご意見を伺いながら実はこの部分に関しては範囲が出て来ました。自民党の国会議員は専門家ではありませんので、自民党の国会議員が決めるわけではありません。様々な学会のご意見を伺いながらまずはそこからスタートしようということです。河北先生はご存知だと思いますが、準備委員会の中で様々なご意見が実は出ています。例えば、なぜ脳性麻痺だけなのか。もっと、様々な難病があるではないか。など、様々なご意見が出ています。ですので、まずここからスタートしてということで、今準備委員会の中でおそらく進んでいると思います。

司会（鈴木寛） では、和田先生。

和田 今、日医の話が出る前、福岡県の医師会でお世話になっていました。実は、その当時九州大学にいて委員の一人で一緒に作ったのですが、その時

には全く先天的なものも含めて救済するというアイデアでした。

ただ、結局どこで線を引くかという問題があります。内外とのバランスの問題があります。そうすると、今のような形で線を引くのか死亡事例を別の形を含めて拡充していくのか、その財源の手当はどうするのか。このバランスという課題をこれから考えていかなければいけないと思います。

二点目ですが、訴訟に行ってしまうのではないかという可能性についてですが、一つは、訴訟した方が1億円貰えるのではという可能性がある、こちらだと1千万円、2千万円しかもらえないという問題があるということも一つは問題としてあると思います。

今日佐々木さんのお話にもあったように、妊婦にとってお金の問題ではないと思います。そうだとすると、単に脳性麻痺になりましたからいくらお金出しますという形だけでは納得出来ず、もっと明らかにしていくのだという方が普通だと思います。そちらの方がお金の観点よりもっと大きな問題だと思います。

会場（久保） 全く賛成です。私も訴訟より絶対ADRの方が良いと思っています。最初はADRから行くべきだと思います。

司会（鈴木寛） はい、では足立先生、対象の話をどのようなご見解でされて

いますか？

足立 先程少し言いましたが、元々は過失があると思われて避けられたはずの障害という所からスタートしています。そういう所には様々な投薬ミス、検査ミスなど全て入っています。そこがまずあります。

今は過失を問わず、まずは補償からスタートするのだという考え方に立てば、極めて限定的なものからスタートするしかないのではないかということです。そこの考え方です。

過失が多いというの、訴訟にしないためにこの制度をスタートしたというのが元々の出足です。そういう意味合いが強いのです。

そうではなく、失敗が有りうるのだという観点に立った場合にはこの制度そのものがもう少し変わってくるのではないかと思います。もちろん医療メディエーションから始まって、先程のサイレントマジョリティの話ですが、これを行ったら、話し合い、説明の中からスタートしないと解決しないと思います。

司会（鈴木寛） 佐々木さん。

佐々木 裁判と言いましても、裁判をするのは簡単です。それでどうなるかは弁護士の力量によるかもしれませんが、弁護士も裁判官も医師ではありません。ですので、そこに医療過誤を持

ってきても裁く時には専門の医療者が必要です。ですので、私達の時はそれは分からなかったと医師が認めたわけです。それは今なら分かると言いました。それでは過失を認めますねということに認められたわけです。そこで明白な事例でしたから裁判長も過失を認めたということで判決が決まりました。

しかし、被告が控訴したので二審に入りました。なぜなら、鑑定が出ていなかったのです。鑑定無しで被告が過失を認めたので一審の判決が出たのです。裁判長は医師が認めているので鑑定はいらないということで勝訴しました。しかし、被告が控訴したので私は本人訴訟でしたから、控訴審で裁判長、裁判官、判事、被告の弁護士が出て来て部屋で話し合いました。その時の裁判官の話が「私も医師ではないし、分かりません。」と言っていました。弁護士も「医師ではないから書きようがない。」と言いました。それでものごくもめて、何回もFAXを送って来て鑑定内容が分からないと言いました。それで、再度裁判所から鑑定を頼みました。それで、一審通りだという簡単な鑑定が出て来たわけです。医療者ではないということで本当に難しいという判決でした。

それと、患者は本当に裁判するのは簡単ですが、とにかく医療者から話が聞きたいということが一番にあります。そして、医療者から話が聞きたいということになると本当にそういうことは

聞いてもらえません。そうなると、私達の方にも話を聞いて下さいという電話がかかってきます。それで一時間位話されます。北海道からでも九州からでも。それで相槌をされますと、本当に話を聞くだけでスツとしましたと納得されるのです。ですので、裁判に行く前に話し合うというADRが本当に必要だと私は思います。

司会（鈴木寛） 佐々木さんありがとうございます。
土屋先生どうぞ。

会場（土屋） 国立がんセンターの土屋です。先程、西島先生のお話で私が少し引かなかったことは、原因究明の調査をして、その結果が出た所から家族への対応が始まるという表現がありましたが、その段階ではもうすでに家族の不満が爆発しそうな所になっていると思います。

今佐々木さんが言われた、その前のメディエーターが大変大事だと思います。副院長を4年間やって、毎月のようにそのようなことをやって、裁判を4つ抱えるということをやっていまして、問題が発生した段階から真面目に院内での調査機関をやっている我々でも調査に3ヶ月位かかります。その間に副院長で調査委員長もやりながらメディエーター的なこともやる。メディエーター的な所が手薄になるからその所が家族は不満なのです。その間に誰

が担当して家族の相手をするのかがあるのがすごく大切です。そうすると、調査結果が出た時にそうでしたかということと終わってしまいます。そこが上手くいかないと調査結果が出ようが出まいがにっちもさっちもいかない。その手前のメディエーターの所がぜひ上手く機能して欲しいということが現場の切実な願いです。

西島 先程申し上げましたが、ADRと訴訟は区分けして考えて下さい。私は医療事故の担当を6年やりました。まずはそのような事故が発生した時には必ず御家族との話し合いからスタートしていきます。2、3ヶ月位何回もお会いしながらご理解を求めました。もちろん医師に過失があれば医賠償。そこが一番大切です。先程申し上げました原因究明が不明な場合があります。その場合このシステムを使わないことには次のステップに進みません。そういう意味では原因究明のある程度の報告書が出た段階で本格的なADRがスタートするのではないかと私は申し上げました。その間放っとくということではありません。

一番大切なことは、先程から謝罪の話も出ていますが、私は医療事故を担当した時、医師の皆様に言いましたのは、まず謝りなさいということです。家族のご期待に応えられなかったことに対して謝りなさいということが私の考え方です。

それが本当に医師の過失でそのようになったのかどうかは別の問題です。ですので、そのためのシステム作りは必要だと先程申し上げましたので言葉足らずで誤解を生んだかもしれません。

会場（土屋） 対応の仕方は大きな病院は徹底していると思います。その上に佐々木さんの気持ちを考えるとさらに足りない部分が病院にあると思います。それが、今のメディエーターの講習会に沢山出席することで現状が出ていると思います。どちらが先かという問題ですが、私はメディエーターの方を先にやって欲しいということが現場の大きな声だと思います。

司会（鈴木寛） 佐藤先生どうぞ。

会場（佐藤章・福島県立医大教授） ADR、無過失補償に関しても先生方がすごく努力なさって、これだけ盛り上げてくれて、前に進みつつあるということは私にとって非常に喜ばしいことです。

根本的に私が申し上げたいことは医事紛争で訴訟になった場合、民事と刑事が全く違うのだということです。今私自身が抱えている問題については刑事問題なのです。そうなると根本的に私がお願いしたいことは、業務上過失致死が医療事故に適用されないような方向に持っていけない限り、医師は皆不安になります。医療の萎縮、崩壊と

いうことは皆どのように思っているかというと、刑事問題になって逮捕されると思っています。それなら我々はやらないということになります。患者さんは一生懸命努力したが、不幸にして亡くなったということに関しては、民事で何とかしてくれないかということでもあります。刑事罰に対する恐怖があり、それなら我々は何もしたくないということになってしまっている現状を変えるために、先進国でやっているように、医療事故に対して刑事罰が適用されなければ、業務上過失致死ということはありません。そこを、自動車の交通事故とは違うという発想が一番最初にあったら、その診療行為に関連した原因究明、ADRそれから無過失補償というような順序に行くべきであって、今見ていると無過失補償の方から行っています。結局、刑事側としては捕まえる。司法としては今の法律が変わらない限り、あなたがこのようなことをやっているのだと言って、少しも我々の不安を解消してくれる所まで行っていないということを私は思います。そこを根本的に考えていただきたいと思います。それが我々臨床医の切実な考えです。患者さんや被害者の人達は、絶対に真相究明して欲しくて、隠すな、しっかりやってくれ、同じことを二度とするなということが遺族の願いだということに言っているわけです。これを一人の責任に負わせたら、同じことを繰り返します。やはり、なぜそうな

のかをしっかりと明らかにさせるためには、一人の個人に責任を刑事罰で負わせるということが、私は現状を良くしないと思いますので、是非来賓の先生方はそのような視点に立ってやっていただきたいと思います。

西島 簡単に申し上げますと、そもそも医師法21条の厚生労働省の解釈は、殺人もしくは虐待で患者が運び込まれて来た時は、刑事事件に発展するわけですので、是非24時間以内に警察に届け出て下さいという協力要請事項でした。それが平成6年に日本法医学会が一部の方ですがガイドラインを出されて、診療中の死亡事故も異状死体とされました。ここから考え方が変わっていきました。平成12年に国立大学附属病院長会議がありまして、医療事故もしくは医療事故の疑いがある場合には速やかに警察に届け出ることにし、その下に医師法21条と書いてありました。ところが、これは解釈の大きな変更ですので、厚生労働省、医政局の医事課でしっかり検討してやったのかというと、医事課は関わっていません。ですので、厚生労働省の解釈は変わっていません。変わっていませんが、都立広尾病院の事件が起きまして、裁判になり憲法論議までやったのですが、最高裁で届け出ることにについては当然であるという判例が出ました。そこから考え方が完全に変わってしまっていて、24時間以内に届け出なければ逮

捕という話が出て来ました。
福島県の大野病院事件は、事故が起きて病院で検討会を開いて再発防止のための報告書を作りました。それを警察が見て医療事故ではないかと言われ、なぜ24時間以内に届け出なかったのかということで医師法21条で逮捕されました。こういうことが起きたので、今の流れがあります。それだけは御理解いただきたいと思います。

司会（鈴木寛） 和田先生どうぞ。

和田 今、制度の切り分けの所から議論があって、非常に有意義なご議論だと思うのですが、同じことを被害者の患者さんの思いから見ていく必要があると思います。先程、ADRのような対話の場という場面と、原因究明、刑事の問題は切り離して考えると言われました。

しかし、被害者の気持ちから見ると、それは全て繋がっています。例えば、なぜ刑事の方に行くのか。最初から刑事の追求、個人の責任を追及したいと思っていない。なぜそうなるかというと、原因究明、真相究明がなされていないという理由があります。そこで、真相究明がどのような仮説で出来ているかと申しますと、現在のシステムとして考えた場合、医療事故調査委員会は様々な機能を抱え込もうとしすぎているのではないかと思います。

例えば、21条の問題を今度医療事

故調査委員会に報告する際、重過失なのかどうか線引きをする要素は、法律が関わらなければいけないし、医療事故調査委員会の手続きが非常に重くなります。そこで、重過失ということになれば警察へ行く。しかし、その時には医療機関から届け出があって重過失かどうか判断して刑事に行って、司法解剖になります。患者さんがチェックする場が全くありません。実際現時点でも医師法21条で医療機関が届け出たことによって、そのことで患者さんが傷つく。真相究明は、解剖をして客観的な結果を見いだすということより、もっと患者さんの思いは広いと思います。日本的な発想かもしれませんが、遺体というのは自体が亡くなった方そのものだし、解剖に対して非常に抵抗があったりします。

そういう時に重過失かどうかの判断は警察もしくは裁判所がやればよくて、発動のイニシアティブを取るのは患者さんの思いであって、患者さんに取ってもらいたい。ですので、真相究明も患者さんが初発点になる。初発点の所でしっかりケアを対話のような形でADRしながら動かしてもらいた。そこで、常に患者さんをポイントにしておくという形にすればそこでしっかりした手当がされれば、患者さんは何も無理矢理刑事の方の告訴するとかということにはならないのではないかと思います。

そういう面ではソフトウェア的な面

があるかもしれませんが、こういう発想が大事ではないかと思います。切り分けではダメではないかと思います。

司会（鈴木寛） 足立先生どうぞ。

足立 簡単に申し上げますと、共有する考えとして説明が大事である。そして、先程謝り方のことまでありました。それなら、なぜ行政権限を持っている厚生労働省が届け出先になるのか。そしたら、正直な話し合いなんか出来ません。根本的な誤りはそちらにあると思います。

司会（鈴木寛） 豊田先生どうぞ。

会場（豊田郁子・新葛飾病院セーフティマネジャー） 先程、和田先生からご紹介いただいた豊田と申します。私は、医療事故の被害者遺族で、なおかつ病院内で院内メディエーションを実施しています。厚生労働省の検討会のメンバーです。

医師が萎縮してしまう気持ちになることは理解出来るが、先程から院内メディエーションを中に取り込みたいという意見が沢山ありました。それは、病院がしっかり向き合う姿勢をしてこなかったことを認めることと同じだと思います。怖いということもあるかもしれませんが、病院が患者や遺族の気持ちに対して病院側がシャットアウトしてしまっている現状があります。そ

のことから仕方なく、皆刑事告訴や被害届を提出しているという現状があります。

私も刑事で問いたくなかったのですが、1年間どうにもならなくて仕方なく被害届を提出しました。結果的に不起訴になりましたからその医師は全く行政処分も無く、依願退職で何の処分も受けていません。実際そのような例もあります。やはり、医療機関の中で自浄作用を行ってこなかったことに対して、考えていかなければ、いくら様々な法案を考えても国民や患者さん達は理解出来ないと思います。

実際に院内メディエーションを私が実践していることで、病院の中での反省点、改善点が本当に見えてきます。その向き合う姿勢を見ていただいたことで患者さん達が医療者に対してすごく思いやりの言葉が出てきます。感動することが沢山病院の中で実際起きています。ですので、佐々木さんが先程から言っている法的な過失の有無だけを言っているわけではないと思います。院内メディエーションすることで法的な部分だけではなく医療者が変わらないといけない所、反省しないといけない所を見ていただいて患者さん達は最終的には医療者を応援する日が来ると思います。

私も医療界の中に飛び込んだことで、現状の大変さを思い知らされていますから、心から心ある医療者に対しては応援したいと思っています。しかし、

自分達は大変だとばかり言っていたら応援する元気が無くなってしまうのです。そこを分かっていたきたいです。

ですので、今日こちらの協議会の方で新しく考えられているものを読ませていただいて賛同する部分はかなりありますが、中には遺族がこれだと思う部分が正直あります。それは、遺族の気持ちを本当に聞いているのでしょうかという気持ちです。ですので、今現在これを出されるのでしたら、患者支援法案という名前ではない方が良いのではないかと思います。どうして、医療者の皆様が議論している所で医療者支援法案という名前が入らないのかと思います。私は、別に批判だけをしているわけではありません。一緒にやるためには自分達が大変だということだけではなく院内で行うことを皆で協力しましょうということです。是非私にも協力させて下さい。仲間に入れて下さい。患者の声を中に入れて下さい。それが本当の声なき声だと思います。よろしく願います。

司会（鈴木寛） ありがとうございます。是非と一緒にワーキンググループの方に入っていただいてもっと良い案を出せたらと思います。それから、ご発言は医療者の方が続きましたがそれ以外の様々な方が聞いていますので是非更に磨いていけたらと言っていたきたいと思います。

だいぶ時間が超過しましたが、元々

時間内で決着の着く問題ではありませんが今日をきっかけに更に今のような提言を含めて良いディスカッションが行っていければと思います。 このsessionを終わりたいと思います。本当に遅くまで皆様方お付き合い下さいましてありがとうございました。それでは、これにて終了させていただきます。



【発行・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

genba-kyougikai@umin.net

【編集サポート】

(株) ロハスメディア

【印刷】

(株) テンプリント