

内田樹×小松秀樹

医療崩壊の文化論

すっかり日本の医療現場に定着した感のあるインフォームドコンセント。今回の対談は、インフォームドコンセントへの異議から始まります。

第3回

責任回避の構造

内田 医療に関心を持つようになったのはですね、医学書院の『看護学雑誌』というところから、インフォームドコンセントについて原稿を書いてほしいと頼まれたのがきっかけなんですよ。

なんで私に頼むのかと聞いたら、その若い編集者がですね、「医療界では、インフォ

ームドコンセントはいいことだということになってるんだけれど、どうも違うような気がする。ただ、そのロジックが組み立てられないので、先生に考えてほしい」と。で、インフォームドコンセントに関して書かれたもの、たいていは素晴らしいって書いてあるんですけど、それを色々

送ってきたので、読んでみて、アホだと思いましたね。

中でも特にアホだと思ったのが、患者は医療者と対等の立場で情報を集めて正しい治療法を選択しなければならぬと書いてあるものでね、心身ともポロポロになっていながら、普段でさえやっていないような勉強をして、医師と

対等に交渉して自己決定せよなんて無茶な話ですよ。

ただ、その時にふっと思いついたことがあって、7歳の時からアメリカに住んでいる

甥がいるんです。彼がオートバイレースで肩を骨折しまして、その時に「樹さん、生まれてからこんなに勉強したことはないよ」と、嬉しそうに言うんです。図書館で肩のことや治療法をあれこれ調べて、これがいいと思った治療法を医師に示して、それでやってもらったんだって、とっても嬉しそうなんです。

ああ、この人は治療法を自己決定したことで自己肯定感が高まっているんだな、と思いました。治療効果ありますよね。極端なことを言えば、たとえ間違った治療法を選択したんだとしても、彼は非常に達成感を感じるはずなんです。そういう自己決定を大事

にする社会ならインフォームドコンセントは意味がありませんよ。でも、最適の選択になるとは限りませんよね。

小松 私は、インフォームドコンセントは評価しています。医師と患者が情報を共有して信頼関係を高めようとするものだと思います。それと、日本では、医者が勝手に無理な治療方針を立てちゃうことも多かったですよ。外科だと手術したがるとか。

内田 やっぱ、そういうもんですか。
小松 それはアメリカも一緒ですけどね。アメリカの場合だと、お金がほしいから手術したがるんで、もつと悪いかもしれない。だから、そうい

うのを防ぐという側面があるのは間違いないです。

それと一方で、何かあった時、うまくいかなかった時に後から文句を言う人が多いんですよ。だから医者側の自己防衛というのがあります。

内田 それって保険の約款のようなものですよ。小さい文字でいっぱい書いてあって、理解していないがいまいが、読んでおいてください。私がインフォームドコンセント受けた時も、本当に保険会社の営業トークと同じで、機械的にやっているんですよ。なぜこんなことするんですか。後でガタガタ言いませんから、先生のいいと思う方法を選んでください

て言いましたけど。

小松 そうは言われても、たとえば前立腺がんなんかだと、どの治療がいいかなんて分からない。手術するのも、放射

小松秀樹

こまつ・ひでき ● 虎の門病院泌尿器科部長。1949年香川県生まれ。東京大学医学部卒業。同大学病院を含む都内8病院で勤務後、83年に山梨医大助教授、99年から現職。主な著書は『医療崩壊』（朝日新聞社）、『医療の限界』（新潮新書）。

自己決定社会でないのに
インフォームドコンセント
礼賛するのはアホ。(内田)



線当てるのも、ホルモン注射するの、実は無治療というのも正当な医療で、どれが一番優れているのかを明確に示すデータがないのだけれど、その辺をきちんと説明してない医師も多いんですよ。

内田 でも、それを患者に決められますか？

小松 だから何カ月かかってもいいから、じっくり考えてくださいと言います。

内田 そうは言われても。

小松 今の紛争で敗訴する最大の理由が、選択肢を全部示さなかったという説明義務違反なんです。だから仕方ない。

内田 でも患者には医学的知識がないわけですから、何を根拠に決めていいのかわかりませんよね。

小松 手術と無治療のどちらかを選ぶとなると、根拠になるものは、本人の好みと人生に対する態度しかありません。治らないものはどうやっても

治らないから、それは言っておかないといけない。それと治療法を医師が決めても、悪い結果が出ることはあるし、後で文句言われることを考えたら仕方ないんですよ。

内田 なぜここにこだわるかというと、私、実は医者の方が多いんですよ。それで自分の体に何かあった時は、その普段の私を知っているお医者さんの推薦してくれるお医者さんの所へ行くようにしているんです。お医者さんなら、どの領域ではどのお医者さんに行ったらいいか知っていますでしょう。

病気になるってからどこかの病院に転がり込んで、初対面に近い医者にはベストな治療をしてくれていくのが、そもそも無茶な話なんでね。本来は健康な時に、自分の人的ネットワークの中に信頼できる医師とコネクションを作っておくべきだと思うんですよ。生活習慣も既往も知っている

選択肢を全部説明しないと 敗訴する。 だから仕方ない。(小松)

ようなお医者さんに紹介してもらうなら、あまり考えずにお任せしても大丈夫じゃないですか。

ほとんどの人はそれを考えずに、調子が悪くなってきたり飛び込んでいって、最適の治療してくれといっても、それは無理ですよ。

小松 生活習慣とか既往の関係ない病気も多いから、一般化は難しいような気がします。プロフェッショナルがプロフェッショナルを知っているというのは間違いないですね。

内田 自分が健康な時に、自分の足と時間を使って、医者とのコネクションを作る。イザという時のために、自分

の時間を投資する感覚ですね。

小松 医師がどれだけの人と付き合えるか、その総量から見れば、すべての人が医師とコネクションは持てません。

特に、救急医療はそんなわけにいかないです。救急医療が崩壊しているのは、要するにすぐ治ると思っていて、もともと助けようのなかったもので、どうしてくれるんだ責任取れと、ものすごくトラブルが多いんです。

内田 それでガタガタ文句を言っていたら、本当に医療崩壊しちゃいますよね。

小松 そんな人ばかりじゃないんだけれど、そういうトラブルを1回経験するとイヤになっちゃう。

要求すればするほど 供給が減少する

小松 医師不足って言われま

すけど、実は医者の方が今のままでもやれないことはないし、個人的には思ってるんです。僕らが見て何もしてないっていう医者が今の半分になったら、たぶんそれで十分だと思います。でも、今のようない無茶な責任追及がある限り、医者を増やすしかないと思います。

内田 何もしてない、つてのは。

小松 勤務医でも開業医でも、とにかく責任回避するというのが行動原理の一つになって

います。インフォームドコンセントもその一つですけど、リスクのある診療を引き受けない、最終的な判断を示さない。

患者が来たら、いっぱい検査して、それで異常があったら専門家に回す。判断と責任を一切引き受けないんですよ。

内田 自分の手に負えない人を専門家に回すのは、誠実といえは誠実ですよ。

小松 いや手に負えても、ですよ。たとえば僕らのところによく来るのは、尿潜血反応が出た人。開業の先生がいっぱい送ってくるんですけど、はつきり言って迷惑なんですよ。

健康なうちに時間使って 医師とコネクション 作っておくべき。(内田)

内田 ひよつとすると重篤な疾患の可能性がある、と。

小松 ほとんどないです。尿潜血だけだったら、健康な人と変わらないです。

内田 でも、平気ですよという後で責任問われるかもしれないから。

小松 ええ。

内田 それは特に開業医の話ですか。

小松 開業医の中にも、田舎などで、大きな役割を引き受けておられる方がいるのは間違いないです。でも、都市部で最近開業しているのは軌^{レキ}轢に疲れきった人たちが多いですから、可能な限り責任を引き受けないようにするのは仕方ないことです。無茶な責任追及がある限り、正当な行動とも言えます。

厚生労働省が、開業の先生を夜も働くように診療報酬で誘導しようとしているんですが、あれは無理だと思つてま

す。そもそも責任を引き受けたくない人たちなんだし、開業医の設備や人を考えたら、患者さんの高い要求に応えるのは、ほとんど無理です。今の責任追及のやり方がある限り、やらない人はやらないですよ。

内田 先生から見ても、何もしてない医者はかなり多いんですよ。

小松 多いですね。

内田 そういう医師を働かせるのは難しいでしょう。

小松 難しいです。

内田 今からマインド変えろっていうのも難しいですよ。医師育成の複雑化はできないんですよ。

小松 多様化はできると思いますが、でも今の責任追及のままだったら、経路を増やしてもどうせ辞めるから、第一線のキツイところで働いているのを逃さないようにするのが第一だと思いますよ。