

現場からの医療改革推進会議：

「社会システム・デザイン・アプローチによる医療システム・デザイン」

横山禎徳

2008年9月9日

(東大医科学研究所大講堂で2007年11月11日に行った講演に大幅加筆修正)

私は、元々は建築のデザイナーだったのですが、その後、経営コンサルティングの世界に30年近く過ごし、多くの企業戦略を立案しました。しごく当然のことですが、戦略は実施しないといけません。従って、企業戦略立案と同時に、その戦略を実施する体制である組織のデザイナーとして多くの時間を使ってきました。経営コンサルティングを数年前に卒業して今は、「社会システム・デザイナー」と自称しています。他にそのように自称している方が日本だけでなく世界にもあまりいないようなので、「世界でただ一人の社会システム・デザイナー」と称しています。

といっても、依頼される仕事も何もありませんので勝手にデザインをしまして、今は誰に頼まれたわけでもなく、医療システム・デザインを東大医科学研究所の上先生やその仲間の方々、それに医療以外の分野の方々と共に医療という垣根を超えた形でやってきました。第一ラウンドの作業はほぼ最終段階です。しかし、全体としてはまだ作業途中ですので、今日は途中経過のご報告でしかありませんが、考え方をご理解いただくにはとてもいい機会だと思っています。

今日お話しするのはすでにいろいろな議論が巻き起こっている医療課題というものを対症療法的部分解ではなく、「社会システム」として統合的に把握し、具体的解決策をシステム・デザインとして提案するということです。

では、まず「社会システム」とは何なのかということ定義してみます。続いて、「社会システム・デザイン」のアプローチをお示しします。一般的に、デザインという分野は演繹的でも帰納的でもない上、学問でもないの、アプローチとか方法論というものが確立しにくいのですが、長年考えてきたダイナミック・システムをどうデザインするかという私の方法論をお話いたします。それから、今、試みている医療システム・デザインの途中経過をお話しして、最期に、本来、「社会システム・デザイナー」どんな人達であり、どこにいるべきかということをお話したいと思います。

医療課題の解決にはいろんな提案があるのですが、「改革のための医療経済学」(兪 炳匡：著)が指摘しているように、色々な要素が絡み合った複雑系のシステムであって厚労省単独で扱える範囲を超えているということを、まずみんな分かっていることであると思いますが、改めて言わせていただきます。

ご存知のように、国のこれまでの単発的施策の多くはほとんど効果がないか、最初の想定とは異なり逆効果になっている場合もあります。一方、各方面から提案されるいろんな個

別アイデアも実施すれば副作用がありそうなものが結構たくさんあります。医療のような複雑な分野は個別アイデアの積み重ねが予定調和的にうまくいくということはないようであり、トータル・システム的な発想がやはり必要ではないかと思います。

厚労省が扱えない多様な要素の絡み合っているのが医療課題であるということに関していくつかの例を挙げますと、日本社会における死生観というのは近年かなり変容し、医療に対する期待値とのミスマッチが生じているとか、高齢者の新しい社会的役割や生活形態がまだ確立していないため、どういう高齢者医療が適切なのかを決めにくいなどの課題があげられます。また、地域コミュニティでの人間関係が変化してく中で、医師の位置づけと役割というものがはっきりしなくなってきました。それから、超高齢化社会に向けて医師への期待値の変化と新しい育成方法、および個々の医師の達成感とかの問題もあります。もっと大きくは、国家経済のなかでの医療行為の経済性、およびその担うべき経済効果など全てが厚労省を超えて統合的に組み立てられ、うまく回っていかないとどこかに歪みが出て来てしまいます。

現行の医療システムは色々な課題を抱えていることは今、述べたとおりですが、中でも関係者というか、参加者間にやり取りを通じて自己規律が自然に醸成される仕組みが欠落しているのが基本的な問題だと思います。医者、患者、保険者の三者間に世間一般の自動車や家電、衣料、食品などの市場に見られる売り手と買い手の間の直接的なやり取りが無いから通常は出来上がるはずの「相場観」というか、価格と価値の相互関係を考えたうえでの妥当な判断と行動というものがなかなか出来上がって来ません。

しかし、だからといって、医療分野に市場メカニズムを導入すればいいのだというように、「問題の裏返し」を答にしてもいい解決方法になるという予測も難しいし、保証もできません。「問題の裏返し」ではない、全く新たな答を必要としています。それを、政策提言という文章の羅列ではなく、具体的なアクションを統合した医療システムとして創造し提示するというのが「社会システム・デザイン」の基本的な考え方です。

ここで「社会システム」とは、「生活者・消費者への価値を創造し提供をする仕組み」と定義します。この「価値を創造し提供をする仕組み」は当然予想されるように、既存の産業分類にとらわれない、すなわち、産業横断的な仕組みであって、その意味はこれまでの日本経済の成長と発展を支えてきた、ある意味では大成功をおさめた、縦割りの「産業立国」論からははっきりと決別しようということです。

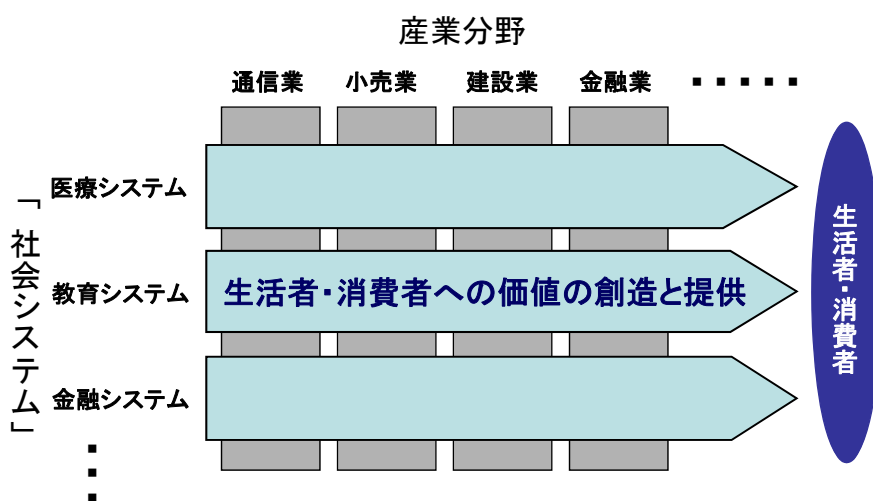
「医療産業」と「医療システム」とは全く違うものです。「医療産業」という定義には銀行、保険会社、情報システム会社などは入れないはずですが。しかし、「医療システム」と言ったら医療保険を売っている保険会社も入って来るし、病院を建てる時に融資をしてもらうとか、資金繰りのための日常資金を借りる銀行も入って来るのです。それに病院経営に必要な医療情報システムを提供する情報システム会社も入ります。食事のケータリング会社も入るでしょう。あるいは、医師や看護師を育てる教育機関も入ります。医療関係の出版社やネットで医療情報を提供する会社も含まれるべきでしょう。そういう意味で「医療シス

テム」というのは産業横断的な定義なのです。これは、当然、監督する省庁も横断的であるべきであって、この面からも厚労省の扱える範囲を完全に超えているのです。

このことは厚労省の当事者だけでなく、広く世間一般に理解されているはずですが、実際には厚労省を超えた形で医療を組み立てる動きはそれほど強く出ていません。今まで通りのやり方で進めているという印象が強いのではないのでしょうか。それを、よく「国益なくて省益」ありという言い方で批判する向きがあります。しかし、そういう面よりも省庁横断的な課題を誰がどうやって対応すべきなのかという方法論を現行の行政機構が持っていないのであり、そのことが大きな問題であると思います。

行政機構が使っている既存の「制度設計」という手法は、一省庁の範囲内での法律という規制体系を作ることが目的であり、「社会システム」的な産業横断的な「制度」を「設計」するための手法ではないことが問題なのです。そういう意味で現在の行政機構は「運営の仕組み」と手法の更新時期に来ているのであろうと思います。そのような更新のデザインを誰が企てる責任を持っているのかは見当もつきませんが。

## 「社会システム」の定義は既存の産業横断的な 「生活者・消費者への価値提供の仕組み」



4

このような「生活者・消費者への価値を創造し提供する仕組み」は技術ロジックだけで決まるのではなくて、それぞれの社会の持っている価値観と絡んでいますのでなかなか難しいのです。だからこそ、「社会システム」と呼んでいるのです。

私は、デザイナーであって、学者ではありませんから、物事をつぶさに観察し、新たな仮説に基づいてロジカルに組み立てた論文を書くことで評価されるという形での達成感を求める立場ではありません。それよりも、多くの一般人が理解でき、やってみようかという気になるような、実際的な行動を誘起し具体的で望ましい方向への変化を実現するという視点から定義します。いいかえると、学問としての論理的厳密さよりも実践的有効性を優

先します。

それから、外国の優れた例をいくら語ってみても、しょせん外国は外国、日本は日本ですから、日本の過去の歴史を踏まえた上で、現在の状況に適した特殊解を追求しなければいけません。どんな問題解決の場面においてもよその誰かが作りだした、特に、外国の誰かが作りだした一般解からスタートするアプローチは、ほとんどいい成果につながらないのが私の経営コンサルティングを通じての経験です。自分の置かれている状況に適した特殊解を考え抜いた後、すでに存在している一般解と比べてみて、「うーん、外国はよく考えているな」とか、「私の解は全然違うが、どっちが優れているのだろうか」というように一般解は使うべきだと思います。

それから、最近、消費者庁の設立の動きなど消費者に目を向けるようになって来ましたが、提供者が消費者に関心を持つということでは不十分です。「官」が持っているこれまでのパターンナリズム的感覚から抜けきれないからです。「消費者からの発想」を耳に心地よさそうな掛け声ではなく具体的に実現することが必要です。

政治家はすぐに「国民のために・・・」とおっしゃいますが、「国民」というのはちょっと抽象的で広過ぎます。高齢者も若者も、そして、政治家も官僚も企業家もみんな入ってしまいます。多くの「国民」が飽き飽きしている政治家のリップ・サービスに終わらせないようにしてほしいのです。抽象的な「国民」ではなく、色々なタイプのいる消費者のそれぞれに対して具体的な価値提供を実現してみないとダメなのだと思います。だからこそ、生活者や消費者に「価値を届ける仕組み」に着目するわけです。

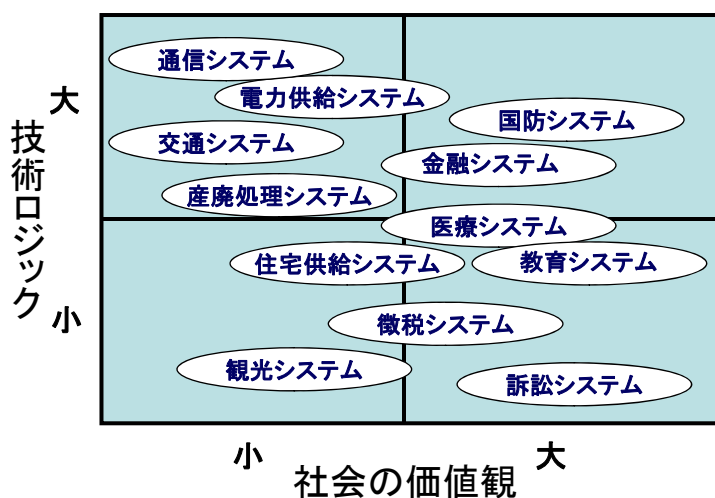
これまで日本は「産業立国」というように産業別縦割りでやってきたことはすでに述べましたが、その対象には何があるのかと言いますと、育成すべき企業や業界だったのです。すなわち、産業振興と産業保護を目的とした施策が大半だったのです。かつての池田内閣時代の「所得倍増計画」は所得そのものではなく、産業と企業の急成長を促進する計画であり、それゆえに大成功したように、これまではそれでよかったのかもしれませんが。しかし、今後は発想を切り替える必要があります。「社会システム」というのは、これらのすでに高度に発達した産業に横串を通して「生活者・消費者への価値の創造と提供」を目指しています。だから、提供者側の都合に関係なく、消費者が良いと言ってくれるかこれかというのが全ての価値判断であるということです。

誰が考えても、交通システム、産廃処理システム、電力供給システムとは「社会システム」なのですが、それは技術ロジックでほとんど決まってしまう。通信システムもほとんど技術の合理性とロジックで決まってしまう。インターネットというのは、ツリー構造ではなくて、その名のとおりネット構造になっていますが、通信の安定性、信頼性のためであり、技術からの発想です。従って、国や文化を超えて世界共通に活用できる普遍性を持っています。しかしながら、多くの「社会システム」にはその国の社会が持っている固有の価値観も大きく影響するわけです。

日本の教育システムに関しては、ゆとり教育実施はよくなかったとか、詰め込み教育はい

いとかだめだとかいうように、色々ああだ、こうだと批判しています。私には「よいゆとり教育」と「わるいゆとり教育」があり、「よい詰め込み教育」と「わるい詰め込み教育」もあると思いますが、要するに、教育に対する価値観が違えば教育システムはその影響を受けるのです。安全保障システムや訴訟システムに関しても各国の持っている価値観はかなり違うであろうと思います。そして、医療システムは大体真ん中にいます。この分野は、やはり、社会の価値観と技術ロジックの両方が絡んだ世界であると考えているわけです。

## 技術ロジックだけでなく社会の価値観も影響する



5

ここで「社会システム・デザイン」のアプローチについて述べてみます。このアプローチの最大の特徴はダイナミック・デザインというものを目指しているということです。出来たときのままで固まってしまうのではなく、毎年、時間が経つにつれて変化し、段々と状況が良くなっていくというようにデザインをするということです。そこが、この「社会システム・デザイン」のミソなのであり、工夫をしたところです。

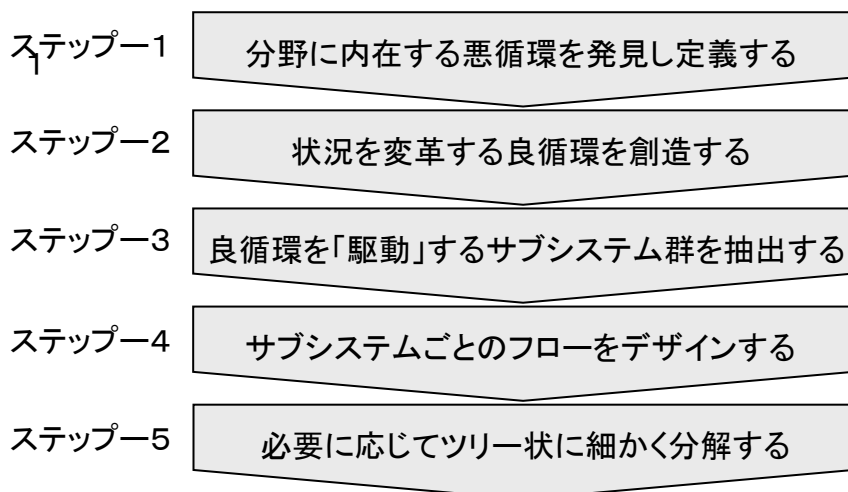
世の中の多くの分野のデザインは基本的にスタティックです。すなわち、時間の経過に関係ないのです。私は以前、建築家でしたけど、建築は「固い」ものであり、よく言えば安定感があり、自然に形が変わっていくということは絶対にありません。今、私が喋っているこの講堂のある建物はいつ出来たのか分かりません。多分 1920 年代か 1930 年代に出来たと思いますが、その頃からほとんど変わっていないように見えます。当たり前ですが、人が改築、改装などの手を入れないと変わっていきません。自己変革はしないのが建築です。それを美しく表現したのが「建築は凍れる音楽である」ということです。

情報システムも同じです。このシステムは「触れなくて目に見えない建築」というのが当たっているのではないのでしょうか。目に見えないから分からないのですが、コンピューターのプログラムというものは硬くて融通の利かないもののようなのです。翻訳マシンが中々大

成功というわけにいかないのは言語の融通無碍さにコンピューター・プログラムの「硬さ」がうまく対応しきれないからでしょう。たとえファジーさを組み込んでみても、時間軸と関係ないことは変わらないのです。情報システムは出来た瞬間から陳腐化を始めるというどうしようもない宿命にあります。

そのような建築や情報システムとは違って、時間とともに変わっていくものをデザインしたい、すなわち、自在に変化し、毎年ちょっとずつ良くなっていくものの組み立てをしたのです。そのようなダイナミズムをデザインするアプローチとして 5 つのステップを考えたわけです。

## 「社会システム・デザイン」はダイナミック・デザインの目的達成のため5つのステップを踏む



9

まず悪循環を定義します。現実の世界には毎年ちょっとずつ悪くなっているものがあります。それが悪循環と呼ばれるものなのです。世の中のいたるところでこの悪循環が長年、確実に回っていることに気がついていないことは非常に多いのです。無意識のまま放置されてきたこの悪循環をまず発見して意識にのぼせた上でしっかりと定義し、関係者一同で吟味し、「やっぱりそうだ、そのとおりだ」と確認し、みんなで納得します。

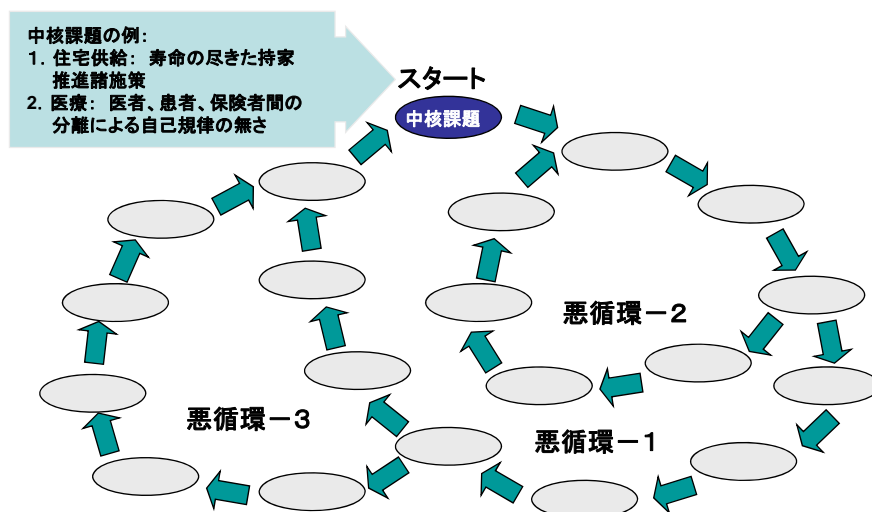
最近問題になっている産婦人科医や小児科医の場合もそうなのですが、医師の数が減れば減る程、また減っていくというサイクルに入っているわけです。睡眠時間を切り詰めて30時間以上ぶっ続けで働かないといけないような過酷な就業環境にたまりかね、「もう、これではやっていられないよ」ということで辞めてしまう。そうやって現場の医師が減っていくと、少なくなった医師数でこれまでと同じ仕事量をこなさないといけないわけで、もっと「やってられない」状況が来るからまた医師が減っていき、もっと状況は悪くなっていくわけです。そういう悪循環に入っているのだということが分かります。

このようにして今まで無意識になっていた悪循環を定義するのが第一ステップです。実際

は、このような因果関係はもっともっと複雑に色々な要素がからみあっているのですが、コンピューターによる高級なシミュレーションモデルを使って多くの因果関係を見つける作業をやるよりも、みんながじっくり考えれば思いつく範囲内で、出来る限り悪循環を見つけて、それを無意識の状況から意識にのぼせてはっきりと定義していこうという考えです。作業を高級化するとその背景にあるロジックがブラック・ボックスになってしまい、素朴な生活実感から離れてしまうことは避けた方がいいのです。

それから、悪循環は普通よくやる問題の指摘とその羅列とは違います。因果が巡って元に帰ってき、て状況がより悪化しているという循環を想像力を駆使して見つけないといけないのです。いい意味で「風が吹けば桶屋がもうかる」というような形で、次の段階はどうなる、その次の段階はどうなると発想していく必要があります。実際にやってみるとすぐわかりますが、これはこれで結構な能力訓練が必要です。

## 中核課題から派生する複数の悪循環を発見し 明確に定義する



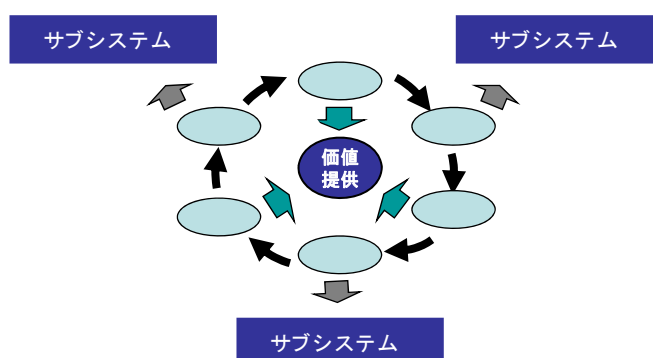
これが問題だからといって、それを裏返したらといって優れた答えが出てくることはありえないということはすでに述べました。世の中はそんなに単純ではありません。たとえ、昔はそうであったとしても、現在の世の中は段々と複雑になってきていることは明らかです。そのような時代であるにもかかわらず、中核課題を定義するとすぐにその裏返しの改善策に走るという、分かりやすいことはあるにしても、拙速主義の行動を避ける必要があります。悪循環をしっかり定義することはそこにかかなりの時間を使い、複数の悪循環を見つけ出すという思考を通じて、物事の複雑さをより深く具体的に理解するという意味でもあります。

先ほどの産婦人科医や小児科医が足らなくなっているという悪循環も、それを単に裏返して仕事のやり方や患者の行動変化もなく、ただ増員すればいいということが現実的な答え

ではないことは明らかです。悪循環は簡単に裏返しの答を出せません。裏返しが答にならないのです。従って、第二ステップとして具体性のある良循環をまったく別のところから発想して、ある意味では発明・創造しなくてははいけません。ここは、創造性を発揮する能力の問題です。これも訓練が必要ですが、訓練可能です。

## 良循環を駆動するモーターとしてのサブシステム群を抽出してツリー状にフローをデザインする

### 良循環とそれを支えるサブシステム



11

この新しく創造した良循環というものは、今、世の中に存在しないわけですから、この循環を「駆動するモーター」、あるいは「エンジン」が必要なわけです。その「エンジン」が、サブシステムということです。現在存在していない良循環を新たに作り出し、うまく回転させていくためには少なくとも三つ位の強力な「エンジン」が必要です。このサブシステムの抽出が第三ステップです。

そのサブシステムまで定義出来たら、あとは細かい行動ステップのフローを作ることですので、コツさえ知っていれば誰がやっても大体同じものが出来ます。そのフローを見ても何すればいいのか具体的にイメージがわからないと言う人がいれば、そのフローを何層にももっと細かく分解し、より分かりやすく具体的にしていくことをすればいいのです。誰がこの行動を起こせと言われたらすぐに取り掛かることが出来るという所まで深掘していきますから、そのようにしつこく追求すべきです。

すなわち、サブシステム以下は、ステップごとでとるべき行動の具体性にこだわります。誰がやっても間違ってもなく、全く同じように行動できるというところまで具体的に定めるわけです。だから、官僚が得意としている法律を作る作業とは少し違います。

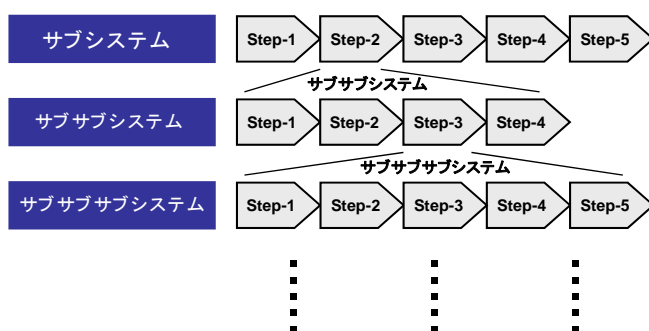
竹中平蔵さんが官僚に法令の文章のテニオハを変えられて骨抜きにされたとおっしゃっていますが、「社会システム・デザイン」ではそういうことが起こらないのです。やるべき具体的な行動が全部書いてあるわけですからやらないわけにはいかないのです。サボタージュ



ユはできないのです。これからは、まず、こういう具体的な行動を規定する作業をやり、その次に、本当に必要な事象に関してのみ法律を作るというステップにしていきたいというのが私の希望です。

## サブシステム以下はツリー構造だが細部のアクション・ステップの具体性にとことん拘る

### 層構造のサブシステム群



12

先程申し上げたように、このようなアプローチはスタティック・デザインではありません。すでに述べたように、建築は、スタティック・デザインですし、情報システムもスタティック・デザインです。状況は時々刻々変わっていきますから情報システムというのは、出来上がったその日から新たな状況に対応できなくなり陳腐化を始めます。そういうものなのです。情報システム自身が状況変化に合わせて自律的に自己変革出来るところまで進歩していないのが実態なのです。システムとしては大変高級なシステムなのですが、ある意味ではまだまだ非常に幼稚なシステムです。

自己変革することが出来る複雑系のシステムとは有機体がそうであり、擬似的な有機体、すなわち、皆さんが住んでいる東京もそうです。都市は人間の作り出したもっとも複雑なシステムのひとつでしょう。長い時間をかけて作り出したシステムです。都市デザインは7,000年にわたる試行錯誤の歴史があります。

少し難しい話になりますが、システムをツリー構造にデザインしていきますと必ずフリーズ、すなわち、固まってしまい、変化する状況に反応しないという融通のきかないことになってしまうのです。従って、東京という大都市はツリー構造になっていないことはなんとなくお分かりでしょう。「社会システム・デザイン」もツリー構造のアプローチではなく、上位の構造に時間軸を入れるというのが「良循環」、「悪循環」という考えです。

一般的にデザインというのはエンピリカル（経験的）であり、100年前も今日も、そして100年後も常に正しいというような、これで決まりだというものはありませんから、ベスト

なものは求めようもなく、常にベターなものを求めていくという世界です。「社会システム・デザイン」も同じであり、ベストなシステムを目指すのではなく、現在抱えている課題に対して現在考えられるベターな解を求めることは変わりありません。従って、まず、最初に、それぞれの分野の中核課題からスタートして、このように悪循環がいくつか回っていますからそれを見つけていくことをやるのです。

例えば住宅供給の課題でしたら、戦後日本政府がやってきた持ち家推進策が時代に合わなくなっているという問題があります。すでに1970年代には日本人の7割が持ち家になりましたからその政策の役割も終わっていたのです。しかし、そのような状況になってから数十年、ずっと住宅金融公庫に毎年5,000億円以上も税金から利子補給をしていました。その結果、税金を無駄遣いしただけではなく、逆に、持ち家推進が持ち家にならない悪循環を作っています。やっとな、住宅金融公庫の機能はもういらないと止めることになりました。

寿命の尽きた住宅金融公庫の存在が問題だとしても、その問題を裏返しただけの住宅金融公庫の住宅ローン提供を廃止しただけでは、既にいらなかったものがなくなるだけで何も新しく質の良い住宅が取得しやすくなるわけでもないのです。そうしたいのであれば、別途、新しい住宅供給の仕組みを工夫し組み込まないといけなのです。それがシステムをデザインするという事です。

また、住宅金融公庫の住宅ローンがなくなると東京の町並みはすごく美しくなりますか。当然の事ながら、別に美しくはなりません。東京を美しくしたいというような新しい行動を広く起こすためには全く新しい仕組み、すなわち、システムが必要であり、それもデザインが必要です。

この様な形での「社会システム・デザイン」をご理解いただいたという前提で、最初に、申し上げた、現在、進めている「医療システム・デザイン」の試みについてこれからお話ししてみます。

医療の世界における中核課題は、基本的には医師、患者、保険者間が分離されているために自己規律ができあがるメカニズムがないということであろうと思います。すなわち、医師が医師の本分としての良い仕事をしているということとは別に、どういう行動が価格対価値という観点から妥当なのかという、ある種の自己規律というものが三者間のインタラクション、やり取りを通じて出来上がるシステムにはなっていないと思います。

だから、厚労省は、皆が無規律な浪費をするのではないかと考えています。当然、歳出を抑えようとしてます。たしかに、経費を抑え込むことを推進することで、規律と新たな工夫が生まれるという良循環が出来ることも世の中にはあるのかもしれませんが。しかし、日本の医療システムのおかれている現状を理解する限り、医療費を減らしながら良循環を作れるということはほとんど無理というか、矛盾だと言っていいと思います。厚労省も新たな良循環を作り出したいと考えて経費削減をやっているというほどよく考えているわけでもないでしょう。

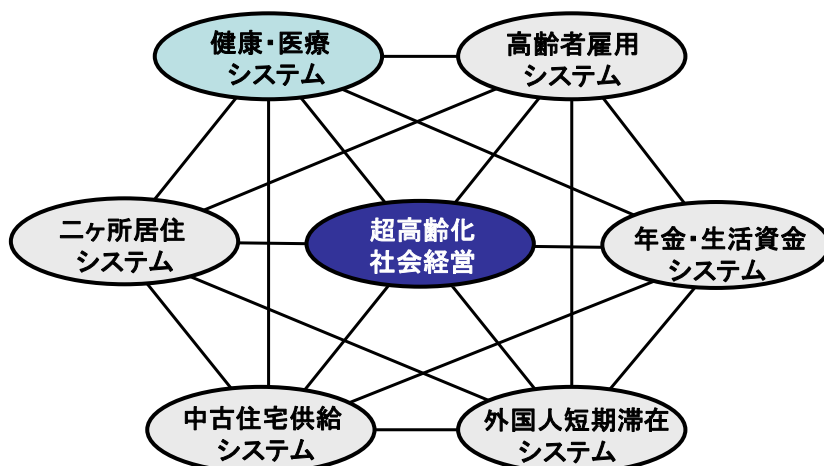
私の基本的な考えは、必要なお金なら十分つぎ込むことができるような仕組みを医療の世界に作り出すということです。しかし、これは難しいのが現状です。今、財務省の松田さんのお話にあったように、日本は巨大な財政赤字をかかえていますから、当分、巨大な財政赤字を減らすことに注力しないとイケないのです。従って、国民医療費は「コスト」として削減の対象であることは変わらないでしょう。たとえ、税収増があってもその一部を国民医療費に回そうということを考えてくれるとは全く期待できません。

しかし、よくよく考えてみたら、日本が貧乏なのではなく、日本人は総体として豊かなのですが、日本政府は貧乏だという問題です。日本政府に頼っている限りは絶対に医療システムにお金が入ってくる良循環は出来ないことは明らかです。そうではない、すなわち税金に頼らないで医療分野にお金が入ってくる仕組みを考えようというのが私のデザインの基本的な考えです。後でそのシステムの解をお話しますので、上手くいくかどうかは、皆さんでご判断ください。

日本に新たな医療システムが必要であることはすでに明らかであると思いますが、その医療システムは「超高齢化社会経営」という新しい文脈のもとに、おたがいに連携する「社会システム」群の一部としてデザインすべきです。当たり前のことですが、日本の社会が現在おかれている状況から独立した医療システムというものはありえません。「超高齢化社会をどうやって経営するのか」は日本が世界の他の国に先駆けて、現在直面している最重要課題です。これまでのままの雇用慣行であれば働く人が減っていくのですから、放っておけば辻褄が合わない社会なのです。それを、何とかうまく乗り切ろうというのが今後、多分、50年位の日本の重要課題だと思います。その文脈の中の一部として有機的に組み込まれた医療システムというのをデザインしていかなければいけません。

## 「医療システム」は「超高齢化社会経営体制」を支える「社会システム」群の一部として有機的に統合

### 「社会システム」の連携による超高齢化社会経営



33

まず、現行の医療に存在する多くの悪循環を抽出し、明示します。そして、最終的には医療費削減ではなく、逆に資金が流入することが良循環を作り出すのだという方に発想を転換します。先程の他の講演者の方々のお話をお伺いする限り、思った以上に大変だということは分かるのですが、どうしても新しい答えに辿り着かないといけません。議論した結果、資金面での変革はほとんど期待できないから、現状の少ない資金の制約のなかで皆がもっと努力するという事に終わってしまうのではだめで、やはり一番望ましいのは医療システム全体にもっとお金が入って来るようにあらゆる工夫をすることです。

システムにお金が入ってくるとどのような良循環が生まれるかということを考えるために、航空業界を例に取ってみましょう。「ビジネス・クラス」の発明が良循環を生んだのです。1970年代初頭の航空業界というのは最悪の状況でした。747などのジャンボ機が導入されましたが、集客に自信がなく、ディスカウントをすることに走り、各社ほとんど赤字の状況で、機材更新のための投資が出来そうにありませんでした。従って、飛んでいる飛行機の寿命が30年を超えるという状況になりそうでした。数年前、某航空会社の30年物の747が空中分解したように、やはり、30年を超えると安全性に問題があります。70年代の航空業界は大変なことになるという予測でした。ところが、70年代の半ばから後半にかけて航空業界は「ビジネス・クラス」という画期的なサービスを発明しました。

これは、フル・フェアを払ってくれる企業が相手です。個人のように安く飛びたいから「ちょっとまけてよ」とはあまり言いません。料金をサービスの質に応じて定価どおり払ってくれます。航空業はお客が定価どおり払ってくれば儲かります。個人客の多いエコノミー・クラスはほとんどディスカウントしているから儲からないのです。企業相手であればフル・フェアであるということです。そこがミソであって、だから「ビジネス・クラス」と言ったわけです。

これは、予想以上に当たって、急速に航空業界は潤いました。そのおかげで最新鋭機の開発が進みました。すなわち、第四世代の機材と言っていますが、767、777、747-400、737-700、737-800と続々ボーイング社から出てきました。エアバスも最初のA300というのはそうではないのですが、エアバス320、319、330、340を含めて全部が第四世代の機材です。

皆さんご承知ではないと思いますが、驚くべきことに2000年から今日(2007年11月)まで先進国のエアラインにおいて第四世代の飛行機での死亡事故はテロ以外、今の所ゼロです。その位安全性が保たれています。確かに機材破損事故は結構あります。この間も、先進国かどうかの定義の問題はありますが、台湾の中華航空の737-800が燃えましたが、あれも死亡者ゼロです。だから、やはりお金がシステムに入ってくると安全性が高まるのだということです。

貧乏人は古い飛行機に乗りなさい、「ビジネス・クラス」の客以上は最新鋭の飛行機に乗せますということはありません。当たり前のことですが、そういう差別はできないし、ないのです。747-400というのは非常に安全性の高い機材なのですが、ファースト・クラスやビジネス・クラスの客だけではなくエコノミー・クラスの客も、安売りチケットの客も含め

てどんなタイプの客でも皆乗っています。全く同じような意味で、医療システムの中にお金が入って来て、みんなが潤うという良循環を作り出すことが大事なのです。

医療システムにお金が入るということは結局、年寄りも若者も、貧乏人もお金持ちも全部含めて皆が得をするのだと発想すべきです。それをどうやって成し遂げるかということですが、対厚労省的には皆が自己規律を持って無駄遣いしない仕組みになったのだから、必要なお金であれば使っても良いのではないかという方向に発想を転換してもらうべきなのでしょう。しかし、財政赤字という環境下で、あの人達が簡単に発想を転換することは無いということは先程、他の講演者のお話を聞いてよく分かりましたので、あまり当てには出来ないかもしれませんが、それはそれとして、やはりこれは絶対に無駄遣いをしないぞというように仕組みを作り上げて見せることが必要です。

それから、医療における貧富の格差の是正も潤沢な資金があって初めて可能なのだということを含めてみなで納得し合意すべきです。「医療に関しては皆平等であるべきで、お金持ちがお金で命を買うことはよくない」という議論があります。混合診療を認めると「お金持ちが得をし、貧乏人が損をするではないか」という人が必ずいますが、それは少し飛躍しすぎの議論じゃないかということです。データに基づいていないのです。日本全ての医療行為の中で本当に命に関わるものは何%なのだとことを無視しているのです。

入院患者の統計によると、生命の危険があるというは約6%にすぎませんし、通院患者は生命に危険がないとすると、ほとんどが命に関係無い医療行為なのです。いつも命をお金で買っているのではないのです。国民医療費の大半は別に命に関わりのないところで使われているのであり、この意見は、本当は正しいとはいえないのです。でも、百歩譲って、そういう面があるとした場合、では、その代わりとして日本政府はどうしてくれるのかということです。世界にはもっと進んだ治療法があるのに何故日本では使えないではないのかという疑問があります。今でも、お金持ちはその国に行って治療は受けられるが、貧乏人はそれが出来ないというのが現状はおかしいのではないのか。これにはちゃんとした答えが返ってきません。

そうではなくて、潤沢な資金が医療システムに入ってくれば本当に貧乏な人は医療費タダで治療をやってあげることができるのです。すなわち、お金がある人からたくさん取って、その一部を「医療基金」としてプールし、使うことが出来れば良いじゃないかという発想の方が、まだ素直ではないかと思います。「貴方の命を高く買ってください」というと語弊がありますが、「貴方の病気を治療する費用の倍を出してくださると貴方と同じ病気だが貧乏な人を一人治療できます。三倍出してくださるとそれが二人になります」ということではないでしょうか。

それから、多少の時間差は勘弁して欲しいと思います。例えば、人工透析という治療法が出て来た時に、アメリカの人工透析の必要な患者数と人工透析のキャパシティにもものすごく格差がありました。そのためどういことをやったのかと言いますと、ある匿名の委員会で人工透析を受ける人を選んでいたわけですから。それはこの人を生かしてこの人を殺すと

いう判断をすることであり、非常に悲しいことであったのだけど、別にお金持ちが選ばれたわけではありません。要するに、「生涯価値がある人」が選ばれたわけです。といっても頭のいい人という意味ではなく、小さな子供等の扶養家族の多い人というような意味です。そのような時代を経て今や人工透析は日本だけで 2 兆円位使う時代が来ているわけです。だから、必要な人は誰でも治療を受けることができるまである程度の時間差というものは少し許してもらいたいということです。

すぐに市場メカニズムに走るといっても私は反対です。それは単に現在の状況を裏返した答であるだけであり、新しい医療を「超高齢化社会経営」の文脈のもとに組み立てる発想ではないだけでなく、市場メカニズム自体の持っている副作用をどう押さえ込むかという問題というものがかなりあるからです。まだまだ他に工夫の余地があるはずだということに考えるべきです。切磋琢磨のためのある種の競争はあるにしても全面的に市場メカニズムによることなく Payer、Provider、Patient、すなわち、保険者、医者、患者、それと行政、司法、マスコミにお互いの関係から自己規律を作り出す良循環を見つけるというのが医療システム・デザインの目的です。

先程申し上げたように、「超高齢化社会経営」というのは、日本の抱えている最大のテーマです。放っとけばつじつまが合う形では回らないというのは明らかです。このままでは日本の財政は回らないというのは、先程、松田さんの数字でご覧頂いた通りです。それを、うまく回す方法を見つけ出さないとばいけません。例えば、65 歳で労働人口ではなくなるという定義がおかしいのではないのでしょうか。電車に乗った時、シルバー・シートは老人のために取っておくべき所だということで座らないようにしたら、私も 65 歳になりまして、シルバー・シートは私のためにとってあるのであり、座って良いのだということに気がついて愕然としました。でも、まだ座る気はないぞという気持ちです。例えば、そういう人のために高齢者雇用システムというものが必要なのです。

今の団塊の世代は二人に一人が 90 歳を過ぎても生きていくということのようですから、65 歳を超えても働いてもらうのが一番良いのだし、日本人特有の生活の価値観に基づいたシステムだと思います。というのは、フランス人は本当に引退することを夢見て生活しています。皆が言う通りです。でも、日本人は引退することを夢見て働いていません。やはり何かの仕事をしたいのです。それが、緊張感を作りだし、結果として健康で長生きに繋がります。そういうことを考慮に入れた日本独自の「高齢者雇用システム」が必要なのです。どんな雇用機会を高齢者のために作るのかというと、例えば、3 日働いて 4 日休むというようなパターンの雇用です。

それだったら二カ所に住んで、別に稼働率の悪い別荘保有の生活ではなくて、東京半分、どこかの町に半分という生活をするという人が出てくるでしょう。それを「二ヶ所居住」と呼んでいます。それを促進する「二ヶ所居住システム」も必要になります。家を二つ持ち、一人二役の生活になりますから耐久消費財に関するかぎり消費人口が倍になったようなものです。そのためには、高い新築住宅ばかりではなくて、既存住宅も安く買いたいという

ことになります。

今、日本の既存住宅の市場というのは15万戸しか売れていない規模なのです。アメリカは600万戸売れています。なぜこのような差があるかと言いますと、要するに既存住宅市場を日本政府が育ててこなかったのです。新規需要の「一次市場」に比べて既存品の流通市場である「二次市場」というものは自然発生的であり政府はコントロール出来ないから嫌います。それは分かります。アメリカの銃器の市場というのは、大体4割が「二次市場」で動いているといわれています。ですから、コントロールが効きません。そういう面もありますが、自由度の大きい「二次市場」の発達は経済に厚みを与えてくれます。

日本は非常にコントロール志向の強い政府のおかげでここまで発展して来たのかもしれないが、ちょっともう勘弁してくれないかということです。官僚が何でも面倒を見るというパターンリズムから脱しないといけない時期に今来ているわけです。そのようなパターンリズムでは育たないものが多いのです。「二次市場」もそのひとつだといえるでしょう。特に、その最大の市場は既存住宅の流通市場でしょう。そのような住宅の「二次市場」を組み込んだ「住宅供給システム」は「超高齢化社会」の消費活動を刺激するものとして必要なのです。

それから、日本人が減るのだったら、外国人にもっと来てもらうことを推進すべきでしょう。そのためには旅行者という短期滞在者であっても、住んでいる人であっても、消費してくれるのであれば、どちらも大事なのだと発想することです。政府が数年前に作った観光立国の目標は1000万人です。1,000万人というのは、消費という視点からはほとんど足しになりません。私だったら、5,000万人にします。そして、中国人をリピーターに仕立て上げる「中国人マイグレーション・パス・システム」をデザインします。東京とディズニーランドの団体旅行から始まって、小グループの買い物・食事旅行、ゴルフ・スキーと温泉旅行、そして、緑豊かな地域での別荘保有まで時間をかけてたどり着けるようにシステムです。

世界では、フランスが7,000万人、スペインが5,500万人、アメリカが5,000万人ですから、中国はもうすでに5,000万人以上の外国人旅行客規模になっています。何で日本は1,000万人や2000万人という中途半端なことを言っているのか分かりません。「消費振興」における短期滞在客の意味合いをほとんど、分かっていない官僚の人達が組み立てているということです。官僚に新しい仕組みを組み立てる、すなわちデザインする能力が欠けているのです。だから、このままでは政府もあまり信用出来ないなということなのです。お上に頼っていても仕方ないという状況です。

それから、「生活資金を保障するシステム」というものもあります。ここに示しているだけではなくもっと沢山あるのですが、こういう「社会システム」群が全部繋がっているのです。それらのシステムのトータルとして「超高齢化社会をどうやって経営するのか」ということに答えないとはいけません。そうすると、これは明らかにかなり高度なデザイン能力が必要だなということがお分かりいただけるはずです。

では、お役人がこういうことをデザインする能力訓練がされているのかいえば、されていません。法律を作る訓練はされています。法律を作る前に「制度設計」ということもやられていることはすでに述べました。しかし、一省庁内の権限の幅で制度設計するという能力は訓練されているのでしょうか、こういう複雑なシステムを省庁横断的にデザインする能力の訓練はされていません。

優秀な官僚は日本に沢山います。しかし、優秀だったらゴルフはうまいのか、テニスはうまいのか。そんなことはないのです。何事も練習しなければ上手くなるわけがありません。今の官僚というのは、こういうシステムをデザインする練習をしていないのです。それが、いろんな所で歪みとして出て来ています。練習していないのだからデザインの能力はありません。要するに「社会システム・デザイン」に関するかぎり日本の官僚は「優秀なのに無能」ということです。

これまでの官僚は欧米に先進事例が存在する世界で生きて来ましたし、小さく間違っても高度成長がその間違いを消してくれるという状況の中にいたので、官僚の無謬性という神話ができあがったのです。要するに、「インディアン嘘つかない。官僚間違わない」と思っているわけです。しかし、そのような時代はすでに終わっているわけです。

今の時代は、かつてのように欧米に先進事例もないし、日本経済も高度成長期ではないのですから昔のように行きません。ではどうするか。自前で試行錯誤をするしかないのです。「間違っごめんね。やり直させてくれ」と言えば良いのです。例えば、住基ネットは400億円を使いましたが、失敗作であるといっているでしょう。「ごめん、やり直させてくれ。システムは一発では決まらないのだ」と言えばいい話です。ですけど、言いません。それが、いろんな問題を起こしています。

要するに、官僚機構は消費者に対して「ごめん、間違っていた」と言えません。いつてはいけないのだと思っています。しかし、「ちょっとやり直させてくれ」ということを言えない限り、「社会システム」であれ、他のシステムであれ、システム・デザインということは出来ません。新しいシステムは絶対に一発では決まらないからです。ここが、基本的な思考の転換が必要なところなのです。

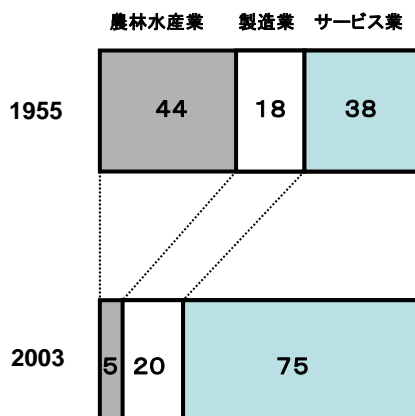
医療の話にかえりますと、日本の医療の世界の人たちは現在の国民健康保険の制度は「世界に冠たる健康保険システム」だといっています。私も本当にそうだと思います。少なくとも、制度発足当時はそうであったといえると思います。この制度の構想を始めたのは1955年ですが、その当時の日本は立派な発展途上国だったのです。

当時を振り返ると、日本の就業人口の約44%が農林水産業の従事者だったわけです。農業国であったともいえます。1964年に完成した東海道新幹線は、世界銀行からお金を借りています。発展途上国にお金を貸すのが世界銀行です。すなわち、まだ世界銀行からお金を借りることができるという発展途上国時代に日本の官僚は健康保険システムというものを作ったのです。その志と構想力は当然、高く評価されるべきでしょう。



## 発展途上国時代にデザインされた現行の「健康保険システム」の前提条件が大きく変わった

日本の雇用構造の変化（％）



ソース:マッキンゼー・グローバル・インスティテュート

生活者の要求価値の変化

- ・ 貧富の差がなく安価な医療で健康回復・維持ができる
  - ・ 雇用が確保される
  - ・ 失業あるいは老後も最低限の生活が保障される
- ↓
- ・ 慢性病でも最後まで心と体のバランスよく活動できる
  - ・ 働ける間は働き社会的責任を果たしている満足感を得られる
  - ・ 生活水準を維持できる資金がある

15

1961年に健康保険システムは実施されたのですが、当時は、お医者さんに安く診ていただけるだけで涙が出るくらい嬉しくて幸せだという時代でした。当時、ほとんどが感染症であって完治が可能だし、心と体の両方が病気になっているのはわかっているけど、日本は貧乏国だから両方の治療は贅沢であり、体を治せば心もついて来るだろうという暗黙の前提でやってきたわけです。でも、今は状況がまったく違うのだということです。やはり、今は大枠としては慢性病の時代であり、完全には治らないのだけど、でも最後まで心と体でバランス良く活動出来るようにして欲しいなと患者は思っているわけです。では、今の健康保険システムが、それに応えるようになってきているかと言いますと、そうっていないということです。うまく時代変化に対応できていないのです。

ところで、今の時代、「健康は消費」ということをいっても、別に目くじら立てる方はおられないと思うのです。すでに政府の発行する資料の「サービス消費」という項目の中に「健康」というものがありますから、政府も健康というものはサービス消費だと思っているわけです。だけれど、では現実がそのように組み立てているのかということです。

多くの方は、医療は何か特別なものだと思っています。しかし、考えてみると、健康というのは高齢者による最大の消費分野であって、1970年代からこれまで常に消費トレンドの先端にいた団塊の世代が高齢者の仲間入りをするわけですから、彼等による新たな消費トレンド形成の機会であるというように考えてはいけなないのでしょうか。それによって医療行為が貶められるというものでもないでしょう。

ご存知のように、日本はかなり長い期間、消費が伸びていないのです。バブルの崩壊後、景気の底を打ったのだけど成長軌道に乗らないのは国内消費が伸びないからです。日本は

ほんの最近まで GDP に占める輸出の割合というのは 9% で、世界でもアメリカについて二番目に輸出比率の少ない国でした。90% は国内の経済活動で回っていたのです。巨大な、巨大な、国内中心の経済なのです。その輸出比率が今、15% まで上がっています。大半は中国への輸出増加なのです。その理由は、国内消費が伸びていないからなのです。

なぜ国内消費が伸びないのかと言いますと、バブルの崩壊だ、失われた 10 年だ、いや 15 年だと言って騒いでいた時期に静かに起こったのは、日本の人口の半分以上が 50 歳を超えたということです。皆さんは、50 歳を超えておられる方もおられると思いますので、お酒の消費量をお考えになるといいです。ビールの消費のピークは 50 歳です。45 歳から 50 歳が一番消費しています。あとは、ダラダラと落ちて 60 歳でポトンと 20% 位落ちます。ほとんどの消費がそのようなサイクルに入っているから、放っとけば消費が伸びないのです。

また、日本の平均寿命が世界一で、しかもまだ伸びていると非常に誇らしげに新聞などで書いているのですが、ある意味ではこれは最悪のニュースなのです。なぜかと言いますと、90 歳を超えて貴方のお父さんやお母さんが亡くなると相続人である貴方はすでに 60 歳を超えているわけです。相続してもお金を使いません。その歳ではどうしても買いたいものがもうないからです。最近、「貯蓄から投資へ」とか「資産の賢い運用」とか言われて、そうかということで、相続した資産を使ってアメリカの財務証券やニュージーランド国債など、外国の証券が入った投資信託を買ったりします。これは、私がいうタイプの消費ではありません。貯めるのではなく消費に使ってもらわないといけません。

消費者の金融行動に関する調査で「何でお金を貯めているのですか？」と聞くと、多くの人は「老後のため」と答えます。もしくは、「まさかの時のため」と答えます。私に聞かれても、「老後のため」と言うと思うのですが、「あんたはもういい老後だから使ったらどうなのか」といわれてもおかしくない歳なのです。それでも、とりわけ使うあてもないから皆使わないわけです。だから貯まってしまいます。

実際に、高齢者が今どの位持っているのかと言いますと、よく新聞で 1,500 兆円の個人金融資産という話が出ますが、1,500 兆円とは別に、非金融資産である土地、建物、書画、骨董が 2,000 兆円ほどあるそうです。個人にめちゃくちゃお金がある国なのです。しかも、60 歳以上がその両方の大体 7 割方を持っているわけです。合計で 2500 兆円あるわけです。個人の借金の大きなものは住宅ローンですが、すでに払い終わっています。ということで、実質 2000 兆円から 2500 兆円あるということになります。ということは、単純に計算しても毎年 50 兆円以上の相続が発生しているわけです。今、課税対象になっている額は 10 数兆円で、1.5 兆円位の相続税を取っています。しかし、実際にはもっと多くの相続が発生し始めているはずなんです。

一方、税務署員というのは相続税のようなストック課税の捕捉能力が弱いのです。元々難しい上によく訓練されていないからです。それなのに、日本政府は「小さな政府」というたいした根拠もない馬鹿げた掛け声の下に税務署員が 56,000 人いるのを平成 12 年から平成 22 年までに 10 年間で一割、すなわち、5,000 人以上減らしています。本来、人が余って

いる省庁とそうでない省庁があるはずですが、そんなことはお構いなく、国税庁は他省庁と横並びの一律削減なのです。税務署員が色々やりとりしているサイトがあってそれを見ますと、ストック課税の捕捉が難しい上に人手不足で十分手が回らず、もう悲鳴を上げています。捕捉率は落ちていつているはずですが、だから、消費税を上げる前に相続税の捕捉率を上げることをやっていただいた方がよいと思います。どんなに甘く見積もっても、相続税を含めて税全体で最低 5 兆円は取りっぱぐれています。

いずれにしても、相続しても使わないという状況を変えないといけません。それは、高齢者に消費したくなるように仕向けることです。ものであればすでに全部持っています。必要なのはサービス消費です。サービス消費で一番魅力あるのは、健康・医療に関するサービス消費です。この消費をわざわざ押さえ込むことはないのです。受けたい治療は受けられるようにすればいいのです。

「国民医療費」と言いますと、費用、すなわち「コスト」というのが自然は発想です。当然、「コスト」であればカットすべきなのです。「コスト」を増やそうという経営者は一人もいません。「コスト」と言った途端に、ほぼ自動的に削減と言うわけです。政府も同じ発想です。だから、「国民医療費」という言い方は、やめたらどうかと思います。「消」という字を一字加えて「国民医療消費」と言った方が良いのではないかと思います。

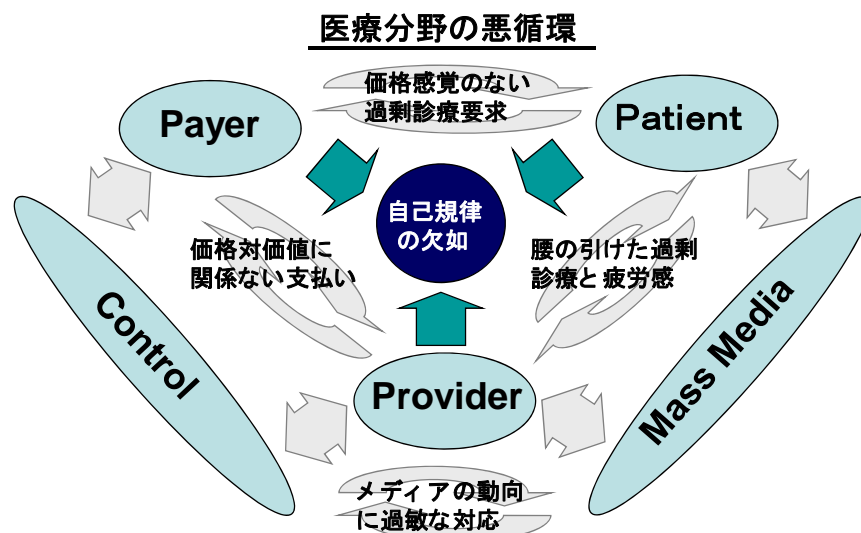
消費は何も生産せず、基本的に浪費だからよくないと思っている人がいるのですが、そんなことはありません。例えば、CO2 を削減するためにトヨタは燃費が飛躍的に優れたプリウスを作っています。プリウスには新しい色々な部品が必要です。トヨタは新しい部品の消費をするわけです。それを皆さんが買うわけです。

また、先に述べた既存住宅の売買は古い家を壊して作り直す新築より省資源のはずです。だから、消費は一概に浪費であるとはありません。浪費もあるけど、良い消費もあります。だから、医療消費というのは良い消費なのだということで組み立てるべきだと思います。そのためには、自己規律があつて、患者も無駄な、そして安易な医療消費行動をしないし、医師も安易、かつ過剰な医療行為をしないというような状況へ持っていけば良いのではないかと思います。しかし、健康・医療という「消費」の健全な育成に関する多くのテーマは厚労省の得意分野ではありません。彼らも、「そうだ、得意ではない」と言うと思います。だから彼等には任せられないのです。

医療消費とは医療の提供する「価値」を消費すると考えるのです。この「価値」、あるいはバリューというのは、感覚的にいうと、かかっている人件費の 4 倍以上の値段を取ることができるということです。このように、バリューで考えると、「国民医療消費」100 兆円というのは、そんなに非現実的な話ではありません。そのうち、国が面倒をみなければいけないのは、3 分の 1 強位で抑えるというやり方もあります。それが、まさにシステム・デザインなのです。システムにお金が入ってくると色々な応用が出来ます。本当に貧乏な人には高額な医療でも無料ということが出来ます。お金持ちも貧乏人も一律三割自己負担という方が却って不平等になっているのではないのでしょうか。特別な場合、完全無料というの

は、実際に日本に存在しています。原爆の被爆者であれば医療費は完全に無料です。無料という世界がすでにあるのであり、それをもっと広げてもいいではないかということです。

## 患者、医師、保険者の三者間に自己規律が醸成されない現行システムが作り出す悪循環が存在



16

「社会システム・デザイン」の第一ステップである悪循環を定義するということから説明します。Payer, Patient, Provider の三者間に価格対価値に直接関係するようなやりとりがないことから来る自己規律が欠如していることが基本的な課題であると思います。その状況に対して Control も Mass Media も前向きな対応が出来ていないだけでなく、状況を悪化させる方向に持っていつているというように考えられます。

実際に、Payer、Patient、Provider、Control、Mass Media の間に存在する悪循環というのを、色々拾ってみているわけですが、多くの悪循環がこれらの関係者の間に発生しています。産婦人科医や小児科医が減るから就業環境が悪化し、一層、医師が減っていくという悪循環はよく知られています。しかし、医療界の他の多くの問題も悪循環という形で整理することが可能です。

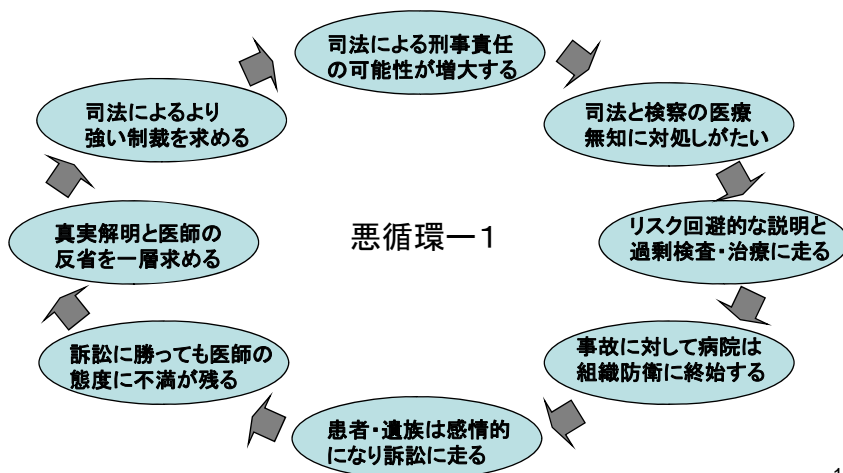
例えば医療事故を捉えてみると、刑事介入をすることがいかに悪循環を作っているかという問題があります。亡くなった患者の遺族も裁判に勝っても、当然のことながら患者が生き返って来るとは思っていません。真実を知りたい、本当に謝って欲しいというような素朴な感情に十分答えてもらえない不満から裁判に持ちこみ、状況を一層こじれさせていくということです。

原告と被告という関係ではことがうまく進みません。刑事犯になる可能性があるのだったら出来る限り被告側である医者および病院は自己防衛をします。素朴に謝るわけには行きません。そうすると、真実の解明には結局なりません。患者側はたとえ勝訴しても医師がちゃんと反省してくれていないと思って不満が残り、他の手がないから司法によるもつと

強い制裁を求めてしまうという悪循環が回っています。

## 医療への司法介入が悪循環を作り出している

### 患者、医師、司法間の悪循環

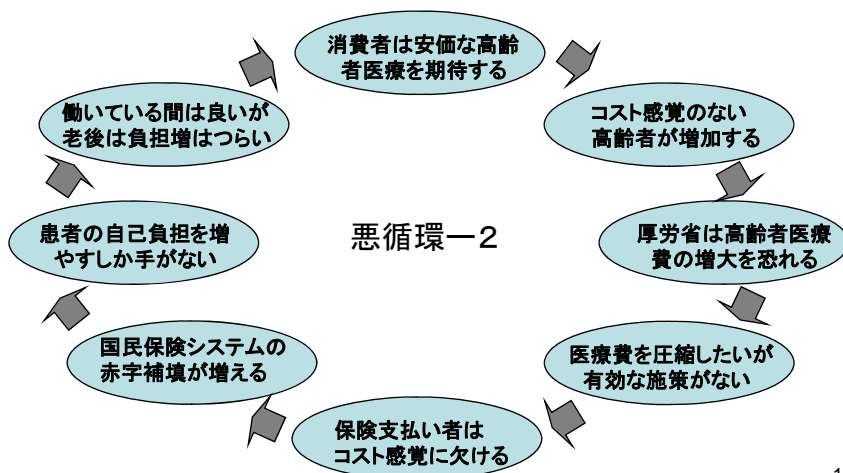


17

それから、「国民医療費」という発想とその増大を押さえ込む、すなわち、コストを下げていこうという厚労省の努力が、実際には病院側に別の行動を誘発し、実は結局、コスト高になるという悪循環があります。

## コスト圧縮が逆にコスト高につながってしまう

### 患者、行政、保険者間の悪循環

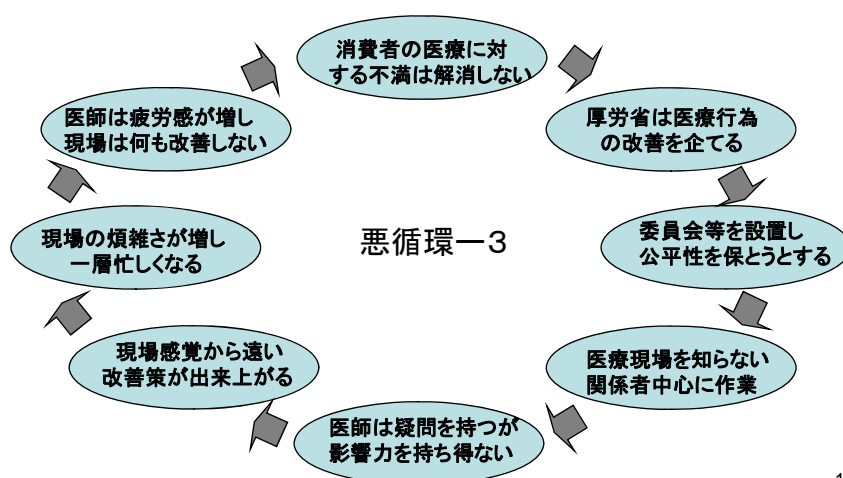


18

同じく、厚労省も医療改革をやろうとするのだけど、そのやり方として諮問委員会という現場感覚の欠けた委員を集めた委員会を設置して色々委員のご意見を伺うのですが、これも結果的には悪循環を作ってしまうことが多いのではないかと思います。

## 現場感覚の欠けた改革がかえって医師、患者の両方の不満を増す

### 医師、患者、行政間の悪循環



19

委員に選ばれる「有識者」というのは多くの場合、ほとんど医療の実態に関して無知なように思います。「有識者」の意見を新聞で読んで、なんだかくだらないなとも思います。例えば、金融で何か事件があると彼らの意見がのっています、「有識者」がどれだけ金融を具体的に知っているのかということです。毎日、考えているわけではないでしょう。同じく、「有識者」が医療をよく知っているのかというと、それほど知っていないわけです。そういう人達を集めて委員会を作るわけです。現場感覚の無いものが出来ていきます。そのような答申が実施されると、現場は煩雑さが増して一層忙しくなるわけです。もっと疲労困憊します。どんなに優秀な医師であっても、30時間以上眠らないで治療していると、ミスする確率は高いはずです。そういう悪循環が回っているということです。

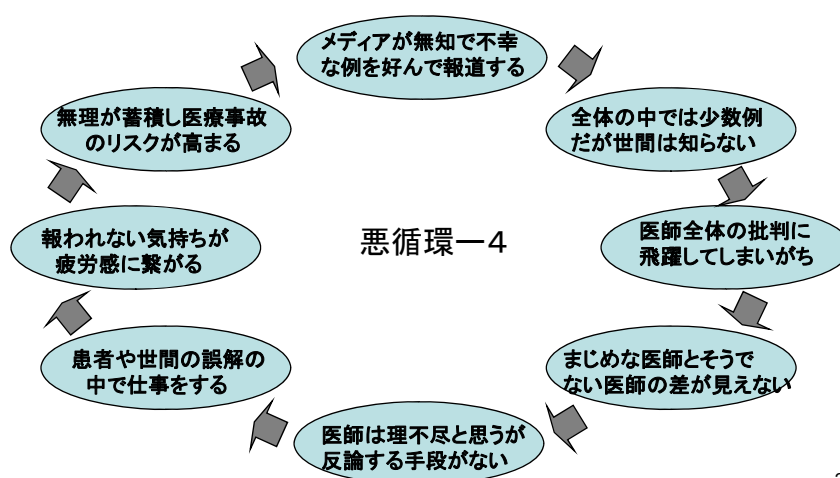
マスコミというのは、物事のエコノミクス、すなわち、経済的に成り立つのかということに関心がないのか、あまり勉強していないようです。それから、時間軸を短くする傾向があります。10年後の話ですというと誰も読まないの、来年起こりそうに言うきらいがあります。マスコミを別に批判しているわけではなく、要するにマスコミの好みというものがあるということです。

それだけではなく、医療の現場感覚に関して検察や裁判官がかなり無知であるようにマスコミもやはり無知です。それに、統計的なことはあまり得意ではありません。記事で取り

上げているのは少数例だということはあまり語られません。そうすると、医師全体の批判になっていきがちです。良い医師とそうではない医師との差が見えないのです。医師は理不尽だと思うけどマスコミに対して対等に反論する手段がありません。患者や世間の誤解の中で仕事することになり、報われない気持ちが疲労感に繋がり、無理が蓄積し医療事故のリスクが高まります。そうすると、またメディアが取り上げます。そのような悪循環が回っています。

## マスコミの無知な正義感がかえって患者を不幸にする

### 医師、患者、マスコミ間の悪循環



20

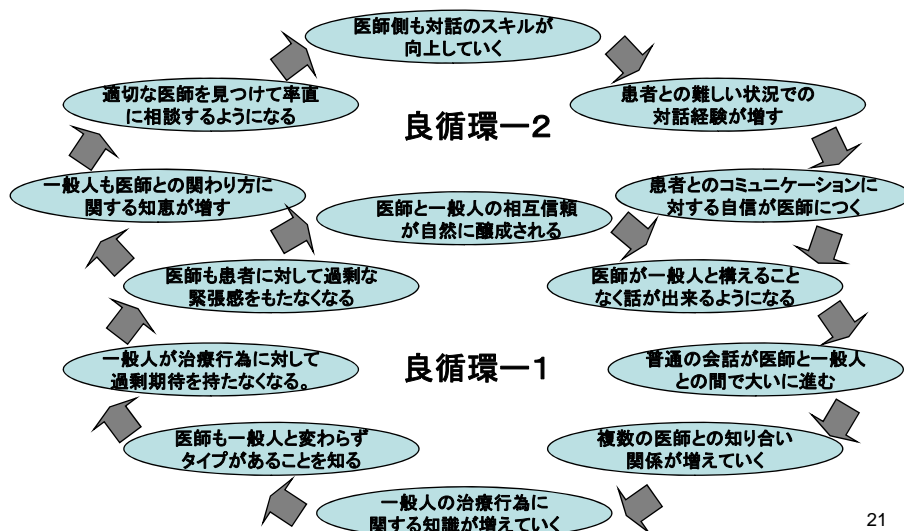
では、良循環は何かと言いますと、色々な考え方があります。何度もいいますが、良循環は悪循環の裏返しではありません。創造的な発想が必要です。これは、ちょっとユートピア的なことを私は考えています。

まず、貴方が「医者に会う時はすでに患者である」というのは、結構辛いものがあるのではないのでしょうか。この会場に私の健康診断担当の先生が座っておられるけど、あの先生に最初、お目にかかった時はすでに私はある意味で患者であったわけです。生活を変えないとメタボ症候群が悪化しますよとって叱られるのではないかと、すごい引け目な言い訳がましい感情になってしまいます。立場が悪いのです。そういう関係が「患者」を非常に複雑な心境にさせるわけです。それが、例えば、医療事故のようなことが起こるとこじれる一つの要因ではないのでしょうか。というわけで、「医師に会う時にはすでに患者」という状況を変えたいと思います。

患者ではなく、健康な普通人として医師に出会うようなことがもっと出来ないはずはないのです。そのような状況が出来てくると、抽象的で一般的な「医師」というのはありえず、実際には医師も我々と同じような普通人なのであり、様々なタイプの医師がいるのだとい

う当たり前のことがわかる組み立てが出来ないのかということです。

## 「医師に会うときはすでに患者」という状況を抜け出すことが対話や関係の改善という良循環を形成



21

少しユートピア的な良循環の発想なのですが、最初はこういう発想からスタートします。デザインですから何度でも繰り返して、改良していけばいいのです。皆さんが「こんな馬鹿なこと出来ないよ、ありえないよ」と言われれば、もう一工夫します。ということで、今の所は馬鹿なことというか、非現実に近いことを考えています。とはいえ、医師と一般人が出会う場が本当にあると、失礼ながら、やはり医師にもピンからキリまでであるということもわかります。自分とケミストリーが合う人も、そうではない人もいます。そして、気の合いそうな医者が意外と自分の住んでいる近くにいるのだということが段々と分かっていくというようなことを組み立てられないかということです。

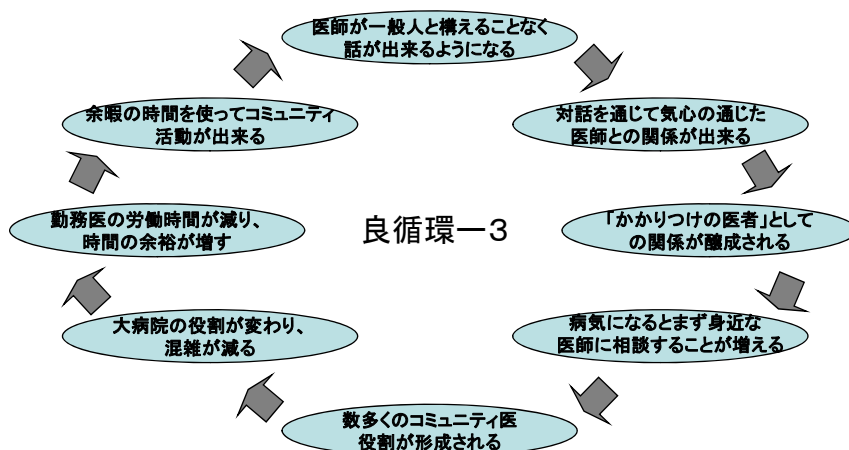
厚労省はある種の施策は導入するけど、それに当然伴うべき施策の導入は欠落しています。インフォームド・コンセントとかセカンド・オピニオンとか言いますが、そのために必要な医師のコミュニケーション・スキルはどこで訓練しているのか。全然やっていないのではないかと思います。要するに、最近の医療における司法の介入のように、自分が刑事犯になる可能性がある状況では、コミュニケーション・スキルのないまま、ものすごい腰の引けた話をたくさんするはずで。

この手術をすると、成功確率はどうかというようにリスクを散々聞かされたうえで、手術を受けることに同意しますかといわれても困るというような問題があります。だから、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンということをやれば、相手の感情を理解しながら説明できるようにメディカル・コミュニケーションということをやんと訓練すべきではないか。それは、厚労省の管轄ではなくて、文科省の管轄です。



文科省の「医療教育の10年像」という報告書が出ていますから、御覧になるといいです。メディカル・コミュニケーションを一言も言っていません。全くゼロです。だから、腕は立つが口は立たないという医師ばかりになってしまうのではやはり困ります。

## 健康人としての医師との対話関係がコミュニティ医の役割を作り、勤務医の労働時間が減り、また健康人との対話が増えるという良循環が出来る

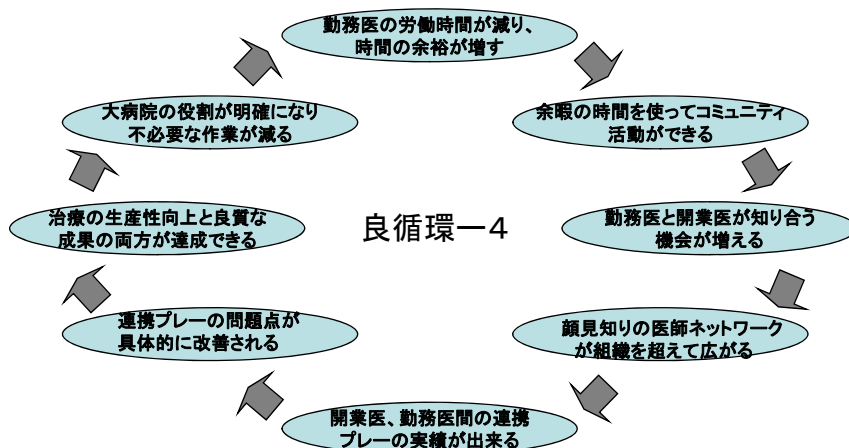


22

特に、心の病気が体に影響するような時代に、心のケアというのはかなりの部分、コミュニケーションであって、それが出来るような訓練というのは別に精神分析医だけではなくて、医師のすべてがやるべきではないかと思います。しかし、文科省にはそういう観点はないようです。でも、そういうコミュニケーションの訓練がされていれば医者対患者の関係がこじれてしまうことが少なくなり、そうするとまたそのサブセットとして健康人と医師との対話関係がコミュニティでのかかり付け医の役割を醸成し、気心の知れたお医者さんにもっと行くようになり、そうすると、勤務医の労働時間が減り、また健康人との対話が増えるという良循環が出来ます。本当かと言われそうですが、例えばこのようなことを良循環として組み立てるのだということです。

それから、開業医と勤務医は昔程人間関係が繋がっていないということを聞きます。日本人の人間関係の特徴として、知らない人にはつつけどんだけど、ちょっとお互い知っているとか対応が丁寧になるというのはありますよね。だから、勤務医と開業医がお互い知らないよりはちょっとでも知っていた方がいいわけです。知らない医師同士電話で話するのはちょっとまずいのです。「電話で失礼します」とよくいうように、日本社会ではいまだに相手の顔を見ないまま話すのは失礼なのであり、まずは顔を合わせるのが付き合いの基本です。そういう社会的風習を考慮したうえで、地域コミュニティの集まりなどを通じて開業医や勤務医は顔見知りなる機会を増やすことを工夫します。

## 開業医、勤務医のインフォーマルな連携プレーが医療の生産性向上につながり勤務医の時間の余裕が出来るという良循環が出来上がる



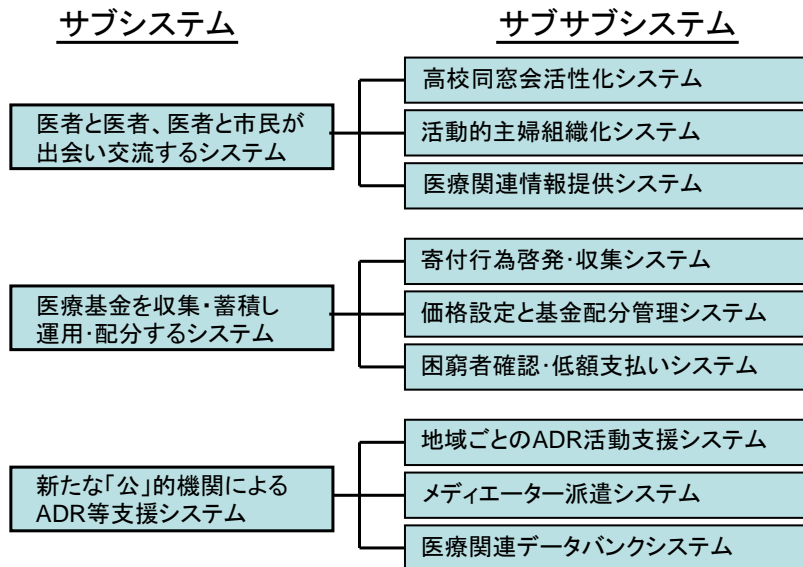
23

このようにして、医師同士が顔見知りであることで可能になるインフォーマルな連携プレーが必要だと思います。最近では、「救急医療システム」とか「周期医療システム」とかシステムという形で表現されているようです。しかし、これらのフォーマルなシステムだけで全部やろうというのは、こと医療に関する限り私は無理だと思います。インフォーマルな部分をどれだけ活かすかということが医療システム・デザインでは大変重要です。それが、医療の生産性に繋がり、勤務医の時間の余裕が出来るという良循環が出来あがることになるのです。「社会システム・デザイン」というのはこのような側面をデザインしていくように発想します。

このようなことです。まだ良循環のデザインの最初の段階ですから、ここでのべた良循環に関しても、そんなものはほんとうにできるのかと思われるかもしれません。もし、そう思われるのでしたら周りから批判しているのではなく、実際にデザイン・プロセスに参加して、自分の医療分野、あるいはその他の分野での経験を通じて、もっと現実的に成り立つように改良していただきたいと思います。今の段階ではまだまだいくらでも多様なより効果的なデザイン出来るということです。

まだ、第一ラウンドの作業が終わりかかっている段階であり、本当は第二、第三ラウンドをやりながら良循環とそれを支えるサブシステム群をもっと発見、創造し、練り上げていく必要があります。ということですが、途中段階である第一ラウンドの最後のステップに今、いるわけです。このステップは何かと言いますと良循環を駆動する「エンジン」としてのサブシステム群を見つけ出しアクション・ステップに落としてみる作業です。今、考えているサブシステムとサブサブシステムをここで説明してみます。サブシステムとしては三つを考えています。

## サブシステムはサブサブシステムに分解する



45

「医者と医者、医者と市民が出会い交流するシステム」から説明しましょう。地域コミュニティ意識の希薄な日本の地方都市という文脈の中で考えています。特に、先程、松田さんの話にありました「健康都市」宣言をしている市川市のようなところで何かできないかと考えています。

日本の都市に消えかかっているコミュニティ的なものを再生しようと言ったからといって、いまさら簡単に出来るわけではないのが現実です。コミュニティ的な連帯感を持つためには何かの取っ掛かりが必要です。それには市民の多くの関心事である健康というものを中核にしながら組み立てる方法が無いのかという議論をしています。それには日本特有の人間関係ネットワークの活用ということからスタートすべきでしょう。例えば、高校の同窓会とか野球クラブとかの形で色々な地域的人間関係を作っているわけです。これまでよく言われてきた、日本人は自分の勤めている会社を「地縁社会」にしているという状況は終身雇用の崩壊と共にほぼ終わりかけて、別の人間関係を日本社会は作り上げようとしている途中だと思えます。そこ中にはめ込んでしまえば良いというようなことです。市川市であれば市川高校の同窓会が活用できるのではないのかと思っています。

それから、「医療基金を収集・蓄積し運用・配分するシステム」、すなわち、医療「価値」に応じた価格設定をし、払える人にはその全額、あるいは、寄付ということでそれ以上払ってもらい、その増加した収入を貧富の格差是正のために使う「医療基金」としてプールするサブシステムです。

要するに膨大な財政赤字を抱えて貧乏な日本国政府は借金返済に当分忙しく、たとえ、景気が多少回復して歳入が増えたとしても、それは借金をより多く返済する方に回り、医療予算を増やすというように面倒見てくれる可能性はほとんどありません。従って、国の予

算を当てにするのではなく、医療に使うための基金としてプール出来るようにするという事です。この基金の仕組みは払える人からは高くいただくことによって基金を積み上げていきます。だから、お金の無い人は完全無料にすることが可能になります。お金持ちだけが得をするのではないのです。そういうことを十分議論しないで、混合診療をやれとか言ってもだめでしょう

この基金はどれ位必要かといいますと、多分数年で数兆円以上の所まで持っていくということだろうと思います。現在、医師にお礼として支払われている額が年間 5000 億円はくだらないという試算もありますから不可能ではないと思います。それでも運用益は現在の低金利の状況ではたいしたことはありません。従って、基金という性格ですが、一定量はフローとして毎年使えるという仕組みが必要でしょう。

三番目は「新たな公的機関によるADR等支援システム」です。今、多くの関係者が医療事故に対する司法介入のやり方の改善策として刑事裁判のみでない多様な紛争解決を図るべきだと考えていると思いますが、これは今議論されているADR (Alternative Dispute Resolution) という事で出来て来るでしょう。すでに地域ごとに草の根的に出来上がりつつあるようです。しかし、国がADRを法律的に固めると本当にADRが機能するのかという大きな疑問がいくつかあると思います。だから、本当に効果的に動くような仕組みというのを作らないといけません。それこそ、デザインなのです。それには何でも「お上」任せにしないで、医師自身が集団として自己規制をする仕組みを自発的に作るというのがいいのではないかと思います。

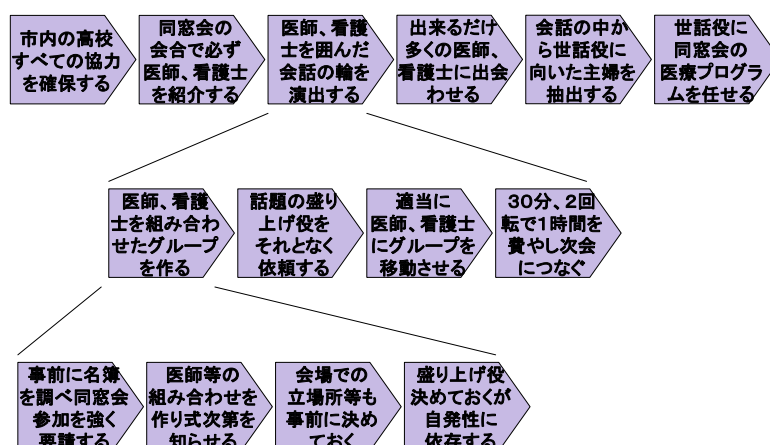
「官」と「民」という表現がありますが、それとは別に「公」という概念が独立してあるはずで、あまりみんな気がついていないのですが、最近まで貧しい発展途上国であった日本は効率の観点から「公」を「官」に任せたというのが本当のところでしょう。しかし、日本はすでに貧しい国ではないのですから、「官」にたよることなく、自分で自己規律の仕組みを作る試みをする、すなわち、自分たちで「公」を確立する時代ではないでしょうか。このような議論も色々なところで出始めています。医師のようなプロフェッショナルが率先して「公」的機関を確立することをやるべきでしょう。ちなみに「日本医師会」は私の定義するところの「公」ではなく、一般的に利益団体とか圧力団体といわれる職能団体でしかありません。

それから、これら三つのサブシステムの他に、このような新たな活動全体を支える基盤としてだけではなく、日常の患者とのやりとりを効果的にしていくためにも、先程述べたように医師のコミュニケーション能力を向上させるサブシステムも別途必要であるかもしれません。文科省はほとんど関心がないようですが、インフォームド・コンセントの効果をあげるためにはそれを患者の心理状態を理解しながら納得感のある形でつたえるためにコミュニケーション能力が伴っている必要があります。しかし、これは学問というような高級なものではなくスキルであり、医師は高度な訓練を受けているのだから、当然そのようなスキルなら身につけているはずだと考えているのか、その重要性の認識に欠けているよ

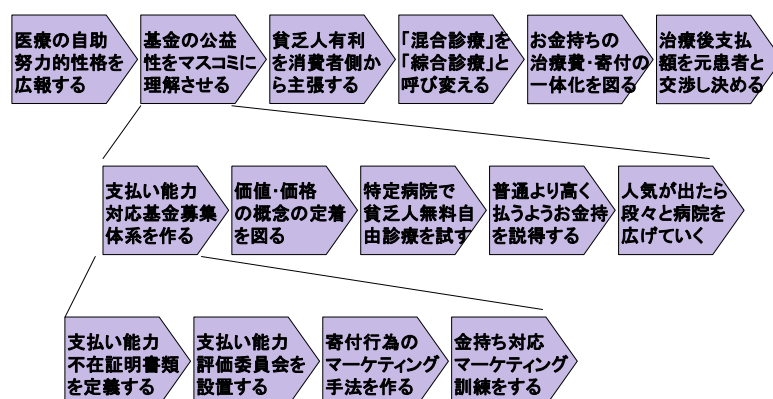
うです。しかし、医師を初めとしてあらゆるプロフェッショナルが体系的に訓練しきちっと身につけるべき重要なスキルなのです。

これまで述べたような、これらのサブシステムはサブサブシステムに分解され、それぞれ細かく具体的にどう行動すればいいかを示すステップを書き込んでいきます。

## 高校同窓会活用サブサブシステム



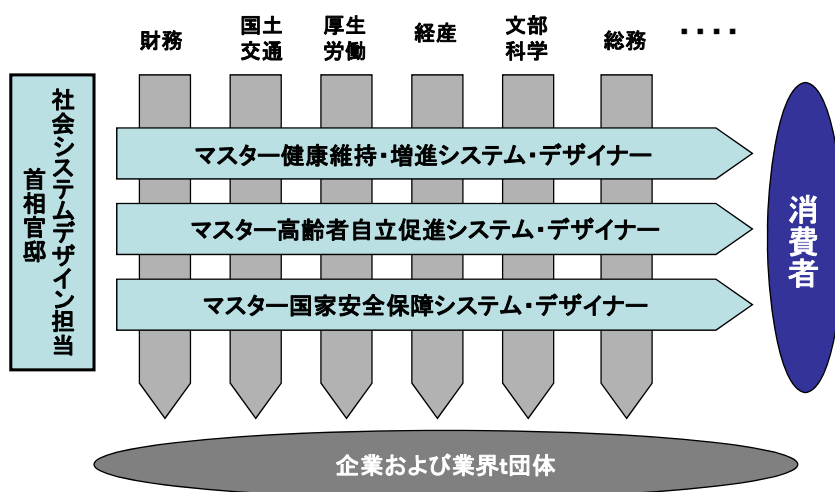
## 寄付行為を啓発し収集するサブサブシステム



「こんなことを喋っているのを聞いていてもやはり虚しいよな。お前はたかが引退した経営コンサルタントだろう、どれだけの力があるのだね」と皆様から言われそうな感じがし

ます。そのとおりかもしれません。だから、本来「社会システム・デザイナー」というのは、官僚の中から出てくるべきなのです。縦割り行政といわれる世界にいる官僚の中から視野が広く志があり、キャリア・リスクに少々「鈍感なタイプ」を35歳位からピックアップして40歳までに「社会システム・デザイン」の訓練したうえで首相官邸に医療・健康システム・デザイナーとして置きます。マスターという立派な名前を付けて、「マスター医療・健康システム・デザイナー」と呼ばれる人物とその人を支える20人程度のチームを置きます。彼のアカウントビリティの対象は消費者です。だから、消費者が価値を感じ満足するようなシステムをデザインし実行すれば、日本中主婦が「何々さんがマスター医療・健康システム・デザイナーなのよ」と言う位、次官などよりも余程顔が知れている人になるだろうということです。

## 「マスター社会システム・デザイナー」を創出、育成し、縦割り行政と対峙する形で配置する



26

大きな権限があるわけではなくて、縦割り省庁に同じような権限と年次の課長がいますから、省庁に横串を通すためにはそれら課長と全てネゴシエーションなのです。オーバーライドする権限はありません。あくまで大臣だけです。疲れながらも忍耐強く一生懸命やるだろうと思います。なぜかと言いますと、消費者が見ているからです。そういうことなのです。そのようなデザイナー・チームを、独立性を保つため、首相官邸に置きます。今すぐでも出来るはずで

なぜ民間人でなく官僚なのかと言いますと、官僚の持っている限界と、その中での細かい具体的な官僚の動かし方を知り尽くしているということで、官僚が良いだろうということです。要するに、逆に彼らをうまく使うのだということです。志を変えてもらうということです。そのためには「社会システム・デザイン」ということに関して、知識、技能、知恵の徹底訓練し、デザイナーとしての皮膚感覚を獲得させるということです。

言い換えれば、ことデザインに関しては「優秀なのに無能」という今の官僚の状況を抜出し、「優秀でかつ有能」にするということです。同年次の官僚と同等の権限だが、違うのは「社会システム・デザイナー」として消費者から発想した新たな「社会システム」を組み立てる志を持っていることです。ここでとても重要なことは、出身官庁に帰ることを原則不可とし雑念をなくさせることです。そして、まあ、5年くらいは同じポジションでやってもらう必要があるでしょう。

では、この後の彼らのキャリアは何ですかということですが、この「社会システム・デザイン」と「社会システム・デザイナー」の説明を各省庁から集まった課長クラスにしたら、「面白いです。やりたいです」と言われたのです。ところがある課長が「で、この後の私のキャリアはどうなるのですか？」と質問したので、私は「ありません。これであなたの官僚としてのキャリアは終わりです。日本中の主婦に顔が売れているのですから、民主党からでも立候補して下さい」といいました。このように、国民に幅広く成果を問い、個人的認知を得て官僚としてのキャリアは一旦完結するわけです。すなわち、この「社会システム・デザイナー」が官僚にとって次官志向でない多様なキャリア・パスの一つになるということです。

以上です。どうもありがとうございました。

## Q&A

Q 会場（鈴木寛：民主党参議院議員）私は、質問というのは早くサブシステムのあの表に穴を埋めていきましょうということだと思います。

A（横山）私が5時間説明するのにかかると言ったのは、民主党の議員の方々有志10人位に説明したのに5時間かけたわけです。その時、よく理解していただいて頭が良い人だなと思ったのですが、多少がっかりしたのは「これで政権が取れるのかな」と言っていたことです。政権を取るのか取らないかではなくて、こういうことを組み立てるといことです。要するに、自民党なのか民主党なのかそんなに差がないと皆思っているのですが、どちらが「超高齢化社会」を経営するシステムで、実現性のある良いものを先に出したかということ。そういう競争をしてもらいたいというように私は思います。

Q 会場（鈴木寛）そこも、政権を取るデザインすればいいんですよね。

A（横山）ナチュラルな結果として、自然な結果としてそうなるというようにしていただきたいです。

Q 会場（国立大学工学部准教授）大変貴重で面白い話をありがとうございます。こんなに明るい話をここで伺えるとは思っていませんでした。実は、私は昨年ビジネスチャンス

発見というタイトルで確かここでお話ししたと思うのですが、実はやりたいことというのは、去年お話したようなデータの可視化ということではなくて、社会のシステムとかそういういわゆるシステムがずっと循環的に良くなっていくようなそういう仕組みを作りたいなというのが一つのドリームです。そういうことをやろうとする時に、私個人のローカルな話に陥って申し訳ないのですが、ステークホルダーの声を集めてそれを私の専門的な話にすると、そこからシヒ変数を見つけるということが結構本質なのかなと思います。どんなシヒ変数かと言いますと、ステークホルダーというのは、いろんな島があってその間を何か結ぶような新しいシヒ変数というものを見つけていくと、シヒ変数はどんどん変わっていきますけど、恒常的に次から次へと見つけれられるようなプロセスを作ると、回っていくのだなというのが私のビジネスパートナー達とのコラボレーションの結果分かったことかなと思います。今ちょうど亀田総合病院さんとか、医科研の田中先生とかとコラボレーションさせていただいて、やっています。どうも、患者さんの発言はいくら堆積しても、あまりにも悲惨なのです。仰っているような夢のあるサイクルというのはなかなか描けないような気が実感として少しあります。ビジネスピープルであれば、お客さんの声を可視化するとかなり回っていきそうなコンセプトが取れてかなり出てきます。サイクルは回っていきまし、利益にも繋がっていきます。しかし、なかなか医療という場合に、それが難しいです。実は、仰っているお医者さんが、患者さんとコミュニケーションする能力にも掛かってくるのではないかと思います。要は、患者さんが明るい気持ちになって話が出るような場を作ってやっていかないといけないのかなという気がします。

A (横山) 患者も消費者ですから、私はいつも言うのですが、消費者は賢いけどイマジネーションはそんなに豊かではありません。だから、このグラム・シェルでワンプッシュ型の携帯電話が出て来るまでに、消費者は「パッと押すと開く携帯電話が欲しい。だから作ってくれ」とパナソニックに言ったわけではないのです。常に企業が仮説をして、これは良いということで作っているわけです。だから、いつも言いますのは「浜崎あゆみが出て来たら嬉しい」と言った高校生はいないよということです。出て来る前に「出て来てくれ」と言った人はいません。出てきてはじめていい悪いのという評価はできるのです。消費者は賢いけどイマジネーションは無いのです。だから、見せてやらなければいけません。そこが一番難しいと思います。

Q 会場 (国立大学工学部准教授) 何が言いたいのかと申し上げますと、結局スキルというのが必要だと思います。それは、おそらく今おっしゃった意味で患者さんに対してそれを求めるのはおもしろく極めて難しいと思います。そういうことは、医療者の方に例えば仰っているような意味でのイマジネーションであるとか、おそらくイマジネーションを育てるにはアナロジー思考に育っていると、わりと細々とした生きるレベルの教育ということがおそらく必要なのだとすれば、それは一体どこでやったら良いのかというのが私の最終



的な質問です。

A (横山) 皆、クリエイティビティとかイノベーションとおっしゃるけど、イノベーションはそんなに簡単に出て来ないし、そんなクリエイティブな人は世の中にはいません。ほとんどの人は、リソースフルなのです。要するに、いろんなことを知ってうまく整理し、記憶しておけばいいのです。この問題にはこれ、この問題にはこれというふうに答えをだしていくと「クリエイティブだね」と言われるだけです。要するに、誰かがすでにやっているわけです。

それから自分で勝手に無意識な世界で自己規制をしていることもあります。特に規制のきつい世界は、こういうことはやってはいけないという自己規制がものすごく無意識なレベルにあって発生しているのです。それを、何が無意識な自己規制なのかということ意識にのぼせることが必要です。私はコンサルタント時代、お上が規制を与えていないのに自己規制しているのを銀行で大量に見ました。誰もやれと言っていないことをやっているのです。いつからやっているかと言いますと、要するに 30 年、40 年前からで何故やり始めたのか覚えている人はもういません。

そういうことがあるので、無意識の自己規制をリストアップしてそれを外していくということをやると、パッと思考が広がります。こういうことを沢山調べて本を出版しているのはスタンフォードプレスです。もう、30 年程前に大量に創造性に関する本が出ていますから、もし興味があったら数冊は日本語に訳されています。日本語の本は魅力の無いタイトルでほとんど売れていませんから、絶版になっています。

私が良いと思ったのは、「コンセプチュアル・ブロック・バusting」という本です。要するに、自分でどういう所で自己規制をして思考を停止しているのかというのを、一般的にこの位ありますというのが書いてあります。それで、自分の世界はどれかなとやっていただけのだけで、かなり足しになります。

Q 会場 (国立大学工学部准教授) 分かりました。ありがとうございます。今の話は、お医者さんの卵である医学生ではなくて、私の所にいる工学部の学生達にも言えることだと思いますので、参考にさせていただきたいと思います。

(以上)