

医療資源の管理と分配における倫理的課題

中島 範宏

一 導入

新型コロナウイルス感染症患者の国内での初確認（二〇二〇年一月二五日）から二年半以上が経過したが、未だに流行は止まることなく続いている。

現在流行している新型コロナウイルス感染症の大部分はオミクロン株によるものであり、その致死率はさほど高くはないと思われる。しかし、アルファ株やベータ株の流行期であった二〇二〇年頃には、多くの著名人も命を落とすなど重症化や致死率の高さが目立った。そのため、人工肺とポンプを用いた体外循環回路による治療である ECMO（extracorporeal membrane oxygenation）を用いた治療が重症者には必要とされ、高度な医療機器や人工呼吸器を使った管理を要する感染症だったといえる。

特に ECMO については、扱うのに特別な訓練が必要であり、しかも複数人の他職種で構成されたチームに

よって操作されるため、希少な医療機器とマンパワーを新型コロナウイルス感染症の治療に投じていたといえる。

新型コロナウイルス感染症の感染者数が増加する中で医療従事者たちの労働負担は重くなっていた。不足するマスクや医療機器については増産すれば賄うことができるが、医療従事者の場合はそうはいかない。また、追い打ちをかけるように感染患者と比較的接する機会が多い医療従事者たちは保育園に子どもを預けることを拒否されるなどの差別を受けるようになっていった。しかし、マスメディアを中心に医療従事者たちの疲弊や苦悩が伝えられると、今度は医療従事者などのエッセンシャルワーカーに対する感謝の念が国民の間で語られるようになり、自衛隊のブルーインパルスによる医療従事者への応援飛行や東京オリンピック・パラリンピックでのエッセンシャルワーカーへの感謝を伝える演出が行われることになる。

このような一連の流れの中で、医療資源は欠かすことのできない公共財であるという思いを強くした国民も増えたのではないかと思われる。

そこで、本稿では、このような公共的価値が高い医療資源の共有管理に関する倫理的課題を探索するため、コモンズ論や社会的共通資本論を参考に共有される医療資源の性質や管理の在り方について検討を行いたい。

二 コモンズ論と社会的共通資本論

コモンズは、一九六八年にハーディングが「コモンズ（共有地）の悲劇¹」という論文をサイエンス誌に寄稿したことで有名になった。それは、共有地が利用権のある住民たちに過剰利用されてしまい、その結果、再生能力を失って必然的に崩壊するというものであった。

コモンズは従来、入会地などの共有地を意味しており、日本においても山や森林などを集落などのコミュニティで共有する入会地制度がある。しかし、これらの共有地の資源は枯渇せずに存続しており、ハーディンの論文を覆すための研究が行われていった。

このような持続しているコモンズの実態分析や共有資源の管理問題に関する理論的研究を行ってきたエリノア・オストロムが二〇〇九年にノーベル経済学賞を受賞し、日本でもコモンズがさらに注目されるようになった。

オストロムはコモンズを「人間集団によってわかちあう有限な資源」²としており、さらに Common-Pool Resources (以下、CPRs) という概念を創出し「十分に大きな自然あるいは人工的な資源システムであつて、その利用から得られる便益の潜在的受益者を排除するために費用のかかるもの」³と定義した。

また、レスター大学のフルニエは「コモンズとは、単なる資源ではなく、共有資源を生産する一つの社会的組織の形である。」と指摘し、「コモンズは、資源として存在し続けるために、自ら生産され、再生産されなければならない。」⁴としている。

オストロムやフルニエの定義からもわかるように、コモンズの対象は時代とともに拡大してきている。日本においてもコモンズについては様々な解釈があり、高村学人は「利益享受者の全てがルールを守った節度ある利用と必要な維持管理を行うならば持続的に資源から各人が大きな利益を得ることができるが、少数の利用者が近視眼的な自己利益追求を行うならば容易に破壊される性質を有する財」⁵という定義を示している。また、前山総一郎は『コモンズ』は単なる資源ではなく、社会関係、ないし社会システムである。⁶としている。三俣学は、コモンズ論の対象拡大が近年起こっていると指摘し、「住居空間、都市空間、医療サービスなど CPRs の性質を有するもの一般にまでその射程が拡大してきている。」⁷としている。

次に宇沢弘文の社会的共通資本論⁸⁾について見ていきたい。宇沢によると、社会的共通資本とは、「一つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような社会的装置」を意味している。

そして、社会的共通資本は、私有不いしは私的管理が認められているような希少資源から構成されていたとしても、社会全体にとって共通の財産として社会的な基準にしたがって管理運営されるという。

社会的共通資本は、「自然環境」、「社会的インフラストラクチャー」、「制度資本」の三つに大別することができ、宇沢によると医療は「制度資本」に整理される。制度資本の中でも特に教育と医療については重要で「二人一人の市民が、人間的尊厳を保ち、市民的自由を最大限に享受できるような社会を安定的に維持するために必要不可欠なものである。人間が人間らしい生活を営むために、重要な役割を果たすもので、決して、市場の基準によって支配されてはならないし、また、官僚的基準によって管理されてはならない。」としている。

この点、笠木映里は、「日本の医療保障制度は、私的な医療サービスの市場の存在を前提とした制度設計を採用しつつも、この市場の機能を限定的なものに留めることで、個人の資力・交渉力・情報収集能力に左右されない、ある程度画一化された安全で適切な医療を提供することを可能にしている。」と分析している。

なお、宇沢はコモンズについて「特定の集団やコミュニティにとって生活していくために重要な役割を果たす希少な資源そのものや資源を生み出す場所を限定し、その利用に関して特定の規範を適用するような制度を意味する概念である。」とし、これらのコモンズについても社会的共通資本の概念に含まれ、その理論がそのまま適用されると述べている。

三 医療資源という財の性質

オストロムは、社会にある財のうち、「クラブ財（有料財）」や「私的財」についてはコストを負担せずに利益を享受しようとする者を容易に排除できるとした一方で、「公共財（Public Goods）」と「CPRs」は排除することが困難な性質の財とした。¹⁰ また、公共財は財のもたらす利益が他者の財の使用によつて競合して制限される可能性が低いものの、CPRsについては競合して制限される可能性が高いと考えられている。¹⁰

医療一般については、他者の医療資源の利用に左右されずに自分自身も他者と同様の医療サービスを享受できる公共財として存在することが理想的である。しかし、有限で希少な財であることが強調されることによつて、医療資源の中には制限することが許容されるCPRsに該当する部分があつと多いはずだという発想に結びつきやすいつと考えられる。

新型コロナウイルス感染症が日本で猛威をふるい始めた頃、感染爆発によつて多くの患者が出ることにより医療資源が枯渇することが懸念されたため、どのような人に優先的に人工呼吸器を装着すべきであるかという検討が行われた。二〇二〇年四月には生命倫理研究者の有志による「COVID-19の感染爆発時における人工呼吸器の配分を判断するプロセスについての提言」¹¹において、「①人工呼吸器が不足しており、人工呼吸器を装着する患者の選択を行わなければならない場合には、災害時におけるトリアージの理念と同様に、救命の可能性の高い患者を優先する。」「②本人の同意（本人の事前の意思表示や家族等による意思の推定を含む）を前提とすることを原則とし、救命の可能性がきわめて低いとまでは言えない患者から、人工呼吸器の再配分のために人工呼吸器を取り外すことも可能とする。」という方針が公表された。

このようなトリアージを想定した議論に対して、障害者団体を中心に優生医療につながるという懸念が表明

された。¹² 具体的には、「①医療従事者の間で「誰に人工呼吸器を配分すべきか」というルール作りのための議論が始まっていることに、大変な危機感を抱いている。」、「②優生思想につながる障害を理由とした命の選別が推進されることがないようにしてほしい。」、「③医療機関のコロナ感染症受け入れ態勢を拡充する、人工呼吸器を増産するなどして、『いのちの選別』が起こることのないように十分に備えてほしい。」というものである。

島菌進は、「助ける可能性がある人をも見限ること（トリアージ）は医療の原則にはない。戦場や災害救援時には例外的にそうせざるをえないことが生じる。このようなことは本来、あつてはならないことで、できるかぎり避けるべきことだ。そのために最大限の力を注ぐことこそ、政府や医療・公衆衛生体制が行うべきである」と指摘し、「それでも万が一そうなってしまった場合、もつと余命や治癒可能性の高い人のために、まだ生き延びる可能性のある人に『黒タグ』をつけることを正当な行為として定式化できないか。他の人にいのちを譲るべき人を選び分け、その人工呼吸器を取り外すことを合理性をもった倫理的判断として示せないか——これが、『COVID-19の感染爆発時における人工呼吸器の配分を判断するプロセス』についての提言」の意図するところである。」と述べており、一部の医療機関で早々に人工呼吸器の配分の議論が出てきていることを念頭に「不十分な段階で早々と『トリアージ』が唱えられるとき、『いのちの選別』の是認という懸念を招かざるをえない。」と警鐘を鳴らしている。¹³

新型コロナウイルス感染症の発生から長い年月が過ぎ、現在は変異株の弱毒化の影響もあつて上記のような問題は当初ほど語られなくなっている。人工呼吸器の装着は生命維持に直結するため、本人の意思表示にもよるが、必要な患者に対しては原則的に利用されるべきであろう。しかし、重要なのは、その公共財的な性質を持つと思われた医療内容が、医療資源の有限性の危機を前に他者の権利と競合するCRs的な性質を持つ財と

して語られるようになったことである。

四 医療資源の内容の決定と管理の在り方

医療がコモンズないし社会的共通資本であるとして、どのように共有管理すべき医療資源の内容が決定されるのであろうか。すなわち、有限な資源であるがゆえに、どこまでの医療内容が公共的価値の認められる対象として捉えられ、管理対象に置かれるのかが問題となる。

公共的価値は、全ての市民が強制されることなく受容できるようなものでなければならない。この点、齋藤純一は公共的価値について「自らの私的利益に反するとしても、すべての人々が市民として判断するときに受容しうる価値」¹⁴としている。すなわち、公共的な価値であると受容するためには、様々な市民が納得できる理由が必要であると同時に、互いを尊重し、同じ地域社会で生活するパートナーとしての連帯意識が存在していることが必要である。

現在の社会保障制度は社会保険制度を中心に発展してきたが、特にドイツやフランスにおいて社会連帯という考え方が社会保障制度構築の理念として重要な役割を果たしてきた。¹⁵

こうした連帯という概念を提唱したのはフランスの政治家であったレオン・ブルジョアである。¹⁶ブルジョアは、先ず、人間社会には、人間の意思に関わらない自然的事実としての人間同士の連帯（事実としての連帯）が存在するとした。そして、人は、過去の人類の能力及び活動の蓄積並びに同時代の他人の能力及び活動の上で生活が可能になっており、人は生まれながらに社会に対して債務（社会的債務）を負う債務者であると説いた。ブルジョアは、人がこうした社会的債務を履行する義務を果たすことで、正義を実現する必要があると

考えたのである。

日本は稲作文化の国で、「村」という地域単位で相互に助け合うという土壌があったため、こうした社会連帯を育むことについては比較的ハードルが低かったものと考えられる。そのため、日本では職域や地域における連帯が醸成され、お互い様という相互扶助の精神で社会保険制度が培われてきた。¹⁷しかし、近年は少子高齢化や家族形態の多様化の影響もあり、地域社会の結びつきが希薄化し、非正規労働者の増加による職域内での格差の拡大や固定化が問題となつている。¹⁸このような現状においては社会保障制度の基盤としての連帯が弱体化していることは想像に難くない。こうした連帯意識の希薄化は、何が市民にとって必要な医療かを判断する公共的価値を分断し、コモنزの輪郭を曖昧にする可能性がある。

このような懸念は生命倫理四原則の一つである公正原則を検討する際にも問題となり得る。有限な医療資源を一人の患者にどれだけ投入できるかという問いに対して、その答えの根拠となる公正さは、まさしく先述した「自らの私的利益に反するとしても、すべての人々が市民として判断するとき受容しうる価値」に基づいて決定づけられるのではないだろうか。市民として必要な医療の内容を判断する際には、患者が帰属する社会における権利主体としての標準的な「市民像」を措定し、その市民が患者になった際に提供されるべきと考えられる公正な医療の給付範囲が検討されると考えられる。しかし、連帯感の希薄化によって各自の想像する市民像に偏りが生じ、それぞれが主張する必要な医療像や公正性のモノサシは多様化してしまうだろう。

現在の医療資源は「病気を完治させるための資源」と「病気に寄り添いながら暮らせるようになるための資源」に分けることも可能かと思われる。前者は稼得能力がある現役世代のニーズが大きく、投入する医療資源に対する効用値の大きさ（費用対効果）が優先すべき医療の公正性の指標となりやすい。一方、後者は主に慢性疾患を抱えた高齢者のニーズが大きいが、投入する医療資源に対する効用値は相対的に低いいため、機会平等

であることが公正性の指標になりやすいと考えられる。したがって現役世代と高齢者とは、医療分配の公正性を考える上での価値観の相違がある可能性が示唆される。

宇沢はコモنزの管理について「必ずしも国家権力を通じて行われるのではなく、コモنزを構成する人々の集団ないしコミュニティからフィデュシアリー（信託）のかたちで、コモنزの管理が信託されているのが、コモنزを特徴づける重要な性格であることに留意したい。」としている。また、オストロムは公共の資源を管理する効率性は市場でも政府でもなく、コミュニティが補完的役割を果たしたときに最も効果的になっている。³

世界で最初の行政法の教科書とされているヘルマン・ロエスレルが記した「Lehrbuch des deutschen Verwaltungsrechts: Das Sociale Verwaltungsrecht」¹⁹には、行政は国家機関の作用ではなく、社会と民生機関の共同作用であるとの見解が記されており、岡田正則は社会権についても「共同社会」の法に基づく権利という理解が想起されるべきとしている。²⁰

よって、コミュニティの構成員である市民間の倫理や意見の集約の在り方も重要であると考えられる。特に医療については人々の健康や生命に直結するという性質からより平等という観点が求められる。

五 医療を共有する単位としての地域概念

宇沢やオストロムらの指摘にもあるように、医療資源の共有・管理を行う上で、コミュニティの関わりが重要であるという。そこで、本稿ではコミュニティの中でも地域社会について検討してみたい。特に、医療資源を共有するとともに地域医療が提供される単位としての「地域」の概念について整理する。

国京則幸は「地域医療」という用語は統一的に用いられているわけではなく、「地域医療」とは何かということをも十分に検討する必要があるのではないかと指摘しており、岩崎榮も「地域医療」の定義を私たちは案外考えたことがないのではないかと述べている。岩崎は地域医療という「地域」について「きめ細く、文化的にも風土的にも共通した基盤を有する小さな社会——すなわち、共通的特性を有する区域——」であると見解を示している。

先述した通り、日本はもともと稲作文化の国であり、太平洋戦争前までは集落的な村単位でのつながりが深く、連帯意識が形成されやすい状況にあったといわれている。戦中・戦後における医療制度の目標が無医村の解消にあったことから、医療提供の基盤となる医療法の制定時（一九四八年）における地域医療の「地域」は市町村の中でも特に小さな集まりである「村」であったと思われる、この点において地域医療において国が考える「地域像」と国民の感覚に合った「地域像」は一致していたと考えられる。

求められる医療についても、医療法制定時における国民の死因の第一位は結核であり、昭和二二年の日本国民の平均寿命は男性五〇・〇六歳、女性五三・九六歳であったことから高齢者は少なく、地域医療が現在のような高齢者医療を意味するような状況ではなかった。²³

一九八五年の第一次医療法改正までは、市町村単位で設けられていた国民健康保険事業の例からもわかるように「市町村」が国の考える「地域像」であったと考えられる。また、国民としても住み慣れた自治体の議会を通じて自分たちの現状に合った当事者目線の医療を考えることができたに違いない。これは戦後、公的医療機関の中でも市町村立病院の増加が著しかったという点からも矛盾しない。²⁴

その後、医療法が改正される中で少しずつ「地域」の概念に変化が見られるようになる。第一次医療法改正では新たに地域医療計画という言葉が登場し、医療圏という新たな地域概念が生まれた。地域医療計画は、各

都道府県に対して必要な医療提供体制確保のための計画を立てることを義務付けるものであり、複数の市町村をまたぐ「二次医療圏」を地域医療における基本的な「地域」と捉えて計画を立てさせることにした。地域医療の責任の所在という意味で「都道府県」もまた「地域」の概念に取り込んでいこうとしたように思われる。現在は国民健康保険事業も医療提供体制の確保も都道府県が主体となつて行うことになり、都道府県の責任が増している。また、もう一つ重要なのは「二次医療圏」は自治体などの行政組織と綺麗に重ならないため、地域住民の民意をスムーズに反映させるにくくなったのではないかという懸念があることである。

六 医療資源の多様化と供給体制の変化

一九四八年の医療法制定時において無医村は約五〇〇〇存在し、無医村の解消が我が国にとつての大きな悲願となつていた。²⁵したがって、地域医療に求められる内容は、医療法制定時においては無医村に代表されるような最低限度の医療にすらアクセスすることができない国民への権利保障であつた。

これを実現するために憲法第二十五条の生存権の理念が確認されたことは意義深い。憲法第二十五条第一項には「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。」とあり、この権利のことを生存権という。また憲法第二十五条第二項には、「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」とある。この憲法第二十五条の理念に基づいて、国が国民の健康に対して責任を負わなければならないという考えのもとで、医療施設を日本国中に普及させることが戦後の地域医療支援制度の始まりであつたと言つて良い。但し、戦時中の健民健兵政策のような医療に対する国家介入を極力排除する必要があつた「国」は、医療法制定にあつて無医村対策を地方自治体などが運営する公的医療機

関に委ねて、あくまでも国庫からの補助を行う立場をとってきた。

この立場は、第一次医療法改正が行われる一九八五年当時においても同様であり、政府委員が国会で「医療の確保につきまして、地域におきます医療の体制、これは基本的、一般的に医療につきましては、一義的にはまず市町村が確保の責任を負う。地域の实情によりまして市町村で確保しがいようなものについては、次は都道府県で確保する。」と答弁し、国はあくまでも後方支援を行う存在と位置付けている。²⁶

しかし、時代の流れとともに公的医療機関を運営する自治体の財政は悪化し、結果として民間医療機関が地域医療においても提供主体として期待されるようになった。²⁷国民の健康を守ることは憲法第二十五条の理念から当然に「国」の責任と認めた上で公的医療機関を補助するという体制で出発した医療法による地域医療支援の形は大きな変容を迎えたといえる。

一九五〇年代以降に結核に代わって脳血管疾患や悪性新生物が日本人の死因の上位を占めるようになると、当然ながら多くの国民が求める医療は、悪性新生物等の当時としては根治が難しい病にシフトすることになる。その後、一九八五年の第一次医療法改正頃から人口の高齢化が危惧され始め、慢性疾患に対する医療の普及の必要性も認識されるようになった。そこで先進医療と慢性疾患に対する医療の双方が充実する医療提供体制が必要となった。

医療提供というものは患者視点で言えば連続的なものであり、ある疾病に罹患した場合であっても、先進医療が必要な時期、療養を目的とした入院が必要な時期、一般病院に通院すれば済む時期など、病状に応じて必要な医療は変わっていく。そこで地域医療計画と医療圏という考え方を導入し、二次医療圏ごとの医療連携を進めていくとともに、医療連携による効率的な医療提供を行うことで病床数のコントロール（すなわち医療費の抑制）を行おうとしたことは理解できなくもない。しかし、二次医療圏という新たな圏域を持ち出したこと

により地域住民の民意が反映されづらくなったのではないかという懸念は先述した通りである。

また、一人の地域住民または患者像を想定した場合、①罹患する確率は低いが高度な医療が求められる可能性がある難病と②誰にも高確率で現れる老化による身体機能低下や生活習慣病とでは患者に求められる医療機関へのアクセス方法や必要とされる医療資源の内容も異なってくるであろう。

七 医師の偏在に関する問題

日本の医師確保施策は明治時代以来の自由開業制が大きな影響を及ぼしている。明治時代は西洋化・近代化をはかるために、漢方医学から西洋医学へのシフトが求められており、江戸時代から地元で開業していた漢方医を近代制度の医師に取り込んでいく手法をとった。²³そのため、医師の勤務形態というのは「個人開業」が当初から主流だったのである。

第二次世界大戦前から医師の都市部への偏在は顕著²³となったが、これは江戸時代以来から開業していた「従来開業医」以外のルートで医師免許を得た者（すなわち、実家が医者ではないが、医学校を卒業して医師となった者）が増加し、都市部に仕事を求めたためと考えられる。

医師数については一九四八年時点において七万二五二二人²³であり、この時点において医師数が過剰になるのではないかとこの憂慮があった。²⁸

その後、一九五八年に国民健康保険法が施行し、一九六一年には国民皆保険制度が確立したため医療需要が増大したと判断し、一九七〇年には「最小限必要な医師数を人口一〇万対一五〇人とし、これを昭和六〇年（一九八五年）を目途に充たそうとすれば、当面ここ四〇五年のうちに医科大学の入学定員を一七〇〇人程度

増加させ、約六〇〇〇人に引き上げる必要がある」とされた。²⁹ 一九七〇年時点の医師数は一万八九九〇人であり、医療法制定時と比べて大幅に増加していることがわかる。²³ しかし、医師の地域偏在は解消されておらず、一九七二年には自治医科大学が設立されている。

医師の偏在の問題が改めて強く認識されるようになるのは二〇〇四年の医師臨床研修制度の導入前後からであり、おそらく二〇〇六年の「医師の需給に関する検討会報告書」³⁰で地域及び診療科による医師の偏在が公表されてからであると考えられるが、地域における医師不足を解消するためには医師数を増やすだけでは解決しないと政策上判断したのは二〇〇七年の第五次医療法改正以降のことである。

医師の地域偏在については医師の勤務形態の変化が原因として考えられる。医師の自由開業制を敷いている日本であるが、若手医師を中心に近年は勤務医が多数を占めており、大病院が集中する都会に医師が集まるのは自明のことである。

また医師の診療科間偏在の背景には医師の価値観の多様化があると考えられる。近年は女性医師が増加しており、結婚や出産、子育てといったライフイベントを経験したいという思いを持つのは当然であろう。このような自分の価値観を大切にしたいと考えるのは男性医師も同様であって、医師だからと言って労働者としての権利を放棄すべきものではない。

二〇一四年の第六次医療法改正では、医療法に医師確保対策や医師の勤務環境改善について明文化している。これは、医師に求められる社会的使命の性質上、労働法制の中だけで全てを解決できる問題ではなく、「医師の労働環境整備が医師の確保につながり、その結果として医療提供体制を活性化させる。」という論法で医療政策上の問題と捉えたのではないかと考えられる。

八 マンパワーは医療資源の一部なのか

医療法制定時における医師数は過剰が見込まれていたという点については、前節で述べた通りであり、戦後における医療提供体制の整備は医療施設を国内に普及させるという観点で始まっている。これは、当時の日本に無医村が多く、国民の医療へのアクセス機会を確保するために、まずは医療施設を確保しなければならぬという事情があったためと考えられ、自然な成り行きであったと思われる。

医療法制定当初は、公的医療機関という働く場所を確保すれば、研鑽を積みたい若手を中心に医師は集まってくると予想していたと思われる、また戦前から続いている従来開業医も地域における診療を担っていたと考えられるため、市場の原理に照らして医師過剰の時代に開業医のいる地域に新規参入するよりも公的医療機関での勤務を希望する者が多いという目算があったのかもしれない。

私はこの医療法制定当初の方針となった医療施設を普及させていくことを第一と考え、医療施設で提供できる医療の質を意味する指標の一つとして医療従事者の数や配置の在り方を捉えるという方針が、その後も経路依存的に引き継がれているのではないかと考えている。

現に、日本における地域医療支援制度は医療機関等を先ず普及させ、その医療機関に役割を与えて、必要な設備や人員を配置するという手法をとっていたように思われる。第一次医療法改正以降に登場する二次医療圏についても、医療圏という区域を想定し、そこに役割に応じた医療機関を配置して連携をはかせようとするなど、同様の意図が窺い知れる。

これまでの医師の需給に関する議論の多くについても、医療提供体制の質を保障するための医師数の議論であったように思われ、第六次医療法改正以後、医師等の確保や勤務環境の改善について医療法に明記されるよ

うになったが、これも上記のような経路依存の中で出てきた議論であり、働きやすい環境を作ることによる医師の労働者としての権利保障という側面よりも、医療提供体制の質を維持するための政策的課題として捉えられるようになったのが実態ではないかと思われる。

九 医療制度の民主化

太平洋戦争の最中に制定された国民医療法は健民健兵を作るという戦時体制下で作られたものであり、民間主導で行われていた医療提供体制に対する国の介入や、医療従事者に対する業務配置命令が行われていた。³²敗戦を経た日本はこのような体制から脱却することが当然求められることになった。

戦後の第二回国会衆議院厚生委員会で、久下政府委員は医療法に通底する理念ともいうべき重要な答弁を行っている。³³その答弁の内容は次の通りである。

戦後の社会情勢の変化という大きなことを掲げましたけれども、その内容として私どもが考えておりますことは、主として新憲法の精神を考えておる次第であります。特に具体的に社会情勢の変化と申し上げました点は、私も申すまでもなく、終戦後におきまして、一般にわが国の民主主義的な傾向が非常に濃化せられておりまして、さような面におきまして、医療制度の民主化というようなことをこの法案には出しましたつもりでございます。具体的に一、二の例をあげて申し上げますと、たとえば従来は医師、歯科医師の適正配置をはかりますために、医師、歯科医師の免許を受けた者に、免許を受けてから一年間の間は、厚生大臣が必要な地域に勤務を命ずることができるという規定があつたのでございます。さようなこ

とは今日の情勢から考えますと、当然削除すべきである。かような考えのもとに、そういう規定は削除いたしましたのでございます。〔中略〕そのほかたとえば診療所の開設につきまして、従来は許可制度をとっておりましたが、これを届出に改めた部分もございまして、おもな事例をあげますと、さような点を考えております。さようにまた新憲法の精神と関連をいたすことでございますが、今日わが国の医療の実態を見ますが、今日なお医療を期待し得られます病院の設備は、都市の地域に集中いたしておりまして、農村方面には十分なる医療機関が欠如しております実情でございます。それらの点を解決して、新憲法二十五条の精神に副いまして、国家は国民の健康を保持しなければならない義務を負います。さような点から新しい医療法におきましては、法的医療機関の制度を設けまして、法的公共団体等に対しては、国費の補助をして医療機関の整備をはかり、国民にあまねく良い医療の恩恵に浴せしめるように考えなければならぬといったしました。さような点も情勢の変化に応じて考えました大きな事例であります。

このように「医療制度の民主化」と「憲法第二十五条の精神」が医療法の重要な理念であることが窺い知れる。このうち「医療制度の民主化」については「医療提供者視点の民主化」と「国民（地域住民）視点の民主化」の二つの見方が可能ではないかと私は考えている。

先ずは、前者の「医療提供者視点の民主化」という側面について検討したい。医師の確保に関する点でいえば、医師の偏在を是正するために、強制的に医師を地方に配置させたり特定の診療科に配置させたりするとう手法も考えられる。しかし、上述したように、「医療制度の民主化」は医療法に通底する理念であり、このような手法はとるべきではない。

二〇一五年の医療法改正では、地域医療連携推進法人制度が創設された。本法人は各都道府県の地域医療構

想の推進に寄与することを目的とした一般社団法人であり、その各構成員は医療法人や介護事業等の地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う非営利法人などからなる。地域医療連携推進法人は都道府県知事によって承認されるが、本法人になることで病院等相互間の機能の分担及び業務の連携の推進（介護事業等も含めた連携を加えることができる）が可能となる。また、医療従事者の研修、医薬品等の供給、資金貸付等の医療連携推進業務を行うことができ、一定の要件により介護サービス等を行う事業者に対する出資を行うことも可能となる。このような制度はまさに医療提供者たちの自律を尊重した「医療制度の民主化」にかなうものであり活用されるべきである。

次に「国民（地域住民）視点の民主化」という点から述べたい。地域概念に関する節の中で「二次医療圏」は自治体などの行政組織と綺麗に重ならないため、当然に議会などではなく、市町村議会のように地域住民の民意をスムーズに反映させにくくなったのではないかという点を指摘した。住み慣れた地域における医療を今後の医療提供体制の基本とするのであれば、地域住民としての声を医療に反映させるような取り組みが必要である。現在は医療提供について都道府県の役割が増しており、ステークホルダーたちの声を収集する都道府県医療審議会が設置されている。しかし、地域住民の市民像が多様化し、互いの結びつきが希薄化している中で、都道府県医療審議会への市町村からの意見がどれほど地域の公共的価値を反映したものになっているかという点でも課題があると考えられる。そうした意味においても近年取り組みが始まっている地域共生社会を作り上げていくことは重要である。

第六次医療法改正では、国民に対して適切に医療を受ける義務（努力義務）を課しており、義務を負うからにはそれに対応した権利というものが存在するはずである。地域住民が当事者意識をもって議論を行い、地域医療を作り上げていくことが求められているのではないかと考える。

一〇 まとめ（倫理的課題の探索）

医療はコモンスズや社会的共通資本といった公共的価値をもった共有資源である。また、人々の生命に直結するという点から、できる限り平等に、必要な質と量の医療が分配されるべきであろう。すなわち、医療資源については、同じコミュニティの構成員との競合による影響を受けずに便益を得ることができ「公共財」として存在することが理想的であり、多くの市民がそれを願っていると思われる。

しかし、新型コロナウイルス感染症の蔓延とともに問題となった人工呼吸器の配分を巡るトリアージの議論に代表されるように、医療資源が枯渇する危機が現実味を帯びてくると、その医療資源は皆が不足なく利用できる公共財から、競合によって利用制限される可能性が高い CPRs へと認識がシフトすると考えられる。

これは医療資源が物質的に不足している場合のみならず、高騰した医療費が問題となる場面でも同様ではないだろうか。医療資源を平等に利用できる仕組みを作ったとしても、実際に病気になったりして医療を求めるのは若者ではなく高齢者が大部分を占めている。その一方で、医療費を支えているのは現役世代であり、現役世代の若者たちが不公平感を抱くこともあるだろう。医療資源を確保するために必要な費用の多くを現役世代が抛出しているという事実が、医療資源は CPRs であって主な経費負担を担っている自分たちの必要とする医療こそが公共的価値を持つという認識につながっても不思議ではない。

よって、地域共生社会の取り組みに見られるような、互いが同じコミュニティの構成員であるという認識と社会連帯の再構築が重要になるだろう。

現実として医療資源は有限であり、無制限に利用できるわけではない。そのため、医療資源は CPRs という考え方も受け入れなければ持続可能性を担保することはできない。その際には互いが主張するベストを押し付

け合うのではなく、連帯意識の醸成されたコミュニティにおいて互いにとってベターな医療資源の使用ルールを策定すべきであろう。

村上陽一郎はコロナ禍で問題となった人工呼吸器の配分の議論を受けて、「トリアージの医療」³⁵という寄稿をしており、『よりベターな』解がある可能性を、常に前提としながら、判断し、行動する。この方法を理念化すれば『機能的寛容』にも通じる。医療の世界から、機能的寛容が失われ、常に正解が語られることほど、危険なことではないのか。」と綴っている。

村上によると、「社会共同体がその構成員を人間たらしめる力を『ノモス』という。³⁶このノモスには、認識論的ノモスと行動規範的ノモスがあり、これらの働きによって共同体や構成員の秩序の安定性が統御される。³⁷しかしながら、ノモスから常にはみ出す余剰部分が存在し、この余剰部分を『機能的寛容』³⁸いう。この機能的寛容とは、道徳的な価値ではなく、それらの価値を論じるための機会を提供するものである。」³⁷としている。

「よりベター」な解が何かという議論を続ける民主的な営みが医療においては重要であり、その機会を保障することも医療保障の一部ではないだろうか。

先述したように、国会議事録を参照すると医療法は医療制度の民主化をうたって制定された法律であることが明言されている。その医療法によって形成されてきた二次医療圏という地域概念が地域住民にとつての医療制度の民主化を鈍化させることのないようにしなければならない。二〇〇七年の第五次医療法改正以降は二次医療圏にとられない地域の実情に応じた圏域の必要性が認識され始めたが、二〇一四年の第六次医療法改正では地域医療構想区域、医療介護総合確保区域などの医療に関する地域概念が新たに創出されるなど、地域医療における地域概念は複雑化してきている。

また、戦後は医師の余剰が予測されていた一方で、当時の日本には無医村が多く、国民の医療を受ける権利

を確保するために先ずは医療施設を配備しなければならないというのが医療法制定時の現状であった。そのため、医療施設の配置が第一で、その医療施設の能力を示す指標として医師をはじめとした医療従事者の質やマシパワーを評価するという方針が経路依存的に引き継がれていると考えた。しかし、医療従事者は「モノ」ではない。宇沢は、「社会的共通資本としての医療」というためには、第一に国民が受けたという最高の医療を受けられるようにしないといけないと主張するが、それと同時に、ヒポクラテスの誓いをたてた医師が一人の医師として幸福な人生を送れるようにしないといけないと指摘し、これらの価値観が両立する制度や経済的な仕組みを作ることが重要だと述べている。³⁹

このようなバランス感覚の上で医療資源の管理や分配の議論が行われることを願ってやまない。

■付記

本論文はJSSR 科研費「P22K10451」の文献調査の一部をまとめたものである。

■註

- 1 Hardin Garrett. "The Tragedy of Commons". *Science* 162: 1243-1248. 1968.
- 2 Elinor Ostrom co-edited with Charlotte Hess. "Understanding Knowledge as a Commons: from Theory to Practice". MIT Press. 2007.
- 3 Elinor Ostrom. "Governing the Commons: the Evolution of Institutions for Collective Action". Cambridge University Press. 1990.
- 4 Valérie Fournier. "Commoning: on the social organisation of the commons". *M@n@gement* 16(4): 433-453. 2013.
- 5 高村学人『コモンズからの都市再生』、ミネルヴァ書房、二〇二二年。

- 6 前山総一郎、「都市内分権とコモنز——社会関係としてのコモنزのコンセプト（P・ラインバウ）を基に」、*コミュニティ政策*第一五号、九四〜一九頁、二〇一七年。
- 7 三保学、「コモنز論の射程拡大の意義と課題」、*法社会学*第七三号（コモنزと法）、二四八〜一六七頁、二〇一〇年。
- 8 宇沢弘文、『社会的共通資本』、岩波新書、二〇〇〇年。
- 9 笠木映里、嵩さやか、中野妙子、渡邊絹子、『社会保障法』、有斐閣、二〇一八年。
- 10 Elinor Ostrom, Roy Gardner, and James Walker. "Rules, Games, and Common-Pool Resources". University of Michigan Press, 1994.
- 11 生命・医療倫理研究会、『COVID-19の感染爆発時における人工呼吸器の配分を判断するプロセスについての提言』、二〇二〇年。URL: https://square.umin.ac.jp/biomedicalethics/activities/ventilator_allocation.html（二〇二二年二月二八日最終確認）
- 12 DPI 日本会議 全国自立生活センター協議会、『新型コロナウィルス対策における障害のある者への人権保障に関する要望書』、二〇二〇年。URL: https://www.dpi-japan.org/blog/demand/corona_disability/（二〇二二年二月二八日最終確認）
- 13 島蘭進、「コロナ禍での医療資源配分をめぐる問い——人工呼吸器の配分とトリアージ」、武見基金 COVID-19 有識者会議寄稿、二〇二〇年。URL: <https://www.covid19-jna-medical-expert-meeting.jp/topic/3352>（二〇二二年二月二八日最終確認）
- 14 齋藤純一、『不平等を考える——政治理論入門』、ちくま新書、二〇一七年。
- 15 伊奈川秀和、『社会保障法における連帯概念——フランスと日本の比較分析』、信山社 二〇一五年。
- 16 Leon Bourgeois. "Solidarite". Armand Colin. 1896.
- 17 たとえば、国民健康保険制度は地域における相扶共済を理念として掲げている。
- 18 菊池馨美、『社会保障法 第二版』、有斐閣、二〇一八年。

- 19 岡田正則、「福祉サービス供給の拡充と地域自治」、社会保障法第二五号、一五七～一六九頁、二〇一〇年。
- 20 Hermann Roesler: "Lehrbuch des deutschen Verwaltungsrechts: Das Sociale Verwaltungsrecht", Erlangen verlag. 1872.
- 21 国京則幸、「地域医療の展開のための医療の人材確保の課題について」、社会保障法第二六号、一四四～一五八頁、二〇一一年。
- 22 岩崎榮、『地域医療の基本的視座』、ベクトルコア、一九九〇年。
- 23 厚生省医務局、『医制一〇〇年史』、ぎょうせい、一九七六年。
- 24 島崎謙治、『日本の医療——制度と政策』、東京大学出版会、二〇一一年。
- 25 第二回国会衆議院厚生委員会八号（一九四八年六月二二日）。当時の武田国務大臣は「全国には三千、あるいは嚴重に調査しますと五千くらいの無医村があると思います。こういう五千もの無医村があるという場合において、公的医療機関の普及徹底ということは、最も必要なことであると思います。」と答弁している。
- 26 第一〇二回国会衆議院予算委員会第四分科会（昭和六〇年三月七日）。
- 27 一九六二年の医療法改正では病床過剰地域における公的医療機関の新設を認めないとし、公立病院数は一九六三年をピークに減少傾向に転じた。
- 28 医療法制定前の第二回国会衆議院厚生委員会では、医師数の増加の懸念について指摘され、それに対して久下政府委員は、診療に従事しない予防衛生方面及び研究方面に働いてもらえる医者を増やしてもらうように努力すると答弁している。
- 29 当時の厚生省は、人口二〇万人対医師数を一九八五年までに最小限一五〇人確保することを目標の掲げ、田中角栄内閣における一九七三年の「経済社会基本計画」に、一県一医大構想が盛り込まれた。
- 30 医師の需給に関する検討会、『医師の需給に関する検討会 報告書』、厚生労働省、二〇〇六年。
- 31 厚生労働省令和二年度医師数調査によると、病院の診療科で女性医師比率の高い科は皮膚科（五五・五％）、乳腺外科（四七・三％）、産婦人科（四六・四％）、美容外科（四三・八％）、眼科（四二・一％）、であり、比率の低い科は気管食道外科（三・八％）、整形外科（六・七％）、心臓血管外科（六・九％）、脳神経外科（七・〇％）、消化器外科（七・四％）

となつている。

32 国民医療法では、厚生大臣は免許取得後一年以内の医療関係者（医師、歯科医師、保健婦、助産婦、看護婦）に対して、二年以内の期間において指定業務に従事することを命ずることができた。なお、業務の範囲については法律ではなく勅令で定められていた。

33 第二回国会衆議院厚生委員会（昭和二十三年六月二十六日）。

34 第一回国会及び第二回国会では戦後の日本における医療提供の在り方について定める医療制度改正要綱に関する議論もされており、基本理念に関する質疑が多くみられた。

35 村上陽一郎、「トリアージの医療」、武見基金 COVID-19 有識者会議寄稿、二〇二〇年。URL: <https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/2594>（二〇二二年二月二十八日最終確認）

36 村上陽一郎、『文明の死／文化の再生』、岩波書店、二〇〇六年。

37 村上陽一郎、『文明のなかの科学』、青土社、一九九四年。

38 村上陽一郎、千葉真編、『平和と和解のグランドデザイン——東アジアにおける共生を求めて』、風行社、二〇〇九年。

39 宇沢弘文、「社会的共通資本としての医療」、日本医師会平成二十一年度医療政策シンポジウム特別講演 講演録、二〇〇九年。URL: <http://www.sjps.jp/shikai/uzawa.pdf>（二〇二二年二月二十八日最終確認）

（なかじま・のりひろ 東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座環境・産業医学分野講師）

Ethical Issues in the Management and Distribution of Health Care Resources

Norihiro Nakajima

Due to the COVID-19 pandemic, there were concerns about the collapse of health care in Japan. Research has suggested that the mass media's active coverage of the situation strengthened the recognition that health care resources are public goods of society.

Therefore, in this paper, in order to explore the ethical issues related to the shared management of health care resources with high public value, we referred to commons theory and social common capital theory to explore the nature of health care resources and examined the method of sharing management. This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Number JP22K10451.

Health care has the potential to directly affect people's lives, so fair resource management and allocation are required. According to Ostrom, goods that are difficult to exclude or deduct are public goods, and goods that are difficult to exclude but likely to be deductible can be classified as common-pool resources. The public values health care as a difficult-to-eliminate good, but emphasizing the fact that they are finite and scarce is likely to lead to the argument that a portion of health care resources corresponds to common-pool resources.

In order to decide what health care resources with public value should be shared, it is necessary to have reasons that various citizens can agree with, and there must be mutual respect and a sense of solidarity as neighbors living in the same

community. However, in recent years, owing to the effects of the declining birth rate, the aging population, and the diversification of family structures, ties within local communities have weakened. As a result, the public that judges health care as necessary for citizens is divided, and the contours of necessary health care resources are becoming ambiguous.

Local communities have played major roles in fostering social solidarity in Japan. Referring to the minutes of the diet made it clear that the health care law was enacted with the aim of democratizing health care. However, the regional concept created by the revision of the health care law does not in fact match the actual situations of local residents, making it difficult to smoothly reflect the will of the people.

There may be a way of thinking that since health care workers are also health care resources, they should be managed thoroughly as social resources. In fact, to correct the uneven distribution of doctors, it is possible to forcibly assign doctors to rural areas or to specific clinical departments. However, I think that such a method goes against the democratization of the health care system.

Uzawa argues that in order to achieve “healthcare as social common capital,” first and foremost, we must ensure that the people receive the health care they want to receive. He points out that it is necessary to ensure that doctors be trained to lead happy lives as single doctors and that it is important to create systems and economic mechanisms that allow these values to coexist. I hope that health care policies based on such ethics will develop.