

# 独自に進化発達した国民皆保険制度に囚われた 我が国特有の医療文化に関する考察

南淵 明宏

はじめに

二〇一二年一〇月八日。京都大学の山中伸弥教授がノーベル医学生理学賞を受賞したニュースが全世界に配信された。一九〇一年に同賞が設けられてから一〇〇年以上たって、日本人研究者としては利根川進氏以来二人目、そして日本人医師としてはじめての同賞受賞であった。

再生医療の実用化を一気に推進するiPS細胞の開発研究における功績が認められたものだ。難病に苦しむ患者にとっては朗報に他ならない。難病とはつまり治療方法のない疾患をさす。また、そういった疾患とはすなわち臓器の不具合を意味する。例えば心臓なら心不全が挙げられる。冠状動脈の血流障害や心臓弁の

機能不全がその原因ならばそれぞれ冠状動脈バイパス手術や人工弁置換術で心臓機能の改善が企られ、ある程度の回復が望めるが、心筋自体の収縮機能が低下した心筋梗塞後の患者や原因不明の心筋細胞の繊維化による収縮機能の減弱、すなわち拡張型心筋症の患者では、現在は心臓を他人の心臓と交換する治療方法、つまり心臓移植しか方法はない。また喫煙などで肺胞がどんどん減少して空洞が増大し、肺機能が減衰する肺気腫も進行を止める程度しか対処方法はなく、根本的治療方法はない。肝硬変による肝機能障害、膠原病や糖尿病合併症としての腎臓機能障害や膵炎後の膵臓機能低下についても同様だ。要するに、総じて、身体のかなる臓器の機能低下も、それを補う、あるいは元に戻す方法は

ない。だがある程度の Reserve が各臓器にもともと潜在的に設定されており、それに依存する形でぎりぎりのところまで生命維持に支障は現れない仕組みが身体に備わっている。

そういった臓器障害の根本的治療としては移植といった、まるで自動車の修理の際のパーツの交換のように、例えば「他人から提供された機能が良好な臓器」に replace するといった方法、つまり臓器移植を今日の一般社会は想起するであろう。この単純明快な発想はデカルトの生命機械論の究極の具現化であることは言うまでも無い。

移植医療は一九六九年のバーナード博士の心臓移植を皮切りに、おびただしい経験と研究がなされ、相当に進歩した。だが提供者不足、サイズ、血液型に代表される免疫的個別機能（組織適合性）による制限、コストなど様々な障害が医療現場における一般的、普遍的治療方法としての昇格を妨げている。

他人の臓器ではなく、例えば人工心臓に代表されるような、機械による replace も想定されよう。一九八〇年代、Javic 型人工心臓が欧米で三〇〇件程度の患者に使用されたが、感染症や脳血栓症などの合併症で亡くなる患者が後を絶たず、結局断念された。生体に対する適合性が機械には望めない、という揺るぎない定説が確立されたと言える。

だが低下した臓器機能を回復させる、疾患の根本的治療への人類の思慕の念は消えず、再生医療という分野として一九九〇年以降、世界各地で研究が始まった。

再生医療は、まさに前述の臓器移植と人工臓器の両者の欠点の呪縛から解き放たれた夢の治療方法である。神の設計図を拝借し、人工的に臓器を作成し、それを人体に移植する。人工的素材で作成した構造物ではなく、あくまで生体であり、自らの細胞の設計図を使うので、臓器移植で懸念される拒絶反応、適合不全は生じ得ない。

このような背景で医療現場の期待を一身に背負った再生医療の分野で日本人研究者の先駆的功績が認められた今回のノーベル賞受賞は我が国にとっての近年まれに見る吉事に他ならない。

一月一〇日、今回の山中教授のノーベル賞受賞に歓喜する日本社会に我が国の科学研究の行政の対応を中心とした実情を紹介すべく、テレビ朝日のスタジオである番組の収録が行われ、筆者も参加した（一月一九日放映「たけしのテレビタックル」）。

番組の流れは山中教授の功績を手放しに賞賛し、医療の明るい未来を見いだそうとするものであったが、そこに決定的な日本文化に染みついた、いや、言わば山中教授の研究同様に遺伝子に組み込まれた、特性を見た。

それはコスト意識の欠如、である。

収録では参加者がそれぞれ議論をするのだが、私は医師として唯一の参加者であり、多くの質問を受け、解説を求められた。

再生医療が可能になるとどういふことができるようになるのか？

どういふ病気が治るようになるのか？

などの質問に対して、医療現場への福音を奏でるがごとく、回答した。

移植医療に頼ることなく、低下した臓器の機能回復を図れるのである。

ただしそれについて、お金がいったいいくらかかるのか？

それを誰が支払うのか？

このような類の質問はついで出なかった。これは現実化に向けての重大な問題であることは言うまでもない。

日本以外の人間社会ではまずそういうところに関心が向かうだろう。

医療は日本を除く全世界の市民にとってつともなくお金のかかるものなのだから。

つまり

「すばらしいことができるのだろうけどそれには大金がかかる

のだろう」

「ごく一部の人がその恩恵を被るのかも知れないが、それは所詮、庶民の伺い知れない世界の出来事だ」

「再生医療の大目標の本筋から離れたところで思わぬ発見が生まれ、安いコストで大量の人々が恩恵を被る副産物的な新治療に期待する」

という反応が海外での一般的反応であろうことは間違いない。

だが日本では一般庶民が「医療はただ」「医療費は誰かが払う」「適切な医療が受けられて当然」といふ考えに完全に支配されてしまっている。

独自に進化発達した国民皆保険制度に囚われた我が国特有の医療文化に関する考察、と題した本稿の冒頭に、その神髄を表すエピソードとしてまず紹介した。

### 本論…皆医療保険制度に沈殿した思考

#### 現行皆保険制度の恩恵

日本はすばらしい国だ。

皆保険制度があるからだ。

この制度によって誰もが保険で安く医療が受けられる。

私は医師になり三〇年、この二〇年心臓外科手術を生業として  
いるが、「お金がないから心臓手術が受けられない」、と手術を断  
念した患者など今までに一人もいない。この制度のお陰だ。

日本の皆保険制度は世界で最良、いやかつてこれ以上に素晴ら  
しい医療制度を確立して維持できた国家は人類史上存在しないの  
ではないか。

心臓手術に必要な人工心肺装置は人工肺、チューブなどの一回  
きりの使い捨て部分だけで五〇万円。人工弁は一〇〇万円近くす  
る。これらを用いる心臓外科手術は総額四〇〇万円はかかる。こ  
れが毎月わずかの保険料を支払うだけで患者の負担金が一〇万円  
以内ですむ。四〇〇万円かかったとすると三割負担で自己負担金  
一二〇万円だが、高額医療費助成制度では一〇万円程度を除いた  
大半が戻ってくる。

身体障害者や生活保護の患者なら無料だ（注…ただしその他、  
食費、差額ベッド代金、寝具などの諸経費は数千円程度自己負担  
しなければならぬので全くただではない。しかし総額のごくご  
く一部ということは確実に言える）。

もちろん患者の経済状態によってこの一〇万円程度の自己負担  
分額に対する評価は上下するだろう。

だがとにかく、こんなに安く心臓手術を受けられる国はない。

「大変な出費でした」という患者もいなくはないが、多くの患者  
が「こんな程度の支払額でいいんですか？」と驚く。

もちろん毎月給料から保険料は天引きされている。

「心臓手術を受ければこれまで天引きされた健康保険から四〇  
〇万円取り戻せる」

これはある意味正しい解釈なのだ。

それに現在の保険制度で使用される医療機器、人工弁やベース  
メーカーは世界市場では製品的に最高水準のものだ。

例えば東南アジアの某国で心臓手術を執刀させてもらったとき  
のことだ。

当日手術で使用する人工弁を患者が朝に病院の売店で購入する  
仕組みになっている。お金を払わない人が多いせいだろうか、こ  
の国の商習慣のせいだろうか、とにかく日本では考えられないシ  
ステムだ。売店のショーケースには人工弁が数種類、陳列されて  
いた。そしてそれぞれ値段が違うのだ。二五〇米ドル、五〇〇米  
ドル、二五〇〇米ドルのものなから自分で選択しなければなら  
ない。もちろん支払いには患者本人だ。人間の心臓に使用する人  
工弁に多少の価格差があったとしてもその性能に違いはあるの  
か？と疑問を持つ人がいるかも知れない。日本的感性ならではの  
質問だ。だがこれは説明するまでもなく、当たり前の話だ。値段

が高い方が信頼性が高いに決まっている。

「あなたには危険な不整脈が頻発しています。薬を服用しなさい」

と医者が告げても

「お金がないからのみません」

日本から一歩外に出ればこんな話は日常茶飯事だ。

これまでも幾度となく「日本を一歩出れば命はお金で買うものなんですよ」と海外の事情を説明してきた。日本では患者の医療費は大半が保険で賄われ、内容は均一、そしていつでも誰でもどこでも平等な医療。これは普通、理想なのだがこれが常識だと思っている人が多い。理想が常識になったということがとにかく奇跡である。だがこの「日本の常識」こそ、こういった医療制度の問題をなかなか踏み込んで議論できなかった「病理」である。

医療にはお金がかかる。そしてその「お金」は「有能な召使」であるし、時に我々は奴隷となり「悪い主人」にもなる。この本質をしっかりと認識しなければ大変なことになる。

いや医療を論じる上での出発点と言えるだろう。

### 医者を食べさせる制度

何度も言うが日本の保険制度はすばらしい。

私は一介の一臨床医として、この保険制度には大賛成だ。

それもそのはず、先に述べた患者のメリットもさることながら、医者にも大きなメリットがある。私のみならず、日本の医者は皆この保険制度に食わせてもらっていると言えるからだ。

私のような平凡な医者の切実な願いとして、この皆保険制度を何が何でも死守するべきだと考えるのは道理である。

病院は支払基金に提供する医療の質に拠らず、一定価格を請求できる。

下手な手術をやってもしっかりと代金をもらえるのだ。手術のうまい下手で値段に差がつくならば、下手な外科医は「不公平だ！」と騒ぎ出すことだろう。日本的愚平等の発想だ。

患者もまず治療費のことを気にせずに治療を受けられる。治療を受けるか受けないかは患者の選択権が重視される時代だ。私も心臓手術を受けるか受けないかは患者に決めてもらうのだが、患者の負担が増せば、当然治療を受けることを逡巡する患者も出てくるだろう。

これもある国での出来事だが、私がかの地の大学病院の病棟にいと、感染性心内膜炎という病気で緊急手術が必要な患者がいた。患者は女性で二〇歳。ところが彼女は隣国からの労働者だった。雇い主が治療費の支払いを拒否したら彼女は自動的に帰国を

余儀なくされる仕組みという。それが彼女が雇用者と結んだ契約だった。やがて雇い主がやってきた。そして当然のように治療費の支払いを拒否した。彼女は明日帰国するという。帰国すれば彼女は間違いなく何の治療も受けられないでやがて死ぬだろう。

日本では医者が患者に簡単に「心臓手術を受けたらどうか」と勧めることができるのも、この保険制度によるところが大きい。ちなみに治療はどうせ受けるなら早いほうがいい。何事においてもそうだが、問題は発覚したときに徹底的に根絶するのが一番安上がりだ。心臓手術も「クスリで何とか」を希望する患者は結局損をすることになる、と常日頃感じている。例えば心臓弁の病気でも、治療が遅くなればなるほど心臓のパワーも落ちるし肺にも肝臓にも悪影響が出てくる。不整脈も出現し、痛んだ体は決して完治できない。「まだ症状がないから」では結局時期を逃すことになる。このことを皆肝に銘じて欲しい。いずれにせよ皆保険制度という、こんないい制度があるのだからこれで早めの治療を受けるべきだ。これが一番の「健康法」だと私は信じている。無論、誰が支払うかは別として、全体にかかる医療費も少なくて済むはずだ。この「早期治療で健康維持、お金もセーブ」という施策は日本でしか行えないだろう。

だがもし治療で患者の負担が少なくなるとすればどうだろう。

「あなたの収入からすると何もしないでもつとところまでもたした方が得策です。もちろん病状が悪化したらその時は収入はなくなるでしょうが、とにかく治療費は膨大です。ローンを組んでも払いきれませんよ」

#### 皆保険制度の穴

ところがこの制度には問題もある。

維持するにはどうしても犠牲にすべき制度矛盾であるのか？

制度疲労というべきか。とにかく各所に不具合がある。

臨床現場にいる私の視点から今一度ここであえて指摘させていだきたい。

まず本当に皆保険なのか？

昨今の医療現場では無保険の患者も散見される。これは保健の宿命と言うべきか。契約して払うものを払っていないければ利用できない制度であり、払うものがない、あるいは何かの事情で払わなかった人には受けられない制度だ。

さらに受けられる医療の内容はどうか？

そもそもこの保険制度は定額制。三〇年の経験をもつ外科医の手術と大病院での研修医の練習台の手術の値段が同じだ。現行の保険制度は既製品の押し付け販売と言える。熟練の職人の作品

と素人の作品が同じ値段で売られている。さらに外見上、「熟練の職人」に見えても個々の医師の技能はバラバラだ。医療の質は全く管理なされていまいと云える。外科手術に限って言えば、大学教授の威厳の下に「目隠したサルに生花をさせているような」喧騒で凄惨な殺戮というべき外科手術も現実には起こりえる。医師免許さえあれば誰でもどんな大手術で経験が全くなくても「アメリカの方でやっているところをチャリと見てきました」で執刀できる。「それなりの技量がなければ実施しても保険診療と認めない」などの実質的措置で簡単に対応できるはずなのだが、「それでは困る」勢力が反対するのだろう。専門医という「資格？」も心臓外科分野にはあるが、個々の技能を担保するものでは決してない。しかしそんな資格でも詐称するバカも大病院にはいるらしい。

大病院の手術で患者が死んで患者や家族が病人に不信を抱き、その過失の有無を裁判所に裁定を願ひ出るケースがある。これまで多くの弁護士が、そんなケースの診療記録を携えてやってきて、私にその原因の説明を希求する。

「いったいこの手術のどこがまずかったのでしょうか？」

それに対し私は

「執刀医も彼なりに一生懸命やっただと思います。彼なりにね。」

だから過失はこんな病院を選んで手術を受けた患者側にあると言  
うべきでしょう」

と答える。はじめに信用して手術を受けたのだから、何が起  
っても患者側は納得すべきだ、という意味も込められている。心臓  
外科に限らず、医者  
の技能、人間性は本当にピンきりだ。ハズレと  
当たりに分類するならば、ハズレの方が圧倒的に多い。これは  
弁護士も同様だろう。そんな話をするとどの弁護士も必ず苦笑し  
ながら納得する。

医療の質は野放し、皆保険制度の御簾の中に巢食う無能医師たち  
医療の質、つまり医者の技量は野放しだ。患者はよく凶体の  
かい病院や権威を好むとされる。その単純な心理を利用して病院  
は「詐欺商法」をやりかねない。担当医個人の力量を省みず、ど  
素人の座興に自分の命を委ねているかも知れないのだ。そんな病  
院では起こった不測の事態の説明は強圧的で一方的。医学界の権  
威筋にはこれを取り締まるどころか自分たちの食い扶持を確保す  
べく率先して「医療の質」には徹底的に目を閉じる傾向があると  
感じている。自浄作用は絶対に望めないのだ。昨今権威を妄信し  
素人に原子力発電事業を任せる愚政が露呈したとの指摘がある  
が、医療現場も同じだ。

私はこの「野放し医療」の現状を、工夫すれば皆保険制度でコントロールできると信じている。

たとえば心臓外科ならば、年間一〇〇件以下の手術しかできない病院の保険診療点数を半分にする。一つの病院で年間一〇〇件はスタッフや心臓外科医の技量を維持する最低限度の件数だ。こうすれば件数が少ない心臓外科はがんばって心臓外科医の給料を上げスタッフを充実させ質を上げ件数を増やすか、反対に消滅する。二〇〇一年から同様な制度が始まったが二年で廃止された。業界の底辺の既得権益が堅持されたかっこうだ。

唯一の方法として、患者が消費者感覚で開店休業の看板だけの心臓外科施設を淘汰すれば問題は解決する。潰してしまうだけでなく、患者が盛り上げる場合も当然あるだろう。心臓手術以外にも、乳がん治療などでは地方にある大規模とはいえない民間病院が東京の官公立の政策病院を件数で凌駕している現象もある。病院は患者次第で育つものなのだ。

#### 皆保険制度は事実上の既製品販売

先に「どのような医者 of 医療も値段は定額」と述べたが、そればかりではない。実際の医療行為の内容まで細かくお仕着せの既製医療を買わされている。つまり提供される医療はこの制度上、

既製品だけの販売に限られてしまうのだ。既製品に合わない病気は病気とは認められず、治療ができない。現実世界の患者がかかる病気には既成の概念で正確に著述でき、理解できるものしかあり得ない、というかちこちの構造主義の産物だ。

皆保険制度を支えているのは国民健康保険と社会保険だが、患者の加入するどちらかの支払団体（保険者）は病院で行われた診療を詳しく査定することになっている。既製内であれば診療費が支払われるが、既製の診療行為には費用は支払われない。この査定は医師によって行われている。官が医師を雇い、医師を規制させる。囚人に囚人を監視させたナチス・ドイツの収容所の手法を想起させる。稀ではあるが「えっ？ なんで？ どうしてこれが今突然認められないの？ 今まで認められていたのに……」という理不尽な裁可が下しおかれることもある。お上のご政道に異を唱えれば我々平民は打ち首だ。ただただ地面に額を押し付けてお裁きをありがたく受け入れるしか術はない。

だが温情の裁定もある。

その一端を紹介する。例えば一本五万円もするガンマグロブリンという薬剤があるが、特殊な感染症や膠原病、自己免疫疾患の急性増悪などの際、大量投与が有効とされている。だが保険が適応される疾患は限られている。



子供に急性脳症の疑いがあるとする。この難病の原因は不明だ。なぜのような症状から突然意識が低下し、呼吸も停止する。

ある種の解熱剤や気管支拡張剤が原因とも言われている。死に至る病だ。このとき担当医がガンマグロブリン製剤を投与すべきだと判断したとする。子供だと、大量ガンマグロブリン投与が保険で認められている川崎病という診断名を事実にしてわざわざ付け、保険診療としている。口実である。審査では大概が通ってしまふ。慈悲深い温情査定だ。そうでもしなければガンマグロブリンは病院の持ち出し、あるいは患者が医療費全額を自費負担することになる。

#### 混合診療の是非

入院しているときの医療行為の一部、一〇円でも自費で支払う事態になったとき、他の医療行為すべての保険診療が自費扱いとなる。これが現行の保険制度のルールである。この点は融通が利かない、と意見する医者も多い。つまり部分的に自費請求を認めてはどうか、つまり自由診療でいいのではないか。これが混合診療だ。歯科治療ではおなじみのことと思う。これに反対する医師も多い。混合診療はお金に余裕のない患者には縁遠く、無慈悲だ、というのである。確かにそうかも知れない。各科での診療内

容の違いや局面、つまり「命の懸かっている度合い」によって混合診療の意味、つまり無慈悲さの度合いは違ってくる。

「一〇〇万円払うと助かりますよ」では無慈悲度は最高だろう。「どっちでも命にはかわらないんですが、みなさん一〇万円払ってこういう薬使ってますけどねえ」では無慈悲度は低い。だが患者の弱みに付け込む悪徳度は等しく高いように受け取る向きも多いと思う。

だが現状の差額ベッドはどうだろう。これをもって、「既に混合診療じゃないか」と指摘する意見もある。その通りだと思う。海外でも日本の保険診療のような安価な医療はある。だが心臓手術の場合、とにかく待たされる。そして誰が手術を執刀するのかという、トレーニング中の医師である。かつての私のような海外から研修に来た医師に手術させる場合もある。そして病室は大部屋である。予定の手術が長引いてしまうと手術が平気で延期になる。

「今日は三件目はできなくなったんで患者にお帰りになってもらって」

患者は即日退院なのだ。

そんな保険診療のただけ部屋だけは豪華にして特別料金で入院したいと思う患者はいない。そもそもそういう制度はないだろう

う。

さて、保険診療の既製品販売の弊害では、海外では当たり前に使われている抗がん剤や不整脈治療の薬剤、特殊なガンマーグロブリン製剤が日本で使用できない問題がある。

「保険診療」として認可するのは厚生労働省だ。ここに大きな関門がある。たしかに冒頭に述べた、世界最高水準の製品だけを日本国民が使用する、というありがたい関門ではあるのだが、どういうわけか審査の段階で店晒しにされていて日本でなかなか使えない場合が多々ある。先日も一〇年前から世界中で使用している血管のひび割れを固定する特殊なノリがやっと日本でも使えてきたようになった。

世界中で普通に使っているが、厚生労働省が保険診療薬として認可していない薬を一滴でも使えば、先の仕組みであとの治療も全て全額負担となる。この選択肢は「命のためには金に糸目を付ける理由などない！ いくらでも支払います！」などといった、本当のお金持ちにしか現実味はない。

私が毎日遭遇する心臓外科手術でも現実の医療現場でも「お上」の定める既製品には合わない事例に頻繁に遭遇する。例えば心臓手術の場合、心臓弁の手術や冠状動脈バイパス手術、大動脈瘤の手術と、心臓手術といってもいろいろな手技がある。内容、

規模、所要時間にかかわらず、それぞれの手技にファイトマネーとして値段がつけられているのだが、ひとつの手技だけで済まない患者がいる。心臓弁を治し、冠動脈にバイパスする。さらに不整脈の治療も必要だとする。保険診療ではこういった同時手術は二つしか認められていない。「この世に三つの手技を同時に受ける患者は存在しない」との「お上」のお考えだ。現実には二八万円もする不整脈治療の使い捨て器具を用い、その費用は病院の持ち出しで三つ目の手技を患者に実施している。

「あなたの場合バイパス手術も本当は必要なんですけど保険で認められていないからやりませんでした」などという扱いなど人間として出来るはずはない。

今後厚生労働省のお役人様が私にそんな手術を依頼してきたならば三つ目の主義は拒否してやろうと手をこまねいているのだが、未だにその機会はない。

ただしこれには言い分もあるだろう。想像するところ乱診乱療の防止だ。どんな治療でもホイホイ保険で認めてしまつては財政は持たない。

「その治療、いくらかかるの？」の疑問はタブー

「アイランド」というSF映画がある（二〇〇五年、ワーナー

ブラザーズ。

近い将来、クローン人間がいっぱい作られてセレブが病気になった際の臓器移植の提供者にされるべく飼育されている、という話だ。二〇一六年の設定だが、クローン一体六〇〇万ドルという値段がつけられていた。この映画の治療が現実化するならば、当然保険適応にはできない。一ドル一〇円になったとしても一体六〇〇〇万円かかる。

命は地球より重い、という美辞麗句のもとに手当たりしだいに「できる限りのことをやりましょう」が通るしくみにこの世界はなっていない。

ところが現在の日本の保険制度では既製品販売の範囲内ではあるが限りなく

「二つの命にいくらかかっても大丈夫です。どんどんやって下さい」

がほぼ成り立っている格好だ。

コスト意識が思考停止している状態に他ならない。

いや、それは停止している、などといった不作為的な行動ではなく、「その治療いくらかかるの？」という問いかけがむしろタブー視されていると言える。

これもある外国での体験だが、もともと心臓の動きが弱ってい

る重症患者だが、手術で適切な処置がなされたようなのだが術後、やはり心臓の動きが悪い。血圧が上がらず、ICUに収容されてもいわゆる低空飛行状態だ。

執刀医は家族に説明した。

「やはり手術の効果はなかった。手術を受ける患者はいっぱい待っている。重症患者がICUを占めればそれだけ待たされる患者が増える」

そんな説明を家族は顔色一つ変えず聞き入っていた。

驚いたことに翌日ICUに私が来るとその患者はいなくなっていた。

どうなったのかを聞くまでもなかった。

だが日本ではそんなことは絶対に起こらない。私の感覚では何とか粘れば助かりそうな患者だ、と手術当日は感じていたし、そうでなくともとにかく日本の医者は粘るだろう。

強心剤を大量に投与し、心臓が止まりそうになると補助循環装置PCPSという、全身の循環を機械で補う装置をつけ、消えかかる命の灯火を維持しようとしただろう。それがあたりまえのようには、である。ダメとわかっていてもそうする。すばらしい国である。ことの是非は別として、とにかくこの点、外国では考えられない。

さらにエピソードを紹介する。

「医療費は有限のバジェットで賄われているのでその上限を設けないと破綻すると思うがどうだろう」

数年前、箱根で開催された医学生の場合に招かれてこんな話をした。するとそれを聞いていた女子学生から私は叱られた。

女子学生によると「医師たるものそんなことを考えるものではない」とのことだった。

私は虚心坦懐にこの問題を議論しようとしたが、それは難しかった。

なぜこういった話（私はありのままの話をしただけで意見を述べたわけではない）が彼女に嫌悪感を与えたのか、考えた。

その女子学生の家族が医療機関から診療を断られ悲痛な思いをした、などといった個人的な体験があったのだろうか。

トリアージという言葉があるが、これは戦場で負傷した兵士を全員救命するという目的ではなく、いかに傷ついた兵士を再び元気にして兵員として活用できるか、無駄なことをしないという歴史的な考え方に基くと聞く。激しく傷ついた兵士の治療は後回しにされるか断念されることもありえる、というのがトリアージュの本質らしい。

ある患者の治療を行う場合、医師はやりたい放題できる。目の

前の患者に担当医が必要だと思った治療を自由に際限なく行える。それが「あるべき医療」だからだ。

それがほぼ可能となっている、こんな制度がいつまで続くのか。心配でならない。

#### 公平に与えられた自由

だからといって何事においてもケチることが当面のこの制度を維持するため良作なのだろうか？

さてここで医療の本質について説明する。

どんな患者も、またその病気も、それぞれ違う。

そもそも診断すらあやふやなこともある。熱があり、咳があり、下痢をしていて食欲がない。さてなんだ？

なぜ症候群？ 肺炎になるかも知れないし、ギラン・バレー症候群の前兆かも？ いや動脈硬化で腸の血管が詰まって腸の壊死が始まってもう手遅れ、数日後には確実に死が待っている可能性も否定できない。とにかく経過観察、時間が教えてくれるだろう……。こんなふうにある症状に苦しむ患者に対して医者も的確な診断を下すことができないことはしょっちゅうだ。だが推測はできる。いや推測しかできない。推測すること、これすなわち診断。医学とは、推測する芸術だ、とはローマ時代の格言だ。

先の症状で数日たつてもなかなか症状が消えないとする。いろいろな可能性が浮かんでは消え、その過程で様々な検査を行い、投薬も行われるだろう。可能性は少ないが最悪の事態を想定してCT検査しよう。高額な血液検査を行う理屈もある。それらを全部やってしまう医者、何もやらずに忍辱の心で観察し続ける医者。そうなればかかるコストは医者によって当然異なってくる。慎重な医者、イケイケの医者、それぞれのポリシーで個性豊かに医療は展開する。これが現実だ。当然でもあるし歓迎すべき diversity と言える。

医者によって見立てが違う、説明が違う、方針が違う、はある種当たり前の話なのだ。

こういった、まず診断からしてのアバウトさ、そして医師の裁量、さらに極めつけは検査や治療など、何をどこまでやればいいのか、これまた医師の裁量に任されている。何から何まで現実にはアバウトだ。

そこに、ただただお金のかからない医療を選択していいものだろうか。

前述のように現行の保険制度では既製品押し付け医療ではあるものの現実にはある程度のおそびが設けられている。それに則して現場医療には公平に自由が与えられている。

米国の医師国家試験の設問にこういうのがあった。

房室ブロックの患者に必要な治療は次のうちどれか？

正解は「心房心室の両方をペーシングするペースメーカーを入れる」、を選べばいいのだが、その場合でも選択肢が二つあって、身体の動きで脈拍が自動的に増加する高機能付きのもの（DDDRタイプ）かそうでないか（DDDRタイプ）どちらかを選ぶことが要求されていた。房室ブロックでは心拍数の増減は心臓自身が調節する。だからこの場合、高機能付きは×なのだ。米国では患者にも保険会社にも無駄なお金を使わせる医師は失格なのである。

だが日本では皆保険制度のお陰で医者も患者も、医療費のことは心配しないで治療ができる。いや、心配してはいけない、という風潮がある。だから当然、高機能の機種を選択するのがあたりまえ。何かあったときのためにいろいろ付いていた方がいいじゃない、という発想だ。だから日本で同じ試験問題が出題されたなら誰しもが、値段の高い方のDDDRを選択するだろう。

そして、とにかく出せるクスリはどんどん出してしまおう。

何でもかんでも出してしまおう。

この制度で生きてきた、あるいは生かされてきた、そして生まれてきたいろいろなものがあるのだ。何とか出費を抑える方法は

ないものか。

現在電子カルテが普及している。

国民皆保険なのだから国民皆全国共通カルテはどうだろう。

最近富士通がテレビコマーシャルである国の国民全体のカルテを統一した、という自社の実績を紹介しているではないか。

これで無駄な薬剤投与がなくなる。検査の重複もなくなる。そればかりか、これが一番大事なことだが、国民の健康状態を知ることが確実な医学的情報が手に入る。その知見で国民の健康に本当に寄与できるのである。そしてそれは同時に医療費を削減することにもなる。

そして本当に予防医学で医療費を削減できるのか、も知ることができる。BMIで表される肥満度に気をつけたり禁煙や適度な運動で本当に疾病が予防でき、医療費の削減が可能となるのか検証できる。また平均的に人が一生でどれぐらい医療費をかけることが幸福であるのかについても政策として有用な情報に違いない。

そもそも健康とは何か？を我々は知らない。

このシステムで「健康に暮す」ということを知ることができるのではないか。

おわりに

以上、国民皆保険制度について、一介の市井の医師として意見を述べた。

これらの利点と欠点は国民に公平に分配されたものなのだろうか。一部が負い、一部が免れる、あるいはごく一部が得する仕組みなのか。世代間の不公平感も指摘されている。社会保険、国民健康保険と国家公務員共済組合のサービス内容の違いも不公平と指摘されている。そして税金同様、誰かにピンはねされることなく、しっかりと使われているのだろうか。

そもそも人生は不公平だ。我々は必ず何がしかの病気になるという理不尽な運命を皆背負っている。だがどんな病気に遭遇するかわからない。ものすごくお金のかかる病気になることもある。その点において人生は誠に不公平なのだ。お金のかかる病気になった人をそうならなかった人が助けるといのが保険制度だ。必要な人が必要なだけ受け取ればよい制度こそ保険であり、その恩恵に被らない人はそれはそれで幸せであると納得すべき制度である。

書いていて気が付いたが、私も含め、今の保険制度を医者もよく理解していない。誰も教えてくれないからだ。それは看護師もコメディカルスタッフも同様だ。本稿はまず医療関係者に読んで

いただきたい気持ちでいっぱいだ。

誰でもどこでもいつでも受けられる最高水準の医療。これが半ば常識化しているわが国の現状は先人の大いなる努力と献身によるものに違いはない。

それをさらにどうやって維持して行くのか、あるいは行けるものなのか、その点を本稿が読者にしっかりと考えていただける契機となってくれることを願うばかりだ。

以上、本稿の一部は平成二四年三月一〇日発行、月刊文藝春秋四月号掲載原稿の草稿である。ほぼ同様な記事の内容に対し、様々な反響があったが、中でも特筆すべきは、「現行の医療保険が人類歴史上類まれなる最良のものである」との主張を利益受給者の立場からまっとうから否定するものが散見された点である。

具体的には身体障害者や生活保護の患者でも初診料など、さまざまな費用、つまり出費は厳然と患者にのしかかってくるので、その点は完璧な制度とは言えない。厚生労働省はさらにもっと制度受給者の負担を軽くすべきだ、との御高説を賜ったのである。

これはまさに「皆保険制度によって厚遇されたコスト意識の欠落」、つまり医療にかかる財源を誰がどう確保するのかについて一顧だにしない、本稿の指摘するところが如実に具現化された現

象に他ならない。

本稿では「こんなに手厚い福祉制度が今後も維持できるはずはないだろう」との暗喩を随所に、あるいは肅然と主張したつもりであるのに、やはり文藝春秋の一部読者には伝わっていない現実がある。この点、本稿が主張する日本社会の現行の皆保険制度を背景とする「コスト意識の欠落病」は相当に重症と言える。

黒沢明監督の名画、「赤ひげ」（一九六五年）は、当時としては画期的な無償の医療施設として幕府が設置した小石川療養所が舞台となっている。冒頭で入院患者の一人が、無料で入院治療を受け、衣食住まで与えられている状況にもかかわらず、着せられている病衣や、部屋に畳がないこと（病室は医学的理由で畳のない板間になっている）に不満を爆発させ、管理する医師である赤ひげを罵倒しているシーンがある。

どの時代もそうだった指摘は出てくるものなのだろう。現代社会がそうだった雑音をアプリーオーなものとして処理し、英断を持ってかかる事態を乗り切るには勇気と覚悟が必要であろう。