

連合総研  
ブックレット

**No.5**

2004年11月

現代福祉国家の再構築シリーズⅡ

**患者・国民のための医療改革**

JTUC-RIALS

(財)連合総合生活開発研究所

## はじめに

連合総研では、2002年度より『現代福祉国家の再構築』を中期的な研究課題に設定し、社会保障・福祉をめぐる政策・制度の現状分析、主要な政策的論点の整理、改革の方向性と内容について提言をおこなうシリーズ研究を進めています。

初年度は、先進諸国における年金制度の現状と課題に関する調査研究を行いましたので、本年度は、患者・国民のための医療改革を研究テーマに定め、「現代福祉国家再構築シリーズⅡ 患者・国民のための医療改革に関する研究委員会」を設置し、日本の医療システムの現状と課題、改革の方向等について、利用者の立場から調査研究・議論を重ねてきました。

日本の医療制度は、国民皆保険のもとアクセス性に優れ、技術水準が相応に高く、国民医療費も先進国のなかでは相対的に低く、全般的にはそれなりに良好なパフォーマンスを維持してきたといわれています。しかし、利用者である患者・国民サイドからみれば、度重なる医療費負担の引き上げにもかかわらず医療サービスの向上はいつこうに進まず、一方で医療事故・過誤が頻発し、医療提供体制への不安・不信は日増しに高まりつつあるというのが実態です。

折しも、わが国においてこれから医療改革の本格的な議論が始まろうとしています。患者・国民本位の医療制度改革を実現するにあたって本報告書をご活用いただければ幸いです。

最後に、本研究にご尽力をいただいた主査の山崎泰彦神奈川県立保健福祉大学教授をはじめ委員の方々、途中からにもかかわらず特別委員としてご参加いただきご執筆された大道久日本大学医学部教授・日本医療機能評価機構理事に、心より感謝申し上げます。また、今回の調査研究の過程では、勤労者を対象にした医療に関する意識調査や患者の権利と医療の安全に関する公開講演会、先進医療地域の現地視察なども行いましたが、こうした取り組みのなかでお世話になりました皆様方に、厚く御礼申し上げます。

2004年11月

財団法人 連合総合生活開発研究所  
所 長 中名生 隆

「現代福祉国家の再構築シリーズⅡ 患者・国民のための医療改革」  
研究委員会構成と執筆分担

主査	山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学教授（総論、第9章）
委員	堀 真奈美	東海大学教養学部専任講師（第2章、第7章）
	北浦 正行	財団法人社会経済生産性本部社会労働部長 (第5章)
	小野田朝栄	健康保険組合経営研究会常任理事・事務局長（第8章）
	竹本 善次	福祉・社会保障総合研究所代表（第10章）
	木村 崇	自治労健康福祉局次長
	渡辺 克也	UIゼンセン同盟政策局
	福田 拓治	自動車総連企画総務部長
	花井 圭子	連合生活福祉局次長
	河村 雄三	連合生活福祉局部長
特別委員	大道 久	日本大学医学部教授 財団法人日本医療機能評価機構理事（第6章）
事務局	野口 敏也	連合総研専務理事（第1章、第4章）
	鈴木不二一	副所長
	佐川 英美	主任研究員（第3章）
	大網 裕美	研究員
	麻生 裕子	研究員

(役職は2004年9月現在)

# 目 次

提言 ー患者・国民のための医療改革を進めるためにー	1
総論 患者・国民本位の医療制度改革に向けて	7
1. はじめに	7
2. わが国の医療保障制度の特徴点	7
3. 患者・国民本位の良質で効率的な医療を普及・発展させるために	8
第1章 患者・国民が求めている医療とはなにか	11
1. 日本の医療は世界最高という神話	11
2. 日本の医療は効率的か	12
3. 日本の医療の質は高いのか	12
4. 思いのほか高い医療への不安感・不満感	14
5. つのる医療への不信	14
6. 患者・国民が求めている医療	15
第2章 医療に関する情報提供の現状とあり方	19
1. はじめに	19
2. 医療に関する情報の分類	19
3. 情報提供の実際	20
4. まとめ～政策的示唆	26
第3章 患者の「知る権利」「自己決定権」と立法	31
1. 患者の基本的権利	31
2. 患者の「自己決定権」と「知る権利」をめぐる流れと論点	34
3. 立法化への課題	38
4. 「患者の義務」	40

<b>第4章 医療事故の防止と被害者の救済</b>	45
はじめに	45
1. 定義	45
2. 医療事故はどのくらいあるか	46
3. 増える医療トラブル	47
4. 医療事故の原因	49
5. 医療事故の対処と予防	50
6. 医療事故と行政処分	52
7. 医療事故と刑事処分	54
8. 現行の医事紛争解決システム	55
9. 海外の裁判外処理方式	57
10. 新たな医療事故救済システムの構築	58
<b>第5章 医療従事者の確保と医療供給体制の課題</b>	61
1. はじめに—患者・国民が安心できる医療とは	61
2. 医療従事者は量的に十分確保されているか	62
3. 医療従事者養成の課題	75
4. 隙間のない医療提供体制の確立	80
<b>第6章 良質で効率的な医療の確立</b>	85
1. 科学の名に値する医療	85
2. 良質な医療を生み出す病院の組織	87
3. 先進的医療をどう取り入れるか	88
4. よい医療を評価する診療報酬のあり方	91
5. 医療の評価と課題	93
<b>第7章 医療費の適正化</b>	97
はじめに	97
1. 医療費は本当に高いのか～国民医療費の推移	98
2. なぜ、医療費の増大が問題なのか～保険財政との関係	99

3. 高齢化と医療費 .....	101
4. 医療費の増加要因 .....	105
5. 医療費の地域差 .....	106
6. 医療費の適正化 .....	109
<b>第8章 健康と生涯 .....</b>	<b>113</b>
1. 生活習慣病と友達にならないために .....	114
2. 健康づくり .....	116
3. 職場における健康づくり .....	118
4. 地域における健康づくり .....	122
5. 「元気なお年寄り」を増やす運動＝ピンピン・コロリを目指して＝ .....	123
<b>第9章 医療保険制度改革の視点：地域で医療と向き合う .....</b>	<b>125</b>
1. 改革の制約条件と方向性 .....	125
2. 医療サービスの特性と医療保険制度体系の在り方 .....	126
3. 医療保険の保険者機能の現状 .....	127
4. 介護保険にみる制度体系・保険者機能の先駆性 .....	128
5. 保険者の再編・統合と保険者機能の在り方 .....	131
<b>第10章 医療改革はどう進めるべきか－国民のための医療へ対立を超えて－ .....</b>	<b>133</b>
はじめに .....	133
1. 第2次臨時行政調査会と医療制度改革 .....	133
2. 社会保障構造改革と医療制度改革 .....	136
3. 21世紀の医療－対立を超えて－ .....	141
<b>付属資料 連合総研「医療に関する勤労者の意識調査」調査結果 .....</b>	<b>147</b>

# 提 言

## － 患者・国民のための医療改革を進めるために －

### 1. 透明性が確保された、安全かつ良質で効率的な医療制度の確立

これからの医療改革の目標は、国民皆保険を維持しながら、透明性の確保をはかりつつ、「安全で質の高い医療」を効率的に提供する制度の実現である。透明性の確保とは医療情報・診療情報の開示を前提とした開かれた医療の実現であり、医療従事者と患者の新しいパートナーシップの構築につながる。安全は医療に課せられている本質的な要請であり、開かれた医療の実現と医療従事者の資質の向上が不可欠である。良質すなわち質の高い医療とともに、患者にとっては「選択できる医療」「ヒューマンな医療」「地域的に公正な医療」が求められる。

なお医療の質は、技術的要素・医療提供者と患者との相互の信頼関係・医療提供の環境条件としての快適性の3要素から構成されるという考え方があり、病院機能評価はこのような視点から現実の病院組織のあるべき姿を体系化して評価しようとしている。このような評価方式の充実を図るとともに、優れた医療を提供する医療機関には経済的なインセンティブを付与するなど質の高い医療体制を実現していく施策が不可欠である。

### 2. EBM(根拠に基づいた医療)の積極推進と医療の標準化

EBMは、患者の持つ問題点を明確にし、必要な医療が何かを患者の客観的所見や文献等で検索し、個々の医療行為の妥当性や有効性を批判的に検証し、臨床疫学的にも真に有効である医療を行おうとするもので、良質で効率的な医療提供の意義と合理性を持った新しい医療方法である。良質な医療の提供には相応な資源が必要であり、有限の医療資源を効率的に投入するためにEBMを積極的に推進すべきである。

医療が保険システムによって提供されている限り、同じ病気で給付格差が生じることは避けられなければならない公正で標準的な医療が行われる必要がある。医療の標準化についてはいくつかの考え方があがるが、実際に実施されている医療の平均的な姿を標準的な医療ととらえ、その前後に分布している症例の分布幅を狭めていく方法が現実的であろう。この意味でクリティカル・パスの導入と普及は重要な課題である。また、第三者

評価を前提とした包括払い方式の導入も標準化を促進する適切かつ有効な施策である  
と考える。

### 3. 先進的・高度医療の適切な提供と「混合診療」への慎重な対応

近年の医学と医療技術の進歩は急速であり、今後もさらなる発展が見込まれている。  
これらの先進的医療は、有効であればあるほど広く普及させ国民が等しく享受すること  
が望まれる。しかし、これらの先進的医療の多くが高度の医療であり、その医療費負担  
も重い場合が多い。先進的医療をどのように保険診療に取り入れていくかは大きな課題  
であり、特定療養費制度は制度の趣旨をふまえて適宜その適用範囲を見直す必要がある。

なお、社会保険診療と保険外診療の併用を認める「混合診療」が、政府の規制改革・  
民間解放推進会議から提案され経済財政諮問会議で検討されている。「混合診療」には  
様々な形態が考えられ、特定療養費制度も混合診療の一種との見方もあるが、高度先進  
医療部分に対する特別料金を容認し負担能力のあるものだけしか利用できないような  
「混合診療」については、慎重に対応すべきである。

### 4. 患者の選択を支援する「代理人」制度と「地域医療情報センター(仮称)」の設置

情報提供の推進は、患者の主体的な選択を実現するための必要条件ではあるが、それ  
だけでは十分ではない。患者が、医師と同等の立場で情報を理解し医療に積極的に参加  
するために、主治医以外の第三者を「代理人」とする制度が必要である。この「代理人」  
については、初期医療に関してはかかりつけ医、専門医療についてはセカンド・オピニ  
オンを行う専門医が期待される。

併せて、地域内の医療機関や医師の情報の収集、分析、評価、結果の公開および治療  
方法や薬の副作用等、医学や医療知識に関する最新の情報提供などを行う「地域医療情  
報センター(仮称)」を設置し、患者が客観的で信頼できる情報を入手し、主体的な意志  
決定ができるシステムを構築することが求められる。

### 5. 患者の知る権利と自己決定権などを定めた「患者の権利法」の早期制定

患者が、医療従事者と対等なパートナーシップを築き、誰もが納得して最新で最高の  
医療を安全に受けられるようにするため、1) 平等な医療を受ける権利、2) 自己決定権、  
3) 知る権利、4) 最善の医療を受ける権利、5) 安全な医療を受ける権利、6) プライバシー

が守られる権利など患者の基本的権利を定めた「患者の権利法」を速やかに制定すべきである。患者の権利は、欧米先進国ではすでに法制化ないし憲章という形で社会的に確立されており、もはや議論の段階を超えて実践の段階に入っている。法的拘束力のないガイドライン方式ではなく直ちに立法化に着手すべきであると考えます。

なお、患者が自らの利益を守るために医療従事者と共同して医療に参加するという視点から、「患者の義務」について検討することも必要であろう。

## 6. 安全確保対策の強化と新たな医療事故救済システムの構築

近年、大きな病院で医療事故・医療ミスが続発しており、安全確保対策の強化は緊急で重要な課題である。臨床研修の充実と医療技術・医療機器の高度化に対応した安全教育の実施、人材交流の活発化や医局制度廃止等による大学病院の閉鎖的縦割り社会の改善、正直な医療情報のオープン化と共有化などを強力に推進するとともに、安全に関する義務付けは300床以上の病院にはすべて平等に行い、これに対応できない病院には経済的にマイナスのインセンティブを与えるなどの施策を講ずる必要がある。

同時に、原告側に負担の大きい医療過誤裁判によらず早期に医療事故被害者を救済するとともに、診療側も参加して再発防止への前向きな取り組みを行う「医療事故救済システム」を構築することが重要である。

## 7. 医師の地域的偏在・診療科目偏在の是正

医師数は、マクロ的には概ね必要水準に達していると思われるが、地域的偏在は依然として是正されておらず、都道府県別にも都市部と町村部とも大きな格差が生じている。また、内科医が多い一方で小児科医や産科医、麻酔医、第一線の救急医が不足しているなど診療別の偏在も顕著である。こうした医師の偏在は、均質で適切なサービスの提供という面からだけでなく医療の安全確保という面からも克服すべき課題である。

医師の供給については、大枠での財政問題を発生させない範囲で望ましい水準を考えるというスタンスを堅持しつつ、医師の養成、就業の実態、地域や診療科による偏在等を勘案して需給見直しを見直すべきである。また国公立大学出身者に対する一定期間の僻地勤務義務付けや、科目毎の診療報酬見直しなどの具体的方策を講ずるべきと考える。

## 8. 新しい枠組みによる医療費適正化の推進

医療費は国民の健康の維持・向上のために必要な社会的費用であり、その増大は必ずしも悪いとは言えない。しかし国民の負担は、その時々で限りがあるばかりでなく、医療の質や費用の使われ方などによって左右されるものであり、絶えず医療費の適正化・効率化が求められることは言うまでもない。医療費増加の最も大きな要因は老人医療費の増加であり老人医療受給者の増加であるが、これを政策的に抑制することは限界があるので、一人あたり老人医療費の増加の抑制、特にその地域差が大きいことから一人あたり老人医療費の地域差の解消・是正に重点が置かれるべきである。

このために、老人保健制度を廃止して新制度を創設するほか、地域単位の保険者の統合・再編を図り、医療機関との直接契約や支出規模に応じた保険料設定などを可能にする新しい枠組みづくりが必要である。

## 9. 医療の質の向上と効率化を前提とした現行医療費総額規制方針の転換

医療保険のモラルハザードの是正、医療内容の構造転換による質の向上、医療費とくに老人医療費の効率化を大前提として、現行の「国民医療費を国民所得の伸び以内に抑える」という医療費総額規制方針は、「国民医療費を、国民所得の伸びに人口の高齢化を加味した伸び率の範囲内にとどめることを目標」にすることに転換すべきである。

高齢化に伴う必要な医療費の財源は、保険料と税財源の両方に求めることが適切であると考えられる。この場合、消費税率の引き上げによる増収を社会保障に優先的につぎこむことはすでに国民的合意となっている点を十分考慮すべきである。

## 10. 健康づくりの戦略的位置づけと労使の役割発揮

国民の健康づくりは、一人ひとりの幸せにつながるだけでなく、中長期的には医療費の効率化を図るうえで重要な戦略課題として位置づけることができる。2000年からスタートした「健康日本21」の積極的な展開はもとより、労使の役割発揮が期待される。

例えば、現在、都道府県単位の「保険者協議会」が設置され職域保険・地域保険の連携による保健事業の共同事業が推進されているが、より効果的に進めるために、2次医療圏単位の「保健福祉事業協議会」（仮称）を設置し、労働組合の地域組織がその中心的な役割を果たすことを提案する。また企業は、従業員の入社から退職までの健康データを継続して管理し健康づくりを支援する「健康度維持サポートシステム」（仮称）を構築

し、一つの社会的責任として健康で元気な退職者を送り出すよう提案する。

## 11. 地域保険者連合の構築と保険者機能の強化

将来にわたって医療保険制度の安定した運営を確保するためには、保険制度体系の抜本的な見直しと保険者機能の強化が不可欠である。サービスの提供と利用が地域で完結するという医療の特性や医療提供体制との関連から、保険者はサービスの利用状況に応じて負担水準が決まる地域単位とし、保険者の運営努力が及び難い構造的リスク要因については保険料財源や公費で全面的な調整を行う方向が望ましいと考える。

具体的には、1)政府管掌健康保険を地域単位化し、そのうえで国保と被用者保険が都道府県レベルで地域保険者連合を組織する、2)地域保険者連合に保険医療機関の指定と保険医の登録の権限を与え、地域保険者連合のもとで審査・支払いを共同化する、3)保険者(支払い側)、医療提供者、公益の三者構成による地方社会保険医療協議会で診療報酬の単価を決定する、ことを提案する。

## 12. 医療制度改革を推進する「民間医療臨調」の創設

医療制度改革は、これまでは既得権益を擁護する医療提供側と負担増を避けたい保険者の対立と政治の介入でいつも隘路に陥ってきたが、これからは、医療を提供している者と医療を支えている保険者そして患者が直接対話することによって、相互理解を深め、改革の目標を共有しその道筋に合意を得、それぞれが改革の推進に努力するという方向性を全力で追求すべきである。

このため、健保連、日本経団連、連合などが呼びかけ人となり、医療制度改革を論議し推進する民間の自主的な場として「民間医療臨調」の創設を提案する。「民間医療臨調」は、政府の審議会等と異なり、国民の医療制度改革を求める声を糾合し、医療改革の推進力となるような国民運動の母体ともなるべき組織であり、学識経験者、ジャーナリスト、NPO、病院や開業医の代表、看護師や薬剤師など医療関係者の代表、医療裁判に関わる弁護士の参加を求めるものである。

# 総論 患者・国民本位の医療制度改革に向けて

## 1. はじめに

「疾病と貧困の悪循環」といわれる。疾病は最も貧困を招きやすいリスクであるとともに、いったん貧困に陥ると十分な栄養を確保することも適切な医療を受けることも困難で、なかなか貧困から抜け出せない。実際に、わが国においても、国民皆保険前においては、所得階層と受療率や死亡率との間に明瞭な因果関係が見られた。

そのため、先進諸国はどの国も、貧困からの解放と生活の安定を目指した社会保障制度を整備するなかで、防貧システムの支柱として年金制度と並んで医療保障制度の充実を急いだ。

わが国では、医療機関の整備、医療従事者の養成を進めるとともに、昭和36年には国民皆保険体制を実現した。その結果、今日では、少なくとも日常の一般的な医療に関しては、多くの国民が受診抑制されるほどの重い経済的負担なく、保険診療を受けられるようになった。

本研究は、この皆保険体制の成果を継承しつつ、患者・国民本位の良質で効率的な医療を普及・発展させるための方向性を探るものである。ただし、歯科医療を除く一般医療に焦点をあてていることと、医療保障の財政問題については掘り下げた検討を行っていないことをお断りしておきたい。

## 2. わが国の医療保障制度の特徴点

国際的にみると、わが国の医療保障制度には、次の3点において特に顕著な特徴がみられる。

第1は、すべての国民に医療保険制度を適用する国民皆保険体制を構築し、社会保険システムを基本において医療需要の社会化を実現していることである。

イギリスやスウェーデンのように税財源により保健医療サービスを提供している国と違って、事前の保険料拠出を条件とする社会保険システムによって全国民に対する医療保障を実現することは、極めて困難なことである。医療保険制度が普及しているドイツやフランスにおいても皆保険にはなっていないことからすると、少なくとも適用面からみれば「世界に冠たる」皆保険体制として評価することができる。

ただし、職域別・地域別に分立した制度のもとでの皆保険体制であるため、皆保険達成

以来、今日まで制度間格差の調整と一元化の推進が大きな課題となってきた。

第2は、医療提供体制については、医師であれば誰でも自由に開業できるという自由開業医制を基本とし、さらに昭和38年以来、公的病院の参入制限（病床規制）を実施してきたため、民間医療機関の比重が非常に高いことである。この点では、わが国は営利法人の参入を制限しているという違いはあるものの、アメリカに類似している。

このように、医療需要面を社会化する一方で、医療提供面については、医療金融公庫等による長期・低利の整備資金の融資などにより、民間の積極的な参入を促したことは、医療の量的な整備に民間の活力を活かしたということにおいて評価できよう。しかしその反面で、医療機関・医療従事者の分布に大きな地域格差が生まれ、しかも医療機関相互の役割分担や連携が極めて不十分で、非効率な医療提供体制になってしまったという問題がある。

そのため、昭和60年の医療法改正以来の数次の改正によって、医療機関の地域偏在の解消のための地域医療計画や、高齢化・疾病構造の変化に対応した医療施設の機能の体系化等が進められている。

第3は、患者が自由に医療機関を選び、診療所から大学病院までどの医療機関でも受診できるというフリーアクセスになっていることである。欧米では一般に、診療所と病院、一般医と専門医の機能分化が行われ、病院や専門医の受診には紹介状が必要であることとは大きな違いである。

わが国は、医療機関へのアクセスビリティでは世界一といわれ、それによって早期受診・早期治療が可能になったという評価もできる。しかし、医療の量的整備が達成された今日では、医療資源の効率的な利用を進める上で、医療機関の機能分化を図りつつ、一定の秩序ある受療を促進する必要がある。

### **3. 患者・国民本位の良質で効率的な医療を普及・発展させるために**

医療提供体制の量的な整備と国民皆保険体制の下で、今日では、多くの国民が必要な医療を受けられるようになった。

しかしながら、高齢化の進展、医療技術の進歩と医療の専門化、国民の医療に対する意識の変化の中で、患者・国民本位の良質で効率的な医療の確立が求められるようになった。そのためには、次のような視点での取り組みが必要である。

第1は、患者の医療選択のための、医療機関や医療についての適切な情報提供の推進で

ある。

今後、広告規制の緩和などによる医療機関自らの情報提供の促進、第三者評価機関による評価の一層の推進など、さらに多種多様な機関による情報提供が進むことが望まれる。また、それを通して患者の選択による医療機関の選別が進めば、医療の質の向上と効率化にも資する。

第2は、インフォームドコンセントを徹底するとともに、診療情報の提供や根拠に基づく医療（EBM）を推進し、かつ安全で安心できる医療管理体制を構築することである。

これは患者と医療提供者の信頼関係を高める上でも不可欠である。あわせて、医療相談、苦情解決、さらに医療事故救済のための機関の整備充実が急務である。

第3は、国民自らが健康に対する自覚を高め、日常的な健康づくり・疾病予防に努めるとともに、地域における医療の質の向上と効率化のための取り組みに積極的に参加することである。

そのためには、地域で患者・市民と医療提供者が直接向き合い、対等な関係で対話し、地域での医療の提供と利用の在り方を協議する場が必要である。あわせて、患者・市民の代理人としての機能の発揮が期待される医療保険の保険者についても、地域単位で再編統合する方向を検討すべきであろう。

# 第1章 患者・国民が求めている医療とはなにか

## 1. 日本の医療は世界最高という神話

日本の医療は世界一という話がある。WHO（世界保健機構）が2000年の世界保健報告で、各国の保健システムを調査、分析し、世界のランキングを発表した。評価対象は保健システムの「到達度」と「効率」である。「到達度」は①健康の水準 ②健康の公平性 ③保健システムの利用者への対応水準 ④保健システムの利用者への対応の公平性と、それらをまとめた⑤全体到達度の5項目からなっている。また「効率度」は、その国が有する保健資源（保健支出と教育度で代替）に対する全体到達度で示されている。主要国のランキングは別表のとおりであり、日本は「全体到達度で世界第一位」とされた。

	日 本	アメリカ	フランス	イギリス	ドイツ
到達度	1 位	1 5 位	6 位	9 位	1 4 位
効 率	1 0 位	3 7 位	1 位	1 8 位	2 5 位

上記のWHOのランキングにより、「日本の医療は世界最高」という神話が、行政や医療提供側によって意図的に流されている。診療報酬を決める中医協でも「医療は世界最高レベルなのに、国民医療費は先進国で下位」と、医療費の値上げは当然といった主張に使われる。だが、WHOが日本の保健水準は世界一と評価したのは、平均寿命の高さ、乳幼児死亡率の低さ、国民所得に占める医療費が大きくないこと、公平性・フリーアクセスが維持されていることなどによっているので、医療水準が高いためとはWHOのプレスリリースでも解説していない。

この点について米国マッキンゼー・グローバル・インスティテュートは、後述の研究レポートで、次のように指摘している。

『平均余命について日米を比較すると①米国では殺人・暴力・交通事故・HIV（エイズ）などによる疾病・障害が一般的であるが、日本はそうでない。また、食生活やライフスタイルにより、日本は重篤な心臓病が少ない。これにより米国は、健康的な生活を送れる期間が日本より27%も失われている。また、②日本は小学校から職場まで、健康診断と予防治療が米国よりはるかに進んでいる。』

## 2. 日本の医療は効率的か

それでは、日本の医療レベルは、どうなのだろうか。ここに一つ興味深いレポートがある。米国マッキンゼー社の上記研究所は、日本経済が90年代を通して不景気から回復できなかった要因について研究し、00年に「日本経済の成長阻害要因」と題するレポートを発表した。同レポートは、その中で小売業などの四つの分野を取り上げ分析しているが、医療もその一つである。医療についてはサービスの生産性と生産高を米国と比較している。ここでは結論部分のみを紹介するが、医療の生産性について日本は米国のおよそ75%であるとし、その非効率性は平均入院日数が長いことと、処方薬の過剰投入にあるとしている。また、生産高（アウトプット）については、消費者が望ましいと思う事項を個々に数字評価した上、米国より40%低いとし、問題点として次の事項を挙げている。

- ①外来患者に対する低いサービス  
長い待ち時間、短い診療時間（米国2～30分）、プライバシーの欠如
- ②入院患者への低いサービス  
1室あたりの患者数、多い患者家族の労力負担
- ③最新医療技術導入の遅さ
- ④利用可能な治療法選択肢の少なさ  
外科手術、在宅医療サービス、リハビリ、メンタルケア、セラピー
- ⑤新薬承認の遅れ

そして結論的には過剰な医薬投与と病院数を減らし、その分新たな雇用（人的資源）を増やすことが重要だといっている。それにより患者へのサービスが改善されるとともに、日本経済への貢献も大きくなると示唆しているのである。

ちなみに同レポートは、米国の非効率な面について、制度の複雑さに起因する管理費の高さ、病院の病床利用率の低さ、過剰ともいえる外科手術の多さを挙げている。

## 3. 日本の医療の質は高いのか

上記は医療の生産性とアウトプットに関する日米比較であるが、医療の質についてはどうであろうか。今年週刊東洋経済で、「医療マネジメント革命」と題する刺激的な記事が連載された。このレポートは、「日本の医療の質は高いのか」という素朴な疑問に応える形

で書き出されているが、内容は極めて専門的である。医療機関が提供する医療の質は、「顧客満足や医療過誤の話で議論をすり替えてはいけない」といい、日本の医療の質を米国のそれと定量的に分析し、比較している。

前述のマッキンゼー報告は、「日本では治療と成果を分析するデータが存在しない」と嘆いている。このレポートも、「医療の質の向上には可視化されたデータとその情報開示が必要である」とし、米国では重要な可視化指標として、院内死亡率、院内感染率、医師別手術件数、患者の生活の質に関する術前・術後の比較、再入院率などが公表されている。しかし、日本ではそのデータがない。「本来、データがないこと自体、問題視されてしかるべきである」と前段で指摘している。その上で、米国984病院と日本の名の通った20病院について、特定疾病別に院内死亡率を比較、次のような結論を導いている（比較は症状の重症度による違いをリスク調整している）。

A	日米とも症例数が多い疾病				
	院内死亡率	米国 3.37%	日本 4.33%		日本が1.3倍高い
B	日本の症例数の割合が高いもの				
	院内死亡率	米国 1.92%	日本 2.57%		同上
C	日本の症例数の割合が低いもの				
	院内死亡率	米国 1.71%	日本 3.74%		日本が2.2倍高い

上記の連載の最終回では、「経営のよい病院は医療の質もよいか」という表題で川渕医科歯科大学教授が執筆している。日本の36病院のデータを病院間で比較し、院内死亡率が急性心筋梗塞は約3倍、ガン手術は4倍以上の開きがあると一部実名入りのグラフで示している（これは驚きであるとともに、こんなことがあって良いのかと思う）。そしてこの指標と経営指標との相関を調べ、「両者には低い相関しかなかった」と報告している。筆者は以前一般論として、医療実績が低い病院ほど医療費がかかる、という話を聞いたことがあるが、川渕氏は「わが国の診療報酬体系が、医療の質を向上させるインセンティブに欠けている証左ではないだろうか」と行政の政策ミスを追及している。このシリーズが学会誌でなく経済誌とはいえ週刊誌に発表された意義は大きい。データを提供し公表を承認した病院の先取性もそうであるが、何より密室性、保守性に挑戦した研究者たちの勇気と高い科学者精神に敬意を表したい。このような画期的な取り組みが、患者・国民のための医療を強力

に先導していくことになる。

#### 4. 思いのほか高い医療への不安感・不満感

健康保険連合会は、「自分や家族がこれまでに受けた診療に不満や疑問を持ったことがあるかどうか」というアンケートを、99年まで数年にわたって実施した。ほぼ7割の人が毎年「ない」と答えていた。

ところが03年のU F J総合研究所の意識調査によれば、「医療機関や医師等に対して不安を感じることもあるかどうか」という問いに対して、「よくある」が15.6%、「ときどきある」が57.7%と、実に7割を超える人が不安を感じている。「全くない」は2.4%にすぎない。ついで不安を感じる人について、どのようなときにもっとも不安を感じるかを尋ねてみたところ(二つ回答)、「医療従事者と十分なコミュニケーションがとれないとき」が60.1%ともっとも多く、「医療従事者の技術が未熟そうに見えるとき」(45.0%)、「医療従事者の態度が高圧的なとき」(36.4%)と続いている。

一方、本研究委員会の調査研究の一環として、連合総研が04年に実施した「医療に関する勤労者の意識調査」では、現在の医療に対する満足感を聞いたところ、「やや不満」が39.6%、「かなり不満」が19.9%と約6割の人が不満をもっている。とくに健康でない人の不満は高く、「かなり不満」が3割を超える。ここ数年で、医療に対する国民の見方が、大きく変化してきたといえる。

#### 5. つのる医療への不信

上述のように、国民の医療に対する不安感や不満感は極めて高く、医療への不信が急速につのってきている。その原因としては、次のような事項があげられる。

- ・改革抜きでどんどん上がる医療費負担
- ・あまりに多い医療ミス
- ・病院や医師を選択するための情報の欠如
- ・お客のニーズに応えない業界

長い待ち時間、薬漬け・検査漬け、悪い入院環境、バラツキの大きい治療

- ・患者と向き合わない医師
- 横向き3分診察、病気・治療の説明不足
- ・犯罪もどきがはびこる医療界

不正請求、カルテの書き換え、名義貸し  
そして何より、これらに対するマスコミの報道や記事が溢れていることである。

## 6. 患者・国民が求めている医療

それでは、患者や国民が求めている医療とはなにか。それは次のとおりである。

### (1) 安全で質の高い医療

医療というサービスが他のサービスと異なる最たる点は、針やメスで身体を傷つけたり適量でなければ毒物ともなる薬剤を使用することである。安全が第一に求められるのは、当然である。だが、医療はつねに危険を伴い、医療ミスの可能性も低くない。安全を担保するさまざまな仕組みが重要であるし、万一事故が起きた場合、患者や家族を早期に救済するシステムを創設する必要がある。

質の高い医療とは、一口で言えば効果的で効率的な医療である。「効果的」であることは、単に対象である病気やケガが早期になおるというだけでなく、処置後の生活状況全般から判断されなければならない。「効率的」とは、ムダがないことやコストがリーズナブルであることを意味する。

効果的かつ効率的な医療であるか否かは、先進国の医療水準の中で評価・判断されなければならない。わが国の医療は、これまで医師の裁量を大きく認める傾向があった。「医師は人を殺す権利を持っている」と豪語する医療関係者がいるが、とんでもないことである。「科学の名に値しない医療」が横行しているが、「科学性と標準化」がもっとも求められている。日本経済の競争力の源は品質管理にあるといえるが、優れた品質管理は、組織をあげての情報収集と統計的分析、そして行動の標準化のうえに成り立つ。医療という科学もそうありたい。IT化もそのツールとして欠かせない。

### (2) 選択できる医療、開かれた医療

「よい病院や腕のよい医師を知りたい」という患者・国民の欲求は、日増しに高まっている。マスコミを通じて国民の医療に対する知識が、急激に増しているからである。治療方法を選ぶことは患者の権利であると、最高裁が認める時代である。この欲求の高まりに対し、医療関係者はもっと真剣に対応するべきである。患者・国民が求める情報は、①自分の病気や治療方法に関するもの ②病院や医師に関するもの ③病気や治療方法一般に

関する基礎的専門知識である。最近マスコミの情報攻勢が目立っているが、行政も医療提供側も、これらの選択のための情報をオープンに開示するべきである。また、カルテ開示やインフォームド・コンセントなど、先進国で確立されている患者の権利の立法化は欠かせない。

また、開かれた医療は、単に情報の提供にとどまらない。相談機能がいろいろなところにビルトインされてほしいし、患者からの情報提供や参加も新たな課題として考えられてこよう。

医療の前進には情報開示を前提とした「選択と競争」が欠かせない。医療関係者は、自らの密室性を勇敢に打ち壊してほしい。幸い医療者の中に近年、「治療は患者と一緒に考えていくもの」という思想が広まりつつある。「患者ももっと病気の勉強をして治療に参加してほしい。そうすれば医療はもっと良くなる」国立がんセンターの垣添忠生総長はそういつている。開かれた医療は、患者と医療者の双方向コミュニケーションの線上にあるようだ。

もっとも、特定の医療機関に患者が集中することは避けなければならない。全体のレベルアップとともに、立体的に効率的な医療体制を地域に構築する必要がある。

### (3) ヒューマンな医療

「医は仁術」とはよくいったものである。患者は不安におびえた弱者である。非対称性は情報だけでない。また、患者は一人一人が生きている人間である。生活している人間である。この重みを忘れてはならない。まず、身体が弱っている老人を、二、三時間も放置することを当たり前と思っはいけない。快適さを与えることや不安を取り除くこと、また患者が前向きに生活に取り組める条件を工夫することも医の一部である。

医療はサービスであるが、人間の尊厳まで踏み込んだ、サービスを越えた領域にかかわっている。患者という人間に正面から向き合ったヒューマンな医療を希求する。

### (4) 地域的公正の確保

医療は地域に根ざしたものであり、医療サービスは原則として、都道府県を単位に地域で完結する体系が必要である。各地域の医療サービスは、地方分権の進展により格差を容認する部分を除いては、公正であるべきである。しかし、現在の医療提供体制をみると、病院数、病床数、医師・看護師を含む各種人的資源からして、格差があまりにも大きい。

救急救命医療や高度な技術を有する医療機関はなおさらである。

先進国の中には、患者の権利として救急車の到着時間を保証している国もある。わが国の社会保障制度の中で、医療ほどサービスのバラツキが大きいものはない。医療提供体制のあり方を、公正の観点から見直す時期が来ている。

以上が患者・国民が求める医療である。あえて「適正価格で」という条件をつけていない。医療費が国民所得の8.5%に至った現在、それが高いとも低いとも一概にいえぬ。患者・国民にとって負担は安いにこしたことはない。だが、懸命に良い医療を提供しようと努めている医療機関が、赤字であってよいとは考えない。逆に質の悪いサービスしか提供できない医療機関には、厳しい環境であるべきである。患者・国民が望む医療を実現するためには、努力のコストに見合うインセンティブを工夫する必要がある。患者・国民は、サービスに見合った医療費を惜しむものではないからである。

## 参考文献

WHO (2000) 『世界保健レポート』

McKinsey Global Institute (2000) 『日本経済の成長阻害要因』

週刊東洋経済 (2004) 『シリーズ 医療マネジメント革命』

健康保険組合連合会 『患者の医療に対する現状認識と意識に関する調査』

UFJ総合研究所 (2003) 『健康と生活の安全・安心に関する意識調査』

## 第2章 医療に関する情報提供の現状とあり方

### 1. はじめに

医療は極めて専門性の高いサービスであり、医師（供給者）と患者（利用者）の間には「情報の非対称性」が内在すると考えられている。このような状態で供給者による広告を放任すると、その情報の真偽や誇大性など適否を利用者は適正に判断できず、結果として不利益を被る、もしくは混乱をきたす危険があるという観点から、医療法第69条で医療機関の広告は原則禁止とされている。この措置によって、患者は客観性や信頼性の乏しい情報に影響される危険がなくなったと同時に、医療機関や医師に関する多様な情報からも遮断される結果となった。

しかし、近年、医療機関の選択に対する利用者のニーズが高まり、情報提供の態様にも見直しが求められている。厚生労働省「医療提供体制の改革ビジョン」（2003年8月）も、この観点から、医療に関する情報提供の推進（医療機関情報の提供の促進、診療情報の提供の促進、EBM（Evidence Based Medicine）の推進）を明確に示している。

広告規制についても、2001年の第四次医療法改正以降、客観性・正確性を確保する事項に関しては大幅に緩和される傾向にあり、最近では、広告規制の対象外とされるインターネットを通じて、自発的に情報を発信する医療機関やランキング本を出版するマスメディア等も現れている。また、診療内容に関する情報も、診療記録の開示やインフォームド・コンセント（十分な説明を受けた上での同意）による情報共有が重要視されるようになってきた。

しかし、これまで規制の根拠とされていたように、医療に関する情報は、提供される情報の内容や提供方法によっては患者にとって必ずしもプラスの影響を与えない可能性もある。そこで、本章では、患者・国民のための医療の実現という視点から、医療に関する情報とは何か、情報提供の実際はどうなっているか、どのように情報を提供していくべきか、について検討を加える。

### 2. 医療に関する情報の分類

医療に関する情報を大別すると以下の3つにわけられる[堀；2003]。

### ①医療機関や医師に関する情報

医療機関で受診する前に必要な情報（利用者が自分のニーズにあった医療機関や医師を選択するために必要とされる情報）であり、国民に対する情報公開が求められる。実際、連合総研が2004年に実施した『医療に関する勤労者の意識調査』によると、特に改善して欲しいと思う事項として、「医師等の経験や技能レベルがわからない（60%）」が最上位に、「病院や医師を選ぶための情報が少ない（52%）」が次位にあげられており、情報提供を強く求めている現状が顕著に表れている。

### ②診療行為に関する情報

診療現場で発生する情報（患者が、主体的に診療行為、ないしは診療内容を確認するために必要な情報）であり、個人のプライバシーに関連する情報であるため、公開ではなく、情報開示、あるいは情報共有が求められる。開示対象となる代表的なものとして、診療記録としてのカルテ<sup>1</sup>、レセプト（診療報酬明細書）<sup>2</sup>があげられる。また、患者の権利確保という観点からインフォームド・コンセントの実施による情報の共有が求められている。また、診療で使用される薬についての情報は医薬分業によって、薬剤師による情報提供が推進されている。

### ③医療知識や医学に関する情報

国民に予防教育・啓蒙を行うことを目的とした情報と、医師等の医療従事者に対する最新医学知識の普及を目的とした情報に大別される。薬の副作用情報やEBMに基づく標準的な診療ガイドライン（治療方法）の情報も含まれる。

## 3. 情報提供の実際

### (1) 広告規制緩和と医療機関や医師に関する情報

従来、広告可能な事項は、医療機関名称、電話、所在地、診療日時、診療科目、入院設備の有無、保険医療機関など基礎事項に限定されていたが、2001年3月施行の第四次医療法改正によって規制が緩和された<sup>3</sup>（表1）。さらに2002年3月の厚生労働省告示第158号（新告示）により、病床利用率や理事長の略歴等、これまで以上に多くの事項が広告可能となった（表2）。こうした一連の規制緩和により、患者が入手できる医療機関や医師に関する情報の量は急速に増加傾向にある。

基本的には、広告規制緩和は、法律等で列挙された事項に限って広告を認めるというポジティブリスト方式を採用しているため、客観性や信頼性は一定程度確保されていると考

えられる。その反面、患者のニーズに柔軟に対応することは難しく、患者の求める情報と必ずしも一致しているとは限らない。また、広告可能な事項がいくら増えたとしても、その情報を提供するか否かは、広告や情報提供に対する当該医療機関の姿勢によって決まるため、患者が確実にそれらの情報を入手できるとは限らない。仮に情報を入手できたとしても、情報をどのように理解し、活用すればよいか判断できないという問題も残る。現に広告可能となった事項の中には、症例検討会の開催、入院診療計画の導入情報などのように、一般国民には読解不能と思われるものが少なくない。

規制緩和の実施に際しては、同時に、このような医療専門情報についての簡易な活用ガイドラインを国民に提供する必要があると考えるが、医療機関や医師にこれらの情報提供を全面的に期待するには限界があり、行政や第三者評価機関による情報提供や公開が求められると考える。

表 1 広告規制緩和の流れ

1992年	第二次医療法改正
1993年	厚生省告示第23号
1993年	健康政策局総務課長通知
1997年	第三次医療法改正
2000年	第四次医療法改正
2000年	平成12年厚生省告示第67号
2000年	平成12年厚生省告示第68号
2000年	平成12年厚生省告示第79号
2001年	平成13年厚生労働省告示第19号(旧告示)
2002年	平成14年厚生労働省告示第158号(新告示)
2002年	平成14年厚生労働省告示第159号

出所：厚生労働省資料をもとに著者作成

表2 広告規制の内容（厚生労働省告示第158号）

◇医療の内容に関する情報
専門医の認定
治療方法
手術件数
分娩件数
平均在院日数
疾患別患者数
◇医療機関の構造設備・人員配置に関する情報
医師・看護婦等の患者数に対する配置割合
売店、食堂、一時保育サービス等
◇医療機関の体制整備に関する情報
セカンドオピニオンの実施
電子カルテの導入
患者相談窓口の設置
症例検討会の開催
入院診療計画の導入
医療安全のための院内管理体制
◇医療機関に対する評価
(財)日本医療機能評価機構の個別評価結果
◇医療機関の運営に関する情報
病床利用率
理事長の略歴
外部監査
患者サービスの提供体制に係る評価（ISO9000s）
◇その他
医療機関のホームページアドレス
次に掲げる医療機関である旨
・公害健康被害の補償等に関する法律の公害医療機関
・小児救急医療拠点病院
・エイズ治療拠点病院
・特定疾患治療研究事業を行っている病院 等

出所：厚生労働省告示第158号をもとに著者作成

## (2) インターネットを通じた医療機関による情報発信

インターネットは、ポジティブリスト方式の広告に比べると、より自由で柔軟に利用者の望む情報を提供できる媒体である。インターネットの普及により、患者はこれまで以上に豊富な情報が簡単に入手可能になったと考えられる。実際、日本インターネット医療協議会によると、全国病院の約四割（2003年12月現在）がネット上にホームページを開設しており、年々増加の傾向にあるという。

だが、現実には、それらの情報を患者が積極活用している状況にあるとは言えない。厚

労省が2002年に実施した『受療行動調査』の結果によると、患者が医療機関を選択する際に参考にした情報源としては、家族・友人・知人からの情報（外来58.5%、入院42.8%）、医師からの紹介・意見等（外来33.0%、入院53.2%）が圧倒的上位である。

その一方で、保健所など行政機関での情報（外来4.1%、入院3.7%）、電話帳、看板、新聞雑誌等の広告（外来3.3%、入院1.7%）、刊行物やTV番組（外来1%、入院0.8%）、インターネット上のホームページ（外来0.9%、入院1.1%）と、極端な低比率である。

インターネット情報が有効活用されていない理由として、次の理由が考えられる。

### ①利用者の知りたい情報が必ずしも提供されていない。

どのような情報を、医療機関がどのように提供するかは、基本的には医療機関の任意裁量であり、医療機関の種類や規模、院長の方針、地域の市場環境や財政状態、等々によっても提供される情報の質や量が異なると思われる。

実際、平成13年度厚生科学研究において、全ての医療機関の情報を均等に収集できるとは限らず、偏った情報が一方的に提供される可能性が指摘されている。

### ②全ての人インターネットを利用できる環境にはない。

全日本病院協会の調査（2000年11月）によると、医療機関のHPから情報を入手すると回答した人の内訳では男女とも20～40歳代が多い。だが、医療機関に受診する機会が相対的に少ない年齢層のため、全体として情報利用率を上げていないが、年々高齢化していくことから、徐々に比率は上がると思われる。ただし、年齢層にかかわらずインターネットの利用者と非利用者では、情報格差（デジタル・ディバイド）が生じるが、この解消が課題として残るであろう。

### ③提供される情報の信頼性、客観性に問題がある。

一般に、ネット上で提供される情報の信頼性や客観性は必ずしも保証されない。日本インターネット医療協議会<sup>4</sup>は、この問題の解消にむけて、提供する医療機関に対しては「医療情報発信者ガイドライン」、患者に対しては「インターネット上の医療情報利用の手引き」ガイドラインを出しているが、自主ガイドラインであり、規制力はない。

## (3) 第三者評価機関による情報公開

医療機関や医師に関する情報は、前述の提供方法だけでなく、第三者評価機関などが提供することも少なくない[堀；2001]。それらは、医療機関側が発信する情報に比べると信頼性・客観性の面で優れているという側面がある。実際に、名古屋大学の調査結果におい

て、最も信頼できる情報源として、医療機関（18.7%）、医師（10.2%）を抜いて第三者評価機関（29%）が最も高く評価されている[真野；2004]。

ただし、日本における第三者評価の歴史は浅く、評価される医療サービスの質の多くは、構造やプロセスに関するもので、アウトカムの評価については発展途上にある。患者が主体的に医療機関を選択するには、疾病別の治療成績や患者満足度など、医療サービスのアウトカムに関する指標が必要であると考えられる。

しかし、医療の標準化やEBMが進んでいない現状では、客観的に比較可能なアウトカム指標の情報入手は極めて困難である。まず、何をもちいて治療成績とするか、それを評価する指標（術後の生存率、手術成功率等）をどう定義するかの検討が必要である。例えば、術後の生存率の高低は、医療機関の治療技術や能力とは関係ない事象にも影響を受ける指標である。症状の軽度の患者が中心の医療機関と、重度の患者が中心の医療機関では、前者より後者の生存率が低くなる可能性は高い。

これを考慮するためには、ケース・ミックス（症状の重症度）の違いによるリスクの調整が必要とされる。そうでなければ、表面的な治療成績をあげるため、重症度の高い患者を避ける傾向が生じる危険性がある。だが、統計的にこれらのリスクを調整するには、大量の標本データが必要となるが、疾病によっては、ケース・ミックスを調整するだけのデータがそろわない可能性もある。また、術後の生存率は、観察単位によっても異なるが、慢性疾患の場合は、本当の効果を検証するには長期を要する。例えば、米国では、がん患者に対する結果を測定する場合、5年が一般的であるが、5年間、患者のデータを追跡調査しなければならない。

患者満足度についても同様のことがいえる。近年は、独自に患者の満足度調査を実施している医療機関も増加傾向にあるが、それぞれが独自指標を構築しており、必ずしも複数医療機関を統一指標で比較できるようにはなっていない。第三者機関による標準的な評価指標の開発が求められる。

なお、第三者評価機関は、評価内容の質的向上と迅速化、情報選択肢の拡大という観点から複数あることが望ましい。このため、新規機関の設置・運営にむけた民間努力はもろんのこと行政上における育成支援策が求められる。

#### **(4) 利用者間の情報共有（口コミ情報の流通）**

既述の通り、医療機関の選択においては、家族・知人・友人の口コミが最も影響力をも

つ情報源である。これは、医療が評判財・経験財であることを考えると、むしろ自然であり、医療機関から得られない貴重な情報を収集できる可能性も高いと考えられる。

最近では、患者は身近な人間だけでなく、ネット上で、自分と同様の疾患を罹患した国内外の患者の経験等の口コミ情報も入手可能となりつつある。口コミ情報は、公式な場では流通しないような非公式情報を入手するというメリットがあるが、その一方で、広告以上に信頼性、客観性の問題があることに留意すべきである。

## (5) 患者に対する診療情報の開示・共有

近年、日本でも自分の治療内容や治療方法については、当該患者に知る権利があると考えられるようになっており、レセプトやカルテに関しては事実上、開示請求が可能となった。また、平成9年の第三次医療法改正によりインフォームド・コンセントは不十分なながらも努力義務となった。とはいえ、法制化にはいたっておらず未だ課題も多く残る。患者の知る権利および法制化についての議論は次章で扱うためここでは省略する。

### ①カルテ開示

現行医療法では、開示は医師の努力義務で、医師と患者の信頼関係に基づいた上で、開示する否かの判断は医師側の裁量とされる。だが、個人情報保護法の2005年施行をふまえて、2003年9月、カルテ等の診療情報を原則開示とした「診療情報の提供等に関する指針（厚生労働省医政局長通知）」が出されており、開示の流れは今後急速に進むと思われる（表3）。また、電子カルテ化の普及とともに、事務処理の効率化などの観点から、カルテ開示もより迅速に進むと考える[堀;2003]。電子カルテ<sup>5</sup>を活用した例として、千葉県亀田総合病院のPLANETがあげられる<sup>6</sup>。

表3 カルテの開示状況

2001.1~11	国立病院			国立大附属病院		
	本人	家族	遺族	本人	家族	遺族
カルテ						
開示請求件数	89	43	57	261	63	43
開示数	78	38	49	257	63	43

出所：2002年「参議院議員阿部知子君提出カルテ・レセプト開示進捗状況に関する質問に対する答弁書」をもとに著者作成

### ②レセプト開示

1997年6月、旧厚生省の通知「診療報酬明細書等の被保険者への開示について」で、

被保険者から診療報酬明細書等の開示を求められた場合には、それを開示することで、本人が傷病名等を知ったとしても、本人の診療上支障が生じない旨を保険医療機関等に確認した上で開示することが認められている。

レセプト開示件数は年々増加している（表4）<sup>7</sup>が、年間に発行されるレセプト件数が億単位であることを考えると、普及率はまだ高いとはいえない。

近年では、保険者ではなく、医療機関に直接、診療報酬の明細がわかる領収書の発行通知を求める運動も連合を中心に展開されている<sup>8</sup>。保険者に請求する事務手の煩雑さを考えると、医療機関に直接請求するほうが、即効性が高いかもしれない。こうした運動を受けて、厚労省は領収書発行の周知徹底について通知を出している<sup>9</sup>。また、この領収書発行についても、先の電子カルテ化によって、カルテとレセプトデータの連動が実現すれば、より容易になるであろう。

表4 レセプト開示状況

レセプト開示	開示請求	開示実績
1997年度	3,967	3,818
1998年度	7,969	7,235
1999年度	8,861	8,761
2000年度	12,506	11,669

出所：表3と同じ

また、医薬分業の推進（2003年現在で約50%の普及）によって、制度上、処方薬等についての情報は薬剤師より提供（医師から処方される薬の、効能、予想される相互作用、副作用の情報）されるようになってきた。ただし、患者は情報を得る対価として、新たに費用を負担することになった。

#### 4. まとめ～政策的示唆

ここまで、医療機関・医師に関する情報については、広告規制の緩和やインターネットの普及によって情報の流通量は増えているものの、それを利用者が必ずしも有効に活用している段階にないことを述べてきた。この背景には、患者が欲しい情報が必ずしも入手できないという問題や情報の信頼性・客観性の問題があることを述べた。

より積極的に情報が活用されるためには、信頼性・客観性の確保および情報の偏在<sup>10</sup>の解消を図ると同時に、情報活用方法のガイドラインの配布など、入手した情報を患者が理

解し、活用できるような工夫が必要であると考え。

また、診療行為に関する情報に関しては、インフォームド・コンセントについての理解が一般的にも普及しつつあり、カルテやレセプトの開示が現行でも可能になっている状況を説明した（だが、依然として、実績値をみるかぎり普及率は高いとはいえない）。

しかし、どんなに医師が懇切丁寧に十分な資料をもって患者に説明を行ったとして、「情報の非対称性」を完全に解消することは難しいという問題も残る。一般的には、患者が医師の説明を医学的見地から本当に適切であるかどうかを判断することは容易ではない。たとえば、手術を記録したビデオテープを患者に渡したとして、その内容から患者はその診療行為の適否を判断できるであろうか？無論、この行為は、医療の透明性を高めると同時に患者と医師の間の信頼関係を成立させるためにも重要な情報提供の一つの方法であり、その意義を否定するものではない。ただ、限界について言及しているだけである。

医師と患者の間の「情報の非対称性」を解消するには、患者自身が医師と同等の専門知識や経験をもつことが必要となるが、このような仮定は現実的には成立しない。このような非対称性が内在するため、医療行為に関する意思決定は、その多くが医師の裁量に委ねられており、医師（主治医）は常に患者の「代理人」として職業倫理を備えていることが期待されてきた[Arrow; 1973]。しかし、現実には、医師が代理人として適正なアカウントビリティー（説明責任）を果たしてきたとは思えないし、患者には治療内容を知る必要がないというパターンリスティック（父権主義的）な対応が恒例化されており、必ずしもアカウントビリティーの確保のために尽力してきたとは思えない[村岡; 2002]。一方、患者の側にも「お任せ医療」を望む姿勢が少なからずみられた。医療に関する情報を患者が有効に活用し、患者が主体的に医療を選択するようになるには、医師側にアカウントビリティーの確保を求めると同時に、患者自身も「お任せ医療」から脱し、自身も積極的に情報収集を行うなど自己の行動に対する責任を認識する必要があるだろう。

以上のことから、情報提供の推進は、患者の主体的な選択を実現するための必要条件ではあるが、それだけでは十分ではないと考える。この問題への対応策として、患者の選択を側面から支援する「第二の代理人」（上述のArrowの定義では、主治医が患者の利益を代表する代理人とされる。ここでは、主治医以外の第三者という意味で第二の代理人と定義している。厳密には法律用語の代理人を意味するものではない）を制度化することを提言

する。なお、ここで「第二の代理人」の設置を提案するのは、「代理人」をおこなければ、患者が主体的な選択を行う能力を全く保有しない弱者であると考えているからではなく、医師と同等の立場で情報を理解し、医療に積極的に参加するために、主治医以外の第三者である医師をもう一人の代理人とすることでより対等なパートナーシップを構築すべきであるとするからである。

「第二の代理人」として役割を期待されるのは、初期医療に関しては、かかりつけ医（プライマリケアに関する総合的な知識を保有した開業医を想定）、専門医療に関しては、セカンド・オピニオンを行う専門医である。ただし、現状では、どこにこうした医師がいるのか患者側には分からないので、これらの医師の紹介を行う機関が必要である。具体的には、地域内の医療機関の情報収集、分析、評価、結果の公開および治療方法や薬の副作用など、医学や医療知識に関する最新の情報の提供を担う地域医療情報推進センター（仮称）<sup>11</sup>の設置を提案する。

この機関には、当該地域で流通する医療機関や医師の情報を独自に収集すると同時に、医療機関が独自に発信しているネット情報や広告などの情報の客観性や信頼性をチェックする監視機能をもたせる。場合によっては、監視結果を医療計画の見直しや保険医療機関の指定取消しに反映させることも検討の価値がある。また、第三者評価機関と協力して、地域内の医療機関のパフォーマンスの評価結果を患者がわかりやすい形で公表する。

患者は、まず地域医療情報センターに行くことで、地域内の医療機関の情報を収集し、かかりつけ医を選択することが可能となる。高度医療機関に行く場合は、かかりつけ医に相談することで、適切な高度医療機関の紹介を受ける。また、高度医療機関での治療内容等については、セカンド・オピニオン医にチェックしてもらう。これにより、情報の信頼性・客観性が一定程度確保されるとともに、情報の偏在の問題が解消される。

また、主治医以外にも専門知識を保有する医師を「第二の代理人」とすることで、情報の非対称性を改善されることから、患者側の主体的な意思決定が可能となる。さらに医療システム全体としてのアカウントビリティーの確保や透明性の確保につながると考える。

## 参考文献

- Arrow, K. (1973) "The welfare economics of medical care". Health Economics,  
堀真奈美 (2001) 「医療サービスの質と第三者評価に対する考察」『公共政策研究』No. 1有斐閣  
堀真奈美 (2003) 「第9章医療における情報化と市場機能」『総合政策学の最先端Ⅳ』慶應義塾大学出版会  
堀真奈美、印南一路 (2001) 「米国医療におけるアカウントビリティーの概念と動向」『会計検査研究』No. 23  
会計検査院  
真野俊樹 (2004) 「医療情報提供の経済学的考察」『経営・情報研究』No. 8.  
村岡潔 (2002) 「医師－患者関係における医療情報の交換はいかにおこなわれるべきか」『文学部論集』No. 86  
連合総合生活開発研究所 (2004) 『医療に関する勤労者の意識調査』

- 1 カルテには、患者の症状、病名（診断名）、所見、診療内容（検査、投薬等の処置）、診療経過についての情報が記載されている
- 2 レセプトには、一月単位で受けた診療行為の記録（病名、処置名、検査名、薬剤名など）が単価・数量とともに記載されている。
- 3 診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる旨が医療法第69条第9号に追加された。また、厚生労働大臣の定める事項（2001年厚生労働省告示第19号）として、医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果、指定居宅サービス事業者又は指定介護療養型医療施設である旨、薬事法に基づく治験に関する事項、費用の支払い方法又は領収に関する事項、共同利用することができる医療機器に関する事項、対応することができる言語、健康診査の実施、医師歯科医師の年齢、性別および略歴などが追加された。
- 4 <http://www.jima.or.jp/index.html>参照。
- 5 電子カルテは、用語やコードなどの仕様を統一すれば、複数施設間で情報共有することも可能であり、患者が他の医療機関に転院する場合や、セカンド・オピニオンを受けやすくなるなど患者にとってもメリットも少なくない。また、オーダリングシステムと統合すれば、重複検査・投薬など無駄の節約、および副作用を併発する投薬防止にもつながる。さらに、クリティカルパスの作成など医療サービスの質の向上への取り組みを行うことや、医療費の支払方式が、出来高払いからDPCのような包括払いに変更する場合への対応を考えると導入メリットは小さくない。ただし、導入および運用にかかるコストとプライバシーの確保が重大な課題として残される。
- 6 <http://www.kameda.or.jp/hp/index.php>参照。
- 7 2002年1月25日に参議院議長に提出された「参議院議員阿部知子君提出カルテ・レセプト開示進捗状況に関する質問に対する答弁書」参照。
- 8 <http://www.jtuc-rengo.or.jp/new/wakaru/kurashi/iryuu/index.html>参照。
- 9 2000年3月「療養の給付に係る領収書の交付について」通知が出された。
- 10 特定の医療機関の情報ばかり収集できる、特定の患者だけが情報を入手できるといった状態を意味する。
- 11 このような機関としては、行政（都道府県または二次医療圏単位の保健所）や保険者を候補にあげられるが、具体的には、どこが担うかは医療制度改革の進展によって異なる。

## 第3章 患者の「知る権利」「自己決定権」と立法

### 1. 患者の基本的権利

(1) 生命、健康に関する権利について、1948年の世界人権宣言では「すべての人は、生命、自由及び身体の安全に対する権利を有する」(第3条)と唱われ、66年の国際人権A規約(経済的・社会的及び文化的権利に関する国際規約)には「すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有する」(第12条)ことが盛り込まれた。こうした流れを受けて、医療における患者の権利については、国際的には早くから論じられ具体的に明らかにされてきた<sup>1</sup>。

わが国の場合、憲法で「個人の尊重、生命・自由・幸福追求の権利尊重」(第13条)と「国民の生存権、国の生存権保障義務」(第25条)が定められたが、戦後しばらくの間、患者の権利について論じられることはなかった。

しかし70年代に入り、医療紛争に関わる患者・家族、弁護士などを中心に、患者不在の医療から脱却して患者主体の開かれた医療をめざす運動が取り組まれるようになり、1984年に市民団体の患者の権利宣言全国起草委員会によって「患者の権利宣言(案)」が発表された。この背景には、医療事故(統計上は医療紛争)が1950年代後半から増え始め、高度経済成長期に入った60年代に飛躍的に増加し、70～80年代にかけて漸増していったことが挙げられる。

90年代に入ると、日本医師会が「説明と同意に関する報告書」(1990年1月)においてインフォームド・コンセントを基本的に認め、91年7月には患者の権利法をつくる会が「患者の諸権利を定める法律要綱案」<sup>2</sup>を発表し、法制化すべき患者の権利内容を初めて具体的かつ包括的に示した。さらに翌92年11月には日本弁護士連合会が「患者の権利の確立に関する宣言」を採択してインフォームド・コンセント原則等を含む患者の権利確立のための立法化を求めた。

その後の90年代以降において、医療事故といわゆる事故隠しが多発するなかで、後述するように患者の自己決定権を認める裁判例が相次ぎ、また地方自治体や各種病院団体の情報開示や安全確保の取り組みが進んだ。現在では、病院の多くが独自に「患者の権利」を定め、それを玄関入口に掲示するようになっているが、「患者の権利法」が制定されるまでには至っていない。

(2) 「患者の権利」について、世界医師会のリスボン宣言(1981年、95年修正)では、「良質の医療を受ける権利、選択の自由の権利、自己決定の権利、意識のない患者の権利、法的無能力の患者の権利、患者の意思に反する処置、情報を得る権利、機密保持を得る権利、健康教育を受ける権利、尊厳を得る権利、宗教的支援を受ける権利」の11項目が示されている。またアメリカ病院協会の「患者の権利章典」(1973年)では、「思いやりのある人格を尊重したケアを受ける権利、自分の診断・治療・予後について完全な新しい情報を、自分に十分理解できる言葉で伝えられる権利、何かの処置や治療を始めるまえに、インフォームド・コンセントを与えるのに必要な情報を医者から受け取る権利、法律が許す範囲で治療を拒絶する権利」など12項目が定められている。

国内においては、患者の権利法をつくる会の「患者の権利法要綱案」が、基本権6項目・権利各則13項目を提起(別掲資料参照)しており、東京都の「都立病院の患者権利章典」(2001年)では、「良質な医療を公平に受ける権利、人格を尊重され医療提供者との相互の協力関係の下で医療を受ける権利、診療に関して十分な説明、情報を受ける権利、治療方法などを自分の意志で選択する権利、自己の診療記録の開示を求める権利、プライバシーを守られる権利、研究途上にある医療に関して十分な情報提供を受けその諾否を決定する権利」の7項目を定めている。

患者<sup>3</sup>の権利の範囲と内容については、このように十分整理されているとはまだ言い切れないが、今日までに国際的ないし国内の各方面から提起されかつ概念的に共有されている内容を「患者の基本的権利」(医療提供者にとっては守るべき基本的義務)として整理すると、以下のように示すことができる。

#### 患者の基本的権利

- ① 人は誰でも、平等に医療を受けることができ、(平等な医療を受ける権利)
- ② 患者は、受ける医療行為について自ら決めることができる。(自己決定権)
- ③ 患者は、自己決定権を行使するにあたって、医療提供者に病状の解明を求め、これから行われる医療行為について十分な説明を受け、その結果について知ることができる。(知る権利)
- ④ 患者は、自ら決めた医療行為について、最善の医療を受けることができ、(最善の医療を受ける権利)

- ⑤ またいかなる場合でも、安全に十分配慮された医療を受けることができる。(安全な医療を受ける権利)
- ⑥ 患者と家族は、個人情報をも同意なく第三者に開示されない。(プライバシーが守られる権利)。

- ① **平等な医療を受ける権利**は、いうまでもなく、誰でも社会的、経済的、政治的地位や人種、国籍、宗教、年齢、性別、疾病の種類などにかかわらず等しく医療を受けることができる権利で、日本国憲法第14条(法の下での平等)に明記された原理である。今日、不法滞在外国人に関して問題が残されているが、国民皆保険制度と充実した医療供給体制、医療提供者(医師、看護師など医療従事者、医療機関)のモラル等により、この権利は基本的に確立していると言って良い。なお、「混合診療」については、この権利を侵すことにならないかを含めて慎重に検討すべきである。
- ② **自己決定権**は、憲法第13条によって保障された基本的人権として、患者が医療提供者から十分な情報の提供とわかりやすい説明を受けたうえで、自らの納得と自由な意志にもとづき自分の受ける医療行為に同意し、選択し、あるいは拒否することができる権利である。欧米先進国では、広く知られるように90年代前半にはすでに法制化ないし社会的規範として確立されており、日本では92年の東京地裁判決以降判例が積み重ねられている。
- ③ **知る権利**は、一言でいえば、自らの状況を理解し最善の選択をするために必要なすべての情報を得る権利である。具体的には、これから行われる検査と治療の目的・方法・内容・危険性、予後(病気の見込み)、他の治療手段、すでに行われた検査・診察・治療の内容とその結果、病状の経過等について、十分に理解できるまで説明を受けるられること、治験や研修等の目的を含む診療行為を受ける場合にはその目的が含まれていることの説明を受けること、自分の診療記録(カルテ)等の閲覧とそれらの写しの作成・交付を求めること、担当する医療従事者の氏名・資格・経歴を知ること、他の医療提供者から病状や治療方法等を聞くことができること(セカンドオピニオン)、診療費用の明細報告や医療費の公的援助に関する情報を受けられることなどが含まれる。
- ④ **最善の医療を受ける権利**は、経済的な負担能力にかかわらず、その必要に応じて、最善の医療を受けられる権利である。「最善の医療」については、一般的には先述の国

際人権A規約第12条で規定された状態を実現する医療と理解されている。最善の内容については、国内外における客観的な医療水準(時代や科学技術の発達とともに変化する)、医療提供者の提供レベル、患者自身の主観的・客観的ニーズ等によって評価の重点は異なるが、いずれの場合でも「到達可能な最高水準」であることが求められる。

- ⑤ **安全な医療を受ける権利**は、文字通り誰でも安全な医療を受けることができることであり、近年、自己決定権とならんで患者の不可欠の基本的権利として重視されるようになった。医療には多くの事故発生の危険性が潜んでおり、これらの危険性を確実にコントロールしながら医療行為を行うことは医療提供者の本来的責務である。2002年8月の医療法施行規則一部改正によって医療機関における安全管理体制の整備が義務づけられ、同年10月からそれが整備されていない医療機関は診療報酬で減額査定されるようになったが、医療提供者による安全な医療を受ける権利の擁護、言い換えれば医療現場における安全性の確保のあり方については、まだ多くの課題が残されている。
- ⑥ **プライバシーが守られる権利**は、患者と家族の個人情報が保護される権利で、医療提供者が得た自分と家族の個人情報が守られるのみならず、事前の同意なくして第三者に開示されないことである。この権利擁護については、かつては刑事訴訟法や民事訴訟法、刑法、医師法等によるだけで、経済協力開発機構(OECD)の定めたいわゆる「自己情報コントロール権」にもとづく法制度はなかった。しかし80年代から90年代にかけて多くの地方自治体で「個人情報保護条例」が制定され、2003年5月に「個人情報保護法」が制定されたことから法律上で担保される形は整ったといえる。

## 2. 患者の「自己決定権」と「知る権利」をめぐる流れと論点

- (1) かつて医療は、病人への慈善的・恩恵的な行為とみなされ、また高度の専門性をもつことから、患者は専門家である医師に全てを任せ、任された医師は患者をわが子を思う気持ちで恩恵的に施すパターンリズム(父権主義)とよばれていた。しかし今日では、患者は医療を受ける権利があり、受ける医療について自ら決める権利(自己決定権)があるという考え方が、広く認められるようになった。そして、この患者の自己決定権を個々の医療関係のなかで実現する原理・原則でありシステムがインフォームド・コンセント<sup>4</sup>である。したがって、歴史的にみると自己決定権とインフォームド・コンセントは同一歩調をとって発展・確立してきたと言える。

インフォームド・コンセントは、第二次世界大戦におけるナチス医師達の非人道的

な人体実験を裁いたニュールンベルグ綱領(1948年)の「自由な意志にもとづく同意」に由来するといわれ、世界医師会のヘルシンキ宣言(64年)では、臨床実験において被験者への十分な説明と同意が不可欠であるとの見解が示された。このようにインフォームド・コンセントは、歴史的には患者に対する重大な人権侵害を防ぎ医療の合法性を担保する原理・原則として国際的に確立されてきたものである。しかし今日では、それにとどまらずに「患者の主体性を尊重した医療を生み出す基本原理として、医療従事者と患者との連携・協同による信頼関係の創造し、医療の科学性、安全性、透明性を確立していく上で不可欠の原則」(患者の権利法をつくる会)と位置づけられるようになっている。

ところでわが国においては、1989年に厚生省が医薬品の臨床試験の実施におけるインフォームド・コンセントを義務づけ、91年には日本医師会が、インフォームド・コンセントは医師と患者の信頼関係の基礎を築くうえで必要な原則である旨の見解を発表している。その後、第123国会や厚生省検討会、脳死臨調等において議論が交わされ、97年6月に成立した臓器移植法には「医師は、移植術を受ける者又はその家族に対し必要な説明を行い、その理解を得るよう努めなければならない」(第4条)旨が明記された。さらに同年11月の医療法改正で、「医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」(第1条の4の第2項)との規定が新設された。一般には、この第3次医療法改正によってインフォームド・コンセントが義務づけられたと理解されている<sup>5</sup>。しかし、患者の納得ないし同意が必要であることを明記していない点や努力義務にとどまっていることから、患者の主体性を確立するという本来の意味でのインフォームド・コンセント原則を定めたとはいえないであろう。

一方この間に、判例では患者の自己決定権とインフォームド・コンセントの法理を明確に認める判断が相次いで示され、すでに、医師の裁量よりも患者の自己決定権が優るといふ流れが形成されている。1992年8月の東京地裁判決を始め、94年12月の仙台高裁判決、2000年2月の最高裁判決(いわゆる「エホバの証人輸血拒否事件」)などはその代表例である。加えて、01年11月の最高裁判決(乳ガン患者の乳房切除)では、患者の自己決定権を再確認するとともに、医師の説明は患者が手術を受けるかどうかを熟慮し判断することを助けるために行うものである旨の判断を示している。

しかしこのようななかにあっても、医療提供者のなかには、患者の自己決定権を単に患者の同意権と理解し、医師の裁量を認めるべきという議論も根強くあることも事

実である。この背景には、医師の裁量を認めないと結果論に基づく医師の責任追及が横行し、ひいては医療の萎縮や医師の無責任を招くという考え方がある。こうした考えに対しては、「医師の裁量を認めなくても、可能な限り病状を解明し、適切な説明と助言をし、決定された治療行為に最善をつくしていれば、たとえ結果が患者に好ましいものでなかったとしても、医師が責任を問われることはない。むしろ、医師の裁量を認めると十分な解明・説明・治療もしていないのに、それは医師の裁量の範囲内として不当に免責される危険の方が高い。それこそ安易な医療を横行させる」(安原幸彦弁護士)という反論意見がある。こうした患者の自己決定権は医療行為を決める本来的な方法であるという考え方のほうが、今日では主流になりつつあるといえよう。

なお、医師の裁量よりも患者の自己決定権が優るとしても、患者がインフォームド・コンセントの権利自体を放棄した場合、医師がそれも一つの自己決定だとして対処することが許されるかどうかについては議論のあるところである。しかし、この場合でも医師は、適切な説明を行い患者の理解を得るよう努める義務があり、最善の治療を行う義務があることは当然である(ただし、医師の説明義務の範囲や説明義務違反による損害をどこまで認めるかについては、個別事例にもよるがまだ考え方が分かれており、今後の課題になっている)。

この他、情報の非対象性という経済学的な見地から、「インフォームド・コンセントにのっとり医師が患者に対し丁寧に説明したとしても、患者に医師と同等の専門知識の理解力、判断力を期待するには限界がある」という意見もある。この意見の是非は別としても、患者自身に理解・判断能力がない場合には患者の主体的な選択を支援ないし患者に代わって本人の利益を代弁する「代理人」(代諾権者)を制度化することが必要であると考えられる。

(2) 患者の「知る権利」は「自己決定権」を行使するための前提である。患者にとって知る権利の最も重要な内容は、説明を受ける権利と医療情報へのアクセス権(医療情報の開示)であり、医療情報の開示に関する論点は、今日、かなり絞られてきている。

医療情報の代表的なものは、カルテ(診療記録)とレセプト(診療報酬請求明細)であるが、レセプトについては、1997年6月の厚生省通知によって被保険者、その代理人や家族への開示が認められた。まだ運用上の問題は残されているようであるが、カルテに先行して決着しているといつてよい。

カルテについては、98年に、厚生省がカルテ等診療情報の活用に関する検討会の報告をうけて医療審議会に開示義務の法制化を諮問したが、日本医師会は医師の職業倫理として行うべきとして法制化に反対する見解(医療情報提供に関するガイドライン検討委員会中間報告「診療情報の適切な提供を実践するための指針について」)を発表した。この結果、医療審議会はカルテ開示の必要性を認めつつも、法制化については意見の一致をみることができず先送りされた。

しかし、この間に地方自治体では個人情報保護条例により保障されたカルテ開示制度<sup>6</sup>が創設されている。国立大学付属病院も99年2月の病院長会議常置委員会でまとめられた指針に基づき、また国立病院も2000年7月に策定された指針に基づいて、それぞれ開示制度がスタートしている。さらに、02年3月に閣議決定された「規制改革推進3カ年計画」に、「患者の請求に基づく医師のカルテ開示を普及、定着させるため、診療情報開示に関するルールの確立やガイドラインの整備を行う」と明記されたこともあり、病院におけるカルテ開示(閲覧・謄写)は急速に普及した。

03年5月に成立した個人情報保護法(05年4月全面施行)では、診療情報も一般の個人情報と同じに扱うこととされ、カルテ開示が法的に義務付けられた。これをうけて厚生労働省は同年9月にカルテ等の診療情報の原則開示を通知している。ただし、個人情報保護法では、カルテ開示義務を負うのは個人情報取扱事業者(個人情報データベース等を事業の用に供している者)に該当する医療機関であり、個人情報件数が「過去6月以内のいずれの日においても5000を超えない」医療機関は対象外とされている。また、遺族にカルテ開示を認めるか否かは、カルテ開示の法制化を提言した厚生省のカルテ等診療情報の活用に関する検討会(1998年)でも議論されてきた論点であるが、個人情報保護法では、生存する個人の情報だけを対象としており、死亡した者の情報は対象外になっている<sup>7</sup>。

一方、日本医師会は、02年10月に「診療情報の提供に関する指針」を改訂し、原則として患者など(遺族は法定相続人に限定)からの診療記録の閲覧、謄写の求めに応ずる方針に転換した。しかし、同指針の付属文書「指針の実施にあたって留意すべき点」で、「裁判問題を前提とする場合は、この指針の範囲外であり指針は働かない」との見解を明らかにしている。また、04年2月に定めた「医師の職業倫理指針」では、「診療記録等の開示を拒みうる場合としては、①対象となる診療情報の提供、診療記録等の開示が、第三者の利益を害するおそれがあるとき、②患者本人の心身の状況を著しく損なうおそ

れがあるとき、③不適當とする相当な事由があるとき、の3つがある」ことを示し、その解説で「診療情報、特に診療記録(カルテ)の開示については、なお議論の多い問題である。一般的に診療記録には患者の客観的データと医師の主観的な意見や考えがかけられており、後者については開示の対象とすべきでないとする意見もある」と述べている。ここに見られるように日本医師会は、カルテ開示一般については認めつつも、裁判を前提とした開示、特に医師の私見部分も含むカルテの全面開示については否定的な立場を崩していない。

### 3. 立法化への課題

患者の権利について、欧米ではすでに法制化ないし患者憲章、あるいは実質的に法的拘束力をもつ医師会の倫理綱領や病院の内規という形で、社会的に確立されている。こうした流れは止めることのできない国際的な流れであり、わが国においても、これまで見てきたとおり、患者の権利の確立は議論の段階を超えて実践の段階に入っているといえよう。

患者の権利に関して、国会では、過去に全会派が一致して行政府に立法化を含む検討を求めた<sup>8</sup>ことがあるが、これまで行政府は、その都度ガイドライン(指針)を策定することによって対応してきている。最近では、ガイドラインの策定にあたって閣議決定(1999年)されたパブリックコメント方式が採用されており、行政府が丁寧に指針づくりに努めている姿勢は伺える。しかし、厚生労働省のガイドラインの基本的性格は、方針書ないし手引書といったものであり、医療提供者がそれに基づいて規定を整備し実践するか否かは医療提供者の自主的な判断・取り組みに委ねられ、法的拘束力はない。この意味でガイドラインは、たとえそれが優れた内容のものであっても法制化までの暫定的なものとして位置づけるべきであり、速やかな法制化が求められる。

ところで、わが国において立法化が進まない背景には、医療提供者の側に医療紛争、特に医療情報の提供に伴う不安がある。弁護士として長年にわたり医療事故被害者の救済運動に関わってきた加藤良夫南山大学法学部教授は、この不安について、警察ざた(刑事罰によって医師免許や看護師免許が剥奪されることに対する不安)、マスコミざた(メディアに大きく取り上げられ、病院の名誉とか評判、あるいは業務への支障が起きることへの恐れ)、裁判ざた(民事損害賠償による賠償金支払いへの不安)の3つがあるとして、次のように指摘している。「医療事故防止の問題と被害者救済の問題は、今までは別の次元の問題だと考えられてきたが、そこに大きな落とし穴があった。医療事故防止のために正直に伝えただけ

れど、裁判ざた、警察ざたが残り、あるいはマスコミざたが残る。つまり医療機関にとっては大変な負担が残る状態で、厚生労働省は機関病院に事故報告を義務づけるとしているが、その後、その人たち、あるいはその医療機関はどうなるのかということについて体制を用意していない。

そして、患者の権利と安全な医療を確立するために、「被害救済のシステム整備と同時に加害者の側にもメリットシステムを導入し、隠す文化から正直文化に変わっていく必要がある。今までは臭い物に蓋をして、隠すことによって責任を逃れる文化、封建制の壁を温存して自分たち医療界を守ろうとするあり方だったところを、正直になる、謝らなければいけないことは率直に謝る、改善すべき点は率直に改善しようとする。被害者ともパートナーシップを組んで、安全な医療、質の向上に努めようとする。隠す文化から正直文化に転換できるかどうか鍵になる」と提言している<sup>9</sup>。

同様な見解は、医療提供者からも出されている。例えば、森功医療法人医真会理事長は「最も大切なことは、医療者・医療機関との信頼関係に基づいた医療情報の共有化を通じて、国民の間に『医療への理解と納得を積極的に追い求める文化』を育てることである。

『現存する医療情報は開示に耐えられない』というような医師会が危惧する状況は、公開・開示が始まればすぐにでも改善することは疑いがない。……いたずらに対立関係を第一に考えるのではなく、診療の前向きな設計とともに既遂の医療については是々非々に真実を記し、過ちといえども隠蔽することなくつまびらかにする勇気を持ちたいものである。そういうものこそ患者と共有可能な優れた診療録といえる」と述べている<sup>10</sup>。

この両氏の見解は、医療提供者と患者・医療事故被害者のパートナーシップ、正直な医療情報のオープン化と共有化、新しい医療観に基づく文化の創造といった点で完全に一致しており、問題解決の方向を示している。つまり、加藤良夫教授が提案しているような「正直者のメリットシステムの導入」を含めた紛争解決の合理的なあり方について国民合意を形成し、開かれた医療による医療提供者と患者との新しい信頼関係を構築していくことは、これからの医療の目標であると同時に「患者の権利」を確立していくための基本戦略であり、立法化への最大課題であると思われる。

第二に、このように考えると、患者・国民も積極的に医療に参加するという意識改革をはかっていくことが重要になる。このために、自分の生命、身体、健康等について正確な認識をもち必要な医療情報を主体的に収集し学ぶことや、医療提供者の説明を理解できるまで聞くこと、セカンドオピニオンを活用すること、権利には義務が伴うという考え方で

医療環境の向上に努めることなど、「自らも変わり成長する」取り組みを重視すべきであろう。

第三に、患者の権利を尊重しこれを守ろうとする医療が行われるためには、医療提供者がゆとりをもって仕事ができるような人的物的両面における条件整備が不可欠である。こうした観点からの診療報酬制度、医療制度の改善は従来からの大きな課題であり、これまでも少しずつ実施されてきてはいるが、より重点化し改革のスピードを早めるべきであろう。

#### 4. 「患者の義務」

ところで、「患者の義務」についてどう考えたら良いであろうか。患者の権利を法定化しているアメリカでは、各州法で「患者の義務」を定めている<sup>11</sup>が、わが国では様々な見解があり、社会的合意は形成されていない。例えば、病院のなかには、患者の権利とともに「患者の義務」ないし「患者の責務」を定めているところもあれば、患者の権利だけを定め、「患者さんへのお願い」事項を文書配布しているところも多い。また、先に紹介した「患者の権利法要綱案」（患者の権利法をつくる会）では患者の義務については全く触れていないが、「都立病院の患者権利章典」（東京都）では、患者の権利とともに「患者の責務」として①医療提供者に対し、患者自身の健康に関する情報を提供する責務、②医療上、理解できないことについて質問する責務、③他の患者の治療や病院職員の医療提供に支障を与えないようにする責務、の3項目を明記している。

「患者の義務」については、憲法で国民としての納税義務が定められ、また民法上で有償委任である診療契約の委任者（患者）としての約定報酬（診療費）支払い義務が規定されている<sup>12</sup>ことから、一般的には「医療費用を負担する義務」と理解されている。加えて、患者には「医師の質問に応える義務」や「医師の療養指示・指導に従う義務」があるとする見方がある。これは主に、「各医療保険法で定めている保険給付の制限条項は患者にとっては義務規定である」という法解釈や、「医師に診療上の説明義務、注意義務があるのと同様、患者にもこれに対応した義務がある」という考え方からのものといえる。

しかし最近では、患者の権利が当然視されてきたなかで、「権利には義務が伴う」という権利義務の一对原理を尊重する立場や、「医療が医療提供者からの一方通行で行われるのではなく、患者も主体的に参加することが必要である」という考えに基づいて、患者が医療に参加していくために必要な基本的姿勢を明確にし、両者の協力による医療の実現をめざ

す」(東京都衛生局病院事業部経営企画課)という立場から、「患者の権利」にあわせて「患者の義務」も明確にしていこうとする動きが出てきている。こうした新しい動きをふまえ、患者自身の利益を守るために医療従事者と共同して診療に参加するという視点から、「患者の義務」を定めることは必要であると考え。またそのことは、医療提供者のなかに患者の権利確立は医師の義務だけを強めるという誤解があるなかで、患者の権利確立を実現していく運動論からも重要な意味をもつと思われる。

この場合、「患者の義務」としては、例えば次のような内容が考えられるが、今後、十分検討すべき課題である。

#### 「患者の義務」

- ① 医療従事者に自分の健康や病状について情報を提供する義務
- ② 病院の規則や医療従事者からの注意事項を守る義務
- ③ 他の患者の治療や医療従事者の医療提供に支障を与えない義務
- ④ 自分で病気を治そうとする意思をもち努力する義務
- ⑤ 快適な療養環境の維持・向上に協力する義務

「患者の義務」の法的な性格については、「医療は専ら患者の利益のために存在するものであり、患者側の対応が不十分であることに起因する不利益な結果は、ほとんどの場合、当該医療過程が不必要に長期化するとか、思わしい良好な結果がえられないという形で患者側に発生するのであって、良好な結果に関する医師固有の法益というものは考えられない。したがって、こうした義務を患者側に課するとしても、その義務の性質は、これに違背した場合に相手方＝医師側から賠償責任などを問われるなどという強い法効果によって担保されるものではなく、義務者本人の利益を自ら守ることを目的としたものとして、この種の義務違背があれば例えば相手方に損害賠償責任が認められる場合の過失相殺事由の一環をなし得るといったような、講学上いわゆる『間接義務 Obliegenheit』と解されるべきである」(山本隆司・奈良産業大学教授)という意見があり、今後、「患者の義務」の範囲・内容そのものとともに、十分検討される必要があると言えよう。

## 参考文献

患者の権利法をつくる会 (1993)「患者の権利法要綱案」

日本医師会『日本医師会雑誌』第131巻第7号、他

厚生省 (1998)「カルテ等診療情報の活用に関する検討会報告」、他

蒔立明・中井美雄編 (1994)『医療過誤法』青林書院

総合開発研究機構(NIRA) (1998)「薬害等再発防止のシステムに関する研究報告」

石原寛編 (2003)『医療紛争の法律相談』青林書院

岡本左和子 (2003)『患者第一 最高の治療』講談社プラスアルファ新書

- 1 例えば、1964年の世界医師会(WMA)「ヘルシンキ宣言」、1972年のアメリカ病院協会(AHA)「患者の権利章典」、1980年のOECD理事会勧告(いわゆるOECD8原則)、1981年の世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」など。
- 2 「患者の権利法要綱案」は、1999年1月の横浜市立大学病院「患者取り違え事件」以降、基幹病院で重大医療事故が発生したことや、2000年12月に医療法が改正され、全国的に医療事故防止対策への取り組みが強化されたことなどから、01年9月に一部改訂され、「安全な医療を受ける権利」「医療被害の救済を受ける権利」等が追加された。
- 3 患者の定義について、1994年3月にアムステルダムで開催された世界保健機関(WHO)ヨーロッパ会議が採択した「患者の権利の促進に関する宣言」では、「健康であるか病気であるかを問わず、保健医療サービスの利用者」としている。
- 4 インフォームド・コンセントは、一般的には「説明と同意」と定義されるが、具体的には、「当該患者の医療に関するすべての医療職が自ら関与する部門において行う医療行為のすべての情報を患者に提示し、理解・納得を得たうえで実行に移すこと」(森功・医療法人医真会理事長)、あるいは「患者が、医療機関と医療従事者から十分な情報の提供とわかりやすい説明を受け、自らの納得と自由な意志にもとづき自分の受ける医療行為に同意し、選択し、あるいは拒否すること」(患者の権利法をつくる会)と定義されている。
- 5 日本医師会「医の倫理綱領・医の倫理綱領注釈」(2000年2月)参照。
- 6 例えば、東京都が1999年11月からスタートさせた「都立病院におけるカルテ開示制度」は、任意の情報提供(記録の「閲覧」「口頭による説明」「要約書の作成交付」)に関する請求と条例に基づく複写請求(個人情報開示請求)を、同じ病院の窓口で同時に行い、情報の提供やコピーの交付も病院で受けることができる。また複写請求について、任意の情報提供では非開示事由とされている「治療効果等に悪影響が懸念されるとき」「第三者から得た情報で、第三者の了解を得られないとき」等は非開示事由とされていない。なお、複写請求権者には「死亡した未成年者の親権者」も含まれる。
- 7 現在、厚生労働省の検討会で、医療分野の個人情報保護に関するガイドラインの策定に向けた議論が開始されており、そこでは、個人情報件数5000件以下の医療機関、診療所の扱いや死亡している者に関する情報の扱いなどが論点としてあげられている。
- 8 第3次医療法改正時の参議院厚生委員会付帯決議、個人情報保護法制定時の参議院個人情報保護特別委員会付帯決議を参照。
- 9 「連合総研レポートNo.184」(2004年6月)。
- 10 「月刊薬事Vol.44, No.4」(2002年3月臨時増刊号)。
- 11 例えば、アメリカ東部のメリーランド州では、①病歴、服用している薬など、病気に関するあらゆる情報を(医師に)正確に伝えること、②病状や治療について十分理解できるまで情報や説明を求めること、③既往歴、医療に対する法的な意思表示がある場合は、書面で伝えること、④治療や投薬について、アレルギーなどの症状がある、または懸念される場合、(医師に)正確に伝えること、⑤患者や地域住民に公平で最適な医療を施す義務が病院にはあることを理解すること。病院規則はこの責務を遂行するためにあることを理解すること。他の患者、病院、医療スタッフ、病院スタッフがその責務を果たすことができるよう適切に対処すること、⑥保険請求に必要で正確な情報を提供し、その処理については病院に協力すること、⑦医療で支えられる以上に健康は大切であり、患者のライフスタイルが健康状態に影響を与えることを認識すること、が決められている。
- 12 この規定は、各医療保険法で、被保険者としての保険料負担義務(健康保険法第161条)と一部負担金支払義務(健康保険法第74条)として明文化されている。

## 資料 1 患者の諸権利を定める法律要綱案（患者の権利法をつくる会）

### 前文 省略

#### 1 医療における基本権

- (a) 医療に対する参加権 すべて人は、医療政策の立案から医療提供の現場に至るまであらゆるレベルにおいて、医療に対し参加する権利を有する。
- (b) 知る権利と学習権 すべて人は、自らの生命、身体、健康などにかかわる状況を正しく理解し、最善の選択をなすうために、必要なすべての医療情報を知り、かつ学習する権利を有する。
- (c) 最善の医療を受ける権利 すべて人は、経済的負担能力にかかわらず、その必要に応じて、最善の医療を受けることができる。
- (d) 安全な医療を受ける権利 すべて人は、安全な医療を受けることができる。
- (e) 平等な医療を受ける権利 すべて人は、政治的、社会的、経済的地位や人種、国籍、宗教、信条、年齢、性別、疾病の種類などにかかわらず、等しく最善の医療を受けることができる。
- (f) 医療における自己決定権 すべて人は、十分な情報提供とわかりやすい説明を受け、自らの納得と自由な意思にもとづき自分の受ける医療行為に同意し、選択し、或いは拒否する権利を有する。

#### 2 国および地方自治体の義務 〈省略〉

#### 3 医療機関および医療従事者の義務 〈省略〉

#### 4 患者の権利各則

- (a) 自己決定権 患者は、医師および医療医療従事者の誠意ある説明、助言、協力、指導などを得たうえで、自由な意思にもとづき、診療、検査、投薬、手術その他の医療行為に同意し、選択し、或いはそれを拒否することができる。
- (b) 説明および報告を受ける権利
- 1) 患者は、医師およびその他の医療従事者から、自己に対する医療行為の目的、方法、危険性、予後、選択しうる他の治療手段、担当する医療従事者の氏名、経歴、自己に対してなされた治療、検査の結果などにつき、十分に理解できるまで説明と報告を受けることができる。
  - 2) 患者は医療機関あるいは医療従事者に対して、自己の治療経過に関する要約的文書サマリーの作成・交付を求めることができる。
- (c) インフォームド・コンセントの方式、手続
- 1) 患者および医療従事者は、医療行為に関する説明と同意につき、書面により行うことを求めることができる。
  - 2) 患者が疾病・未成熟等を原因として、医療行為に関する説明、報告を理解し、或いは同意・選択・拒否する能力が欠如している場合は、患者に代わって患者の最善の利益を代弁することのできる法律上の権限を有する者を患者の代理人とする。
- (d) 医療機関を選択する権利と転医・退院を強制されない権利 患者は、医療機関を選択し、転医することができ、又、自己の意思に反する転医や入院退院を強制されない。患者は、いつでも転医に必要な情報を受ける権利を有する。
- (e) セカンド・オピニオンを得る権利 患者は、自己に対する医療行為に関し、必要と考える場合には、いつでも同一医療機関の別の医療従事者、或いは、他の医療機関の医療従事者からの意見を求めることができる。
- (f) 医療記録の閲覧謄写請求権 患者は、医療機関が有している自己の医療記録 カルテ等を閲覧し、或いはその写しの交付を求めることができる。
- (g) 証明書等の交付請求権 患者およびその遺族は、医療機関および医療従事者に対し、患者に関する診断、投薬、手術、入院、通院と治療の経過および結果、医療費の明細、出生、死亡などの事実を証明する書面の交付を求めることができる。
- (h) 個人情報保護される権利 患者は、診療過程において医療機関および医療従事者が取得した自己の個人情報を保護され、事前の同意なくして、或いは自己に対する治療目的以外で第三者に開示されない。
- (i) 快適な施設環境と在宅医療および私生活を保障される権利 患者は、快適な施設環境の中で、或いは在宅において、最善かつ安全な医療を受け、可能な限り通常の社会生活に参加し、或いは通常の私生活を営む権利を有する。
- (j) 不当な拘束や虐待を受けない権利 患者は、不当な拘束や虐待を受けない権利を有する。
- (k) 試験研究や特殊な医療における権利 患者は、試験・研究に参加せず、或いは一般化していない特殊な医療を拒否することができ、そのことによって如何なる不利益扱いも受けない。患者が試験・研究に参加し、或いは特殊な医療を受ける際には、その目的、危険性、予後、担当する研究者或いは医療従事者の氏名、資格、経歴等につき、書面による十分な説明を受け、かつ書面による同意を与えなければならず、又、患者はいつでも自己の同意を撤回することができる。
- (l) 医療被害の救済を受ける権利 患者に医療行為による被害が生じた場合、患者本人・家族・相続人は、迅速かつ適切な救済を受ける権利を有する。
- (m) 苦情調査申立権 患者は自分の権利が侵害され、あるいは尊重されていないと感じるときは何時でも当該医療機関に対して苦情を申し立て、必要な場合には患者の権利委員会における調査を経たうえで、迅速な回答を得る権利を有する。

#### 5 患者の権利擁護システム 〈省略〉

#### 6 罰則

## 資料2 立法化への国内外の主な動き

- |      |   |
|------|---|
| 1964 | 世界医師会(WMA)「ヘルシンキ宣言」   |
| 1972 | アメリカ病院協会(AHA)「患者の権利章典」  |
| 1974 | アメリカ「情報公開法」   |
| 1981 | 世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」(1995年改訂)   |
| 1984 | 患者の権利宣言全国起草委員会「患者の権利宣言(案)」  |
| 1985 | アメリカ「統一医療情報法」   |
| 1990 | 日本医師会「説明と同意に関する報告書」   |
| 1991 | アメリカ「患者の自己決定法」<br>イギリス「患者憲章」<br>日本生協連医療部会「患者の権利章典」<br>患者の権利法をつくる会「患者の権利法要綱案」                            |
| 1992 | 東京地裁判決「患者の自己決定権とインフォームドコンセント法理」<br>日本弁護士連合会「患者の権利の確立に関する宣言」   |
| 1993 | フィンランド「患者の権利と地位に関する法令」  |
| 1994 | 世界保健機構(WHO)ヨーロッパ会議「患者の権利の促進に関する宣言」<br>オランダ「医療契約法」<br>イギリス「医療記録アクセス法」                                    |
| 1997 | 厚生省「レセプト開示に関する通知」<br>第3次医療法改正(患者への説明義務)   |
| 1998 | アメリカ「患者の権利法」<br>厚生省「カルテ等診療情報の活用に関する検討会」報告   |
| 1999 | 欧州評議会(EC)「患者の権利条約」<br>医療審議会「医療供給体制の改革について(中間報告)」<br>東京都「都立病院におけるカルテ開示制度」<br>患者の権利法をつくる会「医療記録法要綱案」       |
| 2000 | 日本医師会「診療情報の提供に関する指針」<br>最高裁判決「エホバの証人輸血拒否事件」<br>厚生労働省「国立病院等における診療情報の提供に関する指針」<br>第4次医療法改正(広告規制緩和、安全確保対策) |
| 2001 | 国立大学医学部付属病院長会議「医療事故防止のための安全管理体制の確立」<br>東京都「都立病院の患者権利章典」   |
| 2002 | 閣議決定「規制改革推進3カ年計画」<br>医療法施行規則一部改正(安全管理体制部分)<br>日本医師会「診療情報の提供に関する指針」改訂                                    |
| 2003 | ドイツ「患者の権利憲章」<br>個人情報保護法成立(2005年4月1日全面施行)<br>厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」                                       |
| 2004 | 日本医師会「医師の職業倫理指針」改訂  |

## 第4章 医療事故の防止と被害者の救済

### はじめに

新聞をはじめとするマスコミの医療事故報道が、こんなにもひんぱんになったのはいつ頃からだろうか。99年の横浜市立大学付属病院の患者取り違え事件が、マスコミに医療事故に対する真剣な取り組みを促がすきっかけを与えたかもしれない。今年フジテレビの連続ドラマ「白い巨塔」が高い視聴率で人気をよんだ。山崎豊子のこの小説は、医療過誤をめぐる患者遺族とこれを支援する医師、対する手術を執刀した大学病院の教授側との裁判闘争をめぐる葛藤を描いている。最初に映像化された田宮二郎主演のテレビドラマも当時の社会に強烈な衝撃を与えた。それから25年経っているが、医療事故は増えこそすれ、減りそうもない。

患者・国民にとって安心・安全は医療の大前提である。事故のない信頼できる医療がなにより求められている。しかし、いまその信頼が崩れかけている、いや崩れてしまっている。その原因はなにか。どのような対策を今後強化しなければならないだろうか。また、医療過誤の被害者とその家族は、さしたる救済もないまま、長年にわたって肉体的・精神的・経済的苦痛を強いられている。裁判制度の改善も必要であるが、人間を大事にするもっと包括的な救済制度が考えられないか。ここではこれらの課題を検討する。

### 1. 定義

医療をめぐることは、さまざまな「事故」や「トラブル」が発生する。マスコミでは「医療過誤」ということばがひんぱんに使われている。それぞれのことばが意味するところは微妙に異なる。ここでは次のように整理しておく。

**医療事故** 医療にかかわって発生する人身に有害な事故。不可抗力によるアクシデントと医療過誤によるアクシデントがある。やるべき診察や治療を行わないというような、医療従事者の不作為も含まれる。

**医療過誤** 医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者の過失（エラー）があるものをいう。医療ミスと同義語。

**医療トラブル** 医療に関し患者側からの提起により問題解決が必要となったもの。

医事紛争と同義。医療訴訟はの中で訴訟に至ったもの。医療トラブルには感情の行き違いや誤解にもとづくものが少なくない。

## 2. 医療事故はどのくらいあるか

医療事故が急増している。誰もそう考えている。しかし、それを証明する公表されたデータはない。わが国の医療事故の推計で、いまだ確定されたものはない。諸外国においては、特定の専門家が診療録等を抽出・分析する調査により事故の発生率を算出しているが、わが国においては03年（平成15年）に、厚生労働省のもとで推定のための検討部会が発足したばかりである。この一つをとっても、わが国の医療においてはいかに安全が疎外されてきたか、わかるというものである。

アメリカでは1977年に、カリフォルニア州医師会が2万人の診療録を分析し、4.6%事故が起きていて、0.7%は過誤によるもの、つまり避けられるものであったと報告している。ハーバード大学は1991年、3万人の患者の記録から、3.7%が事故で、1%は過誤であったとの分析結果を発表している。このデータからすると、大雑把に見て「事故率は4%くらいあり、過誤はそのうちの約2割」といえる。

また、99年には同国の科学アカデミー医学研究所が、「医療事故の死亡者は全米で年間4万4千人、別の推計では9万8千人」と発表している。

今年に入って国立保健医療科学院の長谷川敏彦政策科学部長は、米国、オーストラリア、英国、デンマーク、ニュージーランドの五カ国の報告を分析し、これをわが国にあてはめ、次のような推計を発表している（新聞報道）。

＜年間発生する有害事象＝120万件＞

年間延べ退院患者数(1,350万人)×平均有害事象発生率(8.9%)

＜医療事故で死亡する年間入院患者数＝2万6千人＞

年間延べ退院患者数(1,350万人)×平均死亡率(0.38%)×0.5

ここで有害事象とは、患者に何らかの被害が発生したということであり、下の平均死亡率はそのうち死にいたる比率である。0.5を掛けているのは、有害事象の半分は医療ミスを含む事故であるということであろう。後述する日本の医療の質の問題を考えると『医療事故による死亡者数は年間3万人以上』と巷間いわれる数字は、それなりにうなづける。ちなみによく比較される交通事故の年間死亡者数は、03年で7,702名であった。こちらの方は、

救急医療の発達で年々減少している。もっとも、事故後24時間以内の死亡数であるので、まともに比較しても意味はない。

### 3. 増える医療トラブル

医療事故は増え続けているとだれもが認識している。それは、ひんぱんに報じられるマスコミの情報に多くは依っている。しかし、前述のように医療事故が増加しているという全体的な統計はない。

#### <国立病院等のケース>

厚生労働省は、平成13年から国立病院、国立療養所、高度専門医療センターに医療事故報告制度をつくったが、年度別の報告件数はつぎのとおりである。

	平成13年度	平成14年度	平成15年度
ナショナルセンター	1件	11件	6件
国立病院	56件	76件	62件
国立療養所	36件	37件	40件
ハンセン病療養所	0件	0件	1件
計	93件	124件	109件

上表を見ると、平成13年度に比し14年度は医療事故が増えたが、平成15年度には減少している。14年度の増加は単に報告制度が徹底されたためともいえる。

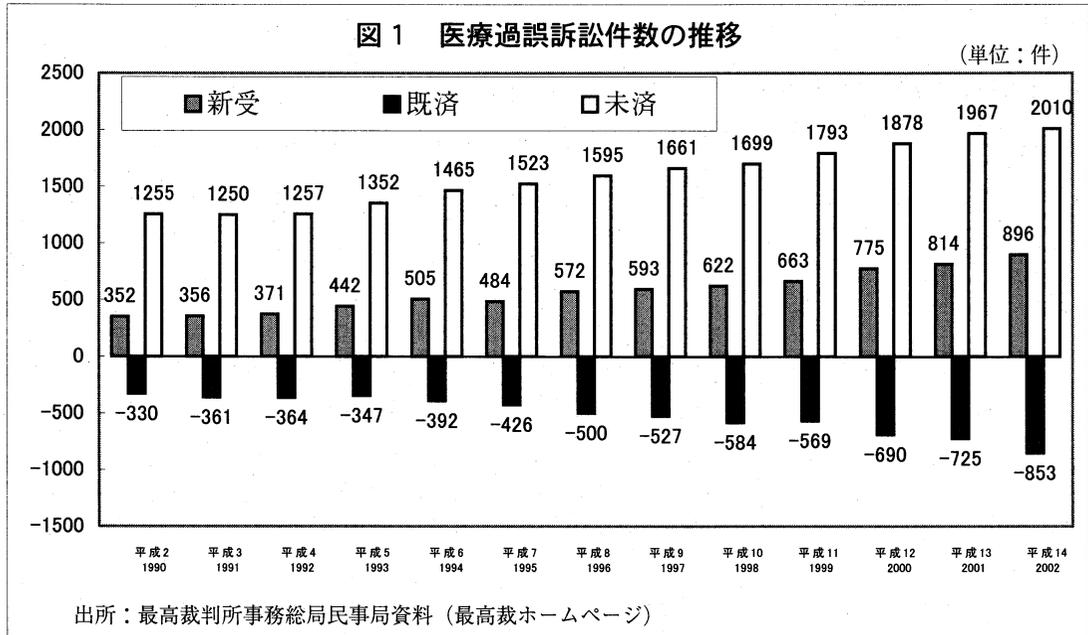
はっきりいえることは、次のとおり医事訴訟が増えていることである。

#### <民事訴訟>

最高裁はホームページで医事訴訟のデータを公表しているが、医事関係訴訟事件の処理状況と平均審理期間の推移は図1のとおりである。新たに受理した件数は、93年の442件から02年の896件と、この10年で2倍を超えている。この間、平均審理期間は42.6ヵ月から30.4ヵ月と2割方短縮された。だが地裁における通常訴訟の平均審理期間は10.1ヵ月から8.3ヵ月に短縮しており、医事訴訟の審理期間は依然として極端に長いことがわかる。裁判所の努力により、年間の処理数は年々高まっているが、未決済の案件が蓄積されつつあるのも懸念される。

ちなみに、平成14年の既済853件のうち判決は373件、和解は374件であった。判決のう

ち認容された(被害者側の言い分が通った)比率は38.6%である。



医療訴訟が増えた理由としては、一般に次の事項が考えられる。

- ① 医療技術や医療機器の高度化が急速に進展しつつあり、事故のリスクが高くなっている。
- ② 国民の権利意識が強くなっている。
- ③ マスコミの報道やインターネットにより、医療過誤の存在と医事訴訟の実態が広く認識されてきた。
- ④ 医療訴訟を支援する弁護士、鑑定医、NPOなどの支援団体が増えてきた。

医療トラブルのすう勢を長期的に把握するものとしては、後述する都道府県医師会の医事紛争処理委員会の受付・処理件数や、損保業界の医師賠償責任保険の支給額などの推移が参考になると思われるが、残念ながら公表されていない。現在医師賠償責任保険の商品認可は大手五社が持っているが、医事訴訟の増加にともない保険料も上がり、過去の実績の審査も厳しくなっているようである。今後このような情報が当事者から公開されることを期待したい。

#### 4. 医療事故の原因

それでは医療事故が起きる原因はなんであろうか。患者側の要請にもとづく医療鑑定を行う任意団体として1995年に発足した「医療事故調査会（森功代表世話人）」は、年々シンポジウムでその作業結果の貴重な分析を報告している。本年の第9回シンポジウムの調査会報告書は、過去に鑑定した686件の事件のうち、過誤・不明の582件について、その原因を次のように分析している（各項目に選択肢があり複数選択できる）。

医療知識・技術の未熟性・独善性	663件		
意思の疎通性	214件	診療録の不備	164件
事故対応の未熟	133件	チーム医療の未熟性	125件
施設の診療能力の不足	64件	薬剤の過誤使用	59件

ほとんど全てのケースで医師の能力不足が主因、あるいは重要な原因となっている。臨床教育の不備、小児科・産科・第一線救急の医師不足、未熟な研修医の活用、危険薬品の危険理由を知らない医師の多さなどをその要因として挙げている。診療録の不備については、相変わらずずさんな診療録が多く、全国9,200ある病院で病歴管理が、あるレベル以上なされている施設は1/8以下ではないかという。また、医師が意図的に実施したい医療を押し付ける、インフォームド・コンセントもどきが引き起こす事故も多いと指摘している。チーム医療の未熟性に関しては、医師と同様に、看護師、薬剤師などの医療職もまた多く専門制の穴を持っている。個々の医療職が縦割りの“独立”していることがあたかも良いことのように評価され、今もって閉鎖的な職制を維持している。相互に何らのチェックもないと指摘している。これまでの鑑定経験を通して、今後の前途についても悲観的な見通しを示している。

東海大学総合医療研究所の黒川清所長は、米国より日本で医療事故が起りやすい理由として①GDPにしめる医療費の割合が低く、医療従事者の数が少ない上、小規模医療施設が多い ②分業化度、コンピュータ化度が低く、「標準化度」の浸透度が低い ③情報公開度の低さ、医療訴訟の少なさ、賠償金額の低さにより危機感が低い ④医療事故の院内報告制度が確立していないことをあげている（講演より）。逆に一日あたりの処置数が少ないことや入院期間に制限がないことは、事故を少なくさせているという。

黒川所長はまた、医療の安全性について日本固有の問題として、①病院の縦割り組織の問題や、「他流試合」が欠如している大学を始めとする縦社会の弊害 ②人的・物的資源の効率的な統合や質の高い医療の提供に、経済的なインセンティブが伴わないという診療報酬制度の問題を指摘している。

以上医療事故の原因について二者の指摘を掲げたが、整理するまでもなく見方は大きく変わっていない。日本の医療がアメリカのそれに比べていかに質的に劣り、いかに危ないか、「誤診列島」で大きな警鐘を鳴らした中野次郎氏の見方もまた同じである。「かわいそうなニッポンの患者さんたち」と中野氏はいうが、いわれた患者・国民はとまどうほかにない。

## 5. 医療事故の対処と予防

### (1) 医療事故防止に関する国の取り組み

平成11年1月、横浜市立大学病院において患者を取り違え、手術がなされるという事件が発生し、その後も特定機能病院など日本のトップクラスの病院で医療事故が続発し、医療事故が大きな社会問題として急上昇した。

厚生労働省は、平成13年5月に「医療安全対策検討会議」を発足、14年4月に国が緊急に取り組むべき課題を示した「医療安全推進総合対策」をとりまとめた。同対策は、「医療安全の確保に当たっての課題と解決方策」として、①医療機関における安全対策 ②医薬品・医療用具等にかかわる安全制の向上 ③医療安全に関する教育研修 ④医療安全を推進するための環境整備等を掲げ、国が取り組むべき当面の課題を示すとともに、課題別に作業部会をスタートさせた。平成13年（01年）は、その意味で遅まきながら「医療安全元年」といえる。

平成14年10月には医療法施行規則の一部を改正し、全ての病院および有床診療所に対し、①安全管理指針の整備 ②安全管理委員会の開催 ③安全管理研修の実施 ④院内における事故報告等の安全確保を目的とした改善方策を義務付けた。15年4月には高度医療を提供する特定機能病院および臨床研修指定病院に対し、人的配置を含めた組織的な体制を義務付けている。

平成13年10月から特定機能病院および国立病院・療養所等から、ヒヤリ・ハット事例（インシデント事例）を収集、事例の蓄積を行うとともに、分析を進めている。

また、平成15年から国立系の病院・療養所に対し医療事故の報告を義務化し、分析と結

果の情報提供を(財)日本医療機能評価機構に委託している。

\* ニアミスの報告制度は古くから航空業界で確立されている。アメリカの航空宇宙局(NASA)などにより1975年に創設された航空安全報告制度は、航空事故の三分の二は人的ミスによるものだとし、事例収集のために秘密を守り責任を問わない条件で乗務員等の自発的報告制度をつくった。医療におけるニアミス報告制度はこれになったもの。わが国でも本年(04年)中に収集事例は10万件を上回ることになるが、公表されている分析を見ると医師の申告が少なく、看護師中心の活動になっている。

## (2) 国以外の諸機関の取り組み

日本看護協会は、1999年9月に「看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」を発表し、組織でとりくむ医療事故防止のあり方を示した。また、ひろく医療の安全に関する看護師の研修を実施するとともに、ヒヤリ・ハットの事例収集の活動を強力に先導している。このような活動は、濃淡こそあれ医療提供側のさまざまな組織で推進されるとともに、病院、大学など個々の優れた改革や業績が報告されている。ここでは紙幅の都合で紹介を省略する。

## (3) 医療事故防止に向けた提言

『人は過ちを犯すものである。しかし過ちを繰り返し続けるのは悪魔である』

国立大学医学部付属病院長会議常置委員会が、02年5月に出した、「医療事故防止のための安全管理体制の確立について」の冒頭に掲げられたことばである。「人は過ちを犯すものである」という最初のことばばかり流布しているが、後半のことばを医療関係者は真剣に受け止めなければならない。医療事故再発防止のための対策は、医療事故の原因と裏表の関係にあり、医療界・行政のみならず教育のあり方をはじめとする抜本的な改革を必要とする。既に各方面でさまざまな、真摯な取り組みが展開されている。本研究委員会も、いくつかの病院視察を通じ、それを実感した。さらなる改革の進展を期待しつつ、次の事項を提言する。

- ① 大学と大学病院のあり方(例えば診療・教育・研究のあり方)について、もっと幅広い議論を行い、抜本的な改革を行う。国立大学はこれを率先する。特に人材の公募と交流を活発化し、医局制度を自然消滅させる。

② 行政は次の事項を実現する。

- ア. 優れた医療を提供する努力に見合った、経済的なインセンティブを与える。良貨が悪貨を駆逐する体制をビルトインする。これに必要な財源は、国民に先行負担を求め努力を行う。
- イ. 安全に関するリスクマネジメントや人員配置、報告制度などの義務付けは、国公立・民間を問わず平等に行う。300床以上の病院はすべて同一の基準で扱う。これに対応できない病院には、マイナスのインセンティブを与える。
- ウ. 国・自治体は、『患者のための情報』を作成する専門の要員を確保し、インターネット等を通じ、これを流す。例えば病気に関する基礎知識、治療方法や治療のガイドライン、医療・薬剤の安全知識など、さまざま考えられる。

③ 医学の学会は、次の事項を強化、実践する。

- ア. 危険な手術、誤った方法が広まっている治療方などについて、優先順位をつけて、治療のガイドラインを精力的に順次作成する。必要情報は、国民に開示する。
- イ. 臨床の実力に根ざした専門医制度を確立する。
- ウ. 医事裁判をはじめ、ひろく医事紛争の早期解決に積極的に貢献する。

④ 医師会、病院会、製薬業界は、「患者・国民のための医療」が時代のすう勢であることを真剣に受け止め、先進国の優れたシステムを積極的に導入するとともに、前向きな姿勢で改革を推進する。

また、患者・国民の信頼を重視し、自浄機能を構築する。

⑤ 保険者団体および保険者は、単なる支払い機関に堕さない。被保険者の代弁者、代表者として医療の安全と質の向上に向け、本来的な役割を果たす。

また、医療事故被害者の救済システム創設の牽引役を担う。

## 6. 医療事故と行政処分

### (1) 富士見産科事件のケース

富士見産婦人科病院の損害賠償訴訟が04年7月、最高裁で患者側勝訴として決着した。1971年以降医師の資格がない男性理事長が「子宮が腐っている」などの診断をし、妻の院長や勤務医らが患者を入院させ、健康な子宮や卵巣を摘出したという事件である。当時の社会を震撼させた、医療不祥事の代表的なケースである。患者・遺族63人によるこの訴訟は、81年の提訴から実に23年を経て確定した。

被害者代表の話として、「判定確定まで長すぎた。被告の医師は今も医療行為を行っており、医師免許の取消しを行政側に求めても、係争中だからと逃げられ悔しい思いをしてきた」とマスコミで伝えられている。あまりにも不条理な話であるが手術ミスを繰り返しながら、病院を転々としている医師があることもよく耳にする。

## (2) 医道審議会

医師および歯科医師の不祥事に関する行政処分は、医師法・歯科医師法にもとづき、医道審議会医道分科会で審議され(平成12年以前は審議部会)、厚生労働大臣が処分を命じる。事案の対象は医師・歯科医師の職業倫理に反する行為であり、医療過誤に限らない(保健師、助産師、看護師についても同様な仕組みがあるが、ここでは触れない)。

医道審議会の決定にもとづき昭和46年度(1971年度)から平成16年(04年)7月にかけての処分件数は、表1のとおりである。このうち本項に係する「業務上過失致死(障害)/医療」について見ると、医師で免許取消はなし、業務停止が48件である。歯科医師では業務停止が3件に止まる。

医療過誤の報道が連日のようにマスコミをにぎわしているが、上に見たように行政処分件数は極めて少なく、また、処分の程度も軽い。

そのような批判もあってか、医道分科会は02年12月に「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」を発表し、審議を厳正に行っていく意向を明らかにしている。しかしそこでも、「司法における刑事処分の量刑や刑の執行が猶予されたか否かといった判決内容を参考にすることを基本に・・・判断する」としている。したがって刑事事件となった案件は、今までもそうであるが、今後も刑が確定するまで放置されることになる。下述の欧州の医師の審判制度を参考に、裁判から独立したシステムを確立し、国民の信頼に応えられる透明な制度をつくらなければならない。

表1 医師および歯科医師の処分件数（昭和46年度～平成16年7月）

（単位：件）

区 分	医 師			歯 科 医 師		
	免許取消	業務停止	小計	免許取消	業務停止	小計
医 師 法 違 反	2	38	40	1	1	2
歯 科 医 師 法 違 反	0	0	0	1	37	38
そ の 他 の 身 分 法 違 反	0	48	48	0	3	3
薬 事 法 違 反	1	6	7	0	0	0
麻 薬 取 締 法 違 反	0	26	26	1	1	2
覚 せ い 剤 取 締 法 違 反	3	21	24	3	22	25
大 麻 取 締 法 違 反	0	7	7	0	18	18
殺 人 お よ び 傷 害	8	5	13	6	4	10
業務上過失致死（傷害）/車両	0	9	9	0	10	10
〃 /医療	0	48	48	0	3	3
猥 せ つ	12	29	41	5	18	23
贈 収 賄	0	57	57	2	10	12
詐 欺 ・ 窃 盗	3	55	58	2	10	12
文 書 偽 造	0	16	16	0	4	4
所 得 税 法 違 反	2	62	64	0	9	9
診 療 報 酬 の 不 正 請 求	0	97	97	0	48	48
そ の 他	15	34	49	2	8	10
計	46	558	604	23	206	229

出所：医道審議会資料

### (3) 病院等の行政処分

病院や診療所などの行政処分は、医療法にもとづき都道府県知事が命じる。ただし、特定機能病院は社会保障審議会医療分科会で審議し、厚生労働大臣が命令を出す。この場合の措置としては、①措置の必要なし ②経過観察 ③指導及び再審議 ④承認取消の4種類がある。承認取消の例としては、患者取り違え事故の横浜市立病院がある。

## 7. 医療事故と刑事処分

ちなみに医療関係の刑事訴訟はどうであろうか。警察庁がまとめた、03年までの7年間の医療事故関係届出等件数の推移と立件送致数は表2のとおりである。被害関係者等の届

出等は00年に急増したが、その後はなだらかに移行している。むしろ病院関係者の届出が急速に増えている。過誤か否か明確に判断できないケースも届出されているものと推察できるが、好ましい傾向である。それが証拠に立件送致件数は、01年に71件と跳ね上がったが、それ以降はむしろ下がる傾向にあり、一般に考えられるほど多くはない。

表2 医療事故関係届出等件数の推移、立件送致数

(単位：件)

年 別		H9 1997	H10 1998	H11 1999	H12 2000	H13 2001	H14 2002	H15 2003	計
態 様	被害関係者等の届出等	7	9	13	33	17	41	38	158
	病院関係者等の届出等	12	19	20	80	80	118	194	523
	その他	2	3	8	11	8	25	16	73
届 出 等 総 計		21	31	41	124	105	184	248	754
(うち立件送致数)		(11)	(21)	(21)	(71)	(36)	(44)	(12)	(216)

\* 1 届出等とは、被害申告・告訴により事件処理したものの他、相談、投書、報道等で認知したものを含む。

\* 2 被害関係者等とは、被害者、遺族、担当弁護士などをいう。

\* 3 病院関係者とは、医師、看護師、事務長、院長などをいう。

\* 4 その他とは、上記\* 2および\* 3以外の態様で警察が認知したものをいう。

資料出所：平成16年7月9日警察庁調べ

## 8. 現行の医事紛争解決システム

### (1) 通常の解決方法

本人や家族が医療事故にあったとき、一般的には泣き寝入りをするケースが圧倒的に多いと推察されるが、解決の方法としては次のようなものがある。

病院との示談

都道府県医師会の医事紛争処理委員会によるもの

医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（略称医薬品機構）によるもの

民事裁判によるもの

#### ① 都道府県医師会の医事紛争処理委員会

昭和30年代に医療事故が増加し、その対応に迫られた医療側が昭和35年ごろから全国の都道府県の医師会に設置した。昭和38年に始まった医師賠償責任保険制度とあいまって、患者との紛争を地域の医師会が処理し、保険で賠償を支払うシステムが定着した。ただ、この制度は患者側の意見がどの程度反映されたか不透明であり、また、保険の運営に医師会が相当程度かかわっているため、賠償金は低い査定になりがちといわれている。

## ②医薬品機構

医薬品の副作用による被害者の救済制度は、1980年に発足した。製薬会社の拠出金から医療費や障害年金を支払う仕組みである。03年度の支給は465件あり、約12億円になる。

## ③民事裁判

医療にかかわる民事裁判は、通常損害賠償請求の形でなされるが、その件数等については上述した。民事裁判でのネックは鑑定である。民事裁判では、原告である患者側が過誤を医学的に立証しなければならないが、鑑定人に依頼し鑑定書を提出する必要性に迫られることが少なくない。「医療事故調査会」のように患者サイドの要請に応じてくれる医師の組織があるが、全国的なネットワークが必要とされる。

鑑定は裁判所や被告側も行う。裁判所による鑑定人の選定は、一般的に困難を伴うことが想像に難くない。しばしば選定と鑑定作業の遅れが、民事訴訟の長期化の原因となっている。そこで最高裁判所は専門別に医学会に要請し、鑑定人の登録制度を創設しようと努力している。最高裁の要請に快く協力を申し出ている学会もあるが、なかなか難渋しているのが実態である。最高裁と並行して、地方裁判所も地域の大学や病院に協力を呼びかけている。

医療事故調査会の活動を長きにわたり導いてきた森功八尾総合病院理事長は、医療側の鑑定は常識をゆがめたものが少なくないと嘆いている。裁判所による信頼できる鑑定人の確保が強く望まれる。

## (2) 医療事故の相談窓口 医療安全支援センター

医療事故の相談窓口としては、民間ではNPOや患者団体などさまざまな組織が活動を展開している。政府は、患者や家族からの相談や苦情に迅速に対応することをめざし、平成15年度から「医療安全支援センター」の設置を都道府県や保健所設置市区に呼びかけ、同年度中にすべての都道府県に設置された。同センターは中立的な立場で患者・家族と医療従事者・医療機関との信頼関係の構築を支援することを基本方針としている。センターは、医療サービス利用者、医療関係者、弁護士等から構成される「医療安全推進協議会」を設置し、その下に医師、看護師からなる相談窓口を持つ。センターは医療事故であるかや、責任を追及するものでなく、あくまで中立的な立場から患者・家族と医療機関との問題解決を支援するとされている。

平成15年度における相談受付件数は、36,961件のほり、最多は東京都の10,735件で、以下大阪府(3,768件)、千葉県(3,196件)と続いている。

しかし、医療安全支援センターの存在については、案外知られていない。一体どのような国民的議論を踏まえて設置されたのだろうか。もしそれがないままにつくられたとしたら大問題である。自治体が関与しているとはいえ、医師・看護師だけの相談窓口で中立的な相談ができるとは思えない。サービス供給側のために自治体が費用を負担して、苦情処理を支援する必要はない。

## 9. 海外の裁判外処理方式

いづこの国においても、医療紛争の最終的決着は裁判所になる。しかし、医事裁判は極めて専門的で長期にわたり、その上必ずしも中立的な判断を期待できない。欧州においては、まず被害者である患者の救済を優先し、ある意味で非生産的な裁判闘争を回避するため、市民、医師会、自治体、中央政府のコンセンサスの上に裁判外の救済システムが確立している。同時に独立した医師の審判制度があり、医師に対する国民の信頼を維持するに足る、厳正な運用がはかられている。

### (1) 医療事故の判定と患者の救済

スウェーデンでは無過失補償法があり、医師の過失・無過失にかかわらず救済基準にもとづき、保障が決定される。補償金は損害保険会社の組合と議会が出資・管理している。フィンランド、ニュージーランドも同様、オランダもこれをめざしている。

ドイツでは、医師会の鑑定委員会または調停所(東ドイツ)が事故案件を鑑定し、賠償保険により補償する。ノルデライン州では裁判所長官であった弁護士が鑑定委員長になり、病理医、臨床医とともに検証に当たっている。00年には1,600件の事故案件が持ち込まれ、約35%が医学的に過誤と判定され損害賠償に回されている。また、10%が裁定不合意で裁判に持ち込まれた。

イギリスの病院の医師は国家公務員であり、地域や病院内の国家公務員に関する苦情処理委員会で問題が処理される。ここで98%が解決されるが、第2段階としては議会所属のオンブズマンに委ねる。

## (2) 医師の審判制度

スウェーデンでは、医療者の審判は社会保険庁とつながりのある自治体の機関で行われる。審判結果は医療者の名前入りで公開される。

ドイツでは、独立した医師職業裁判所が対応する。

イギリスでは、医師の自立的な組織である総合医療評議会（GMC）の下に問題別の複数の評価委員会があり、そこで審議される。01年には310件の処分があり、このうち医療倫理審議会による医師免許の抹消が48件、自発的抹消が20件あった。この国では死体解剖を行う検屍官制度が発達しており、患者も医師も自分の疑問を解くために利用できる（本項は医療事故調査会第9回シンポジウム報告書を参照した）。

## 10. 新たな医療事故救済システムの構築

「医療事故情報センター」の加藤良夫弁護士（南山大学法学部教授）を中心に、医療事故被害者の救済のための「医療被害防止・救済センター」の構想が01年に提唱され、設立に向けての運動が展開されている。構想によれば、センターは法律にもとづく特殊法人として設立。患者らの相談・委任を受けて事実を調査し、治療内容と患者の状態に因果関係があれば、医師や病院の過失の有無にかかわらず補償金を支払う。財政は国や自治体の補助金、医療機関や関係団体の拠出金でまかなう。医療側の過失が判明した場合には、患者側に代わって賠償請求する。

専門性、密室性、封建制という3つの壁が立ちはだかるとともに、原告に立証責任がある医療過誤裁判から患者・家族を解放し、早期に被害を救済する。同時に医療側も、市民もこのシステムに参加し、再発防止に向け前向きな取り組みを行うというものである。

政府・自治体はもとより、市民、医療関係者、健康保険組合、労働組合も真剣にこの提案に向き合い、人にやさしい効率的な医療事故救済システムの構築を検討すべきである。さもないと、訴訟という長期対決型の解決方式が一般化し、患者・家族の救済が二の次になり、また、莫大なコストが医療費として国民にかぶさってくる。

なお、最近の新聞報道によれば、厚生労働省は診療中の不審死について、第三者機関が死因を検証するモデル事業を始めると伝えている。医学会の要請にもとづくところがあるが、米英の検屍官制度のように法的に権威が確立できるものならともかく、行政と医学会主導の検死システム創設には疑念がある。無用な医事紛争を避けるためにも国民が信頼でき、かつ利用できる検死制度が必要であるが、被害者救済を中心に据えた全体像を明らかにし、

開かれたシステムの構築をめざすべきである。

## 参考文献

最高裁判所ホームページ <http://courtdomino2.courts.go.jp/home.nsf>

医療事故調査会 (2004) 「第9回シンポジウム 医療事故を防ぐために」

黒川 清 (2000) 「頻発する医療事故の問題点を探る」 日医雑誌

中野次郎 (2000) 『誤診列島』 集英社

医道審議会医道分科会資料 (2004)

厚生労働省医政局安全推進関係資料

三宅祥三 『医療事故の予防と対策』 ほか

加藤良夫 (2004) 『医療事故を防止し被害者を救済するシステムをつくりたい』

山口大学医学部法医学教室ホームページ <http://web.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~legal/>

運輸労連ホームページ 『法律相談—医療事故にあったら』 <http://www.unyuroren.or.jp/>

## 第5章 医療従事者の確保と医療供給体制の課題

### 1. はじめに—患者・国民が安心できる医療とは

患者や国民は医療に対してどういう点で安心を持つであろうか。何よりも適切な診断が行われ、医療行為にミスや事故がないということが最大の関心事であろう。これらのうち、医療の安全を確保する問題については別に論じられているので、ここでは適切な医療サービスの提供主体である医療従事者の問題を中心にして、患者や国民の安心感を得るような医療供給体制はどうあるべきかという問題を考える。具体的には、患者や国民にとって安心できる医療の条件について次のように整理して、順次取りあげたい。

第一に、十分な医療サービスの提供を受けるだけの医療従事者が確保されていることである。医師・歯科医師については、既に過剰傾向へ転ずるとの予測が示されているが、保険財政上の事情だけでなく「需要」を決定する患者や国民の立場から言っても納得できるような供給量が確保されているのか。また、全体として需給が「均衡」していたとしても、地域や診療科目の不均衡は解消したのか。さらに、供給を規定するのは人数だけでなく、就業時間も含めたマン・アワーにも注目しなければならないが、過密といわれる医療現場の実情をどのように考えるのかも重要な問題である。

第二に、医療サービスの質を問わなければならない。それを人的な面で保障しているのは、医療従事者の養成が適切に行われ、しかも専門性に裏打ちされた「医療人」として育成が行われてきているかどうかに関わる。そのことによって、患者や国民は医療関係者への信頼を形成し、共同関係の中で疾病・障害の回復に向かう努力も生まれてくる。とりわけ医師については、卒前教育や卒後臨床研修の在り方を見直すとともに、日常的な資質向上への取り組みを強化することが重要な課題になる。また、看護師等のコ・メディカル人材については、その専門性を高めていく方途をどのように考えるか。あわせて、細分化された形で発達した専門資格のありように問題はないか、更には、チーム医療という形で進む現場の中でのコラボレーションによって、関係者それぞれが果たすべき役割と職掌はどう変わってくるのかも考える必要がある。

第三に、どのような状況の下においても、隙間なく医療サービスの提供を受けられることである。とくに、救急医療体制の整備は、日常的なリスクやクライシスが様々な形で増加している今日、国民的に大きな関心事である。地域的にも体制の実情に格差が見られる

とともに、人口の高齢化が進展する中で在宅介護や在宅看護でのサービスを受ける者が増加することにどう対処していくのか。また、地域社会に過疎化現象が見られる中で、へき地など医療の空白地域を作らないためにどうすべきか。このほか本稿では取りあげないが、保健予防や介護など医療行為の周辺領域が拡大する中で、境界に隙間を生じることのないよう、これらの分野におけるサービスとの分担と連携の在り方をどのように考えていくべきかという課題もある。

## 2. 医療従事者は量的に十分確保されているか

### (1) 医療従事者数の現状と推移

#### a 医療従事者の専門職化と地域・診療科目の偏在

医療従事者は、昭和40年代以降、医学の進歩およびそれに伴う医療内容の高度化、専門分化等に応じて、専門職としての資格制度の整備が急速に進められてきた<sup>1</sup>。現在の医療従事者数は、表1のとおりとなっている。

表1 医療従事者（医師・歯科医師・薬剤師・看護師（婦・士））数の推移

（単位：実数 人）

	医師		歯科医師		薬剤師		看護師(婦・士) (実数)	
	実数	人口比	実数	人口比	実数	人口比	看護師	准看護師
1955年	94,563	105.9	31,109	34.8	52,418	58.7	—	—
1960	103,131	110.4	33,177	35.5	60,257	64.5	122,124	62,011
1965	109,369	111.3	35,558	36.2	68,674	69.9	133,985	111,226
1970	118,990	114.7	37,859	36.5	79,393	76.5	127,580	145,992
1975	132,479	118.4	43,586	38.9	94,362	84.3	175,841	185,763
1980	156,235	133.5	53,602	45.8	116,056	99.1	248,165	239,004
1986	191,346	157.3	66,797	54.9	135,990	111.8	339,258	300,708
1990	211,797	171.3	74,028	59.9	150,627	121.9	404,764	346,537
1996	240,908	191.4	85,518	67.9	194,300	154.4	544,929	383,967
2002	262,687	206.1	92,874	72.9	229,744	180.3	703,913	393,413

注：「人口比」は人口10万人に対する比率。

看護師の人口比は、2002年で552.4。同じく准看護師は308.7。

資料：厚生労働省「平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査」「衛生行政業務報告」

後述するように、これら医療関係者のうち医師の供給は、マクロ的な数値でみれば医師数は概ね必要な水準は確保されていると考えられている。しかし、医師の不足が問題となっていた当時から指摘された地域偏在の問題は、依然として是正されていない。また、診療科目についても、特定科目への集中が見られる一方、少ない科目については地域的な空白が生じるような事態が見られる。こうしたことからいえば、「誰もがどこでもどのような医療サービスを受けられる」という状況には現状との間にまだ開きがある。さらに、開業医については、急速に高齢化が進んでいることから、後継が円滑にいかない場合には、地域的な不均衡を更に高めることになりかねないという問題も考えておかなければならない。

医師の地域的偏在の状況は、表2に示されるように、都道府県別や都市間の格差としても見ることができる。人口10万人あたりの医師数を都道府県別にみると、徳島(258.7人)、高知(258.5人)、京都(257.8人)、東京(253.7人)、鳥取(249.2人)、福岡(247.6人)では全国平均を大きく上回っている。これに対し、岩手(166.1人)、新潟(165.4人)、静岡(164.8人)、青森(164.8人)、神奈川(162.2人)、岐阜(161.7人)は全国平均を大きく下回っているが、とくに埼玉(121.8人)、茨城(136.6人)、千葉(141.9人)では低水準にある。また、これを都市別にみると、京都市336.2人、富山市320.2人、和歌山市327.0人、岡山市319.2人、長崎市350.7人、熊本市353.6人、鹿児島市313.5人など全国平均の150%以上にも達する都市がある一方で、豊田市113.6人、横浜市159.8人、豊橋市162.5人、堺市175.2人、長野市176.6人、いわき市170.5人、宇都宮市174.6人など中核都市でありながら全国平均を大きく下回る場所もある。

同じ都道府県の中でも都市部と町村部とに格差が開いていることにも注意しなければならない<sup>2</sup>。具体的には、標準医師数に満たない「標欠」や「無医地域」といった医療サービスが希薄ないし空白の地帯が問題となっている。このように市町村のレベルまで見ると、医師数の地域格差は一段と明確になることから、関係者の中に地域のプライマリ・ケアを将来支え続けることができるかという不安感が強くなっている。

表2 人口10万対医療施設従事医師数（2002年）

都道府県別		全国=295.7		都市別			
上位10県		下位10県		上位10市		下位10市	
徳島	258.7	埼玉	121.8	京都市	344.4	豊田市	125.8
高知	258.5	茨城	136.6	富山市	331.6	横須賀市	153.5
京都	257.8	千葉	141.9	和歌山市	342.0	豊橋市	158.0
東京	253.7	岐阜	161.7	岡山市	319.2	横浜市	165.3
鳥取	249.2	神奈川	162.2	長崎市	369.5	いわき市	170.8
福岡	247.6	静岡	164.8	熊本市	352.8	川崎市	174.6
岡山	240.9	青森	164.8	鹿児島市	323.5	堺市	177.3
石川	235.5	新潟	165.4	金沢市	321.6	和歌山市	178.1
熊本	235.3	岩手	166.1	高知市	313.0	宇都宮市	179.2
長崎	234.8	福島	170.4	福岡市	307.9	長野市	180.5
和歌山	230.5	愛知	172.8	新潟市	298.5	姫路市	188.8

資料出所：厚生労働省「平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査」

このように医師の勤務地が偏在してしまう理由のひとつとして、医療に関する情報の格差が大きいことが指摘されている。症例数が多く様々な経験ができることなどを考えて、大学病院や都市部の大病院の勤務を希望する者が多くなるため、地方病院や中小病院では医師確保が難しくなり、医療法上の標準医師数が不足する事態が現れている<sup>3</sup>。その病理現象として表われたものが、大学病院と自治体病院間での「医師の名義貸し」問題である。この標準医師数の定め方が全国一律であることが問題であり、重症患者数の多寡など地域の実態に応じて柔軟に決めていくことがよいという意見がある<sup>4</sup>。医療の質を均質に保つという「標準」設定の在り方にも関わるが、地域偏在がどこまで適切な医療サービスの供給を阻害しているのかを見極めるためにも重要な検討課題である。

また、主たる診療科目別の構成割合を見ると、内科が29.9%と全体の3割を占め、次いで外科（9.6%）、整形外科（7.4%）、小児科（5.8%）、眼科（5.0%）、産婦人科（5.0%、産科及び婦人科も含む）の順となっている。最近では、脳神経外科や心臓血管外科など高度専門医療に対応した診療科も増えてきている。しかし一方では、小児科や眼科、耳鼻咽喉科などの専門科に従事する医師の数も絶対数が余り多くないため、偏在すれば市町村に

よって無医状態になる可能性がある<sup>5</sup>。このほか、精神科や麻酔科のように増加してきているが、需要に追いつかない診療科もあるなど診療科目の偏在が安心して医療を受ける上で大きな問題となる。

年齢別の特徴を見ると、医師の高齢化傾向が進んできている。医療施設従事医師の場合、一般企業における定年年齢である60歳以上の者の割合は、2002年には20.8%であるが、診療所の医師については1985年の29.2%から2002年には41.9%にまで高まっている。とくに70歳以上の者も、この間に9.1%から25.4%へと大幅に増加している。後述する医師数の将来推計では医師の現役期間を70歳までとして試算しているが、これをどの程度の年齢までと見るかによって医師の供給数の予測が変化することに注意しなければならない。とりわけ、地方によっては、引退した高齢医師の後継の確保が難しいために、更に医師の偏在を助長する可能性も考えておく必要がある<sup>6</sup>。

## b 諸外国の医療従事者との比較

これらの医療従事者の数は、諸外国と比較して十分な水準といえるのか。現状は表3のようになっている（国により職種の変換が異なるため、必ずしも厳密な比較はできない）。ここで重要なのは、適正な医療供給の水準を判断する根拠の一つとして、これらの諸外国における医療関係者数の国際相場が用いられてきたことである。

既に昭和30年頃においても、「医師数においては、ほぼ欧米諸国なみであり、諸外国の事情からみても、大体医師1人当り人口は1,000人程度が適当とされていることからみて、現在の医師養成数は、将来のわが国の人口増、医療施設の普及を考慮しても、このままではやがて需給のバランスを失うことが予想される」ことが指摘されていた（これは「人口10万人対医師100人」にあたる）<sup>7</sup>。その後も、その当時の状況の国際比較を念頭にしつつ、欧米先進国水準を目標にして、これをキャッチアップしていくというのが当初の姿であったが、実際には、目標は到達しても、欧米諸国の水準が更に上昇を続けているため格差は開いてきた。

しかし、昭和60年前後には、成長率が低下する中での国民医療費の相対的上昇が極まってきたことと医療費負担を支える国庫財政の窮迫が強まり、医師供給の増大という基本方針も見直しが迫られる。欧米諸国においても、財政事情等を背景に医師過剰が問題視されてきており、医師供給の抑制策に焦点が当てられるようになった。

この結果、高水準の国をそのまま目標にして「あるべき姿」と捉えていく発想から、む

しる医師過剰が生じているとされる国々の水準以下に抑えなければならないという考え方へと変わってきた。具体的には、「人口10万人対医師200人」を超えないことが望ましいと考えられている。このラインを超えなければ欧米諸国で見られるような医師の失業が発生するような事態には陥らない（すなわち「過剰」とはならない）というのがその論拠である。このように、医師の供給は、手厚い医療サービスを提供するだけでなく、財政問題を生じさせない範囲で望ましい水準を考えるというのが、現在のスタンスであり、それが人的な面から見た「最適なサービス」のありようともなっている。

表3 諸外国における医師数との比較（年次別推移）

（単位：人口10万対）

年	1952	1966	1980	1996
フランス	87.9	117.4	201	290
イギリス	87.1	114.4	152	160
イタリア	—	173.2	219	550
スウェーデン	—	113.2	210	310
アメリカ	131.1	150.8	192	260
ドイツ			232	340
日本	100.6	112.1	151	160

資料出所：WHO「World Health Statistics Annual」

## (2) 医師の過剰供給問題をどう考えるか

### ① 医師供給に関する政府方針の経緯

#### a 不足基調から過剰感に対する警戒への転換

医療行為を行う医師の供給が妥当なものとなっているかどうか。こうした医師の需給が適正であるかどうかという問題については、これまでも繰り返し議論されてきた。前述のように、昭和30年代初頭には、この時期でもむしろ「将来の過剰」を懸念するのが政府の姿勢であったが、昭和36年に国民皆保険の達成により状況が変化した。すなわち、国民だれもが安心して医療サービスを受ける体制の確立が重要になってきたのであり、それを担うだけの医師を確保することが大きな政策課題となってきた。

医師養成の強化方策としては、大学の医学部定員の増加が図られたが、戦後、医科大学（医学部）の新増設が行われず、人口10万対医師数は微増にとどまった。はじめて医学部設置が認められるに至った昭和45年当時には、医療保障制度の充実や国民の健康意識の変化等によって、受療率が高まってきており、しかも、医療内容も高度化していることから医師をはじめとする医療関係者のマンパワー不足は深刻に受けとめられていた<sup>8</sup>。

こうした背景の下で、昭和45年に、当面の医師供給は「人口10万人対150人」を目標とするという方針が掲げられた。その実現の方途としては、医科系大学（学部）の入学定員の引き上げが中心となったが、とくに昭和48年からは「無医大県解消計画」によっていわゆる1県1医科大学の設置が推進されている<sup>9</sup>。その結果、昭和56年には医科大学（学部）の入学定員は8,360人（防衛医大含む）と最高水準となり、昭和58年にはこの供給目標は達成されるに至った。

昭和60年前後になると、医師供給に対する政府の認識は、医師数は不足という見方から今後は過剰が問題でとなるという方向へ大きく転換した。昭和60年版厚生白書では、「今後、医師数の増加に伴う問題が憂慮される事態を迎えること」が予想されるという見解が示されている。当時は、第一次石油危機後に経済が安定成長に移行した後の時期であり、国民医療費が経済成長率を上回るテンポで増大を続け、対国民所得比で昭和48年度の4.10%から6.36%（昭和56年）へと急上昇していた。保険医療を前提とする限り、政府の財政事情が急速に悪化すれば、医療供給もこうした財政制約を強く受けざるを得なくなってきたのである。

政府は、既に、人口の高齢化、疾病構造の変化等とあわせて医療機関医療従事者の増加が受療機会を増大させ、そのことが「国民にとって医療サービスが受け易くなり、国民の健康の維持、増進に寄与する」（昭和58年版厚生白書）ことは認めていたが、この頃を境にして、むしろ「医療費増加の一因」という側面が強調されるようになっていく<sup>10</sup>。

## b 医師の需給予測の実施と問題点

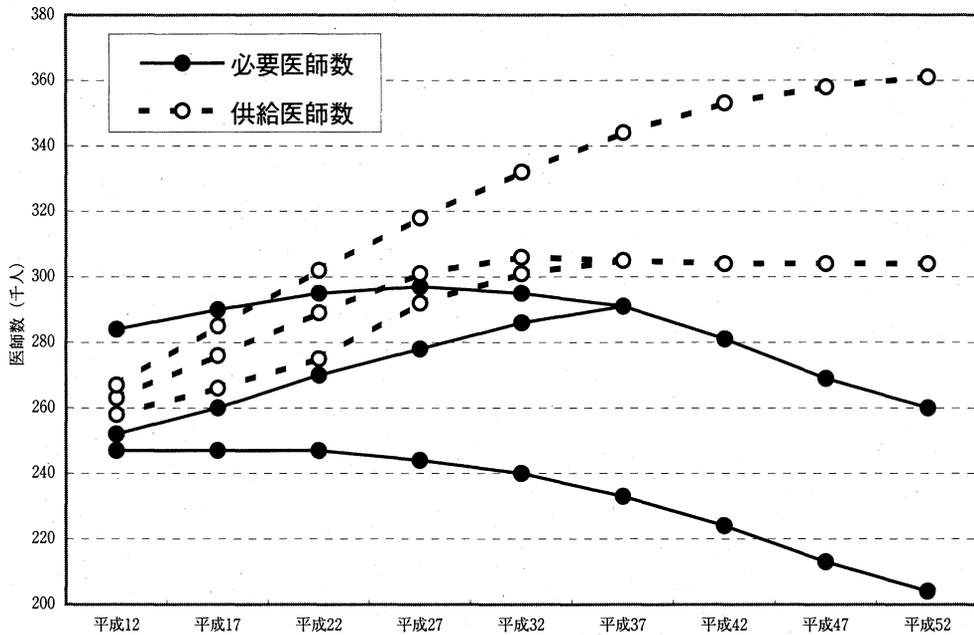
大学入学定員の増加によって毎年8千人を超える医師が供給される状態が続けば、人口あたりの医師数は大幅に増大していくことは容易に予想される。そこで、政府は、医師の需給予測を行い、適切な供給数をコントロールする方向へ政策転換を図った。最初の検討は、昭和61年6月に最終意見がまとめられた「将来の医師需給に関する検討委員会」（佐々木委員会）報告である。

具体的な将来予測としては、供給を低く抑え需要を高く見込んだとしても、昭和75年で需給が均衡し、昭和100（平成37）年には全医師の1割程度が過剰になるとした。こうした推計結果を踏まえ、上記の検討委員会では「当面、昭和70（平成7）年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある」ことが提言され、厚生省は、関係各方面に医学部入学定員の削減を求めた。同様に、歯科医師についても過剰が懸念され、同様の検討が行われている。

その後、平成6年11月には「医師の需給の見直し等に関する検討委員会」報告が取りまとめられた。ここでは、とくに欧米諸国における実態が相当に意識されている。すなわち、欧米諸国においては、人口10万対医師数が概ね200人を超える時点で入学定員を削減するなど医師供給の調整策が講じられていることに着目されている。わが国では、既定の「平成7年までに入学定員を10%削減」という取り組みだけでは、この200人ラインを超えることが必至であり、最も早く平成10年頃、遅くとも平成22年頃から過剰状態となり、その後も両者の乖離拡大は続くという推計結果であった。

続いて平成10年にも推計が行われたが、その結果では、医師が余りはじめるのは平成29（2017）年頃とし、平成32（2020）年には約6千人、平成37（2025）年には約1万4千人がそれぞれ過剰となるという試算になっている（平成10年5月「医師の需給に関する検討会報告書」、図1参照）。これを踏まえて、この高齢化のピーク時の平成32（2020）年を目標に、新規参入医師数について現在の水準の約10%削減を目指すのが妥当とした<sup>11</sup>。なお、入学定員の削減を公私立の各大学に求めて進められてきたが、平成9年度までの削減状況は7.8%であり、更に入学定員の抑制を進めるため、国家試験の合格基準の見直しや受験回数制限なども検討課題とされている。

図1 医師の需給予測



注1: 必要医師数の中位推計は上位推計に漸近し、平成37年に上位推計に一致すると仮定した。

注2: 供給医師数の下位推計は平成22年、中位推計は平成37年に70歳以上の医師の稼働率が0になるとした。

出所: 厚生省「医師の需給に関する検討会報告書」(平成10年5月)

そこで、こうした推計が適切なものとなっているのか、あるいは過少になっていないのかという点の検証が必要となろう。医師需給の推計に当たっての前提は、表4のように整理されているが、現在推計に用いられている算式では、マクロ的に斉一な状況を前提にしている。しかし、現実には地域的な不均衡が存在しており、しかもその解消には時間がかかることを考慮すれば若干の調整部分を需要に含んでおく必要があると考えられる。その場合には、需給均衡のラインは現在よりも上昇していくことが予想される。

表4 医師の需給推計の試算根拠（開原研究班報告による試算）

		供給・需要の前提条件			
供給側	1 入学定員	平成7(1995)年までに定員が7520人となり、以降一定で推移すると仮定			
	2 推計の基準となる医師数	平成2(1990)年の推計医師数(医師届け出数を届け出率で除した数)			
	3 国家試験合格率	0.9780(昭和54~61年の入学定員に対する各々6年後の国試合格者数の比率の平均)			
	4 高齢医師の活動能力	年齢階級	平成12年	平成32年	平成52年
		65-69	1.0	0.95	0.9
		70-74	0.95	0.8	0.6
		75-79	0.9	0.6	0.3
80-84		0.7	0.35	0.0	
85-89	0.5	0.0	0.0		
90-	0.0	0.0	0.0		
5 女医の活動能力(対男性比)	平成12(2000)年まで0.8とし、その後徐々に増加し、平成33(2021)年以降0.9で一定				
6 女医(女子学生)の割合の推移予測	大学入学者に占める女性の割合が平成27(2015)年までに50%に達し、以降一定				
需要側	1 臨床系医師需要 (1) 推計患者数	平成2(1990)年患者調査による受療率(病院、診療所別の入院・外来毎の率)を将来の年齢階級別人口に乗じて推計(ただし、高齢者の入院患者数は老人保険施設、在宅医療等の充実により減少すると仮定、また、病院は入院患者の診療を中心に行う施設として位置付けており、病院の外来患者数の受入れには限界があり、受入れられない分は、診療所に対応するとして病院、診療所別の患者数を推計。)			
	(2) 医師1人1日当たり患者数	医師1人当たり1日患者数(昭和55年データ)が平成12(2000)年以降2割減るものと仮定			
	(3) 診療間隔、傷病日数	平均診療間隔は、近年延長傾向にあり、この伸びが週休2日制による影響を吸収していると仮定傷病日数については、在院日数は短縮傾向にあり、特にパラメータに影響を与えないと仮定			
	(4) 摩擦的需給ギャップ	算定せず			
	2 寝たきり者に対する医師需要	寝たきり者に対する医師、平成12年7.5千人、平成52年に2万人と仮定(当初は、寝たきり者150人に対し医師が1人必要だが、徐々に減少して平成52年は125人に1人必要と仮定)			
	3 非臨床系(研究公衆衛生等)医師	平成52(2040)年に1.5万人程度必要と仮定			
	4 へき地、救急、夜間診療	救急、夜間、休日診療に従事する医師は、それをより充実するため、平成37(2025)年に5千人必要とし、それ以降一定と仮定			

資料出所：厚生省「医師の需給の見直し等に関する検討委員会報告」（平成6年）

医師数の抑制が財政的に貢献することは前述のとおりであるが、医療費の削減ないし医療保険財政の健全化を図る方途は多様であり、その中の優先的な位置付けとすることは避けるべきである。なぜならば、医療費の個人負担の引上げなどの他の施策と異なり、医師など医療関係者の減少は医療供給そのものを劣化させてしまう恐れもあるから、慎重に取扱うべき問題だからである。もちろん、医師などの人数が減っても就業時間数の延長や労働密度の増加によって対処する方法もあるが、こうした「労働強化」による効率化は生産性の向上と似て非なるものであることに注意しなければならない。

したがって、地域的不均衡を是正する一定期間は、供給数の抑制を緩和するなどの措置の必要性も検討すべきであろう。需要予測に比べて供給を少し高めに設定することによって、地域的偏在や診療科目の偏在を是正する余地を作り出すことも可能になると考えられる。また、今後は保健予防領域や介護領域にも医師の活躍が期待されるが、この需給推計では医療機関に従事する医師を中心にしたものであるため、こうした事情が必ずしも十分に反映されているとはいえない。

### (3) 医師は十分に供給されているか

#### a 医師が過剰になることはなぜ問題なのか

前述した政府の需給推計にあたって、医師数の過剰は次のような点で問題になることが指摘されている。

第一に、過当競争を生じさせるが、これは必ずしも医療サービスの向上につながらないことが指摘されている。これに関連して、競争劣位にある医療機関では、報酬確保のために過剰診療に陥る恐れも考えられる。

第二に、卒前の医学教育及び卒業後研修の密度が薄くなり、医師養成が十分に行われがたいという点である。教育研修体制の整備を図ることで対応も可能であろうが、小人数教育が有効であることや、現場での指導医の対応限度を踏まえれば制約要件となる。

第三に、これが本旨であるが、「医師の増加が医療需要を生み出す傾向も否定しきれず、医療費の不必要な増大を招きかねない」一方、医師養成に多額の国費を要する点である<sup>12</sup>。

問題は、医師の増大は医療需要の増加を招くという仮説がどこまで正しいかという点である。一般に、サービス需要は（供給制約的な状況の下では）供給によって需要を作り出すという側面も持っており、とりわけ市場による価格調整機能が働きにくい場合には供給が過大になっていく危険性は確かにある。その意味で、供給を制約的にすることで、医師

の間の（公定価格であるからサービスの質に関する）競争を促すという論理は理解できよう。しかし、その場合でも、患者・国民が求める適切な医療サービスの需要を満たすことの必要性を十分に考慮しなければならない。

## b 医師供給の抑制策の問題点

医師の供給を抑制する方策は、医学系大学や医学部の入学定員を削減することによって、コントロールする方法が一般的であり、我が国でもこの形で進められている。この方式を取れば、医師免許の交付数を制約する方式と比べて失業（待機者）を直接発生させることはないが、養成期間のタイムラグが発生するため効果が実際に表われるまでに時間がかかることや、養成機関である大学の経営を圧迫して教育内容に悪影響を及ぼしかねないという問題がある。

より直接的には、医師免許の交付数による管理（定数制）や医師の定年制の導入が考えられる。将来推計においても、70歳以上の医師は殆ど引退過程にあるという前提で計算を行っていることから、推計上はこの後者の考え方が取り入れられているともいえる。しかし、定数制や定年制の導入には医師からの反対論が根強いが、とくに定数制の導入は、待機者という形で失業状態を生み出す恐れがあり、社会的な影響が大きい<sup>13</sup>。また、歯科医師の場合には、人数規制だけでなく延べ診療日数や時間を制限するなどの考え方も指摘されているが、適切な医療サービスを確保するという基本的な前提を揺るがしかねない。

さらに教育期間を延長していくことも供給削減の方法である。今回の卒後研修の必修化はその一つの対応とも位置付けられるが、より直接的には医学部への進路決定年齢の時期を引き上げる施策（例えばメディカルスクールの導入など）も効果を持つといえる。

一方では、地域偏在の問題を解決していく努力が重要である。既に関係省庁により、地域における医療対策協議会を開催して、地域ごとの実態把握や分析を行うこととしている。地域的にみると、全体としての医師の数にも不均衡が見られる中に、診療科ごとに偏りが表われていることは、これらの地域の患者国民にとって医療の供給体制への安心感を損なっているものと考えられる。今後、こうした診療科の不均衡という状況を是正していくためには、医師の供給数を全体として抑制する方針がむしろ制約になってしまう危険性も考慮に入れておく必要がある。

したがって、医療供給数には、現在抱える問題点の解決を円滑に進めるだけの余裕に配慮する一方、医療計画の中でも、圏域的なバランスを考慮するとともに、診療科目ごとの

総枠を踏まえた対応策を取るという多方面のアプローチが重要である。このように、医師の養成、就業の実態、地域や診療科による偏在等を総合的に勘案した需給見通しの見直しを進めるべきである。また、地域の偏在については、卒後臨床研修の中でへき地だけでなく過少地域での実習を義務づけることや、国公立大学の卒業生の場合にはこうした地域への勤務を一定期間義務づけることなどの誘導措置をあわせて検討する必要がある。一方の診療科目については、診療報酬の見直しによって配慮していくことが誘導措置として考えられる。

#### (4) 看護師等のコ・メディカル人材は確保されているか

##### a 看護師の需給バランスはどうか

2002年の看護師数は全国で70万3,913人（人口10万人あたり552.4人）となっているが、看護師は、医師よりも大きく供給が増加しており、全体としての需給バランスは概ね確保されている<sup>14</sup>。しかし、厳しい就労実態と離職率の高さなど不安定な要素を抱える一方、医師と同様に地域的な偏在という問題点も抱えている<sup>15</sup>。こうした看護師の偏在は、医師と同様に町村レベルになると、更に格差が拡大するが、医師法による「標準数」の充足状況については、医師の場合とは異なるとどの地域でもほぼ充足されているような形となっている（全国平均では98.0%）。

看護師の供給は、新卒採用と経験者の中途採用とに労働市場が大きく二分される。このうち新卒者については、若年人口の縮小による入学定員の減少のほか養成施設での中退や志望変更などによる漏洩もあって確保は難しくなっている<sup>16</sup>。

今後の看護職員の需給については、平成12年に将来推計が行われており、当面は需要が供給を上回るように推移し、平成17年に就業者数130万人で需給が均衡する見込みが示されている。需要については、病院・診療所のほか介護関係など各施設別の見通しを立てているが、とくに介護保険制度に関連した施設等の就業の伸びを見込んでいる。一方、供給については、新卒就業者は平成14年で約6万人であるが、若年人口の縮小により減少傾向にある。しかし、これを上回るような形で退職等による減耗があるため、全体での需給がバランスするには、その抑制と再就業者（平成14年で約3万8千人）の増加を見込む必要があるとされている。

なお、理学療法士、作業療法士についても需給計画が策定されており、平成3年8月の医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会において見直された計画に沿って、養成施設

の新設や定員増を図っている。全体の量的確保は目標どおりとなっているが、養成施設を全く持たない都道府県があることなど地域的な偏在が見られる。このため、人口10万人当たりの入学定員及び従業者数が全国平均を上回っている都道府県には原則として新設・定員増を認めないという方針が出されている。

このほか、フィリピン等東南アジア諸国との自由貿易協定（F T A）交渉の中でも、看護・介護分野などでの労働力受け入れが議論されている<sup>17</sup>。骨太の方針では、「看護、介護分野などにおける外国人労働者の受け入れ拡充に関して総合的な観点から検討する」という基本的な原則論の段階であるが、看護分野に限ってみても、極端な供給不足という状況ではないことや就業条件面での改善が必要なことから考えれば、現段階での急速な緩和策導入は、こうした現在の需給バランスに影響を与えかねないものと考えられる。

#### **b 看護師等の就業条件・就業環境の問題点**

中途採用者の多くは、結婚や出産を契機にして退職後復帰を目指す潜在看護師層であることから、看護師供給を増やす上では、この層への働きかけが大きな意味を持っている。しかし、離職率が高いため他産業に比べて勤続年数が低い（平均して10年に満たない）ため、まずその離職を防止することが供給確保の有効な手段となる。具体的には、育児・介護など家庭生活の事情と仕事を両立させる施策を充実させることはもちろんであるが、そもそも看護業務が働き甲斐と誇りをもって取り組めるような就業環境・条件を作っていく努力が重要である<sup>18</sup>。

看護職員の勤務体制をみると、就業時間面では改善が進んでいるが、交替制に伴い夜勤が多いことに問題点がある。1看護単位における夜勤人数は増える傾向にあるが、夜勤回数そのものは増加している<sup>19</sup>。これに加えて、医療技術の高度化や急性期を担う病院における在院日数の短縮化の動きが、医師と同じように看護職員の業務密度を高めており、就労環境を厳しくする一方、定着率を悪化させるという問題を孕んでいる。

したがって、需給見通しには、地域不均衡を是正するような視点と同時に、就労環境の改善や新卒採用時の研修対応という視点が重要である。具体的には、看護職員の配置基準の緩和や夜勤勤務体制の改善と同時に、介護関係の体制の充実、夜勤回数の減少や育児・介護による代替要員確保など就業条件面での改善も考慮する必要がある<sup>20</sup>。

医療の質を高めるとともに、患者の主体性を尊重したきめ細かな治療と支援を行う上では、医療関係者のチームワークによって、それぞれの知識、技術が相互に活かされるよう

な環境を整備しなければならない。その意味で、現に看護師を副院長に起用するような動きが見られるが、医師を頂点としたヒエラルキーの体質が克服され、医師以外の医療関係者の意見が十分に反映されるような体制を作っていくことが重要である。また、医師以外の医療関係者の専門性を向上させるとともに、医療関係知識の追加取得をはじめ、准看護師の看護師への転換や各専門職から医師免許取得への道を開くことなども検討すべきである。その一方、平成13年で216,097人とほぼ准看護師と同数となっている看護業務補助者(看護助手)の処遇改善を図る必要がある。医療チームの一員としての位置付けが明確となるよう、その職務範囲や権限・役割を再考し、それに見合った賃金・労働条件の整備を進めるべきであろう。

### 3. 医療従事者養成の課題

#### (1) 医師の養成と資質向上

##### a 卒前教育の改善とメディカルスクール構想

文部省が平成7年に設置した「21世紀医学・医療懇談会」において、今後における医療人の養成の在り方が検討されている。平成8年6月に提出された報告書(第一次)には、医療人の育成を見直す背景として、社会の視点、医学・医療の視点、教育の視点の三つを取りあげ、このうち教育の視点として、単に「受験学力の偏差値」を判断基準とするのではない人材選考の在り方を求めている。また、現在の大学の医療関係学部で、技能・知識の修得にとどまらず医療人として求められる倫理観や目的意識・態度を備えていくことの重要性が指摘された。既に、大学入学試験については、小論文、面接等の実施や部活動、ボランティア活動等の評価など人間性を評価していく視点を取り入れるとともに、既卒社会人や他学部学生の編入などにも取り組まれている。

そこで、学部教育をどのように改善していくのかが問題となる。今の医学教育に大きく不足しているものは、「患者を人としてみる」姿勢であるといわれる。リベラルアーツよりも医学知識や技術という実学に偏ってきたことの結果がそこに表われている。患者が求める医師像をみると、病院を選ぶ理由は信頼できる「医者の人柄」で「説明が丁寧」であること、よく「話を聞いてくれる」ことである<sup>21</sup>。このようにコミュニケーション能力が重要であるが、同時に、それを涵養するような「常識やマナー」(実はコンピテンシーでもある)を広い教養による人間理解とあわせて持つべきであるという意見が多い。とりわけ慢性疾患を持った高齢者や介護領域への対応には、メンタルヘルスへの理解も含め、こうし

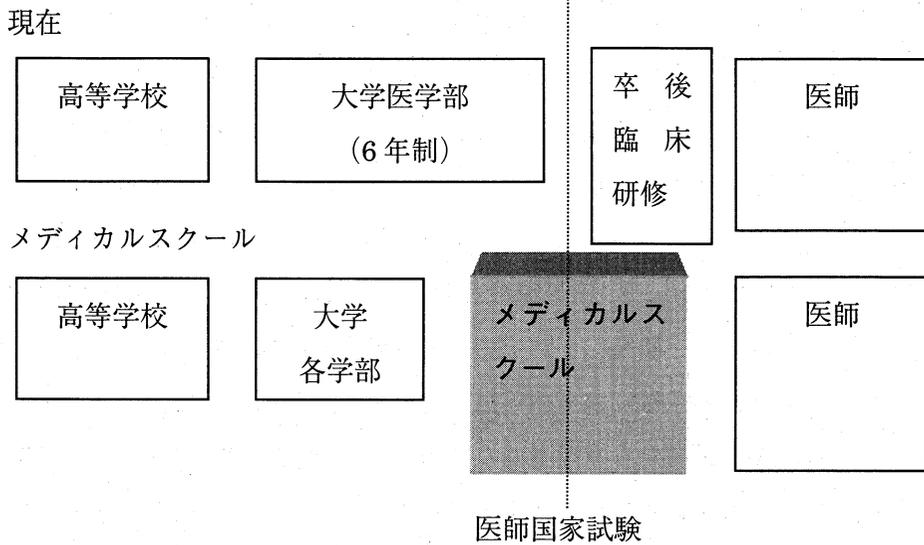
た人間性に根ざした人材形成が求められる。

こうした観点から、少人数教育やチュートリアル教育の導入等による問題発見・解決能力の育成を図るとともに、クリニカル・クラークシップ（医療チームの一員として医療行為に携わる臨床実習の形態）のような臨床実習の充実が重要になる。一方で、病院への体験入院、介護・福祉施設等での実習や、豊かな人間性を育む教養教育、コミュニケーション教育、生命の尊厳や死に関する教育等の充実が必要とされる。また、プライマリ・ケア、高齢者医療、末期医療、救急医療、医薬品の適正使用、効果的、合理的な医療提供等、今日の医療の課題に応じた諸分野の教育の充実も重要な課題である。

卒前教育の改革を徹底させる方途として、アメリカでの実施例を参考にして医学教育を専門大学院（メディカルスクール）化したらどうかという意見がある。これは、図2のように、大学の学部教育（4年間）で幅広く教養科目や生物、化学等の基礎科目を履修した上で進学し、4年間で基礎医学と臨床学を集中的に学習させるという考え方に立ったものである。これにより医学部受験のための偏差値競争を解消させ、多方面の教養や知識・技能を持った学生を医師の候補生とすることができる。我が国においても、既に必修化された卒後臨床研修と融合させて体系化するなど、大学改革の一環として検討すべき時期にきたと考えられる。

また、医師・歯科医師国家試験制度の在り方についても、試験の出題内容・方式の問題にとどまらず、医師養成経路の中で試験制度をどう位置付けるかという点についても検討が必要である。例えば、欧米諸国に見られるように、医師免許取得をゴールとするのではなく、様々な場面で医師として活躍する最低限の資格と更に専門教育によって高度の知識・技能を身につけるための資格といったように整理していくことが考えられる。こうした専門区分がなされれば、いわゆる医師免許の更新制の問題についても、つねに最新の動向をフォローさせて専門分野の資質の維持・向上を図るという観点からその是非を検討することができよう。

図2 メディカルスクールの考え方



#### b 卒後臨床研修の課題

平成16年度から実施された卒後臨床研修の必修化は、医療現場での実践を通じて基本的な総合診療能力を高めることに力点が置かれているが、この点で、医療教育のありようを大きく変えてきたものと評価されよう。また、研修生を受け入れる臨床研修指定病院の側にも、研修内容に対する評価によって医療機関としての質が問われるという指摘がある。現に研修生に魅力のある医療機関は、患者に対する満足度も高い施設・サービスが整っているという例が多い。こうしたことから、今回の卒後臨床研修の必修化が医師の養成はもとより、それを契機として各医療機関の提供する医療サービスの質を見直す契機となったという面もある。また、都道府県の側にも、研修医が定着していくことで医師の確保を目指すという効果も考えられる。

この臨床研修については、現場の中で体得してもらふべきこととして、知識・技能だけでなく「患者の権利擁護」といった人権に関わる基本的認識を高めることにも重点を置く必要がある。同時に、医療現場は、多くの医療関係者の協働によって成り立つという前提の下に、チーム医療の観点に立ってこれらコ・メディカルとのパートナーシップの確立やその専門職の役割・機能についての理解を徹底することが課題となる。例えば、薬剤師との関係の中で医療事故にもつながる医薬品の取扱いについて学ぶとともに、介護関係についても訪問看護を含めた在宅医療・看護に対する研修も考慮していく必要がある。

また、「プライマリ・ケアや救急の専門医の育成に力を入れる」ことがこの臨床研修導入の狙いともなっているが、そもそも関係者の間でプライマリ・ケアに対する認識の違いが見られている<sup>22</sup>。現状は専門ローテーションの形をとることが多いと見られるが、専門医とプライマリ・ケア専門医との在り方を検討する中で、その養成に臨床研修の果たす役割を整理していくことが必要性となる。このほか、研修プログラムの内容はもちろんとして、それを支える指導医をどう育成していくかという点も不可欠の課題である。

一方、マッチングシステムには、医局制度の弊害を克服するものという効用がある反面、結果として医師の地域偏在を助長しかねないという懸念が指摘されている。卒後臨床研修制度が導入された結果、病床数による研修医の受け入れ制限によって大学病院での研修医数が減少するため、既に医局から派遣された医師が大学病院に還流するという玉突き現象の問題である。また、医局を通さない仕組みであることによって、情報を求めて大都市周辺に集中したり、処遇条件によって選択されたりすることで、研修医自体の偏在は生じないかという点も考慮する必要がある。

## (2) 看護師等コ・メディカルの専門職としての育成

医療の高度化により、新卒の看護職員の能力と医療機関等で求められる能力との乖離が問題化している<sup>23</sup>。こうした事態を放置すれば、医療事故につながるようなヒヤリ・ハット事例が多発することも懸念される。とりわけ、半数以上が入職2ヵ月で夜勤業務に就くような現状では、十分な初期教育を充実させていくことが重要である<sup>24</sup>。

こうした状況に対処するためには、卒前教育においても、こうした能力乖離の現状を踏まえた教育内容の充実が必要であるが、基本的には就職後のOJTの役割が大きい。しかし、看護職員全体の業務が過密化する中で、その傍らに指導教育を実施していくことが時間的にも難しくなっていると同時に、高度化・複雑化する教育内容に対して個別に伝授していくことにも限界がある。そこで、前述したような定員面での配慮も行った上で、卒後臨床研修を看護職員にも導入していく必要がある<sup>25</sup>。

医療の高度化に対応した看護師をはじめとしたコ・メディカル（薬剤師、臨床工学技士等）の養成確保の方向はどうか。学部6年制化や専門大学院の導入によって教育水準を高めるという考え方があがるが、このうち看護師等の看護職員については、これまで以上に高度な専門性や判断力とともに、豊かな人間性やコミュニケーション能力などが必要であるとされる。平成15年に取りまとめられた「新たな看護の在り方に関する検討会」報告にお

いても、患者の生活の質を向上させるための「専門性の高い看護判断と看護技術の提供」や「看護師等の専門性を活用した在宅医療の推進」が必要であるとされている<sup>26</sup>。また、あわせて多種にのぼる資格取得を効率かつ柔軟に行えるようにして複数資格の取得の可能性を高める必要がある。とくに、後述のチーム医療を推進するためにも、コ・メディカルが医師免許を取得する途の拡大を検討すべきである。

### (3) 医療現場における教育の充実

研修後においても、勤務医は診療科関連学会に加盟して研鑽し、認定医・専門医は資格取得とその更新、研究成果の学会発表、症例検討、CPCなど日常学習が行われている。日医は生涯教育カリキュラムを策定し、学会での修得単位との互換性も含めて履修申告を行い、生涯学習の推進を図っている。このように、医療の高度化と新しい知識・技能のフォローアップのためには、医師に限らず医療従事者全体が資格取得後においても継続学習を進めていくことが重要である。

一方、医療現場の中での問題として、医療技術が多様化、先鋭化していく中で、医療従事者の専門分化が進み、多くの専門職群を作り出してきた中で、これらの専門職が持つ知識が必ずしも十分に交流していないということがある。ひとつの医療機関にこれらの複数の専門職が同居することによって、日常的な形で協働して医療行為が行われてきているが、各専門職の養成課程の違いや資格試験制度の細分化、所属する学会や団体の違いなどによって、グループ間の垣根を形成されてきたともいえる。患者・国民にとって質の高いサービスを提供していくためにも、また医療過誤をなくし安心できる医療を提供していくためにも、単なる連携を超えた「協働」の医療サービスの提供体制を構築することが重要である。このように、多くの医療関係者が「チーム」として取り組む「チーム医療」の考え方を具体化していくことが医療現場の大きな課題である。

このチーム医療とは、医療従事者が各職種ごとに異なる知識や情報を寄せ合い、「自由にコミュニケーションする」中で、最適な医療を見出していこうという考え方とされている。医療従事者と患者やその家族との間でも同じような協働の関係は成り立つ。すなわち、患者を主体としたチーム医療の考え方は、患者の抱える課題やニーズに基づいて取り組みがおこなわれるものであり、そのことによって医療行為に対する満足度を高め、安心して受療できる関係を作り出していくことになる。

医師をはじめとして医療従事者の卒前教育において、こうしたチーム医療を形成してい

くための教育をから取り込んでいく必要があるが、とくに医師については卒後臨床研修の中心的な課題の一つとも位置付けていくことが重要になる。また、医師以外の医療従事者に対しては、医療に関する知識レベルを引き上げることでチームの質を高めることが課題となる。

#### 4. 隙間のない医療提供体制の確立

##### (1) 救急医療と休日・夜間診療

救急医療体制の高度化を図るため、既に救急救命士業務、救命救急センター、精神科救急医療システムが整備されてきている。この救急医療は、救命救急センターを頂点にした第1次救急と2次救急との階層的なシステムを形成することで国民の安心感を形成してきている。しかし、国民の側からみれば、疾患別ではなく、軽症・中傷・重症で分けるため、何が第1次であり、第2次となるのかは分かりにくい。すべてを受け入れる救急病院を完備することは財政的にも難しいことから、空床や専門医に関する情報の集中化や転送先の的確な指示など情報管理体制の整備が重要である。とくに消防行政との関連を考えれば、地方では市町村単位の対応により分断してしまう恐れもあることに注意しなければならない。その上で、救急医療圏については、救急医療に関するサービス提供に格差や偏在があることも踏まえて、住民のニーズも聞きながら設定していく必要がある（必ずしも行政区枠にとらわれることなく、また圏域が重なることも認めるべきである）。

救命救急センターは、人口約80万に1施設となっており、当初の設置目標は達成したが、救急専門医の不足など質的な問題点を抱えている。しかも、当直が多いことや当直日における勤務医の数に限定があるため過密な就業実態が表われがちであることや、各専門医を確保するため、医療機関によっては全員が「オン・コール」体制により常に拘束されるところも見られる。また、全科の専門医を当直させる医療機関はほとんどないとされることから、第2次救急においても常駐させる専門医がローテーションでまわるため、「専門外」で診療する例が多くなるといわれる。このことが適切な診断の遅れにつながる恐れがあるとともに、医療機関の側でも「満床」や「専門外」を理由にした受け入れ拒否という現象を起しやすくなると考えられる。

診療科別にみると、とりわけ小児救急医療の担い手が不足していることが問題となっている。少子化が進む中で、採算がとれず病床を削減したり、病院を閉鎖する小児科医があらわれており、診療所医師の高齢化もあって救急への対応が取れなくなっている。し

かし、第2次や第3次の救急医療機関でも小児科医の当直は少ないのが現状である。

このため、小児科医をはじめ不足がちな専門医を確保する対策を強化する一方、初期段階での対応を円滑に行うため、休日在宅当番医や夜間急患診療所を整備するなど、医療資源を効果的に活用できるようなネットワークを構築することが検討課題となる。また、救命率の向上には、搬送時間を短縮することはもちろん、救急隊員による搬送時の処置が重要な意義を持っている。すなわち、「プレホスピタル・ケア」の充実が課題であるが、「ドクター・カー（医師同乗救急車）」ないし「パラメディック」による対応が考えられている。このうち、後者については、我が国でも救命救急士業務として本格的に考えられるようになってきた。介護業務でも同様な問題が発生していることから、医療行為を医師が独占的に行うものとせず、一定の条件の下では医師の監督の下に他の専門職にも従事させる可能性を検討する必要がある。

## (2) へき地医療の問題点と対策

へき地においても十分な医療サービスを受けることができるよう、国は「へき地保健医療計画」を策定し、無医地区の巡回診療、患者輸送車の整備、へき地診療所の整備・運営に対する助成などを実施している。第1次計画が1956年（昭和31年）に策定された後、数年ごとに改訂され、現在は「第9次へき地保健医療計画」（計画期間は2001年度から2005年度までの5ヵ年）が推進されている。これまでの対策では、2次保健医療圏域内での医師派遣といった「点」もしくは「線」的な支援にとどまっており、「へき地支援病院」が機能していないなどの問題を抱える中で、医療サービスの偏在や格差の解消につながらなかった。そこで、この第9次計画では、へき地医療を後方から支援する機能を重視し、都道府県全域を対象に広域的に対策を推進する考え方へと転換させた<sup>27</sup>。これにより、少なくとも「一人で担っている」という心理的な圧迫感の緩和や、研修その他の事情で不在となった場合の代診医の確保などに寄与するものと考えられる。

しかし、もともと医師の地域偏在が問題となっているところへ、更に希望者の少ないと思われるへき地での就労を進めることには、社会的使命を強調しただけの精神論では限界があり、希望者の持つ様々な不安感を解消していく努力が更に必要である<sup>28</sup>。とりわけ、へき地勤務を奨学金支給の条件としていることが多いが、その受給申請時に、一定期間へき地に勤務した後でも、自分の希望するような進路選択が可能かといった不安を持つ者が少なくないといわれる。総合医としても、地方医療の経験が重要なキャリアとして認めら

れるようになることが重要であり、へき地と基幹病院とが循環型で勤務されるようになることが基本的な課題であろう。また、へき地勤務の最大の問題点は、家族の理解が得られるかどうかにあることも事実であるが、まずは本人の明確な意思を形成できるかどうか重要であろう。

ただ、医療に関する様々な情報の不足が今後のキャリア形成に影響することを考えれば、これを補うような対策を充実することが急務であろう。定期的に基幹病院で研修を続けることができるだけでなく、インターネットを利用して、医療に関する情報システムや継続的な学習システムを構築していくことなどが検討課題として考えられる。同時に、診療報酬面での取扱いも含め、へき地での勤務者に対する報酬面での特別な配慮を行うことも今後の課題となろう。

一方、長期間にわたってへき地に勤務する者の確保が難しい現状を考慮すれば、へき地における医療情報のシステム化や輸送手段の整備など後方支援や機動的な対応について計画的な整備を急がなければならない。また、欧米諸国でも検討が進められているテレワークの導入による遠隔医療の在り方も研究していく必要があると考えられる。

## 参考文献

- 池上直巳（2002）『医療問題』日本経済新聞社  
医療保険制度研究会（2004）『目で見える医療保険白書』ぎょうせい  
黒田浩一郎編（2001）『医療社会学のフロンティア』世界思想社  
谷川智行・後藤慶太郎（2004）『研修医』新日本出版社  
塚田真紀子（2002）『研修医はなぜ死んだか』日本評論社  
日本経済新聞社編（2003）『医療再生』日本経済新聞社  
廣瀬輝夫（2003）『米国の医学教育から何を学ぶか』篠原出版新社  
保阪正康（2002）『大学医学部の危機』講談社文庫  
保阪正康（2001）『医学部残酷物語』中公新書ラクレ  
【チーム医療】  
【医療経営白書】  
各年の『厚生白書』『厚生労働白書』  
日本医師会、日本看護協会等のホームページ

- 1 昭和40年に理学療法士および作業療法士、43年に診療放射線技師、さらに45年には臨床検査技師の制度が新設されるなど急速に進展した。また、44年には、弱視、斜視等両眼視機能に障害のある者の視能訓練の業務に従事する専門技術者である視能訓練士の制度について検討が行われ、45年4月からは国立小児病院にその養成所が設置されている。
- 2 例えば、過疎地が多い北海道の町村で地域医療を担っている国民健保立および町村立の医療機関で、医師の数がとくに不足している実態が報告されている。(2003年12月1日号No.5)平成8年の「地域保健医療総合システム構築に関する研究」総合研究報告書(田邊達三)でも高齢化の進行は郡部で著しいことが指摘されている。しかも問題は、単に後継者が得られないばかりでなく、北海道の人口10万対医師数が192.8人と全国平均(196.6人)に近いにもかかわらず、都市部では226.8人、町村部では81.1人と格差が大きく、地域のプライマリ・ケアが崩壊の危機にさらされていることにある。平成11年6月末の北海道の調査によると、北海道の「無医地区」は52市町村121地区を数え、これを白地図にプロットすると惨憺たる状況が出現する。
- 3 原則として実際の医師数が6割以下だと診療報酬が減額されるため、経営上の重要な課題となっている。
- 4 2003年9月26日読売新聞「くらし安心」欄の東京医科歯科大学川渕孝一教授のインタビュー参照。地域によって医療の質が変わると懸念する声もありますが、代わりに治療成績などを公表し、患者が病院を選べるようにすればいい。それが、限りある医師数を有効活用する道だと思います。平成16年2月27日厚生労働委員会において坂口国務大臣は、医師の偏在や名義貸し問題に関連して、配置基準は「いかなる場所であっても同じ基準に今なっているわけで、それはどこでも同じ基準でいいかどうかといったことにつきましても、議論を少し進めていかなければならない」と発言している。
- 5 北海道医師会会員の場合、診療科の地域分布を最近の「従たる診療科」によってみると、内科・外科は全都市医師会を網羅しており、小児科は「従たる診療科」を加えると全都市医師会を網羅することになる。しかし、眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科などは30%の都市医師会で欠けている。なお、診療科の分布を市町村単位でみると、人口規模を反映してその格差がますます広がる。
- 6 これも北海道医師会会員の場合、開業医の高齢化率(65歳以上である医師の割合)を平成13年5月の時点で郡市医師会別(45郡市医師会)に示すと、病院では高齢化率100%の郡市医師会が6(13.3%)、40%以上では17(37.8%)ある。また、診療所では高齢化率100%の都市医師会が1(0.02%)、40%以上では26(57.8%)に及んでいる。
- 7 昭和30年版厚生白書。当時は、まだ医学部定員の増加方針が示されていない時期であったにもかかわらず、「現在各医科大学が定員以上の教育を行っている点はもとより、この際医師の養成数自体についても以上のような配慮から根本的に再検討する必要がある」という認識が持たれていた。
- 8 事実、昭和35年当時と比べると、患者数が1.61倍に増加したのに対し、助産婦、看護婦等の数は1.58倍とほぼ見合っていたが、医師数は1.15倍にとどまっている。
- 9 医師については、また地域的にみて、都道府県別の医師数にはかなりの格差がみられ、更に七大都市及びその他の市と町村では、著しい格差がみられる。また、特に耳鼻咽喉科、小児科、眼科において医師の不足がある。
- 10 日本の医療費構造は、1人当たり病床数や医療機器数では欧米諸国でも高い水準にあることから、病床規制などの努力が重要になるが、人件費比率も国民医療費の半分程度を占めていることも事実である。
- 11 歯科医師についても、同様に将来の過剰が予測されている。厚生省は昭和61年の「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」の最終意見に基づき、新規参入歯科医師の20%削減を実施するため、歯科大学(学部)の入学定員の削減を要請し、その結果、平成9年度までに入学定員の19.7%の削減が達成された。しかし、平成10年5月に発表された「歯科医師の需給に関する検討会報告書」によると、なお歯科医師の供給は少なめに、需要は多めに見積もっても、平成17(2005)年以降、供給が需要を上回り、平成37(2025)年には9千~1万8千人程度の過剰が見込まれている。
- 12 「医療費増高の影響は、病院勤務医1人当たり8000万円、開業医1人当たり6000万円」という試算が示されていた。
- 13 定年制や定数制は、ドイツでの実施例が参考とされている。医師需要法によって疾病金庫と保険医との契約関係を厳密にしてコントロールしているが、1999年から68歳以上で保険診療を20年以上続けた保険医は契約更新をしないことが予定。また、1985年の保険医需要計画法によって、保険医協会と疾病金庫が自主的に設けた連邦委員会において「需給比率」を定め、それに基づいて保険医認可を制限(認可

- されない者は待機状態となる)。また、ドイツやイタリアなどでは若い医師が順番待ちの状態になることで、他の職業への転出という状況も生じたとされる。
- 14 病床100床あたり従事者数でみると、医師（常勤）は昭和50年の5.2人から平成14年には8.7人と増えているが、看護師（実人員）は12.5人から33.8人へ3倍弱の大幅な伸びを示している。
  - 15 人口10万人あたりで都道府県別にみると、高知（798.6人）、熊本（780.6人）、岡山（767.5人）、石川（760.3人）、徳島（749.5人）と5県が全国平均を35%も上回る一方で、埼玉（336.5人）、千葉（378.2人）、茨城（394.8人）、神奈川（433.9人）の4県は全国平均を20%も下回っているというように、医師数と同様の地域偏差が生じている（「平成14年衛生行政報告例」）。
  - 16 看護師と准看護師を合わせた2003年の1学年定員数は、5年前に比べて1万3千人減少しており、このことが地域における看護師の確保の難しさに影響を与えている。2002年に准看護師の養成カリキュラムが見直しされた後、准看護師養成所の定員数が減少したことや、国立病院・国立療養所付属の看護師等養成所の統廃合、日赤などが運営する養成所の減少も影響していると思われる。
  - 17 現在、看護師については、日本で資格を取得した一部の研修生以外に在留資格は認めていない（在留期間は4年間）。これを自国で取得した看護師資格でも就労を認めることがこれらの国々の主張となっているが、わが国としては、関連業界を含めて慎重論がまだ根強い。
  - 18 介護業務は介護職員へ移行してきたように、他のコ・メディカル職員の分担・連携を行う中で、看護業務として取り扱うべき業務や仕事に特化させていくことが重要になる。とくに専門看護師は、高度化した医療に対応する専門的な看護業務に集中して取り組むことができるようにする必要がある。
  - 19 月平均で三交替は看護職員1人あたり8.0回、二交替は4.8回行われているが、それぞれ前回調査（1999年）よりも増加している。療養病棟等では二交代制77.3%が圧倒的であるのに対し、一般病棟では三交替制が52.8%、二交代制が47.5%とほぼ同じ割合となっている。xixただし、2004年では2人夜勤39.7%、3人夜勤48.5%と3人体制が主流となってきている（前は、それぞれ49.2%、40.5%であり2人体制が多かった）。
  - 20 （社）日本看護協会は、「第6次看護職員需給見通し」の策定に当たって意見書を提出している（平成16年7月）。その中で、急性期病棟における入院患者数に対する看護職員配置数を「患者対看護職員総配置1.5：1」まで引き上げることや、夜間帯の手厚い看護体制を構築できるような夜勤看護体制の充実（「入院患者対看護職員10：1以上、月平均や夜勤時間数72時間以下」）などを想定した見通しの策定を求めている。
  - 21 「PHYSICIAN」NO.1（1996年ライフサイエンス出版）の行ったアンケート調査の結果（患者3000人を対象、複数回答）
  - 22 2003年度版医療白書第4章参照。
  - 23 新卒看護師の7割以上は基本となる看護技術103項目のうち99項目について、入職時に1人で実施できず、入職3ヵ月経過しても68項目について1人で実施できていない。（日本看護協会「新卒看護師の基本技術に関する実態調査」）
  - 24 患者の権利意識が高まる中では、看護基礎教育段階における臨床実習で踏み込んだ内容の技術まで経験することは困難になってきている。このため、医療の高度化によって、基礎教育で完成した人材で医療現場へ送り出していくことが段々に難しくなっているという指摘がある。
  - 25 日本看護協会は「医療提供体制の改革に関する検討チーム・中間まとめ」に対する意見（2002年11月）の中で、「看護職員の卒前の技術教育や卒後の研修の在り方、研修を適切に実施できる病院の在り方等、看護職員の技能向上のための施策を検討すること」を提案している
  - 26 日本看護協会は、特定看護分野において卓越した看護実践能力と知識を持つ者として専門看護師・認定看護師の認定を行っている。卓越した看護の実践・看護職者への教育・ケア提供者へのコンサルテーション・保険医療服し専門化間の調整・実践の場における研究活動などの役割を担うことが期待されている。これらの看護師を「すでに配置している」病院は1.2%、7.1%とわずかであるが、今後配置予定の病院はそれぞれ8.6%、17.6%と少しずつ関心を高めている段階である。
  - 27 具体的には、代診医などの派遣、へき地医療従事者に対する研修、遠隔診療支援ほかの診療支援事業などが実施できる病院を「へき地医療拠点病院群」として都道府県単位で再編成するとともに、これらを指導・調整する「へき地医療支援機構」を設置することなどが施策として示されている。
  - 28 北海道における平成10年度の医療監視結果では、過疎地域、離島に所在する公立病院86病院中、82病院が標欠となっており、医師標欠総数は365人となっている。

## 第6章 良質で効率的な医療の確立

### 1. 科学の名に値する医療

#### (1) EBMの推進

今後の医療のあり方の基本的な方向は、繰り返し指摘されてきたことであるが、良質で効率的な医療の実現を目指すことである。医療の質の定義や構成要素については後述するが、一般に良質な医療の提供には相応の資源が必要であり、有限の資源を無駄なく効率的に投入するための方法論が必要となる。

EBM (Evidence Based Medicine) は、近年そのための論理として急速に受け入れられつつある概念の一つである。近代医療の急速な発展は、科学としての医学の進歩に負っていることは疑いが無いが、個々の医療における診断・治療のための方法の選択は、医師が医学的に妥当で経験的にも有効であると判断されたものが実施されてきた。しかし、それが真に適切な医療であったかを検証することは必ずしも十分に行われてきたとはいえない。患者には個別性があり、どのような診断・治療にも不確定性が付きまとう。医師はより多くの効果を期待して付加的・代替的な医療を行うことは大いにあり得ることであり、患者もまたそれを望むことが多い。また、医療は高度に専門的であり、実験的・研究的意図や経営的なインセンティブから、医療行為の選択に恣意性がまったく入らないとはいえない。医療費が保険で支払われ、しかも出来高払いの場合はこれらの側面が助長される傾向があるとされ、結果として無駄に資源を消費して非効率な医療となることが指摘されている。

このような状況の中で、患者の持つ問題点を明確にし、必要な医療が何かを患者の客観的所見や文献等で検索し、個々の医療行為の妥当性や有効性を批判的に検証し、臨床疫学的にも真に有効である医療を実施することを推進しようとするのがEBMである。具体的な実践として、個々の疾患の診断・治療に関する文献を広範囲に収集・分析し、疫学統計的に有効である医療を診療ガイドラインとして提供し、医療の現場で活用することなどが行われる。

EBMが求める「根拠に基づいた医療」の意義を否定することはできないが、その考え方に従った医療の展開については、立場により受け止め方が異なる。医師によっては、個々の患者が必要とする最適な医療とEBMが示す医療とは必ずしも一致するものではなく、本来医師が持つべき個々の患者に最適な医療を実施する裁量権、すなわちプロフェッショナル

ル・フリーダムがより重要であるとする考え方がある。一方、保険者や医療費政策担当者は、医療提供の範囲、すなわち医療費の支払の範囲は、その医療が有効であり、実証的な根拠によって効果が明らかな部分に限られるべきであるとする立場をとる場合が多い。

両者の立場は必ずしも容易に歩み寄れる問題ではない部分を含んでいるが、良質で効率的な医療の提供という目指すべき方向に基本的な相違はないのであり、EBMの持つ意義や合理性は今後も拡大してゆくものと思われる。ただし、これまでの医療が科学的な根拠を持たないと考えるのは誤りであり、実施されているほとんどの医療は、一定の意義と有効性があると専門的・学術的に合意が得られているとみるべきであろう。EBMと対照させて Consensus Based Medicine と呼ばれるゆえんである。

## (2) 医療の標準化

病名・病状が同じ患者に対する医療が、医師または医療機関により多様で、時に投入された資源すなわち医療費に大きな格差が生じていることがある。保険の論理から見れば、均等の負担をしているからには給付の格差は避けなければならない、同じ病気であるならば標準的な医療が行われるべきであるとする考え方は当然といえる。医療の標準化については、傷病に対する治療が確立していて選択の余地がなければ一定程度達成できるが、現実にはさまざまな治療法があり、患者の個人差や治療への反応も多様であるところから決して容易ではない問題であるといえる。

何を持って標準とするかについても、いくつかの考え方がある。医療の特質から言えば、その傷病に対して最適の医療を標準とすべきであるとする考え方がある一方で、実際に実施されている医療は医師や医療機関により種類や頻度が多様であり、その平均的な姿を標準的な医療と考え、その前後に分布している症例の分布幅を狭めていくことが標準化であるとする考え方がある。

現実の医療において前者のように規範となるべき医療を標準とすることは困難で、医療の標準化を促進しようとする場合は後者の考え方をとる場合が多い。例えばクリティカル・パスの手法では、適用される傷病に対して事前に実行可能な診療の範囲や手順を明確にしておくことで、在院期間や投入される資源を一定の分布幅に抑えることができる。また、DRG/PPSやDPCのような包括支払方式の導入で医療の標準化が期待されているが、支払額の基本となっているのは平均値である。

資源の制約が明確になりつつある中で、格差を是正して公正な医療を実現するためにも、

標準化は重要な課題である。良質で効率的な医療を確立するためにも、実効の上がる標準化が求められているといえる。現状では医療機関の機能にかなりの格差があり、医療の標準化の実現はなお困難であると言わなければならない。近年、DPCの導入や特定入院料の拡大などの包括支払方式の運用により、ようやく標準化に向けた道筋が見えてきたと言えることができる。

## 2. 良質な医療を生み出す病院の組織

### (1) 医療の質の要素

まず、良質な医療とはどのようなものかについて考えておかなければならない。医療の質を規定することは必ずしも容易ではないが、医療を受ける立場からは、「信頼できる医療」・「満足・安心できる医療」が良い医療ということになる。医療の質を評価しようとする立場からは、あるべき医療 (Norm) を規定し、それを達成した医療が質の高い医療ということができる。医療の質のあり方を議論することは、医療の質を構成する要素のそれぞれについて検討し、評価することであるといえる。

医療の質は様々な要素から構成されるものと考えられるが、A. Donabedian が示した、医療を提供する者の技術的要素 (Technical Care)、医療を提供する者と受ける者との間の相互の関係 (Interpersonal Relations)、及び医療が提供される療養環境の適切さ (Amenities) の3要素であるとする考えかたが妥当である。

まず医療の技術的要素とは、診断や病状把握の的確性、手術・処置の熟練度や確実性など、医学的な知識と経験に基づいた技術的側面の総体であり、医療の質といえは通常はこの部分を意味している場合が多い。しかし、医療の技術的要素は医療の質の中心的部分であることに疑いはないが、これがすべてであると考えことは適切ではない。第2の要素である医療提供者と患者の相互の信頼関係は、医療の質に重大な影響を与える。傷病やその病状、及び治療方針や具体的な方法とその選択肢などについて十分な説明を行い、患者の理解と納得を得るように努めるインフォームド・コンセントの実施は、この観点から極めて重要である。第3の要素として、医療提供の環境条件として快適性が例示されるが、近年では安全性の確保が緊急の課題である。院内感染や療養中の転倒・転落が起これば、技術や信頼関係が適切であってもよい医療とは言えないのは当然である。

これらの考え方を病院に当てはめれば良質な病院医療の姿は、おのずと明らかになる。このような視点から現実の病院組織におけるあるべき姿を体系化して評価しようとするの

が、わが国でも定着しつつある「病院機能評価」であるといえることができる。具体的には、病院組織の各部門・部署管理の評価と、患者の診療・看護の過程に沿ったケアプロセス評価があり、それらに病院理念や患者の権利、安全管理などの領域が付加されている。

## (2) 病院組織の評価の方法

多面的な側面を持つ病院組織を評価しようとする場合、先のA. Donabedianの示した医療の質の評価に関する3つのアプローチは、妥当で有効な考え方として病院機能評価にも適用されている。まず、医療を提供する施設・組織等の構造的側面(Structure)を見ようとするアプローチである。病室の1人当たり面積や、入院患者100人当たりの看護師の配置員数等がその例である。MR等の機器・設備の有無や、感染管理委員会等の組織の設置状況も構造の評価である。評価は数値または設置状況の有無で示すことができるので、判断するのに専門的な経験や知識を必ずしも必要としない。

次に、医療を提供する手順や過程(Process)を見ようとするアプローチである。評価者がその過程を常時モニターしながら評価することができれば望ましいが、一般にはそれは困難なので、過程を逐一記録してそれを検証することにより評価することが多い。従って、診療録や看護記録が重要な評価の手がかりになる。また、手順書・マニュアルの整備とその遵守も、過程の評価の対象となる。そして、医療を提供した結果(Outcome)、または成果を見ようとするアプローチがある。術後5年生存率や術後の合併症発症率等がその例であり、定義を明確にした指標によって示される。構造や過程が適切であっても、結果が悪ければ適切な医療とは言えないのであるから、結果の評価はもっとも重要であるとされている。

さらに、医療を評価する前提として、医療提供の基本理念や目的・使命のあり方も問われなければならない。これは医療機関の開設者・管理者の基本姿勢とリーダーシップのあり方を見ることでもある。最近、営利法人の医療事業への参入が論議されているが、まさにこの視点から評価されることになるのである。

## 3. 先進的医療をどう取り入れるか

### (1) 特定療養費制度による高度先進医療

近年の医学と医療技術の進歩は急速であり、今後もさらなる発展が見込まれている。これらの先進的医療は、有効であればあるほど広く普及させ、国民が等しくその恩恵を享受

できることが望まれている。しかし、これらの先進的医療の多くが高度の医療であり、その費用負担も重いことがほとんどである。医療費の負担に社会的制約が強まる中で、先進的医療をどのように保険診療に取り入れていくかは大きな問題となる。

先進的医療の開発当初は、それを実施することのできる医療機関は限られるので、すぐに保険診療に取り入れることは必ずしも適切ではない。そこで、高度先進医療については、特に承認された医療機関において、一般の医療は保険診療とし、当該高度医療については患者負担（または医療機関の負担）とする特定療養費制度が運用されてきた。これは、いわゆる「混合診療」が認められていないわが国の保険診療において、先進的医療の導入に向けた特異な仕組みとすることができる。そして、このような高度医療も、一定の普及が得られたならば保険適用に移行する、という考え方が取られて今日に至っている。

最近、特定療養費制度による高度先進医療の実施では不十分で、例えばすでに欧米で使用されている新薬を、わが国においても保険診療の中で自己負担で使用可能とするような対応が取られるべきであるとする主張がなされている。これは、混合診療の禁止という保険診療上の規制を廃止することを意味しており、先鋭的な論点として、なお論議が続いている。

特定療養費制度は、適用する医療またはサービスを慎重に選択し、実施できる医療機関も指定するなどの条件を整えた上で、保険診療と保険外診療の並存を容認したある種の混合診療である。保険財源の逼迫の中で、規制のない自由な保険外診療を実施できるようにすることで、先進的医療を含む医療サービスの範囲を拡大しようとする方向は、患者負担を増加させ、公的財源の規模を相対的に縮小させることになる。何よりも、持てる者しか望む医療を受けることができない状況をもたらすことは医療保障の基本に関わる問題であり、慎重な対応が必要であろう。

## (2) 先進的・高度医療の提供と医療費

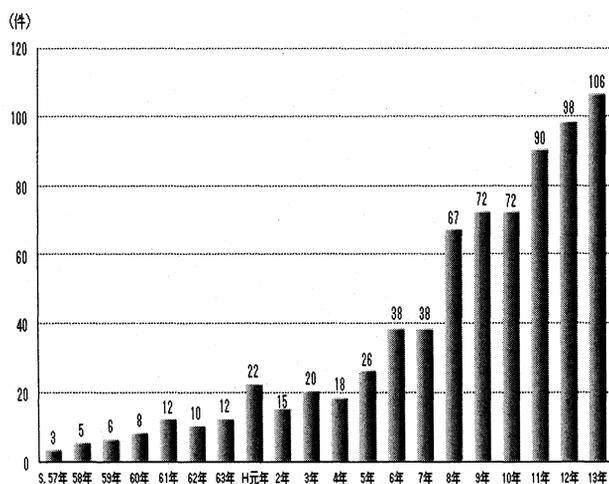
日進月歩の先進的医療の実施に当たっては、それを必要とする患者には等しく提供できるような方策が取られるべきである。わが国のフリーアクセスの医療体制は評価されるべきであるが、先進的医療あるいは高度医療の実施を、患者による医療機関の選択のままに委ねることは必ずしも合理的でない。これまで、医療施設の機能分担と連携による医療提供体制の整備が図られてきたが、大病院志向の患者の受療行動はなお続いている。また、最近では情報化の進行で先進的医療に関する患者・住民の関心は高く、特定の医療機関に患者

が集中する場合も少なくない。先進的な高度医療を適切に提供するには、かかりつけ医による適切な紹介や保険者からの情報提供などが必要であり、今後は合理的な受診相談と医療機関の選択支援の仕組みが整備されなければならない。

先進的・高度医療は高額な費用がかかる場合が多く、実施できる医療機関も限られる。したがって保険適用となったとしても、それを必要としている患者に等しく提供されることは必ずしも容易でなく、広く普及するまでの間は、医療機能の施設間格差が拡大し、高額医療が特定の医療機関に集中するなど問題が生じる。例えば、毎月の診療報酬請求明細書（レセプト）を高額の順に並べると、上位1%の件数だけでその月の医療費の26%、10%の件数で64%を占めるというデータがある<sup>1</sup>。ただし、このレセプト件数の96%強は外来分である。

健保連によればレセプト1件当たり500万円以上の高額医療費は、平成13年度で2,394件、1000万円以上も106件（前年比+8件）で、毎年増加傾向にある（図1）。また、国保中央会によると、国保においても420万円以上の高額医療費が平成13年度では9,025件（前年比6.9%増）、このうち70歳以上75歳未満が18.5%と最多を占めている。また、1件450万円以上の高額医療費を要した患者のうち、半年後の生存率が42.2%、2年後では32.2%となっている<sup>2</sup>。

図1 1,000万円以上医療費件数の推移



平成13年度健康保険組合連合会資料より

先進的医療が必ずしも高額医療ではないが、その恩恵が限られた患者、あるいは終末期や高齢者に偏在しているとすれば、公平・公正な医療の提供を想定している医療保険制度の運用として問題が残る。しかし、もしこのような先進的高度医療を、最適で望ましい標準的医療とする考え方を適用すると著しい医療費増となり、財源の制約がさらに大きくなる今後の医療保障のあり方に大きな問題を提起することになる。

#### 4. よい医療を評価する診療報酬のあり方

##### (1) 施設基準等による評価

診療報酬で質的水準を評価する一般的手法は、施設基準を設定して加算をしたり、種別化を行って診療報酬の体系化を図ることが行われてきた。現行の入院基本料は、看護師の配置等で精緻に種別化されており、急性期加算にはより多くの医師の配置などの基準が求められている。また、例えばリハビリテーション医療においては、専任医師、理学療法士・作業療法士の配置等に加えて、一定の広さの理学療法室の確保などを要件として、4区分の施設基準を設定している。

これらの施設基準は、人員配置や構造設備など、前述したStructure を評価して診療報酬に反映させている。人員が多いほど質の高い医療が行われる可能性が高く、面積が広く設備が整備されているほど良好な医療が提供されていると考えられるからである。員数だけが問題にされ、個々の要員の能力やマネジメントの適切性は評価されていないことに批判もあるが、人員配置や構造設備の基準は数値で確認できるので、制度運用が容易であるところから長年行われてきたのである。

近年は、医療費財源の制約もあって、医療の本来のあり方からして当然行われるべきことが実施されていないと、診療報酬が減算される対応が取られる事例がある。入院診療計画書は、入院時診断名、入院目的と入院中の診療計画、入院期間の見込みなどを所定の様式で記載し、患者にも説明して写しを手渡すことになっているが、実施されないと350点の減算となる。これは、入院医療の特定の Process を評価しているとともに、医療の質的要素であるInterpersonal Relations を良好にするための方策と考えることができる。同様の対応として、医療安全管理体制未整備減算があり、医療安全のための委員会の設置やニアミスなどの院内報告体制の整備、安全指針の整備と研修の実施などを行わないと減算される。これはStructure とProcessの双方を含む診療報酬上の対応である。

最近、一部の手術料について施設基準化が行われ、大きな論点となっている。これは、

高度な手術について、一定数以上の年間手術実績数と、一定の経験年数を有する医師の配置を要件とする施設基準を設定し、これを満たさない場合は手術料の3割をカットするといふものである。手術の実施件数が多いほど、また医師の経験年数が多いほど熟練度が上がって質的水準が高いことが想定されることから、これを評価しようとしたものと考えられる。実際には、地方部で実施件数が少なく経験のある医師の確保が困難な地域では、経営的にも手術実施が困難となることが見込まれ、均等な受療機会の確保の観点から早々に大幅な見直しを余儀なくされた。医療の質の基本である技術的水準を評価し、医療機能を集積しようとする政策的意図は理解できるが、実績数が多いことが質的水準の向上につながることの根拠も不十分であるとの批判もあって、手術の施設基準化は引き続き検討課題となっている。

## (2) 専門団体による認定の活用

今後の診療報酬は急性期医療を含めて定額化・包括化の方向が鮮明になってきている。従来の出来高払方式から、DPC（診断群別包括評価）や特定入院料などの定額支払方式に移行することにより、必要な医療の手抜きや早期退院など医療の質にマイナスの影響を及ぼす恐れがでてきた。定額支払方式下にあっては、一定の質的水準が保たれていることを保証して行くことが求められる。真に有効な医療のみが実施され、無駄のない効率的な医療の実現が期待できるはずであるが、そのためには常に医療の過程や成果が評価されていなければならない。

このような流れの中で、専門組織による認定を診療報酬の支払に活用しようとする方向が明らかになりつつある。現在、日本医療機能評価機構による病院認定事業が普及しつつあるが、緩和ケア病棟の開設や一般病棟における緩和ケア加算の算定には、同機構の認定が要件となっている。これは、緩和ケアそのものの質を専門組織が保証したことを評価するというより、病院医療の基本的水準を満たしていることを緩和ケア関連の医療費の支払の要件としたものである。なお、この認定は特定の専門組織に限るものではなく、ISOの認証などについても同様に扱われている。

一方、臨床系の学会はそれぞれ専門医等の認定を行ってきたが、最近その資格・身分を広告するにあたって運用の統一が図られ、新たな専門医制度が確立しつつある。具体的には、学術団体が法人格を持ち、適切な規模と実績があって適正な試験を継続的に行うことなどの要件を満たせば、対外的に広告できる専門医資格を授与することができるとしたも

のである。先の手術料の施設基準を見直すに当たって、経験年数とともに専門医であることも考慮された運用が行われるようになったが、これは学術団体が実施する専門医資格の認定を、診療報酬の支払のために活用しているとみることができる。

従来、診療報酬の支払に当たっては、主として人員配置や構造設備など、Structure の視点からの施設基準で質を評価してきたが、最近では本来の医療の質を見た評価が求められるようになってきているといえる。早々に病院認定事業や専門医制度を活用する事例が出たもののまだ緒についたばかりであり、これから徐々に適用が拡大してゆくものと思われる。医療の質向上を図ることは、患者に選ばれるためにも経営原資を得るためにも必須であり、当然のことながら良質で効率的な医療を実現することが今後の経営の基礎となるといえる。

## 5. 医療の評価と課題

### (1) 医療の質の評価対象と方法

医療の質の要素と、病院組織の評価の基本的な方法については前述したが、より具体的な医療評価の手法について略述しておく。医療を評価するには対象を定め、それぞれに有効な方法を適用する必要がある。評価の対象としては、医師が提供する医療、病院が提供する医療、複数の医療機関による連携による医療などが想定される。医師の行う医療については、個々の診療行為、プライマリケア医としての対応、診療所の機能などを対象に、その目的に応じた評価が可能であるが、いずれも多岐にわたる専門領域や人間性を含めた多様な側面を見る必要があり、包括的に捉えて一般性のある結果を示すには困難が伴う。このような中で、医師の専門性については、先に触れたように主として知識や経験に基づいた技術的側面を学術団体が評価して専門医資格の認定をすることが行われる。

病院が提供する医療については、病院医療が組織医療であるところから、組織の運営と管理の視点を中心とした評価が行われる。組織管理とその評価のための手法は他分野において多くの経験があり、医療にも有効に活用することができる。病院のあるべき望ましい規範 (Standard) を体系的に設定し、第三者の評価者 (Surveyor) が病院に出向いて審査して、所定の水準に達していれば認定する病院認定事業が各国で行われている。わが国でも1997年から (財) 日本医療機能評価機構による「病院機能評価」が開始され、2004年9月現在、全病院約9,200のうち累積で2,300余の病院が受審申請を行い、1,400に及ぶ病院に認定証が発行されるに至っている。表1に病院機能評価の評価対象領域を示しておく。

その他、医療評価の方法として、5年生存率や院内死亡率、剖検率、あるいは術後合併症の発症率などの臨床指標(Clinical Indicator)による評価も行われる。また、質改善には必須の自己評価、専門職同僚評価 (Peer Review)、患者満足度調査、臨床の専門家による包括的な評価などがあり、地域の評判・風評も無視できない。

表1 病院機能評価の評価対象領域 (現行第4版)

<p><b>1 病院組織の運営と地域における役割</b></p> <p>理念と基本方針、将来計画、病院組織の運営、情報管理機能、法令の遵守、教育・研修、サービス改善活動、地域連携</p> <p><b>2 患者の権利と安全の確保</b></p> <p>患者の権利の尊重、説明と同意、安全確保の体制と手順、情報の収集・分析・改善、事故への対応、院内感染管理</p> <p><b>3 療養環境と患者サービス</b></p> <p>接遇と案内、医療相談、患者・家族の意見の尊重、プライバシー、利便性・快適性、災害時の対応</p> <p><b>4 診療の質の確保</b></p> <p>医師の人事管理、診療録管理、臨床検査、病理、放射線、薬剤、手術・麻酔、集中治療室、救急、栄養、リハビリ</p> <p>診療の責任体制、医療記録、入院診療計画、緩和医療、行動制限、療養の継続性、緊急時の対応、診療の質保証</p> <p><b>5 看護の適切な提供</b></p> <p>組織の確立と運営、能力開発</p> <p>看護の実践と責任体制、計画的対応、検査・与薬への看護の関わり、周手術期の看護、栄養管理と食事指導、リハビリ、行動制限、看護の継続性、逝去時の対応</p> <p><b>6 病院運営管理の合理性</b></p> <p>人事管理、財務・経営管理、施設・設備管理、物品管理、業務委託、訴訟への対応</p>
---

(2) 医療の効率の評価と今後の課題

医療の効率の評価については、厳しい経営環境が続く中で、それぞれの病院で様々な方

法が試みられてきた。経営改善の側面もあることから、在院日数の短縮と1日当たり医療費の引き上げ、医師を含む職員の労働生産性の向上、職員の意欲やモラールの醸成に向けた組織的管理手法の展開、情報機能の活用による分析と意思決定など、多くの取り組みがある。近年では、定額支払方式の拡大を受けて、部門別・患者群別の原価管理や、在庫管理・物流管理にも新たな動きが見られる。いずれも、一定の質的水準を保証した上で、合理的な効率化を図ろうとする視点が必要である。

このような取り組みの中で、医療の質を確保しつつ、在院日数の短縮などにより医療の効率化を達成しようとするクリティカルパスの導入とその普及は特筆に値する。これは、疾患または診断群別に患者を区分し、各患者群に必要な医療を部門間の連携を図りつつ計画的に提供することで、入院医療の質と効率の向上を図ろうとする手法である。また、その具体的な入院診療計画を患者に手渡して説明することで、説明と同意を徹底し、患者の医療への参加を促し、ひいては医療への信頼の確立を目指そうとする点で優れた手法であるといえる。

良質で効率的な医療を実現することは、今後の医療制度の運用において必須の課題であり、それに向けて個々の医療機関も有効な方策を講じてゆかなければならない。実際の医療現場では、厳しい医療費抑制策の進む中で、基盤の脆弱な医療機関は将来に向けた展望を持ち得ない状況も出てきているように見受けられる。徹底した合理化がもたらすものが、医療を受ける立場からも良い医療かどうかは、必ずしも定かではない。真に患者にとってよい医療とは何か、引き続いて模索されなければならない。

- 
- 1 医療経済研究機構：平成8年度「政管健保医療費動向調査」に関する分析資料参照
  - 2 国民健康保険中央会：平成11年度「高額医療費に関する実態調査」参照

## 第7章 医療費の適正化

### はじめに

近年、我が国の国民医療費は毎年1兆円規模で増えつづけ、平成11年度には約30兆円規模に達した。平成12年には介護保険に一部の費用が移行したことに伴い、若干低下したが、平成13年には再び増加傾向を示している。特に老人医療費は高水準で伸びており、平成13年度には国民医療費全体の37%以上を占めるに至っている。さらに、構造的な経済の低成長化・経済低迷の影響で、国民所得と国民医療費の増加率の格差はこれまで以上に拡がり、健康保険組合や市町村など保険者の財政を急速に悪化させている。

こうした状況から、医療保険制度全体の抜本的な改革が求められているが、医療費を国民の健康水準の向上に必要な社会的コストとみれば、医療費の増大は必ずしも「悪」ではない。乳幼児死亡率や平均寿命（障害調整済）といった健康指標から測定すると、日本の医療・保健システムのパフォーマンスは世界的に評価されている〔WHO；2001〕。

このような観点から考えると、投入資源（医療費）に対するアウトカムが問題なのであって、投入資源の多寡が問題ではない。問題となるのは、このパフォーマンスを維持するために、これまでのような水準の医療費支出を許容していくのかどうかである。

残念ながら、医療費の使われ方に無駄がないかといえ、WHO報告書においても、日本の医療システムのコスト・パフォーマンスは世界10位と評価されており、健康水準など他の指標の結果に比べると低く、依然として課題が残ると考えられる。

また、医療費が多く使われるほど、あるいは投入される医療資源が多いほど健康水準が向上するとの因果関係は科学的に実証されていない。この良好な国民の健康水準は、医療・保健システムだけでなく、教育水準、食生活、公衆衛生、ライフ・スタイルなどにも大きく影響されていることは言うまでもない。

いずれにせよ、最終的には医療費の支出をどのように評価して、どこまでを適正とみなすか、どのように負担するのかは国民の社会的合意に委ねられるべきものである。しかし、その合意形成を行うためにも、なぜ医療費が増大するのか、医療費の高低は何に起因するのかを客観的に把握する必要がある。その上で、社会的資源を医療にどの程度割り当てるのか、公私分担見直しといった議論がはじめて有効になると考える。

## 1. 医療費は本当に高いのか～国民医療費の推移

経済成長に趨勢があるように、国民医療費の成長も、常に同じスピードや水準で伸びている訳ではなく、時代に応じて、何らかの趨勢、特徴があると考えられる。

医療費が二ケタ台の高い増加率を示した昭和50年を最後に、それ以降は一ケタ台の増加率で安定的に推移している（表1）。このことから、医療費についても経済同様、いわゆる「高度成長期」は終わり、「成熟期」に移行したと捉えることができる。

高度経済成長を終えた昭和60年代から平成3年までは国民医療費の伸びも国民所得の伸びも5%前後で推移したが、平成4年度を境に国民医療費は再び伸張を示し、特にここ数年は経済低迷の長期化で国民所得が伸びず、医療費との格差が拡大化している。この結果、国民医療費の増加率が低いにもかかわらず、対国民所得比は過去最高の8.52%（平成13年度）を記録している。

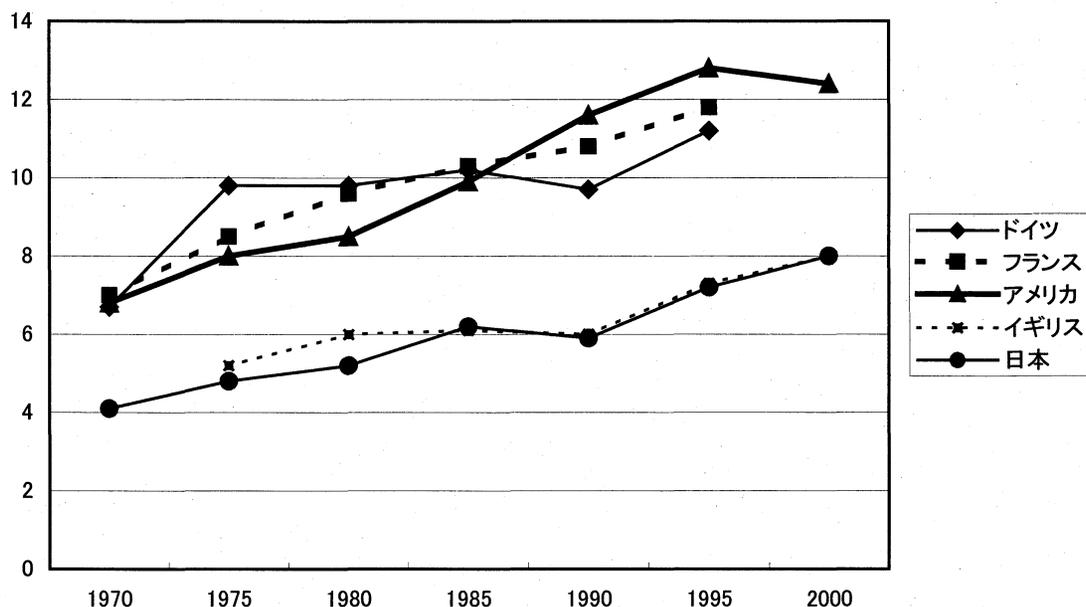
さらに、国民医療費の対国民所得比の推移を諸外国と比較すると、アメリカ、フランス、ドイツよりも低く、国営医療体制をとっているイギリスとほぼ同程度の水準にあることがわかる（図1）。医療費の定義の違いのため、国際比較は単純にはできないが、ここでは、日本の国民医療費の概念に近づけた形で推計されている。

表1 国民医療費と国民所得の推移

年次	国民医療費		国民一人当たり		国民所得		国民医療費の国民所得に対する割合(%)
	(億円)	対前年度増減率(%)	医療費(千円)	対前年度増減率(%)	(億円)	対前年度増減率(%)	
昭和29年度	2 152	…	2.4	…	…	…	…
30	2 388	11	2.7	12.5	69 733	…	3.42
40	11 224	19.5	11.4	17.5	268 270	11.5	4.18
50	64 779	20.4	57.9	19.1	1 239 907	10.2	5.22
60	160 159	6.1	132.3	5.4	2 610 890	7.4	6.13
61	170 690	6.6	140.3	6	2 680 934	2.7	6.37
62	180 759	5.9	147.8	5.3	2 818 190	5.1	6.41
63	187 554	3.8	152.8	3.4	3 039 679	7.9	6.17
平成元年度	197 290	5.2	160.1	4.8	3 222 073	6	6.12
2	206 074	4.5	166.7	4.1	3 483 454	8.1	5.92
3	218 260	5.9	176	5.6	3 710 808	6.5	5.88
4	234 784	7.6	188.7	7.2	3 693 236	△ 0.5	6.36
5	243 631	3.8	195.3	3.5	3 690 327	△ 0.1	6.6
6	257 908	5.9	206.3	5.6	3 740 683	1.4	6.89
7	269 577	4.5	214.7	4.1	3 742 477	0	7.2
8	285 210	5.8	226.6	5.5	3 867 623	3.3	7.37
9	290 651	1.9	230.4	1.7	3 904 060	0.9	7.44
10	298 251	2.6	235.8	2.3	3 785 535	△ 3.0	7.88
11	309 337	3.7	244.2	3.6	3 726 934	△ 1.5	8.3
12	303 583	△ 1.9	239.2	△ 2.1	3 783 922	1.5	8.02
13	313 234	3.2	246.1	2.9	3 677 301	△ 2.8	8.52
14	311 240	△ 0.6	244.2	△ 0.8	3 628 499	△ 1.3	8.58

出典：厚生労働省『平成14年度国民医療費の概況』

図1 国民医療費の対国民所得比の国際比較



出典：『平成16年版医療費ハンドブック』法研P17の図表を一部修正

## 2. なぜ、医療費の増大が問題なのか～保険財政との関係

我が国における国民医療費は増加傾向にあるものの、時系列的にも国際的にも比較的低い水準で安定的に推移しているといえる。では、なぜ、今、医療費の伸張がこれまで以上に大きな社会問題として認識されているのであろうか。

経済成長の低減は、保険料収入にも連動しており、現行の公的医療保険制度を持続し、かつ現行制度を円滑に機能するための基本条件である財政安定化の観点からは、保険収入および経済成長に整合しない医療費の増大は望ましいことではない。医療費支出を増やすなら、それ相応する収入の確保が必要であり、保険収入の安定確保が期待できなければ、保険財政が破綻する。ここ数年は経済低迷を反映して保険料収入は伸び悩む一方で、一定規模で支出は増えるため、どこの医療保険財政も悪化している（表2）。

保険財政の安定化のために、支出規模に応じた保険料率の大幅な引き上げを行う手段もあるが、人口構造に不均衡がある状態では、被保険者である若い世代の負担増につながるため、結果として世代間格差を拡大するという別の重大問題を生じさせる。

また、低所得者・無所得者、高齢者の多い国民健康保険の場合、保険料率を上げられる範囲には限度があり、被用者保険（健康保険）の場合も、保険料率の引き上げは被保険者

のみならず事業主の負担増を伴うことから抵抗が強い（平成15年4月には総報酬制度が導入された）。さらに、国家財政が逼迫している状況では、国庫負担の増加にも限度がある（公費負担は平成14年9月までは30%。その後、段階的に引き上げられることになっており、平成18年10月以降は、一定以上の所得のあるものの分を除く50%を負担する（国2/3、市町村と都道府県が各1/3）ことが決定している）。

これらを背景に、我が国が当面の財政対策として主に採用してきたのは、医療費抑制策としての「診療報酬の点数改定操作」と「患者の自己負担増」である。

診療報酬は、診療行為に対する公定単価であるが、原価に基づくものではなく[西村；1996]、普及させたい技術に相対的に高く、減少させたい技術には低く点数を設定するなどの誘導策としても利用されてきた[池上；1996]。平成8年以降の診療報酬の点数改定では、診療報酬引上抑制と同時に薬価基準の大幅な引き下げを図る目的で、実質的な引き上げは0.8%（平成8年改定）、0.38%（平成9年改定）、-1.3%（平成10年改定）、0.2%（平成12年改定）と抑えられた。さらに、平成13年の改定では薬価基準（-1.4%）だけでなく、初めて診療報酬本体の引き下げ（-1.3%）が決定された。

診療報酬点数改定は、翌年以降の医療費の単価を規定するが、総量（サービス供給量）を規定するものではないため、総量が持続的に増加するかぎり、その抑制効果はそれほど大きくない。むしろ、今後普及すると考えられるDPCなど出来高払いから包括払いへの変更のほうが、より大きなインパクトをもつと考えられる。

患者負担は、平成9年に、被用者保険本人の患者負担が1割から2割に引き上げられ、外来薬剤の一部負担が導入された結果、平成9年～10年の国民医療費増加率は2～3%程度に低下したが、平成11年には再び4%前後の増加率を示し、抑制効果は持続しなかった。

平成13年1月には老人医療の患者自己負担が定額負担から原則1割の定率負担（上限付）に変更され、その後も引き続き医療保険制度全体の患者負担引き上げが検討されている。さらに、平成14年度改正では、被用者保険本人の患者負担の3割引き上げ（外来薬剤一部負担廃止）および老人医療の患者自己負担の上限撤廃、高所得高齢者の負担増が図られた。これらは一時的には受診率の抑制やコスト意識を患者側にもたせる意味で価値はあるが、構造的な医療費問題の抜本解決策とはなっていない<sup>1</sup>。

表2 制度別財政収支の状況

	区分	1997	1998	1999	2000	2001
政管健保	収入合計	69,257	69,805	69,091	67,899	67,445
	支出合計	70,207	69,772	72,254	69,468	71,676
	支出対収入	1.01	1.00	1.05	1.02	1.06
組合健保	収入合計	59,249	63,474	64,272	62,812	64,381
	支出合計	59,266	60,286	61,811	60,087	61,909
	支出対収入	1.00	0.95	0.96	0.96	0.96
国保（市町村）	収入合計	78,366	81,170	86,368	87,167	91,986
	支出合計	74,438	75,430	84,041	84,379	89,263
	支出対収入	0.95	0.93	0.97	0.97	0.97

出所：政管健保は、社会保険庁調べ、組合健保は、『組合決算概況報』健康保険組合連合会、国保は、『国民健康保険事業年報』厚生労働省資料をもとに著者作成。

### 3. 高齢化と医療費

医療費の増大が問題視される更なる背景として、急速な高齢化の進展があげられる。

財政面からは、人口構成の高齢化は、保険料負担をする現役世代の減少を意味するが、医療費増大の要因としても重要視されている。

国民医療費に占める老人医療費は、昭和58年に全体の20%程度であったものが、その規模は年々拡大しており、平成13年には全体の37%以上、総額で11兆円規模に達している。また、老人医療費の増加率は、一貫して国民医療費の増加率を上回りつづけている。

以上のことから、一般には医療費増加の主要因として「高齢化」があげられているが、

①国民医療費に占める老人医療費の割合の増加、②国民医療費の増加率よりも老人医療費の増加率が高い、これだけでは医療費増大の主要因が高齢化であるとは言えない。

①に関しては、当然、少子高齢化が進めば、国民医療費に占める老人医療費の相対比率は増加するが、それだけで医療費全体が増大する訳ではない。高齢化率が一定であっても、各年齢階層の医療費が同率で成長すると、国民一人当たり医療費が増加して、全体の国民医療費は増加する。逆にいえば、仮に、国民医療費に占める老人医療費の割合が減少しても、それが国民医療費全体の減少に直結するとは限らない。

②に関しては、国民医療費の増加率よりも、老人医療費の増加率が高くても、それは一人当たり費用でみたときも同じ傾向にあることを示さないことに留意する必要がある。

確かに全体としての老人医療費の増加率と、国民医療費の増加率を比較すると、前者の方が高水準で推移しているが、老人医療費の増加率を、「老人医療の受給対象者数」の増加率と「受給対象者一人当たり医療費（以下、老人医療費／人）」の増加率に分解してみると、

老人医療費／人の増加率は、ここ数年、国民医療費／人の増加率と比べても大差はなく、むしろ低水準にあることが分かる(図2)。なお、この章で掲載する図表を読み取る際には、2000年の介護保険導入の前後で医療費の定義が異なり、厳密な比較ができないことを注意してほしい(老人保健や老人訪問看護費用の一部が介護保険にシフトした)。また、制度改正により平成14年10月からは老人医療受給対象者の年齢が75歳まで引き上げられている。

前記から、老人医療費の増加に大きな影響を与える要因は、老人医療費／人の増加より、老人医療受給対象者の絶対数の増加にあると考えられる。すなわち、医療費の増加を分析するには、受給対象者数と医療費／人の増加分を考慮する必要がある、前者の人口増加率が他の年代層より高いため、結果的に老人医療費の増加率が高い数値となって表れる。

また、国民医療費の増加率も人口の増加分と国民医療費／人の増加分に分解できるが、国民医療費／人の増加も国民医療費全体の増加もほぼ同一水準で推移している。これは、出生率低下に伴う全体人口の伸び率の低下と、高齢者人口の増加の影響が相殺されていることを示唆する。すなわち、高齢者人口の増加に反比例して高齢者以外の人口の相対比が減少するため、医療費／人の増加率の水準とは関係なく、国民医療費に占める老人医療費の相対的な割合は高くなる傾向にあると考えられる。また、老人人口増加による老人医療費増加から、その他の人口減少による医療費減少分を除いた、人口高齢化のみによる医療費増加は将来的に低下するという指摘もある[二木；1995]。

他方、医療費の増加率ではなく、医療費／人の絶対額は、老人と老人以外では約5倍前後の格差があり(介護保険導入により近年は若干低下傾向にあるが)、老人保健制度創設以降、ほぼ固定的になっている(図3)。また、年齢階級別に一人当たり医療費をみると構成比は高くないものの年齢階層が高くなるほど医療費が高くなることがわかる(表3)。診療費の3要素とされる「受診率」、「日数／件」、「診療費／日」それぞれに老人と老人以外の間には格差がある。例えば、平成13年度の老人の診療費／人が74万7100円なのに対し、老人以外は15万5600円と約4.8倍の格差があり、受診率では約2.4倍、日数／件では約1.5倍、診療費／日では約1.3倍となっている(図4)。

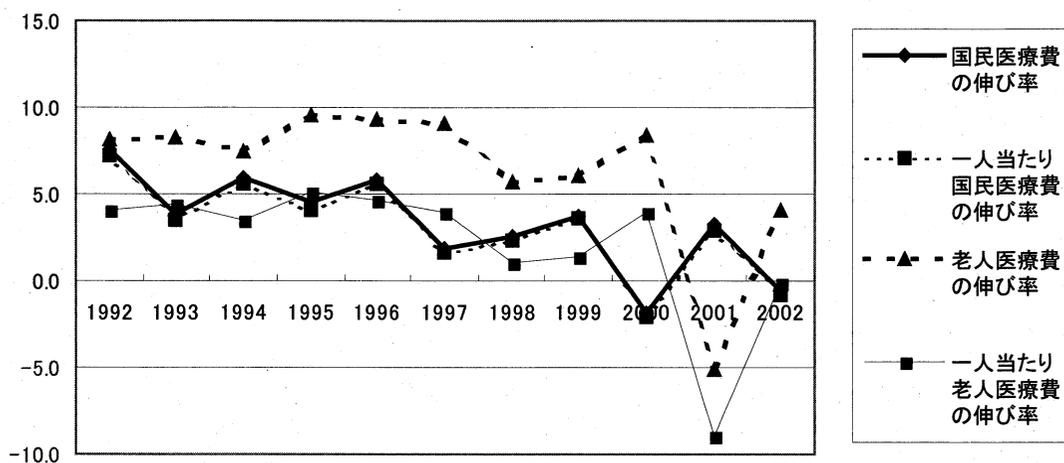
老人と老人以外の診療費／人の格差は、老人には慢性疾患など健康に問題を抱えていることが多く、当然だとも言えるが、約5倍もの格差は縮小する必要がある。保健・予防<sup>2</sup>、介護など代替・補完サービスの充実化、あるいは制度改革などで大幅に格差を縮小しない限り、今後の高齢者人口の急増に応じて、老人医療費も増加することは否定できない。

逆にいえば、医療費適正化のキーワードは、診療費／人における老若格差の縮小・是正

とも言える。また、後述する地域間における老人医療費／人の格差を是正できれば、結果として老若格差の縮小に貢献するということができると考えられる。

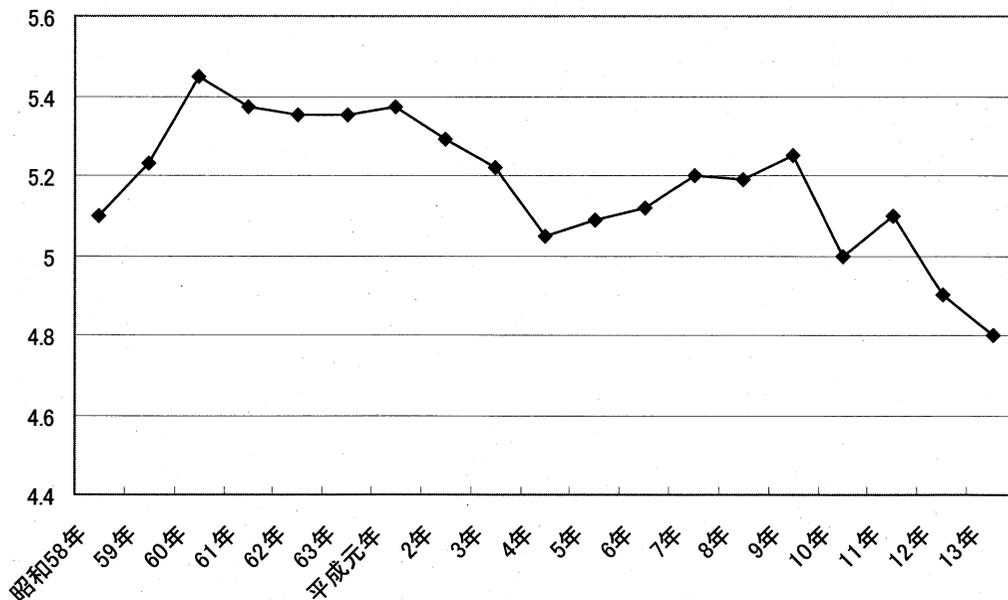
医療費の適正化については最後の章で改めて検討することにする。

図2 国民医療費と老人医療費の伸び率の推移



出所：旧厚生省『国民医療費』『老人医療事業年報』の資料から著者作成

図3 一人当たり診療費の老若格差



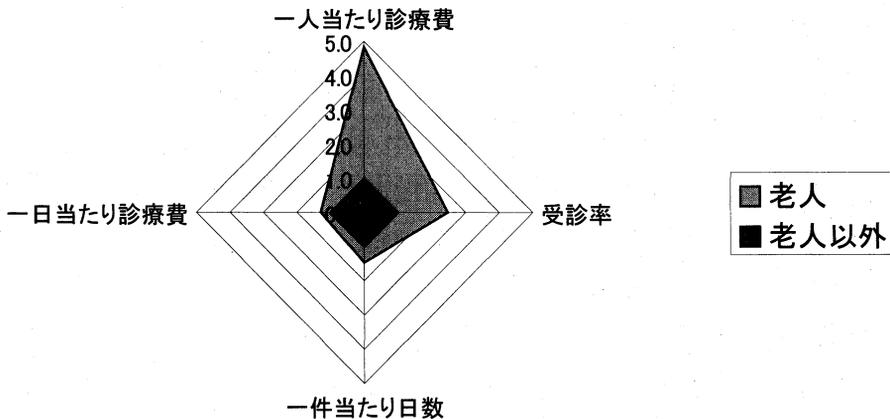
出所：旧厚生省『国民医療費』『老人医療事業年報』をもとに著者作成。

表3 年齢階級と一人当たり医療費

年齢階級	平成14年度			平成13年度		
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	一人当たり 医療費 (千円)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	一人当たり 医療費 (千円)
国民医療費						
総数	311 240	100	244	313 234	100	246
65歳未満	158 699	51	153	159 283	51	153
0～14歳	21 495	7	119	20 754	7	114
15～44歳	50 843	16	101	49 364	16	98
45～64歳	86 362	28	243	89 165	29	249
65歳以上	152 540	49	646	153 950	49	673
70歳以上(再掲)	119 066	38	733	119 539	38	767
75歳以上(再掲)	82 392	27	820	82 068	26	861
一般診療医療費(再掲)						
総数	239 113	100	188	244 133	100	192
65歳未満	117 336	49	113	119 427	49	114
0～14歳	15 695	7	87	15 806	7	87
15～44歳	36 480	15	73	35 900	15	71
45～64歳	65 161	27	184	67 721	28	189
65歳以上	121 777	51	515	124 706	51	545
70歳以上(再掲)	95 911	40	590	97 680	40	627
75歳以上(再掲)	66 760	28	665	67 689	28	710

出所：厚生労働省『平成14年度国民医療費の概況』

図4 一人当たり診療費と3要素の老若比較(老人以外を1とした場合)平成13年度



出所：厚生労働省資料をもとに著者作成。

#### 4. 医療費の増加要因

ここまで、全国レベルのマクロデータを利用して、国民皆保険以降の国民医療費の推移と老人保健制度創設以降の老人医療費の推移を検討し、昨今の医療費問題がなぜ深刻なのか、医療費増加の要因は何かなどを考察してきた。

マクロ経済学的には、国民医療費は、他の経済財と同様に、「単価」×「総量」によって決まると考えられる。つまり、国民医療費の増加分も、単価と総量の増加分に分けられる。日本は一部を除き原則出来高払いで全国統一の診療報酬体系（公定価格）をとっているため、「単価」の増加分を決定する要因として「診療報酬点数改定」があげられる。「総量」の増加分を決定する要因としては、需要を増加させる要因である「人口増」や「人口構成の高齢化（以下、高齢化）<sup>3</sup>」、「その他（いわゆる自然増）」があげられる。

厚生労働省（旧厚生省）は、国民医療費の推計と増加率内訳を公表している（表4）。これによると、国民医療費の増加率における「人口増」の影響は、少子化もあって年々減少しているが、「高齢化」と同程度、あるいはそれ以上に「その他」の影響が大きいことが示されており、国民医療費増加率には「人口増」、「高齢化」、「診療報酬改定」では説明できない「その他」の要因が重要だと示唆している。

「その他」の要因として、診療報酬に反映されない医療技術の進歩、医療従事者の増加や賃金水準の向上、モラル・ハザードとしての過剰診療・受診、疾病構造の変化や、医師や患者の行動パターンの変化などがあげられる。しかし、具体的に何が「その他」の要因を、どの程度規定しているのかを明確にするのは容易ではない。

「診療報酬点数」が、医療技術の進歩や物価・賃金水準の変動などを完全に反映しているなら、「その他」の要因は、それらの影響を完全に除外したものと言えるが、診療報酬の決定プロセスは極めて政策誘導的であり、すでに述べたように、必ずしも原価に基づいたものではなく、医療費総額の抑制策や、技術の誘導策としても利用されてきた。従って、診療報酬点数改定に反映されなかった要因が、「その他」の要因にも混在する可能性がある。これらの影響を除外した「その他」の要因を明確にするには、医療費の横断面分析（医療費の地域差分析）が有効である可能性が示唆されている〔郡司；2001〕。

医療費の時系列的な増大要因としては、医療技術の進歩や物価・賃金水準の向上などが大きな要因となるが、同質的なデータにおける時間軸上の断面で見た場合は、これらの要因を取り除いた上で、医療費の高低決定要因を分析することができるからである。

なお、診療報酬点数改定や給付率変更なども全国一律になされるため、制度要因は断面で見る限りではほとんど作用しない。

表4 国民医療費増加率の内訳

	国民医療費増加率の内訳			
	人口増加	人口の高齢化	診療報酬改定等の影響	その他
昭和55	0.8	1.0	-	7.5
昭和56	0.7	1.0	1.7	3.8
昭和57	0.7	1.2	-	5.7
昭和58	0.7	1.2	-1.3	4.3
昭和59	0.6	1.2	-2.0	4.0
昭和60	0.7	1.2	1.2	3.0
昭和61	0.5	1.2	0.7	4.1
昭和62	0.5	1.2	-	4.1
昭和63	0.4	1.3	0.5	1.6
平成元	0.4	1.3	0.8	2.7
平成2	0.3	1.6	1.0	1.5
平成3	0.3	1.5	-	4.0
平成4	0.3	1.6	2.5	3.0
平成5	0.3	1.5	0.0	2.0
平成6	0.2	1.5	2.0	2.1
平成7	0.4	1.6	0.8	1.7
平成8	0.2	1.7	0.8	3.0
平成9	0.2	1.8	0.4	-0.5
平成10	0.3	1.8	-1.3	1.8
平成11	0.2	1.6	-	1.9
平成12	0.2	1.7	0.2	-4.0
平成13	0.3	1.6	-	1.3

出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」

## 5. 医療費の地域差

ここまでは時系列的な視点から国民医療費の推移をみてきたが、今度は視点をかえて、横断面から医療費をみることにしたい。つまり、医療費の地域差という視点から医療費の高低を検討する。

日本では保険医療機関への支払方式として、全国統一の診療報酬体系（公定価格表）に基づく原則出来高払い方式を採用している<sup>4</sup>。個別の診療行為に点数を定めることで、同じ診療行為を受けたなら、基本的にはどこの医療機関でもほぼ同一価格となる。

このような制度下では、地域の疾病構造が同一で、かつ年齢階層別医療費が全国一律であれば、人口の年齢構成以外の要因で、医療費の地域差は生じないと想定できる。しかし、実際には、年齢構成の差を調整しても説明できない地域差が存在する。表5は、平成13年度の政府管掌健康保険の都道府県別医療費の地域差を示したが、国保および老人医療費においても地域差が生じることが明らかになっている。

この医療費の地域差の問題は、すでに1980年前後にその存在が指摘されている [三友・坂田・佐々木；1978，都村；1978]。表5に都道府県別の地域差指数を示した。地域差指数

とは、基準給付費に対する一般被保険者の実績給付費および老人医療費拠出金の合計額の比率である。当然のことだが、市町村別でみると格差は拡大する。

医療費の地域差には、北海道など一部を除き、西高東低の傾向がみられることが知られているが、ここ数十年その傾向に大きな変化はない。国民健康保険（以下、国保）や老人保健法による老人医療事業の運営主体が市町村であることを考えると、この地域差は保険財政に少なからず影響を与えることになる<sup>5</sup>。

地域差の要因としては、病床数／人口など医療供給密度、病院におけるケア・ミックスや提供者の行動パターン、患者の受診行動、生活習慣、保険者（自治体等）の保健事業や介護事業など代替・補完サービスの充実、地域における家族介護力等が考えられる。また、老人医療費に焦点をあてても、地域差が存在することが知られている。

著者は、2年前に全国市町村別のデータを用いて、老人医療費の地域差決定要因構造の分析を行ったが、医療供給体制の整備状況および社会経済環境の影響（間接、直接ともに）が少なくないことを明らかにした[堀；2002]。具体的には、医療供給密度の高い地域や、都市化傾向の強い地域では医療費が高くなる傾向にある。これらの要因の多くは頻繁に変化するものではないため、結果的に医療費の地域差が固定化されることになる。当該研究は、介護保険導入以前だったことから、介護保険導入後のデータで再分析したところ、都市部を中心に老人保健施設関連費用や老人訪問看護関連費用など一部が介護保険給付費に移行されたことに伴い、全体として老人医療費の地域差は縮小傾向にあることが判明した[堀；2003]。しかし、医療供給体制の整備状況および社会経済環境が地域差の決定要因として重要であることに変わりはない。さらに、継続研究において、介護費（保険給付費）と老人医療費の関連性についても分析を行ったところ、施設介護費を高くする要因と入院診療費を高くする要因には共通のものが少なくないことが明らかになった。施設介護費と入院診療費の類似構造に注目して、構築した老人医療費・介護費の決定要因構造モデル分析では、社会経済環境関連変数が定める地域特性という潜在変数の影響の方が、医療供給関連、介護供給関連変数の影響よりも大きいことが明らかになった。この地域特性は、入院受診率および施設介護受診率をともに上げる効果がある。このことから、医療費のみならず、介護費の地域差も、今後具体的な政策介入などを行わないかぎり、固定化する可能性があるといえる。また、この分析の過程において、施設介護と入院が代替関係にはなく、補完的な関係にあることを明らかにした[堀；2004]。

表5 医療費の地域差指数（平成13年度政府管掌健康保険の場合）

	加入者一人当たり医療費		若人加入者一人当たり医療費			地域差指数	
	加入者一人 当たり医療費	順位	若人加入者一人 当たり医療費	指数	順位	地域差指数	順位
全国計	175,764		141,280	1	1	1	
1北海道	203,625	2	165,581	1.172	17	1.13	1
2青森	177,326	25	143,164	1.013	14	1.035	13
3岩手	183,162	15	144,156	1.02	32	1.016	18
4宮城	173,230	32	136,443	0.966	4	0.979	30
5秋田	199,723	3	149,770	1.06		1.044	9
6山形	175,834	28	132,125	0.935	42	0.955	38
7福島	180,779	20	136,787	0.968	31	0.987	29
8茨城	162,609	41	130,425	0.923	44	0.943	41
9栃木	166,095	38	133,742	0.947	38	0.968	34
10群馬	168,509	36	133,772	0.947	37	0.942	42
11埼玉	156,152	46	131,534	0.931	43	0.92	46
12千葉	160,230	45	133,192	0.943	39	0.923	44
13東京	161,348	43	136,260	0.964	33	0.949	39
14神奈川	164,228	39	140,405	0.994	24	0.966	35
15新潟	173,547	31	133,075	0.942	40	0.944	40
16富山	188,972	10	146,661	1.038	10	1.022	17
17石川	190,353	7	147,227	1.042	9	1.037	11
18福井	181,090	19	138,688	0.982	27	0.991	28
19山梨	167,697	37	129,902	0.919	45	0.92	45
20長野	162,216	42	126,211	0.893	46	0.877	47
21岐阜	173,625	30	138,349	0.979	30	0.975	31
22静岡	160,539	44	132,150	0.935	41	0.942	43
23愛知	164,030	40	136,098	0.963	34	0.972	32
24三重	171,854	33	138,424	0.98	29	0.97	33
25滋賀	169,698	34	133,837	0.947	36	0.956	37
26京都	177,673	24	141,170	0.999	23	0.993	26
27大阪	176,379	27	146,453	1.037	11	1.024	16
28兵庫	173,886	29	142,089	1.006	21	0.995	25
29奈良	178,937	22	142,265	1.007	20	0.991	27
30和歌山	179,449	21	142,913	1.012	19	1.025	15
31鳥取	181,226	18	140,369	0.994	25	1.006	23
32島根	190,125	8	143,064	1.013	18	1.007	22
33岡山	183,296	14	143,356	1.015	16	1.014	19
34広島	182,585	16	146,152	1.034	12	1.04	10
35山口	182,236	17	146,056	1.034	13	1.013	20
36徳島	205,496	1	157,140	1.112	2	1.123	2
37香川	193,699	5	150,429	1.065	3	1.063	5
38愛媛	176,926	26	139,781	0.989	26	1.013	21
39高知	192,868	6	147,651	1.045	7	1.062	6
40福岡	186,820	11	149,766	1.06	5	1.078	3
41佐賀	193,891	4	148,394	1.05	6	1.078	4
42長崎	186,414	12	143,582	1.016	15	1.056	7
43熊本	185,984	13	141,545	1.002	22	1.036	12
44大分	189,778	9	147,532	1.044	8	1.047	8
45宮崎	169,658	35	135,533	0.959	35	0.999	24
46鹿児島	178,087	23	138,520	0.98	28	1.026	14
47沖縄	152,677	47	121,713	0.862	47	0.963	36

出典：厚生労働省資料より作成。

## 6. 医療費の適正化

近年、医療費、特に老人医療費の伸びの適正化が問題となっている。平成15年9月、厚生労働省は、老人医療費増加の適正化に向けた指針を出した。これは、平成14年医療保険制度改正において、都道府県・市町村による老人医療費の増加を適正化するための取り組みに対し、厚生労働大臣が指針を定め、助言することが法定化されたことを受けたものである（老人保健法第46条の2）。

老人医療費増加の最大要因は、受給対象者数の増加だが、これを政策的に抑制することには限界がある（受給対象者の年齢引き上げは可能だが、すでに75歳に引き上げられることが決定している）。従って、政策的に老人医療費増加を適正化（ないし全国平均水準の伸び率に抑制）するには、老人医療費／人の増加を抑制することに集約されるものとする。

老人医療費／人は、地域差の項で述べたとおり、同じ年齢構成であっても、地域の医療供給の整備状況や社会経済環境などによって同水準ではない。従って、老人医療費増加の適正化とは、事実上、老人医療費／人の地域差の解消・是正を意味している。指針では、地域における老人医療費の現状の把握および分析をした上で、地域の実情をふまえた施策の推進を図ること、すなわち老人医療費の諸要素に分解して都道府県内、全国、他都道府県平均値との比較検討、老人医療費と関連する事項（医療供給体制、保健事業の取り組み状況、介護サービスの提供体制や利用状況、市町村の高齢者の一人暮らし割合、就業率などの生活状況）との相関を把握することが重要であるとする。

著者の研究結果から推測すると、地域差を生じさせる要因の多くは、現行では政策的に操作が困難なものである。例えば、医療供給の整備状態が充実している地域の医療費／人が高くなる傾向は知られているが、現行では医療計画があるとはいうものの、実質的には、市町村や都道府県が直接医療機関と契約できる訳でも、患者のアクセスに介入できる状況でもない。無論、今後の保健事業や介護予防事業の推進次第で改善される可能性がある（ただし、既存研究ではその効果についての最終結論は見出されていない）。だが、いかに積極的に老人医療費増加の適正化を推進しても、現行制度下では、それがその自治体の財政にプラスになる保証がない。また、財政規模としても、平成13年度での老人医療費の都道府県と市町村の公費負担分は各4.3%にすぎず、今後、負担が増大するとはいっても、各8.3%程度になる見込みであり、それほど大きなものではない。さらに、地方自治体にとっては、保険者として医療費／人の増加を抑制することより、住民サービスの充実という観点から医療機関／人口の充実の方を重要課題に位置づける可能性も少なくないだろう。

このように考えると、現行では、地方自治体にとって、この事業を推進するメリットやインセンティブは必ずしも大きくない。この問題を是正する一手段として、老人保健制度の廃止・新制度の創設（すでに厚生労働省内で新制度の創設が検討されている）および地域単位の保険者の統合・再編を前提とした上で、再編後の保険者の保険者機能強化を提案したい。

本稿において、保険者機能の強化とは、①被保険者の代理人として独自に当該地域で受診可能な医療機関と直接契約する「選択契約・優先契約」の権利を付与する、②地域の実情および支出規模に対応した保険料の設定（全国的なリスク要因に関しては国庫負担による調整を行う）を意味する。

①選択契約とは、保険者が被保険者の代理人として、その地域ニーズを考慮しながら、特定の医療機関と契約を行うことである。これは保険者がアクセスに介入することを意味するが、選択肢の幅に応じて自己負担率などを段階的に設定することで、フリー・アクセスのメリットも残すことが可能である。具体的には、保険者と選択契約を締結した医療機関での受診を優遇し、それ以外の医療機関の受診も自己負担を多少高くすることで利用を可能とするというツー・チャンネル方式である。なお、保険者は、被保険者に対し、選択契約した医療機関の選択基準を明確にする説明責任を保有する。

②支出規模に応じた保険料設定を可能とすることで、医療費の適正化に貢献する事業の推進（予防・保健事業の推進や契約医療機関の選択）インセンティブを付与することになる（ただし、高齢者人口や性別など人口構成上の違いは国が全体として調整する）。医療費の適正化をしないという地域の合意形成が成立する場合は、保険料をそれに応じて高く設定するという選択をとることになるであろう。

なお、保険者となる主体は都道府県や市町村（広域連合）という行政単位でもよいが、都道府県単位、二次医療圏単位で新しい公法人を設立することも検討の価値があるものと考えられる。

あくまでも、これらの提案は私見の域を超えず、実現可能性についての分析を要するが、今後の医療制度改革の一つの方向性として検討する価値があるのではないかと考える。

## 参考文献

- 池上直己 (1996) 「医療費抑制の仕組み」 『日本の医療』 中央公論社
- 郡司篤晃 (2001) 「医療費の地域差研究とその意義」 『医療費の地域差』 東洋経済新報社
- 健康保険組合連合会 (2002) 『組合決算概況報』
- 厚生労働省 (2001) 『国民医療費の概況』
- 厚生労働省 (2001) 『国民健康保険事業年報』
- 厚生労働省 (2001) 『老人医療事業年報』
- 厚生労働省 (2001) 『国民医療費』
- 西村万里子 (1996) 「診療報酬決定のメカニズムに関する歴史的考察」 『医療保障と医療費』 東京大学出版会
- 二木立 (1995) 『日本の医療費-国際比較の視点から』 医学書院
- 都村 敦子 (1978) 「医療サービスに対する需要と供給の見通し」 『季刊社会保障研究』 Vol. 14, No. 1, pp. 2-17
- 法研 (2004) 『平成16年版医療費ハンドブック』
- 堀真奈美 (2002) 『老人医療費の決定要因構造に関する探索的データ分析』 慶應義塾大学大学院政策メディア・研究科博士論文
- 堀真奈美 (2003) 「第二部地域特性と老人医療費、介護費」 『介護費の決定構造モデルに関する研究』 医療経済研究機構
- 堀真奈美 (2004) 「第三章老人医療費と介護費の決定要因構造の分析」 『介護費決定構造モデルに関する研究』 医療経済研究機構
- 三友雅夫・坂田周一・佐々木俊一 (1978) 「地域社会特性の変動と受診行動」 保健医療社会学研究会 『保健 医療社会学の展開』 垣内出版, pp. 467-495.
- 山崎泰彦・尾形裕也 (2003) 『医療制度改革と保険者機能』 東洋経済新報社
- WHO (2001) The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance

- 
- 1 患者の自己負担率を引き上げる（給付率を引き下げる）と、医療需要が一時的に縮小し医療費水準が低くなるということは被用者保険の定率1割負担の導入や老人保健制度の創設時にも見られた現象である。このように給付率を変更したときに医療費がどの程度変動するかを計測した式を旧厚生省内では「長瀬式」と呼び、過去の制度改正時における実績データや給付率の異なる保険者の医療費データから式を随時更新し、給付率の変更による医療費変動の予測を行っている。また、最近では患者の自己負担増の「価格弾力性」が推計されるようになっている[畑；1998]。
  - 2 生活習慣病の予防などを旨として「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が平成12年4月よりスタートしている。
  - 3 前年度と年齢階層別医療費が一定とした場合の人口構成変化のみで生じる変化分を意味する。
  - 4 老人医療や療養型病床群など一部定額払い方式も採用されている。
  - 5 厳密には、老人医療費は、老人保健拠出金の形で被用者保険からも同じだけ高齢者がいるものとみなして徴収されるため、現行制上では、老人医療費の地域差が全てそのまま国保財政に反映されるわけではない。

## 第8章 健康と生涯

「健康と生涯」、言い換えれば「健康で生涯を過ごしていけるように」ということになる。医療改革が叫ばれてから長い年月が経つが、一次予防の重要性を認識しつつも、有効な手立てが講じられてこなかったのが、「健康で生涯を過ごす」ための分野ではないかと考える。そういった意味では「患者・国民のための医療改革」というテーマの中で、一次予防が基本となる「健康で生涯を過ごす」ための施策は医療改革の中での一つの柱でもある。国民の健康づくりは個人の幸せにつながるだけでなく、中長期的には医療費の削減、効率化を図る上で重要な課題として位置づけることができる。

健康診断、人間ドック等の検診結果から、病気にならないための一次予防、疾病の進行を止め、回復への二次予防といった対策が講じられるが、「健康」には予防といった考え方はないと聞いたことがある。病気になってはじめて健康であることのありがたさがわかるというが、わが国が高度経済成長時代に入って、それが当然視される経済環境に置かれてから、労働組合は空気のような存在であって、日常は意識しないが、何か問題が起きたときに、労働組合のありがたさがわかるといわれたが、「健康」もそうした意味では共通するものがある。健康保険組合も同じように、普段はあまり意識しないが、疾病に罹り医療機関に行くと、お金を払う時になって「ありがたさ」がわかるというのも同じことである。

第三次国民健康づくりとして、21世紀のわが国の国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を作るために「健康日本21」が平成12年にスタートし、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「休養・こころの健康づくり」など9つの対象分野を定め、発病を予防する「一次予防」に重点を置き、その推進に当たっては、関係する諸団体と連携して進めるとともに、都道府県・市町村等の地方における計画策定が義務付けられ、保健事業の効率的・一体的推進として、老人保健事業・保険者による保健事業・労安法に基づく保健事業、学校保健事業など連携した取り組みを行うことにしている。

平成15年には「健康増進法」が施行され、国民の健康増進に関係する組織・団体等が協力した取り組みを求めている。中でも、国民が自らの健康は、自らの責任において、生涯にわたってその増進に努めることを求めている。

## 1. 生活習慣病と友達にならないために

### (1) 雇ってしまったら医療の世界

昔は「成人病」と言っていたのが、現在は「生活習慣病」と言われるように、日常生活の積み重ねから「糖尿病」になったり「高血圧症」になったりする。病気は、いわゆる生活習慣病といわれるものだけではないが、外傷性の疾病を除く病気の多くは、日常生活の積み重ねに要因を持つものといえる。食生活、運動、睡眠等全てが日常生活にかかわるものである。

「病気」は雇ってしまったら医療の世界であり、雇らないための「健康」を維持、持続するには、食生活を含めた日常生活の習慣を変えていく行動変容が必要である。飲酒習慣、喫煙習慣、栄養バランスを欠いた食生活、運動不足、寝不足など、大筋において健康にとってマイナス要因となっている。一方で、それらが全て悪いことかといえば、画一的に全ての人に「悪い」と言えないのもでもある。個々人の体質によりアルコールに強い人もいれば、弱い人もいるように千差万別である。しかし、「病気」に雇ってしまったら医療の世界であり、国民医療費の増加にもつながってくる。だから、統計上生活習慣病に雇る割合が高いとされる日常生活での習慣を、「健康」への関心を高めることにより、行動変容を起こさせるためには、個々人の問題とともに、組織・集団（会社とか等）の問題として捉える必要がある。

### (2) 行動変容

「言うは易し、行は難し」というのが、日常生活の習慣を変えていくことであろう。今、病気に雇っていない健康（と思っている）な人が、いまのような生活を続けていると、生活習慣病になると言われても、それを素直に受け止めて、行動変容につなげることは、なかなか難しいことである。まして、働き盛りの現役の労働者にとって、飲酒・喫煙をコントロールしてといった、ストレスが溜まりかねないことはなかなかできないものである。例えば、毎日駅のエスカレータを利用していた者が、「足腰が弱ってしまう」といわれて、それではと、明日から階段に切りかえるかということ、それは至難のことといえる。生活習慣というのはそういうものであり、行動変容を変えるということは、厳しくもあり、つらいことでもある。しかし、生活習慣といわれるように、駅の階段を上り下りすることが、自然のうちにできるようになれば、それが、その人の生活習慣であり、一時の厳しさ、つ

らさを乗り越えれば、身に付いたものとなる。生涯を健康・元気に過ごすためにチャレンジしてみる価値はある。飲酒、喫煙なども生活習慣であり、それが疾病要因や中毒症状になったら、それは医療の世界である。

### 若い頃から取り組まないと効果的なことは期待できない

身体のだこかに「痛み」を感じて医者に行き、治癒すると「痛み」を忘れるというのが、若い頃のだれもが経験することであり、現実はその繰り返しといえる。生活習慣病と友達にならないために、「健康」を維持し、持続していくには、若いうちから日常生活での健康を意識した生活習慣を持続することが大事である。若いうちからそうした意識を持って日常生活を送らないと、将来の「健康」の維持、持続には繋がらないということは、生活習慣病予防に係わる諸文献でもいわれていることである。

「8020運動」（80歳で20本の健康な歯を）というのがあるが、そのためには30歳代、40歳代から歯科検診を定期的に行ない、ブラッシング習慣など、管理していくことが重要だといわれる。しかし、その年代が一番歯科検診に無関心層ともいわれている。これは、歯科だけでなく健診の受診についてもいえることである。

### 現実の仕事でそうしたことに気を配れるか

リストラでいつ自分が、どのような環境に置かれるのかわからない、というのが、近年の勤労者の生活であろう。リストラと片仮名で書けば、何となく抵抗感が少ない様に思えるが、リストラの本来の意味を取り違えて、現実には起きていることは、昔でいえば「首切り合理化」である。そうした環境の中であって、個々人が自分の「健康」にどれだけ気を配れるかは難問といえる。つい最近発表された厚労省委託の研究報告で、仕事による過労やストレスで自殺し、労災と認定された人の約7割の人が、自殺前に精神疾患に関する医療機関に受診していないことが報告されている。

メンタルの部分は難しい問題があるが、「仕事に追われ」、「ノルマに追われ」ということは、メンタルの問題だけではなく、昔から胃の疾患に代表されるように、内科系身体への負荷も増していく。そうした中で、個々人が自らの生涯の健康を維持・持続するために、「健康」のことを真剣に考えていける環境作りが必要であり、その役目を担っているのは経営者（産業医を含む）、労働組合、健保組合である。

## 栄養管理・食生活面からの改善を

「栄養と健康の問題も、個々人の意識の持ち方によって違いが出てくる。特に医療での健康保険制度に黄色信号（赤信号ともいえるが）が灯されている状況では、個々人の健康は予防的な観点での各人の取り組みは極めて重要であることは言うまでもない。その予防要因の一つに「栄養」と「食べ物」の問題がある。つまり、食生活が大きな予防要因であることは言うまでもないことである。遺伝的に疾病要因を抱えていても、食生活をコントロールし、自省することで、医師の世話になる時期を遅らせることは可能であり、薬剤の世話になることも伸ばせることになる」(茨城キリスト教大学生生活科学部教授 五十嵐 脩 国立健康・栄養研究所発行 健康・栄養ニュースへの寄稿文より引用)

長くなったが、健康維持・増進にとって食生活における栄養管理は極めて重要なことといえるが、現実には日常生活で習慣化することは難しいようである。健康日本21の9分野のトップに出てくるのは「栄養・食生活」である。アメリカにおける「ヘルシーピープル2000政策」という健康栄養政策による、一次予防対策の成功例に学ぶところがあると思われる。現在は「ヘルシーピープル2010」として引き継がれている。

ファミリーレストランで子供連れの一家が入ってきて、最初にドリンクを飲み、食事をして、また、ドリンクを飲んでいる。その両親は肥満体であり、その子供もまた肥満気味であったという。生活習慣病の一つである糖尿病の低年齢化がいわれているなかで、将来どうなるのだろうと心配したというが、食生活における栄養管理ということが、もっと一般化し、企業内だけではなく、例えば、調剤薬局等に専門知識を持つアドバイザーを置いて、地域における「健康づくり」等に役立てることも大事である。

## 2. 健康づくり

生涯を「健康・元気」で過ごしたいと願うのは、誰もが考えることである。健康増進法は生涯における個人の責任を唄っているが、同時に関係する行政、保健事業を行なう組織・団体の協力と事業実施に努めることも求めている。

健康ということについて、予防という考えがないとするなら、一次予防として「疾病に罹らない」ための取り組みは可能であり、その根源にあるのが各種の健康診断であり、健保組合が行なう人間ドック等である。これらは健診結果から出たデータをもとにした、放置しておけば「疾病に罹る」と考えられる、一次予防の世界に入る話である。データ上問題なければ、「健康」であり、その健康を維持・持続するのは個人に戻ってくる。健康であ

るから一次予防の対象者にはならない。

一次予防が「健康づくり」の世界であり、そこで、その健康づくりに医療機関や運動、栄養管理等に関係する人々の参画が必要になってくる。

### 健康づくりへのインセンティブ

医療機関（産業医含む）に係わる「健康づくり」は、健診データからの有所見者に対する一次予防の世界であり、健診結果から生じる医療行為が伴わない形での指導は大事なことと考える。あるいは、医療行為が伴うことであっても「健康づくり」への指導は、今後ますます大事になってくる。

そうした「健康づくり」への指導等がしっかりと行なわれるようになれば、医者にかかる人も減るであろうし、国民医療費の増加も抑えられる。そうした指導、検診後のフォローに対して、何らかのインセンティブを与えても良いのではないか。その場合に医療保険の給付としての適用はすべきではないと考える。保険者（健保組合）が行なう保健事業として、医療機関との契約に基づく給付・支払いとして考えるべきである。現在でも人間ドックは保険者が行う保健事業として契約しており、その契約の中に「健康づくり」に関わる事項を加えれば可能である。

### かかりつけ医と健康づくり

お爺ちゃん、お婆ちゃん、親の代から家の近くの「あの先生に」というのが望ましい形と思うが、現実には、なかなかそうはいかないようである。「かかりつけ医」の健康づくりにおける役割は、その家族のことを熟知しているということをも前提に置くなら、大きなものがあるといえる。日常生活における注意や健康づくりへの指導は、誰よりもその先生の言うことを聞くのではないかとと思われる。そうした指導によって自らの健康を意識し、持続することができるなら、生涯にとってこれほど幸せなことはない。しかし、現実の診療所経営、クリニックの経営ということを見ると、「経営が苦しい」という状況下では難しい相談かもしれない。

前述のように何らかのインセンティブを伴う形での、保険者（健保組合）が行なう保健事業の一環として契約し、契約に基づく給付・支払いを行なうようにすれば可能である。それには保険者が被扶養者（家族）の「健康づくり」を意識した、積極的な関わり方が求められる。「健康日本21」、「健康増進法」等によって、地域での保健事業の取り組みが進め

られているが、健保組合の保健事業のあり方として、行政側もそうした取り組みを奨励すべきではないかと考える。

### 3. 職場における健康づくり

職場における健康づくりといっても、その中心になるのは「健康診断」であり、「保健指導」となる。事業主が行なう労働安全衛生法で定められている健診、健康保険組合が行う保健事業としての各種検診・ドックがある。それらが有所見者に対する一次予防、二次予防としての経過観察など疾病予防に機能しているといえる。

健診といっても、労働者の就労環境は大きく変化しており、とりわけ女性の深夜業への進出は、健康管理面においても女性を対象とした疾病対策も必要となってきた。人材派遣の活用も増加しており、派遣された労働者の健康管理も大きな課題といえる。とりわけフリーターといわれる人たちは、どこの検診の網にかかるのか大きな問題といえる。法によってそれらの対策を具体化していくことは当然なことだが、職場における健康管理問題だから、産業医に任せておけばいいという時代ではなくなってきた。産業医が全ての事業所に常駐しているわけではない。ちょっと古くなるが、厚労省の「小規模事業所における健康確保方策のあり方に関する検討会報告書」(平成13年9月)で、小規模事業所(労働者が50人未満)の現状として、事業所規模が小さくなるに従い、健康診断の実施率、受診率が低下する。一方、定期健康診断における労働者の有所見率が高くなる傾向にあると指摘している。「産業医」という問題では、近隣の医療機関と契約して週に何回か事業所に来るケースも多くあり、その場合の従業員に対する健康管理、指導が適切に行なわれているかという問題もある。(従業員の「健康づくり」に対する意識の問題もあるが)

「健康」ということに関しては、産業医、保健師、栄養管理士、運動療養士などとともに、企業においては経営者、労働組合、健康保険組合等が管理主体であり、地域においては行政、関係する組織・団体が一体となった取り組みが重要になってきている。

#### (1) 会社・事業体、労組、健保組合が一体となった取り組みが必要

従業員から病人を出すことは、労組、健保組合それぞれにとってマイナスであるといえる。会社・事業体にとっては戦力ダウンとなり、生産性低下ということにつながる。労組にとっては、休業にでもなれば組合費減となってくる。健保組合は当然のことながら、医療給付費増となってくるのであり、三者三様にマイナスとなる。

健診ということで見てみると、会社・事業体は労働安全衛生法による健診を行い、健保組合は保健事業としての各種健診・ドック等を行っている。唯一、労組のみが「健診」という場面に参画していないことになる。「健康づくり」ということになれば、労組も参画することが可能であり、そこに働く労働者の「健康」に責任を持つことも可能となってくる。現在でも進んでいるところでは三者が一体となった取り組みを進めているところもある。

## (2) CSRに「健康」を入れたらどうか

従業員に病人が多い、病気ではないが身体不調を訴える人が多い等々、会社・事業体という一つの集団の中にいる労働者を「医の世界」から見た状態と、仕事の遂行（生産性等）との関連性を見ながら、企業の健康度を示すシステムが開発され、それをCSR（企業の社会的責任）評価の一つとして位置づけるようになれば、結果としてそこに働く労働者の個々の「健康」意識が向上することになる。

企業のCSRということがいろいろと論じられているが、以前は、その中に「健康」ということはあまり考えられていなかったようである。少し古くなるが、富士ゼロックスの産業医である河野慶三氏は、「健康問題は企業経営そのものの課題」と指摘し、「中長期視点に立った人事戦略が不可欠」と延べ、企業における「健康」問題の重要性を企業経営という視点から述べている。（日本経済新聞：2002年12月16日付）。また、従業員の健康管理に力を入れる企業が目立っている。心身ともに健康なら生産性は向上し、会社の企業業績にもはね返るといった「ヘルシーカンパニー」の考え方が広まってきたためだ。という京王電鉄、日本IBM、「ワールド」等の事例紹介がされている。（夕刊：読売新聞：2004年7月6日付）

## (3) 健保組合の保険者機能の強化が健康づくりへの鍵となる

健保組合は、一般的には会社・事業体が行う福利厚生施策として、健康管理室や診療所などの分野もあり、健保組合で行う事業もその一部と捉えられている。それは、健保組合が持つそれなりの機能が発揮されていないからだといえる。本来、健保組合は社会保障の一翼を担う、公法人として的人格を持つ、会社・事業体からは独立した組織であるということ認識していないからだといえる。

規制改革の流れの中で、平成13年に「規制改革の現状と今後の展望」と題する講演で、

当時の総合規制改革会議「医療・福祉」WGの主査であった、鈴木 良夫氏（㈱旭リサーチセンター代表取締役）が、健保財政の悪化と保険者機能の強化の下で、「健保組合の実働部隊のトップである、常務理事は企業経営のトップクラス（将来を含めて）の配置が求められる」と話していた。健保財政が逼迫する中で、健保財政の健全化を図るとともに、規制緩和のもとで保険者によるレセプトの審査・支払・保険医療機関との直接契約等々、保険者機能の強化を進めるには、企業経営のトップになるような人を配置しなければ改革も思うようには進まないということである。

「健康」ということに関しては、健保組合は事業運営基準の中でも諸健診・ドックや保健師によるフォローなど保健事業として幅広くできることになっている。しかし、健保組合でそうした要員を抱えてということは、費用対効果からみて好ましいとはいえないこともある。外部の「健康づくり」、「健康指導」等を事業として行っている事業者と提携して行った方がいい場合がある。代表的な例として高齢者の訪問指導があるが、要は「健康づくり」に取り組む決意があるか否かである。企業経営同様に費用対効果を考慮しつつ、その企画から実行まで実働部隊のトップである常務理事の指揮・指導の下で行なわれることが、今後ますます必要になってくる。

### 労働組合の健康づくり事業への参画が求められる

労働組合の役割は、一つには、そこに結集する労働者の雇用を守り、生活水準の向上を図ることであり、一つは、平和・環境・社会福祉・選挙など間接的政治への参画等、企業の枠を超えた課題への取り組みであろう。今日、産業構造の変革、就労環境の変化と雇用不安など、個々の労働者を取り巻く問題があるにしても、全般的には生活に関して一応の水準を確保しているのではないかと思う。

高度経済成長が続き、バブルの破綻が来るころまでの、職場における労働組合活動の柱の一つとして「福利厚生対策」があった。保養所建設、体育施設建設、文化活動への助成、社員食堂の充実等々、労使間の交渉ごとでもあるし、文化体育活動としての実践における共同事業でもあった。しかし、経済・社会・技術の進歩、発展により生活を取りまく環境が変わり、趣味・趣向・娯楽の多様化が起こるとともに、職場（企業）におけるそうしたものへの欲求も、会社幹部、労組幹部が意識するほど個々の労働者は持たなくなった。その代表的なものとして、家族を含めた「運動会」、「園遊会」等の大イベントへの魅力が薄

まり、衰退していった経緯がある。

労働組合の役割の一つに、生活水準の向上というテーマがある。労働者の生活不安の一つとして、将来の年金とともに「健康」（医療制度等を含めて）の問題もあるといわれている。労組が取り組む生活水準といわれる中に「健康づくり」というテーマも含めるべきではないか。医療とか健康というと難しく考えがちだが、根底にある「健康」を意識した、一次予防につながる生活習慣の改善などへの取り組みは、容易にできることである。

国民医療費の増加といっても、その国民の多くは現役の労働者とその家族であり、労働者のOBである。医療保険制度上の問題は別にして、現役のころから健康づくりに取り組むことによって、高齢者になってからの疾病へのリスクは軽減される。そのために、労組の持つ組織力と財政力を健康づくりに投資することは、労働者の生涯の健康維持に役立つだけでなく、国民医療費の増加を抑制することにもなる。

#### **(4) 強制から自発的への転換**

健保組合の行う保健事業は多岐にわたるが、「健康づくり」ということで見るなら、期間を定めて一斉に実施する、全員が参加する（できる）といった集団型が多かったが、平成7～8年頃からの健保財政悪化のもとで、費用対効果が重視されるようになり、そのための模索が続けられてきている。

ある研究会での事例報告として、外資系企業における「カフェテリアプラン」導入の報告があったが、その根底にあるのは、財政問題であり、保健事業費の使われ方（効率性）である。紙面の都合もあるので、その中で一つ大変参考になる話があったので紹介しておく。

それまでは、健康書籍として被保険者全員27,000人に月刊誌を配付していたが、カフェテリアプランにより配付希望を募ったところ、希望したのは2,000部だけであった。それまで配付していた2万数千部の多くは読まれていなかったのか、ポイ捨てされていたのではないかということである。その結果保健事業費の使われ方の「効率化」が図れたという。

「健康づくり」も費用対効果を重視した集団型、強制型から、個々人の置かれた環境に合わせた「自発型」への転換によって、「健康」に対する意識改革を伴って、本当の意味での「健康づくり」が進んでいくことになる。

#### 4. 地域における健康づくり

「健康日本21」（21世紀における国民健康づくり運動）は、①一次予防の重視、②関係する諸組織・団体が連携して、個人の健康づくり支援のための環境整備を図る、③健康づくりの数値目標の設定と評価、④地域における目標設定と関係する実施主体の連携による効果的な推進を基本としながら、9分野70項目の目標を設定している。

「健康増進法」は、健康日本21の運動に掲げる健康づくり・疾病予防への取り組みを、法的に基盤整備したものといえる。（個々の取り組みの考え方は省略）

健康日本21の施策を受けて、健保組合では、それぞれの母体企業と一緒に「〇〇21ヘルスプラン」とか、経営首脳陣を含めた「健康フォーラム」の開催等、それぞれ工夫をしながら、一次予防としての健康づくりに取り組んでいるが、まだ、少数の企業、健保組合に留まっている。また、健康増進事業として取り組んでいても、関連会社には行き届いていないといった問題もある。さらには、健保組合とそこに加入する事業主である母体企業を含めた一集団としての取り組みができて、その運動に被扶養者である家族が対象となっていないのがほとんどである。

国民の健康増進ということになれば、家族を含めた運動になっていかなければならないが、それには地域での取り組み、運動が中心になってくる。現役の労働者でもリタイア後は原則として地域での取り組み、運動の対象となってくる。地域での取り組みとしては、現在でも多くの自治体で主婦健診、高齢者健診などの事業を行っているが、その受診率もあまり高くないようである。

厚労省では、平成14年度から「国保ヘルスアップモデル事業」に取り組んでおり、同事業の指定市町村では3ヶ年計画のモデル事業を実施し、個別健康支援プログラムの実施後の健診データ、医療費の比較評価を行っている。これは、まだ限られた地域での事業であり、全国的に展開されていくにはまだ時間がかかるものと思われる。また、地域での「健康日本21」地方計画の策定状況は、厚労省健康局調査によると、平成16年7月時点で対象となる市町村のうち、平成18年度中策定予定を含めて、約59%に留まっており、そこにかかる費用のこともあり、難しい問題もあるようだ。（都道府県レベルでは全て策定済）

地域での健康づくりに企業や労組、健保組合がどのような形で参画していけるのか難し

い問題もある。それぞれ事情が異なる中であって、その地域での健康づくりに取り組むには、行政の関係者が強力なリーダーシップを持って、企画し、実行していくことが必要である。その地域における企業、健保組合、医療機関、健康増進事業者等の関係する組織・団体を含めたプロジェクトを設置し取り組むようにすれば、その地域住民の大きな取り組みとして発展していく可能性を秘めている。

労組は何ができるか、というのも大きな課題である。厚労省は都道府県単位での「保険者協議会」を設置して、職域保健・地域保険の連携による保健事業の共同事業の推進等を目指しているが、効果的・効率的に進めるには、地域の範囲を同一県内であってもいくつかに分ける必要がある。労組はそうした取り組みの中心的な役割を果たすことが必要である。

地域との係わり合いは、企業や健保組合よりは持っている。連合（日本労働組合総連合会）の都道府県別組織、その中の地域別組織があり、それぞれの行政との係わりもあるものとする。さらには、産業別組織の地方組織もある。その労組が地方における健康づくりへ、母体企業や所属する健保組合と連携を取りながら、参画することは可能なことであり、労働運動の一つとして「健康」に投資することは、結果として労働者の生活安定にも繋がることであり、積極的に取り組むべき課題でもある。また、地域社会への貢献という視点からも、労働運動の課題といえる。

## 5. 「元気なお年寄り」を増やす運動＝ピンピン・コロリを目指して＝

健康と生涯、言い換えれば生涯を健康・元気で過ごすことである。加齢とともに若いころと比べて、身体が弱くなることは当然なことといえる。その当然なことといえる中であっても、医者のお世話になる時期を先延ばしすることが、元気なお年寄りを増やす運動になる。それは同時に国民医療費の増加を抑制することにもなる。

元気なお年寄りといっても、定年を迎えてリタイアしてから「元気」になろうといっても、それまでの「健康」がどのようなようになっていたのかが大きな問題となってくる。国民医療費の増加がわが国の保険医療制度の崩壊も招きかねないという状況の中であって、国民健康保険財政はいずれも赤字となっている。企業に働く労働者は、一般的に定年を迎えて国保に加入することになるが、その時に「健康・元気」で企業から送り出されるか否かは、国保の財政にとっても大きな関心事になる。

## 定年を元気で送り出すために

生涯にわたって個々人の健康データを継続的に管理していくことが重要であるといわれ、その施策も検討され、具体化されるような今日の状況である。そうした中であって、とりわけ大企業の社会的責任として、定年を「健康・元気」で送り出すことが求められる。そのためには、個々人の入社から定年までの健診データ・保健指導等をもとに、経年変化を考慮した、例えば、「健康度持続サポートシステム」(仮称)といったものを構築して、定年までの管理をきちっとして「健康・元気」で定年を迎え、国保に引き継いでいくことを「健康日本21」、「健康増進法」といった観点からも、必要になってきている。

## ピンピン・コロリを目指して

ピンピン・コロリという言葉は、そこに人間の生死ということを重ね合わせると、なんとなく抵抗感のある言葉とも思うが、その根底にあるのは、いつまでも健康・元気でいて、生涯を終えるときには、必要以上の医療費を使うことなく、といったことだろうと考える。もちろん個々人の問題だけでなく、地域医療のあり方が関係していることでもあり、個々人の健康・元気づくりと、地域医療環境の整備が伴わなければ実現できないことでもあるが、医療・福祉・介護・健康づくりなど連携した施設環境を整備することによって、元気なお年寄りが増え、生涯をハッピーに過ごしピンピン・コロリを目指していくことができる。

## 第9章 医療保険制度改革の視点:地域で医療と向き合う

### 1. 改革の制約条件と方向性

医療保険制度改革が叫ばれているが、合意を得られないまま財政対策中心の改正が続いている。「数字の帳尻合わせ」などという批判を受けながらも、皆保険体制を守るという国民的合意が、平成9年、平成12年、そして平成14年改正の財政対策的な改正を許容したのだろう。

ただし、いずれの改正も近い将来の本格的な改革の実現を条件としていた。それがいずれも挫折したことの反省の上に、平成14年改正では将来の医療制度全般にわたる改革の検討について日程を示して法律の附則に明記した。

すなわち、将来にわたって医療保険制度の安定的運営を図るため、①保険者の統合および再編を含む医療保険制度の在り方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬体系の見直しについて、平成14年度中にその具体的内容を明らかにした基本方針を策定し、できるだけ速やかに(②についてはおおむね2年を目途に)所要の措置を講ずるものとする、というものであった。

基本方針は、平成15年3月28日に「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針」として閣議決定され、平成20年度に向けて医療保険制度体系に関する改革の実現を目指すこととしている。改革の実現は決して楽観できるものではないが、改革の基調についてはかなり明確に展望できるように思う。

制約条件の一つは、改正法の附則で「医療に係る給付の割合については、将来にわたり7割を維持するものとする」としているとおり、患者負担の引き上げには大きな制約がかかっていることである。あり得るとしても、現役世代との公平性の観点からの高齢者の患者負担の引き上げとか、ホテルコスト等に着目した保険給付の範囲の見直しにとどまろう。しかし、そのような患者負担の引き上げは短期的財政効果にとどまり、医療費上昇の長期的趨勢を吸収できるものではない。

とすると、長期的には高齢化や医療の高度化に伴って、医療に係る保険料や租税負担を引き上げるといふ方向にならざるを得ない。考え方としては保険料負担増を抑制して租税負担増に重点を置くという選択肢があろうが、医療については現行制度が予定している以上の大幅な租税負担増は極めて困難な状況にある。

医療保険給付費に対する公費財源の割合は、平成14年改正前は32.5%であったが、改正後は平成19年度に35.7%、平成37年度には42.0%へと、約10ポイントも増える。高齢化の進展により、公費負担割合の高い老人医療費が膨らむからである。このように、改正後も相当な公費負担増が避けられないのであるが、現実にはその租税財源を確保することさえも相当な困難が予想される。

社会保障制度全体でみれば、当面の最大の課題は、平成16年改正による基礎年金の国庫負担割合2分の1への引き上げの財源確保である。平成21年までに実現することとしているが、年間2兆7,000億円の所要財源のうち、確保できたのは年金課税等の見直しによる1,600億円でしかない。さらに、介護費用の増大や新たな課題としての次世代育成支援対策の推進のためにも、相当な租税財源の配分が必要になろう。

このような国の財政的制約からしても、長期的には保険料負担を着実に引き上げていかない限り、医療保険制度の安定した運営は困難なのである。その場合、保険料負担増について国民的な理解を得る上で、負担の公平化のための一元化の推進や保険者機能の強化等による医療の効率化に対する要請が、今まで以上に強まろう。

以下、そのような観点から、医療保険の制度体系や保険者機能強化等の保険者の在り方を中心に、筆者の私見を述べてみたい。

## 2. 医療サービスの特性と医療保険制度体系の在り方

閣議決定された「基本方針」では、保険者の再編・統合について、①被用者保険と国保のそれぞれについて、保険者の財政基盤の安定化と保険者の機能を発揮するため、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進すること、②地域の関係者が連携して質の高い効率的な医療を提供できるような取り組みを推進すること、としている。

社会保険の保険者には、全国単位と地域単位がある。年金保険や労働保険は全国単位が当然とされているが、医療保険では全国単位と地域単位があり、政管健保と市町村国保が両極に位置する。健保組合は、全国展開している企業であれば全国単位だが、事業所が特定の地域に限定される多くの健保組合は実質的に地域単位である。共済組合は、地方職員共済のように全国単位もあれば、市町村職員共済のように都道府県単位のものもある。

負担の公平には、所得（負担能力）に応じた負担と、受益（利用水準）に応じた負担という、二つの基準がある。保険者の単位は、前者の基準を重視すれば全国単位、後者の基準を重視すれば地域単位になる。

単純に割り切れないのは、年金と違って医療には、サービスの提供と利用が地域で完結するという地域特性があることである。医療費は一般に西高東低で、東でも北海道が著しく高い。さらに、同一の都道府県内でも相当な地域差がある。このような医療の特性に着目すれば、サービスの利用状況に応じて負担水準が決まる地域単位が望ましい。

低医療費と健康・長寿を実現した長野県では、その成果は地域単位である国保の保険料には反映されるが、全国単位である政管健保の保険料には反映されない。医療費の著しい地域差にもかかわらず、政管健保の保険料は全国同一だからである。結果的に政管健保では、低医療費地域から高医療費地域に保険料財源が移転されるという不公平が生じている。

しかしながら、名目的な医療費水準に単純に比例して保険料水準を決めることにも問題がある。名目的な医療費水準には地域の加入者の年齢構成の違いが反映しているし、地域の所得水準によって保険料負担能力も異なる。高齢者や低所得者を抱えることは財政が不安定化する「リスク」であるが、保険者はそれらの者の加入を排除できない。保険者の運営努力の及び難いこれらの構造的リスク要因については、国民連帯の観点から全国レベルで調整しなければならない。

このような医療の地域特性と国民連帯の観点を踏まえると、改革の方向は、サービスの利用水準に応じた地域別の保険料水準としたうえで、構造的リスク要因について、保険料財源や公費で全面的な調整を行うことである。この場合、政管健保の地方分権化（地域単位の財政運営）が最大の課題になる。これが実現すれば、医療保険制度全体がおおむね地域単位に再編成され、地域レベルで、被保険者、保険者、医療提供者が連携して、良質な医療を効率的に提供する体制の整備に努めるインセンティブが組み込まれる。これは、いわゆる保険者機能を発揮するための基盤でもある。

### 3. 医療保険の保険者機能の現状

医療制度改革の目標は良質な医療の効率的な提供であるが、この目標を実現する上で保険者機能の発揮が不可欠である。

ここで、保険者機能とは、「医療制度における契約主体の1人としての責任と権限の範囲内で活動できる能力」であり、保険者機能の発揮とは、「保険者が自立し、医療制度における他のプレイヤー（サービスの受け手・プロバイダー）と直接かつ対等に十分な対話ができること」である<sup>1</sup>。

医療保険の保険者機能の骨格をなすものは、①保険料の決定と徴収、②医療機関との給

付内容や価格の契約、③診療報酬の審査・支払いである。しかし、わが国の実態をみると、医療機関との契約は行政（厚生労働大臣の委任を受けた地方社会保険事務局長）が一括しており、保険者にはこれを拒否する権限は与えられていない。医療保険がカバーする医療給付の内容および価格（診療報酬）も行政が一律に定め、保険者の独自性は認められていない。さらに、診療報酬の審査・支払いについても、行政指導により支払基金または国民健康保険団体連合会への委託が求められてきた<sup>2</sup>。

このように現状では、保険者は事実上行政の代理人化している。法律上は、6つの医療保険制度のほかに医療保険制度の共同事業的な老人保健制度が存在する上に、保険者数では五千を超え、被保険者と保険者の関係は極めて複雑である。しかし、どの制度・保険者にあっても医療提供者との関係には差異はなく、行政主導型の極めて単純な関係になっている。

その他、保険者機能に関しては、被保険者の医療機関選択に資する情報提供や被保険者の苦情に対する対応も重要な位置を占める。しかし、多くの被保険者は客観性に乏しい世間の評判によって医療機関を選択している状況だし、医療に関する苦情や相談についても保険者の対応はほとんどなされていない。これらは必ずしも法律上の制約によるものではないことからすると、行政依存的で被保険者のニーズに鈍感な保険者の体質をどのようにして活性化するかということも課題であろう。

このような中央政府主導型の医療保険制度が形成されたのは、政府が直接に管理運営する政管健保が医療保険の中核的位置を占めているからであろう。被用者保険制度の中にあっても、健康保険組合や共済組合は事実上政管健保の代行組織であり、組合の保険者機能は大きく制約され、原点である組合自治は名ばかりのものになっている。一方、国保に関しては、皆保険前は保健活動、直営診療所の事業、審査等において保険者独自の取り組みが見られたが、皆保険体制下では被用者保険並びの制度への組み替えが急がれ、保険者機能が制約されるようになった。

#### 4. 介護保険にみる制度体系・保険者機能の先駆性

介護保険制度は、それを通して医療保険制度改革や社会保障構造改革を進める推進力としても期待されて創設されただけに、医療保険の保険者の再編・統合と保険者機能の強化の在り方を考える上で、大きなヒントを提供してくれる。介護保険にみられる新機軸を列挙してみよう。

### ①地域保険方式の採用－中央政府からの自立性の確保

市町村を保険者とする地域保険方式を採用した。それによって、介護ニーズや住民の意向等の地域特性を反映した運営が可能になり、中央政府からの一定の自立性を確保した。また、このことには、地方分権の推進や住民自治の確立など時代の要請にも沿うものであった。

### ②地域主義と連帯主義の調和－保険者責任の明確化

地域主義と連帯主義の調和を図った。第1号被保険者の保険料は、地域のサービスの利用水準に見合う地域別保険料である。一方、第2号被保険者の保険料は全国一律の国民連帯保険料であり、さらに国庫負担の一部が保険者間の財政調整にあてられる。これにより、被保険者の年齢構成や所得水準等、保険者間の構造的不均衡要因についてはほぼ完全に調整され、保険者の自己責任部分が明確化された。

### ③運営の広域化－小規模保険者の基盤強化

事務処理やサービス提供体制の効率化と財政基盤の安定化を図るために、隣接する市町村が広域的に取り組むことができる体制を整えた。具体的には、地方自治法での広域連合や一部事務組合の制度、介護保険法での市町村相互財政安定事業や要介護認定事務の共同実施等の活用である。

### ④保険料徴収力の強化－特別徴収と滞納対策の強化

第1号被保険者の保険料は原則として年金から特別徴収することとし、全体として国保よりもはるかに高い収納率の確保を可能にした。また、保険料滞納者に対する給付制限を強化し、消滅した徴収債権に応じて保険給付率を引き下げるなどの措置を講じた。

### ⑤要介護認定・ケアマネジメント－サービス利用の適正化・効率化

サービスの利用適正化を促す機能を組み込んだ。フリーアクセスである医療と異なり、利用者は介護認定審査会の要介護・要支援認定を受けなければならない。審査会は全国共通基準に基づいて合議で認定するから、医師個人が給付に決定権をもつ医療とは異なる。認定が「自立」では保険給付が受けられないし、「要支援」であれば在宅サービスに限定される。また、審査会は、療養に関する事項や被保険者が留意すべき事項について意見を付すことができ、ケアプランもこれに沿って作成されなければならない。

こうして、審査会は、単なる要介護の認定にとどまらず、サービス内容にまで関与することになった。また、意見書の作成をとおして、主治医がかかりつけ医としての機能を担うことになったのも注目される。

さらに、ケアマネジメントの仕組みが導入された。ケアマネジャーが、利用者の相談に応じ、そのニーズを把握した上で、ケアプランを作成し、サービス提供機関との連絡調整を行って、利用者本位の適切なサービス利用をコーディネートする。また、ケアプランの作成に当たっては、利用者に対する内容の説明と文書による合意を必要とするインフォームド・コンセントの徹底も義務づけられている。要介護度別の定額払いの介護報酬制のもとで利用者本位の最適なサービスの利用を促そうとするもので、サービス利用の効率化という観点からも評価されるものである。

#### ⑥保険者の裁量による保険給付の弾力化

保険者の独自給付が組み込まれ、給付内容についても保険者機能が強化された。独自給付には、国が定める支給限度額を超える額を支給限度額として定める「上乘せサービス」と法定の保険給付の対象外のサービスを給付する「横だしサービス」がある。これらの独自給付の財源は、第1号被保険者の保険料が予定されるもので、地域の実態や住民の意向を反映した給付設計が可能になる。

#### ⑦サービス提供事業者に対する保険者機能の強化

サービス提供事業者の指定は、法人格を有し、一定の人員基準や設備・運営基準を満たしていることを基準にして都道府県知事が行う。ただし、医療保険と異なり、居宅サービスについては、条件を満たしていなくても（法人格のない住民参加型の非営利組織など）、保険者が当該サービスが一定の水準を満たしていると認めた場合には「基準該当サービス」として、償還払い方式により保険給付を行うことができる。

そのほか、保険者に対して、保険給付に関して必要がある場合には、サービス提供事業者への調査権を与えている。また、サービス提供事業者に対して、事故発生時には、利用者の家族のほかに保険者への連絡を義務づけている。これらはいずれ、医療保険各法には存在しない介護保険独自の規定である。

#### ⑧保険者による情報提供と苦情処理への積極対応

介護保険では、利用者のサービス選択の前提として、サービス提供事業者に関する情報を積極的に提供することとしている。事業者の指定は都道府県の権限であるが、保険者は都道府県から指定事業者の情報を受け、これをもとに利用者やケアマネジャーの照会に応じることとしている。

また、介護保険では、利用者からの苦情・相談に応じる体制を整えている。このオンブズマン的業務については、国保連が行うこととされているが、事業者自身およびケア

マネジャーが適切に対応することとしている。そのほか、保険者においても、苦情処理の窓口的な役割を担うとともに、運営基準において、苦情に関して事業者に対する調査、指導、助言の権限が与えられている。

## 5. 保険者の再編・統合と保険者機能の在り方

医療保険の保険者は、医療の地域性や医療提供体制との関連からすると、国保だけでなく被用者保険に関しても、地域単位を基本として構成すべきである。

その場合、医療計画の策定は知事に、保険医療機関の指定および保険医の登録は地方社会保険事務局長に、それぞれ権限が委ねられていることからすれば、都道府県単位化は有力な選択肢であろう。あるいは、医療費には同一の都道府県内にあっても相当な地域差がある現状からすれば、むしろ日常的な医療が完結する二次医療圏（平成15年3月末現在で363圏域）単位のほうが望ましいとも考えられる。

しかしながら、国保については、都道府県単位等に広域化したとしても、適用や保険料の徴収の事務は市町村に委託せざるを得ない。そうであれば、今後とも国保は市町村保険者を基本に置くべきではないか。その上で、市町村合併による広域化の推進を基本としつつ、リスク分散機能の低下等の小規模保険者問題に対しては、都道府県の支援や広域連合等による広域化によって対応するのが本筋であろう。

政管健保については、思い切った地方分権化を推進すべきである。地域医療に目を向けた保険者としての運営努力を促すには、少なくとも財政単位について地域化し、年齢構造や所得水準等の構造的要因を調整した上での、実質医療費の地域差を反映した地域別保険料を導入すべきである。

問題は組合健保の扱いであるが、全国展開している一部の企業を除けば、多くの組合は実質的に今でも地域保険的な性格が濃いので、あえて地域単位に分割する必要はないのではないかと。ただし、同一組合内においても、事業所の所在地別に地域医療水準に見合う保険料率を定めるという調整措置の導入は考えられるかも知れない。したがって、政管健保を地域単位に再編成すれば、医療保険制度全体が地域保険に基本をおいた制度体系に再編成される。

この再編成により、被用者保険と国保の利害が地域レベルで共通することになり、保険者機能を強化し、医療の効率性を高める上で大きな推進力になる。

具体的には、①国保と地域単位化された被用者保険が共同で地域保険者連合を組織する、

②保険者連合組織に保険医療機関の指定と保険医の登録の権限を与える、③保険者連合組織のもとで診療報酬の審査・支払いを共同化する、④地方社会保険医療協議会で診療報酬の単価を決定する、などの地方分権化である。これらは地域医療計画を推進する上でも効果的であろう。

保険者機能を強化するには、さらに医療保険の運営を専門的に行う非営利の医療保険運営法人を地域単位で創設し、これに事業主や市町村が運営を委託するという途も考えられる。この運営法人制度の創設は、健康保険組合の統合・再編の受け皿にもなり得るし、政管健保の活性化や小規模国保の運営の効率化にも資するものである。

### 参考文献

- 山崎泰彦・尾形裕也編著（2003）『医療制度改革と保険者機能』、東洋経済新報社  
山崎泰彦他（2001）『厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業平成12年度研究報告書：保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』  
山崎泰彦（2003）「医療保険制度改革に関する覚書」、『三田商学研究』第46巻第3号

---

1 山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、2003、第1章参照。  
2 医科レセプトの保険者による審査・支払いについては、「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払いに関する事務の取り扱いについて」（平成14年12月25日保険局長通知）により、医療機関との合意、公正な審査体制、紛争処理ルールの特明確化、患者情報保護のための守秘義務の担保等を条件として可能になった。

## 第10章 医療改革はどう進めるべきか

—国民のための医療へ対立を超えて—

### はじめに

兼好法師こと吉田兼好は日本文学史上最高の随筆と名高い『徒然草』で次のように書いている。「よき友、三つあり。一つには物くるる友。二つには医師（くすし）、三つには知恵ある友。」（『徒然草』第117段）。第123段では「人皆病あり。病に冒されぬれば、その愁い忍び難し。医療を忘るべからず」と指摘している。

医療も科学と呼べる代物ではなく、薬も適当な植物などからつくった漢方薬以外になかった時代でありながらも、兼好法師は医療を忘るべからずといい、よき友、持つべき友として医師をあげている。

「医師は常に良き隣人であってほしい」という思いは病を免れぬ人々にとって時代を超えた願いである。兼好法師の時代に比べると現代の医学や医療技術は長足の進歩を遂げた。新薬の開発で不治の病が完治するようになった例も数多くある。しかし、医学が進歩し医療内容が細分化し研究偏重となると医者が「病気を見て患者を診ない」傾向も現れてきた。

近年の日本では医者が患者にとって「良き隣人」であることが難しい事態も生まれてきた。その要因は医学や医療技術だけでなく医療制度による場合も多い。

この章では第2次臨時行政調査会以降の医療制度改革の取り組みを振り返り、日本の医療制度改革の特徴を探る。そのうえで「医師が良き隣人となるための」医療制度改革の進め方について考えてみたい。

### 1. 第2次臨時行政調査会と医療制度改革

#### (1) 第2次臨時行政調査会による医療制度改革の成果と限界

第2次大戦終了後、占領軍の医療関係の責任者として日本の病院を視察したサムスGHQ公衆衛生局長は「日本の病院は中世ヨーロッパの病院」と評したという（有岡、1997）。

医療の内容や質のことはともかく、全国津々浦々の国民にあまねく医療を普及することが最大の目標となった。国民皆保険の実現（1961年）で医療費の裏付けは確固としたものになり、医療施設は急速に増えていった。離島など一部を除いて「無医村」も徐々に解消していった。

自由開業制に基づく医療機関の普及と国民皆保険制度下の給付改善があいまって安い自己負担で容易な受診を可能にしてきた（アクセスの平等）。老人医療費の無料化（1973年）で平等な医療の追求は頂点に達した<sup>1</sup>。

折しも、1973年秋に石油危機が勃発し日本経済は失速した。税収や社会保険料の伸びが止まったにもかかわらず、歳出削減はなかなか進まなかった。赤字国債は累積し国家財政の破綻が懸念された<sup>2</sup>。老人医療費が主導する国民医療費の膨張を抑制することが緊急課題となった。

第2臨調は「増税なき財政再建」を旗印に1981年3月に発足した。高齢化の急速な進行と少子化の本格的な進展は高齢化に伴う費用を当然、増大させる。高齢化に備えるためにも行政の効率化、歳出削減が緊急かつ至上命題となった。

厚生省は第2臨調発足前から医療制度を転換する必要性を認識していた。医療提供団体などの強い反対があり、厚生省単独では実現が難しかった課題を第2臨調の権威を借りて達成した側面がある。1982年10月、厚生省は「国民医療費適正化総合対策推進本部」を設置し第2臨調の提言作成に積極的に関与し実現に向けた取り組みを強化した。

第2臨調は発足してからわずか4カ月で「行政改革に関する第1次答申」（1981年7月）を行った。1982年度予算は第1次答申に基づきゼロシーリングが基本となった。各省庁横並びで予算の上限を決めた。

第2臨調の医療制度改革の試みは老人保健法制定（1982年）、健康保険の被保険者1割負担の導入（1984年）、第1次医療法改正（1985年）などに結実した。しかし、これらの改革の射程は自己負担割合の引き上げによる医療費の削減という「コスト」の問題にとどまっていた。医療計画など外形的な医療制度の枠組み以外、医療の内容、質までは踏み込んでいなかった。

第2臨調では「増税なき財政再建」という基本方針に縛られて、省庁の枠を超えた政策の優先順位や必要な負担の増加という議論には入ることができなかった。「質とコスト」重視へ転換をはかったものの、財政再建の緊急性からコスト重視で医療費の削減を優先した。「良質な医療」の追求は先送りされたといえよう。

## (2) 医療費総額の伸びの抑制

医療制度改革の進め方を論ずるうえで、1980年代半ばから明示的に採用されている政策である医療費総額の伸びの抑制の是非について整理しておく必要がある。

第2臨調は「行政改革に関する第1次答申」(1981年7月)のなかで医療費について「年々急増する医療費については、総額を抑制し、医療資源の効率的利用を図るため、以下の措置をとる」とし具体的な適正化対策を記載していた。

基本答申「行政改革に関する第3次答申」(1982年7月)では「医療費支払い方式の改革、医薬品の実勢価格の的確な把握とその薬価基準への反映等第1次答申の趣旨にそった医療費適正化対策を一層推進し、医療費総額を抑制する」とふれている。最終答申「行政改革に関する第5次答申」(1983年3月)でも同様の表現で記載している。

臨調基本方針に対抗するようなかたちで厚生省が設置した、学識経験者などで構成する「社会保障長期展望懇談会」(有沢広巳会長)は「社会保障の将来展望について」(1982年7月)をまとめ、「将来における国民医療費の規模については、国民所得の伸びに人口の高齢化を加味した伸び率の範囲内にとどめることを目標にしていくべきであろう」と指摘した。

当時の吉村仁厚生省保険局長は1983年3月、ある雑誌に「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」という論文を投稿し、「医療費の増加が亡国につながる」という見方があると紹介し次のように主張した<sup>3</sup>。「私がここで問題としているのは、負担率の引上げのことであって、医療費がビター文増えてはいけない、ゼロベースに抑制するといっているのではない。国民所得の伸び率程度の伸びならば、負担額は上がっても、負担率は上がらない」

この発言が「医療費を国民所得の伸び率の範囲内に抑える」方針の端緒といわれる。第2臨調の公式な提言にはこの表現は出てこない。この方針は『1985年版厚生白書』で次のように公式化された。

「今後の本格的な人口高齢化に伴って医療費が増えることは避けがたいとしても、その野放図な増加は、負担主体の負担意欲、活力を阻害し、制度の仕組みそのものに対する信頼を喪失させる恐れがある。このような事情を踏まえると、国民医療費の伸びは国民所得の伸びの範囲内に抑えていくことが是非とも必要である」

医療費総額を国民所得の伸び率の範囲内に抑える方針は財政構造改革基本法制定時(1997年)の基本方針にも明示され、その後もこの方針は変更されていない。

国民所得に占める国民医療費の割合は1970年代後半から1992年度までは5%台後半から6%台前半で安定的に推移してきた(表1)。割合が急速に高まってきたのは1992年度以来のことである。国民所得の伸び率がマイナス0.5%(1992年度)、翌年もマイナス0.1%(1993

年度) などバブル経済の崩壊で急速に経済成長が止まったことが原因である。

一方、医療費は急速な高齢化、診療報酬改定、医療技術の進歩等を反映して4～6%台の伸び率を示してきた。介護保険を導入した2000年度によくマイナス1.9%、2002年度にマイナス0.6%と対前年度比でマイナスを記録したのはこの2回に過ぎない。

国民医療費が国民所得に占める割合は1990年度の5.92%から2002年度の8.58%と12年間でプラス2.66%と急速な伸びを示している。老人医療費が無料化された1973年度をはさむかたちでみると1970年度は4.09%、1980年度は5.89%と10年間で1.80%の上昇に過ぎない。1990年代に入って経済成長の低迷を主因に、国民医療費が国民所得に占める割合の上昇率はこれまでにない速度を示している。

表1 国民所得に占める国民医療費の割合の推移

年度	国民医療費（億円）	対国民所得比（%）
1970	24,962	4.09
1975	64,779	5.22
1980	119,805	5.89
1985	160,159	6.13
1990	206,074	5.92
1995	269,577	7.20
2000	303,583	8.02
2002	311,240	8.58

資料出所：厚生労働省「国民医療費の概況」

## 2. 社会保障構造改革と医療制度改革

### (1) 繰り返された厚生省の医療制度改革への試み

「日本では医療保険制度改革はこれまであったけれど、医療提供体制の改革は基本的に達成されていない」といわれる。医療保険改革の域を超えて、医療提供体制の変革にまで踏み込まないと医療制度の抜本改革とはいえない。

医療提供体制を規定する法律は医療法、医師法などがある。1985年に第1次医療法改正が行われるまで医療提供体制の骨格に手を付ける改正はなかった。医療制度改革に向けて

「財政論はあったが医療制度論はなかった」といわれる所以である。

1990年代を通じて医療費の増加に伴い保険財政は悪化した。厚生省は自己負担引き上げの言い訳のように医療提供体制を含む改革案を描いてきた。

1980年代半ばからの厚生省の主な改革案をあげると、「今後の医療政策の基本方向—21世紀をめざして」（1984年4月）、「国民医療総合対策本部中間報告」（1987年6月）、「21世紀の医療保険制度（案）—医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向」（1997年8月）、「医療制度改革試案—少子高齢社会に対応した医療制度の構築—」（2001年9月）などがある。

厚生省主導の医療制度改革は1997年の健康保険法改正以後に進み始めた。1997年6月に成立した健康保険法改正では本人2割負担、薬剤費別途負担導入、老健患者負担引き上げを盛り込んでいた。自己負担の増加だけでは国民の納得が得られないとの批判に応えるかたちで厚生省は1997年8月7日、厚生省の考える抜本改革案「21世紀の医療保険制度」を与党に提示した。

当時の与党協議会も8月末に「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針」をまとめた。

厚生省案は「21世紀の本格的な少子高齢社会においても、すべての国民が安心して良質な医療サービスを受けることができるような医療制度を、我々の子どもや孫たちに引き継いでいくために、国民皆保険制度を堅持し、新しい時代を見据えながら、医療保険及び医療提供体制について抜本改革を実現させる」という意気込みだった。

このような考え方にたって、医療提供体制、診療報酬体系、薬価基準制度、医療保険制度、高齢者医療制度全般について改革案をまとめていた。

たとえば医療提供面、診療報酬面では「医療提供体制及び診療報酬両面において、急性疾患を担う病床（急性期病床）と慢性疾患を担う病床（慢性期病床）とを明確に区分する」など現在の医療機関の機能分化につながる内容を盛り込んでいた。

1997年12月9日、介護保険法が成立した（2000年4月施行）。介護保険は社会保障構造改革の第一歩と位置づけられていた。医療から介護部分を切り離し、次に身軽になった医療制度の抜本改革に切り込み、良質で効率的な医療を確立する。そのためには介護保険と同時に、改革した医療制度をスタートすることが重要な課題だった。

しかし、医療提供体制から医療保険まですべてに関係者の合意を得ることは相当に難しい。医療保険制度は自己負担割合の引き上げを1997年以来2回行ったが、高齢者医療制度を含む医療保険制度の改革は今日まで先送りされている。

一方、医療提供体制については医療法改正と診療報酬改定を組み合わせ、1990年代を通じて少しずつ前に進んできた（表2）。

1992年の第2次医療法改正では医療機関の機能分化の端緒となる特定機能病院と療養型病床群の創設を行った。高度の医療を必要とする急性期の医療と療養が主である慢性期の医療を分けていく方向性はこれ以後の改革の主眼になる。

1997年の第3次医療法改正は介護保険法の成立を踏まえ、医療提供に当たっての患者への説明と理解（インフォームド・コンセント）、診療所への療養型病床群の設置、地域医療支援病院制度の創設、医療計画制度の充実などを盛り込んでいた。

第4次医療法改正は1997年の厚生省案にすでに盛り込まれていたことを具体化した。病床区分を見直し、結核病床、精神病床、感染症病床を除いた病床（従来の「その他の病床」）を「一般病床」と「療養病床」に区分した。

一般病床については入院患者4人に対し看護婦1人の基準を入院患者3人に対し看護婦1人に引き上げた。病床面積についても患者1人当たり6.4㎡以上（新築・全面改築）に引き上げた（既設4.3㎡以上）。療養病床については人員配置及び構造設備基準は現行の療養型病床群と同じである。

医療従事者の資質の向上をはかるため、診療に従事しようとする医師・歯科医師の臨床研修を必修とする（医師は2年以上、歯科医師は1年以上）。その他、広告規制の緩和を行い、「診療録その他の診療に関する諸記録に係わる情報を提供することができる旨」を広告できる事項として追加した。

1990年代の一連の医療提供体制の改革は医療機関の機能分化と連携、人員基準、施設構造基準の改善で良質の医療を追求するもので、21世紀の医療制度改革につながるものと評価できる。

## **(2) 社会保障構造改革と医療制度改革**

1996年1月に成立した橋本内閣は6大改革を掲げ、社会保障も含む6つの分野での構造改革を進めることをめざした<sup>4</sup>。

橋本内閣時に設置した財政構造改革会議は「財政構造改革基本法」制定時（1997年6月）に1998年から3年間を集中改革期間と定め「医療については、国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内とするとの基本方針を堅持し、今後、医療提供体制及び医療保険制度の両面にわたる抜本的構造改革を総合的かつ段階的に実施する」という方針を決めた。

財政構造改革基本法の寿命はきわめて短かった。景気悪化の元凶と目され、1998年秋にはあえなく執行を停止した<sup>5</sup>。

しかし、橋本内閣で敷かれた財政構造改革路線は小渕、森内閣を経て小泉内閣の「聖域なき構造改革」路線につながる。財政構造改革の重要な柱として社会保障制度改革を位置づけている。その中核が医療制度改革である。

表2 医療提供の機能分化・連携の促進

医療法等		診療報酬	
1986年 8月	医療計画制度の導入 (第1次医療法改正) 医療圏、必要病床数策定		
1988年 4月	老人保健施設の創設	1989年 8月	介護力強化病院の評価 特例許可老人病院入院医療 管理料の新設
1993年 4月	療養型病床群の制度化 特定機能病院制度の創設 (第2次医療法改正)	1993年 4月	特定機能病院の評価 (紹介患者の初診の評価等)
		1994年 4月	かかりつけ医、プライマリ ー機能を評価
1998年 4月	地域医療支援病院制度の創設 医療計画制度の拡充 (第3次医療法改正)	1998年 4月	地域医療支援病院における 紹介患者の初診の評価
		2000年 4月	医療機関の機能に応じた 入院基本料の新設 急性期病院加算、急性期特 定病院加算の新設
2001年 3月	「一般病床」と「療養病床」 の区分(第4次医療法改正)		
		2002年 4月	急性期入院医療の評価におい て平均在院日数要件の短縮 180日超入院の特定療養費化 (2004年4月から全面施行)
		2003年 4月	特定機能病院に診断群分類 別包括評価(DPC)を導入
2003年 8月	病床区分の届出締め切り	2004年 4月	亜急性期入院医療管理料の 新設(※)

資料出所：「医療提供の機能分化・連携の促進」(社会保障審議会第7回医療保険部会提出資料、2004年5月13日)を筆者一部修正。

※亜急性期とは急性期から慢性期への移行途上の状態、慢性疾患の増悪など一時的に医療必要度の高まる状態、と定義されている。

小淵内閣時に内閣総理大臣の私的諮問機関として経済戦略会議を設置した。最終答申「日本経済再生への戦略」（1999年2月）は構造改革の一環として医療制度改革に言及した先駆けの文書となった。

最終答申では「国民にシビルミニマムを保障する場合でも、公的部門による一律的な制度に依存すぎることなく、可能な限り競争原理を導入し、公設民営化の発想を生かしながら、個人差に応じた多様なサービスが受けられる制度を再設計する」とし、日本版マネジドケアの導入、企業による病院経営の解禁、広告規制の緩和などの政策を打ち出した。

厚生省は「経済戦略会議答申に盛り込まれた各種提言に対する政府の検討結果」（1999年6月）で経済戦略会議のほぼすべての提言に対しゼロ回答を行った。経済戦略会議の答申は、1997年に成立したがまだ施行されていない介護保険法を白紙に戻し、高齢者介護を税で行うことなどを提言するなど従来の政策の流れを無視するものが多かった。経済戦略会議と厚生省との「政策対話」（1999年9月）でも両者の歩み寄りはいまもなかった。

2001年1月の中央省庁再編で発足した内閣府経済財政諮問会議は予算編成の方針となる「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（いわゆる「骨太の方針」、2001年6月）を策定した。経済戦略会議の方針をより詳細に敷衍し医療制度改革の方針を次のように記載している。

「わが国の医療制度はいわば『制度疲労』をきたしており、現状のままでは医療費増大と、その結果としての負担の増大に、国民の合意は得られない。医療制度を改革する上で最も重要なことは、医療供給体制を効率化することなどにより、国民皆保険体制と医療機関へのフリーアクセスの下で、サービスの質を維持しつつコストを削減し、増加の著しい老人医療費を中心に医療費全体が経済と『両立可能』なものとなるよう再設計することである」と述べ「医療サービス効率化プログラム（仮称）」の策定を提唱した。

医療費総額の伸びの抑制にも言及し「医療費、とくに高齢化の進展に伴って増加する老人医療費については、経済の動向と大きく乖離しないよう、目標となる医療費の伸び率を設定し、その伸びを抑制するための新たな枠組みを構築する」としている。この「老人医療費伸び率管理制度」構想は関係者の反対で一頓挫した。

「骨太の方針」が示した内容の多くは総合規制改革会議「重点6分野に関する中間とりまとめ」（2001年7月）に反映して規制改革の対象となっているが、厚生労働省の反対でいっこうに進展していない。厚生労働省の規制改革に関する最新の方針は2004年8月の「規制改革・民間開放推進会議『中間とりまとめ』に対する厚生労働省の考え方」で明らかに

なっている。厚生労働省は医療分野での規制改革に一貫して反対している。

経済戦略会議とその方針をおおむね継承した経済財政諮問会議の方針は「市場と競争を通じて医療制度改革を進める」という新自由主義的改革路線である。株式会社による医療機関の経営、保険者と医療機関との直接契約、混合診療の解禁を主な内容としている。第2臨調による医療制度改革がコスト面に限定されたのに対し、医療の内容と質、供給体制の改革にまで踏み込んできていることが特徴である。

一方、厚生労働省は現行の国民皆保険維持、医療の非営利性などを盾に諮問会議の方針に反対している。両者の対立の軸は厚生労働省が現行制度の枠内での改革を主張しているのに対し、経済財政諮問会議の議論は保険診療の枠組み、医療制度の体系を変えようとする抜本改革であるからである。

さまざまな世論調査から判断すると国民は総じて、国民皆保険体制、自由開業制に基づく医療機関へのアクセスの良さなど現行の医療制度に一定の満足をし、評価をしている。

経済戦略会議や経済財政諮問会議が主張する、現行の医療制度の基本枠組みを根底から変えることを国民は望んでいないのではないか。そのことがこれらの会議の主張に支持が集まらない原因であろう。国民皆保険、自由開業制という日本医療の良い面を活かしながら、その基盤の上により良質な医療を確立することが求められている。

### 3. 21世紀の医療—対立を超えて—

#### (1) 医療の効率化と医療内容の構造転換

21世紀は政策の優先順位が問われる時代である。今後は経済や所得のパイの大幅な拡大は望めない。当然、税収や社会保険料の伸びも鈍化する。「国民が何を期待しているのか」、「21世紀の日本に何が必要なのか」政策の優先順位が厳しく問われる時代である。

日本社会の戦後形成されてきた社会制度の多くは右肩上がりの経済、人口増などを前提として設計している。医療制度もまた例外ではない。とくに医療提供体制は戦争直後に基本的枠組みを定めてから枠組みを変えるような大きな改正は行っていない。半世紀以上の歳月が医療制度を時代遅れのものとし、多様化・高度化する国民のニーズとの間で齟齬をきたし制度疲労に陥りつつある、と診断できるであろう。

高齢化に伴い、国民所得に占める医療費の割合は高まっていくと予測されている。2005年度7.5%、2010年度8.5%、2025年度で11%と予測している（厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」、2002年5月）<sup>6</sup>。

高齢になると老化現象で多くの人は必然的にいくつかの病気を持つようになる。国民の健康志向は強く、医療制度に期待するところは大きい。良質で安心できる医療を国民の多くが望んでいる。

筆者は21世紀に良質な医療を確保していくために必要な医療費の増加は避けられないと考えている。医療内部の効率化、とくに老人医療費の効率化を前提に、医療費総額規制の考え方を転換することも検討する必要がある。転換の方向としては「社会保障長期展望懇談会」が「社会保障の将来展望について」（1982年7月）で言明した「国民医療費を、国民所得の伸びに人口の高齢化を加味した伸び率の範囲内にとどめることを目標」にすることが適切であろう。

必要な負担をいつまでも先送りしていると財政赤字が拡大するだけである。高齢社会に必要な費用を公正に負担し、必要に応じて給付やサービスを受ける、という発想に転換すべきである。高齢化に伴い避けられない負担増について、優先的に医療など社会保障に充てることを前提に、国民の合意をとりつける作業が早急に求められている。

高齢化の費用を公平に分かち合うためには医療費の財源を消費税に求めることが適切である。

消費税は将来の高齢化の費用をまかなうために1989年に導入された。今後、増加する高齢化の費用は高齢者も等しく負担する消費税でまかなうことが望ましい。消費税率アップによる増収を社会保障に優先的につぎこむことは国民的合意になっている。

税負担か保険料負担のいずれにせよ、医療費総枠を増やすという政策転換が国民合意を得るためには医療費のムダをなくす、医療保険のモラルハザードをなくすことが大前提となる。「医療内容の構造転換」（質の向上）を実現していくことが重要である。医療内部のムダを削る。増加した分、削った分を今後拡充すべき分野につぎこむ。

削る部分は何か。多すぎる受診、重複診療、必要のない治療や検査、多すぎる高額機器、飲みきれない薬などである。いずれも国民皆保険のもとで患者や医師のモラルハザードを示すものであり、厳しく是正していく必要がある。

このような措置で浮いた財源を医療本体部分の標準的な医療の水準向上にあてる。量を追求してきたことからくる「広く薄い医療」からの転換をはかる必要がある。外来よりも入院を重視すべきであり、入院に手厚い診療報酬配分、人材配置をしていくべきである。それは診療所から病院へ医療費をシフトすることにつながる。

保険診療の内容でも医者次のような指摘がある。「不必要であったり、意味がほとんど

どない医療行為でも、ひとたび国の保険診療として認められると、決して淘汰されることなく、どんどん増えていく。効果がないどころか、時には害にすらなっていることでも、医療財政を圧迫するまで産業として成長していく。その結果、効率的で効果の高い医療が新たに参入できる余地はほとんどなく、育ちもしない」(桑間、2001)

良質な医療に向けて保険診療の内容の精査、診療報酬点数表の組み換え(ゼロベースでの見直し)も必要となってくるであろう。

## (2) 医療制度改革の進め方―「民間医療臨調」設置の提唱―

医療制度改革は医療提供団体と負担増を避けたい保険者の対立でいつも隘路<sup>あいろ</sup>に入ってきた。行き詰まりから抜け出し、21世紀の日本を「医療先進国」とする道はあるだろうか。2001年1月からの中央省庁再編に伴い、各省庁に設置していた審議会を大幅に統合・整理した<sup>7</sup>。審議会が関係団体の利害調整の場になっており「政策の関所」のような役割を果たしていた。関所を通過した政策は現行の政策に微温的な改良を加えるものにとどまりがちだった。

利害関係者間の調整をはかる手法からの転換が求められている。2000年には医療制度改革ぬきで被保険者本人負担を2割から3割に引き上げる健康保険法改正を行った。その際に、改正案を諮問された総理府社会保障制度審議会は従来の審議会の手法の行き詰まりを指摘し、「医療臨調」の設置を提唱した。医療臨調構想も与党や関係団体の反対で暗礁に乗り上げ設置にはいたらなかった<sup>8</sup>。

医療提供者と保険者はいつまでも対立し続けるだけでいいのだろうか。良い医療を望むのは両者同じである。医療を提供している者と医療を支えている保険者が直接対話することで相互理解を深め、改革の道筋について合意をすることはできないだろうか。

例えば政治改革の際に「民間政治臨調」が果たした役割が参考となる。1990年代初めから政治改革が日本政治の大きなテーマとなった。カネがかかりすぎる政治が政治腐敗の温床となっており、政策や政党で選挙が争われない中選挙区制がその元凶とされ、選挙制度改革が政治改革の中心テーマとなった。国会議員の身分に関わるだけに国会でも激しい論争があった。

民間で政治改革を推進する団体として経済界、労働界、学者、ジャーナリズムを糾合するかたちで「民間政治臨調」が設置された。政治改革なくして日本の将来を切り拓くことはできない、という危機感を民間の有識者と国民が共有したからである。

民間政治臨調は政治改革の必要性や改革の要点を説いた提言を何回もまとめた。国民向けのシンポジウムや新聞、テレビで啓蒙をはかるとともに、政界にも強力に働きかけ、改革の大きな推進力となった。民間政治臨調がなければ選挙制度改革をはじめとする政治改革が実現できていたかどうか不明であろう。その背景には政治改革の推進を求める多くの国民の声があった。民間政治臨調は改革を求める国民のマグマを改革推進のエネルギーに変えて、国会での改革を促す仲立役となった。

医療は国民にきわめて身近で、国民の生命にかかわる制度である。医療保険財政の危機をどう克服するかという財政的な視点からだけでなく、どのような医療をわれわれが望むのか、という視点から「21世紀にふさわしい医療制度」を考えていかなければならない。医療制度改革についても、民間政治臨調のような民間の自主的な立場で改革を推進する組織、機構が必要ではないか。

もちろん、政府も医療制度改革の実現へ向けて民間の力を取り入れる必要性を認識し、2004年7月に内閣総理大臣のもとに「社会保障懇談会」を設置した。経済界、労働界のトップ、学識経験者などが参加し21世紀の社会保障ビジョンを策定することを目的としている。内閣府経済財政諮問会議でも予算編成の基本方針と関連して医療制度改革に言及することになっている。

これらの政府部内の論議は論議として進めればよく、いい方針ができれば実行に移しやすいであろう。

筆者がここで提案しているのは、国民の医療制度改革を求める声を糾合し、医療制度改革の推進力となるような、一種、国民運動の母体ともなるべき組織を創り出すことである。民間政治臨調にならって「民間医療臨調」とでも呼ぶべき組織の創設である。

医療保険を支える重要な団体である健保連、日本経団連、連合などが呼びかけ人となって、医療制度改革を論議し推進する、民間の自主的な場として「民間医療臨調」の創設を呼びかける。学識経験者、ジャーナリスト、NPOなどの代表の広範な参加を求める。

医療提供者側の理解も得て、病院や開業医の代表、看護師、薬剤師など医療関係者の代表の参加を求めることも必要であろう。

一定の結論を得るには3～5年くらいの期間が必要となるであろう。国民のニーズを踏まえながら、医療を支える保険者を代表する人々と医療を提供する人々が「良質な医療」を求める立場から率直に話し合いを行えば一定の結論に達することが可能ではないだろうか。

パイが拡大していく時代は要求をしてどれだけ多くの配分を受けるかが、いずれの組織

も最大の課題であった。パイが横ばい、あるいは縮小する社会では「責任をいかに分配するか」が問われる。日本の医療制度にもっとも責任を有しているのは医療を提供している人々と医療保険を支えている人々以外にありえない。

もちろん、医療制度改革案は最終的には政府や国会で内容を決めることになるが、医療を支える保険者と医療提供者との真剣な議論を通じて合意した内容は改革の大きな推進力となる。

日本の医療制度をめぐって20世紀後半が「対立の時代」であったとすれば、21世紀前半を「対話の時代」にしていく必要があるのではないか。医療を支える人と医療に携わる者、両者の率直な対話を通じて以外、日本の医療と医師を国民・患者にとって「良き隣人」にすることはできない。

## 参考文献

- 有岡二郎 (1997) 『戦後医療の50年』 日本醫事新報社  
今井 澄 (2002) 『理想の医療を語れますか』 東洋経済新報社  
大嶽秀夫 (1994) 『自由主義的改革の時代』 中央公論社  
桑間雄一郎 (2001) 『裸のお医者さまたち』 ビジネス社  
田辺功 (2001) 『ふしぎの国の医療』 ライフ企画  
坪井栄孝 (2001) 『我が医療革命論』 東洋経済新報社  
二木 立 (1994) 『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』 勁草書房  
広井良典 (1994) 『医療の経済学』 日本経済新聞社

- 
- 1 当時の国保の自己負担割合は3割であり健保の被扶養者の自己負担割合は5割であった。
  - 2 赤字国債の発行は1975年度が最初である。現在(2003年度末政府見通し)では国と地方を合わせた公債残高は719兆円となりGDPの1.43倍に達している。
  - 3 『社会保険旬報』No.1424(1983年3月11日)
  - 4 社会保障制度改革以外の対象は省庁再編、財政構造改革、金融システム改革、教育改革、経済構造改革であった。
  - 5 1997年4月から消費税率が3%から5%へ引き上げられ、10月からは健康保険料の引き上げも行われた。合わせて約9兆円もの国民負担増になった。
  - 6 推計の前提は次のようなものである。2002年度予算を足下とし、最近の1人当たり医療費の伸び(一般医療費2.1%、老人医療費3.2%、1995年度～1999年度実績平均)を前提に、人口変動(人口高齢化及び人口増減)及び全般の医療制度改革の影響を考慮して医療費を伸ばして推計。
  - 7 2000年12月1日閣議決定の「行政改革大綱」には新府省体制への移行時に、審議会等を移行前(1999年度末)の211から106へ整理する、という方針が盛り込まれた。
  - 8 当時の丹羽厚生大臣は、医療臨調を「屋上屋を重ねるもので必要ない」と既存の審議会を活用した従来手法に固執した。

# 付 属 資 料

連合総研「医療に関する勤労者の意識調査」調査結果  
(2004年6月)

# 調査の実施概要と回答者の属性

## 1. 調査の実施概要

### (1) 調査の目的

連合総研が毎年4月と10月に定期的実施している「勤労者の仕事と暮らしについてのアンケート調査」(2001年4月に第1回調査を開始、今回は第7回調査にあたる)のなかに、医療に関する設問(巻末の調査票を参照、問25～31)を設定し、本調査を実施した。

本調査では、患者・国民にとって安全で安心できる医療、選択できる医療に焦点をあて、①医療に対する満足感、②改善が必要と思われる問題点、③必要な医療情報、④医療の安全確保、⑤医療費の負担感等に対する患者・国民の意識を明らかにすることを目的としている。

### (2) 調査の方法

調査対象：首都圏、関西圏に居住する20代～50代の民間企業に勤める雇用者。

抽出方法：サンプルの抽出にあたっては、首都圏と関西圏の民間雇用者人口規模および「平成14年就業構造基本調査」の雇用者の性別・年齢階層・雇用形態別の分布を考慮した上でサンプル割付基準を作成した。この割付基準に基づいて(株)インテージのモニター(全国約16万人)の中から、首都圏・関西圏居住者900名を抽出し、郵送自記入式のアンケート調査票を配布した。

調査期間：2004年4月1日(木)～14日(水)

調査票配布・回収状況：調査票配布枚数900、有効回答数806、有効回収率89.6%

本調査は「民間企業に勤める雇用者」を対象としているが、モニター登録時点と調査時点での就業状態の変化により、雇用者でないサンプルが含まれる結果となっている。今回調査では雇用者でないサンプルは47件あった。うちわけは「自営・内職・家業手伝い」(以下「自営・家業手伝い」)14人、「働いていない」29人、「無回答」4人である。これを除く雇用者サンプルは759人、雇用者だけのサンプル回収率は84.3%になる。

## 2. 回答者の属性

### (1) 居住地域、性別、年齢、学歴、雇用形態

回答者の居住地域は、首都圏64.4%、関西圏35.6%である。性別では、男性60.0%、女性40.0%であった。年齢は、男性では20代、30代、40代、50代の4つの年齢階層にほぼ均等に分布しているが、女性サンプルは、20代が28.3%と若年層の比率が高い。これらの比率はほぼサンプル割付け基準表どおりであった。

回答者の最終学歴では、「四年制大学」37.0%、「大学院」3.3%で、両者あわせて〈四年制大学以上〉が40.3%に達し、全体としてかなり高い学歴構成である。学歴構成は、性別、地域別で差がみられる。すなわち、性別では、男性の〈四年制大学以上〉が51.7%であるのに対し、女性では23.3%と男性の半分以下である。女性の最終学歴でもっとも多いのは「短大・高専卒」(26.4%)で、これに「専修・各種学校卒」(12.4%)を加えた〈短大卒等〉の比率は38.8%となっている。首都圏と関西圏を比べると、〈四年制大学以上〉と専修・各種学校の割合は首都圏の方が高く、高校卒の割合は関西圏で高い。

回答者の就業形態は、〈雇用人〉(「会社役員」「正社員(役員除く)」「パートタイマー」「アルバイト」「契約社員」「派遣労働者」「その他」の計)が94.2%、「自営・家業手伝い」1.8%、「働いていない」3.6%、「無回答」0.5%となっている。〈雇用人〉について雇用形態をみると、男女計では、〈正社員〉69.5%(「正社員(役員)」3.8%、「正社員(役員除く)」65.6%)、〈非正社員〉24.7%(「パートタイマー」11.8%、「アルバイト」4.3%、「契約社員」4.6%、「派遣労働者」3.8%、「その他」0.1%)となっている。男女別にみると、男性では89.3%が〈正社員〉であるのに対し、女性は〈正社員〉39.8%、〈非正社員〉50.9%で、〈非正社員〉の割合の方が高い。以上の傾向は、首都圏と関西圏の別にみても、ほぼ同様である。

### (2) 雇用人の勤め先の産業、職種、企業規模、勤続年数および転職経験

雇用人について、勤務先企業の所属産業をみると、サービス業(29.9%)、製造業(24.8%)、卸売・小売業、飲食店(15.4%)の順に多い。性別にみると、男性では製造業が、女性ではサービス業、卸売・小売業、飲食店の比率が相対的に高い。

職種については、事務職(24.6%)、専門・技術職(23.2%)、管理職(14.9%)、営業・販売職(13.2%)の順に多くなっている。ホワイトカラー職種が大半で、生産技能職等は6.7%、運輸・通信職は2.8%にとどまる。職種構成は男女によって相当に異なり、男性で

は専門・技術職（24.8%）がもっとも多く、次いで管理職（23.1%）、営業・販売職（16.1%）となっているのに対し、女性ではもっとも多いのは事務職（39.7%）で、次いで専門・技術職（20.5%）、サービス職（17.8%）の順となっている。

勤め先の企業規模は、〈1,000人以上〉規模の大企業が3割強（31.8%）、〈300人未満〉の中小企業が半数強（51.8%）である（第5表）。性別で見ると、〈1,000人以上〉の大企業の比率は、男性37.0%に対し、女性23.3%で、男性の方が大企業に勤める人の比率が高い。

雇用者の平均勤続年数は10.9年であるが、男性の13.3年に対し、女性は7.2年と短い。女性は20代が多いことと、勤続年数の短い非正社員が多いためである。過去1年間に転職を経験した人の比率は雇用者全体では10.7%であるが、この比率は、女性は男性よりも、パート・アルバイト、契約社員、派遣労働者などの非正社員の方が正社員よりも高い。

### (3) 労働組合への加入状況

雇用者に勤め先企業での労働組合の有無を聞いた結果、労働組合が「ある」36.0%、「ない」47.8%、「あるかどうかわからない」12.9%、「無回答」3.3%であった。労働組合への加入状況は、「勤め先にある労働組合に入っている」23.8%、「勤め先以外の労働組合に入っている」0.1%で、両者あわせた労働組合加入率は23.9%であった。労働組合加入率は、雇用形態、企業規模によって大きく異なる。雇用形態別では、正社員（役員除く）では労働組合加入率は31.4%であるのに対し、非正社員では「パートタイマー」6.3%、「アルバイト」2.9%、「契約社員」5.4%、「派遣労働者」6.5%となっており、正社員に比べてきわめて低い。企業規模別にみると、労働組合のある企業の割合、組合加入率ともに企業規模が小さくなるほど低くなる。特に「29人以下」では、労働組合のある企業は3.8%、組合加入率は3.8%にとどまる。一方、「3,000人以上」の大企業では、組合のある企業の比率は、それぞれ74.3%であり、組合加入率も47.3%（「正社員（役員除く）」だけをとれば59.4%）となっている。

### (4) 既未婚、世帯の主な生計支持者、住居の種類

全回答者について既未婚の別をみると、「既婚」63.2%、「未婚」31.3%、「離別・死別」が5.5%、「無回答」0.1%である。世帯の主な生計支持者を性別、既未婚別にみると、既婚者（配偶者あり）では、男性の場合「回答者本人」が96.7%、女性の場合は、「配偶者（夫）」が89.8%となっている。一方、未婚者では、男女計でみて、親が主な生計支持者であるケ

ースが過半数（59.1%）を占める。女性未婚者では、3分の2強（66.7%）が、親が主たる生計支持者である。

住居の形態では、「持家一戸建」（49.1%）、「分譲マンション」（17.0%）をあわせた持家比率は約3分の2（66.1%）をしめる。持家比率は首都圏62.8%、関西圏72.1%で、関西圏の方が高い。

#### **(5) 過去1年間の本人賃金収入と世帯年収**

全回答者の過去1年間の本人賃金収入は、男性の場合は、年代層が高いほど分布の山が上位の金額階級に移行する傾向がみられ、もっとも割合が高い賃金収入階級は、20代では「300～400万円未満」（36.4%）、30代では「500～600万円未満」（25.7%）、40代、50代では「800～1000万円未満」（それぞれ21.3%、20.0%）となっている。一方、女性の場合は、男性のような年代層と賃金収入の分布との関係はみられず、20代、30代では「200～300万円未満」が多く、40代、50代では「100万円未満」が多くなっている。

世帯年収は300万円未満（6.8%）から、1,200万円を超える世帯（8.7%）まで広く分布している。

# 調査結果報告

## 1. 現在の健康状態

－〈健康でない〉人は2割弱で、生活全般に不満をもっている－

現在の健康状態について全回答者にたずねたところ、「健康である」と「どちらかという健康である」を合わせた〈健康である〉は83.6%、「どちらかという健康でない」と「健康でない」を合わせた〈健康でない〉は16.1%であった（表1）。全体としていえば、2割弱というかなり高い比率で、自分の健康に不安を感じていることになり、この点からも医療問題の重要性がうかびあがってくる。

その内容をみると、一般的に若い人ほど健康であり、高齢になるほど健康状態が悪くなると考えられているが、この結果からも同様に、〈健康である〉という割合は年代が高くなるにつれ低くなるという傾向がみられた。しかし一方で、20代の若年層であっても「健康である」と回答した人は5割に満たないという結果もみられた。また、女性50代では「どちらかという健康でない」人の割合が2割を超えており、他の年代よりも上回っている。

勤労者のこうした健康状態をふまえ、生活全般に対する満足度との関係でみると、〈健康である〉人では、生活全般に対して「かなり満足」と「やや満足」を合わせた〈満足〉の割合が、「やや不満」と「かなり不満」を合わせた〈不満〉の割合を上回り、38.3%となっている。これに対して、〈健康でない〉人では〈不満〉が〈満足〉を上回り、50.0%を占めている。〈健康でない〉人の半数が生活に不満をもっているという結果からも、生活の充実には健康であることが重要な条件となることがわかる（表2）。

表1 現在の健康状態

(%・人)

	健康である	どちらかという健康である	どちらかという健康でない	健康でない	無回答	合計	回答数
合計	37.6	46.0	14.1	2.0	0.2	100.0	806
男性計	36.6	47.3	14.5	1.7	0.0	100.0	484
20代	46.7	36.4	14.0	2.8	0.0	100.0	107
30代	47.2	42.4	10.4	0.0	0.0	100.0	144
40代	22.2	57.4	17.6	2.8	0.0	100.0	108
50代	28.0	53.6	16.8	1.6	0.0	100.0	125
女性計	39.1	44.1	13.7	2.5	0.6	100.0	322
20代	48.4	37.4	9.9	4.4	0.0	100.0	91
30代	44.4	39.5	12.3	3.7	0.0	100.0	81
40代	40.8	45.1	12.7	0.0	1.4	100.0	71
50代	21.5	55.7	20.3	1.3	1.3	100.0	79

\*全回答者について集計

表2 健康状態別にみた生活全般の満足度

(%・人)

	満足 (* 1)	不満 (* 2)	どちらともいえない	無回答	合計	回答数
合計	35.2	31.8	32.6	0.4	100.0	806
健康である (* 3)	38.3	28.3	32.9	0.4	100.0	674
健康でない (* 4)	19.2	50.0	30.8	0.0	100.0	130
無回答	50.0	0.0	50.0	0.0	100.0	2

\* 1 : 満足 = 「かなり満足」 + 「やや満足」

\* 2 : 不満 = 「やや不満」 + 「かなり不満」

\* 3 : 健康である = 「健康である」 + 「どちらかという健康である」

\* 4 : 健康でない = 「どちらかという健康でない」 + 「健康でない」

\* 5 : 全回答者について集計

## 2. 自分の過去半年間の病院・診療所の受診回数

- － 〈健康である〉人の受診は3回以下だが、〈健康でない〉人は4回以上で、10回以上も少なくない－

自分の過去半年間の病院・診療所の受診回数については、「1～3回」がもっとも多く41.9%、ついで「0回」(32.1%)、「4～6回」(13.4%)となっている(表3)。

性別でみると、女性は男性に比べて「0回」が6.9%ポイント下回っており、さらに「10回以上」が若干上回っている。女性の方が受診回数が多いという傾向は、とくに女性30代、50代にみられ、「10回以上」が1割を超えている。

健康状態別でみると、「健康である」人は「0回」、「どちらかという健康である」人は「1～3回」、「どちらかという健康でない」人は「4～6回」、「健康でない」人は「7～9回」「10回以上」で多くなっている。健康状態と病院・診療所への受診回数との関係はほぼ比例しており、〈健康である〉層は3回以下、〈健康でない〉層は4回以上に多く分布されているといえる。

表3 自分の過去半年間の病院・診療所の受診回数

(%・人)

		0回	1～3回	4～6回	7～9回	10回以上	わからない	無回答	合計	回答数
合計		32.1	41.9	13.4	5.0	6.2	0.6	0.7	100.0	806
性別・年代別	男性計	34.9	41.7	14.3	3.1	5.0	0.4	0.6	100.0	484
	20代	42.1	38.3	11.2	0.9	5.6	0.9	0.9	100.0	107
	30代	31.3	50.0	11.1	3.5	2.8	0.0	1.4	100.0	144
	40代	27.8	47.2	13.9	5.6	5.6	0.0	0.0	100.0	108
	50代	39.2	30.4	20.8	2.4	6.4	0.8	0.0	100.0	125
	女性計	28.0	42.2	12.1	7.8	8.1	0.9	0.9	100.0	322
	20代	23.1	48.4	7.7	12.1	6.6	2.2	0.0	100.0	91
	30代	29.6	42.0	13.6	2.5	11.1	1.2	0.0	100.0	81
	40代	39.4	39.4	12.7	4.2	1.4	0.0	2.8	100.0	71
	50代	21.5	38.0	15.2	11.4	12.7	0.0	1.3	100.0	79
健康状態別	健康である	47.2	42.6	5.6	1.0	2.0	0.7	1.0	100.0	303
	どちらかという と健康である	26.1	46.4	14.6	7.0	5.1	0.3	0.5	100.0	371
	どちらかという と健康でない	15.8	28.9	30.7	7.9	14.9	1.8	0.0	100.0	114
	健康でない	6.3	18.8	12.5	12.5	50.0	0.0	0.0	100.0	16

\*全回答者について集計

### 3. 家族の過去半年間の病院・診療所の受診回数

－2世代・3世代同居世帯の受診は1～3回が多いが、10回以上も少なくない－

家族の過去半年間の病院・診療所への受診回数は、全体としては「1～3回」(30.4%)がもっとも多く、ついで「4～6回」(20.2%)、「10回以上」(18.6%)となっている(表4)。

世帯構成別にみると、単身世帯および夫婦のみの世帯では「0回」「1～3回」が多くなっている。2世代同居世帯および3世代同居世帯でも「1～3回」が3割強ともっとも多いが、その一方で「10回以上」も2割を占めている。

表4 家族の過去半年間の病院・診療所の受診回数

(%・人)

	0回	1～3回	4～6回	7～9回	10回以上	わからない	無回答	合計	回答数
合計	13.8	30.4	20.2	11.0	18.6	5.5	0.5	100.0	806
単身世帯	33.3	19.5	10.3	3.4	10.3	20.7	2.3	100.0	87
夫婦のみ	33.0	33.0	16.0	5.3	11.7	1.1	0.0	100.0	94
2世代同居(夫婦と子供など)	8.3	32.0	22.7	12.9	20.3	3.4	0.4	100.0	528
3世代同居(夫婦と子供と孫など)	4.8	31.3	21.7	10.8	26.5	4.8	0.0	100.0	83
その他	18.2	18.2	9.1	18.2	9.1	27.3	0.0	100.0	11
無回答	33.3	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	100.0	3

\*全回答者について集計

#### 4. 自分を含む家族の過去半年間の入院経験

##### －若年層の家族に入院経験がある人が多い－

自分を含む家族の過去半年間の入院経験について、「ある」と回答した人は11.4%、「ない」と回答した人は88.6%であった（表5）。

年代別でみると、「ある」と回答した人は、20代、30代の若年層で1割を超えており、一方、40代、50代の中老年層では1割に満たない。ただし、女性50代層では1割を超えている。

「ある」と回答した人について、自分および家族の過去半年間の受診回数をそれぞれみたところ、自分の受診回数は「1～3回」が38.0%ともっとも多く、続いて「0回」(26.1%)が多かった。一方、家族の受診回数は「10回以上」が42.4%ともっとも多く（表6）。

この結果から、入院経験が「ある」と回答した人の割合が中老年層よりも若年層で高い理由は、自分ではなく親または子どもなどの家族が入院した割合が高いためと想定できる。

表5 自分を含む家族の過去半年間の入院経験

(%・人)

	ある	ない	無回答	合計	回答数
合計	11.4	88.6	0.0	100.0	806
20代	16.2	83.8	0.0	100.0	198
30代	12.9	87.1	0.0	100.0	225
40代	6.7	93.3	0.0	100.0	179
50代	9.3	90.7	0.0	100.0	204
男性計	10.3	89.7	0.0	100.0	484
20代	16.8	83.2	0.0	100.0	107
30代	10.4	89.6	0.0	100.0	144
40代	7.4	92.6	0.0	100.0	108
50代	7.2	92.8	0.0	100.0	125
女性計	13.0	87.0	0.0	100.0	322
20代	15.4	84.6	0.0	100.0	91
30代	17.3	82.7	0.0	100.0	81
40代	5.6	94.4	0.0	100.0	71
50代	12.7	87.3	0.0	100.0	79

\*全回答者について集計

表6 自分および家族の過去半年間の受診回数

(%)

	自分	家族
0回	26.1	0.0
1～3回	38.0	19.6
4～6回	16.3	17.4
7～9回	5.4	14.1
10回以上	8.7	42.4
わからない	2.2	6.5
無回答	3.3	0.0
合計	100.0	100.0

\*自分を含む家族の過去半年間の入院経験が「ある」と回答した人(92人)について集計

## 5. 現在の医療に対する総合的満足感

—約6割が現在の医療に不満をもっており、とくに〈健康でない〉人に不満が高い—  
現在の医療に対する総合的満足感を全回答者にたずねたところ、「かなり満足」と「やや満足」を合わせた〈満足〉の割合は13.9%、「やや不満」と「かなり不満」を合わせた〈不満〉の割合は59.5%であった（表7）。

これを性別でみると、〈不満〉は男性で57.0%、女性で63.1%となっており、女性の方が男性よりも医療に対する不満が強くあらわれている。

また年代別では、〈不満〉が30代で62.3%、40代で62.0%と、6割を超えている。なかでも〈不満〉の割合が高いのは女性30代であり、約7割を占めている。一方、〈満足〉の割合が高いのは50代で、17.7%である。とくに男性50代では〈満足〉が2割を超える。

健康状態別では、〈健康でない〉人の方が〈健康である〉人よりも不満が高く、とくに「かなり不満」という割合は3割を超えている（表8）。実際に健康でないと感じている人ほど、医療に対する不満が高くなる傾向が明らかである。

表7 現在の医療に対する総合的満足感

						(%・人)	
	満足(*1)	不満(*2)	どちらでもない	その他(*3)	合計	回答数	
合計	13.9	59.5	20.2	6.4	100.0	806	
20代	11.1	56.6	25.8	6.6	100.0	198	
30代	13.3	62.3	18.2	6.2	100.0	225	
40代	13.4	62.0	18.4	6.2	100.0	179	
50代	17.7	56.9	18.6	6.9	100.0	204	
男性計	17.3	57.0	18.6	7.0	100.0	484	
20代	14.0	55.2	23.4	7.5	100.0	107	
30代	16.7	58.3	17.4	7.7	100.0	144	
40代	16.6	63.0	13.9	6.5	100.0	108	
50代	21.6	52.0	20.0	6.4	100.0	125	
女性計	8.7	63.1	22.7	5.5	100.0	322	
20代	7.7	58.3	28.6	5.5	100.0	91	
30代	7.4	69.1	19.8	3.7	100.0	81	
40代	8.4	60.5	25.4	5.6	100.0	71	
50代	11.4	64.6	16.5	7.6	100.0	79	

\*1：満足＝「かなり満足」＋「やや満足」

\*2：不満＝「やや不満」＋「かなり不満」

\*3：その他＝「わからない」＋「無回答」

\*4：全回答者について集計

表8 健康状態別・受診回数別にみた現在の医療に対する総合的満足感

(%・人)

		かなり満足	やや満足	やや不満	かなり不満	どちらでもない	わからない	無回答	合計	回答数
合計		1.1	12.8	39.6	19.9	20.2	5.7	0.7	100.0	806
別健康状態	健康である(*1)	1.0	14.2	39.3	17.8	20.9	5.8	0.9	100.0	674
	健康でない(*2)	1.5	5.4	40.8	30.8	16.2	5.4	0.0	100.0	130
数別 自分の受診回	0回	2.3	11.2	35.1	18.9	22.8	9.3	0.4	100.0	259
	1～3回	0.6	14.8	42.3	18.6	18.3	4.4	0.9	100.0	338
	4～6回	0.0	11.1	43.5	23.1	18.5	3.7	0.0	100.0	108
	7～9回	0.0	17.5	42.5	20.0	17.5	2.5	0.0	100.0	40
	10回以上	2.0	6.0	36.0	30.0	18.0	4.0	4.0	100.0	50
数別 家族の受診回	0回	1.8	13.5	34.2	18.0	20.7	10.8	0.9	100.0	111
	1～3回	0.8	15.1	36.3	19.2	22.9	5.3	0.4	100.0	245
	4～6回	1.2	12.3	41.7	20.9	20.2	3.7	0.0	100.0	163
	7～9回	1.1	11.2	38.2	21.3	22.5	3.4	2.2	100.0	89
	10回以上	0.7	11.3	45.3	21.3	13.3	6.7	1.3	100.0	150

\*1：健康である＝「健康である」＋「どちらかという健康である」

\*2：健康でない＝「どちらかという健康でない」＋「健康でない」

\*3：全回答者について集計

## 6. 現在の日本の医療に対して特に改善が必要だと思う問題点

－不満をもつ人は、とくに医療の選択に関する情報を強く求めている－

現在の日本の医療に対して特に改善が必要と思われる問題点(5つまで回答)について、全回答者にたずねたところ、「待ち時間が長い」がもっとも多く70.5%であった。つぎに「医師等の経験や技能レベルがわからない」(60.0%)、「病院や医師を選ぶための情報が少ない」(52.0%)となっている(図1)。「患者への診断・治療内容の説明が不十分」も43.1%と高く、総じて医療情報の充実が強く求められている。また、勤労者が平日に受診しにくい実態を反映して、「夜間や休日に診察が受けにくい」も41.8%と高くなっている。

性別で見ると、「待ち時間が長い」について女性の方が男性を上回っている。

また、年代別では、他の年代と比較して、20代は「夜間や休日の診療が受けにくい」(49.0%)、30代は「病院や医師を選ぶための情報が少ない」(54.7%)、40代は「別の医師の意見や診断を気軽に聞きにくい」(49.2%)、「患者への診断・診療内容の説明が不十分」(46.4%)、50代では「待ち時間が長い」(74.0%)、「医師等の経験や技能レベルがわからない」(63.2%)、「薬の種類や量が多すぎる」(42.6%)が相対的に高い。各年代のライフ

サイクル上の特徴を反映して、問題点を指摘している。

同様に、医療に対する満足感別で見ると、〈満足〉の人と比較して〈不満〉の人のなかで高い項目は、「医師等の経験や技能レベルがわからない」(66.2%)、「病院や医師選ぶための情報が少ない」(57.4%)、「患者への診断・治療内容の説明が不十分」(47.4%)であった(表9)。医療に不満をもつ人は、とくに医療の選択に関する情報への強い要望があることがわかる。

図1 現在の日本の医療に対して特に改善が必要だと思う問題点(5つまで回答)

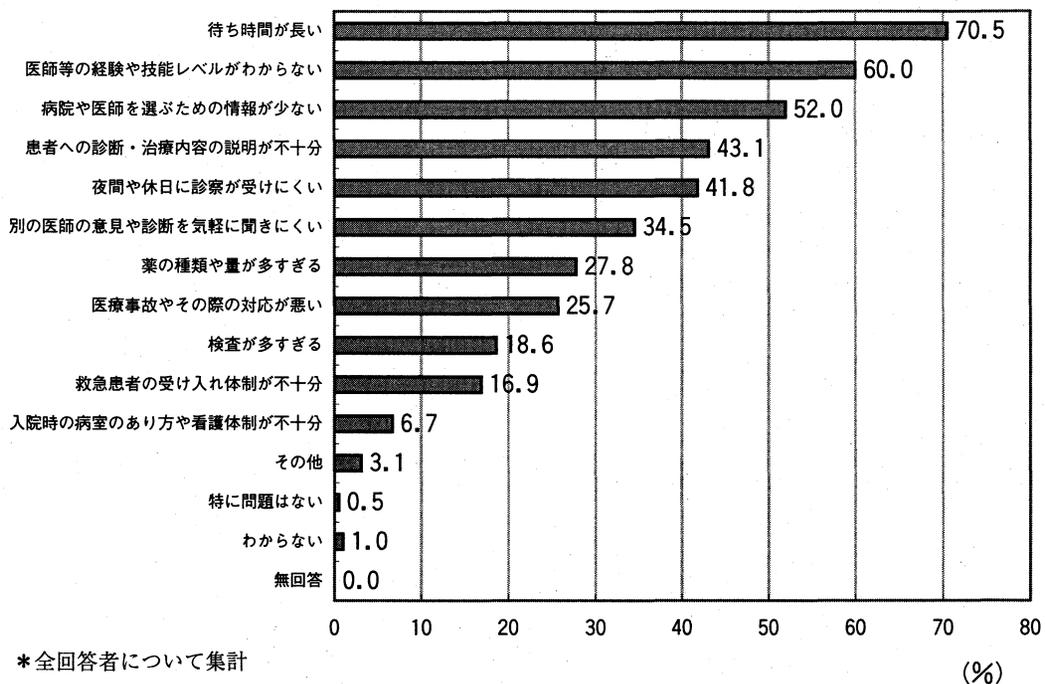


表9 現在の日本の医療に対して特に改善が必要だと思う問題点（5つまで回答）

		(％・人)															回答数	
		十分	患者への説明が不十分	検査が多すぎる	薬の種類や量がすぎる	待ち時間が長い	夜間や休日に診察を受けにくい	救急患者の受け入れ体制が不十分	入院時の病室のあり方や看護体制が不十分	医師等の経験や技術が乏しい	病院や医師の情報が少ない	診断を医師の意見や聞き取りに頼りすぎ	医療事故やその際の対応が悪い	その他	特に問題はない	わからない	無回答	回答数
合計		43.1	18.6	27.8	70.5	41.8	16.9	6.7	60.0	52.0	34.5	25.7	3.1	0.5	1.0	0.0	806	
性別	男性	42.1	19.8	26.9	68.8	41.5	15.9	6.6	61.8	50.4	32.0	24.8	2.7	0.8	1.0	0.0	484	
	女性	44.4	16.8	29.2	73.0	42.2	18.3	6.8	57.5	54.3	38.2	27.0	3.7	0.0	0.9	0.0	322	
年代別	20代	39.4	16.2	20.2	63.6	49.0	14.1	4.5	59.1	54.0	31.8	34.8	4.0	0.5	3.0	0.0	198	
	30代	45.3	13.8	21.8	73.8	47.6	26.7	4.9	56.9	54.7	25.8	25.3	5.8	0.0	0.4	0.0	225	
	40代	46.4	16.8	26.8	69.8	39.1	13.4	6.1	61.5	54.2	49.2	24.6	1.7	0.0	0.0	0.0	179	
	50代	41.2	27.9	42.6	74.0	30.9	11.8	11.3	63.2	45.1	33.8	18.1	0.5	1.5	0.5	0.0	204	
健康状態別	健康である(*1)	42.3	17.7	27.0	70.6	43.2	17.1	6.7	60.1	51.8	34.0	27.6	2.7	0.4	0.7	0.0	674	
	健康でない(*2)	46.9	23.8	31.5	70.0	35.4	16.2	5.4	60.0	53.1	36.2	16.2	5.4	0.8	2.3	0.0	130	
医療の満足感別	満足(*3)	32.1	16.1	25.9	75.0	38.4	17.0	4.5	49.1	44.6	28.6	21.4	1.8	1.8	1.8	0.0	112	
	不満(*4)	47.4	19.2	27.8	69.9	42.4	16.9	7.7	66.2	57.4	37.4	28.4	4.6	0.0	0.0	0.0	479	
	どちらでもない	40.5	20.2	28.8	69.3	44.2	16.0	4.3	50.3	42.3	30.7	19.0	0.6	0.6	1.8	0.0	163	

\*1：健康である＝「健康である」＋「どちらかという健康である」

\*2：健康でない＝「どちらかという健康でない」＋「健康でない」

\*3：満足＝「かなり満足」＋「やや満足」

\*4：不満＝「やや不満」＋「かなり不満」

\*5：全回答者について集計

## 7. 特に必要だと思う医療情報

－「治療方法と効果」や「薬の効能と副作用」を重視している－

特に必要だと思う医療情報（3つまで回答）について、「治療方法と効果」がもっとも多く54.0%であった。つぎに「薬の効能と副作用」（41.3%）、「自分の診療録（カルテ）の内容」（34.0%）となっている（図2）。

性別で見ると、「治療方法と効果」「薬の効能と副作用」については女性が男性を上回っている。反対に、「第三者機関による病院の評価」については男性が女性を上回る。

また健康状態別にみると、〈健康である〉人は〈健康でない〉人に比べ、「自分の診療録（カルテ）の内容」（34.3%）、「第三者機関による病院の評価」（34.1%）が多い。一方、〈健康でない〉人は〈健康である〉人に比べ、「治療方法と効果」（57.7%）、「薬の効能と副作用」（42.3%）が多い。

満足感別には、〈不満〉の人では、「治療方法と効果」（54.9%）、「薬の効能と副作用」（40.7%）、「第三者機関による病院の評価」（36.5%）、「医師の実績」（35.3%）などが多い（表10）。

図2 特に必要だと思う医療情報（3つまで回答）

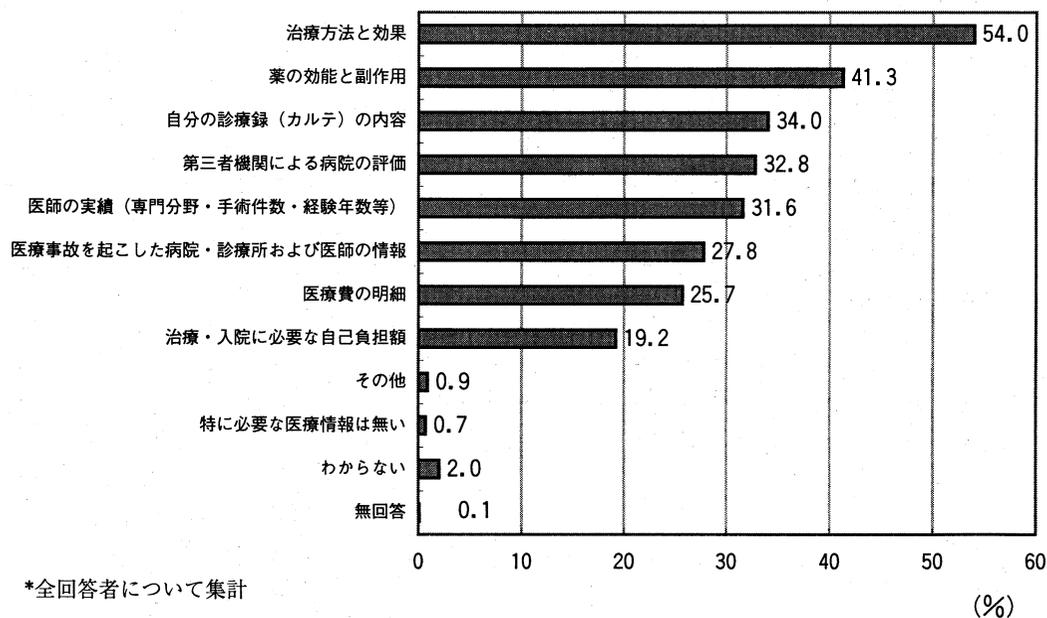


表10 特に必要だと思う医療情報（3つまで回答）

		治療方法と効果	薬の効能と副作用	自分の診療録（カルテ）の内容	医療費の明細	治療・入院に必要な自己負担額	第三者機関による病院の評価	医師の実績（専門分野・手術件数・経年等）	医療事故を起こした病院・診療所および医師の情報	その他	特に必要な医療情報は無い	わからない	無回答	(%・人) 回答数
合計		54.0	41.3	34.0	25.7	19.2	32.8	31.6	27.8	0.9	0.7	2.0	0.1	806
性別	男性	50.8	37.2	35.1	23.6	19.0	36.0	33.1	28.9	1.0	1.2	1.9	0.2	484
	女性	58.7	47.5	32.3	28.9	19.6	28.0	29.5	26.1	0.6	0.0	2.2	0.0	322
年代別	20代	47.5	38.4	37.9	33.3	19.7	31.3	28.3	29.3	0.0	0.0	3.0	0.0	198
	30代	46.7	42.2	34.7	28.4	20.9	32.4	35.6	28.0	2.2	0.9	0.9	0.0	225
	40代	64.2	45.3	33.5	19.6	14.0	32.4	30.7	27.9	1.1	0.6	2.2	0.0	179
	50代	59.3	39.7	29.9	20.6	21.6	34.8	31.4	26.0	0.0	1.5	2.0	0.5	204
健康状態	健康である(*1)	53.3	41.2	34.3	25.2	18.8	34.1	32.3	27.6	0.9	0.7	1.8	0.1	674
	健康でない(*2)	57.7	42.3	32.3	26.9	21.5	26.2	28.5	29.2	0.8	0.8	3.1	0.0	130
医療の満足	満足(*3)	41.1	40.2	39.3	24.1	18.8	32.1	27.7	21.4	3.6	2.7	2.7	0.0	112
	不満(*4)	54.9	40.7	34.4	26.1	18.6	36.5	35.3	31.5	0.6	0.2	0.8	0.2	479
	どちらでもない	59.5	43.6	28.8	23.3	19.6	26.4	24.5	24.5	0.0	1.2	3.7	0.0	163

\*1：健康である＝「健康である」＋「どちらかという健康である」

\*2：健康でない＝「どちらかという健康でない」＋「健康でない」

\*3：満足＝「かなり満足」＋「やや満足」

\*4：不満＝「やや不満」＋「かなり不満」

\*5：全回答者について集計

## 8. 医療の安全確保への関心

### － 9割の人が〈関心がある〉－

医療の安全確保への関心を全回答者にたずねたところ、「ある」と「少しある」を合わせた〈関心がある〉は90.7%、「あまりない」と「ない」を合わせた〈関心がない〉は6.5%であった（表11）。

性別・年代別にみると、〈関心がある〉の割合は、男女ともにすべての年代で8割を超えている。年代が高いほど〈関心がある〉割合も高くなる傾向があるが、とりわけ女性の50代では97.4%を占めている。毎日のように医療事故関連のマスコミ報道がされるなかで、ほとんどの人が医療事故への不安を感じ、安全確保への関心を持っている。

表11 医療の安全確保への関心度

	(%・人)					
	ある (*1)	ない (*2)	わからない	無回答	合計	回答数
合計	90.7	6.5	2.7	0.0	100.0	806
20代	82.8	12.6	4.5	0.0	100.0	198
30代	91.1	7.1	1.8	0.0	100.0	225
40代	94.4	4.0	1.7	0.0	100.0	179
50代	94.6	2.5	2.9	0.0	100.0	204
男性計	89.1	8.4	2.5	0.0	100.0	484
20代	81.4	14.0	4.7	0.0	100.0	107
30代	88.2	11.1	0.7	0.0	100.0	144
40代	93.5	5.5	0.9	0.0	100.0	108
50代	92.8	3.2	4.0	0.0	100.0	125
女性計	93.2	3.7	3.1	0.0	100.0	322
20代	84.6	11.0	4.4	0.0	100.0	91
30代	96.3	0.0	3.7	0.0	100.0	81
40代	95.8	1.4	2.8	0.0	100.0	71
50代	97.4	1.3	1.3	0.0	100.0	79

\*1：ある＝「ある」＋「少しある」

\*2：ない＝「ない」＋「あまりない」

\*3：全回答者について集計

## 9. 医療の安全確保のために特に重要と思われる対策

### － 「医師の技術力」や「医療事故情報の共有化」が重視されている－

医療の安全確保に関心が「ある」「少しある」と回答した人に医療の安全を確保するために特に重要だと思われる対策（3つまで回答）をたずねたところ、「医師などの知識・技術や経験を向上させる」がもっとも多く51.2%であった。続いて、「事故やミス情報をオープンにし、医療機関のなかで共有し合う」（45.4%）、「医師や看護師が患者の生命や安全を重視する意識を強める」（43.8%）であった（図3）。

これを年代別でみると、「医師などの知識・技術や経験を向上させる」、「医師や看護師が患者の生命や安全を重視する意識を強める」は年代が高いほど回答数が多い傾向があった。「医師などの知識・技術や経験を向上させる」は20代を除く各年代で回答数をもっとも多く50%を超している。一方、「事故やミス情報をオープンにし、医療機関のなかで共有し合う」は年代が低いほど回答数が多い傾向を示し、20代では48.2%でもっとも多い。一方、性別・年代別にみると、男性では50代以外の年代で「事故やミス情報をオープンにし、医療機関のなかで共有し合う」がもっとも多く、50代では「医師などの知識・技術や経験を向上させる」が60.3%でもっとも多かった。女性では20代以外は「医師などの知識・技術や経験を向上させる」がもっとも多かった。女性の20代では「病院内で医療安全対策や安全教育を十分におこなう」(49.4%)がもっとも多く特徴的である(表12)。

医療に対する総合的満足度との関連でみると、「医師や看護師が患者の生命や安全を重視する意識を強める」、「事故やミス情報をオープンにし、医療機関のなかで共有し合う」、「事故を起こした病院、医師などの責任の追及をきちんとおこなう」は不満度が高いほど回答数が多い傾向があった。一方、「病院内で医療安全対策や安全教育を十分におこなう」は満足度が高いほど回答数が多い傾向がある。また、現在の医療を「かなり不満」と考えている人の6割弱が「医師などの知識・技術や経験を向上させる」(57.0%)と答えている。現在の医療を不満だと感じている人は医療関係者の技術や倫理性への不信を強く感じていることがわかる(図4)。

図3 医療の安全確保のために特に重要だと思われる対策(3つまで回答)

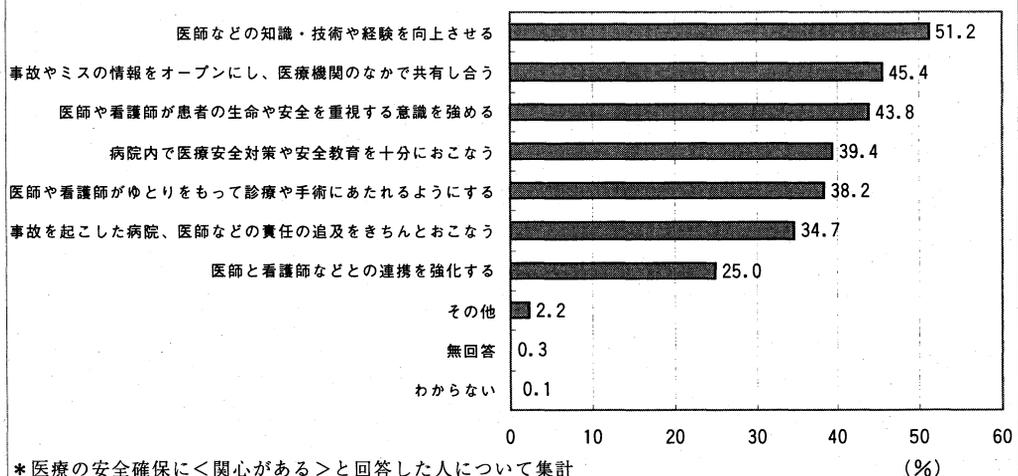
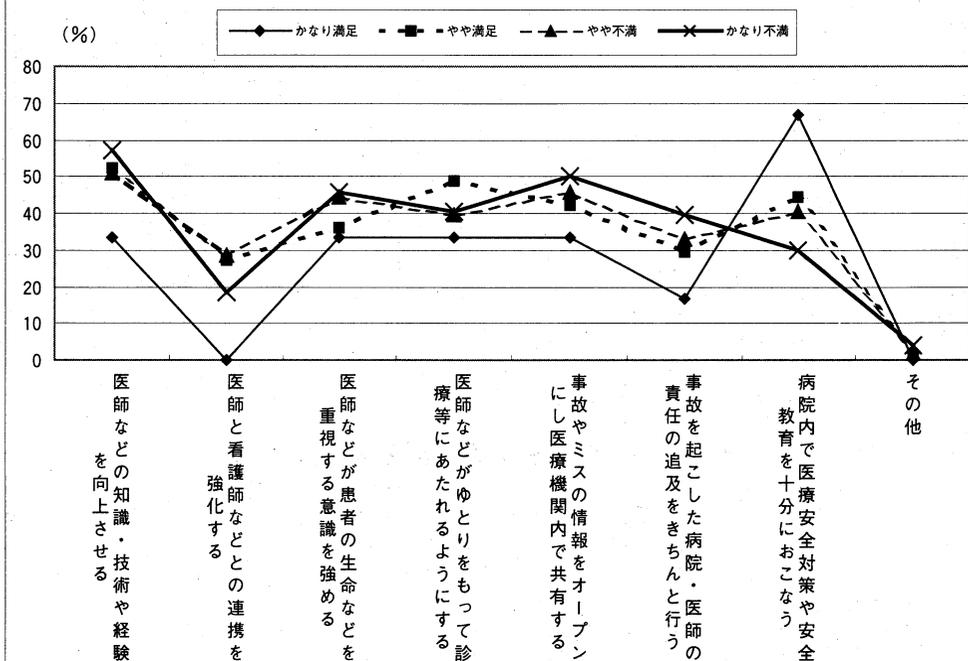


表12 医療の安全確保のために特に重要と思われる対策（3つまで回答）

	医師などの知識・技術や経験を向上させる	医師と看護師などとの連携を強化する	医師や看護師が患者の生命や安全を重視する意識を強める	医師や看護師がゆとりをもって診療や手術にあたるようにする	医師や看護師の情報がオープンにし、医療機関のなかで共有し合う	事故やミスの情報をお互い追及をきちんとなおこす	事故を起こした病院・医師などの責任の追及をきちんとなおこす	病院内で医療安全対策や安全教育を十分におこなう	その他	わからない	無回答	合計	回答数
合計	51.2	25.0	43.8	38.2	45.4	34.7	39.4	2.2	0.1	0.3	100.0	731	
20代	43.9	23.8	37.8	39.6	48.2	38.4	39.6	0.6	0.0	0.0	100.0	164	
30代	50.2	28.8	45.4	35.1	48.3	33.7	30.2	3.4	0.5	0.5	100.0	205	
40代	51.5	26.6	43.2	39.1	45.0	36.7	39.1	2.4	0.0	0.0	100.0	169	
50代	58.0	20.7	47.7	39.4	40.4	31.1	49.2	2.1	0.0	0.5	100.0	193	
男性計	52.0	21.8	41.8	34.1	51.5	38.5	36.4	2.1	0.2	0.0	100.0	431	
20代	46.0	24.1	33.3	36.8	55.2	41.4	31.0	1.1	0.0	0.0	100.0	87	
30代	48.0	25.2	44.9	31.5	50.4	39.4	31.5	2.4	0.8	0.0	100.0	127	
40代	52.5	20.8	41.6	35.6	54.5	40.6	35.6	1.0	0.0	0.0	100.0	101	
50代	60.3	17.2	44.8	33.6	47.4	33.6	46.6	3.4	0.0	0.0	100.0	116	
女性計	50.0	29.7	46.7	44.0	36.7	29.3	43.7	2.3	0.0	0.7	100.0	300	
20代	41.6	23.4	42.9	42.9	40.3	35.1	49.4	0.0	0.0	0.0	100.0	77	
30代	53.8	34.6	46.2	41.0	44.9	24.4	28.2	5.1	0.0	1.3	100.0	78	
40代	50.0	35.3	45.6	44.1	30.9	30.9	44.1	4.4	0.0	0.0	100.0	68	
50代	54.5	26.0	51.9	48.1	29.9	27.3	53.2	0.0	0.0	1.3	100.0	77	

\*医療の安全確保に「関心がある」と回答した人について集計

図4 総合的満足感と安全確保のために重要な対策



\*医療の安全確保に「関心がある」と回答した人に着いて集計

\*満足感について「わからない」「無回答」と回答した人を除いた

## 10. 医療費の負担

### － 8割弱が負担を感じており、とりわけ40代男性で負担感が高い－

2003年4月の健康保険制度の改定における自己負担の引上げについて負担感をたずねたところ、「負担である」と「やや負担である」を合わせた〈負担である〉の割合は77.0%であり、「負担ではない」と「あまり負担ではない」を合わせた〈負担ではない〉の割合は12.9%であった（表13）。

〈負担である〉を性別・年代別にみると、男女ともに40代までは通増し8割を超えるが、男性は40代で87.1%に達し、負担感をもっとも高くなっている。男性ではこの40代をピークとした山型になっており、女性は40代で83.1%、50代で83.5%と40代以降もほぼ変わらず高い負担感を示している。また、この負担感を世帯年収との関連でみると、年収600万円から800万円未満の層が81.7%と最も高く、次いで年収800万円から1000万円の世帯であり、年収600万円から1000万円の世帯に負担感が強くなっている（表14）。

表13 医療費の負担

(%・人)

	負担である (*1)	負担ではない (*2)	どちらでもない	わからない	無回答	合計	回答数
合計	77.0	12.9	6.1	3.8	0.1	100.0	806
20代	70.7	12.6	9.6	7.1	0.0	100.0	198
30代	78.2	12.0	6.2	3.6	0.0	100.0	225
40代	85.4	7.8	3.9	2.2	0.6	100.0	179
50代	74.5	18.6	4.4	2.5	0.0	100.0	204
男性計	75.8	14.5	6.0	3.7	0.0	100.0	484
20代	68.2	14.9	11.2	5.6	0.0	100.0	107
30代	79.2	11.1	5.6	4.2	0.0	100.0	144
40代	87.1	9.3	1.9	1.9	0.0	100.0	108
50代	68.8	22.4	5.6	3.2	0.0	100.0	125
女性計	78.9	10.6	6.2	4.0	0.3	100.0	322
20代	73.7	9.9	7.7	8.8	0.0	100.0	91
30代	76.5	13.5	7.4	2.5	0.0	100.0	81
40代	83.1	5.6	7.0	2.8	1.4	100.0	71
50代	83.5	12.7	2.5	1.3	0.0	100.0	79

\*1：負担である＝「負担である」＋「やや負担である」

\*2：負担ではない＝「負担ではない」＋「あまり負担ではない」

\*3：全回答者について集計

表14 世帯年収別にみた医療費の負担

(%・人)

	負担である (*1)	負担ではない (*2)	どちらでもない	わからない	無回答	合計	回答数
合計	77.0	12.9	6.1	3.8	0.1	100.0	806
400万円未満	75.2	7.6	8.3	9.0	0.0	100.0	133
400～600万円未満	77.1	12.3	4.5	5.6	0.6	100.0	179
600～800万円未満	81.7	10.3	6.9	1.1	0.0	100.0	175
800～1000万円未満	78.2	13.5	6.8	1.5	0.0	100.0	133
1000～1200万円未満	72.2	19.5	5.6	2.8	0.0	100.0	72
1200万円以上	65.8	24.3	7.1	2.9	0.0	100.0	70

\*1：負担である＝「負担である」＋「やや負担である」

\*2：負担ではない＝「負担ではない」＋「あまり負担ではない」

\*3：全回答者について集計

## 11. 医療費の自己負担増による医療や健康についての行動の変化

### － 6割弱が行動に変化、40代の4割が早期受診を抑制している－

医療費の負担増に関して、その前後で医療や健康についての行動にどのような変化があったかを全回答者にたずねたところ（いくつでも回答）、6割弱の人に何らかの行動の変化が見られた。「とくに変わらない」と回答した人は41.3%であった。

行動の変化の内容をみると、「病気にかからないよう健康・体力保持に努めるようになった」（32.6%）、「少々体調が悪くなくてもしばらく様子を見るようになった」（31.8%）、「風邪など軽い症状と思うときには市販薬で済ませるようになった」（31.3%）と続いており、患者負担増が実施されてから1年経過しても、受診抑制が行なわれていることを示している（図5）。

これを性別にみると、女性では「病気にかからないよう健康・体力保持に努めるようになった」と「少々体調が悪くなくてもしばらく様子を見るようになった」が同じ37.0%であり、「風邪等軽い症状の時には市販薬で済ませるようになった」（35.4%）と続いている。一方男性では「病気にかからないよう健康・体力保持に努めるようになった」（29.8%）がもっとも多く、「風邪など軽い症状と思うときには市販薬で済ませるようになった」（28.5%）、「少々体調が悪くなくてもしばらく様子を見るようになった」（28.3%）と続いている。

「とくに変わらない」と答えた人をみると、女性は33.5%、男性が46.5%となっており、女性では7割近くの人が行動に何らかの変化があったことを示している。これを性別・年代別にみると、男女ともに40代までは通減し、40代で31.3%であり、約7割の人が行動に変化があったとしている。とりわけ40代の女性では「とくに変わらない」と答えた人が19.7%となっており、8割もの人が行動に変化があったとしている。一方20代の男性では「とくに変わらない」と答えた人は54.2%であり、半数以上の人が行動に変化がないと回答している。

性別・年代別に行動の変化の内容をみると、40代の男女ともに「少々体調が悪くなくてもしばらく様子を見るようになった」がもっとも多く、女性で46.5%、男性は35.2%となっている。多くの成人病の発症期とみられる年齢で4割もの方が早期受診に対する抑制的な行動をとっていることがわかる。一方、50代の男女ではともに「病気にかからないよう健康・体力保持に努めるようになった」がもっとも多く、女性で48.1%、男性は38.4%となっている。「病気にかからないよう健康・体力保持に努めるようになった」は年齢に従っ

て増える傾向があり、年齢が高いほど健康管理に努めていることがわかる（表15）。

医療費の負担感との関連でみると、「とくに変わらない」と回答した人では、「負担である」が22.7%、「やや負担である」が39.7%であった。一方、「負担ではない」が79.2%、「あまり負担ではない」が77.5%であり、負担感によって行動が変化した、行動が変化しないがはっきりとわかれている。負担感の強い人ほど行動を変化させた傾向がある。また、行動の変化の内容をみると、負担感が強いほど「少々体調が悪くてもしばらく様子を見るようになった」と答えた人が多くなる傾向がある。また、「負担である」と感じている人では「病院や診療所へいく回数を減らした」（39.8%）と回答した人が4割にも達した。

世帯年収別でみると「とくに変わらない」と回答した人では「400万円～600万円未満」が35.8%でもっとも少なく、「1200万円以上」が54.3%ともっとも多かった。「600万円～800万円未満」は37.7%であり、年収400万円から800万円未満の世帯で行動に変化があった人が多くなっている。また、行動の変化の内容をみると、年収が低い世帯ほど「少々体調が悪くてもしばらく様子を見るようになった」と答えた人が多い傾向がある（表16）。

図5 医療費の負担増に関して医療や健康についての行動の変化（いくつでも回答）

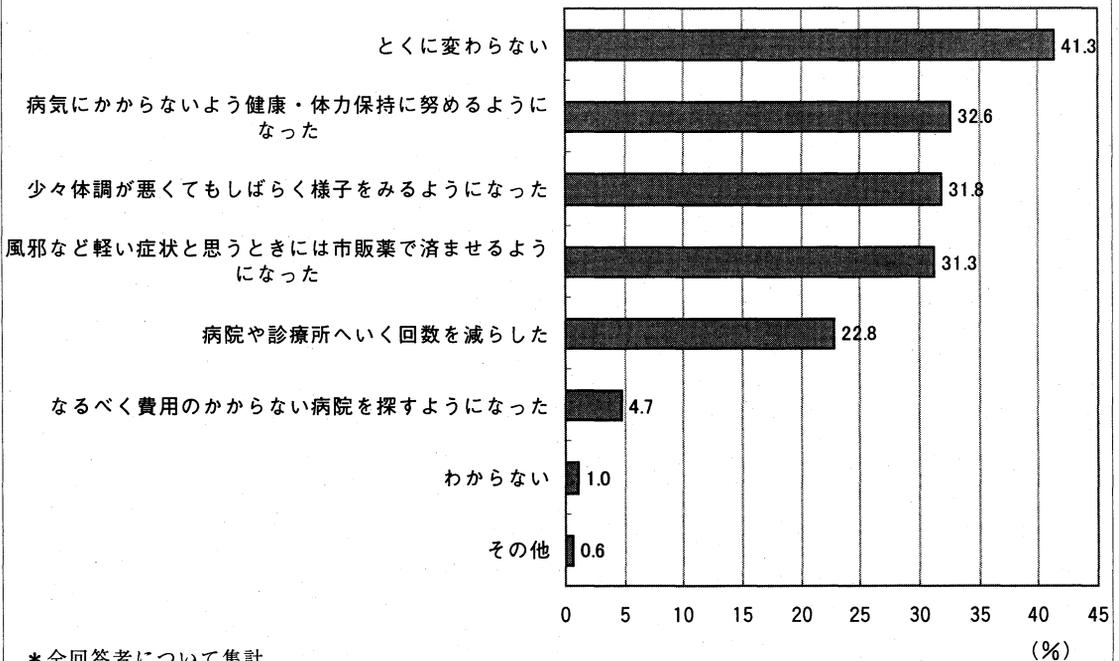


表15 医療費の負担増に関して医療や健康についての行動の変化（いくつでも回答）

	を病院や診療所へいく回数を減らした	たいなるべく病院を探すようになつた	なるべく費用のかからなうに力保持に努めるよ	病気がかからないよ健康になつた	少々体調が悪くてもしば	うとときには市販薬で済ませるようになった	風邪など軽い症状とおも	その他	とくに変わらない	わからない	無回答	合計	回答数
合計	22.8	4.7	32.6	31.8	31.3	0.6	41.3	1.0	0.0	100.0	806		
20代	21.7	4.0	23.7	29.8	29.3	0.5	49.5	2.5	0.0	100.0	198		
30代	20.9	2.7	29.8	33.3	29.8	0.4	43.1	0.9	0.0	100.0	225		
40代	27.4	7.3	35.2	39.7	36.9	0.6	31.3	0.0	0.0	100.0	179		
50代	22.1	5.4	42.2	25.0	29.9	1.0	40.2	0.5	0.0	100.0	204		
男性計	21.7	3.3	29.8	28.3	28.5	0.0	46.5	0.2	0.0	100.0	484		
20代	17.8	2.8	22.4	28.0	23.4	0.0	54.2	0.9	0.0	100.0	107		
30代	19.4	2.1	25.7	27.8	30.6	0.0	47.9	0.0	0.0	100.0	144		
40代	29.6	4.6	32.4	35.2	32.4	0.0	38.9	0.0	0.0	100.0	108		
50代	20.8	4.0	38.4	23.2	27.2	0.0	44.8	0.0	0.0	100.0	125		
女性計	24.5	6.8	37.0	37.0	35.4	1.6	33.5	2.2	0.0	100.0	322		
20代	26.4	5.5	25.3	31.9	36.3	1.1	44.0	4.4	0.0	100.0	91		
30代	23.5	3.7	37.0	43.2	28.4	1.2	34.6	2.5	0.0	100.0	81		
40代	23.9	11.3	39.4	46.5	43.7	1.4	19.7	0.0	0.0	100.0	71		
50代	24.1	7.6	48.1	27.8	34.2	2.5	32.9	1.3	0.0	100.0	79		

\*全回答者について集計

表16 医療費の負担感別・世帯年収別でみた医療や健康についての行動の変化（いくつでも回答）

	を病院や診療所へいく回数を減らした	たいなるべく病院を探すようになつた	なるべく費用のかからなうに力保持に努めるよ	病気がかからないよ健康になつた	少々体調が悪くてもしば	うとときには市販薬で済ませるようになった	風邪など軽い症状とおも	その他	とくに変わらない	わからない	無回答	合計	回答数
合計	22.8	4.7	32.6	31.8	31.3	0.6	41.3	1.0	0.0	100.0	806		
負担である	39.8	8.6	44.1	45.4	43.4	1.3	22.7	0.7	0.0	100.0	304		
やや負担である	17.0	3.8	31.5	31.9	31.9	0.3	39.7	0.6	0.0	100.0	317		
あまり負担でない	3.8	0.0	17.5	6.3	11.3	0.0	77.5	0.0	0.0	100.0	80		
負担ではない	0.0	0.0	20.8	0.0	4.2	0.0	79.2	0.0	0.0	100.0	24		
どちらでもない	10.2	0.0	16.3	16.3	12.2	0.0	69.4	0.0	0.0	100.0	49		
わからない	0.0	0.0	6.5	9.7	6.5	0.0	74.2	12.9	0.0	100.0	31		
400万円未満	24.8	9.0	36.1	36.8	31.6	0.0	40.6	3.0	0.0	100.0	133		
400～600万円未満	26.3	3.4	39.1	39.1	36.9	1.1	35.8	0.0	0.0	100.0	179		
600～800万円未満	25.1	4.6	29.7	35.4	32.0	0.0	37.7	0.6	0.0	100.0	175		
800～1000万円未満	21.8	4.5	26.3	27.8	33.1	0.8	43.6	0.0	0.0	100.0	133		
1000～1200万円未満	19.4	2.8	34.7	22.2	19.4	1.4	51.4	0.0	0.0	100.0	72		
1200万円以上	11.4	1.4	27.1	17.1	24.3	0.0	54.3	1.4	0.0	100.0	70		

\*全回答者について集計