

現場からの医療改革推進協議会 第四回シンポジウム

日時 2009年11月7日(土) 13:00—18:30
8日(日) 13:00—18:30

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。

【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
システム社会連携研究部門
〒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

【発起人】(50音順・敬称略・肩書きは開催当時)

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(帝京大学麻酔科准教授)、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(預金保険機構金融再生部長(財務省より出向))、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)、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)

session

00

挨拶

林 良造(東京大学公共政策大学院教授)……………4

session

01

医療改革の現在

木戸寛孝(医療志民の会共同事務局長)……………6

session

02

医療費

- 1. 亀田隆明(医療法人鉄蕉会理事長)……………12
 - 2. 清郷伸人(転移がん患者・混合診療裁判原告)……………16
 - 3. 松井彰彦(東京大学大学院経済学研究科教授)……………18
 - 4. 松田 学(預金保険機構金融再生部長(財務省より出向))……………21
 - 5. 上 昌広(東京大学医科学研究所特任准教授)……………26
 - 6. 討論……………30
- 亀田隆明、清郷伸人、鈴木 寛(文部科学副大臣)
仙谷由人(内閣府行政刷新担当大臣)、松井彰彦、松田 学

session

03

先端医療・がん難民

釣田義一郎(東京大学医科学研究所附属病院講師)……………46
小野俊介(東京大学薬学系研究科准教授)……………53
片木美穂(卵巣がん体験者の会スマイリー代表)……………59
児玉有子(東京大学医科学研究所特任研究員)……………63

session

04

救急医療

- 1. 鈴井直子(出産育児経験者)……………68
 - 2. 討論……………72
- 有賀 徹(昭和大学救急医学講座教授)、伊藤隼也(医療ジャーナリスト)
海野信也(北里大学産婦人科学講座教授)、黒岩祐治(ジャーナリスト、国際医療福祉大学教授)
酒井大史(都議会民主政策調査会長)、鈴井直子

session

05

医療者教育

- 1. 和田仁孝(早稲田大学法科大学院教授)……………84
 - 2. 嘉山孝正(山形大学医学部長)……………88
 - 3. 土屋了介(国立がんセンター中央病院院長)……………93
 - 4. 津田健司(北海道大学医学部医学科6年)……………96
 - 5. 児玉有子……………100
 - 6. 半田一登(日本理学療法士協会会長)……………102
 - 7. 児玉直樹(高崎健康福祉大学准教授)……………104
 - 8. 討論……………106
- 嘉山孝正、児玉有子、児玉直樹、鈴木 寛、津田健司、土屋了介、半田一登、和田仁孝

session

06

公益法人改革

- 1. 大谷貴子(全国骨髓バンク推進連絡協議会会長)……………114
 - 2. 境田正樹(東京フィールド法律事務所)……………116
 - 3. 小松秀樹(虎の門病院泌尿器科部長)……………118
 - 4. 満岡 渉(諫早医師会理事)……………120
 - 5. 討論……………128
- 大谷貴子、小松秀樹、境田正樹、鈴木 寛、橋本 岳(前衆議院議員)
福田衣里子(衆議院議員)、満岡 渉

session

07

新型インフルエンザ

- 1. 木村盛世(厚生労働医系技官、厚労省検疫官)……………138
- 2. 森兼啓太(山形大学医学部附属病院検査部副部長・准教授)……………143
- 3. 下平滋隆(信州大学医学部附属病院輸血部講師)……………152
- 4. 久住英二(ナビタスクリニック立川院長)……………156
- 5. 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)……………161
- 6. 足立信也(参議院議員、厚生労働大臣政務官)……………167

session

08

閉会の辞

高久史麿(自治医科大学学長)……………174

林 良造

(東京大学公共政策大学院教授)

このシンポジウムも第四回ということで、この会が始まって三年が経つわけですけど、この三年が経った中で先程上さんも仰っていましたが、こぢんまりと始めたところから、様々な現場のいろいろな現象を見て、それが一体どういうことなのかということを話し合いながら、その現象自身を多くの人達が共有し、考えてきました。その中から様々な政策課題を抽出していくという意味で、まさに草の根と言いましょか地に足の着いた、新たな政策や司法の展開の姿ではないかと思っています。

この三年間の間に、関係者の認識や様々な政策課題について進展が見られたわけです。さらに、今回大きく政策決定プロセスも変わりました。そういった意味で、従来ではどうしても限界があったような事象についても、かなり思い切った踏ん切りや判断が出来てくるようになってきたと思います。その間、医師不足の問題や救急医療の問題、あるいは地域医療、ドラッグ・ラグなど様々な問題について提起をされ、申し上げましたように一定の進展がございました。今回、第四回目を迎えて、それが更に大きく一步を踏み出す時期なのかと思っています。

たまたまこの秋に、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツで医療の政策関係者やお医者さん、あるいは製薬、あるいは、医療機器の事業会社の方とお話する機会がございました。そこで見ましたものは、特に医療技術、培養もございすし、再生もございす、あるいはソフトウェア的な発展もございす、様々な技術が医療の治療法を変え、患者の予後を変え、患者のクオリティ・オブ・ライフを変えんという凄まじい現実がございす。それと同時に、医療費という観点から言いますと、医療費が拡大していくと

いう圧力にもなるわけです。その中で、全ての国が三つのジレンマに悩んでいると思います。一つは、いかに早くそういう技術を患者さんの元に届けるのかということ、いかに副作用があるものを極小化するかということ。これが一点目です。二点目は、先程申し上げました医療費の拡大を安易に是正しようといたしますと、全ての必要な人が必要な時にアクセス出来るというアクセスが妨げられ、医療の新たなイノベーションが不必要に押さえられてしまう。従って、アクセスと医療費のコストと医療の質の三つをいかに連立させるのかということが二点目です。三点目は、グローバリゼーションの結果、製品あるいはサービス、お医者さん、患者さん、企業皆が国境を越えて動く。あえて申し上げますと、製品、企業、お医者さん、患者さんにしろ、国を選んでききます。従って、国の制度がどうなっているかによって、その制度が選ばれていきます。そういう関係になります。各国の政府、医療関係者、おのの歴史的な背景をふまえ、いろいろな制度もございす。その中で非常に苦労しながら考えています。日本の制度もある意味で、ようやくそこの問題を考える最小限度のところまで来たのかもしれません。

日本の制度を振り返ってみますと、ご存知のように医療費はG7の中で最も抑制をされています。二番目に、お医者さんの数もG7の中で一番少ないわけです。三番目に、患者さんというのは、G7の各国の中で一番よくお医者さんに通います。四番目に、病院の数はやはりG7の中で二倍から三倍突出して多いです。それから、新しい技術に対する審査承認のプロセスも審査承認の体制の充実も含めて結果として最も遅いです。そういう位置づけにある日本として、どういうこと

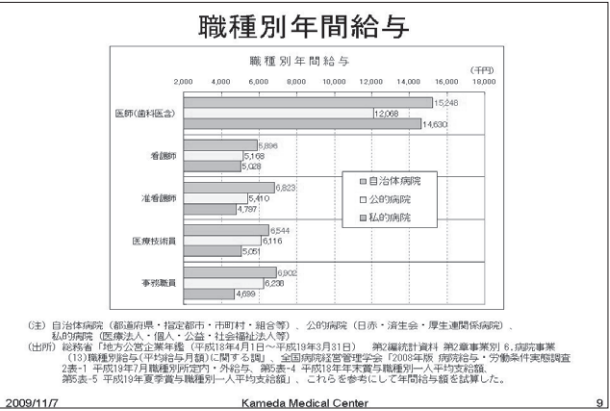
Q&A

質疑応答

会場（渡辺） 慶應で漢方をやっております渡辺と申します。WHO会議で日・中・韓の調整をやってきたのですが、ここで中国が飛び抜けて暴走を始めておりまして、なかなか動きを封じるのが厳しい状況です。今回MRICにも投稿させていただきましたが、インフルエンザの対策に麻黄湯や葛根湯などの漢方薬を使うと、非常に効率よくコントロールが出来ます。SARSが流行った時も中国では伝統医学で対応している事例もあり、日本においても漢方の効能を十分に活かすべきではないかと思います。世界中で伝統医学の声が高まっている中、中国や韓国が一生懸命取り組んでいるにも関わらず、日本だけがしらけています。そうした中で、私はWHOやISOに行って闘う時、後ろ盾が全くない丸裸の王様では非常に辛いので、是非とも皆様方のお力をお借り出来ればと思いますので、何卒よろしくお願いします。

会場（古田） 丸の内朝大学の古田と申します。見ての通り、メタボというか私自身が一番CKDに近いと思っています。シンポジウムに参加させて頂いたことを機に、パネリストである医療従事者の皆様方といろいろと話をしてみると、自分が一番危険な状態だと気付きました（笑）。それならば、早速そのような企画をやってみようということで、丸の内働く病気ではない元気な方々に健康についての啓蒙活動をしていこうということになりました。皆さん、よろしくお願いします。

[図4]



[図4] 職種別年間給与

疎地帯の広い面積で人口は、100万人程度です。左側は過密地帯で、この小さなところで、500万人位の人口がいます。この過疎地帯の広いところに公立病院は黒丸です。公的ではないですから、間違わないように。公立病院が、10何ヶ所あります。銚子は、消えています。なぜかという、閉鎖になったからです。館山も消えています。実は、医師会病院が閉鎖をして我々がやっているからです。少し今は出さない方が良くと思うので消えています。いっぱい黒丸がございます。先程申し上げた救急とかお産とか小児とか、そういう公的な医療をやっているのを、十字で示します。十字の中で順天堂浦安病院、日医千葉北総病院、亀田総合病院は民間です。私立大学も、民間に加えてあります。そうしますと、この中で公的医療をやっているのはどこかと言いますと、何と旭と亀田しかありません。あと、公立病院は実は救急、小児、お産ゼロです。全部でゼロです。ここに、どれだけの我々の税金が投入されているのか。つまり、公立病院が公的不採算医療を担っている、赤字になるという理論は成り立ちません。もちろん、そういう部分もゼロではありませんが、決して、そういうことばかりではないということ は分かると思います。

清郷伸人

(転移がん患者・混合診療裁判原告)

私たち国民の生存や幸福に不可欠の公的医療が、保険診療として国民皆保険という公的保険によって、誰もがいつでもどこでも安価に医療を受けられるということは、わが国が誇る社会保障であります。もう一方には、自由診療という私的医療を受けやすくする民間保険という私的保険があります。この民間保険と国民皆保険には、決定的な違いがあります。国民皆保険がすべての国民を対象に含むということは、重大な疾患を持つ人とか、入院中の人とか、医療費のかさむ高齢者といった社会的弱者すなわち多額の保険給付を必要とする人々も排除しないということです。民間保険では、これらの人々は排除されるか高額な保険料を請求されます。国民皆保険が民間保険では入れない弱者をも包含するからこそ、真の相互扶助制度といわれる所以であります。したがって、国民皆保険によって保険診療を受けるということは、国家の社会保障の根幹をなすものです。社会保障には医療以外にも介護、年金、雇用などがありますが、それらは、すべて戦後憲法で導入された基本的人権という至高の価値に結びついています。とくに医療は、憲法25条に書かれた「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」といういわゆる生存権に直結します。保険診療を受けることは、生存権の保障そのもののなのです。

ところがわが国では、憲法で保障された基本的人権の中でも、最重要な生存権を侵害する政策が、国によって堂々行われているのです。

私が受けていた混合診療をさらに続けるなら、併用する保険診療を含めすべての医療費が全額自己負担になるといわれ、私はそれを断念したのです。すなわち健康保険という公的保険を剥ぎ取るといわ

れたのです。それはとりもなおさず、保険診療という公的医療を取り上げられるということです。

このような社会保障の根幹ともいう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でしょうか。患者を社会保障の外に放り投げるこの政策は、どのような理由から、どのような根拠をもって行われているのでしょうか。それが、私の裁判で問うた問題、基本的人権侵害への疑問であります。平たい言葉でいえば、常識を法律にしたかったのです。

歴史的にみれば、この政策は昭和59年の特定療養費制度から始まりました。日進月歩で進歩する医療の恩恵を保険で受けたい患者のニーズにこたえる苦肉の策として編み出されました。しかし、同時にこの政策によって、保険診療の受給権を否定するという国民皆保険に反する考え方が、導入されたのです。それが混合診療を禁止するという理屈です。実に不思議な考え方です。なぜ進歩する医療は、自費で受け、認められた医療は保険で受けるという当たり前の考え方ができなかったのでしょうか。差額徴収や不当な費用請求という弊害は、目を覆うものがあつたといいますが、それこそ当局が的確な法整備をして、厳格に運用して解決すべき課題であり、いかに弊害を防ぐためとはいえ、国民を公的医療の外に投げ出すことをその手段とする考え方の恐ろしさ、非道さを自覚すべきでした。

混合診療で健康保険受給権を奪う政策の理由として、自由診療を併用すれば、医療の安全性や受療の公平性が損なわれ、国民皆保険制度が壊れるということが挙げられています。私は裁判の場でも反論してきましたし、MRICなど

てどの程度我々の生活を守ってくれるのかというところで、上限を作って例えば年間十万円なら十万円といったところで、それ以上の負担を無くすという保険制度も、検討にあたいするのではないかと考えております。ただ、これだけですといわゆる薬の問題は解決されても、先程見ました仕事を辞めてしまうとかいう問題はなかなか解決されません。やはり、長期的には私自身は経済学研究科で障害と経済を今研究しているのですが、お話を聞くたびに、長期疾病者や障害者の共通した経済問題、社会問題に直面しているということを強く感じます。その際に、やはりこういった方々の経済問題ないしは経済生活をサポートする仕組みを確立していく必要が、あるのではないかと思います。具体例を述べたいところなのですが、7分ということで、また後で機会があれば話させていただくということで、これで終わりたいと思います。

松田 学

(預金保険機構金融再生部長(財務省より出向))

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)。

今、ご紹介ございましたが数年前から先程の亀田先生あるいは上先生、あるいは社会システムデザイナーの横山さん達と医療システムを、どのように再設計するのかという議論に参加させていただいています。私なりの考えを、今日は発表させていただきます。

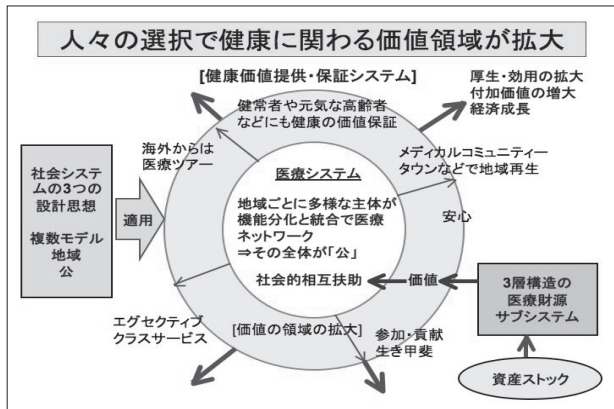
今ご紹介がありましたように、財務省の研究所で医療について自由闊達な議論をする場が設けられ、今、言及させていただいた先生にご参加いただきました。ここでの議論も踏まえた提案を、させていただきたいと思います。先程、亀田先生からも現在の診療報酬は破綻状態にあるとのお話がありました。それでは、財源はどうするのかということをそろそろ設計しないといけない時期にきているのではないかと思います。まだまだ実現には遠いかもしれませんが、こういう発想でそろそろ議論をスタートした方が良いのではないかと思います。で、提案をさせていただきたいと思います。

医療崩壊の問題を見ていくと、それは、結局医療の財源不足問題にほとんどが起因しているように、根本的には思われます。民主党は今回政権を取って、マニフェストで医療費のGDP比を8.1%から8.9%のOECDの平均に上げるということで、医療費抑制政策からの大転換が期待されているところでありますが、問題は医療費を増やすといっても国民負担で増やすのかどうか。それが、本当に可能なのかどうか。そういうところを、一回ちゃんと考えなければいけないのではないかと思います。日本の場合は、よく低福祉低負担か中福祉中負担かと言いますが、どうもこういった選択肢が成り立たないのではないかと思います。他の先進国並みの中福祉をやるのであれば、今のシステムのままであれば高負担が必要です。

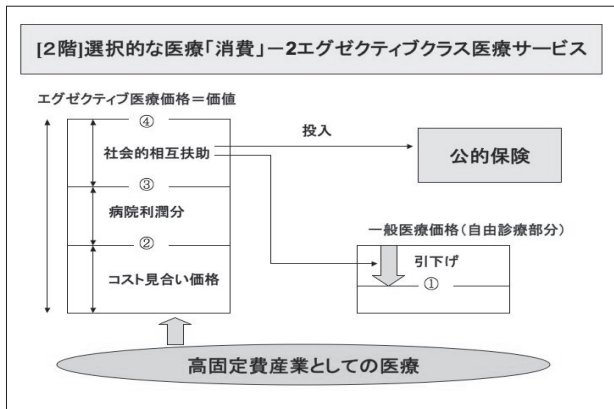
これが日本の制約条件であると。その理由は、少子高齢化の程度が他国より際立ってきついということで、一人あたりの負担がそれでも重くても重い。それから、財政が先進国で最悪であるということで、過去の債務処理でも相当な国民負担がこれから待っているということで、どうもこの医療の世界の方々が期待するほど、これから医療への財政からの財源投入が十分期待出来るのかどうか、それは分からない。

これは、よく言っているプライマリーバランスで、今年度当初予算なのでもっと悪くなっています [図1]。国だけ見ると、13.1兆円の赤字ですけど、そこからさらに、本来の財政再建目標との関係はどうかといえば、現状とのギャップが22.5兆円もあるというのが実態であります。私はよく、この財政にも都合の悪い真実がいくつかあるとおります。みんながなかなか見ない真実なのですが、公債は毎年毎年出していますけど

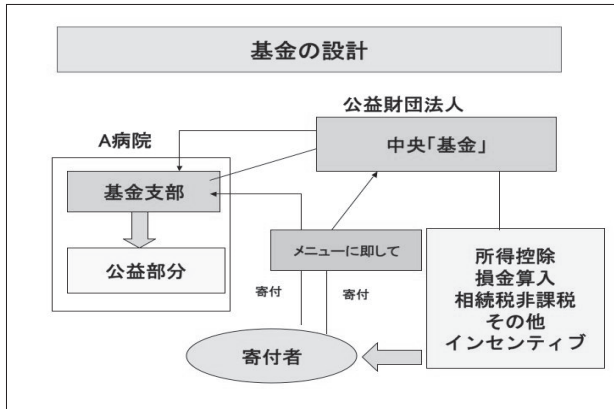
[図6～8]



[図6] 人々の選択で健康に関わる価値領域が拡大



[図7] 2階 選択的な医療「消費」-2エグゼクティブクラス医療サービス



[図8] 基金の設計

かさを活用することで、それが社会的相互扶助に回る仕組みを考えるということです。次の図は、今の3つの社会システムの設計思想を医療システムに適用すると、医療システムが人々の選択によって価値ということを中心に広がっていくということでもあります [図6]。

そこで私は、3層構造の医療財源システムというものを考えています。官民公であります。1階部分は、世界に冠たる国民皆保険制度を守り抜く。2階部分は、いわゆる選択

ですから、少しでもやはり保険で認めてもらえる治療が出てくることを望んでいます。

がんの話と全然違って申し訳ございません。

司会（上） 中島さんありがとうございます。是非、会場の皆さんは CINCA 症候群というものがありまして、本当に小児の難病で、非常に有望そうなお薬があるのですが、コストの問題とどうやって売のかという手続きの問題があります。前者は、多分そんなに高くない。その数十人としたら、数百万とか数千万とか多分高くないです。後者は、医師主導治験という問題でやろうとしています。これが、全くうまくいきません。全くうまくいかない制度で、現場の方も手続き論に忙殺されて、患者を見るよりコンピューターのコピーアンドペーストばかりやっています。

もう一つの問題は、研究費という名前の補助金がありますので、御用学者が出て来ます。診療報酬でやるべきです。是非、この問題と一緒に考えさせていただければと思っております。

最後に釣田先生の師匠の東大の名誉教授で今癌研の名誉医院長の武藤先生がお越しになられていますので、是非お言葉をいただければと思います。

会場（武藤） 僕は、てっきり臨床試験をやっていると思ってそれで聞きに来ただけで、頓挫しているということを知

って大変残念です。結局いろいろところで起こっていることは、ヒューマン・リレーションと言いますかマンツーマンの話でもってうまくいきません。日本のがんの免疫療法のペプチドだけではなくて、免疫細胞療法もありまして、患者さんはその難民になった時の最後の最後に化学療法をやる人から捨てられてしまいます。「あなたの抗癌治療は終わりました。後は緩和に行きなさい。」ということで、死の宣告を受けることになって、その人達が免疫療法に最後の希望を託して来ます。しかし、託してもそれに応えるだけのデータがまだ無いことは確かです。一番のがんは、実は化学療法をやっている人達です。あの人達がやって、それで自分達のレジメが終わっちゃうと「はい終わり。」と宣告をします。がんセンターもそうだし、実はうちの癌研有明病院もそうです。これを何とかしなくてはいけないと思います。土屋先生そうでしょう？ もうちょっと患者の立場に立って考えてくれると良いと思います。大変難しい意見ですが、おたくが一番科学的な根拠のある中村先生が隣についてくれるから、おたくがやらなかったら他はやれないですよ。頑張ってください。剣道の一本勝ちのつもりでね。

司会（上） 武藤先生どうもありがとうございました。釣田先生どうですか？

釣田 貴重なご意見ありがとうございます。

小野俊介

(東京大学薬学系研究科 准教授)

私は薬屋代表です。ですから、嫌になる方はどうぞ嫌いになって下さい。ここにおられる方は、お医者さんや看護師さんばかりです。私は薬屋です。ただ、薬屋をバカにしてはいけません。薬屋が潰れたらこの国は潰れます。皆さんの中で、今日の話の中で上先生がいろいろ提案されています。そこら辺と繋がっていますから、嫌うのは勝手ですが、ちょっと話を聞いて下さい。あと私は、元役人です。ですます嫌われるようです。ただ、私の話は役所に厳しい話で、要は出来ないことを出来ると言い切っているところとか、あるいは我々はこのような施策をしましたと並べ立てます。あれがいかんのです。やれないこと、出来ないことを言わなければいけないと思いませんか？

皆さん。我々自身がずっと騙され続けているわけです。やれないことを言っていたから油断して我々はうろろしているわけですけど、そこに大きな穴がある。これは我々の管轄ではないとスポンとその穴に落とされて、裁判になった時に穴があったことが分かる。これが我々の歴史だと思います。一方で、厚労省の方や役所の方が出来ないということこそ是非言わなければいけないのですが、それを聞く側の問題もあります。そこでいきなり殴り倒したら多分その後絶対に何も言ってくれなくなります。それを我慢してじっくり聞いてその後は訴えを許さなければいけない、一回は。あなた達はそんなことも出来なかったのかと。そして、そこから先のことを自分の頭で考えるということが大事だということを簡単に説明します。

医薬品アクセス論です。ドラッグラグですとかデバイスラグ、がん難民の話の背景にももちろんこれはあります。医薬品や医療機器、医療技術へアクセス出来

ない人がいるという議論の中で、思考停止する線があります。いかにシンポジウムでシンポジストが素晴らしいことを言っても役所の人は簡単にこの線で思考停止する線があって、それがどこかという、薬事法に基づく承認と保険適用の間が全く切れていることは皆さんよくご存知です。きれいに切れています。医薬局と保険局という意味でも切れているわけですけど、これを互いに他者と見なして行動する。敵だったらまだ分かります。敵であるという意味合いで色が出ます。味方だったらそれはそれでありがたい。しかし、これは他者なので口裏合わせをすることもあれば相互依存して共謀することもあります。困ったことがあるとあちらのせいと言います。どちらかという、医薬局の薬屋の方が社会的ステータスが低いですから、お医者さんの側にいろいろなことを押し付けられて医薬局がやらされていると。それで医薬局がマスコミの攻撃の対象になるという構図になっています。薬屋がますます嫌いになってきましたか？ 実際はそのような行動だと思います。保険の側が全く何もしていないに等しい状況です。これは、ハッキリ分かります。お医者さんの側が何もしていません。しかし、厚労省の中で喧嘩していても仕方がないわけで、一体化してやってもらわなければいけません。中で協力して患者さんのために何かやって下さいよということ。例えばですけど、医薬品・医療機器アクセス部・課というものを厚労省の中に置く。内閣府に置く。こういう発想がないと、ここの辺りは絶対に解決しないと思います。

もしれないです。ただそれは、上の方だ
けがやるというのではないです。全員で
やらなくてはいけない。先程の国がやれ
ないところを見て見ぬふりをしてきたの
は我々自身というのがあります。死生観
というのは毎日の話でもあります。難し
い問題であります。

司会（上） 長尾先生どうぞ。

会場（長尾） 開業医の長尾と申します。
本当に楽しい話を聞かせていただきました。

ジェネリックのことでちょっとお聞き
したいです。神事ということでビックリ
したのですが、ジェネリックも神事で行
われているのかということです。それから、
日本は安かろう悪かろうジェネリック。
だけど、アメリカはジェネリック局があ
るので、安かろう良かろうジェネリック
と伺っていますけど、先生のお立場から
今後これは非常に難しい問題だと思いま
すけど、どのようにお考えか教えていた
だきたいと思います。よろしくお願いします。

小野 多分こうやって言うとうそぐ怒ら
れる気がしますが、ジェネリックは珍し
く神事ではないところです。きちんとし
たバックグラウンドの、少なくとも 100 年
位は歴史のあるファーマコカイネティッ
クスだとかいう理論に基づいて、体内動
態が似ていればその位のことは大丈夫で
しょうということに基づいています。そ
れから、変な添加物みたいなものはある
程度の許容範囲で収まるという感覚に基
づいて、似てれば良いですよということ
を科学の枠の中でやっている。それだけ
の話と捉えれば珍しく科学なのです。そ
こに、何か妙なジェネリックは危ないの

ではないかと言っているのはまたちょっ
と別の意味で科学的ではない。私がここ
で申し上げている神事に近いというのは、
まさにわけの分からないこの薬は効く
のかとか、本当にリスクベネフィットは大
丈夫？ 肺がんには効くのは分かるのだけ
どとか、そういう際どいところの話だと
かはこうなっていくんですけど、ジェネ
リックのことに關しては厚労省の言っ
ていることは一理あると。要はどんどん変
えて下さいというのは、その限りにお
いては一理あると思います。ですけど、エ
ビデンスのある話ではなくて、海外で一
報か二報メタアナリシスみたいなものが
あって、大体大丈夫ですよということを
アウトカムのレベルで言っているような
ものはあります。日本では、そういう研
究みたいのものは無いですから、きちん
としたデータを集めていく必要はあると
思います。科学の埋まっていないところ
を埋めていく必要があると思います。

司会（上） 亀田信介先生どうぞ。

会場（亀田信介） 今、PNH の方が薬の
内外価格差が 10 倍というお話があった
のですが、最初の session の医療費とい
うことともすごく関係すると思うのです
けど、やはり財源として付け替えだとか
そういう問題もありますけど、内外価格
差というのは薬あるいは医療診療材料に
ついてやはりもっともっとオープンにし
て、そこからどの位なのか。今こういう
インターナショナルな時代に内外価格差
なんてものが、実際にはあり得ないと思

片木美穂

(卵巣がん体験者の会スマイリー 代表)

今日は、小野先生に負けず毒舌をはきたいと思っていますのでよろしくお願いします。

まず、私なのですが、ちょっと最近勘違いされるのですが、遺族とかではなく患者です。ちょっと患者に見えないので言っておきます。

2004年4月に30歳で卵巣がんになって、2年後に患者会を友人が作ろうとしていたのですが、志半ばで旅立ってしまったために私が代表になりました。そして、抗癌剤ドキシルというものを求めて2007年4月に署名28,603筆提出し、2009年1月に署名154,552筆を提出しました。その間、厚生労働省に約3年間で通った数は多分200日以上は通っているのではないかなと思います。2009年4月にドキシルが適応追加されました。私達が求めているのは、国内でどの疾患にも承認されていない未承認薬ではなくて、国内である疾患には承認されているけど、私達卵巣がんには使えないという適応外の問題です。

卵巣がんなのですが、プラチナ製剤とタキサン製剤の併用療法が標準治療になっています。プラチナに抵抗が出てしまった時の選択肢のドキシルやジェムザール、トポテカンの3つがあるのですが、こちらはNCCNのガイドラインでも卵巣がんのガイドラインにも載っているのですけど全部今年の4月にドキシルが承認されるまで適応外でした【図1】。トポテカンなんかは米国で承認されてからもう13年になっています。この間オクラホマ大学の婦人科腫瘍のナースとお話したのですが、トポテカンがまだ承認されていないと言ったらもの凄いビックリされて日本はおかしいのではないかとハッキリ言われました。おかしいと思います。

承認国なのですが、ドキシルが75

ヶ国、トポテカンが70ヶ国とたくさん承認されていますし、日本でも他のがんなどに承認されています。この適応外が今悲劇を起こしています。実際に私達の患者会であったのですが、患者さんはインターネットなどでジェムザールという薬が卵巣がんにも効くということを知っています。今、外来で点滴を受けることが多いので、患者さんから泣きながら電話が掛かってきます。私にはもう効かないと思えるようなそれこそごまかしの治療を受けているのに、隣のベッドの肺がん患者さんは「ジェムザールか。今日は疲れるな。」と言っています。副作用で少し疲れるらしいです。そうやって文句を言いながらジェムザールを打っています。「あの人ジェムザールが嫌だったらその点滴を抜いて私の腕に刺したらどうですか!!」というようなことを泣きながら掛けてきました。私は「犯罪です。」と答えました。犯罪を起こしたい位患者さんは追い込まれています。隣の国どころか日本に薬があるのに使えないという状態が今起こっています。この患者さんの思いなのですが、ワガママかと言いますと卵巣がんに対するジェムザールの状況ですけど、承認国一覧があって、地図も塗りつぶしてみたのですが、これだけの国が承認しているのに日本では認められていない【図2】。まるで本当に鎖国です。完全なる鎖国になっていると思います。結局患者さんは、治療が無いということで難民になっていきます。何とか効くものがあるのではないかな。一か八かにかけたくになります。最初はエビデンスのある安全なことを求めて治療効果の無い古い薬とか、自費診療とかセカンドオピニ

Q&A 質疑応答

司会（上） 堀さん。何か一言言って下さい。彼女は元 PMDA の審査官です。

会場（堀） 私は今帝京大学の腫瘍内科で勤めている堀と申します。2 年前にまた臨床現場に復帰して、今日も臨床をやっている。なかなか病院を出て来なかったのが今に至ったような本当に現場にいます。2 年前までは PMDA で主に抗癌剤の審査をやっていました。適応外の問題は、本当に小野さんなんかともしょっちゅう話をしているんですけど、ある意味エビデンスと言いますかデータに基づいてちゃんと正しい用法、用量だとか、どういうものを推奨出来るかというのを調べていく審査の部分と、お金でどこまで保険あるいは公的に医療をカバーするのかという今で言うところの保険の問題が何かごちゃごちゃになって議論してきた。今までそれが何となくごまかされてきたことの限界に今来ているのではないかなと思います。先日、私は薬害肝炎の検証の委員会に入っていることもあって、私がいろいろ発言しているのをネット上で見た医師会の先生達が大阪の先生達だったのですが、呼んでくださって実際に医師会の方からもその場では適応外使用の薬事の話と保険の話のごまかしというのが、やはりもう限界だと医師会の先生達からも言われて、いろいろ組織で見えちゃうと分からないけど、いろいろと問題意識は皆出ているのだなと強く感じることもあります。ここでもう一歩おし進んでどこまで日本が公的に医療をカバーしていく

のかというところを、今後やはり議論していかないといけないと思います。

司会（上） 堀先生どうもありがとうございます。適応外処方と保険の問題は確かに同じ問題ですね。片木さん何か堀さんに対してありますか？

片木 堀先生とがちで話したので、もう無いと言えば無いです。堀先生とも実はメールでやりとりした時に話は出たんですけど、関わる人間は喧嘩しても良いから一回集まって真面目に話をしないとどうダメな時が来ているのではないかと。本音をぶつけ合って、ぐちゃぐちゃに一回してからやらないとダメで、是非そこに長妻大臣に来て欲しいなと思います。

司会（上） 確かに、昨日の参議院の予算委員会でこの問題は、適応外処方の件を舐添議員が質問して舛添さんはこのように言いました。「診療報酬で対応できないか？」極めて正解なんですけど、多分長妻大臣は分からなくて当然ですけど、役人もちゃんと答えを付けてあげれば良いのにあれには何も回答しませんでした。この問題は、先程の診療報酬の問題ということですね。そういう議論をこれからしていけば良いかなと思っています。是非、片木さんは絶大な発信力がありますので今日ご来場のメディアの方々はこの問題を語る語り部として是非よろしく願いいたします。

児玉有子

(東京大学医科学研究所特任研究員)

私は看護職でデバイスラグのことを話しますが、そのきっかけになったのはこの夏にかっこいい先生と出会ったからです。私は在宅緩和ケアの研究をしているのですが、どうしても薬だけでは消えない痛みがあるということが問題になっていて、アメリカではどうしているのだろうと思ったら、体内にポンプを埋め込んで疼痛ケアをするということをしていました。そして、彼がリーダー的な先生です。この器械はアメリカでは18年前から使っていて、日本でも別の疾患に使うことで承認が取れています。その時にお話にあったように、疼痛管理に使うことが出来なくて適応外使用で、さらに中に入れる薬も、モルヒネという普通の疼痛緩和で用いられる薬なのですが、髄腔内に入れることに対する承認が取れていないことから、まだまだ日本では導入されていない医療機器です。これについて、アメリカではもう18年前から患者さんに使っているのに日本では承認に向けた治験の話すら出ていないという状況です。

なぜ、このデバイスラグとかデバイスギャップというのが生まれるのだろうと思って、これまでもいろいろ言われていますが、私ももう一回調べてみました。問題がいくつかあるということで、現場からの医療改革推進協議会でも、第2回目と第3回目でこのデバイスギャップとデバイスラグの話がされているのですが、いっこうに話が進んでいない状況です。これは、多分患者さんに伝わる言葉で喋られていないからだろうと思って看護師の私が出てきました。

日本の制度の問題の一つが、機能区分という制度で価格設定がされていることです。患者さんも多分御存知ではないと思うのですが、どの器械、どの材料もA社B社も同じ値段です。だから、車で言

いましたらトヨタもホンダも同じ値段で売られている状況が医療機関にはあります。使用目的や一般名が「車」という名前で一緒だったら同じ値段、という価格設定がされています。

それで、いろいろあるのですがベースメーカーのシングルチャンバ1型に分類されるものは、全部99万1千円ですよというのが2年に1回の診療報酬改定の時に、厚生労働大臣から決められて値段が出て、何社であろうがこの価格で保険で税金が請求されています。

一方、それを薬で見るとどうなのかというと、いろいろ価格設定の問題があるのですが、各メーカーそれぞれに薬が出ていて、それぞれの状態でそれぞれの値段がついています。これが、医療機器、医療材料と薬の価格設定の大きな違いです。

そうすると、開発が進んでも同じ区分に入れられてしまいます。最新ののものも10年前のものも、同じ価格設定になってしまうので、お尻をきれいにするというウォシュレットとトイレトペーパーが同じ値段で売られているような価格設定がある。そんなところに、一体誰が新しい機械を作ってくれてくれるのだろうと。そういう制度で動いているからこそ入っていくにくい制度があるということです。

もう一つこの日本のデバイスラグとデバイスギャップを助長する日本の制度には、改訂ごとに安くなるということがありません。確かに最新のものと10年前のものが同じ値段で使えれば、私達は少し嬉しい気もしますが、そういうところに次の新しいものを誰も入れてくれないです。次の

バリゼーションの中で製品が動きますし、企業が動きますし、そしてドクターが動く。そして、患者さんが一番動けません。したがって、その中で一番動けないところが一番被害を被る。一番動けるところがしたがって一番良い選択をするという非常にシンプルなことです。そういうことを前提に、いかに制度全体を合理的なものにして、そして、エイヤで決めるというバカなことをしないで、きちんとしたエビデンスに基づいてそれを精査して、それで予見可能性が出来ます。それは僕達が出来ることです。せめてそれをやってみたらどうかという気がします。

司会（上） どうもありがとうございます。

会場（鈴木） メディカルインサイトの鈴木と申します。ついこの間まで、癌性疼痛治療薬のマーケティング責任者をしておりまして、癌性疼痛につきましては、随分勉強させていただきましたので、一言申し上げたいと思います。児玉先生が仰ったように、確かにハードのギャップというのは、かなりあると思っています。癌性疼痛に関しましては、やはりソフト面でのギャップが大きいなと思っています。すなわちということかと言いますと、患者さんの癌の痛みについて、医療者側が実はまともに拾い上げきれていない現状がかなりあるかと思っています。実際、去年か一昨年に患者さんの調査の結果、6割位の患者さんは実は癌の痛みを我慢していて、医師に告げられないでいたという経験があります。その背景には、多分患者さんにとっては、非常に認めにくい痛みがあるということです。再発したり進行したりする恐れがあるのか、やはり自分自身なかなか認められなかったり、

あとは先生とコミュニケーションし辛かったりということがあって思っています。これを解決するには二つあると思います。一つは、癌診療の現場にいらっしゃる治療医の先生は非常にやはり忙しいので、先生達だけではなくて、それこそ児玉先生のような看護師さんのような方々が、チームとしてそういう痛みをきちんと拾い上げるシステムを作っていくということが一つです。それから、もう一つはコミュニケーションです。患者さんと医療者との間のコミュニケーションを、きちんとやるということに対して、先程医療費のお話がありましたけど、そういった手間の掛かるお話に対して、どうやって保険診療は評価をしていくのかという、二つの面で改善していかないとなかなか改善していかない問題ではないかなと思っています。

司会（上） 亀田先生どうぞ。

会場（亀田） 一つ、先程から出てくるハーモナイゼーションについてですが、鎖国を解くということで、是非今回の政権になって今までの鎖国状態は解くべきだと思います。一つ今のお話に関連しまして、我々 JCI というものを先程ご紹介いただきましたように取得しました。鎖国を解くという意味で、実はトライしたというのが実態です。その時に、面白い話で一番チェック項目で我々がギャップを感じたと言いますか、一番指摘をされたのは実は痛みです。日本人は、疼痛に対して非常に我慢をする美德があります。ですから、JCI のチェック項目では、全患者さんに対して痛みの評価をしていないとバツです。全入院患者です。ゼロであっても、5点満点で評価します。うちはそれを始めていますが、私自身ものすごく

痛がりなものですから、ちょっとでも痛いです。歯を抜くにも麻酔をします。麻薬を使うと、あたかも麻薬患者になるのではないかというトンでもない迷信が日本にはあります。麻薬の使用量が、先進国に比べると10分の1という信じられない状況になっています。この痛みの問題というのは、文化の問題があって患者さんの頭を切り替えてもらうのが一番。医師の頭を切り替えるのが二番だと僕は思います。

様、それを試して 使えるようにしている皆様、未熟児用のミルクを開発していただいた皆様、未熟児用の保育器や監視機器を開発していただいた皆様、小さなオムツを作っていただいた皆様、ありがとうございました。

私は経営学部出身ですが、企業は決してお金儲けだけをしているのではなく、社会貢献をしているということを知りました。皆様の善意によって私達は苦しい時を助けていただきました。今の時代だからこそ、日本だからこそ、助けられた命だと日々感謝しております。

周産期医療、救急医療では、未知のリスク、将来の副作用を恐れていては、リターンを得ることができません。この先、どのような未来が待ち受けていようとも、母となる喜びは何物にも代え難い喜びです。

この、素晴らしい、日本の周産期医療を次世代へ。どうかよろしく願い申し上げます。がんばる人、努力する人、リスクを負う人が第一に報われる社会でありますように、心より願っております。ご清聴いただき、ありがとうございました。

実は医療の一番入り口になっている部分もあるかもしれない。こういう薬剤師がそれだけの力を持って現場で最初のトリアージをやることも、実はあるのではないかと考えています。実は、6年制になって薬学部の希望者がどんどん減っている現状があります。逆に、彼らのモチベーションを高めるためにも、そういう役割を担わせていくということも一つのアイデアではないかなと思っています。

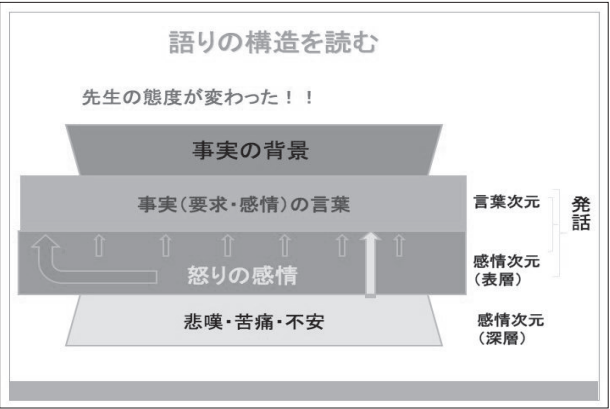
それとともに、去年確かここで議論したと思うのですが、救急救命士です。これは、消防で働かないとその資格が活かせないという状況になっております。救急救命士として働いていない民間の救急救命士が2万人以上います。この人達はあまりにももったないです。国家資格を持っているわけですから。この人達を、いかに救急医療の体制の中に組み込んでいくのかという議論も是非していきたいなと思っている次第であります。

今日一日ずっと議論を聞いていて、医療の問題で今日薬の話でもこんなこともあるのかとすごく勉強になった話がありました。それは、私は今そういうことを実行していくある意味チャンスだと思っています。それは、政権が大きく変わりました。民主党政権になってチェンジしました。チェンジと言いますと今まで出来なかったいろいろなことを一気にやるチャンスです。是非民主党は頑張ってくださいです。だから、地域主権と言っているわけです。地域主権の医療とはどういうことなのか。これをしっかり出して欲

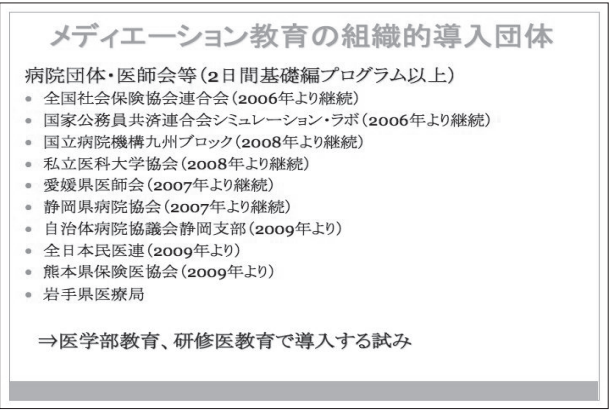
しい。さっきの薬の問題なんかでも、国で認めてくれと言ってもどれだけ時間が掛かるのか。言ったらば、例えばこういうものは地域主権の中で、うちの地域だけは住民とともに一生懸命議論して、ここだけでもやってみようじゃないかということ、合意したらやっていけるという例えば特区を使ってどんどんやっていくとか、そういう形で全部霞ヶ関から決めて行くというやり方を変えるということ、民主党が言っているのであれば、そういうことを是非形として見せて欲しいなと思っている次第であります。

ご清聴どうもありがとうございました。

[図3～4]



[図3] 語りの構造を読む



[図4] メディエーション教育の組織的導入団体

置の人を組み入れていく [図2]。この人はこの人達の対話の状況を眺めながら今のような認知のギャップが起こっているのではないかという気付きのセンスを、ここでは第三者なので持てます。その人が、いろいろ支援しながらこの対話をより深い情報共有にお互いが相手の深い捉え方に気付きを生んでいく。そういうモデルです。これをずっと教育しているわけです。考えてみれば医療者が、自分の頭の中にこのメディエーター的な発想とか考え方、そういう分析の能力を身につけたとすれば、一対一で話している場面でも自分でこのメディエーターの視点を持って、いわば擬似的に対話をここでより良い形の情報共有を進めるということが可能になると思います。従

土屋了介

(国立がんセンター中央病院院長)

私は今日、内閣府規制改革会議専門委員、厚生労働科学特別研究事業研究班班長、厚生労働省国立がんセンター中央病院病院長の三つの立場の中の前二者の立場でお話したいと思います。私共のがんセンターでも毎年レジデント30人、シニアレジデント20人と50人ずつ新しく迎えております。それは今日さておいてということで、いわゆる卒業した後の卒後研修という観点から専門教育を中心にお話しいたします。

一般の方は、高校を出て大学4年出て社会人になります〔図1〕。それで、社内教育をされて一人前になります。そうすることで、医師の場合には医学部が6年、その後で昔は登録医といった制度が2年間、それから後期研修が各大学バラバラ、それから専門医という立場になってやってきています。ほとんどが大学で教育を受けていますから、それぞれかなり狭い

専門医という形でした。これが平成16年に臨床研修制度という義務化をされました。ということで、後期研修は相変わらず大学任せということになります。また、これに変わってアメリカ的に一般の大学を出てから、メディカルスクール4年間でいわゆる後期研修を専門医として行う教育があります。この真ん中の二本のグラフの後期研修、登録医、臨床研修は、実は、ほとんどの医師が非常勤医として正規の給料を貰っていない事実が意外と伝わっていない。ですから、文科省でいろいろなプログラムを組んで何の専門医、あるいは専門看護師として大学院で教育をしようとしています。いわば、卒業したらまた学生として扱って授業料を取る。給料は払わない。しかし、一般の社会を考えると、一人前になるのに正規の給料を払って社内で教育をしてやっている。そのところをやはり認識をしないと良

〔図1〕

	社会人 社内教育	専門医	専門医 家庭医	専門医 家庭医
	大学	大学 医学部	大学 医学部	医学校 Medical School
	高校	高校	高校	高校

〔図1〕卒業後の教育

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。

