

# 医療格差の時代

## 第1章 特定検診なんかいない (P.9~29)

### メタボ健診は必要か

メタボリック症候群（内臓肥満）に焦点を当てた「特定健診・特定保健指導」。腹囲が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上がメタボリック症候群にあたり、死に至る病の発病リスクが高くなるとされる。

- ・ 内臓肥満を正確に診断するには腹部のCTが必要。（時間とコストがかかる）
- ・ 腹囲の基準の根拠が曖昧。（大規模な調査がなされていない）
- ・ 腹囲測定には誤差が多い。（お腹の膨らませ方や、その位置の違い）
- ・ メタボリック症候群の人の死亡率はそうでない人の 1.09 倍という調査結果もある。

単なる指導で異常値が正常化するのか？ & 医療費を健康保険組合が負担するだけか？

- ・ 人間ドック受診者の指導経験から、「口頭で生活指導をしても意味がなく、積極的に投薬していく方が有効である」と感じた。
- ・ 生活環境を改善するには健康保険組合による指導だけではなく、社会全体の取り組みとして対応する必要がある。

罰金ともいえる制度 & 狙いはどこにあるのか & 国は健診を丸投げした & 入社の条件はやせ型か？！

- ・ 健診の受診率、保健指導の実施率や改善率が悪いと、健康保険組合に財政的なペナルティが科される。国民の生活支援の負担を企業に移そうとしている。
- ・ 健康診断を各保険組合（民間）にやらせることで国の費用を削減することが厚生労働省の目的である。
- ・ 企業としては、やせ型を雇用すれば健診に対する国からの支援金がカットされにくくなるというメリットがある。

医療費は下がらない

- ・ 人間はいずれ病によって死ぬため、メタボ健診によって致命的な発病を防いだとしても、長期的には医療費は変わらない。
- ・ 潜在的な患者が治療を受け始めるため、逆に医療費は上がる。これは健診によって異常を指摘される人の割合が多く、病院での受診が必要になるためである。（健診対象者 5700 万人のうち 3000 万人は病院での受診が必要となる。診察料だけで 5 兆円の費用がかかる）

医療は新しいマーケットを常に作り出す & 新しい経済効果がねらいなのか

- ・ 新たな基準値は新たな異常を生み出し、新たに患者（医療業界にとっては顧客）を生み出す。
- ・ メタボ健診における一番の利益享受者は製薬会社である。これはメタボ健診によって薬を服用する可能性が高くなるためだ。製薬会社はメタボ健診で利益を得るため、以下の寄付を行っている。

高血圧やメタボリック症候群などの診療指針を作成した医師や講座に、製薬会社から約 157 億円が支払われた。

「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」の作成メンバーのうち国立大学の医師 11 人全員に、治療薬メーカーから 3 年間で 14 億円の寄付があった。

## 第 2 章 平等医療の崩壊 (P.31 ~ 81)

### 1, 日本の医療の特徴

- ・ いつでも、どこでも、誰でも診察を受けられるアクセスの良さ
- ・ 医者や技術や経験に関係ない平等な医療費
- ・ 他の先進国と比較して少ない医者で安く高度な医療を行っている

これらを維持できた理由

- ・ 厳しい労働条件にもかかわらず、使命感や「困っている患者を診る」という満足感などにより、医者が特に行動を起こさなかった(特に大病院の医者)
- ・ 日本の医療の近代化を支えた東大医学部を中心とする強固な学閥支配により、患者は医療技術や治療など他の病院との差を知ることができず、権威を信じるしかなかった
- ・ 病院の情報が開示されないことにより、一般の人々はどこに行っても同じような医療が受けられると考え、近くの病院に行くので医療機関での競争は起きなかった

結局、日本の医療が平等だと言うのは情報開示が極端にされていなかったおかげによる虚構であり、患者が平等だと勘違いしていただけである。

ただし、その勘違いにより日本の医療は急速に近代化し、高い水準に保たれてきた。

デメリット

- ・ 待合室での待ち時間が長い、病室はきれいとは言えない大部屋でプライバシーも保たれない、といった環境
- ・ ちょっとした風邪等ですぐに患者が病院に行って薬をもらおうとする

## 2, 平等医療の崩壊

近年、医者を取り巻く環境、特に実際に患者を診る臨床の現場を取り巻く環境は厳しくなっている。そのため、使命感だけで医療に携わってきた多くの医者たちも限界を感じ大病院から逃げ始めている。

### 環境の変化

- ・以前は患者に十分な説明をしなくても特に問題にならなかったが、今は医者が少しでもミスをすれば訴訟問題になりかねない
- ・研修医が自分で行き先を決められるようになり、患者も多く医療機器も整っていて臨床を勉強する環境の病院は人気が高くなり、指導する中堅の医師の負担が増えた
- ・政府の医療費抑制政策により医療機関の収入が減り、人件費も減った

また、**臓器移植**が日本でもできるようになり、**不平等な医療**が生まれている。

- ・臓器移植は適合の問題で誰でも受けられるわけではない
- ・国内ではドナーに制約が多すぎて臓器移植が進まないため、海外での臓器移植を行う人も多く、それには高額な手術代がかかるのでお金がなければ臓器移植ができない

## 3, 医療制度の改革

### (1)医療法人の株式会社化

医療法 7 条 5 項により営利目的で病院を開設や会社組織による病院経営は認められていないが、株式会社の参入を任用し、医療法人も利潤追求していい、としようとする議論があった。

#### 株式会社化の賛成意見

- ・資金調達の多様化が可能になる
- ・徹底した患者ニーズの把握により患者満足度の向上が起こる

結局は日本医師会や厚生労働省の否定的な意見により、医療法人の株式会社化は実現しなかった。これは医者の利権を守るための言動に見えるかもしれないがそれだけではない。

#### 株式会社化の反対意見

- ・一部でも株式会社化を認めると、既存の医療機関は株式会社経営医療機関との競争に勝つことができず、結局すべての医療機関が株式会社化しなくてはならなくなる  
資金的には敵わない外資系チェーン病院の参入により中小企業は買収されて利潤追求が医療の中心になってしまう (例：アメリカ)
- ・儲かる医療しかやらないことになりかねない
- ・医療費高騰のリスクが高い
- ・医療の情報が患者に十分に行き渡っていないので自由競争は難しい

しかし、交付金に頼らない病院運営に切り替えていかなければ東大病院ですら存続が危ういのが現状である。その経営状況を本質的に改善するために、医療以外で収入を上げ、収益の一部を病院経営に回すことができるようにするしかない。

医療法人の株式会社化を認めながら規制する部分はしっかり指導していくのが現状に即した医療経営であるが、今のところは進めない状況である。

## (2)外国人医師

日本語能力検定 1 級の資格がいるなど規制は多いが、フィリピンからのナースが日本で働くことが可能になった。これは画期的なことであり法改正をして外国人医師が働けるようになれば、言語の問題を考慮しなければ患者メリットは大きいかもしれない。

しかし、日本の医師の労働環境は悪いので、日本で就労する医師がいるとは思えず、いても本国で通用しない医師か、世界的な権威を一時的に富裕層相手に雇い入れるというようなことになり、日本の公平性のある医療は成り立たなくなるだけで、医療の環境が改善するとは思えない。

## (3)専門医とかかりつけ医

**専門医**とは、ある特定の領域において秀でた技能を持つ有能な医者のことである。

日本の医師は医師国家試験にさえ合格すればどんな専門科目でも標榜できた。しかし、患者のために医者の専門をはっきり打ち出すことが必要だとされて改革が始まったが、現在もまだ明確な認定要件が固まっていない。そのため、現状では認定要件が知識を問うよりも学会に所属しているかを問うと言う意味でしかないこともあり、実態としては医者の自己満足で終わっている。また、専門医制度が細分化しすぎて患者にメリットがなくなったこともある。

**かかりつけ医(総合科医)**とは、病気になったときにまず診てもらいたい医師のことで日常の相談などにも乗ってくれる関係を築くことができれば患者にとっては心強い存在になる。

また、かかりつけ医が浸透すれば開業医が難しい病気をなんでも病院に回すことをやめて医師の労働配分を適正にできるという読みもある。

ただし、かかりつけ医を育てる人材が現在の医学部には少ないため、医学教育のあり方から改革しなければならない。

## (4)医療の無駄を省く

- ・薬の処方期間を長くしたり、次の予約や検査結果を聞くためだけに病院に行くことをなくし、**再診料を少なくする**
- ・慢性疾患など比較的管理が優しい病気は自己管理を主体に指導して**外来患者を減らす**
- ・大学病院での研究はやめ、大学病院は臨床と医学教育を中心にし、研究は研究センターに任せることで無駄な研究をなくす

### 第3章 なぜ製薬会社だけが儲かるのか (P.83~98)

#### 製薬会社による講演会

有名大学の教授や、海外の医学部の教授なども来て、開業医向けに講演を行う。自社の薬の宣伝、営業マンによる医者への接待が行われている。

#### 利益を伸ばす製薬会社

- ・ 日本において、戦後倒産した製薬会社は一社もない。
- ・ 売り上げ規模が大きい 新薬の開発力(競争力)が大きい  
新薬開発には10年もの年月がかかるため、長期的な投資と研究能力が必要。  
改良タイプの新薬は現在新薬としての承認がとれなくなっている。
- ・ ジェネリックの使用が増加 新薬開発による利益独占期間が短くなる(7~8年)

#### 巨大な研究開発費の裏側

- ・ マーシャ=エンジェルの指摘  
研究開発費には実際の研究開発とは関係のない金も入っていて税金対策に使われている。
- ・ 医療産業における医者と製薬会社との格差  
規制後  
医者：給料が上がることも、労働条件が改善されることもない。  
製薬会社：収益を上げ続けている

#### 規制前

医師が症例報告やケースカードを製薬会社に売ることによって現金の還元がなされていた。製薬会社側はそれによって恩を売り、自社の薬を使わせていた。

#### E B M (実証に基づく医療) という御旗

大規模調査 有用性が確認される 信頼のおける薬(開業医にとって)

- ・ 問題は、その結果の解釈によって見方が異なるという点である。

Ex, A L H A T (ある大規模調査の名前)

目的は、かつて使われていた安い薬の有効性を証明し、現在使われている高い薬の使用をやめることで医療費を安くすることであった。結果、現在の使われている薬と同等の効果があることがわかった。しかし、現在使われている新薬が使われなくなると利益を失う製薬会社は、その結果を詳しく解析し、特定の病には自社の薬の方が有効という答えを出した。

広告に出る教授たち

・ 医学研究者間における格差

大学病院は、研究費の一部を製薬会社の寄付に頼っている。研究費が科学研究助成金を上回るためである。このような状況で製薬会社と上手く関係を持つ大学とそうでない大学が生まれ、研究費の格差となる。

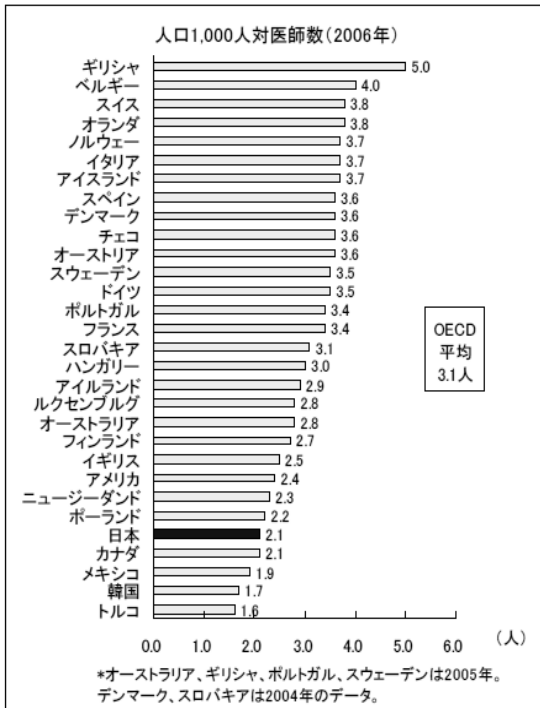
Ex, 上手く研究費を得ている医者  
 3ヶ月で933万円のアルバイト収入  
 (講演料・原稿料・製薬会社からの報酬など)

しかし、このようなアルバイトは禁止すべきではない。なぜなら、大学教授たちの給与は安く、研究費も足りていない厳しい状況だからである。

第4章 変わり始めた医療現場 (P.100~132)

\* 医師不足

日本は先進国の中で際立って医師の少ない国(人口1000人当たりの医師数 OECD加盟国30ヶ国中27位)である。



	1人当たり外来 受診回数 (2004)	乳児死亡率 (2004)	健康寿命		WHO総合 評価 (2000)
			男性 (2002)	女性 (2002)	
日本	1位	1位	1位	1位	1位
イタリア	-	11位	6位	5位	11位
フランス	9位	8位	13位	5位	6位
ドイツ	7位	11位	11位	8位	14位
アメリカ	18位	25位	22位	22位	15位
イギリス	15位	21位	16位	19位	9位
カナダ	13位	22位	8位	8位	7位

参照:社団法人 日本医師会(2008年10月15日 定例記者会見)ホームページより

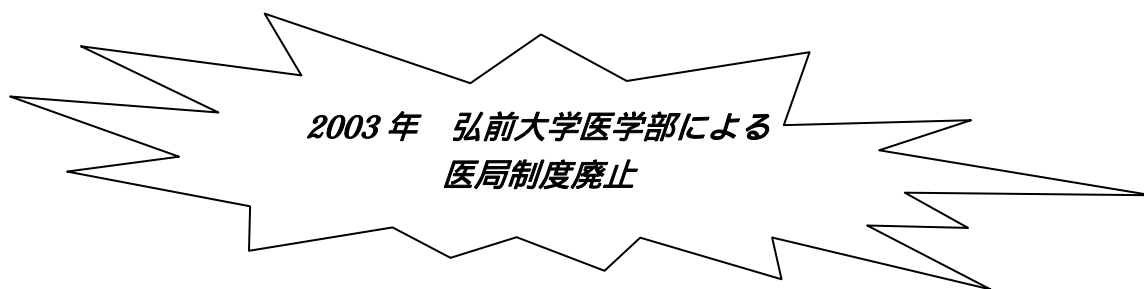
\* 医局制度

少し前までは大学病院の医局は周辺病院へ医者を供給していたため、その決定権を持つ教授には大きな利権が生まれていた。突然教授から命令が下り、関連病院へ派遣されることは驚くようなことではないほど、教授命令は絶対であり、不満があれば医局を辞めるしかなかった。そのような利権を人事異動の手段あるいは医局内の反乱分子の左遷人事として主任教授が利用し、少しでも自分に反抗する医者がいれば即座に関連病院へ派遣された。

不合理極まりない制度であることは確かだが、過疎地であろうと僻地であろうと大学病院から医師が来てくれたので、医師不足に悩む地域にとっては非常にありがたいものであった。

そんな中、北海道立札幌医大形成外科による名義貸し事件、弘前大学医学部で教授が民間病院から不明瞭な金を受け取っていた事件などの社会問題が起こった。

そして



医者が、自分たちの意見を主張でき、自分の行き先を自分の意志で決められるようになった。その結果、僻地の病院へ好んで行く医者がいなくなった。

さらに



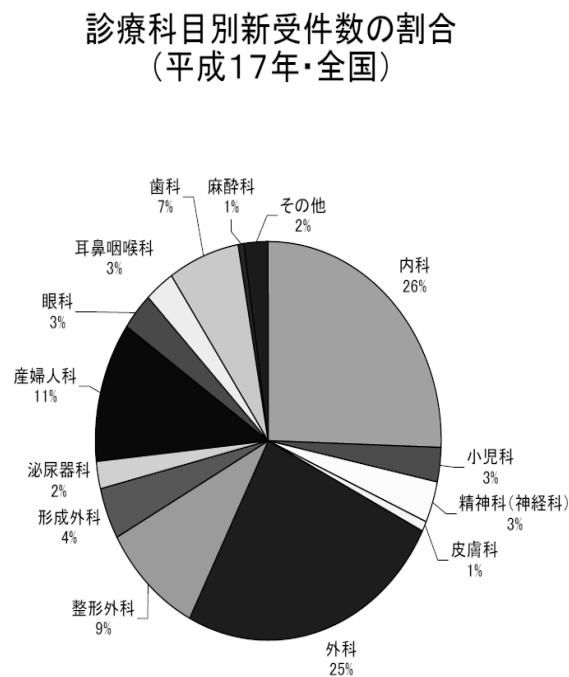
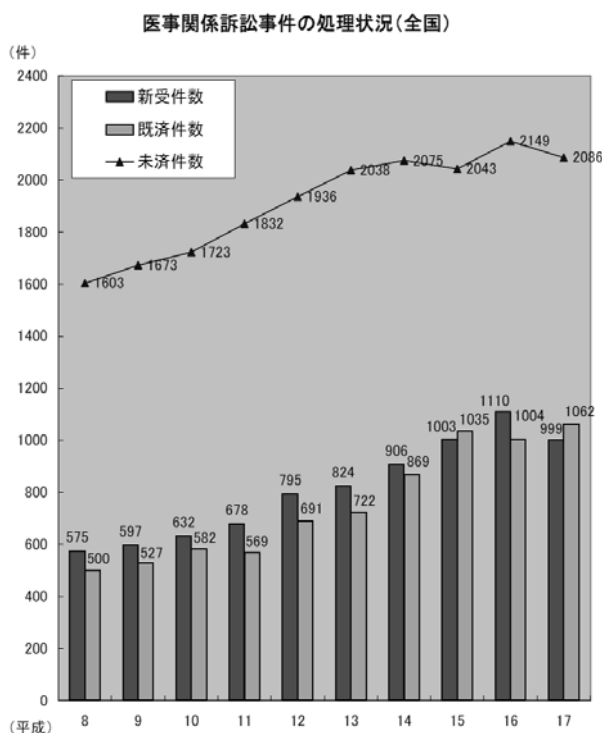
研修医までもが自由に自分の研修先の病院を選べるようになった。また、今までは医学部を卒業すると、研修を受けなくとも医師国家試験に合格すれば、法律上は医師として開業をしても問題はなかったが、研修をしなければ、医師として開業もできなくなった。

このことにより、大学病院では十分な臨床指導を受けられないことを知っている研修医たちは、**母校に興味を示さず**、「研修医の指導をしっかりとる」、「臨床経験がたくさん積める」、「将来就職先として有望な病院」を希望し、自分の卒業した大学病院で研修を受ける医者は減り、**医局の崩壊**が始まった。

大学病院では、今まで貴重な労働力であった研修医の数が減ったため、医師の数を確保するために、周辺の派遣病院からの医者を本院に戻す、いわゆる「**医者はがし**」が起き始めた。そのため、今まで大学病院からの医者派遣で保っていた中核病院が失われていくという事態が起きた。

\* 医療訴訟

最近では、医療の情報公開が進んで、**医療過誤**や**医療訴訟**が普通のことになっている。



参照: 最高裁判所ホームページ



中でも、福島県立大野病院に勤務していた産婦人科医が、患者を失血死させた上に異状死として届けなかった疑いで逮捕・起訴された事件は大きな波紋を投げかけ、日本産婦人科学会・日本医学会をはじめ、様々な学会が逮捕に対する抗議の声明文を出している。

この世に完全にミスのない治療・完璧な診断などありえず、医者が手術や治療でどういう形であれ、ミスをして刑事責任を問われるとすれば**医学の進歩**にも大きく影響しかねない。安全な手術や確実に治る方法しか選べなくなるので、**リスクの高い手術は誰もやらず**、診療をする度に毎回、医者生命を懸けて仕事をしなければならない。自分たちがまだやったことのない手術方法や、新しい治療薬を使うのを躊躇うようになり、「**治療は出来るだけトラブルの少ない方法で**」という考えが一般的になってしまう。これは、今まで勇気ある医者と患者の協力によって革新的に進んできた**医学の「進歩」**ではなく、**医学の「維持」にすぎないのだ**。

#### \* 医者という職業の存在

医者という職業は世間一般には「金に困っていない」というイメージだろう。確かに以前はそうだったかもしれないが、今は、いくら稼いでも税金が低く抑えられることはなくなり、医者の収入は減少を続けている。また、研究者にも自己満足のような研究をのんびりやっている余裕がなくなり、多額の寄付金がとれる、あるいは研究成果がもたらす特許などで大学に高額な特許料が入ってくる研究などのように大学病院にプラスになる研究が良い研究と評価されるようになった。

働き続けなければお金が入ってこないという、他の仕事と同じような状況に医者もなり、ミスしたときの社会的責任は大きくなる一方である。

## 第5章 追い出される患者たち (P.133~148)

### つねに翻弄される病院

厚生労働省は医療費削減のために、病院の現状を把握せず病院に混乱をもたらす制度改革を行っている。

#### (1) 朝令暮改の診療報酬制度

- 2002年、診療報酬が「診療所からの紹介率(a)」「平均入院日数(b)」「入院患者と外来患者の比率(c)」によって規定され、(a)を上げて、(b)(c)を減らすことが経営上の課題となった。
- 2006年診療報酬は看護職員の数によって規定されるように改定された。

## (2) 入院ベッド数削減という指針

- ・ 厚生労働省の見解である「海外に比べて入院ベッド数が多い」という間違い。海外では介護用ベッドは入院用ベッドに含まれないのに対して、日本では医療機関全てのベッドを入院ベッドとしている。
- ・ ベッドが減ることで病院から追い出される社会的入院患者の受け皿が少ない。

### 金のある人が介護を受けられる ~社会的入院患者の受け皿~

- ・ 特別養護老人ホーム  
医者なし。生涯入所可能。入所まで1年以上待たされる可能性。
- ・ 老人保健施設  
医者は入所者100人あたり一人。入所は半年が原則。医療費は定額制。治療を行えば行うほど赤字になる仕組みであるから、積極的な治療は期待できない。
- ・ 有料老人ホーム  
入所金は、数百万円~数千万円。諸経費は月30万円前後。
- ・ 自宅で看る  
家族に大きな負担がかかる。

### リハビリは今日で終わり ~十分なりハビリが受けられない患者の出現~

- ・ 介護保険制度の導入と変更  
介護封建制度が導入され、デイサービスが広く利用されるようになった。  
(日帰りの介護施設利用)  
06年、制度の変更が行われ、介護度が軽い人は介護施設でサービスが受けられなくなった。
- ・ リハビリの日数制限

### 厚生労働省のあまい予測 ~医者が余るといふ嘘~

- ・ 厚生労働省の予測「2020年に医者の数がピークを迎え、医者が余りはじめる」  
日本医師会の思惑：「医者が増えると医者の経営危機になる」  
厚生労働省の算盤勘定：「医者を増やすと医療費が上がる」
- ・ 医者の定義（日本と海外における医者の数え方の違い）  
海外：一週間フルに働いている医者=1人  
日本：医師免許を持つ者=1人  
日本の場合、医者をやってない人、あまり働いてない人、研究者等も医者に含まれている。

### フリーター医師の増加

医師派遣会社に所属して、特定の病院に所属しない医者。

3つくらいの病院の外来だけを週に3日程度やって、それで月収にして100万円くらいの収入になる。責任も少なく、効率がいいし、自分の時間を使うことができる。

フリーター医師増加の問題は、医者の適正配置、医療過疎地への派遣、救急医療での医師不足などを十分に捉えきれなくなることである。

### 厚生労働省は何を考えているのか

医療がここまで崩壊し、厚生労働省はようやく医者の確保を考え始めている。

厚生労働省は医療費抑制を主眼に置いた医療政策ではなく、日本の医療の実態を把握した医療政策を行うべきである。

## 第6章 医師の収入格差 (P.149~164)

### 医師のなかに生まれていく格差

	求められるもの	行われる医療
研究者	学歴	高度な医療技術が必要な治療
臨床医	患者からの評判、臨床に対する誠意、臨床経験、人間性、患者への優しさ	最前線の医療

研究者になるか臨床医になるかで分けて教育すべきである。

### 医師の収入格差

	平均年収	責任(リスク)	時間外診療
勤務医	約2000万円	高	有
開業医	約3000万円	低	無

- ・ 時間外診療を勤務医だけが行っているのは、厚生労働省が救急医療の診療報酬を上げ、大きな病院に救急医療を行うよう誘導したためである。
- ・ 開業医と勤務医の間でリスクと労働の分散がうまくいっていないことから、08年開業医の時間外診療の報酬を引き上げた。

## 大学病院の医者たち

かつては見えない収入で経済的に潤っていたが、現在は干上がっている。

- × 博士論文審査のお礼：50万円 現在の医局員は医学博士に興味がない
- × 結婚式の仲人：100万円 仲人を立てない結婚式が普及
- × 学会による利益 製薬会社からの寄付金が減り、開いても赤字  
講演会の謝礼 国立大学の教授は規制により、謝礼は以前の半分程度  
製薬会社のお抱え教授・臨床試験の統括責任者 製薬会社からお金が入る  
(ただし、売れっ子の教授のみ対象)

## 自由診療（健康保険が使えない医療）で儲ける医者たち

医学の進歩と人間の欲望が密接に関係していけば、病気とは関係のないところで、医療はさらに利益を上げていこう。

Ex, 長生き遺伝子

## 第7章 開業医の厳しい現状 (P.165 ~ 180)

### 休めない開業医

- ・ 休むには代診を頼むしかない。  
派遣されてくる医者に支払う給与という費用がかかる  
信頼感を持ちにくい
- ・ 診療拒否はできないので、患者が増えれば診療時間も延びる。

### 労働条件の変化

厚生労働省は、医者が勤務医から開業医へシフトすることを食い止めるため、開業医の労働条件を厳しくしようとしている。

### どの診療科目に未来があるのか

厚生労働省の方針：診療科目を減らし、無制限に標榜できないように規制をかける。  
医者はどの診療科目を標榜するのか慎重に選択する必要がある。  
最善の選択をするには厚生労働省の誘導を読まなければならない。

### 医者としての生き甲斐

- ・ 研究者：大規模調査ができない 大学間の連携の悪さ、メリットが少ないこと  
人間関係というストレス 閉鎖的な医局  
最先端の研究をするのは難しい 限られた施設

- ・ 臨床医：ただ処方箋を書くだけ  
     一度薬が決まると同じ処方が永遠と続くケースが多い  
     金銭面でのインセンティブの減少　制度改革  
     教育に携わることの困難性　大学病院との接点が希薄

定年のない魅力もなくなる？

現在、医者には健康であれば一生涯仕事が続けられるというメリットがある。  
 しかし、保険医登録（健康保険で医療ができるようになる）可能な年齢に制限をかける「定年制」の導入が議論されており、そのメリットも失われる可能性がある。

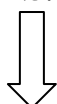
開業医の生活

- ・ 医者という立場上、周囲の目もあるので、あまり目立ったことができない。
- ・ 夜は医師会や研修会で拘束されることが多い。
- ・ 開業医に時間外診療をさせようという政策が行われ、ますます自由な時間が奪われる可能性が出てきている。（08年、開業医の時間外診療の診療報酬を上げた）

## 第8章 日本の医療に明日はないのか（P.181～197）

医者が管理される時代に

「規制をはずしていくと医療は混乱する」



ex, 研修医改革制度　研修医に研修病院選択の自由を与えた。  
 医療現場での混乱を引き起こす元凶となった。

国が医者を管理するような方針

ex, 地方の医師不足対策として、研修医を医師の足りない地方に派遣する制度を創設する方針を固めた。

イギリス医療の現状を見れば、日本の将来の医療が見えてくる

イギリスでは原則無料で治療が受けられ、医師は公務員のような存在である。  
 そこに医療費抑制という圧力も加わることで、医者の腐敗が起こっている。

人間の健康への欲望が医療を崩壊させる

生きる欲望が度を過ぎることで医師への不寛容さが露呈する。

ex, 「病院へ行ったのに病状が悪化するのには医者の腕が悪いせいだ」

医者はつねに患者からの攻撃的になっている。

日本の医療を支えてきた従順な医者

医者は、経済的なものだけを絶対的な目標にしていない。(勤務医の存在)

つまり、今の医療は、経済効率で成り立っているわけではない。

そのため、そこに市場性を持ち込めば、医療制度が一気に崩壊していくのは目に見えている。

医者がいなくなる前に

[ 医療に対する期待感・欲求    新薬開発・医療機器の開発    高価な診療・高価な新薬 ]

以上のような流れが繰り返され医療費は上がり続ける。

医療崩壊をストップさせるためには、どこかで医療への欲求水準に歯止めをかける必要がある

医療が生き残るための方策

絶対的な健康を求めない

健康についての教育を若い世代からあたえていくべきである。

健診や人間ドックは自らの生活習慣を厳しい目で見るような指導に切り替えるべきである。

本当に無駄な医療をやめる

風邪薬は効かないため診察は必要ない。

慢性疾患についても状態が落ち着けば、自己管理に持っていくべきである。

臨床医と研究者を明確にわかる

役に立たない研究を続ける大学病院への無駄な研究費投入をやめるべきである。

医者の派遣、配置は第三者機関で決定する

過疎地の医療対策。

医学部教授選挙を第三者機関で行う

閉鎖的な医局の改善を行うため。

開業医の総量規制をする

過当競争を防ぐため、適正な配置を国か地方自治体が管理すべきである。

医療は医者という人的資源を考えても貴重な公共財であり、その量は無限でない。その意味でも、患者は医療や医者に無限の要求をしたり、医療に絶対的な要求をすべきではない。

## 論点

日本の医療制度は誰でもいつでもどんな病院にでもかかることができる平等医療であり、これは世界に誇れる特徴である。

そのため臓器移植も建前は平等医療であるが、臓器移植は血液型や臓器の適合の問題や金銭的な問題で移植が受けられる人と受けられない人が分かれるため、不平等医療であると作者は述べている。

このまま臓器移植が盛んになると日本の医療も不平等になり、格差は広がると考えられるが、日本の平等医療を守るために、臓器移植を完全に禁止せずとも、少しでも平等を維持するために日本国内のみに限定し海外で臓器移植を受けることを一切禁止するべきだろうか。

### 【資料】

#### 2008年9月時点の中国での移植費用の調査結果（腎臓移植）

手術代金 7万円～8万円 入院費及び薬代等 1万円～3万円 ドナー費用 1万円～3万円 医師並び関係者への謝礼金 1万～2万円 通訳・翻訳・付き添い看護・渡航費・ホテル代 2万円～3万円 一切の総費用の最大金額 19万円（約295万円）

軍関係または市民病院クラスは10%前後、低額となります。

但し、中国政府は短期滞在の外国人に対して移植を認めていません  
不透明な額として手数料とマージンが上乘せされる恐れがあります

内閣府認定 NPO 法人 難病患者支援の会 URL：<http://www.npo-online.org/index.html>

腎臓移植の費用	費用	備考
国内での腎臓移植	400～700万円	健康保険が適用される
日本人が外国へ出向いて受ける腎臓移植	1600万円(800～4650万円)	米国の例

心臓移植の費用	
国内で健康保険を使って受けた場合	移植術、摘出術、提供管理料で167万6,000円 保険適用のため多くの場合自己負担は発生しない
日本人が米国で受けた場合	5000万円～1億4000万円

(日本移植学会 臓器移植ファクトブック2006)

(社)日本臓器移植ネットワーク URL：<http://www.jotnw.or.jp/>

臓器提供者としては世界的に見て交通事故被害者が多い。しかし交通事故被害者は日本では異状死体にあたるため、臓器提供者となることはまずない。

異状死体の場合には司法検察員による検視が必要であり現実として検視後であれば臓器の摘出は事実上可能である。但し、司法解剖が必要な場合は臓器の摘出は事実上不可能であることが多い。なぜならば検視に時間がかかると臓器が提供できる状態ではなくなるため、脳死判定後は速やかに検視の実施が必要であるからである。

そのため、日本では臓器移植がなかなか発展しない。

参照：平成 20 年度後期 法医学レジュメ

移植希望の累積登録者数(2008 年 9 月 30 日現在)

	心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸
現在登録者数	118	117	223	11690	151	1
既登録者の転記	(1 度現登録からはずされた理由)					
死体移植済	59	52	57	2209	53	4
取消	12	2	65	13738	15	0
死亡	109	154	293	2287	21	0
生体移植済	-	24	134	1645	3	0
海外渡航	35	2	19		0	0
その他・不明	0	0	0	12	0	0
登録者累計	333	351	791	31581	243	5

(社)日本臓器移植ネットワーク URL : <http://www.jotnw.or.jp/>



移植希望者の待機期間(2008年9月30日現在)

**心臓**

1年未満	43
1年以上2年未満	26
2年以上3年未満	17
3年以上4年未満	5
4年以上5年未満	3
5年以上	24
計	118

**肺**

1年未満	30
1年以上2年未満	22
2年以上3年未満	20
3年以上4年未満	12
4年以上5年未満	11
5年以上	22
計	117

**肝臓**

1年未満	115
1年以上2年未満	47
2年以上3年未満	22
3年以上4年未満	16
4年以上5年未満	10
5年以上	13
計	223

**腎臓**

5年未満	4754
5年以上10年未満	3363
10年以上15年未満	2325
15年以上20年未満	871
20年以上	377
計	11690

**膵臓**

1年未満	21
1年以上2年未満	20
2年以上3年未満	31
3年以上4年未満	15
4年以上5年未満	15
5年以上	49
計	151

(社)日本臓器移植ネットワーク URL : <http://www.jotnw.or.jp/>

## 論点

前述の福島県立大野病院医療事件は、帝王切開手術時の癒着胎盤剥離に伴う失血死により妊婦が死亡した事件である。この事件では、執刀医が業務上過失致死罪と異状死届出義務(医師法 21 条)にも違反したとして逮捕・勾留・起訴された。

この事件を受け、異状死届出義務を規定した医師法 21 条の「異状」を「病理学的異状」ではなく、異状死ガイドラインに則した「法医学的異状」と拡大解釈している点や、届出先を所轄警察署としている点を見直し、医師法 21 条を改正すべきだという声が、医師の間で強まっている。この規定があるから、医者は刑事司法の介入を恐れて萎縮医療しか行えず、また、常に訴訟というリスクを背負って治療をしているというのだ。その結果、他の診療科に比べて訴訟リスクの高い大きな病院の産婦人科や小児科の医者が少なくなると著者は述べている。

だが、著者も述べているように、世の中には悪徳な医者がいることも否定できず、医療事故の中には刑事司法の関与があつて然るべきものもある点や、刑事司法が患者・家族にとって強い味方になる点、医療事故の責任の所在の明確化と事故再発防止に繋がる点などにおいて、この規定は残しておくべきだという意見もある。

果たして、医師の多くが主張するように、医師の労働条件と訴訟圧力の緩和のため、異状死届出義務を規定した医師法 21 条は、改正するべきか論じて下さい。

## 【資料】

### \* 医師法条文

#### 第二十一条

医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

#### 第三十三条の二

次の各号のいずれかに該当する者は、五十万円以下の罰金に処する。

- 一 第六条第三項、第十八条、第二十条から第二十二条まで又は第二十四条の規定に違反した者

\* 異状死ガイドライン

異状死ガイドライン(日本法医学会)

1. 外因による死亡(診療に有無、診療の期間を問わない)
  - (1) 不慮の事故  
交通事故、転倒・転落、溺水、火災、窒息、中毒、異常環境、感電・落雷、その他の災害
  - (2) 自殺
  - (3) 他殺
  - (4) 不慮の事故、自殺、他殺のいずれかであるか死亡に到った原因が不詳の外因死
  
2. 外因による障害の続発症、あるいは後遺障害による死亡  
Ex) 頭部外傷や眠剤中毒などに続発した気管支肺炎、パラコート中毒に続発した間質性肺炎・肺繊維症、外傷・中毒・熱湯に続発した敗血症・急性腎不全・多臓器不全・破傷風、骨折に伴う脂肪塞栓症など
  
3. 上記1. または2. の疑いのあるもの  
外因と死亡との間に少しでも因果関係の疑いのあるもの  
外因と死亡との因果関係が明らかでないもの
  
4. 診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの
  - (1) 注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡
  - (2) 診療行為自体が関与している可能性のある死亡
  - (3) 診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合  
診療行為の過誤・過失の有無を問わない
  
5. 死因が明らかでない死亡
  - (1) 死体として発見された場合
  - (2) 一見健康に生活していた人の予期しない急死
  - (3) 初診患者が受診後ごく短時間で死因となる傷病が診断できないまま死亡した場合
  - (4) 医療機関への受診歴があっても、その疾病による死亡したとは診断できない場合
  - (5) その他、死因が不明の場合や病死か外因死か不明の場合

参照:平成 20 年度後期法医学レジюме

## 診療に関連した「異状死」について

### 医師法第 21 条の「異状死」について

近年、多くの医療機関において、患者の取り違えや投薬ルートへの誤り、異型輸血などの極めて初歩的な注意義務を怠った明らかな過失による医療過誤が起り、患者のかけがえの無い生命を犠牲にし、また、重大な健康被害を与えてしまったことは、広く報道されたところである。医療従事者の一人一人は深くその責任を自覚するとともに、このような現実を真摯に反省し、徹底した事故予防対策に取り組まなければならない。医師法第 21 条は、医師が異状死体を検案した場合に 24 時間以内に所轄警察署へ届け出るべき義務を規定しているが、その趣旨は、**犯罪捜査への協力**にあり、これらの**医療過誤事件についても、医師には届出義務がある**と考えられる。

その一方、今日医療過誤として提訴される事件の中には、稀な疾患であるため診断に時間を要した場合や、高度で困難な治療が不成功に終わった場合なども含まれているが、これらについては、**訴訟手続の過程における専門的な文献の検討や鑑定を経て、はじめて過失の有無の判断が可能になる**。もとより、**医師は、刻々と変化する目前の患者の病態に応じて相当と考えられる医療措置を行うものであり、当初から結果が明らかでない**。特に、外科治療の中心となる手術は、患者に一定の侵襲を加えることによってはじめて成り立つ治療であり、同様の手技を行っても**必ずしも全ての患者が改善するとは限らず**、一定の頻度では、かえって患者の生命や身体を危険に晒す結果となる不確実性を避けることができない。

現在では、有効な治療法の無かった疾患の治療や改善、たとえば心臓を停止させて心臓を切り開いて処置を行う心臓外科手術や、肝臓を全て摘出して提供者の肝臓の一部で置換する肝臓移植手術、あるいは隣接臓器や大血管へ浸潤した進行癌に対する根治的合併切除手術などが可能となり、全国各地の医療機関で行われるようになり、国民福祉の増進に大きく寄与している。このような大手術において**望ましくない結果が発生すれば、患者が死亡する危険性があることは、十分に予期されているのであるが、それを上回る利益を患者にもたらし得る可能性がある**ので行われる。

そのため、医師は、手術を受ける患者やその家族に対して、手術の目的や死亡を含む予期される危険性の内容と程度、手術を行わない場合に考えられる他の治療法や疾患の予後などについて、十分な説明を行い、患者や家族の同意を得なければならないのである。このような外科手術の本質を考慮すれば、説明が十分になされた上で同意を得て行われた外科手術の結果として、予期された合併症に伴う患者死亡が発生した場合でも、これが**刑事事件としての違法性を疑われるような事件となるとは到底考えることができない**。過誤があったかどうかは、専門的な詳細な検討を行って初めて明らかになるものであり、まさに民事訴訟手続の過程において文献や鑑定の詳細な検討を経て判断されるのが相応しい事項である。

したがって、このような外科手術の結果として発生した患者死亡は、**医師法第 21 条**

により担当医師に所轄警察署への届出義務の生じる異状死であると考えすることはできない。仮に、このような患者死亡についてまでも、警察署への届出が義務付けられ、刑事被疑事件としての捜査の対象とされるのであれば、遺族との信頼関係が破壊されて誤解を生み、無用な混乱が起こることが強く懸念される。そうなれば、患者死亡を生じる危険性のある侵襲の大きな手術を外科医はできるだけ回避する傾向となり、手術を受けるならば回復の可能性がある数多くの患者が、手術を受ける機会を喪失し、ただ、死を待たなければならないことになってしまう。

われわれは、このように外科医が萎縮して持てる技術を発揮できなくなり、その結果国民福祉が後退してしまう事態は、絶対に避けねばならないと考える。

日本法医学会が平成6年5月発表した「異状死」ガイドラインでは、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」を「異状死」に含めるとして、「注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡、診療行為自体が関与している可能性のある死亡、診療行為中または比較的直後の急死で死因が不明の場合、診療行為の過誤や過失の有無を問わない。」とされている。このガイドラインは、一つの考え方として、参考資料として、作成されたものであるが、作成主体であった同会教育委員会においては、委員間でもかなり意見の相違があり、とくに医療行為関連の事例については議論があったとされている。

われわれは、現実に医療現場で患者に接して診療する臨床医の立場から、診療行為に関連した「異状死」とは、あくまでも診療行為の合併症としては合理的な説明ができない「予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」をいうのであり、診療行為の合併症として予期される死亡は「異状死」には含まれないことを、ここに確認する。特に、外科手術において予期される合併症に伴う患者死亡は、不可避の危険性について患者の同意を得て、患者の救命・治療のために手術を行う外科医本来の正当な業務の結果として生じるものであり、このような患者死亡が「異状死」に該当しないことは明らかである。われわれは、このことを強く主張するとともに、国民の理解を望むものである。

参照:日本救急医学会(<http://www.jaam.jp/index.htm>)

\* 裁判所の立場

< 東京都立広尾病院事件 >

判決は、原審を維持して上告棄却で、判決理由の中で最高裁は「**医師法 21 条にいう死体の「検案」とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないと解するのが相当**であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる」とし、また、「本件届出義務は、医師が、死体を検案して死因等に異状があると認めるときは、そのことを警察署に届け出るものであって、これにより、届出人と死体とのかかわり等、犯罪行為を構成する事項の供述までも強制されるものではない。また、医師免許は、人の生命を直接左右する診療行為を行う資格を付与するとともに、それに伴う社会的責務を課するものである。このような本件届出義務の性質、内容・程度及び医師という資格の特質と、本件届出義務に関する前記のような公益上の高度の必要性に照らすと、医師が、同義務の履行により、捜査機関に対し自己の犯罪が発覚する端緒を与えることにもなり得るなどの点で、一定の不利益を負う可能性があっても、それは、医師免許に付随する合理的根拠のある負担として許容されるもの」とであると判示した。

参照:日本医師会総合政策研究機構(<http://www.jmari.med.or.jp/>)

< 福島県立大野病院事件 >

「医師法 21 条にいう異状とは、同条が、警察官が犯罪捜査の端緒を得ることを容易にするほか、警察官が緊急に被害の拡大防止措置を講ずるなどして社会防衛を図ることを可能にしようとした趣旨の規定であることに照らすと、法医学的にみて、**普通と異なる状態で死亡していると認められる状態であることを意味すると解されるから、診療中の患者が、診療を受けている当該疾病によって死亡したような場合は、そもそも同条にいう異状の要件を欠くというべき**」

「本件において、本件患者は、前置胎盤患者として、被告人から帝王切開手術を受け、その際、子宮内壁に癒着していた胎盤の剥離の措置を受けていた中で死亡したものであるが、被告人が、癒着胎盤に対する診療行為として、過失のない措置を講じたものの、容易に胎盤が剥離せず、剥離面からの出血によって、本件患者が出血性ショックとなり、失血死してしまったことは事実認定のとおりである」

「そうすると、本件患者の死亡という結果は、癒着胎盤という疾病を原因とする、過失なき診療行為をもってしても避けられなかった結果といわざるを得ないから、本件が、医師法 21 条にいう異状がある場合に該当するということはできない」

参照:医療安全推進者ネットワーク(<http://www.medsafe.net/>)

\*厚生労働省の立場

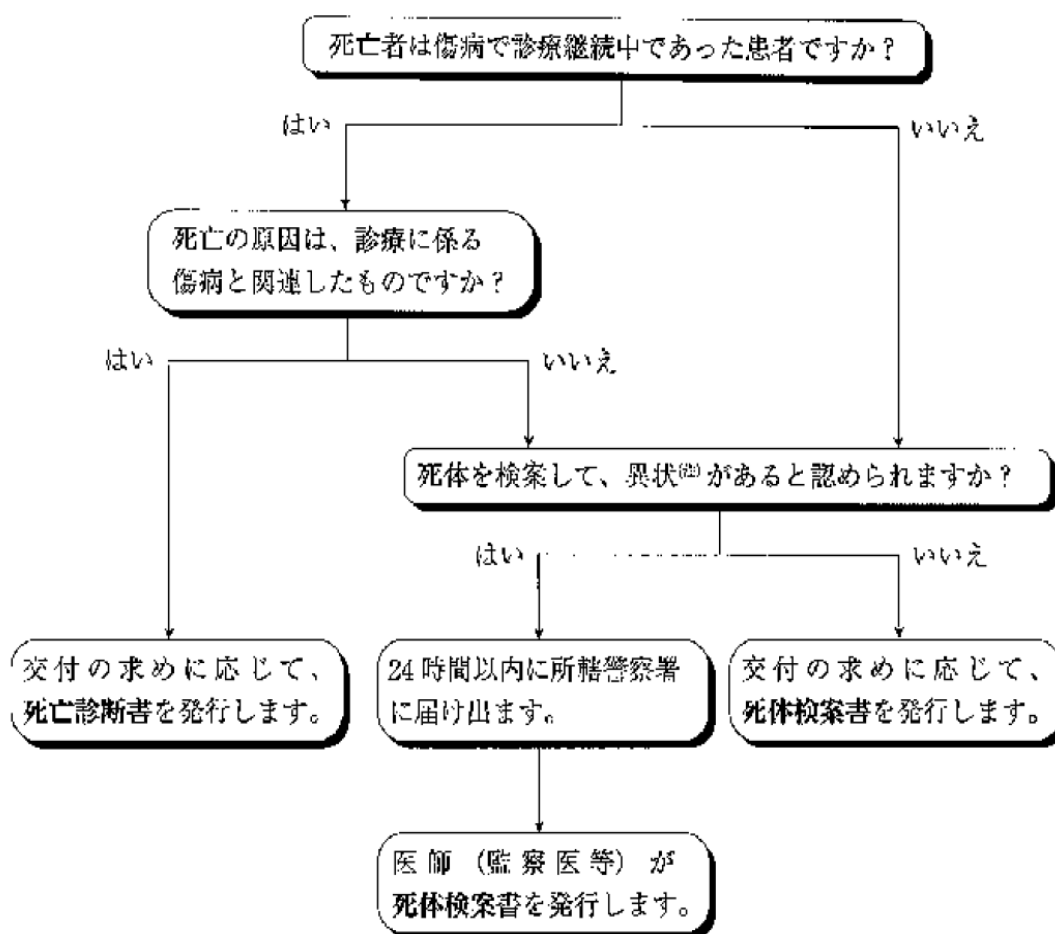
医師は、次の二つの場合には、死体検案を行った上で、死亡診断書ではなく死体検案書を交付することになっています。

診療継続中の患者以外の者が死亡した場合

診療継続中の患者が診療に係る傷病と関連しない原因により死亡した場合

また、外因による死亡またはその疑いのある場合には、異状死体として 24 時間以内に所轄警察署に届け出が必要となります。

【死亡診断書と死体検案書の使い分け】



(注)「異状」とは「病理学的異状」でなく、「法医学的異状」を指します。「法医学的異状」については、日本法医学会が定めている「異状死ガイドライン」等も参考にしてください。

参照:平成 20 年度死亡診断書記入マニュアル(<http://www.pmet.or.jp/syoseki/sibou/sibou.htm>)