

医療とコンピュータ

Vol.10 No.11

株式会社日本電子出版

<http://www.epj.co.jp/medcom/>

座談会 -医学全般について若手医師が本音で語る-

参加者：

安藤 潔（荒川内科医院院長、中央区医師会会員） 木村 聡（昭和大学医学部講師） 西堀 眞弘（東京医科歯科大学医学部附属病院検査部） 中野 一司（ナカノ在宅医療クリニック院長） 石神 達三（エスティーアイインターナショナル（有）社長）

本座談会は、若手医師達が日頃感じていることを広く知ってもらうために、「医療とコンピュータ」上で述べてもらうという企画として行われた。

西堀 時代、社会全体が変わろうとしている今このときに、自分はこういうふうに行っているというビジョンを持って、何かの動きを始めておられる方々に、今日はお集まりいただきました。

最初に、それぞれ今自分はこういうことをやっている、もしくはこれからこういうことをしようとしているということをお話いただくことにしたいとおもいます。テーマとしては、医療に限らず社会、経済、政治、教育、あと科学技術などに渡ることでも結構です。

西堀 私は、大学におります。大学での学問は、社会の知的リーダーシップをとることと、研究するということの二面があると思います。まず前者についていえば、今の学問の形がどうも本来の社会的要請には沿っていないんじゃないかとの感じを持っています。教授選考が医者腕とか経験よりも、英文誌にどのくらい論文が載ったかということで選ばれることに象徴されていると思います。世間の人達が求めていることはそういうことではなくて、例えば遺伝子治療が実際に始まっちゃったら、自分達はどう対応したらいいかということに指針を与えてもらいたい、または誤った使い方により不幸が生じないように普及させてほしい、移植や人工授精問題にしても、社会の幸福に役に立つよ

うに導入するための先導をしてほしいとか、そういったニーズが今は多分一番強いと思うんですが、それらに全然沿っていないんじゃないかと感じてます。

論文数で教授が選ばれ、その弟子も同様に教授に選ばれるという形であっても、社会のニーズに沿ったことができればいいんですが、どうもそういう悪循環の中ではなかなか対応できないと考えています。



西堀 眞弘（にしほり まさひろ）

1959年（昭和34年）東京都出身

東京医科歯科大学医学部卒（昭和59年）

現職：東京医科歯科大学医学部附属病院検査部

さらに、今までは組織というものがなければ社会に対して行動や意見表示ができなかったのですが、この間の東芝の事件を見ても、これからはインターネットというツールを用いれば、一個人と大企業が対等に勝負できるわけですね。そういう可能性を持ったメディアですので、社会の求めるものを提供すれば、組織の大きさとか資金力とか知名度とか、そういうものを越えた影響力を行使できるのではないかと考えて、私の所属している日本臨床検査医会などで、インターネットを武器にそういう動きを起こそうということで、ここ何年かやっています。

もう一つは研究ということですが、私は医療情報学を専門に研究しております。医療情報の分野は論文を権威のある学術雑誌に載せるということがかそぐわないので、私は全く方向を転換しまして、役に立つ新しい技術や知恵を以て社会に貢献するということが、一番重要なことだろうと考えまして、研究の成果で特許を取り、それを事業化するというをやっています。

具体的には、数年前はまだ今のようにTLOとか、国としてそういう施策をやるということがなかったのですから、最初は弁理士さんとか会計士さんに、こういう仕事をしたいが研究費がないので、全くボランティアでやって欲しいと一生懸命お願いしましたら、有難いことに協力を得られまして、まず特許を2件出しました。日本を含めて何カ国かで出したんですが、米国が一番審査が速いので、米国で最初に成立しました。

それと最近では、文部省の研究班を組織しております。赤血球や尿の沈査などを診断する形態検査において、検査技師の判定能力をそろえる目的で、精度管理のサーベイというのをやっています。その過程で、標本の写真をスライド写真じゃなくてインターネットのホームページで配ろうと考えていたら、モニターによって色が違うという現実に突き当たりました。これから医療全体でデジタル画像をどんどん使っていくわけですが、何とまだ色の標準化ができていないんです。デジタルファイルですから全く同じものが配れるんで

すが、表示される色がちがったのでは診断が狂ってしまいます。そういうことが実験によってはっきりしましたので、その辺を解決する技術開発をやっています。今年度はまだ研究途中なんですが、既に特許を2件出しています。これは今支援制度というのがありまして、科学技術振興事業団という通産の外郭団体があるんですが、そこが優良特許支援制度というのをやっていて、詳細は省略しますが、要するに研究者が開発したものを代わりに出願してくれて、もし儲かるようならば返してくれるという、非常においしい制度です。それを利用して、今出願をしています。

さらにそういう色の研究をする場が今ないので、それを理学系・工学系の方々と連携して一緒に解決していくために、新しく学会を作ろうということで動いています。

このようなことは、今の大学での業績には全くカウントされませんので、ほかの人からは何をやっているんだというふうに見られる場合もあります。しかし、私としてはある程度手ごたえを感じておりますし、今後こういうことを続けていく、もしくは発展させていくということは、自分の身が立つようにするということもあるんですけども、やはり学問というものがちゃんと社会の要請に応えるといいですか、本来社会が求めているような姿に一步でも近づけることに貢献できるんじゃないか、というふうに考えています。

安藤 私の場合、郡大卒業後は彼の地にて勤務医、平成3年からは、都内中央区で父の後を継いで開業医になりました。

コンピュータ歴はOASISが出た頃にワープロを始めて、LOTUSなどで実験結果の統計をしたりしていたんです。その後、開業してからはFRAME-WORKというソフトを使って、患者さんのカルテ、既往歴や検査結果とかを、自分でパソコン内に整理して利用しています。インターネットの世界に入っとのは遅くて、昨年の春ころからです。

座談会 - 医学全般について若手医師が本音で語る -

開業医だと外へ出向く機会が少ないので、インターネットで臨床検査の人達、開業医の人達、救急医療の人達のメーリングリストとかを見つけて、それらに入ったんです。

いろいろなものを超えて繋がるのがインターネットの特徴だと僕は思っていたんですけど、様々なメーリングリスト参加してみると、意外とまたそこでグループになって、それぞれのメーリングリスト同士はあまり交流がないんですね。臨床検査なら検査技師の人達と検査部の医師達。救急医療の方へ行けば救急消防隊の人達に救命救急部の医師達。さらに実地医療は実地医療で開業医の先生が大半・・・そんなふうになんかまとまっている。せっかく、それぞれでためになる情報・意見があるなら、お互いにもう少し伝えあったらいいんじゃないかなと、思いました。私の場合、割と暇なんで、あちこちに入った情報を、転載許可を貰って他のメーリングリストに紹介したり、この人は面白い人だなと思うと参加者がいると、その人を他のメーリングリストで紹介するというようなことを、ちょっとやったりしています。

あちこちのメーリングリストでたまたま出合って、こういうことを考えているんですけどって意見交換する訳です。それで意見が合っている中から新しい意見が生れ、そういう輪が自分の周りに次第にできてきて、割と面白いなと、思ってやっているんですね。

結局、医療もそうですし、政治とか教育とかいろいろな枠を超えて発信していく手段というのが、今までなかなか無かったと思うんですね。今、発信する手段があれば、それをどうやって使って、既存の壁を超えて交流するかということを、ちょっと考えてみたいなと思っています。何でこういうことを考えるかというと、一番は矢張り、都心で開業しているんで、患者さんが枠を超えて動き回っちゃうんですね。大体、うちの近くに住んでいる人は余りいないですし、皆さん遠くから来て、転勤、転居とか、海外赴任も当たり前という人ばかりですから、そうなるともう、自ずか



安藤 潔（あんどう きよし）
1953年（昭和28年）東京都出身、
群馬大学医学部卒（昭和54年）
現職：荒川内科医院院長、中央区医師会会員

らいろいろな地域・立場の人達と交流していかないと、その患者さんを追っ掛けきれないと思ってまして、その辺を矢張り医療従事者ならば皆で考えるべきだろうというのが、理由ですね。

木村 臨床検査をやって15年位経ちます。始めた当時はコンピューターがちょうど臨床検査に導入される黎明期。コンピューターを使って、検査データを入れるとそこに病気の名前がぱん出てきて、面白そうだなという時代でした。

現在も大学にありますが、日本の大学の、いろいろな硬直化した状況というのは憂慮している者の一人です。特に私が問題にしたいのは、大学が教育機関としての義務を十分にはたしていないように思えることで

す。学生や一般人にわかるように教えようという気があるのか、少なくとも私の出た大学ではちゃんと教えた先生を評価するという機構になっていなかった。教えた回数とかは一応教育業績としては認められるようですが、学生が一人しか出てこなくなっても、それでも教育だし、理解した学生が一人もいなくても、それでも教育だし。その結果、どれだけ実用性に富んだ医者ができたかということに関しては、ほとんど評価がない。国家試験という関門はありますが、学問的知識を問うだけで、実務はおざなりです。改善の動きも一部あるようですが。

また、日本臨床検査委員会という学会でのほうで私も出版委員をやらせていただいています。例えば新しく検査関係の教授になられた先生に、どんな教育カリキュラムを考えておられるのかお尋ねすると、「まだ教授になったばかりだからそんなのは考えていな

い」、そういうのが平気でまかり通るそうです。学問的には、申し分ないのでありましょうが、そういうことで大学が世の要請に答えられるだけの機能を果たして行けるのか、不安を感じています。

私は、大学での時間の半分以上を、教材を作るのに費やしております。医学はまず百聞は一見にしかず。臨床で使うちょっとした器具や薬品を見たり、小テストをして答案を添削して返したり。内容は実用性を第一に現場の問題解決指向で学生にも好評です。また、臨床検査関連の商業誌も作っています。そこにできるだけくだけた、漫画のいっぱい入った、雑誌を心がけています。とにかくぱっと手に取って面白く見れるような、雑誌に限らずいろいろなメディアにも対応できるような、取っ付きやすいものを作りたいというふうに考えています。けれども、そういった活動があまり学会の評価やあるいは論文の対象にならないというのは、非常に残念だなというふうに思っています。

コンピューターについては、ソフトを作って、それをみんなにいろいろ使ってもらっています。例えば6月に、「検査項目解説」のホームページ (<http://www.mbcl.co.jp/database/Top.asp>) を作りまして、臨床検査関係のいろいろな用語とか基準値とか、どんな検査をどういう順番でやるというのを、引けるようにしました。医師でなくても、技師さんや、学生さん、一般の人もそこへアクセスして見てもらえるようにしました。意外な反響があったのは、医学の周辺領域の人たちが非常に見てくれているんですね。保健とか薬学とか、あるいは農学部とか、そういう関係の方には結構貢献していると思うんです。けれどもそういうものは一切業績にはならんというところがさびしい。インパクトファクターという尺度では点数になりませんから。

中野 僕は元々内科の出身なんですけれども、内科を8年やっていました。そして5年前から臨床検査のほうに来了。主にこの5年間でやってきた仕事というのは、検査の情報化ですね。

僕自身のコンピューターとのかかわり合いというのは20年ぐらい前になりますか、テレビゲームでポーカー



木村 聡 (きむら さとし)
1959年 (昭和34年) 新潟県出身
新潟大学医学部卒 (昭和59年)
現職: 昭和大学医学部講師

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -



中野 一司（なかの かずし）
1956年（昭和31年）鹿児島県出身
鹿児島大学医学部大学院卒（平成7年）
現職：ナカノ在宅医療クリニック院長

ゲームというのをやって、あれでずいぶん負けちゃって悔しい思いをしました。その中身はコンピュータだということで、じゃあコンピュータを買おうと。PC6001というおもちゃみたいなやつを、10万ぐらいなら買えるとのことで買いました。でもディスプレイも買わなきゃいけない。合計20万ぐらいかかったんですよね。コンピュータはソフトを作らなきゃいけないんですね。そういうのを全然知らずに。ベーシックの本を見ながら、寝ずに二、三週間ぐらいでシュミレーションゲームを作りました。

そのソフトが富士通の子会社に20万ぐらいで売れました。富士通からSEにならないかって誘われたんですけど、それを蹴って医者になりました。それからしばらくはワープロぐらいしか使わずに、ソフトというのは買うものだと考えるようになりました。ソフトを作った経験から、夜も寝れず体をこわすということでSE

になることは思いと留まりました。

その後医者になってから、検査部に入り、検体検査では、自動搬送システムとかありますけど、「HIPOCLATES」って名前をつけた、検索の情報化のシステムを一つ作りました。そして2番目に「PLATON」という生理検査システムを作りました。今電子カルテを志向した「GALIREO」というのを構築しています。

僕自身は、臨床医を目指してきたので、今後、大学に残るのか現場に行くのか、迷いました。神戸の額田勲先生が『孤独死』という阪神大震災の話を書いています。そういうものを読んでいるうちに、何か現場に帰りたいという気持ちが強くなり、大学もそんなに魅力はないなという気持ちがちょっとあったりして。と思っていたところにちょっとした話があって、それに食いついたんです。そうしたらそれがちょっとおかしな方向になってしまって。実は、現在浪人の身です。7月で一応大学を辞めて。これは大学とけんか別れとかそういうのではなくて、教授も君の気持ちは分かったということで了解していただきました。今は今後どうしようかというのをいろいろ相談しているところです。今の話とは別に、僕自身は在宅医療を10年ぐらい、非常勤ですけどやっております。その在宅医療を中心としたような開業というのを前から考えていたし、医療の改革の中で大きな問題として介護保険の問題があります。僕は在宅医療でどういうことをやりたいかという、訪問看護とか訪問ヘルパー、あるいは役場、施設、老健、病院、診療所、診診連携、病診連携をネットワーク化したいです。そして今までこの5年間やってきた、検査部でのコンピュータネットワーク化の経験というのを生かしていけるんじゃないかと思っています。それを現場で実行してみたいというのが、浪人生になったきっかけです。

石神 私は2年前まで臨床検査の会社におりまして、独立をいたしました。今は業種としてはコンサルタント業ということで仕事を始めています。かなり事業内容が雑多な内容になっちゃいまして、何をやっているか分からないというような、まさにその日暮らしです。

仕事は、大体7割ぐらいが純粋のバイオテクノロジーと、それから薬、医薬のバイオ関係です。それから診断薬のやつは、診断とか検査というのはあまりないんですけども、それがその7割の中の2割ぐらいですね。薬がほとんどを占めています。それから純粋なバイオテクノロジーというところ。主に海外と日本の企業間の技術を売ったり買ったりするんです。その橋渡し、会社を作りたいからお金を集める、最近は大学の方がベンチャー企業を作るということで、手伝いをする、そういう仕事が増えています。

残りの3割というのが、ご時世と、私自身早くからネットの世界にかかわった関係から、いわゆるIT（インフォメーション・テクノロジー）。その中でも、純然たるeコマースへ行っちゃうと、自分の持ち味がでませんので、キーワードはやっぱりメディカルとかヘルスケアにかかわる分野です。最近はeヘルスという、小文字のeに大文字のHをつけてeヘルスとか、いわゆるメディカルITが非常に増えています。

この手の会社というのは、実は日本はまだまだですけども、アメリカのほうは会社が急増しています。特にサンフランシスコの北の一画、その上にあるサンノゼというところから南がご承知のようにシリコンバレーという有名なハイテクの一画。サンフランシスコのちょっと上のところから始まる、スタンフォード大学を中心にしたパロワルトというところ、この間、距離にすると20キロぐらいなんです。ここがいわゆるバイオのハイテク企業群のメッカなんです。これが両方から延びていきまして、真ん中辺で始まったのがいわゆるメディカルITとかヘルスケアITという。それがまた両方にすれ違いながらずっと、よくサーモグラフィーなんかで赤い色が広がっていくというような状況になって、非常に面白いところです。

業種としては、ハイテク/ITというのが一つでくられるんですね。英語でのハイテクの定義ではもう明らかにコンピュータサイエンスにかかわる部分のテクノ

ロジーを言っています。以前は医療とかバイオでも先端を走っているやつをハイテクってよく言っていたが、それは今は使われていなくて。ハイテク/ITで一つカテゴリーです。いわゆる投資家なんかの間ではハイテク/ITというのが一つのジャンルで。薬だとか検査だとか、そういうものがひっくるめてバイオでくられるというふうになっています。

メディカルIT、eヘルスといっても、実際にはインターネットでコンテンツをどういふふうを考えて、それをどんなようなビジネスチャンスに持っていくかということに尽きます。なかなか見極めできないんですね。私たちの仕事というのは、例えば、こういう新しいベンチャーの会社が出来て、非常に面白い、例えばプロフェッション向けの情報サービスをするものを立ち上げる。その事業を例えば500億円で買ってくれと言われてたんだけど、買っていいだろうかと言われる。それに対して、買ってもしよろしいんじゃないですかと、あるいはやめたほうがいいですよというコメントをするのも一つの仕事なんですけれども。現実にはものすごく難しいですね。見ているとみんな面白そうに見えちゃう。あるいは二番煎じ、三番煎じばかり。（笑）



石神達三（いしがみたつぞう）

1948年（昭和23年）生まれ

現職：エスティーアイインターナショナル（有）社長
医療コンサルタント

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

あともう一つ、検査情報という意味からは、アメリカのACCの中のタックスフォースという形で、いわゆるプロジェクト会議でその中の検査情報。日本の臨床検査学会の検査情報部会に当たるLIS（ラボラトリー・インフォメーション・システム）のことで。このテーマは、ワールドワイドに検査情報をもっとスタンダードライズしたいと。ところがなかなか各国乗ってこない、特に日本が全然乗ってくれない。それに参加して既に3年たっているんですが、これが全然進みませんね。予想どおり。

海外のベンチャー企業というのは、基本的に大学との協業でみんなスタートするわけですね。少なくとも最初のインキュベーション期間という数年間の、まだどうなるか分からないという段階は、ほとんど大学の中に会社があります。例えば医療なら医療の著名な、というか素晴らしい過去の実績を持った方たちがやらなければ、だれもお金なんか出してくれないんですよ。

三つのグループで構成されるのがベンチャー企業ということで。三つのグループというのはいわゆるサイエンティフィック・バウンダーといういわゆる技術的・科学的なバックグラウンドを提供できる能力を持つ人。別に教授だけでなく、助教授であっても若いリサーチャーでもいいんです。優秀であれば。または技術を提供できるとか。もう一つはお金を提供できる。もう一つは経営ができる。

日本も去年の12月、大学等研究機関知的所有権移転法というのですか。あれが改正されたんです。大学内部の発明審査委員会にかけます。今日本には、日本全土に各大学でいわゆるもう一つTLOというのがありますね。テクノロジー・ライセンシング・オフィスという、大学の技術成果を民間に移転することを司る機関を大学内に設置する。それは株式会社にしてもよろしいよという主旨の法律が去年出来ました。

西堀 そのとおりですね。

石神 私も今国内で東大の発明審査委員会とTLOを絡

めた形で、6月1日に抗アレルギー剤の開発の会社を純日本のベンチャーで作ったんですよ。やっぱりいろいろな条件が整って、純日本の投資銀行がかなりのお金を出してくれたんです。駒場の東大の中に会社を置いているんです。

西堀 あれ、兼業はオーケーなんですか。TLO。

石神 兼業は違うんです。兼業の管轄は、国家公務員法なんです。

西堀 東大の教授でベンチャーをやっている人、出資はしているんですね。だけど役員にはなれない。

石神 TLOの場合は特殊株式会社なんですよ。文部省の正規に認可を受けますので。だからTLOの場合はなれるんです。

西堀 TLOだけはなれるんですね。

石神 そのほかの一般の会社には国家公務員は役員にはなれません。社員にはなれます。大学の許可、契約の立場を自由にお受けになれば。それから株主になるのは全くご自由です。

西堀 それは昔からオーケーですね。

石神 市場で証券会社で株式の売買したって国家公務員法に触れるわけではない。

石神 木村先生の場合、そういう制約は全然ないんですね。大学の内勤をやっている人。

西堀 内部規定のどこかにあるでしょう。ないですか。兼業は駄目って。

石神 兼業禁止規定はありますよ。一般会社だってあるんですから。

木村 それはあります。だけど、私立大学の場合その辺は現実的でフレキシブルなようですね。国立大学も半官半民にしたほうが活性化すると思いますけどね。国公立大学なんていうふうにするからそういう制約が、せっかくの頭脳が埋もれてしまう。かえって国の損失じゃないかな。

石神 独立法人になったときに、兼業が認められるん

じゃないですかね。大義名分が作りやすくなるから。

現状の医療について思うこと

西堀 それでは、まず患者さんのニーズと、現状の医療について、先生方にはどういうふうに見えているか、伺っていきたく思うんですけど。どんどんアメリカの後を追ってそっちの方向へいくべきか、それともそれはちょっと日本の実情に合わないから、なるべくこういうふうに持っていきたいとか。

安藤 開業医というのは、僕のところなんかは代々続いているんで、あまり経営を考えていないんですけども、昔はいざ知らず、今は医者が増えてきていることもあり、開業してもそう簡単に膨大な借金が返せない。そこへ、医療は商売でなくて患者さんを診ることだという考え方に、いや、医療は経営だという考えが入ってきて、今の若い先生達というのは、そのちょうど狭間に入ってしまった。日本の場合には保険ということで全部縛られていますから、その形態の中でどうやって近代経営と共存させてゆこうかと、その辺に開業医はかなり不安を持っているんじゃないかと思っています。開業医の実態を全く知らない、ただ、新聞を読んだり小耳に挟んだような話から判断しているような偉い人達に、官が意見を求めて物事が決まっていっちゃうんで、もっと本当に実地医療をしている医師達の意見を聞くべきだと思うんです。

一体、国は誰に話を聞いてそれを決めているんだ、という部分が非常にある。今までは民の側はなかなか発言ができなかったんだけど、今、一人の民、開業医からでも意見が広く発信ができるようになったんで、これからは、どうやって発信していくかということですよ。しかし、発信といっても、ただ言えればいいってものじゃない。どれだけ聞いて、どれだけ知った上で発言するかという発想が必要何んじゃないかと思っ

ているんです。恐らく今、インターネットが広まって、皆がそれを認識し始めてるところだから、ともかく、先ずは情報を集めてみて、インターネットを今後、どう使うかということ、いろいろなメーリングリストで皆さんが考えているんじゃないかなという気がしますね。

中野 こういう問題をとらえるときに、現在医療自体が変わってきているというか、疾患が変わってきていることを考えるべきです。例えば30年前だったら寿命が60ぐらいだと。今は寿命が80になって高齢化社会が来てしまった。高齢社会が来たことの本質は何かというと、死ななくなって、病気にならなくなったというようなことです。そうすると、救急医療を代表とする治す医療のために、高度医療でそのまゝいってしまい、過剰医療の問題も絡んでくる可能性も一つは視野に入れておかないといけないと思います。

それと、保険制度に開業医の人たちが守られてきた。だからサービスや経営のことなんかはあまり考えなくてもよかった。それに医者は「医は仁術」ということで、患者さんは極端なことを言うと医者の言うことを聞いておきなさいという感じでしてきた。

キーワードが二つあって、一つは高齢化社会の中で医療をどうとらえるかという問題が一つ。基本的には、医療というのはどう考えてもサービス業じゃないかなという感じがするんですね。ちょっと話が混乱して申し訳ないんですけど、世の中をすごく今変えているのは何かというと、コンピュータを始めとした情報だと思うんですよ。人間関係において何が人を牛耳れるかというと、情報を持った人が牛耳れるわけですね。一昔前だったら、医療の知識というのは医者しか持っていなかったから、あなたたちは素人だからお医者さんの言うことを聞いておきなさい。それが情報化ということでみんなに情報が伝わってくる。それが進むと、がんの患者さんのほうが場合によっては自分のがんについては専門医よりも深く知っているということで、

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -



医者が答えられないという状況が起るわけですね。情報化社会がより進むと、情報が政治とか経済の転換点のキーワードになるのかなと思っているんです。

西堀 そのとおりだと思います。異論は多分ないんでしょうね。

安藤 医療はサービスだという意見を良く聞くんですけども、一方で、サービス業でいいのかなっていう気もちょっとする、それが引かかるんですね。情報もそうですね。例えば沢山の論文をよく知って、だからおれは偉いんだという大学の先生も結構多い。そういうことも偉いんでしょうけども、だけど本当の権威というものは、その情報その使い方が、皆さんに成程と思わせるような力を持っているにあると思うんです。だから、医療のサービスというのもそうで、果たして患者さんがサービスの良いところへ、皆さん行くかということでもなくて、その医者信念と言ったらおかしいかな、そういう生きるというのはこういうものだろうといったものに、矢張り共感して受診する

患者さんも多い。もし、自分が病気になった時、自分がどんな先生を選ぶかということ、所謂、サービスが良い医師を果たして選ぶかどうか疑問だということがあると思うんです。患者さんへのサービスをうたい文句にしているある病院、僕はとても疑問に感じているんですね。言っていることと、実際にやっていることがちょっと違うんじゃないかなと。例えばその病院を紹介しようと思っても、いざ入院となれば高くても入れない。確かに入院できれば所謂サービスがもの凄く良い。だけど、入れぬ人は切り捨てる。それは、そういうモデル病院だからと言えば、確かにそういうことなんですけども、医療はサービスだという言葉の裏に果たしてそのようなスタンスで医療の本質を守れるのだろうか、とちょっと割り切れないものを感じます。

中野 今までの医療というのを、どうしても与えるものだという形から、患者さんからの要望に対してレスポンスするという形で守っていかなくちゃいけないんじゃないかと思います。先生何とか助けてください、と

という感じの医療が行われてきた。東京辺りはどうか分からないんですけども。特に田舎に行けばそうです。ただ、極端なことを言うと、今までは医者というのは患者さんの病気を人質に取りながら威張っていたという側面がかなりあるんじゃないだろうかなという気がするし、それを患者さんも医者も暗黙のうちに認めてしまうというような医療がずっと行われてきた。それは自分が患者になったときどういう医療を受けたいかということを考えたときに、少し変えていかなきゃいけないのかなと思います。

西堀 競争原理ということは先生はどうとらえておられますか。競争原理の導入というのも、もう一つの軸としてありますよね。

安藤 極論で言えば、僕の場合は全部自費診療でいいんじゃないかと。全部が自費診療ならば医者は患者さんに本質的なサービスをするんですよ。そうしなきゃ患者さんが来ないから。ただ、日本の保険の良いところは、例えばアメリカだったらお金がなければ掛かれないという、そういう人が日本では非常に少ない点にある。それは確かにいいところだと思うんですけど、その辺の兼ね合いをどうやって持っていくのかな、とは思いますね。

西堀 その話は混合診療の話ですよ。

木村 僕も診療する機会があるんですけども、その病院というのは来る患者さんの半分以上が生活保護者なんです。精神が病んでいる人も多い。アメリカだったらきっとああいう人たちはみんな切り捨てられてホームレスになってしまうわけですね。彼らはおそらくインターネットが普及しても情報の恩恵はないと思うんですね。そうすると、お金もない、さらにそういうインフォメーションも来ない。そういう中で情報の格差が広がるかなと危惧しています。

西堀 一応憲法では最低のことを保証されていますね。一部は保険カバーしてもらえる。あとは自分のふところ。ということと言うと、おそらく百パーセントでは

ないけどかなり今の話しは収拾できるかなという気がするし。

中野 自由診療と保険診療ということですね。

石神 現実にはやっているわけでしょう。

西堀 眼鏡とか歯とか、あるものはあるんですね。ただ、大部分の命にかかわる病気というのは今原則としては室料と給食以外は駄目だと。

今の保険診療はまじめで優秀な医者が損をするようにできている。早くばっと治して1回の外来診療で完治する、そんなことをやったら成り立たない。その辺はあまり異論がないでしょうかね。混合診療というのは、やればその辺が非常に大きく変わる一つの要素になるのかな。

安藤 矢張りもう一つは保険診療の在り方ですよ。それが今までは実地からかけ離れた決め方をしているんですね。もう少し見直すことが必要なんじゃないかなと思います。

西堀 その辺を改善すれば、今の制度のままでいいかなという。

安藤 そういうことに対する非難がちょっと出てきて、矢張り変えようという動きもあるみたいですね。例えば風邪の患者さんが来た時に、僕は単なる感冒であれば検査もしないし、薬も要らないと思っているんですよ。風邪の中に潜んでいる大きな病気さえ見逃さないということ、医者は先ず考えるわけですね。しかし、検査もせず薬も出さないことには、いくら考えてもお金が掛からないということですね。同様に例えば外科なんか手術をする時に、ベテランがやっても1年目がやっても同じ点数だということに、非常に問題があるんですね。内科医なら考えるということ、外科医だったら手術技量とか、そういうことの評価というのをきちっと本当はしなくちゃいけないんだけど、それが今の保険医療ではされていないというところに、かなり問題があるんじゃないですかね。

石神 そうすると、その基準をどこに設けるかという

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

のは一からやり直さんといかんということになりますか？

安藤 一からやり直すというわけじゃないでしょうけど。どうするかは、考え方次第ですけど。

本誌 お医者さんとよく似た、職種としては、弁護士とか弁理士とか、そういう人たちというのがありますね。公定で金額が決まっているわけです。弁護士に相談に行けば最低価格ってあるわけじゃないですか。弁護士さんは依頼主の話を聞いて、その場で何らかの結論を出すと、最低のものはもらえるんですよね。そういう格好でいけば、今安藤先生がおっしゃったような、薬も出さなくていいケースというのが当然あるわけです。ただ、先生が触って聞いて判断して、薬も出さなくても普通の生活をしていけば治るという、診断を下した時は全然お金にはならないんですか。

安藤 考えて判断するということについては、一律な判断料があります。例えば初診料とか検査の判断料とか。しかし、さっき程木村先生が言われた大学の中で地位を論文でしか評価しようがないということは、実際に医療に携わることをどうやって判断するかということと、似たような部分なんですね。それを評価するというのはとても難しいですよ。

西堀 ものの値段というのをどうとらえるかということですね。それは一つは払う人の資力です。もう一つはその人の価値観。その二つでしか決められない。確かにいえることは、提供する側が決めるんじゃないんだということ。じゃあどんどんダンピングが起こって、私はもっと安く診断しますとかいう人が出るかということになるわけですけども、産業界では既に公正取引委員会という仕組みを確立している訳ですから、その力を利用することで解決すべき問題だと思います。

日本の場合は、眼科の値段がなんで高いか、なんで小児科の値段が安いのか。医師会の政治力で決まっちゃっているから、適正である保証がないわけなんですね。ですから小児科がだんだん減っちゃう。ですから、ど

うやって決まっているかということのを全部公開することが必要と思いますが、今の枠組み、保険診療の中ではそれが難しい感じがしますけど。

石神 今の保険の分け方というのは、医師のいわゆる技術とか判断とかということの定義がものすごく分かりにくいですよ。

西堀 前はなかったんですよ。それを一生懸命医師会なり何なりの努力で認めさせてきたんです。

石神 分かりにくいですよ。だから1回一人の医師の値段、単価をどのくらいに想定するして判定するのが難しい構造になっているんですね。結論からすると、ただどうもやっぱり低いなという印象は私なんかも受けますね。プロフェッショナルの報酬として。

西堀 教育投資と比較しても全然元が取れない。

石神 そういうことからいくと、当然ですが医療機関としてはそれを薬価に持っていかとか検査薬に持っていく。この図式が出ちゃうわけです。これはさっき、一からの見直しがあるかといったら、これは多分ないだろうというのは、これだけの巨額の医療費を使っているということで、総枠のコントロールにひいひい言っているわけですね。今、総枠で枠をいかに縮めるかという見方しかなくて、あとはみんな小手先の決め方ですから、これが一から積み上げ直すということは、おそらく残念ながら無理ないんじゃないでしょうかね。

木村 ただ、特に医療器材は非常に高いですね。アメリカの3倍ぐらいになっているものもある。人工骨だとかカテーテルの値段はどうでしょう？

石神 材質がみんな高いですね。

木村 そう、高いんですよ。病院の収入にはおそろくなくなっているんじゃないでしょうか。

西堀 構造的にはどうしようもないんですか。高くなる構造があるわけですね。メンテナンス等のその辺のコストは別建てでやったとしたとしても、やっぱり高くなっちゃう。

木村 海外の製造業者や、一部輸入業者が甘い汁を吸

っているのではと思いたくなりますが・・・

西堀 単純に言えばそういうことでしょう。

石神 これは、今の承認制度に問題があると思うんですよ。薬価の付け方とかあるいは検査もそうですけど。あれは意外に拘束力がない。例えば私がやっていた検査、最近は過去の例と比較して検査の点数やコストをはじき出すことをします。肝臓のこの検査だったらこいつが150点だから150ですよ、あいつが350で2点は無理じゃないかと。だから300点ですよと、こうやりますよね。昔は違うんですよ。いくらぐらいだとかメーカー側からコスト書を出すわけ。これだけかかりますよと、この検査には。この値段じゃないと入りませんよと。よし分かった、もうちょっとまけろや。いや、もうちょっと付けてください。この交渉で決まっているわけですね。従って、メーカー側としては当然高く高く持ってきますよね。デバイスの件も全く同じだと思うんです。先生がおっしゃったように、今いくつかありましたカテーテル、ステントが今2.5倍ですね。欧米価格の。それからバルーンが3倍ぐらいと。こういうのは有名な話ですね。日本という国はヘブンだと言っているんですね。これは何かといったら、ハブン・トゥーということです。通っちゃっているんですよ。今のところ薬に比べると小ちゃいんで、手が着いていないんです。流れている薬から検査が入っていて。

西堀 だからいずれ是正される。

石神 もうそろそろ来ますよね。その辺の今の、医療経済学という言葉は私はあまり私は好きじゃないんですが、に基づいた今の保険が決まっていなと。

西堀 それでは医療費の話をしばらく続けていくことにします。

石神 私自身が保険組合に保険申請を出したこともあるんです。何も言わないで一発で通っちゃってあぜんとする場合とか。どうせ値切られるからこのくらいで出しておけと、こういうふうにやりますよね。そうしたらぽんと。今はもちろんそれはないかもしれませんが

けど。それがやっぱり前例として残っているわけです。昔、薬価の臨床検査でも520点とかすごいのがありましたよね。あれ、コストはあまり変わらないんですね。総額たるや今は大きなものですから、そう簡単にいじくるとか一から妥当性をもう1回積み上げていくというのはなかなかできるものじゃない。今の厚生省の価格担当官の方の任期の平均1.5年。ご承知のように2年ぐらいの間ではやりきれないですね。だからやろうという気がないと思う。

木村 でしょうね。聞いたんですけど、自分の担当部局以外のところにはあまり口出しできないでしょうから。

石神 今の薬価制度とか検査点数制度とかデバイスの点数制度とか、あるいは薬価の基準が変わるタイミングというのは、民間保険会社が肩代わり、とは言わない、負担していくというアメリカ式のやり方でいこうということになっているんですが。その段階ではシビアな仕事なんです。これはコスト算定から何からプロフェッショナルが保険会社の中でやりますので、それとの交渉なんですね。ご承知のように例えばアメリカの場合の民間保険がカバーしている部分というのは、例えば検査の価格でも保険会社単位で違うんですね。検査データの契約をすると。薬もそうなんですが。なぜかという、それを交渉でこれじゃなかったらやらないよという一括契約をしちゃうわけですから、当然それが全部違うんですね。だからA保険会社とB保険会社の価格が違うとかいうふうに。これは競争の原理が働きますし、べらぼうな金をふっかけようたってそうはいかない構造になりますよね。日本はその当時から今残っていないような気がするんですけどね。

西堀 厚生省の政策について詳しくはないんですけど、医療というのは収入が統制経済で支出が自由経済だと言えます。だからどうやったって時代がこうなってくれば赤字になる。最低レベルを保証して両方とも競争原理が働くようにしてしまえば、かなりの部分解決す

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

るわけですね。おっしゃるように、保険会社がやるのか患者自身がやるのかというのは仕組みの問題です。いずれにしても、買うほうはなるべく安くていいものを買いたい。しかも選べる状態になる。そうしたら多少へボでも安い医者にかかるか、金に糸目をつけず最高の医療を受けるか、選択の自由ができるわけです。

もう一つは、医療費全体を抑えようという話が今あるんですが、ご存じのように日本の医療費、そんなに無駄づかいかというと、私はそうでもないと思います。アメリカは一人当たりになると3倍だとか何倍だとか統計があります。かなり使っているから、産業も当然活発になるし、医療用のコンピュータの展示会もものすごい繁盛するわけですね。

日本では総額が20兆も30兆にもなっちゃって、さあどうしようと言うけども、それを抑えるというのは、それは私は間違っていると思います。一つは抑えるという発想が間違っている。もう一つは抑えられるという発想が間違っている。アメリカのHMOでもPPOでも、抑えられないんですね。どんどん伸びている。それは悪いことかということ、税金や保険だけでやろうとすると、パンクしますからまずいですが、産業になぞらえると、車がどんどん売れちゃってすごい困った、どうやって車を売れなくしようかなんていうことはないわけで、それと同じわけですね。産業として見れば一番の成長産業なんです。それに、自動車と同じで、波及して活性化するインフラというのがものすごい広がりを持っているわけです。ですから、医療を産業としてとらえて、これを起爆剤にしようというふうな発想で、混合診療を導入するという発想が必要だと思います。今皆さん、特にお年寄りはお金を持っているわけですね。収入は少ないけどお金は持っている。ですから、そういうところで使っていただいて、いい医療を受けたければこんな医療があるよ、お金を使いたくない人はこのくらいだよということで、うまく適正化していくことは十分可能だと思うんです。これだけ日本

みたいに潜在的な成長因子を持つ国はない、というのが私の意見なんですけども。

GDPの7%とか何とか言うけど、本来このくらいかけるべきだし、もっと払ってもっといい治療を受けたりいい説明を聞きたいというニーズはいくらでもあるだろうと思います。さらに言うと、今度の介護保険は何だったかということ、結局医療保険から出発している。ですからパイを別に分けましょう、ただそれだけの話ですね。何も解決しない。かつ国が間に入ると訳の分からない論理に振り回されてしまう。その辺はどうでしょうか。

中野 僕は厚生省の役人でないんですけど。(笑)大きな流れとしては厚生省の方針は、それほど間違っていないのかなという気がします。この方向に行くんだろうなという気がします。しかし、例えば介護保険では、福祉とか介護のほうが重視されて、医療というのが骨抜きにされているというのも、逆に問題があると思います。特に西堀先生が問題にされましたけれども、今後高齢者を対象にしたときに大事になっていくのは、疾患程度も急性期の疾患から複雑なものになっていき、慢性期の疾患でしかも機能不全が残るということになってくると、治療というよりはケアが大事になってきます。それでケアの面に対して単に従来行政や福祉がやってきたような形の、ただその人の生活の中でサポートしていけばいいんじゃないかと、医療が溶け込めなくてはならない部分というのがあるわけですね。老人保険というのは無料だったわけです。そして今後導入される介護保険というのは1割負担になります。

だから今後は患者さんというか利用者さん側の負担というものが出てきますから、そのことに対して提供する側は結構応じなきゃいけないだろうという気がします。医療の質を上げるという面ではかなり政策的には、それがベストだとは言いませんけれども、ベターなのかなという感じはします。

旧来の医療保険では老人の医療費は無料でした。そ



して医療者側も経営努力をしなくても十分食っていけるという状態でしたから、医療の質を上げようかという発想すら出てきません。このことは、今後の医者は多分経営も考えなくちゃいけないだろうという話とも結びついてくるんじゃないかと思いますけれども。

石神 介護保険というのは、受給者はだれなんですか。

中野 支払いするほうですか。

石神 受けるほう。保険を払ってもらうのは医療機関になっている？本人が受ける？

西堀 あれは本人が受け取る。

石神 本人が受け取る。今介護の会社が増えてきていますよね。それに合わせて。それと契約した場合に、その介護業者が直接そういう検査の設定をされていくのか、本人が。

中野 厳密な意味じゃあ現物支給ということですね。いろいろなサービスがある。

西堀 現物支給でしょう。ということは受け取るのは

そのサービスの会社が。

石神 もらえると。差額というのはどうなるんですか。介護の内容においてはその他介護会社がもっと必要であるという。もっと払ってほしいと言った場合ですね。

西堀 あれは要するに介護マネージャー、ケアマネージャーが決めちゃうんです。この人はこの値段でこのサービスというのを決める権限を持っている。それ以上は駄目だと。それ以下でも駄目だと。

中野 枠があるんですよね。重症度によって、要支援、要介護度1から5に振り分けられます。40万だったら40万ということで、その枠の中で使うという。ただしその利用者は1割負担だから40万丸々使ったら4万は払わなきゃいかんわけですね。ただ、50万分の治療を受けたいということになったら現時点で4万にプラス10万、14万払うんです。そういう計算。14万払えば受けられる仕組みです。

石神 すなわち混合できるわけですね。

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

中野 混合診療ですね。だから石神さんが指摘されたようなことというのは、介護保険の中にはかなり組み込まれている。競争原理も入っていますし、規制緩和です。

西堀 ただ、問題は保険料があれですむのかということですけどね。今、月に3000円だと。平均で30万円かかる。一月3000円払って一月30万円使うわけです。もちろん保険ですから介護が要る人と要らない人がいるでしょうけど、本当にそれで賄えるんですか。あれは何歳でしたっけ、もらえるようになるのは。

中野 65歳以上とあと40歳以上。早い方は皆さん脳卒中などの急性疾患とか、加齢に伴う疾患によるもので、交通事故などはダメなんです。

西堀 100倍のサービスを受けられるかって気がするわけですよ。期間の差とかいろいろありますけど。特に今一番問題になっている、サービスを供給するマンパワーの確保。その人たちに対する待遇など何も決まっていますよね。

中野 報酬はまだ細かくは決まっていらないですよ。4月から介護保険がスタートするのに、まだ単価すら決まっていらないという状況なんですよ。

西堀 その報酬が妥当なものにならなければ担い手がいなくなっちゃいますね。

中野 おっしゃるとおりなんです。

西堀 ケアマネージャーはあくまでも決める人であって、サービスを提供する人ではないんですね。

中野 そうです、実際現時点でそういうサービスが足りているかという、これはものすごく地域差が大きいんですよ。すごくやっているところもあれば全然手つかずのところもあるという感じで。トータル的にはサービスが足りないという可能性がいっぱいあります。

石神 正直言って私、払わなきゃいけないんですけど、払う気しないんですけどね（笑）。

中野 確かにしゃあないかなという感じがしますね。

では介護保険やめましようと言ったらそれですむかと。

西堀 それは民間ではできない話なんですか。介護保険の仕組みは民間では運営できないことなんですか？

中野 民間でできるでしょう、うまく保険を持ち込めば。ただ、今までの流れもあるでしょうし、この辺の評価は、これからでしょう。介護保険の導入においては、まず大きい枠は作っていて、そしてこういうふうになります、規制緩和ですよ、自由競争ですよ、としているけれども、個々のところではこれから決まるということです。僕の師匠で、介護保険の総帥である井形昭弘先生の言葉を借りれば「走りながら考える」ということでしょう。

石神 その辺は過去のいろいろな制度を導入したときとやっぱり同じ動きになる。

ちょっと興味があるのが、この介護保険というのが医療制度改革の一連の流れの中で、インターネットで情報交換できることがこの介護保険にどんなインパクトを与えてくれのか楽しみです。安藤先生はネットの上ではそういった議論をされているんですけども、まだ情報交換の場としては僕はもうちょっと時間が必要かなと、そんな気がしたんです。

安藤 さっきの医療費のことでお話すると、アメリカと日本で企業がそういうことに入っているというのは、矢張り情報がどれだけ公開されているかということがあるんですね。日本とアメリカとを比べた場合、情報公開されている量がもの凄く違いますよね。アメリカだと大半がネット上にあってだれでも見れる。ところが日本の役所関係を見に行ったら、見たいところはほとんど見れない。アメリカではそこに企業が皆同じレベルで参入できる。日本のように天下り先には許しているけど他は知らなんよいうところに、大きな問題があるんじゃないかと思います。医療費そのものも世界的に見れば日本の医療費もまあ大したことないんで、もっと多くても本当はいいはずなのに、それを

ギャアギャア国が騒ぐというのは、矢張り他のところにお金を持っていきたくないかなと思っているんですね。医療費を槍玉にあげておいて、将来、自分達が天下る先のところへの配分はしっかりと確保しようという思惑を感じる。その辺をもう少し公開しなきゃいけない。だけど、既に実権を握っている人達はなかなか公開することはないん。ただ、その辺り、公開したくないところも公開せざるを得なくなる状況が今、出始めているところにインターネットの面白いところがあるのかなと思うんですね。

今、区内の二つの病院と、電子メールを用いた病診連携の試みを、走りながら考えるということでポチポチやっているんです。そのためには矢張り、走っていく人がみんなの人の意見を聞いて走っていかなくちゃ駄目なんですよ。

日本の、老人達はお金を持っているって言われたけど、皆さん矢張り、不安で出せないんですよ。今の不況というのは皆が不安だからですよ。先を示せる者がいなくて、皆が政治に不信感を持ちちゃっているんですね。先程の公開しない部分を公開していくような形を、上からは恐らくしないだろうから、下から公開していったら、上もせざるを得なくなってくるようなことが巧くここで起これば、日本はまだまだ何とかかなと思います。介護保険もその辺で上手くいく可能性はあるんじゃないか。介護保険制度そのものは、もうせざるを得なくなっているとは思うんですね。ですから、その持っていきようが、矢張り今は大事ななという気がしますね。

或る会で日医総研の若い人達が話をしましたが、要するにケアマネージャーが従来の計算機を使ったやり方だけで実際にその仕事をこなせるかといったら、とてもできない、コンピュータのソフトを駆使してやらなくちゃ駄目だと。

あの試験の講義だけは受けに行ったんですけど、講義を受けるために5千円もする教科書を買わなくちゃいけ

ないんですね。どうしてなのか。結局、その本自体は厚生省関係の何処が作っている訳で、要するに独占企業みたいなものですね。これを全国で皆がそこから買うわけですから。

同じように病名のマスターにしても、何で開業医が一人ずつ3万円も払って買わなくちゃいけないのかと思うんですね。

西堀 それは医師会が斡旋しているんですか？

安藤 このようなことを本当に共通化するなら、それは国民全体の問題なんだから、例えばインターネット経由でただで配れば良いものを、どうして3万円払わせようするのか。発想の転換をして欲しいと思うんですよ。日本の行政のやることは、そういうことがいつも付いて廻っている気がするんですね。原点に情報がみんなに公開されて、そこからスタートしていくという体制を作らないと駄目かなという感じがしますけどね。

本誌 情報という意味では医療費の話がありますよね。20兆、30兆という話がありますけど。抑制しよう抑制しようと政府はいつて新聞の記事となりますけど、なぜあれを抑えにかかろうかという背景が一般の人には全然分かっていないんじゃないでしょうか？厚生省が、何を言っているかということ、20兆、30兆という数字のことじゃないんだと。要するに日本経済のGDPの成長率とどんどんかけ離れてきているから、成長率に合わせるためだと言っているじゃないですか。今は基準となるパーセンテージの枠を飛び出しているから、総支出枠のあるパーセンテージを維持してくれ。一般の人にとって医療費抑制の背景にそういうことがあることを知らないわけですよ。

西堀 あれは抑えろって言っているのはだれだか知っています？あれは大蔵省の役人が言っているんです。

本誌 要するに厚生省が何も言えないのは金が絡むからだと思うんですよ。GDPとの対比だとすれば、もし日本経済が良くなったときに医療費抑制の話がなくな

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

るんだろうかというのが一方で出てくるわけですね。日本経済が元気になったときにどういうふうになるんだろうかという議論は全然ないのかなというふうに、僕なんかは思ったりする

西堀 私なんかは思っているのは、ただ一人大蔵省が減らせと言っているんです。金がかかって困るから医療費減らせと患者さんは言っていないわけです。

木村 ビジネスの荒波の中で我々に慈善事業をもっとやれということですよ。その一方でアトピー・ビジネスやエステといった儲け主義の医療関連分野は成長しています。

西堀 それでGDPも成長しているんだから、それを進捗すべきなんですよ。GDPを引っ張るわけだから。

木村 それが雇用の改善につながる。が、しかしかえって病状の悪化する患者も多いと聞きます。きちんと規制すべきはむしろこっちだと思うのですが。その上で医学的に有効なものや患者アメニティーの向上にはもっとお金をかける。

西堀 それが何でやれないかって言うと、混合診療や自由診療になると行政のレギュレーションが効きにくくなるからです。医師会が反対しているって言うけど、本当は役人が自分の権限を失いたくないから。役人はそれが一番嫌なんですよ。

話は違いますが、年金ですよ。なんで年金、あんなに大騒ぎしているか。今 120兆貯まっているんですよ。大騒ぎする必要全くないんですよ、本当は。政治家や官僚が食い物にして殆ど不良債権化しているのがばれないように、変な試算出して将来なくなりますよとか脅かしていますけど、私から見ればあんなのうそっぱちです。皆さんちょっとそういうふうにムードを作られちゃっているんですよ。情報公開にしても確かにインフラの道具としてインターネットというものがあって、一人が発信すれば全員が見れる、非常に強力な武器になるんですが、しかし根本的に元から情報が出なければ絶対分からないんですよ。

後で政治的意思決定の話をしようと思いますが、私は日本はいわゆる長老政治の国で、ある数人の人々がいま日本のすべてのことを決めているというふうな見方を持っています。彼らのやっていることは、支出の内訳として何にどれぐらいかかっているか分からない形でブラックボックスにしておき、手下を手なづけるアメとして好き勝手につかいこんでバラまいているんです。お金が足りないのはそのせいなのに、表面化するの結局医療費を減らしましょうという形になるわけです。医療について今本当の問題は、患者さんのニーズに合った医療が供給されていない、さらに将来にわたって患者さんが感じている医療と介護に対する不安に対して答えが得られない、この二つしか問題はないんです。お金が掛かりすぎるというのは眼をくらすための議論に過ぎないんです。

石神 例えば介護や何かにアメリカが日本の倍以上使っていますよね。

西堀 一人当たり？

石神 予算当たり。

西堀 統計、実は細かく見ると嘘なんです。眼鏡と歯の数字が入っている。

石神 どこに使われているのかなというのが疑問。まず一部は民間保険でカバーされちゃっているところがあるでしょう、それが対象になっていない。それはカウントしなくていいですね。

西堀 カウントしているんじゃないですか？

石神 しているんですかね？検査は日本よりはるかに安い、薬も安い。しかも定額払いが最近、一部の病気ですけど、メディケアとかDRGとかが導入されて。いずれも抑制がかかっていて、しかも在院日数もその中でしか、短いとかあって。なのになんでそんなにかるの？

西堀 人件費です。全然違う。それに弁護士さんの費用。

木村 訴訟費用、医療過誤訴訟費用。

石神 それも医療費の中に入っているんですか？

木村 例えば検査でお金をとりますよね。その検査センターがとったお金の半分は訴訟の費用だという話をカリフォルニアの技師長さんから聞きました。

石神 例えばドクターの人件費というのはアメリカのほうがはるかに安いんですね。

西堀 数がいっぱいいるんです。特にナースがいっぱいいるんです。設備費だって、とにかく入院は原則個室です。それで設備費から人件費から全部変わってきちゃうんです。アメリカの同じ医療費をかけたら、日本はもっと素晴らしい医療ができます。と私は思っているんですが。

石神 でしょうね。

西堀 アメリカは倍以上の金を使って日本よりちょっといいぐらいの医療しか提供できていない。向こうのほうが全然効率が悪いと私は思っていますけど、今のところ証明のしようがないんです。

石神 だれかそのところを細かく分析して、解説してくれる人っているんですかね。

木村 データを持っている人はいると思いますけどね。

石神 ナースは多いとかいったって、ボランティアだって結構多いんだし。だからそういうファクターを全部つぶしていかないと、本当の比較はできないかもしれませんね。

中野 アメリカはシステム作りというのが、すごくうまい。日本の医療は質からいうとかなり負けているのかなという感じを持っていました。日本の医学とか、医者としての医学者の学問レベルというのは、おそらくトップクラスになってきた。世界でも5本の指に入るでしょうと。でも質を見たら、残念ながら20番にも入らない。

西堀 医学の質？

中野 医療の質です。病院がどういう医療サービスを提供しているかということを評価したら、20番目にも入らないという話が出てきたんですけど。本当じゃな

いかなという感じがするんですよね。その辺は木村先生が指摘された、結局大学の医学部が教育をしていない。皆さん自分の出世のために研究はするけど教育をしない。医学教育というのかなり僕らも含めて、医者の質を落としているのかなというような感じがするんですけどね。そうすると、いいドクターができなければ医療の質自体が落ちてくるんじゃないかと思います。

西堀 アメリカの医師が求めるのは地位、名誉ですよね。開業している先生の場合、あの先生は素晴らしい先生だという名声を得ようとする。それともう一つは収入ですね。その二つがあって、あの先生みたいな先生に私はなりたいたいから大学に入って医者になろう。大学を出たらさらに数年かけて苦しい思いをして医者になって。そしてようやくあの先生に近づくことができたいな。そういうインセンティブがちょっと前まではありました。今は、こういう医者にはなりたいたいというのがない。この人は素晴らしい医者という見本がない。

木村 経営や人事管理など実務経験を持ってやっていらっしゃる先生が、大学へ来て話をする機会が極めて少ないということが問題なんですよ。僕は大学の教員は、半分ぐらいは外の人たちに外注しちゃって、代わり番こで、次から次へと話してもらうのがよい思うんですよね。そういう人たちが実際にどういうことをやっているのかって話をしてくれたい。製薬会社の人が来て薬を開発する話をしても構わないし、検査会社の人が自分の会社でこんな特殊検査をやっているという話をしてくれても構わない。開業の先生に診療の苦労話を聞くのもいい。そのほうが学生も面白がると思うんですよね。

西堀 私の基本的なとらえ方と言うと、日本の今の教育システムは、明治のはじめに欧米を見て形だけまねして作ったわけです。仕組みがどうなっているかというと、帝国大学で教授をいっぱい作って、その教授を

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

全国の大学にまいて、その知識を普及する。その知識がどこから来るかというと、森鷗外がドイツから持ってくる、別の誰かがアメリカから持ってくる。よその国から持ってきて、それを普及させる。しかも実学ではなくて座学。教科書を伝えていくという形で百何年きちゃったわけですね。そういう形での国立大学の具体的役割は今もう終わっている。

欧米では国立大学の有名大学って1校もないわけで、みんな立派な理念を持って集まった人が自分の才覚で金を集めてやってる。日本では昔は私立大学というのは理念を全面に押し出して進んできたし、変化にも対応してきた。しかし、私立も残念ながら補助金という制度があって、今は文部省に牛耳られています。あれは人事も管理されるのですか。

木村 多少あるかもしれないですけども、末端レベルではあまりないと思いますよ。

西堀 補助金をもらわないと、特に医学部の場合やっていけなくなるということですね。その構造はやっぱり変えていかないと、本来社会が求めているものに適合した人が再生産されるというところにはならないだろうというのが、私の基本的な思いなんですね。

木村 いや、日本人はブランドに弱いから、難しいかもしれない。

西堀 いい教育をした人が認められていい教育者が育つということが行われるには、最初にいい教育者がいなくちゃということで、ニワトリと卵で結局堂々巡りしちゃうのね。今の構図を変えていくには、何かを壊さなければならないという、ちょっと私は限界を感じているんですが、どうでしょう。いや、こうすれば今の形を保ちながらいい方向に持っていけるんじゃないとか、そういうものがあればいいんですがね。

木村 論文を中心に人を選ぶという大学はもちろんあっていいと思う。教育よりもそっちのほうが大事だと。元々入ってくる学生さんが優秀な大学もありますから、そういうところどういう教え方しても学生さん

はついてくるんでしょう。効率良いとは思えませんが。でも全部の大学がそれでは困る。センター試験だけで人を選ぶというのはやっぱり輪切り、金太郎アメになっちゃいますからね。うちはどういう大学にするんだというビジョンというかコンセプトを作っていないと、腕の立つ専門医とか人情のあるいい町医者育てるとか、がやっぱり必要なんですよ。それを単に偏差値の格付けだけで入学生を選んでいる。偏差値競争が終わり、卒業の後はインパクト係数（注：英文論文の質と数を点数化したもの）の点の取り合いをやらざるを得ない。ここところがやっぱりおかしくしているところなんですよ。

西堀 国立大学と私大と比べた場合に、やはり私大は社会の求めているものに合わせるというか、ある程度国立より敏感だと思うんですが。

木村 そう思います。私立に移って私が偉いなと思ったことは、教授の先生の評価があること。それも何で決めているかって、患者さんを呼べる教授はやっぱり偉いんですよ。どれだけ患者さんを病院に連れてこられるか、が院内での発言権につながると聞いています。

西堀 教育という面ではやっぱりまだそういう評価をできないのでしょうか？

木村 結局評価をする指標がなかなかないんでしょうね。それが一番難しい。

西堀 国立大学でも今、評価の改革をしようということで、私のところでも、学生に教授の評価をさせることを去年からやっているわけです。でも研究業績や診療状況を加味して、これだけ評価を得られなかった人は、もしくは評価のいい順番に何人取って、下の10%は交代といった形にならなければ、実効が上がらないと思います。学生にそういう意思決定を任せていいのか、その責任を取れるのかという問題もありますが、いい医者になれなくて一番困るのは学生自身だし、一番身にしみると思うんですね。こんなんでおれ医者になっていいのかって、皆さんも経験があると思うんで

すけど。そういう方々に本当に求めている教育をしてくれるのはこの人だというのを評価させるのは、決して無責任ではないと思います。一番身につまされている人の意見ということで（笑）

木村 ちゃんとやる人も確かにいましたからね。でもこの先生は良かったんだということを学生の側からフィードバックする方法がないわけですね。

西堀 それを人事に反映させる。人事に反映しなければ、結局聞き流し。本当にそういう仕組みができるかどうか分からないんですが、ただ、いずれにしても今後少子化で医学部に入ってくる人も減るわけで、受験者を集めるというときに問題になってくるでしょう。ただし、おそらく地方では問題にあまりなりにくいと思うんですが。

中野 東京は学校もいっぱいありますから。そうですね。

インターネットと医療、社会

安藤 さっきの医療の制度のこともそうですし、今の学生のこともそうですね。今までは国というもの、厚生省なり文部省なりでこうだと決める。しかし、日医総研のホームページを見に行ったりすると、開業医でもいろいろなことをきめることもできるようになるかな、という感じを持ちました。要するに今までの官が考えて決めてきていることと別に、医師会という民の組織が調査機関、考える機関を持って、それが意見を公開し始めているということは、結構大きいんじゃないかなと。

西堀 あれはいつごろできたページですか。

安藤 良くわからないですね。この前、ホームページができたよ、というのを知って見に行っただけです。日医の中に独自に調べて考えて、その意見を公開する組織ができてきている。同様に例えば学問について、文

部省が決めることに対して、こっちはそうじゃないという意見を出していけるんじゃないか。そういうことを各大学だけでやっているんじゃなくて、大学同士の連携を取って、そういうものを持って対抗していくというのが、結構、大事なんじゃないかと思うんですね。医師会も、開業して入って来る先生達も大学教育を受けているわけだから、医師会もそこには興味がある。ただ、自分の経験からしても、割と勤務の先生達って医師会とは一歩距離を置いてる感じがあるんですね。

西堀 今はちょっと離れている。

安藤 もう少し距離を縮めてゆく必要があるんじゃないかと思うんです。

もう一つは、インターネットをやって、今情報が入ってきて見れるようになってきつつあり、発信もできるようになったんですけど。インターネットをやる人のどれだけが情報を整理できるかという問題がある。その練習を今しているような気がするんですけどね。これもやっぱりこれからの課題ですね。さっきもアメリカにものすごい情報があってすごいんだという話がありましたけど、公開されるようになってきたときに、どれだけ個々の国民というか一般の国民が、それを今度は自分の中で整理していけるかですね。整理していくような教育を早くから始めないと駄目だという気がします。

石神 それはだけど永遠の課題ですよ。昔から、紙の時代からその情報整理術というのは課題になっていますね。インターネットを使った場合は、情報量が圧倒的に違いますから。これをちょっとした教育でうまくオーガナイズできるかということ、これはかなり難しい。

木村 小学校や中学校の先生がなかなか教えられないという話も聞きます。

中野 むしろ意識改革が必要なんじゃないですか。だからそういうものをするためには、情報が少ないときにはいかにして情報を得ることが大事になってきますけど、情報が過多になってくると、いかにして

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

必要な情報だけ取るか、捨てるかという技術が必要になってきますから。少し発想を変えていかないと、なかなか従来の発想では処理できないと思います。

それと、今安藤先生が言われたことですけれども、情報は、当然意識改革を伴うわけですね。社会全体の、組織自体の意識が変わってくるという形になります。今まで、開業医と、大学教授では、大学教授が断然偉いと信じられてきました。そうじゃなくて、一番医療が分かっているのは現場なんですね。医療自体は実は現場なんです。学問じゃなくて。実学ですから。その意味では、大学教授より開業医が偉いという側面もある訳です。そこにやっぱり大学も気づいてこなくちゃいけないのかなという気がします。

西堀 コンピュータ・リテラシーという言葉がある。今はネットワーク・リテラシーという言葉に変わりつつあります。今後発生する問題のひとつはこれを全く備えていない、いわゆる、情報貧者を社会的にどう救済するかということです。

もうひとつは、ネットワークからは利益になるのも来るし害になるのも来る、嘘も来る。もう無法地帯です。そうするとそれを制御しようという人が必ず出てくるんですね。私はそれには反対で、そうじゃなくて、一人ひとり、見る人、情報を受ける人がそれを見分ける能力を身につけて、選んでいく。だから小学校や中学校でも、ここをクリックしたら法外な請求書が来て大変だとか、そういうことを具体的に教えていいし、教えるべきだと思うんです。

安藤 さっきの現場ということですけど、教育もそうで日教組がありますね。学校の先生達というのは、先生と言われる程の馬鹿でなし、という点で開業医と一緒に。で、あの先生達がどうしてもっと、国歌・国旗の問題に対して、組織立って反対とかしないのかな。デモしているという話を聞きますけど、子供達の持つ自由を自分達を守るんだ、という、もっと大きな動きがあってもいいんじゃないか、と思うんですね。その辺

があまり上がってこないのがちょっと不思議です。日医総研じゃないですけど、先生達のためにシンクタンクみたいのがあって、そこから国民に訴えかけていく、という姿勢がもっとなくちゃいけないんじゃないかと、思ったんですね。

僕はある時、ノルウェーにいたんですけど、教育の在り方というのが、日本と向こうでは随分違うんだなと思ったんです。オスロ大学で医学部の授業を見学したんですが、講師なんて後ろに座ってるだけで、何もしないんですね。学生達が勝手に部屋に集まってきて、自分達で勝手に議論を進めていく。それが日本の場合は、情報をいかに区別して判断していくかという練習の場がない。そこを変えないと仕方がない。僕は今、医学教育が問題だなと思っていますけど、それと同時に学校の先生達の教育も。教育って経済とかよりも前の問題なんじゃないかと思うんですね。その積み重ねがああいう医学部の不祥事につながっているわけで、あれは別に医学部の入試制度を変えたとか何とかで解決する問題では決して僕はないと思うんですね。

木村 競争させるんだけど、その競争で覚えたサイン、コサインが一体どれだけ世の中に出てきて使う機会がありますかって、全然使いませんからね。医学部はあんなに数学が難しいのに、あの数学を使う人がどれだけいるんですかね。ほとんどいませんよね。無駄なものであっても、昔から決められたことを着実にして覚えるとう強要されています。

石神 でも最低限必要なのは、やっぱり情報整理学じゃなくて情報整理術というのは教えなきゃ。学校でもテクニック。多少はありますよ。あとは個人のセンスだとしても。これはもうカリキュラムに必要になって。これだけばく大な量。たかがメーリングリストをいくつかやるだけで、情報処理が追いつかなくなる。巻き込まれていくわけですよ。

木村 コンピューターに向かっている時間がどんどん長くなってきているような気がしますね。確かにいろ

いろいろな情報が入ってきているんだけど、その時間の配分としてはどうかと、自分にとって良かったかなと思うのがあるんですが。

西堀 情報の整理も大事だし、時間配分というのも一つあると思うんですね。情報を取る時間、それから考える時間、発信する時間。

木村 だからメールやホームページだって開けてみないと分からない。

西堀 賭ですね。行ってみたらかすだったとか、駄目だと思ったけど良かったとか。

木村 だけどそこへ行くまでが大変な時間なんですね。

中野 この辺がかなり訓練もいるんじゃないですかね。

西堀 基本的トレーニングということですね。

中野 もちろん慣れていないと、こういうのはうまくならないですね。自分自身の情報のニーズを明らかにして、必要な情報をいかに短期で取るかという技術が要るんです。こういう情報社会になったからEBMとか言われるようになったんでしょう。ただ、EBMとは一人ひとりの患者さんに対してすべての情報を集めて、その上で意思決定していくものと一見錯覚しちゃうんですけど。そうじゃなくて、この患者さんの問題点を明らかにして、そしてそれに対する情報を無駄なく効率的に適應する技術が大切です。

石神 情報を効率よく取る以外に、好むと好まざるとにかかわらず、プッシュされてくる情報が結構ありますね。それをどうやって整理していくかということもあると思うんで、非常に難しいと思います。例えばメールリングリストとかホームページとかいうものじゃなくて、電子メール一つとっても、いや応なしに余計なもの。今までコミュニケーションしていなかった人間からメールが来ると。手が回らない。放ったらかしたら何か人間関係が悪くなるんですよ。いかに電子メールといえども、何回送っても返事もよこさない、あの野郎と。これ、現実結構起きてくるんですね。それをうまくさばいていかなきゃいけない。いわゆる情報整理

術というのは、これからの人間生活において重要になってくる。今だったら電話をかけたんだけどつながらなかったらそれまでと。

西堀 言い訳けに使いちゃいますものね。

石神 ありますけど。これ、いや応なしに着信しちゃいますよね。

中野 僕はまだそんなに情報をもっていないからあまり偉そうなことは言えないんですけど、情報の取捨選択術は、本を選ぶことと似ていると思います。本屋に行って本を選ぶ回数が増えるほど、自分にとって必要な本というのが早く見つかりますね。それと同じじゃないですかね。

石神 慣れもあるし、速読というのものもあるわけだし。それからテクニックで、例えばメールを1日見てそこから答えを出さないとおかしくなっちゃう。私の場合にもやっぱり仕事の連絡というのが80%ぐらい、電子メールで。ところが、ちょっと油断すると、後でなんて思ったらもう忘れちゃうものがあるんですよ。だから何かというと、とりあえず何でもいいから打ち返しちゃう、無理やり。ものすごくシリアスな内容が入ってきても、一言質問事項を見つけだして、あえてまずこれを教えてちょうだいと。打ってから今度は次にもう1回それが返ってきたときに、もう1回送り出しちゃうと。だんだんそういうのが必要になってくるんですよ。

安藤 それは絶対に必要ですね。メリハリを付けるということ。

石神 そうなんですよ。それを全部まっとうに読んじゃうと結局消化不良を起こして、関係を悪くしちゃうんです。そういうのは、だから自分で覚えていくものだとは思っています。いろいろなテクニックを。だけど、ある程度の基本はやっぱり小学校ぐらいから教えてやったほうがいいんじゃないかと。問題は、先生がギャップがあって、今はそういうものを教えられる態勢にあるかどうか。

間もなくインターネットがテレビ媒体になりますよ

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

ね。この時代というのはありとあらゆる人たちが、テレビも見られない貧しい方は別として、それにさらされる時代になってきます。だからこれは確かにえらい時代になってきたんだということだと思いますよね。全部無視してしまえば。おれはテレビも見ない、ラジオも聞かないと、新聞を読まない。

西堀 それは一つの対処法なんですね。それで、おれは損してもいい。

木村 携帯を持たないという信念を持っている人、そういう人もいますでしょう。ところが大多数は持っていて講義中にピーピー鳴るのが、うるさい。鳴らさなうて言うて音はしないけれども、今度はメッセージが出るので講義に身が入らない。「出席にしておいてくれ」なんてメッセージが電話にでるんですね。

石神 出席にしてくれ。(笑)

木村 分かっている先生なんて最初から携帯に出てきて、「おー、おれだけど、出席にしておいてやるわ」。(笑)という先生もありますわね。電話口の学生はあわてる、あわてる。

石神 それは面白い話だな。

安藤 情報を受けて仕分けするというのも一つなんですけど、一方で情報が入ってくる立場の人達に、自分に必要な情報をどうやって見てもらうかということも、大事なことじゃないかと思っているんです。医師会の話に戻っちゃいますけども、日医から都医を経由して地区医師会までは情報は来るんですけど、そこで止まっちゃって、コンピュータをやっている若い連中までは届かない。何故かというて、その地区医師会のお年寄りの先生達はコンピュータのことが判らない、興味がない。結局、今の医療に関しては、インターネットを推進しているのは若い人達なんですね。医師会の中でこの若い人達と会長など年配の方をどう繋げるかということじゃないかと思うんです。また、23区の中の他地区医師会にもコンピュータに熱心な人が結構沢山いるんですけど、その人達との接点がなかなか今

はまだ少ない気がします。

西堀 組織の中でインターネットが要ると。それにメーリングメールを使いましょうというのは、おそらく時間の問題。

安藤 そういうものが、医師会だけじゃなくて、いわゆる社会のかく分野の縦割り中へ、横の繋がりをつくるインターネットを持ち込むことが必要だと思うんです。

石神 それはもう少しかかりそうですね。それはもうあと3年、5年かかるかもしれないけど、今上下から変わってきていますよね。例えばある年齢の方でお使いにならない方でも。周りがだんだんだんだん浸食されて使われていってみんな使うようになってきているから、何となく使っている。それはいろいろな動機があると思う、おれもやらなきゃ、というのもあるかもしれないし、お、こんな便利なのかと、それとも、あいつでもできているんだからおれでもできるよと。これは結構大きなインパクトになる。

この『医療とコンピュータ』が一番最初に発刊されたとき、編集委員全員集まったんですよ。そのときに今の議論がやっぱり出まして。どうやって使えない人に使わせていくかと。使ってくれるようになっていくかというのが一つのミッションじゃないか。つまり、医者の中でキーボードアレルギー、キーボードは嫌よと言っている偉い先生たちに、どうやってキーボードを使わせるか。これは目途が立たないねという話をしました。もし、キーボードを自由に操れるようになるとすると、おそらくそのときはコンピュータという言葉がまず消えなきゃいけない。

安藤 例えば中央区と世田谷区の医師会同士がインターネットで交流し合うということは、なかなか難しいんですね。その壁を飛び越えていく発信の仕方というか、気持ちの在り方が難しいですね。

石神 でも、少なくともインターネット媒体というツールによってそこを突破できる可能性が前よりは高く

なっただと思います。決して簡単にインターネットがあるからって突き破れるものではないけど、どうも破れそうだなという予感がありますよね。これは大きいと思う。

中野 例えば今日こういった会だって、安藤先生も初めてだし、石神さんも今日初めてですね。それで、Eメールが名刺に書いてありますから、またよろしくってメールします。そしてそのままEメールを交換していれば、もう1回会っただけで終生の友達になったりできる。10年ぐらい前に会ったことがありますよね、とかそういう話になる。こういうツールですごく広がっちゃいます。

西堀 コンピュータは確かにツール、道具です。ただし、今までだれもできなかったことがコンピュータでできるようになることはないんですよ。確かに頻繁に電話するとか手紙を書くとかすれば、それは交流はできるわけですけど、コンピュータの利用はそのハードルをものすごく低くするくるわけ。そこがポイントで、絶対できなかったことができるようになるのではなくて、元々ある程度はできたけど、一層垣根が低くなって、低くなることによってできるようになる、そのことが社会を変えていくというんですか、物事、人間社会を変えていく。つまり程度問題の話が社会を変えんというところが、この情報技術のポイントだと私は思うんですね。

何も今まで全くなかった新しいものができたから世の中が変わるというんでなくて、今まで水位がこのくらいだったのが、このぐらいになったから水が堰を越えて流れ出した。新しいものは面倒くさいとかセキュリティがどうかいろいろなことが言われるんですが、それはどんどん技術的に解決すればいいことです。ネットワークというのは、コンピュータが人類に与えた以上の影響を与えるのではないかと思います。今は補完的な情報交換ですけど、いずれはそれがメインになると、おそらく今までとはコミュニケーションの在

り方が変わってきて、ものの意思決定なり、政治も経済も全部変わってくるんじゃないか。そこで私は、このような社会を、ハイパーネットワーク社会と名付けてみました。

経済でいくと、世界中からいい商品、いろいろなものを値段を見比べて買うことができる。そうすると、企業としては世界中の会社がライバルですね。お客さんは世界中を見ていいものを買うということで、非常に厳しいですけど、逆に競争原理が発揮されていいものが選ばれていく。いいものを選ぶ目を持った人はよりいい暮らしや仕事をするという。そういう具合にお互いにフィードバックがかかる。

もう一つは政治なんですが、間接民主主義というのは、これはローマ時代に出てきた話で、ギリシャ時代に直接民主主義だったのが、人口が増えちゃって、意思表示がなかなかそうなるとできないよ、じゃあだれかに任せましょうということで、人類は間接民主主義をやっているわけです。でもどこにいても意思表示できるようになれば、直接民主主義をやってもおかしくはないわけですね。ただ、ギリシャ時代とは違った意味で、そんなことをいちいちやっているのは面倒くさい。そこで、有権者たちにとって一番得な意思決定を代行する代行業者みたいなのができて、ボタンを押せば一番得なところに意思決定をしておいてくれる、そういう仕組みができてくる。

かつ、政策を決める方でも、入札方式というかコンペ方式で、こういう問題について、どういう解決法があるか皆さん出してください、一番いいところに発注します、というふうにして世界中から案を求めて、有権者がみんなで選ぶ、というふうな仕組みが可能になってくる。自分のところで懐に入れちゃうとか、意思決定になかなか現場の人の意見が反映されないとかという問題がかなりクリアされていく。と同時に、ネットワーク・リテラシー、つまりいいものを選んでいく、情報の取得、考える時間、自分が発信するそれぞれの

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

時間配分というものをうまくやっていくノウハウを身につけなければ、社会生活ができないような社会になっていくだろうということを、ある程度現実味を帯びた空想話として考えています。

その辺ご意見をそれぞれいただければと思います。いかがでしょうか。

中野 情報化ということで、かなり個人個人が情報を持つ。ネットワークされるということは、トップダウン方式から開放されるわけです。個人個人の意志が反映されます。絶対主義は、王様がいて一部の貴族がいて物事を決めて、あとは下々の者はそれに従う。今までは、大学医学部では教授が一人で意志決定した。今後は、一人ひとりの医局員の意思を判断しながら、教授が意思決定していく、という社会になっていくのだとしたら、権威とかそういうものがだんだんなくなってくる時代に入っていくのかな、という感じがします。

石神 漠然としているんですけど。新たな権威が生まれるような気もしないでもないですね。情報化社会によって。じゃあ何だって聞かれると、端的には答えられない。

西堀 危険なおいがちょっとするという意味でしょう。私もそれは感じますね。おっしゃること、まさに私もそう思うんですけど。

木村 気が付いたらマイクロソフトの天下。

西堀 変な権威が生まれないようにうまく制御していくというのも、一つの課題になってくるんだろうと思います。

石神 権力は、人類の永遠の欲望でもありますからね。

西堀 気持ちいいですからね。天安門広場に行ったときにうちの前の教授が、ここへ立ってこうやって指示したらやめられないだろうなって言っていましたから。(笑) それは確かに気持ちいいと思うんですね。

中野 この情報化時代になって、各個人が個人としていろいろアピールできる、あるいは存在が発揮できるということになってきましたね。もちろんそうなるた

めには、その人の力量が問われるわけですけども。

西堀 会社において。生産性をどのくらい上げたかということで給料が決まるのが本当ですよ。ということは、何をどうコストをかけてどのくらい生産したのかということだけで測られるようになると、その人が会社にとってもものすごい利益を生むようになれば、勤務時間全部なにやってもいいわけです。逆に、まじめにやったけど全然生産性があがらないということもある。社員一人ひとりが生産を上げるということ以外に、会社全体の生産性を上げる方法はない。縛ることが生産性を上げるということなのか、それとも自由にやりなさいよと、成果だけ評価しますよというのか。これは会社の選択、どちらでもいいんです。でも生産性を上げるための情報収集にインターネット見ているほうが正解かなという感じがする。

木村 いいんじゃないですかね。ゲームソフトを作る会社が真面目一本槍で縛り付けられてもいいものはできませんよ。少なくともクリエイター達は。

西堀 一体どういうことが世の中で起きているんだと。

木村 世の中を知るためにはインターネットの変なページをみることも必要。(笑)

安藤 歩いているときでも考えることによって仕事しているし、トイレの間でも仕事をするかというのも十分あり得るわけで。物質的な会社の建物が要らなくなった。

中野 コミュニケーションがフェース・トゥー・フェースでしかできなかったから、会社というハードウェアというか建物があるわけです。ただ、仕事が家でもできる、どこでもできるといったら、仮想会社みたいな形でもいいわけです。あと評価に関しても、評価するための情報というのがあわけです。ずいぶん会社の形自体がもう変わってくる可能性が。

本誌 それはそうだと思います。一番変えられないのは工場なのかなというふうには思います。ものを生産するところはしょうがない。

中野先生のいうバーチャルカンパニーというのは医療に適用可能でしょうか？

例えば、患者さんの血液を送ってもらって検査を外へお願いして、そこで評価してもらって、その結果を返してもらって患者さんに言う。先生たちというのはどういうふうに考えるんですか。やっぱりできたら、その人間を、全体を見たいと。そういうことってないんですか？

木村 血液検査だけすりゃいいんじゃないくて、患者さん自身の問診も含めてやらないと・・・

本誌 本来一人の患者に対してはチーム医療にならざるを得ないと思うんですね。その中で自分の専門の患者データの一部だけ診断して判断して返すと。そういうことだけで先生たちは満足するんでしょうかねという意味。

西堀 放射線の先生が、読影だけを請け負うという商売を既にやっていますね。それをやっている人はどういう人かという、それは放射線読影の勉強をしたいって来るんです。たくさん見ないと腕が身につかないから。だから私はここでたくさん見たいんだと言って

来る人がそこでやっているんですね。ですからその辺は考え方だと思うんですね。私どもはジェネラリストです、だから患者と接したいということがあれば、それはそういう職種じゃなくて患者に接する部分を担当するわけです。でもその人は、レントゲン診断のエキスパートになるのはおそらく無理でしょう。

木村 面と向かって患者さんと話をするのは、これは必要です。電話回線で相手の顔色や動きが見えていても、実物と同じものじゃないですからね。やっぱり定期的には会わなきゃ駄目だろうし、体に触れないと患者さんも納得しない。世界中の人とつながって話ができるかもしれないけど、顔を見ればもっと話をしたくなるだろうし。もっと人の話題も活発になると思うんですね。

電話が普及したら人が家から出なくなったかという、そうじゃないですからね。携帯を持ったらかえってその携帯でしゃべっているいろいろな人に会うようになってっちゃうわけでしょう。会う人の種類が壁が取り払われて広がったというだけの話で。

むしろ心配なのは、インターネット普及の中でデ



座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

ータの改ざんが起こったり、あるいはどんな通信をしているのかすぐ分かるようになってしまったり。何か悪意を持った爆弾メールがどんどん出てくるとか、そういうことがはびこるようだと、むしろ社会のセキュリティにかかわる。病院のデータを改ざんするようなことができちゃったら困りますからね。

電話会社の顧客名簿を派遣社員が持っていっちゃうという話を聞いたことがあります。ああいうことが病院でも起こり得ると僕は思うんですね。

西堀 今でも起こり得るでしょう。

木村 日本は情報セキュリティに関して、非常にのんびりしたシステムなんですね。牧歌的というか農耕民族的な。狩猟民族の作った制度を農耕民族が使っている。ファイアーウォールとかをがっちりしないと国家が危険だし、悪意を持ったほかの国の人がいじろうと思えばできちゃうわけですね。僕は非常に危惧しています。

あと、外国の人と自由に話ができるとおっしゃるけども、僕は基本的には日本人が日本語という言葉を使っている限りは、そう簡単にはならないんじゃないかという気がします。瞬時に完璧な翻訳ができるようなツールが出てくれば話は別ですが。幸か不幸か日本語しかしゃべれない人のほうが多い。これで文化が守られている一面がある。

西堀 ただ、使い方の問題という面もあります。そういうものが今かなりインターネットで配布されてきていて、しかもインターネット上で日本語で発音したものが英語に直るとかも時間の問題です。。

木村 だから「インターネット英検」とかね。インターネットに出てくる英語をどれだけ読めるかとか。そんなものができるかもしれない。

安藤 ネットワークが、将来社会を変えるという話に戻りますが、将来というのがどこまでの範囲まで限定するかによって全然話が違っていっちゃうわけですね。

情報を交流するというによって、既存の組織にどのような変化が生れるか。例えば今までの組織、医師会なんかがありますね。医師会は伝わってくる情報管理をするためにあるという部分が、今みたいにインターネットが広がって、厚生省や日医のやっていることが個々の会員達にも直接判るようになると、医師会の存在だって問われる。同じように考えると、先程のような社会との関係の時に、じゃあ国って一体何だろうと。政治って一体何をもちて政治とするんだろうと、ちょっと思うんですね。考えてみると、江戸時代には士農工商があって「農」と「工」は物の生産に携わるところにつながる。「士」と「商」は物の消費に携わる。その辺に、組織がどういう形であるべきのかな、と考えるポイントが何かあるように思うんですね。

西堀 国というのは、定義としては土地があって国民がいる。土地は動かせない。私はどこに所属しているのかを決めるのは、要するに住む土地がある程度保証されれば、あとは、どこへ税金を払うかということだけです。

木村 今先生がおっしゃったのは、国って何だということになるんでしょうけど。今後、国というものとは別枠の、将来につながるような大小さまざまな組織が出来上がる気がするんです。ちょうど江戸時代の豪商が商売を起こしたのが明治以降の大企業につながるようにね。

西堀 今の権威や権力を持っている人達がどういうふうにそれをつぶしにかかってくるのかが、興味のあるところです。恐らく無理なんじゃないかな。

木村 ネットというのは自分というものをある一面しか出さない。そうすると、あるネットではこういう人間の自分、またあるネットでは別な自分、みたいに。ネットオカマというか、そういうことができちゃうわけですね。多重人格的人間というのがもしかして増えるんじゃないかなという気がしますね。

西堀 ネットの上では、どれかひとつの組織だけに所属する必要がない。

木村 今までなら会社に24時間ドブリン漬かってた人が多かったわけですよ。朝から晩まで。休日だって家族ぐるみで。会社で運動会をなんていうところがあるわけでしょう。そういう拘束がなくなっちゃって、コンピュータにはまると、思いっきりオタクに走るか、分裂して二十面相みたいな人が増えるかという気もする。

中野 それを使う能力によって。使い分けられない人もたくさんいますし。

石神 使い分けられないほうが多いんじゃない。

木村 下手をすると、それを見ている第三者がよく把握しちゃって。だからネットを監視している人は、こいつはこことこことこのネットに入ってこんな発言をしている、多分こういう人間だと。本人よりも本質を見抜いたりできちゃうかもしれないからネットって怖いと思う。いつだれがどれを見ているか分からない。

西堀 何かネットが進んでくると人間不信に陥っていくような。

木村 そういう気もするんですよね。上手にこれをやらないと。

西堀 日本の場合は、そういう侵害を深刻に受けた経験がないんですね。やられても大したことないんじゃないのって思っている。その辺のところの意識がやっぱり日本の場合はどうしても低いのかなと。これは意識を持ちなさいと言っても、大事件が起こらないと無理なのかな、日本人で良く言うと順応するし、悪く言うと非常に主体性がないというか。

石神 盗聴法だってそんなに盛り上がりませんでしたからね。

西堀 あれは大変な問題で、結局今既にやっていることを正当化したいだけの話。今までやっていなかったからやるようにしますという話ではないんですね。ただ、それも一つのネットワーク・リテラシーだと思う

んです。電話でもメールでも、これは傍受される恐れがあるということを把握して、その範囲内でやる。

安藤 実際メールをやるじゃないですか。最初はメーリングリストで話すことが主で、会うことは従だと思っていました。ところが、最近逆になってきていて、オフミ（Off Line Meeting）をやるためにメーリングリストをやる、こういうことになってきているんです。結局、だから時代が進んでくると、仕事なんかでも、今まで1時間かかった仕事が、いろいろなツールによって10分で終わってしまい、あとの50分は空く。しかも交通手段が発達して人と会うことが益々容易になる。簡単なことを先にメールで済ませておいて、大事なことはその人に会って話すというようになるんじゃないかと思います。今よりむしろ、人と会うということを皆ができるようになるんじゃないかという気がしますね。

西堀 人間というのは社会的動物なので、人の意見を聞きたいとかそういうことに根本的な欲求がある。従って、人コミュニケーションをとりたがる。一方の手段としてのメールには、危険性は確かにある。国が傍受しているかもしれないよ、このメールは。でも、それじゃあこういう方法でやれば傍受されないよ、という方法を知っていれば、それでいいんじゃないか。

木村 それができる人とできない人というのはあるんです。だからさっきの新しい権威というのは何かといったら、情報技術を使いこなすせる人だと思うんですね。つまり、あの巨大なシステムを、どうコントロールするかというのは、非常に頭が良くて内部のことが分かっている人しかできない。誰でも充分にできる訳ではない。

西堀 システムの中の様子を見ればまあまあそんなに大したものでもないですけど。

木村 コンピューターを作っている人から見ればそうかもしれないけども、巨大なブラックボックスですね。

西堀 私が言いたかったのは、悪用しようとする人と

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

は別に必ずちゃんと分かって、かつ技術を持っている人も存在するということです。そういう人もいるから、悪いことをしようと思う人のことが分かって、それをつぶす技術も持っている。だれにでも何をやっているというのがはっきり分かっちゃう世界であれば、あいつは素人には分からないような悪いことをしようとしていると、見えてしまう。そうそう悪いことはできないと思います。

木村 飛行機のコックピットを開けて勝手に操縦しようとする人間がいることを思えば、素人が手術室に勝手に入ってきて、勝手に手術することがありうるかも。(笑)

西堀 それはあるかもしれないですけどね。

木村 あるでしょう。それは極端ですけど。一層その境目があいまいになってしまって、突拍子もないことを一人の狂人がやっちゃうと、それで被害を受ける人の数がこんなに増えてくるんですよ。病院のデータも心配です。

中野 その辺が問題ですよ。

西堀 この間の飛行機の事件は無事解決して良かったけど、今ああいう人って別に珍しくないと思います。

木村 飛行機が墜落すれば、おそらく何百人も死んでいますね。

1国のコンピューター・システムを破壊してしまえば、その国が立ちゆかなくなるというふうになっているわけですね。だからニューヨーク株式市場だって崩しちゃうこともできるかもしれない。いろいろ対策はとってあるんでしょうけれど。

西堀 その辺のリスク回避に失敗して人類の危機を招くか、それとも知恵を活かしてそれを乗り越えうまく使いこなしていけるかというのは、おそらく人類の知恵が試されているじゃないかと思います。

安藤 今まで割と上手くできてるのではないのでしょうか。

西堀 そんなにうまくないけど、そんな人類が絶滅す

るほどのことにはなっていないから、いいんじゃないかと考えるんですね。

言語と文化

木村 全然違う話ですけど。私が興味を持っているのは、日本語というものがこれからどう変わっていくのか。おそらくネットを使うことによってかなり言語体系が崩壊してくるだろうと思うんですね。尊敬語とか謙譲語とかって、かなりヒエラルキーがあったわけですけども、あれがいろいろな人に対等にネットが、どんどん手紙がインターネットでできて、しかも短い手紙だろうと一応来るということになると、季節のごあいさつとかそんなものはなくなってきてきています。カタカナ用語はますます増え一部の同好の士でしか通用しないものが増えるでしょう。

外人に通じない変な和製英語も、まだまだ増える気がする。そうするとかなり日本語が変わってくる可能性がある。20年後、30年後、どうなっているか。

本誌 先生はどういうふうに考えているんですか？

木村 どんどん記号化していくんじゃないかと思えますね。符号化、記号化して。

本誌 今の歌詞みたく、日本語と英語がごちゃごちゃになっているとか。

木村 どんどんもっとごちゃ混ぜになってゆくのでは・・・

英語の使い方は、今より上手くはなるでしょうけど、相変わらず和製英語に近い用法は続くとおもいます。複数形の「s」を落とすとか。カタカナ3～4文字の略語も増える。「マクド」や「ケンタ」はアメリカじゃ通用しませんよ。それから、英語の「take」とか「have」とかに相当するような変な日本語ができてくるんじゃないか。一つの言葉で何でも意味しちゃうような。「ゲット」というのも日本語になっちゃったんでしょう。

そういうふうになる。これで単語の順番が変わっちゃうと日本語でなくなっちゃう。

本誌 それは親しみやすいという意味合いからいくと、英語を取り入れていくという方向？韓国語を取り入れた日本語になる、とかというふうにはならない？

木村 いろいろ混じってくるでしょう。ただ、コンピュータ用語は完ぺきに英語でできている。だからその意味では彼らの言語、文化的侵略を受けているといえますね。日本語を守らなくちゃいけない。「正しい日本語を使うマルチメディアの会」とか。(笑)

僕はアットマークで自分の所属を表記するのは好きじゃないですね。ああいうのだって「の」という単語を使えばそれですむじゃないのと。

西堀 私なんかが思っているのは、言葉こそ競争原理で、一番目的にかなったものが選ばれるんであって、それ以上でもそれ以下でもない。英語の中にも他の言語が入っているわけで。日本語にない概念で、これは言いやすく、短くて、ニュアンスが良く伝わってというものは入ってくるだろうし。それはある程度交通整理が必要だとしても、こうでなきゃいけないというのは無理なんじゃないかと。言葉というのは二人が合意すればそれで成り立っちゃうんですから、あまり整理しようとする、ちょっと違う方向へいってしまう。むしろ言葉の誤用によって大きな誤解を招いて戦争になっちゃうとか、そういう性格の言葉の大切さに警鐘を鳴らす必要があるかもしれません。

石神 言葉というのは細胞と一緒に、変化と新生とあって、どんどん新しい言葉が増えてきて何ら不思議はないと思います。自然だと思う。事象が増えていくんだから、それを表現する言葉が増えなきゃいけないし、それに何も外国に適切な表現があるなら外来語として使うことも、何も問題ないんじゃないかと。それこそ医学の領域を見たら、逆にモレキュラー・パイオロジーなんてものはや日本語を作ろうという努力さえしなくなっちゃっている。

木村 しないですね。

石神 これ、何ていうんですか、日本語で。だれも答えられない言葉がほとんどですものね。

木村 そんな学問ないと思いますよ。

石神 すさまじい時代になっちゃったなという気がします。

安藤 それは矢張り、日本語のほうが一番いいと思っている先生だって、じゃあ、大勢がそうだからということならがっていう感じでしょう。

石神 何だかもはや日本語を作る努力を放棄してしまったような。

木村 外から見ると敷居を高くして自分たちだけの中で盛り上がっているように見えてしまう。

石神 だからたまに日本語化したやつがかえって訳の分からん日本語になっちゃって。という例もありますよね。ただ、異常に日本語がなくなりつつあるなというのは問題でしょう。

安藤 僕の従兄がドイツにいるんですが。ドイツにいるときはドイツ語で考えて、日本へ来て1週間ぐらいすると日本語で考えるようになるんだそうです。また向こうへ行ったらしくすると、また、ドイツ語で考えるようになる。言葉というのは、英語と日本語って構文的に違うじゃないですか。そうすると、そこで同じことを考えているんだけど、矢張りどの言葉を使って考えているかということにより、物の見方とかそういうところが微妙に変わっちゃうんですね。その辺に言葉によるコミュニケーションの本質があるような気がするんですね。

中野 コンピュータですとずいぶん英語がそのままさんなり入ってくるから、訳す必要がなくなっているのかなという気がしますね。

石神 ただ、適切な漢字に置き換えて表現しているものというのはものすごく助かるわけですよ。やっぱり分かるわけですよ。

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

石神 コンピュータはまだ日本語にされているものが多いですね。遺伝子領域に比べると。もうちょっと努力してもいいような気がするな。

西堀 それはおそらく、向こうのものをありがたがって頂くという風習がはびこっているせいでしょう。

石神 しかも、頂いたくせにそれは日本語になっているんであって、英語じゃないんですよ。もはや、それを発音したって絶対通じないわけ。

西堀 分からないと。

石神 その問題がある。日本語って割り切っちゃわないと。でも日本語のいいところは、やっぱりこれだけ面白いの言葉をどんどん使えるわけだから、それを放棄する手はないと思う。

中野 でも、現実にはそういう放棄する方向に流れているというのは木村先生がおっしゃった。

木村 英語を使うと、彼らの土俵でしか相撲が取れなくなっちゃうんですよ。横綱を連れてきていきなりボクシングのリングで相撲を取れて言っているようなものです。一方日本語というあいまいな言語を使っているから出てくるおもしろい仕事も、ネットの上で展

開されると思います。今までの文学がそうであったように。

安藤 日本語だと表現できても、英語だと言い足りない。そういう日本語の特性というものを日本人が気付くに残るんじゃないですか。

西堀 いずれにしてもコミュニケーション手段としては絶対日本語のほうが有利だというのが私の考え方で。勉強するのに時間がかかるけどコミュニケーションは効率的であるという言語が漢字。勉強するのは簡単だけどコミュニケーションに時間がかかるというのが英語。アルファベットだと26覚えれば一応書けるわけですから。表現だったら日本語のほうがたくさん種類をもっている。

言語を含めた文化ということについて言うと、強い文化が弱い文化をどんどん吸い込んでいって、弱い文化がなくなっていっちゃう。これは競争原理で起きる。そうすると、弱い文化の人たちというのは何とか自分の文化を残したい、当然そう思いますよね。言葉というのはその一つの象徴なわけでしょう。昔の知恵がその言葉で書いてある。それが将来の人に伝わらないと、



これは消滅しかない。言葉が消えていくということは、文化が弱いということなんです。ほかの国の人に受け入れられるようなものをどんどん、概念なり知恵なりを発信している国の言葉が普及するのであって、強制的に英語を使えってって英語を使っているわけではなくて、概念自体が英語で生まれちゃうんですね。ですからもし日本語で対抗したいとすれば、日本で対抗できる概念を作らないと、どんどん生産していかないと。それで、その言葉に向こうの人たちにそのまま使わせるということをしないとダメです。だから私は最先端の論文は決して最初に英語では書かない。向こうから問い合わせがあったら始めて訳してやる。ということは、日本語で書いたやつでも読みたくなるような内容の論文を書くわけですね。横文字にしないと世界中に知られないっていうことをよくおっしゃるんですが、それは違うんであって、読みたくなるようなことが書いていないからだれも読まないだけなんです。これはその例になると思いますけど、私は抄録だけは英語で書いて、自分の書いた論文の全文をほとんど自分のホームページに載せています。肝心なところだけは英語で説明やキーワードが書いてある。あとは日本語。向こうから見た人には、訳の分からない化け文字の中に英語が少しだけ見える。それでも、外国から共同研究したい、とメールが舞い込むんです。残念ながら私は日本語が読めないからここまでしか理解できないけど、とにかくあなたの仕事を私もやりたい、と来るわけです。発信する中身が大事なんです。

木村 ただ、機能的じゃないんだよね、日本語は。

西堀 確かにちょっとまどろっこしい言い方になるんですね。日本語にしちゃうと。

木村 簡潔明瞭に、何がどうしてどういうものであるという表現ができないし、黒だか白だかあやふや言い方もありますよね。

西堀 最後に言っておきたいのは、僕らの世代でも周

りにものすごい面白い考えの人がいっぱいいます。しかし、今決定権を持っている人がそれを選ばず能力がないだけの話で、すぐそこにもものすごい面白い世界があると思うし、あるんですよ。彼らにチャンスを与える仕掛けができてしまえば、アメリカにも全然負けないうと思う。アメリカでも優秀な人はごく一握りなんだから。今はその人たちが枯渇した後アジアの人がどんどん留学して、実際に優秀な論文を書いているのはアジア人でしょう。日本にも優秀な人材が沢山います。私はまだまだ日本の将来を楽観しているんですが。

本誌 将来を楽観視するということで終わりにしますか。石神さんは昨日アメリカから帰国したばかりなので、アメリカの最新の医療状況を少しご披露願って最後としたいと思います。

最近のアメリカびっくり話

石神 先に申し上げましたが、ITの中のeヘルスの状況について少し説明しましょう。eヘルスというのはエレクトロニック・ヘルス何かを縮めたもので、何かはだれも今定義できないんです。

eヘルスというのは、情報通信技術、あるいはソフトウェアがどうかハードウェアがどうかということよりも、コンテンツのほうの要素が強いような気がするんです。そのコンテンツは何かというと、例えば日本ではso-netさんがやっているメディプロですか、あれがやっぱりeヘルスの一つの典型的でしょうね。

一つ、これはプロフェッショナル向けのもの。プロフェッショナル向けに情報サービスをしているわけですね。一つはMedlineが引けるという、あるいは学会の情報がずっと流れてくるとか。プロフェッショナルというのはもっともっといろいろなのがあると思います。一つがコンシューマー、消費者向けのもの。これがものすごく広いんですね。

座談会

- 医学全般について若手医師が本音で語る -

日本ではまだまだですけど、アメリカのほうではいわゆるヘルスケアのプロバイダーと言われる、いろいろな民間保険があるわけですね。乱暴な言い方、ある民間保険会社と一括契約してしまう。そこに一定のお金を払い込めば、日ごろのかかりつけ医から始まってさらに進んで紹介で病院に行く場合というのが、決められた範囲内の金額で、費用が全部カバーされます。こういうところの情報のマネジメントというのは非常に大きなビジネスになるという考え方ですね。

つまりあらゆる情報をそこが握っているわけですから、それをうまく利用していけば、いろいろな形であるし、患者のクオリティー・オブ・ライフまで上がりますよと訴えることができる。本当にクオリティー・オブ・ライフが上がるかといったら、まだそんな段階ではなくて、現在のところはエコノミー、エコノミーで経済的な効果を狙っています。ただ、やっぱりそこでQOLまで視点に入れていなければ生き残っていけるものではないだろうと思います。これが患者ケア、あるいは医療行為、医療制度にかかわる一番左側だとすると。一番右側が最近有名なドラッグストア・ドットコムです。これはインターネット上で処方薬、OTCを問わず全部販売してしまうというんですね。ドクターから処方せんが切られたときに、そのまま調剤薬局に寄るんじゃなくて、うちへ帰っちゃって、それでインターネットから申し込めばダイレクトに送られてくる。これが今インターネットで本の販売をしているかの有名なアマゾンドットコムに買収されたんです。これはいよいよいけるんだなというふうに、今非常に注目を浴びています。これはものを売るという、いわゆるeコマースですよ。片方がヘルスケアのサポート・プログラム。

最後の一つは何かというと、いわゆるインダストリー向けという、いわゆる企業向けのもの。つまり製薬会社とか検査薬のメーカーさんなどへの情報サービスの提供です。

その情報の一つは、医育機関名簿に近い医療機関のデータベースで、紳士録に近いドクターのバックグラウンドまで含んだドクター個人のデータベース。また一つは、ドラッグのデータベース。

検査値のデータベースも作り上げちゃおうということもあるんですね。病歴のはっきりした患者さんのケースのデータがあるから、それを絞り込んで、全部データベース化するというやり方なんです。もちろん法的な問題とかがありますが。これを数百万例、数千万例というふうに集積していったときにはものすごいデータベースができる。製薬会社側は何を狙っているかということ、これは臨床試験を非常に早く有効にやるときに、臨床試験にアクセスしていただく方をピックアップできるというような発想です。アクセスしたいといって、みんな巨額の金を払っています。

例えばヒューマン・ゲノムのデータベースを作るとしますと、膨大なデータベースを作っただけでは何の意味もない。商用に今もう既に売られているデータベースというのは、いわゆるアクセス権を売るんですね。その中で一番有名なのは、インサイト・ファーマシューティカルというカリフォルニアのベンチャーがあるんですが。ここは世界のトップの20の製薬企業と全部契約しています。これの1年間の購読料というかデータベースへのアクセス権というのが大体10億円から30億円。それでも金を払う。

もう一つは、ハード面が整備された。アメリカに7カ月振り位に行ったんですが一番びっくりしたのは、公衆電話にキーボードがくっついちゃったんですよ。小さなやつを。それとホテルのテレビがびっくり仰天で、リモートコントローラーってないんですよ。テレビに小型の、テンキーのないキーボードが乗っているんですよ。もちろん今年の夏モデルのあのデスクトップと同じで、いろいろなショートカットキーがくっついていてるわけですよ。メニューだとか何とか。機能的には同じなんですね、従来のリモコンと。それがキーボー

ドになっているんですよ。恥ずかしながら使い勝手が分からなくて。何のことはない、メニューというのを押したら、いきなり電源が入ってきてメニューが出てきて。あとはゲームと同じですよ。セクターでセレクトして。そこまで来ているなど。

それにテンポラリーなインターネットのアカウントが1日当たり3ドルかな、フリーアクセスで、というのが。そんなもの使う暇ないですけども。ついにこれが一般のホテルの部屋のサービスになっちゃったのかということ。公衆電話のキーボードは何に使うのかいまだによく分からないんですけどね。あれでメールを打つんですかね。あとはあちこち、1時間1ドルという契約とかいうのが、空港の中にいっぱい時間つぶし用にインターネット置いてありますね。それが結構人がくっついていて、そこに。それが当たり前になっちゃってる。

本誌 大変面白い話しありがとうございました。それでは、これをもって本日の座談会を終了いたします。本日はご苦労さまでした。

注) この座談会は8月7日に行われました。

この時点で中野一司先生は、文中にありますように所属がありませんが、9月上旬に開業致しましたので現職は「ナカノ在宅医療クリニック院長」です。