

民主党・衆議院議員
仁木博文さん

医療ジャーナリスト
伊藤隼也さん

スペシャル対談

保険適用に期待大!



衆議院議員
仁木博文
衆議院議員・民主党所属。徳島県阿南市生まれ。東京大学教養学部卒業後、徳島大学医学部に入学。卒業後、地元・徳島県で産婦人科医として勤務。2008年3月まで医療現場で活躍。昨年、3度目の挑戦で初当選。衆議院議員となる。産婦人科医として、妻の出産時にわが子を自らとり上げた経験を持つ2児の父親でもある。

医療ジャーナリスト
伊藤隼也
都立墨東病院での痛ましい医療事件をとり上げた「産婦人科の戦慄 首都東京をたらい回しにされ36歳妊婦は死んだ」(週刊文春)など、閉ざされた医療現場の現状にメスを入れ、問題提起し続ける医療ジャーナリスト。また、フジテレビ「とくダネ!」などにも出演。写真家としても活躍の幅は広い。

不妊治療をとり巻く環境はどうなっているの?

政権交代を果たした民主党政権。マニフェストには「不妊治療に関する情報提供、相談体制を強化するとともに、適応症と効果が明らかな治療には医療保険の適用を検討し、支援を拡充する」とあります。
気になる今後はどうなるのでしょうか「チェンジ!」されるのでしょうか?
医療ジャーナリスト・伊藤隼也さんと産婦人科医でもある衆議院議員・仁木博文さんにお話しいただきました。

医療現場の現状を検証。現場崩壊の立て直しが急務

伊藤●昨年の選挙での民主党マニフェストの中には、不妊治療の助成拡充がうたわれています。不妊治療をされているかたは、経済的に大きな負担をかかえながらも「子どもが欲しい」という思いで治療に臨まれているかたが多いのですが、そもそも、これまで不妊治療に保険が適用されてこなかったいちばんの原因は何だったのでしょうか?
仁木●これまで、各家庭で赤ちゃんと欲しかどうかという個人の問題が社会問題としてとり上げられることがありませんでした。そのため、世の中が「不妊治療」に対する問題意識を持つには至らなかった。治療への

理解がいまひとつ広がっていません。少子化問題がとりざたされ、将来の人口に対する見直しから、社会がもつ子どもを育てる環境をつくらなければならぬこと、それが社会保障制度を維持していく原動力になることを多くの人が認識され、現在にたがっていると思われまます。
伊藤●社会に理解がなかったということですね。
仁木●そうですね。少子化は避けて通れない問題です。経済的にも日本の将来に影響することです。けれどその一方で、「不妊はそもそも病気ではない」という考え方もあり、それが不妊治療の保険適用をはばむ一因にもなってきたと思われまます。

医療問題は、一勤務医だけでは乗り越えられません。命の現場を知る自分だからこそ、国の中枢で訴えていきたかった。(仁木)

「不妊治療への保険適用」、現段階ではどうなっている?

伊藤●現在、不妊治療の助成拡大に向けて、どのように動いておられるのでしょうか?
仁木●厚生労働行政のうち、医療に関しては足立信也政務官を中心に政策を進めているところですが、まず、人工授精に保険の適用を進め、体外受精は治療費の補助をさらに厚く、といったことにはなっていないでしょうか。

伊藤●マニフェストにある、「適応症と効果が明らかな治療には」という、健康保険の適用を検討する治療が人工授精になるのではないかといいことですが、体外受精に助成を厚くとのことですが、金額の具体的なイメージ

医療施設のクライテリア(判定基準)や客観評価がない日本の医療。施設基準の集約化や、第三者によるリスクマネジメントも必須ではないでしょうか。(伊藤)

”



ジはお持ちですか？

仁木●現在の補助金は年間1人あたり最大30万円（15万円×2回）。しかし私は少ないと思いませんね。個人的な意見ですが、高度な生殖医療を受ける人にとって、その2〜3倍は必要ではないでしょうか。

伊藤●人工授精と体外受精、治療費の補助の内容を分けて考える理由はなぜですか？ 一気に体外受精も含めて保険適用を検討することはやはり困難でしょうか。

仁木●体外受精は年間延べ50万人近い方が治療を受け、2万人近くが出産する時代になりました。しかし、人工授精とくらべると高度な医療技術が必要で、大幅な治療費の違いもあります。もし、体外受精を保険適用とした場合、患者さんに合った治療かどうかを精査せず、いきなり体外受精から治療を始める施設も出てくるかもしれない。そうすると、財政負担は大幅にふくらんでしまいます。

ただし、現状のようにすべてが自己負担の自由診療ではなく、治療の組み合わせによって（たとえば排卵誘発の薬剤には保険が認められるなど）「混合診療」の形を模索することも、私はあ

りだと考えています。伊藤●財政との問題から、人工授精・体外受精をコストで分けるといふ考え方はどうですか？

仁木●そうですね。不妊治療では「まずは人工授精から」というステップアップの考え方が産婦人科医の治療のプロトコル（手順）になっていますし。当面、体外受精に関しては「助成を厚く」との考えから検証していくのが現実的ではないでしょうか。

んだあけく「もう一回だけ」と再挑戦した結果、なんと妊娠・出産することができたんです。ほかはそのお産も担当したので、赤ちゃんと抱き、涙を流して喜ぶ彼女の笑顔が忘れられません。それまでのつらい経緯を知っていましたから、わが子をとり上げたときよりも感激し、ともに涙を流したものです。あのときは、うれしかったですね。

伊藤●そうやってチャレンジすることにも意味があるし、サポートする医療側も感動を共有できたわけですね。仁木●ところが、あまり知られていないことかもしれませんが、実際に婦人科の現場で一人の臨床家として日常的に目にするのは、中絶の問題です。子どもを望み続けている人がいる一方で、「またできちゃった」「先生、中絶して」と10代のかたが何度も外来にやってくる。また、経済的な理由から子どもを産んで育てられない……というご夫婦もいらっしやる。これら、命をめぐる問題は一人の勤務医だけではどうしても乗り越えていけない。現場を知っている自分だからこそ、国の中枢で訴えたいと思っただけで、政治の世界に飛び込むきっかけになったん

エックしたり、技術検査や体制の不備な点など、抜き打ち検査をするような厳しいチェックをやっていくことも可能でしょう。ニコニコして患者さんへの感情移入だけが得意な先生のいる施設や、胚移植では5個も卵を戻して、陰でこっそり減数手術をやっている施設があるとしたら、それではだめなんですよ。

保険適用ではないからといって、医療の質が下がることは許されない。以前、他人の受精卵を戻したという事件もありましたが、そういう医療ミスをなくすることも必須です。厚生労働省を中心にした監査のチームを作る必要があると思いますね。

伊藤●お話をかわりますが、かつて産婦人科医として、医療の現場で活躍されていたころ、日々どんなことを感じておられたのかお聞かせください。

仁木●私の職場は命の現場でした。たとえば……そうですね、こんなこともありました。40才近いかたが7回目の体外受精でようやく妊娠したのですが、子宮外妊娠でした。緊急で腹腔鏡のオペをして、一命はとりとめました。大変な手術でした。その後「もうやめようかな……」と悩



不妊治療を受けているかたたちからの意見は重要ですが、私は、できるだけ多くのかたの意見をお聞きして、不妊で悩まれているかたの助けになるようにがんばりたいと思います。（仁木）

伊藤●「お金の渡しっぱなし」で、検証がなされてきませんでした。正しい診療内容をチェックできる機関がない限り、国や自治体がお金を出しても患者さんは幸せにならない。まずはそこを変えていかないと。たとえば、自治体の補助金の窓口は、施設とまったくつながりがない不妊治療の専門医をおき、提出された申請の内容をチ

伊藤●「お金の渡しっぱなし」で、検証がなされてきませんでした。正しい診療内容をチェックできる機関がない限り、国や自治体がお金を出しても患者さんは幸せにならない。まずはそこを変えていかないと。たとえば、自治体の補助金の窓口は、施設とまったくつながりがない不妊治療の専門医をおき、提出された申請の内容をチ

仁木●まさにそのとおりです。伊藤●「お金の渡しっぱなし」で、検証がなされてきませんでした。正しい診療内容をチェックできる機関がない限り、国や自治体がお金を出しても患者さんは幸せにならない。まずはそこを変えていかないと。たとえば、自治体の補助金の窓口は、施設とまったくつながりがない不妊治療の専門医をおき、提出された申請の内容をチ

次 載

日本の医療現場は、検証すべき点がある。山積み。現場を知る人たちは、お子さんを望む人たちのために、いい意味で変えていってほしいですね。（伊藤）



*2008年9月、香川県立中央病院で起こった受精卵と間違え事件。体外受精を受けた女性が別のカップルの受精卵を移植された疑いから人工中絶をするという事故が発生した。