

ロサンゼルスに病む

アメリカ医療事情

八 木 三 男

一、シック・サイナス・シンдрローム

ロサンゼルスにきて数日後、電話の受話器を取ろうとして妻はめまいを起こして倒れた。西ロサンゼルスのソーテル通りにあるニッポン・メデイカル・クリニックで専門医による心臓の精密な検査の結果、ペースメーカーを入れないと命の保障がないといわれた。

病名はsick sinus syndrome (洞機能不全症候群)。心房が無秩序に活動し、徐脈を伴うものをいう。脈拍が一二〇以上になったかと思うと三〇以下に下がり、しかも三秒あまり停止するというのである。その専門医が最近診察した症例のなかでは最も危険な症状だという。

医師によるとペースメーカーの手術費用は最低で一萬五千ドルかかるという。わたくしたちはあまりの高額に驚いて、保険が適用されることが絶対条件で、それがだめなら帰国せざるを得ないといった。医師は待てないという。ニッポン・メデイカル・クリニックスの医師の権威と尽力で結局数日後保険二万ドル(九七年八月のレートで二四〇万円)が適用されることになったのだが、その間滞在一年の予定を一週間で切上げざるを

得ないのではないかと大変困惑した。

ロサンゼルスにきて一八日目に評価が高いシーダーズ・サイナイというユダヤ系の大病院でペースメーカー専門医による手術を受け、最新のペースメーカーを埋めてもらった。ペースメーカーは半永久的に動くという。考えられる最良の措置をしてもらったもののようで、わたくしたちはこれだけでもアメリカにきた甲斐があったと涙がでるほどうれしかった。二万ドルという高額医療費を日本の旅行者傷害保険(後述)が許容したという希有な幸運があった。

二、シーダーズ・サイナイ病院

シーダーズ・サイナイ病院(正確にはメディカルセンタ―)はビバリーヒルズの近くにあり、エリザベス・テラーやマイケル・ジャクソンなど高名な芸能人たちが利用する私立大病院である。

手術当日受け付けをすまずと、職員に五階の待合室まで案内されたが、そのあと小錦タイプの大柄な黒人の女性職員によって二時間近くにわたって審査をうけた。それはさながら尋問だった。旅行者傷害保険会社から保険適用保証書が届いていなかったからである。

その職員の尽力で保険会社からファックスで保証書が届いた。

そのあとは驚くほど親切だった。わたくしたちはすぐ病室に案内された。その職員はナースステーションの看護婦たちに大声で「ナイスレディだからよろしく」とか「ナイスカップル」だとかいったうえで、親切にしてやってほしいとつけ加えた。

ストレッチャーで妻を手術室に運んだのはヒスパニックの男だ。男に促されてわたくしはロビーで待った。手術待機者専用のロビーは廊下とひと続きになったところで、そこにソファア―がおりており、受け付けの年配の女ふたりが十数人の待機者の世話をしていた。コーヒ―やジュースのサービスがあった。手術が終わると執刀医師が出てきて手術経過を待機者に丁寧に報告するのである。日本の映画やテレビで見る寒々として廊下の堅い長椅子に坐って不安そうに待っているシーンとえらく違っていた。

三、主治医

個室の病室はナースステーションから見える範囲に放射状に六室あり、ドア―は少しばかり開放しておく

きまりのようだった。日本語ができる看護婦を配置してくれた。給食の職員が好みをこまごまと聞いていつた。付添いのわたくしは折りたたみの小さなベッドで寝た。付添いが莫産の上で寝る日本のような屈辱感はなかった。

手術の翌朝早くクリニクの院長と主治医が病室を見舞ってくれた。簡単な診察のあとデータを詳しく点検した。患者が人間として大切にされているという強い印象を受けた。これはアメリカでは主治医は必ずやるという。

クリニクですべての可能性を考慮した上で必要な検査データをそろえて大病院へ送る。そのデータに即して即日手術がおこなわれ、検査入院はない。そこには当然主治医と大病院、主治医と患者との間に強い信頼関係がなければならない。主治医が大病院とチームをつくって手術を執刀することもある。大病院のその後の診療には主治医の意見が最優先される。

こうして主治医は患者に絶対的な責任を負うことになる。アメリカの医療制度では主治医のよし悪しが決定的で、主治医をマイドクターといって、患者は相互にマイドクターを自慢しあう。

入院はただの一泊だった。翌日昼食後帰宅した。お産でも入院は二泊だと聞いた。検査入院がないのも、入院が極端に短いのも、院内感染を恐れることと、保険会社が高額の入院費用の支払いを嫌うからだといわれる。この極端に短い入院がいま社会問題になっている。

四、アメリカの医療保険

こうして、妻の手術を機会にアメリカの医療保険制度の概略を知ることになった。

アメリカで公的医療保険として制度化されているのは退職高齢者と障害者を対象としたメディケアだけであり、ほかに低所得者を対象にしたメディケイドという公的医療扶助がある。メディケイドについては準備がないので紹介できない。

これらの対象にならない国民の大部分は企業等雇用主が保険料の一部を負担して被用者に提供する民間の医療保険を買うことになる。九四年に支出された民間医療保険料は全保険料の八六・二%であった。

また、メディケアの医療給付が十分でないために高齢者の多くは民間の医療保険に加入している。メディ

ケアは一九六〇年代の公民権運動の時代に制定されたが、レーガン政権とブッシュ政権の福祉抑制政策の一環として給付が抑制された。メディケアの保障は急性医療だけで、高齢者に必要な慢性医療や介護費の保障がない。さらに、急性医療にしても保障範囲に制限があり、自己負担に上限がないため保障内容はいっそう不十分である。

民間企業や連邦政府、州・地方政府に勤務する国民の大部分は民間の医療保険に加入する。その医療システムは管理医療といわれるもので、患者はまず病例管理者（ゲートキーパー）、さきに触れたいわゆる主治医から診断を受ける。主治医は通常、初期治療医であり、患者の病歴やライフスタイル、医療システムに関する広範な知識の所有者でなければならない。この主治医が疾病ごとに適切な専門医やサービスを患者に紹介する。

安い保険は病例管理者である医師を一人しか選べない。家族構成からどの専門医を選ぶかは大問題である。主治医が初期診療や疾病の専門医の紹介を誤るようなことがあれば、場合によって訴えられないとも限らない。高い保険は数人の医師グループと契約することが

できる。すなわち初期治療医と専門医によって構成される医師グループである。

以上のような管理医療は医師と病院がグループをつくり、管理医療ネットワークを構成する。患者がネットワークに属さない医師や病院からサービスを受けた場合、医療費の全部または一部を負担しなければならない。

街のクリニックでは予約さえすれば一〇分も待たずに診療を受けることができる。医師も医療職員もきわめて親切かつ丁寧である。わたくしの腰痛（後述）を診たクリニックに出張してきたリユーマチ専門医のごときは、クリニックの職員があれで食えるのだろうかとか心配していたが、優に二時間もかけて診察してくれた。アメリカ人はマイドクターを相互に自慢しあうが、しかし、いったん過誤があれば訴訟になるケースが多い。医師はそのための費用に年間数万ドルの保険をかけるという。

以上の概略はニッポン・メディカル・クルニックの医療保険担当職員上野さんのレクチャーによると、『日米の福祉国家システム』（日本経済評論社、一九九七年）で補足した。

一般にアメリカの医療関係者は日本の医療制度を厳しく批判する。日本は公平平等な国民皆保険であり、それはすぐれた制度だが、しかし、保険が適用される範囲が厳格に制限されているために、診療もその範囲に限定されざるをえず、その分医学そのものの発達が阻害される。アメリカの医学はいまや専門の細分化が進み、大病院にはベースメーカー専門医がいる。また、日本では患者の権利保障（後述）が十分でなく、とくに大病院の場合、五分の診療に一日費やすことさえ稀ではない。健康にしかつ頑丈な人でないと大病院に行けないということが起こる。そのうえ、医師が患者の応対にきわめて横柄である。

これらの批判について、医学そのものは素人だからいま考慮外とするとしても、そのほかはわたくしたちが日本の病院で日常経験することである。アメリカでは保険がありさえすれば、患者にとって日本とは天地の差だというのが実感だった。

アメリカの医療制度の最大問題の一つは無保険者の問題である。保険料は日本の国民健康保険料の二、三倍にはなろう。賃金の三分の一は社会保険などで天引きされる。

アメリカの企業は大部分の一時的被用者（パートタイム、臨時、契約社員）には医療保険を提供していない。

一九八八年の統計では雇用主提供医療保険に加入しているフルタイム被用者の割合が六五%であるのに対して、パートタイムの被用者は一六%である。また、多くの小企業の労働者は保険を提供されない。規模別では一〇人から二四人では五四・六%、九人以下では四六・四%である。六五才以上のほとんどはメディケアをもっているから、無保険者のほとんどは六五才以下の労働者とその家族である。年収二万ドル未満の低所得世帯は圧倒的に無保険者である。九四年に四千万人いた無保険者は、現在その後の移民の急増等で全米の三割近く、ロサンゼルスでは約四割を占めるにいたり、激増している。その多くはヒスパニック等の新移民を含む貧困層である。たとえば、わたくしの孫がアレルギーで酸素不足をきたし、シーダーズ・サイナイ病院に四泊したが、その医療費は一万四千ドル（九七年十月のレートで約一八〇万円）であった。このような想像を絶する高額医療費を考慮すれば、アメリカの医療保険制度はその問題点が多くかつ底なしに深い。一九九三年にクリントン政権は医療費の抑制とともに、国民皆

保険の実現のための医療改革案を発表したが、翌年議会が否決した。アメリカは先進国で国民皆保険がない唯一の国である。

* 商務省の一九九七年一年間の家計所得統計によると、全米世帯あたり年間所得の中間値は三万七千ドル。世帯あたり年間所得が政府が定めた貧困ライン（四人家族で一万六千四百ドル、三人家族で一万二千八百二ドル）を下回る世帯に属する人口は一三・三％。人種ごとにそれぞれのなかに占める貧困層の比率では、黒人二六・五％、ヒスパニック系二七・一％、白人一一・〇％、アジア系一四・〇％。たとえば、洗車の労働に従事するヒスパニックの場合、週六〇時間働いて年収二万ドル程度。ほとんど医療保険に入れない。

五、患者の権利

外国で病んだとき母国語で診療を受けられるほど心強いことはない。ソートル通りのニッポン・メディカル・クリニックは最も近い日本語の診療所で、わたくしのアパートから徒歩で二十分のところにあった。

創設者の院長ドクター・ウエダは有能な内臓外科医、完璧な日本語を話す。他の医師や来診する医師は日本

語を解さないが、看護婦や事務員のほとんどは日本人である。患者に対する心配りが細心で優しさに溢れ、医師による病症説明も懇切だった。妻はクリニックへいくのを楽しみにさえしていたほどだ。

このクリニックでもシーダーズ・サイナイ病院でも待合室や廊下に「患者の権利」と題された貼り紙があった。シーダーズ・サイナイでは「診療について決定をくだすのはあなたの権利」というリーフレットがあり、そこには無意味な延命治療を拒否する患者の権利と手続きが詳細に記されていた。全体としては治療に対する患者自身の決定権、医師との間の「合意(consent)」とともに「拒否する(refuse)権利」についてのアピールが目立った。日本では「合意」のみが強調されやすいが、とくに暗黙の強制の多い日本社会では「拒否」権の重要性に対する認識がもっと深められてもよいように思う。

クリニックの「患者の権利」の一部を紹介する。英語と日本語で掲示されていたが、日本語に不備があり、英文をもとに一部手直した。

前文はつぎのようである。「ニッポン・メディカル・クリニックで診療や治療をうけるすべての患者は、い

くつかの基本的権利をもっています。これらの権利は、それが正当あるいは合法である場合、患者の法的管理者や保護者、あるいはそれと同等の者によって患者のために行使することが出来ます。それらの権利にはつきに掲げるものが含まれますが、それだけに限られるわけではありません」。以下に十二項目がつづく。ただし、ここでは三、四を示すにとどめる。

①公平で偏見がなく、思いやりがあり、かつ丁寧な診療を受けること。

②担当医から、患者の病気や治療の経過、回復の見込みなどについて患者が理解できる言葉で知らせてもらうこと。

③法律によって許されている範囲で、患者が受けるように薦められた治療や処置について、十分な知識をもって合意あるいは拒否する(informed consent or refusal)ことができるように、予めそのような治療や処置について十分な内容を知らせてもらうこと。また、緊急時を除いて、薦められた治療や処置に詳しい説明のほかに、患者が選ぶことができるいろいろな提案、それぞれの場合の危険性や起こりうる医療上の結果、さらにそのような治療や措置をおこなう人の名前などを知

る権利などが含まれる。

④どんな不平不満でもそれを院長にいい、またはそれに対して適切な返答をしてもらうこと。

⑤以下略

六、腰痛

ロサンゼルスにきて間もなくわたくしは腰にだるい痛みが四六時中起きるようになった。腰痛そのものもさることながら、心配なのはそれを契機に歩行が大幅におかしくなったことである。

歩いていると腰が入って、相撲のサバ折りのように腰がギクツと折れるようになる。腰が据わらない。すると歩行が乱れる。しっかりと大地を踏みしめられない。そのたびに注意を集中するから、長く歩くと大変疲れる。

これは腰の神経がやられているのだと自分では実感するのだが、むろん確かのことは分からない。それよりももっと恐ろしいことを想像するのである。

長兄が「脊髄小脳変性症」という難病に冒されているからで、これは運動を司る小脳の神経がやられ、もつとも頻繁に使う足や手先、舌、喉等が徐々に機能低下

をきたす大病である。大脳の理性的部分は健全で、それ自体では死にいたらないものの、最終的には歩行もしゃべる機能も失われる。おそらく一万人に二、三人という奇病である。

ニッポン・メディカル・クリニックでは、まずレントゲンで腰に異状がないことを確認してくれたうえで、MRI（磁気共鳴画像診断）専門施設を紹介してくれた。その結果小脳はノーマルであることが分かり「脊椎小脳変性症」の疑いは晴れた。腰の神経についても、十一月の月末に神経専門医ドクター・シミズの精密な診断を受け、異状なしと判断された。また、腰のCTスキャン（コンピュータ断層撮影法）の結果を見たニッポン・メディカル・クリニックに出張してきたドクター・ライクマンは、内部で炎症を起こしている可能性があり、抗生物質を含んだ注射によって一時的でなく回復に向かうだろうといった。もし、回復しないようなら二週間後、経過がよければひと月後再診することになった。

なぜにわかにこういうことになったか。小脳に異状がないとすれば、作秋村上であった交通事故以外は考えられない。歩道を自転車で行っていて、いきなり駐

車場から歩道に出てきた自動車に跳ねられ、強く腰を打った。医師の診断でも自分の判断でも異状がなかったものである。それがいま出てきたのだと思われる。

七、外国旅行傷害保険

妻を救った保険がいかに幸運だった。ロサンゼルスにいつてからでもよかろうと考えていたのだが、成田空港の待合室で偶然目にとまった十一ヶ月用、ふたりの傷害にそれぞれ九百万円（九七年八月時点のレートで約八万ドル）の保険がついたある大手の海外旅行傷害保険に加入したのである。

この保険は疾病について既往症は適用されない。妻の場合、心房細動という症状は既にあったが、徐脈を伴うsick sinus syndrome（洞機能不全症候群）は新たに発見された症状ということだった。保険会社から、既往症だとあとで分かった場合、費用の全額を自弁するようというファックスがいったんはわたくしたちに届いていたのだが、それがすぐ撤回されて適用に変わったのは、ひとえにニッポン・メディカル・クリニックの権威と尽力のお陰なのであった。かろうじて適用されたということであろう。あらためてニッポン・メディ

カル・クリニックの院長先生をはじめスタッフの皆さんに感謝の気持ちを捧げたい。

しかし、この保険にも問題点がある。同一の傷害や疾病の診療には一八〇日間という制限があることである。「事故の日から一八〇日以内に後遺障害が生じたとき」に一八〇日目の医師の診断によって継続して保険を支払うとあり、後遺障害を「身体に残された将来においても回復できない機能の重大な障害または身体の一部の欠損」と規定している。

この規定によると、妻のように術後の経過が順調な場合、現状では六ヶ月以上経過すると、保険で継続治療や薬の投与が受けられなくなり、たとえその後心臓に異状が生じた場合でも保険が適用されないということになる。経過が良好とはいっても妻に外国生活によるストレス等による健康不安があり、心臓疾患には不測の事態も考えられる。滞在六ヶ月時点で医師と相談したうえで帰国するかどうか決断を迫られることになるだろう。

なお、歯の治療についてこの傷害保険は適用されない。また、適用する日本の保険があるかどうかも知らない。アメリカでは歯科は別の保険が必要で、自己負

担率も高いようである。アメリカ人が歯の衛生に神経質なのは日本人の比ではない。

ただし、八一（昭和五六）年の日本の健康保険法改正に伴って、海外での疾病治療に日本の社会保険が適用されることになった。費用の算定は日本の基準で行われるからアメリカ特有のつっこんだ治療は自己負担になる。歯科もその基準で算定される。一般の疾病の治療費がさき書いたように想像を絶する高額であるため、加入者負担二、三割でも数十万円になり、民間保険併用でないとカバーしきれない。なお、不公平にも、国民健康保険の海外適用はない。したがって、国民健康保険のわたくしたちにとって、上記のような保障は閉ざされていた。

「追記」結局滞在六ヶ月で帰国した。帰国後わたくしは腰痛についてあらためて町の整形外科医の診察を受けた。交通事故の後遺症はなく、単なる「カレイ」に伴う脊椎の変形によるものだといわれた。治療を繰り返せばそのうち直るだろうという。コルセット屋も使っていたが「加齢」という言葉をはなし言葉としては初めて聞いた。

（やぎ みつお・いがた県民教育研究所所長）