

勿凝学問 48

なぜ医師不足が生じたのか？ 不確実性への無理解が生む社会保障論の混乱

2006年9月12日
慶應義塾大学 商学部
教授 権丈善一

不確実性への無理解が生む社会保障論の混乱	1
今日的「医師不足」の概観.....	4
池上直己氏の医療経済学者批判と小松秀樹氏のメディア批判との類似性	11
参考文献	15
今日的「医師不足」の概念図.....	17

不確実性への無理解が生む社会保障論の混乱

医師不足が言われている。その原因についていろいろと考えてみると、「不確実性」に直面する際のこの国の人びとの対応の仕方に、深い原因があるのではなかろうかということろに行き着く気がする。

医師不足が起こった原因のひとつに、2000年頃からの医療事故に対する報道のあり方に問題があったのではないかと、小松秀樹氏は『医療崩壊』のなかで指摘しているように思える。この本では、メディアが医療には「不確実性」があることを理解しないままに「医療事故」を報道した姿勢が指摘されているのであるが、実は、このメディアの「不確実性」に対する姿勢は、今日、社会保障論に混乱をもたらしている人たちの「不確実性」に対する姿勢と共通する特徴をもっている。たとえば、医療経済学のなかでも混合診療全面解禁を主張する新古典派医療経済学的な考え方¹をする人たちの姿勢、さらには年金論議における人口推計や経済予測・医療論議における医療費予測が外れたときに激しく予測者たちを非難するメディア・研究者たちの姿勢は、医療行為には「不確実性」が伴うことを理解しないままに「医療事故」を報道し今日の「医療崩壊」を引き起こす原因を作ったメディア

¹ 権丈(2006)「医療経済学の潮流 新古典派医療経済学と制度派医療経済学」『医療年金問題の考え方 再分配政策の政治経済学』もしくは権丈(2006)「医療経済学の潮流 新古典派医療経済学と制度派医療経済学」『医療経済学の基礎理論と論点 医療経済・政策学1巻』参照。

の姿勢と同じなのである。彼らは、本質的に「不確実」であり「リスク」のともなう出来事に対して、不思議と、あたかもそこには「不確実」や「リスク」など存在しないかのような論を展開する傾向がある。そして芳しくない結果が生じた場合には、医師、病院や厚生労働省年金局、厚生労働省保険局の無能や無責任ゆえにそうした結果が生じたと決め込み、彼らを一方的に責め立てる。

今日の大きく混乱している社会保障論の世界をながめながら、いったいなにをどのように説けば、社会保障論議に落ち着きを取り戻すことができるのかなどを、暇つぶしに考えたりするのがわたくしの趣味のひとつでもある。そして、どうも根っこは、「不確実なものを不確実なものとして受け入れない人びとの思考方法」あたりにあるように思える今日この頃である。人様の思考方法を変えとなると、その途は遠く険しそうでもある。しかしながら、ちょうど今「医療崩壊」問題がわれわれの目の前に現れてきていることを好機に、この問題を多くの人に深く考えてもらうことによって、「不確実なものを不確実なものとして受けとめないでいると、いったいどのような事が起こるのか」を少しでも分かってもらえれば、ひょっとすると社会保障論議の全般に大きな前進をもたらしてくれるのではないかなどと思えなくもない。そこで、今日もひとつの雑文をまとめることにした。といっても、この雑文、相も変わらず第1の読者として想定しているのは、大学講義の履修者ではある。君たちは、参考文献も含めてしっかりと心して読むように。

さて、いきなりで申し訳ないが、わたくしの年金論の一部を引用させてもらう。この雑文を読み終える頃には、一見、今日の「医師不足問題」となんの関係もないようにみえる次のわたくしの年金論が、実は今日の「医師不足問題」と大きくかかわっていることを理解してもらえるかもしれない。そうなれば、医療問題、年金問題、双方の問題の根は、実は同根であることも分かってもらえるはずである。

権丈(2004)『再分配政策の政治経済学』p.18.

公的年金を論じるという行為には自己矛盾がある、とわたくしは常々考えてきた。なぜか？ 公的年金は、将来予測に対して<人知の限界>があるゆえに存在する制度であると考えられるのに、公的年金を議論するためには、将来の話をしななければならないからである。これを<公的年金のパラドックス>と呼ぶことにしよう。金利、株価や為替、それに生産性の推移やライフ・スタイルの変化をはじめとする経済社会の状況に対して、人間が的確な予測力をもつのであれば、勤労世代から退職世代に所得を再分配する現在のような賦課方式の公的年金など必要ないであろう。しかしながら、何十年も先の経済社会状況を予測することは、どんな方法をとってもいかに費用をかけても、実のところ不可能なのである。

権丈(2004)『再分配政策の政治経済学』pp.22-3.

たとえば、わたくしが講義のなかで、公的年金の役割と財政再計算の存在意義を説明するためには、まず、学生たちの予測可能性信仰を壊す作業からはじめなければならない。そして人間という生き物は繰り返しバブルを引き起こしては痛い目に遭う愚かな生き物であること、経済学者や人口学者が将来予測をやっていることから彼らが将来予測をできると勘違いしてはならないこと、将来予測に経済学者や人口学者が失敗しつづけてきたのは、彼らのモデルにおける方程式の数やコンピュータの計算能力が不足していたからではなく、社会科学上の予測は自然科学上の予測とは本質的に異なり決してうまくいかないこと、年金経済学者は不幸なことに将来について議論をせざるを得ないのであるが、多くの年金経済学者は自分が生きている間に自分の予測した未来とは異なった場面に直面し、前言を翻したり自らの研究者としての信頼を失ってしまったりしていることを教えなければならない。

ドラッカーは、「未来は予測不可能である。未来を予測しようとするれば、現在の自分の信用を落とすだけだ」という言葉を残している。まったくその通りである。しかしながら、講義のなかで未来は予測不可能であることを学生に納得させるには、相当に時間がかかる 時間をかけても、最終的には成功していないかもしれない。このように時間をかけた後に、財政再計算という仕組みとセットになった公的年金制度が、理にかなった側面をもつことを説明するという手順を踏む。けれども、講義に出席している学生を説得するのに相当に時間がかかるような話しは、それがいかに正しい話しであっても世の中に流布するのは難しい。

権丈(2004)『再分配政策の政治経済学』pp.99-101.

本章では、< 予測に対する人知の限界 > を前提にして、年金論を展開してきた。こうした視点から年金論を展開する研究はこれまであまりなかったように思えるし、この視点から賦課方式の年金を支持する論法もわたくしは知らない。それに歴史的には、公的年金は、積立方式が想定されて発足し、しだいに賦課方式へと移っていったのであるが、その過程で、予測に対する人知の限界と賦課方式との密接なつながりが、積極的に意識されていたわけではない。しかしながら、よくよく考えてみると、公的年金について、意見が割れる分岐点は、その研究者が人間のもつ予測能力に対して、強い信頼感をもっているか、それともそうした予測力を見限っているかにあるようなのである。そしてわたくしは、人間、特に経済学者をはじめとした社会学者たちの予測力に対して、桁違いに不信感をいただいている経済学者である。社会構造に変化がないかぎり予測は当たることもある。しかしそれは学者でなくても誰でも当たる代物であり、問題は、いくら費用をかけようがどんなに時間をかけようが、構造の変化を予測することは難しいことにある。もっともわたくしは、学問は、予測をするために行うものであるとも思っている。こうした予測に対する逆説的な考えを理解してもらうために、権丈

(2001)「序章」に記した一文をもって、本章を終えることにしよう。

「予測を生業とする職業は、人類史上、2番目に早く成立した職業と冗談めかして言われるほどに、たしかに予測に対する需要は強いようである。そして、根強い需要に支えられた予測者というものは、古来、素人には理解できない方法で予測して見せては素人を驚かすのを常としてきたものであり、今日の研究者も、データの数や方程式の数を競い合っ素人目には理解することが難しい方法で多くの予測をしてみせている。しかしながら、社会現象に関して定量的な長期予測をするということは、どだい無理なように思える。過去になされた多くの予測の成り行きを比較検討したW.シャーデンが結論づけるまでもなく、いま、実際に行われている複雑な方法による予測の精度は、定規を使って過去のトレンドを未来に延長する方法などの単純な方法による予測精度と変わらず、そのほとんどが外れてしまっている。それゆえに、分からないことは分からないと言い、分かることはここまでであると明言することはいたって大切な研究姿勢であるのであって、今日の研究者には、古来の予言者の真似をしないことをおすすめする。ただし、将棋の上手・下手があるように、政治経済現象、すなわち人間の動きに対する定性的な読みの能力は、学問をすること経験と思索を重ねることによって鍛えられるものであるというのは、わたくしの口癖であることも、ここに記しておこう。」

今日的「医師不足」の概観

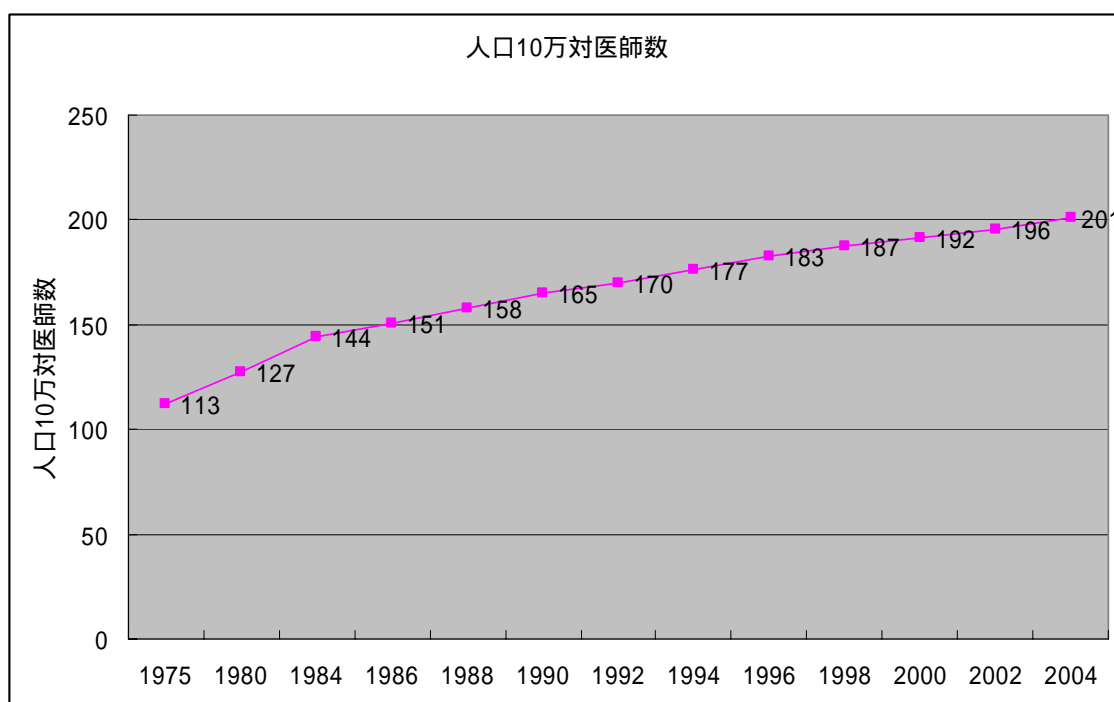
今日的な「医師不足」が起こった原因に関する有力な仮説は、大方、次のようなものである。医療事故報道に端を発し、患者は、医師への不信感を高めて攻撃的となる。医師は、医療の正当性を保証するための仕事が増えるのみならず、患者からの攻撃が受けやすい診療科を忌諱するようになる²。そこに2004年からの臨床研修制度の導入が重なって医師不足を加速する。ある種、＜風が吹けば桶屋が儲かる＞のような原因と結果までの距離が遠い仮説ではあるが、この仮説は、風が吹けば桶屋が儲かる式の話とは異なり、論理の結節がしっかりしている。それを実感し、医療の現場でなにがおこっているのかを確かめてもらうためには、事例も豊富に紹介されている小松秀樹氏の『医療崩壊』を読んでもらうしか方法はないようにも思える。

ところで、医療の現場をめぐるこうした趨勢のなか、いまなにがおこっているのかを第三者の立場から観察しようにも、直近の『医師・歯科医師・薬剤師調査』(2004年度版)や

² 本論末、今日的「医師不足」の概念図を参照。

『医療施設調査』（2003年度版）ほかに『地方公営企業年鑑』（2004年度版）など、医療供給の実態を知る上での定番データブックをながめてみても、実際のところ未だにも観察できない。しかしながら、いま医療の現場で何がおこっているのかを、かすかに「予測」できないわけではない。「予測」という言葉は、わたくしのなかでは、過去現在未来の事柄に対して、そこでいったい何が起きているのかという問いに仮説で接近する知的行為をさす³。

まず、『医師・歯科医師・薬剤師調査』から得られる人口10万対医師数をみてみよう。

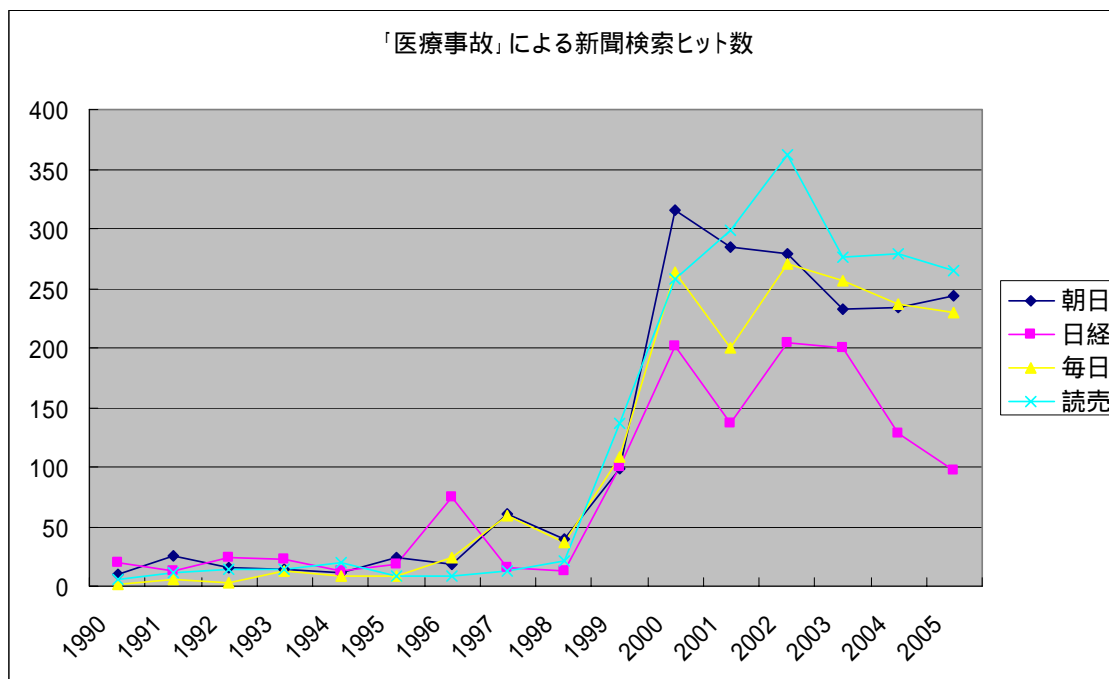


1985年までに人口10万対150人の医師を確保する国家目標が立てられたのが1970年である。その目標は1985-6年辺りで達成され、いまは人口10万対201人となっている。この値だけを見ると、医師は過剰なのではないかとさえ思える。実際、いまからわずか8年前の1998年の10月に、「医師の需給に関する検討会」は、次のように医師の不足どころか医師の過剰を憂えた報告書を出している。

「地域的にみて医師の配置に不均衡がみられるものの、現在の医師数の状況は全体としては未だに過剰な事態にいたっていないが、診療所医師数の増加がある程度つづいた後は医師の過剰問題がより一層顕在化しはじめる」

³ 権丈(2006), pp.13-4.

ところが、「医師の需給に関する検討会」が将来の医師過剰を予測した 1998 年の翌年から、事態は急変する。朝日、日経、毎日、読売新聞で「医療事故」をキーワードとした検索ヒット数をとってみる。



主要新聞における「医療事故」ヒット数は、1999 年から急増する。その発端は、1999 年 1 月 11 日に起きた「横浜市大病院 患者取り違い手術」である。心臓と肺の手術部位を取り違えた患者取り違い事故として、われわれの記憶にも新しい。これを機に、メディアはいっせいに、医療にまつわる多くの出来事を「医療事故」として取り上げるようになった。そして、「医療事故」報道が勃発した 1999 年頃から医師患者関係が変化しはじめ、医療の現場では、次のようなかたちで医師は困惑することになる。

患者の多くは、病院が 100 パーセントの安心・安全を保障できるし、保障する義務を負っていると思っている。病気やケガのために苦しむ患者の心情は理解できる。しかし、苦しみが大きいことから、医師にはそれを治す義務があり、治さなければならない、と決めつけられると、医師は困惑してしまう。さらに、治せなかった医師は悪い医師だから報復しよう、となると、医師は医療サービスを放棄して逃げ出すしかなくなる。

小松(2006), p.14.

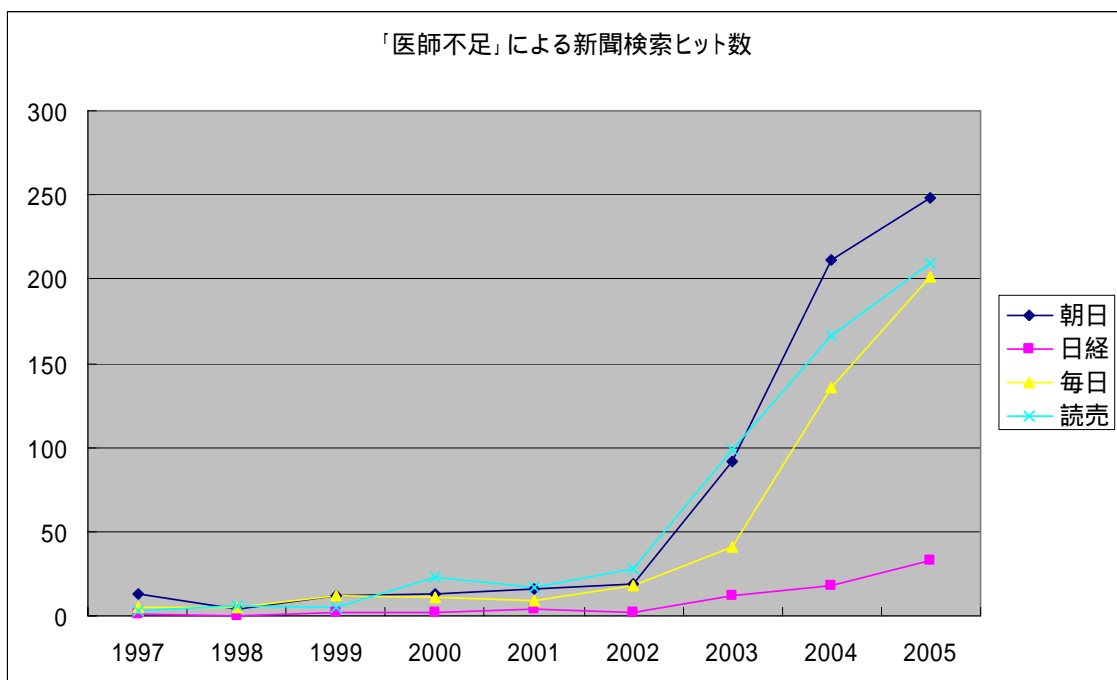
ここにいわれている、「医師への報復」のひとつが、医療現場への警察の介入である。

警察官は医療について、一般の患者と同様の認識しか持っていない。医療への過大な期待を患者と共有する。容易に患者やその家族の心情に同調する。2002年頃より、警察は、医療に対する十分な知識を持たないまま、医療現場に踏み込むことが多くなった。これまでなら、民事事件になるはずの紛争が、簡単に刑事事件になるようになった。被疑者は、暴力を背景にした強引な事情聴取と、メディアによる人格攻撃で、送検前に実質的に罰を受けることになる。医療行為が普通のみじめな医療従事者にとっても危険なものになってきた。

民事裁判は立証責任、訴訟費用の問題があり、敷居が高い。そこで、行き場のない患者は警察に訴えるようになった。不満の受け皿がない以上、こうした患者の行動は理解できるし、必然的結果である。

小松(2006), pp.41-2.

「医療事故」報道が勃発した1999年から4年ほどのタイムラグをおいた2003年に、「医師不足」報道も勃発する。



医療現場に警察が立ち入ることが多くなり、善意の医療も、結果次第で犯罪として取り扱われるようになってきた。また、患者の権利意識は、社会の後押しのために肥大化している。患者と医師の齟齬が表面化する場面で、多くの医師は口ごもる

ことを余儀なくされている。理不尽としか思えないことも、たしなめることすら許されない。

こうした中、勤務医が、激しい労働条件の中で、じっと我慢して患者のために頑張ることを放棄しはじめた。そもそも、大病院の勤務医の収入は多いものではない。日本の勤務医は、経済学が前提とする、常に自分の利益の拡大を図る経済主体ではない。自らの知識や技量に対する自負心と、病者に奉仕することで得られる満足感のために働いている。このため、ハードワーク・ローリターンに耐えてきた。ところが、これにハイリスクと患者との齟齬の煩わしさが加わった。当たり前の話だが、理不尽な攻撃を受けながらだまって相手に奉仕せざるをえない状況が続けば、人間の誇りと志気は大きく損なわれる。この状況はイギリスに酷似している。

日本全国で、勤務医が、楽で安全で収入の多い開業医にシフトしはじめた。今、日本全国の病院で医師が不足している。小児救急は全国的に崩壊した。産科診療も崩壊が進行している。そもそも小児救急という分野は、最近まで日本には存在しなかった。通常の救急で対応されてきた。親の不満と攻撃のために、小児救急という分野が新たに出現した。最初から崩壊すべき運命だったのかもしれない。いまや、小児救急への攻撃は小児科診療まで破壊しようとしている。私は、日本でもイギリス型の医療の崩壊が始まったと感じる。

私は、この現象を「立ち去り型サボタージュ」と名づけた。友人は、これを「逃散」と表現した。「逃散」とは、歴史用語で、中世・近世に、農民が申し合わせて土地を捨て他の領地に逃亡したことをいう。領主の搾取に対する農民の消極的対抗手段として行われた。私は、まだ「逃散」までには至っていないと考えるが、「立ち去り型サボタージュ」は社会からの攻撃に対する医師の消極的対抗手段といえなくもなく、似た状況であることは間違いない。

小松(2006), pp.157-8.

現在、地方の病院で医師不足が目立っている⁴が、これは地方だけでなく、都会で

⁴ 第1稿を読まれた大規模病院の副院長より、次のアドバイスを頂いたので、付け加えておきたい。

医師不足についてのご意見先生のおっしゃる通りです。新臨床研修制度は基本的には医師不足と関係ないことも同じ考えです。触れられていない点を2、3挙げさせていただきます。若手医師は地方の病院へアルバイトに行き生計を立てていました。地方病院は赴任医師だけでなくアルバイト医師で足りていました。新臨床研修制度になって一時的に大学病院で若手医師が不足し、若手医師のアルバイト要員が不足して地方病院へ行けなくなりました。赴任医師は当直が増えたり忙しくなり地方病院を嫌うようになります。若手医師は、患者のQOL (Quality of Life) からQOML (Quality of My Life) に変貌してきています。我々の時代と違って情熱で医療を支えることが不可能となりました。

掲載許可を頂いております。

も同じである。

小松(2006), p.186.

そこに2004年の「臨床研修制度」の導入が重なったのであるが、この新制度導入自体を、小松氏は、医師不足の本質的な原因とはみなしていない。

病院診療を取り巻く環境が厳しくなりすぎたために、日本中の病院で医師不足が進行しつつある。2004年に始まった研修義務化も影響しているが、それだけではない。私は幾人かの自治体病院院長と個別に現在の医師不足について意見を交換した。多くの病院長は、研修義務化も医師不足の原因の一つだが、中堅の医師が病院勤務を辞めて、開業していることがより大きな問題だと考えていた。

厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」でも医師不足が問題にされている。北里大学医学部長の吉村博邦委員は、医師不足が顕在化した要因として下記七点をあげている。

1. 医療の専門分化、高度化による細分化の影響
2. インフォームドコンセントなど患者への説明時間の増加
3. 医療安全、危機管理などへの対応
4. 女医の増加
5. 勤務医のQOLの低さと若年医師の開業医志向
6. 旧労働省（現厚生労働省）による、医師の勤務条件、労働環境改善への指導
7. 新医師臨床研修制度の導入による大学医局員の減少と、これに伴う、専門医養成システムならびに医師の派遣システムの崩壊

同検討会の泉陽子委員は、「地方の不足感が、病院、とくに地域医療を支える二次レベルの病院に強い」ことを指摘している。さらに、「医師 - 患者関係の変化をはじめとする医療環境の変化等、長期的・構造的な要因も大きいと考えられる」と医師 - 患者関係の悪化が病院の医師不足となっていることを示唆している。

小松(2006), pp.160-1.

医師不足をとりまく最近の状況は、おおよそは上記のようなものである。以前、次のような文章を書いて、医療制度を評価する際の自分の価値基準を顕示したことがあるわたくしからみれば、最近の日本の医療は、「医師患者関係の悪化」がさらにすすみ、ただひたすらに悪い方向に進んでいるように思える。

医療や福祉サービスについては、

- 何よりも、必要な時に必要なサービスを受けられる体制ができる、

- サービスの供給者を猜疑心をもってながめるような制度ではなく、われわれ消費者が供給者を信頼し、その信頼が報われる制度を作る、
- 支払能力に応じて、医療サービスへの利用格差が生まれるという、人びとの嫉妬心をいたずらに煽る怖れのある制度には慎重になる、

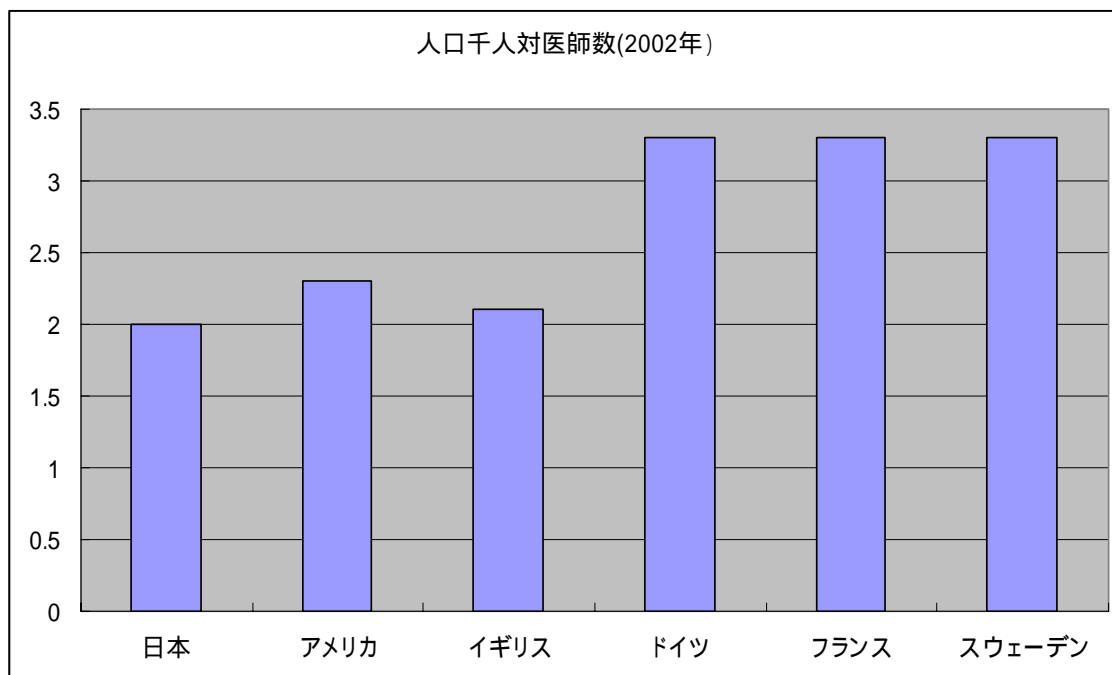
などの条件を満たしてくれさえすれば、われわれは費用負担の増加に対しても支持するばあいがあるかもしれないのである。

権丈(2005)〔初版(2001)〕, p.180

そして、先月末の2006年8月31日、厚生労働、文部科学、総務の三省は、医師不足が深刻な10県の各大学医学部の定員を2008年度からそれぞれ最大10人、最長10年間増やすことなどを認める「新医師確保総合対策」を発表した。1982年に医師が将来増えすぎるとの懸念から医学部定員の抑制方針が初めて示され、旧厚生省の「将来の医師受給に関する検討委員会」が1986年「医学部の定員を最低10%削減する必要がある」との医師削減策を提言して、はじめての方向転換となった。もっとも、三省と財務省は同日、今回の定員増を「当面の医師不足を解消するために、将来の医師の養成を前倒しするにすぎない」とし、1997年の医師数を抑制するという閣議決定の趣旨を改めて確認したという認識ではある。

ちなみに、G7+スウェーデン8カ国の人口千人対医師数は、下記の通りである。

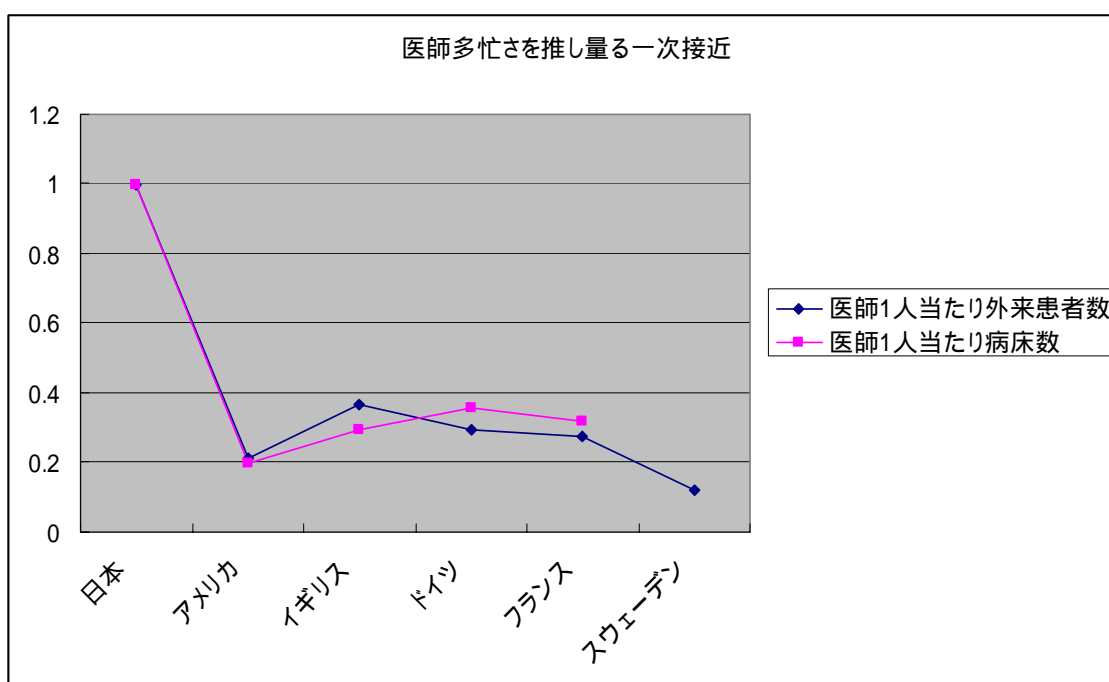
図 1



資料) OECD HEALTH DATA 2006

そして医師多忙さを推し量る一次接近として、医師 1 人当たり外来患者数と医師 1 人当たり病床数をとってみた。他国医師の外来患者数、医師 1 人当たり病床数（入院患者数の代理指標）は、ともに日本の医師の 3 分の 1 から 5 分の 1 程度である。

図 2



資料) OECD(2006), Health Data.

注)

医師 1 人当たり外来患者数=

$(\text{Doctors consultations - Number /capita}) / (\text{Practising physicians - Density /1000 pop.})$

医師 1 人当たり病床数=

$(\text{Total hospital beds - /1 000 population}) / (\text{Practising physicians - Density /1000 pop.})$

池上直己氏の医療経済学者批判と小松秀樹氏のメディア批判との類似性

ところで、次のふたつの文章を見比べてもらいたい。まずは、池上直己氏による、新古典派系医療経済学者批判の文である。

池上直己(2005)「医療保険の給付範囲を巡る論点 混合診療と特定療養費制度」『LRL』p.5.

医療において「ベーシック」な範囲を規定することは困難である。八代尚宏(1999)は、DRG-PPS(症候群別包括支払方式)に基づいて必要最小限の医療の内容を規定し、公的保険による給付をその範囲に留めることを提唱しているが、それは医療サービスを自動車の販売と同じに捉えた認識に基づいている。すなわち、車種ごとに付属

品なしの基本モデルがあるように、病院という生産工場にも各 DRG(症候群別分類)に対応して必要最小限の基本的な医療サービスの組み合わせがあり、この基本モデルに対して消費者である患者は、自動車に CD コンポやカーナビをつけるように、混合診療によって好みの医療サービスを自由に追加注文する、という考えである。

この第 1 の問題は、消費者は追加的な CD コンポやカーナビの効用と費用に基づいて各人が適切に判断できるが、医療の場合は追加的な薬剤や材料の適切性の判断が難しいことになる。そもそも費用を追加的に負担して得られるのは治癒する確率の改善であり、自動車の付属部品のように形のある物ではない。しかし、患者は一般に危険回避型の行動をとるので、医師から勧められた場合には、ほとんどの患者は受け入れることになる。

次は、小松秀樹氏による、(おそらく)司法関係者、さらに彼らに影響を与えるメディアに向けられた批判の文である⁵。

小松秀樹(2006)『医療崩壊』pp.11-2.

医療の不確実性は人間の生命の複雑性、有限性、各個人の多様性、医学の限界に由来する。医療行為は生体に対する侵襲を伴い、基本的に危険である。これを患者に正確に分かってもらえるようにするのは至難の技である。私の過去の文章から、手術の不確実性について書いたものを引用する。

手術は工業製品の大量生産とは大きく異なる。プレス機でスプーンを作る場合、材料となる鉄板は厚さ、堅さ、熱伝導度、膨張率、自制、いずれをみても極めて均質である。これを同じ金型で同じ強さで同じスピードで打ち抜くと高い確率で同じ製品が出来上がる。一方、医療の対象となる患者では、年齢、遺伝子、既往歴、職歴、生活環境いずれをとっても同じ人間はいない。しかも、人間の体は鉄板よりもはるかに複雑であり、生命現象を逐一モニターして説明できるほど医学は進んでいない。さらに、生命は有限である。死は不可避である、いつ訪れるか予想できない。

手術操作も標準化できるようなものではない。人間の臓器は鉄板のように寸分の差もなく一定の場所におかれているわけではない。手術の対象となる臓器を、術野で、その臓器であると認識できるようにすることが難しいこともしばしばある。手術操作は力、方向、スピード、時間などの物理的条件を入力する

⁵ 次の文がわたくしには印象的であった。

「ある司法関係者から聞いたことだが、裁判官には、自らの判断が社会に何をもたらしているのか、認識する手立てが、メディアの報道以外にないという」〔小松(2006), p.30.〕。

それと、「医師はメディアの構造的被害者といってもよい」〔小松(2006), p.264.〕も記憶に残る言葉であった。

と自動的にできるようなものではない。基本的にプレス機と同様の意味での再現性はない。手術は毎回新しい独自の作業なのである。しかも、手術を実施する医師の技量にも大きな差が存在する。

複雑、多様かつ有限な人間の生命を、技量の異なる医師がその都度新しい独自の手術操作で扱うのであるから、当然、結果は不確実にならざるをえない。

小松秀樹(2004)『慈恵医大青戸病院事件』pp.12-3.

小松秀樹(2006)『医療崩壊』pp.87-8.

医療について理解するためには、医療の基本的言語が統計・確率であることを認識しておかなければならない。医療の結果は確率論的に分散する。同じ条件の患者に対する同じ医療行為から、よい結果も悪い結果も発生するのである。

繰り返すが、池上氏は混合診療の全面解禁を主張する医療経済学者への批判を書いているのであり、小松氏は司法関係者および医療事故を報道したメディアへの批判を意識する文章を書いているのである。これらふたつの文章を読んで思うことは、池上氏、小松氏が批判する人たちには大きな共通点があり、その共通点とは、医療サービスにまつわる不確実性というものを彼らはどうにも理解しておらず、ゆえに、彼らには医療サービス市場があたかも工業製品が売買される市場と同じようみえているということである。

ここからわたくしの思考は、最近の社会保障論の大混乱の真因は如何という問いにまでおよぶことになる。医療論議での混乱原因の過半は、(わたくしの表現を用いれば)「診療効果すなわち生産物の不確実性、個別性=属人性⁶」をしっかりと理解している者とそうでない者とが世に存在するから生じていると言ってもよいと思う。そして年金論議の混乱原因の過半も、将来の出来事に対する不確実性をしっかりと理解している者とそうでない者とが世に存在しているから生じているということが、従来からのわたくしの持論である⁷。

⁶ 権丈(2006), p.432.

⁷ 次の文を参照されたい。

私のゼミで年金をテーマに卒論を書いた学生は、いまだ一人もいない。年金を卒論に選ばないように指導しているからである。彼らには次のように言っている。人間の予測力、市場メカニズム、そして生活保護制度の働きへの評価が、実は年金の在り方を論じる際の「分岐点」になる。ところが、これら人間の予測、市場、生活保護への評価力は、残念ながら年金のみを研究していても身につくものではなさそうなのである。年金を論じたいのであれば、君らの年齢の頃には、まず経済を軸とした歴史を学び、その歴史のなかで予測や市場がはたしてきた役割について考えてみたり、さらにはスティグマという公的扶助を理解するうえで必須の概念について考えぬくという基礎訓練をしたほうがよいと思う。

権丈(2006)『再分配政策の政治経済学』pp.325-6.
〔初出『日本労働研究雑誌』2004年10月号, p.60.〕

社会保障論の大混乱の真因は、根の部分では同根であるように思える。

医療、年金をはじめとした社会保障論議の混乱。わたくしからみれば、大方は、「不確実性」というものをしっかりと把握した者とそうでない者との論争、「制度・歴史」に詳しい者とそうでない者との論争なのであるから、いずれの方がよく考えているのかは、論を俟たないはずなのであるが、正しさが世の大勢を必ずしも占めるわけではないことを認めざるを得ないのも世の習い。医療事故が起こった、その時、「不確実性」を理解しないままにメディアは報道して、医師、看護師、病院を一方的に責めた。国民はメディアの報道を受け止めた。そして医師不信を募らせた国民の声が次のようなかたちで出てくる。

「一般社会では、人の命を奪おうものならそれ相当の処罰を受ける。命を奪われた人の家族のことを思えば至極当然のことだ。それなのに、医療事故を犯した医師たちは大した罪を問われないまま平然と医療業務を続けている。

私たちには、自分や家族の命を預けるのに信頼できる医師を正しく判断して選ぶだけの手段がない。せめて、過ちを犯した医師らの名前はすべて公表すべきだと思う。」

〔2000年11月のある新聞記事より〕

その結果 医師、患者が相互不信のなか双方が不幸な状況に陥り、しかも今日の深刻な医師不足、小松氏の言う「医療崩壊」を引き起こしてしまった。

経済学の教育方法を変えなければ、「制度・歴史」を知らないままに社会保障を論じる浅はかな経済学者・エコノミストが金太郎アメのように再生産されるだけではないかということ、『再分配政策の政治経済学』の執筆時に強く意識していた。しかしながら、もっとはるかに問題の根は深いのもかもしれない。はじめに指摘したように、「不確実性」に直面した人びとの対応を、経済学者のみならずメディア人をはじめとした一般の人びとの分も変えなければ、医療、年金をはじめとする社会保障論は混乱したままであるような気がしないでもない。そして、そういう「不確実性」に対する理解の仕方、逆に言えば、先に、年金を学生に理解してもらうために壊さなければならないものとして論じた「予測可能性信仰」を、多くの人に捨ててもらわなければ社会保障論には落ち着きもたらされないような気もしてきた。もしそうであるならば、その仕事は授業で学生に「誰がどんなに専門的なスキルを磨いてみても社会現象に関する定量的な長期予測なんて無理なんだよ」ということを分かってもらえるくらいの大変さとは、比べものにならないほどの大仕事のように思える。

もっとも、医療を考えようとする経済学徒の場合には、医療政策の「制度・歴史」を知らなくとも、「医療特有の経済問題は、疾病の発生や治療の効果に不確実性があるというこ

とに着目すれば説明しうるという考えを述べ⁸た、Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," を読めば、ある程度の水準には到達することはできる。と同時に、理論家アローが、医療政策の「制度・歴史」を実は相当によく知った上で、理論的な論文をまとめていることにも驚かされるであろう。

それにしても、いったい誰なのか 「20世紀的社会科学的方法論、特に工学的方法論が社会科学にも当てはまるという信念が埋め込まれた<伝統的な経済学の方法論>⁹」を築き、流行らせた人物は。こういう思想を流行らせた人は大罪であると思う。少なくとも、経済学は生物学に範をとるべしと考えたマーシャル さらにには経済学は本質的に道徳科学であって自然科学ではないと言い切っていたケインズ¹⁰などがいた英国ケンブリッジの経済学者たちではなかったことだけは確かだと思うのだが。

参考文献

- Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review*, 53(5), pp.941-73. / 田畑康人(1981)「不確実性と医療の厚生経済学」『国際社会保障研究』第27号, pp.51-77.
- 池上直己(2005)「医療保険の給付範囲を巡る論点 混合診療と特定療養費制度」『LRL』No.8, pp.2-8.
- 伊東光晴(2006)『現代に生きるケインズ』岩波新書
- 権丈善一(2006)『医療年金問題の考え方 再分配政策の政治経済学』慶應義塾大学出版会
- _____ (2005)〔初版(2001)〕『再分配政策の政治経済学 日本の社会保障と医療 第2版』慶應義塾大学出版会
- _____ (2004)『年金改革と積極的社会保障政策 再分配政策の政治経済学』慶應義塾大学出版会
- 小松秀樹(2006)『医療崩壊 “立ち去り型サボタージュ” とは何か』朝日新聞社

⁸ Arrow(1963) / 邦訳(1981), p.51.

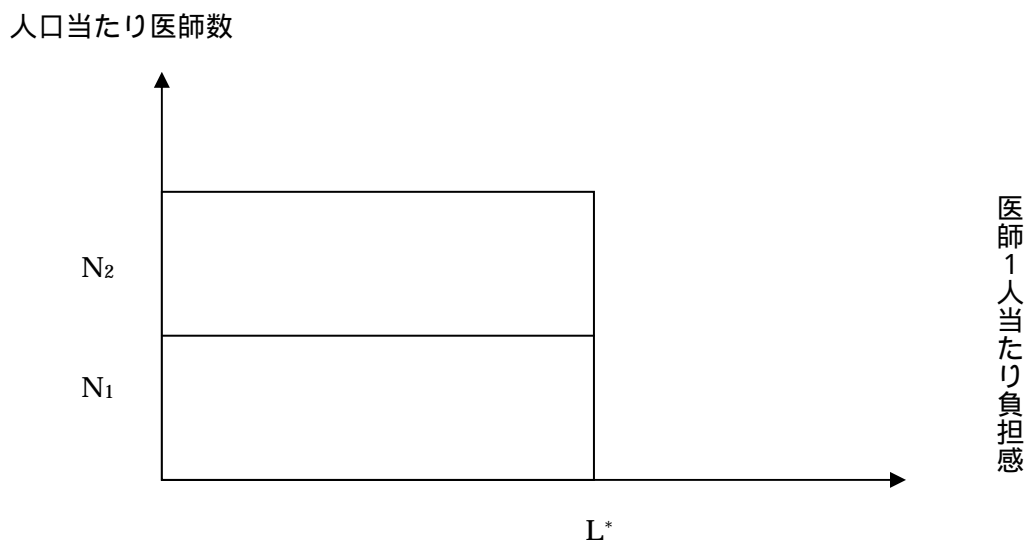
⁹ 権丈(2004), p.20.

¹⁰ 特に、伊東(2006)「第1章 道徳科学としてのケインズ体系」などを参照されたい。学生には、君たちの年齢の頃では「平成」に入ってから<新書>を手にする時間があるのならば、古典をながめている方が良いと思うよといっているのであるが、伊東(2006)は例外的なかの一冊である。ちなみに、ゼミ4年生の夏休みの課題に、過去一年間に出版された新刊およそ7万冊のうち1冊だけを紹介する「新刊ブックレビュー 1/70000」というものがある。狙いはいろいろとあるのであるが、そこでの狙いとはまれにしか関係しないので<新書>は「新刊ブックレビュー」の対象から外すことをルールとしている。なお、4年生の夏休みには「故人からパクリ」という課題もあり、暑い暑い夏休みにアダム・スミス、マルクス、ケインズやヴェブレンの古典を読んで、みんな一緒に仲良く楽しんでいたりもする(笑) 僕の勘違いか？

_____ (2004) 『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

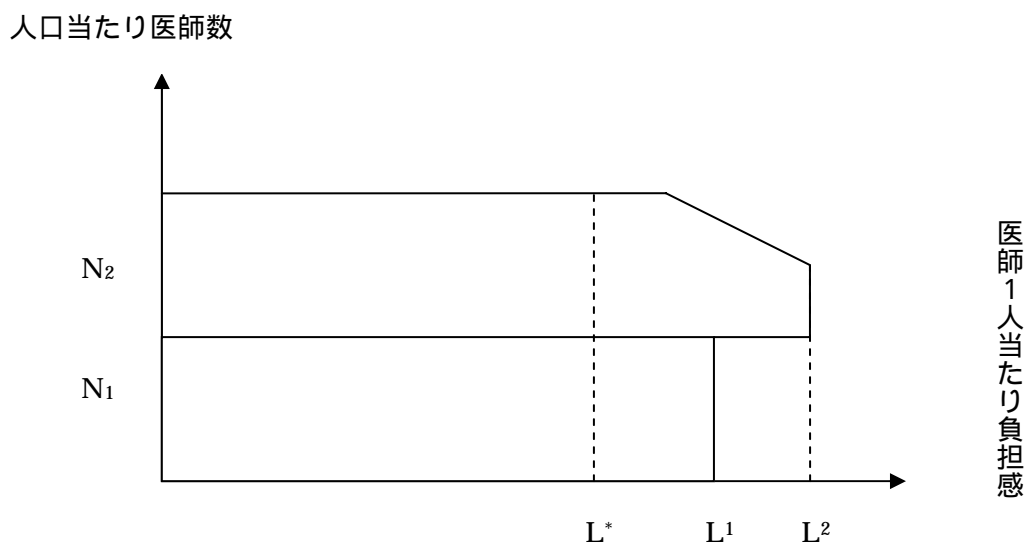
今日的「医師不足」の概念図

医療事故報道前



N_i は、診療科 i の人口当たり医師数であり、 L^* は医療事故報道前の医師1人当たり均衡負担感。負担感は、仕事量と精神的コストからなる。

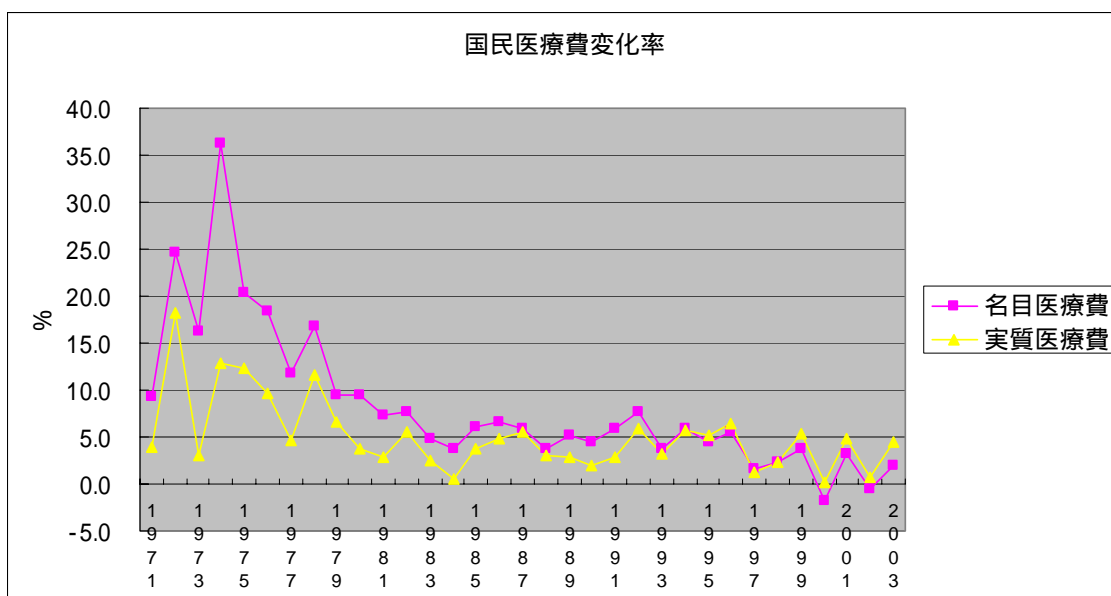
医療事故報道後



診療科2は診療科1よりも患者から攻撃を受けやすい診療科であり、診療科2は診療科1よりも医師1人当たり負担感が増え、次第に医師が避けるようになる。医師の仕事は、

他の医療従事者によって代替できる側面もあるであろうが、代替には新たに人件費がかかる。ところが、医師の負担が急増しているまさにその間、この国のほとんどの人には医療の現場で何が起きているのかがみえておらず、医療の効率化という大義名分のもとに、医療政策史上はじめての診療報酬マイナス改定をはじめとした医療費の抑制を展開していた。似た状況を考えれば？ 自分のクラスでいじめが行われていたことに気づかなかった熱血先生のようなものか。いじめが事件に発展してから戸惑ってもらっても、失われたものは帰らない。

- 2002年4月 診療報酬マイナス2.7%改定
- 2002年10月 老人医療定率負担導入
- 2003年4月 被用者保険被保険者本人 入院外来3割
- 2006年4月 診療報酬マイナス3.16%改定



以上