

# 「世界知らず」の日本の医師からの脱却



Naoko Tachibana

立花 直子

関西電力病院睡眠関連疾患センター センター長、徳島大学医学部臨床教授、NPO法人 大阪スリープヘルスネットワーク理事長

1983年大阪大学医学部卒業。当初、精神科医として働いていたが、1989年に渡英、1990年にロンドン大学神経科学修士号取得。ロンドン大学付属神経学研究所客員研究員を経た後、帰国し、1996年京都大学大学院医学研究科にて医学博士号取得。その後、スタンフォード大学睡眠障害センター、ハーバード大学医学部プリガムアンドウィメンズ病院・睡眠医学科に留学、睡眠医学の臨床トレーニングを受け、2001年に米国睡眠医学会国際睡眠専門医を取得。2004年にNPO法人大阪スリープヘルスネットワークを設立。2005年より、関西電力病院に勤務。

資格：精神保健指定医、日本神経学会専門医、日本臨床神経生理学会脳波部門認定医、米国睡眠技士協会認定技士、米国睡眠医学会国際睡眠専門医など。

## はじめに

ひょんなことから「睡眠」というすきま領域（本当は「すきま」ではなく、「すべての土台」）に足を踏み入れて、25年が経過した。米国では睡眠医学という広範な臨床分野がほぼ成立してきているが、日本では、もともと臨床としての「睡眠医学」という分野が未開発であったため、筆者は様々な手を使って世界とのつながりを持ち、学ぼうとしてきた。睡眠医学の世界は、少なくともこの10年間は、良くも悪くも米国の論理にひきずられていると思われ、米国モデルを勉強するにつれ、世界には日本にいるとよく見えない約束事やお作法があり、そして多くの日本の医師はそれに気がつかずに動かされているということを強く感じるに至った。おそらく、他の医学分野にも同じことが起こっており、筆者の場合、偶然、奇妙な境遇に置かれたせいで先行して経験したのであろう。こういった約束事やお作法を筆者がどのように知っていったかをchronologicalに振り返って呈示することに意味があると考えた理由は、その構造に組み込まれていることに気づかないでいると、これまで（日本の）医師の世界として普通のことと考えられてきたことを地道に実践してきて

も、何かうまくいかない、違和感があると感じることが増えたからである。“Think globally, act locally.”という言い方をよくするが、「考える」ためには知識が必要であり、筆者がとまどい、迷い、怒り、あきれながら体験したことをお伝えし、一つの考える糧としてもらえればと思う。

## Funding, funding !

2001年にHarvard大学に附属するBrigham and Women's病院に留学したとき、当時のボスは非常に意気軒昂であった。当時、米国には、米国睡眠医学会が認定した睡眠センターが507稼動していたが1)、Academic centerと呼ばれる医師の研修や研究が可能な場所であっても、大学の別の部門（例：Department of Psychiatry, Department of Neurologyなど）内にあり、独立した組織ではなかった。私が留学した場所も、主に呼吸生理の分野から睡眠時無呼吸症候群を研究テーマとしている臨床の研究室であるとはいえ、Department of Endocrinologyに属しており、いわば間借り状態であった。その研究室がお隣の生体リズム関連の基礎研究を行っている研究室といっしょになって、Sleep Medicineと名乗れるdivisionがスタートすることになったのである。これは全米で初めて

のことであり、大きな転回点と考えられていた。関係者にとっては、identityを持ち、「睡眠医学」という実体が存在するという外部に知らしめるという意味で、大変重要なことであったからである。厳密には、division であり、department にはなっていなかったが、「独立している」ということが重要なことであり、私も、e-mailの署名欄の所属としてDivision of Sleep Medicine (upgraded to an independent division since 1 March, 2001)、Sleep Disorders Program、Brigham and Women's Hospital と書くようにと秘書から厳命された。

こういった理由で、研究室にはある種の勢いがあり、毎週1回のresearch conferenceにはいろいろな人が出入りし、発表内容も多彩であり、睡眠医学がリアルタイムで広がっているという感覚があった。このconferenceはランチタイムに行われ、通例、薬会社や機器会社が提供するサンドイッチやパニーニにコーラといった軽食がついており、ここまでは日本でも薬の説明会と称してお弁当がついているのと同じようなものかと思っていたのだが、あるとき、ICUに設置してホワイトノイズを出す機器を開発しているという会社の人がやってきて、その原理や効能を説明する場面に出くわした。その機器を買ってもらいたいというセールストークと思いきや、そうではなく、この機器を実際に使った方がよく眠れるというデータを出してほしいというのである。つまり、一種の委託研究なのだが、そのプレゼンを研究室のメンバーが集まって聞くという機会を設けることに対して、ふだんよりも豪華な軽食がやってくるという交換条件になっていたのであった。したがって、ベンチャー企業としては、とにかくHarvard大学でお墨付きをもらったという形にすると売れ行きが良くなるだろうと考えているのか、その押しの強さはハンパではない。逆に受ける側も、すぐに「このstudyだったら、〇〇にさせては」「データを取らず技師は××でリクルートして、1人△△ドル払えばできるだろう」「有意差を出すには◇◇人ぐらいは必要か」といった研究内容のプロトコルの概要をその場で示し、「ここから先は〇〇から連

絡を取らずから」ということでその日はお開きとなった。

ある日、秘書にこのことを話題にして、「すごいわね、ここは。皆さん、何とかコネをつけたいと思っているってことなのかな？」と聞いてみたら、「当り前じゃん、fundingがあって、ナンボのものよ」と強く切り替えされ、「私の給料だってボスのfundingから出ているんだから」「次々とfundingが来ないとやっていけないわよ」というコメントまでつけ加わった。日頃、この秘書とボスの間柄が、あたかも戦士のペアのようなaggressiveな印象があったのはこのせいかと納得させられた。その目で見なおすと、研究室の人たちの多くは、企業からの委託研究を行うということで食っていることがわかり、今では日本でもこの形式は多くなったが、当時は医師が研究をしているという、大学の教官や医員なら、一応は給料をもらっているわけだし、研究費に応募したとしてもそれが無いからといってすぐに路頭に迷うわけではない。私の中には、企業から金をもらって研究をしたときに、その企業の利益に結びつかない、もしくは逆の結果が出たらどうするんだろう(例えば、ホワイトノイズの機器の場合、使った群の方がよく眠らないとか)という心配があり、最低、自分が生きていくための経済条件がそんなことで左右されるような目に合いたくないな—と思ったのだが、やがて日本でも同じ状況になるとは夢にも考えていなかった。

さらに驚いたことには、学会の参加費用である。米国内にいと日を選べば飛行機のチケットが異様に安くなるので、日本からだとなかなか参加しにくかった学会の年次集会への出席をかなり前から決めていた。同じ学会にいつも出席している親しい米国人と通信する機会があったので、どのホテルを選ぶか聞いてみると「Fundingがどの会社から来るかまだわからないので、ホテルは決まっていない」との返事であった。他の知り合いに聞いてみても同じようなことを当然のような口ぶりと言うので、ある一群の人々の間では慣例なのかと釈然しないものを感じた。

二言目には「Funding」という会話についてい

けたら、一種のsocial skillをマスターしたということになる。「ネズミを取るネコは黒いネコでも白いネコでも良いネコである」と同じ意味合いの、「金を取ってくる医師は(腹)黒い医師でも(腹)白い(?)医師でも良い医師である」ということか。。。などと勝手な箴言を考えたくなる状況であった。

## ベニス2泊4日弾丸ツアー

Boston留学の目的、つまり、米国と日本の睡眠診療施設の量を比較するという調査は予定どおり終了したので<sup>1)</sup>、2001年9月に帰国した。帰国した数日後に9.11事件が起り、以降米国社会は変質していったことを考えると、私の見てきたものは、一番の爛熟期的一部分だったのかもしれない。そしてそれがそのまま日本にいびつな形で入ってくることも、背景事情を知っていたら、十分に予測できたはずだったのにと思う。

さて、日本にもどってくると、煩雑な人間関係を潜り抜けるというsocial skillが要求され、適応不全を起こしかけていた2003年、とある外資系薬会社に勤務しているイタリア人医師から手紙が来た。ベニスでRLS (restless legs syndromeでありレストレスレッグス症候群ではない<sup>2)</sup>)の国際会議を開くので参加されたしという招待状であり、飛行機チケットも宿泊も食事もすべてもってくれるという。また、招待されている人たちは全部で15人ぐらい、8割の人たちは皆顔見知りの人たちだったこと、また、当時の私はRLSが日本で病気として認識されていないために、診断され治療を受けるまでに長期間が経過し、辛い思いをしてきた患者さんを何人か診ていたときだったので、RLSについてもっと勉強したい、海外のエキスパートと目されている先生方からいろいろなことを学びたいという気持ちでいっぱいであったので、一瞬に行ってみたいモードに入ってしまった。

問題は日程である。ヨーロッパ勢にとっては金曜の夜にベニスにINし、日曜の夕にOUTで、土日の会議に出席するのだから、どうってことはないが、日本からは14-5時間がかかる。その上、当時は大阪府の外郭団体に勤めていたので、まとも

に職場で話したら、数々のペーパーワークと上司の邪魔が入ることは目に見えていた。ラッキーなことに、開催日は日本の土、日、月の3連休と重なっており、金を1日年休として休んでしまえば、金の午前出発、月の夕帰国という2泊4日の弾丸ツアーが可能である。おそらく時差で死ぬような目にあうことを予想しながら、睡眠を専門とする者なら、napとメラトニンを利用してこの難題に立ち向かうべしと妙にハイになって、私はベニスに向かった。

夜遅くにベニスに着き、空港から水上タクシーに乗ると指定されたホテルに着くと、ファッションモデルかと見まがうばかりの美形のお姉さんが2人私を待っていた。どこの国の人かよくわからないが(British Englishだったので米国人ではない)、英語しかわからない私のために(彼らの基準では日本語は計算に入っていないので)、イタリア訛りのホテルの人の英語(実は日本人には聞きとりやすいのだが)を聞きとらなくて良いように、チェックインから会議のオリエンテーションまですべてやってくれるのだった。「この人たちって〇〇社の社員?それとも特別にこういう人たちを雇ってるのかな?」と眠い脳はいつもに増してさらに働かない。言われるがまま部屋に案内され、そのまま超豪華な部屋であつという間に眠ってしまった。

翌朝、8時30分より会議が始まったが、内容はとても充実していた。RLSに関する最新の研究成果、これまでに使われてきた薬剤に関する論文のレビュー、すでに公開されている治験関係の論文の紹介など、1人で勉強しようにもまずここまで細かくは見ていくことができない内容がぎっしりつまっていた。しかし、本来のこの会議の意味は、そういったこれまでの知見をもとに、新たに開発されたこの会社の薬を治験に乗せるのに意味があるのか(会社にとっては、投資に見合っただけの見返りが行く末得られるのかどうか)を議論するために組織されたFocus groupだったのだ。

当時、そういった事情がわかっていなかった私は、ナイーブにも、この病気のメカニズムは何かを解明するための研究結果をまとめて聞けてとてもありがたいと思っていた。あご足つきで招待さ

れて、honoraria (講演料と訳されている)として1000ドルの小切手が後日送られてきたときも、「何でこんなお金くれるのかな?」と思っていたレベルの低さである。振り返って考えると、あの会は、すべてをglobal化して売っていくというマーケティング戦略を取っている企業にとって、米国とヨーロッパでは、すでに看板医師として使える人々をつかまえているが、アジア地区では、誰に接近してよいかわからなかったので、2001年に米国留学中の私の仕事内容を知っていた誰かが、私の名を上げたのだろう。いわば、自分が知らないままに巻き込まれていたオーディションのようなもので、ベニスからもどってからの数年は、日本国内でも、この会社の日本支社の人やら同様の薬の開発に取り組んでいる別の会社の人とかがやってきて、食事つきでお話をしたいと言って誘ってきたり、その会社に出向いて開発グループにセミナーをしたりもしたが、私がこういう役には向かないと判断したのか、オーディションには、落ちたというのが結論である<sup>3)</sup>。

しかし、この会議で学んだことは、こういった薬の開発であるとか、どこでどのような治験を行うとかいった計画は、現場で働いている医師が目の前にいる患者さんを何とかしたいという思いからは遠く離れたところで、一握りのエキスパートと呼ばれる人々と薬会社と(おそらくは各国の行政組織と)で決められていくということである。そして、その一握りのエキスパートは、もちろん研究業績も臨床経験も多い人であるのだが、その人たちの間でも一種のパワーゲームが行われていて(前述したように、腹黒さんと腹白さんが入り混じっている)、日本人がその中に入って対等に処していくのは、言葉の問題とシステムの違いが影響して非常に難しい。とはいえ、他の国の人たちにとっては、日本人がまわりまわってどんな医療を受けようが知ったことではないのだから、少なくとも、こういった政治がらみの場に入って見張る人材がいないと困るであろう。もっともその人材がバナナ(皮膚は黄色いが中身が白い)になって、相手側の利益を代表する人々になってしまうと困るのだが。

## ランチョンセミナーの商品は?

その後、日本では、睡眠関係のもろもろが、病気の診断から健康法、飲料やグッズに至るまでバブル化し、そういった動きにすっかり嫌気がさした私たちは、2004年7月にNPO法人大阪スリープヘルスネットワークを立ち上げた。顔の見える関係を重視し、的確な情報を発信し、お互いに学びあい教えあえる人々と人々とをひっつけるglueのような役割を果たしたいということが第一目的なので、現在も会員は100人余と小さい団体にとどまっている<sup>4)</sup>。それから数年して、このNPO法人を一種のパイロットモデルとして、さらに学術的で広く教育を担える学会を発足させようということで、2008年8月にIntegrated Sleep Medicine Society (ISMSJ、日本臨床睡眠医学会が日本語名)を創設した<sup>5)</sup>。学会については、雑務を扱う事務局が自分たち自身ではたちゆかなくなるので、早いうちからプロの学会屋さんに頼もうということになった。いろいろ捜したところ、大手はいずれもかかるお金が莫大で、到底相手にしてもらえないこともわかり、小さい会社で大阪にもbaseがあるC社にお願いすることになった。

会則も完成し、契約書も交わし、2008年11月には、第1回学術集会の開催に向けての最初の会合がもたれた。C社の担当者は、当初から私たちの貧乏ぶりに(おそらく)あきれておられ、学術集会のたたき台として私がつくった予算案についても、「こんな小規模でいいんですか?」「これでは〇〇の費用が出ませんよ?」と信じられないものを見たという顔をされていた。しかし、私たちとしては、NPO法人運営の経験で、だいたい参加人数も読めるし、参加費もあまり高くしたくないし、それで計算していったら、企業からの寄付金を入れるとしてもそれは半分以下に抑えなければならないので<sup>6)</sup>、派手にはしたくなかったのである。そうすると、担当者曰く「ランチョンはしないんですか?」との質問。<そうですね、でもランチョンセミナーで話す人も私たちの中から出せば、特に講演料もいらないし、大阪からだと交通費も少ないので、外国の人でも呼ばない限り、あまり意

味がないのでは？>。

この部分は、私が言ったのか、同席していたISMSJの別の役員が言ったのかよく覚えていないが、とにかくその席には、私を含めて3人の役員がいて、皆同じことを思っていた。C社の担当者の表情は明らかにひきつっており、恐る恐るといった様子で言うには、「あー、ランチョンセミナーって、講演者の講師料とか、宿泊費、交通費を出すだけじゃないんですよ！」 私たち3人は言われている意味が理解できない。お互いげんな表情で顔を見合すのみであった。担当者の説明によると、ランチョンセミナーは、①学会が企業に学術集会の枠を売ることであり②その枠に対して、規模や格に応じて50万から150万ぐらいの金（これも推測の部分があり、完全な実態ではないらしい）を払っていただくことができ③弁当を用意させ、差額もこちらの収入になり④そしてこれらの金額は寄付金には含まれない、ということであった。私たち3人は、この説明を聞いて椅子から落ちそうになり、その瞬間、なぜ、ここ数年、どの学術集会もランチョンセミナーさらにディナーセミナーなど数々の企業のひつつきセミナーがどんどん増えてきて、学会の昼休みに昔なら、学会でしか顔を合やすことのない知り合いと昼食を食べにいったものだったが、今や、昼食はランチョンに出て弁当はここで食べるものという風潮になってきた背景がやっとわかったのである。<えー、そしたらランチョンを増やせば、参加費からの収入は少なくともいいってこと？><どンドン派手なものになれていったら、もどれなくなるのでは？><これやったらステロイドか麻薬やんか？>と私たちは口々に言い立て、知らなかった自分たちが悪いのだろうが、何となくそれまで騙されていたようで、不快に感じた。

後からつらつら不快感の理由を考えてみるに、学術集会の枠を売っているというが、実際には、学会が商品として会社に売っているものは、学会員であるという解釈もできるからだと思う。企業としては、人集めの努力をしなくとも、人が集まっている機会をもらうということがありがたいことなのだろう。しかし、このしくみをしてい

る人は当時の私の周辺にはいなかった。学会員になって、会費を払って、自分たちが売られていても、その見返りに〇〇してもらえるのなら、それは売られる一人として協力するべきだという論理も成り立つかもしれない。しかし、その場合でも、そういったからくりを一般の会員が知っておくべきではないだろうか？

## マーケティングは万能か？

身内に過去に外資系企業のマーケティング部門で働いた者がおり、この10年間無知な私にびっくりするようなことが起こるたびに相談相手となってくれている。身内によると、マーケティングは悪く言うと、「あなたは不幸だ」→「その不幸な点をよくするのは、こういういいものがあるよ」というメッセージを送るところにあるという。

例えば、化粧品が良い例で、たとえどんなに自分の肌がきれいでお手入れを完璧にしていると思っている女性がいたとしても、「あなたはずっとそれでいいと思ってきたでしょうが、実はまちがってるんですよ。それが証拠にあなたの肌には〇〇という欠点があります（または、「そうしていると将来的に△△になってしまいます」とする）」と言い続ける。そうすることによって化粧品市場はどんどん拡大していき、現在、市場として一番おいしいアジアに対しては、日本人女性をファッションリーダーとして確立させ、それを真似するのがおしゃれというトレンドつくりと同時にいう戦略がいろいろなところで取られているのだという。

しかし、これと同様の手法を医療に持ち込まれるのには、大きな問題があるのではないだろうか？確かに、Aという病気があって、Xという薬が第一選択薬であったが、より効果があり、副作用も少ないYという薬が出てきて取ってかわられていくという流れ、あるいは、これまで有効な治療法がなかったBという病気に対してZという薬が出てきた、したがって、YやらZの宣伝をするというのなら、理解は可能なのだが、「Cという病気の前には、C' という前段階があって、C' を早期発見して、Cにならないように防ぐためにも薬が

必要だ」という形で対象人口が広げられていくと、ある種の論理のすりかえが行われていると感じざるをえない。

この方法が世のため、人のためになるとしたら、①Cという病気が疾患単位として確立し、かつ診断方法がしっかりと存在すること②C' という症状(あるいは検査所見)が特異的なものであり③C' なら必ずCに移行し④Cにいったんなってしまつてなかなか治療が大変で⑤C' に投与する薬は高い確率でCに移行することを防ぐといった多くの条件をクリアしないことに意味がないと考えるのは、筆者だけだろうか?化粧品の場合は、「人が何を思おうと『私は美人』」と置いていけば済むが、「あなたは今、健康と思っているんでしょうが、こういう測り方をしたら健康でないところがあるんですよ」「放置しておくで大変なことになりますよ」とのメッセージだらけになると、命には代えられないので、個人が自律性を保つことが相当困難になってくる。また、それまでは病気として認識されていなかった症状や、個人が自分なりのセルフヘルプでしのいできた症状に対して、「こういう症状があれば、D病です」という啓発を大々的に行われると、これは医療機関に行かねばならないのかと不安になる人も増え、その症状が非特異的なものであればあるほど、D病でない人まで病院にやってくる事態が生じる。

様々な健康・医療情報をマーケティングの手法でばらまくことの一般人への影響は甚大で、患者に対して4-5年、スリープヘルスについて同じことを言い続けていても実行してくれず、「テレビで言っていた」ということから、「先生の言うことは本当なんです」と診察室で言われることが増えた。また、患者に直接訴える薬の広告は、direct to consumer advertising (DTC広告)として知られており、処方薬については、薬事法によって禁止されているが、マーケティングの手法を使えば、広告と同じようなことはいくらでもできると専門家は言う。土台がしっかりしていない睡眠のような分野では「私は〇〇という病気だと思うので、××という薬を下さい」と言って現れる患者も頻出しており、患者にとっても医師にとっても

不幸な状況だなどつくづく思う<sup>7)8)</sup>。

今や、どの情報を選択させるかは、権威付けて暴露度を上げるとそちらへ誘導できるのだから、広告代理店には勝てないとほとほとやる気が失せてしまい、この先、いったい日本の医療はどこに向かうのか、そら恐ろしい気がする。

## ヒトよりカネの日本医療?

本特集のテーマは、「ヒトよりモノの日本医療」ということであるが、睡眠医学を通じて学んだことは、「ヒトよりカネの米国医療」がいつのまにか日本にも入ってしまっており、かといって完全にアメリカ化しているわけではないというひねった構造である。

例えば、米国では、最近になって薬会社や医療機器会社が医師や教育病院に対して支払った販促費用は公開されなければならなくなっており、それがどのぐらいであるかをまとめて見ることができるサイトが出てきた<sup>9)</sup>。逆にある医師にどの会社がどのぐらいのお金を支払ったかということも、医師の名前と働いている州を入力すれば、すべての会社についてはではないものの、一般人でも自由に閲覧できるようになってきた<sup>10)</sup>。米国ではconflict of interest (利益相反)については、ひたすらtransparencyが重視され、とにかく何でもオープンにしておけば、問題なしという姿勢である。そうやって公表された内容をもとに、消費者が判断するという自己責任が強調されたやり方かと思われる。日本では、COIという概念は知られてきてはいるものの、それをどう扱うかについては、ばらばらであり、日本人は権威に頼ろうという心性が強いので(例外が大阪であると筆者は思っているが)、米国方式がうまくいくとは思えない。

これらがまわりまわって、何かやりにくい、何か変という感覚になるのであろうが、「翻訳文化」であることも災いし、英語で直接、情報を十分に取り入れることができないうと、うまく騙されてしまう危険性は高い。「世界知らず」から脱却する最初の道は、原典の情報を得ることであり、それを交換する仲間をつくっていくことが重要である。

この記事を読まれて、「聞いたことばかり」と思われた方は、すでに「世界知らず」ではないので、こんなことがわかるのに10年もかかった馬鹿者がいると笑っていただければ幸いです。

#### 参考文献

- 1) Tachibana N, Ayas NT, White DP. : Japanese versus USA clinical services in sleep medicine. *Sleep Biol Rhythm* 1 : 215-220, 2003.
- 2) 兒玉光生：下肢静止不能症候群（レストレスレッグズ症候群）への誤解。大阪保険医雑誌 2010年7月号 52：30-34, 2010.
- 3) <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=130730104>（米国の公共ラジオ局であるNational Public Radioのサイト内の2010年10月21日の記事。どのような手法で薬会社のスポークスマン役をしてくれる医師を釣り上げるかが書かれている）
- 4) <http://www.oshnet-jp.org>
- 5) <http://www.ismsj.org>
- 6) <http://www.iyakuhin-koutorikyo.org>（医療用医薬品製造販売業公正取引協議会のサイト。この中の「刊行物」から『『寄付に関する基準』の概要』がダウンロード可能）
- 7) 富高辰一郎：なぜうつ病の人が増えたのか。幻冬舎ルネッサンス 2009年
- 8) クリストファー・レーン（寺西のぶ子訳）：乱造される心の病。河出書房新社 2009年
- 9) <http://projects.propublica.org/docdollars/companies>（2009年に大手の薬会社が米国で販促費用をどのように使ったか、額とその内容を公表したもの）
- 10) <http://www.propublica.org/topic/dollars-for-doctors>（ProPublicaという米国の非営利報道機関のサイトの中にある様々な調査結果を公表するセクションの一つ。Dollars for Docs：What Drug Companies are Paying Your Doctor というタイトルで医師と薬会社との関係についてのレポートが掲載されている）