

歳末放談会

2017 医療は今

と き 平成 29 年 11 月 9 日 (木) 16:00 ~ 17:50
 ところ 山口県医師会 5 階役員会議室

司会 定刻になりましたので、ただ今から平成 29 年度の歳末放談会を開催させていただきます。はじめに河村会長にご挨拶をいただきたく思いますので、よろしく願いいたします。

河村会長 皆さん、こんにちは。本日はお忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございます。歳末放談会の季節になりました。本年度も、医療に関してはなかなか難しい問題がありました。今日の新聞にも出ておりましたけれども、来年度の同時改定はマイナスになるといわれています。医療費の中で、薬剤のパーセンテージが上がって、人件費が下がっているわけです。だから、来年は人件費がアップするという趣旨の報道がなされているのですが、多分そういう方向性だと思います。しかしながら、全体で見ると、やはりマイナスだと。大きなマイナスにはならないと思いますけれども、心してかからなくてははいけません。本日はよろしく願いいたします。

AI と医療

司会 ありがとうございます。それでは早速、放談会に入らせていただきたく思います。最初のテーマは「AI と医療」です。近年、急速に進

化していく AI を医療に生かそうとする動きが広がっています。従来、医療とは、医師による検査・診断・治療のことでありましたが、それが大きく変化する可能性があります。まず、現在の状況等についてお願いいたします。

◆ まず私は AI の専門家でも何でもないので、そのところは初めにご了承願いたいと思います。AI は AI でも、もう一つの Ai (オートプシー・イメージング：死亡時画像診断)の方がどちらかというと専門です。AI 自体あまり縁がないのですが、少し調べましたので、まず AI の歴史のような話をさせていただきます。

今、AI というのは、第三次 AI ブームといわれています。ずいぶん昔、1956 年のダートマス会議で初めて AI という言葉が出てきました。これは、ゲームとか迷路などを解くようなもので、第一次 AI ブーム、第二次 AI ブームまでは、AI といいなながら、コンピュータのプログラムみたいな感じのものでした。だから、最近のように、いろいろなものを自分で学んだりしていく AI というのとは、ちょっと意味合いが違うと思います。一次ブーム、二次ブームとも、一定の枠組みの中でしか考えられないということから進化していません。

出席者

広報委員

吉岡達生 渡邊恵幸
 津永長門 長谷川奈津江
 川野豊一 岸本千種
 堀哲二 石田健

県医師会役員

会長 河村康明 理事 中村洋
 副会長 吉本正博 理事 山下哲男
 副会長 濱本史明
 常任理事 今村孝子

ただ、1957 年くらいからニューラルネットワークというものがあり、これは人の頭脳をシミュレートしたらいいんじゃないかということで、第二次 AI ブームの終わりぐらからかなり表に出てきて、それが進んで、現在のディープラーニングの手法につながってきているようです。

ディープラーニングというのは、去年でしたか、AlphaGo（アルファ碁）が人間を破ったので、かなり評判になったと思いますが、どんどん自分で進化していくような感じのものです。このディープラーニングは、画像の認識なんか役に立つ、医学の分野でそれを使っていくことができないかということで、今の状況になっています。

平成 29 年 6 月 27 日に厚労省から出ました「保健医療分野における AI 活用推進懇談会」の報告書では AI をどのようなものに今から使っていくかということで、ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援の 6 つの分野に AI を重点的に使おうというロードマップが出てきています。

画像診断分野では、今、九州大学などを中心に画像のデータベースをつくりまして、それを AI に教えるというようなことが行われています。2020 年には、医療機器メーカーへ教師付きの画像データを提供して、AI を活用した画像診断支援プログラムを開発するというようになっていますが、もう現時点でも相当の能力を持つような時代になっています。放談会ですから好きに言いますが、でも多分、放射線科の医者が失業するのは結構近いんじゃないかという気がします。

司会 ありがとうございます。私も最初に失業の恐れがあるのは放射線科の先生ではと思います。眼科も危ないです。順番からいって、画像が



重要な科から AI に職を奪われそうです。アメリカかあるいは日本だったか、骨折や肺がんの画像診断を専門に AI で請け負う会社があるようです。先生は医師に劣らぬと言われましたけれども、トップレベルの医師よりも精密度が高く、24 時間働いて、5 万倍速いそうです。AI の利用については各科により状況が異なると思いますので、そういうことを皆さんにお聞きしたいと思います。

◆ どの科からつぶれていくかという話ですが、多分、入力系と出力系に関わってきます。放射線科の場合は、放射線画像は今、DICOM という規格で、はじめからデジタルデータになっています。だから、入力はめちゃくちゃ簡単です。眼科とか皮膚科でも、カメラで写真を撮って入力することが出来ます。でも、例えば内科医は、「頭が痛いですか」「どのように痛いですか」などの閉じた問いでどんどんデータが入力できますが、ただ、それだけではなくて、顔色も見ている、においも嗅いでいる、それから、しゃべり方も全部見ている。そのように入力するデータが言葉以外にもたくさんあるところは、なかなか廃れにくいんじゃないかと思っています。

出力系の話ですけども、出力するほうは、放射線科は、レポートを書いて出すわけですが、例えば外科の先生は手術しなきゃいけないわけで、現在もダヴィンチで遠隔手術をしたりとかやっていますが、AI が手術する時代が来るのはかなり先になるんだろうと思います。入力・出力が簡単にできる科ほど早く AI に置き換えられていくのだろうと思います。

◆ 脳の CT や MRI の画像診断における見落としは、AI を活用することによって防げるのではないかと思います。人間の場合は、先に病気を思い付いてから画像を見る場合があり、思い込みで画像を見てしまって、病変が見えていないということが起こっています。AI が登場することによって、そういうことがなくなるというのは、大変良いことではないかと思います。

◆ ちょっと教えていただきたいんですけども、AI というのは学習能力があって、どんどん賢くなっていくんだそうですね。顔の表情や、言葉の使い方あるいは動作などを認識して、それなりの判断を下すことができるようになると思ったのですが、そうすると、内科のほうもちょっと怪しくなってきたような感じがするのですが。

◆ そうですね。確かにそれを総合してすべて診るようなシステムが出てくると、そうなると思います。ただ、多分、患者さんはというのは、医者相手に喋る時の表情と、機械相手に喋る時の表情は多分違うと思いますし、その辺りはまだ分かりません。まあ、人間に近いロボット型の AI が出てくると分かりませんが。先程、放射線科は失業すると言いましたけれども、しばらくは人間 vs AI はなく、AI を使う人間 vs AI を使わない人間の対決になる、早いうちから AI について慣れていきましょうという話も聞いたことがあります。

◆ この間、テレビで警備会社の特集をしていたのですが、コンビニの防犯カメラの画像から、「この人は怪しい」というのをアラームで知らせるシステムが開発中で、ほとんど実用化段階だと言っていました。医療の現場でも、診察室に画像解析のカメラや音声解析のマイクがあって、患者さんのちょっとした僕らが気付かないしぐさや話し方で、病気を見つけることなど、ディープラーニングしていけば、あっという間に医師に追いつくのではないかと思います。

それと、最近、ニュースで大手都市銀行がリストラをかけているというのを知りましたが、興味深かったのは、50 歳以上は AI についていけないから、最初にリストラの対象になるそうですね。30 代、40 代の若手で AI を活用できる人は生き残れるそうです。医師もそういう時代になってくる可能性があり、先程、先生が言われたように、うまく AI を使っていないと、これからの僕らの生存競争は厳しくなっていくと思います。

◆ 消化器内視鏡の画像診断と AI ということでは、YouTube に動画が出ています。国立がん研

究センターと確か NEC だったと思いますけれども、共同でやっている Colonoscopy の支援システムのデモ動画です。現時点では、隆起性の病変は、ほぼ確実に拾って、どれくらいの確率で悪性かを、その場で判断してくれるというものらしいです。

それから、昭和大学横浜市北部病院消化器センターでは、内視鏡で粘膜下の血管などを拡大観察して悪性度を診断して、生検しないでも済むというようなシステムを開発しているようです。

おそらく画像診断に関しては、AI がこれからどんどん入ってくるので、それをうまく使っていないといけないだろうし、追加の経費の話も出てくるのだらうと思います。

◆ 先程、内科医は顔色を見て、においを嗅いで、話し方を聞いて診断をつけるのだという話が出ていました。確かにそうで、診療室に入ってきたときから、僕たちは患者さんを見るよう指導を受けていたんですけども、どうも最近の若い先生方は、そうでなくて、ディスプレイの方ばかり向いて、患者さんの顔を見ない。最近は聴診器も当たらないというドクターが増えたことを不満に思っている患者さんもたくさんいるんですね。私が聴診器を当てると、「えっ」という顔をして、「聴診器で聴いてくれるんですか」みたいな。あるいは、打診をすると、「えっ、直接体に触れてくれるんですか」みたいな反応をする患者さんがいるわけですよね。そうすると、AI で便利になったときに、実際に、患者さんがそれに満足してくれるかどうかということが、これからの大きな課題になるだらうと思いますよね。

◆ AI の有効な使い方は、早期診断と考えます。言い換えれば健康診断だと思います。何らかの症状があって医療機関を受診すれば早期発見に繋がらないことがあります。無症状、無自覚でもコンビニの AI による健診を受けて、問題があれば早期に医療機関を受診することが想像できます。その場合に問題となるのは、健康診断は自費になることです。この辺りの話がどうなっているのかと思っています。

◆ もともと AI というのは人間がつくったものですから、AI に人間が従属的になるというのは、ちょっとおかしいと思います。ただ、今言われたように、診断が主になっている科は、非常に有用と思います。最終的に決定するのは医師であって患者さんの気持ちをくみとって、その患者さんの希望に合わせて治療を選択しています。治療には診断だけではなくて、患者さんの希望、あるいは社会的要因、経済的要因、環境的要因が重要ですが、一番大事なのは患者さんの意思決定ですから。

人間というのは感情の動物ですから、ときどき、ベストを選ばないでベターを選ぶかもしれません。また、途中で気が変わることもあります。治療全体から考えると、AI は判断するための一つの方法であり医師が上手に使う努力をこれからするべきです。立派な参考書と思って、医師の経験や患者さんの意思に上手に対応することができて初めて医師としての責任感といいますか、医師としての仕事が達成できるのではないかと思います。

◆ 今、医師が診断できているものは、必ず人工知能を使って診断できるようになってしまうと思いますね。医師が診断に迷うものに対して AI がどこまで入って診断をつけてくれるのかということに問題が残っているのではないかと思います。それで、人工知能が、医師が迷っているものを診断したときに、それが合っているかどうかというのは人間が決めないといけないから、最終的に、90%は人工知能がやれても、あとの残り 10%の中のある部分は人間が決めて、まだそれでも解決できないものが残っていくのではないかと思います。

◆ 例えば去年の 8 月に出た記事によると、IBM の Watson、— IBM は AI ではないと言っていますが、似たようなものと考えて—は、専門医が診断できなかった特殊な白血病患者の病名を 10 分ほどで見抜き、その結果、治療法が分かったとのことです。

そうすると、まれな病気こそ AI の方が有効と言えます。論文なんかでも、2016 年の末時点で

2,700 万件の医学論文があり、年間 125 万件超の論文が公表されてきています。その論文を全部読むというのは、僕らには到底できない仕事ですが、AI はそれを全部読めるわけで、いろいろな判断の幅が広がっていき、まれな病気も見つかることがあると思います。

司会 あくまでも医師のサポートの道具として AI を使いたいというのは私たちの願望です。自動車の自動運転は確か 4 段階あります。第 1 段階や第 2 段階はブレーキやアクセルなどの操作が自動になる。でも、4 段階になると運転手が全く関与しなくなります。現在の技術でほぼそこまで可能になっているけれども、法律上の問題があるから、まだ出していないだけ。いずれは医療にも同じことが起こってくるのではないのでしょうか。先程、医師が最終的に決めると言われましたが、きれいな表現ですけれども、裏を返せば、責任を取るために医者が必要ではないか。AI を訴えることはできませんが、訴える相手として医師の存在価値があるような事態を恐れております。少なくとも、ほかの職種と同じ方向にいくと、現在の医師の数は要らなくなりますよね。私はすごく悲観的な見方をしておりますが、「いや、そうじゃない」という意見をぜひ。

◆ 昨日の別の会でも話題になりましたが、先程言われていたことは非常に大切だと思います。パフォーマンスというわけではありませんが、実際に聴診器を当てるとか、打診をしてあげるなど、特に一般のクリニックでは、そういうことを求めて来る患者さんもおられることは事実です。だから、昨日も内科の先生に、「実は、僕は聴診器を、もう 30 年ずっと同じものを使っている」と言うと、「循環器内科医は、1 年に 1 本壊れるぞ」と言い返されました。「そのうち AI で、ぱっと当てたら全部自動で診断できる聴診器が開発されるのではないか」と言うと、「いや、当ててあげることに意味があるんだ」と同じことを言っていました。

それと、AI を医療のほうに使ってくれればいいのですが、レセプトの審査に使われると、その

先生の傾向が全部ばれて、「これは傾向的ですから」といって、どんどん切られるのではないかと
いう心配をされる先生がいました。

司会 審査のほうは、何かそういう動きがあるのでしょうか。

◆ 一番極端なのは韓国で、韓国は今、国民皆保険なのですが、コンピュータ審査で半分くらい切ってしまう。結局、心が入っていないから、「この人は、これだけ注意したらよくなるだろう」ということはないんですよ。次に一番起こるのは何かというと、今、韓国では国民皆保険なのに半分は混合診療と自由診療なのです。

だから、韓国の人が、日本の審査を見学したことがあって「こんなに日本はこまめに審査しているのか」というので、すごく感激したという話を聞きましたから。やはり、微に入り細に穿って見ないと、審査はできないですよ。ですから、多分コンピュータ審査が入ると、最終的には人間の目で見てやる審査は 1%以下と少なくなるんですよ。だから、そういうところを踏まえながら自分たちも勉強していかないと、国民皆保険さえ危うい状況です。

◆ 支払基金でもそのようになるということで、すごく危惧しています。

今、支払側と診療側の間に医師が関与することで、お互いにうまくいっているところがあるので、この現在のシステムはできるだけ残していきたい。しかし、審査の数も膨大になっていますから、ある程度は AI に手伝ってもらって、出来高部分は人間の目で審査したほうがいいのではないかと、支払基金としても頑張っ



生き残ろうという方向になっていると思います。先程の AI で何でもできるということですが、自動車の運転にも、トロッコ問題といって、どっちにも解決できないことがあります。例えば、機械としては、衝突しなければいいということであれば、ブレーキを踏めば良いのですが、それによって追突されることも起きます。追突されないようにブレーキを踏むというソフトを組むのがまだ難しい。それから、前に人が飛び出して来たときに、その人を避けるために右に逃げたら、反対から自動車が来て、そっちで 5 人死ぬ場面があるとします。1 人殺すのか、左に逃げて自分が死ぬのか、右にハンドルを切って 5 人が死ぬのを選ぶのか、いわゆるトロッコ問題がどうしても残ってしまう。AI がそれを解決してくれればいいですけども、そこまで行くかどうかですね。そういうところを、コンピュータがディープラーニングして身に付けてくれるものでしょうかね。人工知能が、人工という言葉が外れた知能を獲得できるのかというのも、私は大変疑問に思っています。

司会 でも、2030 年くらいに、人工知能が爆発的に賢くなって、急に進化を遂げる年がくると聞いたことがあるような気がします。

◆ シングularity (Singularity)、人を超える時ということで、早ければ 2029 年という話がありますね。

話を医学分野に戻しますが、CT とか MRI とかを AI は今でも結構ちゃんと読影できるのですが、それに他の情報を一緒にくっつけて読むこともあります。遺伝子情報をそこにくっつけてやって、画像を読んだりとか。ラジオジェノミクス (Radiogenomics) と言うみたいです。だから、一人の医師でできなかったような膨大なことを、AI が組み合わせて判断するというのも出てくると思います。どんな時代になるのか、ちょっと見当がつかないですね。

◆ 先ほど、愛情を持って患者さんを診

察するというお話がありました。今、aibo が愛情を持って接してくれるということで、人気が出ています。今後、コンピュータ画面しか見ていない医師に代わって、aibo 型の、患者さんの脈をとるとか聴診するようなロボットができるかもしれません。最終的にドラえもんみたいなものを本当に人間がしてくれるのかどうか期待したいですね。

司会 余談ですが、私はソニーの新型 aibo を予約開始直後に申し込んだのですが、サイトに全然つながりませんでした。30 分で完売だったらしいです。時々、大病院を受診されている患者さんが言われます。自分が診察室に入っても、先生は私の顔を見てくれない。ずっとパソコンを見ている。マスクをして、ぼそぼそ喋るので説明も聞きづらいと。これまでは、そのような診療でも通っていました。この AI の出現は、パソコンを向いている医師に対する医療からの逆襲という気がします。

◆ 私も AI に関してほとんど無知ではありますがけれども、果たして医師に何を求められているかということを考え直すいい時期だと思います。医学教育において、今後、若い人たちが、どのようなことを学んでいくのか、どのようにして医学というものを捉えていくのかについてしっかり考えてほしいです。確かに便利なものは可能な限り駆使していくというのは、基本的にとっても大事なことだと思いますが、どのようなことが今の医学生に医学マインドとして浸透していくべきかということ、併せて考えていく必要があると思います。

「いろいろなものが便利になりましたよ」というだけではなく、臨床経験を積んだ人が AI を使うのではなく、経験の乏しい中で、AI を使ってどのように治療していくかということがむしろ今後の医学教育として大切であるとの視点で、AI の問題を考えてほしいと思います。

◆ 今から 20 年前はスマートフォンなんて想像もしませんでした。だから、これから 20 年先は、もう想像もでき

ない世界になっているでしょう。今言われたように、個人それぞれの遺伝子情報データなどを入れたら、もう全部 AI で治療可能でしょうね。私は小児科なので、赤ちゃんを触らないとわからないこともありますけど、それも AI が触れば分かるかもしれないし、全部データをインプットしたら、やはり臨床的なこともできるのでしょうか。私たちは長い臨床経験で診断をしますけれど、AI にデータのインプットだけで医療になるのかなあという疑問は残ると思います。

これは余談ですけれども、この前「ブレードランナー 2049」という映画を見ましたけれども、クローンと人間それぞれの生命という話がベースにあって、クローン人間は当然 AI ですけれども、自分たちも、クローンなのか人間なのか、もう分からなくなっています。過去の記憶も全部インプットされます。子どものときの記憶もインプットされて、クローン人間として宇宙に出て、人間の代わりに働く定めですが、やがて反乱を起こすという話なのです。ひょっとすると、これからはクローン人間を作る世界になると思います。その頃には私は生きていませんが。

◆ 先程、医学教育のことを言われたのですが、専門医試験というのは、われわれは何年か経験し、勉強してからでないに通らないじゃないですか。将来、AI が進化して使ったら、1 年目から専門医に通るということになりますよね。別に自分が記憶しなくても、経験しなくても、患者さんの情報を集めたら AI が診断してくれるという時代になるから、専門医教育の仕方も大変変わっていくのではないですかね。

◆ 今の若い先生方は患者を診たり、話を聞いた



り、触ったりすることをされないそうですね。聞いた話ですが、急性腹症の患者を診られた時、悪心があるとの訴えで、どうもその症状の薬を処方されただけのような感じでした。翌日、二次病院へ入院、その後、三次病院へ転送されたそうですが、不幸な転帰をとられたそうです。将来的には AI が診断名を明確に出すかもしれませんが、私たちの時代は聴いたり、診たり、触ったりすることを欠かすことができないと思っています。

ソニーが aibo を出しましたね。あれは学習能力があって、話したりとか、「今日の具合はどうですか」とか、顔色を見て言えるようなロボットみたいなんですね。前の AIBO は、これこそロボットだというような感じだったけど、今度は小犬なんですね。これはちょっと医療と関係ないけれども、これから先はどうしても高齢化社会になってきて、しかも独居時代がやってくると思うんですね。そうすると、そういうときに aibo があれば、話し相手になる。気持ちが非常に和むと思うんですね。だから、そういう AI を持ったロボットが、癒しの面にも使えるんじゃないかと思っています。

◆ 私も、すぐにでも買おうかと思いました。今、生きて犬がいますが、この犬が亡くなれば、室内犬として飼いたいと思いました。洗わなくていいし、散歩にも行かなくていいし、それに、目の動きが非常にチャーミングでとても愛らしいですね。

◆ 今、猫を 1 匹飼っているのですが、その猫が非常にかわいくて、癒しの対象です。うちの奥さんなんか僕が外から帰っても迎えに出ないことが非常に多いのですが、その代わりに、玄関のドアの鍵をカチャッと開けると、猫が飛んで来て、迎えてくれるんです。仕事に出かけるときも、見送りをしてくれるんですね。感激しますよね。

動物は本当に癒しになります。年からいっても僕はもう、動物を飼うというのは、ちょっと難しいかなと思うんですけども、aibo が手に入らなったら、僕も 1 つ買っておきたいなあと考えています。

司会 今回は発売開始 30 分で完売。その次の販売予定は未定だそうです。

◆ べらぼうに高くはないですよ。

◆ aibo は 19 万円らしいです。

司会 でも、ケアサポートとしてネットワークサービス加入が必要で、結構、維持費はかかります。

◆ 先程の、患者さんを診なかったという問題ですけれども、AI を活用すれば「痛がってるけど、あなたは、おなかを見ましたか」という質問をしてくれるかもしれません。AI がお腹を触ることができるロボットだったらいいですけども、触らないロボットの場合は、そういう質問を投げかけさせるということになればいいと思います。

◆ それか「危険信号が出ていますよ」とか言ってくれるかもしれませんね。

◆ 腹の症状を言って行ったのに腹を触らなかった医師が悪いです。

◆ だから AI が「触りなさい」と命令する。

◆ それは医師が悪いし、その医師を卒業させた大学が悪いです。

司会 居眠りしていたらブザーが鳴るみたいに、患者さんを触らなければピーピーって鳴ったりするかもしれない。

◆ 対応できない医師の場合は、バックアップでできる医師が必要です。

◆ ちょっと aibo のことでお聞きしたいのですが、こっちから問いかけないとか、スイッチを入れなくても、向こうから先に声をかけてきたりするんですかね。

司会 普段からコミュニケーションをとっていると、だんだん aibo の性格が変わってくるらしいですよ。誰が育てるかで違ってくるらしい。

◆ だけど、こちらからアクションしないのに人工知能がアクションしてくることは、ちょっと怖いものがありますけどね。黙っていてもしばらくすれば、話しかけるようにプログラムしておけばいいんですかね。3 時間後に話しかけるようにとか。

◆ 人間にも 3 分間黙ってられない人がいるじゃないですか。犬もそうなんですよ、きっと。

◆ 一人暮らしの人が倒れて、通報できない場合がありますよね。そういうときに、aibo を持っていたら、朝起きてこないから通報してくれることができるようになるでしょう。あとは、機械なので充電という問題がありますよね。

◆ 自分で充電に行く。

◆ お掃除ロボットみたいに。

◆ 今は芝刈り機も自分で充電に行きますよ。

◆ 停電しないことを祈っておかないと。ソーラー電池を取り付けるとか。

司会 医療界で、AI について一番危機感を持たないといけないのは、大学関係者かもしれません。従来と同じ医学教育だけでなく、AI を使える医者に育てるという目的も出てくるかもしれませんね、今まで若い人に人気だった麻酔科、放射線科は、AI の出現で大きく変わりそうです。逆に、外科、産婦人科や小児科などの科が最後まで残るよということが学生への勧誘の売りになるのではないのでしょうか。

◆ 精神科も残るだろうって言われていますね。

◆ でも、精神科も典型的な病気は、AI でやっ

ていくようになると思います。

先程おっしゃっていた、触ってもらうとか、迎えに出てもらうというのは、むしろ、すごくぜいたくなことになっていくと思う。お金に余裕のある人は、保険外でそっち、ない人はローコストになった AI で、自分で入力して使うようになるかも。

生きている犬を飼えるのは、経済的にも体力的にも余裕のある人達で、ない人は、いずれローコストになった aibo。見守り aibo とかで、倒れていたら、ぱっとセンターに通知が行くとか。

司会 遠隔治療についてですが、山口県は、僻地が多く過疎も進むことより切実な医療だと考えます。逆に都会でも使われているという話がありますけれども、これについてはどうでしょう。

◆ この頃よく、遠隔診療しないかというファックスやダイレクトメールが来ます。僕はあまりなじみがないのですが、産婦人科でも、スカイプやメールを利用して、患者さんがホルモン剤とかピルを買うとか、東京を中心に凄く行われています。

でも、結局、対面でやっていないから、服用方法がうまく伝わらなかったみたいで、先日「ピルを飲み始めたけど、生理が来ないです」って来院され、妊娠していたことがありました。

遠隔治療も僻地や離島などは必要性があると思いますが、やはり対面できちんと診てあげる、おなかが痛かったら、おなかを触ってあげるとかいうことが一番大事なんじゃないかと思います。僕は、遠隔治療には否定的です。

また、ネットで薬を買えるというのも、僕は非常に危ないと思います。本人もそうですが、軽い気持ちで薬を友人などに分けてあげたりして、アレルギーなどの副作用が出たときにどうするか。推し進めようという政府や厚労省の考えが、僕にはちょっと理解できません。

◆ 外科の場合は、ダヴィンチなどは、全部モニターを見ながらやるので、遠くのほうで操作しても、手術はできるということになりますよね。光の速さで情報をやり取りしても、若干タイムラグ

は生じます。このタイムラグによって、出血したときには、処置が間に合わなかったりするかもしれないから、現場に 1 人はいて、あとは上手な先生が遠くで手術するということはあり得ると思います。ダヴィンチのような機械があれば、遠隔手術は可能だと思いますが、遠隔だけでは成り立たない。機械の故障とか停電とか、途中で何かあったときは困りますよね。やっぱり現場プラス遠隔操作の利用という格好になると思います。



司会 開腹手術の時は実際の術場に何人が助手がいるのですか。メインの術者だけがダヴィンチで操作するのですか。

◆ 気腹というか、炭酸ガスでおなかを膨らませておいたりしないといけないですから、どうしても近くには人手が要ると思うのですが、そういうことも将来全部遠隔でできますかね。

◆ プローブを突っ込むのに、人手が要るでしょう。

◆ ある程度、現場にいないとできないと思いますけどね。

◆ 若い医師が初めて胆石の手術を腹腔鏡で行う時を見ていたのですが、誰もやったことがない。その時に副院長が「やれ。何かあったら、俺が開けてやる」と言ってモニターを見ていて「わっ」と声を出し、手術台に飛んで行ってすぐに開腹して事なきを得た。その後、若い医師が腹腔鏡手術の経験を積み巧くなると、「先生、もうバックアップは不要です」と副院長に言うようになった。しかし緊急時に開腹できる医師は必要です。

◆ だから、外科はやはりすぐ側に人が要りますね。どうしても AI に、まだ全部取っては代わられない。

司会 東京女子医大の新宿のクリニックで、高血

圧の患者を初診だけは対面診療でやって、2 回目からはネットで全部データを送って、端末の画面で、問診するという試みが開始されているそうです。対象患者は、都心に住んでいる働き盛りの世代で、そういう世代はやはり忙しく、高血圧のため日中受診できないという方はかなりいると推測されます。このような遠隔治療が広まったら、患者さんの掘り起こしにもなるでしょう。でも、高血圧だけだったら、それでも OK なものですか。

◆ やはり、実際はちゃんと測って、その人と話をしながら診断していくのが一番いいんじゃないかと思うんですけどね。

◆ 最近の血圧計、心電計には遠隔で血圧とか心電図を見ることが出来るものがあります。血液検査にしても自己採血して、それを送ると、結果が出るようなシステムもあるようです。確かに対面診療のほうがいいのは当たり前です。しかし北海道などで、冬の間には雪道を何十キロも走って医師のところに行くわけにいかないからと言われると、遠隔医療も仕方ないのかなと思ったりします。

例えば、高血圧でずっと、同じように薬を出して長年診ている人が、遠隔で顔を見ながら、「じゃあ、薬出しとくね」と言って、半年に一回来てもらうくらいならいいんじゃないかなという気もしないではないです。

◆ やはり異常がないときに、ずっとその患者さんを診ているということが大事だと思うんですね。というのは、いざ何か異常があると、「あ、これは」ということが起こってきます。だから、たとえ血圧であっても、時には顔を見てちゃんと

診察したほうがいいと思います。

また、診察の問題ではないと思うのですが、先程言われた大学病院は、週刊誌を読むと、経営が危ない病院の一つとか書いてありました。だから、いろいろなマイナスの要素が重なってきているんじゃないかなと思いますけれども。

医師の働き方—若手医師の確保—

司会 では 2 つ目のテーマ「医師の働き方」についてです。皆さんご存じのとおり、今年の春、政府が残業時間の罰則付き上限規制などを盛り込んだ「働き方改革実行計画」を決定しました。そして、医師も時間外労働規制の対象に加わりました。ただ、医師の場合は、診察に応じなければいけないという義務があることから、制度導入から 5 年の執行猶予を設けることになっています。まず、このあたりからご意見を伺いたいと思います。

ここでやはり問題となるのは、病院の勤務医の先生方のことだと思うのですが。

◆ 当院の会議でも問題として出てくるのですが、先生によっては残業時間が月に 200 時間超えというのを見たことがあります。いわゆる過労死レベルは 80 時間、2～6 か月だったと思いますが、結構いるなと思います。当院はまじめな病院ですから、残業代はきちんと全部、働いた分は出ます。余分に医師を雇うというのがなかなか難しいし、その医師の給料を出していくとペイするのかどうかというのは、なかなか悩ましい。

◆ 結局、時間外になっているのは、救急医療だと思います。われわれのところも、夕方とか夜に急患が来たら、それから手術するということになって、そして翌日も休めないという状況で、時間外が増えてしまっています。

この間、産婦人科の先生が言われていましたけれども、この労働時間問題を解決するためには、医師の三交代制を取り入れない限りクリアできないと。しかし、三交代制を実現できるように医師を雇えるだけの資金力が今の病院にはない。もし、労働時間を守らせようと思ったら、救急の制限する、あるいは医師の手当てを国が援助するなどを

行わない限り、現状では遵守は難しいのではないかと思います。

◆ これはもう 20 年以上前から問題になっていて、要するに、医師の能力が皆、均等だという前提で言われているんですが、できる人は 5 人いたら 1 人しかいなくて、そこに仕事が集まるんです。だから人数を増やしたって仕方がない。

◆ われわれが若い頃は、例えば夜に手術して「また寝ずにやれた」とか言って過重労働を楽しんでいたと思います。われわれは、医師になりたいからなっているので、夜中に患者さんが来ても、それに対応することが楽しみでした。最近は、多分、偏差値が高く医学部に入れるからといって医師になった人もいるのではないと思われるので、その人たちの中には過重労働が大変苦痛になっているんじゃないかと思うんですね。

それと、私は、働き過ぎと自殺による死亡が結び付くというのが、よく理解できていません。大阪で働いているときには、みんなものすごい過労で、年に一人ずつ糖尿病になったり、肝臓を悪くしたりする人が出てきていました。それで選別されて、過重労働に耐えた元気な人は、例えば都会で循環器病センターなんかでは生き残ってやっているという感じでした。

過重労働は、うつなどが発生して自殺に至るのではないかと思うので、うつなどの段階でもっとケアしたら過労死は少なくなり、自殺は防げるのではないかと思っています。過労死を起こす病院では、パワハラなどを相談しにくい状況になっている可能性もあると思います。医師の働き方については、労働時間だけではなく、もう一つケアが入らないといけないのではないかと思います。

◆ 医師に限らず、働く人たちが過労で倒れたり自殺したりしていますが、単に時間が長いからとか仕事量が多いからだけではなくて、孤独感も大きい。聞いても教えてもらえない、いくら自分が追い詰められてもサポートがない等から絶望的な気持ちになり疲労が増幅していくように思う。少々仕事がきつくても、連帯感があって、達成感

や充実感、それと患者さんに喜んでもらえるところがあると違います。疲労って、時間だけで測れるものではないと思います。

◆ やはりストレスがかかる分、脳出血とか心筋梗塞って結構多いですね。あと、その人の性格ですよ。「そんなに働くと死ぬよ」って言う人もありますし、「なんぼ働いても給料一緒やん。ばからしい」って言う人もたくさんいて、そういう人たちは長生きしますよね。

◆ 鋭いところを突いておられますね。20代、30代の部下のうつ状態の対応について、50代の上司の人が相談に来られますが、そっこのほうが、脳血管障害とか心疾患で倒れそうに見えます。

本人はそれほど思っていないなくても、「うつ」という形ではなく体のほうに出る。でも、中高年の男性が、脳血管障害や心筋梗塞になっても目立たないが、若い女性が過労で亡くなられたりすると取り上げられやすいと思います。

司会 今のご時世、口に出せないことですが「われわれはみんな若い頃こうやった」って考えている医師もいるでしょう。私は、脳外科や循環器の先生と違い、寝るのは自分の家でしたけれども、やはり若いときは、起きているときは、一日中大学にいました。ですから、時間の長さ以外の問題もあるのでしょうか。

◆ 厚生労働省などが医師のボランティア精神とサービス精神におんぶにだっこしていたツケが来ただけです。思い知らせてやればよいと思っています。医師が普通に勤務したら、救急医療なんか成り立たなくなると。では、救急医療などを成り立たせるようにするには、どうすればいいかということですが、やはり、イギリスみたいはどこか壊さないと駄目だと思います。それから労働時間の制限については応召義務があるから5年間猶予するという話でし

たが、では5年後に応召義務がなくなるのかと聞きたいです。

◆ 応召義務だけでなく、ノブレス・オブリージュ精神を持って現在の医療体制を維持できてきたのですが、それは、患者さんがよくなって喜んでくれることで、みんな頑張ってきたところがあると思います。苦労しても報われた感があったのが、今は、ちょっと何かあると訴えられてしまうこともあるので、その緊張感も過労につながるのだと思います。

◆ 先程「われわれの若い頃はと言ったらいけない」と言われましたが、やはり、ある程度若いときは場数を踏まないと。医師というのは経験が必要だと思います。私が入局したときは、2人しか入局しなくて、1人は女性だったので、私が多くの患者を担当させられ診ていたため、ほとんど家に帰っていませんでした。でも、若いときに場数、修羅場を踏んでいろいろな症例を経験したことが、今、役立っていると思います。

大学で研修医を教えた時には、「2年間は365日24時間働け」と言って指導しました。今、そういうことが通用するかどうか、ちょっとわかりませんが、若いときは、ある程度の無理はしたほうがよいのではないかと思います。「17時になったから帰ります」と言われたら、ちょっとガクッとしますよね。

司会 他業種からの学士編入の医師が、5時になったら電話に出ないという某大学でのエピソードを聞いたことがあります。けれども、先程、先生が言われたように、そのように医師の勤務状況を改善しろと行政が言うのなら、勤務時間の短縮



を補うための予算も考えないと。

今、日産の無資格検査の問題がありますよね。あれは、カルロス・ゴーンさんが、とにかくコスト削減、人件費削減を進めた結果でもあるのでしょ。何かを制限、規制するなら、その部分を補充するための予算を出してくれないと、どこかにしわ寄せが来て、後に大問題になってくると思います。また若い医師が経験不足になり 10 年、20 年経つときっと別の問題が生じるでしょう。

◆ 私も自宅に帰らずに、ほとんど病院にいました。ここにある過労死ラインの認定基準というのは、誰がどう決めたのか、よくわかりませんが、これを守っていて、このまま厳格に働けば、結局、困るのは患者さんですね。

ただ、今の皆保険制度で、「誰でも、いつでも、どこでも」というのが、ひずみを大きくしているのでしょう。5 時までというのは極端で、これを厳格に守っていたら、今でもたらい回しの問題が、さらにひどくなり怒られますね。これもいたちごっこで、切りがありません。

過労死という言葉が本当に医師に適しているかどうか、よくわかりません。日教組が昔、「学校の先生だって労働者だ」と言い出して、このような時代になってしまったので、医師も労働者と言いついたらもう、社会主義的になりますので、そうすると本当にもう、医師は決められた時間以外は患者を診なくなりますので、このような世界になったら困るなあとと思います。どこで折り合いをつけていくのか、よくわかりません。

司会 やはり医師の働き方改革の中には、医師の偏在という問題があります。特に山口県の場合は、若手医師の確保は喫緊の課題ではあり、これに対



して、お話を伺いたいと思います。

◆ なんともならないんですけれども、今年は、過去 10 年間では一番、70 数名だったと思いますが山口大学に残ってくれました。彼らが全員、国家試験に受かることをまず望んで、この状況があと 5 年ぐらい続いてくれればと思っています。だから今までの努力が無にはなっていないんです。一番ひどいときは 50 数%だったものが、今は 70 数%まで上がってきていますから、2～3%ずつでも上がっていけば、全然無にはなっていないので、本来これは大学マターなのですが、医師会として協力できるところはするという姿勢でやっています。

先程、医学教育と言われましたけれども、学生に、医師会そのもの、医師そのものを理解してもらうことが大切なので、私は昨年から年に 1 回、4 年生に講義を行っていますが、そのもっと前の、白紙の段階の 1 年生ぐらいから、医学というものはどのようなものかということ、講義とまでいかないですけども、学生に話をしていくことができたというところで、勤務医部会の方でもいろいろ企画を考えてもらっています。

◆ 島根大学医学部では、卒業生は島根に残っても仕事がないからと言って 3 人ぐらいしか残らないと聞いています。開設当初は 30 人ぐらい島根医大に残ってました。しかし 10 年経っても医大に自分たちの場所がないと気づき、毎年 30 人ぐらいが開業するようになりました。数年間で開業の余地もなくなり、他県の都会に出るしかなくなったのです。当時の島根県の人口は 70 万人ぐらいでした。なぜ島根に医学部を作ったのか理解できなかったのですが、行政は島根の都市部では開業しにくいので、卒業生は僻地で開業するだろう、すると僻地医療の問題は解決すると想像していたようです。しかし民間は採算の取れない所での開業はできないのです。心配なことは山口県でも人口減少が起っています。特に日本海側では同じようなことが起こりそうです。

◆ それもあるんですよね。多分、山口県も、人

口が 100 万人を切るまでいくのかな。もう 4～5 年前の話ですけど、徳地で開業した若い先生がいましたが、やはり仕事がなく、東京のほうに戻られましたけれども、そういうことが起こるんですね。

これは、医学部というよりも国の問題ですね。でも、国は地方創生とか言葉でいいことは言うんですが、現実には何もしていないから、そのような状況でしょうね。

◆ 今、先生がおっしゃった通り、山口市はわずかながら人口は増加しておりますが、下松市や和木町を除けば山口県全体では人口は減少しております。特に過疎地域では深刻です。

ここで人口比にすれば同じですが、例えば 1 人の医師が 100 人の患者さんを診るより、100 人の医師が連携して 1 万人の患者さんを診る方がよりよい医療を提供できるのではないのでしょうか。患者さんも高度の医療を期待して、都市部の大病院への受診が多くなっているのではないのでしょうか。

さらに人口減少が著しい地域は、将来性や経済性等を考えると病院管理者や若い先生方がためらうのも、もっともだと思います。そのためには、医師会はもちろんのこと、行政関係のなんらかの対策がぜひとも必要と考えます。

◆ 例えば 10 年前に建て替えた病院が、患者さんが来なくて、なかなか借金を返すことができない。患者さんがいないのではなくて、人そのものがないから入院患者もそれだけ少なくなりますよね。10 年前には、そこまでは皆さん想像されなかったと思うけれども、建て替えてしまった箱物は残ってしまうから、目先だけでなく、将来的なものを見ながらやっていかないと、ちょっと難しいかもしれません。

司会 今、医師がどの科を選ぶか、どこで働くか、どこで開業するか、完全にフリーですけども、科や地域を行政などがある程度コントロールする必要が出てきたのでしょうか。厚労省の「医療従事者の需給に関する検討会」で、例えば病院長に

なるためには地域医療の経験が必要というような条件を付けるべきではという案が出たけれども、いつの間にかなくなってしまいました。医師会もコントロールされたくないという意見を出しているそうですが、山口県の 40 歳代以下の医師の減少を考えると複雑です。

◆ 行政、国の拘束力なしに、自分たちはどのように判断をするかというのがプロフェッショナルオートノミーだから、その辺りのところを理解できる医師が育たないと駄目ということですね。でも入学試験ではそれではわからない。面接をしても多分わからないと思います。

司会 もし、行政にコントロールされることに抵抗があるのなら、医師会か医師会に代わる団体がある程度の力を持ってコントロール、例えば専門医制度に絡めるとかいったことが必要になってくるのではないかと思います。

◆ 弁護士は、全員が弁護士会に入らなくてはいけないから、そこでコントロールできているのではないかと思います。医師は医師会に入らなくても医師として働けるので、本当は入っていただければ一番いいんですが、その点が医師会の課題です。

◆ 今、行政の立場から専門医研修制度において、専門医を目指す専攻医で地域医療支援を行うということをプログラムの要求しているというのがあります。短期間でも地域に手伝いに行くというやり方は、無いよりはましだと思います。

◆ やはり働き方改革というのは、基本的には必要だと思います。もともと時間外勤務はボランティア精神でやっていたので、仕組みがつくられなかった経緯があります。科の中でも特に遅かったのが救急だと言われています。救急医がバタバタと倒れる中、やっと仕組みがつくれたと言われています。倒れないとわからないような状況でものごとが進むのは、とてもよくないことだと思います。

働き方の工夫の中で一つのヒントになるのが女性医師対策です。女性医師が増える中、子育て世代の女性医師が辞めずに医療を続けていくための工夫を盛り込んだ対策ですが、今後、勤務医対策としてかなりヒントになると思います。とにかくこれから働き方を少し工夫しないといけないと思います。

また、医療に対する国民の理解が必要で、いつも同じ先生がいて、自分の体をよく知っている先生が毎日診てくれるという感覚に、医療領域は切り込んでいく必要があると思います。また、医療の質を保つことすら難しくなっていく中で、AI の使い方が働き方にとっても関係しているのではないかと思います。

◆ 今、大学の医学生の約 4 割が女性になっていますが、卒業されて外科医になる女性は少なく、われわれのマイナーな外科までなかなか回ってきません。女性医師に働いてもらいたいので、女性医師が結婚・出産後も継続して働けるような働き方を考えていかないといけない。今、山口県でわれわれの分野に女医さんが 4 人、そのうち子育て中の方が 2 人おられます。われわれの病院では子育てをされておられる女医さんに時短で働いてもらえるシステムを作っています。今後、女性医師に働いてもらえるいろいろな方法を取り入れていかないと医師不足は解消されないと思います。

◆ 大学の女子医学生は 3 分の 1 ぐらいいますが、彼女たちの多くは男性医師と結婚すると思われるから、3 分の 2 ぐらいは、どちらかに関与しているわけです。それで、次に行く授業でも、その辺りのところを話しながら、仕事を辞めるなということを言いたいと思っています。

高額医療費、高額薬剤

司会 1 つ目と 2 つ目のテーマが、うまい具合に融合しました。では最後、3 つ目のテーマ「高額医療費、高額薬剤」です。診療報酬の見直しで、薬価が下げられたと聞いております。厚労省が 1 年間寿命を延ばすのに 500 万円以上かかる場合

の新薬の薬価を引き下げるというように、高価な薬剤がターゲットになって、国民の注目を浴びているようですが、それについてお願いします。

◆ おっしゃるとおりで、この 10 年間、医療費はずっと伸びていましたが去年、初めて下がりました。それは、特に高額な肝臓の薬が、ある程度患者さんに使われましたが、あれは 99% 以上治るので、それがすごく効果的でした。そういう意味で厚労省は考えているんだと思います。

◆ 私は日本製の高額薬剤であれば、いくら使ってもお金は日本国内で回るので、いいのではないかと思います。現状は外国製がほとんどなので問題です。何とかして日本製のものをアベノミクスで作ってもらって使えるようにしてもらいたいと思います。それと、使ってみないと分からないとかいう、1 割か 2 割の人に効くから使うという、今、そういう薬もありますね。あと 8 割の人に効かないのに、1 年間に莫大なお金を使うというのは、やはり問題だと思います。認可の段階で適応をもう少し厳密にしてもらいたいなと思います。

◆ 私がいつも思うのは、やはり新薬を開発するにも莫大な開発費がかかります。今見ていると、医療費の削減をやっていますが、ある程度、企業が国産のものを開発ができるだけの資金力も必要だと思います。このデフレの時代に医療費を削減して、医者も企業も左前になるので、終いには病院がなくなるのではないのでしょうか。

先日、三橋貴明さんという経済学者がラジオで、「来年は医療と介護を財務省が削減しますと言っていますが」との質問に対して、「このデフレの時代に緊縮財政をしてどうするか。もっとデフレになるぞ」と言っておられて、結構厳しいことを言うなと思いながら聞いていました。

今言った、国産のぴかぴかの新薬を、富山化学工業が出しましたね。抗インフルエンザ薬のアビガンを開発しました。米陸軍の研究費も入っているらしいんですが。あのような斬新な新薬をどんどん開発してほしいですね。

◆ 先生が言われたのは、富士フイルムのものではないですか。

◆ そうです。富士フイルムと富山化学の開発だと思います。もともとインフルエンザの薬ですが、今は使わせるようにしていないんです。パンデミック用に国家備蓄です。せっかくあれだけ世界に誇れるような薬をつくって一般には流通していない。報道によると、バイオテロ対策のためか、米陸軍の研究費も入っているようです。マダニの SFTS にも有効と報道されています。あれぐらいいい薬をどんどん日本の企業が開発して、世界で勝負してほしいので、もう少し体力を付けておいたほうがよいのではと思います。

◆ それと今、なぜ開発費を薬価に上乘せするのかという問題があります。国として開発費を援助するなり、税の免除とかで企業を援助したらいいので、開発費を薬価に上乘せしない方法を国には考えてもらいたいです。

◆ 製薬会社が薬価を決める時に適応症を狭くしている。患者数が少ないから年間に必要な金額は薬価ほど高くても、それほどではないと厚労省は判断するのではないだろうか。その後、プロパーさんがあれにも効く、これにも効くが適応は通ってませんと説明する。治療が上手くいっていない医師は効くのなら使おうと考える。効果が今までよりあれば、さらに使用料が増える。この場合には早く適応症を広げ、薬価を下げるべきではないだろうか。

◆ それは、保険診療的には、いけないのでは。



◆ 保険的にはいけないとは思いますが、論文等で効果があれば患者を助けるために使いたくなります。製薬会社は薬効があると判っているのなら経営の問題もあるとは思いますが、できるだけ早期に適応を広げるべきだと思います。

◆ 保険適用のないものに使ったときは、支払基金としては査定です。

司会 でも今回、1,000 億円以上の売り上げのある超高額薬については、薬価の見直しが二年に一度ではなく、もっと柔軟に見直していくことになりました。あまりに海外に比べて高いとか、適応がオプジーボみたいに広がったら、その都度、適切に見直すというように、国も最近は薬剤費に関心を持っているようですね。

◆ また AI の話に戻りますけれども、厚労省のロードマップの中にも、医薬品開発というのが 4 番目に入っていて、やはり創薬 AI を使うと、だいたい業界全体で 1.2 兆円ほど開発費が安くなるということみたいです。そうすると薬代も必然的に安くなってくるのかなと思います。ただ、AI をどのように創薬に使うのか、私にはよくわかりません。

司会 最近思うのはチェーン薬局、特に大手の全国チェーンの薬局というのは、とんでもない利益を上げているというのは聞きますが。

◆ これはちょっと大問題で、今、薬局は、地場の薬局がみんな吸収されています。本社が他県の薬局が県内にすごく進出してきています。ですから、これからは地場の薬局がだんだん少なくなってきています。

司会 大手のチェーン薬局の莫大な保険不正請求、薬のカルテに薬歴を未記載で放置などが報道されています。利益追求のためにはなりふり構わないという組織自体のモラルに問題があるチェーン薬局が増えてきている印象を

受けます。医師の診療自体をどんどん締め上げて、患者負担も増やす一方で、企業負担は変わりませんし、調剤や薬剤費関連はどうなっているのでしょうか。友人が「俺たちが 1 回訪問診療をするより、薬局で 1 回薬を出してもらおうほうが高いんだ」と言って怒っていたような気がします。

◆ 多分、薬局はフランチャイズ化しているのではないですかね。だから、コンビニと同じように、大本の会社は、あまり打撃がなくて、一つのお店がつぶれても別のところでやるみたいな感じになっているから、そこのフランチャイズ化までメスを入れない限りは、なかなか薬局への対策というのは難しいのではないですかね。

司会 今、コンビニは全国で 54,000 軒、薬局は 58,000 軒です。ちょっと多過ぎですよ。

◆ 経営不振になったら買収してくれるので結構、それもいいみたいです。

司会 患者の多い大きな病院の前にありさえすれば、患者さんは来ます。コンビニ以上に内容が画一化されおり、立地さえよければ、収益が見込めるため、資本を持っているところには、魅力的な事業でしょう。

◆ しかも、買い取ってもらったら、自分はそのまま仕事をしていくことも可能らしいです。つまり、そのまま支店になるわけです。

司会 私たちは、患者さんを一人ひとり診て医療を行っていますが、薬局経営者は、資本があれば医療というインフラを利用して儲かるわけですからね。

◆ 60 代の男性で、僕が診ていたのですが、その方に、肺がんが見つかりまして、ある病院に治療をお願いして紹介したんです。最初、抗がん剤で非常によくなったそうで本当に喜んでおられたのですが、主治医の先生が根治を目指してだろうと思いますが、別の抗がん剤が使われたそうです。

そうしたら、1 回目、2 回目はよかったのに 3 回目を使ったら、高熱が出てきたそうです。それで、そのあと亡くなられたんですね。調子がよく、元気で喜んでおられたんですが、たまたま奥さまの誕生日に亡くなられたそうです。奥さんが今日、受診に来られたんですが、「私のことをずっと覚えとってくれという意味で誕生日に死んじゃったんでしょ」と言われました。

それはそれとして、その奥さまが「こういう状態になるんだったら、別の抗がん剤を使わなくて、今までの薬で経過を見たほうがよかったんでしょか」と言われたんですね。今は盛んに人生の生き方についてのいろいろな本や意見がありますよね。これからはやはり尊厳死も含めて、死に方というものを十分、医療側も患者さん側も考えていかないといけないのかなという気がしました。

◆ 私の従兄弟も肺がんで、そして脳転移し、オプジーボを半年か 1 年ぐらい使用しましたが、結局は効かなくなりました。それで、また元の抗がん剤に戻って、なんとか生きていますけれども。

話は変わりますが、90 歳の人に TAVI という治療をやって、この患者さんが治療後半年で亡くなってしまったことが書いてあります。確かに高額な医療費はかかっていますが、これがまた医療の進歩につながっていくので、もったいないなどは思いますが、致し方がない、無駄なことだとは思いません。

それとは逆に、胃瘻などの延命治療は、本人の意思もあるかもしれませんが、今言われたような生き方の問題もあるし、これから先、考えていかないといけないと思います。

ただ、やはり薬剤の費用というのは凄いですね。製薬会社は株式会社なので、利益を上げようとするよね。木下元会長のときに、予防接種のワクチン代が外国より高いので、安くならないかと日医を含め多くの方々に私たちは言いましたが全く下がりません。何とかならないかなとは考えています。

一方、ヒルドイドっていう保湿剤はアトピーがある子には凄くいい保湿剤ですが、それを「安いからお母さんが高い化粧品代わりに使っているか

ら保険から外さなきゃいけない」なんて記事が新聞に掲載されていました。一回の保険処方量は何グラムまでと決まっていますので、数が多くなれば問題ですが、高額医療に比べれば、皮膚科、小児科で使うような安い薬なので、あんまりメディアで叩かないでほしいという気はします。

◆ でも、100 億円になっているでしょう。

◆ それはまあ、確かに。

司会 女性誌などに「病院で処方してもらえ」等の安易な記事が出たのがいけなかったのですね。本日は大変貴重なお話をたくさんお聞かせいただき、本当にありがとうございました。閉会のご挨拶を吉本副会長、よろしく願いいたします。

閉会挨拶

吉本副会長 今日は「AI と医療」ということで、半分くらいの時間を使いました。川崎医科大学が全国の医科大学に先駆けて総合診療部を立ち上げたのですけれども、そのときに私は参加させてもらって、プライマリ・ケアの勉強をさせていただきました。プライマリ・ケアは何を重視するかというと、病気を診るのではなくて、病気を持った患者を診ることを重視するのだということを、その

ときに勉強させてもらいました。

確かに AI を使うと診断・治療はできるだろうと思います。ただ、患者を人間として診ることができるかなという疑問を持っていたのですが、最近の進歩を見てみますと、先程の aibo の話じゃないですけども、飼い主に寄り添うロボットが作られるのであれば、今度は患者に寄り添ってくれるロボットも、将来的にはできてくるのかなあと思いました。そうすると、診断・治療だけでなく、患者を、病気を持った人間として診ていく AI も、将来的には出てくる可能性があるのかなということ、本日のお話を聞いていて思いました。

内科医もそのうち要らなくなり、私たちの次の世代では、内科も、放射線科も、病理も、眼科も、耳鼻科の医師も、みんな要らなくなり、ひょっとしたら精神科医も要らなくなるかもしれません。そうしたら、先程言われていたように、責任を取るだけの医師が必要になってくるのかなという気がしました。本日はありがとうございました。

司会 ありがとうございました。これをもちまして歳末放談会を終了いたします。

