

福祉サービスでカバーされることとなった。

保険料は所得比例である。保険の運営責任者は国であるが、実際の運用は短期医療費保険の各保険者が行う。

【医療サービス提供体制】

(1) GP システム

オランダの医療サービス提供システムであるが、それは GP システムによって特徴づけられる。すなわち、一般的なルールとして患者はまず自分が登録している一般医 (GP) を受診する。患者は救急医療などを除いて GP の紹介状なしに病院及びそこで働く専門医を受診することはできない (これを Gate keeping と呼ぶ)。GP による Gate keeping は非常によく機能しており、GP を受診した場合、96%の患者は GP による医療サービスのみで完結し、4%の患者のみが二次医療 (病院や専門医) に紹介される状況となっている。夜間や週末、祝祭日の GP サービスは GP の共同診療所 (GP post; わが国の医師会による休日夜間診療所のようなもの ; 2009 年現在で全国に 131 か所) によって提供される。このように GP post は救急医療に関する病院の救急部門の負荷を軽減する役割も担っている。

GP への登録は家族単位で行われる。1 人の GP は平均 2300 人の登録患者を持っている。ほぼ 100%の国民が 15 分以内にかかることにできる場所で開業している GP に登録しており、予約後おおむね 2 日以内に受診できている。患者による GP の選択は自由であるが、患者を多く持っている場合、あるいは患者が診療所から非常に離れた場所に住んでいる場合、GP は患者登録を拒否することができる。オランダ国民は年間平均で 5.4 回 GP を受診しており、特に高齢者でその受診回数が多くなっている (図表 2)。なお、GP の提供する医療の質を保障するためにオランダ一般医協会は 85 の主訴に関する診療ガイドラインを作成している。

GP に対する報酬の支払方式是 3 つの方式が組み合わされている (図表 3)。具体的には登録した医師に人頭制で支払われる定額部分、時間内の診察ごとに支払われる出来高部分、そして時間外の診療に時間単位で支払われる出来高部分である。以上は、国レベルで医療ケア機構 (NZa) が設定する単一の報酬である。この診療報酬は上限額とされており、保険者と GP との間の契約によって自由に価格が設定できることになっている。ただし、1 保険者のみがこれを適用しているだけで、他はまだ交渉による報酬決定の仕組みは採用していない。なお、GP 制度がオランダの医療ネットワークの中核であるという認識から、病院医療で設定されている免責制度は GP 受診に対しては適用されない。

医療システムへの市場主義的枠組みの導入実験としては 2007 年からプライマリケアにおける疾病管理 (Disease management) の取り組みも行われている。具体的には糖尿病、慢性閉塞性呼吸器疾患 (COPD)、心血管リスクなどに対して 1 患者年間 250~475€ で人頭制で管理するという枠組みが導入されている。この試みでは併存症については別途出来

高で支払いが行われるために、医療費の節約効果はないのではないかという批判もあったが、オランダ政府はその一般化を決定し、現在約 100 の GP グループがこの仕組みに参加している。

(2) 病院医療

病院医療は専門医によって担われている。専門医は雇用関係あるいはパートナーシップと呼ばれる契約により病院施設のみを利用する形態のいずれかの立場を取っている。オランダの病院は大きく以下の 6 つの種類に分類される。

- ・ 一般病院
- ・ 大学病院
- ・ 専門病院
- ・ 独立治療センター (ZBC)
- ・ 高度医療センター
- ・ 外傷センター

2009 年現在で、オランダには 93 の経営体が存在し、これらの組織が 141 の病院と 52 の病院附属外来クリニックを運営している。大学病院は 8 か所で、ほとんどの高度医療センターや外傷センターは大学病院に併設されている。ZBC は緊急性の低い急性期疾患に対して 24 時間以内の入院治療を行う組織であり、全国に約 120 か所設立されている。ZBC だけでなく、一般病院においてもオランダは 1 日入院の割合が全急性期入院の 46% (2009 年) と非常に高くなっている。1994 年から 2004 年の間に日帰り手術件数が 2 倍となっており、これにより平均在院日数が約 30% 低下している。

病院医療サービス (外来も含む) の支払いは、オランダ版 DRG である DBC を基に PPS 方式 (Prospective Payment System : 1 件あたり包括支払い) で行われている。DBC による支払いは医療ケア機構 (NZa) が設定する単一の報酬による部分 DBC-A と保険者と個別医療機関の交渉によって決まる部分 DBC-B から構成されている。DBC-B については、DBC ごとに国レベルの参照価格が設定されており、保険者と各施設はそれを参考に価格交渉を行う。この仕組みが導入された 2005 年は DBC-B は治療件数の 7% に過ぎなかったが、2009 年には 34% となっている。ZBC とそれ以外の施設との比較では、ZBC における DBC-B の価格は約 20% 低くなっている。このように国は医療サービスの費用対効果を向上させるために、DBC-B による競争促進を図ろうとしている。他方、DBC-A による病院への支払いは機能的総括予算制という仕組みで行われている。すなわち各病院は DBC-A の対象疾患の医療費について予算制で保険者から支払いを受け、年度末に DBC-A の実績との差額調整を行う仕組みとなっている。この方式は病院の効率化へのインセンティブを阻害するとして廃止が検討されたが、病院側の強い反対もあり、現在もこの方式が維持されている。

市場主義的なシステムとしては、保険者が被保険者がかかることができる医療機関を規制する Preferred provider model も一部の保険者で導入されている。ただし、このシス

テムは、被保険者が保険者が指定する病院で治療を受けた場合、法定免責額 165€を半額にするという緩やかなものであり、アメリカのような厳格な PPO とはなっていない。

病院医師への支払いは DBC に基づく出来高払い制が基本となっている。各 DBC には医師の労働時間が設定されており、医師はこの時間の合計に時給を掛けた額を報酬として受け取る。時給は専門医によって異なるが€132.50±6 となっている。この時給については基準報酬決定委員会 (CNU) の調査結果に基づき、NZa が設定する。

(3) 医療計画

従来、病院は 1982 年に施行された地域医療計画により、施設及び病院病床数は規制を受けていた。その基礎となっていたのは病院施設法であり、国レベルの病院施設委員会が、人口当たりの病床数、専門医の数 (施設種別、診療科別) などについて、受療率などから求められるニーズ、各医療施設の機能と相互関係 (診療圏を含む) などを基礎情報として、各地域の個別的な条件も勘案した上で必要病床数を推計するガイドラインが作成されていた。

しかし、この地域医療計画については、それが施設間の競争を阻害しているとの観点から 2006 年の制度改革に伴い廃止され、現在は資本部分への投資の自由化が導入されている。また、資本部分への投資費用は診療報酬に含まれているという認識のもと、公的な補助は原則として行われない (かつては、投資費用は政府の補助によって行われていた)。なお、施設の稼働状況及びそれを用いたサービスの質については、5 年おきに政府が評価をし、その結果を公表する体制となっている。

(4) 薬剤

原則として医薬分業が確立しているが、農村部では医師による薬剤提供も行われている。2007 年現在で約 1900 の薬局があり、全体の 92% の処方が行われている。現在、約 3 分の 1 の薬局がチェーン薬局であり、その事業主体としては医薬品卸会社が大部分を占めている。薬局のチェーン化は 1998 年及び 1999 年に行われた制度改革により、薬剤師以外も薬局を開設できるよう規制緩和が行われたことによる。この結果、小規模薬局がチェーン薬局に取り込まれる形で、薬局の集約化が進んでいる。また、最近の動向として地域の薬局と GP が緩やかなネットワーク (FTO) を形成して、医薬品の適正利用と患者への情報提供を促進する試みも展開されている。現在、全国で約 800 の FTO が組織されており、オランダ医薬品適正利用機構 (DGV) が小冊子やパンフレットの作成を通じてその活動を支援している。

薬剤に関しては医師の処方した薬剤について出来高払いで保険者から薬局に支払われる。また、患者・医師の同意があればジェネリック薬に代替処方可能である。薬剤の価格には参照価格制が導入されているが、医師が特定の薬剤使用が医学的に適切であるとの意見書を付けた場合、参照価格以上の医薬品も保険診療ですべてカバーされる。

医薬品支出を抑制するため、2006 年の健康保険法により、各保険者は償還対象処方箋リストを作成することが認められた。もし、患者がリストにない薬剤を使用した場合、保険者はそれに対

する支払いを行わない仕組みとなっている。これにより 2008 年には対象となった薬剤について 348 百万€の抑制効果があったとされている。ただし、リストに掲げられた薬効の医薬品以外にはこの規制が働かないため、全体としては前年比で 1-2%の医薬品支出の増加が認められている。

(5) 代替政策

代替政策 Substitution とは、入院医療から外来医療へ、専門医の診療からプライマリケアへ、医師によるプライマリケアから看護職によるプライマリケアへ、長期療養型医療施設から福祉施設、そして在宅ケアへというように、サービスの質を落とすことなく、より費用効果的なサービスに利用者を誘導していこうというプログラムである。オランダはこの代替政策を積極的に推進している。2007 年の制度改正により、ナースプラクティショナーが行えるプライマリケア業務が拡大され、医師の診断があれば慢性閉塞性呼吸器疾患 (COPD) や糖尿病、心血管系リスクに対して医薬品の処方ができるようになっている。

また、従来、開業理学療法士による施療は医師の処方箋が必要であったが、現在は患者が直接開業理学療法士にかかることが可能になっている。ただし、実際には 3 分の 2 の患者は GP からの紹介となっている。

以上のようにオランダでは、アメリカでその概念が最初に提案された「管理競争」が制度化され、そして実際に前に進んでいる。こうしたオランダの状況は他の先進国の政策担当者への大きな関心を集めている。その進捗状況は「半分達成され、まだ半分は未達成である」と評価されており、将来の成功の鍵は「医療活動及び医療の質の可視化」にあると考えられている。このためオランダでは医療の質評価事業が精力的に進められており、例えば消費者団体による臨床指標の公開が行われている。<http://www.kiesbeter.nl> がその代表的なものであり、政府の支援を受けて病院、診療所、介護事業所、保険者に関する品質情報の公開及び指標の解説を行っている。図表 4 はその一部を示したものであるが、このような情報が国民に広く開示されていることが重要である。

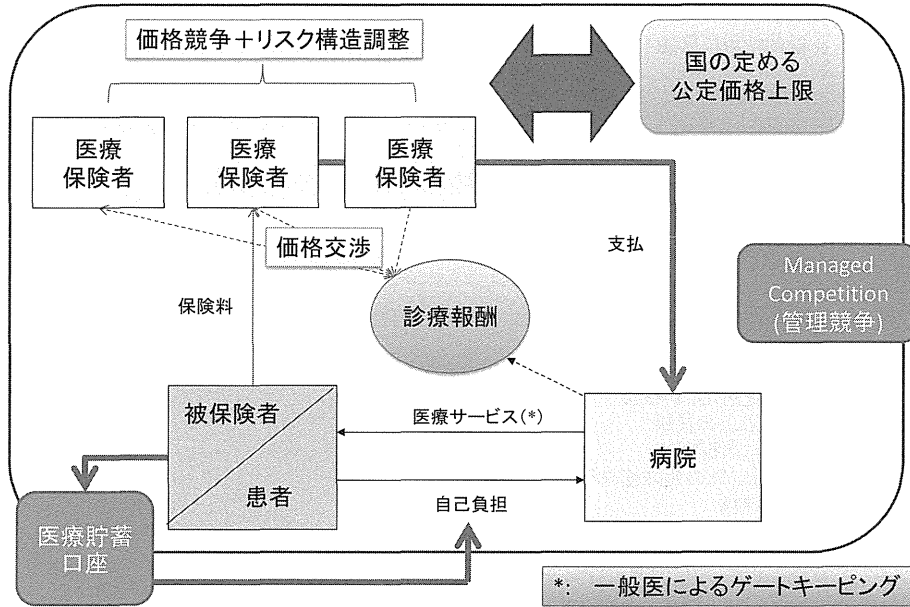
これからの高齢社会に適応するためには医療提供体制の改革が不可欠であり、その基本となるのは医療情報の標準化と透明化 (= 可視化) である。それなしにはいかなる改革もその効果を評価することができないし、また望ましい方向に進むこともできない。オランダにおける医療制度改革の展開過程は、まさにこの医療情報の可視化であり、それがあつてはじめて管理競争や疾病管理のプログラムが成立しているのである。

管理競争の枠組みがオランダにおいて、今後うまく進行するのか、現時点では評価は難しい。その基礎となる DBC についても、分類の見直し作業が進んでおり、仕組みが複雑化することで、間接コストが上昇してしまうリスクもある。また、オランダ国民がこのような管理競争を本当に受け入れているかについても、今後検証が必要である。

参考文献

- 1) Ham C ed. (1997): Health care reform: learning from international experience. Buckingham, Open University Press.
- 2) DoH (1999): Saving lives Our healthier nation, 1999.
- 3) Enthoven MC (1986): Managed competition in health care and the unfinished agenda, Health Care Financ Rev, Spec No: 105-109.
- 4) Schafer W, Kroneman M, Boerma W et al (2010): Health Systems in Transition The Netherlands, European Observatory on health systems and policies.
- 5) Schut F and van de Ven W (2011): Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? Health Economics, Policy and Law Vol.6: 109-123.
- 6) Schut F and van de Ven W (2011): Health care reform in the Netherlands: the fairest of all, J. Health Serv Res Policy Vol.16(1): 3-4.
- 7) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005): Primary Health Care in the Netherlands.
- 8) <http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/ziekenhuizen/detail/universitair-medisch-centrum-utrecht-locatie-azu/> (平成 24 年 3 月 20 日アクセス)
- 9) 長坂寿久: オランダモデル - 制度疲労なき成熟社会 -、東京: 日本経済新聞社、2000.
- 10) 水島治郎: 反転する福祉国家 オランダモデルの光と影、東京: 岩波書店、2012.
- 11) 田中浩 (編): EU を考える、東京: 未来社、2011.

図表1 オランダにおける医療制度改革



図表2 年齢階級別にみたGPへの年間平均受診回数

年齢階級	男性	女性	男女合計
0-4歳	3.2	3.0	3.1
5-14歳	2.2	2.2	2.2
15-24歳	2.0	4.2	3.1
25-44歳	2.7	5.1	3.9
45-64歳	5.3	7.3	6.3
65-74歳	9.1	11.0	10.1
75歳以上	13.9	16.0	15.2
全年齢階級	4.3	6.4	5.4

出典: NIVEL 2008
電話による診察を含む

図表3 GPの報酬体系

人頭制部分	
一般的地域に居住する住民一人あたりの報酬	
・ 65歳未満住民	13.00 €
・ 65歳以上75歳未満住民	14.70 €
・ 75歳以上住民	15.40 €
過疎地域に居住する住民一人あたりの報酬	
・ 65歳未満住民	14.70 €
・ 65歳以上75歳未満住民	16.50 €
・ 75歳以上住民	17.20 €
出来高部分	
・ 20分を超えない診察	9.00 €
・ 20分以上の診察	18.00 €
・ 20分を超えない往診	13.50 €
・ 20分以上の往診	22.50 €
・ 電話による診察	4.50 €
・ 2回目以降の処方箋発行	4.50 €
・ 予防接種	4.50 €
・ e-mailによる診察	4.50 €
・ GP post での時間外勤務(1時間当たり)	50.20 €

図表4 オランダにおける医療評価事業の例

ユトレヒト大学病院の評価		凡例
		Legenda Beter dan gemiddeld ★★☆ 平均より悪い Gemiddeld ★☆☆ 平均 Slechter dan gemiddeld ★☆☆ 平均以上
Klantervaringen 2009		
Bereikbaarheid ziekenhuis	病院へのアクセス	★★☆
Ontvangst op de afdeling	総合受付の対応	★★☆
Inhoud opnamegesprek	各部門受付の対応	★★★
Communicatie met verpleegkundigen	看護師とのコミュニケーション	★★☆
Communicatie met artsen	医師とのコミュニケーション	★★☆
Tegenspraak informatie door zorgverleners	医療従事者からの情報の矛盾	★★☆
Kamer en verblijf	部屋	★★☆
Eigen inbreng	料金	★★★
Uitleg bij behandeling	治療に対する説明	★★☆
Pijnbeleid	疼痛処置	★★☆
Communicatie rond medicatie	医薬品に対する説明	★★☆
Gevoel van veiligheid	安心感	★★☆
Informatie bij ontslag	退院時の情報提供	★★★
Bron: Miazus Gemeten in het jaar: 2009 Laatste update: 28 september 2011		

出典: <http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/ziekenhuizen/detail/universitair-medisch-centrum-utrecht-locatie-azu/>

IV. フランスとオランダの医療政策決定過程

1. フランスの医療性格決定過程

フランスにおける医療政策決定過程の特徴を一言で表現するとすれば、行政府の立法府に対する優越を所与としたエリート官僚による中央集権的な政策決定にあると結論できる。国立行政学院 ENA の卒業生を中心とする政府中枢のエリートが政府提案法案を作成し、それが法制化された後、あるいは法制化前の段階ではオルドナンスにより、実際の政策として展開されていく。しかし、「parole の国」フランスにおいて中央政府による新しい政策が素直に受け入れられるはずもなく、職能組合や労働組合の反対などにより、あるいは「oui, mais わかったわ、でもね…」を特徴とするフランス国民の冷ややかな反応の中で、その多くが休眠状態になり、さらには捨てられていく。また、フランスは「理念の国」でもある。労働組合の活動に典型的に現れるように、少数の知的エリートが、その本当の思惑はともかくとして、連帯や友愛、あるいは合理的であること、民主的であることを旗印に新しい改革提案を行っていく。この方向性における最近の新しい試みは保健民主主義 (Démocratie sanitaire) の理想の基での、全国健康目標 (Programme Nationale de la Santé: PNS) 及び地方健康目標 (Programme Régionale de la Santé: PRS) の策定に見ることができる。本節では、フランスにおける医療政策決定過程として、エリートによる中央集権的政策決定過程と保健民主主義に基づく政策決定過程の2つの現状について説明する。

1) 中央集権的医療政策決定過程

フランスにおける保健医療福祉行政は強い中央集権体制と、地方分権化という、相矛盾した特徴をもっている。すでに説明したように、フランスにおいては行政府が立法府に対して優位な状況があり、法の制定に関しても政府提案法案が議員提出法案に比較して優位な状況がある。従って、多くの場合、保健医療福祉行政の基本的内容は保健担当省の官僚と大臣官房スタッフによって決定される。スタッフのほとんどはフランス随一のエリート養成校である国立高等行政学院 (Ecole Nationale d' Administration: ENA) の卒業生 (Enarque) である。右派と左派との政権の交代により官僚及び大臣官房スタッフも入れ替わり、それぞれの政権の政治理念に沿った政策が具体化されていく。しかしながら、ENA やその他のエリート養成校 (例えば経済学や経営学におけるエリート養成校である国立鉱山学校 Ecole de Mine、理工系のエリート養成校である国立理工学校 Ecole polytechnique などがある) の卒業生は、政治理念を超えた密接なつながりがあり、その保健医療政策に関しては大きな差は無い。また、すでに述べたように左派の中道化が進み、またコアビタシオン (保革共存政権) があたりまえとなった今日の政局では、社会党と右派との政策に関する基本的な差異は無く、その意味でもエリート官僚による政策形成というのが、現在のフランスの現状である。政府は基本的政策を決定し、それを法制化した後、保健担当省の地方における出先機関である地方社会衛生局 DRASS 及び県社会衛生局 DDASS 及び地

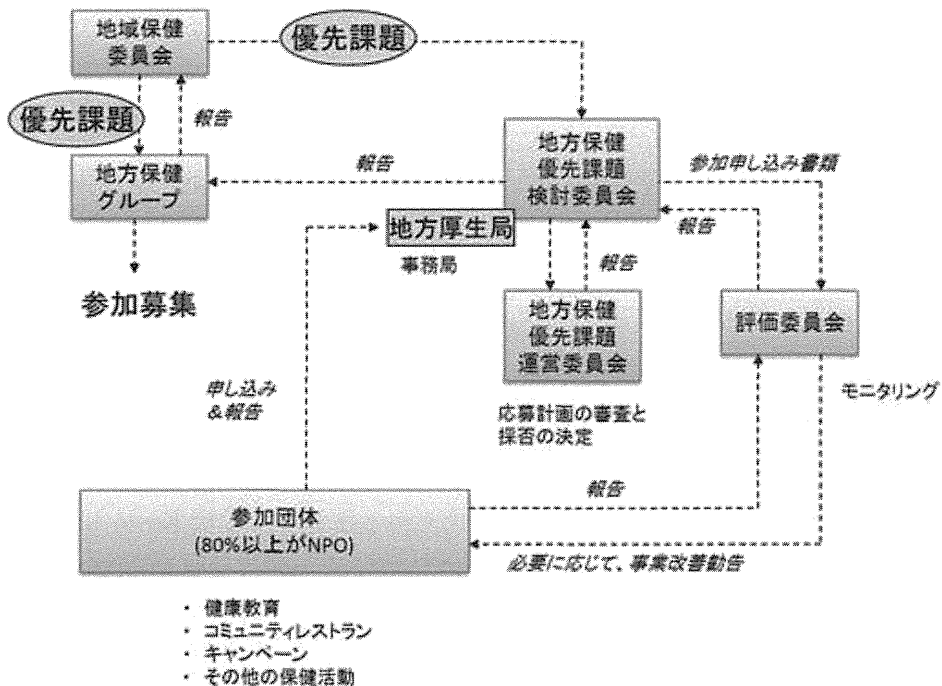
方医療庁 ARS を通して、実行に移していく。このような中央集権的な行政手法に関する、現場からの反対派当然ながら強く、多くの新しい政策が、法制化されたものの有名無実化し、廃止されるということが繰り返されている。

2) 保健民主主義と全国保健目標及び地方保健目標

現在に至るまで、フランスの医療制度改革の基本路線となっているジュペ計画であるが、それはジュペ首相のごく限られた側近を中心に起案され、それが公表される前日まで、保健担当省内部の者の多くが、その存在すら知らされていなかったというエピソードが残っている。近年、このようなエリート主導による中央集権的な政策決定手法が、有識者や議員などから厳しく批判されるようになった。このような状況を改善するために、シラク政権下で保健担当国務大臣を務めた Bernard Kuchnère などによって提案されているのが保健民主主義 *Démocratie sanitaire* という理念に基づく政策決定手法である。そして、それを具体化しているのが次に述べる地方公衆衛生計画である。

地方公衆衛生計画は 1996 年のオルドナンスによって地方政府に制定が義務付けられ、さらに 2004 年通達によってその枠組みが強化されているものである。内容としてはわが国の健康日本 21 の都道府県計画に近いものであるが、その展開過程はより実効性があり、わが国のそれとは大きく異なる。以下、PRSP の展開過程を図表 1 に基づいて説明しよう。

図表 1 フランスにおける保健民主主義と地域保健活動



地方には地方保健委員会 (Comité Régionale de la Santé Publique: CRSP) という組織が設置されている。この委員会は、行政職、保健医療職、住民及び患者代表、財界関係者、

保健医療施設の代表者、そして有識者の6つのカテゴリーのメンバーから構成されている。この委員会では各種のデータに基づいて当該地域における健康課題について検討され、取り組むべき優先課題（地方保健優先課題 *Priorité Régionale de la Santé: RPS*）が選定される。次いで策定された優先課題は住民に公表され、各優先課題に取り組む団体の募集が行われる。活動を行うことを希望する団体は所定の様式に活動領域とその計画及び予算などを記入し、当局に届け出る。届けられた書類は審査委員会で評価され、その意義と実効性が高いと評価されたプロジェクトに予算がつけられる。予算がついた団体は、複数年の活動計画を改めて作成し、当局がその実行状況をモニタリングするという仕組みになっている。

地域におけるこの公衆衛生活動実践の主たる団体となっているのが、*Association* と呼ばれる非営利団体である。同好会的な色彩が強く、設立手続きも書類提出のみの非常に簡単なものである。フランス全土で数十万組織が存在すると考えられているが公的な統計はない。活動領域は教育・訓練、健康・高齢者・家族・社会の活動、商業・経済活動・雇用・消費、住宅・生活・環境、漁・釣り、文化・観光・国際交流、若者・レジャー、スポーツ、多様な社会活動の9分野に分けられており、実に多彩で柔軟な組織である。

2. オランダの医療政策決定過程

1) ネオコーポラティズムの伝統

オランダにおける政治文化においては2つのことが重要である。第一のものは多くの少数派がいるということ、そして第二のものは自由である。これが何を意味するのかというと、オランダでは、社会における何かを決定する際に、多くの意見があり、またそれを表出することはまったくの自由であるということである。このためオランダにおいては絶対多数派というのはありえず、従って同意に基づく政策運営が重要となる。すなわちネオコーポラティズム的政策決定過程がオランダ政治における大きな特徴となっている。

第二次世界大戦後の保健セクターの拡大は、それに関連する助言者組織を成長させることになった。すなわち、初期の段階においては、まず雇用主団体、被用者団体、供給者団体がそれぞれの権益を確保するために、審議会に代表を送り込むと同時に、それぞれの立場を擁護するためのシンクタンク（研究会や研究所等）を創設した。1970年代以降になると、さらに種々の関係者が審議会に代表を送り込むようになった。こうした特定の団体の権益に直結した委員が審議会に参加することは、一方で、決定事項の確実な実行につながるという正の効果を持つと同時に、他方で関係者間の利害の調整に時間がかかり、必要な改革がなかなか行われれないという負の側面がある。さらに、このようなやり方は発言力の大きい組織の意向が採用される傾向があるために最善策に結びつき得ないという批判もあった。さらに、決定された政策に関して誰に最終的責任があるのかという点もあいまいになってしまい、このことが決定事項の実効性を低める結果にもなっていた。

多数の審議会における利害関係者間の総花的な合意に基づいて、1970年までの好調な貿易黒字の富を、オランダ政府はもっぱら国民に還元する政策をとったために、オランダはその当時世界で最も社会保障制度の充実した国となった。しかしながら1970年代の2回にわたるオイルショックのためにオランダは先進国の中でも、最も経済的な打撃を受けることとなった。それにもかかわらず、国民の賃上げへの圧力は弱まることなく、またインフレも昂進し、失業率は急速に増加した。手厚い社会保障給付は失業率の増大により、支出は増大する一方で、収入が減少するという悪循環に陥り、社会保障財源はさらに圧迫されることになった。このような状況にもかかわらず、国民は既得権としての社会保障制度の維持を主張し、経済復興と雇用拡大を妨げることとなった。これがいわゆる当時のOECDが指摘した「オランダ病」である。

特に1980年代になると、経済停滞を打破するために社会保障制度改革が必須の課題となり、一向に進まない改革議論に国民からの強い反対が示されるようになった。また、関係団体がそれぞれのシンクタンクで種々の研究をばらばらに行うようになった結果、当該問題に関して誰にも読まれない報告書が量産されることとなった。1988年のDekker委員会報告、1991年のFortuyn提案、1993年のDe Jong議会報告などが、相次いで多すぎる審議会と、審議会における決定過程の冗漫さを批判し、その改革を提言した。特にDe Jong議会報告は1千以上の審議会を具体的にリストアップし、各省庁の各政策領域における審議会をそれぞれ一つに絞ることを提案した。また、同報告では、各審議会を①各利益団体の利益の確保のためのもの、②行政の援助、③行政の監督の3機能ごとに区分され、今後必要なのは②の行政の補助に関する審議会のみであると結論した。議会もこの提案を受け入れ、まず議会における審議会の数をへらすことから着手した。これ以降、1990年代後半はドラスティックな審議会の改革が行われることになる。

医療政策の分野では40以上の審議会が5つの審議会に統合された。また、審議会の名称も「多種の人による話し合い」という意味を持つCouncilから「えり抜かれた人が話し合う場」という意味の有るCollegeに変更されている。すなわち、審議会の性格が「関係者の利害調整の場としての組織」から「特定の利害関係を持たない有識者による組織で調査研究機能も有し、政府、議会に対してさまざまな助言を与えるシンクタンクのような組織」へと大きく転換されたのである。このように特定の利害関係者を審議会から排除することで迅速な決定が可能になったが、一方で利害関係者、すなわち現場の関係者の意見を公聴する場が無くなったことによる弊害も報告されるようになってきている。すなわち、医師会などの政治的に強力な団体が非公式なルートを使って、保健担当省上層部に直接働きかけることで、影響力を強めているのに対し、そのような力の無い看護協会、介護協会などは、その意見や意向が政策に反映されにくくなっている。このように現行の体制は民主主義の視点から問題があり、オランダの国是である平等の原則からも反しているとして批判されている。さらに、多様な専門職団体からのコミットメントが得られない専門家の助言は、単に技術的な側面に留まることが多くなり、実効性が薄れているという批判もある。この

ような状況に対処するために、審議会による議会・政府への助言を 2 段階に分け、まず審議会でブループリントを作成した後、諮問期間を設けて、関係者の意見を聞くという方策が採られるようになってきている。

また、専門家集団による独断的な意思決定を避けるために、まず審議会がブループリントを作成し、一定の討議期間をおいた後に、最終的な政策決定をする仕組みが近年導入されている。

2) 社会実験

オランダは「数千の企画がある国」といわれる。とりあえず何かをおこなってみて、それに関するオープンな議論から解決策を探っていくというのが伝統的なスタイルである。すなわち、当面の問題への解決策をさぐりながら政策展開をしていくというプラグマティックなアプローチが特徴であるといえる (Pragmatism in Solution)。このような政策決定の具体的な手法となっているのが、社会実験である。例えば、人工妊娠中絶や安楽死における政策決定過程はその例であろう。各病院は 2-3 の新しい社会実験を常に行っており、その結果について互いに議論を行っている。そしてこのような社会実験の結果を受けて、政府は新しい制度を法制化していくというのが現在の政策決定過程である。Schrijvers 教授 (Utrecht 大学) によれば、オランダの伝統的政策決定手法である社会実験という経験を、専門家集団が評価して Evidence に昇華し、それをもとに政府が政策を決定していくというスタイルが、現在のオランダの政策決定方式であるという。

このような社会実験が可能である理由としては、3つの点が指摘できる。一つはオランダの法律の多くがフレーム法であり、その運用の詳細についてはかなりの自由が認められているために、関係者が法の枠組みの中で社会実験的な試みを行うことができることである。第二の点は保険者もサービス供給組織も、その多くが非営利・営利の民間組織であり、公的な規制はあるものの、比較的自由な運営が可能となっていることである。第三の点は保健医療福祉に関する政策研究者の豊富さである。今回、ヒアリングを行った社会医学研究者のほとんどが、国の政策決定に関する研究を精力的に行っており、この点はわが国の研究者も見習うべき点であると考えている。

3) エリートによる政策運営

これまで説明してきたように、オランダには歴史的に多様なグループが宗教や政治理念などを基に形成され、異なるグループ間の協議による政策の決定というスタイルが発展した。しかしながら、その一方で国レベルではエリートが全体の方向づけをしており、その枠内での合意形成システムであるという特徴も持っている。医療政策決定過程においてもこのような原則は当てはまり、実際の医療政策は最も強力なエリート集団である財務省が定めた方針の基、担当省 (保健福祉スポーツ省) が国レベルでの政策案を示し、その具体化を各種審議会が補助するというスタイルになっている。

しかし、近年はこうしたエリートによる運営が批判の対象となり、政治主導の政策運営

が目指されているが、それはポピュリズムに陥りやすいという欠点もあり、政策運営の継続性・合理性が失われていくのではないかという危惧も出されている。

V. 1970年代以降の欧州における医療制度改革の概要

1970年代後半以降、低迷する経済環境と高齢化の進展に直面した欧州諸国は、従来の福祉国家的政策の転換を余儀なくされ、過去20年以上にわたりさまざまな医療制度改革を行っている。イギリスの著名な医療経済学者であるHam（1997）は欧州における医療制度改革を3つの時期にわけて、それぞれの時期における目的と政策を図表1のように整理している。

図表1 欧州における近年の医療制度改革の動向

第一期		1970年代後半から1980年代
目標		マクロレベルでの医療費抑制
政策		病院の総枠予算制
		医療計画に病院建設及び高額医療機器の制限
		医師収入の抑制
		医師教育体制の再構築
		医学部定員の削減
		一般医の養成
第二期		1980年代後半から1990年代前半
目標	→	ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任
政策	→	市場主義的手法の導入
	→	マネジメント改革
	→	予算管理
第三期		1990年代
目標		医療サービスの合理化と優先度設定
政策		一般的公衆衛生活動・健康増進
		プライマリケアの重視
		マネージドケア
		医療技術評価
		EBM
出典: Ham C. (1997)		

経時的にその流れを見ると、1970年代の2度にわたるオイルショックを契機として生じた低経済成長下において、医療費増を制限するために、まず、1970年代後半から1980年代にかけて医療計画の制定や総額予算制といったマクロ的な抑制策が取られている。次いで1980年代後半から、医療における消費者主権的な考え方の台頭、個々の医療サービスレベルでの質や効率性への関心の高まりなどに対応するためにミクロレベルでの対策が取られるようになってきた。具体的にはガイドラインの策定やアウトカムに応じた支払い、そして市場原理主義の導入による競争の導入などが契約主義の原則のもとで試みられている。しかしながら、1990年前後の市場原理主義的改革は期待されたような医療サービスの効率化はもたらさず、その見直しが行われることとなった。そして、1990年代後半以降は、医療提供体制の合理化と優先度設定が政策目標となり、具体的にはマネージドケア的な枠組みの導入やプライマリケアの重視、一般医によるゲートキーピングの導入などが行われる

ようになってきている。

EUの影響。マーストリヒト条約に基づく赤字制限→財政支出のコントロール。医療を含む社会保障がそのターゲットとなった。

政権の中道化。雇用計画のグローバル化。

これらの対策の多くは現在わが国でその導入が検討されているものである。したがって、欧州における一連の医療制度改革の概要を知ることは、現在のわが国における医療制度改革に関する議論を検討する上で参考になるとと思われる。例えば、近年、わが国においても強調されている市場原理主義的手法の導入が、欧州では必ずしも成功してはいない点、イギリスのビッグバンの手法の行き詰まりやフランスにおける情報の標準化の遅れによる医療制度改革の一次的中断などの経緯は、わが国の今後の医療制度改革を議論する上で参考になると考えられる。

欧州における医療制度改革のキーワードとして、本研究では市場原理主義的手法の導入、分権化、代替政策、患者の権利、健康増進を中心とした公衆衛生活動の推進、そして質の保証を取り上げ、この視点からフランス、オランダ、イギリス各国の医療制度改革の流れを分析し、その上で書く手法の日本への応用可能性を検討する。

1. 市場原理主義の導入

市場原理主義の導入は医療サービスの価格を支払い側と診療側の個別交渉にゆだねてその効率化を図ろうというものである。1989年のイギリス・サッチャー政権による内部市場の導入は欧米のマスコミにセンセーショナルに書きたてられ、あたかも医療制度改革の切り札であるかのように取り上げられた。しかしながら、市場原理主義原則の導入は、国による規制か市場原理主義化という二者択一的なものではなく、多くの国は質の管理や支払方式、あるいは国・サービス提供者・支払い者の関係などに、それぞれの国の状況にあわせて部分的に市場原理主義的手法を取り入れているというレベルにとどまっている。

また、社会連帯を基礎理念とするヨーロッパ諸国において市場原理主義的手法の導入は、社会保障の社会における位置づけに関する理念的なジレンマと、運営上のジレンマという2つの問題をもたらした（WHO Regional office for Europe. 1997）。第一の側面に関して言えば、ヨーロッパの社会保障における実務者及び識者にとって社会保障は公共財であり、それを市場において自由に売買される私的な財とみなすことには強い抵抗があった。また、技術的な問題としては、サービスの提供者でありかつ決定者でもある医師の存在、及びセクター間での補助が行われる医療システムを伝統的な市場経済学的手法で分析することの困難性があった。さらに、市場原理主義に関しては、社会的弱者が利用しにくい医療環境をもたらすこと、社会保障に関する国の責任をあいまいにするとする批判もあった。

また、市場原理主義的な仕組みを導入したとしても、実際には民間資本による無秩序な保険運用を防止するために、政府による監督は従来以上に厳しいものになることが明らか

となっている。すなわち、従来の *command & control* という直接的な関与ではなく、システムの監督者としての政府の役割が増大したのである。そして、そのようなコントロールが十分に行われるためには、医療活動の内容を透明化するための適切な情報システムが必要であり、これが 1990 年代以降の、各国における医療情報システム構築への努力につながっていく。

ところで、市場原理主義的手法の導入は、はたしてイギリス政府が期待していたような競争を喚起し、医療サービスの効率化をもたらしたのだろうか。この点については、肯定的な意見は少ない (Klein, 1995)。同じく、市場原理主義的競争原理の社会保険制度への導入を試みているオランダにおいては、情報化の進展や入院待ち期間の減少など正の効果が報告される一方で、事務コストの増大や保険者による巧妙な加入者選択など負の影響を指摘する意見もある (van de Ven R., 1997)。オランダのこうした改革は「半分達成され、まだ半分は未達成である」というのが現状であろう (Schut F and van de Ven W, 2011)。従って、現時点では、市場原理的手法の効果について判断することは難しいと思われる。今後、同手法の導入に積極的なオランダやドイツの動向、さらにはキャメロン政権下で市場原理主義的な改革にあらためて取り組もうとしているイギリスの動向を注視していく必要がある。ただし、経済的インセンティブをベースとする市場原理主義的な競争を導入するまでもなく、標準的な情報さえ公開すれば患者による選択という形で質及び効率性の競争は進みます。その意味で、医療界に無理に市場原理を持ち込む必要はないと筆者は考えている。

2. 分権化

分権化のメリットとしては、サービス提供の効率性向上、ニーズに応じたサービス提供、自治体による医療政策における優先度設定、健康における不平等の克服が可能になることなどがあげられる。このような分権化への志向は 1980 年代以降のヨーロッパの多くの国で広がった、官僚主義的かつ意思決定の遅い中央政府への幻滅に呼応するものであった。

Borgenhammer (1993) は分権化を行政の分権化 *Deconcentration*、政治の分権化 *Devolution*、業務の分権化 *Delegation*、民営化 *Privatization* の 4 つに区分している。例えば、地方レベルで病院医療を統括する地方病院庁を設立し、それによる病院予算の配分を行っているフランスは行政の分権化の例であり、国ではなく県議会 (*Lansting*) が医療行政を行っているスウェーデンなどの北欧諸国は政治の分権化の例となる。そして、サービス提供者と支払者の分離を行った上で、CCG が、トラスト病院のサービスを購入するという内部市場の仕組みを導入したイギリスは行政の分権化と業務の分権化 (委任) を行った国の例である。

民営化は NHS 的な枠組みの国においては分権化の極端な例とみなされている。多くの場合、これらは給食やリネンなどの医療の周辺部分に限られてきた。しかしながら、オランダの改革過程では従来非営利組織によって提供されていた在宅ケアサービスを、個人予算

(personal budget) との組み合わせで営利民間組織から利用者が購入するという民営化が進められている。これはキャメロン政権下で NHS のサービス提供でも行われている。

しかしながら、民営化については、サービス提供主体における利益確保が優先されるために、ハイリスク者の除外、合併による規模の拡大とそれに伴う集権化などが弊害として起こり得る。

分権化は、それをうまく行えば制度運営の柔軟性、効率性、革新性、分権化された現場におけるモラルの向上などの効果が期待される手法であり、実際、イギリスやフランスではその正の効果が観察されている。しかしながら、その一方で国全体としての制度の整合性や質の確保あるいは統制力などに問題が生じる可能性もある。例えば、オランダでは医療介護サービスの内容に近年大きな地域差が生じてきている。

医療政策の基本的枠組みや医療資源の配分、安全や公平性にかかわる規定、そして政策の運用状況に関する情報収集とその分析は国の責任として残すことが、分権化の長所を發揮させるためには必要であることをこの例は示している。現在、わが国においても医療費の適正化を都道府県の責任において行おうという動きがあるが、ヨーロッパにおける分権化の過程について批判的に検証し、それを参考にすることが必要であろう。特に分権化された医療行政を地方で担う人材の育成をどのように行うかが課題であると考ええる。

3 代替政策

代替政策 **Substitution** とは、入院医療から外来医療へ、専門医の診療からプライマリケアへ、医師によるプライマリケアから看護職によるプライマリケアへ、長期療養型医療施設から福祉施設、そして在宅ケアへというように、サービスの質を落とすことなく、より費用効果的なサービスに利用者を誘導していこうというプログラムである。

この代替政策という用語は、医療費の抑制と医療システムの効率化を目標として組織されたオランダの **Decker** 委員会報告で初めて使用されたものである (**Dekker, W, 1987**)。そして、オランダではこの報告の後、多くの社会実験が地域で行われ、例えば、長期療養型医療施設入居者のナーシングホームへの誘導などが行われてきている。また、スウェーデンでは急性期を過ぎた高齢患者の入院費用を従来の県の負担から、福祉サービスを担当している市町村の責任とすることで、経済的インセンティブにより医療から福祉への代替を推進している。

さらに、イギリスでは **PCT** (現在は **CCG**) が、コミュニティケアについても予算管理を行うようになり、治療から予防、あるいは医療から福祉への代替を促進することが図られている。代替政策は現場における権限のバランスを変更することを意味するため、それに対する抵抗も大きいものとなる。例えば、フランスでは **Filière des soins** というゲートキーパーシステムを社会実験として行ったことがある。このシステムは専門医や病院にかかる際に必ず登録した一般医を受診する義務が設けられていた。しかしながら、このように一般医の権限が強まることに対して専門医から強い反対が出て、結果としてこのシステム

は一般化されるに至らなかった。

このような代替政策の推進の過程で、最近のヨーロッパにおいては医療サービス提供の場としての病院機能の見直しが生じている。すなわち、外科治療に代わり得る薬物治療の発達や外来外科の進歩により、必ずしも入院を必要としない症例が増加しており、また内視鏡手術など侵襲の少ない治療の普及による在院日数の減少が進んでいる。具体的な例として、オランダにおいて従来の病院に代わる施設として独立治療センター（ZBC）が設立されている。

さらにフランスでは在宅入院という概念が提唱され、保険診療に取り込まれている。これは患者の居宅を病院病床と同様に扱い、病院の在宅医療チームが患者の居宅に赴き化学療法や難治性じょくそうの治療を行うというものです。これは病院医療の代替政策としての「在宅ケア」である。

4 住民参加、患者の権利及びエンパワーメント

医療に関する政策決定における住民参加は、医療政策の民主化という点から、いくつかの欧州諸国において取り組まれてきている。最も直接的な住民参加の仕組みを持っている国はフィンランドで、住民の直接選挙によって選ばれた市町村協議会 *municipal council* が医療政策に関する決定権を持つしくみとなっている。このような仕組みはスウェーデンやノルウェーなど他の北欧諸国も同様である。イギリスも地区評議会が地方レベルで組織されているが、そのメンバーは政府によって任命され、住民参加による政策決定という形式にはなっていない。

政策決定に関して住民の意見を聴取する仕組みはいろいろな国で広く行われている。例えば、イギリスにおいては、政府がまずグリーンペーパーを出した後、一定期間、国民の意見を求め、それを踏まえた上でホワイトペーパーを出すという手続きをとっている。

このような住民の意見を求める点において最も徹底的な運用を行っているのはオランダである。1990年に公的保険が給付すべき基本的サービスを検討するために設置された *Dunning* 委員会はケアの必要性、効果、効率性そして個人の責任という4つの基準をもとに、個々の医療行為を評価し、その結果を国民に公開した。そして、国民の過半数を巻き込んだ数年にわたる公聴会を開いた後、公的保険の給付すべきサービスの内容が決定されている (*Dunning, A., 1992*)。

次に患者の権利であるが、これは近年における欧州の医療制度改革において共通の課題となっている。しかしながら、そのアプローチの方法には、それぞれの国でかなりの違いがある。まず、イギリスの場合、患者の権利及びサービスの質に関する基準を設定しているが、これはあくまで指針であり、法的にどのように適用するかは明示していない。

一方、フィンランドやオランダではより直接的ないし包括的な患者の権利に関する政策となっている。例えば、フィンランドは1993年に患者の権利法を制定し、各病院に患者のためのオンブズマンを置くことを定めている。また、オランダも1995年に患者の権利に関

する法律を制定し、その中でインフォームドコンセント、診療情報へのアクセス権と開示、診療録の保管方法と期間、患者のプライバシー、未成年者及び判断能力に障害のある成人の権利擁護などが包括的に記載されている。フランスも 2004 年の HPST 法において患者の権利を明記し、病院委員会への参加や医療安全に関する患者の権利などが強化されている。

患者による医療サービスの選択権の拡大も NHS 方式を採用している国においては患者の権利という視点から議論の対象となってきた。例えば、イギリスは一般医（GP）選択の自由化と GP を代理人として機能させることで専門医医療及び病院医療における選択の自由度を高めることを試みている。

患者の権利およびエンパワーメントに関するもう一つの大きな流れは、患者および国民への情報の提供である。例えば、24 時間体制の電話およびインターネットで国民に健康相談や情報の提供を行っているイギリスの NHS Direct やフランスの高等保健機構（HAS）による国民向けの診療ガイドラインの配布と病院の機能評価結果のオンラインでの公開、あるいは同じくフランスの疾病金庫による慢性疾患患者への情報提供と疾病管理サービスは、患者のエンパワーメントにより医療の質確保を推進していこうという試みである。

長い入院待ちの解消が課題となっているスウェーデンやイギリスでは病院別に対象疾患ごとの入院待ち期間がインターネットで公開されており、患者による病院選択の自由度を高める試みが行われている。また、イギリスやオランダでは医療の質指標も含めて、インターネットを用いた国民への情報提供が行われている。

患者のエンパワーメントに関しては、患者に十分な情報を提供することでセルフケア・セルフメディケーションを推進していこうというプログラムが進行している。このために治療的教育という概念が導入され、看護師や薬剤師がその主体として活動している。

5 健康増進及び予防

近年の欧州における医療制度改革の特徴として健康増進及び予防への関心の高まりがある。循環器病予防を目的として行われたフィンランドの North Karelia 計画の報告（Puska, P., et al., 1981）において、食生活や運動などの生活習慣における行動変容が健康度改善につながっていると言う明確な証拠が出されたことなどが根拠となって、フランス政府による肥満解消プログラム等、具体的な健康増進プログラムが各国で展開されつつある。また、今回調査を行ったいずれの国においても、アメリカで開発された疾病管理プログラム（Disease Management program）を参考に、慢性疾患の悪化防止を主目的とした疾病管理の手法が公的医療の中に取りこまれている。

6 質の保証

図表 1 に示したように 1980 年代後半から 1990 年代前半にかけて欧州における医療制度改革の目的はミクロレベルでの効率性の追求に代わって行った。そして、この検討の過程

で、医療サービス提供者との合理的な議論およびそれに基づくコンセンサスを得るために、必然的に医療の質の維持・向上が課題となり、そのための対策が推進されることとなった。また、この間の消費者主権的考え方の広がり、国民の医療の質に対する関心を高めたことも重要である。

まず、この時期にイギリスやオランダ、あるいはフランスにおいて医療の技術評価のための公的組織が創設されている。例えば、イギリス NHS の NICE、あるいはフランスの医療評価開発機構 ANDEM（現在の高等保健機構 HAS）は文献レビューや専門家によるコンセンサスカンファレンスなどを用いて医療技術評価を行い、その結果に基づいて診療ガイドラインなどの策定を行ってきている。

ただし、このような医療技術評価については、イギリスの NICE を除くと必ずしも政策上の意思決定に用いられているわけではない。しかしながら、質の向上は WHO ヨーロッパ事務局の重点課題であり、最近では費用効果性よりも、むしろ治療の有効性に関しての患者への説明責任との関連で論じられる傾向にある。そして、このような動向の中で、医療サービスの質に関する認証プログラムが推進されており、フランス、オランダ、イギリスでは、同プログラムによる質の評価とその結果に基づく改善プログラムの実行が法的あるいは契約上の義務として規定されている。

以上のように、欧州では過去 20 年以上にわたり種々の医療制度改革の試みが行われてきた。ここで重要な点は、その国の医療制度の理念や文化に合わない改革やビッグバン的な改革はうまく行かないということである。管理競争的な枠組みがオランダで比較的受け入れられている理由は、おそらくオランダ社会が国民間の平等と公平を重視していること、及びカルバン教義的な伝統もあり合理性志向の文化が強いことと無縁ではないと思われる。

引用文献

- 1) Borgenhammer, E (1993) *At vårda liv: organization, etik, kvalitet*. Stockholm, SNS Förlag.
- 2) Calman, M., et al (1993) *Going private: why people pay for their care*. Buckingham, Open University Press.
- 3) Dekker, W. (1987) *Willingness to change*, The Hague, SDU.
- 4) Dunning, A (1992) *Choices in health care: a report by the government committee on choices in health care. Executive summary*. Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Culture.
- 5) Klein R (1995) *Le service national de sante (NHS) britannique et le consommateur*. In: *Les transformations des systemes de sante en Europe: Vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publiques?* (MIRE ed), Rennes, ENSP.