

- <http://www.who.int/whr/en> (accessed April 20, 2011).
6. 財務省「債務残高の国際比較（対GDP比）」2011年,  
<http://www.zaisei.mof.go.jp/data/> (2011年7月20日アクセス).
  7. 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東京大学出版, 2011年.
  8. Campbell JC, Ikegami N. The art of balance in health policy: maintaining Japan's low-cost, egalitarian system. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
  9. 布施昌一『医師の歴史 その日本的特徴』中央公論社, 1979年.
  10. Higuchi T. Medical care through social insurance in the Japanese rural sector. *Int Labour Rev* 1974; 109: 251–74.
  11. 高木安雄「国民健康保険と地域福祉 長期入院の是正対策の実際と国保安定化をとりまく問題点」『季刊社会保障研究』30巻3号239頁, 1994年.
  12. 社会保険研究所『社会保険のあゆみ』社会保険研究所出版, 1991年.
  13. 健保連 社会保障研究グループ『図表で見る医療保険（平成22年度版）』株式会社ぎょうせい出版, 2010年.
  14. Katsumata Y. Comparison of health expenditure estimates between Japan and the United States. In: Ikegami N, Campbell JC, eds. Containing health care costs in Japan. Ann Arbor, MI: Michigan University Press, 1996: 19–33.
  15. 厚生労働省『患者調査1950年～2008年』厚生労働統計協会, 2010年.
  16. Babazono A, Tsuda T, Yamamoto E, Mino Y, Une H, Hillman AL. Effects of an increase in patient co-payments on medical service demands of the insured in Japan. *Int J Technol Assess Health Care* 2003; 19: 465–75.
  17. Ohnuki-Tierney E. Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view. New York, NY: Cambridge University Press, 1984.
  18. Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
  19. Ministry of Health, Labour and Welfare. Status of insurance and pensions. *J Health Welfare Stat* 2010; 57: 46–47.
  20. 池上直己「高齢者医療制度の改革私案」, 『社会保険旬報』2420号16-21頁, 2010年.
  21. Kakwani N, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *J Econometrics* 1997; 77: 87–103.
  22. O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, et al. Who pays for health care in Asia? *J Health Econ* 2008; 27: 460–75.
  23. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ* 1999; 18: 263–90.
  24. van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al. Catastrophic

- payments for health care in Asia. *Health Econ* 2007; 16: 1159–84.
25. van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ* 2004; 13: 629–47.
  26. Lu JF, Leung GM, Kwon S, Tin KY, Van Doorslaer E, O'Donnell O. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Soc Sci Med* 2007; 64: 199–212.
  27. 27 国民健康保険中央会『国民健康保険の安定を求めて』国民健康保険中央会, 2010年.
  28. Federation of Health Insurance Societies. Fiscal year 2007—data of health insurance societies. Tokyo: Federation of Health Insurance Societies, 2008.
  29. Ministry of Health, Labour and Welfare. Basic data about health insurance, 52nd edn. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2007.
  30. Ministry of Health, Labour and Welfare. For reference: cost burden. Council for the reform of health system for elders. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2010.
  31. 田村誠「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか？ 実証研究の結果をもとに」『社会保険旬報』2192号 6-15 頁, 2003年.
  32. Ministry of Health, Labour and Welfare. Data 3: projections for national medical expenditures. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2005.
  33. Vogel SK. Japan remodeled: how government and industry are reforming Japanese capitalism. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2006.
  34. 総務省「長期時系列表10 年齢階級, 雇用形態別雇用者数—全国」2011年, <http://www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/zuhyou/lt52.xls> (2011年4月12日アクセス).
  35. 総務省「産業分類別の結果について」2011年, <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sangyo.htm> (2011年4月12日アクセス).
  36. 厚生労働省「『資格証明書の発行に関する調査』の結果等について」2010年, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/10/h1030-2.html> (2011年7月19日アクセス).
  37. Anonymous. Even with VAT at 10% still not able to pay for social security. Tokyo: The Nikkei, 2011.
  38. Ikegami N. Should providers be allowed to extra bill for uncovered services? Debate, resolution, and sequel in Japan. *J Health Polit Policy Law* 2006; 31: 1129–49.
  39. Flood CM, Haugan A. Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health Econ Policy Law* 2010; 5: 319–41.
  40. Moynihan R. Focus on health policy in times of crisis, competition and regulation, evaluation in health care. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2010.
  41. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: social solidarity or

- efficiency? *Int Social Security Rev* 2003; 56: 75–94.
42. 地域差研究会『医療費の地域差』東洋経済新報社, 2001年
43. 本田良一『ルポ 生活保護 貧困をなくす新たな取り組み』中央公論新社, 2010年.
44. Bump J. The long road to universal health coverage: a century of lessons for development strategy. Seattle, WA: PATH, 2010.
45. Wong J. Healthy democracies: welfare politics in Taiwan and South Korea. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004.
46. Pierson P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *Am Political Sci Rev* 2000; 94: 251–67.
- G. 研究発表
1. 論文発表
8. Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* . 2011; 378(9796): 1051-1053.
9. Ikegami N, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet*. 2011 Sep 17;378(9796):1106-15.
10. Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet*. 2011 Sep 17;378(9796):1094-105.
2. 学会発表
- 国際シンポジウム「医療構造改革の課題と展望—3月11日の大災害を超えて21世紀の新たな皆保険制度—日本の保健システムを再考する」(2011.9.1)にて本研究の概要を発表し、ランセット編集部や国際諮問員の専門家と今後の研究方針について意見交換を行った。
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む.)
1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他

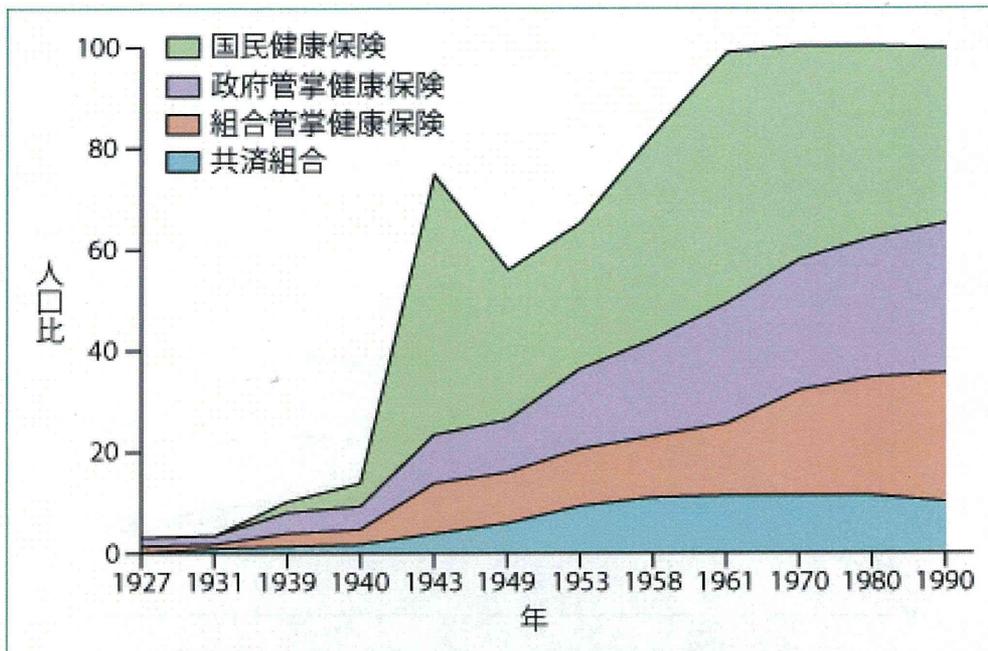


図1: 日本における医療保険適用人口比率の変遷 (1927-90年)

資料: 高木安雄 (1994) 「国民健康保険と地域福祉—長期入院の是非と  
国保安定化対策の実際と問題点」『季刊社会保障研究』30(3):239

注) 戦時下の数値は推計値

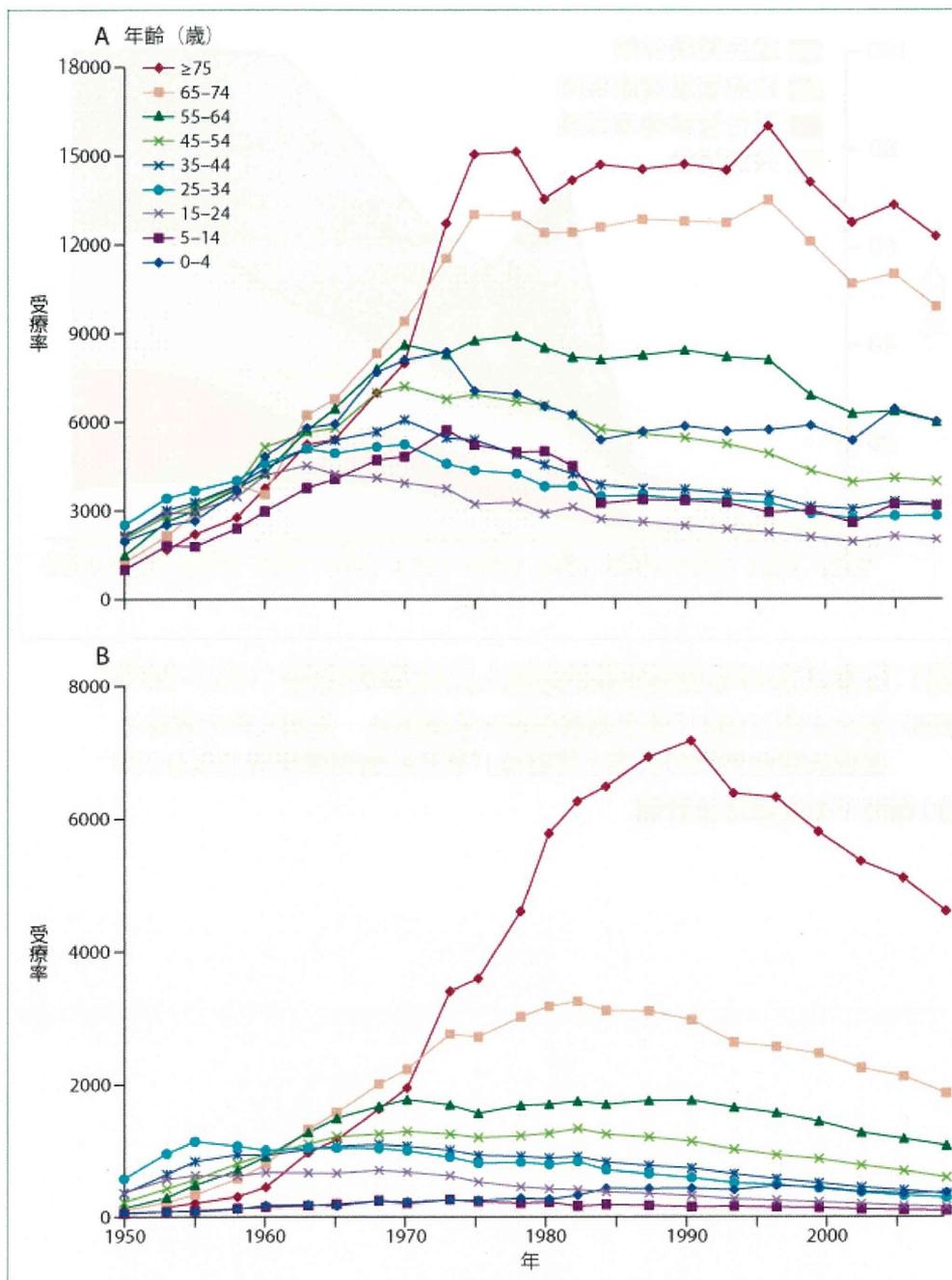


図2: 年齢階層ごとの外来受療率 (2A) および入院受療率 (2B) の推移

注: 受療率とは「患者調査」調査日における、年齢階層ごとの人口10万人あたり医療機関受診者数である。「患者調査」は現在3年おきに行われており、直近のものは2008年である(文献:厚生労働省「患者調査」)

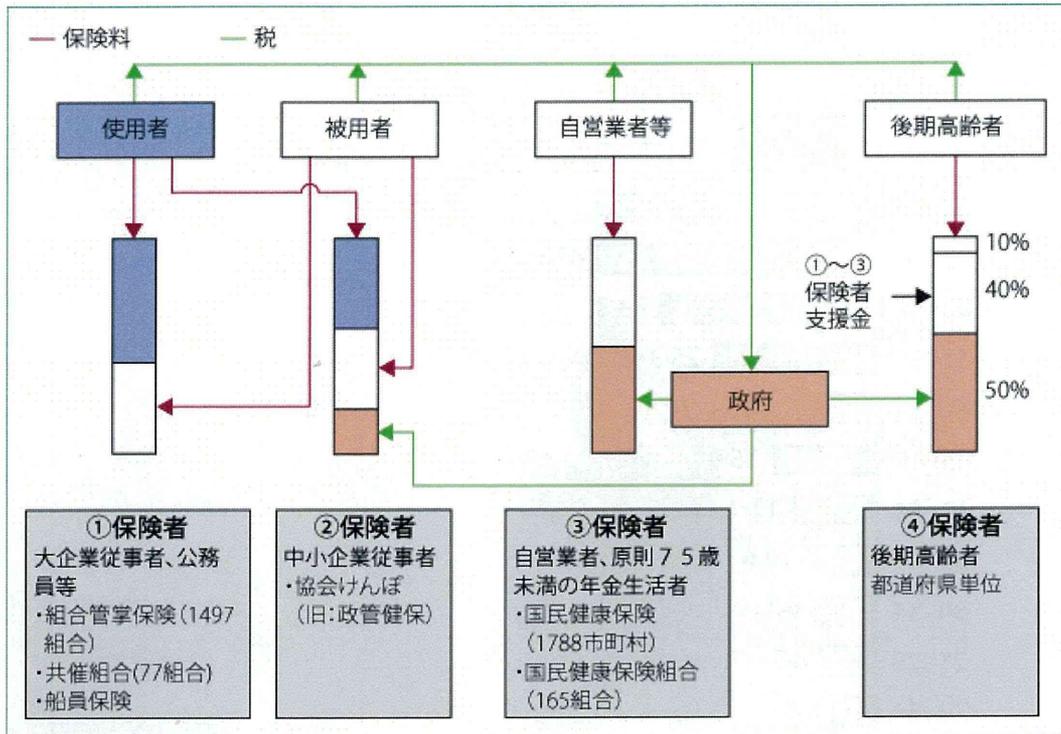


図3：社会保険の4つの階層におけるお金の流れ

数値は平成18年4月、厚生労働省の統計<sup>19</sup>

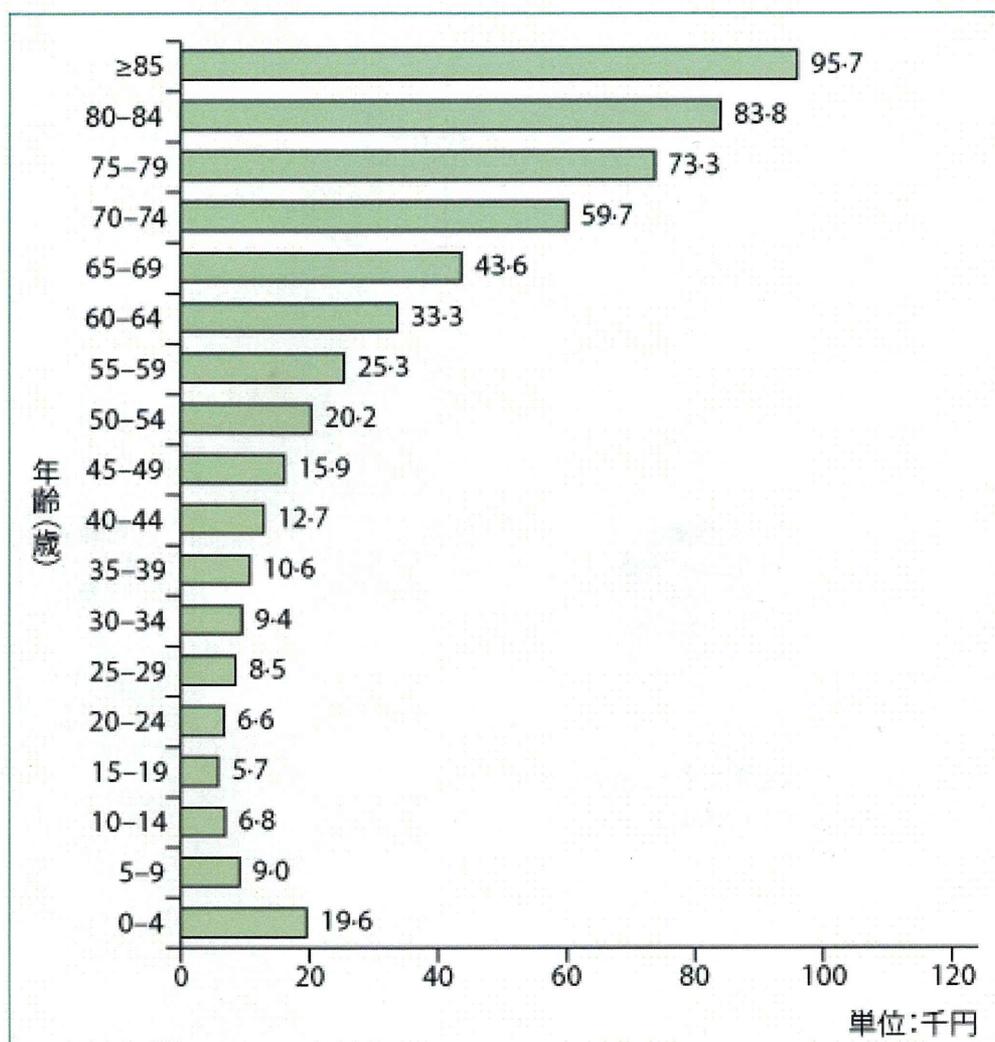


図4:年齢別一人当たりの年間医療費(2007年)

出所:厚生労働省

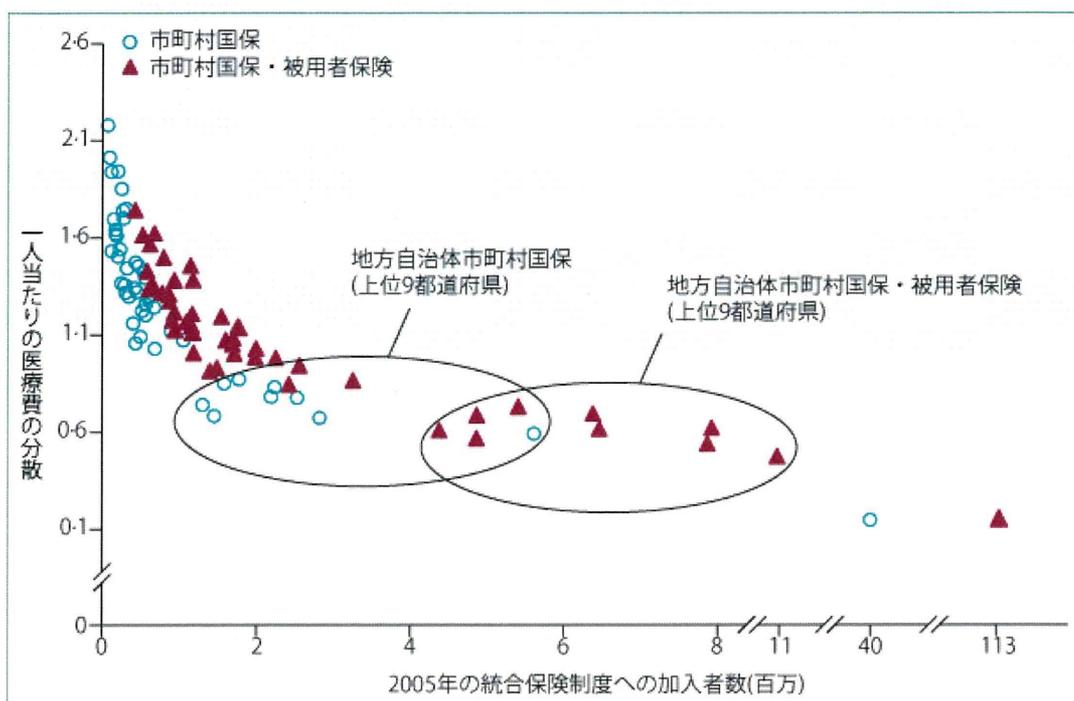


図5:日本における市町村国保と被用者保険を統合した場合の規模(加入者数)と医療費の分散(2005年)

注:1番右端の青い丸と赤い三角は、全国レベルで統合された場合の分散を示している。  
 出所:厚生労働省(未公開データ)

	最小値	最大値	中央値	IQR	平均値	標準偏差
加入者数	26	584681	7585	14015	20184.7	44147.1
雇者の年齢	25.8	54.1	41.6	3.6	41.3	3.3
月収平均 (¥)	210463.0	1030349.0	368333.0	84839.5	379381.6	81462.7
加入者一人当たりの保険費用 (¥)	21113.0	271336.2	152946.2	35812.2	151222.9	29535.3
加入者一人当たりの補足給付 (¥)	0	37973	4842.5	6732.8	5179.9	4614.7
月収に占める保険料の割合 (%)	3.12%	9.62%	7.40%	1.50%	7.31%	1.04%

保険料を減額できる補足給付は組合管掌健康保険の 86.5% で利用可能である。データは健康保険組合連合会より入手<sup>28)</sup>。

表：組合管掌健康保険間の差

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））  
分担研究報告書

我が国における医療費抑制と医療の質

- 分担研究者 橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学部 教授）  
池上直己（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授）  
渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）  
野口晴子（国立社会保障・人口問題研究所 室長）  
泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 室長）
- 研究協力者 康永秀生（東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学 准教授）  
宮田裕章（東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学 准教授）  
J・M・アキン（デラサール保健科学研究所 教授）  
マイケル・R・ライシュ（ハーバード大学公衆衛生大学院 教授）

研究要旨

平均寿命などの日本の健康指標は、世界でもトップレベルである。一方、2008年の医療費の対国内総生産比は、経済協力開発機構加盟国中20位の8.5%であり、米国の医療費の約半分に過ぎない。医療費は全国一律の診療報酬点数表によって管理されており、診療報酬点数表は、全体改定率がまず設定されてから項目別の改定が行われるようになっている。医療の質の構造的側面およびプロセス面は不十分と見られるが、それは、主に日本における医師と病院の発展の歴史的経緯によるものであって、医療費抑制政策によるものではない。一方、手術死亡率などのアウトカムは、他の先進国に劣らない。日本では、支払条件については厳格な管理を行いながら、医療サービス提供の体制については自由放任主義的なアプローチを取ることを医療政策の基本方針としてきた。その結果、医師や病院などの専門家集団のガバナンスが弱く、説明責任が十分果たされてこなかった。医療制度が直面している構造的諸問題を考慮すれば、報酬ルールを簡素化して支払条件をより緩和する一方、地域医療計画を強化してサービス提供の管理を強める方向へとシフトしていくべきであろう。これらはいずれも、医療提供者のパフォーマンスに対する公的モニタリングを伴わなくてはならない。良好な健康状態と低コストを達成した日本の実績は、まずサービス利用の機会拡大・均等化、および医療費支払いによる世帯の貧困化を予防することを保健医療政策の最優先課題とし、その後にはサービスの効率性と質の向上を追求すべきであることを示唆している。

A. 研究目的

国民皆保険制度のもとでサービスの質を

維持しつつ医療費を統制するにはどうすればよいか、よく議論に上る(1)。この点

では日本はうまく行っているように思われる。平均寿命などの健康指標が世界トップレベルである一方、医療費はかなり低い—国内総生産 (GDP) のわずか 8.5%程度が保健医療に支出されているにすぎず、2008 年には経済協力開発機構 (OECD) 加盟国中 20 位であり、米国の半分に過ぎなかった (2)。

日本では、どのような仕組みによって医療費を抑制してきたのだろうか。日本では、医療費を抑えるために品質管理の面で大幅な妥協をしてきたのだろうか。特に医療に対して高まる社会の期待や技術の進歩、高齢化社会に直面する現在、この医療制度は持続可能なのだろうか。本論文の第 1 部では、日本が、全国一律の診療報酬点数表を用いてどのように医療費を統制してきたのかを検討する。第 2 部では、構造・プロセス・アウトカムにより医療の質を評価し、なぜ現在の水準が達成できたのかを説明する。第 3 部では、日本が直面している課題と、筆者らの改革案を提示する。最後に、医療費を管理しながら質を維持していく上で、全世界が日本の経験から学ぶべき教訓を提示する。

日本はいかにして医療費を抑制してきたか

過去 30 年間、日本の医療制度は、民間セクターに強く依存した医療提供制度、出来高払い、家庭医によるゲートキーパー機能の不在など、一般的には高いコストを伴うはずの数多くの要因に直面しながらも効果的に医療費を抑制してきた (3)。他の OECD 諸国と比べると、日本では人々が医師にかかる頻度が高く、1 人あたりの入院日数が多く、入院期間が長い (表 1)。さらに、65

歳以上の人口は 1980 年に 9%であったのに対し、2010 年には 23%と 2 倍以上に増加している (4, 5)。このような状況の中で、日本はどのようにして医療費抑制を達成したのだろうか。

まずは、入院治療よりも外来治療のほうが多く利用されていることが挙げられる。

日本は、1 人あたりの医師受診回数が OECD 加盟国の中で最も多い。1 人あたり病床数も多いが、日本では病床回転率

(OECD 平均が 1 病床あたり年間 43.6 人であるのに対し、1 病床あたり年間 14.8 人) と、1 病床あたりの医師・看護師数 (OECD 平均がそれぞれ 100 病床あたり 99.8 人、248.9 人であるのに対し、100 病床あたり 27.2 人と 117.3 人) が極めて低いため、入院治療の利用は見た目ほどには高くない。これには歴史的な理由がある。

わが国では、ほぼすべての病院が診療所を母体として設立され、拡大されてきた (6-8)。その結果、病院と診療所の機能分化が未熟で、有効な紹介制度が欠如している。高次病院ですら外来治療の割合が多く。その結果、病院の医師が入院治療に充てられる時間が制限されている。このような状況は、文化的に患者がより非侵襲的な治療を好むことと相まって、外科的処置の利用が日本では少ないことの説明になりえるであろう。全身麻酔を伴う外科手術の 1 人あたりの件数は、2008 年に米国が人口 1 千人あたり年間 39 件であるのに対し、日本では 18 件と約半分であった (9, 10)。

日本の医療費抑制の第 2 の理由は、主にその支払制度に求めることができる。供給側に対する医療費抑制は、全国一律の診療報酬点数表により行われている。診療報酬

点数表の改定は総枠の改定と項目別の改定からなり(3, 11), すべての保険者からほぼすべての医療提供者への金銭の流れを統制している。したがって, 日本には複数の支払者(すなわち約3,500の保険者)があるにもかかわらず(12), 1つの支払制度が一律に適用されているのである。この構造によって, 社会保険制度下のすべての保険者に対して支給パッケージが実質的に同一のものとなり公平性が高まるとともに, 管理運営コストの削減により効率性を高めることにもつながっている。

診療報酬点数表で設定されている請求要件の順守状況は, 審査支払機関が診療報酬明細書を審査・点検しており, その結果, 請求額に占める請求却下率は1.4%となっている(13)。さらに, 医療記録の現場監査も実施されており, その頻度は医療提供者の過去の順守実績により決定される。監査で組織的な不正が発見された場合, 医療提供者は, 6-12カ月前に遡って不適切な請求額分の報酬を払い戻さなければならない。

診療報酬明細書審査と監査の主な目的は医療費抑制であるが, 規定に沿って医師の業務を標準化することで質の管理にも役立っている。医療費を抑制する他の方法としては, 保険外請求(診療報酬点数表に記載されていないサービスや医薬品の費用の患者への請求)は, 個室などの特別料金や有効性評価実施中の新技術に関するものを除いて制限されていることや, 差額請求(規定価格を超えた部分の費用に対する患者への請求)が禁止されていることなどが挙げられる。

診療報酬点数表の改定は, 以下の通り実施される(3)。まず, 国家の政治経済状況

に関する内閣総理大臣の評価を踏まえ, 内閣がすべてのサービス・医薬品の全体価格改定率を決定する。このプロセスにおいては, 財務省が引き下げを要求し, 医療提供者団体が引き上げの陳情を行い, 厚生労働省が専門知識を提供して主導的役割を果たす。この改定は2年毎に実施される。2008年度改定においては改定率が0.82%引き下げられ, 2010年度改定においては0.19%引き上げられた。全サービス・医薬品の総量は大枠では変わらないことから, この全体改定率の設定により, 事実上翌年度の医療費が決定される。

次に, 医薬品・医療機器・サービスの価格を項目別に改定し, その正味の影響が全体改定率と同じになるようにする。各改定の影響額はその給付量から計算され, 当該給付量は社会医療診療行為別調査のデータに基づいて推計される。これらの項目別の決定は, 厚生労働省が任命した支払者・医療提供者・公益代表者で構成される中央社会保険医療協議会が公式に決定する。しかし, 各項目の価格決定プロセスは専門的であると同時に複雑であるため, 実際の交渉は, 関係医療提供者団体と厚生労働省医系技官との間で行われる。

医薬品・医療機器の価格は, 主として市場価格調査の結果に基づいて改定される。各医薬品の価格は, 医療提供者の支払った出来高加重平均価格を反映させるよう個別に改定しているが, この平均価格は通常, 診療報酬点数表の価格よりも低い。新薬の価格は, その有効性および革新性を既存の医薬品と比較した上で設定される。しかし, 費用対効果は考慮されない。さらに, 新薬の売上げが製造業者の見込みを超えた場合

には、厚生労働省がその価格を一方向的に引き下げる。診療行為に対する点数は、回数が大きく増加した場合には、医療費を抑制するために引き下げられることがある。また、当該項目の資本費用が低下したと見なされる場合にも引き下げられる。例えば、2002年度の診療報酬改定では、全体改定率は2.7%引き下げられたにすぎなかったのに、頭部MRIの診療報酬は30%引き下げられた。逆に、医師の往診など、政府が拡大を望むサービスの報酬は、奨励を目的として引き上げられている。したがって、診療報酬体系の改定は、客観的な根拠よりもむしろ政策的な判断に基づいている。

図1に示すとおり、診療報酬全体の改定率は国民医療費の水準に直接反映されている。経済が拡大した1980年代には、国民医療費は経済成長率とほぼ同じ伸び率で増加したため対GDP比は一定であった。ところが1990年代になると、国民医療費が同じ割合で増加した一方、GDP成長率は停滞し、むしろマイナスにさえなったため、医療費の対GDP比は上昇した。税金と保険料収入が減少した結果、政府による医療費の財源確保はますます困難になった。このような状況に対処するため、政府は2002年度から4回連続で全体改定率を引き下げた。

日本の厳格な医療費抑制政策に関しては、2つの基本的な疑問が生じる。まず、診療報酬の項目別の引き下げに対し、医師たちはどのように反応したのだろうか。次に、医療費抑制策は、医療の質にどのような影響を及ぼしたのだろうか。1970年代、日本政府は医療費抑制に失敗している。強力な力を持つ日本医師会の圧力により全体改定率が引き上げられたのである(14)。経済成

長期にあったため、政府は医療費抑制よりも、サービスを拡大して増大する医療サービス需要に応えることのほうに関心があった(8, 15)。

ところが1980年代になると状況が一変し、政府は行財政改革に着手し、日本医師会の力は衰退し始めた。しかし、医療費抑制が政策目標になった時点でも、日本医師会が与党である自由民主党の最大献金者であったこともあって、開業医たちは(日本医師会の中核メンバーも開業医だった)かなり保護されていたのである。これとは対照的に、専門医と病院は十分組織化されておらず、政治的な影響力がなかった。1970年代に半数以上を占めていた開業医の比率は1990年代には3分の1に転落したが、専門医と病院の影響力は、政権交代が起こる2009年までは前面には出てこなかった(6, 15)。

## B. 研究方法

### 検索方法と選定基準

PubMed, Medline, JSTOR, Google Scholarを検索し、政府報告書や未発表の国内論文も探索した。医療費抑制策について述べた本論考の第1部は、日本の保健医療提供体制・政策の歴史的背景の概略をまとめたものである。共同主筆のこれまでの研究論文、世界銀行その他の国際機関の調査結果報告書を含む国内政策・国際政策に関する他の研究の知見を総合した。また、経済協力開発機構のHealth Data, その他の入手可能な国際比較データを用いて日本における医療サービスの利用と資源をベンチマークすることにより、日本と他国の医療制度を比較した。医療の質に関するセク

ションについては、患者の満足度を含め、医療の質の構造的側面・プロセス面・アウトカム面に関する問題を分析・調査した。

構造的な決定要因の検討にあたっては、患者調査個票を利用した独自の分析により、病院別標準化死亡比に焦点を当てた。プロセスについては、国民健康栄養調査を用い、高血圧症や高コレステロール血症等の慢性疾患に対する臨床的管理に焦点を当てた。アウトカムについては、標準化された全国規模のデータを収集している日本の調査研究を選択し、急性期入院治療の結果、特に手術死亡率に関する既存の論文と文書を徹底的に検討した。さらに、日本胸部外科学会のデータを参照しつつ、心臓血管手術の臨床研修施設制度の施設基準が改定された後の手術死亡率の変化に焦点を当てた。医療の安全性については、財団法人日本医療機能評価機構の年次報告書を参照した。

### C. 研究結果

#### 医療の質

医療費抑制策は、日本の医療の質にどのような影響を与えたのだろうか。著者らは、患者満足度を含め、ドナベディアン®の構造・プロセス・アウトカムの枠組みを用いて日本の医療の質を評価した(16)。医療の質の構造的側面は通常、医療システムへの投入要素、すなわち医療施設の設備や人員の数および水準を指す。この側面に関して、日本はOECD平均と比べて1人あたりの病院数・病床数が高いが(表1)、その主な原因は、精神科病院以外の病院のほぼ半数が療養病床を有していることにある。急性期病床に分類される一般病床でさえ、患者の34%が30日超の入院をしていた(17)。したがって、急性期病床に限定したとして

も、病床数と人員レベルを欧米の病院と比較することは難しい。

日本政府はこれまで、医療の質のモニタリングを病床あたりの医師・看護師の数に絞ってきた。配置基準を満たさない病院には、診療報酬引き下げによる制裁が課される。逆に、看護師数が多ければ診療報酬も上がる。このように看護師数を重視してきた理由は、第二次世界大戦の敗戦後に占領軍が改革を行うまで、病院の看護は伝統的に家族が担っていたことに起因している。家族への依存は、私的に雇用された看護補助者(家族による付き添いの代行者)による看護が1997年に正式に禁止されるまで続いた(18)。

著者らは、構造とアウトカムの関係を評価するため、患者調査の個票データを用いて病院別標準化死亡比を計算するとともに、これをアウトカムとして病院報告の人員配置のデータとの関連を検討した(表2。詳細は、ウェブ上の補遺を参照)。入院日数が30日未満の急性期患者に限定して、患者と病院の特徴を加味した調整を行った後の病院別標準化死亡比は、看護師の数ではなく、常勤相当数の医師および薬剤師が多い病院で有意に低かった。標榜診療科数、集中治療病床数と全身麻酔処置件数が多く、入院治療対外来治療の比率が高い病院も死亡比が低かった。この分析結果は、急性期入院治療の予後は、医師・薬剤師・設備が整っていて入院治療の比率が高い大病院で良好であることを示唆している。

医師および看護師の質について、免許を有していること以外、詳細はほとんど注目されてこなかった。日本では専門医と総合医が正式に区別されていないため、OECD

データも日本については専門医と総合医の内訳を示していない。日本では、医師と病院は自らの裁量で専門領域を標榜することができる。医師の3分の2が少なくとも1分野の専門医として認定を受けているが、ほとんどの分野では正式な専門医認定手続が1980年代に始まったにすぎないので、それ以前に研修を受けた医師は正式な研修を経ずに経験年数に基づいて認定されていた

(19)。さらに、認定プロセスの厳格さは専門医団体の間でばらつきがあり、正式な認定更新手続や研修枠の指定制度がある団体はほとんどない。その結果、脳外科医など一部の専門医は、1人あたりの人数が米国よりもはるかに多くなっている(図2)。

従来は、大学病院の臨床部門が若い医師の専門医教育を担っていた(6, 21)。大学病院や大病院での訓練の後も専門医を続けるものは限られており、残りの者は専門分野以外の正式な再研修や総合医としての研修を受けないまま、大病院を去って地域病院に勤務するか、診療所を開く。総合診療は、未だ日本専門医認定機構から専門医として認知されていない(22)。診療所に勤務する医師のほぼ全てが、かつて病院で専門医として勤務したことがある(パネルの事例)(22)。構造的側面についての上記の検討は、質の問題が医療費抑制策によるものではなく、主としてこうした歴史的経緯によるものであることを示している。専門医の研修と認定制度について専門医組織のガバナンスが弱く、それが供給と社会のニーズのミスマッチを引き起こしている(21, 22)。

医療プロセスの質は、医療プロセスの標準化に左右される(23)。専門的治療の標準化にとって主な障害の1つとなるのが、医

師が専門学会や病院ではなく、出身大学の医局に帰属意識をもつ傾向があることである。医師の診療パターンは、出身大学の臨床部門の部門長や教授の流儀によって特異的に形作られる傾向がある。また医療の質をモニタリングする職員を擁している病院も極めて少ないが、一定の努力も行われている。1995年に病院の機能評価を行う非営利団体が設立され(24)、2010年には病院の約30%がその認定を受けている。他にも、約300の病院が急性心筋梗塞に対するアスピリンの使用など、臨床プロセス指標を公開する研究ベースのベンチマークプロジェクトに参加している(25)。

外来サービスは、患者が容易にアクセスできるため、降圧剤の普及につながり脳卒中による死亡率の低下に寄与したと見られている(26)。しかし、2007年度国民健康栄養調査を用いた筆者らの分析によれば、高血圧症および高コレステロール血症を抑える薬剤を現在処方されている患者のうち、目標数値を達成したのは半数にすぎなかった。さらに、地域の未診察・未治療患者の割合は、米国の2007年度全国健康栄養調査(National Health and Nutrition Examination Survey)(27)の推計数よりも多かった(糖尿病治療については、異なるHbA<sub>1c</sub>基準が用いられているため比較できなかった。図3)(28)。筆者らの分析結果は、日本の非感染症死亡について高血圧がタバコに次ぎ依然として2番目に大きな要因となっていることを示した、本特集号の第1論文(26)の検討結果を裏付けるものである。高コレステロール血症による死亡率は今のところ低いですが、このリスク要因は日本ではまだ比較的新しい。したがって、

高コレステロール血症の管理が不十分なために引き起こされる結果は、これから顕著になってくる可能性が高い(29)。慢性期治療の質が不十分であることを示すこれらの結果は、日本に総合診療の標準的ガイドラインと研修制度がないことと、予防サービスと治療サービスが分かれていることがその原因であろう。2008年にメタボリック症候群の健診が導入されて以降、状況は改善されているかもしれないが(30)。

一方、医療の質をアウトカムによって評価した場合、急性期入院治療の水準はかなり高いように思われる。日本の手術死亡率が他の先進国と比べて低いことは、いくつもの調査が一貫して報告しているところである(31-36)。近年行われたがん生存率に関する国際比較によれば、日本の直腸がんおよび乳がんの生存率は他のOECD諸国と同様であった(37)。先行研究でいずれも同様の結果が見られているのは、外科手術が妥当な実績件数のある専門診療科をもつ施設で行われる傾向にあることに帰せられるかもしれない。2008年には、全身麻酔を伴う外科手術の81.0%が病床数200超の病院で行われているが、このような病院は精神科病院以外の病院の17.5%を占めるにすぎない。

日本では医師1名・1機関あたりの外科症例数が少ないが、それでもアウトカムと症例数の間には関係が見られるのであろうか。日本における症例数とアウトカムの関係について行われた一連の研究では、一定の結果は得られていない(32, 33, 36, 38-41)。非外科的急性胆管炎患者に関する最近の研究によると、施設症例数の少なさと、診療ガイドラインに定められた標準診

療プロセスの順守率の間には負の相関があり、さらには入院の長期化・死亡率の上昇との有意な関連性が見られる。すなわち、医療の標準化がキーである可能性が示唆されている(42)。その点で、日本胸部外科学会による臨床研修施設の認定基準の改正は、症例数がアウトカムに与える影響を評価する上で、ユニークな社会実験になっている(43)。自ら行った分析により症例数と手術死亡率との関連性が示されたことを受けて(38)、日本胸部外科学会学会は2004年に臨床研修病院の認定条件である年間手術数を引き上げた。その結果、47都道府県のうち24都道府県で認定病院数が減少した。その後、これら24都道府県では手術死亡率が減少し、都道府県間の格差が縮まったが、外科手術数の減少は全くなかった(未公開データ、問い合わせにより著者より提供可能)。

最後に、プロセスの質においてもアウトカムの質においても、有害事象の報告は重要である。大学付属の教育病院での医療過誤事件をきっかけに、病院の安全性に関するマスメディアのキャンペーンが行われた1999年以来、急性期入院治療の安全性に対する一般市民の要求が高まっている(44)。この要求がきっかけとなり、特に集中治療やハイリスク治療を行っている大病院では、品質基準が引き上げられた領域のひとつに安全管理も入れられたのである。2004年の医療法改正により、特定機能病院および公的病院(2008年12月31日現在272病院)は、安全措置の策定と共有を目的として有害事象の報告を義務づけられたが、報告を強制されたからといって、病院の責任が免除されるものではなかった(45)。2008年

の年次報告書によれば、致命的事象の発生率は0.07%と低かった。しかし、報告を義務づけられた272病院のうち68病院が、その年は有害事象を1件も報告していなかったことから、過小報告されている可能性が高い。

他のOECD諸国と比べると、日本では患者の満足度が低いようだ(46)。しかし、満足度は患者の期待、そしてサービスが提供される状況に左右されるため、国際比較を行う際には注意が必要である。それ以上に意味のある比較は、満足度がどのように変化したか、である。厚生労働省が実施している時系列横断調査がある(受療行動調査)が、この調査によれば、外来治療の満足度は1994年には48%であったが2008年には58%に上昇しており、入院治療については54%から66%に上昇している(47)。診察時間についての患者満足度は低下しているが(2008年は48%が満足)、病院の外来部門に通院する患者の外来診察時間の中央値は8分であり(48)、英国のプライマリーケアで報告されている値とほぼ等しい(49)。

#### D. 考察

##### 課題と改革に向けた提案

日本の医療制度には、2つの対照的な特徴がある。診療報酬点数表により支払管理は厳密に行っている一方、サービスの構築・提供に対しては自由放任主義的アプローチを取ってきた。医療費は、全体改定率を設定し、その上で特定のサービス・医薬品の項目別価格改定を設定することで抑制されてきた。報酬点数は通常引き下げられたが、特定分野で不足が認められると引き上げられ、サービス提供が促された。病床

の設置と拡充は1985年以来規制されているが、病院は、任意に機器を購入し、比較的自由に専門診療科を開設することができる。ほぼすべての病院には専門診療科の予約がなくても受診できる外来がある。自分が選んだ病院で病床の空きが出るまで待ちたくない患者や待てない患者は、担当医師の出身大学の医局と提携している他の病院へ紹介される。その結果、日本では入院や外来受診するための待機期間や予算制約による割り当て配給が社会問題になったことはない。

しかし最近では、医療費を抑制し質を維持する仕組みがいくつかの理由により成り立たなくなっている。まず第1に、2009年8月、50年以上にわたってほぼ政権の座にあった自由民主党が選挙で敗北した。民主党による新政権は、医療費を増やし利益団体(日本医師会など)との癒着を断ち切ると公約した。これは、病院が見つからずに妊婦が死亡した事件を、日本における「医療崩壊」だとメディアが報道したことに対する新政権の反応であった(44, 50)。公約を実現するため、2010年度診療報酬改定において全体改定率が0.19%引き上げられ、日本医師会選出の中央社会保険医療協議会の委員3名全員が再任されず、外科手術などの入院処置について選択的に点数が引き上げられた。

第2に、医療費を抑制するために使用された手法、すなわち項目別改定と診療報酬明細書の審査はもはや大部分の入院治療には適さなくなっている。現在、病院の急性期病床の大部分は、日本版診断群分類(DPC)によって設定された出来高払いと日額包括支払制度の組み合わせにより報酬

の支払いを受けている(51)。この新しい支払制度は、出来高払いは基本的に医療費増大につながると考えた支払者からの圧力により、2003年に80の大学病院と2つの国立センターに導入された。しかし、支払者たちがその目的を達成したかどうかは疑わしい。なぜなら、病院は出来高払いが適用される外来治療へサービスを移し替え、患者を点数の高いグループへコーディングしなおすことができるからだ。診断群分類情報に基づく病院監査や成果主義報酬といった新しい手法が、今後開発導入されることになるだろう。

第3に、医師がもっと説明責任を果たすよう、患者の期待と要求が高まっている。1999年以降、患者の死亡につながる過失や医療記録改ざんによる医師の逮捕がメディアで広く取り上げられている(52)。2008年に産科医が全面無罪を勝ち取って以来、検察はより慎重になっているが、医師たちは未だに臨床判断の説明・記録を求める大きなプレッシャーを感じている。ある研究によれば、急性期医療を行う大病院の医師および看護師はストレスが増え、報酬が不十分であると感じている(50)。

第4に、病院の質を維持しようとする政府の取り組みでは、看護師の数が問題にされている。しかし、筆者らの分析によれば、看護師数は、医師および薬剤師の数とは違って、病院の死亡率とは関係がなかった。一定の最低水準の数を満たすことが入院治療の質を確保する前提条件だろうが、勤務している看護師の技能をどう保証するか、看護業務をどう組織的に構築するかのほうが、おそらく重要であろう。

では、日本の医療の質を高めるために何

ができるのだろうか。医療費抑制と医療の質とのトレードオフはあったのだろうか。筆者らはそうは思わない。むしろ医療費抑制策が将来的に撤回される可能性はないことを考えれば、医療の質を改善するいくつかの構造改革を勧めたい。これらの改革を実施すれば、医療への公的資金投入の増加について、一般市民の支持が高まるはずである。

まず第1に、診療報酬点数表により支払条件を厳格に管理する一方で、サービス提供の管理に対しては自由放任主義的アプローチをとっている現在の政策を見直し、サービスの組織化と提供の方法に対する管理を強めつつ支払要件の柔軟性を高めていくべきである。これらの変化により、病院と医師能率が上がり、高品質医療の提供についてより一層の説明責任を果たすようになるだろう。DPCの導入と普及によって、すでに第一歩が踏み出されている。病院は、より自由な包括的請求を認められる代わりに、標準化されたデジタル形式による詳細な臨床情報の提供を義務づけられている。これらのデータに基づき、自発的な品質改善を目的とするベンチマークプロジェクトがいくつか立ち上げられている(25)。これらを拡張すれば、地域医療計画と政策評価のための公的データベースになり、ひいては資源配分の効率が上がり、医療の質に関する病院間の競争が促進されるだろう。政府は、医療の質に関するデータ収集を療養病床にも拡大すべきである。なぜならば、2006年以降はその支払いも患者分類に基づいているからである(53)。

第2に、サービス提供管理に関する都道府県の権限を強めるべきである。都道府県

知事は1985年から地域医療計画の実施を義務づけられているが、病床数の上限設定を除き、ほとんど進展がない。日本のすべての保険者を都道府県単位で統合すれば（本特集号の第2論文で詳細な議論が提示されている）(12)、都道府県は保健医療の財源調達についてより一層責任を負うことになり、医療提供の効率化を求める圧力にさらされるだろう。胸部外科などのように症例の集積効果が報告されている専門分野や優れた実績を挙げている病院については、資源の集中化を図るべきである。

最後に、日本の医学教育制度を改革して医療の質を高めるべきである。全医師の3分の1が開業医でありプライマリーケアに当たっていることから、大学医学部は自らの教育研修制度を見直し、専門医を育てるだけでなくプライマリーケアの教育も行うべきである。大学の医学教育を所管する文部科学省は、研究実績を柱とする現在の大学医学部の評価制度を、医療に関する社会のニーズにどれだけ応えているかも取り込んだ評価制度へと転換すべきである。大学医学部という強力な体制側からの反対を乗り越えなければならないため、この改革には政治的に強いリーダーシップが必要となる。

## E. 結論

### 国際的な教訓

構造的側面およびプロセス面から評価すると日本の医療制度の質は多くの問題を抱えているが、総合的な健康指標は優良である。さらに、2000年以降医療費抑制圧力が増していくなかでさえ、健康指標は改善し続けているだけでなく、患者の満足度評

価も上昇し続けている。それぞれの臨床的アウトカムを評価してみると、他の先進国と同等かそれ以上の成績を挙げている。これらの乖離はどのように説明できるのだろうか。

1つの答えは、医療の質の構造的側面およびプロセス面はアウトカムにとってさほど重要ではない、ということかもしれない。そうだとすれば、医療政策においては、保健医療サービスの利用機会の拡充を図ることと、医療費の支払いによる世帯の貧困化を予防することの2点を、優先的政策目標とするべきであろう。この点に関して、外来重視の日本の医療制度はおおいに成功しており、その最大の要因は診療報酬の規制にあると考えられる。出来高払いによる支払いは医療費増加につながると批判されているが、日本では医療費は診療報酬点数表の全体改定と項目別改定によって抑制されてきたのである。医療費を抑制するには、診療報酬点数表よりも総枠予算制や人頭払制のほうが効果的かもしれないが、これらは医師がサービス提供するインセンティブを促すものではない。日本の診療報酬点数表の設計は、政策決定者による意図的判断の結果というよりも、これまでの偶然の出来事の結果である。しかし、支払いを厳格に管理していない国あるいは主に公営病院に頼っている国では、日本式の医療費抑制・公平性維持の方法は貴重な教訓になりえる。

日本の診療報酬点数表の改定はダイナミックなプロセスであり、全体改定率の政治的・経済的環境、医療提供者間の力の均衡、項目別改定による利益相反を反映している。そうしたなか、収入は少なくとも自ら研さ

んしてきた専門分野でキャリアを続ける都市部大病院の専門医と、収入は高いが地方病院に勤務する医師や診療所のプライマリーケアに従事する医師との間では、暗黙のバランスが維持されている。2011年の東日本大震災の犠牲者を助けようと自発的に取り組んでいる姿から分かるように、どちらも人々の医療ニーズに応えようとしている。構造的側面およびプロセス面から評価すると医療の質は不十分なのに、なぜマクロ的健康指標や入院治療から評価した医療のアウトカムが良好であるのかという問いに対しては、個々の医師の高い職業倫理がその説明になりえるだろう。

しかし、一般市民の高まる期待と、自分の生活の向上を願う医師たちの高まる希望を満たすには、もはや職業倫理に頼るだけでは十分ではないだろう。医師は、もっと多くの資源を保健医療に割り当てて欲しいと思うなら、医療の質をモニタリングし、医療の質をめぐる競争を高める組織的な仕組みによって、自らの説明責任遂行力を高めていかなければならない。特に、アウトカムデータを統合的に収集し、その結果を広めていくことを、医療専門家と政府は連帯責任を持って推進していかななくてはならない。

#### 引用文献

- 1 Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. London: Oxford University Press, 2004.
- 2 OECD. OECD health data 2011. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
- 3 Ikegami N, Campbell JC. Japan's health care system: containing costs and attempting reform. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 26–36.
- 4 National Institute of Population and Social Security Research. Selected demographic indicators for Japan, [http://www.ipss.go.jp/p-info/e/S\\_D\\_I/Indip.html](http://www.ipss.go.jp/p-info/e/S_D_I/Indip.html) (accessed July 23, 2011).
- 5 UN Population Division. World population prospects: the 2010 revision population database. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (accessed August 1, 2011).
- 6 猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣, 2010年.
- 7 Ikegami N, Campbell JC. Health care reform in Japan: the virtues of muddling through. *Health Aff (Millwood)* 1999; 18: 56–75.
- 8 Campbell JC, Ikegami N. The art of balance in health policy: maintaining Japan's low-cost, egalitarian system. New York, NY: Cambridge University Press, 1998.
- 9 Statistics and Information Department, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare. Byoin houkoku [hospital report] 2008. Tokyo: Health and Welfare Statistics Association, 2009.
- 10 HCUP-US Databases. Healthcare cost and utilization project (HCUP) 2007, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, USA. [www.hcup-us.ahrq.gov/databases.jsp](http://www.hcup-us.ahrq.gov/databases.jsp)