

第 20 回平成医政塾講演会要旨

講師 大阪大学副学長

門田 守人先生

新臨床研修制度の制度見直しの会議などに、参加するようになって、少し今の日本の医療制度を取り巻く環境に疑問を持ち、2007年に外科学会会長になって、外科領域(教室、学会)内部だけで、物事を考える時代は過ぎたと考え、いろいろ勉強するようになりました。

最初、外科に関しましては、学問的、手術術式を含め、ここ20年間、大きく進歩を遂げています。しかし、外科の就労環境は、外科学会の新入会員の数が減少し、2015か2016年には0になる予測もあります。この原因として、労働時間が長い(法廷労働時間、40時間/週に対して実働労働時間60-100時間/週)、当直明けの手術、外科の会員の3/4が何らかで経験する医療訴訟の問題が挙げられています。こうした傾向は産婦人科、外科、救急などでも見られ、志望者の減少がこれらの領域でも見られます。また年収に関しましても、統計上、勤務医は開業医より少なく、また米国と違って、診療科での診療報酬の差はありません。こうした劣悪な医療環境は、医療費亡国論より、医療費が抑え込まれ、日本はOECD諸国と比べて医師数は少ない(2人/1000人で2/3です)ということです。こうした中で医療側も、患者側も、被害者となり、我々は医師のプロフェッソナリズムをもって、正しい社会方向を探るのが我々の社会的責務であります。私は、2007年に外科学会の会長を務め、身近な事からとして、外科学会の会計その他の一本化による自己改革を行いました。また医学会総会での宇沢先生の講演「**経済学は社会の病を癒す学問とっていたが、病気をつくる学問になっている。医に経済を合わせるべきなのに、経済に医を合わせようとしている。**」の考えに共感しました。社会的共通資本(「自然環境」「社会的インストラクチャー」「制度資本」)の中の、制度資本としての医療は、市場原理から守られなければいけません。また、海外でのLancetなどに見られる、医師憲章(この中の大きな3つの原理1)医師は市場、社会、管理者からの圧力に屈せず、患者の利益を守る。2)患者の自己決定権を尊重し、支障なく、決定権を出せるようにする。3)医療における不平等や差別を排除するために、積極的に活動する社会的責任がある。)を十分記銘し、医療現場における社会的責務を反省しなおさなければいけないと思います。社会的責務を果たすためには、何をなすべきか? 医師法21条(異状死の問題)に関して、法医学会単独で動いたり、あるいは、各学会が、厚生労働省の通達に従って、学会の利害のみを考えて、専門医制度を設立、運営するのは、全医学界、医師集団が統一した見解を出せず、医学界が混迷して、国民にも分かりにくくなります。少なくとも、こうしたことでは、社会的責務は果たせません。こうしたことを少しでも改善するために、専門医では、医学会と医師会の関係を見直し、新たに、臨床医学部会を組織し、制度上の見直しに努めております。また臨床研修医制度に関しましても、部会に参加し、新人医師教育問題と、医師不足の問題が混線する中、単に医師数を1.5倍にするだけで、あるいは、研修年数を短くするだけでは、いけないなどの議論をしましたが、部会、あるいは、御用学者と呼ばれるイエスマンの壁に阻まれて、部会

に参加できなくなりました。こうしたことで、正しいのでしょうか。日本の場合、医療政策に関して、しっかりしたデータに基づいて、計画されているのか、一部の御用学者と呼ばれる人がイエスマンとなって医療崩壊の元凶になっている可能性はないのかしっかり考える必要があると思われます。本当の医師としてのプロフェッショナリズムを確立するためには、分断された医療界の人間がなんとか統合してやっていかないとこの難しい医療が変わっていくに対応するのは、困難であると思われます。危険に立ち向かうリ-ダ-シップをもって、医療問題に関する正しい方向性を探ることをやっていかない限り、医療の対象となる患者さん、あるいは国民の皆さんを救うことは、そんな簡単にはいかないと思います。平成医政塾の皆さんは多分そうした人の集まりであり、是非みなさんと一緒に頑張って実現していきたいと思います。