

3 インタビュー：

東京医科歯科大学名誉教授 岡嶋 道夫 氏

岡嶋道夫先生は、東京医科歯科大学を定年退官後の1993年から、ドイツの医療制度の研究を続けてこられ、その成果の一部は、本ネットワークのメールマガジン第2号（2011年2月）に掲載のディスカッション・ペーパーで紹介されています。今回は、岡嶋先生に、何故ドイツ医療制度の研究をされたのか、わが国の制度への示唆についてお話をお聞きすることにいたしました。

（聞き手：医療と法ネットワーク事務局長・木下孝彦。電話インタビュー 平成23年5月17日）

1 岡嶋先生は、医療に係る法制度そのものより、より現場における医療行為に直接係わる医療(倫理)規則、卒後研修規則、救急業務規則や病院計画といった現場の視点から制度を研究されてこられました。そのきっかけは何なのでしょう。なぜ、そのような研究が必要だとお考えなのでしょう。

ドイツの規則があまりにも厳しく、日本とまったく違うと驚いたのがそもそもの原因です。ドイツでは、すべて現実に基づいて、規則や指針が作られている。日本では、「こうあるべし」というあるべき姿だけ出して、強制力が無く、なんとなくはっきりしない。実際に行動するとき、どう行動したら良いのかがさっぱりわからなくなる。いろんな指針で、細かく固めて義務付けなければ、今の医療は成り立たないのではないかと考え、他の国を調べたところ、医療者が行っている行為がどの程度厳しいものかということ。日本の方はあまり知らないのではないかと思うようになった。それが、現実の問題について、現場を知らなければいけないと考えるようになったきっかけです。ドイツでは、お医者さんが休日診療もやっているが、それを知るだけでは駄目で、そこにはどれだけの義務付けがあるとか、救急のときには必ずお医者さんが現れてくれるとか、現実をもう少し捉えるという気持ちから研究をはじめました。

2 国又は地方自治体等が中心となって、そのような現場でのいろいろな規則や、ガイドライン等を作る必要があるのでしょうか。日本医師会などでは対応できないのでしょうか。

そこが一番大きな問題で、ドイツと日本の医師会は全く異なるということです。規則に関しては、国それぞれで違うと思うのです。ドイツの場合には、医師会に権限があることを法律で認めている。医師会の処罰の権限、救急業務規則を作る権限について州や国の法律で認めている。そのなかで、医師会は自由に医師の理想に基づいて、たがを外さず、国民から信頼される規則を作って実行している。これは、これからの研究において参考すべき点だと思います。

3. 我が国にとってドイツの制度が参考になるのでしょうか。

それをこれから研究すべきだと思うのです。現状においては、官僚は2年周期で異動していく。それでは到底駄目で、どこかにブレーンの的なものを作り、しっかり、中長期の計画を立てていかなければならない。まずはその問いかけをしたい。私には、まだ、日本はどうしたらいいのかについての答えはないのです。

4 まず何からする必要がありとお考えですか？

沢山あります。まずはドイツの医師会と日本の医師会とは全く異なることを私の研究成果から捉えていただきたい。色々な規則（例えば、救急規則等）があり、どのような規則を作っているのかを理解していただきたい。例えば、「開業医適正配置」や「病院計画」の最初の項では基本法的なものが、医療保険の項では細かい規定が書いてある。基本法から、連邦法から州の法律、それから医師会レベルの規則や指針につながっている。そのつながりを見ていただきたい。そして、それは、病院計画とは構造が違うけれど、有機的につながっていて成果をあげている。

わが国とドイツでは、法律や規則の作り方が顕著に違う。医療の基本法的なものについては、少し日本語訳しておきましたけれども、非常に細かいことを決めている。こういう種類の病院はどういう行為が出来るということが、基本法に規定されている。日本では「こういう行為が出来るのは、〇〇病院とか、〇〇施設等である」、と規定するにとどまるが、ドイツでは、その「等」の部分について、細かく基本法で定義づけられている。「等」の部分を規定しているのも、後でこの「等」の部分でなし崩し的なことが起こらないと思うのです。日本の基本法は、「医療はこうあるべきだ、すべきだ」だけを述べるだけで、ドイツとはまったく違うということがあると思うので、その点をきちんと捉えていただきたい。

5 医療事故が発生した場合に、医師個人の責任追及が中心のわが国の制度をどのように見られますか。スウェーデンやドイツでは個人責任は追及されない制度になっていますが、日本にも同様の制度を導入すべきと思われますか。また、医師の責任という場合には、民事責任、刑事責任、行政責任の3つがありますが、ドイツではそれぞれの扱いはどうなのでしょう。

ドイツでは、医療事故は、ちょっとした事故でも医者への責任を規則で問われます。結構厳しいものです。賠償については、損害賠償保険で対応します。民事事件の場合、医者への懐は痛まない。刑事事件になると、刑罰ですから、医者に重く、給料の何割とかかかってきますから、一度刑事事件になってしまうと、一年分の給料の半分ぐらいなくなってしまうぐらい厳しいのです。損害賠償は、賠償保険で医者が払っている中から払っているわけですから対応が可能なのです。また、アメリカや日本と違って、賠償額はずっと安いと思います。

6 医療崩壊などが言われているが、医療側から見てどのような責任が、医療側にあると思いますか。

そこが非常に大きな問題で、ことあるごとに医療者をいじめるということが言われていますね。刑事の介入を嫌がったりする。けれども、医者は、患者のために安全な医療を提供するため、医者自身が、職業規則を作ったり、処罰規定を作ったりして、心がけているわけです。自らを律する気持ちがどうやって出てきているのかということは、ヨーロッパでも他の国でも自律規範が出来ており、医者への罰則がある。日本の医師会で医師を処罰しようとしても、なかなか罰せられない。ドイツもそうですが、他国では、国レベルの法律で、医師会なり、医師の自律規範が医師を処罰することが出来るという法律を制定している。日本でも、医師会の方から、自律規範で医師を処罰することが出来るように法律を作ってくれと言い出すようではなければならないと考えています。

7 医療側が法律を理解していないということもある？

そのあたりの相互理解は必要だと思います。

8 現場で働いているお医者さんは、時間もなく、様々な先端医療機器や専門分野についても研究しないといけない中で、法律も学ぶのは難しい状況ではないでしょうか。

確かに、難しい状況に陥っています。それは、客観的な視点として、この医師の能力で責任が問えるかどうかということを、一般人も含めた裁判とか審判の中で、一般の良識も含めた形で判断していくことが重要だと思います。「医者が足りない病院でこのような治療行為が行われました。本来はあるまじきことだけれども、このような状況下では致し方なかった」ということを説明していけば、患者も医者も納得してくれるのではないかとこの雰囲気が必要です。もう一つは、医者の素質です。何科の専門医というけれど、どれだけのレベルの知識、技術、経験を持たなければいけないかという基準が、日本では、専門規則はあるにしても、はっきりしていないと思います。その基準をもう一度見直して、その基準に従って、医者の過誤なり、不可抗力があったかを判断するという雰囲気を作っていくことが必要ではないかと思います。

9 医師の職業倫理の重要性を指摘されていますが、医師会が「医師の職業倫理指針」を出していますが(2008年改訂)、実際に機能していると思われませんか。

機能していないと思います。一応、こうあるべしという形は出していますが、それに違反した場合の処罰が考慮されていない。ドイツの場合は、倫理規則、職業規則に違反すれば、国の法律によって処罰することが出来るということになっています。日本の場合は、倫理規定があっても、免許をどうこうされるという話は出てこないですね。法律があって、倫理審査機関があれば、何か落ち度があれば、それ相応の処罰を科したり、免許を停止・取り上げるなどの操作もできると思います。そこに大きな基本的な違いがあって、私は、日本医師会の倫理指針は、神棚のお飾りに過ぎないと考えています。日本人の考え方が倫理指針のようになっていて、倫理指針があっても結局は処罰されない、参考にならない、逃れることができる。もっともではありますが、しまりが無いということに、皆さんだんだんと気がついてきたのではないのでしょうか。

10 よりよい医療環境を構築するために、わが国の医療行政や制度の問題点は何だとお考えでしょうか。そのために、何をすればよい、あるいはしなければいけないとお考えでしょうか。

ドイツの基本的な構造を研究することが重要だと考えています。厚労省の役人が真似をしようとしても、「病院計画」とか「開業医の適正配置」とかの法律の枠組みを見てもわかるように、そう簡単にできるものではないということが分かると思うのです。そういう点を認識して、国全体として、医療行政制度をどうしたらよいかというのを根本から考え直す必要があると思います。

11 そのために何が一番重要ですか。法律家又は現場のお医者さんなど誰が主導するのがいいと思いますか。

たとえば、法律家にしてみれば、法律家は、新しい治療法などのトピックスを取り上げて、華やかさを競っているような感じがするのですが、もっと、地に足が着いた日常の医療に関する規則を根本から見直す活動が必要だと思います。救急業務規則にしても、私が調査した規則をもう一度見直す必要があると思います。それは、是非法律家をお願いしたいことです。法律家や医事法関係者の方、特に医療経済を行っ

ている日本の第一人者と呼ばれる方から、私が見ていた方を向いていなかったとお世辞を言ってくれています。ドイツ通と思われるグループが4、5人こぞってメールを下さっています。やはり、医療経済をしている方も、経済だけではなく、日常の規則を読み直すことが重要です。法律家に対してはそのようなことを申し上げたいような気がします。

他方、医療側は、何もかも反対するのではなく、外国の事情を客観的に捉える人たちが出てきて欲しいと思います。海外ではどういう規則を実施しているのか、具体的な海外の規則とか指針が対象に、実際に現場で行っていることを把握していただきたい。日本との違いについて、なぜそのような違いがあるのだろうかということを考え直して欲しいと思っています。それには、私の研究成果を眺めていただきたいと思っています。ドイツ医療のことを書いた本はいくつもあるかもしれませんが、もう少し平凡な、私がとりまとめた規則、病院計画、適正配置、規則の組み立てをもう一度見ていただければ、基本の姿がそこに把握できて、何か模索しなければという刺激を与えてくれると思います。それがどんな刺激を与えてくれるかは私もこれから勉強していこうと思っています。

12 そのようなことを検討する場がこれまでも無かったわけではなかったと思いますが、盛り上がってこなかった理由は何かあると思いますか？

現状では良くないと言われ続けて来ましたが、私が申し上げたところまで踏み込んで考えられている人がいなかったと感じています。

13 政府の審議会などでは、先生の資料を使っていたようですが？

皆さん読んで理解しようとしていないのではないかと思います。いままでは、全く反応がありませんでした。おこがましいですが、私の書いたものから読んでいただくほかありません。「医療と法ネットワーク」では、ドイツ以外にも、例えば、デンマークとかスウェーデンといった諸外国に関してもいろいろと調べていただくことを期待します。現状は、その国の規則を深くまで読むことをしないで、英語で通じるところだけを適当にまとめて、きれいな本や報告書を書いているレベルに過ぎないと感じています。その辺りをもう一度見直してもらいたいと思います。

最後に重要なことを申し上げたいと思うのですが、私の研究成果は、「医療と法ネットワーク」にも送らせていただきましたが、同じように、日本医学協会や日本医師会の日医総研にもお渡ししています。ご自由に、著作権とかを気にせずに、日医総研と医学協会とも連絡を取って、大いに私の研究成果を利用して研究をすすめてくださることを希望しています。

【事務局より】

岡嶋道夫先生は、かねてよりご加療中とお聞きしており、ご快復を祈念しておりましたところ、ご逝去されたとの報に接しました。ここに深く哀悼の意を表します。

「医療と法ネットワーク」の今後に大きな期待を寄せくださり、私どもも、特にドイツの医療制度について地道な研究を続けてこられた岡嶋先生にお導き頂きたいと考えていた矢先のことで、悔やまれます。岡嶋先生のご期待に添えるよう、地道に、堅実に活動してまいりたいと存じます。