

＜検討会論点への意見＞

本田麻由美

私の意見は、これまでの検討会で大方発言させていただいております。そのため、現時点での論点に対する意見は、繰り返しになりますが、以下に簡単に書きたいと思います。

現行の医薬品副作用救済制度は、治療のために用いた医薬品が「予期せぬ」副作用を引きおこした場合に、その医療費や障害年金、死亡一時金を給付するものだとして認識しています。基本的には、がん患者が治療に用いる医薬品である抗がん剤のみ適用されないということは、一見すれば不公平に感じるものでもあります。

ただ、一方で、これまでのヒアリングで医療者・患者の多くが述べられたように、がん医療の現実から考えて、同制度に抗がん剤を適用させることで、実際に治療を受ける患者さん、また医療現場で難しい治療に熱心に取り組んでおられる医師を始めとした医療者に、何らかの不利益をもたらすようであれば、そうした仕組みはない方がいいと考えます。

抗がん剤に対しても新たな制度設計を行うのであれば、ヒアリングで患者／医療者が述べられたような懸念が現実には起きないことを確認できるものでなければならないと思います。それが、現在のがん患者だけでなく、未来のがん患者及び国民への当検討会の責任であると思います。感情論を先行させて新たな制度をつくり、制度による副作用を広げてしまうようなことになることは、誰も望んでいないと思います。今後の議論についても、そうした観点から、慎重な検討をお願いしたいと思います。

1. 救済制度設計上の問題

(1) 抗がん剤

検討会の議論でもあったように、「予期せぬ副作用で何を侵害したのか」を定義する際、終末期の患者と初期の患者を同じに議論できるのか、素人感覚としては疑問がある。

一方で、「予期せぬ副作用」という点で、どの病期であっても抗がん剤を他の一般医薬品と同じに扱うことは難しいとも考えられる。実際、抗がん剤の種類や病期によって救済する／しないを線引きするのは難しいという専門家の意見もあるうえ、その線引きをすることは救済制度の趣旨に合致するのだろうかということも考える必要がある。

(2) 因果関係

がんは手術、放射線、化学療法などの集学的治療で成り立っている。どの治療による副作用か判別することは難しいという専門家の意見、同じ治療を受けていても放射線治療の原因とされた際に納得しにくいという患者の意見を無視することはできない。これをクリアできる方法が見つけられない限り、制度の信頼性が担保できないのではないかと思う。

がんの化学療法を専門的に担う腫瘍内科医が少なく、適切な治療がされないことを問題視した患者たちの活動が、がん対策基本法成立の引き金となった。因果関係を判定できる専門家を判定作業に引き出すばかりに、現場の治療がまわらなくなるようなことはあってはいけないと考える。

(3)適正使用

標準治療があるがん種、病期はまだ少なく、適応外の医薬品をも駆使して治療されているのががん治療の最前線でもある。そうした適応外薬の使用を「適正使用」として認めず、救済対象としない場合、医師の医療行為の萎縮、患者にとっての選択肢の喪失につながる。一方、抗がん剤に限り、それも適正使用とする場合、保険制度との齟齬をどう考えるか。また、救済制度にかかる費用をすべて製薬企業に求める理由が崩れるため、費用負担をどうするか。

「それは国費で」という無責任な議論は、現状の社会保障・税一体改革の現状をみる限り、すべきではないと考える。

2. 医療萎縮の問題

前回の検討会に中村祐輔委員から提出されたワーファリンに関する資料が興味深い。がんでは、こうしたことはおきないと言い切れる根拠が必要になるのではないか。

3. 製薬企業の反応の問題

現に、日本でドラッグ・ラグが長く生じて来たこと自体が、国際製薬企業の態度を考えるうえでの証拠になると私は感じる。

4. より広い観点からの検討について

真の目的はより良いがん治療であることは、誰もが納得するところであり、それこそが、患者の声を受けて、議員立法により全会一致で成立した「がん対策基本法」の目指すところである。そうした視点で、患者が副作用の少ないより良い治療を受けられるよう、救済制度にとどまらず、より幅広い施策の可能性を探る必要があると考える。