



医師法 第1条

政策委員（東区支部） 三木 敏 嗣

2015年4月11 - 13日に京都にて開催された第29回日本医学学会に参加してきた。特別企画の1つである「地域包括ケアと医師の使命」にて、愛媛大学医学部附属病院の櫃本先生は、「地域包括ケア時代には、医療依存度を軽減し、治療延命の“してあげる”医療から、QOL・QODの重視の“求められる”医療へと、“医療を生活資源”としたパラダイムシフトが不可欠である」と述べられた。そのなかで、医師法第1条は、医療を行う医師の役割の原点であるとし、すべての医師は、この原点に立ち返るべきであるとされた。そこで、今回のオピニオンのテーマとして、医師法第1条を取り上げることとした。

医師法 第一条は、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」と、医師の役割を規定している。これは、日本医師会綱領の精神と一致している。また、世界保健機関は公衆衛生を「組織された地域社会の努力を通して、疾病を予防し、生命を延長し、身体的、精神的機能の増進をはかる科学であり技術である」と定義している。現在の医療において、医師法 第一条の前半部分である「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し」については、各医師個人の意識や、医師会の活動を通じて、この役割は担えていると思われる。後半の「国民の健康な生活を確保するものとする」はどうであろうか。病気を治療したとしても、「国民の健康な生活」を確保できているのだろうか。この部分こそ、櫃本先生が、医師法第1条の精神に立ち返るべきと話されたのだと考える。

では、なぜ、病気を治療しえたとしても、「国民の健康な生活」を確保できていないのか。それは医師の意識から「生活を支える視点」、「生活の質を見る視点」、「ソーシャルワークの視点」(以下:「3つの視点」)が、希薄化してしまったためであり、その原因として1つに医学の発展の背景、もう1つは、介護保険の導入が原因となっていると考えられる。

前者については、1980年代に入り、医学は専門分化の時代を迎え、急速に発展してきた。医学の専門分化は、医学の急速な発展を支えた原動力となった。医療訴訟もこの時代から増加し、専門分野以外の診療を手控える傾向となった。2000年を迎える頃には、どの専門外来に受診していいのかわからない患者さんや、高齢化に伴い複数の疾患を有している患者さんが問題化してきた。これを、地域のかかりつけ医が支え、そして、急性期病院には、総合診療科が創設されプライマリーケアを支えた。専門医への道筋はできてきたが、「3つの視点」は、希薄化したままであった。

後者は、2000年から、介護保険制度が医療とは別の枠組みで導入されたことにある。このことにより、この「3つの視点」が、介護保険制度のシステムの範疇であるという意識から、医療は、病気を治療することに専念し、この「3つの視点」は、介護保険制度でと、医療と介護保険制度は、縦割り構造となってしまったことが原因と考えられる。

「国民の健康な生活」の確保をどのようにすべきか。急性期医療をやりながらその後のフォローをどうしていくのかを同時に考える方針転換が必要なのだと思う。大学病院の教授であろうと、急性期病院の医師であろうと、専門分化

した開業医であろうと、かかりつけ医であろうと、すべての医師が、「3つの視点」を持ち、急性期病院の医師は、MSWや看護師に、かかりつけ医は、ケアマネジャー（もしくは、地域包括支援センター）に繋いでいただくことである。そして、医師と、実際に生活の現場を見ているケアマネジャー（もしくは、地域包括支援センター）とが適切かつ定期的に情報共有を図る連携が、「生活を分断しない医療」への機能強化につながっていくのではないかと考える。これは、地域包括ケア研究会2013年度報告書（http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8_g.pdf）で提言されている統合的なケア<医療・介護の一体的提供とコーディネートレベル（適切・定期的な情報共有）の連携>につながっていく事だと思ふ。

2010年代に入り、超高齢化時代を迎え、そして今後、2025年には「超高齢化と人口減少」という縮小社会を乗りきるための方策が必要となっている。この方策として、厚労省は、「地域包括ケア」という言葉を拡大解釈しアドバルーン的に使用し、財務省は、2015年4月27日の社会保障改革提案（https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia270427.html）にて、一般会計歳出の31.5%（PB対象経費の4割強）を占める社会保障関係費の削減を提示している。

「日本を破綻させない」という思いは同じだ

が、各論については、この「医師法第1条」日本医師会綱領」に基づき、医師会活動を通して、国と対峙するところは対峙し、共に推進していかなければいけないところは、進めていかなければいけないのではないかと思う。

最後に、医師法第1条の精神に基づき、公立みづき総合病院の山口昇先生は、約30年前から地域包括ケアを実践されている。この地域包括ケアの原点ともいえる公立みづき総合病院のホームページ（<http://www.mitsugibyoin.com/care/top.html>）には、地域包括医療について、「地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすものであり、包括医療・ケアとは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、介護・福祉サービスのすべてを含有するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケアである。地域とは単なるAreaではなくCommunityを指す」と定義づけている。まさに、医師法第1条の精神であり、現在の医療に、「人を見る医療への転換」「生活を分断しない医療」への機能強化、そして、すべての医師が、「生活を支える視点」、「生活の質を見る視点」、「ソーシャルワークの視点」を持つことを求めているのだと思われる。

（みきファミリークリニック）