



# 近藤 誠 勝村 久司

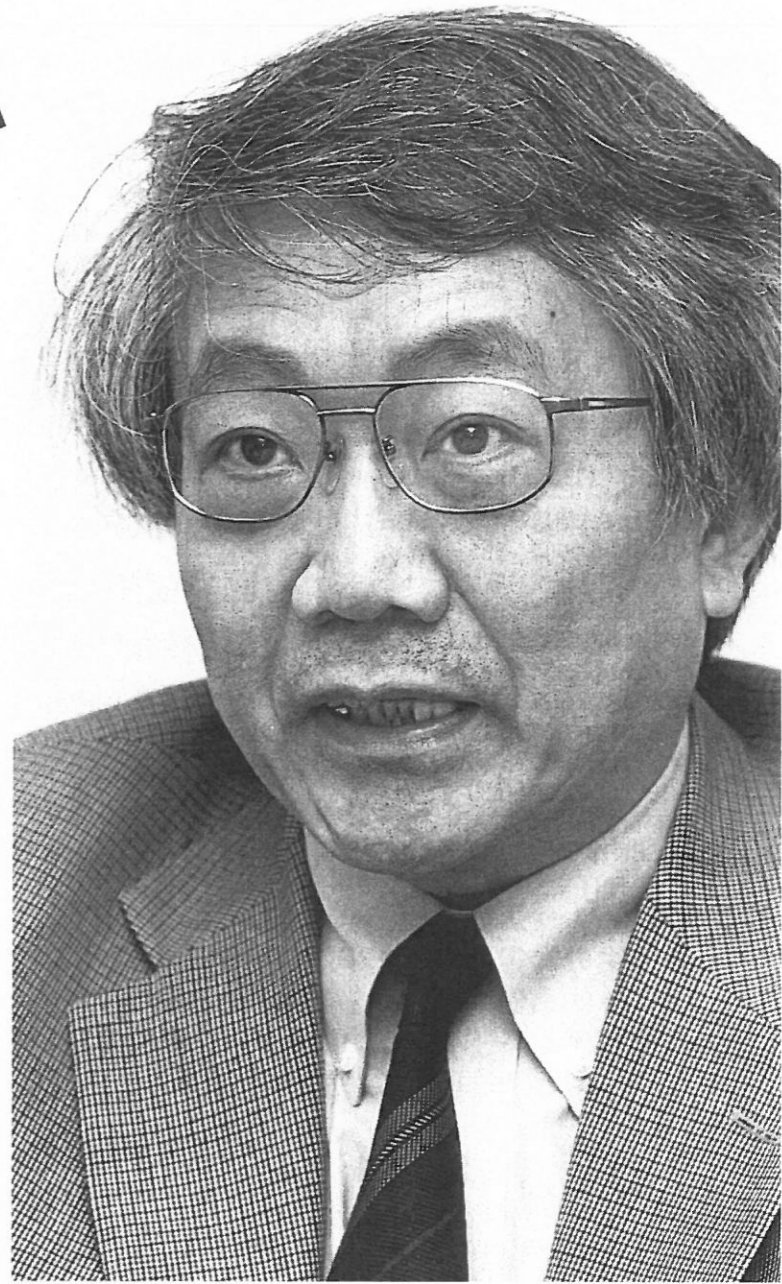
●慶應義塾大学病院放射線科講師  
●「医療情報の公開・開示を求める市民の会」事務局長  
●中央社会保険医療協議会 委員

がん治療、がん検診、医療事故を鋭い視点で社会に訴えてきた医師の近藤誠氏と、今年四月、診療報酬や薬価を決める厚生労働省の中央社会保険医療協議会（中医協）で初めて患者代表として委員に選ばれた勝村久司氏の両氏が、日本の医療改革の具体的な提案について熱く語った。

異種格闘対談

## 21世紀の医をつくる

構成：箱崎幸恵 撮影：関口宏紀



# 日本の医療改革に必要なことは 単価の価値とシステムの変化だ

日本の医療は崖っぷちだ。続発する医療事故、高騰する医療費、不十分な情報開示。山積する問題解決に向けて、本気の改革が求められている。

### 勝村氏が中医協で初の患者代表に

近藤 中医協の委員の就任、おめでとうございます。ある種、画期的なことですね。勝村さんは医療被害を受けた後「医療情報の公開・開示を求める市民の会」の事務局長として厚生労働省との交渉も粘り強く続けて、その成果がレセプト開示につながった。その功績もかわれて厚生労働省その他から推薦されたのかな。

勝村 労働組合の「連合」が強く僕を推薦してくれて、厚生労働省も強くは反対しなかったということだと思います。中医協も汚職事件で委員が逮捕されて、本気で改革する姿勢を示すために、医療被害者を委員に入れるぐらいのことをする必要があったのだと思います。また、連合は五年程前から病院にかかったら、領収書をもたおう、というキャンペーンを組合員がやっている、レセプト開示の活動として、協力関係があることから、声がかかったのだと思います。

### 活動の原点は長女の医療過誤死

勝村 高校教員の僕がこのような市民活動を始めたのは、一人目の子どもが出産時に陣痛促進剤を使用した医療ミスで亡くなったことがきっかけです。子どもを亡くした親としてのプ

ライドとして、育児にかけたはずの時間ぐらいは、何かやっておきたい。自分の子どもは死んでしまったけれど、それ以降の子どもは死ななくなつたよ、と言えたら、その子の命に価値があるのではないかと。医療被害者で、特に子どもを亡くした人は、同じ気持ちを持っていると思います。そういう気持ちで活動すると、本気で被害をなくしたい、本気で被害をなくそうと思つたら、倫理や技術よりお金の問題に手をつけなくてはいけない。

なぜ陣痛促進剤という、感受性の個人差が二〇〇倍もあると言われている薬を乱用し、無茶なお産の誘導をして事故が繰り返されているかというと、そうすることで儲かる仕組みがあるからです。夜中も救急と同じようにお産を扱って、きちんとやろうとすると病院は赤字になつてしまふ。僕の子どもが事故に遭つた後、調べてわかつたことは、休日や夜間を避けるために火曜日の午後二時にお産が誘導されているということ（グラフ1、2参照）。僕らが、カルテ開示よりも先に、まずレセプト開示と言ってきたのは、そうしたお金の問題が底にあるからです。医療被害をなくすためにも、中医協がすごく大事な場所だということを、僕らは言い続けてきました。近藤 システム的な問題もあるね。なぜ陣痛促進剤が使われるか、その原因は産科施設が分散していることにもあ



ンを打つてもらった方がいいと、馴らされてしまっていて、実は被害に遭って初めて、初めて無駄なことで被害に遭ったことがわかる。

**医療事故にはうつかり型・必然型・能力欠落型がある**

近藤 医療事故を分析すると、うつかり型の事故、必然型の事故、能力欠落型の事故の三タイプがある。うつかりミス、点滴ラインに違ったものを接合するとうような問題は改善されて事故も減っていくと思う。必然型の事故は、医療の高度化複雑化により起こりやすくなる。内視鏡やカテーテルの検査、治療のように、いろんなものが身体に侵入することで、事故が起きていく。医療が複雑になっていくため、今後も頻度的に多くなる。これを減らすには、医療行為の数や薬の

数を出しているところも、投薬料や処置料がいくらかや、保険内・保険外の合計が書いている程度で、個々の薬や検査がいくらかの単価か、一切国民に伝えている。知らないから「その単価はおかしい、価値観がおかしい」と市民も意見が言えないのです。近藤 患者は九七年六月からレセプト

を出しているところも、投薬料や処置料がいくらかや、保険内・保険外の合計が書いている程度で、個々の薬や検査がいくらかの単価か、一切国民に伝えている。知らないから「その単価はおかしい、価値観がおかしい」と市民も意見が言えないのです。近藤 患者は九七年六月からレセプト

ト開示請求をできるようにしたが、実際に請求している人は少ないのが現状だ。その理由として、請求すると医療機関に通知がいくことが大きい。これまでは医師は開示を拒否できたが、今年から拒否することはできなくなった。しかし、相変わらず通知がいくため、担当医との関係悪化を恐れる患者や家族がやはり請求しにくい、という問題点がある。これをやめさせることが大事だと思う。明細書を出さない商売は、病院ぐらいいんだよね(笑)。

勝村 国民への情報公開がないと、医療被害や医療事故は減らない。そして僕は情報公開の究極は、「教育」だと思っています。六年前に、全国薬害被害者団体連絡協議会が設立されましたが、すでに厚生労働省と交渉の窓口を持つている各団体が、一堂に集まって何をしたいかというところ、文部科学省との交渉でした。小中高の学校教育のあり方、生涯教育のあり方、医学部、看護学部、高等教育のあり方を言っていくなかで、正しい情報を伝えることを目指したのです。たとえば、「周産期死亡率は、戦後から比べると随分と良くなっているから、お医者さんの言う通りにお産をしましょう」と高校の教科書に載っている。でもうちの子どもは生まれた時に、心拍も停止していたけれど心臓を動かして、九日間生

の事故が頻発する。欧米だと五種類出したら、問題視される。日本は技の集積や伝達がないから、こういう症状だったらこの薬、予防的にこの薬も、とどんどん増えていく。研修医は薬をルーチンで五種類以上出している先輩ドクターの能力や見識を疑わない。そういうのから習っても無意味有害。己を知るといふか、世界のなかで、日本の医療は奇妙なんだ、という自覚を持たないといけない。世界を知るために、外国に出ていくのはいいと思う。重大な事故を起こすのは、能力的に中ぐらいで、少し自信が出てきたような医師に多い。

**医療被害者の声を医師教育に生かせ**

勝村 教育でいえば、医療安全対策で医師の再教育に医療被害者を講師に招くことが最近決まりましたが、薬害被害者団体が文部科学省に行つた三年目に、薬害被害者の声を直接聴くようなことを医学部、看護学部、薬学部でやるようにという通知がすでに出されてきました。でもなかなかそういう仕組みが増えないのが現状です。

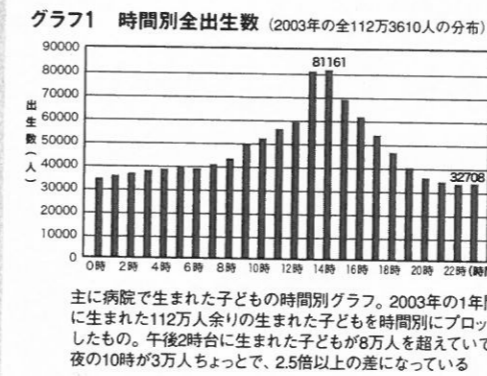
近藤 病院の管理者が被害者の声を聴く場を設けようとするのは、若い医師が萎縮するのがイヤなんだらうな。患者からすると、少し萎縮しても良かった方がいいと思うけれどね。

勝村 被害者の話を聴くことに、医師

る。一方で助産師に任せないで、医師がすべて行うシステムがある。そのためにお産の数が少ない所にも、産科医をばりつけておかないといけない。自然分娩している助産所ではお産はむしろ若干夜に多い。医師や病院勤務の助産師たちもそれがイヤなわけです。陣痛促進剤を、朝から使い始めて日中にお産させるやり方をずっとしてきた。陣痛促進剤をこんなに使っているのは日本だけ。重大な結果につながりやすい陣痛促進剤の事故を防止するためには、助産師に大部分をかなり任せる体制をつくるという。産科医は、どこかに集中させて、危ない時には、あらかじめそこに送る、というシステムに変えればかなり改善できる。

**病院の窓口でレセプトを受け取れる仕組みに**

勝村 そういうシステムを構築するには、僕はやはりお金の問題が大切だと思えます。夜中に助産師を何人置いたら何点か、置いていないところは何かと、夜中に複数のスタッフを置くのは、もつと高い単価でいいのではないかと。そういう点でも、僕の限られた任期のなかで、病院窓口でレセプト相当の本当に詳しい単価が書かれた明細書が出されるようになることをぜひ実現させたいです。市民感覚の価値観に合わせるためには、市民が単価を知る必要がある。詳しい領収書



グラフは厚生労働省の人口動態統計のデータを基に勝村氏が算出

たたとえば、高齢者医療の問題がある。高齢者の身体はもろい。同じ大腸内視鏡をするにしても、若い人の腸は丈夫だけど、年をとると、入れただけで裂けたりする。最近、時々報告されているのは、中心静脈栄養での事故だ。鎖骨の下に針を入れて、そこから管を送り込んで、太い血管に留置して、濃い栄養液を入れるわけだが、これをやった時に動脈が切れました、と出血が時々報告されている。これなんかは、必然的に起きる。年をとると、動脈硬化でカチカチになるから、針先が引っかかると、入ったり裂けたりする。高齢者では痩せて脂肪がないと、血管のすぐ側に肺がきて、そこに針が刺さって、空気が漏れて気胸が起る。それが事故ということになるが、技術が良くて、数をやっているのと医師なら誰でもぶちあたるとも、高齢者に中心静脈栄養を行う意味があるのかを考える必要がある。中心静脈栄養に限らず、無理やり寿命を延ばそうとして、かえって寿命を短くしている面がある。

きました。保健の教科書には載っている周産期死亡率で減っているというのは生後七日までの死亡で、うちの子は入っていません。

近藤 最近の調査では、先進国のなかで日本の子どもの死亡率は結構高いことがわかった。

勝村 母親の死亡率は特に高いです。子どもの死亡率もやや高い。

近藤 それは言わないわけだ。日本の医療はこんなに優れていると言ってきたのは、日本医師会をはじめとする医師たちで、それで医療に対する幻想をつくり上げ、治療機関にいらっしやいと宣伝してきた歴史がある。それに一般の人たちも乗っかってしまい、医療事故は多発している、と知った時に驚いた。でも実は病院のなかにいる者たちは、何も驚かなかつた(笑)。バレちゃった、という感覚でしかなかつた。

勝村 たくさん検査した方が、たくさん薬をもらった方が、たくさんワクチ



私たちは臆病になつていようです。聴く前は、被害者が話す間は耐えようと覚悟する。でも実際に聴いた後はみな「良かった、本心に動かされる、自分のためになった」と言います。医師になる人は特に、一生に一度は医療事故、薬害の被害者の声を直接聴いてほしい。僕の子どもの医療事故の裁判で勝訴後、被害病院に要望書を持っていた。その時の院長が「大変申し訳ないことをした。これを教訓にしてください」と言いました。これが教訓にしてください。妻が「私たちの事故がどんな事故が知っていますか」と尋ねたら、みんな知らないわけですよ。裁判を傍聴した人はいないし、それをどうやって教訓にするのか。医療裁判をしてきた医療被害者は、医師たちに事故を教訓にしろと、同じような被害がなくならないようにという願いで一生懸命裁判しているのです。

混合診療は提供側の儲け主義から出た発想

近藤 混合診療については僕は反対だね。日本のシステムの唯一いいところはない人も、一応平等な医療を受けられることにある。必要な医療行為はみんな保険制度に取り込んできているから、そこに混合診療を入れる必要はないと思う。今、混合診療云々と言っているのは、国民の医療費を下げた

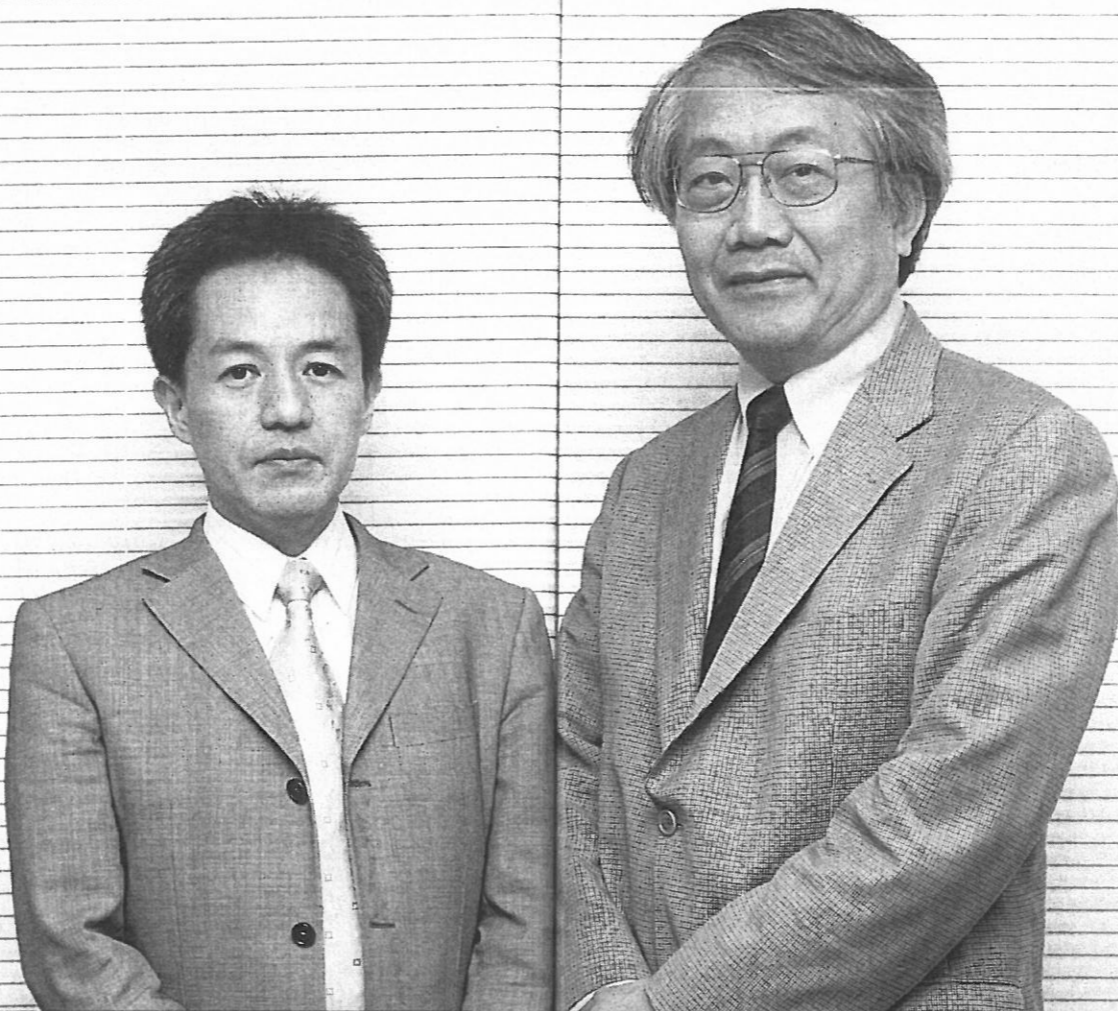
いという思想が一つある。もう一つは、混合診療をビジネスチャンスにしたいという発想があつて、患者のためという発想はほとんどない。その行き着く先には、アメリカ医療の姿がある。アメリカ医療は優れているように見えるけれど、それは一部の金持ちに最高水準の医療が用意されているだけで、人口の二割は無保険だから、ろくな医療を受けられない。生活費を削って薬を買っている。

保険に入っているだけではだめで、そのなかで、全員が通常必要な医療のすべてが受けられるということが大事で、職業や保険の種類によつて差があつてはいけない。つまり、医療の質や、受ける医療に差ができてはいけない。皆保険制度は、国民がなんらかの保険に入つていて、かつ平等が担保されていて、それは混合診療を必要としない。その会長の話には大変共感しました。混合診療に関する議論はすべて、医療消費者ではなくて、日本医師会や製薬企業、保険会社といった医療によつてお金儲けをする供給側から出てきている話ばかりです。つまり、どんな、自分たちに入る収入を増やした

い。これまで増やせと言つてきた自己負担も限界にきたのなら、さらに混合診療をしていけ。それには乗れない。一部の良心的な医師で、もつと社会保障費としての医療費を増やすべきだと主張している人がいます。でも現在の約三〇兆円の医療費を六〇兆円にしたら、医療が良くなるかといったら、僕はそうはならないと思います。なぜなら、一五年前に一五兆円で、一五年後に三〇兆円になった今も、良い医療をして赤字になる医療機関は赤字のままだからです。価値観を変えずに総額を増やせば、価値観のおかしい医療の量が増えるばかり。僕は総額の議論ではなく、価値観すなわち個々の単価

を変える議論をしていきたい。そしてそういう議論に国民が参加していただけるように、単価を国民に知らして、今こんな価値観でやっているけれどいいですか、と問いたいです。

## 家庭医を全国に均等に配置する 欧米型のシステムにするという



Makoto Kondo

こんどう・まこと  
1948年、東京生まれ。73年、慶應義塾大学医学部卒業。同年、慶應義塾大学医学部放射線科研修医になる。76年、同助手になる。79年から80年、米国留学(パイ中間子によるがん治療実験に従事)。83年、慶應義塾大学医学部放射線科講師、現在に至る。がんの放射線治療を専門とし、乳がんに対する乳房温存療法のパイオニア。医療に関する情報公開に務め、市民と連携した改革を目指している。「医療事故調査会」、「患者の権利法をつくる会」の世話人。「患者よ、がんを闘うな」(文藝春秋)、「医療ミス」(講談社)など著書多数

## 薬や検査の単価を国民に伝えて 医療の価値観を変える議論をしたい



Hisashi Katsumura

かつむら・ひさし  
1961年、大阪生まれ。京都教育大学天文学教室卒業。90年に、生まれたばかりの長女を陣痛促進剤被害で失い、医療裁判を通じてレセプト開示を求める市民活動に取り組む。旧厚生省と粘り強い交渉を続け、レセプト開示実現への道を切り開いた。現在、大阪府立高校の理科の教員。今年4月、中央社会保険医療協議会の委員になる。「医療情報の公開・開示を求める市民の会」の事務局長、「薬害・医療被害をなくすための厚生労働省交渉団」所属。著書に『ほくの「星の王子さま」へ』(幻冬舎文庫)、『患者と医療者のためのカルテ開示Q&A』(岩波ブックレット)、『レセプト開示で不正医療を見破ろう!』(小学館文庫)がある

を出した子どもが来た時に、「インフルエンザです、家に帰って、身体を冷やさない。三日たつてもまだ熱が出ていたら連れてきなさい」と言つて、薬は何も出さず、家に帰して、何かあつたら連絡をするようにと言つた。中耳炎でも、最初からは抗生物質を出さない。だからMRSAは出ない。

アメリカでは、家庭医が全国均等に配置されているわけではなく、自由診療の国だから、最初から内科医や小児科医などの専門家にもかかれる。一方、イギリス、オランダでは、地域ごとに家庭医が均等に配置されている。病気になるつら、まず家庭医に診てもらわないと、病院にかかれないのが原則だ。これに対して日本では、家庭医という名の専門家はごく少数。日本でもかかりつけ医をという主張は、眼科でも皮膚科でもいいから何かあつたらまずその医師に相談しなさい、という主旨だ。本来の意味の家庭医を普及させようという話が出た時に、日本医師会が潰し、その代わりに、かかりつ

け医を持ちましよう、と今までの開業医を擁護した。実はかかりつけ医は、家庭医制度の導入を阻止することと裏腹なのだ。

**中医協の医師側の委員は  
一 体誰の代表なのか**

勝村 現在、中医協の委員は、診療報酬は八人で、その内の五人は医師会で、歯科医師会から二人、薬剤師会一人で、看護協会は入れてもらっていない。支払い側が八人で、公益代表が四人の計二〇人の体制です。医師側の五人が医師会で、その内四人が開業医の代表で、一人だけ、病院協会だけで、それも医師会が推薦している。五

人とも、医師会みないなもの。今度の中医協の改革案では、医師側の二人の委員を病院の代表にし、かつ医師会の推薦をするな、と提言しました。しかしその後、尾辻厚生労働大臣が病院代表を二人にするにしても、あくまでも日本医師会に推薦してもらおうと言つたのです。厚生省が、日本医師会の強い影響力で、あるべき議論ができないのを、少しやわらげようという努力をしていたはずなのに、それができないとは、日本医師会は大した力です。僕が中医協の委員になると報道され始めた頃から、多くの知らない医師たちからメールや手紙がきます。「日本の医療は薬漬け、検査漬けで、技術料の点数がまったくついていない。そのへんを改善してください」と。でも本来はそのような要望は医師会の代表の五人にすべきです。まるで僕が良心的な医師の代表みたいで。

近藤 医師会は開業医の代表で、病院の代表ではない。きちんとした教育も受けていない低診療能力の開業医をどうやって団結の力で守っていくか、ということが根底にあるから、すべての改革議論が空しい。それに国も対抗できないから、このままでは、日本の医療は医師会が重しとなって、沈没したまま浮上できないだろう。

勝村 公共事業と一緒になんでしょうね。儲けさせてもらつて、献金を渡し、の繰り返しで……