

第4回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会提出資料のご説明

国際医療福祉大学大学院 大熊由紀子

20年前から社説などで訴えつづけてきたことのうち、何が変わり、何が変わっていないか、
お考えいただくために、配布させていただきます。

資料①（PSWについて）

- ◆退院した人がまちで暮らす……5人のPSWが活躍した街では
（『恋するようにボランティアを一優しき挑戦者たち』（ぶどう社）より
- ◆この国で心を病む不幸（1993.9.2 朝日新聞社説）

資料②（看護と介護について）

- ◆看護の文化を尊重する社会に（1990.12.5 朝日新聞社説）

資料③（薬剤師について）

- ◆7兆円の医療費をどう減らす（1995.8.20 朝日新聞社説）

資料④（家庭医について）

- ◆身近に頼れる家庭医を（1985.6.5 朝日新聞社説）

資料⑤（救急について）

- ◆救急車で運ばれる先が心配だ（1992.9.9 朝日新聞社説）

資料⑥（医療費と医療の質について）

- ◆医療費の増加のどこが問題なのか（11章の結び）
- ◆大切なのは質（12章の前書き）
- 『福祉が変わる医療が変わる～日本を変えようとした70の社説+α』（ぶどう社）より
（資料①～⑤も、この本に、載録されています）

資料⑦（大野病院事件と「医療崩壊」について考えるために）

- ◆福島県立大野病院事件：遺族のコメントと病院局長への要望

退院した人たちが まちで暮らす、志のネットワーク

■崩れた「言い訳三点セット」

次ページのグラフをご覧ください。人口あたりの精神科ベッドの国際比較です。ベッド数も、入院期間も、日本だけが異様です。

この事實は長年「秘密」にされてきました。厚生省の『精神保健福祉白書』の国際比較グラフは一九七七年でお終い、おまけに日本は別のページに載っていたからです。

「新しいデータは」と尋ねると、「データが集まらなくて」という答えでした。

やむなく探しまわり、OECDのデータを見つけて出してグラフにしてみました。「比較しなかつた理由」が一目瞭然でした。

日本だけ飛び抜けてベッド数が多く、入院期間が多い理由を、精神病院の経営者や事情に疎い担当官はこう説明していました。

- ・日本の家族は、回復しても引き取るうとしない。
- ・日本のマスコミは、患者の事件をおおげさに報道する。
- ・日本人は偏見が強く、地域に出まうとする

と反対運動がおきる。

だから、日本では、精神病院が引き受けるしかない。

海外の国々でも条件は同じなのに、精神病を体験した人々がまぢで暮らしています。そこで、私はこれに「言い訳三点セット」というあだ名をつけました。

この言い訳を覆す事柄が、北海道の十勝圏域で進んでいます。精神科のベッドも入院日数もぐんぐん減っているのです。この一〇年間で九七〇床から五四〇床になりました。人

口あたりのベッド数でみると、北海道平均の半分以下です。

十勝は、東京都と千葉県と埼玉県をあわせた広大な面積をもち、全国各地から移住した人々が住ん

でいます。ここだけがマスコミの影響から断されていたり、地域や家族が「むごぞとぞ」と受けいれる文化をもっているとは思えません。

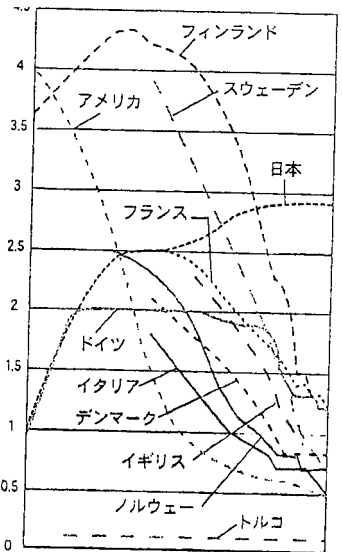
それなのに精神病を体験した人たちが、まぢに溶け込んで暮らしています。

いったいなぜ？ それが知りたくて、二〇〇五年六月、十勝を訪ねました。

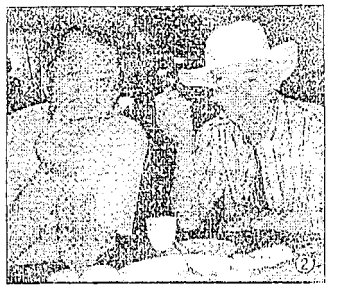
「志への共感が、人の心にボランティア精神の火をつける」という法則は、ここでも生きていました。

■「退院不可能な人々」のはずが……

話は三〇年ほど前にさかのぼります。後に日本精神保健福祉士協会（通称PSW協会）の初代会長となる門屋充郎さんと医師の大江覚さんが、勤務先で出会ったのが縁で意気投合、理想の精神医療を語り合った、それが始まりでした。



ボランティアは、伝染する



「精神病院に埋もれた人たちの人生を取り戻さなくては」——この志に共鳴した帯広のソーシャルワーカーたちが、情報交換と勉強のために毎週集りました。「月曜会」です。中心人物は門屋さん（写真①）、門屋さんの高校以来の親友、小栗静雄さん、後輩の佐々木雅美さん（写真②）。

一九八二年、閑静な住宅街に、四畳半の個室が廊下を挟んで並び、賄い付き下宿「朋友荘」をつくりました。五つの病院から十六人がここに退院しました。一つの病院の「専用」でないのが凄いとこです。

この十六人は、食事も作れない、幻聴や妄想もある、お金の管理もできない、銀行や交通機関の利用の仕方知らない、家族も引き取らない——当時の常識では「退院不可能」と考えられていた人々です。

「管理人」は、勤務先が違う五人のソーシャルワーカーが買っていました。自宅の電話

を入居者に伝え、三六五日二四時間応援する体制を組みました。

食事と掃除担当の斎藤多美子さんは、八〇歳になった今も、笑顔で早朝と夕方、毎日やっています。私が訪ねた日の夕食の献立は、栄養と彩りに気を配った、トマトと豆腐のサラダとカレーライス。入居者の愚痴もきいてくれる「お袋さん」という風情です。

下宿屋風の住宅の効果をこの目でみて、当時の北海道知事や道庁の担当官の志に火がつきました。

一九九二年、県単独の補助金制度が発足。国の制度ができる一年前のことです。県と国二つの制度を活用して、一一七人分の住宅を確保することができました。

■ 深謀遠慮が実って

一九九七年からは、バスタイレツキのワンルームマンションに挑戦しました。

写真③のような洒落たつくりですが、家賃・光熱費は生活保護でも支払える値段です。

実は、門屋さん、深謀遠慮があって青年会議所に入会しました。福祉や医療の分野と縁の薄い人々を仲間になければと考えたからだそうです。熱心な会員活動がみとめられて、副理事長もつとめました。

親しくなった地元の経済人たちが、門屋さんの志に共鳴して一肌脱いでくれた、それが、生活保護でもワンルームマンションに住める秘密です。損はしないけど利益もない、一肌脱いだボランティア精神で、マンションを借りたり建てたりしてくれるようになったからです。

■ 偏見の常識を逆転

写真④は、ふつうの就職が難しい人々の仕事を支える帯広ケアセンターの玄関に集った利用者たち。ここを基地に、さまざまな仕事

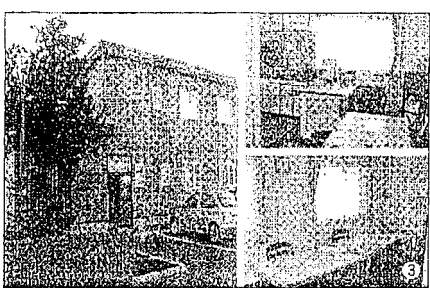
を展開しています。野菜や花をつくり、売りを展開しています。野菜や花をつくり、売りを展開しています。

市の仕事を請け負うリサイクルセンター、うつ病になった地元の六花亭の職人が秘伝を伝授してくれたクッキーハウス「ぶどうの木」、食事づくりが不得手なメンバーや一般市民のための軽食喫茶「あしたは」、帯広市役所の展望フロアの喫茶店「フロンティアハウス」、帯広駅の中のアンテナショップ、ジョブコーチが付き添ってのニニコロ、スーパー、家具店での仕事——。

住まいも仕事場も、まちの中です。

「社会復帰訓練」を終えた人々を「地域の偏見を取り除いた上で」退院させる、という従来の常識が、ここでは逆転していました。

病気を抱えたままで退院し、まちの中で暮らし、働く、その姿を見て、人々の偏見が消えつつあるのですから。



40 この国で心を病む不幸

人間の心はこわれやすい。職場のかっこうや愛情のつきまつきがきこかけとなって、心の病に落ち込む人、自殺を図る人、酒や薬に走る人は、意外なほど多い。子どもの登校拒否、ほけてゆく親……。

こうした、だれにも身近な心の健康に取り組み世界精神保健連盟の世界会議が、先日、六十二カ国、約五千人の参加者を集め、千葉市で開かれた。

この会議は、はからずも日本の精神医療の立ち遅れをさらす場になった。海外からの参加者たちは、日本の精神病院の入院者数が三十六万人近いと聞き、通訳が訳し間違えたのでは、とびやみやまめった。

幻聴や妄想などの急性症状を鎮める薬が登場して以来、先進諸国では入院数が激減した。病院スタッフは地域で患者を支えるようにな

った。慢性化したり、生活上の障害が残った人々も、住宅・職場・憩いの場・温かい人間関係があれば、町の中で平穏な人生を送れる。なぜ日本ではいまだに入院患者が多いのか、それが不思議でならないというのだ。

入院患者六人に看護者一人という日本の精神病院の基準にも、参加者は「信じられない」「言葉をくり返した。その四―六倍の看護者がつづくのが、西欧や北欧の常識だという。

「臭い、汚い、暗い、狭い、暑い」という言葉で形容される日本の精神病院の現状も報告された。日本は豊かな国と思い込んでいた海外の参加者は、ショックを隠さなかった。

世界会議は「暴張宣言」を採択し、「精神保健サービスを受ける人は、一般市民と同様に遇され、人権と自由が尊重されなければならない。精神保健の国連原則は、各国が守るべ

き最低限の基準である」と強調して、閉幕した。

国連原則は、「心病人々々を守り、精神保健を改善するための諸原則」と正式には呼ばれ、九一年に国連総会で採択されたものである。

「心病人すべての患者は、自分が住んでいる地域で治療を受け、支えられる権利がある」「患者は、自分に関する記録を読む権利を持つ」「自発的でない入院を避けるため、あらゆる努力が払われなければならない」など二十二の原則を定めている。

国全体としてみると、日本は、国連原則から大きく外れている。その最大の原因は、過去、政府が公的支出を惜しみ、民間活力による精神病院建設を奨励したことにある。

精神病床の九割は民間病院のものであり、患者を減らすことは民間病院の経営者にとっては死活問題だ。一方、政府にも、民間に類した弱みがある。そこで、官民そろって世界の流れに目をいびり、これまで患者を病院に

●関連する社説から

「おれも分裂に似てっけど、へっへっへっ、金方ボツともしうけっから進うんだ」話がわかんなえと長いことボンヤンと入れられちゃうぞ。病棟はひどいか？ 頭ぶちわられたか？」

これは、報徳会宇都宮病院の石川文之進・前院長が、患者に命じて録音させていた自らの診療風景の「コマ」である。入院患者のリンチ死まで引き起こしたこの病院の暴力的な運営、世間的な体質が、言葉の端々に裏によく表れている(略) (社説「病院の無法を許したも」185・3・27より)

●その後

「宇都宮市の報徳会宇都宮病院に入院していた男性一人が、『理由もないのに強制的に入院させられた』などとして、国や宇都宮市、当時の院長などを相手に損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が三十日、東京高裁であった。四人全員について、入院の手續きや退院後の措置の違法性を認めようとして、総額十三百万円の支払いを国などに命じる判決を言い渡した(朝日新聞96・10・1日より)

●座右の本

「開かれてる病棟」石川信義著、星和書店、77
 「患者の権利」研究、幸嶋正吾著、精神医療委員会、84

●その後―本

「こころの病」と家族のこころ『滝沢武久著、中央法規出版、93
 月刊ぜんかれん増刊号『こころの病―家族の体験』全国精神障害者家族会連合会編・発行、95

40 この国で心を病む不幸

人間の心はこわれやすい。職場のかっこうや愛情のつますきがきつかけとなつて、心の病に落ち込む人、自殺を図る人、酒や薬に走る人に、意外なほど多い。子どもの登校拒否、ほけてゆく親……。

こうした、だれにも身近な心の健康に取り組む世界精神保健連盟の世界会議が、先日、六十二万回、約五千人の参加者を集め、千葉市で開かれた。

この会議は、ほかからしても日本の精神医療の立ち遅れをさらす場になった。海外からの参加者たちは、日本の精神病院の入院者数が三十二万人近いと聞き、通訳が訳し間違えたのでは、とさきやきあつた。

幻聴や妄想などの急性症状を鎮める薬が登場して以来、先進諸国では入院数が激減した。病院スタッフは地域で患者を支えるようにな

った。慢性化したり、生活上の障害が残った人々も、住宅・職場・憩いの場・温かい人間関係があれば、町の中で平穏な人生を送れる。なぜ日本ではいまだに入院患者が多いのか、それが不思議でならないというのだ。

入院患者六人に看護者一人という日本の精神病院の基準にも、参加者は「信じられない」の言葉をくり返した。その四―六倍の看護者がつくのが、西欧や北欧の常識だという。

「臭い、汚い、暗い、狭い、暑い」という言葉で形容される日本の精神病院の現状も報告された。日本は豊かな国と思い込んでいた海外の参加者は、ショックを隠さなかった。

世界会議は「権張宣言」を採択し、「精神保健サービスを受ける人は、一般市民と同様に遇され、人権と自由が尊重されなければならない。精神保健の国連原則は、各国が守るべ

き最低限の基準である」と強調して、閉幕した。

国連原則は、「心病人々を守り、精神保健を改善するための諸原則」と正式には呼ばれ、九一年に国連総会で採択されたものである。

「心病人すべての患者は、自分が住んでいる地域で治療を受け、支えられる権利がある」「患者は、自分に関する記録を読む権利を持つ」「自発的でない入院を避けるため、あらゆる努力が払われなければならない」など二十一二の原則を定めている。

国全体としてみると、日本は、国連原則から大きく外れている。その最大の原因は、過去、政府が公的支出を惜しみ、民間活力による精神病院建設を奨励したことにある。

精神病床の九割は民間病院のものであり、患者を減らすことは民間病院の経営者にとって死活問題だ。一方、政府にも、民間に頼った弱みがある。そこで、官民そろって世界の流れに目をひき、これまで患者を病院に

抱え込んできた。

三十二万人の入院患者のうち少なくとも見積もっても十万人―二十万人は、海外の先進諸国でなら病院の外で暮らしている人々なのだ。

精神病院全体の医療費を抑えるため、政府は、患者一人あたりの診療報酬を低くする政策もとってきた。海外の客に見せられないような貧しい病棟は、その結果である。

日本の精神医学の父、と呼ばれる興秀三東京帝大教授は「わが国の精神病者は、実にこの病を受けたるの不幸の外に、この国に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」と、当時の実態調査の結果を記している。七十五年前のことだ。

「生活大国」を唱える豊かな日本で、異数授と同じ言葉を今もくり返さねばならないのは、実に情けない。

世界の日が日本に注がれたこの夏を境に、政府は国連原則の実現に向かつて、根底からの政策転換を打ち出すべきである。

◎国連する社説から

「おれも分裂に似てっけど、ハッハッハッ、金ガボツととうけつから進うんだ」話がわかんねえと長いことボヨンと入れられちゃうぞ。病棟はひどいか？ 頭ふちわられたか？」

これは、報徳会宇都宮病院の石川文之進・前院長が、患者に命じて録音させていた自らの診療風景の「コマ」である。入院患者のリンチ死まで引き起こしたこの病院の暴力的な運営、営利的な体質が、言葉の端々に裏によく表れている（略）

（社説「病院の無法を許した」の185・3・27より）

◎その他

【宇都宮市の報徳会宇都宮病院に入院していた男性四人が、

理由もないのに強制的に入院させられた」などとして、国や宇都宮市、当時の院長などを相手に損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が三十日、東京高裁であった。四人全員について、入院の手続きや退院後の措置の違法性を認めたりうえで、総額千三百万円の支払いを国などに命じる判決を言い渡した（朝日新聞96・10・1日より）

◎座右の本

「開かれている病棟」石川信義著、星和書店、77

「患者の権利」研究」寺嶋正吾著、精神医療委員会、84

◎その後――本

「この国の病」と家族のこころ（福沢武久著、中央法規出版、83）
月刊せんかれん増刊号「この国の病」―家族の体験―全国精神障害者家族会連合会編・発行、95

29 看護の文化を尊重する社会に

90・12・5

看護や介護を軽視し、その仕事にたずさわ
る人を尊重しない社会では、人はみな、人生
の最期にそのツケを支払うことになる。

「人手不足でナースが間に合わず、孤独の
中で死んでいく時、寝かされたまひにされる
時、豊かさを満喫した生活の思い出にされる
なぐさめにもなっていないでしょう」

「この夏、「看護の日の制定を願ひ会」が、厚
生大臣に出した要望書の二節である。

厚生省は、この要望書を受けて、来年から
五月十二日を「看護の日」とすむことになっ
た。国民一人一人の心に看護の心を育てるこ
とも大切だが、それ以上には、政府、政治
家、医師が、看護・介護の仕事の重要さに目
覚める必要がある。

QWLという言葉が一九七二年ころから英
語圏で定着し始めた。「職業生活の質」の頭文

字をとったもので、労働者がその仕事に従事
することから得られる達成感、満足感を表す。
ハーバード大学のR・E・ウォールトンが次
のような基準を提案している。

「自主性を発揮でき、自分の労働と全体の
関係がわかること」「賃金が十分で公平である
こと」「残業、夜勤、出張、転勤などが私生活
のゆがみをもたらししていないこと」……。

津島厚相を迎え東京で三日開かれたシンポ
ジウム「豊かな日本・貧しい介護」での証言
は、日本の看護、介護の仕事のQWLが極め
て低い水準にあることを浮き彫りにした。各
界挙げて改革に取り組まなければ、この分野
の人手不足解消は不可能だと思われる。

市のホームヘルパーだった女性は、「ホーム
ヘルパーは大事な仕事と精神訓話を聞かされ
ても、一年契約、安い時給、経験を積んでも

評価されない現状では人は集まらない」と述
べた。この人は使命感からヘルパーを十八年

続けたが、この春やめて教職についた。

給与が低いことは解勤でも変わらない。社
会福祉協議会勤務のヘルパーは、「一生懸命お
世話すると、お年寄りの失禁がなおったり、
会話がでるようになっていく。仕事に誇り
は持っている。しかし職歴十八年で月給十
六万四千円。このうち社会では、大臣だって
悲惨な老後を迎えるでしょう」と語った。

付き添い家政婦は、介護関係の仕事の中で
は報酬が高いが、経験者は「床の上のゴザに
布団を敷き、夜中は何度もトイレの世話で起
こされ熟睡できない。二十四時間拘束され、
退職金も労災もなく、自分の体を傷めながら
の仕事です」と訴えた。

自主性を発揮できない悩みも語られた。あ
る訪問看護婦は「訪問先の家族から信頼され
ていても、時間外に相談を受けてはいけない
と決められている。これでは家族は不安だな

って入院させてしまう」と嘆いた。

看護や介護の仕事が評価している福
祉先進国では、看護婦やヘルパーは昼勤と夜
勤に分かれている。夜勤専門の人は月十日、
昼勤専門は二十日ほど働ければ十分暮らせる
収入を得られる。仕事の中で自主性を発揮で
きるように改革が重ねられている。

病院のベッドあたり看護婦数は日本の二
―三倍だから、仕事ぶりは日本のように殺気
だつてはいない。ホームヘルパーは人口あた
り日本の二十倍くらい確保されているのだけ
だれもが安心して年をとることが出来る。

もちろん、費用はかかるが、年間七十兆円
規模の国家予算の額と比べれば、決して途方
もない額ではない。

看護の文化を名実ともに日本に根づかせる
には、看護や介護のために国民の税金をこれ
だけ使つかまで考える必要がある。看護の日
の制定をきっかけに、そつした幅広い論議が
起つていくを期待する。

●その後
91年に、厚生省は、ホームヘルパーの報酬を年額で百万円引き上げました。一三六ページ参照。

●その後――本
「看護婦はなぜ辞める？」至利メディカル・トリートメント編集部編、さいご社、91
「介護覚え書―老人の食事・排泄・入浴ケア」三好春樹著、医学書院、92
「老いてなお我が家で暮らす―ホームヘルパー最新事情」沖藤典子著、新潮社、94

32 七兆円の薬剤費をどう減らす

95・8・20

米国で評判の教科書『ドクターズブルー』
25「だが、薬の使い方についての戒めがく
り返し出ている。

「高齢者のほとんどは薬を中止すると体調
が良くなる」「可能なら、すべての薬を中止せ
よ。不可能なら、できるだけ多くの薬を中止
せよ」「薬の数が増えれば副作用の可能性はネ
ズミ算的に増える」「四種類以上の薬を飲んで
いる患者は、医学知識の及ばぬ危険な領域に
いる」……。

ところが日本では、こうした医学教育が徹
底していない上だ。薬をたくさん処方した方
が医療機関の経営にプラスになる独特の仕組
みがあるため、患者に与えられる薬は増え続
けてきた。

薬剤費は世界一にふくれ上がり、国民一人
あたり、英国の三・二倍、米国の一・六倍、

ドイツの一・五倍である。

薬禍を薬禍も改善している。

医療費の三割を占め、年間七兆円を超えて
さらに増え続ける薬剤費に音を上げた厚生省
が、削減策の検討を進めている。

しかし、中央社会保険医療審議会と医療保
険審議会の審議を見ていると、今回も小手先
のものに終わる心配がある。製薬企業と厚生
省、医学界のもたれあいの構図は根深く、こ
れまでも根本的な改革が叫ばれながら今日に
到っているからだ。

今度こそ改革を突らせ、それを医療の質の
向上につなげるため、以下の点を提案する。

第一は、国際的に効能が評価されている薬
以外は健康保険による支払いを認めないとい
う方向を目指すことだ。

「医師のバイブル」と愛称される『メルク

マニュアル』という本がある。最新の医学判
断に基づき、診断・治療が一冊にまとめられて
おり、十カ国語に翻訳され、治療の国際的標
準とされている。この本に登場する薬は、約
五百種。ところが日本で認可されている薬は
一万五千種にもなる。

日本では、新薬ほど公定価格が高く、医療
機関が受け取る利ざや（薬価差益）も大きい。
それで新薬ほど使用量が多くなる。しかし、
これらの「新薬」のほとんどは海外では通用
しない。それだけでなく、長く使われてきた
薬と違って、未知の副作用が心配だ。そして
効能のない薬が大量に使われるような現状を
改めなければならない。

第二は、医薬品認可の仕組みを国際水準に
高めることだ。

米国では、博士号を持つ医師や統計学者な
どの専門家約四百人がフルタイムで臨床試験
の厳密な審査にあたり、外部の審査委員の意
見も仰ぐ。一方、日本では、二十数人の厚生

省職員と中央薬事審議会委員の下手間の審査
に任されている。しかも、審査は密閉で行わ
れ、審査資料も公開されない。

非科学的な判断があっても外からはチェッ
クできない仕組みのもとで、海外では通用し
ない薬が次々生まれる。このいかげんな審
査体制にメスを入れることが不可欠である。

提案の第三は、薬剤費削減で浮いた費用を
看護料や技術料に振り向けることだ。

日本は、薬剤費が諸外国に比べて多いこと
は対照的に、「薬剤費以外の医療費」が極端に
少ない。九三年の統計で比較すると、米国の
三六％、フランスの四九％、ドイツの五三％
にすぎない。そのため看護婦・作業療法士・
理学療法士などが足りず、日本特有の入院期
間の長期化を招いている。

いびつな医療費配分の中で赤字を免れるた
め、良心的な医療機関でさえ、薬の利ざやを
頼りにせざるを得ない。もうそろそろ、この
悪循環を断ち切る時である。

●関連する社説から

「日本は不思議な国だ。医師
は薬を売って、薬剤師はナリ紙
を売って生計を立てている。専
門職としてのプライドを捨てて
しまったのだろうか――欧米の
医師や薬剤師はこう書つて首を
かしげる。欧米では、患者や家
族は医師の書いた処方箋を近所
の薬局に渡し、薬剤師から薬を
受け取る。何世紀も前から行わ
れてきた医薬分業だ。医師は薬
の利ざやでまうけているので
は」などと疑われることはない。
薬の仕入れや在庫管理など専門
外の業務にわずらわされず、医
師本来の仕事に専念できる」
（社説「欧米より進んだ医薬分業
を」89・8・25より）

◎ここは

【投与】「投与」という言葉
が、新聞にも医師の原稿にもし
ばしば登場します。私はこの失
礼な用語が嫌い。「処方する」
「使う」と書くようにしていま
す。英語には投与の直訳にあた
る言葉はなく、プレスク립
ション（処方）がよく使われま
す。その音訳に医薬分業の仕組
みがあります。

◎社説に登場した本

「ドクターズブルー」という医
師の心得集、K. Meador著、福
井次英訳、南江堂、94
「メルクマニュアル第16版」診
断と治療日本語版、高久史郎・
井村裕夫監修顧問、福島雅典総
編集、メディカルブックスピ
ス、94

☆医療品・治療研究会
月刊「正しい治療と薬の情報」
東京都目黒区西郷が窪一四
三・一八四〇四

33 救急車で運ばれる先が心配だ

今日、九月九日は「救急の日」。各地で多様な行事がくり広げられる。だが、そこで表立っては語られない怖い現実がある。現場での手当てはよく、救急車も手際よく運んだのに、運んだ先の救急病院の質に問題があつて、救えるはずの命が救えなかった。そんな例が少なくないといふのだ。

「救急病院」と一口に言うが、実は、それには救急告示医療機関と救命救急センターがあつて、内容にかなりの差がある。

「救急告示医療機関」は約五千六百あり、しかしそれは救急指定病院という看板を掲げているが、救急医療の腕を見込んで「指定」されたわけではない。病院・診療所の申し出を都道府県がそのまま受け入れるのが通例だ。

この無責任体制が何を引き起すか。それを二十二歳の女性の死が教えてくれる。神戸

の会社からの帰り道、彼女は車の後部座席にいて事故に巻き込まれ、救急車で「救急指定外科」の看板を掲げた救急告示診療所に運ばれた。近くの市民病院へ運んでほしいという希望はかなえられなかった。彼女はしきりに痛みを訴えた。だが、ただ一人の常勤医である院長は、若い准看護婦一人にまかせて自己戻ってしまった。翌朝、市民病院に移したが、脾臓からの出血多量で手遅れだった。

母は、転院先の市民病院で昼夜の別なくきびきびと働く何人も医師と看護婦の姿に接して、最初に娘が治療を受けた「救急指定外科」との差にがく然とした。なぜ、娘は死なねばならなかったのか、突き止めるにはいられなくて裁判を起こした。

神戸地裁は、「医師は出血に気がいへないができたはずであり、適切な処置をしていれば

92・9・9

7

●ことば

【マーサ(MRS.A)】AIDSは「エイズ」と呼ばれるようになって、医学の問題から社会の問題になりました。日本の病院の質の低さを象徴するMRS.Aもそうしなければ、と考えて書いたのが次の社説です。

「マーサ。愛らしい名前に似合わず、弱いものじめの性根な拙爾だ。大手術後の患者、寝かせきりのお年寄り、未熟児、チューブを体に入られた人などに好んで襲いかかる。どんな抗生物質にもへこたれない。

千葉県の老人病院でこのマーサが蔓延し、入院患者が次々と亡くなっていったことが明るみに来た。本人も家族も感染の事実を知らされず、お年寄りたちは退院を待ち望みながら(略) (社説「無念の死をむだにせぬために」92・12・17より)

彼女が死ぬ確率は1%以下に抑えることができただろう」と判決した。

甘い基準のせいで、救急車を受け入れる救急告示病院の数は増え、「たらい回し事件」は減った。だが、その代償として、この女性が受けたような値しい救急医療に出あつた人の数は増える。

「たらい回し」は目に見えるが、質しい医療による被害が明らかなではないはまされた。しかし、だれもが被害者になり得るのだ。

そこで、専門家たちは、「救急認定医が勤務してついでに救急病院の条件についてはどうか」と提言している。救急認定医は、一定の経験を積み、判断力を身につけた医師に日本救急医学会がだす称号で、千人余りが受けている。検討する価値のある提案だと思ふ。医療の質を左右するのは、医療スタッフの腕と数なのだから。

「救命救急センター」は、合併外傷、脳卒中、心筋梗塞などの救急患者を二十四時

間体制で受け入れる。厚生省も補助金を出して応援しているもので、一般的には、救急告示病院より水準が高いとされる。しかし、内情にぐわしい人たちは、百六カ所のうちセンターの名に値するのは全体の二割、甘く見ても一割だといふ。

最大の理由は、救急医を志す若手の不足だ。無理もない。日本の医療法では、救急科がまだ認められていないので、病院に就職しても医長になる見込みが薄い。ほとんどの国立大学に救急医学の講座がなく、教授になる道も閉ざされている。これらを根本から変えていかないことには、日本に住む私たちが安心して救急車に乗れる日はない。

事故や脳卒中、心筋梗塞は救急医療の質によつて生死が分かれる。その死者の合計は、がん死をはるかに上回る。二十代までの死因の一位は不慮の事故だ。

「救急の日」ができて十年。救急病院の質について真剣に考える時だと思われる。

●その後——本

「医療過誤から患者の人命を守る」(医療法監査部、ぶどう社、93)

「病院で悪むあなたへ」(産婦人科進歩による被害を考える会編、さいふ社、95)

「医療事故」(サイレントラ著、安全学研究会訳、ナカニシヤ出版、98)

「アメリカ医療の光と影」(医療過誤防止からマネジドケアまで) (全啓堂著、医学書院、00)

「人は誰でも間違える——より安全な医療システムを目指して」(米国医療の質委員会著、医学字彙社、00)

「不慮の救急」悲しみの家族たちの物語」(鈴木秋枝著、講談社、05)

☆医療過誤原啓の会
長野市篠ノ井塩崎六九八五―七六

☆医療事故都市民オンブズマン・メデイオ、東京都新宿区西新宿六―二二―一八〇八

☆医療事故調査会/大阪府八尾市沼一―四一八尾総合病院内

26 身近に頼れる家庭医を

85・6・5

こんな「かかりつけのお医者さん」が近所にいたらいいな、と、たまたま心なされた。

勉強家で、最新の医学情報を身につけている。患者の話を丁寧に聞き、レベルの高い診療をし、病状や治療内容についてわかりやすく説明してくれる。専門外の病気の疑いがあれば、くわしい紹介状を書いて専門家にすばやく連絡をとってくれる。紹介先の医師たちの態度から察すると、わが家庭医は医師からも評価が高い方なので頼もしい。

健康教育や健康管理にも熱意を持っている。人生の最後を家族のそばで過ごしたいと望む末期がんの人や寝たきりのお年寄り、その家族を、往診や訪問看護援助によって支えてもくれる……。

だが現実の日本では、少なからぬ人たちが、真の家庭医を持てずにいる。幻の名医を求め

て、病院に直接足を向ける。だが、病院は専門分化が進んでいる。過去の病歴も蓄積されていらない。各科を転々として時間とお金を費やしたのに、早期発見のチャンスを見失ってしまっている。

家庭医の助けが得られず、やむなく家族から離れた遠い病院で、器械に囲まれ、不本意な死を迎えるケースはあまりに多い。

厚生省健康政策局長の諮問機関「家庭医に関する懇談会」が、四日、初会合を開いた。真の家庭医が育ちにくい現状を冷静に分析して、効果的な処方せんを提示してほしい。

この懇談会の名は、昨年八月に計画された当時は「家庭医制度創設準備検討会」だった。信頼できるかかりつけのお医者さんを家庭医として認定する。この家庭医には、たとえば、健康相談料のような独特の報酬を請求できる

資格を与える。そんな新たな制度を創設するのが厚生省の当初の構想だった。

ところが、これを伝え聞いた日本医師会は、直ちに機関誌で次のように反発した。

「認定権を掌握することによる家庭医の支配と、医療費削減を狙ったものではなからず」

同医師会の医療システム研究委員会も、「長い歴史を持つ自由開業医制度を根底から変革するもので、絶対反対を表明する」との答申を、この三月、理事会に提出した。

このようにないききつから、懇談会は、「制度」と「創設」の文字を抜いて白紙状態で検討を始めるべきを条件に、二カ月遅れで発定してきつじた。

日本医師会の心配をとりついで古勢ともい切れない。医療費は毎年伸び続けており、厚生省がその削減に懸命なことは事実である。

もし厚生省が、医療費削減を目的にこの制度を考えているとしたら、失敗は今からでも予想がつく。イギリスの家庭医制度は、かつ

ては医療制度の手本として各国の専門家から注目され期待された。しかし、家庭医が勤務医より地位が低く見られる風潮から優秀な人材が集まりにくくなり、現在は五分の一以上を外国生まれの医師に頼っている。

医療費が天井知らずに増えていまいわけはない。だが、まず大切なのは、技術的にも人間的にも質が高い頼れる家庭医像を、きちんと描き出すことである。そして、そのような医師が誕生するためには、どのような入学試験、医学部教育、卒業教育が必要かを吟味する必要がある。

冒頭に描き出したような医師が、不勉強不道徳な医師より経済的にも報われる報酬体系を練り上げることも重要である。

立派な家庭医が大勢育ち、誤診や乱診、乱療や無駄な重複医療が減り、健康教育、健康管理の成果で病気が減り、結果として医療費の上昇に歯止めがかかる——そのような、正攻法の家庭医づくりを望みたい。

◎その後
87年1月 厚生省の家庭医に関する懇談会が「病院勤務の医師が増え続ける今日、大切なのは地域の家庭医の役割を見直し、質ともに充実させていくことだ」と報告書。
88年1月 開業保険医の全国保険医団体連合会が「開業医宣言」(案)を総会で採択。患者との対話重視を打ち出す。
93年 厚生省が「かかりつけ医師推進モデル事業」開始。

◎その後——本
「死を泡きしめる——ミニ・ホスビス八年の歩む」鈴木庄一著、人間と歴史社、85

「家庭医に関する懇談会報告書」厚生省健康政策局長事務課編、第一法規出版、87
「在宅でこそ、その人らしく——ライフケアシステム十二年の経験から」佐藤智著、ミネルヴァ書房、92

「北欧の医療と福祉——開業医のデンマーク・スウェーデン探訪紀行」中本義著、かもがわ出版、93

「老いを自分の家ですこしたく」中山博文著、保徳同人社、94
「初期プライマリケア研修」21世紀の医療をつくる若手医師の会著、医学書院、94

「あなたにカルテを差し上げます」橋本忠雄著、エビック、95

料理の味にはまるで関心を示さないで、レジの前で、だれに支払いを押しつけるか、どれだけ値切るかばかりを言い争っている人たちがいたら、その、はしたなきにみんなあきれることでしょう。それとよく似たことが長い間日本で行われてきました。医療費をめぐる論議とその駆け引きです。

その結果、日本の国民一人あたりの医療費は、「安い」ことで国際的に有名になりました。何人もの海外の専門家も、「安さの秘密」を知ろうと日本にやってきました。そして、失望して帰ってゆきました。

夜になるとひどく手薄になる検査や看護の体制を見て、「これは病院ではありません」と遠慮がちに述べた人もいます。欧米では病院は二十四時間機能しているのが常識だからです。百ベッドあたりの職員数を比べると、米

国は三百五十人、ヨーロッパ諸国の平均が百八十五人、日本はヨーロッパの半分以下の八十人です。

もちろん、医療費がとめどなく増えたら大変です。不必要な医療費は減らしてゆかなければなりません。その方法はちゃんとあるのです。その第一は、「がん対策は見直しが必要だ」で提案した予防、第二は、「七兆円の薬剤費をどう減らす」で提案した薬の使い方です。いずれも日本以外の先進国では、あたりまえに行われています。

増加を止める第三の方法は、福祉サービスを充実して「社会的入院」をなくすことです。たとえば、老人病院に入院すると医療保険から月五十万円、プラスお世話料という名の十万円以上の自己負担。つまり社会的コストは計六十万円です。在宅福祉サービスなら、これよりかなり安い費用で、ご本人を幸せにできるでしょう。

先例があります。デンマークは、先進国の中で飛び抜けて医療費の低い国です。八〇年の医療費は国内総生産（GDP）の六・八%でしたが、九〇年には六・二%に減り、その後も安定しています。95ページのグラフを見ても、日本より少ない医療費です。しかも、ベッドあたりの職員数は日本の三倍で、病室は広く、差額ベッド代も付添料もありません。その秘密は福祉サービスを充実させて、長期入院を減らしたことにありました。八三年からの十年間でベッド数は二割減り、平均入院日数は八・九日から六・七日に短縮されました。

しかもこの間に、看護婦は一・八万人から二・五万人に、医師は七千六百人から八千七百人に増えたのです。

12 大切なのは質

科学部デスク時代の特ダネ「ライシャワー元大使が見舞客を断った話」は、日本の医療の貧しさを象徴しています。入院したのは東大病院でしたが、大使は、もしこの粗末な部屋をアメリカ人が見たら、「なぜ大使を貧乏人専用の病院に入院させたのか」と怒りだして、それが反日感情につながりかねない、と気づかったのです。

日本の病室は車いすも動かせない一人あたり四・三平方メートル。その訳を社説を書く時に調べたら、医療法ができた四八年当時の一人あたりの畳数が基準になったから、とわかりました。一人あたりの住宅床面積は東京でさえ五倍になったのに、医療の法律と規則だけは、四十年以上も「終戦直後」を続けてきたのです。

三・四、フランス三・八。海外の専門家があきれられる日本の医療法の配置基準は、検温と検脈が看護の中心だった終戦直後につくられたものでした。低すぎる基準は患者の身に、命の危険となつて降りかかっています。

海外の常識や進歩に目をつぶってきたのは、広さと人手だけではありません。たとえば、がん末期なのに抗痛剤をほとんどん体の中に入れて副作用で苦しませる医師、寝かせきりや点滴のしすぎで床ずれをつくる病院、鍵のかかった病棟に患者を閉じ込めて病気を悪化させてしまう精神病院、お年寄りをベッドに縛りつけてポケの世界へ追いやってしまう老人病院、救急病院の名に値しない「救急指定病院」などなど。

フローレンス・ナイチンゲールは、『看護覚え書』に、こう書いています。「致命的な病気の多数は病院でつくられる」「病院がそなえるべき第一の条件は、病人に害を与えないことである」

福島県立大野病院事件裁判
遺族のコメント（抜粋）と福島県病院局長への要望書

2007年1月26日の初公判から、「真実の言葉を聞きたい」との一心で、裁判の傍聴を続けてきました。警察・検察が捜査して、裁判になったおかげで、初めて知ったことがたくさんありました。

私の娘は手術を受けるまで1ヵ月入院していました。助産師さんが加藤医師に「大野病院より大きな病院に転送した方がいいのではないか」と助言したり、先輩医師が加藤医師に、娘とおなじ帝王切開既往・前置胎盤の妊婦を帝王切開して、「大量出血を起こし、処置に困難を来たした」と教えるなど、娘が入院している間、加藤医師には様々なアドバイスがありました。みんな慎重だったのに、なぜ加藤医師だけ慎重さがなかったのか、とても疑問に思いました。

しかし、裁判は手術中の数分間、数時間のことを主要な争点として、進んでしまいました。弁護側の鑑定人として証言した医師の方々も、加藤医師の医療行為を正当化する意見を述べました。その点をとても残念に思っています。

加藤医師の逮捕後、私たち被害者が「警察に相談した」とか、「政治家に相談した」という噂が医療界に広がっていると聞いて、とても驚きました。病院から娘を引き取り、姿が残っている間、警察に相談するべきか幾度も自問自答しました。しかし、いろいろと考えて、私たちからは警察に相談しませんでした。

一方、医療界からは警察・検察の介入に抗議する声があがっています。しかし、娘の事故について、他の機関で警察・検察と同等の調査ができたのでしょうか。助産師さんや先輩医師がアドバイスをしていたことについても、県の事故調査委員会は把握していたのでしょうか。現在も疑問をもっています。

医療界からは「1万分の1という極めて稀なケース」とか、「現在の医療では救命に限界があった」という声があがっています。しかし、娘と同様の帝王切開既往・前置胎盤のケースにともなう癒着胎盤の危険性については、厚生労働省の研究班をはじめ、以前からいくつもの報告があります。また、ネットには「医師から2人目は産めないと言われていた」といった事実無根の書き込みがありました。こうした娘の死を蔑ろにする意見や表現は、亡くなってしまったとはいえ、娘に対する人権無視の誹謗中傷と受け止めています。

この事件を「医療崩壊」や「産科崩壊」と結びつける議論がありますが、間違っているのではないのでしょうか。その前に、事故の原因を追究して、反省すべき点は反省し、再発防止に生かすべきでしょう。医療界に、そのような前向きな姿勢が見えないのがとても残念です。「判決によっては、産科医療から手を引く」といった声も聞こえますが、自分の身内や大切な人が患者だったら、そんなことが言えるのでしょうか。

医療崩壊と結び付ける議論を耳にするたび、「娘は何か悪いことをしただろうか」と怒りを覚えます。

娘が亡くなる時点まで、医療には絶対的な信頼を持っている一人でしたが、死亡後は日を重ねるごとに医療に対して不信感を深めています。

患者も医師も不幸にさせないためには、リスクの高い患者はしかるべき施設に送るなど、しっかりとルールをつくり、守ることが大切です。再発防止を願う一人として、県病院局長宛に要望書を提出するつもりです。

2008年8月20日

福島県立大野病院で最愛の娘を亡くした父・渡辺好男

*- *- *- *- *- *- *- *- *- *-

福島県病院局長殿

平成20年8月20日

医療事故再発防止のための
要望書

謹啓

残暑の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

ところで、私は2004年12月17日、県立大野病院での帝王切開の事故で、最愛の娘を亡くしました。執刀医の逮捕後、様々な医師団体が、逮捕を不当と抗議し、医療崩壊を訴える声明文を出しました。しかし、被害者側から見ると、こうした声明文は医療者側に偏りすぎているように感じ、事故の原因究明や再発防止の検討がなにもなされないままに終わってしまうのではないかと不安を覚えます。

私は娘が亡くなるまで、医療に絶対的な信頼を持っていた一人でしたが、死亡後は日を重ねるごとに医療に対し、不信感を深めるばかりです。また、事故後3年7ヵ月が経過しましたが、県立病院を管理・監督する立場にある県病院局も具体的な動きが見えず、このままでは「再び事故が発生するのでは」と懸念しております。

つきましては、「大野病院で命を落とさずに済んだであろう亡き娘」の父親として、再発防止の観点から、下記の点について要望させていただきます。ぜひ、県の管理・監督のもと、トップダウンにて具体的かつ実効性のある事故防止に努めてくださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、この要望書に対して、県としてどのように対応なさるか、ご返答をいただきたく存じます。ご連絡をいただきましたら県庁にまいりますので、できるだけ早いご返事をお待ちしております

謹白

2008年8月20日

要望

1. 周産期医療システムの運営状況の検証と見直し

- ① 各センター病院がその役割を果たしているか運営状況を検証する。
- ② 事故再発防止のために、周産期医療システムの内容を見直す。

2. 各医療機関の役割を明確化するルールをつくる（各診療科ごと、横断的に）

- ① 県病院局、県立医大、拠点病院、地域の医療機関の役割を明確化する。
- ② 医師の経験や医療設備に見合わない、難しい手術などを行わせない。
- ③ 県立医大、拠点病院、地域病院の連携を強化する。

3. 医師の教育・ルール遵守の徹底

- ① 2. で明確化したルールを遵守するよう医師教育を徹底する。
- ② ルール違反者には再教育をおこなうなどペナルティを設ける。

4. 医師の計画的な配置

- ① 一人医長はつくらない
- ② 経験不足の医師ばかりにさせず、かならず指導的立場の医師と仕事をさせる。
- ③ 産科施設には必ず小児科医も派遣するなど、医療連携を考えた医師配置にする。

5. 患者情報の管理の徹底（電子カルテの導入など）

- ① ハイリスク患者や、連携して治療が必要な患者の情報を病院間で共有する。
- ② 県立医大、拠点病院が、難しい患者の診療をアドバイスする仕組みをつくる

6. 手術におけるビデオ記録の保存

- ① 遺体解剖の有無を問わず、事故を検証する有力な証拠となる。
- ② ビデオ撮影記録のない手術は、改ざん・隠蔽と同等の扱いとする。

7. 風土改革

- ① 医師以外の医療スタッフの声を聞く、話せる環境づくりを進める。
- ② 改善要望をボトムアップで吸い上げられる環境づくりを進める。
- ③ 不正があれば内部告発ができ、告発者をフォローする体制づくりを進める。

8. その他

- ① 手術のリスクなどを含め、インフォームド・コンセントを徹底させる。
- ② 患者にセカンド・オピニオンの制度があることを周知徹底させる。