

慣)、B：疾病予防(高脂血症等の改善)、C：狭義の疾病管理(重症化や合併症管理)の三段階があり、米国の疾病管理は主にCを対象にしている。わが国で疾病管理を考えるに当たっては、①医療費やQOL等の問題を考えれば可能な限り「前段階」でとめるべきこと、②高血糖・高脂血という発現形態の対症療法では本質的な解決にはならずメタボリックシンドローム自体への対応が重要であること、③日本の場合、健診等の既存のシステム(一種のインフラ)が存在しておりその活用が可能であることから、AおよびBも含めるべきである。また、米国のコンセプトをそのまま日本に「移植」という安直な方法は適当ではない。疾病管理の対象範囲が異なればプログラムや評価方法等は異なるし、医療制度のバックグラウンド等も異なる。HMOと健保組合は類似した面もあるが同じではない。日本の医療システムの比較性を活かしつつ、具体的・現実的な「手法」を検討することが必要である。例えば、被用者保険の被保険者の場合、産業医と健保組合等の保健師との連携、主治医との関係の整理、事業主サイド(産業医等)との健診データの共有等をめぐる法的整理のほか、被扶養者に対する有効かつ円滑な保健事業の実施という現実的な課題もある。なお、生活習慣病の診断基準や治療法等に関する科学的信頼性については絶えず検証を行う必要があるほか、生活習慣を変えるのは実際には容易ではないことから「行動科学」の成果も活かした実績・効果評価を行うことも重要である。

## (2) 政策誘導手法の選択と実態等の多面的分析

ある望ましい医療政策の方向(ビジョン)が描けたとしても、それを達成するためにどのような政策手段によりその方向に誘導するかという問題は政策論として非常に重要である。

### 1) 政策誘導手法の分類とポリシー・ミックス

医療政策の誘導手法については、「切り口」の異なる次の2つの分類方法がある。

第1は、供給側(サプライサイド)の制御か需要側(ディマンドサイド)の制御か、という分類である。医療保険の自己負担率の引上げや被保険者の重複受診等を保険者がレセプトチェック等により制御するのは後者の典型的な手法である。わが国の医療制度は、「ファイナンスは基本的に公的保険の枠組みにより統制され、デリバリーは民間セクター中心に行われている」(publicly funded and privately delivered)という特徴を有している。また、英国等と異なりフリーアクセスは当然のもののように思われている。そうした日本の医療制度の特徴を踏まえれば、需要側の統御も相当程度必要になる。例えば、ヨーロッパ諸国では自己負担率は概して低く、「患者の自己負担は、必要な利用と“取るに足らない”利用の両方を思いとどまらせる切れ味の悪い政策手段」(モシアロス2004,p.313)と評されている。しかし、デリバリーが公的セクター中心で、かつ、フリーアクセスが制限されており、供給側を直接統御すればよい国(英国や北欧諸国が典型)と同一には論じられない。また、財政責任と統御のインセンティブは裏表の関係にあるが、ファイナンス(医療財政)とデリバリー(医療供給)の統御主体を基本的には一致させることが望ましい。その意味で、ファイナンスに関し都道府県の権限と責任を強化

する方向は医療政策としてあるべき方向である（島崎 2005a, pp.40-42）。ただし、2 節で強調したように、今後の医療政策の重点は供給側の制御にシフトする。なお、供給側であれ需要側であれ、例えば病床規制や総額管理のようなマクロ的な統御手法にもっぱら依存することは適当ではなく、地域の実状も踏まえたミクロ的な統御手法の重要性が増していることも指摘しておきたい。保険者機能の中核も実は医療供給体制へのコミットメントである（島崎 2006）が、value for money を高めるために具体的に医療供給の仕組みのどこをどのように改めるべきか提言する力量が一層問われることになる。

第 2 は、供給側の政策手法としては、大別すれば、①地域医療計画的手法、②診療報酬による誘導、③医療機関の情報開示と患者による選択、の 3 つがある。これらは一長一短がある。例えば、診療報酬点数による誘導は即効性があるが副作用も強い。2006 年度の診療報酬改定の改正項目から具体例を挙げれば、看護職員の手厚い配置（7 対 1 看護：1 勤務帯当たり患者 7 人に対し平均 1 人配置）に対する評価が行われたが、看護師の大病院シフトが生じるなど医療現場では相当混乱が生じている。また、世界的潮流としては地域医療計画的手法より診療報酬手法にシフトしているといわれるが、民間セクター中心にデリバリーが行われているわが国においては、地域医療計画的手法はなお有用な手法である。ただし、地域医療計画的手法は統制経済的な側面を持つ（尾澤恵の分担研究報告 15 章は医療計画の勧告について判例を基に問題点を考察した論文である）ことや、策定主体である都道府県は他面では県立病院等の経営主体でもある（いわばレフリーがプレイヤーを兼ねる）といった問題や限界があることを関係者は十分認識する必要がある。さらに、医療機関の情報開示と患者による選択という手法は、デリバリーが民間セクター中心、患者のフリーアクセスが尊重されているわが国において重要な政策手法のひとつである。ただし、医療も経済的な取引の対象となるサービス財であるが、生命身体に関わるとともに情報の非対称性が強い等の特性をもつ。医療において市場メカニズムは全く機能しないというわけではないが、十分うまく機能するわけではない。したがって、わが国の医療制度の特性や個々の課題の特徴・性格等を踏まえ、複数の政策誘導手法を比較検討し、適切な政策手法の選択を行わざるを得ない。また、多くの場合は単一の政策手法ではなく複数の政策手法を組み合わせる（ポリシー・ミックス）により個々の政策手法の短所を補うことが適切な場合が多い。例えば、医療提供体制の機能分化と連携を進めるためには、地域の医療資源の分布・人口構造・疾病構造・医療費の特徴等を定量的に分析した上で、主要疾患あるいは医療体系等（例えば、がん疾患とか小児医療、救急医療）ごとに、機能分担と連携の具体的なあり方や患者のフローを考察した地域医療計画を策定する必要がある。ただし、地域医療計画は万能でない以上、政策的に後押ししていく課題・分野については診療報酬による誘導を併用する必要がある。さらに、医療機関の情報開示と患者による選択が機能するためには、医療の情報の非対称性を考えれば、患者の「代理人」としての役割を果たす者の存在が不可欠である。家庭医の制度化を強調する所以である。

## 2) 政策誘導手段の検討と多面的な分析の必要性

個別の政策課題や政策誘導手法の検討に当たっては、実態および問題の本質を正確に捉えないと「的外れ」なものなりかねない。そのためには、数量的な実証分析、法律的な観点からの分析、医療経営等の観点からの分析といった多面的な分析と考察が必要である。以下、本研究で行った内容（既述したものを除く）を中心に概略を述べる。

第1は、数量的な実証分析である。医療供給体制の問題を考えるに当たっては、それを担う医師等の供給の実態等を踏まえる必要がある。泉田信行の分担研究報告4章は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」の医師の個票データを用いて診療所医師の開業年齢等を分析した論文であるが、女性医師の比率は高まっているが50歳前後の医師の男女比は20年前とほぼ同じであること、開業する医師が自分の専門診療科で開業している割合は6割程度にとどまっていること等の興味深い分析結果を提示する。また、泉田の分担研究報告5章は、「社会医療診療行為別調査報告」を基に平均在院日数の短縮化による医療費削減効果を分析したものである。その結果、入院の前期の1日当たりの医療費は後期に比べ高い（医療密度が異なるほか診療報酬の影響を受ける）が、年次別にみると近年その差異が拡大していることを数量的に明らかにしている。山本克也の分担研究報告12章は、WAM NETのデータを基に医療・福祉複合体の形態の多様性や地域の特徴等に関し分析を行った論文である。医療機関の機能分化が進めばこうした医療・福祉複合体は増加する傾向は更に進むと考えられるが、こうした医療・福祉複合体の医療の評価基準（質・アクセス・効率性）に照らした評価は実は十分には行われていない。そのためには、患者の流れや医療費等を分析することが必要であるが、本研究はその前段階のファクト・ファインディングのひとつとして位置づけられるものである。さらに、菊池潤の分担研究報告13章は、二次医療圏単位のパネルデータを用いて療養病床の増加要因の分析を行ったものである。その結果、①一般病床から療養病床への転換に対して高齢化率と人口10万対一般病床数が有意に正の影響を与えている、②人口10万対介護施設定員数は療養病床の増加に対して有意に正の影響を与えている、とする。これは貴重な分析であるが、②の介護施設と療養病床が代替的關係にないことを示唆する結果は医療等の機能分化の政策の基本に関わる。その解釈については地域別の詳しい分析等を含め今後更に多面的な検討を行う必要があると思われる。

第2は、法律的な分析である。拙稿（分担研究報告3章）は、医師と患者の關係は民法上の準委任契約であると一般に捉えられているが、医師は必ずしも契約の当事者ではない（契約当事者である法人の履行補助者である）といった契約の主体をめぐる問題、医師等の義務の内容は必ずしも契約によって決まっているわけではないという問題があること等を指摘した上で、転院の都度「切断」される医師と患者の關係を「繋ぐ」ためにも家庭医の制度化が必要であることなどを指摘している。また、尾澤恵の分担研究報告14章は、転医・転院に際しての医療機関等の連携・引継ぎの法的根拠や政策課題について、72にわたる關係裁判例を丹念に整理・分析し現行制度の問題点等に関し考察を行った論文である。

第3は、医療機関等の経営に関する分析である。医療政策の方向性を考えない経営は

あり得ないが、同時にその逆（経営を考えない医療政策）もあり得ない。資金調達もその重要な一分野をなす。松原由美の分担研究報告 6 章は、民間病院における資金調達について考察した論文である。同論文の結論は、近年民間病院の資金調達の多様化が図られているが、これらは大規模病院等については有効であっても、小規模・低収益・小ロット・低頻度を特徴とする多くの民間病院にとっては適さず銀行借入れが基本であるというものである（筆者もその見解に賛成する）。なお、大和田潔の分担研究報告 9 章では自院の開設経験を下に見る廉価な電子カルテとその活用についても言及している。医療の IT 化の推進は重要な政策課題であるが、それは医療政策の目標（医療の質・アクセスの公平性・効率性）を達成するための手段であって医療の IT 化自体が目的でない。電子カルテ等の普及を図るためには、操作性の向上や互換性の確保、導入・維持コストの低減（現行では 1 病床当たり 100 万円から 200 万円、維持経費は導入経費の 1 割程度）等が必要である。

### （3）国際比較と政策的インプリケーション

各国の医療制度はデリバリー及びファイナンスいずれも大きく異なっており、こうした前提を無視して制度の「直輸入」はできない。しかし、公的に統制された制度の下で、医療の質、アクセスの公平性、効率性をどのように高めていくかという課題とその解決については、各国とも模索が行われており、チャレンジングな試みも数多くみられる。こうした諸外国の改革を評価分析することは、わが国の医療制度・施策を相対化しその優位性と弱点を考察するのに有意義であるとともに、医療政策の安易な「実験」が許されない中で、自国が採ろうとする政策の問題点やその解消方法のヒントが得られるという有用性がある。

郡司篤晃の分担研究報告 25 章は、英国のブレア政権下で改革が進められた Primary Care Trust 改革を素材に、米国のマネージド・コンピティション（管理下での競争）とも比較対照し、質と効率性の改善の取組みに関する分析・評価を行った示唆に富む論文である。ファイナンスもデリバリーも公的に統制された英国の NHS において、質と効率性を向上させるために疑似市場モデルの導入（例：「提供者と購入者の分離」）等の思い切った改革が試みられてきた。PCT 改革の内容等については同論文を参照されたいが、情報の非対称性を埋めるためのエージェント（代理人）の設定とインセンティブの適切な付与や医療と福祉の統合が医療政策上の重要課題となる中で、PCT 改革は理論的にも興味深い内容を含んでいる。例えば、郡司が指摘するように、①組織にインセンティブがかかっても個々の働き手がそのように行動する保証はないこと、②PCT は公衆衛生から医療、福祉まで管理する大規模化された民間組織であり政府の直接制御を受けない新たな官僚機構となる懸念を払拭できないこと、③PCT はダブルエージェント（PCT は患者のエージェントであると同時に予算管理等においては政府のエージェントでもある）であるため利益相反を惹起すること等の問題点が挙げられる。本研究では患者のエージェント（代理人）としての家庭医の制度化を強調しているが、完全なエージェントとして機能するためにどのようなインセンティブの設計を行うことにより適切に統御を

行うかは十分詰める必要がある。

松本勝明の分担研究報告 26 章は、ドイツの医療供給の改革について考察した興味深い論文である。ドイツでは医療保険料率の安定及び医療供給の質と経済性の向上を目的とした改革が行われているが、そのための手段としては、競争を通じて疾病金庫の経営努力を促すことが重視されている。近年、この競争を医療給付の質をめぐるものにまで拡大するとともに、各分野間の連携の下で適切な医療供給を可能にするために、疾病管理プログラムや統合医療供給などの新たな給付形態を導入するなどの多様な取り組みが行われている。同論文は、疾病管理プログラム及び統合医療供給は、制度導入後において急速な普及を示しており、患者の健康状態の改善、在院日数の短縮などの効果を挙げるとともに、患者からも高い評価を得ていると述べる。そして、普及の背景として、制度の枠組みが法律上位置づけられ、それに基づき強力な経済的誘因が付与されたことなどを挙げる。日本とドイツでは保険者の力量の相違等もあって改革の枠組みは同一ではないが、ドイツにおいても医療制度改革は医療保険改革から医療供給制度改革に拡がりを見せており、例えば慢性病患者に対する標準的な医療の普及を目指す疾病管理プログラムの成否等についてはわが国としても関心をもって見守る必要がある。

拙稿の分担研究報告 27 章は、1990 年代から今日に至るスウェーデンの医療制度改革について述べた論文である。スウェーデンのデリバリーは公的セクター中心、ファイナンスは税方式により行われており、英国と類似している。しかし、英国は基本的に国が運営しているのに対して、スウェーデンの医療供給権限は県（ランスティング）にある。スウェーデンでは保守・中道四党の連立政権の下で、1992 年にエーデル改革が行われたほか、1992 年にはストックホルムモデル（一種の疑似市場モデル）や家庭医制度改革が行われた（ただし家庭医制度改革は社会民主党の政権復帰とともに頓挫した）。エーデル改革により「長期療養病床」を「介護付き住宅」に切り替え市（コミューン）に移管したが、医療は県、福祉は市という「仕切り」が変わったわけではない。したがって、在宅医療や「介護付き住宅」入居者の医療・介護や福祉ケアを県と市がどのように連携し提供するかという問題がある。また、そもそもスウェーデン程度の人口規模の国家（面積は日本より広いが）において二層制の自治組織が必要であるかという議論も行われている。これらは、わが国における医療と介護・福祉ケアの連携のあり方、わが国の医療政策において、国一都道府県一市町村の役割分担と権限配分をどうするかという問題を考察する上で非常に興味深い。

本田達郎の分担研究報告 28 章は、フランスの医療制度改革について 2004 年の改革を中心に分析・考察を行った論文である。その結論は、①医療機関へのフリーアクセスを重視するフランスにおいて急進的でない緩やかな「かかりつけ医」の促進が 2005 年以降図られていること、②これまで医療費を予算制約との関係で総枠抑制することには成功していないこと、③2004 年に導入された 1 件当たり包括評価方式（T2A）は現場においてかなり混乱を生じていること、④2004 年改革により保険者組織の再編について全国組織の設立や事務局長・理事会の権限配分の変更等が行われていること、⑤医療情報の電子化はフランスにおいても重要課題とされており強力な取組が進められていること等

であり、わが国の医療政策への示唆に富む。

田中伸至の分担研究報告 29 章は、かかりつけ医ないしは家庭医をわが国において導入する場合の論点と課題（制度の目的・機能、フリーアクセスとの関係、医師資格制度及び養成過程等）について、フランスおよびドイツの制度と比較を行い考察したものである。田中は、①フランスでは、かかりつけ医登録を法律により強制するが、かかりつけ医への受診の強制は行われておらず、医療保険給付面での経済的誘導による患者の受診行動への介入が行われていること、②ドイツには登録制度がなく、経済的誘導の手法が中心的に採用されているが、疾病金庫の自立性と疾病金庫間の競争を背景として、疾病金庫がイニシアティブを発揮し、患者受療行動管理メニューを活用することが期待されていること、③機能としては、両国とも、適切な専門医療選択を行うゲートキーピングおよび一貫した患者・疾病管理の双方が志向されていること、④背景事情や関連制度としては、両国とも、医師資格での一般医の区分等や所要の養成過程があり、ほとんどの国民がかかりつけ医を有しており、かつ、フランスではフリーアクセスは法律上基本原則とされドイツでも国民がこれを重要視している実態があること、といった重要な指摘を行っている。

## 6. 結語 — 本稿の要約 —

本稿を箇条書き風に要約しておく。

第 1 に、わが国は人口構造の高齢化が急速に進む一方、経済はかつてのような高度成長は期待できず、医療費適正化のプレッシャーは今後とも続く。これに対し、医療関係者は医療の質やアクセスの低下を招くとして強く反発しており、両者の溝は深い。こうした中で、value for money（拠出したお金に見合う価値）を最大化すべきとの要請は一層高まる。

第 2 に、日本に限らず先進諸国の医療政策の重点は、医療保険制度改革などフィナンサイドの改革からデリバリーサイドの改革にシフトしている。特に医療の質と効率性を向上させるためには、医療供給システムそのものの改革が必要である。

第 3 に、日本は在院日数が長く医療等の機能分化は最重要の政策課題である。急性期病院も集約化等や病院と診療所に機能の整理が必要である。「社会的入院」を解消するためには、「受け皿」の整備が必要であるが、狭義の在宅だけでカバーすることは非現実的である。居住系の施設の拡充が必要であるが、その場合、居住系施設における医療の提供のあり方の検討なども必要になる。また、機能分化に当たっては、医療の質および効率性の評価や適切なインセンティブによる制御が必要である。

第 4 に、医療機関の機能分化は医療政策の手段であって目的ではない。機能分化は医師と患者の関係を「切断」させ「情報伝達ロス」等を発生させる。医療機関の機能分化が医療政策の目標（評価基準：①医療の質、②アクセス、③効率性）に照らし所期の目的を達成するためには、連携の強化が不可欠である。

第 5 に、日本の医療供給体制の最大のアキレス腱は、家庭医ないしプライマリ・ケア

が医療政策上明確に位置づけられておらず、病院と診療所、医療と介護等の「繋ぎ」の部分脆弱なことである。質の高い家庭医の教育・研修・養成を図り、これを中核に地域という「面」単位で包括ケア体制を構築することが、わが国の医療政策の重要な課題である。

第6に、家庭医の教育・養成については、大学の医学教育において適切に位置づけられる必要がある。北海道家庭医療学センター等でも家庭医の養成・研修が行われているが、その実践フィールドのひとつである北海道更別村に関する分析では、①医療密度（1日当たり医療費）は高まっているが在院日数等は短縮されている、②救急外来のトリアージ機能を家庭医が果たすことにより病院への救急搬送件数は大幅に減少した、③医師と患者の関係を表す各種指標は極めて良好である、等の結果が得られた。また、地域包括ケアについては、尾道市の地域包括ケアや熊本市の連携クリティカルパスなど著名なモデル以外にも地域の実状等を踏まえた先駆的な取組みが各地でみられる。そのエッセンスを抽出し政策的に後押しすることが有用である。

第7に、交通事故を前提に構築された救急医療システムの見直し、へき地・離島における医療の確保、わが国の実状等を踏まえた疾病管理や保健事業の構築等も重要な課題である。へき地の医療については、集約化は避けられないが、そのためには都道府県・大学医局・基幹的病院が連携し調整機能を発揮することが不可欠である。

第8に、医療政策の誘導手法は、①医療計画等の計画的手法、②診療報酬による経済的誘導、③情報開示と患者による選択、の3つがある。それぞれ一長一短があり、誘導手法の組合せ（ポリシー・ミックス）とならざるを得ない。①はわが国では必要な手法であるが、競争制約的な面があることなどの問題点や限界があり、②は即効性が高い反面「副作用」も強い。③は有力な手法であるが、情報の非対称性があること等から十分うまく機能するわけではない。患者の「代理人」的な役割の存在が必要であり、その意味でも家庭医の制度化が求められる。

第9に、個別の政策課題や政策誘導手法の検討に当たっては、実態および課題の本質を正確に把握することが重要である。このため、数量的な実証分析、法律的な観点からの分析、医療経営等の観点からの分析といった多面的な分析および考察を行う必要がある。本研究においては、診療所医師の開業年齢等の分析や平均在院日数の短縮化による医療費削減効果の分析、医師と患者の関係に関する法的分析、民間病院の資金調達方法に関する分析など数多くの分析・考察を行った。

第10に、先進諸国では、医療の質・アクセスの公平性・効率性の向上をいかに図るかという模索が続いている。その中にはチャレンジングな試みもみられ、わが国としてもその成否等に関心を払う必要がある。ただし、改革のターゲットは各国の医療制度の沿革等を反映し区々であり単純な比較や一般化はできない。英国やスウェーデンでは疑似市場モデルの導入や医療と福祉・介護の「統合」等が試みられたが必ずしも成功したとはいえない。

本稿の要約は以上のとおりであるが、最後に次のことを述べ結語としたい。

本研究は政策研究である。その研究成果とりわけ重点的に取り上げた家庭医の制度化

や地域包括ケアの確立等については、具体的な政策に反映されるよう期待したい。なお、一口に医療等の総合化・効率化といっても間口は広く奥行きは深い。本研究では骨組みの分析や論点の提示にとどまった課題も少なくない。本研究を踏み台に今後更に研究を深めていきたいと考えている。

## 謝辞

本研究に当たっては、机上の空論とならないよう医療現場に足を運び関係者の方々と意見交換させていただいた。個々のお名前をあげることは差し控えさせていただくが、ご高配を賜った関係各位には心より御礼申し上げる次第である。なお、本稿では紙幅の制約等もあって個々の事例等について十分な紹介ができなかった。その点をご寛恕を請いたい。

## 参考文献

- 池上直己（2006）『ベーシック医療問題（第3版）』日本経済新聞社
- 今井澄（2002）『理想の医療を語れますか』東洋経済新報社
- 医療マネジメント学会監修(2004)『地域医療支援病院と医療連携のありかた』じほう
- 遠藤久夫・池上直己(2005)『講座：医療経済・政策学第2巻 医療保険・診療報酬制度』勁草書房
- 尾形裕也（2007）「第11回厚生政策セミナーのパネリストのコメント：医療・介護の視点から」『季刊社会保障研究』Vol.42.No.4
- 葛西龍樹（2000）「家庭医とこれからの日本の医療」『社会保険旬報』No.2048
- 葛西龍樹（2001）「日本の家庭医の現状と養成に向けた取り組み」『健康保険』2001年1月号
- 片山壽（2003）「ケアマネジメントの導入」、「医療ケア現場におけるケアマネジメントの意義」、「地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦」、「介護保険が誘導する新たな地域連携とサービスの一元化」『内科』Vol.92.No.1.2.3.4
- 北村明・大石達雄・岡慎一郎・杉山博通・渡辺恵・石井令三（2004）「医師会の病診連携（イーザーネット）への取り組み」医療マネジメント学会監修・武藤正樹企画編集『地域医療支援病院と医療連携のありかた』じほう
- 郡司篤晃（1998）『医療システム研究ノート』丸善プラネット
- 郡司篤晃（2004）「ケアの質向上への取り組みとその課題」『海外社会保障研究』No.149
- 厚生省健康政策局総務課『家庭医に関する懇談会報告書』（1987）第一法規出版
- 佐藤智（2005）「在宅でこそ、その人らしく」『治療』Vol.87, No.5
- 島崎謙治（2005a）「第1章 わが国の医療保険制度の歴史と展開」、遠藤久夫・池上直己『講座：医療経済・政策学第2巻 医療保険・診療報酬制度』勁草書房



- 島崎謙治 (2005b) 「『超少子高齢化社会・人口減少社会』の姿とその対応」『発達』No.101
- 島崎謙治 (2006) 「医療制度改革とこれからの健保組合—その 1、その 2—」『健康保険』  
2006 年 9 月号・10 月号
- 終末期医療に関する調査等検討会 (2005) 『今後の終末期医療の在り方』中央法規出版
- 杉澤秀博・杉原陽子・金恵京・柴田博弘子 (2000) 「高齢者における医療機関選択に関する要因」日本公衛誌 47 巻 11 号
- 副島秀久監修・済生会熊本病院パスプロジェクト編集(2004) 『決定版クリニカルパス』  
医学書院
- 副島秀久(2006) 「地方医療 専門医より一般医の充実を」朝日新聞 2006. 3.1 朝刊
- 関田康慶 (2004) 『わが国の医療福祉機能ユニットの連携に関する調査報告書』
- 塚原康博 『高齢社会と医療・福祉政策』東京大学出版会
- 田城孝雄・片山壽・丸井英二・田中滋(2004) 「地域医療連携『尾道モデル』を『理想のモデル』から『標準モデル』へ」医療科学研究所『医療と社会』Vol.14.No. 1
- 田城孝雄 (2006) 『地域包括ケアシステムの構築に関する研究』(平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業報告書：主任研究者田城孝雄)
- 田中滋・二木立 (2006) 『講座：医療経済・政策学第 3 巻 保健・医療提供制度』勁草書房
- 田中滋・二木立 (2006) 『講座：医療経済・政策学第 6 巻 医療制度改革の国際比較』勁草書房
- 中村眞己 (2004) 『病診連携』悠飛社
- 西村昭男 (2000) 「ボタンの掛け違いを正して国家百年の医療を目指そう」『社会保険旬報』No.2048
- 西村周三・田中滋・遠藤久夫 (2006) 『講座：医療経済・政策学第 1 巻 医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房
- 樋口範雄 (1999) 「医師患者関係と契約—契約と Contract の相違」柳瀬孝雄編著『契約法理と契約慣行』弘文社
- 松田晋哉・坂巻弘之(2004) 『日本型疾病管理モデルの実践』じほう
- 武藤正樹 (2001) 「21 世紀の地域医療連携 (上)・(下)」『健康保険』2001 年 2 月号・3 月号
- 山口昇著・公立みつぎ病院発行 (2006) 『尾道市御調町における地域包括ケアシステム—寝たきりゼロ作戦 (介護予防) と保健・医療・福祉の連携—』
- エリアス・モシアロス他著・一圓光彌監訳 (2004) 『医療財源論—ヨーロッパの選択—』光生館
- OECD 編著・阿萬哲也訳(2005) 『世界の医療制度改革—質の高い効率的な医療システムに向けて—』明石書店

## II. 分担研究報告

## 1. 総論および基盤的研究

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

① ケア・システムの質と効率と統合性の確保：  
イギリスのプライマリー・ケアに導かれた制度改革に学ぶ

分担研究者 郡司篤晃 聖学院大学大学院教授

（平成 18 年度実施）

研究要旨

イギリスにおける Thatcher 政権と Blair 政権の医療・福祉制度改革を調査して、以下のよう示唆を得た。

NHS 改革を NHS に対して国民の評価が高いのは GP 制度の登録制を基礎とした住民に対する責任体制である。わが国の医療には患者の真の代理人が不在である。わが国は住民に対する責任を明確にするプライマリー・ケアのシステムの構築が必要である。

ケアの質向上のための政策は、第三者による評価と incentive constraint に期待せざるを得ないが、近年は health literate な消費者として empowerment に対する期待が高まっている。ケアの質と効率を確保するために、世界的に受け入れられている制度改革の基本的な考え方は、何らかのかたちで市場の力を活用すること、その場合、患者とサービス提供者間の情報の非対称を克服するために、代理人の設計とインセンティブをどのように設計するかである。

イギリスの医療・福祉の制度改革は、このプライマリー・ケアの組織を基盤に行なわれている。そのねらいの一つは、この組織を住民の代理人として、2 次医療など他のサービス提供者と利用者間の情報の非対称を克服しようとするものである。

イギリス政府はマクロな予算配分の権限は留保するが、ミクロな配分と分配に関しては PCT を政府の代理人としてその権限を委譲しているかたちである。しかし、このエージェンシーとインセンティブによる政策は、市場機構に比べると種々の仮定の上に行われることであるから、今後どのような経過をたどるかは注意して見守る必要がある。市場機構によらずに質と効率を達成しようとするれば、インセンティブを管理することによらざるを得ず、合理性の誤り（rationality mistake）がどこに潜んでいるかは未だ不明である。

イギリスのプライマリー・ケア主導による制度改革は、本文の中でも指摘したように、double agent の問題をはじめとして、既に多くの懸念が存在する。地域の民間組織である PCT/CT に徹底した権力を委譲（devolve）することによって達成しようとするものであり、Communitarian の政権の面目躍如たるものである。まさに、イギリス社会の民主主義の実力が問われることになるであろう。

## A. 研究目的

本研究は、主としてイギリスの NHS 及び長期ケアシステムの改革を分析することにより、わが国の医療・福祉制度改革への示唆を得ることが目的である。

## B. 研究方法

主として文献調査によった。

(倫理面への配慮)

直接、人体に触れることはないので、問題となるような事柄はない。

## C. 研究結果

新自由主義政権が（内部）市場の導入によって多く関係者間の力関係に変化が生じた。ブレア政権の基本思想は第三の道と呼ばれているが、基本的には社会民主主義、あるいはコミュニタリアンである。また、前政権の改革の上にその改革を築いた。中でも重要なものはプライマリー・ケアの組織化とその組織に導かれた医療・福祉制度改革となっていることである。

大きく概観すると、プライマリー・ケアの組織化は Primary Care Trust までは成功した。しかし、福祉と公衆衛生までをカバーする Care Trust は多くの問題があり、未だに進んでいない。

また、2 次医療に対する介入は殆ど成功していない。

## D. 考察

第三の道改革は準市場改革とも呼ばれているが、基本的にはインセンティブによる管理である。しかし、準市場の分析モデルはなく、個別の状況におけるインセンティブの設計に頼ることになるが、そこには多くの前提とな

る仮定が存在する。

即ち、中央政府から多くの権限を地域の組織に分権化し、民主的な資源の分配を期待しているが、いわゆるネットワークモデルには種々のモラルハザードの可能性はある。

必然的に評価と監視のシステムを必要とするが、それ自身が関係者のモラルの低下をもたらす可能性も指摘されている。

仮定の下での政策は実証的な評価研究を必要とする。しかし、それらの研究は未だ不十分であり、今後の研究の結果が待たれる。

## E. 結論

- イギリスにおいて NHS に対して国民の評価が高いのは GP 制度にあると思われる。GP 制度は、登録制を基礎として、ゆるい形であるが住民に対する責任体制となっている。病気になったときの不安に対処する方法は誰かが責任を持ってケアをしてくれる体制を整備することである。
- わが国の高齢者の介護においては不完全ながら居宅介護支援事業者がいるが、医療には患者の真の代理人が不在である。いわゆるかかりつけ医は単にロイヤリティを基礎としており、普段健康な人、居住歴の短い人にはかかりつけ医はつくりにくく、システムとしては不安定なものである。わが国は住民に対する責任を明確にするプライマリー・ケアのシステムの構築が必要である。
- ケアの質向上のための政策は、第三者による評価と incentive constraint に期待せざるを得ないが、近年は health literate な消費者として empowerment に対する期待が高まっている。

- ケアの質と効率を確保するために、世界的に受け入れられている制度改革の基本的な考え方は、何らかのかたちで市場の力を活用すること、その場合、患者とサービス提供者間の情報の非対称を克服するために、代理人の設計とインセンティブをどのように設計するかである。
- イギリスの医療・福祉の制度改革は、このプライマリー・ケアの組織を基盤に行なわれている。そのねらいの一つは、この組織を住民の代理人として、2次医療など他のサービス提供者と利用者間の情報の非対称を克服しようとしている。
- イギリス政府はマクロな予算配分の権限は留保するが、ミクロな配分と分配に関してはPCTを政府の代理人としてその権限を委譲しているかたちである。しかし、このエージェンシーとインセンティブによる政策は、市場機構に比べると種々の仮定の上に行われることであるから、今後どのような経過をたどるかは注意して見守る必要がある。市場機構によらずに質と効率を達成しようとするれば、インセンティブを管理することによらざるを得ず、合理性の誤り (rationality mistake) がどこに潜んでいるかは未だ不明である。
- イギリスのプライマリー・ケア主導による制度改革は、本分の中でも指摘したように、double agentの問題をはじめとして、既に多くの懸念が存在する。地域の民間組織である PCT/CT に徹底した権力を委譲 (devolve) することによって達成しようとするものであり、Communitarian の政権の面目躍如たるものである。まさに、イギリス社会の民主主義の実力が問われることになるであらう。
- わが国における医療制度の構造改革においては、項目別出来高払い制度を改める必要がある。特に、プライマリー・ケアのビジョンを明らかにし、そのための診療報酬体系を創設すべきである。
- 医療と福祉の連携を促進する一つの原動力は、わが国においては競争による垂直方向の統合の経済性であらう。しかし、そのことがもたらす結果についての検討は未だ殆ど行なわれていない。長期的には、医療と介護保険制度などの財源を含む統合を視野に入れなければならないが、その制度改革はもうひとつの次元としての地方分権化の中で考えていかなければならない。
- イギリスの場合はプライマリー・ケアの組織が明確であるので、競争によってもたらされる問題は見ることはできない。それはむしろケアの連携という視点でのアメリカの研究を必要とする必要があらう。
- イギリスの制度改革は、無料の医療と福祉のシームレスなサービスを提供できること、且つ民主化と行政改革を同時に行う可能性があることを示している。そのような原理が明確で、かくもラディカルは改革が可能であることは、すべての改革が incremental なわが国は大いに参考とすべきである。
- しかし、無料のサービスは、需要が極大化すると考えると、限られた資源を配分する方法としては、結局は地域における専門家による配給制度 (rationing) になる可能性があるだろう。その時、分配のネットワークはどのように機能するのか、

民主的な地域社会の力が試されることになるであろう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・郡司篤晃（2006）「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」海外社会保障情報、156：19-31.
- ・郡司篤晃（2006）イギリスのプライマリ・ケアに導かれた「第三の道」制度改革『聖学院大学総合研究所紀要』34号、429-57頁。聖学院大学総合研究所

2. 学会発表

- ・郡司篤晃（2005）「イギリスにおける医療・福祉の現状とその評価：医療改革について—プライマリ・ケアに導かれた制度改革」第110社会政策学会

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

[この研究は、平成18年度に行った研究である。]

# 第1章 ケア・システムの質と効率と統合性の確保： イギリスのプライマリーケアに導かれた制度改革に学ぶ

郡司篤晃（聖学院大学大学院）

## I. はじめに

本研究は、主としてイギリスの NHS 及び長期ケアシステムの改革を分析することにより、わが国の医療・福祉制度改革への示唆を得ることが目的である。特に、わが国におけるプライマリーケアのシステムの混乱と医療の効率<sup>1</sup>の観点から、イギリス<sup>2</sup>におけるプライマリーケアに導かれた医療制度改革の、ケアの質と効率の改善に対する取組みに注目した。

政策研究として他国の制度を知ることの意味は二つあるだろう。それは、このようなことも出来るのだという政策の可能性を知ること、もう一つは政策の基本的な考え方を実際に適用した場合の結果から原理や原則を学ぶことであろう。そして、可能なら自国の政策改善に生かすことであろう。しかし、自国の政策に対する問題意識によって、他国に学ぼうとする視点や問題の切り出し方は影響される。そこで、まずわが国の医療システムの基本的な問題をどのように見るかを論ずる。

医療は極めて複雑なシステムであるから、その評価も多くの側面があり、かつ相互に関係するので、一面だけを見て政策全体の是非を論ずることは間違いである。従って、評価の枠組みが重要である。

評価の枠組みとしては、現在、世界的なコンセンサスは、医療は効果だけではなく効率的でなければならないということである<sup>3</sup>。効果はさらに、質、統合性、接近性、平等などの要素によって構成される。

そのような枠組みで評価したとき、わが国の医療システムの問題点は、統合性と質と効率にある。

効率は入力に対する出力の比であるが、医療システムの入力となる指標がそんざいしないため、通常は入力、特に医療費のみが取り上げられる。しかし、筆者はそれだけでは不十分で、医療資源の消費量の指数が重要であることを主張して来た<sup>4</sup>。近年は OECD の Health data base においても資源消費量の指標が用意されている。

<sup>1</sup> 医療システムの効率のマクロな指標は、分母は総医療費としても、分子が適当なものがないので、本来は分母である医療費が代替的に用いられている。

<sup>2</sup> 主として England を対象とする。

<sup>3</sup> 評価の枠組みについては郡司篤晃（2版2001）「医療システム研究ノート」丸善プラネット pp.7-11.

<sup>4</sup> 郡司篤晃、同上書



## わが国の医療制度の基本的問題<sup>5</sup>

### 市場の失敗

わが国の医療システムのひずみは、失敗する市場が機能するという前提となっていることからくる。

わが国の医療制度は、昭和 39 年の医療法改正以来、公的な医療施設のネットワークを断念し、患者と医療施設間に市場を設け、患者が医療施設を選択する自由を保障し、医療提供者が競争的に医療を提供することによって、医療の質と効率の向上が目指されてきた。つまり、患者と医療提供者間に市場が機能するという前提でつくられている。しかし、医療提供者と患者の間の市場は失敗することが知られている。市場が機能しない理由は次の通りである。

- 1) わが国においては、この市場は、確かに競争的ではあるが、価格を国が決定している。
- 2) 市場競争が働くとしても、それは患者が施設に到達するまでである。
- 3) 実際にどのような医療を受けるかという具体的なサービス内容は、診療が開始されてから決まる。従って、これを経済取引と見れば、この場面には市場的なモデルは当てはまらず、情報の非対称がある相対取引のモデルで考えるべきである。
- 4) 相対取引の分析モデルである Principal-Agent 理論によれば、情報の非対称がある場合には moral hazard の危険があり、それを防止するための方法は、1) 第三者が評価する、2) incentive constraint を用いることである、としている。
- 5) 医師は、患者の症状などから医学に基づいて、必要な検査、治療、入院の有無など、患者が受ける必要のあるサービス・ニードに分解する。ニードには経済の概念は入っていない。しかし、このニードは、場合によってはかなりファジーであり、医師の判断にバイアスがかかるとかなり幅で変動する。

医療における情報の非対称は極めて大きいので、医療においては第三者評価と incentive constraint がともに重要である。

### プライマリーケアのシステムの混乱

医療の供給体制は、診療所から大病院までが横一線で競争状態にあるので、競争は激しいと見るべきである。競争は競争者間の分断をもたらす。わが国の医療システムの統合性が失われたのは、この競争の結果である。特に重要なのは、プライマリーケアのシステムが混乱していることである。

プライマリーケアの重要な役割の一つは施設間の連携、医療と福祉の連携である。医療と福祉の連携は今後ますます緊密になっていく必要性は誰もが認めることではあるが、その具体的な作業は極めて困難である。両者はこれまでサービスの体制が分かっていただけでなく、従事者の教育、研究・学会にいたるまで別々に行なわれてきた。このような状況は世界共通であり、各国でもそれらの連携が模索されている。

---

<sup>5</sup> この論述の詳細については、郡司篤晃（2 版 2001）「医療システム研究ノート」丸善プラネットを参照されたい。

## 出来高払い

わが国が採用している項目別出来高払い制度は、サービス量を増やす方向へのインセンティブが強く、またサービス提供者のモラルハザードに対して incentive constraint がまったくかからない支払い方式である。また、医療施設の投資性向とあいまって、医療費高騰の悪循環をもたらす。

その結果、わが国の医療消費量の指数は OECD 加盟国の中でも一貫して上位を占めてきた。このような状況下で、わが国は医療費の抑制を単価の抑制という方法に頼ってきた。しかし、単価を抑制すれば採算を取るためにはサービス量を増やすか、内部の費用軽減の方向へさらに強いインセンティブが働く。サービスを増やせば資源をより多く使うことになり、必要以上の資源を使っては真の効率は達成できない。

また、医療施設に支払われる収入は、医療施設に残らず、資源の提供者に偏って配分されてしまう。内部の費用で最も大きいのが人件費であるから、職員は削減され、医療従事者の労働条件は悪化の一途をたどらざるを得ない。わが国の医療費が安く効率的に見えるのは、医療従事者数が少ないからである。

## 医療費高騰の悪循環

その競争は、設備投資を必ずしも抑制せず、むしろ採算分岐点までの投資を促進し、いったん投資が行われればその採算分岐点が目標収入となって需要を誘発するという医療費高騰の悪循環をドライブする力となる。

わが国の医療費には膨大な地域差があるが、その差はベッド数など医療提供システムの大きさの差で大部分が説明され、医療が収支のバランスを目標収入として倫理的に許される範囲での需要誘発が広範囲に行われていることが証明できる<sup>6</sup>。

原価を無視した過度の単価の抑制は、医療施設の経営の悪化を招き、生き残るための競争を激化させる。

これが医療の質と効率の向上を期待して、わが国において患者と医療施設間に設けられた市場が機能してきた真の姿であり、この基本的な構造こそが、わが国の多方面にわたる医療のひずみの原因になってきた。

近年の世界的な医療制度改革の焦点は、失敗する市場機構を、政府はどのように管理したらよいかに絞られているといっても過言ではない。いわゆる広い意味での Enthoven らがいう‘managed competition’という考え方である<sup>7</sup>。即ち、世界の医療・福祉制度改革の基本的な考えは、広い意味での managed competition をどのようにして実現するかということであるが、具体的な制度設計には、それぞれの国の歴史的背景もあり、かなりの幅がある。その一つの典型はアメリカ型のきわめて競争的な制度であり、その反対の極に、代理人とインセンティブを管理するイギリスの労働党の政策があるように見える。

特に、プライマリーケアが主導する改革はわが国においても多くの示唆を与えるもので

<sup>6</sup> 地域差研究会（2001）「医療費の地域差」東洋経済新報社を参照。

<sup>7</sup> Enthoven, A. C. (1978). Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298(12): 650-658., Enthoven, A. C. (1988). *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland., Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.

ある。そこで、イギリスの制度改革については詳細に、調査することとした。

## II. イギリスの制度改革

### 改革前史

1948年、第二次大戦勝利の全体主義的な雰囲気の中で、イギリスの社会保障制度の基本的な枠組みが定められた。医療は国営（NHS）となり、福祉や公衆衛生は地方政府の責任とされた。ここに医療と福祉の連携問題の原点がある。従って、その連携は政府間の問題であることが、この問題の根が深く、長年問題が指摘され連携の努力が行なわれてきたにも関わらず、解決が困難だった大きな理由の一つである。

医療は国営であり、病院は国立、院内のスタッフは国家公務員、医師は専門医であった。一方、GPは国家公務員ではない。当初、政府の被雇用者になる案もあったが、医師会の反対もあり、LA（Local Authority、地方自治体）の雇用者とはならず、政府との契約による独立の開業医となった。

医療の行政機構は国を頂点としたヒエラルキーとなっていた<sup>8</sup>。一定の人口規模の地域にGPがないときには、LAがGP開業希望者を募り、GPと契約して開業を支援した。周囲の住民は自分の判断でGPに登録し、健康に問題が起これば、まずGPを受診しなければならない。住民は直接病院にはいくことはできない。住民が健康に異常をきたしてGPを受療し、入院医療が必要だと考えられた場合にはGPがその地域の病院に紹介する。

GPの報酬の50%弱は、登録された住民数を基礎に支払われる。項目別出来高払いでは個々の診療行為に経済的なインセンティブが働くのに対して、登録した住民に対して責任感と良質のケア提供に対するゆるいインセンティブが働く。この仕組みは、制度創設以来、若干の変更は経つつも、基本的には変わっていない。おそらく、NHSが変わらぬ国民的人気を得ている理由はこのGP制度にあるだろう。

GPの役割は初期医療、そして最初に接する医療、即ちゲートキーパーであり、重要な医療であるので、プライマリーケアと呼ばれる。その後、公衆衛生活動が義務付けられたり、訪問看護などが配置されたりしたが、GPの主たる役割が初期医療にあるという自覚と社会的な認識は変化していない。

従って、GPの活動の基本となる人口集団は登録された個人がベースであり、これは行政圏域とは必ずしも一致しないという点は重要である。

それに対し、公衆衛生や福祉は地方政府の分担であり、その基礎となる人口集団はもちろん行政圏域のそれである。公衆衛生はcommunity health servicesと呼ばれている。予防接種や子宮ガン検診などの予防事業がGPに委託され、さらに看護職に実施が依頼されている。

社会福祉は、1948年以来、地方自治体の分担である。病院の医療以外のケアを、福祉を含めてcommunity care（コミュニティ・ケア）と呼ぶ場合がある。

<sup>8</sup> 当初、Health AuthorityはDistrict、Area、Regionalと3層構造になっていたが、Thatcher政権による行政改革でAHAが廃止された。

## 1970年代後半までの改革

community care は最初から混合経済 (mixed economy) であった。即ち、ケアの提供主体も、家族、ボランティアセクター、私的セクターなどと多様であり、費用の自己負担もある。

1970年ごろまで、高齢者の介護や長期ケアは医療や福祉サービスの残渣的な位置づけであった<sup>9</sup>。病院の中に療養病床が設けられ、Nursing Home も NHS 内につくられ、原則無料のサービスであった。病院を退院すれば LA のケアを受けた。入所ケアが必要であれば、LA は自ら運営する入所施設に収容したり、私的セクターやボランティアセクターのケアを補助した。

在宅ケアは、医療は GP によって提供されたが、看護は district nurse (保健師) が細々と活動してきた。1960年後半の New GP contract では practice nurse (開業看護師) を雇用することができるようになった。1970年代後半に全人的アプローチが唱えられ、受け入れが進む一方、多くの GP は他の職種が入ってくることに疑問を持った。当初、health visitor (訪問看護師)、後に district nurse で、GP のオフィスに配置され、GP と LA の架け橋として期待された。しかし、実態は必ずしも期待に沿うものでなく、その原因は GP が彼女たちに些細なこと (trivia) の処理の役割を期待したからだという<sup>10</sup>。ancillary workers という言葉が使われ、看護職もその一人と考えられた。

1970年代に入って、福祉制度の大きな改革が進められた<sup>11</sup>。その中で、LA に Social Service Department (福祉部) ができた。また、ソーシャル・ワーカーが専門職として発足した。

1974年、LA の Health (保健) の要素を、Health Officer (医務官) の人事も含めて、NHS へ整理統合され、LA には social care だけを残した。

一方、医療組織の間の連携で大きな問題となったものは、一次と二次医療の間で、特に待ち行列の問題である。しかし、これは福祉との連携とも無関係ではない。二次医療はその後方医療でも大きな問題があった。即ち、入院待ちを解決するためには退院を促進しなければならないが、退院が遅れベッドがブロックされることであった。その大きな原因の一つは、NHS は原則無料であるが、福祉になると有料であるからである。

NHS の病院は待ち行列を短縮しなければならないので、長期の療養病床を減らしてきた。また、二次医療のニードの判断を厳しくしていった。その結果、後方医療や長期ケアは LA の責任となっていった。

## Thatcher 首相就任から 1990 年まで

Thatcher 政権 (1979-1990 年) の基本的な思想は新自由主義といわれているが、これはイギリスだけのものではなく、社会主義の失敗が明らかになりつつある中で世界的な傾向であった。イギリスにおいては 1970 年代の国家経済の危機を経験し、国家経済を活性化するために、Thatcher 首相は断固として国営企業の民営化、市場化に取り組んだ。

<sup>9</sup> Jane Lewis (1999), The concepts of community care and primary care in the UK: the 1960s to the 1990s, *Health and Social Care in the Community* 7(5): 333-341.

<sup>10</sup> Jane Lewis, *ibid.*

<sup>11</sup> いわゆるシーボーム改革については、平岡公一 (2003) 『イギリスの社会福祉と政策研究』ミネルヴァ書房、最近の政策については、平岡公一 (2005.5.28) 社会政策学会第 110 回大会<第二分科会>報告資料「福祉制度改革について」を参照。