

第1章 地域医療の支払い制度¹：医療は誰のためにあるのか

井伊 雅子²

【要旨】

世界の医療制度改革と比較した場合、日本の特徴は、医療が公的な希少資源であるという意識が医療提供者、行政、国民に欠如していることだ。公共財である医療を、商業主義的に扱う傾向さえみられる。政府は、経済再生と財政健全化を両立させる政策として、公的サービスの産業化やインセンティブ改革を強調しているが、インセンティブ改革を行うのであれば、健康な時から継続的に地域住民の健康状況を把握し、地域住民が健康になることで医療機関が経営できる支払い制度に改めるべきだろう。現行の制度は、地域住民が病気になったり、気になる症状が出て初めて医療機関にかかる仕組みであり、医療の必要度の検証もなく、ともすれば利益を上げるために患者を作り出し、過剰なサービスを提供するリスクをはらんでいる。一方で、必要な医療（介護を含む）を受けられない「過少医療」も問題になっている。現行制度では患者の満足度も低く、財政的にも持続的でない。

医療給付費に連動した公費のあり方も大きな問題だ。国から保険者への財政支援として、給付の一定割合を公費として（事後的に）負担する仕組みになっているからだ。個人の負担能力を厳正に判断して、低所得者への支援に限定する仕組み、つまり保険者ではなく、オランダのように、被保険者を直接補助する仕組みが必要である。海外で進められている改革から我々が学ぶ際には、それぞれの国のコンテキストの理解が必須だ。その上で、プライマリ・ケアの先進国がどのように広域にわたる公益性の高い取り組みをしているかを学ぶべきである。そして、所得格差が拡大し貧困層が増加する中、自己負担の増額だけに頼るのではなく、所得税改革など「世代内の公平」、「世代間の公平」の観点からの制度

¹ 謝辞 本章作成にあたり、日本総合研究所の西沢和彦氏には全文をお読みいただき様々な貴重なご指摘、アドバイスをいただいた。国際通貨基金(IMF)アジア太平洋地域事務所の見明奈央子氏からはエコノミストの視点から、福島県立医科大学の葛西龍樹氏からはプライマリ・ケアの専門家として貴重なアドバイスをいただいた。NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research)の François G. Schellevis 氏(オランダ)、Stuart Road Surgery (家庭医診療所)の澤憲明氏(英国)、University of Copenhagen の Susanne Reventlow 氏(デンマーク)、University Technology Sydney の Michael Wright 氏(オーストラリア)、そして寿都町診療所の中川貴史氏、更別村国民健康保険診療所の山田康介氏、只見町役場の渡部勇夫氏にはデータを初め各国や各地の制度や状況をご教示いただいた。ここに記して感謝いたします。本研究は、科学研究費助成事業(基盤研究(B))「質と財政の両立を目指した医療制度構築のための基盤研究」(研究代表者：井伊雅子)と科学研究費助成事業(基盤研究(A))「高齢者医療・介護統合モデルの構築と政策への応用— 日米欧8ヶ国の国際共同研究— (研究代表者：河口洋行)の助成を受けた。なお、本章における誤りはすべて筆者の責に帰するものである。

² 一橋大学 国際・公共政策大学院 教授

見直しも一層進めていく必要がある。その際、政府が責任を持って保健医療関係の統計を整備していくことが前提条件となる。

1. はじめに

2015 年 12 月に世界銀行が報告書 ” Living Long and Prosper: Aging in East Asia and Pacific” (World Bank, 2015)を公表した。20 世紀は世界中で病院を中心とした医療が中枢を担ってきたが、そうした制度は非効率・不公平であり、プライマリ・ケア³を中心とした保健医療制度へ変換することの重要性を指摘している。このような構造変換を実現するには、医薬品と技術の調達において費用対効果を重視し、保健医療サービス提供者への支払いのあり方の見直しが必要になる。そして、質の高いプライマリ・ケアを提供できる新たな保健医療従事者を育成し、長期介護においては、家族による支援とコミュニティや在宅でのアプローチを組み合わせた優れたモデルを開発することが課題である。

日本の保健医療制度には良い点もあるが、OECD(2014)⁴などでも指摘されているように、私達の日々の生活を支える保健医療サービス（国際的にはプライマリ・ケアと呼ばれている）の整備は遅れている。社会保障制度国民会議報告書(2013)や、厚生労働省(2015)の『保健医療 2035』などでも「病院の機能分化を行っていく中で、専門医と総合的な診療を行う、かかりつけ医の連携強化や有機的なネットワークの構築」の重要性が提起されるようになったが、こうした構造変換は、アジアの先進国では既にシンガポール、中進国ではタイが先行し、最近では、ベトナムが追随している。

日本の保健医療制度が、医療・介護・保健といった縦割りで提供されていること、医療（検査・治療）に偏り予防や公衆衛生の視点を含めて地域住民の健康に包括的・継続的な責任を持つ制度になっていないことは、日本の保健医療統計にも端的に表れている。

本章では、まず日本の総保健医療統計の中でも総保健医療支出の推計の問題、各国での保健医療制度、特に支払い制度の改革やその動向を紹介し、日本の政策課題を提起したい。

³ 「プライマリ・ケア」は、医療だけでなく予防や公衆衛生を含むプライマリ・ヘルスケアと同じ意味で使われている。

⁴ 2014 年 11 月に公表された OECD(経済教職開発機構)「日本の医療：質のレビュー」では、日本は医療の質の管理と提供に全般的に問題があると指摘されており、具体的には、①プライマリ・ケア、②病院、③精神医療の分野において評価と提言している。病院に関しては、DPC データなどの蓄積もあり、質の管理も進んできたが、医療機能が未分化なため、プライマリ・ケアを評価する指標は不十分である。

2. 総保健医療費の定義⁵

昨今の GDP 統計や家計調査を含めて日本の統計の正しさが問われているが、総保健医療費の推計は特に大きな問題を抱えている。日本の保健医療制度をより良くするためにも、現状を正確に把握する事が必要だ。

日本では health expenditure を「医療費」と訳すことが多いが、OECD が報告する health expenditure (総保健医療支出)⁶は、介護費用、予防、公衆衛生などを含む概念である。なお、医学教育や研究費は総保健医療支出には含まれていない。

しかし後ほど見るように、日本の総保健医療支出では介護費用の多くが計上されていない。また、日本の保健医療制度では、予防や公衆衛生はその重要さにも関わらず診療報酬の対象外で、地方自治体や企業がそれぞれ行っており、実態も費用も一元的に把握されていないこともあり、総保健医療支出から多くが漏れている。

日本における医療関係の統計は、総務省統計局が全てを把握しているわけではなく、厚生労働省や地方自治体が主に把握している統計もあり、全体像がつかみにくい。また保健医療支出統計の基礎資料は行政機関が自らの業務を遂行するために作成した「業務統計」であるため時期や作成基準の統一も困難である（西村, 2015）。

「日本の医療費」は厚生労働省、「社会保障費用統計」は国立社会保障・人口問題研究所、「総保健医療支出 (health expenditure)」は医療経済研究機構、など様々な省庁や外郭団体が作成しているが、組織的な統制が取れていないことが問題である。例えば英国やオランダなど主要国は「総保健医療支出」は統計局⁷が管轄しており、SHA ガイドラインの変更などにも政府が責任を持って適確に対応出来る体制になっている。

こうした制度上の問題もあり、日本の総保健医療支出は不備の多い統計となっている。特に大きな問題は西沢（2015b）が指摘するように、介護費用の把握だ。OECD による介護 (long-term care) の定義が曖昧であったことから、介護の推計方法が統一されていなかった。この問題は OECD でも認識しており、2006 年にガイドラインを作成し、「介護費用の推計は国によって異なるため、総保健医療支出は 10%前後までの誤差を起こす可能性がある」と指摘している。オランダはこのガイドラインに即して 2005 年分から介護費用を報告していることもあり、図表 1 のようにオランダの「総保健医療支出（特に介護部分）の対 GDP 割合が大きくなっている。一方、世界一高齢化が進んでいるわが国の介護費用は対 GDP で

⁵ この節の詳細は、西沢(2015a,b)、井伊（2016）を参照。

⁶ OECD の基準に即して推計した値である。推計方法は、国民経済計算(SNA)に準拠した SHA(System of Health Accounts)と呼ばれる推計方法による。

⁷ 例えば英国は Office for National Statistics、オランダは Statistics Netherlands の HP に詳細が公表されている。なお、ヨーロッパでは SHA のガイドラインに従うことは EU の法律で定められている。

0.9%、実額で約 4 兆円である。

日本の介護保険では、2013 年は 9 兆円の介護費用が計上されている。9 兆円のうち、6 兆円は居宅サービス、3 兆円は施設サービスに分かれており、6 兆円の居宅サービスのほとんど⁸、および、3 兆円の施設サービスの金額の約半分を占める特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）は、総保健医療支出に計上されていない（西沢, 2015b）。

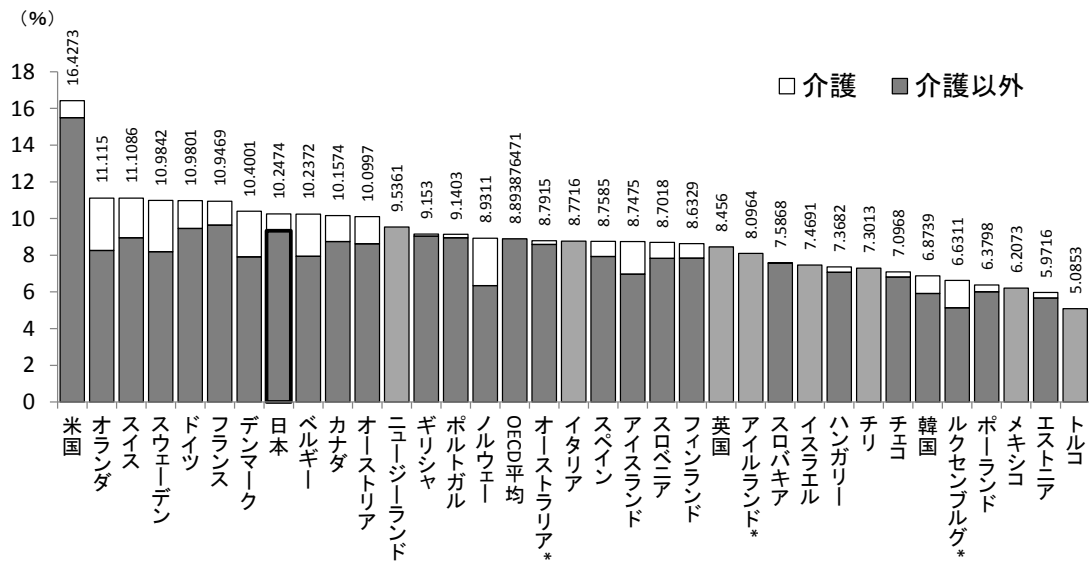
その他にも、特養の居住費・食費などの自己負担分、地方自治体が実施するがん検診やその他の各種検診、健康増進事業などの予防・公衆衛生サービス、地域医療再生基金のような大規模な補助金、企業が行う予防サービスも数多くあるが、社会保険の範囲外で行われていることもあり、必ずしも適切に反映されているとは言えない。合計すれば兆円の単位で過少推計されているとの指摘がある（西沢, 2015a）。

資本形成の推計にも問題がある。日本では資本形成の多くが経常支出に混入している（西沢, 2015a）。SHA1.0 のもとでは、経常支出と資本形成の合計値が総保健医療支出として報告されてきたが、最新の SHA2011 のもとでは、経常支出を前面に出した報告がなされる模様である。経常支出と資本形成は分けたままとし、合計することが推奨されていないためだが、資本形成の推計は引き続き医療政策においても重要な数字であり、できるだけ SNA（国民経済計算）と整合性をもつように議論されるべきであろう。

総保健医療支出（または GDP に占める割合）は、国際比較やわが国の医療政策においても、重要な統計である。推計結果の解釈や問題点（限界）などを推計者が自ら OECD のホームページで報告する仕組みを導入する（西沢, 2015a）ことも一案だ。そして、何よりも政府が、推計方法の改善などに責任を持って取り組むべきであろう。税金の使途や政策の効果を分かりやすく示す統計が現状のように不備であれば、納税者である国民に増税への理解を得る事は難しい。

⁸ 居宅のうち計上されているのは、訪問看護、介護療養病床、介護老人保健施設のショートステイで、訪問介護、訪問入浴介護、グループホームなどの費用は計上されていない。

図表 1 総保健医療支出の対GDP比（2013 年）



（出所）西沢（2015b）をもとに筆者がデータを更新。

（注 1）*FY2012

（注 2）保健医療提供機関の資本形成は含んでいない。経常支出のみ。

（注 3）HC.3:Long-term care（Health）、概ね介護に相当。日本の 2013 年の HC.3 の数値は未公表のため、2012 年の公表値を用いた。

（注 4）ニュージーランド、イタリアなど内訳未公表の国がある。

3. 地域医療(かかりつけ医⁹、かかりつけ診療所)の支払い制度

前節で見たように、日本の医療・介護・保健が縦割りに提供されていることは日本の総保健医療支出が過小評価される要因の 1 つになっている。総保健医療支出の推計の基である「国民医療費」は公的医療保険がカバーする範囲を主な対象としており、その範疇から外れるような母子保健や予防のウェイトが小さい。予防や公衆衛生は、地方自治体、保険者、企業の所管になり、総保健医療支出に適切に反映されていない。一方、オランダ、英国やデンマークなどでは地域住民が必ず地域の医師である GP (general practitioner、家庭医) や診療所に登録する仕組みになっており、その医師が地域住民の健康管理に責任を持つ仕組みになっている。そのため子供の予防接種や妊婦健診といった母子保健や公衆衛生が、総保健医療支出に反映されている。

⁹ 海外では、地域医療やプライマリ・ケアの専門のトレーニングを受けた医師は GP(general practitioner)や家庭医と呼ばれる。GP/家庭医になるには数年間の専門医研修が必修だ。一方で、日本では地域医療に関する特別な研修を受けずに「かかりつけ医」になることができる。なお、北米では、専門のトレーニングを受けていない医師を「一般医(GP)」と呼び、プライマリ・ケアの専門トレーニングを受けた医師を family physician と呼んでいる(詳しくは図表 2 を参照)。

日本の保健医療制度が、医療（検査や治療）に偏り、予防や公衆衛生の視点が弱いことは最近指摘されるようになってきた。しかし支払い制度は、依然「医療重視」で、「予防重視」になっておらず、検査や治療をしないと診療報酬は支払われない仕組みだ。

多くの国々では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（国民皆保険/国民皆保障）を基礎に、プライマリ・ケアの専門職（医師だけでなく、Nurse Practitioner(NP)、看護師、理学療法士など）がチームで、地域住民の健康に包括的・継続的な責任を持つ支払い制度に向け、この 10～20 年改革を進めてきている。

図表 2 GP/プライマリ・ケア医に関する用語

	英国、オランダ オーストラリア ニュージーランドなど	カナダ、米国 香港、韓国、台湾シ ンガポール マレーシアなど	日本	
医師	General practitioner	Family physician	家庭医	かかりつけ医 総合医 総合診療医
	Family doctor*			
診療	General practice	Family practice	家庭医療	総合診療
学問	Family medicine	Family medicine	家庭医科学	？

* WONCA(世界家庭医機構)が使用

(出所) 葛西(2014)より引用、作成

昨今、生活習慣病、がん、精神疾患を初めとする慢性疾患が保健医療費に占める割合が増えている。先進国だけでなく中進国や途上国でも、医療者はコスト意識を持ち、費用対効果を高めることや、地域の人々が病気にならないように、あるいは病気が悪化しないようにすることが大きな役割となっている。日本の様に支払い制度が出来高払いのみだとうまくいかないこと（「過剰医療」だけでなく、「過少医療」になる傾向¹⁰⁾）が想定される。一方で人頭払い制度が主体であると、過少医療に陥る可能性が高くなる。人頭払い制度を採用する場合は、患者登録制に基づいてそれぞれの診療所が地域で担当する住民の人数がほぼ決まっている。そのため地域住民 1 人当たりの収入があらかじめ決まると、医療行為の有

¹⁰⁾ 医師は多くの患者を短時間で診ないと採算が合わないために、1 人当たりの受診時間が短くなったり、また受診が必要であっても待ち時間が長いなどの理由で医療機関にかかれなないなど「過少医療」になる傾向がある。

無にかかわらず診療所の収入は一定となるからである。英国は、後ほど詳しく見るように現在では、人頭払い、出来高払い、成果払い制度を組み合わせ、過剰医療にも過少医療にもならないように工夫をしている。他の国々でも同様にプライマリ・ケアの質の担保と支払い制度は大きな政策課題となっている。地域で継続的に医療を提供していく責任をどう担うのかという観点から、日本の実情にあった支払い制度を導入することが重要になる。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（全ての国民に良質な保健医療サービスへのアクセスを保証）の医療制度を持つ国は多くあるが、本節ではオランダ、英国、デンマーク、オーストラリアの支払い制度を紹介する。

（オランダ）

オランダの保健医療制度の特徴は、科学的根拠を考慮し、費用対効果に優れている点である（Weel, 2012； Schafer. et al., 2010）。具体的には、プライマリ・ケアを主体とした提供体制とインセンティブを考慮した医療(介護を含む)保険制度からなっている。

オランダの保健医療制度を理解する上でまず知っておくべき事は、国民は滅多に病院には行かないということだ。オランダのプライマリ・ケア(診療所で提供される予防を含む保健医療)の質は高く、95%以上の健康・医療問題はプライマリ・ケアで対応されており、病院など2次・3次医療への紹介は5%である(2001 Second National Survey of General Practice)。プライマリ・ケアでかかる保健医療費は全医療費の6%である（Dutch Ministry of Health Welfare and Sport, 2014）。こうした効率的な制度を可能にしているのは、供給者側と需要者側の両方のインセンティブを考慮した保険制度と質の高いプライマリ・ケアの担い手を中心とした医療提供体制である。

オランダのプライマリ・ケアは、家庭医、看護師（訪問看護師を含む）、理学療法士、薬剤師、臨床心理士、助産師などが担うが、中心は家庭医で、ゲートキーパーの役割を持つ。他科専門医のケアと病院のサービスは、家庭医の紹介がないと受けられない。国民は自由に家庭医または（家庭医）診療所を選択できて、すべての国民が（家庭医）診療所に登録されている。そのため個々の患者ケアと地域住民集団の健康マネジメントが統合されており、家庭医は両者に責任を負う仕組みになっている（葛西, 2016）。一人の家庭医が約2,300人の登録患者を受け持っており、保険者から家庭医への報酬は、登録患者の人数に応じた人頭払い70%、出来高払い30%である^{11 12}。英国のQOF (Quality and Outcomes Framework)

¹¹ 2006年以前は、疾病金庫（75%）は人頭払い、民間医療保険(25%)は出来高払いだった。2006年以前は疾病金庫（日本の健保組合に相当）と民間医療保険が併存しており、所得が一定以下の被用者は疾病金庫への加入義務があるが、自営業者、年金生活者、高所得者は、民間医療保険への任意加入も可能であった。

¹² 他科専門医や病院医療の支払いは Diagnosis and Treatment Combination による。詳しくは Schafer et al. (2010)など。

のような成果払い制度はオランダでは導入していないが、公的保険制度に精緻なリスク調整方法を導入している。

診療所は、自己負担無料で受診できる。後ほど説明するように免責額までは患者が全額支払う必要があるが、家庭医が必要と判断して紹介した他科専門医の受診も、入院を含めて無料である。処方薬、検体検査、理学療法士の治療には自己負担がある。国民の 90%が補足的な民間保険に加入しているが、主な目的は歯科医療と理学療法である（18 歳以上の歯科医療や、理学療法士による治療は年に 20 回までは医療保険の適用外である）。

オランダの医療保険制度の特徴は、1) 被保険者が保険者を選択でき、2) 保険者はリスク調整に基づき標準的な医療費を事前に保障されているため、財政規律を高め公平な保険者間の競争を実現する仕組みになっている事である（Schafer et al. 2010；クリーフ, 2012）。

オランダは 2006 年の改革で、それまでの疾病金庫をすべて民間保険者とした¹³。新しい医療保険制度は、「基礎的医療保険（basic health insurance）」と呼ばれ、医療を全国民に広範囲に保証している。具体的には、1) 全国民に民間医療保険の購入を義務づけ¹⁴、2) 給付対象はプライマリ・ケア、入院・外来治療、処方薬などを広範に保証、3) 被保険者排除禁止として、保険者には加入希望者の受け入れ義務を課し、18 歳以上の加入者は、保険プランごとの定額保険料（community rating premium）を負担¹⁵、4) 定額保険料は、性別、年齢、地域、収入源、疾病などに基づき（2016 年現在 418 のリスク階級に分類¹⁶）リスク調整をして、5) 低・中所得層には、政府が税務署を通じて経済的補助を行う。

このオランダの皆保険制度は、医療サービスのアクセスを保証し、効率化に向けた保険者の努力が促される仕組みとされるが、「保険者競争を推進しても、総保健医療費は下がらない」、「保険者選択どころか、保険市場の寡占化が進行した」という批判もある（Okma et al., 2011）。前者に関しては、1 節で見たように、オランダの総保健医療費は OECD 諸国の中でもいち早くガイドラインに即した介護費用を報告しており、また介護保険では日本と異なり高齢者だけでなく若年の障害者の介護もカバーしているため、高く出る傾向にあり、解釈には注意が必要だ。

保険市場の寡占化は、ある程度予測できたことであり、保険者の選択や保険者による質の競争を否定するべきではないであろう。オランダの医療制度改革のポイントの 1 つは、プライマリ・ケアから入院にいたるまで包括的に、自己負担を出来るだけ安価に保険が提

¹³ 高所得者の保険加入も義務化されて国民皆保険が達成された。2006 年の改革では医療保険と介護保険が分離された。介護保険に関しては Schafer, W. et al. (2010), Kleef (2014)などを参照。

¹⁴ 18 歳以下の保険料は無料だが、親が生後 4 カ月以内に保険加入を行うことが義務付けられている。

¹⁵ 「基礎的医療保険」の財源は、他に所得比例保険と加入者 1 人当たりの定額払いなど（詳しくはクリーフ (2012, p.77)）。

¹⁶ 2011 年時は 117 であったが、この 5 年間で急増しかなり複雑化した。そのため厚生省は現在見直しを行っている。

供していることであって、保険者間競争の是非だけを議論するのは、適切ではないであろう。

オランダの医療保険には、効率化を促すために様々な要素がある。まずは、モラルハザード（保険に加入すると受診時の自己負担が安くなるため、保険加入者がささいな病気やけが等でも診察を受けてしまうこと）を回避するために、法定免責額と任意免責額が設定されている。18 歳以上の被保険者は、2016 年の法定免責額は年額 385 ユーロ¹⁷で、それまでは全額自己負担となっている。しかし、家庭医、出産関係、18 歳までの歯科は対象外で、例えば上記で触れたように家庭医の受診は何回でも無料である。

また、任意に免責額（100、200、300、400、500 ユーロ）を選び、法定免責額(385 ユーロ)に上乗せする事ができる。免責額を最高 885 ユーロまで引き上げることで、保険料を減額することが可能となる。つまり、免責額までの医療費は全額自己負担をしなければならないが、免責額が大きいほど定額保険料の割引を受けられる(Winssen et al., 2015)。このように、被保険者が免責額と保険料率の組み合わせを自由に選べるため、予期せぬ重病など(big risk)に備える時は、高い免責額と低めの保険料、頻繁に医者に行く人(small risk)は低い免責額と高めの保険料率、と各々の好みやライフスタイルに合わせて選ぶことができる。

医療従事者のうち近年伸びているのは高齢者を優先的に見る職種（高齢者住宅の看護師や、高齢者介護施設の専門医¹⁸など）と助産師で、特に看護師（在宅、障害者、高齢者ケアなど）の数は医療従事者の中で最多で、医療従事者の 60%を占める。看護師の役割は重要になってきており、practice nurse、nurse practitioner (または nurse specialist)、physician's assistant などは医師と看護師のギャップを埋めるように教育されている。特に practice nurse は家庭医と協働して慢性疾患(糖尿病、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、心臓疾患)の管理を行っている。図表 3 にあるように家庭医と看護師は診療報酬が同じで、看護師の役割が重要であることがわかる。

¹⁷ 2011 年の 170 ユーロから毎年増額している。

¹⁸ 大学では家庭医と同じ講座に所属し、家庭医とは異なる専門研修プログラムで育成される場合が多い。

図表 3 価格表（2016 年 4 月 1 日現在）

人頭払い 四半期

被保険者が貧困地域外に居住

被保険者が65未満	€ 14.72
被保険者が65歳から75歳	€ 21.41
被保険者が75歳以上	€ 25.74

被保険者が貧困地域に居住

被保険者が65未満	€ 16.35
被保険者が65歳から75歳	€ 23.18
被保険者が75歳以上	€27,38

診療報酬	家庭医	Practice nurse
診察	€ 9.07	€ 9.07
診療(20分以上)	€ 18.13	€ 18.13
訪問診療	€ 13.60	€ 13.60
訪問診療(20分以上)	€ 22.67	€ 22.67
電話での診療	€ 4.53	€ 4.53
処方箋の再発行	€ 4.53	€ 4.53
予防接種	€ 4.53	€ 4.53
E-mail での診療	€ 4.53	€ 4.53
時間外診療（1時間あたり；時間外診療組合）	€ 70.96	

(出所) The Dutch Healthcare Authority (www.nza.nl)

オランダの昨今の医療提供体制の改革は、高齢化が大きな後押しとなっている。オランダ政府は、少しでも質の高い医療をできるだけ効率よく提供できるように、市場メカニズムを導入しつつ、医療制度をより患者本位に整備することに努めている。図表 4 にあるように、過去 5 年間で、20 分超の診察が、診療所でも在宅でも増加傾向にある。E メールでの相談も 3 倍近くに増えている。

図表 4 登録住民 1,000 人における年間のオランダの家庭医診療所での診療状況

	2010	2011	2012	2013	2014
診療時間 20分未満	2227.5	2298.1	2185.9	2153.7	2121.5
診療時間 20分以上	443.0	485.3	489.3	504.4	569.4
訪問診療 20分未満	143.4	133.0	133.1	124.8	113.0
訪問診療 20分以上	71.1	74.9	80.7	77.6	81.1
電話	1020.0	1070.0	1072.8	1096.9	1069.4
予防接種	2.0	1.8	1.8	1.5	1.6
電話での診療	6.2	6.9	8.1	11.3	16.6
機能検査や外来小外科など	217.5	216.2	226.0	216.1	213.0

(出所) NIVEL Primary Care Database (<http://www.nivel.nl/node/4350>)

オランダの保健医療制度というと、管理競争が有名だが、国民の医療や健康問題の 95%を支えるプライマリ・ケアの教育・研究の質の高さを最後に強調しておきたい。コンピューターが普及する以前の 1970 年初頭から家庭医の診療内容が継続して蓄積されており、現在ではオランダ全国各地での疾患の発生率や有病率やそのトレンドなどを家庭医のパソコンからオンラインで簡単に参照できる。こうしたデータベースをもとにした家庭医による地域住民を対象とした質の高い臨床研究がおこなわれている。そうした研究に基づいて、「家庭医による家庭医のための診療ガイドライン」を作成して発表しており、質の高い診療の背景となっている(井伊, 2011)。

(英国)

英国の保健医療制度の特徴も、科学的根拠を考慮し、費用対効果を重視している点である。プライマリ・ケアを重視した提供体制だが、オランダとは異なり保険制度ではなく、国の税金が主な財源である。また、スコットランドは、イングランドやウェールズなどと、NHS の運営などで異なる点も多い。

英国でも、プライマリ・ケアは健康問題の 9 割に対応し¹⁹、総保健医療支出の 8% (House of Commons Library, 2015,p.18)を使用しており、費用対効果に優れている。

英国のプライマリ・ケア制度は、オランダと同様に、患者の希望に応じてどの診療所にも自由に登録可能で、受診毎に家庭医を選べるが、実際は特定の医師に継続的にかかる傾向がある。一般的には外来は予約制で、予約枠が一杯の場合は当番医がフレキシブルに対応している。家庭医の報酬は、人頭払い 70%、出来高払い 10%、そして 2004 年から導入された QOF と呼ばれるプライマリ・ケアにおける成果払いが 20%である。英国では、1 人の家庭医が 1,500~2,300 人程度の地域の住民を担当し、地域全体の疾病管理の質をいかに高めたか（例えば糖尿病では死亡、切断、失明、透析の減少につながる診療目標の達成）も加味して報酬が決められる仕組みだ。地域住民の医療データが家庭医の診療所に一元化されるため、地域医療の重要なデータベースとして医療政策に活用されるという強みもある。

家庭医の総収入に対する QOF の割合は一時 30%くらいまで増えたが、現在は約 20%となっている。診療所 1 か所あたりの登録患者数は、2010 年で 6,610 人、家庭医 1 人のみの診療所の割合は 14.5%、家庭医 1 人当たりの登録患者数は 1,567 人と減少傾向にある。看護師の役割が増しており、慢性疾患のマネジメントでは看護師の参加がケアの質の改善に関連している (Roland et al., 2012)。

¹⁹ <http://www.hscic.gov.uk/primary-care>

図表 5 にあるように、1995 年から 2008 年の 13 年間で、1 人当たりの受診回数(3.9 回から 5.5 回)や 1 人当たりの診察時間が増加している。家庭医による診療は 76%から 62%へ減少したが、看護師による診察は 21%から 34%に増加し、診察時間も顕著に増加している。また電話による診察が 3%から 12%へ増加した。

診療所の収入の 7 割を占める人頭払いは、Carr-Hill Formula (BMA and NHS, 2015)で 1 人当たりの額が決められている。具体的には診療所に登録されている地域住民の年齢、性別、新規登録患者数、罹患率、死亡率、地域の地価・物価・人件費などに応じて額が決まる。参考までに、2015~16 年では、イングランドの診療所のサンプルの平均だが、住民 1 人あたり 75.77 ポンドであった。

図表 5 英国の診療所における診療 1995-2008

	1995	2008
登録住民一人当たりの診療回数	3.9	5.5
診察を行う人 (%)		
家庭医	76	62
Practice nurse	21	34
その他	3	4
診察の場所(%)		
診療所	86	82
訪問診療	9	4
電話	3	12
その他	2	3
平均診察時間(分)		
家庭医	8.4	11.7
Practice nurse	NA	15.5

(出所) Roland, M. et al. (2012)

2004 年に導入された QOF だが、その導入により慢性疾患の管理の質の向上や、病院医療費の抑制に寄与したのか、様々な研究が行われた (Dusheiko et al., 2010 ; Beales and Smith, 2012 など)。結論として、プライマリ・ケアは費用抑制と品質向上の鍵であるといえるが、その効果は依然として不透明な部分が多いとされている (Smith, 2014)。しかし質を高めるための様々な取り組みは、その 5 年以上前からすでに始まっており、QOF の導入前後で評価するのは適切でない。1999 年には最新最良の臨床研究のエビデンスを診療現場で容易に利用できる『Clinical Evidence』の出版を英国医学雑誌出版部(BMJ Publishing Group)が開始するなど、医療の質を担保する仕組みが国や学会が中心となって導入された。同年、費用対効果に優れた診療を推進するために NICE が設立されて、医療技術評価(HTA, health technology assessment)を活用し、診療ガイドラインの作成、全ての医師の診療の評価、患者

参加などを進めた。さらに、2015 年からは 5 年計画(NHS Five Year Forward View)に基づき、新しい医療サービス・モデルの構築や事業評価が行われている。

QOF のもとでは、診療所に登録している住民が健康になるほど診療所の収入が増える仕組みになっている。具体的には、1) 200 に及ぶ評価指標の達成水準に応じた点数を設定し、2) 外部監査付きの自己申告方式により、3) 診療所が提供するサービスによって登録している住民の電子カルテ上の健康データが改善すると、診療所の実績として評価し、報酬が加算される。例えば、血圧コントロールに成功した(150/90mmHg 以下)高血圧患者が、登録患者に占める割合に応じて 20 点まで付加される²⁰。高血圧患者の数値上の改善だけでなく、適切な検査、助言、治療を提供しているなども評価の対象となり報酬に反映される(BMA and NHS, 2015)。

QOF 導入による変化として、医療の質以外にも、患者の意識やデータの活用が挙げられる。この 10~20 年間にわたり、患者の意識だけでなく医療におけるパラダイム・シフトが起きて、患者は治療の「対象」から「主体」に変容している。これは Patient-centered careと言われるもので、医師に指導されるのではなく、患者自身の自発的な意思や行動を中心にして、家庭医が患者や家族の意向を重視して治療を行うスタイルに変わっている。新規患者に対する教育プログラム推進や生活習慣改善(例えば新規糖尿病患者に対して 9 か月以内に教育プログラムを受講させると 40~90%の受講達成で 11 点)、家族・保護者を含むケア体制の推進(例えば精神病に関して統合失調症などの精神病患者の中で過去 12 か月に患者本人・家族・介護者と適切に合意された包括的なケアプランがある割合の達成率 40~90%で 6 点)などが家庭医の報酬に反映される。

そして、地域ごとに登録・集積された医療データが活用されている。家庭医や看護師は予防や健康増進を通して地域全体の健康を支える役割を担っているが、登録データから、例えば 65 歳以上の住民または 65 歳未満でも糖尿病や喘息を抱える人や妊婦などからインフルエンザ・ワクチンの未接種者を割り出して、当該者 1 人 1 人に手紙を出すといったことが日常的な仕事になっている。また、家庭医も地域の診療所の診療内容や薬の処方の内容を外部から監査される仕組みになっている(川越・澤, 2015)。

QOF の問題点としては、毎年の指標見直しのため家庭医だけでなく診療所全体の事務負担が大きいこと、政府見込みより達成率が高く家庭医がこの指標に固執しすぎている可能性があること、家庭医にかかる費用が増加していることが挙げられる。但し、指標は開始時点の 10 領域から 25 領域(図表 6)に増加しているものの最近は減少傾向もみられるため、必ずしも家庭医の負担が増えている状況ではない。また、家庭医にかかる費用は、導入前

²⁰ 2015/16 は 1 点 £160.15, 2014/15 は 1 点 £156.92

の 19 億ポンドから、導入 3 年後に 69 億ポンドに増加したという報告もあるが、家庭医の給与も増え、制度としては一定の成功を収めていると言われている。特に QOF 導入の効果として、電子カルテ化がほぼ 100%進み、国民にとっての生涯にわたる医療記録となった。家庭医療の専門教育についても IT 化が進み、特に研修や評価を支援する制度や、毎年改訂されるカリキュラムの達成は優れていると評価が高く、インターネットからも自由にアクセスが可能である²¹(葛西, 2016)。

英国のプライマリ・ケアが日本と比べて特に優れている点として、NHS Choices (<http://www.nhs.uk/>) や Patient (<http://www.patient.co.uk/>) といった患者向け医療情報サイトの存在がある。独立した機関として信頼性の高い医療情報を無料で提供している。適切なエビデンスとガイドラインを用いて情報が定期的に更新され、健康と病気に関する幅広い情報を医療の素人である患者にもわかりやすく提供している(澤, 2012)。このようにして、患者自身によるセルフケアにシフトさせることも、公共財である医療資源を有効に使うための取り組みの一つである。

図表 6 QOF の対象分野

臨床分野			公衆衛生分野		
	指標数	点数の合計			
心房細動	3	29	心血管疾患	1	10
心筋梗塞	4	35	血圧	1	15
心不全	4	29	肥満	1	8
高血圧	2	26	喫煙	4	64
閉塞動脈硬化症	3	6	子宮がん検診	3	20
脳卒中	5	15	避妊	2	7
糖尿病	11	76	全体	77	559
喘息	4	55			
慢性閉塞性肺疾患	6	35			
認知症	3	50			
うつ病	1	10			
精神病	7	26			
がん	2	11			
慢性腎臓病	1	6			
てんかん	1	1			
学習障害(発達)	1	4			
骨粗鬆症	3	9			
関節リウマチ	2	6			
緩和医療	2	6			

(出所) BMA and NHS (2015)

²¹ <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview.aspx>

(デンマーク)

人口 560 万人、面積は九州ほどの大きさという小国のデンマークは、原則を重視し、かつシンプルな支払い制度を維持している。国民は家庭医や診療所を選び登録することが義務付けられている。List system という患者登録制度のもと、1 人の家庭医が約 1,600 人の地域住民を担当し、家庭医は地域住民の状況を把握している。住民は（デンマーク国籍がない留学生なども住民登録手続きをして、家庭医を登録すれば）無料で家庭医を受診できる。デンマークでは歴史的な経緯もあり、診療所の眼科医、耳鼻咽喉科医は家庭医の受診を経なくても直接受診できる(Redersen et al. ,2012)。医療や健康問題の 90%は、家庭医の診療で解決されており、病院に紹介されるのは 10%程度である。家庭医療の診療は医療費の 8%を占めている。

家庭医への支払いは、出来高払いが 70%、人頭払いが 30%の組み合わせである。出来高の例は、診療が 19US\$²²、電話での診療 4US\$、心理療法 75US\$などである。デンマークでは、最近は所得格差が問題になってきているが、英国のように地域差等を考慮する事無く全国一律で人頭払いの額(登録患者一人あたり 350 クローネ²³(約 60US\$))を設定している。最近財務省が主導して成果払い制度を導入するための研究を進めている。今後もシンプルな支払い制度を維持するのか、よりきめ細やかなアウトカム指標にもとづく支払い制度を導入するのか注目される。

慢性疾患は practice nurse が中心で行っている。看護師のケアにも診療報酬が支払われており、医療費を削減するためにも看護師の質を上げて、看護師の役割を増やす傾向にある。患者の満足度も高い。

診療記録はどの医療機関でも同一のクラウド型電子カルテシステムに記録され、家庭医診療所でも高次医療機関でも診療情報は共有され、統計学的データを得やすい。研究に参加している家庭医も多く、例えばコペンハーゲン大学の家庭医療学部門の研究ユニットでは、公衆衛生、統計学など他の研究領域の専門家とも協働して近年は論文発表も増えている。

(オーストラリア)

オーストラリアでは、家庭医をゲートキーパーにするプライマリ・ケア制度が確立しているが、上記で紹介したオランダ、英国、デンマークのような登録制ではなく、患者は自己負担の有無や評判などを踏まえて、自ら家庭医や家庭医診療所を自由に選ぶことができる。病院や専門医への受診は救急の場合を除き家庭医の紹介状が必要となるが、自己負担

²² 1US\$=108.75 円 (2016 年 5 月 16 日現在)

²³ 1 クローネ=16.54 円 (2016 年 5 月 16 日現在)

を追加的に支払えば、紹介状がなくても病院の専門医を受診することができる。制度的には日本と同様なフリーアクセス制度である。しかし、家庭医受診の場合は多くは無料（後ほど詳しく説明するように少額の自己負担がかかる場合もある）のうえ、プライマリ・ケア制度が整備され、質も高いことから、ほとんどの場合、国民は家庭医を受診している。家庭医の多くは単独の開業医であったが、最近ではグループ診療が増加している。

国民の多くが家庭医を選ぶ大きな理由は、診療所で行われている診療の質の高さだ。診療所はオーストラリア家庭医学会(RACGP)の基準（現在は 2013 年発表の第 4 版²⁴）を満たすところが認定されている(葛西, 2016)。出来高払い以外の支払方式、サービスの包括化を進める仕組みも診療所の医療の質を高める要因になっている。

1983 年から現行の国民皆保障制度（メディケア）として、オーストラリアの全ての国民に平等で安価な保健医療サービスを保証している。メディケアの財源は連邦政府の一般財源である。メディケアの予算は、診療報酬点数（Medicare Benefits Schedule）に大きく影響を受けている(丸山, 2009)。診療報酬点数は、毎年消費者物価指数などをもとに作成された指数によって調整される(2015 年では 5,700 超の項目数)。

オーストラリアの医療制度の特徴として医師が自由に価格を設定できる（丸山, 2009）。診療報酬点数はメディケアによる償還額を規定しているだけで、患者の自己負担はどの医師を選ぶかによる。医師によっては価格設定をせずにメディケアからの支払額をもって全支払いとすることを選択することもできる。これは、バルクビルディング(Bulk billing)とよばれており、医師にとって価格は抑制されるが、請求がシンプルで、未払いのリスクもない(丸山, 2009)。2013 年 12 月期(December quarter)においてメディケアの診療報酬点数の 76.9%はバルクビルで、家庭医に関しては 81.9%であった。つまり家庭医受診時の 81.9%は、自己負担は無料であった。残りの 18.9%は自己負担を支払っており、自己負担額は 1 回平均して AU\$30²⁵であった。

州立病院（州政府の財源）の受診時の自己負担は無料である²⁶。しかし緊急でない手術などは待ち時間が長いため、民間病院を受診する患者も多い。その場合は、医師サービスの診療報酬点数の 75%がメディケアから給付されるが、残りの額と入院料金は、自己負担または民間医療保険による支払となる。

国民の 40%以上は民間医療保険に加入している。民間保険は、民間病院での治療だけでなく、州立病院では通常認められていない医師の指定や個室の利用ができる(private patient と呼ばれる)。しかし、民間保険は、病院の外来や家庭医の診療はカバーしていない。

²⁴ <http://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standards4thedition/>

²⁵ 1AU\$=79.25 円（2016 年 5 月 16 日現在）

²⁶ 丸山(2009)の表 2 に詳しい。

1995 年にメディケアの利用は practice nurse と多職種へも拡大され（慢性疾患マネジメント、高齢者ケア）、60%の診療所が少なくとも 1 人の practice nurse と平均 4 人の家庭医を雇用している。Practice nurse が関わる診療所の割合は 4.2% (2005 年)から 9% (2009 年)へ増加した (Nicholson et al., 2012)。

登録制が無い事で、重複受診や病院との連携の悪さなどケアの継続性がないことは欠点だが、電子カルテの使用が進んでおり、診療所内では患者の診療記録を多職種間で共有するなど、質の向上の様々な取り組みがある。英国の QOF にならい成果払い制度を一部導入している。PIP (Practice Incentives Program)という診療所が任意で参加するプログラムで、当初は糖尿病、子宮頸がん検診、喘息、予防接種などの評価指標の達成水準に応じて報酬が加算された。現在は主に IT 化、時間外診療、登録による糖尿病や喘息の治療などを対象としている (Wright, 2012)。

最近の改革の傾向として、家庭医への支払い方式を出来高払い制度から一部包括払いへ、特に慢性疾患の患者の管理には人頭払いや成果払いの導入を進めている。診療所が、地域住民の健康を管理しデータを共有するために、地域住民の登録を促すことが目的である。

最後にオーストラリアは統計の整備が進んでおり保健医療に関しても例外でないことを強調しておきたい²⁷。豪州統計局は IMF などの国際機関からも高く評価されている。

(日本)

各国ではこのようにそれぞれの事情に応じて、慢性疾患の増加や高齢化に対応した医療者の提供体制や支払い制度改革を進めている。特にこの 10 年から 20 年にかけての改革のスピードは早い。しかし日本では、未だに一町村一医療機関、首長の政治生命をかけて医師を確保する姿が珍しくない。他方、人口数千人の町の公立病院や診療所が、町唯一の医療機関であるにもかかわらず、住民の利用率が低く、外来、入院共に町民が同機関を利用する割合は 3 割に過ぎないという状況も少なくない。大学は専門医を地域に送り込めば解決とする一方で、送り込まれた医師達は地域医療の専門研修を受けておらず、地域住民が望んでいる医師像との大きなギャップができる。単に医者確保するだけでは地域住民が満足できないだけでなく、そこで働く職員全体が疲弊するばかりだ。

地域の医療制度はどのようにあるべきか。我が国の医療制度改革においてどのようなビジョンを描くのか。

²⁷「統計資料の開示・活用についてはそれが国の利益につながるとの立場から政府は近年、非常に積極的な姿勢に転じており、例えば豪州統計局(Australian Bureau of Statistics)が所管する多岐にわたる調査統計やセンサスは教育・研究目的であれば個票データに迅速にアクセスできる。統計データを用いた政府の報告書も数多く、政策決定の現場に活用されている点は参考になる」(丸山, 2009)。

各国の取り組みを参考にすると、1人の家庭医（家庭医療専門医）が約2,000人の住民を受けもつのが標準であるので、6,000人から1万人くらいのコミュニティに1件の診療所があり、そこで4人から6人くらいの家庭医が常駐する状態があると良い。休暇に加えて定期的な研究日や研修日、出産や育児休暇などをとる医師を考慮するとフルタイム換算で3人から5人程度の医師数になるからである。こうした診療所が有床診療所であれば、良くある入院医療について家庭医がそこで継続してケアできる。そこで診られない患者は基幹病院の専門医に送る。

日本でもこのスキームに近いモデルを実現している例はある。例えば、岡山家庭医療センター（3診療所と1病院）、北海道家庭医療学センター（7診療所）、福島県立医科大学地域・家庭医療学講座（4診療所と2病院）などである（井伊, 2015b）。

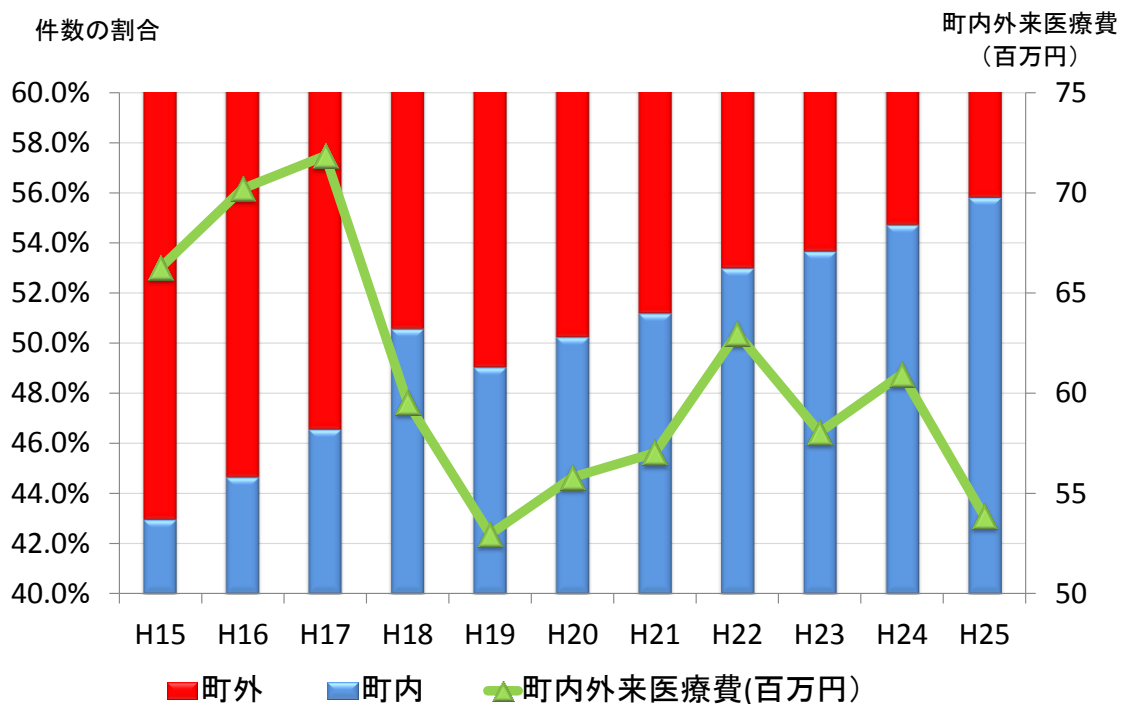
ここでは北海道と福島の取り組みを紹介する。

まずは、北海道寿都郡寿都町の取り組みである（島崎, 2015）。過疎と高齢化の進む人口3,600人の寿都町の町立診療所で4人の（専門研修を受けた）家庭医が働く。赤字続きの道立病院を、2005年に町立の診療所に転換し、北海道家庭医療学センター（1996年開設、初代センター長は葛西龍樹、現在は草場鉄周）から派遣された家庭医療の専門医チームを招聘し、365日24時間の救急も含む診療体制を維持し、かつ教育機関として後期研修医（専攻医）も引き受けている。遠くの大病院を受診する前に診療所を受診する人が増え、無駄な検査や投薬を省くことができ、2、3年間で町民1人当たりの医療費は一割減り、町全体で見ると約1億6,500万円の医療費が削減できた。2007年の北海道経済産業局の調査でも、町民の約7割が道立だった頃より良くなったと評価している。

現在、4名の家庭医療専門医のほか、看護師11名、放射線技師1名、理学療法士1名、管理栄養士1名、看護助手6名、事務3名、医療事務5名、で運営されており、平成26年度の外来診療は1日平均85.4件、入院患者は平均7.3名、訪問診療は在宅10件および特別養護老人ホーム入所者50名となっている。寿都町は高齢化が進んでいるにも関わらず、救急車による搬入件数は年間95件と減少傾向にある。その理由としては、重症者に対しては訪問看護などが適切に対応できるシステムが完備されたこと、また、軽症で救急要請することに対して住民自身が抵抗感を持っていることもある。地域の住民が地域医療を守ろうとする意識が強い。

図表7にあるように、国民健康保険のみのデータ分析であるが、平成17年(2005年)に寿都町立診療所の開設後、町内受診者割合が増加し、町内入院外（外来）医療費は減少傾向にあり、住民から評価されていることがこのデータからもわかる。

図表 7 寿都町国保 外来医療費 町内／町外割合



(出所) 寿都町。

次に紹介するのは北海道河西郡更別村（人口 3,200 人）の国民健康保険診療所である。この診療所は、全国公募の医師 1 名で数十年来運営してきたが、2000 年に医師が退職し無医村になった。2001 年より北海道家庭医療学センターとの業務提携で家庭医療専門医 2 名の派遣が決定し、家庭医による医療の提供が開始された。現在は家庭医療専門医 4 名（うち 1 名は家庭医を志す専攻医、看護師 9 名、作業療法士 1 名、看護補助員 7 名、事務 5 名の合計 26 名で構成され、365 日 24 時間の救急を含む診療体制をはじめ、行政と連携して地域包括ケアシステムを構築している。

平成 27 年度の外来は 1 日平均 71 名、入院患者は 1 日平均 6.5 名、訪問診療は月平均 8.8 名、往診は月平均 4.5 回、その他、特別養護老人ホーム 29 名、認知症患者向けのグループホーム 18 名の入居者に、訪問看護師と家庭医が連携して医療的なケアを提供し、看取りも行っている（昨年度の施設看取りは 4 名）。

診療所所長（家庭医療専門医）は、保健、福祉/介護、医療において村の総合アドバイザーとして地域のこの領域に関する方向性を調整する役割をもっている。地域の特性に合わせ、診療所、保健福祉課、社会福祉協議会（社協）、村営サービス付き高齢者住宅を 1 つの建物に集約し、この建物の周辺に高齢者向けの公営住宅や特別養護老人ホーム（特養）などの施設を配置して（「福祉の里」構想）、機能的な村作りにも長年取り組んでいる。在宅

や施設での看取りを推進し（医療設備のほとんどない施設で看取りを行うようになり「老衰」での死亡が増加）、認知症外来の設置などに取り組み、プライマリ・ケアが最大限機能するような町作りになっているため、地域住民の信頼も厚い。

高齢化が進んでいるにもかかわらず、救急搬送の件数は 15 年前と変化はなく（毎年約 120 件）、住民 1 人あたりの医療費は北海道内でも最も低い自治体の 1 つで、国民健康保険分（0 歳～74 歳、2014 年）は 279,084 円、後期高齢者分（75 歳以上、2012 年）は 640,310 円であり、後期高齢者に関しては北海道では最下位である。

最後に紹介するのは、福島県南会津郡只見町（4,500 人）の唯一の医療機関である国民健康保険朝日診療所の取り組みである。1982 年の開設以来北里大学からの医師派遣を受けていたが、2003 年に医師がいなくなってしまうという医療危機をむかえた。その後福島県（自治医科大学の卒業生）などの派遣に頼ってきた。自治医科大学では、医学部卒業後、公立病院や診療所を中心に 9 年間の地域医療が義務付けられている。しかしその 9 年間は、地域医療の専門トレーニングを継続的に受ける制度が整備されておらず、義務年限を終えた後は臓器別の専門医になる者も多い。そのため残念ながら多くの国々の専門トレーニングを受けた家庭医のように、地域の問題を診断してその解決のために健康資源を有機的に調整して、地域包括ケアを計画して実践する役割を学び実践する機会もほとんどなかった。2009 年から福島県立医科大学の地域・家庭医療学講座の協力機関となり、専門トレーニングを受けた複数の家庭医が継続的に地域住民の健康に責任を持つ制度を整備しつつある。

現在 4 人の医師（うち 3 人は家庭医（専門医 1 人、専攻医 2 人）、看護師 13 名（会津若松市にある病院からの派遣 2 名 非常勤 1 名含む）、看護助手 3 名、事務 6 名、放射線技師 1 名である。歯科もあり、歯科医師 1 名 歯科助手と事務 3 名で運営されている。

介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、保健センター（町の介護・保健・福祉部門）が併設・隣設されており、保健・医療・福祉・生活を連携した町の地域包括ケアの中心となっている。

平成 27 年度の外来診療は 1 日平均 52.25 件、入院患者は平均 13.1 件、訪問診療は年 100 件行い、述べ 695 人の診療を行った。特別養護老人ホームは 79 床で常にほぼ満床である救急車による搬入数は 98 人と、高齢化が進んでいるものの横ばいから微増に留まっている。

日本の診療所の特徴は、検査機器など重装備で、単独の診療が多く、経営リスクの自己負担が大きい。診療所だけでなく、中小病院にとっても予防は重要な役割であるが、地域住民が医療機関を受診しなければ、収入は減ってしまい、経営リスクとなってしまう。診療所が町立診療所や国保診療所の場合は、同様の経営リスクをかかえているが、町の一般会計等の健全化に寄与するという利点もある。

上記で紹介した診療所の共通点は、診療所の役割に事務長、首長、地域住民の理解があ

ることだ。そうした理解は当初からあったのではなく、プライマリ・ケアの意義を啓発するとりくみを町や村で行うなど年月をかけて構築してきた。特に、財政からの繰り入れ（赤字）がどの程度までは容認されるのかは住民の納得が得られなければならない。住民とは具体的にはその代表たる議会、国保診療所の場合はさらに国保運営協議会となる。

医療者の方も、財政からの繰り入れを最小限にとどめるために、組織をマネジメントする役割も担っている。幅広い疾患を一括して管理するなど、一層住民の納得や信頼を得て、都市へ流れていた住民たちが、自分たちの村や町の診療所を利用するようになる。

地域住民は往々にして採算を度外視した要求を当然とし、総合病院がないと十分な医療を受けられないと考える事が多いが、病院を作らなくても、質の高い家庭医と看護師などの多職種連携で地域住民の満足度を高め、財政的にも負担を軽減することができる。

多くの小規模自治体は、人口が減少し財政難であるにも関わらず、多額のお金をつぎ込み、医療機関を維持しようとして、人口減少社会の中で隣接する自治体とパイの取り合いになっているが、地域包括ケアシステムや地域医療構想の話を進める上で、隣接する小規模自治体が「おらが町や村に立派な医療機関を」の意識を捨て、人口規模や住民の受療行動などを考慮して地域住民に真の意味で役に立つ医療圏作りを自治体の境界を超えて協力していく必要がある。

ここでは医療機関と行政との関係が分かりやすい過疎地の例を取り上げたが、地域住民の健康に包括的・継続的な責任を持つプライマリ・ケアの専門教育を受けた医師のグループ化を緩やかに進めることは、より大きな自治体や都市部をなど日本の他の地域でも必要だ。

ではどうすれば良いのか。日本のプライマリ・ケアの制度の実現のためには、このように地域を基盤とした家庭医の養成に既に実績のある後期研修プログラムに委託して、質の高い家庭医²⁸を養成する政策の実現が望まれる。上記の3つの地域の共通点は、家庭医療専門医²⁹の研修施設となっており、多くの専攻医（後期研修医）を受け入れてきたことだ。

過度的には開業医を活用する方法もある。開業する医師が診療しながら学べる家庭医療の研修プログラムや、家庭医専門医取得後も継続してレベル向上を図れる質の高い生涯教育プログラムを整備した上で、それらの履修を義務付けることが必要となる。

このように医療者（医師だけでなく看護師など他の職種も）の質を高める教育や研修のあり方などに取り組んだ上で、主に医師の診療行為に支払われる現行の診療報酬を、多職種連携を促進する支払い方式へ移行し、その際、予防行動を進めるような診療報酬を考慮す

²⁸ 看護師や保健師など他の職種も同様

²⁹ 2017年からの新制度が始まり、日本では「総合診療専門医」という名称になる。上記の3つの施設でもその養成に取り組む予定だ。

ることだ。

4. 終わりに

世界の医療制度改革と比較して日本での議論の特徴は、医療³⁰が公的な希少資源であるという意識が医療提供者にも行政にも欠如していることだ。医療を公共財というよりも、商業主義的に扱う傾向が強い。上記で取り上げた日本の卓越した例では、町村長、事務長、医療者が医療は公共のものであるという意識を共有しており、そのため住民も軽症で救急要請することに対して抵抗感を持つなど、地域医療を守る意識が高い。

医療や消防、警察などは町になくてはならないものである。消防や警察で利益を生み出そうと考える首長はいないが、医療機関は診療報酬が入るため赤字、黒字の議論が出てくる。行政が決めるべきことは、医療機関の規模と財政で補填する分がどの程度までなら受け入れられるのかということであろう。

今回取り上げたヨーロッパやオーストラリアなどは公的な医療機関が主体なので改革をしやすいという意見もあるが、実は、オランダ、デンマークやオーストラリアを始めとした国々では、診療所は、開業に規制はあるが、分類上は”private(民間)”³¹であり、診療所の医師（家庭医）は、資本の調達や回収などの経営責任を負っている。英国も家庭医の多く(66%)は独立した開業医として診療所の経営を担っている。国によって政府の政策的な関与は異なるにしても、日本の医療保険制度も税金や保険料など公的に運営されており、公共財としての意識を医療者も国民も持つべきだろう。

政府は、「経済・財政再生計画」及び「経済・財政再生アクション・プログラム」で、経済再生と財政健全化を両立させる政策として、(1) 公的サービスの産業化、(2) インセンティブ改革などを掲げている。民間事業者を活用したデータヘルスの取り組みの推進なども重要な政策だが、政府の本来の役割は、英国が行っているように適切なエビデンスとガイドラインに基づき医療情報を無料で提供したり医療の質を担保する仕組みづくりではないだろうか。なぜならば、日本では、医師は質の担保された専門医研修を受けなくても診療でき、自由に専門分野を標榜し、自由に開業できる。医師国家試験に合格をすれば、その後の継続的な研修などを受けることなく、診療を続けることもできる。日本は医療現場で何が提供されるかに関しては行政の政策的介入が少ない、世界でも類を見ない自由放任

³⁰ 介護を含む。

³¹ Mossialos et al. (2015)の page 9, Table 4 を参照

http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf?la=en

主義的な体制である。そのため患者が受ける診断・治療の質にばらつきがあり（井伊・関本、2015）、その是正を促す制度的な枠組みも乏しい。そうした状況を改めずに、医療の産業化を進めても、国民のための医療制度改革にはならない。

World Health Organization (2008)では、保健医療制度が陥りがちな問題点として、fragmentation（分節化。病診連携などの垂直的な連携もプライマリ・ケアでの多職種連携などの水平的な連携も機能していないこと）、病院中心主義、商業主義の3つを指摘している。日本の現状はこの3つのどれにも当てはまる。地域包括ケアの推進など、fragmentationや病院中心主義は改める方向性が出てきたが、商業主義の問題点は改めるところかより強化されつつある。慢性疾患のマネジメントは重要だが、民間会社が個々に行っても限定的な効果しかないであろう。さらに、政府が「医療の産業化」を進めることで危惧されるのは、医学知識のない一般人が各種情報に振り回され、有益であるというエビデンス（科学的根拠）もないのに新薬、診断テスト、画像検査法、手術などの高価な診療や健康食品などを過剰に利用する傾向が一層強まることである。

インセンティブ改革を行うのであれば、健康な時から継続的に地域住民の健康状況を把握し、地域住民が健康になることで医療機関が経営できる支払い制度に改めるべきだろう。また日本では、医療給付費に連動した公費のあり方も大きな問題だ。国から保険者への財政支援として、給付の一定割合を公費として（事後的に）負担する仕組みになっているからだ。個人の負担能力を厳正に判断して、低所得者への支援に限定する仕組み、つまり保険者でなくて、オランダのように、被保険者を直接補助する仕組みが必要である。

海外の事情を調べることは難しい。それぞれの国のコンテキストの理解が必須だからだ。例えば、英国のQOFはよく考えられたシステムではあるが、QOFの指標として掲げられた項目のみを改善しようとする傾向や、臨床エビデンスの機械的な適用で患者の個別性が軽視されるという懸念が、英国プライマリ・ケア専門医（家庭医）の「優れた診療（good medical practice）」の伝統と実績から指摘されている。

こうした限界に注意をしながらも、我が国の医療制度に参考になることとして、広域で行う公益性の高い取り組みは学ぶべきだ。

看護師の役割についても重要な点がある。日本では主に医師が行う医療行為にしか診療報酬はつかない。しかし、慢性疾患管理や看取りには看護師の役割も大きく、そのために支払い制度改革も検討すべきであろう。もちろん、支払い制度の改革だけでなく、看護師の質の担保も必要となる。

保健師の役割も同様に重要となる。現在の日本の医療制度のようにフリーアクセスで、出来高制の診療報酬、住民1人あたりの受診頻度も高く1人あたりの診療時間も短い中で、保健師の果たす役割は既に大きい。在宅医療などでは、統計データを集め、解析し、地域

課題を把握、現場の専門医のところに足を運び意見を聞き、施策に反映させていくといった仕事をこなしている保健師も少なくない。「日本の保健師の存在は世界に誇るべきもの」という評価もある。

保健師は、健診や予防接種のほかにも、母子保健には母親学級、栄養教室、新生児訪問を行っており、高齢者に対しては介護リスクや健康リスクの高い高齢者を拾いあげ介護予防事業などの適切なサービスを提供している。このように地域をより広い視点で見つめアプローチする仕事は医師だけで行えるものでは到底ない。日本の保健医療体制では、医療は病院・診療所の仕事、予防や公衆衛生は保健所・自治体・企業の仕事となり、診療報酬の対象外になっているが、多職種連携する診療所での支払い制度を考えていくことが必要となる。

そして医師の役割だ。日本では専門医としての標準的能力を保障するための専門研修制度が、ようやく 2017 年度から導入される。新しい専門医制度が開始されると、しばらく時間はかかるだろうが、いずれは病院でも診療所でも専門医を標榜するには、基本領域の専門医のいずれかを取得することが条件になる時代がくる。患者の信頼を高めることにもなる。基本領域には、プライマリ・ケアの専門医である「総合診療専門医」も加わった。

新しい専門医制度が始まると、医師の偏在が進むという反対意見はいまだに強いが、臓器別の専門医は人員も豊富で症例数も多い大学や基幹病院に集約化し、地域住民の健康に包括的・継続的に責任を持ち、看護師や保健師を始めた多職種と協働できる総合診療専門医を普く育成していくべきだ。

一方で、現在すでに地域で働いていわれる「かかりつけ医」がプライマリ・ケアの専門医としての機能を備えるための再教育も必要である。「総合診療専門医」の専門研修カリキュラム³²や評価・(再)認定方式を参考にして、レベルの高い教育プログラムを作成しなければならない。

保健医療分野のデータをビッグデータとして整備する重要性が日本でも注目を浴びている。しかし、本章でも見たように、日本の保健医療費関係の統計には不備が多い。今回取り上げた 4 カ国では、「プライマリ・ケアが健康問題の 9 割に対応し、総保健医療支出の 1 割程度」というデータを即座に入手することができたが、日本ではプライマリ・ケア、2 次、3 次医療という提供体制の機能分化さえまだ不十分だ。

疾病の早期に対応する事も多い地域医療の現場では、確定診断をつけられないことも多い。患者も病気の初期段階では、漠然とした不安だけで受診することは珍しくはない。例えばデンマークの診療所では受診理由の第一は「未確定」で全体の 24%を占めている。医

³² 日本専門医機構 『総合診療専門研修カリキュラム』

http://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive/doc/comprehensive_doc12.pdf

療者側にとっても、病気の初期段階では、疾病は常に不安定で、未分化の状態であり、このような時期での診断は困難である。レセプトデータは貴重な情報源であるが、確定診断できるような重症疾患を扱う病院での利用により適しており、診療所などの外来で日常的に遭遇する健康問題に対して利用するには適していない。特に、日本ではプライマリ・ケアを担当する医師のトレーニングが標準化されていないため、誰がカルテを書くかで病名が異なる（同じ病気でも医師によって病名の表現が異なる）場合も多い。

また、プライマリ・ケアの段階で日本のように各科専門医が診療を行うと過剰な診療に傾きやすい（山田, 2015）。出来高払い、その傾向を助長し、特に高齢者は老化に影響される健康問題が多いため、軽症で治療が特に期待されない患者に対して、必要以上に病名をつけて（一般成人の基準値から外れるという理由で）、それに伴う検査、投薬がなされる傾向がある。オランダでは医学的に説明できない症状（medically unexplained symptoms; MUS）に家庭医がどう対処するかの診療ガイドラインも存在する。

2017 年から「総合診療専門医」というプライマリ・ケアの専門医の育成が始まることを契機に、プライマリ・ケアのデータベースと、そのデータベースに基づいた研究が蓄積され、そうした研究が医療政策に活かされることが期待される。

政府が進めようとしている公的なサービスの産業化やインセティブ改革では、高齢化に直面した日本の保健医療制度をより良いものにすることは難しい。例えば「健康経営」として、従業員の健康意識を高め、企業の業績と結びつける試みは、各企業の取り組みとしては評価されても、この試みによって高齢者の医療費はコントロールできず、高齢者医療制度の支援金や拠出金や保険料に跳ね返る現状を解決できない。政府として取り組むべきは、国から保険者への財政支援を、現行のような給付の一定割合を事後的に負担する仕組みから、標準的な医療費を事前に保障するなどの仕組みへ変えていくことだ。

また、政府は予防の重要性を強調しているが、企業は労働安全衛生法で定期健診、保険者は高齢者医療確保法で特定健康診査（メタボ健診）をそれぞれ担っており、重複や漏れも多いと思われる。そもそも予防や公衆衛生は保健所、自治体、企業が、医療（検査、診療）は病院や診療所が対応することになっていて、医療制度改革というと後者の診療報酬の議論に目が行きがちだ。今回紹介した国々のようにプライマリ・ケアを中心とした医療制度を持つ国は、予防や公衆衛生も医師の重要な役割になっており、支払い制度もそれに則した制度だ。

受診回数の多さや過剰な投薬や検査などは日本の医療制度の特徴として指摘されるが、実は過少医療の問題も深刻である。日本人で受診回数が多いのは、高齢者など一部の人の傾向であり、実は過去 1、2 年間に 1 度も受診をしていない人の割合も国際的に高い（井伊・関本, 2015）。本当に受診が必要でも待ち時間が長いなどの理由で医療機関にかかれない

人も多い。診療のばらつきが大きい現在の日本の医療の状況を改めることなく、自己負担額の増額や予防行動（もちろんそれ自体は重要である）など需要者側の努力に頼るような医療制度改革は持続的でなく、真に受診が必要な人を排除してしまう危険性がある。特に所得格差の拡大や貧困層の増加が進むとその懸念はますます大きくなる。自己負担の増額だけに頼るのではなく、所得税改革など「世代内の公平」、「世代間の公平」の観点からの制度見直しも一層進めていく必要がある(井伊, 2015a)。

政府がやるべきことは、1) 保険者への財政支援を、現行の医療給付の一定割合を公費として事後的に負担するのではなく、個人の負担能力を厳正に判断して低所得者へ直接補助すること、2) 主に医師の診療行為に支払われる診療報酬を、多職種連携を促進する支払い方式へ、その際、予防行動を進めるような診療報酬を考慮すると同時に医療者（医師や看護師など）の質を高める教育や研修のあり方などに取り組むことであり、これは世界各国が進めている経済再生と財政健全化を両立させるインセンティブ改革である。

参考文献

井伊雅子(2016), 「保健医療統計の陥穽 ～国際比較をめぐって～」, 医療経済学会 10 周年記念誌。

井伊雅子(2015a), 「幸福のための取捨選択」, 『医療と社会』, Vol. 25 No.4, pp.337-338。

井伊雅子(2015b), 「第 1 章: 医療分野の改革の方向性」, 『社会保障改革しか道はない- 2025 年度に向けた 7 つの目標』 NIRA (総合研究開発機構) 報告書。

<http://www.nira.or.jp/pdf/1501report.pdf#page=14>

井伊雅子(2011), 「先進国の医療制度改革と日本への教訓—オランダの家庭医制度を中心に」, 鈴木亘・八代尚宏編『成長産業としての医療と介護』日本経済新聞社, pp.211-237。

井伊雅子・関本美穂(2015), 「日本のプライマリ・ケア制度の特徴と問題点」, 『フィナンシャル・レビュー』(通巻第 123 号), pp.6-63。

http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/fr123.htm

葛西龍樹(2016), 「家庭医とは何か?」, 日本内科学会雑誌 105 巻 4 号, pp.736-746。

葛西龍樹(2014), 「地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題」, 医療経済研究 Vol.26 No.1 pp.1:3-26。

川越正平・澤 憲明(2015), 「クロストーク 日英地域医療: 第 9 回ピア・レビューや外部監査の機能を持つ英国の医療」, 『医学界新聞』第 3138 号 2015 年 8 月 24 日。

https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03138_06

クリーフ、リチャード・C・バン(2012), 「オランダの医療制度における管理競争-前提条件

と現在までの経験」, 『ファイナンシャル・レビュー』(通巻第 111 号), pp.74-89。

http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list6/r111/r111_05.pdf

厚生労働省(2015), 「保健医療 2035」。

澤憲明(2012)「英国家庭医から見た患者中心の医療」 病院 71 巻 4 号 pp.286-289

社会保障制度改革国民会議(2013), 「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」。

西沢和彦(2015a), 「『総保健医療支出』推計の問題点」, 『ファイナンシャル・レビュー』(通巻第 123 号), pp. 163-187。

http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/fr123.htm

西沢和彦(2015b), 「『総保健医療支出』における Long-term care 推計の現状と課題 ―医療費推計精度の一段の改善を―」, JRI レビュー, Vol.11, No.30。

西村周三(2015), 「西沢論文に対するコメント」, 『ファイナンシャル・レビュー』(通巻第 123 号), p.188。

http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/fr123.htm

丸山士行(2009), 「オーストラリアー 公的部門と民間部門の併用-」 井伊雅子編『アジアの医療保障制度』東京大学出版会, pp.1-13。

スタックラー、デヴィッド、サンジェイ・バス(2014), 『経済政策で人は死ぬのか?』草思社。

島崎謙治 (2015), 『医療制作を問いなおすー国民皆保険の将来』ちくま新書。

山田隆司(2015), 「地域での適切な外来診療機能について～ICPC (プライマリ・ケア国際分類)による分析と総合診療医の役割～」, 『ファイナンシャル・レビュー』(通巻第 123 号), pp. 100-126。

http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/fr123.htm

BMA and NHS (2015), “2015/16 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF)” .

Beales S, Smith P (2012), “The role of primary health care in controlling the cost of specialist health care” *Nordic Economic Policy Review*, 2 pp. 153-86.

Dutch Ministry of Health Welfare and Sport (2014) Annual Report.

Dusheiko M. et al. (2010), “Does Disease Management Reduce Hospital Costs? Evidence from English Primary Care,” *Journal of Health Economics*, 30,919-932.

House of Commons Library (2015), “General Practice in England”

Kleef R. van (2014), “Long-term care in the Netherlands: Towards managed competition?” *Managing Integration of Long Term Care for Elderly and Policy Implication* (高齢者介護・介護

統合モデルの構築と政策への適用) 成城学園創立100周年記念 国際シンポジウム報告書.

Nicholson C. et al. (2012), "The Australian Experiment: How Primary Health Care Organizations Supported the Evolution of a Primary Health Care System" *Journal of the American Board of Family Medicine* 25.

OECD (2014), "Reviews of Health Care Quality, Japan Raising Standards: Assessment and Recommendations" (医療の質レビュー 日本 スタンダードの引き上げ 評価と提言)

Okma, K.G.H., T.R. Marmor, and J. Oberlander (2011), "Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands," *New England Journal of Medicine*, 365, pp. 287-289.

Pedersen, K. M., et al (2012), "General Practice and Primary Health Care in Denmark" *Journal of the American Board of Family Medicine* 25.

Roland, M. et al. (2012), "Primary Medical Care in the United Kingdom," *Journal of the American Board of Family Medicine* 25.

Schafer, W. et al. (2010), "The Netherland Health system review" *Health Systems in Transition* 12(1).

Smith, P. (2014), "The Role of Primary Health Care in Controlling the Cost of Specialist Health Care" Managing Integration of Long Term Care for Elderly and Policy Implication (高齢者介護・介護 統合モデルの構築と政策への適用) 成城学園創立 100 周年記念 国際シンポジウム報告書.

Weel, C. van, Schers, H., and Timmermans, A. (2012), "Health care in the Netherlands" *Journal of the American Board of Family Medicine* 25.

Winssen, K.P. van, van Kleef R.C., van de Ven W.P.(2015), "How profitable is a voluntary deductible in health insurance for the consumer?" *Health Policy* 119: 688-695.

World Bank (2015), "Living Long and Prosper: Aging in East Asia and Pacific".

World Health Organization (2008), "Primary Health Care: Now More than Ever" *World Health Report* .

Wright, M. (2012), "Pay-for-performance programs" *Australian Family Physician* 41 (12).