

たのであろうか。その検証がなされないまま、本制度は今年4年目を迎える。責任の所在が不明な研修医にとって、彼らが研修したプライマリーケアはどのような意味を持つのだろうか。時間がかかっても詳細な検証が必要であると思う。漫然と現行の制度が続くことになれば自信過剰な医師か、自信喪失した医師ばかりが増え、むしろ質の偏差は広がっていくのではないだろうか。

また、この研修制度は医療の地域格差、診療科の偏在を副次的にもたらした。地方では研修医は残らず、疲弊した上級・中堅医師は開業し、地方の医師不足は拍車がかかり、残った医師にはさらなる負担が加わっている。その状況を眼前で見た研修医は経済効率の高い診療科、都市へ流れていき、悪循環を引き起こす。このままでは医師としての知識や技術は後人に伝達されないまま、医療組織としての記憶 (institutional memory) は途絶えてしまうことになる。

一方、政府は日本の医療費が高く、このままでは財政破綻を生じるという理由から医療費抑制政策をさらに推し進めようとしている。WHOが世界一と認めた高水準の日本の医療が先進国でも最低コストで行われてきたことは伏せておいて、医療費をさらに抑制させるというのである。為政者は医療材料費が変わらない中で抑制しようものは人件費であり、極端な抑制政策は医療人のモチベーションを下げ、逆にリスクを高めてしまうことに気がつかないのであろうか。その顕著な事例が、極端な医療費抑制政策がもたらした英国の医療の荒廃ぶりであった筈である。このことと、これを解決するためにブレア首相が医療費を1.5倍に大幅拡大する

英断を下した事実は日本のメディアからは十分に伝えられて来ない。逆に、グローバリゼーションという名の下に、米国の市場原理を日本の医療にも導入することが医療の質を高めるかのような喧伝がなされている。そのような幻影を信じる人々は、米国では4000万人に及ぶ無資格保険者がいることや個人債務による破産の第一の理由が医療費不払いであることを知っているのであらうか。

以上のような日本の医療に関する種々の現象は、いずれも日本社会がこれまで迎ってきた歴史において、日本人自らが選んできた当然の帰結に過ぎないかもしれない。しかし、この医療の荒廃を論理や合理性のみで解決しようとすればするほど、ますます日本の医療は乾いたギスギスした人間関係の上に成立し、もはや自己犠牲までして医療に人生をかけようとする医師はいなくなりはしないだろうか。この荒廃を救えるのは、論理・合理性・経済性ではなく、患者と医師との間に、そして先達の医師と後人との間に、血の通った情緒ある人間関係を成り立たせることであり、これが医療には何よりも大切であるとみなす風土ではないかと考える。この関係を実現し、支えるための制度・政策が日本の医療を良くする、ひいては社会を良くするのではないだろうか。その不立文字の医療のあり方こそが日本医療の品格ではないだろうか。

混沌のなか、医療の品格について自問自答しながらも、これまで育ててくれたこの国の人々のために、先達が築き上げてきた日本の医療の品格を後人に伝えることが自らの使命であるという信念にもとづいて、今日も医療現場に立つ。