

平成21年度がん診療連携拠点病院機能強化事業

がんプロフェッショナル養成プラン 関東広域多職種がん専門家チーム養成拠点事業



筑波大学附属病院総合がん診療センター
公開シンポジウム

Crisis of Japan

がん医療 日本の危機

平成21年度がん診療連携拠点病院機能強化事業

がんプロフェッショナル養成プラン 関東広域多職種がん専門家チーム養成拠点事業



筑波大学附属病院総合がん診療センター
公開シンポジウム

Crisis of Japan

がん医療 日本の危機

CONTENTS

- 1 がん医療 日本の危機 埼玉県済生会栗橋病院副院長 本田 宏
- 16 茨城県のがん対策 茨城県保健予防課課長 青山 充
- 26 パネルディスカッション「がん医療を考える」
- 座長 大河内信弘（筑波大学附属病院副院長）
河合 弘二（筑波大学附属病院総合がん診療センター副部長）
- パネリスト 本田 宏（済生会栗橋病院副院長）
青山 充（茨城県保健福祉部保健予防課長）
小田 竜也（筑波大学附属病院消化器外科講師）
市民代表

がん医療 日本の危機

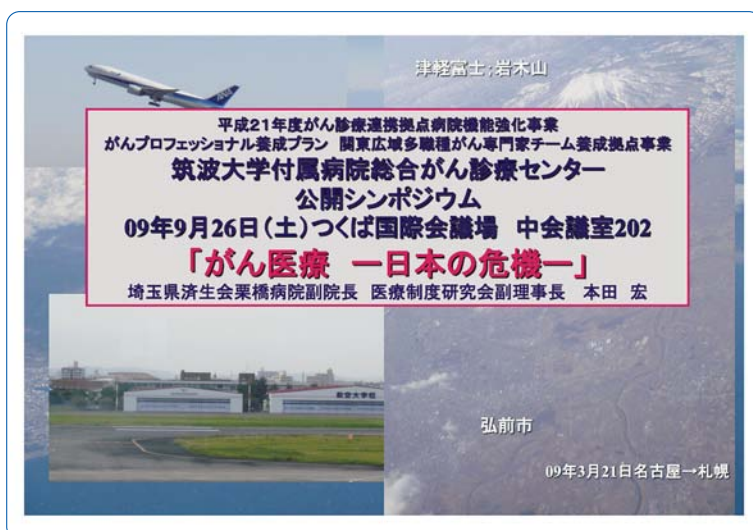
埼玉県済生会栗橋病院副院長 本田 宏

皆さん、こんにちは。本田です。よろしくお願いします。大変、関心をお持ちいただいて、ありがとうございます。「正しい情報が伝わらない」と、何も変わらないというのが、私のキーワードで活動しておりますので、これから45分間お話をさせていただきたいと思います。できるだけわかりやすくお話をしたいと思うんですが、何ぶん、日頃は90分から2時間掛けて話す話を、もちろんスライドは減らしているんですけど、今日は45分で話をしますので、ちょっとわかりにくいところがあったり、元々早口なのにもっと早口になったり、あと郡山生まれですから訛っているんですけど、そういうことでいろんな形で聞きにくいっていうことがあるかもしれませんが、それはご容赦いただきたいと思います。では貴重な時間ですので、早速講演を始めさせていただきます。あと、私の話はまじめに聞くとすごく暗い話になるので、できるだけ冗談言ったりするんですけど、今日はその冗談を入れる間もないという大変辛い状況になっておりますので、もし笑えるところがあったら遠慮なく笑っていただくと。笑った方が健康に良いですから。笑っていた方ががんにもなりにくいって話もあるぐらい、治りやすいってことですので、よろしくお願いします。では早速入ります。

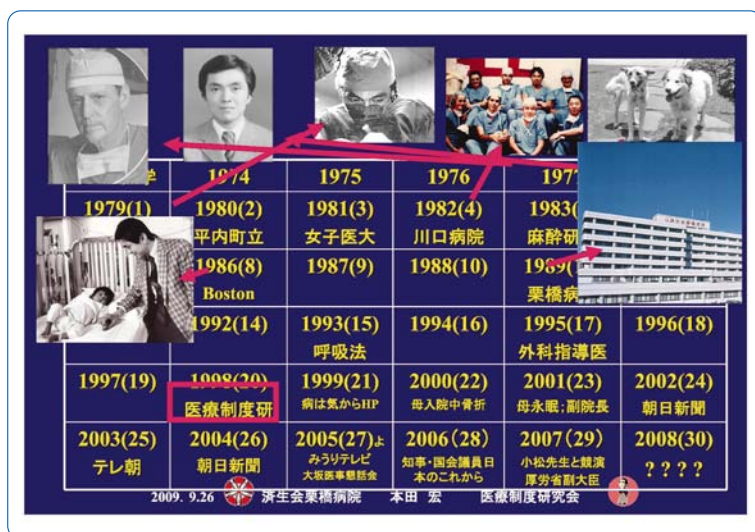
スライド1 実は私、全国に講演に参っておりまして、これは広島から青森に行くときに、羽田空港に行く途中で私が撮った写真なんですけど、ここも実は、笑える話が2、3個あるんですけど、ちょっと今日は全部涙を飲んで割愛していききたいと思います。これは名古屋から札幌に行く途中に、私が学んだ青森県の弘前市、岩木山を撮った写真でございます。今日の題名は、筑波大学附属病院総合がん診療センター主催で、「がん医療 - 日本の危機 - 」ということでお話しします。ただ、さすがに割愛したいんですけど、私がなぜこのような変わった、異色な医者になったかということだ

けちょっとお話ししないと、何でも温故知新、歴史が大事ですので、ちょっとお話ししたいと思います。

スライド2 私は、1954年福島県の郡山生まれでございます。今、55歳。で、1973年、青森県の弘前大学に入りまして、5年目に肝移植のスタートという人が来まして、私も当時は若かったですから、将来は臓器移植をしようと思って肝臓移植医を志しました。弘前大学第1外科に入って、弘前市立病院で修行しておりました。3年目に女子医大にまいりまして、その後、アメリカの肝臓移植のメッカ、ピッツバーグに、短期見学に行ったり、犬の肝臓移植をしたり。そして、アメリカのボストン小児病院に、肝臓移植が必要な沖縄の女の子の付き添いで行って、臓器移植の橋渡しをしたりしたことがありました。実はこのときに私はアメリカの医療を垣間見て、アメリカの医療はすごいなと思ったんですけど、その当時は、今日お話しするようなデータをほとんど何も知りませんでしたから、すごいなと思っただけだったわけでございます。そして、11年目に済生会栗橋病院という、埼玉県の北にできた病院に赴任しました。なぜかという、日本では臓器移植はなかなか進まないだろうな、とずっと感じていたからです。皆さんご存じのように、日本人は、外国での臓器移植には賛成して寄付を募っているんですけど、



スライド1



スライド 2

国内では最近まで提供しなかった国民でございますから、そういう状況を見ていて、私は「だめだな、これは日本では臓器移植は進まないだろう」ということで済生会栗橋病院の外科として出たわけでございます。

そして、一般病院の外科で、365日24時間働いていた、そして1997年。当時の橋本内閣から、医療制度改革をしよう、という話が出ました。日本の医療制度改革というのは、簡単に言うと、医療費削減です。医療制度改革というオブラートをかぶせて医療費削減。最近の後期高齢者医療制度もすべてそうですね。将来医療費が高くなるから削減しようというのが日本の医療改革です。そのとき私は365日24時間働いていて、アメリカの医療現場も垣間見て、日本の医療は全然世界的じゃない、レベルが低いんじゃないか、と思っていましたから、これで医療費削減されると大変なことになるぞ、と思ったわけです。そして医療制度研究会を立ち上げて勉強を始めました。

スライド 3 そして私の意見が一番初めに載ったのが、朝日新聞です。「ミス招く医療システムの病理」。これは、慈恵医大青砥病院のときですね。あのときに、日本の医療費はすごく安いってことが、日本の医療の問題の背景にあるんですよ、という意見が、朝日新聞に顔写真入りで載りました。この写真は私ですよ、皆さん。そして私は、朝日新聞にこれだけ載ったので、全国からどんな反響が来るか、と思いました。「あんたの言うとおりだ」とか、「日本

の医療費安すぎる」と。そしたら全国から、ノー反響。電話も手紙もファックスも来ませんでした。私は朝日新聞っていうのは、うちしか取ってないのかと思って隣のうちを見たら朝日新聞だから、「2部は売れているな」と思ったことを今でも忘れられません。

そして、テレビ朝日の「爆笑問題 ニッポンの先生教えて」に出たり、読売とか毎日新聞にも出たんですね。そして、また朝日新聞に医師不足問題が出ました。「欧米並みに増員必要」。皆さん、「欧米か」っていうのは私の方が早かったんです。ところが、このときに全国からどんな反響が来るかと思ったら、またノー反響。で、隣を見たら、朝日新聞からもう毎日に替わっておりました。つらいな。つまり、正しい情報だからって自動的に伝わらないんですよ、皆さん。変な話、例えば、今日こうやって集まってきてくれた皆さん、ありがたいですよ。けど、日本人の多くは、やっぱり医療問題よりは、芸能人が来る方に集まりますもんね。そうでしょう。テレビでも、医療問題よりは、うまいラーメン屋を見てしまう。これが日本なんです。だから、正しい情報が伝わらないから全然良くならないんです。だけど私は諦めませんでした。関西の讀賣テレビに出たり、青森県の知事さんに会ってお話したり。ちょっと今日は時間の関係で、この方のお話をじっくりできないんですけども、高岡善人先生っていう東大卒の先生に、いろいろ教をいただいたり。そして、虎ノ門病院泌尿器科の小松秀樹先生と一緒に



スライド 3

にシンポジウムに出たり。そうこうしているうちに、「あんたの話は偉い政治家の先生に聞いてもらった方がいいぞ」ということで、当時、厚生労働副大臣だったこの方にお話をしに行きました。そしたら、びっくりしたのは、後でスライドを出しますが、あるスライドを出したときに、私が「日本の医療費って世界的に安いんですよ」と言ったら、この方は「え、もっと高いんじゃないのか」と仰ったんです。皆さん、医師会が総力を挙げて厚生労働副大臣になった人が、医療費が高いと思っていたら、医療費を上げてもらえると思いますか。だから、どんどん医療が崩壊しちゃう。そしてそのうち、日本病院会のセミナーでもお話をさせていただきました。でも、なかなか伝わらないんですね。

それで『誰が日本の医療を殺すのか』を書きました。皆さん、もし興味がある方は、ぜひお買い求めください。この本の印税は1円も私には入っておりません。慢性赤字の医療制度研究会に入りますので、いくらこの本を皆さんが買っても私が儲かる心配はありませんので、買っていただけないでしょうか。800円ちょっとです。ただ、こういう経済状況ですから買えない方もいるでしょう。そのような方はもし本屋さんでこの本を見たら、目立つように置き換えてほしいんです、目立つように。お願いいたします。皆さん、何か自分でできることをしないと、日本は良くなりませんよ。「本田はおしゃべりだから任せとこう」、これでは絶対に良くならないわけです。なぜ私がこういう本の宣伝をするか。こういう本の宣伝をすると、NHKに呼ばれて、朝の「おはよう日本」、こういう番組に出たりします。でも、出ただけで、「おはよう日本」って朝早すぎて、誰も見ていませんでした。残念、ですね。こうやって関西の方でも「そこまで言って委員会」という、テレビに出たりして、一生懸命「医療費が安い」なんて発言しています。そして、もう1冊本を書きました。「医療崩壊は、こうすれば防げる」。これもさっきと同じです。買っていただくか、買えない方は本屋さんで、この本を見たら目立つように置き換えてください。持ってくるとだめですよ、捕まるから。置き換えるんだったら大丈夫だと思います。

そうこうしていたら、この間、「朝まで生テレビ」に出演できました。ここまで来ました、皆さん、おかげさまで、ありがとうございます。この日の前の晩は、仙台で講演。朝まで生テレビのその日は、福

島に行って、福島でまた講演ですから。本当に死にそうですよ、皆さん。だけど、こうやって、誰かが伝えないと、と思ってやっているわけです。で、私の一番言いたいことは、これは私のレジメにも書いてありますけども、私はこう思っています。「正しい情報なしでは、医療崩壊は加速するばかり。このままでは医療ばかりか日本が崩壊する。」皆さんも感じてらっしゃるでしょう。格差社会、フリーター、ニート、自殺大国、後期高齢者医療制度ですよ、日本は。国民が不幸なままの国が、そのまま反映すると思いますか。過去の歴史上で、国民が不幸なままで繁栄した国ってありますか。ないんですよ。国民が不幸なまま放置すると、その国は没落するか、戦争を起こしますから。危ないですよ。と、私は思っているわけです。ですから、これはもうみんなの責任ですね。そのぐらい思わないと良くなりませんよ、皆さん。今回は、さらに9月16日にPHP研究所から出しました。「医療崩壊のウソとホント」。これも、もしよかったら。かなりわかりやすく、Q & A形式で書いています。「なぜこうなの?」「なぜ医者はどうなの?」と書いていますので、もし良かったらこれも購入していただければ。ただしこれはちょっと高く1200円。ですから、場合によっては立ち読みしていただくか、あとは、図書館でこの本を置いてくれるよう申し込んでください。これいいですね。無料で見られるから。よろしく願いいたします。

スライド4 これもレジメに書いてあるので簡単に言いますが、実は私が所属している済生会。明治44年にできたんですけど、明治44年は今の日本と同じだったんですね。国が乱れて、格差が拡大して。そして、日本の医療を良くしようと、明治天皇がお金を出して、「作りなさい」ということでできたのが済生会です。現在の済生会のトップの寛仁親王殿下も、「問題山積の日本医療について、済生会は厚労省の良きアドバイザー、場合によっては陳情団体、最後にはお目付役を果たすべきだ」と、こういうように仰るような状況。つまり、明治44年と今の日本は、非常に似ているんです。ですから、実は私、寛仁親王殿下がこう仰るまでは、済生会で鼻つまみ者だったんですよ。「済生会の癖に厚生省にそんなことを言っちゃっていいの?」みたいな。ところが最近は、済生会の中でも少し株が上がってきております。おかげさまで動きやすくなってまいりました。ということですね。

で、日本だけは「安い医療費でしっかりやりなさいよ、医者なんだから、看護師だから」ということをずっと言われてきたわけです。

スライド7 一方もう1つ、アメリカの医療。今、オバマ大統領も医療制度改革ですごく苦戦しておりますけども、クリントン大統領のころに、サリバン厚生長官が、日本の国立がんセンターを視察しに来ました、なぜ日本があれだけ安くて良い医療をやっているか。ところが1週間で視察をすぐ諦めました。見てもしようがない、と。その理由は、これです。日本は医療にお金を掛けてないじゃないか。こんなひどい待遇だったら、アメリカ人は満足しない、ということで、国立がんセンター視察を1週間でやめたんですよ、皆さん。町立病院ではないのですよ。国立がんセンターです。最近、国立がんセンターでは麻酔医が不足して手術ができなくなったという

ことを、皆さんお聞きになったことあるでしょう。経済大国の一番のがんセンターが、麻酔医が少なくして手術ができないって、日本だけです。今日の私の話を聞いて、「ええ、そうだったのか」と思った方は、この会が終わったら、うちに帰る前にレンタルショップに行き『シッコ』を借りて見てください。私の話を聞いてから、この映画を借りて見れば、日本がどんなふうな医療体制に持っていったらいいのか、市場原理のアメリカ型が良いのか、ヨーロッパ型が良いのか、すぐわかります。必ず借りてくださいね。

スライド8 がんの医療についてですけども、欧米では多くのスタッフが1人の患者さんに、専門医も含めて治療しているんですね。しかも、さらにサポートする救急だったら救急、事務、医療秘書もたくさんいます。ところが日本は、黄色い丸印の部分で1人の医者がやっているんですよ、皆さん。これ

だけのことを1人の医者がやっているんだから、それでは質が保てるわけがないんです。どうにかやっているけど。だって、我慢じゃないけど、私は外科医だけど抗癌剤の治療をやっているんです。緩和ケアも救急の手術もしているんですよ。ここら辺がまず、日本の問題です。ここで問題は、医者も少ないんですが、それを助けるコメディカルの人、看護師さんも少ない、医療秘書さんも少ない。ナースプラクティショナー、フィジシャンアシスタント、いろんな人が少ないんです。だから本当に、とんでもない状況ですね。1人何役もやらせるだけやらしといて、今日はじっくり話す暇ないですけども、医療事故調って言って、事故が起きたら医者を逮捕すればいいんじゃないかっていうのは、やめないと、医者がどんどんいなくなっちゃうわけです。ですから、皆さんの子供たちが医師になったとしても、そういう危険なところに勤めたら、「あんた、辞めた方がいい」と言いたくなりますよ、きっと。これが日本の現状です。だから、がん対策基本法って法律だけ決めてもだめ。医師や、コメディカルをきちんと増員して、お金も増やさなければ。100円ショップではルイ・ヴィトン売ってないんですよ。こういう話です。これが日本の医療の現実なんですね。

日本の病院 米国人には耐えられない？

米国サリバン厚生長官平成4年10月
米国の医療問題解決のためクリントン大統領夫人の肝いりで国立がんセンターを1週間視察後の感想
「米国は医療費にGNPの13.5%を使っているが、経済大国日本はその半分以下、しかも病室は雑魚寝、共同浴室でまるで50年代の米国の病院、米国人には耐えられない」と。AHA News Oct.28,1992
ヒラリー・クリントン：日本の医療従事者を「聖職者さながらの自己犠牲」と絶賛。また一方でクレイジーとも？。

2009.9.26 済生会栗橋病院 本田 宏 医療制度研究会

スライド7

がん治療の現場 外科医は一人6役以上？

救急専門医
かかりつけ医
レントゲン専門医・診断
病理専門医
外科医
麻酔医
各専門ナース
在宅専門ナース
抗がん剤専門医
薬剤師
検査技師
経営専門事務
オペ室ナース

一人何役、医療事故の危険性増大 さらに質を保つのは困難
いくら「がん対策基本法」を施行しても インフラ未整備では国民が望む医療は画餅

スライド8

スライド9 さて、ではがん専門医はどうか。日本の医師は絶対数が不足しておりますが、アメリカと比べると、医者不足は当然、専門医不足にも絡んでいるわけですね。専門医がいらないのに最高の治療をって言われても、ちょっと辛いわけですよ。これが日本の医療です。

スライド10 日本の医師不足に関して、もう少しお話ししますと、これは全国で標準医師数を満たしている病院の割合です。標準医師数っていうのは国が決めた基準です。北海道、東北は、満たしている割合が50%しかありません、気の毒。関東でも77%、一番多い近畿でも87%です。400床以上の病院でも、国が決めた基準を満たしているのは100%じゃありません。これを国がいつ決めたか。すごいんです。昭和23年。60年以上前に決めた基準もこうやって満

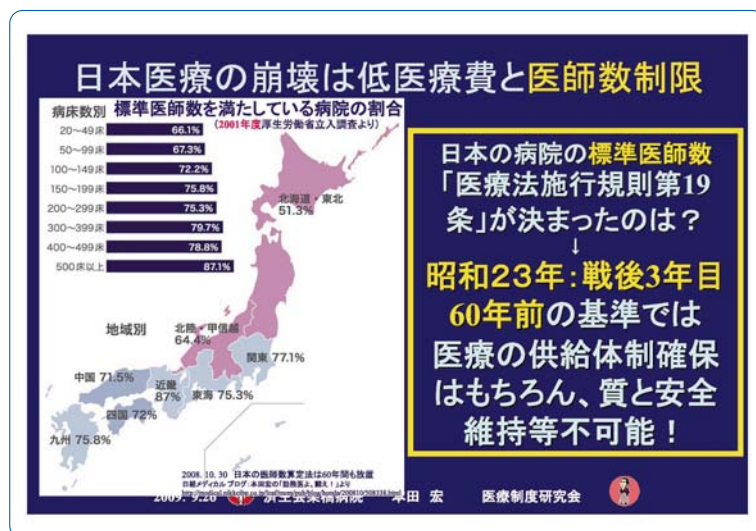
たしていないのに、国はずっと偏在が問題で医者が余るよ、って言っていたのよ。おかしくないですか？60年前っていうと、私が生まれる前ですよ。そのときの基準で、今でも、医師や看護師が算定されているんです。おかしいでしょう？これが日本です。黒澤明監督が「生きる」という映画を作ったのは、昭和27年ですから。これよりも前に決めた基準で、まだ日本の病院の医者がカウントされているということを知らないと、どうしようもないですね。だから、この現実を知らない人は、私が「医者を増やせ」って言うと、「本田先生、医者なんか増やしてどうするんだ」って、私に突っ込んでくる医者がいるんですよ。あなたは素人の漫才師か、っていうの。突っ込むところが違うんじゃないの、みたいな話ですよ。そういう話です。

スライド11 日本の医師は、昔から少ないんじゃないんです。1970年くらいまでは、OECD加盟国の人口当たり医師数平均と同じでした。ところが世界は医療の進歩と共に、先ほど言ったような、がんの治療が進歩すれば専門医が必要です。当然ですよ。進歩と共に医者を増やしてきたのに、日本だけ増やしてないでしょう。日本が増やさなかった一番の理由は、医療費亡国論といって、医療にお金を掛けると経済発展のじゃまになるから、医療費を増やさないためには、「そうだ、医者を減らせばいいんだ」と。シンプルと言えばシンプルな動機ですよ。ちなみに参考までに言っておきますけど、医者を増やしたから医療費が増えるわけではないということは、これはもう世界の常識です。むしろ、高い抗癌剤であるとか、高い治療や機器が医療費を増やすんであって、医者を増やしたら医療費が増えるわけではないことは、世界的のコンセンサスになっております。皆さんも、医者を増やしたら医療費が増える、と、びびる必要はありませんから。多い方がいいですよ。サービスが良くなるし、質も良くなります。ということです。

こうやって世界と解離してきたところへ、卒後臨床研修制度というのが導入されて、若手の医師が一般病院で働かなくなったから、当然医療崩壊となったわけです。

がん関連専門医の日米比較			
07.7.18 第62回日本消化器外科学会定期学術集会、特別企画3消化器外科医の医療環境をめぐって 呼吸器外科医から見た消化器外科医の医療環境 国立がんセンター中央病院長 土屋了介氏より改編			
専門分野	日本 (人口1億3千万人)		米国 (人口3億人)
内科	13,685	>>>	183,924
腫瘍内科	126	>>>	9972
外科	13782		40653
胸部外科	2987		6271
呼吸器外科	1139		350
放射線科	4810	>>>	44241
放射線腫瘍医	500	>>>	4559
放射線物理士	65/年?		2745

スライド9



スライド10



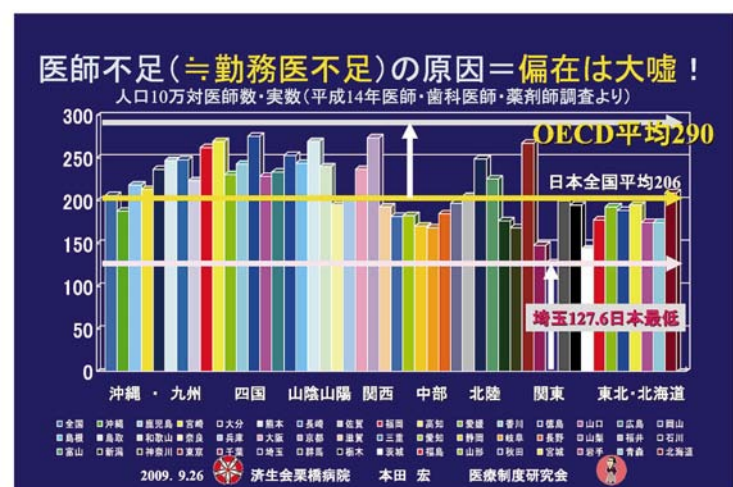
スライド11

で4000人ずつ増えて。それで、将来医者が余るって厚労省は言ってきたんですよ。今、頭の中で、20万人で4000人ずつ増えていって、もし5年と思ったドクターがいいたら、絶対に抗癌剤を処方しないでください。計算間違いで医療事故になるから。50年ですよ。いいですね。50年かかるんですよ、皆さん。50年生きてられますか。そういう話です。これが日本です。だから、イギリスは既に医学部定員5割増を実施して、しかも医療費もGDPの10%を目標にした。日本もすぐにそうなくちゃいけないんだけど、日本では5割り増しっていうと、「そんな教育できないよ、もう増やしても間に合わないよ」なんてすごく後ろ向きな意見。

だけど確かに増やしにくいんです。現場がそれだけ崩壊しているんです。医師が少ないから教育さえできないという、こういう窮状です、日本は。

スライド13 日本の医師不足のこれが証明です。OECD加盟国の中で、日本は世界の経済大国で、最高の高齢化社会でしょう？ 人口当たりの医者の数がビリから3番目です。世界の経済大国で世界一の高齢化社会の日本が、ビリから3番目の医師数ですよ。日本より少ないのは韓国とメキシコだけ。そう説明していたら、あるところでは「先生、韓国とかメキシコより上っていうのは、ワールドカップのサッカーの順番より良いんじゃない？」って。そういう問題じゃないんです。ワールドカップの順番より良ければいいっていう問題じゃないんです、医者の数は。その結果、どういうことになる

スライド12 今までずっと厚労省は、偏在が問題だと言っていますが、それは、このグラフを使って説明していたわけです。右は北海道、左は沖縄。黄色の線が日本の平均です。確かに北海道から沖縄を見ると、多い地域少ない地域はある。確かにこの図だけを見ると偏在が問題です。日本で一番医師不足、これが私のいる埼玉県。だから私のモチベーションが落ちない。ただ、喜んでいられないんですよ。茨城、千葉、埼玉、ボトム3だから。皆さんもお仲間ですから。よろしくお願いいたします。少ないんですよ、皆さん。そういうことです。それで、国はこれで、偏在が問題、と言ってたんですけど、実は私は、あることを発見しちゃいました。灰色の線が何か。これはOECD加盟国の人口当たり医師数です。なんと世界の経済大国で世界一高齢化の日本の、人口当たりの医師の数が、OECD加盟国の人口当たり数より少ないんです。こういうのは、偏在が問題、とは言わないんじゃない？ 絶対数不足ですよ。この差が10数万人。つまり、日本がもしOECD加盟国の平均並だとすると、今現在10数万人少ないんです。国は毎年3000人から4000人、増えているって言う。わかりますね。10数万人少なくて、3000人4000人増えているって言うんですよ。ところが日本は、先ほど言ったように、経済大国で高齢者も多いでしょう？ 東北大学の先生の試算では日本では今20万人足りないって。皆さん、20万人足りなくて、4000人ずつ増えたら、追いつくの何年かかると思いますか。20万人



スライド12

かという、日本の医者は、世界一長時間働いています。ほかの国の医者は20代から週に60時間以上は働いていないのに、日本は59歳まで60時間以上働いています。これを見てちょっと不思議に思いませんか。ほかの国は「60歳以上」のデータで終わっているのに日本だけ「80歳以上」のデータまであるんです。私は岩手県で県立病院の元院長先生に教えてもらいました。「本田君、日本の医者の数っていうのは、医師免許を持っていて死んでないやつの数だぞ」。「わかりやすいですね、先生」。2ヵ月後、仙台でお話ししたら、外科系の座長の先生が仰った。「先生、甘いわ。おれのおやじなんか、死んでから10年間医籍登録されていたんだから」。幽霊まで入っているんです、この数には。しかも60年前の基準を見直さないままに、病院は医者が足りていると言っているんですよ。だから逆に言うと、よくやってきたもんですよ、我々。ぶっちゃけた話が。これが日本の医療の現実です。

ところが、驚くことに日本より高齢化が遅れていて、日本より医師数が多いアメリカが、今、医師を3割増やそうとしています。なんで？ アメリカは計算したんです。将来アメリカは高齢化社会になり医者が必要になると。アメリカは医師の数をカウントするときに、Full-time equivalent (フルタイムイクイバレント) 実働人数でカウントしています。日本のように、寝たきりになっちゃったりとか、亡くなった人とかは医師の数には入れてないんです、アメリカは。だから私は、これを見たときに、「そうか、アメリカと戦争して勝てるわけなかった」って納得しました。考え方が違うもの。日本は寝たきりとか

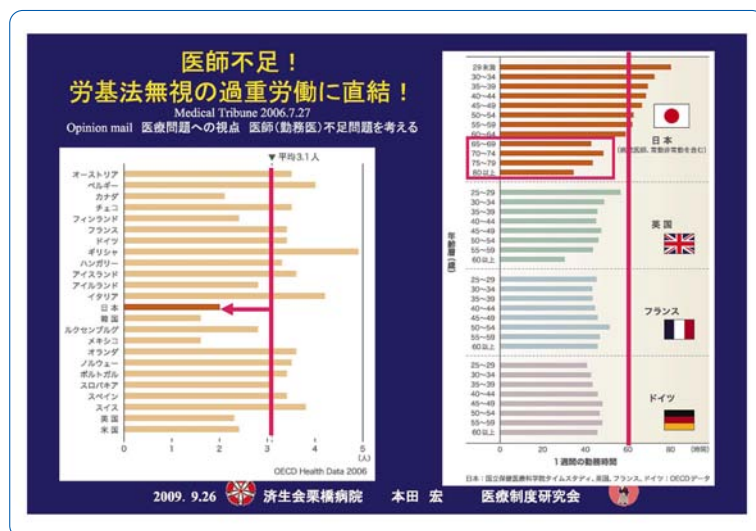
死んだ人とかまで入れて、そして「医者は余る。60年前の基準で」ってやっているんですよ。

そういうことで、もし日本が医師を増やさなければ、2020年にはOECDで最下位になるんです。世界一の高齢化社会なのに。ちなみに、高齢化になると、がんの患者さんが増えるっていうのも常識なんですよ。だから本当に今きちんとか対応しないと、普通の医者もいないのに、がんの治療する人だけ増えるわけにはいかないよ。逆に、今いる医者を全部がん専門医にしたら、普通の小児科とか救急医いなくなってしまうからね。それが日本ですから。本当に汲々としちゃう。こちら辺がわからないと、がん医療のレベルアップでは無理なんです。

スライド14 では、日本の病院は医師が少ない。さらに看護師さんも少ないんです。これがアメリカの普通の病院、国立病院、済生会病院。よろしいですか。ベッド数約300床の病院で比べました。医者の数、看護師さんの数、レジデント、秘書さん、しかも米国には患者さんの搬送係までいるんですよ。日本は、医師も看護師も少ないのに、こういうそれをサポートする人がいないの。なぜか。病院は赤字で雇いたくても雇えないわけ。これじゃ良いサービスできるわけないでしょう？「生命保険の診断書まだできないんですか」なんて事務の人に怒られるんですよ。書く時間がないんだから。だいたい外国なんかは、生命保険診断書は医者はサインするだけです。細かいことまで書いてないもの。でも日本の場合は、担当する事務がないから、医者が全部保険診断書まで書いている。

ということで、人手不足の医療現場は、すぐにもマンパワーが必要。医療は、雇用増進、地域活性化にも貢献可能です。例えば、医療秘書さんをたくさん導入できれば、地域が良くなる。だけど、こういうことを知らない知事さんは、病院がなくなると、やっぱり救急車が通る道路が必要だ、なんて言うんですよ。正しい知識をちゃんと持っていないから。だから私、その知事さんに会ったら言いたい。「あなたの医療に関する知識を、どげんかせんといかんよ」と。

スライド15 さて。では一方、アメリカでがんの治療を専門としている上野直人先生、この方、有名な人ですね。日本に来て、チーム医療が大事だ、と仰っています。



スライド13

日米病院職員数の比較(低開発国並みの日本の病院)

病院が済める 苦悩する医者の告白 高岡善人 講談社より改編

病院名	ポストンS.E病院 1992	日本S国立病院 1992	済生会栗橋病院 2001
ベッド	350床	310床	310床
職員	2011人	200人	474 (44)人
職員/ベッド	5.7倍	0.6倍	1.5倍
医師	371 (296)人	39 (16)人	47 (4)人
看護師	620 (100)人	85人	239 (28)人
看護助手	64人	15人	30(30)人
栄養士	120人	7人	4人
レジデント	113人	0人	5人
秘書	90人	0人	5人
ハウスキーパー	75人	0人	34(34)人
患者運搬専任係	17人	0人	0人
その他	541人	54人	198 (12)「20」人

()非常勤数

2009. 9.26



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

「」外注委託

スライド14

だけど、チーム医療をするためには人がいないとだめなんです。日本では人がいないんだから。上野直人先生は、こういう講演をされました。「アメリカでは、処方箋を医者には書かせないんです。忙しい医者が書くと必ず間違えるから。」すごい。私は四国で講演したとき、四国がんセンターの先生が、これを見て、「それは、うらやまCを通り越して、うらやまPだね」って言っていましたよ。だいたい日本は、がん専門医じゃないのに抗癌剤の処方を書かなくちゃいけないし、点滴刺すのも全部医者の仕事ですよ。眠る時間も勉強する時間もないのに処方まで書かなくちゃいけないんです。この考え方の差は、どうして？合理的です、アメリカ人は。将来、高齢化が進むから医者を増やそう、というのがアメリカ。日本は超高齢化社会なのに、医者は増やす必要ないって今でも言っています。

処方箋、医者には書かせない 忙しい医者が書くと必ず間違えるから



上野直人氏
Assistant Professor
M.D. Anderson Cancer
Center Houston,
Texas, USA
和歌山医大1989年卒

外来化学療法を安全に行うために

7th Breast Cancer UP-TO-DATE Meeting 2004.3.13

「求められる医療の実践にむけて」

米国では安全な外来化学療法を行うために「チーム医療」と「患者の権利」を医療スタッフが熟知しておくことさらに「患者教育」を重視している。

外来化学療法の場合でも医師の仕事は分担できる薬剤師、看護師を養成して、医師の仕事は軽減、結果的に安全向上につなげている。抗がん剤投与も薬剤師が処方箋に記入し、医師が確認、投与前に再び看護師が確認と何重にもチェックを重ねるシステムで行っている。

2009. 9.26



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



スライド15

で、そのアメリカで多くの医療事故を分析して出した結論が、「人は誰でも間違える」です。人は誰でも間違えるんだから、医者を眠らせよう、勉強する時間を与えよう、手伝わせよう、余分なことはさせない、これがアメリカの対策でした。ところが日本では、医療事故調といいまして、医療事故に関係した人を逮捕すれば注意するんじゃないか。確かに、その科で働かなくなる、という注意をしたりするんですね。若い先生が怖くなっちゃって。だめ、そのやり方は、と私は言っているわけです。

スライド16 だから日本の、特に勤務

医は辛い。先ほど言った、長時間労働プラス専門医がいらないから、1人何役もしくちゃいけない。知識は求められるでしょう。外科系だったら腕も求められるでしょう。で、日本人は必ず心も求めるんですね。で、インフォームドコンセントっていうと、NHKのアナウンサーのようにわかりやすく説明しなければならない。もっと辛いのが、精神性まで求められるんです。なんでかということ、外科の私が、手術して抗癌剤治療をして緩和ケアまで担当するでしょう。すると、「本田先生も。もう少し精神性を考えてほしい」なんて。あるところで言われたんです。「先生、私はね、江原さんじゃなくて、美輪明宏さんの方が好きだ」とも言われたんです。日本ではさらに、ユーモアまで求められます。「カルテばかり見ている」とか、「愛想が悪い」とか言われるでしょう。電子カル導入したら、タイプ打たなきゃいけないわけ。患者さんに愛想なんかしてられないでしょう。勤務医は、これを全部求められているんですよ。皆さん、「本田先生ってユーモアがあるけど、なんか手術、2つに1つ失敗しているみたいよ」って。これ、まずいでしょう。全部求められるの。これが全部できる人、普通の業界にいますか。しかも加重労働で、当直明けのないよ。おかしくないですか？これが日本です。

しかも、もっと辛いのは、最近は、パターンリズムはだめ。医者はリーダーシップをとって。さらに卒後研修医が来なかったら来ないで困るんだけど、来たら来たで教えなくちゃいけない。「君たちは...」自分が寝る時間もないのに指導しているんです



スライド16

よ。ぶっちゃけ若手を指導するのは大変です。自分でやったほうがよっぽど早いし安全なのに。だけど、そうやって教えていけなくちゃ次の人育てないでしょ。そういう思いでやっているんですよ。我々は、気力・体力も求められる。365日24時間呼ばれます。もし、手術した後の患者さんを具合悪いまま放っておいたら、下手すると逮捕だからね。365日24時間なんですよ。

しかも収入も少ない。これはあまり大きい声で言えないし言いたくないんですけども、週刊東洋経済とか、プレジデントに載りました。勤務医の生涯賃金は大手企業のサラリーマンの方より安いんです。生涯賃金です。転職、転職、転職していると、退職金がほとんど積み上がらない。で、こういう話は、普通の勤務医って考えてないから、退職したときにびっくりするんです。「これだけしかもらえないのか」って。ある大学の先生が、私が話しているときに、事務の人と一緒にいて、「おい、君、おれの退職金いくらだ」って聞いたんですよ。「先生は、1000万くらいです」、「えー、1000万しかないのか」、って。その時点で大学の学部長がびっくりしているんですよ、私の話を聞いて。で、「君の退職金、いくらだ」って、聞いたんですね。すると事務の人が、「私は長く勤めているから、3000万か4000万です」、「えー」みたいな話でしたから。それぐらい勤務医は何も考えてないんです。だからもう、がっくり。だから、退職したときにびっくりするから、あとは死ぬまで働くんですよ、皆さん。覚えていますか。80歳以上の方が週に30時間働いているんです。だから逆に言うと、医者は、退職した後こういう情報を発信する

活動もできないんです。どこかで働かないと飯食えないから。だから、全然現場からの情報が発信されないんですよ。これが日本の状況です。ですから、労働基準法無視の過重労働プラス1人何役、そのうえさらに刑事罰。これでは、もう。だから、がんの治療まで辿り着かないんですね。普通の治療から考えても、ここら辺をちゃんとしなければだめ。

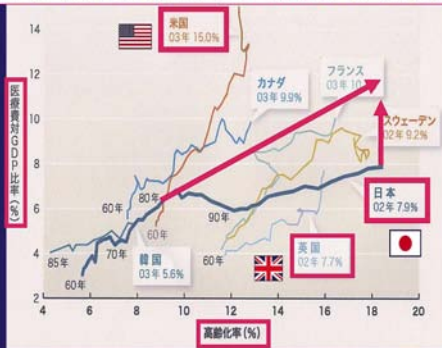
で、私はわかりました。なぜ日本で私が若い時に志した移植が進まないのか。普通の治療もできないのに、移植は進みにくいんですよ。移植っていうのは、普通の治療ができて、さらに臓器不全の人も助けよう、

お互いに助け合おうっていう治療です。しかし移植学会は、そこにはまだあまり注目してないです。残念ながら。移植学会から講演に呼ばれたことありません。

スライド17 これが、先ほど武見敬三先生にお示しして、びっくりされたスライドです。よく、日本は高齢化社会だ、医療費が安い、って皆さんご存じでしょう。これを組み合わせるとおもしろいんです。日本の高齢化は世界でトップ。高齢化率ナンバー1。医療費。日本だけ右肩上がりになってないでしょう？これが、医療費亡国論の証拠です。日本は世界一の高齢化社会なのに医療費が安い。それで医療が崩壊していく。イギリスは、高齢化は日本より遅れているけど、ブレア首相が政権交代をして医療費を上げた。ただし、1回崩壊しちゃった医療は、なかなか回復しません。我々は綿々と若い人に医療の技術や心を伝えているんです。銚子の市民病院のように一度閉鎖されるともう一度スタッフを集めるのは不可能に近いのです。もし若い人だけ揃ったとします。5年目のピチピチした若い外科医が10人来たっていったって、5年目だけじゃ勤まらないですよ、皆さん。医療と家庭は、1回崩壊すると辛いよ。だけど自分が経験しないとわからないのね。アメリカは、高齢化が進んでないけども医療費が高すぎる。それで、いろいろ問題があります。ただ高い分、スタッフが豊富など良いところは良いんです、アメリカの医療は市場原理が行き過ぎているのが問題。そこは慎重に捉えないと。日本が盲目的にアメリカ型に向かっていくのは問題ですよ。

ということで、医療費にちゃんと公的資金を注入

日本医療の崩壊は低医療費と医師数制限



団塊世代高齢化による爆発的医療需要増大目前
日本は医療費をGDP11-12%まで増加すべき！

スライド17

して、これ、キーワードです。公的資金を注入して、ヨーロッパ型のようにアメリカは違います。再生しないとだめ、ということです。

スライド18で、日本の医療費が、なぜ安くなったか。それは国がしっかりと診療報酬点数を抑制してきたからです。これはA I U保険会社の2008年調べの盲腸の最新データです。日本では、済生会栗橋病院で、盲腸で手術すると、6泊7日入院して40万。これは病院がいただける総医療費です。患者さんは、5、6万で済みます。6泊7日で40万しか日本ではもらえないんですけど、左側ご覧ください。ジュネーブ。3泊4日で297万。ここ驚くところです。すごいでしょ、この差。サンフランシスコ見てください。2泊3日250万。ロンドン2泊3日150万。バンクーバー2泊3日150万。パリも。ご覧のように、先進国はみんな、病院がいただけるお金が日本よりずっと高いんです。ところが日本は、国がそれを安くしてきたわけ。赤字の自治体病院はどんどん潰れていくんです。病院が潰れると、医療費がまた掛からなくなるわけ。うまくできているって言えばうまくできているんですね。辛いですよ。香港も上海も日本より高い。ソウルも高い。バンコクも高い。北京が日本より少しだけ安いだけです。だからといって、北京に行って皆さん盲腸手術するか、っていうわけにはいかないでしょう？これが日本の現状ですね。先ほど言ったように、先進国で一番安く医療費が抑制されていて、しかも、国民負担はトップクラスです。だから、皆さん

は、窓口負担が高いから医療費が高いと思ってしまうという、構造になっているんですね。やっぱり、お上は頭がいいの。すごくて。これが日本の現状ですよ。

しかも、その日本で、病院が購入する薬とか機械が、世界一高く規制されているんです。一番安い医療費で一番高い薬と機械を買っているんだもの、病院が黒字になるわけないでしょう？これが日本です。それを知らない人は、「あの自治体病院は赤字だから、経営が下手。潰せ」ってやるでしょう。政治家の先生も、この構造をご存じないんです。昔、具体的な名前は言えませんが、東北地方にある市立病院の50周年記念に呼ばれました。市立病院の50周年記念基調講演です。基調講演の前に式典があったみたいで地元の国会議員さんが5人来ていました。「ああ今日は、私の話聞いてもらえるのかな」と思っていたら、式典が終わって私の講演が始まる寸前に5人の国会議員さんは、パツといなくなりました。全然医療のことを勉強してくれないもの。国会議員さんは医療の現状をを知らないから、やっぱりダムを造ろうか、道路造ろうか、ってなるわけですよ。だってダムとか道路を造る人は、企業団体献金を持ってくるもんね。自慢じゃないけど、我々お金がないから、企業団体献金出せないですよ。

だから本当に、国民の皆さんと一緒に立ち上がってくれないと、だめ。「医者だから、どうにかしたら」って、そういう問題じゃないんです。企業団体献金持っている方が強いよ、っていう話ですね。

だから本当に、国民の皆さんと一緒に立ち上がってくれないと、だめ。「医者だから、どうにかしたら」って、そういう問題じゃないんです。企業団体献金持っている方が強いよ、っていう話ですね。

盲腸手術入院の都市別費用

海外生活おたすけハンドブック
A I U保険会社2008年度版を改訂

先進国で一番安く医療費抑制 60年間厚労省の1協議会(中医師会)が舞台 逆に一番高い自己負担							
都市	費用 /万円	※自己負担	入院	都市	費用 /万円	※自己負担	入院
1 ジュネーブ (スイス)	297	?	3泊4日	10 香港 (中)	90	?	2泊3日
2 サンフランシスコ (米)	250	★	2泊3日	11 シドニー (豪)	86	?	2泊3日
3 ニューヨーク (米)	216	★	2泊3日	12 グアム (米)	86	★	2泊3日
4 ホノルル (米)	195	★	2泊3日	13 クライストチャーチ (ニュージーランド)	86	?	2泊3日
5 ロンドン (英)	152	無し	2泊3日	14 上海 (中)	68	?	2泊3日
6 バンクーバー (加)	150	無し	2泊3日	15 ソウル (韓)	63	?	2泊3日
7 パリ (仏)	113	無し	2泊3日	16 バンコク (タイ)	40	?	2泊3日
8 ローマ (伊)	110	検査料一部	2泊3日	17 済生会栗橋病院 (日本)	40	5~6万円	6泊7日
9 マドリード (スペイン)	97	?	2泊3日	18 北京 (中)	20	?	2泊3日

費用は、外国人が私立病院の個室を利用し手術も複雑でない場合を想定。また総費用は手術の他、看護費用、技術料等および平均入院日数の個室代を含む。1ドル=105円換算

※★はグラフでみるこれらの医療 月刊保団連 臨時増刊号 No884, 2006より引用改訂

※自己負担はOECD加盟国の基礎的な医療への適用のための公的な制度における患者一部負担額。割合を参考に試算(1ドル105円、1ユーロ143円)

◎政府は自己負担無しが多く、あっても支払上限が設定されている国が多い(例:スウェーデンは一日1050円が上限)

★米国のメディケア(米国の13%をしめる公的保険)の場合は最初の60日間は\$76ドル(92000円)まで全額負担

スライド18

スライド19 ちなみに、例えば正常分娩、日本の医療費は30万円から50万円です。アメリカの分娩、いくらだと思いますか。私、アメリカで産んだ日本人2人から聞きました。別々にです。メモの用意を。アメリカの分娩、いいですか。400万円。ありがとうございます。ここで驚かれないと私も全然テンション下がっちゃう。400万円、これ本当ですよ。2人から別々に聞きました。つまり、アメリカの人は、命に関わる医療の値段は高くても当たり前。これは、マイケル・ムーアの「シッコ」をご覧ください。指1本接合するのに何百万円。日本は、これだけ安く抑制しといて、何かあったら「逮捕しろ」です。いいんですか。

胃がんで4週間入院して病院がいただける医療費は、120万円ですよ。胃がんで4週間入院して120万円。それで最高の治療。できると思う？それでも実

際にはどうにか歯を食いしばってやっているんですよ。一方、ハイブリッドカーは200万円で安くなったよ、って。胃がん治療120万円、ハイブリッドカー200万円です。アメリカ人は、はっきり言って、車より医療費が高くて当たり前と思っているんです。だって命が関わっている。日本の人は、ハイブリッドカーこれで安くなったと思って、医療費は高いと思っているんです。それで自治体病院が赤字だから潰せて。赤字になって当たり前でしょう。これが日本です。

次に高速道路の緊急電話。道路公団を民営化する前まで、これ1台設置するのに250万円だったんです。1台250万円。胃がん120万円。ハイブリッドカー200万円。公団民営化後にやっと、緊急電話は40万円に見直されました。40万円ぐらいのを200万円にしていた。だからETCで、いつまでもただにで

きないわけです。だんだんつながってききましたね？しかも、もっとびっくりするのは、日本人の平均葬儀予算、287万円。出世するんです。生まれたとき30万円で、亡くなると280万円。おかしくないですか？これ。葬儀屋が訴えられたって聞いたことある？病院が訴えられたり、医療事故って聞いたことあるでしょう。これで同じサービスできますか、皆さん。そういう話ですよ。

スライド20 ちなみに、もっとびっくりするのは、さっき言った、胃がんで4週間入院120万円だったでしょう？ところが抗癌剤が高いんです。例えば大腸がんの抗癌剤、1年間治療すると薬代だけで1200万円するものがあるんですよ。薬屋さん儲かるでしょう？我々は必死ですよ。これが日本です。

スライド21 さて右側は、医療関連産業。医療費の半分が医療関連産業に流れるんですよ。医療関連産業側は勝ち組、我々は負け組。ね。だから私は、混合診療は基本的に反対。有効な治療は、ちゃんと公的に認める。お金がある人だけ新薬を使うっていうのはまずい。やっぱり効くものは、みんなで使えるような国を目指さないとまずいですよ。それでなくても、日本は国が医療費を抑制して公的負担が少ないんだから。だけど、例えば「家売ってでも治療し

**医療費抑制政策の末
命の値段は下るばかり**

- スーパーハイブリッドカー 誕生 205万円
- 胃がん手術 120万円
- 葬儀 287万円
- 正常分娩 30-50万円
- 高速道路緊急電話 250万円 (小泉元首相国会答弁)

2009. 9.26 済生会栗橋病院 本田 宏 医療制度研究会

スライド19

**胃がん手術4週間入院の医療費120万円
手術料金は約42万円から69万円**

**安い手術料、一方
国内の薬剤価格は？**

抗がん剤の値段 (170cm 65kg BSA1.7m2)			
がんの種類	薬剤名	毎月	年間
胃がん	TS-1+パクリタキセル	37万円	444万円
すい臓がん	ジェムザール	22万円	264万円
乳がん	ハーセプチン+パクリタキセル	75万円	900万円
大腸がん	FOLFOX+アバステン	108万円	1296万円

2009. 9.26 済生会栗橋病院 本田 宏 医療制度研究会

スライド20

スライド23,24 さて、情報の正確さについて。これも十分注意しなくちゃいけませんね。例えば日本では、実は医療事故の報道がどんどんありました。それから、しばらく遅れてから医師不足の報道が出ました。医師不足の報道を同時に聞かなかった国民からは、もう、「医療者は手を抜いている。ちゃんとしてない」、こう思われてしまいました。実は、先ほど言った、アメリカのクリントン大統領の時の厚生長官が日本に来られて、欧米人には耐えられない医療体制と言われたのはのは、ずっともっと前。つまり、昔から医療事故が起きても当たり前のような、非常に厳しい状況で日本の医療者は歯を食いしばってがんばっていたんです。ところがメディアが、医療事故、医療事故と報道したために、国民は「医療従事者は何やっているんだ」という、そういうふうになってしまったんですね。その証拠は、(スライドの)右下。大阪のConsumer団体、COML。COMLのところに来た、患者さんからの問い合わせや相談。ちょうどこの増えた時期が、この医療事故報道とリンクしています。当然ですよ、朝から晩まで、医療事故、医療事故ってメディアが報道すれば。「ああ、うちのお父さんがあそこで具合悪くなったのも医療事故じゃないかな」と考えてしまうのが当たり前。その背景にある、医師不足、コメディカル不足、そういうものを一切

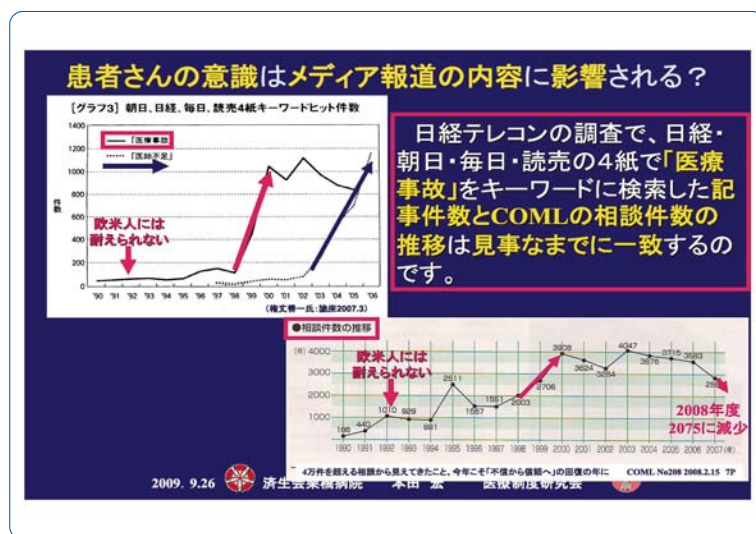


考慮されないで、医師バッシングになっちゃったんですね。で、気が付いてみたら立ち去り型サボタージュで医者がいなくなっちゃって、「地域の病院どうするの」なんてなってから、急に署名活動。タイミングがずれている。だからメディアの力っていうのは大きい。ただし私は、言いますけど、先ほども言ったように、メディアの方も仕方がないの。厚生労働省、記者クラブその他、そっちの情報をどうしても信じちゃうんですよ。だから結果的に、こういう間違った報道が繰り返されたわけです。ですから私が言っているのは、今日のパワーポイントをここに置いていく理由もそうですけど、全国の医師が立ち上がってこの説明をしなければ、医療関係者、患者さんの団体も、みんなで共通の認識で動かないと、

何もよくなりませんよ。目の前の医師とか看護師さんを罵倒しても、何も変わらない。これが日本の医療の、寂しいけど現実です。

スライド25 ところが、これは2年前のある外科系の学会。財務省主計局の人がまいりました。我々医療者を前にして、こういうふうに言いました。「今、社会保障費は、どんどん増えるから、減らすしかないんです。だって公共事業だって減らしているんだから」そのときフロアに私がいました。私の頭には、こういうデータがありました。日本の公共事業予算、ずっと世界断トツ1位でした。GDP当たり。最近、ドーンと減っている。減っても世界トップです。いいですか。日本の社会福祉予算。増えていても、OECDで平均以下。だけど、この人は頭が良いから、

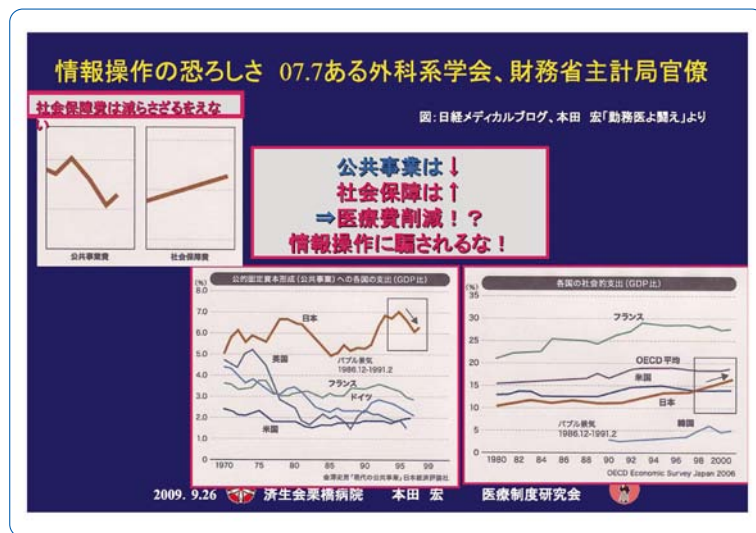
このグラフの全体を出さなくて、この赤枠の部分だけ出すのよ。こういうの、ずるくないですか。これを情報操作って言うんでしょう。皆さん、そのフロアにいた私が黙っていたと思いますか。「はいっ」って手を挙げました。すると、その人嫌な顔して、で、私が「それは、違うんじゃないですか」って言ったら、「いや、確かに公共事業に使いすぎました」って言ったんですね。皆さんもぜひ、こういうことを頭に入れて、目の前で情報操作をする人がいたら、「それはおかしい」ってちゃんと教えてください。黙っては何も変わりませんよ。



スライド24

スライド26 日本の医療界が反省しなければいけないのは、やはり、今現在でもバラバラなことです。医師会、大学、勤務医。やっぱり本当に心を1つにしてやらないとだめですね。

スライド27 世界ではもう、患者の利益追求、患者の自立性、社会正義、これが医師の憲章とまなっています。医師も立ち上がらないと、ということですね。今、いろんな人が立ち上がってくれています。うれしいのは、茨城県の医師会長さんが立ち上がってくれました。うれしかった。実は、茨城県の医師会では、私は随分かわいがっていただいて、講演にも何回か呼んでいただいています。そういう関係もちょっとあるかもしれませんが、とにかく、みんな、現場が立ち上がるようになりました。



スライド25

国民の命を守るプロとして 今こそ大同団結して行動すべき！

科学貴族主義
戦後GHQが批判
「日本の医療史」より

商売繁盛
戦後GHQが批判
「日本の医療史」より



大和成和病院院長：南瀬明宏氏提供

スライド26



新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム：医師憲章
(アメリカ・ヨーロッパの内科4学会が共同で作成：李 啓充訳)

市場原理が医療を減ぼす アメリカの失敗 医学書院 2004.10 P266-268

<3つの根本原則>

- 1) **患者の利益追求**：医師は、患者の利益を守ること何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない。
- 2) **患者の自律性**：医師は、患者の自己決定権を尊重し、「インフォームド・ディシジョン」が下せるように、患者をempowerしなければならない。
- 3) **社会正義**：医師には、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある。

<プロフェッショナルとしての10の責務>

- (1) プロとしての能力についての責務
- (2) 患者に対して正直である責務
- (3) 患者の秘密を守る責任
- (4) 患者との適切な関係を維持する責務
- (5) 医療の質を向上させる責務
- (6) 医療へのアクセスを向上させる責務
- (7) 医療資源の適正配置についての責務
- (8) 科学的知識への責務
- (9) 「利害衝突」に適正に対処し信頼を維持する責務
- (10) 専門職に伴う責任を果たす責務



2009. 9.26



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

スライド27

世界最大の悲劇
善意の人の沈黙と無関心

人は兄弟姉妹として共に生きていく術を学ばなければならない。
さもなくば私たちは愚か者として滅びるだろう。

後世に残るこの世界最大の悲劇は、
悪しき人の暴言や暴力ではなく、
善意の人の沈黙と無関心だ。
後世に恥ずべきは
「暗闇の子供達」の言動ではなく、
「光の子供達」の弱さと無気力である。



マーティン・ルーサー・キング
(Martin Luther King, Jr.)
1929年1月15日 - 1968年4月4日
は、アメリカ合衆国のアフリカ系
アメリカ人公民権運動の指導者
でプロテスタントの牧師。キング
牧師として知られる。1964年ノー
ベル平和賞受賞者。

2009. 9.26



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

スライド28

スライド28 最後です。マーティン・ルーサー・キングさんが、こう仰いました。私はこの言葉が大好きです。「世界最大の悲劇。それは、善意の人の沈黙と無関心」。日本人が言われているんじゃないかなと。皆さん、アメリカでは、ご存じのように、VOTE FOR CHANGE。私は、「政権交代がない民主主義は民主主義じゃない」と言い続けてきました。別に民主党だけを応援しているわけではありません。民主党も長くやったら同じになるから。この点については、民主党の議員さんも、私が講演したとき頷いていましたよ。「長くやったら、先生たちも同じだ」って言ったら、みんな頷いていました。政権交代がない民主主義は民主主義じゃないんです。明治維新後140年、私は日本に、真の維新のときがきていると思うんですね。高知に2回行ったんですけど、今年は高知の空が何となく明るくなっていました。そして、政権交代が起きました。ただし皆さん、日本人もやっぱり、「諦め」ずに物事の本質を「明め」て、こうやって活動しないと、いつまでも良くならない。日本の医療のそして日本の本当の問題点は何なのか。それをぜひ考えていただけるきっかけになれば、ありがたいと思います。どうも、ご静聴ありがとうございました。

茨城県のがん対策

茨城県保健予防課課長 青山 充

茨城県のがん対策

茨城県保健福祉部保健予防課長
青山 充

スライド1

スライド1 皆さん、こんにちは。茨城県保健福祉部保健予防課長の青山と申します。

茨城県のがん対策ということで話をさせていただきますけども、私どもの課は、今日お話をさせていただき、がん対策であるとか、新型インフルエンザをはじめとする感染症であるとか、難病であるとか。健康作り総勢40名ぐらいの職員で仕事をしております。私どもの方で、がん対策をやっておりますので、その内容をお話をさせていただきたいと思います。

スライド2 これは茨城県の平均寿命ですけれども、長野県が一番良いですね。これは女性が縦軸で、横軸が男性です。長野県はこんなふうになっていますが、茨城県は全国平均より非常に低いですね。ですから、男の方も女の方も平均寿命が非常に低いということです。世界の中で日本が、という話がありましたが、日本の中でも茨城県は、平均寿命は非常に低い県でございます。

スライド3 これは、がんの特化しまして、75歳未満の年齢調整死亡率というのを示しています。75歳以上になりますと、だいたいがんで亡くなりますので。では、医療のことを考えたときに、どのぐらいの線で引くかということ、75歳未満の人が、どれだけ人口10万人対でがんで亡くなる人が多いのか。青森県が一番高くて、長野県とかは低いですね。茨城県は、このぐらいでございます。

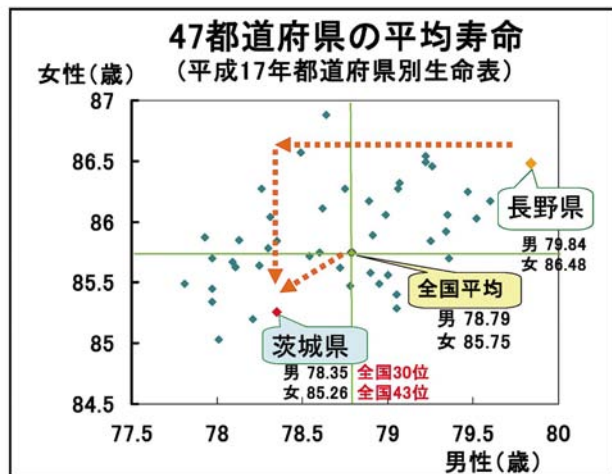
スライド4 次は女性の場合です。女性でも、こ

のぐらい。決して、茨城県ががんで亡くなる方が、全国のレベルから比べて低いというような状況にはない、というような状況でございます。

スライド5 これはもうご存じかもしれませんが、全国と似たような状態になりますが、全体の人口10万対の死亡率でございます。一番多いのがんでございまして、次が心疾患と脳血管疾患。そういうふうになっています。この傾向は、別に茨城県が全国と変わっているわけではございません。これが、茨城県の疫学的な情報でございます。

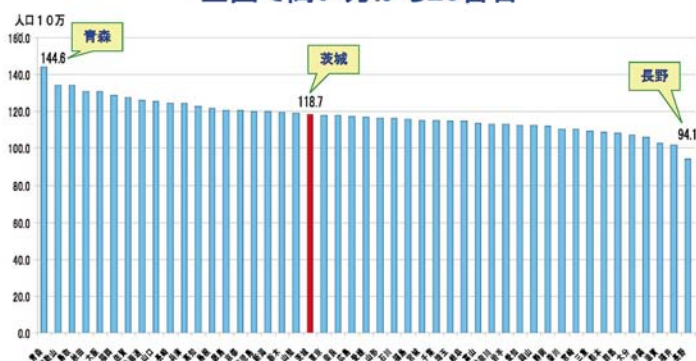
スライド6 標準化死亡比、という考え方がございます。それは人口比率がバラバラですので、一定の人口の年齢構成に計算し直します。その場合、全国を100にします。100より高いというのは、この病気で亡くなる人が全国より多いということです。脳血管疾患は高いです。120という数字です。その次は胃がんです。そして、心疾患。これが全国平均より高いです。肺がんであるとか、大腸がんであるとか、子宮がんであるとか、乳がんであるとか、この辺はそんなに全国平均と変わらないです。

スライド7 で、私どもでは、「総合がん対策推進計画」というものを作っております。平成元年にこの計画は、国の研究班の評価で全国1位とかになって。計画だけ良くても中身が良くないというしょもないので、これに沿ってがんばっていかなくてはと



スライド2

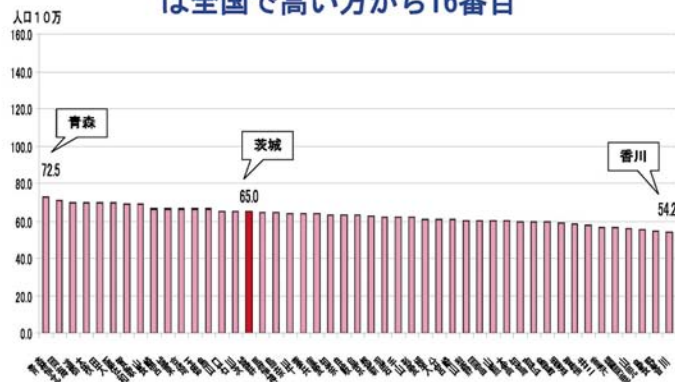
茨城県の男性のがんの75歳未満年齢調整死亡率は 全国で高い方から20番目



厚生労働省「人口動態統計特殊報告」
75歳未満のがんの年齢調整死亡率(平成18年・都道府県別・男女別)

スライド 3

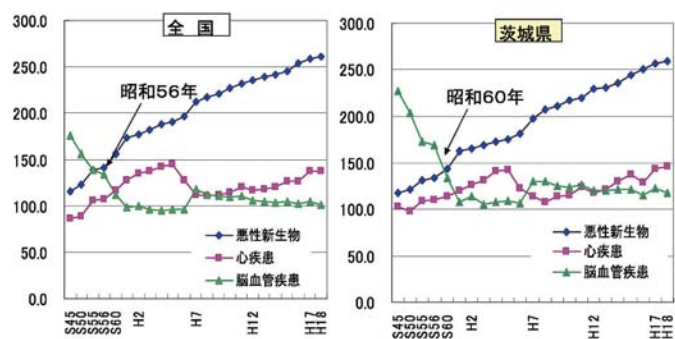
茨城県の女性のがんの75歳未満年齢調整死亡率は 全国で高い方から16番目



厚生労働省「人口動態統計特殊報告」
75歳未満のがんの年齢調整死亡率(平成18年・都道府県別・男女別)

スライド 4

死因別死亡率の推移(人口10万対)



スライド 5

考えております。

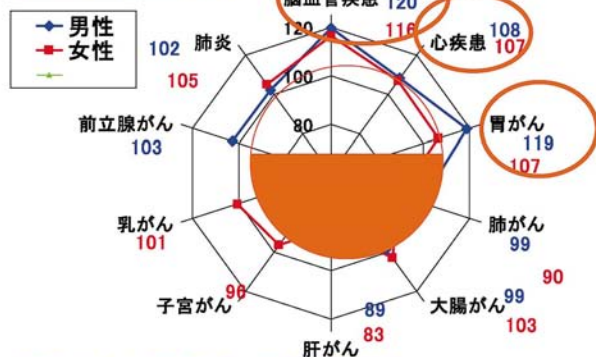
スライド 8 では、スローガンではございませんが「がんにならない、がんに負けない」。予防しましょう。もしがんになったときでもがんに負けないように、がんばっていきましょう。良い医療に支えてもらいましょう、というのがあります。1つは、国の考え方もございまして、がんによる死亡率を減少させようという。10年以内に20%に減少させる。これは、なかなか大変なことです。あとは、がんの患者とか家族の不安、苦痛の軽減とか、生活の質の向上を何とかしてきたい、ということでございます。

スライド 9 基本方針ですけど、いろんな取り組みを推進していくんですけども、県民役のがん対策にしよう、ということで、計画を立てるときから、いろんな患者の方とかに入ってくださいまして、ずっと計画を作らせていただきました。そして、人材の育成をしよう。先ほどの本田先生のお話で、医療従事者が非常に少ないという中で、茨城県でたくさんの医療従事者を確保するというのは非常に難しゅうございます。スライドには入れてなかったですが、茨城県の人口10万当たりの医師数というのは、全国最低に近い。看護師さんもそうです。保健師さんも少ない。こんな中で、がん対策をやって、皆さんに安心して医療を受けてもらうためにどうしたらいいの、というのが私の方の仕事でございます。医者数を増やしたりすること自体は、1つの県だけでは、とてもではないけどできません。特に茨城県は医学部がなかった。筑波大学さんができて初めて医学部ができたので、元々お医者さんが少ない県です。そうすると人材の育成というところに力を入れるべきだろうというふうに考えています。うまくいくかどうかはわかりませんが、ポリシーとしてはそういうことを考えています。

スライド 10 そうはいつでも、がん対策ですので、ただの医療をやっているだけではなくて、がんの予防であるとか、検診

死因別標準化死亡比《茨城県》 (H18年人口動態統計) 全国=100

年齢を補正した死亡率に相当する指標



全国に比べて、脳卒中死亡、胃がん死亡が多い。

スライド 6

茨城県総合がん対策推進計画 -第二次後期計画-

各自治体が策定した計画の中で全国第一位の評価！！
(厚生労働省の研究班の評価)

スライド 7

茨城県総合がん対策推進計画-第二次後期計画-

がんにならない がんに負けない

1 期間 平成20年度から平成24年度まで

2 全体目標(10年以内)

がんによる死亡率の減少

※75歳未満年齢調整死亡率を
10年以内に20%減少させる。

がんの患者・家族の
不安・苦痛の軽減及び
生活の質の維持・向上

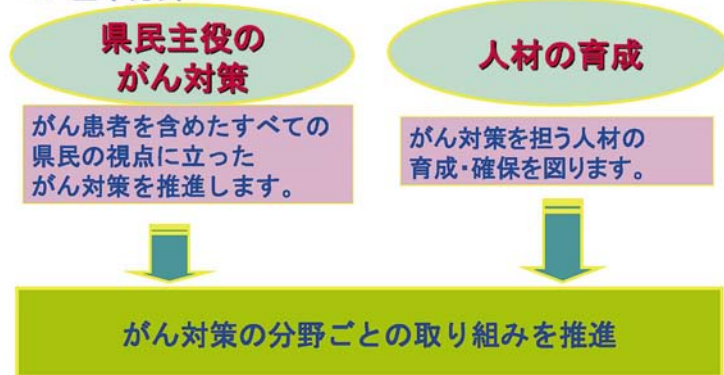
スライド 8

であるとか、治療であるとか、それから緩和ケアであるとか、そういうことをこれからしっかりやっていきたいということです。まず、「がんにならないために」。予防のところですよ。がん予防推進員の養成であるとか、たばこ対策であるとか、先ほど本田先生とお話ししましたが、「たばこ、やめさせないとだめだよ」というお話がありましたけど、何とか喫煙率を下げたい。それから、茨城県は塩分の摂取量も多いですね。全国に比べて塩分の摂取量も多くて、そういうのも何とか健康作りみたいな観点で下げていきたいというふうに思います。この喫煙率というのは、茨城県だとだいたい男性で40%ぐらいですね。女性でも10何%ぐらいいます。なんで女の人がそんなにたばこを吸うのか、よくわかりませんけども、高いですね。塩分の摂取量もだいたい13グラムぐらい採ります。調べますと、茨城県の鹿行地域、あの辺の塩分摂取量は結構多いです。やはり塩分摂取量も減らしていかなければならないのかなと、そんなことを考えています。

スライド11 もう1つは、がん検診というのをやっています。女性のがん検診ということで、クーポン券を配付したのをご存じでしょうか。子宮がんと乳がんに関してクーポン券を渡して、その年齢で検診を受けるときはただですよ、というやり方をしています。実は、受診率を50%にしたいというふうに考えていまして、精密検査を受診する人の割合を100%にしたいと考えております。

スライド12 これをご覧ください。皆さんが、がん検診を受けるときって、この地域ですと、住民検診でがん検診を受けるんでしょうか。企業にお勤めですと、企業でも受けられる方もいるでしょうし、人間ドッグでも受ける方もいらっしゃいますので、その数字を正確に把握することがなかなか難しい。そこで、私どもで調査をしております。このように、「何らかの形で検診を受けましたか」ということで調査をします。女性に関する子宮がんとか乳がんの検診の受診率が、対象年齢に比べて非常に低いので、これを何とか上げたい、ということでキャンペーンをやっている

3 基本方針



スライド9

4 主な取り組み

1 がんにならないために

- がんに関する正しい知識の普及とがん予防を推進します！



スライド10

4 主な取り組み

2 がんを早期に見つけるために

- がん検診を推進します！



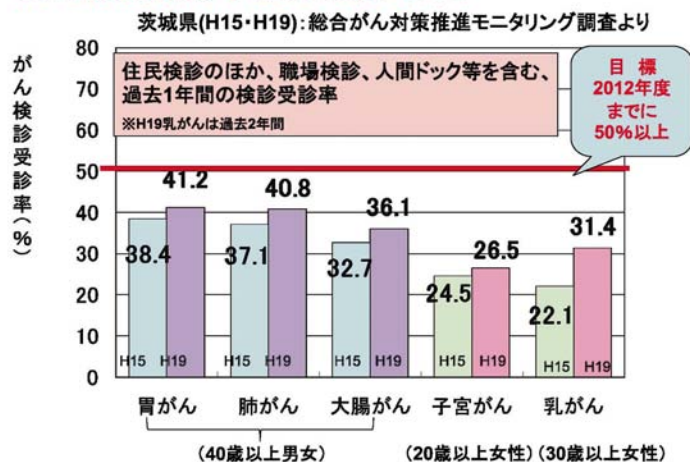
スライド11

ます。そんな中でつくばでは、NPO法人つくばピンクリボンがありまして、いろんな検診普及活動をやっていますけれども、どうも一部の市町村に、検診費用を上げるのが嫌で、人数を制限している市町村があるんですね。もしくは数値を出さないという市町村があったりします。県はかなり必死になって言うんですけれども。それで今回、ある一定年齢のものについては、「無料で検診をやりますよ、全額国が出しますよ」という形をやっていますので、今年1年やった結果というのは、来年出てまいります。来年出てまいりますと、自分で負担してないわけですから、どこの市町村がちゃんと住民に啓発をして検診の機会を与えたか、というのが明らかになりますので、私もそれを公表していきたいと考えております。

スライド13 がん検診の受診年齢でございます。どのぐらいの年齢がどういう検診をやりますか、ということが書いてあります。茨城県と国の検診のやり方は、ちょっと違いがございます。乳がんのところですが、国は40歳以上と言っていますが、本県は30歳からにしましょうということで、マンモグラフィーに加えて、超音波の検診も取り入れている。そのような形で県としては検診のガイドラインを作りまして、それを推進をしております。実は、この検診を受けて精密検査を受ける人が、目標は100%と言っていますが、80%ぐらいしか受けないんですね。精密検査の医療機関っていうのは、県はそれなりに指定をしております。しっかりしたところで診てもらいましょうということで、委員会を設置し、そこでの審議を経て、その病院を指定しておりますので、要精検になったら、ぜひちゃんとした精密検査を受けていただきたいというふうに思います。

スライド14 これは、ほかの県にはあまりないんですけれども、ちょっと難しいんですけど、検査をして、検査結果が市町村から要精検者に行きますと、要精検者は、うちが指定したようなところの精密検査医

がん検診受診率を50%以上に！



スライド12

がん検診

検診の精度が重要

国と本県のがん検診指針の内容(一次検診)



茨城県がん検診実施指針

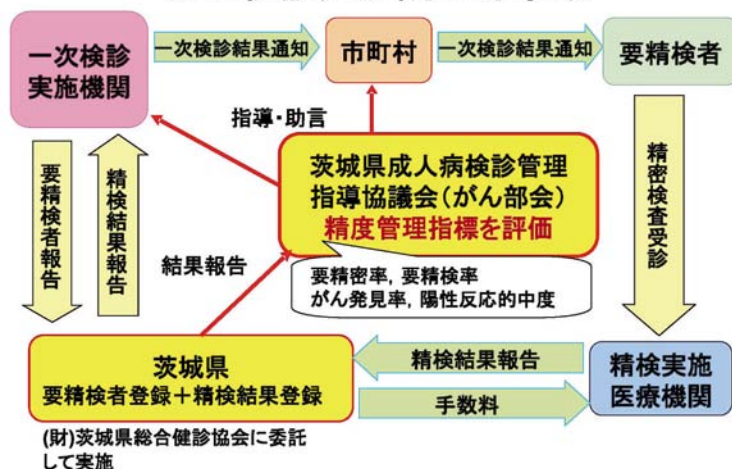
がん検診実施機関及び精密検査医療機関の登録に関する基準

国		がん検診実施項目	県	
対象年齢	受診間隔		対象年齢	受診間隔
40歳以上	年1回	胃 X線	40歳以上	年1回
40歳以上	年1回	肺 胸部X線+喀痰細胞診	40歳以上	年1回
40歳以上	年1回	大 免疫学的便潜血反応検査2日法	40歳以上	年1回
40歳以上	2年1回	視触診+乳房超音波	30~39歳	年1回
		乳 視触診+乳房X線 又は 乳房超音波+乳房X線	40~65歳	2年1回
20歳以上	2年1回	子宮 子宮頸部細胞診	20歳以上	年1回
必要な人	年1回	子宮 子宮内膜細胞診	必要な人	年1回

* 50歳以上で喫煙指数600以上・血症
** 40歳代の乳房X線は、国・本県ともに2方向による撮影方法
*** 有症状者及びハイリスク者で、本人が同意する場合

スライド13

がん検診追跡調査等事業



スライド14

療機関に行ってもらいまして、そこで、その結果を県が集約しているんです。で、誰が受診したのか、誰が受診しなかったのか、誰がどうだったのか。ここの検診の要精検者の中で、陽性反応的中度といいますか、本当にがんだった人はどれだけいたのか、ということ、県がその委員会で管理をすることにしています。このシステムは、あんまりほかの県ではやってないんです。では、なぜこんなことをやらなければならないのかということ、そもそも医療施設があまりなくて、どこの医療施設で精密検査がちゃんとできるのか、検診機関は本当にちゃんと検診をやっているのか、ということが心配だったので、こういうシステムを作りました。市町村に聞いていただきますと、精密検査の医療機関というのをお知らせすることになっていますし、一次検診機関に対しても、陽性反応的中度が悪ければ、委員会から指示をする。そんなことをしておりますので、ぜひ、安心して検診を受けていただきたいというふうに思っています。

スライド15

これが医療の部分ですけども、がん医療体制を整備しようということ。緩和ケアを推進しよう。それから、がん登録事業。がんになった方の内容を登録をしていただいて、その病院で、その治療成績とか、そういうものをしっかり出していききたい、というふうに考えております。

スライド16

では、医療体制はどんなふうになるかということ、医療体制の構築ということでやっておりますが、イメージとしては、がんを専門的に扱う医療機関というのを指定をさせていただいてます。予防検診の話をしただけでも、後は在宅の療養をできるようなところも、これから考えていかなきゃならない。ここのところを今、一生懸命やっていて、まだ、ここのところまでなかなか行っていないんですけれども、着手をしようと考えています。

スライド17

そこで、がんの専門病院として指定したところがございます。例えば、県のがん診療連携拠点病院というのを県立中央病院にしまして、筑波大学病院で

茨城県総合がん対策推進計画-第二次後期計画-

4 主な取り組み

3 納得できるがん医療が受けられるために

- がん医療体制づくりを推進します！

がん医療体制の整備

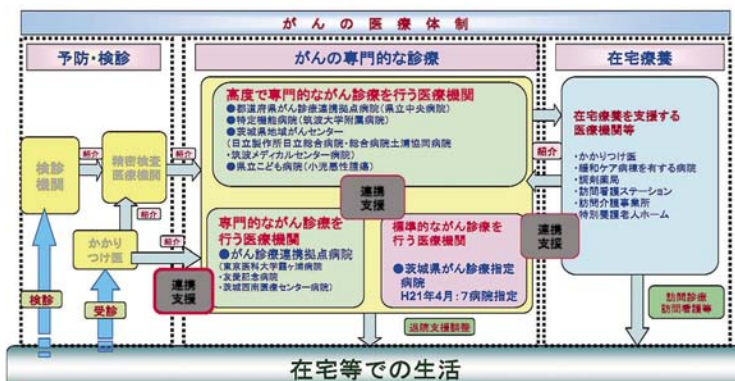
緩和ケアの推進

がん登録事業の強化

スライド15

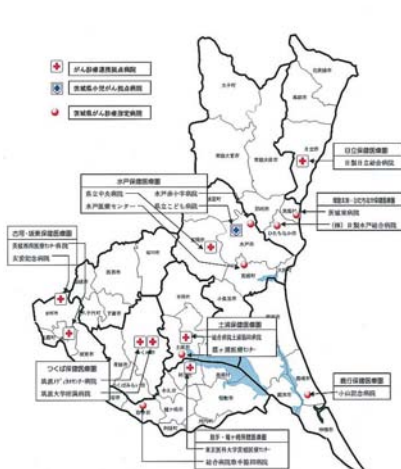
茨城県総合がん対策推進計画-第二次後期計画-

がん医療連携体制の構築



スライド16

茨城県のがん専門病院



がん診療連携拠点病院（8病院）

- ・都道府県がん診療連携拠点病院
県立中央病院
- ・地域がん診療連携拠点病院
筑波大学附属病院、土浦協同病院、
（株）日立製作所日立総合病院、
筑波メディカルセンター病院、
東京医科大学茨城医療センター
茨城西南医療センター病院
友愛記念病院

茨城県がん診療指定病院 （7病院：H21.4指定）

- 水戸赤十字病院
水戸医療センター
日立製作所水戸総合病院
茨城東病院、
小山記念病院
霞ヶ浦医療センター
総合病院取手協同病院

スライド17

あるとか、土浦協同病院、日立総合病院。ある程度、地域にばらけてますけど、みんな同じレベルとは思いませんけれども、がん診療拠点病院として指定をさせていただいて、いろいろな研修事業であるとかをやっています。それ以外にも、県が独自で指定した病院があって、ここについては、がんの相談とか、それから一般的な医療も一部できるようにということをお願いをしております。

スライド18 そこで、がんの治療ですけども、今の状態ですと、がんは、外科的な治療と、放射線治療と、化学療法、ということになるとと思いますけれども、だんだん、化学療法と放射線治療ということが一緒に行われる医療というのが大切だというふうに言われてきています。

スライド19 で、放射線治療の話になりますけれども、実はその放射線治療というのは、欧米に比べて、日本の放射線治療の率というのは非常に低いという状態になっています。

スライド20 放射線治療で一般的に使われるリニアックという機械がございますけれども、リニアックという機械は、茨城県の中で17の病院が持っています。かなり持ってますでしょう？これだけの病院が持っています。機械はあるんです。でも、常勤の医者がいないんです。非常勤の先生がやっているんですね。筑波大学にはいますけど、あとは1人。休めないと思いますよね。1人で放射線治療やっていて、自分で具合悪くなったら誰がやるんだね、という、そういう状況になっていまして、これは非常に大変だと私は思っています。機械があっても非常勤しかいないわけですから。

スライド21 こんなことを今、考えています。実現するかどうかはわかりませんが、これだけいない放射線治療医を、呼んでくるといってもなかなか難しいので、ちょっと画像診断のネットワークみたいなことをやったり、遠隔支援みたいなのを大学にお願いしてできないだろうか、なんていうことを考えていまして、非常勤の先生

がんの治療

がん治療の3本の柱

外科(手術)療法

放射線治療

化学療法(抗がん剤)

集学的治療

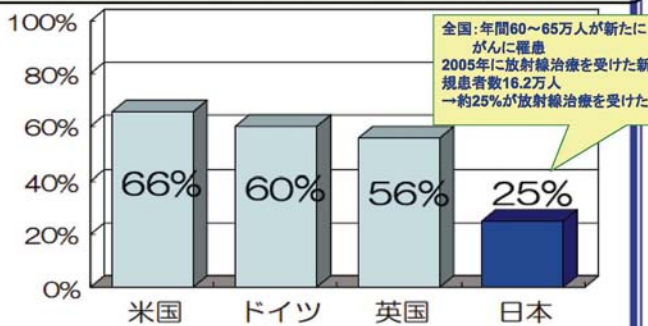
○がんの種類によっては、放射線治療が手術と同様の治療効果を発揮できるようになった。

○新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積された。

進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療が各専門的に行う医師により実施されていくことが求められている。

スライド18

がん患者のうち放射線治療(併用も含む)を実施している患者数



出典) 第3回がん対策推進協議会における中川恵一委員(東京大学)からの提出資料をもとに作成

スライド19

茨城県の放射線治療体制の現状

県内の放射線治療装置(リニアック)を整備している17病院

保健医療圏	病院名	放射線治療医師勤務状況(人)	
		常勤	非常勤
水戸	県立中央病院	1	2
	水戸赤十字病院		1
	水戸医療センター		4
	水戸済生会総合病院		2
	水戸協同病院		2
	水府病院		1
日立	日立総合病院		5
常陸太田・ひたちなか	茨城東病院	1	
鹿行	鹿島労災病院		1
土浦	土浦協同病院	1	
	霞ヶ浦医療センター		2
つくば	筑波大学附属病院	5	
	筑波メディカルセンター病院	1	1
取手・竜ヶ崎	東京医科大学茨城医療センター	1	1
	取手協同病院	1	
筑西・下妻	筑西市民病院		1
古河・坂東	友愛記念病院		4

現在、日製水戸総合病院、茨城西南医療センター病院がリニアックを整備中

図21.6月現在:保健予防課調

スライド20

や医学物理士、放射線技師さん、あとは、そういう方々が相談ができるような体制を作れるといいかなと。都道府県レベルでできるっていうことは、こういうことなので、これについてちょっと一生懸命やってみようかなというふうに思います。

スライド22 化学療法ですけれども、化学療法は、さっき先生の話にもちょっとございましたけれども、外科の先生が自分の患者さんに化学療法をやっているということがございます。将来的には、化学療法を専門にやるような先生がちゃんといえることが望ましいだろうというふうに思っています。

スライド23 現状ですけれども、外科の先生とかそういうのではなくて、化学療法を専門的にやるお医者さんがいるがん診療拠点病院が8箇所ありますが、常勤でいる施設というのが3施設。常勤のいない施設が4施設。それから、これは当たり前かもしれませんが、化学療法はお医者さんだけではなくて、薬剤師さんも必要だということで、薬剤師さんが、外来で化学療法を専門にやっている人がいる施設というのは、2施設しかないんですね。専従がいなのが5施設。しかし、看護師さんで認定看護師は、結構いるんです。

スライド24 県では、がん対策を推進するために病院に対して、補助制度を考えていまして、地域がんセンターというところに運営費補助を出しています。その運営費補助というのは、この放射線の診断であるとか、治療であるとか、病理の医師であるとか、それから医学物理士を雇った場合、ある程度その人件費は県が補助しましょう、というような制度で、なるべくそのの病院に人材を確保してもらおうというものです。それから、医師やコメディカルの研修もしっかりやってもらいたいと思って、その研修をするのであれば、補助金使っているよ、そういうことで今お願いをしているところです。

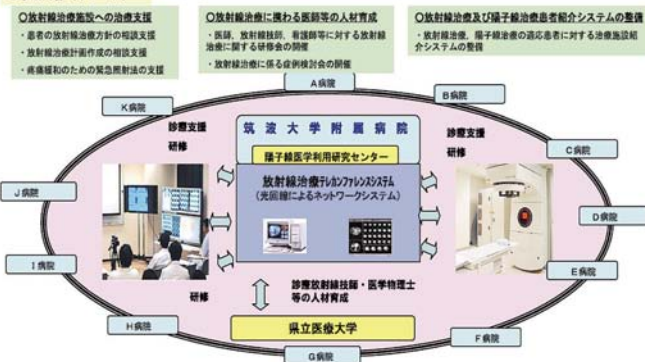
スライド25 それから、先生方とかの治療の勉強であるとか、先生方の技術の上

放射線治療遠隔支援・人材養成事業の概要（検討案）

○事業概要

がん診療連携拠点病院及び茨城県がん診療指定病院で放射線治療に携わる医師の治療支援や診療放射線技師、看護師等の教育・研修等の人材の育成。さらに放射線治療及び陽子線治療患者の紹介システムを構築するため、テレカンファレンスシステムによるネットワークを整備し、本県の放射線治療技術の均てん化及び放射線治療水準の向上を図る。

○事業内容（イメージ）



スライド21

化学療法の現状

化学療法の現状

我が国のがん医療においては、胃がんなど、主として手術に適したがんが多かったこともあり、手術を行う医師が、化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

がん対策推進基本計画

手術、放射線療法、化学療法の各々を専門的に行う医師が協力して治療に当たる体制を構築していく。

【個別目標】

がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施できるようにするため、全てのがん診療連携拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制整備する。（5年以内:H24年まで）

スライド22

がん診療連携拠点病院の化学療法の現状

がん診療連携拠点病院の化学療法の現状

・調査回答施設数:全国:267施設、うち茨城県7施設

○化学療法を専門的に行う医師

自らが所属する診療科のみならず、他の複数の診療科における患者にも対応する医師

	全国	茨城県
常勤医のいる施設	55.4% (148施設)	42.9% (3施設)
常勤医のいない施設	44.6% (119施設)	57.1% (4施設)

主に自らが所属する診療科の患者に対してのみ対応している医師

	全国	茨城県
常勤医のいる施設	94.0% (251施設)	100% (7施設)
常勤医のいない施設	6.0% (16施設)	0%

○化学療法に精通した薬剤師（常勤）

	全国	茨城県
外来化学療法室に専従の者がいる施設	33.3% (89施設)	28.6% (2施設)
外来化学療法室に専従の者がいない施設	66.7% (178施設)	71.4% (5施設)

○化学療法に精通した看護師（常勤）

	全国	茨城県
外来化学療法室に専従の者がいる施設	76.0% (203施設)	100% (7施設)
外来化学療法室に専従の者がいない施設	24.0% (64施設)	0%

平成19年8月 厚生労働省調べ

スライド23

げるためにも、やはり筑波大学さんをお願いしまして、がんの臨床疫学研究事業というのをやってもらってまして、特色である、陽子線であるとか、中性子捕捉療法

B N C Tであるとか、がんの化学療法であるとか、こんなことの臨床疫学研究をやってください、とお願いしています。県としては、県レベルでできることというのは、医療の中では今のところ、こういうことなのかなと、そんなことを考えています。

スライド26 あと、緩和ケアです。今日、患者さんの方もいらっしゃるかもしれませんが、その緩和ケアの考え方として、治療の初期の段階から緩和ケアをやっていくべきだということが、言われております。こういう体制でやっております。そもそも緩和ケアを普及啓発していかなくてはいけない。失礼ですけれども、お医者さん方の中には、緩和ケアの感覚についてちょっとズレがございますので、できればがんに関わるお医者さん方には、5年間で全員に緩和ケアの研修を受けていただくということを目指しています。今日、うちの職員が1人来ていますけども、その職員が必死になってそれをやっていますが、なかなか忙しくて受けてもらえないんですけども、セットをしております。施設での緩和ケアも推進させたいと。在宅の緩和ケアというのも大事だろうということで、在宅の訪問看護ステーションの看護師であるとか、薬剤師なんかの研修会を、去年から開始いたしました。今申し上げたような感じで、こんなことをやっています。

さっき、指定した8箇所の病院に、緩和ケアの研修会をやってください、ということによってもらっています。去年は、私どもの方で、ここで教えられる先生の研修というのをやりまして、だいぶ人が揃いましたので、ここでこれだけの研修をやってもらって、それで医者だけでなく、コメディカルの研修もやっていこうということでございます。

スライド27 がん登録というのがあります。がん登録というのは、がんになった

茨城県総合がん対策推進計画-第二次後期計画-

地域がん登録事業の強化

◆院内がん登録の推進

◆地域がん登録の推進

◆がん登録データの利用促進

主な個別目標

◆標準登録様式による院内がん登録
実施医療機関数の増加
→一般病床数200床以上の病院

◆地域がん登録届出率の向上
(地域がん登録の死亡票のみによる
登録割合: DCO%) → 2.0%以下

○地域がん登録の状況

歴年	H12	H13	H14	H15	H16
罹患数	10,030	10,843	10,516	10,781	10,595
がん死亡者数	6,780	6,800	6,942	7,194	7,385
DCO%	45.72	36.05	34.00	25.08	23.59
I/D	1.48	1.59	1.51	1.50	1.43

スライド27

茨城県総合がん対策推進計画-第二次後期計画-

4 主な取り組み

4 がんに向き合うために

● 情報提供・相談支援体制の充実と、患者・家族支援を推進します！

◆情報提供・相談支援体制の充実

・各がん診療連携拠点病院に設置
した相談支援センターの充実

◆患者・家族支援の推進

・がん体験者によるピアカウンセリング相談事業の実施

主な個別目標

◆相談支援センターに、国立がん
センターの研修を修了した専任・
専従の相談員を配置
→全てのがん診療連携拠点病院
◆ピアカウンセリング相談窓口の
設置 → 4カ所

○相談支援センターの相談員

全てのがん診療連携拠点病院で国立がんセンターが実施する相談員研修を修了した専任・
専従の相談員を配置済 (H21.9現在)

○ピアカウンセリングの開設状況

筑波メディカルセンター病院：毎週火曜日開設 (13時～16時)
日立製作所日立総合病院：毎週木曜日開設 (13時～16時)

スライド28

🌸 おわりに

今後とも、「がんにならない がんに負けない」をスローガンに、県民の皆様がより身近なものとしてとらえ、積極的にがんの予防をおこない、検診を受診していただけるよう、さらには、がんになった場合でも主体的に治療法の選択ができるよう支援を行うなど、県民主役のがん対策を推進してまいります。

スライド29

ています。それで、専門相談員を配置して、今、筑波メディカルセンター病院と日立総合病院でやってもらっていますけれども、これを4箇所を増やしていきたいなということを考えております。

全体の予算の中では大したお金ではないんですけど、なかなかこういうところにお金が付きづらい状況にありまして、今までは、物作りとかそういうことに、国としても走っていたんでしょうけれども、少しこういうところに目を向けていただいて。我々も一生懸命がんばって、予算要求いたしますので、皆さん方から応援をしていただけると私も大変心強い。ピアカウンセリングもだいぶ好評なので、こういうことがありますよ、ということでマスコミにも書いていただいたりなんかしていますので、全体として、みんなで、がん対策をがんばっていこう、ということで支援をしていただけると、大変ありがたいなというふうに思います。

スライド29 時間になりましたので最後ですけれども、私も、医療資源が乏しくて、平均寿命もあまり高くない県ではありますが、職員一緒になって、こういうスローガンの元に、県民の皆様により身近なものとして捉えて、積極的にがん予防をしていただく。検診を受けてもらう。それで、今、私も一生懸命その体制の整備を行っておりますので、いろんな治療法が選択できるような方向に向かっていきますので、ぜひ皆さん方も、何かあれば、ご支援をいただくと共に、ご意見等がありましたら、私どもの方におよせいただきたい。そして1歩でも良いがん医療ができるようにがんばっていきなしたいと思いますので、どうぞ、よろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

パネルディスカッション「がん医療を考える」

座長 大河内信弘（筑波大学附属病院副病院長）
河合 弘二（筑波大学附属病院総合がん診療センター副部長）
パネリスト 本田 宏（済生会栗橋病院副院長）
青山 充（茨城県保健福祉部保健予防課長）
小田 竜也（筑波大学附属病院消化器外科講師）
市民代表

大河内：本田先生のご講演で、世界的に見た日本の医療制度についてある程度ご理解いただけたかと思います。本田先生には、お話ししたいことが山ほどあるなかで、コンパクトにご説明いただいたと思います。このような日本の医療を受けられた患者側からの感想を、まずパネリストの山田さん（市民代表）から、ひと言ご意見をいただきたいと思います。

山 田：わかりました。私は8年前に筑波メディカルセンター病院で乳がんの手術をやって現在に至るという患者サバイバーです。運良く私は筑波メディカルだったので、お医者さんが不足しているという現場にはそんなに関わらずに、とりあえず看護師さんも含めて、自分としてはとても満足な治療を、現在における最先端の治療を受けられたのかな、というような思いはしていたんですけども、やはり先生のお話を聞いて、広く見たときには、やはりこんなに医師が不足していて、治療が大変なんだというのは、改めて教えてもらった気がいたしました。でも、正しい情報を今日たくさんいただいたと思ったので、ぜひこのことは皆さんに広めて、現状を改善しなくてはいけないというのは痛切に感じました。

大河内：ありがとうございます。茨城県は埼玉県に次いで、人口10万人当たりの医師数が少ない県です。この中でかなり頑張って良い医療を提供していると捉えてる方もおられると思います。しかし、大学病院の副病院長をやっておりますと、かなりのクレームを

耳にします。待ち時間が長い、話を聞いてくれない。これらは、マンパワー不足と結びつくところがあります。本田先生が言われるように医療費が抑制されている中で、病院を維持するということが非常に難しくなっていることとも関連します。実際に茨城県でもベッドを持っておられた開業医の先生がベッドを持てない状態になっているという状況がございます。そこで、まず医療費の問題を取り上げたいと思います。いくつか医療費に関してのご質問を用意いたしましたので、河合先生からご紹介していただきます。

河 合：では、先ほど書いていただいた質問票を、私が代読といいますか、エッセンスというような形で質問をさせていただきます。本田先生に質問です。「抗癌剤に支払うお金の負担が大きいと感じています。もっと安く安心して化学療法を受けられるように、将来的にはなるのでしょうか」ということですけども。

本 田：はい。これはいろんな問題があるので難しいですけども。基本的には、抗癌剤はどんどん進歩しているものの、ただし大変残念なのは完全にこれだけ使えば治るという薬ができないことです。そうするとちょっと効果が良くなったが新しい薬で高くなった。私が見る範囲ではそれが抗癌剤の進歩の実態だと思います。つまり人類が生きている以上いつまで経っても四苦八苦の四苦は生老病死ですから。例えばがんが治ったとしても別の病気で亡くなるわけですね、人

間は。だからそこは冷静にがんの治療を考えていかないと。がんだけ治ればいいや、ってがん以外の病気だったら亡くなってもいいのかということにさえなってしまうんですね。脳血管障害も一番多かったですよ。だから「うちのお父さんがんじゃなくて良かった、心臓で亡くなって」って、そういう話じゃないということになります。だからどの疾患にどのぐらいの医療費を掛けるかということ、冷静にこれも国民的に考えていかないと。例えばイギリスなんかでは効果があまりない抗癌剤は保険で認められていないということもあるようです。ところが逆に日本では少しでも効く可能性があるんだったら、自費でもいいから治療して、みたい。自宅を売ってでも治療して、っていう雰囲気もあります。やはりこの医療を考えると、人間は四苦八苦の四苦からは逃れられない、生老病死は必ず付きまわっているというところから考えて医療費の使い方を議論すべきで、抗癌剤が年に1200万円が高いんじゃないか手術が安いんじゃないか。というような話だけではない。四苦八苦を考えていくってことが生きていく上ですごく大事だと私は思います。

河合：本田先生、どうもありがとうございました。特に今のお話の中で、抗癌剤で、最近新しいタイプの分子標的薬というものがあります。これが非常に効果が期待されていて、私は専門が泌尿器で、腎臓がん、なかなか抗癌剤の従来効きの悪かった腫瘍に、ある程度の効果があると。しかし、薬剤費は非常に高い。今、本田先生が仰られたように、イギリスですと日本で保険が通っているようなそういう薬も却下されている。それで今日はフロアの方に筑波大学附属病院消化器内科の森脇先生がいらっしゃいます。森脇先生は今お話にありましたような分子標的薬の導入が非常に進んでいる消化器内科の腫瘍内科の専門医です。今度はそういう新しい薬を使って患者さんを治療されている側からコメント、あるいはご意見をいただけますか。

森脇：はい。筑波大学消化器内科で化学療法、抗癌剤治療を主にやらせていただいています森脇と申します。確かに分子標的治療薬という、皆さんご存じかはわかりませんが、アバスチンとか、最近ではアービタックスというようなお薬が導入されて、明らかにこれまでの抗癌剤と比べまして医療費がかなり高いというイメージはもちろんあります。しかし、化学療法を主にやっている側の立場からすると、確かに医療費は高いんですが、自分の命の値段というのは付けられないというのもあって、高くても少しでも自分の命を大切にしようと思うと、それは個人個人の考えで、それを高いと思うのか安いと思うのかというのは変わってくるところもありまして。僕の立場から言うと、できるだけ救いたい、救うことができれば、という立場でやっていますので、できるだけ、そういうお薬は使っていきたいとは思っています。

本田：実は、私の今日の目的も医療の現場がこうなっているという、ある意味情報公開、透明化をしたつもりだったんですけども。やはり、日本のこれからの医療費を考える上で、情報を公開する必要があると思うんです。例えば、年に400万円掛かる抗癌剤は平均効果が1ヵ月。つまり1ヵ月寿命が延びるのに400万円掛かります。さて日本でこの薬剤を認めようとか認めないとかということを考えるのが筋です。極端に言えば一方では格差社会で、ご飯も食べられない年収200万円以下の人がいるのに、1ヵ月延命するのに400万円の薬をみんなが使うべきかということはみんなで考える話です。先生のお気持ちはわかりますが、我々が、じゃあそれこそダムではなくて、医療に使うべきだとか、医療費の中でもどう配分すべきだとか、もしがんの治療に傾きすぎると、今度は子供の医療費が削られてしまう危険性があるんです。だから全体のバランスを考えるために情報を出して、この治療はこの位費用がかかるがこういう効果がある、というようなそういうオープンな議論が望まれているのではないかなと思います。

大河内：ありがとうございました。この問題は非常に難しく、医療費を決めているのは厚生労働省ですが、抗癌剤に関して本田先生はもっと透明にした方が良いとのご意見でした。抗癌剤を使う場合に医療者側がこの薬を使うとこのぐらい効果があります、ということが患者さんへあまり説明していないと思います。例えば森脇先生が言われた大腸がんに対する分子標的薬というのは今まで手術ができずに、いろんな抗癌剤を使った方が8ヵ月しか生きられなかった。そのような患者さんが2年近くまで生きられるようになる、というお薬です。その費用は月1人100万円かかります。本田先生がお示されたように1年1200万円掛かる。これが患者さんにとっては非常に有意義なお薬であります、1年間で医療費総額がどのくらいになるのでしょうか。大雑把な計算をすると日本で、1年間に亡くなる方が100万人おられます。その中でがんで亡くなる方が3人に1人ということは、約30万人です。そのような方々が、先進的な抗癌剤を使うとなると、単純計算をすると何兆円にもなってしまいます。抗癌剤だけでこのくらいになります。例えば欧米では胃がんの抗癌剤は認められていません。一方日本では、抗癌剤として認可を受けていても効果が非常に少ないものがありますが、保険診療で使われています。この薬はこのぐらい効く、効かないということをもっとはっきり患者さんへ示して、納得していただいた上で使うことが必要なのではと思います。「このぐらいお金が掛かりますよ。個人負担はこれくらいになります。でもこのぐらい患者さんにとってはプラスになるんです」というようなことをもっと明確にしながら使っていかなければならないことだと考えます。

それから日本は混合診療ができない。河合先生が言われたように、ヨーロッパでは「これは保険では使うことができないけれども、お金を出すならば使えます」という診療があります、日本ではできません。混合診療を認めると、いろいろ医療制度上弊

害があるということで、反対意見があります。一方、混合診療を進めた方がいいという意見もあります。この問題も本田先生が言われたように、非常に難しい問題です。

もう1点は、薬の値段です。薬を作るには莫大な開発費がかかります。1つの薬を作るのに10年、20年近くの年月がかかります。つまり20年間、会社もいろいろ投資をして、いろいろな検査をして、患者さんに試験的に使ってみた上で使う。企業として成り立つためには高くしなければならない。そういう問題がいろいろ絡むために、薬を安くするということは大変むずかしい。本田先生のスライドの中にもありましたが、個人の負担は日本は高いです。個人負担を減らす、いかにこれを社会保障の中で賄っていくかということを考えていくのが一番大事な道かなと思います。

ですから、やはり皆さんにも勉強していただきたいと思います。この薬はどのぐらいお金が掛かって、自分にとってどのぐらいプラスになるか。果たして副作用を越すぐらいのメリットが患者さんにとってあるかどうか、ということをもっと聞き、理解した上で使っていただく。その上で意見があれば厚生労働省に出していただく。本田先生が、「黙っていても全然世の中変わりませんよ」と仰いましたが、そのとおりです。今日の公開シンポジウムの目的はいろいろな医療の問題が日本にはあることをご理解いただくことです。中でも、透明性が非常に低い、薬価や、医療費についてです。いろいろなことを理解していただいた上で、機会がある毎に皆さんが声を上げていただくということが必要だと思いますので、よろしく願いいたします。医療費に関してはよろしいでしょうか。パネリストの方でコメントはございますか。

山田：ジェネリック薬品というような言葉をよく聞くんですけども、ある先生に「抗癌剤のジェネリックは効き方はどうなんですか」というふうに聞いたことがあるんですけども、今日は先生方がいらっしゃるの、その辺のご意見が何かあったら、お願いしま

す。

大河内：森脇先生いかがですか。抗癌剤ではありませんがテレビでもコマーシャルが出ているようですが。

森 脇：抗癌剤も多分、何種類か出ているんだと思うんですけども、僕もちょっと詳しくはわからないんですが、ようするに、ジェネリックと本当の薬と、本当に効果がどうかとか、副作用がどうか、という比較というのは全然されていないので、はっきりしたことはわからないんですけども、どうなんでしょう、ごく一部の先生方は、ちょっとジェネリックは効果が違うんじゃないか、と感じてらっしゃる先生方もいらっしゃいます。ただ、それがどうかというのは、もうそれも個人の感覚でしかないかもしれないので、何ともちょっとわからないですね。

大河内：ジェネリックというものに関して、世の中に大きな誤解があると思います。同じ薬で同じ効果があるけれども安いんだ、という感覚をお持ちの方が多いと思いますがいかがでしょうか。それは間違いです。というのは、成分は同じものが入っています。ところが、薬というのは、それだけで効くわけではありません。例えば剤形ですが、カプセルだったり錠剤だったりします。溶かしてあるものがあって、固めてあるものが別にあるんです。つまり中の砂糖は同じなんですけども、固めてあるのが最中の皮だったり、餅だったり、大福の外側だったりするぐらいの違いがあります。つまり、ジェネリックというのは化学式は同じであるけれども、練り物というか、混ぜてあるものが明らかにされていません。同じ作用をもっている、もしくは副作用の出方が同じかどうかというのは、まったく検証されていません。だから世の中に安く出せます。テレビのコマーシャルで、「ジェネリックの方が安くいいですよ」というような宣伝をしていますけれどもそれは実は正しい情報ではありません。

ジェネリックによる医療上の問題点というのが過去に報告されています。例えば皮膚科で塗り薬がありますね。あれは、いろ

んな油で溶かして塗るわけなんですけども、入っているものは同じなんですけども効果は全然違う、ということがあります。同じものもあるんですけど、その検証がまったくされていません。厚生労働省は医療機関に関して、「ジェネリックをたくさん使わないと、ペナルティを課すぞ」と言っています。つまり、医療費を削減するために、“効果のわからない医薬品を使わなければその医療機関にペナルティを課す”と言っているわけです。ですから、私どもは、毒になるか薬になるかわからないものを処方しなければならない。その責任は誰が取るか。それは我々医療機関です。青山さん、何か補足ございますか。

青 山：ジェネリックの考え方というのは、大河内先生が仰ったように、薬を作る側としてみれば主成分は同じですからその製剤の技術であるとか、溶ける割合であるとか、そのところを完全に先発品と同じように臨床試験をやって認めるものではないので、そういう場合もきつとあると思います。会社による技術の差というのはあるだろうというふうに思います。それから、患者さんがジェネリックを選びやすいように、患者さんがある程度自分のところで「私はジェネリックにしてください」というようなことを言っている率を、ある程度換算して、保険点数で整理をしようというのがありまして。ただ、薬の立場から考えますと、先発品を作れる会社だけを日本に残していったら、多分、日本の製薬メーカーは数社で済んでしまうんだと思うんですね。ある程度できたものをもう少し安い形で量産をするようなシステムが何かないかというのをきっと考えているんだろうと思います。その過渡期でジェネリックというのが出てきていますが、もう少し使い勝手とか効果を見て、また少しずつやり方は変わってくるでしょうね。そんな感じがします。

大河内：くり返しますが、ジェネリックに関しては、情報がまったくありません。まったく情報のないものを使えと言う。これは皆さんの命を預かる医師としてはできないと言う主

張を厚生労働省は認めません。このような日本の状況ををわかっていただければと思います。

次に、茨城県は医師が足りません。県南地区はだいたい全国平均に近い医師がいます。ところが水戸地区、県北地区は、かなり少なくなっていて、鹿行地区に至りますと全国平均の半分ぐらいです。この問題に関してもご質問が来ております。

河 合：医師数に関して、いくつかのご質問をいただいています。青山先生にご質問です。「医師数が足りないと言われる中、遠隔支援の人材養成を検討されているということですが」放射線が例に挙がっていましたけども「その場合の責任の所在はどこにあるのか」。すなわち、遠隔支援でやっている中央の医師なのか、それとも患者さんのそばにいる医師なのか。かなり難しいかと思いますが、重要な問題だと思います。

青 山：先ほどの絵で示しました遠隔支援というのは、放射線に限った場合で今考えているんですけれども、それは放射線の照射量を決めたり照射範囲を決めるときに、当然常勤医師ばかりではないので、ほかのメディカルスタッフが決めたりなんかするときも支援をします。結論から言いますと、最終的な責任の所在というのは、その病院ということになるだろうと思います。支援をしている真ん中の病院ではなくて、あくまでも患者さんに接している病院。そこに、わからなかったり、それからレベルを上げたりするのに、遠隔支援のやり方を使いたい。同時に、例えば大学とかなんかでやっている講義とか、そういうのにも流させていただいて、全体のレベルを上げやすい環境を作ろうと思っています。あくまでも、その病院が責任を取るということになります。

河 合：ありがとうございます。引き続いて、医師数についてのご質問です。「医師の数を増やすのに、外科医や救急医、あるいは産婦人科医なんかは辛いと。最近メディアにもよく取り上げられますけども、辛い科の医師は増加しないと思います。眼科医、美容整

形医が増えてもしょうがない」、ちょっときついご意見ですけども、「外科などの診療報酬をもっと増やし、すぐにもでも訴えられる状況を改善していかないと、医師を増やしてもらうときに、全体の医師の数を増やしても意味はないのではないかと。何か対策はありますか」ということで、これはまず、厳しいと言われている本田先生と、あと小田先生からお願いします。

本 田：それは仰るとおりです。私もよく言われるんですけど、確かに医師を増やしても、どちらかというと楽な科に行っちゃうんじゃないかと。ただ、くれぐれも忘れてはならないのは一番根本的問題は、絶対数があまりにも不足していることです。現在の日本は、医者を増やしても、砂漠に水を撒いているようなものですから。それは確かに楽な方から医療が充足されるかも知れません。だけど、どこかでやはり不足分を追いつくくらい増やしていかないと、いつまでも大変なところに行かない、ということを忘れてはいけません。

一方では、今働いている医師で、特に厳しい条件のところ優先的に医療秘書さんを付けるとか、ナースプラクティショナーをそこに導入してあげるとか、フィジシャンアシスタントといいまして、医師の手伝いをする人を導入するとか、そういう人を積極的に入れて、もっと誇りを持って安全に働けるようにする。あと、例えば外科医で抗癌剤治療を受けもっているところに、抗癌剤専門医が増えていけば、それはそれで医師の負担が少なくなります。ポイントは、外科医だけ増やさす必要はないんです。外科医が担当しているような抗癌剤の専門医、緩和ケアの専門医、あとはいろんな医療補助職を導入するということ。ただ外科医だけ増やしたから解決する問題ではない。つまり、多面的な解決を同時に平行してやっていく。ただ、その基本に、医師を増やすことをしないと、抗癌剤の専門医、緩和ケアの専門医、病理医も麻酔医不足も解消しません。とにかく多面的に対応等を実施することが必要、というのが結論だと思います。

ます。医師を増やすということは医療崩壊阻止の必要最低条件で絶対条件ではありません。必要最低条件である、医師を増やしながら考えないと現場は改善しない、ということです。

河 合：ありがとうございます。小田先生、何かコメントございますか。

小 田：外科が厳しいとか辛いというのは、この10年作られた感覚というか、変わった概念だろうと僕は思います。少なくとも10年20年前は、外科は憧れの職業でしたし、私も今外科医であることを辛いとは思わないです。ですから、何が辛くて、何が敬遠されるようになったかということ、本田先生もさっき仰ってましたけど、おそらくマスコミの悪意に満ちたような報道の姿勢と、その結果、患者さんからの、これもどちらかということ、冷たい視線、外科医に対する責任ばかり求める、そういう視線に対して我々外科医が、「もうやってられない」という気持ちになってきてしまった。それが、新しい若い医者が外科医になりたがらなくなってきた理由であります。ですけれども、それは少しずつ、また社会の状況も変わってきて、皆さんの視線も温かくなってくれば、我々は喜んで24時間働きますので、若いころ24時間働いていること、体力的にきついことは別に全然構わなくて、精神的にはそれは逆に喜びだったんです。それが、繰り返しますが、社会の視線が冷たくなったということが、辛い最大の理由です。

大河内：私も本田先生も外科医であり、ほぼ同じ時期に外科医になりました。病気を治せるのは外科医だという理由で外科を選びました。ですから、以前は、医者というイメージに合うのが外科医だという理由で、若い人たちがたくさん外科医になっていました。しかし最近、辛いということはあまり現場からは聞きませんが、マスコミが、いわゆる医療過誤であるとか医療事故ということ、すぐ大々的に取り上げて騒ぐ。その典型的な事例が福島県の大野事件です。世の中の風潮をマスコミが煽った上で県警が動いて医師逮捕に至りました。順番が逆かも

しませんが、普通の診療行為をしている医師を現場で逮捕するというような異常な行動に出るということの方が許されているのが日本です。患者さんも困ったわけだし、当然その医師は、その後産科医を辞めました。大野病院で赤ちゃんを産もうとしている人は、もっと困りました。外科系への希望者が少なくなったというのは、仕事が辛いということだけではなくて、やはり社会が、マスコミが、医療過誤という名の下に医者バッシングを始めたことが大きな原因だと思います。本田先生のスライドの中に、医療事故の報道が1990年の後半急が増えてきたとありました。あれはマスコミが、そういうものをニュース性があるから取り上げたのでしょう。

私も外科医ですが、外科医からすると、ある確率で、いろいろなことが起きます。それでも日本の医療は、かなりレベルは高い。例えば胃がんの手術で、欧米での死亡率は数%の割合です。ところが日本では1%以下です。手術に限らず医療のレベルは非常に高い。しかし、良い医療を提供しているということは、伝わらないんですね。マスコミはそういうことを伝えようとはしません。それよりは、こういう悪いことをしている、医者は儲けている、というような面だけしか取り上げない。若い人にとっては、裁判は耐えられません。本田先生とか私は耐えられると思いますが、このよう状況が日本には作られている。これを変えない限り、婦人科、小児科、それから外科医になりたい若い人は増えないと思います。

少しだけ本田先生も触れられていましたが、医療行為が刑事告発されるようなシステムが作られようとしています。当然ミスとわかるようなものは、処罰の対象になって当然だと思いますが、普通の医療行為を行っていて、注意義務を怠っていないような場合が刑事告発されるようなシステムをなくさなければ日本の医療は萎縮し続けると思います。患者さんからみても、自分たちの首を絞めてしまうということにつながります。加えて、自分たちが受けている医

療のレベルというのは、このレベルなんだ、ということをして日々勉強していただいた上で、いろいろな意見をいただきたいなと思います。

本 田：私も一般病院で。外科医をやっていて、最近「いつ辞めちゃおうかな」と思うことはあります。ただ一方で外科医を続けていられるのは、確かに喜びも大きいんですよ。緊急手術をして、あのとき手術しなかったら亡くなった、という方をしょっちゅう経験するわけです。すごくうれしいんです。だけど極端に言えば、1万人治療がうまくいって助かっても、1人亡くなったら訴えられる危険性がある、というのが今の日本の現状ですね。私も実際に、「なんだお前は」とか「嘘ばっかりついているんだろう」とって、患者さんの御家族から罵倒されたこともあります。だから、がんばって夜も寝ないで1万人助けることができて、結果が悪い1件で、「訴訟だ、逮捕される」みたいなことが平気で論議され、みんなも「そのとおりだ」と言われちゃうと、やっぱり心が萎えるんですね。医療にも不確実性と限界があるんです。一生懸命やっているつもりでも、後で考えたら、こうしておけば良かったということは必ずあります。これはどこの業界でもそうだと思いますよ。だから最近私は、ご高齢の方に手術の説明をするときには、一番わかりやすく説明しようと思って、「手術も結婚と同じなんですよ。絶対っていうことはないから」とって説明するようにしています。そうすると、結構高齢の方は、「そうですよね、先生」とってわかってくれるんです。しかしこれも若い人にはなかなか伝わらないんで、辛いんですけどね。絶対ということはないということ、このシンプルなことをいかに納得していただけるように伝えていくかっていうのが、私の使命だなと思います。

河 合：本田先生、ありがとうございます。外科の先生、御三方からご意見をいただきました。この問題に、医師の診療科の偏在に関する問題についての対策、特に行政の面からの対策ということで、青山先生、茨城県のこ

れに対する取り組み、あるいは研修医の地域割り当てとか、そういうような考え方について、どうでしょうか。

青 山：茨城県の中でも、医師が足りない状況です。違う担当の課が、医療対策課長がやっているんですけども。基本的には、この周辺には医師はいるんです。茨城県は全体的に少ないんですけども、非常に少ないのはやはり、県北地域と、鹿行地域ということで、その医師をどうやって出してもらえるかということ、今、大学と大学の病院が、茨城県内に合わせて3つあります。そういうところと連携をして、押せ押せで少しずつ県北にドクターを派遣できないか、というのを今、県がやっています。ただ、それはどちらかというと、個人的に言えば、いくらそうやっても、そこへ来る人は、後ろから出てくれば、どこかにいなくなるわけですから、応急の処置として、今、県レベルでできるのはそこが精一杯で、奨学資金を出したり、いろんなことをやりますが、絶対的な医師の数を増やさなきゃならないということは、おそらく必ずそこはやらなくてはならないんだと思うんですね。その応急的な処置というのは、県も一生懸命、その大学の先生方とか、そういうところと折り合いをつけながら、できるものはやっていきたい、ということで今、考えています。

大河内：外科医とか産科医が少ないことで、海外との比較がよくされます。日本では、内科であろうが、眼科であろうが、ハイリスクの患者さんを扱う外科であろうが、勤務医の場合は給料は同じです。一方、アメリカやヨーロッパでは差がある。日本は非常に平等な国ですね。リスクの高い患者さんを診療する科や高度技術を必要とする診療科の医師の給料を高くする、そういう診療科による医師の待遇改善も考える時期なのかなと思います。

外科、婦人科が少ない以前に、茨城県は医師の絶対数が少ないわけです。茨城県として、いくつか取り組みをされていて、学生の時期から茨城県で医療を行ってもらう医師の数を確保しようという試みが、昨年

から始まっていると思います。青山さん、ご説明願えますか。

青山：県の方ですと、その鹿行地域に、大学さんにご協力をいただいて、県と市町村がお金を出して、そこで教育をやっていただきましょう。それでそのときに先生方に来ていただいて、それで診療もやっていただきましょう、ということで、なんとかそこに、鹿行地域に来ていただくというようなことはやっています。私は思うんですが、やはり勤務医の先生が少ないんです。今、新型インフルエンザが非常に増えたので、開業医の先生方に診療時間を1、2時間延長していただいけませんか、小児科の負担を減らすために、少しでもやっていただいけませんか、というお願いをしています。普段の医療の中で一番疲弊しているのは、多分、病院の先生なんだろうと思います。そして勤務医の先生。だから、そのところにやっぱり厚みを加えるような政策をしないと、なかなか解決しないのかな、というふうに思いました。

大河内：そうですね。本田先生が頷かれています、地域の基幹病院というのはかなり疲弊しています。マンパワーの問題だけではなくいろいろな面で。

本田：ここで注意しないといけないのは開業医と勤務医の差がよく話題になっていますが、これも誤解されているんです。儲かるという表現は良くないかも知れませんが、簡単に言うと、昔ほど開業医の先生は儲からなくなっているようです。これからも病院と診療所がしっかりと連携しなければ医療体制が保てません。全体の医療費を増やさないで、「そうだよ、勤務医が大変だから、開業医の方からそっちに金を持ってこよう」とやると、開業医の先生がいなくなってしまう。今度は地域で診てくれる人までいなくなってしまうんですね。ですから、やはり全体の医療費のパイを、せめてOECDの平均最低10%。高齢化社会に備えてこれから医療をちゃんと立てなおすのであれば、GDPの12%、今だと5、60兆必要なんですよね。今、30兆円で高すぎると言われて

いるわけですが、全体を上げながら勤務医に厚く手当していくという視点がないといけません。「開業医が儲けているから削ればいい」ということになると、医療全体が壊れる危険性があるということだけは、開業している立場ではないんですが、ひと言っておきます。

大河内：ありがとうございます。昔に比べれば開業医の先生方も大変だということですね。どなたか開業医の先生おられますか。こういうことをお話ししておきたい、ということがあればご意見をおうかがいしたいと思います。よろしいでしょうか。やはり大学病院だけでは医療は成り立ちません。大学病院と地域の基幹病院、それから地域の基幹病院と開業医の先生という、医療のネットワークをこれからきちんと作っていく必要があると考えます。ヨーロッパでは既にそれが構築されている国がかなりあります。例えばフランスですとかかりつけ医にかからなければ基幹病院に行けません。次のステップに行けません。お腹が痛いと言っても病院にはすぐかかれません。日本はそういう意味ではすごく自由です。例えば私がつくばの病院にかかるのが嫌だから大阪に行く。それが日本ではできます。ヨーロッパではできない国があります。つくばに住んでいたら、つくばのどことこの診療科をまず受診して、その次にそのつくばの地区のある病院に紹介されるというふうに順序が決められている国がいくつかあります。ちゃんと医療のシステムが積み上げられていて、この人はこの診療所レベルでちゃんと対応する。この患者さんはその上のいわゆる中規模病院に行く。この患者さんは、もっと高次の医療を受けなきゃならない、というような紹介のシステムが、フランスはきちんとできています。ですから日本のようにある箇所に患者さんが集中することはありません。そういう意味で地域医療のシステムを、どのように作っていったらいいのかというのは、なかなか難しい問題がありますが、医療のシステムをもう一度きちんと見直した上で作り直すというこ

とが、今の医療の疲弊している状態を改善する1つの方策かと考えます。

それでは話題を変えまして、本田先生のお話の内容に関してのご質問がございます。

河 合：本田先生、これも非常に大事なポイントだと思います。「がん対策基本法が制定された後、体制は整いつつありますが、今日の本田先生のお話の内容が、特にこれまでということだと思いますが、行政政治にまったく届いてないのはなぜでしょうか。どこに問題があるのか非常に不思議だ」、ということです。

本 田：低医療費の問題とか、医師不足の問題とかですね。

河 合：ええ。先生の問題提起がなかなか反映されないのは、いったいこれはどこに問題があるのか。

本 田：はい。かいつまんで言うと、私のレジメにも書いてあるんですけども、結局日本の国は明治維新以来、官僚が主導して良い意味で伸びてきたという側面もあったわけです。もう1つには、明治以来先ほどの企業団体献金に代表されるような経済界が日本では強い。明治維新当時の殖産興業です。殖産興業、富国強兵。それが戦後は、富国強「経」になったわけです。ですからやはり、一番力を持っているのは経済界と、官僚の方たち。先ほどの医療費亡国論に代表されるように、日本では昔から国民の命よりは経済発展とか、世界に追いつけ、こっちが優先されていたんです。さらに国民もそれを正しく知らされていないものだから、ソニーとトヨタが売ればいいんじゃないか、みたいなことになって。先ほど言った、ハイブリッドカーが200万円。安くなった、胃がん治療が120万円、だけど窓口行くと高いぞ、みたいな、こういう状況になってしまったわけです。

さらに厚労省の官僚の方も、財務省の人が「財政赤字だから医療費を安くしろ」と言えば、それは力関係の上で「高くして下さい」なんて言えないらしいんです。そういう官僚の構図もあるようです。さらに厚労省官僚が内心「問題だな」と思っても、

2年交替で別の部署に替わっていくわけでしょう？　すると、2年交替で替わる人が、急に「医者を増やせ」なんて、やはり立場上言いにくいらしいです。私は、30年医師をやっていますから。現場で働いていると、現場の問題点を肌で感じることができます。

あと、これは悪口ではないけど、厚労省の医系技官（医師で技官になった人）も、半年からせいぜい2、3年の医者の経験しかなくて、医療の青写真描いているんですね。皆さん、卒後2、3年目の医者を全部信じて、医療のことを決めてもらっていると思いますか。そういう人が2年ごとに部署を交替しながらやっているんですよ。しかも、後からその責任も問われない。私は5年とか10年前私が手術した人のお腹から、ガーゼが出てきたら、今でも責任問われます。ですから、そういうシステムがまずい。人がまずいのではなくて。システムがまずいんですよ。私は、誰が悪いかを探すより、医療事故もシステムで改善すべきだと思うし、日本の国もシステムを変えていかなければいつまで経っても良くならない。そういう構図です。

河 合：ありがとうございます。それでは、書いていただいた質問票をすべてご紹介できないんですけども、そのことも含めて、ぜひこれだけはお聞きしたいということがありましたら、今フロアの方から手を挙げていただければ、ご質問をお受けしたいと思います。できましたら、パネリストのどの先生への質問かということをお願いできれば。何か、ご質問ございますか。どうぞ。

中 野：私は、筑波大学附属病院で乳がんの患者の会をしている中野と申します。乳がんの患者の会の方も、リンパ浮腫で苦しんでいる方が何人かいらっしゃいます。それで、最近は乳がんの患者のリンパ浮腫でも、土浦協同病院で、リンパ浮腫外来というのができたとですね。

山 田：できたというか、看護師さんがやっているということで、公にはしていないような状態でやっているそうです。県内にはまだ、きちんとした外来としては構築されていない

のが実状だと思いますけれども、そのネットワークでは、いろんな情報が入ってきますので、その辺で看護師さんが自主的に、ドレナージュの資格を持った方がやっているというところは出てきておりますけれども。県の方としての対策はどうですか。結局は、すべてが保険とかその辺の絡みでできない、やりたくてもできないということが現状らしいんですけれども。

青 山：個別のそういうところについて、例えばリンパ浮腫の件について、何か今、県が考えているかということ、申し訳ないですけど今のところ考えておりませんでした。おりませんでしたと言いますか、対策はやっておりません。ただ、今日お話をおうかがいしましたので、県として何かできることがあるのか、それか情報を提供するとすれば、どんな形がよろしいのか、ちょっとその拠点病院の先生方とお話し合いをさせていただいて、ご希望に添えるかどうかはわかりませんが、やれることをやってみたいと思います。後でまたご連絡差し上げたいと思います。

本 田：私、先ほど、自分がやってもいいって仰ったのがすごく嬉しかったんです。それが市民なんです。政治というのは我々が作るんです。やっていただくのではなくて、私たちがこういうものが必要だから、しつこいようですけど、無駄なもの、例えばダムはやめて、こっちをやりましょう、というようなこと。もしそういう力がある人がいたら、ご自分で、ネットを立ち上げるとか、患者さんの会を立ち上げるとか。やはり何か気が付いた人が動かないと周りには気が付かないままです。先ほど仰ったように、ご自分で困っている方は医療現場がものすごく大変だということがわかるでしょう。病気になるまでは全然わからなかったし、もしかすると関心なかったはずですよ。それが日本です。本当だったら、今日の私の話は1万人ぐらいに聞いてもらってもバチが当たらないような話だったでしょう。だけど日本人の多くは医療にほとんど関心ないです。だからやはり気が付いた人が、私が

やっているように情報を発信するしかないんです。ぜひ良かったら今日のスライドも使っていただければ。ありがとうございます。

大河内：今のご質問ですが、茨城県には8ヶ所、がん拠点病院があります。その病院には、がん相談窓口というのがあります。その相談窓口というのは、何を相談されてもよい。ですから、住んでおられる地域の、がん拠点病院に行かれて、がん相談窓口はどこでしょうか、と聞いていただければ良いと思います。そのシステムをサポートしているのは県です。県の事業として行っていますから、もしその対応がなければ、そのがん拠点病院はその資格がないのではということをお県の保健所福祉部に言っていただいて結構だと思います。

山 田：いいですか。では切実に。ネットワークを組んで、ぜひそういう外来を実現するように行動を起こしたいと思います。よろしくお願いします。

大河内：青山さんは県の立場、いわゆる行政の立場ですね。行政は医師の言うことを、あまり聞いてくれません。ところが、患者さんから提言があると動きます。ですから直接県の保健福祉部に行っていたいただければ非常に話が早く通ると思います。私も10回行っても、ほとんど反応がないものが、患者さんが数回行くと動くことがあります。

青 山：先生の話も、よく聞いていますけど。

大河内：はい。やはり、よりパワーになるのは当事者の声なんです。本田先生が言われましたが、日本人というのは、“上意下達”、お上の言うことをそのまま聞いてようか、という歴史があった。ところが今は皆さんが意見を言うことが社会を変えることにつながるので、ぜひ、国会や厚生労働省に行って直接話をするのが大事です。もし窓口がなければ県に言っていただくというのがよろしいと思います。

本 田：そうです。日本人は、やっぱりデモが少ないですね。フランスは中学生、高校生からデモに参加するのが普通だそうです。でも、日本人で中学生、高校生からデモに参

加したら、色目で見られますよね。「デモしようよ」と言うと、「でも……」なんて言うのが関の山ですから。立ち上がってください。

大河内：ほかに何かご意見ございますか。はい、どうぞ。

女性1：よろしくお願いします。今、患者の情報提供は、がん拠点病院の相談窓口がありますよ、というお話だったんですけども、実際私も、今、父がそういう立場ですけども、そういうところに相談しましても、今の医療の現場で対象になる標準的な治療に則った場合は、情報が等しく与えられるような気もするんですけども、それにのらない患者　今、がん難民とかいう言葉があると思うんですけども　そういう立場の患者さんに対しての、選択肢とか、こういう情報がある、というふうな情報はそういうところでは得られず、自分の力でインターネットとか書籍とかで集めなければいけない現状だと思うんです。そこら辺に対する情報は今後どうなっていくのかということ、今も現実にごく難民が増えているので、早急にというかどうかどうしたらいいのかということをごちょっと教えていただきたいです。

青　山：相談窓口については、今、仰っていたように、標準的な治療とか、そういうことについて、今のところ相談にのらせていただいている、それ以外のものについては、あまり公表しないというか、のれないという状態があります。そこは、私どもの方もちょうと問題だと思っているんですけども、ただ、情報が不確実であるので、そこは言えないよ、というような話がありまして、ですから、そこをちょっと相談支援センターの方々と話をしますけれども、どこまで正しい情報を安心して出せるかということ、やはり今のところは、標準的な治療の範囲でしか出せない。それ以外の、いろんな情報がありますけれども、それを指定されたところで出すことについては、出す側にもちょっとためらいがあって、そここのところは問題だとは思っていますが、もう少し勉

強させていただかないと先ほどの話とはちょっと違って、そこはちょっと難しいかなと思っています。先ほどの話は一生懸命やれると思いますけれども。

本　田：おそらく仰ったのは、代替療法等も含めてなんだろうと思うんですけども。そういうことですよね。アメリカなんかでは、日本で言われている代替療法を、確かFDAで検証したりしているようです。例えばサメの軟骨は昔効くと言っていたけど実際は効かない、とか。免疫療法についても、例えば丸山ワクチンもそうですけども、大雑把に言えば。すべてのものが全部効くわけでもないし、全然意味がないというわけでもないんです。ただし、先ほど言ったように、公的な資金を投入する以上は、やはりある程度のデータを作っていく努力をしないと財源はいくらあっても足りないんですね。確か民主党の鳩山さんは、代替療法なんかに結構関心があるみたいで、それを検証すると、確かマニフェストに書いていますから。ただし、ちゃんと検証をしながら情報を公開しないと、溺れる者は藁をもつかむで、この何百万円のもの飲んだら治るぞ、みたいな現実があるのも現実です。しかしそれには、時間もお金も掛かりますから、それこそ皆さんが、代替療法も含めてちゃんと検証してください、そのためにはお金を使ってください、組織を作ってください、と声を上げない以上は、できない。先ほど言ったように、高価な抗癌剤だって、400万円とか1000万円で1ヵ月しか延命できないとなれば、当然、判断もいろいろ変わってきますよね。そういう情報をちゃんと検証した上で透明化していくという努力が必要です。一朝一夕にはいかない。ただし、そこで私があえて言いたいのは、四苦八苦というのが我々には必ずあるのだよ、という冷徹な視線です。「これをやったら効くかもしれない」とやると、それこそ家も無くなってしまうという状況にもなるので、そこだけは忘れてはダメですね。四苦八苦の四苦を忘れて生きると、とんでもないことになりますよ。私が、医者になって一番

良かったのはそれがわかったことです。絶対、四苦八苦から人間は逃れられないです。

河合：では、私の方から。標準治療が確立していないというか、非常に難しい進行した膵がんに取り組んでおられる小田先生、がん難民という言葉が出ましたけど、何かそれに対して。特に膵がんとか、消化器外科の立場から何かご意見を。

小田：私は、あえて誤解を恐れずに言うとしたら、人は、自分も含めて、自分の家族も含めて、必ずいつか亡くなるということがありますよね。そのことはみんな頭ではわかっていながらも、自分だけは、自分の家族だけは、永遠に生きてほしい、自分の家族の1ヵ月の延命のためには無限にお金を投資してほしい、という誤解が最近ちょっと強いような感じを受けます。本田先生の話聞かれて、皆様がちょっと暗い気分になったなら、それを正したいと僕が思うのは日本の医療政策はもしかしたら世界で最低だったかもしれない。ですけども、医療のレベルは最低だということを、本田先生は言っているわけではないですよ。我々が提供している医療のレベルは世界に誇っていいレベルだと。皆さんが受けている医療のレベルは世界に誇っていいレベルだと思います。ただ先ほどの例えばリンパ浮腫の問題であるとか、今言われたある意味では現代の治療がもう残念ながらギブアップせざるを得ないような状況であるとか、その後のいわゆる緩和ケアであるとか、それをサポートする周りのコメディカルの人。例えば音楽療法の人だったり、心理療法の人だったり、そういうサポートという部分は確かに欧米に比べて日本は圧倒的に遅れているということは認めざるを得ないところです。では、それが無償でできるのかということではなくて、ダムをやめてそこへお金を持ってくるのが良いのかどうかは別の議論ですけども、それに対してのコスト意識をもう1回我々が持ち直す必要はあるなというふうに思います。

本田：すいません。私の話を聞いて暗くなった面

も確かにあるんで、ちょっと1つだけリカバリーを言いたいですけれども。先ほど四苦八苦と言いましたけども、私は逆に、四苦八苦があるから今日1日が楽しい、と思って生きているんです。私も皆さんも含めて、いつ逝ってしまうかわからないんです。病気じゃなくても、交通事故もあるでしょう。だから本当に、生きている今日1日を大切に生きていこうと思ってこの活動をしています。四苦八苦の中で生きていて、「今日生きてきて良かった、今日も朝目が覚めて良かった」と思うような生き方をすると日本全体が良くなるいろいろな問題も解決するんじゃないかなと思います。

大河内：今のご質問ですが、医療人としての立場から言うと、やはり相談をされた場合には、本田先生が言われたように、いわゆるガイドラインといって、この治療をするようになります、ということが明らかにわかっていること以外は説明はできません。それ以上は話す内容に責任が取れないからです。それ以外は、ご本人がやはり考えていただかなければなりません。世の中には、お金を儲けようとする方がたくさんいます。「これで治ります」と断言する方もいます。このような治療方法について医療側が責任を持って情報を集め整理するということは、非常に難しいと言わざるを得ません。そこは患者さんも理解していただきたいと思います。代替療法を選ばれるのは、患者さんの責任になると思います。これからの医療側の課題ではありますが、現在ではすべての治療についての情報を医療側から出すのは非常に難しいというふうにご理解ください。

大河内：追加ですが、患者さんが治療に関して説明を受けるときに、この数値はこの病院の治療成績でしょうか、ということをお願いいたします。それを示せないような医療施設は、ある意味で信頼するレベルが低いと判断してよろしいと思います。患者さんの権利としてきちんと聞いていただきたいと思います。その上で判断をする。例えば、外国では、もしくは

全国ではこのくらい、ここの病院での治療成績はこうです、ということから判断していただくことは、患者さんの当然の権利だと思います。もし、治療成績に関する説明がない場合は、「ほかのところに行って説明をお聞きしたいと思います」といっていただくことが医療機関を育てることになります。

本 田：ちょっと追加していいですか。あなたの疑問は本当にそのとおりで、同じ医師免許を持った医療者が、片方は「これは効く」と言って、片方は「効かない」と言う現実があるんですね。これは、抗癌剤でもそうなんです。極端に言えば、製薬メーカーが売りたいから少しデータが良くなることっていうのは、絶対にゼロとは言えないという現実があります。メディアの情報もそうですが、すべてが正しいというわけではない。つまり、物事にはすべて影の面と光の面、メリット、デメリットがあるように、すべての情報に不確実性があるんですね。またさらに言えば、ある種の治療が効かないから、やめ、となると、その治療の将来の可能性も進歩もないわけです。だから、完全にやめさせるわけにもいかない面もある。

だからそこが問題で、私なんかは皆さんに期待されている治療法こそ、例えば国立がんセンターとかが、データをきちんと取ってみて、より正確なデータを出してくれたらいいなと。がんセンターとかっていうのは、そういう仕事をやってくれたらいいなと、一般の病院としては思っているんですけども、それに関しても、がんセンターも通常の治療をするだけでも手一杯というのが現実です。そういう複雑な問題があることを記載いただいて、メディアリテラシーと同じように、メディカルリテラシーというんでしょうか、医療に関する情報も、考えないと。すべてが不確実な中で我々は生きている、ということをやっとちゃんと冷静に考えないと、いろいろな悩みが出てしまいます。ただ残念ながらこれは、ゼロにするのは難しいと思います。

大河内：それでは最後の質問ですが、「医療崩壊を防

ぐために一般市民の立場でできることはについて、どのようなことなのでしょう」ということについて、パネリストの方々にひと言ずつご意見いただければと思います。

山 田：医療崩壊ですか。ちょっとその視点ではなくて別のことを言いたかったんですけども（笑）。医療崩壊というか、本田先生の話聞いて、医者側が6役7役をしていて、とても大変だということで、お医者さんをサポートしていかなきゃならないなというふうに、患者会の方も患者の方の立場としても考えます。ただ1つ言えることは、患者の立場として、やはり患者側の望んだ治療、今、会場の方からも代替療法の件が出ていますけれども、やはり標準治療では治らない再発転移のがんの患者にしてみれば、先生から見放されることの辛さというんでしょうか、「代替療法をやるんだったら、僕は診ないよ」というようなことを言われる先生も少しずつ出てきているので、ぜひそういうところは、患者も含めて一緒に病気に向かっていってくれる先生を私たちは求めていますので、ぜひその辺は、患者の心理もちょっと理解して、一緒に歩いていただきたいなと。そうすれば、医療崩壊ということではなく、一緒にがんに立ち向かって、自分の人生をまっとうできるのではないかなと思いますので、先生方、今日は大勢いらっしゃるようなので、ぜひよろしく願いいたします。

中 野：医療崩壊というと、とても怖いというか、今にも崩れるんじゃないかな、という不安感みたいなのを与える言葉ですけども、私たちは日々、病院に掛かったり、あと私は患者の会と方たちと、自由に話す、フリートークみたいなのをやっているんですね。そこで自由に自分の思いを皆さんで話すと気持ちも明るくなって、1人で悩んでいたことが解消されます。しかしなかなか言えない方が多いんです。家族にも言えないという方がほとんどなんです。家族だからこそ自分の悩みを言えない、という方がたくさんいらっしゃいますよね。その場所で患者同士お互いに悩みを共有して、「私

は薬はこんなだったのよ」とか、話し合うことが私は一番良いと思います。それで、その会にも出てこれない方たちもたくさんいるんです。自宅で悩んでいる方とかいらっしゃるので、その方たちを少しでも、さっきの患者支援センター、お電話しても結構だと思いますし、それから私たちが山田さんとやっているピアカウンセリングというのも茨城県主導の元やっておりますのでそういうところに行ってぜひお話をしてください。

それと、もう1点だけ、私は思うんですけども、最近、お医者様と患者がとても話しやすくなってきたと思うんです。昔はもう、「先生の言うことは、ははー」という感じだったんですけども、最近は患者の方もいろいろ勉強して言いたいことを言う。言いたいことっていうと変ですけども聞きたい、これが疑問なんだ、ということ、を、どしどし聞いてみてはどうでしょうか。「こんなことを聞いたら、この先生に笑われるんじゃないか」とか、「こんなこと聞いたら、あれかな」と思わないで、何でも聞いてみるのが一番良いと私は思います。そうすれば患者と医者のコミュニケーションが取れて、もっと良い関係が築けるのではないかと思います。以上です。

河 合：どうも、ありがとうございます。私の方から、1つ。先ほど会場から質問いただいた、ピアカウンセリングについて、ちょっと簡単にご説明いただけますか。

山 田：がん対策基本法の中に、先ほど青山課長の方から説明がありましたように、茨城県で2箇所、NPO法人つくばpinkリボンの会というのが委託されまして、日立と筑波メディカルセンターの方に現在週1回、午後1時から4時ということで開催しております。県の推進員の講習を受けた患者がそこに配置されておりますので、ぜひ病院の方に、ちょっと遠い方もいらっしゃるかもしれないかもしれませんがもしも覗きになっていろんなことを話をしていただけたらどんどん患者の声を吸い上げて要請なり、いろんなところに伝えることができると信じておりま

すのでぜひそういうところにご参加いただけたらと思います。随時これからは茨城県も、先ほど課長の方から予算も増やして会場は4箇所を増やすという目標を伝えていただいたので心強く受け止めました。ぜひ、よろしくお願いいたします。

河 合：ありがとうございます。では、医療崩壊について。小田先生。

小 田：私がずっと感じておりますのは、欧米に決して追随することではないんだと強く思います。すなわち、日本人の死生観というか、日本のスタイルにあった医療というのは、決して欧米型ではないと思うんです。例えば大部屋がどちらかというと否定的な意見で、本田先生は言われましたけれども、患者さんの中には、大部屋で隣の患者さんと医療をいろいろ話しながら闘っていきいたいという人はいっぱいいます。あまり個室を好まない傾向があります。そういうこと1つを取っても、日本で求めているものは、おそらく違うんだと思うんです。それは、ただマクドナルドが来てコンビニが来る前の日本、昭和30年代の日本に戻ればいいのかという気持ちはそうなんですけれども、いろんなシステムや医療の技術が変わっていますのでそれを踏まえた上で、もう1度違う日本なりのスタイルを模索するべきだなと思っています。

河 合：はい、ありがとうございます。それでは青山先生。

青 山：ちょっと立場を離れて全体的に考えますと、元々住民の人も、医療に対していつでも早く最高の医療を安く、とみんな思っていて。それを実現するのはすごく大変で。その割には、お医者さんには、なんか恐ろしいから何も聞けないという、そういう状況でやってきている。そのことというのは、医師側とか医療従事者のかなりの犠牲の上に成り立っていたんだと思います。そこを何とか行政が調整をしようとしてやってきたんですけども、なかなか難しかった。そんな中で情報の公開であったり、いろんなことが出てきて要求をしたり、先ほどのように「教えてください」という反面、訴訟とかそ

ういうものが先に行ってしまうと、医療従事者の方も商売と言っては何ですが、我々みたいな役人みたいに、訴訟されることを前提に仕事をしているわけではありませんから、きっとやりがいであるとか、感謝をされる気持ちであるとか、そういうことが生き甲斐でずっと皆さん、必死になって働いている。それがよもや訴えられるなんてことには準備もできていませんので、非常にこの仕事にあまり魅力を感じなくなってしまった。そういうことの悪循環みたいなのが今起きているんだと思うんです。ですから、本田先生が仰るように、どこかで断ち切らないと、やり方は変わらないと思います。ただ住民の側ももう少し医療教育というか、そういうことを最初からわかっていただいて、要求するすべてのことが、医療従事者の犠牲の下に成り立っているというのはすごくおかしい話なので、どこを直していかなければいけないのか、自分たちはどこを我慢しなければならないのかということを考えるべき時代に来ているのだらうというふうに私は思います。

河 合：ありがとうございます。本田先生、お願いします。

本 田：皆さん仰るとおりで、それぞれ大切な視点だと思います。先ほど私、ご家族の患者さんのことでコメントしたので、ちょっと言いたいと思うんですけど、実は私は、医療崩壊の活動をする前にやっていたのは正に、そういう治療不能な方でも、どうか手を差し伸べられないかなということでした。そういう医者になりたかったんです。ですから、10何年前から代替療法に協力したり、それこそリンパ球療法をやりたい方には通常の治療しながら受けていただきました。今でも患者さんと一緒に呼吸法は続けます。ただし、そういう活動もできないぐらい、年ごとに現場が厳しくなってきたんですね。つまり、私は外科医として、治療困難な人でもいろんな対応をしたいのにそれすらできないぐらいどんどん忙しくなってきたのです。それで仕方なく医療崩壊の活動をして今ここに至っています。ですが

ら、10何年前から現在の治療に見放されたような方を拝見していました。外国に行って代替医療を受けた人を、その後うちで最後まで拝見した経験も持っています。ですから、すごくよく気持ちはわかります。しかし、さっき言った、いろんな側面があるので簡単ではないんですね。

あともう1つ最後に、私はいつも言うんですけども、すでに日本では医療だけ良くするというのは無理です。格差社会、フリーター、ニート、派遣切りされているのに、医療だけ良くするというのは無理だから、日本全体をみんなで良くしなければ。今日の前の問題が1つ改善したとしても、人生必ず次の問題が来るんですよ。そうですね。医療とか今の問題が良くなっても、必ず次の問題が来ます。それが歴史です。だから目の前の問題を明るく解決しよう。どうせ解決するなら明るく解決しないと、すべてのことには限界もあるし、この問題を解決しても次の問題がある。それが人生、歴史、人類ですから。そういう広い目でものを見ると、ちょっと前向きになれるのではないかなと思いますので、それを最後に言いたいと思います。どうもありがとうございました。

河 合：ありがとうございました。少し時間が超過してしまいましたが、パネルディスカッションを終了させていただきます。それでは最後に、全体を通じて大河内先生から、ひと言お願いします。

大河内：いろいろなお意見をうかがって、私も本日は大変勉強になりました。今の日本の医療は、本田先生が言われるように、非常に危うい体制になっており、今の医療レベルを保てるかどうかぎりぎりの状況です。本田先生も青山さんもスライドを置いていかれるとのことですので、何かに使いたいという方は、ぜひ事務局の方に仰っていただきたいと思います。皆が考えて意見を言っていただかないと決して日本の医療は良くなりません。その自覚を是非皆様に共有していただき、いろいろ意見を言っていただきたいと思います。患者さんと医療者側も、

今は昔と違って、ほとんどイーブンの立場になってきています。もしその雰囲気が変わってこなければ、その医療施設からは、別のところに移っていただくという姿勢でよろしいと思います。今日勉強したことを元に、これから皆さんと一緒に良い医療を作っていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

今日は長時間、パネリストの先生方ならびに会場の皆様、どうもありがとうございました。

編集後記

日本の医療が崩壊の危機にあるのは紛れもない事実です。でも、「危機」は「機会(CHANCE)」ともいわれます。行政や医療者、市民・・・みんなが一緒になって、自分たちのために考えて、行動していく。今は、その機会。もしかして、素敵な社会を創り上げるBIG CHANCEなのかもしれませんね。

(理心)

発行：筑波大学附属病院総合がん診療センター

連絡先：〒305-8576

茨城県つくば市天久保2-1-1

TEL:029-853-8096 / FAX:029-853-3404

印刷所：朝日印刷株式会社

2009年9月26日に開催したシンポジウムを記録したものです。
