

## 特集 “医療崩壊”

### 日本の医療はどこに行くのか

市立豊中病院副院長 片桐修一

#### プロローグ ～人にとって医療とは～

ヒトと動物を分かちつものは何でしょうか。動物になくてヒトにあるもの、私は「死者を弔うこと」と「病者を救おうとすること」ではないかと思います。医療は人類の歴史が記録され始めたころから、その原型が見られます。当初は、呪術と区別ができないものであったとしても、病者を救うためという共通認識として受容された人の行動であることには変わりはありません。医療はまさに“傷つき、あるいは病に倒れた同朋を救い、ともに前を向いて歩む”という物語によって担保されているのです。

人は知性を持ち、それによって組み上げた言葉、意味によって自分と同朋を、そして共同体を見て、さらに単に言葉だけでなく、多くの物語～ナラティブ～を作り上げて行動規範としてきました。医療の奥にあるものは、その経済性でも有効性でもなく、“同朋に手を差し伸べる”、というきわめて情緒的な物語であると思うのです。その証拠に、いかなる困難な状況、戦争、災厄などにおいても、個々の医療行為がほとんど無駄と分かっているにもかかわらず、やはり医療は行われるのです。

日本では戦後、恐ろしいまでの低医療費で、世界に冠たる効率的な医療を提供してきました。む

ろん各分野で多くの先人達の努力はあったと思います。しかし彼らの思いが常に一点に集約し、常に話し合ったうえで、このような医療を培ってきたとは思えません。たぶん多くの日本人が社会的認識よりもっと奥底に流れる“日本の医療に関する物語”を共有してきた故でないかと考えるのです。そのため、一見極めて強固にみえる私たちの医療制度も、それを陰で支えてきた物語が崩壊すれば脆くも崩れるのは必然であったかも知れません。それにしても、あまりにも脆く、あまりにも早過ぎる、という感じは否めません。しかし、まだ間に合う、まだ遅すぎることはない、そう思います。そう願っています。

#### 日本の医療制度の曙～カリスマとその死～

言うまでもなく、日本の医療制度の三大特徴は国民皆保険、フリーアクセス、現物給付です。現在の状況からみると、そのすべてが美点のみ、とはいえないまでも、この三本柱が日本の医療を世界一に押し上げたことは間違いありません。中でも1961年導入された国民皆保険は最強の医療の提供体制であり、三本柱の中核です。この当時日本医師会長の職にあったのは武見太郎氏です。武見氏は1951年日本医師会長に就任し、連続13期

25年の長きにわたりその職にありました。武見氏は一貫して「医師会が高いモラルと技術を備えた職能集団である」と主張し、厚生行政において厚生省と対立して一步もひかず、医師の利益拡大を図りました。「喧嘩太郎」「武見天皇」と異名をとったほどの独裁的かつ強力なリーダーシップは、現代ではちょっと考えられないのではないのでしょうか。今でも武見氏は伝説の中で語られます。日本医師会には多大の貢献もされたことでしょう。しかし彼の生き様は、おそらくはさまざまな場所で多くの軋轢を生み、それらはしだいに熾り続け日本の医療に陰を落とし、いったかも知れないと思うのです。ただ、当時の病院勤務医はこのような厚生省対武見日本医師会との対決をどう見ていたのでしょうか。武見氏は自らの信念に基づいて語り、かつ行動されてきたのは疑いありません。しかし武見氏の頭の中には勤務医についてのことは、少なくとも多くを占めていなかったでしょう。それはそれで仕方なかったと思います。では勤務医のほうはどうであったのでしょうか。将来を見据え発言や行動をされてきた方はあったのかも知れません。しかし集団として、組織としては何ほどのこともできなかったように思います。日本で初めて、大阪で医師会勤務医部会が発足するのは国民皆保険導入からさらに12年後の1973年まで待たねばなりませんでした。

### 「医療費亡国論」～厚生省の反撃、 軍神誕生、ル・サンチマン～

吉村仁氏は厚生官僚です。武見会長が医師会長を退いた1982年、保険局長に就任しました。翌年、社会保険旬報に「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」を發表しました。これが有名な「医療費亡国論」です。済世会栗橋病院の本田宏副院長は、この論文での吉村氏の考えは、次の三点に要約される、と述べています。1. このまま租税・社会保険負担が増大すれば、日本社会の活力が失われる（医療費亡国論） 2. 治療中

心の医療より、予防・健康管理・生活指導などに重点を置いたほうが効率的（医療費効率減論）  
3. 医療の供給は一県一医大政策もあって将来医師過剰を来たし、病床数も世界一で高額機器導入数も世界的にみて高い（医療費需給過剰論）  
ちなみにこの吉村論文が發表された年の12月には武見太郎前医師会長が亡くなっています。吉村氏はこの信念のもと、これまた強力なリーダーシップで医師優遇税制の改革やそれまで無料であった健康保険給与生活者の二割自己負担などを導入し、1984年には事務次官に就任、1986年に退官しましたが同年56歳の若さで死去。彼は自らの病気を顧みず医師会から厚生行政を取り戻すべく（彼の主観からいえば、そうに違いありません）に力を尽くしたので、厚生省では英雄であり、その死は壮絶な戦死であり、死後は“軍神”になったのではないかと思います。彼は若くして世を去りましたが、彼の論文の骨子は厚生官僚の間では聖典であり、今に至るまで、さながら通奏低音の如く厚生省・厚生労働省の政策に脈々と受け継がれています。一貫した低医療費政策、医師数の削減、さらに最近のメタボ健診に至るまで通覧すれば、吉村氏の思想は死してなお行政を司っているのは明らかではないのでしょうか。

官僚は明治維新以来、“国家のため（無知な）国民を善導するというDNA”を持っています。今でも官僚は彼らの思っている“管理される側”が行政に嘴を突っ込むのを極端に、かつ頑なに忌避あるいは拒絶します。したがって官僚に対する徹底対立姿勢を貫いた武見会長、その在任時代の厚生省官僚の鬱積の大きさは容易に想像できます。彼らはおそらくは「このようなことは二度とあるまじき」と心に誓い、この抑圧の時代の屈辱を強い怨念～ル・サンチマン～として抱いていたことでしょう。そこに吉村氏の医療費亡国論です。まさに厚生官僚にとって救世主の言葉であったと思います。彼らがこの吉村思想を聖典化し、今に至るまで信奉することは、当然ではないのでしょうか。

## 医学新時代の幕開け

### ～欧米流医学思想がもたらしたもの～

それでも日本の医療界は一見順調に進んできたように見えます。むろん医療費改定のたびに医師会と厚生省との間には激しいやり取りがあったのですが、病院ではそれぞれの立場で、それなりに良質の医療が提供されてきました。医師不足、過重労働は自明のこととして受容され、患者も一部の例外はあったものの、良識という見えない則を越えることは少なかったのです。今では信じられないことに、当時のことを「それなりに充実していた、楽しかった」と思い返す勤務医も少なくありません。自戒をこめて言えば、勤務医という種属のこのメンタリティこそが、患者からの感謝、やりがいという自己満足、充実感と引き換えに、今の病院医療崩壊を招きよせたと言えなくもありません。私たち、あるいは先輩たち勤務医は未来を見通す力がなかった、あるいは見ようとはしなかったのです。対GDP比総医療費支出、人口あたりの医師数が恐ろしく低レベルにある現状の責任の一端は私たち勤務医自身にあるのかも知れません。

今から考えてみれば、崩壊の引き金は、そうとは思えぬ形をとっていました。欧米からの新しい潮流という、一見魅力的な姿をとって私たちの前に現れたのです。むろん医学・医療の目指すところはグローバル・スタンダード（先進国の間だけの話ですが）であるべきでしょう。常時海外の優れた知識・スキルそして様式を取り入れていく必要があります。国民皆保険制度をもつ我が国では、それらを速やかに保険制度に取り込むことも重要です。しかし、海外、とくに欧米の新しい医学を取り入れるとき、絶対間違えてはいけないのは、新しいものを“ツールとして取り入れる”ことが重要で、決して“生のままの思込みで取り入れてはいけない”、ということです。歴史も文化も違う国の間で、生の思想を無批判に取り入れるなど、まともな文明国ではあ

りえないことです。日本の文明がまだその端緒についたころでも、中国大陸あるいは朝鮮半島からの文明は見事に咀嚼され、オリジナルとは若干ないし、かなり姿形を変えて取り入れられ、日本風の新たな文化を生み出したはずです。それから1,500年も経っているというのに、このような過ちが起こるとは到底考えられないことです。でも私たちは間違ったのです。

この重大な誤謬は1990年代に入ってからその傾向が明瞭になってきました。まずEvidence-based Medicine(EBM)です。この極めて有用な診療ツールは、あろうことか新しい思想という衣をまとって輸入されました。臨床疫学という古めかしい名前を捨て去り、EBMという響きの良い語感をもった新しい思想としてです。新しい思想は古い思想とは常に対立関係にあり、新思想は旧思想の批判者として論述、記述されます。EBMは日本では“旧来の科学的根拠ももたずに診療してきた日本の医療・医師に対する批判者、弾劾者”として登場してきました。EBMの限界は常に控えめに語られ、有益性は過去の“根拠なき医療”との二項対立として語られたのです。多くの医師はEBMを受け入れ、“エビデンス”が口癖となりました。もちろん本来診療ツールであるEBM自身には何の責任もありません。ツールはツール、仮に誰かが金槌で人を殴って傷つけたとしても、悪いのは金槌ではないことは自明です。ただ、EBMが確立していない分野、疾患、状況は当然あります。EBMでは最強の実証方法である、ランダム化比較試験が行い得ない場合も少なくありません。さらには、医療の最前線では、EBMではなく、聴くこと、話すこと、語り、すなわち物語に基づく医学（Narrative-based Medicine：NBM）が主役である場合がとても多いのは周知のほうです。EBMの取り入れ方は、その後の欧米の医療ファッションを聖典のごとく取り入れる元になったように思えるのです。

インフォームド・コンセント（IC）はより重大な問題をはらんでいました。ICという考え自体は正論中

の正論、まさに自明中の自明、と思われるような思想であるからです。ICは患者の自己決定権を担保する最も重要なツールとして存在します。この自己決定権こそ、欧米の自由主義、人権思想の根幹のひとつであり、その源流は古くはアメリカ独立宣言、フランス国民議会人権宣言に明瞭に見て取れます。加藤尚武氏は欧米の人権主義を次のように要約しています。すなわち、成人で判断能力のあるもの（valid consent）は、他人に危害を加えない限り（harm-principle）、たとえ本人にとって理性的にみて不利な結果になろうとも（the right to do what is wrong: 愚行権）、自己決定の権利をもち（autonomy）、自己決定に必要な情報の告知を受ける権利がある（informed-consent）。これは少なくとも自由主義を標榜する先進国では標準的な考え方であることは間違いありません。これは医療の場においても、やはり正論です。患者がすべて専門的な話を理解できるか、医療の場面で最善を選択しないことを医療者は認めていいのか、などという反論はとても脆弱に写ります。やはり医療の場でも、他人に迷惑を及ぼさない限りにおいては、自己決定権は絶対であり、そのためにICは医療従事者、医師の神聖な義務ということになります。ここに大きな落とし穴があります。患者に正しい情報が「すべて」与えられたら、本人にとって正しい判断ができ、そうする権利があることは疑えない事実です。これを疑うと人間の理性を信じる文明社会や人々の総意で正しい社会を築いていく民主主義が成立しません。しかし医療の世界ではこのICを根本から揺るがすことがあります。すなわち私たちの言語は、私たちが知っていることのすべてを伝えることができない、言葉の限界という厳粛な事実があるのです。ハンガリーの科学哲学者マイケル・ポランニーの卓越した指摘である“We know more than we can tell.”は、医師たちは常に実感していたにもかかわらず、ICを無批判に受け入れてきました。人間の理性の限界を言っているのではなく、私たちが使う言葉というツールの限界なので

す。ICが普及していく過程で、なぜ一緒に言葉そのものの限界が語られなかったのか、とても残念です。医療の世界では、他の世界に比べ、この限界はずっと大事であったはずなのですから。もし私たちの知っていること、考えることをすべて言語化できるならば、臨床の場でのエビデンスのない状況での判断や、手術の勘所など、すべて言葉にできる、あるいは記述できるはずですが。でも実際にはそうではないのは医師なら誰もが知っていることです。このいわば一見哲学的にみえる命題も、医療の現場では、告知義務違反や注意義務違反というきわめて現実的な問題として私たちに牙を剥くのです。「すべての可能性、すべての益、害をもたらさずに話すことなどできない」となぜ医師は言えなかったのでしょうか。

リスクマネジメントも曲解されて伝えられた典型例といえます。その意味するところは、「To err is human、“人は誰でも間違える”」だからこそ個人の罪を問わずシステムエラーを検証・改善してミスをなくす、ではなかったのでしょうか。しかし日本では「To err is doctor、“医者誰でも間違える”」だから厳しい監視と責任追及を、という風潮を生みました。これにはマスコミの報道姿勢が少なからず影響を与えています。しかしマスコミは大衆に阿るもの、ということを考えるとき、暗澹たる思いをもちます。大衆は医師バッシングを好んだ、これに直ちに反論できないことは悲しいことだと思わずにはいられません。むろん日本の多くの診療施設でリスクマネジメントの概念が普及し、病院の理念として必ず登場するようになり、医療の安全性が高まったことは事実です。しかし一方では、本質的に不確定性を有する医療において、医師の結果責任を追及し、医療の実態からみて非常識きわまる医療訴訟判決が乱発され、あまつさえ福島大野事件のように懲罰的な逮捕拘留を行うなど、司法警察の暴走も引き起こし、ついに医療崩壊は現実化してしまいました。医師が次々と臨床の第一線を去っていった大きな原因のひとつは医師の刑事責任追及であること



は間違いのないところです。多くの医療関係者の努力により、福島大野事件こそ無罪を勝ち取ることができたものの、当事者はもとより、医療界、全国の医師の負った傷は大きく、その後の医療事故調査会（のちに医療安全調査会という皮肉な名前に替わりましたが）構想など、「医師は管理、監視され、罪があれば罰するにしかず」という考えはまだ根強いものがあります。当初のリスクマネジメントの精神はどこに行ったのでしょうか。

### 新臨床研修制度～ベッドサイドを離れた若手医師～

医師の卒後教育制度の重要性は言うまでもありません。確かに日本では個々の医育機関において独自性が強すぎたきらいがありました。それでも医師は育っていきましたが、専門性の追求に偏りすぎたという批判はあるかも知れません。確かにすべての医師は、その専門分野にかかわらず身につけるべき必要最小限の知識とスキルがある、という観点にたてば、卒後研修は共通のプログラムで行われるべきでしょう。大病院や卒後教育を担当する病院の、それぞれ独自のプログラムに任せておけば、多様性は生まれますが、標準化からは遠のきます。独自性の益と害は、また別の議論の対象にはなるかも知れませんが、臨床研修必修化は一つの正当性をもった方法であることは間違いありません。それが十分時間をかけ、学部教育との一貫性も考えた上で、指導医の育成と確保、適正な予算措置を講じたうえであれば、です。しかし臨床研修制度の導入に伴って実際に起こったことは、大学からの研修医離れ、地域格差、卒後3年目以降の診療科格差であり、それによって臨床の第一線の医師不足が生じました。私たちの反省もあります。確かに初期研修医は教えられる立場ではありますが、欧米先進国に比べ極端に医師数が少ない日本ではベッドサイドのこまごまとした業務を研修医に依存してきた、そういう体制であったからこそ何とか回っていた、ということをも明言しなかったことです。言い

にくいことこそ、口にださないといけなかった、そう思います。2年のローテーションにより、全国15,000人の臨床研修医はベッドサイドから一步後ろに引いた形となりました。このため指導医やスタッフの業務負担は増加し、彼らの疲弊を進めたように思います。臨床研修医必修化はむしろそれ自体悪ではないにしろ、時期と実際の運用が拙かったと思います。

ごく最近、厚生労働省は臨床研修制度を見直すようとしています。漏れ聞くとところでは、何と1年目は6ヶ月内科、3ヶ月救急科、2年目に至っては1ヶ月の地域医療のみは必修となり、後は選択、3年目からの専攻分野での研修をすすめる、というものです。つい先日までは、現場からの見直しの要望について、「変更する必要はない」と言い続けていたのに…一方現場、とりわけ医師不足に悩まされている地域からは別の声もあがっています。研修医の過疎地での研修を義務化せよ、という主張です。私は厚生労働省の変身、過疎地からの要求、どちらにも組みすることはできません。最大の問題は、「研修の理念はどこに行ったのか」ということです。研修制度導入前の議論や準備が不十分であったにせよ、幅広い知識とスキルを卒後最初の2年間に身につける、という命題を簡単に捨て去って良いものでしょうか。いくら何でも、もう少し矜持を持つべきでしょう。舌の根も乾かぬうちに、というのは政治家にはあたりまえでも、医師たるもの、あってはならないと思います。第一、行き当たりばったりの変更は必ず破綻するのは目に見えています。

### 医師－患者関係の崩壊～古き良き文化の崩壊～

医療崩壊はかつての医師－患者関係の崩壊でもあります。信頼は不信に、感謝は猜疑にとって変わられつつあります。日本全体が戦後ゆっくり舵を切ってきたのか、ある時期急速に変わったのかは定かではありません。医師の責任もあるでしょう。教育にこの問題の源泉を求めめることも可能です。マスコミの報道姿勢もこれに拍車をかけてきたとも言

えます。あるいは私たち日本人が経済性や能率を求めるあまり、大切なものを置き忘れてきたかも知れません。

医療崩壊が世間に認知されるに従って、最近少し風向きが変わってきた、とする見方も出てきています。マスコミの論調も微妙に変化してきました。しかし医師－患者関係を再構築しなければ、問題の根本的な解決はないように思います。ここが本当の生命線ではないでしょうか。

### 日本の医療に未来はあるか～見知らぬ明日～

今、私たちはターニング・ポイントに立っています。道は大きく分けて二つあります。片方は復活の道、もう片方は破滅への道です。医療崩壊の烈風は、その激しさゆえに、私たちは道を見誤る可能性があります。目の前の困難があまりに大きすぎるので、ついその場限りの対応を取りがちになることは、とても危険です。また、日本の経済崩壊の波に呑み込まれるかも知れません。状況は切迫しています。国民に医療崩壊がいかにかに自らを脅かすものであるか、それに気付いてほしいと願わずにいられません。必要な医療費を思い切って投入し、お題目でない病診連携をすすめ、まず第一線の医療の場での最良かつ最もリスクの少ない標準医療を確立し、それでもなお残る不確実性を受容する社会を作りあげることが必要です。私たちは何から始めるべきでしょうか。それとも、もう既に正しくない道を選んでしまっているのでしょうか。そうでないことを信じたいものです。確かなことは、私たち一人一人が医療崩壊に立ち竦み、目を閉じ、耳を塞ぎ、自分の殻に閉じこもってこの嵐をやり過ごそうとすることは最悪の選択であるということです。仮にそれで自らの医師人生が全うできたとしても、過去から未来へと連綿と続く医療という流れに棹差すこととなります。それは結局医療崩壊に手を貸すことに他なりません。私たちはこの崩壊しつつある医療全体をみつめ、それぞれ為すべきことを見つけ、敢然として行なわなけれ

ばなりません。なぜなら、私たちは医師という医療者であり、医療は私たちの原点であり、心の拠り所なのですから。