

現場からの医療改革推進協議会

第四回シンポジウム

2009年11月7日(土)・8日(日) 13:00—18:30

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須である。

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

Vol.04 2009

挨拶

林 良造

(東京大学公共政策大学院教授)

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

高久史麿

(自治医科大学学長)

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

ご挨拶

林 良造

「現場からの医療改革推進協議会」も第4回目をむかえました。

この3年間の間に、当初は耳慣れない言葉であった「医療崩壊」についての理解と共感の輪は大きく広がりました。この間のプロセスは、現場での医療崩壊を目にした若い人たちをはじめ、さまざまな現場で日本の医療の将来を心から憂える人々の真摯な気持ちが、少しずつ共に考え行動する人たちを増やし、社会の中堅層、オピニオンリーダーの人たちをうごかすところまでの大きな社会的なうねりにしてきたものであり、感動的なものでした。この動きを支え、引っ張ってこられた上研究室的の皆さんほか多くの方たちに改めて感謝を申し上げたいと思います。

この1年間でみても、社会のベクトルは大きな変化をとげたと思います。ドラッグラグへの対応、地域医療の再建、各種の情報の公開、政策のガバナンス、司法の判断などのさまざまな分野で十分とはいえないまでも多くの変化ができました。他

方、行政の体制の問題、財政の問題など議論は整理されはじめてきたものの具体化に至らず放置されたままとなっているものも多く見られます。さらに、新型インフルエンザ問題や骨髄フィルターの問題などで明らかになってきた問題もあります。こうして眺めてみると、医療供給体制の再構築の問題の解決には、引き続き、さまざまな現場での冷徹で批判的な観察、データに基づく分析と科学的合理的な選択、多くの国におけるさまざまな経験の咀嚼、国民が理解できるようなプロセスでのプライオリティ付けが不可欠であります。特に今後の1年は、今後の日本の医療の枠組みを決める重要な年になるのではないかと考えています。この協議会は、これらの問題を医療の最先端の現場、おのおのの世界の専門家、政策の実施・立案に当たる人々が一堂に会する貴重な場であり、特に今年のこの協議会が実りあるものであることを祈念してご挨拶とさせていただきます。

ご挨拶

高久史麿

現場からの医療改革推進協議会第4回シンポジウムの開催に当たって一言ご挨拶を申し上げます。このシンポジウムは医療現場の様々な問題を解決するためには医療関係だけでなく、政策、メディア、教育等、色々な分野の人たちの有機的な連携が必須であるとの考えから始まったシンポジウムであると理解している。私が出席した今迄のシンポジウムでも医療現場の様々な問題事例が患者と医療スタッフの両方から提起され、それらの問題の解決策を上記の如き色々な分野の関係者が議論してきた。

今回のシンポジウムでは医療政策、医療費、癌難民、救急医療、新型インフルエンザ、公益法人改革等の今日的な問題が議論されることとなっている。又今回のシンポジウムは1993年の細川政権以来16年振りの新しい政権の誕生と機を一にして開かれるものであり、今回のシンポジウムで議論された事が様々な形で新しい政権の医療政策に反映される事を期待しているのは私だけではないと思う。シンポジウムで活発な議論とポジティブな結論を期待して、ご挨拶の締めくくりとしたい。

2009年、「医療志民の会」始動!

木戸寛孝

木戸寛孝

(医療志民の会 共同事務局長)

(きど・ひろたか) 1969年生まれ。慶応義塾大学法学部政治学科卒業後、(株)電通に入社。電通を退社後、1999年10月から2003年3月まで千葉県香取市で農業に従事。2003年11月から、国際NGO世界連邦運動協会の事務局長として、2002年オランダ・ハーグに常設された国際刑事裁判所(ICC)に日本政府が加盟するためのロビー活動を行う。2007年10月1日、日本政府はICCに加盟。2009年4月より同会の理事に就任し、国際連帯税の導入、UNEPS(国連緊急平和部隊)の設立などに取り組んでいる。2009年5月から、医療志民の会の共同事務局長に就任する。ライフワークとして日本の古来より伝わる「コトタマ学」の研究にも取り組む。明治維新の元勲・木戸孝允の直系6代目。

仙谷由人

(内閣府行政刷新担当大臣)

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

日本社会は現在、医療崩壊という現実を突きつけられている。医者と患者は裁判で争い、行政による現場無視の通達で医療現場を混乱させ、医者は過重労働のため病院を去りその結果地域医療は崩壊し患者難民が各地で生じている。この惨憺たる状況を見かね、医師と患者、行政と市民、大学病院と開業医など、既存の常識や枠組みにとられずに、難題に協働して取り組んでいこうと志ある市民が集まったシンポジウム(4月11日)を機に設立されたのが「医療志民の会」である。

活動初年度となる2009年は次のような活動に取り組んできた。総選挙の前に梶原拓・健康医療市民会議代表(元岐阜県知事)と連携して、各党のマニフェストの中に「医療改革国民会議の設立」を盛り込むべくロビー活動を展開した。この提案は官僚の省益を超えられない一部政治家、特定の医療官僚、専門家集団に独占されている医療政策を、本来の当事者である国民、市民の手に主導権を奪回するため、既得権益に害されない各界・各層の国民代表が医療政策の合意形成プロセスに参画できる仕組みを確立しようというものである。

次に、漢方医療界におけるWHO、ISO(国際標準化機構)といった国際機関を舞台にした日・中・韓の、自国の基準をグローバルスタンダードにしようとする激しい攻防の中で、中国の動きを牽制するためのロビー活動を、渡辺賢治・慶應義塾大学医学部漢方医学センター長を中心にして「医療志民の会」も動いた。経産省、厚労省、外務省、

政治家を巻き込んだ作業となったが、結果的に中国の動きを一時的には抑えることに成功したが、行政の縦割りにによる弊害や、漢方行政を仕切る独立した国の機関が存在しないといった本質的な問題が浮き彫りになった。

三つ目に、健康な一般市民であるサイレントマジョリティにも今起こっている問題を共有・理解してもらうための活動である。一つは、土屋了介・国立がんセンター中央病院院長を中心とする臨床研修教育制度のあり方を考える会がシンポジウム(6月20日)を開催するにあたり、笑福亭鶴瓶や瑛太が出演する西川美和監督の映画「ディア・ドクター」の試写会と連動させることで、エンターテインメントの効用を活かした情報発信のサポートを行った。また12月には、サラリーマンやOLを対象に、出勤時間の前の朝の時間を有効活用した「丸の内・朝大学」において、忘年会シーズン直前緊急医療企画『ビジネスマンが知らねばならぬ「CKD」～良医を見分けられる基礎知識も身につく～』というテーマで全4回の講座を企画し、市民が医療に対するリテラシーを高めていくための取り組みもサポートする。

以上、活動一年目となる2009年、多岐にわたる活動を「医療志民の会」は行ってきたが、来年以降も多くの方々のお力添えを頂きながら、これまでにない斬新な切り口で医療崩壊を食い止め、健全な医療社会を構築していくための取り組みにチャレンジしていきたい。

session 02

医療費

亀田隆明

(医療法人鉄蕉会 理事長)

(かめだ・たかあき) 1978年日本医科大学卒業、日本医科大学付属病院第二外科学教室に從事。83年順天堂大学医学部胸部外科教室大学院卒業の後、亀田総合病院心臓血管外科医として臨床に從事。85年医療法人鉄蕉会副理事長就任、04年から08年まで国立大学法人東京医科歯科大学医療担当理事を兼務、08年医療法人鉄蕉会理事長就任、国立大学法人東京医科歯科大学客員教授を兼任。

清郷伸人

(転移がん患者・混合診療裁判原告)

(きよさと・のぶひと) 1975年学習院大学哲学科卒業後、自動車ディーラー、事務器メーカー、出版社を経て現在、事業者団体に勤務。2000年腎臓がん、手術半年後蝶形骨と頸骨に転移、手術不可、インターフェロンとLAKの併用治療中、2005年LAK中止の混合診療問題に遭遇。2006年混合診療における健康保険受給権確認を求めて国を提訴。2007年一審勝訴。2009年二審敗訴。

松井彰彦

(東京大学経済学部 教授)

(まつい・あきひこ) 専門:ゲーム理論、理論経済学。1985年東京大学経済学部卒業。1990年ノースウェスタン大学Ph.D. (Managerial Economics and Decision Sciences)。1990年ペンシルバニア大学経済学部助教授。1994年筑波大学社会工学系助教授。1998年東京大学経済学研究科助教授。2002年同教授、現在、「障害と経済」プロジェクトで障害を社会現象としてとらえるべく、研究を推進中。

松田 学

(預金保険機構金融再生部長(財務省より出向))

上 昌広

(東京大学医科学研究所 特任准教授)

鈴木 寛

(文部科学副大臣)

医療費抑制政策の呪縛からの脱却

亀田隆明

1980年代から継続されてきた我が国の医療費抑制政策は、診療報酬による医療経営を不可能なところまで追い込み、地域の中核病院を中心に、公立病院では他会計からの繰り入れや補助金頼みの運営を余儀なくされ、また民間病院においても急速な経営の悪化を招いた。例えば、千葉県立病院や東京都立病院の医業収支をみると(図表1参照)、医業費用が医業収益を約3割から4割も上回っている。この赤字を穴埋めするために自治体の他会計から多額の繰入がされている。これが、自治体の財政を圧迫し、結果的に地域経済に大きな打撃を与えてい

る。

また、医療費抑制のため一昨年まで医師や看護師不足を認めず対応してこなかった結果、深刻な医師、看護師の不足が医療崩壊の主因となっている。

医療再生のためには、医療費抑制政策からの転換が不可避である。この政策転換には、寄付税制の改善や自由診療と保険診療併用の原則解禁などを含めた幅広い財源の模索と医療をコストという側面からみるだけでなく、バリュー(価値)に着目し、21世紀型の大きな産業として育成してゆくというパラダイムシフトも重要な視点である。

平成20年度	千葉県立病院		東京都立病院	
見込み	金額(百万円)	医業収益比	金額(百万円)	医業収益比
医業収益	27,170	100.0%	95,401	100.0%
医業費用	37,460	137.9%	138,006	144.7%
医業収益-医業費用	△10,290	△37.9%	△42,604	△44.7%

図表1:千葉県立病院(7病院と病院局本局)と東京都立病院の医業収支

公的医療受給権とは何か

清郷伸人

わが国の公的医療保険である健康保険は、国民が義務として加入し、その保険料を税金と同じように義務として支払うことによって、永年維持されている世界に誇る社会保障の根幹をなす制度である。その社会保障の範囲は、国民皆保険という名目で、被保険者である国民はいつでもどこでも安価に医療の恩恵を受けることができるというものである。ただし、いつでもどこでも医療を受けられるのは、被保険者だけでなく、無保険者も同じである。すなわち健康保険の本質は、国民が医療を安く受けるための

経済支援機能である。

そのような経済支援であるために、その保険財政を最終的に管理する国は、保険を給付する医療の価格と範囲を独占的に決定する権限を持っている。医療に関しては、価格の決定も範囲の決定も複雑で専門的であり、わかりにくい。中医協をはじめとする厚労省の審議会等を経て決定されているが、多くの問題点が指摘されている。

私は、この健康保険制度において、いわゆる混合診療による健康保険受給権を脅かされた（一つでも保険外診療を受けると一

緒に受けている保険診療も全額自費になる政策）転移がん患者である。健康保険を取り上げられると保険診療は受けられない。健康保険を給付されるということは、保険診療という公的医療を受けられるということなのである。

このような社会保障の根幹ともいえるべき公的医療の受療と費用負担を決定的に左右する健康保険の給付を患者から取り上げることはそもそも正当化されるのか。患者を社会保障の外に放り投げるこの政策に、どのような合理的な理由があるのか。

経済問題としての医療問題

松井彰彦

慢性骨髄性白血病に多大な効果を持つ imatinib 製剤（商品名グリベック）という経口薬がある。Hochhaus ら（Leukemia, 2009）によれば、6年生存率は88%、同疾患に係る死亡のみから推計した生存率は95%にのぼるという。夢のような特効薬であるが、まったく問題がないわけではない。この薬は服用し続けなければその効果がなくなるとされており、薬の継続的供給と服用が正に患者にとって生命線となっている。しかし、現在の日本の医療制度では、高額医療費の適用を受けるとはいえ、年数十万円の負担を強いられることから、その経済的な側面が患者にとって大きな問題となっている。

上昌広研究室のグループに筆者ら経済学

者が参画する形で実施した調査では、数多くの病院の協力を得て、約1,200部の調査票を患者の方に配布、600を超える調査票の回収を得た。回収率は約50%と、関心の高さをうかがわせている。

データ解析はこれからであるが、「家族へ迷惑をかけている」との回答がかなりの割合を占めているなど、患者の方の切実な思いが伝わってくる。心理的、肉体的な負担に加えて金銭的な負担は重い。経済的な問題は医療費だけではない。罹患した後、復職が難しく、生活の糧を得る道が閉ざされた方もいる。

グリベックの医療費問題そのものは、慢性骨髄性白血病を人工透析同様の医療保険における特定疾病に指定することで解決で

きるかもしれない。しかし、問題が発生するたびに対処するという現在のしくみは制度を徒に複雑にし、不公平感も助長するおそれがある。

人間は社会的動物である。医学的に生き延びても、社会的に生きられなくなることもある。社会保険、社会保障の本来の目的は、そのような社会的排除のリスクを極力減らすことにある。自動車保険の免責の発想など新しい視点からの医療保険制度の見直しが必要である。

医療問題には経済問題がつきものである。われわれの共同研究を契機として、医療者と経済学者のコラボレーションが今後進むことを期待する。

医療財源問題のソリューションは何か一迫られるシステム再設計とその選択肢

松田 学

医療問題について何を論ずるに当たっても、医療の財源システムの検討は避けて通れない課題である。医療支出の効率化の論理だけでは医療システムの経済的なつじつまが将来に向けて合わなくなっていることは、医療現場での実感であろう。マクロ的にも、社会の高齢化や医療技術の進歩、医師やコメディカル不足等々の諸課題は、医療への新たな財源投入なくして、世界に冠たる「国民皆保険制度」を機能させ続けることは不可能であることを示している。

民主党政権はマニフェストで総医療費の対GDP比をOECD平均まで引き上げるとの目標を設定し、医療により多くの財源を投入する必要性を正面から認めた。問題は、従来型システムの枠組みのまま、その財源を公的負担の増に求めることが適切あるいは可能かどうかである。

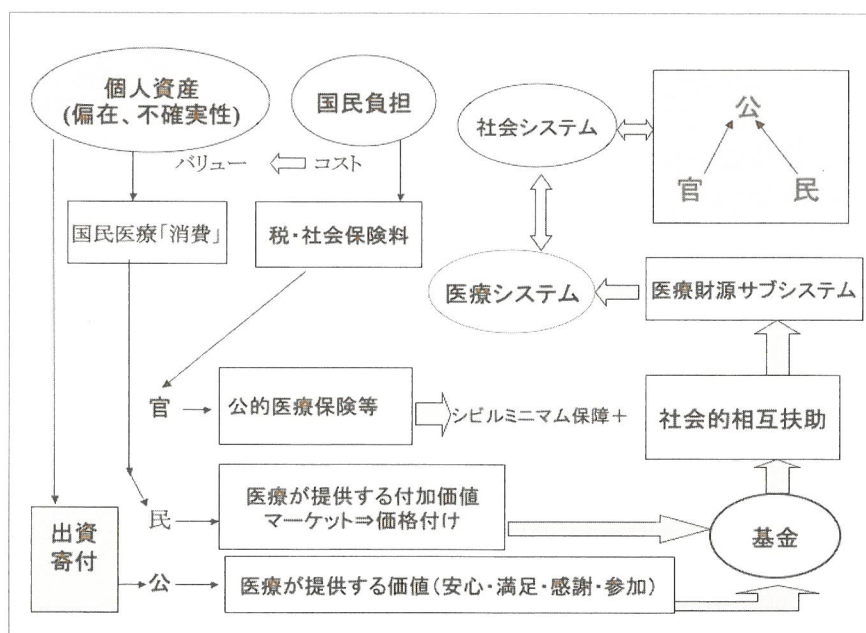
日本の財政状態は、多くの医療関係者が前提としているソリューション、すなわち、医療への財源投入を財政に求める形での問題解決が十分に期待できる状況にはない。日本の財政システムそれ自体が、その持続可能性の危機に直面している。特に他国より少子高齢化の程度がきつい日本の場合、「低福祉―低負担か、中福祉―中負担か」との選択肢すら成り立たず、中福祉を実現するためには高負担が必要である。

もはや、医療の財源を「負担」で賄う仕

組み自体が限界に来ている。180度の逆転の発想が必要だ。それが、「コスト」から、「バリュー」(価値)への概念転換である。

財務省の研究所で有識者を集めた研究会が、これまでタブー視されてきた医療現場の声も含め、自由闊達な議論を医療について行った。それ自体、画期的なことだったが、そこでは、「国民医療『消費』」やバリューの概念も提示された。それを医療財

源の仕組みそのものの再設計につなげるところに、医療システムの持続可能性の解が存在する。民主党政権が医療費抑制政策を転換しようとしている今、それをチャンスとして活かすためには、そうした次元へと医療の議論をバージョンアップさせる必要がある。その一つの叩き台として「3層構造の医療財源システム」の設計私案を提示する。



3層構造の医療財源システム

審査官の増員だけではドラッグ・ラグは解消できない

上 昌広

海外で高い実績と効果を示す最新医薬品であっても、日本での承認を受けるまでは標準的な保険診療では使用できない。こうした未承認の新薬による治療が不可欠な患者は、公的医療保険の適用外となる個人輸入に頼るほかなく、高額な負担ができずに最新治療をあきらめる人すら発生している。厚労省は、医薬品の承認審査機関である医薬品・医療機器総合機構（PMDA）の審査官を増員するなど、承認審査期間の短縮に努めているが、これはドラッグ・ラグ短縮の決定打にはなり得ない。なぜなら、現在4年程度と言われているドラッグ・ラグを「①欧米で臨床試験に着手してから、日本で臨床試験に着手するまでのタイムラグ」「②欧米と日本の臨床試験に要する期間の差」「③欧米と日本の承認審査に要する期間の差」に分解すると、そのうち最も大きいのは①であるからである。

①が大きいことの理由には、日本の薬価制度や医薬品市場の特殊性があると考えられる。日本では、薬価は事実上、国（厚労省の機関である中医協）において一種の公定価格として定められるが、これは2年に一度必ず引き下げられる仕組みになっており、結果として、日本の新薬（特許期間内の薬）の平均価格は、OECD諸国の中で最

も低い水準となっている。他方、日本では、新薬の特許が切れた後に発売される安価な後発品の普及が進んでおらず、新薬メーカーは、特許が切れた後でも欧米ほどには大きな減収とはならない。つまり、新薬メーカーにとっての日本市場は、「特許期間中にはあまり利益は出ないが、特許が切れても長く稼げる生ぬるい市場」であり、これでは画期的な新薬を一刻も早く日本市場に投入して、国際特許が切れるまでに利益を上げようというインセンティブは働かず、①の短縮は図れない。

現在、中医協では、「革新的な新薬の薬価は、後発品発売までの間は引き下げずに維持する」というアメの施策と、「後発品の使用促進」というムチの施策を同時に導入することで、「日本市場において、新薬を中心とする製薬企業は次々に新薬を開発して市場に投入できなければ経営が成り立たない」という状態を作り出そうと試みている。この仕組みの導入により、革新的な新薬を開発する力のない製薬企業は一気に苦境に立たされることになりそうだが、革新的な新薬を待ち望む患者、ドラッグ・ラグに苦しめられている患者にとっては、福音となり得る改革であり、中医協の審議の行方を見守っていく必要があるだろう。

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。ドイツ留学、本省各局、他省庁、国税・税関等での勤務、内閣審議官、財務省本省の課長、東京医科大学教授への出向等を経て、09年より現職に出向。言論NPO理事、社会システムデザイン研究所フェローとして、日本の政策論の舞台形成に尽力、医療システム改革についても提言。上武大学大学院客員教授、財務総合政策研究所客員研究員。著書「競争も平等も超えてーチャレンジする日本の再設計図」（財経詳報社）。

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。99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先端医療社会コミュニケーションシステム部門（旧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。

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。

釣田義一郎

(東京大学医科学研究所附属病院 講師)
(つりた・ぎいちろう) 1990年東京大学医学部卒業。東京大学医学部附属病院、小平記念東京日立病院、都立墨東病院外科及び同救命救急センターにて外科研修。1994年東京大学第一外科(現腫瘍外科)に入局。2000年東京大学大学院医学系研究科修了。茅ヶ崎市立病院外科医長、東京大学医学部腫瘍外科助手、東京大学医科学研究所外科助教を経て、2009年4月より、東京大学医科学研究所外科病院講師。専門は大腸肛門疾患(大腸癌、炎症性腸疾患、機能性腸疾患、肛門疾患)、特に直腸癌の集学的治療。

小野俊介

(東京大学薬学系研究科 准教授)
(おの・しゅんすけ) 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。

片木美穂

(卵巣がん体験者の会スマイリー 代表)
(かたぎ・みほ) 1994年金蘭短期大学国文科卒業、04年卵巣がんを告知され手術、化学療法を受ける。06年卵巣がんのドラッグ・ラグ解消を目的とし「卵巣がん体験者の会スマイリー」を設立。07年09年と合わせて18万の署名を集め抗がん剤ドキシル承認を求めた。婦人科悪性腫瘍化学療法機構倫理委員、北関東婦人科がん臨床試験コンソーシアム倫理委員。

児玉有子

(東京大学医科学研究所特任研究員)
(こだま・ゆうこ) 看護師、保健師。佐賀医科大学大学院看護学専攻(修士課程)修了後、虎の門病院での勤務を経、佐賀医科大学(佐賀大学医学部)看護学科で助手(助教)として学生教育に携わったのち、現職。現在は、在宅医療に関する研究の傍ら、関わってきた学生たちが生き生きと働ける環境作りに役立ちたいとの思いから、「現場からの医療改革推進協議会 看護部会」の事務局を務める。

松本慎一

(バイラー大学フォトワークキャンパスディレクター)

鈴木 寛

(文部科学副大臣)

大腸癌に対する癌ペプチド療法 —よりよい癌治療法をめざして— 釣田義一郎

近年、腫瘍における数多くの遺伝子発現を網羅的に探索することが可能となり、腫瘍の性質、特徴が遺伝子レベルで解析できるようになった。この手法を用いて、大腸癌組織に高発現し大腸癌細胞の増殖に関与している分子を同定し、この分子由来のペプチドを作成したところ、その分子を特異的に認識・傷害する細胞障害性T細胞を誘導するエピトープペプチドであり、癌ワクチン療法に使用できることが判明した。日本国内のいくつかの施設で、このペプチドを使用した切除不能大腸癌に対する臨床試験が行われている。

また、我々は、直腸癌に対する癌ペプチド療法と術前放射線化学療法の併用療法についての臨床試験(第I相臨床試験)を計画した。直腸癌は同じ病期の結腸癌と比べると予後が不良であり、その主たる要因は、術後の局所再発である。現在局所再発制御の目的で広く行われている術前放射線化学

療法には、局所再発の制御(局所再発率の低下)には有効であるが、5年生存率の改善には寄与しない点、術後機能障害によるQOL(quality of life)の低下が生じる点、レジメンをより強力にすると手術療法を安全に行えない可能性が高くなる点といった問題がある。これらの問題を克服するために、全身に対する腫瘍免疫の低下を抑制しながら、かつ局所制御力をさらに強力にし、かつ手術療法を安全に行う新しい治療法としてペプチド療法との併用を考案した。

臨床試験は、より有効な癌治療法の開発に不可欠であり、担癌患者にとってはその遅れは命に関わる。担当医師のみならず、看護師、薬剤師、検査技師をはじめ病院全体が一致協力してその遂行にあたる必要がある。その遂行を妨げるあるいは遅らせる手続きや制度は、可能な限り簡略化、廃止すべきである。

「日本の行政当局にはできないこと、無理なこと」を 行政に告白させよう

小野俊介

日本の医薬品行政の儀式・神事的な体質は依然変わらない。医療システムが複雑で予測不可能、判断が不確実性下にある「から」神事なのではない(そんなものは世界共通だ)。行政システムの限界や判断の誤りを認めず、行政官自らがそれを神事に仕立て上げているのである。お上頼みの業界・学会体質がこれに加担する。

例えば医薬品の副作用対策。人員の増員、データマイニング、果てはファーマコゲノミクスとfancyな方法論を動員して、「着々と対応中」と胸を張る。しかし、薬による健康被害をできる限り減らすという目的に照らして、最も大事な要素-想像力と共感-がすっぱり抜け落ちている。「今後の薬害が自分たちの想定範囲内でお行儀良く発生してくれる」と信じている行政官たちは、これまでの薬害の全てが行政の想定範囲外で起きたという当然の事実から何一つ学んでいない。恐ろしい話である。

行政が今取り組むべきは「現在の行政ができないこと、対応不可能なことは何か?

行政官の能力が欠けているのはどこか?」のリストを作って、国民にしっかりと提示することだ。実はそのリストこそ、次の薬害や「がん難民」をはじめとする医薬品アクセスの問題の源泉であるとともに、国民が必ず知っておかねばならない情報である。「行政ができないこと」は残念ながら山ほどある。「できないこと」を告白せず、儀式・神事を延々と繰り返し(むろん現在も続いている)、患者・国民・医療人を危険に曝して、「あとは運任せ」にしてきた歴史が、これまでの日本の医薬品行政の歴史だ。これは「行政ができないこと」を見て見ぬふりをしてきた我々のお上頼みの歴史でもある。

厚生労働省に「できないこと」を洗いざらい告白させよう。告白は恥ずかしいことではない。国民一人一人が告白をしっかり受けとめて、自分が考えよう。そこではじめて、すべてのプレイヤー(行政を含む)が責任を自覚した世界が現れる。

薬鎖国日本への提言

片木美穂

日本では年間約8000人が新たに卵巣がんになり、年間約4500人が亡くなっている。その理由のひとつは、日本では「プラチナ製剤」に耐性ができた場合の抗がん剤の選択肢が無いことである。米国にはその際に選択できる治療薬が3つもあるのに日本ではそのいずれもが「適応外」で使えない。世界75カ国で承認され、米国からの遅れは10年…しかも、日本では他の癌患者がその治療薬を使っている。そんな薬が使えない日本は医療先進国なのか!?

本来であれば、治療薬を承認するべきというのは理想ではあるが、治験コストが高く、なかなか承認審査が遅い現状では、回収できないくらい患者が少ない癌に対して企業がなかなか治験に乗り出さないのは仕方

方が無いことだ。

適応外使用に苦しむ患者のために、いわゆる日本独自の人道支援「日本版コンパッショネートユース」のような制度の整備が急務であると思われる。

また、日本には、希少難病が様々な治療薬の問題に苦しんでいる。

肺高血圧症のフローランは薬価が米国の10倍であり、2002年には減額査定をしないという通達が出されているにも関わらず、減額査定が今現在も行われ医師が正しい量を処方しないという問題で患者が命の危険にさらされている。欧米と同じ方法で治療ができない…これもひとつのドラッグ・ラグである。

またさらに希少な難病のCINCA症候群は、

アナキンラを個人輸入したところ大変効果が見られているにも関わらず、欧米でも未承認であり、しかも日本では販売ルートが無いバイオベンチャーの治療薬のため日本で開発のめどが立たない。こういった患者はどこに声をあげていけばいいのか。

これらの患者の訴えは、未承認薬検討会議では「未承認薬検討会議の基準に当てはまらない」として取りこぼし、製薬業界は見ても見ぬふりをしてきた。

ドラッグ・ラグは患者からすれば、問題から目をそむけてきた者たちの不作為による殺人である。今こそ当事者の声に耳を傾け解決策を考えてほしい。

看護職からみたデバイスラグーがん性疼痛

児玉有子

ドラッグラグに対する国民の関心は高まり、さまざまな解決策が試行錯誤されています。ところが、同じような状況にあるはずの医療機器については、多くの国民が認識していません。これをデバイスラグと言います。現場からの医療改革推進協議会でも、第一回シンポジウムからこの問題に取り組んでいます。状況は改善していません。

私たちは、体内埋め込み型医療機器を用いたがん性疼痛に対する治療の日米の実態について調べるにつれ、看護師の立場からもデバイスラグ解決にむけ声をあげることが、よりよい療養環境につながると確信し、看護職からできるデバイスラグ解消に向けたアプローチを始めました。

事実を知ると多くの方が驚くでしょうが、アメリカでは18年前から、がん性疼痛に対して、埋め込み型ポンプを用いた疼痛治療が行われています。一方、体内埋め込み型製品そのものは、我が国でも、2005年に

脊髄損傷や脳性麻痺による重症の痙攣に対して承認され、保険診療で利用できますが、がんの疼痛対策への使用は適応外です。我が国では治験の要否を含め、適応拡大にいたる道筋ははっきりしていません。これは、デバイスラグの典型例です。

デバイスラグについては、様々な要因が指摘されています。埋め込み型ポンプに関して言えば、機器メーカーと薬剤の製造・販売メーカーが異なるため、企業間の調整に時間がかかること、マイナーバージョンアップやメンテナンスなどの「軽微な変更」に審査制度が対応できていないこと、また技術開発に対するインセンティブがないことが挙げられます。さらには、医療者とメーカーの関係についての様々な規制がデバイスラグを助長しています。医療機器の開発では、薬剤と異なり、医師とメーカーに属する技術者が互いの専門知識や技術を共有できなければ、治療はおろか、安全にその機器を動かすことができないのですが、両

者間の連携には、両者間の癒着を極度に懸念した結果、さまざまな規制が作られ、現場での両者連携が取りにくい環境にあります。

ところで、がん対策推進基本計画では、10年以内にがん患者およびその家族の苦痛を軽減することと、療養生活の質の向上の目標として掲げられました。あれから3年、果たしてどれだけ進んだのでしょうか。埋め込み型ポンプを用いた疼痛治療では、モルヒネの投与量は経口投与の300分の1で済み、モルヒネにつきものの便秘や吐き気、眠気といった副作用が軽減します。この結果、がん患者は日常生活のレベルを保つことができます。

従来の緩和ケアだけでは消えない痛みの治療に、医療機器の力は欠かせません。デバイスラグの解消に看護職がかかわることが日本における痛みからの開放につながればそれは看護師としてとても幸せなことです。

松本 慎一

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

鈴木 寛

※P.7参照

膵島移植における糖尿病治療確立への道のり

松本 慎一

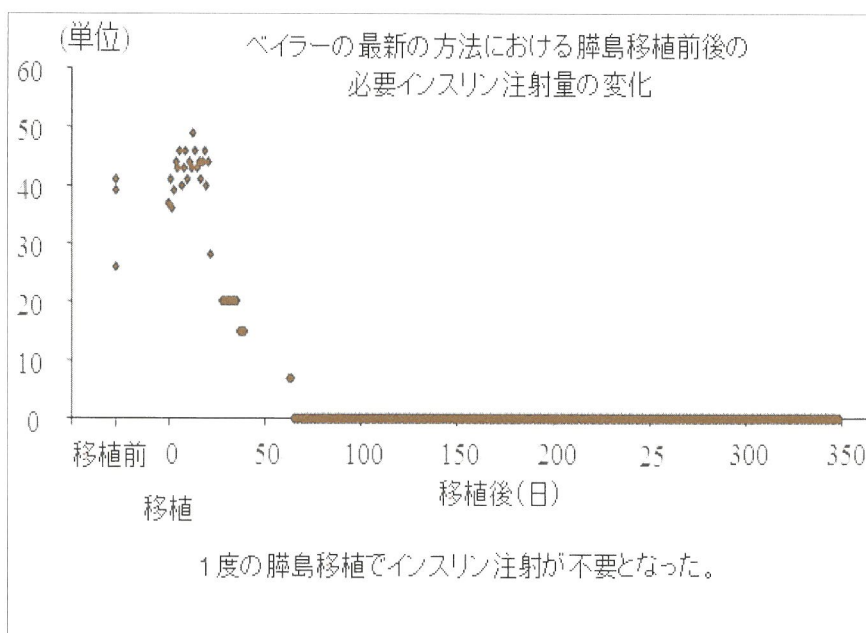
糖尿病は、発症すると根治することは不可能で、血糖値をコントロールすることが最善とされてきた。しかし、血糖コントロールは必ずしも容易ではなく、血糖値が安定しない場合、高血糖や低血糖発作、腎症や網膜症そして心筋梗塞など様々な合併症が起こる。

我々は、糖尿病の中でも重症型であるインスリン分泌が完全に枯渇するタイプの糖尿病に対して、2004年日本で初めて膵島移植を行い、その患者がインスリン注射が不要になることを示した。しかしながら、膵島分離が難しく移植可能な膵島が分離できる確率は50%以下であり、インスリン注射が不要になるためには複数回の移植が必要であり、膵島移植はその効果が年々薄れるという問題があり、今も世界的に実験的医療とされている。

当時我々は、日本で膵島移植を標準治療として確立することを目指していたが、世界的に確立されていない医療を日本で先駆けて標準治療にすることが極めて困難であ

ると判断し2007年に移植で有名なテキサス州のペイラー研究所に本拠地を移した。そこでまず、日本で開発した膵島分離方法をアメリカで利用し、その後、移植時における炎症反応において特にインターロイキン1ベータ (IL-1ベータ) が膵島に悪影響を及ぼしていることを突き止め、移植時にIL-1ベータの抗体を利用し始めた。その結果、膵島分離成功率はほぼ100%になり、1回の移植でのインスリン注射からの離脱も可能になった (図)。また、2007年2月に、私がペイラーで実施した1例目の患者さんは今もインスリン注射が不要であり長期的にも効果があることを示すことができた。現在、この治療を標準治療にすべく第3相試験の準備をしている。

米国では、このように臨床的に有効である治療に対しては、国を挙げてのサポートが得られ、標準治療への道筋が示される。日本においても、臨床的に有効な新しい治療を標準治療にするための国のサポートシステムの構築が切に望まれる。



ペイラーの最新の方法における膵島移植前後の必要インスリン注射量の変化

session 04

救急医療

救急医学・救急医療と社会のあり方

有賀 徹

有賀 徹

(昭和大学救急医学講座 教授)

(あるが・とおる) 昭和25年生まれ。昭和51年東京大学医学部卒業。東京大学医学部脳神経外科学教室、同附属病院救急部、日本医科大学附属病院救命救急センターなどを経て、昭和59年公立昭和病院脳神経外科主任医長、平成2年同救急部長、その後、平成6年より現職。昭和大学病院救命救急センター長、同副院長。医学部教授・救急医学講座主任。日本救急医学会理事(代表理事代行)、日本臨床救急医学会代表理事、日本外傷診療研究機構理事長など。

酒井大史

(都議会民主党政策調査会長)

海野信也

(北里大学産婦人科学講座教授)

伊藤隼也

(医療ジャーナリスト)

鈴井直子

(出産育児経験者から)

黒岩祐治

(ジャーナリスト)

救急医療における「たらいまわし」は救急医療機関による「受け入れ拒否」ではなく、「受け入れ不能」の状態であり、これは年余にわたる需要の増大に供給がついにショートしたということである。そこでは高齢化に伴う救急患者の増加など、厚生・福祉などに関連した政策への言及こそ重要であろうし、将来のことまで深く考えるなら、いわゆる家庭医から各診療科専門医へなどという医療提供のあり方そのものについてもまた議論すべきであろう。しかし、今ここで手を打たないと、救急患者・救急医療の不幸に一層の拍車が掛かることは明白である。このような現実と医療提供側の限りある資源を勘案すれば、緊急性の高い患者からみようという方法(トリアージの手法)を導入することは必然である。

(1) 横浜市では、2008年10月から119通報時にそれを受信した指令員が緊急度を判断し、緊急性に差をもたせた救急隊の出動を指示する「119コールトリアージ」を開始した。指令員の判断能力が向上すれば、一定の水準で効率的な救急隊の出動がいざなわれるに違いない。

(2)「救急搬送トリアージ」とは東京消防庁が2007年6月から試行しているもので、救急隊の到着した現場において、あらかじめ決められた対象疾患について観察結果から緊急性がないと判断された場合に、患者

の同意が得られれば救急搬送を遠慮してもらう方法である。

(3) 東京消防庁では上記(2)と同時に「救急相談センター」を発足させ、救急隊を要請するかどうかについて都民が電話で相談できる事業を開始した。あらかじめ作成されたプロトコールに則って、救急隊を即刻向かわせる判断から、明日以降の日勤帯での病院受診を勧めるまでなどの4段階に分けたトリアージを行っている。本年度から同様の取り組みが、愛知県、奈良県、大阪市でも開始されている。

(4)「救急外来トリアージ」とは担当看護師らがあらかじめ決められたトリアージシートなどに従って体系的にトリアージを行うもので、救急患者が多数来院する病院で小児医療を中心に普及し始めている。それにより、蘇生、緊急、準緊急、非緊急などと患者を区分し、それぞれについて医師らスタッフがどのように対応するかを決めておくものである。

“救急医療の進化”とも呼ぶべき、このような各種の試みを実践していくことは、結局のところ救急医療を通じて社会のあり方などを俎上に載せることであり、それは“救急医療基本法”に則った社会の仕組みについての議論へと展開すべきこととも思われる。

「救急搬送時間47.2分を→30分」実現に必要なものとは

酒井大史

○搬送先が決まらず救急車が出発できない
18.95分間は医師不足解消への入り口

民主党は、今夏の都議選でのTokyo Manifesto 2009の3本柱を「新銀行東京の存続にNO!築地市場の移転にNO!救急搬送時間30分」とした。

現状の救急搬送時間47.2分は、東京消防庁では到着から医師へ引き継ぎまでの11.03分が寄与しているとの指摘がある。むしろ私たちの主旨は、必要な業務をカットしてまで搬送時間を見かけ上短縮することではない。

東京では、現場活動時間が非常に長く、また搬送先決定に30分以上かかる事案が平成20年度35,746件発生している。30分の目標は、搬送システム、他の患者処置中や医師不在、ベッド満床を改善することなど、

東京が抱える医療から介護にまで及ぶ問題全般の解決につなげるための入り口と考えている。

つまり、救急医療をめぐるのは、さまざまな課題があるなか、搬送時間が長い点を切り口としたのは、都民ひとりひとりと、私たちが抱えている危機感を共有したいとの考えからである。一部に逸脱事例があるとはいえ、多くの都民にとって、救急車を呼ぶ時は、一生に一度あるかないかの緊急事態であり、そのときに医師引き継ぎまで1時間弱かかるという事実は、インパクトがある。事態を糊塗し、安心を約束する(ウソの)公約ではなく、問題点を明らかにし、危機的状況であるという認識を共有する、そして目指すべきと考えるゴールを提示して都民に問い、ともに考えるマニフェスト

とした。

都議会において、民主党は、救急搬送システムの改善、医師の勤務環境改善、女性医師の継続支援、トリアージやクラーク導入支援、療養・在宅支援などの提案を行った。平成21年度予算において実現したものも多い。

搬送先選定をスムーズにする司令塔機能の一環として「東京ルール1」も稼働開始したが、受け入れる二次医療機関の負荷が大きくなれば、最後の砦である三次救急にも影響しかねない。医師不足解消の必要性はいささかも減じていない。むしろ、一時受入に伴って、転院搬送(病院救急車)や後方病床の整備、ER型救急など個別施策の必要性は増大したとも言える。

出場件数	搬送件数	出場-現場 (分)	出場-現着 (距離km)	現場活動時間 (分)	現発-病着 (分)	現発-病着 (距離km)	病着-引継 (分)	覚知-引継 (分)
653,260	576,608	6.08	2.08	19.35	10.14	4.54	10.98	47.74

参考:東京消防庁救急活動時間の状況(平成20年)
中の数字はマニフェスト策定時のものであり、本表とは一致しない。

周産期救急医療の展開

海野信也

我が国の周産期救急医療は揺籃期・成長期を過ぎて、安定期に入るべき時期を迎えている。この分野の確立のために献身的な活動を続けてきた世代は既に引退し、その後継者世代が現在指導的立場になっている。周産期センターはほぼ全国に設置され、地域周産期医療の中核施設として機能している。ある診療分野の発展期には、これまでできなかったことができる、助けられなかった患者が助けられる、というpositiveな評価が中心となる。大変だが報われることの多い、充実感のある仕事ができる。しかし、その分野の社会的認知、重要性の認識が進むと、まだできない部分、それでも助けられない患者のことが問題にされるようになる。2006年、2007年の奈良県の事例、

2008年の東京の事例などはその代表例だろう。それまでがpositiveな情報中心であっただけに現場に与えるダメージも大きい。一転して大変で報われない仕事になってしまっているのである。周産期医療分野への若い世代の参入が減少していることには、そのような背景が考えられる。

安定期には確実に質的に均一な医療提供が大前提となる。現場の献身と工夫・機転で切り抜けるそれまでの方法論は通用しない。内輪の論理と評価で完結してはいられなくなる。他の診療部門との密接な連携に基づいて医療体制の中で全体と調和した機能を果たすことが求められるようになる。今周産期救急医療はそんな段階にある。これまではマイナーリーグで力を蓄えてくる

ことができたが、これからは救急医療全体の中で位置づけられ、メジャーリーグの論理とシステムの中で役割を果たしていくことが求められている。これを実現するための最大かつ喫緊の課題は、無(低)報酬の超過勤務を前提とした勤務体制の解消である。ボランティア精神で肉体と精神の限界まで働き、最終的には燃え尽きて退場することになる医師とスタッフに支えられている実態を放置して、医療提供体制の安定的確保が不可能なのは自明であり、この問題を解決するためには、医療従事者の過剰勤務に対する正当な評価が必要と考えられる。

救急医療

伊藤隼也

医療崩壊が叫ばれて久しいが、平成19年に都内で救急搬送された重症患者のうち、119番通報（覚知）から医療機関に収容までの所要時間ワースト50のケースで、12人が死亡していたことが総務省消防庁などの調査でわかった。中には、医療機関への照会回数が33回、搬送先に到着するまでに2時間56分かかった後に死亡していたケースもあった。まさに、今、首都東京の「救急医療」が“未曾有”の危機に直面しているといえる。その背景には、病院選定、搬送時間、救急車要請の増加（約48万件・平10年→約62万件・平19年29.8%増）、救急医療機関の減少（411施設・平10年→330施設・平21年19.7%減）、医師不足など、さまざまな問題が存在するが、救急医療システムの改善が急務であることは間違いない。

これから、東京都では救急医療を改善

するために「スーパー総合周産期センター」の設置や都内の医療圏域ごとに「地域救急医療センター」を整備し、東京消防庁に「救急患者受入コーディネーター」を配置する「東京ルール」などの新たな取り組みを開始した。

しかし、「東京ルール」においては担当する地域救急医療センターの疲弊や、5箇所の未整備医療圏が残るなど、今後、解決すべき問題は多い。とりわけ、搬送困難事例の解決だけでなく、これまで十分に議論されてこなかった救急医療における「医療の質」も重要な課題である。本シンポジウムにおいては、行政や医療機関との関係、専門家同士の問題など、過去の因習や悪弊に縛られることなく、本音での議論を望みたい。真に都民のための救急医療体制構築のために！

酒井大史

（さかい・だいし）平成4年中央大学法学部卒。平成6年まで伊藤忠建機（株）勤務。同年立川市議選において最年少当選、2期務める中、厚生委員長・文教委員長を歴任。平成13年中央大学大学院法学研究科博士前期課程修了。同年東京都議会議員選挙に初当選。現在3期目。平成21年8月より都議会民主党政策調査会長を務める。行政書士。

海野信也

（うんの・しんや）北里大学医学部産婦人科教授・北里大学病院副院長。1982年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。日本産科婦人科学会の医療改革委員会委員長。

伊藤隼也

（いとう・しゅんや）2000年4月日本医学ジャーナリスト協会会員。2000年2月フジテレビ「とくダネ!検証・ニッポンの医療シリーズ」放送スタート～現在。とくダネ!メディカルアドバイザー就任。2003年6月東京都医療安全推進事業評価委員会委員。2005年11月日本医療機能評価機構広報委員会委員。2009年3月第15回「編集者が選ぶ雑誌ジャーナリズム賞」大賞受賞「『産婦人科の戦慄』 首都東京を『たらい回し』にされ『36歳妊婦』は死んだ」（週刊文春08年10月30日号）著書「これで安心!病院選びの掟111」（講談社）「患者力で選ぶいい病院」（扶桑社）「最強ドクター 治せる!108人」（扶桑社）「最強ドクターの奇跡」（扶桑社）等。

鈴井直子

（すずい・なおこ）1993年明治大学経営学部卒業、1994年結婚、2002年第一子（長男）を超低出生体重児で出産。

黒岩祐治

（くろいわ・ゆうじ）ジャーナリスト。元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。

周産期医療の崩壊をくい止めるために、母としてできること

鈴井直子

私は2002年、前置胎盤による出血により緊急帝王切開手術を受け、救命された元患者です。生まれた子どもは、手のひらに乗るほど小さな男の子でした。息子は生まれてから幾度となく生死をさまようことがありましたが、今年小学生になりました。

出産から7年以上がたちましたが、あの時、私と息子を救命するために全力を注いで下さった先生の姿を、一日も忘れることができません。そして、その後を引き継いだ新生児科の先生方の、小さな子供達を救命する姿は、私に、生きる意味を深く問いかけました。病院には、重い病気や障害を抱えた子供達もいました。必死に生きる姿は今も頭から離れません。あの子供達は何のために生まれてきたのか、私にできることはないのか、答えを探し続けています。

ご存知のように、今、周産期医療は崩壊をしています。この出産の時の経験から、

我が子だけを愛するのが母ではないと教えられたような気がいたします。今回、上先生からお話を頂いた時には迷いました。周産期医療では救えない命もあるからです。私が公の場に立てば、ご遺族を傷つけてしまうのではないかと悩みました。しかし、当事者が語らなければ何も変わりません。私は、周産期医療が崩壊した大きな原因の一つには、当事者が社会と対話を重ねてこなかったことにあります。どのような惨状があったとしても、社会に見えなければ、救う術はありません。

今、必要なのは、多くの方に現状を知っていただき、お一人お一人がどうして欲しいかだけではなく、医療がうまく行くためには、何ができるかを考えていただくことではないでしょうか。私にできることは、当事者の一人として、患者側から見た現状をお伝えすることだと思います。

session 05

医療者教育

患者対応能力教育:メディエーション・モデル

和田仁孝

和田仁孝

(早稲田大学法科大学院教授)
(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、日本医療メディエーター協会代表理事。医療メディエーションの普及に尽力している。

嘉山孝正

(山形大学医学部長)

土屋了介

(国立がんセンター中央病院院長)

津田健司

(北海道大学医学部医学科6年)
(つだ・けんじ) 北海道大学医学部医学科6年。「北海道医学生の会」を立ち上げ、医学生が自身の問題として医学教育、臨床研修制度を考えていくべく、積極的な情報発信を行っている。9月には「北海道の地域医療を守ろう! オール北海道で明日の臨床研修を考えるシンポジウム」を開催した。HP:http://wiki.livedoor.jp/hokkaido_msa/

児玉有子

(東京大学医科学研究所特任研究員)

児玉直樹

(高崎健康福祉大学 准教授)

半田一登

(日本理学療法士協会 会長)

鈴木 寛

(文部科学副大臣)

患者中心医療の推進のために、医師には狭義の医療業務に加えて、患者との適切な対話能力が必須となってきた。また、医療事故のひとつの要因として、医療スタッフ間のコミュニケーション不全が影響していることも明らかになっている。いまや医師にとって、的確な対話能力は必須の素養となってきた。

しかし、表層的なコミュニケーション技術の教育に留まっていたのでは、現場ではほとんど意味を持たない。現場で求められているのは、表層的な対話能力でなく、患者の視点やニーズを深い次元で感知するセンス、そこで採るべき対応を方向づける価値態度や姿勢、そして的確な応答の振る舞いに具体化する能力などが備わって初めて、真の対話・対応能力が習得されることになる。そのためには、患者と向き合う姿勢を育成するとともに、患者のニーズを把握するセンス、身に付いた的確な振る舞いへの統合能力などを総合的に涵養する新たな教育モデルが必要となる。

この点で、近年、医療現場で、事故後の対応、クレーム時の対応、さらにはICや日常業務でも有益な患者対応モデルとして注目されている医療メディエーションがひとつの有力な教育モデルを提供してくれる。医療メディエーションは、狭義には、第三者的役割をになうメディエーターにより患者=医療者間の対話と情報共有を促進するモデルであるが、実践的には、個々の医療者がメディエーターの姿勢とセンス、ふるまいを体得することで、その視点を患者と1対1で向き合う場面でも生かすことができる、これをセルフ・メディエーションという。さらにその視点は、スタッフ間の調整でも有効であり、真の情報共有を促進することで事故防止にも貢献する。既に、30名程度の受講者を対象にロールプレイ中心で実施する研修教育手法がほぼ確立しており(すでに約3000名の医療者が受講し現場で生かしている)、これを医学教育に組み入れることで、今後の医師の対話・対応能力の向上に貢献できるものと考えられる。

臨床研修制度の発展的解消には卒前病棟実習の充実が不可欠

津田健司

少なからぬ医学生にとって5年生から始まる病棟実習は特別なものであり、聴診器を持つのも嬉しく、期待にあふれて病棟に向かう。しかし、半年もたつと彼らのうちの幾人から情熱は消えうせ、最低限でこなそうとし始める。なぜだろうか。原因の一つに、医学生に認められている手技が極めて少ないことが挙げられる。

現在の医学生の主な仕事は、一度医師が済ませている問診と身体診察をもう一度なぞることである。しかし患者さんにもう一度身体診察をする理由を聞かれたら、「練習のため」と素直に答えるか、言い淀む他ない。医学生には患者さんの診療に参加する正当な理由がないのである。だが「練

習のため」と答えると、「ぜひたくさん練習していいお医者さんになってね」と言っていたことが多く、本当にありがたいことだと感じている。患者さんの善意で成り立つ医学生の病棟実習であるが、問診と身体診察だけでは一年をかけてやるほどの内容ではなく、各診療科の醍醐味を味わえずにデモチベーションの一因になっている。

演者は医学生の立場で臨床研修制度改定の問題点を、反対署名やシンポジウム開催などの形で発信してきた。特に、研修医の都道府県別・病院別の募集定員の上限を設置する、いわゆる「研修医計画配置」は、地域医療の再生に結びつかないこと、憲法

上等しく保障された居住・移転及び職業選択の自由を侵害する可能性があること、教育的視点が欠落し医療の質を低下させること、から強く反対している。

臨床研修が実質一年化される今、臨床研修制度自体も見直しの時期に来ている。社会状況などにより常にアップデートが求められる医師教育の内容を法で規定し、国会審議の対象とするのは非現実的であり、世界的にみても異様である。米国においてもローテート研修が行われていたが、カリキュラムを卒前教育に圧縮し現在はストレート研修である。我が国においても、臨床研修制度の発展的解消には卒前病棟実習の充実こそ必要である。

看護基礎教育にもっと教員を 児玉有子

400対12、480対140、これは大学設置基準で定められている大学における看護学科の学生対教員比、医学科の学生対教員比である。卒業要件とされている単位数(時間)はそれぞれ125単位、188単位である。

看護教育の問題は多々あるが、まずは教員数の問題がある。もちろん、それぞれの学校での工夫はあれど、根本的に配置数が少ないことは、この数字から異論はないのではないだろうか。看護学科の教員定員は実習を伴わない法学部や経済学部と同等、工学部や理学部よりも少ない人数である。教育課程の23%を臨地(病棟や地域)実習で占めている看護学科の教育体制はこのままでよいのだろうか。

医学科教員が担当する看護学科の科目などもあるので、単純な割り算はできないが、ある大学の比較では、看護学科教員の一人当たりが担当する講義・時間の平均はその医学科教員の場合の70倍ともいわれ、ちなみに私の看護学科助手(助教)当時のある年にかかわった講義や実習等は時間割の中

だけで年間680時間であった。

医学科では、このたびの定員増にともなって教員定員数が増えるときいている。一方、看護学科はどうであろうか。

看護教育の大学化に伴い、看護の専門性も細分化されている。また、看護教育の種々問題の解決にむけた方針として、看護基礎教育年限の4年化を日本看護協会は訴えているが、看護基礎教育が十分にいきわたらないと評価される根本は教育にかかわる人員があまりに少ないことに他ならないと考える。

ちなみに、全国の看護系大学の教員数を公開されている資料からカウントしたところ、平均の教員数は33人、教員対学生比は8.57、設置水準以上の配置であっても、教員一人当たりの背負う単位数は医学科教員より多いのである。患者と学生の安全と安心を守りながら看護師基礎教育を支える看護教員数の増員はNPの導入より先に解決すべき問題ではないだろうか。

嘉山孝正

(かやま・たかまさ) 1968年神奈川県立湘南高等学校卒業。1975年東北大学医学部卒業・東北大学医学部脳神経外科入局。1978年ドイツ連邦共和国キール大学医学部脳神経外科において研究。「脳梗塞病態生理の生化学的研究」。1981年東北大学助手。医学部附属病院。1982年「脳梗塞モデル犬の開拓」にて医学博士。1983年国立仙台病院脳神経外科。1990年東北大学講師。医学部附属病院。1994年山形大学助教授。医学部。1996年山形大学教授。医学部。2002年山形大学医学部附属病院院長。2003年山形大学医学部長。

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・ニューヨーククリニック留学後、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。

児玉有子

※P8参照

診療放射線技師教育の現状と将来

児玉直樹

児玉直樹

(こだま・なおき) 1999年鈴鹿医療科学大学放射線技術科学科卒業、2004年長岡技術科学大学大学院工学研究科博士後期課程修了、博士(工学)、同年高崎健康福祉大学健康福祉学部医療福祉情報学科助手、講師を経て2009年より現職。医療画像情報学、医療情報学に関する研究に従事。2006年より日本放射線技師会常務理事。

半田一登

(はんだ・かずと) 1971年九州リハビリテーション大学卒業、労働福祉事業団(現 独立行政法人労働者健康福祉機構)九州労災病院に入職。87年社団法人日本理学療法士協会理事就任。96年九州労災病院リハビリテーション科技師長就任。07年社団法人日本理学療法士協会会長就任。

鈴木 寛

※P.7参照

診療放射線技師は放射線を取り扱う医療専門職として、正確な放射線の照射及び放射線防護の最適化、最適な医療画像の提供、放射線と放射線機器および医療画像の適切な管理、放射線治療機器およびシステムの品質管理、品質保証によって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、国民保健の維持発展に努めている。

現在、診療放射線技師養成機関の6割が四年制大学となっており、将来的にその割合は増加するとともに、大学院修了者も増加することが予想されている。薬剤師は六年制大学教育化され、医師や歯科医師と同じ教育年数となったが、診療放射線技師を含め、看護師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士などの医療専門職種は三年以上の教育となっている。しかし、診療放射線技師の高学歴化は他の医療職種と比べて顕著であり、教育制度の見直しが今議論されている。

現行の診療放射線技師学校養成所指定規則では、基礎分野14単位、基礎教育分野

33単位、専門分野46単位の合計93単位を履修することになっている。しかし、医療技術の進歩や画像診断装置の高度化により、医療安全の確保、医療被ばくの低減、迅速な診察と正確な画像診断へ繋がる画像の提供を実施するためには、指定規則で定められた単位数での教育は不十分と言わざるを得ない。また、指定規則で定められた臨床実習は10単位と、他の医療専門職種と比較しても単位数が少ないため、単位数の増加とともに実習内容の強化、実習指導体制、特に臨床実習指導教員の役割と活用について検討する必要がある。

疾病の早期発見・早期治療、救急医療での迅速な対応、安心・安全で質の高い医療を提供するためには、医療安全の推進、高度化した放射線技術の取得および診療放射線技師の資質向上は必須であり、そのため診療放射線技師の高学歴化は避けて通ることができない。今後、他の医療専門職種と連携し、四年制大学化に向けた診療放射線技師法の見直しが必要である。

理学療法士教育の現状と目指す方向

半田一登

昭和40年に理学療法士は3年制専門学校卒業を条件に身分法が制定された。その法律制定までの経緯を厚生省の担当官が「理学療法士及び作業療法士法の解説」として出版している。その中で「理学療法士の業務は他の医療補助者に比べて業務の上での主体性ははるかに強いといえる。そのため高度な知識と技術、さらには優れた人格を具え、社会的にきわめて重要な職務を遂行する専門職であらねばならない」としている。

昭和52年にはこれらの経緯を踏まえて、日本学術会議は内閣総理大臣に対して「リハビリに関する教育・研究体制について」を勧告し、「現行の3年制各種学校による養成制度を学校教育法に基づく4年制大学における教育に改め、大学院課程を付置すること」としている。しかし、法律制定から45年がたった今日まで、教育制度が公の場で論議されることはなかった。

一方、臨床現場では法律制定時に想定されなかった高齢社会における介護保険の導入、糖尿病予防を中心とした特定保健指導

の開始、理学療法対象疾患の拡大等が発生し、理学療法教育拡大の必要性は高まってきた。これらに対応するために3年間という限られた時間の中で、仕方なく臨床実習を大幅に削減することで座学時間の拡大を行ってきた。しかし、この結果として理学療法士の臨床能力の欠落を指摘されるところとなっている。特にリハビリの診療報酬が疾患別となったことによって、運動器・呼吸器・循環器の専門医から理学療法士の知識・技術不足を指摘する声が強くなってきた。これらは医師と理学療法士の問題ではなく、理学療法の利用者全体に不利益をもたらすこととなる。

これらの諸問題を解決するために卒後研修を強化しているが、医療機関の現状は厳しく、また理学療法士の問題意識が低いこともあいまって参加率は低調に推移している。

今回、理学療法教育の現状を紹介し、我々の方向性にご理解をいただければと思っている。

session 06

公益法人改革

真に患者を支える骨髄バンクになるために、今、何をすべきか
大谷貴子

大谷貴子

(全国骨髄バンク推進連絡協議会会長)

(おおたに・たかこ) 1987年千葉大学大学院卒業。前年末に慢性骨髄性白血病と診断される。1987年秋、姉とのHLA不一致がわかり、日本での骨髄バンク設立運動に立ち上がる。1988年1月、母親からの骨髄移植を受け、生還。1989年東海骨髄バンク設立。1991年日本骨髄バンク(財・骨髄移植推進財団)設立に大きく寄与する。現在、日本骨髄バンクを側面から支えるボランティア団体・全国骨髄バンク推進連絡協議会の会長。

境田正樹

(東京フィールド法律事務所)

小松秀樹

(虎の門病院泌尿器科部長)

満岡 涉

(諫早医師会理事)

世耕弘成

(参議院議員)

橋本 岳

(前衆議院議員)

福田衣里子

(衆議院議員)

1991年、多くの患者の悲願であった骨髄バンクが厚生省(当時)主導のもと、設立された。設立から約20年。1万人以上の患者に骨髄提供がなされ、多くの笑顔が取り戻された。が、一方、総予算が弱小ゆえ、まだまだ問題は山積している。

1) ドナーの確認検査などの際に同席する調整医師不足により、コーディネートが遅滞が生じる。と、同時に採取病院は潤沢に存在するが医師不足の影響、また、採取することのメリットも少なく、十分に機能が果たせていない。採取に対する保険予算が加算されれば少しは機能が改善するのでは

ないか、と考える。

2) 現在でも患者は骨髄バンクへの負担金が多く苦慮しているのに、今後、総予算が削減されるとさらに患者負担金は増大する。

3) 今後の予算削減の現状の中では、広報費用を削減せざるを得ない。そうすると、新規のドナー拡大は期待できず、ひいては、患者に生きるチャンスが減る。

骨髄バンクは多くの方々の善意で成り立っている事業である。その事業を国が全面的にバックアップし、患者の救済に向かって前進するために今、何をすべきか考え、実行していきたいと考えている。

公益法人・独立行政法人におけるガバナンスの構築

境田正樹

昨今、多くの公益法人や独立行政法人において、国から租税優遇措置を受け、また、多額の補助金や交付金を受け取りながら、非効率で不適正な事業運営が行われ、かつ、そのような問題ある事業運営に対しても何らの有効な是正措置も講じられていない、ということが大きな社会問題となっている。そもそも、国から上記のような財政支援を受けるのであれば、財政民主主義の観点からも、その事業体には、事業執行を適正化・透明化・効率化ならしめるための「ガバナンス機能」が装備されていなければならない。因みに、ここで述べる「ガバナンス機能」とは、現に事業が適正・透明・かつ効率的に執行されるために実効性を有するものでなければならない。最高裁判所裁判官の国民審査のように、司法に対する民主的コントロールという点で、一定の形式的意義は認められても、現行法制度下で裁判官が罷免されることが事実上あり得ないためその実効性はないに等しい、といった制度では意味がないのである。このような観点から、今後、公益法人及び独立行政法人が備えるべき「ガバナンス機能」に関し、筆者が特に参考にすべきと考える制度は、株式会社における株主代表訴訟制度（株主が会社を代表して取締役や監査役に対して法的責任を追及するために提起する訴訟制度）である。実際、多くの「上場し

た株式会社」の取締役会においては、平成12年の大阪地裁判決（大和銀行のアメリカ合衆国における法令違反によって生じた損害について、ある取締役に対して、善管注意義務違反を理由に7億7500万米ドルという巨額の支払を命じた）など取締役への巨額の賠償金支払を命ずる判決が立て続けに出されたことを契機に、取締役会上程事項の決議に際しては、株主代表訴訟に耐えるか否か、つまり、将来、株主代表訴訟が提起された場合に、取締役に対する責任追及が認められるか否か、が、当該判断の重要なメルクマールに位置付けられるようになったのである。と、同時に、違法・不正行為を事前に予防・抑止するための企業コンプライアンス体制も急ピッチで整備・強化されたのである。ここで、筆者が、（すべての株式会社ではなく）「上場した株式会社」、との条件を付けたのは、株主代表訴訟制度は、株式が上場（証券市場で誰でも当該会社の株式が売買できること）された会社ではじめて有効に機能する制度であるからである。つまり、日本における大多数の非上場企業のように、会社株式がオーナーないしその親族にほとんど独占され、かつ、その会社の株式の売買もほとんど行われないという状況下では、株主が同族の取締役相手に訴訟を起こすことなどほとんど考えられないため、株主代表訴訟は、ま

ず利用されないのである。結局のところ、株主代表訴訟制度は、不特定多数人から恒常的に事業運営を監視・監督され、かつ違法行為が発覚した場合には、取締役個人に対する責任追及がなされるという前提条件があって、はじめて有効に機能する制度なのである。この意味で、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律で新設された株主代表訴訟制度類似の制度には、不特定多数人からの監視・監督及び責任追及体制が備わっていないため、その実効性は低いと言わざるを得ない。

以上、検討したように、今日の公益法人及び独立行政法人の抱える様々な問題の根本的な原因は、ガバナンス機能を備えるための法制度が存在していないことにある。ここで、新政権には、公平・公正かつ透明性のある社会の実現に向けて、公益法人及び独立行政法人におけるガバナンス機能を装備し、かつ強化するための法体制（たとえば上場企業における株主代表訴訟制度類似の制度）の早急な構築を望みたい。と同時に、事業体の運営責任者に対する責任追及の仕組みが「事実上」存在しない現行法下では、公益法人・独立行政法人に対する補助金の交付、租税優遇措置を速やかに停止ないし廃止することも提言したい。

医師の自律

小松秀樹

1999年以後、医療現場への警察・検察の介入が目立つようになった。08年8月の大野病院事件の無罪確定で、刑事司法の医療への関与の難しさが明らかになった。判決は、予見可能性、結果回避可能性を認めた上での、結果回避義務の有無を、裁判官の心証ではなく、医療現場の実情で判断しようとする態度を鮮明にした。刑法211条の解釈というより、実質的に、刑法35条「法令又は正当な業務による行為は、罰しない」が判断基準になった。

一方、厚労省は、07年、医療事故調査委員会の検討会をスタートさせ、医療の網羅的な調査と行政処分の拡充によって医療をコントロールしようとした。与野党の反対にもかかわらず暴走し、医療現場の強い抵抗にあった。

09年8月の総選挙による政権交代で、厚労省案がそのまま実現する可能性はなくなった。しかし、ボールは医療界にあり、対応を迫られていることは間違いない。

司法・行政は法による統治システムの一

部であり、過去の規範で未来をしぼる。問題が生じたとき、過去の規範にあわせて、相手に変われと命ずる。しかし、医療は未来に向かって変化し続ける。問題が生じたとき、実情を認識し、自ら学習して知識や技術を拡大させて実情に対応する。司法や行政が医療を取り締まると、その言語論理体系ゆえに医療を破壊する。このため、英語圏を中心に、専門分野の制御を、専門職団体の自律に委ねる国が多い。

従来、日本医師会は日本の医師を代表する公益法人とされてきた。しかし、実態は、開業医の経済的利益の擁護を最優先課題とし、二重の代議員制度で勤務医の意見を抑圧してきた。活動内容とガバナンスの欠陥のため、社会に敵視され弱体化してきた。09年の政権交代で完全に影響力を失った。執行部は将来展望を失ったまま迷走している。医療提供体制の安定的な発展のためには、日本医師会を廃し、医師を代表する合理的な統治システムを持つ公益団体を設立する必要がある。

もののいう医師会を目指して

満岡 渉

諫早（いさはや）医師会は、長崎県の中央に位置する人口14万の小都市、諫早市にある。当会は、この1、2年いろいろと騒動を起こしており、今では全国の都市医師会（地域医師会）でも、もっともアブナイ連中だと目されるようになった。

最近では先の衆院選で、「福田衣里子vs久間（きゅうま）元防衛大臣」の対決で政権選択の象徴と位置づけられた長崎2区において、当会が日医の方針に反して事実上民主党を支持したことで注目を集めたが、われわれは政治だけでなく、地域医療を守る医師会としてもきっちり仕事をしている。当会が立ち上げた「諫早市子ども準夜診療センター」は、医師会と市と中核病院とが連携して、もっとも金をかけずに小児の夜間診療体制を整備し、小児救急医療の崩壊を防いだ例として、全国的に（少しだけ）注目された。また当会で行っている「諫早

医師会インフルエンザ・サーベイランス」は、おそらく世界でも稀な規模と正確さを誇っており、NHKでも取り上げられた。現在はこのサーベイランスのデータを基に、新型インフルの対策を練っている。

2007年末には、厚生労働省と日医執行部が法制化を進めている医療事故調査委員会に対して反対運動を開始した。2008年夏には、日医執行部が現場の意見を聞かずに事故調を推進していることを確認するため、全国960の都市医師会に直接アンケートを送るという前代未聞の暴挙を行い、全国の少数の医師会から賞賛され、多くの医師会の響きを買ひ、日医のガバナンスのあり方に（ちょっとだけ）波紋を投げかけた。

今回のシンポジウムでは、当医師会の活動を紹介しつつ、公益法人改革の裏テーマである医師と医師会の自律について、会場の皆様とともに考えてみたい。

境田正樹

（さかいだ・まさき）弁護士。1963年生まれ。鈴木寛文部科学副大臣政策参与としてスポーツ基本法の立案、スポーツ界のガバナンスの構築などに取り組む。また、医療ガバナンスの構築に向け、医療政策の立案やアドバイス、執筆、講演活動等にも取り組む。著書に「スポーツ立国化に向けて〜Jリーグドーピング紛争が残した課題」（法学教室・有斐閣）他。

小松秀樹

（こまつ・ひでき）虎の門病院泌尿器科部長。1949年香川県生まれ。東京大学医学部卒業。同大学病院を含む都内8病院で勤務後、83年に山梨医大助教授、99年から現職。主な著書は『医療崩壊』（朝日新聞社）、『医療の限界』（新潮新書）。

満岡 渉

（みつおか・わたる）満岡内科・循環器科院長、社団法人諫早医師会理事。1984年九州大学医学部卒業、同大循環器内科入局、佐賀県立病院好生館医員、愛媛県松山赤十字病院循環器科副部長等を経て、1994年父のあとを継いで、長崎県諫早市に開業。2006年より諫早医師会理事。2007年長崎での小松秀樹先生の講演に触発され、医療事故問題に取り組む。

世耕弘成

（せこう・ひろしげ）参議院議員。学校法人近畿大学副理事長。1962年生まれ。早稲田大学政経学部卒、日本電信電話株式会社（NTT）在職中にボストン大学コミュニケーション学部留学し修士課程修了。1998年より現職。総務大臣政務官、内閣総理大臣補佐官（広報担当）等を歴任し、現在は参議院議院運営委員会筆頭理事。「医師不足対策の確立」を自らの基本政策にも掲げている。

橋本 岳

（はしもと・がく）前参議院議員。1974年生まれ。慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科修士課程修了。三菱総合研究所研究員（2004年より静岡大学情報学部客員助教授、2006年より同大学客員教授を兼務）を経て、現在に至る。研究者としての専門は、電子自治体、地域情報化、インターネットを利用した住民参加など。コンピューターネットワークを介したコミュニケーションおよびコミュニティについての社会心理学的検証・考察を政策立案にも応用している。

session 07

新型インフルエンザ

新型インフルエンザ対策を検証する

木村盛世

木村盛世

(医師、厚生労働医系技官、厚労省検疫官)
(きむら・もりよ) 筑波大学医学群卒。
米国ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生
大学院修士課程修了 (MPH)。米国CDC
多施設研究コーディネイター、結核研究
所を経て厚生労働省入省。現在東京空港
検疫所支所勤務。

森兼啓太

(東北大学大学院医学系研究科
感染制御・検査診断学分野講師)
(もりかね・けいた) 1989年東京大学
医学部卒業、第1外科に入学。関連病院
での消化器外科研修および医師としての
業務に従事。96年から98年までアメリ
カネブラスカ州立大学エブリー研究 所
に留学。その後NTT東日本関東病院、帝
京大学市原病院外科講師を経て、2003
年より 国立感染症研究所感染症情報セ
ンター主任研究官として感染制御・感染
症サーベイランスなどに従事。2004年
にはアメリカ疾病対策センター (CDC)
研究員を兼任。2009年 7月より東北大学
大学院感染制御・検査診断学分野講師。

下平滋隆

(信州大学医学部附属病院輸血部講師)
(しもだいら・しげたか) 信州大学医学
部附属病院輸血部准教授、先端細胞治療
センター副センター長、分子細胞診療室
長。1990年信州大学医学部医学科卒業。
1997年信州大学大学院医学研究科修了、
医学博士。1999年～2001年米国南カリ
フォルニア大学分子微生物・免疫学教室
においてHCVの基礎研究に取り組む。輸
血・細胞治療、再生療法の開発研究に携
わり、輸血副作用対策およびがんの樹状
細胞療法を専門とする。

久住英二

(ナビタスクリニック立川院長)

高畑紀一

(細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会事務局長)

足立信也

(参議院議員、厚生労働大臣政務官)

鈴木 寛

(文部科学副大臣)

新型インフルエンザの勢いはとどまるところを知らずに拡大している。民主党政権に代わって厚生行政がどう変化するかはまだ不明であるが、新型インフルエンザ対策は早急に取り組まなければならない大きな課題である。

そのためには、今までの厚労省の新型インフルエンザ対策を総括し、何が正しくて何が間違っていたかを考察する必要がある。間違っているところがあれば、今後ますます広がりや重症化を招くであろう新しい感

染症に対して早急に方向を定め直す必要がある。

近年の感染症対策は大きく様変わりしている。それはバイオテロの可能性が常に付きまとうからだ。

新型インフルエンザ対策は我が国の感染症対策の氷山の一角である。今まで大流行したことの無いH1N1型インフルエンザウイルスとの遭遇は、今までおごなりにされてきた日本の感染症危機管理における大きな踏み絵となるであろう。

新型インフルエンザ 病院対策

森兼啓太

2009年10月、オーストラリア・ニュージーランド・メキシコ・カナダから相次いで新型インフルエンザ重症患者の疫学情報が著名な学術雑誌に発表された。数十名から200名あまりの報告であるが、これらの国におけるすべての重症患者の数ではなく、一部の重症患者に対する研究的解析である。一方、日本は厚生労働省の集計によれば、10月4日までに入院した新型インフルエンザ患者が2146人、うち急性脳症65人、人工呼吸器の使用99人となっており、そのいずれか一方または両方にあてはまる患者を重症患者とみなすと148人がこれまでの日本の新型インフルエンザ重症患者である。前述の国々は日本より人口も少ないが、おそらく日本よりずっと多い重症患者を出している。

10月11日までの日本の累積患者数は推計で234万人である。死亡者は、その死因と新型インフルエンザとの関連性に大いに疑問のある症例があるものの、現在までに27名である。この数にもとづいた、日本における新型インフルエンザ患者の致死率は、約0.001%である。これが日本の現状であり、一部の専門家が危機感をあおるがごとく指

摘するような季節性インフルの致死率(0.05～0.1%)と同等という状況では、決してない。これを支えるのが、国民皆保険による医療アクセスの良さと、アクセス先であるクリニックや病院の医療従事者の献身的な努力のたまものである。

しかし、現在流行が拡大してきている。特に休日夜間の外来や急病センターは相当な忙しさになっているようである。メキシコの致死率が高い原因として、必要な医療を(病院を受診した人すら)迅速に受けられなかったことが指摘されており、日本も流行がさらに進むとメキシコの話は人ごとではない。

対策として、まず、外来部門の充実があげられる。今回の新型インフルエンザの患者は大多数が軽症であり、入院を要する症例は極めてまれである。ほとんどの患者は外来受診し、抗ウイルス薬を適宜処方され、帰宅して自宅静養で回復している。外来は入院に比べて少ない人数、狭い場所あるいはオープンスペースなどでも医療を行なうことができる。アクセスの良さを維持することが、重症者・死亡者を減らす最も重要な新型インフルエンザ対策であると考えられる。

新型インフルエンザパンデミックの脅威と輸血の安全性

下平滋隆

新型インフルエンザパンデミックの影響は、血液製剤の安定供給にとって大きな脅威となり、供給遅延の問題が益々危惧されている。また、新型インフルエンザが輸血を介して感染したという報告はないが、血液中で増殖するウイルス血症を呈するため、リスクは低い輸血による伝播の懸念がある。8月、献血後に疑いを含め新型インフルエンザ感染の2人が判明、日本赤十字社が未使用の赤血球製剤の回収を行ったことは世界中に配信された。

諸外国では、インフルエンザの病原性の強度、パンデミックフェーズにより層別化して対策を講じている。献血延期勧告やセンター閉鎖の場合もあるが、献血者の減少

にも拘らず需要が維持された場合、病原の伝搬防止と期限延長として病原体不活化は有効である。血小板は7日間の期限延長、不活化血漿により6ヶ月保管の停止および2年間使用も可能となる。

ドイツの血清・ワクチン局は、流行地域への旅行歴がある供血者からの献血には、病原体不活化が必要と指示。フランスでは新型インフルエンザの大流行を想定して血小板と血漿は不活化で対応、臨床試験段階の赤血球は1週間保管後に出荷と公表した。ベルギーは血小板、血漿について不活化を義務化、スイスでも不活化血小板が承認された。米国においては承認申請が既に行われている。

日本の不活化導入には、照射装置の医療機器承認や不活化製剤の臨床試験などすぐに解決できない課題はあるが、遅々として進まない理由は、血液事業を司る日本赤十字社、厚生労働省、学識者による三角形の枠が天下りの温床となっているためである。民主党医療政策の新型インフルエンザ対策の中に「輸血を介した感染防止のための新技術を導入」が謳われており、「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」（血液法）を国際的な標準に準拠させ、透明性のある血液事業の改革を推進する必要がある。

日本の医療行政は203高地をめざす

久住英二

当院は立川駅の駅ナカに立地し、勤め人が受診しやすいよう、平日夜9時まで診療受付をおこなっている。受診しやすいため、受診者数が急増しており、制度の歪みを感じる機会も増えている。

勤労世代での問題は、症状が軽微であるにもかかわらず、上司から受診し、検査の上、診断書をもらってくるよう指示されるケースが少なくないことである。都度、検査は陰性の証明にはならないことを説明して理解いただいている。企業の新型インフルエンザ対策が、高病原性インフルエンザ用に作られているため、現在流行している豚由来インフルエンザの現状と乖離しているのが原因であろう。

学童・学生年代の受診者で問題となるのは、オセルタミビル処方の是非である。添

付文書には、10歳以上の未成年の患者では、ハイリスク患者と判断される場合を除いては使用を差し控えるよう現在でも記載されている。一方、感染症学会では、積極的な処方を推奨している。2つの見解を説明し、本人または保護者に選択させている。このままでは、処方してもしなくても、結果責任を問われる可能性があり、早急にダブルスタンダード状態の解消が求められる。

季節性インフルエンザワクチンの接種を開始したが、今年は週単位での供給となるため、接種の予約が小出しにしか受け付けられず、大勢に迷惑をかけている。問い合わせの電話が鳴りっぱなしで、患者さんからは「2時間も電話がつながらない。緊急事態だったらどうするのか」とお叱りもいただく始末である。

新型インフルエンザワクチンは、10月17日現在で、供給予定日・本数の連絡はない。国との接種委託契約も済んでいない。厚労省の当初の発表では、19日から接種する予定だそうだが、確実に不可能である。供給が開始されても、10mLバイアルで供給された場合、小児の50人分にあたり、接種スケジュールの調整に手間がかかる。また、ワクチンの無過失補償制度の導入も見送られ、責任は現場と製薬会社に押しつけられることになった。

厚労省の高級官僚達が日本の医療をどうするのか、我々のような前線の兵卒には見当もつかない。せめて、高地をめざす我々の背中を撃つのだけはやめてほしい。

ワクチンラグ被害の当事者から見た 新型インフルエンザワクチン問題

高畑紀一

我が国は「ワクチン後進国」と揶揄されるほど、ワクチンの導入が遅れている。細菌性髄膜炎を予防するヒブ（Hib）ワクチンや小児用肺炎球菌ワクチン等はその代表例で、ヒブワクチン「アクトヒブ」は、米国の承認より20年、欧州諸国の導入からも15年も遅れて我が国で承認・販売に至った。小児用肺炎球菌ワクチンも、米国の承認から遅れること9年のラグを経て、承認の運びとなった。しかし、いずれのワクチンも予防接種法に基づく定期接種とはされておらず、接種費用を希望者が全額負担する任意接種とされている。欧米諸国の多くが定期接種プログラムに組み込んでいるのとは対照的な状況だ。

これは我が国がワクチンによる疾病予防を、国家的な施策として位置づけていないことが大きく影響している。ワクチンの役割を個人の選択と希望による、個人の疾病予防という位置づけに矮小化しているのが現状といえよう。そのため、ワクチンによる疾病予防により社会全体を守るという国民的合意形成が醸成されておらず、ワクチンを取り巻く様々な環境が未整備のまま。世界的メガファーマとは比較にならないほど小さな規模のワクチンメーカーしか有しない我が国は、輸入ワクチンの活用に相当程度依存しなければならないのだが、ワクチンを輸入する諸々の条件や体制が整備されていない。このため、海外のワクチンメーカーからは「ワクチンを売りにくい国」と看做され、他国で実績を積んでから我が国への導入を検討するというラグを生じている。また、疾病の発生状況を把握し、疫学的分析等を基に社会的コンセンサスを得てワクチンの活用を施策に反映するプロセスや意思決定機関が存在しないため、「何時、何処で、誰が」政策決定を下すのか、不明瞭な体制となっている。細菌性髄膜炎から子どもたちを守るワクチンの導入が大幅に遅れたのも、これら環境の未整備を鑑

みれば必定の事柄だった。そして新型インフルエンザワクチンにおいても、共通の問題点が見えてとれる。

国産ワクチンでは必要数を確保できないのは我が国のワクチン産業の規模からすれば当初より明らかなことであり、ワクチン輸入は対策立案の時点より織り込まなければならない事柄であった。しかし、ワクチン輸入の環境整備を疎かにしていた我が国は新型インフルエンザワクチンについても積極的な輸入策を回避する姿勢に終始し、海外メーカーから提示された「副作用に対する免責」への対応すら儘ならず、一旦は仮契約期間が過ぎ、契約不可能な状況に陥る危険に直面する事態となった。

また、他国の多くが社会システムの防御のための国策としてワクチン接種を位置づけており、被接種者に対し自己負担を求めないのに対し、我が国では二回接種で6千円を超える自己負担を課している。これでは経済的事情を勘案し、接種を回避する国民が相当数生じることが予想され、結果としてワクチンによる集団免疫効果は期待薄となる可能性も指摘されている。これも、「ワクチンで何を守るのか」という位置づけが不明確なことに起因すると言えるだろう。

さらに国民に対する情報開示も不十分であり、いたずらに輸入ワクチンへの不安を煽るプロパガンダが展開される一方、ワクチン接種により期待される効果や接種に至る手順の説明などが不十分なため、国民の間に過度の期待感が醸成され、問い合わせが殺到する医療機関が接種化医師前から悲鳴をあげる、いわばパニック状態とも言える状況を生み出してしまった。

細菌性髄膜炎から子どもたちを守るワクチンの定期接種化を目指して活動してきた経験から新型インフルエンザワクチン騒動に共通する我が国のワクチン・ギャップについて報告したい。

久住英二

（くすみ・えいじ）1999年新潟大学卒業。虎の門病院で内科研修の後、血液科スタッフとして数々の臨床研究に従事。2006年からは医療提供体制の変革を目指し活動中。現在は立川駅ナカクリニック「ナビタスクリニック立川」院長として平日夜9時まで診療に従事し、悪性腫瘍の外来治療から月経痛の漢方診療まで、医療ニーズに広く対応している。

高畑紀一

（たかはた・のりかず）1994年千葉大学法経学部経済学科卒業（計量経済学専攻）。06年細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会、事務局長。長男が罹患したヒブ髄膜炎がワクチンで予防できること、日本ではヒブワクチンをはじめ多くのワクチンが導入されていないワクチンラグがあることを知り、細菌性髄膜炎から子どもたちを守るワクチンの早期定期接種化とワクチンラグ解消を求め活動中。

足立信也

（あだち・しんや）参議院議員。1982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。参議院厚生労働・行政監視・倫選特委員、参議院少子高齢社会調査会理事、民主党政策調査会副会長、民主党副幹事長などを歴任。2009年9月より、厚生労働大臣政務官を務める。

鈴木 寛

※P.7参照

現場からの医療改革推進協議会
第四回シンポジウム

program

(講演形式のセッションは発表順・他50音順・敬称略)



〈発起人〉(50音順・敬称略)

足立信也(厚生労働大臣政務官、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(帝京大学腫瘍内科 教授)、
大嶽浩司(帝京大学医療情報システムセンタ
ー 客員准教授)、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 腎臓高血圧内科部長)、上 昌広(東京大
学医科学研究所 特任准教授)、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 代表)、黒岩祐治(国際医
療福祉大学 教授)、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
ター総合診療部 部長)、佐藤 章(福島県立医
科大学 名誉教授)、鈴木 寛(文部科学副大臣)、
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)、
寺野 彰(獨協医科大学学長)、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 客員教授)、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(山形大学医
学部総合医学研究センター 准教授、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(郵便貯金・簡易生命保険管
理機構 理事)、松本慎一(ペイラー大学フォ
トワークキャンパスディレクター)、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
東京大学医科学研究所
先端医療社会コミュニケーションシステム
〒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

11月7日(土)

13:00 開会のご挨拶 (P.2)

林 良造

13:30 session01 (P.3)

14:15 医療改革の現在

木戸寛孝

仙谷由人

他

14:15 session02 (P.4~7)

15:30 医療費

亀田隆明

清郷伸人

松井彰彦

松田 学

上 昌広

鈴木 寛

15:40 session03 (P.8~10)

17:00 先端医療・がん難民

釣田義一郎

小野俊介

片木美穂

児玉有子

松本慎一

鈴木 寛

17:00 session04 (P.11~13)

18:30 救急医療

有賀 徹

酒井大史

海野信也

伊藤隼也

鈴木直子

黒岩祐治

11月8日(日)

13:00 session05 (P.14~16)

14:15 医療者教育

和田仁孝

嘉山孝正

土屋了介

津田健司

児玉有子

児玉直樹

半田一登

鈴木 寛

14:15 session06 (P.17~19)

16:00 公益法人改革

大谷貴子

境田正樹

小松秀樹

満岡 涉

世耕弘成

橋本 岳

福田衣里子

16:15 session07 (P.20~23)

18:30 新型インフルエンザ

木村盛世

森兼啓太

下平滋隆

久住英二

高畑紀一

足立信也

鈴木 寛

閉会のご挨拶 (P.2)

高久史磨

二つの立場

最近の10年間、日本の医療は大きな試練に直面した。その中で、医師の自律について議論されるようになった。医療の質・安全戦略会議では、自律について、理念を重視する立場と、現実を重視する立場の意見の違いが明確になり、論争があった。これら二つの立場は、最近数年間の医療をめぐる様々な論争に共通するものだった。

第一の立場は、理念としての医師の自律を研究するものである。医療の質・安全学会の一部のメンバーが中心だった。元臨床医、あるいは、臨床に携わっていても第一線から少し身を引いた立場の医師で、医療倫理学、公衆衛生、医療管理学などに専門を変更した研究者である。私はたまたまこの会議に参加したが、議論の中で医療安全のために何をやってきたのだと詰問されて驚いた。現場の医師を非難するぐらいなら、自分が臨床現場に残って対応すべきだと思ったからである。

これら研究者たちの考え方の中核には、西欧の *profession* の理念があった。しかし、*profession* の概念が歴史的に形成され、変質し、状況によっては衰退していくという感覚を欠いていた。一説によれば、倫理は、個人や集団の生存確率を最大化する戦略が長期間にわたって燻習されることで形成される¹。少なくとも、倫理や理念は先験的に存在するものではない。

彼らとの議論では、イギリスを中心にヨーロッパの制度が取り上げられることが多かった。イギリスの *General Medical Council* (GMC) は、医師の卒前・卒後教育の監視と調整、医師の登録、医師の規範の作成、医師の適性審査と処分を担っている²。GMC は社会の影響で厳罰化の傾向を強めてきたが、一方でイギリスの医師の士気は落ち、医療提供体制は崩壊している³。彼らは、「10年後の理想的な医療の質保障」を提案しようとしたが、日本の歴史や現実ではなく、西欧の文献の翻訳からこれを導き出そうとしていた。現場の医療者の意見を系統的に聞く過程を経ないまま、提案の作成を急いだ。自律ならば、研究者ではなく、処分を受ける可能性のある現場の医師が議論の中心にいないといけない。

この会議では自律を議論していたにも関わらず、厚労省から研究費を交付され、厚労省の政策や行動については議論しなかった。厚労省に依存しつつ、自律を議論することには大きな矛盾がある。節度を持って厚労省と距離をとり続けている一部の医療制度研究者とは、態度が大きく異なった。日本のアカデミズムは、研究費を求めて行政にすり寄り、行政は、研究費、研究班の班長職、審議会委員など通じてアカデミズムを支配してきた。日本のアカデミズムに批判精神は期待しにくい。

2007年以後、「医療事故調査委員会」が大きな論争になった。厚労省は、これが実現した場合に生じる実務的問題を検討するために、一連の研究班を立ち上げた。院内事故調査委員会、医療安全調査委員会(厚労省案)への届け出の条件、処分を受けた医師の再教育プログラムなどについての研究班である。いずれも、研究というより規則の作成が求められてい

た。院内事故調査委員会の研究班は意見の対立のために結論が出せなかった⁴。再教育プログラムの研究班は、厚労省の意向で、突然、中断された。一連の動きをみると、医療の質・安全戦略会議での医師の自律の性急な方向付けが、厚労省の意図に沿ったものだった可能性は否定できない。

自律を議論する上での第二の立場は、現実問題を起点とするものである。私を含めて医療現場の第一線の臨床医にこの立場をとる者が多かった。現実の医療事故や事件への対応を考える中から、医師の自律についても議論されるようになった。西欧の理念も参考にはされたが、日本の現実が思考の出発点になった。どこからも金銭的援助を受けずに、インターネットを主たる通信手段として議論を深めた。当然ながら、厚労省も批判の対象とした。

以下、最近 10 年間の動きを経時的にまとめて、それを基礎に医師の自律の問題を議論したい。

危機顕在化のきっかけ

1999 年の二つの事件をきっかけに、日本の医療が激動期に入った。

1999 年 1 月 11 日、横浜市立大学附属病院で、心臓手術が予定されていた患者と肺の手術が予定されていた患者が手術を行う際に取り違えられて、それぞれ本来行うべき手術とは異なる手術が実施された。執刀医ら医師と患者を運んだ病棟看護師、手術室看護師が刑事訴追され有罪になった。

患者確認のシステムがない中で、一名の看護師が二名の患者を運ぶという無理な状況で事故が発生した。病院の報告書では最終的にシステムの不備が原因とされたが⁵、事情を知る人によれば、当初、当事者個人を罵る上司もいたという。

同年 2 月 10 日、都立広尾病院で左手中指の手術を受けた患者が、抗菌薬の点滴静注を受けた。点滴ルートを温存して何度も針を刺されないようにするために、看護師が、血液の凝固を防ぐための薬剤「ヘパリン生食」を点滴ルートに注入した。患者は意識不明になり 2 時間ほど後に死亡した。その後の調査で、死亡原因は、同じサイズの注射器に入れてあった消毒剤「ヒビテングルコネート」が誤投与されたためだと判明した⁶。

この事件では、同じ場所で同じような注射器にヘパリン生食数本とヒビテングルコネートが準備され、準備した看護師とは異なる看護師がこれを使用した。システム上の問題が主たる原因だったが、看護師が業務上過失致死で有罪になった。

病院側は事故直後から、消毒剤の誤投与の可能性を強く疑っていた。しかし、この事件を隠蔽しようとしたと解釈されるような行動をとった。院長は、警察への届け出を一旦は決意したが、東京都病院事業部副参事の反対を受けてこれに従った。死亡診断書の死因の欄には、当初は、不詳、その後、病死と記載された。医師法 21 条の異状死体届け出違反で有罪になったことについてはさまざまな議論がある。しかし、東京都副参事、院長の行動には明らかに問題があった。とくに、院長が都庁の事務官に従ったことは大きな問題であ

る。副参事を無罪、院長を有罪とする裁判所の判断は、医師の判断は医学と自身の良心に基づくべきであって、事務方の事情に基づく判断に従うべきではないという強いメッセージとなった。

この両事件を転機として、医療機関と医療従事者を非難する立場からの事故報道の件数が大幅に増えた。

混迷

当時、国民、メディア、司法、行政、病院管理者、病院開設者、医療従事者のそれぞれに固有の問題があった。それぞれの当事者が自らの問題を理解していなかった。このため医療は混迷期に入った。状況を最も知っているはずの医師も、メディアと刑事司法の攻撃に混乱していた。状況を俯瞰できず、ときに、混乱を増幅するような対応をした。

事故が大きく報道されると、病院の存続にかかわる問題となる。開設者や管理者は病院を守ろうとする。これが報告書の内容に影響を与える。1999年から2004年頃にかけて、医療事故に対するメディアの報道が加熱した時期に、院内事故調査委員会が、事実の調査より、病院を守ることを優先しているように見えることがあった。病院管理者が病院の正当な利益を放棄したり、雇用している医療従事者の権利を著しく損ねたりすることがあった⁴。

警察捜査による影響も加わって、院内の信頼関係がなくなり、病院の運営に支障をきたすことまであった。

2001年、東京女子医大病院で12歳の女児の心臓手術中に、人工心肺装置が脱血不良で機能せず、患者が2日後に死亡した。この事件では、講師が証拠隠滅で有罪になった。人工心肺装置を操作していた佐藤医師は、業務上過失致死で起訴されたが、本人に責任がないとして無罪が確定した。

東京女子医大は、院内事故調査委員会を秘密裏に立ちあげ、当該医療の専門家が関与しない中で、佐藤医師の人工心肺の操作に過誤があったとした⁷。佐藤医師には当初この報告書の内容は知らされなかった。後日、この報告書の内容に同意しなかった佐藤医師には、病院からさまざまな圧力がかけられたという。病院の作成した報告書をきっかけに、佐藤医師は逮捕起訴され、心臓外科医としてのキャリアを奪われた。学会は、この事件を問題視して独自に調査し、事故の原因は佐藤医師の操作ではないとした。冤罪事件ともいえるべきこの事件では、多くの二次的紛争が発生した。東京女子医大と調査委員会の委員は、佐藤医師から損害賠償を求められた。

2002年8月、名古屋大学は、腹腔鏡手術での大動脈損傷による死亡事故が発生した直後に、患者側弁護士を含む調査委員会を立ち上げた⁸。これにより、刑事事件化の阻止と、病院の信頼の保全という目的を達成した。名古屋大学の対応は、民事で一切争わないことを前提としたものだった。この対応は喝采を受け、「外部調査委員会」は一種のブームになったが、前提が異なると大きな弊害を招くことがあったはずである。

外部調査委員会はメディアスクラム発生に対応する形で立ち上げられることが多い。メディアは、外部調査委員会を、水戸黄門的な「超法規的裁断を行う正しい権威」として、評価する傾向がある。メディアスクラムに対応するという設置時の状況が委員に影響して、委員会の判断が、病院や医療従事者に過度に厳しいものになりがちとなる。このため、患者側弁護士はしばしば外部調査委員会の設立を働きかけ、過失判定をめぐる議論の場にしようとする。しかし、「超法規的裁断を行う正しい権威」は、民主主義にはなじまない。しかも、裁判所のような権限と制度を持っていないため、公平性を担保するのが困難であり、紛争を扱うのに適していない。

2002年11月、慈恵医大青戸病院で腹腔鏡下前立腺全摘術を受けた患者が、その1ヵ月後に死亡した。手術を担当した医師3名が2003年9月に逮捕された。この事件は、メディアスクラムが最も顕著だった事件である⁹。青戸病院と大学はいくつか報告書を作成したが、大学は、青戸病院の報告書の事実に関する記載に基本的な変更を加えることなく、患者の死亡原因を、輸血の不備による死亡から、医師の手術ミスに変更した¹⁰。この事件では3名の医師の有罪が確定した。

私は、この事件について検討し、患者の死亡原因は輸血ミスが4件重なったためだったと確信し、二冊の著書で詳細を述べた^{9,10}。輸血ミスは輸血体制と教育の不備による。慈恵医大の輸血体制整備の責任者が大学事故調査委員会の委員だったことも、公平な議論の妨げになったのではないかと考える。

この事件の背景には、新奇医療に走りがちな学会、大学病院、文部科学省の体質があった。メディアは新奇医療技術をもてはやし、国民もこれに追従した。実は、この手術の日本におけるパイオニアの一人が、この事件に先立って、慈恵医大の第一例目の手術を実施した。この事件と同程度の出血があり、他にも大きな術中合併症を起こした。幸い、適切な輸血で患者は死亡しなかった。その後、パイオニア医師が慈恵医大に呼ばれなくなったのは、第一例目の手術の状況と術後の彼の行動にあったと想像される。

このパイオニア医師は慈恵医大の手術について非難したが、非難は彼自身にも当てはまることだったかもしれない。彼を含む当時のパイオニアの何人かは、この手術に習熟していなかった時期に、しばしば勤務先以外の病院でこの手術を実施していた。このパイオニア医師による逮捕された医師たちへの非難は、質量を有する医師たちを蹴落とすことから生じる反作用で、パイオニア医師の立場を押し上げ、結果として、新奇医療を推進した自分自身と学会を擁護することになった。

開設者と管理者の間で紛争を生じた例もある。三宿病院事件では、開設者が、管理者に対し、医療事故は管理者の義務懈怠が原因であり、かつ事故後の対応に不備があったとして、懲戒処分を科した。さらに、医療事故検討のための外部委員会を設置し、その検討結果をインターネット上に公開した。私は、これらの対応は、開設者が適切な対応をとっていることを社会に示すことで、病院を風評被害から守ろうとしたためだと想像している。あるいは、開設者の意思決定機関の構成員が、社会や組織内における自分たちの立場を守

ろうとしたのかもしれない。

当該医療に直接的な関係のない外部委員は、社会における自分の立場をよくする方向に判断が流されがちになり、しばしば、患者や遺族の慰謝を目標とする。これが予断を生む。実際、この外部委員会は、開設者から提供された資料だけに基づいて検討するなど、調査の進め方に適切性を欠くところがあった。

管理者は、開設者側に事実誤認と名誉毀損があったとして損害賠償を求めた。この二次的紛争では、開設者に賠償金の支払いを命ずる一審判決が出た。双方が控訴したが、裁判所は、管理者に対する処分は管理者の立場に対するもので、過失に対するものでないとし、開設者が管理者に対して、不適切な処分を遺憾とする意を表することで和解が成立した。

転機

2006年2月の福島県立大野病院事件での医師の逮捕を機に、現場の医師が刑事司法に対し、公然と反論するようになった。2008年8月、大野病院事件の無罪確定で警察・検察の方針に明らかな変化が見えるようになった。医師が刑事司法に対し、暫定的な勝利を得たともいえる。

大野病院事件では癒着胎盤への対応が問題になった。癒着があると判断されたときに、即座に子宮摘出を行わないといけないとすれば、子宮摘出の数は相当数増える。子宮がなくなることによる弊害も大きいし、子宮摘出による合併症もある。判決は、このような状況で、剥離を継続した症例と、剥離を止めて即座に子宮を摘出した症例を比較すべきだとしたが、そのような症例は検察側、被告側、いずれの証人からも提示されなかった。臨床経験豊富な産科の専門家が、同様の状況で、実際には、胎盤剥離を中止していないと証言したことから、「胎盤剥離を中止すべき義務があったと認めることもできない」として、無罪が言い渡された。

従来、司法は、医療についてのレイマン（素人）である裁判官が注意義務違反を認定して、業務上過失致死傷罪を成立させることに、意義を認めてきた。大野病院事件の判決において裁判所は、予見可能性、結果回避可能性を認めた上での結果回避義務の有無を、実情からの帰納で判断しようとする態度を鮮明にした。

大野病院事件の判決の正当性の裏づけは、刑法 211 条の注意義務の解釈ではなく、刑法 35 条の「法令又は正当な業務による行為は、罰しない」とする方が合理的に思える。当該専門分野の実情の精査が「正当な業務」を決める。

厚労省の動き：医療事故調査委員会（医療安全調査委員会）

2007年4月、医療現場への刑事司法の介入に対応するという名目で、厚労省は、「医療事故調査委員会」の検討会をスタートさせた。厚労省案として、第二次試案、第三次試案、大綱案が次々に発表された。いずれも、網羅的な調査と行政処分の拡充によって医療をコントロールしようとするものであった。

司法、行政は法による統治システムの一部であり、過去の法令で未来をしぼる。問題が生じたとき、過去の規範にあわせて、相手に変われと命ずる。しかし、医療は未来に向かって変化し続ける。問題が生じたとき、実情を認識し、自ら学習して知識や技術を拡充させて対応する。別の表現をすれば、法は理念からの演繹を、医療は実情からの帰納を基本構造としている¹¹。医学論文における正しさは研究の対象と方法に依存している。仮説的であり、暫定的である。この故に議論や研究が続く。新たな知見が加わり、進歩がある。医学では今日正しいことが、明日正しいとは限らない。法的評価は、医療を過去に固定し、進歩を阻害する。

他の社会システムでも、同様の問題が生じる。例えば、会計は、企業の活動実態を社会に正確に伝えるという機能を有する。新しい業種が出現すると、その実態を表現するために新しい会計が考えられるようになる。2006年に施行された新会社法 431 条は、「株式会社の会計は、一般に公正妥当と認められる企業会計の慣行に従うものとする」と規定している。

網羅的な調査と行政処分の拡充で医療を制御しようとする厚労省案に対し、多くの医師が、医療を壊すことになるとして反対した¹²。私は、日本医師会が医師の声を聞かずに厚労省案に賛成したことを問題視した¹³。以後、日本医師会は、現場の医師の支持を急速に失った。2009年8月の総選挙による政権交代で、厚労省案がそのまま実現する可能性はなくなった。しかし、大野病院事件の判決の後、ボールは医療界にあり、対応を迫られている状況であることは間違いない。

自律を担う団体

司法や行政が医療を取り締まると、医療を知らないが故に医療を破壊する。このため、英語圏を中心に、専門分野の制御を、専門職団体の自律に委ねる国が多い。専門職団体の自律は、もともと、ギルドなどの閉鎖集団の利益を守ることが目的だったが、現在では自律に委ねる方が、結果として、公益を向上させるからだとされている。日本の現状で医療側が自らを律することなく、信頼が得られなければ、法で医療を取り締まろうという意見が再び強くなり、医療の安定的な発展が阻害される。

日本医師会は、日本の医師を代表する公益法人（社団法人）とされてきた。社会に対しては医療を守る公益団体だといい、勤務医に対しては医療制度を守るために開業医と勤務医は団結するべきだと主張した¹⁴。実態は、開業医の経済的利益の擁護を最優先課題とし、二重の代議員制度で勤務医の意見を抑圧してきた。こうしたガバナンスの不備のため、他の活動も経済的利益のためではないかと見られてきた。

日本では、江戸期以後、政治的影響力を大きくすることと自らの経済的利益を主張することは両立してこなかった。江戸時代、箱訴による合法的越訴が認められる以前、切羽詰まった状況では越訴によって状況の改善が図られた。越訴に至る準備段階では徒党を組むことが多く、このために指導者は死罪になり、義民として神社に祭られた。戦国時代の恒

常的な飢饉に対応するために発生した農村共同体の生存戦略と、享保、寛政、天保の三大改革は、金銭と奢侈に悪のイメージを重ねることを日本人に刷り込んだ。戦後になっても、ストライキは日本では不人気で、社会に許容されなかった。

医師は社会の少数派であり、金銭に関わりなく妬みの対象である。大同団結をして利益を主張するとかえって社会の反発を招く。日本医師会はこれまでの失敗に学んでいない。小選挙区制では選挙結果の振れ幅が大きく、ポピュリズムを強める。日本医師会がこれまでの方針を継続することは自殺行為に等しい。日本医師会が現在の混乱を脱して未来を切り開くためには、構図を一変させる大戦略が必要である。

法律も日本医師会に大きな変革を迫っている。2008年12月1日、公益法人制度改革三法が施行された。2013年11月30日までに日本医師会は、公益社団法人か一般社団法人に移行しなければならない¹⁵。新しい公益社団法人は、不特定多数の利益の増進（特定の個人や団体ではない）に寄与し、会計を含めて活動が社会から監視でき、公平な参加の道が開かれ、社員は平等の権利を有し、特定の個人の恣意によって支配されないものとして設定されている。現在の日本医師会は、組織形態、活動内容を変革させない限り、公益社団法人に移行することはできない。開業医の利益のための活動を残すのならば、一般社団法人を選択するしかない。

私は、日本医師会が公益法人制度改革の理念を全面的に受け入れること、日本医師会を3つに分割すること（日本医師会三分の計）を提案した¹⁶。開業医の利益を代弁する団体、勤務医の利益を代弁する団体、そして、最も重要なものが公益のための医師の団体である。新しい医師の公益法人は、医療の質向上の努力、すなわち、患者の権利の擁護、医師の適性審査、自律処分、質の評価による医療の底上げなどを担う必要がある。しかし、適性審査や処分制度¹⁷は、両刃の剣であり、医療提供体制の脅威にもなりうる。

裁判所が立法、行政から独立しているのは、権力の横暴を防ぐためである。刑事裁判の重い手続きは、基本的人権を守るためである。自律処分では、裁判所と異なり、処分を下すための手続きの正当性を担保するのは難しい。医師は人権についての実務的知識が乏しい。その分、権力をもった医師は、検察官・裁判官より危険である。重い処分が必要な悪質例はこれまでどおり、裁判所に任せるほうが、害が少ないかもしれない。裁判所の判断に問題があるのなら、現場で医療を担っている保守本流の医師が、現場の実情を伝えて、裁判所の判断を支えるべきである。このような活動を、公平性を担保しつつ、手助けするのも、新しく創設されるべき医師の公益法人の役割であろう。

実情に基づく医療政策

GMCでは主たる活動とされていないが、医療を適切なものにするためには、実情の正確な把握がなにより重要である。これは医療政策を無理な規範ではなく、実情に基づいて立案させるためである¹⁸。このために、医療についての情報の収集と提供を活動内容に含める必要がある。具体的には、厚労省の持っているあらゆる情報を研究者が使えるようにしな

ければならない。

現状では、厚労省の政策の根拠が実情より規範に偏っている。例えば、新型インフルエンザへの対応では、医系技官は、「封じ込め」という無理な目的を規範化して、無益な人権侵害をしたり、意義のあやふやな大量の事務連絡で医療現場を混乱させたりした¹⁹。アカデミズムの指導者は、前述の構造上の問題で、これを批判できなかった。重要な決定でも情報を活用していない。診療報酬がデータではなく「勘と度胸」で改定されたと、ある研究者に揶揄されたことがある。

医療制度と医療提供に関する研究の援助も必要な役割である。厚労省の医療行政に関わる研究を、厚労省の援助と影響下に行うことは適切でない。

日本医師会は歴史的には、厚労省を監視する機能を有していた。形骸化していたが、この役割の消滅は、厚労省の問題点の増大につながりかねない。この役割を継承し、発展させる必要がある。社会に、厚労省の行動とその意味内容を発信することは、医療提供体制を適切に保つのに重要な役割になる。

情報は大きな力になる。日本特有の医療機器の高価格を是正するのに、売買の実態を世界規模で明らかにできれば、医療機器の値段を下げろと主張するより、はるかに役立つ。新しい公益法人は政治的主張をせずに、判断材料の提供に徹すべきである。最近の動きは、大きな圧力団体の単独の主張より、さまざまな団体や個人がそれぞれのやり方で、さみだれ的に、あるいは、同時多発的に主張する方が、政治的にも有効であることを示している。政治的主張は反作用を生み、組織の自由度と存立を損ねる。日本医師会が第二次試案に賛同したことは、現場の医師の反発を生み、日本医師会の動きを制限し、日本医師会の存立そのものを危うくした。

2009 年 10 月：日本医師会を巡る状況

2009 年 8 月 30 日の総選挙による政権交代で、日本医師会の唐澤体制は、政治的影響力を失った。日本医師会の現執行部は、公式には、従来の組織形態を実質的に温存したまま、公益社団法人に移行することを表明している。将来展望を欠く無謀な方針であり、勤務医のみならず開業医の利益も大きく損ねる。無理をして最終段階で移行に失敗すると、2013 年 11 月 30 日をもって、日本医師会が消滅する可能性も否定できない。

2010 年 4 月に従来の方法で選挙される次期日本医師会長が、公益法人制度改革に対応することになる。改革を目指す医師にとって、次期日本医師会長が、新しい医師の公益法人設立に向けて、対峙、交渉、あるいは協力すべき相手となる。

日本医師会三分の計に対し、ある知人が開業医と勤務医の二項対立のような形になるのではないかと危惧を示した。しかし、勤務医は日本医師会と対立しているのであって、開業医とは対立していない。私の提案する新たな公益法人ができれば、開業医と勤務医の対立という日本医師会が示唆してきた発想は雲散霧消する。開業医は自営業者として自らの利益を主張する団体を形成する。これは議会制民主主義では当然のことである。一方で、

勤務医は被雇用者であり、その利益団体は、労働組合的なものになる。しかも、雇用者は開業医ではない。医師の性癖から、勤務医の利益団体はできたとしても、極めて小さなものにとどまる。開業医の団体と勤務医の団体の規模や性格が異なりすぎて、争いの場が成立せず、二項対立にはなりようがない。

勤務医と開業医の対立という発想が消滅するもう一つの理由は、別の中身のある対立が表面化することによる。人間の営みには国際関係のように必ず対立を伴う。学会の指導層と現場の医師、大病院と中小病院、私立病院と公立病院、病院経営者と医師など対立軸の候補は多い。中でも、日本の医療における最も重要な対立軸は、規範を振りかざす厚労省と、実情と科学を根拠にする医師の対立である。日本医師会を大改革することで、この意義深い対立軸を浮き立たせることができる。

日本医師会が公益法人を目指すことを放棄して、一般社団法人を選択する可能性もある。この場合、日本医師会は社会的影響力を失う。開業医、勤務医に限らず改革を目指す医師は、自分たちで新たに公益法人を設立しなければならない。定款の作成、医師の結集の手順など準備しておくべきことは多い。

日本医師会に勤務医が本格的に合流して新たな団体を作った場合、公益法人制度改革三法に従えば、理事は社員（会員）の選挙で選ばれ、代表理事（会長）は理事の互選で選ばれる。勤務医と開業医で役員を分け合うことになる。この段階で方針を巡って争えば組織として活動できなくなる。その前に、議論を尽くして、合意に達しておく必要がある。新医師会が、外部に向かって政治的主張をしないこと、自律と情報集配に徹することさえしっかり押さえておけば、対立は生じない。

新しい公益社団法人への医師の結集が挫折した場合、弁護士会型の強制加入団体を法律で作ることもありうるが、自律という観点からは必ずしも望ましいことではない。ただし、その可能性を排除すべきではない。

歴史

現時点で医療サービスの提供に問題のない国はない。人間が永遠の健康を望むこと、人間の生命に限界があること、現代医療が膨大な金銭的・人的資源を必要とすること、人知に限界があること、そして人間の行動の適切な制御が困難なことによる。

歴史は過去に事実を残しつつ、未来に向かって常に動いていく。時代に生きるものとして、過去の事実を認識して引き受けつつ、将来に向かって多少なりともよい方向に動かす努力を継続したい。

文献

- 1 大井玄：「環境世界と自己の系譜」.みすず書房, 2009.
- 2 General Medical Council <http://www.gmc-uk.org/>
- 3 Editorial: The unspoken issue that haunts the UK general election. Lancet, 365,

1515, 2005.

4 小松秀樹, 井上清成:「院内事故調査委員会」についての論点と考え方. 医学のあゆみ, 230, 313-320, 2009.

5 横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会: 報告書. 平成 11 年 3 月.

6 都立病産院医療事故予防対策推進委員会: 広尾病院の医療事故に関する報告書. 検証と提言. 平成 11 年 8 月.

7 佐藤一樹: 被告人の視点からみた医療司法問題の実際. 診療研究, 447, 5-15, 2009.

8 名古屋大学区医学部附属病院医療事故調査委員会: 医療事故調査報告書. 平成 14 年 10 月 18 日.

9 小松秀樹: 「慈恵医大青戸病院事件 医療の構造と実践的倫理」 日本経済評論社, 2004 年 9 月 5 日.

10 小松秀樹: 「医療崩壊 立ち去り型サボタージュとは何か」 朝日新聞社, 2006 年 5 月 30 日.

11 小松秀樹: 司法と医療 言語論理体系の齟齬. ジュリスト, 1346, 2-6, 2007.12.

12 小松秀樹: 医療事故調 対立の概要と展望. 医学のあゆみ, 226, 630-635, 2008.

13 小松秀樹: 日本医師会の大罪. MRIC by 医療ガバナンス学会 メルマガ臨時 vol. 54, 2007 年 11 月 17 日. <http://medg.jp/mt/2007/11/-vol-54-2.html>

14 今村聡: 小松秀樹医師よ、ともに戦おう. 中央公論, 186-193, 2009 年 1 月号.

15 小松秀樹: 公益法人制度改革がもたらす日本医師会の終焉. 中央公論, 50-59, 2008 年 9 月号.

16 小松秀樹: 医師会、病院団体、各学会の役員は歴史を動かす覚悟を. 日本医師会三分の計. MRIC by 医療ガバナンス学会 メルマガ臨時 vol. 124, 2008 年 9 月 12 日.

<http://medg.jp/mt/2008/09/-vol-124.html>

17 小松秀樹: 医師の適性審査と自律処分制度を導入せよ. 中央公論, 198-205, 2009 年 3 月号.

18 小松秀樹: 「医療再性のための工程表」義解. 月刊/保険診療, 63, 97-103, 2008.

19 小松秀樹: 新型インフルエンザに厚労省がうまく対応できないわけ. MRIC by 医療ガバナンス学会 メルマガ臨時 vol. 129, 2009 年 6 月 5 日.

<http://medg.jp/mt/2009/06/-vol-129.html>