

厚労省のルールと安楽死

先日、耳の具合が悪くなって、やや聞き取りにくくなったので、市立病院に連絡をして予約を入れるために電話をした。ところが担当者が言うには「紹介状は 持っていますか?」というのである。筆者は数年前同じように耳の具合が悪く なって、近所の医院から紹介されて、この市立病院に通院したことがある。ところが どうやらそれはもう時効になっているらしく、居住地の医院からの新たな紹介状が必要になるらしい。『何で?』当方には全く合点がいかない。紹介状がないと、何でも「保険外選定療養費」として 1,800 円の費用が別途かかるらしい。それも 200 床以上の病院に限る措置なのだそうだ。その上この 1,800 円が 2016 年度には 5,000 円に値上げされるという。500 床以上の病院に関してだそうだが……。大病院の医師の過労を軽減するのと、患者の待ち時間を緩和する措置だという。しかしながらこの措置に小生は理解できない。単に患者さんを町医者へ誘導する行為としか思えないのである。この裏には参院選挙が迫っており、**医師会を自民党にひきつけるための措置としか思えないのである**。もし大病院の患者数が多すぎて困るというなら、大病院の医師や看護師の増員、そして大病院の規模の拡大を模索すべきではないか。現在、小生が居住するさいたま市立の病院の医師の年収は驚くほど低い。恐らく繁盛している開業医の 3 分の 1 程度であろう。大企業の部長クラス程度なのである。これでは医師不足も起ころうというものだ。

★ ★ ★ ★ ★

一方地元医院からの紹介手数料は 1 通 2000 円かかる。内容は見たことないが以前かかった時の状況から判断すると、筆者は糖尿を患っていたため『当院では治療し難い』と言っていたところから、そのようなことが記されていたものと思われる。マア紹介状はある種の通行手形のようなものだ。**医者の手元には紙切れ 1 枚で 2,000 円の手数料が入る**。実に美味しい話ではある。そこで裏を読むと以下のようなになる。医療分野にハイテク化が急速に進行して、中小の病院では設備投資がなかなか追いつけない。とくに外科や内科、眼科などでは、もはや個人病院を開業することは不可能に近くなってきている。比較的設備投資の少ないのは歯科と皮膚科、それに耳鼻科と精神科ぐらいだろうか。しかしこのハイテク化のおかげで、**患者はどうしてもハイテク機器の揃った大病院へ行きたがる**。地域のハイテク化の遅れた町医者のところには、かかりたくないというのが本音である。こうした偏向を防ぐために 500 床以上の病院では紹介状ナンシには診察しないという前提条件を設けて、もし紹介状がないなら、別途保険の使えない「保険外選定療養費」として 5,000 円を払ってくれというのが現状なのだろう。これは言ってみれば**中小病院救済策**なのだというのが小生の結論である。別な言い方をすれば、ちょっと風邪ひいたぐらいで大病院へ来ないでよ。という差別宣言でもある。



しかし昨今では、国会議員の先生も、医者も企業の社長も世襲制に近くなっている現状がある。まるで土農工商時代に逆戻りである。実際イギリスではイスタブリッシュメント (establishment) と称して、大工の息子は大工に、八百屋の息子は八百屋になる傾向がもう半世紀も前から強くなっているらしい。平和な時代が続くと、遺産としての看板も靴もそして商売道具もそのまま残る。設備投資も宣伝も不要で、それなりの収入が得られるのである。日本で生まれている格差社会もこうした平和な時代が70年も続いたことによる遺産でもあるのだ。医療の分野でも、2世3世の医者が極めて殖えてきている。このような不明瞭な料金体系も、こうした世相の変化を微妙に吸収して生まれたように思うのだが、小生にはどうも合点がいかない。この分だとやがて救急車も有料制になるような気がする。今ではちょっと怪我してもタクシー代わりに救急車を呼ぶヤカラが増えており、救急の電話受付窓口でも真偽を確認したがる。過日、火災通報で、消防車の電話受付が根掘葉掘確認したために、通報者の若い女性は煙にまかれて命を落としてしまった。これは不幸な1例だが、この他にも患者にとって全く理解しがたいルールがまるで税法のようにはびこっているのだろう。税法ではそれを良いことに税務署上がりの税理士が商売として成り立っている。やがて保健所上がりの『医療相談士』なるものが登場して、こうしたルールを知り尽くした上で、安く、いい病院の相談に乗る職業が生まれるのだろう。現在でもこうした医師上がりの紹介屋が生まれて、夜の銀座で金持ちの顧客の獲得に励んでいる。生命保険の分野では、そんな相談窓口が既に営業している。



あるとき白内障の手術を行った。手術は11月調に終わって退院する際、処方箋を貰った。点眼薬を毎日3回さす必要があり、薬がなくなったら近所の薬局へ行って点眼薬を購入し、30~40日点眼を続けなければならないらしい。小生は処方箋を貰って数日後に薬局へ行ったが、処方箋の有効期間は処方した日を含めて4日間なのだそうです。5日経っているから薬は出せないと断られた。病院へ行ってもう一度処方箋を貰ってきてほしいと言うのである。手術した病院は近くない。しかも処方箋は有料である。小生は食い下がって、それを救済する方法はないのかと問いただした。すると例外措置として、担当医に連絡して了解が取れば、それでもいいというので、だったらそちらから連絡して先生の了解を取るべきではないのかと更に食い下がると、保健所からそのように指導を受けているのだという。「では先生に連絡もせず、先生から了解取れましたと嘘をついたらどうなるんですか」とぶつけてみると、患者が先生からの返事を薬局に返すと、更に薬局の方からも先生に連絡をとることになっている、のだという。何でそんなややこしいことをしなければならないんですか。そもそも前回貰った薬がまだ2週間分ぐらいあるから、今日来たのに、そもそもなんで4日間しか処方箋が有効でないのか薬局に質したが、その理由は知らないという。つまり役所

は誰も納得できないルールを押し付けているとしか思えない。こういう場合どこかからくりがある。そこで、かかりつけの内科の先生にこの件を聞いてみた。

★ ★ ★ ★ ★

医薬分業化する以前、処方箋は院内処方箋であった。だから例えば手術したときなど、4日程度で症状は大いに変る。これを見据えて4日と定められていた。ところが現在では28日を基準に処方箋を出すケースが増えている。糖尿病など長期自宅療養が必要になっているケースが増えているからだ。ところが厚労省は医薬分業以降、こうしたことに全く対応して来なかった、というわけなのである。ここにも役人の怠慢がはびこっている。

ところが今回の「保険外選定療養費」として5,000円徴収するという話は、やけに早い決定である。そこに参院選挙への自民党からの圧力を見ることが出来るというわけである。小生ははっきり言って、もはや現在の医療体制そのものが破綻していると考えている。在宅介護の問題、高齢者医療の問題、安楽死問題、救急医療体制、そして開業医の課題、戦後70年、改革すべき課題が据え置かれたまま、平均寿命だけが延びてきたのである。

★ ★ ★ ★ ★

最近、昔からの友人達に会うと必ず健康法の話や養老院の話になって来る。それぞれによる年波なのである。そして決まって言われることは、オシモの世話を他人に頼まざるを得なくなるまで、生きていたくはないという結論に達する。小生も同感である。もはや生きるも地獄、死ぬも地獄なのである。そして『出来れば安楽死したいね〜』という事になる。これも同感である。しかし日本ではこれは得意なケースを除いて、残念ながら認められてないが、専門家によって議論されていることは確かである。しかし例えばスイスでは1942年から認められており、1991年にはアメリカオレゴン州で、そして21世紀になるとこれに追随する国も増えている。オランダ、ベルギー、ルクセンブルグなどである。更にアメリカのワシントン州、バーモント州、ニューメキシコ州、カリフォルニア州などでも認められるようになった。

小生は安楽死を認めるべきであると考えている。そして早くそのルールも定めるべきだろう。小生はまだ自分の意識がハッキリしているうちに、死に際してどんな方法を選択すべきか、家族や弁護士、このほか公的な組織の人間との間で、ある種の契約書を作成し、これを3～5年で更新して、この際には献体等の意志の確認も行うのが良いのではと考えている。そして小生は運転免許証とともに、延命治療をしないこと、遺体は献体することを記した押印済みの意思表示のメモを持っている。実際にこのメモが機能するかしないかは別にして、自分の意志を明確にしておきたいからである。小生がこの件を心筋梗塞で病院に担ぎ込まれたとき、一命をとりとめた後に医師に話したことがある。これを聞いた若い先生は、目下、安楽死に関しては病院内ではタブーに近い状態になっているといわれた。それから10年以上が過ぎて、安楽死の課題はどこまで論議されているのか、残念ながら小生には分からない、しかしこうした問題は当の老人からの意見も吸収してもらいたいものである。