

◇ 医師からのコメント抜粋 ◇ (一部割愛・編集しています)

「現状の制度に賛成」 22%

「先進的な医療の足かせになるのではないかと？化学療法しか望みがない状態で生じた副作用を本当に対象とすべきなのか？医療の萎縮を生みはしないか？」(40代,内科,病院勤務)

「私は抗がん剤治療の専門医として最前線の現場で治療を行なっているが、そんなことをしたらモラル・ハザードで基金はすぐにパンクするでしょう。」(40代,呼吸器科,病院勤務)

「抗がん剤治療実施を選ぶのは患者自身なので、それをすべて救済するのは無理と考える。すべての医療にはリスクが伴うことをもう少し啓蒙するべきと考える。」(40代,循環器科,病院勤務)

「リスクをとりたくなければ、緩和医療を選択すればよいと思います。」(30代,呼吸器科,病院勤務)

「抗がん剤を除外しなければ、製薬メーカーが薬剤を売らなくなるのではなかろうか。」(40代,内科,病院勤務)

「抗がん剤は発展途上の薬であり、またがん患者にとっては一刻も早く開発することが望まれる。そのような状況下で副作用を危惧してはきりが無い。」(40代,内科,診療所勤務)

「抗がん剤の性質上、有害事象の発生は不は可避です。それを承知で使わなければ、補償金がいくらあっても足りません。」(50代,外科,病院勤務)

「抗がん剤の副作用は、他の薬剤に比べると、頻度や重篤度などのケタが違う。化学療法を受ける以上は、患者さん自身もこのリスクを覚悟の上で治療を受けなくてはならない。」(30代,呼吸器科,病院勤務)

「不備だと考えるが、やむを得ない」 44%

「終末期の治療薬に関しては、期待効果と副作用が延長線上にあるものが多く、一律の検討は困難ではないかと思います。それぞれのケースでの判断となり、そこを支える制度が必要かと思えます。」(50代,呼吸器科,病院勤務)

「製薬メーカーに過度な責任を負わせることにより、新薬が開発されなくなったり輸入されなくなることを防ぐことが重要。医師に対しても、萎縮医療につながるような制度であれば導入すべきではないと考えます。」(50代,腎臓内科,診療所勤務)

「一定の確率で起こりうる合併症は受け入れるしかないという考えももう少しあっていいと思う。「救済」という文言ならまだいいが、「被害」という言い回しはやはり非を医療側に求める意識の表れであると思う。」(30代,神経内科,病院勤務)

「抗がん剤治療に消極的な医師が多くなり、限られた施設でしか治療が受けられなくなりそう。」(40代,内科,病院勤務)

「今の抗がん剤のレベルではそもそも毒性物質だから。」(40代,血液内科,病院勤務)

「抗がん剤治療を受ける限りはデメリット(リスク)を持つ事も大事と思う。これは医療全体に言える事だが、「治って当然。副作用がないのが標準。副作用があるならば、それを軽減する制度が存在するのが当然。」といったスタンスでは、どこまでも保障する必要が出て来る。線引きが難しい部分であるが、どこかで割り切る事も必要と考える。」(20代,総合診療科,病院勤務)

「放置すれば死亡する疾患を対象に、不確実な治療(抗がん剤)を投与しているので、仕方がないと思います。」(40代,血液内科,病院勤務)

「副作用の判定が難しいので、訴えの強い人が救済され、我慢している人は救済されない可能性がある。」(50代,外科,病院勤務)

「費用を負担するのが最終的に誰になるのかを考えると簡単には抗がん剤を対象とすることに賛成できません。」(40代,内科,診療所勤務)

「がん患者は免疫低下、合併症が多いなど全身状態不良な例が多い。抗がん剤は免疫抑制等の効果を持つため、副作用の発現率が非常に多い。予測しにくい副作用の発現率は当然高くなり、保証制度により莫大な医療費が必要となる。医師側も抗がん剤の使用を控えるようになる可能性がある。その結果、救命できる例も救命できなくなる可能性がある。」(50代,小児科,診療所勤務)

### 「死亡例に関しては救済すべきだ」 12%

「患者団体の主張と同じく、他の医薬品と同様に因果関係の判定が困難であっても、疑わしきは救済、で良いと思うが、抗がん剤では副作用はほぼ必発である事を考慮すれば、まずグレードが高いものから対象としたらどうかと思う。したがって、最初はグレード5の死亡から。」(50代,小児科,病院勤務)

「治療はそもそもリスクを伴うものである、それを患者に十分に分からしめる必要がある。ただし死亡した場合については、医師、患者両者にとって救済の方が望ましいと思う。因果関係の判断は困難であろうから、一律支給するとよいと思う。当然製薬会社などに対しての訴訟などは、禁ずるべきである。」(40代,整形外科,病院勤務)

「抗がん剤を使う時は、インフォームドコンセントで患者さんもある程度の副作用は覚悟されていると思うが、死亡するとは思っていない。医師も死亡を避けるよう努力すべきだ。癌によるのか、副作用によるのかは大変難しい時がある。」(70歳以上,外科,病院勤務)

「切れ味の良い薬品ほど、副作用がきついと考えますが、用法通りの使用、注意事項に気をつけての使用で死亡した場合は、救済が必要と考えます。」(50代,外科,病院勤務)

「医薬品の副作用を厳密に判定するのはかなり難しい。軽微なものまで給付の対象とすると、現場が混乱するように思う。」(30代,呼吸器科,病院勤務)

### 「死亡例に限らず、救済制度の対象とすべきだ」 20%

「因果関係の証明などは非常に困難が伴うケースも多いのではないかと考えられるが、できるだけ情報をオープンにして副作用の作用機序を明らかにすることから、新たな治療法や、より安全な薬剤の開発につながるのいいと考えます。」(30代,脳神経外科,病院勤務)

「“予期しない”副作用については救済されるべきだと考えます」(50代,精神・神経科,病院勤務)

「医療におけるあらゆる障害を、訴訟ではなく制度で救済すべき。当然保険料は値上げしても良いと思います。民間の医療保険に入る必要をなくしましょう。」(50代,泌尿器科,病院勤務)

「抗がん剤をモデルケースにして、広くワクチンまでカバー出来る制度への成熟が期待される。」(50代,内科,診療所勤務)

「公的組織の介入が望ましい。」(60代,内科,診療所勤務)

「本来なら助からない、あるいは社会復帰が不可能であったケースが、障害あるいは不幸な転帰をたどることは医療の進歩とともに増えてくるのは必然のことです。このような認識のギャップを埋める経過措置としても、副作用被害救済制度は大いに拡大適応されて然ると思います。」(50代,整形外科,病院勤務)

「国が審査を行って認めた薬剤ならば救済制度の対象にすべき」(50代,内科,病院勤務)

「国が認可した薬剤の副作用に関しては、国が責任を持つべきである。」(50代,消化器科,診療所勤務)

「重篤な後遺症などが起きた場合には救済すべき。」(40代,小児科,病院勤務)

「医療行為に対して保障制度がないと、医師が訴えられる。」(40代,内科,診療所勤務)