

を抱えているため、急速な進展は困難であるが、少しずつ進展をみている。

医療・福祉の財源の統一後は、各項目別にそれぞれの PCT で組織づくりが義務化され、推進されている。項目としては高齢者のケアや精神疾患対策が多くなっている。

7) 2次医療への介入

3大機能：□新たな PC の組織づくりと、□医療・福祉の統合、□commissioning (介入)、であるが、□の2次、3次医療に対する介入は最も遅れている。

労働党政権は、前政権の内部市場における契約 (contract)、購入 (purchase) という言葉は狭すぎ、partner の2者の関係に用いることは不相当だと批判して、合意 (agreement) と介入 (commission) という表現が用いた。しかし、契約も購入も概念としては明確であるのに対して、介入の概念は必ずしも明確ではない。

‘Commissioning’なる言葉が使われ始めたのは GPFH に反対して当局と協調してことを進めようとした GP commissioning group からである。しかし、その定義は必ずしも明確でないまま用いられているように思われる。

M Knapp 氏は聖学院大学主催で行われた国際シンポジウムで、commission の内容を次のように述べている³⁵。

介入の仕事 (task) とは；

- ① 使命の開発と合意
- ② 対象集団のニーズのアセスメント
- ③ 現在あるいは潜在的な提供者と接触しながら、計画立案が必要だとするサービスの場所、アセスメント、開発と刺激
- ④ サービス内容の仕様書化
- ⑤ 提供者との契約
- ⑥ 契約の中に明記した公式な方法での監視活動及び非公式な活動による達成度評価
- ⑦ 契約の更新と中止
- ⑧ 対応できたニーズとできなかったものの情報を、それらを順序化した当初へのフィードバック

この内容を見ると、殆ど Health Planning と呼ぶべきものである。

介入の実施が遅れた、あるいは後回しになっている理由は、次のようなものが考えられる。

最も大きな理由は、改革の主な努力が PCT という新たな組織づくりに優先して向けられたことである。

また、医療の価格は事務量を軽減するためもあり、DRG の英国版であるケースミックス HRGs (Healthcare Resource Groups) による支払い方法が導入されたので、交渉の余地はなく

³⁵ 国際シンポジウム「医療と福祉における市場の役割と限界—イギリスの経験と日本の課題—」、2000年3月31日（東京国際フォーラムレセプションルーム B）聖学院大学総合研究所。

なった。

2002年に2次医療に対する支払制度の概要を示す緑書³⁶が公表され、主要な一部の疾患群からはじめて、移行期間を2005-08年として全ての疾患群について実施にうつされた³⁷。

GPFHが廃止され、介入はGPの手からPCTへ移行し、病院との取り決めは契約とは呼ばず、3年間の量的な合意（Service Level Agreement）となったことから、日々の業務ではなくなった。

この方式は病院TrustとPCTの間で、経済的なリスクシェアリングをさせることによって、費用の効率化を図ろうとするものである。また、3年に一度の改定が予定されているが、次第に標準価格を下方に誘導していく仕組みになっている。

政府は病院Trustに対して独自のインセンティブによる改善施策を実施してきた。2002年のDelivering the NHS Planにより、NHS下にあった病院Trustでパフォーマンスの良いTrustはNHS Foundation Hospital（以下、NHSFH）という、より広い裁量権を委譲される公益法人となることを選択できるようにした³⁸。Foundationになれば、例えば職員に対する給与、不動産の取得や設備投資、そのための資金の借り入れなどの自由度が増大する。

Social ownershipを地域社会に帰属させることによって、地域の他の病院トラストや地域社会と密接な関係を持たせようとしている。その管理組織には、住民、患者、ケア提供者、スタッフも参加できる。メンバーは、地域のニーズと期待をより反映させるため、管理者の投票権を持つ。

NHS Foundation Hospitalでは2004年からPCTと契約するが、重要な契約を変更するときには、上部機関の承認が必要である。

サービスの改善や量的拡大のために投資をすることは自由である。投資の資金を一定の基準の下で借りることができる。また、PFIや公的資金を利用することもできる。しかし、土地、建物、その他の不動産は担保にできないなどの制約を受ける。

8) Practice Based Commissioning (PBC)

GPFHの選択（choice）の力によって2次医療の質と効率の向上を図ることは、プライマリー・ケアに導かれた医療制度改革の中心的な政策であったが、その廃止によって2次医療に対する質と効率向上への圧力は極めて弱くなった。

LSEのJulian Le Grandは、2003年に首相のPersonal advisorとして招致され、彼の主張するChoice and Responsivenessの政策^{39,40}を推進した。2004年、“Choose and Book:”⁴¹で、その

³⁶ DH (2002); *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results.*

³⁷ DH (2003); *Payment by Results: Consultation Preparing for 2005.*

³⁸ DH (2002) *A Guide to NHS foundation Trusts.*

³⁹ Julian Le Grand (2007); *The Other invisible Hand*, Princeton University Press.

⁴⁰ Julian Le Grand (2008/05); *Trust, Mistrust, Voice and Choice: Models for Health Care Reform*, 国立社会保障・人口問題研究所 第13回厚生科学セミナー「新しい社会保障の考え方を求めて」－医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証－

⁴¹ DH (2004); *'Choose and Book': Patients' Choice of Hospital and Booked Appointment: Policy Framework for Choice and Booking at the Point of Referral.*

概要を示すとともに、PCTではなく、Practice 単位で2次医療機関と交渉するという政策変更を行った^{42,43,44,45}。

例えば、病院を紹介するときには、少なくとも5病院（内一つは private or voluntary sector）から紹介することとした。時間外の診療や慢性疾患の管理を、私企業や GP 所有の協同組合への紹介もよしとした。

PBC の評価については、King's Fund の研究グループからの評価結果が公表された⁴⁶。その概要は以下の通りである。

研究方法は、2007年春から2008年の春までの一年間で、形の異なる4PCTと関係者に対する Depth interview 方式で行われた。主な結果は以下の様であった。

政策の導入は極めて遅く、患者へのサービスの改善や効率が向上したという証拠は殆ど見られない。PBCがGPを介入に関わるように促す様子は見られたが、それは熱心な一部のGPに限られており、大多数はどうなるのかを受動的に見ているに過ぎず、あるものは効果がないので気がそがれていた。

また、改善が見られる点はGP間、GPとPCT、あるいは病院のスタッフとの間のコミュニケーションであり、例外的かもしれないが返ってそれを悪化させたケースもあった。

政策を滞らせている障碍は以下のようなものである：

- ・ 役割や責任が不明確である。
- ・ GPは時間制約が厳しく、データの分析などの技術もない。
- ・ 信頼できるデータが整備されていない。PCTも病院側の詳細なデータを理解できない。
- ・ 組織間あるいは関係者間の信頼やコミュニケーションを支える良い人間関係が乏しい。そのような状態の中ではPBCは、さらにその関係を悪化させ、対立を立ち往生が見られた。
- ・ 財政的、ならびに臨床的リスクへの対処ができていない。PCTの管理者は前者を、臨床家は後者を心配していた。
- ・ 利益摩擦がある；即ち、GPはサービスの提供者でありかつ介入者である点、またPCTはサービスを自分で行うか、それとも外部に委託するか、である。この点はまだ検証されていない。
- ・ 政府の政策に対する信頼が薄れて、取り組みが控えられている可能性がある。

解決策として、研究者らは、まず介入の仕事の内容を整理することを提案しているが、さらに重要な指摘はPracticeをもっと法的に明確に規定して、実際の予算を配分することを提案している。

⁴² DH (2004); *Practice Based Commissioning, Engaging Practices in Commissioning*.

⁴³ DH (2005); *Making Practice Based Commissioning a Reality: Technical Guidance*

⁴⁴ DH (Jan 2006); *Practice Based Commissioning: achieving universal coverage*.

⁴⁵ DH (Nov 2006); *Practice Based Commissioning: practical implementation*.

⁴⁶ Natasha Curry, Nick Goodwin, Chris Naylor, Ruth Robertson (2008); *Practice-Based Commissioning: Reinvigorate, replace or abandon?*, King's Fund.

PCT の組織の規模を 10 万人程度としたが、これはかなり大きいだろう。大きくした理由は、行政区画と PCT の所管する地域とのずれを少なくすることであり、この点では医療と福祉の連携のためには好条件となるであろう。しかし、病院を選択の可能性を広げても、選択の範囲はこの地域を出ることは難しいだろうから、選択の改善への圧力は弱まるだろう。

保健省の Primary care の Director である David Colin-Thomé (National Director of Primary Care)はこの改革は Aspiration であり、PBC を再活性化 (reinvigorate) する方策を検討中であり⁴⁷、さらに活性化することは可能であると主張する⁴⁸。

しかし、Nick Goodwin、Judith Smith らは報告書にもあるように、その活性化は無理であり、可能にするためには間接的な予算(indicative budget)ではなく実質的な予算を配分しなければ不可能だろうという。そして、その実現は政権交代の時期になる可能性があるという⁴⁹。しかし、政権交代などによって、大きな改善が行われれば、これまで積み重ねられてきた努力の成果が、結実する可能性があることは否定できない。

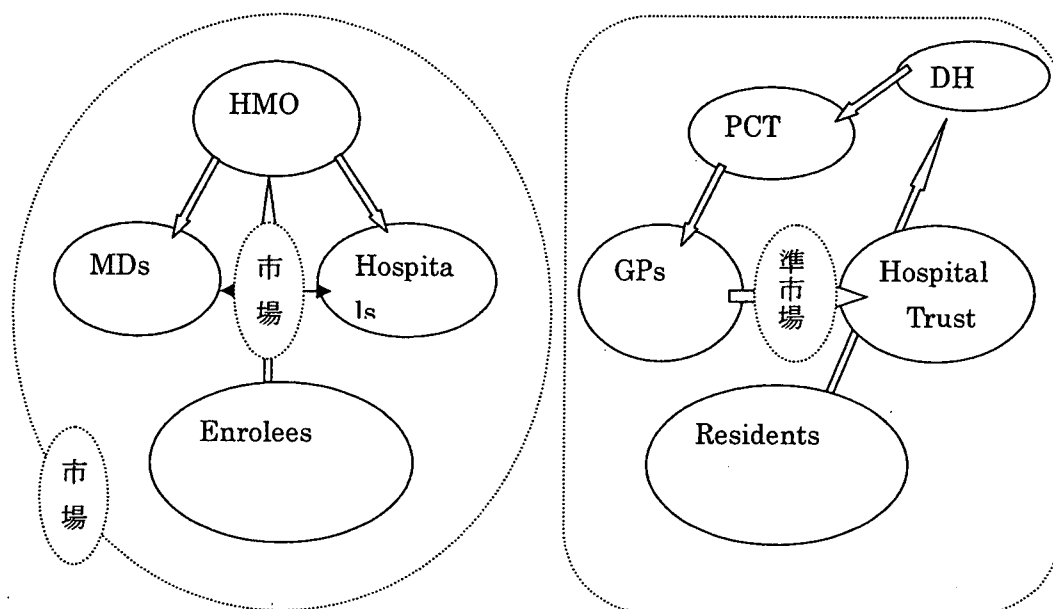
Aspiration とはビジョンである。ビジョンに向かったときに困難に直面することは当然あり、また許容されるであろうし、修正の可能性と大きな発展につながる可能性がある。ビジョンがなくインクレメンタルな修正のみに終始すれば大きく間違えることはあっても根本的な修正の可能性はない。これがわが国の現状である。

⁴⁷ DH (2007); *Keeping it Personal: Clinical case for change: Report by David Colin-Thomé (National Director) for Primary Care*

⁴⁸ David Colin-Thomé; Personal communication at Department of Health on September, 2nd in 2009.

⁴⁹ Nick Goodwin, Judith Smith; Personal communication, on 1st and 2nd of September, in 2009.

9) HMO との比較



⇒は金の流れ

イギリスの制度改革の可能性はアメリカのHMOから学んだ。したがって、形の上では次第にPCTはHMOに類似してきたようにも見える。しかし、二者の間には類似点もあるが決定的な差異もある。

	HMO	PCT
法人格	営利法人が大多数	トラスト
目的の範囲	医療	医療・福祉・公衆衛生と広い
組織の統合性	高い（運営・管理責任は一つ）	低い（多くの組織が分立）
ゲートキーパー	居ない	いる（GPがそれ）
内部の市場の場所	市民とHMOの間	GPと病院の間
外部組織との競争	あり	なし

HMOの目的は医療の提供であり明確であり、全体の運営・経営の責任はHMOに統合されている。当初は公益法人であったが、次第に営利法人化が進んできた。HMOにおいては、市民あるいは患者の完全な代理人は居ない。

PCTは公的法人であり、組織に課せられた目的は殆ど全てのケアを含む。言い換えれば目標は絞ることができない。目標を定めることができなければ合理的な計画的接近は困難であり、現在のPCTの抱える本質的な困難の一つである。

多くの組織が分立して存在しており、それぞれが内部の改善に努めなければならないだけでなく、相互に影響を及ぼさなければならないため、それを動かすインセンティブの設計は考えるほど容易ではない。

一次医療と二次医療は医療の本質からみると本来連続なものが歴史的な経過の中で分離したものであり、制度論的観点も入れつつ、どこで分けるか、分けた場合にどのように連携させるかは多様な可能性があると考えべきであろう。

イギリスのPCTには、GPというエージェントがいるという点は重視しなければならない。この点については、後に再度議論したい。

かなり長期的な視野に立つとき、PDCA サイクルをまわしつつ改善を続ける組織 (learning organization) としての潜在力と可能性を持っているだろう。しかし、一方では競争にさらされることのない独占的な民間の団体として急速に官僚化していく危険性も否定できないだろう。

II. スウェーデンの医療の準市場改革⁵⁰

1. はじめに

スウェーデンの医療制度に関してはすでに多くの報告がなされている。最も標準的な教科書はヨーロッパの研究者の組織である European Observatory on Health Systems and Policies がシリーズで各国の医療制度を紹介している “Health Systems in Transition: Sweden” である。本書は 2005 年の出版であるので、エーデル改革を行った Carl Bildt 政権を含んで、2006 年の保守派の Frederik Reinfeldt の直前までの叙述である。

基礎的な諸データについては医療経済研究機構の調査がある⁵¹。

社会変動の中での医療制度改革、特にエーデル改革を中心とした記述は島崎謙治に詳しい⁵²。

また、ごく最近までの医療政策の動向については、現在在スウェーデン日本国大使館の岡部文哉の報告がある⁵³。

そこで、本報告は明らかにイギリスの制度改革の影響と思われるプライマリー・ケアを中心とした医療制度改革の動向についてのみ報告し、日本への示唆について考察したい。

2. 政策の文脈

イギリスと同様に公共サービスとしての医療・福祉サービスは診療の長い待ち行列に象徴されるように過少供給と非効率の問題を抱えている。

新自由主義による制度改革の波はスウェーデンにも及んだ。近年の医療制度改革は 1982 年の医療の提供と財源をランスタング（以下、県と略す）に移し、プライマリー・ケアに従事する医師も県の所属となった。

10 年間の熟慮に基づき、1990 年には経済危機を契機として、同国はラディカルな社会構造の改革に取り組んだ。1991 年に誕生した Bildt 保守政権は、広範な社会保障制度の改革に取り組み、エーデル改革と呼ばれた。

それ以降の医療については、コミュニンの脱医療化とも言うべき政策が進められているが、一方では高齢化の進展に伴い、慢性疾患、長期ケアニーズの増加など、コミュニンのレベルのプライマリー・ケアに対する需要は増大している。そのため、ケアの接近性を改善し、待ち時間を短縮すること、ケアの連携を改善することは大きな課題となっている。

エーデル改革によって、長期療養、高齢者・障害者の福祉はコミュニンの責任となった。

⁵⁰ Vaida Bankauskaite (ed) (2005), Anna H. Glenngård, Frida Hjalte, Marianne Svensson, Anders Anell, Vaida Bankauskaite; *Health Systems in Transition: Sweden*, WHO 2005, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

⁵¹ 医療経済研究機構 (2008); スウェーデン医療保障制度に関する調査研究【2008 年版】

⁵² 島崎謙治 (1996); 「スウェーデンの社会経済と医療保障制度改革、(上)」社会保険旬報 1912: 20-29、「同、(中)」1913: 16-23、「同、(下)」1914: 11-14.

⁵³ 岡部文哉 (2010); 特集 II: スウェーデンの医療保障の動向、「中道右派政権下の医療政策」、健保連海外医療保障、No. 85:22-37

この結果、当然の結果として生ずるのが医療と福祉の連携の問題である⁵⁴。また、スウェーデンは医療費対策として極めて多かった病床を急速に減らしたこともあり、医療サービスの過少提供と診療の待ち時間の延長が起こった。

診療の待ち時間を何とか短縮しようと県とコミューンの連合会が話し合いを繰り返してきたが、未だに「0-7-90-90 ルール」⁵⁵、即ち、□必要な日の内に医療機関にコンタクト、□7日以内にGPによる診療、□90日以内に専門医による診療、□90日以内に治療の実施をすることを保証しようと努力はされているが進捗ははかばかしくない。

医療費の増大は経済成長を上回るとすれば、医療の質を担保しながら医療供給の効率化が厳しく追及されなければならない。

スウェーデンにおいても、イギリスと同様に、準市場改革が保守系の政権によって推進された。その第一波が1991年に成立したBildt政権であり、第二波が2006年に成立したReinfeldt政権である。

住民はGPに登録するのが原則であり、医師の報酬は各県によって少しずつ異なるが、基本的には所得の80%は危険度調整済みの登録者数による。ストックホルムは例外で最低の40%で、残りの60%は受診数に比例している。これは接近性を高めるためであるが、この支払方式は訪問時間を短縮し、簡単な症例の再診へのインセンティブを与える。

登録しても他の提供者（専門医も含め）を受診することは妨げないことがスウェーデンの伝統で、gate-keeping機能は弱い。しかし、ある県⁵⁶では登録したUnitを受診すれば、一回120SEKだが、他のPC提供者を受診したら200、専門家のばあいは300SEK支払わなければならない。

2006年のReinfeldt現政権の効率向上の政策の基本は、民営化と選択（Choice）による競争の促進である。

スウェーデンは地方分権が進んでいるため、それぞれの県によって政策の進み方には差があるが、首都のストックホルムはその急先鋒となっている⁵⁷。

ストックホルムのプロジェクトの長であるAnders Olsson氏およびMonica Albertsson氏（Director of The National Board of Health and Welfare）⁵⁸によれば、2008年には20の新たな診療所が開設され、対前年度比で患者の受診回数で12%増加、内9%はGPの受診であったが、医療費は3%しか増加しなかったため、これは民営化と選択の自由による効率の向上であるという。

しかし、一方では民間の企業がシェアーの51%を占めており、かつ未だに増加しつつあるという。診療料金は民間も公立も同じでなければならないという法規制があるので、民間

⁵⁴ 2006年ごろまでの医療・福祉連携の問題については、伊澤知法（2006）；「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携」海外社会保障研究、No.156:32-44。

⁵⁵ 岡部文哉（2010）、前掲書。

⁵⁶ Skåne

⁵⁷ 現在、スウェーデンは21の県に分かれているが、その内Stockholm以外に、VastrnorrlandとHallandの3県で民営化が進んでいる。

⁵⁸ Anders Olsson（2009）、personal communication, and Monica Albertsson, personal communication.

が好まれるのは価格ではなく、かかりやすさ（accessibility）のためではないかという。

しかし、民営の診療組織は営利性が高いことから、大きなチェーン組織の寡占状態になる可能性も考えられ、その時に果たして非営利的な業務を含む地域におけるシームレスなケアの提供が容易であり得るかという心配があるだろう。

岡部は、選挙を間じかに控えた有力な野党と現政権のマニフェストを丹念に比較して見ても、その政策には大きな差は見られないという⁵⁹。

しかし、医療は県、福祉はコミュニケーションという大きな構造は変わりなさそうである。もしそうだとすると、コミュニケーションレベルの医療と福祉の連携は構造的な問題を抱えることになる。また、接近性の向上のために選択と競争を促進すれば、連携には阻害的に作用する。

リスク問題の簡単な解決法の一つは、水平統合をして、グループを大きくすることだが、これにより新規参入は難しくなり、ジレンマである。責任範囲を狭くして、訪問数による支払いを多くするシステムは、ストックのように人口密度の高い地域の方が適している。

スウェーデンは日本よりも大きな面積で、人口はほぼ900万人である。したがって、大きな過疎地の問題があり、このような地域におけるケアシステムは都市部のそれとは全く異なり、別制度が必要だと考えるべきであろう。

3. 考察

税財源による、無料の医療で、登録制である。県が医療、市が福祉でシームレスなケア提供を目指している。過少提供と診療待ち時間が長い。それを、準市場、選択と競争によって実現しようとしている。

受診数による支払いを導入したことで、現在のところ、アクセスと効率の改善がみられる。しかし、民営の診療施設が急増、民間の営利的な提供者が入ってきて、特に水平統合が進んだ場合、患者の期待が、社会の目的だけではなく経営者の投資に対してそれなりの利潤目的とバランスを保たなければならなくなる。地域独占の可能性がある。

競争促進の第一の条件は人々に選択が可能であることが周知されることであり、第二のそれは代替的提供者が存在することである。この二つとも、県の新たな管理を必要とする。独占は新規参入の障害、もし、寡占状態になったとしたら患者に利益をもたらすような真の競争は起こりえないかもしれない。また、広大な過疎地の存在しており、そこでは準市場的政策は意味がない。

政権によって政策の考え方は異なっており、スウェーデンのプライマリー・ケアの将来像は必ずしも明確になっていない。

⁵⁹ 岡部（前掲書、2010）、薬局を民営化すべきか、戻すべきかについては対立があるという。

Sweden 医療制度改革関連年表

	1982	Health and Medical Services Act	医療提供・財源を County Council に移行
	1985	DAGMAR Reform	費用負担を含め、医療の責任を国から CC に公私の提供者による救急医療の責任を移行、FFS から Per Capita へ ; need based planning を強化
	1990	金融危機	
1991	1992	ÄDEL Reform	LTC と高齢者・障害者福祉の責任を municipalities に。Special housing 補助、しかし、問題は医師の参加、リハと Home nursing の責任の所在が不明確
	1992	National guarantee of Treatment	12 の選択的手術に、Waiting time の制限を導入するも不評 (1997 年に改定)
Carl Bildt 政権	1993.4	Disabled People Reform	身体障害者への権利にも(Health and Medical Services Act の改正。リハを CC の責任とする。
	1994	Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments:	Municipalities が介護費用を負担 ; その他の多様なサービスも
1994	1994	Family Doctor Act and Act on Freedom to Establish Private Practice	家庭医の選択を可能に、しかし完全に施行される前 (6 月) に政権交代
	1995	Abolishment of Family Doctor Act と Private Practices	しかし、私的開業が進行した
	1995	Psychiatric Reform	Psy の患者の退院後の責任を Municipalities へ
	1997	Law of Supervision	各 Provider に Supervisor を、1999 年廃止
	1997	Quality Systems	質確保に関する一般原則; Quality Assurance 制度、費用は National Board of HW と Federation of CC と Counties が負担
	1997	Guarantee of Medical Treatment	000-7-90-91Rule の導入、PC と特定科への Access の改善
	1997	Law of Priority	優先順位の導入 ; □human dignity, □need & solidarity, □cost-effectiveness
	1997	Drug Reform	National Drug Benefit Scheme(一部自己負担とそのシーリングを診療費と分けた。National Corporation of SwPharmaciesh が個人の処方管理、処方者も管理) 。CC が企業から直接購入できるようにした。
	1998	Drug Reform	責任範囲外だった外来薬剤費の支払いを、CC に義務づけ、委員会が処方者に注意することにした

	1999	Law of Professional Activities in the Health Care Sector	97年のSupervision法を廃止し、National Board of Healthへの報告システム導入
	1999	Patients' Rights Reform	Health & Medical Services Actを改正し、CCに患者の権利保護の義務づけ；PC医師、診療方法の選択、Second Opinionを得ることなど
	1999		Skåne, and Västra Götalandの二つのRegion誕生(2006年に完全に移行)
	1999	Dental Care Reform	提供者が価格決定の自由保障と患者への定額補助(それまでは、公定価格と定率補助だった)
	2000	Action Plan	
	2001	Stop Law	救急病院の私企業への売却禁止。2002年末から
	2002	Dental Care Reform	64歳以上者への総義歯価格への制限
	2002	New Pharmaceutical Benefits Reform	Pharmaceutical Benefits Boardの設立、補助規則の制定、同種同効の薬はGenericの最低価格に
	2003		National coordinator for psychiatry
	June 2005	Amendment to HMSA	CCは少なくとも1病院を運営する、それ以上の病院は委託を自由化。営利目的の否定、契約化、公的資金の診療のみとする。2006年1月から施行
	2003		ユーロ導入を否決
	2006		高齢者医療・ケア10ヵ年国家戦略
	2006/10 /6		ラインフェルト首相(保守中道4党)誕生

III. デンマークのプライマリー・ケア制度について

1.はじめに

デンマークのプライマリー・ケア制度については、現地に在住し、かつ制度に詳しい山田ゆかり氏に研究協力を依頼し、また Copenhagen 大学、Department of General Practis の教授である Dr/ John Sahl Andersen 氏との面談にも参加していただいた。

従って、基本的な記述は山田氏の報告を参照し、本分担報告は他国との比較しつつ全体の討論に関連するという意味で重要な点のみに触れることにする。

2.医療供給体制と評価について

行政組織は国、レギオン（県）、コムーネ（市）の3層であり、近年県もコミューンも合併が進められている。

医療供給は病院サービスとプライマリー・ケアに二分されるが、医療の責任は基本的に県にあり、いずれも無料である。

医療費の財源は税であり、負担割合は県が77%、市が23%、国は0.1%である。

1993年より、市民は病院を選択することができるようになった。

プライマリー・ケアの医療はGPによって提供される。市民はグループ1と2に分かれ、グループ1の人はGPに登録する必要があり、グループ2の人は、権利はあるが義務はない。市民の98.5%はグループ1である。

GPの報酬は出来高払いと人頭払いの混合であったが、コペンハーゲン市のGPは100%人頭払いであった。しかし、1987年から同市でも他の市と同様の支払い方式が採用されたことによって、GPから病院への紹介件数が22%減少し、専門医への紹介が15%減少した。

HPの職務満足度は高いが、労働時間と報酬については必ずしも高くなかった。

診療待ち時間は下げ止まっており、極めて長く、そのために諸々の摩擦が起こりメディアを賑わしている。しかし、市民の医療サービスへの満足度は極めて高い。

また、診療待ち時間の短縮は模索されているが、医療システムの構造には確固たる自信があり、改革を迫られているという意識はない⁶⁰。

⁶⁰ John Sahl Andersen (2009), personal communication

IV. 考察と日本への示唆

1. プライマリー・ケアとその組織

医療は一連のプロセスであり、どこで機能を切るかは、たまたま社会的な背景や経緯に適応してきたものであり、本質的には連続している。ある地域にどのような PC 施設や機能を持つべきかは、地域特性（例えば、人口学的特性以外にも中心的な病院からの地理的距離、交通・道路状況、住民の希望と負担意思）によっても異なる。つまり、地域特性によってプライマリー・ケアの形は異なるということになる。

医学・医療技術が発達し多くのことが可能となり、巨大な技術体系となった。それは複雑ではあるが一連のプロセスであって、病院はそれに適応した組織である。

PC の本質は、そこに入る入り口であり、人々が最初に触れる医療、そして最後に触れるかもしれない医療である。そうだとすると、GP の機能をゲートキーパーとすることは、一つの側面を指摘していることにおいては正しいが、それを本質とするのは浅薄すぎる。

人々は健康を害したときにどうするかをあらかじめ準備することはできない。健康を害してはじめて、どこへ行ったら良いのか、どのような病気なのか、どのような治療を受けるべきか、どこでどのような生活が可能なのか、わからず不安を感じる。病院から自宅に退院しても、もし何かが起こったらどうしたらよいかと不安になる。だから、少しの状態の変化があると救急車が呼ばれることになる。

PC とは人々の不安に対処することが本質的に重要であり、不安に対処する方法は信頼できる人が責任を持つことである。GP と登録制を持つ国では、極めて長い待ち時間にも関わらず、国民の医療に対する満足度が高いのはそのためであると考えべきであろう。

福祉は、困っている人に対する支援である。「困る」とは極めてナラティブであり、個人的な事柄である。あらかじめ医療的な要素と福祉的な要素が分かれて存在するわけではない。

イギリスでは PC とは「GP が提供する医療」と定義されていたことがあるが、そのように考えると、プライマリー・ケアはもはや GP が 1 人で対処できるような仕事ではない。少なくとも GP と看護師と福祉士のチームが一つのユニットと考えなければならない。

また、そのように考えると、イギリス、スウェーデンやデンマークにおける PCT のように包括的な組織作りは将来のビジョンとしては正しい方向である。

アメリカにおける HMO は、医療という絞られた目標のためには優れた組織ではあるが、福祉まで含めたプライマリー・ケア組織に発展させることはむずかしそうである。

イギリスのプライマリー・ケア組織の改革は多様な提供組織を生み出したという点では成功しつつあるといえよう。しかし、イギリスの制度改革の中で最もユニークな点、即ち 1 次と 2 次医療の間をつないで配分効率を向上させるというインセンティブを導入した点である。しかし、PCT の 2 次医療に対する介入機能においては現在の段階では失敗している。その原因は、GP が介入に参加することに対する時間制約とか機会費用的な考えもあ

るが、より根本的な原則、即ち、インセンティブは組織にかかっても個人にかからなければ有効ではないことがある、という基本的な問題が含まれているだろう。この点は次回の総選挙で保守が政権に就けば、いち早く改善されるべき中心的な課題となるだろう。

イギリスのプライマリー・ケア組織の改革は aspiration (大望) であるという認識は重要である。Aspiration はビジョンである。ビジョンに向かって行動して、たとえ失敗したとしても改善の可能性がある。しかし、ビジョンを持たずにインクレメンタルに改良しようとするれば大きく間違っ改善の可能性を失うことになる。これがわが国の現状である。

2.地域基盤と連携

1次から2次までの医療全体を考えると、スウェーデンやデンマークでいうとコミューンでは、日本でいえば市町村、これらの国ではコミューンでは完結せず、より広域を単位として考えざるを得ないと決断したことは重要であり、わが国においてもそのことをはっきりと認識すべきであろう。

日本の保健計画の目的は病床削減だが、医療圏を定めたことは功績であり、それは市町村より大きい。3次医療を大学病院とすると、一県一医科大学で、それも実現している。

福祉を身近な自治体に、医療をより広域を基盤とした場合、当然のことながら連携の問題が生じる。その機能は、イギリスにおいて PCT に期待されている。スウェーデンではコミューンでの種々調整の努力が払われている。

イギリスにおいては、中央から地方までの行政組織や財源、さらに評価組織も統一し、PCT に具体的な連携の推進を期待したが、現状ではその進捗状況は思うようではない。

連携には組織の問題だけではなく、確かに文化の差の問題等、多くの問題を内包してはいるが、いわゆるシームレスなケアの提供は最終的には個々のケースごとにどうすることが良いのかという問題であり、環境を整えれば一気に進むといった問題ではない。

PCT の場合はスタッフが質量とも圧倒的に不足しているという事情も大きな原因であろう。ただ、民間の競争にもさらされない組織は容易に官僚化する可能性もあり、必ずしも楽観は許されないであろう。

3.診療待ちの問題

これらの三か国の共通点は、未だに税財源による殆ど無料で医療を提供している点である。所得に無関係であるとは、完全に平等だということである。しかし、共通した悩みは過少供給と診療待ちが長いことである。財源を単一の、しかも一般財源におくと、次第にしわ寄せされて過少供給となるということは世界の経験的な事実である。

待ち時間が長いということは患者が待つだけではない。患者を紹介した GP も待たなければならないということであり、これだけでも医療の質の低下は不可避である。また、そのような病院の検査機能から阻害された状態が続けば、日進月歩の医学についていくことは難しく GP 自身の能力も低下せざるを得ない。その意味で、待ち時間が長いことは医療の質

のレベルの低下をもたらす。アメリカにおける医療制度はその点で優れている。

4. 選択と競争

医療の質と効率の改善のために、いろいろな努力が払われている。共通している政策的手法は、準市場改革といえるであろう。そこにおいては選択 (choice) と競争が重要であるとされる。従って、GP の登録制においても、変更の可能性を重視し、病院の選択においても複数の病院を推薦することが進められている。

登録を変えるということは現実にはあまりないと言われているが、しかしその可能性があることが影響力になると考えられており、exit power と呼ばれている。

しかし、選択が力を発揮するためには、具体的な選択の可能性が存在しなければならない。その点では、PCT が人口を 10 万の規模としたことは、実質的には選択の幅を著しく狭くしている可能性が指摘されている。病院を広域で整備する場合にも同様な問題がありえる。

また、選択し変更することは医療の継続性を阻害するという側面もあることには留意すべきであろう。

5. 効率化と double agent の問題

これまで殆どの国において医療費は経済の成長を上回ってきた。この cost inflation を制御するためには、単に効率の向上では対処は不可能である。従って、managed care は、最終的には医師の行動を管理しなければならないという考えに行き着く。マクロな予算制約は、最終的にはミクロな、つまり医師の判断に経済的なバイアスをかけざるを得ないということになる。しかし、これは極めてデリケートな問題を含んでいる。

マネージメント優位でことを進めると深刻な問題を引き起こす。アメリカにおける managed care において保険者が gag 条項を通して、医師の行動に干渉したことによって、人権に対する侵害であるという議論が行なわれている。

PCT においては、PCG と比較して、管理が優位になったために、GP や病院の医師たちを巻き込むことに失敗し、あるいは彼らの組織的抵抗にあっている。また、もし GP や医師が予算制約の管理に従ったとしても、彼らは double agent の状況に置かれることになり、医療において最も重要な、患者と医師の信頼関係は損なわれる可能性がある。

しかし、それにも関わらず、いずれの国においても市民の GP に対する信頼は極めて強い⁶¹。そうだとすると、最終的には医療資源のミクロな配分は、この医師と患者の深い信頼関係の中で、極めて慎重に個別に決定される仕組みをつくっていかなければならないだろう。

6. 日本への示唆

日本と 3 か国を比較したときに、日本の優れている点はなんと言っても Accessibility の良

⁶¹ Michael Calnan and Rosemary Rowe (2008); *Trust Matters in Health Care*, McGraw Hill.

さである。これはわが国では中小の私立の医療施設が設備投資を行ってきたことにある。つまり、財源は一つではなく、公的資金以外にも私的な財源が投資されてきた。その結果、むしろ過剰投資となり、効率の低下と医療費の押し上げ要因になっている。

わが国においては、医療施設は、地域によっては、診療所から大学病院までが横一線に競争している。日本は独立採算、価格競争ができないので、非価格競争のために過剰な投資が行われ、一旦投資が行われるとそれが目標収入を形成するという悪循環が起こっている。競争はその悪循環をまわす動力になっている⁶²。

過剰な設備投資が行われ、医療費の抑制を単価の抑制で行えば、経費の削減のしわ寄せは人件費に来る。従って、日本の医療は一見効率的に見えるが、それはスタッフが少ないためである。

日本の医療制度は患者と医療提供者間の市場として機能する前提であった。しかし、そこには患者の立場に立つ agent はいない。また、プライマリー・ケアの組織がない。

今後、わが国においては、物に対する投資を減らし、人に対する投資やプライマリー・ケアの組織をどのように築いていくのかのビジョンがなければならない。ビジョンがなければ、いずれこの国のシステムは崩壊する。

V. 結論

- ・ 日本の医療の接近性は良い。
- ・ しかし、医療の過剰投資、過剰消費があり、効率向上には限界があり、そのしわ寄せで人手不足になっている。
- ・ わが国の医療には真に患者の立場に立つエージェントがない。また、明示的なプライマリー・ケア組織がない。
- ・ 国民の不安を解消するための、国民から信頼されるプライマリー・ケアの仕組みのビジョンを構築する必要がある。

⁶² 郡司篤晃 (1998, 2001) 「医療システム研究ノート」、う章、丸善プラネット

公立病院改革の本質と課題

島崎謙治（政策研究大学院大学）

1. はじめに

2007年12月24日に総務省から「公立病院改革ガイドライン」（以下「ガイドライン」という）が通知（総経経134号総務省自治財政局長通知）され、公立病院を設置する自治体は2008年度中に公立病院改革プラン（以下「改革プラン」という）を策定することとされた¹。ガイドラインは、①経営効率化（経営赤字が続けば医療の確保ができないため経営効率化が必要）、②再編・ネットワーク化（医師不足等が深刻化している中で再編・ネットワーク化が必要）、③経営形態の見直し（医療環境の激変に対応するには自律的な経営形態への移行が必要）、の3本柱に沿って数値目標や目標達成年度を明記することを求めるなど、公立病院改革の着実な実施を強く促す内容となっている。しかし、総務省「公立病院改革プランの策定状況等について」（2009年4月28日記者発表資料）によれば、1割弱（8.1%）の自治体は2008年度末までに改革プランを策定していない。また、各自治体が公表している策定済みのプランをみても「玉石混交」の感が否めない。特に気になるのは、①「たれば」の類のペーパープラン（例：医師が増えれば経常収支は改善される）、②経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの3つがばらばらに作成されている改革プラン、③枝葉末節のことに多くの紙幅が割かれ、最も肝心な部分（例：地域医療における自らの病院の役割・ポジションの採り方）の分析が浅薄なプランが少なくないことである。

なぜこのようなことになるのだろうか。また、公立病院改革の本質や課題をどのように捉えるべきなのだろうか。本稿では、こうした問題について基本に立ち返り考察する。本稿の構成・内容は次のとおりである。2節では、病院の経営主体に関する日本の医療政策の変遷を辿り、公立病院の立地・機能等が異なる沿革的理由、今般のガイドラインの歴史上の位相および評価等について述べる。3節では、公立病院の本質的な問題点がガバナンス構造の脆弱性にあることを述べた上で、主要な課題を4点に絞り論じる。4節では、経営主体が異なる公立病院の統合再編事例を取り上げ、そのプロセスや成果等について考察する。5節は結語である。

¹ 本稿では、公立病院という言葉は自治体病院と同義で用いる。データの出典との関係で自治体病院という場合があるが、それ以外は公立病院で統一する。

2. 病院の経営主体に関する政策の変遷とガイドライン

(1) 病院の経営主体に関する政策の変遷

医療供給体制の整備に当たり、「公」・「民」いずれを中心に据えるかということは、医療政策の基本に関わる問題である。医療供給体制と一口にいても病院と診療所に分かれるが、本稿の議論の対象は病院である。ヨーロッパ諸国では、病院は貧困者を対象とする国公立病院や宗教系の慈善病院を中心に生成発展してきたという沿革的な理由もあって「公」中心である。日本は、『平成 19 年医療施設（動態）調査・病院報告』によれば、国公立病院の全病院数に占めるシェアは 14.8%（公立病院は 11.5%）、病床数でみても 22.3%（公立病院は 14.7%）となっている。ちなみに、「公」の範囲を日赤や済生会等の公的医療機関（医療法 31 条参照）まで広げたとしても、病院数、病床数のシェアは、それぞれ 19.6%、30.7%であり、医療法人立など「民」中心となっている。これは、わが国では、1874 年に医制が制定されて以来、自由開業制が採られてきたこと、病院と診療所が連続的であり都市部の中小病院の多くは開業医の診療所が大きくなったもの（いわゆる「病院成り」）であることなど、沿革的な理由によるところが大きい。日本の病院数の推移を官立（国公立）病院とそれ以外の民間立病院に分けると、第二次世界大戦後、平成に入る頃まで「民」が急増している。ただし、政策の軸足が一貫して「民」中心に置かれていたわけではない。明治時代から今日に至るまで、日本で「公」中心主義が唱えられた時期が 3 回ある。

1 回目は明治初期である。この時期に国公立病院の新設が進められた理由は、西洋医学の速やかな普及が喫緊の課題となっており、国公立病院に医師の教育養成機能を付与しその設立を促進する必要があったからである。しかし、1887 年に府県立病院の医学校の費用を地方税で支弁することを禁ずる勅令が出され、府県立病院は激減することになった。ちなみに、この勅令が出された背景には、当時、松方正義大蔵卿の主導の下で財政緊縮・デフレ対策が進められており、地方財政が逼迫する中で貴重な地方税財源が病院に充当されることを政府が危惧したことがある。

2 回目は国民医療法が制定された 1942 年から 1945 年までである。この法律の目的は戦時体制に即応した医療制度を確立することであり、その一環として、日本医療団を創設し、民間病院を含め一元的運営の下で医療機関の体系的な整備を図る構想が打ち出された。具体的には、医療機関を一般体系と特別体系（結核療養所）に分け、一般体系については、①東京・大阪に中央総合病院、②47 か所の道府県総合病院、③588 箇所の地方総合病院、④無医町村に地方診療所および地方出張診療所を設けるといったものであった。しかし、この整備計画は戦局が厳しさを増す中で進捗せず敗戦を迎えた。

3 回目は 1948 年から 1950 年代半ば頃までである。第二次世界大戦の敗戦により日本は GHQ の占領下に置かれ、日本医療団は 1947 年 11 月に解散することとなった。しかし、医療機関整備に関する政策の舵が「民」中心主義に切られたわけではない。むしろ、医療制度審議会が 1948 年 5 月に公表した「医療機関の整備改善に関する答申」では、民間医療機関は「公的医療機関の及ばない場合」等に存置することや「公的医療機関の経営主体は、

将来原則として都道府県等地方公共団体たらしめること」等が謳われていることなど、「公」が主で「民」が補完という考え方が明確に打ち出されている。また、医療機関整備中央審議会が1950年2月に決定した「医療機関整備計画」では、都道府県立病院を中心に3層構造（各県に1つの200床から400床の中央病院、2・3の保健所管轄区域を含む診療圏に100床から200床の地方病院、保健所管轄区域単位に地区病院を設置する）から成る整備構想が打ち出され、1948年8月の医療審議会が答申した「基幹病院整備計画」もこれをほぼ踏襲する内容となっている。さらに、1948年に制定された医療法では、公的医療機関（公立病院のほか日赤・済生会・厚生連等）に関する規定が設けられ、特に必要がある場合には厚生大臣はその設置を命じることができることや国庫補助規定等も設けられた。要するに、戦争により荒廃した医療機関を再生させ体系的な整備を図るために、「公」（とりわけ都道府県立病院）中心主義が採られたのである。

もっとも、現実にはこのような整備計画は十分進まなかった。その理由は、経済安定九原則・ドッジラインの下で緊縮財政政策が採られ、都道府県や国に財政的余裕がなかったからである。確かに、公立病院数はこの時期に増えており、その中には都道府県が基幹的病院も新設した例もみられる。しかし、病院数増加の寄与度という意味では、市町村立病院の新設の方が大きい。これは、1948年に国民健康保険が組合主義から市町村公営主義に移行したことや1957年に国民皆保険実施計画が策定されたことを背景に、市町村が医療過疎地を中心に医療機関の整備を図ったためである。実際、国民健康保険病院（以下「国保病院」という）の設置はこの時期に集中（1946年は93病院であったのが1960年には558病院に増加）している²。しかし、それ以上に急増したのは民間立病院である。そして、公立病院数が1963年をピークに減少するのに対し、民間立病院は平成に入るまで増加の一途を辿っている。これを政策面で後押ししたのは、①1950年の医療法改正による医療法人制度の創設、②1954年の租税特別措置法の改正（議員立法）による開業医優遇税制、③1960年の医療金融公庫の設立である³。こうした経緯を経て、1960年代初頭には政策の軸足が明確に「民」中心に移行することになる。その象徴は、1962年に議員立法により医療法改正が行われ、公的医療機関の病床規制（病床過剰地域での開設・増床は原則認めない）が設けられたことである。そして、1963年3月には医療制度調査会から「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」が出された。その内容は、公的医療機関が戦後の社会情勢の下で大きな役割を果たしたことを認めつつ、「今日ではそのあり方は基本的に再検討されるべきである」という基本認識の下に、「医師会や歯科医師会の主体的役割が期待される」と指摘するなど、「民」の役割を重視したものとなっている。

それ以降、医療機関の偏在を是正する観点から公的医療機関の役割を重視する審議会の

² 国保病院は、国民健康保険法82条に基づき「保健事業」の一環として設置されている病院であるが、地方自治法244条の「公の施設」でもあり、いわば「2つの顔」をもつ。

³ 医師（開業医）の優遇税制（医師の社会保険診療報酬の所得税課税に当たって一律に所得の72%を必要経費として認める措置）は病院建設の資本蓄積を促進する意味をもつ。なお、この優遇税制は不公平税制であるとの批判が強くあり1988年に抜本的見直しが行われた。

答申・報告等もみられないわけではない。しかし、政策の大きな変更につながることはなかった。また、1985年の医療法の改正により民間病院にも病床規制の網がかぶせられることとなった。ただし、これは「公」・「民」全体の病床偏在を是正するものであって、公的医療機関の病床規制が緩和されたわけではない。いずれにせよ、わが国で明確に「公」中心主義が採られたのは以上の3期だけであり、それ以外は、「民」中心主義（より正確に言えば「民」中心の「公」・「民」混合型）が採られてきたとあってよい。

(2) ガイドラインにおける公立病院の役割に関する考え方

以上長々と紙幅を費やし病院の「公」・「民」の位置づけに関する医療政策の変遷を辿ったのはなぜか。これには2つの理由（特に強調したいのは2番目の理由）がある。

1つは、公立病院の多様性との関係である。すなわち、一口に公立病院といっても、設立の沿革により規模・立地条件・機能等は一様ではない。たとえば、『平成19年度地方公営企業年鑑』によれば、公立病院（結核・精神病院等を除く一般病院）の立地をみると、人口10万人以上の市、3万人から10万人未満の市町村、3万人未満の町村に立地している病院が、概ね3分の1ずつを占める。また、病床規模も、300床以上、100床から300床未満、100床未満もほぼ3分の1ずつとなっている。また、市町村立病院の約半分は国保病院であるが、国保病院の平均病床数は135床、不採算地区に立地するものが約4割であるのに対し、その他の公立病院（都道府県立病院を含む）では、平均病床数298床、不採算地区に立地するものが約1割であるなど属性は大きく異なっている⁴。さらに、都道府県によって、公立病院や公的医療機関の位置づけも異なる。たとえば、『平成19年医療施設（動態）調査・病院報告』によれば、病床数全体に占める公立病院の割合は全国平均では14.7%であるが、福岡県（5.0%）、栃木県（6.6%）、埼玉県（7.2%）など公立病院のシェアが低い県がある一方、山形県（40.3%）、岩手県（36.0%）、青森県（35.7%）では公立病院のシェアは非常に高い。ちなみに、東北5県の実態をみても、①岩手県および山形県では県立病院が二次医療圏の基幹的役割を担っている、②青森県や宮城県は市町村立病院が多い、③秋田県は厚生連病院が全病床数の約4分の1を占める、という特徴がみられるが、これには次のような沿革的な理由がある。東北地方は第二次世界大戦前から農民を対象とする産業組合（厚生連の前身）の医療活動が長野県や新潟県等と並んで盛んであった。しかし、戦後、岩手県では厚生連の病院が一括して県立病院に移管され、他方、青森県や宮城県では市町村立病院（国保病院を含む）に移行し、秋田県では厚生連の病院として存続した⁵。要する

⁴ 国保病院の立地や経営特性等について詳述する紙幅がない。『平成17年度地方公営企業年鑑』のデータを基に分析したものであるが、全国国民健康保険診療施設協議会（2008）があるので参照されたい。なお、不採算地区の立地する病院とは、簡単に言えば、100床未満かつ市町村区域内唯一の病院を指すが、市町村合併により「市町村区域内唯一の病院」という要件を満たさない病院が生じたため、要件の見直しが行われることとされている（2008年12月総務省自治財政局「公立病院に関する財政措置の改正要綱」参照）。

⁵ より正確に言えば、産業組合は1943年の農業団体法により農業会の傘下となり、戦後、農業会の解散により厚生連となった。ちなみに、岩手県では、1950年に県が厚生連の病院を一括買収したが、その経営のあり方をめぐって、県有県営（医師会が主張）とするか県