

他にもいくつか深刻な問題はあるが、日本でも他の国でもだいたい同じである。第一の問題は、日本が施設に頼りすぎていることであるが、施設は費用が高く、生活の質が低いと考えられている。小規模多機能グループホームなどの高齢者ケア施設が有効であると考えられるが、これらの施設は、日本ではまだ信頼を獲得する途上にある(25, 29)。第二の問題は人的資源である。介護福祉士・ヘルパーはどこでも、他の専門分野の労働者に比べて賃金が低く、労働条件が厳しく、昇進の可能性が低い。介護福祉士・ヘルパーの需要は毎年増えているが、採用・就労の継続を促すことが難しい。第三に、要介護者・患者・家族介護者など個人のサービス利用者から、病院・介護施設などの施設、国レベルでの政策立案と運営に至るまで、まったく異なる介護・保健医療部門間の調整のあり方を改善する必要がある。良質の介護を提供するためにはどの部門も重要であるが、協力・連携することは難しい。すべての国の専門家は、これらの共通の問題に対する解決策についてお互いに学びあっていかなければならない。

E. 結論

国際的な教訓

先進国であれ発展途上国であれ、各国の政策決定者は、世界で最も急速に進行している高齢化に対処するために世界で最も包括的な介護制度の1つを導入した日本の経験から学ぶことができる。韓国と台湾は、主として日本型アプローチに基づく介護制度を導入または計画しており、また、日本よりも進んだ制度を有する国の専門家は、日本独自の革新的取り組みを注視している。

介護政策において現金給付を中心とする国とは異なり、日本においては、家族介護者を直接援助することが家族介護者を最も利することとなり、また、監督者の下で働く、研修を受けた認定ケアワーカーに頼ることが介護の質の最高の保証になるという認識で、公的サービスのみが提供されている。特に総合的なデイケアがあるおかげで、多くの虚弱高齢者が定期的に外出し、同じような人々と付き合い、健康の増進に役立つ活動に参加し、スタッフに見守られている間、家族介護者は少しだけ休みを取れるのである。欧州の報告によれば、サービスのみを提供している国は、現金給付を中心とする国よりも、介護サービスの提供のパターンが平等主義的であり、進歩的であるとされる(26, 36)。しばしば現金給付のほうが安上がりだと考えられることがあるが、日本では、適用範囲や給付水準がはるかに高いにもかかわらず、在宅介護支出はドイツよりも約30%多いにすぎない(図1)(28)。韓国政府は、世界中の介護制度を入念に調査した上で、基本的にサービスのみを提供する方針を選択しており、台湾の専門家も同じような制度を導入したいと考えている(68, 69)。

日本の在宅介護では、受給者は、心身の障害の程度に応じて定められた限度まで希望するサービスを選択するとともに、サービス提供者も選択する。サービス提供者は地方政府の認可・監督を受けるが、消費者がサービス提供者を変更することが比較的簡単にできるため、こうした消費者による選択が品質を管理するための主要な仕組みとなっている。ほぼすべての受給者にはケアマネージャーがおり、自己負担なしで専

門的アドバイスを受けることができる。ケアマネジャーは関連業種から転身して、試験に合格しさらに44時間の研修を修了しなければならない。ケアマネジャーは専門機関に雇用されている場合もあるが、サービス提供者に雇用されている場合の方が多い。初期には利益相反の不安があったが、大半は実際に受給者の利益に十分資しているように思われる。ケアマネジャーの主要業務は、他のサービス提供者（特に家庭医と病院）との間の調整を行うこと、サービスの提供と介護の診療報酬を管理すること、受給者・家族介護者の意思決定を援助することである。ケアマネジャーはカウンセリングの訓練を受けておらず、また、通常30名の患者を抱えているので訓練を受ける時間があまりとれないが、定性的調査によれば、多くの介護者は自分の個人的な問題をケアマネジャーと共有しており、その交流を大切にしている。(70) ドイツは、2008年7月、日本の経験に一部基づくケアマネジメント制度を導入した(30, 68)。

日本の公的介護保険制度が、制度の基本的な骨格がほぼ維持されたまま10年以上にわたり機能してきたという事実は、いかに政府が周到に準備したかを示している。この制度は全国一律に導入された制度であるため、体系的なデータ収集が可能であり、地域間や制度間での効果や費用の比較が容易である（ただし、データが専門家によってもっと利用しやすい形式であれば、比較検証のための分析がより効果的に実施できるようになるだろう）。また、公的介護保険制度では、数多くの機能を1つの制度の下に集約したことによって、監督機能が

効率的になった。地方自治体の担当者は制度を管理するとともに、提供するサービスと高齢住民から支払われた保険料とのバランスをとるある程度の権限を持っている

（支出額の6分の1）。各地方自治体は、3年ごとに作業計画を策定しなければならないが、これは、国による再評価と見直しの機会にもなっており、実務家・専門家・一般の利害関係者の間の議論が活発化している。この3年ごとの見直しは、サービス報酬表をバランスさせるといった数多くの微調整から、2006年における介護予防制度のような比較的規模が大きい改革までを可能にしてきた。

ほとんどの国の介護制度は若年障害者も対象にしている。いわゆる年齢によらない政策は原理としては魅力的であり、その制度の中心が現金給付であるならば、さほど困難もなく高齢者と若年者を同様に処遇することができる。しかし、たいいていの虚弱高齢者とその家族のニーズと嗜好はきわめて独特である。若年障害者は職業訓練、自立した日常生活、支援組織に対する管理統制などを望んでいる場合がほとんどである。公的介護サービスが高齢者専用設計されている日本型のアプローチ（若年障害者向けの制度は別にある）のほうがより効果的かつ効率的であり、各国政府が最も頭を悩ませている課題、すなわち虚弱高齢者の増加にどう対処するかという課題に対し、より直接的な回答を提示することができる仕組みであるといえよう。

引用文献

- 1 UN Population Division. World population prospects: the 2010

- revision population database.
<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (accessed Aug 1, 2011).
- 2 National Institute of Population and Social Security Research (IPSS). Population statistics of Japan 2008. <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2008/PSJ2008.pdf> (accessed July 25, 2011).
 - 3 内閣府『「第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」について』2005年発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当, 高齢社会対策ウェブサイト (http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17_kiso/19html/1mokuteki.html) (2011年7月25日アクセス).
 - 4 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Pension at a glance 2009: retirement-income systems in OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2009.
 - 5 Horioka CY, Okui M. A US–Japan comparison of the importance and determinants of retirement saving. *Econ Lett* 1999; 65: 365–71.
 - 6 Hayashi F. Understanding saving; evidence from the United States and Japan. Cambridge: MIT Press, 1997.
 - 7 Jones R. Inequality, poverty and social spending in Japan (No. 556). Paris: OECD Publishing, 2007.
 - 8 Murozumi M, Shikata M. The structure of income in elderly households and relative poverty rates in Japan from the viewpoint of international comparisons. <http://www.lisproject.org/publications/liswps/483.pdf> (accessed July 25, 2011).
 - 9 WHO. World Health Statistics 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
 - 10 Muennig PA, Glied SA. What changes in survival rates tell us about US health care. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 2105–13.
 - 11 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Data 2011: statistics and indicators. Paris: OECD, 2011.
 - 12 Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). Comprehensive Survey of People’s Living Conditions (CSPLC; Designated Statistical Survey) (Kokumin Seikatsu Kiso Chosa). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-19-1.html> (accessed July 25, 2011).
 - 13 Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf (accessed July 25, 2011).
 - 14 総務省『平成22年度 国勢調査速報集計』2010年発表, 政府統計の総合窓口ウェブサイト (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&classID=000001032402&cycleCode=0&requestSender=search) (2011年7月25日アクセス).
 - 15 Hashizume Y. Gender issues and Japanese family-centered caregiving for frail elderly parents or parents-in-law in modern Japan:

- from the sociocultural and historical perspectives. *Public Health Nurs* 2000; 17: 25–31.
- 16 Asai MO, Kameoka VA. The influence of Sekentei on family caregiving and underutilization of social services among Japanese caregivers. *Soc Work* 2005; 50: 111–18.
 - 17 Long SO, Harris PB. Gender and elder care: social change and the role of the caregiver in Japan. *Soc Sci Japan J* 2000; 3: 21.
 - 18 Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel J. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374: 1196–208.
 - 19 Kōgel T. Did the association between fertility and female employment within OECD countries really change in sign? *J Pop Econ* 2004; 17: 45–65.
 - 20 Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Aff (Millwood)* 2000; 19: 26–39.
 - 21 Campbell JC. How policies change: the Japanese Government and the aging society. Princeton: Princeton University Press, 1992.
 - 22 吉原健二, 和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社, 1992年.
 - 23 法務省『介護保険法』Japanese Law Translation Home Page (http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?vm=&id=94) (2011年7月25日アクセス).
 - 24 Campbell JC. How policies differ: long-term care insurance in Japan and Germany. In: Luetzeler R, Conrad H, eds. Aging and social policy: a German-Japanese comparison. Munich: Iudicium, 2002.
 - 25 Tsutsui T, Muramatsu N. Japan's universal long term care system reform of 2005: containing costs and realizing a long-term vision. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1458–63.
 - 26 Rodrigues R, Schmidt A. Paying for long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2010.
 - 27 Campbell JC, Ikegami N. Japan's radical reform of long-term care. *Soc Pol Admin* 2003; 37: 21–34.
 - 28 Campbell JC, Ikegami N, Gibson MJ. Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 87–95.
 - 29 Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en (accessed July 25, 2011).
 - 30 Rothgang H. Social insurance for long-term care: an evaluation of the German model. *Soc Pol Admin* 2010; 44: 436–40.
 - 31 厚生労働省『介護保険を取り巻く現状』2011年2月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520>)

- 0000123iuatt/2r985200000123se.pdf)
(2011年7月25日アクセス).
- 32 厚生労働省『介護給付費実態調査月報
(平成23年5月審査分)』2011年7月
発表, 厚生労働省ウェブサイト
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2011/05.html>) (2011年7月25日アクセス).
- 33 Swedish Association of Local Authorities
and Regions. Care of the elderly in Sweden
today. Stockholm: Ordförrådet AB, 2006.
- 34 田宮奈々子, 野口晴子, 橋本英樹, 渋谷
健司, 西晃弘「公的介護保険の導入効果
に関する実証的研究—国民生活基礎調
査に基づく科学的エビデンスの構築へ
向けて」『わが国の保健医療制度に関す
る包括的実証研究』厚生労働省, 2011
年.
- 35 内閣府国民生活局物価政策課『介護サ
ービス市場の一層の効率化のために—
「介護サービス価格に関する研究会」報
告書—』2002年8月発表, 内閣府ウエ
ブサイト
(<http://www.caa.go.jp/seikatsu/2002/0807kaigo/a-1.pdf>) (2011年7月25日アクセス).
- 36 Theobald H. Conditions and challenges of
Germany's long-term care insurance: care
policies and inequalities based on gender,
socio-economic class and ethnicity. *J Asian
Women's Studies* 2010; 18: 1–23.
- 37 Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y et al.
Day care service use is associated with
lower mortality in community-dwelling
frail older people. *J Am Geriatr Soc* 2006;
54: 1364–71.
- 38 Nishi A, Tamiya N, Kashiwagi M,
Takahashi H, Sato M, Kawachi I. Mothers
and daughters-in-law: a prospective study
of informal care-giving arrangements and
survival in Japan. *BMC Geriatr* 2010; 10:
61.
- 39 Kato G, Tamiya N, Kashiwagi M, Sato M,
Takahashi H. Relationship between home
care service use and changes in the care
needs level of Japanese elderly. *BMC
Geriatr* 2009; 9: 58.
- 40 Nishiwaki T, Ueno K, Hasegawa M,
Nakamura K. The usefulness of
day-service in maintaining general
nutritional status in elderly Japanese: a
longitudinal study. *Tohoku J Exp Med*
2007; 211: 15–21.
- 41 Ishibashi T, Ikegami N. Should the
provision of home help services be
contained?: validation of the new
preventive care policy in Japan. *BMC
Health Serv Res* 2010; 10: 224.
- 42 Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N.
Impact of home and community-based
services on hospitalisation and
institutionalisation among individuals
eligible for long-term care insurance in
Japan. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:
345.
- 43 杉沢秀博, 杉原陽子, 中谷陽明『介護保
険制度の評価—高齢者・家族の視点か
ら』三和書店, 2005年.
- 44 Kumamoto K, Arai Y, Zarit S. Use of
home care services effectively reduces
feelings of burden among family caregivers
of disabled elderly in Japan: preliminary
results. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:

- 163–70.
- 45 Arai Y, Kumamoto K. Caregiver burden not ‘worse’ after new public long-term care (LTC) insurance scheme took over in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 120–26.
- 46 Hirakawa Y, Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Iguchi A. Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 46: 367–74.
- 47 Freeman S, Kurosawa H, Ebihara S, Kohzuki M. Caregiving burden for the oldest old: A population based study of centenarian caregivers in Northern Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50: 282–91.
- 48 Hirakawa Y, Masuda Y, Uemura K, Kuzuya M, Iguchi A. Effect of long-term care insurance on communication/recording tasks for in-home nursing care services. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38: 101–13.
- 49 Suzuki W, Ogura S, Izumida N. Burden of family care-givers and the rationing in the Long-Term Care Insurance benefits of Japan. *Sing Econ Rev* 2008; 53: 121–44.
- 50 Kubota M, Babazono A, Aoyama H. Women’s anxiety in old age and long-term care provision for the elderly. *Acta Medica Okayama* 2000; 54: 75–83.
- 51 Yamamoto N, Wallhagen M. The continuation of family caregiving in Japan. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 164–76.
- 52 清水谷諭, 野口晴子「長時間介護はなぜ解消しないのか? 要介護者世帯への介護サービス利用調査による検証」内閣府経済社会総合研究所, 『経済分析』第175巻1-28頁, 2005年.
- 53 厚生労働省『平成17年度女性雇用管理基本調査』2006年8月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/08/h0809-1/index.html>) (2011年7月25日アクセス).
- 54 Iwamoto Y, Kohara M, Saito M. On the consumption insurance effects of long-term care insurance in Japan: evidence from micro-level household data. *J Japanese Intl Economies* 2010; 24: 99–115.
- 55 Weiner J. The role of informal support in long-term care. In: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, eds. Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 56 Long SO, Campbell R, Nishimura C. Does it matter who cares? A comparison of daughters versus daughters-in-law in Japanese elder care. *Soc Sci Japan J* 2009; 12: 1–21.
- 57 Houde SC, Gautam R, Kai I. Long-term care insurance in Japan: implications for U.S. long-term care policy. *J Gerontol Nurs* 2007; 33: 7–13.
- 58 Huber M, Rodrigues R, Hoffmann F, Gasior K, Bernd M. Facts and figures on long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
- 59 高橋龍太郎, 須田木綿子, 日米 LTCI 研究会『在宅介護における高齢者と家族—都市と地方の比較調査分析』ミネルヴァ

- 書房出版, 2010年.
- 60 内閣府『第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査』2011年6月発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当, 高齢社会対策ウェブサイト (<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/ki-so/gaiyo/index>) (2011年7月25日アクセス).
- 61 Watts J. Chaos greets birth of insurance system for Japan's elderly. *Lancet* 2000; 355: 1249.
- 62 Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? an updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42: 356-72.
- 63 Dolores GT, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging* 2007; 22: 37-51.
- 64 Tachibanaki T. The new paradox for Japanese women: greater choice, greater inequality. Tokyo: I-House Press, 2010.
- 65 厚生労働省『社会福祉士・介護福祉士等』2009年6月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhog o/shakai-kaigo-fukushi7.html>) (2011年7月25日アクセス).
- 66 厚生労働省『介護保険事業状況報告(暫定)平成22年3月分』2010年8月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osiras e/jigyom10/1003.html>) (アクセス2011年7月25日).
- 67 Jackson R, Howe N, Nakashima K. The global aging preparedness index. Washington: The Center for Strategic and International Studies, 2010.
- 68 Campbell J, Ikegami N, Kwon S. Learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea. *Int Soc Sec Rev* 2009; 62: 63-80.
- 69 Wang C, Kuo N. Implications of German and Japanese long-term care insurance systems on development of long-term care insurance law in Taiwan. *Gerontologist* 2008; 48: 548.
- 70 Yamada M, Hagihara A, Nobutomo K. Coping strategies, care manager support, and mental health outcome among Japanese family caregivers. *Health Soc Care Community* 2008; 16: 400-09.
- G. 研究発表
1. 論文発表
16. Tamiya N, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet*. 2011 Sep 24;378(9797):1183-92.
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世紀型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

なし

3. その他

2. 実用新案登録

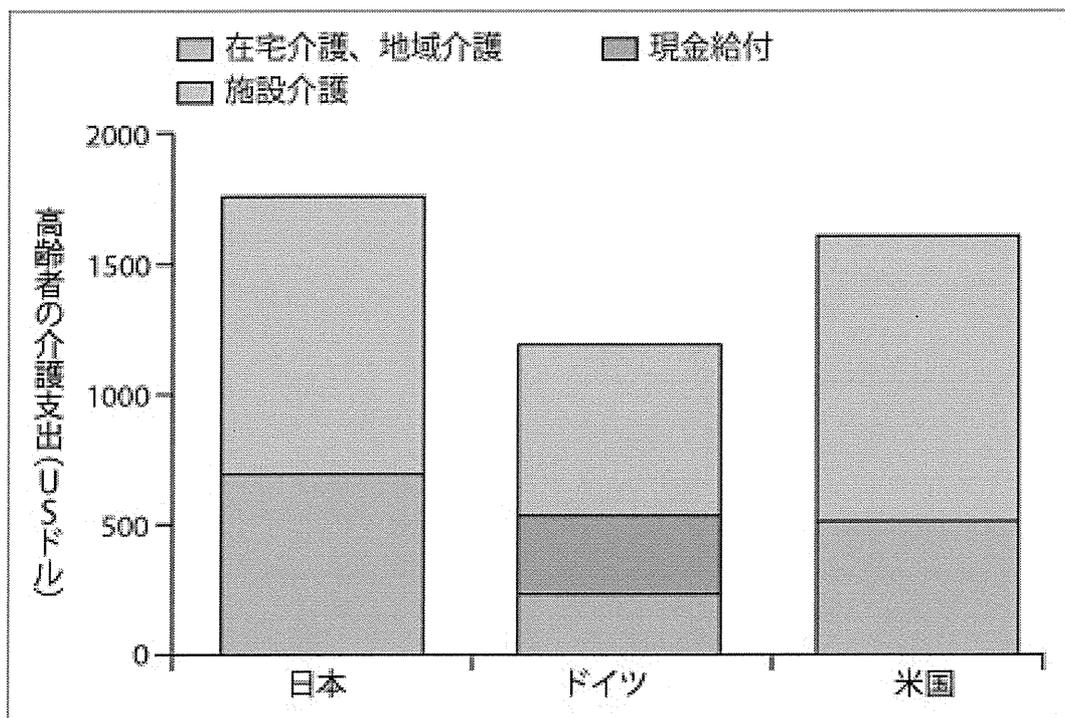


図1 日本、ドイツ、米国における介護支出(2005年)

概算支出額は他の公表データとは異なる。その原因は、公的支出のみを算入し、65歳以上の高齢者向けのサービス・支援のみを対象とし、介護としばしば合算される退院後の治療を除外しているためである。米国については、メディケアに基づくすべての急性期後治療を除外しているが、メディケアに基づく在宅医療パートBおよび補助装置支出については、他国では在宅介護・地域サービスに含まれているため算入した。米国とドイツについては、65歳未満の若年者向けの支出を推計し除外している。日本の場合は、65歳以上の高齢者に関する正確なデータがあるが、65歳以上の長期入院患者については、他国の介護施設における介護と同等の介護を受けているので、医療保険からの支出額を推計し算入している。為替レートを調整して物価に合わせるため購買力平価を用いた。出典：J・C・キャンベル、他²⁸。

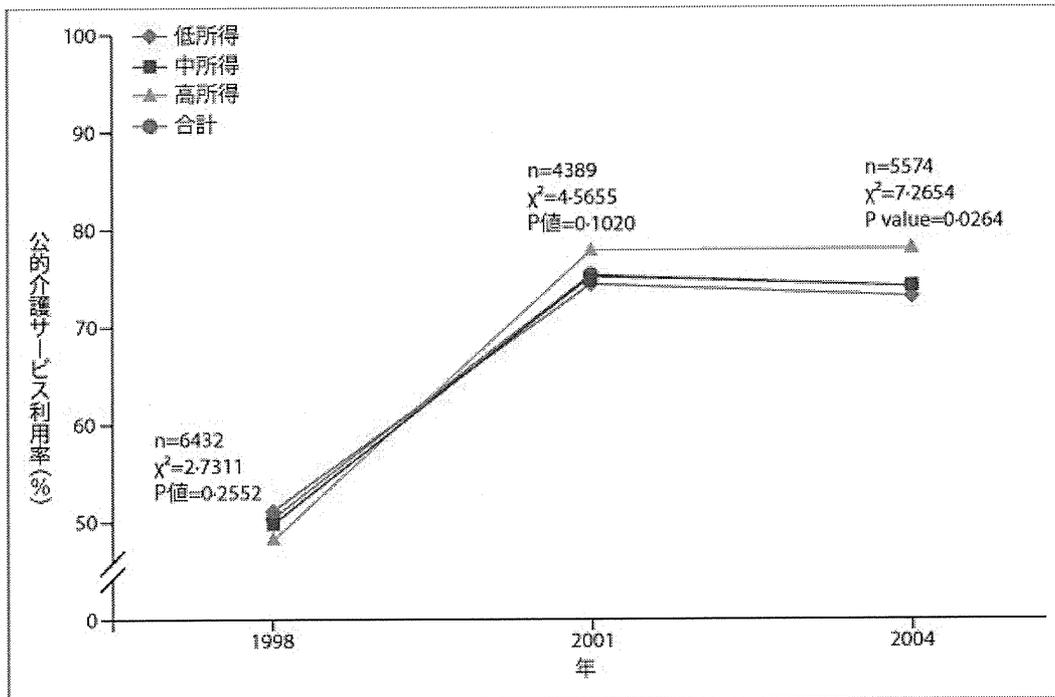


図2: 世帯所得(3分位)別, 公的介護保険制度導入(2000年)前後における65歳以上の虚弱高齢者による公的介護サービス利用率の推移

データは, 国民生活基礎調査(CSPLC)に基づく本研究による分析に基づく。2001年の国民生活基礎調査は, 1998年および2004年と同様, 厚生労働省によって実施された。出典: 厚生労働省¹²。

回帰モデル*	サンプル全体 (95% 信頼区間)	世帯所得層 (95% 信頼区間)			
		低位	中位	高位	
高齢者への影響					
主観的健康感 †	ロジット	1.03 (0.84 to 1.26)	0.91 (0.63 to 1.31)	0.85 (0.60 to 1.22)	1.28 (0.91 to 1.81)
IADL 自立の有無 ‡	ロジット	0.96 (0.80 to 1.14)	0.77 (0.57 to 1.05)	1.15 (0.84 to 1.56)	1.04 (0.76 to 1.40)
家族介護者への影響					
主観的健康感 †	ロジット	0.98 (0.82 to 1.18)	0.96 (0.69 to 1.32)	1.03 (0.73 to 1.44)	0.99 (0.72 to 1.36)
1日当たり介護に費やす時間	トービット	-0.81 (-1.19 to -0.43)	-0.45 (-1.13 to 0.23)	-0.81 (-1.45 to -0.18)	-1.36 (-2.01 to -0.71)
労働参加の有無 ¶	ロジット	1.09 (0.89 to 1.33)	0.89 (0.63 to 1.26)	0.85 (0.50 to 1.21)	1.72 (1.22 to 2.44)
1週間当たりの労働時間	トービット	1.25 (-0.36 to 2.87)	-0.62 (-3.37 to 2.12)	-0.55 (-3.44 to 2.35)	4.57 (1.77 to 7.37)
介護・仕事に費やす以外の活動時間	トービット	0.67 (0.27 to 1.07)	0.90 (0.20 to 1.61)	0.84 (0.14 to 1.53)	0.50 (-0.17 to 1.17)
家計への影響					
家計に占める公的介護支出割合	最小二乗法 (OLS)	-0.05 (-0.06 to -0.04)	-0.05 (-0.06 to -0.04)	-0.04 (-0.05 to -0.03)	-0.06 (-0.07 to -0.05)
<p>高齢者への影響と家族介護者への影響では、推定の基となったサンプル数が異なる。高齢者への影響については、サンプル総数が n=9597、低所得層が n=3164、中所得層が n=3176、高所得層が n=3257 である。家族介護者への影響については、サンプル総数が n=8738、低所得層が n=2938、中所得層が n=2800、高所得層が n=3000 である。CSPLC= 国民生活基礎調査、IADL= 手段的日常生活動作。* 1日当たりの介護や労働時間などの時間数を従属変数とする推定にトービットモデルを使用したのは、こうした時間変数が「24時間」の打ち切りデータのためである。ロジットモデルによる推計はオッズ比を、トービットモデルによる推計は限界効果を、通常の最小二乗法による推定は係数をそれぞれ表示している。世帯所得の欠損値は多重回帰によってインプテーションを行った。</p> <p>† 非常によい/よい/対ふつら/悪い/とても悪い。 ‡ IADL に支障あり/対支障なし。 ¶ 働いている/働いていない。</p>					
表：1998年と2004年における国民生活基礎調査 (CSPLC) による「差の差」推計					

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

優れた健康水準を低コストで公平に実現する日本型保健制度の将来：
国民皆保険を超えて

分担研究者 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）
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）
研究協力者 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）
西晃弘（筑波大学大学院人間総合科学研究科 研究員）
谷本哲也（公益財団法人がん研究会がん研究所 研究員）
武見敬三（東海大学政治経済学部 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

日本の保健医療分野における過去 50 年間の最大の成果は、低コストで国民の良好な健康指標を実現し、国民の間での公平性を徐々に高めてきたことである。日本の国民皆保険制度を構築し維持するために打ち出してきた政策は、世界の多くの国がそれぞれの状況において直面している政策議論に類似している。わが国の国民皆保険制度の財政的持続可能性は、人口・経済・政治の諸要因によって脅かされている。さらに 2011 年 3 月 11 日のマグニチュード 9.0 の東日本大震災に起因する自然災害と原発問題という一連の危機的状況は、第二次大戦後に作られた日本の社会制度全体を揺るがすとともに、日本の保健システムの構造的諸問題を露呈させた。本稿では、日本が保健医療分野において過去 50 年間に達成した成果の持続可能性と公平性を確保するために 4 つの主な改革案を提示する。すなわち、人間の安全保障という価値観に基づく改革を実行すること、政府と地方自治体の役割を見直すこと、保健医療サービスの質を高めること、グローバルヘルス（地球規模の保健医療）に貢献すること、である。今こそ、日本およびその保健システムが生まれ変わる時である。

A. 研究目的

世界各国の保健医療セクターが、国民皆保険に向けた取り組みを加速させている（1-3）。2005 年に開催された世界保健機関（WHO）の第 58 回世界保健機関総会では、国民皆保険を、すべての国民に対して支払い可能な範囲の費用で適切な保健医療サー

ビスへのアクセスを保証することと定義したうえで、財政的に持続可能な保健医療システムの構築に向け努力することを加盟国に求める決議が採択された（3）。総会ではさらに、税と社会保険制度を組み合わせた前払い制度を、各国の個別事情に応じて採用することで国民皆保険の実現に努めるよ

う促した(4)。過去10年間に、ガーナやルワンダといった低所得国においても、低コストで国民皆保険を実現するための保険制度が導入されはじめている。(5-7)

国民皆保険の定義についてはまだ議論のあるところだが、一般的には、全国民が支払い可能な範囲の費用で健康増進、予防、治療、リハビリテーションなどの主要な保健介入サービスを利用できることとされている。財政的リスクから保護することを原則とし、医療サービスへの支払いによって国民が財政的に破綻することのないようにするものでなくてはならない(4, 8, 9)。社会保険制度を用いることで、それぞれの保険者ごとに被保険者間での連帯に基づき、徐々に被保険者の対象範囲を広げていくことができる(9)。日本は1961年に国民皆保険を実現したが、その時点で実質的に全国民が社会保険制度の対象になっていた(10)。

しかし、国民皆保険の実現は最終目的ではなく、新たな課題の始まりである。日本において国民皆保険制度は1961年の達成以降、常に修正変更が加えられてきた。患者自己負担率の変更、財源への税金投入のあり方、異なる複数の保険間での拠出金による相互補填など、さまざまな面で変化してきている(10)。わが国の国民皆保険制度がこのように徐々に変化してきたことは、国民皆保険制度に関する政策論争が多くの国で各国固有の文脈で行われているのと同じである。今日、日本の国民皆保険制度は、人口構造、経済、政治の各要因によってその財政的持続可能性が脅かされている。

しかし、低い経済成長と不安定な政治状況が、国民皆保険の諸問題への対応と構造改革を著しく困難にしている。さらに、2011

年3月11日のマグニチュード9.0の東日本大震災に起因する自然災害と原発問題という一連の危機的状況は、第二次大戦後に作られた日本の社会制度全体を揺るがしている(パネル1)(11)。これらの災害によって、日本の保健システムがこれまで長きに渡って根底に抱えてきた、構造的問題が露呈された。

日本語の「危機」は、危険と機会を意味する2つの漢字でできている。『ランセット』日本特集号(17)を始めるに際し、筆者らは、現在の日本の政治・経済・社会状況は、国民皆保険導入から50年経った保健医療システムを超党派で改革する機会であると考えた。また、人間の安全保障というわが国の考え方が、保健医療政策における国内外のさまざまな難題に対処するための鍵となる価値観になれば、と願った(10, 17-20)。日本特集号ではこれまで、我が国の健康水準、国民皆保険、医療費とサービスの質の問題、高齢化と介護、グローバルヘルスなど、日本の主要な保健医療のテーマを総合的に分析した結果を報告してきた。本稿では、日本の保健システムの主な成果をまとめ、将来に向けた課題を検討し、改革案を提言する。

B. 研究方法

検索方法と選定基準

PubMed, Medline, Embase, Jamas, Jstorの各データベース、政府の報告書、国内情報源の未発表文献を調査対象とした。情報源を特定したときは、本調査戦略を踏まえつつ、入手した報告の参考文献リストを調査することなどにより、その情報源を用い

て追加資料を作成した。本論文の第1部は、国民皆保険制度の導入から50年を経た日本における保健医療および関連要因の評価を行った『ランセット』の本特集号のこれまでの報告に基づいている。東日本大震災および地震後に発生した福島第一原子力発電所の事故の影響を検討するため、上記の方法により特定・検索した報告書、並びに国際原子力機関（IAEA）、日本政府および国内メディアなどを含む他の情報源から発行された文書を参照した。

C. 研究結果

優れた健康水準を低コストで公平に実現

日本の保健医療分野における過去50年間の最大の成果は、国民間での公平性を高めながら低コストで良好な健康水準を実現したことである。1985年の低コストで良好な健康水準の実現をテーマにした、中国、コスタリカ、スリランカ、インド・ケララ州の保健システムに関する画期的研究(8)が現在、国際研究者グループによって再検討されている(21)。著者らは日本の経験、特に、低コストで良好な健康状態を追求する一方で平等原則の追求にも成功した体験から、他国においても良好な健康水準を実現するための重要な教訓が得られると考えている。

1961年の日本の国民皆保険導入は世界でもかなり早いものだったが、特に当時1人当たり国民所得が英国の半分であったことを考えればなおさらである(10)。今日、雇用先や居住地により3500の保険者に分かれ、実質的にはほぼすべての日本国民が医療社会保険に加入している。日本ではさらに、高齢者・児童以外の自己負担率を一律にす

るとともに、高齢者加入比率が異なる保険制度間の調整のために拠出金による相互補填を義務づけることで、異なる保険制度間の不平等を減らしてきた。これらの取り組みは、ほぼすべての日本国民に医療社会保険での平等な待遇を保証する平等原則の実現に寄与してきた。しかし、保険料の対所得比に関しては不平等が存在し、保険未加入のパートタイム労働者が増加していることが問題となっている(10, 22)。

国民皆保険をめぐる懸念は、医療費を持続可能な方法でどのように抑制するかということである(23)。日本は基本政策として、診療報酬により支払条件を供給側で厳格に管理する一方、サービスの提供方法については自由放任主義的アプローチを取ってきた(17)。医療の質の構造・プロセス面は、特に高血圧症などの慢性疾患において不十分であるように思われる。こうした医療の質の問題は、主として医師・病院の発展の歴史的経緯と専門家組織の不十分なガバナンスによるものであって、必ずしも医療費抑制策によるものではない。手術死亡率などの専門医による急性期治療のアウトカムは他国と同じぐらい良好である。しかし、保健医療資源のニーズと供給の間にミスマッチがあり、医療の質に対する情報開示が欠如している。

日本では、急速に進行する高齢化に対処するための革新的な政策が導入されている。65歳以上の人口は1990年では12%であったが2010年には23%になっており、過去20年間でほぼ倍増している。1970年代後半から、高齢者医療費は政策上の主な問題であった。本特集号の高齢化に関する論文にもあるとおり(20)、日本は高齢化社会の課

題に対応し医療費を抑制するため、2000年に公的介護保険制度を導入した。介護保険制度は社会保険の原則に基づいて運営され、所得や家族の状況に関係なくサービスが給付される。保険範囲と給付の面で、この保険制度は非常に寛大なものになっている。過去10年間にサービスの利用と支出が倍増したことに示されるとおり、この政策は広く受け入れられているが、当該期間の医療費増加率はわずか15%にすぎない。介護保険制度が被保険者とその介護者に与えている影響については、今後包括的な評価を行う必要があるものの、この政策は労働市場への女性の参加を促進し、世帯の財政負担を減少させることに成功している。しかし、制度の財政的持続可能性、施設介護への過度の依存、家族介護者のニーズに対するサービスの不足といった問題は依然未解決である(20)。

国民の健康水準の面で日本が果たした成果は目を見張るものがある。女性の平均寿命は86歳で、1986年以来世界一である。死亡率低下に関する成果については、本特集号の最初の国民の健康状態に関する論文で検討したように、2つの時期に分けることができる(19)。第1期は、第二次世界大戦終了直後から1960年代中頃までで、この間に5歳未満の感染症による死亡率と結核による成人死亡率は顕著に低下した。第2期は、1960年代から現在(国民皆保険導入後)までで、主として脳血管疾患と虚血性心疾患による成人および高齢者の死亡率の低下が著しかった。

第1期における死亡率の低下は、国としては貧しいながらも、感染症に対する公衆衛生的対策と結核の無料治療を施したこと

に、ある程度起因している。第2期では、塩分摂取量の低減などの健康リスク管理を展開したことと降圧剤の普及が主な要因と考えられる。保健医療システムは、全国民に医療サービスを受ける機会を保証するとともに、価格を規制して患者の自己負担額を低く抑えたことにより、相乗効果を生み出した。低コストで良好な健康水準を実現した日本の経験から得られる教訓は、国家の保健医療政策においてはまず医療サービスへのアクセスを改善し、医療費支払いによる世帯の貧困化を予防することをまず優先課題とすべきであり、その後に医療サービスの効率性と質を追求すべきであるということである(17)。ただし、医療サービスが普及する以前の1950年代において、感染症および脳血管疾患以外の原因による死亡率はすでに低水準にあったということからすれば、日本人の長寿傾向については遺伝的、あるいは生活習慣的要因も寄与していたということができるだろう。

過去20年の間、経済状況が悪化し、1983年以降大多数の被保険者に対する自己負担率が引き上げられ、さらには1990年代以降、所得格差が広がり失業率も上昇したにもかかわらず、平均寿命は延長し続けている。しかし、日本が本当に健康的な社会を実現したのかどうかについては疑問が残る。入手可能なデータによれば、1990年代以降、健康寿命の伸び率が鈍化している。(24)さらに、他国と比べれば日本における健康の社会経済的格差は依然小さいものとはいえ、社会経済的状況による死亡率格差は次第にはっきりとしつつあり、特に男性労働者における自殺率の上昇が顕著である(19)。これらの健康問題は、急速な高齢化

に加え停滞する経済と増加し続ける債務残高に直面する、今日の日本において解決されるべき、より広範な制度的課題を象徴しているのかもしれない(25)。果たしてわが国は国民全体の、そして国民一人一人の健康を低コストのまま追いかけていくことができるのだろうか。

日本の今後の課題

低コストで良好な健康水準を公平に実現してきた日本の制度には、財政的な持続可能性・政治ガバナンス・消費者の期待への対応という3つの主な課題があると本特集号では述べてきた(10, 17-20)。

まず、日本にとって最大の課題は、国家の財政状況と保健医療の財源調達をいかに図るかである。医療費の多くは社会保険料によって賄われているが、医療費の4分の1は政府の一般財源からも捻出されており、政府予算の10%を占めている(26)。高齢化社会の進展と医療技術の進歩に伴い医療費が年々増えていくにつれてこの金額も増加していくため、政府は総医療費を管理して総予算を抑制しなければならない。1991年に日本のバブル経済が崩壊して以来、予算の制約が厳しくなっており、日本の債務残高は国内総生産の2倍にまで累積している(27)。医療費の抑制がますます困難になる一方、政府には財源を増やす余力がない。さらに、地震・津波・原発事故という3つの災害に見舞われた地域の緊急復興や補償のために、政府に対する財政圧力はさらに増していくことになる(図1)。

次に、『エコノミスト』誌によれば、わが国は「政治制度が機能不全に陥り意気消沈している国」である(28)。最近の原発危機

に対する政府の対応の混乱ぶりは、より強力な政治のリーダーシップと意思決定の透明性を高めることの必要性を示している。2011年3月11日の災害発生後、政府は公的対策本部を数多く設置したが、結果的に政府の非効率な対応につながった。放射線リスクと原発の被害規模に関する情報公開のタイミングのまずさと矛盾する内容が一般国民の混乱と大規模なパニックを生み出し、政府への不信感を高める一因になった(29)。政府委員会の委員であった学者も、実効性に欠け、リスク評価が不適切で、一般向けのメッセージが不明瞭であると批判を受けたが、それはコミュニケーション能力の拙劣さに加えて、政府と原子力業界との間の利益相反のためであった。災害に対する政府の対応は、異なる省庁間の対立や競争、原子力エネルギー政策に見られたような特定分野における産学官の癒着などを特徴とする、日本の政策決定の制度的仕組みがもはや時代遅れであることを浮き彫りにした。混乱した政府の対応は、民主党政権下での官僚と政治家の相互不信によってさらに悪化している。今回の災害はまた、数十年に及ぶ自由民主党政権のもとで進められていた原子力業界規制が、実効性を伴わないものであったことをも露呈した(30)。

最後に、今日の情報化が進みネットワーク化される社会にあって、時々刻々と変化していく国民の健康に対する期待や、良質なサービスに対する需要の高まりに、日本の保健システムが十分対応できていないことがある。こうした状況は、いくつかの医療問題についてすでに国民的議論を生み出している。たとえば、医薬品による健康被害が報告された後、相次いで訴訟が起こり、

それが医薬品および医薬機器の許認可制度の見直しにつながった(31, 32)。しかし、新しい医薬品や医療機器、ワクチンの承認が遅いため、医師や患者を落胆させることにもなっている(パネル2)。これらの動向は、日本の保健システムにおける医療関係者と患者、マスメディアとの間の緊張と対立が高まっていることを示している。

日本政府は2009年、高齢化社会において、経済成長・科学技術の発展・生活の質の向上を一体的に実現するために「ライフ・イノベーション」が戦略的に重要であると認識するに至った(40)。この政策は2009年に内閣で承認されたが、生命科学・情報科学・ゲノミクスの科学研究を促進して、高齢化社会に影響を及ぼす各種疾患の診断・治療を向上させるイノベーションを目指すものである(41)。筆者らは、保健医療を主要な経済活動の一環とみなす、技術主導型・成長志向型のこのアプローチを歓迎している(42, 43)。

医師数が継続的に増加しているにもかかわらず、一部の専門分野、特に産科・小児科・外科では医師が不足している(44, 45)。一部の専門分野の医師不足は、数の問題だけではなく、患者がより高い医療の質を求めたり、医療以外の要因、すなわち、患者個人の尊重や患者中心的な診療を求めるなど、要求水準が変化してきていることもあって複雑な問題となっている(46)。医療の質や医師に関する患者の理解はより洗練されたものになってきているのに対して(47)、医師側はこれらの変化に追いついていない。リスクの低い手術でさえ、今日の患者の多くは高次病院の専門医による治療を求めている。救急医療に関しては、親も総合医も、

そして救急救命医も、子どもの診察は当直担当の内科医ではなく、あくまで小児科専門医が行うべきだと思っている(48)。このように要求水準が高まっているにも関わらず、医療サービスの機能分化が不十分で専門医の配分もニーズに合っていないために、特に救急医療の領域では、大規模医療センターで問題が噴出している。患者の期待する医療が変化してきており、プライマリ・ケアを行う医師と専門医の役割およびそのバランスを調整しなおす必要があるのだ。

日本の現行制度は国民を他国の水準よりも健康にしているのかもしれないが、高まる国民の期待には対応できていないようである。日本は、高齢化の進展、不確実性の増大、そしてグローバリゼーションという今日的な文脈のもとで、「健康」の意味を考え直す必要に直面している。特に、国民が健康に対して抱いている価値観に寄りそって、グローバルヘルスにおける世界のリーダーとして整合性のある健康ビジョンを策定する必要がある。これらの課題に対処するためには、日本は保健システムの大規模な改革を実行しなければならないと筆者らは考える。

D. 考察

課題と改革に向けた提案

未来に向けた改革

今日の日本では、他の多くの分野と同様に、医療制度の改革が必要であることについては幅広いコンセンサスが存在している。しかし何をすべきか、いかに改革すべきかについてはさまざまな意見がある。我が国は、一部の利害関係者に不利になるが社会全体のためには必要な、難しい社会的決断

を下す能力を失ったようだ。過去 50 年間を通じて日本の保健医療が育んできたものを、この先も持続可能にし、かつ公平性を確保するために、筆者らは 4 つの改革案を提言する（パネル 3）。

第 1 は、人間の安全保障という価値観に基づく改革を実行することである。日本の保健システムのもと国民医療費は増加し続けている。今の日本で、保険料や税金の引き上げなどにより、医療費の財源を増やす必要があることは間違いない。しかし、より本質的問題は、新しい医療費の財源を確保する際に、いかにして負担の公平性を確保していくか、ということである。負担の公平性を確保できるかどうかは、正しい情報開示に基づく日本国民の判断にかかっている（21）。

そもそも、構造改革は国が実現しようとする価値感を反映したものになる。欧州諸国は、それぞれの価値観および政治的・歴史的事情に基づいて今日ある形の保健システムを築き上げてきた。日本の場合は、他の非西洋諸国と同様に、官僚と政治家が既存の保健システムを輸入し自国の事情に適合させてきた。いろいろな制度のいいところ取りをした寄せ集めで、必ずしも政策的一貫性が確保されていたわけではなかったため、その質を保持し高めるための構造が欠如しているのである。

グローバルヘルスに関する論文にもあるとおり（18）、日本は人間の安全保障を外交政策の礎にしたが、それは日本が政治・経済・社会の発展の相互依存性を理解していたからである。これまで機能してきたわが国の保健システムは破綻し始めており、最近の震災でも明らかのように、現在では国

内の人間の安全保障をも脅かし始めている。日本が直面している課題に対応するためには、人間の安全保障—すべての人々を危機的かつ蔓延する脅威から守り、生存・暮らし・尊厳のための糧を与えること（49）—がこれまで以上に重要である。そのひとつが国民皆保険制度なのである。この目的を達成するには、このコンセプトをもっと積極的に国内政策に応用することが必要であると筆者らは考える。健康とは、われわれが共有している人道上の根源的な共通目標である。だからこそ健康は、自国民の人間の安全保障を追求する日本の取り組みにおいて、主要な役割を果たす、特別の意味を持っているのである。

日本は、保健医療システムを通じて実現すべき共通の価値観をはっきりさせることから改革を始めなくてはならない。そして、常にその価値観に沿って改革を進める必要がある。筆者らは、人間の安全保障における平等こそ、日本の保健医療政策の中核的価値観であると信じている。一方、それを実現するにはすべての利害関係者が改めてそれぞれの立場から尽力する必要があるだろう。強制加入による社会保険制度は堅持されるべきであるが、その一方で、保険制度の統合および公正な保険料の設定による構造改革は平等性を高めるために必要なステップとなる。

戦後日本の政策決定システムの時代は終わりを告げつつある。政策決定過程をより透明にして国民の価値観をより反映させる必要がある。2010 年の調査によれば、日本の保健システムに対する不満の大きな要因は、医療の質や利用機会、費用に関する問題ではなく、政策決定における公正性と国

民参加の欠如である（図2）（50）。この公正性および政策決定への国民参加の欠如の背景には、政策決定過程において適切なエビデンスの活用が欠落しているという事実がある。地方レベルであれ、国家レベルであれ、世界レベルであれ、政策決定過程は常に政治的なものである。しかし、主要な政策オプション、特に全体の状況を加味した政策を選択するには、質の高い科学的知見やエビデンスに基づくことが必要なのである。

構造改革の必要性についてはおおむね社会的合意があるものの、政治的リスクを冒してまで惰性を打破し保健システムを変革しようとする者がいない。制度の非効率さは高度経済成長期には許容されえたが、経済が停滞している今日ではもはや寛容できない。さまざまな政党および立場の利害関係者が個々のグループの既得権益を超えて大胆に連携することが、日本の保健システムの構造改革を促進するために必要であると筆者らは考える。

第2に、政府および地方自治体のそれぞれの役割を見直すことである。人間の安全保障という考え方は、トップダウンとボトムアップという両方のアプローチによる保健システム改革を必要とする。トップダウンに関しては、まず政府において、権限・責任が省庁別の縦割りになっている状況を打破し、国民中心型の保健医療を重視し相互連携を深めることが必要である。改革の最大の障害は、時代遅れで凝り固まった日本の保健医療政策の政策決定メカニズムであり、これまで国内外の保健医療専門家が互いに関与する機会ほとんど与えられなかった。国内外の保健医療政策に関して中

立的で確かな分析を行うためには、米国の疾病対策予防センター（CDC）や国立衛生研究所（NIH）、医学研究所（IOM）、英国の国立医療技術評価機構（NICE）のような機関を日本においても設立する必要がある。同時に、ボトムアップに関しては、地方自治体の政策企画部門に権限を委譲し、地域の政策的自律性を拡大すべきである。これらの改革を設計し実行するためには、医師会・政府組織・民間企業・市民団体といったこれまで協働したことのなかった諸団体間の新たな対話と意思決定が必要になるだろう。

現在の日本の保健医療政策は、政府が一律に決定し、地方自治体にはほとんど裁量権がない。しかし、地方レベルでは、市民が保健医療政策の立案と実行に参加できるよう、都道府県が中核的組織となるべきである。そのための第一歩は、市民が選挙を通じて、地域保健医療システムの管理・維持を公約とする政治家を選ぶことだろう。さらに都道府県レベルで社会保険制度を統合すれば、各保険者間での費用分担の公平性が改善されるだけでなく、都道府県知事の権限も高まるだろう。都道府県知事の権限の強化によって、医療提供体制がより厳格に管理され、地域における保健医療資源の配分効率および機能が改善されるだろう。医療機関の診療実績をオープンにモニタリングすることで質を高めるとともに、病院および診療所を統合して効率を高めるべきだろう。

東北地方が現在直面している地震、津波、原発事故という三重の災害は日本にとって、第二次世界大戦以来最悪の人的危機である。津波に襲われた沿岸部の辺鄙な村は、日本で最も急速に高齢化が進んでいる地域

の1つである。生存者の間では高血圧症・糖尿病の罹患率が高く、保健人材が慢性的に不足し、質の高い医療へのアクセスが限られている(51)。これらの地域では、日本の保健システムそのものが抱える大きな問題、すなわち、人口の高齢化、生活習慣病の増大、質の高い医療サービスへのアクセスの欠如、そして保健人材の不足、が震災以降増大している。これは、日本全体の未来を予兆するシナリオを示している。東北地方における保健システムの復興は、我が国の保健システムの将来的な改革の試金石になる。東北地方の保健医療制度を立て直すことは、日本の保健医療制度を人間の安全保障という考え方に基づいて積極的な改革を行う機会になると筆者らは考えている。

第3は、保健医療の質を改善することである。医療の質を高めるための制度設計とインセンティブが日本には欠けている(52)。専門医認定制度はまだ成熟しきっておらず、制度的には依然として医師は自分が望む専門分野を自由に標榜し診療することができる。医療ニーズに基づいて国レベルで専門医の必要養成数を定めたり、専門医として要求される経験水準を満たすために必要な人的・物的資源も十分確保されていない

(17)。各専門医認定学会は日本専門医制評価・認定機構に所属しているが(53)、同機構には、割当人数を設定したり認定要件を標準化したりする権限はない。すべての専門医認定学会はまず、日本胸部外科学会やいくつかの他の専門学会のように、専門医の必要数を設定し質を評価するための臨床データベースを構築することから始めるべきである(54)。

割当人数が設定されていないため、あま

りにも多くの専門医が養成される事態に至っている。しかし、専門医としてのキャリアを継続し選択する医師はわずかであり、残りの医師は家庭医としての正式な研修を受けないまま総合診療に従事している。日本では、プライマリ・ケア科や総合診療科がある大学医学部がほとんどないため、総合診療は専門分野として確立していない。それこそが、日本の保健システムにおいてプライマリ・ケアの継続性と総合性が不十分なままであることの根本的理由となっている(11)。このような医師の養成と診療のミスマッチに対応するためには、大学医学部における教育制度を長期的視野に立って見直す必要がある。たとえば専門医向けの総合診療再研修プログラムを、卒後研修教育制度に取り入れることなどが求められるだろう(55, 56)。そうしたプログラムでは、患者とのコミュニケーションスキル、チーム医療のマネジメント技術、そして地域の保健アウトカムに対して明確な責任を果たせるように地域医療資源を調整する技能などを重視すべきである。

専門医やその他必要な医療資源を効果的に配分するためには、医療従事者、地方自治体、市民で構成される地域医療計画策定委員会を設置すべきである。また、医療機関の診療の質をモニターするためには、国の病院情報システムから、病院からの提出が義務付けられている情報を自動的にダウンロードできるようにして活用すべきである。そうしたモニタリングによって、医療機関の間で医療の質を高める競争が誘発されるだろう。診断群別支払い制度に参加している病院ではそうした報告制度が存在し、効果的な病院のモニタリング制度を創設す