

# 週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. **4641**  
2013/4/6

## プライマリケア・マスターコース

- ・プライマリ救急の診かた—喉のかぜ? の落とし穴① **NEW**
- ・Dr.徳田のフィジカル診断講座  
—呼吸器系診察の基本と正常呼吸音

## 学術

- ・【臨床医学の展望】精神医学
- ・津波および瓦礫処理などによる肺障害
- ・咽喉頭異常感症の漢方療法
- ・抗癌剤と眼障害
- ・【J-CLEAR通信⑩】
- ・【グラフ】眼外傷の診断と処置②  
挫創と穿孔創, 鈍的眼外傷

## 質疑応答

- ・心原性脳梗塞症と加齢
- ・重度肥満の胃切除術と糖尿病改善効果
- ・外傷性頸部症候群の症状が遅延して生じる理由
- ・子どもへの筋肉内注射の方法
- ・過活動膀胱と切迫性尿失禁の定義と使い分け
- ・混合診療の禁止と検査
- ・死亡診断書の訂正権限





尼崎発

長尾和宏の

## 町医者で行こう!!

連載  
第25回

# 新政権下の社会保障政策と 尊厳死

## 国会での尊厳死議論

2013年2月20日の参議院予算委員会において、梅村聡参議院議員(医師)により社会保障制度に関する質疑が展開された。内容は、①社会保障・税一体改革関連法をいつまでに成立させるのか、②保険外併用療養といわれる「混合診療」との違い、③サービス付高齢者向け住宅(サ高住)をめぐる患者紹介ビジネス問題、④尊厳死について一などだ。

その中で反響が最も大きかったのは④の「尊厳死について」であった。我が国においては2回目となる国政の場での尊厳死議論だ。日本尊厳死協会には「国会でこんな議論を聞きなかった!」といった賛同の声が多数寄せられ、数日間電話が鳴りやまなかった。

2013年1月21日の社会保障制度改革国民会議の席上、麻生太郎副総理が終末期の高齢者について、「さっさと死ぬるようにしてもらうなど、いろいろと考えないと解決しない」などと発言し、新聞各紙が一斉に批判したのは記憶に新しい。

確かに麻生副総理の発言は乱暴で、お金の問題と絡めた点など適切とは言い難い部分もある。しかしこの発言だけを切り取って「けしからん」と批判した新聞各紙の論調に違和感を持った人は少なくないようだ。

梅村議員は20日の質疑で「私は野党だが、この発言を問題とはしない。むしろ国民的議

論が必要な話題だ。もう一度真意を述べてほしい」と質問。これに麻生副総理は、肉親の尊厳死や、自身も毛筆で書いたリビングウィルを持っていることを告白し、「人生の終末期に尊厳を持って、できるだけ苦痛がないようにあの世に旅立つことができると言うことを言いたかった」と答弁した。

この答弁には幅広い層から支持が集まった。まさに党派を超えて国民が共感した歴史的な尊厳死議論となった。

## リビングウィル(LW)の法的担保

日本は皆保険制度の国なので「延命治療をとことんやってください」という願いはほぼ100%叶う。しかし「延命治療は止めてください」という願いは医療者に伝えられても実現できるという保証はない。元来、国民は両方の権利を持っているはずなのに、後者を保障する法的担保は今の日本にはない。

安倍晋三首相は「人間の尊厳と医療経済を分けて議論することが大切だ」と述べ、20日の質疑に対する答弁を締めくくった。尊厳死に関する法整備が必要であることを確認した国会質疑となった。

「命は何よりも大切」というのは紛れもない事実だが、それを表面的にだけ捉えて麻生副総理の発言を批判すれば、結果としては尊厳死に関する国民的議論の道は閉ざされてしまう。終末期における「自己決定」をどう実現

していくのが今後の日本の大事な論点となることは、もはや明確だ。国会での尊厳死議論に、1つの風穴が開いた瞬間だった。

## 在宅患者紹介ビジネスにもメス

20日の質疑では、昨年10月の本連載で指摘した「在宅患者紹介ビジネス」についても議論された。サービス付高齢者向け住宅の在宅患者さんを、診療報酬の2割に相当するキックバックを条件に紹介するビジネスが都市部で横行しているのは紛れもない現実だ。この事実を国としてどう考えるのか。

たとえば、医療機関が院外処方箋を特定の薬局に誘導したり、その見返りとして金品を授受することは、法律で禁止されている。しかし、ほぼ同様のことを行っている患者紹介ビジネスを直接禁じる法律がなぜないのか。そもそも法律は、そのようなビジネスを想定していないのだから。

キックバックの原資は、保険料を含む公費である。直接的に禁じる法律がないとはいえ、これは法律からも世界医師会が定める倫理規定からも明らかに逸脱している。こうしたビジネスをおかしいと感じない若い医師が大勢登録している事実を私は最も案じている。ビジネスの広がり以上に、その違法性や非倫理性を理解できない医師が増えていることが問題だ。今からでも遅くない。医学教育で保険診療と倫理の教育を強化すべきだ。

大部分の真面目な在宅医が混同されないように、私はあえて「悪徳在宅医」という言葉を使う。まさに本連載で指摘した「二極化する在宅医」のことである。在宅患者紹介ビジネスに手を染める在宅医の多くは、在宅患者の急変に対応や往診をせず、病態把握をしないまま、自動的に救急車を呼ぶことを指示し、救急病院に丸投げする。かくして地域救急医療は疲弊し、本来対応すべき救急患者に手が回らなくなっている。

「地域包括ケア」という思想の根幹は地域が受け皿になることである。そのために機能分化や多職種連携が叫ばれている。しかし在宅患者紹介ビジネスは、地域包括ケアの理念を無視し、それを崩壊させる。その点がこの問題の本質であろう。

田村憲久厚生労働相は「さっそく実態調査を行う」と答弁したが、悪貨が良貨を駆逐することのないよう、しっかり調査、監督をお願いしたい。在宅医療の推進には、このような現実を直視することも大切だ。

## TPP交渉参加の前途

新政権下の社会保障政策を巡る動きとしてはもう1つ、TPPという大きな課題もある。すでに2～3年前から、国会の議員会館内を欧米の保険会社のセールスマンが闊歩している現実を見ていたので格段驚きはしない。平成の黒船は強力な外圧であり、大きな流れでみれば時代の必然であり不可避であろう。

しかし国民皆保険制度堅持のためには、医療者のみならず、国民を巻き込む議論が必至だ。モラルを逸した一部の患者や医師には、多少のアクセス制限や監視システムが必要かもしれない。TPP交渉の中で、営利企業にも厳しい企業倫理を求めるべきだ。

ここではいわゆる「共助」である「ご近所さん」が鍵を握るだろう。寄付税制を変え、患者会や地域のNPOがもっと力を持ち、モラル向上に向けた監視役を委託するのも一案ではないか。

紹介ビジネスへの対応は、市場原理主義におけるモラルハザードへの対応のための試金石とも言えよう。それに耐えられるなら、皆保険制度は維持できるはずだ。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、名古屋市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『「平穩死」という親孝行』（泰文堂）など。