

# 社会保険研究委員会 答申

諮 問：真に国民に信頼される医療制度とは

許せますか？あなたの大切な人を救えない格差医療の悲劇

「格差医療はまるで自分達とは無縁」とばかりに医療費削減政策を推し進める市場原理信奉者。「医療を受ける機会は皆平等である」という原点を見失わない医療制度の存続が、国民の為に不可欠である。

2008年3月

京 都 府 医 師 会  
社会保険研究委員会

2008年3月13日

京都府医師会長

森 洋 一 様

## 答 申

本委員会は、2006年6月20日に開催の第1回委員会において貴職より諮問のありました「真に国民に信頼される医療制度とは」について2年間、計17回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、その結果を取りまとめましたので、ここに答申いたします。

京都府医師会社会保険研究委員会

委員長 名 和 正 訓

# 社会保険研究委員会

敬称略・順不同

委員長 名 和 正 訓  
(名和医院 院長)

副委員長 城 守 国 斗  
(北山病院 理事長)

委 員 岡 林 秀 興  
(岡林医院 院長)

三 橋 尚 志  
(大原記念病院 副院長)

小 森 直 之  
(なぎ辻病院 理事長)

古 家 敬 三  
(古家医院 院長)

富士原 正 人  
(京都ルネス病院 理事長)

渡 邊 能 行  
(京都府立医科大学大学院医学研究科地域保健医療疫学 教授)

余 語 真 夫  
(同志社大学大学院文学研究科・文学部心理学科 教授)

川 端 眞 一  
(京都府立医科大学客員講師、元京都新聞編集委員兼論説委員)

担当副会長 安 達 秀 樹

担 当 理 事 西 村 秀 夫

松 井 道 宣

福 州 修

# 目 次

1. はじめに .....	1
2. あってはならないアクセス制限 .....	2
(1) フリーアクセスの功罪 .....	2
(2) 総合医制度の是非 .....	2
(3) 診療所と病院の機能分離 .....	3
3. 国民皆保険制度を守る意義 .....	4
(1) 後期高齢者医療制度の創設 .....	4
(2) 混合診療の導入 .....	6
(3) 保険免責制度の導入 .....	8
(4) 混合診療訴訟について .....	8
4. 低医療費で良質な医療を享受するマジックはない .....	9
(1) 医師不足について .....	9
(2) 医療過誤を引き起こす背景 .....	12
5. 国民との接点 .....	16
(1) マスコミと広報戦略 .....	16
(2) 医療における信頼（不安が増幅する国民の心理？） .....	21
6. まとめ .....	25

## 1. はじめに

名 和 正 訓

我々は、戦後一部短い時期を除いて一貫して保守政権与党に国策を委ねてきた。自由民主主義・資本主義の下、そのことは決して誤りではなかった。その中で、国民は日々健康で文化的に暮らし、幸せな老後を迎えられると信じて疑わなかったが、すでに幸せな老後の保障が破綻したことが年金問題で明白になった。この年金問題は、国民のお金を真摯に管理しなかったばかりか、着服横領が明白になった社会保険庁、それを監督出来なかったというか何も知らずとしなかった厚生労働省及び国の傲慢なお上意識が引き起こしたこと、そのあまりの愚かさに言葉を失う。その幸せな老後の破綻と同時進行しているのが、日々健康で文化的に暮らすことを支える医療の崩壊なのである。妊婦受け入れ拒否に代表される救急救命医療の有名無実化は氷山の一角である。それは財政難を理由に国が推進する低医療費政策に起因する。

国の医療費に対する対応を時系列で述べてみると、1961年国民皆保険制度が開始され、1971年は老人医療無料化に代表されるいわゆる福祉元年と言われる年で、そこから医療費の対国民所得比は急速に上昇カーブを描き始めた。そこで1982年から1984年にかけて老人医療無料化廃止、健保本人負担1割が導入され上昇カーブにブレーキがかかる。その後も急速に進む高齢化により放置すると医療費が爆発的に増大し国家財政を圧迫すると考えた国は、1997年健保本人負担2割、老人外来1回500円、2001年から2002年に老人医療70歳以上定率1割負担、2003年健保本人負担3割と次々と制度変更を行い、そのつど起こる受診抑制によって医療費は間接的に抑えられた。そして、2006年本体部分1.36%減、薬価1.8%減の大幅な診療報酬引き下げが行われ、医療費は直接的に削減され、国は低医療費政策に邁進し始めた。

このように国民の健康と命を守る医療をお金の尺度で語る大きなきっかけとなったのは、1983年『社会保険旬報』に掲載された当時厚生省保険局長吉村仁氏（後の事務次官）の『医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方』という論文にある。彼はこの論文の中で、○1医療費亡国論（このまま租税・社会保障負担が増大すれば、日本社会の活力が失われる）、○2医療費効率通減論（治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導などに重点を置いたほうが効率的）、○3医療費需給過剰論（供給は一県一大学政策もあって近い将来医師過剰が憂えられ、病床数も世界一、高額医療機器導入数も世界的に高い）を展開している。特に国民の健康を守る立場の厚生労働省（旧厚生省）の人間が、医療費が増え続ければ国が亡びるという発想を持ったことに驚きを隠しえない。どのような理屈があっても到底受け入れられるものではない。

平時はもちろん地震・台風等の天災による有事、また、あってはならないが戦争に巻き込まれるという有事の際にも医療が充実していなければ国は成り立たない。ご存知の通り

医療は現物給付である。その時その瞬間に最良の治療を施すことが出来る医療制度でなければ、後日いくらお金で解決しようとしても、遑ってその時の命を救い、健康を取り戻すことなど決して出来ないのである。薬害エイズ・肝炎問題をみても明白である。

我々は医療制度をあらゆる観点から検証し、WHO が世界一と称賛するわが国の医療制度を守るにはどうすれば良いか、また市場原理信奉者が推し進める低医療費政策が、いかに不幸をもたらすかを国民に訴え、真に国民に信頼される医療制度の構築には何が必要かを提言する。

## 2. あってはならないアクセス制限

古 家 敬 三

### (1) フリーアクセスの功罪

日本の公的医療保険制度の最大の特徴は、保険証一枚あればいつでもどこでも医療が受けられること（いわゆるフリーアクセス）にある。国民にとっては、必要と思えばいつでも自分にあった医療機関を選んで受診することができ、非常に便利であるが、一方で複数の医療機関のはしごやドクターショッピング、重複した投薬や検査、緊急性のない時間外受診などの問題点が指摘されている。

しかし実際には大多数の国民はかかりつけ医を持っており、フリーアクセスに伴う医療費の無駄遣いは極めて限定的と考えられる。国民皆保険制度の下、何か健康上の問題があれば気軽に相談できる日本の伝統的な開業医（いわゆる町医者）の存在は、国際的にみてそれほど高い医療費総額でないにもかかわらず、世界一の長寿国を実現してきたわが国の高い医療水準の達成に一定の貢献をしてきた。フリーアクセスのおかげで、各医療機関は患者に選んでもらえるよう、医療技術や設備、患者サービスなどのレベルアップのため日々切磋琢磨してきたのである。

政府はここ数年間一貫して医療費削減を推し進めてきたが、次なる手段として、このいつでもどこでも好きな医療機関にかかれるフリーアクセスの制限に手をつけようとしている。国民が自由に医療機関を選べない事態は、まさに国民の健康を脅かす人権の侵害であり、長年医療機関へのフリーアクセスを享受してきた国民の理解を得ることは難しいと考えられる。

### (2) 総合医制度の是非

近年の目覚ましい医学の発達とともに、医療において高度な専門的知識と技術が必要となり、医師の専門細分化が進んできた。その専門化の波は病院の勤務医はもちろん、開業医の間にも着実に押し寄せてきており、古きよき時代の町医者は高齢化を迎え、世代交代が進む中で、専門外来に特化した診療所や診療時間外には診察しない医師が増加し、主に地

域医療を担ってきた往診や訪問診療を行う診療所が相対的に減少している。

こうした趨勢の中、厚労省はコストのかかる入院医療を抑制し、より低コストの在宅療養を重視した新たな医療体制を確立しようとしている。そのためには、第一に患者の身体的問題を総合的に診ることのできる医者が不足しているとして、一定以上の総合的な診療能力を備えた医師を養成し、総合医としての標榜資格を認定することを提唱した。さらに国保中央会は 2008 年度から始まる後期高齢者医療制度において、75 歳以上の患者は原則として総合医の中から自分の主治医を選んで登録し、心身のあらゆる問題について登録医に相談して初期治療を行い、必要があれば専門医や病院へ紹介するという仕組みを作り、その医療費は包括化して一人あたり一律幾らと人頭払い制度とするべきであると提言した。しかしこの制度のもとでは一度主治医を登録すると他の医師に最初にかかることはできなくなり、高齢者のフリーアクセスは完全に制限される。また定額払い制度により患者個人の特性に合わせたいわゆるテーラーメイド医療は保障されなくなり、より低コストの画一的な治療が蔓延することが危惧される。さらに主治医が固定されることにより、それぞれの医師が医学知識や診療技術の研鑽を深める動機を喪失させ、結果として医療レベルの低下につながる可能性が高い。

本来医師は大学で医学全般についての教育を受け、国家試験に合格し、さらに卒後臨床研修を通じて、総合的な診療能力を身につけている筈である。そしてその技量と知識は、日常の臨床経験や日々の研鑽、さらに必要に応じて学会や研修会に参加することで常に更新されるべきものである。すなわち、特定の診療科は別として、一般の臨床医は患者を総合的、全人的な視点から診療する能力を持ち続けなければならないのであり、敢えて国から総合医なる標榜資格を認定される必要はないのではないか。

むしろ医師自らが率先して生涯教育を受けて、総合的な臨床能力に磨きをかけることが重要と考える。そこで日本医師会や家庭医療関係 3 学会、日本内科学会などが、国が資格認定を行うことには反対しつつ、独自に総合医制度構築に向けて検討を始めている。

### (3) 診療所と病院の機能分離

かかりつけ医を持たない患者の多くは、軽症の風邪や胃腸炎などでも大きな病院の外来を受診している。この傾向は特に若年層で強いといわれており、急性期病院の医師はいつも満杯の一般外来と当直における時間外救急で疲弊しているという実情がある。ここに現在のわが国の医療経済の抱える最大の問題点が存在する。

急性期病院には急性期の入院治療と専門的な外来診療を行う使命があり、療養型病院には亜急性期のリハビリテーション機能が求められている。限られた財源で効率のよい医療を行うのであれば、プライマリーケアは主として診療所が担い、必要があれば専門医や病院を紹介する、すなわち病院は主として紹介患者のみを診療することが望ましい。そして病状が安定して機能回復を果たせば、もとの開業医のところで在宅医療を継続する。

このような機能分化と連携に基づいた医療供給体制が、都市部、地方を問わず全国で展開されることが理想である。そのためにはまず国民に医療費適正化の必要性を十分説明して理解を求め、プライマリーケアの窓口は診療所であることを周知徹底することが必要である。その前提として開業医は総合医としての実力を身につけ、国民から医療のゲートキーパーとして信頼されるよう努力することは当然のことである。さらに現状の医療供給体制には明らかな地域格差が存在し、地方では医師や医療機関数などの医療資源が限られている。例えば人口過疎地で遠距離の往診を開業医に強いることが可能であろうか。医療機関の機能分化を完全な形で実施するには、診療所の在宅医療機能の充実、医療供給体制の地域格差への対策、国民の病院受診志向の是正など問題が山積している。

次に時間外や休日の患者をどこで誰が診るのかという問題も重要である。これまで軽症患者であれば昼夜を問わず診てきた町医者が減り、診療時間が決まっているビル診に取って代われようとしている。さらに絶対的な救急医不足や救急病院の地域偏在などのわが国の救急医療体制の不備もあって、急性期病院の勤務医が時間外や休日の外来に忙殺される事態が起きている。

時間外の患者の多くは軽症であるが、中には心筋梗塞、脳卒中、急性腹症など放置すると命にかかわるケースがあるので、やはり十分な検査ができスタッフの整った医療機関で対応することが望ましい。時間外救急が安全に行われるよう急性期病院のスタッフを増員して、必要があれば開業医もこれに参加できるような仕組みが必要である。ここでも国民に救急医療の窮状を知ってもらい、不必要な時間外受診をなくす努力も大切である。

### 3. 国民皆保険制度を守る意義

三 橋 尚 志

#### (1) 後期高齢者医療制度の創設

2006年の第164回国会において健康保険法等の一部を改正する法律が成立し、2008年度から後期高齢者医療制度が創設されることとなった。後期高齢者医療制度には高齢者の負担増や給付制限など様々な問題点があるが、その根幹となすものは「後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療」という考え方である。「心身の特性等にふさわしい」とはまさに玉虫色の表現であり、医療費削減という大命題によって後期高齢者の医療が75歳未満とは明らかに差をつけようとするものであるが果たしてそれで良いのであろうか。日本は世界で確たる長寿国であるのは周知の事実で、健康寿命においても男性で71歳、女性においては75歳を超える現代となっては75歳といえどもまだまだ元気に人生を謳歌しておられる時代である。そのような元気な高齢者に対して一律に医療費の上限を定めることは極めて非現実的（非人道的）であり、余裕のある高齢者のみが上限を超えた医療費に自費を投じることが出来るのである。すなわち後期高齢者医療制度の導入は次のセクション



で述べる混合診療への流れも一気に加勢するものでもあると言える。

さて、その後期高齢者医療制度の特徴をまず列記する。

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| ①高齢者への新たな負担増        | ④フリーアクセスの制限        |
| ②現行制度にない厳しい資格証明書の発行 | ⑤都道府県に「給付費削減」を競わせる |
| ③上限を設定する「差別医療」      | ⑥保険料自動引き上げの仕組み 等々  |

後期高齢者はこれまでの医療保険から脱退させられ新しく創設した保険に加入させられる。その際これまで家族に扶養されていて保険料負担がゼロだった方に対しても保険料の納付が義務付けられ（2年間は半額負担）、年金から天引きされる（上記①）。今まで扶養家族として保険料を徴収されていなかった高齢者にとってはまさに寝耳に水である。平均保険料は政府の試算で月額6,200円と言われているが、介護保険料と併せると月額1万円以上が天引きされることとなり、高齢者にとっては大きな負担増となる。この保険料は月額15,000円以上の年金受給者から天引きされるとしているが、年金の額によっては月額10,000円も手元に残らない計算になる。さらに保険料は2年毎に見直し義務付けられており、後期高齢者の数が増え医療費が増大すれば後期高齢者の保険料負担（医療費総額の10%）も引き上げられ、さらに高齢者家計を圧迫することとなる（上記⑥）。そもそも年金とは高齢者の生活を保障するために支給されるものであり、その年金から一律に保険料を天引きすることは、高齢者の生活費そのものを圧迫してしまう危険性を含んでいる。そこで保険料を納付しなければどうなるか。今までは保険料を滞納していても保険証さえあれば医療を受けられたが、新制度では保険料を滞納すれば「短期保険証」や「資格証明書」といったものに切り替えられ、「保険証」は取り上げられる。場合によっては保険給付の一時差し止めといった制裁処置も用意されている（上記②）。まさに金を払わないものからは保険診療を受ける資格そのものを奪うといった性格である。保険料をしっかりと払い医療を受けることが出来ても「定額制」といった上限を設けられる（上記③）。医療費の「定額制」はDPCや療養型病床などでも既に導入されているが、ここで冒頭に述べた「高齢者の心身の特性等にふさわしい医療」といった表現が問題となる。表現の仕方を変えれば、後期高齢者は「心身の特性等」に応じて（少し過激な表現であるが「寿命はそう長くないのだから」）それなりの医療を受ければ良いということであり、終末期医療においては医療費のかかる入院から在宅での看取りを推進せよとのことである。終末期を住み慣れた我が家で看取られることは本来望ましいことであるが、現状の医療・看護提供体制からすると家族の肉体的・経済的負担と心労を増大することに他ならない。また「かかりつけ医」を登録制にしてそれ以外の医療機関には自由に受診出来ないようにする（上記④）ことも検討されている。この件は総合医制度の創設とも関わる話なので詳細は避けるが、財政優先で「かかりつけ医」を決定（いわゆる人頭割り）することは良質な地域医療を損なうも

のであり、到底国民の満足を得られるものではない。また「医療費適正化計画」により都道府県に数値目標を設定（５年毎に結果を検証）させ、目標が達成されない（医療費が目標を超えた）場合は診療報酬を引き下げるなどのペナルティを設けることとされている（上記⑤）が、都道府県に対して「いかに患者に医療費を使わせないかを競う」ことを強いるものであり、「患者が必要な医療を受けられないで困る」のか、「診療報酬を引き下げられて医療機関の経営を圧迫する」のかのどちらかとなるが、医療機関の経営が圧迫され、その数が減少すればまさに厚労省の思うつぼである。

最後に、多くの国民や医療関係者は後期高齢者医療制度の開始を未だ現実のものとして捉えていないが、インターネット上では各都道府県の「後期高齢者医療広域連合」がホームページを持ち、後期高齢者医療制度の概要と 2008 年 4 月以降どうなるかを大々的に啓発している。知らぬが仏ではなく、知らぬが真っ青とならないように後期高齢者医療制度に向けた意見発信と対応策構築を進める必要がある。

#### ＜資料 1＞

##### 後期高齢者の心身の特性

- ① 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
- ② 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- ③ 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることのできない死を迎えることとなる。

（2007 年 4 月 11 日 社会保障審議会高齢者医療の在り方に関する特別部会）

## (2) 混合診療の導入

混合診療とは保険診療と自由診療を併用することであり、わが国では原則として混合診療は禁止されている。そのため保険診療にごくわずかな自由診療を併用しただけで全ての診療が自由診療の扱いとなり、医療費の全額が患者負担となる。1984 年健保改正の際に導入された特定療養費制度により一部混合診療が認められた。同制度は「高度先進医療」と「選定療養」に分かれており導入当初「選定療養」は差額ベッド、歯科材料の２種類だけであったがその後の診療報酬改定のたびに拡大され、現在は 2006 年の改正により「評価療養」（先進医療を含む）と「選定療養」に分けられ種類もさらに拡大している。「選定療養」の中には 180 日超入院の療養費も含まれており長期入院を要する高齢者にとっては保険外負担がさらに大きなものとなっている。このように「評価療養」「選定療養」の範囲はどんどん拡大しており、小泉前首相の時代に混合診療解禁に積極的な姿勢を示し、その流れは現在も継続している。

混合診療解禁をめぐる議論は経済財政諮問会議と規制改革・民間開放推進会議（議長は宮内義彦オリックス会長）を中心に進められてきたが、医療関係者は議論には参加でき

ず、経済界主導で行われている。財界主導で行われると公的医療費の縮小や医療分野での利潤追求といったことが推し進められるが、その陰で財界サイドからの強い要望として、約 31 兆円の国民医療費のなかで事業主が負担している 6 兆 7 千万円の保険料を患者負担に転嫁することが見て取れ、さらには混合診療解禁とともに保険会社を中心とした各企業が医療に参入する機会を虎視眈々と狙っているのである。

ここで混合診療解禁賛成派と混合診療解禁反対派の意見をまとめてみる。

混合診療解禁賛成派の意見としては、現在混合診療を行うと医療費が全額患者負担となるが、解禁により保険診療部分が保険給付の対象となり患者負担が減少する。また解禁による保険財政への影響として、医療が充実して患者が早く完治し、結果的に保険給付額が減少し財政にも好影響を与えるといったものである。

一方、混合診療解禁反対派の意見としては、解禁により所得によって受けられる医療に格差が生じ、治療費を多額に支払える患者だけがより多くの医療を受けられるようになる。また保険医療の枠内で一定水準の医療効果が確保されているので、混合診療を解禁すると根拠の乏しい保険外医療により患者に悪影響を及ぼしかねない。さらには混合診療解禁後の思惑として現状で保険適応となっている治療法を保険からはずす案も見え隠れしており、そうなると保険診療で受けられる治療法の選択肢が減少する、といったものである。どちらの意見ももっともなものではあるが、厚労省が考えているのは国民医療費における公的負担の減少であり、保険診療は最低限の医療サービスに抑えるべきというものである。現時点で混合診療を解禁し保険外診療を無制限に認めてしまうと医療における安全性・有効性が確保されない恐れが十分にあり、いたずらに医療現場に混乱を招くばかりでなく、最終的には自己責任という名のもとに患者にしわ寄せが回ってしまうのである。混合診療解禁で行くか、あるいは特定療養費制度の拡大で対応するかは医療関係者も議論に参加し検討されるべきである。

評価療養と選定療養（厚生労働省ホームページより）

＜評価療養＞

- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| ①先進医療         | ④薬価基準収載前の承認医薬品の投与      |
| ②医薬品の治験に係る診療  | ⑤保険適用前の承認医療機器の使用       |
| ③医療機器の治験に係る診療 | ⑥薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用 |

＜選定療養＞

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| ①特別の療養環境の提供           | ⑥制限回数を超える医療行為  |
| ②予約診療                 | ⑦ 180 日を超える入院  |
| ③時間外診療                | ⑧前歯部の材料差額      |
| ④ 200 床以上の病院の未紹介患者の初診 | ⑨金属床総義歯        |
| ⑤ 200 床以上の病院の再診       | ⑩小児う蝕の治療後の継続管理 |

### (3) 保険免責制度の導入

保険免責制度とは、外来医療費を一定金額まで自己負担にする制度であり、それに類似する制度は、すでに諸外国で導入されている。

では何故、保険免責制度を導入しなければならないのか。

現在、わが国の財政制度審議会の財政健全化議論の中で、「社会保障については、医療等を中心に給付の伸びを抑制する必要がある」と提案されたことから保険免責制度の導入が検討されてきた。また同時に先発医薬品の保険給付の見直し、市販類似薬の保険給付の対象外化がある。

保険免責制度を導入することによって外来医療費を一回ごとに一定額まで自己負担にすることは外来受診を抑制し、医療費を抑制する上では、効果的であるとされている。本来、保険の意義は、リスクの分散であり、分散されるべきリスクは大きいリスクであることが期待されている。財源の確保のために必要であるならば、小さいリスクである小額の医療は、保険の給付範囲から外すことが、議論されることは仕方がない。しかし、この制度を導入することは、2003年に「患者負担は将来とも3割を維持する」とした健康保険法の附帯決議を逸脱することになる。加えて、3割を超える自己負担は、もはや保険の態をなさないものと考えられ実質的な混合診療を容認することになる。また、「高額医療の必要性を心配しない」と思う人達にとっては、軽医療が免責制となれば保険に加入する意味がなく、加入を拒否する人達が出現することで確実に皆保険制度は実質的な崩壊へと向かう。

この問題はそういう意味では「国民皆保険制度」の根幹を揺るがす問題であり、わが国において「国民皆保険制度」を維持することの意義と限界という問題点について集約的な議論がされなければならず、単なる医療費削減策の技術論として論じられることは決してあってはならない。

### (4) 混合診療訴訟について

2007年11月7日、東京地裁において、「保険診療と保険外診療を併用する“混合診療”をおこなった場合、患者の医療費全体が原則保険給付対象外となる、いわゆるお国の混合診療禁止の解釈が、違法である」という判決が出された。つまり、本件（※1）に関する保険診療と保険外診療の併用を認めた訳である。そして、この判決において、健康保険法では、混合診療は原則全額自費であるが、「本件における保険診療と保険外診療は一体のものと思なせない」「混合診療を禁じる法的根拠はない」との判断を下したのである。なお、保険外併用療養費制度についても保険診療と保険外診療の組み合わせを全体的・網羅的に拾い上げた制度ではないものと判断した次第である。また、今回の東京地裁の判決は、規制改革会議においてもすぐさま取り上げられ、保険外併用療養費制度を混合診療の実質的解禁と位置付けるにはまだ不十分であり、この際、全面解禁すべきであるとの見解を示し

ている。

本来、日本の皆保険制度における「混合診療の禁止」条項は、安全性や有効性の確認に至らない。先端医療（※２）の安易な実施を制限することにより、受診者の被害を防ぐ安全弁な役割を担っていると考えられる。

今回の事例で行われた保険診療適応外の医療については、厚労省において検討医療とされ、いわゆる特定療養費（現：保険外併用療養費）のほうで、特定の医療機関において保険診療との併用が認められていた治療法であった。結果的に現在、一定の検討期間を経て「その有効性が証明できない」として保険外併用療養費から外されているものである。

国はこの判決を不服として控訴したが、混合診療が全面解禁になると、今日まで延々と築き上げられてきた低コスト、安全、平等、公平な世界に冠たる日本の医療保険制度が崩壊しかねない。

最後に考え方を少し変えてみる。混合診療ではなく、現在の医療保険の枠の中で、もう少し多くの先進医療（※３）を受けられる方法がないのか。先進医療の中でも十分に効果と安全が確立されたものも多い。この先進医療が現在の保険システムの下で受けられるようになるためには、保険外併用療養費制度の認定や新薬の許可をもう少し早め、安心な医療にはお金がかかることを改めて政府に認識させ、医療を含む社会保障を優先して、より多くの予算をまわすことで解決できるのではないかと考える次第であり、今後、控訴された裁判の動向も見守っていきたいと思う。

- ※１ 本 件… 本来保険給付であるインターフェロン療法と、保険外である活性化自己リンパ球移入療法を併用した患者が、インターフェロン療法について療養の給付を受ける権利を有することの確認を求めたもの
- ※２ 先端医療… 医療の中でも最も新しい機器を使い、まだまだ技術も安全性も効果も十分に認められていない医療行為
- ※３ 先進医療… ある程度、普及されてきた機器があり、安全性や効果についても認められたが、まだ保険診療が認められていない医療行為

#### ４．低医療費で良質な医療を享受するマジックはない

富士原 正 人

##### (1) 医師不足について

###### ①医師数と病院勤務の医師数

2004年現在、わが国の医療に従事する医師の数は256,668人である。2002年の医師数は249,579人であるので約6,000人増加しているにもかかわらず医療現場では足りないという現実があるのは何故かを分析した。

人口1,000人あたりの医師数をみると日本では2.0人であるのに対しドイツでは3.4人、フランスでは3.4人、アメリカでは2.4人である。ところが、病床数100床あたりの医師数をみると、日本は14.1人であるのに対しドイツでは40.3人、フランスでは45.6人、アメリカでは75.9人であり諸外国に比べて大変少ないことがわかる。この数値が指し示すことは病院勤務医の不足である。

それでは病院に勤務する医師の数をみる。病院に勤務する医師数は2002年で、159,131人である。このうち内科医は36,038人、外科医は18,573人、産婦人科医は6,215人、小児科医は8,429人であったが、2004年では総数が163,683人で内科医は34,788人、外科医が18,147人、産婦人科医が5,817人、小児科医は8,393人と減少している。

これらのデータをみると医師不足とは勤務医不足であることがわかる。2004年以降この傾向はさらに深刻化しており、現在の数値が判明すればさらに現状がよくわかるであろう。

## ②医師の偏在と医療施設の偏在

人口10万人あたりの病院勤務医の数をみると東京都区中央部が908人で最も多く、愛知県尾張中部が17.9人と最も少ない。各都道府県の中でも都市部に医師は集中しており過疎地に少ないことは明白である。ところが医師数をみると必ずしも勤務医ほど偏在は強くない。過疎地には多少開業医はいるが入院施設は少ないことが伺える。100km<sup>2</sup>あたりの医師数の分布をみると北海道、東北、長野、岐阜、島根、高知、宮崎などは40人未満と少ない。これらは地理的要因によるところが大きいと思われる。

ここで医療施設のうち分娩を実施した施設と小児科を標榜している病院の数をみる。1996年～2005年までの間に分娩を実施している医療機関は26.5%も減少しており、小児科を標榜している病院は16.8%も減少している。特に小児科医はこの間に絶対数は増加しており医師の集約化によって施設が減少しているものと考えられる。また、各々の施設の減少は医師数の少ない地域に集中しているが、最近では都市部でも同様の事態がおこっている。医師の集約化は問題の解決にはならないことに気付くべきである。

## ③女性医師の増加と医師不足

厚生労働白書によると、医師全体でみると女性の従事医師数は全体の15%程度にとどまるが、近年、医師国家試験の合格者の3割以上を女性が占めるまでになっており、医師全体に占める割合が今後増加していくことが予想できる。診療科別では、特に産婦人科と小児科がともに女性医師が大きな割合を占めているが、産科診療や小児救急の厳しい勤務環境と結婚、出産、育児の両立が難しいため離職しそのまま復職しないことが多いと考えられると述べている。女性全体の就労率は75%程度で、就労もパートタイムが多いと言われている。

#### ④勤務医の勤務環境と意識

2006年に京都私立病院協会が府内の勤務医に対して行った意識調査の結果にもとづいて分析してみよう。

まず、勤務時間についてであるが一週間の勤務時間が48時間以上であると答えた人は全体の70%に達し、さらに56時間以上の回答が44%もあった。

夜間当直に関する調査では、夜間当直をしている医師の58%が一ヶ月に3回以上当直をしている。さらに夜間当直の翌日は、夜間の忙しさにかかわらず翌日は普通勤務をせざるを得ないと回答した医師が89%と圧倒的に多かった。

これだけをみても勤務医が過酷な勤務状況にあることが伺い知れるが、最近では病院の院長・副院長が当直要員であるところも少なくないという悲惨な状況である。

勤務医不足の要因についての質問には、“過酷な労働環境”を挙げているのが61%と最も多く、次いで“新臨床研修制度”が45%、“国民やマスコミの医療に対する過度の安全要求”が42%であった。

「勤務医の地域偏在の要因は」との質問については、「大病院の都市部への集中」と考えているのが63%と最も多く、次いで「医療政策の貧困による医師の不適正配置」が59%、「子供の教育、文化的環境の地域格差」を挙げたのが53%であった。

#### ⑤まとめ

医師不足をもたらすものは医師の質と量の低下であり、まさにとりもなおさず医療提供体制の崩壊である。信頼される医療制度を創るうえで医師不足は根元的なマイナス要因であり、医師もいないのに良い医療を提供できるわけがないと言っても過言ではない。

わが国において勤務医減少の災禍は現在も着実に進行しており、さらに速度を増しているようにも思われる。それ故これに対する対策は緊急課題と思われるが、一向に有効な施策が展開されているとは思えない。

医学部の定員を増やすなどという小手先の対応で解決できるような問題ではなく、医学教育の根本から改革し、どのような学生を医師にするかを含めて社会的貢献を目的とする明確な医師の養成を目標にした医学部の運営が必要であろう。

## (2) 医療過誤を引き起こす背景

以前、大阪赤十字病院で右記のような投薬ミスがあった。

寡聞にしてこの主治医がどう処分されたかは不明だが、今同じことが起きれば逮捕、起訴される可能性が高いと思われる。しかし、医師を逮捕することによって医療安全は向上するのだろうか。

米国では医療の質委員会報告「人は誰でも間違える」(To Err Is Human)にのって、化学療法の場合は、医師の仕事を分担できる薬剤師、看護師を養成して医師の仕事を軽減、結果的に安全向上につなげている。例えば抗ガン剤投与も薬剤師が処方せんに記入し、医師が確認、投与前に再び確認と何重にもチェックを重ねるシステムで行っている。

抗ガン剤投与を薬剤師が処方せんに記入する理由は、「処方せんは医師には書かせない、なぜなら忙しい医師が書くと必ず間違えるから。」(テキサス州アンダーソン癌センター、アシスタントプロフェッサー上野直人氏)とされている。

まさに「人は誰でも間違える」を前提に安全なシステムを構築している。

米国では医療事故に関与した現場の人間にいくら刑事罰を与えても医療安全は向上しないというのが常識になっている。

「日本では医師の絶対数不足のために抗ガン剤専門医がほとんどの病院で不在である。一般の外科医ないし内科医が処方せんから血管確保、アンブル割り、ボトル注入までやっている。日本の医療を向上させるため、医療事故を減少させるためには、医師数だけではなく病院のマンパワーの見直しが必須だ。」(済生会栗橋病院本田宏氏)

医療の安全のためには、システムの機能不全と個人の能力不足の双方に対処しなければならない。個人の処罰では、システムの改善も、個人の能力を高めることもできない。システムの機能不全は、人員配置の不備や投資の欠如、またその時点での知識の欠落によって起こってくる。善悪の問題ではないと小松秀樹氏(虎ノ門病院)もその著書で述べている。

今の日本において刑事司法は、被害者意識や再犯防止のためだとして、個人に刑事罰を科してしまう。福島県立大野病院事件がその一例である。患者、あるいは司法は医療の不確実性を理解せず結果が悪ければ「医療ミス」だとマスコミも含めて信じ、医師個人にそ

毎日新聞 2000.3.10

病院の説明によると、男性は末期の前立腺がんで昨年12月下旬に入院した。抗ガン剤による治療を行うことになり、同27日午前、主治医の男性研修医(27)の指示を受けた看護師が抗ガン剤80mgを水に溶かし、点滴で投与した。

同日夕、男性が吐き気や下痢の症状を訴えたため、病院側が調べたところ、10mgと指示すべき抗ガン剤の量を間違えていたことが判明。主治医が別の抗ガン剤を使う量と勘違いしたという。

副作用のため白血球が減少。今年1月13日に多臓器不全で死亡。



の責任を負わせている。

安全なシステム構築には今何が足りないのでしょうか。

日医ニュースで森会長は、「私もひとこと」で右記のように述べている。

つまり、人とお金が足りないのである。

#### ①人が足りない

勤務医と他業種労働者の週あたりの勤務時間の比較を見ると如何に過重労働になっているかがわかる。(図1)

厚生労働省は2005年、病院勤務医4,077人の労働時間を調査した。それによれば、1週間で平均70.6時間の勤務、つまり法定労働時間の40時間を差し引けば、約30時間の時間外労働を行っていることが判明。1ヶ月を4.2週間と見積もると時間外労働は約129時間になる。もちろん、70.6時間の中には休憩時間4.7時間も含まれている。医師の場合これが労働時間に含まれ

日医ニュース「私もひとこと」 2007.8.20

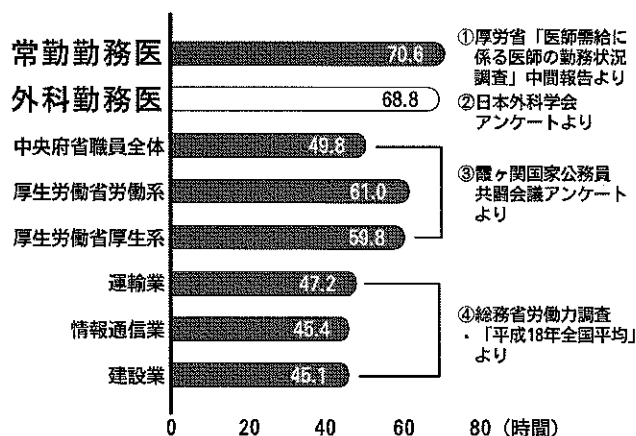
医療費削減政策が強行され、医療の高度先進化、恣意的な在院日数の短縮、救急医療のコンビニ化、医療訴訟の増加などから、勤務医をはじめ医療従事者が過重労働にさらされている。

全国自治体病院協議会の試算では、勤務医の過重労働を解消するには5671億円の経費が必要とされているが、これは医師の人件費だけに絞った試算であり、看護師など医療従事者の人件費やその他諸経費を加算すると、一兆円を超える財源が必要と思われる。

経済財政諮問会議は、さらに1.2兆円の医療費の削減を求めているが、現在、われわれが提供する医療は、勤務医をはじめとする医療従事者の献身的な努力で維持されており、これ以上の医療費削減は更なる過重労働を招き、医療の質を担保できない。

務、つまり法定労働時間の40時間を差し引けば、約30時間の時間外労働を行っていることが判明。1ヶ月を4.2週間と見積もると時間外労働は約129時間になる。もちろん、70.6時間の中には休憩時間4.7時間も含まれている。医師の場合これが労働時間に含まれ

図1 勤務医と他業種労働者の週当たり勤務時間数の比較



医師の週当たりの勤務時間から法定労働時間である40時間を引くと、週に28.8時間および30.6時間となり、過労死認定の水準である月間80時間の時間外労働を優に超える数字となる。なお参考までに、中央省庁勤務の国家公務員や運輸業などの平均勤務時間数も示した。

表 1 医師過労死の状況

発生年	地 域	診療科など	死亡時の年齢	種 別	法的手続きの状況
1992 年	茨 城 県	外科勤務医	29 歳	過労自殺	労災認定
1995 年	山 梨 県	産婦人科勤務医	35 歳	過労死	労災認定
1996 年	大 阪 府	麻酔科勤務医	33 歳	過労死	民事訴訟係争中
1997 年	千 葉 県	小児科勤務医	43 歳	過労死	労災認定
1998 年	大 阪 府	関西医大研修医	26 歳	過労死	労災認定
1998 年	神 奈 川 県	整形外科勤務	—	過労死	労災認定
1999 年	東 京 都	小児科勤務医	44 歳	過労自殺	労災認定
1999 年	東 京 都	内科勤務医	53 歳	過労自殺	公務災害認定
2000 年	神 奈 川 県	横浜市立大研修医	30 歳	過労自殺	労災認定
2001 年	沖 縄 県	嘱託医	30 歳	過労死	和解
2001 年	西 日 本	内科勤務医	43 歳	過労死	公務災害認定
2003 年	鳥 取 県	鳥取大大学院生	33 歳	事故死	労災申請中
2003 年	北 海 道	小児科勤務医	31 歳	過労死	労災認定
2004 年	愛 媛 県	麻酔科研修医	28 歳	過労自殺	民事訴訟係争中
2004 年	奈 良 県	内科勤務医	26 歳	過労死	労災申請中
2004 年	京 都 府	外科勤務医	44 歳	過労死	労災認定
2006 年	東 京 都	日大研修医	26 歳	過労自殺	労災認定

ない「自由に使える時間」かどうかについては疑問もあるが、それを差し引いても 1 ヶ月あたり 100 時間を超えてしまう。

一方、労働者が脳、心疾患で死亡した場合、労働基準監督署が過労死と認める際の基準は次のとおりである。④ 急激な血圧の変動などをきたすようなストレスの大きい出来事があったか、⑤ 発症 1 週間以内に継続した長時間労働があったか、⑥ 発症前の長時間にわたって過重な労働があったか。これらいずれか 1 つでも満たせば労災と認定される。

特に重要なのが、⑥ の「過重な業務」である。厚生労働省が 2001 年に示した「時間外労働が発症前 1 ヶ月間におおむね 100 時間、2 ～ 6 ヶ月あたりおおむね 80 時間」という基準が認定基準となっている。つまり、医師の多くが過労死の認定基準を超えて勤務していることになる。表 1 は医師の過労死、過労自殺について集めたものである。

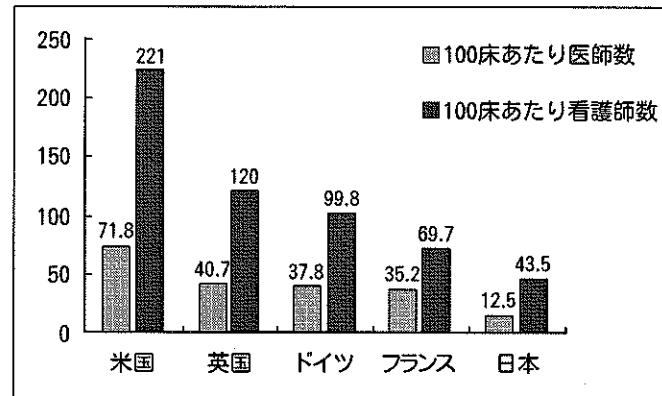
## ② お金が足りない

一国の医療ではアクセス、コスト、クオリティのすべてを満足させることはできない。わが国ではこれまでアクセスを保障し、コストを抑制してきた。しかしそうすると 3 時間待ちの 3 分間診療となる。必然的にクオリティー（安全はその一部）は下がらざるを得ない。今までは何とか医療従事者が献身的努力でそれを維持してきたが、限界を超えたと考えられる。

OECD の「Health Data 2006」によると 2004 年の先進国の医療費の対 GDP 比は、アメリカが 15.3% で、以下ドイツ 10.9%、フランス 10.5%、カナダ 9.9%、イタリア 8.4%、イギリス 8.3%、日本は 8.0% だった。日本は先進 7 カ国で最低になった。

とりわけ入院診療に費用がかけられていない。その結果、入院病床に対する医師の配置

図 2 先進国の医師、看護師数の比較



数はアメリカの五分の一という状態である。(図2)

だが、それだけ人件費を削っても公立病院の約70%が赤字にあえいでいる。

では、医療過誤を減らすのにはどうすればよいのか。

繰り返すことなるが医療過誤はどんなに努力しても消滅させることはできない。人間は機械ではないので間違える。医療過誤は個人の問題というよりシステムの問題ととらえ、間違いがあっても被害につながらないようなシステムを費用をかけて整備すべきだと考えられる。

今、厚生労働省で「医療事故調」とも呼ばれる機関の設置の検討がされている。そこでの座長である首都大学東京法科大学院教授、前田雅英氏は「事故の報告をしなければペナルティーを科し、さらにその結果で法的責任を追及する手段にしたい。」と述べている。しかし、これでは報告すると同時に被告人になってしまう。法律上、「被告人」は自分の不利益になる証言はしなくてよいと規定されている。よって医師は自分に不利となりそうな事故についての真相については一切証言しなくてよいので医療過誤の原因追及は不可能である。原因追及なくして過誤の防止は不可能である。医療過誤が起こることを前提として「医療側にも患者側にも公平な処理システム」を作る必要がある。

スウェーデンでは、医療側の誰がどう悪かったかという責任追及無しに無過失補償を行い、無過失補償に伴う調査と行政処分は完全に切り離されている。日本もそのようにしないと「ヒヤリハット」の報告さえされなくなってしまう。「ヒヤリハット」報告を根拠に逮捕される可能性が出てくるからである。

「医療事故調」が公平な処理システムになることを切に願う。

## 5. 国民との接点

川 端 眞 一

### (1) マスコミと広報戦略

情報社会にあっては、マスコミの構造を知り、情報の流れを汲み取ったうえで広報戦略を練らねば、民意を制することは不可能である。行政機関及び財界は、これを熟知し、マスコミの生態と情報の性状に応じた広報戦略をすでに展開している。いまだ古色を残す医師会あるいは医療界は、その体質と頭脳を改変し、あらゆる組織・団体を糾合して、乗り遅れた情報社会の奔流に漕ぎ出さねば、国の政策を牛耳る勢力には対抗し得ないであろう。マスコミを知り、これを動かし、世論を形成し、国の政策にコミットする戦略を考えたい。

#### ① マスコミの構造と実態

メディアリテラシーを例にとるまでもなく、紙誌面の文字や電子媒体のコンテンツには、何らかの人為的意志が働いている。人間の作為である以上、やむを得ないものもあるが、日本のマスコミには、ヒトレベルの作為以上に構造的な意図も含まれている。再三指摘されながら止むことのない「やらせ」「でっち上げ」などの虚偽報道のほか、事実や記事の取捨選択による誘導・煽動報道などは、その構造に多くが起因している。

報道の歪みを生む最大の構造的瑕疵とは、文字媒体、電子媒体ともに日本のマスコミが株式会社であり、営利企業であることにある。つまり、報道されるコンテンツは、利潤を生む商品でなければならない。もちろん、「正義の味方」が長い目で見れば利益をもたらすことが多いのだが、会社幹部及び株主など経営陣は単年度の果実を求め、目先の結果を要求する。このため、ジャーナリストを自負していたはずの記者あるいは社員たちも、いつしか販売部数、視聴率という怪物に呑み込まれ、気がつけば、「やらせ」「でっち上げ」「誘導報道」に手を染めるようになり、やがて、手を染めていることさえ意識せず、いつの間にかスポンサーの悪口が紙誌面や映像音声から消えてしまう結果を招いている。そして、マスコミの最大のスポンサーが国であることを忘れてはならない。

#### ② 記者クラブ

新聞を中心にした日本の従来型マスコミの形態的構造は、記者クラブ制度に象徴される。情報は、効率よく集約し、吟味、取捨選択し、キャスティングせねば望むべき効果をもたらさない。日本の記者クラブ制度は、国や地方の司法・行政・立法機関、財界とマスコミが協力し合って育て、慣れ親しんできた情報収集発信ツールである。後に放送記者クラブが加わり、間口は広がったが、いまだに外国の報道機関や雑誌、週刊誌などを排除しているため、折りにふれて問題視されている構造体だが、内部にいる限りは居心地の良い、便利ツールである。

この便利ツールは、なかんずく高度成長期と重なった高度情報社会の到来とともに利便

性を増し、その効用にいち早く気づいた国および地方の政治・経済・行政機関は、これを巧みに利用、活用しながら世論の形成、誘導を図るようになった。つまり、クラブメンバーとの日常的な付き合いを通じて、ある種の“馴れ合い”関係を醸成し、PRしたい情報を選択的に記者クラブへ持ち込み、ブロードキャスティングを図る。不都合なニュース、データは持ち込まないのはいうまでもない。

ただ、国民や視聴者が情報提供側の手前味噌広報だけで満足するはずはない。マスコミもこのことは十分に承知しており、他社とは異なる独自ダネ取材合戦を展開することになる。いきおい、記者クラブという温床から飛び出して活動する記者も出てくるわけだが、懐深く入り込まれてかき回されることを嫌う被取材者側は、内向けには緘口令を発する一方で、情報の出し入れを一元化し、大量の情報をクラブに持ち込んで記事化を迫ることで取材者の足止めを図る。なおかつ漏れ出した丸秘情報については、若いころに培った人間関係を駆使して取材側幹部に連絡、記事の差し止めを促すことさえいとわない。

さらに、時折は個別の媒体を選択してニンジンを食べさせることも忘れない。特ダネを欲するマスコミの生態を利用して特定の情報をリークし、これによって個別媒体とのより堅固な絆を築くと同時に情報漏洩等有事の際の危機管理にも応用しようというわけだ。

記者クラブは、官邸記者会、内閣記者会、各省庁記者会など国の司法、立法、行政各機関のほか経済、文化・科学・芸能・芸術団体、スポーツ団体ごとに張り巡らされている。地方においても機関、団体組織ごとに整備されている。ちなみに京都には、京都府、京都市はじめ各市町自治体、府警本部、裁判所、京都府・市教育委員会、商議所、大学、宗教（東・西両本願寺）ごとに組織され、運動、芸能記者会に関しては、府県の壁を越える形で組織されている。

このほか、記者クラブとは別に、管理職でもある各社の論説・編集・解説委員を対象に個別の記者会見やレクチャーを通じて、“冷静な”報道を要請しながら筆先をうまく誘導して世論形成を企む機関もあり、人脈というしがらみからまり、党あるいは党内勢力と手を携えながら競争相手との取材、リーク合戦に生きがいを感じる政党担当記者もいる。彼等は、特定勢力の抗争を社内に持ち込み、自らの浮沈をかけて社内闘争を繰り返すこともしばしばだ。ただ、内閣支持率等世論の動向や党や勢力の盛衰次第で旗色をさっさと塗り替えることも彼等の得意技のひとつである。

### ③マスコミとの関係

かつてのように有力な政治ロビイストがおらず、ロビー活動もままならない状況下において、マスコミの実態とその構造の良し悪しがどうであれ、現時点においては、マスコミをツールから外した世論形成はあり得ない。ましてや立法・行政機関を主体とする国が先行してマスコミ運転術の習熟を深めている以上、医師会あるいは医療界が理不尽な医療行政に対抗して自らを主張し、世論を動かすには、遅ればせながらマスコミの実態を把握

(理解を示す必要は無い) し、運転技術を学ばねばならない。しかし、これまでマスコミと医師会、医療界の関係はどうだったのだろう。

“馴れ合い”が必要だというのではない。しかし、情報交換のパイプは繋がっていただろうか。日常的な接触はあったのだろうか、いや、接触の場を形成しようという努力をしてきたのだろうか。確かに接触の機会があった。ただそれは、事件の局面でだけである。医療過誤、診療報酬の不正請求、倫理観を欠く診療や手術…。事件に群がる若い記者には、医学・医療の知識は皆無である。浅薄な取材や誤解によってニュアンスの違う、あるいは歪んだ報道があっただろう。そして、これを見た医療人たちは、彼等を嫌うようになり、口をつぐみ、取材を拒否する。一方、マスコミ側は、情報を開示しようとしないう医療界に不審を抱き、事あるごとにバッシングの態度を顕わにするようになった。いつしかマスコミと医療界は、普通関係を踏み外し、むしろ敵対関係に陥ってしまったのではないか。

府医師会にも広報機関がある。しかし、それは、今もって内なる会員向け広報が主体であって、市民や国民へ向けたキャスティングの役割を果たし得ていない。広報とは何だろう。先にも指摘したように、それは、内なる情報を集約し、発掘し、計画的にマスコミへパスし、意識的にキャスティングを促すことである。まず手がけねばならないことは、マスコミとのパイプ形成であろう。

#### ④企業としてのマスコミ

マスコミ企業体が他の企業と異なる最大の違いは、編集部門を備えていること。そして、広告を主体とする営業の流れが逆方向を向いていることだ。一般企業や団体は、巨大な宣伝費をかけて製品や各種サービスをPRするが、マスコミは、メディアを提供、販売することによって宣伝費を受け取り、他社製品・サービスをPRする。ニュースなど編集紙誌面や番組など自社製品もあり、読者や視聴者に購読料や視聴料としても販売している。新聞の場合、購読料は営業主体が異なる販売店との間で折半している。景況によって広告収入は増減するため、経営難になると購読料の値上げで糊口を凌がざるを得ない。つまり、マスコミは、世の経済動向に大きく左右される業種である。

経産省・調査統計部がまとめた「特定サービス産業動態統計」によると、2006年(1～12月)の広告業売上高合計は5兆8,055億円。広告代理店最大手の電通がまとめた「日本の広告費」によると、同年の広告費は5兆9,954億円と国の統計に比べてやや多目で、うちマスコミ4媒体広告費が3兆5,778億円(新聞9,986億円、雑誌3,887億円、ラジオ1,744億円、テレビ2兆161億円)、SP(セールスプロモーション)関連媒体広告費2兆2億円(DM3,495億円、折込4,809億円、屋外2,738億円、交通2,505億円、POP1,845億円、電話帳1,154億円、展示・映像他3,456億円)、衛星メディア関連広告費544億円、インターネット広告費3,630億円となっている。ちなみに広告主トップの座を5年間譲らないトヨタ自動車の2005年の広告費は1,029億8,900万円で、総売上10兆1,918億3,800万円に占め

る割合は1.0%。売上に占める広告費の割合は業種によって大きく異なり、資生堂などは10.7%にもなる。新聞、雑誌など文字媒体の広告費は近年、減少傾向に歯止めがかからず、電子媒体とくにインターネットの広告費が大きく伸びる傾向にある。また、広告費は、オリンピックやサッカーのワールドカップなど国際的あるいは国家的イベントの有無によって大きく増減し、あまり大きくはないが、選挙特需などもある。

国や自治体、政党なども広報費のほか外郭団体等の宣伝費などで、この「広告費」に参加しているほか、個別メディアとタイアップしたイベントの企画などでマスコミの財政を大きく支えている。さて、医師会、医療界はどうだろう。確かに医薬品や医療機器のPR費は膨大だが、病院や医療機関などのPR費は、医師法などによる制限もあって他産業に比べると極端に少ない。ましてや医師会が自己主張するための宣伝費などは皆無に等しいのが実態だ。こうした実態を踏まえて、理解せねばならないことは、マスコミが、少し言い換えると、マスコミ経営者たちが医師会の意向を気にして自主的に医師会に近づき、好意を示す必要性があるだろうか。まずは、このマスコミの構造と現状、日本の広告産業の実態を把握し、その宣伝効果を研究したうえで有効性を認識できるなら、対価を支払う価値があるならば、活用すべき情報戦略のひとつとして研究すべきである。

#### ⑤戦略の具体化

広告産業にとって広報、主義主張も商品のひとつであり、広告料を支払えば、マスコミは動く。しかし、国民に真を問い、その信頼を得て正しく世論を形成するには、やはり正攻法を重視すべきであろう。再度強調すると、マスコミの属性の特徴は、憲法にも保障された言論の自由という大義名分を背負った編集部門があること、そして、これに携わる“ジャーナリスト”がいることである。言論の自由が何たるかという哲学的問答はさておき、この金科玉条を守り、真実を追求する姿勢を示さねば、マスコミも国民の信を得られないことは、マスコミ経営者たちも重々承知のはずである。

マスコミ内における言論の自由とは、管理部門も含めた営業部門と編集部門とが没交渉であることを意味する。つまり、編集権は、何ものによっても侵し難い独立したものでなければならない、というのが建前である。しかし、バブル崩壊後、景気の低迷によって困難なマネジメントを強いられた経営者たちは、この編集権を蝕み始めた。編集人にセールスへの協力を示唆、あるいは強要するようになった。新聞で具体的な例をあげると、あるPR的意図をしのばせた編集記事とバックにした広告の掲載、記事スタイルの広告による営業活動などである。こうした大義名分を揺るがすグレーゾーンが広がりを見せており、世の中も容認の傾向にある。即効を狙う方法として研究の価値はあるが、あくまでもグレーゾーンであるとの認識を忘れてはならないだろう。

マスコミとのパイプ作りの必要性は先に触れた通りだが、肝心なのは、パイプを通じた能動的な関係の改善と“友情”の醸成である。マスコミには、さまざまな取材部門があり、

政治記者、経済記者、事件記者だけが記者ではない。良質な科学担当記者、医学・医療担当記者、科学・医療担当論説委員・編集委員・解説委員もいる。ただ、政治・経済・事件記者に比べると、その数は極端に少なく、しかも東京に一極集中している。しかし、政治・経済記者に比べると、販売部数や視聴率、損得勘定に無頓着なジャーナリストを自負したままモラトリアムを決め込む記者の存在率は高い。医師会が「国民のための医療」を考え、真剣に議論するならば、彼らも議論に加わり、キャスティングの協力を惜しまないだろう。また、彼等の幅広い人脈を介した各組織の糾合や協力関係の形成、意識ある市民、国民の参加も可能にするだろう。ただ、医学・医療を理解し、医療行政に通じた人材は数少なく、パイプと“友情”を通じた情報交換によって理解者の拡大に努めることも課題となる。

マスコミとのパイプを形成し、日常的な情報交換によって友情を深化させ、いまの医療に何が必要かを議論し合い、国民に問いかけ、世論と組織を束ね、実効を目指すには、マスコミを研究し情報の収集・取捨選択・フローの戦略を練る広報キャビネットが不可欠だ。委員会は実行力を欠くため、このキャビネットは医師会執行部直属の実行部隊であることが望ましい。

#### ⑥提言「発信機関の構築を」

広報活動の方向を内から外へ向け、世論を喚起し、戦略を展開し、実効あるものとするには、府医にも、委員会ではなく活動の「実行部隊」が必要である。部隊の第1課題は、府民、マスコミ、関係機関との接触と情報交換、および接触・情報交換の場づくりである。場が形成され、“友情”が育まれ、理解が進めば、おのずと情報の受け渡しはスムーズになり、伝えたいメッセージも府民、国民へと届くようになる。伝えたくないメッセージもあるだろうが、信頼関係の構築という観点に立つならば、情報は良し悪しにかかわらず、できるだけオープンにすべきである。

部隊の使命の第2は、情報交換のパイプを通じた広報戦略の展開である。きっかけとして、この「答申」を発表材料として記者会見を開くのも一つの方法である。「懇談会」を定期的に関くのもいいが、マスコミの実動部隊は暇ではない。興味あるテーマやニュースとして書けるネタというお土産がなければ集まらない。彼等は、より興味深いテーマ、書けるネタを探して離合集散するからである。ただ、多少ニュース価値が劣っても書かせる方法はある。1～2社にリークすることだ。「特ダネ」となれば、彼等にとってのニュース価値は増す。

センセーショナルリズムもマスコミの耳目を惹きつけやすい。たとえば、府医独自に国の医療政策に反対することを表明、その裏づけとして「答申」内容を発表すれば、マスコミは何らかの形で、その内容を紹介するだろう。「答申」を書き足し、肉付けし、参考資料を加え、「本」として出版する手もある。「本」となれば、マスコミも関心を持ち、内容を理解しようとし、国民の関心をも呼び覚ませるかもしれない。そして何よりも、府医とし



てもPRしやすい。ちなみに、そのタイトルは「どうなってもいいのか 日本の医療」。ただ、これらの手段は、あくまでも「とっかかり」つまりパイプづくりの糸口であり、信頼関係の醸成は時間をかけて行わねばならない。信頼のパイプが太くなり、理解が深まれば、日本の医療の現状を見つめなおし、将来の医療のあるべき姿をともに模索できる果実をきっと生み出せるであろう。世論との信頼関係が深まれば、多くの団体の糾合も可能となり、おのずと世論を動かすパワーへと成長することになるだろう。

余 語 真 夫

## (2) 医療における信頼（不安が増幅する国民の心理？）

### ①なぜ医療に信頼が必要なのか

医療における信頼は、医療技術、個々の医療専門家、医療機関、医療システム、医療制度といった医療を提供する側と、患者とその家族を含む個人・集団との間で形成される心理学的概念である。医療における信頼には、患者とその家族を含む個人・集団が医療を提供する側に対して抱く信頼と、医療を提供する側が患者とその家族を含む個人・集団に対して抱く信頼という二つの側面がある。本来、医療は、患者が医療専門家を信頼し、医療専門家が患者を信頼するという双方向的な信頼の協奏によって展開されるべきものである。

現代社会では、生老病死、すなわち人の出生から死に至るまでの人生のあらゆる側面に医療は密接にかかわっており、人は医療の恩恵を受けながら生きている。日本語に「四苦八苦」という言葉があるが、この言葉の「四苦」とは生老病死を指している。このうち「生」とはこの世に生まれ生きることの苦しみ、「老」とは老いていくことの苦しみ、「病」とは病にかかることの苦しみ、「死」とは死んでいくことの苦しみを指す。医療は「四苦」を可能な限り軽減し、その苦しみから解放されるために人類が試行錯誤し発展させてきた技術である。

医療は科学技術の結晶である。だが、科学技術の性質上、100%の安全、別の言い方をするとゼロリスクはあり得ない。科学技術そのものがゼロリスクではないということだけでなく、科学技術を現実生活で利用する際にゼロリスクを追求しようとする莫大な費用と人手が必要となり、また、あるリスクをゼロに近づけようとする他のリスクが増大するというトレードオフなどがあり、現実的にはわれわれは損失と利得を勘案して、どれくらいのリスクであれば許容できるのかを社会的に合意形成するほかはない。医療技術やそれを行使する医療専門家の行為にリスクがあるだけでなく、患者の行動にもリスクがあり、そもそも医療の対象である生命現象がリスクを常に抱えている。したがって、医療にはゼロリスク、あるいは100%安全確実というものは期待できない。

医療は、患者が医療専門家を信頼して身を託し、医療技術の行使を認めること、そして医療専門家が患者を信頼し、患者の理解と協力を得て医療技術を行使することによって成

立する。医療は健康の維持・増進、病気の治療、生命延長という点で他の手段よりも格段に優れているのだが、性質上、不確実性とリスクを含んでいるので「信頼」が必要になる。「信頼」なくして医療は成立しないのである。

## ②医師に対する信頼

「信頼」は、相手の「能力」に対する期待と相手の「意図」に対する期待という二つの期待で構成されている。患者は医師の医学的臨床的能力に期待するとともに、医師の意図、すなわち善意に期待する。患者の医師に対する信頼は「医師が患者にとって最善を尽くすだろうという確信」ともいえる強固なものである。それゆえに、患者が期待する医療が施されなかった場合、患者は医師の能力が低いとか医師の善意や誠実さが欠けていると考え、医師や医療機関に対して否定的な態度を形成することになる。

医師に対する患者の「信頼」を規定する要因として「医学的臨床能力」「思いやり」「守秘義務の履行」「頼りがい」「コミュニケーション能力」などが挙げられる。医療においては、医師が医療を遂行する上で必要な情報を患者に伝達することだけでなく、患者の病状や懸念、恐怖、期待、望みなどをできる限り正確に読み取り、患者の不安を軽減しつつ最適な処置を提案し、医療への患者の協力と意欲を動機づけるというような高度なコミュニケーション能力が医師に求められる。もっとも、医師が最善の努力をしても、コミュニケーションは失敗することがある。患者や家族のコミュニケーション能力が不足していると、患者は医師の言動をネガティブに受け取ったり、医師の説明が不十分であると感じたりするだろう。

患者やその家族が医師や医療スタッフ、あるいは医療そのものについて、どういうことを期待しているのかを医師は掌握し、もし患者や家族の期待が実際と乖離しているならば、現実的な範囲での期待に修正を図った上で診断・治療を実施するべきである。患者や家族の期待に沿わないことが起こった結果、「信頼を損なった」「無能である」「不誠実である」というフィードバックを患者側から受けることは明らかである。一方、患者側も医師や医学に対して過大な期待をかけることが不毛であることを悟るべきであろう。

## ③医療の合理性と不合理性

患者を含む国民が医療の信頼を求め、医師を含む医療専門家側が「信頼される医療」をアピールし、マスコミが医療における信頼の問題を取り上げている現状は芳しいとは思えない。医療においては医療専門家側と患者側の双方向の信頼の確立が不可欠である。信頼が確立されたならば、おそらく医療者側も患者側も信頼を意識する必要はなくなり、信頼をめぐる議論や信頼を獲得するための時間的・経済的・労力的に過剰な投資も必要なくなる。

上述したように医療にはゼロリスクはあり得ない。医療専門家は医療におけるリスクを少しでも防ぐために努力することは当然であるが、実際には医師や看護師など医療スタッ

フの個々人が最善の努力をしても医療におけるゼロリスクは実現しない。医療におけるリスクを減らすためには、所与の医療機関における医療スタッフの人員の適正人数の確保と合理的な役割構成を行う必要がある。

医療におけるリスクを減らすために、医療機関の内外に様々な評価や監視を行う組織や機関を設けることが最近推奨されている。マスコミもその一翼を担っている。そうした評価や監視の体制を強化することは一面では恩恵を生む。だが別の面では、それらの体制が強化されればされるほど、医療処置の実施の際して煩雑な手続きを踏む必要性も増え、また医療専門家側に例えばリスクのある処置は行わないとかリスクのある患者を引き受けない、リスクのある診療科で仕事をしないという医師の撤退行動や精神的畏縮を引き起こす素地をつくる。皮肉なことに、人間の正常な頭脳活動では、失敗を避けようとすればするほど失敗する確率が高まってしまう。失敗を恐れることにより、利得を逃すこともある。医療専門家を畏縮させた結果、損をするのは患者である。

どういう条件下で医療ミスが起こるのかを科学的に解明することは不可欠である。医師も人間であり患者も人間である。誰もが人間の心や行動の特性から逃れることはできない。医療ミスやコミュニケーション不足が起こる単純な理由の一つは疲労・過労・過度のストレスである。医師が安定して医療処置を行い、豊かなコミュニケーションを行うためには疲労・過労・過度のストレスを緩和する必要がある。そのための方策の一つは、医療制度を改めることである。医療制度や医療政策のあり方が不合理であれば、医療専門家や患者がいくら努力をしたとしても水の泡である。

医療制度は合理性をモットーに立案され施行されているはずだが、実際にはその根拠となる合理性とは一面的な経済的効率性であり、言い換えると国家財政における医療経費の圧縮のみを狙ったものである。国民一人ひとりの命を守ることが政策立案者の使命である。医療の経済的効率性という点ではわが国は世界一を誇る。だが、現実には経済的効率性のみを追求することによって、医師を含む医療専門家は疲弊し、多くの国民は本来恩恵を受けられるはずの医療を受けられないまま苦しみ、不幸な人生を送り、不幸なままに人生の幕を閉じているといっても過言ではなからう。

医療専門家が安心して働ける合理的な環境・条件整備をしない限り、わが国の医療の質の著しい低下を防ぐことはできない。経済的効率性の向上を目指した合理性の追求が、実は医療専門家にとっても国民にとっても不合理で不条理な結果を生み出していることに政策立案者は気づくべきである。医療政策は机上の理論では困る。政策立案者は全国各地を歩き、医療の現場、国民の生活を直に観察して、立案しようとしている制度や政策の合理性を検証し、改善を重ねる努力をするべきである。いかに優れた医師がいても、いかに優れた医療技術があっても医療の質は向上しない。その人的資源と技術を有効に活用できるかどうかは医療制度を含む医療政策の出来栄次第である。

最善の医療は、医療専門家の能力と努力、国民の理解と協力、そして政策者の賢明な計

画立案が揃わなければ実現しない。医師を活かすかどうか、国民を生かすかどうかは、政策に委ねられている。医療専門家は国民とともに病気・障害を克服する闘いに挑む仲間である。その闘いを勝利に導くためには合理的な医療制度が設計されねばならない。医療における経済的効率性とは、国民一人ひとりの命を尊重し、医療専門家が安全かつ生き生きと使命感をもって職務に専念できる条件を整備したうえでの経済的効率性でなければならない。医師の数や医療報酬を抑制し、病床を減らし、患者の支払う医療費を値上げすることで医療費を抑制したとしても、それでは無策・愚策というものである。

#### ④理解と協力を得られる医療へ

医療が適正に遂行されるためには医療に対する国民の理解と協力を得ることが不可欠である。近年、マスコミだけでなくインターネットの浸透、そして健康産業の台頭などにより、玉石混交の医療関係情報が流布している。選択肢が増え情報力が増えることは国民にとって一方では有益であり、他方では混乱と葛藤、そして不信を引き起こす。

人間の脳の情報処理容量は限られているため、容量を超える情報にさらされると人は適正な判断が困難になることもある。人間の脳はポジティブで利得を生じるような情報よりもネガティブで損失を生じるような情報に対していっそう敏感であり、ネガティブ情報に対して過大視する傾向もある。人間は選択肢が多すぎると、自分にとって納得のいく選択肢を決定するまでに時間を要し、さらに決定した選択肢が最良のものであるという確信をもつことができなくなる（自分が選んだ選択肢よりも、自分の選ばなかった選択肢や見落としていた選択肢のほうが優れていると考える）。人間は同じ情報でも提示のされ方によってその情報の受け取り方が異なる場合もある。例えば、ある行動科学実験では、600人が死亡すると予想される伝染病に対して、200人が救われる対策Aと、3分の1の確率で600人が救われるが3分の2の確率で1人も救われない対策Bが提示された場合、一般的に人はどちらの対策を選択するかを尋ねると回答者の7割は対策Aを選んだ。別の課題で、400人が死亡する対策Cと、3分の1の確率で1人も死なないが3分の2の確率で600人が死亡する対策Dが提示された場合、回答者の8割は対策Dを選んだ。実際には対策Aと対策C、対策Bと対策Dはそれぞれ同じ意味であるにもかかわらず、情報の提示の枠組みによって矛盾した判断を行うのである。

こうした人間の行動原理を踏まえて、医療の現状に関する国民の理解を促進し、国民が効果的に医療を利用し恩恵を受けられるようにするために、医師会と医学会は良質な情報を効果的な方法で国民に提供する努力をするべきであろう。そうした情報提供はマスコミとの協力で実現するだけでなく、例えば子どもも高齢者も楽しんで医療および医療制度に関する理解を深めることのできる空間を開設することにより可能になるかもしれない。医師会が、国民に対する有益な医療情報の内容の選定と効果的な情報提示方法を研究・開発する機能を備えたり、日頃の臨床場面における医師のコミュニケーション・スキルを強化

できる学習機会を設けたりすることは、医師にとっても患者にとっても恩恵をもたらすものと考えられる。さらに、医療と医療制度の現状と問題を国民と共有し、国民と連帯してより良い医療を実現するためのコミュニケーションの機会を医師会が積極的に設けることが期待される。

## 6. まとめ

城 守 国 斗

従来からあるわが国の医療制度は、「国民皆保険制度」、「医療へのフリーアクセス」、「経済状態に関わらない公平な受益」等を基盤とする、世界で最もバランスのとれた、高水準の医療提供体制、制度である。しかし、今後想定される高齢者人口の増加、さらなる医療技術の進歩等に伴う医療費の増加が、現在困窮する国家財政をさらに圧迫させることが予想されたため、近年、医療費抑制を目的とした医療制度改革案が厚労省から次々に打ち出されることとなり、結果当然のごとくそこに歪みが生じ医療体制の崩壊、国民の医療不信の増大へと繋がっている。ところで、現在進行している医療崩壊というものは、今日言われている医療費削減というもののだけがその要因なのであるか？もちろん医療費削減が医療崩壊の大きな要因の1つであることは否定しないが、要因は他にも存在するのではないだろうか？

国民はわが国の社会保障というものをどのように捉えているのであるか？どのような形を望んでいるのであるか？従来の国民皆保険制度は共助、扶助の原理に基づいて構築されたものであり、これは言うまでもなく困っている人には公平な給付を、負担は経済能力に応じてということである。しかし昨今、この皆保険制度の財政破綻が声高に指摘され、制度維持の名目のもとに議論されている混合診療、医療への株式参入解禁論とは、明らかに政府、経済財政諮問会議が医療分野への市場原理、保険原理「給付と負担はリスクに応じて」の導入を意図するものである。保険原理の導入は本論で述べたようにフリーアクセス、公平な受益の阻害をもたらすため、医療サイドからは断じて許されないことではあるが、問題は国民がこれをどう判断するかということである。すなわち、社会保障のあり方として扶助原理を守っていくのか？それとも保険原理の導入やむなしとするのかどうか？ということである。これは医療財政のあり方に直結する問題でもあり、今後の医療政策に多大な影響を与えるものである。この問題を国民の間で議論し、意思決定してもらうためには、医療サイドから国民への十分な現在の医療状況、情報を提供する必要がある。しかし残念ながら、現時点においては正確な医療の現状は国民に伝わっておらず、医療サイドからも伝える努力が足りていないのも事実である。このためのマスメディアの有効活用は本論で述べたとおり必須であり、その方法論を含め医師会での十分な検討、実行が必要で

あろう。そして情報を十分に国民に伝えた上で、国民レベルでの議論をへて策定された政策であればそれに医療界は従わざるを得ないのである。

昨今、各地域における独自の医療体制が次々崩壊してきているが、これは現在の医療体制に対する国（厚労省）の認識に問題があると思われる。ご存知のように現在の医療体制は厚労省の理念、ビジョンに基づいて構築されたものではない。明治時代の開業医認可制度から派生した民間主導による極めて地域特性（偏り）を持った医療体制である。問題は厚労省にこの認識がないことである。このため近年施行されている国の施策では当然ながらこの地域特性に到底対応することができず、結果地域の医療崩壊に一役買っているわけである。これを是正するためには各地域における独自の医療体制の再構築が急務であり、その主体となるべき各都道府県医師会の役割は責任重大である。そのためには、まず各地区医師会が主体となり、開業医、病院、訪問看護ステーション等既存医療資源の再構築試案を策定し、都道府県医師会がこの統合、調整を行う必要がある。この作業を行うにあたり重要なことは、医師会そのものが開業医、病院等医療界全てを含めた一大組織に変貌を遂げることである。このためには医療人同士の信用、信頼が必須であることには論を俟たない。

一方、古来からの医師と患者との信頼関係は、患者の医師に対する信頼、尊敬という規範のようなものと、医師の奉仕、救済の精神とが相まって形成されてきたものであったが、近年の医療人の自己権利の主張と患者の自己権利意識の増大および医療事故に対する保障制度の欠如により現在、医療訴訟が激増している。この結果、現在起こっているリスクの高い救急現場からの医師の立ち去りという現象は、単に診療報酬だけを上げてでも到底解消しえないものであると思われる。現在の医療崩壊とは体制、制度の崩壊だけを意味するのではなく、実は医療人の『奉仕、救済の心』、患者、国民の医療（人）に対する『信頼、尊敬の心』の崩壊を意味しているのではないであろうか？

これまで述べてきたように、崩壊の危機に瀕している現在の医療制度というものを検討するためには、従来の医療サイドからの視点で捉えるだけでは根本的な問題解決は不可能であり、「社会保障の一部としての医療」という観点に基づいた国民からの視点も極めて重要なのではないであろうか？

国民がどのような社会保障を希望し、そのための負担のあり方をどうすべきか等を、国民レベルで十分議論できるために、医療の現状を医師会主導でマスメディアを通じて十分に説明し、各地域独自の医療体制を全医療界が一体となって再構築し、これを国（厚労省）に十分検証させたうえで有効な施策を打ち出させることしか現状は打破できないのである。

社会保障とは、理念、信念に基づいた国創りの基礎となるものである。今日の日本という国はどういう理念に基づいて存在する国家なのであるか？現在行われている改革は市場原理主義という理念に基づいたものであり、この市場原理を国家の理念として掲げる是非を問わなければ、理念の下に存在する医療制度を語ることは不毛なことであろう。重ね

て述べるが、市場原理に基づく改革という言葉は手段であり、これを目的とすべきなのかという認識を国民は今こそ持つべきである。

もし国民が市場原理を選択するのであれば、現在進行している医療崩壊はさらに進行し、貧富差により、受けられる医療の質に更なる格差が生じること（格差拡大）を国民、我々共に覚悟しなければならない。公正な医療を提供することを是とする我々医療人は、国民が賢明な選択をすることを願ってやまない。

#### <参考文献・参考資料>

内閣府『国民生活選好度調査』

OECD Health DATA 2006

国立社会保障・人口問題研究所「社会保障給付費」

厚生労働白書

厚生労働省「患者調査」

社会実情データ図録

本田 宏 『勤務医よ、闘え！』日経メディカルブログ

本田 宏 『医療崩壊を食い止める』ジャミックジャーナル

小松 秀樹 「医療の限界」新潮新書

中谷内一也（2004）. ゼロリスク評価の心理学 ナカニシヤ出版

山岸 俊男（1998）. 信頼の構造 東京大学出版会

日経メディカル 2007. 8 月号

日医ニュース 2007.8.20

読売新聞 2007.8.14

毎日新聞 2000.3.10

Pearson, S.D. & Raeke, L. (2000). Patient's trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of Internal Medicine*, 15, 509-513.