

現場からの医療改革推進協議会

第五回シンポジウム

2010年11月13日(土)13:00—18:00・14日(日)12:30—18:00

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.05 2010

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。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。04年UCサンディエゴ大学フェロー、ハーバード大学ケネディスクールフェローなどを経て05年4月から現職。

高久史磨

(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

1) 協議会も第5回を迎える。この場での議論をきっかけに社会の関心も高まり、さまざまな改革につながったケースも多く出てきている。他方、この問題の根本的解決には道半ばとの感も強い。この機会に提起された問題を、骨格的体系の中に位置づけてみたい。

2) 過去多大の成果を上げた日本の医療が、医療現場の荒廃と Drug Lag、Device Gap 等急速に劣化した背景には、医療関連の技術の大幅な革新と、Globalizationの進展がある。

3) すなわち、急速に進んだ低侵襲性の新たな技術・新たな医薬は、治療法を変え、患者の予後・QOLを大きく変えた。これは、人類にとって大きな利益と同時にリスクと費用の増大も意味し、各国政府は、ふたつの大きな政策課題に直面するようになった。

4) 第一は、医療現場での早期活用と副作用の防止の両立である。この二つの目標は相反するものではなく、その本質は、審査承認制度をどの様に設計し、運用することによって社会の便益を極大化できるかという問題である。しかし、その具体的設計については各国毎に異なっており、その洗練を競っている。遅れていた日本も一定の改善を行っているが、まだ、他の主要先進国と並ぶレベルには達していない。

5) 第二は、高齢化が進む中で、技術開発の促進、新技術の利用の拡大と同時に医療費の膨張の抑制が強く求められるようになったことである。この点については、「公的負担とそれに伴う価格規制」と「私的負担と市場価格を基本とするやり方」に大き

く2分される。日本は前者に属するが、その運用に当たり総医療費の抑制と静的な利害調整に引きずられるあまり、国民経済的な価値の適正な評価や動的な価格のシグナル効果が軽視されてきていた。このような政策に対し、企業も、医師も、場合によっては患者も制度環境を選び、活動場所を選択するようになってきており、これが Drug Lag、Device Gap や医療資源の偏在を大きくしている。

6) このほかに、医師などの人数や配置、病院の設置などの規制、医療事故被害の責任・負担を決める法的枠組みなどがさまざまな主体の行動に影響を与えている。これらが、全体として「よりよい医療をより効率的に」提供する方向に誘導するようになっていない。たとえば、公立病院は交付税によって赤字をまかなえるため首長が過剰に造ることとなりやすく、他方医師数は医療費削減のために抑制されていたことから、その間のアンバランスを招き医師不足、患者の分散による医師の専門性の不足、治療の困難性、流通コストの増大などを招いている。さらに、医療事故について、医師や審査官に対し刑事責任の追及が行われることが、関係者を萎縮させ、医療の提供そのものを危うくしている。

7) 現在、これらすべての面で世界各国は工夫を競っている。この場での議論が、よりよい医療に向かって統合的なインセンティブを生み出すような制度の基本的な改革の加速につながることを期待している。

session 01

医療改革の現在

周産期医療の崩壊をくい止める会 佐藤章代表 追悼

海野信也

(北里大学産婦人科学講座教授)

(うんの・のぶや) 北里大学産婦人科学講座教授。神奈川県寄附講座「地域周産期・救急医療連携教育」特任教授(兼務)・北里大学病院副院長。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(現在は医療改革委員会)委員長。Twitterやweb上でも周産期医療に関して将来像をみすえ活発に情報提供を行っている。

鈴木直子

(超低体重児出産育児経験者)

(すずい・なおこ) 超低体重児出産育児経験者。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。

小野俊介

(東京大学大学院薬学系研究科准教授)

(おの・しゅんすけ) 東京大学大学院薬学系研究科准教授。1989年厚生省入省。1997年医薬品医療機器審査センター。2002年金沢大学薬学部。2005年医薬品医療機器総合機構。2006年東京大学大学院薬学系研究科医薬品評価科学講座。専門分野：医薬品規制論、医療経済学。

佐藤章 福島医大名誉教授を悼む

周産期医療の崩壊をくい止める会 事務局 上 昌広

2010年6月28日、福島県立医科大学の佐藤章名誉教授(産婦人科)が亡くなりました。享年66歳でした。

7月4日に福島市内で告別式が行われました。晴れているのに、大粒の雨が降る不思議な天気でした。佐藤教授の葬儀に全国から集まった方々と、葬儀場に到着すると入りきれないほどの参列者がいました。

佐藤教授の後任である藤森教授は、教生子77人を代表して、佐藤教授への思いを述べました。産科医療と研究の業績に加え、野球と酒を愛した佐藤教授が、医局員に対し家族のように接していたエピソードが紹介されました。話が進むにつれ、藤森教授も感極まったのか涙声となり、多くの参列者ももらい泣きました。

逮捕された加藤彦彦医師は佐藤教授の教え子です。この事件は医療界に衝撃を与えました。しかし、医療界の反応はイマイチでした。このような状況の中、佐藤教授が立ち上がり、2006年3月、「周産期医療の崩壊をくい止める会」を立ち上げました。海野信也 北里大学産婦人科教授、鈴木真 亀田総合病院産科部長たちとともに、私も事務局を手伝いました。

加藤医師支援活動は急速に広がり、わずか1週間程度で6520人の署名が集まりました。3月17日には川崎二郎厚労大臣(当時)に面談し、署名を手渡すと同時に、衆議院会館で記者会見を行いました。佐藤教授が逮捕の問題点を、海野教授が産科崩壊の実情を訴えました。記者の多くは、事態の深刻さを改めて認識したようで、新聞の論調は「医療ミス」から「産科医療崩壊」や「お産難民」に変わりました。

2007年1月に公判が始まってからは、佐藤教授は福島地裁に欠かさず足を運び、朝から傍聴の列に並びました。専門家として裁判のやりとりを検証し、周産期医療の崩

壊をくい止める会のホームページで公開しました。

国民の関心も高まりました。2008年8月20日、加藤医師に無罪判決がくだった際には、テレビのテロップで速報が流れました。一連の報道を通じ、裁判の情報公開が進み、問題点が正確に認識されるようになっていきました。

判決後、8月28日、周産期医療の崩壊をくい止める会は控訴取りやめを求めて、6873名の署名と意見書を法務大臣、最高検察庁・検事総長らに送付しました。8月29日、福島地検は控訴断念を発表し、無罪が確定しました。

【妊産婦死亡の遺族を支援する募金活動】

佐藤教授の本領発揮は、これからです。「周産期医療の崩壊をくい止める会の活動を、これで終わらせてはご遺族も救われない」と言って、妊産婦死亡の遺族を支援する募金活動を立ち上げました。以下は佐藤教授の言葉です。

「医療には限界があるという現実と、我々だってご遺族に寄り添いたいんだという気持ちをもって分かってもらうにはどうしたらよいだろうと考えた時、百万言を費やすより行動で示すべきだと思っていました。ただ、そうは言っても刑事裁判が続いている間は迂闊な行動もできないわけで、幸い一審だけで決着がついたので、今回の活動を始めることにしました。医師が一生懸命ミス無く医療を行っても、助けられない現実がある。それを医師にミスがあったかどうか、という次元に留まっていたら、第二第三の大野病院事件が必ず発生してしまいます。ですから、私はこの周産期医療の崩壊をくい止める会では、その先の次元に進むことができるような活動をしたかったのです」

2010年10月現在、既に数組の遺族に募

金が手渡されました。ご遺族との関係も良好なようです。

【叶わなかった現場復帰の夢】

2009年になって、佐藤教授の癌が判明しました。24年間勤め上げた福島県立医大を退官し、大野病院事件裁判も一段落した

ため、一産科医としてお産の現場で働くことを楽しみにしていた矢先だったようです。それから1年あまりの闘病ののち亡くなりました。最期まで産科医療の行く末を案じていたと言います。

大野病院事件裁判、それをきっかけとした産科医療崩壊が、佐藤教授に多大なスト

レスをかけたことは想像に難くありません。もし、佐藤教授がいなければ、かつて米国が経験したように、我が国の産科医療は完全に崩壊していたことでしょう。佐藤教授の献身的な振る舞いに感謝するとともに、ご冥福を祈りたいと思います。

周産期医療のこの1年

海野信也

医療崩壊状況への対策としての医療改革が、様々なレベルで展開されつつある。周産期医療分野は、医療全体の中でも先端的な対応が行われたのがこの1年だったと言えるだろう。以下、現在展開中の状況を列挙する。

- 1) 厚労省周産期医療体制整備指針の改定→都道府県における周産期医療体制整備計画の改定作業中
- 2) NICU増床政策が、厚労省と文科省で別々に進行

- 3) 母体救命救急体制・広域搬送体制整備（東京都のスーパー周産期センターシステムの稼働）
- 4) 母体搬送コーディネータ制度の拡大（東京都等）
- 5) 平成21年度産科医等確保支援事業等による分娩手当の支給、産婦人科後期研修医への研修奨励金制度の開始。平成22年度新生児科にも拡大
- 6) 産婦人科新規専攻医の増加傾向が定着
- 7) 妊婦健診への補助金の大幅増額→すべ

ての産科施設での事務負担増・支払い遅延の発生

- 8) 出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度の導入→すべての産科施設での事務負担増・支払い遅延の発生→制度見直し中
- 9) 産科医療保障制度の本格的運用開始→原因分析のあり方の問題、剰余金問題の発生

佐藤章先生に誓う言葉

鈴井直子

8年前、私は予期せぬ緊急帝王切開手術を受け、小さく産まれた我が子を全力で育ててきました。そこでまのあたりにした周産期医療の現状に衝撃を受け、できることはないかと考えました。

実際の行動に移すきっかけは福島県立大野病院事件でした。テレビ画面に映し出された加藤克彦先生の姿を見た時、何かをせずにはいられませんでした。当初、報道は加藤先生に不利な内容ばかりだったからです。「医療ミス」という言葉、医師への批判、辛辣なコメンテーターの意見…。裁判の行方を決めるとしたら、世論しかないと考えました。医療関係者以外の一般市民の力が必要だと思いました。朝日新聞が意見を募集していることを知り、夫にも協力しても

らい書いたものを送りました。夫は佐藤先生にもお送りするよう私の背中を押しました。それが小さな奇跡を呼びました。募金活動をはじめ、このような活動に参加させていただききっかけとなったのです。

私はこれまでの経験から、医療者と市民のすれ違いがどこから生じ、深い溝となるのか知っています。募金活動の精神を広く理解していただくことは、医療界だけでなく、社会にとっても、大きな意味を持つと考えてきました。そのような思いから、私は自分の経験と募金活動を様々な立場の方に紹介してきました。今年2月、一つの転機が訪れました。父の友人が、電気新聞という業界紙に「周産期医療に関心を持とう」というコラムを書いて下さったのです。周

産期医療の現状は、ご自分の経験からも、決して人ごとではないと関心をお持ちになったそうです。6月には、日本経済新聞が「お産の悲劇に寄り添う」という記事で募金活動を取り上げて下さいました。少しずつ広がりをみせています。

私の活動の原点は佐藤章先生が加藤先生を支える姿です。一生懸命正しいことをやってきた人を支える姿です。私は佐藤先生に直接教えを受けたことはありませんが、その姿は胸に刻み込まれています。何を変えて、何を変えてはならないかを教えて下さいました。私はこの活動に込めた先生のお気持ちを忘れずに、小さな力ですがお手伝いしていくことを誓います。

「れぎゅらとりいさいえんす」とともに日本沈没は続く

小野俊介

なんという偶然か、「れぎゅらとりいさいえんす」とレギュラトリーサイエンスは、日本語での発音が同じである。しかし、その違いを理解できぬ人々が蔓延し続けているという事実と、日本の医薬品産業・研究開発が地盤沈下し続けているという事実が共に観察されているのは偶然ではない。

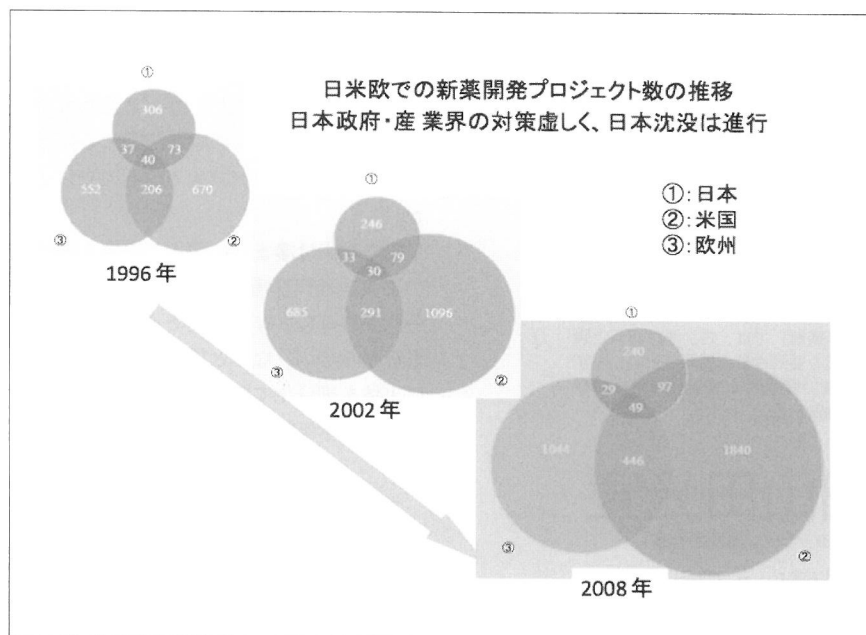
適応外使用されている抗がん剤等の使用を当面保険で認める方針や、学会や患者の要望を踏まえて製薬企業に未承認薬の開発を依頼する動きは、むしろ患者にとっては喜ばしいことだが、いずれも見えている天井の穴をふさぐだけの泥縄式の雨漏り対策だ。ドラッグラグと言われる現象の本質である新薬の研究開発の日本離れは着々と進行している(図)。これまでの政策(国内供給側の補助金等の対策と需要側への無策)は失敗しているのだが、誰も反省の弁を語らない。水に流す文化は実に素晴らしい。

日本離れはおそらく加速する。製薬企業は、泥縄式の対応を好む政府の存在を前提にこれからのビジネス展開を考えるからだ。

「ドーンと売れる大型新薬は『ドラッグラグが生じぬよう国際共同開発します』とPMDAに宣言すれば、金がかかる日本人向けの薬の最適化(用法・用量の設定等)抜きで承認してくれる。ろくに売れない新

薬は、放っておけばそのうちに『苦しゅうない。既存のエビデンスで承認してつかわすぞ』と厚労省の方からすり寄ってくる」のだからグローバル企業は安心して中国とインドでの開発に専心できる。日本の開発部門が廃止されるのも時間の問題だ。意味もわからずに叫んでいた「治験の空洞化」がやっと実現しそうだ。

足りない知恵をフル稼働して、(a)現在・将来の日本の患者をどう救うか、(b)新薬研究開発で日本人・日本資本の貢献をどう高めるか、という二つの超難問に取り組まねばならない。(a)と(b)の関係を意識すらしない「れぎゅらとりいさいえんす」などにうつつを抜かしている場合ではない。



日米欧での新薬開発プロジェクト数の推移 日本政府・産業界の対策虚しく、日本沈没は進行

session 02

医療とデザイン／アート

小林一彦

(JR東京総合病院 通院治療センター長)

(こばやし・かずひこ) JR東京総合病院 通院治療センター長。JR東京総合病院血液内科医長。聖路加国際病院で研修、久留米大学大学院で腫瘍免疫学を専攻。国立がんセンター中央病院レジデントを経て04年より現職。05年放映のNHK「シリーズ 日本のがん医療を問う」に対する臨床医の意見を集約し、「患者とともに納得の医療を目指す臨床医の会」(臨床医ネット)を設立。

広瀬麻美

(展示会企画者)

(ひろせ・まみ) 展示会企画者。森美術館シニアコンサルタント、(株)浅野研究所代表取締役。森美術館をはじめ日本内外の美術館での展覧会企画を行う。2009年開催の「医学と芸術展」(森美術館)では、古い医療資料と現代美術を並列させた展示を行い、医学と芸術の関連性を検証。34万人の観客を動員した。

細山田光宣

(細山田デザイン事務所社長)

(ほそやまだ・みつのぶ) 細山田デザイン事務所社長。1991年、株式会社細山田デザイン事務所設立。(株)マガジンハウス『BRUTUS』誌のデザイナーを経て、『relax』誌、『ウフ』誌、『BOAO』誌(以上(株)マガジンハウス)、『seven』誌／(株)朝日新聞社、『ロハス・メディカル』誌など多数の創刊にアートディレクターとして関わる。その他、『POPEYE』誌、『web creators』誌、『山と溪谷』誌、『ESSE』誌をはじめ、雑誌のリニューアルも多数。雑誌、書籍など紙媒体中心にアートディレクション、デザインを手がける。医療関係では『看護展望』誌のリニューアルや、多数の病院のパンフレットも作成。

医療とデザイン／アート

小林一彦

“古代から存在していた各地の伝統的な医療には、其々に人間と世界に対するヴィジョンが存在しており、その点では、医学は各世界観の上に構築されている、といっても過言でないだろう。当然、その世界観が、それぞれの文明の芸術表現にも顕現し、その結果、医学と芸術は根底でつながっている(南條史生、科学と芸術が出会う場としての身体、医学と芸術p10-11、一部略してあります)”

『問いをたてることができれば、その問題は解決されたも同然だ』、などと言われます。でも我々は、診察室の中で直面する様々な軋轢をうまく言語化できているのでしょうか。

医学技術は凄まじい速さで進展を続けています。現代医療は、まず解剖=人体の細分化からはじまり、巷間で『ヒトは分けても分からない』などと言われながらも、更に人体を細分化する方向に進み、ついにはゲノム科学を臨床応用する時期に入りました。

一方で、ヒトを地球／環境の一部と捉え、その延長線上での全人的医療を求める声も上がるようになりました。極端な例では、自然こそが善、人工物は悪、との信念から新生児ヘビタミンK投与や小児へのワクチン接種を拒否するなどの事例が報道されています。

ともすれば対立しがちなこの両者には、人体に対する世界観の違いが根底にある、といえは言いすぎでしょうか。そして、その違いはますます広がりつつある、と。どうやら二つの世界観をブリッジする必要があります。

本セッションでは、お二人の演者をお招きしました。言語化出来ない世界観の違いを、デザインが、アートが、如何に繋いでゆくのか“はじめの一步”の事例をご紹介します。

広瀬氏は森美術館“医学と芸術展”を企画され、医療に関する芸術作品を経時代的に展示し、医療機器が内包するアートを顕在化してみせ、通底する世界観の移り変わりを顕現して各方面から称賛を集めておられます。

細山田氏は、言わずと知れた“医師と患者をつなぐ:ロハスメディカル誌”のデザインを担当しておられます。圧倒的な情報格差がある両者の間を如何に繋ぐのか、日々情熱的なお仕事にて、絶妙なデザインでロハスメディカル誌を支えておられます。

本シンポジウムにとっては、一風変わったセッションになります。どうぞ、肩の力を抜いて、右脳で楽しんで下さい。

会場からの活発な議論を期待しております。

医療とアート

広瀬麻美

2009年11月28日から2010年2月28日にかけて、六本木ヒルズ53階にある森美術館において“医学と芸術展：生命と愛の未来を探る”が開催されました。

この展覧会は、科学（医学）と芸術という一見相反するエリアが出会い、そして発展していく場所としての身体をテーマに、医学・薬学の研究に対し世界最大の助成を行っているウエルカム財団（英国）の協力を得て共同企画されたものです。中世からの解剖図や実際に使用された各国の医療器具など貴重な医学資料に現代美術や日本の

古美術作品を加え、医学と芸術、科学と美を総合的なヴィジョンの中で捉えたものです。本展は医学が人々の健康とより幸福な生活のために果たしてきた役割、また人間の生と、たとえ医学がどれだけ発展しても避けて通ることのできない死の意味を問い直そうという意図で企画されました。

科学と芸術の統合を体現する業績を残した象徴的なクリエイター、レオナルド・ダ・ヴィンチ作の解剖図3点も英国ロイヤルコレクション（エリザベス女王陛下所蔵）より借用。ダ・ヴィンチ作品の出品と

ともに、従来博物館で展示されてきた古い医学資料を森美術館ならではの視点で再構築し、現代美術と並列した展示が話題となり、93日間の会期中、約34万人の来場者がありました。またパブリシティーも約800件、雑誌新聞テレビ等で取り上げられるなど各方面で話題となりました。

本シンポジウムでは、どのような展示が実際に行われたのかを展示風景や出品作の写真で紹介し、観客やマスコミの反応も伝えたいと思います。

医療とデザイン

細山田光宣

わたしたちの生活のなかで、『デザイン』されていないものはひとつもない。デザイナーなどのビジュアルにかかわっている人たちが、積極的に関わった制作物はもちろんのこと、名前と住所を単に入れ込んだだけの名刺であっても、極論をいえば自然界のモノでも、そこに『デザイン』は生じている。わたしたちの各自の志向性や行動範囲によって、それは目に飛び込んでくる。また、デザインされたモノを所有することにより、生活のなかにそれは潜み込む。

そして、好むと好まざるにかかわらず、『デザイン』されたものは雄弁にモノを表現していく。街中のビルボードも表現しているが、家庭の中に入り込んで毎日のように目にしなくてはならないもの、もしくはその行動範囲において頻繁に会うものは、おのずと各自の深層に影響を与えていくのではないかと思う。

さて、わたしたち日本人は、個人差はあ

るとはいえ、ほぼ全員医療機関を利用する。その時に洋服のブティックやレストランを選ぶように、『デザイン』性で選ぶ事は稀である。もっと順位の高い選択ポイントがあるからだが、一旦医療機関に足を踏み入れると、『デザイン』は無防備な状況の利用者（患者とその家族）にさかんに語りかけてくる。

病院のエントランスから待合室に向かう動線、診察受付のカウンターのデザインやそれを示す看板の書体、注意書きのボードのデザイン、待ち合い室に置いてあるパンフレットや雑誌、診察室のありかを示すサインボードの色と書体、診療が終わって渡される処方箋、薬局への道順が書いてある用紙、薬袋のデザイン。あげていくと切りがない。

わたしたちは知らず識らずのうちにこれらの制作物や空間から発信されている情報を受け取り、場合によっては気持ちが楽し

くなったり静まったり、逆にネガティブなイメージをいだいたりしていることを忘れてはいけないと思う。色が心理的效果に影響を与えることが周知の事実であるように、『デザイン』も影響を与えていると思われる。

わたしたち『デザイナー』が考える事は、発信者側が特に意識していなくても、何かしらのメッセージを伝えてしまっている視覚的な伝達物を、発信者は積極的にコントロールして、ポジティブなメッセージを伝えていくべきだということだ。

医療現場において治療中の利用者に心地よい環境を創り出していくことは、間違いなく治療にも影響を与えることであり、さらに医療従事者にとっても、働く場が好ましい環境になっていることは大事であることは言うまでもないと思う。

session 03

医療ガバナンス

内田健夫

(医療法人社団内田医院理事長)

(うちだ・たけお) 医療法人社団内田医院理事長。昭和47年早稲田大学第1政経学部中退。昭和53年信州大学医学部卒業、信州大学第1外科。昭和58年大町市立大町総合病院外科医長。昭和60年順天堂大学付属順天堂医院麻酔科。昭和62年医療法人社団内田医院。平成18年日本医師会常任理事。平成22年神奈川県参与。

郷原信郎

(郷原総合法律事務所代表)

(ごうはら・のぶお) 郷原総合法律事務所代表。1955年島根県松江市生まれ。1977年東京大学理学部卒業。1983年検事任官 公正取引委員会事務局審査部付検事、東京地検検事、広島地検特別刑事部長、法務省法務総合研究所研究官、長崎地検次席検事、東京地検検事(八王子支部副部長)などを経て2003年から桐蔭横浜大学大学院特任教授を兼任。2004年法務省法務総合研究所総括研究官兼教官。2005年桐蔭横浜大学法科大学院教授(派遣検事)、コンプライアンス研究センターセンター長。2006年検事を退官。引き続き、同大学法科大学院教授・コンプライアンス研究センター長。2008年郷原総合法律事務所開設 2009年名城大学教授・コンプライアンス研究センター長、総務省顧問。

中澤堅次

(NPO法人医療制度研究会理事長)

(なかざわ・けんじ) NPO法人医療制度研究会理事長。昭和42年3月慶應義塾大学医学部卒業。昭和47年4月慶應義塾大学医学部内科血液研究室助手。昭和50年7月済生会宇都宮病院内科勤務。昭和55年4月同内科医長。平成10年4月同病院診療部長、医療制度研究会創立。平成13年4月済生会宇都宮病院 副院長。平成16年4月済生会宇都宮病院院長兼看護専門学校長。

平野啓一郎

(作家)

宮崎 学

(作家)

宮台真司

(社会学者、首都大学東京教授)

久住英二

(ナビタスクリニック立川院長)

医療ガバナンス

内田健夫

医療制度は普遍的な視点で論じられるが、現場は常に個別的である。患者の背景や人生観も様々で、心身の状態も環境も刻々変化する。患者は直面する病気に対し最善を求める。日本では医療保険制度が充実しており、良質な医療が比較的安い負担で受けられ、医療者は「できる限りの医療を施す」という意識で治療にあたってきた。高齢

化・医療の発達に伴いより多くの財源が必要だが、逆に削減され、医療崩壊に至った。

本日は、何処まで医療の質を求め、何処まで負担するのかについての国民的コンセンサスと、個別の要求に対応する柔軟な制度の構築という困難な課題について、識者のご意見をお伺いしたい。

医療ガバナンス

中澤堅次

多くの日本人は死を素直に認めない。死は人知で回避できるという錯覚があり、これが医療をゆがめていると感じる。錯覚は医療者の間にも及んでいる。

がんも年齢と関係し、避けられない死と関係している。人知の及ばない避けられな

い死を避けられないものといえるのは医療者しかいない。死をエビデンスとして表現することが出来るからである。

真摯な態度でエビデンスを重ね、倫理観を養い現場での教育が出来るように医師はなるべきである。

医療ガバナンス

平野啓一郎

「あらゆる価値観が相対化してゆく中で、健康主義は、幸福主義と並んで、現代人を最も強く拘束しているイデオロギーである。より健康になることは、より幸福になることと同様に、誰も異論のない目的として、多様な生の有り様を粗雑に一元化し、序列

化しようとする。

健康で、長生きをしたいという、素朴に見える個人の願望と、社会的な価値の体系との間で、人間の生について考えてみたい。」

医療ガバナンス

宮崎 学

人にとって「生」とは、全く無意識に与えられるもの、「死」とは、ある程度の意識をする事が可能なものと考えています。

そして、この「死」についてのある程度の意識が、つまり死生観と言われるものと考えられます。

私は哲学的、宗教的な意味として語られ

ることが多い死生観については、懐疑的です。むしろ自らが体験した「死」について、つまりそれは、身近な人の死であったり、自身が死の淵に経たざるを得なかったりした経験から、「実感としての死」を見て、その結果として持った「感じ」が私の「死生観」の基礎です。

平野啓一郎

(ひらの・けいいちろう) 作家。1975年愛知県生まれ。京都大学法学部卒。1999年在学中に文芸誌「新潮」に投稿した『日蝕』により第120回芥川賞を受賞。以後、2002年発表の大長編『葬送』をはじめ、数々の作品を発表し、各国で翻訳紹介されている。著書は『滴り落ちる時計たちの波紋』『あなたが、いなかった、あなた』、『決壊』、『ドーン』、『モノローグ (エッセイ集)』、『ディアローグ (対談集)』など。近著は、長篇小説『かたちだけの愛』(11月刊行)。

宮崎 学

(みやざき・まなぶ) 作家。1945年生まれ。京都市の伝統的博徒「寺村組」組長の4人兄弟の二男として誕生。中学生、高校生の時代には、不良グループのトップに在りながら、生徒会長も務める。1965年、早稲田大学法学部に入學。1966年、同大学法学部学友会(学生自治会)副委員長。アメリカ、ヨーロッパ、東欧社会主義諸国の反体制運動と連帯して、日本学生運動の指導者の一人となる。同年、父親が癌で死去。その後、東京で『週刊現代』記者を務めた後、1974年に京都の実家に戻り、兄と共同で父親が創設した建設業に経営者として参画するも、1980年のオイルショック不況の影響で倒産。1985年、母親が死去。1995年、文筆活動を開始し、1996年に自伝『突破者』を出版。延べ50万部を超えるベストセラーとなり、現在に至る。

宮台真司

(みやだい・しんじ) 社会学者。首都大学東京教授。映画批評家。1959年3月3日仙台市生まれ。京都市で育つ。東京大学大学院博士課程修了。社会学博士。権力論、国家論、宗教論、性愛論、犯罪論、教育論、外交論、文化論などの分野で単著20冊、共著を含めると100冊の著書がある。最近の著作には『14歳からの社会学』『〈世界〉はそもそもデタラメである』などがある。キーワードは、全体性、ソーシャルデザイン、アーキテクチャ、根源的未規定性、など。

久住英二

(くすみ・えいじ) ナビタスクリニック立川院長。1999年新潟大学医学部医学科卒業。虎の門病院にて内科研修ののち、血液科スタッフとして、造血幹細胞移植の臨床研究に従事。2006年4月より東大医科研客員研究員。2008年6月ナビタスクリニック立川開設。現在に至る。2010年10月内閣府行政刷新会議「規制制度改革に関する分科会」委員。

session 04

薬害問題とラグ問題 (ワクチンラグ・ドラッグラグ・デバイスラグ)

小山万里子

(ポリオの会代表)

(こやま・まりこ) ポリオの会代表。1949年生まれ 1歳半でポリオ発症。マヒが残る。普通校に進学し会社員として勤務。1990年ごろからPPS (ポリオ後症候群) を発症。1995年12月、PPS悪化で入院中に新聞読者欄で同じ疾患の人に呼び掛けたことをきっかけに、ポリオの会の活動が始まる。ポリオの会はポリオPPS患者会で、ポリオとPPSへの正しい理解と医療、情報を求めて、リハビリ日数制限反対活動、ポリオ生ワクチンの不活化への早急な切り替えと緊急輸入を求める署名活動などを行っている。

坂田和江

(薬害肝炎九州訴訟原告)

(さかた・かずえ) 薬害肝炎九州訴訟原告。1958年9月生まれ。1987年8月受けた手術の際、フィブリノゲン製剤を投与される。2004年フィブリノゲンを投与されていた事実を知る。2005年匿名原告として提訴。2008年10月第5回薬害肝炎の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会(検証委員会)の委員となり、実名を公表。2009年4月検証委員会の中の研究班の分担研究者となる。2010年3月検証委員会終了。2010年4月研究班報告書を仕上げる。

黒岩祐治

(ジャーナリスト、国際医療福祉大学教授、厚生労働省厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会委員)

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)

(たかはた・のりかず) 細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会事務局長。「1994年千葉大学法経学部経済学科卒業。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」。

蘭部友良

(日本赤十字社医療センター小児科顧問)

村重直子

(医師、元厚生労働省大臣政策室政策官)

ポリオは今、日本に常在している

小山万里子

日本で生ワクチンの緊急輸入がされてから50年、ポリオは影をひそめ、いま、急性ポリオ患者の医療にあたったことがある医師は一ケタだろうか。いま、ポリオは片足マヒという思い込み、ポリオとCPの混同など、医療者はポリオという疾患を知らない。

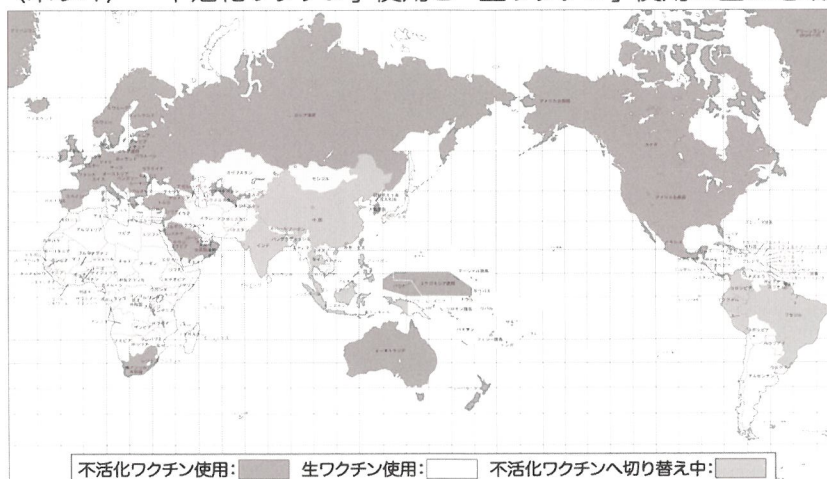
しかし、この5月にも1歳の女兒がマヒ性ポリオを発症している。毎年、実は数人、いやひょっとしたらこの10倍ほどのポリオ患者が日本で発生していると思われる。生ワクチンによるものだ。2月に神戸で2歳の男児が生ワクチンによるポリオウイルス2型の二次感染でマヒ性ポリオを発症した。今、生ワクチンにしか2型ウイルスは存在しない。日本は2002年に不活化ワクチン切り替え方針を立てながらその後、治験失敗などから、生ワクチン接種を続けている。国産にこだわり4種混合ワクチン製造と言うが、数年先になるだろうし、世界はすでに6種混合の時代になっている。WHOはポリオ流行地域での不活化ワクチン切り替えを検討している。生ワクチンによるマヒ性ポリオの発症と強毒化による流行の危険の方が、生ワクチンでの制圧効果よりも重大と判断しているのだ。

日本では、生ワクチンによるマヒ性ポリオ患者数のきちんとした報告はない。厚生

省はウイルス検出数、ワクチン出荷数などから450万人に1人、100万人に1人などと言うが、平成20年にマヒ性ポリオ発症数は7例、内ウイルス検出は2例である。ポリオウイルスの検出には小児科医と保健所が迅速な診断と便などの検体を調べる必要がある。ポリオウイルスは1カ月たったら検出できないが、きちんとその間に診断できる医師はどれだけいるだろうか。そしてワクチン被害救済制度は実際のところ有名無実である。

一方で世界の大勢は不活化ワクチン接種である。不活化ワクチンはポリオを発症することは全くない。免疫獲得率においても生ワクチンより勝っている。医療現場は生ワクチン神話を信奉し続け、危険性はほとんどないと言い続けているが、毎年少なくとも数人、ポリオと診断されなかったマヒ性ポリオ患者は10倍はいるだろう。全く安全なワクチンがあることを知りながら、不活化への切り替えの必要を言いながら、あえて生ワクチン接種を続けるのは、薬害エイズと同じ構造である。早急な不活化への切り替えと国産化がかなうまでの緊急輸入を求める。とともに、日本はポリオウイルスを垂れ流して常在化させ、大流行の危険を抱えていることを認識すべきであろう。

〈ポリオ〉「不活化ワクチン」使用と「生ワクチン」使用の国と地域



「不活化ワクチン」を最初に2-3回接種し、その後「生ワクチン」を2-3回接種する国も、中南米・中央の国に含まれる。生ワクチンによるポリオ(PAPP)の防止が目的である
(※2010年2月現在ポリオの会まとめ ※2010年9月更新)

(ポリオ)「不活化」使用と「生ワクチン」使用の国と地域

薬害肝炎事件の検証を通して感じたこと

坂田和江

「私達は、なぜ被害者にならなくてはいけなかったのか」このことを知りたくて被害者の立場として、「薬害肝炎の検証および再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」のメンバーとなった。

また、事件の具体的な背景等を当時に遡って把握するため、検証委員会の下にあった研究班に参加し、国（10名）、企業の関係者（3名）に対してヒアリング等を行った。

ヒアリングを通じて感じた点は次のとおりである。

●行政に関しては、一部の課を除いて文書が残されていなかった問題。HIV事件の反省が活かされてなく、ずさんとしか言えない。これでは検証できない。

●昭和61~62年の青森で起きた集団感染での医師からの報告の際、行政の対応に

も見られるよう、被害拡大・被害者救済の思想のなさを感じた。

●担当者間の引継ぎの問題、関係課の連携の問題、彼らはちゃんと連携していたと言っていたが、事実ではなく裏切られた。

●企業に関しては、昭和62年頃の時代であったにせよ、生命に関わる仕事に対する危機感の希薄さをとても感じた。

これらの点を基に、検証委員会の最終提言書に①関係機関の連携、②製薬等の長期保存、③GMP等の強化と企業の基本精神、④薬害資料館の設置を明記させるとともに、机上で考えるだけでない現場主義と、重要な情報の管理、その活用および公開の重要性を訴えた。

残念なことであるが日本は薬害大国であることに間違いない。サリドマイド、スモン、ヤコブ、エイズ、肝炎及びイレッサ等

の事件が起こり、被害者の貴い健康や生命（尊厳）を犠牲にして小手先の薬事法が改正されてきた。

検証委員会の最終提言書には、2年間の委員会・研究班の協議内容と活動を基に、予防原則の考えに基づき、薬事行政を見守る第三者監視・評価組織の設立が明記され、厚生労働大臣もその設立に向けた決意を示されている。

本格的な少子高齢化を迎え、健康と生命を守ることに貢献すべき医薬品等の開発に国を挙げて取り組まれている今こそ、薬害という貴重な経験を踏まえた、安全を第一義とする薬事法の改正をはじめとする、徹底した薬事行政のシステムや関係者の精神の改革が求められており、その引き金となった委員会の提言の実現が欠かせない。

VPD被害は不作為の被害と認識を〜ワクチン・ラグ・ギャップ解消に向けて

高畑紀一

我が国は「ワクチン後進国」と揶揄されるほど、ワクチン施策において他の先進諸国から立ち遅れている。この遅れを称して「ワクチン・ギャップ」と言われている。ワクチン・ギャップの解消は喫緊の課題である。なぜならば、ワクチンで防げる疾病（VPD=Vaccine Preventable Diseases）に罹患するという健康被害を生じ続けているからだ。とりわけ乳幼児期のVPD被害は深刻で、ヒブ感染や肺炎球菌感染による細菌性髄膜炎、麻疹、ムンプス、水痘、B型肝炎、ロタ胃腸炎など、枚挙に暇が無い。また、不活化ポリオワクチンの導入の遅れによる2次感染被害も深刻だ。細菌性髄膜炎は他の先進国では「過去の病」とされているし、麻疹は「日本は輸出国」と嘲笑される状況。生ポリオワクチンによるポリオの2次感染は、先進国にあってはならない被害といえる。細菌性髄膜炎と麻疹、水痘の3つの疾病に限っても、毎年数十から100名近くの乳幼児が死亡していると推計され、VPDに罹患したことによる後遺障害は数百名規模で生じていると推計されており、決して看過できる被害ではない。

ワクチンの積極的な利用により防げる健康被害を予防できていない現状は、過去に繰り返した薬害被害の構図と酷似する。官僚の無謬神話と司法による責任追及からの

防衛反応としての過失責任回避のため、過去の施策の正当化と保持に努め、能動的・積極的に直面する危険回避行動を選択しない。結果として、不作為による被害の拡大は放置され続ける。

予防接種の恩恵は「疾患に罹患しないこと」であり、VPD被害を生じないことにある。疾病治療のように既に被害を生じている状態から被害を軽減しあるいは被害を取り除くのではなく、被害がゼロの健康な状態を保つことが目的となる。つまり予防接種がもたらす恩恵とは「変化をもたらさないこと」であり、一見すると「当たり前」の状態を維持することといえる。この「一見すると当たり前」というのが曲者で、犬が人を噛んでもニュースにはならないが人が犬を噛めばニュースとなるように、予防接種はその恩恵の大きさに反し、恩恵そのものがニュースとなることは殆ど無く、一方で、接種後に起きた変化、すなわち「接種後有害事象」は、その原因が予防接種やワクチンに拠るものか否かを問わず、衆目を集めることとなる。

「任意接種のワクチンなんて受けなくてもいいんじゃないか。定期接種のワクチンだけで十分だよ」。これは、私が家内から息子に水痘ワクチンを接種するかどうか相談されたときの答えである。私も息子がヒ

ブによる細菌性髄膜炎に罹患しなければ、予防接種の恩恵に気づくことが無かった一人かもしれない。VPD被害にあって、初めてVPD被害の存在を知り、ワクチン接種という予防策の恩恵を実感した一人として、子どもたちの健康という一見すると「当たり前」の状態が、実はVPDの脅威に晒されている危険な状態であること、「当たり前」の状態を維持するために、ワクチン接種の恩恵を子どもたちにもたらさなければならぬことを、一人でも多くの方々に伝えなければならないと感じている。

予防接種の恩恵は目に見えず実感しがたい。だからこそ、その恩恵と、もたらされる「当たり前の健康」を脅かすVPD被害の実態を、私たち大人は社会というmassとして共有し意識し続けなければならない。そして、子どもたちをVPD被害から守るために何が必要なのかを自ら考え、行動しなければならないだろう。我が国のワクチン・ギャップは、不作為の被害者を生み続けている。そして、ワクチン行政における不作為を容認してきたのは、社会を構成するすべての大人達の不作為に他ならない。これ以上、不作為を繰り返してはならない。これ以上、子どもたちをVPD被害に遭わせはならない。多くの皆さんと共有したい気持ちである。

日本の子どもをVPD(ワクチンで防げる病気)の被害から 守るためにーワクチンの安全性を知ろうー

菌部友良

日本の医学は安い費用で、世界レベルを保っています。不治の病と言われた小児を見ると、現在は70～80%の子どもは治っているのです。しかし予防接種（制度）だけが世界から大きく遅れ、現在でも多くの子どもがVPD（ワクチンで防げる病気）で、命と健康を損ねているのです。これほどもったいないものはありません。これは日本の社会による、ネグレクトという虐待なのです。

この数年はマスコミや国民の関心が高まってきたことは、うれしいことです。現在厚労省予防接種部会で予防接種の改革に色々検討されていますが、予算の面以外でも大きな困難が待ち受けており、予断は許さないので。

今回、予防接種政策の遅れの原因になっている予防接種の副作用問題、逆の意味から言えば安全性について、現在の最新の科学的知見を紹介して行きます。まず、皆様は有害事象という言葉をご存じでしょうか。有害事象とは、接種や服薬後に見られた総ての“悪いこと”の総称です。この中には

ワクチンや薬による真の副作用と、偶然起こった別の原因によるニセの副作用（別名紛れ込み事故）の両者が含まれているのです。日本では有害事象の総てが真の副作用と誤解されています。どうやってこの二つを区別したらよいか、世界での大規模調査の結果や日本での最新のデータまでお見せします。たとえば接種後に脳炎が起ると、それはワクチンのためと考えられてきましたが、そうでないという証拠もそろってきています。結論としまして、ワクチンには大変稀ですが真の重大な副作用が存在しますが、メリットが大きくデメリット上回るから、世界中で、国によっては強制接種にしましても、推進してきたのです。ただし、有害事象の科学的判定と救済制度は米国のように別に考える必要があります。また、日本の司法（裁判など）の弱者救済のためによかれとして行ってきたことなどの方針がいかに悪い影響を与えて、最終的にVPDの被害が減らないのかなども知って頂き、どうしたら良いのか皆様と考えたいと思います。

黒岩祐治

（くろいわ・ゆうじ）ジャーナリスト、国際医療福祉大学教授、厚生労働省厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会委員。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。

菌部友良

（そのべ・ともよし）日本赤十字社医療センター小児科顧問。1968年千葉大学卒業、元日赤医療センター小児科部長。専門は川崎病、小児保健、予防接種。日本のVPDの被害やワクチンの安全性に関心を持ち、ヒブワクチンはじめ多く新しいワクチンの治験に参加してきた。筑波大学臨床教授も併任していたが2009年に退職。現在は小児科顧問。同年「VPDを知って、子どもを守ろう。」の会を設立。代表を務めて子どもの命と健康をVPDから守るための啓発活動に力を注いでいる。

村重直子

（むらしげ・なおこ）医師、元厚生労働省大臣政策室政策官。1998年東京大学医学部卒業。横須賀米海軍病院、ベス・イスラエル・メディカル・センター内科（ニューヨーク）、国立がんセンター中央病院を経て、2005年厚労省に医系技官として入省。2008年3月から舩添前大臣直属の改革準備室、7月改革推進室、2009年7月から大臣政策室。2009年10月から仙谷大臣室、2010年3月退職。著書に「さらば厚労省 それでもあなたは役人に生命を預けますか?」（講談社）。

データベース公開がカギ

村重直子

薬害を繰り返さないためにも、ラグを短縮するためにも、データベースの公開が不可欠ですが、日本では大量のデータが公開されていません。

欧米では数多くのデータベースが公開されていて、誰でも自由にダウンロードして解析できるため、医師、看護師、薬剤師などが書いた医学論文がたくさん発表されています。

例えば米国では、メディケアやメディケイドなどの患者の保険請求のデータベース、薬やワクチンの副作用を含む有害事象報告データベース、SEERというがん登録データベース、メディケアとSEERを連結したデータベースなど、数えきれないほどのデータベースが公開されています。

これらは、誰でもエクセルファイルなどでダウンロードでき、患者一人ひとりのID番号（普段は匿名化）を含めた個票レベルのデータを入手することができるため、数多くの論文が発表されています。諸外国の情報は計り知れません。

日本でも、大量のデータベースを厚労省が持っています。レセプトデータベースが患者の保険請求のデータベースですし、がん登録データベースも存在します。医薬品やワクチンの副作用を含む有害事象報告のデータベースもあります。ところが、厚労省が加工したわずかなデータしか公表されず、複数データベースを連結できないので、多様な専門家の視点から独自の解析をするには限界があります。ほとんど誰も活用することができない状態なのです。これらの多くは、現場の医療関係者の尽力によって厚労省へ報告されたものですが、厚労省は宝の持ち腐れにしています。

日本では公開されている情報量が圧倒的に少ないため、薬害の可能性を早期発見することができません。また、メーカーが薬を開発しようとしても、様々なリスクを検討しながら開発計画を立てることが難しく、ラグの原因のひとつとなっています。薬害とラグの被害者は、厚労省の方針による共通の被害者なのです。

慢性疲労症候群の患者たちが放置されている現状を 打開するための取り組み

篠原三恵子

篠原三恵子

(「制度の谷間のない障害者福祉の実現を求める
実行委員会」「慢性疲労症候群をともに考える会」
共同代表)

(しのはら・みえこ)「制度の谷間のない障害者福祉の実現を求める実行委員会」「慢性疲労症候群をともに考える会」共同代表。1988年にアメリカに留学。90年に慢性疲労症候群(CFS)を発病し、2年間休学、93年に卒業。93年から96年にカナダ在住し、CFSの患者会会員。95年から車椅子になり、96年帰国。99年から障害者の交通アクセス問題に取り組む。05年より難病・内部障害者の会入会、現在副代表。06年よりほぼ寝たきり。現在、「制度の谷間のない障害者福祉の実現を求める実行委員会」と「慢性疲労症候群をともに考える会」の共同代表。

山野嘉久

(聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター
准教授、「日本からHTLVウイルスをなくす会」顧問)

(やまの・よしひさ) 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター准教授、「日本からHTLVウイルスをなくす会」顧問。1993年鹿児島大学医学部卒業、1997年同大学大学院内科学修了。神経内科専門医、総合内科専門医。ヒトT細胞白血病ウイルス(HTLV-1)による神経難病(HAM)の専門家。00年~03年米国NIH研究員。HAM患者会(アトムの会)顧問、NPO法人「日本からHTLVウイルスをなくす会」顧問、NPO法人「はむの会」理事として、患者と共に活動中。現在、聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター准教授。

慢性疲労症候群(CFS)は、1980年代にアメリカ・ネバダ州のタホ湖で300人以上に集団発生したことで、世界的に知られるようになる。今だにこの病気を診断するバイオマーカーは見つかっていない。欧米でも長い間、「CFSは器質的疾患か、精神的なものか、そもそもこの疾患は存在するのか」といった議論が続いていたが、現在イギリスやアメリカでは、政府がこの病気を器質的疾患と認め、深刻な病気ととらえるように指導している。回復はまれで、寝たきりになる患者も多く、病歴20年という患者も珍しくない。イギリス・カナダではCFSを筋痛性脳脊髄炎と呼んでいるが、筋痛性脳脊髄炎は世界保健機関の国際疾病分類において、神経系疾患と分類されている。

去年の10月のサイエンスに続き、今年8月23日のPNAS (the Proceedings of the National Academy of Sciences) に、MLV-related viruses (マウス白血病ウイルス関連のウイルス) が、慢性疲労症候群の患者の86.5%から見つかったと発表された。これはアメリカ食品医薬品局、国立衛生研究所とハーバード大学の教授らの共同研究による。これによって、CFSの原因にウイルスが関連していることが強く示唆された。

一方日本では、1991年に旧厚生省にCFSの研究班が発足されたが、96年には廃止さ

れ、ウイルスの研究はなおざりにされてきた。最近の新聞や雑誌の記事によれば、CFSはストレスによって免疫力が低下し、体内にあるウイルスが再活性化したのが原因であるとか、物事への固着性が強く完璧主義の人になる病気であるとか書かれ、慢性疲労が悪化するとCFSになるかのように報道されている。

日本には38万人の患者がいると推測されているにもかかわらず、この病気に対する研究は年々縮小され、診察を行う医師も減少している。患者たちは医師からだけではなく、家族や友人、学校や職場でも理解されず、偏見にさらされ孤立して苦しんでいる。

患者は見た目は健康そうで、病気の深刻さを理解してもらうのが非常に困難であるため、この病気の正しい認知を広めるために、アメリカのドキュメンタリー映画「アイ・リメンバー・ミー」を翻訳した。日本語字幕付きDVDを制作し、東京の各地で上映会を開き、この2月には「慢性疲労症候群をともに考える会」(<http://cfsnon.blogspot.com/>)を発足させた。私達の会では、重症患者の実態を明らかにし、厚生労働省にもう一度CFSの研究班を立ち上げるよう働きかけている。

患者の勇気ある行動が国を動かした:HTLV-1特命チーム誕生

山野嘉久

ヒトT細胞白血病ウイルス（HTLV-1）の感染者は、日本に100万人以上存在し、一部に白血病（ATL）や神経難病HAMなどを引き起こす。いずれも難治性の病気だ。HTLV-1は、主に母乳を介し感染することがわかっていたが、九州に患者や感染者が偏在していたため、その対策は自治体の判断に委ねられ、鹿児島や長崎など一部の地域でのみ、妊婦抗体検査や授乳指導が行われてきた。「ウイルスの感染性は低く発症率も低いため、自然減するであろう」という甘い観測があったのだ。しかし2008年の全国疫学調査で、20年前と比べ、全国の感染者数はほぼ横ばいであり、関東などではむしろ増加していることが判った。

HAM患者会「アトムの会」は2003年に設立、HAMの難病認定を求めて活動を始めた。会にはHAM患者からの相談が相次いだ。未発病キャリアの悩む声も多く、全国から電話やメールが寄せられた。また、

入会したATL患者は次々に命を落とした。このような状況を目の当たりにした患者会のメンバー達は、「HAMだけが問題ではない。ウイルスをなくさなければ変わらない」と、新たに“HTLV-1撲滅”を目標に掲げ動き始めた。2005年に鹿児島でNPO法人「日本からHTLVウイルスをなくす会」、2009年には関東でNPO法人「はむるの会」を結成。不自由な体に鞭打って、厚労省や国会議員会館を幾度となく訪れ、HTLV-1総合対策の必要性を訴え続けた。当初は厚労省に管轄部署もなく、認知度の低さから「風土病」といわれ、取り合ってもらえなかったが、「子供や孫の世代に同じ苦しみを味あわせたくない」という心が彼らを支えてきた。地道な活動がようやく結実し、2009年度からHAMは難病指定を受け、さらに2010年9月8日、菅首相との面会が実現し、「HTLV-1対策特命チーム」の結成を約束、9月13日のチーム

初会合で、全国一律妊婦抗体検査を今年度中に実施することが発表された。関係者や支援者たちは、急展開に驚きつつも、大きな前進に手を取り合って喜んだ。まさに患者の行動が国を突き動かしたのである。患者さん方の勇気ある行動に心から敬意を表したい。

しかしこれがゴールではない。妊婦の抗体検査や授乳指導の実施は、新たな感染者をなくす一方で、キャリアと判って悩みを抱く方を増やすことにもなる。相談窓口の設置、対応を行う医療従事者や指導員の教育や育成、一般の方に対する正しい知識の啓蒙活動などを早急に実施しなければ、いたずらに不安や差別をあおる可能性が危惧される。ようやくつかんだ患者たちの希望の光を消すことのないよう、HTLV-1特命チームを中心とした政府・関係省庁の迅速かつ適切な対応を望んでやまない。

天野美知子

(LCH(ランゲルハンス細胞組織球症)患者会)

(あまの・みちこ) LCH(ランゲルハンス細胞組織球症)患者会。1989年、獨協大学外国語学部卒業。1994年12月長女出産。2002年1月長女がランゲルハンス細胞組織球症(LCH)の診断を受ける。2004年10月より、LCH患者会の運営に携わる。

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) 東京大学医科学研究所 特任研究員。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、がん患者の医療費負担に関する研究、看護師のキャリアパス、がん専門病院における看護師の役割と専門性、在宅医療、在宅緩和ケアに関する研究に従事。

松井彰彦

(東京大学大学院経済学研究科教授)

(まつい・あきひこ) 東京大学経済学研究科教授。専門はゲーム理論、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 筑波大学社会学系助教授、1998年東京大学経済学研究科助教授を経て2002年より現職。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。

馬上祐子

(小児脳腫瘍患児家族)

(もうえ・ゆうこ) 小児脳腫瘍患児家族。1998年当時1歳5カ月の長女が小脳虫部髄芽腫(グレード4)5年生存率20%の診断を受けたが、治療により現在障害を抱えながらも元気にしている。小児脳腫瘍は希少疾患であり治療法がほとんど確立されていず、患者だけでなく医療者側にも情報がいざわたっていない実状を患者会活動を通して実感している。様々な障害を負い、制度のはざまにいる小児がんの患児家族が、全国どこでもいつでも最善の治療が得られ、治療後の障害を背負った長い人生もフォローアップしていただけるシステムを望んでいる。

5つの提案

天野美知子

皆様、はじめまして。ランゲルハンス細胞組織球症(LCH)という血液疾患の患者会を運営しております、天野美知子と申します。本日は、このような機会を頂きましたこと心より感謝申し上げます。5点のことをお話し致します。

1. 公的支援の財源確保のための

無駄な医療費の削減

全国のすべての医療機関をオンラインで繋ぐことによるデータの共有化



医療者にとっては臨床経験の少ない疾患であっても、データの活用により、病名の可能性をいくつかに絞る事や確定診断の迅速化が可能



無駄な検査や治療を防ぐことで医療費の削減に繋がる。

2. 保険制度の見直し

健康保険での窓口負担を疾病名や収入により変える。



本当に支援の必要な人の環境改善が可能

3. 公的な財源以外での支援金の捻出方法

企業や個人からの寄付を容易にすること、寄付の金額により税金の割合を変える。



社会貢献へのモチベーションを上げる。



企業イメージの向上、それによる売り上げの増大や個人の場合は、生きがいを感じることができる。



更なる、社会貢献の拡大の可能性

4. 精神面を支えることでの自立した生活

闘病という言葉の意味には、病気だけに向き合うのではなく、患者さんとそのご家族の生活全般を巻き込んだ闘いです。

その闘いを支えるためには、ソーシャルワーカー(SW)の制度の確立が不可欠です。今回、LCH患者会では、SWの認知度の調査を行いました。その結果、SWの仕事内容やいつ、どのような相談をすればよいかが、周知されていないことが判明しました。

○SWの主な役割

①公的制度の情報提供

小児慢性特定疾患や特定疾患の制度の不明確性や不便さへの助言

②医療者と患者の橋渡し役

医学的なデータだけでは見えない患者の情報をSWを通して医療者が知ること、的確な治療が可能になると感じています。

5.最後に

いちばん大切なことは、経済的、精神的不安を抱えている方が多いので、闘病中であっても患者さんやご家族が、極力平常に近い生活を行える社会の仕組み作りが必要です。

高額な医療費の個人負担 ―グリベックから様々な疾患へ

児玉有子

「病気もつらいけれど、経済的な負担が苦しい」という患者さんの声から昨年実施した、慢性骨髄性白血病（CML）治療薬グリベック服用患者の経済的負担の調査。この調査では、全国のCML患者さんから、600通ものお返事をいただきました。経済的負担といった答えづらいお金の問題にもかかわらず、回答やご意見を寄せてくださった方々、忙しい中ご協力いただいた144施設の血液内科の先生方に心からお礼申し上げます。調査結果をメディアの方にご説明したところ、紙面や番組に取り上げていただき、当事者しか知らなかった問題を多くの方々に伝えることができました。

メディアでの報道をきっかけに、同様の経済負担に苦しんでいる患者さんからも連絡をいただきました。そこで二つ目の調査として、昨年末から今年初めに様々な疾患を対象にした医療費に関する調査を実施し

ました。この調査の結果でも、CML患者と同様に患者の年収は5年前と比較して減少していましたが、支払っている高額な医療費は横ばいでした。「外来で化学療法の点滴を受けており月々の負担が重い」、「病気のため高額な制限食を購入し続けなくてはならないが、食費なので補助の対象にならない」等困っている声が寄せられました。また、持続可能な支払い額についての問いでは、8割を超える方が月額2万円以下の額を提示されていました。「月額2万円」は現行の高額療養費（特定疾病）や特定疾患治療研究事業【医療費助成制度】における自己負担上限に近い金額です。

高額な医療費自己負担の問題は、薬価そのものの決め方の問題、医療費の財源、保険制度、これまで疾病対策として行われていた研究費と補助金の関係、さらには高齢化や長引く経済不況の影響等々、非常に複雑な問題

です。医療費を誰がどのように、どこまで負担するのか。熟議をする必要があります。

この二つの調査の研究結果や患者さん、患者家族、医療者、研究者、政治家や厚生労働省担当者との議論を通じた結果「一薬剤だけの価格調整や、特定疾患など疾患限定の措置が解決する問題ではない」と確信しました。自己負担額の軽減（具体的には月2万円への引き下げ）によって、疾患間の格差や不毛な争いがなくなるような制度にはできないのでしょうか。

この1年半の間に、グリベックなど高額療養費に対する制度の問題は、社会的な問題として認識されるようになり、国会での質疑応答を経て、社会保険審査会 社会保険部会で議題として取り上げられるまでになりました。シンポジウム開催のころには社保審医療保険部会での結論が出ているかもしれません。

制度の隙間の問題とベーシック・インカム

松井彰彦

学術創成研究におけるResearch on Economy And Disability (READ) においては、障害問題と経済問題を結びつけるべく、30名からなる研究チームで研究を進めてきた。この過程で、障害者とはだれか、という問題に直面し、いわゆる障害者手帳保持者のみではなく、医科学研究所上研究室の児玉有子氏と共同で、長期疾病者の経済調査を行うに至った（当方の研究者は両角良子）。この過程で、長期疾病者が抱える経済問題が障害者のそれと共通しているという点が浮かびあがりつつある。

にもかかわらず、障害者は障害者制度、長期疾病者は医療制度というように、両者は行政によって厳格に分けられており、長

期疾病者は、とくに両制度の隙間に落ち込みがちなため、社会的な不利益を被っている。

ベーシック・インカム（BI）は、このような隙間の障害の問題を解決する一つの方法として注目に値する。以前は社会福祉系や思想系の雑誌に取り上げられるのみであったが、先日はついに経済系の雑誌でも特集が組まれたのである（特集「ベーシック・インカムについて考えよう」週刊エコノミスト9月21日号）。同特集では、BIによって、日本国民全員に月8万円の給付が税率45%の下で可能だと試算も報告された（小沢修司）。しかし、この試算は、給付による労働インセンティブの減退効果が含まれて

いないため、残念ながら非現実的なものとなってしまう。

本報告では筆者の（かなり粗い）試算を紹介する。結論から言えば、税率60%にすれば月8万円の給付が可能であるということになる。

BI制度は魅力的ではあるが、外国人居住者の扱いや、所得補足のための納税者番号の導入の是非など、導入に向けた課題も多い。仮にこれらの課題をクリアしたとしても、月8万円の給付は非現実的であろう。ただし、筆者は月2万円の給付でも導入の価値はあると考えており、この点も含め、議論したい。

小児脳腫瘍の患児家族の願い～誰もが最善の治療と保障を得られるように～

馬上祐子

がん対策基本計画施行後、成人がんでは均てん化など多くの問題が話し合われ、がん拠点病院の整備が始まり久しいが、小児がんについては全くと言っていいほど対策が取られていない。小児がんはこどもの病死原因の第1位であり、小児脳腫瘍は最も死亡率が高く、脳を治療することから障害を負うことが非常に多い。5年生存率20%といわれた娘は晩期合併症を抱えながらも今中学生となり、心から感謝している。娘が3歳以下で生き残った最初の例ではと言われたことから、少しでもできることがあればと患児家族のQOLの向上を目指して活動している。患児家族や医療関係者へのアンケートなどを通して、治療率の向上、均

てん化のためには、治療情報の整理、集学的治療、症例を集める基盤として成人とは別の小児がん独自の拠点化が必要であり、拠点化により知識の集約、臨床試験等の研究をより推進できるのではと考えている。小児がんの経験者が1000人に1人の時代となり、社会に貢献できる人材が多くいながら、その障害自体の研究や情報が乏しいため正しく理解されない、一つ一つの障害は認定されないが複合的に障害が重なりうまく仕事に着けない、内部障害についての障害者認定はされていないため一生必要な薬などの補助がでない、また社会的偏見など多く壁に阻まれ、社会の中で自立することができない経験者が多くいる。仕事を持

てない場合、助成がないことから親が死んでしまうと確たる生活の保障がない。経験者家族は将来患児が自立できるかどうか常に不安に思っている。治療後の長期フォローアップ体制の充実と正しい障害の評価とそれに対する援助を望む。これまで医療関係者の最大限の献身と善意によりなんとか支えられてきていた医療制度だが、特に小児医療が危機的状況の今、がん基本法にのっとり、より効率的で効果的な小児がん医療が受けられるような体制の整備が叫ばれている。小児がんの疾病別患者会などで協同して拠点化、専門医の育成などに関する要望書を厚生労働省、政府、学会に提出をしている。

session 07

個別化医療

大澤幸生

(東京大学大学院工学系研究科
システム創生学専攻教授)

(おおさわ・ゆきお) 東京大学大学院工学系研究科システム創成学専攻の教授。東京大学大学院で博士課程修了、博士(工学)。大阪大学助手、筑波大学ビジネス科学研究科助教授などを経て現職。ヒトが生命・物質から宇宙までマルチスケールの環境を相手に相互作用する巨大な地球リソースシステムのデザインこそが日本経済の突破口だと考えている。「チャンス発見学」を創始し論文のほか「チャンス発見のデータ分析」(東京電機大出版 2006)、「未来の売れ筋発見学」(ダイヤモンド社 2010) など著書多数。

中村祐輔

(国立がん研究センター研究所長)

野田哲生

(癌研究会研究所長)

宮野 悟

(東京大学医科学研究所
ヒトゲノム解析センター教授)

上 昌広

(東京大学医科学研究所特任教授)

医療においてイノベーションとは何か

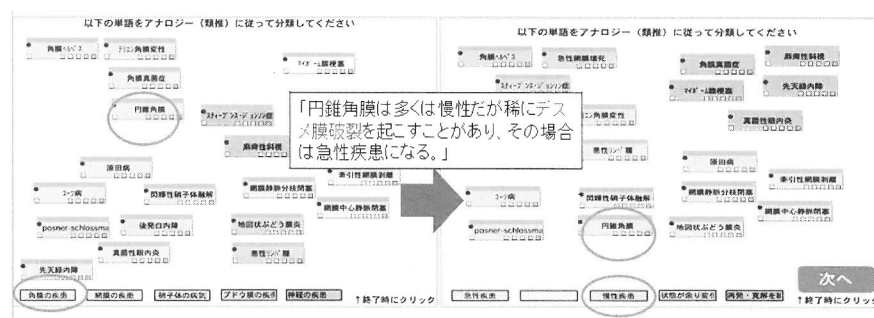
大澤幸生

上記は以前から私が尋ねたかった問いであるが、誰に尋ねるべきか分からず放置してきた。イノベーションという概念を経済学に導入したシュンペーターは、企業家の革新による動的な経済発展を考えていた。であるから、イノベーションには単なる創造ではなく、社会に持続的発展をもたらすアイデアの創成が求められる。その後に生まれたロジャースの普及理論には、消費者の視点から新商品やサービスの価値を掘り起こすイノベーターも登場する。最近ではヒッペルが、消費者の生んだ発想がイノベーションを導くメカニズムも明らかにしている。イノベーションとは「現場からの改革」に他ならず、医療者が企業家に相当するなら患者とその家族も消費者として参加し共創的に実現すべきものであろう。

私の研究室では、イノベーションゲーム(IMG)とアナロジーゲーム(AG)という二つのゲームを開発しており、これを用いて実業家たちが市場から評価されるような新発想を得るプロセスの実現を進めてい

る。IMGには企業家役と消費者役という2種類のプレイヤーが参加し、既存知識の組み合わせからアイデアを創造し評価し合う。AGでは知識を表す単語群に画面上で現れ、プレイヤーは単語塊に概念名を付与しながら再配置を繰り返してゆく。

眼科の疾患を対象領域としたAGを眼科医師らに試行して頂いたところ、ある病気について「角膜の病気」など患部部位による概念化から「通常は慢性だが稀に急性となる病気」という新たな概念化に発展し、急性のケースで現れる症状を経験から掘り起こすに至った(図参照)。このように医療者の経験の中には様々な視点が潜在していて、掘り起こせば診断や治療、患者の生活品質の革新が果たせるのではないかと期待している。勿論、患者とその家族、未来に患者となる多くの皆様の経験に多様な視点が埋まっていることにも。私が表記の問いを尋ねる場は、皆様の集うこの協議会しかなさそうである。



アナロジーゲーム(AG)を用いた医療者の潜在的視点(病気・症状分類の基準)抽出

オバマ大統領「ヒトゲノムと個別化医療」法案に見るゲノム医療の近未来

中村祐輔

20世紀の医療は飛躍的な進歩を遂げ、多くの病気に対して多くの治療薬が開発された。しかし、同じ病名と診断されたすべての患者さんに、同じ種類の同じ量の同じ薬剤を投与してすべての患者に有効で、誰にも副作用を示さないことなどは、現実の医療現場においてはありえない。診断がついた時点で、最も効果の期待できる薬が投与され、その後、効果がなかった場合や不十分な場合、もしくは、副作用が出た場合には、薬の量を増減する、あるいは、薬の種類を変えるなどの対応が行われている。医療機関において医師が患者さんに薬を処方する際に、「“とりあえず” この薬で様子を見ましょう」と言う事が多いのですが、今の医

療は、まさに可能性に期待をかけた“とりあえず” 医療なのである。

統計によると、最初の治療で満足の得られる患者さんの割合は約50%であり、二人に一人の割合で効果が非常に低いか、全く効果が認められない。治療効果のない薬で治療を受けることは（1）別の薬に変更した後、その薬が有効で治癒したとしても患者さんが回復するまでの時間を長引かせる。（2）効かないで過ごす間に病気が進行する場合や他の合併症などを併発して、治療が困難になる危険性が増す。（3）意味のない薬剤によって副作用が起こる危険性がある。（4）効かない治療薬・副作用に対する治療・加療期間の延長などによる医療費の

増大を招く結果となる。

したがって、薬の治療効果や副作用の危険性が事前に予測できるならば、より効率的に、より安全に薬剤などを投与する医療を確立することが可能になる。われわれは遺伝的な要因に着目して、「必要な量の必要な種類の薬剤を必要な患者さんに（an appropriate dose of a right drug to a right patient）」という医療（個別化医療・オーダーメイド医療）の実現を目指している。米国ではバラク・オバマ大統領が上院議員時代の2006年に「ゲノムと個別化医療」法案を米国議会に提出しており、この研究分野の研究を推進しているが、日本の取り組みは大きく遅れている。

がん個別化医療の確立に向けた橋渡し研究

野田哲生

現在、化学療法はヒトがん治療法の1つとして確立している。しかし、がんの化学療法剤の多くは、他のヒト疾患の治療薬に比べて奏効率が低く、加えて、副作用が強いという特徴があり、それが化学療法によるがん治療の普及を困難にしている。また、近年、次々と開発される化学療法剤の殆どは、分子標的薬であり、これらの薬剤の投与に当たっては、その患者さんのがんが、実際にその標的分子を発現していることが確認されているにも関わらず、その奏効率が50%を超えるような新薬はごく限られているのが現状である。また、その一方、新たな分子標的薬の出現により、各種のが

ん患者さんに対して有効を示す薬剤は着々と増えており、その選択の幅が広がりつつあることも事実である。従って、あらかじめ化学療法剤を投与する前に、その患者の奏効率や副作用の出現率を予測することが可能となれば、結果的に、より効果が期待でき、より副作用の出現頻度が低い化学療法剤を、患者さんに投与するという、がんの個別化医療の確立が可能となる。

こうした化学療法剤の有効性の差異は、がんの多様性に起因するものである。即ち、その薬剤が有効ながんと無効ながんでは、同じ臓器に発生し、同じ組織型で同じ標的分子を発現している、同じステージのがん

であっても、そのがんがその増殖と生存を依存している分子機構が異なっていることを示している。即ち、効果や副作用の予測システムを確立するためには、こうした「がんの多様性」を理解することが必要であり、実際には、その化学療法剤を投与された患者さん由来のがんサンプルの大規模な収集と解析による橋渡し研究の推進が必須となる。しかし、現在の日本には、こうした研究を支援するシステムが存在していない。本講演では、日本におけるがんの個別化医療推進に向けて、国レベルでのこうした橋渡し研究推進システムの構築について考えてみたい。

パーソナルゲノム時代の私たち

宮野 悟

一人のゲノムを決めるとは、つまり「私」の細胞の染色体にあるDNAを構成している30億文字からなるATCGの文字列をコンピュータで読めるようにすることです。これをゲノム情報とよんでいます。国際ヒトゲノム計画は、14年の歳月をかけ、2003年にこの30億文字からなるゲノム情報の電子化を完了しました。「ヒトゲノムが解読された」と世界中で報道されましたが、ヒトゲノムという暗号が解読されたわけではありません。この直後、米国NIHはヒトゲノム決定後のロードマップを発表しています。そこには、"Biology is changing fast into a science of information management" というメッセージが出されており、ITによる医療・ヘルスケア開発のパラダイムシフトが起こることが示唆されていました。現在、このパラダイムシフトは急速に進行しています。2007年、個人個人の違いをDNAのレベルで解明する国際ハプマップ計画が完了し、ヒトの病気や薬剤応答に関わる遺伝子を効率よく見つけるための基盤ができました。そこでは3つの人種の全ゲノムにわたるDNAの違いが明らかにされました。2008年、中・英・米は、世界各地の1000人以上の全ゲノムを解析して、医学的応用価値のある人類ゲノム地図を作成する「国際1000人ゲノム計画」を開始し、2010年に終了します。また、2008年から、主要ながんのゲノム異常カタログを作成する「国際がんゲノムコンソーシアム」が開始され、25,000の癌サンプルと正常細胞、あわせて

5万人分の全ゲノム情報が解析されています。そして、2008年、「ゲノムと個別化医療法案」を提出したオバマ上院議員が米国大統領に就任しました。2009年、米国ヒトゲノム計画を完遂したコリンズ博士が米国NIH所長に就任し、ゲノム情報を基盤とした米国の医療・ヘルスケア戦略が、だれの目にも明らかになりました。さらに英国では2015年までに10,000人のパーソナルゲノムをコホート情報と一緒に集める計画が進んでいます。

1000億円かかったヒトゲノムも、現時点では100万円ぐらいでビジネスにのせている会社もあります。この背景にはシーケンサー（DNAを読み電子化する装置）の画期的な技術開発があり、現在、シリコンシーケンサーなどが急速に実用化され、IBMとロッシュも共同で開発をはじめました。同時に、遺伝子検査ビジネスの23andmeなど、ゲノム情報の新たなサービスモデルも広がっています。5年以内には確実に10万円でパーソナルゲノムを決めることができ、10年以内に1万円を切る時代にはいります。個別化医療に向かう激動の時代に入ります。

米国の戦略に象徴される個別化医療を実施するためには、スーパーコンピュータやクラウドコンピューティングなどの計算資源とサービスを社会インフラとして整備すること、そして医療・ヘルスケアにおけるIT人材の育成と確保が最大の鍵です。米国はほとんど全てのものを仕込みました。

中村祐輔

（なかむら・ゆうすけ）国立がん研究センター研究所所長。1977年大阪大学医学部卒業。消化器外科医として勤務後、遺伝子・ゲノム研究に転じ、1987年米国ユタ大学助教授。1989年（財）癌研究会癌研究所生化学部部長。1995年より東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター長。2005年より理化学研究所ゲノム医科学研究センター長を併任（2010年まで）。2010年4月より国立がん研究センター研究所長（併任）。すでに20人以上の弟子が全国の大学・研究所で教授・部長となっている。論文がゴールでない医学研究を進めている。

野田哲生

（のだ・てつお）癌研究会研究所所長。昭和55年3月31日東北大学医学部卒業。昭和59年3月31日東北大学大学院医学研究科 博士課程（外科学専攻）修了。昭和59年4月1日米国国立がん研究所（NCI）フレデリック癌研究施設博士研究員。昭和60年10月1日京都大学ウィルス研究所癌ウィルス部門助手。昭和63年6月1日米国マサチューセッツ工科大学 ホワイトヘッド研究所客員研究員。平成2年11月1日癌研究会癌研究所細胞生物部部長。平成9年7月1日東北大学大学院医学系研究科 分子遺伝学分野教授。平成14年11月1日東北大学大学院医学系研究科附属創生応用医学研究センターセンター長。平成18年1月1日癌研究会癌研究所副所長。平成18年4月1日同上所長。平成18年6月17日同上理事（癌研究所 所長兼任）。平成18年4月1日癌研究会ゲノムセンター所長兼任。専門分野：分子遺伝学。所属学会：日本癌学会理事長、日本学術会議連携会員。

宮野 悟

（みやの・さとる）東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター教授。1977年九大理学部数学科卒。理学博士。九大理学部教授を経て1996年より現職。スパコンを利用して癌などの病気をシステムとして解き、創薬や治療へとつなげていくための計算戦略を研究。文科省新学術領域研究「システムがん」領域代表。国際計算生物学会理事、日本バイオインフォマティクス学会会長などを歴任。NPO健康医療開発機構事務局長・理事。

上 昌広

(かみ・まさひろ) 東京大学医科学研究所特任教授。1993年東京大学医学部卒業、第3内科に入学。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て造血器悪性疾患の治療、特に骨髄移植の臨床と研究に従事。05年より東大医科学研究所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。

ゲノム・情報戦争

上 昌広

8月13日、日経新聞が一面トップで、マイクロソフトが日本の病院向け情報システム事業に参入することを報道した。すでに、立川病院に試験システムを導入し、今後3年間に30以上の病院に導入を目指すようだ。

ITの雄として君臨したマイクロソフトも、最近ではグーグルやアップルの後塵を拝している。生き残りをかけて、医療分野に集中投資するようだ。これは、米国では周知の事実のようで、7月28日のNEWSWEEK日本語版にも「マイクロソフトが挑む医療大革命」という記事が掲載された。この中で、同社が開発した、患者情報を統合するソフトウェア「アマルガ」、および患者記録を保管するオンラインシステム「ヘルスポールト」が紹介されている。ライオンズ記者は、「医療は基本的に情報管理ビジネス」で、必要な初期投資が大きいと、参入できる企業は一部の大企業に限定されると考えられているようだ。私も賛成だ。

日経やNEWSWEEKは、医療の効率化のためにITが必要という論調だが、別の側面もある。それは、ゲノム情報に基づく個別化医療だ。

NatureやNEJMにゲノム研究が紹介されない週はない。7月22日にはNEJMの巻頭言で、コリンズNIH長官とハンバーグFDA長官が「個別化医療への道」という論文を寄稿した。両者を任用したのはオバマ大統領で、彼は大統領選挙を控えた2006年に「ゲノムと個別化医療法案」を提出している。オバマは、個別化医療を成長戦略の中核と認識している。

ゲノム研究の成果は着実に「商用化」されつつある。ネット上で遺伝子診断を提供する「23 and ME」という会社をご存じだろうか。同社によれば、糖尿病や癌などへの罹りやすさから、先祖に関する遺伝情報

を、400ドル程度で調べることができる。既に多くの日本人も利用しているようで、様々なブログで感想が紹介されている。実は、この会社の「親会社」はグーグルだ。シリーズAで調達された900万ドルのうち、390万ドルはグーグルが提供した。遺伝情報をグーグルが押さえることで、どのようなビジネスが可能になるかは、容易に想像がつくだろう。

ゲノム情報に基づく個別化医療の中核は、シーケンス技術と情報処理だ。各領域で熾烈な競争が起きている。例えば、シーケンサー開発では、イルミナなどのベンチャーを追いかけ、サムスン、IBMなどが参入した。また、ゲノム解析是北京ゲノムインスティテュートが、英国サンガーセンターや我が国の理研を抜き去った。情報処理はIBMのスパコンがヘゲモニーを握りつつある。そして、電子カルテはマイクロソフト、患者への情報提供はアップルやグーグルが攻勢をかけている。

我が国の総合科学技術会議も、漸く、ことの重要さに気づいたようだが、その戦略は心許ない。ゲノムコホート研究が、来年度の科学・技術の重要施策に選ばれたが、おそらく、京都大学が推進している長浜市のコホート研究が念頭にあるのだろう。このプロジェクトが科学的に重要であることは言うまでもない。しかしながら、グーグルが「ネット・コホート」を構築している横で、「精密な箱庭」を作っても意味がない。

現在、グーグルを初めとしたIT革命の勝者が、医療情報のプラットフォームを狙って競争している。このプラットフォームは、ゲノムだけではなく、やがてエピゲノム、プロテオミクスなどの新規技術も網羅するだろう。長期的な国家戦略を議論しなければならぬ。

片山敏宏

(成田市副市長)

(かたやま・としひろ) 成田市副市長。昭和45年8月生まれ。平成6年東京大学法学部卒業後、旧運輸省(現国土交通省)入省。東北地方整備局用地部用地第一課長、運輸政策局観光地域振興課長補佐、海事局国内旅客課長補佐、自動車交通局技術安全管理課長補佐、同局総務課財務企画官を経て、平成9年7月より成田市副市長に就任。成田国際空港担当として、成田国際空港の機能拡充、羽田国際化への対応等に取り組んでいる。

亀田隆明

(医療法人鉄蕉会理事長)

(かめだ・たかあき) 医療法人鉄蕉会理事長。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就任、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従事、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。

久住英二

(ナビタスクリニック立川院長)

※P9参照。

中村丁次

(神奈川県立健康福祉大学教授、日本栄養士会会長)

松澤一美

(東日本旅客鉄道株式会社)

松田 学

(言論NPO 理事、元財務省官僚)

日本版IHNの構築による医療サービスの効率化

亀田隆明

米国では、医療費が名目GDPを上回るスピードで増加し続けてきた。にもかかわらず、病院数と病床数は逆に減っている。この一見矛盾する現象を説明するキーワードは「機能分化」である。この「機能分化」を広域医療圏の中で重複を避けながら実践している事業体がIHN(統合ヘルスケアネットワーク)である。

日本においても、一定範囲の地域で網羅的かつ重複を避けつつ医療サービスを提供する事業体「日本型IHN」を仕組みとして構築することが、医療の効率化につながる。

医療施設間の連携の重要性は以前から強調されているが、過疎地域ではそもそも連携すべき医療機関が無い、あるいは連携すべき病院が縮小、閉鎖されてしまうといった問題が起きており、これが医療崩壊につながっている。この事象を解決するには、その地域における基幹病院が中心となって

周辺医療機関の経営を統合すること、または、医療施設間の情報ネットワーク連携を構築することによって効率の良い医療提供体制を構築する必要がある。医療はあくまでも地域に密着したもので、統合すべきは地理的に目が行き届く範囲で医療の質および経営管理がきめ細かくできることが条件である。

「日本型IHN」を進展させるためには、ITシステムの統合やデータ連携が重要であるが、効率的にITを活用する上でネックになる現実的な問題がある。3つ挙げると、①患者IDナンバーの統一、②ITベンダー間の囲い込み(エゴ)、③患者情報のプライバシーリスク、などである。一患者一カルテに向けて、診療情報システムの共通フォーマットの整備とプライバシー保護のためのガイドライン作成など国策として推進していく必要がある。

付加価値の高い医療への転換を

久住英二

1日利用者数50万人のJR東日本立川駅エキナカで、平日夜9時までの診療を開始して、2年4ヶ月が経過した。2万3千人の新規ユーザーが来院した。内科でのコアユーザーはサラリーマンであり、受診者の90%を20~49歳が占める。この年代は、転勤や引っ越しが多く、かかりつけ医を持ちにくい、利便性の高いクリニックが支持を得ているのだろう。医療に対する先入観は少なく、サービスに対して正当な対価を払う用意がある。

新規受診者全員が対象の無記名調査では、18時以降も通常の診療が受けられる利点は、貨幣価値で千円以上の価値があると79%が回答している。診療報酬での時間外加算は500円であり、3割負担では150円の負担増に過ぎない。よって、受診者の8割は、850円以上の付加価値を感じている。医療は価値を創造する業種ではないとされるが、日常的医療のレベルでも、価値創造が十分に可能である。ちなみに、当院では、受診者から感謝いただくことが多く、スタッフの士気向上につながっている。

当院は、スタッフにとっても利便性が高

い。まず、通勤が楽なこと。仕事帰りの買い出しにも便利であり、よって求人への応募が多い。そして、多様なライフスタイルに合わせやすいこと。医師では、勤務医が午後のバイトをするにも、まとまった額になる。また、午前だけ外来をしてスキルを維持したい、ママさんドクターも働きやすい。ナースでは、6人が非常勤で、うち4人が子育て中である。人数が多いため、家族の急病による欠勤をカバーすることが可能だ。出勤しているスタッフへの過剰な負担を避けられるため、医療安全も高まる。

受診者とのコミュニケーションには、対院外ではホームページ、メール、ツイッター等を利用している。ウェブを使いこなす受診者は、社会でのネットワークにおいてハブの可能性が高く、情報提供先としては有用性が高い。対院内では、スタッフはインカムを装着し、迅速な情報共有を図っている。

当院は、医療者側がユーザーのニーズにきめ細かく対応し、その結果として受診者からも良いフィードバックが得られており、医療における良循環の一つのモデルケースであろう。

医療における栄養管理の重要性と管理栄養士の役割

中村丁次

人間は、生命を維持するために常にエネルギーと栄養素を補給し続けることが必要である。栄養補給の停止は、生命の停止を意味する。従って、適正な栄養補給はどのような状態においても必要であるが、特に疾病時においては重要であり、医療の基本となる。しかし、人間は病気をすれば、食欲や味覚が低下して摂取量が減少し、消化・吸収機能の低下や代謝亢進による必要量の増大により、多くの場合にやせ細り、入院患者の4～6割が低栄養状態にあることが報告されている。従来、病人がやせることは当然のように扱われてきたが、近年、hospital malnutritionやdisease related malnutritionと言われ、新たな栄養失調症として注目されている。このような低栄養状態を放置すると、薬物効果の低下、手術後経過の悪化、免疫力の低下、入院期間の延長等が起り、結局、QOLが低下し、医療費や介護費が増大することが明らかになってきたからである。

従来、医療において、管理栄養士、栄養士は、病院食を提供し、生活習慣病の食事療法を実践する専門職として位置づけられ、病院給食の管理と栄養食事指導の業務を担う者と考えられてきた。薬物療法の発展により食事療法が軽視されるなかでは、管理栄養士の業務も注目されることは少なかった。従って、我が国の病棟には、栄養の専門職が常駐しておらず、患者さん個々の栄養摂取量も、必要量も算定されず、栄養状態の評価も判定も行われていなかった。

しかし、患者さんの栄養状態の悪化そのものが重要な課題になることにより、栄養補給の方法は、食事による経口摂取のみならず、経腸栄養や静脈栄養などの栄養補給技術が発展し、栄養状態の改善を目的とした総合的な栄養管理の必要性が叫ばれるようになった。平成18年に「入院栄養管理実施加算」、平成22年に「栄養サポートチーム加算」が始まった。しかし、管理栄養士数が圧倒的に少ないために十分な対応

ができていない。管理栄養士が行う栄養指導料も30～60分実施しても1,300円、栄養管理実施加算も120円/日と低価であり、管理栄養士を雇うことも困難である。病棟業務を専従する管理栄養士の数を増やせば、患者個々の栄養アセスメントが実施でき、必要栄養量の算定、栄養指導や栄養補給を含めた栄養ケアの計画、介入後の評価等を実施することができる。もちろん、食事や栄養補強に対する患者さんの要望にも即座に答えることができる。ところで、栄養の分野では以前からNSTに見られるようなチームワークによる栄養管理を目指し、そのためのエビデンスの積み重ねがある。チーム医療で重要なことは、それぞれの領域の専門職が尊重され、必要なメンバーが揃い、連携による優れたチームプレイができることである。このことは強い野球チームを作るのと同じである。

JR東日本が取り組む子育て支援事業について

松澤一美

JR東日本は、駅から概ね5分のアクセスの良い立地を中心に認可保育園等保育園の開設を進めている。通勤途中に保育園があれば、子どもを預けやすく、帰宅時に子どもと帰宅ができ、効率よく時間を生み出せる。利用者からの「ありがとう。ここがあったから仕事を続けられた。」という言葉に支えられ累計36ヵ所となっている。

利用者目線に立ち、駅へのアクセスや、通勤と勤務時間に配慮した開所時間の提供、認可・準認可保育園の開設、子どもが長時

間過ごすことを前提とした施設整備（園庭の確保等）を開発コンセプトとして、「子育て支援のワンストップサービス」を目指している。

近年、駅へ向かう通勤途中にあることから、父親と登園する子どもが頻繁に見られ、仕事と子育ての両立支援策として、地域社会における男性の育児参加の機会にも繋がりを果たしている。こうした当初の想定を越えた利用者は、新しいビジネスの可能性を示している。駅や駅ビルなどの

商業施設に保育園やクリニック、コミュニティの場を整備して鉄道利用者の利便性向上を図っていくことは、待機児童解消やワーク・ライフ・バランスの実現等社会的な意義を達成しつつ、「交通結節点」である駅に個々の利用者の「生活動線」を集約することになり、それは、鉄道会社だからできる“ライフ・サポート・ビジネス”の集積を形成していくことになると考えている。

医療と経済の循環システムへの挑戦 一地域と医療・福祉がともに支え合う連携モデルの構築—

松田 学

現在の多くの医療問題に根本的な解決の道を見出すために欠かせないのが、医療と経済の間に良循環を起こす仕組みの構築である。日本の医療システムは、少なくとも二つの大きな問題、すなわち、マクロ面では医療システムそのものの持続可能性の問題、ミクロ面では現実の医療提供とエンドユーザーのニーズとの間のミスマッチの問題を抱えているが、これらの解決もその例外ではない。

前者については、超高齢化社会の進展の中で医療の持続可能性を確保するためには、医療の世界に「価値」を組み立て、高齢世代がその大半を保有する日本の個人資産ストックが、各々の価値選択を通じて医療に投じられるような財源システムを構築する以外に道はない。この点については、昨年の第4回の本協議会で、「三層構造の医療財源システム」を提案した。これは、いわば「凍結」状態にある日本の個人資産ストックを、「健康」を含めた21世紀型の新たな価値創出へと、いかにフロー化できるかという、日本経済最大の課題解決と表裏一体の関係にある。そこに、世界初の超高齢化社会を迎える日本の新たなストーリーを構築することで初めて、日本は次の経済成長のチャンスをつかむことができる。

今回は、こうした点にも触れながら、特に後者のミクロ面の問題を取り上げる。その解決に向けて、地域が医療と福祉の連携を支え、それが地域そのものを再生するモデルの構築を提案したい。具体的事例とし

て、横浜市の某商店街で事業化を進めている「医療ニューディール」モデル構想を紹介する。日常の健康増進や見守りから、開業医・病院・在宅医療の三位一体、段階ごとに提供される介護システムなどの機能が、いずれもシームレスにつながり、住民であるユーザーに健康や安心といった価値を提供し保証する。そのようなシステムとしてまちを組み立て、超高齢化社会の拠点として地域を活性化する。そこには、「まち」が経済的にも元気であることに高齢者支援が成り立ち、高齢者が元気で活動的であることによって「まち」が元気になるという良循環が成立する。

すでに、医療圏の議論にもみられるように、医療を地域全体で支える方向が打ち出され、そこにおける「機能分化と統合」も唱えられているが、上記のような理想型が現実化するにはまだほど遠い状況にある。ブレークスルーのためには、有為な事業者たちが地域の現場レベルから事実を積み上げていく形でチャレンジを実際に進めていくことが、最も有効なのかもしれない。エンドユーザーに対する価値提供システムとして日本の社会システム全体の再設計が求められている今日において、地域医療が出し得る答や、それを阻害するネックは何かを議論する材料を提起したいと考える。

最後に、こうした医療ニューディールの実践に不可欠なファイナンスの問題についても、最近の新たな動きに言及したい。

中村丁次

(なかむら・ちょうじ) 神奈川県立健康福祉大学教授、日本栄養士会会長。1972年に徳島大学医学部栄養学科卒業、1975年から聖マリアンナ医科大学病院、1987年東京大学医学部より医学博士。2003年からは神奈川県立保健福祉大学教授。その他、(社)日本栄養士会会長、日本臨床栄養学会理事、日本栄養改善学会理事、女子栄養大学大学院客員教授、聖マリアンナ医科大内科講師を務める。【主な著書・監修】著書に『見てわかる！栄養の図解事典』(PHP研究所)、『医療・福祉における実践的栄養アセスメント—臨床現場からのアプローチ』(日本医療企画)、共著に『食べ方・運動 治す・防ぐ・若返る健康医学事典 こそろ力・脳力編』(講談社)、監修に『基礎からわかる・授業に活かせる 食育指導ガイドブック』(丸善)、『子供の肥満を防ぐ100のレシピ』(成美堂出版)、などがある。

松澤一美

(まつざわ・かずみ) 1991年、東日本旅客鉄道(JR東日本)入社。入社後、JR新宿駅にて女性発案による構内店舗に従事。1年後店長経験後、支社管理部門に移り、駅構内でのコンビニエンスストア開発・販売促進を担当。1994年人事部へ異動。要員担当として社員需給、高齢者・女性の職域拡大を担当。1997年グループ会社に出向を経て、本社事業創造本部に戻り、規制緩和等が期待された福祉・健康・医療分野の新規事業担当として、画像診断センターの誘致、保育事業、人材派遣等を担当。人材派遣プロジェクトに参画、出向し営業企画、社員教育・再就職支援制度立上げを行う。その後、2007年東日本鉄道文化財団に出向し、副館長(運営責任者)として「鉄道博物館」立上げを行う。2008年再び事業創造本部に戻り、現職。地域活性化部門 課長・子育て事業開発グループグループリーダー。富山県生まれ。

松田 学

(まつだ・まなぶ) 言論 NPO 理事、元財務省官僚。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、内閣審議官、財務省本省の課長、東京医科歯科大学教授、(独)郵貯・簡保管理機構理事、預金保険機構金融再生部長への出向等を経て、2010年4月に退官。たちあがれ日本より参院選に立候補。在官中より、言論NPO理事、社会システムデザイン研究所フェロー等として、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。現在、大樹総研執行役員、埼玉学園大学大学院客員教授、NPO横浜ひとまぐらし研究会理事等。著書「競争も平等も超えて—チャレンジする日本の再設計図」(財経詳報社)など。

現場からの医療改革推進協議会
第五回シンポジウム

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(前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
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 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(NPO法人ももの木理事長)、
土屋了介(癌研究会顧問)、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(東京医
科大学医学総合研究所 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(大
阪大学眼科 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(言論NPO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
システム社会連携部門内
〒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13日(土)

13:00 開会のご挨拶 (P.2)

林 良造

13:05 session01 (P.3~5)

13:30

医療改革の現在

周産期医療の崩壊を
くい止める会
佐藤 章先生追悼

海野信也

鈴木直子

小野俊介

13:30 session02 (P.6~7)

14:20

医療とデザイン／アート

細山田光宣

広瀬麻美

小林一彦

14:30 session03 (P.8~9)

16:00

医療ガバナンス

内田健夫

郷原信郎

中澤堅次

平野啓一郎

宮崎 学

宮台真司

久住英二

16:00 session04 (P.10~12)

18:00

薬害問題とラグ問題

(ワクチンラグ・ドラッグラグ・
デバイスラグ)

小山万里子

坂田和江

黒岩祐治

高畑紀一

藺部友良

村重直子

11月14日(日)

12:30 session05 (P.13~14)

13:00

提言

篠原三恵子

山野嘉久

13:00 session06 (P.15~16)

14:00

医療費負担

天野美知子

児玉有子

松井彰彦

馬上祐子

14:00 session07 (P.17~20)

16:00

個別化医療

大澤幸生

中村祐輔

野田哲生

宮野 悟

上 昌広

16:00 session08 (P.21~23)

18:00

医療供給体制

片山敏宏

亀田隆明

久住英二

中村丁次

松澤一美

松田 学

18:00 閉会のご挨拶 (P.2)

高久史磨

指定発言

足立信也

梅村 聡

鈴木 寛

世耕弘成

仙谷由人

三原じゅん子