

平成 24・25 年度  
医療政策会議報告書

日本における社会保障のあり方  
～欧州の社会保障の比較・検証から～

平成 26 年 3 月

日本医師会医療政策会議



平成 26 年 3 月

日本医師会長

横倉 義武 殿

日本医師会医療政策会議

議 長 田中 滋

医療政策会議は平成 24 年 7 月 20 日開催の第 1 回会議において、横倉義武会長より「日本における社会保障のあり方～欧州の社会保障の比較・検証から～」について諮問を受けました。本会議では、この諮問を踏まえて平成 24・25 年度の 2 年にわたり、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 24・25 年度医療政策会議報告書として取りまとめましたので、ここに提出いたします。

## 医療政策会議委員

議長	田中	滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
副議長	大久保	吉修	神奈川県医師会長
委員	池田	琢哉	鹿児島県医師会長
委員	太田	照男	栃木県医師会長
委員	嘉数	研二	宮城県医師会長
委員	川島	龍一	兵庫県医師会長
委員	桐野	高明	国立病院機構理事長
委員	権丈	善一	慶應義塾大学商学部教授
委員	鶴谷	嘉武	群馬県医師会長 (平成 25 年 10 月 31 日退任)
委員	長瀬	清	北海道医師会長
委員	二木	立	日本福祉大学学長
委員	野中	博	東京都医師会長
委員	伯井	俊明	大阪府医師会長
委員	久野	梧郎	愛媛県医師会長
委員	柵木	充明	愛知県医師会長
委員	松田	峻一良	福岡県医師会長
委員	松田	晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

(五十音順)

## 小委員会 (報告書執筆担当)

議長	田中	滋
委員	権丈	善一
委員	松田	晋哉

(五十音順)

# 目次

はじめに .....	1
第1章 医療・介護の一体改革、2025年をめざして	
－医療専門職集団に求められているもの－（権丈 善一 委員） 4	
1. 「医療政策フィールド」のなかでの各国の位置と日本の特徴 …	6
2. 医療の経済特性と制度設計 .....	12
3. 医療とは QOL の維持・向上を目指すサービス .....	25
4. 患者側の意識とインセンティブ .....	27
5. 状態にふさわしい提供体制への改革と効率化の意味 .....	28
6. 職能集団の責務 .....	30
7. 医療職種の業務見直しと医師不足 .....	38
8. フリーアクセス .....	40
9. 国民健康保険の都道府県化と被用者保険のあり方 .....	44
10. 提供体制の再編とホールディング、そしてまちづくり …	50
11. QOL と QOD .....	53
12. 補論 .....	58
第2章 社会保障制度の本質機能－歴史から学ぶ－（田中 滋 議長） 60	
1. 社会保障制度の目的とは .....	60
2. 社会保障制度の始まり .....	62
3. 生活保障と社会保障 .....	70
4. おわりに .....	76
第3章 ヨーロッパにおける近年の医療制度改革の動向	
－イギリス・フランス・オランダを中心に－（松田 晋哉 委員） 77	
1. はじめに .....	77
2. 各国の医療制度の概要 .....	77
3. まとめ .....	107
おわりに .....	110

付録（講演録）

1. 停滞する日本；なぜ失敗したのか …………… 115
2. 欧州の医療制度改革の動向－フランスとオランダを中心に …………… 133
3. 在宅ケア・終末期ケアの経済分析と死亡場所の変遷  
—私の今までの研究と最新の実証研究の紹介を中心にして …………… 181
4. 医療の「見える化」で国民的合意形成を  
—医療崩壊からの再生途上にある英国に学ぶ …………… 193
5. 社会保障制度改革国民会議を取り巻く歴史的環境 …………… 231
6. 社会保障制度の歴史と意義 …………… 243
7. 公的医療のあり方  
—国立病院機構の現状から— …………… 261
8. 多職種協働プライマリ・ケア重視のオランダのケア提供体制  
—我が国における地域包括ケア提供体制充実に向けて …………… 287

## はじめに

「日本における社会保障のあり方～欧州の社会保障の比較・検証から～」という会長諮問に答えるべく、医療政策会議では2年間10回にわたり集中的な討議を行った。委員ならびに外部講師による欧州各国の歴史や現状に関する講演を受けて、毎回活発な質疑応答が繰り広げられた。そうした討議も踏まえ、かつ小委員会における会合での合意の下に、3名の委員が分担作業によって本報告の執筆を担当した。

社会保障制度の主要な淵源は、第2章で詳しく描かれているように、19世紀後半のドイツ帝国首相ビスマルクによって導入された、防貧を通ずる社会安寧政策である。突き詰めて言えば治安維持政策の一環とみなしてよい。当初の疾病保険（医療保険）は主に賃労働者層が対象となっていた。理由は、「防貧政策は労働者層における社会主義勢力の広がりに対する防止効果をもつ」との冷徹な政治判断に他ならない。

その後20世紀後半の経済的先進諸国においては、社会保障制度は安心感を与える、（都市住民か農漁村民かを問わない）普遍的なリスク対応の制度に変貌していった。別な角度から見れば、「基本的人権を守る」の役割も強調されるようになった。典型は、「尊厳ある自立支援」を条文に明記した日本の介護保険である。

さらに現代の医学・医療の発達とともに、社会保障制度に対し、患者支援に加え、医療・介護提供体制の維持発展費用を賄う機能も意識されるようになった。20世紀初頭と比べ、最近100年間に、同じ病床数であっても専門分化とともに従事者の種類と数が著しく増え、同時に建物・医薬品・医療機器・介護機器・ICTシステム・医療安全等に関するコストも比べ物にならないほど多額を要するようになった。社会保障制度は、日本では診療報酬・介護保障を通ずる事後的補填によって、その費用の多くを負担している。

こうした社会保障制度の基底に置かれた根本的な役割と、時代に合わせた変容の双方を意識した論稿により本報告は成り立っている。

第1章『医療・介護の一体改革、2025年をめざして—医療専門職集団に求められているもの—』は、2013年にまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告、ならびにその作成過程における委員の中核的な発言を紹介しながら、医療サービスの本質とそれにかかわる制度設計を論じた力作

である。

この章では、医療の経済特性が経済学の理論に即して説かれており、それが制度設計にどうつながるかが明らかとなる。また、医療の役割の変化について、「病気と共存しながら QOL の維持・向上をめざすこと」との国民会議の定義がいかにして誕生したかを把握できる。さらに今後の在り方をめぐり、患者・住民・医療専門職・医療保険関係者に広く問いかけがなされている。

第2章『社会保障制度の本質機能—歴史から学ぶ—』は、欧州における社会保障制度の始まりの背景となった、資本主義経済の発達および工場労働者・熟練工の増大と、一国統治の上位目標としての「富国強兵策」との関係にページを割いた論稿である。社会保障制度は、文明にとって自然発生的な社会システムと言える軍隊や医療とは違い、新しくかつ人為的なものとの説明が行われ、その機能の理解が浸透していないアメリカ合衆国の近年の状況についても解説が示されている。

第3章『ヨーロッパにおける近年の医療制度改革の動向—イギリス・フランス・オランダを中心に—』は、「社会の高齢化と低経済成長下において医療保障制度をいかに持続可能なものとしていくか」という先進国共通の課題を取り上げている。まさに会長諮問に対する直接の回答と言ってよい。イギリス・フランス・オランダ三国の医療制度の概要、また近年の改革とそれが必要となった理由、そして改革の影響の分析が示された、豊富な情報量を誇る論述である。

この3つの章を読むにあたって、医療保障制度を含む社会保障制度の働きの中心を改めて提示しておこう。その働きとは、人々が安心して暮らしていくための「防波堤」に近い。この防波堤をどのくらいの高さにするかは、社会保険料や社会保障に充てる税金を負担する住民の意思と能力によって決まる。防波堤を高くするなら税・社会保障負担を引き上げる必要があるし、税・社会保障負担を少なくするのであれば、低い防波堤しか維持できない。

われわれは、人々が安定した生活を送れる仕組み（高い防波堤）を設けておくことによって、安心して国際競争に立ち向かったり、地元経済の活性化に貢献したり、子どもの教育にあたることができるようになるとの立場をとる。地縁血縁が薄れた現代社会にあっては、時の為政者の思想によって安易に左右すべき性質のものではない。堤防を好みによって崩したり作ったりするような改変が意味をなさないことと全く同じである。





# 第1章 医療・介護の一体改革、2025年をめざして

—医療専門職集団に求められているもの—

執筆担当者 権丈 善一 委員

医療は、ここ10年で、大きく変わることが期待されている。しかしながら、誰も経験したことのない、極めてハードルの高いまったくの未知の世界に、この国の医療が進むことを期待されているわけではない。求められている未来は、次のように当たり前の世界でしかない。

『社会保障制度改革国民会議報告書』32頁  
自らの健康状態をよく把握した身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制を構築

『社会保障制度改革国民会議報告書』35頁  
医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない…

今でも、一部の地域では実現されているであろうし、医療のあるべき姿と言えば、当然すぎるほどに自然の姿ではなかろうか。

こうした求められている医療を一言で表すとすれば、「地域医療」ということになるであろうし、この地域医療については、日本医師会は、一貫して、「再興」という言葉を用いている。その意味は、めざすべき医療の姿、理想の医師と患者の関係は、実は、かつてこの国にあったものであり、それを再び興そうではないかということであろう。

昔から、そして今でも——つまり、制度による支援体制が準備されておらず、自己犠牲的、献身的に汗をかきながら——地域医療に取り組んでいる医師は少なからずいる。そういう人たちは、往々にして、代々医業に携わる家系の人であったりと、彼らの理想は、父や祖父が地域住民との間に築いていた人間関係であったりする。日本医師会が掲げる目標「地域医療の再興」というのは、今、50代、60代の医療界のリーダーたちの記憶にはまだ残っている、かつての医師と患者との信頼のある関係を取り戻そうではないか、それは決して無理な話ではないという意味が込められている

と思っている。そして私は、講演などで地域医療の再興の重要性を話すのであるが、その時、父親が、時には皆保険以前に医師をやっていた祖父が、患者と共に生きていた地域の姿をイメージできる人の方が、私の話をよく理解してくれる。ゆえに、医療界には、代々医業に携わってきたという人が多いことは、この国がこれから果たすべき医療改革を実行するためのひとつの資産だとカウントしている。

医師が、かつてこの国であった患者との関係を取り戻すとしても、今の医療は専門分化しており、医師と患者が一对一の関係を築くことには無理があるかもしれない、そこは、総合診療医の養成と並行して、チーム医療で対応してもらえればということが期待されている。

『社会保障制度改革国民会議』 31 頁

「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

もちろん、そのような医師の養成と並行して、自らの健康状態をよく把握した身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制を構築していく必要がある。これに合わせて、医療職種の職務の見直しを行うとともに、チーム医療の確立を図ることが重要である。

チーム医療については、医療ガバナンスの観点からも、医師と患者が一对一の閉ざされた関係であるよりも望ましい医療の在り方としても求められるところであろう。

2013年8月6日に、『社会保障制度改革国民会議——確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋』が総理に手交された。この報告書の中には、これまでの政府の報告書にはない、いくつもの特徴がある。たとえば、医療を「QOLの維持・向上」と定義したり、これまで「いつでも、誰でも、どこでも」と解釈されがちであったフリーアクセスを「必要な時に必要な医療を」という意味に再定義したり、専門職集団の責務を明確に記したり、QOLと並んで、QOD（Quality of Death）の話が書かれていたりする。

こうした報告書の特徴およびその全体的なビジョンの意味を理解してもらうためには、この報告書が生まれてくる背景となっている、日本の医療が他国と比べて特徴を持つに至る歴史的経緯などをおさえてもらわなければならない。またそれにとどまらず、医療というサービスが、普通の財・サービスと同じように簡単に市場にのり、市場にのった医療は普通の財・サービスと同様、経済学が予測するいくつかの望ましい結果をもたらすと

思える人たちには、医療が持つ、通常の財・サービスとは異なる経済特性なども視野に入れてもらわなければならない。医療を、完全情報、予測可能性等の仮定を置いたファースト・ベスト（最善）の経済学、これは新古典派の経済学と近似するのであるが、そうした経済学が想定する財・サービスと同等とみなす人たちが考える医療の制度設計は、往々にして彼らの期待とは異なる帰結、たとえば、公的医療費の抑制を期待して医療を市場に任せる割合を大きくすると、かえって公的医療費が上昇するというような帰結をもたらすことになる。

そこで先ず本稿では、日本の医療がどのような特徴をもっているのかを、国際的かつ歴史的視野の中で観察し、続いて、通常の経済学とは異なり、医療経済学の中では医療がどのような特性を持つサービスとして位置づけられているのか、つまり医療というサービスが、標準的な経済学の教科書で紹介される市場の世界とはどの程度の距離があるのかを紹介する。その後、『社会保障制度改革国民会議報告書』が、いかなる議論を経て生まれていくのかを紹介していこうと思う。

## 1. 「医療政策フィールド」のなかでの各国の位置と日本の特徴

随分と前に、次のようなことを考えていたようである。

各国の1人当たり医療費は、主に、1人当たり所得水準で決まり、所得と高齢化を説明変数とする1人当たり医療費関数を推計すれば、高齢化の有意性は失われる。そこで、1990年当時のOECD加盟国24カ国から外れ値と判定されたトルコを除いた23カ国の1960～99年プールデータを用いて、所得と年次ダミーを変数とする1人当たり医療費関数を推計して、所得から予測される医療費を算出する。そして、各国で実際に観察される実質1人当たり医療費を医療費の予測値で除した医療費水準指数の1960年、1970年、1980年、1990年、1998年の5カ年分を縦軸にとり、横軸には各年次の総医療費に占める公費負担割合をとって、これを医療政策フィールドと名付ける。

こうした医療政策フィールドを作ったのは、次の理由による。

各国の医療費の水準に、医療費の公費負担の割合を複合することにより、医療費の水準と医療制度のもつ平等性とをセットにした医療の政策フィールドという座標平面を作ってみる。なおここでは、医療の平等性を、階層性のない医療消費と定義しておこう。すなわ

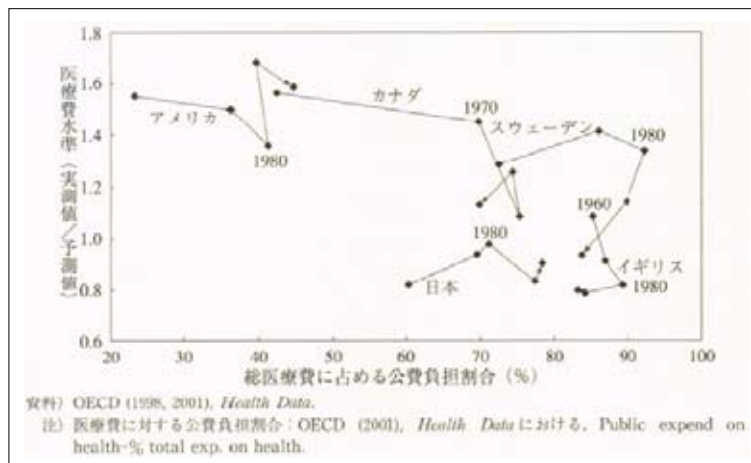
ち、所得に応じた医療の階層消費が生じ、低所得者と高所得者との医療内容に差がでる医療制度を不平等とみなすのである。この平等概念の逆指標として公費負担割合を用いることにする。総医療費に占める公費負担割合が低いと、私保険を通じた私費診療部分が大きいと考えることができ、その私保険の購入量は家計所得に依存するため、公費負担割合は階層消費の逆指標とみなすことができるからである。そこで、横軸に総医療費に占める公費負担割合(平等座標)と、縦軸に医療費関数による予測値に対する実測値の比率をとって、これを医療の政策フィールドとみなすことにする。

権丈 (2005 [初版2001]) 217 頁

この医療政策フィールド上に主要国をプロットしたものが、次の図表1となる。

図表1の縦軸の読み方は、次のようになる。

図表1 医療政策フィールドと各国特性



権丈 (2005 [初版2001]) 218頁

推計された予測値を、各国各年次の所得に相応する(国際)標準医療費と呼ぶことにしよう。……1999年のアメリカは、標準医療費と比べて1人当たり医療費は63%も高く、1998年の日本は標準医療費に比べて約10%低いと読む。さらに1998年には、アメリカは日本よりも約1.7倍程(1.59/0.91)医療費が高いと読んでもよい。アメリカ、カナダは、所得で予測される標準医療費よりも多く医療を消費しつづけ、逆に日本、イギリスは、少なく消費しつづけてきた。

権丈 (2005 [初版2001]) 216-7 頁

そして、当時の私に見えた観察事項は、次のようなものであった。

まずアメリカは、実に特異な動きを示している。この国は、総医療費に占める公費負担割合が極端に低く、医療消費の平等性が異常に低い。また、これ——総医療費に占める公費負担割合が低いという事実——を原因として、医療供給の行動を公共がコントロールする術もなく、医療費の野放図な膨張を許してしまっている。まさに「アメリカから医療政策を学ぼうとすることは、タイタニックの乗組員から操船術を学ぶようなものである<sup>1</sup>」。1990～98年にかけて、若干、医療費水準〔実測値／所得によって予測される医療費〕が低下してきているように見えるが、この時期のアメリカの好景気による所得の大幅な伸びによるものである。カナダは1960年代、アメリカと同じグループに属しており、強い階層性をもつ医療制度を選択していた。しかし、その後、カナダはアメリカとは異なる制度選択を行い、総医療費に占める公費負担割合を大幅に拡大し、医療政策の支配権を公共がにぎることになる。その結果、医療消費の平等性を実現しつつ、医療費の水準を西欧諸国の水準にまでコントロールすることに成功している。

権丈 (2005〔初版2001〕) 217-8頁

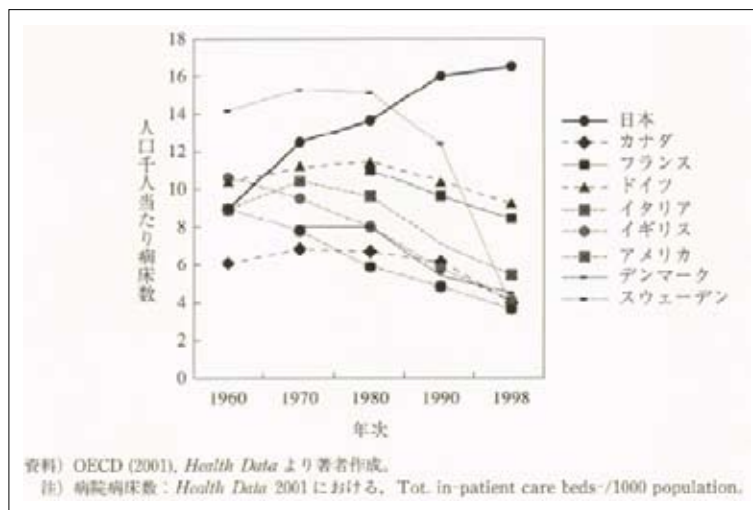
この文章を書いた7年ほど後の2007年に、映画『SiCKO』が製作された。あの映画の中で、カナダが、かつてのアメリカと同じく国民全般を対象とした公的医療保障制度を持たない国から、1962年にサスカチュワン州ではじまる医療保障制度が全国的に広まっていく様子が描かれていた。その時のリーダーが2004年にカナダ放送協会（CBC）が実施した「最も偉大なカナダ人」アンケートで一位になるトニー・ダグラス（サスカチュワン州知事1944～61年）であったということも『SiCKO』で紹介されていた。トニー・ダグラスがリードしたカナダの政策の動きが、「医療政策フィールド」の中の大きな右下方への移動、すなわち公費負担割合の拡大と低医療費の実現として描かれているわけである。続いて…

スウェーデンも、医療費の抑制をはかった姿を、医療の政策フィールドからうかがい知ることができる。その手段は、次の図表2にみるように1982年の社会サービス法施行の頃から、病院病床を急激

<sup>1</sup>Ranade, Wed (1998), p.1.

に減らす道を選択し、老人「医療」部門を老人「介護」部門に転換する政策を進めることによるものであった。

図表2 人口千人当たり病院病床数の推移 (G7とデンマーク、スウェーデン)



ここで日本はどうであろうか。この国は、1960年代に福祉後進国としてスタートし、1960年から1980年までは、医療消費の平等性と医療費の水準を順調に高めつづけてきた。しかし、1980年代に入ると、日本は、医療費の水準が、なお他国と比べて低い水準にありながら、その上昇傾向を停止した。ところで、1998年の日本の医療費の水準は、スウェーデン、イギリスと並んで、比較対象の国々よりも低い水準にある。だが、スウェーデン、イギリスは、図表2の病院病床数の推移から知ることができるように、1980年代に入ると医療の範囲を全面的に見直して、病院病床数を急激に減少させている。そして〈医療部門〉を〈介護部門〉に転換することに成功しながら、医療費の抑制をはかっていった。これとは対照的に、1980年代の日本では病床数の増加を許してしまい、〈医療部門〉の拡張、つまり病院での入院患者数の増加が一層進んだ。そうしたなかで、医療費の水準が引き下げられ固定されてきたのは、他の先進諸国の動向と比べて、ひとり特徴的な動きと言えるであろう。

権丈 (2005 [初版2001]) 218-9 頁

この続きが書いてあるのが、2012年8月6日にまとめられた「社会保

障制度改革国民会議」の報告書である。この報告書の医療介護分野の出だしは、次の文章からはじまる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 21—22 頁

Ⅱ 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(1) 改革が求められる背景

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL（Quality of Life）の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

1970年代、1980年代を迎えた欧州のいくつかの国では、主たる患者が高齢者になってもなお医療が「病院完結型」であったことから、医療ニーズと提供体制の間に大きなミスマッチのあることが認識されていた。そしてその後、病院病床数を削減する方向に向かい、医療と介護がQOLの維持改善という同じ目標を掲げた医療福祉システムの構築に進んでいった。

…

医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない<sup>2</sup>。ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなか



できなかったのである。

もっとも、日本の医療提供体制は市場に依存してきたゆえ、日本の医療機関は経営努力を重ね、WHO やランセットが高く評価する医療システムを築いてきた。

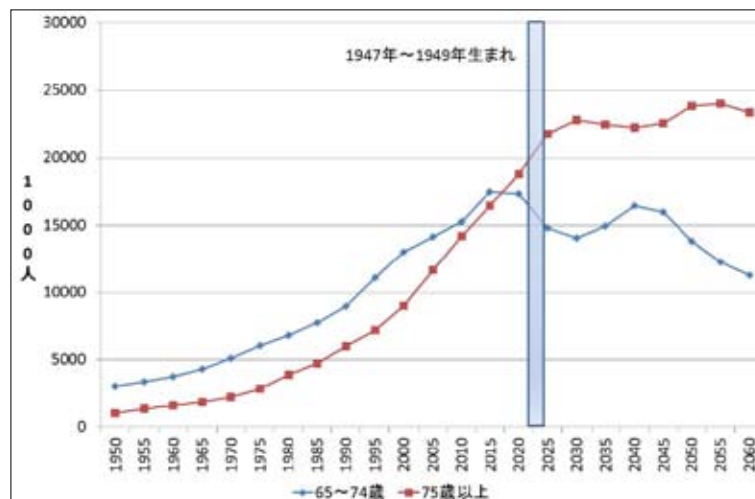
『社会保障制度改革国民会議報告書』23 頁

一方、医療における質的な需給のミスマッチが続いてきたとは言え、日本の医療費の対 GDP 比は、現在、OECD 諸国の中では中位にあり、世界一の高齢化水準を鑑みれば、決して高い水準にあるとは言えない。日本のような皆保険の下では、価格交渉の場が集権化され、支払側が供給側と比較的強い交渉力を持つことが、医療単価のコントロールに資してきた。こうした中、日本の医療機関は相当の経営努力を重ねてきており、国民皆保険制度、フリーアクセスなどと相まって、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたと言える。

「社会保障制度改革国民会議」の報告書中で示されている改革の方向性は、経営努力を行う民間の医療機関を持つという長所を生かしながら、先に示した「他の先進諸国の動向と比べて、ひとり特徴的な動き」を見直して、医療と介護を一体的に行う改革である。その目標年は、1947 年から 1949 年に生まれた第 1 次ベビーブーム世代、いわゆる団塊の世代が 75 歳という後期高齢期に達し終える 2025 年とされている（図表 3、4）。後期高齢期、すなわち 75 歳以上になると医療介護のニーズが急増し、しかも、第 1 次ベビーブーム世代が後期高齢者になるあたり以降は、この国の医療介護ニーズの絶対量は安定的に推移するため、まずは、2025 年を目途として、医療介護の提供体制の整備を図っていこうということである。

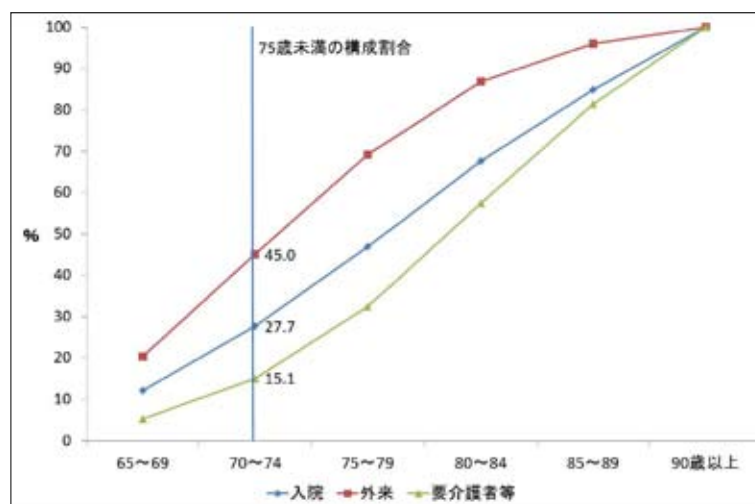
<sup>2</sup> 「公立の医療施設は全体のわずか 14%、病床で 22%」という文章があるが、これは、文中にも書いているように「国や自治体などの医療施設」であって、日赤、済生会、厚生連などの準公立の公的病院はカウントしてない。

図表3 後期高齢者と前期高齢者の推移



『国勢調査』各年版、将来推計人口

図表4 65歳以上年齢階級別にみた入院患者、外来患者、要介護者等の構成割合



『平成 22 年国民生活基礎調査』、『平成 23 年患者調査』

## 2. 医療の経済特性と制度設計<sup>3</sup>

医療の世界では、通常の経済領域では考えられないことが起こりうる。以前、次のような話を書いたことがある。

たとえばわれわれは、みかんを買いたいと思って果物屋にでかけ、そこで店主が、「あなたの欲しいものはみかんではなくメロンです」

<sup>3</sup> 「医療の経済特性と制度設計」の内容は、権丈（2005〔初版 2001〕）第 2 章「制度は経済学としての医療経済学」第 5 章「再分配政策として医療政策」および権丈（2006）第 1 章「医療経済学の潮流—新古典派医療経済学と制度は医療経済学」第 2 章「総医療費水準の国際比較と決定因子をめぐる論点と実証研究」第 3 章「医療保険制度の課題と将来」に負っている。本稿の論考に関する詳細や参考文献については、権丈（2005〔初版 2001〕）、権丈（2006）を参照されたい。

と言われたとき、「メロンですか。てっきりみかんだと思っていました。ありがとうございます」というような反応を示すであろうか。医療では、風邪だと思って病院を訪れ、そこで医師から「風邪ではなく肺炎です」と言われれば、思わず「肺炎ですか。てっきり風邪だと思っていました。おかげさまで助かりました」という状況になりかねない。

権丈 (2006) 33 頁

医療は、経済学が想定する一般市場モデルと比べると、需給者間の情報の非対称性・診療効果というアウトカム（成果）の不確実性・サービスの個別性＝属人性などの特性を強く持つ。ゆえに、医療保障制度などがない自然状態にあっては、医師と患者が医療の取引を行う際に必要となる取引費用が相当に高くなってしまう。

医療には市場の力を活用すれば問題の多くが解決すると考えている人たちの論は、医療においても経済学的な「市場」が成立しうると考えているようである。しかし、「市場」でなされる取引が消費者にとって望ましい結果をもたらすためには、経済学的には取引費用、すなわち「模索と情報の費用、交渉と意思決定の費用、監視と強制の費用」を積極的に負担して「市場」が整備される必要がある。だが改革論者たちの言う、医療の取引を市場取引に近づけて行こうという改革が、はたしてわれわれが陰に陽に負担しなければならない有形無形の取引費用に見合うだけの便益をもたらしてくれるとは限らない。費用はかかった、しかしその費用増加は管理費などの取引費用の上昇のせいであり、医療そのものの改善は、改革論者たちの期待したようには進まなかった。そして困ったことに、彼らの言う改革の過程で、医療利用の不平等は確実に拡大し、しかも時が経つにつれて、医療費の増嵩傾向が拡大していった、その費用負担を、皮肉なことに、公的医療保険の負担軽減をねらって医療の市場化を推し進めた民間企業が担う羽目になるという結果になりかねないのである。

もっとも今日の医療制度は、いくつもの問題を抱えてはいる。しかしその問題を解決する方向性として、市場メカニズムの導入——この方向で現状の制度を改革しようとするれば確実に取引費用は高まる——一点張りの改革ばかりではなく、後述するように、他の道を模索する方向もあって良い。

また、医療の経済特性ゆえに、医療には、どうしても、患者、医師の双方から大病院指向が生まれる。その理由については、以前、次のような説明を行っている。

医療には、通常の財・サービスとは距離を持つ経済特性、すなわち需給

者間の情報の非対称性・不確実性・サービスの個別性＝属人性などの特性があることは先に述べた。こうした特性のうち情報の非対称性については、医療経済学の古典、アローによる 1963 年論文ですでに強調されているように、〈医療サービスの購入の結果に対する知識の格差〉が事後にわたっても継続することを想定した方がよい。

ところが、サービス購入の事後においても供給者に情報が偏在するという想定のもとでは、この市場でも競争市場のメカニズムは機能するという論者が前提とする期待効用理論——不確実性が存在する状況における効用理論——が成立するための必要条件はみたされなくなる。期待効用理論では、消費者はある複数の状態の“結果”から効用を得る——これは、結果効用 (outcome utility) と呼ばれている——ことを前提とする。だが、この前提が成立するためには、反事実的条件文 (the counterfactual) [それが獲得されないのであれば状況がどうなるかという判断材料] の成立が必要となる。しかしながら、消費者によるサービス購入の事後にあっても供給者に情報が偏在し、消費者がその情報をもつことができないモデルには、期待効用理論を用いることはできない。これに代わって、医療のように反事実的条件文が欠如する場合の効用理論として、患者が医師に意思決定権を委ねる過程そのものから効用を得るという、過程効用 (process utility) の前提を提唱されている。

過程効用の理解はさほど難しいものではない。例として、伊丹十三監督の映画「お葬式」のワンシーンを考えてみよう。そこには、他界した老人を偲ぶ場で、菅井きん演じる喪主が「やることは一応全部やってもらいました」と語る。医療サービスがもたらす効用は、まさにそういうものなのだ、というのが過程効用の意味である。

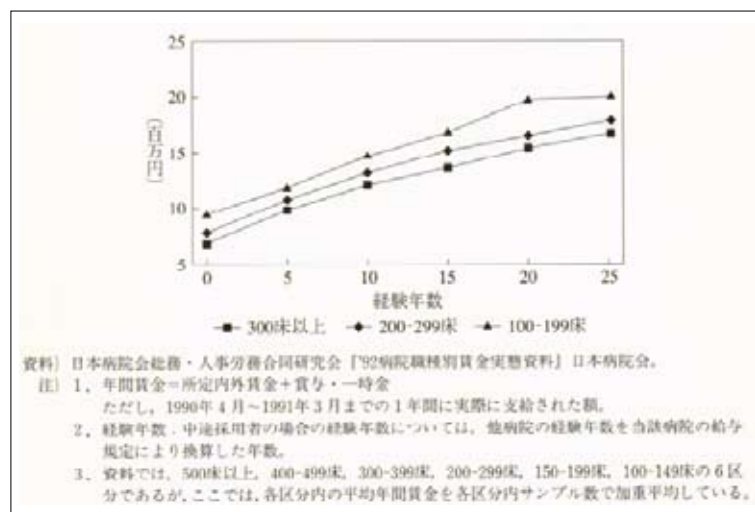
こうした需給者間の情報の非対称性という特性に加えて、医療サービスには不確実性があるという通念のなかで消費者が危険回避的な行動をとり、しかも彼らが過程効用を得るのであれば、医療の消費者は、先端医療機器の整備度、または病院の規模の大きさ、それに医療機関の知名度、さらには医療機関が有名な医療機関と提携関係にあることなどをもとに医療機関選択を行うことになる。なぜならば、〈過程効用〉にとっては、消費行動の結果のいかんを問わず、医療機関に対する威光と信望の度合いそのものが重要となるからである。

さらに言えば、このとき、医療供給者には価格競争を展開させる誘因はほとんどない。むしろ、表面的には、早くから指摘されていたように、医療サービス市場では〈威信財〉にみられる経済特性——価格が高いほど需要が増える、右上がりの需要曲線が得られるという特性——を帯びること

にもなる。この特性は、ヴェブレン財とも呼ばれる特性であるのだが、こうした特性ゆえに、各医療機関は、患者を獲得するために、医療機関の重装備化・大規模化の誘因を強く意識して、いわば〈威信獲得競争〉を展開することになる。

一方、医療供給機関が、威信獲得競争を展開する誘因をもたらすのは、なにも、消費者サイドの理由からのみではない。医師は、医科大学において長期にわたる学園生活を共有し、技術の習得とともに、専門職・研究者としてのアイデンティティと行動規範を確立する。こうして医師は、専門家・研究者としてのアイデンティティにもとづき、自分のスキルをできるだけ発揮できる職場環境で働くことに強いウェイトをおいた選好をもつようになる。これは専門職という職業人に共通にみられる選好である。この選好ゆえに、医師の場合は、専門家・研究者としてのアイデンティティにもとづき、重篤で急性の患者が集まり、大規模かつ重装備の病院が選好されることになる。それゆえに、医師の病床規模別賃金格差は、大規模病院になるにつれて賃金が低下していくという、一般の雇用労働者のそれと比べると特異な性格をもつことになる（図表5）。

図表5 医師の病床規模別賃金格差



権丈（2005〔初版2001〕）109頁

こうした医師の規模別賃金格差にみられる特性から、医療機関の設備投資は医師への賃金支払い、もしくは福利厚生と等しい意味をもつとみなすこともできる。医師の選好を視野に入れて、患者の大病院指向という現象と考えあわせてみると、病院経営は、患者を獲得するためにも、また、高いスキルをもつ医師を惹きつけて、雇用されているひとりひとりの医師たちのモラルを高めるためにも、より高度な医療を提供することができる人的および物的資本の整備を意識した〈威信獲得行動〉という社会経済行動をとると考えられる。

病院経営の〈威信獲得行動〉に類した社会経済行動については、すでに40年ほど前にLee (1971) で論じられている。彼の仮説はまず、病院経営者の選好は相互依存的なものであることを前提とする。そして病院経営者には、所得というよりもステータスに関連づけられた効用の極大化行動をとることが想定される。さらに病院経営者のステータスは、彼が属する病院で行うことができる診療行為の多様性、量の多さ、複雑性によって得られるものと仮定される。具体的には、カバーしている診療行為の範囲、高価でありしかも高度に専門化された医療機器の整備度と、医師を含む医療マンパワーの充実度などが、病院経営者のステータスを高めることになると仮定される。

この仮説を提示したリーは、病院の生産関数は利潤極大化行動の仮定から導きだされる生産関数とは異なることを強調する。そしてここにも登場してくるヴェブレンの概念にならって、病院経営者の効用極大化行動の仮定から導きだされる病院の生産関数を、〈誇示的生产関数〉と呼ぶ。この誇示的生产関数をもつ医療機関は、利潤の極大化のためではなく、経営者の自尊心を満足させるための競争の場におかれている。こうした競争のもとでの病院経営では、費用極小化は省みられず、病院経営者の職場である病院のステータスを高めることにつながる診療行為、設備投資、そして医療マンパワーの採用が行われる。

先にも論じたように、医療がもつ、需給者間の情報の非対称性、不確実性、および個別性を考慮すれば、医療で競争が激化した場合に、価格競争が展開される可能性はほとんどない。ところが、医療を通常の財・サービスと同様にみて、医療で競争が起こると、価格競争が展開される結果、医療費が減ると考える人たちがいるのが不思議である。

「利潤＝収入マイナス支出」である。医療のように情報問題が深刻である財・サービスと異なり、この問題を見做すことが許される普通の財・サービスの場合には、需要という確固たる供給者行動の制約条件が存在すると仮定してもさほど問題はなく、その場合には、収入の増加という企業の経営戦略のひとつは、強く足枷を科されることになる。よって競争の激化は、経営の重心を支出の削減に向かわせることになる。ところが医療の場合には、収入の増加を図ろうと思えば、技術的にはさほど難しいことなく、医師の職業倫理という自己規制がなければ、実は相当のことができると言ってもよい。しばしばそうした医療行為に走る医師が摘発されることもあるが、そうした行為の露見はかなりの犠牲者が出た後であるということ自体が問題の深刻さを示しているのである。

他にも医療政策論議で不思議にみえることがある。経済学者の多くは、医療の情報問題を、供給者が消費者の情報を正確に把握できないゆえに市場が失敗するという、逆選択の問題に焦点を当てる傾向がある。しかし、あのアメリカ——医療保障を市場に任せるといふ社会実験をしてきているアメリカ——の状況などを観察すれば分かるように、医療を市場に任せることによる顕著な問題は、逆選択ではなく、まさに逆選択とは反対の〈順選択〉、すなわち、保険者や医療機関が被保険者や患者を選択するという問題なのである。保険者や医療機関の順選択が、〈クリーム・スキミング〉と呼ばれる現象であり、そこでは、病弱な者は収益性の低いバッドリスクとして切り捨てられるおそれがある。

competition の訳に〈競争〉という言葉をあてたのは、福澤諭吉である。福澤が訳語を考え出した当初は、〈競争〉に〈争〉の語が含まれていたために、「争い事とは何事か」と批判されたようではあるが、（経済学の普及のおかげもあってか）今や、〈競争〉は望ましい意味をもつ言葉として、世の中では用いられている。しかしながら、医療における競争は、初歩的な経済学教科書が教えるような意味での望ましが保障されるとは限らない。つまり「専門情報を司る職業」の最たる医療の世界では、「悪貨が良貨を駆逐する」——グレシャムの法則や、「良い人よりも悪い人が選ばれる」——古代ギリシアの劇作家アリストパネスの台詞が、悲しいかな実によくあてはまってしまいそうなのである。

教科書に書いてある経済学の世界から、外生的に与えられる需要の存在を取り除いてしまうと、経済学の論理体系の一切がなくなってしまう、研究者にはほとんどゼロからの思考が強いられることになる。ここで言うべきおきたいことはひとつ。普通の財・サービスにおいても、厳密に言えば供給者の意思決定と独立した需要が存在するわけではないのであるが、その影響は比較的小さいために政策論議のなかで捨象しても許されるのかもしれない。しかしながら、医療で同じことをやると、許されざる虚構の世界での議論に陥ってしまうということである。

さて、問題は、市場理論の展開に必須の存在である需要を定義することが難しい状況においては、どのようにして望ましい制度をデザインするかということである。神聖不可侵視されている需要の存在に疑問を投げかけ、需要をあてにできない場合の経済制度のあり方について、先に登場した制度派経済学の創始者ヴェブレンは専門技術者の役割に期待し、さらにヴェブレンをアメリカが生んだ最高の経済学者とみなすガルブレイスはテ

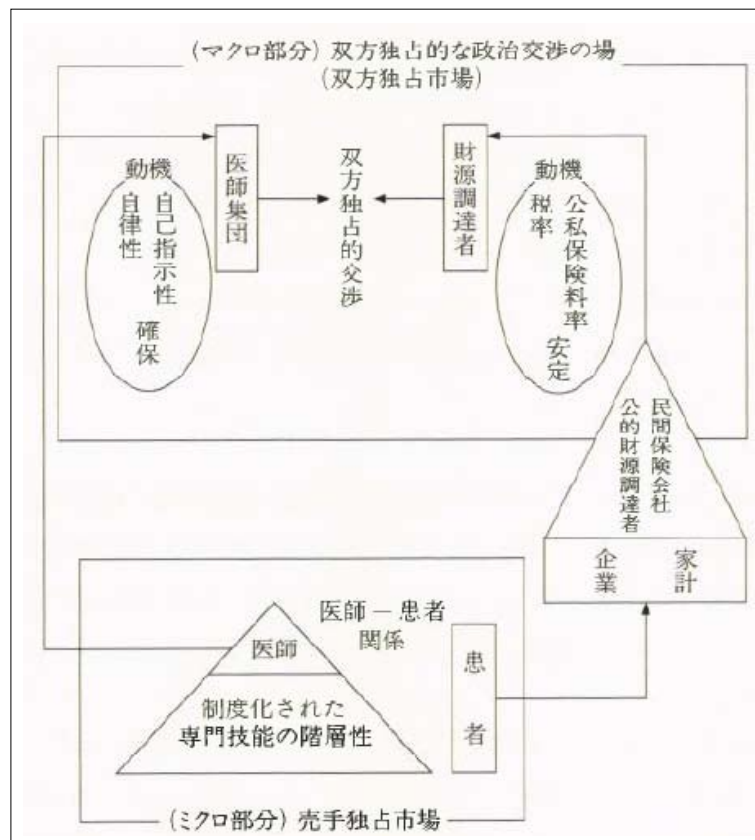
クノクラートの役割の重要性を言う。こうした論を敷衍すれば医療の場合には、医師をはじめとした専門家集団の役割に期待せざるを得なくなるということになろう。このことは、医療経済学の碩学フュックスの次の論と符合する。

「多くの政策アナリストは専門職規範を不当にも無視し、市場と政府規制のどちらが利益があるかという論争に明け暮れてきた。医療技術が複雑でダイナミックな特性を持つこと、および患者の医師受診の多くが極めて個人的かつ情緒的側面を持つことを考慮すると、競争と規制のどちらも、あるいは両者の混合も、医療の社会的規制のための適切な基礎とはなりえない。私は専門職規範が決定的に重要な第3の要素だと考えている。」

Fuchs (2000), p.147. [邦訳 (2000), p.95]

さて、これまで論じてきた医療の経済特性を考慮しながら、現存する医療政策の制度的枠組みをまとめてみよう (図表6)。概念的には医療制度は、医師と患者が相対する「売手独占市場」というミクロ部分と、医師集団と財源調達者が相対する「双方独占的な政治交渉の場 (双方独占市場)」

図表6 医療政策の制度的枠組み



権丈 (2006) 86頁



というマクロ部分から構成される。

ミクロ・レベルで医師と患者が相対する医療サービス市場を「売手独占市場」と呼ぶのは、医療サービスの物理的技術特性——何度も言うように、医療供給が提供するサービスが受給者間の情報の非対称性、診療効果というアウトカム（成果）の不確実性、個別性＝属人性などの性質——ゆえに、この市場が売手独占市場の性質を本質的に備えているからである。こうした医師——患者関係ゆえに、日常の診療の場では、供給者と需要者との間での双方が要求を牽制しあう関係とは、似ても似つかぬものとなっている。

医療政策の制度的枠組みのなかでは、医師がもつ市場支配力への牽制力は財源調達者が備えることになり、医師集団——財源調達者との間での関係は、「双方独占的な政治交渉の場（双方独占市場）」と呼ばれ性質を帯びる。すなわち、医療政策の支配権をめぐる医師集団と財源調達者との間の拮抗関係という形で、医師集団の市場支配力は調整されることになる。この点、アメリカのように全国民に対する医療保障制度をもたず、したがって、総医療費に占める公的医療費の割合が低い国では、「双方独占的な政治交渉の場（双方独占市場）」の役割が小さくなり、結果、医療提供者集団の市場支配力が強くなって、医療費のコントロールが難しくなる。そうした状況下、アメリカでは、民間保険が医療提供を直接コントロールする動きが出てくるのであるが、医療費の長期趨勢を見る限り、民間医療保険による総医療費の抑制効果は低い。もっとも、民間医療保険は保険料収入そのものの増加は大いにウェルカムであり、民間保険会社の主な関心は利潤のマイナス項目である保険金の支払——アメリカの医療保険会社の言うところの Medical Loss（医療損失）——の極小化にある。アメリカの民間医療保険の医療損失率（＝医療損失額／保険料収入×100）は平均81%程度といわれ、公的医療保険（高齢者医療保険「メディケア」）の医療損失98%と比べてはるかに小さい<sup>4</sup>。つまりはその分、付加保険料——保険会社が事業を運営するために必要とするコスト——が高くなっているということである。民間医療保険に医療費の抑制を期待するということは、スタート地点からおかしな話だということである。

また、医療という必需性が高く、所得弾力性の低いサービスは、企業にとっては労働者を惹きつける格好の手段として視野に入ることになり、労働力を安定的に確保する競争の中で、労務管理上の福利厚生として個々の労働者の医療費・医療保険料の負担を引き受けざるを得なくなる。市場に多くを委ねすぎたアメリカの民間企業が、医療費の負担に苦しんでいるの

<sup>4</sup> 李啓充（2006）「第26回日本医学会総会ポストコンgress公開シンポジウム（2006年3月）抄録」より

は、そのためである。

ところで、皆保険制度下にある日本は、総医療費に占める公的医療費の割合が極めて高いために、医療費の抑制に対しては極めて広範囲な政策手段をもっていた。しかしながら、医療制度の質の問題に対しては、他の先進国と比して、あまり手段をもっていなかった。これが、社会保障制度改革国民会議において永井良三委員が発言したところであった。

#### 6月13日第15回会議

○永井委員 日本は市場原理でもなく、国の力がそれほど強いわけではないですから、データに基づく制御ということが必要になると思います。ところが、その肝心のデータがほとんどない。・・・その制御機構がないまま日本の医療提供体制が作られているというところに一番の大きな問題があるのではないかと思います。・・・そうした制御機構をどうつくるかという視点からの議論を是非していただきたいと思います。

こうした永井委員の問題意識に発する国民会議における議論を反映したのが、報告書において次に紹介する一連の文章となる。

#### 『社会保障制度改革国民会議報告書』22頁

##### (2) 医療問題の日本的特徴

日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。

しかしながら、高齢化の進展により更に変化する医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消することができれば、同じ負担の水準であっても、現在の医療とは異なる質の高いサービスを効率的に提供で

きることになる。2008年の社会保障国民会議から5年経ったが、あの時の提言が実現されているようには見えないという声が医療現場からも多く、ゆえに、今般の当国民会議には多方面から大きな期待が寄せられてきた。

ここにある医療現場からの声とは、たとえば次のような発言による。

### 3月27日第7回会議

○堺日本病院会会長 私が非常に気になるのは、2008年に社会保障国民会議があって、その間、5年経っているのですが、余り前進していないような感じ、恐れがあるのです。ですから、下手をすると今回もそういうことになるのだったら、なかなか残念だなというか、医療現場の我々も大変だし、国民の皆さんも大変だということになるので、これは我々だけではなくてここにいらっしゃる委員の方々もしっかりとその辺を認識していただいて、明確な道筋を作っていただければ、それ以上幸せなことはないと思います。

国民会議の報告書は、続けて次のように言う。

### 『社会保障制度改革国民会議報告書』23頁

さらには、医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況を鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない。そして、そうしたシステムの下では、医療専門職集団の自己規律も、社会から一層強く求められることは言うまでもない。

一方、医療における質的な需給のミスマッチが続いてきたとは言え、日本の医療費の対GDP比は、現在、OECD諸国の中では中位にあり、世界一の高齢化水準を鑑みれば、決して高い水準にあるとは言えない。日本のような皆保険の下では、価格交渉の場が集権化され、支払側が供給側と比較的強い交渉力を持つことが、医療単価のコントロールに資してきた。こうした中、日本の医療機関は相当の経営努力を重ねてきており、国民皆保険制度、フリーアクセスなどと相まって、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成して

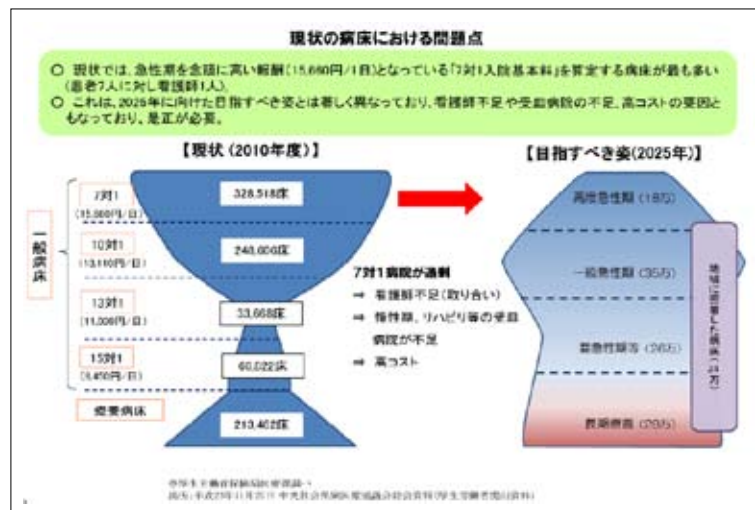
きたと言える。

この文章に出てくる、「医療専門職集団の自己規律」という表現は、先に紹介したフックスの論、「私は専門職規範が決定的に重要な第3の要素だと考えている」と照らし合わせれば理解できると思われる。

さらに、「日本のような皆保険の下では、価格交渉の場が集権化され、支払側が供給側と比較的強い交渉力を持つことが、医療単価のコントロールに資してきた」という表現も、総医療費に占める公的医療費の割合が高いほど、医療費のコントロールがしやすいことを考えてもらいたい。ただし、診療報酬・薬価基準による医療単価のコントロールはできても、医療提供体制をニーズに見合わせることは、この国の医療制度は苦手としてきた。

図表7、図表8は、2013年10月21日の財政制度審議会で配布された資料である。厚生労働省をはじめとした政府は、2008年の社会保障制度国民会議の頃から、2025年のめざすべき姿として、図表7の右側の図を想定していた。

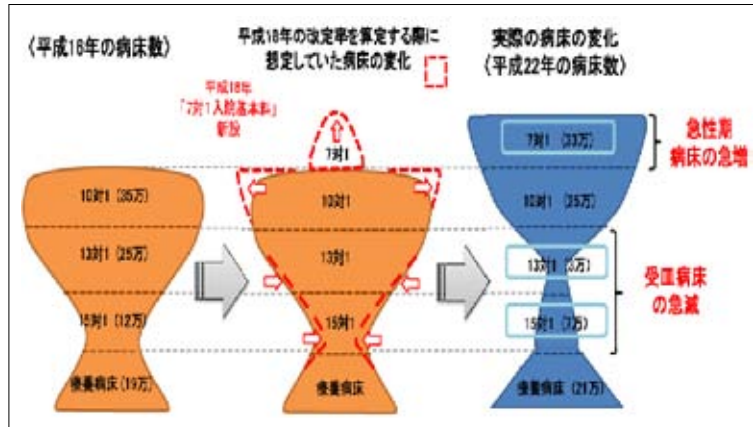
図表7



そして、厚労省は、平成18年(2006年)の診療報酬改定率を算定する際に、医療提供体制を図表8の中央の図のようになることを期待していた。しかしながら、診療報酬による誘導は、右側の図を帰結した。

政策当局が意図したリアクションを医療提供サイドが示さなかったことは確かではあるが、診療報酬という政策誘導によって予測される結果と言えば結果であるとも言える。報酬操作により、右に左にと政策をゆらしていると、いずれ政策当局への信頼がゆらいでくることになる。

図表8

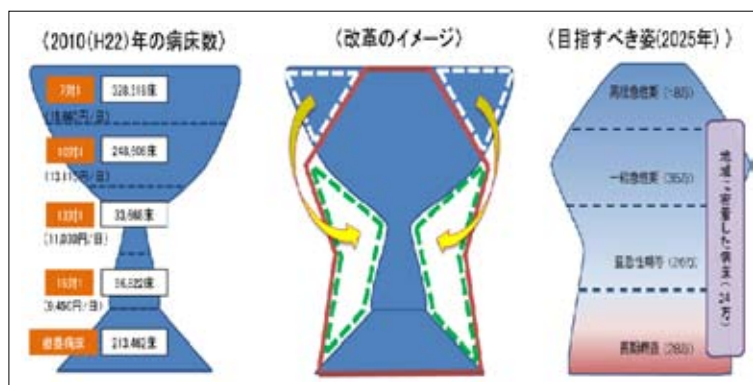


『社会保障制度改革国民会議報告書』 24 頁

日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、たしかにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準7対1を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。

今後は、図表9の中央の図の改革のイメージを経ながら、2025年に目指すべき姿に変えていくことが期待されている。

図表9



ところが、これまでの診療報酬による誘導では、減らすべき病床（例えば7対1）が増え、増やすべき病床（10対1）が減るといった状況が続いてきた（図表10）。

図表10



そうした状況を鑑み、報告書では次のような文面が生まれてくることになる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 30—31 頁

今般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。医療機能の分化・連携には医療法体系の手直しが必要であり、また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう。

この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とした柔軟なものとする必要がある。

ここにある「柔軟なもの」というのは、報告書における次の文章と対応するものであり、中央からの押しつけではなく、地方や医療、介護を提供する当事者たちの地域毎の特性を重んじるという意味である。

『社会保障制度改革国民会議』 25 頁

今般の国民会議の議論を通じて、地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された。

### 3. 医療とは QOL の維持・向上を目指すサービス

『社会保障制度改革国民会議報告書』では、医療とは何なのかということ、病気と共存しながら QOL の維持・向上をめざすことと定義した。そして日本の医療の改革の方向性を、主に青壮年期の患者を対象とした、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療から患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変えることを定めた。そうすると、医療と介護の境界はなくなり、医療提供体制の改革は介護の改革と一体となって進めなければならない。

報告書のこうした方向性は、大島委員の一連の問いかけに負っている。

6 月 13 日第 15 回会議

医療の側から、どちらかというと医療・介護、もちろん介護にもかかわっていますけれども、もともとは医療の側なものですから、医療の側からのこれに向って話をするときには、治す医療から、治し支える医療。治す医療というのは、いつまでたっても技術は進歩しますから、これは絶対に必要であることは間違いないですね。支えるというのは何を支えるかということ、生活を支えるということにして、生活を支える医療というのは、あえて治す医療と支えると分けたというのは、今までが、治すということは生活へ戻すために直すわけで、目標というのは、もともとは医療の目標というのは生活あるいは人生を全うしてもらうためにいかにそういう状況に戻していくのかということですから、目標と言えは生活ということになるのですが、あえて今まで治すということだけにこだわり続けてきたのは、それが一直線につながっているからあえて言わなくてもよかった。したがって、今までの医療は手段がそのまま目的につながっていた。

ところが、これからはダウンヒルになって最後は死に向かうわけで

すから、完全に戻るといふことはあり得ないのです。その中でいかに満足、納得してもらうかといふ人生に貢献できるかといふ医療に変わるわけですから、あえて支える。しかし、考えてみれば、生活を支えるといふのは、介護がそのまま言っていたことであって、医療の目的と介護の目的で何が違うのか。これは一緒なのです。だから、あえてこれから高齢者といふことを強調して言う場合には、医療の目的も介護の目的も、両方の目的がほとんど同じ言葉で語られるような状況に変わります。

これは医者側にとってみると、言ってみれば物すごく大きなパラダイム転換なのです。医療も介護も目標は一緒ですと、同じ言葉で語られる。あえて医療側からこれをしうて言えば、これからの医療といふのは介護抜きであれば恐らく成立しない。そういう状態に変わっていくのだといふような形になる。それが地域包括ケアの中で健康とか生活を支援していくために体の状況をどうケアしていくのかといふ視点から見たときの医療の役割であり、同時に介護の役割であるといふ形に変わっていく、その面から地域包括ケアにどう貢献できるかといふのが医療の役割だろうと考えて、そういうお話をさせてもらっているのです。

こうした議論を、報告書では、医療・介護の一体改革といふキーワードに置き換えていき、これまで、介護で言われていた地域包括ケアの世界に医療者の参加を求めていく。それとともに、2008年6月の「社会保障国民会議第二分科会中間とりまとめ」では医療分野で用いられていた「ネットワーク」を、今回の国民介護では、医療・介護内のそれぞれの網の目をもつなぐ言葉として用いることになる。

#### 2008年6月19日『社会保障国民会議第二分科会中間とりまとめ』8頁 地域における医療機能のネットワーク化

これまでのような、診療所—地域の病院—高次専門病院といった階層的な機能分担ではなく、病院と病院、病院と診療所が、それぞれの特性を生かして地域の中で相互に機能を分担し合い、連携することで地域全体を面的にカバーしていく「ネットワーク型」の医療提供システムを構築する。

このことにより、個々の病院単位での「施設完結型」ではなく、地域の医療機関ネットワーク全体で必要な医療を保障する「地域完結型」の医療提供体制を実現する。病院のみならず地域の診療所をも一



体として同じネットワークに組み込み、医療機関相互のネットワークを文字通り網の目（ウェブ）状にはりめぐらすことにより、地域の医療資源を最大限効率的に活用しつつ地域全体の医療ニーズをカバーする提供体制を実現する。

こうして、医療なくして介護なし、介護なくして医療なしの関係が意識された医療・介護提供者間のネットワーク化、医療・介護の一体改革という言葉が書かれることになる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 25 頁  
「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者の QOL を維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そして、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 30 頁  
いずれにせよ、地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。こうした観点に立てば、将来的には、介護保険事業計画と医療計画とが、市町村と都道府県が共同して策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」とも言い得るほどに連携の密度を高めていくべきである。

#### 4. 患者側の意識とインセンティブ

上述の『報告書』25頁の「患者側にもインセンティブが働くシステム」に触れる箇所については、永井委員の次の発言に基づいている。

#### 7月28日第18回会議

医療機能の分担、連携は意外と難しい。患者さんが急性期、亜急性期、慢性期とステージに従って移動しないといけないということが起こって参ります。それをどのように制御するかということを考慮しないといけないと思います。

#### 8月2日第19回会議

川上から川下までの提供者間のネットワーク化や地域完結型の医療ということが述べられています。これは、前回私が意見書でも述べさせていただきましたが、患者さんが移動するということが必須になりますので、どのように患者さんあるいは医療機関にインセンティブを与えるかということをもう少し詳しく述べられたほうがよろしいのではないかと思います。

ここで、永井委員が「前回の意見書」と呼んでいるのは、7月28日第18回会議に永井委員が提出した意見書の中の次の箇所である。

#### 医療機関の機能分担を制御するシステムの構築

医療機能の分担と連携には、患者が病状に応じて医療機関や病棟を移動する必要があります。しかしながら、本来、急性期を中心とする高度医療機関に、亜急性期や慢性期の患者が長期入院するケースが多くみられます。これは、職員数の多い病院を患者が好むためです。患者が急性期、亜急性期、慢性期というステージにしたがって病院や病棟を移動するためには、患者側と医療機関側の双方に何らかのインセンティブが必要であり、これを早急に講ずるべきと考えます。医療機能の分担と連携のための制御システムをどのように作るか、草案に記載いただきたいと思います。

## 5. 状態にふさわしい提供体制への改革と効率化の意味

医療の経済特性で触れたが、患者は本質的に大病院指向を持っている。この指向性を変えるのは難しく、その状況下で、患者の行動を変えなければならない。そこで患者の意識改革も必要となるのであるが、それは至難の業となる。しかしながら、そうした意識改革は、なによりも、患者の状

態に最もふさわしい医療サービスが提供されるようになるために必要なものである。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 35 頁

上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない、患者の意識改革も重要となる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 24 頁

医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、ゆるやかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

医療の経済特性で論じたように、大病院指向を持っているのは、患者に限らず医療者も、そして病院の経営者においてもそうである。こうした医療が持つ本質的特性を鑑みながら、病院の機能分化と連携は進められなければならない。

そしてこれは極めて重要なことであるが、患者の大病院指向に基づいて患者自身が考えている「望ましい医療」は、患者自らの病状に見合った最適な医療であるとは必ずしも言えないことである。そして、今回の国民会議では、患者の状態にふさわしい医療を受けることができる提供体制のあり方を、効率的な医療提供体制とみなすことになる。ここでは、効率という言葉は、費用の削減を意味するのではなく、限られた資源をより有効に使うべきという意味で使われている。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 23 頁

高齢化の進展により更に変化する医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消することができれば、同じ負担の水準であっても、現在の医療とは異なる質の高いサービスを効率的に提供できることになる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 25 頁

急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

## 6. 職能集団の責務

『社会保障制度改革国民会議報告書』の中では、医師会、病院会等への職能集団の責務が強く問われている。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 22 頁

急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

その際、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体には、中心となって、計画的に養成・研修することを考えていく責務がある。

この文章は、次の大島伸一委員の発言に基づいている。

#### 8月2日第20回会議

以前から言っていることの繰り返しになるかと思いますが、5ページの2つ目の段落のところで、「その際、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体が中心となって」というパラグラフがありますが、少し弱いと思いますので、ここを「職能団体には、中心となって計画的に養成研修することを考えていく責務がある」と言い切っていたいただきたいと思います。

大きく医療が変わるということについてはきちんと説明されていて、それに伴ってシステムを変更しなければいけないというのは当然文脈としては当たり前ですが、そのシステムを変更しても、そのシステムの中に適正な能力を持った医師が適正に機能しているという状態が同時にないとシステムは機能しなくなります。

したがって、言葉をかえて言えば、医師が理解をして行動変容を起こして新しい時代に合った医療のあり方にマッチングしていくような形で動いてくれば、この改革というのは大半が成功したと、ちょっと言い過ぎかも分かりませんが、そういうように考えてもいいのではないかと私は思っています。

この問題は、実はすごく根深いものがありまして、どの分野でどのような医療を行うかというのは、個人の問題で考えれば、個人の職業の自由であり、権利であるわけですから、個人の医師を対象にして行動変容を起こすことを依頼してもほとんど不可能な話です。したがって、職能集団が国民に対して医療団体として医療専門職能団体としてどういう責任があるのかということ、こういう大きな転換の時期こそ、その責任を明快に発揮しなければいけないときで、職能団体が一致してこの状態をきちんと把握した上で新しいシステムに適合する能力を持った医師の養成と配置について、積極的に中心となって動いていく。それを行政が全面的にバックアップしていく。こういう体制で進まない、多分この計画というのは頓挫する可能性があるだろうと思っています。

ここからは、この答案用紙に書くかどうかまでは考えていませんが、もしそれでもできないようであれば、制度的にある程度強制的にでも医師の適正な分野別の養成と配置というのは、国の責任としてやらざるを得ないと私は考えています。以上です。

大島委員が医療関係者に求める責務については、医療団体のトップが参加して繰り広げられた、次のやりとりも重要である。

### 3月27日第7回会議

○大島委員 今、皆さん方のお話を伺っていて、各論の部分に触れ始めると既に法律があって何ともしがたいとか、あるいは意見を出せば厳しい反対意見がたくさん出てきて何ともできない、相当な厳しい意見が出てくるだろう、あるいは1つの団体だけで何かやろうと思ってもいかんともしがたいとか、要するに何か具体的な話になるとそういう御意見が必ずついて、全てと言っているわけではないですが、出てくる。では、今、置かれている状態が一体どういう状況なのかということ。私は最初にも少し触れましたけれども、このままいくと国の社会保障制度そのものが危ないという前提に立って、私はそういう理解をしているものですから、こういう国民会議が開かれたというのはそういうことなのだという理解をしています。

そうすると、次に何かどうするかという、ほとんどの方は御提案のように問題の構造をきちんと捉えていますから、それをひっくり返せば解決の提案になるのだろうと思いますが、そこまでは踏み込まない。その話になるとむしろ難しい話ばかりが出てきて、ダメだダメだと聞こえてくるのです。これは一体どういうことなのか。結局やる気がないのかと。非常に大雑把な言い方をすると、答えはもうほとんど出ているにもかかわらず結局はできないのだと、いろんな要因が重なってできないのだということを皆さん言いたいのかと邪推までしてしまうのですが、大久保会長は全然お話しされていませんが、大久保会長〔日歯会長〕の最初のページを見て、一番冒頭に「国家と国民の責務」と書かれているのです。これは私非常に感動いたしました。全体のお話しされたことも、もちろん歯科医療という専門職能団体のお立場から何ができるのかということも触れられていますが、これからの日本の動向とその中における専門職能団体の位置づけというのを本当に短い時間に見事に表現されたのかなと思います。今の御議論を聞いてどういうふうにお考えなのか、御意見をお伺いしたいと思います。

○大久保会長…医療連携というのは、言葉は先ほど今村先生〔日医副会長〕がおっしゃっていましたが、カテゴリーは随分昔からありました。私どもが実際に医療連携を進めていこうとするときの大きな垣根は、それぞれ専門家が集まってその専門家が垣根を越えて手を結ぶと

ということの難しさです。私はいつも言うのですが、ベルリンの壁は作るなど。それは相手からこちらに来させない、こちらも向こうに行かないような壁を作ったら、これは医療連携などできっこない。かといって、自分がここの部分は自分の専門職だという竹垣みたいな、つまり、向こうもこちらも見えて、必要だったらこちら側も少し入っていく、向こうもこちらに入ってくる、そこだけを結べるような状況を専門職としてまず自分たちのあり方を決めておこうと。そして、その上で、どこでどう手をつなげるかということを探る、それが私は医療連携の本来であり、同時に、今専門化してしまった医療の中で、それしか1人の患者さんを医療全体で支えていくことは不可能なのだ。

したがって、正直申し上げて、私どもの歯科は極めて単純化していて、歯科医療しかないということでもありますから、非常にわかりやすい部分を持っているのですけれども、その専門家がそれぞれ専門の垣根を持ちながら、なおかつそれを超えて手を結ぶという状況をどう作っていくのかというのが、先ほど私は「国家と国民の責務」と言いましたが、実はここに書かなかった医療提供者の最大の責務はそこにあると思っています。そのために本当に心を開いて、今でも少しずつ始まっていますけれども、それぞれの専門職の垣根を持ちながら、その垣根をどう超えるかという努力をしないと、大島先生のお言葉を借りれば、社会保障制度はまさに崩壊するし、国民の医療は守れないと思っています。

○堺日本病院会会長 大島委員のおっしゃっているのは全くそのとおりなのですけれども、問題は、結局なぜこういう国民会議があるかというのは、現場ではなかなか物事を決めかねているからだと思います。いろんな意見があるし、いろんな思惑があるので、それは事実なので、それをやめてしまえというのはなかなか難しいと思います。だからこそ我々はここに来て意見を言っているわけですから、しっかりした指導性を誰が出すのかということなのです。それは医療現場が出すのか。もちろん、意見は言いますが、全体を鑑みて、例えば急性期医療、在院日数を短くするのだったら、私などは慢性期医療もしっかり整備してくださいよとお願いするわけではないですか。そうすると、しっかりした指導力、リーダーシップを発揮していただくのは、この国民会議だと思うのです。もし、大島先生が医療現場、我々にどうこう決めてくれとおっしゃるのだったら、それはなかなか難しいのは過去数十年の歴史が物語っているのです、その辺を御理解いただければと思うのです。

○今村日医副会長 大島先生が非常に医療現場に対して御不満があるというのはよくわかりましたけれども、先生も在宅医療連携拠点事業の全国的な展開を今ご覧になって御発言されており、これはメディアを通してですけれども、医師会と国が本気になってやる気になればこんなに進むのだということを改めて認識したとおっしゃっていただいているわけなのです。ですから、先生も私どもとして同じ職業をされているわけで、現場は一生懸命やっている人たちがたくさんいるのです。だけれども、それがなかなかシステムとしてうまく機能しなかったりしているという現状もあります。ですから、是非ともこういう形で頑張れという応援を逆にさせていただきたいと思うのです。我々はやれと言われたことについて何も後ろ向きに逃げる気はありませんし、やらなければいけないことはやっていきたいと思っています。先ほど申し上げたような、あるいは先ほど偏在の話もありましたけれども、課題は今、堺先生もおっしゃったようにいろんな課題があるわけなのです。ですから、我々だけで何かをやろうと言ってできるのだったら、こんな簡単なことはないわけで、私ども医師がそのまますぐ実現できないいろいろなハードルがあるからこそみんなで話し合っていていこうということで、医科と歯科の連携だって今は物すごく進んでいるのです。ですから、そういう意味で、チーム医療も一步一步、そのスピードは先生から見たら遅いと思われるかもしれないけれども、是非とも応援の立場でいろいろやっていただければありがたいと思っています。

○大島委員 私も医者をして40年以上、現場で30年以上やってきた人間ですから、先生が御指摘されることはもう言われるまでもなくよくわかり切っています。わかり切った上で今の状態というのは相当に危ないということで、それこそ今お話の中で触れられた、やる気もあるし、やるつもりだという言葉をお伺いしたかったのです。ネガティブ要因を挙げたら本当に切りがないと思います。しかし、もうそういう時期ではないと思うのです。ですから、もちろん職能団体は腹をくくって前に進む。国ももちろんそれを全面的に支援するというのか、全体で総力戦のような形でもってやっていくという形をとらない限り、今の問題は多分クリアできないのではないかと私は思っています。

また、医師の配置については、今村日本医師会副会長の次の発言も参考となる。



○今村日医副会長 地域における診療所の適正な配置ということについては、従来、適正配置ということで地域の医師会がある一定の距離の中にその診療科は認めないというような時期があったように伺っております。しかしながら、それは民間の一団体がそういった職業選択の自由を制限することはまかりならぬという独禁法にかかるということで、今、自由に開業が許されているということでありまして、私どもも本当にある地域に同じような診療科が、ただターミナルがあるからだとか、人が多いということで集まってくることをよしとは全くしておりません。そのためにどういった解決法があるかということについては、日本医師会も今後提言をしていかなければいけないと思っています。…

医療連携について、特に病診連携につきましても、病院が入院医療だけできちんとなりたっていくような診療報酬になっていただかなければいけないと思います。…これは本当に個人的な体験で恐縮ですが、うちの近くにある大病院の先生が、自分の患者を全て地域にかかりつけ医を持ってもらうということで逆紹介しました。そのことによって、実はその科の患者さんが減ったかということ、逆にどんどん地域の先生から紹介が来て、非常に医療連携が活発になりました。これは診療所の側から、医師会の側からいくら医療連携を進めると言っても、病院側の先生たちがそういう意識を持って患者さんに地域のかかりつけ医を持ってほしいということを行わない限り進展しません。

ここで語られた病診連携については、「個人的な体験」に基づく一事例の話にとどまらず、現在、大病院が地域の診療所の医師に働きかけるという初動があってはじめて病診連携が機能し始めたという事例は他にもある。大病院側からみれば、後述する「かかりつけ医機能（休日や夜間も患者に対応できる体制など）」をはたしていない診療所に患者を紹介してもすぐに病院に戻ってくるだけだと思われる。しかし大病院側からの初動を契機に病診連携が機能し始めた地域は、患者に診療所を選択する際の基準——たとえば夜間対応してくれるのか等々——を伝え、そうした基準で診療所を大いに選択するべし、できれば診療所の医師に直接聞いてみるべし、どの診療所も応じてくれならばこの病院に帰ってくればよしとして病診連携に向けた始めの一手を打っていたりする。その結果、そうした地域での診療所間の健全な競争が促され、診療所サイドの「かかりつけ医機能の整備」が進んだりしているのである。病診連携に向けた初動は大

病院側にあるというのは、そういう意味である。

日本医師会横倉会長は、3月27日は先約と重なり、日を改めて4月19日に出席する。その日の大島委員と横倉会長とのやりとりは次のようなものであった。

#### 4月19日第9回会議

○大島委員 少し御質問させていただきたいと思うのですが、今、国民会議がこのように開催されているということは、会長も指摘されましたように皆保険制度を堅持する。堅持するということは、どうも今は危ないぞという状況に今は直面しているという背景があると理解しています。

その社会背景というのは、説明するまでもなく急速に進んでいる少子高齢化で、50年にわたる皆保険制度の制度疲労が明らかに出てきている。このまま同じ制度を続けていくというのは相当困難であろうと。しかも、高齢者がこれだけ増えてくるということになりますと、医療の中身そのものも見直さなければいけないということがはっきりと見えてきています。これまでいろいろとマイナーチェンジというのか、リフォームというのか制度改正というような形で乗り切ってきたわけですが、今回はとてもその程度の手の入れ方では無理だろう、ということは、ある意味でのリセットが必要な状況に来ているのだろうという理解をしているのです。ということになりますと、これは医療界全体がまとまってこの状況に対する現状認識を共有して、もちろん、それぞれ会員の団体ですから医師会は医師会員の利益を守るというのは当然重要ですし、病院団体は病院団体で病院団体の会員の利益を守るというのは当たり前ですが、それ以前のレベルのところで大変な問題になっているということで、問題の共有をして、日本の医療全体のかじを切り替えなければいけないというような状況にあるのではないかと思います。このようなときに医師会が一体どういう役割を果たしていただけるのか、その辺についてのお考えを伺いたいと思います。

○横倉日本医師会会長 まず初めに、抜本的な医療改革をしていかなければいけないということは多分共通した認識だと思っております。実は、5～6年前、医療崩壊が叫ばれました。立ち直るラストチャンスだという認識を今の時期持っております。そのために医師会が何をできるかということではありますが、私は固く信じたのであります

が、医師たる者、医師になった時に、ある意味で自分の人生は国民の健康を守るために捧げるという決意で私個人は医師になっている。多くの医師もそうであると思っている。

皆保険を堅持していくために、抜本的な医療改革をしていかなければならない。そのあたりは、国民会議の報告書では、次のように記されることになる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』23頁  
皆保険の維持、われわれ国民がこれまで享受してきた日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならないのである。

ちなみに、2013年8月19日に、日本医師会と四病院団体協議会が共同でとりまとめた「医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同提言—」が、厚労大臣に提出されている。この合同提言には、「かかりつけ医機能」という項目があり、そこには4つの機能が記されている。ここでは、チーム医療、夜間対応に係るはじめての二つを紹介しておこう。

『医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同提言』  
4頁

#### 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

なお、社会保障制度改革国民会議の報告書には、「かかりつけ医」という言葉は5回使われている。その初出時は、次のように、かかりつけ医（診療所の医師）となっている。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 22 頁

救急医、専門医、かかりつけ医（診療所の医師）等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのままで当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

## 7. 医療職種の業務見直しと医師不足

国民会議の報告書には、医療職種の業務見直しと医師不足の問題を関連づけた次の文章がある。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 31 頁

医療職種の職務の見直しは医師不足問題にも資するものがある。医師不足と言われる一方で、この問題は必ずしも医師数の問題だけではなく、医師でなければ担えない業務以外の仕事も医師が担っているために医師不足が深刻化している側面がある。その観点から、医師の業務と看護業務の見直しは、早急に行うべきである。

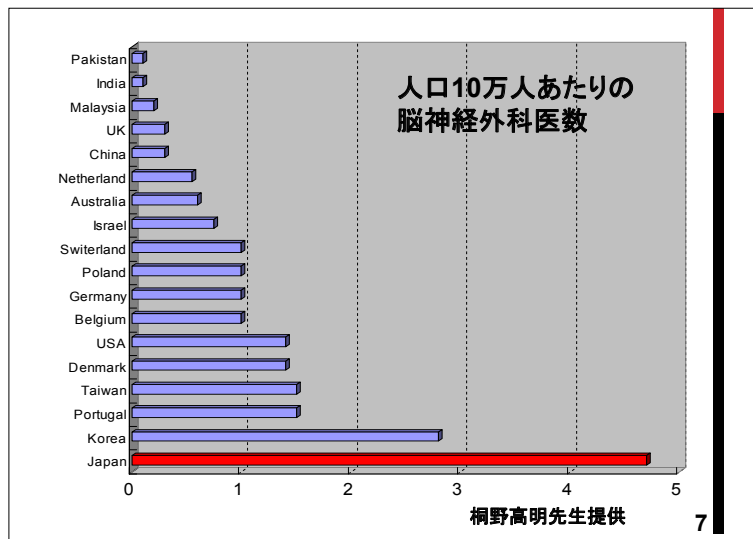
この文章は、永井委員が会議の間何度も強調された発言に基づいている。ここでは、第9回会議での発言を紹介しておこう。この日の会議では永井委員が自ら資料を提出して報告している。次で触れられているページ数は、当日の国民会議ホームページ<sup>5</sup>にアップされているので参照されたい。

<sup>5</sup> <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/gijisidai.html>

医師不足ということが言われますが、7ページ（図表11）、8ページ（図表12）をご覧くださいますと、必ずしも医師数の問題だけではないということをお示ししたいと思います。

脳神経外科医、どこも忙しくて大変ですけれども、日本は人口あたりで見るときには脳神経外科医は非常に多いということがこの図でわかりますし、8ページには外科医の数、脳外科医、胸部外科医、整形外科医の数が日本とアメリカで比較してあります。外科医は人口10万人あたりで見ますとアメリカの1.2倍、脳外科医4.5倍、胸部外科医は2.8倍、整形外科医は1.7倍になる。ところが、忙しいことは事実です。もう猫の手も借りたいぐらい忙しい。

図表11



図表12

	外科	脳外科	胸部外科 (心臓と肺)	整形外科
米国	24.1	1.2	1.6	10.2
日本	29.7	5.4	4.5	17.6

田林暁一先生提供 8

図表13

外科医数と手術症例数								
胸部外科				脳外科				
医師数		手術症例数		医師数		手術症例数		
全体	10万人当	全体	1医師当	全体	10万人当	全体	1医師当	
米	4737	1.6	26.6万	56.1	3500	1.2	217.1万	620.3
日	5745	4.5	10.5万	18.2	6880	5.4	19.1万	27.8

田林暁一先生提供 9

9 ページ（図表 13）、そうした状況の中で、例えば胸部外科の医師数 2.8 倍ですが、1 人の医師当たりの手術件数は 3 分の 1 になっています。

脳外科医は 4.5 倍の医師数ですが、手術件数は 1 人当たり 22 分の 1 です。つまり、本来の医師の仕事でない部分も担っているがために医師不足が起こっているということは明らかであります。

そこで、今、看護師さんの診療の補助に対する新たな枠組みを検討しているわけで、10 ページにいろいろなこれまで医師でないと思われていたような医療行為が現実に日本の医療現場で行われていると、低い頻度ではありますけれども、かなり踏み込んだ医療行為が行われている。しかし、これは標準化されていませんし、普及もしていない。こうした教育体制をしっかりと作らないと、医師を幾ら増やしても足りないということが起こるだろうということでもあります。

11 ページに私が担当しておりましたチーム医療推進会議のとりまとめの要点が記載されております。特定行為、これからそうした看護師さんの診療の補助行為を少し整理して、特定行為に対して教育研修を行って、しっかり保助看法の中で明確化して推進していこうということではありますが、これは避けて通れないだろうと思います。

## 8. フリーアクセス

今回の国民会議の特徴は、フリーアクセスの意味を変えるところにもあった。

現状の「いつでも、好きなところで」というフリーアクセスの解釈に対する議論は、3月27日第7回会議で次のような形でなされた。

### 3月27日第7回会議

○権丈委員 フリーアクセスについて質問させてください。この国はフリーアクセスを持っておりまして、これは非常に価値のあるルールだと思います。ただ、価値はあるけれども、メリットもあるけれども、デメリットもやはりあるのです。先ほどの病診連携のところも大きく関わってくるところですけれども、このままフリーアクセスを続けることができるのか、あるいは続けようとする、外来の数が国際比較をしても圧倒的に多すぎるといふようなこととか、患者の大病院志向というのは問題があるのではないかというように問題、弱点があると突かれます。そうした弱点をどんどん突かていって、大元のフリーアクセスそのものが危なくなってくる可能性が出てくるのです。そういうときにフリーアクセスを皆さんどういふふうにご考へられているのか、このまま今の状態でご続けるべきと考へられているのか、幾つかの改善点を考へられた上でこの制度を守るべきだと考へられているのか。それとも、もうフリーアクセスというものは無理があるのではないかと。

○堺日本病院会会長 フリーアクセスというのはうまくいけば世界に冠たるシステムであるのです。例えば国会議員の方でもイギリスにいらして足をけがして手術をやらしてもらえないとかいろいろあったということをご伺いますけれども、そういう意味では良いのですけれども、問題は、日本はフリーアクセスしか今まで経験していないですね。ですから、これでやめてしまうのかという、なかなかすぐそうだと言えないところがあると思うのです。そうすると、ある程度今先生がおっしゃったように段階を経て、それだったらこういう手立てをやらしてみよう、次にこの手立てをやらしてみようとして、それだからこういふ結論に行く必要があると思うのです。ですから、例えば先ほど私が申し上げたのは、ゲートキーパーというとおかしいですけれども、最初の入口は診療所の先生、あるいはかかりつけで良いと思うのです。そこでキャッチボールすればかなり良いと思うのです。

夜間救急もウォークイン・クリニックのようなことはやめてほしいというのがあるので、そういうところを一挙に解決するのはなかなか難しいので、あるカテゴリーを決めて、今回はこのことをやらしてみよう、それで評価しよう、次はこうとやっていかないと、いきなり今の状況

はよくないからフリーアクセスをやめようという議論にはなかなかなりにくいのではないかと思います。

○山崎日本精神病院協会会長 フリーアクセスの話ですが、一般診療を含めてかなりの診療所が9時5時に特化した診療をしているので、24時間のフリーアクセスというのは完全に壊れていると思っています。…

○今村副会長 私ばかり申し上げて恐縮なのですが、同じ医療界で意見の齟齬が出ると困るのですけれども、今、山崎先生のほうから、診療所は9時5時だという御発言がありました。中にはそういう先生もいらっしゃるかもしれませんが、非常に遅い時間までやっている先生もたくさんいらっしゃいます。特に関西方面では夜診といって夜の10時までやっておられるようなのが常識にもなっているわけで、9時5時については一部にそういうところがあるかもしれないという御理解をしておいていただきたいと思っています。

フリーアクセスにつきましては、やはり日本の医療の最大の利点であるとは思いますが、それが権丈先生おっしゃるようないろいろな問題点が生じているのは間違いないと思います。私は強制的にゲートキーパーでここを通らなければ次にいけないというようながっちりしたものではないと思います。やはり国民にどうやって今の日本の医療を理解していただくか、医療の優れた、実は日本の国民というのは、OECDからこれだけ高評価を受けているということを知りません。自分の健康度は悪いと国民自身が思っているというのは、世界のOECDの先進国の中で日本だけなのです。ずっとこういう状態が続いています。まず国民に日本の医療の状況をよく理解していただくという啓発は我々もしていくし、国にもしていただきたいと思っています。そういう中で、「緩やかなゲートキーパー」の機能というものをかかりつけ医が持って、必要なときにはきちんと最終的に必要な医療につながるという意味でのフリーアクセスというものがきちんと維持できていければ良いのではないかと思います。

○堺日本病院会会長 病診連携に関連してですけれども、例えば確かに9時5時の先生もいらっしゃると思うのですが、市によって、地域によっては医師会が非常に頑張っているところがあるのです。具体的にいいますと、例えば私の出身である浜松などは医師会の夜間救急室が非常に頑張っていて、4～5年前に小児科不足、医師不足があったときに、小児科医会が集まって夜間診療をやると決めてくれたのです。それを医師会も広報で市民にPRして行った結果、私どもの病院



などは夜間の緊急ではない患者さんの受診が随分減ったのです。当院の小児科医師の負担軽減に繋がりました。問題は何が良い、何が悪いではなくて、そういうときにどういうことができるかというシステムとしてつくれば良いと思うのです。例えば浜松ではできたのですけれども、できない地域もあると思うので、それだったらどういうことをやるか。そういうことを一つひとつきっちりやっていかなければならないので、それをやらないで全てだめだという議論にはならないので、今の状態の中でも改善の方策は幾つかあるのではないかという感じがしております。

○大久保日本歯科医師会会長 基本的には今村先生と同じ考えなのですが、フリーアクセスは極めて大事な我が国の国民皆保険の土台になっていると思います。ただ、権丈先生がご心配されているのだと思いますが、今のままで本当にフリーアクセスをこのまま守れるのかという大変難しい点がある。ただ、それが今村先生と同じなのですが、余りにも強制的な方法で規制をかけると、ただし私は規制が全く必要ないとは言っていないので、ドアが自由に開くためには蝶番が壁に留められていなければならないという言葉のように、規制は制度を維持するために最低限必要だと思えますけれども、ドアを自由に開け閉めするためにフリーアクセスを外側から決めるというのもたしかに一つの方法ではありますが、我々医療担当者が例えば診療所の役割、病院の役割、それより地域の中で、医療界の内部でしっかり議論して、自分たちの役割分担として決めていくという方法を作っていないと、フリーアクセスをこのまま本当に継続できるのかということについては、危機感はあることはあります。それは我々がその努力をすべきだという部分も必要なのだと思います。

こうした議論から、国民会議における次のような文章が生まれてくる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 24 頁  
これまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 35—36 頁  
フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活

用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない、患者の意識改革も重要となる。

## 9. 国民健康保険の都道府県化と被用者保険のあり方

『社会保障制度改革国民会議報告書』27頁  
効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。

このあたりについては、保健事業で創意工夫を働かせ、他地域と比較して住民の健康面で際だった成果をあげている長野県川上村の藤原忠彦村長（全国町村会会長）の発言が参考になる。

2月28日第5回会議  
○藤原忠彦川上村村長 こうした様々な取組を行った結果として、現在の村の姿を一部御紹介したいと思います。まず、要介護・要支援の認定を受けていない人の割合、村独自の指標で健康老人率というもの

をつくっております。これが85%。65歳から74歳に限れば97%に上がっております。在宅看取り率は年によって変動がありますが、平均して3割から5割となっております。全国平均を大きく上回っております。また、自宅以外で亡くなられた方でも、そのうち6割は何らかの在宅サービスを受けております。健康高齢化率というのは、支援を受けないということです。非認定という考え方で、独自の村の指標として持っております。その結果、一人当たりの医療費については長野県が全国でも一番低い方ではありますが、その中で毎年、川上村は低水準、最低水準であります。医療費の削減はあくまでも結果であるということではありますが、数年間低い医療費で抑えられております。

…

一本化というのは最終目標であるかと思えます。国が制度運営に責任を持って、国と地方で役割分担をしっかりと明確にして運営していくということかと思えます。…国保の場合は都道府県単位化した方がいいというのが、市町村の考え方です。これは都道府県が行っている健康増進事業や医療の効率的な提供等があるわけでありまして、そういうものとうまく組み合わせて、都道府県が保険者となってやるのが一番適当ではないか。また、市町村は資格管理等の実務は現場でやらなければいけないということでもありますので、そこもしっかりした役割分担を図ってやる。

…

私も財政運営は都道府県、資格管理等の実務は市町村というのを、しっかりと位置付けしてやっていただいた方が国保の財政の安定にもつながると思えます。

また、次の流れもある。

#### 2月28日第5回会議

○増田委員 都道府県がこうした赤字の問題が解決されるのであれば国保の保険者になる覚悟があると、国民健康保険の保険者のあり方についても検討すべきというのは、そういう意味に読み取れるのですが、この点についてそういう理解でよろしいかどうか、これは全国知事会の福田知事にお尋ねしたいと思います。

○福田栃木県知事 積極的に責任を担う覚悟があると、何度も知事会としては申し上げているところでございます。ただ、先ほど市長会、町村会からもお話がありましたように、構造的な問題を国保は抱えて

いる、そして持続可能な制度に脱皮をしていかなければならないという課題があります。

こうした一連のやりとり、すなわち、これまで国保の運営を担っていた市町村と、これまで保険者であることに対して消極的であった都道府県の共同声明としての国保の都道府県化を受けて、次の文章は生まれてくることになる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 27 頁

こうした国民健康保険の保険者の都道府県移行は積年の課題であったが、時恰も、長年保険者となることについてはリスク等もあり問題があるという姿勢をとり続けてきた知事会が、国民健康保険について、「国保の構造的な問題を抜本的に解決し、将来にわたり持続可能な制度を構築することとした上で、国保の保険者の在り方について議論すべき」との見解を市長会・町村会と共同で表明し、さらに、知事会単独で、「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」との見解を表明している。

こうした国保の都道府県化については、『ランセット』による提言が紹介された次の発言をみておこう。

4 月 19 日第 7 回会議

○神野委員 国民健康保険の保険者、市町村から道府県に移していく。これは保険料格差の問題とか医療サービス体制の整備の責任者を一致させるとか様々な根拠はありますけれども、保険者を移していくということについてどう考えるか。…

○横倉日本医師会会長 まず、国保の保険者を市町村から拡大するかどうか。私は地元の、当時町でございましたが、人口1万5,000～6,000の町の国民健康保険運営委員会をしております、約十数年間させていただきまして、小さな市町村では非常に大変な思いで運営をしているということはよく承知しております。実はこれを解消するためにどういう道があるか。やはり広域化しかないだろうということで、都道府県に拡大するという事は非常に重要なことだと思います。

…

もう一つは、御案内と思いますが、『ランセット』というイギリス

の医学誌がございます。一昨年、日本の皆保険 50 周年を記念して日本特集を出しました。その中の提言の中に、負担と給付のバランスを日本の皆保険でとるためには、都道府県単位にするのが一つ、もう一つは、医療給付のことを考えるともう少し広域化したほうがいいのではないかというような提案もその中でされているということがございます。そういうことで、まず市町村だけでやるということはかなり無理が来ているというのは事実だという理解であります。

ちなみに、この日の横倉会長の医療保険制度に関する発言は、今後、視野に入れて考えていかなければならなくなるであろう。少なくとも、起草委員会では議論された。

#### 4 月 19 日第 7 回会議

○神野委員 先ほど総報酬割の導入についてということはお触れになったのですが、その浮いた財源の使い道、投入先でございますが、いわば現在の国民健康保険、というよりも国民皆保険のラストリゾートに国保がなっておりますので、ここの財政の立て直しに投入すべきではないかという意見と、いろいろ割れておりますが、ここについて医師会はどういう御見解なのか。…

○横倉日医会長 総報酬割をした場合、財源に余裕ができたときにどう使うかということですが、当然医療費の財源というものが非常に厳しい中での話であるということであれば、先生おっしゃったように国保が最後のラストリゾートということであるならば、全体、保険制度にかかわらず当然そういうものを投与していくということが必要かと思っております。

日本医師会の昔々からであります、保険の一元化ということ武見太郎先生の時代からの主張でございますが、そういうことをずっと唱え続けてきたということですが、そういうことが将来的には必要かなと思っております。

○神野直彦委員 一元化というのは、今、職域別などに分立しているものをまとめるという意味での一元化と理解してよろしいですね。

○横倉会長 はい。ですから、雇用者保険は雇用者保険、まず第 1 段階、第 2 段階、第 3 段階とあるかと思いますが、徐々にそういうことを目標に、国民全てを支えるというような制度にしていただければということになります。

会社で働く被用者の保険、雇用者保険の一元化は、今の都道府県単位の協会けんぽへの一元化ならば、技術的に可能である。そうした被用者保険一元化で、犠牲になることがあるとすれば健保組合が自らの存在意義を言う際の保険者機能と呼ばれるものになるであろう。しかしながら、はたして企業単位の医療保険において、そうした機能はどの程度はたらいっているのか。次の資料（図表14）に見るように健保組合間の保険料率の格差が3倍程度存在することを肯定しうる程に、各保険者の保険者機能ははたらいっているのだろうか。有権者の一票の格差については、1であることが理想であるとはなかなか考えにくいだが、格差が、ある一定の水準を超えると問題視されるようになる。医療保険料のあり方も似たような問題を抱えており、はたして、日本の被用者のあいだの医療保険料の格差については、許

図表14



容される範囲に収まっているのか、多くの人が、各保険者の保険者としての努力によって保険料に現状の格差が生まれていると、本当に納得しているのか。問われているのは、そういう問題である。

そして、報告書では、

『社会保障制度改革国民会議報告書』 34—35 頁

健保組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、平成27年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

…

日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要である。

## 10. 提供体制の再編とホールディング、そしてまちづくり

『社会保障制度改革国民会議報告書』のひとつの特徴は、医療介護の提供体制の再編を説いていることにある。

『社会保障制度改革国民会議報告書』 28 頁

### (3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

医療法人等との間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。

このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、たとえばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等をすみやかに行うことができる道を開くための制度改革を検討する必要がある。

複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

あわせて、介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティ作りに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリート等を通じて促進する制度など、総合的な規制の見直しが幅広い観点から必要である。

こうした文章は、次のような議論から生まれてくることになる。

4 月 19 日第 9 回会議

○増田寛也委員 これ以上、余り詳しくは申し上げませんが、後の資料で例えば 23 ページに柏市の例なども書いてございますが、都市づくりで例えばコンパクトシティをやっていく上でも、まだ手段というか道具立てが不足でありまして、18 ページに 3 点ばかり大きな柱を書いておりますが、例えば医療法人制度の経営統合を促進するような形にして、もっと運営を人的にも資金的にもきちんに行われる



ような体制づくりをする。そうした医療法人が大きな都市開発に主体的に参画できるような制度を考え出していく。そして、今、REITの市場が非常に活発化しておりますが、要は都市づくりに非常に大きくお金がかかるわけですが、資金調達手段を考えなければいけないので、アメリカのようにヘルスケアについてもヘルスケアリートなど普及する手法を考えていく必要があると思います。こうしたことを考え、手段を実現していくことによって2040年とか2050年に非常にボリュームの増える医療・介護体制をきちんと地域として受けとめることができているのではないかと思います。

#### 4月22日第10回会議

○宮武武委員 増田委員から地域の複数の病院がホールディングカンパニーを作っていくという提案がございました。それによって、病床数であるとか診療科目ということを整理できますし、また医療機器や検査機器の適正配置や薬品の一括購入という大変効率的な面も出て参りますので、いわばそういう新しい制度をここで打ち出していくということを是非重視してほしいと思います。こういうホールディングカンパニー的な発想・考え方は、介護保険の分野でも弱小の社会福祉法人の連携に関して活用できるのではないかなと思っています。

#### 6月10日第14回会議

○増田寛也委員 これから新しいまちづくりに医療分野からどんどん積極的に入って行ってそこを主導するような政策も必要だろうと思いますし、端的にそういうことをしていく上では、今の医療法人制度をもっと、これは社会福祉法人もそうですが、経営統合して、私のプレゼンの資料ではホールディングカンパニー型の新しい法人類型というのをつくって、それをテコにそういった望ましいまちづくりを実現していったらいいのではないかとか、あるいは当然医療法人ですから非営利性は担保されなければいけないのですが、そこが積極的に都市再開発に参加して行って、主導的に都市再開発をリードするようなこと、そういう方策も打ち出して行っていいのではないかと。

なお、提供体制の再編を言う国民会議の報告書には次があった。

『社会保障制度改革国民会議報告書』28頁  
(3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

医療法人等の中の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。

ここで、「競争よりも協調」とあるのは、現在の医療提供体制の状況を説明するために私が4月19日に提出した資料「国民のニーズにマッチした医療介護体制の整備——競争よりも協調を」の中の次の図表15に基づいている。

図表15

2013年4月19日第9回会議  
権丈委員配付資料

### なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は不可能——診療報酬による利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。医療提供者のみならず、患者も。

44

### 囚人のジレンマに陥っている日本の医療

- 現状は、囚人のジレンマ状態
  - 全員で協調すれば皆にとってよい結果になる事がわかっているにも関わらず、皆が自身の利益を優先している状況下では互いに裏切りあって逆に損をしてしまうというジレンマをさす。
- 現状は、ゲームのルールに問題あり
  - ゲームのルールに問題があるため、医療提供者側からルール改革を医療界の外の枠組みで、たとえばこの国民会議主導で行ってほしいという要請が出ている状況(四病協の報告参照)。

45

## 11. QOL と QOD

最後に、

『社会保障制度改革国民会議』 32 頁  
医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療」—も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

報告書におけるこのあたりの記述は、大島委員の発言によるものである。

6 月 10 日第 14 回会議  
○大島委員 高齢者に対する医療というのは何かというと、いわゆる QOL の維持・改善を目指すものです。生活の質をいかに改善させるか。そして、もう一つ踏み込んで言えば QOD です。D というのはデスです。死に向かうときの満足度をいかに高めるか。こういう医療が求められてくるのです。徹底的に治す医療からそういう方向に変わってくる医療になっていくということであれば、医療を提供する体制そのものも根本から変えていかないとたないということになるのは、理屈では誰もが分かるのです。ところが、現実には 20 世紀型のあり方をずっと踏襲してきて、その延長上にあるものですから、国の政策としては地域包括ケアとか、あるいは病院から地域へという非常に大きな政策展開をしようとしているにも関わらず、現場がそれにキャッチアップできていないという状況になっている。

大島委員は、後日、私との対談の中で、この発言をしたときのことを回顧して、次のように語っている。

大島 死の問題に関しては、治すことを最大の使命としてきた医療の在り方の中で、死をどういう位置付けにしたらよいのか、医療界に戸惑いがありました。私は1970年に医師になりました。患者さんがどのように終末期に至るかが医師には見えるのですが、当時は、「もうこれで寿命が尽きる」ということを絶対に言うてはならないと徹底的に指導されました。最後の最後まで治療に取り組むことが次の新しい技術の開発につながるという教え方をされてきたのです。呼吸も心臓も止まるという状況になるまで心臓マッサージを行うのですが、だんだんむなしさを覚えるようになってきます。患者さんに対する医療の在り方に対する意識の高い看護師から、「先生、そんなことをやっていて意味があるのですか」、「それは本当に患者さんやご家族にとって良いことですか」と正面切って言われるとドキッとしましたが、「そういうやり方なのだ」ということでずっと続けてきました。医療界にはそうした一つの流れがあって、正面切って反論することはとても勇気がいることです。現在、約80%の人が病院で亡くなっており、2011年には約125万人である死亡者数が2040年には約167万人が亡くなると予測されています。どこでどのように死を迎えるかは個人的な問題を超えて社会的な問題となっています。医療界周辺から死の問題をどう扱うのかということが言われ出し、緩和医療や終末期医療という問題が一つの重要な位置付けになるということが少しずつ出てきました。公的な文書の中に“QOD”という言葉が出たのは初めてだと思いますが、これは画期的なことで避けて通ることができない流れだと考えます。

権丈 人間がモータルな運命にある以上、医療を“QOLの維持・向上”と定義し、超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」をめざすとすると、その射程には死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた“QOD”も当然入ってくることになります。〔社会保障制度改革国民会議で〕大島先生がQODの話がされたとき、私は病理学者で、東大総長や日本病院会会長もなされていた森亘先生の『美しい死』という文章を思い出していました。……

ここに私が言う「美しい死」とは、2013年の3月に刊行された森亘先生(元東大総長、元日本医学会会長)のご遺稿『医とまごころの道標』(2013)

にある文章である。森先生のこの文章は、1997年11月の日本医師会創立50周年記念大会における特別講演のものである。

「美しい死」という、何か思いつきのような、勝手な演題を付けさせて頂きました。こうしたお祝いの会にはいささかそぐわないものであろうかと怖れますが、私ども医師にとっては、患者に対し、「いかに健康な生活を図るか」ということと共に、他方、人生の終演として「いかなる死を看とるか」ということも極めて大切なことであり、ことに最近のように医学・医療が格段に発達した状況の下では大いに心すべきことである、という私の認識に免じて、お許し頂きたいと存じます。

この講演をなされる数か月ほど前の1997年4月、前医学会会長の太田邦夫先生が亡くなられて、その晩に病理解剖が行われ、森先生は立ち会われる。その時、太田先生の高弟の1人から、「解剖を拝見しての感想はいかがですか？」と問われた森先生は、「美しい死であったと感じました」と答えられる。

思わず口をついて出た言葉が「美しい死であったと感じました」というものでありました。これは、何の考えもなく、思ったまま、というよりはむしろ意識にも上る以前の、感じたままの気持ちがそのまま、ついうっかり、口から出てしまったようなものでございました。

...

では私はいったい、なぜ美しいと表現したのか。何をもって美しさを測る物差しとしたのでしょうか。自問自答せざるを得ない結果となったのです。

病理学が専門であった森先生は、自らの長年の経験をたどり

その後さらに年を取り、さらなる経験を重ねてまいりますと、やがていつの間にか、いわゆる病気の終末像としての病理解剖学的所見・診断のほかに、生前その患者に与えられた医療内容にも思いをはせるようになりました。人間の死後の内臓には、病変と共に生前に受けたいろいろな治療の痕跡が残されております。また、それらの総決算として、その患者がどのような死を迎えたかもある程度分

かります。必要にして十分、要するに適度な治療が施された遺体には、それらを見事に反映している実像・所見、といったものがあることに気づくようになりました。そして、このように適度な医療が施された後の遺体には、その内臓にはそれなりの美しさを感じられることに気づいた次第であります。

続けて

すなわち必要にして十分な治療の結果は、その疾患の結末として起こるべくして起こった変化の集まりであり、余り大きな修飾は感じられないように思われます。別の言葉を用いるならば、節度ある医療の結果とも申せましょう。

さらに

医学・医療では取り扱う対象が人間の身体である以上、そこにいう美しさとは、合理性一点張りの結果であろうはずがありません。暖かい「こころ」に裏打ちされた合理性こそが、ここでいう節度に相当するものと考えます。

森先生は、「私自身の独断と偏見かと存じますが」と断りながらも、

私は実は、節度ある医療とは同時に品位ある医療であると考えております。そしてこれは、単に狭い意味での医学・医療の面から見て適切であるばかりでなく、患者の人間としての尊厳が守られることにも通じるものであります。品位ある医療とは、先ほども申し上げましたように、暖かい「こころ」に裏打ちされた合理性を基礎とするものと考えておりますが、これは決してガイドラインなどによって導き得るものではありません。1人の医師と、1人の患者が、その時々々の個々の症例について考える問題であり、また一方、決して、医学的知識・医療技術だけでは解答が得られない問題です。すなわち、個々の医師自身にもそれらに対処できるだけの医学的力と共に人間的教養、ならびに品位が求められると申してよかろうかと存じます。

このような意味での「節度ある医療」の結果は、一面、「自然の死」に近い形の死を意味しているとも考えられます。

私は、報告書の中に、はじめ、モータルな運命にある人間という言葉を書いていたのだが、モータルはさすがに分かりづらいという話があり、「死すべき運命にある人間の尊厳のある死」という表現を用いた。このあたりについて、森先生は、

人間というものが、しょせん、いつかは死を迎えなくてはならない運命にあることを考えれば、そうしてそうした死が多くの場合、医療の最終段階として訪れるものであることに思いを致すならば、医療というものは、他方、人間の、人間らしい自然の死を助けるためのものでもあるかと思われまふ。自分の身体の中に秘められている自然の力による治癒を側面から助けると共に、その人生の最終段階においては自らに運命づけられた自然の死を助けるのもまた、医療の持つ役目でありまふ。

そして、森先生は、医師に求められる資質として

先ほどから繰り返し申し上げている「必要にして十分な医療」「節度ある医療」あるいは「品位ある医療」、こうした事柄についての的確な判断は、「知識」、「教養」、「品位」の三者を併せ持っている医師によってのみ始めて下しうるものであり、逆から申すならば、今日の医師にはこうした高度の資質が求められております。また一方、そもそも医師という道を選んだ以上は、その人生において、自らをある程度犠牲にしてでも、健康維持の面で広く人々に奉仕せねばならない使命と運命を背負ってしまったことを自覚せねばなりません。

ここで、森先生は「では、それらに対する報酬は何か？」と続ける。

それらに対する報酬は何か？と問われる方があるかもしれません。率直に申して、それに見合うだけの物質的な報酬は必ずしも期待できません。得られるものがあるとすれば、それは一方では自らの誇りであり、他方、社会の中での尊敬でありまふ。誇りや尊敬というものの有する価値は、今日の日本では著しく下がってしまったような印象を持っておりますが、それでも私はなお、知的社会においては何にもまして価値あるものと心得ております。このようにして、個々の医師が持つべき「品位」ならびにその医師

たちが社会において占める位置、社会からの期待などを総合したものが、恐らく「良識」でありましょう。すなわち、医師自身の判断による「品位ある医療」とは、他面、社会の中における「良識ある医療」とも呼ぶことができると存じます。これこそまさに社会から求められる医師であり、医療でありましょう。

続いて、森先生は次のように話を進められる。

ご存知のように、現在、医師、あるいはその集団である医療機関には大きな裁量権が認められております。こうした裁量権は、それが良識をもって行使されるならば末永く医師、あるいは医療機関のものであり続けるでありましょう。しかし、もしそれらが良識を欠く行使の下に置かれるならば、やがてそうした裁量権はだれかに取り上げられてしまうことが明白であります。こうして「良識ある医療」は、将来のわれわれ自身を守っていくためにもまた、絶対に必要な事例であると考えております。

この森先生の言葉が、本稿の副題を医療専門職集団に求められているものとした理由である。そしてこの国で、「医療者の自己改革」を長く言われてきた、日本福祉大学学長であり、当医療政策会議の委員でもある二木立先生の言葉を借りれば、

社会的には（相対的に）まだ強い立場にある医師・医師会は、主観的には『譲りすぎ』と思うほど譲って自己改革を進めないと、国民やジャーナリズムの信頼は得られないと思っています。古い諺を使えば、『韓信の股くぐり』です。（大望を抱く者はよく忍耐する意）。

二木立（2007）『医療改革－危機から希望へ』38頁

もっとも、「医療者の自己改革」を言い続けてきた二木先生や、その考えに同意する私が日本医師会の医療政策会議のメンバーであることは、今の医師会の姿が、多くの人がかつての医師会を基にして抱くイメージとは異なることを意味しているのかもしれない。

## 12. 補論

医療の政策形成に参加するステイクホルダーとしての経済界が、どのよ



うなことを考えているのかを、補論という形で紹介しておこう。

## 2月19日第4回会議

○大島伸一委員 今までのお話の中で一体どんな医療を受けたいのかということについて全く出てきませんでした。全体として制度としてどう考えていくのかとか、お金が足りない、お金が足りないという話はよくわかるのですが、一体どんな医療を国民側あるいは保険者側としては受けたいのかというような議論は全くされていないのか、終末期医療の抑制という言葉が出ましたが、細かく言い出すといろいろあると思いますけれども、そういう議論というのはないのか、あるのか、そんなことは考えたこともないのか。あるいはそういうことについてどう考えるのかということをお伺いしたい。

○斎藤勝利日本経団連副会長・社会保障委員長 どういう医療を受けたいかということについては、余り細かく議論をしたことはございません。…。先生からの御質問のどういう医療を受けたいかという段階までは、まだ私どもとしては考えるに至っておりません。

○篠塚肇経済同友会政策調査第2部長 御質問いただいた部分で、特にどのような医療を受けたいのかということころの議論につきましても、私どもも必ずしも議論が十分尽くされているかといいますと、そこのところはまだこれから議論が必要なかなと思っておりまして、課題とさせていただければと存じます。

○中村利雄日本商工会議所専務理事 今の御指摘の点は、我々としても非常に難しい話でありますので、議論したことは積極的でないということでございます。高額医療や先ほどの終末期医療といった問題についてどのような手段によって抑制することが可能かを検討すべきだというような議論があるという段階でございます。

### 参考文献

- Fuchs (2000) ,“The Future of Health Economics,”Journal of Health 19 (2) , pp.1-24. [V・R・フックス氏による国際医療経済学会第2回世界大会(1999年6月30日於ロッテルダム)の基調講演「医療経済学の将来」〔二木立(2000)『医療経済学研究』(Vol.8,pp.91-105)〕)。
- Lee, M. L. (1971) ,“A Conspicuous Production Theory of Hospital Behavior,”Southern Economic Journal 38, pp.48-58.
- Ranade, W.ed (1998) , Markets and Health Care: a Comparative Analysis, London : Longman.
- 権丈善一 (2005〔初校2001〕『再分配政策の政治経済学Ⅰ——日本の社会保障と医療 第2版』慶應義塾大学出版会
- 権丈善一 (2006)『医療年金問題の考え方——再分配政策の政治経済学Ⅲ』慶應義塾大学出版会
- 二木立 (2007)『医療改革—危機から希望へ』勁草書房
- 森亘 (2013)『医とまごころの道標』東京大学出版会

## 第2章 社会保障制度の本質機能 —歴史から学ぶ—

執筆担当者 田中 滋 議長

### 1. 社会保障制度の目的とは

#### (1) 社会保障は社会主義？

社会保障制度の始まりや本質的機能を理解せず、「社会保障制度は国を社会主義に導く道」などと信じている人たちがいる。アメリカ合衆国では、建国以来の自助の精神を背景に、上記のような信条を抱くグループが昔から社会でかなりの勢力を持つ。

伝統的にそうした政治環境ではあったものの、オバマ大統領は2010年3月、支持率も当時まだ高く、また米国会で上下両院とも民主党が多数を占めていたため、かろうじて医療保険改革(と言っても私的保険の普及策)にかかわる複雑な法律の束を成立させることに成功した。その頃は、「米国の医療保険無保険者を2010年代の終わりまでに6,000万人から2,000万人まで減らす」との説明がなされていた。アメリカ以外の経済的先進国では一般的な国家運営の形である、普遍的な医療保障体制に近づける努力と言えよう。

ただし、2010年夏の間選挙および2012年の選挙では共和党が下院議席の過半を獲得し、その原動力となった保守グループ(ティーパーティー)の唱える「オバマケアは社会主義への道だ」「改革ではなく医療保険改悪だ」といった攻撃が強まった。2013年10月には、主としてオバマケアをめぐる国会での対決から予算案が成立せず、政府機能が一時閉鎖されるに至った。しかも、オバマケア自体の制度設計や詳細設計のまずさ、ならびに実施に至る保険登録サイトのシステム不備も影響して、かえって無保険者を発生させるなど、思想信条に関する対決とは別の浅い次元でも混乱を助長してしまった。

米共和党右派の中心であるティーパーティーとは、第43代ジョージ・W・ブッシュ大統領の頃から支持者を著しく増大させた保守層の一部に対し、2009年より一定の政治運動グループの名称として広く使われるようになった。同グループを代表とするアメリカ合衆国の保守主義層は、思想信条では自由と自助を重視し、かつ社会装置としてのコミュニティおよび宗教(キリスト教)を上位におき、政府、取り分け連邦政府の介入を極端に

嫌う。これに近い考え方は、ヨーロッパではさほど大きな勢力を持っていないとみなしてよい。

アメリカには、ウォール・ストリートに典型的に見られる新自由主義者≡市場原理主義者も多いが、ティーパーティ・グループの思想はそれとはまた違う側面を持つ。新自由主義者・市場原理主義者は、金融主導のマネーゲーム経済、その結果としての極端な所得分配の不平等等の現象を擁護する（少なくとも否定しない）が、保守主義層の発言を観察すると、金融主導の“マネー至上”経済は必ずしも好きではないように見受けられる場合もある。

20世紀以降のアメリカ政治においては、リベラル派、（保守）穏健派、保守派の三つ巴の戦いが繰り広げられてきた。一方、社会保障制度に対する距離感から見ると、制度の普及を推進してきたリベラル派と、私的財にかかわる政府介入に反対する自助重視派に二分されるように見えるかもしれない。しかし後者は、市場経済活力への介入を嫌う新自由主義派と、キリスト教プロテスタント原理主義に近い米国独特とも思える保守主義層とに分けて考えるべきである。

新自由主義的な思想を持つ人々にとってみれば、社会保険制度は企業利益と個人所得に対する「不公正な課税」であろう。彼らにとって、医療は市場財の一つである。ゆえに、「なぜわれわれが、自分で医療費などを準備しない怠惰な人々を支援しなければならないのか」と言った強い主張を聞かされる経験は、米国に滞在していると珍しくはない。わが国や独仏等における現代社会保険制度の基本的な精神である、「自助の連帯」とは全く異なる哲学である。

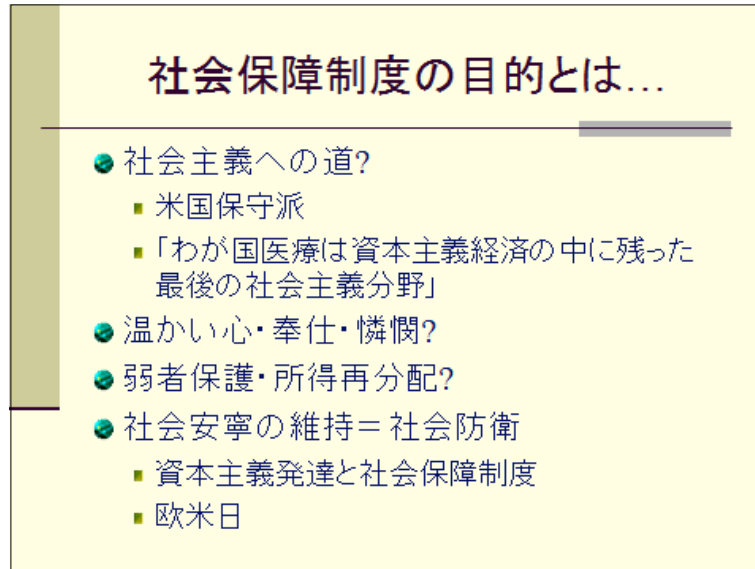
一方、アメリカ保守主義層の中でも右に位置するグループにとってみれば、自助の精神に反する強制連帯の制度は、米国民の志を弱める「社会主義の陰謀」と映るようである。彼らの言う「社会主義」とは欧州における理解とは無関係な、「悪魔の囁き」の言い換えに近い。もっとも保守主義層は教会等を通ずる互助については大切にしており、（大雑把に1ドル100円換算と見て）30兆円弱に及ぶ米国の年間寄付額を生み出す原動力の一つとなっている。ちなみに日本の年間寄付額は（東日本大震災の2011年を除き）1兆円に達していない<sup>1</sup>。

なお日本の医療分野にも、米国流保守主義でも新自由主義でもないにもかかわらず、なぜか「わが国医療は資本主義の中に残った最後の社会主義分野だ」などと説く向きもおられる。本稿で以下に述べるように、この理

---

<sup>1</sup> 内閣府統計 [https://www.npo-homepage.go.jp/about/npodata/kihon\\_21.html](https://www.npo-homepage.go.jp/about/npodata/kihon_21.html)

図表1



解は全く正しくない（図表1）。

## (2) 社会保障は弱者保護？

同じくアメリカ合衆国保守主義層の思想とは全く相容れない、日本の福祉分野には次のような間違った理解が散見される。「社会保障制度とは、貧しい人たちや社会的弱者のために対する優しさがルーツであり、温かい心や奉仕の精神（ないし百歩譲って憐憫の気持ち）を基に作られた」と表せるような考え方である。高みに立った憐憫にせよ、優しい温かい奉仕の精神にせよ、後述のように、社会保障制度の淵源にかかわる把握としては全く正しくない。

他方、経済学は社会保障制度が果たす重要な機能として所得再分配を指摘する。たしかに結果として各種社会保険は所得再分配に寄与するが、そのためだけに医療保障制度や介護保障制度が考案され、継続してきたわけではない。制度の本質機能、すなわち目指す上位目的としての「社会防衛」を改めて認識すべきである。

## 2. 社会保障制度の始まり

### (1) 前史

東洋でも西洋でも、王族や貴族あるいは宗教者が慈悲を示した例を褒め称えた記録が多数残っている…歴史に記憶されるとは実は珍しかったからだとは思うが。例えばわが国については、聖徳太子に関する言い伝え、光明皇后が興福寺内に建てた収容施設（こちらは事実）などが初期の例であ

る。フランスのヴァロア王朝分家ブルゴーニュ公国では、15世紀に財務長官ニコラ・ロランが建てた施療院（オテル・デュー）であるオスピス・ド・ボヌが今でも美しさを誇っている。

そうした慈悲による施しに比べると、社会保障制度は人類文明史6,000年の中で見ればきわめて新しい政策ツールである。社会保障制度はまだ150年しか歴史がない。新しい制度が150年前にドイツで始まり、現代まで続くのみならず、日本を含む各国に広がり、かつ発展してきた背景には、しかるべき必然性が発生したからと考えなくてはならない。

逆に、もしその必然性が時代を問わず意識されたのなら、古代・中世・近世にも何らかの制度がつくられていたはずである。2,000年前の文明（ローマ帝国でも中国でも）においても軍は存在していたし、2,000年前から何らかの医療専門家が用いられていた…薬草を使う他は祈祷や呪術だったにしても。

ところが、社会保障制度は近代まで実用化どころか考案もされなかった。つまり必然性がなかったと見るべきである。なぜ150年前から必然性が発生したのだろうか。それは資本主義の発達に他ならない。

## (2) 資本主義の発達とドイツ帝国成立

資本主義は市場取引をベースとしているが、市場取引自体は…主に商業取引について…中国古代でも、ローマ共和国や帝国でも、さらには中羅両文明をつなぐいわゆるシルクロードでも行われていた。中世のハンザ同盟や、中世・近世のヴェネツィアによる貿易（ただし軍事、および後者では造船・兵器製造を伴う）も有名である。

とはいえ、工業分野において資本を出し合って利益獲得を目指す会社形態が中心になっていった経済システムは、産業革命を経たイギリスの18世紀後半に始まるとみなしてよい。仏独では19世紀前半、アメリカ合衆国では19世紀後半に資本主義が経済の主流となる。日本で本格的に資本主義工業経済が発達する時期は、日清戦争後に多額の賠償金を受け取ってからであり、19世紀末にあたる。

社会保障制度は資本主義の発達と深く関係する。具体的な社会保障制度の開始はドイツ帝国初代首相オットー・フォン・ビスマルクにより行われた。そこに至る背景を知るためには、プロイセンとドイツ帝国の歴史を語らなければならない。

現在のドイツとオーストリアを中心に、西北は現在のベネルックス各国、西南はフランス東部、南はイタリアとクロアチア、東は中欧にまで広がっていた神聖ローマ帝国は、9世紀カール大帝（定義によっては10世

紀オットー大帝)に始まる。帝国は1806年にナポレオン1世によって解体されるまで、1,100年間も続いた(図表2)。

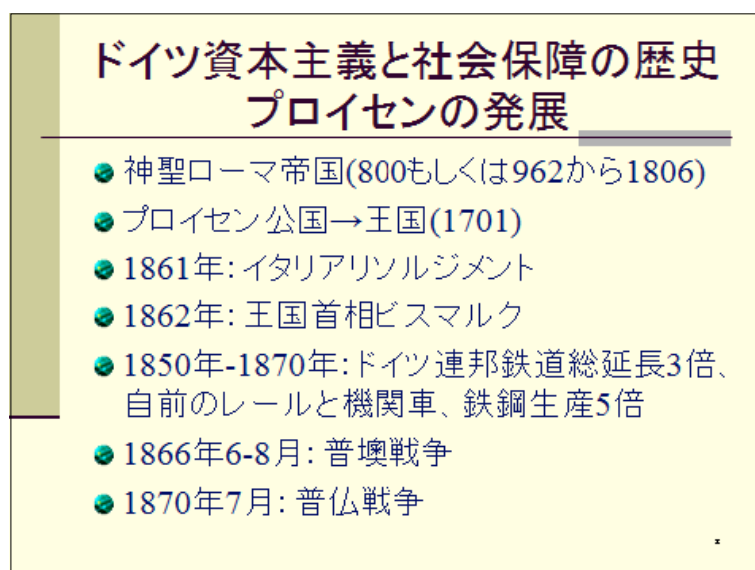
なお神聖ローマ帝国のうちオーストリアに属していない部分は、三十年戦争を終わらせた1648年のウェストファリア条約締結以降でも、300ほどの世俗国家、自治都市および教会国家に分かれていた。その300のうちの一つがプロイセン公国であった。

神聖ローマ帝国の東北の端(半分は外側)におけるドイツ騎士団領がプロイセンの前史にあたる。16世紀後半に騎士団領を受け継ぎ、17世紀後半にはプロイセン公国が成立した。さらに、神聖ローマ皇帝より1701年には王号を許され、18世紀後半にはローマ法王にも王と認められるに至った。その後も勢力を増し続け、神聖ローマ帝国が終焉し、オーストリア帝国ができてからも、プロイセン王国は国力を増し続けた。

日本の明治維新を含む時期の20年間、当時存在していたドイツ連邦(プロイセンもオーストリアも含む)では鉄道総延長が3倍、鉄鋼生産が5倍という近代化が実現し、それまでイギリスから輸入していたレールや機関車を自前で生産できるようになった。

1862年、フランス大使を務めていたビスマルクがプロイセン国王ウィルヘルム1世により首都ベルリンに呼び戻され、同国首相に任命された。ビスマルクは1863年にオーストリア帝国と組んでデンマーク戦争に勝つと、1866年にはフランス帝国の暗黙の支持を得て、今度はシュレースヴィヒとホルシュタインの主権問題を持ち出してオーストリアに戦いを挑んだ。優れたリーダー(モルトケ)の下で近代化が進んでいた軍の力もあって、予想に反しプロイセンはわずか3か月で勝利を得た。

図表2



勝因の一つは鉄道の発達でもあった。オーストリア軍側には兵や大砲を運べる鉄道が1本しかなかったのに対し、ドイツ軍は複数の鉄道を利用し、しかも事前の計画が整っていたおかげで、戦場（ケーニヒグレーツ）まで迅速な運搬を行えた。プロイセン王国は、オーストリア帝国だけではなくハノーファー王国、ザクセン王国、ヴェルテンブルグ王国、バイエルン王国の軍隊をも打ち破り、オーストリアを排除した北ドイツ連邦を設立して主導権を握る。

さらに1870年には、スペイン王位継承問題を利用してフランス皇帝ナポレオン3世に戦争を仕掛け、戦争を始めてわずか2か月ほどのセダンの戦いに圧勝して皇帝を全面降伏させた。

このころ（1868年）日本も、多くの藩に分かれていた体制が明治政府の下に統一された。ほぼ同じ時期、1861年にはイタリアも統一（リソルジメント）を果たしている。フランスに進軍したプロイセンのウィルヘルム王は1871年ヴェルサイユ宮殿でドイツ皇帝として戴冠し、帝国という名称の一種の連邦国家がつけられた。権謀術数を当然とする戦略家であるビスマルクが帝国首相も兼任した（図表3）。

なおナポレオン3世は降伏したとはいえ、その後に成立したフランス国防政府がドイツに屈服している状態は許しがたいとして、パリ人民は史上初のプロレタリアート独裁をうたった自治政府を宣言する。有名なパリ・コミュンである。ビスマルクがパリ・コミュンをどう見たかについては後述する。

他方、ドイツ帝国が成立した2年後、明治政府が国運をかけて派遣した岩倉具視使節団が、アメリカ合衆国・ロシアを経てドイツまで行き、ビス

図表3

### ドイツ資本主義と社会保障の歴史 プロイセンの発展

- 1871年1月: ドイツ帝国成立、帝国首相
- 1871年3月: パリ・コミュン
- cf. 1873年3月: 岩倉具視使節団ビスマルクと会見(副使は木戸孝允・大久保利通・伊藤博文・山口尚芳)

マルクと会見している。副使の木戸孝允・大久保利通・伊藤博文という、いずれも統治技術の意味を理解できた3人がビスマルクと話し、列強に伍す方策を模索する新興国の使節として、ドイツの発展に大きな刺激を受けたと伝えられている。

### (3) 富国強兵と社会保障制度

当時のビスマルクが何を必要としていたかを想像しよう。ビスマルクはドイツ帝国形成を主導し、そのために戦争を利用し、周囲の各国に勝利した。しかし戦争における勝利は一時的な現象にすぎない。第一次大戦や第二次大戦のように、何年もかかる戦争では国家経済の総力戦になるが、まだこのときは王朝戦争の色が濃い。したがって、自国の軍隊が相手より訓練度が高く、武器と兵站が相対的によく準備されており、さらに将軍が優れていれば2、3か月で勝つことができた。

しかし、戦争後も国家が強くあり続けるためには、国力が強くなくてはならない。19世紀後半のヨーロッパにおける列強はイギリス王国・フランス共和国・ロシア帝国・オーストリア帝国・ドイツ帝国の五国であった。国力強化のためにビスマルクが採用した政策群は、いわゆる富国強兵策の代表例と歴史では位置づけられている。「富国強兵策」という用語自体は、中国古代の春秋戦国時代に始まり、中国・日本で使われてきた言葉で、ヨーロッパ語ではない。要は経済発展によって軍隊を増強させる政策を意味し、日本では富国政策は殖産興業策とも呼ばれていた。

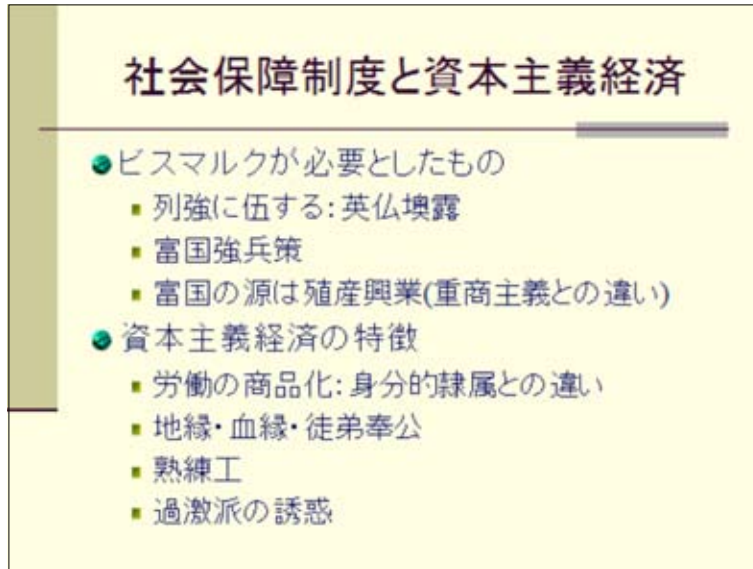
資本主義工業経済以前、富国のための経済手段は篤農と重商主義が主であった。しかし資本主義をも活用した工業を発展させなければ富国を果たせないことに、19世紀後半以降、ドイツもフランスも、やがてアメリカも日本も気がついていく。

重工業を中心とする資本主義の特徴をみると、最も目立つ側面の一つは、「労働の商品化」に他ならない。それまでの農奴や小作農は土地に縛りつけられており、土地から勝手に離れられず、地主や領主に身分的に隷属していた。職人や商人の世界でも、親方に対する身分的隷属が原則であった。小作制や農奴制の農業では、収穫の過半は土地を持つ身分の者となる。小作農や徒弟は賃金契約を結ぶわけではない。

ところが、資本主義経済下の工場では、人間そのものではなく、サービスだけが労働市場で売買されるようになった…もちろん、労働を保護する法律は乏しいので、資本家に搾取されていたにしても。それまでの地縁・血縁、同業者連帯に基づく働き方とは切り離された新しい職種としての工員が増え始め、その工場部門から資本主義は発達していく。19世紀、資



図表4



本主義が主たる経済の仕組みとなつてからの、地縁・血縁から切り離された農村の次男、三男にとっては、工員になるか兵隊になるかが主な選択肢であった（図表4）。

やがてそれらの工員の一部は熟練工とみなされるようになった。資本主義以前の家庭内工業の親方・職人と違って、鋼鉄や近代の軍艦をつくるには多数の熟練工が欠かせない。とはいえ熟練工段階に達するためには長い時間がかかる。そうした熟練工が労働災害に遭ったり病気になったりしたときに、職場での訓練（雇い主側にとっては賃金を払いながら行ったOJT）を無駄にしては企業の損失が大きい。よって資本家や国家の側にとっても熟練工を守る強いインセンティブがある。この点は中世の貴族と農民の関係などとは大きく異なっている。

一方、労働災害を負ったり、引退年齢になったりした時に企業から追いつ出だけの扱いだと、当時の過激な社会主義や共産主義に走ってしまいかねないとビスマルクは気づいたのであろう。

では、当時に至るまでビスマルクが見たものは何だったろうか。ビスマルクは1871年にドイツ帝国創設を主導する以前、まだ若い議員だった頃、1848年2月のフランスに始まり同年ヨーロッパ各地に伝播した多発革命を見ている。フランス王制はナポレオン1世の後復活し、ブルボン家のルイ18世、シャルル10世、オルレアン家のルイ・フィリップと続いてきたものの、ついに1848年革命により王は追放され、王制が終わった。

オーストリア帝国でも、ナポレオン1世時代から外交、さらには国政を取り仕切ってきた宰相クレメンス・フォン・メッテルニヒが亡命を余儀なくされる革命が生じた。帝国内のイタリア、ハンガリー、ボヘミア各地で

の一斉に起きた騒乱であった。プロイセン王国でもベルリンで市民と軍隊の間で市街戦が起きている。

前述のように、1871年には戴冠したばかりのドイツ帝国皇帝と帝国首脳は、すぐ近くでパリ・コミューンとヴェルサイユのフランス国防政府の戦いを知り、これも大きな衝撃をビスマルクに与えたものと思われる。理由は革命の主導者の変容である（図表5）。

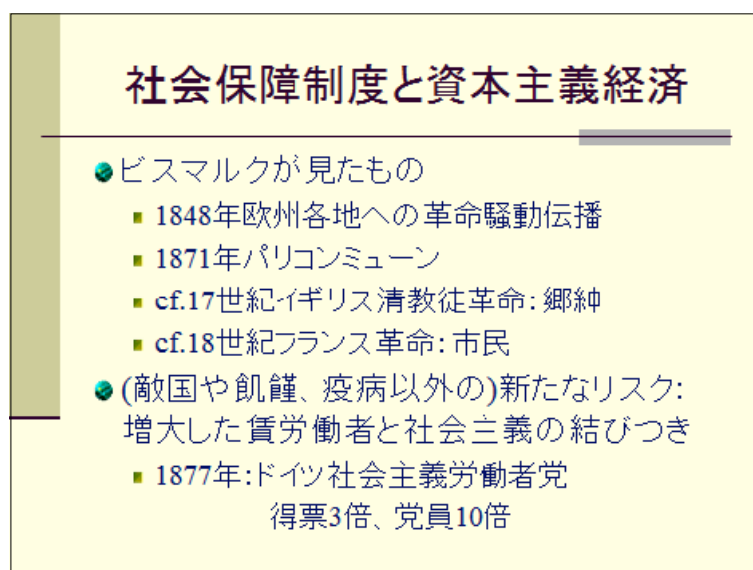
かつてヨーロッパで起きた革命は誰が起こしたのであろうか。17世紀中葉イギリスの清教徒革命の主体はジェントリー（郷紳）層であった。他方、1789年のフランス革命の中心はブルジョワジーと言われている。

ところが、1848年、さらに1871年になると、新たに発生しつつある労働者層が市民（ブルジョワ）と組んで革命推進勢力となることを支配層は体験した。その背景に社会主義が影響していたことも、情報として持っていたはずである。1877年ドイツ帝国の総選挙では、ドイツ社会主義労働者党が、結党以来わずか2年間で党員数が10倍に増えた勢いに乗り、12議席を獲得した。

近代以前の国家にとって、第一のリスクは敵国であり、また飢饉や、ペストを代表とする疾病も大きなリスクとして意識されていただろう。これに対し、増大した賃金労働者と社会主義が結びつく社会主義革命が新しいリスクであるとビスマルクは考えるに至ったと記録されている。

「ドイツ帝国は他の列強に負けないように強くなくてはならない」「強くなるためには産業化、重工業化が必要である」「重工業のためには熟練工は欠かせない」「しかし工員が社会主義に走らないようにする仕掛けも必要だ」ロジックだったのではないだろうか。

図表5



1878年、ビスマルクは社会主義鎮圧法を制定し、ドイツ社会主義労働者党を非合法化した。その一方、世界で初めて疾病保険（1883年）、労災保険（1884年）、年金保険（1888年）を立て続けに整備していく。まさに社会主義者が政治運動化するのを抑える一方で、政治運動化しないように病気や労災や老齢から守る施策に他ならない。

ここまでの記述から明らかなように、為政者が社会保障制度整備に取り組んだ理由は、弱者への慈悲心でも、社会主義に導きたいからでもなく、むしろ、（健康な）労働者を工場で生産に従事させつつ、社会主義勢力の拡大を防ぐためであった。ドイツ資本主義を発達させ、他の強国と伍するためのツールの一つとして社会保障制度の必然性が意識された時が始まりなのである。

#### (4) 社会保障制度の機能

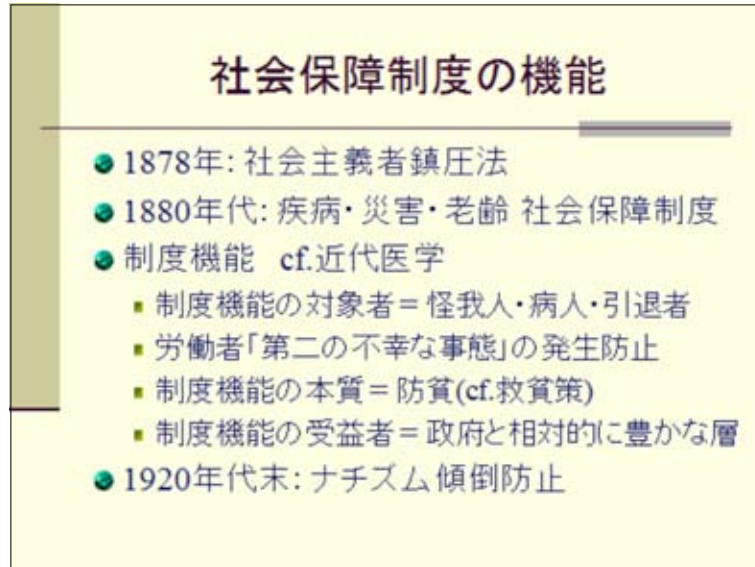
ちょうど同じころ、ウィルヒョーとパスツール以降、近代医学が発達していく。それまでは感染症にかかった際、栄養状態やその結果としての体力を別にすれば誰もが同じ生死の確率に直面していた。しかし治療方法ができてくると、経済力によって治療を受けられる人と受けられない人の格差が意識されるようになる。ドイツでも日本でも、社会保障制度の適用は近代工業労働者が先で、農民や子供に対する制度適用はずっと後になる。それは、相対的に低い所得でも労働者層が治療を受けやすくし、治療を受けられないがゆえの不満、あるいは治療費全額負担による貧困化ゆえの不満を防ぐ機能が目的だったからである。それらの不満が社会主義とリンクするリスクの防止と言ってもよい。

このように、社会保障制度の機能の本質は防貧であり、貧しい人を救うわけではない。そもそも、本人ないし家族の疾病や要介護状態は不幸な出来事である。これを第一の不幸と呼ぶ。社会保障制度は第一の不幸の発生防止に対するダイレクトな貢献は難しい。もう一つの不幸は、「サービス利用に要する金銭的もしくは時間的負担ゆえに陥る貧困や離職、家族崩壊などの事態」である。これを第二の不幸と呼ぼう。社会保障制度は第二の不幸防止の手立てとしては、きわめて有効に機能してきた。

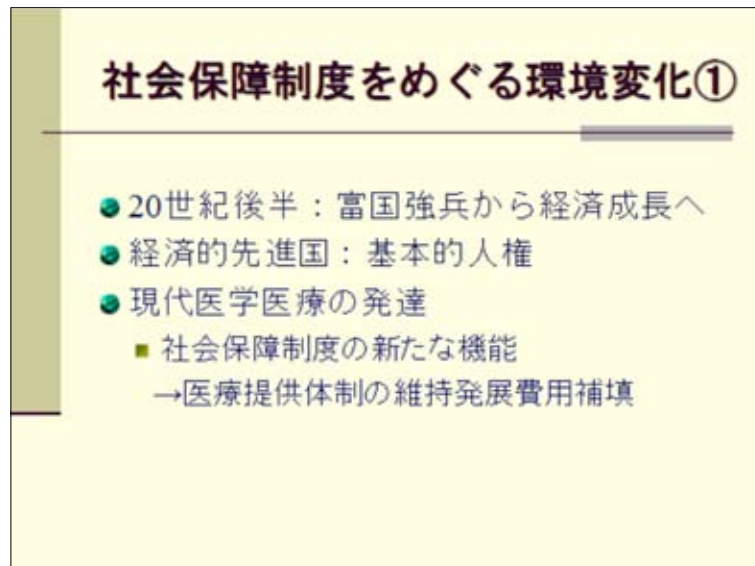
一方、社会保障制度の真の受益者は、「社会不安によって被りうる損失を予防される人々」である。工員たちが革命運動に組みしなないことによって、政府、統治層や富裕層は安定的な社会を前提に、経営なり外交なり国家運営に専念できる。

1920年代、社会保障制度は一定の効果を表したと記されている。ナチスは選挙で勝って政権を取ったが、ナチへの投票が少なかった集団はカト

図表6



図表7



リックと労働者層だった。

20世紀後半以降には、多くの国において経済成長が何より重要な政策として追求されている。また現代医療の発達により、医療機関、取り分け病院が社会資本として認識されるようになった。すると、社会保障制度の第3の機能…すなわち医療機関や関連産業の維持・発展を図る費用の補填…への期待も大きくなっていく（図表6、7）。

### 3. 生活保障と社会保障

#### (1) 生活保障の要素

生活保障の第一の要素は就業保障、給与生活者にとっては雇用保障、つ

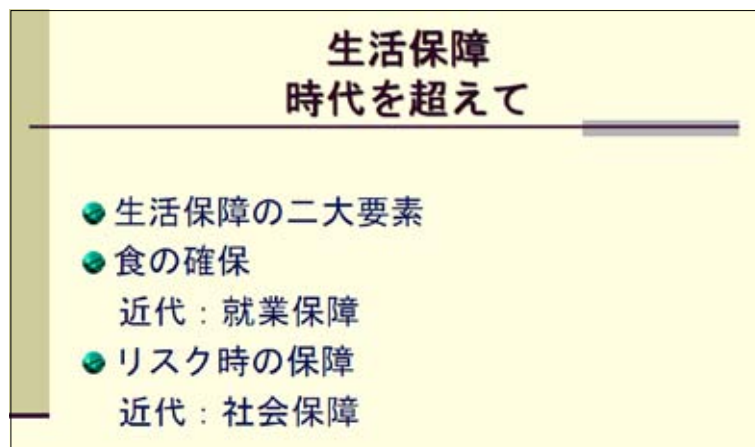
まりは働く機会の確保である。自営業者も給与生活者も、生きる糧を獲得するためには就業の場を必要とする（なお勤労による所得をあてにしてい  
ない、つまり就業保障など不要な、配当や地代などの財産所得だけで暮ら  
せる資産家や、隷属民の労働成果を収奪していた近代以前の領主・貴族層  
などにはこの議論はあてはまらない）。

さらに、現代人は働くことを通じて社会参加感、自己実現感を得るケー  
スも多いと思われる。現代社会の勤労者にとって、生活を保障する何より  
大切な項目が就業保障・雇用保障であるとの理解は難しくない。

しかし就業保障だけでは、通常の日常生活では発生しない大きなリスク  
に直面した際には備えが不十分である可能性が高い。失業はそれだけで貧  
困と直結しかねない。疾病・けが・要介護状態・労働災害などの場合は、  
対応する手段たる診療や介護サービスを利用するには蓄えが足りないおそ  
れ、もしくはその時は何とか支払えるものの蓄えた富を失って貧困化する  
おそれがある。災害・犯罪や火事などのリスクに対応する社会装置として  
は、（主に金銭面にかかわる生活保障概念とは別体系の）公共サービスの  
一環である治山治水・警察や消防も存在するが、ここでは取り扱わない。

公的年金を除く社会保障は、警察や消防と同じように、使う必要性に直  
面しなければ使わなくてもよい。この点は就業保障とは異なる。社会保障  
制度は、前述したように、その機能が役立つ…基本的に好ましくない…事  
態に遭遇しても、金銭負担ゆえに貧しくなることはないという安心感を与  
える仕組みである（ただし、現代の公的年金が与える安心感の対象は長寿  
という喜ばしい事態で、他の不幸な事態とは性質が違う）。社会保障制度  
が機能するなら、個々人が様々なリスクに備えて膨大な貯蓄をしなくとも  
よい。リスクに対応する費用が必要になった人だけを対象に給付される金  
額を、確率で割り戻して社会全体で広く薄く負担すれば済むためである  
（図表8）。

図表8



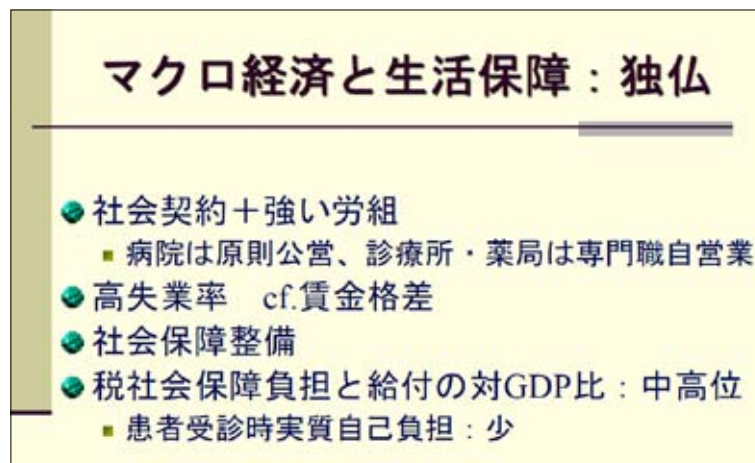
## (2) 外国の例

ドイツ・フランスは社会契約国家である。「現在職に就いている労働者を守ること」については強い労働組合が存在する。フランスやドイツは勤労者を解雇しにくく、既存の雇用を守られるため、かえって若年層の失業率が高くなる現象が継続して見られる。独仏では失業期間も長く、失業保険給付も多くなっている（図表9）。

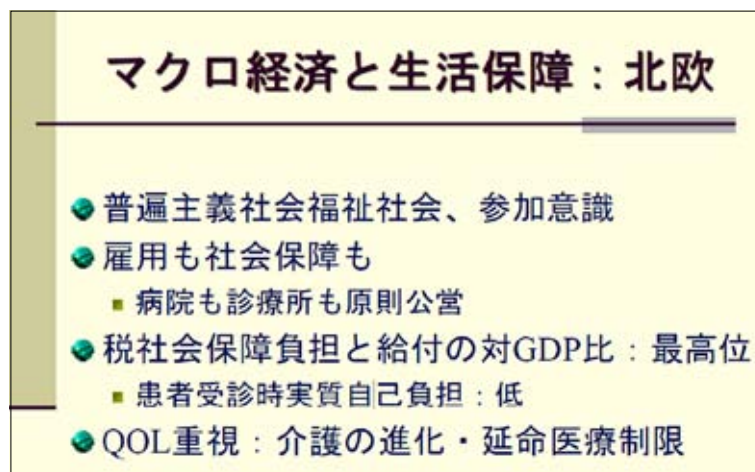
病院の多くは公営、診療所と薬局は専門職による自営業が主である。税社会保障負担、あるいは社会保障給付のGDP比は相対的に高い。また患者受診時の実質自己負担はきわめて低い。

北欧諸国は、ユニバーサリズムに基づく社会福祉社会で、多くの住民が参加意識を持っている（図表10）。「政府とは皆の役割分担」という考え方が強い。雇用も社会保障も重視されるが、解雇率は高い。それでも社会不安が起きない理由は失業率が低いからである。雇用関係が切れてもすぐに教育機会が提供され、比較的短い期間で新しい会社、産業に移れる仕組

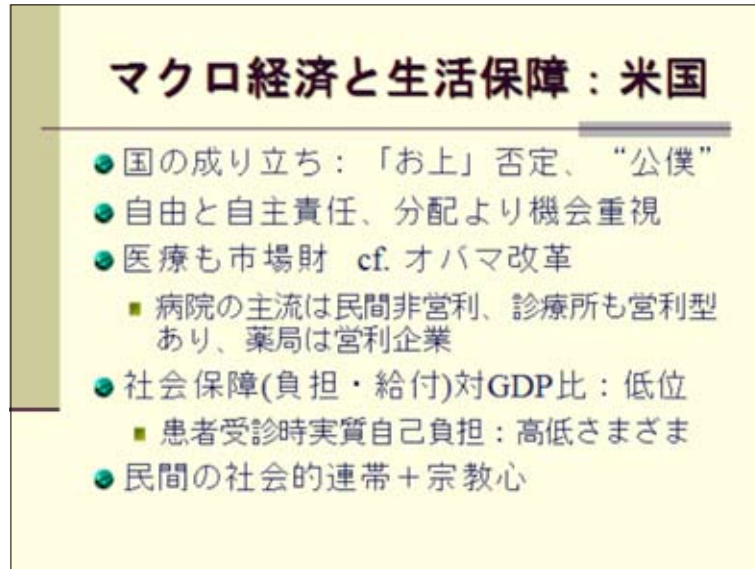
図表9



図表10



図表11



みが低失業率をもたらしている。高い経済活力と世界の最上位に属する一人当たり GDP、そして充実した社会保障給付が知られている。サービス利用時の患者実質負担はやはりきわめて低い。

社会保障に対する考え方において、北欧とは対極に位置する米国に関しては冒頭で触れたとおりである（図表 11）。社会保障負担の対 GDP 比は先進国中最も低く、給付の対 GDP 比も低い。患者受診時自己負担は、私的保険を買えない、かといって生活保護医療の対象とはなり得ない低所得層は、サービス利用時に費用を全額自己負担しなければならない（先述の互助＝寄付を原資とする慈善医療の対象となり得るケースが存在するにしても）。中・上流層は雇用主が提供する利用時自己負担が低い保険私的医療保険に入っている。中の下の所得層が買える保険料の低い医療保険ではサービス利用時の自己負担が高い。

### (3) バブル経済期までの戦後日本

日本では、戦後の混乱期が安保闘争とともに終焉し、池田内閣のもとで高度経済成長が始まった 1960 年から、東西対決とバブル経済が終わる 1991 年までのほぼ 30 年間、次のような形で人々の生活を保障していた。

まず大きな組織、大企業、大型の非営利法人、および公的セクター（中央政府・地方自治体・かつての公社公団など）における雇用保障は非常に強かった…基本的にいわゆる「終身雇用」と呼ばれていた長期雇用を指す。合わせてそうした場所では組織内福祉も潤沢であった。国民のおよそ 1/3 にあたる大組織の被用者およびその家族の多くは、社宅、有利な給付率の健康保険、様々な法定外福利や各種手当などを享受できた。

とはいえ、それ以外の2/3の国民が市場経済の中での自助努力だけに委ねられたままでは、経済成長と共に所得階層間格差・地域間格差が大きくなり、日本社会の安定にとって好ましくない状態をもたらしたかもしれない。また補助金や生活保護などの公助に頼る率が高くなりすぎる可能性も懸念された。そうした懸念に対してわが国でとられた政策、そして現実に機能した政策は、当時の自由民主党と社会党がともに推進した利益分配型政治に他ならない。

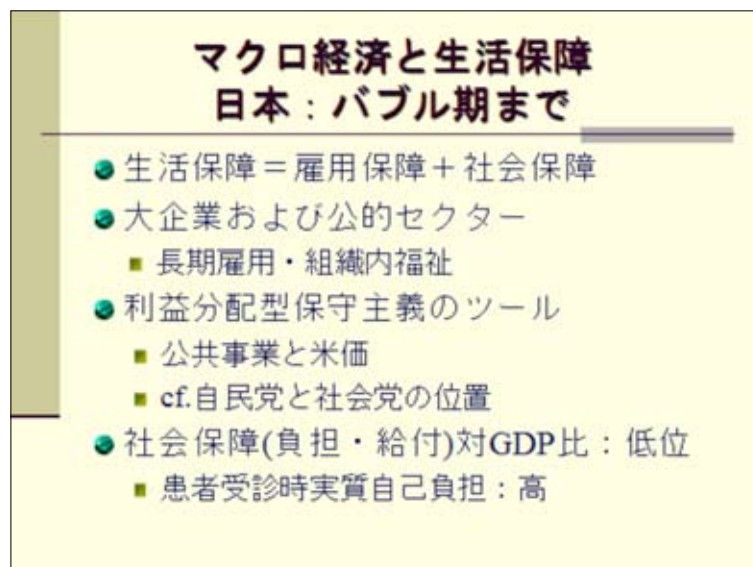
利益分配の最大のツールは高米価と地方公共事業であった。高米価は、政府の金をあまり使わずに、都会の住民から、農家に富を移転する手段として活用された。

他方、租税と財政投融资（原資は郵便貯金と厚生年金・国民年金積立金）および国債を財源とする各種の公費を使った仕組みが公共事業であった。

米価も公共事業も、南関東の一都三県から福岡県に至る東海道および山陽道ベルト地帯で生み出される経済の成果を、それ以外の日本の各地に持っていく一種の再分配手段として役割を果たした。この二つのルートを通ずる利益分配型政治によって、わが国の生活保障の一定部分が賄われてきたとみなしてよい。国家安全保障（自衛隊の在り方や米国との関係）あるいは憲法をめぐるっては鋭く意見が対立していた自民党と社会党とはいえ、二つのルートについては同じ方向を向いていたのである。

他方、税・社会保障負担および社会保障給付の対GDP比は低く、サービス利用時の患者自己負担は相対的に高いグループに属する。特に（公的年金と医療以外の）福祉面では、国際的に見て経済的先進国中アメリカ合衆国とならんで著しく低い水準にとどめられてきた。しかし上記のような方策の効果もあって、社会の安定は保たれてきたと考えられる(図表12)。

図表12



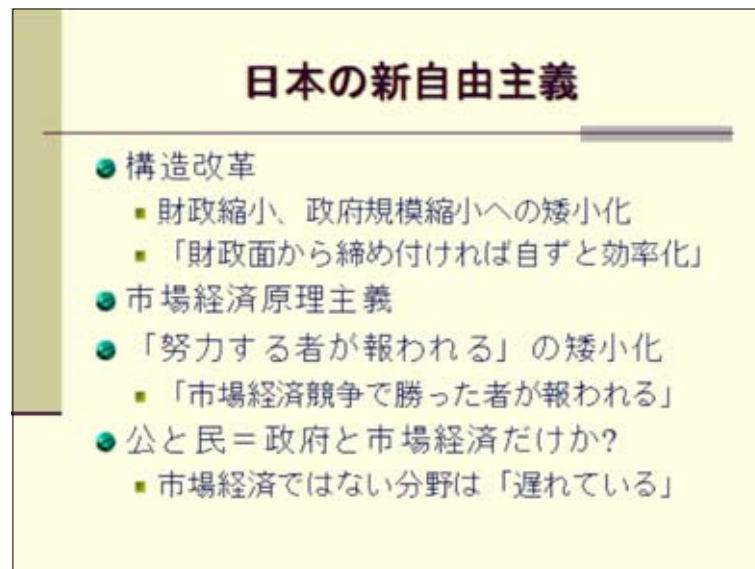


#### (4) バブル経済崩壊後

1990年代のバブル経済後の混乱を経て、いわゆる構造改革派が登場した。彼らの唱える「財政面から締め付ければ自ずと医療も効率化する」との説を聞くと、財政面から締め付けて患者が困って治療を受けられなくなるとは、一体何がどのような効率化だろうと不思議に思わない方がおかしいのではなかろうか。

また「努力する者が報われる」のはよいとして、それが「市場経済競争で勝った者が報われる」と矮小化して唱えられていた。さらに現実の経済では、市場経済以外にもいろいろと財の授受形態が使われているにもかかわらず、「市場経済ではない分野は遅れている」と単純化された時代はつい近年であり、今後も留意しなければならない（図表13）。

図表13

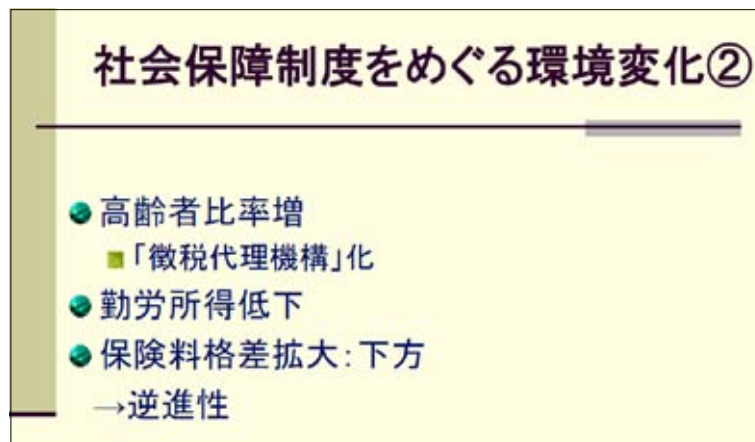


#### 4. おわりに

最後に、社会保障制度をめぐる現在進行中の環境変化を確認する。一つは、(解説不要だろうが)日本の人口年齢構成のいびつさである。勤労世代と比べた高齢者世代の相対的人員の増大は社会保険制度による対応を難しくする。医療保険による皆受療保障体制(=“皆保険”)を続けるためには、一本化がそう簡単に到達できないとすれば、保険間財政調整政策を活用せざるを得ない。ただし、調整規模が大きくなりすぎると勤労者世代の保険が…比喩的には…「徴税代理機構」化してしまう。また、介護面では健康寿命を超えた虚弱高齢者の数の増大にこれからも対処していかなければならない。

もう一つは経済力格差の拡大で、特に格差が下方に広がっている事態が生み出す問題である。協会けんぽの保険料率が所得の高い組合健保の平均保険料率を上回るという逆進状態が続いていることは、わが国保険制度の維持にとって捨て置いてはならない重要課題である(図表14)。

図表14



# 第3章 ヨーロッパにおける近年の医療制度改革の動向

—イギリス・フランス・オランダを中心に—

執筆担当者 松田 晋哉 委員

## 1. はじめに

社会の高齢化と低経済成長下で医療保障制度をいかに持続可能なものとしていくかは先進国共通の課題となっている。本論文では我が国と同様、国民皆保険制度を持つ国であるフランスとオランダと両国が制度改革の参考としているイギリスを取り上げ、近年の医療保障制度改革の動向を分析し、我が国の改革を考える上での資料を作成することを目的とした。

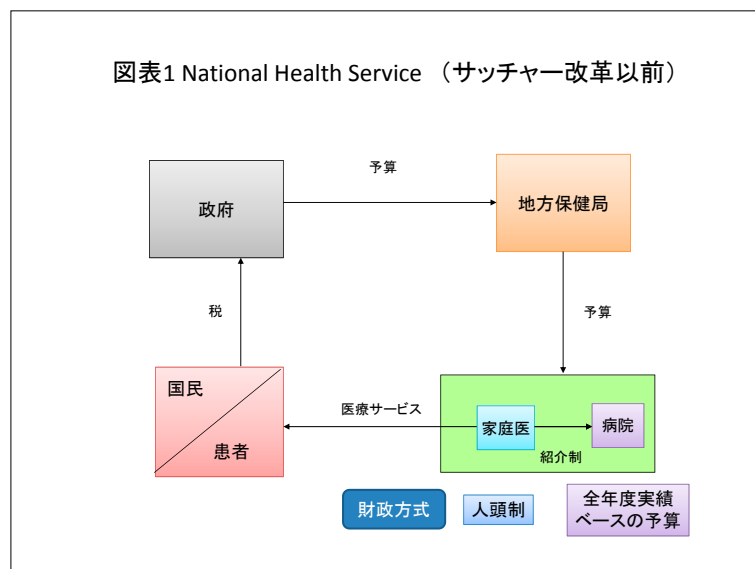
## 2. 各国の医療制度の概要

### (1) イギリス

イギリスの医療制度はベバリッジ報告（1942年）に基づいて1948年より導入された国民保健サービス（National Health Service：NHS）と呼ばれるものである。NHSでは予防からリハビリテーションまでの包括的な医療が、税を財源として、全国民に提供されている（図表1）。

国民は自分の家庭医（General Practitioner GP：一般医）をあらかじめ決めて登録し、通常の診療についてはまず家庭医の診療を受けなければな

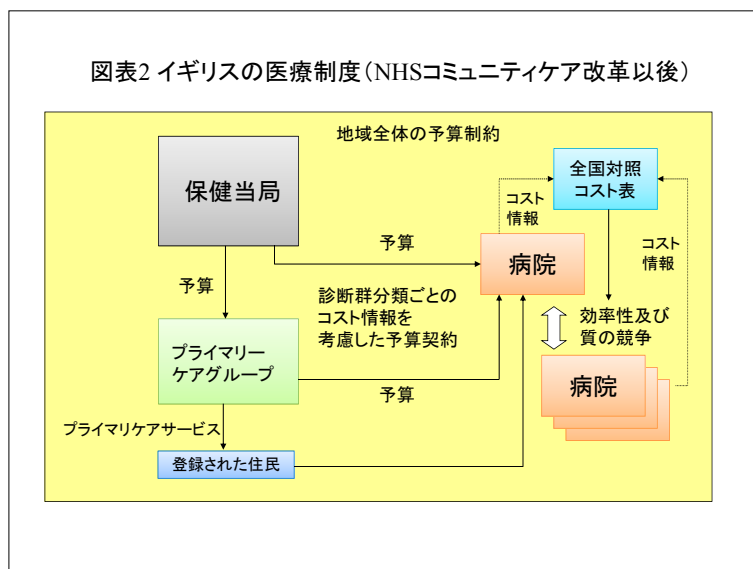
図表1



らない。そして、家庭医が必要と判断した場合、病院の専門医に紹介されるというゲートキーピング（門番機能）の仕組みが導入されている。一般医及び病院での診療に関しては自己負担はないが、薬剤や歯科診療に関しては自己負担がある。

イギリスの医療は予算制となっているために、他の先進国に比較すると国民所得に占める医療費の割合が低くなっている。それでも1970年代のオイルショック以降、経済状況が悪化する中で医療費の増大が問題となった。その一方で長い入院待ち期間に代表される公的医療の非効率性も問題となった。医療の効率性の改善と医療費の抑制を同時に達成する目的で1990年に当時のサッチャー政権によって行われたのが国民保健サービス・コミュニティケア改革である（図表2）。この改革により、それまでは地区当局（日本の都道府県に相当）が医療財政とサービス提供を一括して行っていたものが、提供者と購入者に分離され、独立した経営主体となった病院（NHSトラスト病院）のサービスを地区当局が病院との価格交渉によって購入するという内部市場（擬似市場）の仕組みが導入された。さらに経営状況の悪い（＝非効率的な）病院についてはそれを閉鎖し、また清掃やリネン部門、給食や看護補助などの部門・人材は民間の派遣会社に委託するという経営のスリム化も行われた。こうした病院の民営化はサッチャーの後を継いだメージャーによって継続し、PFI(Private Finance Initiative)がNHSトラスト病院に導入された。これは病院の建設及びその後の運営を民間の出資によって行い、その運営会社にTrust病院が賃料や管理費用を支払って病院医療を行うというスキームである。契約期間は30年以上にわたるものが一般的である。

図表2



また、家庭医についても登録患者のために病院医療を購入する権限と予算を持つシステムが導入された（これを GP ファンドフォルダーという）。この改革により家庭医の地位が向上し、また薬剤処方量が抑制されるといった効果も部分的には観察された。しかしながら、事務コストが高くつくこと、また事前に予想したほど市場原理主義的な競争はおこらず、質やコストに関する改善効果も観察されなかった。

## ブレア改革とその後の状況

1997年に保守党に代わって政権についた労働党は、競争的な仕組みではなく、関係者間のパートナーシップに基づいて総合的なサービス提供体制を構築することを掲げ、NHSに関して以下の6つの原則を示した（Our Healthier Nation, 1997）。

- ① 全国民が質の高い医療にアクセスできる。
- ② 地方自治体の責任で国の示す基準に合う医療を提供する。
- ③ NHSと地方自治体のパートナーシップを確立する（Local health improvement programme の設立）。
- ④ 官僚制を排除し、パフォーマンスの評価に基づく効率的なサービス提供を実現する。
- ⑤ サービスの質にフォーカスをあてる。
- ⑥ 公的サービスとしての NHS への国民の信頼の再構築

上記の原則に沿った改革を進めるためにブレア政権は質の高い医療へのアクセスを保証するための NSF（National Service Framework）、費用対効果の高いサービスを提供するための NICE（National Institute of Clinical Excellence）、医療の質評価のための CHI（Commission for Health Improvement、現在は CQC：Commission for Quality Control）の3つの枠組みを創設した。以下それぞれについて説明する。

【NSF】NSFは領域ごとに医療サービスの基準とサービスモデルを設定し、それをプログラム化した上で実行をサポートする事業である。サービスモデルにおいてはパフォーマンス指標が設定され、合意された期間における実行状況がモニタリングされる。例えば、がんの場合、一次医療（適切な紹介とフォローアップ）、二次医療（一般的な治療）、三次医療（専門的医療・特殊な医療）の階層モデルが設定されている。

【NICE】NICEは当該医療行為をNHSの提供するサービスに含めるかどうか検証するために、臨床家とNHSのスタッフが体系的に当該医療行為の費用対効果を評価する組織である。NICEの活動及びその指針はNHSの施策に重要であるだけでなく、MTA（Medical technology

assessment：医療技術評価）を制度化したものとして EU をはじめとする諸外国に大きな影響を及ぼしている。

【CHI】 イギリスでは 1980 年代から種々の組織が医療の質評価に取り組んでいたが、共通の基盤がないため、そうした試みが施策に反映されることはなかった。また、国営医療のため経営の質を評価するということもなかった。CHI はこのような状況を改善し、NHS サービスの提供者の医療の質及び経営の質を評価する枠組みとして創設されたものである。CHI の事業を進めるために、国レベルで NHS Performance Assessment Framework が創設され、健康状態の改善、公正なアクセス、適切なケアの効果的提供、効率性、患者とその介護者による評価、医療アウトカムの 6 つを軸として、領域ごとの指標が設定されている。

こうした政策目標を達成するために、ブレア政権はコミュニティレベルでのマネジメント力の向上を試みた。具体的には個々の家庭医が予算を管理する仕組みではなく、医療職のグループ（50 人程度の家庭医、地域看護師、理学療法士など）が包括的な医療サービスに関する予算を管理するプライマリケアグループあるいはプライマリケアトラスト（Primary Care Group：PCG, Primary Care Trust：PCT）の仕組みを導入した。ここで重視されたのは PCT のコミッショニング機能であった。ここでコミッショニングの定義であるが、NHS はそれを、医療・福祉サービスが効果的に対象者のニーズを満たすよう確実に提供するプロセスと定義している。具体的には対象者のニーズの評価、そして評価結果に基づく優先順位を考慮した上でのサービスの調達とその提供状況の管理まで責任を持つプロセスである。また、新しい制度では従来以上に予防的なサービスが重視されており、看護師が 24 時間体制で電話やインターネットにより国民の健康相談にあたる NHS ダイレクトなどのサービスが提供された。

サービスの総合性を高めるためそれまでソロプラクティスの多かった GP の診療所（これを GP surgery という）については、徐々にグループプラクティス化され、5 人くらいの GP 及び Practice Nurse が共同で診療にあたる仕組みが一般化されている。Practice Nurse はいわゆる Nurse practitioner で乳幼児健診や妊婦の管理、予防接種、慢性疾患患者の管理などを行っている（Nurse practitioner による健康教育あるいは保健指導は「治療的教育 Therapeutic education」と呼ばれ、近年その機能が重視されるようになっていく）。

さらに地域ごとの医療政策をより効果的に行うために、従来の地域当局は戦略的地域当局（Strategic Health Authority；SHA）に改組された。これは国レベルで策定された健康政策を実現するためにはより地域別の状

況を勘案他上で政策を展開することが望ましく、そのためには分権化が必要であるという政府の考えによるものである。さらに SHA レベルに戦略的マネジメントの機能を持たせた上で、実際の政策目標の実施 (operational management) は PCT にゆだねるという改革が行われた。

しかしながら、長い入院待ちで代表される医療の質の問題はなかなか改善されなかった。問題の根本にはそもそも医療に対する予算が少なすぎることがあった。そこで、ブレア政権は 2000 年の NHS 計画 (NHS Plan 2000) で医療予算を増額することを公約に掲げ、実際医療に対する予算を大幅に増加させることになる。具体的には 2010 年を目標年度として以下のような目標が掲げられ、そして実行に移されていった。

- ・ 全国で 7000 ベッドの増床
- ・ 100 の新病院の建設と 500 の one-stop primary care service の創設
- ・ 3000 以上の GP 診療所の近代化
- ・ 250 台の CT スキャナーの新規導入
- ・ 医療職の増員：病院医師 (コンサルタント) 7,500 人、GP2,000 人、看護師 20,000 人、セラピスト (OT/PT/ST) 6,500 人、医学部定員の 1,000 人増

こうした医療全体への資源投資を増加させる一方で、医療の効率性をあげるためにいくつかの重要な改革が行われている。まず、その第一のものは個々の病院がより大きな裁量を持って経営にあたることができるようにするために、基金トラスト (Foundation Trust ; FT) という仕組みが導入されたことである。FT になるためには経営状況の安定性や診療実績などの条件を満たす必要があるが、認定されると民間の金融機関から融資を得ることができ、また施設や人員の整備もより大きな裁量を持つて行うことができるようになる。

第二は病院医療からプライマリケアへの資源の再配分である。このためには病院医療の効率性の向上が不可欠であり、そのために目標が設定され、それをモニタリングする仕組みが導入された。これが前述の CHI の枠組みである。また、病院は病院で行うことが望ましい領域に特化し、プライマリケアにゆだねることができるものは、GP レベルで対応することとされた。そして、これを可能にするために PCT 内に少なくとも一か所の Community Health Center (多科診療所 Polyclinic) を創設することが義務づけられ、コミュニティレベルで一次医療とある程度の二次医療が提供される体制作りが進められた。

第三のものは民営化のさらなる推進であった。2000 年の NHS 計画では保健省と民間の医療提供者協会との間で、待機手術、救急医療、亜急性期

医療（リハビリテーション等）の3領域でNHSの財源で民間の医療提供事業者が医療サービスを行うことが可能になった。また、2002年以降はさらに民間事業者の活用が進み、白内障、股関節置換術、膝関節置換術、心臓手術などの待機手術を行う Independent-sector Treatment Center の設立が進み、NHSとの契約下で国民がこうした施設で手術を受けることが可能になっている。さらにプライマリケア領域でも民活が進み営利民間組織がNHS制度下でのGPサービスを行うことが可能となっている。例えば、GP surgeryが時間外診療のみをそのような民間事業者に委託することも可能である。しかしながら、行き過ぎた民活も医療費増の点から懸念されており、2009年にはNHSが委託事業者に関して指定を行う Preferred Practitioner Model が導入されている。

第四のものは支払い方式の変更である。例えば、従来の Trust 病院への支払いはどのような手術を何件という予測ベースの Block contract であったが、イギリス版 DRG である HRG の精緻化とコストデータが作成されたことを受けて成果に基づく支払い方式 Payment by Result (PbR) が導入された。HRG ごとの価格は当初は国レベルでの平均であったが、徐々にベストパフォーマンスレベルに変更されている。そして、その上でパフォーマンスの良い病院に追加のボーナスが支払われる Pay for Performance (P4P) の仕組みとなっている。さらに後述の Darzi レポートによる提言を受けて Quality account 制度も導入されている。これは CQC（かつての CHI）の定める臨床指標の達成度を各病院が測定し、それを4半期ごとにNHS当局に提出し、各施設はその結果に基づいて支払額の調整を受けるという制度である。

第五の改革は患者個人のエンパワーメントとそれをサポートする医療職の育成である。具体的には慢性疾患を持つ患者のセルフケア能力向上を支援する Expert Patient Programme が開始され、患者の予防活動を支援する NPO の育成などが行われている。また、慢性疾患患者のセルフケアの支援については薬剤師の役割が重視されるようになっており、例えば OTC 医薬品の使用にあたっての薬剤師によるアドバイスが評価されている。患者のエンパワーメントに関しては NHS Direct という患者への助言システムも導入されている。これは24時間体制の電話およびインターネットで国民に健康相談や情報の提供を行うものである。2010年の実績では1年間で500万件の電話相談と4200万件のインターネットへのアクセスがあったと報告されている。しかしながら、この仕組みについては当初の目的であったGPの負担軽減にはつながらず、かえって潜在需要を掘り起こし、GPへの負荷を高めただけという批判もある。



第六の特徴は質の重視である。無料の医療が国民の広い支持を得ている一方で、長い入院待ちに象徴されるイギリス医療の質の問題はもう一つの重要な国民の関心事であった。1999年のHealth Actで質の保障義務が明記され、それを担うCHI（2009年にCQCに改編）の創設、そして評価指標の総合的評価としてのスターシステム（質のレベルを星の数で評価：現在は廃止されている）の導入、P4PやQuality accountといった質と連動した支払方法の導入などが行われている。また、GPのHarold Simpsonによる患者殺害事件やStafford General HospitalにおけるC.difficileの院内感染による過剰死亡事件も国民の医療の質への関心を高めることとなった。

労働党政権下におけるNHS改革の特徴は毎年出される白書や法律で、改革の目標が設定されたことである（例えば、1997年The New NHS：Modern, Dependable、1998年A First Class Service：Quality in the New NHS、1999年Our Healthier Nation、2000年NHS Plan 2000、2003年The Health and Social Care Act、2003年Keeping the NHS local-a New direction of Travel、2006年Our health, our care our say、2007年The World Class Commissioning Framework及びTrust, Assurance & Safety）。そして、その状況をモニタリングするために医療の情報化が進み、現在ではGP surgeryの診察室のPCから、日常診療業務に連動する形で医療のパフォーマンスに関する情報がNHSに体系的に収集され、そして分析される仕組みとなっている。

近年のNHS改革の動向を考える上で重要なものが2007年に出されたDarzi report (High Quality Service for All)である。このレポートでは国民の健康を保持するための予防サービスの充実、患者のエンパワーメント、有効な治療の提供、患者安全の重視といった1997年のNHS白書の内容を踏襲した上で、新しい提案としてPCTが地方自治体との協力のもと患者の個別ニーズにあった総合的サービスをコミッショニングする体制を構築すること、NICEによる質評価の対象を拡大すること（例えば、福祉サービスも含む）、ケアの質に関する体系的評価と結果の公表制度（Quality Account）の導入などが提案され実施に移されていった。また、同報告で「臨床家が改革の主たるプレイヤーになるべき」という提言がその後のCCG創設につながっていく。

以上のような労働党政権におけるNHS改革はどのような効果をあげたのであろうか。保守党政権と同様の民間部門の活用によりNHSサービスは量・質ともに改善し、また医療の情報化と透明化が進んだことは確かである。NHS予算の増額により手術数は大幅に増加した。例えば、1998-9

年に比較して 2009-10 年では白内障手術が 73%、股関節置換術が 47%、PCI が 227%、MRI による検査件数は 50 万件から 200 万件、CT による検査は 125 万件から 372 万件に増加している。GP サービスにおいても診療時間延長への経済的インセンティブが設定されたことから、2009 年には 77% の GP が診療時間の延長を行い、国民の GP サービスへのアクセスが改善されている。ブレア政権が設定した医療の質目標に関しても、例えば 10 万人の入院待ち患者の解消（2000 年 3 月に達成）、外来における予約後診察までの時間の短縮も 2002 年の 12.7 週から 2010 年の 4.3 週まで改善されている。しかし、他方で NHS 予算の増額の大半はスタッフの給与費に回っており、サービスの生産性・効率性は改善していないという指摘もある。また、ブレア政権になっても継続的に行われた病院への PFI 導入についても、コスト削減にはつながっていないという批判もある。もっとも効果のあった削減策は NHS 全体で 10% にもなる不動産の売却で、これは経営体質を強化した一方で、地方における病院へのアクセスを悪化させたという意見もある（地域間の医療提供体制の格差拡大）。さらに病院情報システムの整備が不完全な状態での医療の質指標の作成と公開（Quality account）制度の導入は、病院の事務負担を高めマネジメント部門の作業負荷と人件費を増大させている。2011 年に出された Health in Transition -United Kingdom- の Conclusion の章では労働党政権は待機手術等などについてはその提供量を増加させ、Waiting list を削減するといった効果ももたらしたが、Value for money 改革については失敗したと結論づけている。ここで重要な点は一連の改革は好調な経済の裏付けのもとで行われてきたということである。一人当たり医療費と医療費全体に占める公的部門支出は 1980 年に £231・89% であったが、これが 2000 年には £1168・74% となっている。しかし、2000 年の NHS 予算の増額とリーマンショック以後の経済悪化の影響を受けてこれらの値は 2008 年には £1852・83% となっている。

### キャメロンによる NHS 改革

キャメロン政権による NHS 改革であるが、その基本的路線は労働党政権のものとは大きな差はない。すなわち、民営化、地方分権化の推進とその前提としての個人およびコミュニティの自立である。しかし、前節の最後で記述したように、ブレアが政権についた時と異なり、財政状況は非常に厳しいものとなっており、キャメロン政権は前政権のような NHS に対する大盤振る舞いをすることはできない。

2010 年に新政権が出した白書 Equity and Excellence は “more freedom,

more transparency”を掲げ以下のような改革案を出している。

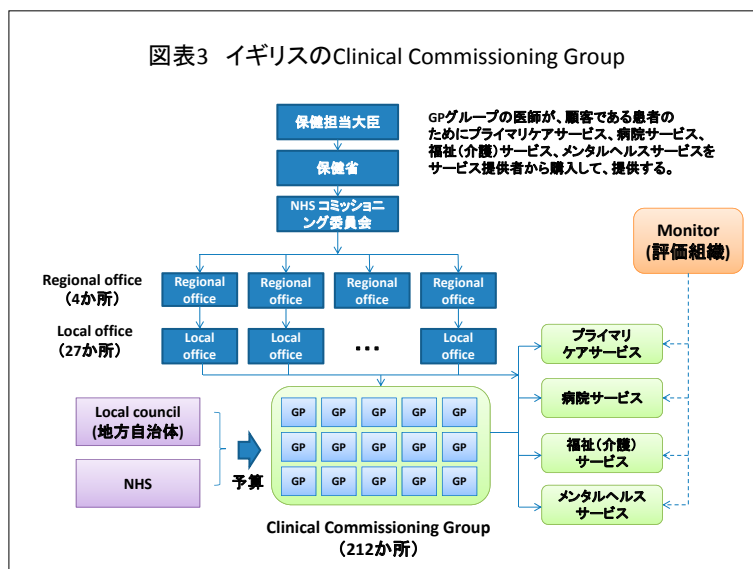
- ・ 公衆衛生サービスの強化
- ・ Health and Social Care Information Center の創設
- ・ NICE による social care 領域の評価
- ・ NHS Trust 病院の廃止とその FT への全面的移行
- ・ CQC による質評価の強化 (Quality account の充実)
- ・ Monitor による医療及び経営の質の監視の強化。

いずれも前政権の政策を引き継いだものとなっており大きな変化はない。しかしながら財政状況の厳しさを受けて、効率性向上による費用の捻出と配分の改善が当面の政策目標の前提となっている。具体的には病院医療を効率化することで 200 億ポンドの財源を確保し (効率化基金)、それをもとに病院からコミュニティケアに資金を移すとしている。その第一の具体的施策が PCT の解体と CCG (Clinical Commissioning Group) の創設である。

PCT は高齢者の複合的なニーズに総合的に応えようという画期的な試みであったが、実際にはサービスの財源が NHS (医療) と自治体 (福祉) に分かれていることがネックとなり、調整役を担うスタッフのコミッションング機能が十分には働かなかった。その原因の分析結果をふまえて、医療について病院からコミュニティケアにという流れを作るためには、コミッションングに関してより臨床的な力を持った職種が担当した方が良いという結論となった。こうした検討結果を踏まえて現在のキャメロン政権は PCT を解体して CCG という新しい組織体を制度化した。

図表 3 はその仕組みを説明したものである。キャメロン政権による

図表3



NHS の改組により、保健医療政策は保健省 - 4つの Regional office - 27の Local office の階層構造の中で行われることとなった。そして、各 Local office の下に地域単位で CCG が組織されている（全国で 212 か所）。CCG は GP、NP、ソーシャルワーカーなどで構成されており、NHS と地方自治体の双方から予算を得る。GP グループの医師のうち、通常の臨床サービス以外にコミッションングの役割も担うことになった者は、多職種チームによるアセスメント結果に基づいて、顧客である患者のためにプライマリケアサービス、病院サービス、福祉（介護）サービス、メンタルヘルスサービスをサービス提供者から購入して、サービス提供を組織化する。ここで注目される点はサービス提供者として民間事業者の役割が重視されていること、そして個人予算制度（Personal budget）という仕組みが可能となっていることである。個人予算制度とは利用者に例えば福祉サービスを購入する予算を与え、利用者自身が民間市場からサービスを購入することを可能にする仕組みである。このような改革の目的は価格競争を喚起することでサービス価格の抑制を図ること、そしてサービス量を増やすことであるとされている。

新しい病院形態である FT についても、対象施設数を拡大しその活動を促進する方向で改革が進められている。具体的には 2016 年までにすべてのトラスト病院が FT になることが目指されている。また、急性期入院医療を担う FT がアウトリーチとして外来センターや診療所を持つ例が増加しており、またトラスト病院内で私的医療を行う NHS pay-beds や NHS amenity-beds など一定の条件下で認められるようになってきている。さらに、イギリスでは私的病院の役割は限定的であったが、近年 NHS がより効率的な医療を促進する目的で、非 NHS の民間病院でのサービスをカバーする例も増えてきている（2008 年度は 68 億ポンド）。

このように現在イギリスではキャメロン政権下で、NHS の枠組みを守りながらも再び市場原理的な改革が進みつつある。

#### 参考文献

- 1) Boyle S: United Kingdom (England) Health System Review, Health Systems in Transition, Vol.13 (1), 2011.
- 2) 岐部秀光: イギリス 矛盾の力、東京: 日本経済出版社、2012.
- 3) 黒岩徹: 決断するイギリス ニューリーダーの誕生、東京: 文芸春秋社、1999.
- 4) 林信吾: イギリス型<豊かさ>の真実、東京: 講談社現代新書、2009.
- 5) 川北稔: イギリス近代史講義、東京: 講談社現代新書、2010.
- 6) 小田兼三: 現代イギリス社会福祉研究、東京: 川島書店、1993.
- 7) ジョン・バトラー (中西範幸訳): イギリスの医療改革、東京: 勁草書房、1994.
- 8) 松溪憲雄: イギリスの医療保障 その展開過程、東京: 光生館、1998.
- 9) 仲村雄一・一番ヶ瀬康子 (編): 世界の社会福祉④イギリス、東京: 旬報社、1999.
- 社会保障研究所 (編): イギリスの社会保障、東京: 東京大学出版会、1987.

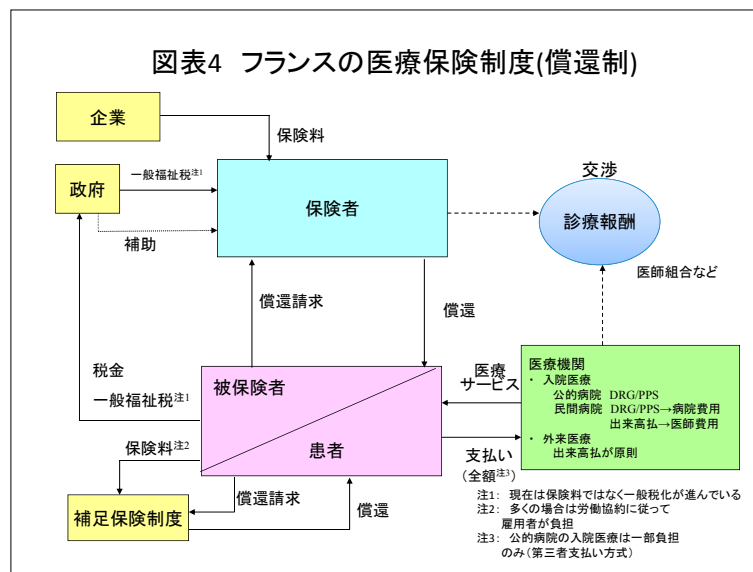
## (2) フランス

フランスの医療制度の特徴は、わが国と同じような国民皆保険の原則のもと、患者には医師及び医療機関選択の自由、そして医師には出来高払いによる診療報酬と自由開業制による医療活動の自由が認められていることである。図表4にフランスの医療制度の概要を示した。

フランスの疾病保険制度は職域をベースに構成されているが、国民の80%がカバーされる被用者保険制度、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度の4つに大きく分けることができる。

被保険者の医療機関の受診にあたっては、医療機関選択の自由が認められている。被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、医師の領収証（処方薬がある場合は薬局での費用を含めた領収証）を所属する疾病保険金庫に送ることで償還を受ける償還払い制となっている。いったん全額を払うことで患者のコスト意識が高まることが期待されているが、実際には小切手やクレジットカードが使用されているために、その

図表4



ような効果は少ない。償還率は疾病、薬剤の種類により異なっている。

フランスは他国に比較すると、公的保険における自己負担割合が高く設定されているが、この自己負担分をカバーする非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、国民の80%は何らかの相互扶助組合等に加盟している。被用者の場合、この補足制度は労働協約の一部として共済組合あるいは相互扶助組合形式で組織されたり、民間保険会社に委託される形式で運営されている。また、国民が自助努力として個人的に民間保険に加入する場合もある。さらに1996年からはCMUという低所得者向けの社会扶助制度が導入され、それまで医療保険に加入できなかった者、加入していても補足制度でカバーされていなかった者も、他の国民と同様の給付を受けることができるようになってきている。さらにALD (Allocation de Longue Durée; 長期給付) の対象として指定されている悪性腫瘍、神経難病、合併症のある糖尿病といった長期に高額な医療費がかかる30の疾患については、疾病金庫の事前審査を受けることを条件として、自己負担が無料となっている。ALD対象疾患の医療費は全医療費の60%以上になっており、その適正化が課題となっている。

フランスの病院医療は公的病院と民間病院とによって提供されている。かつて公的病院は総額予算制によって運営されていた。この仕組みでは、公的病院は年度毎に前年度の活動実績を基に施設計画と予算計画を国に提出し、その内容の妥当性の審査を受けた後、次年度の予算を月単位の総括給付で支給されていた。ただし、予算策定に用いられる病院活動指標が平均在院日数や病床占有率、患者数などが主体であったことから、施設間の不公平感が大きく問題となっていた。そこで、実際に行なわれた医療行為を反映する目的でフランス版DRGに基づいて予算の調整が行われる仕組みが導入された。その後、1995年のジュペプラン(後述)に従ってDRGに基づく予算調整の経験を踏まえて、現在はDRGに基づいた1入院包括払方式(DRG/PPSこれをフランス語ではT2A)へ移行している。

民間病院は主に急性期医療を担当しており、その設置主体は個人、私法人、企業等種々である。患者がこれらの施設に入院した場合の医療費の支払いは医師費用と病院費用とに区分される。病院費用については各医療施設と地方医療庁(ARS:地方レベルで病院医療を監督している公的機関)との契約による1日あたり入院料に、そして医師費用については疾病金庫と自由開業医師との間で締結される協約料金による。民間病院の医師のほとんどは病院との契約医で、その病院の勤務医ではない。アメリカのように病院の診察室や手術室を借りているにすぎず、制度的には自由開業医師と同じ扱いとなる。なお、病院費用については、公的病院と同様、現在は

DRGに基づく1入院包括払方式となっている。

開業医医療については専門医と一般医とが区別されている（現在は、一般医も専門診療科の一つとなっている。一般医と専門医の診察科目については医療行為規定によって厳密に規定され、その規定に反する医療行為を行うことはできない。また、専門医と一般医とでは同じ医療行為を行っても報酬が異なっている。開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病保険金庫と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金による。開業医への支払いは前述のように償還制が原則で、患者が医師に全額を支払った後、患者自身が所属する疾病金庫に償還を請求する。なお、現在この仕組みはICカードと通信回線を用いて自動化するプログラムとなっている。なお、我が国と同様開業医には開業場所の自由が保障されており、これが医療資源配置のアンバランスという問題の原因となっている。

フリーアクセス、出来高払い、償還制といった特徴のため、フランスの医療費は増加傾向が強く、オイルショック以降、歴代の内閣はその抑制策に力を入れてきた。当初、その主な柱は保険者における収支相当原則に基づく保険料の値上げ、自己負担の増額、給付範囲の制限といった需要者対策が中心であった。しかしながらこうした政策はフランス企業の労働コストを高め、その国際競争力をそぐとといった批判があったこと、また自己負担の増額も補足制度があるためにその医療費抑制効果は小さいことなどの理由から、政府は次第に対策の軸足を提供者側に移していくことになる。

### 1991年病院改革法

フランスにおいては1970年の病院改革法において医療地図が導入されたことにより、医療提供のための地域が設定され、そして病床および高額医療機器については国の定める整備指標に従って設置されることとなった。例えば、内科系病床数と外科系病床数については人口1000対1-2.2、産科系病床数については人口1000対0.2-0.5、CTスキャナーについては人口11万対1、MRIについては人口50万対1等となっている。この法律の当初の目的は医療資源の適正配置を図るというものであったが、1970年代の2度にわたるオイルショックの影響を受けて医療費増をコントロールすることが必要になった政府によって、医療費適正化のためのツールとして活用されていくことになった。

しかしながら、医療地図については新規の病床や高額医療機器の導入は制限するが、既存のものについては何ら規制が及ばず、公平の観点あるいは質の面からも問題が生じてきていること、そしてより重要な点として、時代とともに変化する地域の医療ニーズに的確に応えるための手段となっ

ていないという批判が強くなっていた。

そこで、1991年の病院改革法では、各地方に地方医療計画 SROS の制定を義務づけ、その内容としてこれまでの医療地図に基づく規制に加えて、地方医療社会組織化委員会（CROSS : Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale 地方における医療・公衆衛生の問題について審議する委員会で国会議員、国代表者、医療施設代表者、疾病金庫代表者、利用者代表者、有識者などで構成される）の意見を参考に作成される地方内の医療資源の配分のあり方に関する計画が付録として記載されることとなった。例えば、ここには施設間の近接性、補完性を基準として診療科の統廃合や医療施設間の協力関係の構築あるいは統廃合等が記載されることとなった。

1991年病院改革法は社会党政権の地方分権化政策の流れの中で行われたものであり、病院経営の民主化（病院理事会の構成と運営方法の改革）、医療計画における地方の役割の強化（地方レベルでの委員会の設定と実施に対する責任の付与）など、社会主義的な統制主義的（ディリジズム）性格の強いものであった。こうした計画を合理性の下で運営していくためには標準的な情報が必要であり、フランス政府はこの目的でフランス版 DRG である GHM の適用拡大と外来医療情報化のための IC カードを活用したレセプト収集体制の準備をこの時期にはじめており、前者については Langudoc-Roussillon で、そして後者については Bretagne 地方で社会実験が行われた。病院情報の標準化と電子化のために 1991年病院改革法はすべての病院に医療情報部門（DIM）を創設することを義務づけ、これがその後の DRG の一般化及び病院の情報化進展の基盤となった。

## ジュペプラン

フランスにおける現在の社会保障制度改革の方向性を明確に示したのは、1995年11月15日に当時のアラン・ジュペ首相（保守派）によって示されたジュペプランである。このプランは、社会保障制度の全体にわたる改革案を提示したものであり、社会保障財政に関する議会権限の強化、国と社会保障機関との関係の整理、保険者理事会の機構改革、病院改革、老齢年金制度における財政構造の強化と特別制度の改革、家族手当制度の所得条件の見直しと給付事務の簡便化、財政に関する会計年度後との赤字の清算、徴収事務の改善など広範な内容となっている。同プランは発表直後から既得権の喪失に反対する特別制度の対象者や高齢者の激しい反対に会い、完全に実現されることはなかった。また、ジュペ政権も選挙で敗北するという憂き目にあうことになる。

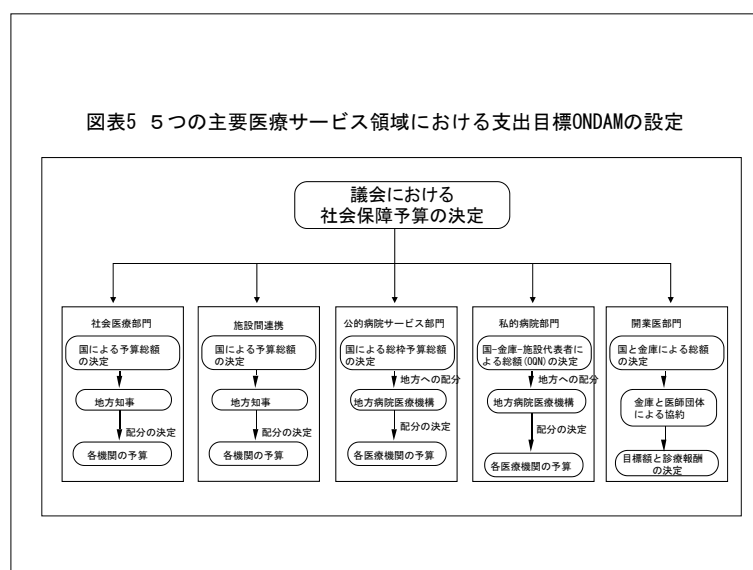


しかしながら、ジュペプランに記載された項目は、その後もフランスにおける社会保障制度改革の基本的な内容となっている。これは欧州の経済統合の条件であった1999年度における財政均衡を達成するために社会保障制度改革が不可避だったこともその大きな理由の一つであるが、社会的正義、責任の明確化、及び緊急性という国家の基本にかかわる理念をもとに、普遍的かつ包括的な改革を目指したこの計画の内容が、財政問題の解消という政権の違いを超えて行われるべき課題であったことがより重要であったと思われる。

ジュペプランにおいては、関係者の責任を明確にした上で、当事者間の契約に基づく政策運営を行うというシステムが導入された。具体的には、この契約が実証データに基づいて行われることを可能にするために、DRGに基づく病院情報システムの整備やICカードの導入など医療および社会保険における情報の透明化が促進された。例えば、地方医療計画SROSの策定にあたっては透明化された情報が活用されるようになり、実績と将来予測に基づいて各病院の医療提供体制の整備がSROSとの整合性をもって地方病院庁と複数年契約で行われる体制となった。ここで重要な点はこうした契約は医療費の支払いと連動しており、目標を達成できない施設に対しては支払上でのペナルティが科せられるようになったことである。

そして、こうした情報を基に国レベルでは公的病院医療、私的病院医療、開業医医療、社会医療、医療連携など主要項目ごとに年間の支出目標額（これをONDAMと言う）が国民議会で決められる制度が導入された（図表5）。導入当初は目標額に過ぎなかったONDAMであるが、その後

図表5

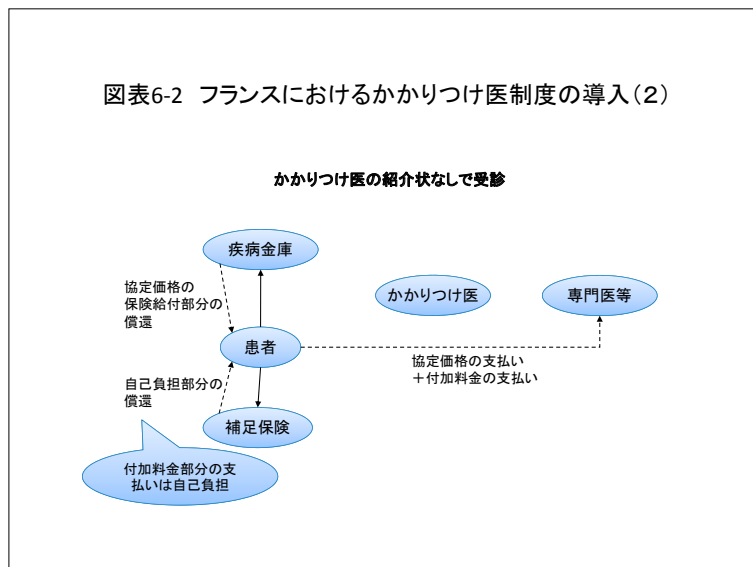
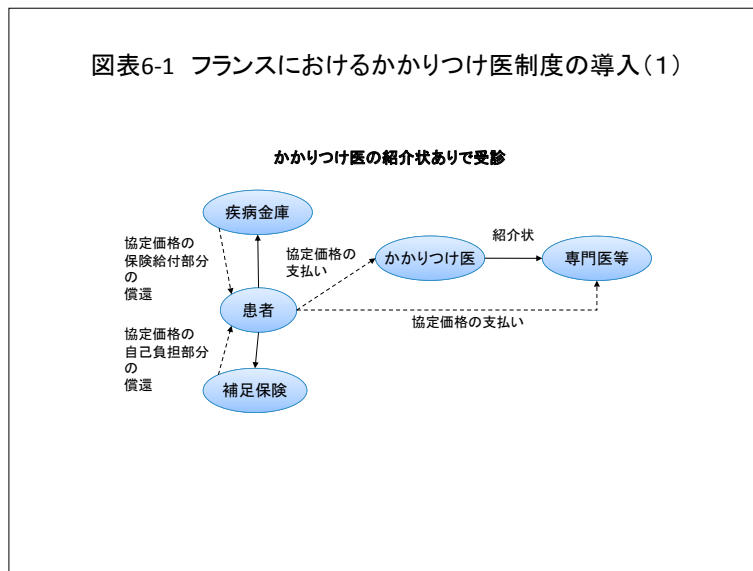


の改革で目標額を超過する事態が予想される時、疾病金庫の理事長は抑制策をとることが可能となった。

### ブラジ大臣による改革——かかりつけ医制度の導入

フランスの場合、患者による医師（医療機関）選択の自由が認められているが、このことが患者によるドクターショッピングを誘発し、医療費増の原因となっているという指摘がある。2004年にシラク政権下の保健担当大臣であったブラジは、この問題に対処するために、「かかりつけ医制度」という仕組みを導入した（図表6）。これにより16歳以上のフランス人はかかりつけ医を登録し、例えば病院を受診する場合は、必ずそのかかりつけ医の紹介状を持って受診することとなった。イギリスの家庭医制度に似ているが、医師への支払いは出来高払いであること、紹介状無しでか

図表6



かりつけ医以外の医師にかかることもできる点が異なっている。ただし、紹介状無しでかかりつけ医以外の医師を受診した場合、医師は診療報酬表に定めた価格以上の料金を患者に請求できていることになっている。

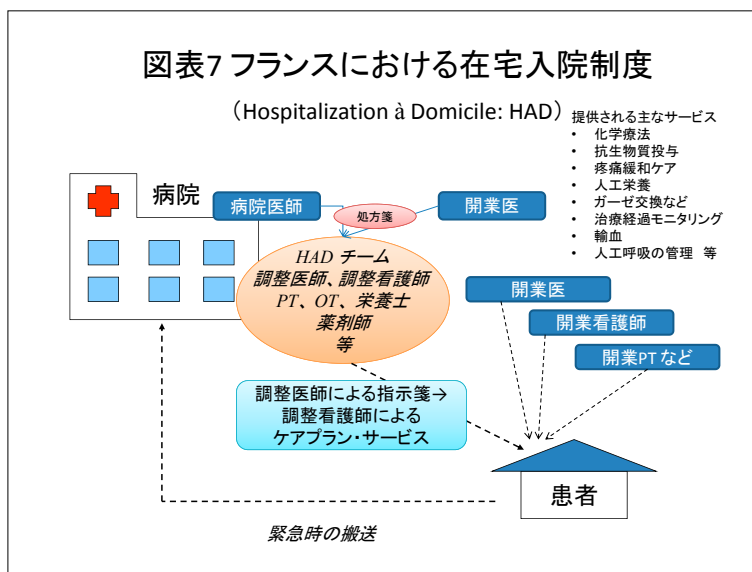
## 在宅入院制度と保健ネットワーク

フランスには在宅入院制度（Hospitalization à domicile : HAD）という独自の在宅ケアの仕組みがある（図表7）。また、近年高齢者や障害者、社会的弱者の持つ医療・福祉・生活上の複雑な問題に対応することを目的に保健ネットワーク（Réseau de la Santé）という非常に興味深いシステムが構築されている。

HADは1970年12月31日病院法によって導入された。HADの当初の目的はがん患者のpost-acute医療を在宅で行うことで、入院期間を短縮し、がん治療の入院待ち患者数の減少と医療費の適正化を図ることであった。その後、1986年5月12日保健省通達により、精神患者を除くすべてのpost-acute患者がHADの対象となり、2000年5月30日雇用連帯省通達でリハビリテーション医療も含まれることとなった。

現在のHADの基本的枠組みを定め、そしてその発展の基盤となっているのはこの2000年5月30日雇用連帯省通達である。この通達によるとHADは「病院勤務医及び開業医によって処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ決められた期間に（患者の状態により更新可能）、医師及びコメディカル職によるコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行うサービス」と定義されている。図表7はその概要を示したものである。

図表7



在宅入院サービスは在宅入院組織により提供される。多くの場合、在宅入院組織は病院組織の一部として設置されており、コーディネーター担当医師と看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど多職種から構成されている。提供される主なサービスは図表7に示した通りである。HADにおいて中心的な役割をはたしているのは、多くの場合調整担当医師であるが、広い地域で多くの患者を担当するパリの場合、調整看護師が中心となってサービスの調整が行われている。

調整担当医師になるためには医学部を卒業し、医師としての初期研修を終えた後、大学で1年間の教育を受け大学ディプロマを取得しなければならない。他方、調整担当看護師になるための資格は特に定められていないが、現在、その研修の制度化に向けて検討が行われている。

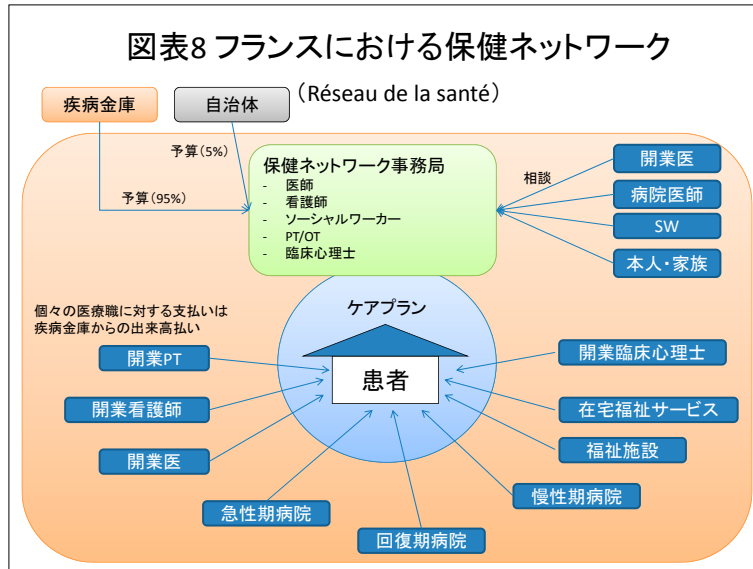
在宅入院を実施する手続は以下のとおりである。まず、開業医及び病院医師から調整担当医師に在宅入院の処方箋が送られる。調整担当医師は患者の状況を分析した後、在宅入院の対象となると判断した場合、在宅入院の調整を行う。パリ病院協会の場合は、調整担当医師の指示箋を受けて調整看護師がHADの対象患者に対して、在宅入院のケアプラン作成、入院時からの退院調整、他の在宅サービスの調整、患者や患者家族の相談などを行っている。なお、HADの支払いは1日あたり定額で行われている。

現在、約50%の在宅入院は病院に所属する在宅入院部門によって提供されているが、残りの半分は非営利組織の独立した在宅入院事業者（ベッドを持たない）によって提供されている。

HADは入院医療の一環であり、その病床数は地方医療計画によって規定されている。予定されたレベルまで病状が回復し、「入院医療」が不要なレベルになると「退院」し、その後は必要に応じて開業医や開業看護師の往診や自立給付制度（APA：日本の公的介護保険制度に相当）による在宅介護サービスを受けることになる。フランス政府はHADの推進に積極的で、2000年の4000床を8000床まで増やすことを計画している。

次に保健ネットワークについて説明する。高齢者や障害者のニーズは複雑であり、こうした問題に総合的に応えるためには種々のサービスを調整する仕組みが必要となる。この目的のために構築されたのが図表8に示した保健ネットワークである。保健ネットワークは地域の種々の医療関係者・福祉関係者から構成されている。全体をコーディネートするのは保健ネットワーク事務局であり、ここには医師、看護師、OT/PT、臨床心理士、ソーシャルワーカーが勤務している。事務局スタッフの職務は対象者のヒアリングとサービスの調整であり、利用者に対する直接的な医療・福祉サー

図表8



ビスは提供していない。この調整機能に対して、疾病金庫及び自治体から報酬が支払われる（図表8）。

サービスの開始は、主治医や自治体のソーシャルワーカーあるいは患者及びその家族からの相談による。相談を受けた保健ネットワーク事務局担当者が内容を分析し、必要なサービスの調整を行う。ここで我が国のケアカンファレンスと異なる点は、いわゆるケアマネージャーは存在せず、対象者のニーズに応じて事務局の各職種の合議によって提供されるサービスが決まっていくことである。サービスはネットワークに所属している独立した事業者によって提供される。これらの提供者のサービスはそれぞれをカバーする財源（医療の場合は疾病金庫による出来高払い）によって賄われる。提供されているサービスの内容は対象者ごとに3ヶ月に1回程度開催される事務局内部の検討委員会で議論され、必要に応じてサービス内容の修正が行われている。

現在、保健ネットワークは、医療分については毎年国民議会で議決される医療保障支出目標（ONDAM）の対象となっており、通常の医療サービスとは別に予算化されている。保健ネットワークの対象疾患・状況は種々であり、老年医学的問題、糖尿病、がん患者、障害者など多様である。福祉領域に関わるサービスについては自治体の負担によって提供される。

在宅入院と保健ネットワークはいわゆる入院の代替政策及び医療から介護への代替政策であり、入院医療の抑制による医療費の適正化と、できる限り患者が住み慣れた在宅で過ごすことで療養生活の向上を目指すという2つの目的を同時に達成しようとするものである。また、保健ネットワークはコミュニティレベルで総合的なサービスを提供しようという地方分権

化の流れの中の政策でもある。この背景には移民や外国人の多く住む居住地における問題は、当該地域の状況を十分に把握したスタッフによってしか解決できないという現実的な理由もある。

### 病院・患者・健康・地域に関する法律（2009年7月21日 HPST 法）

2009年7月21日に公布された病院・患者・健康・地域に関する法律（HPST 法）はサルコジ政権下において制定された医療制度改革で最も重要なものである。この法律の第一の目的は質の高い医療サービスを効率的に提供するための枠組みを作ることであり、それを各地域の優先課題を踏まえて実行するために、医療機関及び医療職の役割、地方保険庁の役割、そして関係者間の協力の在り方を定めている。国レベルではこの法に沿った事業を推進するために全国医療・社会医療機関支援機構（Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ; ANAP）が創設されている。この法律は4章、133条、310項からなる大部なものである。ここではその主な内容について簡単に紹介する。

まず、第1章では病院の内部組織の在り方とマネジメント部門や診療科といった各部門の役割について記述されている。また、医療の質及び医療安全に関する行動方針が示され、各医療機関にその活動状況について指標を公開することを求めている。ここでは患者のエンパワーメントの推進についても明記されており、例えばセルフケア・セルフメディケーションを推進するための薬剤師の役割や治療的患者教育の推進方法などが記載されている。

第2章では医療機関と地方保険庁（ARS）との関係について記述されている。ここでは地方の健康上の問題を分析した上で優先課題を設定し（Priorité Régionale de la Santé : PRS）、それを解決する課題が医療計画（Schéma Régionale de l' Organisation de la Santé : SROS）の中に具体的に記述される（SROS-PRS）。医療計画に記載された事項はARSと各医療機関の複数年契約に基づいて行われ、その進捗状況が継続的に評価される仕組みとなっている。

第3章ではSROS-PRSを実現するための医療機関間の協力関係のあり方について記述されており、例えば地域病院共同体（La communauté hospitalière de territoire）の構成や役割が定義されている。SROS-PRSはHPST法が目標とする政策を実現するための最も重要な政策ツールである。SROS-PRSが従来のSROSと異なる点はSROSが入院医療の提供体制を中心に記述されていたのに対し、SROS-PRSでは各地域の課題をふまえた上で外来医療や予防、医療社会領域まで含んだ総合的な計画となって

いることである。また、その実施状況をモニタリングするために課題ごとに数値目標が設定されており、それが継時的に評価される仕組みとなっている。指標の設定及び評価は各地域（Région）で設置されている地域委員会（Conference Régional）で検討される。このような体制を保健民主主義（Démocratie sanitaire）と呼び、こうした課題に対応するためにサルコジ大統領は左派のベルナール・クシュネール（国境なき医師団の創設者の一人）を担当閣僚に入れている。

以上のようにフランスの医療制度改革は、連帯に基づく社会主義的な基盤の上に、マネジメントの効率性を高めるために順次、市場主義的ないしは New Public Management 的な改革を積み上げてきたと言える。しかしながら、失業率の増大のために社会保障財政は収入が減少する一方で給付は増加するという制約があり、そしてより手厚い保障を求める国民の要求に、政府（特に左派政権）がポピュリズム的な対応をとってきたことで事態が袋小路に陥っているという状況になっているように見える。手厚い社会保障の推進を掲げたオランド政権も、状況の厳しさに対応するために現実的な政策を選択せざるを得ない状況になっている。

#### 参考文献

- 1) Depeyroux JJ and Prétot X : Securitesociale, Paris : Sirey, 2000.
- 2) Boyle S : France Health System Review, Health Systems in Transition, Vol.12 (6) , 2010.
- 3) Montalembert M (ed) : La protection sociale en France, 5eédition, Paris : La Documentation française, 2008.
- 4) Bonnici B : La politique de santé en France, Paris : PUF, 2011.
- 5) Palier B : La Réforme dessystèmes de Santé, Paris : PUF, 2005.
- 6) Majnonid' Intignano B : Santé et économie en Europe, Paris : PUF, 2010.
- 7) 渡邊啓貴：フランス現代史、東京：中央公論社、2008.
- 8) 仲村雄一・一番ヶ瀬康子（編）：世界の社会福祉⑤フランス・イタリア、東京：旬報社、1999.
- 9) 渡邊啓貴：ミッテラン時代のフランス、東京：芦書房、1991.
- 10) 葉山滉：現代フランス経済論、東京：日本評論社、1991.
- 11) 渡辺和行、南充彦、森本哲郎：現代フランス政治史、東京：ナカニシヤ出版、1997.
- 12) 下條美智彦：フランスの行政、東京：早稲田大学出版部、1995.

### (3) オランダ

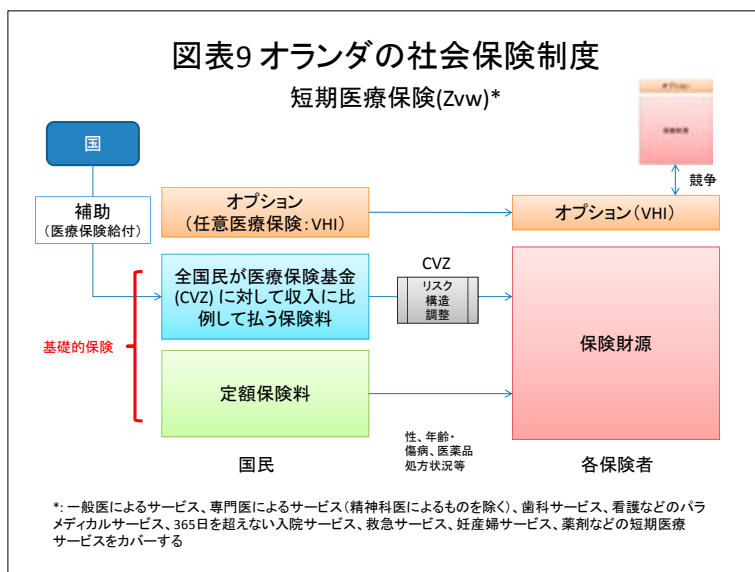
オランダは国民皆保険制度を維持しながらも、そこに管理競争などの市場主義的手法を積極的に取り入れることで、医療の質と効率性の向上の2つを同時に達成しようという「社会実験」を行っている。こうした改革はヨーロッパの他の国の関心を集めている。オランダの医療保険制度は長期医療保障と短期医療保障の2種類に分類される。

#### 【短期医療保険】（図表9）

一般医によるサービス、専門医によるサービス（精神科医によるものを除く）、歯科サービス（22歳まで）、看護などのパラメディカルサービス、365日を超えない入院サービス、救急サービス、妊産婦サービス、薬剤などの短期医療サービスは短期医療費保障という枠組みの中で給付される。従来、この制度は一定の所得以下の被用者とその家族をカバーする疾病基金保険（ZFW）、一定の所得以上の被用者と自営業者をカバーする民間保険、そして公務員が加入する公務員保険に別れていたが、2006年からは全国単一の短期保険制度となっている。ただし、保険者はNHSのような国全体でひとつのものではなく、多数の保険者が存在している（4つの大きな保険者で国民の80%をカバー）。

短期医療保険は基礎的保険と任意保険の2つから構成される。基礎的保険はすべての国民が加入することが義務づけられているものであり、保険者は加入申し込みを拒否することはできない。この基礎的保険の保険料は、各保険者が設定する定額保険料と被保険者が収入に比例して医療保険基金（CVZ）を通じて保険者に支払う保険料の2つから構成されている。

図表9





また、18歳以下の子供の保険料に相当する部分は、国の税金をもとにCVZをもとに各保険者に支払われる。CVZは加入する被保険者の持つリスクによって、保険者間の財政的不公平が生じないようにするために、性、年齢、社会経済状況、居住地域、前年度の医薬品支出（慢性疾患を持つ患者の場合）などを変数としてリスク構造調整を行い、補正した保険料を各保険者に支払う。また、所得比例部分については、すべての国民がこれを支払うことができるよう国から収入比例補助給付（医療保険給付）が行われており、3分の2の家計は額の多寡はあるもののこれを受け取っている。

短期医療保険については免責制が導入されており、年間€350までは自己負担となる（2013年度）。ただし、GPサービス、産科ケア、22歳までの歯科医療は免責制の対象外で、すべてがカバーされる。免責制については、免責額を€100から€500まで追加することが可能であり、それにより保険料を安くすることが可能になっている。

任意保険部分は基礎的保険でカバーされないサービスを給付するもので、各保険者が種々の商品を提供している。この任意保険部分については、保険者が被保険者のリスクによっては加入を拒否することが認められている。

### 【長期医療保険】

長期医療保険は例外的医療費支出保障（AWBZ）と呼ばれるもので全国民が強制的に加入させられる。病院での365日を超える入院、ナーシングホームでの診療などの費用がカバーされている。保険料は所得比例である。保険の運営責任者は国であるが、実際の運用は短期医療費保険の各保険者が行う仕組みとなっている。また、AWBZによるサービスを受けるためには、事前にケアニーズの状況について全国に32あるニーズアセスメントセンター（CIZ）での審査を受けることが義務づけられている。利用者にはその判定結果に従って、対応するケアパッケージが提供される。ここで重要な点は利用者は現物給付と現金給付（個人予算と呼ばれる）が選択でき、現金給付を選択した場合は、その予算内でサービスを民間事業者から購入することができる。また、家族や友人をケアワーカーとしてサービスを提供してもらうことも可能となっている。

### 【医療サービス提供体制】

#### (1) GPシステム

オランダの医療サービス提供システムであるが、それはGPシステムによって特徴づけられる。すなわち、一般的なルールとして患者はまず自分

が登録している一般医（GP）を受診する。患者は救急医療などを除いてGPの紹介状なしに病院及びそこで働く専門医を受診することはできない（これを Gate keeping と呼ぶ）。GP による Gate keeping は非常によく機能しており、GP を受診した場合、96%の患者はGPによる医療サービスのみで完結し、4%の患者のみが二次医療（病院や専門医）に紹介される状況となっている。夜間や週末、祝祭日のGPサービスはGPの共同診療所（GP post；わが国の医師会による休日夜間診療所のようなもの；2009年現在で全国に131か所）によって提供される。このようにGP postは救急医療に関する病院の救急部門の負荷を軽減する役割も担っている。

GPへの登録は家族単位で行われる。1人のGPは平均2300人の登録患者を持っている。ほぼ100%の国民が15分以内にかかることにできる場所で開業しているGPに登録しており、予約後おおむね2日以内に受診できている。患者によるGPの選択は自由であるが、患者を多く持っている場合、あるいは患者が診療所から非常に離れた場所に住んでいる場合、GPは患者登録を拒否することができる。オランダ国民は年間平均で5.4回GPを受診しており、特に高齢者でその受診回数が多くなっている（図表10）。なお、GPの提供する医療の質を保障するためにオランダ一般医協会は85の主訴に関する診療ガイドラインを作成している。

GPに対する報酬の支払方式是3つの方式が組み合わされている。具体的には登録した医師に人頭制で支払われる定額部分、時間内の診察ごとに支払われる出来高部分、そして時間外の診療に時間単位で支払われる出来高部分である。以上は、国レベルで医療ケア機構（NZa）が設定する単一の報酬である。この診療報酬は上限額とされており、保険者とGPとの間

図表10

図表10 オランダにおける年齢階級別にみたGPへの年間平均受診回数

年齢階級	男性	女性	男女合計
0-4歳	3.2	3.0	3.1
5-14歳	2.2	2.2	2.2
15-24歳	2.0	4.2	3.1
25-44歳	2.7	5.1	3.9
45-64歳	5.3	7.3	6.3
65-74歳	9.1	11.0	10.1
75歳以上	13.9	16.0	15.2
全年齢階級	4.3	6.4	5.4

出典： NIVEL 2008  
電話による診察を含む

図表11

**図表11 オランダのGPの報酬体系**

人頭制部分	
一般的地域に居住する住民一人あたりの報酬	
・ 65歳未満住民	13.00 €
・ 65歳以上75歳未満住民	14.70 €
・ 75歳以上住民	15.40 €
過疎地域に居住する住民一人あたりの報酬	
・ 65歳未満住民	14.70 €
・ 65歳以上75歳未満住民	16.50 €
・ 75歳以上住民	17.20 €
出来高部分	
・ 20分を超えない診察	9.00 €
・ 20分以上の診察	18.00 €
・ 20分を超えない往診	13.50 €
・ 20分以上の往診	22.50 €
・ 電話による診察	4.50 €
・ 2回目以降の処方箋発行	4.50 €
・ 予防接種	4.50 €
・ e-mailによる診察	4.50 €
・ GP post での時間外勤務(1時間当たり)	50.20 €

の契約によって自由に価格が設定できることになっている。ただし、1 保険者のみがこれを適用しているだけで、他はまだ交渉による報酬決定の仕組みは採用していない。なお、GP 制度がオランダの医療ネットワークの中核であるという認識から、病院医療で設定されている免責制度は GP 受診に対しては適用されない（図表 11）。

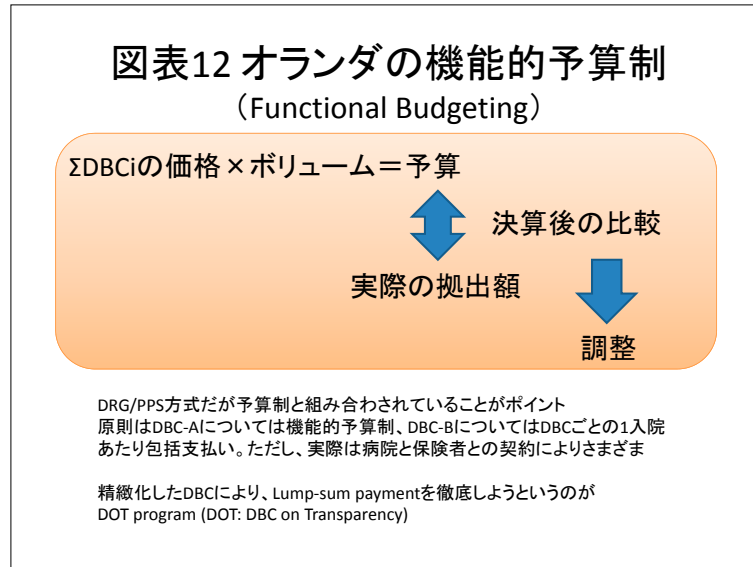
医療システムへの市場主義的枠組みの導入実験としては 2007 年からプライマリケアにおける疾病管理（Disease management）の取り組みも行われている。具体的には糖尿病、慢性閉塞性呼吸器疾患（COPD）、心血管リスクなどに対して 1 患者年間 250 ～ 475 € で人頭制で管理するという枠組みが導入されている。この試みでは併存症については別途出来高で支払いが行われるために、医療費の節約効果はないのではないかという批判もあったが、オランダ政府はその一般化を決定し、現在約 100 の GP グループがこの仕組みに参加している。

## (2) 病院医療

病院医療は専門医によって担われている。専門医は雇用関係あるいはパートナーシップと呼ばれる契約により病院施設のみを利用する形態のいずれかの立場を取っている。オランダの病院は大きく以下の 6 つの種類に分類される。

- ・ 一般病院
- ・ 大学病院
- ・ 専門病院
- ・ 独立治療センター（ZBC）

図表12



- ・ 高度医療センター
- ・ 外傷センター

2009年現在で、オランダには93の経営体が存在し、これらの組織が141の病院と52の病院附属外来クリニックを運営している。大学病院は8か所で、ほとんどの高度医療センターや外傷センターは大学病院に併設されている。ZBCは緊急性の低い急性期疾患に対して24時間以内の入院治療を行う組織であり、全国に約120か所設立されている。ZBCだけでなく、一般病院においてもオランダは1日入院の割合が全急性期入院の46%（2009年）と非常に高くなっている。1994年から2004年の間に日帰り手術件数が2倍となっており、これにより平均在院日数が約30%低下している。

病院医療サービス（外来も含む）の支払いは、オランダ版DRGであるDBCを基にPPS方式（Prospective Payment System：1件あたり包括支払い）で行われている（図表12）。DBCによる支払いは医療ケア機構（NZa）が設定する単一の報酬による部分DBC-Aと保険者と個別医療機関の交渉によって決まる部分DBC-Bから構成されている。DBC-Bについては、DBCごとに国レベルの参照価格が設定されており、保険者と各施設はそれを参考に価格交渉を行う。この仕組みが導入された2005年はDBC-Bは治療件数の7%に過ぎなかったが、2009年には34%となっている。ZBCとそれ以外の施設との比較では、ZBCにおけるDBC-Bの価格は約20%低くなっている。このように国は医療サービスの費用対効果を向上させるために、DBC-Bによる競争促進を図ろうとしている。他方、DBC-Aによる病院への支払いは機能的総括予算制という仕組みで行われている。

すなわち各病院は DBC-A の対象疾患の医療費について予算制で保険者から支払いを受け、年度末に DBC-A の実績との差額調整を行う仕組みとなっている。この方式は病院の効率化へのインセンティブを阻害するとして廃止が検討されたが、病院側の強い反対もあり、現在もこの方式が維持されている。DBC については、その価格設定が高すぎるという批判があり、現在そのコストの見直しが行われている。また、より包括的な支払いを実現するための DOT（DBC による支払いの透明性を高める）プロジェクトが進行中である。

市場主義的なシステムとしては、保険者が被保険者がかかることができる医療機関を規制する Preferred provider model も一部の保険者で導入されている。ただし、このシステムは、被保険者が保険者が指定する病院で治療を受けた場合、法定免責額 165 € を半額にするという緩やかなものであり、アメリカのような厳格な PPO とはなっていない。

病院医師への支払いは DBC に基づく出来高払い制が基本となっている。各 DBC には医師の労働時間が設定されており、医師はこの時間の合計に時給を掛けた額を報酬として受け取る。時給は専門医によって異なるが €132.50 ± 6 となっている。この時給については基準報酬決定委員会（CNU）の調査結果に基づき、NZa が設定する。

### (3) 医療計画

従来、病院は 1982 年に施行された地域医療計画により、施設及び病院病床数は規制を受けていた。その基礎となっていたのは病院施設法であり、国レベルの病院施設委員会が、人口当たりの病床数、専門医の数（施設種別、診療科別）などについて、受療率などから求められるニーズ、各医療施設の機能と相互関係（診療圏を含む）などを基礎情報として、各地域の個別的な条件も勘案した上で必要病床数を推計するガイドラインが作成されていた。

しかし、この地域医療計画については、それが施設間の競争を阻害しているとの観点から 2006 年の制度改革に伴い廃止され、現在は資本部分への投資の自由化が導入されている。また、資本部分への投資費用は診療報酬に含まれているという認識のもと、公的な補助は原則として行われない（かつては、投資費用は政府の補助によって行われていた）。なお、施設の稼働状況及びそれを用いたサービスの質については、5 年おきに政府が評価をし、その結果を公表する体制となっている。

#### (4) 薬剤

原則として医薬分業が確立しているが、農村部では医師による薬剤提供も行われている。2007年現在で約1900の薬局があり、全体の92%の処方が行われている。現在、約3分の1の薬局がチェーン薬局であり、その事業主体としては医薬品卸会社が大部分を占めている。薬局のチェーン化は1998年及び1999年に行われた制度改革により、薬剤師以外も薬局を開設できるよう規制緩和が行われたことによる。この結果、小規模薬局がチェーン薬局に取り込まれる形で、薬局の集約化が進んでいる。また、最近の動向として地域の薬局とGPが緩やかなネットワーク（FTO）を形成して、医薬品の適正利用と患者への情報提供を促進する試みも展開されている。現在、全国で約800のFTOが組織されており、オランダ医薬品適正利用機構（DGV）が小冊子やパンフレットの作成を通じてその活動を支援している。

薬剤に関しては医師の処方した薬剤について出来高払いで保険者から薬局に支払われる。また、患者・医師の同意があればジェネリック薬に代替処方可能である。薬剤の価格には参照価格制が導入されているが、医師が特定の薬剤使用が医学的に適切であるとの意見書を付けた場合、参照価格以上の医薬品も保険診療ですべてカバーされる。

医薬品支出を抑制するため、2006年の健康保険法により、各保険者は償還対象処方箋リストを作成することが認められた。もし、患者がリストにない薬剤を使用した場合、保険者はそれに対する支払いを行わない仕組みとなっている。これにより2008年には対象となった薬剤について348百万€の抑制効果があったとされている。ただし、リストに掲げられた薬効の医薬品以外にはこの規制が働かないため、全体としては前年比で1-2%の医薬品支出の増加が認められている。

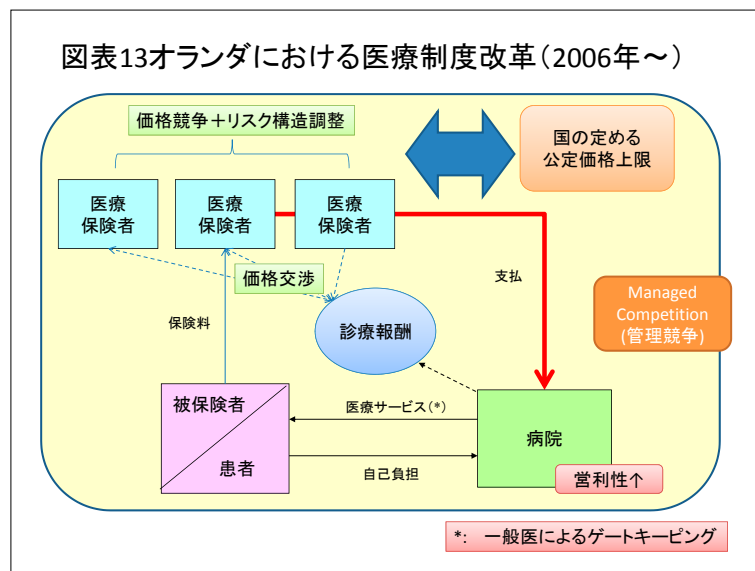
#### (5) 代替政策

代替政策 Substitution とは、入院医療から外来医療へ、専門医の診療からプライマリケアへ、医師によるプライマリケアから看護職によるプライマリケアへ、長期療養型医療施設から福祉施設、そして在宅ケアへというように、サービスの質を落とすことなく、より費用効果的なサービスに利用者を誘導していこうというプログラムである。オランダはこの代替政策を積極的に推進している。2007年の制度改革により、ナースプラクティショナーが行えるプライマリケア業務が拡大され、医師の診断があれば慢性閉塞性呼吸器疾患（COPD）や糖尿病、心血管系リスクに対して医薬品の処方ができるようになっている。

また、従来、開業理学療法士による施療は医師の処方箋が必要であったが、現在は患者が直接開業理学療法士にかかることが可能になっている。ただし、実際には3分の2の患者はGPからの紹介となっている。

図表13に示したようにオランダでは、アメリカでその概念が最初に提案された「管理競争」が制度化され、そして実際に前に進んでいる。こうしたオランダの状況は他の先進国の政策担当者の大きな関心を集めている。その進捗状況は「半分達成され、まだ半分は未達成である」と評価されており、将来の成功の鍵は「医療活動及び医療の質の可視化」にあると考えられている。このためオランダでは医療の質評価事業が精力的に進められており、例えば消費者団体による臨床指標の公開が行われている(図表14)。

図表13



図表14

図表14 オランダにおける医療評価事業の例

ユトレヒト大学病院の評価

凡例  
 Legenda  
 Doctor en geneesheer 平均より悪い  
 Gemiddeld 平均  
 Niet-ter-plek 平均以上

Item	Score	
Bereikbaarheid patiënten	病院へのアクセス	●●●
Uitvergelijking op de afdeling	総合受付の対応	●●●
Uitvergelijking op de afdeling	各部門受付の対応	●●●
Communicatie met verpleegkundigen	看護師とのコミュニケーション	●●●
Communicatie met artsen	医師とのコミュニケーション	●●●
Tegenstrijdige informatie door zorgverleners	医療従事者からの情報の矛盾	●●●
Kamer en verblijf	部屋	●●●
Eigen rekening	料金	●●●
Uitleg bij behandelplan	治療に対する説明	●●●
Pijnbestuur	疼痛処置	●●●
Communicatie rond medicatie	医薬品に対する説明	●●●
Gevoel van veiligheid	安心感	●●●
Informatie bij ontslag	退院時の情報提供	●●●

Bron: Kiesbeter  
 Gemaakt in het jaar: 2008  
 Laatste update: 28 september 2011  
 出典: <http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/ziekenhuizen/detail/universitair-medisch-centrum-utrecht-locatie-azu/>

<http://www.kiesbeter.nl> がその代表的なものであり、政府の支援を受けて病院、診療所、介護事業所、保険者に関する品質情報の公開及び指標の解説を行っている。図表 14 はその一部を示したものであるが、このような情報が国民に広く開示されていることが重要である。

これからの高齢社会に適応するためには医療提供体制の改革が不可欠であり、その基本となるのは医療情報の標準化と透明化（＝可視化）である。それなしにはいかなる改革もその効果を評価することができないし、また望ましい方向に進むこともできない。オランダにおける医療制度改革の展開過程は、まさにこの医療情報の可視化であり、それがあってはじめて管理競争や疾病管理のプログラムが成立しているのである。

管理競争の枠組みがオランダにおいて、今後もうまく進行するのか、現時点では評価は難しい。その基礎となる DBC についても、分類の見直し作業が進んでおり、仕組みが複雑化することで、間接コストが上昇してしまいうリスクもある。また、オランダ国民がこのような管理競争を本当に受け入れているかについても、今後検証が必要である。

#### 参考文献

- 1) Ham C ed. (1997) : Health care reform : learning from international experience. Buckingham, Open University Press.
- 2) DoH (1999) : Saving lives Our healthier nation, 1999.
- 3) Enthoven MC (1986) : Managed competition in health care and the unfinished agenda, Health Care Financ Rev, Spec No : 105-109.
- 4) Schafer W, Kroneman M, Boerma W et al (2010) : Health Systems in Transition The Netherlands, European Observatory on health systems and policies.
- 5) Schut F and van de Ven W (2011) : Effects of purchaser competition in the Dutch health system : is the glass half full or half empty? Health Economics, Policy and Law Vol.6 : 109-123.
- 6) Schut F and van de Ven W (2011) : Health care reform in the Netherlands : the fairest of all, J. Health Serv Res Policy Vol.16 (1) : 3-4.
- 7) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005) : Primary Health Care in the Netherlands.
- 8) <http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/ziekenhuizen/detail/universitair-medisch-centrum-utrecht-locatie-azu/> (平成 24 年 3 月 20 日アクセス)
- 9) 長坂寿久：オランダモデル—制度疲労なき成熟社会—、東京：日本経済新聞社、2000.
- 10) 水島治郎：反転する福祉国家 オランダモデルの光と影、東京：岩波書店、2012.
- 11) 田中浩（編）：EU を考える、東京：未来社、2011.

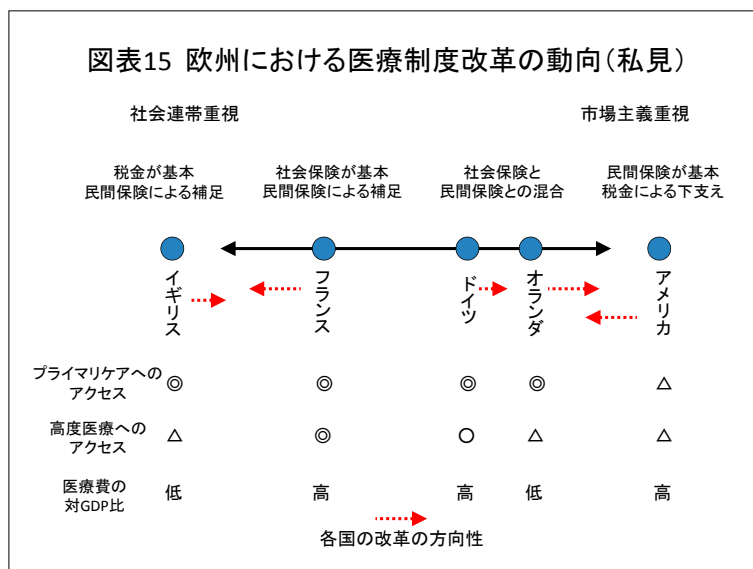


### 3. まとめ

図表 15 は NHS（イギリス型）と民間保険（アメリカ型）を両極としてヨーロッパの制度がどちらの方向に動いているのかに関する私見である。フランスは一般福祉税やかかりつけ医制度そして保健ネットワークの導入に代表されるように NHS を意識した方向に動いている。他方、オランダは市場原理主義的改革を追い続けているという意味においてアメリカの民間保険的要素を最大限取り込もうとしている。ただし、それはアメリカのモザイク的な仕組みを目指すのではなく、国民皆保険を堅持した上での市場原理主義的な効率化（管理競争）であり、興味深い社会実験である。また、イギリスも NHS の枠組みを維持しながら、市場原理主義的な手法を漸次取り入れて、システムの効率性・生産性を向上させようと努力している。

以上のように国による差異はあるものの、ヨーロッパの医療制度改革の動向を継時的に分析すると、右派・左派の改革案の差が徐々に不明瞭になっており、福祉国家的基盤の上に市場原理主義的なマネジメント手法をそれぞれの制度に合う形で部分的に取り入れていこうという姿勢が明らかである。経済のグローバル化による国内の経済の低迷と雇用状況の悪化、そして高齢化と医療技術の進歩による医療需要のさらなる増大は先進国共通の問題であり、それに適切に対応することが従来の枠組みでは徐々に困難になっているのである。医療技術がさほど進歩していなかった時代に実現した NHS や国民皆保険制度は、高度な医療技術をどのように保障するかという点において財政的な課題に直面している。今回取り上げた三ヶ国はこ

図表 15



の問題に医療経済評価を導入することで対応しようとしているが、医療サービス提供者や国民は必ずしもそれに納得していない。公的保障のみでこの課題に対応できるのか、という現実いずれの国も直面している。

このような環境下で行われる医療制度改革は、誰にとっても厳しいものにならざるを得ない。大統領選挙や総選挙のたびにポピュリズム的なスローガンを掲げて選挙戦を戦うフランスでは、右派・左派ともに政権についた後は厳しい現実と直面し、そうした甘い公約を撤回し、そして国民の信頼を失っていくということを繰り返している。

ポピュリズムに関するもう一つの問題はエリート層への国民の反感である。フランスではエリート養成校出身者である政治家と官僚の複合体による政策決定過程に対してマスメディアや国民戦線などの極右政党がポピュリズム的な批判を繰り返すことで、国民の行政・政治への不信感を募らせ、そして中長期的な視点からの医療制度改革を難しいものになっている。

この点において、イギリスは政策を決める政治家と、それを実際の行政運営に落とし込んでいくプロとしての官僚との役割分担が明確で、また議会で決定された事項に対する与野党間の紳士協定的な文化もあり、ポピュリズムの弊害がフランスより少ない。こうした政治風土があるためにイギリスでは継続的に種々の改革を行うことが可能になっているのだろう。

この点は我が国の医療制度改革を考える上で大きな反省材料である。我が国の場合、政権が短命で、しかも多くの場合、政権交代は移ろいやすい民意を利用した感情論的な議論の結果であり、政権が変わっても実行可能な改革案がなく結局何も変わらない・進まないという状況が続いている(例えば、長寿医療制度の廃止論に関する混乱はその例である)。また、マスメディアと政治家による行き過ぎた官僚バッシングのために、行政の遂行能力の低下を危惧する声もある。

諸外国の医療制度改革の歴史的過程から我が国が学ぶべきものとして、政党の違いを超えた大きな枠組み作りの仕組みの必要性がある。例えば、イギリスでは Kings foundation や Nuffield Trust のような独立系のシンクタンクがあり、こうした組織が中長期の社会保障制度改革のための研究を自主的に行い、それを政策提言として公表している。また、医療系大学の社会医学研究者の研究も政策に強くコミットしたものが多い。我が国の場合、社会医学系研究者の間で医療政策立案への積極的関与よりも海外の雑誌に英語論文を発表することが重要であるという風潮がある。社会医学研究者の意識改革も必要であろう。

筆者がこれまでヒアリングを行ったほとんどの研究者は、「どのような改革を行うにしてもそれは誰にとってもそれまでより厳しいものになるこ

とは明らかで、政策担当者や研究者はそれを正直に国民に伝えることが必要である」と指摘している。経済のグローバル化による国内経済の悪化、少子高齢化の進展による生産力の低下、そして医療技術の進歩とそれに対する国民の期待、慢性疾患中心の傷病構造への変化は先進国に共通した課題であり、こうした状況に現行制度のままで対応することは困難になってきている。現実的な解決策を議論する必要がある。問題の先送りはできない。

そのためにはどのような理念に基づいて中期的に制度改革を行っていくのかというしっかりした方針、日本版のジュペプランのような具体的な指針が必要であろう。今回分析を行った3か国と同じように、我が国の場合も社会連帯に基づく国民皆保障を原則としながらも、マネジメント面においては市場主義的な手法を部分的に取り込むことで、医療提供体制の効率性・生産性を高めていくことが必要であるように思われる。そのためには医療情報の標準化と透明化、そしてそれを活用する体制作りが不可欠である。今回取り上げた3か国とも医療情報を標準化した上でそれを収集・分析するための国レベルでの枠組みがきちんと構築されている。我が国は国民皆保険下、諸外国に比較して詳細なレセプト情報を集めており、しかも多くの医療機関がすでに電子カルテを導入しているにもかかわらず、情報の利活用という点において諸外国に大きな後れを取っている。こうした情報環境の改善が、これから医療制度改革を進めていく上での最重要課題であると考えられる。

## おわりに

病気やけが、あるいは要介護状態は、そもそもそれ自体が本人や家族に多大な苦しみをもたらす。予防活動によって部分的には防げるにしても、病気・怪我・認知症等の大部分は、実際のところ当事者には予測不能の事象であろう。

加えて、そうした予測不能な事象が起きた際、受診や介護サービス利用にあたって必要な医療費・介護費の過半もしくは全部を私的に負担する社会の在り方だと、中・低所得層ではサービス利用に対し自己抑制が起きてしまう可能性が高い。ないしは無理して高額な費用を支払った家計が貧困に陥る恐れが強い。

医療・介護提供者もそうした状態では、高い費用が想定される診療や介護サービス提供について、速やかな実施をためらってしまうかもしれない。もしくは公的扶助(公助)を求める複雑な手続きや、費用を賄う寄付集め(互助)のため、サービス提供までに時間がかかる事態もありえる。人道意識の高い専門職や医療機関・介護提供者が、とりあえずサービスを提供するものの、結局のところ費用の全額は回収できずに終わるケースも想定される。

よって、自助の社会的連帯(共助)を通じて費用負担を支援する社会保障制度は、住民に安心感を与え、ひいては社会の安定を守る、強力な「平時の国防」に役立つ大切なツールなのである。この位置づけは、ビスマルク以来、本質的には変わっていない。

さらに現代では、社会保障の整備が医療・介護の分野と活性化を応援し、専門職の雇用を維持する側面も重要となった。また社会保障制度は、医療・介護にとって隣接分野である医薬品や医療機器、介護ロボットや介護センサーなどの分野におけるイノベーションに対する誘因としての効果も発揮する。

もう一点、社会保障制度だけでは対応しきれない社会の課題を指摘しておきたい。社会保障制度は医療、介護、年金、失業等に関し、「保険料を負担できる」層に関しては有効に機能してきた。しかし、アメリカ合衆国はもとより、ドイツ・フランス・イギリス等の欧州諸国、および日本などにおける貧困の拡大に関しては状況が深刻化しつつある。平均所得の半分以下で、かつ生活保護を受けるほどではない、「生活保護以上だが(親がかりでないかぎり)生活を維持できない」所得層の増加傾向は周知のとおりである。

低所得層増加問題に対する施策をどうしていくかは、社会安寧を図るために、政府にとっても重要な責務と思われる。医療費の自己負担分が支払えない、子どもに高等教育を受けさせにくいといった報告も増えている。この人々を様々な方法で支え、働き手として社会に参加できるよう、そして子供が社会から排除されないようにする仕組みづくりが欠かせない。

医療・介護（および教育）については、客観的ニーズに応じてサービスを受けられる安心感が社会の安定に役立つ。したがって、所得の上位80%、90%だけが対象となる社会保障制度では、安定した社会の維持にとっては不十分なのである。「皆保険」の意義はここに尽きると言ってよい。相対的に貧しい1割の住民が社会保障の外におかれるような事態は、「上位1%が富の半分を占める」といった富の集中問題とは影響がまったく異なる。むしろビスマルクの時代と変わらぬ、世の中全体を見据えた視点が求められる。

欧州における政策をも踏まえつつ、我が国の社会保障制度を時代に合わせ、さらには時代を先取りして構築していくにあたり、日本医師会がこれまで以上に力を発揮し、貢献する姿を期待したい。

## 講演録

1. 停滞する日本；なぜ失敗したのか  
京都大学大学院人間・環境学研究科教授  
佐伯 啓思  
平成 24 年 9 月 26 日 第 2 回医療政策会議
2. 欧州の医療制度改革の動向－フランスとオランダを中心に  
産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授  
松田 晋哉  
平成 24 年 11 月 22 日 第 3 回医療政策会議
3. 在宅ケア・終末期ケアの経済分析と死亡場所の変遷  
一私の今までの研究と最新の実証研究の紹介を中心にして  
日本福祉大学教授・副学長（当時）  
二木 立  
平成 25 年 1 月 23 日 第 4 回医療政策会議
4. 医療の「見える化」で国民的合意形成を  
医療崩壊からの再生途上にある英国に学ぶ  
日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科長教授  
近藤 克則  
平成 25 年 3 月 28 日 第 5 回医療政策会議
5. 社会保障制度改革国民会議を取り巻く歴史的環境  
慶應義塾大学商学部教授  
権丈 善一  
平成 25 年 5 月 22 日 第 6 回医療政策会議
6. 社会保障制度の歴史と意義  
慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授  
田中 滋  
平成 25 年 7 月 24 日 第 7 回医療政策会議
7. 公的医療のあり方－国立病院機構の現状から－  
独立行政法人国立病院機構理事長  
桐野 高明  
平成 25 年 9 月 25 日 第 8 回医療政策会議
8. 多職種協働プライマリ・ケア重視のオランダのケア提供体制  
－我が国における地域包括ケア提供体制充実に向けて  
独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員  
堀田 聡子  
平成 25 年 11 月 27 日 第 9 回医療政策会議



## 停滞する日本；なぜ失敗したのか

京都大学大学院人間・環境学研究科教授

佐伯 啓思

今日は、この20年ぐらいの大きな流れを私なりにどのように考えるかの話をする。まず自己紹介をすると、大学に入ったのは昭和43年(1968年)で、この年は大学紛争が起こる年で、6月から無期限ストで授業がなくなり、次の年の入試がなくなったという状況であった。学生の言い分は、ベトナム戦争などが起きており、日本政府もベトナム戦争に加担し、日本の財界・政界、要するに、日本のいわば支配層の利益になっている。その支配層の利益になるような知的な基礎を提供しているのは旧来の学問であり、その学問の一番中心が例えば東大であるので、我々は東大の学問を受ける権利をみずから放棄するんだと。これは、むちゃくちゃな話ではあるが、先生が提供する科目を、公式的には否定し、学生たちが議論しながらそれとは違う考え方を打ち出そうという気風が非常に強かった。この状況下で、経済学はいわゆる近代経済学というアメリカから輸入されてきた市場競争を軸にする経済学の考え方中心にあった。これは中心に市場競争をすれば市場経済がうまくいく、資本主義経済がうまくいくといった考え方だ。これに対してマルクス経済学があり、当時は、勢力で言うところとちょうど半々ぐらいであった。日本の場合にはマルクス経済学が非常に強かった。従って基本的に学生は、マルクス経済学といわゆる近代経済学という市場中心型の経済学と、両方の勉強が必須であり、学生間での議論も絶えなかった。

しかし、公式的にはアメリカにマルクス経済学はない。アメリカからすると社会主義は敵国なので、敵国の経済学を公式的にはできない。代わりに、マルクスの影響を受けたラディカルエコノミックスというものがあり、これが市場中心の経済学を攻撃していた。さらにイギリスでは、ケインズの弟子たちが生存しており、アメリカ人の考えているケインズ理解は間違っていると語っていた。

アメリカの中心部には、市場中心型の経済学があると同時に、いわゆるケインズの財政金融政策をうまくやっていたいかなければならないという人たちもいた。つまり大きく言えば、市場経済でうまくいくが、同時にケインズ型の財政金融政策によって安定させねばならない。こういった考え方が中心であったが、それ以外にもラディカルエコノミックスがあり、イギリスからは常にアメリカ経済学が攻撃されていた。

数年前、東大の経済学部を出た若い経済系雑誌の編集者と、「どんな勉



強をしてきたか」という話をしたが、彼らは市場競争理論のテキストしか勉強していない。もちろんマルクスの名前は知っているが、マルクス経済学を勉強していないし、ケンプリッジ学派も勉強していないし、ラディカルエコノミックスももちろん知らないし、何人か挙げた経済学者の名前もほとんど知らないし、ケインズさえもほとんど勉強していない。20年ぐらい前には、もうそういう状況になってしまい、経済学の状況が変わってしまった。70年代の前半にはさまざまな考え方が乱立し、互いに議論しあっていた。これはアメリカでも同様であるが、80年に入るころには市場競争万能型の市場原理主義の考え方しか残らない状況になってしまった。

これは一体どうしてか。60年代のアメリカ経済学は非常に数学的になり、高度な数学を導入するようになった。なぜなら、アメリカは冷戦体制下であったため、マルクス経済学は間違っていると主張しており、マルクス経済学は単なるイデオロギーであって科学ではないと言っていた。市場競争型の経済学は科学であり、科学だから正しい。マルクス経済学は思想だから間違っている、単なるイデオロギーでマルクス個人の思いつきであると、こう言っていた。

従って、60年代のアメリカ経済学はとにかく科学であるということを強調し、科学であるということを説得する一番わかりやすいやり方は、論理を数学で表現することであるとした。経済学の体系をすべて数学に書き換えると、その論理が正しいか間違っているかは、数学が正しいか間違っているかという話なので、個人の主観・思想・イデオロギーなどというものが入る余地がないであろうと考えられた。

最初のノーベル経済学賞受賞者であり、非常に有名な教科書を書いたサミュエルソンはその急先鋒で、経済学を数学的に表現した。そうすると、数学的に表現できないものはどんどん落とされていく。ところが市場競争中心型の経済学以外の経済学は、中心部に決して数学的に表現できないものを持っている。例えばマルクスの考え方は、最終的に資本主義の矛盾が出てきて、その矛盾が労働者と資本家階級の階級闘争になるという考え方だ。階級闘争というのは数学的に表現できない。これは歴史的事実で検証する以外にはないが、それはイデオロギーだということになり、数学で表現できない。また、ケインズの考え方も最終的には数学的に表現できない部分が出てしまう。経済の調子が悪い時は政府が適切な財政金融政策を取ればいいというのがケインズの考え方であるが、政府が適切な財政金融政策を取るという行動は数学的に表現できない。非常に賢明な経済官僚がいるということを前提にしているが、それは表現できない。官僚がどうい

行動を取るかは、数学的に論証できない。こうなると、ケインズの考え方もやはりここで落ちてしまう。

それに対して、市場原理主義の考え方はほとんど完璧に数学化ができる。つまり、市場競争の考え方とは、すべて合理的に行動するというところから出発する。合理的に行動するということはどういうことかということ、消費者は最大の満足を得ようとし、また企業は最大の利益を得ようとして行動している。最大の利益を得るとか、最大の満足を得るということは、数学的に言うと、ある条件のもとである値、ある関数を最大化するという数学的な形式に置き換えられる。このようにすべて数学形式に置き換えて、それが市場というものをつくって、あとは需要と供給が均衡するとかしないとか、そういう話になっていく。

従って、大学院で経済学を勉強していたころには非常に高度な数学を使っていて、位相幾何学という、数学でもかなり高度なものまで勉強していた。数学者も驚いていた。それほど難しい数学を使ってやっていたわけで、普通はあり得ない話だ。しかし、経済学というのは科学、科学としての経済学というふうに、一度言い出すとこのようになってしまうわけだ。

数学者は、基本的に与えられた問題に対して論理的な回答を出すことに関心が向き、経済現象という大きなものには関心が向かない。したがって、経済の問題がどんどん細かくなって、非常に小さな話になっていく。例えばマルクスが問題にしたように、資本主義が本当にうまくいくのか、安定しているのか、それとも崩壊するのか、そんな大きな問題はとて経済学で扱えなくなってしまい、経済学者はだれもそんな問題に関心を持たなくなってしまった。これが70年代の半ばぐらいの状況であった。

私が経済学を離れていった1つの大きな理由がこれだ。資本主義社会が本当にうまくいくのかどうかを知りたかったのだが、そういった話を経済学のなかでできなくなってしまった。またもう1つ別の理由がある。先ほど、市場原理主義者が完全に経済理論を数学的に表現したと言った。それを可能にする前提はこうだ。人々がみな合理的に行動すれば、与えられた資源を最大限効率的に配分することができる。労働力も鉄も石炭も石油も、資源は完全に有限であるので、その有限な資源をできるだけうまく配分し、できるだけ生産量を増やし、できるだけ効率性を高める。これが経済学の目的であり、市場競争をすれば最も効率性が高まる。これが市場競争理論の主張していることだ。実は、ここに暗黙のうちに1つの価値判断が導入されていると思う。市場競争すれば効率性が高まり、生産能力が一番高くなる。つまり、効率性を高め、生産能力を高めることは善であるという価値判断が暗黙のうちに共有されている。これは明示されていない

が、その前提がなければ、今言った経済学が成り立たない。まして、市場理論を数学的に表現するという事は不可能になる。

つまり、生産能力を最大限高めるという事は、ある与えられた条件の下である関数を最大化するという問題だ。生産能力を最大化するという事は、言い換えると、効率性が一番高まるということである。したがって、この前提を置かないと、理論を数学化することはできない。ということ、理論を数学化して科学だ、科学だ、と言っているが、その科学が成り立つためには、効率性を高めることは正しいことだ、生産性を高める、つまり成長することは正しいことだという、1つの価値が前提にされている。この価値判断は一体どこから来たのか。それは議論にならない。だから、科学、科学と言いながら、実はそこに暗黙の価値判断が導入されているわけだ。しかし、効率性を高めることは結構である、成長することは結構であるという価値判断は一体どこから生まれ、どうしてそれが選択されるのか。

効率性を高めるよりも、公平性・平等性を大事にする、社会の安定性をもっと重視する、経済成長より環境に配慮したり資源をゆったりと使うなどということ価値にすえるという考え方もあり得る。もっと極端に言えば、しゃにむに働かないで、イタリア人のようにのんびりと人生を送るのがいいという考え方もあり、これも1つの価値である。しかし、そういった価値は切り捨てられていき、効率性、成長主義、こういうふうなものだけが残ってしまう。それを暗黙のうちに前提にして、経済学という学問が組み立てられてしまっている。

しかし我々は、一体どのような社会をよい社会だと考えるのか、どのような経済システム・政治システム・社会システムの組み合わせをよいと考えるのか、その議論をしないといけないが、その議論をするためには、経済学も政治学も社会学もある程度知らなければならないし、価値の問題を知るためには、哲学やら倫理学の理論も知らなければならない。80年前後には、アメリカで市場原理主義が圧倒的に強くなり、それ以外のものが捨てられていった。ということは、今の価値の問題で言えば、効率性を高めることが決定的に重要なことであり、経済成長することが決定的に大事なことであるという考え方が基本前提になってしまって、それを疑うことそのものが難しくなってしまった。

70年代初頭の日本では、いわゆる市場競争型の経済学とマルクス経済学の勢力は半々だったと言ったが、その後、マルクスは退潮の一路をたどる。しかし、マルクスの直感が全面的に間違っていたとも言いきれないと思う。マルクスの直観とはこういうことだ。資本家同士が過激に競争し出すと、当然ながら利益率が下がり、利益率が下がると、資本家は利益を確

保すべく、労働賃金を下げ、労働時間を長くして、しわ寄せは労働者に来る。すると、労働者は自分の生活を守るために団結して革命を起こすだろう。一種の社会的争乱状態に陥るだろうと。マルクスはそれを彼なりの経済学をつかって表現しようとしたが、その経済学は論理的にも間違っているし、欠陥があり過ぎる。しかしこれはこれで非常に納得のできる話であり、現に今、このグローバルな世界でそれに類するようなことが徐々に生じている。グローバリズムのなかで過度な競争が起こり、その負担をもっとも強いられているのは勤労者、特に弱小企業のサラリーマンあるいは労働者であり、この層に大きな不満がたまってきているわけだ。歴史的には次から次へと新しい技術をつくり出し、技術革新によって経済成長を可能にしてきたために、マルクスの言ったことは実現されなかった。

80年代、市場競争の経済学は、ほとんど市場原理主義しか残らずケインズ理論も消えていった。同時に80年にレーガン大統領が就任し、アメリカの経済政策の大転換が行われる。アメリカは特に60年代は民主党政権で、民主党は基本的にケインズ政策に対してシンパシーを持っていたためケインズ政策を活用していた。つまり、政府が財政金融政策を行う。また当時は、黒人運動や公民権運動のもとで福祉も充実させるというように、政府がお金を集め、そのお金を再配分するという考え方が60年代の民主党政権には強かった。70年代は混乱の時期であるが、ここにレーガン大統領が出てきて、アメリカ経済がの低落の理由は民主党の経済政策が失敗したからだ、民主党はケインズ政策を使って大きな政府をつくったがこれがアメリカ経済をだめにしたと主張し、アメリカ経済の再生は徹底した市場競争でやらなければいけないとした。経済学のなかで市場原理主義が勝利したのと、レーガン大統領が大統領選に勝利したのとが結合し、80年代のアメリカでは、経済政策と言えば市場競争原理主義ということが当然視されるようになる。これがいわゆる新自由主義という考え方になるわけだ。

アメリカ経済を再生させるにはもっと個人や企業という民間部門が互いに競争しないとだめだ、競争することによって産業が強くなる、とレーガン大統領は考えただろうが実際はそうではなかった。企業からすると、設備投資をしたり、長期的に新しい産業を生み出したり、新しい市場を開発したりといったことは時間がかかる。短期的にはできるだけコストを下げたほうが良いので、海外に出て行って安い労働力を使ったほうが良いと考える。こうしてアメリカ企業はどんどん海外に進出するわけだが、アメリカ企業が海外に進出するためには、資本を海外に投資しなければならず、そのためには金融自由化を行い資本が国境を越えて自由に動くようにして

いく。これがグローバリズムを生み出した。この中で、アメリカの製造業は決して強くはならずむしろ産業空洞化が進行してしまった。しかしアメリカの大企業は、海外に工場を移転し、安い労働力を使って、一見したところ競争力をつけるかのような形になっていった。結果、アメリカ経済がある程度再生し、レーガンの経済政策はそれなりに成功したというふうに使われた。しかし実態は、アメリカ産業の競争力は非常に弱くなっていた。資本という意味ではアメリカ人は有利である。ドルが基軸通貨なので、ドルを刷ればドルが世界中に流れて、そのドルを使ってアメリカ人は海外で工場をつくったり工場を買収したりできるので、金融自由化した場合非常に有利になる。

その結果、完全に日米経済関係が逆転したと言われた。自動車・半導体・機械・電機などの生産技術、先進分野は、完全に日本のほうが上になってしまった。だから、決してアメリカ産業が再生したわけではなく、むしろ産業の競争力が落ちて、完全に日本に抜かれてしまった。

80年代の後半、経済評論家の方と話をしているとみな口々に「日本経済は一体どこまで勝つかわからない。世界のマーケットを全部日本が取ってしまう。アメリカはもう問題にならない。むしろ、日本がどこまで勝つかということのほうが心配だ」というようなことを言っていた。それほど日米関係が逆転してしまっていたわけだ。

アメリカは、そのことに対し大変な危機感を持ち、必死に日本研究を始めた。有名なMITの報告書が書かれ、日本経済がどうしてこれほど強くなったのかという研究をずいぶんとするようになったり、ヴォーゲルの『ジャパン・アズ・ナンバーワン』という本が出版されたりした。アメリカ人からすれば、あの戦争で完全に負けた日本がどうしてこんなに強くなったのかと不思議で、どうして日本が勝てたのかといった話をする。結論として、日本は公正な市場競争をしていない。公正な市場競争、つまりアメリカと同じルールでアメリカと同じ土俵で競争すれば、アメリカが日本に負けるわけがない。日本はインチキなルールをつくって、きちんとした競争をしていない。そのような不公正な経済構造のおかげで日本は勝ったのだ、ということになった。このあたりから日本に対して非常に強い圧力をかけろという話が出てきた。

89年あたりにアメリカの議会で、いずれにしても冷戦はもうすぐ終わり、ソ連は敵ではなくなるが、ソ連の次にアメリカの敵になるのは日本だ、というような文書がまわっていた。もちろん、これは経済戦争である。80年代の後半、アメリカは日本の経済に対して攻勢をかけてきた。日本は経済の組み立て方が間違っている。例えば、官僚が行政指導でさまざまな産

業に口を出す官僚主導型は反則である、大企業でも屋上に集まって朝礼で「今日も1日会社のために頑張ろう」と社歌を歌うといったいわゆる日本型集団主義もルール違反である、個人が仕事をした分に対して給料が払われるのは当たり前なので年功賃金も間違っている。企業は株式市場で資金を調達せずにメインバンクから金を借りてきているが、これもルール違反。このようなことをずらっと挙げていった。結果、これは日本の市場競争はきちんとした市場競争になっていないと、こういう話になった。

そこで89年から94年にかけて出てきたのが日米構造協議だ。これはSII (Structural Impediments Initiative) と言われるもので、構造的な障害についてのイニシアティブ、これが正式な名前である。つまり、構造的な障壁を排除するイニシアティブである。イニシアティブとはどこかが主導権を取って下のほうに流していくというニュアンスがあり、これは言うまでもなくアメリカ政府が主導権を取って日本政府に要求し、日本政府が民間の構造を変えていくという意味合いだ。それを日本は日米構造協議というふうに訳した。日米構造協議とイニシアティブとは、全くニュアンスが異なる。

そして、大がかりな「改革」の時代となった。つまり、日本の経済構造を根本から変えなければならないが、日本型の経営を変えるということは、経済構造や社会生活や我々の考え方や文化まで変えなければならないし、家族も、地域の生活も変わっていく。つまり、全て変えてしまわないとだめだという話になる。生活や価値観は従来のもので、経済システムだけ合理化することはできないのだ。だから、構造協議というのは日本社会を根底から変えていこうという、そういう大変な要求であった。

この構造協議が、93～94年から「構造改革」と呼ばれるようになる。まず、90年にバブルが崩壊して日本経済が悪くなっていったが、この時期に構造改革という話が出てきて、日本の経済や社会生活の根本的な変革ということになった。しかも、そこにもう1つ困ったことに、小沢一郎が政治改革を唱え、政治改革と経済改革が両方重なり合って、両方とも構造改革と呼ばれるようになってしまうわけだが、これも話の筋が全く違う。しかも、社会主義が崩壊したために、官僚が介入すること自体が悪であるかのように言われるようになった。

マスコミは恐ろしいものだと思うが、94年ぐらいにNHKが構造改革をすべきとのスペシャル番組を放送していた。国家が主導するような経済はもう終わり、民間主導で自由に競争するような経済にならない。そのことを例証するために、ロシアで取材をするわけだが、ロシアでは社会主義政権が崩壊し、住宅が民営化されたことによって、住宅がいか

に住みやすくなったかという話をしていた。しかしこれは全く話が違う。ソ連の社会主義が崩壊してそれで民営化されて民間になったからよくなったという話と、日本の話とは全くレベルが違う。しかし、そういう話を持ってきて、構造改革が必要だという話を NHK までがやっているという状況になってしまっていた。何が何でも市場競争にしなければならない、規制緩和云々という流れになっていた。

したがって、構造改革というのは、日米経済が逆転してしまい、アメリカが日本経済をたたくため、日本の経済構造をアメリカ型の競争経済にしようとするアメリカの圧力が1つだ。それから2つ目は、日本である程度ポジションを得て発言権を持つ人は、基本的にアメリカに留学してアメリカで博士号を取ってくるわけだが、90年代の日本で活躍するエコノミストは、80年代のアメリカに留学した人だ。そして80年代のアメリカとは、市場原理主義が圧倒的に強くなっていた。

経済学というのは、完全に教科書化されている。アメリカは、世界中から若い優秀な官僚や学者の卵をアメリカに集めてきて、教科書を勉強させる。教科書は、まず英語が非常にわかりやすく、図版が非常に多いため読みやすい。したがって、英語にそんなに自信のない者でも勉強しやすい。しかも、その教科書を順番に勉強していけばステップアップしていったって、初級、中級、上級と上がっていき、かなりのレベルのことが自動的に学習できて論文も書きやすい。そういう意味で、教育というものを完全にシステム化していて、外国人たちをそのシステムにはめ込んでいく。これがアメリカのやり方だ。恐らくその影響を一番強く受けたのが日本であろう。自分たちは教科書を勉強しているのだから間違えたことを勉強しているとは思わず、正しい理論をもって日本に帰ってきた。日本の現実を見ると現実がおかしい、日本の現実は間違っているという話になる。だから、彼らのごく自然に、自分たちは恐らく極めて正当なことをやっているつもりで構造改革を擁護するだろう。竹中平蔵氏もそういった典型的な80年代のアメリカの教育を受けて帰ってきて、日本の経済構造は間違っている、構造改革をしなければならないと言った人だ。このような人たちが、強い影響を発揮するようになる。

しかしこれは、科学ということからして変な話だ。昔、解剖学者の養老孟司氏が、「今の医学者は、解剖した死体を見て、それで現実の人間の筋肉の動かし方が悪いとか、首の曲げ方が悪いとか、そんなことを言っている。これはおかしいじゃないか」と言っていた。経済学にも全くそのまま妥当する。経済学の教科書を見て、現実の生きている人間の生き方が悪いと言っている。スルメを分解してスルメを勉強してきて、イカの泳ぎ方が

悪いというふうに言っている。これと全く同じ話だ。本当は理論と現実が合わなければ、理論のほうを変えるのが科学であるが、理論は正しくて現実を変えろと言うわけであるから、それは無理な話なわけだが、それが現に起きた。

こうして若い官僚たちも市場原理主義者になり、日本の経済構造を根底から変えないとだめだと言い始める。しかも、当時グローバル化が進展し、アメリカ型の市場競争がグローバルスタンダードであるという話にもなった。多くのことが複合して行政官僚が強い力を持ち過ぎているという話が経済に置き換えられ、官僚主導型の経済ではない市場競争型にしようという話になる。そもそも筋の違ういろいろなことが混在した形で市場競争至上主義という話になってしまい、規制緩和が行われた。

さて、構造改革というのは結局何をもたらしたのか、何を意味するのか。構造改革が意味するものは一体何なのか。

1つはこういうことだ。まず、市場というのは需要と供給によって成り立っており、モノを生産し買う人がいて、交換が行われるというのが基本形だ。そこで、構造改革を唱える人は、消費者が買いたいモノは幾らでもあるにも関わらず、供給側で規制がかかっているために、消費者に十分満足できるような物が渡っていない。そのおかげで日本経済が全体的に停滞しているのだと言った。問題は供給側にある。つまりモノが出てくれば幾らでも買うにもかかわらず、供給側が機能していないために消費者が欲しがっている物が手に渡っていない。機能していない最大の理由は、行政指導や行政規制といった規制にある。その結果、消費者が欲しがっているところにビジネスが生まれないことである、と言った。それからもう1つは、財政だ。政府にお金が集まっていて、民間部門に流れない。この2つのことがあるから、供給側が十分機能していない。したがって、供給側でスムーズにモノがつくれるようにすれば、消費者の欲しいモノが生産され、経済は成長する。これが構造改革の考え方である。したがって、「構造改革なくして成長なし」という話になる。こうして規制撤廃をし、政府の財政を縮小して、できるだけ政府を縮小し官から民へということになった。

構造改革が正しければ経済成長しているはずだ。しかし、構造改革が始まってから経済成長せず全くゼロ成長である。それどころかデフレ経済で、賃金と物価が下がってしまっている。つまり、根本的な考え方が間違っているということだ。

問題は需要側にあるのだ。供給能力は十分にあるにも関わらず大きな需要が発生しないため、需要が足りていないのだ。それは恐らく、今の社会状況下で我々がさほどモノを欲しがっていない。根本的に需要の増加率が



ゼロなんていうことはないが、増加率が非常に小さくなっている。例えば60年代には次から次へと新しい電気製品ができ、70年代に自動車が次から次へと生産され、人々がそういうモノに飛びついた。しかし現代は既にそういったいわゆる産業社会ではない。産業を新しく生み出し、新しく機械を導入し、電気製品や新しい製品をつくれればみなぎ飛びつくという状況ではもうなくなってしまっている。日本もアメリカもヨーロッパも、先進国はそういうステージではないのだ。技術革新があるため生産能力も伸びるが、その伸びに追いつくだけの需要の増加がなく、需要の伸び率は小さい。結果、どれだけ生産能力を伸ばしても、モノは余ってしまいデフレ経済になる。だから、構造改革をすればするほどますますデフレ経済になってしまう。これが私は真相だと思う。

実は、このように経済をとらえたのはケインズである。ケインズ理論の核心は、先進国は需要が不足するということだ。先進国はある程度経済成長してしまえば、消費者も新しいものに飛びつかなくなり、モノをどれだけ生産しても生産能力を上回る需要はもう得られない。したがって、先進国経済は長期的に不況になっていく、というのがケインズの基本的な考え方である。

従ってケインズは、それを補うために政府部門が消費を伸ばさなければいけないと言った。しかしそれが80年代に入るところには完全に消えてしまった。確かにケインズ的な考え方で経済を成長させたり安定させるといふ理論がないため、不況を脱出するには構造改革か何かやって生産能力を高めろと言うしかなくなってしまっている。しかし、それは全く経済のとらえ方が違っていているわけだ。経済の現実は今言ったように、日本やヨーロッパのような成熟社会は、そんなに新しいモノをつくっても著しく需要は伸びない。むしろ、もし需要があるとすれば、生活の質を向上させたり文化的な生活をするといったサービス、つまり、人間関係をよりスムーズにしたり、楽しくしたり、自分の本当にしたいことしながら時間を過ごすといった方向に向かっている。それは、簡単に市場で商品にならないものなので、新しいモノを作って商品を積み上げればそれで売れるという社会ではない。だからそこは経済についてのビジョンが完全に間違っている。構造改革の問題の1つはここにある。

それからもう1つは、マルクスの話の中で、資本家が競争をしだすと利益率が下がり、しわ寄せが労働者に来ると言ったが、基本的な歴史的傾向としてこういうことがある。80年代以降、先進国の主要な企業の利益率は明らかに下がり、利益確保のために生産要素のところでできるだけコストを下げる必要があった。生産要素と言ったが、モノを生産するにはイン

プットを投入し、生産物というアウトプットが出てくるわけだが、そのインプットを普通「生産要素」と言う。生産要素の代表の1つは労働力、1つは土地などの資源、もう1つは資本。この3つが主要な生産要素でありインプットだ。このインプットをうまく組み合わせて生産システムを作り、アウトプットを出す。しかしアウトプットで、利益が上がらなくなってしまった。競争をすれば価格は下がる一方で、利潤率はもっと減ってしまい、しかも中国などの価格が低い国と競争するので、ますます価格は下がってしまう。

その結果、インプットの部分でコストを抑える以外になく、生産要素のレベルで競争原理を導入しようとした。生産要素のレベルで競争させれば、インプットの価格が安くなるだろうと。例えば、労働市場を競争的にして、労働者が自分で自分の能力を自由に売るようになれば、企業は労働者を丸抱えにする必要がなくなり、優秀な労働者だけを雇えばよく、優秀でない労働者はくびを切ってしまう方がいい。こういう話になる。

そこで、労働市場を自由化すると、日本型経営システムは完全に崩れるということになる。その代わりに能力主義、能力賃金が導入され、一方では派遣労働を使えばいいということになる。一部の優秀な労働者を抱えて、あとは派遣あるいはアルバイトに切り替えていったほうがいいということになった。

確かに労働市場に競争原理を入れると、労働はある意味で非常に効率化したわけだが、その結果、賃金が下がりフリーターや派遣が増加し、労働が非常に不安定になった。それは結局、我々の生活そのものに非常に大きな影響をもたらした。

一昔前は、初任給200万や300万から始まっても、5年たてば400万になり、10年たてば600万になりと、確実に上がっていった。だから人生の設計も立った。しかし、今の若者たちは、200万、300万で就職したら、5年たっても10年たってもほとんど賃金が上がらず、年収350万ぐらいでやっていかなければならない。しかも、いつ会社が倒産するかわからない。これはやはり非常にきつい。

だからリーマンショックまでの小泉政権の最後の数年間、日本の景気はよくなったと言われているが、それは労働者を犠牲にして、企業がそれなりの収益を上げただけの話だ。そして、このことは社会生活に対して非常に大きな不安定要因となった。

このように、労働市場を自由化し、労働コストを下げ、景気は回復したが、しわ寄せが労働者にきた。資本もよく似たもので、資本を自由化し、資本のコストを下げ、結果として、資本市場の動きが不安定になってしま

い、あちらこちらでバブルを起こしてバブルが崩壊する。バブルが崩壊すれば、それがまた経済そのものを傷つけるということになり、これも社会生活を不安定にさせた。

土地などの資源も同様で、土地をできるだけ流動化し、建物の規制や建築基準を緩和することにより安いコストで自由に建築ができるようになった。しかし、東京の都心部にはどんどんビルは建つけれども地方の商店街は全く土地が動かないというように、格差が開いてしまった。収益の上がる場所にばかりに資本が集まって、そこでは土地が動くけれど、そこ以外ではまったく動かないといった事態が出てきてしまった。

つまり、アウトプットを市場に出してそれを自由化するというのは、さほど悪くはないとしても、自由化や規制緩和を全てインプットの生産要素のレベルまでもってくるのは、非常に大きな問題を生み出してしまう。インプットというのは、我々の社会生活そのものに密着している。我々の社会生活とは何かというと、人間がある場所で生活し、そこに家族もいて、地域の人たちとも付き合っ、教育も受け、子どもにも教育を受けさせて、病気になったら医療機関にかかって、そこで年を取って死んでいく。こういうことが全部一体となって人間の社会生活が組み立てられ、社会生活がある程度安定していないと、人間の生活はもたない。しかし構造改革で、そこまで市場化しようという手を加えたのだ。

従来、アウトプットはかなり規制緩和されて競争している。そうであれば、まだ競争になっていない分野を競争化すればそこで利益が発生するという話なので、教育・医療・農業といったこれまであまり市場競争にさらされていなかった部分をターゲットにして、そこを市場化しようという話になるわけだ。

ところがそれは、人間の生活や地域に密着していて、それが1つのセットとして社会というものを構成しており、市場の原理とは違う。そのため、市場の効率主義とは違うところでやっていかないといけない。仮に市場は効率性の原理でやってもいいとしても、社会生活は効率性ということが基準になってはならない。社会生活は、安定性を確保することが大事であるので、そこは分けて考えて、そこまで競争原理や効率性の原理を持ち込んではならないのである。

構造改革では、今言ったインプットの生産要素のレベルでひずみが出てきた。労働資本、土地の動き、さらに資源、最近では、農業・医療・教育も全て競争に任せようという話になってしまい、そこで大きな問題が出てくる。

効率性ということを一応の基準にできる市場経済と、安定性というもの

を基準にしなければならない社会と、レベルを分けて考えなければならない。このことは経済学の考え方のなかでなかったのかというと、ないわけでもない。

ケインズはある程度そのようなことを考えていた。彼はイギリスの超エリート階級の人間なので、アメリカ人のように何もかも商品化して売買するのがいいとはもちろん考えておらず、経済的な利益や効率性で人間の活動を規制することに懐疑的だった。彼はもちろん自由主義者、市場経済論者であるが、市場経済がそこまで行き過ぎてはだめだと考えていた。だから、どこかに社会的な安定性がなければならなくて、それは効率性、あるいは利益第一主義の分野ではないと。

もう1人、70年代の前半に日本に紹介されたのが、ポランニーというハンガリーの経済学者だ。ポランニーが主張していたのは、社会と経済は違うということである。人類の長い歴史を見ると、人間の一番の関心は、生活を維持し、コミュニティのなかでコミュニティの人たちと交わりながら暮らしていくという社会生活にある。人間の生存・生活・コミュニティ、こういうものこそが人間の一番中心的な関心で、市場で取引するということが大きな関心になってきたのはせいぜい19世紀から先である。人間が長い間関心をもってきたのは、社会生活をどうやって安定させるであった。市場で利益を上げることが経済の課題になったのは、まだこの150年ぐらいの話で、人類史のなかでは非常に短い、このように主張していた。つまり、「経済と社会は区別しなければならない。重要なのは、その社会を安定させることであって、利益を上げることではない」というのが彼の一貫した立場であった。

市場経済は効率性を一応基準にしても構わない。しかし、それを社会生活のかなり根幹にかかわるものまで持ち込んではならない。従来の日本の行政指導にしても日本型経営システムにしても、ある意味では社会生活の枠組みを守る機能を果たしてきた。行政指導のおかげで社会生活の安定性が守られてきたし、日本型経営システムのおかげで直接一人一人の労働者が直接市場にはマーケットには対面しない。これは重要なことで、あらゆるものを商品化できる、市場競争できると考えたのはアメリカだけだ。同時にアメリカは宗教国家でもあり、日本よりもっとコミュニティを大事にするようなところもあるため、アメリカと一口で言うのは無理があるが、アメリカの中心的な価値観の1つは、能力主義、個人主義、競争主義である。これはアメリカの価値観であり、アメリカ人の社会生活の原理だ。したがって、アメリカの場合には、労働市場まで含めて能力主義や個人主義で、すべてを賃金で示すという考えが比較的受け入れやすい。だから、原

則すべて市場化、商品化し、すべて競争にすることが不思議ではない。しかし、こういった考え方をしている国はアメリカだけであり、そういう意味ではアメリカが特異な国なのだ。

しかし、グローバルな経済だと、アメリカ的な原理のほうがわかりやすく、しかも一見合理的に聞こえるので、何となく皆が合理的な考え方を受け入れざるを得なくなってしまうところがある。しかし、アメリカのような完全な競争主義を本当に取っている国がどれだけあるかというところ、どうだろうか。中国は共産主義国なので適当なところだけ市場化し、原理を取り入れてあとは一切取り入れない。韓国も、「ヒュンダイ」など国家的に幾つかの企業を育成しそれで勝とうというナショナリズムによって世界に打って出ようとしているので、個人主義ではない。また、最近出てきたブラジル、インド、ロシア、こういった国は決して個人主義でも公正な市場経済の国でもない。

ただ、今後出てくる国はまだ市場の規模が小さいため、市場を拡大していったほうが有利なので、アメリカ的なものを取り入れていったほうが有利であろう。

しかし、日本は全く違う。日本もヨーロッパも全く違うのだ。そこがわかかっていなかった。何かを勘違いしてしまっていた。日本もアメリカ的な競争原理を取り入れて能力主義にして、個人が自分の能力を自由に発揮するようにすれば、新製品が開発され、産業が活性化し、日本経済が再生するというシナリオになってしまった。何か根本的に発想が間違っていて、しかもこういうことがいまだに続いている。

最後に TPP について、原則論としてやはり非常に危険なものだと思う。

その理由の1つは、実際に TPP に参加する国をみると、日米で TPP 加盟国の約 90 数%の GDP を取るため、TPP のルール作りは事実上日本とアメリカの問題になる。アメリカがここまで TPP を推進したいのは、明らかに日本市場をねらっているからだ。オバマ大統領は、アメリカ経済の再生は輸出主導であり、輸出の増大によりアメリカ経済を再生すると言っている。つまり、日本を取り入れれば日本のマーケットをこじ開けることができると考えている。アメリカからすれば、日本は保険も農業も医療も公共投資も今までなかなか参入しにくかった。だからこれらの分野で日本のマーケットをこじ開けたいと考えている。

日本の民間資産が 1,500 兆円あると言われているが、この多くが国債に流れている。つまり、国債に流れる以外に使い道がないので、アメリカとしては国債に流れているお金を取りたいという強い意思を持っている。司法制度、法律、会計、さらには教育、医療技術、薬品、農業など、こうい

う分野が焦点になる。問題なのは、これは市場化する分野、市場競争にさらす分野ではないのだ。だから、TPPで問題になるのも、基本的に社会生活にかかわる分野だ。市場で競争している分野はほぼ自由競争しているわけだが、問題になるのは、まだ商品化、市場化されていない分野、すなわち、我々の社会生活にダイレクトにかかわってくる分野である。ここはどうしても守らなければならない。アメリカが来るとか何とかというよりも、市場原理でやってはいけない。市場の効率主義、能率主義、能力主義を安易に持ち込んではいけません。

やはり経済についての考え方が違うということアメリカに対して主張すべきだと思う。つまり、アメリカ型の市場原理主義的な考え方もあるが、別の経済学の考え方もある。社会生活の安定性と市場効率の二本立てでやっていき、社会生活の安定性をベースにしてそこは規制で守らなければならないし、簡単に商品化してはならない。逆に、社会生活の土台が安定していないと、経済もうまくいかない。労働者が不安定な社会生活を送っていて、教育も満足に受けられない、医療も満足に受けられない、近隣コミュニティも崩壊してしまったとなったら、まともに仕事ができなくなる。コミュニティが崩壊し、学校教育も崩壊した結果、子供たちはいじめに遭わないよう、自己主張もせず、できるだけひっそりと姿を隠し、気の合う何人かと仲よくして、あとは携帯だけでつながって、自分の身を守る。若者たちはそういう方向に行くが、このような人たちが企業の一線で働けるわけがないし、ましてや、グローバルに外国人と競争しろと言ってもそれは無理な話だ。教育が崩壊する、地域が崩壊する、そういうことが起きると、市場で競争できる人材もつukれない。これは非常に深刻な話だと思う。これがTPPに反対する1つの理由である。

それからもう1つ。これからの時代は、人によっては新しい帝国主義の時代と言ったりするが、そういう時代に入ってくる。つまり、これまでは世界全体が成長できたし、日本で言えば、日本全体が成長できた。全体が成長できるということは、全体のパイが大きくなるので、その配分だけを考えればよかった。しかし、今や先進国はもう大きくは成長しない。つまり、ゼロサムゲームになってしまって、パイの奪い合いになる。世界経済は成長するとしても、同時に人口も増加し、食料や資源の争奪になる。パイの奪い合いの時代とは、非常に厄介な時代であり、このような時代は競争ではなく、共生・共存の時代でなければならない。しかし、今のところ競争のメカニズムしか残っていないため、競争がますます激しくなってくる。その結果、どの国も資源問題に大変に敏感になってしまっていて、資源と食糧価格が非常に大きく変動する。資源を持っている国、食糧を持っ

ている国が有利になるわけだ。

従って、資源と食糧はどうしても確保しなければならないが、それは自給率を上げる以外にない。しかし TPP にしろ、グローバリズムにしろ、日本はそういうことをするには非常に不利で、資源大国に左右されることになる。資源大国に自分の首根っこを握られてしまうようなものだ。だから、グローバリズムや TPP からは距離を置きながら、少しずつ自給率を高めていき、エネルギーを一体どうするのか、原発をどれぐらいの比率にして国内でどれぐらいエネルギーを確保できるようにするのか、農業の自給率をどこまで高めるのか、こういう話をしなければならない。

それと同時に、社会的安定性としての医療、教育、治安、住宅、そういうものも含めて安定した地域をどうやってつくるのか、それこそがこれからの課題であり、本当にやるべきことだと思う。

最後に、私はやはり、80年代に入るところに決定的に道を間違えたと思っている。経済学で言うと、市場原理主義しか残らなくなってしまった。政治的に言うと、レーガン大統領がその政策を採用してアメリカを再生させようとした。そこから間違えたと思う。その直前、70年代中頃に例えば公害問題、環境問題、資源問題など様々な問題が生じ、もうこれ以上経済成長して効率を高めてもだめだろうと思われた。そこで例えばローマクラブの『成長の限界』という本や、『スモール・イズ・ビューティフル』という本が出たり、つまり、産業主義で成長していった資源を使うのはもう無理だろうという話が出ていた。そこで、先進国はこれからはモノをつくるのではなくて、知識や情報、サービスをどうやってうまく利用して社会生活を充実させるかという方向に変わるべきであるという話が、当時はずいぶん出ていた。その代表的なものは、アメリカのダニエル・ベルという社会学者の『脱工業社会の到来』という本であった。つまり、今度は、知識、情報、産業、文化が決定的な役割を果し、それらを使いながら社会生活を豊かにし、充実させていく時代であり、情報、知識、文化などは市場競争になじまないというのである。知識をうまく使い、官僚も含めて政府が社会的な公共計画を立て、どのような社会にするか。その新しい社会では、医療はどういう形にするか、教育はどういう形にするか、それから文化はどういう形で充実させるか。そういう方向に持っていくべきだというのがダニエル・ベルの議論で、私はそういった話に非常に共感を持っていた。

ところが、時代の流れは全く逆方向に行ってしまい、すべてのモノを商品化して競争にしようという話になってしまい、逆方向に行ってしまった。80年代が、やはり1つの分かれ目だった。しかし、今またもうひと

つの分かれ目に着ており、もう一度別の方向があり得るのではないか。そのためには我々の社会や経済についての考え方を、まず大きく変えなければならぬと思う。





# 欧州の医療制度改革の動向－フランスとオランダを中心に

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

松田 晋哉

産業医科大学を卒業後、フランスへ留学して、フランスの医系技官になった。卒業したのはフランスの公衆衛生学校だが、もう1つ、Nancy 大学で医療政策学を専攻したが、残念ながらこちらは単位が足りなくて卒業できなかったのので、公式の自分の履歴には書いていない。

専門領域は公衆衛生学だが、今は医療・介護システム、医療・介護サービスの質の評価をメインで研究している。フランス・ドイツ・オランダ・イギリスを中心に医療制度研究もしているが、趣味とはいえ20年ぐらいやってきているので、話をしていきたい。

まず最初に、OECD 諸国の主な医療指標（図表1）であるが、今日話をするオランダ・フランスは、医療費の対 GDP 比が上から2番目と3番目の国である。かつてのオランダはイギリス並みに低かったが、改革の過程で、対 GDP 比における医療費の割合が、この3年間ぐらいで急速に増加した国の1つだ。1人当たり医療費は、どこも大体4,000～5,000ドルぐらいだが、オランダは4,914ドルなので、他のヨーロッパ諸国に比べてかなり高くなっている。人口千人当り医師数は、オランダは2.9人、日本よりはかなりいるが、ヨーロッパ諸国の中では少ないほうである。

それから、オランダで一番大きな問題は看護師のなり手が少ないこと

図表1

	医療費の対GDP比	1人あたり医療費 <sup>#</sup>	人口千人あたり医師数	人口千人あたり看護師数	人口千人あたり急性期病床数 <sup>c</sup>	人口千人あたり精神病床数 <sup>c</sup>	人口100万人あたりMRI台数 <sup>c</sup>	人口100万人あたりCT台数 <sup>c</sup>	患者一人当たり医師受診回数 <sup>c</sup>	平均在院日数 <sup>c</sup>
アメリカ	17.4	7,960	2.4	10.8	2.7 <sup>d</sup>	0.2	25.9 <sup>d</sup>	34.3 <sup>d</sup>	3.9 <sup>a</sup>	5.4
オランダ	12.0	4,914	2.9	8.4 <sup>a</sup>	3.1	1.4	11.0	11.3	5.7	5.6
フランス	11.8	3,978	3.3 <sup>b</sup>	8.5 <sup>b</sup>	3.5	0.9	7.0 <sup>b</sup>	11.8 <sup>b</sup>	6.9	5.2
ドイツ	11.6	4,218	3.6	11.0	5.7	0.5	n.a.	n.a.	8.2	7.5
デンマーク	11.5	4,348	3.4 <sup>a</sup>	14.8 <sup>a</sup>	2.9	0.6	15.4	27.6 <sup>b</sup>	4.6	3.6 <sup>e</sup>
スウェーデン	10.0	3,722	3.7 <sup>a</sup>	11.0 <sup>a</sup>	2.0	0.5	n.a.	n.a.	2.9	4.5
イギリス	9.8	3,487	2.7	9.5 <sup>b</sup>	2.7	0.6	5.9 <sup>b</sup>	8.3 <sup>b</sup>	5.0	6.8
日本	8.5 <sup>a</sup>	2,878	2.2 <sup>a</sup>	9.5	8.1	2.7	43.1 <sup>a</sup>	97.3 <sup>a</sup>	13.2 <sup>a</sup>	18.5

a 2008年, b 2010年, c 2009年, d 2007年, e 2003年  
#: 米ドル 購買力平価

資料: OECD Health data 2011 2

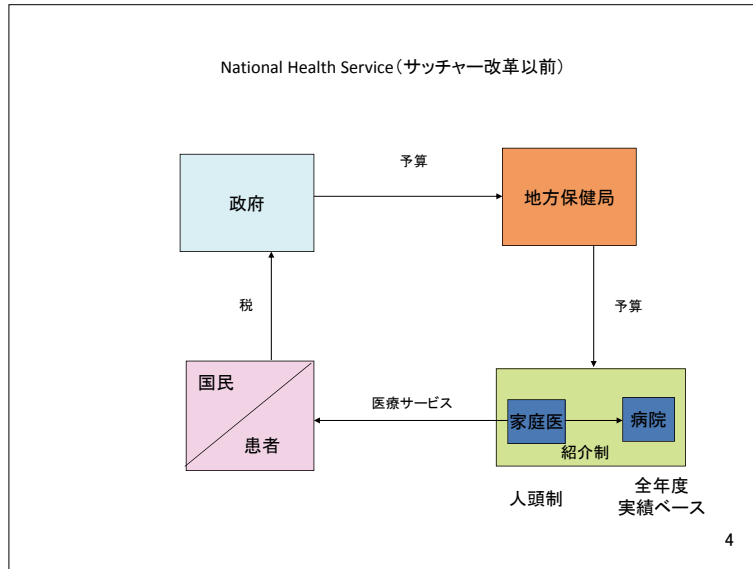
だ。旧オランダ領であったスリナムやインドネシアといったところから看護師の輸入もやったが、実はこれはうまくいっていない。理由は、イスラムとプロテスタントというように宗教が違う国の方を入れても、安楽死の問題など、うまくいかない現状がある。最近では、少し東ヨーロッパ諸国の方を入れるようにしているようだが、それでもなかなか看護師が足りないというのがオランダの悩みである。次に、人口千人当り急性期病床数は3.1で、ドイツに比べると非常に少ないがアメリカ並みだ。また、精神病床が他のヨーロッパ諸国に比べると多い。他のヨーロッパ諸国は、どちらかというと病院から地域へという開放で、精神疾患患者のコミュニティ運動みたいのがあったが、オランダはそこまで行っていないので、まだ精神病床が多い。それから、MRI/CTの台数は、大体ヨーロッパ並みである。オランダの特徴としてGPシステムがあるが、1人当たり医師受診回数は年間で大体6回ぐらいだ。また平均在院日数が5.6日と非常に短い、入院の40%が1日入院だということがあるのでこれは差し引いて考える必要がある。

ただし、平均在院日数を中身を考えずに国際比較しているが、日本の場合は日帰りがほとんど外来に行っている、入院の定義を合わせないと平均在院日数の比較はできないので、もう一回定義を見直してみたいと考えている。よく考えてみると、フランスも化学療法や透析などはすべて病院の施設を使うので、半日入院や1日入院という定義になる。そうすると、これは入院にカウントされている可能性がある、少し定義を合わせてこの在院日数というのを見る必要があるということ、このOECDデータを見て思っている。

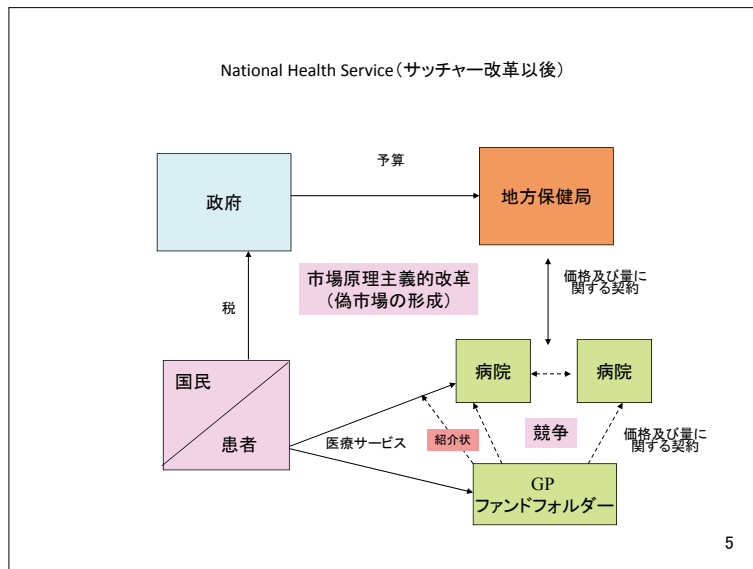
## 1. 世界の主な医療

最初に主な医療制度の話をしたい。National Health Service、社会保険制度、民間保険制度と世の中にあるわけだが、オランダもフランスも、イギリスの制度を見ながらいろいろなことをやってきている。もともとサッチャーの改革以前はNational Health Serviceということで、全て税金に基づいて家庭医が紹介する病院の医療を使うという仕組みであったが、サッチャー改革によりGPフェンドホルダーと言われている人たちが、自分の登録している患者の入院医療もコミッションする仕組みをつくった(図表2.3)。ここで病院間の価格や量に関する競争をすることによって、NHSのなかで非効率だと言われている病院サービス、医療の質の向上、それから何と言っても長いウエイティングリストを短くするという問題を解決しようとしたわけである。

図表2

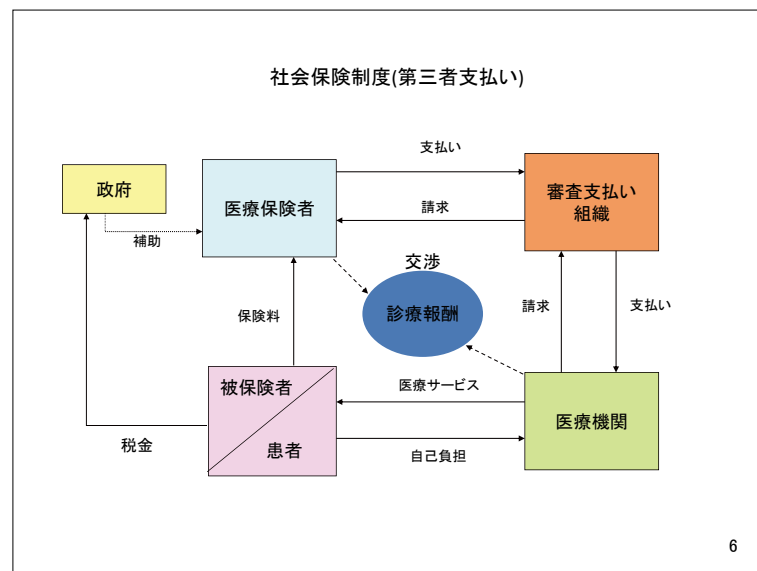


図表3

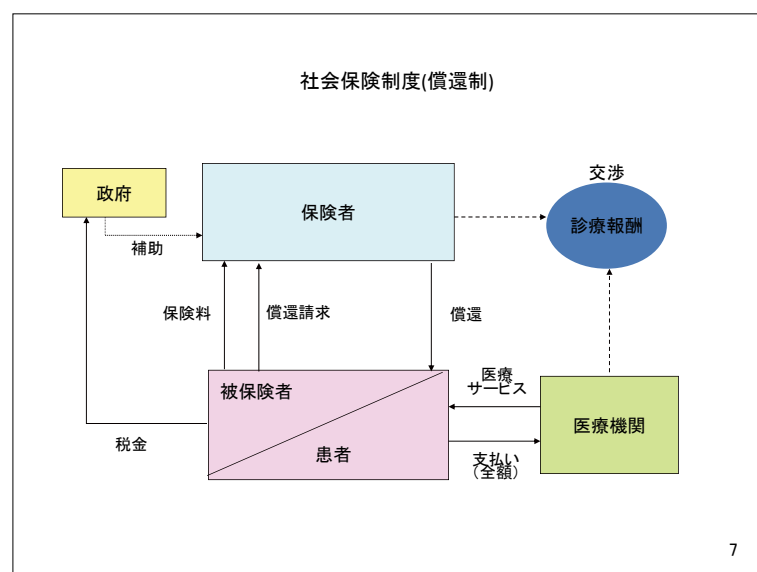


社会保険制度であるが、フランス・オランダ・日本は同じような仕組みで、医療保険者が組織され、そこに強制的に加入し、医療が必要になった場合には医療機関にかかるという仕組みになっている。日本の場合は第三者支払い方式なので、患者が医療機関で一部を払って残りはすべて医療機関が医療保険者に請求するという仕組みになっている（図表4）。ところがフランスの場合は、償還制という仕組みになっており、患者が医療機関にかかった場合、いったん全額を支払い、領収書をもって、その領収書を保険者に送ることによって償還を受けるという形になっている（図表5）。同じ社会保険制度ではあるが、いったん窓口で全額支払うというのが日本とフランスの違うところだ。逆に、診療報酬の交渉は基本的には医療者の代表者と保険者との間の交渉に委ねられており、この部分で

図表4



図表5

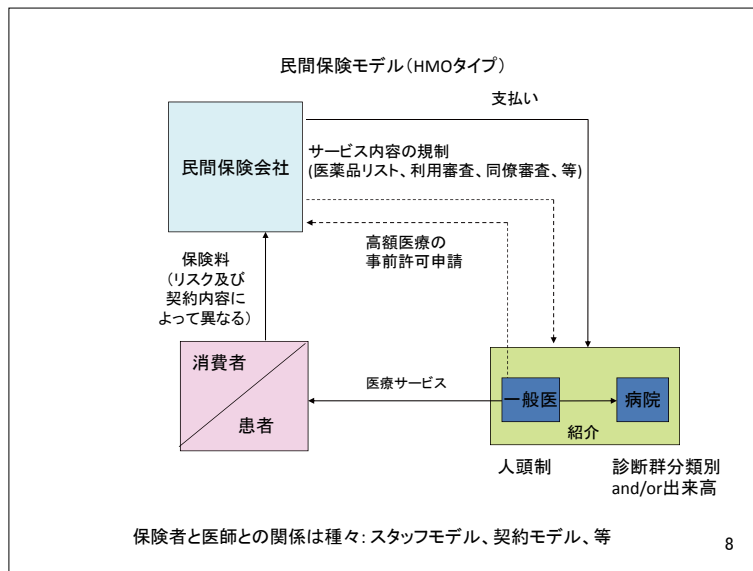


いつももめているという歴史は、日本とフランスの同じところだ。最近のいわゆる経済の低迷を受けて、かつては医療はすべて保険料で賄われていたが、今はかなり一般税化が進んでいる。労働コストが非常に高くなっていることもあるが、保険者だけでは支えきれなくなっている部分があり、そこに租税が入ってきているという状況になってきている。

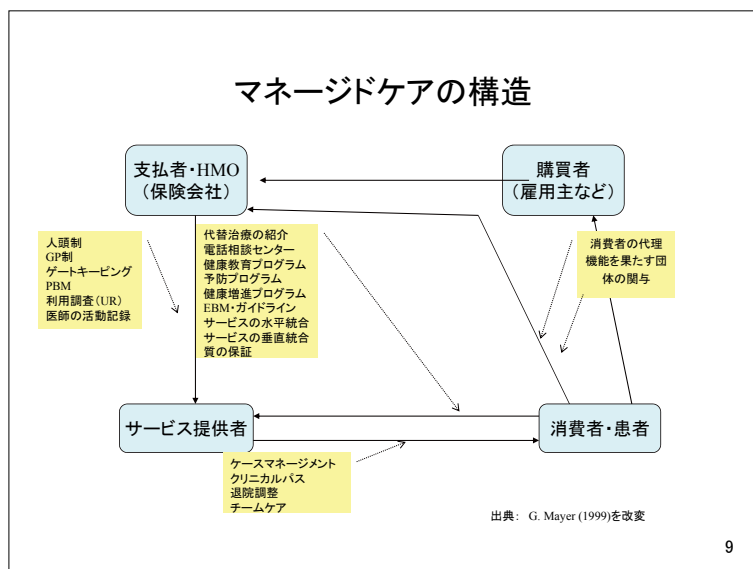
アメリカの民間モデルの話も少ししておかないといけない。イギリスもオランダもまたフランスも、少しずつだが民間保険のモデルはHMOタイプが入ってきている（図表6）。例えばフランスの場合、フランスガス公社が少し始めていたが、アメリカのHMOは、民間保険を消費者である国民が買い、民間保険が契約した医療機関でのみ患者はかかることができる。

ただし、ここにかかる場合にいろいろな規制がある（図表7）。医療機

図表6



図表7



関にかかる前に、当然マネージドケアを受けなければならない、それにかかっていいのかどうかということを見護師に聞いて、かかっていいと言った場合にはここにかかることができる。民間保険が利益を出すためには、集めた保険料が多くないといけないので、患者になるべく医療を使わないような制限をかけるわけである。

例えば、サービス提供者が医療をあまり提供しないようにするために、ゲートキーピングをやったり、利用調査をやったり、薬の処方管理をしたりする。またサービス提供者に関しても、水平統合や垂直統合をやることによってサービスの効率性をよくしていく。なぜこの話をしたかということ、マネージドケアのスキームをヨーロッパの国々は入れようとしてきた。この20年間ぐらいマネージドケアの仕組みをどのように社会保険制度のなかに入れるかということが、各ヨーロッパのいろいろな国の政策担当者が考えてきたことで、これがすでにフランスもドイツもオランダも、社会保険という枠組みの中で入っている。

欧州における医療制度改革の経時的変化をみると、イギリスの著名な経済学者である Ham 先生がこのように整理している（図表8）。

1970年代は欧州における福祉国家の終焉の時代である。いわゆるオイルショックの後に、それまで拡張し続けてきた福祉国家というのが立ち行かなくなってきて、医療費の抑制を大幅にやっていくという時代になる。

そのときはまだ情報も余りなかったので、大体この時代にどこの国も医療計画をつくって、その医療計画によってサービス提供量の総量規制、病院の総額予算制などを入れていく。また医師収入を抑制させるために、例えばドイツのフローティングポイントみたいなこともやられている。ま

図表8

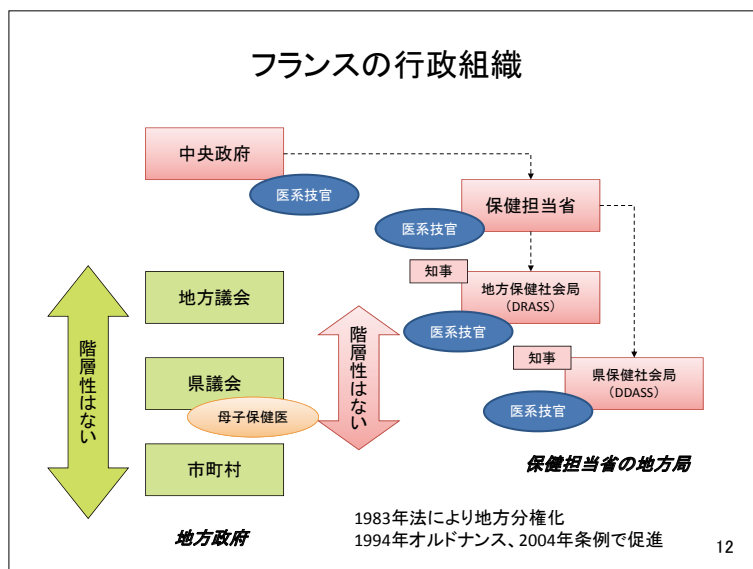
第一期	1970年代後半から1980年代
目標	マクロレベルでの医療費抑制
政策	病院の総枠予算制 医療計画に病院建設及び高額医療機器の制限 医師収入の抑制 医師教育体制の再構築 医学部定員の削減 一般医の養成
	DRG
第二期	1980年代後半から1990年代前半
目標	ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任
政策	市場主義的手法の導入 マネジメント改革 予算管理
第三期	1990年代
目標	医療サービスの合理化と優先度設定
政策	一般的公衆衛生活動・健康増進 プライマリケアの重視 マネージドケア 医療技術評価 EBM
出典	Ham C. (1997)

た、医師が多いことが医療費増加の原因だということで、ヨーロッパ諸国のほとんどの国で医学部定員の削減が行われるようになる。あとは、専門医が増えてきているということがやはり問題だということで、1970年代から一般医の養成を始めた。しかしそれはうまくいかず、1980年代後半からはアメリカでの医療制度改革を片目で見ながら、ミクロレベルでの効率化をやっていこうとする。これがいわゆる市場主義的な手法の導入ということで、サッチャー改革や、オランダのデッカー／シモンズ改革につながっていく。ただやはりこれもうまくいかなかったが、1990年代に入ると医療の質の問題がかなり先鋭化してくる。一番大きな問題は、長い入院待ちであった。白内障の手術や、股関節置換術で1年以上待つのが当たり前という時代になってしまい、非常に国民の不満が上がってきた。そのなかで、質を高めたり、プライマリケアをきちんとしなければいけない。質を担保したうえで医療の効率化が図られていくことで、医療技術評価やEBMや、それをベースにしたマネージドケアや、リリースマネジメントということが90年代以降行われてきて現代に至っている。

## 2. フランスの医療制度改革

フランスは非常に中央集権的な国であるが、1983年以降、地方分権化がかなり進んできている（図表9）。医療を担っているのは保健担当省、その県の出先が地方保健社会局、県レベルでの出先が県の保健社会局というのがあ。地方とは州に相当するものであるが、それぞれに知事がいて、医系技官はこの各部署にいる。またこれとは別に、地方自治体としての州

図表9





議会、地方議会、県議会、市町村という形になっている。フランスの行政組織の特徴は、それぞれが対等であり上下関係にはないことである。

医系技官の話もしておく（図表 10、11）。医系技官というのは我が国の医系技官と類似しているが、勤めているのは保健省、IGAS（いわゆる公衆衛生行政全般の監査・行政評価するところ）、DRASS/DDASSといわれる県、州の保健医療局に勤めている。彼らの仕事は、ほとんどが地域医療計画の立案と実行、監査である。医系技官になるためには国立公衆衛生高等学校を卒業しないと成れない。教育課程は最低で1年であるが、半分が大学の講義で、半分が行政で見習医官として研修する。

次にフランスの医療保険制度であるが、イメージとしては日本の協会けんぽに近い形になる。細かい健保が多数あるが、保険者レベルでは全国被

図表10

<p style="text-align: center;"><b>医系技官(公衆衛生監督医)とは</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 役割は我が国の医系技官と類似<ol style="list-style-type: none"><li>① 保健省:<ol style="list-style-type: none"><li>i. 公衆衛生局(公衆衛生行政全般)</li><li>ii. 病院局(病院医療)</li></ol></li><li>② IGAS(公衆衛生行政全般の監査・行政評価)</li><li>③ DRASS/DDASS<ol style="list-style-type: none"><li>i. 地域医療計画の立案と実行</li><li>ii. 地方公衆衛生目標の立案と実行</li><li>iii. 医療機関の監督業務</li><li>iv. 地域公衆衛生活動の立案と実行<ol style="list-style-type: none"><li>a. 感染症などの健康危機管理、など</li></ol></li></ol></li></ol></li></ol>	13
--	----

図表11

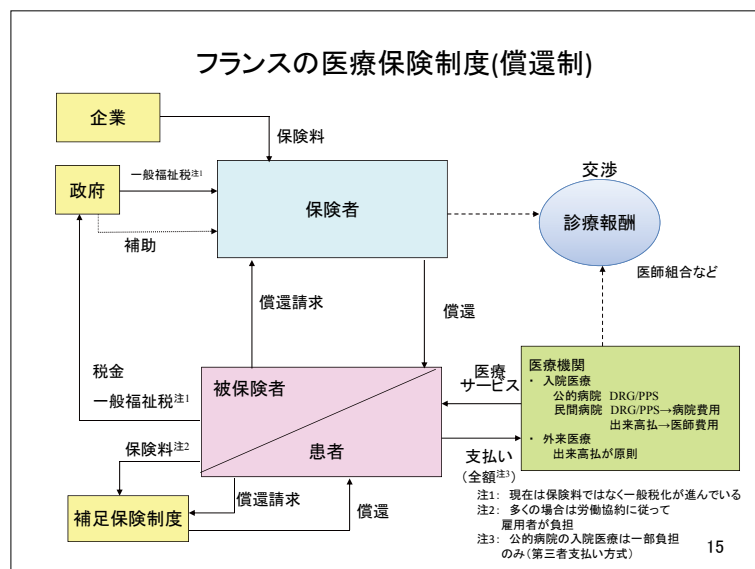
<p style="text-align: center;"><b>医系技官(公衆衛生監督医)とは</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. 公衆衛生監督医(MIS)になるためには<ol style="list-style-type: none"><li>① 国立公衆衛生高等研究院(EHESP:かつてのENSP)の養成コースを修了(入学資格は以下の通り)<ol style="list-style-type: none"><li>i. 公衆衛生専門医</li></ol></li><li>② 入学試験合格者</li><li>③ 海外医療協力経験者</li></ol></li><li>3. 教育課程<ol style="list-style-type: none"><li>① 1年<ol style="list-style-type: none"><li>i. 半分は行政機関(見習医官としての研修)</li><li>ii. 半分は公衆衛生院(講義)</li></ol></li><li>② 卒業試験(論文+筆記試験+口頭試験)</li></ol></li></ol>	14
--	----

用者疾病金庫が一番大きい。ここには国民の8割が加入しているが、これは例えばソニー健保などのような単一のものではなく、いろいろな小さな健保がそこに入っているというイメージで、保険者には保険料を払う。かつては事業主と被保険者がそれぞれ2対1で大体18%であり、事業主が12%、被保険者が6%を保険料で払うという形で運用されていた(図表12)。

ところが、失業率が高まってきたことなどにより、被保険者のいわゆる保険料部分が、一般福祉税という形で一般税になっている。これは何かというと、すべての所得、収入に対して7.5%の税金をかけ、それを政府が集めて、家族手当、医療保険、それから年金の補てんに使っている。したがって被保険者である一般国民は、今大体7%ぐらいの保険料を払っているという認識で、それが福祉税という形で国にいったん集められて、そこから保険者のほうに流れていくという流れになっている。そのためフランスの従業員は7.5%ぐらい税金という形の目的税で払い、残りの部分の12%を事業主が保険料で払っている形になっている。

患者になった場合、医療機関にかかり、そこでいったん全額を支払う。ここで注意が必要なのは、公的病院の場合には、これは第三者支払制度になる。つまり、病院で入院サービスを受けた場合には自己負担分のみを払って、残りの部分は病院に保険者のほうから支払われるという形になっている。ただし、いわゆる開業医にかかった場合には、いったん全額を払って領収書を金庫に送って償還を受けるという形になっている。要するに、公的入院医療に関しては第三者支払い方式、それ以外のところは償還払いが基本となる。

図表12



入院医療については、公的病院は DRG/PPS でやっており、それに基づき一入院当たりで費用が支払われる。民間病院の場合にはアメリカと同じで、病院費用については DRG/PPS で払われるが、そこに勤めている医師は契約をしている医師になるので、医師費用については出来高で請求するという形になっている。

自己負担の割合は、実はゼロ%という場合がかなりある。ALD (affection de longue duree) があり、がんや糖尿病といったいわゆる重度の疾患の場合には自己負担がゼロになるが、疾病金庫の事前の承認が必要となる。ただ、一般的には自己負担は大体 30% ぐらいで、非常に自己負担が高い。ただし、フランスの場合には、補足保険制度というのが発達している。この補足保険とは、企業が中心になっているもので、そこが自己負担分を補てんしてくれるという制度が発達している。かつてこれは 80% ぐらいの国民しか受けられなかったが、現在は公的な負担でこの補足保険制度に低所得者も入れるようになり、ほぼすべての国民がこの補足保険制度に入っている。被用者の場合には、労働協約に従って大体雇用主が負担している形になる。従ってフランスの場合は、書類上は少し自己負担が高いように見えるが、実際はこの補足保険制度というのが発達しているので、個人の自己負担はほとんどないという状況である。

フランスの医療制度の特徴をみると、職域ごとに保険者を形成している (図表 13)。収支相当原則が厳しく適用されてきたために、1990 年代の前半まで保険料率がどんどん上がり最終的には保険料率が 18% ぐらいになった。ただ、これがフランス企業の国際的な競争力を奪っているという議論になり、その部分を切り離して一般税化をするということを進めている。

図表 13

フランスにおける医療制度の特徴
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>社会保険制度</b>: 職域ごとに保険者を形成。<b>収支相当原則</b>が厳しく適用されたため、保険料率は医療費の上昇に対応して上昇。結果として労働コストの上昇等、一般経済への悪影響が問題となり、<b>現在一般税化が進行している</b>。</li><li>• 自己負担率は高い。しかしながら、自己負担をカバーする補足医療保険制度があり、国民の間に階級差を生じている。</li><li>• 部門別の国レベル・地方レベルでの予算制約 (公的病院医療、私的病院医療、外来医療、社会医療)</li></ul>

先ほど述べた通り、自己負担率は高いが、自己負担は補足医療保険によりカバーできている。ただし、国民の間に階級差を生じている。

後述するが、部門別に国レベル、地方レベルの予算制約が設定されている。ただ、これは目標額であり超過したからといって何かペナルティがあるわけではない。開業医に対する報酬の支払いは出来高払いが原則である。ただし、疾病金庫と医師組合での合意ののち、国会で決定された予算を超過した場合は1点当たり単価の減額措置の可能性がある。

また、病院に対する支払いはDRG/PPS方式になっている。そして、病院医療は地方医療計画で規制されているが、日本に比べるとかなり詳細にわたるものになっている（図表14）。

外来医療は主として地域の開業医が担っているが、病院医療との明確な分担はない。ここでフランスの一般医についてであるが、今マスメディアでは一般医がかなり注目されているが、フランスのような一般医が日本の患者に受け入れられることは多分ないだろうと思う。フランスの一般医は、普通、ビルのオフィスに机があるだけのだけの部屋で、聴診器一本で診察をする。心電図や写真を撮ることもないし、臨床検査もできない。それぞれの専門医の独占事項だからである。例えば私が一般医にかかって、胸部写真、レントゲン写真が必要だということになると、一般医に放射線科への紹介状を書いてもらい、そこに行って写真を撮ってもらい、それを持ってまた一般医のところに戻る。血液検査が必要な場合には、臨床検査医師に処方せんを書いてもらい、血液検査をしてもらい、その結果をもらって、また一般医のところに戻らなければいけないという仕組みになっている。総合医と一般医は全く違う。

図表14

### フランスにおける医療制度の特徴(続)

- 開業医(保険医)に対する報酬の支払いは出来高払い制。ただし、疾病金庫と医師組合で合意ののち、国会で決定された予算を超過した場合は1点あたり単価の減額措置の可能性。
- 病院に対する支払いはDRG/PPS方式(ただし民間病院の医師費用は出来高)
- 病院医療は地方医療計画によって規制されている。
- 外来医療は主として地域の開業医(一般医、専門医)によって提供されているが、病院医療との明確な分担はない。
- 完全医薬分業

それから、フランスの一番の特徴は、完全医薬分業である。基本的に皆かかりつけ薬局をもっており、そこにすべての処方履歴もある。日本のような門前薬局ではないので、完全医薬分業になっている。

フランスの場合、もともと4つの自由がある（図表15）。1つは開業の自由。日本と同様、開業医はどこで開業してもいいことになっている。もう1つは処方の自由。またもう1つは診療報酬決定の自由。これはかつてそうであったが、現在は大きく制約されている。1960年代までのフランスの医師は患者との話し合いで料金を決めていたが、今は協約で決まった診療報酬のとおり請求することになっている。

ただし、医師には2通りいて、セクター1の医師とセクター2の医師がいる。セクター1の医師とは既定の診療報酬どおりに請求できる医師で、セクター2の医師とは上乘せをすることができる医師である。ただこれが、パリやリヨンのようなところだとセクター2の医師ばかりになってしまっており非常に大きな問題になったので、今このセクター2の医師に関しては新規の認証は止まっている。またもう1つは、患者による医師選択の自由だ。

これら4つの自由のなかで今もある意味きちんと守られている自由は、開業の自由と患者による医師選択の自由だけで、あとはだんだんかなり制限がかけられてきている。

次にフランスにおける近年の医療制度改革の動向をみると、フランスはもともと社会主義的な傾向が強く大きな政府になってきているが、その中で医療費の負担が非常に大きなものになっていたため、1980年代から医療制度改革をどうするかが歴代フランス政府の一番の課題であった。転機

図表15

<p style="text-align: center;"><b>フランス医療の4つの自由</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 開業の自由</li><li>• 処方の自由</li><li>• 診療報酬決定の自由（現在は大きく制約されている）<ul style="list-style-type: none"><li>– セクター1医師（既定の診療報酬どおりに請求）</li><li>– セクター2医師（既定の診療報酬以上の報酬を請求できる）</li></ul></li><li>• 患者による医師選択の自由</li></ul> <p style="text-align: right;">18</p>
---

になったのは、アラン・ジュペという天才的な首相が行った、いわゆる1996年のジュペプランであり、これが今でもフランス医療制度改革の基本になっている（図表16、17）。

彼は何をやったのかというと、それまでいろいろとモザイク的に出されてきた医療制度改革案を一回整理し、体系化して工程表をつくった。そして、特権階級と言われている人、つまり公務員の給付に切り込んだ。社会保険制度のなかでも公務員制度というのはかなり特殊で、年金も医療の給付率も非常に高かった。彼はここに切り込んで一般並みにした。また彼はいわゆる情報の透明化を掲げた。医療情報を透明化することによって、医療費総額を国民議会（日本で言う議会）で医療費総額の目標値を毎年議決するという仕組みを入れた。ただし、これは別に罰則があるわけではなく、

図表16

フランスにおける近年の医療制度改革の動向	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基本は1996年のJuppé plan（制度改革のグランドデザイン）</li> <li>2. 医療費総枠の国民議会における決定</li> <li>3. 病院医療               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 診断群分類を指標の一つとした予算配分 →DRG/PPS</li> <li>② 地方分権化：地方病院庁（現在は地方保健庁）</li> <li>③ 地方医療計画の精緻化                   <ol style="list-style-type: none"> <li>i. 施設の数量制限から機能分化の促進へ</li> <li>ii. 複数年契約（契約主義の徹底）</li> <li>iii. 健康政策との連携：地方健康優先度（PRS）の設定</li> </ol> </li> <li>④ 高等保健機構HASによる認証制度</li> </ol> </li> </ol>	19

図表17

フランスにおける近年の医療制度改革の動向（続）	
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. 外来医療               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 総枠規制の失敗→集団罰則の違憲判決</li> <li>② 「拘束力のある医療指標RMO」の限界</li> <li>③ 外来医療における情報化の進行（CCAM）</li> </ol> </li> <li>5. 高齢者保健福祉制度改革：自立給付制度の導入（フランス版介護保障制度）</li> <li>6. 医療費財源の地域化（一般福祉税CSG：現在の税率は7.5%）</li> <li>7. 普遍化給付制度の導入（無保険者の医療保障制度）</li> <li>8. Blazy plan (2004)</li> <li>9. HPST法（病院・患者・健康・地域に関する法律2009）</li> </ol>	20

超えそうになった場合には対策を取ることができるようになっていて、これを超えたからといって何かお金を戻すという話にはならない。

また、病院医療に関しては、診断群分類を指標とした予算配分をするようになった。今は DRG/PPS でやっているが、もともとフランスではこの診断群分類、日本で言う DPC を医療計画に活用するということを目標にしていた。

それから、医療行政のマネジメントを2つに分けた。戦略をつくる（ストラテジックマネジメント）のは保健省だが、実際の運用はそれぞれの地方の地域性があるので、地方病院長（今の地方保健庁）がオペレーションをする形、つまり戦略は国で決めて、実際のマネジメントは地方ですという地方分権化を徹底した。そのための方法論として、地方医療計画をかなり精緻化している。国民の医療が自由になってしまった以上、地域単位で病床を規制すること自体がナンセンスなので、その地域において、例えば30分以内にすべての妊婦さんが産科医と新生児科医がいる病院にかかることができるように周産期医療を整備するといったことを医療計画の中で行っている。そして実際に実効性を高めるために、地方保健庁と各病院が複数年の契約を結ぶという仕組みをつくっている。

その後は、今の第四次の医療計画になり、医療計画というよりは、むしろ健康政策と連携し、地方健康優先度、PRS と言っているが、これを設定して予防からターミナルケアまでをカバーする医療計画という形で行っている。

あと、高等保健機構（HAS）が認証制度を行っている。

外来医療に関しては、総枠規制をしようとしたが失敗だった。ただし、外来医療に関して少し EBM 的なものということで、「拘束力のある医療指標 RMO」が適用されている。ただし、余り守られてはいないのが現状だ。これは、例えば感染症、感染の徴候がある高齢者の上気道炎に対して、最初からカルバペネム系を使うのは不適切であるというネガティブステートメントである。やってはいけないことを列挙しそれが医療指標になるわけだが、それに合わない医療が行われた場合に、その理由を保健当局から聞かれるという仕組みが導入された。ただしこの指標があるだけで、今のところこれが実際に使われたということはまだないようである。

外来医療における情報化の進行。これは後ほど述べる。

それから、フランスは高齢化が非常に進んでいるので、日本でいう介護保険をどのようにつくるかが大きな課題になった。

その後出てきたものとして大事なものは、Blazy plan と HPST 法、病院・患者・健康・地域に関する法律である。これはまた後ほど述べる。

フランスの医療を議論するうえで一番特徴的なのは、医療計画である(図表18)。第一次保健医療計画では、質や連携に関する内容であった。それを踏まえて99年の第二次保健医療計画からは、地域ごとに優先順位を設定して医療計画をつくるという形になった。第三次医療計画では病床規制が廃止され、地域の範囲の見直しも行われた。これはつまり、医療計画を考えるとときに、がんの医療計画を考える圏域と、脳卒中、脳血管障害のことを考える圏域を別々につくってもいいという形になった。

要するに、モノや傷病やサービスに応じて、医療圏を自由につくることができるようになったのが第三次保健医療計画である。いまつくられているのは、地域保健目標ということで、病気を治すことよりも、その地域全体の健康寿命をどういうふうに高めていくのかまで踏まえて、医療計画がつくられている。

図表18

フランスにおける医療計画の見直し	
• 第一次保健医療計画： 1994年～1999年	– 量の規制(医療地図)に加えて質(連携)の強化
• 第二次保健医療計画： 1999年～2004年	– 地域ごとの優先順位の設定と契約主義の強化 – ARH(地方病院庁)の権限強化
• 第三次保健医療計画： 2004年～2010年	– 量の規制の緩和(病床規制の廃止) – 地域の範囲の見直し – 連携の強化(病病、病診、医療－福祉)
• 地域健康目標： 2012～2016年	– 地域保健目標(PRS)の策定

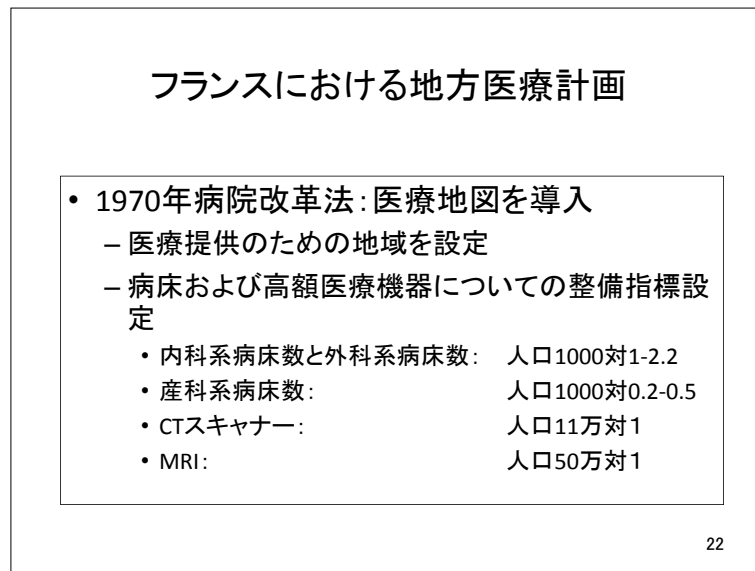
21



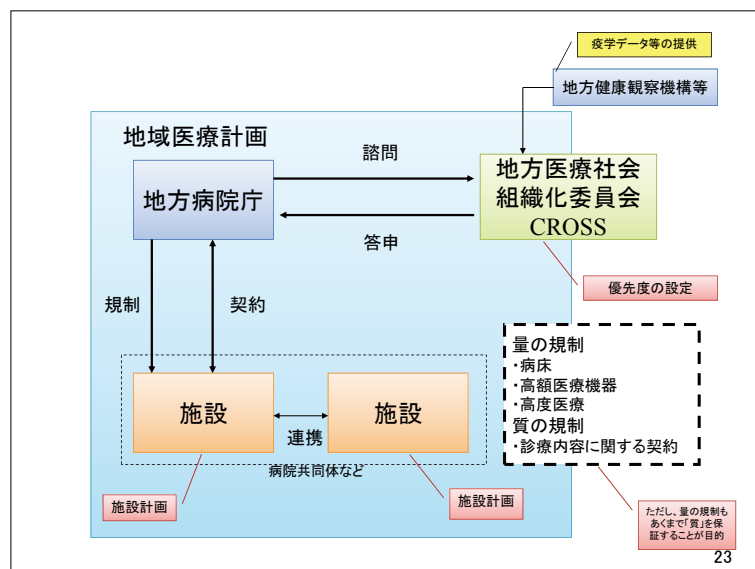
もともと1970年の病院改革法で入った医療地図は、医療提供のための地域を設定し、病床及び高額医療機器、高度医療、心臓外科の手術は人口千人に対する割合を規制し、それを超える場合でも増床もCT/MRIをつくることも認めなかった（図表19）。しかし、今はそれを廃止した。

地域には独立行政法人の地方病院庁があるが、この庁は行政官ではなく、保健大臣から指名される民間人であっても構わない。地方医療社会組織化委員会（CROSS）には学識経験者、住民代表、医療者代表を入れて、地域における医療計画をつくる（図表20）。例えばブルターニュ地方であれば、両面コピーで10cmぐらいの厚さになる。これをつくるために、地方健康観察機構の疫学者や統計学者が、それぞれの地域の健康に関するいろいろなデータを集約している。例えばブルターニュ地方では自殺やがん

図表19



図表20



が多いといったデータが出てくる。そういうデータに対して、医療計画をつくる時に、各施設は施設計画を地方病院庁に提出する。

各施設が出してくる施設計画と、この地域全体での課題との擦り合わせをし、医療計画のなかではどこの地域でどの病院が何をどのぐらいやるのか、それをする際どこの病院と連携をしながらやっていくといったことを具体的に記述し、それを各病院と地方病院庁が複数年で契約するという形になる。契約で書かれたことは、その契約が終わる少なくとも14か月前にはできていないといけないルールになっている。つまり、日本のように作りっぱなしではなく書かれたことをきちんと実行し、地域医療計画がエクスパイアする14か月前には達成されていないといけない。そして、こういった連携に対してはお金がつくわけだが、ペナルティはないものの、達成されない場合には連携に関する予算というのが次の年からつかなくなる。そういう形で、紙に書かれたことを実行するために連携、財政措置もするというのが、この地域医療計画で地方病院庁が担っている。

量の規制に関しては、病床はないが、高額医療機器と高度医療に関しては現在もある。例えば、分娩については、すべての妊婦が、30分以内に24時間365日動いていて、産科医および新生児科医がそれぞれ1人、産科経験看護師が2人、助産師、新生児及び母体に異常があった場合にその手術がすぐできる麻酔科医が、それぞれ必ずいる産科施設にかかれることが条件になる。これが365日24時間体制で確保できるという条件だと、1施設当りの最低分娩数とが決まってくる。例えばブルターニュ地方では、年間500分娩がない施設は産科を持たないという形になる。例えば2つ施設があって両方に産科施設があったとし、こちらは基準を満たしていない、こちらも基準を満たしていないが機能を少し移設すると満たすことができるといった場合には、B病院の産科施設をA病院に移すことが望ましいという形で契約をさせる。そのように病院間の連携を進め、機能の集約をしてきたのがこの10年間のフランスの医療計画の流れである。

あとは施設の規制ということで、診療内容に関する契約となる。これは高等保健機関が多くの臨床資料を出しており、地方病院庁で各病院のパフォーマンスと一緒に見ることができるようになっている。例えば、これがブルターニュ地方のSROS（地域医療計画）は、7つの優先領域がこのように決まっているが、内容は地域によって異なる（図表21、22）。例えばパリでは、いわゆる移民の問題があるので、移民に対する医療をどうするかということも入ってくる。ブルターニュ地方の地域医療計画の一部をみても、例えばこれは放射線治療であるが、放射線治療がどこでどのぐらいやられているのか、どこにどういうふうに配備をするのかということが具体的に施設名とともに書いてある。

図表21

### 例：ブルターニュ地方のSROS

- 7つの優先領域
  - i. 救急医療
  - ii. 回復期のリハビリテーション及びフォローアップ体制の確立
  - iii. 自殺対策
  - iv. 悪性新生物対策
  - v. 周産期医療
  - vi. 循環器疾患対策
  - vii. 慢性腎不全対策

24

図表22

### 例：ブルターニュ地方のSROS（続）

- それぞれの領域について目標（整備・連携など）が具体的に記載される。
  - 例：一人の放射線治療医あたりの年間治療患者数が350-500人になるよう配置

Répartition par territoire de santé des sites d'accueil de soins de traitement du cancer radiothérapie, radiothérapie utilisant thérapies de radionucléides en soins non curatifs, chimiothérapie - Bretagne CSM 2020

25

このように、1人の放射線治療医当り年間治療患者数が大体350～500人になるように医師の配置をしなければいけないことが記載されて、それをどんなふうに確保するのかということが現れているわけである。日本だと医師をどのように確保するかが問題になるが、フランスの場合は医師の養成課程つまり入り口のところで規制をする。例えばブルターニュ地方で放射線科治療医が足りないということになると、全国で放射線治療医に新規になれる数は制限され、足りない地域でしか放射線治療医になれないようにしてしまう。パリは既に放射線治療医はたくさんいるので、パリでは放射線治療医の研修はない。ブルターニュ地方で足りないということであれば、ブルターニュ地方の病院に放射線治療医の研修課程が設定され、そこでしか放射線治療医になれない。それによって、足りない地域に足りない機能を入り口のところで入れている。

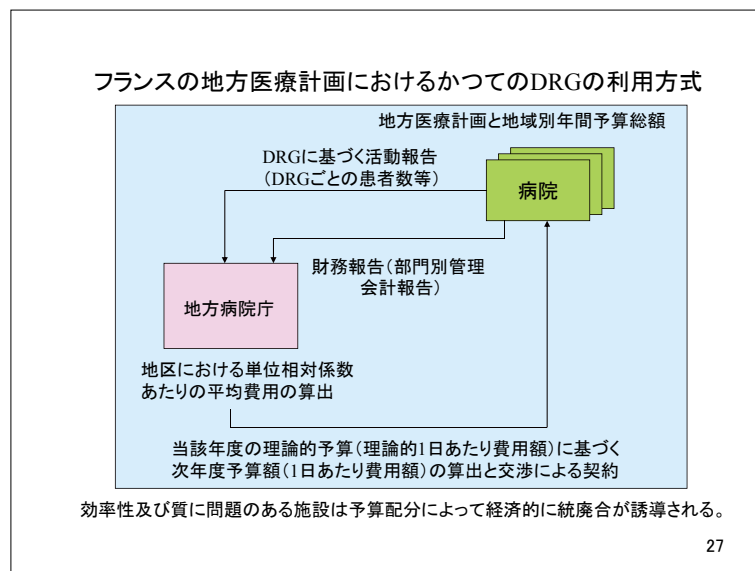
現在の医療計画の位置づけであるが、病床規制ではなく、高額医療機器・高度医療技術の計画的配置を重視し、地域内完結ではなく広域での連携を視野に入れた医療施設の整備を行っている（図表23）。また、予防・医療・介護も含めて総合的な計画を立てることになっている。地域ごとに健康目標を設定し、連携のための具体的な記述、そしてモニタリングをしている。情報化により、評価・モニタリングをして、もしその連携に関して守られていないのであれば、予算をその次の年はつけないという形で財政的な誘導を図っている。

図表23

<p style="text-align: center;"><b>現在の医療計画の位置づけ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 病床規制ではなく、高額医療機器・高度医療技術の計画的配置を重視</li><li>2. 地域内完結から、広域での連携を視野に入れた医療施設の整備</li><li>3. 予防・医療（急性期～慢性期、外来・入院）・介護の総合的な計画<ol style="list-style-type: none"><li>i. 地域ごとの健康目標の策定</li><li>ii. 連携のための具体的な記述</li></ol></li><li>4. 情報化による評価・モニタリング</li></ol> <p style="text-align: right;">26</p>
---

次に DRG についてみると、かつてのフランスで一番大きな問題は、地方と中央の病院の財政力の違いであった（図表 24）。もともと病院に対する予算は、前年度実績に応じて予算がついていたので、少ないドクターで多くをこなしているところは、そもそもコストが余りかからないのでなかなかお金が増えない。そうすると、地方の病院はいつまでたっても十分なお金が来ない。一方で、パリとかマルセイユのような多くの医者も患者もいるところは、どんどん予算が膨らんだ。こういった状況から、DRG をベースにしどのぐらい患者を診たのか、その地方病院庁で相対係数当りのコストを算出し、地域全体の補正を行った（図表 25）。例えば病院間の補正をみると、ある年 A 病院が 1 万ポイントの医療を、B 病院が 2 万ポイントの医療を行った。4,000 フランを 400 万ポイントでやったということにな

図表24



図表25

**フランスにおけるDRGを用いた総括予算策定のための分析モデル例**

	相対係数合計(1)	対象病院医療費合計	当該年度理論的予算=(1)×20 F	差
A病院	10,000	300,000	200,000	100,000
B病院	20,000	350,000	400,000	-50,000
地方合計	2,000,000	40,000,000		

① この地方における1相対係数あたりの病院医療費を算出する。  
 $\frac{40,000,000}{2,000,000} = 20 \text{ F}$

② 実際の各施設の相対係数合計にこの値をかけることで当該年度の理論的予算を算出

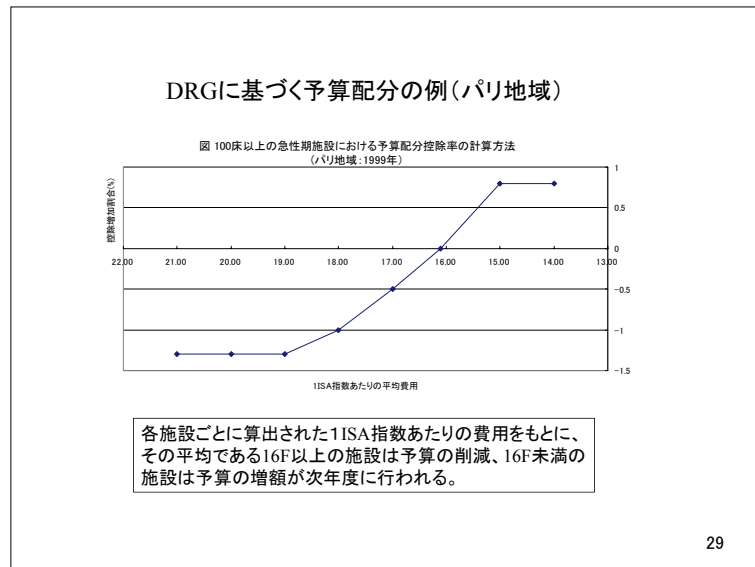
③ 差の検討:A施設については多い理由、B施設については少ない理由を問い、その妥当性を検討。その結果を踏まえて施設の統廃合を地方医療計画の枠組み内で検討。

28

ると、一相対係数当たりのコストが20フランになる。それをこちらに掛け始めると、理論的な予算になる。このA病院は、理論的な予算は20万なのに30万使っているのはなぜか。この病院は、理論的な予算は40万なのに35万ですんでいるのはなぜか。こういった内容を精査して、もし仮にこの病院が非常に効率的な医療をやってこのぐらいの予算ですんでいるのであれば、本来はこのぐらいもらえるはずだから、次の年はこれをベースとしてアクティビティを補正し、予算を再配分するという形でDRGを使った。

その結果、例えばやり過ぎているところは次の年に少し予算を削られ、頑張っているところは少し予算が上がるということになった。これはパリの各病院当たりの予算配分であるが、これを国全体でやると、パリは少し予算が減って、パリ以外のいわゆる地方の病院に対する予算を増やすという形で財政の調整を行う（図表26）。

図表26



今は DRG/PPS であるが、高額医薬品や高額医療材料については DRG とは別に支払っているし、救急に関してもこの病院がどのぐらいの救急をやっているのかという重症度も考慮して包括払いに加えて別建てでお金をつけている（図表 27）。そういった形ではあるが、高度医療、救急をしている病院が財政的に負担にならないような工夫はしている。次に、開業医医療の情報化であるが、これはフランス政府にとって難しい問題であった（図表 28）。なぜならば、処方自由により、そもそも医療とは患者とドクターの間の契約に基づくべきもので、保険者が関与すべきではないというのが医師の立場であった。そのためかつては診療内容を保険者に詳しく教えていなかった。レセプトには K30 というような記号が記されていたわけだが、K30 とは「外科的な行為を 30 ポイントやった」ということだ。

図表27

DRG/PPS移行に伴う変更点	
• 分類の見直し(分類数の増加)	
• アウトライヤーの支払方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 在院日数の下限未満の入院については、インライヤーの支払額を在院日数で除して、それに在院日数を掛けた額が支払額</li> <li>- 例えば、インライヤーの支払額が30000ユーロの診断群の在院日数の下限が2日であり、当該症例が1日しか入院しなかった場合、15000ユーロが支払額</li> <li>- 在院日数の上限を超えた場合は、超過に対して設定された1日あたり支払額×超過日数がインライヤーの支払額に上乘せされる</li> </ul>
• 高額医薬品及び高額医療材料の支払い方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 高額薬剤と高額医療材料については、リストに基づきDRGとは別に支払い</li> </ul>
• 救急の支払方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1件あたり包括払い部分に加えて、その施設の年間の受け入れ件数により、別建ての予算が設定される。ただし、重症度も考慮</li> </ul>
• 透析などの併存症は、主たるDRGとは別に加算体系を設定	

31

図表28

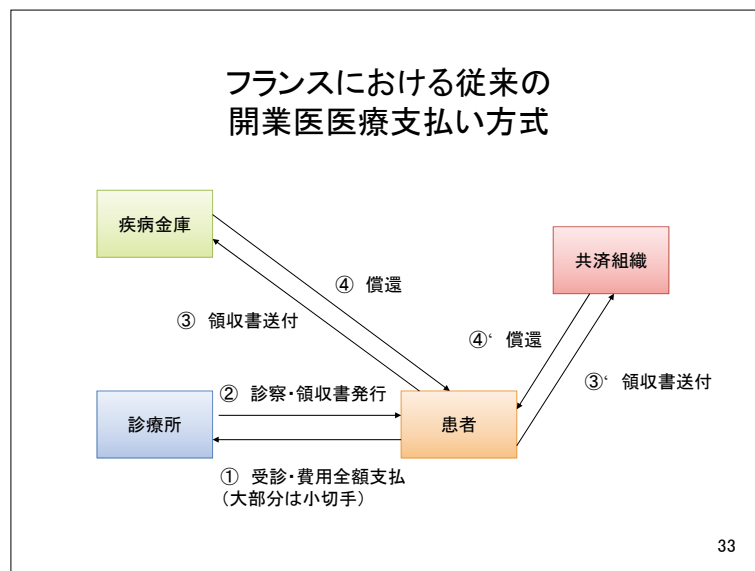
開業医医療の情報化	
• かつての「レセプト」	<ul style="list-style-type: none"> <li>- K30というような記号が記されているだけで、何の傷病に対して、どのような治療を行っているかが第三者にはわからなかった。</li> </ul>
• 開業医医療の情報化への圧力	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 慢性疾患の増加→開業医による管理の重要性</li> <li>- 医療費の適正化</li> </ul>

32

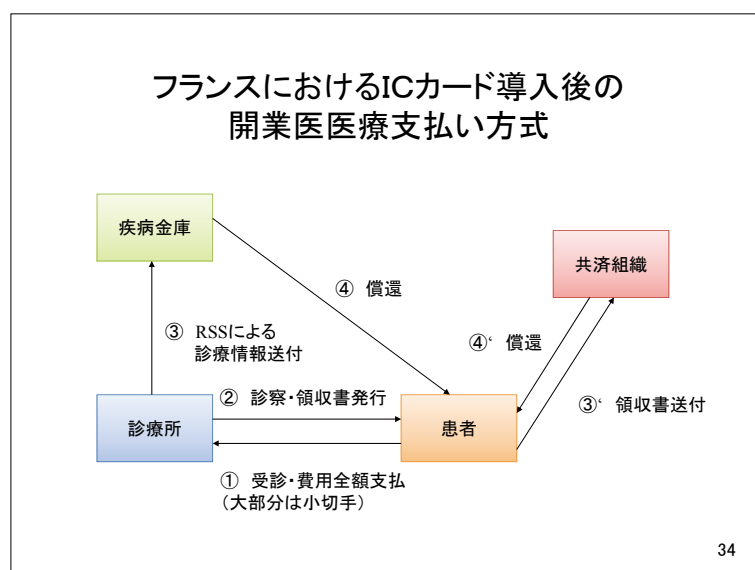
これは1つのものが30ポイントなのか、複数のものを足して30ポイントなのか分からない。したがって、保険者としては、医師がどのような医療を行ったのか分からない仕組みになっていた。ところが、慢性疾患が増加してきたこともあり、開業医による管理が重要になってきた。また医療費適正化のなかで、開業医医療を情報化するということが重要であるということから、ここに非常に圧力がかかってきた。

そのためにまず支払い方式が変更された（図表29、30）。かつては患者が医療機関にかかると、1回全額を払って領収書をもって、それを疾病金庫と共済組織に払って償還を受けるという仕組みになっていたが、90年代からICカードが導入され、疾病金庫に送る作業を診療所のドクターの役割にした。その当時で日本円で15万円ぐらいを疾病金庫と国がすべ

図表29



図表30





て補助し、各開業医がパソコンの費用を負担した。

そのときに入ってきたのがこの Vitale カードである（図表 31）。これは患者カードであるが、実際には被保険者の写真が入る。IC カードになっていて、被保険者としての情報、アレルギー歴などが入っている。

また医師カードがある（図表 32、33）。これを入れ、名前、だれが払うのか、どうやって払ったのか、疾病行動をこのなかに書いていく。

IC カードのリーダーがパソコンについており、この2つのカードをいれて記入し、夜、先生がまとめて疾病金庫に RSS やインターネットを通じて送るという仕組みになっている（図表 34）。この仕組みの導入の際、一番反対したのはドクターではなく疾病金庫の職員であった。自分たちの仕事がなくなるということで、疾病金庫の労働組合が猛反対した。ただ実際にはほかにやることがいっぱいあったので、自然減だけであったが、これは日本の社会保険庁の改革とよく似ていると思う。

図表31



図表32



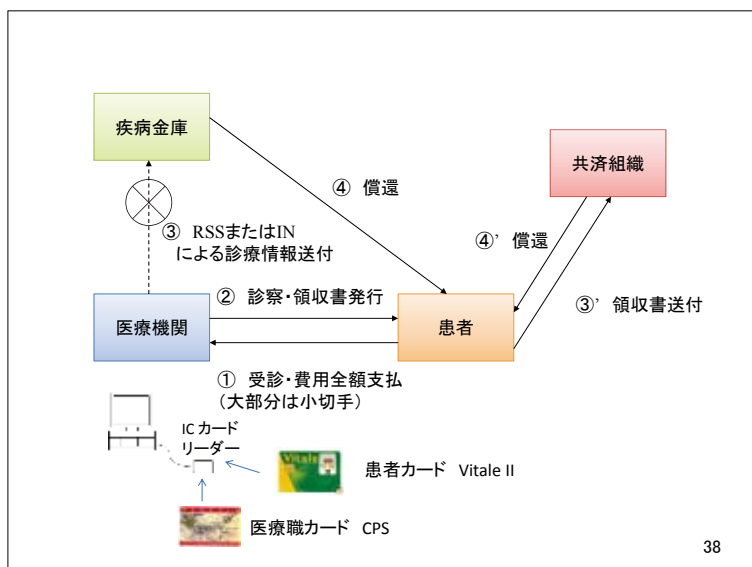
36

図表33



37

図表34



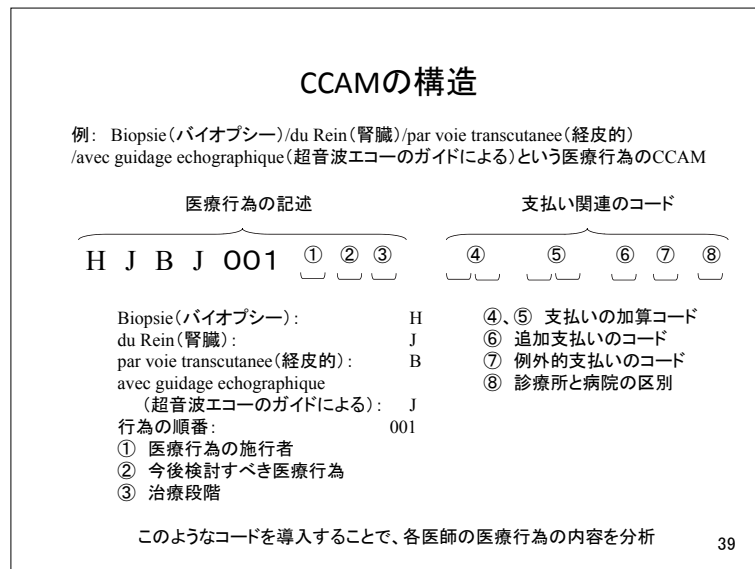
38

この仕組みで今までの K30 といったものではなく、CCAMが入っている（図表 35、36）。例えば HBJJ001 は、H はバイオプシーをやりました、J は腎臓、つまり「腎臓のバイオプシーを経皮的にやりました」といった形で、どういう医療行為をやったのかということはかなり詳しく説明している。

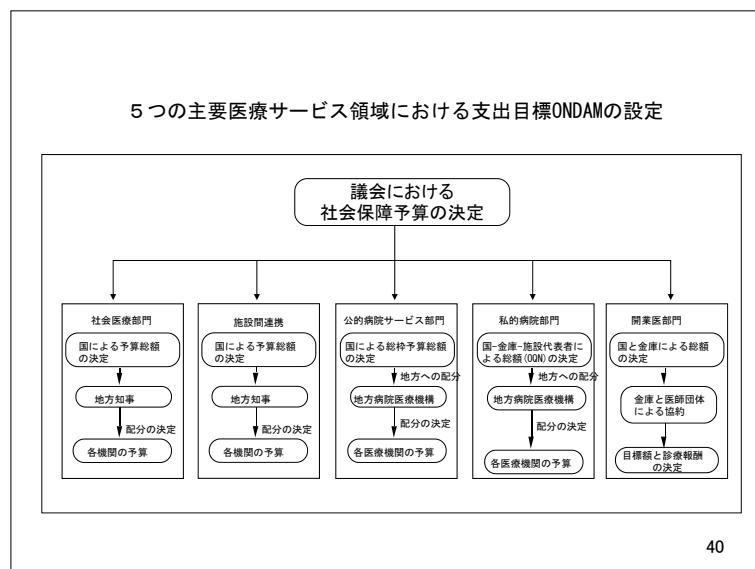
ただし、現在でも病名は入っていないが、どういう医療行為をやったかということから病名を推計することはできるので、そういう形で情報が集められるようになっている。

病院は DRG、開業医は CCAM により、それぞれのところでどういう医療行為をどのぐらいやったのかということが情報化できるようになったので、その結果を踏まえ、国レベルで、5つの部門ごとに予算を毎年作り、

図表35



図表36



それを議会で議決し、地方ごとの医療費の支出目標を決めるという仕組みになっている。

ペナルティはないが、例えば公的病院部門で支出目標を大幅に超えそうになるということが年度途中でわかった場合には、疾病金庫の理事長がそれを抑えるための対策を取れるということが決まっている。

病院医療はある程度コントロールできるようになってきたが、開業医の医療がなかなかコントロールできなかつたわけだが、保健大臣になった Blazy という人が 2004 年に Blazy プランを作成した（図表 37）。従来の収入対策と支出対策では医療費はまかなえないので、構造改革が必要になつたわけだが、フリーアクセスをいかにフランス的な枠組みで制限するかが一番の課題であった。そこで、患者カードとかかりつけ医制度を導入した。

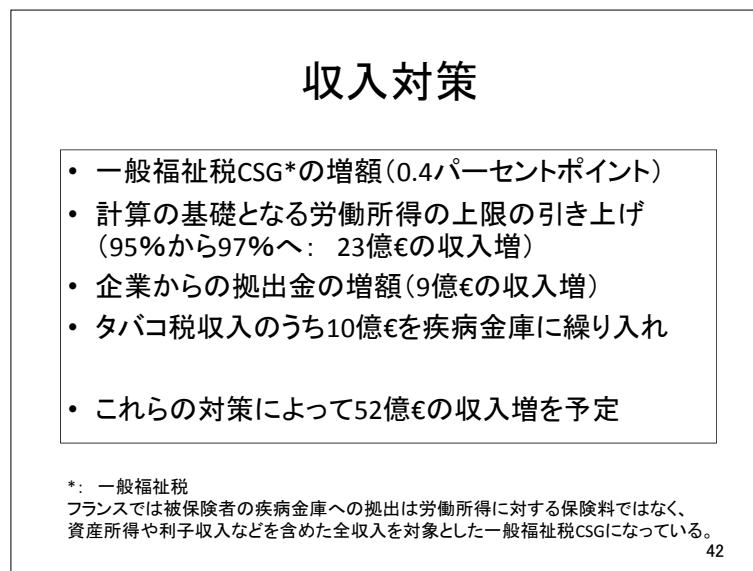
図表37

Blazy plan の概要	
• 従来の収入対策(保険料率↓、自己負担↓)、支出対策(償還対象の削減など)だけではなく「構造改革」の重視	
– 収入対策	
– 支出対策	
– 構造改革(=フリーアクセスの制限)	
• 患者カードの導入	
• かかりつけ医制度の導入	

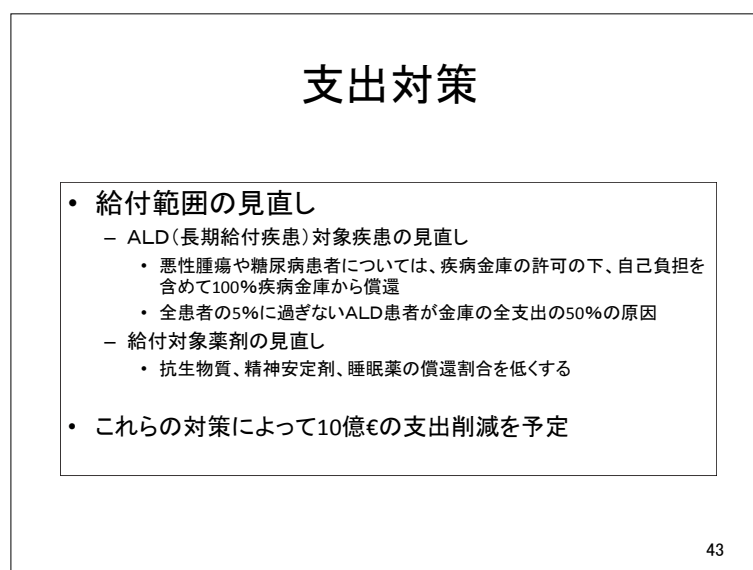
収入対策については、一般福祉税を導入し、拠出金を増額し、計算の基礎となる労働所得の上限を引き上げた（図表 38）。つまり、超富裕層はある額以上は課税されずに保険料の対象外になっていたが、その上限を上げることによって 25 億ユーロ増収になった。要するに、富裕層にもう少し払っていただきますよということを彼は言った。

支出対策としては、ALD が長期給付患者の場合 100% 給付になってしまい、全支出の 50% を使っていたため、ここにリリースマネジメントを入れた（図表 39）。この ALD の対象になる患者の場合、疾病金庫に病名および状態を報告するが、その結果に基づいて診療ガイドラインを提示し、それに従った医療が適用される。これがいわゆるフランス版のディジースマネジメントである。また、フランス人は世界で一番精神安定剤と睡眠

図表38



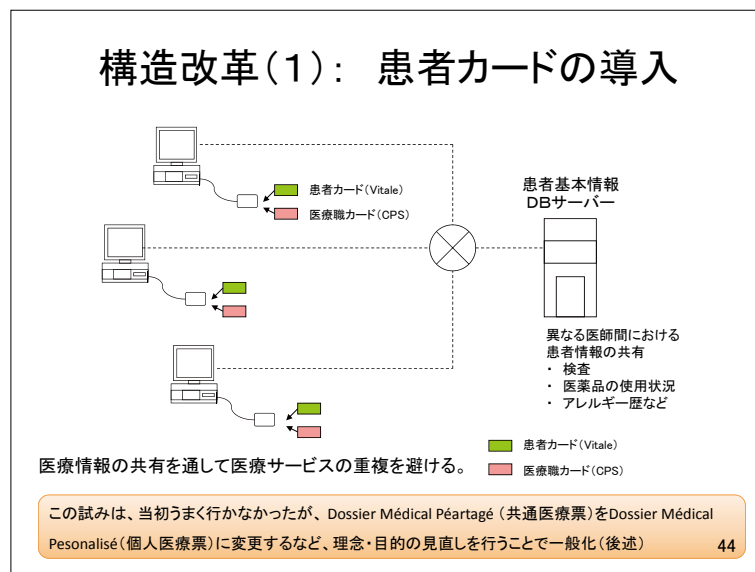
図表39



薬を使う国民であるが、それらの償還割合を低くした。

ただ効果の一番の大きなものは、患者カードの導入による連携である（図表 40）。いわゆる DMP というが、最初は Dossier Medical Partage（共通医療票）という名前にしたが、これが個人情報を共有するとは何事だという話になり国民の逆鱗に触れた。だから 1 回だめになった。しかしそうではなくて Dossier Medical Pesonalise（個人医療票）と名前を変え、かかりつけ医の先生から入院の病院の先生を紹介されたときに情報が共有されていないと不安にならないように、情報を診療のために使うんだという目標を説明して DMP が導入された。

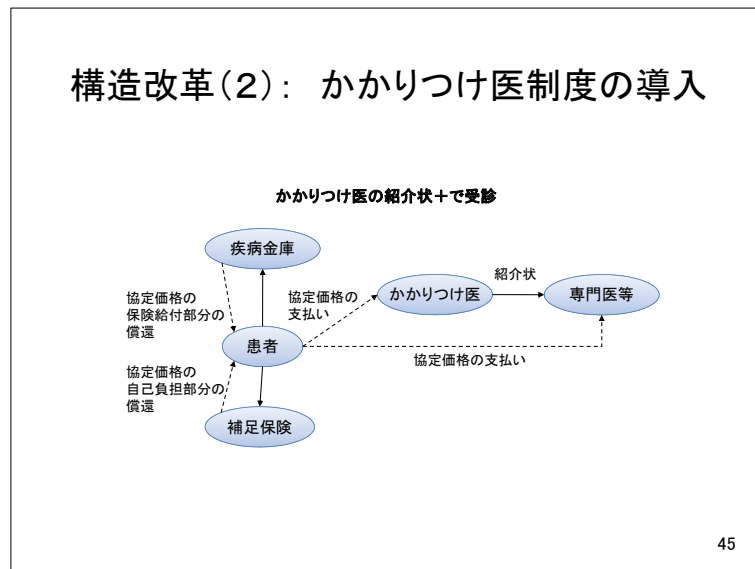
図表40



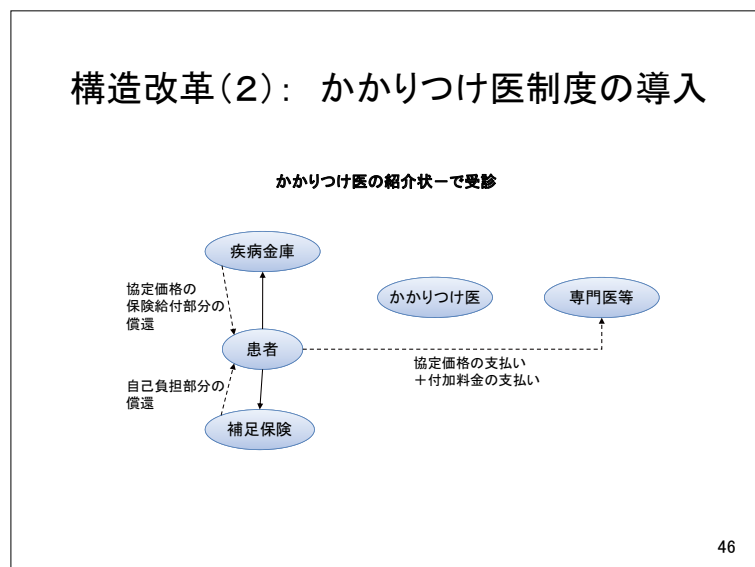
まずフリーアクセスを制限するため、かかりつけ医制度を導入した(図表41、42)。フランスでは16歳以上の国民はすべてかかりつけ医を持たなければいけなくなっている。そのかかりつけ医は、一般医でも専門医でも構わない。かかりつけ医にかかった場合は協定価格の支払いであり、かかりつけ医の先生の紹介で専門医にかかった場合も協定価格の支払いでいいが、これがかかりつけ医を通さず勝手に専門医にかかると、専門医が設定した付加料金を請求される仕組みになる。この付加料金部分は、疾病金庫も補足保険も払わない。つまり、フリーアクセスは保証するが、かかりつけ医を通さない場合は少し多目に払うという形でかかりつけ医制度を導入した。

また情報化については、SIAM という仕組みも入っている(図表43、44)。

図表41



図表42



これは被保険者単位あるいは医療者単位で何をどのくらいやったのかということデータベース化している。

例えば糖尿病の患者が年間 HbA1c の検査をどのくらい受けているのかといったことを調べている。しかしそもそもこの数値がひど過ぎる。先に述べた通り、フランスでは一般医にかかってもそこで検査を受けず、紹介された臨床検査医で採血するという二度手間になるおり、アクセスの悪さがこの結果につながっていると思うが、ガイドラインを普及させることによって、58%の人がゼロ回だったが39%まで減って効果が上がっているという論文も出ている。

また、どういう薬がどのくらい使われているかということも SIAM を使って分析している。フランスではジェネリックを使う処方量のターゲット

図表43

医療保険情報システムSIAM (Système d'Information de l'Assurance Maladie)	
• 被保険者の給付状況のデータベース	
– 被保険者の基本情報	
– 医療者の情報	
– 給付額と給付内容	
• 給付内容	
– CCAM	
– 検査	
– 医薬品、など	

47

図表44

SIAMを用いた分析の例			
II型糖尿病の診療内容に関する分析(1999年～2000年)			
データ数: 1998年(651,574)、1999年(830,440)、2000年(911,871)			
開業医による糖尿病診療の内容が、ガイドラインに沿ったものであるかを検証			
HbA1cの検査頻度	1998年	1999年	2000年
0	58.8%	45.0%	39.4%
1-3回	40.8%	54.3%	59.6%
4回以上	0.4%	0.7%	1.0%

分析結果はCNAMTSの調査に参加した研究者名で国際的な学術雑誌に掲載されることも少なくない

48



トというのが決まっており、ジェネリックの使用率が低い先生には、疾病金庫から報告が入る。それに対し使えない理由があれば良いが、ない場合には使う努力をしなければいけないルールになっている。

フランスはこうして医療の情報化が非常に進んできているが、やみくもに進んできているわけではない。医療に関する情報は極めて個人的な情報であるため、その保護にはかなりの配慮が必要となる（図表45）。そこで、医療に関する情報化を進める場合に、CNIL（医療情報の活用と個人の自由に関する国レベルでの組織委員会）の承認を得なければいけない。例えば、DRGのデータは国に行くが、これは個人情報が入るわけなので、CNILの委員会に定例報告を出さなければならず、そういう形で情報が悪用されないよう国レベルで管理をしている。

図表45

### フランスにおける医療の情報化

- 医療に関連する情報は極めて個人的な情報
  - したがって、その保護には十分な配慮が必要
  - しかし、合理的な医療政策運営には情報が不可欠
    - 国レベルでの情報利用に関する指針の必要性
    - 国レベルでのCNILのような組織の創設と標準的書類の作成
- レセプト情報の標準化と電子化
  - 発生源における情報の精度・代表性の確保が重要
- 保険者による情報分析体制の確立
  - フランスではCNAMTSが他制度のものも含めて分析
  - 評価の中立性の担保が課題
- 医療情報を集中的に管理する情報機構の重要性
  - 中立的な第三者機関
  - 目的に応じた情報の加工と提供

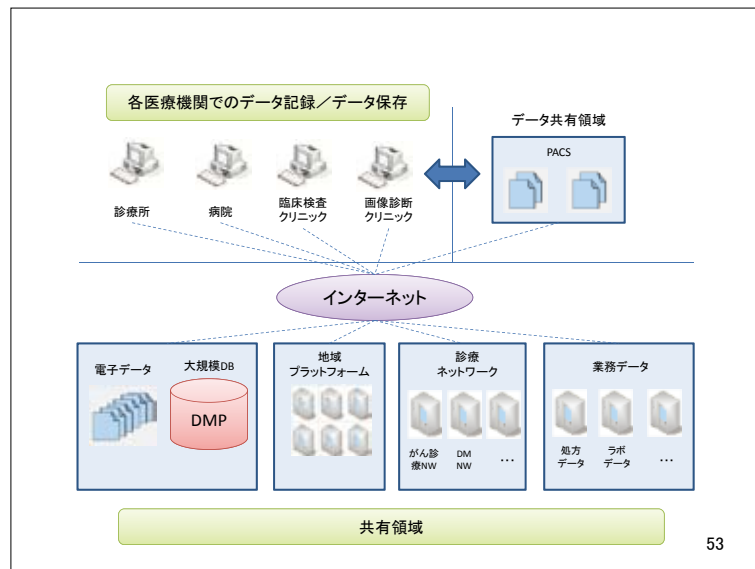
51

### 3. 地域における医療情報共有の仕組み

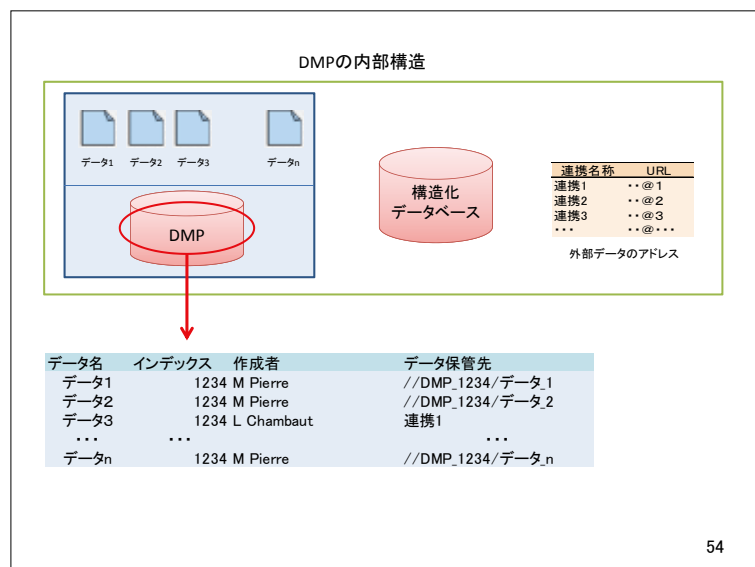
#### (1) DMP

分析体制がかなり整ってきているのがフランスの特徴かもしれない。例えばDMPだ。もともといわゆる電子カルテのフォーマットを共通化しないままに電子カルテ化が進んでしまったために、各病院、各クリニックは電子カルテ化が進んでいるにもかかわらずお互いに共有できなかった。それを今さらフォーマットを統一することは難しいので、国の大規模電子データベース（DMP）を作り、各患者のデータがどこに保存されているのかのアドレスを共有する仕組みを導入した（図表46、47）。これは日本で言われているIDリンクと同じ考え方である。ただし、IDリンクはあく

図表46



図表47



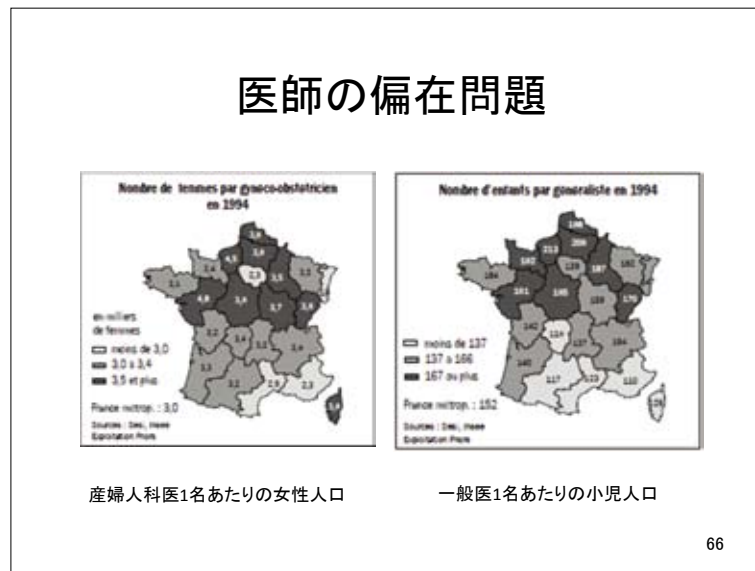
まで民間事業だが、フランスの場合は国がやっている。ただ、国が全部のデータを持つのは個人情報の管理上、国家統制になるので危ないということで、今は地方レベルになっている。地方レベルでこの連携のためのサーバーが立てられて、その地域で医師、看護師、開業 OT/PT、そういう人たちがこの共有の仕組みを使って患者の情報を共有している。ただし、余り使われてはいない。ただ、日本で今問題になっているような個人情報を集めてどこかに売ってしまうといったことは起こらない。あくまで公的な組織が責任をもって管理しているので、そういう意味では日本よりはうまくできた仕組みだと思う。

## (2) Trajectoire

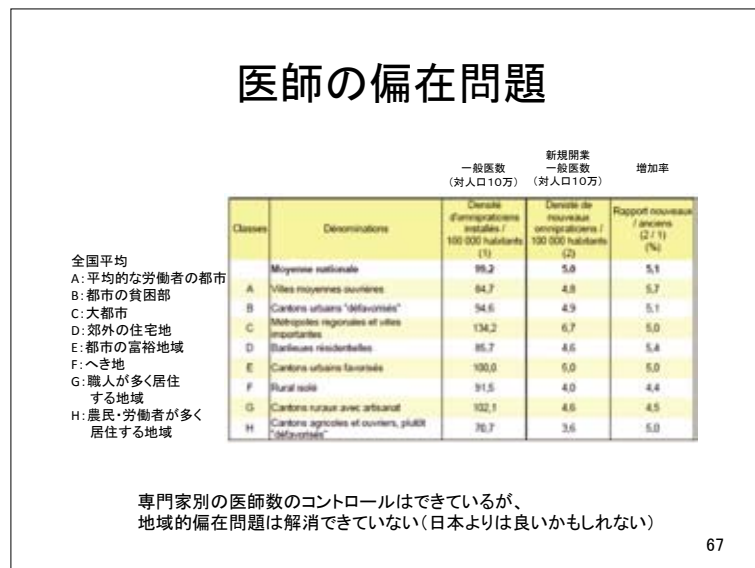
あともう1つは、Trajectoire という追跡の仕組みが始まっている。これは例えば、急性期病院を退院した患者がリハ施設に行く際、どこに行けば良いかわからない場合、急性期病院のほうで Trajectoire というサイトに入ると、その患者に合った施設を探すことができる仕組みである。その人の状態、子どもなのか成人なのか、どういう障害なのか、治療の目的を記載、患者の医療必要度を選択、患者の住所地を入れる。リハをやっていくうえで必要な情報は全部ここに入れていく。すると、その患者の条件に合った施設のリストが出てくるので、選択するとその施設の中身が見える。この施設がよかろうとなったら、「コンタクト」をクリックすると自動的に紹介状が送られる仕組みである。このような形で退院調整をスムーズにできるようになっている。

最後に、医師の偏在問題を話したい（図表 48、49）。産婦人科 1 名当たりの女性人口をみると、パリは多いが、パリを囲んだドーナツ型にやはり医師が足りない地域がある。パリの周辺部は非常に荒れ果てているので、医師も住みたがらず、医療が荒廃してしまっている。また、人口 10 万当り医師数において平均的な労働者の都市の一般医が 99.2 だとすると、例えば農民や労働者が多く集住する地域では 70 なので、30 人ほど医師が少ないということになる。また新規の開業も人口 10 万で 3.6 なので、非常に低い。

図表48

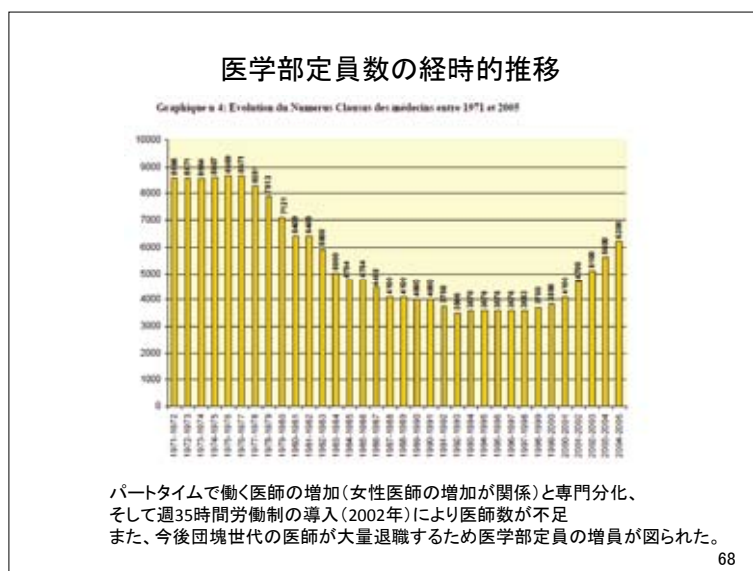


図表49

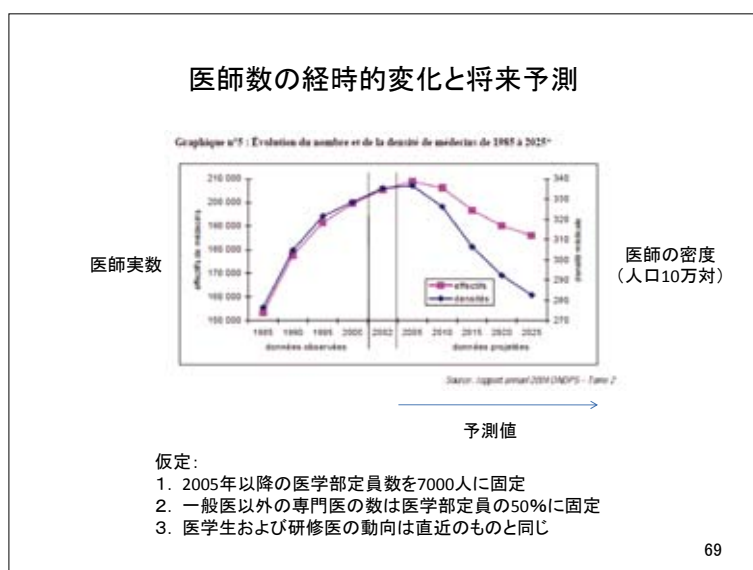


この原因の1つは医学部の定員数の削減である（図表50）。医療費をコントロールしようとする意識が強くなり過ぎた結果、1980年代に医学部の定員数をぐっと減らしてしまった。しかも、その時期に女性医師が増えたのだが、夜間当直ができず実労働時間が減ってしまった。また専門分化が進んでしまったために、実労働をする医師が減ってきてしまったということもある。加えて社会党政権が週35時間労働制というのを医師にも適用してしまったので、働く人が本当に少なくなってしまった。ところが気づいたら、団塊世代の医師が大量退職するということがわかったので、今あわてて医師の医学部の定員を増やしている。実際かなり厳しい状況になるという将来予測も出ている（図表51）。この課程でまず、いわゆる一般医、一般外科医を増やさなければいけないということになり、医学教育の

図表50



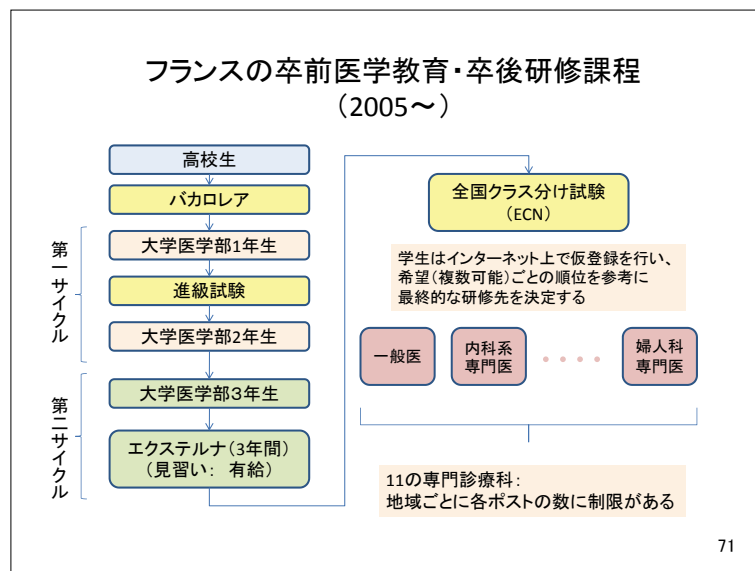
図表51



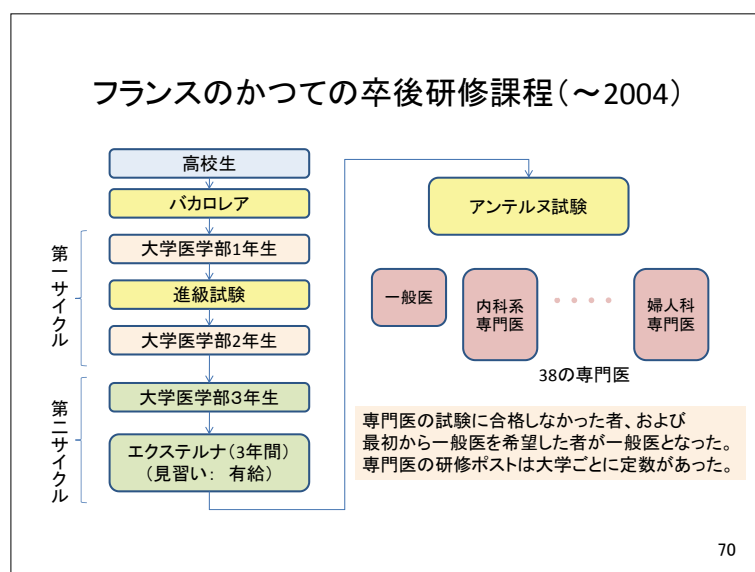
改革を行った。かつてのフランスの医学部の医学教育は、高校卒業後バカロレア（日本の共通一次のようなもの）を通して医学部1年生になり、進級試験を通ったものが2年生、3年生になり、エクステルナ（日本の研修医のようなもの）をし、アンテルヌ試験を受ける（図表52）。しかしここで、フランスは一般医を増やしたいわけだが、一般医とは専門医の試験不合格者が行くところで、専門医と一般医の間ではソーシャルステータスがかなり違うという問題があった。

そのため、一般医を専門医の1つにし、その上でアンテルヌ試験をやめて、全国クラス分け試験を始めた（図表53）。これはつまり日本でいうマッチングのようなものである。試験は全国で受けるわけだが、自分の成績をネットで見ることができ、マッチングをする。自分は例えばレンヌ大学の

図表52



図表53





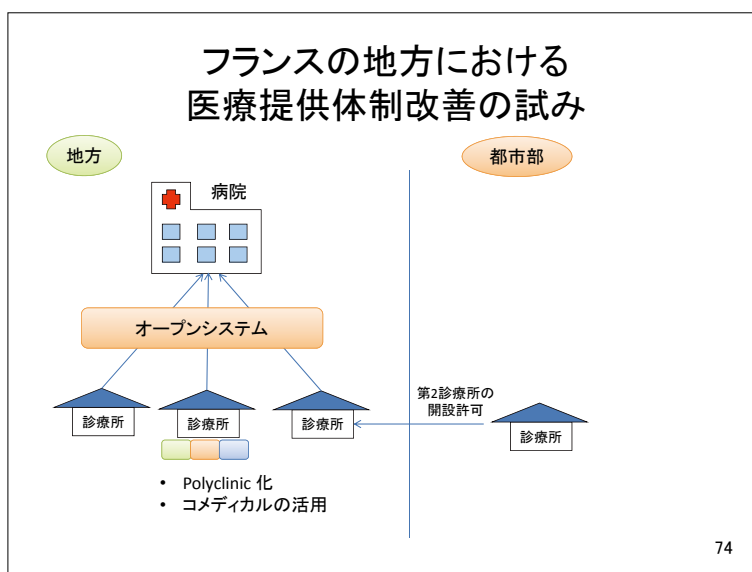
修医が行くように誘導するという仕組みを取っている。

ただ、これは Berland 報告であるが、若手医師がなぜ地方に行かないかのアンケート結果がある（図表 55）。それをみると、若い医師は開業する地域については、技能形成に関する魅力及び生活環境を重視しており、医療技術のレベルの維持向上及び家庭生活との両立を図るため、ソロプラクティスよりもグループプラクティスを好んでいる。また多くの医師、特に専門医は開業医よりも病院医師として勤務し続けることを望んでいる。そして若い一般医は徐々に開業しなくなっているが、その理由として長い診療時間があるといった意識調査を踏まえ、様々な対策を行っている（図表 56）。

例えば地方では、病院自体をオープンシステムにして自分のクリニックに勤めながら病院で勤務できるという仕組みにしている。また、都市部の医師が第2診療所をつくれるようにしている。さらにポリクリニック、共同診療をしてコメディカルの活用をしている。

リヨンの郊外にある多科診療所を見に行ったが、ここではグループ診療をやっていて、勤めている医師は全員女性である。女性のほうがグループ

図表56

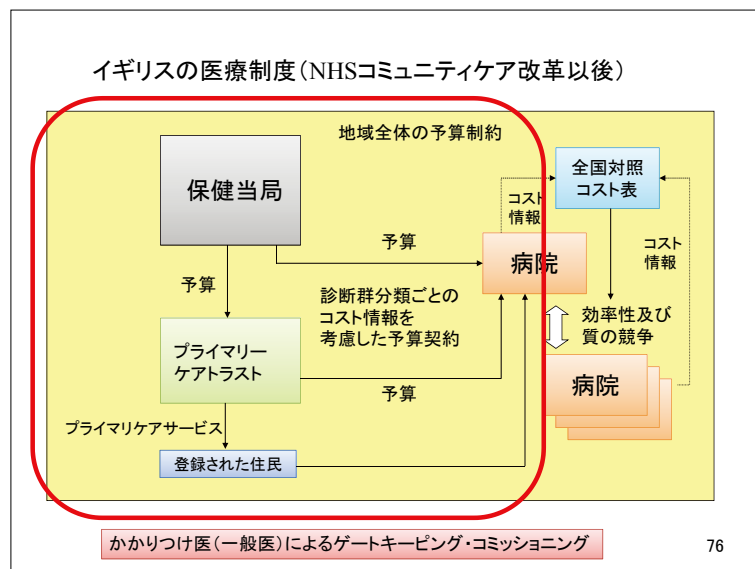




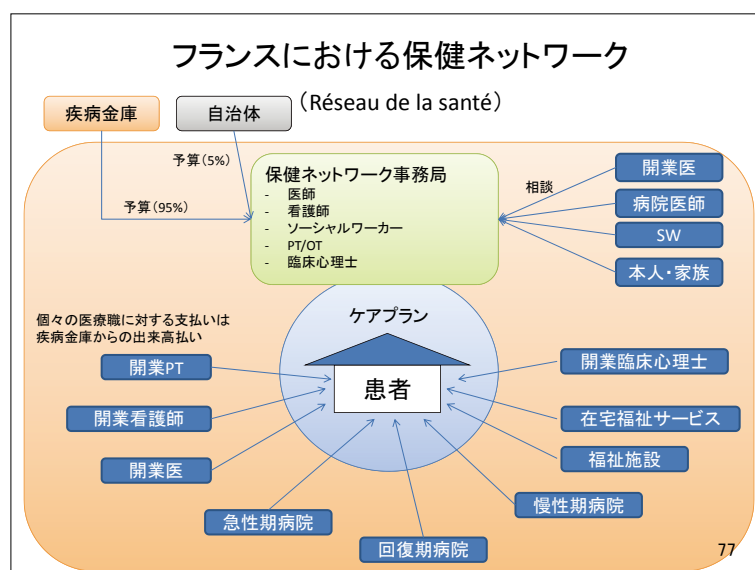
診療に向いているということで、交代で女性医師がリヨンからやってきてグループ診療をやっている。また、PT・OT・看護師を入れて、コメディカルの人たちが老人患者をある程度見るような形にして多機能診療所というのをつくり、地方の医療を支えている。

そして高齢者が増えてきているということで、フランスが参考にしているのがイギリスの医療制度、特にプライマリーケアトラストである（図表57）。つまり高齢者が抱えている課題は医療だけでなく、介護や経済的なこともあるので、そういったコミッショニングをどのようにするかを重視し、それをまねしてつくったのが保健ネットワークである（図表58）。大体これが中学校区ぐらいに1カ所あり、ここに医師・看護師・ソーシャルワーカー・PT・OT・臨床心理士が勤めており、直接的なサー

図表57



図表58



ビスではなく、対象者のアセスメントをし、必要なサービスを張りつけるというコミッショニングをしている。これはイギリスのプライマリーケアトラストそのものである。地域のなかで医療・介護・看護など様々なサービスが必要な高齢者が増えていることを踏まえ、コミッショニングをするための組織を地域につくり、それに対して疾病金庫と自治体がお金を払っている。

日本では、地域包括ケアの概念から在宅医療連携拠点が出てきているが、今のまま行っても、恐らくうまくいかないだろうと思う。母体がばらばら過ぎて、本当にやるべきコミッショニングができないと思う。そういう意味では、プライマリーケアトラストのようなものをどのようにつくっていくかが課題だろう。

#### 4. オランダの医療制度改革

オランダは、医療保障が2つある（図表59）。長期医療保障と短期医療保障で、365日を超える入院、ナーシングホーム、日本で言う介護保険、これらはすべて長期医療保障で、所得比例の保険料で賄われている。

それ以外の一般医によるサービスや、いわゆる短期の医療に関しては短期医療保障で、これは財源が3つに分かれている。全国民がリスク平等化基金に対して収入に比例して払う部分、地域別に設定される保険料、一般税の3つであるが、今この短期保険の自由化が進んでいる。

医療提供体制の特徴は、GPシステムで家族単位で登録されるゲートキーピングである。夜間・週末、祝祭日のGPサービスは、いわゆる共同診療

図表59

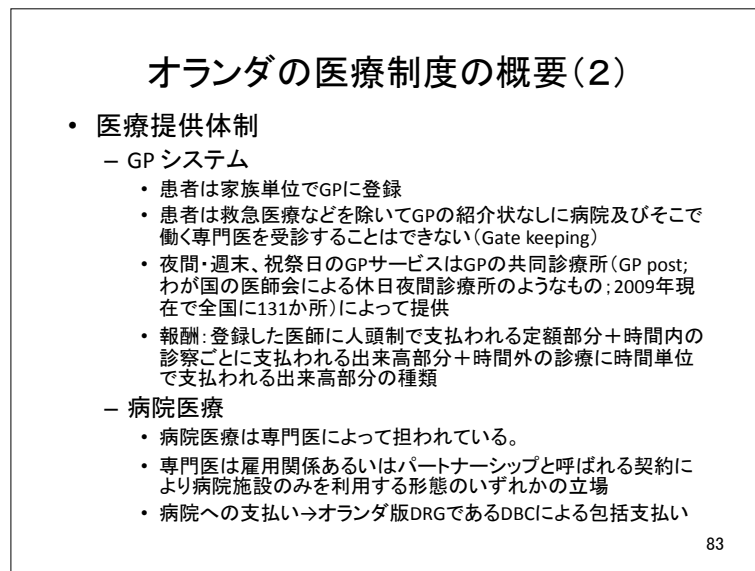
オランダの医療制度の概要(1)	
• 医療保険制度	
- 長期医療保障	
• 病院での365日を超える入院、ナーシングホームでの診療をカバー	
• 保険料は所得比例。運営責任者は国(実際の運用は短期医療費保険の各保険者が代行)	
- 短期医療保障	
• 一般医によるサービス、専門医によるサービス、歯科サービス、看護などのパラメディカルサービス、365日を超えない入院サービス、救急サービス、妊産婦サービス、薬剤をカバー	
• 短期保険の財源は3つの部分から構成される。第一の部分は全国民がリスク平等化基金に対して収入に比例して払う保険料(50%)、第2の部分は地域別に設定される保険料(45%)、残りの5%は一般税。	
• 保険料は各保険者が設定	

所、日本で言う医師会の休日・夜間診療所のようなもので行っている。報酬は人頭部分と時間内の診察に支払われる出来高部分とになっている(図表 60)。

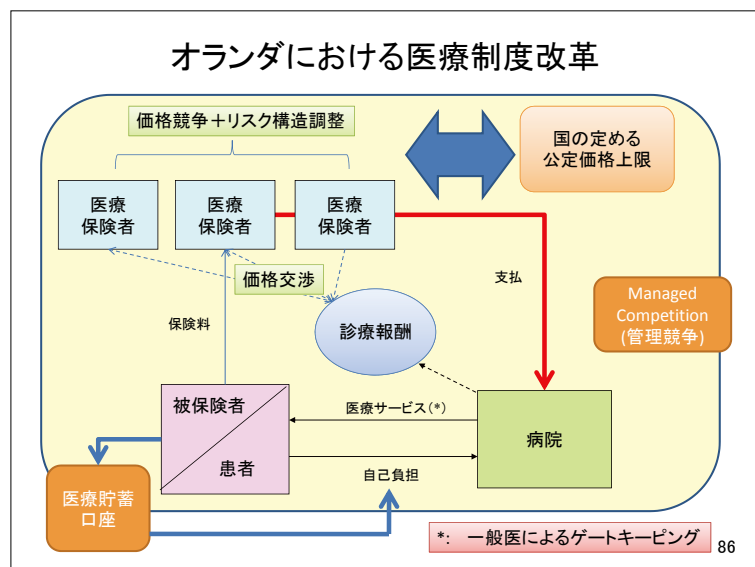
病院は専門医であるが、その医師はパートナーシップと呼ばれる契約によるものが非常に多い。もちろん最近ではホスピタルティという雇用関係も増えているが。支払いはオランダ版のDRGであるDBCで支払われている。

最後にGPの報酬体系であるが、オランダではマネージド・コンペティション、管理競争をしている。今、世界の関係者が注目している国がオランダとスイスであるが、オランダはいわゆるマネージド・コンペティションという管理競争を初めて国レベルでシステム化した国である(図表 61)。まず被保険者が保険を選ぶことを自由化した。かつてはどこ

図表60



図表61



で働いているか、どの宗教であるか、どの地域に住んでいるかにより、入る保険者が決まっていたが、現在はこの部分をかなり民営化し、被保険者はどこの保険を選んでもいいという形になっている。つまり、保険者からすると保険料を安くして加入者を獲得しなければいけないので、ここにコンペティションをまずやらせている。医療保険者は、原則として加入申し込みを断れないことになっている。ところが、実際には付加保険があるが、付加保険をつけることによって巧妙にクリームスキミングが行われている。診療報酬をどういうふうにするかという、病院と医療保険との間での交渉になるが、ここでまたコンペティションになる。いわゆるオランダ版のDRGは2つあるが、DRGのAとは、国が定めた公定価格で支払われるもの、DRGのBとは国が定める参照価格であり、これが上限になる。

これを上限として医療保険者と病院がそれを幾らにするかという交渉を行う。要するに、Aは固定価格で決まっているが、Bは参照価格を国が決めて、その価格の上限のなかで病院と保険者が医療費を話し合いによって決めるという、ここにコンペティションを入れた。これがいわゆるマネージド・コンペティションである。かつ被保険者部分に関しては、医療費を払うための医療貯蓄口座を導入している。

このようにいろいろなところで価格交渉をさせる仕組みを入れ、市場主義的な原理に従って医療制度改革をやっていこうというのが、オランダの今の流れである。しかし結論から言うと、余りうまくいっていない。

かなり病院の営利性が上がってきてしまって、入院分割などをしてしまいボリュームがどんどん増えてしまい、医療費としては上がってきてしまっている。それから、GPの先生もかなり企業家的になってしまって、複合体ができ始めている。そういう意味で、コンペティションを入れることによって効率性を上げて医療費を下げるはずだったのが、逆の方向に行っているというのが今のオランダの状況だろう。

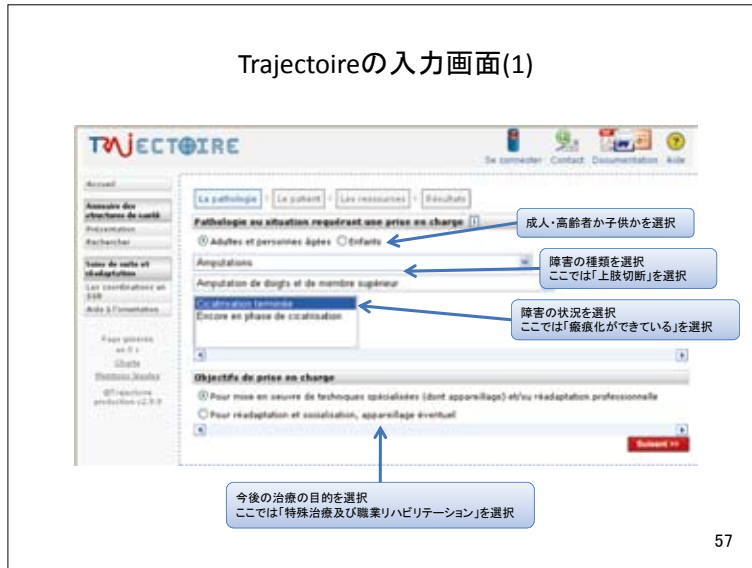
欧州がどのように動いているかという、おそらく両極端にアメリカとイギリスがあると思うが、イギリスは市場主義的な改革をやって、徐々にアメリカ的ないわゆる手法を取り入れた。アメリカはアメリカで、もうどうしようもなくなってきたので、ヨーロッパを見ながら少し皆保険制度のほうに近づいている。

ここで非常に興味深いのは、オランダはアメリカのマネージド・コンペティションをまねて動いてきている。ドイツはアメリカというよりもオランダを見ながらいろいろなことをやっている。



参考：地域における医療情報共有の仕組み＜ Trajectoire ＞

Trajectoireの入力画面(1)



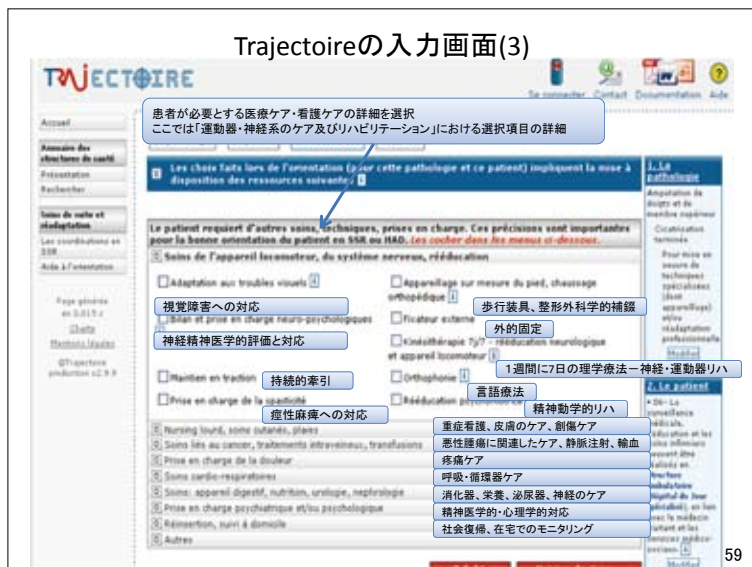
57

Trajectoireの入力画面(2)



58

Trajectoireの入力画面(3)



59

### Trajectoireの入力画面(4)

### Trajectoireの出力画面(1)

### Trajectoireの出力画面(2)

施設を選択するとその施設の有する機能の概要が閲覧できる

保有しない機能及び情報のない機能

- 理学療法
- 作業療法
- 社会的支援
- 教育
- リハビリテーション専門医
- 大きな装具の作成及び調整
- 自助具及び装具の作成及び調整
- エコーによるモニタリング

### Trajectoireの出力画面(3)

病院の技術水準の詳細

Nom	Fonction dans l'unité	Spécialité	
Chalvet Gilles	Médecin du service	Médecine polyvalente	一般医
Gallou Agathe	Médecin du service	Endocrinologie et métabolisme	内分泌・代謝専門医
Leuchter Gilles	Médecin du service	Neurologie	神経内科専門医
Bondy Marie-Françoise	Cadre de santé		上級医療職(注)

医療看護技術及びプロトコル化された対応

- 超音波療法(ユニット内)
- 経腸栄養(ユニット内)
- 経管栄養(ユニット内)
- 薬剤耐性菌保有患者の隔離(ユニット内)
- 酸素療法(ユニット内)
- 最終な副傷症(ユニット内)
- ストーマ処置(ユニット内)
- 気管切開、1日に3回以内の吸引(ユニット内)
- 輸血(ユニット内)

63

### Trajectoireの出力画面(4)

当該病院の各ユニットの概要に関する情報

診療科: 一般医療部門  
 専門診療科: 一般内科  
 ユニットの責任者: Gilles CHALVET  
 電話番号、FAX番号、e-mail

病床数: 17  
 入院形態: 完全入院  
 受け入れ条件: 成人及び高齢者 40歳以上

このボタンをクリックして希望施設に入院申し込みを行う

64

### Trajectoireにおける患者要約票(情報提供用)

患者氏名

選択のためのタブ

複製可能な記載部分

この印があるところは必須入力

退院サマリの記述

内科的・外科的・精神科的既往歴の記述

65





# 在宅ケア・終末期ケアの経済分析と死亡場所の変遷 —私の今までの研究と最新の実証研究の紹介を中心にして

日本福祉大学教授・副学長（当時）

二木 立

## はじめに—在宅ケアとその経済分析は私の臨床と医療経済学研究の原点

私は1972年に東京医科歯科大学医学部を卒業し、すぐに渋谷区の地域病院である代々木病院に就職し、13年勤務した後、1985年に日本福祉大学に移った。しかし、日本福祉大学に移ってからも、非常勤で2004年まで診療を継続した。医師1年目から往診を担当した。当時は、定期往診（訪問診療）という概念はなく、臨時往診を担当していた。その後東大リハビリテーション部で1年勉強し、代々木病院に戻って1975年から85年までは、脳卒中などの早期リハビリテーションと定期往診（訪問診療）を担当した。日本福祉大学教授になった1985～1992年は、リハビリテーション医の後継者を育てるために病棟指導のみを行ったが、1992～1993年にアメリカUCLA公衆衛生学大学院に留学後、代々木病院での診療を再開し、リハビリテーション外来と定期往診（訪問診療）をまた担当することになった。だから、トータルで25年くらい往診・訪問診療をやっている。そのころの経験を踏まえ、2つ活字にしたものがある。

一つは、1983年、「脳卒中医療・リハビリテーションの施設間連携モデル」<sup>1</sup>という論文を発表した。ここでは、代々木病院での脳卒中医療・リハビリテーションの経験をベースにして施設間連携モデルを作成した。その上で、在宅療養の寝たきり患者、つまり起き上がりも自分でできない全介助患者の広義の医療・福祉費、この場合は狭い意味での医療費だけではなくて生活費・家族介護費相当分を加えたリアルコストをシミュレーションしたところ、施設入所の費用とほとんど差がないことを、日本で初めて示した。当時は、役人はもちろん、研究者の間でも在宅ケアは費用が安いというのが常識だった。しかしそれは家族の介護労働を無視しているからであった。

<sup>1</sup> 『病院』42：37-42, 1983, 『医療経済学』医学書院, 1985, 77-92 頁

その後1987年に、私のリハビリテーション医学の恩師、上田敏先生と共著で『脳卒中の早期リハビリテーション』<sup>2</sup>を出版した。これは代々木病院における診療経験と診療の枠を越えたりハビリテーションシステムづくりについての経験を対話形式でまとめた本で、私が出版した本で唯一1万部を超えた本だ。この本の中で、「地域ケア」は「システム」ではなく「ネットワーク」だということを強調した。「大都市部では農村部のように医療機関ごとの診療圏が存在しないため、上からの固い地域ケア“システム”を造ることは不可能」であり、「患者を通じた専門職同士の連携・ネットワーク作りから出発する必要」がある。また、「従来の地域リハビリテーション論では病院の位置づけがあいまいだったが、病院は相対的中心」であるとした。当時、地域リハビリテーションと言うと、病院を除いた狭い意味での在宅というイメージのほうがむしろ強かった。このことをベースにして「地域リハビリテーションの4大要素」として、一般病院、開業医を含めた在宅医療サービス、リハビリテーション専門病院、それから当時は今のように老人保健施設も何もない時代なので広い意味での長期療養施設という表現を使った。今回、講演のためにこの本を読み直し、四半世紀前の主張ではあるが、大半は現在焦点になっている地域包括ケアシステムを評価するうえでも使えると思い、雑誌の論文をそのまま今日の資料にしているので参考にさせていただきたい。

こうしたバックグラウンドがあって、1985年から日本福祉大学に移った後も、私の医療経済・政策学の研究の持続的なテーマの1つが、在宅ケア・終末期ケアの経済分析となっている。最近はその延長で、死亡場所と自宅死亡の分析を行っているので、本日はそれについても紹介したい。

## 1. 拙新著『民主党政権の医療政策』の紹介

### (1) 重度障害者の在宅ケア費用は施設ケア費用よりも高い

まず、在宅ケアの経済評価についての私の研究と、厚生労働省幹部の見識ある見解を紹介したい。私は、国際的な膨大な実証研究をベースにして、重度障害者の在宅ケア費用は施設ケア費用よりも高いことを、30年間主張し続けている。ただし、在宅ケアが常に高いわけではなく、屋内歩行レベルの軽度障害者であれば在宅のほうが安く、全介助では間違いなく在宅ケアのほうが高くなる。ベッド上自立ぐらいがボーダーラインと思う。

---

<sup>2</sup> 二木・上田敏『脳卒中の早期リハビリテーション』, 1987, 209-219頁, Ⅲ-4「地域ケアシステムの中で病院は中心的役割をもつ」

1985年に医学書院から『医療経済学』という本を出した<sup>3</sup>が、第3章Ⅱ「医療の質を落とさない医療費削減」という節で、「脳卒中医療・リハビリテーションの施設間連携の経済的効果の試算」（シミュレーション）を行い、自宅退院患者の医療費だけを見ると、当然入院より安い、「生活費・介護手当の加算」を行った「“社会全体としての資源の利用”という枠組みで見ると、重度患者（全介助患者）の在宅費用は、施設入所に比べて決して安くはない」ということを示した<sup>4</sup>。

次に、1988年に出版した『リハビリテーション医療の社会経済学』<sup>5</sup>では、Ⅰ-5「障害老人の在宅ケア—条件と費用効果分析」で、当時の欧米諸国のこの領域の費用効果分析を網羅的に紹介し、障害老人の在宅ケアは費用を節減しないことはもう学問的に常識になっていること及びその理由を示すとともに、今求められるのは「在宅ケアと施設ケア、両方の充実」つまりケアミックスであると主張した<sup>6</sup>。

1990年に出版した『90年代の医療』<sup>7</sup>のⅡ-3「在宅ケアの問題点を探る」では、私が指導した大学院生の修士論文の「寝たきり老人の在宅ケアのADL自立度別社会的総費用」データを紹介した。私が1985年に出したのはシミュレーションだったが、この修士論文では、院生が実際に在宅ケアをしている障害を持ったお年寄りのところに泊り込んでタイムスタディをした。その結果、完全な寝たきり、ADL全介助群の社会的総費用（生活費を含む）は、老人病院費用や特養費用を上回ることを示した<sup>8</sup>。

1991年に出版した『複眼でみる90年代の医療』<sup>9</sup>の3章「90年代の医療供給制度」で、在宅介護の大半を「外部化」している1事例の金銭費用を調査し、重度障害者の場合には金銭費用に限定しても、「在宅ケアは施設ケアに比べて安価ではない」ことを示した。さらに、ある精神障害者家族会の依頼により、精神病院に長期間入院している精神障害者を病院から退院させ、地域ケアに切り替えた場合の費用を計算し、入院よりもはるかに多額の公的費用がかかることを示した<sup>10</sup>。この家族会は、当初、入院を続けるよりも地域に戻したほうが費用が安くなると考え、そのデータをまとめて、厚生省に陳情して地域ケアを充実してもらおうと考え、私を研究者として呼んだ。彼らが出してきた元データでは、一見地域ケアのほうが

<sup>3</sup> 『医療経済学』，医学書院，1985

<sup>4</sup> 『医療経済学』，医学書院，1985，77-92頁。元論文は『病院』42：37-42，1983

<sup>5</sup> 『リハビリテーション医療の社会経済学』，勁草書房，1988

<sup>6</sup> 『リハビリテーション医療の社会経済学』，勁草書房，1988，98-120頁

<sup>7</sup> 二木立著『90年代の医療』，勁草書房，1990

<sup>8</sup> 同上，123-137頁

<sup>9</sup> 二木立著『複眼でみる90年代の医療』，勁草書房，1991

<sup>10</sup> 同上，122-126頁

安く見えた。なぜなら、当時は今と違って公的な地域ケアはなく、ほとんど職員がボランティアでやっていたため、それをタダだとみなして計算していたからである。しかし、ボランティアの労働を職員の時給と訪問時間を掛けて金銭表示し、さらに生活費（生活扶助費）も含めて再計算したところ、地域ケアの方がはるかに高くつくことが分かった。当時の精神病院は6人部屋どころか、十数人の大部屋であり、入院費が非常に安かったためである。しかし、残念ながらこの研究はお蔵入りになってしまった。

1992年に出版した『90年代の医療と診療報酬』<sup>11</sup>のⅡ-5「90年代の在宅ケアを考える」の「在宅ケアの医療費節減効果をめぐる論争の決算」では、私が指導した先ほどの院生が行った、予防接種ワクチン禍訴訟の原告である重度脳障害児の生活時間調査の結果を示した。お年寄りについては当時は医療以外の公的な施策はほとんどなく、寝かせきりの介護だったが、十代／二十代の脳障害児の場合にはたとえADLが全介助でも家族がいろいろ外に連れ出すことにより脳障害児のQOLは相当高くなる半面、介護時間が非常に長くなっていた。つまり、障害児に高いQOLを保障するためには、寝かせきりの介護よりもはるかに介護時間や金銭的出費が高くなることを示した<sup>12</sup>。

1995年に出版した『日本の医療費』<sup>13</sup>の第4章「医療効率と費用効果分析」は私の「欧米諸国の地域ケアの費用効果分析」の文献学的考察の当時の総集編であるが、「驚くべきことに、費用に家族の介護費用を含めず、公的医療費・福祉費に狭く限定した場合にさえ、地域ケアのほうが費用を増加させるとする報告が多い」ことを示した。家族のただ働きの介護費用を金銭表示すると在宅ケアのほうが高くつくということは、当時でも完全にシロクロついていたが、それをタダと見なした場合にも、手厚い公的な医療・福祉を在宅でやると施設ケアよりもむしろ高くなることを示した<sup>14</sup>。

2001年に出版した『21世紀初頭の医療と介護』<sup>15</sup>の第Ⅲ章「わが国の高齢者ケア費用—神話と真実」では、「在宅ケアを拡充すれば施設ケアを減らせるわけではない」ことを示したうえで、「わが国の地域包括ケア最先進地域で、いわば介護保険を先取りした高水準の在宅ケアを提供している……広島県御調町の経験は、今後わが国で介護保険制度により在宅ケアを大幅に拡充しても、施設ケアを減らすことはできないことを暗示してい

<sup>11</sup> 二木立著『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房、1992

<sup>12</sup> 二木立著『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房、134-140頁、1992

<sup>13</sup> 二木立著『日本の医療費：国際比較の視角から』、医学書院、1995

<sup>14</sup> 同上、173-197頁

<sup>15</sup> 二木立著『21世紀初頭の医療と介護』、勁草書房、2001

る」と指摘した。御調町は山口医師の政治力により、在宅ケアを充実させるとともに施設ケアもものすごく充実していて相補的であることを示した上で、今後介護保険が始まって在宅ケアが普及して施設ケアが減ることは絶対になく、在宅ケアが普及するとむしろ施設ケアも増え、QOLが高まるので良いことだと主張した<sup>16</sup>。

## (2) 厚生労働省幹部の見識ある発言

厚生労働省の方がどういうことを言っているかということ、1980年代ぐらいまでは在宅ケアで費用が抑制できるとおっしゃっていたが、私が調べた範囲で一番最初にそうじゃないということをも認めたのは、老人保健課長の伊藤雅治氏であり、「在宅ケアは施設ケアに比べて効率が悪くて費用がかかるものだと考えている」と、1989年の国保医学会シンポジウムで初めて認めた<sup>17</sup>。

最近では、その19年後の2008年11月14日、全国公私病院連盟のシンポジウムで、保険局医療課長の佐藤敏信氏が「在宅と入院を比較した場合、在宅のほうが安いと言い続けてきたが、経済学的には正しくない。例えば女性が仕事を辞めて親の介護をしたり、在宅をバリアフリーにしたりする場合のコストなども含めて、本当の意味での議論をしていく時代になった」と発言した<sup>18</sup>。

ごく最近では、武田俊彦社会保障担当参事官が、「生活の場で本人の生活に寄り添う医療は、病院の医療よりも控えめな、本人の生活を補完する医療」であり「その中で、トータルコストは増える場合もあるし、減る場合もあると考えるべきではないか」と介護費や家族介護を除いたマネーコストに限定し、控えめに認めた発言をした<sup>19</sup>。

在宅ケア一般に関して言えば、少なくとも障害がある程度以上重い方に関しては、狭い意味での公的な医療・福祉費に限定しても、在宅ケアは施設ケアに比べて安くはなくむしろ高くなることは、日本でも世界でも学問的にはもちろん、政策レベルでも確認されている。厚生労働省でもこのことは前提になっている。

---

<sup>16</sup> 同上、192-197頁

<sup>17</sup> 1989年の国保医学会シンポジウムにて。『90年代の医療と診療報酬』勁草書房、1992、135頁

<sup>18</sup> 2008年11月14日全国公私病院連盟「国民の健康会議」にて。『医療改革と財源選択』131頁

<sup>19</sup> 『日本医事新報』2012年6月23日号：16頁

## 2. 終末期ケアの費用をめぐる論争と決着、再燃と自然消滅

### (1) 1997～2000年の終末期ケア論争

次に、終末期ケアの費用をめぐる論争と決着、再燃と自然消滅について話す。

この論争の出発点は1997～2000年に終末期ケア論争であり、これについては私の『21世紀初頭の医療と介護』<sup>20</sup>で詳しく紹介している。スタートラインは広井良典氏が中心になって出した『「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書』で、「終末期医療費(死亡前一年間の医療費)が高額に上って」おり、「遠からぬ将来において医療保険財政を圧迫する恐れもある」ため、現在の医療主体のターミナルケアを医療抜き(ノン・メディカル)の「福祉のターミナルケア」に転換すると提言したことであった。具体的に言うと、病院や診療所の死亡を減らして福祉施設や自宅での死亡を増やせば、2020年には1兆円の医療費を節減できるというシミュレーションをした。私は広井報告書の「第4章ターミナルケアの経済評価」を検討し、「定義・予測・過程が恣意的、費用計算は粗雑で、(福祉のターミナルケアにより1兆円の医療費を節約できるとする)結論は誤り」だと示した<sup>21</sup>。

この問題に関する実証研究では、社会保障・人口問題研究所の府川哲夫氏が、日本の高齢者の死亡前1年間の医療費は老人医療費の11%で、アメリカのメディケアの3割よりはるかに低い、しかもアメリカでは死亡直前に医療費が高騰するが、日本の場合、死亡直前の医療費高騰患者は死亡中の20～25%に過ぎないことを示し、「このような日本の特徴は、日本の医療費を低い水準に抑えている重要な要因」であるとした。広井報告書は、終末期医療費が高いから医療費が高騰するとしたが、府川氏は逆に日本の死亡前1年間の医療費はアメリカの3分の1であり、これが日本の医療費水準が低い理由の1つだということを示した。

私も国際的なデータを集めているが、例えばオランダやドイツの死亡前1年間の医療費の総医療費に対する割合は1割であり、日本は大体国際標準だ。

この論争で決定的だったのは、医療経済研究機構が2000年に『終末期におけるケアに係る制度及び政策に関する研究報告書』を出し、死亡前1カ月間に限定した終末期医療費総額は98年度で7,859億円と、国民医療費のわずか3.5%に過ぎないとしたことだ。しかも、この場合の死亡前1

<sup>20</sup> 二木立著『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、2001

<sup>21</sup> 同上、159-170頁

カ月の医療費には心筋梗塞や脳卒中による急性期死亡患も入っているの  
で、様々な慢性疾患があり最期を看取られるというような終末期に限定す  
れば、おそらくこの半分以下だと思われる。この報告書をまとめた片岡氏  
は結論として、「死亡直前の医療費抑制が医療費全体に与えるインパクト  
はさほど大きくない」、終末期ケアが「医療費の高騰につながる可能性は  
否定している」と、明確に述べられた。これにより、終末期ケアがものす  
ごく高いとか、医療費増加の主因という主張は否定され、論争には決着が  
ついたはずだった。

ところが、小泉政権時代に、厚労省がトンデモ推計を示して論争が再燃  
した。厚労省は、2005年の7～8月に社会保険審議会の医療保険部会等  
で「自宅等での死亡割合を4割」に引き上げれば2025年度に約5,000円  
の医療費給付費を節減できるとの試算を発表・提出した<sup>22</sup>。

この中で入院事例として、「食道がん術後、自宅にて療養中、癌性疼痛、  
癌性発熱等の症状悪化により入院」して「中心静脈栄養、麻薬、鎮痛剤と  
の投薬、人工呼吸、血液検査等」を受けて「入院後30日で死亡」した患  
者の30日間の医療保険は115万円、それに対応する在宅事例として、「食  
道がん術後、自宅で療養を続け、訪問診療の他、不穏状態等により往診も  
併用」して死亡した患者が57.7万円、したがって在宅は半額以下だとした。

しかし、この比較は非常に恣意的であり、入院事例にはがん末期患者で  
は例外的にしか使われない人工呼吸器の費用が含まれる過剰推計であり、  
在宅事例には医師技術料しか含まれず、訪問看護費用・ヘルパー費用等も  
含まれていない過少推計である。「癌性疼痛、癌性発熱の症状悪化」にも  
かわらず在宅で死亡する、超例外的事例を持ち出すこと自体が非現実的  
である。この点に関しては、日本医師会が2006年の3月に出した『「ふた  
たび終末期医療について」の報告』は、このような方法で入院医療費と在  
宅医療費を比較することは、比較できないものを比較しているのであり、  
理論的にも倫理的にも何ら意味を持たないと、極めて正確な批判をした。

これらからわかるように、こうした数字は小泉首相による医療費抑制の  
数値目標を示せという強い指示に従って、厚生労働省が苦し紛れに出した  
数字である。そのため、厚生労働省の担当者もやましい気持ちがあったと  
思われ、小泉政権の終了とともに自然消滅した。その後の社会保障国民会  
議の報告や関連資料、それから民主党政権の社会保障・税一体改革の諸文

---

<sup>22</sup>2005年7月29日社会保障審議会医療保険部会「医療費適正化の方向性（イメージ）」同年8月10日社会保障審議会医療保険部会「終末期の医療費・制度別実効給付率について」中の「終末期の患者の入院治療費、在宅治療費の例（粗い推計）」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/s0810-3g.html>)



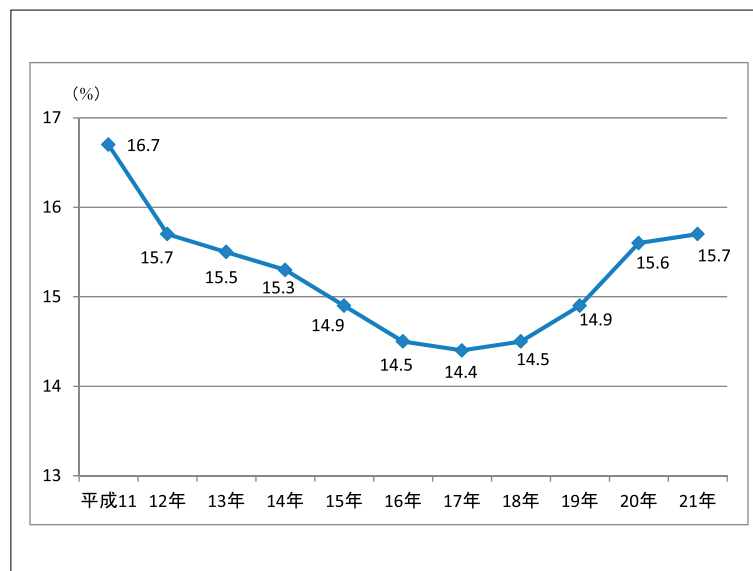
書には一切盛り込まれていない。ただし、不勉強なジャーナリストや一部医療関係者は今でもこれが厚労省の方針と誤解している。

### 3. 死亡場所と自宅死亡割合についての私の最新の実証研究

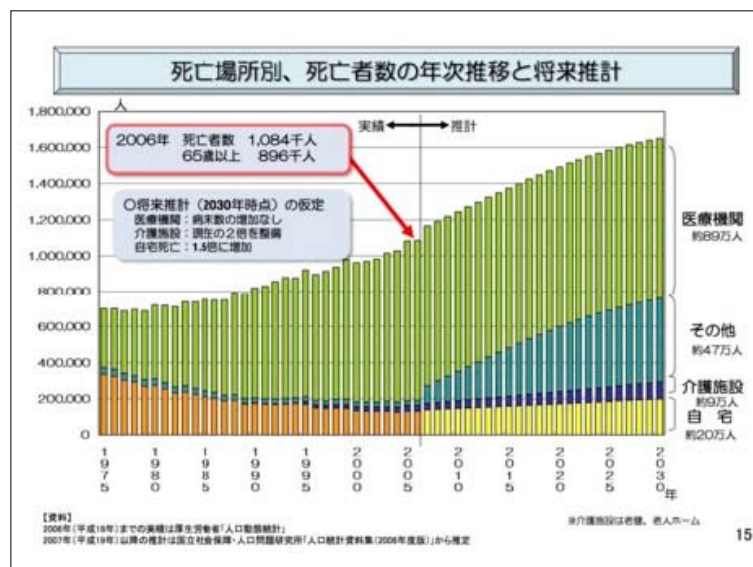
最後に、死亡場所と自宅死亡割合についての私の最新の実証研究のポイントを簡単に紹介する。

厚労省推計によると、在宅死亡率は戦後下がってきたが、平成17年(2005年)を底にして増加に転じている(図表1)。また死亡場所別死亡者数の年次推移と将来推計によると、2030年には医療機関でも介護施設でも自宅でも亡くならない方が47万人に達するとされている(図表2)。この数

図表1 在宅死亡率の推移(全国)



図表2 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



字は非常によく引用される数字であり、一方では「死亡難民」が47万人も生まれるという悲観論者、他方では、サ高住、有料老人ホームのビジネスチャンスだと考える楽観論者がいるが、両方とも間違いである。

### (1) 今後の死亡急増で“死亡場所”はどう変わるか？

厚生労働省の「その他」の死亡場所が2030年には47万人に達するという推計は、これから病床数は増えないので病院死亡も増えないということ的前提にしているがこれは事実と反する<sup>23</sup>。過去20年間の実績をみると病院病床数は5%減っているが、病院での死亡は逆に6割も増えている。この理由は平均在院日数が4割も減っているからである。従って厚生労働省の推計の大前提である“今後病床数は一定だから病院での死亡数も一定である”という仮定は成り立たない。今後は急性期病院の平均在院日数はそれほど大きく下がらないと思うが、慢性期病院のそれは、相当減るので病院での死亡数は今後も相当増えると思う。

それから、慶応義塾大学の池上先生の研究で気がついたのだが、厚生労働省は今後介護施設の定員が増えた分だけ自宅死亡も増えると仮定しているが、過去10年間の実績を見ると、特別養護老人ホームの死亡は定員増で増えた分に加えて、それと同じだけ定員当たりの死亡数が増えている。そのため、今後、介護施設（老健含む）は、定員増の枠を超えて死亡場所の大きな受け皿になる可能性がある。だから、「その他」の死亡場所・「介護難民」が47万人も出るとは考えにくい。

### (2) 21世紀初頭の都道府県・大都市の“自宅死亡割合”の推移

「21世紀初頭の都道府県・大都市の“自宅死亡割合”の推移」<sup>24</sup>を網羅的に調べてみた。すると、長年続いていた自宅死亡割合の低下は、確かに全国レベルでは2005・2006年で底を打ったが、その後は一進一退で、現段階で確実に増えているとまでは断言できない。

では厚生労働省の「在宅死亡率」とは何なのか。2005年以後確かに上がっているが、これは老人ホームの死亡が増えただけであり、この場合の在宅には、自宅と老人ホームの両方が含まれている。

意外なことに、2000年以降の自宅死亡割合の推移には、ものすごく大きな地域差（都道府県格差）があり、常識とは逆に、首都圏や関西圏、あ

<sup>23</sup>「今後の死亡急増で『死亡場所』はどう変わるか?」,『日本医事新報』,12月22日号(4626号),26-27頁

<sup>24</sup>「21世紀初頭の都道府県・大都市の『自宅死亡割合』の推移」,『文化連情報』,2013年2月号

るいはそれ以外の大都市、政令指定都市では増加に転じているが、「その他」の地域では減少し続けている。いわゆる大都市圏と言われているところでも、政令都市以外では減っている。一番顕著なのは東京都(特に区部)で、自宅死亡率は2000年時点で12.2%、2011年16.1%となっている。逆に、かつての「自宅ケア先進県」の長野県、新潟県、山形県等では軒並み下がっており、2000年時点では、長野県が自宅死亡割合日本一だったが、その後急減し、現在は東京都より低い。

また、農村部で自宅死亡割合が高いのは三世同居があるからと言われており、確かに1990年代までそういう関係はあった。ところが、2010年には両者の相関係数がマイナス0.001と、相関がなくなってしまった。かつて三世家族は日本の福祉の含み資産とも言われていたが、今は含み資産がゼロになったということだ。特徴的な県として、山形県は高齢者とその子との同居割合が日本一高いが、自宅死亡割合は激減している。逆に、東京都は子との同居割合は低いままだが、自宅死亡割合が急増している。

それから、死亡数の多い都道府県上位を調べてみると、上位10位の累積死亡割合は5割であった。今後は首都圏で高齢者が増えるが、この上位10都府県の2025年の65歳以上人口は54.4%、75歳以上人口は55.0%と推計されている。今後、首都圏を中心とした都市部で高齢者死亡が増えるのは事実であるが、それ以外のところでも死亡は相当多い。だから、死亡の問題は、大都市圏で特に重視すると同時に、全国的にもきちっと対応しないといけない。

最後に東京都区部の自宅死亡であるが、2000～2011年に自宅死亡数で増えているうちの4割が「孤独死」である。

この論文の考察部分では、まず、厚生労働省の本音を考えてみた。在宅ケアを重視すると言っているが、どうも厚生労働省は狭い意味での自宅死亡割合をこれから高めることは困難と認識しているのではないか。実は厚生労働省だけではなくて、政府の社会保障・税一体改革の公式文書でも、「居宅生活の限界点を高める」という表現を使っている。これは非常に正確な言い方だと思う。何が何でも物理的に最期を自宅で看取るのではなく、在宅ケアを充実しできる限り長い期間自宅で看取、そのまま自宅で看取れるのであればそれでよいし、最期は病院あるいは施設に入院・入所して亡くなるのなら、それでも構わないという考えであり、合理的だと思う。

死に場所が決まらない人が47万人に達するというショッキングな数字を出したのは、当時老健局の鈴木医療課長であるが、彼は、今後、サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームを思い切り増やさないと、死亡者数の急増はとても乗り切れないと考え、いわばショック療法で出したのだ

と思う。なお、法律上、正確に言うとは死亡診断書上は、サービス付き高齢者向け住宅やグループホーム、無届けの施設での死亡は自宅に入る。

しかし、医療のバックアップがないところでそんなに増えるだろうか。サ高住のうち医療法人等医療機関の開設は2割弱であるが、医療法人が持っている社会福祉法人やそれ以外の会社等の開設を含めると約3割である。しかし医療法人開設以外のサ高住で、看取りをそんなに増やせないのではないかと思う。それと、介護療養病床は2017年度末で廃止方針であるが、死亡場所の確保の点から、この方針は再検討を迫られると思う。介護療養病床とそれから転換した介護療養型老健では、定員当たりの死亡数に2～5倍の差がある<sup>25</sup>からだ。

### (3) 地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える

最後に、今までの実証研究を踏まえた評論『地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える』<sup>26</sup>のポイントを紹介する。

1番目は、地域包括ケアシステムの実態は、「システム」ではなくて「ネットワーク」であり、全国一律はあり得ず、主たる対象は都市部だということ。2番目は、厚生労働省はこの2～3年で地域包括ケアシステムにおける医療・病院の位置づけを軌道修正していること。2010年時点では、地域包括ケアシステムの医療は、ほとんど診療所レベルの医療が想定されていたが、それは無理だと認識して、最近では中小病院も含むようになってきている。そもそも地域包括ケアシステムの元祖は誰かということ、先ほども引用した公立みつぎ総合病院の山口先生であり、先生ははっきり「病院を核とした地域包括ケアシステム」と書いている。私はこの軌道修正は妥当だと思う。

3番目に、厚生労働省高官は医療法人によるサ高住を非常に熱心に勧めている。この背景にある理由を考えると、「今後急増する死亡者を病院ですべて看取することは困難であるが、既存の老人福祉施設も財政制約上大幅には増やせない。かといって自宅での看取りを大幅に増やすことは困難なので、サ高住や有料老人ホームでの看取りを促進したい。しかし、粗悪なものが急増すると社会問題になるので、非営利でケアの質が担保されやすい医療機関を母体とするものを増やしたい」ということではないか。ただし、有料老人ホームやサ高住の整備については、国土交通省と厚生労働省

<sup>25</sup> 日本慢性期医療協会「介護療養型老人保健施設のあり方に関する調査研究（平成23年度）」25頁、全日病「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」（2012年）8, 33頁

<sup>26</sup> 「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える」、『日本医事新報』、2013年1月19日号（4630号）、30-31頁

働省の間に温度差がある。

私は、「地域包括ケアシステムの推進」に賛成である。ただ、今後の死亡急増時代に自宅死亡の割合（実数は増えると思う）を高めることは困難であり、今後も死亡場所の中心は病院で、それを老人施設とか医療機関母体のサ高住などが補完するのではないかと思う。サ高住は、公式の医療法人事業主体は17%であるが、医療機関の母体は3割ほどある。かつて保健・医療・福祉問題の調査で、特別養護老人ホームの母体を調べたことがあるが、同じ数字であった。


# 医療の「見える化」で国民的合意形成を 医療崩壊からの再生途上にある英国に学ぶ

日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科長教授  
近藤 克則

イギリスは政権交代が起き、労働党から保守党連合政権に代わって、医療政策はどうなるのかが関心の的となっている。先日、イギリスの医療政策を研究しているグループのフランクな飲み会があり、そこで一致したのは、政策なのにポリシーが見えないこと。労働党のときには非常に大きな枠組みがあってすっきりしていたのに、連合政権になったらいろいろな風向きで変わっているという印象が強く、もう少し時間がたたないと評価できないという意見。もう1つ意見は、政権交代が起きたのに変わらないものがあるということ。今日は、どちらかというとその変わらないほうを紹介することで、この十数年イギリスの医療制度改革をいわば貫くものが、日本の制度改革の今後を考えていくうえで参考になるのではないかと思う。

本日の話は、大きく3本の柱で組み立てた(図表1)。まず日本の「医療クライシス」を簡単に振り返り、次に、イギリスでは一体どんなふうに医療制度改革を進めてきたのかということを中心にお話したい。最後に、それを参考に、日本ではどんなことができるのかということ、いろいろな実証研究に取り組んできたので、その成果も紹介しながら、考えてみたい。

図表1

<h2 style="text-align: center;">Contents</h2> <ul style="list-style-type: none"><li>• 日本の「医療クライシス」</li><li>• 英をモデルに日本の医療制度改革を考える</li><li>• クライシスからの脱却に向けた3つの課題ーイギリスの経験に学ぶ</li></ul> <p style="text-align: right;"> Nihon Fukushi University</p>
---

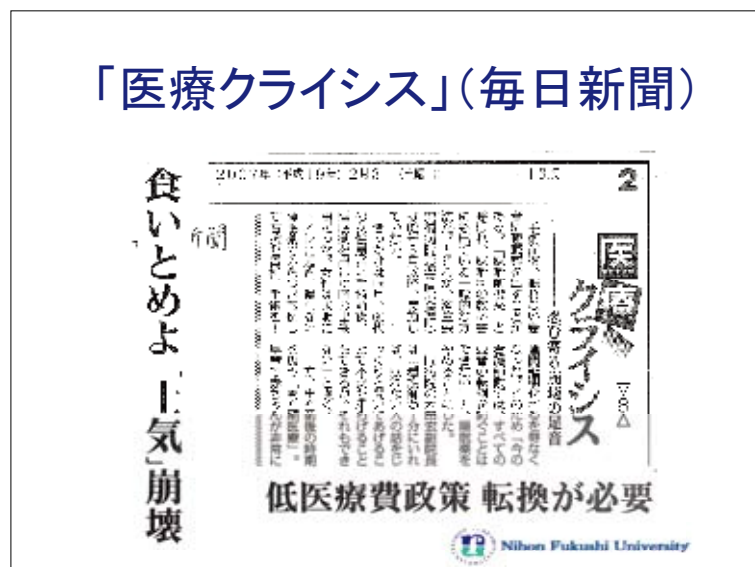
まず、医療クライシスについては、2004年に『医療費抑制の時代を超えて』（図表2）という本を出したが、当時は「医療崩壊」という言葉がまだマスコミに登場する前で、一般の方からは少し大げさなんじゃないかとか言われたこともあるが、その後実際に勤務医たちが病院から去っていく、病棟閉鎖が起きるなど、医療崩壊が次々と報じられるようになった。マスコミの中で最も早く「医療クライシス」と題して連載を打ってくれたのが毎日新聞であった（図表3）。「根本的には医療費を抑え過ぎたことであちこち綻びが出てきている」「イギリスほど同じぐらい医療費を抑えられているのに、崩壊していないのは、日本の現場の士気の高さのおかげ」ということをぜひ書いてほしいと担当デスクにお願いした。

イギリスでは、今年予算がなくなったからと、年度末に「本日から休

図表2



図表3



院」という張り紙が出て、閉じてしまうということが現実にあると聞いた。それに比べると日本はまだまだ現場の踏ん張りで辛うじてもっているだけなんだということを書いてもらうことで国民の理解も進み、一時期は医療事故の報道も減って、日本の医療もいい方向に行くんじゃないかと期待していた。

ところが、いわゆるエコノミスト系の一部の方には全然理解していただけない（図表4）。例えば吉川洋先生は、2009年のシンポジウムで「医療費抑制が地域医療の崩壊を招いたと（医師会関係者は）言うが、証明は全く不十分」だと医療崩壊が顕在化した後も言っていた。また、印南一路先生も、2011年に出した本で「地域医療崩壊問題の真因は一般に言われているような医師不足や低い医療費ではない」と言っている。あれだけマスコミが医療現場のことを書いてくれたのに、認識がちっとも一致しない。こういう現実がなぜ起きて、どうしたら良いのかを考える必要がある。


そこで、昨年『医療クライシスを超えて』という本で、私がこの間考えてきたこと、あるいは実証してきたことを材料に、医療クライシスから脱出を図るために、どうしたらいいかをイギリスを1つのモデルにまとめたのがこの本である。

結論としては、日本ではもう少し「見える化」を進めないと意見が一致しないだろうということが1つ。また、「見える化」で、事実や過去は見えるが、その将来までは見えず、改革していくためには今後どうするかというゴール設定やそこに至る道筋、つまり「マネジメント」が必要になる。この「見える化」と「マネジメント」2つの要素を強めないと、構造的な変化が来ることがわかっているのに対応が間に合わないのではないかとい

図表4

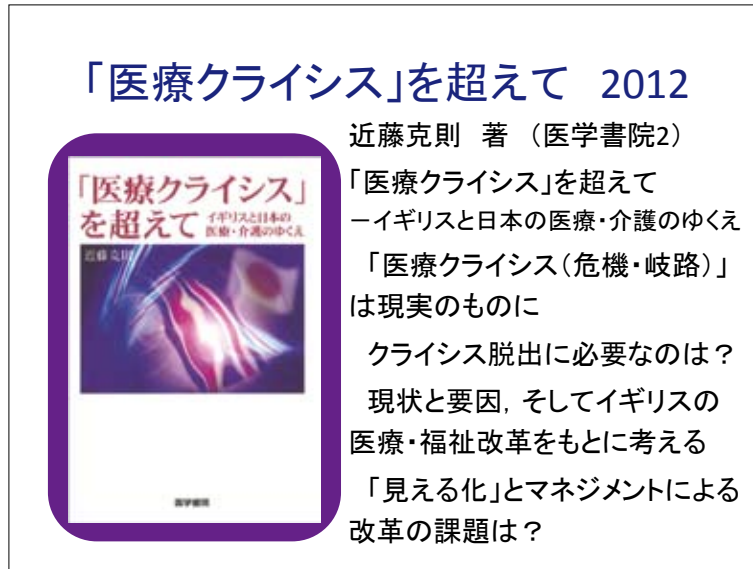
## いまだに決着はついていない

- 吉川洋（東大, 経済財政諮問会議民間議員）  
–「医療費抑制が地域医療の崩壊を招いた」と言うが、証明は全く不十分」2009
- 印南一路（慶大, 医療経済研究機構研究部長）  
–地域医療崩壊問題の真因は一般に言われているような医師不足や低い医療費ではない（「生命と自由を守る医療政策」2011）

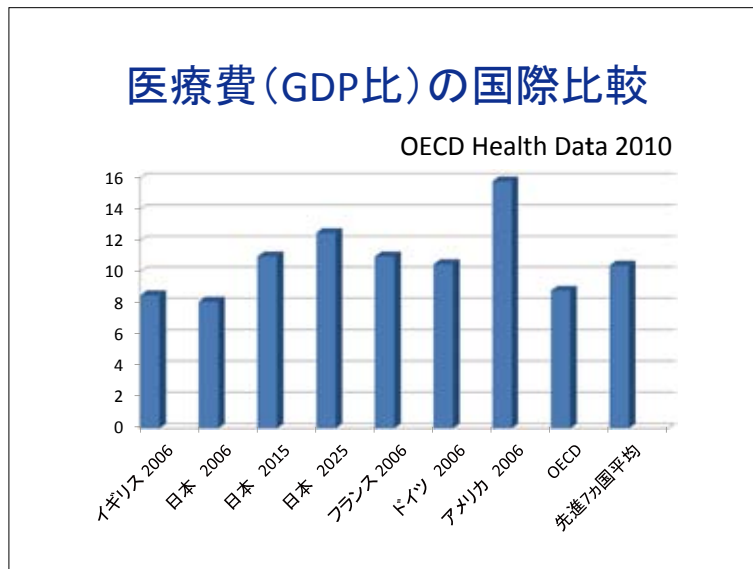
 5



図表5



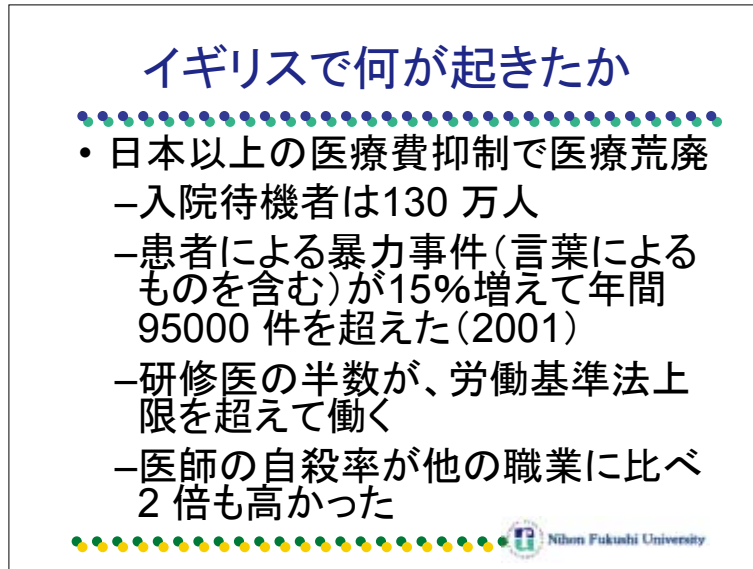
図表6



う危機意識のもと、自分の思いつくことをまとめたのがこの本である（図表5）。

では、なぜイギリスをモデルにするのか。先進国の中で見ると、長らくGDP比の医療水準が、イギリスが第7位、日本が第6位という状態が続き、2004～2005年あたりにその立場が逆転し、今では日本が最下位である（図表6）。日本が6位、イギリスが7位のころ、イギリスの医療が大変だという噂は聞かれたと思う。その後ブレア政権となり、これからご紹介するような大規模な改革を経た結果、良い方向に向かい、医療費も増え、立場が逆転してしまった。日本の医療費は、じわじわと増えてはいるが、ほかの国、例えばイギリスと比べると明らかに抑制されていて、その結果医療崩壊が顕在化した。

図表7



当時イギリスでは、入院を待っている人だけで130万人、これはいわゆる待機的な手術の患者だけではなく、がん患者も含まれていた。がんで手術が必要だと言われているにも拘らず、手術が5回延期され、いよいよ手術のときにはもう広がっていてインオペだったというケースのことが社会問題になっていた(図表7)。

日本では、この「5回延期」の意味がわからないと思うが、例えば、予定手術が3件あって、そこに救急車が来て緊急オペだというと、日本なら4件目の手術をする。しかしイギリスでは、緊急オペが一件入ったら予定手術は1件キャンセルというのが普通らしい。その結果、今日が予定日だというときに急患が来ると、そちらに振り替えられて延ばされるということが5回重なってしまった、というケースだったわけだ。

また、そうした劣悪な環境にさらされているので、患者たちの不満も相当なものがある。言葉によるものも含めた暴力事件が、前年比15%増えて9万5,000件もあり、深刻化していると報じられていた。

図表8



象徴する写真を1枚だけ持ってきた(図表8)。これは救急車の渋滞であるが、先頭の前は車がない。NHSの病院では患者の待機時間も公表されている。そのデータをとるためには定義がいる。イギリス政府が使った定義では、待機時間は救急車が病院のゲートを潜ったときにストップウォッチを押すという定義にした。そして、全英の救急病院ごとに救急患者を待たせている時間が、この病院は2時間、この病院は30分と公表される。すると病院の経営者たちは自分の病院が“イギリス一待たせる病院”にならないように努力した。つまり、定義が“ゲートを潜ってから”始まるのであれば、“ゲート潜ってなければいいんですよね”ということになり、救急隊から連絡があった際、病院のそばまで来てもいいがゲートは潜るなどと言って、病院の前で待たせて、渋滞が発生したという写真である。

こういうことが新聞報道され社会問題になった。その結果、停まっていると目立つので、じゃあ病院の周りを旋回してくれということになった。その後しばらくは病院の周りを救急車がぐるぐる回っている、混んでいる時間帯の飛行場のような状態になっていたらしい。こういうのが最近はずすがなくなったことに、状況が改善しているとイギリス人が感じる1つの例だそうだ。

次に、イギリスと日本の医療費の伸び率の比較をみると、日本も高齢化に伴い医療費が毎年1兆円増えているが、イギリスと比べるとこの程度である（図表9）。イギリスはより多くの資源を投入することで先進国7カ国の最下位から第6位に浮上した。

では具体的に何をしたかという点、日本と比べると2つのことが特徴だと思っている。まず1つが、マネジメントがしっかりしている。それからもう1つが、「見える化」が強化されて徹底されている（図表10）。この2つが大きな特徴であり、この2つを日本ふうアレンジして日本に持ち込むことが必要ではないかと考えている。

図表9



図表10

**イギリスでは**

- マネジメントと「見える化」を強化
- 国民への説明責任を果たす“value for money”のための仕組み
  - 医療費(効率)だけでなく多面的な評価
  - 職員の職務満足度も
  - 医療の公平性・健康格差も

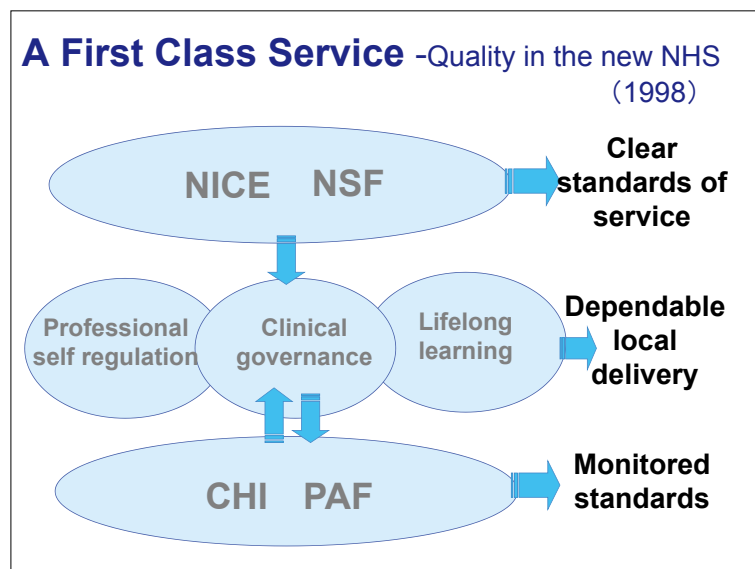
Nihon Fukushi University

当時のスローガンが、value for money。お金に見合う価値を生み出していることを、医療者側あるいは国が国民に説明責任を果たすことが必要とされた。言い方を換えると、それができない限り、国民は増税あるいは医療費の拡大を受入れない。だから、これをやった。

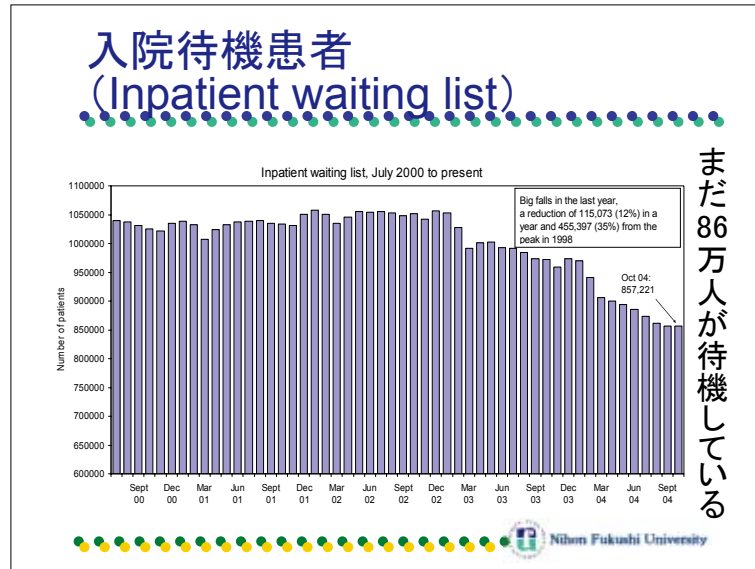
日本も医療費だけはよく見える。毎年1兆円増えたと新聞報道されれば、「医療費が高い」「増え過ぎだ」ということにはばかり目が向かってしまう。日本との違いは、イギリスでは、例えば職員の職務満足度も「見える化」している。現場に頑張れと言ってしわ寄せしても、短期間は踏ん張れるとしても無理は続かない。職員の満足度まで見える化してしまう。さらには、医療の公平性、アクセスの公平性、健康格差、医療の質まで、測れるものから「見える化」を進めた。そして国民に対して、例えば院内感染の多さを改善するためには、医学的にどうすれば院内感染が減るということがわかっており、そのためには医療費は幾らかかると説明して、医療費を上げることに対して理解を求める。そういうことを大変に丁寧にやったと解釈している。

これがそのときのフレームワークで、3層構造になっている(図表11)。一番上のNICE(国立最適医療研究所)とNSF(National Service Framework)で、イギリス国民であれば当然受けられる権利があり、あるいは国として保障するスタンダードはこのレベルである、という目標となるスタンダードを国民に宣言した。それに対し、真ん中の層が現場にあたる。細かいやり方はProfessional self regulation、つまり専門職の自己規制で、自分たちで統治してくださいというclinical governance。生涯学習もプロフェッショナルは自分たちでやってくださいとした。そし

図表11



図表12



てその下の3番目の層が、標準を満たしたかどうかを事後的にモニターする。これを徹底してやっているというのが大きな特徴であり、この点が日本では弱いところだと思う。第一層で目標を示し、第2層でその実現の方法は専門性の高いことだから専門職に委ね、第3層で本当にできているかどうかはチェックする。

例えば、全英でできていないとすれば、それは例えば資源が足りないとか、今の医学水準じゃ無理なことかもしれない。しかし、一部の病院／診療所ではできていて一部のところでできていないとすれば、そのできていないところのガバナンスなり生涯学習なり何か足りないものがあるわけで、そうであるならばそこを直してください。それはその専門職の責任ですよ。という構造を導入したわけだ。

事後評価の一例として、このグラフでは入院待機患者数の推移を示している（図表12）。一番多いときには待機者が130万人もいたが、このグラフでは、その数年後の約100万人のところから始まっている。そして国民に、100万人も待っているから、ベッドを増やしたい。そのためには幾ら必要であると説明する。2000年から医療費を増やし始め、2003年ぐらいから入院待機者が減りだしたと説明した。「医療費を増やしてもらった。おかげで待つ人が減ってきています。しかし、まだ86万人が待っています。だから、さらに医療費を投入してもいいですね」というように国民に説明した。

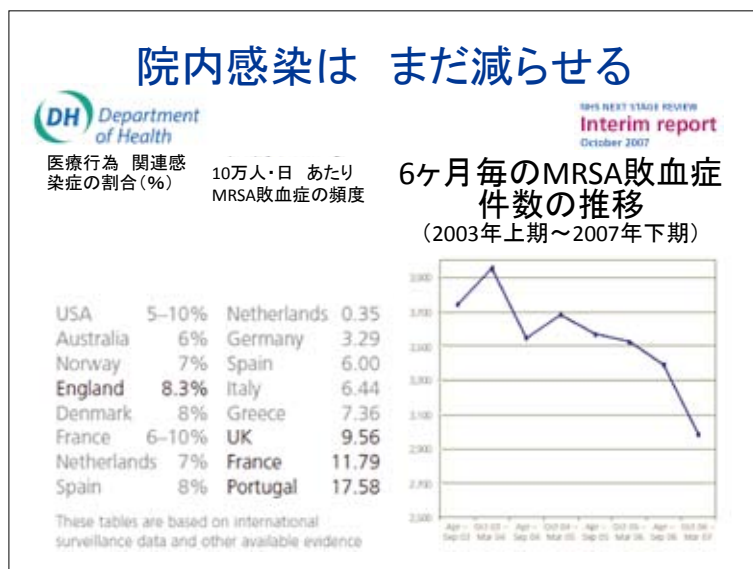
次に院内感染の例をみると、MRSA の敗血症は医療関係者からすればゼロにするのはほとんど不可能だが、ほかの国と比べる、あるいは病院同士で、できるだけ数値指標を使って比較するベンチマークを充実させてきている。

図表 13 の左にある、医療行為関連感染症の割合をみると、アメリカ、オーストラリアから一番下のスペインまで、さすがに0%の国はない。つまりゼロにするのはやはり難しいことを意味している。しかし国によって、5%ぐらいの国もあれば、イギリスのように8%の国もある。ヨーロッパや先進国の中でイギリスはまだ高いのだから、あと1～2%は減らす余地があるということがわかる。あるいは、右のMRSA 敗血症の頻度をみると、イギリスが10万人当たり9.56件、オランダ（ネザーランド）は0.35件となっている。オランダのグッドプラクティスをイギリスに導入するとしたら、こういうことやああいうことが必要だと、エビデンスベーストで示す。そして、それをやるには幾らかかりますと国民に説明する。それで医療費をさらに増やすことに対して理解を求める。こんなことを徹底してやった。

何よりも関心が高いのは、死亡率だろう。幾ら待機者あるいは院内感染が減っても、死亡率が減らないとしたらまだ問題があることになる。これは冠動脈疾患死亡率であるが、年々減っていて最初に立てた目標を、このまま行けば達成できそうですよという資料として使われたものである。

例えば冠動脈疾患の死亡率を地域間で比較すると、死亡率が高い地域と低い地域が出てくる。これはなぜかと分析すると、心筋梗塞が起きてから緊急心カテをやるまでの時間と相関があるというエビデンスが示される。やはり3時間以内でやっている患者の比率が高い地域ほど死亡率が低い。

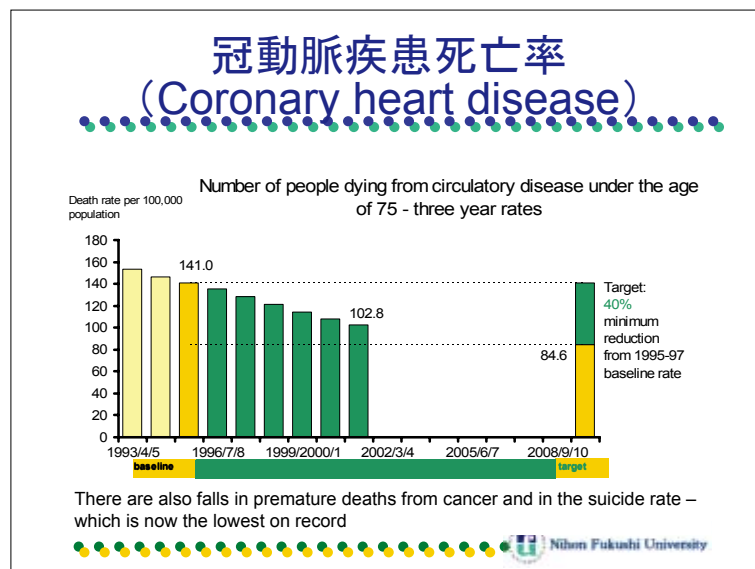
図表 13



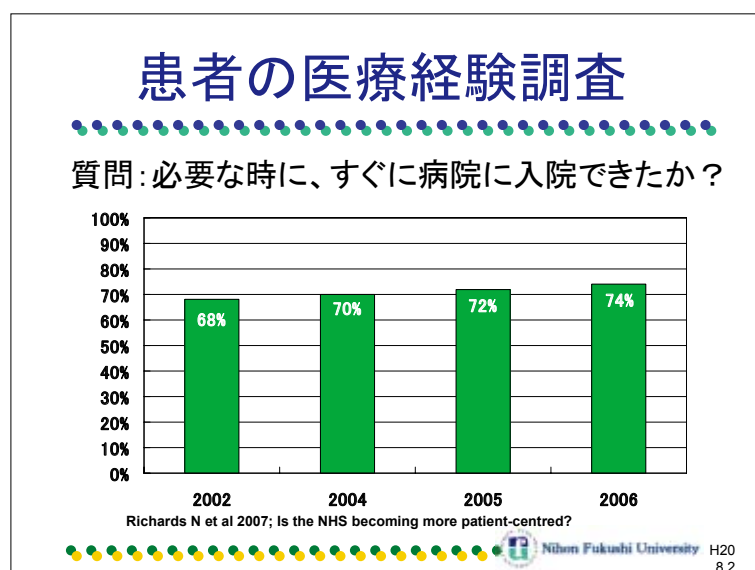
すると、イギリス人すべてが緊急心カテを3時間以内に受けられるようにセンターを全英に配置しようということになる。その結果、「この地域に足りないので1カ所増やす必要があり、そのためには100億円かかります」という評価と説明を丁寧にする事で、国民に医療費増の必要性を納得してもらった(図表14)。

さらに、「患者さんにも聞きました」という調査もやっている(図表15)。退院した患者さんを対象に毎年数万人規模でランダムに満足度調査をしている。例えば「必要な時に、すぐに病院に入院できた」という人が2002年には68%であったが、ベッド数を増やした結果、2006年には74%と。すぐに入院できた人は6%ポイント増えている。皆さんに出してもらった医療費を使った成果ですよと説明したわけだ。

図表14



図表15





図表 16 に示したように、「質の良いサービスへのアクセス」、「健康改善」、「サービス提供」などを多面的にモニタリングしている。特に「サービス提供」の中の「職員意識調査」は、職員が満足して働かずに対人サービスである医療の質が上がるはずがないとして、職員のメンタルヘルスや満足度もモニタリングしている。このような評価の多面性や総合性がイギリスの特徴だと思う。

図表 16

Performance indicators 2003/2004		
質の良いサービスへのアクセス	健康改善	サービス提供
退院後の(医療・介護)ケア提供の遅れ	子宮頸部がんのスクリーニング	コミュニティにおける設備・機器充足率
患者調査 予約までのアクセス・待ち時間	75歳未満の循環器疾患死亡率	抗生物質の処方率
患者調査 よりよい情報提供・より多くの選択肢	糖尿病性網膜症のスクリーニング	ベンゾジアゼピン系薬の処方率
患者調査 清潔・快適・親しみのある場所	インフルエンザワクチン接種率(65歳以上)	職員意識調査 職員の満足度・職務態度

では診療所はどうか。クリニカル（臨床）指標だけで、喘息に始まり、AF（心房細動）、がん、慢性腎疾患等々、主要疾患について指標を設定し、イギリスのすべてのクリニックからデータを集めて、公表している（図表 17）。

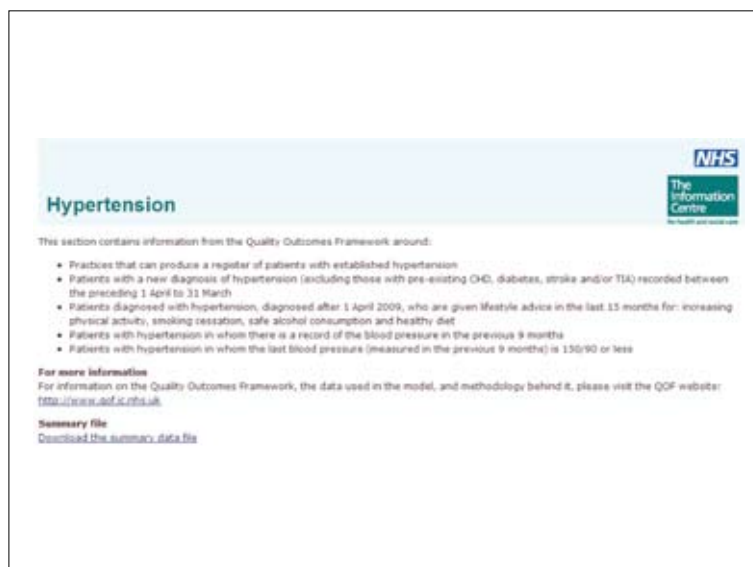
例えば高血圧でどんな指標があるかという例をみると、高血圧として登録された患者の数、禁煙を指導された患者の数、高血圧患者で9カ月以内に血圧測定した患者や、その値が150/90以下であった患者割合などの指標を設定してモニタリングしている（図表 18）。

そして、インターネット上で、例えばカンタベリーと地域名を入れてクリックすると、そこにある13カ所のGPのクリニックがリストアップされて出てきます。地図の上にプロットしてあるので、患者さんにしてみる

図表 17



図表 18



と、どこに行けばいいというのがすぐにわかる（図表 19）。

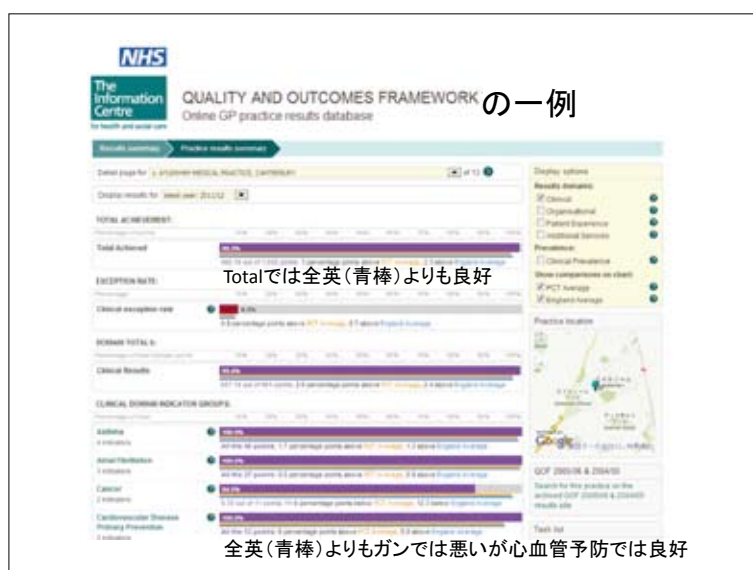
例えば、このクリニックの医療の質を調べる場合、このようなグラフが出てくる（図表 20）。この紫色がそのクリニックの医療の質の成績、青いのが全英の GP の平均値、オレンジ色は、その地域にある 13 の診療所の平均値になっている。そうすると、全英では九十何%指標を満たしているのに対して、このクリニックでは 100% 満たしていますよ、だからこのクリニックは真面目に医療をやっているところです、ということがわかるわけだ。

つまり、イギリス国民に最低限このラインは保証し、GP もそのために努力しますということを示して、国民にそのための費用を負担してもらうことに納得を得るための仕組みである。

図表 19



図表 20



こうしてデータが集まると、研究者がいろいろと分析する（図表 21）。例えば、病院間あるいは地域間で死亡率を調べると、2 倍の差があった。国民としては死なない病院に行きたい。ではどういう病院で死亡率が高く、どういうところが死亡率が低いかな分析した。より高齢な患者が多いところは死にやすい、重症な患者が多いところは死にやすい、という影響を統計学的に調整した。そしてわかったことは、ベッド 100 床当たりの医者の数が多い大学病院などは救命率が高かった。その結果を元に国民に対し、「医療費が高くても死なない病院と、安くてよく死ぬ病院と、どちらがお望みですか」と聞く。すると国民は、「今の技術で助かるものだったら助けて欲しい」という。「では、田舎の病院に医者をあと 3 人増やすためには幾らかかりますが、それは負担していただけるでしょうか」と理解を求めることで、医療費を増やすことを受け入れてもらう。大局的に見ると、国民の納得を得るために、このような「見える化」の仕組みを持ち込んだと言える。

図表 21

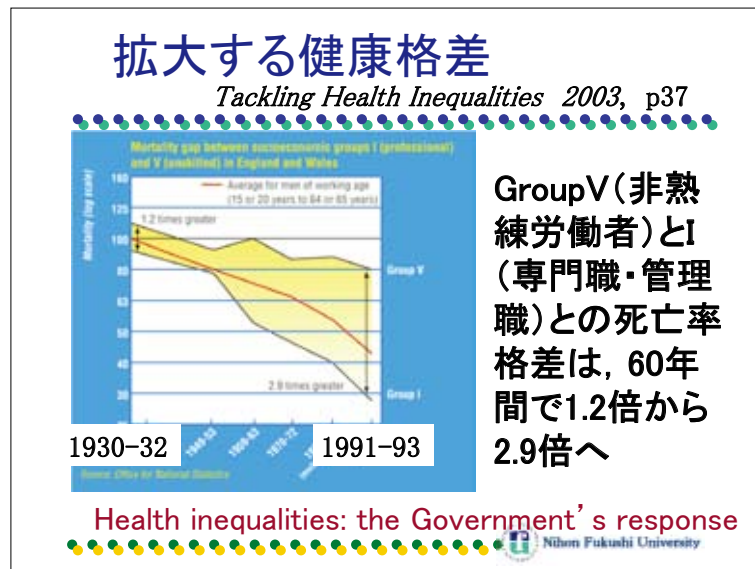
## 評価と説明責任の例

- イギリス国内のNHS病院間で、死亡率には、2倍もの格差がある（Sunday Times, 2003年4月）
- 格差をもたらす要因は何か？
- 年齢・性別・主病名・平均在院日数で調整
- 格差を説明する要因は  
「ベッド100床あたりの医師数」  
「人口あたりのGPの数」
- 医師を増やせば、医療費は上がる

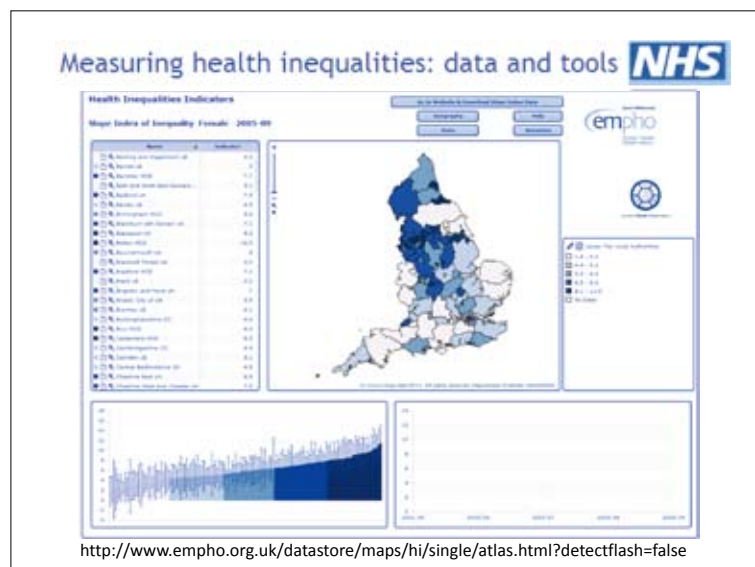
健康における格差についても政府が統計を取って公表している(図表22)。小エリアごとに健康格差がどれくらいあるかを、指標をつくらせて、どの地域で健康格差が大きいのか、全地域について公表している(図表23)。例えばこの黒いところは健康格差が大きいので対策を取るべきところだと一目でわかる。それに基づく対策が、政権交代が起きて以降も続いている。

健康格差なんてなくせるのかという意見もあるので、それについても評価をして「見える化」している。この図表24が対策を始めておよそ5年間の数字である。死亡率の大きい地域と小さい地域の差をモニタリングして、140ぐらいあったのが120ぐらいになってきたと、経過を公表している。

図表22



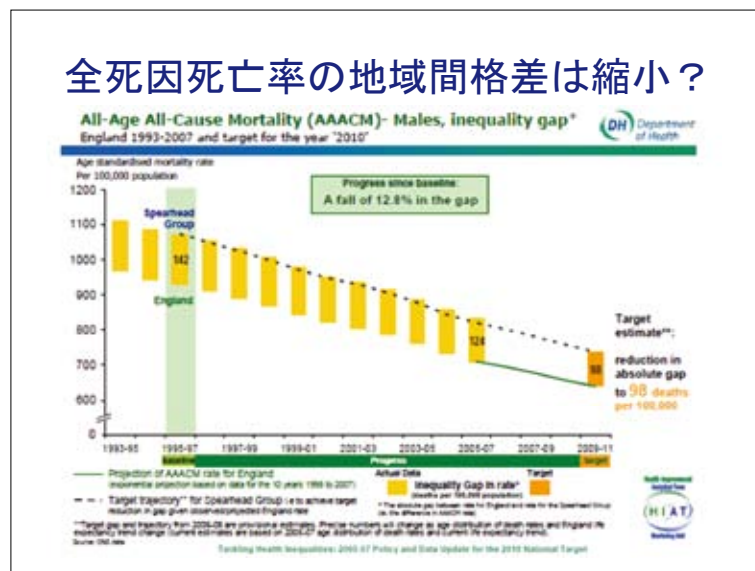
図表23



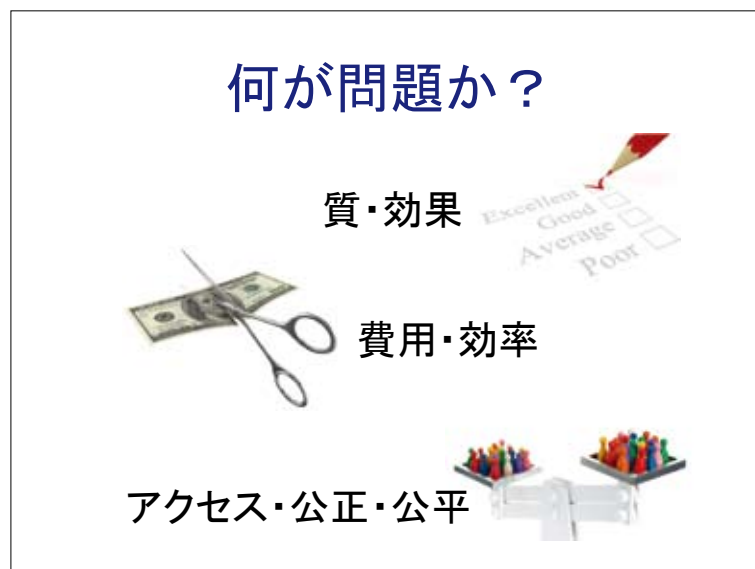
2010年に、10年間の対策と経過の振り返りが行われ、結論としては、「期待したほどうまくいかなかった」と正直に言っている。10年やってみてうまくいかなかったとすれば、やり方が悪かった。その理由は何なのかということ进行分析して、やり方を変える（図表25）。いわゆるマネジメントサイクルを回して、次の10年の方針を定める。こういうことを政権交代が起きてからも行っている。

このようなイギリスを1つのモデルに、今の日本の医療制度改革で何か問題かと考えてみたい。医療費用がどんどん増えており、公的財源がない。しかも高齢化でさらに増えそうだ。費用のことばかりが見えれば、医療費をどうやって抑えるのかということだけが論点として取り上げられやすくなる。しかし、医療にとっては質も大事である。果たして、日本の医療の

図表24



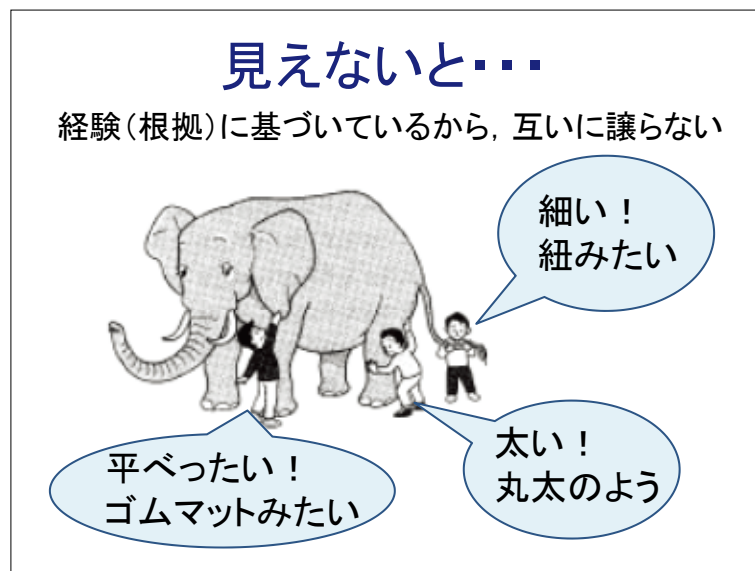
図表25



質が見えているだろうか。どの領域に特に手当てすべきか、そこではどう  
いう手当てをすれば質が上がると予想できるのか、そういう根拠（エビ  
デンス）が日本にあるだろうか。

もう1つのアクセスや健康格差の問題（図表26、27）。これも日本にど  
れぐらいあるのかが果たして見えているだろうか。「見えないものはマネ  
ジメントできない」しかし見えれば、それに対して放置して良いのか、  
悪いのか、価値判断をして、まずいということになれば、どう減らすのか、  
何割減らすのか、そのためにどうするんだ、10年対策をとって本当に減っ  
たのか、そういう論議が起こるようになって、マネジメントサイクルが回  
る。そのためには、日本でも費用だけでなく医療の質とか格差の問題も、  
もっと見えるようにすることが大事ではないか。それが私の言いたいこと

図表26



図表27

### 「見える化」の時代

- 医療費の拡大は必要。ただし国民が負担しても良いと思える水準まで
  - 効率が悪い・費用が高い→抑制
  - 明らかな不足, 質に問題, 医療崩壊→医療費は引き上げるべき
  - 格差が大きい→是正すべきだ
- どの側面が見えるかで国民は決める=「見える化」が必要

である。

「群盲象をなでる」という言葉がある。なぜ吉川教授が「(医師会の) 証明は不十分」と言うのか。彼の目の前にあるのは財源問題である。あるいは、印南先生からしてみれば医療の質は見えない。すると、医師不足は問題ではないという話になる。お互いに自分の関心のあるところだけ扱っているから意見が正反対で、いつまでたってもまとまらない。医療の全体を見えるような仕組みをつくって、合意形成の基盤をつくるのがまず必要ではないか。

例えば、医療費を増やそうと言うと、今までの日本ではアメリカ型の自己負担を拡大する方法が示される(図表28)。公的財源は限られているから、自己負担しか増やせないという。混合診療とか免責制度とか、名前はいろいろだが、要するに患者負担を増やそうということだ。しかし、それだけが医療費を増やす方法かという、イギリス型の全額公的負担でやった国もあるわけだ。

図表28

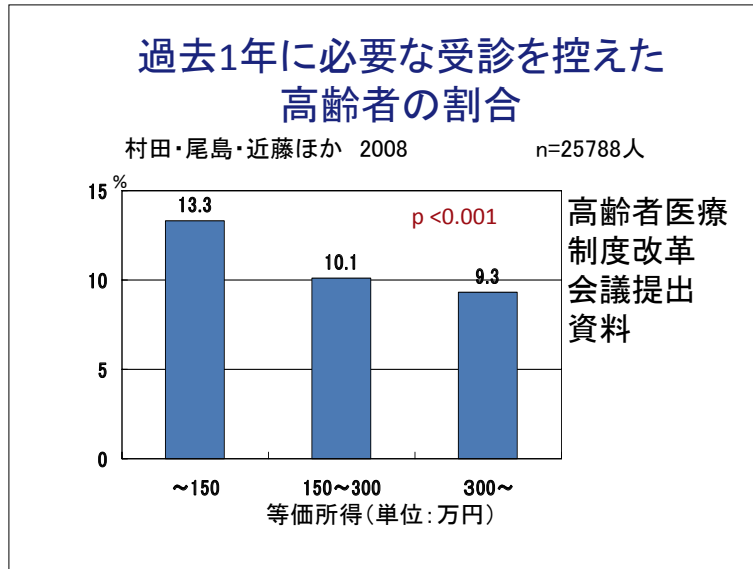
**医療費拡大の二つの道**

- アメリカ型
  - 自己負担の拡大による医療費拡大
  - 「公的財源はない」が最大の論拠
  - 自己負担増, 混合診療, 免責制度
- イギリス型
  - 公的医療費の拡大

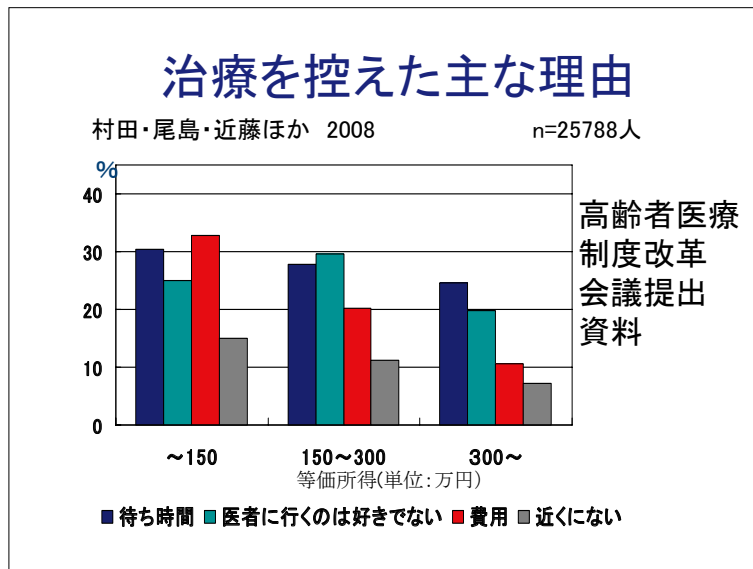
Nihon Fukushi University



図表29

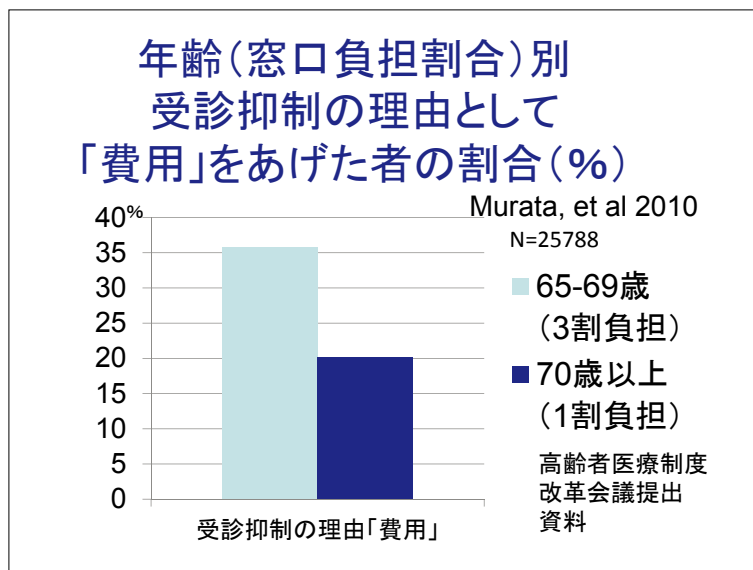


図表30



アメリカ型でやった場合、自己負担が増えるとアクセスに格差が生じるというデータは、日本では多くない。そこで、地域の高齢者2万5,000人あまりを対象にした調査で調べてみた(図表29、30)。すると、4%ポイント、言い方を換えると1.5倍、低所得の方たちは受診を我慢しているという実態を明らかになった。理由を聞いてみると、所得階層間で一番差が大きいのは、赤色。つまり費用が心配で受診をがまんしたという人たちが低所得の人ほど多くて、3倍ぐらい多いことがわかる。さらにこれが自己負担が増えれば、さらに増えそうだという傍証もある(図表31)。3割負担の60代後半では、35%の人が費用を理由に受診を抑制していたが、70歳以上になって自己負担が1割に減ると、これが半減する。今70~74歳の自己負担割合を1割から2割に上げようと論議されているが、それをし

図表31



図表32

**AGES**  
(Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究) プロジェクト

- 高齢者32,891人のデータで検証
- うつ, 閉じこもり, 歯, 虐待まで
- 健康格差は最大約7倍

**検証  
健康格差社会**

編集 辻藤克則

**介護予防に向けた  
社会疫学的  
大規模調査**

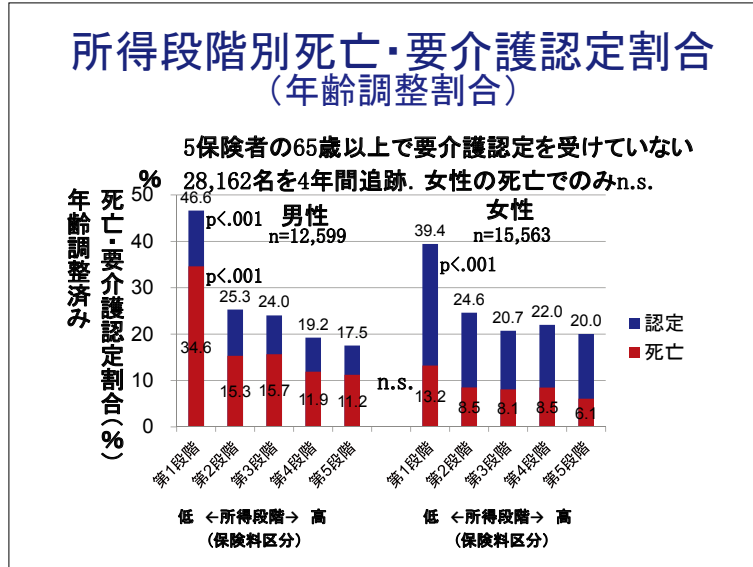
健康格差は最大約**7**倍

うつ, 独居, 歯, 閉じこもり, 虐待にも  
経済格差の存在による格差があることも高齢者約3.3万人データで検証。  
ソーシャル・キャピタルと健康にも注目!

たら低所得の人たちほど受診が抑制されるというのは確実ではないだろうか。その結果、健康格差が広がるということを国民が知ったうえでどう判断するか。そのための情報を「見える化」してフィードバックすべきじゃないか、と考え、日本における健康格差を描き出す仕事にも取り組んできた。

3万3,000人に聞いた調査データをもとに、健康格差は日本にもありますと公表した(図表32)。しかし、横断分析だけでは、不健康だから所得が下がったという「逆の因果」を含んでいるという批判を受けた。正当な批判なので、縦断追跡調査も行った。

図表33



図表 33 の左が男性 1 万 2,000 人余り、右が女性で 1 万 5,000 人余り、縦軸の赤色が死亡、上の青色が新しく要介護認定を受けた人である。横軸は、介護保険料区分を使って所得段階を見たもので、捕捉率は 99% である。これを見ると、最も高所得の人に比べ保険料区分が第 1 段階の低所得の人たちで、死亡率が 3 倍高いという結果が出てくる。ちょうど今、「1 票の格差が 2 倍を超えたら違憲状態だ」と話題になっているが、「1 票の格差と命の格差どちらをとるか?」。1 票の格差が 2 倍はいけないと言うのに、死亡率が 3 倍ということをおいていいのか、と問えば多くの国民は対策をとるべきだと考えるのではないか。

つまり、自己負担が増えると受診抑制が増え、それは低所得の人に影響が大きく、健康格差を助長する。このような自己負担の引き上げの負の側面が、すでに見えていることを、もっと多くの人に知っていただけるよう声を上げて行かなければいけないと痛感している。

医療クライシスからの脱却には少なくとも 3 つの課題がある (図表 34)。1 点目の課題が、医療費を自己負担の拡大で増やすと健康格差を助長するので、公的な財源でやるべきだという合意を形成する必要があることだ。この主張に対し、自己負担を増やすことを支持しているのが、一般国民よりも実はお医者さんに多いという結果が、日本医師会が昔やった調査で出ていた。医療費拡大の財源を公的財源に求めることについて医師会員も含めた国民の中で合意を形成していくことが、まず 1 つ大事な点ではないかと思う。

また、医療費を増やそうと言うと、「先生たちの懐に入るだけではない


図表34

**クライシスからの脱却に向けた3課題**  
イギリスの経験に学ぶ

---

**・国民の理解が得られる医療制度改革のための3つの課題**

1. 公的な財源で自己負担は抑えて
2. 国民の信頼回復
3. 医療の質を高める仕組み


 Nihon Fukushi University

図表35

**3. 医療の質を高める仕組み作り**

---

- ・医療費の無駄、ムリを排し、増やした医療費が医療の質の改善につながる仕組み作り
- ・「医療費を増やしても無駄が増えるだけ」と映れば、医療費拡大は支持を得られない
- ・モニタリングシステムと戦略的マネジメントが必要

 Nihon Fukushi University

か」という声が出てくる。国民がそういう認識の間は、医療費を増やして欲しいと言っても、国民は納得しないだろう。3番目に、その増やした医療費を何に使って医療の質を高めるのかという、言うならば見積書が必要だ。増やした医療費でこういうことをすることで、医療のどの部分の質を上げるのか。あるいはどうやって健康格差を減らすのか。医療費の使い道に関する見積もり書を用意しない限り、国民は医療費を増やすことを納得しないのではないか。以上が私の考える3つの課題である。

時間の制約があるので、この3番目の「医療の質を高める仕組み」作りに絞って、どんなことが日本でもできるのか、取り組んでいることを紹介したい（図表35）。その目的は、医療費の無駄や無理を排し、使った医療費が医療の質の改善につながることを国民にわかりやすく伝わるような仕

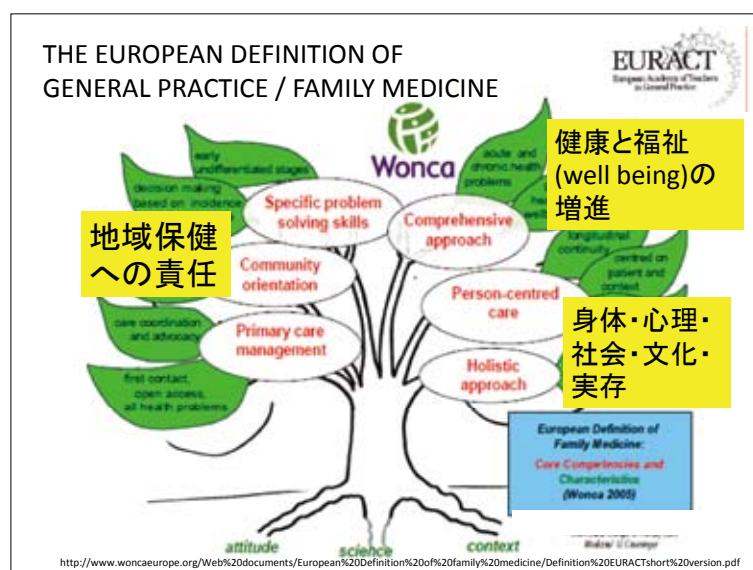
組みを作ることである。そのために、まずは「見える化」を進める、モニタリングシステムを作るべきだと考え取り組んできた。さらにそれを基に戦略を作り合意形成していく場を作るべきで、日本医師会に、それを担うことを期待している

このスライドはヨーロッパのGPたちの学会が出している、GPは何をする人かという定義を表したシェーマである（図表36）。これを見ると、健康だけではなくて、高齢者の福祉や体だけでなく心も社会も全部丸ごと見るのがGPだと言っている。さらに個人に対する責任だけではなくて、自分が担当する地域の保健水準を上げるのも仕事であり、例えば自分の担当している地域の健康状態が悪いとしたら、その要因を分析する者として専門性を発揮し、それに対してどういう手立てを取るべきなのかという助言をするのもGPの役割なんだとしている。

日本にも前例がある。例えば寒い冬に往診に行った時に、トイレで倒れている人がいっぱいいるのでトイレを家の中に作るべきだと助言したり、寒暖差を小さくするために家の建て方まで助言したりする医師たちが沢内村の澤田医師や佐久総合病院の若月医師などが有名だが実際にいた。薬を出すことだけが仕事ではなく、環境もひっくるめて、地域レベルで健康を守る専門職として役割を発揮することが地域医療の担い手には期待されていると思う。

国が特定健診・保健指導のデータを標準化した。同じ定義で全自治体がデータをもっている。それを使って地域の健康状態の「見える化」を試みてみた。

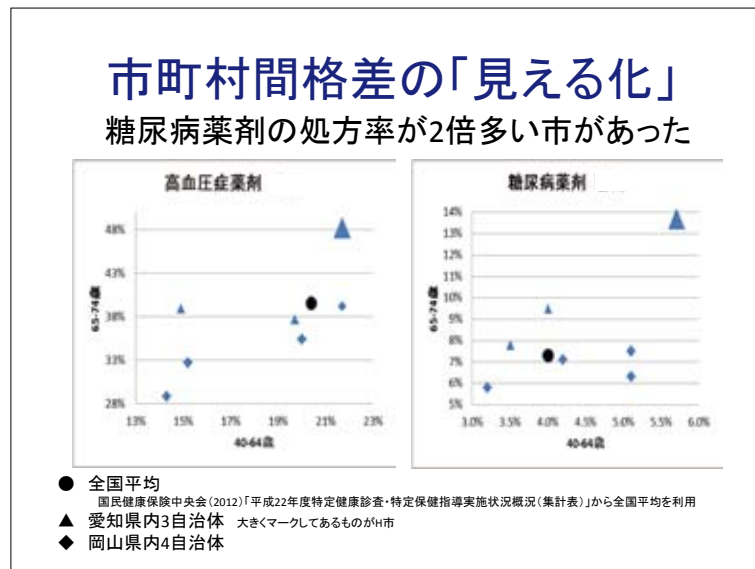
図表36



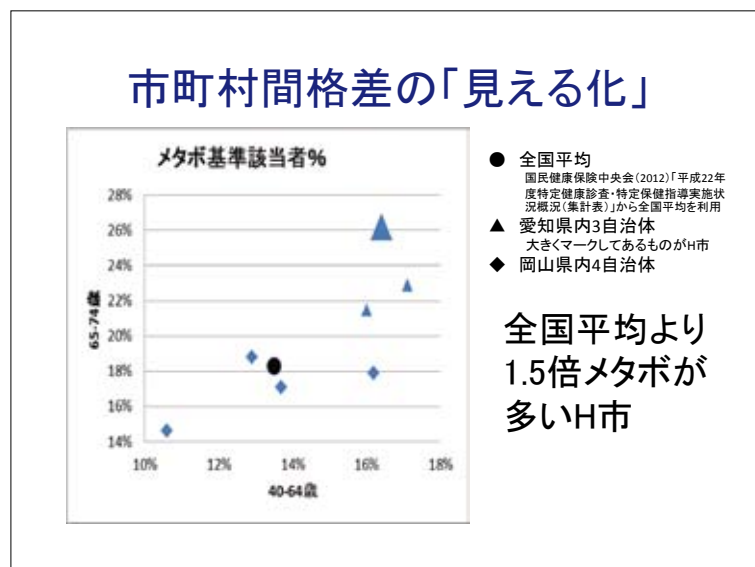
図表 37、38 は、データ提供を受けられた7自治体における高血圧の薬投与患者および糖尿病の薬の投与患者の割合のデータである。最も少ない自治体だと28%、多いところで48%と、薬の処方を受けている人の割合が20%ポイント違う。糖尿病のほうは、6%と13%と2倍以上違う。これぐらい地域によって違いがある。

どうしてこういうことが起こるのか、開業医の先生が処方し過ぎじゃないかという批判もあり得る。しかし、分析してみると、さきほどの処方者割合が高い自治体はメタボの人の割合も最も多い自治体であり、そこに暮らしている住民の健康水準も違う。今まではこういうことを「見える化」する努力があまりなされていなかったのではないかと思う。

図表37



図表38



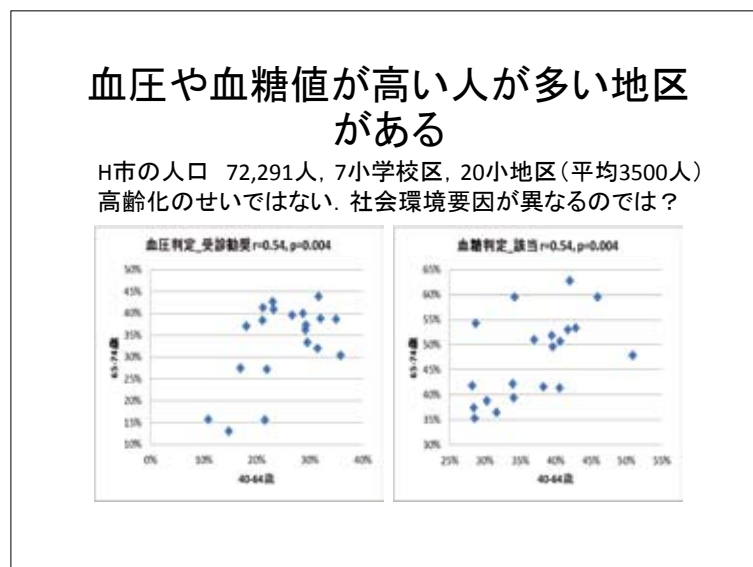
さらに、イギリスでは小地域分析が行われているので、先ほどの市において試しにやってみた。人口7万人、7つの小学校区を20の小地域に分けた（図表39）。平均で1地域の住民数が約3,500人になるので、開業医数でいえば単純平均で3人ぐらいになる。3人の医師達でその小地域に責任を持っているという言い方ができるわけだ。

見てみると、同じ市内であるにもかかわらず、高血圧と判定される率が、少ない小地域だと13%、多いところだと45%の人が該当する。これは高血圧が多い地域と少ない地域で3倍も差があるということだ。あるいは糖尿病についても、35%から64%ぐらいまで2倍弱の差がある。その原因は何であろうか。それは薬だけでコントロールできるものなのであろうか。「見える化」が進むことで、その地域保健に責任を負う開業医としての役割や、医療機関の役割の見直し論議がはじまるのではないかと考えている。

先ほど福祉もGPの仕事に含まれるという定義を紹介したが、介護予防についても、この間研究に取り組んで来た。図表40、41は、4月1日に一般公開する予定の「介護予防政策サポートサイト」である。全国の約1,600の保険者を高齢化率の平均値で、高齢者が多い地域と少ない地域の2つのグループに分けたうえで、例えばうつが少ない自治体から多い自治体まで並べて、上位から2割に入る、うつが多い自治体を5点、最も少ない2割のグループを1点として、シグナル表示したものである。

ちょっと意外なことに、この厚生労働省が交渉しているデータでみると、文京区は下から数えたほうが多い指標が6つのうち5つもある。そう

図表39



すると、文京区の開業医の先生は、介護予防についてもっと助言・指導すべきではないかということが見えてくる。よく「うちは高齢化が進んでいるから」と言われるので、高齢化率5%ずつで層別して、高齢化率が同水準のところだけを比べられるようなフィルター機能もつけた。こうすると同じ高齢化率でもだいぶ差があることも見えてくる。すでにこれらをインターネット上で誰でも見られるようにしてある。

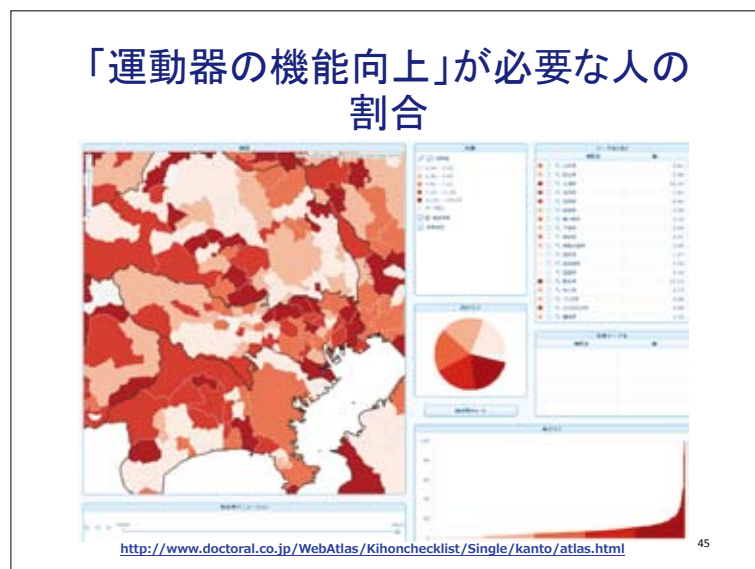
世界中で健康格差あるいは健康の社会的決定要因が重要というレポートが相次いで出ている。日本ではまだ調査・研究がされていないだけで、もう少し社会環境にアプローチすることを地域医療でも見直すべきなのではないかと思っている。

日本でなぜこうした健康格差の問題が話題になるのが遅れたのか。1つ

図表40



図表41





は海外の膨大な蓄積が英語で書いてあるため、研究者が関心のある人でないとちょっと手が出なかったことがある。そこで、今年の1月に、『健康の社会的決定要因－疾患・状態別「健康格差」レビュー』（日本公衆衛生協会、2013）という本を出した（図表42、43）。

まだ余り知られていないが、健康格差の問題は調べてみると相当根強くあるので、対策を強化しようという決議を WHO が2009年の総会であげている。その中では「もっとこの問題を見えるように測定しよう」とうたっている。日本でも政府が今年の7月に発表した「健康日本21（第2次）」の中で、健康格差の縮小を目指すことが明記された（図表44、45）。

図表42



図表43

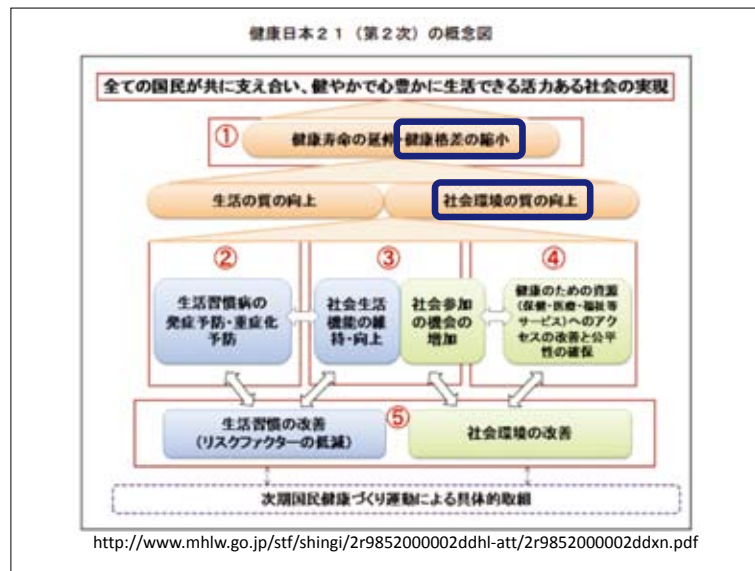
**Recommendations of CSDH final report 2008**

- 1 Improve Daily Living Conditions  
日常生活の環境条件の改善
- 2 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources  
力、お金、資源の分配の  
不平等への取り組み
- 3 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action  
問題の測定と理解、活動の  
パクトのアセスメント  
= Health Impact Assessment

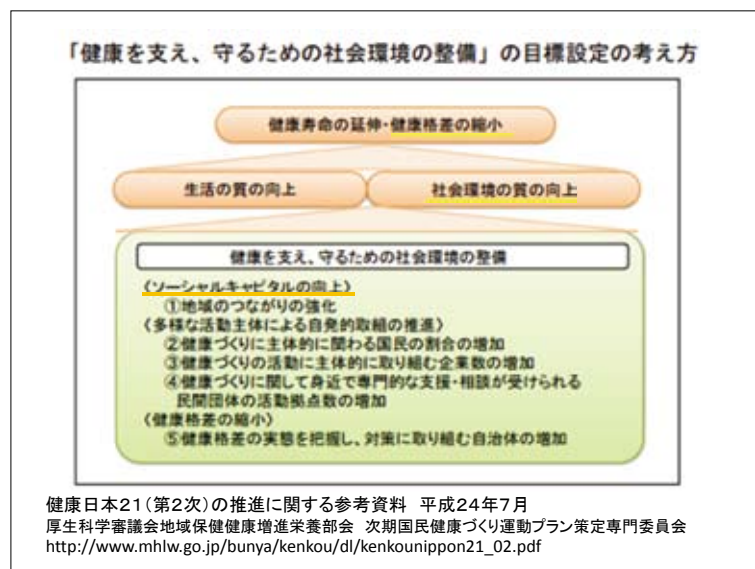
それをどうやってやるか。「社会環境の質の向上」を通じて行うと書かれている。具体的には地域のつながり（ソーシャル・キャピタル）を強める。薬ではないのに、そんなに効くのかと思われるかもしれないが、人々がつながっているコミュニティは健康指標がよいという結果が出てきている。

例えば図表 46 では、小学校区単位で分析したもので、そこに暮らしている高齢者のうち何%の人が、例えばボランティア団体・老人クラブ・趣味の会といった地域組織に参加している割合を横軸に置いたものである。少ない小学校区では後期高齢者の 2 割しか参加していないが、多いところで後期高齢者でも 7 割が地域組織に参加している。縦軸が、認知症リスクがあると判定された人の割合を示している。すると地域につながっている高齢者が少ないところでは、認知症リスク者が多い。つまり、ほけやすい

図表44



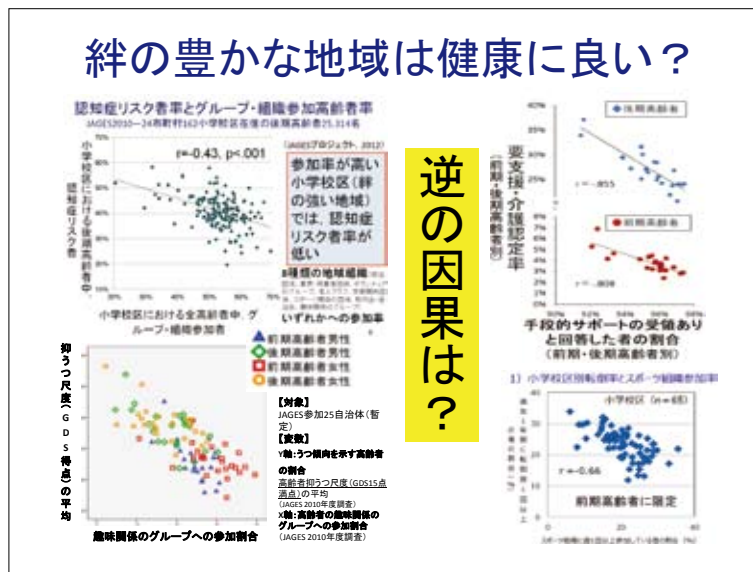
図表45



地域というのがある。もう1例あげると、左下のグラフでは、趣味の会に参加している高齢者の割合を横軸において、25自治体での結果を示した。縦軸は、うつ評価スケールの平均点で、高いほどうつ傾向を意味する。見ると、趣味に参加している高齢者が多い自治体ではうつ得点が低く、メンタルヘルスが良い。メンタルヘルスが良いから趣味の会に行くという逆の因果を含んでいるが、それにしてもきれいな相関関係がみられる。こうなると、今後は抗うつ剤を飲んでいる人の割合だけではなく、地域とのつながりも評価すべきではないか。右下のグラフでは、転んでいる人の割合を、小学校区単位で見たものである。一番少ないところが12%、多いところが34%となっており、3倍転びやすい小学校区がある。相関が見られたのは、週に1回以上スポーツ組織に参加している高齢者の割合で、それが多いところは転んだ経験のある人は少ない。

こうしたことを厚労省に報告していたら、保険料に直結する要介護認定率はどうかと言われ、調べてみた。すると、一番相関が高かったのが手段的サポート（病気で数日寝込んだときに世話をしてくれる人がいる割合）である。社会的サポートを受けられる高齢者が多い自治体ほど要介護

図表46



認定率が低い。開業医や医療機関は、「人々のつながりを作る場」（＝待合室）を提供している。サロン化していると批判されてきたが、実はあれが良かったかもしれない。人々のつながりと健康の関連を縦断研究で裏づけしようと思っている。

このように「見える化」で様々なことができる。ただし、日本の医療をよくするためには、国民に見てもらいたい側面は何かなど、戦略を練りながら見せ方を設計していても良いと思う。一方、見えただけでは「医療崩壊」は解決しない。見えた現実からどういう改革のストーリーを描くかも大事だと思う（図表47、48）。

その点でも、NSF と呼ばれる、イギリスで作られた国レベルの医療サービスの枠組みが参考になる。10年後の目標を定め、それを実現するために、

図表47

**「見える化」だけでは足りない**

- どの側面を見せるべきか
- 「見える化」できるのは事実・現状まで
- 戦略的な「見える化」が必要
- 医療崩壊からの脱出には、どんな医療をめざすのか＝目標とそこに至る戦略（ストーリー）が必要

図表48

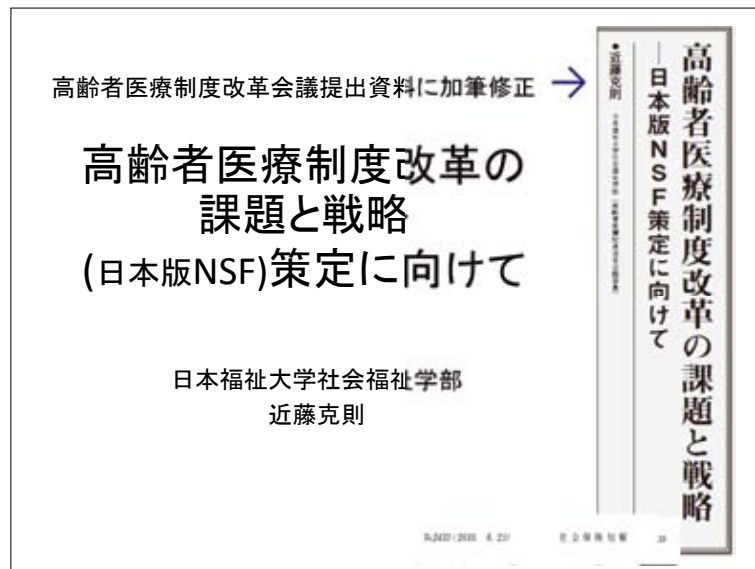
**NSF (National Service Framework) とは**

- 日本より10年早く「医療崩壊」を経験したイギリス政府が、そこからの脱却・再生に向けて策定したもの
- 現状評価に基づき課題抽出、全英で達成されるべき10年後の数値目標、目標に至る戦略を、領域・疾患別に示したもの
- 日本の高齢者医療で、今後10～20年間に起きる構造的なニーズの変化に対応するには構造改革のための「日本版NSF」の策定論議の場が必要である

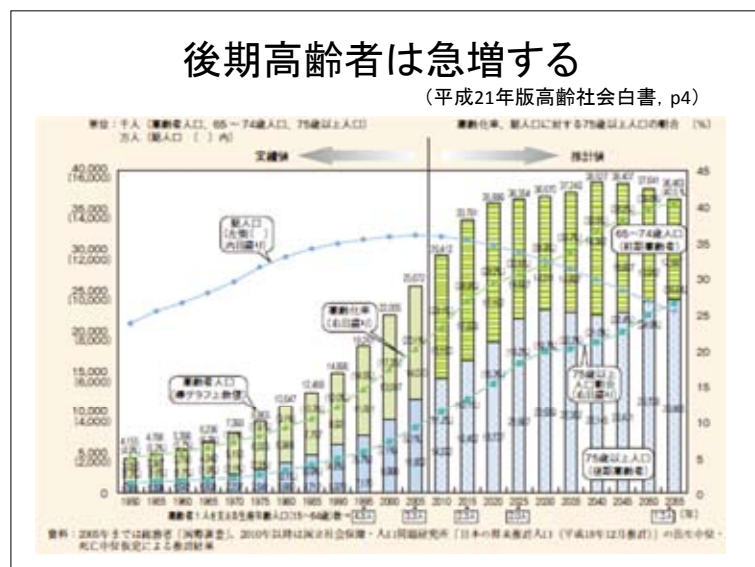
なすべきこと、その道筋が書かれている。このような改革のストーリー・戦略が日本にも必要ではないか。その具体例を、『社会保険旬報』に論文として掲載してもらっているのも、是非ご覧いただきたい(図表49)。これから日本は構造的な変化が起きて、今までの延長線上で考えていると、後手に回って大変じゃないかというのが基本の問題意識である。

例えば、後期高齢者は増加し、急激な人口減少も始まり、死亡者数は1.5倍ぐらいに膨れ上がる(図表50、51)。しかし家族介護力がやせ細っている中で在宅での看取りは果たしてできるのか。今までにない選択肢を準備したり、今までとは違うサービスや提供プログラムを作り出さなければいけないと考えている(図表53)。

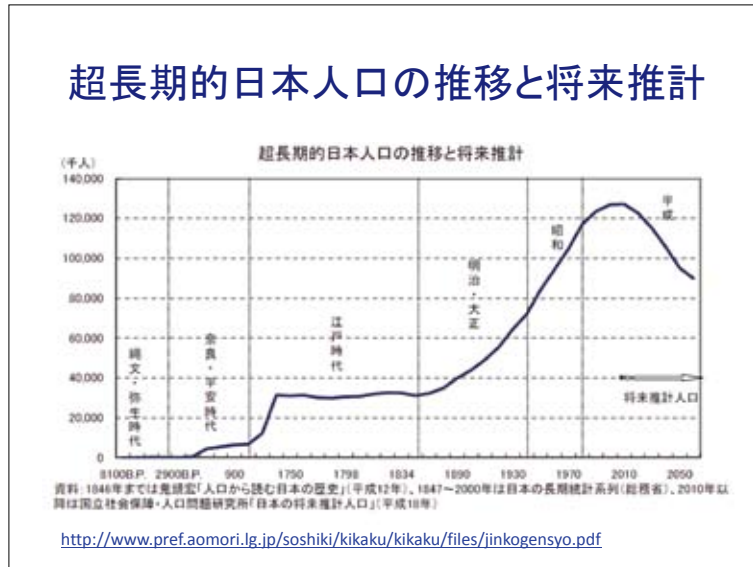
図表49



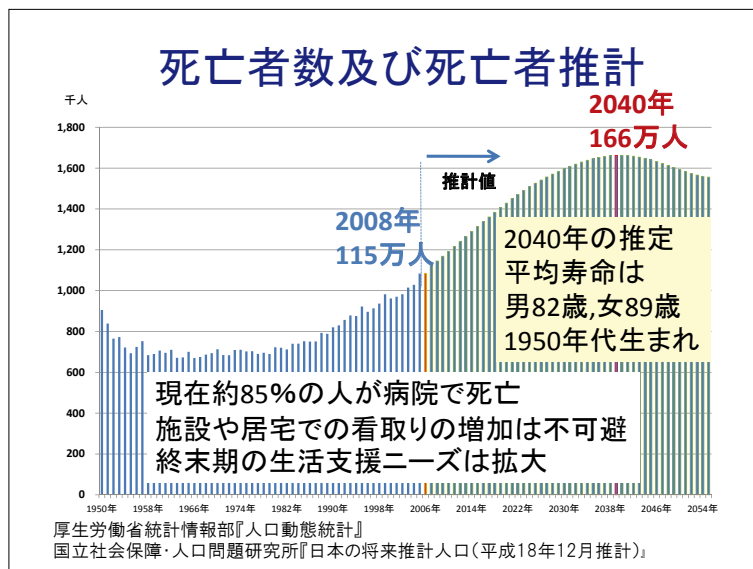
図表50



図表51



図表52



図表53

## ケア・プログラムの課題

#### 選択肢の拡大

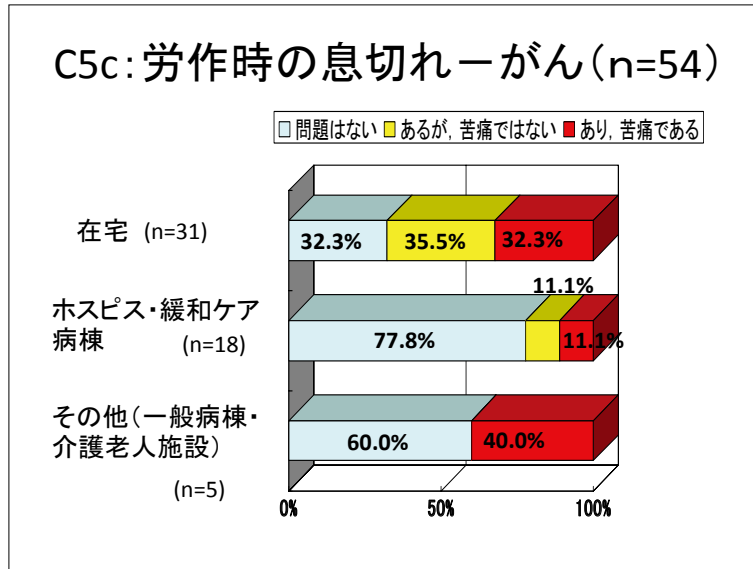
- 病院中心の現状
- 老人福祉・保健施設
- ホスピス・在宅ケア
- 自宅でない在宅
  - ケア付き住宅
  - グループホーム
  - 小規模多機能

#### 新しいモデルの開発

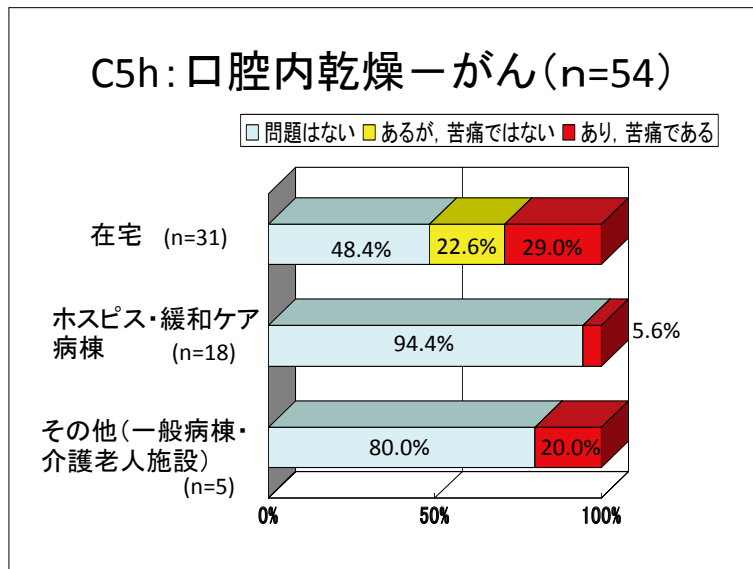
- デイ・ホスピタル:  
早すぎる社会的な  
死の予防
- 24時間ケア
- モバイル緩和ケア  
チーム
- 複数主治医制

どこであってもケアの質向上

図表54

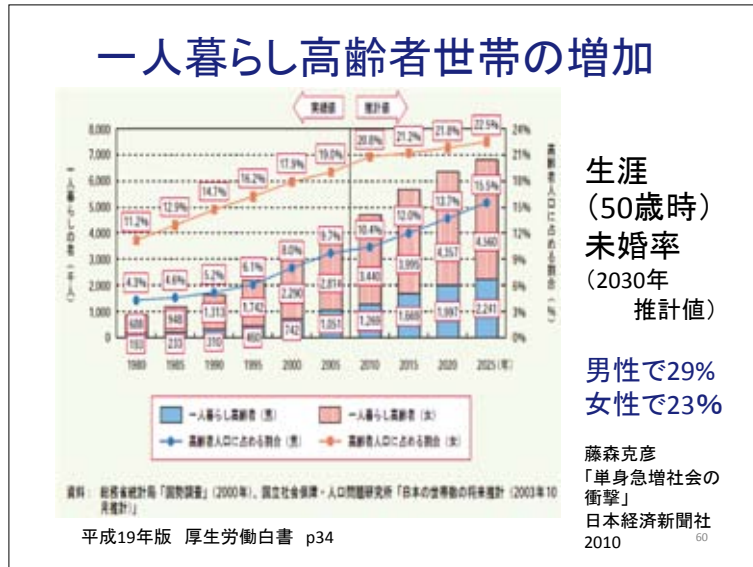


図表55

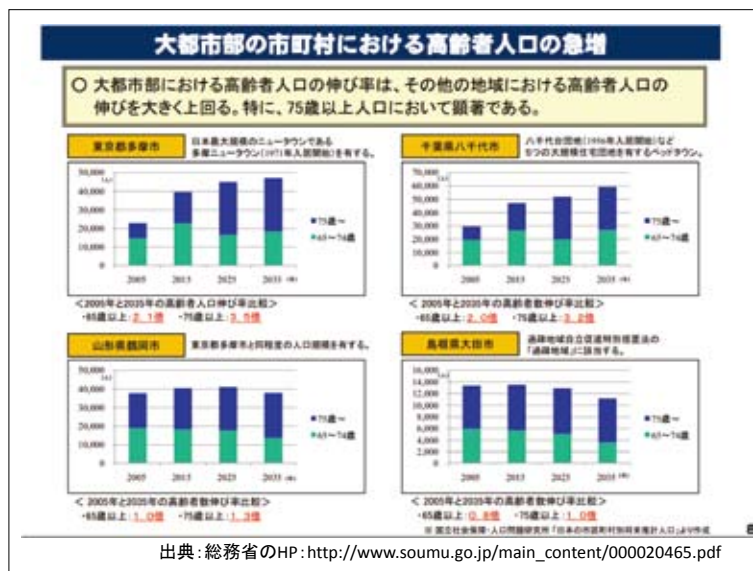


在宅の看取りについては、確かに一生懸命やっている先生のところは医療の質が高い。ただ、一般的なところのデータを見るとかなりの差がある。例えば、がん患者で労作時の息切れがある割合を調べてみると、ホスピスでは苦痛のある方は1割ぐらいしかいない(図表54)。つまり、提供されている質は高い。それに対して在宅では3人に1人が苦しんでいる。同じ日本人でがん患者が対象であるから、ホスピス並みに1割にまで減らせる可能性はある。ホスピスで開発され、使われている様々な技術を在宅に持ち込めば、ホスピスのレベルまで減らせる余地があるのではないか。そのためには医療の質を測り、どうすれば質が上がるのかを明らかにし、それを現場に普及する取り組みが必要ではないか。もう1例あげると、口の中が乾いている割合は、ホスピスであれば5～6%なのに、在宅では3割の

図表56



図表57

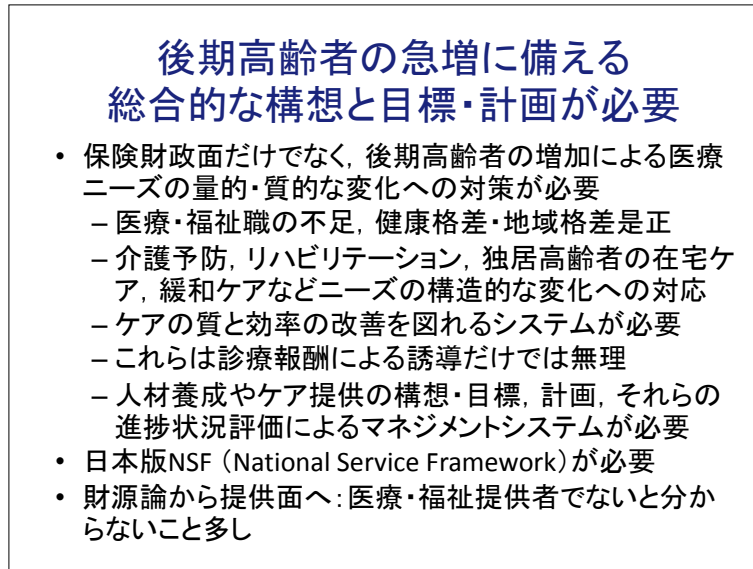


人が苦痛を感じている (図表 55)。減らせる余地があるので、そのギャップを埋めるために一体何をすべきか。その道筋を描いたのが、イギリスの National Service Framework である。

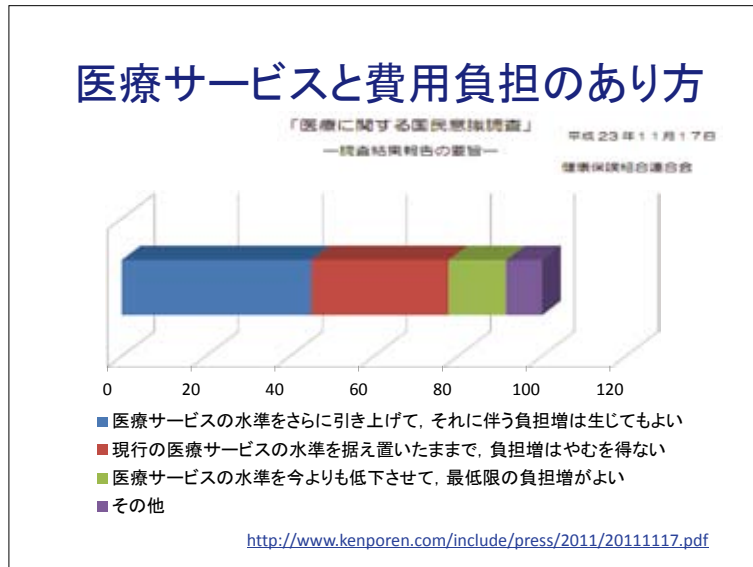
さらに今後、一人暮らしの高齢者、特に都市部で高齢者が急増する (図表 56、57)。すると、今までの家族介護力をあてにしたサービスモデルでは立ち行かなくなるのは明らかで、介護予防・リハビリ・在宅ケア・緩和ケアなど、多くのことを準備しなくてはならない。これらは診療報酬による誘導だけでできるとは思えない。新しいモデルを作り、その効果を継承し、それを担える人材を育てなければならない。卒前教育を担当する文科省も巻き込んだ総合的なアプローチをする必要があるのではないか。それらを描いたのがイギリスの National Service Framework である。日



図表58



図表59

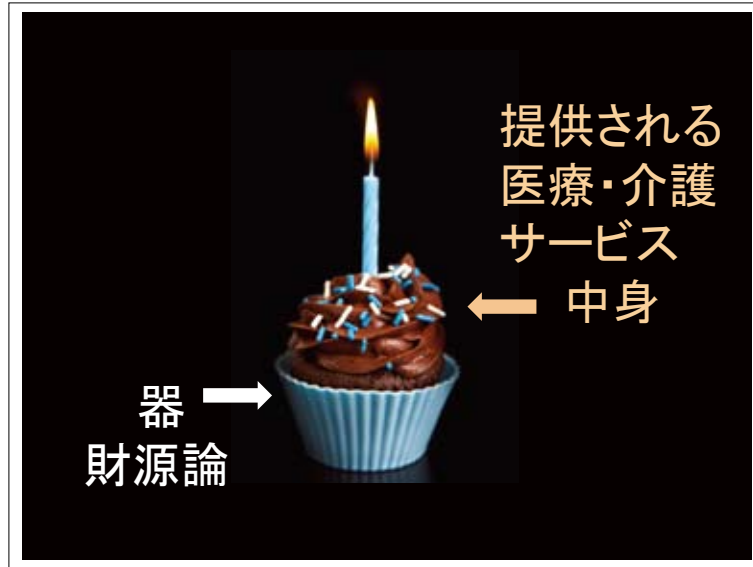


本でも部分的には作られているとは思いますが、その全体像を示す日本版NSFが欲しい。その取りまとめを日本医師会にやっていただけないかと願っている（図表58）。

医療サービスの水準がさらに引き上がるのであれば、負担増が生じてもよいと言っている国民が半数近くいる（図表59）。同じ水準だとしても、負担増はやむを得ないと言う人まで入れれば7割くらいになる。こうしたことを考えると、国民に対して今後10年後20年後を見すえて、医師／医療の専門職として、こういう医療を保証したい、

そのためにはこういうものがある。その実現のためにはいくら必要だ。そういう見積書を用意すれば、国民は少なくとも聞く耳は持っているということだと期待している。

図表60



今までは、どちらかというとな財源論、器の話が大半だったと思う。しかし、これからは社会構造が大きく変わり、求められ提供されるべき医療の中身も変わる。医療の器でなく中身も急いで準備する必要がある。中身を考えることをエコノミストや厚労省に頼めるのか。

中身の話は、医療界が作るべきだと思う。日本医師会が医療界を取りまとめて、見せるべき現状を見えるようにして、改革の目標を提示して、その実現のためにはどういう道筋で進めるのか、そのためにはどれくらい費用がかかるのか、それが実現できればどこまでは保証できるのか、示してほしい（図表60）。

自分のところの診療内容まで見られたくない思いは、多分、会員の中には相当あると思う。しかし、公的な財源からお金を出してもらうのであれば、その前に見積書を出して、目標とそこに至る道筋を示し、その実現のために努力していることを示す必要はないのか。それと引き替えに医療費を負担してほしい。費用負担と見返りとの抱き合わせでないと国民は納得してくれないのではないかと思う。

医療制度には、お金の問題だけではなくて、そのお金でどういうサービスを展開して提供するのかという中身の問題がある。なおかつ、国民が同意してくれた範囲でしか医療費は増やせない。さらに超高齢社会では、今までの延長線上では考えられない相当大胆な中身の組み直しの必要がある。それにも関わらず前提となる現状認識の段階で意見が割れている。まずは医療費だけでなく、医療の質や受診抑制や健康格差の現状を見えるようにして合意の形成を図る。手間暇はかかるが、合意の形成を図り、それを国民に説明しながら進める以外に方法はないと思う。

医療の提供内容を変えるには、人作りも考えると10年かかる。日本社会に残されている時間的猶予はそんなに長くない。できることから着手して、モデルを作って進めていく必要がある。医療の中身については、医療界がイニシアチブを取るべきで、その上でこの日本医師会の役割にはほかに代わることができないものがある（図表61）。

以上のように、日本の状況に合わせた「見える化」を進め、マネジメントの強化をしていくことが必要だと思う。


図表61

**「医療クライシス」を超えて**

- 医療制度＝医療保障(器)+提供(中身)
  - 公的な財源による医療保障を守れるか
  - 提供側の改革構想に合意はあるか
- 国民が同意した範囲でしか医療費は増やせない
- 超高齢社会に耐える中身の論議と改革が必要
- 「見える化」による業界内部での合意・政策形成と、国民への説明責任の追求
- 提供内容を変えるには10年かかる
- モデルを作り、マネジメントする主体は医療界
- 中身の「見える化」とマネジメントの強化を

**文 献**

- 近藤克則『医療費抑制の時代』を越えて-イギリスの医療・福祉改革』医学書院, 2004
- 近藤克則『健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか』医学書院, 2005. 社会政策学会賞(奨励賞)受賞
- 近藤克則『健康格差社会』を生き抜く』朝日新聞新書, 2010
- 近藤克則『医療クライシス』を越えて-イギリスと日本の医療・介護のゆくえ』医学書院, 2012



Nihon Fukushi University

## 社会保障制度改革国民会議を取り巻く歴史的環境

慶應義塾大学商学部教授

権丈 善一

今日のテーマは「社会保障制度改革国民会議を取り巻く歴史的環境」である。タイトルを「歴史的環境」としたのは、今議論されていることは、長い歴史のなかでの一つの到達点であり、将来からみれば一つの通過点であるという意味を込めてのことだ。今回の社会保障制度改革国民会議は、社会保障改革推進法に基づいて設置されたものであり、社会保障改革推進法そのものは、この国の長い社会保障と税の一体改革の流れから独立して生まれてきたものではない。そうした一連の流れというのは、社会保障に財源をいかに優先的に獲得するか、社会保障への国庫負担の増大からいかに解放されるかという、そうしたやりとりとかけひきの中で果てしなく繰り広げられた歴史のなかの一連の流れの中にある。

財源を獲得するというのは、大変な話である。社会保障に追加的な財源を獲得するためには、狩人型の活動をしなければいけない。他省庁と渡り合いながら社会保障に財源を確保するために戦ってきた狩人型のグループがいる。財源獲得は、何のための財源が必要なのかの説明をせざるを得ず、したがって、財源調達のプロセスで、今後消費税の増税で得られる財源をもってどのように使うのかという話がほぼできあがってくることになる。もっと言えば、もうほとんど選択の余地はない状況になっている。

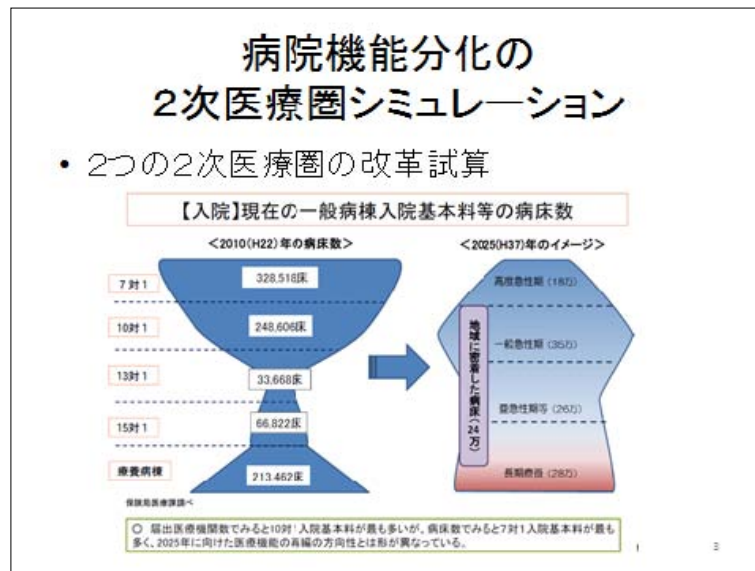
これから消費税を上げていくわけだが、厚生労働省は、提供体制の改革をやって医療費をある程度コントロールしていくという大義名分の下に、これまで戦ってきた。これを受けて、財務省は、提供体制の改革に結びつかない金を出さないというところまで来ている。では、提供体制の改革とはと言うと、その姿は2008年の国民会議で示されたような機能分化と連携の形である。

図表1の右側の2025年のイメージは、2008年の国民会議の時に描かれたモデルである。

このモデルは全国レベルなので、これを2次医療圏レベルに投影したらどうなるかということ、今回は、二つの2次医療圏を対象としてシミュレートしてみた(図表2、3、4、5)。

ただし、医療には地域特性がある。医療資源にも、人口動態にも、医師患者関係にも地域、地域の特性がある。国は大まかな基準や指針は出すが、その地域、地域で創意工夫をして自分たちの地域に最適な提供体制のあり方を考えてもらいたい。そういうプレゼンを先月の4月19日にした。4月30日の朝日新聞の社説では「地域の実情にあった“ご当地医療”をつくる。そのために、都道府県の権限と責任を大きくし、消費増税の財源を

図表1



図表2

### 2つの2次医療圏の 人口の現状(2010)と2025年の見通し

	総人口 (万人)	65歳以上		75歳以上		
		人口 (万人)	割合 (%)	人口 (万人)	割合 (%)	
2次医療圏A	2010年	234	48	20%	23	10%
	2025年	228	69	30%	40	17%
		-3%	+43%	+10%ポイント	+74%	+8%ポイント
2次医療圏B	2010年	37	9	24%	4	12%
	2025年	33	11	33%	6	19%
		-10%	+23%	+9%ポイント	+44%	+7%ポイント

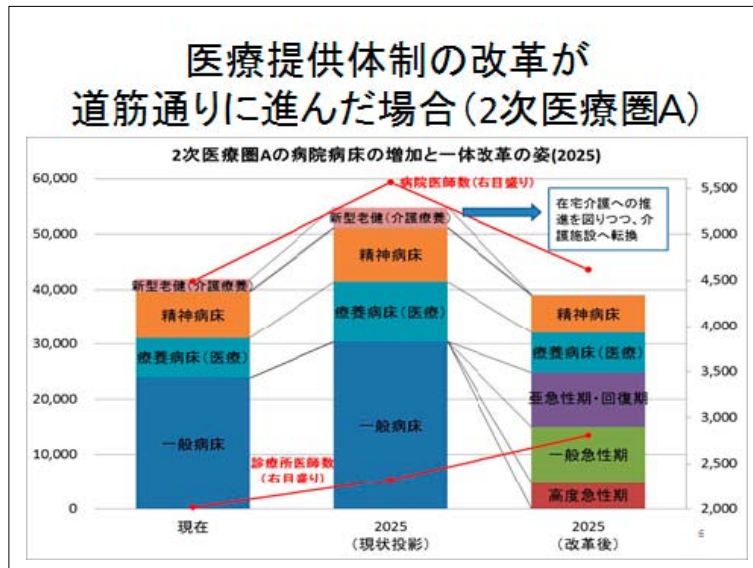
(資料) 市区町村別将来推計人口(社人研、平成20年12月推計)

図表3

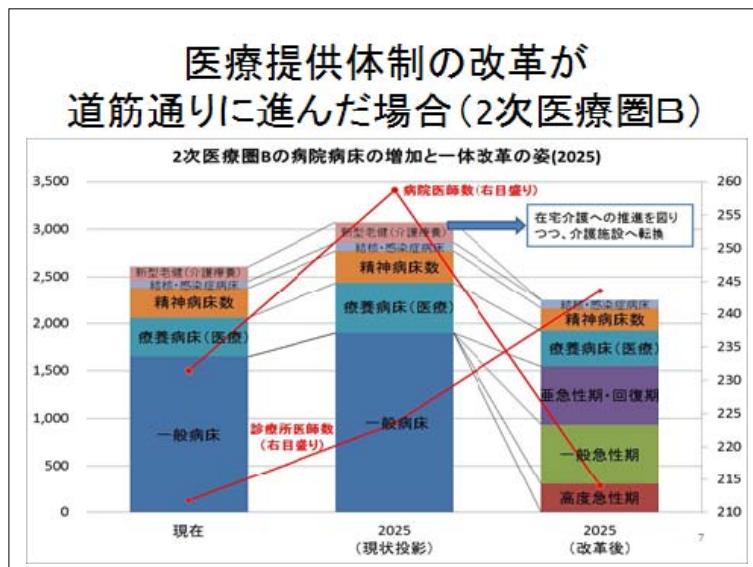
## 2つの2次医療圏の医療提供体制

<病院病床数>		病院所在地		患者所在地換算		人口千人大 たり病床数		(参考)人口千 人大たり病床 床数(全国)
		病床数	人口千人大 たり病床数	患者流入	患者流出	病床数	人口千人大 たり病床数	
一般病床	2次医療圏A	23,868	1019	13%	75	21114	901.0825	704
	2次医療圏B	1,650	450	22%	47%	2412.97	657.8076	704
<医師数>		補助換算人数		100床当たり (常勤換算)		(参考)全国の 100床当たり		
<b>2次医療圏A</b>								
病院	医師数	4,544		11	13			
	看護師(准考 護師含む)	22,173		53	54			
診療所	医師数	2,018						
	看護師(准考 護師含む)	2,874						
<b>2次医療圏B</b>								
病院	医師数	294		9	13			
	看護師(准考 護師含む)	1,259		48	54			
診療所	医師数	212						
	看護師(准考 護師含む)	455						

図表4



図表5



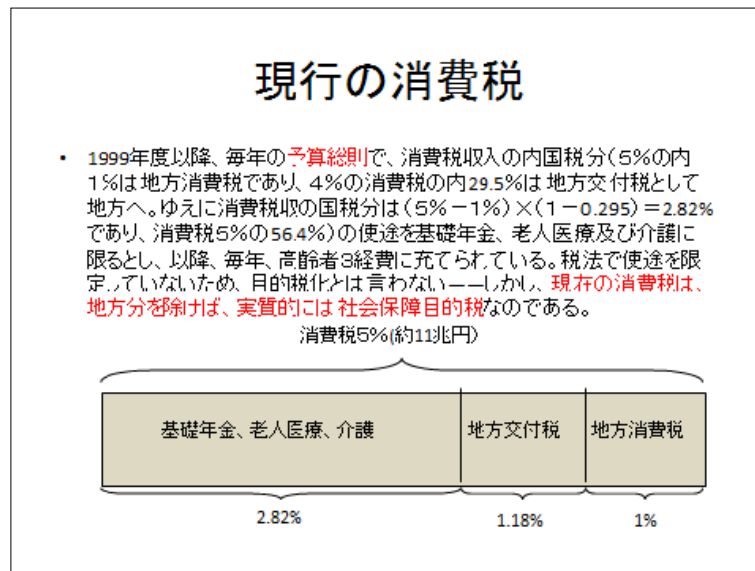
あてる」と表現されていたが、その通りだと思う。

今は消費税5%のうち2.82%分しか国税分はなく、この国税分は基礎年金・老人医療・介護という高齢者三経費に使われている（図表6）。

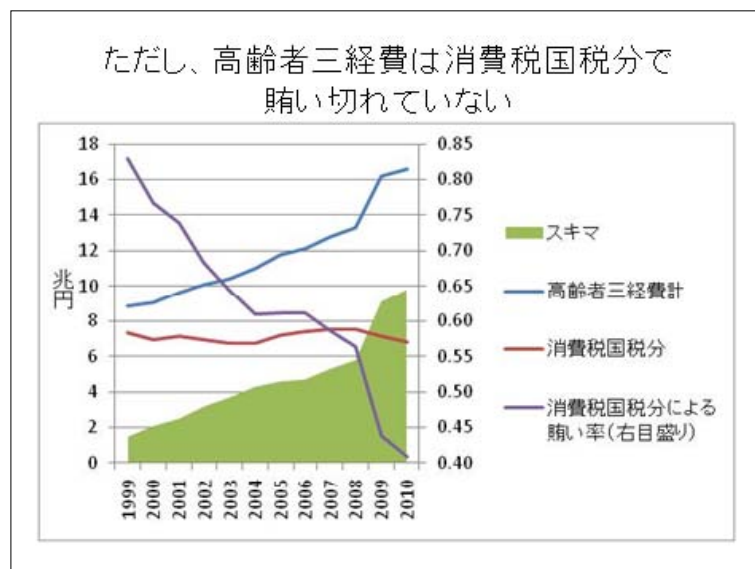
消費税はずっと税率を上げていないのだから、消費税国税分の額は時代が変わっても変わらない。ところが高齢者三経費はこんなに増えているので、このスキマは今は10兆円ある（図表7）。

したがって、今度消費税が5%上がれば、このスキマの10兆円がまず埋められる。このスキマが消費税4%で補填され、1%分を社会保障の機能強化に回すことになる。しかもこの1%のなかで、子ども・子育て0.7兆円の用途はもう法律で決まっている。年金0.6兆円の用途も法律が通っている。用途が未定なのは医療・介護だけだ。ここをどうするかという議

図表6



図表7



論が、いま国民会議で行われている。

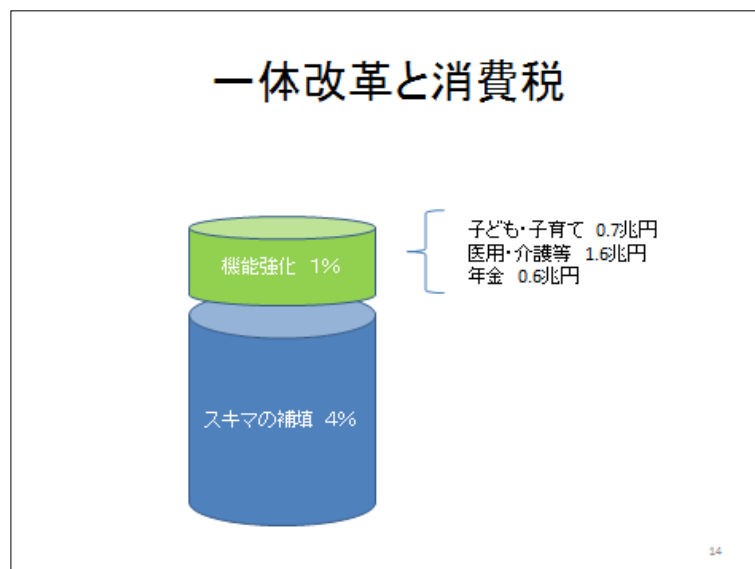
もう一つ考えなければならないのは財政である。日本は、何十年間も必要とされる増税を先送りしてきたために、累積された債務からの財政圧力はかなり辛いものがある。のみならず、今も基礎的財政収支は取れていないために、債務が累積されている。消費税5%の増税では、基礎的財政収支はとれない（図表8）。

そのなかで1%を社会保障の純増、機能強化に回すという話である（図表9）。消費税5%の増税のうち4%分で埋められるスキマは、高齢者三経費と、その財源に予定されている消費税国税分とのスキマであるわけだから、これを消費税4%で埋めて、社会保障の機能強化に1%を使うというのは、今回の消費税増税5%のすべてを社会保障のために使うという

図表8



図表9





のはウソではない。この大枠を、国民会議では与件として議論せざるを得ない状況にある。

医療・介護等に向けられる 1.6 兆円には、保険料負担軽減の他に提供体制の改革のために使うというのが、これまでの一体改革の中で到達しているコンセンサスだ。例えば 1 月 21 日の財政審の「予算編成に向けた考え方で」は、図表 10 のように記されている。

先日、保険局と話をしたが、保険局には、懸命に財務省や保険者である企業と戦って、次の診療報酬 26 年改定診療報酬の引き上げは大いにやってもらいたいと言っている。ただ、消費税を引き上げたときの財源の使途は、これまでの一体改革の歴史を鑑みると、診療報酬で使うのは難しいのではないか。今にいたるまでに、医療提供体制の改革は必要であり、その

図表 10

**財政制度審議会「平成25年度予算編成に向けた考え方」(2013年1月21日)**

二) 医療提供体制の重点化・効率化

社会保障・税一体改革において計画されていた公費負担の追加のうち、医療分野においては、介護分野も含め、保険料負担の軽減に充てられる以外に、医療・介護サービスの提供体制の重点化・効率化と機能強化のために公費が追加される予定となっている。

これは、先に述べた我が国医療の問題点を踏まえ、急性期病床への医療資源の集中投入等により「高密度医療」を実現し、平均在院日数の減少等を通じて医療費の適正化につなげるという政策パッケージのためにあえて行う公費負担であり、その政策効果の発現には、診療報酬の重点配分を図るといったソフトな動機付けだけでは不十分なことは明らかである。

実効ある規制的手法を組み合わせて病院・病床の機能分化等の医療・介護サービスの提供体制の改革を強力に進めることが不可欠であり、これが実現しなければ医療・介護分野における社会保障・税一体改革の意義は画餅に帰すことになる。具体的な改革の実現の見込みやそれによる平均在院日数の減少等の効果が不確実なまま診療報酬の増額改定をはじめとする公費の追加だけが行われることはあり得ない。〔資料Ⅱ-1-11〕

図表 11

**舞鶴市の事例**

少ない医師が分散して患者を奪い合う状況

- 舞鶴市内
  - 国家公務員共済連合組合、独立行政法人・国立病院機構、舞鶴赤十字病院、市立舞鶴市民病院
- 市長の私的諮問機関「舞鶴地域医療あり方検討委員会」――2007年当時
  - 医師不足、労働環境悪化の悪循環
- 統合案を提案
  - 医師を集中させて勤務医の負担を減らし、医師減少に歯止めをかける。一定の手術件数がある病院で技術を磨きたい医師を呼び込みやすい環境も目指す
- 壁を乗り越えることはできず

17

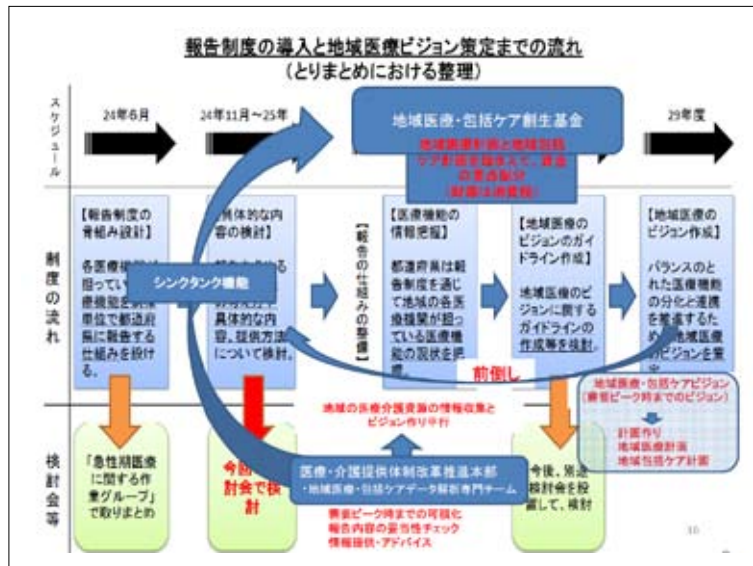
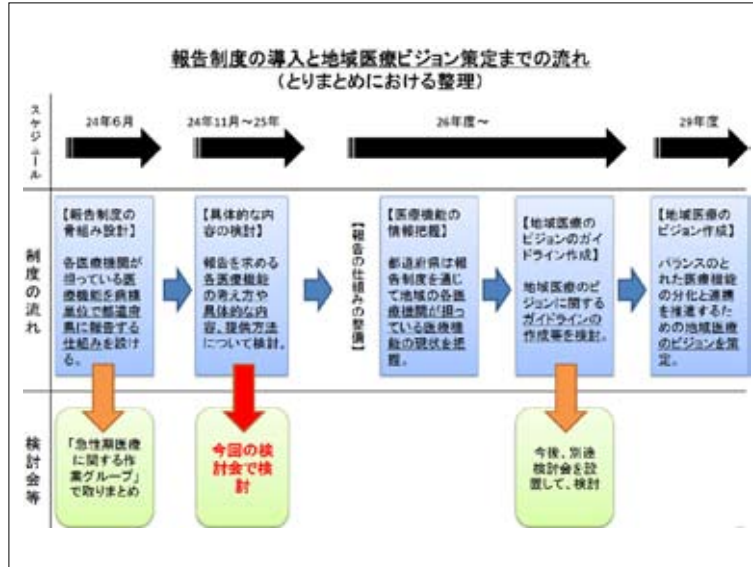
改革にはいくらか見積もられるから、消費税の増税実現の暁にはよろしく頼むという経緯をたどってきたのであるから。

提供体制の改革で一つ具体的に示していたのが、舞鶴市のような問題を抱えているところを、どのように解決していけばいいのか。例えば舞鶴市内に国家公務員共済の連合組合と独立行政法人の国立病院機構と舞鶴赤十字病院と市立舞鶴市民病院がある。これに対し、市長がこの地域の医療を何とかしようと思って、統合を提案したがうまくいかない。こういう壁をどうしたら乗り越えることができるのかを考えたときに、医療提供者間での競争よりも協調の方がうまくいくのではないかという状況がある。過当に競争し合うよりももっとうまい方法があるのであれば、その方向を模索していきたい（図表 11）。

今、医政局が報告制度の導入に関するタイムスケジュールを持っている。今から報告をしてもらい、それをまとめてビジョンをつくっていくというスケジュールだ。すでに4月に始まる医療計画が策定されているが、その次が5年先となってしまう（図表 12）。

地域医療のバランスの取れた医療機能の分化と連携を推進するための地域医療のビジョンを、前倒しでつくっていく。「医療・介護提供体制改革推進本部」と下に書いているが、本当は「地域医療包括ケアデータ解析院」くらいのものでつくりたかった。解析院ぐらいの立派なものを作りたかったが、さすがに今の時代に新しい組織をつくるのは無理だろうから、名称をチームとしてしまったが、ここに松田（晋）先生にも協力していただきたいと思っている。

図表12



**医療介護需要ピーク時までの  
地域医療・包括ケアビジョン作成と平行しながら**

- 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し(国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う)、地域医療計画に盛り込む。
- その実効性を高めるため、後述(51頁参照)するとおり、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする。
- さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、実効性を高めるための諸施策を講ずる。
- 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町づくりにも参画できるように医療法人制度の見直しを行う。  
 などの方策を検討する。
- 地域医療ビジョンの前倒しでの策定に加え、上記の方向性を医療法改正で明示する。

一体改革をフォローアップする「医療・介護提供体制改革推進本部」を設置し、その下に、「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」を置く。医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要である。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするという形で、有識者や国の職員等から成る「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」は、地域医療計画策定者や地域包括ケア計画策定者と緊密に連携しながら、可視化された情報についての説明や解説を行い、都道府県単位や医療圏、地域包括ケア単位での「あるべき姿」の検討を進めていく。これを短時間で機能できるようにする（図表13、14）。

今般の増税で医療・介護が使うことができる財源はそんなに多くはない

図表13

<p><b>地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム①</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 一体改革をフォローアップする「医療・介護提供体制改革推進本部」を設置し、その下に、「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」を置く。</li><li>• 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。</li><li>• 各地域からの報告内容の妥当性をチェック。</li><li>• 既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していく。</li></ul>
---

図表14

<p><b>地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム②</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 有識者や国の職員等から成る「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」は、地域医療計画策定者や地域包括ケア計画策定者と緊密に連携しながら、可視化された情報についての説明や解説を行い、都道府県単位や医療圏単位、地域包括ケア単位での「あるべき姿」の検討をすすめていく。</li></ul>
--

のだが、それでもプラスアルファの財源だから、前向きに進みたいという人たちに手を上げてもらったらそこに財源を回すという方向を考えることができればと思う。

あと、この国の医療の在り方として、アクセシビリティのところをどうするかという課題がある。イギリスのGPのいいところは、日常会話のなかで「GPに相談したか」という言葉が簡単に出てくるように、病気でない人たちにもGPによって保険に入っているような安心感がある。何かがあったときにはGPに相談できるので、イギリスは健康なときは良い制度であると言える。ただ、病気になったら辛い。ところが日本の場合は、病気になったらそれなりの医療をすぐに受けられるわけだが、健康な時の安心感が乏しい。医者も住民も、日頃から双方に意識し合った形での医師患者関係というのを、うまく作ることができないか。スペシャリストが持っているスペシャルなレベルを下げたってジェネラルにしてしまうというのは惜しいので、スペシャルな人たちの間での連携というチーム医療の推進ができないか。日本のプライマリ・ケア医の長所を生かしながら、医療連携とかチーム医療を推進していくという工夫ができないか。また、フリーアクセスを守るために頑張っておかないといけないこともある。フリーアクセスを守るために何らかの形で手を打っておくことは、オフenseとディフェンスを兼ね備えた戦略として重要になってくる（図表15、16）。

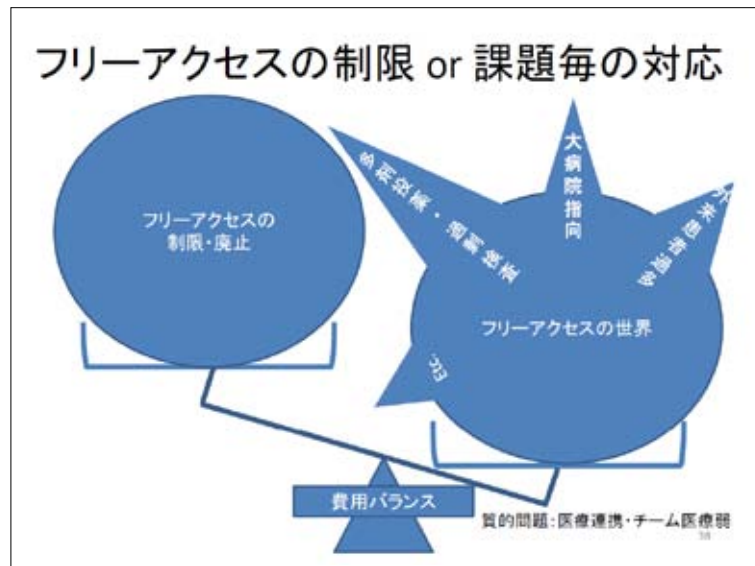
たとえば、いきなり200床以上の病院に行ったら定額負担というようなものがあったとしても良いと思う。そして、そのなかでぜひ、舞鶴市のような状況をどう解決していけばいいのかということ視野に入れてやっていきたいわけだが、舞鶴市に関しては桐野先生が非常に詳しいようですので、お話を伺いたい。

図表15

## ゆるやかなゲートキーパー下の フリーアクセスの維持

- 保険証一枚でいつでもどの医療機関も利用できる「フリーアクセス」は、日本の医療制度の大きな特徴。患者にとって、利便性が高い。多くの場合、患者は、重篤な疾患であれば総合病院や専門病院を受診し、日常的な疾患であれば近くの中小病院や診療所を受診するという受診行動をとっている。
- これに対し、フリーアクセスは、過剰な患者獲得競争や高額機器の導入合戦を助長するなど、医療資源全体の効率的な活用を阻害し、医療の質を低下させているので、「家庭医」制度を設けて、まずは家庭医での診断を受けてから病院での受診ができるようにすべきとの意見がある。
- これまで我々が享受してきたフリーアクセスを捨て去るデメリットは大きい。医療資源の効率的な活用の阻害や医療の質の低下に関連する課題については、それぞれに対応する手段があり、それに取り組むことにより、フリーアクセスを維持していく。
- なお、現行制度と平行して、かかりつけ総合医等が選択制で設けられ、今の開業医と協力的補完的關係を形成することは、望ましいことである。

図表16





# 社会保障制度の歴史と意義

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授

田中 滋

資料<sup>1</sup>を2つ配布している。後の方の医療の非営利性と公益性については、本日の主題とは関係しないが、そちらを先に説明すると、「非営利性とは決意の問題である」とか、関連して公益性とはどういうことかをめぐって書いている。105ページ真ん中の下段に「非営利性とは組織の根源的な存在目的、いわば決意である」と書いた。非営利とは、自動的に決まることではなく選択の結果による。公共財か私的財かは、決意ではなく技術的に決まる。しかし、組織が営利か非営利かは決意の問題に属する。

107ページ最後の行には「私は人間という生物種である」と書いた。人間という生物種別は、ファクトであって、猫か猿かとは選択の問題ではないし、文学的比喩を別にすれば他者の見解によって変わるものではない。それに対し、「私は教師である」は、選択と一定の努力の結果を表す。非営利性及び公益性もそれに近く、ファクトとして医療をしているから非営利とか、医療をしているから公益とは言えない。もっと強い決意と覚悟の問題であることを説明した。

今期の会議では社会保障制度について諮問をいただいているので、今日も社会保障制度の目的と歴史について話をしたい。

社会保障制度は「社会主義への道だ」と言う人たちがいる（図表1）。アメリカ合衆国ではよく見られる。アメリカは2010年にオバマ大統領が

図表1

図表1は、社会保障制度の目的に関する内容をまとめたスライド形式の図表である。背景は淡黄色で、中央には黒い文字で「社会保障制度の目的とは...」と書かれている。その下に、青い丸と緑色の四角のアイコンを用いたリストが示されている。リストの内容は以下の通りである。

- 社会主義への道?
  - 米国保守派
  - 「わが国医療は資本主義経済の中に残った最後の社会主義分野」
- 温かい心、奉仕、憐憫?
- 弱者保護、所得再分配?
- 社会安寧の維持＝社会防衛
  - 資本主義発達と社会保障制度
  - 欧米日

図表の右下には、小さく「07/24/2013 版權 慶應義塾大学 田中 滋」と記載されている。また、右下隅には数字「2」が記されている。

<sup>1</sup> 「医療の非営利性・公益性について」『病院』72：105-108, 2013



かろうじて医療改革をなし遂げた。「米国の医療保険無保険者を2010年代の終わりまでに6,000万人から2,000万人まで減らす」と当時は言っていた。そのための医療保険改革の複雑な法律の束を通した。ところが、2010年夏の間選挙では保守グループが力を持ち、「オバマ医療改革は社会主義への道だ」という攻撃が成功してしまう。共和党は上院も下院も知事選も勝ったが、その推進力となったアメリカの保守派からすると、「オバマ医療改革は改革でなく改悪だ」として、進行を止めてしまった。

アメリカ合衆国には、かつてのブッシュ政権支持者の中心であった保守主義層が存在している。保守主義層は、社会装置としての宗教・コミュニティ、価値としては自由・自立を重視し、政府の介入を極端に嫌うアメリカ独特の考えを持つ人たちである。これに近い考え方は、ヨーロッパでは大きな勢力を持っていない。アメリカには、もちろん新自由主義者、市場原理主義者もいるが、それとはまた違う。新自由主義者、市場原理主義者は金融主導の利益至上型市場経済原理を好むが、アメリカの保守主義は金融主導の世界、つまりお金がお金を生む世界は余り好きではない。

アメリカでは、社会保障を作ろうとしてきたようなりベラル派と、新自由主義派と、保守派が三つどもえの戦いを繰り広げており、それぞれが結構強いという状況と言ってよい。アメリカ独特の保守派にとってみると、公的な仕組みの下に医療保険によって自助の連帯を図ることは、アメリカの国是に反する試みに見える。連帯を図りたかったら、自分たちでつくればよいと信ずるからである。ヨーロッパや日本の社会保障制度は自助の連帯形であるが、米国保守派は自助を公的に連帯させることはあってはならないと考えている。これは社会主義者が持ち込んだ道具ではないかと彼らは思ってしまう。その理解は、後で説明するように全く間違えているわけだが、けんかの仕方としては正しい。

一方、日本の医療界にも「医療は資本主義経済の中に残った最後の社会主義分野だ」などと言う人も見られるが、これは後に説明する歴史から明確に分かるように、全くそうではない。

3番目、米国の保守派とは全く相容れないはずの日本の福祉畑にも次のような間違いが散見される。それは、「社会保障制度とは、貧しい人たちや社会的弱者のために対する優しい心がルーツであり、温かい心、奉仕の精神、憐憫の心から出来上がっている」とみなす考えである。しかしこれも誤解で、歴史的な分析視点が欠けた見方と言わざるをえない。高みに立った憐憫にせよ、優しい温かい心にせよ、社会保障制度のルーツに対する理解としては全く正しくない。

最後に、経済学者は機能として社会保障が所得再分配を果たす点を指摘

するが、これも本質ではない。確かに、機能の発揮の結果として、社会保障制度は所得再分配を果たすが、そのために医療保障制度や介護保障制度がつくられ、存在し続けているわけではない。公的年金も同じで、機能として所得再分配を果たすが、上位目的は社会防衛だとの本質を忘れてはいけない。

社会保障制度の機能強化を説く人々は、社会主義に導きたいわけでも、優しい心でもなく、また所得再分配のためでもない。目的は、社会が安心できること、日常感覚では「安心して道を歩けること」と表せる。財界の人に向かっては、「企業が金もうけしても会社や経営者襲われないですむこと」とも説明する。つまり、国防、言わば国内的な防衛政策に他ならない。これを会長諮問に合わせてヨーロッパの歴史から語っていく。

社会保障制度は、たかだか150年しか歴史がない。皇帝でも王様でもよいが、優しい人がいれば単発的に慈悲の発揮がなされた例は歴史に残っている。歴史に残るとは、珍しいから残るわけだろうが、古代の中国、日本の光明皇后や聖徳太子など、慈悲による施しを行ったと書かれている。

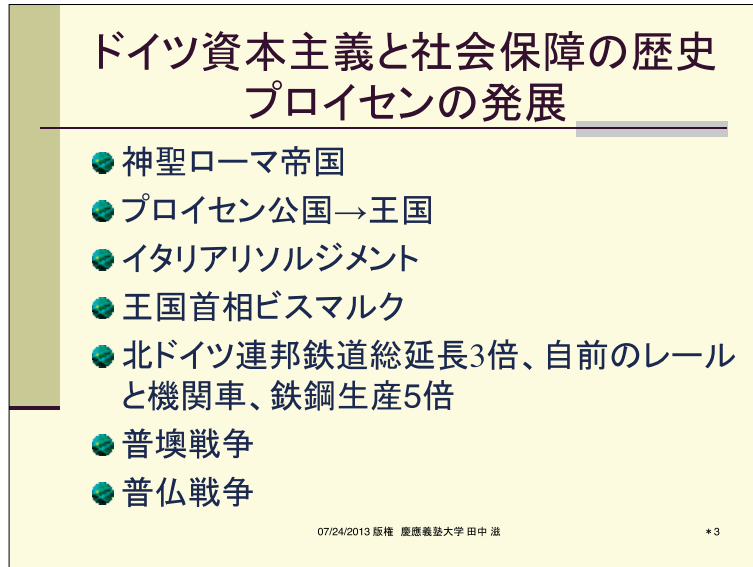
それに比べると、社会保障は人類文明史6,000年のなかで本当に新しい政策と言える。新しい政策が150年前に始まった背景には、始まった理由が生じたはずで、もし理由が昔から存在したなら、社会保障は2,000年前からつくられたはずである。2,000年前から軍隊はあり、2,000年前から医療も行われた。祈ったり薬草を使ったりが手段だったろうが、それを担当するお医者さんらしき役割も昔から存在した。

ところが、社会保障制度はずっとつくられなかった。制度が生じなかったとは、必然性がなかったためで、なぜ150年前から必然性が生じたかを考える必要がある。理由は、資本主義の発達に求められる。

資本主義は市場取引をベースとしている。市場取引自体は中国古代でも、ローマ帝国でも行われ、シルクロードを通して中国とローマの間でさえ商業取引がなされ、物を運ぶ商人がいた。しかし、商業・通商以外の分野で、資本を出し合って工業製品をつくり、資本利益を得る企業が経済の中心になっていった時期は、一番早いイギリスで18世紀後半にすぎない。仏独では19世紀初期、アメリカでは19世紀末に資本主義が経済の主流になる。それまでアメリカは農業牧畜国家で、農産物や牛を売るという意味の市場は存在していたものの、株式会社が経済の中心になっていく時期はアメリカでも遅い。日本で本格的に資本主義が発達した時代は、日清戦争の賠償金を受け取ってからなので、20世紀の直前と言われている。

社会保障制度は、資本主義の発達と深く関係する。具体的な制度化に大きな役割を果たした人物は、ドイツ帝国宰相ビスマルクである。ビスマル

図表2



クの話をするためには、プロイセンの歴史を話さなければいけない（図表2）。ドイツを中心に、現在のフランス東部まで含んでいた神聖ローマ帝国が長く存在し、1806年にナポレオンI世によって解体されるまで、1,100年間も続いた。神聖ローマ帝国のうち、オーストリアに属していない部分は多くの国の集まりで、単一の領邦ではなかった。エポックとしては1648年ウエストファリア条約で現在のヨーロッパの形ができた。その後も神聖ローマ帝国のオーストリアでないところは300ほどの国ないし教会国家に分かれていた。その300のうちの1つが東北の端のプロイセンで、半分は神聖ローマ帝国の外側に領土を持っていた。プロイセンは長い間公国であったが、神聖ローマ帝国及びローマ法王などの協議を経て1701年に王の称号を認められた。その後も勢力を増していき、神聖ローマ帝国が崩壊して1806年にオーストリア帝国に変わって以降も、プロイセンは国力を増し続けた。

1850～1870年、日本の明治維新を含む時期の20年間、プロイセンを盟主とした北ドイツ連邦が一時存在していた。北ドイツ連邦はたった20年の間に鉄道総延長が3倍、鉄鋼生産が5倍という高度成長を遂げ、それまでイギリスから輸入していたレールや機関車を自前で生産できるようになった。1862年には、フランス大使を務めていたビスマルクがプロイセン（ベルリン）に呼びもどされ、プロイセン首相になった。

66年にオーストリアに戦争を仕掛け、わずか3カ月で勝った。オーストリア帝国とプロイセン王国が戦ってオーストリアが負けるとは想定されていなかったが、わずか3カ月でプロイセン王国の勝利に終わった。この勝因は、鉄道の発達も貢献した。オーストリア軍が使える鉄道が1本しか

なかったのに対し、ドイツ側は鉄道が多くつくられており、戦場まで兵士や大砲を運べた。続く1870年には、ナポレオン3世に戦争を仕掛け、戦争を始めてわずか2カ月ほどで全面降伏させた。

このころ（1868年）、日本も国家統一を果たした。多くの藩に分かれていた国が明治政府の下に統一された。61年にイタリアも統一を果たした。ドイツでは62年に、それまでのプロイセン王国や北ドイツ連邦を超え、ドイツ帝国が成立した（図表3）。ベルサイユ宮殿でドイツ帝国が誕生し、ベルサイユ宮殿でウィルヘルムI世は皇帝になり、帝国という名前の連邦国家がつくられた。

帝国と王国の違いの一つに、帝国は多民族国家で何国人でも優秀であれば国家中枢の役職につこうと思えばなれる点があげられる。ドイツ帝国も極めて多民族からなり、チェコ人もいればハンガリー人もいればユダヤ人もいる帝国だった。ローマ帝国にしる、唐帝国にしる、帝国とは単一民族国家ではない。ローマ帝国後期にはローマ人以外でも皇帝になっていた。少なくとも官僚は単一民族ではないレベルの大きさを持つ国家が帝国と呼ばれる。ドイツ帝国では、極めて優れたそして冷たい政治家であるビスマルクが帝国首相も兼任した。

フランスの政府がドイツに屈服しているのは許しがたいとして、人民が立ち上がった出来事が1872年のパリコンミュンである。1832年にも似たような革命運動が起きた。これが有名なレ・ミゼラブルの舞台になっている失敗したパリ市内の暴動である。フランスでは1830年と48年には革命が成功するが、32年はレ・ミゼラブルに描かれているようにオルレアン王家は揺るがず、政府軍に弾圧される。

図表3

**ドイツ資本主義と社会保障の歴史  
プロイセンの発展**

- ドイツ帝国成立、帝国首相ビスマルク
- パリコンミュン
- 岩倉具視使節団ビスマルクと会見  
(副使は木戸孝允・大久保利通・伊藤博文・山口尚芳)

07/24/2013 版權 慶應義塾大学 田中 滋 \*4

ちょうどドイツ帝国が成立し、ドイツがオーストリア・フランスを破った国家勃興のときに、岩倉具視使節団が、アメリカ合衆国・ロシアを経てドイツまで行き、ビスマルクに会った。副使の木戸孝允・大久保利通・伊藤博文という優れた統治技術を持っていた3人がビスマルクと会い、非常に感銘を受けて帰ってきた。

ビスマルクは何を必要としていたか（図表4）。ビスマルクはドイツ帝国形成を主導し、戦争に勝った。しかし戦争に勝つとは一時的なことで、軍隊が強ければ勝てる。第一次大戦や第二次大戦のように何年もかかる戦争は総力戦争になるが、まだこのときは王朝戦争の色彩が強く、圧倒的な戦術と戦略と武器、そして訓練度の高い軍隊があれば2カ月程度で勝てた。しかし、その後も国家が強さをもって継続するためには、国力が強くてはいけない。このときのヨーロッパにおける列強は英・仏・露・墺・独の五大国であった。戦力と国力増強のために取られた政策を、いわゆる富国強兵策と日本では名づけている。「富国強兵策」は中国・日本で使われてきた言葉でヨーロッパ語ではないが、富国強兵策とは、強い軍隊と経済発展政策がリンクしている国家戦略で、日本では富国の源は殖産興業策とも呼ばれていた。

富国の手段はそれまでは重商主義であったが、資本主義形態による工業を発展させなければ富国を実現できないことが19世紀後半、独も仏もアメリカも日本も気がついていく。重工業を中心とする資本主義の特徴をみると、最も目立つ側面の1つは労働の商品化である。それまでの農奴や小作農は土地に縛りつけられており、土地から勝手に離れられず、地主や領主に身分的に隷属していた。働いた成果の多くを召し上げられ、賃金をも

図表4

**社会保障制度と資本主義経済**

- **ビスマルクが必要としたもの**
  - 列強に伍する: 英仏墺露
  - 富国強兵策
  - 富国の源は殖産興業
- **資本主義経済の特徴**
  - 労働の商品化: 身分的隷属との違い
  - 地縁・血縁・徒弟奉公
  - 熟練工
  - 過激派の誘惑

07/24/2013 版權 慶應義塾大学 田中 滋 +5

らっているわけではなかった。ところが、資本主義経済下の工場労働者は、人間そのものではなく、労働だけが市場で売り買いされるように変わった。この点が資本主義経済の特徴である。もちろん、労働者を保護する法律はないので、資本家に搾取されていただろうが。それまでの地縁・血縁、同業者連帯や徒弟奉公に基づく働き方とは切り離された新しい職種として、工員ができ、そうした工場部門から資本主義は発達していった。そして、地縁・血縁から切り離された農村の次男、三男は、工員になるか兵隊になるかが主な選択肢となっていく。

やがてその工員の一部は熟練工になる。それまでの家庭内工業と違って、鉄鋼や大型船舶をつくるには熟練工が必要で、しかも熟練工になるのは20年、30年かかる。そうした熟練工が労働災害に遭ったり病気になったりしたとき、せっかく熟練にする教育投資をしている以上、熟練工を守らなければ無駄になる。一方、障害を負ったり老齢になったりしたときに放置すると、当時の過激な社会主義や共産主義に走ってしまう事態を防ぐべきだとビスマルクは考えたのではなかろうか。

ビスマルクが見たものは何か（図表5）。

ビスマルクは1871年にドイツ帝国を築いたが、1848年のヨーロッパ同時多発革命を見ている。1848年のフランスではついに王制が終わった。フランス王制はナポレオンの後に復活して、ルイ18世、シャルル10世、オルレアン家の王と続いたものの、1848年にフランス王制が終わる革命が起きる。オーストリアでは、ナポレオン戦争からずっと取り仕切ってきた宰相メッテルニヒが追い払われる革命が起き、政権が倒れる。イタリア、プロイセンでも起きる。そして、71年には戴冠したばかりのドイツ帝国

図表5

## 社会保障制度と資本主義経済

- **ビスマルクが見たもの**
  - 欧州同時多発革命
  - パリコンミュン
  - イギリス清教徒革命：郷紳
  - フランス革命：市民
- **(敵国や飢饉、疫病以外の)新たなリスク：  
増大した賃労働者と社会主義の結びつき**
  - ドイツ社会主義労働者党 得票3倍、党員10倍

07/24/2013 版權 慶應義塾大学 田中 滋 \*6

皇帝と政治家たちはパリコンミュンを見た。これらは大きな衝撃をビスマルクやそのブレインに与えたと想定される。

それまでの革命はだれが起こしたか。17世紀イギリスでも王様の首は切り落とされている。そのときの革命の主体は、ジェントリーである。ジェントリー層は地主層であり、他方1789年のフランス革命の主体はブルジョワジーだった。

ところが、1848年、1871年になると、新たに発生しつつある労働者層が市民と共に、場合によっては市民と組んで革命推進勢力となることを時の支配層は学んだ。その背景に社会主義が影響していたことも、多分情報として持っていたと思われる。

1877年ドイツでも選挙が行なわれた。ドイツ社会主義労働者党は、結党以来2年間で黨員数は10倍になり、選挙で3倍の議席を得た。できたばかりのドイツ社会主義労働者党は共産党に近いが、この躍進にビスマルクは驚いた。そして、社会の危機が何かを考えた。もちろんヨーロッパのように国境を隣接していれば、一番の危機は敵国がリスクであり、かつては飢饉やペストを代表とする疾病がリスクであった。しかし、新しいリスクがあることを帝国支配者は見いだした。それは、増大した賃金労働者と社会主義が結びついて起こる社会主義革命という新しいリスクである。

ドイツ帝国は他の列強に負けないように強くなけてはならない。強くなるためには産業化、重工業化が必要であり、重工業のためには熟練工は欠かせない。しかし、工員が社会主義に走らないようにする仕掛けも必要、と展開されるロジックが成立したものと想定される。

1877年のドイツ社会主義労働者党の躍進を見て、78年、ビスマルクは社会主義鎮圧法を制定し、同党を非合法化した(図表6)。労働者の政治運動を抑えつけたものの、労働者をいじめるためではなく、世界で初めて疾病保険(1883年)、労災保険(1884年)、年金保険(1888年)と社会保障制度を立て続けに整備していく。労働者が社会主義政治運動に加わる可能性を抑える一方で、不満が過激な政治運動化しないように病気や労災や老齢から労働者層を守った。

つまり、社会保障制度ができた理由は、弱者への慈悲心でも、社会主義に導きたいからでもなく、むしろ、「社会主義を防ぐために」が主目的であった。ドイツ資本主義を発達させ、他の強国と伍するために社会保障制度が欠かせないとの認識が始まりであろう。ここはクールな理解として必要と強調したい。

ちょうどこのころウィルヒョーとパスツール以降、近代医学が発達していく。それまでは病気になれば誰でも治療手段は祈り、薬草、ヒル程度で

図表6

## 社会保障制度の機能

---

- 社会主義者鎮圧法
- 疾病・災害・老齡 社会保障制度
- 制度機能 cf.近代医学
  - 制度機能の対象者＝怪我人・病人・引退者
  - 労働者「第二の不幸な事態」の発生防止
  - 制度機能の本質＝防貧(cf.救貧策)
  - 制度機能の受益者＝政府と相対的に豊かな層
- ナチズム傾倒防止

07/24/2013 版權 慶應義塾大学 田中 滋 \*7

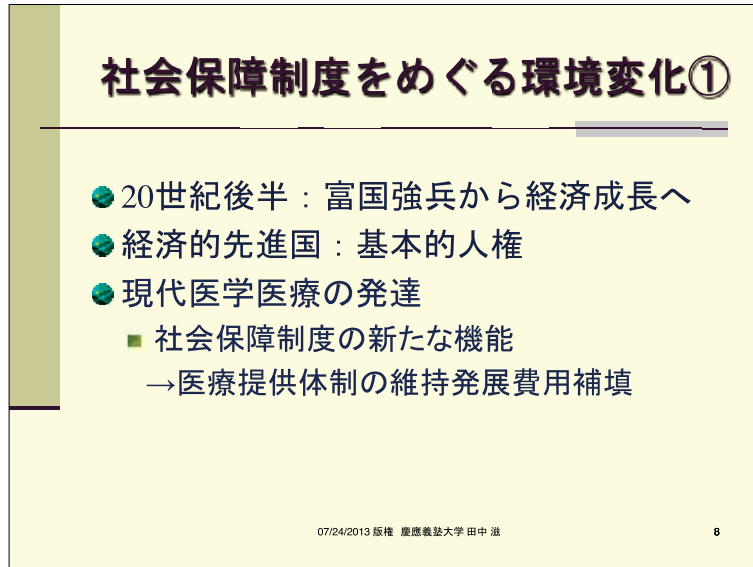
変わらなかったが、治療方法ができてくると、治療を受けられる人と受けられない人、つまり受療費用を負担できる人とできない人の格差が意識される。ビスマルクは労働者の受療を支援する制度をつくったが、それ以外の農民や失業者は守らなかった。工場労働者については、けが・病気の治療費の一部を負担し、引退者に年金を与えた。このように、社会保障制度機能の直接の対象は労働者層であった。

しかし、社会保障制度の真の受益者は、社会不安によって被りうる損失を予防される階層に他ならない。工員たちが革命側に行かないことによって得をする受益者は、政府と富裕層である。繰り返すと、社会保障機能の直接の対象者は、けが人や病人、日本の介護保険で言えば要介護の方々として理解してよいが、機能の本質的受益者は、政府・統治者・富裕層なのである。会社保有者が経営に専念できるとか、政府が外交や国家運営に専念できることと言ひ換えられる。なお社会保障制度の機能の本質は防貧であり、貧しい人を救うわけではない。福祉畑の人は救貧と防貧の区別がついていない議論をするが、ここでは区別すべきと思っている。

1920年代、この制度は功を奏した。ナチスは選挙で勝ち少なくとも表面的には合法的に政権を取った。そのナチズムに最後までなびかなかった層はカトリックと労働者層だったと記録されている。労働者層は貧困層ではない。ナチズムに投票する工場で働く労働者層は最後まで少なかったという歴史が残っている。やはり社会保障制度は効果をもったと言えよう。社会保障制度が、社会主義、極左、極右、宗教的暴力を一定程度防げた歴史を理解いただきたい。



図表7

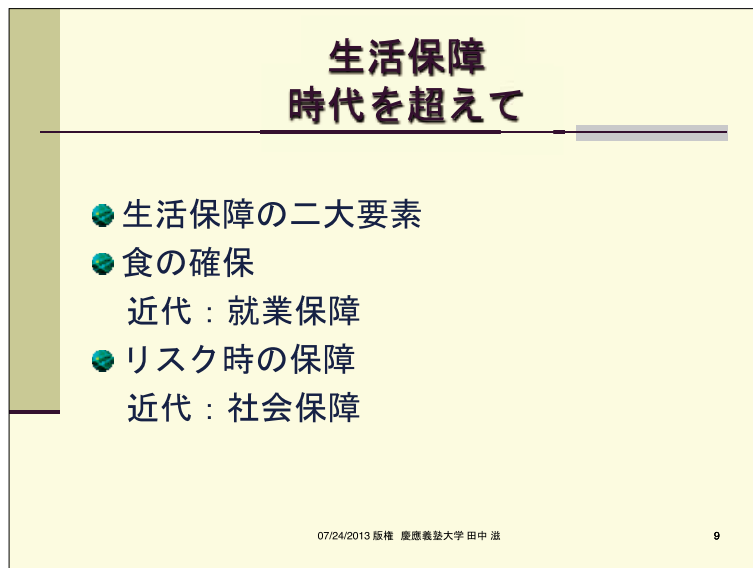


### 社会保障制度をめぐる環境変化①

- 20世紀後半：富国強兵から経済成長へ
- 経済的先進国：基本的人権
- 現代医学医療の発達
  - 社会保障制度の新たな機能
  - 医療提供体制の維持発展費用補填

07/24/2013 版権 慶應義塾大学 田中 滋 8

図表8



### 生活保障 時代を超えて

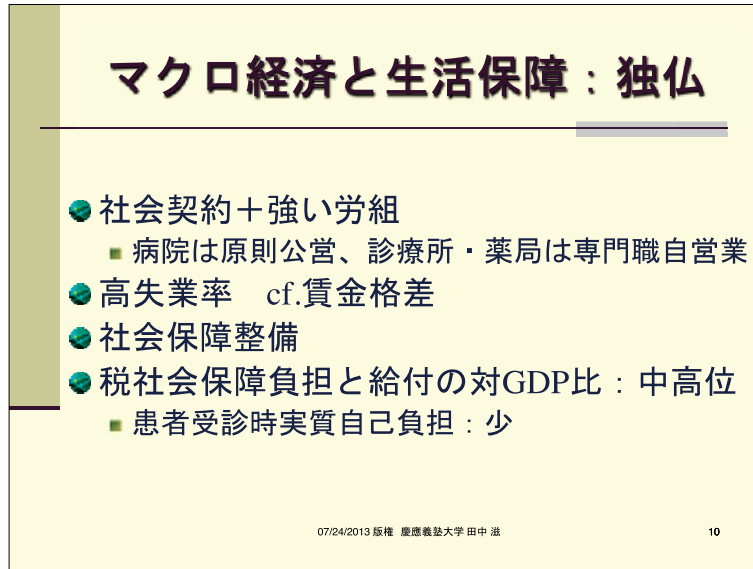
- 生活保障の二大要素
- 食の確保
  - 近代：就業保障
- リスク時の保障
  - 近代：社会保障

07/24/2013 版権 慶應義塾大学 田中 滋 9

20世紀後半になると経済成長が大切になった（図表7）。さらに、19世紀には弱かった考え方である基本的人権も意識される一方、現代医療の発達により医療機関が社会資本として登場するように大型化した。このころになると、医療提供体制の革新がおき、私たちが今知っているような重装備の病院ができてくる。すると、社会保障制度の第3の機能（第1の機能：直接に病人が治療を受けられるようにする。第2の機能：社会的に中の上および上の層と政府をリスクから守る。第3の機能：病院など医療提供者の維持・発展を図る費用を補てんする）も大きくなっていく。

少し話を変えて、今度は社会保障を超えて生活保障の話に移る（図表8）。生活保障がないと国家社会の体制を安定的に維持できない。生活保障の2大要素は、食事、およびリスクからの保障である。食事の保

図表9

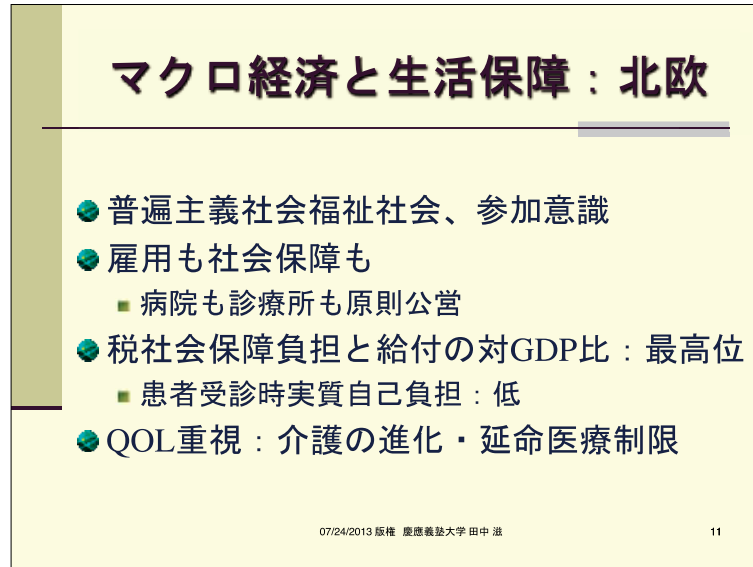


障とは、現代では就業保障が代表する。リスク時の保障は、昔は例えば敵国に対する備えだったが、今は社会保障制度が担っている。この枠組みで日本と他の国と比べてみよう。

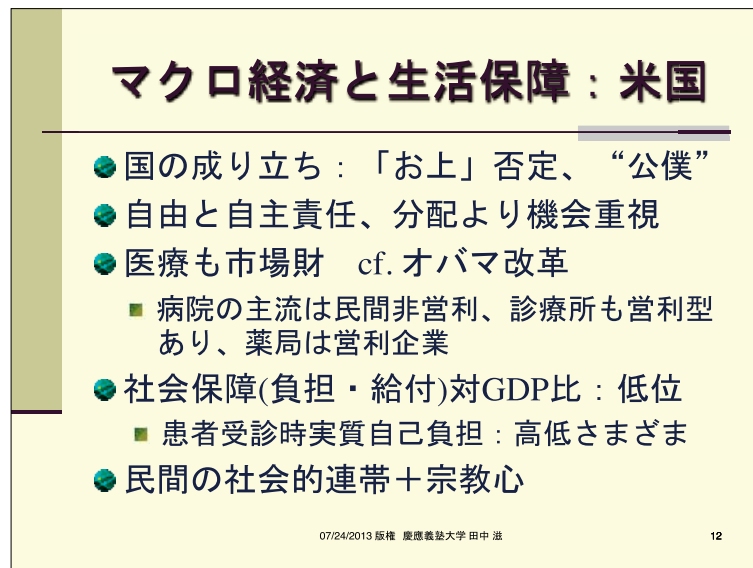
もちろん基本モデルを語っているのであって、現実にはもっとずっと複雑とはいえ、ごく簡単に短く語ることにする。ドイツ・フランスは社会契約国家で、非常に強い労働組合が介在してきた(図表9)。病院は原則公営、診療所と薬局は専門職による自営業、診療所も株式会社などは入って来ず、薬局チェーン会社は基本的にはない。労働組合が強いため雇用されている人は守られるが、雇用のなかに入れない人たちは新たに雇用されることが難しいので、若者を中心に高い失業率になる。ドイツは、近年この失業率を改めるため、もう少し解雇しやすくして若者もワークシェアへと持っていったが、今度は賃金格差が生じてしまった。社会保障制度は、社会契約の一環として早くから整備され、先進国ではフランス・ドイツが世界で一番社会保障制度を整備しているのではなかろうか。税・社会保障負担、あるいは社会保障給付の対GDP比は中高位になり、逆に患者受診時の実質自己負担等は極めて低い。

北欧は社会契約ではなく、ユニバーサルリズムに基づく社会福祉社会と言われる。住民の多くが政治参加意識を持っている。いつも投票率が9割近い不思議な国であり、全員が半分公務員とか4分の1公務員とか8分の1公務員とかに近い意識が指摘されている。つまり、政府が住民とは別の世界に属しているわけではなく、「政府とは皆の役割分担」という考え方が非常に強い。雇用も社会保障も重視する。雇用を重視しているので、皆が雇用されている状態をよしとするが、解雇は簡単にできる。ただし、失業

図表10



図表11



した後すぐ教育訓練、新たな産業に適する訓練を行い、早く再就業できる。会社も倒産しやすく、ダメな会社の雇用は守るよりも、すぐ再就職できる仕組みを取っている。周知のように社会保障は充実し、世界で一番給付率と税・社会保障負担が高い。スウェーデンもデンマークもノルウェーも、豊かさ指標である1人あたりGDPは、常に世界でトップ10に入っている。患者実質負担などは極めて低い（図表10）。

これと対比的なのはアメリカであろう（図表11）。アメリカはお上意識がなく、公務員をパブリックサーバント（日本語で公僕）と呼ぶ言葉も使われる。したがって、行政府が中心になって分配に口を出してくることを極度に嫌う。そういう意味では、納得しない税金、あるいは社会保障制度は今でも嫌う。公共財たる軍事は国威のためならば賛成するにしても、医

療は自動車やワインと基本的に同じ市場財と意識されているので、政府から口出しをされたくはない。

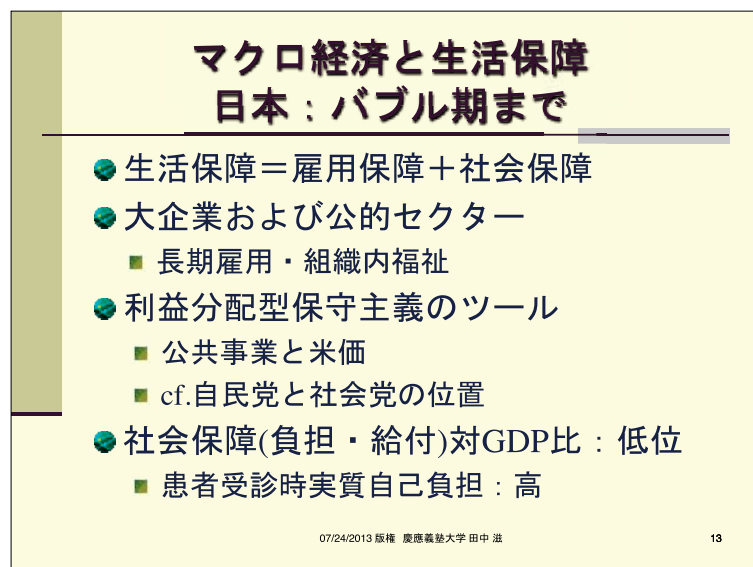
ただし、誰もが医療を必要とすることは認識している。貧しい人も医療を受けるべきだとの主張は、自分と神との関係においては理解するので、自分たちが寄附をして病院を建ててきた。もっと昔は自分たちが労働を提供して病院を建ててきた歴史があるので、病院の主流は民間非営利形態をとる。営利は主流になれない。ただし、薬局は完全な企業である。税・社会保障負担は先進国中最も低く、給付も低い。患者受診時自己負担をみると、最富裕層と医療扶助の対象とならない貧困層は100%自己負担だが、社会のマネジャー層は実質自己負担が極めて低い保険によってカバーされている。一方、中の下の所得層は自己負担率が高い。

なおこれはとても大切な理解だが、アメリカは社会的連帯意識が強い。民間の社会的連帯は非常に強く、合わせて世界の先進国で最も宗教心が強い。こういった連帯感が社会保障の代わりを務めていることを忘れてはいけない。

ではわが国の生活保障はどうか。日本経済が戦後の混乱期と成長準備段階を経て離陸する時期は、安保闘争の1960年である。池田内閣の下で高度経済成長が始まったところから、1991年に東西冷戦が終わり、バブル経済が崩壊する1991年までの30年間、わが国は図に書かれているような形で人々の生活を保障してきた(図表12)。

まず、大きな組織は雇用保障が非常に強く、基本的に終身雇用であった。併せて組織内福祉も潤沢で、国民のおよそ3分の1に当たる大組織の被用者、大企業、政府、それから大きな非営利組織の被用者と家族は、社宅や

図表12



有利な給付率の健康保険など、さまざまな法定外福利や各種手当などを享受してきた。もし、それ以外の3分の2が市場経済のなかで自助努力に委ねられていれば、経済成長とともに所得階層間格差や地域間格差が大きくなり、日本の社会の安定にとって好ましくない状態をもたらしていたであろう。

そうした事態を防ぐために日本はどのような手立てを用いたか。社会保障制度以前に公共事業と高い米価を使った。税金を使わずに、郵便貯金や厚生年金のお金を財政投融资を通して公共事業にまわしたのである。当時の自民党と社会党は、この点に関してはあまり差がなく、所得再分配についてはほとんど一致していた。米価を上げることと公共事業には両党とも賛成であった。その結果、税・社会保障負担、社会保障給付のGDP比は比較的低い値で済んできた。患者受診時の自己負担は、5割負担や3割負担と比較的高かったが、それでも革命が起きなかったか理由は公共事業と米価であった。

そこに90年代のバブル経済後の混乱を経て2000年代に登場したグループが、いわゆる構造改革派である（図表13）。「財政面から締め付ければ自ずと効率化」といった文言が示された。しかし、財政面から締め付けて患者が困って治療を受けられなくなる状態からどのようにして効率化するのだろうか。「努力する者が報われる」との主張はいいことかもしれないが、それが「市場経済競争で勝った者が報われる」と矮小化して唱えられていた。市場経済以外にもいろいろと資源分配方法があるにもかかわらず、「市場経済ではない分野は遅れている、だか病院分野には株式会社を入れるべき」と日本の新自由主義者や一部の財界人は主張した。

図表13

**日本の新自由主義**

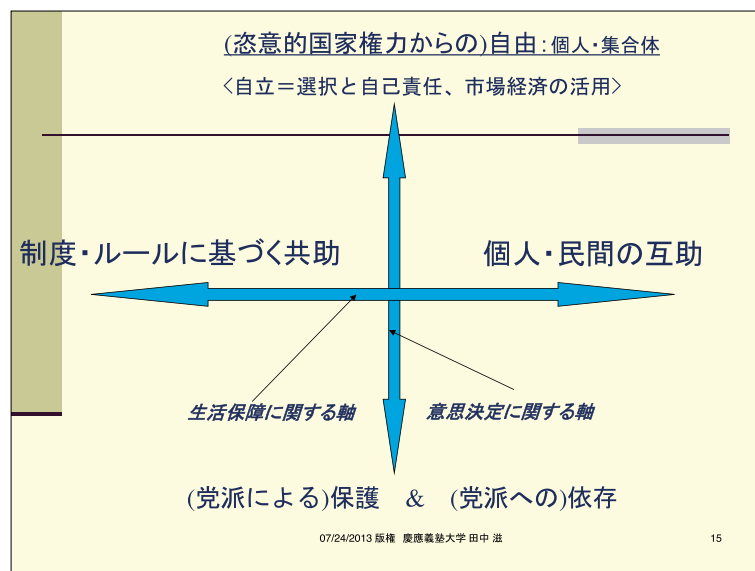
- 構造改革
  - 財政縮小、政府規模縮小への矮小化
  - 「財政面から締め付ければ自ずと効率化」
- 市場経済原理主義
- 「努力する者が報われる」の矮小化
  - 「市場経済競争で勝った者が報われる」
- 公と民＝政府と市場経済だけか？
  - 市場経済ではない分野は「遅れている」

07/24/2013 版權 慶應義塾大学 田中 滋 14

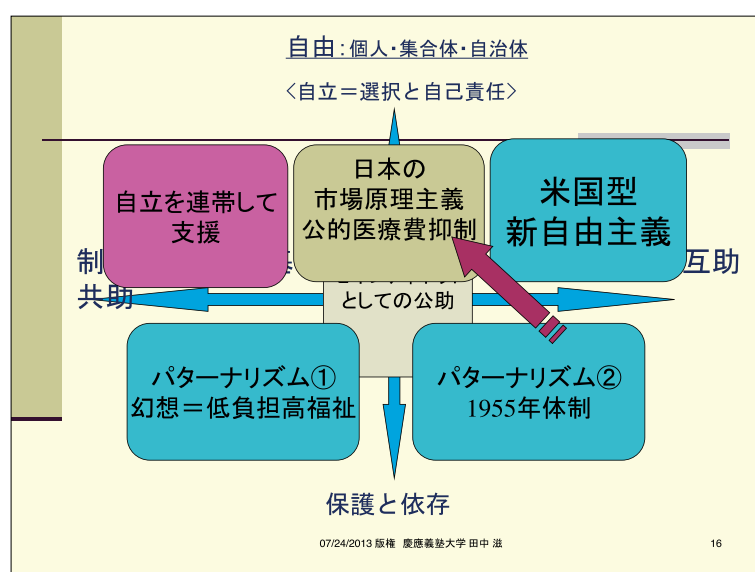
これを図式化すると次の図になる（図表 14、15）。縦軸は意思決定に関する軸を示す。ここでの意思決定とは、国と社会のあり方に対する意思決定を指す。下方は保護と依存、上方は自立と自由を表す軸を設定する。個人でも企業でも病院でも、恣意的な公的権力行使からの自由、自立志向なら上側である。自立とは選択と自己責任、市場経済の活用などと置き換えてもよい。

横軸は生活保障に関する軸を用いる。生活保障は、もちろん自助がベースとはいえ、自助を超えたらあとは互助のみでは日本社会の維持は苦しい。ヨーロッパ中世の職人団体は互助能力を持っていたし、引退した親方や引退した商人のための老人ホームまでつくられていた地域もあった。カトリック修道院には、老いて弱った修道女や修道士を収容する養老院もつ

図表14



図表15



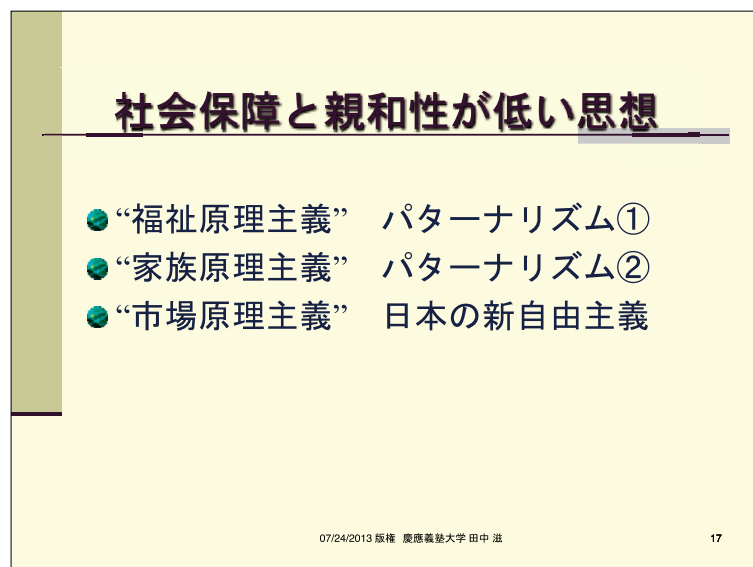
くられたと記録されている。それらの互助を重用するか、それとも制度・ルールに基づく共助を構築するかで軸の左右が分かれる。

保護と依存させておいて共助による給付を唱える。これをパターナリズムの①と呼ぶ。パターナリズムとは「自分に従えば守ってやろう」と表せる、親が子に対するような態度が社会で用いられる時に名づける。低負担高福祉という夢追い派、もしくは選挙の際の欺瞞公約が典型である。パターナリズム②は日本の1955年体制があてはまる。「田中角栄に投票すれば新潟には道路やトンネルができる」が代表する保護と依存の関係が、1955年体制の特徴であった。これに対し2000年代、小泉内閣時代の市場経済原理主義者は自立の方向に持っていった。連帯を抑えれば抑えるだけあとは自立するはずだとの乱暴な見方に基づく。医療費抑制策の時期は記憶に新しい。

米国の新自由主義と日本のそれは微妙に違う。アメリカ合衆国の一流大学を支えている要素の一つとしては民間からの寄附金が大きく、アメリカの貧困層が地域の病院で治療を受けられる理由もやはり民間からの寄附が大きいからである。一方、日本の寄附金総額は2011年に、大震災後初めて1兆円を超えたものの、普段は年間5,000億円にすぎず、アメリカの20分の1もしくは30分の1しかない。そのように民間の金銭的互助が弱い国において、アメリカの互助の強さを無視して単純に新自由主義に持っていくと、格差が拡大するだけではなかろうか。北欧は「自立を連帯して支援する」型で、強い共助の仕組みを持っている。

なお社会保障と親和性が低い主張は、新自由主義だけではなく、福祉原理主義者にも見られる(図表16)。社会保障は家族原理主義とも合わない。

図表16



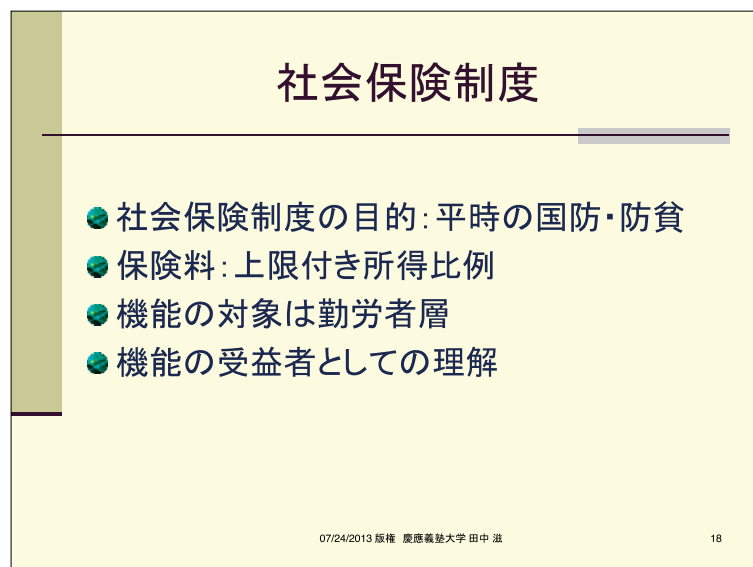
かつて「介護は嫁がするものだ」などと声高に唱えていた人たちを家族原理主義と呼ぶ。

ここまでの話から分かるように、社会保険制度は平時の国防策、もしくは平時の社会防衛策と言ってよい（図表 17）。ただし、貧しくなることを防ぐには役立つが、本当に貧しくなった人たちは社会保険制度では救えない。ドメスティックバイオレンスをどうやって社会保険制度で救えるかと問われても難しい。3万人の自殺を社会保険制度では防げない。つまり、社会保険制度でも救えない課題も多数存在する。

社会保険制度は、恐らく1億2,500万人のうち1億2,000万人の不幸な事態、疾病や怪我、要介護に伴う費用負担を救うことができる。所得比例になっている理由は、お金を持っているほどリスクが高いからと考えてよい。襲われるリスク、襲われないかもしれないが、社会が破綻したときに受けるリスクが大きいのは社長や教授なので、准教授よりも保険料は高い。これは理論的に正しい。ところで保険料は、外国に逃げられるほどの富裕層の負担が重くなりすぎないように、上限付き所得比例にしている。

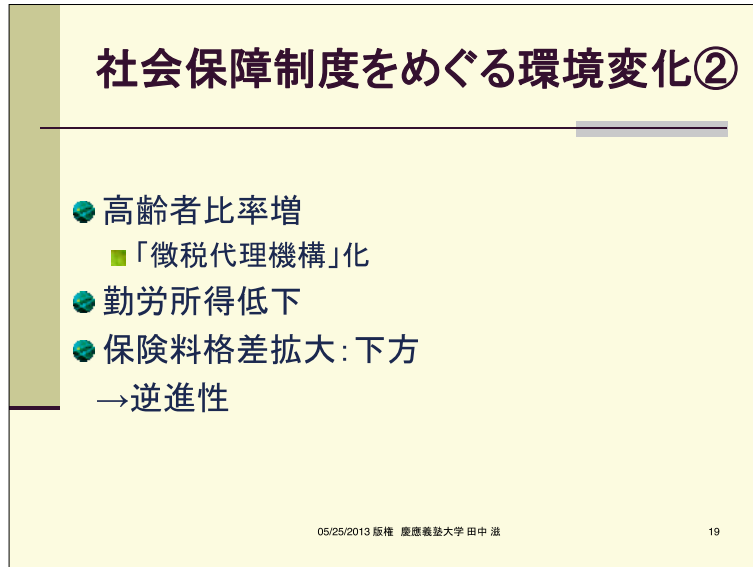
繰り返すが、機能の究極の対象は中の上および富裕層である。日本の財界の規制改革論者にはこの機能が理解されていない。彼らこそが一番の受益者なのに全く理解されていない。総報酬制は受益のためのものなのに、そこがわかっていない。

図表 17





図表18



最後に、社会保障制度をめぐる環境変化で、私たちに与えられている課題を指摘したい（図表18）。今、これをみなで議論しなければならない。社会保障制度改革国民会議も一番困っていることだろう。1つは、高齢者の比率が日本をはじめ経済的先進各国で史上最高になってしまった事態を挙げられる。19世紀にほとんどなかった存在である高齢者が、今や人口の3割を占める。若年層に社会保障制度は自助の連帯ではなく、高齢者への移転装置とみなされる可能性が高い。

また先ほどのドイツもそうだが、勤労所得の格差拡大も忘れてはいけない。上方に格差が拡大するのなら問題は少ないが、下方に格差が拡大している。日本も2,000万人が非正規雇用になっている。正規雇用者の間での格差拡大の結果、制度間で見ると相対的に所得の低い制度加入者、具体的には協会けんぽのほうが、所得の高い組合健保および共済加入者より保険料が高い逆進性が生じてしまっている。これをどうするかも私たちが考えなくてはならない課題である。

社会保障制度は、社会主義でも、慈悲でもなく、極めて冷徹な思想に基づく制度として出発し、多大な役割を果たしてきた。ただし、環境変化によって機能を変えていく必要に迫られている。直接給付を受ける病人はこれで救われるが、大切なことは社会リスクからの受益者としての理解を、社会の多くが持ち続けられるかどうかにかかっている。そのなかで、新しい環境変化にどう対応するかはわれわれの責務だと思う。

## 公的医療のあり方

### － 国立病院機構の現状から －

独立行政法人国立病院機構理事長

桐野 高明

今回の諮問事項では、西ヨーロッパの医療制度と日本の医療制度を対比して論じることが役割だと思うが、私自身それほど医療制度に詳しいわけではないので、国立病院機構の現状から対比し、私自身が感じた公的医療のあり方について述べる。ただしこれは国立病院機構という組織の公的見解ではなく、私の個人の意見である。

これは田中先生の受け売りにほとんど近いと思うが、「良質な医療を受けることは国民の基本的な権利の一つであって、医療を各人が個人的に購入しなければならないサービスとはみなさない」という立場に立ち、なおかつ医療を国民の権利とみなしてきた西ヨーロッパ諸国とは異なり、医療の大部分が私的医療機関によって提供される日本の現状を前提とすると、まず、医療を営利的な事業として拡大し、通常の営利企業と同様に利益の最大化を医療提供の第一の目的とする制度は、第一の前提に反する。2番目に、一方、第二の前提のまま、第一の前提を堅持とするならば、私的な設置形態の医療機関も公的役割を担うことが、本来公的な側面の非常に強い事業である医療の特性からいって避けることはできない。3つ目、以上より、その設置形態に依らず、公的病院と民間の病院との役割は必然的にかなり類似したものとならざるを得ない。さまざまな設置形態の病院が同じような公的役割を担いながら、それぞれの周辺地域を担当するということになるのは、日本のような考え方だと必然の方向だ。4つ目、一方、病院は医療の質の向上と患者サービスの改善のために競争することは避けられない。公的設置形態の病院が一方向的に公的資金援助を受ける体制であるとするならば、フェアな競争はできない。したがって、公的資金を受ける場合には公的設置形態の病院であっても明瞭な説明責任を伴う。最後に、公的病院はその診療業務の大部分において、民間の病院と全く同じ共通の基盤に立って良質な医療の提供に努めることになっている。一方、その根幹においては公的な役割、例えば研究事業や教育事業、危険を伴う感染症制御、災害支援などの医療、民間だけに委ねると必ずしも実施されないような医療を、その設置目的に沿って提供する義務がある（図表1）。

こうした状況にあるのが日本の公的な医療の現状だ。図表2は毎年発行される『業界地図』という本の一部であるが、上に公的と言われる病院が

図表1

「良質な医療を受けることは国民の基本的な権利の一つであって、医療を各人が個人的に購入しなければならないサービスとはみなさない」という立場に立ち、

医療を国民の権利とみなしてきた西ヨーロッパ諸国と異なり、医療の大部分が私的医療機関によって提供されている日本の現状を前提にすれば、

- 医療を営利的な事業として拡大し、通常の営利企業と同様に、利益の最大化を医療提供の第一の目的とする制度は第一の前提に反する。
- 一方、第二の前提のまま、第一の前提を堅持するならば、私的な設置形態の医療機関も公的役割を担うことが、本来公的な側面の非常に強い事業である医療の特性からいって避けることができない。
- 以上より、その設置形態に依らず、公的病院と民間の病院との役割は必然的にかなり類似したものとならざるを得ない。さまざまな設置形態の病院が同じような公的役割を担いながら、それぞれの周辺地域を担当することになることは必然である。
- 一方、病院は医療の質の向上と患者サービスの改善のために競争を避けることはできない。公的な設置形態の病院が一方的に公的資金援助を受ける体制であれば、フェアな競争はできない。公的資金を受ける場合には明瞭な説明責任を伴う。
- 公的病院はその診療業務の大部分において、民間の病院と全く共通の基盤に立って良質な医療の提供に努めることになる。一方、その根幹においては公的な役割、例えば研究事業、教育事業、危険を伴う感染症制御、災害支援などの医療、民間だけに委ねると必ずしも実施されない医療を、その設置目的に従って、提供する義務がある。

1

図表2

施設名	病床数	1日平均入院患者	1日平均外来患者数
国立病院機構	55,996	43,696	49,158
社会保険病院	14,082		
自治体病院	235,894		
私立学校法人	54,687		
国立大学病院	32,779		
JA厚生連	35,832		
済生会	22,200		
赤十字病院	37,264		
上尾中央医療グループ	6,094		
IMS(イムス)グループ	8,604		
徳洲会グループ	16,529		
新潟県立中央病院グループ	2,562		
地域医療連携協会	4,225		
戸田中央医療グループ	4,216		

平成24年1月  
一日平均  
入院患者  
43,696人  
一日平均  
外来患者数  
49,158人

2

並び、下に民間の病院グループが並んでいる。大きなグループの病院を取り上げたのだろう。編集方針はわからない。しかし、上には労災、社会保険、国立病院機構云々となっていて、国立病院機構は、現在、1個だけ統合したので143病院となっている。約56,000床のベッドを持っていて、入院患者は約44,000人、外来が約50,000人である。国立病院機構のところに、「旧陸・海軍病院が発祥で、現在は独立行政法人」となっているのは、昔陸・海軍の病院で、昭和20年11月30日に日本帝国陸海軍が消滅したが、その翌日に病院だけは厚生省（当時）に移管になって普通の病院になったという意味である。

公的医療機関という言葉が医療法第31条に定めてあって、公的医療機関なるものの名前は都道府県・市町村の開設する病院または診療所、そし

図表3

<p>公的医療機関（医療法第31条）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 都道府県、市町村の開設する病院又は診療所</li><li>● 厚生労働大臣が定める者の開設する病院又は診療所</li></ul> <p>地方公共団体の組合 国民健康保険団体連合会・普通国民健康保険組合 日本赤十字社 社会福祉法人恩賜財団済生会 厚生（医療）農業協同組合連合会 社会福祉法人北海道社会事業協会</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"><p>NC 国立病院 労災病院 社会保険病院 国立大学病院 私立大学病院 は入らない？</p></div>	<p>3</p>
--	----------

図表4

<p><b>国立病院、国立療養所の創設</b></p> <p>昭和20年12月旧陸海軍所属の病院および傷痍軍人療養所などをもとに発足</p> <table border="0"><tr><td>陸軍病院</td><td>102</td><td>分院</td><td>22</td></tr><tr><td>海軍病院</td><td>17</td><td>分院</td><td>5</td></tr></table> <p>昭和22年4月日本医療団の結核療養施設を移管し、国立療養所として運営</p> <p><b>診療実施に関する注意事項 昭和20年12月</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 国立病院は国民の病院にして国民は我等の患者なり。この際軍服と階級的、官僚的意識とを一擲し、患者並びに地方民に対しては温情と熱意をもて接すること極めて大切なるべし。</li><li>● 我等は本邦医療体系の画期的前進の第一歩を踏み出したる国立病院職員として、理想的指導的国立病院の完成に全員一丸となりて邁進するの気魄を以て完務に当られたし。</li></ul>	陸軍病院	102	分院	22	海軍病院	17	分院	5	<p>4</p>
陸軍病院	102	分院	22						
海軍病院	17	分院	5						

て地方公共団体の組合、健保連、日赤、済生会、厚生連、こういうものを公的病院と言うそう（図表3）。したがって、ナショナルセンターや国立病院、労災病院、社会保険病院、国立大学病院、私立大学病院は入らないということになり、この定めのために県によっては、国立病院機構の病院は公的医療機関ではないので、例えば地域枠の奨学金を受けていた方が勤務する権利がないとする県がある。しかしこれは間違いで、医療法31条で決めたのは、国がもともと厚生省（当時）が直接制御できないが、病床数の制限をするときに必要であるために定めた法規であるということだそう。

昭和20年に陸軍病院が102、海軍病院が17、その他傷痍軍人療養所などが軍の病院から国民の病院としてスタートした（図表4）。その後、昭

和 22 年には日本医療団にあった結核療養所が移管され、250 ぐらいの国立病院・国立療養所ができた。もちろん、傷痍軍人療養所や結核療養所などなので、かなりの病院は本当に山の奥のほうにあるのが通例である。軍医と軍の看護師がそのまま続けて国立病院を運営することになったので、厚生省（当時）としては心配し、昭和 20 年 12 月に、「国立病院は国民の病院にして国民は我等の患者なり。この際軍服と階級的、官僚的意識とを一擲し、患者並びに地方民に対しては温情と熱意をもて接すること極めて大切なるべし。我等は本邦医療体系の画期的前進の第一歩を踏み出したる国立病院職員として、理想的指導的国立病院の完成に全員一丸となりて邁進するの気魄を以て完務に当たられたし」。という布告を公布し、注意を喚起した。

その後はごく普通の地域病院として国立病院はスタートしたが、昭和 60 年ころになって高度経済成長が進んでいくと、決して国立病院だけに頼らなければいけないという状況ではなくなってきた。場合によっては、国立病院機構は無駄であるとも言われた。なぜなら、この当時は、最大時で、250 の国立病院に対して国は 2,000 億の財政支援をしていたからだ。国立病院機構が法人化をする前には 500 億ぐらいまでに減っていたが、そのような財政注入をして運営していた。そこまでするのであれば、国立病院・療養所は役割を高度先駆的医療等の政策医療に絞っていけといわれた。高度先駆的医療って何かよくわかりにくい、少し難しい医療をやいなさいということなのであろう。それで、国立病院・療養所を、ナショナルセンター、基幹施設、高度総合診療施設、専門医療施設、総合診療施設などに類型化してそれ以外のものは統廃合しなさいということが決まり、

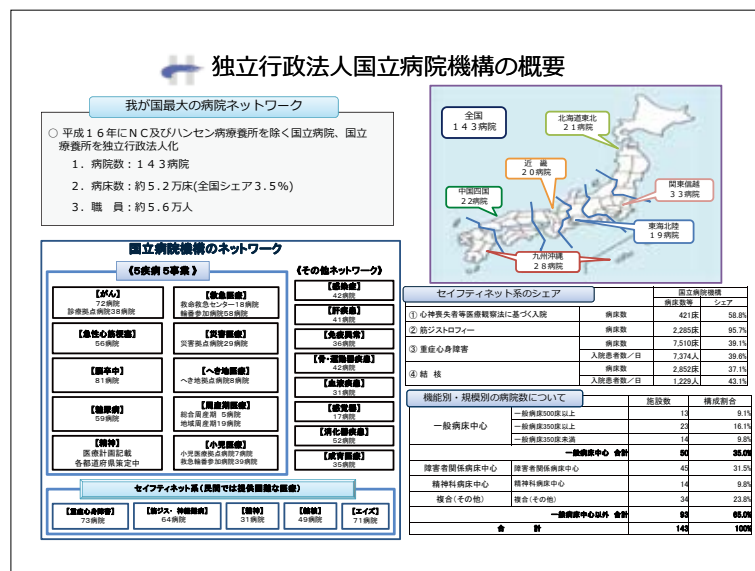
図表5

<p>昭和60年3月28日『国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針』</p> <p>一、国立病院・療養所の役割を高度先駆的医療等の政策医療に必要な臨床研究、教育研修等に専門化し、地域における一般医療の提供は基本的には、私的医療機関および地方公共団体等の公的医療機関に委ねること。</p> <p>二、国立病院・療養所を①ナショナルセンター、②基幹施設、③高度総合診療施設、④専門医療施設、⑤総合診療施設の五つに類型化し整備すること。</p> <p>三、統廃合を行うものは、①近隣に類似機能をもった相当規模の医療機関があり、病床数等からみて国立病院・療養所としての機能をはたすことが難しいもの、②近接して国立病院・療養所があり、統合した方がより機能充実がはかられるものとする。</p> <p>四、経営委譲を行うものは、地域住民の一般的医療の確保の役割は果たしているが、病床数、診療機能、診療圏等を総合的に勘案して国が直営するよりも他の経営主体が経営することが適切と考えられるものとする。</p>	5
---	---

この時期に250ぐらいあった国立病院を100統廃合して約150までスリム化した(図表5)。これは結構大変なことだったらしい。

現状をみると、平成16年に独立行政法人化したのが、普通の場合は民間型のはずなのだが、国立病院機構は不思議なことに公務員型の独法(特定独法)で、143病院、5.2万床、職員が56,000人ということで、がん・救急医療等を行っている。セーフティネット系のシェアとあるが、心身喪失者等医療観察法に基づく入院が全国の患者の約60%、筋ジストロフィーは96%、重症心身障害は約40%、結核は40%ぐらいを国立病院機構が診ている(図表6)。したがって、病院には非常にいろいろなバリエーションがあって、500床以上の大きな病院が約13あるが逆に小さな国立病院機構の病院も多い。

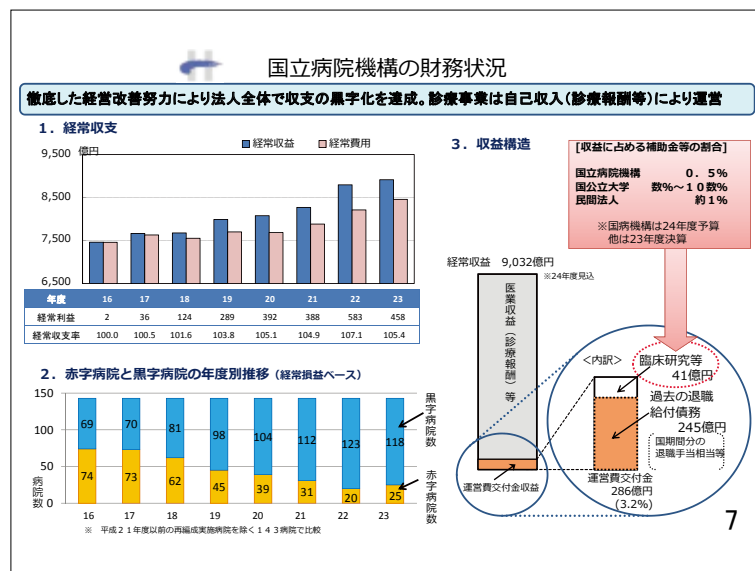
図表6



財務状況を見ると、最初は半分以上が赤字病院であったが、それぞれの病院の院長に権限を付与して、かつ建物整備を含めて独立採算でやっていくというやり方を採用した結果、現在は118が黒字で、25が赤字という状態だ（図表7）。それを全部合わせると、全体として約500億の黒字であるが、全体が9,000億ぐらいの医療収益であり、500億の黒字は減価償却、つまり建物の償却分が非常に少ないことにもよっている。つまり、古い建物が多く減価償却分が少ないので、利益が非常に大きく出る傾向にある。

収入の内訳を見ると、ほぼ医業収益であり、運営費交付金も受けているが、これは過去債務、つまり国が本来は引当をするべきであった退職金分を後で積んでくるというお金だけで、純然としてもらっているものは臨床

図表7



図表8

### 公的医療の非市場主義的な運営は可能

- 皆保険制度のもとに医療が運営されている西ヨーロッパの諸国では、公的設置形態の病院が大部分である。
- 米国の中でも、完全に公費で運営され、かつては「悪い病院」の見本のように思われていたVA Hospitalsが、全国共通の診療情報システムVistAを導入して以来、その診療実績はアメリカの有名病院とならんで高く評価されている。
- 社会主義国のキューバでは、プライマリケアに重点を置いた医療が国の事業として推進されていて、安い医療費にもかかわらず、高い健康達成度を示している。
- 日本では、公的設置形態の病院に加えて、多くの私的な団体の設置による病院も公的な医療という意味では、大きな役割を果たし、非営利の原則で運営されている。

8

研究等の経費 41 億だけである。診療に関しては 1 円も国から受けていないし、建物整備も我々が独力でやっている。

ここで、公的医療の非市場主義的な運営をやっているのが多くの国の常識であり、皆保険制度の下に医療が運営されている西ヨーロッパの諸国では公的設置形態の病院が大部分である（図表 8）。米国の中でも、完全に公費で運営され、かつては「悪い病院」の見本のように映画などで扱われていた VA Hospitals（米国退役軍人病院）は、全国共通の診療情報システム VistA を導入して以来、その診療実績はアメリカの有名病院と並んで高く評価され、そのランキングは、Johnes Hopkins や MGH と並ぶぐらいの高さにある。それから、日本とは全く異なるが、社会主義国のキューバでは、プライマリ・ケアに非常に重点を置いた医療が国の本格的な事業として推進されていて、安い医療費にもかかわらず、高い健康達成度を示している。ちなみに、乳児死亡率などは米国よりキューバのほうが圧倒的に上である。日本では、先ほど述べたように、公的設置形態の病院に加えて、多くの私的な団体の設置による病院も公的な医療という意味では、大きな役割を果たし、非営利の原則で運営されている。

図表 9 は VistA というアメリカの退役軍人病院を紹介したスライドである。電子カルテが全国どこの VA Hospital でも見られる状況で、日本の大病院の電子カルテに比べると、決してそれほどいいものではないにもかかわらず、電子情報の利用により医療内容が非常によくなっているということで、『BEST CARE ANYWHERE』という本で紹介されている。

図表 9

**Vista**  
(Veterans Health Information System and Technology Architecture)

米国VA病院（800万人を超える退役軍人と18万人の職員、163病院、800以上のクリニックおよび135のナーシングホーム）で用いられている電子カルテ

**実績**

- VistaAは毎年約6%効率性を向上させた。
- 薬剤の処方正確率は99.997%となり、公的病院の様々な基準でVA病院が高い水準であることを示した。

患者はどこからでも自分の情報を見ることができる

医師入力画面

患者ポータル



図表 10、11 はキューバの医療を紹介している。下に書いてある文字の説明の部分は在外公館、日本の外務省の紹介文である。キューバ医療は、確かに大変充実した医療の内容で、政府自身による標準的医療情報の提供と電子カルテ、それからワクチンを自ら開発して予防医療に努めているなどの非常に成果を上げている。ただこれは、日本の医療に比べるとプライマリ・ケア中心で、急性期医療についてどの程度なのかちょっとわからない面もある。したがって、米国でも VA Hospitals のような成功モデルはあるし、途上国でも成功モデルはある。そこでは医療情報の IT 化とプライマリ・ケアの重視、それから業務を担当する職種が非常に充実しているという特徴がある。

図表10

図表11

米国でも途上国でも、成功モデルはある

- 医療情報のIT化
- プライマリ・ケアの重視
- 業務を担当する職種の充実

11

図表12



図表13

基幹的大病院だけでは医療は完結しない

- 基幹的な急性期病院については、集約化・集中化の方向が各地で進んでいる。異種間の統合の動き、自治体病院の地方独立化などの動きも進んでいる。
- 一方、小規模病院の人材確保が非常に困難になっている。医師不足は、都市部と地方との奪い合いというよりは、大規模急性期病院の急速な拡大による面も大きい。
- 地域の医療+介護を推進できる人材を今後十分に確保できるかどうか重要なポイント。

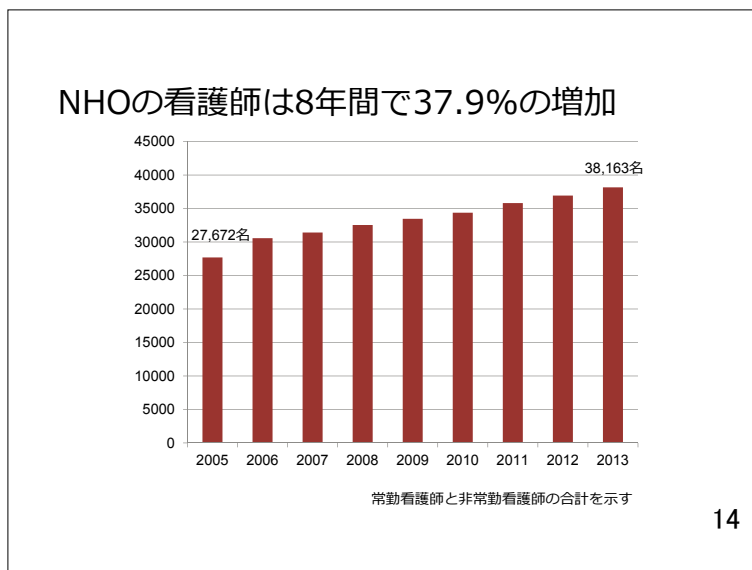
13

図表12、13は、例えば二次医療圏が3つあり、北は日赤が基幹的な病院、西は国立病院機構の病院が基幹的病院、東は県立病院が基幹的であるとすると、設置形態が全然違うが、例えば5疾患・5事業をどの病院もやっているし、それから地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域救命救急センター、それぞれが担当していて全く同じようなことをやっている。そういう県が幾つもある。こうなると、設置形態というようなことは余り関係なく、例えば一部の県では、この県の病院の代わりに個人の医療法人がやっている病院が担っているという県もある。こういう基幹的な病院のあり方を実現するために、異種統合などもなされている。例えば市の病院と県の病院が比較的近くにあった場合に、県の病院のほうを急性期型の大きな病院にして、もともとあった市の病院は療養型に変えるというよ

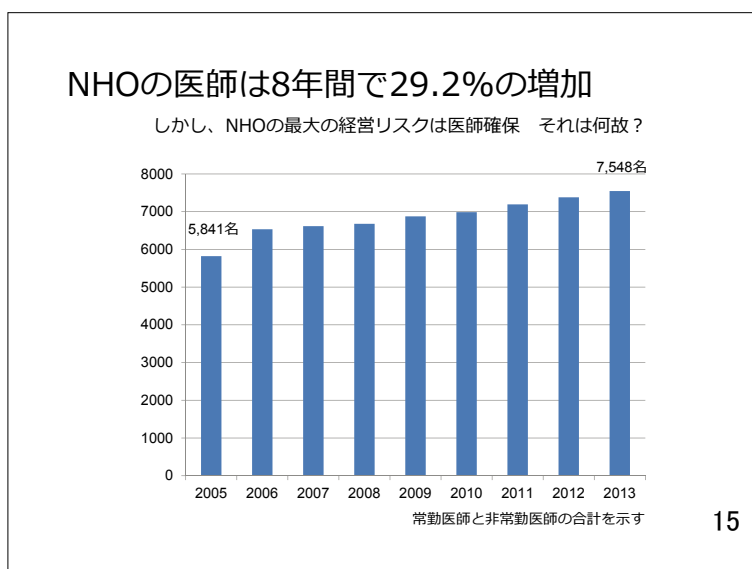
うな異種統合をやっているところもある。徐々にそうした形になっていて、今後はまるで設置形態の違うところが統合することもあるだろう。もちろん医療の質の向上のための競争はするとしても、生き残りをかけた競争というのは、病院の間では余り有益ではないので、統合するというインセンティブが、恐らく医師不足ということもあって進んでくるのではないかと思う。基幹的な急性期病院については集約化・集中化の方向が各地で進んでいる。異種間の統合の大きい自治体病院の地方独法化などの動きも進んでいる。一方、小規模病院の人材確保が非常に困難になっていて、医師不足は都市部と地方との奪い合いというよりは、大規模急性期病院の急速な拡大によるという面も非常に大きい。地域の医療と介護を推進できる人材を今後十分に確保できるかどうか重要なポイントだと思う。

国立病院機構の人材は、2004年（平成16年）に法人化してから非常に増えており、例えば看護師は2005年から2013年までの8年間で約40%の増加をしている（図表14）。もちろん、これには7対1の影響があるが、どこの病院も、特に大きな急性期病院では非常に増やしている。医師も、やはりこの8年間で30%増加しており、2013年にはNHO（国立病院機構）の医師は7,548名となっている（図表15）。しかし、国立病院機構の最大の経営リスクは、医師確保ができないということであって、医師の確保ができさえすればうまくいく病院が大部分だ。さきほどのグラフで示したように、二十幾つの病院がまだ赤字であって、その原因の大部分は十分な医師が確保できないことによるものだ。

図表14

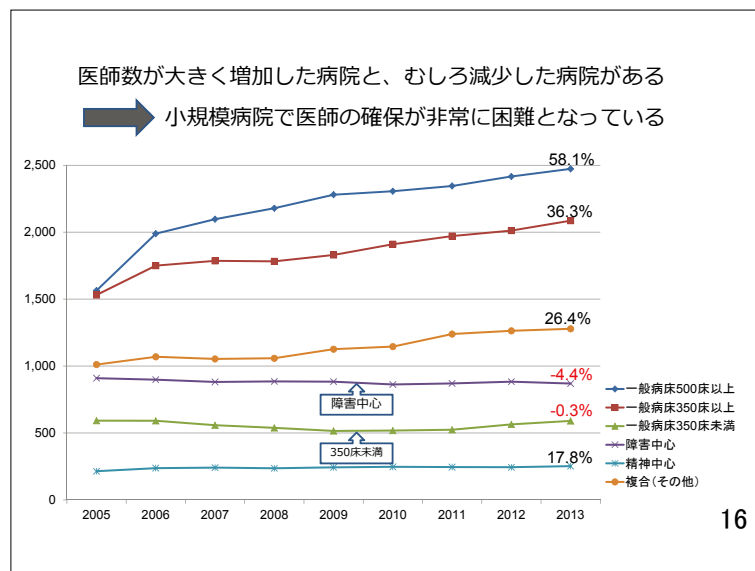


図表15

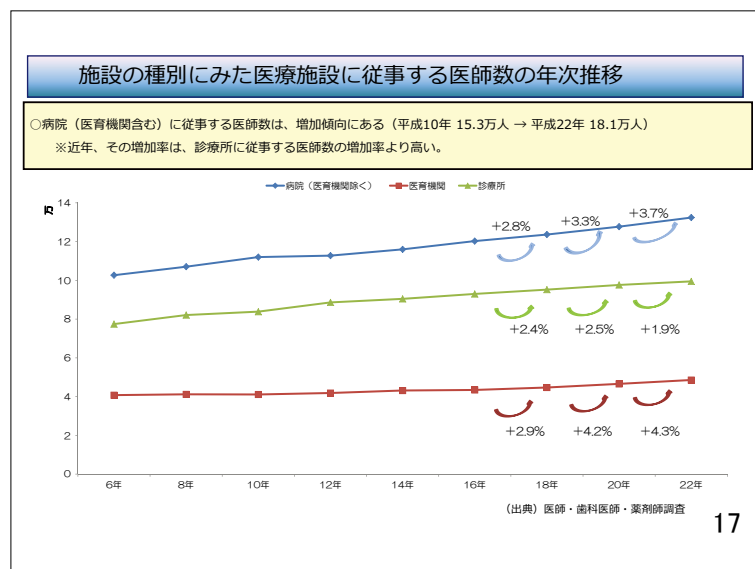


どのような病院で医師が増えていてどのような病院で医師が増えていないのか（図表16）。国立病院機構のなかには500床以上の急性期病院、350床以上の一般急性期病院があり、どちらも医師数を増やしているが、特に500床以上の急性期病院は60%も医師を増やしている。しかし、障害中心、つまり筋ジストロフィーや難病あるいは重症心身障害のような医療を主にやっている病院はむしろ医師を減らしているし、小型の病院は医師の確保に非常に苦労している。これを国立病院機構だけの問題かと思い、日本全国で見ても、病院に従事する医師は増加傾向にある（図表17）。診療所も徐々に増えているが、上昇のカーブは病院のほうが大きい。したがって、かつて心配されたような、病院の医師がどんどん減って診療所の医師がどんどん増えるというような、いわゆる立ち去り型の移動は起きていない。

図表16

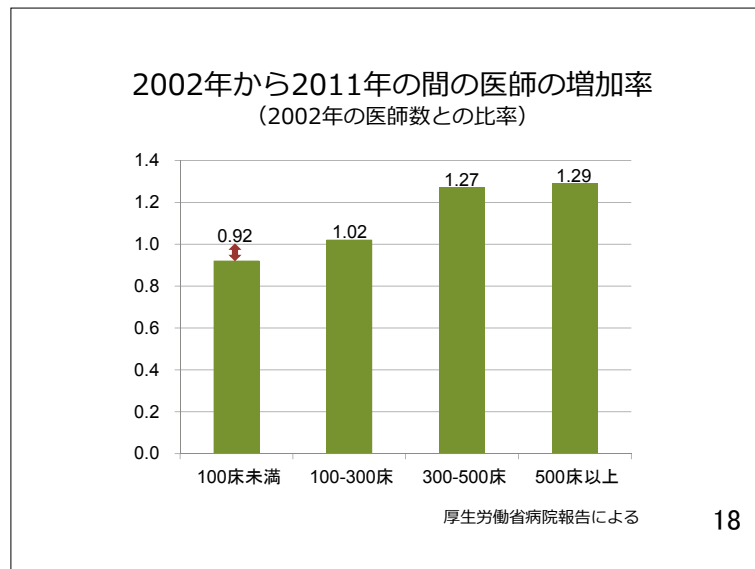


図表17



全国の病院でも、2002～2011年の間の医師の増加は500床以上では約30%で、300～500床でもやはり似たような傾向にある（図表18）。ところが、100床未満はむしろ減っている。さらに詳しく見ると、2000年と2011年の各病床規模別の医師の総数では、図表19の通り。900床以上はもう飽和してしまったためか、さほど増えていないが、大体400床ぐらいのところから899床までは非常に医師を増やしていて、小さな病院は減っている。減っているというのは、この100床ぐらいから移動したというよりは、多分補充できないからであろう。つまり定年でお辞めになった後を補充できないという状況がある。

図表18



図表19

**病床規模別医師数（常勤+非常勤）**

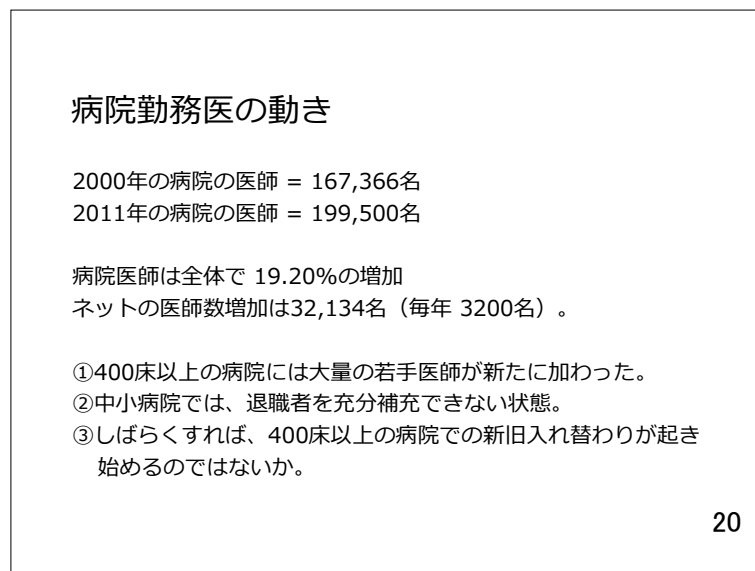
病床数	2000年	2011年	変化率
100床未満	21,306	19,613	-7.9%
100-199床	26,853	31,088	15.8%
200-299床	19,005	20,532	8.0%
300-399床	21,884	25,494	16.5%
400-499床	15,360	21,672	41.1%
500-599床	12,380	18,388	48.5%
600-699床	14,198	18,870	32.9%
700-799床	7,624	10,475	37.4%
800-899床	6,197	8,943	44.3%
900床以上	22,559	24,425	8.3%

厚生労働省 病院報告 **19**

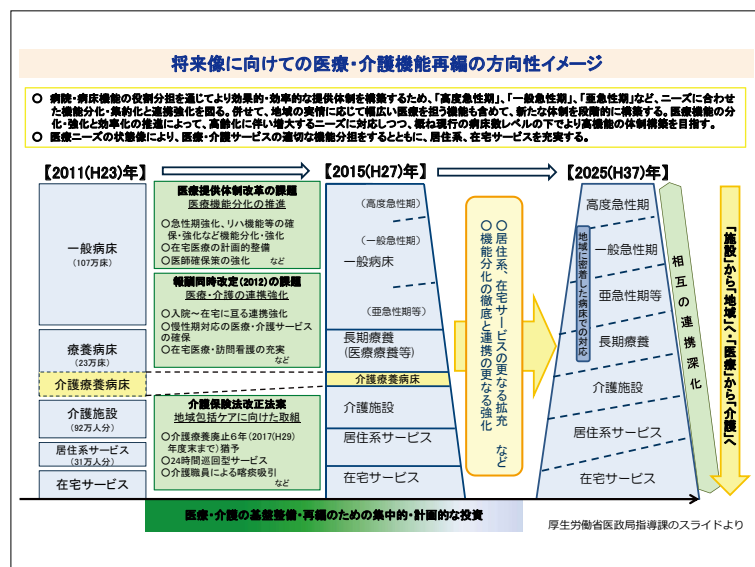
2000年の病院の医師数は167,366名であるが、2011年は199,500人、約20万人で、病院全体としては20%の増加をしている（図表20）。ネットの医師数の増加は毎年3,200人、400床以上の病院には大量の若手医師が新たに加わっている。中小病院では退職者を充分補充できない状態だ。ただ、このまま行くと、大病院でも補充した大量の若手はだんだん上級になって外の病院に流れていくので、もうあと5年ぐらいすれば400床以上の病院での新旧入れ替わりが起き始めるという可能性があると思う。

図表21は厚労省のスライドである。図表21のとおり、高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養、介護、居住系、在宅サービスと、こういう病床の分類で仮に行くとすれば、どう見ても下のほうに人数が多くなっているということに注意する必要がある。

図表20



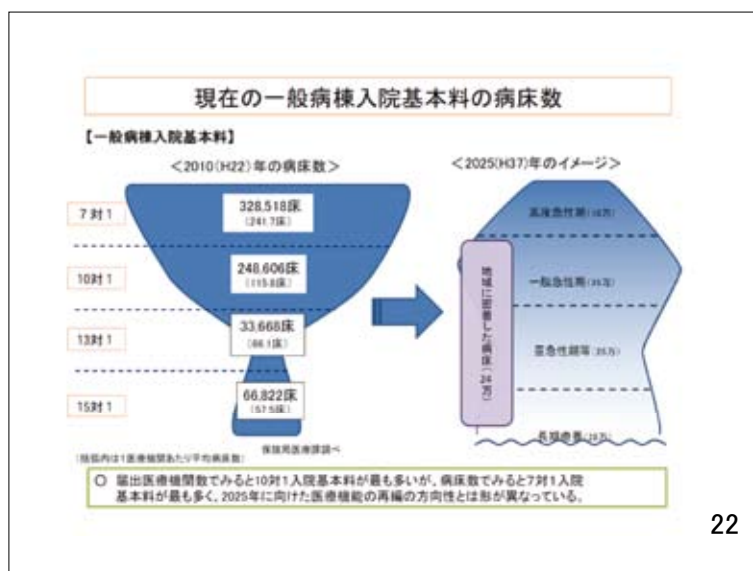
図表21



現状は図表 22 のような状態であって、本当に一番必要なところは、亜急性期、長期療養の医療機関であるがそこは充分できていない。我々としても公的医療機関がここをどうするかというのはとても難しく、これは日本全体及び医師会の先生方は提言をしていただいてお考えいただくのが良いと思う（図表 23）。

急性期医療の充実に加えて地域医療の能力を飛躍的に拡大し、医療と介護をシームレスにつなげる地域包括ケアを充実させることが喫緊の課題というふうに言われており、そのためには、大量のマンパワーの充実が必要で、特にいわゆる総合診療医（かかりつけ医）やチーム医療を担当できる看護師の養成が急務だと思う。しかしそのためには、医師の側から言えば、総合診療医のアイデンティティーの確立が必須で、その担当する領域は他

図表22



図表23

これからの医療に何が必要とされるのか

- 急性期医療の充実に加えて、地域医療の能力を飛躍的に拡大し、医療と介護をシームレスにつなげる「地域包括ケア」を充実させることが喫緊の課題
- そのためには、大量のマンパワーの充実が必須。特に総合診療医とチーム医療を担当できる看護師の養成が急務
- しかし、そのためには、総合診療医のアイデンティティーの確立が必須。その担当する領域は他の診療科と同じ専門性の高い専門領域であり、医師が生涯誇りを持って仕事をするべき一流の領域である、という共通認識が必須
- 日本では明治維新より、医学においては「治療有効性」によって優劣を決める基本的考え方が貫徹しており、意識の変革のためには、多大の努力が要求される
- この急性期重視、専門性の重視を否定するのではなく、総合的な診療能力の高さもそれと全く同等のものとして評価する仕組みが必要

23



の診療科と同じ専門性の高い専門領域であって、医師が生涯誇りを持って仕事をするべき一流の領域であるという共通認識が必須である。日本では、明治維新より、医学においては治療有効性によって優劣を決めるという基本的考え方が貫徹しており、意識変革のためには多大な努力が要求される。この急性期重視、専門性の重視を否定するのではなく、総合的な診療能力の高さもそれと全く同等のものとして評価する仕組みが必要である。

ここから先は余談であるが、明治期までは漢方医が大部分であった。華岡青洲は純然たる漢方医で、教育の仕方もまるで伝統的で一子相伝門外不出型、人には教えるなよという言い方である。大阪に華岡青洲の塾があったが、同じく大阪で緒方洪庵が開いた適塾はまるで異なり、日本全国から様々な質問が手紙という形でやってくるのに対して、緒方洪庵はほとんどお金も取らずに完全にオープンで教えていた（図表24）。そのとき一番西洋医学を漢方よりも優れたものと認定させた最大の要因は、種痘である。緒方洪庵は種痘の専門家であり、日本全国を渡り歩いて種痘を広げた。種痘は、人類が開発した最高の治療法であり、安いうえに簡単で有効性も抜群で、かつその原因疾患を駆逐したわけなので、これほど優れた医療はない。それは東京でも盛んになり、お玉ヶ池種痘所ができて、ここが中心になって関東から北は種痘が行われるようになった（図表25）。一部の医師は北海道まで行ってアイヌの人たちにこの種痘を施したと言われている。大槻俊斎が手塚良仙と一緒に、江戸の開業医80名が発起人となってお玉ヶ池種痘所をつくったというふうに言われている（図表26）。

図表24



図表25



図表26



東日本大震災のころは新宿の国立国際医療センターにいたが、救援隊で石巻まで行った。東松島の矢本というところで、矢本の保健相談センターを根城に支援活動をしていが、その庭にひっくり返った銅像があった（図表 27）。近くに寄って見たら、驚いたことにこの銅像は大槻俊斎の銅像で、碑文にいわく、「大槻俊斎先生は文化元年矢本町、つまりこの近くで生まれた人である。向学の熱情に燃え江戸に出て手塚良仙先生に蘭学による医学を学んだ。」ずっと読んでいくと、「安政5年神田お玉ヶ池に種痘所を創設し、以後、その実績が認められ、官立に昇格、さらに西洋医学所、医学校を経て、今日の東京大学医学部へと発展したものであり、まさに我が国近代医学の草分け的存在であります」と書いてある。これは東大の卒業生はみんな知っていることだが、東京大学医学部というのは80人の開業医の先生がつくった大学なので、もともとは決して官立ではない。

公的病院は、人材育成の役割を今後担っていかねばいけない（図表 28）。総合診療医の担当する領域は他の診療科と同じ専門性の高い領域であり、医師が誇りを持って仕事をするべきである。これは非常に重要で、こうした基本的な考え方で出発しない限り、今後が難しいのではないだろうか。総合診療医、これは今までのような大学の総合診療科というようなやり方でいけるかどうかかわからないが、総合診療医の希望者も大学や公的病院を最初のキャリアの場として選ぶことが多いので、大学や公的病院には総合診療医の教育、そのキャリアにつながるトレーニング・システムを今後備えていく必要があると思う。大学や公的病院だけでは総合診療医の教育を完結させられないのは当然であろう。

図表27



さらに、公的と称するところには臨床研究を推進する役割があり、公的病院では医薬品や医療機器の開発のための研究や医学的エビデンスを確立するための研究を推進することは期待されている（図表29）。ただ、「やたらと医薬品の貿易赤字があるからちゃんとやれ」と煽るのは問題だ。正面から「産業としての医療」に向き合うのでなければ、新薬や医療機器の開発に本気で取り組むほかはない。それから、医薬品や医療機器の開発をするとすると、アメリカの開発システムが合理的なので、そのシステムをコピーして日本に入れようという、つまりわかりやすく言うと医薬品価格の自由化や株式会社の病院経営、混合診療の解禁というようなことになるが、そうしたやり方では保険医療制度は壊れるので、国民にとって広く受け入れられる開発方式を同時に工夫することが必要だ。

図表28

### 公的病院は人材育成の役割も大きい

- 総合診療医の担当する領域は他の診療科と同じ専門性の高い専門領域であり、医師が生涯誇りを持って仕事をするべき一流の領域である、という共通認識が必須
- 総合診療医の希望者も大学や公的病院をキャリアの最初の場所として選ぶことが多い
- 大学や公的病院には、総合診療医の教育、そのキャリアに繋がるトレーニング・システムが必要
- しかし、大学や公的病院だけでは、総合診療医の教育を完結させることはできない

28

図表29

### 公的病院と臨床研究の推進

- 公的病院では、医薬品や医療機器の開発のための研究や、医学的エビデンスを確立するための研究を推進することが期待されている。
- やたらと「医薬品の貿易赤字」をあおるのは問題だ。
- 正面から「産業としての医療」に向き合うのであれば、新薬や医療機器の開発に本気で取り組む他はない。
- それも保険医療制度を破壊せずに、国民にとって広く受け入れられる開発方式を工夫することが必須である。

29

これは日経が2012年に出した、日本の医薬品の貿易赤字は大きいという記事である（図表30）。日本は医薬品の開発をしないと大変だと書いてある。もちろん、そういう面もある。ここでは医薬品の輸入が拡大していて、新規開発で欧米の後手に回っており、海外から高価な抗がん剤などを買う必要があるために輸入が一層上回っている。2011年には10年前の5倍の1兆3,600億円で、日本の貿易赤字の隠れた主役になっていることを日本経済新聞がいった。ところが図表31ではOECDの2010年の主要国医薬品輸出入額であるが、スイスが第1位なのはわかるが、2番目はアイルランドだ。アイルランドは薬の開発なんてしていない。続いて、ドイツ、英国、ベルギー、フランスとなっている。赤字の大きい国は、日本よりアメリカである。アメリカが最大の薬の輸入国で、日本も相当輸入

図表30



図表31

主要国の医薬品の輸出入額（2010年）

百万ドル

	輸出額	輸入額	輸出－輸入
スイス	50,036	18,845	31,191
アイルランド	32,095	4,535	27,560
ドイツ	65,834	47,300	18,534
英国	33,866	23,586	10,280
ベルギー	51,441	42,346	9,095
フランス	34,353	28,389	5,964
カナダ	5,703	12,321	△ 6,618
日本	4,324	17,338	△ 13,014
米国	44,397	65,563	△ 21,166

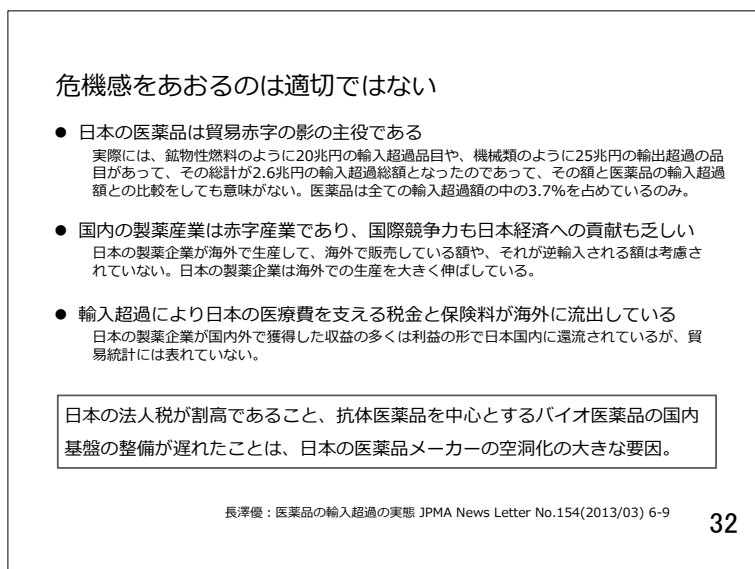
OECD International Trade by Commodity Statistics 31

している。これはなぜなのか。

長澤優氏が書いた論文の受け売りであるが、日本の医薬品は貿易赤字の「陰の主役」であるというのは、完全な誤り（図表 32）。実際には、鉱物性燃料、つまり石油のように 20 兆円の輸入超過品目や、機械類のように 25 兆円の輸出超過の品目があって、その総計が 2.6 兆円の輸入超過総額となったのであって、その額と医薬品の輸入超過額との比較をしても意味はない。医薬品はすべての輸入超過額累積の 3.7% を占めているのみである。それから、国内の製薬産業は赤字産業であって、国際競争力も日本経済への貢献も乏しいというのは、これもうそであって、日本の製薬企業が海外で生産して海外で販売している額や、それが逆輸入される額は考慮されていない。だから、アメリカはあれだけ大きな赤字国になる。日本の製薬企業は海外の生産は大きく伸ばしている。それから 3 番目に、輸入超過による日本の医療費を支える税金と保険料が海外に流出している。これも必ずしも本当ではなく、日本の製薬企業は国内外で獲得した収益の多くは利益の形で日本国内に還流されているが、貿易統計には表れていない。ただし、長澤氏が言うことは、日本の法人税が割高であるために生産拠点が海外に行くこと、それから抗体医薬品を中心とするバイオ医薬品の国内基盤の整備が遅れていること、これが日本の医薬品メーカーの空洞化の大きな要因であると言っているが、これは本当だろうと思う。

それから、もう 1 つ、大学や研究機関のパワーが落ちているということは大問題である。これは 1 つの統計にしかすぎないが、2012 年に基礎研究と臨床研究の主要なプロダクトの国際順位を見たものである

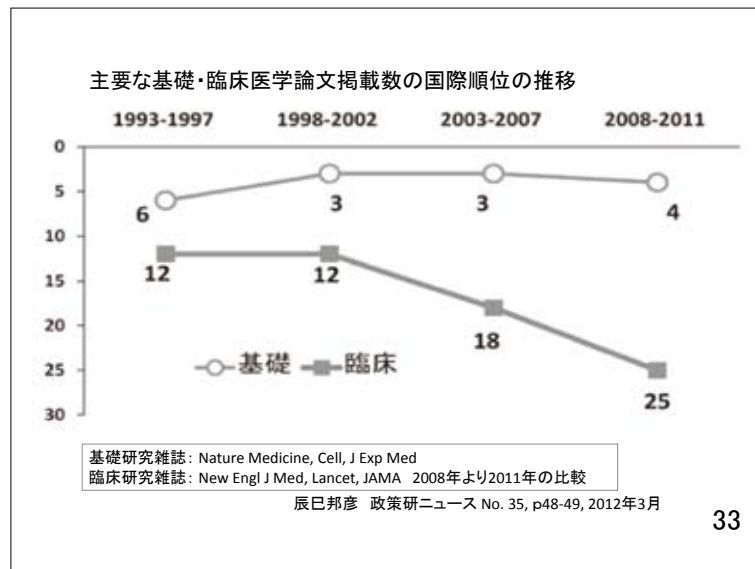
図表32



(図表 33)。日本は基礎研究はかなり高く、臨床研究はそれほどないと言われていたが、基礎研究はそれほど落ちていないのに、臨床研究はどんどん落ちている。この原因の1つは、中国を初めとする新興国が追い上げて追い抜いているということがあるだろうし、その背景には、やはり投下される資金に相当違いがあるということもある。

それから、アメリカの大学が頑張っているから日本の大学も頑張れと言われても、同じ組織でないので、そこを比較されるのは非常に困る。例えばアメリカの大病院である、Massachusetts General Hospital (MGH)、Mayo Clinic、Johnes Hopkins をみると、ベッド数は 875、1,951、892 と、極端に多くはない(図表 34)。しかし米国の大病院は、ベッド数から見た規模は同じでも、職員数では圧倒的な差があり、ベッド当たりの職員数は

図表33



図表34

米国の大病院の職員数

	MGH	MC	JHH	CHP	VUH
ベッド数	875	1,951	892	1,334	658
職員数	16,000	26,209	7,889	11,117	5,872
1ベッドあたりの職員数	18.3	13.4	8.8	8.3	8.9

MGH: Massachusetts General Hospital  
MC: Mayo Clinic, St. Mary's Hospital and Rochester Methodist Hospital  
JHH: Johns Hopkins Hospital  
CHP: Clarian Health Partners (IU & Methodist Hospitals)  
VHU: Vanderbilt University Hospital

米国の大病院はベッド数から見た規模は同じでも、職員数では圧倒的な差がある。ベッドあたりの職員数は5倍以上である。

永井良三「日本の医療提供体制の構造的課題」学術の動向 5:8-14, 2007  
[http://www.h4.dion.ne.jp/~jsst/text/doukouusp/pdf/200705/0705\\_0814.pdf](http://www.h4.dion.ne.jp/~jsst/text/doukouusp/pdf/200705/0705_0814.pdf)

34

大体5倍になっている。

図表35はアメリカのNIHのメディカルセンターの写真であるが、メディカルセンターはベッド数が約500で、医師数は1,200人、看護師は620人で、入院も外来も少ない。入院は東大の8分の1、外来は約6分の1で、基本的にはすべて治験病院だ。創設が1887年で、日本のがんセンターや循環器病センターに当たるインスティテュートが27、職員は全部で18,000人、年間予算は320億ドルで、そのうち11%、約3,170億円がNIH固有の予算だ。だから、日本版NIHという用語を使っても良いが、違いを理解する必要はある。

ただ、やはり公的病院は、先ほど述べたように、民間の病院と似たような役割を背負って、同じように医療をやっていて地域を担当しているので、国から公的予算を投入される場合は、教育や研究に予算を投入しているといった説明責任がある。またそれは、今後の日本の医療にとっても重要なので、そこを強化していく必要があると思う。公的病院の経営効率が悪いために、一時的ではなく恒常的に多額のお金を受け取らなければならないという時代は終わったと思う。現に、例えば昔、国の病院であった労災も、診療部門については収支が相償する状態になっているし、国立病院機構はすでに10年前からそうになっている。その辺りは今後の自治体病院などの大きな課題ではないかと思う。

ただ、日本の医療は優れた面が多い。確かに、アメリカ型の市場主義的な競争の激しいやり方も1つであるが、欠陥があることは明らかだ。それから、ほとんどの設置形態が公的なものである西ヨーロッパの医療も優れているが、欠陥があることも事実である。だから日本のやり方は、歴史的

図表35





なものであって、頭から良いとか悪いとかと言うのはなかなか難しい。

医療の評価は国際的には2000年のWHOのWorld Health Reportで1位になったのは有名であるが、その後も繰り返し良い結果を取っている(図表36)。2008年に米国の医療経済・政策専門誌Health Affairsに掲載された先進19ヶ国を対象に行った「回避可能な死に関する調査結果」によると、1位はフランス、2位は日本、米国は最下位であった。また、2009年にカナダの非営利調査機関コンファレンス・ボード・オブ・カナダは先進諸国の医療制度ランキングを発表し、日本は16か国中で1位、米国は最下位となった。2010年のOECDのHealth Dataで、加入国の保健医療の現状を評価し、日本の医療は世界トップレベルであるとした。2010年にニューズウィークは国別ランキングの記事を掲載し、その中で医療部門では日本を1位とした。2011年Lancet誌は日本の保険医療制度を高く評価し、皆保険制度50周年を期して特集を刊行した。

TIMEが今年の3月4日に特集号を出した(図表37)。これは日本語訳をされていないが、有名なジャーナリストであるブリルという方が、Bitter Pillと題する記事を書いた。かなり長い記事で、いろいろな実例が挙げてある。

例えば非ホジキン性リンパ腫の42歳の男性が、MD アンダーソンがんセンターの初診料4万8,900ドル、初回治療3万5,000ドルを即金で用意しなければ受け付けないと言われた。胸痛で運び込まれた64歳の女性ももう少し待てばメディケアに入れるところだったのだが救急外来を受診し、単なる消化不良で大したことがなかったために帰宅させられたが、2万1,000ドルの請求が来た。転倒した外傷の62歳の女性が救急外来を受

図表36

日本の医療の国際評価	
●	2000年のWHO World Health Reportでは、健康の到達度と公平性、人権の尊重などの点で、わが国は加盟191ヶ国中一位となった。
●	2008年に米国の医療経済・政策専門誌Health Affairsに掲載された、先進19ヶ国を対象に行った「回避可能な死に関する調査結果」によると、一位はフランス、二位は日本、米国は最下位。
●	2009年にカナダの非営利調査機関コンファレンス・ボード・オブ・カナダは先進諸国の医療制度ランキングを発表し、日本は16ヶ国中で一位、米国は最下位となった。
●	2010年のOECD Health Dataで、加入国の保健医療の現状を評価し、日本の医療は世界トップレベルであるとした。
●	2010年にニューズウィークは国別ランキングの記事を掲載し、その中で医療部門では日本を一位とした。
●	2011年Lancet誌は日本の保険医療制度を高く評価し、皆保険制度50周年を期して特集を刊行した。

診しただけで9,418ドル請求された。腰痛日帰り手術を受けた30代の男性が電気刺激装置の植え込み手術で8万6,951ドル、装置が4万9,237ドル（仕入れ価格は1万9,000ドル）請求された。肺がんの男性が、診断の11ヶ月後に死亡するまでに請求総額90万2,452ドル、ICU室料1万3,225ドル／日、重症患者用室料7,315ドル／日請求された。肺炎の50代の男性は肺炎で32日間入院して、47万4,064ドル、161ページに及ぶ請求書が来た。

2004年に「シッコ」というアメリカの医療の状況を書いた映画があり、それは相当誇張されてアメリカの制度を揶揄するように書いているので真実ではないと言う人がいっぱいいた。しかし実際に何が困ったことかという、アメリカではごく普通の医療保険を持っている人たちが高額な医療費をカバーしないということで、破産に追い込まれるということが多いということだそうだ。このブリルの記事の内容自体は、ここに書いてあるように、医学界新聞の3021号に李啓充先生が相当詳しく書いているので、ご参考にお読みになればと思う。日本には高額療養費制度があり、ある額以上は保険が払ってくれる。ある額以上に閾値があって、それ以上は日本では保険が払ってくれる。アメリカでも保険制度のなかに閾値があって、ある額以上は保険は一切払わない。だから、例えば日本の高額療養制度のように、月額例えば15万とか20万になれば、日本はそれ以上は払わなくて良いが、アメリカはそれ以上を払わなければならないという制度で、裏返しになっている。

日本の制度は欠陥が多く、今後の高齢社会に対抗する方策を日本の医療は十分用意していないと言われている。本当にそこをやっていないとい

図表37



2013年3月4日号のTIME誌(増刊号)  
「苦い薬」(Bitter Pill)と題する特集記事  
堅実に暮らしてきた中流家庭のアメリカ人でも、しばしば治療をあきらめなければならないほど医療費が高くなっている実例を紹介。

非ホジキンリンパ腫の42歳男性  
MDアンダーソンがんセンターの初診料4万8900ドル、初回治療3万5000ドルなど。

胸痛の64歳女性  
救急外来を受診、単なる「消化不良」で帰宅。2万1000ドルの請求。もう少しでメディケアの年齢だった(メディケアでは55ドル)。

転倒による外傷の62歳女性  
救急外来を受診しただけで9418ドル。

腰痛日帰り手術を受けた30代男性  
慢性疼痛に対する電気刺激装置の埋め込み手術で8万6951ドル。装置が4万9237ドルだったが、仕入れ価格は1万9000ドル以下。

肺がんの男性(年齢不詳)  
診断の11ヶ月後に死亡するまでの請求総額は90万2452ドル。ICU室料1万3225ドル/日、重症患者用室料7315ドル/日。

肺炎の50代男性  
肺炎で32日間入院して、47万4064ドル。161ページに及ぶ請求書。

米国のごく普通の人々にとっても、米国の医療制度はかなりの苦痛を伴うものになっている。(李啓充 週刊医学界新聞第3021号参照)。

37

けない。私自身は専門がどちらかと言えは急性期医療だったので、急性期医療の心配ばかりしてきたが、急性期医療の日本のレベルは決して悪くない。例えば心臓移植は、日本の治療成績は驚異的で、ほかの国とは比較にならないほど圧倒的に良い。日本はいい面がかなりあるという前提で今後のことを考え、変えるべきところは変えていかなければと思う。

# 多職種協働プライマリ・ケア重視のオランダのケア提供体制 —我が国における地域包括ケア提供体制充実に向けて

独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員  
堀田 聰子

過去の会議の資料を拝見し、松田晋哉先生やほかの先生もオランダの概観をされており、医師会でも鈴木先生をリーダーとして2013年5月にオランダに行かれていますので、制度の詳細に立ち入るよりは、これまでどのような流れでオランダのケアの提供体制が変わってきたのかに焦点をあてて話してみたい（図表1）。

図表1

## 構成

- オランダをとりあげる理由
- オランダのケアを支える仕組み
- ケア提供体制の変遷と特徴  
(別添資料:年表、オランダにおける家庭医療)
  - 地域居住の基盤としての住まい
- ケアの品質・監査—長期ケアを中心に
- ケアの担い手確保に向けた方策
- 我が国への示唆と課題

2

## 1. 地域包括ケアシステムの2つのコンセプト

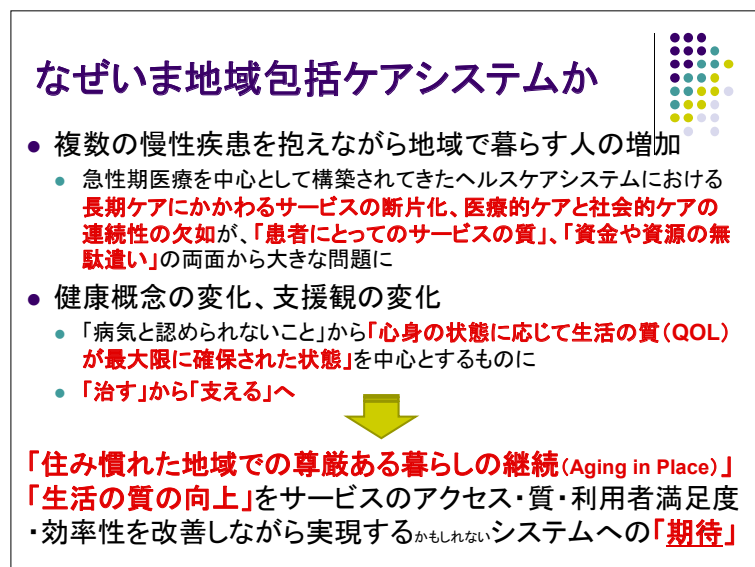
今回、地域包括ケアシステムの充実に向けて手がかりとなるようなことをオランダでの経験からということでご依頼を頂いたため、なぜオランダなのか、に触れる前に改めて地域包括ケアをめぐる潮流を紹介しておく(図表2)。

なぜいま地域包括ケアシステムか。高齢化の進展、医療の発展とともに疾患構造が変わり、複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす方々が増え、急性期医療を中心として構築されてきたシステムでは、なかなかうまくいかなくなってきた。サービスの断片化、医療的なケアと社会的なケアの連続性の欠如は、サービスの質という面だけではなく、資金や資源のむだ遣いの面からも、大きな問題になってきている。

疾患構造の変化に伴って健康概念も変わってきた。以前は「病気と認められないこと」が健康であったが、病気や障害とつきあいながら、いかにそのときの「心身の状態に応じて生活の質を最大限に確保された状態」とするかを中心とするものになってきた。

そうしたなかで、これはすでに医師会からも出され、社会保障制度改革国民会議でも言われているが、治す医療から支える医療へと支援観も変容しつつある。住み慣れた地域で生活の質を維持向上させながらその人らしい暮らしを継続すること、Aging in Place を、実現しうるシステムへの期待、これが地域包括ケアシステムの背景とされる。これは日本だけではなく、とくに高齢化に直面する諸外国において90年代ヘルスケア改革の共通の課題である。サービスのアクセスや質と効率性を同時に改善しうるか

図表2



図表3



どうかは、研究によってさまざまであるが、持続可能なシステムが各国で模索されている。

地域包括ケアは、「地域を基盤とするケア」と「統合ケア」という2つのコンセプトからなるものである（図表3）。地域を基盤とするケア、これは公衆衛生アプローチに立脚して地域の健康上のニーズ、健康に関する資源や社会的価値観に合わせて地域社会による参画を保証しながら構築されるケアである。統合ケアは、切れ目のないケアである。

統合ケアというのは提供者側の論理にたてば放っておいてもある程度進んでいくものと考えられるが、重要なのは地域に根ざすということである。医師会でも強調され、ご当地医療などともいわれているが、その地域に合った形でどう切れ目のないケアを実現するか、地域における最適を、住民を中心にさまざまなステークホルダー、市はもちろん地区医師会などが、自ら選んでいくことがとても重要になってくる。

## 2. オランダを取り上げる理由

地域を基盤とするケアと統合ケアを組み合わせて入れ込もうという流れは、特に90年代以降、欧米各国共通の流れである。オランダに着目した理由の1つ目は、この2つのコンセプトを含むシステムの構築を実際に試みた数少ない国のひとつであると言われていることにある（図表4）。慢性疾患患者が亡くなる場所は自宅が3割を超えている。

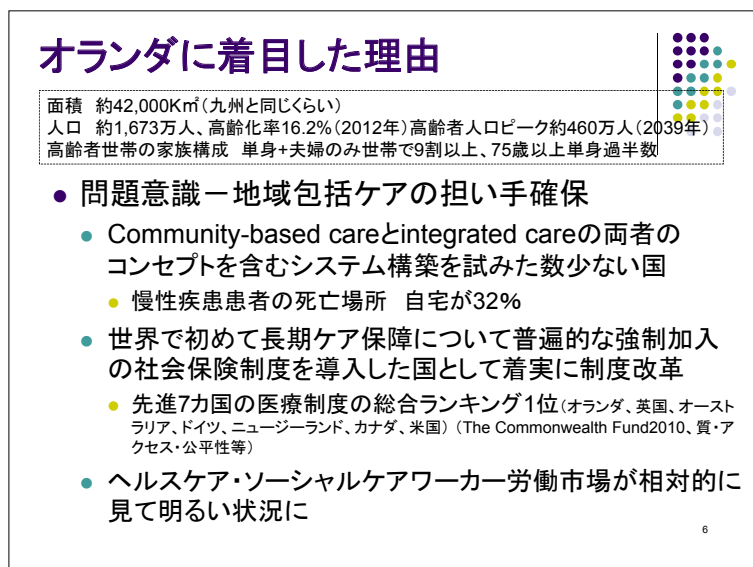
2つ目は、ドイツよりも前、1960年代に世界で初めて長期ケア保障についてAWBZという普遍的な強制加入の社会保険制度を導入し、さまざまな課題に直面しながら着実に制度改革を進めてきた点である。ある国際的なシンクタンクによる先進7か国の医療制度の質、アクセス、公平性等の面からみたランキングでオランダが1位とされた。

それから3つ目、私はケアの担い手に関心があり、OECDの比較研究にも携わっていたのだが、オランダは2000年代に入ってから相対的に見てケアワーカー労働市場が明るい状況になってきたと評価されていたこともつけくわえておく。

図表4の上にオランダの基礎情報をまとめた。九州と同じぐらいの広さで人口1,670万人、高齢化率は日本よりもまだ大分低く、16.2%である。ただし、高齢者世帯の家族構成を見ると、単身と夫婦のみ世帯がすでに9割以上で、75歳以上の単身者が過半数であり、これは、我が国のこれから先取りしているともいえる。

次に医療関連指標について、特にオランダと日本を比べてみると、人口1,000人対医師数や看護師数はあまり大きく変わらないが、病院病床数、

図表4



平均在院日数、1人当たりの外来受診回数は、日本よりもオランダのほうが大分少ない（図表5）。これはいろいろな解釈ができるが、病院よりも地域で、プライマリ・ケアで活躍している専門職の方々が多いいえる。

5月の医師会の皆様の視察報告のタイトルに高コスト構造とあるが、総保健医療支出対GDP比をみても、1人当たりの総保健医療支出をみても、オランダのほうが日本よりも高くなっている。

ただし、この数値は注意が必要で、オランダは完全に介護費用を含むが日本は含まない、歯科診療も十分に含まれていないなど単純には比較ができない。今、OECDでも細かいデータをどうつくるかを検討しており、日本でも医療経済の方々が検証を予定されているとも聞く。あくまで現在のところ、OECDが出している数値として紹介させて頂く。

図表5

オランダの医療関連指標		オランダ	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
人口(千人)		16,390	127,692	82,110	62,304	60,519	9,217	304,177
65歳以上人口割合(%)		14.9	22.1	20.2	16.6	15.7	17.6	12.8
平均寿命(歳)		80.3	82.7	80.2	81.0	79.8	81.2	78.0
出生率		1.77	1.37	1.38	1.99	1.96	1.91	2.08
医師数(人口千対)		2.9	2.2	3.6	3.3	2.6	3.7	2.4
看護師数(千人)		8.4	9.5	10.7	7.9	9.5	11.0	10.8
病院病床数(千人)		4.7	13.8	8.2	6.9	3.4	2.8	3.1
急性期病床数(千人)		3.1	8.1	5.7	3.5	2.7	2.1	2.7
平均在院日数		12.5 <sup>1)</sup>	23.8	9.9	12.9	8.0	5.9	6.3
平均在院日数(急性期)		6.0	18.8	7.6	5.2	6.9	4.5	5.5
1人あたり外来受診回数(回/年)		5.9	13.2	7.7	6.9	5.9	2.9	3.9
総保健医療支出対GDP比(%)		11.0	8.6	10.7	11.0	8.8	9.2	16.6
1人あたり総保健医療支出(米ドル)	要注意	4,729	2,878	3,967	3,750	3,143	3,656	7,761

出所: OECD Health Data2011 (Nov.2011)、OECD.Stat(2012年6月15日最終確認)。  
 注1: 日本の医療支出等データの収録データの最新が2008年であったため、諸外国のデータも注がなければ2008年に揃えている。  
 注2: 2007年。 注3: 2001年。  
 注4: オランダ・フランスの医師、フランス・アメリカの看護師には医療セクターでマネジメント・教育・研究に従事する医師・看護師を含む。



### 3. オランダのケアを支える仕組み

次にオランダのケアを支える制度がどのようになっているか。枠組みと、特に健康保険を中心に特徴をお話します。

図表6は、地域包括ケア研究会で昨年度まとめた地域包括ケアシステムの構成要素の図と住まいを除くそれぞれの構成要素にかかわるオランダの制度を示している。

まず、在宅生活継続の基盤となる住まいのなかに生活を構築するための生活支援・福祉サービス、土の部分、新しく社会支援法というものがつくられている。オランダには四百あまりの地方自治体があるが、この地方自治体が主体となって税と自己負担で運営している。

それぞれの課題にあわせて専門職によって提供される葉っぱの部分については、まず、保健・予防は伝統的に19世紀から地方自治体が担っており公衆衛生法により定められている。

医療・介護の葉っぱについては短期か長期かで制度がわかれている。医療保険は3層からなっており、1年以上の長期療養・介護は特別医療費補償法、短期の医療は健康保険法が賄い、この2つはいずれも強制加入である。特別医療費補償法は年齢にかかわらず長期のケアをカバーするものである。これに加え任意ではあるが多くの方々が補完的保険にも加入している。

健康保険法についてやや詳しく、あとは簡単にお話しして次の提供体制の変遷に移りたいと思う。

まず、健康保険については、以前は所得・職域により3つの制度が分立

図表6



していたが、80年代の終わりから長らく効率的な運営に向けて議論が続けられ、2006年の医療制度改革により、全国民を対象とする健康保険に一本化され、各国から注目を集めている（図表7）。


保険者は民間の保険会社で、この民間の保険会社が提供する政府が定めた基本パッケージの購入を義務づける形で国民皆保険を実現している。財源は、被保険者の保険料と国庫補助金、最近導入された利用者の控除免責額からなる。特に被保険者の保険料の中のリスク構造調整保険料と呼ばれる所得比例部分が精緻に組み立てられていることは特徴的である。

オランダの健康保険について各国が関心を寄せている最大のポイントは、保険者機能を強化して、いわゆる管理競争を導入していることである（図表8）。健康保険には被保険者、保険者、医療提供者の3つのステー

図表7

## ZVW(健康保険)の概要1


- ▶ 所得・職域により分立していた制度を全国民対象の健康保険に一本化
- ▶ 根拠法: 健康保険法(2005年制定2006年施行)
- ▶ 被保険者: オランダの居住者、非居住者のうち支払給与税対象者は強制加入(基本パッケージ購入を義務づけ)
- ▶ 保険者: 民間の保険会社
- ▶ 財源
  - ▶ 被保険者の保険料: 定額部分+所得比例部分(→リスク構造調整保険料...加入者属性から予測される健康リスク・医療コストに応じて調整された保険料)
  - ▶ 国庫補助金
  - ▶ 利用者の控除免責額(被保険者の自己負担分の一定金額、2008年から導入、年額220ユーロ/2012年、家庭医・出産・産後ケアは対象外)



図表8

## ZVWの概要2

- ▶ 政府が定めた基本パッケージ: **家庭医による診療**、病院・**専門医**、助産師による医療、1年未満の入院、18歳未満の歯科、産後ケア、理学・運動・作業・言語療法や栄養指導(限定的)、禁煙指導等
- ▶ 現物給付型、償還型、複合型
- ▶ **保険者機能強化・管理競争**
  - ▶ 被保険者は保険会社(1年ごとに変更可)と医療提供者を自由に選択
  - ▶ 保険会社は上限価格規制の範囲でサービスの価格と品質について医療提供者と交渉(保険会社間で競争)
  - ▶ 医療提供者はDBCに基づく包括払により治療内容とコスト透明化、ベンチマーキング(価格・質に関して提供者間で競争)
  - ▶ 健全な市場機能推進とモニタリングに向けたスーパーバイズ機関(Nza)
- ▶ 支払
  - ▶ 病院診療: オランダ版診断群分類DBCをWHOのICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)に基づき約4,400に集約したDTCに基づく包括払
  - ▶ 家庭医: 登録した患者数に応じた定額部分+出来高部分
  - ▶ **慢性疾患4疾病についてはケアグループへの包括払いへの移行進む**



クホルダーがあるわけだが、その三者が常に選び合う環境をつくり、国は健全な市場機能を推進、モニタリングする役割を担っている。

三者の選びあう関係というのは、まず、被保険者である国民は保険者・保険会社を自由に選択、1年ごとに変更することができる。医療提供者も自由に選択できる。そして、保険会社は、医療提供者とサービスの品質や価格について交渉する。医療提供者は治療内容やコストを透明化して提供者間で競争する。こういった形で効率的な制度運営ができていると言われている。


それから、先ほど触れた購入を義務づけている基本パッケージの中身については、政府や関係機関がさまざまな研究に基づいて定期的に見直している。現在のところは、家庭医による診療、病院・専門医・助産師による医療、1年未満の入院、18歳未満の歯科、産後ケア、限定的だがリハビリや栄養指導、それから禁煙指導も最近加わった。

支払いは、病院診療は包括払い、家庭医の部分については、イギリスと同様に、基本は登録した患者数に応じた定額部分と出来高部分となっている。最近、慢性疾患に関しては大体人口30万人規模で多主体多職種ケアグループを構成し、ケアグループへの成果に基づく包括払いへの移行が進んできている。イギリスではQOFと呼ばれる業績払いの部分があることが知られているが、オランダもこのような形で成果に基づく支払いへの移行が進んできている。

全住民を対象として長期ケアをカバーする特別医療費保険について簡単にご紹介する（図表9）。日本の介護保険と比較すると、年齢制限がないこと、保険者が国であること、現金給付があること等が大枠としての違い

図表9

## AWBZ(特別医療費保険)の概要1



- ▶ 目的: **長期に**医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護するための全住民対象の医療保険(**年齢制限なし**)
- ▶ 根拠法: 特別医療費補償法(1967年制定1968年施行)
- ▶ 被保険者: オランダの居住者、非居住者のうち支払給与税対象者は強制加入
- ▶ 保険者: 国
- ▶ 事務代行者: **ケアオフィス**(国内32)...サービス提供者との契約・サービス購入、保険料徴収、被保険者の相談対応  
※ケアオフィスは廃止の方向→保険会社
- ▶ 財源
  - ▶ 被保険者の保険料(67%): 15歳以上で課税所得がある者(課税所得比例、12.15%)
  - ▶ 国庫補助金(24%)
  - ▶ 利用者の自己負担(8%): 65才以上か、所得、世帯構成により異なる

12

である。

保険者は国だが、実質的な保険者機能は、事務代行者として今のところはケアオフィスが担っている。ケアオフィスは、国内 32 圏域で最大のシェアを持っている保険会社が受託しており、サービス提供者との契約やサービス購入、保険料徴収、被保険者との相談対応等にあたる。

ケアオフィスはサービス購入ガイドラインをつくっており、長期ケアの提供者とサービスの質や価格について交渉し、一定の範囲内でサービスの質に応じた支払いができることになっている。

サービス受給にあたっては、必要な機能とその提供時間の判定を受ける必要がある（図表 10）。要介護認定のようなものである。日本のような要介護度という考え方はなく、1 人ひとりに機能とその量の組み合わせの判定となる。この「機能」アプローチというのが実は重要だが、さしあたり立ち入らないことにする。

給付される機能は、現段階での大きな違いは日本では介護保険で賄われている家事援助が日本でいう地域支援事業のような性格をもつ社会支援法のもとに移行している点である。

長期ケアを賄う制度の持続可能性を高めることは諸外国共通の課題で、オランダでもさまざまな議論がある。AWBZ は 1968 年に導入され、脱施設化の流れとともに 90 年代にかけてカバー範囲をどんどん広げてきた。90 年代以降は、必要なケア・サポートをいかに関連制度全体で効率的に賄っていくかという考えに基づき、見直しを進めている。その一環として既に家事援助が、また近日ガイダンスと呼ばれる機能も社会支援法に移行が予定されている。ガイダンスという機能は、日本ではピンとこないかも

図表 10

## AWBZの概要2 受給手続

- 審査機関で給付の必要性、サービス種類、量についての審査を受ける
- 地域看護師らによる判定→地域ケア判定機関(RIO)→ケア判定センター(CIZ)へ→地域看護師らの裁量を高める方向へ
- **「機能」別の必要時間と提供時間を判定する機能アプローチ**
- 審査項目: 疾病、障がい、意思疎通、移動、日常生活上の問題、住環境、社会的活動、学習、労働参加についての問題、家族や友人・隣人等からの支援可能性(「**ふだんのケア**」の提供可能性)、他の公的・一般サービス利用可能性
- 高齢者・障がいの者の区別なく適用
- サービス内容の決定: 利用者と提供者間の契約、認められた範囲内で現物給付と現金給付(PGB)を自由に組み合わせ

13

図表11

### AWBZの概要3 給付される「機能」

- 身体介護 ( Persoonlijke verzorging ) :  
シャワー、着衣、ひげそり、排泄、食事介助など
- 看護 ( Verpleging ) :  
傷口手当、薬品投与、注射、病気対処へのアドバイスなど
- **ガイダンス ( Begeleiding )**  
行動・精神的な問題に対処しながら暮らすための助言等
- **リハビリ等の治療 ( Behandeling ) ※通い/訪問 個人/集団**
- 短期入所 ( Kortdurend Verblijf )
- ケア付き滞在 ( Zorg met Verblijf )

家事援助はAWBZの対象ではなくなった(後述)

14

図表12

### 社会支援法の導入(2007) (Wmo:Wet maatschappelijke ondersteuning)

- 目的: 地方自治体レベルで互助を活用しながらできる限り自立した生活と社会参画を促す社会的支援を展開
- 社会福祉法 + 障害者福祉法 + 特別医療費(補償)法の一部を統合
- **患者・利用者団体、住宅、福祉、介護関係機関を政策形成及び実施過程に包摂**
- 9つの実行領域
  - 地域における社会一体性とQOLの向上、成長に問題を抱える青少年及び養育に困難を抱える親への予防的支援、**情報・助言・利用者支援、介護者またはボランティアの支援、身体・精神・社会的問題を抱える人の自立と社会参画促進、身体・精神・社会的問題を抱える人へのサービス給付**、民生的救援施設特に女性用シェルター整備、精神保健の推進、中毒者対策
  - 地域における社会うち長期ケアを必要とする人に関連が深いサービス等: 家事援助、住宅改修、移送、福祉用具、地域社会におけるコミュニケーション促進、ソーシャルワーク 等
- PGB利用も

15

しれないが、例えば居場所機能の色合いが強いデイサービスが介護保険から地域支援事業に移管されるとイメージして頂くとよい。リハビリについても一部は管理競争がはたらく健康保険に移そうという動きがある(図表11)。

社会支援法の導入は、地域を基盤とするケアを考えるうえで、ひとつの転機といえる(図表12)。社会福祉法、障害者福祉法、そして前述した特別医療費補償法の一部を統合する形で2007年から始まったものだ。


日本でも地域包括ケアをめぐる議論にあたり自助・互助・共助・公助の役割分担が言われているが、キリスト教民主主義政党が70年以上続いたオランダでは、この補完性原理は長く社会で共有された考え方である。社会支援法は改めて補完性原理に根ざし、地方自治体レベルで互助を活用し

ながらできる限り自立と社会参画を促すことを目的としている。

ご覧のとおり9つの実行領域があるが、特に赤字が直接的に長期ケアに深く関係するところであろう。先ほど触れた家事援助以外にも住宅改修や移送、またさまざまな居場所の提供等を含めた関係性の支援等も含まれる。介護者支援を明確に地方自治体の責任と位置づけたことも重要な点である。

それから、公衆衛生法に関しては、特に、最近の改正の中で、地方自治体のプライマリ・ケアにかかる責任を強化しており、オランダの特徴ともいえる多職種協働の推進や改善も改めて地方自治体が担うものとされた(図表13)。

図表13



### 公衆衛生法(Wpg)

- 公衆衛生は19世紀から地域で取り組まれ、早くから地方自治体の役割が明確化されてきた
- 近年さらに**地方自治体のプライマリケアにかかる責任を強化**する方向で公衆衛生法が改正された(2008年)
  - 地域における保健センター等を基盤とした予防・健康増進・ヘルスプロテクションの展開について、健康寿命延伸や健康格差是正の観点から見直し、例えば高齢者については自宅訪問等をつうじて健康状態の把握と疾患の予防・早期発見に努めること、**プライマリケア領域における多職種協働の推進・改善も地方自治体任務**とされた。
- 財源は税が中心であり、一部(予防接種等)に自己負担が発生

16

## 4. ケア提供体制の変遷と特徴

次にケア提供体制がどのように変わってきたかをざっと概観する(図表14)。抜粋をお配り頂いているディスカッションペーパーに掲載している「オランダのケア提供体制と関連制度・政策及びステークホルダーの動向」という年表も適宜参照していただきたい。

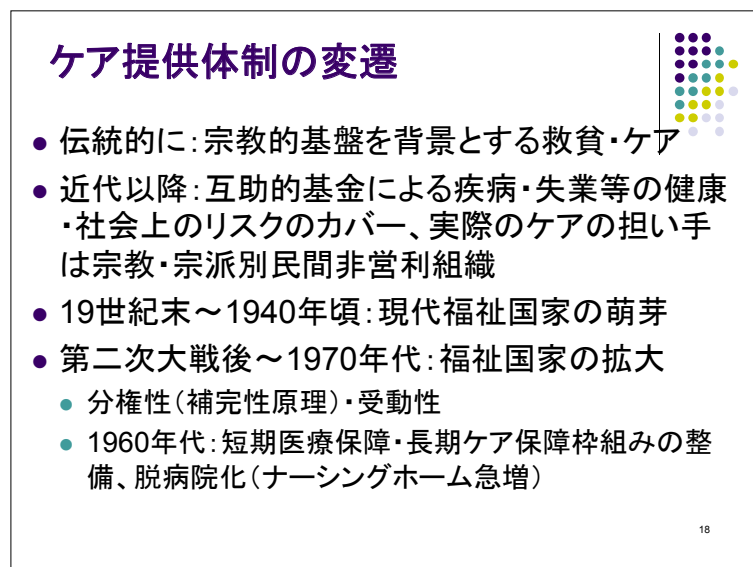
これは、日本で地域包括ケアシステムの5つの構成要素について、オランダの関連制度・政策動向、ケア提供体制、ステークホルダーの動きをまとめたものである。それぞれ→で傾向をまとめてあるので、その流れをざっと追ってくださればと思う。

まず、伝統的にオランダでは他の欧州諸国と同様、宗教的基盤を背景として救貧とケアが行われており、近代以降はさまざまな互助的基金によって健康リスクを含む社会上のリスクがカバーされていた。

19世紀末から1940年頃は、現代福祉国家の萌芽といわれる時期である。年表の一番左の矢印をご覧くださいと、第二次大戦後から1970年代にかけては福祉国家の拡大期である。互助的な基金から国家による保障へ、住まい、お金、医療など、戦後から1960年代に一気に社会保障の基盤がつくられた。

ただし、オランダの大きな特徴は、千葉大の水島先生が指摘されるように、分権性(補完性原理)、受動性といわれる。国の役割は財政的支援と監督で、実際にケアを担うのは伝統的に宗教・宗派別民間非営利組織である。現在もケア提供主体はさまざまな中間団体、民間非営利組織が中心となっている。

図表14



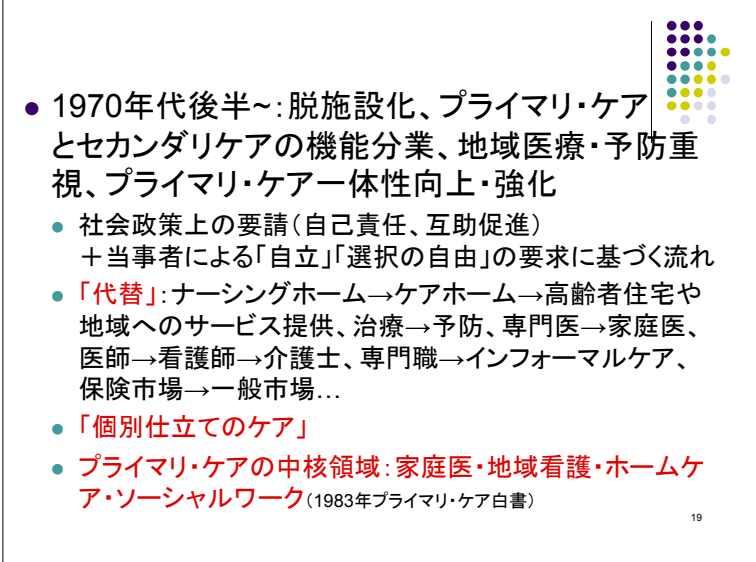
そして1960年代には脱病院化の流れが始まる。前述した長期ケアを賄うAWBZができたのは、慢性疾患の患者さんたちに病院からナーシングホームにできる限り移っていただくとしたときに、ナーシングホームでの療養費用をカバーする制度が必要になったという背景がある。

脱病院化の受け皿としてこの当時、ナーシングホームがどんどん増え、ヨーロッパの中でもオランダは施設入居率が高い国と言われていたが、その後1970年代後半には脱施設化が進められるようになる。これは年表の真ん中、ケア提供体制というところ左から2番目の矢印をご覧頂きたい。60年代から70年代の初めぐらいまで脱病院化、70年代後半から一貫して脱施設化がはかられ、これに応じてどんどん訪問や通所の地域ケアが開発され、AWBZはカバー範囲を広げてきたというのが90年代までの流れになる。

1970年代はオランダのケア提供体制を語るうえで重要な転機のひとつである。年表の一番左にあるが1974年にヘルスケア構造白書が出された。ここから1980年代後半にかけて公的関与が強化された。非効率化につながったといわれるが、地域医療計画を立て、集権的に医療費をコントロールしようとしたものである。プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの役割分化もこの白書によるものである。

のちに1983年に出されたプライマリ・ケア白書では、家庭医療・地域看護・ホームケア・ソーシャルワークをプライマリ・ケアの中核領域として、改めてプライマリ・ケアの一体性を高める必要性を説いており、それから現在に至るまで機能分化を前提に、いかにプライマリ・ケアを強化するかということで一貫した政策がとられている（図表15）。

図表15



- 1970年代後半～: 脱施設化、プライマリ・ケアとセカンダリケアの機能分業、地域医療・予防重視、プライマリ・ケア一体性向上・強化
  - 社会政策上の要請(自己責任、互助促進)  
+ 当事者による「自立」「選択の自由」の要求に基づく流れ
  - 「代替」: ナーシングホーム→ケアホーム→高齢者住宅や地域へのサービス提供、治療→予防、専門医→家庭医、医師→看護師→介護士、専門職→インフォーマルケア、保険市場→一般市場...
  - 「個別仕立てのケア」
  - プライマリ・ケアの中核領域: 家庭医・地域看護・ホームケア・ソーシャルワーク (1983年プライマリ・ケア白書)



この1970年代後半の脱施設化、プライマリ・ケア重視の背景だが、ひとつは社会政策上の要請によるものである。前述したとおり、地域化したほうが効率的かどうかはまだ証明されておらず、二木先生も地域にしたほうが安いとは全く限らないと指摘されているが、ともかく脱施設化によりコスト削減をはかれるのではないかと政策上の期待があった。

それに加えて、オランダの場合、非常に大きかったのは年表の一番右、ステークホルダーの動きである。1970年代以降、患者の権利確立と政策形成への参加に関する課題意識が高まり、まず障害者、その後高齢者団体といった当事者から、もっと自分の居場所や生活、ケアのありようを決めたい、もっと元気でいたいなどの自立と選択に向けた発言・要求が大きくなった。

この頃から現在に至るまでオランダの統合ケアのスローガンのようなものとして欠かせないのは「代替」と「個別仕立てのケア」という考え方である。


代替というのは、さまざまな側面があり、まずは病院からナーシングホームへ、ナーシングホームからケアホームへ、さらに高齢者住宅や地域に機能を展開していくという意味でも、治療重視から予防重視へ、セカンダリ・ケアの専門医からプライマリ・ケアの専門医である家庭医へ、さらに、医師から看護師、介護士へ、専門職からインフォーマルへ、それから保険市場から一般市場等、さまざまな側面から本人の自立と選択をより効果的かつ安く実現するための模索が重ねられている。ちなみに、この代替の中で、医師から看護師や医療助手へというのは医師が推進してきたものでもある。

個別仕立てのケアというのは、これは日本でも言われるところだが、その人の状況にあわせて、住まい、そして生活支援と必要なケアやサポートを組み立てるということで、ケースマネジメントが発達をみている。ただし日本ではケアマネジャーがそれを担うことになっているが、オランダにおけるケースマネジメントという機能の担い手は家庭医であったり看護師であったりさまざまである。

さて、1970年代からプライマリ・ケアとセカンダリ・ケアを分化したうえで、まずプライマリ・ケアのなかでの一体性改善に取り組まれたわけだが、80年代の後半ぐらいからはプライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの継続性が焦点となる。日本では、いま水平統合と垂直統合を同時に進めようとしているが、オランダでは段階的に取り組まれてきたといえる。

1980年代の後半には、オランダ版 Chain of care の萌芽と言われる中間ケアや、住まい機能が向上した生涯住宅と多様で柔軟なケア、サポートの

図表16

- 
- 80年代後半: 中間ケア-オランダ版Chain of care (Ketenzorg)の萌芽、住まい機能が向上した独立住宅と多様で柔軟なケア・サポートの組み合わせ
  - 90年代後半~: 脳卒中や糖尿病のケア提供者の地域ネットワークにおける疾患管理プログラム(成果指標開発、ベンチマーク、ガイドライン更新)の実践・評価、ケア基準の整備
  - 2000年代: 政府による慢性疾患の疾患管理プログラム推進、成果に基づく包括払いへ
    - ケア基準の整備発展(WagnerのCCMが概念的背景)
    - 予防・治療・介護の連携強化
    - セルフマネジメント支援
    - 多職種による統合ケア
  - 統合ケアの新たなテーマとしての認知症
- 20

組み合わせが発展した(図表16)。

そして90年代の後半から、脳卒中や糖尿病について、日本では地域連携パスと言ったほうが通りがよいかもしれないが、各地域のケア提供者のネットワークにおいて疾患管理のプログラム、成果指標の開発やベンチマーク、ガイドラインの更新等の実践と評価が行われた。

こうしたさまざまな地域での取組みを集約する形で、2000年代になって政府が慢性疾患の疾患管理プログラムを推進、前述のとおり、慢性疾患4疾病については、成果に基づく包括払いになっている。なお、慢性疾患の疾患管理に限らず、オランダではすべてにわたりトップダウンではなくボトムアップが主流である。干拓の歴史による影響も指摘されるが、各地域でステークホルダーが議論しながらさまざまな取組みとその評価を行い、国はプラットフォームを設けて地域同士の交流を促す、一定の基準を整備するといった役割を果たす場合が多い。

日本でもオレンジプランが推進されているところだが、オランダでは2000年代以降、認知症が統合ケアの大きなテーマになってきている。

このような変遷を経たうえでの現在のオランダのケア提供体制を端的に示したのが図表17である。

ここに至る流れをまとめると、1970年代にプライマリ・ケアとセカンダリ・ケアを分化、70年代から80年代にかけて、まず、プライマリ・ケアの中の一体性を高めた。この文脈のなかで、それまでは一人開業だった先生方がグループ診療を始めること、また直訳すると健康センターとなる多職種協働のプライマリ・ケアセンターの整備等が推進された。80年代後半以降、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの垂直統合を含めたさま




図表18



図表19

(参考) 在宅ケア組織Buurtzorg  
地域看護師等の自律を活かしたトータルケア



<事業者概要—BuurtzorgNederland>      <特徴: 地域看護師によるトータルケア>

- 地域看護師が2006年に起業した在宅ケア組織(財団)
- 2007年に1チーム4人でスタートし、**募集活動することなく**約620チーム、ナース(看護・介護士等)約6,500人に
- 管理部門約35人(間接費8%...他の在宅ケア組織の平均は25%)
- 利用者約5万人、売上高約2.3億ユーロ(2013年見込み)
- **クライアントあたりのコストは他の在宅ケア組織の半分**
- 全国の在宅ケア組織のなかで**利用者満足度第1位、従業員満足度高く、最優秀雇用者賞**、オランダで最も成長する事業者
- スウェーデン、ベルギー、アメリカ...
- 約65%が学士レベル以上の地域看護師
- あらゆるタイプの利用者に対して
  - ① 看護師によるニーズアセスメント・ケアプラン作成
  - ② インフォーマルネットワークのマッピングと活性化
  - ③ 専門職ネットワークのマッピング(家庭医・パラメディカル・福祉・病院等)と連携・調整
  - ④ QOL向上に向けたケア提供(介護・看護・ガイダンス)  
※家事援助は関連組織Buurtdienstenと連携も
  - ⑤ 共感的・社会関係支援の提供
  - ⑥ セルフケアの支援を実施
- **地域看護師が全プロセスに責任を持つ**
  - ケースマネジメントとケア・支援提供の分業はしない(ジェネラリスト)
  - 細切れの機能別分業ではない**包括的ケア提供**
- セルフケア・インフォーマルネットワークと協働を重視。専門職によるケアを次第にセルフケア・インフォーマルケアに置き換えていく。
- 家庭医等とともに地域の予防プロジェクトにも多く取り組む

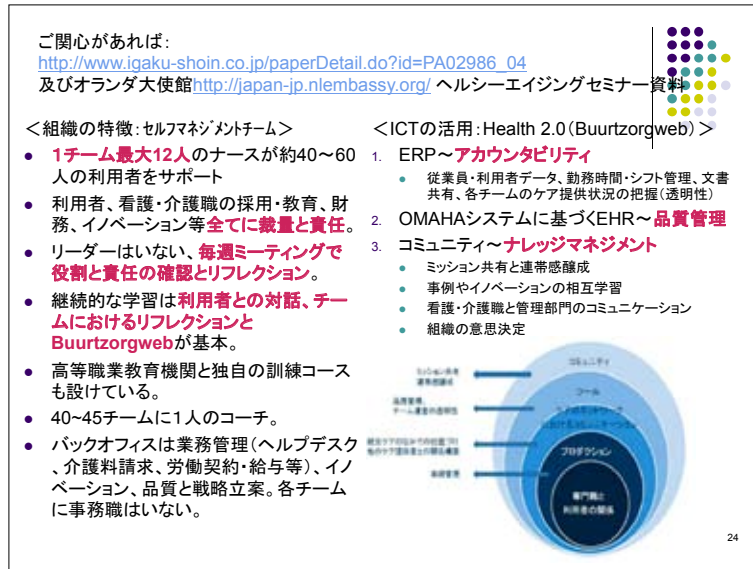
23

として、全人的医療を提供、地域全体をサポートする。

詳細は触れないが、地域看護に関しては、オランダで地域看護師が起業した在宅ケア組織が世界的に注目されている(図表19)。利用者満足度が高く、従業員満足度は全産業でトップ、これを他の在宅ケア組織の約半分のコストで実現している。

大きな特徴は、地域に根ざし、最大12人の看護師・介護士・リハ職等からなる自律型チームがトータルケアを提供していること。ケースマネジメントとケア提供の分業をせず、ケアについても看護は看護師、介護は介護士という機能別の分業をしていない。各チームには管理者や事務職はおらず、一人ひとりのナースがリーダーであり、チームとして全世代のあらゆる疾患・障害のケアに対応する。これをナースが一緒に開発したICT

図表20



と小さなバックオフィスが支える。最近のイノベーションとして、地域の実態にあわせて予防プロジェクトに多く取り組んでいることも重要な点である(図表20)。


今までのところ、地域包括ケアシステムの5つの構成要素のなかで、植木鉢にあたる住まいには全く触れないうえきた。住まいは地域居住の基盤であり、諸外国における統合ケアに関する議論においても重要な要素とみなされるようになってきた。オランダでは住宅政策は社会保障政策の中の重要な1つと位置づけられており、ここで住宅政策について、今後の医療法人のあり方などに関係するかもしれない部分を中心に簡単に話しておきたい。

オランダにおいて、住まいは長期ケアが提供される場として、エイジング・イン・プレイス実現に向けて不可欠な資源と考えられている(図表21)。住宅政策はユニタリズム、社会住宅が全住宅ストックの約3割を占め、民間非営利の住宅協会の存在感が大きく、日本とはだいぶ色合いが異なっている。適切な住宅供給は当局の責任と憲法で定められているが、90年代以降、国は住宅政策から次第に撤退し、地方分権が推進された(図表22)。


21世紀の住宅政策では、近隣地区と地域のQOLの改善、社会的連帯の強化、そして住まいとケアの連携強化、生涯住宅の供給といった観点が住宅政策の面でも明確に位置づけられるようになってくる。

住宅政策のありようは異なるが、社会保障制度改革国民会議等においても地域づくりの担い手としての医療法人や社会福祉法人という議論があり、興味深いと考えられるのは住宅協会の実行領域として定められている

図表21

地域居住の基盤としての「住まい」	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 住まいは長期ケアが提供される「場所」であり、地域居住を可能にする重要な資源のひとつあるいは基盤とみなされるように</li> <li>● <b>代替政策×当事者の自立・選択の主張</b> →住まいとケアの新しい関係の模索(80年代～)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 住宅政策の特徴                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● 適切な住宅供給は当局の責任(憲法)</li> <li>● <b>ユニタリズム</b>(社会賃貸市場を民間賃貸市場に統合)                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>社会住宅が全住宅ストックの32%、賃貸住宅の75%</b></li> </ul> </li> <li>● 国から認可された民間非営利住宅協会の存在感                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特に戦後、住宅協会への建設資金融資・運営費補助、家主への家賃規制、テナントへの家賃補助をつうじて大量の社会住宅建設</li> <li>● 90年代以降財政的に自立(強固な財政基盤)、社会的起業家</li> <li>● 近年は市街地再開発事業において主導的役割</li> </ul> </li> <li>● インフラ環境省・地方自治体協会・住宅協会連合会・テナント協会4者の垂直・水平的協議調整</li> </ul> </li> </ul>	25

図表22


<ul style="list-style-type: none"> <li>● 90年代の住宅政策                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国の住宅政策からの撤退(住宅建設補助の中止と権限委譲)と<b>地方分権推進</b></li> <li>● 住宅協会の自立(<b>民営化・規制緩和</b>)</li> </ul> </li> <li>● 21世紀の住宅政策                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● 社会住宅建設抑制、持家政策推進</li> <li>● <b>近隣地区と地域のQOL改善、社会的連帯強化(統合的アプローチ)</b></li> <li>● <b>住まいとケアの連携強化、生涯住宅の供給</b></li> <li>● テナントの発言力強化 等</li> </ul> </li> <li>● 住宅協会の6つの実行領域(BBSH)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● 低所得者層等のターゲットグループへの適切な住宅の供給</li> <li>● 社会賃貸住宅のメンテナンス、リノベーション、新規建設等による質の維持</li> <li>● 事業計画作成や住宅管理にあたっての居住者(テナント)との協議</li> <li>● 財政的な持続性確保</li> <li>● 近隣・コミュニティにおけるQOLの向上 ※1997年改正で追加</li> <li>● ケアを必要とする人々への住宅の供給(ケアとの連携) ※2001年改正で追加</li> </ul> </li> </ul>	
---	--

内容である。

前半部分は、伝統的に行われてきたことだが、「近隣・コミュニティにおけるQOLの向上」や、「ケアを必要とする人々への住宅の供給、ケアとの連携の改善」などが近年追加されてきている。今後、地域包括ケアの担い手として医療法人等を考えるとき、こうしたコミュニティソーシャルワーク、地域全体のQOLの向上という機能、また実行領域ごとに計画・実施・評価するという枠組み等は参考にする余地があるだろう。

地域居住の推進に向けた流れは割愛させていただく（図表 23、24）。

図表23




- 地域居住の推進
  - 入所施設のマクロ予算を固定～事業者が本当に必要とする人に必要なサービスを提供するよう仕向ける
  - ケアホームの入居判定基準の厳格化、高齢者住宅整備（施設や古い住宅の改築を含む）への助成
  - 個人向け家賃補助の充実
  - 入所施設のケア・サポート機能の地域への展開
  - ホームケアの充実、24時間365日巡回サービス、予防重視の地域看護、福祉サービス等の開発
  - インフォーマルケアや私費によるホームケア利用を促す

↓

ただし、90年代は高齢者の住まい選択やケアサービス利用行動に関する仮定が実態と異なり、明らかに予算不足で地域における十分な住まい・ケア・サポートを整備するには至らず。

27

図表24



- 住まいの質向上、住まいとケアのさまざまな組み合わせを模索
  - 既存のケアホームやナーシングホームの現代化：ナーシングホームからケアホームへ、併設の高齢者住宅へ、近隣住民へのサービス提供（24時間巡回ケア、デイサービス・ケア、食事、レク、ランドリー、美容等）
  - 多様なサービス付き住宅の展開：独立の安全で保護された「生涯住宅」＋ケア、サービスの組み合わせ（住居費・介護費その他サービス費用の切り離し、低所得者へは家賃補助）
  - 公共スペースに、より多様なサービス（娯楽を含む）を配置
  - 認知症者等のための小規模住宅整備
  - プライマリケアセンター・コミュニティセンターを内包する生涯住宅エリア、複合化、多機能化
- サービスゾーン構想？？
- Beter (t)huis in de buurtアクションプラン（インフラ環境省・保健福祉スポーツ省協働） × Wmo
  - 地方自治体・住宅協会・ヘルスケアソーシャルケア事業者・高齢者団体等

28

## 5. ケアの品質・監査

次に、ケアの品質・監査の話題にうつりたい（図表 25）。

オランダでは、個々の患者・利用者に対するケアの中身の「見える化」とともに、ケア提供者の事業者レベルでの質評価の枠組み等が議論され、アカウントビリティの徹底を通じた継続的な質向上への取組みが進められてきた。

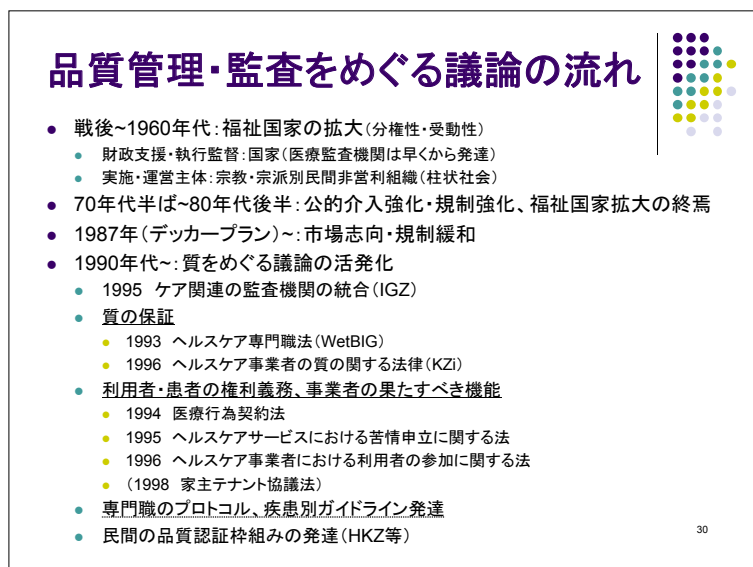
前述のように、オランダでは分権性・受動性を特徴として福祉国家が拡大してきており、柱状社会のもとで宗教・宗派別民間非営利組織が実施・運営主体となってきた。医療費の増加を背景として70年代から80年代にかけて公的介入強化へと舵が切られたが、医療資源配分の非効率化や待機リスト増大につながってしまった。

これを受け、医療サービスへのアクセスを保証しつつ効率を高めるための検討が行われ、1987年にデッカープランと呼ばれるドラスティックな改革案が出された。これは、医療保険の一元化、医療保険市場と医療サービス市場双方における管理競争を基本的考え方とする急進的な市場志向の改革案で、以降、次第に規制緩和が進められていく。

年表で左側から3本目の矢印、市場政策に関して90年代市場志向・規制緩和の流れに対応して質の保証・患者の権利と書き込んである。市場原理を導入しながら、患者・利用者中心のケアを提供していくには、安全で質の高いケアへのアクセスとサービスを選択できる環境の保証が不可欠となる。

まず、監査機関は古くから発達していたが、いくつかにわかれていたケ

図表25





ア関連の監査機関が1995年に統合された。


質を保証しようということに関連して、2つの法律ができた。1つは専門職個人レベルで、医師や看護師等定められた職種については一定の臨床経験を前提に更新が必要となった。事業者レベルでは、なんらかの品質管理システムを導入しなければならないことが1996年のヘルスケア事業者の質に関する法律で定められた。

それと併せて、患者の権利に関する議論も進んだ。事業者の果たすべき機能と患者の権利義務についての法として、医療行為契約法、ヘルスケアサービスにおける苦情申立に関する法、ヘルスケア事業者における利用者の参加に関する法が整備された。また、居住者という立場における参加を定めた家主テナント協議法が出されたのも同じ時期である。

さらに、専門職によるプロトコルや疾患別のガイドラインが発達した。これは、高く評価されるオランダの医療制度の効率性を支えている資源のひとつといえる。例えば家庭医療の質というときに、参考資料（「オランダにおける家庭医療」）の10～11ページに示すように、プライマリ・ケアの専門医としての教育のうえに、標準化されたケアが重視されており、EBMのための100を超える診療ガイドライン、プライマリ・ケアの診療ガイドラインがある。日々の診療内容は、ICPC（プライマリ・ケア国際分類）に基づいて記録されており、長年にわたり蓄積された膨大なデータが分析可能で、最新のエビデンスを反映して診療ガイドラインは常に更新されている。

その後、2000年代に入ると、デッカープランから20年近くを経て健康保険に管理競争がとりいれられ、さらなる規制緩和、質・成果に基づく支

図表26

- 
- 2000年代:管理競争(短期医療保険)、さらなる規制緩和、質・成果に基づく支払への検討
  - ケアオフィス(保険会社)における購買ガイドラインの見直し
  - 事業者団体等におけるベンチマークプロジェクト
  - 2006 利用者・患者の経験に関する指標の設定(CQ-Index)
  - 責任あるケア提供に向けた質の評価枠組みの検討(KVZ)
  - 2007~ 見えるケアプログラム
  - 2010年代:高い信頼・高いペナルティ、監査機能強化
- 31

払いの検討が行われた。長期ケアに関しては、ケアオフィスにおける購買ガイドラインの見直しにあたってアウトカムに基づく支払いが進められつつある（図表26）。

こうしたなか、事業者における自己評価、利用者への情報提供、監査機関への情報提供の観点から質の評価指標を標準化することを目的として、「責任あるケアの提供に向けた質の評価枠組み」構築に向けた検討が重ねられた（図表27、28）。

例えば長期ケアセクターの場合は、監査機関と事業者団体、利用者評議会と専門職団体と保険会社協会といった体制での議論を経て、10の領域について自己評価と利用者評価を行い、結果を公表することになった。

近年は、高い信頼と高いペナルティという考え方にに基づき、できる限り

図表27

### 責任あるケア提供に向けた質の評価枠組み(KVZ)

- 目的: 事業者における自己評価、利用者への情報提供、IGZへの情報提供の観点から質の評価指標を標準化(継続的な検討の始まり)~見えるケアプログラムによる指標改善・適用・発展、データベース構築
- 検討体制(長期ケア): IGZ、事業者団体、利用者評議会連盟、専門職団体、保険会社協会
- 適用された評価の枠組み: 10の領域と領域ごとの指標、2年に1回の利用者評価、1年に1回の自己評価、結果の公表(KVZに基づく評価とIGZによる監査結果を掲載する公的なポータルサイト)

32

図表28

領域	利用者評価 (CQ-Index)	事業者による自己評価	
		組織レベル	利用者レベル
①ケア・ライフプラン	✓		
②コミュニケーションと情報	✓		
③身体的健康	✓		
④ケアの安全性	✓	✓	✓
⑤住まい・生活環境	✓		
⑥参加	✓		
⑦精神的健康	✓		✓
⑧住環境の安全性	✓	✓	
⑨十分かつ有能な人材	✓	✓	
⑩コーディネートされたケア	✓		

33

規制緩和するが、監査機関の機能を強化する方向にある（図表29）。

また、いろいろなガイドラインやケア基準等が出てきているので、改めて医療・介護の見える化と質の継続的な改善に向けて国レベルでケア品質研究機関をつくろうという話もしている（図表30）。

これから、できる限り質の高いケアを持続可能な形で実現していくうえでは、オランダにおけるこうした取組みを参照できるところもあるのではないかと。特に個別の診療内容がコーディング、記録・蓄積されていることにより、ガイドラインが進化していくこと、さらに事業者レベルでも見える化がはかられていることは重要である。近年では、地域レベルで統合ケアの観点から評価を行うことも検討されている。

図表29

## ヘルスケア監査機関

- 安全性、有効性、患者中心、アクセシビリティ、公平性、効率性の観点から監査
- 評価と指導結果の公表
- 助言、勧告、懲戒、行政処分、刑事訴訟

34

図表30

## 展望～ケア品質研究機関の設立に向けて

- 国民・保険会社・IGZ等に対する医療・介護の透明性を高め、質を継続的に改善
- 質の評価指標、疾患別ガイドライン、ケア基準、ベストプラクティス等の整理
- 患者・利用者中心、安全性・適時性・透明性・効率性・有効性の高い
  - ① ケア手法の開発・標準化、ベストプラクティス蓄積、技術革新
  - ② 質の評価指標のブラッシュアップ
  - ③ ケアの質に基づく報酬のあり方の検討
  - ④ 質の高いケア提供を促す監査・指導(IGZ)
  - ⑤ 質の高いケアの購買促進(保険会社)

35

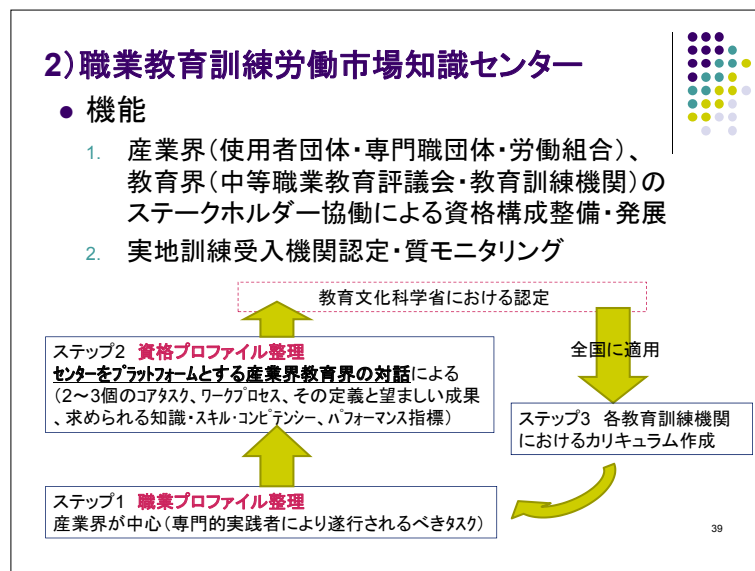


ティの向上をはかろうという目的で、国レベルの資格枠組みの整備、中等職業教育と成人教育の一本化等が行われ、セクター別の職業教育訓練労働市場知識センターが中等職業教育レベルの全国統一職業資格の整備・発展の基盤と位置づけられた（図表 33）。

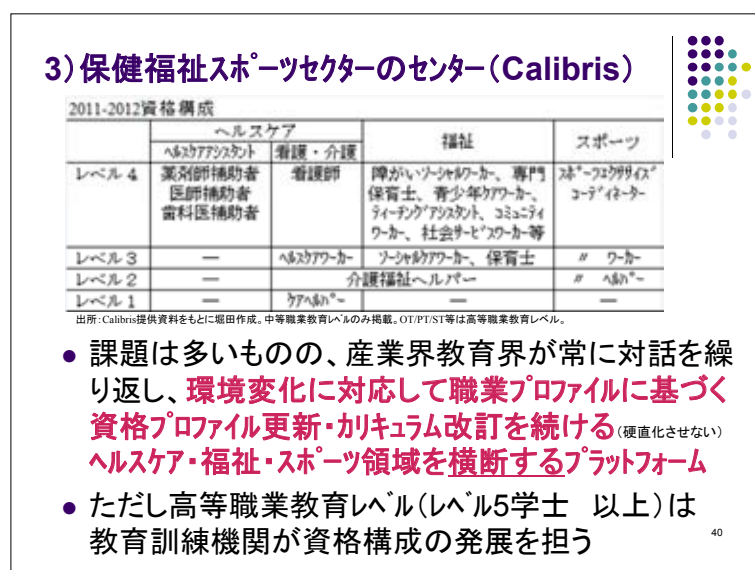
労働市場のニーズに応じて、例えばケアの領域では地域に根ざした統合ケアを進めようという流れに即して産業界が中心になって職業プロファイルを整理、これに基づいて産業界と教育界のステークホルダーが対話をつうじて資格プロファイルを整理、教育文化科学省の認定を経て全国に適用する。

ケアに関するセンターは、ヘルスケア、福祉、スポーツ領域を横断するプラットフォームとなっており（図表 34）、例えばレベル 2 の部分に関し

図表33



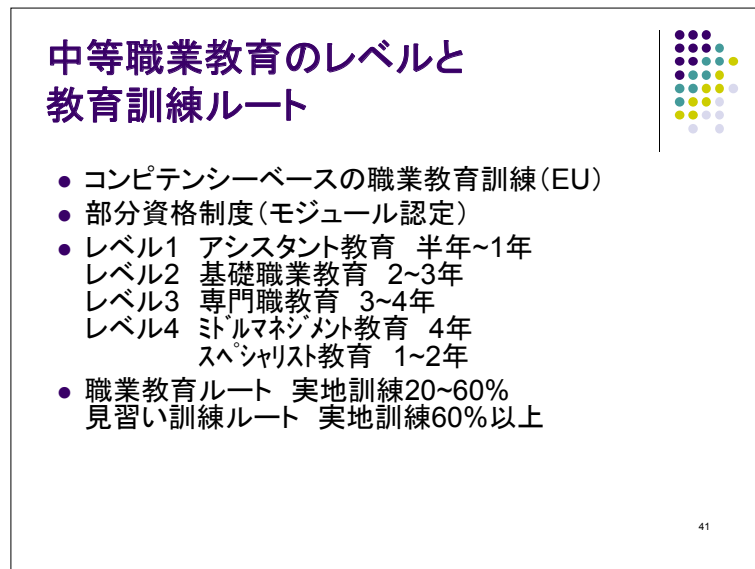
図表34



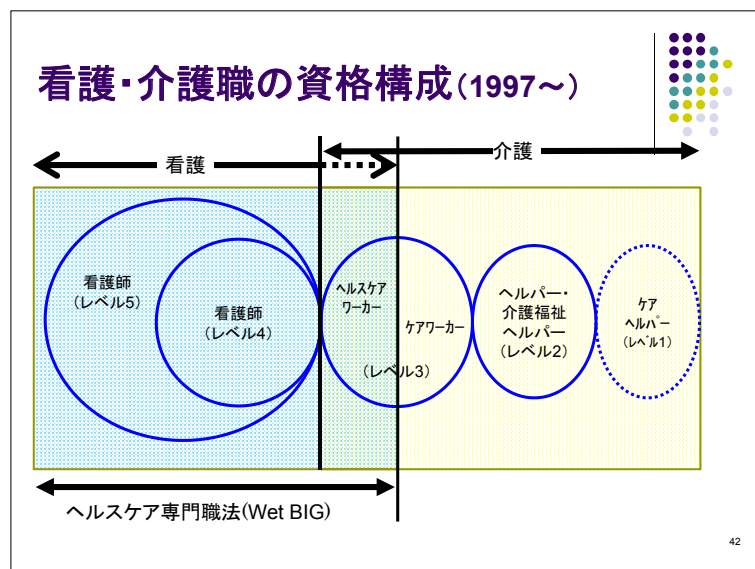
では、ヘルスケアと福祉を共通にするほうがいいのか、医師はヘルスケアアシスタントをつくってもっと任せたいとか、常にこのプラットフォームでの対話を繰り返すことで、もちろんいろいろと問題は山積みであるものの、より時代に合った形で資格構成を発展させようと努力してきている。

それから、看護・介護職の資格構成をみると、連続的なものになっているのも重要である。モジュール認定であり、実地訓練の割合も高いことから、働きながら学び続ける者が多い。継続的な学習を可能にする教育資源や職業資格のあり方は我が国における課題でもある（図表 35、36、37、38）。

図表35



図表36



図表37

(参考)看護・介護職の資格モジュール(2011年レベル1~3部分抜粋)

モジュール	ケアヘルパー	介護福祉 ヘルパー	ケアワーカー・ ヘルスケアワーカー	看護師	看護師
	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
101 組織のなかでケアヘルパーとして働く	✓				
102 家事援助の実行	✓				
103 日常生活支援	✓				
104 利用者との対話	✓				
105 個人と社会	✓				
201 理論に基づいた仕事		✓			
202 家族支援		✓	✓		
203 ADL援助		✓	✓		
204 専門職間の対話		✓	✓	✓	✓
205 質の保証・能力開発(ケアヘルパー)		✓			
206 社会の中での発達1		✓	✓	✓	
301 介護計画			✓		
302 基礎介護			✓	✓	✓
303 予防と健康教育			✓	✓	✓
304 看護入門			(✓)	✓	✓
305 ケアのコーディネート			✓		
306 質の保証・専門性向上(ケアワーカー)			✓		
307 社会のなかでの発達2				✓	
308 慢性疾患・身体障がい者、リハビリ患者のケア			✓		
309 高齢者ケア			✓		
310 精神障がい者のケア			✓		
311 働く母親、産褥ケア、新生児ケア			✓		
312 短期ケア			△		
313 産褥ケア			△		
314 高齢者ケア			△		
315 慢性疾患ケア			△		

図表38

(参考)長期ケアセクター看護・介護職の賃金(CAO)抜粋

職種	PMSO 43 - Uprättelse av art. 4, del 14 punkt 1 (1979)				PMSO 44 - Uprättelse av art. 4, del 14 punkt 1 (1979)			
	Periodisk	Vidare	Hörsedeltjänst	Periodestjänst	Periodisk	Vidare	Hörsedeltjänst	Periodestjänst
レベル3 ヘルスケアワーカー	10	1 794,67	1 641,60	11,40	10	2 130,80	1 978,56	13,74
	11	1 829,24	1 676,00	11,70	11	2 270,80	2 093,44	14,51
	12	1 864,22	1 710,20	12,02	12	2 393,30	2 204,70	15,29
	13	1 904,78	1 744,36	12,34	13	2 495,16	2 298,36	15,66
	14	1 950,82	1 778,53	12,64	14	2 577,30	2 315,52	16,00
	15	2 002,30	1 812,60	12,92	15	2 677,80	2 371,68	16,47
	16	2 059,20	1 846,56	13,19	16	2 790,60	2 470,70	16,97
	17	2 121,50	1 880,40	13,44	17	2 920,80	2 580,70	17,50
	18	2 189,20	1 914,16	13,67	18	3 064,80	2 695,24	18,07
	19	2 262,30	1 947,84	13,88	19	3 217,80	2 813,60	18,65
	20	2 340,80	1 981,44	14,07	20	3 380,80	2 935,70	19,23
	21	2 424,80	2 014,96	14,24	21	3 550,80	3 061,80	19,80
	22	2 514,30	2 048,40	14,39	22	3 727,80	3 191,80	20,37
	23	2 609,30	2 081,76	14,52	23	3 910,80	3 324,80	20,93
	24	2 709,80	2 115,04	14,64	24	4 099,80	3 461,80	21,49
	25	2 815,80	2 148,24	14,74	25	4 294,80	3 602,80	22,04
	26	2 927,30	2 181,36	14,83	26	4 495,80	3 747,80	22,58
	27	3 044,30	2 214,40	14,91	27	4 702,80	3 896,80	23,11
	28	3 166,80	2 247,36	14,98	28	4 925,80	4 049,80	23,63
	29	3 294,80	2 280,24	15,04	29	5 154,80	4 206,80	24,14
	30	3 428,30	2 313,04	15,09	30	5 399,80	4 367,80	24,64
	31	3 567,30	2 345,76	15,13	31	5 650,80	4 532,80	25,13
	32	3 711,80	2 378,40	15,16	32	5 907,80	4 701,80	25,61
	33	3 861,80	2 410,96	15,19	33	6 170,80	4 874,80	26,07
	34	4 017,30	2 443,44	15,21	34	6 439,80	5 051,80	26,52
	35	4 178,30	2 475,84	15,23	35	6 714,80	5 232,80	26,96
	36	4 344,80	2 508,16	15,25	36	6 995,80	5 417,80	27,39
	37	4 516,80	2 540,40	15,26	37	7 282,80	5 606,80	27,81
	38	4 694,30	2 572,56	15,27	38	7 575,80	5 799,80	28,22
	39	4 877,30	2 604,64	15,28	39	7 874,80	5 996,80	28,62
	40	5 065,80	2 636,64	15,28	40	8 179,80	6 197,80	29,01
	41	5 259,80	2 668,56	15,28	41	8 490,80	6 402,80	29,39
	42	5 459,30	2 700,40	15,28	42	8 807,80	6 611,80	29,76
	43	5 664,30	2 732,16	15,27	43	9 130,80	6 824,80	30,12
	44	5 874,80	2 763,84	15,26	44	9 459,80	7 041,80	30,47
	45	6 090,80	2 795,44	15,24	45	9 794,80	7 262,80	30,81
	46	6 312,30	2 826,96	15,21	46	10 135,80	7 487,80	31,14
	47	6 539,30	2 858,40	15,17	47	10 482,80	7 716,80	31,46
	48	6 771,80	2 889,76	15,12	48	10 835,80	7 949,80	31,77
	49	7 009,80	2 921,04	15,06	49	11 194,80	8 186,80	32,07
	50	7 252,80	2 952,24	15,00	50	11 559,80	8 427,80	32,36
	51	7 500,80	2 983,36	14,93	51	11 930,80	8 672,80	32,64
	52	7 753,80	3 014,40	14,85	52	12 307,80	8 921,80	32,91
	53	8 011,80	3 045,36	14,76	53	12 690,80	9 174,80	33,17
	54	8 274,80	3 076,24	14,66	54	13 079,80	9 431,80	33,42
	55	8 542,80	3 107,04	14,55	55	13 474,80	9 692,80	33,66
	56	8 815,80	3 137,76	14,43	56	13 885,80	9 957,80	33,89
	57	9 093,80	3 168,40	14,30	57	14 302,80	10 226,80	34,11
	58	9 376,80	3 198,96	14,16	58	14 725,80	10 499,80	34,32
	59	9 664,80	3 229,44	14,01	59	15 154,80	10 776,80	34,52
	60	9 958,80	3 259,84	13,85	60	15 589,80	11 057,80	34,71
	61	10 258,80	3 290,16	13,68	61	16 030,80	11 342,80	34,89
	62	10 564,80	3 320,40	13,50	62	16 477,80	11 631,80	35,06
	63	10 876,80	3 350,56	13,31	63	16 930,80	11 924,80	35,22
	64	11 194,80	3 380,64	13,11	64	17 389,80	12 221,80	35,37
	65	11 518,80	3 410,64	12,90	65	17 854,80	12 522,80	35,51
	66	11 848,80	3 440,56	12,68	66	18 325,80	12 827,80	35,64
	67	12 184,80	3 470,40	12,45	67	18 802,80	13 136,80	35,76
	68	12 526,80	3 500,16	12,21	68	19 285,80	13 449,80	35,87
	69	12 874,80	3 529,84	11,96	69	19 774,80	13 766,80	35,97
	70	13 228,80	3 559,44	11,70	70	20 269,80	14 087,80	36,06
	71	13 588,80	3 588,96	11,43	71	20 770,80	14 412,80	36,14
	72	13 954,80	3 618,40	11,15	72	21 277,80	14 741,80	36,21
	73	14 326,80	3 647,76	10,86	73	21 790,80	15 074,80	36,27
	74	14 704,80	3 677,04	10,56	74	22 309,80	15 411,80	36,32
	75	15 088,80	3 706,24	10,24	75	22 834,80	15 752,80	36,36
	76	15 478,80	3 735,36	9,91	76	23 365,80	16 097,80	36,39
	77	15 874,80	3 764,40	9,57	77	23 902,80	16 446,80	36,41
	78	16 276,80	3 793,36	9,22	78	24 445,80	16 799,80	36,42
	79	16 684,80	3 822,24	8,86	79	25 094,80	17 156,80	36,42
	80	17 098,80	3 851,04	8,49	80	25 749,80	17 517,80	36,41
	81	17 518,80	3 879,76	8,11	81	26 410,80	17 882,80	36,39
	82	17 944,80	3 908,40	7,72	82	27 077,80	18 251,80	36,36
	83	18 376,80	3 936,96	7,32	83	27 750,80	18 624,80	36,32
	84	18 814,80	3 965,44	6,91	84	28 429,80	18 999,80	36,27
	85	19 258,80	3 993,84	6,49	85	29 114,80	19 377,80	36,21
	86	19 708,80	4 022,16	6,06	86	29 805,80	19 758,80	36,14
	87	20 164,80	4 050,40	5,62	87	30 502,80	20 142,80	36,06
	88	20 626,80	4 078,56	5,17	88	31 205,80	20 529,80	35,97
	89	21 094,80	4 106,64	4,71	89	31 914,80	20 919,80	35,87
	90	21 568,80	4 134,64	4,24	90	32 629,80	21 312,80	35,76
	91	22 048,80	4 162,56	3,76	91	33 350,80	21 708,80	35,64
	92	22 534,80	4 190,40	3,27	92	34 077,80	22 107,80	35,51
	93	23 026,80	4 218,16	2,77	93	34 810,80	22 509,80	35,37
	94	23 524,80	4 245,84	2,26	94	35 549,80	22 914,80	35,22
	95	24 028,80	4 273,44	1,74	95	36 294,80	23 322,80	35,06
	96	24 538,80	4 300,96	1,21	96	37 045,80	23 733,80	34,89
	97	25 054,80	4 328,40	0,67	97	37 802,80	24 147,80	34,71
	98	25 576,80	4 355,76	0,12	98	38 565,80	24 564,80	34,52
	99	26 104,80	4 383,04	-0,34	99	39 334,80	24 984,80	34,32
	100	26 638,80	4 410,24	-0,79	100	40 109,80	25 407,80	34,11

## 7. 我が国への示唆と課題

担い手確保については時間が迫っているので省略させて頂き（図表 39、40、41）、我が国への示唆と課題として5点挙げておきたい（図表 42）。

まず、いかにその地域に合った形で、地域を基盤とする統合を進めるかということが極めて重要だ。長期ケアを地域ケアとして再組織化する、そのための地方自治体機能の強化は諸外国共通の潮流といえる。

次に、多職種協働プライマリ・ケアの充実である。プライマリ・ケアの機能を制度上・教育上どのように位置づけるのか、我が国の文脈に即して長期的に展望する必要がある。オランダにおけるプライマリ・ケアの専門医である家庭医のように地域を診る医師や地域社会を強化しつつ連携を促す人材といった、プライマリ・ケアの中核となる地域住民の伴走者のあり方について、地域看護機能の再評価と充実という観点をあわせつつ、議論することも重要だ。

超高齢社会を迎え、複数の疾患を継続的に発症して死に至る方々が増えていくなか、地域包括ケアシステム構築に向けた議論の背景ともなるが、地域で暮らす慢性疾患の方々をどう支えるかについても模索が重ねられている（図表 43）。

WHOでも推奨している慢性疾患ケアモデルにおいて、アウトカム向上の基盤となるのは、活性化されたコミュニティにおける「情報・スキルを得て活性化された患者」と「先を見越して準備ができた多職種チーム」の生産的相互関係であるといわれる。これは急性期医療における患者-専門職関係とは異なるものである。

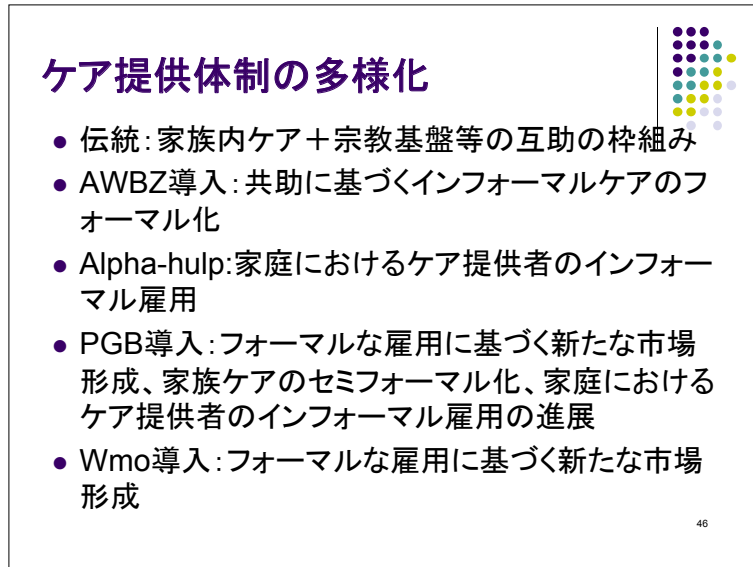
慢性疾患ケアのためのコアコンピタンスもまとめられている（図表 44）。5つの柱は目新しいものではないと思うが、改めて患者中心のコミュニケーションとは、lay expert、素人専門家としての本人の力を引き出す自己管理とはなにか（図表 45）。さらに協働のなかに、よくいわれる多職種協働、すなわち他の提供者と、のみならず、患者と、コミュニティと、が含まれていることも興味深い。

疾患構造の変化とともに、専門職の役割も進化が求められることを前提とすれば、オランダのように関係領域を通じた職業資格の継続的な発展の仕組みを考えていくことは不可欠だろう。

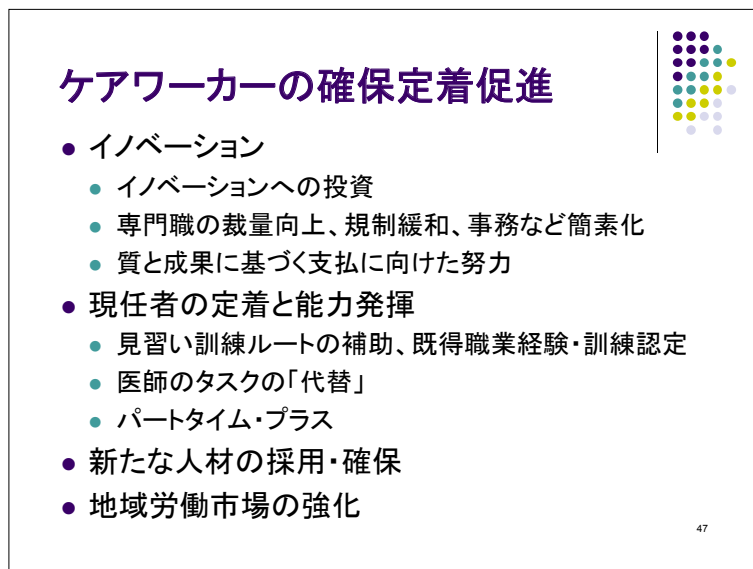
最後に、規制緩和や事務簡素化、質と成果に基づく制度や支払いに向けた基盤整備等により、専門性が発揮される環境づくりとイノベーションを促している点について触れておきたい。



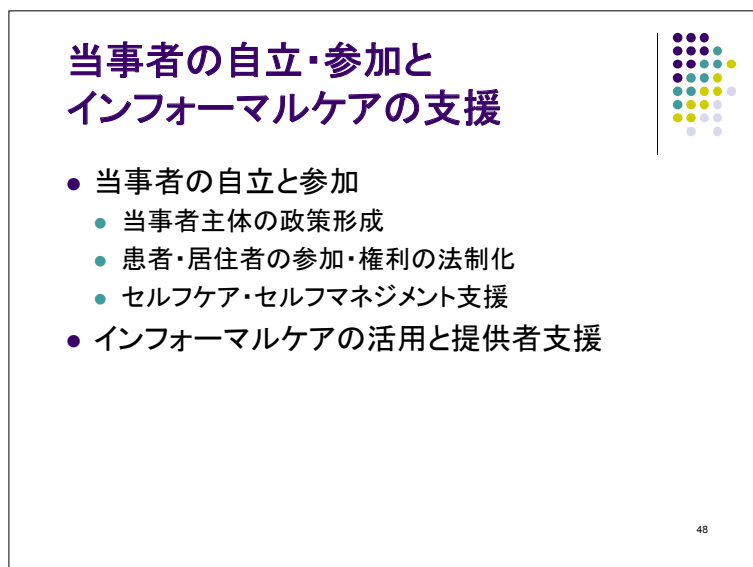
図表39




図表40



図表41



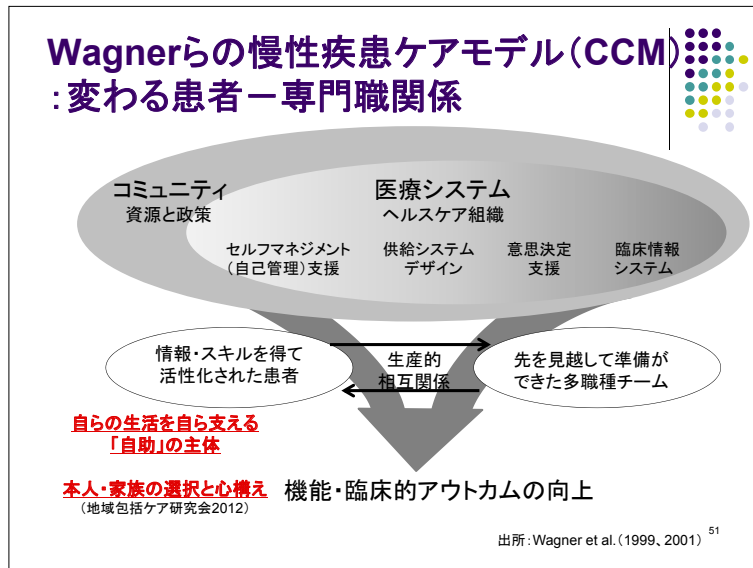
図表42



- 「地域を基盤とする」統合とコミュニティデザイン
- 多職種協働プライマリ・ケアの機能強化
- セクター横断の対話に基づく資格構成検討と継続的発展
- イノベーションの進化
- 労働政策との連動

50

図表43



図表44

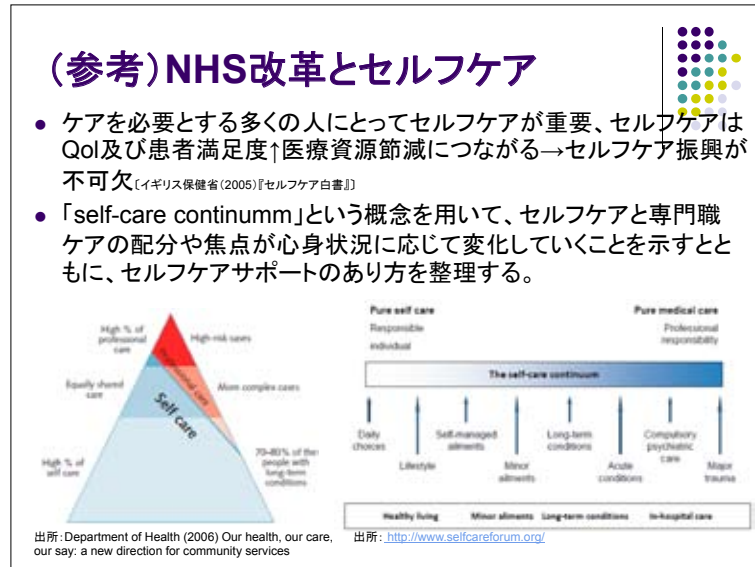
### (参考)慢性疾患ケアのための コアコンピタンス

1. 患者中心ケア
  - 効果的なコミュニケーション
  - 健康行動変容のサポート
  - セルフマネジメント支援
  - プロアクティブアプローチ
2. 協働 (Partnering)
  - 患者と
  - 他の提供者と
  - コミュニティと
3. 質向上
  - プロセス・成果の測定
  - 学習→変化
  - エビデンスを実践に反映
4. ICT
  - 患者の登録
  - パートナーとのコミュニケーション
  - コンピュータ技術の活用
5. 公衆衛生視点
  - Population-based care
  - 予防重視とケアの連続を横断する働き
  - プライマリケア主導のシステム

出所: WHO(2005)、Nolte and McKee(2008)

52

図表45



専門職や事業者の裁量を高め、質の高いケアを効率的に提供していくためには、アカウントビリティの向上が欠かせない。途中で触れた在宅ケア組織がオランダのケア政策上も大きなインパクトを持ったのは、よりよいケア、やりがいのある仕事をより安く実現したことによる。個別のケアについて、診療、看護・介護を通じて見える化をはかることは、標準化と質のたゆまぬ改善を進めるうえでも極めて重要となる。

また、さまざまな議論やプロジェクトが地域発・当事者発のボトムアップで始まり、国レベルで設けられるプラットフォームがナレッジマネジメントの場として機能し、必要に応じてボトムアップの議論や実践に基づいてモデルやガイドラインを策定、それをトップダウンで適用することによりイノベーションが効率化されていることも注目の余地がある。他分野の知見も踏まえてイノベーションを普及・促進する要件を検討することも今後の課題といえよう。

# 索引

## 【英字】

- CHI . . . . . 79, 80, 81, 82, 83  
DBC . . . . . 102, 103, 106, 174  
DRG . . . . . 82, 88, 89, 90, 91, 102, 142, 143, 146, 152, 153, 154, 158, 164, 174, 175  
GP . . . . . 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 99, 100, 101, 104, 105, 134, 173,  
174, 175, 205, 206, 216, 218, 240  
HAD . . . . . 93, 94  
NHS . . . . . 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 98, 107, 134, 198  
NICE . . . . . 79, 83, 85, 200  
NSF . . . . . 79, 200, 223, 228  
OTC . . . . . 82  
PCT . . . . . 80, 81, 83, 85  
PPS . . . . . 88, 102, 142, 143, 146, 154

## 【あ】

- 医師不足 . . . . . 38, 39, 40, 42, 195, 211, 270  
一般医 . . . . . 77, 78, 89, 98, 100, 139, 143, 162, 163, 167, 168, 169, 171, 173  
医療提供体制 . . . . . 10, 11, 20, 22, 25, 26, 29, 30, 37, 44, 52, 84, 91, 106, 109, 173,  
236, 252  
医療連携 . . . . . 32, 33, 34, 35, 91, 173, 240

## 【か】

- かかりつけ医 . . . . . 29, 35, 37, 38, 42, 44, 92, 93, 107, 159, 161, 162, 275  
ゲートキーパー . . . . . 29, 41, 42, 44  
健保組合 . . . . . 48, 49  
構造改革 . . . . . 75, 121, 122, 123, 124, 126, 159, 256  
国民皆保険 . . . . . 11, 21, 43, 47, 77, 87, 98, 107, 109, 293  
国民健康保険（国保） . . . . . 44, 45, 46, 47

## 【さ】

- 自己負担 . . . . . 44, 72, 73, 74, 78, 88, 89, 99, 111, 141, 142, 143, 211, 212, 214,  
253, 255, 256, 292

資本主義 . . . . . 2, 61, 63, 66, 67, 69, 115, 116, 117, 244, 245, 248, 249, 250  
社会契約国家 . . . . . 72, 253  
社会保障制度 . . . . . 1, 2, 32, 33, 60, 61, 62, 63, 66, 69, 70, 71, 76, 90, 110, 111,  
243, 244, 245, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 260  
社会保障制度改革国民会議 . . . 1, 4, 5, 6, 10, 11, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 37, 38,  
43, 44, 46, 49, 50, 51, 53, 54, 231, 260, 288, 304  
償還（払い）制 . . . . . 87, 89, 136, 141  
新自由主義 . . . . . 61, 119, 244, 256, 258  
診療報酬 . . . . . 1, 22, 23, 24, 35, 87, 89, 93, 100, 103, 136, 144, 175, 227, 236  
生活保障 . . . . . 70, 74, 252, 255, 257  
専門医 . . . . . 38, 78, 89, 98, 100, 101, 103, 104, 139, 143, 162, 169, 171,  
174, 294, 300, 302, 308, 315  
総報酬割 . . . . . 47, 49

【た】

代替政策 . . . . . 95, 104  
地域医療 . . . . . 4, 5, 27, 44, 195, 216, 219, 237, 239, 275  
地域医療計画 . . . . . 103, 140, 149, 150, 239, 299  
地域包括ケア . . . . . 4, 26, 27, 29, 44, 53, 173, 182, 184, 191, 192, 239, 275,  
288, 289, 292, 296, 298, 304, 305, 311, 315  
出来高払い . . . . . 87, 89, 92, 95, 103, 104, 143

【は】

ビスマルク . . . . . 1, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 110, 111, 245, 246, 247,  
248, 249, 250, 251  
被用者保険 . . . . . 44, 48, 49, 87  
費用対効果 . . . . . 79, 102  
フリーアクセス . . . . . 5, 11, 21, 29, 40, 41, 42, 43, 89, 159, 162, 240  
防貧 . . . . . 1, 69, 251

【ま】

免責制（度） . . . . . 99, 101, 211