

オピニオン

## 良い医療制度を作るために

手稲区支部 高田 公彦

最近は何年制度改革が話題となり政治家の年金未加入、未納問題ばかりが騒がれています。与党も野党も多くの政治家がいかにもいい加減かをここでも露呈しました。良い年金制度を作るという本質的な論議はほとんどされず収支の帳尻合わせ論ばかりで結論は先送りという決着でした。

医療制度改革も最近はこの陰に隠れた感がありますが、規制改革・民間開放推進会議（総合規制改革会議の後継組織）、経済財政諮問会議、経済同友会など民間の医療で一儲けを企む面々の株式会社の医療経営参入と混合診療解禁への飽くなき要求、導入準備はしっかり継続されています。

この大事な時期に日本医師会という会長選挙でのごたごたし、今まで実際の交渉に力を発揮してくれていた青柳先生が執行部から姿を消し、小泉首相とは対話路線、苦勞して育ててきた日医総研を縮小するような発言もあり、深いお考えがあつてのこととは思いますが、一会員としては少し心配しています。

中国の古い医方書に「上医は国を治し、中医は民を治し、下医は病を治す」という格言がありますが、政治家がしっかりしていれば私たち医師は病を治し、病を予防することだけしていれば良いのですが、いまの時代もそのころと同じで医療の専門家である我々こそが国を治し、医療制度を良いものにしていく責任があると思われれます。大きな事を言ってしまいましたが、ではどうしたら良いのかと聞かれると大変難しいです。

まず基本的には日本はこれからどのような国を目指すのかという国民的議論とコンセンサスが重要と考えます。

米国のように能力がありがんばった人、運の良い人だけが恵まれ、十分な社会保障、福祉も受けられない人が多く存在するような国を目指すのか？スウェーデンのように重い税金、社会保障負担金で収入の70%以上も取られるが、病気、けが、失業などがあつても安心して暮らせるという保証のある国が良いのか？（しかし医療に関してはイギリスほどではありませんが日本よりかなり待たされる時間や日数が多いという報告もみられます。因みに医療制度に関してはデンマークが患者満足度も高く評判が良いようです。）おそらく日本は日本独自の道を歩むべきで、外国の良いところだけを取り入れることが最善と思われれます。

20世紀末に社会主義は世界的に否定されてきましたが、真の民主主義と、弱肉強食の競争中心の自由経済主義とは全く別物です。がんばって働いた人、社会、民衆のために貢献した人はそれなりに報われなければやる気もでませんが、少数の人間があまりに多くの富を握る社会は良くないし、限度を超えた富は社会保障などの財源に戻すしくみが必要と思われれます。

では今、我々医師は何から始めたら良いでしょうか？

国民のための医療、医療制度を目指す、私利私欲に走らず、大衆を敵にせず味方に付ける必要があります。そのためには当たり前ですが、まずは信頼に耐える、しっかりとした診療をしなくてはなりません。トラブルのあつたときには患者が相談できるようなしくみや医師会の自浄作用も必要でしょう。医師の資質向上のための再教育や資格の更新制度、日医総研のような情報収集や国民の立場にたった政策立案のできる組織を充実すること等が思いつくことです。



また医療に関わる政界、財界の動きにも関心を持ち目を光らせなくてはなりませんし、選挙では政党のみにとらわれず、正しい考えを持っている候補に投票したいと思います。しかしある程度、医師会全体としての集票力を復活させなくては政府への要求もできません。

5月15日の札幌市医師会主催の市民対話集会「ここが変だよ！日本の医療」、ではアメリカ、イギリス、マレーシア、イラン、中国、オーストラリア、日本のパネリストが各国の医療状況について問題点等を紹介しましたが、日本ではすべての医療機関を健康保険証さえ持っていれば、だれでも受診できます。この公平性は、世界でもまれです。日本の医療や研究のレベルは、アメリカ、ヨーロッパなどと比べて世界の最先端ではないかも知れませんが、医療を受ける機会を隅々まで行き渡らせている点を考えると、今のままでも日本の医療制度は世界でトップクラスのものであることが確認されました。

(表1)しかし問題点としては、カーテン一枚でプライバシーがない、待合いでの院内感染のリスク等が指摘されました。また情報開示(医療機関の専門性、治療成績など)も遅れている

点と思われます。本来は医療の単価は先進国並に引き上げて、医師一人当たりの患者数を減らし、看護師等スタッフも充実させ、医療事故やミスの原因となる過重労働のない、余裕のある診療を要求していくべきです。またマスコミの興味本位で時には悪意すら感じる報道のせいで日本の医療は遅れていて医療費も高いという間違った認識を持たれています。そのためもあって患者満足度も低い結果です。(図1、図2)これに対抗するには医療関係者がこれからも正しい、しかも心に訴えかける、分かりやすい情報提供を継続的に国民に対してしていくことが重要でしょう。

(参考資料)

2000年にWHO(世界保健機構)は「World Health Report2000」の中で各国の医療制度を評価しました。それによると、WHO加盟191か国中、日本の医療水準は、総合的には世界一でした。

- ・健康のレベル (Disability - Adjusted Life Expectancy: 健康で暮らせる平均寿命) 1位
- ・健康の分配 (Health Distribution) 3位
- ・応答性のレベル (Responsiveness Level)

<表1>

Member State	ATTAINMENT OF GOALS						PERFORMANCE			
	Health		Responsiveness		Fairness in financial contribution	Overall goal attainment	Health expenditure per capita in international dollars	On level of health	Overall health system performance	
	Level (DALE)	Distribution	Level	Distribution						
Japan	1	3	6	3-38	8-11	1	13	9	10	
Switzerland	8	10	2	3-38	38-40	2	2	26	20	
Norway	15	4	7-8	3-38	8-11	3	16	18	11	
Sweden	4	28	10	3-38	12-15	4	7	21	23	
Luxembourg	18	22	3	3-38	2	5	5	31	16	
France	3	12	16-17	3-38	26-29	6	4	4	1	
Canada	12	18	7-8	3-38	17-19	7	10	35	30	
Netherlands	13	15	9	3-38	20-22	8	9	19	17	
United Kingdom	14	2	26-27	3-38	8-11	9	26	24	18	
Austria	17	8	12-13	3-38	12-15	10	6	15	9	
Italy	6	14	22-23	3-38	45-47	11	11	3	2	
Australia	2	17	12-13	3-38	26-29	12	17	39	32	
Belgium	16	26	16-17	3-38	3-5	13	15	28	21	
Germany	22	20	5	3-38	6-7	14	3	41	25	
United States of America	24	32	1	3-38	54-55	15	1	72	37	
Iceland	19	24	15	3-38	12-15	16	14	27	15	
Andorra	10	25	28	39-42	33-34	17	23	7	4	
Monaco	9	30	14	3-38	42-44	18	12	12	13	
Spain	5	11	34	3-38	26-29	19	24	6	7	
Denmark	28	21	4	3-38	3-5	20	8	65	34	

6位、米国1位

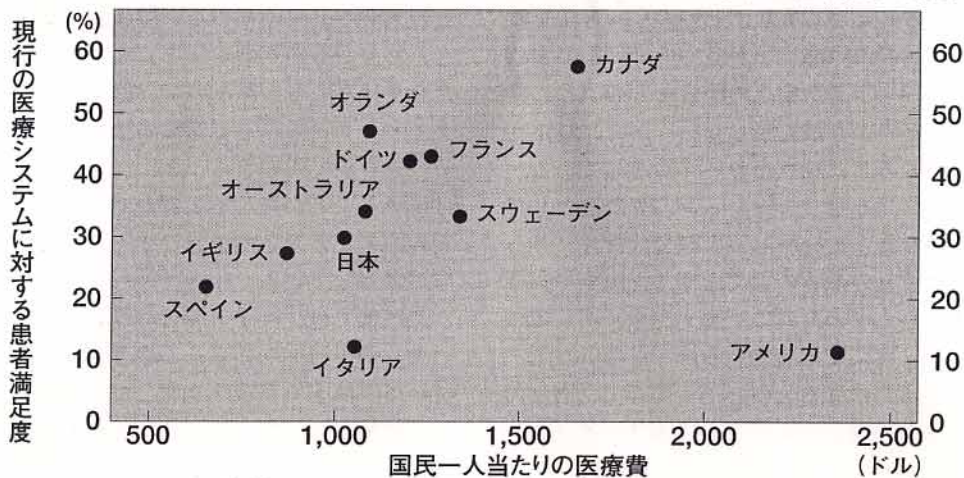
- ・ 応答性の分配 3 - 38位
- ・ 財政的貢献の公平性 (Fairness in financial contribution) 8 - 11位
- ・ 総合的目標達成 1位、米国15位
- ・ 1人当たりの健康支出のドル換算 (Health expenditure per capita in international dol-

lars) 13位、米国1位

- ・ 健康のレベルに対する実効性 (Performance on level of health) 9位、米国72位
- ・ 総合的健康システムの実効性 (Overall health system performance) 10位、米国37位 (たかだ小児クリニック)

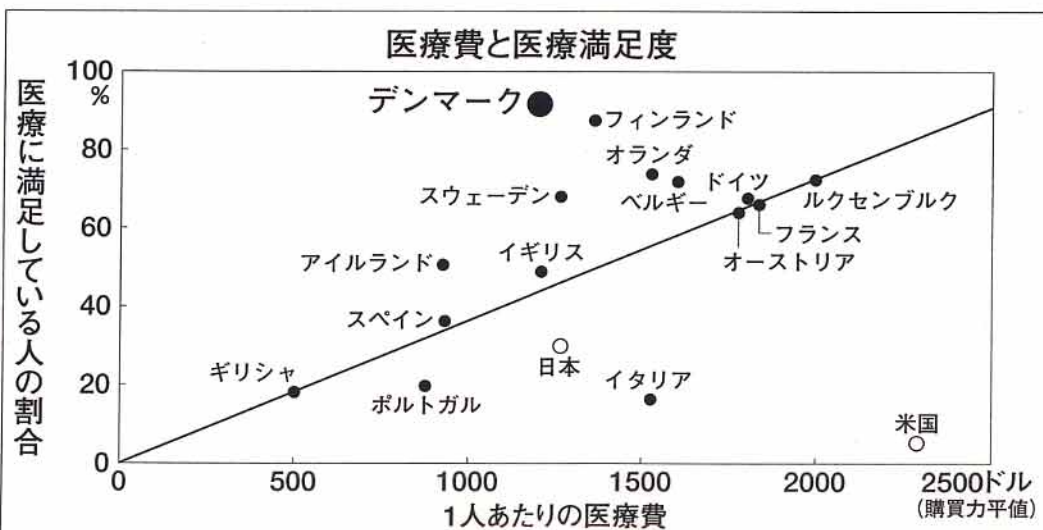
図1 1999.4 川淵孝一氏(日本福祉大学経済学部経営開発学科教授、日医総研主席研究員)の資料から

■ 国民1人当たりの医療費と現行の医療システムに対する患者満足度



資料: Harvard Cuanter Survey and OECD Healtu Data

図2 EU15カ国 (1993) 日米 (1990) 医療費と医療満足度





条の趣旨は犯罪捜査への協力にあり、このような趣旨から設けられた規定を医療過誤による死亡の届出一般に転用しようという考えには無理がある。しかしながら医療の透明性を確保するためには、医療過誤による死亡患者について何らかの報告システムは必要と考えられる。また死亡だけではなく、重大な障害の場合も同様に報告するべきである。

この考えに乗っ取ってガイドラインは「診療行為に関連して患者が死亡し、患者誤認や薬剤誤認、機器の誤操作などの重大な医療過誤が強く疑われる場合、明らかにそのような医療過誤があったと確認できない段階でも報告を要する。その他の医療過誤については、患者が死亡または重大な障害を負った場合、医療過誤が明らかとなった段階で速やかに報告する。誤診や手術ミスなどの医師の裁量に関わるものであっても、過誤が明らかであれば含まれる」と言及している。

これは前年の声明と比べるとややトーンダウンしている。また死亡だけでなく重大な障害の場合も報告することになっており、この点に関しては本年4月の外科学会の「医師法第21条の異常死届出義務を巡るシンポジウム」では条文の拡大解釈であり、一見防御的であるが有効な防御になっておらず、専門家としての誇りや責任の放棄であると批判されている。

また内科学会も異常死の届出について独自の見解を表明しており、さらに国立大学病院長会議の報告書（医療行為について刑事責任を問われる可能性のある場合）や厚労省国立病院部のマニュアル（医療過誤による事例）など様々なガイドラインの乱立が我々臨床現場に混乱を与えている。

このような経過の中、互いに「異常死」の解釈統一化が進まなかった日本外科学会と日本法医学会、そして日本内科学会と日本病理学会の4学会は本年4月1日に患者死亡事故の原因や過失の有無などを専門的に検証する中立機関を「可及的速やか」に創設することを提唱した共

同声明を公表した。

この機関には医療過誤かどうか不明なものを含め、診療行為が関連した死亡事故例は全て届けることにしている。遺族が事実経過を適切に知るためにも、専門機関で死体解剖を行い、死因を科学的、公正に分析する必要性を指摘している。今回の声明は、医療事故の当事者側と、事故の事後検証を担う立場の両学会が共同歩調を取ったという点で画期的と考えられる。

ただし、判断に医学的専門性を特に必要としない明らかに誤った医療行為や管理上の問題により患者が死亡したことが明らかであるか、強く疑われる事例については警察署に届け出るべきとしている。

医療の過程において予期しない患者死亡が発生した場合や診療行為に関連して患者死亡が発生した場合には、医療従事者の守秘義務、医療における過誤の判断の専門性、信頼関係に基礎を置く患者と医師との関係などを考えると最初から警察・検察に届け出をするのはやはり筋違いと思われる。その時点で犯罪と考えられがちであるし、届け出られた警察当局としても実際は判断が難しくて困惑しているのではと推測される。

そこで第三者から構成される中立的な専門機関に届け出を統括し、機関が死体解剖を含めた分析を行い診療経過全般を検証するのは非常に理にかなっていると思う。専門性から構成メンバーはやや医療関係者に偏ることが予想されるが、中立性を確保するためにはそのあたりも十分に考慮して貰いたい。

創設にはまだいろいろと検討しなくてはならないことがあるだろうが、声明にもあるように早期の実現を願う。それが患者と我々医療者の両者にとって福音となるだろう。

しかし最も重要なことは中立機関を利用しないですむことであり、そのためには患者さんに対して常日頃より“do no harm”を心がけることだろう。

(河西外科病院)