

投稿

「日本の医療が危ない」再考 ～杉岡先生が遺したもの～

健和会大手町病院 整形外科医師 渡邊利絵

日本の医療は、再生医療技術の躍進によって大きな転換を迎えようとしています。これまでは病気やけがで失われたら治すことができなかった状態から、患者さんが回復する可能性が出てきたのは、まさに夜明けの光が差すようです。

細胞を用いた研究が加速する中で、創薬（薬を作って世の中に送り出す）も加速すると、皆さんもご存じのように iPS 細胞研究所長の山中教授は熱く語っておられました。これまでは病気の診断がついても全く手立てがなかった難病患者さんにとっては、病気を治す、あるいは進行を遅らせる薬がほしいという願いが生きているうちにかなうかもしれない。画期的なことです。

さらに、遺伝子診断で病気のリスクがわかるようになりました。病気の早期発見や予防に役立つ可能性がある一方、結婚や就職などに際して人間を選択する道具に悪用されかねない、最悪「優性思想」を助長しかねないという負の側面もはらんでいるといえます。

遺伝子レベルで作用する「分子標的薬」も普及し始めました。これまでは助からなかった、末期といわれた一部のがん患者さんに効果が出ています。

一方で、国民医療費の増加、ひいては社会保障費の増加が国の財政を圧迫しかねないという議論がなされています。高齢化に伴う年金支出の伸び、医療需要の増加は当然のことで、若くて元気なころは病気一つ知らない健康人であっても齢を取れば何らかの持病があってもおかしくない。また、国民の二人に一人はがんで亡くなる時代ですから、がんの治療にかかる医療費は医療の高度化や高額な薬剤の普及とともに増えて当然にみえます。自分あるいは、自分の肉親ががんになったとして、高額の薬を使うと健康保険の 7 割分+高額療養費該当部分は公費から出るわけですから、「皆さんの税金を使うのはのし訳ない」というよりも「健康保険が効いてよかった、高額療養費制度でも自己負担は重い」というのが実情ではないでしょうか。

医療費の総額は、社会の流れから見れば増えて当然で、なぜ伸びを抑えなければならぬのかの議論は経済の専門家に譲るとしまして、整形外科医師の立場からは、杉岡洋一先生の考案した大腿骨頭壊死症に対する「前方回転骨切り術」（杉岡法）や、人工股関節を取り巻く、その後 12 年で医療現場はどうなったかのお話をしたいと思います。

最近週刊誌をにぎわせた「飲んではいけない薬」「やっではいけない手術」の記事。記憶に新しいところです。要するに医療者側が営利目的で、儲けの良い治療法を患者に押し付けている、という内容でした。整形外科に関しては、人工関節全置換術、膝や股関節の手術がやり玉に挙がっていました。実は、「人工関節は儲かる」といった単なる金儲けの話では済まされない、問題の根深さがあるのです。

ここで、改めて、故・杉岡洋一先生が**暮らしの手帖第 4 世紀 11 号**にお書きになった「日本の医療が危ない」を読み返してみて、12 年も前の記事なのにまさに今の日本の医療の岐路を予見されていたことに鳥肌が立つ想いです。

【近ごろ人工関節が増えるわけ・12 年後】

ここで、杉岡先生の文章から、日本の未来を予見し警告されていた下りをご紹介します。

「最近、アメリカの友人が。もう君の手術はやれないよ、というのです。手術が難しいからではありません。手術のあと必要な『後療法』を保険会社が認めないから、やりたくてもできない、その代り、関節部分を取り除いて、人工関節に交換する手術をする、というのです。」

日本で年間に人工関節全置換術を受ける患者さんの数はうなぎのぼりです。今や、年間 10 万人、アメリカの後を追いかけています。なぜ、人工関節が流行るのか。理由はたいへん複雑です。日本の社会構造、地域コミュニティの状態、病院の役割の変遷、リハビリテーションの問題、介護保険、医療・福祉といった社会保障にもコストパフォーマンスを求める社会的背景。これらの総合的な答えが「人工関節」に行きついています。

杉岡先生の考案した手術（以下「杉岡法」）は、手術後にすぐには体重をかけることができないので、入院管理のもと、専門的な長期間のリハビリテーションが必要です。退院までは 2 か月以上はかかります。そのあとも通院でリハビリテーションをして、徐々に社会復帰していくことになります。

日本の健康保険は公的保険ですので、治療そのものは保障されています。ただ、当時と比べて、病院での入院日数の制約が厳しくなりました。一般的には 3 週間で患者さんを退院させなければならないのです。患者さんを追い出すわけにはいきませんのでリハビリテーション病院に、転院していただくこととなります。ただし、どこもいっぱいではなかなか受け入れてもらえない状況にあります。

2014 年に「医療・介護総合確保法」に基づいて地域医療構想の策定が進みました。いわゆる 2025 年問題対策です。その内容は、平たく言えば地域の入院ベッド数を減らすものです。例えば、山口県では約 3 割が削減されることになっています。とりわけ療養病床が最も多く削減され、退院を余儀なくされる患者が発生することは明らかです。しわ寄せは一般病床にも及ぶことが予想されます。

さらに通院でのリハビリテーションができる病院が極めて少なくなりました。患者さんの住んでいる地域の病院に「地域連携室」を通してお願いしても新規の患者さんを受け入れる余裕はありません、と大概はお断りされます。開業医の先生はもともとの通院リハビリテーションから、介護保険の「通所リハビリテーション」（いわゆるデイケア）のほうにシフトしているところが大多数です。医療リハビリテーションからは手を引いてしまっています。

再度、杉岡先生の言葉より。「包括医療制度は、アメリカの管理医療（マネジメントケア）にならったもので、入院病名につき、一定額の診療費しか支払わないという制度です。そこで病院は、費用のかさむ検査を省略し、一刻も早く退院させて利益を得ようとし、同じ病名でも重症度は様々ですから、手がかかる重症患者のたらいまわしが行われるようになります。」

包括医療はすでに導入されました。ありとあらゆるものが包括医療の対象となったわけではありませんが、一定規模以上の病院では導入され定着しています。クリニカル・パスという言葉をご存知でしょうか。もともとの発想の原点は工程表。工業製品の、です。病気別に病院独自（ほぼ全国同じですが）のパスがあって、例えば手術の次の日と一週間後に血液検査、とか、手術後と 1 週間後・2 週間後にレントゲンとか、点滴は 48 時間とか、手術翌日にリハビリを始める、とか、あらかじめ決まったスケジュールに乗って治療が進んでいくのです。そして、3 週目で退院おめでとうございます、となります。退院日に大安も仏滅も関係ありません

アメリカでは、日帰り手術が増えています。もちろん患者さんはすぐに家に帰るのではなく病院の近くのホテルなどに泊まるわけですが、医療者の監視下ではない状況に置かれるのです。日本でも、入院日数の短期化は加速しています。人工関節の日帰り手術がアメリカでは行われています。基本的に、退院後は何かあっても自己責任です。

日本でも早いところでは 4 日、さらに 2 日を目指している専門病院があります。もちろん安心安全の医療が受けられて早くに退院できれば患者さんにとって最善です。件の日本の人工関節専門病院では、一律に日にちを強制してはならず、個人差に配慮しています。若くて合併症のない人は早く帰れるということですが。

【休みたくても休めない、患者さんが患者になれない】

病院の営利追求だけで、医療内容の選択枝を誘導しているように感じられましたでしょうか。患者さんの主体的に医療に参加する「自分のことを自分で決める」権利を侵害していないか気になりますね。

私たちが、特発性大腿骨頭壊死症の患者さんと今後の治療方針についてお話しする場合には、様々な治療法についての特徴や利点・欠点を情報提供して考えていただきます。今頃は、患者さんがインターネットで検索して、かなり詳しい方も多いです。一方で情報弱者、といいますか、予備知識のない、得られない方もおられて格差が大きいと感じます。

患者さんの生活環境も変わりました。家族構成をとってみても、核家族で、自宅の生活を手伝ってくれる人がいない割合が増えました。例えば、杉岡法の手術後、退院してもすぐには患者さんご本人が車の運転をすることはお勧めしていませんが、独身の方や、高齢の親御さんと同居であったりすると、家族に通院の送迎はお願いできません。都市部に住んでいる患者さんであれば、公共交通機関で通院できますが地方都市では主な幹線以外はますます不便になっていて自家用車頼みです。

それどころか患者さんが実は介護者であったりもします。自分が手術のために入院する間高齢の要介護状態の親御さんをショートステイに入れて預かってもらわないといけない。なるべく短期に済ませなければ、介護保険の限度額をオーバーしてしまいかねない、といった深刻な問題もあります。

現役で働いている方の場合、勤務先で長期の休業が保障される人が少なくなりました。正社員が減って非正規・有期雇用（パート・アルバイトなどの非正規社員）の人が増えているといった社会背景があります。長期休むと生活していけない。それどころか職を失ってしまうかもしれない。そんな不安定な雇用状態にある人が多数派の時代です。

このような様々な背景を考えたとき、長くても 3 週間で歩いて帰れる人工関節全置換術は、病院にとっても患者さんにとっても社会的なメリットが大きいということになります。

特発性大腿骨頭壊死症以外の病気でも、人工関節が増えているのは、高齢者で「変形性関節症」の患者さんです。典型的には、独居であったり夫婦二人暮らしであったりします。自立して家事だけでなく買い物、草取り、畑仕事などをこなさなければ地域の自分の家で暮らしていけない。近所の人も見な高齢者ばかり、子供たちは遠方で独立した生活をしている。こんな方が股関節が痛くて歩けなくなったらどうするでしょうか。

今 70 歳だとして、人工関節にすれば、痛みがなく歩けるようになって、しかも一生持つわけですから、自立して生き生きと暮らしたい人はそれを選択するのは自然なことだと思います。人工関節の耐用年数は技術の進歩に伴い、伸びています。最近の医学論文を見ると、おおむね 20 年以上は耐久性があることが証明されています。（もちろん個人差があり、あくまでも平均値の話です）

【「杉岡法」こそ、再生の医療】

杉岡法では先生が「その後死んだ骨の部分も生きた骨に置き換わり、治ることがわかりました」と述べておられる通り、時間こそ年単位でかかりますが、骨が本来持っている再生能力に着目して、整形外科医の手術一つでややこしい細胞処理や移植をしなくても安全に患者さんを治療できる、究極の再生への治療法の一つだといえます。自分の骨ですから、手術後に治った時点では、激しいスポーツ、登山やマラソンなども安心してできるようになります。これは人工関節ではありえないことです。「一生持ちます」に関しては、20 年過ぎると多少の関節症変化は出てきますが、それは同年代でも変形性関節症の人が増えてくるころでもあり、すごく損をしたということではありません。言葉は悪いですが、人並み、年齢相応、と考えて割り切っていただきたいと思います

【12 年たっても、やはり日本は医師も看護師も足りない】。

前段で、非正規労働者の割合が増えていることを述べましたが、医療現場も例外ではありません。看護師でも夜勤のできないパートの人が増えています。理由は様々です。医師については一昔前と比べて大幅に女性医師の割合が増えました。若い世代は、労働者としての権利意識も高く、昔のような「滅私奉公」の働き方で病院に張り付いているのではなくプライベートの時間を大切にします。多くの女性医

師は産休・育休を当然のこととして取得します。もちろんパートの医師もかなりいます。働き方が多種多様化しています。

結果的に、病院医療を支えるのに必要なところ・時間帯に人を確保できないという事態が起きています。夜勤や当直ができる医療スタッフが足りなくなっているのです。当直だけ外部からパートの医師に来てもらうという病院もあります。かかりつけの患者さんから、「夜に救急で行ったときにいつもの自分のことを知っている医師が診察するのではなく、全然知らない医師が対応するので、不安だ」という声も聴きました。

医師の初期研修制度によって、医療の基本的な質を底上げしようという厚生労働省の狙いは若手医師の大学病院離れを起こし、これまで地域医療を支えていた地方の「不人気な」病院にも一定の医師を配置するシステムが崩壊してしまいました。地方の病院に医師がいなくなって診療科を閉鎖したり週に何日かに限定しているのが現実です。

さらに今国によって検討されている新専門医制度により医師の偏在化に拍車がかかると予測されています。専門医の資格を取るために、若手医師が都会の人気がある大病院に集中してしまいます。その結果、地方の中小病院では医師の絶対的不足と高齢化が起こります。地方の医療の質の低下は深刻な事態を招きかねません。この専門医制度の見直しでは、県単位で大学中心に医療の階層化を構築しようとしているわけですが、国の政策に地域住民も医師も振り回されている感が否めません。

電子カルテが急速に普及して、便利になるかと思いきや、パソコンならではの作業量が増えました。患者さんは「先生は全然患者の方を見てくれない」と嘆きます。診療に時間を十分にかけず患者さんの話をしっかり聞きたいのはやまやまですが、耳は傾けても、目は電子カルテの方を見てしまいます。アメリカなどでは事務職員が入力業務をするそうですが、日本ではそうはいきません。

医療現場で患者さんの安全を守るためには、業務の高度化・複雑化に対応する医療スタッフを増員することが一番です。入院期間が短縮したということは重症の人の割合が昔よりも多くなっているということです。まだまだ人が足りません。

最近入院したことがある方はお気づきでしょうが、比較的重症な人のところに人が集まってしまうので、いわゆる軽症の人がトイレで転んでナースコールを押しても、すぐには駆けつけられない。今はまだそんな状態なのです。

【日本の公的保険は世界に誇る制度、絶対に守るべき。】

日本人の健康長寿社会を生み出したのが公的医療保険制度です。保険証さえあればいつでもどこでも誰でも、好きな医療機関にかかることができます。それがじわじわと崩されようとしています。保険のきかない高度先進医療が混合診療解禁で入ってきました。早速、外資系の民間の保険会社が商品化して対応しています。杉岡先生の予見した通りの時代が目の前、いや、もう始まっているように感じます。高価な医薬品の健康保険のもとでの使用を「費用対効果」で検討しようという話も出ています。「枯れ木に水はやらない」「お金の切れ目が命の切れ目」、そんなことに加担するために私たちは医師になったではありません。すべての医療は患者さんの命を守るため。目的を間違えてはならないと思います。

引用文献：暮らしの手帖第 4 世紀 11 号 健康交差点「日本の医療が危ない」 / 杉岡洋一

渡邊利絵（わたなべりえ）

プロフィール

昭和 38 年生まれ。

平成元年島根医科大学卒。整形外科専門医。

本人が特発性大腿骨頭壊死症の患者で、平成 2 年に杉岡法の手術を受けた経験がある。

その後、サロマ湖 100 キロマラソンなどのウルトラマラソンも数回完走した。

山口県特発性大腿骨頭壊死症友の会＝「NPO 法人おれんじの会」会長を務めている。