

# session 01

## 日本の医療現場崩壊の実態

### 医療を取り巻く社会に変化

文＝小松秀樹

#### 大嶽浩司

(マッキンゼー・アンド・カンパニー コンサルタント)

#### 小松秀樹

(虎の門病院泌尿器科部長)

#### 中田善規

(帝京大学医療情報システム研究センター所長)

2006年5月、「医療崩壊 立ち去り型サボタージュとは何か」という本を朝日新聞社から出版しました。そもそも、検察に対する意見書として書いた本です。抽象的議論と具体例を意識的に行ったり来たりしながら、日本の医療の置かれた状況の全体像を提示することに努めました。今回の本は、「慈恵医大青戸病院事件 医療の構造と実践的倫理」(日本経済評論社)の続編といってもよいものです。

2003年9月、慈恵医大青戸病院事件の嵐のような報道がありました。私は、報道に含まれる悪意と理性的判断の欠如に衝撃を受けました。医療側にも反省すべき点があったことは間違いありませんが、人格攻撃報道の量を犯罪立証の根拠とするような状況に、日本は法治国家とはいえないと思いました。このままではリスクの高い医療を引き受ける医師がいなくなると危惧しました。当時、論稿を書いて、いくつかの雑誌に持ち込みましたが、掲載してもらえませんでした。このために、単行本として「慈

恵医大青戸病院事件」を書きました。今から思うに、中途半端な文章の掲載を拒否された雑誌社には感謝しています。大げさですが、強くなるためには、多少の迫害は必要だと実感しました。断られなかったら「慈恵医大青戸病院事件」も「医療崩壊」も書かなかったと思います。

2004年の「慈恵医大青戸病院事件」の出版当時、私の認識は社会に共有してもらえませんでした。しかし、今回の「医療崩壊」の脱稿の時期に、福島県立大野病院事件が報道されました。この事件で私の意見に社会が追いついてきたように思います。

出版後、参議院の厚生労働委員会で参考人としてよばれ、意見を述べました。また、指導的立場の検察官が3名、それぞれ別々に私のところに訪ねてこられました。私も東京地検に行つて議論いたしました。議論の後、検察官が医療現場の実態を現場で見学するようになりました。社会が多少なりとも動き出したように思います。

#### 大嶽浩司

(おおたけ・ひろし) マッキンゼー・アンド・カンパニー所属の経営コンサルタント。東京大学医学部医学科、シカゴ大学ビジネススクールMBA卒。帝京大学市原病院麻酔科にて初期研修後、日本、オーストラリア、アメリカの3カ国にて臨床麻酔医として、小児・新生児麻酔、手術室外での麻酔・鎮痛を中心として勤務を経て現職。

#### 小松秀樹

(こまつ・ひでき) 虎の門病院泌尿器科部長。1949年香川県生まれ。74年9月東京大学医学部卒業。泌尿器科学を専攻。都立駒込病院、山梨医科大学などを経て、99年より現職。近著「医療崩壊 立ち去り型サボタージュとは何か」(朝日新聞社)で日経BP・BizTech図書賞受賞。

#### 中田善規

(なかた・よしのり) 帝京大学医療情報システム研究センター所長。東京大学医学部・経済学部卒業。エール大学経営大学院修了。MBA、医学博士、Diplomate (American College of Physician Executives)。マサチューセッツ大学医学部助教授、帝京大学医学部教授・附属市原病院副院長などを経て現職。

## 組織論よりも運営面の議論を

文＝大嶽浩司

現在の日本の医療現場における問題点を解決していくには、組織論ではなく、受益者の優先順位をつけたシステム運用が重要である。

日本だけでなく、欧州型の公的健康保険システムを持つオーストラリア、個人が自らの健康保険を購入するアメリカで現場の臨床医として働くと、どのシステムも完全ではなく、それぞれがよい点、悪い点を含んでいることが見える。社会を構成する個人個人の経済状態、健康状態が均質でない以上、すべての人を満足させ、かつ赤字を生み出さない医療システムはどの国にも存在しない。

医療制度改革の議論では、株式会社化などといった、組織論、いわゆるハコ論が盛んだが、私は運営面の議論が重要だと考える。全員を平等に扱うのではなく、どういった層を主たる受益者とするのか、誰を手厚く見るのかと優先順位をつけて医療システムを運営していくことが、日本が現在直面している問題を解決していく道筋である。

## 統制経済体制では限界

文＝中田善規

日本の医療は国民皆保険制度である。国民すべてが安価に医療を受けられるという点では非常に優れた制度である。しかし見方を変えれば、日本の医療は完全な統制経済体制である。

統制経済体制下では医療経営上新しいことをしようと思っても不可能ことが多い。自由経済の下では同業者に先駆けて顧客の求めるサービスをいち早く提供すれば大きな利潤につながるのだが、統制経済の日本の医療では患者の喜ぶ医療を提供しようとしても診療報酬が低ければ採算が取れない。結果として日本ではどの病院も似たり寄ったりの患者のニーズに合わない医療を提供するようになる。

現場の医師不足も問題である。特に麻酔科医不足は深刻な問題となっている。麻酔科医がいなくて手術のできない病院もある。またやむを得ず麻酔を専門としない医師が麻酔を担当して、不幸な医療事故につながる例もある。こうした問題の根底にも経済がある。本来労働市場において医師の需要

が高ければ価格が上昇して供給が需要に追いつくものであるが、公定価格の統制経済体制ではそれも困難である。

医師の「質」の問題も同根である。優れた専門医師が診察しても不勉強な医師が診察しても報酬は同じである。知識・技術の向上に対するインセンティブがまったくない状況では質の低い医師が後を絶たないのも当然である。日本から国際競争力のある医師はいなくなるのではないかと危惧される。

