医系技官の欲満たす医務総監と専門医

霞が関最後の「白い巨塔」が企図する戦前回帰

参院議員政策担当秘書 岡田裕二

「英国などでは150年余りの歴史を持つチーフ・メディカル・オフィサーというものがあります。これは省外の方になっていただいているというのが多いわけです」

8月24日の記者会見で、新たに創設したい事務次官級の医系技官ポスト「医務総監」について問われた塩崎恭久厚生労働相はこう答えた。だが、初代医務総監は誰かについて水を向けられると「(厚労省の)中の人で医療の知識をしっかりと持っている人」と明言した。

この医務総監は塩崎厚労相の直轄の諮問「保健医療2035策定懇談会」の提言書に盛り込まれた肝煎りポストだ。だが、一説には塩崎厚労相から寵愛を受ける「鈴木(康裕)保険局長のためのポスト」という声もある。

現在、医療・保健の技術分野で部局連携による対応が必要な重要課題が増えており、感染症対策や高齢化対策など、外交での重要性も増している。厚労省は17年度の組織改編で、医療技術の革新を保健医療施策に反映させることや、医療関係者とのハイレベルの調整、国際保健外交、国内健康危機事案への対応などの職責を担わせる事務次官級の医務総監を新たに創設することをめざしている。

国内健康危機事案の代表例は新型感染症対策だが、危機管理対応の司令塔は医療のプロ、第一人者でなければならない。福島第一原子力発電所事故の際、当時の斑目(まだらめ)春樹・原子力安全委員長は「(原子力発電所に)海水を注入すれば、再臨界の可能性がある」などと官邸に助言し、「デタラメ春樹」などと言われた。この二の舞だけは避けなければならない。

医務総監が危機発生時に下した判断によって多くの命が救われ、失われもする。その責任は途方もなく大きいが、そのために医務総監には高度な独立性も必要とされる。

英国のチーフ・メディカル・オフィサーや米国のサージョン・ジェネラルなどは、国際的に著名な医療の技術家、専門家をそのポストに招聘している。だからこそ彼らのアドバイスは、時には首相や大統領をも動かす原動力となる。

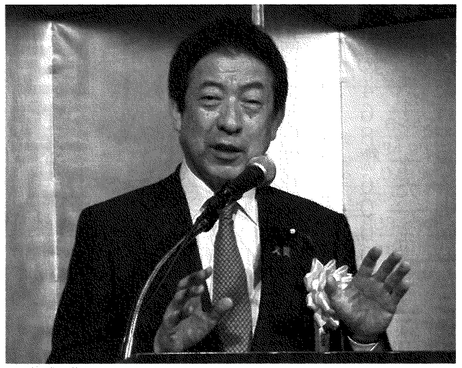
技官イコール半人前?

政府は時に過ちを犯す組織である。薬害エイズ問題しかり、ハンセン病政策しかり。ハンセン病患者に対する90年に及ぶ隔離政策の歴史で、何人かの医師が異議を唱えた。患者を匿った医師もいた。これらの医師は、科学と良心に基づいて行動した。

こうした高潔で、国際的にも高名な医師や専門家を招聘するなら、局の統廃合含めた省内再編をし、財務省と大折衝する意義もあろう。しかし、大臣お気に入り官僚の出世のためのポストであれば、その価値はない。そもそも臨床経験の乏しい医務総監に国内健康危機事案への対応を任せるべきだろうか。

医系技官の次官級ポストを増やすこと自体、国家にとって何のメリットもない。現在、医系技官は厚労省内に約180人いるが、彼らは事務系のキャリア官僚とは異なり、筆記試験も受けず面接などで採用されている。国家公務員一種試験に合格したわけではないが、人事面ではキャリアと同格で遇されている。原則として臨床経験5年未満(以上ではない!)でなければ採用されず、臨床現場に戻らない終身雇用が前提なので、臨床医として患者に対して責任を持った経験もほぼない。

筆者にはこんな経験がある。唐澤剛保険局長(当時)のある会合での発言に関する報道を見て、厚労省の国会連絡室にその詳細を照会した。国会連絡室からの指示が下りた本省の担当官が回答のため電話をしてきたが、どうも要領を得ない。「私は報道もされた局長の発言の詳細を知りたいんだ」と詰めると、その担当官は「局長に聞いてみないとわからない」と答える。「だったら局長に確認してから電話してきてくれ」と言うと、「局長は忙しいから無理だ」などと言う。激怒して国会連絡室にクレームを入れると、「すみません、彼は技官なので」と謝罪があり、改めて課長から詳しいレクチャーがあった。謝罪の言葉のなかに、技官イコール半人前、という前提があるような印象を受けた。



就任2年を超え、厚労相が板に付いてきた?

無理もないのかもしれない。彼らは公務員試験を受けていないため法律の素養もなく、臨床経験も乏しいため、リアルな医療現場を知っているわけでもない。しかし、そんな彼らが厚労省発の無数の通知を通じて、医療行政のみならず、医療現場まで支配している。まさに霞が関最後の「白い巨塔」だ。

例えば09年の新型インフルエンザ発生時には、国際空港での感染者の隔離など、科学的な根拠に乏しい「水際作戦」を指示したり、実態と懸け離れた通知を自治体に乱発したりして、全国的な混乱を招いた。批判の高まりを受けて、舛添要一厚労相時代に、医系技官の固定ポストだった医政局長が事務官に差し替えられたこともあった。

新機構で天下り先確保

一方、医療は日進月歩の勢いで進化し、複雑化かつグローバル化する。その最前線の現場のことは、終身雇用に安住し、井の中の蛙となった医系技官にわかるはずがない。要するに、行政官としても医師としても中途半端なのだ。

旧厚生省はもともと、徴兵のために生まれた組織だとも言われている。国民を健康にし、国民を総動員し、戦争に徴兵するために旧厚生省が設置されたのだという。未だ厚労省は、戦前の旧厚生省よろしく、ひたすら全国の医療従事者を支配下に置きたいという欲望から抜け出せていないのではないか。行政のあらゆる分野で規制改革が進むなか、厚生行政だけが戦前回帰をしているかのようだ。

大きくコケた新専門医制度も、蓋を開ければ彼らの支配欲を満たすツールに過ぎなかった。新専門医制度の議論は、13年に厚労省の検討会が報告書で「学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念がある」と指摘したことが端緒だった。中立的な第三者機関で、認定と養成プログラムの評価を統一的に行うことで質を担保するとのお題目で、14年に日本専門医機構なるものまで創設された。

機構の運営費は厚労省の補助金が原資であり、医政局がその差配を握っているため、近い将来、医系技官の恰好の天下り先になるだろう。17年4月に新専門医制度はスタートする予定だったが、厚労省は専門医の認定と養成プログラムを統一するのみならず、専門科ごとに定員を設けたり、専門医と非専門医との間に診療報酬で差をつけたりするなどの邪な支配願望を垣間見せた。危険を察知した日本医師会と四病院団体協議会は今年6月に緊急記者会見を開き、新制度の延期を要望。厚労省の野望は一時棚上げにされた。

第2次世界大戦中、ドイツや日本の医師の一部は国家犯罪に加担した。多くの民主主義国家で、医師の行動を国家が一元的に支配することはタブーとなっている。

医師免許を取得したあとは、医師はただただ自身の知識と良心、そして科学と技術に従って医療に従事すればよい。医師を専門医に認定されなければ半人前のレッテルを貼られるという恐怖に陥れ、国家の支配下に置くというやり方は下品だ。

医師は厚労省の兵隊でもなければオモチャでもない。医務総監、専門医制度ともに議論を一からやり直すべきだ。