

平成19年度助成研究事業の報告 今後の地域医療制度のあり方と 地域住民との関連に関する分析

○掲載にあたって— 背景と狙い —

(社) 農協共済総合研究所 調査研究部 渡辺 靖 仁

1. 経過

言うまでもないが、農協組織は、食料を生産して地域により良い食材を供給し、医食同源のとおり健康な地域づくりを目指してきた。それでも起こりうる医療への需要をカバーするのが厚生連病院などの医療機関である。農協組織が運営する厚生連病院は、済生会・日本赤十字社と並ぶべき地域医療の事業実施主体である。その多くが地域の拠点病院として運営されてきた。もちろん共済事業は、医療サービスの享受に必要な経費を支援する仕組みを提供している。このように農協組織は、地域の食と医療の供給に注力してきている。

ところで平成22年度の社会保障関係費における診療報酬改定率は、薬価を1.23%（薬価ベース5.75%）、材料価格を0.13%それぞれ引き下げ、技術料本体を1.55%引き上げて、全体で0.19%増額することとなった。ネットのプラス改定は10年ぶりである。その背景には、その間の医療費抑制策によってわが国の医療供給体制が動揺し、一部地域・診療科目では危機的水準に陥ったことがある。また、医療に対する生活者の意識の変化も、この危機に拍車をかけた。

医療費抑制による医療供給体制の動揺が激しい状況を踏まえて、当研究所では、マスコミが医療バッシングとでも言うべき記事を多く報道していた平成19年3月、医療供給制度の毀損を懸念する論考を掲載した（渡辺（2007a））。この論考では、情報の経済学で多用される情報の非対称性の概念を、今の医療環境で無批判に適用することによって、医師不足やいわゆる医療崩壊が加速される可能性が高まることを論じた。あわせて地域医療を維持する仕組みにも言及している。

情報の非対称性の理論は、例えば中古車市場を例にと

ると、品質に格差のある中古車群がある場合に、買主がその品質の情報を知らないときは、市場を流通する中古車は低品質のみのものとなり、良品が市場から駆逐され、市場が失敗することを導く（レモンの原理）。この失敗を抑止するには、より多くの情報を知る者がそれを知らない者に提供する必要があると主張される。標準的なミクロ経済学の教科書の議論である。しかしながら渡辺（2007a）では、この理論に沿って患者側の「消費者」の意識を高めると、死生観を失った者の持つ医療の無謬性への素朴な信頼という状況下では、むしろ萎縮医療となる可能性が高いことを導いた。巷間、医療サービスについては、患者は医療者に比べて乏しい情報しかないから、医療者は情報を多量に提供して市場の失敗を抑止すべきだという主張がなされる。しかし医療は本来不確実なものである。医療行為によって例えば予期せぬ合併症が起る可能性は常にゼロではなく、それは医療者にすら知りえない患者の特質である。さらにその結果不幸な転帰をたどった場合、患者側からの損害賠償の請求や、救命の努力をした医療者でも「過失犯」として立件される可能性があるのが現状とすると、巷間の主張とはまったく逆の結果が導かれる。すなわちこの状況では、むしろ医療者のほうが患者ならびに患者側に立つ司法の情報に乏しく、その乏しさが決定的な取り扱いにつながるという理論構成のほうが妥当であるとした。この場合には、善良な医療者魂に基づいてあえて救命のためのリスクを犯すことは忌避され、悪貨は良貨を駆逐するごとく、良質な医療者は医療現場から退避する可能性が高まる。小松（2006）の「立ち去り型サボタージュ」を情報の経済学の概念を使って説明したのである。

また、翌年度の平成19年の夏には、渡辺（2007b）によって、専門職が専門職と扱われるべき社会条件を考察

し、今の医療のおかれている状況を評価する材料を提供した。

2. ねらい

ただ、当研究所で行ったこのような主張が明らかにしたのは、この分野の医療者側からの情報提供もあわせ行うことの必要性の高さである。そこで平成19年の助成研究では、医療者側から医療の置かれている状況の解説をいただいた。助成対象者は、三重大学大学院医学系研究科認知症医療学講座の木田博隆先生である。木田先生は、神経内科の専門医であるが、webや講演など様々な手段で医療者としての意見を公開されてきている。本稿では、「今後の地域医療制度のあり方と地域住民との関連に関する分析—医療供給体制の維持向上のために地域住民・マスコミに求められる要件に関する考察—」と題した論考で、地域医療の維持のために必要な要素を検討している。

平成20年になると、医療をめぐる報道に様変わりした分野がある。例えば朝日新聞で取り上げられた「医療事故」の用語を含む記事数は、平成18年には211件、平成19年234件、平成20年268件であった。一方、「医療崩壊」の用語を含む記事数は、平成18年には7件、平成19年には39件であったが、平成20年では126件となる^(注1)。さらにその記事の内容も、医療供給体制の危うさを訴えるものがかなり増えた。「医師不足」の用語を含む記事数は、平成18年456件、平成19年933件、平成20年1131件であった。

マスコミには医療供給体制のこうした危うさをつくってきた責任もあるはずである。この点は、本助成研究でも木田先生が、その社会的責任を果たそうとするあまりに偏向報道に陥りやすい特質について論じている。加えてここでは、患者の怒りが、攻撃的な感情の単純な発露ではなく、「被害者意識」に基づいて構造的に生み出されていることを付け加えておく。すなわち、医療は国民生活のインフラとして位置づけられる^(注2)。斎藤(2009)は、誰もが受けられるはずの医療という意識を前提としたとき、マスコミの、「『理想の医療』にそくして現実を対比する批判のあり方は、患者の権利意識よりは被害者

意識を刺激する」と指摘する。この被害者意識は、誰もが受けられるはずの「理想の医療」が「自分だけは受けられないという理不尽」な感覚をもたらし、患者の怒りに拍車をかける。そして医療制度(=「完璧なシステム」と医師(=「不完全なエージェント」)の意識上の乖離を招き、患者の怒りがたまたま矢面に立った医師(=「不完全なエージェント」)に向けられる。それが院内暴力を導く^(注3)。この患者側の行動の変化は、医療供給体制の動揺の原因のひとつである。

しかしながらこうした風潮をつくったマスコミの責任を問えば、そのような報道を受け入れてきた読者や社会の特質もあわせて問われることとなろう。さらに平成21年後半となると、「医療崩壊」の用語は急速に姿を消していく。医療供給体制の制度設計は、「医療費を抑制した厚生官僚が、医療者をコントロールしようとするのを緩和すれば、医療供給体制は復活し、状況は改善する」という単純なものではないことが、世間にも理解されてきたからであろう(吉田(2009)、池上(2009)、伊藤(2009))。

今や、「医療崩壊」を単に声高に叫ぶ時期ではなく、新たな医療供給制度をどのようにつくるかという建設的な議論が必要な時期に至っている。医療に関連するさまざまな人たちが、想像できる範囲の大きな構造を考えるとともに、自分のできる小さなことを実践しながら、医療供給システムを守り育てるのである。この意味において、医療を求める普通の立場の人には、医療者にお世話になるときに、「こんにちは」と挨拶し、診察が終わったら「ありがとうございました」と礼をする、この当たり前のことができるような日常に変えていく意識と行動が必要なのであろうと考える。日本の「医療崩壊」の抑止のためには、国民皆保険を維持するための制度設計と財源の保障というナショナルレベルの対応の必要性はもちろんであるが、このような誰でもできるはずのミクロな対応もまた必要であり、有効とも考えられる。それが、お世話になった医療者のモラルを守ることになるからである。それにしても、挨拶と御礼というその心があれば誰にでもできることを訴えるのがなぜ必要な社会となったのか、それが人から言われたくないものひとつとな

せなかったのか、木田先生の考察にはそれを考えるヒントも盛り込まれている。

3. お断り

なお、本助成研究は、平成19年度下期から約一年間、期間を区切って行われた。このため、平成20年末以降の情勢には言及していない。また、調査研究の経緯上、意見に及ぶ箇所は木田先生個人のものである。さらに、木田先生本人が記すとおり、この課題の究明では広く深く極めるべきことも山積しており、引き続き取り組むとしている。本助成研究は、このような位置づけであることをあらかじめお断りしておきたい。また、今後の医療供給システムにありうべかりし姿についても、本研究に引き続き当研究所で検討を加え、助成研究をも継続していることを付け加えておく^(注4)。

このような制約のある中での助成研究の成果ではあるが、広く地域社会のことを考えながら日常業務に取り組んでいる読者の皆様の一助となれば幸いである。

注

注1 「医療崩壊」という用語は、小松(2006)に冠されたタイトルであり、この本の出版によって、医療と医療者の特質を踏まえた医療供給体制の現状に医師側から警告を発するキーワードとなった。この文脈における「医療崩壊」という用語の、朝日新聞における初出は、小松氏自身による記事(小松秀樹(2005)「(私の視点)医師不足 国民的会議で医療崩壊防げ」朝日新聞 2005.7.12朝刊)である。

注2 日本国憲法第25条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国はすべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」

注3 以上、斎藤(2009)による。この「被害者意識」は、「自分だけが損するのはおかしい」というもので、モンスターペアレント(モンスターペイシエント)の怒りが、単純な攻撃性ではなく、構造的に生じたものであることをあきらかにする鍵となる考えである(喜入(2007)。斎藤(2009)から再引用)。

注4 大野(2009)には、当研究所の助成研究の一部を含む論考が取められている。産科は小児科と並んで医療崩壊の先行分野とされてきた。大野(2009)では、その産科医療の提供側の疲弊が、医療そのものに内在する特質にも由来することを喝破している。すなわち、分娩においては、正常と異常が時の経過によって変化しやすい可

能性がある。にもかかわらず、異常の早期発見に駆り立てられた医療は、少しでも異常域に抵触した場合には医療介入を行ってしまう。これによって、時間をかけて経過をみていけばありえたかもしれない正常に転帰する可能性が失われる。異常の早期発見は、がん治療など一般の疾病では最優先命題である。しかし分娩の場合には、正常となりうるものも異常扱いされてしまう可能性があるのである。従ってこの分野では、医療の発達が内包する、いわば医療そのものの特質が深刻な問題をもたらすこととなる。

この傾向は、産科医療の世代推移を見ればより明らかとなる。仮に20年を一代とすると、戦後の産科医療は、3つの世代に区切ることができる。第一世代は、分娩監視装置もなく超音波診断もできない状況で、帝王切開はきわめてまれであり、このまれな異常の早期発見と対処に努力した。第一世代から第二世代に引き継がれる際、異常の早期発見と対処という医療介入分野が主となり、圧倒的多数であった正常は、当たり前すぎて十分伝えられなかった。医療機器の進歩とデータ検診能力の向上がこれを助長した。第二世代から第三世代への移行に当たっては、この傾向はさらに顕著になっている。すなわち、異常を早期発見して対処しようという個々の医療者の献身的な努力は、部分最適ではあったものの、産科医療の全体最適に結びつかなかったのである。

また、産む側のいわゆる「ニーズ」の変化もあり、いまや正常産を正常なものと扱い続けるためには、最先端の医療スキルによる支援が必要な状況も示唆されている。さらに、こうした状況下における産科の医療制度について、青森県の周産期センターにみられる綱渡りのような現状と医療者の無垢な献身的努力を踏まえた、ありうべかりし制度の青写真も提案されている。

引用文献

- ・池上直己(2009)「疲弊する地域医療」日経新聞ゼミナール(2009年10月連載)
- ・伊藤元重・総合研究開発機構編著(2009)『日本の医療は変えられる』東洋経済新報社
- ・大野明子(2009)『お産と生きる—なぜ、自然なお産か産科医からのメッセージ』メディカ出版
- ・喜入克(2007)『高校の現実—生徒指導の現場から』草思社(斎藤(2009)から再引用)
- ・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
- ・斎藤環(2009)「悪い卵とシステム、あるいは解離性憤怒」『こころの科学』148 日本評論社
- ・吉田あつし(2009)『日本の医療のなにが問題か』NTT出版
- ・渡辺靖仁(2007a)「医療供給体制の毀損と医療者のモラル低下の経済理論による解説—医療制度の動向と農協共済」『共済総合研究』第50号
- ・渡辺靖仁(2007b)「小松秀樹『医療の限界』(新潮社2007)と経済学の可能性」『共済総研レポート』第92号

目次

1. はじめに
2. 社会共有資本としての医療
3. 医療における情報の非対称と不確実性
4. メディアについて
5. 地域住民について
6. 最後に

1. はじめに

昨今、マスメディアを通じて連日報道がなされているように、いよいよ医療供給体制の崩壊が誰の目にも明らかになってきた。医療供給体制の危機は以前から特に病院医療において差し迫ったものであると医療者の間では認識されていた。まずは医療環境および医療制度上から脆弱である産科・小児科および救急などの部門から崩壊が始まっているが、それにとどまるものではなく、外科、内科までもが崩壊に瀕している。そうになると医療は成り立たない。ここでいう「崩壊」とは、様々な要因が絡まり合っているものの、現場の医師の不足と立ち去りによる悪循環が地域病院とりわけ自治体病院を中心とした診療制限、縮小、廃止を引き起こし、地域住民にとって真に必要な医療供給体制が維持できない

状態を指して使用している。いわゆる「医療崩壊」の原因としては長年にわたる医療費抑制政策と権利意識の増大による医療消費者としてのサービス要求の過剰さが指摘されている。「医療崩壊」が誰の目にも明らかになるタイミングにあっては加速度がついて事態が進行するために驚きをもって語られるが、カウントダウンは、1983年、当時の厚生省保険局長が「医療費亡国論」を唱えて日本を低医療費政策に導いてきた頃より始まっていたといえる。すでに多くのデータや具体例などについて情報提供がなされているので、本稿ではなるべく医療に関する特性を踏まえつつ、地域住民の対応とマスメディアの論調に言及しながら問題点を指摘した上で、地域の医療供給体制を維持向上していくためにこれから地域住民とマスメディアに求められる要件について考察する。

2. 社会的共有資本としての医療

1) 医療の形と医療費

(1) 生存する権利

日本国憲法第十三条には「個人の尊厳を維持し、生命、自由、幸福を追求する権利」を最大限に尊重するとあり、第二十五条では「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」が保障されている。これを戯れ言といった学者もいる。だが、一国の憲法を絵空事としてとらえてしまえば、国民国家としての足下が揺らぐ。すでにその兆候がなくもない。経済の側面からみればグローバリゼーションが進む中で世界はフラット化していき、国籍に関係なく24時間365日国境を越えてサプライチェーンのなかに組み込まれ、居ながらにして世界中の労働力と競争を強いられるという状況である。その流れは止められるものではない。それ故にこそ、国民国家（多くの人々がそれを必要としているという前提であるが）を成り立たせる重要な要件としても国力に見合った社会保障・セーフティネットの充実が必要である。断っておくが、人権の実現可能性は「公共の論理」の文脈において「倫理的な客観性」に耐えうるかどうかということであるから、都合のよい権利の主張は慎むべきであることは自明である。

(2) 消費者としての「患者さま」中心の医療

「患者さま」の起源はそう遠くない。厚労省の「医療サービス向上委員会」が2001年11月、「国立病院等における医療サービスの質の向上に関する指針」を公表し、患者に対する言葉遣いや対応の仕方を改めるため、国立病院に「患者の呼称の際、原則として、姓名

に『さま』を付ける」ことを求めたとされる。その後、右に倣えと多くの病院が取り入れた。背景として、1995年ころからの医療の権威主義などに対する批判報道の増加があり、1999年に横浜市立病院での手術患者の取り違え事件、都立広尾病院での点滴の誤注入事件が立て続いて起こったことから、その衝撃とともにネガティブキャンペーンが盛んになされるようになった。もうひとつの背景として、おりしも「民にできることは民に」のスローガンのもとに医療の市場化まで推進しようとする動きがあり、マスメディアや一部の有識者がこれに便乗した。そのような状況下での「患者さま」である。いまだに多用されているが、医療者、患者の両者にとって受け取る意味合いは違ってもおしなべて不評であり、常に見直しの議論がある。しかし、一度、歩き始めた「患者さま」の呼称は言霊となり、患者に「消費者」としての意識を覚醒させ、やがて権利のみを声高に主張するまでになってきたのが現状である。適度であれば、「消費者」としての視点というものは有効であるし、両者の意識改革にとってよい影響を与えた一面もある。しかし、過ぎたるは…の教えのごとく、脆弱な公共財である医療を毀損する一因となるまでに至った。医療は市場の需要と供給で成り立っているわけではなく、必要と配給で成り立たせるべきものなのである。「患者は消費者ではない。患者は純粹にただ患者なのである」。断っておくが、「消費者」にならなくても「患者中心」の医療は可能である。ただ、医療崩壊の現状は厳しく、事態は呼称「患者さま」を「患者さん」にもどせば解決するような牧歌的なものではな

い。国民皆保険制度の危機などから良質な医療資源の保全のために一種の私保険制度の必要性まで議論される段階であることを付言しておく。

(3) 市場か政府か

医療は教育と並び国家の大切なインフラであり、社会共通資本である。市場で考えた場合には排除性、競合性が低いいため公共財と考えられる。加えて情報の非対称性が著しく不確実性が高い領域でもあり市場の失敗が想定されるので、外部経済として政府の出番となる。ただし、市場原理がうまく適用できずに政府の出番となったからといって、その政策いかんによっては政府の失敗も想定される。日本の医療において、今までの政府の政策のもとで公共財として運営されてきた結果が「医療崩壊」であるならば、政府の失敗といわれても仕方がない。市場原理主義者からの批判が集まる理由の一つである。しかし、マイケル・ムーア監督の映画「シッコ」を観るまでもなく、市場原理主義者や、ついこの間までアメリカ医療礼賛に忙しかったマスメディアにとっても、アメリカの医療が必ずしも日本よりもうまくいっているわけではないことが次第に理解されはじめている。市場か政府か?の二分法ではなく、これからは適切で自発的な公共活動（意見表明、言論活動、ボランティア活動、NPO活動など多元的なステージでの広義の意味）が強く必要とされる。良質な公共活動にコミットするのがこれからの地域住民の引き受けるべき責任であり、メディアは良質な公共活動を促進するような世論の醸成に貢献する責任がある。

(4) 適正な医療費

医療費増大の主な原因は高齢化でも医師増による誘発需要でもなく医療の進歩であり、医療費は国民の所得水準に規定されるというのが世界的にみて医療経済学の分野では通説となっている。OECDのデータなどは参考となるが、最終的にはGDPの何%を当てるべきかといった問題は医療の質をどの程度求めて国民が責任を負うのか、混合診療の是非論議にも及ぶような国民の価値観により決まる。右肩上がりから右肩下がり時代における再配分の新たな思想が必要であり、大転換をはかる時期にさしかかっている。まじめな話として政府は「医療臨調」を立ち上げて、適正な医療費から死生観までを含めた広範にわたる議論を行い、今後の医療の形をどうするかを考えることが重要ではないか。

3. 医療における情報の非対称と不確実性

1) 3つの次元での情報の非対称

いうまでもなく医師と患者の間には医学・医療に対する情報量の圧倒的な差が存在する。しかし、一方では医師の側には患者、家族からの情報は圧倒的に不足している。加えて医師は患者に対して経験則（医学は経験科学であり、要素還元主義である）からの情報提供はできても、現代医学では患者個人の個別性に関しては十分といえるほどの情報も得ることはできないために多くを語れない。つまり、3つの次元での情報の非対称が存在する。

(1) インフォームド・コンセントについて

医師が患者に対して診断結果についての詳

細と治療の方法・選択肢およびそれぞれのメリット・デメリット・予後について説明し、かつ、治療しない場合についても同様に説明したうえで、患者自らがその価値観に則ってベストと納得する方法を自己決定することがインフォームド・コンセント（以下、IC）とされる。だが、一般に情報は経験を経て翻訳されることで初めて知識・知恵となることから、情報を提供するだけでは単なる記号の提供にすぎなくなる。実際、ある研究では、患者に対して例外的といえるほど熱心かつ慎重、そして完璧に情報提供をしようとする試みについて調査しているが、患者の正解率は選択式で53.1%、自由回答形式で34%と満足のいく理解度とはいえなかった。いわゆるICにとって理想と現実とは絶望的なほど異なることは、同様の数々の心理学研究が十分に証明している。別の側面からあらためて考えてみると、ICの大きな意義は「丁寧に説明しようとする医師の一生懸命で誠実な態度」から誠意が伝わり信頼感が生じることではなからうか。ただし、それを可能にするには医師に適切なICを行うだけの時間的な余裕を与えると同時に時間を割くことに対するインセンティブが付与されることが必要である。ICのエンドポイントを「患者の納得」に設定することも問題が多いと言わざるを得ない。未だに患者が適応すべき確かな価値観を持っていると仮定して、その価値を達成するために患者が効率的、合理的に考えるとする思考は、人間への洞察があまりにも浅い。

（2）不確実性（自然としての人体・疾病）という価値

患者自身の予後について何度聞き返されて

もわからないものはわからない。医師が知っているのは目の前の患者の予後ではなく、あくまで統計データである。統計データは示しても個人への適用・解釈においては、いかに役に立てるべきかについてケースバイケースである。いくら説明をしても患者にとって選択は一つであり、時間的猶予が少ないものほど事態は深刻であることが多い。そして、結果はよいか悪いかの2つにひとつである。語弊を恐れずに、あえて言えばICの場面でEBM（しっかりとした医学的データの根拠に基づいた医療とその説明も含む）は案外役に立たない。3つの次元での情報の非対称への洞察がなければ適切なICは難しい。現状のICの問題点からの超越の可能性としては、患者の生活歴を把握し価値観を理解するように努力して患者個人の固有性に配慮したうえで経験的な勘にも大いに頼りながら比喻やレトリックを多用してイメージを共有する技能を習得することかもしれない。ところで、ICではしばしば医師自らの死生観が試され、また、患者の死生観への洞察が求められる。そのような場面は医師と患者の双方を成長させる可能性がある。両者にとっての共通の不確実性である「一回性として現出している病」に対する態度を共有する必要もある。患者自身も医師もその一回性の身体の状態に対して今後の選択の影響がどうなるのかを十分には知ることができないからである。因果律や予定調和でデザインされた都市化した社会で生活することに慣れているわれわれにとっては厳しい現実と向き合う機会となる。しかし、医師と患者が「一回性として現出している病」の不確実性に対して、その認識・態度を共有

する努力を行うことができれば、常に予測不可能性を内在する「病気」というものに協力して立ち向かう同志としての自覚を共にすることができるかもしれない。そうなれば、不確実性はそれ自体が偶有性にも通じる価値を持つことになる。その上で、さらに医師は一般の医学・医療に関する情報は多く持っており、患者は患者についての生活圏での物語（情報）を多く持っているのだから、両者にとっての必要な情報を互いに提供しあって相互補完的に情報の非対称を低減させるための努力は、よりよい自己決定にとって大切である。

4. メディアについて

1) 医療報道におけるメディアの功罪

(1) なぜ、医療バッシングがあったのか？

バッシングの背景は先に述べたように1995年ころから始まる医療界の権威主義に対する批判報道増加と1999年に立て続けに起こった大病院での医療事故であり、ネガティブキャンペーンを加速した。ここでは医療バッシングの本質について考察する。バッシングが盛り上がった理由としては、医療はほとんど広告も打たないのでメディアにとってお客様ではない業界であること、「白い巨塔」に象徴されるような権威主義的な側面と医療の閉鎖性・密室性・封建制などが格好のネタとなること、叩くことで当事者以外の一般市民が喜ぶ対象であったことなどが挙げられる。もちろん、メディア側にも大義としての現状への警鐘と改善への啓発という目的はある。一定の効果として、医療事故が少なからず起こっていることの世の中への注意喚起、医療の閉

鎖性・密室性・封建制・パターナリズムなどへの批判を通して情報の壁の問題改善や自浄努力への取り組みのきっかけのひとつとなったことなどがあげられる。行き過ぎや誤りとして、報道の集中と扇情的な報道の氾濫、医療について不勉強であり報道内容がしばしば不正確・恣意的に傾いていて本当に改善を追いかけているか疑問が残ること、医療の不確実性への無理解や事故報道での安易で不適切な実名公表などがあげられる。

医療事故報道にみる問題

すでによく指摘されていることであるが、列記する。刑事扱いの場合に逮捕や起訴の段階から一貫して「推定無罪の原則」が守られていない報道をする。民事では両者の過失の相殺についてその内容よりも、医療者側のみの過失に焦点をあてる。実名報道を基準なく恣意的に行う。間違った報道に対するその後の訂正やフォローが極めて不十分である。即時性への内的要求と不勉強が相まって不正確で恣意的な情報を出す。「過誤」被害者かどうかは不明である時点で、結果の重大性のみにおいて判断し、大多数の潜在的な被害者予備群（自動車の運転は加害者にも被害者にもなりうるが、医療者でない限り医療事故では加害者の席に立つことはない）の代表を自認して、被害者に一義的にかつ感情的に寄り添い、事実の検証を後回しにした報道姿勢が目立つ。情緒的な論調に傾きやすく本質を見逃しやすい、など挙げれば切りがないほどである。この辺りは、マスメディアも裁判員制度を前にして新聞社などが作成している報道ガイドラインを読めば、今まで守られていなかったことを認めているのであるから、特にメ

ディアにとっても異論はないと思われる。もちろん、不幸にして後遺症が残ったり、亡くなられたりした方やその遺族が存在しており、メディアであれ、医療者であれ、その不幸な状況に歩み寄ることは正しいことではあるが、「加害者のいない被害者の存在がある」ことは医療においては往々にして起こりえるという理解も前提として必要である。

安心・安全報道にみる問題

安全は被害が少ないと考えられる相対的な状態であり、安心は大丈夫だと思える主観的なところの状態である。メディアの扱いでは四文字熟語になってしまいそうな感があるが、両者はしばしばパラレルではない。安全であっても安心できない、安全でなくても安心できるという状態は普通にある。リスク報道の問題点を簡単に概説する。たとえば、専門家はリスクについて統計学的な証拠力に対応して以下の3つの叙述のスタイルを取る場合がある。発見「FがRの原因となっている可能性がある」、選択「どちらかといえば、FがRの原因と考えることが妥当である」、保証「FがRの原因となっていることをある程度確実に保証できる」の3段階である。マスメディアでは一部の専門家の都合のいいコメントを引用したりしながら概ね発見の段階で発見、選択、保証を同列あるいは混同して報じることが多い。しかも発見の端緒は誰にもわからないのであり、可能性としては信じるしかない。警鐘報道では「悪いニュース」こそが報道に値する「いいニュース」であり、報道の分野での価値や評価も高いとされる。「悪いニュース」を否定する「いいニュース」はニュース足りえないし、「悪いニュース」

が発見の段階で報じられ、のちに妥当性がないものとわかって、警鐘を鳴らしたのだからと免罪されてしまい、ますます、警鐘報道のみが増幅していく。「危ない」という報道は安全であった場合にはあまり非難されないが、「安全」というものは保証を得るハードルも高く、安全でなかったときに非難される可能性が高い。アラームニストたちは炭鉱のカナリアのつもりでも単にやかましいだけの狼少年になってしまっているのかもしれない。類似の例としては「怖い、怖い」報道がある。例えば、統計的には減少傾向の殺人や強盗といった凶悪犯罪があたかも増えているかのような報道をするなど、統計的な背景には触れずに事件の固有性、特殊性に焦点をあて、ゼロリスクベースで評論して不安をあおる報道のことである。いずれも確率の低いリスクの強調という特徴がある。テーマは非常に恣意的であり、トピックとして成り立つかという視点が多分に含まれている。正しいリスク情報は将来的な安全を高める可能性があるが、現時点での不安を高めもする。マスメディアはその商業主義からいたずらに不安をあおることなく、正しい（定量的な）リスク情報を提供すべきであり、受け手側もそのリスクの程度を理解する努力が必要である。

2) マスメディアの特性

マスメディアには、良くも悪くも情報が多い現代社会において自己の体験からのみの「リアル」では構築できない「共有されるリアリティ」の構築という機能があり、コミュニケーションにとって非常に大きな役割を果たしている。一方でこの「リアリティ」は現実とも真実とも異なる。あるプロットのもと

に作られたひとつの事実認識とその物語ということである。以下、マスメディアのややネガティブだが、ある意味では仕方がないのかもしれない特性について列記する。営利企業としての限界（広告主と視聴率・購買層の反応を常にうかがう）、営利でないNHKの掲げる客観・中立・公正な報道も空念仏（神様でない限り、論理的にありえない）、情報の即時性への脅迫観念とトピックとしての価値が質的に偏ったもの（センセーショナリズムとスクランダルリズムなど）に左右される、功利主義的で報道・表現の自由をしばしば盾にとった数の暴力に陥りがち、ナショナリズムからの制約を受けている、単純な二元論を好む（わかりやすさ）、不確実性への理解の浅さと想像力の低さ、記者クラブ制度のようなもたれあいでの横並びの構造（大本営発表、提灯記事などと揶揄される）、カバーする範囲の広さや多忙さゆえの不勉強（最近、記者向けのセミナーなどが盛んではあるが）、世界への情報発信の質の低さと量の少なさ、リスク報道における問題（前述）、責任回避のための両論併記・有識者コメントの引用、メディアスクラムと報道被害（特に被害者への二次被害がひどい）、情報の受け手が情報をほしがっているという開き直りなど、枚挙に暇がないほどである。一部でフリージャーナリストに真のジャーナリズムを期待する意見もあるが、マスメディア自体も衰退しつつあるともいわれており、大衆雑誌などの廃刊が続く中にあるのは、生活をかけて「危ない記事」を書くフリージャーナリストの増加のほうが危惧されるかもしれない。しかし、マスメディアは「リアル」を報じることはまれであるが、

「リアリティ」の構築のためにはよくできたシステムであり、お芝居としてのマスメディアの機能を批判的に享受する姿勢とメディア・バイアスを見抜くリテラシーを身に着けることが大切である。本質的にそういうものであるマスメディアに目くじらを立てても仕方がない。現場からの正しい情報提供とそれが報じるに値する魅力的な価値であることをマスメディアに納得させて売り込むことが戦略的には重要であるし、マスメディアにとってもただ批判されるだけよりも建設的であろう。

5. 地域住民について

1) 合成の誤謬と共有地の悲劇

一例としてコンビニ受診について考える。消費者中心の医療でも触れたが、患者はたとえ症状が軽くても、夜間に救急で診察を受ければ待ち時間が少ないかもしれない、日中は仕事で病院には行けない、市販薬よりも薬代が安く上がる、という合理的な理由から受診しているのであって、決して悪意があってそうしているわけではない。また、夜間に不安が強くなったり、病気の軽重の判断がつかねることなども考慮しなければならない。しかし、多くのひとびとが安易にそういう行動にでると、結果として医師は疲弊して立ち去り、診療は制限・縮小されて地域医療の危機として地域住民に跳ね返ってくる。このような合成の誤謬は市場原理での合理的振る舞いになれた人々が社会的共有財を利用する場合に陥りやすい陥穽といえる。マスメディアはいままでは少なからず消費者意識を煽り、利便性の追求をよしとして助長するような報道

を続けてきた。その一方では、3時間待ちの3分診療として、その原因を深く考察することもなく、医療サイドの怠慢としてばっさり切り捨ててきた。そのつけが回ってきて、最近になって正確な報道がなされ始めてはいるが、横並び的で極端から極端へ振れやすいマスメディアはより慎重に考察を願いたい。「医療崩壊＝共有地の悲劇」を防ぐには希少で脆弱な共有資源を守り育てるといふ地域住民とメディアの意識改革が絶対的に必要である。

2) フリーライダーとモラルハザード

病院での医療費の不払いが問題になっている。生活困窮者が増えて皆保険であるはずの日本で無保険者が増えている現状では簡単に解決できる問題ではない。窓口負担は先進国の中でも高い方である。しかし、未集金が続けば病院はつぶれる。病院がつぶれれば医療そのものが受けられない。皆保険をなんとか維持できる政策を早急に検討・実施することは行政の緊喫の課題であるが、一方では、不払い治療費が債務であるという意識の欠如や患者のモラル低下が原因であることも少なからず経験する。支払能力があっても支払いたくないから支払わない、高い確率で踏み倒せることを知っている不払いの確信犯が存在するのである。病院の経営を大きく危機にさらすような確信的な不払い（フリーライダー）は許されるものではない。しかし、病院はその性格から、医師は職能意識とその法の精神からして、病人を基本的に拒まないし、拒めない。常に病院と医療者はソマリアンジレンマに陥っている。未集金問題に限らず、病院には患者にまつわる頭を抱える問題が山積して

いる。クレームのためのクレームとも思われる過度のクレームやいわゆる「モンスターペイシエント」の存在などである。医師・看護師に対する暴言暴力も問題となっている。社会的な善意をもとに設計されている医療のような公的セクションは、この手の問題に非常に脆弱なシステムである。そもそも、そのようなことを想定していない。一部の患者にとって現代日本社会の閉塞感のなかにあって、攻撃しやすい脆弱な公的セクションである医療現場が腹いせの対象となりやすいのかもしれない。教育現場も同様の問題を抱えている。過重労働、医療以外の雑用の増大、専門性が高くなり病院各科の風通しも悪く、患者・家族との軋轢などで立ち去りの臨界点寸前の医師にとって、いわゆる「クレマー」や「モンスターペイシエント」とのトラブルは心を折るに十分な破壊力をもつかもかもしれない。それを金銭的インセンティブで引きとめようという短絡的な解決策を呈示する病院も多いようだが、あまり賢いやり方とはいえない。なぜなら「立ち去り」というけれども、例えば「やりがい」と引き替えに立ち去った後の仕事があり、生活が成り立つ、あるいは現状よりも余暇の点でも報酬の点でもよい条件での仕事がありえるという現状がある。裏を返せば、患者サイドの意識は「消費者」にまで変化したにもかかわらず、多くの勤務医は市場原理では理解できない「矜持」といった経済学的には非合理的な動機（高い志）で基幹病院の急性期医療を支えてきたわけである。公的セクションのマネージメント（リスクマネージメントを含む）の脆弱性の改善と徹底した医療従事者へのインセンティブの付与が病院

の医師不足、看護師不足の解決の一助となるはずである。また、地域住民には公共活動へのコミットメントが求められる。すでに、稀少な人的共有財である地域病院の医療者を守ろうとする動きが良心的な住民から出始めている地域もある。

6. 最後に

「医療崩壊」に対して希望としての新たな動きも出始めている。国政レベルでは、医師定員増の決定や医療費抑制策の見直し論議も一部では始まっている。地域住民の中には、医療者を守ろうとして夜間救急のコンビニ受診をやめようと呼びかけたり、家庭レベルで必要な医療知識習得などの啓発を行ったり、医療者を市民が育てるという意識を持って交流を行ったり、積極的にさまざまな媒体で情報発信したり、病院に入ってボランティアを行ったりと、さまざまな市民の公共活動の萌芽ともいえるべき試みが始まっている。地域の志ある新聞記者が率先して市民を引っ張った事例もあると聞く。しかし、未だ全国的にはまれなことでもあり、萌芽を大木に成長させるには積極的に取り上げて評価・認知することが重要で、これからのマスメディアに大きく期待される事項である。最近では、マスメディアの論調も大きく変化している。今後の世論形成に期待したい。

医療問題をつきつめて考えれば、解決のための要諦は良質なコミュニケーション、しっかりとした財源の手当、多段階でのインセンティブを考えたマネジメントということにつきる。本稿では、そのテーマと頁数の制約から触れてはいないが、公共政策学などの分

野にも応用されている行動経済学（ゲーム理論や心理学を応用したり、取り入れたりして現実の人間の振る舞いにより即した形の経済学）や脳科学からの知見なども取り入れながら、人間の性質によりフィットした制度設計やマネジメントを行っていく必要性が増していくであろう。また、今回は、政治、行政、病院、現場医療者に求められる要件についてあまりふれていないので、一方的な印象があるかもしれないが、研究・考察を引き続き深めいづれウェブ上などで公開したいと考えている。

参考文献

- [1] 伊関友伸 (2007) 『まちの病院がなくなる!?』時事通信社
- [2] 平井愛山・秋山美紀 (2008) 『地域医療を守れ』岩波書店
- [3] 小松秀樹 (2006) 『医療崩壊』朝日新聞社
- [4] 小松秀樹 (2007) 『医療の限界』新潮社
- [5] 本田宏 (2007) 『誰が医療を殺すのか』洋泉社
- [6] 本田宏編著 (2008) 『医療崩壊はこうすれば防げる』洋泉社
- [7] 李啓充 (2004) 『市場原理が医療を減ぼす』医学書院
- [8] 李啓充 (2000) 『アメリカ医療の光と影』医学書院
- [9] 河野圭子 (2002) 『病院の内側から見たアメリカの医療システム』新興医学出版社
- [10] アマルティア・セン著、東郷えりか訳 (2006) 『人間の安全保障』集英社
- [11] 絵所秀紀・山崎幸治編著 (2004) 『アマルティア・センの世界』晃洋書房
- [12] 宇沢弘文 (1989) 『経済学の考え方』岩波書店
- [13] 宇沢弘文 (2003) 『経済学と人間の心』東洋経済新報社
- [14] 権丈善一 (2006) 『医療年金問題の考え方』慶應義塾大学出版会
- [15] 権丈善一 (2007) 『医療政策は選挙で変える』慶應義塾大学出版会
- [16] 真野俊樹 (2006) 『入門 医療経済学』中央公論新社
- [17] 兪炳匡 (2006) 『改革のための医療経済学』メディア出版
- [18] 二本立 (2006) 『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房
- [19] トーマス・フリードマン著 (2006) 『フラット化する世界 (上・下)』日本経済新聞社
- [20] P. F. ドラッカー著、上田惇生訳 (2007) 『断然の時代』ダイヤモンド社
- [21] P. F. ドラッカー著、上田惇生訳 (2002) 『ネクスト・ソサエティ』ダイヤモンド社
- [22] 岡井崇ら (2008) 岩波ブックレット『壊れゆく医師たち』岩波書店
- [23] 樋口範雄 (2007) 『医療と法を考える』有斐閣
- [24] 樋口範雄・岩田太編著 (2007) 『生命倫理と法Ⅱ』弘文堂
- [25] 中谷内一也 (2006) 『リスクのモノサシ』日本放送出版協会
- [26] 中谷内一也 (2008) 『安全。でも、安心できない…』筑摩書房
- [27] 山岸俊男 (1999) 『安心社会から信頼社会へ』中央公論新社
- [28] 椿広計 (2007) 『リスク学入門1 リスク学とはなにか』岩波書店
- [29] ニコラス・ルーマン著、林香里訳 (2005) 『マスメディアのリアリティ』木鐸社
- [30] 中岡成文 (2003) 『ハーバース・コミュニケーション行為』講談社
- [31] 松本和紀 (2007) 『メディア・バイアス』光文社
- [32] 香山リカ (2006) 『テレビの罟』筑摩書房
- [33] 森達也・森巢博 (2005) 『ご臨終メディア』集英社
- [34] 上杉隆 (2008) 『ジャーナリズム崩壊』幻冬舎
- [35] 鈴木謙介 (2007) 『ウェブ社会の思想』日本放送出版協会
- [36] 池田信夫 (2007) 『ウェブは資本主義を超える』日経BP社
- [37] 大澤真幸 (2008) 『不可能性の時代』岩波書店
- [38] 養老孟司 (2008) 『いちばん大事なこと』集英社
- [39] 内田樹 (2008) 『こんな日本でよかったね』バジリコ株式会社
- [40] 茂木健一郎 (2008) 『思考の補助線』筑摩書房
- [41] 茂木健一郎 (2007) 『欲望する脳』集英社
- [42] 竹内薫 (2006) 『99.9%は仮説』光文社
- [43] 高橋昌一郎 (2008) 『理性の限界』講談社
- [44] 竹田茂夫 (2004) 『ゲーム理論を読みとく』筑摩書房
- [45] 友野典男 (2006) 『行動経済学』光文社
- [46] リチャード・セイラー著、篠原勝訳 (2007) 『行動経済学入門』ダイヤモンド社