

対談 民主党議員 VS 開業医



民主党参議院議員

長尾クリニック院長

梅村 聡氏 × 長尾和宏氏

開業医は民主党の医療政策をどのように捉えているのだろうか？ また、民主党議員は医療現場をいかに変えようとしているのか。長尾クリニック（兵庫県尼崎市）院長で尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長も務める長尾和宏氏と、内科医で民主党医療・介護改革作業チーム事務局長の梅村聡氏が、これからの医療のあり方について縦横無尽に語り合った。

文＝横川紀子、写真＝木村哲也

**本質をわかっていない
厚労省官僚
議論を深め現場本位で
解決しよう！**

●診療報酬

入院医療の充実
 開業医にもメリット

長尾 政権交代おめでとうございま

す。民主党のマニフェストには病院の診療報酬を手厚くする一方で、開業医にかかわる記述が少ない印象があります。「民主党は病院重視ではないか」と捉えている開業医もいます。が、本当のところはどうなんですか？

梅村 自民政権では財務省主導で診療報酬の総枠を決めていました。勤務医と開業医を対立させ、開業医の報酬分を削って病院につければ解決するとの論調でした。民主党は医療費の総枠を充実させることが基本です。

長尾 私は開業医ですが、「病院の診療報酬を先に手当てすべきかな」と、正直なところ思います。勤務医の過重労働は看過できません。日本の医療現場は医師の自己犠牲のうえに成り立ってきました。当事者である勤務医は声をあげる暇もありませんから、開業医である私たちが彼らの置かれた状況を代弁するのが使命だと考えます。

梅村 民主党はマニフェストのなかで、充実させた医療費をまず、病院

の入院医療につけると書きました。これに対して、開業医の先生方から「民主党の政策では、何のメリットもない」という声も聞いていますが、そうではありません。

入院医療費の拡大は開業医の先生方にもメリットがあります。現在、病院が外来に力を入れ、初診患者さんも、退院後の患者さんも抱え込んでしまっているのは、そうしないと経営が成り立たないからです。病院が入院・手術・救急等で十分な収入が得られれば、診療所に患者さんが戻ってくるはずですよ。

長尾 私は尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長として、円滑な病診連携に向けた体制整備を模索しています。病院が本来の機能を發揮すれば、これまで関係者が努力してもなかなか機能しなかった病診連携も本格的に動き出すでしょうね。

●在宅医療

混乱を招く在宅推進策
 外来を継続しながら
 取り組める仕組みに

長尾 開業医に深くかかわる在宅医療についてはどのようにお考えですか。

梅村 前政権の在宅医療推進の目的

は、医療費の削減にありました。入院医療をできるだけ減らして、在宅の看取り率を現在の12%から20%まで上げる目標を掲げています。数値目標を掲げ診療報酬で政策誘導をすると、在宅医療に適さない患者さんにも在宅を強いることになってしまふ。核家族化や共働き世帯が増加している今、患者さんを支えられる家庭がどれほどあるのでしょうか。本来、在宅も施設もどちらも選べる状況が望ましい姿です。

もちろん、民主党は在宅医療も重要課題だと認識していますが、党内で議論の途上にあつたため、その詳細をマニフェストには盛り込まなかったというのが実際のところですよ。

長尾 私は1995年に開業しました。ずっと在宅医療に力を入れてきて、今では約2000人の在宅患者さんに訪問診療をしています。近年の在宅医療推進策によって現場は混乱しています。制度上の矛盾も多いですよ。

梅村 「高度な医療機器を使わないから、在宅医療は簡単だろう」という誤解が、厚生労働省の官僚にはあります。機器や設備を使わないからこそ、医師の経験と技術が必要な難しい医療だということが理解されていない。

長尾 そのとおり!! まさに達人の医療です。

梅村 簡単だと誤解しているから、診療報酬で誘導すれば在宅医療に携わる医師が増えると、単純に思っている。また、厚生官僚は制度を構築する際、その分野のトップスペシャリストの話を参考にするので、やたらとレベルの高い仕組みにしてしまふ傾向にあります。

長尾 在宅療養支援診療所の24時間対応もそうですが、ハードルが高すぎて一般の開業医から敬遠され、いつまでも裾野が広がりにません。在宅医療は本来、「ちよつとやってみる」先生が町に点在していないと成り立たない。外来を継続しながら取り組める制度につくり変えないといけません。

梅村 先日、長尾先生にご協力いただいた、厚生労働省の官僚を医療現場に案内しました。彼らが現場を見たのは恐らく初めてで、ずいぶんイメージが変わったようですよ。

長尾 民主党政権ではぜひ、厚生官僚が研修医と一緒に数カ月間、開業医や在宅医療の現場で研修するという制度をつくってほしいものです。

梅村 私案ですが、たとえば長尾先

生のように現場をよくわかっている医師の方が5年間程度、厚労省に在籍していただいで在宅医療の政策を作成したらいかがでしょうか。今の官僚は大学卒業後にすぐに採用され、臨床現場を知らないからです。

●厚生官僚の問題

**患者・家族の心の揺れを
理解できない官僚制度
カルテより大切な「公文書」**

梅村 昨年、わずか3カ月で凍結された後期高齢者終末期相談支援料も、現場を知らない人の発想です。こんな制度ができる前から、医師は患者さんや家族の意向を何度も確認してきました。人の心は微妙に変化するもの。その心の動きにそって医療者は慎重に歩を進めていきます。そういう職人的というか、細かな人間的な作業が終末期には求められ、カルテにも記載している。それを一枚の紙で制度化しようということが、心の動きとか揺らぎに対応できてない官僚制度の弊害なんです。

以前、厚生官僚に聞いたことがあります。「終末期の相談内容は既にカルテに記載されている。なぜ、改めて一枚の文書にまとめて、患者さんにサインをさせないとダメなのか」



Satoshi Umemura

民主党参議院議員
2001年、大阪大学医学部卒業。同医学部附属病院、箕面市立病院勤務を経て、07年の参院選大阪選挙区で初当選。参院厚生労働委員会委員、民主党医療・介護改革作業チーム事務局長、民主党大阪府連副代表

と。そうしたら、官僚は「これは公文書なんです」と言う。「いや、カルテも公文書ですよ」と指摘したら、実はその官僚は知らなかったんです。カルテより、一枚の文書が大事だと思っ

ている。患者さんや家族の心の揺らぎに対応できない官僚制度に対して、我々はNOと言いたい。「もつと勉強して、顔を洗って出直して」と。

長尾 医師が患者さん本人や家族との間に築いてきた信頼関係に、無意味な制度が持ち込まれたという感傷を受けました。無理な延命処置は考え直さないといけないけれど、微妙な問題に診療報酬をつけたことの違いがある。唯一の救いは、反対の声が霞ヶ関に届いて早々に凍結され

たことです。

●尊厳死と看取り

**家族のあり方が変化
必要な「死の教育」**

梅村 後期高齢者終末期相談支援料の凍結にかかわらず、尊厳死や在宅での看取りに取り組んでいくことは必要です。ただ、ここでも現代の家族のあり方が課題になる。現在の家庭では、家族も患者本人も人の死に触れた経験がほとんどない。尊厳死や看取りの政策をつくるには、死生観の議論から始めないといけないと思います。

長尾 そうですね。「家で死なれたら縁起が悪いので、病院に入院させて

ほしい」と、真顔で言う家族も珍しくありません。私は診療所のある尼崎市で「生と死を考える市民フォーラム」を開催しています。医療関係者だけでなく、がん患者ご本人やお坊さん、葬儀屋さんの講演もあり、市民も多数参加してくれました。

こうした問題は結局、教育がからんできます。死の教育、と言えばいいのでしょうか、健康や生と死を学校教育の段階からきちんと教える。そこからやらないと、尊厳死や看取りと言われても、わけがわからないですよ。

梅村 社会構造が変化して、今の30〜40歳代は基本的に死というものを忌み嫌う傾向にあります。でも、そうした捉え方のままだと、在宅医療はもとより看取りも尊厳死も議論が進みません。制度や予算や法律はできますが…。

●総合医

**多い「アレルギー反応」
正面から議論を**

長尾 民主党はマニフェストで総合医にも触れています。開業医のなかには、「総合医」というだけでアレルギー反応を示す人もいます。

梅村 総合医と総合医制度は違いま

す。従来のゼートキーパーを想起させる総合医制度については、マニフェストにも書いていませんし、民主党内での議論もこれからです。マニフェストに書いた総合医の育成というのは、1人の医師が診ることが出来る範囲をできるだけ広げよう、ということなんです。

長尾 総合医と言っただけで、「フリーアクセスが阻害される」と反対するなど、議論が矮小化されている印象を受けます。死生観とも絡みますが、患者さんのためを考えて、総合医について正面から議論しなければいけない時期に来ていると思います。

梅村 民主党は医師数を1.5倍に増やそうと考えていますが、現状のような専門分化が存続する限り、絶対数が増えても医師不足は起こり続けます。総合医は診る範囲を広げること。だから、医療訴訟の問題も併せて考えていかなければなりません。

●医療事故調

訴訟対策は最重要課題 医師法21条への誤解正す

長尾 医療崩壊の原因の一つとして、医療事故の訴訟問題があります。医師は皆、「いつ、患者さんから訴えら

れるかわからない」とこの不安を抱えながら仕事をしている状況です。

梅村 訴訟問題への対応は医療崩壊を防ぐための最重要課題で、真っ先に取り組みます。医療事故調査に関して、厚生省は医療安全調査委員会を立ち上げ、この委員会の判断で警察に届け出ることになっています。私たちは、そもそも警察に届ける制度が間違っていると思います。

長尾 明らかなミスがあれば別ですが、医療は生身の人間を相手にしていますから、どんなに完璧を期しても思いがけないことが起こります。ミスがなくても結果が悪ければ逮捕されるという状況では、訴訟リスクが高く、しかも過重労働が恒常化し

ている産科や小児科から医師が離れるのも無理のない話だと思っています。

梅村 医療事故の裁判では、医師が医師法21条に違反したことが逮捕や立件の要件になっています。異状死の届出を義務付けた医師法21条は明治時代にできた概念で、伝染病等の発生を国が把握するために医師も協力することが目的でした。法律が制定された時は内務省が厚生行政を担っていて、内務省の出先機関が警察だったから警察に届け出たわけです。医師法21条には本来、医師を捜査したり、逮捕する目的はなかった。ところが、厚生省が内務省から独立した後も、届け出先が警察のまま残ってしまったのです。

長尾 こうした歴史的経緯まで踏み込んで考えている政治家や医師は少ないと思う。

梅村 民主党が検討している医療事故の調査機関は、医師法21条に対する認識の誤りを正すため、警察とは無関係の組織としています。ただし、調査結果に納得ができなければ、患者さんや家族が警察に訴えることもできる。これが本来の姿でしょう。

長尾 医療事故に遭った患者さんのご家族も医師を罰したいのではなく、真実を知りたいと思っている場合がほとんどです。ところが、警察の捜査や裁判では肝心のことが明らかにならないケースが多い。今の制度は医師、患者双方にとって不幸です。早急に正してほしいですね。

梅村 民主党が医療政策に一生懸命に取り組むのは票がほしいからではありません。長年の官僚支配でゆがんだ医療政策を正し、医療職がいきいきと働ける職場をつくるためです。

長尾 国会議員のなかで最も医療現場を熟知し、本質を突いた議論や政策づくりができるのは梅村議員だと思っています。政権交代によって、やっとその政策を実現していただくことができる。大いに期待していますよ。



Kazuhiro Nagao

医療法人社団裕和会長尾クリニック理事長
1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第二内科等を経て、95年に長尾クリニック開業。医学博士。日本消化器内視鏡学会専門医・指導医。日本ホスピス・在宅ケア研究会評議員、日本病態栄養学会評議員、ひょうこ対がん戦略会議委員、ケアネット尼崎代表