

神奈川県「医療のグランドデザイン」に対するパブリックコメント

2012年5月8日

氏名 神奈川県保険医協会

地域医療対策部長 桑島 政臣

64歳・男性／職業 医師

意見①：総合特区とリンクさせた「医学部新設構想」は撤回すべき。

「中間とりまとめ」の時点においても、「医学部新設」に対しては一旦創設した場合に定員減が困難であり、将来的な人口減少社会において医師過剰をもたらす懸念があると、当会ははじめ関係団体から反対意見が多く出された。それを受けてか今回は、報告書が取りまとめられた段階では両論併記だったにも関わらず、知事の強い意向で「県として、特区制度を活用し、医学部の新設に向けた検討を進めていく」との書きぶりに変更された。

かてて加えて、同案発表後の取材で知事は、「医学部新設構想は医師不足対策でなく、特区を利用し日本の医療に風穴を開けることがメイン」と変節している。実際、「中間とりまとめ」では詳細に記述されていた県央地区における救急体制の再構築や横須賀・三浦地区の産科空白への取り組みについては今回の取りまとめでは削除され、“医療資源の不足”という視点はかなり薄らいでいる。プロジェクトチームの総意を翻す手法も大いに問題であるが、「医師不足対策」が出発点であったはずの医学部新設が突然、「総合特区における医療人材の育成」にすり替えられたのは不可解であり、その内容も看過できるものではない。特区内に新設する医学部では、国際的な人材育成を目指すとしており、附属病院では自由診療を積極的に行い、医療ツーリズムの受け皿整備も行うという。知事は、これらを特区で行う意義として、経済政策としての側面も強調しているが、医療は安全性と有効性が大前提である。京浜臨海部の総合特区では、再生医療、がん医療開発、予防医学等が行われ、臨床研究の簡略化、未承認の薬や医療機器の試験的使用等が検討されている。“実験的医療”が行われる危険性も高い。医学部新設とリンクさせたこの構想は人命軽視につながりかねず、撤回すべきである。

そもそも、医学部新設には莫大な費用を伴う。医学部新設に際し、県費の投入が想定されているのであれば、広く県民から集めた税金が特定の富裕層しか受ける機会のない自由診療及び医療ツーリズムを提供する医師の養成につぎ込まれることとなり、税の公平な分配という観点からも不適切である。

意見②：『延命治療の有無の意思表示カード』の拙速な導入は、患者・家族、県民の間だけでなく、医療現場に大きな混乱をきたす。

「中間とりまとめ」では、高齢者救急の増加を背景にリビングウィルカードの導入を謳っていたが、今回は策定の趣旨にも「“死生観”を共有することの必要性」が前面に打ち出され、県民調査の結果（『延命治療を希望しない』が76.5%）を後ろ盾に、延命治療に関する本人の意向を反映する方策（延命治療の有無の意思表示カード）を、関係法令の整備も含め

取り組むという。

『尊厳死』については一部、議員連盟などで法制化の動きもある。また「人生の最期をどのように迎えるか、自己決定したい」という意識の醸成が、終末期における患者・家族の間で進みつつあるのは確かである。しかし、国民一人ひとりが自身のこととして議論・検討する段階には未だ至っていない。08年に診療報酬で導入された「後期高齢者終末期相談支援料」が国民の反発が強く廃止されたことは、記憶に新しい。

県民調査の対象は、現時点では健康な成人がほとんどである。現実には生死の瀬戸際で選択を迫られたとき、彼らは果たして「延命を希望しない」という当初の意思を貫けるだろうか。家族もまたしかりである。特に家族は、そのような場で多くは「生きてほしい」と願い、それを選択するものである。

このような人間の機微の最たる場面である重要な課題を、県が独自で方向づけることは時期尚早である。さらに言えば、患者の死生観を尊重するあまり、神奈川県では『尊厳死』を促進することにつながりかねない。医療関係者は最善の医療をもって、目の前の生命を救うことに取り組んでおり、それが使命であり義務である。現状で『延命治療の有無の意思表示カード』が導入されると、医療従事者はカード1枚に振り回され、患者・家族との信頼関係にも支障をきたす可能性がある。医療現場に大きな混乱をもたらす拙速な導入はやめるべきである。

意見③：医療職の職域拡大は慎重な議論のもと行われるべきである。

取りまとめでは、「職種間連携、職域拡大、チーム医療の推進」が謳われている。医療の高度化・専門化が進む中、多様な医療従事者がそれぞれの専門性を生かし質の高い医療を提供することが求められるのは、必然の流れである。

現行の医療提供体制は、医師の診察・診断があり、医師の指示のもとに看護師や理学療法士、栄養士などがチーム医療を提供されるのが通常で、指揮系統や責任の所在が明確である。それは医師が教育課程において、人体の侵襲を許される唯一の職種として、他の医療職とは一線を画す学科試験や実技試験をクリアしなければならないことから、当然である。一般に4年次終わり～5年次にかけて行われる「客観的臨床技能試験（OSCE）」は、診察などを含む技能試験であるが、これは、医師免許がない者に医業を行わせる違法性を阻却するという一面も持つ。卒業試験で学位が授与され、医師国家試験を合格した後も、初期・後期の臨床研修を経て、ようやく人命を預かる医師として臨床に就くのである。

取りまとめで想定されているチーム医療の推進は、これらの養成課程をクリアした医師を幹とする指揮系統に沿ったものではない。現存の医療職の認定資格の取得推進、または医療施設外の医療従事者（救命救急士）の職域拡大を想定し、これらの推進に支障となる規制は国に見直しを求めるとも言及している。人命を預かる以上、様々な判断を下すに足る知識や経験、技能は慎重に認定されるべきであり、責任の所在もそれに伴って検討されなければならない。医療職の職域拡大の議論は慎重に行われるべきである。

意見④：歯科医療の充実及び歯周疾患検診をはじめとする口腔保健の推進について盛り込むべき。

「中間とりまとめ」のパブリックコメントでも指摘したが、今回の取りまとめでも“歯科医療の充実”に関する記述が皆無である。神奈川県では 2011 年 7 月、「神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進条例」が施行。同条例 11 条では、「知事は（中略）歯及び口腔の健康づくりの推進に関する計画を定めなければならない」とし、今年 7 月には同計画策定のための策定部会も立ち上げられることとなっている（4 月 20 日健康増進課健康づくりグループ確認）。それにも関わらずグランドデザイン案では、歯科医師の役割については「在宅での口腔ケアを行う」（P.26）のみの位置付けとなっており、歯科医療全体の充実が盛り込まれていない。医療の口の健康と全身疾患との間には密接な関係があるという報告は数多くなされている。歯科医療の充実及び歯周疾患検診をはじめとする口腔保健の推進について、グランドデザインに盛り込むべきである。

意見⑤「マイカルテ」は情報漏えいや民間の二次利用などリスクが多く、導入は拙速である。

県民意識調査で、マイカルテが便利という人が 8 割に達したことを理由に、「マイカルテの導入を推進していく」としているが、同調査の設問では閲覧できる情報を「自己医療情報」とのみ表現し、具体的な内容を説明せず、現行でもカルテ開示請求が可能であるという情報も与えていない。また同調査では「医療機関や患者間で医療情報を共有する」という前提で意向を尋ねているが、グランドデザイン案の実現イメージ（P.32）には、情報を閲覧できる媒体にいつの間にか「自治体」が追加されているのである。

医療情報は非常にセンシティブな個人情報であり、情報漏えいのほか、個人の医療情報に価値を見出す民間企業の二次利用も懸念される。国レベルでは、共通番号制の法整備が進められているが、医療はその特性から他の分野と切り離し、特別法が設けられることとなっている。療情報の取り扱いについて法整備がされていない現状で、「マイカルテ」を導入することは、最もセンシティブな情報をネット上に曝すこととなり、危険である。

意見⑥：東洋医学の推進は慎重であるべき。

「取りまとめ」では、“治療の選択肢の多様化”を謳い、東洋医学の研究や理解の促進を進めるとしているが、その取り組みの場を「総合特区」と想定している。

現行の診療報酬は西洋医学を根幹とし成り立っている。もちろん漢方など、東洋医学でも薬価診療報酬に収載されているものもあり、全てを否定するものでないが、保険の原理で成りたち、国民皆保険が敷かれている以上、保険適用は安全性と有効性が前提である。特区内では、東洋医学を含めた個別化・予防医療を実現するための健康情報等のデータベース構築や、未承認薬・医療機器の国内への早期導入を事業として行うことを想定している。特区は、健保法や医療法などの法規制の特例、あるいは安全管理基準の緩和が想定されており、“実験的医療”が行われる危険性が高い。東洋医学の促進は十分な科学的根拠の評価が求められるべきであり、とりわけ“治外法権区域”である特区内での推進には反対である。

意見⑦：小児救急における電話相談（#8000）については、運用の実態調査を行った上で周知に努めるべき。

「県民の医療に対する理解と参画の促進」の項目では、救急における軽症患者の流入及びその背景（小児救急電話相談（#8000）を「知らない」が8割を占めている）を問題視している。『適正受診』の定義は難しいが、母親教室や乳児健診等における患者教育で啓発していくことが重要であるのは、指摘の通りである。ただし、（#8000）の周知度のみ为重点をおくのではなく、相談内容に対するアドバイスの内容やその後の受診率など、アウトカム評価も重要である。

以上