

本ゼミでは、途上国の人間開発を重要テーマとしている。つまり、労働、教育、福祉、医療、環境は中心的領域である。

1 はじめに

21世紀のイノベーションには、労働、福祉、医療、教育、環境が効いてくる。ノーベル経済学賞をとったアマルティア・センは、<経済成長を達成すればいずれ福祉・教育にも予算がまわり人々の厚生は向上する>をくつがえし、<福祉・教育に投資して人々の厚生が向上してこそ経済成長が達成される>と論じた。しかし、福祉・教育重視を通じて達成されるのは経済成長というより、現代的にはイノベーションだと考えてよいであろう。

従来こうした「5分野」は、コスト分野であった。年金にしても、教育にしても、環境にしても、労働市場で商品でないものを扱う分野である。つまり子どもや老人や社会的弱者の保護、また希少動植物の保護といった生物学的弱者の保護をあつかう分野である。こうした弱者は、「商品」ではない。労働市場で取引される労働者を「労働力商品」という。金融市場で取引されるのは金融商品、土地市場での売買されるのは土地商品または不動産商品。

労働市場では、「労働力商品」が売買される。これはだいたい16歳から65歳くらいまでの人々。経済活動人口といってもよい。そこに入らない人たち、つまり子どもと定年退職後の高齢者は、「商品外」である。環境資源も、空気や水や景観や土壌の環境質(農地の肥沃度は別)には、本来値段がつかないから、「非」商品。

商品でないものは、軽視される。簿外処理というか、金銭的な計算、財務諸表にはいってこないもので、無視してもかまわないと従来の経営者は考えがちである。これを「外部性」エクスタナリティ(externality)と経済学ではいう。

働き盛りの30代の病人は社会としてしっかりケアする。他方、85歳の「後期高齢者」の病人は、社会として「姨捨山」の扱いになっては困るが、そうなりがちかもしれない。実際はどうだろうか。労働力商品としては「使用済み」で、消費者としても購買力なしとみなされ、経済原理からみると、言葉は悪いが「無用の長物」のようにみられてはいないだろうか。日本経済は、高齢者に対して、従来不道徳な接し方をしてきたのではないか。むろん私自身もすぐその高齢者グループへとシフトすることになるので、人ごとではない。

経済的弱者、生物学的弱者は、市場にとってはどうでもよいものと扱われがちである。だから、教育や福祉や環境への予算配分は、後回しで、日本資本主義にとっては「コスト」であった。コストはなるべく減らしたいと考えるのは当然である。だから、教育も福祉も環境もあとまわしになる。小学校で30人や25人の学級を実現すればよいのにと感じるが、45人の大規模クラスが続く。

21世紀にはいって、大逆転というか、こうした弱者保護の5分野が、コスト分野からイノベーション誘発分野へと転換している(注1)。これからは、労働、福祉、医療、教育、環境への投資や努力配分は、イノベーション誘発のための最重点課題となる。たとえば初等教育にもっと投資しようという動きが出てきてもよい(注2)。また高齢者のケアから、青年者や壮年者が多くのことを学ぶことができるので、高齢者介護は社会のコストではなくなる。たとえば家内は(内科医で呼吸器専門だが、今は民間病院の内科なので、なんでも診る)高齢者の普通の病気に根気よく取り組んで(難病でも奇病でもなく、診療報酬の点数も高くない治療)症例を集めて内科学会の関東地方会で発表したところ、その発表が「おもしろい」ということで『日経メディカル』の漢方特集号に掲載された。高齢者への地味なケアから、家内が「イノベーション」を得たのである。

今後は、「中間システム」としてのLIS(local innovation system、地域的革新システム)(注3)それをテコにした「内発的発展」が重要となる。図示しておこう。

	従来の産業分野(鉄鋼、石油化学など)	新しい5分野(労働、福祉、医療、教育、環境)
国		
中間システム		
市場		

(注 印は重点をおくという意味)

2 文献情報

上で示した、「福祉投資は、イノベーションを誘発する」というのは、「あるべき論」であって、実態はお寒い状況である。福祉・医療はあいかわらず後回しとなりがちである。結果、顕著な医師不足。なぜか。

川淵孝一という旧厚生省の研究所勤務をされていた研究者(医療経済学専攻、現在東京医科歯

科大学大学院教授)が、

『医療再生は可能か』(ちくま新書、717、2008年4月刊、700円+税)

という本を出されている。現状が厳しく批判されている。本全体の評価をする能力は、わたしにはない。専門性の高い分野なので、著者の提案に賛成、反対を簡単に表明することはできない。素人として聞いて、ちょっとどうかと疑いたくなる提案も含まれているが、今日はその是非を論じることは控えておきたい。以下、基礎的事実の部分私見をまじえながら整理しておきたい。情報源は9割方、『医療再生は可能か』だが、内容は換骨奪胎して、私なりに再整理してまとめた。数字は基本的に同書からの引用ないし孫引きである。

関連図書として、上の本以外に、以下の本を購入した(未読)。

- 鈴木厚『日本の医療に未来はあるか 間違いだらけの医療制度改革』  
ちくま新書408、2003年第1刷、2007年第5刷
- 川淵孝一『日本の医療が危ない』ちくま新書554、2005年第1刷、  
2007年第3刷

### 3 諸外国と比較しての不足の程度

とにかく不足は間違いのない事実である。どう不足しているか、まとめてみよう。あくまで、川淵教授の本の情報の再整理メモである。以下は、私の論文ではないので、ご注意いただきたい。

第1に、人口1000人当たりの医師数が、世界で最低ランクである。ギリシャ、イタリア、ベルギー、スイス、オランダがトップ・クラスで、3.5人~5人。日本は、トルコ、韓国、メキシコ、カナダのあたりと並んでいて、最低クラスである。2人ぐらい。トップ・クラスの半分である。

第2に、2006年のデータだが、産科・周産期傷病者搬送人数39、015人の中で、53.4%が転院搬送されている。このなかで、医療機関への受け入れを5回以上断られたケースが220件、10回以上が45件もあるとのこと。日本は、いつの間にか医療アクセスが乏しい国になってしまったのである。

第3に、地域医療だが、僻地などでの不足はまさに危機的である。北海道の僻地医療で活躍されている国保診療所の院長先生の話をもとに最近「日本財政学会」でうかがった。赴任当初数年は、医師1人体制(つまり院長=医師)で、24時間勤務だったとのこと。ゆっくり寝る時間なし。家に帰ることはなしで、病院で寝泊まり。最近やっと2人体制らしい。

第4に病院での待ち時間が長い。これは別の要因が絡むが、「医師不足」のイメージを生み出す要因である。

第5に、病棟の閉鎖、病院の閉鎖が、相次いでいる。帝国データバンクの調べによると、2007年の病院・開業医の倒産は48件で、06年より多かった。これも別の要因が絡むが、「医師不足」のイメージと関係する。「医師不足」というより、病院が閉鎖されると「医療サービス不足」になる。新しい政策によるインパクトで、病院経営が悪化しているのである。

第6に、量だけでなく、質をふくめた評価である。量不足もさることながら、熱心に治療してくれる良心的な医師が少ないという印象をもつ患者が多いかもしれない。実際には、良心的な医師が多いが、人間は感情や錯覚があって、一人でもひどい医師とあうと、それを大きめに「感じる」傾向がある。こうした感情が判断にどう影響するかは、最近「心理経済学」「神経経済学」で研究されている。「医師不足」という場合、広義にはこの「質」の意味も含めてよいだろう。

このように医療体制は、事実上、「崩壊」している。

ただし括弧付で「崩壊」と呼びたい。だって、実際には機能している病院もおおく、文字通り崩壊したわけではない。マスメディアの扇情主義ともいえる表現だ。「このままでは崩壊する」「崩壊している」といいたくなるほどひどい」というのが、この二文字に込められた意味だろう。以下、こうした留保をつけるという意味で、「崩壊」と括弧付きで使いたい。

### 4 医師の供給は?

毎年約7700人が医師免許取得。退職者を差し引いて、3500人から4000人の純増。ちなみに2004年時点での全国の届出医師数は約27万人で、その数は02年より多いとのこと。医師の供給は着実に増えているのだ!かつ、人口は少子化で減ってきている。合計特殊出生率が1.26で推移すると仮定すると、50年後の日本の人口は約8千万人。激減である。医師は毎年3500人以上の純増で、人口はどんどん減っている。算数で考えれば、医師不足にはならない。

なのに医師不足で、救急車がたらい回し(かつ死亡者が出ている)。  
一体何がどうなっているのか?

### 5 医師不足の原因

医師市場での需要供給バランス(需給均衡)は、とりにくいのだろうか。工業や農業と比較して、どうか。本来は、需給均衡は医療の場合とりやすいはずだと、私は考える。これは通説への異論かもしれない。供給面では、農業のように天候や災害に左右されることはない。毎年約7700人が確実に供給されていく。需要面でも、特定商品の爆発的ヒットみたいなことはあまりな

い。インフルエンザの突発的大流行による罹患者の急増ということは、あるかもしれないが、通常の病気の発生は統計的に予測可能なはずである。むろんサハラ以南アフリカといった最貧地域や紛争地域では、事情が異なり、医療需要の予測が困難かもしれないが、ここでは日本を念頭において論じている。

悪性新生物もおそらく増える傾向にあるとおもいますが、増加の「傾向」は統計的にわかっているはずだ。供給も、需要も、比較的予想しやすいのが、医療市場の特徴ではないだろうか。かつ、完全に市場に委ねず、医師の供給数は政府が制御している。医学系の学部の入学定員は国が1人の単位まで厳格に規制している。つまり計画体制である。市場メカニズム（注4）による変動はないか、少ないはずである。

つまり、医師の需給は「計画体制」だから、本来不足は大きくは生じないはずである。

なのにすごい不足。

ということは、原因は政府、厚生省にある。厚生省の方には悪いが、計画のミスであろう。

厚生省は、もともと日本の住民と医師の割合は適切で、病院・診療所数が過剰と考えていたのに、医師不足による病院・病棟閉鎖は妥当な調節過程だと判断してきたらしい。

いずれにせよ、原因は少なくとも8つあると思う。

(1) 新臨床研修制度で、大学病院でインターン（研修医）が減った。研修医は大学病院において従来重要なマンパワーだった。封建的な医局制度のマイナス面（医局の上下関係の中で、無給でこきつかわれる）もあったが、とにかくマンパワーだった。新制度で研修先が自由化・規制緩和されたので、出身大学の病院から研修医が消え、彼らは人気のある病院に集中するようになった。その不足を、地域の系列病院からベテランの医師を大学病院に引き揚げる形で、補充した。玉突き式に、地域の系列病院から医師がいなくなった。いわゆる医師の「貸しはがし」である。これが、地域病院での医師不足の直接的原因のようである。

(2) 若い医師が大学に残らなくなったもう1つの理由は、博士号取得の動機をもつ医師が減ったことである。医局に残る動機がないので、自分の大学でインターンしようという選択もされない。厚生省の調査では、90%の医師は専門医資格には関心があるが、35%の医師しか医学博士号取得を希望していない。こうして若手医師が大学病院離れをしている。数年前に、医局の腐敗を告発した山崎豊子の小説『白い巨塔』のTVドラマが放映されたし、その後も『医龍』が人気を博したが、こうしたドラマが描いた医局の封建体制はまだ残存しているのであろうか。大学によりけりであろうが、一部ではすでに過去の話で、病院間の生き残りをかけた市場競争原理・点数主義にさらされている医局が多いと、川淵教授は断言している。それで、研修医の流動化がおこったのである。

つまり研修医が集まる病院もある。たとえば先進的農村医療で有名な長野県の佐久総合病院である。故若月俊一医師がリードされて、世界的な農村地域医療のセンターにされた。私も若月先生のご講演を同病院で拝聴したことがある。農村における貧困との闘いのすさまじさに熱弁をふるわれたことを思い出す。ここは、若い研修医が集まっているが、では問題がないかということ、最近『東洋経済』が報じていたように、点数稼ぎの研修医がふえ、佐久病院の地域奉仕の献身的スピリットが衰退しているという。

(3) 女性医師の増大である。女性の従事医師数は46,628人で、16.5%である。しかし大学の医学部では女子学生はすでに33%に達している。彼女らの出産・育児に関する支援が乏しいため、出産・育児で長期休暇をとる。これも医師不足を加速化させている。育児支援はどの分野でも必要だし、また夫への支援も必要だが、これが日本は皆無に等しく、女性医師の病院離れを加速化している。1年半ぐらいたって医療現場に復帰しても、子育てがあってフルの勤務が難しく、パート勤務となる女性医師が多い。マクロでみると、もったいない。医師一人を一人前に育てるためにかけるコストは6000万円以上である。それだけのコストをかけて育てた医師の能力が、国の育児支援の乏しさのために、遊休化してしまっている。夫の勤務先の会社の理解不足も、影響している。夫の協力なくして（しいては夫の勤務先の会社の理解なくして）、女性医師の病院復帰はすすまない。今後ますます女性医師が増えるが、そのことで医師不足に拍車がかかる。

(4) そもそも、厚生省が医師の供給の予測を間違った。厚生省は、日本の医師数は十分だと考え続けたのである。

(5) 国立大学が2004年4月に、非公務員型の独立行政法人（国立大学法人）へ移行した。「法人化」といわれるものだ。そして予算方式が運営費交付金方式にかわったが、効率化係数（経営改善係数）1%が毎年かかって、運営費交付金が1%ずつ毎年削減されている。計算機で0.99×0.99のかけ算を数回繰り返すと、すぐに90%になる。係数が2%にふえるという話もある。そこで大学は必死で経費削減をしているが、赤字基調の大学病院が多い。また、大学付属病院ではない、国立病院はどうか。ここも国の予算が削減されてきているので、経費削減にはげみ、結果的に05年、06年、07年と旧国立病院は黒字を計上した。つまり独立行政法人国立病院機構といい、全国に146の病院があるようだが、そこが07年で90億円の黒字を出したのである。

こうした旧国立系の病院（国立大学附属病院と国立病院）は、経費削減のため、粗診粗療になっている可能性がある。川淵教授はのべている。もともと日本は医療予算が諸外国とくらべて少ないのに、さらに減らされるから、医師も看護師も事務スタッフもやる気がでにくい構造になっている。これが質的な不足を招いているかもしれない。

(6) そもそも国全体の医療予算がちいさいと述べたが、どれほど小さいか。日本の医療費は、対GDP比で約7.5%。他方イギリスは2010年に9.2%に上昇するらしい。この予算の増大のおかげで、イングランドでは9ヶ月以上の入院待ちという患者数が、00年の14万人から04年にゼロに、激減した。日本はもともと対GDP比でみた医療費が少ないのに、小泉「構造改革」での旧国立系の法人化で、さらに予算削減となっている。これに、診療報酬制度の改正が重なってくる(次項)。この改正は、事実上「改悪」ではないのだろうか。

(7) 診療報酬制度は複雑なので詳述しないが、日本の医師の技術料の評価は、米国の医師の4分の1程度らしい。そこで「薄利多売」でこなす状況になっていると、川淵教授は指摘する。また小泉改革でDPCという評価方式が導入されたが、これで医療機関の収入が激減したようである。これは1691ある疾病のそれぞれを点数化したものだ。国立も民間も、これが適用されている。この新しいDPCという診療評価制度は病院経営にとっての大打撃だった。これは、疾病ごとに支払われる報酬で、現時点では入院患者のみに導入されている。つまり長期入院でも短期入院でも、同じ疾病である限り病院に支払われる診療費は一定なので(従来は出来高制)、長期入院を抑制するインセンティブとなっている。病院が長期入院者を早めに(完治前に)追い出そうというインセンティブを持ってしまう、そういう制度である。

「私の病院もDPCで赤字だわ」と、家内はいつていた。

(7) 看護師については、15対1、13対1、10対1があるが、これに7対1が導入された(2006年の診療報酬改定)。この7対1への報酬が高く設定されたので、これで病院間で看護師獲得競争が激化し、結果的に一部の資金の潤沢な病院に看護師が集中した。残りの病院は、看護師が減って、病床閉鎖へと追い込まれた。

(8) 僻地医療については、金銭的な要因だけでなく、経験豊富な医師・看護師から学ぶという研修環境が弱い、つまり研修機会の乏しさが重要な理由となって、医師・看護師不足が生じている。

以上、川淵教授の本に書かれていることを、あちこちの頁からぬきだして、また私の情報も上しつつ、再整理した。たくさん原因が重なって、医師不足、医療サービス不足が生じている。やはり医療制度は、半ば「崩壊」しているように思われる。

## 6 対策は?

対策は、複合的、総合的でなければならない。これ1本ですべてOKというような政策はない。今回は、まとめる時間も知見もない。川淵教授のたくさん提案を評価する能力もない。別の機会に委ねたい。

### 注

1 イノベーションこそ経済発展の原動力である。工業経済から知識経済へと徐々にではある「21世紀の産業革命」が進行している。その過程で知識経済時代に応じたイノベーションをいかにおこすかが重要となっている。

2 ただし投資方法をまちがってはいけない。イギリスは20年ほど前の「教育改革」で「全国学力テスト」に投資したが、20年を経て、これが大失敗であった。テストの点数で生徒を評価することが重視され、点数主義による学校間競争が熾烈になり、イギリスの児童の「考える力」が衰退したと思われる。学生の学力を評価するとき、たしかに点数で明確にできる形式のテストに、メリットがないわけではないし、わたしも大学で部分的には×式のクイズも利用する。公平さという点でもよい意味がある。論述式回答の評価はたしかに難しく、これも完璧とはいえない。しかし全国一斉のテストで全国の学校を1つの数値的尺度で競争させてしまったのがイギリスで、結果はよくない。今日本がこれを習おうとしている。子どもの学力を減退させてしまったイギリスは愚かだと思うが、その20年の失敗作を日本は今導入しようとしている。これは不思議な現象である。

3 LISや産業クラスターを創って、外部性(集積の利益、ネットワークの利益など)を生み出していくことが求められている。これは制度領域の問題で、従来の「国家と市場」「政府と民間部門」という二分法では、生み出せない。国家と市場の間にある「中間システム」「制度領域」のレベルでの投資、改革、政策策定が必要となる。つまりLISは「中間システム」である。日本はこの「中間システム」レベルの施策が不足していて、あいかわらず「国家が市場か」「公共部門か民間部門か」の二分法で対応しているので、イノベーションがおこらず、長期不況から抜け出すことができない。無駄なダムに投資するよりも、「中間システム」に投資すべきなのであるが、そのニーズをくみとって行政につたえる政治システム(政党システム)がまだないため、なかなかよい施策が生まれてこない。

4 もともと市場経済というのは、将来需要が予想できないので、「多めにつくってしまったが、需要がなく余ってしまう」「つくってもつくっても、需要に追いつかない」ということが、よくある。市場メカニズムとは、社会主義的計画体制とちがって、無駄(つくりすぎ)や不平(供給不足)を招来するメカニズムである。経済学では常識で、世間の感覚とは逆かもしれないが、本来「市場経済は不効率で、社会主義的計画経済は効率的」であると、ノーベル経済学受賞者のA.センも述べている。

現実の社会主義(北朝鮮、キューバ、スリランカなど)はたいへんな貧困状況と、国によっては民主主義が欠如した状況があり、理論とは真逆である。理論だけを信じることはよくない。いづれにせよ、市場経済は無駄や不効率をたくさん生むことは確かである。 終わり