地域医療の崩壊を解決する地域の政策自立

平井愛山*, 熊田禎宣**, 鈴木羽留香***
藤本晴枝****, 草瀬美緒*****

Deterioration of Local Medical Services Should be Solved
by Order-Made Public Choice of Local Governments

Aizan HIRAI, Yoshinobu KUMATA, Haruka SUZUKI, Harue FUJIMOTO and Mio KUSASE

Abstract

This paper, jointly coauthored by medical professionals and researchers in public choice, deals with the analysis of recent problems in deteriorating local medical services, partially due to improper concepts for policy formulation, and attempts to develop a more acceptable future vision for a local community chosen from case-studies. This may be recognized as a model case to solve the problems by an initiative for stake holders to communicate among themselves concerning break-down of local medical systems. A complex social system functions to generate self-organized evolution with factors of the system pushed by social decisions. In addition, the age of “Customer Centered Innovation” and decentralization of power, proper reform of policy guidelines produced by refined policy science will enable us to solve problems in medical service systems. Since, most of the officials of local governments in charge of medical services are not familiar with this new concept for policy orientation, influence from related NPOs should be valued as more informed of new trends and related knowledge concerning policy concepts considered. Since medical experts, scientist in public choice and government officials are active in the above mentioned NPOs we conclude it is necessary and productive to create joint activities for constructing and sharing the appropriate processes for public choice based on acceptable concepts of science.

JEL Classification : I10, I18, I19

Keywords : Public Choice, Medical Service, Local Community, Policy Orientation, Self-reliance

1. 背景と目的

1-1. 俯瞰的な政策学的視野の欠如による医療崩壊

今、日本の医療は存亡の岐路に立たされている。「医療が危ない」という認識が医療関係者だけ

* 千葉県東金病院 院長

** 千葉商科大学大学院政策研究科 教授

*** 千葉商科大学大学院政策研究科

**** NPO 法人地域医療を育てる会 理事長

***** 財団法人土地総合研究所客員 研究員

2008年4月15日受付 2008年12月21日受理

© 日本地域学会 (JSRSAI) 2009

でなくメディアにも波及し、多くの新聞、専門学術誌、例えば日本学術会議の機関紙である「学術の動向」等でも多面的に取り上げ始め、テレビや新聞等でも大々的に扱われるようになってきた。平成16年度からの新医師臨床研修制度の導入を契機に全国レベルで医師不足(大河内[20])、とくに病院勤務医の不足問題が起こり、とくに地域中核病院の医師不足により、救急医療体制が維持できなくなり、また内科、産婦人科、小児科などの診療停止が避けられず、「医療崩壊」ともよばれる大変厳しい状況になっている。この勤務医不足が深刻化した病院の大部分は、県立・市町村立・一部事務組合立病院など、これまで地域医療を担ってきた自治体病院で、中には、閉院に追い込まれた自治体病院もある。まさに地方自治体にとっては、地域医療の危機的状態であり、その対策の確立と実行が行政の急務となっている。しかし、この論文では適切な政策論のコンセプトを関係者が相互に学習して共有する努力が不在のまま、現場に、中央から与えられている「バカの壁」(養老[28])を乗り越える政策対話もせず、個別の対処療法が事態を悪化させているとの見方をとっている。この政策学とは、1)「環境共生の遵守」、2)「歴史文化の尊重」、3)「科学・技術の活用」、4)「安全・健康の確保」、5)「効率・快適の改善」、6)「不幸・障害の防除」、7)「福祉・幸福の増進」が基本的領域であり(熊田他[16])、これら政策学の各領域における具体的な内容と自治の関連については、「政策評価の理論化による自治の向上」として既に詳しく論じられている(計画理論研究会[9])。このように、総合的な領域を対象とする政策学的観点に基づき、医療政策を分析するならば、その対象は、局所的な患者だけではなく、ライフスタイルを含むトータルとしての健康状態を目指す市民全体である。したがって、本研究では事後対策のみの計画ではなく、事前対策により重点を置いて、医療費全体のコスト削減を目指す、「予防」的な医療政策の在り方も論じておきたい。

1-2. 医療崩壊にみる政策学不在の社会的責任

日本の医療機関は、医療費抑制と安全要求という2つの強い圧力にさらされている。コストを下げつつ安全性を高めるという相矛盾する圧力は、多くの地域、医療の中心機関で医師や医療従事者の過労を招き、医師の病院勤務離れを引き起こしている。医師や看護師の不足、過重労働の実態を知らない政策関係者も多いのがこの問題の重症であることを示している。

また医療活動は100%安全なものではなく不確実性を常に内包している。日本のメディアはその前提を国民に示していない。専門家と市民との間に認識の大きなギャップがある。そのため実際に事故が起きたときに憎しみが渦巻き、過剰な被害者意識で担当した医師を犯罪者として追い込んでしまう。医療機関側が勝訴した場合には、小さな記事になるという傾向もあり(児玉[10])、最近の司法は科学的認識より、被害者感情と報道に同調する傾向が強いと医療崩壊を防止する努力をしている医療従事者は実感している。報道の科学的かつ政策的な分析の甘さを省みず、妥当性に欠ける事件をつくる作用を発揮している。この論文による多面的な吟味が示すように医療崩壊は複雑システムの複合原因によると認識すべきである。政策学をベースにしない局所的な見かけの対応はしばしば失敗する。

1) 「コンビニ受診」による大量辞職報道が知らせない政策学の不在

最近コンビニ受診とも呼ばれる安易な病院の救急受診が増えている。コンビニ受診とは、一般的に外来診療をやっていない休日や夜間の時間帯に、救急外来を受診する緊急性のない軽傷患者が、容易に受診することである。すなわち、医師の過労を促進する結果をもたらす行動のことを言う。このような受診形態の患者が増え、重傷な患者の対応が困難になったり、入院中の患者の急変に対応が困難になったり、医師が休養をとれず翌日以降の診療に支障を来したり、疲れ果て医療現場を去り医療崩壊の原因にもなっている。このようなケースで医師が大量辞職した事例が、新潟県阿賀野市にある市立水原郷病院である。コンビニ受診による医師の疲弊に加えて、自治体病院医師に対して寄せられた病院改革委員会員の医療従事者がおかれた限界をこえた勤務実態を評価しない不見識な発言が多発し、医師が未来に絶望し大量辞職した。

平成16年秋期になり、経営改革委員会の議事録が市のホームページに公開されると、これを見た同病院の医師たちが寝る間もなく、過労状態で働いてきた献身的な努力に対する不当な評価が、医師の使命感を消滅させ、結果的に医療崩壊を招いた。過労状態で働く医療従事者のために市民側で何ができるかという発想はない。一方的な要求はあっても、医師不足時代に医師が激務にたえながら地域の最重要インフラといえる病院を支えてきたことに対する評価はなかった。市民は「不当に安売りされるコンビニ医療サービスを買う消費者」の立場からの評価をした。つまり医療政策に関し正しい政策評価ができる「情報の構図」を持ち、評価の活動でリーダーシップを発揮する人材が市民のなかにいなかったことに問題がある。市民自治の基礎ともいえる市民の政策学習の場を用意していなかった自治活動の政策当局者や研究者集団の責任は大きいといえる。

2) 病院設備の更新では政策学不足は補えない

医師不足時代に、新しく立派な病院を建てれば医師が集まると主張し、医師不足対策の決め手として、病院新築を推進する地方行政関係者や議員がいる。その代表例が、福井県敦賀市にある市立敦賀病院である。このケースは後に詳しく論じるが、市立敦賀病院は日本原子力発電からの寄付金を使って、平成15年度から約73億円を投じて全面改修、増床や新病棟の増設などの整備工事を行った。しかしその後、医師の流出が相次いだため、平成18年10月、全375床のうち79床を閉鎖している。平成19年4月に2人の医師を確保し、一部を復活させたが、病院の配置計画からは現在も医師9人が足りず、40床余りが使われてないまま放置されている。伊関[6]によれば、「吹き抜けのある立派な自治体病院からは医師がいなくなる」とハードウェア整備への過信を戒めている。この事例をもとにして考えてみると、いくら病院が綺麗で新しくても、医師が勤務したいと思える病院組織とその環境でなければ、医師は集まらないといえるのではないか。病院設備を整えるハードウェアの更新は、医療崩壊を防ぐ万能薬ではないかも知れないという可能性を示唆した。

医療事故の多くは個人の犯罪ではなく、複合的な要因により起こるシステム事故である場合が大多数を占める。医療システムの不備がもたらす失敗を犯罪とする国は、日本以外にあまり多く

はない。医療事故を司法の判断に委ねても、司法活動のなかで医療システムの不備の分析が出来ない状態では罪人をつくるだけで、原因究明にも医療の進歩にもつながらない。多くの医療事故は、システム・エラーであり、複合的な要因が重なって起こる。システムの問題を、個人の意図に内在する善悪に結びつけることは、科学からかけ離れ、複雑な技術の体系となっている医療活動のシステムの安全の向上にはつながらない。本研究では、地域において最も基本的な公共インフラの一つである地域医療を確保していく上で、小児医療や救急医療を担ってきた自治体病院が、なぜこのような崩壊という未曾有の状況をむかえ、またその背景にはなにがあるのか、そして今後地域医療の再生に向けて、どのような対応等が必要なのかについて異なった背景や原因を持つ医療崩壊の2つの事例を示したが、これらは適切な構図で描かれた政策論が不在のままで、局所的な現場の対応の資金投入は、問題を解決しないことを示している。政策学をベースに医療システムの再編のあり方を求めている。

2. 医療政策不在による医療崩壊を実証する事象

この論文では、地域医療システムという複雑システムの機能不全の症状である医師不足という事態に対し問題の全体の構図をとらえて、正当な政策論に立脚して、真に「発症の原因」を取り除く対応が十分にできていない、という認識で構築されている。ここでは、前章で言及した2つの事例を対象にし、医療政策という複雑システムを扱うにも関わらず「単純システム」として特定のセクションが、自己の権限で投入不能な手段で対応して、症状を悪化させているケースがあることを示した。

2-1. 医療システム経営に必要な政策を評価する政策論の構図を持たない地方行政

医師不足問題の深刻化とそれに続く自治体病院の崩壊の最初の事例としてしばしば取り上げられるのが、京都府舞鶴市にある市立舞鶴市民病院である。この病院は、若くして院長に赴任した瀬戸山元一氏(前高知医療センター長)が、経営再建に成功した病院で、平成15年に副院長であった松村理司氏(内科)が退職するまでは、若手医師の臨床研修病院として全国に知られていた。

松村副院長は、患者を総合的にみられる臨床医(総合医)を育成するためには、従来の我が国の研修制度には限界があると考え、米国式の研修制度を導入し、北米の一流の臨床医を1ヶ月~1年間、指導医として招聘し、総合内科を中心に徹底した臨床教育を行っていた。このことから多くの若手医師が研修のために同病院に集まっていたが、市当局と内科部門の運営方針に食い違いが生じ、平成15年に松村副院長が退職したのに続き、平成16年度に新たな臨床研修制度の導入されたことにより若手医師は大学病院に引き揚げられ、内科医不足の状態が出現し、他科の医師の大学への引き揚げや退職が相次ぎ、病院機能を維持することができなくなり、平成18年4月には常勤医ゼロという事態を迎えた。その後も、舞鶴市当局により、様々な対策が打たれたが、平成19年8月時点で病院再建のめどは立たず、また舞鶴市の病院を中心とした、医療行政も極めて

不透明とされている。

上記の舞鶴市民病院の試みは、医療システムを経営するうえで重要な盲点を示唆している。すなわち、内科系の総合医を育成する舞鶴市民病院のような医師養成システムは、先進性があったとはいえ内科医不足の時代への対応を十分に果せるとは評価されない結果をまねいてしまった。この失敗から学ぶべきことは多い。例えば、各主体が運営方針に対して、食い違いを生じたというリスクコミュニケーション不足が、システムを崩壊させた最大の要因であったという点は、特筆すべき点である。今後も、他地域の医療システムを応用させる場合には、その新しい体制に各主体が適応するまでのトレーニングと、双方向の情報交換を徹底することが、システム全体の安定化につながるということを念頭におかなければならない。平成 15 年の時点で、このような我が国の最先端をいく若手医師の研修システムが、一地域の自治体病院の創造的努力で立ち上げられ、「地域の病院で医師を育てる仕組み」がすでに機能していた価値ある先行例であったことも評価しておきたい。病院の管理運営にあたる市長をはじめとする行政当局および舞鶴市議会議員等がその価値を十分認識していなかったため、地方自治体にとってはまことに貴重な地域病院と医師教育システムを維持する費用負担を継続できず、消滅させてしまった。適切な医療政策論に立脚した価値評価を実行し、それを社会的に認知させるプロセスの不備が何をもたらすのか、について反省材料として学ぶことが多い事例となっている。医師不足問題を契機に深刻化した自治体病院の崩壊は、病院管理者である自治体・自治体首長、地方議会議員が抱える医療システムの認識が貧弱という問題点が複数の識者により指摘されている。この点については、伊関による舞鶴市民病院の崩壊に関する詳細な検証報告と提言（伊関 [6]）が示唆に富んでいる。

2-2. 適切な医療活動評価ができない「経営改革委員会」がもたらす医師への負担の増加

「コンビニ医療」ともよばれる安易な病院の救急受診による医師の疲弊に加えて、自治体病院医師に対して寄せられた病院改革委員会委員の不見識な発言を契機に、医師が大量辞職した代表的な事例が、新潟県阿賀野市立水原郷病院であることは、前にも言及した。この事例の医師の辞職のパターンを、小松は「立ち去り型サボタージュ」([12])と名づけた。以下では、このケースを少し分析してみる。公開資料からみると、同病院の経営改善、改革について審議する「水原郷病院経営改革審議会」を平成 16 年 9 月に立ち上げ、一般公募の委員を含めたメンバーで一連の審議を重ねる過程で問題が発生した。まず、コンビニ感覚での病院受診とよばれる同病院の救急診療実態であるが、人口 4 万 8 千人の阿賀野市（周辺の人口を加えても診療圏は 6～7 万人）で、同病院の時間外および緊急患者数は年間 10,000 件弱で、救急車による搬入は年間約 800 件と同規模の自治体病院と比較して明らかに多い、と病院関係者は評価している。受け入れ対応する医師は、ほぼ毎晩起こされ休息をとる余裕もなかったと見られている。市民が市内の地域自立の基本的インフラのひとつである、病院をコンビニ感覚で使い、勤務医を相当疲弊させ続けてきたことが容易に推察される。

平成 16 年秋になって、経営改革委員会の議事録が市のホームページに公開された。これを見た

同病院の医師たちが、激務に耐えてきた自分たちの努力は評価されていないのを知ることになった。同病院の経営改革審議会での発言の詳細は、公開されている。「外来患者数も減っており、人間ドックでも1日10人くらいの利用者で、しかも医師の出番は最後の診察のときだけのようだ。これまでも水原郷病院の医師は疲弊しているという話は聞かれたが、本当に疲弊するほどの仕事量なのか」「水原郷病院の接遇が悪いという話は、現場でも非常にたくさん聞く。特に若い母親には、同病院の人気は非常に悪い。非常に難しいことだが、医師、看護師をはじめ、職員の内部改革、意識改革をしないと、若い人は益々郷病院から離れていくと思う。接遇の問題を水原郷病院職員が自覚しないと、いつまでたっても患者は増えないと思う。」等である。医師不足時代に、自分たちの地域医療を継続して確保するには、市民全体の最も重要なインフラである病院のために、何をすべきかについては論じられず、医療従事者に対し「働きが悪い、もっとサービス水準を上げろ」と要求水準を引き上げただけである。貴重な自分たちの自治体病院の存続を、心の支えとして、そして自治体病院に強い帰属意識をもって働く勤務医を守る、市民意識が熟成されていないことが、勤務医達が「不当」とみなす発言の原発巣となっている。同様な不当評価による病院崩壊の事例としては、群馬県佐野市民病院が挙げられる。

新築した病院建設費の減価償却を行うため、勤務医が救急等の過重勤務により疲弊した医師の、大量退職につながった北海道江別市立病院の事例は医療活動への不当な評価による崩壊としてふれておかなければならない。同病院は平成18年4月には内科常勤医が12名いたが、同年9月末にはゼロ名になったことで全国に知られている。同病院は平成10年に吹き抜けのある新病院を建設した。その後、病院に地元医師会員による1次救急施設を併設し、そこと連携する形で入院が必要になった二次救急患者の受け入れ対応にあたってきた。病院機能の増強により内科医師の疲弊が進み、大量辞職となったとされている。

医師不足時代に「新しく立派な病院を造れば医者は集まる」と主張し、医師不足対策の決め手として、病院新築を推進する自治体が少なくないが、それは大きな誤りである。市立敦賀病院は、敦賀市が日本原子力発電からの寄付金を使って、約70億円をかけて平成15年から新病棟の整備工事を行い、平成18年12月に工事が完了した。しかし、期待に反し、予定した医師が集まらず、11名の医師不足となり、約90床の病床を閉鎖している状況である。伊関によれば、「吹き抜けのある立派な自治体病院からは医師がいなくなる」とハードウェア過信を戒めている。ハードウェア(情緒の環境としての医療システム)、ソフトウェア(医療システムの活動を制約するルール集)、ハードウェア(医療システムの物的な施設と設備)の3つがセットで用いられている。医療関連分野では、市川市が「健康都市いちかわモデル地区構想」([5])でこれらの用語を使っているが、政策学でこれらの3点セットが使用されている文献は(計画理論研究会[9])である。いくら病院がきれいでも新しくとも、医師が勤務し続ける価値があるとする病院で、医療システムのハードウェアが満足出来る水準にないのであれば、医師は集まらないということを、自治体の理事者も市民も認識する必要がある。医師不足とは「市民という患者およびその予備群という真のCustomer」のために医療従事者が「ここで働いてその顧客集団のために貢献したい」と望む条件を持

つ医療機関でなければ防ぐことができない。その組織づくりのために自治体は、議会も行政も、自治体に適した「医療政策に有益かつ正確な固有の構図」を描き、全てのステークホルダーで共有しておくことである。

3. 医師不足の危機は地域に固有

3-1. 行政が見過している現場への悪影響とその拡張された負の波及効果

ここでは自治体病院の危機を発症させる原因も経過も地域に固有で多様性に満ちていることを示す。医療過疎地域で「ドミノ倒し」の連鎖反応により内科医が大量退職し医療崩壊につながった千葉県山武郡の国保成東病院がある。この山武地域は、元々医師数が全国平均の半分と千葉県下で最も医師の少ない医療過疎地域であった。平成 15 年当時には、この地域の 3 つの自治体病院である国保成東病院（350 床）、東金病院（179 床）および町立大網病院（100 床）に合計で 28 名の内科医が勤務し、外科系とともに 365 日体制で夜間二次救急輪番体制を運用していた。

平成 16 年から、新医師臨床研修制度の導入に伴い、これらの病院へ医師派遣を行っている千葉大学病院の医師不足が顕在化し、東金病院から内科医師の引き揚げが始まった。年を追って内科医の減少がつづき、救急診療体制に支障を来すようになり、二次救急輪番体制の維持が困難になるとともに、東金病院で対応できなくなった多くの救急患者が、域内で最も規模の大きい成東病院に集中するようになり、成東病院の内科医の負担が急激に増加した。しかも、千葉大病院からは、応援や交代要員の医師を送る人的ゆとりもなくなっていたため、平成 18 年 3 月には、成東病院から 9 名の内科医全員が過労の常態化を嫌って一斉に退職する事態となった。同年 4 月には、域内の公立病院内科医の総数は、ピーク時の 1/3 以下の 8 名となった。

このように医療過疎地域では、医師の引き揚げなどにより、地域医療を支える自治体病院群の一角が崩れると連鎖反応により他の病院へ医療活動の負荷が発生する等影響が広まり、地域医療の崩壊につながる事例がこれまで複数の地域で見られている。平成 18 年 9 月末には、内科常勤医が 2 名にまで減少し、病院崩壊の淵にあった。その後、それぞれの病院が大学病院を頼らずに研修教育機能の整備を図り、内科医の招聘に努めた結果、平成 19 年度は、成東病院 5 名、東金病院 6 名、大網病院 5 名の計 16 名体制まで回復している。しかし、内科系の二次救急体制は依然として大変厳しい状況であり、引き続き、市民と医師との協働を中心として、展開している NPO の活動で「地域で医師を育てる」取り組みを進めながら、地域医療の再生に関する、開かれた議論の場で、市民を中心とした地域のあらゆるステークホルダーが参画する試みに取り組んでいる。

行政関係者は、新任の医師が研修活動を自由に選ぶことができるようにした新医師臨床研修制度が医療崩壊につながる「副作用」を持つことを理解せず、机上での政策に没頭し、誤った病院経営の舵取りをしている場合がある。固有性に満ちた現場の小さな声を聞き取れないこれまでの「中央省庁の分割統治」による行政主導のやり方では限界があり、地域医療の崩壊の予防は困難で再生もできない。

これまで例示した、医師の自治体病院からの大量辞職の背景には、医療現場と行政、法曹界と医師会（武内他 [24]）、そして住民の間に、医療に対する意識のギャップがある。行政は、医療を他の公共インフラである、電気・水道や道路・橋などと同様に、病院の規模（ベッド数）や医師、看護師の配置数などの箱ものあるいはハードウェアの面のみを見て、その中身である人的組織の中核を占める医師についてはその使命感やモチベーションなどについてはこれまで顧みることとはなかったと、多くの自治体病院の医師や数々の医療関係者と意見交換した体験を持つ平井は考えており、医療従事者のモチベーションを高めるための包括的な角度からの医療政策が歴史的（伊藤 [7]）にみても不可欠と認識している。

3-2. 国際比較からみた我が国の医療システムにおける医療政策の貧困

我が国で深刻化している勤務医不足による医療崩壊を、医療システムの国際比較の立場から整理し医療活動の活力を適切に保つという公的資金投入の政策の不在を示したい。日本と同じく国民皆保険制度を導入している英国において、サッチャー政権下の医療費抑制策により医療崩壊が進んだことになぞらえる医療関係者が少なくない。欧州を中心とした先進国の国際機関である経済協力開発機構が、保健医療指標の国際統計の最新版を公開した（OECD[19]）。その膨大なデータの中から、① 国家規模でみた時に、医療費は適正なのか否か、② 医療資源（人的および物的）の供給状況はどうか、③ 医療資源は適正に利用されているか、の3点に検討を加えてみた。

医療崩壊の危機が指摘される中、国内総生産（GDP）に占める保健医療支出のランキングは、日本はGDP比8.0%で30ヶ国中の22位、OECD平均GDP比は9.0%となっている。対GDP保健医療支出の順位で群を抜いて1位なのが米国で15.3%、以下、スイス（11.6%）、フランス（11.1%）、ドイツ（10.7%）の順である。上位8国までがGDPの10%を超えている。一方、旧西欧の最先進国で、日本とほぼ同水準の国は、ルクセンブルグ（8.3%）、英国（8.3%）、スペイン（8.2%）、フィンランド（7.5%）、アイルランド（7.5%）。日本より下位の国には、トルコ（7.6%）、チェコ（7.2%）、スロバキア（7.1%）、メキシコ（6.4%）、ポーランド（6.2%）、韓国（6.0%）など、旧東欧や欧州以外の国が並ぶ。日本の保健医療支出の対GDP比が、先進国の中では低い水準であることをHealth Dataは示している。この報告は、1990年から2005年までの15年間にOECD各国で1人当たり保健医療費が80%増加し、この間の1人当たりGDPの成長率の37%を大きく上回ることを指摘している。このまま保健医療費が経済成長を上回る伸びを示すようなら、各国は、増税や社会保障費の比率の増大、他の領域の支出の削減を実施する国民の保健医療への支払いを増やす必要が生じるとHealth Dataは指摘している。すなわち、各国は自国の国民が満足する医療費の調達をすべきとの政策転換を提言している。

医療活動の人的資源の核である医師数については、人口1,000人あたりの医師数は、日本は2人でOECDの平均3人を大きく下回り、30ヶ国中27位で最下位グループにある。医療資源の高額・高機能医療機器であるコンピューター断層撮影装置（CT）の設置数（人口100万人あたり）は92.6台で、OECD平均の4倍、と日本が1位を占めている、磁気共鳴画像診断装置（MRI）の

設置数も同様に1位である。医療機関の利用状況をみると、国民1人当たり1年間に診察を受ける回数は日本では13.8回で、28ヶ国中で突出して高く、1位である。一方、予防医療の代表的指標である、乳ガン検診のマンモグラフィー受診率（50～69歳女性）は4.1%と28ヶ国中最下位である。先進国の中では最も少ない医師達が、最も多くの患者を診ることにより、低コストでフリーアクセスの医療サービスを提供している日本の医療システムの実像が、他の医療政策先進国と対比し、データで示されている。マンモグラフィーの活用度の低さは、医療費の抑制に有効な予防医学が軽視される一方で、CTやMRI等のハイテクの高額医療機器の導入には大幅に予算を投入している。これは、ハードウェア中心主義の資源配分を続ける医療行政の体質を反映しているといえるのではないだろうか。医療行政も都市行政と全く同じ論理で、ハードウェア中心主義として関与する真のステークホルダーが「満足する」ことに、政策理念の基盤をおかねばならない。同時に、働く環境を選ぶ際に、このような機材・設備のハード面の充足を、医師のprivate choiceとして重視しているという側面も見逃せない。これらは、3-4で後述している医師の主要都市部への集中化を招く一要因としても考えられ、医師の育成段階での意識改革をもたらすような、教育カリキュラムの再構築が望ましいのではないかと。研修時から、過疎地域の市民の困窮差へも公正に配慮出来る、倫理的価値観の醸成を含んだ、国内の広域にわたる医療システム全体の現状と課題を教える科目を設置することにより、医師が生涯、病院を選択する際に、医療体制の不備で損失を被っている患者のことを思いやれる、使命感が自然と湧き出てくるハードウェアの養成を目指す必要があると考えられる。

これまでは、医療崩壊を「発症した」医療システムも現場の医師の献身的努力により、なんとか持ちこたえてきた。医療活動に対する公的資源の投入が不足していることへの政策的な評価は国民にその意味を理解しやすいが説明がされていない。この状況で平成16年以降、後述するような複数の要因が重なった結果、病院勤務医の肉体的・精神的限界を超え、立ち去り型サボタージュといった形で第一線の医療現場から勤務医が立ち去り、更に状況が悪化するという医療崩壊の悪循環に陥った。

この複数の要因とは、① 医師供給システムの激変、② 司法上結果責任を問われる医療事故の事後処理の増加、③ 医師・患者関係の崩壊である。このように、先進国の中では最も少ない医師達が、最も多くの患者を診ることにより、上記のような間違った前提のもとに、医療サービスを提供している日本の医療システムの実態が浮かび上がってくる。これまでは、我が国の医療システムも現場の医師の献身的努力により、なんとか持ち堪えてきた。平成16年以降、前述するような複数の要因が重なった結果、病院勤務医の肉体的・精神的限界を超え、立ち去り型サボタージュといった形で第一線の医療から勤務医が立ち去り、更に状況が悪化するという医療崩壊の悪循環に陥っている。

3-3. 新医師臨床研修制度の導入と医師供給システムの激変

自治体病院崩壊の要因の筆頭にあげられるのが、平成16年度から導入された研修制度必修化を

契機に急激に進んだ、医師供給システムの激変である。この新医師臨床研修制度は、医学部卒業後、内科、外科、救急、産婦人科、小児科等を2年間でスーパーローテート研修するものである。これは、従来のストレート研修、すなわち医学部卒業後、将来専攻する診療を担う大学病院の医局に入局し、専門医をめざして研修をおこなうシステムがかかえる弊害を排除して、医療活動の能力を向上させることをねらって新たに導入された。複数の診療分野をローテート研修することにより、全人的医療やチーム医療を習得することを主たる目的にしている。地域医療や地域保健活動について研修する機会も設けられ、新たな医師育成のシステムとして注目された。

小松は医局を「大学の一つの臨床教室の構成員と出身者による団体で、自然発生的な運命共同体であり、専門医教育を担うとともに、対外的には医師派遣の組織単位として機能している」と定義した([12])。これまでは、地域の病院が医師を必要とするとき、病院長は大学の医局に医師の派遣を要請してきた。しかし、同時にあちらこちらの医局に頼むことはできなかった。派遣される医師個人を病院が指定できるわけではなく、人事権はほぼ完全に医局にゆだねられていた(佐野他 [22])。

平成16年度の最初の研修医の進路選択の結果では、大学病院での研修を選択したものはこれまでのように過半数を占めることなく、むしろ大幅に減少した。その背景には、これまで研修医を受け入れてきた市中病院のみならず研修医を新たに受け入れるべく様々な取り組みをした市中病院があり、医学生にとっては、研修病院の選択の幅が広がったことが挙げられる。さらに、この新医師臨床研修制度の導入により、若手医師が自由に将来の進路を選択するという新たな動きが定着したことは極めて重要である。17年以降、研修病院として大学病院を選択する医学生は減少の一途をたどり、40%台まで減少する結果となった。大学病院にとっては、この新医師臨床研修制度の導入は、これまで毎年一定数であった入局者が2年間ゼロになることを意味しており、この研修制度導入に伴いその医局が医師不足になることを見越して、前もって地域の自治体病院に派遣している医師を引き上げる医局も出てきた。

2年間の新医師臨床研修が終了した時点で、研修医の大部分が専門医をめざして大学病院での後期研修(卒後3年目以降)を開始すると期待されていた。しかし、大学病院を選択した研修医は予想を遙かに下回り、従来のような入局医師数を確保することができなかった。実際、初期研修(卒後2年まで)中の研修医のアンケート調査でも、研修プログラムが整備され、指導体制が整っている市中病院での後期研修を希望する研修医が圧倒的多数を占めた。

こうした一連の「大学病院から市中病院へ」の流れは、前期のみならず後期の研修でも定着し、大学病院は未曾有の医師不足となり、大学病院での診療を維持することが困難になる事態も発生している。また、大学病院の医師不足が進んだ結果、大学病院からの医師派遣により勤務医を確保してきた多くの自治体病院を中心に、派遣医師の引き上げが平成16年以降一斉に始まった。地域の医療システムの実態は地域に固有の諸条件に依存しているが、医療崩壊を招いた地域の医療システムの運営を担当していた意思決定者は、全体の構図を認識していなかった。「自知なき自治はない」。自治体の医療システムに関係する担当者は、新しい医師供給システムがもたらすイ

ンパクトを描く基礎となる構図を有していなかったといえる。医師不足が出現しても、どのような手段の組み合わせで、その問題が解けるのかを「理解出来ない」状態にあった。縦割型の分割された政策体制に慣らされて、自治のために考える意思も能力も失っていた、と評価されてもやむを得ないのではないだろうか。

3-4. 医師の大都市優位の選好が表面化

人口10万対医師数の年度推移をみると、どの都道府県においても医師数は年々増加している。1980年に最多の京都の166.4人と最少の埼玉県の77.3人との差は89.1人であったが、2004年には最多の東京の264.2人と最少の埼玉の146人との差は118.2人と地域差は年々拡大している。厚生労働省統計表データベースによると平成16年では、人口10万対医療施設従事医師数の年次推移、従業地による都道府県—14大都市・中核市別でも、その格差拡大は発生している。指定都市でみると京都市342.1人、福岡市314.4人、東京都区部307.7人、また地方の中核都市の長崎市384.9人、和歌山市349.5人、熊本市345.5人など地域のなかでも大都市への医師の集中は止まらない。平成16年に開始された初期研修必修化の影響を都道府県別にみると、必修化前の平成15年度臨床研修医8,184人中1,315人(16.1%)が東京に集中しており、必修化後の平成18年度においても初期研修医9,239人中1,547(16.6%)が東京に集中している。文部科学省の高等教育機関統計表のなかにある、データベース収載統計調査一覧の平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査の、図1の「医師数の年次推移」によると、研修医が東京に集中する傾向は高いものの、都道府県における研修医の比率は必修化前後で大きくは変化していない(山田[26])。問題は都道府県間の偏在よりも、大学医学部と病院、そして都市部には立地していない医療機関との機能の変化がもたらした勤務医確保の地域差から発生している。しかし、多くの大学の医学部における研修については、専門分野ごとの研修を受けるという制限が課されたために、従来入っていた新しい研修医が地域医療機関を選ぶようになったので、派遣していた中堅医師を大学にもどして集中させざるを得なくなり、地域の医師不足に拍車をかけた。

こうした大都市、あるいは中核都市への医師の集中は、同時に医療の質の偏在を招き、医師の地域偏在をますます加速している。医師の地域偏在を引き起こす原因は、教育研修で医師の使命とそれに見合うライフスタイルに関する「ハートウェアづくり」の失敗がある。中堅以上の医師に限って言えば、子弟の教育の面から都会の利便性を求めたがる。家庭のある医師は、子供の教育面なども考え都会のように教育機関が充実したところを求める。都会選好の優位は医療界に限ったことではなく、中央と地方の格差問題の一つの表現型である。社会に不可欠のインフラで働く人々が「都会生活が田舎生活より優れている」とする価値体系で育てられてはならない。しかし、都市部ではない地域で働く医療従事者の子女の教育では「都会の教育」を望むなら都市部の大学の協力を確保するなどの政策によりそれを保障するのが「公平」というものであるのではないだろうか。

地方の病院における医師不足は大きな社会問題となっており、住民の健康維持機構の裏付けが

なければ、地域社会で働く人の不安を煽り、地域産業の活性が失われかねず、単に、医療だけの問題でなく、地方の産業、生活の過疎化と密に連動する問題である。若手医師が自己研鑽のキャリアパスを優先し、都会の大病院に行きたがる。専門性の向上に拘わる若手医師が増えているためでもある。大都市に立っていない地域医療機関も、複数の得意分野の異なる機関が協働して発達した情報技術を駆使し、研修プログラムを組む現在よりは、はるかに魅力的な研修の場を提供できる。そのような協働関係をベースとした、研修活動を立案し実行する計画を支援する財源は、関連する自治体が協力し用意すべきである。大都会という生活環境は用意できないが、優れた医療研修の場を与えることはできる。

3-5. ネガティブ・ラーニングによる医療崩壊

捜査・司法機関による刑事立件・訴訟、あるいはマスメディアの科学的な分析に立脚しない、恣意的報道の結果、医療活動と市民意識がますます離れてしまい、リスクの過重を恐れる医師が立ち去る事態が発生していることを多くの人々が指摘している。一方、医局依存型の医師供給システムの崩壊と同時に起こったのが、捜査・司法機関による刑事立件・訴訟、それを引き寄せたマスメディアによる恣意的報道である。福島県立大野病院で発生した癒着胎盤を原因とした母体死亡事例において、救命できなかった結果責任を問われ、担当の産婦人科医が突然逮捕されたケースである。もうひとつが、奈良県大淀町立大淀病院で発生した出産の際に意識不明になった妊婦が、18ヶ所の転院先を当たっていずれも断られ、最終的に大阪にある国立循環器病センターに搬送されたが、結局救命できずに死亡されたケースである。大野病院のケースについては、日本母性保護産婦人科医会が声明を発し、「この様に稀で救命する可能性の低い事例で医者逮捕するのは産科医療、殊に地域に於ける産科医療を崩壊させかねない」と批判した。医療現場で仕事に従事するスタッフは、全能の神ではなく、後から一切の責任を追及されることの無い完璧な医療行為を継続することは、極めて難しい。責任追及をされるのを恐れる病院勤務医は、予防的な医療や診療の拒否（医療現場からの立ち去り）という行動を取るようになる。実際、大野病院事件を契機に、それまで昼夜を問わず地域医療に貢献していた医師の意欲は著しく低下し、リスクの大きい（負担の大きい）地域病院から医師が離職するきっかけとなってしまう。これも、p. 4の「立ち去り型サボタージュ」の範疇にカテゴライズされており、医師不足問題の重要な背景因子の一つであると位置づけられている（小松 [13]）。このような勤務医の行動も、立ち去り型サボタージュと分類されるが、この表現はリスクが大きく負の評価をされる職務形式を嫌う、という当然の選好で「立ち去った医師が悪い」というイメージを与える。このような研究者側の定義や言葉の表現に関しても、心理的影響を考慮してネガティブ・ラーニングの要素とならないように注意が必要であることがわかった。医師不足問題を発生させる原因となっているとしても、異なった医療活動の職場のリスクや評価を適切に評価し、勤務形態の格差が小さくなるようなポジティブ・ラーニングが作動する状況をつくり出さなければならない。

警察の介入が、日本の医療体制を破壊する危険性を指摘する識者は多い。大淀病院のケースで

は、その報道内容に事実と反する部分があり、内容が科学的でないとの医療従事者からの指摘が多数寄せられた。メディアに対し「医療活動に内在するリスクに対する冷静な配慮と、公平性に欠け感情論に終始している報道姿勢は避けるべきである」という批判が多くの専門家から寄せられていた。事実認識に誤りがあったり、記事の内容の正確さに欠け、市民からの誤解を容易にまねく報道や、公平性に欠け感情論に終始している報道は誤った認識を社会に植え付けるだけでなく、解決への費用や時間を拡大してしまう。ネガティブ・ラーニングを発生させる報道についての批判が、関係者から多く発信されている。大淀病院の死亡事故についても、警察の介入に関してマスコミが、医療側を根拠も明確にせず有罪扱いした報道の結果、奈良県南部の周産期医療は、壊滅的な打撃を受けた。このネガティブ・ラーニングで発生した、重症の医療崩壊に対し警察や新聞は未だ責任をとっていない。

東京慈恵医大青戸病院では腹腔鏡手術を受けた前立腺がんの患者が亡くなったとして泌尿器科医が逮捕された。この事件の報道も論理的ではなく泌尿器科医への悪意に満ちているとする医療従事者が多数である。警察担当記者が書く記事は、複雑な医療システムに関する政策を描くのに適切な構図を有しておらず、短期的視野からの見解をかどに反映しているといえる。刑事事件を扱う記事の原稿を記者の上司がその事件の内容にふさわしい知識を十分に持ち、それを駆使してリスクコミュニケーションの基準を満たすように妥当な内容に正す能力がないなら報道することは最小限の事実限定し、過度な倫理感を行行使することは差し控えるべきであると考えられる。

これまで例示した、医師の自治体病院からの大量辞職の背景の最も根深いところに、医療現場と行政、そして住民のあいだの医療に対する意識のギャップがある。行政は、医療を、他の公共インフラである電気・水道や道路・橋などのいわゆるライフラインインフラと同様に、医療を提供する場であり、器でもある病院の規模（ベッド数）や医師、看護師の配置数等のハードウェアの性能評価にこだわり、医療活動の人的組織、とくに医師についてはその使命感というハートウェアは適切な評価対象として扱われてこなかった。医師不足時代の自治体病院のマネジメントを、複雑システムを単純システムの構図で扱う旧来のやり方では地域医療の崩壊を加速させる主要因となる。医師・患者間の関係性の崩壊は、我が国の医療費抑制策と並んで、医療崩壊の最も根元的な要因と考えられており、小松も先述の著作で指摘している（[12]）。今後、どのようにして、医師・患者間の関係性を再生させてゆくのか、極めて大きな課題となっている。後述する、兵庫県丹波市や千葉県山武地域における住民の取り組みは、新たな動きとして注目される。

患者が亡くなれば、過誤を疑い、医療への恨み、時には攻撃につながり、医師の逮捕という事態も発生する。医者は全能の神ではなく、自らのリスクをも含んだ治療行為を行っている。手術に絶対の安全はなくゼロリスクを求める願望は医療側に不可能を要求している。これは、各国におけるインフォームド・コンセントに関する認識の差異（Kolder et al [11]）が指摘されているように、時代背景や文化的属性による医療の定義を超え、「生き方」という、さらに個別の価値評価が伴う。したがって、医学知識をもつ医者ではなく、生命や健康をリスクにさらす患者が治療策を選ぶという意味決定を承認するというインフォームド・コンセントが法的に認知された現在、

多様な価値集団の価値を「不平等に扱う確率の小さい公共選択の方法が認められる」社会という枠組みをどう設定するかという課題も残る。このように医療政策とは、科学技術政策として考察した場合においても、「生命」の定義とその線引きにまでも問題提起が広がる特徴をもっている。政策システム自体の設計というよりもむしろ「ヒト」が、その「ひと」固有な定義の尊厳に基づき、どのような道筋を辿って死へと生きていくのかといった、哲学・倫理的側面を含む「人間」そのものを歪めることなく、そのまま政策に反映させる意味（鈴木 [23]）やその方法を各主体が考え続けなければならない。これは生命倫理を中心とした「学問」や、生存という基準の線引き問題である「人間」の本質やその方向性をも問うことに繋がるため、市民を含む多セクターによって、どこまでを医療とするかといった広義の「政策」に取り組む必要がある。医療システム構造全体のリハビリは、本質的な価値評価にまでメスを入れなければならない。

医療行為にともなうリスクコミュニケーションが、ステークホルダー間で極めて貧相なのが、問題である。警察の介入、マスコミの一方的な報道、過労の限界で働いている医者への無茶な要求などが医療崩壊を加速させている。医療システムにまつわる不確実性というものを理解していないステークホルダーの人々、つまり行政官僚、報道関係者、司法従事者、一般市民には、医療サービス市場があたかも工業製品が売買される一般の市場と同型として扱う傾向がある。その結果、現在進行している医療崩壊というのは、診療効果すなわち生産物の不確実性、個性＝属人性をしっかりと理解しているか、そうでないかという医療活動に関する評価の認識に二極があり、両者の混在した政策形成が問題である、と平井は地元東金市のシンポジウムや、大学等での専門家シンポジウム（東北大学大学院医学系研究会 [25]）で述べている。この医師・患者間のコミュニケーション不足による関係性の崩壊は、インフォームド・コンセントの医療活動を実現する努力を続けている医療界において我が国の医療費抑制策と並んで、医療崩壊の最も根元的な要因であると指摘されている（小松 [14]）。

勤務医から開業医への「働き方の自由」を求める流れは、勤務医のおかれた拘束の強い職場特性が主な原因である。休日・夜間当直には不規則で義務的な拘束が勤務医をしばりつけているのに、開業医は実働時間は短く、所得は勤務医を大きくこえている。異なった地域には異なった政策で対応するのが原則であるが、勤務医は、所得、時間、評価で開業医より著しく不利な扱いにも関わらず同僚や経営者からの監視が厳しく、責任はきわめて重い。ハードウェア（心的関係）、ソフトウェア（組織管理）の二面で勤務の活動環境を改める政策が不可欠である。

診療所の医師は、困難・厄介な症例は病院におしつけて、自分は医療ミスにつながるリスクから係わりを断つことができる。このように勤務医より開業医のほうが様々なメリットが存在するがそれは病院に過重負担を転嫁するエゴにより成立している。医療政策において医師の職務選択の在り方も、可能であれば、理想としては公平原則により見直しが必要であると考えられる。

医療崩壊は、哲学不在、理念不在、科学不在そして適切な評価により医療システムという複雑システムの障害を自己責任で描き出す市民不在という日本のかかえる闇をのぞかせている。現場の急場しのぎや財源の奪い合いを越え、しっかり議論をして根本的な手をうたねばならない。

医療政策の責任を持つ厚生労働省、国民の科学的知識のレベルアップを担当する文部科学省は、報道機関の医療知識を大幅に向上させるプロジェクトをただちに発動すべきである。社会情報学や政策学などの学部や研究科を有する大学や、これらの専門研究者が構成している数多くの学会はこのメディアの知的能力を飛躍的に向上させる活動に本来の使命を果たす活動として本格的にコミットして貢献しなければならない。

4. 「地域医療崩壊」は国民の健康を保つ政策の不在が主因

平成 15 年から平成 19 年 4 月 1 日までの 5 年間で、医師不足や赤字経営などの理由で、全国に 1,000 近くある自治体病院のうち 6 病院が閉院となり、17 病院が民間へ移譲された。この 23 件のうち 7 割に当たる 16 件が平成 17 年以降の 2 年間余りに集中しており、過去 2 年間で医師不足問題が急速に深刻化した。医師不足という症状は同じでもそれを発症させた医療システムの原発巣は異なっていることはこれまでに明らかにした。今、崩壊の危機に瀕している地域医療を崩壊の淵から救い出し再生させるためには、現在深刻化している医師不足問題が、表現形であって単に医師を招聘すれば解決するというような単純なものでないことを関係者が自覚するべきである。その本質は、構造改革を通じた地域医療の再構築が各地域に自立した公共選択が求められており、自治体病院自身、行政、そして Customer である市民、の三者が対等な立場として協働し、その地域の文化的、社会的、経済的な固有の条件を最適に活用する二重 PDSC サイクルによりインフォームド・コンセント（吉田他 [29]）で政策運営を行う努力が求められる。人間の健康という全市民に影響を及ぼす政策を扱うため、すべての行政領域に関わる Health Data¹ の出版が、日本では何故に出来ず、縦割り行政として、厚生労働省の医療白書、という狭義の捉え方になってしまっているかを深く考えなければならない。

4-1. 政策理念を創造し、最適の政策づくりをする医療システム

病院の取り組みとして求められるのは、これまで自治体病院は大学病院等に依存して勤務医を得てきた。これからは「病院で医師を育てる」時代になったことを自覚し、自ら臨床研修病院として教育機能を充実させることが地域中核病院としての必須の要件であり、地域の医師養成の教育能力を上げキャリアパスを提供していくことが地域医療の充実の前提であるという積極性であ

¹ Health Data とは、主にヨーロッパ諸国を中心として活動する、経済協力開発機構 (OECD) 出版の、「健康」という領域横断型のデータに関する出版物である。俯瞰的で長期的な視点からの、保健医療指標に関する国際統計であり、総合的に市民の「健康」という概念を包括的に扱っている。日本では、各省庁が個別に担当しているので、データは点在するという事態になっているが、この Health Data では、「健康」に関わる他領域のデータが集約されている。例えば、「健康」にとって欠かせない水に関する事項では、その質的なレベルでの衛生面から人体への具体的な影響、そしてその水を供給するためのインフラや、それに対する市民のアクセシビリティにまで範疇を拡げて取り扱っているという点が大きな特徴として挙げられる。このような「健康」概念は、WHO の「健康都市」宣言における総合的健康概念と同様に、肉体面での健康、精神面での健康、そしてそれらを育む環境自体の健康を対象としているため、地域全体のまちづくりというレベルからも考察されているという点は、特筆すべきである。

るといえるであろう。また行政に求められるのは、こうした時代背景を的確に理解し、医療機関と協働し、全力で医療従事者が働く意欲を持つ魅力的な医療システムづくりに取り組む必要がある。そして何よりも随時、自ら頭で能動的に考え、フレキシブルに取り組むという地頭力（細谷[4]）を養っていかねばならない。これは医療システムの本質から、現場の声を活かすことを第一条件としている。

平成16年の新医師臨床研修制度の導入により若手医師が自由に将来の進路を選択するという動きが定着した。そのため病院側は医師が自分を医師として育成するにあたって、求められ必要とされる指導体制、研修プログラムのある病院づくりが必要になってくる。病院側の経営方針を大幅に転換する時期であるといえる。実際に研修プログラムの整備を図り、医師数が回復した実例が千葉県にある東金病院である。平井は実際の病院運営に携わるという、政策理論の実践を本格的に開始した平成10年以降、内科系専門医の育成の仕組みを徐々に整備し、平成14年には日本内科学会教育関連病院、平成18年には日本内分泌学会教育施設、腎臓病学会教育関連施設、透析医学会教育関連施設、平成19年には日本家庭医療学会後期研修施設としてそれぞれ認定を受け、これらの内科系専門医のライセンスが取得できる体制を整備した。それと平行して、8つの千葉県立病院が連携して、新たに初期臨床研修医を受け入れる病院群方式での卒後臨床研修体制を整備し、平成16年から、初期臨床研修医の受け入れ（定員：15名/年）を開始した。さらに、千葉県立病院を統括する千葉県病院局は、初期研修終了後、各分野の専門医を育成するため、平成18年より後期研修システムを立ち上げ、後期レジデントの受け入れ（定員：10名/年）を開始した。平成20年までに県立病院全体で受け入れた初期研修医は、合計で56名、後期レジデントは30名となった。東金病院では、これまでに前期研修医12名、後期レジデント5名を受け入れている。一時期、東金病院では内科医が2名まで減少したが、これらの一連の医師を育てる協働活動の取り組みにより、現在では、勤務医は7名まで回復している。都市部立地とはいえない病院でも、研修プログラムと指導体制の適切な整備が、医療崩壊を防止するために有効であることを示している事例である。

4-2. 医師育成の適応進化を促進する総合医療政策

この2,3年、地域の公的病院の勤務医不足から始まった地域医療の構造改革の大きな流れは、とくに地域医療を支える内科勤務医の減少が目立っていることから、これからの地域病院では、細分化された診療分野別の診療に限定される内科系専門医よりは、内科疾患を全人的に診療でき、より多くの患者を取り扱うことのできる総合医・家庭医のニーズが高まっている。近い将来には、中小の自治体病院（300床以下）を構成する内科系医師の診療機能としては、循環器および消化器などの限られた内科系専門医と多くの総合医の組み合わせが、医療ニーズに対応するのに効果的と評価されている。しかし、わが国では病院勤務を指向した総合医・家庭医の育成システムの整備は、大幅に遅れているといえる。地域医療の確保のため、地域病院基盤型の家庭医（hospital-based family physician）育成を達成する教育研修体制の整備が急がれている。

病院勤務医が不足し、医療過疎が深刻化している地域では、これまでの病院勤務医と診療所医師の役割分担を再度見直し、より一層の機能分担を進め、両者間の報酬の公平化をはかり、連携強化を図ることが地域医療の再生には速効性がある。平成18年の医療制度改革にともない、各省庁も以前より必要性を感じていた地域医療連携の推進が、ついに本格的に大きな流れとなってきた。例えば、経済産業省の2005からの活動を参照したい。東金病院は、急増するメタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病に対して、新たな地域医療連携の形として、循環型地域医療連携を構築し運用を開始した。これまでの定期的な糖尿病研修会(山武SDM研究会)を核に、循環型地域医療連携の枠組みと、その運用方法およびそこで活用する地域連携パスを作成し運用している。代表的な事例として、地域住民が、コンビニ受診を自ら避けることにより、中核病院の医師を疲弊させない、いわば地域で中核病院の医師を支え守る取り組みがある。兵庫県丹波市にある「県立柏原病院の小児科を守る会」が行っている活動で、住民がコンビニ受診の自粛を呼びかけ、病院の負担の軽減に効果をあげている。コンビニ感覚での病院受診を自粛するメッセージを市民が自ら発信したのは、全国で初めての取り組みであり、地域の病院の医師を守り、支える取り組みとして大変意義が大きい。実際、丹波地区では、この一連の市民運動で救急受診は減少して注目されている。

上述したように東金病院では定期的糖尿病研修会を核に、年に1回を目途に当院で種々の精密検査を行い、普段の治療の評価とともに合併症の早期発見を目指す循環型地域医療連携の枠組みを形成してそれを支える地域連携パスを作成し有効に運用し医療活動の成果を向上させている。この成果を達成するのに、これまでの病院内の狭い室内での医師・患者関係の再構築への取り組みでは、不十分であり千葉県山武地域の住民が立ち上げたNPO法人地域医療を育てる会が東金病院と協働することでこの実績をあげたと評価されている。今後は、地域病院に勤務する医師の士気向上とともに、地域で医師を育てる意識を地域住民に根付かせ地域住民と勤務医の関係を親密化し、勤務医を地域に根付かせる活動の成果も期待される。

本来の政策評価は「誰でも、いつでも、どこでも」参加できるリスクコミュニケーションという政策評価方法が本格的な市民参画をもたらすという基本認識のもと、個人に固有の履歴性や主観性を承認したリスクコミュニケーション論理のデザインを行うことの方針の明示がなくてはならない。また、未来のビジョンから過去を振り返り過去から現在と未来を導く方法を考えるというように「過去、現在、未来」を複眼思考でとらえ、統合していくための「公共選択」の有効な方法が必要である。

丹波地区では、一連の市民運動で救急受診は減少しており、山武地域の「地域で医師を育てる」試みの一環として、全国から注目されている市民団体の取り組みが、2007年4月より開始されている。市民が「医療サポーター」として参加するため、山武地域の住民が参画している、NPO法人地域医療を育てる会が、地域医療システムに関係するすべてのステークホルダー間の医療活動に関するリスクコミュニケーションの頻度と範囲を増大させた事例といえる。地域病院に勤務する医師の士気向上にも有益で、地域で医師を育てる自立の意識を、地域住民に根付かせるもの

と期待が寄せられている。

4-3. セルフマネジメントでの医療費抑制と疲労軽減

地域住民が医療制度を、能動的に支えるために必要な概念として、セルフマネジメント力を基本に医療者と市民の協働体制を構築することを、日本慢性疾患セルフマネジメント協会理事長が主張をしている(伊藤 [8])。セルフマネジメントとは、患者の自己管理のことである。骨折や盲腸などの急性疾患の多くは、医療機関での薬物療法や手術などの治療で対処できるが、長い経過をたどる慢性疾患の場合は、医学的な治療ではなく、患者自身が自分の病気を管理することが大切になる。そのため、慢性患者は急性患者とは医療活動における目標設定が異なり、不快感と障害を最小限に抑えるプロセスが重要とされている。

医療に対する過度の期待(大河内 [21])や情報の不足により生じる、不信感や不安感が高まって、多発する医療訴訟を減少させるためには、メンタル・セルフマネジメントが不可欠かつ、米国では有効と評価されている。医師や看護師などは患者のパートナーとしての役割を担う、セルフマネジメントのポイントは、1) 薬を決められたとおりに服用するなど、治療方針について医師と話し合った上で自ら正しく実行していく、活動を自己管理する、2) 病気を抱えながら仕事をしたり、家事や育児をしたり、といった役割を果たす社会の自己管理を行う、そして上述のハートウェアの適正化の管理、すなわち、3) 病気であるがゆえに感じる怒りや疲労感などと向き合う、感情の管理の支援体制を整えること、の3つが挙げられている。セルフマネジメント活動は新しいことではなく、アメリカのスタンフォード大学医学部の患者教育センターによって、開発された理論と方法をもとにセルフマネジメント力の育成が、現在世界14ヶ国で医療機関や地域保健施設、患者会などで実施されている。

日本ではまだ、効果を断定できるレベルの統計が公表される段階にはきていないが、スタンフォード大学の報告では患者の「生活や行動が改善される」「症状の緩和につながる」ことがわかっており、その結果、外来受診回数や入院回数・日数が減るなど医療費の抑制に貢献することが立証できたと報告された。日本の地域社会でも、外来受診回数や入院回数・日数が減るのであれば、医師や看護師など医療従事者の疲労も軽減でき、地域の医療活動の負担を少なくできるといえるだろう。

4-4. マクロな視点から全体を見渡さないことに伴う研究費配分の偏りと貧困さ

医療費の貧困さの原因の1つに政策研究が不備であることを挙げたが、それには研究費配分の方法の欠陥を指摘する必要がある。医療活動への公的資金の投入不足は、過度な従割り式の省庁の役割分担からも生じている。狭義の「医療」から、複数の概念を含む総合的な「健康」として省庁横断型で予算の在り方や、政策を多面的に捉えることは、動学的に不安定な体系(小山[15])をもたらすと予測されている後期高齢者医療制度のこれからの改善版を考えるうえでも重要である。日本が経済的先進国のなかで政策の劣等生から脱却できない理由のひとつに、研究費の配分

の誤りがある。文系の研究予算は、日本学術会議でも理系に比べて 20 分の 1 ぐらいで、アカウントビリティを超えた不当な格差がある。政策評価であれば、研究のスタイルに異種交配の複眼思考を実行する作業が本来必要かもしれないが、その研究作業の要求が明確にできていない。それから、年齢、性別、大学、職業などでの制約を導入し、研究企画や成果を評価することはプロとアマの接触する場を扱う政策評価の科学には有害無益である。研究成果は厳しく評価してよいが、予算配分で不要な規制をしない自由な科学でなければいけない。特に政策評価は、老若男女の壁の無い協働が望ましい。創造的な効果が期待できる研究であれば、文脈や属性に関わらず、資金を配分してもいいのではないであろうか。

医療領域の政策研究だけに限らないが、応募資格という入口で、多くの制約が研究資源の配分に横行している。伝統ある学会や設立されて久しい学会には、有利な審査員を送り出しているという不公平さがまだ除去されていない。アカウントビリティのため、患者を含む国民の目に、配分の結果が持つ意味を審査で明らかにしていく情報開示、広報活動をパワーアップしなければならぬ。政策研究に関しては多世代、多分野、多領域、そして多国籍の参画が不可欠なので、研究分担者に不要な制約は全て除くべきである。政策研究は可能なら、研究チームが対象の社会から「小社会を切り出したモデル社会」で実施するのがこれらの偏りを解消する。社会的に意義の大きい研究では、研究の主査やその体现者は大学で研究経験のある研究者をあてるべきであろう。しかし、それ以外の研究チームメンバーは文部科学省の認定する研究機関（大学等）に籍を持たない研究者たりうる能力を持つ人や医療従事者等の多様な「will be researchers」といった人材も承認されるべきである。

4-5. 予防優先主義の政策戦略による「カベ」のない健康まちづくり

ここでは医療問題を CCI の観点、つまり住民の健康を増進するという政策の例を、福島県西会津町の事例から考察する。この Customer Centered Innovation とは、UC. Berkeley の H. Chesbrough が提唱するオープンイノベーションの概念([2])である。本研究では、この概念を政策研究に応用させるべく、Supplier の評価だけにとづく政策の実施ではなく、Customer である患者の評価をとりいれ、医療政策のプランニング全体のアクターとして位置付け、従来からの Supplier の視点に加えて、Customer である患者、すなわち市民からの視点を取り入れた医療政策の総合的かつ包括的な分析を試みた。

従来からの Supplier の視点として、まず医療関係者からの政策提言を最初に考察する。日本医学会の指導層の見解は、日本学術会議の「学術の動向」に発表されることが多いので、医療問題を扱った特集「学術の動向」から、代表的な政策提言をひろってみる。日本の医療を救う、三つの処方箋として中田は以下のように語っている。① 医者になりたい人を医者にし、② 信頼ある医療を提供するため、③ 納得できる医療とすることが重要である、という 3 つの条件([17])を挙げている。中田は、詳述はしていないが、1) 医師育成における適性評価を強化し、また、適性開発の教育方法を強化すること、2) 医療システムの機能を Customer Centered Innovation の

基準 (Chesbrough [2]) で多面的に評価し、それを開示して信頼向上の活動をビルトインすること、3) 地域に固有な文化にのっとった、医療活動関係者がリスクコミュニケーションを高度化し、ステークホルダー間の相互学習により、インフォームド・コンセントを実現すること、という医療システムのなかで、まだまだ貧弱な活動の「評価と開示」を充実しなければ、クリアできないことを指摘している。しかし、ここで主張する「評価」とは、評価する側と評価される側の、客観的指標の動きに対する理解について、社会に対するアカウンタビリティのある対話から、導かれるということである。「評価」は複雑で固有な主観を有する多主体の対話で実施することにこそ意義があり、「世論」という未確認の実態を後ろにもつ「為政者」のみがトップダウンで権力を使用する評価は、欧米の研究では逆効果になる危険が指摘されており意味がない、と断定する研究者もいる。「評価」には可能な限り、多様な属性の主体による Customer である市民の参加が、Supplier にとって必要な、評価の質と社会的な信頼を高める。

次に、Customer の視点から、健康政策とは如何なる意味合いをもつのかを考察する。特筆すべきは、Customer にとっても、Supplier にとっても長期的にみてプラスになるでであると考えられる、予防型の政策を扱っているという点である。予防型医療の実施のための政策とは、患者になる前の市民を、局部としての人体として扱うのではなくて、ライフスタイルという固有な文脈を持った一人の人間、つまり、その行動様式を含んだ、まるごとの存在としてトータルに長期的視野をもって、欠如モデルではない、ラポールによって築かれた、本質的コミュニケーションを軸とする。既に実施されている、医療行政の試みに関するレビュー (秋山 [1]) では、「治療型」から「予防型」への変遷が、対象とする住民の範囲の変遷であるとしている。秋山によると、「治療型」では、「疾病を患った一部の住民 (患者)」という狭い範囲に的を絞っているが、「予防型」では、疾病を患う・患わないに関わらず、健康という包括的な目標を持った「全住民」にまで、その範囲を拡張している、という点が指摘されている。

Supplier 側から、これを短期的にみると、医師不足のなかにおいて、勤務時間の増加をさらに増やす等の、現場の医師への負担となり、結果的にますます医療基盤全体を痩せ細らせ、疲弊することだと思われがちだ。しかし、長期的に考えると、これは Supplier である医療従事者にとっても、プラスになるであろう。患者との定期的な、双方向の良質なコミュニケーションによってのみ得られる、患者の生活パターンや文脈に関する活きた情報は、様々な効果をもたらす。例えば、高脂血症による冠動脈硬化の予防に役立てることが可能である。総合栄養食材と一般的に言われている「卵を、健康に良さそうだから毎日の食事で、必ずたくさん摂るようにしている」という患者の申告が聞ければ、それを受けて医師が、最新の正確な科学知識をもとに、この必要以上の過剰摂取の危険性を伝え、心筋梗塞になってしまうのを防ぐことが可能である。同時に、医師と患者との間にある、情報非対称な状態を改善するための貴重な機会となる。そして、医師の監修のもとでの正確な医療情報の伝達手段の多様化も、同時進行で進めなければならない。通常の生活においても、「コレステロールが身体に悪い」という大雑把な情報は、日常的にメディアや食品の宣伝等で、医療の専門家でない多くの市民が得ている。が、しかし、LDL コレステロール

の詳細や、総コレステロールと各種コレステロールとの関係性等の情報に関しては、アラームストの有無に関わらず、その正確な伝播がすみずみまで行き届いているとは、まだ言い難い。アラームストではない、正しい医療知識の伝播の試みとしては、TV タレント²や専門医師グループによる、コレステロールと病気との関係性に関する啓蒙活動が、TVCM や冊子の配布、講演会、HP での情報提供等を中心に、日本で実施されているという成功例が挙げられる。テレビで馴染み深い人物の、実体験にもとづく、生々しい心筋梗塞の苦痛の描写によって、専門医が提供している情報を、より正確に理解したいという動機にもなるかも知れない。いずれにせよ、こういったような正確な医療の専門知識の普及活動の活発化とともに、予防医学の基盤形成が進行していくことは明らかである。

バイオリジカルな側面に留まらない、文化的な背景も含む、人間まるごとをトータルで診るという予防医学の観点に沿って、患者の日常の食生活等までを把握しておくことは、準備が不十分な下での緊急手術等を減少させることが可能である。悪くなってしまった後に、患部を局所的に治療することは、救急車の出動を増加させるばかりでなく、担当医がいない時間帯に運びこまれる確率を高め、当直しかいない場合等では、専門外の医師が処置にあたらなければならなくなる。これは、訴訟につながる誤診等の医療ミスを引き起こすという、マイナスな基盤である。結果的には、Supplier である医師にとって負担となる。したがって、この一例から考えても、予防型の医療政策が長期的には、医療基盤を強化させ、Supplier にとってもプラスとして還元されていく、ということがいえるのではないか。

そして、ステークホルダーであって、医療政策に携わる、地方と中央の両行政関係者にとっても、将来的には、医療費の削減につながる可能性がある、という点においてプラスである、といえるのではないかと考えられる。つまり、リテラシーやトレーニングの徹底化を含む予防型の政策によって、健康な市民が増加することが、患者数の減少につながるということである。具体的には、事前の検診や医師との日常的なコミュニケーションによって、自らの健康を的確に把握し、急性の症状を予測・予防することで、救急搬送の要請を減らすという効果が期待出来る。そして、医療システム全体の一連の流れや、現場が抱えている課題を、双方向的なリスクコミュニケーションによって、市民も共有することによって、救急車をタクシー代わりに、軽い症状でも容易に呼んでしまうという、現在見られる医療システムの混乱を防止することが出来るのではないかと考えられる。このように、医療システム全体に対する負担の減少は、国が現在負担している医療費を削減することにつながり、結果的に行政側にとっての負担を減少することとなるのではないだろうか。この仮説の妥当性を検討するための、医療行政関係者に対するヒアリング作業

² ファイザー株式会社とアステラス製薬株式会社が、2007 年 7 月から実施している動脈硬化性疾患啓発活動である「コレステロール甘くみない!!!」のキャンペーンとして、この実際の疾患経験者（急性心筋梗塞）の徳光和夫が主役の TVCM を 2007 年 10 月 27 日（土）から放映し、さらに 2007 年 7 月から並行して、病院内におけるポスター配布新聞広告、小冊子「医師と始める、コレステロール・コントロール」、専用 WEB サイト「LDL-C.jp」等の活動を実施している。これにより、市民の予防型健康政策のための健康リテラシーが向上すると同時に、それに伴う急性疾患の予防と、救急搬送の要請の減少が期待されている。

とその成果は、他稿で公表することとする。

1987年から進められてきた自治体を対象にした情報化政策は、特に省庁の構想の指定などにより情報基盤の整備は様々なかたちで推進されてきたが、技術先行型の事業により形骸化した情報システムが多く地域に残されている、との批判も多い。一方、わが国の高齢化の進展は著しく、最もプライオリティが高い政策となった。市町村単位で見ると高齢化率が3割を超える自治体は300以上で、最も高い高齢化率は48.1%の山口県周防大島町（旧山口県東和町）である。地域社会ではすでに超高齢化社会を迎えている。

福島県西会津町も3割を越える高齢化率の自治体の一つである。西会津では「百歳への挑戦」という一連の施策に取り組んでおり、なかでも「倒れそうな人を倒れさせない」ための予防に重点を置いた、自宅と保健センターを結んだ在宅健康管理システムを導入することにより、「寿命を伸ばす」という成果を挙げていることを草瀬は述べている。予防に重点を置き保健分野の事業を展開することは、本来ならば地域活性化を維持するための最も根源となる施策であることは地域政策の常識として多くのケーススタディで言及されている。山口らは、予防対策の効果を示す観点から高齢化社会を迎えている地域においては「病人を増やさないための施策」とは、すなわち「長寿地域社会」を維持することであると述べている（山口他[27]）。長寿社会に取り組む中で住民、自治体の両者で実利用をとまなう「利用価値の高い情報システム」の事例として西会津町の在宅健康管理システムをとりあげた。西会津の健康管理システムは、コンセプトの一貫性、明確な効果の発現と、保健福祉医療の一体となった施策推進、そして保健分野におけるCATVの活用方策であるといえる。

西会津町における在宅健康管理システムとは、「健康増進、疾病予防・管理においては、日々の健康状態をチェックしそれに対応した医師や保健師などの指導を継続的に受ける」という理想的な状態を情報通信機器により実現したものである。健康の維持や医療の必要の判定というどこでもきわめてニーズの大きい情報システムの活用を結びつけたのが西会津の特徴である。

このシステムは、保健センターに設置されているホストコンピュータと自宅の端末機（400台）から構成されている。サービスの対象者が送信する健康データは問診、血圧、脈拍、心電図、体重、体温というもっとも基本的な健康状態を把握するための6項目である。送信されたデータは保健師がスクリーニングし、このデータに異常が見られた場合、アドバイス担当医師にただちにデータが送信され指導を仰ぐ体制が整っている。さらに利用者の健康管理に役立てるため、アドバイス担当医師の助言をもとに指導事項を記入した1ヶ月のデータ記録や、月間管理レポートを送付しており、音声によってガイドを行うなど、誰でも確実に扱えるようにすることで、次のような効果を見込んでいる。まず、第一に、保健師の健康指導効率アップ、脳血管疾患をはじめとする疾病予防、早期発見を行う。第二に、高齢者の日常的健康チェックサービスの提供（安心の提供）、広範囲な山間部に分在している住民の通院による負担を軽減する。第三に、高血圧者の血圧コントロールの徹底、心疾患患者の在宅看護機能（退院後のフォローアップ機能）。そして第四に、住民の自己健康管理への意識啓発・健康不安解消、医療・保健・福祉の連携ネットワーク

クの強化・活動の効率化である。

在宅健康管理システムを導入してから1年後に、その効果等を評価するためシステム加入者全体に聞き取り調査を実施した結果、以下の結果が得られた。加入者の9割が在宅健康管理システムに満足している。加入者の約6割が月間レポートを自分で保存し、健康管理に役立てている。健康の目安として役立っているとの回答は加入者の4分の3以上である。システム加入後に、健康への関心が深くなったとの回答は、9割以上である。加入後の主な生活変化は、食事に関することが最も多く、約4分の3であった。システム加入の継続意向は55.8%であった。以上の点より、加入者の価値意識が判明し、政策効果の分析にも適切な資源投入をしていることは、他の自治体も学ぶべきである、と山口らは主張をしている（山口他 [27]）。全体的に加入者のシステムへの評価が高いにもかかわらず、継続意向が6割に満たないことについて、西会津町保健センターへのヒアリングを行ったところ、データを（正月等も含み）毎日送信することについて、加入者が負担を感じていること、現在加入者で毎日データ送信しているのは約3割程度で、1日おき、あるいは週に2日程度の送信になっている人が6割程度であるということから、「休みなしに毎日のデータ送信」ということが加入者に少なからず負担となっていることを課題として西会津町では認識している。データの計測と送信が最新のIT技術で自動化されれば継続・希望は大きくなるであろう。

このシステムの運用により、町民の健康に対する意識の向上が見られ、一連の「百歳への挑戦」の事業との関連づけから、食生活の改善を伴うライフスタイル志向も増えていることが実証された。そして、保健、医療、福祉分野に係る情報システムの整備も、公的介護保険の導入に有益な効果を持つ期待が高まっている。昭和60年代から取り組んでいる兵庫県五色町（現州市）の「保健医療福祉ネットワークシステム」のようにICカードとCATVを活用して自宅と医療機関とを結ぶシステムが稼動している事例もあり、今後は携帯端末の普及などにより自宅からコンピュータネットワーク等を活用したシステムがますます実用的になるものであると思われる。

人間として豊かに生きる長寿地域社会の実現のためには保健、医療、福祉分野の連携の要として自治体が果たす役割は、情報システムの戦略的運営にあると、政策能力がキーであると考えられる。西会津町における、在宅健康管理システムの運営方策を、他の自治体でも応用していくためには、試みをしている先進的な自治体をネットワーク化し、相互にノウハウを学習するための仕組みが必要である。折しもインターネットの普及により、仮想上に学習装置を装備していくことは、技術的には簡単なものとなっている。しかし、有効活用を維持するには自治体内に中央から押し付ける「省庁分割統治」を超える、市民の福祉を目指したCCIの政策運営が必要である。このように西会津では地域活性を長期的な視点（新川 [18]）からみて、たくさんの解決策を行い、問題に対して独自に立ち向かっており、医療崩壊からの再生にとって参考となる方策が多い。

5. 結語－市民が喜んで参加する「政策コンサート」による包括的な健康政策の実施

このような医療崩壊の原因のひとつとして、日本の評価能力の低さが一つの原因としていえるのではないかと考え、以下の論点を示しておく。経済政策の評価能力では、バブル崩壊後日本政府は世界の中で政策劣等生ということになり、この評価を下されて久しい。金融業をはじめ、日本企業の経営能力もひどい、大学教育もダメではないかという国際的な評価が広がって、日本の大学院の国際評価は大学教育先進国からはみ出している。

自治体が政策の審議委員を選ぶパターンリズムがまだ多いが、審議委員の希望者に立候補してもらい、市民の投票で選ぶ方法も実施されるようになってきた。しかし、これらの方法では情報開示の効果もあまりない。なぜならば、委員の発言は事前には不明だからである。反対意見の専門家や研究団体にもセカンドオピニオンを求め、それらを活用する政策評価の作業を承認すること、政策評価の議論のプロセス全体を、市民や政策づくりに参画していない専門家にオープンにすることが、政策学に不可欠の異分野間の緊張ある協働と新しい政策研究の創造活動を動機づける。大きなプロジェクトであれば、政府がお金を出さないで、第三者の財界（医療問題でいえば産・官・学の協働チーム）など分析の客観性を必要とするアクターが、未来に発生する負担を正常にしたければ、セカンドオピニオンやサードオピニオンを出す専門集団の委員会ぐらいは民間負担でつくることを企画するのが政策自治である。

コンビニ受診をなくすため、国民の科学的知識のレベルアップを担当する文部科学省は、医療知識の正しい普及を大幅に向上させる政策を直ちに検討するべきではないだろうか。そのための厚生労働省や文部科学省が、正しい医療政策の形成ができるよう、大学は正しい政策の評価、形成、実施、再編の政策能力のある人材作りをしなくてはならない。多くの地域の医療は、医師不足により崩壊した。その医師不足を起こした要因は様々であっても、主因はセクショナリズムを超える科学論を基礎にした、政策論の貧困という知識不足が、医療政策の現場を支配していることにある。多様な医療崩壊の症状の共通事象が医師不足である。

地域の医師不足は、医師を供給すれば解ける問題ではない。病院、行政関官僚、報道関係者、司法従事者、一般市民全てが関係して発生させた。自己に見える範囲と、自己の権限による利用可能な資源で、「分割活動の障害を直接反映する狭い正義と善意」により多くのステークホルダーが対応した、不適切な公共選択を積み重ねて出来上がった問題である。進化に耐えうる評価を受けつけない「短期的な視野による局所のみの歪んだ正義と、自己の価値観からの一方的な情報評価による偏った偽善」は戦争状態をも発生させる可能性を有しているものであり、悪作用を伴うことが知られている。この問題の最大の原因は、問題解決に結びつく正しい政策の評価が出来ない行政機関が、資源配分の方針づくりの権限を持っていることにある。政策能力が貧しい行政組織をつくる人材育成をしてきた教育機関に、責任の根本はある。政策評価に関する新しい知識、新しい情報、新しい知恵が得られたときにその知識の評価を、それを必要としている政策

評価を担当しているグループ、この論文のケースでは、中央と地方の医療政策の評価チームの2グループと、これら2つのチームのセカンドオピニオン・チームとして機能する外部チーム（学術的なNPOが望ましい）に新しい知見を提示し、進化の効率化を図ることが大切である。

患者を含む地域住民は、先端的で難しい研究や政策評価の知識を分らないのではないかと、十分理解していない市民が勝手なことを言って「モンスター市民」となってもらっては困るというのは、政策学からみて市民の健康や生命のリスクに関わる政策の評価については、特に成り立たない。その政策に理解のない市民を、参加の場から排除すべきだというのは、政策の評価により、生命や健康のリスクが、現実の災害となったときに、費用や健康の損失という代償を支払う、市民の立場からは受け入れられない。人間の命をとる重要な判断でも、やはり専門知識のない市民の感性を生かす、陪審員制度の哲学で裁判を運営する国がある。たかが、病院をつくるのか否か、医療従事者の増員を如何にはかるのか等、公共政策の是非を判断する評価に、教育を受けてない市民が参加して発言してはならないという主張は、Supplier Centered Innovationが主流のパターナリズムであって、CCIの理念の現在では認められないといえる。Supplier Centered Innovation（以下、SCI）とは、CCIと対極にある概念（Chesbrough [2]）であり、Supplierの一方的な評価や、それに基づく意思決定を意味している。SCIの典型例としては、リテラシーの有無のみで、政策プロセスからある主体を締め出すことが挙げられる。このような短絡的な市民に対する排除システムを作動させるべきではないことは、既に他の科学技術の利用における、コンセンサス会議等の試みでも言及されている。そして、専門知識の保有で参画の条件とすることは、医療政策の意思決定の場においてもあってはならない。鈴木も主張しているが、固有な文脈に基づく市民の多様性を政策に投入することは、社会基盤全体を強化する可能性が高く（鈴木[23]）、医療現場でも、この市民の重要性は、健康政策基盤の全体にとって同じであると考えられる。医療従事者にとって市民参加は、自らの労働基盤を疲弊させないためにも必要である。このような患者のCCIの民主主義としての権利を否定する議論をするのであれば、民主主義自体をも放棄するように変える必要があるのではないだろうか。今後も、民主主義としての権利を享受するならば、義務としての市民による政策評価能力を向上させるための政策を、不断に持続していかなければならない。

政策学の研究者には、アーティストの能力も、聴衆を感動させる技術も感性も無きに等しいといえるのではないだろうか。Customerである市民の評価を、政策プロセスに活かさないSupplier中心のSCIで政策に関する「満足」にひたって、超一流のアーティストが不断に実施してきたプロフェッショナルとアマチュアとの「心の交流」を不要としてきた。音楽を組み立てる作曲家、それを演奏する指揮者も楽譜を見たら音が聞こえるというのが、研究者はそんなレベルに到底いかない。ただ、演奏してもらえば、良い音楽か、悪い音楽かぐらいであれば少しはわかる。学問の世界、政策評価の学問の世界でアーティストのコンサートのようなふれあいの場というのは、プロとアマが交流し感性の同調をはかる場を、政策学の研究者は職務上の使命として演出しているだろうか。アマチュア市民の支持があつてこそそのプロフェッショナルだ。教育の場が音楽家に

とってのコンサートの場に必ずしもならないと思うが、そういうプロフェッショナルの作品をアマチュアに楽しんでもらう場を持つような努力が必要である。見れば分かる、聞けばアマチュアにも分かるという事象は政策評価の研究にも存在するし、つくり出す努力をプロフェッショナル側がしなければならぬ。我々は社会にそのようなアマチュアとプロフェッショナルが理解し合える場づくりを必要に応じてやっていく資源を社会に対し要求しないとすれば、アーティストに対比して市民と協働する政策評価の作業が不可欠のプロとして自覚が足りないといえるのではないか。これからは、公共選択に責任を持つ市民づくりに向けた政策評価のコンサート、アマチュアとプロフェッショナル中心の交流をもとにして協働の政策評価の場となるライブショウを演出していく必要がある。ライブショウ自体の演出家も教育・研究の仲間としてリクルートし、養成しなければならない。官主民従、行政が主導してやっている政策現場を、民主官従に変えるには学会が政策の最終の「消費者」である市民に近づく必要がある。

自治体病院の崩壊の本質というのは、地域医療の最前線の自治体病院で、過酷な就労環境の下、ぎりぎりの少ない人数で多くの業務をこなし、何とかして地域医療を支えてきた、中堅クラスの病院勤務医の心の支えが失われたことで発生した。自治体病院を支えてきたのは、この中堅クラスの医師の使命感であった。行政当局や議員はこの使命感の重要性を十分に認識し、縦割り行政のセクショナリズムの「情報牢獄」から出て、医療関係者と協働し、現場の声を随時取り入れる必要があるのではないだろうか。医学が、全体を含むもの（日野原 [3]）であるという総合的な視点から、先端的な専門知識である医学情報と、各文脈に固有な患者の健康状態に関する情報とを継続的に相互作用させ、市民が自らの継続的な健康の基盤として、社会構造における市民の本質的役割を含んだ、まちづくり全体としての事前計画である“Science for society”のモデルとしてより包括的に、地域医療の再生に取り組まねばならない。市民の多様な文脈を活かしつつ、その基盤を強化するという、共有地の悲劇の逆パターンのような計画枠組みは、医療政策以外の他領域の政策を策定する場合にも、応用可能であると考えられるため、汎用性のあると同時に、その文化の変遷に対応するため、カスタマーである市民の価値観を反映し、変化し続ける地域に密着した包括的な健康政策が必要である。

謝 辞

本研究では2007年5月から2008年2月までの期間において、情報収集から執筆プロセス全般にわたり、千葉商科大学政策情報学部（当時4回生）の、故宮崎潤一氏・佐藤太郎氏・塚本幸輝氏・西本知也氏にご協力頂いた。本当にありがとうございました。

参 考 文 献

- [1] 秋山美紀編『地域医療におけるコミュニケーションと情報技術—医療現場におけるエンパワーメントの視点から—』慶応義塾大学出版, 2008年, p. 20, p. 91.

- [2] Chesbrough, Henry W. 著・大前恵一朗訳『OPEN INNOVATION ハーバード流イノベーション戦略のすべて』産業能率大学出版部出版, 2004 年.
- [3] 日野原重明, “老いても輝いて生きるための準備,” 『日本農村医学会雑誌』55, 2007 年, pp. 553-564.
- [4] 細谷 功『地頭力を鍛える問題解決に活かすフェルミ推定』東洋経済新報社, 2007 年, pp. 15-18.
- [5] 市川市『健康都市いちかわモデル地区構想(市川市健康モデルゾーン構想)』市川市役所, 2008 年, p. 5.
- [6] 伊関友伸, “舞鶴市民病院本田安志病院事業管理者への提言,” <http://iseki77.blog65.fc2.com/blog-entry-393.html> (2006.11.28)
- [7] 伊藤雅治, “21 世紀の健康政策の展望,” 『日本アレルギー学会』Vol. 49, No. 9・10, 2000 年, p. 791.
- [8] 伊藤雅治, “「セルフマネジメント力」を基本に医療者との協働体制の構築,” 『医療白書』2007 年度版, 2006 年.
- [9] 計画理論研究会編・熊田禎宣監修 “政策評価の理論化による自治の向上,” 『公共システムの計画学』技報堂出版, 2000 年, pp. 1-15.
- [10] 児玉安司, “リスクマネジメントの発展を目指して,” 『日医雑誌』日本医師会, 第 124 巻第 6 号, 2000 年, pp. 861-869.
- [11] Kolder, Veronika E.B., Gallagher, Janet, and Parsons, Michael T., “Court-Ordered Obstetrical Interventions,” *NEJM*, Vol. 316, 19, 1987, pp. 1192-1196.
- [12] 小松秀樹『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 年.
- [13] 小松秀樹, “医療崩壊の危機と対策,” 『日本泌尿器科学会雑誌』Vol. 98, No. 2, 2007 年, p. 66.
- [14] 小松秀樹, “医療非抑制と安全要求の矛盾する圧力が医師の病院離れに拍車,” 『医療白書』2007 年度版, 2007 年.
- [15] 小山光一, “新たな医療制度における費用負担構造の分析,” 『経済学研究』Vol. 56, No. 1, 2006 年, pp. 39-56.
- [16] 熊田禎宣・富山慶典, “高齢者の活力ある社会参画を実現するための基盤的方策,” 『地域学研究』第 31 巻第 1 号, 2001 年, pp. 8-9.
- [17] 中田 力, “自己組織化するアメリカ医療,” 『学術の動向』日本学術会議, 2007 年 5 月号, 2007 年, pp. 52-56.
- [18] 新川達郎, “地域活性化政策に関する市町村計画行政の課題と展望—東北地方の現状から,” 『同志社政策科学研究』Vol. 3, No. 1, 2002 年, pp. 1-13.
- [19] OECD, “Health Data 2007, Statistics and Indicators for 30 Countries,” Organization for Economic Co-operation and Development, 2007.
- [20] 大河内二郎, “海外における医師数政策—診療科および地域による調整についての比較研究—,” 『日臨麻会誌』日本臨床麻酔学会, Vol. 25, 2005 年, pp. 467-472.
- [21] 大河内信弘, “医療崩壊の原因は? 対策は?,” 『日本外科学会雑誌』Vol. 108, No. 3, 2007 年, p. 105.
- [22] 佐野洋史・岸田研作, “医師の非金銭的インセンティブに関する実証研究,” 『季刊社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所, Vol. 40, No. 2, 2004 年, pp. 193-203.
- [23] 鈴木羽留香, “科学的価値の創発に関する基礎的研究—多様性による研究開発基盤への進化的ロードマッピング—,” 『政策情報学会誌』Vol. 1, No. 1, 2007 年, pp. 165-184.
- [24] 武内正博・小出尚史・石塚俊治・平井愛山, “県立東金病院における地域完結型在宅医療ネットワーク—研修医の立場から,” 『千葉医学雑誌』Vol. 78, No. 1, 2002 年, p. 41.
- [25] 東北大学大学院医学系研究會地域医療システム学(宮城県)寄附講座編, “医師不足と地域医療の崩壊 Vol. 2 現場からの「提言」医療再生へのビジョン,” 『東北大学地域医療シンポジウム講演録』日本医療企画, 2008 年.
- [26] 山田章吾, “医師偏在問題の原因を考える,” 『学術の動向』2007 年 5 月号, 2007 年, p. 34-35.
- [27] 山口博續・草瀬美緒, “「長寿地域社会」の持続支援ツールとしての情報システムの導入事業に関する研究—西会津町「在宅健康管理システム」を事例として—,” 『第 5 回社会情報システム学シンポジウム学術講演論文集』日本社会情報学会, 1999 年, pp. 71-79.
- [28] 養老孟司『バカの壁』新潮新書, 2003 年.
- [29] 吉田大悟・熊田禎宣・樹下 明・宮崎 緑・平塚 健, “リスクコミュニケーションの科学知識創造の社会的責任と公共選択のモデルチェンジ,” 『地域学研究』第 37 巻第 1 号, 2007 年, pp. 115-129.

Deterioration of Local Medical Services Should be Solved by Order-Made Public Choice of Local Governments

Aizan HIRAI*, Yoshinobu KUMATA**, Haruka SUZUKI***,
Harue FUJIMOTO**** and Mio KUSASE*****

Abstract

Research activities in regional science must be organized in response to a variety of social needs, most of which are found seeking the direction of “Customer Centered Innovation” originally advocated by Chesbrough ([2]). This tendency will lead regional science to the core of “science for society”. This paper presents the thinking and findings of a joint study between medical professionals and regional scientists interested in upgrading policy design competence of local governments for medical services.

The research team carried out a series of case studies on local deteriorations in medical service of hospitals managed by local governments and tried to conceive a proper system to draw an individual conceptual map of what specifically caused the deterioration in medical services, assuming each case may have a different map of causes. The findings of this study indicate each local community has suffered deteriorated medical service caused by a set of causes very specific to the community, denying an easy set of policy-mix applicable to each community. This paper also reveals another important factor of “Japanese failure” that has caused many social problems aside from poor medical services. More specifically, we describe findings from “Health Data 2007 of EU” that report considerable difficulties in upgrading medical service systems in Japan have been caused by poor policy generation in the Japanese government sectionalized ministry by ministry, no proper policy discussions often necessary for forming a policy which has cross-ministry components and impacts of the nature. Japan is experiencing a wave of social change that naturally requires a paradigm-change in public choice, but Japanese governments, both central and local, have failed to realize this.

Although many policy scientists related to public choice have argued for a long time that governmental organizations must abandon paternalism public choice managed by the government sector, decision processes of public choice in local communities have been improved little so far. The authors conclude that upgrading citizen participation and refining the scientific base of policy design for regional medical systems must be promoted and combine the above stated two activities to render local governments better at building their capacity in policy formulation.

JEL Classification : I10, I18, I19

Keywords : Public Choice, Medical Service, Local Community, Policy Orientation, Self-reliance