

〔連載⑭〕

現代社会解体新書

第14回 医療崩壊

DAS ジャパン

萩原 睦幸

医療機器や検査機が近年飛躍的に発達し、簡易な手術方法が開発されたり、また病気の診断も迅速に行われるようになりました。また最近では医療ロボットによる手術が注目され、人手では無理で危険と思われる部位での、成功例が顕著になりつつあります。こうなると今までの外科医は、単なる外科手術に加え、ロボットの制御を思い通りに行える技術をいかに身に付けるかが求められてきます。

もっとも、今までの人手がロボットに置き換わりただけで、外科医の本質は何ら変わらず驚くにはあたらないとの主張もあるかも知れません。

一方、医者への患者への対応もずいぶん様変わりしてきました。「患者を診る」のではなく、「検査結果の数値を見る」医療へと移っています。従って、患者の疾患に至るまでの様子などはうわの空で、「まずは検査」を勧める医者が圧倒的に多いというのが現代の医療の実態です。

しかし、ながら検査結果の数値はかなり不確定要素を含んでいることを知るべきです。睡眠不足が続いたり、過度のストレスがあるような場合は、正常値を大きく逸脱することがしばしばです。実は検査をする前に、患者の日常の生活をじっくり問診することが病気の診断を下すための大きな一歩なのです。

昔の医者は何ら医療機器を持たない時代に、聴診器と患者の間診だけでたいいていの病気を正しく判定していたわけですから、検査はあくまでも「診断の裏付け」として活用すべきだと思います。

患者側からしたら、形だけの問診でまずは検査ありきのやり方は、すべて検査のデータに基づく診断が最良だと医者が考えているとしか思えません。この医者との患者の考え方の相違は、近年のいわゆる「過剰診療のトラブル」に発展しています。

●過剰診療

患者があまり望んでいないのに、各種の検査を強要する医者が後を絶ちません。たいいていの医者は「念のため」といううたい文句で検査を強要してきます。後で渡された領収書をじっくりごらんになるとおわかりのように、検査に関わる保険点数が極端に高いのがわかります。つまり医療側が収入を増やすために、患者に不要な検査を「念のため」という一言で実施しているに過ぎません。医療側は簡単に検査といいますが、患者側には大きな負担となり、検査そのものも大きなリスクをはらんでいるのです。普段まったく健康体の成人が、念のための胃カメラ検査でお腹に穴をあけられて死亡したケースもあります。そうかと思えば検体を取り違え、別の患者の手術や治療を受けるはめになったとんでもないケースもあり、検査は必要最小限にとどめるのが正しい医療行為だと思います。今原発の放射能汚染が問題視されていますが、放射線照射による治療の「検査被曝」もあまり表沙汰にはなりません、人体の健康の大きなリスク要因のひとつには間違いありません。一昔前の医者、患者に対する尊大な態度はだいぶ少なくなりましたが、一般の患者は医療行為に多少疑問を感じても、まだまだ医者のいうことに従わざるを得ず、真っ向から反論できる状況ではないのが現実だと思われます。

●医学の基礎は情報公開

大学の医学部は、どこの大学でも「別格の存在」で他の学部になかなか門戸を開こうとしないのが現実のようです。医学生生の偏差値が高くかつ教授達のエリート意識が強いことが多分に影響しているものと思われますが、実は一番身近で人々の関心が高いテーマを扱っているのも事実なのです。

だとすれば、たとえ医学部の学生でなくても、「医療の流れ」、「診断の基礎」「病理学の基礎」などは一般学生に開放し、広く医学の基礎知識を学べる環境づくりをすべきだと思います。場合によっては、一般学生だけではなく地域住民にも「医療の基礎」を学べる機会を提供するのも大学に課せられた義務だと思われます。こうすることにより、医者の独断的な診断や治療方法に歯止めがかかり、医療過誤撲滅の道が開けるのではないのでしょうか。このような事態は大学の医学部や付属病院にとって

は大きな脅威かと思われませんが、今までの「医学部の特権意識」そのものはすでに時代遅れになりつつあります。というのは、現代のような成熟社会においては、さまざまなメディアを通じて医学に関する情報が一般化されてきていて、医療問題はさまざまな立場の人と一緒に考えながら解決して行く時代になったというべきでしょう。

病気の診断や治療は、昨今「インフォームドコンセント」がだいぶ広まり、患者と医療側の合意が形成されつつありますが、より正確に診断や治療を行うためには、もっと患者側が医療の基礎を身に付けられる環境が整備されてこそ、実現できるものだと思います。

●患者が主役

セカンドオピニオンに機嫌を損ねたり、他の病院の診断結果を一切無視する医者がまだまだ少なくありません。つい2～3日前にレントゲンや血液検査をしたにも関わらず、あらたに関わった病院で、また同じことを要求されたという人が後を絶たないのです。ある患者は医者から「2～3日前と様子が変わっているかも知れない」とかいわれて渋々それにしがったそうですが、心では全く納得していなかったといいます。重篤の患者でない限り、2～3日前の検査データは十分信頼でき、それで診断できてしまうはずですが、もし患者が複数の病院にかかっているとすれば、同じよう



な検査を何回も要求されることになり、患者側はたまったものではありません。したがって患者のカルテやデータの共有化は、これからの時代には必須にならざるを得ないでしょう。

またこのカルテやデータの共有化は、どこの病院にかかろうとも、患者本人の過去の病歴がすべてわかることにもつながり、適切な診断や治療ができる元にもなります。一方ある時から、診断や治療方法が過去の延長線ではなく、変わる可能性もあるかも知れません。そのような場合は、患者にその経緯を丁寧に説明し了解を得る必要があるのでしょう。あくまでも患者が主役だということを忘れずに。

●病院の使命をもっと明確に

東京・信濃町の有名私大付属病院では、重篤の患者を優先するために、一般の軽い症状の患者をあの手この手で制限する試みが行われています。他の病院や医者の紹介状を持参しない限り、一般の患者は高額な初診料をとられます。また症状によりその日に診察してもらえないこともあり得ます。これらはすべて重篤な患者を優先するためです。

例えば大きな災害時に「トリアージ」という手段で、救命効果を高めるために危険で重篤な患者を優先することがルール化されていますが、この考え方と似ています。少し熱があり咳が出るぐらいなら、わざわざ大病院に来ずに、近くの町医者

に行つて様子を見て欲しいという親心からなのです。東京に限らず全国で同じような現象が起きているとのことなので、各々の病院の格付けや使命は、重篤の患者を救う意味でも実行されるべきでしょう。時間つぶしとリクレーション気分で来院されるお年寄りが全国でも数多くいるとのことですが、少しは重篤な患者のことを思い、大病院への来院は控えて欲しいものです。

●電子カルテの効用

最近、患者の症状やその後の経過を聞きながら、データをパソコンにインプットして行く医者が飛躍的に増えました。当初は医者のおペレタまがいのこのような仕草は違和感がありましたが、現在は当たり前になってきました。実は医療業界に限らず、このような電子データの効用は計り知れないものがあります。以前は医者がカルテに、英文を交えた癖のある文字で記載していたものでしたが、本人はわかっているにも他人には判読不可能なカルテも少なくなく、よくまあ医療ミスを引き起こさなかったかと今思えば不思議でなりません。もっともミスは表沙汰にならなかつただけかも知れませんが。

一方パソコンに入力された文字や数字は、本人が入力ミスをしない限り、判読不能であるはずはなく、そこに記載された情報は正しく伝達されることとなります。また過去の情報の検索もパソコンが得意とするところですから、容易に目的の情報が検索できてしまいます。今後は入力するデータの「標準化」を進める必要があるでしょう。もし医者による入力データのばらつきが大きく肝心のデータが記載漏れしているとすれば、また患者に再検査などの余計な負担を強いることにもなりかねません。さらに一歩踏み込んで、医者がどのような内容をインプットしているかも患者に公開すべきだと思います。もしインプット事項に誤りがあれば、患者にとって正しい治療を受けられない恐れもあります。医者と患者が一体となつてこそ、患者が主役の医療行為が行われるのです。

●医療崩壊

1990年代後半から、国の医療行政に疑念の声が上がり始めました。これは1980年代半ばから、医

療費削減のために医師数や医療費の抑制政策が打ち出され、これに伴い病院経営が悪化の道をたどり、病院の勤務医が過酷な労働を強いられるようになったのです。まさに医療崩壊の最大の原因は、医療費削減をすべてに優先する国の施策が影響していました。ところが医療費の対GDP比では、先進国中日本は最も低い医療費であり、医師数も人口1000人当たりOECD諸国の平均である3.1人を大きく下回る2人にとどまっています。絶対数でも14万人不足している調査結果が出されています。最近このことがやっと認識されるに至り、厚生労働省も重い腰を上げ、医師数増員に動き出したところです。それまでの国の考えは、医師数は足りており全国的に医師が偏在しているのが主な原因だと一点張りだったようです。

一方、大学の医局の閉鎖性にメスが入ったことも、医療崩壊に大きく影響することになりました。確かに大学の医局は教授を中心とするピラミッド型の階層構成で、大学が関係する地方病院の人事権まですべて掌握する一大権力構造がそこにありました。つまり医局から教授の息のかかる系列病院へ半ば強制的に医師が派遣されるシステムで、それが地域医療を支えてきたことにもつながっていました。しかし行政側は、医局が諸悪の根源であるとの考えのもとに「医局解体」を推し進め、2004年度から「初期臨床研修義務化」がスタートしました。これは、今までの医局からの派遣から、研修医は研修先を自由に選べるシステムになり、待遇がよく設備が充実した都市部の病院に研修医が集中してしまいました。その結果何かと不便な地方病院は敬遠され、病院によっては医師不足により診療科が成り立たず、閉鎖せざるを得ないところが続出し始めているのです。

加えてこの研修制度は、将来の選択に備え一定の期間でさまざまな診療科を経験できることから、過重労働や訴訟リスクの高い診療科が敬遠されることにもつながってしまい、この研修医制度も医療崩壊の大きな要因だといわれています。

●医療訴訟

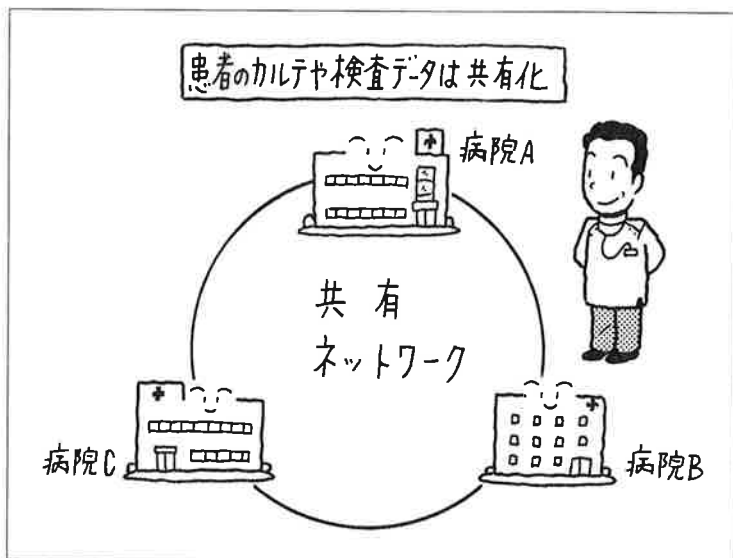
昨今は医療過誤や医療機関の犯罪がマスメディアに大きく取り上げられるようになってきました。

「医療訴訟は患者側に不利」だという今までの常識が、医療側の過失を認める判決が出始めたことで覆されようとしています。今まで泣き寝入りをさせられた患者側にとっては良い方向ですが、逆に医療側は訴訟を恐れて委縮してしまい、思い切った診断や手術に消極的にならざるを得ない状況になることも考えられます。

2006年に、医療事故で医師が逮捕された「福島県立大野病院産科医逮捕事件」がありました。当時医療側は妊産婦は前置胎盤であることが事前に検査で判明しており、出産時の危険性を説明し設備の整った大学病院での分娩を勧めたところ、地元の大野病院での分娩を希望したので、医師3名及び看護師4名で手術が行われました。出産後癒着胎盤が発見され、その剥離を試みたところ妊産婦は出血多量で死亡してしまった医療事故でした。その後医師は業務上過失致死と医師法違反で逮捕されましたが、結局医師は無罪との判決が出されました。裁判官の判断は、検察側が主張するほどの医療事故には当たらず常識の医療技術の範囲内だということでした。医療行為とは、医療側と患者側との信頼関係がなくてはじめて正しい医療ができることから、このような医療訴訟が増えつつある現状は、医療側と患者側のお互いの相互不信を生み、健全な医療行為の発展に決してプラスにならない傾向だといえます。

●患者のモラルの低下

東京郊外のある救急救命医療センター。深夜にも関わらずさまざまな電話がかかってくるといいます。「昼間は仕事で忙しいので、今から行くから診て欲しい」「最近眠れないので睡眠薬を処方して欲しい」「一人暮らしで寂しいので話を聞いてもらえないか」など、およそ生命に危険が及ぶ緊急事態には程遠い電話がほとんどだそうです。また深夜のタクシー代わりに救急車を使う強者もいるそうで、患者側のモラルの低下もはなはだしようです。



医者から診断の際に、「様子を見る」ということをいわれることがよくありますが、患者側も何かの疾患の時にまずは落ち着いて、すぐに病院に駆けつけるのではなく、ここ2～3日の行動や食生活を振り返るなり、自らその原因をさぐることを考えるべきかも知れません。人間は若いうちは健康で医療機関にお世話になることは少ないのですが、歳を重ねるにつれてどうしても医療機関との付き合いが多くなってきます。現代の「赤ひげ先生」は存在しているかどうかわかりませんが、患者に真摯に向き合い患者とともに苦楽をともにする心温かい有能な医者も世の中に数多くいるのも事実です。医療過誤はあってはならないのは当然ですが、患者は最終的には医療従事者にお世話になることを思えば、お互いの信頼関係を損なう行為は避けなければなりません。最近の医者はサラリーマン化してしまい、患者の身になって対処してくれる医者は極端に減ってしまったと嘆く人が少なくありませんが、医者も生身の人間であることを思えば、一方的に責めるのもどうかと思います。一方医者も患者と向き合う場合には、常にデータよりも人間を診ることを心がけ、そのことが患者からの信頼を得るきっかけになることを自覚すべきでしょう。

執筆者

萩原 睦幸(はぎわら むつゆき)
DASジャパン株式会社 代表取締役
TEL : 03-6666-0501 FAX : 03-6666-0594
Email : info@das-japan.jp