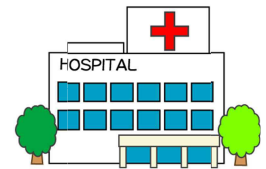


相談室だより 2017年 5月号



米の山病院 上田 瞬

今月初めは季節外れのインフルエンザ A 型に感染し、楽しい GW のはずが悲惨な GW となってしまいました。体調管理をきちんとしないといけないなあと改めて考えさせられました。

さて今回の内容ですが、手遅れ死亡事例と研修に参加した報告について記載したいと思います。

まず手遅れ事例についてですが、5月17日に福岡県でも経済的事由による手遅れ死亡事例の報告が県庁で行われました。当日、参加はできなかったのですが、米の山病院からは2件発生しており、その2件について記載させていただきます。

・70代後半 男性 独居 後期高齢者医療

平成27年11月に食欲不振、体重が約10キロ減少したとのことで当院受診し入院となる。入院後の経過で胃癌と診断され、その時点で予後3~6か月の予想であった。今回受診される前には、かかりつけ医はなく、医療費捻出が困難であり、受診を我慢していたとのことです。その理由としては、3年前までは生活保護受給していたが、県営住宅に転居したため、家賃が安くなり、保護基準額を下回ったため、保護が停止となり、生活が厳しい状況であったとのことでした。

今後医療的依存が高くなってくるため、再度保護受給について元ケースワーカーに本人より相談されるも、相手にされず。また私からも元ケースワーカーに経過を訪ねるも、あいまいな返事で改めて生活保護の申請をとの一遍通りの対応でした。そのような対応について本人が激怒し、現段階での保護手続きについて拒否されましたので、治療にあたっては、無料低額診療事業（以下、無低）での対応を行っていくことになりました。

翌12月に本人の希望もあり、自宅退院され、その後も入退院を繰り返されました。その間、本人が、温泉等に行くことが好きで、退院されている間や入院中も外出し、温泉に行かれていました。

最後の入院前には、下腿浮腫が増強し、自宅内での生活が困難となり、入院され、その後死亡退院、受診されてから約半年でお亡くなりとなりました。この本人の死期が近づいてきたころ、本人より葬儀費用の捻出が困難との訴えがあり、息子様と一緒に生活保護申請を行い、死亡日と同日に保護決定がおり、葬祭扶助での葬儀対応を行いました。

・60代後半 男性 独居 国民健康保険

保健所の結核・肺癌検診が無料であったため利用をされ、右上肺野に腫瘤影を認めました。精査を保健所からも勧められるも、医療費捻出が困難なため拒否され、そのような経緯もあり、当院の無低について説明され、当院へ連絡が入り受診をされました。生活困窮の理由としては、娘さんが乳がんを発症し、そちらの治療のために年金を担保にお金を借りたり、現在月額9万程の年金収入ですが、そこからも娘さんへ援助しているとのことでした。仕事については、60歳まで仕事を勤め上げ、定年退職。その後はアルバイトを転々としながら生計を立て、65歳からは年金支給を受け、年金生活であったとのことです。

当院外来受診をし、各種検査（腫瘍マーカーの採血、気管支鏡、造影胸腹部CT、骨シンチ、造影脳MRI）施行され、右上葉扁平上皮肺癌（径55mm）と診断されました。肺切除術施行について、当初本人へ説明をされましたが、医療費捻出が困難なため、本人は拒否されました。

しかし、ほかの親族から病院代を工面するからと説得され、本人の了承のもと、呼吸器外科のある医療機関を紹介されました。

他院の呼吸器外科にて、肺切除術を施行されるも、術後、間質性肺炎の急性増悪など起こされ、ステロイドパルス療法や人工呼吸器管理での治療など施行されましたが、死亡退院されました。この方は、健診を受診されてから約3か月と短い時間でお亡くなりとなっております。

経済的事由による手遅れ死亡事例は、2016年は全国で58件発生しており、そのうち9件が福岡県となっております。この数字は、全日本民医連に加盟している医療機関や施設の1,700か所のみでの報告です。日本の医療施設が178,300施設（平成28年1月 医療施設動態調査）から比較すると、この数字はまだ氷山の一角にすぎず、実際にはまだ多くこのような方たちがおられると思います。

このような方々が少しでも減っていくように何かできないか、常日頃考えていました。そんな中、今月研修に参加しましたので、ご報告させていただきます。



・受療権を守る討論集会 2017

5月20日、21日に東京八重洲カンファレンスセンターの研修に参加してきました。参加者は160名前後で1日目は論点提起、指定報告や講演、2日目は各分散会に分かれグループワークを行いました。

この研修に参加しとても印象に残ったことが2点あります。1つ目は、受療権保障は社会保障の活用の「入口」であり、ここから生活再建を行っていくこと、2点目は無低の拡充と可視化を行っていくことです。

1つ目の受療権保障は生活再建を行っていくことですが、日頃より様々な患者様が病院に来院され対応を行っています。中には治療しても、生活環境が劣悪であったり、食べる食事のままならない方もおられ、今後の生活を支援、再建していく必要がある方もおられます。そのため医療機関の中での取り組みに限定せず、行政や社協などの諸団体などとの連携を図り総合的な生活支援を行っています。しかし、最近は社会資源につながらない、グレイゾーンにあたる方々が多くなっています。

それを踏まえ、2点目の無低の拡充と可視化についてですが、民医連では手遅れ死亡事例として、今回書かせていただいたように実態調査を行っています。また今回初めて知ったのですが、昨年度は、パイロット調査という各県にまたがり、無低利用者患者層の実態を明らかにする調査が行われていました。それにより年齢層や保険種別、収入分類、どのような経緯で医療との関わりが持てなくなったのかといった報告がありました。残念ながら無低からどのように卒業をしていったかの調査は行われていなかったのですが、このような無低を利用したことで救えた命についても、手遅れ死亡事例とともに調査、報告を行うことで、現在の低所得者層の実態や社会保障の不十分さの実態が浮き彫りになってくるのではないかと思います。このような調査・報告を、私も改めて実践し、その状況の改善に働きかけを行っていかねばならないと考えました。

各参加地域によって患者層や無低基準などが異なっており、様々な地域での課題などを通して、いろんなことを考えさせられました。このような貴重な研修に参加させていただき、病院や送り出されていた連携室のメンバーに感謝を申し上げ、今回の相談便りとさせていただきたいと思います。



つたない文章でしたが、ご精読ありがとうございました。～6月号に続く～