

でもあるが、民主主義の根本を軽視した、政策の正統性の問題もある。英国は日本と共に議会制民主主義の国である。議会制民主主義のシステムでは、国民は自分の意思を実現してくれる政治家を選挙によって選び、議会における多数決によって、民意を反映して政策を決定、執行するという事になっている。政策は「科学的根拠に基づくべき」という方針は、政治・政策のあり方は、民意以上に「科学的根拠」を重視しており、実は議会制民主主義における決定の原則に反対するものである。民主主義下における政策決定の「正統性 (legitimacy)」の問題と、科学的根拠の関係については、深く議論を重ねるべきであるが、英国のブレア政権はこの点について無関心であるという点についての指摘は一部見られる²⁷。この指摘が妥当であるとするならば、リップセット (Lipset, S.M.) が政治システムの安定に必要な二大要素としてあげている「正統性」と「有効性 (Effectiveness)」の一方の要素を欠いていることになり、政治的な不安定を導くことにもなりかねない²⁸。

ただし、ここで考えてみるべきことがある。民主主義とは誰の民意を反映したものであろうか。実際には政党が選挙という戦いの場を経て、選ばれるものである。しかし、その政党の周辺には多くの利益集団が存在し、特定の利益集団と政党が「もちつもたれず」の関係を築きながら、政策決定を行っているという点については、これまで政治学の分野で様々な意思決定モデルが示され、議論されてきたことである。特に近年は、官僚制モデルという政策におけるプロ集団として「官僚」の影響力の強さに関心が集まり、特に日本の官僚の政策決定における影響力の大きさは、諸外国でも注目を集める状態になっている。

²⁷ Jordan, Bill and Jordan, Charlie, 2000, *Social Work and the Third Way: Though Love as Social Policy*, P71

²⁸ 伊藤光利・田中愛治・真淵勝、2000年、「政治過程論」有斐閣、88ページ

5. 日本における政策決定過程とその問題点

(1) 日本における官僚制と官僚の影響力

日本における政策決定では、官僚の影響力の大きさと彼らが握っている情報量の多さが注目され、近年ではその仕組みのネガティブな面として、意思決定における責任の曖昧さや、前例を重視するあまり新しい社会の動向に対応できない等の側面が批判されている。

日本の政策決定において官僚の影響力が大きい理由は、以下の通りである。第一に、選挙で選ばれた政治家が就任する大臣は、日本の政権の短さ、頻繁な内閣改造によって半年足らずで交代することが多く、政治主導でリーダーシップを発揮するに到らない。政治主導のリーダーシップの不在が、官僚に政策決定を頼らざるを得ない結果を生み出した。政治家が実際に官僚をコントロールし得なかった点については「実際に国を運営する上では政治家はいなくてもよいという考えに基づいて、全てが行われてきた」²⁹という批判がある。第二には、官僚が官庁ごとに採用され、終身雇用を前提としているため、同じ省庁の中で強固な人的なネットワークを築き、情報を蓄積していく点があげられる。

そもそも官僚の政策決定における影響力の強さ、理論モデルにおける官僚制とは、それらのプロとしての効率性と専門性の高さを指摘したものであった。官僚モデルの理念型（現実のなかからいくつかの特徴を抽出して示されたモデル）を提示したドイツの社会学者マックス・ウェーバーは、官僚制の特徴として以下のような内容を列挙している。

<官僚制の特徴>

- ①組織内の各部署の権限が規則によって明確に定められている。
- ②各部署は上下の関係にある（ヒエラルキー）
- ③職務は文書に基づいて遂行される
- ④職務は公私が明確に分離された事務所で遂行される
- ⑤職務は専門的訓練を前提とする
- ⑥官僚は職務に専念することが求められる
- ⑦官僚の職務は規則に基づいて遂行される。

²⁹ カレル・ヴァン・ウォルフレン、2001年、「日本という国をあなたのものにするために」、角川書店、34ページ

これらの日本の特徴は、日本の政策決定において大きな影響力を及ぼしている「官僚制」の特徴に多くは合致するものである。日本において官僚とは、一般に国家公務員試験第Ⅰ種または第Ⅱ種に合格していずれかの行政省庁に任官する事務官と、科学・技術を専門として、第Ⅰ種試験、第Ⅱ種試験またはそれと同等とみなされる資格を有して任官する技術官僚（通称、技官）の2通りを指し、さらに以下のような点が日本の「官僚制」の特徴であると指摘されている。第一には、「日本官僚制」と称されるような一枚岩的存在ではなく、行政機構を構成している省庁の「縦割構造」であり、相互に自律的な省庁組織を核とする一種の「省庁共同体³⁰」が省庁の数だけ存在する。第二には、執務形態、また所掌事務として大部屋主義をとり、局長、課長といったポジションごとに職務権限が定められているのではなく、局、課、係といった組織単位が所掌事務の規定単位である。このため、誰が政策の所掌事務の責任者かを特定することは困難であり、政策は「官僚機構による所掌事務の解釈＝裁量」³¹によって進められる。機構内部の意思決定は、ヒエラルキーの低い官僚から高い官僚へと回覧して印鑑が押されて決定されるという、いわゆる「稟議」によって行われている。その意味では、行政幹部に権限と責任があると解釈されている。

(2) 技術官僚と専門主義

このように外部から分かりにくいあいまいな仕組みで意思決定が行われていく日本の官僚機構によって、従来は事務次官を筆頭とする幹部官僚にあがっていく事務官僚の影響力の強さが注目されてきた。しかし、薬害エイズ訴訟における厚生労働省の対応などから、近年は技術官僚（技官）の影響力の大きさについても注目されるようになってきた。特に厚生労働省は、旧厚生省以来、業務の性格上、多くの技術官僚を抱えている。医療技官に加えて、歯科医師、薬剤師、看護士、衛生工学の技官が存在し、ポストによっては局長職に技官が歴代就任しているものもある。Ⅰ種試験に合格して採用された者のうち約71%、Ⅱ種試験に合格して採用された者の約25%が技術職であるが³²、医療職職員の場合には、医師国家試験に合格していることを理由に、別途公開競争試験は行われていない。医師免許を持つ志望者の中から、人事院の個別能力審査を経て採用されることになっている。

キャリア組の事務官僚が、地方の支部局や外郭団体なども含め、様々な役職を経験しながら官僚制の階段を上っていくキャリアパスであるのに対して、キャリア組の技官はあまり多くの人事異動は経験せず、比較的限られた部局で専門的な知識を発揮していくことになる。

³⁰ 森田朗、2000年、「現代の行政」、財団法人放送大学教育振興会、103ページ

³¹ 新藤宗幸、2002年、「技術官僚—その権力と病理」、岩波新書、14ページ

³² *ibid.*, 22ページ

厚生労働省においては、特に医療技官が医学的な知識を発揮して政策決定に関わっていることが知られている。「医師」であることの政策決定上の影響力の大きさは、技官であること以外に、専門主義の点からの注目に値する。

専門家（プロフェッション）とは、社会サービスの供給過程に関与する当事者として、特に医療では典型的に医師の専門主義的な行動について議論されることが多い。武川正吾³³が示している専門家の理念型を整理すると以下の通りである。

<専門家の理念型>

- ①体系的な知識と技能を修得し、これらに基づいて職務を遂行することが期待されている
- ②専門的な知識や技能の習得には、長期に及ぶ教育・訓練期間が要求される。一部の専門家（医師・法律家などは、大学卒後に）さらに長期の教育・訓練期間が課されている。
- ③専門家となるために、通常、国家試験に合格しなければならず、資格が付与された有資格者以外には、専門家を名乗ることが禁止されている名称独占が行われている。また、無資格者は法律によって業務から排除され、業務独占が行われている。
- ④専門家に、社会的に高い権威が付与されている。
- ⑤専門家には、高い社会的地位と引き換えに、利他主義的な倫理綱領を遵守することが義務付けられている。
- ⑥専門家は、自律的な職能団体を結成し、同業者の規律を保つための自己規制を行ったり、社会的発言を行ったりする。

全ての専門家が上記のような性格を有しない場合もあり、そのいくつかの性質を備えている場合には、「準専門職（Semi-professions）」と呼ばれることもある。

日本の官僚組織における技術官僚とは、上記のような特質と資格を備えながら、省庁のヒエラルキーの中に組み込まれ、与えられたポジションでその専門的な知識を行使していく。一般に、専門家と非専門家の間には、情報の非対称が生じ、そのために専門分野をめぐって専門家は力を持つていくことになる。事務官僚、技術官僚ともに国家試験をパスすることによって、その地位を保証されている存在であり、一般に事務官僚の方が官僚組織の方では、将来の高い地位を約束されている。だが、医務技官はその資格と情報の非対称性によって、事務官僚よりも強い力を持つ。

しかし、このような専門家としての技術官僚と組織内で高い地位を約束された事務官僚による

³³ 武川正吾、2001年、「福祉社会：社会政策とその考え方」、有斐閣、136-137ページ

「裁量」と「稟議」による決定のあり方は、「説明責任（Accountability）」を通じて行政の「透明性（Transparency）」を確保することが先進国の潮流となっている現在、国民の指示を得られなくなっている。

(3) 情報公開法の成立と政策評価

この数年、日本では「説明責任」を規定する重要な法律が立て続けに成立している。その一つは、1999年に成立、施行された「行政機関の保有する情報の公開に関する法律（以下、情報公開法）」であり、もう一つは2001年に成立した「行政機関が行う政策の評価に関する法律（以下、政策評価法）」である。

前者の情報公開法は、地方自治体で国に先駆けて条例によって実施されていた開示請求に基づく行政情報の公開を、国の機関や特殊法人等にも義務として課したものである。第一条に「行政機関の保有する情報の一層の公開を諮り、もって政府の有するその諸活動を国民に説明する義務が全うされるようにする」とあるように、行政の「説明責任」に基づく公開である。情報公開法の成立によって、行政情報を公開するという行政の「義務」と、国民の知る「権利」が整理された。

後者の政策評価は、実施の主体が行政機関であり、技術的な議論が多いことから、国民の注目度は情報公開法よりも低い感がある。しかし、その第一条には「政策の評価に関する情報を公表し、効果的かつ効率的な行政の推進に資するとともに、政府の有するその諸活動について国民に説明する責務がまっとうされるようにする」べきであることを規定しており、行政評価法も情報公開法と同様に「説明責任」を目的規定で明示している点では、日本の政策のあり方の転換点となる重要な法律である。近年の欧米では「説明責任」によって行政に「透明性」を確保すべきだという考え方が一般に受け入れられている。しかし、実際にはこれまで日本の官僚には、「一般に説明責任がおわされていず、なぜその政策を取ることにしたのかという真の理由を、部外者一国民、もしくはその代表たる議員一に説明するよう要求されることがない」³⁴という問題があった。

行政評価法の成立に先だち、2001年1月には政策評価各府省連絡会議了承として、「政策評価に関する標準的ガイドライン」が公表されている。このガイドラインは、政策評価制度を導入する主な目的として、以下の3点をあげている。

- ①国民に対する行政の説明責任（アカウンタビリティ）を徹底すること

³⁴ カレル・ヴァン・ウォルフレン、2001年、「日本という国をあなたのものにするために」、角川書店、42ページ

- ②国民本位の効率的で質の高い行政を実現すること
- ③国民的視点に立った成果重視の行政への転換を図ること

この目的をみると、効率と質の両方を重視しながら国民の望む成果（アウトカム）に到達することが示されている。この内容からはEBMの目指す方向性が想起される。行政に透明性を求めること、また評価の仕組みを上手く行政の中に組み込むためには、英国の例に見られるように、何に基づいて判断が行われるべきかという問が発せられなければならない。つまり、「What Works?」が問われなければならない。日本でもどのように目指すアウトカムに達するかを通じて根拠を求め、「エビデンスに基づく政策」を求める土壌は出来上がってきていると考えられる。

一方、実際、薬害エイズ事件や狂牛病の発生等、行政に対する国民の不信感が募っている。この事件の中で問われているのは、誰がどのような科学的根拠によってどのような判断を行い、どのような決定を行ったかという問題である。一定の科学的水準をもって、行政が未曾有の事態に対応しなければならないケースも様々な場面で起きている。また、情報化や国際化の進展により、それらの判断について、諸外国との判断・対応の違いが国民の目にさらされる機会も増えている。この中で、国民に納得される結論を得るためには、一定の科学的根拠と確立された手続きによって決定を行うことが必要である。現在起きている様々な行政の問題に対応するためにも、「エビデンスに基づく政策」の導入が有効なのである。

6. 日本における「根拠に基づく政策」の可能性

(1) 「エビデンスに基づく政策」の導入に向けて検討すべき内容

日本における「エビデンスに基づく政策」の可能性を探るためには、以下の点を明らかにする必要がある。

- ・ どの分野から「根拠に基づく政策」を行っていくか
- ・ <エビデンス>をどのように創出するか
- ・ <エビデンス>の蓄積をどのように行うか
- ・ <エビデンス>をどのように広げるか

① どの分野から「根拠に基づく政策」を行っていくか

英国の議論にもみられるように、<エビデンス>となりうる RCT を行って有効性が確認されているエビデンスは多くない。この点は、「エビデンスに基づく政策」の概念のもととなっている EBM においても<エビデンス>の不足は大きな問題である。とはいえ、EBM では方法論も確立して、コクランセンターや各国の医療技術評価の取組み等で、<エビデンス>の蓄積も進んでいる。また、各国で様々な議論を呼んでいるとはいえ、「診療ガイドライン」という形で<エビデンス>の配布方法も決まっている。

医療の関連領域として、保健の分野まで、以下のような領域の拡大と<エビデンス>にもとづく行為の応用が考えられる。

② <エビデンス>をどのように広げるか

既に日本においては、財団法人 医療機能評価機構が<エビデンス>の蓄積機関と定められ、データベースの構築などが進められているところである。しかし、<エビデンス>の不足ということが問題となっている以上、研究開発機関が、「エビデンスに基づく政策」における<エビデンス>の創出と共に、蓄積、配布を行う機関として機能することが望ましい。実際日本には、後述するように、EBM の研究デザインさえも整っていないという問題がある。前述の通り、技術官僚が専門家として官僚組織の中で裁量による意思決定を行っていること、及び政策に関係する技術の問題が近年急速に高度化している事実を考えると、国会の部局として専門的な技術評価局を設置するという選択肢も考えられる³⁵。しかし、国民が行政機構を簡素に小さくして行政の効率化を望んでいる今日、新たな行政機構を設立することが妥当な選択肢とは言いがたい。これまで法律

³⁵ 新藤宗幸、2002 年、「技術官僚—その権力と病理」、岩波新書、195 ページ

や政治からの問いかけに、専門性を持って答えてきた官僚について述べれば、この数年の様々な行政の失態を抱え、新しい透明性を確保した行政のあり方を推進する主体としての役割を担うには、あまりに心もとなく、信頼の回復が大きな役割となっている。このことから、従来から政策に関わる様々な研究開発を行うことがミッションとして課せられている国立研究機関が、〈エビデンス〉の創出、蓄積と活用の道を探る役割を積極的に担っていくことが望ましい。

日本における行政改革では、英国のサッチャー政権のNPMの考え方を導入し、国の機関に属していた機関を独立行政法人化（エージェンシー）とすることが行われている。ただし、本来は定型的な仕事を行っている機関を独立行政法人化して、競争条件を導入して効率化を行わせることが独立行政法人とする目的として望ましいが、日本ではこれに反して民間には担いにくい研究開発（特に基礎研究）部門を積極的に独立行政法人化している向きがある。国立研究機関が、「国立」の意義を積極的に見出していくためにも、〈エビデンス〉を作り、蓄積していくという新たなミッションを積極的に担っていくことも必要である。

(2) 日本での導入における問題点

話をEBMに戻すと、日本においては、欧米がEBMで抱えている問題に加えて、以下のような問題を抱えている。第一は〈エビデンス〉のより一層の不足、第二にはEBMそのものについての理解が不十分であること、または分析の手法であるという誤解が広がっていることである。

まず、〈エビデンス〉のより一層の不足について述べると、欧米においてもRCTによって得られ、効果が示されている〈エビデンス〉は数が少なく、〈エビデンス〉をどのような創出、蓄積していくかということが大きな問題となっている。世界保健機関(WHO)の前理事長の就任以来、発展途上国においても積極的にEBMを進められてきたが、国際的にも〈エビデンス〉の不足が問題となっている。日本では、欧米の〈エビデンス〉をそのまま使うという手段もあるものの、人種差の問題が解決されていない。さらに日本では、患者を長期間にわたって追跡して効果をみていくようなコホート調査のような大規模な疫学調査、またメタアナリシスのような研究デザインが十分に理解されていないという事情があり、自ら〈エビデンス〉を創出するという点において十分に実績が蓄積されているとは言い難い。

また、EBMそのものについても、理解が十分に及んでいないとは言えない。1999年3月に厚生省（現 厚生労働省）より、「医療技術評価推進検討会報告書³⁶」が出され、EBMジャーナルが創刊

³⁶ 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進室（監修）、2000年、「わかりやすいEBM講座」、厚生科学研究所

されるなど、EBMのブームとも言える現象が起きている。しかし、一部は論文の批判的吟味について述べていたり、文献のサーチについてのみ述べており、EBMの意義や問題点について議論が十分に尽くされていないという事情もある。この問題は、日本においてEBMが十分に実践されていないことも一因と考えられ、実践を通じてあり方を示していくことが必要である。

7. おわりに

「根拠に基づく政策」については、英国の例にも見られるように、いくつかの問題もある。しかし、決定に到るプロセスを明確にし、方法論を確定していく上で「根拠に基づく政策」のもたらす効果は十分であると期待する。ただ一つ危惧することは、クラインが指摘しているように³⁷、「エビデンスに基づいている」という旗印のもとに、政治の責任（特に政治家の責任）を不明確にならないように、基づいている根拠と、それを誰が判断／決断したのかという問題は、フィールドが診療室よりも広い政策全般となった場合には十分留意していく必要がある。

今後、英国が実際にはどのように<エビデンス>に基づく政策を執行し、またどのようなアウトカムを得ていくのは、長期にわたり見届けていく必要がある。しかし、政策決定の透明性についての議論がまだ十分に行われていないわが国で、英国の例を参考にしながら、政策決定とはどのようにあるべきか、そのために政策に関わる各機関がどのような役割を担っていくべきかについて一考することは、十分に価値のあることである。

³⁷ Klein.R., 2000, The new politics of the NHS, 4th edition, Prentice Hall, P214

参考文献

- 伊藤光利・田中愛治・真淵勝、2000年、「政治過程論」有斐閣
- カレル・ヴァン・ウォルフレン、2001年、「日本という国をあなたのものにするために」、角川書店、34ページ
- 大住荘四郎、2000年、「ニュー・パブリックマネジメント：理念・ビジョン・戦略」、日本評論社
- 桑間雄一郎、2000年、「EBMは医師の裁量権を侵害するものであるという誤解」『EBMジャーナル』Vol.1 No.1 2000年1月号
- 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進室（監修）、2000年、「わかりやすいEBM講座」、厚生科学研究所
- 新藤宗幸、2002年、「技術官僚—その権力と病理」、岩波新書
- 武川正吾、2001年、「福祉社会：社会政策とその考え方」、有斐閣
- 舟場正富、2000年、「ブレアのイギリス：福祉のニューディールと新産業主義」PHP新書
- 森田朗、2000年、「現代の行政」、財団法人放送大学教育振興会
- 森實敏夫、2001年、「医師は誰でも科学に準拠した医療を実践しているのに、何をいまさらEBMという批判」『EBMジャーナル』Vol.2 No.3、2001年5月号
- Jordan, Bill and Jordan, Charlie, 2000, *Social Work and the Third Way: Though Love as Social Policy*
- Cabinet Office, 1999, *Modernising Government (Cm4310)*, The Stationary Office
- Cochrane, A.L., 1979, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on health services*, The Nuffield Provincial Hospital Trust
- Davies, H.T.O. et al, 2000, *What works?: Evidence-based policy and practice in public services*, The Policy Press
- Gray, J.A.Muir, 1997, *Evidence-based Health Care: How to Make Health Policy and Management Decisions*, Churchill Livingstone
=久繁哲徳（監訳）、1999、*根拠に基づく保健医療：健康政策と経営管理の判断決定の方法*、じほう
- Giddens, Anthony, 1998, *The Third Way*, Polity Press
=ギデンス、1999年、「第三の道：効率と公正の新たな同盟³⁸」（佐和隆光 訳）
日本経済新聞社
- Harrison, S., 1998b, *The politics of evidence-based medicine in the United Kingdom*, *Policy and Politics*, Vol.26, No.1, PP15-31

³⁸ 原著は、Anthony Giddens, 1998, *The Third Way*, Polity Press

- Hood, C., 1991, “A Public Management for all Seasons?” , *Public Administration*, Vol.69, Spring, PP3-19
- Klein, R., 2000, “From evidence-based medicine to evidence-based policy?”, *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol.5 No.2, April 2000
- Naylor, CD, 1995, “Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine” , *Lancet* 1995: 345, PP840-842
- Sackett, D., 2000, *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, Churchill Livingstone
 = 久繁哲徳（監訳）、1998年、「根拠に基づく医療：EBMの実践と教育の方法」、オースリーシー・ジャパン

VII 国際政策比較論

1 医療計画国際比較

浅野 昌彦 長谷川 敏彦(国立保健医療科学院)

2 韓国医療計画分析

南 銀祐 (高神大学)

医療計画国際比較

I. 概説

イギリスや北欧諸国のように、財源も供給体制の運営主体も政府である場合には、医療計画は自らの保健医療分野の計画と同一となり、いわゆる規制を目的とした法律、たとえば CON などは必要ではない。言い換えると、税・政府運営主体医療システムの場合は、当然医療計画は存在するが、それは保健医療分野の運営計画に他ならない。数少ない例外はカナダであり、民間セクターも含めた医療計画が存在し、規制も交付金の有無を介して執行されているとされているが、私的病院は全体の 1%に過ぎず、日本の医療計画と異なると考えるべきである。

医療計画国際比較

		アメリカ	フランス	ドイツ	台湾	韓国	日本
所有主体	全病院数 私的%	57.4	72.0	47.0	87.3	85.0	85.2
医療計画	法律名	国家医療 計画資源 開発法	病院改革 法	病院政 安法	医療 ネットワ ーク 整備 法	医療法	医療法改 正
		1974	1970	1972	1985	1987	1985
	現状	連邦法廃止 1986 州規制存続 (機器のみ)	強化 新計画出発 1990	維持 (医療機器 撤廃 1998)	強化	強化	維持
規制	病床	○	○*1	○*2	○	○	○
	医療機器	○	○	×	○	×	×

*1: 次回の医療計画見直しでは病床規制は廃止

*2: 次回の医療計画では参照値のみが示され、規制はなくなる予定

一方、オーストラリアは 40%が州立病院、60%が私的病院であり、当然州立病院や保健セクター全体の計画は存在するものの、日本でいう病床規制は存在していない。韓国は日本と類似の制度を持ち、病床数の増加に悩んできた。80 年代の末期から病床の規制が考えられ、95 年に関連の法律が制定されている。しかし、行政単位を介した実際的な執行にはつながっておらず、日本のような計画にはいまだ至っていないと考えるべきである。以上をまとめると病床規制を主体にした医療計画はアメリカとヨーロッパのフランス、ドイツ、オーストリア、アジアの日本、台湾の六ヶ国に存在していることが確認されている。したがって、規制を行なうことが必要なのは、私的セクターが主流を占める国であろう。

2.規制の対象

日本を除く 5 カ国とも規制対象は病床のみならず医療機器や医療技術にも及んでいる。ただ、アメリカの場合は 1987 年に連邦政府が独禁法で敗訴して以降、病床、医療技術ともに廃止しており、現在医療技術のみ約半数の州で規制継続中である。一方、ドイツは 1987 年に医療機器の規制を廃止し病床の規制は継続している。

3.病床規制に至る原因

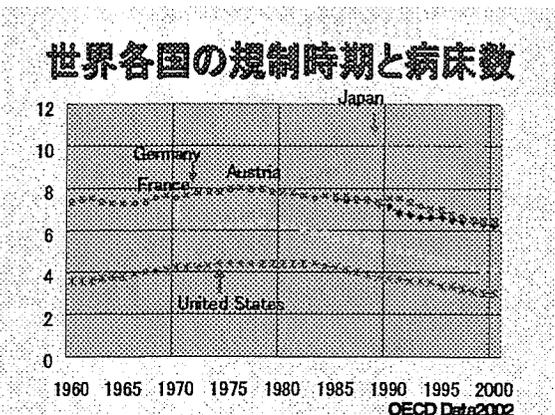
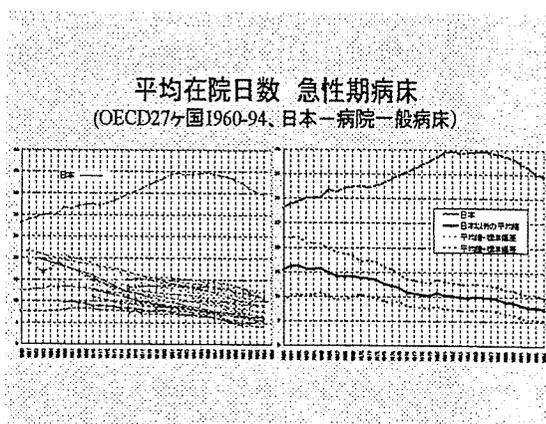
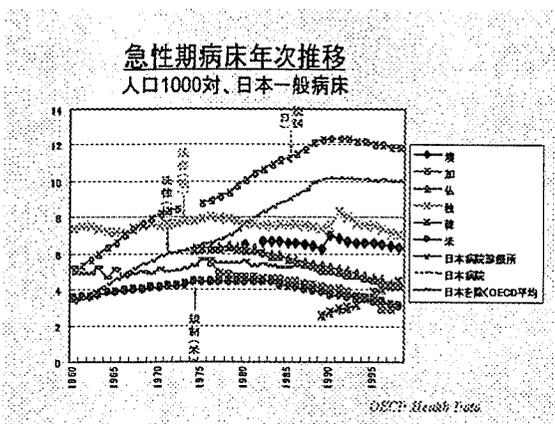
6 カ国とも過剰で不均一な医療資源の適正配分を目指しており、特に医療費に病床や医療機器の与える影響を考え、医療費抑制の手段として制定されている。フランス・ドイツに関しては当初むしろ病床増加・整備するためにつくられた法律がその後石油危機で、医療費が高騰した際に、逆に病床抑制の目的に転化して使われていることは興味深い。日本の場合も過去何度も試みられた医療計画は、病床、医療機関の整備を目的とせず 1985 年の第一次医療法改正では病床規制を行うものであった。

4.結果の評価

韓国を除いて 5 カ国とも病床数は減少に転じているか、日本のようにいったん減少し、維持となっている。しかし、この 5 カ国に限らず、国際的に 80 年代以降病床数は減少してきている。したがって、タイミング的には、ドイツ・フランス・イギリスの場合、病床数の減少と病床規制が同時のように見えるが規制緩和、廃止の世界的な減少傾向が生じていることから、因果関係を証明することは難しい。むしろ直観的に病床数の減少と関連があると思われるものは平均在院日数の減少である。平均在院日数の短縮の結果、在院患者数が減少し、病床数が不必要になった結果と考えられる。

さて、特定の支払い方式、例えば DRG と病床数の変化をみると時期的にも相関があると認められ、かつ理論的にも各施設が平均在院日数を下げるように働くと考えられる。しかし、明確な結論は難しい。ドイツ・フランス・韓国・台湾などは近年、DRG を始めたばかりであり、まだ影響が認められず、明確な結論は難しい。アメリカ、ドイツ、台湾の研究者の意見でも、病床規制が病床数に影響を与え、かつ医療費の抑制に至ったという因果関係は証明できず、したがって政策として良かったかどうかむしろ、疑問視している。中央

集権的な権力によって、資本投下(capital-investment)を統制する方法より、個々の診療行為において質を担保しながら効率を高めるような政策、例えば支払い方式の工夫や、情報の開示などがのぞましいというのが国際的な考え方となっている。ただ、アメリカの医療計画を推進した研究者の一人の言によるとアメリカの医療計画の目的は、正しいものであったがやり方がうまくいかず、もう一度医療の質の観点で考えると新しい医療計画がありうるのではないかというコメントがあった。すなわち、手術やその他の手技と執行量との相関が近年繰り返し証明されていることから、一定の技術を特定の施設に限ることは重要なことではない、必要なことではないかとの意見である。また、フランスの研究者ならびにフランス政府は近年も一貫して医療計画の有効性、必要性を信じており、強化の方向にある。理由はかんつて医療計画が成功しなかったのは、情報にあり、1993年以降地域単位で診療行為の情報が集まるようになることにより、正しい計画をたてることが可能になったからであると説明している。結論として、これらの議論が意味するところはかつての医療計画の方法では目的を達成することは不可能で、いくつかの他の政策と組み合わせた上で、情報技術の発達や診療報酬制度の変化をふまえて新しい医療計画および規制のあり方を模索する必要があると考えられる。



II.各国概要

フランス

◇ 計画の開始

1970年の病院改革法による医療地図(Carte Sanitaire)を導入し、病院地区ごとの規制を開始。その後公平性や資源利用の効率が問題となり、1990年に地域保健組織計画—SROS (Schéma Régional de l' Organisation Sanitaire Regional Scheme of Health Organisation)が導入された。

◇ 対象と現状

全国 22 医療圏において、公私両方の病院の病床、機器、施設数の規制

・ 病床

1990年代の初期には短期病床で50000床が過剰という結果がみられた。しかし、承認数は増えているにもかかわらず、実際の病床数は毎年3000床ずつ減少している。これは医療計画そのものというよりも、ARHと病院間での契約による予算配分の影響が大きいと思われる。ARHは病院活動を地域保健組織計画に照らして評価し、場合によっては病院に対して統廃合を勧告できる(1995年のJuppé planによって規制機能強化)。

・ 機器

高額医療機器については、SROS導入前は国レベルでの目標値を設定していたが既存の機器に対する規制はできなかった。現在は、中央政府の保健サービス省が技術進歩、人口調査、需要調査などに基づいて規制を行なっている。

◇ 病床数の変化

規制が開始された当初の1970年のデータはないものの、1974年以降確実に病床数は抑制され、1980年代に至ると明確に減少傾向にあることが解かる。

◇ DRG

フランス版DRGといえるGHMの導入は1986年であった。地域保健組織計画はこのGHMと1991年に導入された病院活動情報化計画(PMSI)による評価を用いて策定される。PMSIにより、患者の退院時要約票がARHに提出され、地域病院の活動状況や経済状況が分析され、地域特性に配慮した計画策定が可能となり、また供給体制の規制にも役立っている。

◇ 評価

医療地図は病床数の拡大、SROSは適性な分配にそれぞれ一定の役割を果たした。今後はDRG方式を勘案したARHと病院による契約制度の導入が予定されている。

ドイツ

◇ 計画の開始

1972年病院財政安定法(機器は1982年の病院費用抑制法により病院計画の中で規制)

◇ 対象と現状

病床一州レベルでの病院計画により決定される。決定方法は州によって異なり、地域医療の指標を用いる場合や疾病金庫からのデータを用いる場合がある。

機器—1982年からの規制で規制が始まり、認められない機器に対する費用は医療機関の自己負担となった。ただし外来部門の診療所では医師会への届出のみで機器が設置できたため、不公平の解消のため1989年に保健医療改革法等が制定された。

◇ 病床数

病床数は戦後ほぼ一定した数字を示しており、人口1000人当りの急性期病床数は7から8の値で安定している。これは病床規制が行なわれた1972年の以前と以降でも変わっていない。しかし、病床規制が病床数のありかたにどれだけのインパクトがあったかに関して分析することは難しい。

◇ DRG

1986年にDRGの導入が検討され、1993年から外科の一部で採用され、改良の後1995年に連邦政府によってFP/SEが導入された。73に分類されたFPと147に分類されたSEから構成されている。しかし、これが適用されているのは全病院のうちの一部にしすぎない。またDRGやオーストリアのLDFとは違い、急性期の疾病全体をカバーしていない。(FPは一件あたりの包括払い、SEは中心的な診療行為に対する特別報酬を指す。)

◇ 評価

結局、機器の数は1993-1997年の間に2118から2845に増加し、現在も増え続けている。98年に機器についての規制は撤廃された。病院計画そのもののインパクトの評価は困難だが、計画手法は存続するようであり、1998年からは計画策定において、保険者である疾病金庫の関与が強められ、相対的に政府や医師会の影響力は低下している。計画よりも保険によるインセンティブが有効との意見もある。

アメリカ

◇ 計画の開始

連邦レベルでは1974年の国家医療計画資源開発法(National Health Planning and Resource Development Act)で開始。ただし1987年に廃止。州レベルでは存続。

◇ 対象と現状

連邦レベル、州レベル、地域医療圏レベルの3つの区分で医療計画が策定された。1978年までに213の医療圏が指定され医療計画が策定された。

- ・ 病床—新たな増床を必要とする場合は必要証明(CON)の交付を受ける。この証明なしに増床した場合はメディケア・メディケイドの償還を州が削減できる。算定式はないが、人口あたりの一般病床数の最大基準(非連邦政府立の急性病床は人口千に対し4床)、一般病床利用率の最低基準(年間平均80%)など(いずれも連邦基準)を考慮して州政府が算定する。

- ・ 機器— 45万ドル以上の医療機器の購入、60万ドル以上の一般的設備投資については CON 審査の際の審査項目となっていた(連邦基準)。

◇ 病床数

1000人当たりの病床数は先進国の中でも、最も低い値を示している。1970年代後半から1980年代前半にかけてやや増加の傾向が見られたが、その後は緩やかに減少している。

◇ DRG

1983年から連邦政府が65歳以上を対象とした入院患者の医療保険制度(メディケアのパートA)で採用。

◇ 評価

医療計画の導入は、病床数抑制による医療費の抑制が第一の目的であった。実際この時期の米国の医療費は減少傾向が見られたが医療計画を要因としたのではなく、1980年代から導入されたDRG/PPS(診断群別予定額払い)等の連邦政府の価格統制策の効果とみる意見が多い。80年代の自由主義的改革の波の中で、計画という「大きな政府」による手法は消えていった。

韓国

◇ 計画の開始

医療法第30条の地域別所要病床数による医療機関の開設制限と医療機関の適正配置と効率的配置と効率的利用のため

- ・ 1985年「地域医療機関開設許可制限等に関する規則」
- ・ 2000年8月「行政規則基本法による規制整備計画と医療法改訂」による規制

◇ 対象と現状

1985年の「地域医療機関開設許可制限等に関する規則」で全国39地域に対する病院及び総合病院の病床増設・新設の制限地域の告示。この規制によって保健社会部(現在は保健福祉部)長官は各診療圏域別で病床数と所要病床数を比較、評価し、病床数を規制。1993年行政規制緩和によって医療機関の開設許可が市・郡・区に移譲。なお、病床新設・増設時、事前申告制となり規制の意味がなくなった。

国民健康保険法による「総合専門療養機関および専門療養機関の管理および評価規定(2000)」により診療圏別に所要病床数規制。(診療圏は9つ)

◇ 病床数の変化

韓国の病床は85%の所有が民間であり、診療所と総合病院には規制の効果が少ない。ただし、総合専門病院には規制の効果が見られた。

◇ DRG

現在計画中で実施を計画している。

◇ 評価

総合診療機関には規制効果があったが、中小病院と診療所は特に規制の効果はない。中小病院の経営は医薬分業以後大多数が赤字状態であり、政府は療養型病院で政策的誘導をする計画。

台湾

◇ 計画の開始

1985年医療ネットワーク整備法により開始

◇ 対象と現状

対象は病床と医療機器である。規制の第一の目的は、都市と周辺地域との格差是正のための医療資源の最適配置であった。

- ・病床－医療資源の公平な配置という目的から、すでに豊富な資源を有する地域での病院開設は許可が降りにくくなっている。
- ・医療機器－1990年代のデータを見ると、1994年までは医療機器の新規導入数は減少傾向にあったが、1995年からは増加傾向に転じている。

◇ 病床数

1980年代の中頃まで増加の傾向にあったが、ちょうど1985年の規制開始あたりから、病床数の伸びが抑制され始め、1990年代からはその伸びは鈍化してきている。

◇ DRG

一部実施しているが、病床への影響を評価するにはまだ時間が短すぎる。

◇ 評価

病床の整備に貢献したと考えられるが、医療費の抑制への直接的な貢献はどの程度であったかの測定は難しい。また依然として遠隔地での病床整備の問題は存在している。規制をしても病院はそれをかいくぐり、イタチごっこのようになっており規制手法はあまり有効でないという研究者の評価もある。

韓国医療計画分析

1. 緒論

1. 韓国の医療問題

韓国は 1977 年に医療保険が実施されてから 12 年目である 1989 年に全国民医療保険 (universal health insurance) が実現できた。しかし、こうした量的な発展に比べ、質的な側面では未成熟な部分が多い。それは、自己負担金の場合、非給付部分を合わせた総自己負担金率が外来 70%、入院 55% に達しており、医療保障を実施する国の中で一番高いということである。また、1 人当国民所得は 9,000 ドル位に過ぎないにもかかわらず、先端高価装備の保有水準は日本の次の状況である。

それに、不合理的な支払保障制度のせいで帝王切開出産率は世界最高の水準の 43% に達しており、患者の 3 次病院の集中現象は高まりつつ、医療伝達体系が有名無質になっているという指摘もある。さらに、もう一つ韓国の保健医療の重要な問題は、爆発的な潜在医療需要を持っている老人人口の増加速度が速いということである。付け加えると、2000 年、65 歳以上の老人の割合は 7.2% である (統計庁、2002、人口推計総計)。

韓国の医療伝達体系は保健所と医院による 1 次医療、病院と総合病院による 2 次医療、大学病院による 3 次医療等の医療伝達体系に分けてある。にもかかわらず、医療伝達体系は 1・2・3 次医療機関の機能と役割が不明確で、医者分布は「一般医」より「専門医」に多く偏り、薬師の数も多すぎる国に属している。

2. 統合と分業政策

韓国政府の主な二つの政策は統合と分業である。まず、分業政策は 2000 年度に行われた「医薬分業」であり、代表的な統合政策は国民健康保険公団による「管理運営組織の統合」である。医薬分業政策は準備の不足のため成果に比べ損失が多い、失敗政策と評価されており (南銀祐、2002)、統合政策も、制度は一元化して運営されているが、財政統合の困難のため、当分、保留されている状態である。