

# 賢い患者になるために：病診連携の立場から

上 木 雅 人

How to Get the Best Medical Services in the Falling Japanese Medical System

Masato Ueki

## はじめに

安心して暮らしていくためには、いざというときのセーフティーネットは欠かせないもので、医療と福祉はその大きな柱である。病気は誰でもがなるもので、どんなに健康法を実践したところで、どんなにお金を掛けたところで、人はいつか病み、そして死んでいく。病は、だれにでも降りかかるものだからこそ、現代社会では健康保険制度や、福祉制度がある。地域医療がきちんと機能していくためには、地域の診療所と病院が連携する所謂病診連携がうまく働いていなければならない。なによりも病院がきちんと機能していることが欠かせない。しかし、いままさにその病院が、歴代政府の一貫した医療費抑制政策、医師数抑制政策に加えて、国民の意識、医療に対する要求の変化により、危機に瀕している。本稿では、医療のおかれた現状について概説するとともに、患者として、どのようにこのような危機的な状況に対応していったら良いかヒントを考えてゆきたい。

## 1. 医療崩壊は本当か

このところマスコミにも医療崩壊の關係の記事が目立つようになってきた。この1年を振り返ってみても、『週刊東洋経済』2007年4月28日・5月5日合併特大号「ニッポンの医者、病院、診療所」、『週刊ダイヤモンド』2007年4月7日号「医療格差社会」、『文藝春秋』2008年1月号「暴走官僚；エリートたちが日本を食い尽くす」などがある。インターネット上にも多くの記事が見られる。また政治家にも危機感がようやく広がってきた。

産婦人科、小児科では医師不足が地方ばかりか、大阪などの大都市圏にも波及しつつあり、また救急医療では、患者さんの受け入れ先が見つからない事例が頻発している。医師不足はなにも小児科や産婦人科に限ったことではなく、例えば今外科も深刻な事態になっている。外科医の所属する外科学会の会員数をみてみよう。

2003年度

入会者：1,204名 退会者：1,072名 物故者：124名

現在会員数：39,223名（前年度8名増）

#### 2004年度

入会者：499名 退会者：1,069名 物故者：110名  
現在会員数：38,543名（前年度680名減）

#### 2005年度

入会者：707名 退会者：1,212名 物故者：154名  
現在会員数：37,884名（前年度比659名減）

#### 2006年度

入会者：818名 退会者：682名 物故者：129名  
現在会員数：37,891名（前年度比7名増）

この4年間で外科医は1,332人減っている。これにはもちろん新医師臨床研修制度のために2年間新しく専門に外科を選択する医師がいなかったことが最大の原因であるが、しかし元に戻るべきはずの2006年度の入会者数が、新医師臨床研修制度の始まる前の2003年度とくらべておよそ2/3の入会者数しかない。このままいくとあと5年もすると外科医不足が表面化しはじめる。そうなるからいくら外科医養成のための施策をとっても遅すぎる。一人前の外科医の養成には、すくなくとも10年から15年かかるので、事態が逼迫してからは、回復に10年以上かかり、空白の期間が生じてしまうからである。

また主要な診療科である内科でも医師不足が深刻になっている。一口に内科といっても、いまは医療の内容が高度化したために、専門分化が進み、循環器、呼吸器、消化器、内分泌代謝、神経内科などに分かれている。高度な医療を行なう病院では、一人の医師が内科の複数の専門分野をカバーすることは不可能である。心臓カテーテルの専門家が、内視鏡を完璧に使いこなすことは出来ない。その結果例えばある病院に内科医が20名いたとしても、それは複数の専門分野の内科医師の集合体であり、それぞれの専門分野には数名の医師がいるのみである。例えば呼吸器科に医師が3名いたとして、過労のために一人倒れると、残る二人に過重な負担がかかり、残りの二人もその病院を辞めざるを得ないような状況に追い込まれてしまう。そうすると内科直当の負担が他の専門分野（例えば循環器科）に及びというようにドミノ倒しのように内科各診療科の医師が病院を辞めていく。こうしたことが今全国各地で起こっている。

高齢化が進み、医療がどんどん高度になっているので、医師の数をもっとふやすことが必要であったのであるが、政府は医師養成数を減らしてしまった。政府は「人口10万人当たり150人」を目標に、1973年から「1県1医大」を推進し、1983年に目標を達成した。しかし、旧厚生省の検討会が1984年、「2025年には全医師の1割程度は過剰になる」との推計値を公表し、同省も各大学に医学部の入学定員を削減するよう協力を求めた。97年には政府が定員削減を継続することを閣議決定し、現在も政策の基本となっている。しかし、医療の高度化や高齢化を受け、OECD加盟国の多くは医師数を増やし、2004年の加盟国平均（診療に従事している医師数）は10万人あたり310人であるのにたいして、日本は200人で、加盟国中最低となった。この政策の背景には医師が増えると、医療費が増えるという医療費亡国論がある。医療費亡国論は、1983年に当時の厚生省保険局長の吉村仁氏が『健康保険』「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」にさかのぼる。この考えはその後も連綿と医療行政のバックボーンとなりつづけ、今日なおその

呪縛の元にある。

その論点を要約すると、

- a) 医療費亡国論：このまま租税・社会保障負担が増大すれば、日本社会の活力が失われる
- b) 医療費効率通減論：治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導などに重点を置いたほうが効率的
- c) 医療費需給過剰論：供給は一県一大学政策もあって近い将来医師過剰が憂えられ、病床数も世界一、高額医療機器導入数も世界的に高いレベルだ。

しかし、今日では、北欧に見られるように、経済の高い生産性を保つためにも、セーフティネットとしての医療は欠かせないという考え方が主流になってきている。それにかかわらず、政府は医療費の公費負担を減らし、自己負担を増やすことに必死である。

## 2. 医療崩壊の原因

医師以外の方には、医療危機だと言われても実感がないかもしれない。身近にいくらでも大きな病院はあるし、また開業医も身近にいくらでもある。病気にかかっても、入院先に困ることはない。しかし、医療崩壊が目に見えるようになってきた小児科、産婦人科、救急以外の分野でも医療の崩壊は確実に進行している。

こんにち医療システムが、崩壊の危機に瀕している理由は大きく分けて3つあると私は考えている。

- 1) 医療費の過度の抑制による現場の人員不足とそれともなう過労
- 2) 司法の過度の介入による医療現場の萎縮
- 3) 過度の要求をするモンスター患者の出現

## 3. 医療費の抑制

医療費の抑制はもう国是と言ってよいレベルではないだろうか。その背景に医療費亡国論があるのは先に書いた。特に医療費抑制が顕著になったのは小泉政権である。高齢化が急速に進展しているので、医療費は増えて当たり前であり、もしそれを削減すると、医療の質が低下することはあきらかであるが、小泉政権以降一貫して、公的給付を削除して、その分を民間保険への加入や自己負担増を通じた民間負担増で補ってきた。そのモデルはいうまでもなく米国の民間保険主体の制度である。しかし米国の健康保険制度は西側先進国の中で、もっとも失敗した例としてしばしば取り上げられるものである。実際米国には4,000万人以上の無保険者がいて、満足な医療が受けられない状況下に置かれている上に、たとえ何らかの民間健康保険に入っていたとしても、給付範囲が限られているために、病気になると医療費の負担は大きく、アメリカでの自己破産の最大の理由が医療費となっている。

日本より早く医療費を抑制して、癌の手術6ヶ月待ちといった事態を招いたイギリスの例を見てみよう。イギリスは「揺り籠から墓場まで」という手厚い社会福祉制度をとっていたが、サッチャー保守党政権のもと徹底した医療費削減政策をとった。その結果現場の人員不足、過労などを引き起こし、医療従事者の士気が低下した。医師の自殺率は同程度の学歴を持つ専門職の2倍だという。イギリスの医師会雑誌 British Medical Journal (BMJ) の2001年322巻の巻頭言のタイト

ルは「なぜ医師はこれほど不幸なのか」である。看護師の自殺率は、同学歴他職種女性の4倍で、死にたくなるほどつらい仕事だという。毎年21%の看護師が辞めている。ナイチンゲールを生んだ国であり、看護学校は人気なのだが、現場の大変さを知り、進路変更したりして脱落する者が17%に上るといふ。その結果癌の手術待機が6ヶ月といった事態を招き、ブレア政権になって2000年から5年かけて医療費を1.5倍にすると宣言したのである。しかし、今尚イギリスの医療現場は荒れており、救急外来における患者の暴力行為も多発している。

一度壊れてしまうと医療システムを再建するには長い時間と多額の費用がかかるのである。

#### 4. 司法の過度の介入

こんにちの医療現場を萎縮させ、病院から多くの医師が立ち去る大きな原因となっているのが、司法の過度の介入である。もちろん医療ミスは防がなければいけないし、中には刑事罰に相当するような事例も存在している。しかし、司法が過度に医療に介入すると、ぎりぎりのところで存在していた医療のシステム自体が崩壊してしまう。それがもっともあきらかになったのは、福島県立大野病院産婦人科の事件である。

やや旧聞に属するので、簡単に事件の経緯にふれる。この事件は福島県の県立大野病院で起こった。産婦人科の医師一人で地域の産科医療をささえていたのであるが、2004年12月、帝王切開の手術中に同県内の女性（当時29歳）が出血性ショックで死亡した事故で、手術を執刀した産婦人科医師が逮捕、起訴されたのである。この事件は現在係争中であるが、起訴状によれば、事前の検査で胎盤が子宮に癒着し、大量出血する可能性を認識していたにもかかわらず、本来行うべき子宮摘出などを行わず、胎盤を無理にはがして大量出血を引き起こしたとされる。さらに、医師法で定められた24時間以内の警察への届け出をしなかったとされている。亡くなった方には大変お気の毒であるが、その後この事例が、前置胎盤、胎盤癒着という、きわめてまれな事例であったことが明らかになってきた。

医療に100%の確実性はなく、不確実性の中で医療従事者は全力をつくしているのであるが、不幸な結果に終わると、たとえそれが不可抗力であったとしても、すぐに刑事上の責任を問われる事態になってきている。

それを厚生労働省は助長するような動きに出ている。

いわゆる医療事故調査委員会に関する厚生労働省試案がそれである。

医療事故の再発防止、医療の安全性向上のためには、医療事故がなぜおこったかの原因究明を行うことがもっとも大事なことである。しかし、先に書いた福島県の産婦人科の事件を始めとして、日本では、医療従事者の刑事責任をとることが主流となっており、再発防止の観点からの取り組みが薄い。

このうち、当該医師の出身母体である福島県立医科大学産婦人科は原則として一人での出向を認めなくなったために、多くの地域から産科医療が姿を消した。

2007年10月、厚労省は「診療行為に関連した死亡の死因究明のあり方に関する（第2次）試案」を発表したが、この中で死因調査のための専門委員会（いわゆる事故調査委員会）の設立を提案し、調査の結果を事故の再発防止と医療安全の向上につなげることを明記した。この点はおおいに評価されるべきなのだが、いくつかの重大な欠陥が指摘されている。

たとえば、

- 1) 診療関連死が何を指すのかその範囲が明らかにされていないため、その拡大解釈が無限に可能であること。例えば手術をして亡くなったら、それをすべて報告するような事態になるのか。
- 2) 事故原因の科学的な調査のための委員会であるにもかかわらず、医療についての専門知識を持たない法律関係者や、遺族の立場を代表する者が初めから関わっていること。とすると最初から原因究明ではなく、責任追及の場になる可能性がある。
- 3) 第三者委員会と称されているが、医療現場の監督官庁である厚生労働省の下に委員会が設置されており、厳密な意味で第三者委員会となりえない。医師に対する監督指導の要素が強くなること。
- 4) 委員会による調査結果が民事裁判や刑事裁判にも利用されうるとされているので、情報提供者の匿名性や免責性が十分に保証されていないこと。このことは、ひいては憲法第 38 条第 1 項（何人も自己に不利益な供述を強要されない—黙秘権）にも抵触する恐れがある。

すべての事故原因をヒューマンエラーに矮小化することで、本来の目的である事故の再発防止や医療の安全性の向上には役立たないのではないかという懸念があるのである。

もしこの委員会が原案のまま設置されれば、医療現場はますます萎縮し、不幸な転帰が一定の確率で起こる外科には担い手がなくなるのではと真剣に危惧されている。

## 5. 患者の変化

患者や家族の気質が変化したことはベテランの医療従事者なら誰でも感じていることである。権利意識が高まってきて、よいことも勿論多いのであるが、一方で過剰な権利意識やわがままのために医療現場の荒廃に拍車をかけている。

すでに多くの事例が報告されている。病院の受付で言ったことが主治医にうまく伝わっていなかったというだけで激昂して、医師や看護師を土下座させて謝らせたなどといった多くの事例が報道されている。また救急外来での暴力行為が多く報告されている。そうした一部患者や患者家族の心無い行為が、医療従事者の張り詰めた気持ちを折り、その結果として病院からの離職につながっている例もある。

## 6. よく生きるとはよく死ぬこと

誰しも、健康なうちは、病気の自分の姿を想像できないし、ましてや自分がどのように死んでいくかなど考えることもないであろう。しかし、生老病死は、すべての生物にとって必定であり、如何にメタボリックシンドロームをコントロールしようが、如何にアンチエイジングを行おうが、だれもが、いつかは障害を負って、死んでいく。その時にどのような死に方を望むのか普段から考えておくことで、よりよく生きることにつながると思う。

例えば、口から食べることが出来なくなった時に、胃ろう（お腹の上の方の皮膚に小さな穴をあけて、そこから細い管を胃の中に入れて、食物を直接胃の中に入れる栄養方法、ほとんどの場合内視鏡をつかってつくられる）をおくかどうか。胃ろうによる経管栄養は一度はじめてしまうと、今の日本の法律ではやめることが出来ない。しかし、胃ろうを入れないことを選択して、その結果衰弱して亡くなっていくことは、自然死になる。

## 7. 賢い患者となるには

今後、医療の仕組みが大きく変わっていく。残念ながら、良くなっていくことはあまり期待できない。その中で、患者がよい医療を受けるためにはどのようにしていったらよいのだろうか。

第一に「ウマのあうかかりつけ医をもつこと」をお勧めする。医師も一人の人間に過ぎないわけで、心の通い合う患者さんには、家族と同様に出来るだけのことをしようとする。医療制度がどのように激変しようとも、いや激変しようとしているからこそ、人と人とのつながりがますます重要になってくる。

第二に、医療に対して、過剰な期待を持つことも、逆に過剰な不信をもつこともなく、できるだけ冷静に向き合っていこう。医学の進歩は早く、再生医療が実用化される日は近いが、その恩恵を、主として費用の関係で、多分あまねく国民すべてが受けられるようになるとは考えにくい。また、再生医療をもってしても、人が不老不死となるわけではない。

## 8. 医療制度の今後

先進国の中でプライマリケア医（開業医）の収入が、専門医より多いのは日本とデンマークだけである。また高齢者の医療機関受診回数も突出して日本だけが多い。旧来の日本型医療制度に多くの改革が必要なことは論を待たない。しかし、改革の中身が闇雲に医療費を削減して現場を疲弊させることであってはならない。多くの日本の医療従事者が望んでいるのは、なにも特別な高収入を得ることではない。安心して働ける職場、家族との団欒、普通の生活といったごくごくあたりまえのことである。医師であるから、看護師であるから家庭も顧みずに働けというのでは、誰も医療を担わなくなってしまう。

医療、介護などの社会福祉は、いわば昔の村にはどこにでもあった、皆が共同で管理して、薪を取ったり、堆肥をとったりした入会地のようなものではなからうか。一気に収奪してしまえば、もう来年から薪も、堆肥もとれなくなってみんなが困る。しかし、村全体が入会地でも、また村民の暮らしが成り立たない。

どのような社会福祉制度を望むのかは、つまるところ国民の選択である。低負担低福祉なのか、高負担高福祉なのか。しかし唯一ついえることは低負担高福祉だけはありえないということである。

### 参考文献

1. 『週刊東洋経済』2007年4月28日・5月5日合併特大号「ニッポンの医者、病院、診療所」
2. 『週刊ダイヤモンド』2007年4月7日号「医療格差社会」
3. 『文藝春秋』2008年1月号「暴走官僚；エリートたちが日本を食い尽くす」
4. 小松秀樹（2007）『医療の限界』新潮新書
5. 小松秀樹（2006）『医療崩壊—「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社
6. 本田宏（2007）『誰が日本の医療を殺すのか「医療崩壊」の知られざる真実』洋泉社
7. 李啓充（2004）『市場原理が医療を亡ぼす—アメリカの失敗』医学書院
8. 吉村仁（1983）「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」健康保険，1983年3月号，pp.28-32