第7回　ゲスト・近藤正晃ジェームス　東京大学特任助教授・日本医療政策機構副代表理事

患者の声を医療政策に反映させようと立ち上がった

がん患者、家族1800人を対象にした大規模調査から問題点をアピール

海外で経済政策立案の仕事に携わっていた男が、帰国後医療に取り組んでみると、そこにはいくつもの根深い問題が。何より受益者であるはずの患者の声が医療政策に反映されていない。そこで、男は立ち上がり、がん患者、家族1800人を対象にした大規模なアンケート調査を実施。そこから、行政に切り込んでいった。今回は、その人、東京大学特任助教授の近藤正晃ジェームスさんをお招きした。

根深い日本の医療問題

吉田　あれは確か13年前だったと思います。ジェームスさんは、市民の立場から政治を変えるための活動に取り組んでおられ、その内容を広報する仕事でご一緒させていただいたことがありました。

今、ジェームスさんは東京大学先端科学技術研究センターの特任助教授として、またNPO法人日本医療政策機構の副代表理事として、医療にかかわる仕事に取り組まれている。じっさい昨年はがん患者やその家族を対象にした大規模なアンケート調査を実施して、がん医療の現場だけでなく、政治やメディアの世界からも大きな注目を集めています。

今回はそのアンケートを実施なさった舞台裏にもふれながら、ジェームスさんの医療政策や医療そのものに対するご意見をお聞きしたいと思っています。

その前にマッキンゼーという世界有数のコンサルティング会社のトップ・コンサルタントだったジェームスさんが、なぜ医療をご自身の仕事として選ばれたのか。まず、そのあたりの経緯から話していただけますか。

近藤　そうでしたね。吉田さんにお会いした93年頃には、政治に対する市民の関心が大いに高まり、その過程で細川政権が誕生し、これで日本も変わると安心して海外に仕事に行ってしまいました。当時は、日本の政治に楽観的な20代の青年だったのですね（笑）。

それから7年間、海外で経済政策立案の仕事に従事し、帰国したときに小泉政権下の経済財政諮問会議でサービス産業改革の仕事を手伝うことになりました。

そこで改めて日本の様々な産業を眺め直したときに、医療に根深い問題があることが浮かび上がってきた。それを何とかしたいと考えたことが医療の仕事に取り組むきっかけになっています。

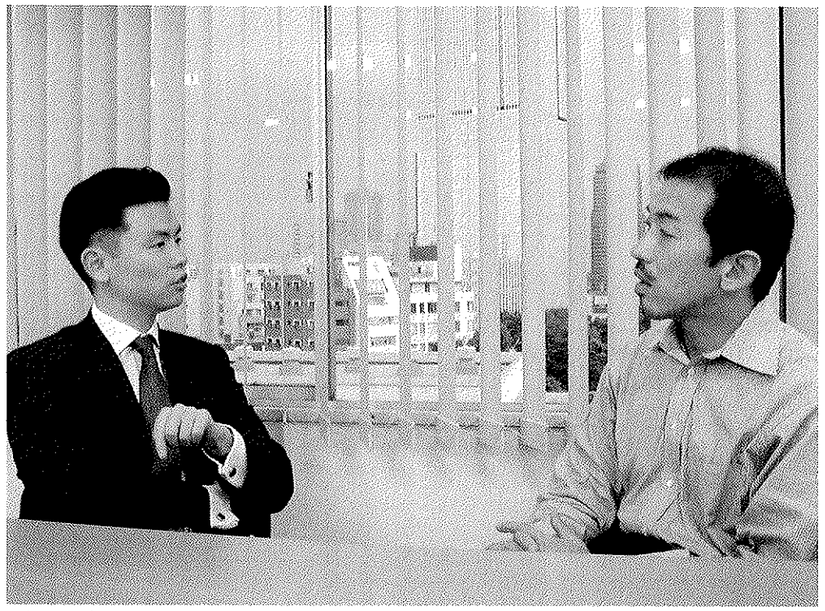
患者の声が反映されていない

吉田　具体的にいうとどういうことでしょう。

近藤　まずひとつは、受益者である患者さんの声が反映されていないということ。医療という世界では、一部の政治家、官庁と医療従事者が医療のあるべき姿を規定しています。患者さんの意向はそこに参加できない。これはおかしな話で、そこに私は問題意識を持たざるを得ませんでしたね。

第2は、日本が世界でも例を見ないスピードで高齢化が進んでいることです。このままの体制では、医療制度そのものを維持していくことが困難です。高齢化に対応した医療制度の構築は、世界共通の課題であり、日本の対応が世界の道しるべになりうる可能性もある。そこで新たな医療のあり方を模索するために東京大学で医療政策の講座を持つことにしました。

最初は1年間、本業を休んで取り組めば何とか形が見えてくると思っていた。ところがじっさいに日本の医療制度と対峙（たいじ）してみると、問題は根深くて、とても短期間では成果が出せないことに気づきました。そこで1年前からフルタイムで医療問題に取り組んでいるわけです。



13年ぶりに会った2人は、政策マンとして、患者として立場は違うが、がん医療について大いに語り合った

吉田　医療という問題への取り組み方としては、患者の視点からそのあり方を変えていこうということですね。ところで医療に主体的に関わっている人は、ほとんどが私のように自分自身が病気になった、あるいは家族が病気を患（わずら）ったという個人的な問題が出発点になっている。その点でジェームスさんはまったく違う世界から、困難な問題に自分から立ち向かっている。その姿勢には感心します。

近藤　医療という分野は、全ての人に関連する問題だと思います。私は今は健康ですが、いつかは病気になります。また、現時点でも、周りの大切な人々が医療の受益者です。親、兄弟、親族、友人など、誰でも見渡せば身近な人が必ず医療の世話になっています。

ただ、今の自分に直接的な関係がないと、他人事のように錯覚してしまうんですね。私にはその錯覚が日本の医療を不幸にしているように思えてなりません。教育もそうですが、医療も社会的なインフラです。多くの人が関心を持ち、自分の意見をいうことで、制度も整備されていく。その意味では、多くの人たちが持っている錯覚を是正していくことも私達の仕事といえるでしょうね。

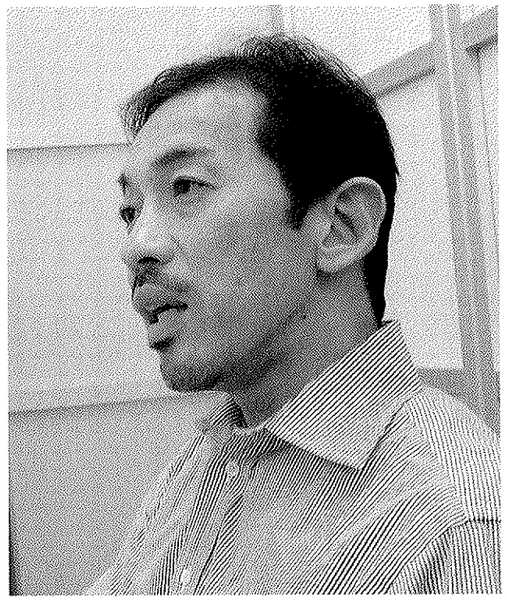
患者の存在を無視してきた日本の医療

吉田　本論に入りたいと思います。まずジェームスさんが現在の医療制度をどう見ておられるのか。これまで書かれたものの中で、ジェームスさんは医療に関しては厚生労働省、医師会、自民党だけが政策の意思決定に参画し、患者にはまったく関与する余地がなかったと話をされていますね。

近藤　そのとおりです。もっとも、1970年頃までは、こうした意思決定システムはそれなりに効力を持っていたと思うんです。当時の医療は、感染症への対応が中心で、全国に展開されたクリニックで、抗生物質などの薬剤を用いて、早く見つけて早く治すということが医療の最大のテーマになっていましたからね。感染症では、医師主導で治療が行われ、それが患者や国民の利益にもつながっていたんです。

　それがここ20、30年の間に疾病構造が一変し、がんをはじめとする生活習慣病への取り組みが医療の至上命題になり、患者と医療の関係もガラリと変わっています。かつてはかかりつけの医院で薬をもらえば、それで事足りていたのが、現在では、患者さんはかかりつけ医、専門医を中心とするシステムとしての医療とつき合わざるを得ないし、つき合いも長期化しており、また患者ごとの価値観も多様化しています。

　そうなると、当然のこととして、患者さんの個別の価値観、意向というものを医療に反映させる必要が出てきます。しかし、残念ながら、そうした状況変化に制度が追いついていないのが実情ですね。



よしだ　としや　1961年北九州市生まれ。84年一橋大学卒業後大手広告会社入社。89年アメリカ国際経営大学院（サンダーバード）でMBA取得。2003年秋に急性骨髄性白血病発病、臍帯血移植を行い、05年6月復職、現在部長。著書に『二人の天使がいのちをくれた』（小学館刊）

吉田　小泉政権下の改革路線で少しは状況が変わったようにも思いますが……。

近藤　そうですね。最近になって未承認薬の問題、混合診療の問題、さらにがん情報センターの問題など、さまざまな問題提起が行われています。小泉首相が提唱する改革路線といわゆる抵抗勢力が拮抗するなかで、従来の医療の意思決定プロセスに変化が生じ、その過程で患者の声が拾い上げられる機会が生じてきているわけです。

　1つひとつの議論の是非はありますが、こうした議論が総体として、現在の硬直化した医療制度を変革させるための突破口にはなり得る可能性は大きいと感じています。というか、患者の意向を反映した医療を構築するためには、そうしなくてはならないと思っています。

がん患者の7割がん対策に不満

吉田　最近になって、たとえばがん対策基本法が成立するなど、がん医療をめぐる政策は基本的にはいい方向に向かっていると思います。そのなかでジェームスさんがとても重要な役割を果たしておられますね。

　昨年、ジェームスさんが東京大学助教授として発表されたがん患者、家族1800人を対象にしたアンケート調査の結果でも患者が現在のがん医療政策に強い不満を持っていることが判明しています。

　がん患者の7割が現状のがん対策に不満を持っており、8割ががん政策に患者の声が反映していないと考え、さらに10割ががん医療情報機関が必要だと回答するなど、患者の要望と現実の落差がくっきりと浮かび上がっています。キチッとしたデータをもとに社会に訴えるジェームスさんならではの手法だと感心しました。

近藤　あのアンケートを通じてデータで示されたことは、患者さんにとっては、ずっと以前からの常識だったことです。しかし、それが霞ヶ関や永田町の人たちの常識かというと、そうではない。彼らに関心を持ってもらうには、患者の声を具体的に数量化する必要があるのです。現在では日本人の3分の1ががんで亡くなっており、有権者の大半が、この問題に強い関心を持っている。あえて率直の言い方をさせて頂くと、政治家にとっては、がん対策は選挙での集票に直結する問題であるわけです。そのことを広く理解してもらい、問題の所在を明確にするために、あのアンケートには重要な意味がありました。

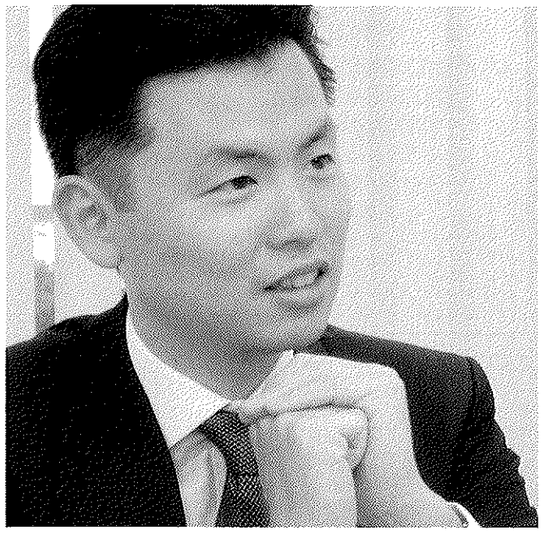
　私自身にとっても、患者会などでストックされていた患者さんたちの声を集約することで、社会を動かすことができたことは、新鮮な驚きでした。

吉田　がん体験者の1人として私自身もとても嬉しく思いました。ひとつ付け加えると、東京大学というブランドをうまく活用されているという印象も持ちました。

近藤　そういって頂けると、大学としてはありがたいですね。私は以前から日本の大学は権威の中に閉じこもりすぎていると考えていましたから……。

　大学には本来、大きく3つの機能があります。第1が研究、第2が教育、そして第3の機能として社会とのかかわりがあげられる。大学というのは、社会はどうあるべきか、という青臭い事柄についてまじめに取り組める数少ない機関です。ところが、そうした研究で成果が残せても、それが学内でとどまり続けている。これはもったいない話です。じっさい海外の大学には市民活動の拠点としての機能も持っているところが少なくありません。

　これからはそうした大学の機能も存分に発揮していきたいですね。とくに医療のように政治と深く結びつき、一般の人たちには実態が分かりにくい分野では、大学の果たすべき役割はとくに重要でしょうね。

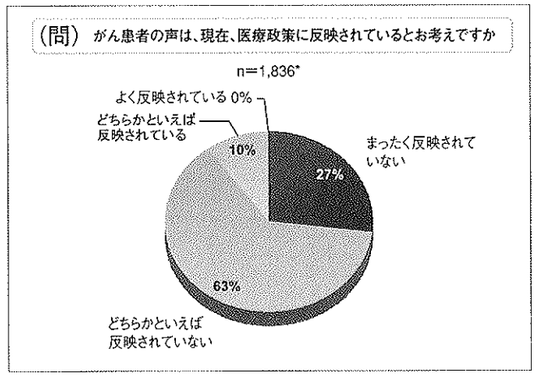


こんどう　まさあき　じぇーむす　1997年、ハーバード大学経営大学院修士号修了。1990-92年、マッキンゼー・アンド・カンパニー東京支社。1992-93年、平成政策研究所・平成維新の会 主席研究員。1994-03年、マッキンゼー・アンド・カンパニー東京支社ほか。2003年、東京大学先端科学技術研究センター客員助教授。2004年、東京大学先端科学技術研究センター特任助教授。特定非営利活動法人日本医療政策機構副代表理事。専門は医療政策。主な著書・論文に『マッキンゼー戦略の進化』（共編著。ダイヤモンド社刊、2003年）「誤解が多い日本の医療費」（「東洋経済」2005年12月24日号）「なぜ「患者の視点」は必要か」（「病院」2005年11月号）など

医療を変えるには医師が声を上げることも必要

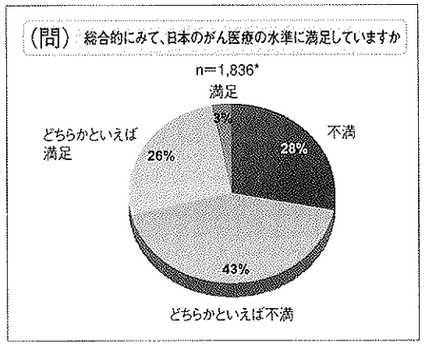
吉田　なるほど。ちょっと話は横道にそれますが、今、おっしゃった大学の役割で第2にあげられていた教育ということも、社会とのかかわりという点ではとても重要なように思います。人材育成についてはどのように取り組んでおられるのですか。

近藤　人材育成については2つの側面から取り組んでいます。まずひとつは、東京大学医療政策人材育成講座の設置です。これは社会

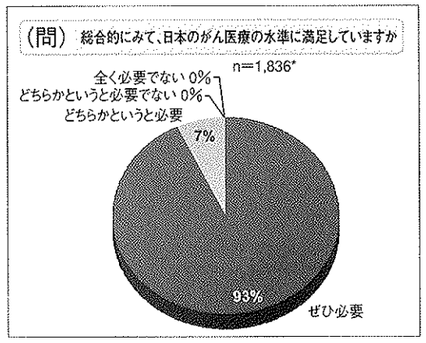


人を対象にしたもので、患者支援者、医療提供者、医療ジャーナリスト、そして医療政策者という異なるジャンルの人たちに、「医療を動かす」というテーマで政策提言に取り組んでもらっています。医療提供者に対しては患者支援者、医療政策者に対しては医療ジャーナリストと、対立軸にある人がチェック機能を果たしているので、現実的でバランスのとれた政策提言が生まれてきています。

講座の参加者は約60名。平均年齢は40歳くらいで、たとえば医療ジャーナリストの場合は大新聞で医療コラムを担当しているといったぐあいに、各分野とも第一線で活躍している人たちです。講座が5年間続けば300名の卒業生が誕生し、力強いコミュニティが形成されるでしょう。それは医療を変えていくうえでのひとつの力となり得ると思っています。



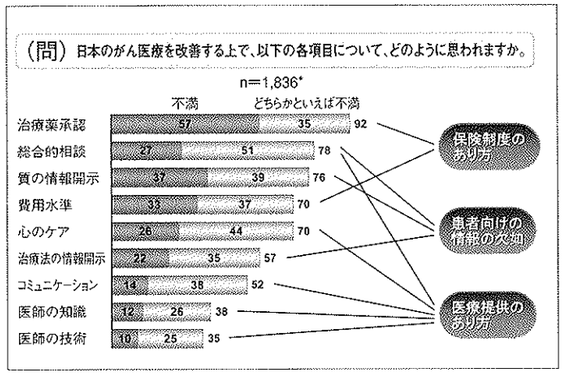
もうひとつは、医学生を対象にした取り組みです。医学生は5年次から病院などでの医療実習がカリキュラムに組み込まれますが、2年前からそこに医療政策立案というプログラムを盛り組みました。医療を変えていくには医師、とくに全体の6、7割を占める勤務医が声を上げることも大切ですからね。

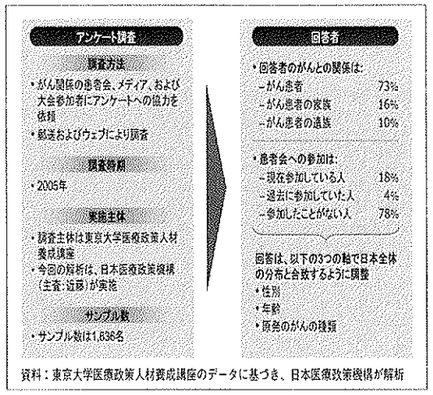


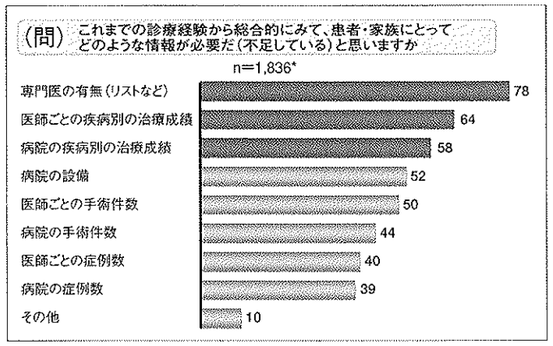
現行の医学部の講座には、実践的な医療政策に関する講座は皆無というべき状況です。たとえば医師の収入源となる診療報酬についても、誰がどのように決定しているのか、まったく教えられていない。日本の勤務医は過酷な条件で、驚くほどの仕事をこなし続けています。制度の不備を個人的な努力でカバーしているわけです。

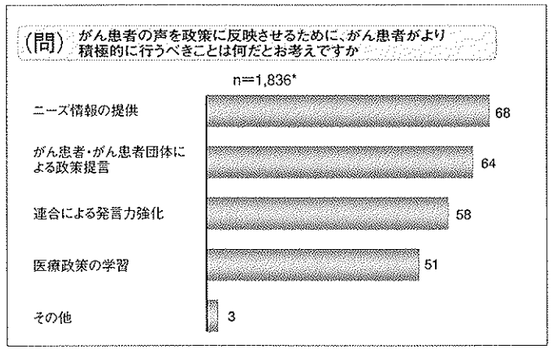
しかし、だからこそもっと積極的に声を上げる必要があるんです。そのことが社会にも認識され始めているのでしょう。この医学生向けのプログラムには、現在では、東京大学だけでなく、慶応大学、東京医科歯科大学、千葉大学などの医学生も参加しています。

吉田　私も1人の元患者として勤務医が置かれている状況の過酷さは十分に理解しています。しかし、それが患者との乖離にもつながっているようにも思えます。ジェームスさんのアンケート調査でも、がん患者が問題とする事柄に治療薬の承認問題に続いて、相互の相談や心のケアの欠如が指摘されています。これは医師が忙しすぎて、本当は患者とじっくり話し合いたいのに、その余裕をもてないでいる状況を物語っているように思えます。









近藤　最近になって医療費を決定する中医協という委員会に、患者でもある連合代表の勝村久司さんが参加されている。その勝村さんが標榜されているのが、医療費の設定への患者の価値の反映ということです。

医療費の設定に患者の視点がまったく加味されていない、患者が価値を感じる医療には高い価格を設定し、そうでない医療は低い価格でいいじゃないかというのが勝村さんの持論です。じっさい、そのとおりで患者が求めている心のケアや社会的な問題も含めたアドバイスには、まったく価格がつけられていない。

逆に患者からすればわけのわからない指導や検査には膨大な診療点数が付与されている。その結果、患者がそうしたわけのわからないところをグルグルと回されていることが少なくない。医師の中にはこうした状況を何とかしたいと考えている人も少なくないと思います。しかし、いかんせん忙しすぎて余裕がない。また、患者の望むことをやっていると儲からないことが多い。結局は制度を変えるしかないんですが、医師はストイックというのでしょうか、政治に参加するよりは自己犠牲を選ぶ傾向が強いんですね。

現実を考えると日本のように診療報酬が一本化されていて、それが政治決定される状況では、医療を変えるには政治に参加せざるを得ないんですが……。

もちろん同じことは患者さんにもあてはまります。医師だけでなく患者さん自身も、自分たちの意思を的確に社会に伝えていかねばなりません。

そこでアンケートの話に戻るんですが、これからはさらに内容を掘り下げて、患者さん自身がどんな医療にどの程度の価値を感じているかということも、はっきり抽出して、社会に訴えていく必要があるでしょうね。

高度な薬を使いこなせる医師の技量も問題

吉田　話が前後しましたが、アンケートで患者が最も関心を持っていた治療薬の承認問題についてはどうお考えですか。

近藤　この問題に関していえば経済との兼ね合いを無視するわけにはいかないでしょう。承認薬を増やせば、当然のこととして医療費はさらに増大します。患者や国民の負担もそれに比例して重くなる。承認薬を増やすのであれば、そうした財政につ

いても議論を重ね、国民レベルでのコンセンサスを実現する必要があるでしょうね。

また、それとは別に薬価の問題もあるんです。薬の値段にも患者の価値を反映させることが重要です。患者が価値を感じる新薬にそれなりの薬価をつけることで、メーカーも積極的に開発を行うようになり、また速やかに承認をとり患者に提供するようになります。

一方で、患者が価値を感じない薬が大量に処方されている実態もある。そうした薬については、無駄な処方を減らし、代替性があるものはより廉価なジェネリックへ置き換えていくことも必要です。医療財政を論じる上では、いかに薬価に患者の価値を反映させるかという議論も行うことが重要です。

吉田　それに抗がん剤の場合でいえば、使いこなすための高度な技術とノウハウの問題もありますね。未承認薬というのは、効果も高いかもしれないが、やはりリスクもともないます。私のように血液のがんであれば抗がん剤も使いやすいのでしょうが、固形がんの場合には、抗がん剤で効果をあげるには高度な技量、ノウハウが求められます。日本には抗がん剤を専門に扱う腫瘍内科医もほとんど存在しないことを考えれば、承認枠の拡大には市販調査が求められるのかもしれませんね。

近藤　そうですね。専門医の育成、そしてそうしたリスク管理ということも含めて、患者さん自身が勉強し、しっかりした意見を持つことが必要でしょうね。

患者とは異なる専門家の情報ニーズ

吉田　医療政策に患者の声を反映させようとするジェームスさんたちの活動はすでに成果を上げ始めています。たとえば国立がんセンターで設置が決まっているがん対策情報センターの立ち上げもそのひとつですね。これはがん患者が求めている相互の情報交換が具現化されたものに思えます。現実化すれば患者のメリットは大きいでしょうね。

近藤　情報センターに対する期待は大きいです。このセンターは民主党の仙谷由人（せんごくよしと）さんをはじめ、理解ある各党の議員がマニフェストとしてとりあげてくれたことで実現したもので、それはとてもよかったと思っています。

しかし問題はこれからです。当たり前のことですが専門の研究者の情報ニーズと患者さんの情報ニーズには明確な温度差がある。たとえば患者さんは7割の情報でいいから、今すぐほしいと願っている。ところが専門家はそれよりも10年後に100パーセントの情報を提供しようと考えたりするわけですね。そうした専門家が主導権を握ると、センターの意味が本来、求められていたところからどんどんずれていってしまう。

そうならないためには、センターが絶えず、患者さんに、どんな情報を、どの程度の精度で、いつ必要なのか、問いかけ続ける必要があるでしょう。そうした体制がどう整えられるか、そのことによってこのセンターの持つ意味も変わってくると思っているんです。その意味では「がんサポート」誌の読者も積極的に、センターと接触して、必要があれば、問題提起していただきたいですね。

心の問題を医療制度にどう取り入れるか

吉田　話は変わりますが、私が個人的に聞いておきたいのは、ジェームスさんが「心の問題」をどう医療制度に取り込んでいこうと考えておられるか、ということです。

私自身もそうでしたが、がんになると誰もが不安になり、心のよりどころを求めます。患者中心の新たな医療制度の中では、そのことも無視できないのではないでしょうか。

近藤　おっしゃるように心の問題はとても大切ですね。長い医療の歴史を振り返ってみると、ヨーロッパでは教会が医療の出発点で、傷ついた人、病に倒れた人の心を癒（いや）すことから治療が行われていた歴史があります。日本も同じで、聖徳太子が建立した大阪の四天王寺は患者さんを癒すための4つのお堂により、お寺が形成された歴史があります。

ただ日本では医療の発展の中で、なぜか、そうした心の側面がなおざりにされてきた。じっさい世界の医療を見ても、日本ほどスピリチュアルな側面が無視されているケースはありません。

吉田　日本では担当してくれた医師が人間性に優れており、よく話を聞いてくれるということはあるかもしれない。

しかし、再発や症状の悪化を恐れる患者の声に耳を傾けてくれる医療制度は皆無というべき状態です。それでいきおい、同じがん患者同士が互いに話を聞きあう状況になっていますね。

近藤　おっしゃるとおりですね。これからは患者さんの心に踏み込めるカウンセラー、相談員などの専門スタッフの育成も急務ですね。

しかし翻（ひるがえ）ってみると、このことは医療に限らず、日本社会全体に通底する問題なのかもしれません。日本では心の問題というと、なぜか、きわもの扱いされる風潮があるようにも思います。そのために大切な議論がなされてこなかった。まずは私たち1人ひとりがそうした意識を乗り越える必要もあるでしょうね。

患者中心の医療を実現するためには

吉田　最後になりましたが、ジェームスさんが標榜しておられる患者中心の医療を実現するためには私たち患者はどうすればいいのか、ということをお聞きしたいと思います。

患者中心の医療という言葉が訴えられて何年にもなりますが、医師が医療活動の中心になっていて、患者はなかなか口を開けないでいる状況は変わりません。結局、患者さんが積極的に声を上げ、医師も患者から学ぶという姿勢を持つことで、新たな医療を構築していく。そのプロセスを積み重ねていくことで、初めて本当の意味での患者中心の医療が実現できるのではないかと思っています。

近藤　おっしゃるとおりだと思います。私は患者中心の医療という言葉には、3つの意味が込められているように思うんです。ひとつは受益者としての患者さん中心の医療、そしてもうひとつは医療費を負担する市民をも取り込んだ意味での患者さん中心の医療。そしてもうひとつ、あまり議論されませんが非常に大切なのは、医療提供者としての患者さん中心の医療ということです。

結局のところ、日常的な健康増進を含めて、心の問題も含めて、医療というのは患者さんが自分で引き受けるものが大きいのです。専門の医療者は症状が悪化したときなどに、スポット的に患者さんの前に現れる存在に過ぎません。自分の問題は自分で考え、自分で責任を持って行動していく。そうした強さを持つことが患者中心の医療を実現するために不可欠の要素でしょう。これはがんに限りませんが、患者さんには自分自身が医療の担い手であることをしっかりと自覚していただきたいと思います。（構成／常藤純一）Ⓢ