

「医療崩壊」の先に何があるか

出席者 (50音順):

慶應義塾大学商学部教授	権文善一氏
虎の門病院泌尿器科部長	小松秀樹氏
日本福祉大学社会福祉学部教授、医学博士	近藤克則氏
埼玉県済生会栗橋病院副院長	本田 宏氏
東京医科歯科大学医歯総合研究科医療経済学教室教授	川淵孝一氏

[可会]



川淵 本日のテーマは「医療崩壊から医療再生」です。まずは、「医師不足の実状」から話を進めていきたいと思います。

1 医師不足の実状

本田 厚労省のホームページに出ている「年齢別医師数」によれば、日本医師総数は26万人です。OECD 諸国の人口当たり平均医師数と同等にするには、日本の医師数は約40万人必要ですから、14万人足りない計算です。しかもその26万人には90歳を超えた医師も入っていて、実働数での把握はできていないのです。ちなみに65歳以下の医師数だと22万人です。

お上は、前提となる数字の把握ができていない状況下で、「将来医師は余る」と予測してきました。これがまず、基本的な問題としてあります。

川淵 本田先生のおっしゃっている26万人というのは、「医師、歯科医師、薬剤師三師調査」の結果ですね。もう一つ、「医療施設調査」でも医師数は出ていて、そちらでは3万人ほど医師数が多いですが、なぜでしょう。

本田 非常勤医もカウントされているといった理由ではないでしょうか。要は、緻密な調査ではないということです。以前、名義貸しが話題になりましたが、とにかく病院としては、1人でも多く発表し「標準医師数を満たす」必要があるわけです。

近藤 標準医師数を満たさないと診療報酬を下げられてしまいますからね。

川淵 先般、民主党の足立信也さんという方が、情報公開法で明らかにされたことですが、常勤医だけで医療法基準を満たしているのは、全病院の35.6%だそうです。非常勤を含めても満たしていない病院は16.5%あるんです。

本田 そもそも、医療法上の「標準医師数」が定められたのは約60年前の昭和23年のことです。つまり60年前の医療レベルをも満たしていないということになります。

川淵 近藤先生は名古屋で教鞭をとる一方、千葉で診療もされています。厚労省が医療格差と言うとき、「診療科別格差」とか、「地域別格差」という言葉を使いますが、先生は「格差」をどう感じていますか。

近藤 千葉県内でも、東京まで90分の圏内ではそこそこ常勤医が集まりますが、もっと離れた房総のほうでは医者が行きたがらない。だから常勤医は院長だけで、週1日だけ大学から派遣される医者が主治医ということもあると聞いています。こういう現状は、昔から言われていますし、千葉県だけの問題ではないと思います。

本田 地方でも中核都市では、まあなんとかありますが、そこから一步離れたら急激に医師不足になります。地方は絶対数が少ないなかでの格差ですから、本当に悲惨です。

川淵 新医師臨床研修制度が始まってから、東京に医師がもっていかれたと言われますが、東京では医師は余っているのでしょうか。

小松 いいえ、科によっては足りていません。虎の門の泌尿器科は1人欠員ですし、心臓外科も欠員の病院が多いですよ。

川淵 では、医師はどこにいったんですかね。

本田 どこにも行ってはいないんです。おそらく、ずっと以前から、医師達は過酷な労働時間で働いてきた。それが顕在化してきただけのことなんですよ。

川淵 しかし、医師不足が取り上げられるようになったのは、ごく最近のことですよ。

本田 それは、医療者達が声を上げるようになったからでしょう。医療者同士で、医師不足の実情に関する情報を共有できるようになってきたことが背景にあると思いますよ。

権丈 過去の新聞を調べてみると、医療事故の記事が99年頃から急激に増えてきます。その段階では新聞にはまだ「医師不足」という言葉はでてこない。そこから3年ほど経った2002～03年から急増しはじめ、04年の「新医師臨床研修制度施行」を機に加速されます。おそらく、この間に医師と患者の関係が大きく変化したのだと思います。

川淵 99年といえば、横浜市立医大の患者取り違え事件が1月にあり、都立広尾病院でも2月に事故がありましたね。

小松 そもそも、日本が本当に医師不足なのかを決めるには、ものすごい作業が実は必要です。医療に関するどういうニーズがどこにどれくらいあるのかを測り、そこから必要数を算出しないとイケない。足りるか足りないかは要求水準でいかようにも変化します。ただ、OECDデータの平均を大きく下回っているという意味では、足りないということです。

医師不足が目立つようになったのは、救急とか基幹病院で医師が足りなくなってきたからではないでしょうか。

川淵 「立ち去り型サボタージュ」は、医療界では流行語になりましたね。やはり勤務医は大変ですか。

小松 そう思いますね。病院によって濃淡はありますがね。中核病院は大変です。

2 開業志向や新医師臨床研修制度の影響

川淵 開業志向が高まっていますね。本田先生、開業が増えたから医療が崩壊したというのは間違いですか。

本田 おそらく、急性期病院の勤務医が減る数ほど開業医は増えてないんじゃないかと私は思います。つまり急性期病院の勤務医が、当直の少ない療養型病院に行くとか、そういうシフトも多いんじゃないかと。

川淵 データでは、確かに開業医は増えているんですよ。診療所数は廃・休院を差し引いても年間1000件ぐらいずつ増加しています。

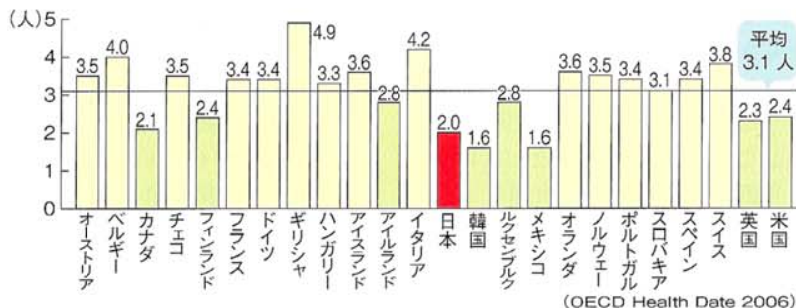
また、04年度から新医師臨床研修制度が始まり、これが医療崩壊や医師不足につながったという人もいますが、どう思われますか。

近藤 それの一つの引き金というか、顕在化するきっかけになったというのは、たぶん多くの方が思っています。ただそれが主因だったかということ、その前から不足していたという意見が多いんじゃないでしょうか。

本田 新医師臨床研修制度立ち上げで中核になった先生は、日本の医師の絶対数不足を認識していなかったという話を聞いたことがあります。厚労省の「日本の医師は将来余る」という言葉を信じていたのだそうです。

近藤 医師不足が見えにくかった理由の一つと

図表1 OECD加盟国の人口1000人当たりの医師数(2004年)



して、医師のモラルの高さと長時間労働によって医療が支えられていたことが挙げられます。一人ひとりの医師が数%ずつ頑張っただけでなんとか生きていたものが、「自分達はこんなに悲惨な状況にいたのか、ならばもう少し弱音を吐いてもいいのでは」という気分が醸成され、医療界全体がうつ状態になってしまったように感じます。

本田 今の制度とはかけ離れますが、私は、臨床研修は大学の医学部生のうちにやるべきだと思っています。つまり、アメリカ型にもっていったほうがいい。

川淵 アメリカ型ということは、メディカルスクールを創設するということですか。

本田 ええ。全部をそうするべきだとはまだ言いませんが。

川淵 小松先生はどうですか。

小松 やはり、多様なほうがいいと思います。いろんな経験をしてきた人が入らないとよくないですよ。厚労省の医系技官にも多様な人がいたほうがいい。

川淵 私は、医学博士の取得がずいぶん人気なくなりましたと思いますが、どう思われますか。

近藤 どんな制度でも光と陰があると思います。ローテート研修の重要性というのは80年代から言われていましたが、それから30年近い時を経て、ようやく実現した。それは光の面でしょうね。で、実際に研修医が大学より市中病院を選択するのは、研修を受ける立場からみて、そちらのほうが良い研修ができるからでしょう。ただ、それまで医局が果たしていた「人の配置」という機能がなくなったのは、陰の面です。

3 マスコミの論調に変化

川淵 最近、医師不足を扱うマスコミの論調も変わりつつありますが、マスコミの責任・役割に関して、どう思いますか。

近藤 毎日新聞記者と話をした時、「以前は厚労省の言うことを信じて、医師数は足りていると思ってきた。しかし、大変だといううわさが聞こえてきたので、自分の足で現場を見たところ、自分達の予想をはるかに超える困

難な状況がわかった」と話してくれました。**本田** 朝日新聞社の方も同じことを言っていましたね。

近藤 日経新聞の社会部の方から聞いた話では、記者は警察担当をやったあとに厚労省の担当になるそうですね。警察で事件や事故の書き方を身につけたところなので、「そら医療事故だ」ということで、つい犯人を追いつめる書き方をしてしまう、のだとか。

小松 感情の表現について彼等は考えていないと思います。正義というものがどういうものかということも。あるジャーナリストが、「被害者の感情をそのまま出してしまうのが日本のメディアの病気だ」と言っていました。それでは、「誰それが悪い」ということを根拠もなしに社会に植え付けることになるんですよ。「正義のため」に書いた記事が、結果として社会にどういう影響を与えるか、他の意見があるのを疎外してもいいのか、ということまで考えていないと思います。

権丈 医療事故が起こったとき、彼等はその日のうちにそれを記事にしないといけません。考える暇もないため常識や一般的な印象にのっとなって記事を書かざるを得ない。時々、私は何と聞っているのかと自問したくなるのですが、それは60年代・70年代に築き上げられた医療界への世間の印象だったりするわけなんですね。メディアの扱いは、歴史的に形成された印象の現れだったりする。武見会長のときに作られてしまった“欲張り村の村長さん”という医療界への印象が、今の問題を深刻にしているようにしばしば思えます。だけど最近、かなり変わってきましたけどね。

近藤 ある雑誌の記者は、自分で勉強する時間がないので、ひな形を探して書くと言っていました。使えそうな記事を探し、事例となる病院や専門家のコメントを差し替えて出来上がり。そうでないと間に合わない。

その記者も勉強はしていましたが、でも、医療問題は複雑過ぎて、聞きに行く先によって主張もまちまちですから、簡単には全貌や真相が見えにくい。勉強できる場や情報を共有する場が、これからは必要なんですよ。



政策転換は、医師数や医療費を増やすと発言した政治家を選挙で勝たせることです

権文 善一（けんじょう よしかず）

85年、慶應義塾大学商学部卒業。90年、同大学大学院商学研究科博士課程修了、同年慶應義塾大学商学部助手。94年助教授、2002年から教授・博士(商学)。ケンブリッジ大学訪問研究員(1996-98、2005)。著書には、『再分配政策の政治経済学』シリーズⅠ～Ⅳ巻がある。第Ⅱ巻の『年金改革と積極的社会保障政策』で労働関係図書優秀賞受賞。

本田 おっしゃるとおりです。私も、この6、7年の間に200人以上のメディアの方に、1人につき2時間以上かけて話をしてきました。データも提供しています。これまで、そういう努力を医療界はしてこなかったですよ。記者もスマートですから、ちゃんと話をして、データを示すとわかってくださるんです。最初はいくら話しても記事にはならなかったけど、努力がだんだん実りつつある、最近はそう思います。

4 保険料・自己負担増——患者の医療格差

川淵 では、患者側の医療崩壊の話に移りましょう。小泉改革は、いわゆる三方一両損ですよ。保険料も上がったし、自己負担分も上がった。その一方で、診療報酬は下がった。診療報酬は国民からみれば値引きではありますが、負担増はきびしいですよ。実際に診療をやっているんですか。

近藤 患者の医療格差を示す象徴的なものを見たくて、07年11月14日の朝日新聞の記事をもってきました。大阪府堺市の病院が、その病院に7年入院していた全盲の患者を公園に連れだし、置き去りにしたというものです。アメリカには「患者遺棄禁止法」があり、ひ

どい国だと思っていたんですが、とうとう大阪でも同じことが起きた。日本の医療従事者はまだマシで、そのまま置き去りにはできず、救急車を呼んで見届けたそうですが…。

川淵 マイケル・ムーアの『シッコ』というのは、現実の問題なんですね。

近藤 そうです。日本でも社会的入院と言われている人たちのなかには、家に帰れない、面倒を見てくれる家族がいないという人がいます。特別養護老人ホームも待機者が何十万人もいますから、病院に居ざるを得ないのです。お金のある人は有料老人ホームに行けますが、そうじゃない人は病院に居座るしかない。そうすると、病院は赤字になるから、こんな出来事が起きるんです。

本田 当院でも同じようなケースがありました。94歳の女性が退院できるのに、60歳を超えた娘さんが引き取ってくれなかった。自分も病気のため経済的につらいので無理だということです。他の病院には94歳という年齢を理由に断られた。そういう事情がある長期入院患者についても、「ムダをしている」と言われると我々は憤りを感じます。

川淵 国民皆保険制度と言っていますが、実際、保険証のない人も増えていますね。

本田 無保険者は400～500万人いると聞きます。また、自己負担の未払いも増えています。

小松 保険料というのは税金とは違って、結構高いですよ。収入の少ない人にとっては。これではやっぱり払えない人が出ますよ。今はもう、明らかに国民皆保険ではなくなっています。

権文 日本は、先進国のなかでも特に自己負担割合が高い国ですよ。経済学者は、モラルハザードが起こらないようにと、自己負担を肯定する傾向があります。ただ、それにも「限度」というのがあって、3割というのは、ちょっと限度を超えているんじゃないかと思っています。

川淵 ただ、高額療養費によりセーフティネットは張られているという人もいます。

権文 高額療養費はもちろん良い制度だと思います。でも、それ以前に3割というのは高いんじゃないのかな。医師が勧める診療一つひ

とつに、患者が「いくらかかりますか」と不安げに訊かざるを得ないのは、よくない。「シッコ」をみた学生は、自己負担をあまり意識しないで医療を受けられる国があるのを見て、驚いていたようです。

近藤 次回の診療予約を入れるときに、カレンダーを見ながら、必ず年金の入金直後を選んでいる患者さんがいらっしゃいます。年金は2カ月に1回なので、毎月の受診はむずかしいと。

川淵 近藤先生の著作に『健康格差社会』がありますが、健康格差は広がっているのですか。

近藤 そう思います。1つデータをもってきました(図表2)。横軸が所得で、縦軸が「うつ状態」の割合です。年齢別にみても、高所得者に比べ低所得者で5~7倍も多いのです。

自己負担の議論のなかで、高齢者の平均所得は若い人と同じくらいだから払えるはずだという人がいます。しかし、実は、お金のある人はあまり病気をしないのです。低所得者層に患者さんが多い。その人達にとって3割はとても大きな負担なんです。

権丈 「自己負担は受益者負担」と、わけのわからないことを言う経済学者がいます。受益者というのは、「医療を受けた人」ではなく、「保険に入っている人」です。そして、若い人と同じだけの負担率を高齢者の現役並み所得者にも求めるというのですが、その一方で、高齢者は4.3倍も医療費が高いと言っているわけですよね。つまり、若い人より4.5倍の自己負担を支払うべしということです。そんな話があり得るのか。

本田 警視庁のホームページで、自殺数が年間3万人を超えているとありました。職業別に見ると、自営業者や非雇用者の自殺が増えてるんです。まず根底にある格差社会をどうにかしないとイケませんね。

それから、日本はモラルハザードを気にしすぎる国ではないかと思うんです。ルース・ベネディクトの『菊と刀』に、日本の軍隊が三日三晩寝ないで行進させる訓練をしています。外国人が驚いたという話が出てくるほどです。「自己負担を下げるとみんなが医療をムダに使う」という考えはつまり、国民はそ

の程度だと見くびっている証拠です。

5 国民医療費が急増するという誤解

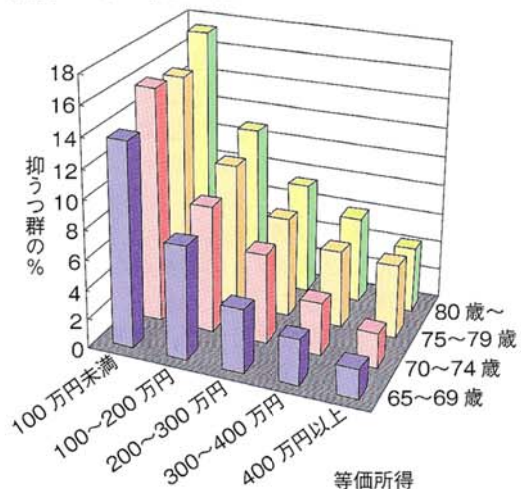
川淵 医療崩壊の原因はなにかという意味で、医療費の話をしたと思います。権丈先生、厚労省の「医療費の将来見通しに関する検討会」は、もう終了したのですか。

権丈 終わりました。医療費の見通しに対し、みんなである程度の共通見解をもとうというのが検討会の目的です。

厚労省による2025年の国民医療費の見通しが推計時1994年で141兆円、2000年81兆円、2006年56兆円と下方修正されてきた経緯がありますね。それを見て多くの人が、これは厚労省が過大推計をして医療費抑制の機運を高めようとしたものだと言ったと思います。

私は医療費の国際比較などをしてきましたので、なぜ厚労省が医療費の将来見通しを下方修正してきたのかわかっていました。他の国をみても、経済成長率と医療費の伸び率というのは、単年度でみるとパラレルには動きませんが、5年ほどずらすと相関が出てくるんです。経済が悪くなると、政治的な調整が行われ、5年後ぐらいに医療費の伸びを抑制する動きが出てくるからです。逆に、経済が上向くと、5年後ぐらいに医療費がGDPの所得

図表2 うつ状態の割合と所得の関係



を吸収できるような制度が作られたりする。

このことから私は、141兆円と予測された時期は、GDPの伸びが高かった時期、56兆円の時期はGDPの伸びが低かった時期だけのことと考えていました。その証拠に、医療費予測と同時に予測されていたGDPに占める割合で医療費の規模を見ていくと、2025年時点では3つの予測ともほとんど同じなんです。検討会の終わりでは、医療費の将来見通しの際に、厚労省による陰謀なんかなかったということ、検討会の共通見解として認めてもらいました。

川淵 それなりに理屈があったと。 **医療費**

権丈 そうです。単年度では経済成長は独立に動くわけだから、推計している当人たちも気付いていなかった。ですから、医療費や社会保障を名目で論じちゃいけないんです。

例えば、社会保障費が06年90兆円から、2025年に141兆円になると推計されていますが、国民所得に占める割合で見れば、06年の24%に対し、2025年は26%。つまり、20年間で2ポイントしか増えないとみるべきなんです。

その間、日本の高齢化水準はどんどん高まり社会保障ニーズは大きくなるというのに、高齢化水準が今の日本より低い今のイギリスと同じくらいの社会保障水準しか日本では2025年に予定していない。「2025年の日本の社会保障は小さすぎる」ことのほうが問題なんです。

本田 数字が1人歩きしてしまうんですね。

権丈 そう。90兆円が141兆円になると危機を煽る新聞記者にも悪気はないと思いますよ。私だって、90兆円の社会保障給付費が20年後に141兆円になると言われたら、「たいへんだ、抑制しなくちゃ」と誤解します。将来のことを名目で論じるバカらしさを、まずはみんなで認識する必要があります。

本田 よく理解できました。すると、やはりメディアとの関係が問題ですね。結果的に我々が誤解するような書き方をした背後には、発表の仕方や記事のニュアンスによる誘導があった可能性は否定できないですね。

6 特定健診と特定保健指導

川淵 先ほど話に出ましたが、厚労省が06年に経済財政諮問会議に提示した「医療給付費」の将来見通しでは、2025年が56兆円です。そして、持続可能な額は42兆円だと。さすがに厚労省も48兆円まで押し戻しましたが…。メタボ対策と在院日数短縮政策で実現する点では、前事務次官の辻哲夫さんの路線を踏襲していると思うんですけど、この流れは今後も変わらないのでしょうか。

本田 川淵先生は、踏襲されたって言われましてけどね、メタボリックシンドロームは1983年の吉村仁さんの『医療費亡国論』のときから言われていることです。メタボ対策がいかに効果が上がらない政策かってことは近藤先生にご説明いただきたいですね。

川淵 生活習慣病対策で、2兆円ほど医療費が削減できるというのが、厚労省の試算ですね。

近藤 メタボ対策では医療費抑制ができない理由は、数えると7つくらいあります。

例えば、生活習慣病も社会階層とかなり関連があることがわかってきています。日本では欧米と違って、そういう研究の蓄積がまだ不十分ですけれども、社会階層が低い人達に喫煙者や健診を受けない人が多いことがわかっています。しかし、その人達は、「将来の健康のため」に今何かを我慢しようと思えないほど日々の生活に追われてるわけです。また、先ほど言ったように、その層にはうつ状態の人も多いので、特定保健指導を受けに3回来なさいといってもむずかしいでしょう。これもメタボ対策に効果がないという理由の1つです。

川淵 先日、痩せすぎの人のほうが、死亡率が高いという話を聞きましたよ。

近藤 日本人のエビデンスは、基礎となる疫学的なものですら足りません。世界一長生きの日本人の死因のトップは癌ですが、欧米では心筋梗塞で、そのリスク因子も違う。日本でも心筋梗塞だけ取り出せば高脂血症が悪くなるほど死亡率が上がりますが、癌患者に限定してみると、実はコレステロールが高い人のほうが長く生きているというデータもある。トータルでどちらが良いのかは、日本人で確

かめる必要があります。日本人のエビデンスが足りないので、海外のデータに基づく憶測でものを言ってるのが日本の寂しいところですよ。

権丈 ただ、特定健診・特定保健指導で2兆円医療費が下がりますってことを言わなかったら、経済財政諮問会議から医療費のキャップ制、つまり総枠管理制度を導入されてしまうところだったわけですよ。それを逃れるために、官僚が智恵を絞ったのなら、そこを責めるのもちょっと可哀想かなと。

川淵 厚生官僚もわかっていたというわけですね。

権丈 トップは特定健診の効果を信じていたかもしれないけど、参謀は仕方なく導入したんじゃないかな。ただ怖いのが、そういう事情で導入された制度は、伝言ゲームのようにあとに行くほど歪むことです。我々は疫学的なおかしさを指摘できますが、人々は特定健診の効果を鵜呑みにしてしまおう。「生活習慣病患者に限って患者負担の月額上限を上げる仕組みは避けられないのではないか」というようなことを2年前に日経新聞の編集委員・大林尚さんが書かれていましたけど、大林さんはかつて成人病と呼ばれていた病気に遺伝などはかかわらないとすでに信じ切っているようですね。危険だと思います。

川淵 思想がブレて、「太ってるのはけしからん」と優生思想につながるのでは。

権丈 ええ。メタボリックの被保険者率が5年間で10%減らななかったら、後期高齢者制度に対する支援金について10%の範囲内でペナルティーを課するという制度も準備されている。これはあんまりだと思ひ、私は『健康帝国ニッポン』という冗談まじりの文章を書いて、そこに「トップが替われば、何がかわるかもしれない…」と皮肉ったんですが、これは結構共感を呼びました(笑)。特定健診は5年もつのかなあ。

本田 私は、特定健診よりも、タバコ代を上げたほうが、よほど効果があると思ひますね。ただ、タバコは財務省が管轄だから、変な遠慮があつて、厚生省も正論が言えないんですね。

権丈 禁煙の分析も確かにありますね。禁煙率



小松 秀樹 (こまつ ひでき)

74年、東京大学医学部卒業。東京大学医学部附属病院、山梨医科大学(現・山梨大学医学部)泌尿器科助教授などを経て、99年から虎の門病院泌尿器科部長。著書に『慈恵医大青戸病院事件—医療の構造と実践的倫理』(日本経済評論社、2004)、『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』(朝日新聞社、2006)(日経BP BizTech 図書賞を受賞)、『医療の限界』(新潮社、2007)。

低下で15年くらいはいったん医療費が減るんですけど、結局はほかの病気になるわけですから、その後、全体の医療費はまた増加する。実は喫煙率低下による総医療費抑制効果は見込めないんです。その間、年金もかかるから…という分析もありました。

川淵 タバコ医療費目的税といったものは、政治力学上、無理でしょうか。

権丈 いや無理じゃない、できると思ひますよ。力学的には、そういうことを主張する政党を選挙で勝たせればいいわけですから。

本田 しかし、私は今の日本の状況で、そういうことは無理だと思ひますね。財務省が最も力をもっていて、タバコ会社にも財務省の天下りがたくさんいる。

権丈 例えば1本1円の増税で、年間900億円の増収になる。06年から診療報酬でニコチンパッチが認められたことに対応関係からいくと、タバコはかなり医療の目的税として整合性をもつわけなんです。だけど、厚生行政に強い政治家が、すでにタバコ産業の顧問などに就いている。そこに立ち向かわなければならぬってのがね。だけど無理じゃない。政治家もタバコ産業と我々普通の有権者のどっちについたほうが選挙に勝てるかって



低所得者層に患者さんが多い。その人達にとって3割はとても大きな負担です

近藤 克則（こんどう かつのり）

83年、千葉大学医学部卒業。日本リハビリテーション医学会専門医・医学博士。97年日本福祉大学助教授、ケント大学（イギリス）客員研究員を経て、2003年から教授。専門は、医療政策、社会疫学など。主著に『医療費抑制の時代』を超えて—イギリスの医療・福祉改革』（医学書院、2004）など。『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか』（医学書院、2005）で社会政策学会賞（奨励賞）受賞。

考えているんだから。

本田 世論を変えるしかないんです。

7 医療者が立ちあがらなければ

川淵 医療崩壊の原因は何だとお考えですか。

本田 おおげさな話になるかもしれませんが、日本がまだ本当の民主主義国家になっていないからです。そのために私は全国で講演しているんです。「医療崩壊」は「日本崩壊」の一端です。格差社会、フリーター、ニート、自殺大国…、国民の不幸を放置した国で、長く繁栄した国を私は知りません。

もし本当に日本が民主主義国家であれば、国民が声を上げるでしょう。医療・福祉・教育は資本主義社会の共通インフラだから、ちゃんとやってくれと。ところが日本は政権交代がない民主主義国家でしょ、そんなの民主主義国家じゃありませんよ。自然と官僚中心国家になるわけです。その結果、情報操作されて、「財源はない。税金を上げるか保険を上げるかの二者択一だ」と言われてしまう。これは、日本が本当に民主主義国家になっていない証拠だと思います。国民のなかで、民主

主義国家の意識が高まらないと、良くならないと思います。

権丈 本田先生のおっしゃる民主主義って言うのはどういうことですか。

本田 自分たちの税金の使い道は、自分たちに決める責任と義務があると考えた社会です。つまり自分達が選挙でちゃんと反対しなかった結果、医療崩壊を招いたら、それは自分たちの責任だ、くらいに思ってもらおうということです。

権丈 多くの人達は判断しているつもりだと私は思うんですけどね。みんな自分で判断しているつもりなんだけど、そもそもの認識がかなりバイアスをもったものになっているのかなと思います。

本田 情報が操作されているからってことでしょうか。そのとおりですね。

小松 私は、国民は何も考えてないって思うんですよ。感情にしか根拠がないような規範を信じてしまう。実際にそういうものをふりかざして政治制度を動かしたときに最終的にどうなるかを想像せず、御旗がよかったらそれでおしまい。議論がその場限りです。

権丈 『ポストデモクラシー』という本がありますが、民主主義というのは、どうやら我々が理念型として考えるものとは違うかたちで動いていて、それは決して日本だけの現象ではないようです。そんななかで起きている医療崩壊を食い止めるために医療の政策転換をいかにして実現するかを考えれば、国民に頼るのでは心もとなく、日々医療政策の矛盾を肌で感じている当事者である医療関係者が選挙と直接関わっていく必要が出てきます。私は、医療関係者200万人がマニフェストの医療政策の箇所をしっかりと見て投票するというのを各政党に知らしめれば、国の資源配分を動かせると思っています。

8 どうすれば「再生」に向かうか

川淵 医療を再生させるのに必要なことは何でしょうか。

権丈 人口当たりの医師数はむしろ増え続けていたのに、ある日突然、「今日的医師不足」

が言われるようになってきたわけですよ。その理由は、1999年頃からの医療事故報道をきっかけとして医師・患者関係が大きく変わったからではないかと先ほど話しました。サービス産業というのは、消費者の要求水準で仕事量がいくらかでも変わりますからね。その結果、医療者の負担感がすごく高まった。しかも診療科間や病院と診療所間で負担感の増加の程度に差があったものだから、隣の芝生が青く見えはじめた。そして、医師の移動などが発生したうえに新医師臨床研修制度が医師不足感を加速した。やはり医療費増と医師数増が必要だと思うんです。

本田 なるほど。一つ大事なポイントなのですが、日本の医師数は「変わっていない」ように言われましたが、世界の医師数との差という意味では、ますます乖離が大きくなってきています。ですから、「臨界点に達した」って言う表現のほうが正しいと思います。もともと他国と比べ少ないところに、先進医療やインフォームドコンセントなどでより忙しくなり、さらにそこに医療事故と新卒後臨床研修が加わって、臨界点に達したわけです。世界との乖離を知らないと医師を大幅に増員しようというアイデアにはならないですよ。多くの人はまだ、ずっと前から同じ程度に医師が少ないくらいにしか思っていないのではないのでしょうか。

近藤 イギリスは医学部の定員を約2300人増やしましたからね。1.5倍以上になりました。日本の人口に換算すると、今の8000人から4000人増やして1万2000人にするのに相当します。医学部を40校新設するぐらいの大胆なことをやっているんです。

権丈 日本も医療に関して医療費増・医師数増への政策転換が必要です。医療費の抑制は、イギリスもカナダもやったことですが、ある日突然、政策転換しています。日本も政策転換へ向け、王手一歩手前まできていると思うんですよ。

小松 政策転換に一番重要なのは、私は人の考え方だと思うんですよ。戦後、一瞬にして日本人の考え方が変化しました。状況とメディアの力がとても重要なんじゃないかと思

うけど。

権丈 私は政策転換というのは、医師数や医療費を増やすと発言した政党を医療関係者が選挙で勝たせることでできていると思っています。

9 医師不足はどう解決するか

川渕 では、具体的に医師不足については、どう解消していくべきでしょう。すでに、一部の大学が医学部定員を増やしましたね。

本田 できればイギリス並みに増やしていくべきだと思います。

川渕 しかし、学生をゼロから育てるのは時間がかかりますよね。私は供給過剰の歯医者や医者にしたらと提案しているのですが、どうでしょう。

本田 私もそれには賛成です。メディカルスクールで、それが可能ではないですか。歯科医師は余っているのですから、2年勉強して国家試験を受けてもらう。ナースにも道を開いていいと思います。

小松 私は、医師を増やすことより、逃がさないようにすることのほうがもっと重要だと思いますよ。

本田 確かにそうですね。現在いる医師が辞めないようにしながら、将来に夢を与える意味でも医学部を増やすといい。

権丈 ある病院の院長先生が、新しい人を採用するのは諦めたと言っていたそうです。せめて今いる医師たちが逃げていかないように、補助員に回せる仕事をリストアップしてくれと指示を出したと。

川渕 次回の診療報酬改定で、医療秘書を置くことに点数がつくようになると聞いています。これは解決策になりますか。

小松 ならないでしょうね。多少は楽になるけど、軋轢までは減らせない。

近藤 アメリカでは医者はカルテを自分では書かないんです。録音しておいて、それをタイプしてくれる人がいます。

ここ5年、10年で医師不足が顕在化した理由の一つに、電子カルテやオーダーリングシステムの存在もあるかもしれないですね。以前は、汚い字を医事課の人が解読してレセブ

トを出してくれていたのを、今は医者が自分でやらなくてははいけない。患者の顔を見ないでディスプレイばかり見ている研修医もいて、患者とのトラブルの元にもなっています。

小松 費用対効果でみると、大学では医師にやらせるのが一番安いんですよ（笑）。

10 自己負担増以外の医療費の財源

近藤 私が心配しているのは、「医療費をどの財源で増やすか」です。元経済財政諮問会議議員の吉川洋氏は、「私は医療費を抑えろとは言っていない。公的な医療費の財源がないと言ってるだけ。アメリカのように、良いサービスを望む人が自分のポケットからお金を出して医療費を増やせばいい」と言います。医療費は増やすべきですが、どの財源でそれを実現するかについても合意をつくっていかないと、自己負担を増やす方向にもっていかなかねません。とても危険だと思います。

権丈 「民間でできることは民間に」という言葉にも同じような意味があるんですけど、私はその件に関しては肝心なのは価値判断だと言っているんです。私費でやるとどうしても所得階層によって医療費の消費量に差が出てくる。公費でやれば医療の消費が平等になってくる。どっちの社会がいいかってことです。この場合、公費には、国庫負担と社会保険料が入ります。

例えば医療・介護と保育・教育だけは市場から外して、平等にみんなが消費できるように、宇沢弘文先生のおっしゃる制度資本っていうものですね、そういう共有地みたいなものを作ろうという理念・価値観をしっかり押さえないといけな。

混合診療を認めるとこれだけ市場が生まれるというような分析を八代尚宏先生たちがされていますが、公費でやっても市場は生まれるんです。

近藤 日医総研がやった調査では、医師のほうが国民や患者よりも自己負担増を支持する人が多かったんですね。だからとても心配しています。

本田 私の印象では、日本では医療費が少ない

とか、その割に個人負担が多いということを知らない人が多いんです。大学医学部の教授でも日本の医療費が世界的に見て安い、医師の絶対数が少ない、個人負担が高いってことを知らない人がいくらでもいます。

小松 総額の医療費が社会保障のほうから出ているのがいけなくて、個人から出すのならいいっていう考え自体が変なんですよ。金が出ていくのは同じですからね。

権丈 私は、国民の負担をもっと増やしていいんじゃないかと思っています。

本田 私の場合はちょっと考えが違います。日本がそれこそ民主主義国家になって、まずは適正な財政システムに変えることが先決だと考えています。我々は「うちの病院はすごく忙しいけど赤字だから今回はボーナス下げようか」って話しをしながらやってるんですよ。けれど、財務省の人達が「これだけ財政赤字だから俺達の給料を下げる」って言ってるのは聞いたことないですよ。それなのに、お前達の税金上げるか、保険料上げるかって、やっぱりそれはおかしいと言っているんです。例えば自治体病院はいま、自治体から切り離しをされています。だけどその自治体の職員は給料下げたりしてるんですか？ どこも下げてないんですね。

権丈 公務員の給与等は民間に準拠した形で決めている、最近の民間給与の伸びの鈍化のなかで、彼らの給料もそんなに伸びていない状況ですよ。

本田 しかし官僚の場合、辞めてからの給料や年金、つまり生涯賃金は結構高い。

天下りも含めて、そういう生涯賃金も比べなきゃおかしいんじゃないでしょうか。天下りだって税金が投入されているんでしょ。

権丈 2006年11月の退職金等に関する調査では、「官高民低」ならぬ「官低民高」の結果が報告されてまして、その結果を支持する私の文章もありますのでご参照ください。それと昔は天下りもやりたい放題だったかもしれないけど、今はそうおおっぴらにできない状況にはなっています。そもそも官僚にかかっている国の費用というのは、他国と比べても少ないわけですよ。公的セクターは他の国と

比べて人数も額も少ないんです。国家公務員には、だいたい5兆円弱、GDP比で1%弱使っているわけですけど、他の国と比べたら圧倒的に少ない。それを半分にしたところで2.5兆円、消費税1%分にしかならず、社会保障や公的教育に必要な額とは桁が違う。だから、そういうことを言い続けていて、はたして医療の政策転換が起こるのかということなんです。

本田 お金の面だけではないです。私は独立行政法人でたいした仕事もしていない人がいたら病院で働いてほしいのです。つまり、あの人がどうでもいいと思ってるんじゃないくて、本当に必要な仕事を担ってほしい。あの人が病院で働いてくれるとすごく助かるんですね。とにかくムダな仕事、ムダなところに税金を投入することはやめてほしい。

権丈 ムダなところっていうのが本田先生は公共事業だとおっしゃるわけですね。例えば、本田先生の座談会や著書のなかで、公共事業を国際比較していて、GDPに占める割合が日本は7%なのに対し、他の国は2~3%だから、これを下げるまで負担増はないとおっしゃってます。でも先生が使われているグラフは98年くらいでデータが止まっているんです。その後日本の公共事業費は急落していきます、いまは日本も3%台にまで落ちてます。さらに公共事業はこれからも毎年3%ずつ落としていくわけですから国際標準のところまであと一歩です。その結果、1998~2004年の間に、建設業の従事者は103万人減り、医療福祉のほうは129万人増えている。今や建設業界の不況は周知のことです。

また、先生は著書に、「特別会計10%カットで20兆円捻出できる」と書かれて特別会計批判をされています。一般会計とは別に、特別会計というものがあるのが2007年度予算ベースで重複計算分を除いた純計で175兆円ありますが、その175兆円のなかには「国債償還費・利払費」というまったく手を着けられないところが79兆円あって、「地方交付税」という、これも手を着けるのがむずかしいところで15兆円ある。さらに、「社会保険給付」という年金とか医療の部分が51兆円あって、あと「財政融資資金」が19兆円あり、それら



本田 宏 (ほんだ ひろし)

79年、弘前大学医学部卒業。その後、東京女子医科大学第3外科助手等を経て、89年に済生会栗橋病院外科部長。現在、同院副院長、NPO法人「医療制度研究会」副理事長。日本の医療崩壊を阻止することは、今の世に生を受けた医師と医療関係者に与えられた社会的責任、と訴え続けている。著書に『誰が日本の医療を殺すのか—「医療崩壊」の知られざる真実』（洋泉社、2007）。

を全部外すと残りは12兆円くらいになってしまう。そして、そのそれぞれの特別会計に対しては社会保障改革とか三位一体改革とか財政投融资改革というかたちで改革をやっている段階なんですね。

小松 土建屋の社長から話を聞く機会があったのですが、今は本当に大変だそうですね。公共事業をなくすと、そこで生きているたくさんの人を殺すことになります。

本田 私はその人たちを医療界へシフトして吸収すべきだと思っているんですよ。医療界では人が決定的に少ないのですから。

川淵 日本は、公共事業を通じて社会保障をやってきたと言われてますよね。すなわち、土建屋さんが社会保障を担ってきたわけですね。でも、とうとうそこのお金が減ってきて、土建業から医療福祉に転向する人もいでしょうね。

11 ムダのない政治なら負担増にも納得

権丈 この国は参議院選挙が終わって大敗すると与党内で政権が変わるんですね。07年の参院選後にも財政改革研究会が立ち上がり、



「コ」は現実の問題です。
保険証のない人が増えていま
す。マイケル・ムーアの「シッ

川渕 孝一（かわぶち こういち）

83年、一橋大学商学部卒業。民間病院・企業を経て87年シカゴ大学経営大学院修士課程修了（MBA取得）。89年厚生省国立医療・病院管理研究所（当時）医療経済研究部勤務。95年同研究所主任研究官。98年日本福祉大学経済学部経営開発学科教授。日医総研主席研究員を経て、00年東京医科歯科大学大学院教授に就任。近著に『日本の医療が危ない』（ちくま新書、2005）。

与謝野馨さんをはじめとして、消費税を上げて社会保障目的税にしようという人たちが集まった。その一方で竹中平蔵さん・中川秀直さんの小さな政府路線があって、今この両者が自民党のなかで闘っているわけです。

ここで、消費税を上げてでも社会保障を護るというグループが権力闘争に負けると、負けたときに果たして医療にお金が回ってくるだろうかと考えるわけです。と同時に、この天下分け目の戦いが始まろうとするときに、どうすれば一番に論功行賞に預かることができるかを考えるとすれば、ここは真っ先に「支持します」と言ったところが最初にもらえるんじゃないかという気もする。小山会議での山内一豊を誰が演じるかという話です。消費税が上がると、最初の1%分は年金にいきます。次のアディショナルなところをいかにして取るかということが、医療者のプラグマティックな問題設定になっていいと思う。

税のムダ遣って確かにあると思う。それはどうにかして改善が必要ですが、今は次に負担増があったとき、最初に医療費として手に入れる方法は何かとしたたかに合理的に考えるとところじゃないか。

本田 そこが違うんですよ。先生のおっしゃる

こともすごくわかるんですが、僕は、例えば、原価40万円の高速道路の緊急電話が250万円もするとか、そういう税金のムダ遣いをまずはやめてほしい。道路は適正価格で作ってくれと言っているんです。そして私が逆に心配しているのは、その点を棚上げしたまま増税すると、ムダ遣いの構造が温存されてしまうのではないかということです。この構造は、防衛省でも同じで、すごく水増しされて税金が使われている可能性を私は否定できないと思いますよ。

確かに公共事業は減ってきているのかもしれませんが、まだOECDの平均以上ではあるわけでしょう。その一方で、社会保障はOECDの平均より上に上がったことはない。だとすれば、まだまだ財政構造の歪みは解消されていないということでしょう。

権丈 公共事業費はすぐにOECD並みになりますよ。2006年の社会保障給付31兆円、公共事業19兆円と公共事業のほうが少ないんですけど、2006年7月に通った「骨太の方針」で、2011年までに社会保障を1.6兆円減らしましょう、公共事業は2.6兆円減らしましょうと、公共事業のほうをより多く減らす方針が出ています。だから私は、公共事業の問題は別の議論として、1.6兆円の社会保障は負担増により減らさずやっていきたいと思いますよ。

本田先生は著書に、「特別会計を含む日本の国家予算はGDPのおよそ7割を占めている」と書かれています。それが事実ならば先生のおっしゃることも少しはわかりますが、国庫予算がGDPの7割というのは間違いです。特別会計を含む中央政府、社会保障基金、それに地方政府を足し合わせていった国民経済計算上の支出のサイズでいうと、GDPに占める一般政府支出の割合は、データが揃う2005年では日本は38%で、アメリカは37%、イギリスは45%、ドイツは47%、フランスは54%。そしてスウェーデン57%です。政府のサイズそのものが基本的に日本は小さいんですね。先進国のなかではアメリカと同等に小さすぎる政府であっても、それを賄う負担さえ行っていないから、日本の財政は赤字

のままでいるんです。それと、負担が多い国は社会保障の給付も多いんです。もっと言えば、社会保障をやるかやらないかで大きな政府、小さな政府が決まるんですよ。

本田 私は、『必要経費が小さな政府』にしろと言ってるんです。そして、国民が出した金がちゃんと戻ってくれば、先生がおっしゃるように税金を上げるのにも賛成ですよ。それがそうじゃないから私は許せないと言ってるんです。例えば、スウェーデンでは100万円出したら70万円戻ってくる。日本は100万円出しても40万円しか戻ってきません。

権丈 だから社会保障に用途を限定した社会保障税にしようと言ってるんですよ。社会保障以外には使えませんという財源を作るということです。

本田 それはそれでよいかもしれませんが、ただし、今みたいに財政システムそのものにムダの多い状況のまま導入したのでは、社会保障税で社会保障のみがうまく回るというようなことはないように思います。

権丈 それから今も言ったように現代国家というのは、基礎的な政府支出に上乗せして社会保障を積極的にやるかやらないかで大きな政府、小さな政府が決まる。だから、大きな政府のスウェーデンは負担額から社会保障に回る割合が大きく、小さな政府の日本はその割合が小さくなるんです。日本で100万円出してスウェーデン並みの70万円戻ってくるようにするには、日本の政府を大きくせざるを得ない。「負担なくして福祉なし」なんです。

12 イギリスの政策転換

川淵 ここで近藤先生にお聞きしたいのですが、イギリスは構造改革の結果、まさに医療崩壊というところまでいきましたよね。そこで、当時首相だったトニー・ブレアが医療と教育に手厚い方向に大きく政策転換しました。

近藤 私の理解では、大きな政府・社会保障を望むような人は、イギリスでいったら労働党ですよ。その大きな社会保障を望む人達は、さっき本田先生が言われたような「効率」ってことを日本のなかではあまり言わないんで

すよね。

先ほどの意見の違いは、私から見れば考えるスパンの違いだと思います。まず当面みんなが合意できるのはムダを減らせて話。でもムダを減らしたからって十分な財源ができるかということ、それほどの規模じゃないので、次に国民負担率を上げてしっかり確保しましょうっていうことです。

ブレアは、医療費は増やしませんと公約して1期目の選挙に勝った。だから、97年から2000年まではムダの排除を徹底してやった。で、医療の質を高める仕組みや、それをモニタリングする仕組みを作った。そうやって医療費を増やさないまま精一杯努力したがどうにもならない。で、「次は医療費増やすしかないですけどいかがですか」と2期目の選挙の時に国民に問うたら、国民がそれを受け入れた。その後、医療費が伸び出したって経緯なんですよ。

権丈 2006年6月に小泉さんも「歳出をどんどん切り詰めていけば『やめてほしい』という声が出てくる。増税してもいいから必要な施策をやってくれという状況になるまで歳出を徹底的にカットしなければいけない」と経済財政諮問会議で言っています。

彼の戦略に乗るのは本意ではありませんが、日本ではその声がそろそろ出てこない医療などは本当に壊れてしまうというのが私の診断で、この国の医療にはもう時間的余裕がないと思う。財源調達というのは、実行のタイミングも視野に入れてはじめて意味ある戦略論になるんです。

13 対策はあるか

川淵 最後に医療の再生に向け、現実的な対策について話を聞きたいですが、本田先生はどうしたらいいと思いますか。

本田 私はやはり、医療を次の選挙の争点にすることだと思います。その点は、権丈さんと同じ意見ですよ。ただし、その際、いわゆるムダがあるまま税金などを上げるのでは国民が納得しないと思うんですがね。

川淵 民主党が政権をとったら、医療崩壊の間

題は解決しますか。

本田 政権交代の機運が高まれば自民党が医療費を上げて、医師を増やす可能性は十分あると思いますよ。高齢者の自己負担増がいったん凍結になったのも、政府がマズイと思ったからだと思いますよ。だから民主党が勝つかもかもしれないという雰囲気ができるだけでも、マニフェストで各党の競争が生じると思っています。

近藤 与党内、政権内でも、実質的には政権交代が起きているわけですからね。

権丈 与党だろうが野党だろうが、医療をちゃんとやってくれるという政党を支持するという政治姿勢を各政党に示せばいいんです。社会保障を充実させると明言する政党を医療関係者が先頭に立って支えていかないと、医療の再生は無理でしょう。

近藤 自民党の議員の勉強会に呼ばれて話したときになるほどと思ったのは、政治家からは「増税」を言い出しにくいということです。研究者や国民、医療関係者から「増税するしかない」という声が湧き上がってくれたらやりやすいと言っていました。

権丈 潮目が変わったという言葉を使えるようにしてあげないと政治家は辛いですよ。

14 公的財源は税か、保険か？

近藤 今日参加のみなさんは、公的な財源で医療費を増やすべきだという意見では一致しますよね。しかし、世間には、公的財源として、社会保険料が現実的だという方と目的税としての消費税が現実的だという方がいて、それぞれ言い分があります。そこも収斂していかない、政党もマニフェストに書きにくいのではないですか。我々のなかでも、ある程度意見がまとまる必要があると思うんですけど。権丈先生はどちらが現実的だと思われるんですか。

権丈 現実的というか、実行可能性があるのは社会保険でしょう。社会保険料の水準はドイツ、フランスなどと比べるとGDP比で日本は10ポイントくらい低い。それに、政治家が消費税増税にこれだけ怯えていては、実現

がいつになるのかわかりませんから、医療崩壊の阻止を喫緊の要事と認めるのなら、最も有力な選択肢は社会保険になると思う。

もう一つ言っておかなくてはならないのは、「高所得者、大企業から取ればいいではないか」という指摘についてです。高所得者に対する最高税率を1%上げても増収は400億円程度です。また残念ながら、日本の法人税はすでに高い。だからこれに多くを期待するのはむずかしい。今のグローバリゼーションの時代のなかでの財源調達の方法というのは、金の卵を生む鶏を育てながら、そこで生まれた卵をいかにして必要な人に分配するかという話になっていくんです。

小松 目的が正しいからといって、そのとおりやって結果がどうなるかはわからないというわけですね。

近藤 ただ、社会保険料は消費税に比べれば、企業の負担は大きいですよ。これは企業に負担してもらうという意味にもなりますよね。だから、財界は消費税増税論なんですよ。

権丈 そうです。まず社会保険でやる理由は、即効性もあるし、実現の可能性も高いし、財務省も口出しもできないからですが、それに加えて、社会保険における企業負担は他の国と比べても低いですから、そこに負担を課するという狙いもある。

本田 そういう意味では社会保険のほうがいいみたいですね。

近藤 国民もわかりやすいですよ。税金を上げて、人間より熊のほうがたくさん通る道路作りなどに、ムダ遣いされるかもしれない。それより確実に医療に使われるほうが良いと思う人は多いでしょうから。

ただ、逆進性については、社会保険料のほうが税金等より大きいという話がありますね。

権丈 社会保険にしても消費税にしても、確かに所得が増えれば所得に占める負担額の割合は下がっていきます。だから、逆進性はあるのだけど、その収入を医療・介護のほうに所得にかかわらず全員に均等に分配するとします。

消費税で考えていくと、消費税率が低く全然分配しないとすると、これは完全に逆進的です。消費税率を高くしていったら、得られた

税収を均等分配するなら、税収が上がるほどネットの負担は実は累進的になっていくんですね。なぜなら、払った分ともらった分を比較したら、低所得者のほうがもらう分が大きくなるからです。

社会保険も逆進性という意味では消費税と同じで、給付とセットにすることによって逆進性を緩和することができます。

食品などは所得の少ない人も支払いますよね。消費税では、これらを免税にすることによって、社会保障に用途を限定した消費税の累進度は高まるし、社会保険料だったら低所得層の免除制度をもう少し徹底していくことによって、逆進性は弱まり、給付とセットにした場合のネットの負担の累進度は高まっていきます。

近藤 先ほど話したとおり、医療・介護などの社会保障をたくさん使う必要がある人たちは、所得が低い方たちが多いという現実がありますから、給付まで考えると所得の再分配は見事に働くという点で理解できます。

しかしそうすると、社会保険料と消費税のどちらが現実的かという問いの答えがわからなくなる。社会保険料を中心に、低所得者の保険料は抑えつつ、高額所得者の税率を引き上げつつ、でも消費税も少しは必要ということなんでしょうか。

権丈 社会保険料で当面動かしていったって、皆保険を実現できるくらいに保険料をとどめるために租税で支援する。

よく社会保険は低所得者に対して不利だから、

所得税で運営したほうが良いという指摘もありますが、社会福祉が充実している国は社会保険も充実しています。ミドル層の国民が安心して暮らせるレベルになったときに、ようやくボトム層の人たちに再分配される余裕が生まれる。社会保険はミドルの人たちに重点的に便益がもたらされる制度ですけど、ミドルの人たちが大きな不安を抱えながら生活しているときに、まずボトムに所得を回しなさいというのは、民主主義のもとでは手順としてはむしろ正しいですよ。私はこれを「再分配政策のシャンパンタワー仮説」と呼んでいるんですけどね。

15 医療事故と医師の責任

川淵 先ほど、1999年頃から医療事故が頻繁に報道されるようになったという話が出ましたね。06年には医療制度改革で、診療行為に関連した死亡について、第三者による調査や紛争解決の仕組みが必要だとの決議がありました。それを受けて、厚労省では07年3月から、死因究明を行う組織の創設に向けた検討が始まっています。小松先生は、この医療事故に関する法リテラシーについて問題提起されていますよね。

小松 やはり、今の厚労省のやり方自体が対立を深めるんですよね。厚労省の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する試案」、いわゆる第二次試案は、法的責任追及なんです。



冒頭に「安全・安心」と書いてあるんですが、医療は元々危険なものですから、そもそもあり得ないことを前提にしてしまっている。また、「遺族の願いは反省・謝罪、責任の追及」で、その基礎になるものが原因究明だというんです。つまり、原因究明の目的が、反省・謝罪・責任追及になっている。

そのほか、「医療従事者、法律関係者、遺族の立場を代表する人が調査」とも書かれています。医学的な調査は“規範”抜きに事実を見て、白黒は付けないものです。司法の真相究明というのは、実体法の規範に基づいて構成要件、あるいは要件事実の存否を確認するために手続をすすめることです。この手続は対立関係が前提です。一方、遺族は応報を要求しがちです。このような構図ではどうしても対立を助長します。

川淵 先生は試案に反対派ですが、日医、病院団体、学会代表は賛成を表明していますね。この先、この試案はどうなるのでしょうか。

小松 中心にいる数名が、合意形成をせずに、賛成しただけです。勤務医がもう少し頑張ったら潰せると思うんですよ。

権丈 厚労省に何の利点があるんですか。

小松 権限が握れるからです。それから、大きな役所が作れる。当初、1000人くらいの役所を作ると言っていたようです。

川淵 社会保険庁改革で余った人材をこのスタッフに入れるという風評ですよ。

小松 さすがにその案は潰れたと思います。

川淵 つまり、ジャッジする人と調査する人が同じというスキームですよ。

小松 厚労省が事故の調査もやり、処罰もやることになる。委員会の委員は、厚労省が、言いなりになる人を任命できる。実現したら、医療における正しさは厚労省が決めることになってしまいます。

私は勤務医の利害を代弁する団体の創設を主張していますが、ほかに、医療における正しさを提言し、自浄作用などを担当する気位の高い団体も必要だと思っています。医療における正しさについて厚労省に口を出させないようにさせる。国が正しさを決めると全体主義ですから。

川淵 第2医師会のような医師の組織ですか。

小松 勤務医の医師会も必要ですが、それ以外に、全部を包括するようなものも必要です。

川淵 医師会をも飲み込むような？ もうちょっと医療現場の声を代弁するような組織ということでしょうか。

小松 代弁というより、自分たちを律するようなものを作ったほうがいいと思っています。

権丈 『医療政策・経済学の潮流』という全6巻シリーズの第1巻1章「医療経済学の潮流」を書いています。そこで、「今後の医療政策を考えていくうえで一番重要なもの」として、フックスという医療経済学者の言葉を引用しています。「多くの政策アナリストは専門職規範を不当に無視し、市場と政府規制のどちらが利益があるのかという論争に明け暮れてきた。医療技術が複雑でダイナミックな特性をもつことおよび患者の意思、受診の多くが個人的かつ情緒的側面をもつことを考慮すると、競争と規制のどちらも、あるいは両者の混合も医療の社会的規制のための適切な基礎とはなり得ない。私は専門職規範が決定的に重要な第三の要素だと考えている」。

この国で、そうした専門家集団による自浄機能をしっかりともった組織をどうにかして作って、国民からの信頼を得ていかないと。長期戦になると思いますけど、ぜひやってもらいたいと思います。

本田 大賛成です。この間、新潟大学の先生が「日本ほど素人の意見が強くなることはない」とおっしゃってました。確かにテレビの評論家の方たちの意見ばかり取り上げられます。専門家集団の意見が聞かれる国にしないと、やはり社会が変な方向に向かってしまうように思われますね。

小松 結果を検証しないからです。変な言説がどういう結果をもたらしているか。新聞記者は言いつ放しですからね。我々専門家ももっと発言していかなければ、社会は一時の感情やムードだけでおかしな方向へ流れていってしまいかねません。それを食い止めるのが、我々専門家集団の役割でもあります。

川淵 本日はありがとうございました。

