

が重要なと思います。特に OECD の医療統計は OECD ヘルスデータとして毎年更新されておりまして、また、その概要については OECD の東京センターのホームページで日本語でも見ることができますので、皆さん参照していただければ

と思います（資料 6-8）。

以上、わが国の立場、そしてまた、OECD の国際比較という立場からコメントさせていただきました。どうもありがとうございました。

ディスカッション

ジュリアン・ルグラン、ピーター・シェーラー、
京極高宣、井伊雅子、郡司篤晃、
南 砂、金子能宏、西山裕（司会）



司会 それでは、パネリストの方々に基調講演者の方々も加わっていただきまして議論を深めていきたいと思っております。

まず進め方です。円滑な進行という観点から、取りあえずは私から各先生方に質問するという形で進めてまいりたいと思います。その際には、本日のセミナーのパンフレットで「討論のポイント」

という事項があったかと思いますが。それを一つには参考にさせていきたいと思います。それからあと、先ほどまでの間に会場からご質問を多く頂いております。これらのご質問も踏まえまして質問をしていきたいと思います。なお、パネルディスカッションの時間は限られております。会場から頂きましたご質問をすべてご紹介することは

できないということをあらかじめご了承くださいと思います。なお、各先生からご自分で発言をされたい、もしくはほかの先生に質問をされたいという話がありましたら、いつでも構いません、挙手いただければ私からその発言を求めるとい形にしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。まず皮切りといたしましては、3人の基調講演をされた方、それから、それぞれパネリストのコメントなどや、もしくは会場からの質問も出ております。そうしたものも踏まえましてコメントを頂ければと思います。

最初はルグラン先生です。実は会場から質問が入っております。準市場の定義に関しまして、「準市場は選択と競争の代用なのか。『準』とあるので公的介入というものもそれに入っているのではないかと自分は理解していた。それから、イギリスの準市場はうまくいっているのだろうか」と。これに関しまして、もともとルグラン先生からNHS改革の考え方ということに重点を置いてお話があったかと思いますが、それでは具体的にイギリスにおいてNHS改革というのはどのような政策手段を取られたのかという点を伺いたいと思います。例えば聞くところによりますと、GPに登録患者の予算を持たせて、病院のサービス向上だと思っておりますが、そういったものをやってきたとか、もしくはプライマリーケアトラストというものを設けてやってきたとか、そういう話も聞いております。まずどのような手段を講じて、どの程度うまくいったのだろうか、もしくは問題が出てきたのだろうかということをも具体的に話していただければと思います。どうぞよろしくお願いたします。

ルグラン どうもありがとうございます。質問を頂いたことを感謝いたします。

準市場の定義ですが、普通の市場とは三つの点で違います。第1に、一番重要な点ですが、お金は消費者、すなわち利用者から来るわけではなく、政府が資金を出すということです。したがって、人々が自らの資源を持って市場に参入するわけではありません。購買力が国家によって与えら

れたものだということです。次に2番目の点です。普通の市場ですと、いわゆる民間の利益を上げる法人があります。そして、自らの満足度、あるいは効用を極大化する利用者、消費者がいます。ところが準市場では、営利法人と非営利法人がいます。さらに、公益志向の高い利他的なもの、あるいは利己的なもの、あるいはその二つの混合体というものもあります。このように、非常に複雑な市場になっています。ここも普通の市場と大きく違うところです。3つ目の違いは、情報の果たす役割です。ほとんどの市場は、市場が適切に機能するためにはしっかりとした情報が必要です。医療ではこの問題が常に付きまといま。消費者、すなわち利用者はしっかりとした情報を持ちません。したがって、代理人、エージェントが必要になります。代理人が利用者・消費者を助けていかなければなりません。

これは2番目の質問とも関連してきます。われわれが実際に何をやっているのか、いわゆる準市場においてイギリスで何をやったのか、何がうまくいったのかということですが、この代理人の問題は、情報という問題と絡めて議論されますが、患者に対し、例えば病院の方針のような大量の情報を提供するようになっております。例えば「NHSの選択」というウェブサイトが作られております。例えば腰が悪くて何か手術が必要だということになり、ホームページを見たとき。そうすると、一番近い病院を紹介してもらえます。またどのぐらいの待ち時間かということも病院ごとに分かるようになってきます。さらに、MRSAの感染率が病院ごとにどうなっているのかもわかります。やがては病院ごとの死亡率や、外科医の手術の成功率などの情報も提供したいと思っております。これは既に手に入る情報です。ホームページで「NHS Choice」というところに行けばこういう情報はすぐに手に入るようになっていま

また、確かにGPに対しては予算を与えております。そして、一定の資金を配分された予算の中で患者に成り代わって保有するという形です。GPが実際に患者の代わりに病院の治療のために

支出を行っていきます。したがって、どのような治療を選ぶのか、患者と共同で決定するということがよく見られます。そして、患者にはある程度の情報が与えられます。GPには賢くお金を使うというインセンティブが与えられています。先ほど申し上げたかと思うのですが、日本で抱え得る問題として、GPがゲートキーパーの役割も果たし、自らいろいろな面でコントロールを利かせてしまうことに伴う弊害があります。例えば病院への送致などについてGPがすべてコントロール権を握ってしまうというようなことです。

実際は、このような問題に対していろいろな改善が見られます。例えば待ち時間の改善については私の基調講演の中でも図をお示ししました。今でも改善は続いております。特に準市場の選択と競争の下ではさらに改良が進んでおります。もう一つの質問とも関連してくるのですが、貧困層と富裕層の格差という問題があります。確かに以前は中所得層より貧困層の方が待ち時間が長いという状況がありましたが、今では中間層と貧困層は同じような状況になってきております。さらに今、富裕層より貧困層の待ち時間の方が短くなってきているというように変わってきています。

最後にわれわれが直面している問題ですが、お金は選択の後を付いて回るということを先ほど申し上げました。したがって、すべてに価格を付けなければなりません。ところが、精神疾患や介護の分野でも価格設定の問題があります。後ほどまた時間があつたらこの点について説明したいと思います。

司会 ありがとうございます。

それでは、次にシェーラー先生にご質問をしていきたいと思っております。先ほどのシェーラー先生のお話の後半部分で、一人当たり保健医療支出と一人当たりGDPとの比較のグラフがあつたかと思っております。非常に興味深く見させていただきました。各国、経済状況が非常に悪いときには特異な動きをすることもありますが、そこを何とか乗り越えればまたいい形が出てくるということが見えてきたのかなという気もしますが、お話の最後

のところで、各国それぞれに医療サービスについての目的とといいますか、制度について国民がどのように考えているかというところが非常に重要だというお話があつたかと思っております。そのところを、もう少しお話しいただければありがたいと思っております。

シェーラー われわれの調査結果を見ますと、この点はまだ十分に分かっていないこともあると思っております。この調査を始めたときに、医療費の支出の伸び率は景気後退のときに下がるのではないかと考えていました。しかも、もともと民間への依存が大きいところではこの現象がより大きいのではないかと考えていたのですが、そういう証拠は出ませんでした。

医療費支出の伸びを景気後退のときに抑えることができた国は少なかったのですが、すべての国でそうなったわけではありません。どちらかと言えば、公的資金を多く使っている国で支出を抑えているところが多かったのです。したがって、なぜこうであるのかもっと調査が必要だと思っております。その国の医療制度が原則として民間依存であつたとしても、実際には連動していないようです。例えばアメリカがそうです。フランスのように公的資金に依存している度合いが高いところでも、ここ数年の伸び率は持続可能ではありません。将来を同じように外挿すると、GDPの30～50%もの割合が医療費に充当されることになってしまいます。したがって、何によってこの支出が伸びているのかを理解する必要がありますし、各市場の中では民間支出への依存が大きいところを調査した上で理解する必要があります。例えばルグラン先生による公的制度との比較といったものとして行った分析結果をもっと調べる必要があると思っております。

アメリカのシステムを考えてみますと、アメリカのガバナンスの一つの原則は信頼です。専門職に対する信頼が大前提としてありますが、それ以外にはあまり前提がありません。そういう意味では十分なケアが必要です。例えば製薬業界が提供する医薬品や医療デバイスは安心できるのか、き

ちんと資格を持った人が実務を行っているのか、きちんと訓練を受けた資格を持った専門家が従事しているのかという注意が必要です。そして、この専門家が意思決定を行った後は、もはやその決定を覆すことはとても難しいのがアメリカの現状です。その結末を見てみると、いろいろな意味でうまくいっていないところがあります。例えばアメリカはOECDの加盟国の中で最も乳児死亡率が高くなっています。良くはなっているのですが、その改善の度合いがほかのOECD加盟国には負けています。アメリカでどれだけの資源を乳児の医療のために使っているかを考えると、何か間違っているのではないかと、アメリカの医療専門家がサービスを提供している方法で、特に最も脆弱な人たちへのサービスに問題があるのではないかと思わざるを得ません。その背景の力といった場合、神秘的なものとか、不思議な魔力ということではありません。そうではなく、マーケットをもっとよく理解する必要があります。もっと精査をした上で、どういうパフォーマンスであるのか、なぜそういうパフォーマンスであるのかを調べる必要があります。

グラフでは、各国ともどう取り組むべきであるか参考にしたかったのです。日本については二つの 이슈があるかと思います。一つは2006年のデータが使えなかったことです。ほとんどのOECDの加盟国については2006年のデータが入手可能でした。しかし日本のものだけ2005年しかなかったため、比較のためにほかの国も2005年を合わせて使わなければいけなかった。残念でした。もう一つの日本の問題です。これは興味深いパターンが経時的な日本の変化で見られたと思います。日本のデータで民間からの支出のアップダウンがあったと思いますが、その原因は今のところデータの欠けているところが問題だと思えます。そのようなデータ不足に取り組んでシステムの評価を十分にできるようにしていただくことが重要だと思えます。

司会 どうもありがとうございました。

それでは、基調講演の3人目、京極所長です。

これも会場の中からご質問がありました。一つは先ほど南先生からもお話がありました。介護に関してのマンパワーの問題が非常に深刻です。これについて「社会保障費抑制ということの問題はここにも影響しているのではないかと」質問されています。そうしたマンパワー不足についての認識と、どうすれば解決できるのかということをお話してほしいということです。あともう一つ、これは井伊先生へのご質問だったのですが、介護に関するものなので京極所長から併せてお願いします。「介護保険制度によって経営主体の民営化が進んできた。ただ、一方でなかなか採算が合わないということを経営者からして事業からの撤退が進んでいる。そうするとせっかく選択の幅を広げようと思ったのが狭くなってしまおうというケースもあるのではないだろうか。このような問題についてどう考えるか」。この2点です。よろしくお願いいたします。

京極 まさに今の政治的な焦点でもあるのですが、大局的には、あるいは長期的には、介護サービスを必要とする高齢者が急増してきます。つまり需要が非常に大きくなっていくということは誰も否定はできないわけですが、それに対応する介護マンパワーが相対的に伸び悩んでいます。需給ギャップが非常に大きくなっているため、市場経済に任せていけば自然に介護のサービスの単価も上がっていくのが普通ですが、これは政策市場（いいかえると政策的社会市場）でありまして、介護報酬は基本的には国が決めていくという中で、2回の介護報酬の抑制が結構大きな影響を与えたのではないかと考えています。今、介護報酬を平成21年度に向けて3%アップの改善をしていこうという動きにありますので、少し情勢は変わっていくと思います。ただ、短期的には厳しいかもしれませんが、マスコミ関係者の南さんもしらっしゃいますから言いにくいのですが、今の当面の状況がずっと続くかのごとく言うのは間違いではないかと思えます。つまり、必ず改善されていくと私は確信しております。何人かのマスコミ関係者の方に聞きますと、良かれと思って介護状

況が厳しいということを書いたのだけれども、それが逆効果で、若い人たちが介護の方に行かなくなってしまったと言われていました。これから慎重に記事を書かなくてはいけないということを数人の方から聞いておりますので、今後状況は変わっていくと思います。

基本的には、介護保険の場合は介護報酬単価というのが決め手であるということと、もう一つは労働分配率の問題です。近年、株式会社の場合は株主への配当ということを非常に重視する傾向にあります。無理をしてでも高い配当を出すという傾向がなかったかどうかを見る必要があります。戦後の日本経済は労使協調で、厳しい中でも労働者の給料を上げていって経営者も頑張ってきたという歴史がありますが、近年やや経営者の考え方が少し違ってきたのではないかと思います。その意味で、労働分配率の改善を図るということももう一つ重要だと思います。

最後に、介護は生活の非常に大事な、特に終末期ということをとっても最も幸せの大事な鍵を握る部分ですので、こういう分野で働く人々の働く意義とか、働きがいとかが、そういうことについてもう少し国民が関心を持っていただけるかどうか重要です。3Kの典型で、危険、汚い、きつい場のように受け止められている向きもありますが、これを改善して、介護の役割を国民みんなで大切に考えていくという、国民意識の改善というか、改革が必要だと思います。そのようなことにより、必ずいい方向には動いていくのではないかと思います。

企業も一部不採算部門ということで撤退しているように、全体から見ますと確かに厳しい状況ですが、地域のお年寄りのために非常に効率的に活躍して一定の業績も上げている会社もあります。したがって、すべて全体に悪くなっているという指摘は正しくないと思います。訪問介護系統は厳しいわけですが、施設系統についてはそれほど悪くないわけです。何となく、介護部門は全体に不採算性部門だと取り上げられがちですが、現実を見ますと決してそんなことはないわけで、今いつときの厳しい状況はやがて変わっていくと思いま

す。今、季節で言うと冬の時代ですが、もうすぐ春が来ると思って、国民の声を上げていけば改善されるのではないかと考えています。

司会 どうもありがとうございました。

それでは、今度はパネリストの方にお話を聞かせていただければと思います。まず井伊先生は最近、日本の医療に関して、フリーアクセス、いい点もあるけれども弊害もあり、そうした意味で家庭医とか総合医といったものをやはり育成していくべきだと主張されているものを読んだことがあります。そういった意味で、今回ルグラン先生のお話、考え方、先ほどのコメントを聞かれました、いかがでしょうか。先ほどルグラン先生にご質問されたいこともあるということもあったようなので、この機会にお話をいただければと思います。

井伊 ありがとうございます。家庭医に関しては、今回、会場の中にも専門の先生がいらっしゃいますので、ぜひ専門の先生のお話もお伺いしたいと思っています。ご質問の内容にもありましたが、日本の医療や介護においてどのように国民や住民の声を反映するかということが重要です。医療の中ではあまり議論されておりませんが、今、地方分権の議論をしている中で、私は地方議会のあり方を考える必要があると感じております。突然、地方議会と言うと驚かれる方もいらっしゃるかもしれませんが、日本の場合は給与従事者が議員になる場合に仕事を辞めなければなりませんので、どうしても建設業者ですとか高齢者といった方々が議会の中心になってしまって、そういった人たちの関心のある政策が主に議論されてきたように思います。アメリカなどでは、例えば学校の教員が夜間や平日に行われる議会に参加することができる。すべての議員がそういったボランティアというか、日当払いのような形で参加するというのは無理かもしれませんが、日本でも、せめて半分ぐらいは給与従事者がかかわるような制度になると、普通の生活をしている人たちが自分たちの暮らしの中で関心のあるテーマ、

それはまさに医療や介護だと思うのですが、そういったことを地方議会で決めていくことができるようになると思います。

国民健康保険や介護保険は、地方自治体が保険者になっています。地方議会が政策決定機関でもありますので、これから地方分権化が進められる中で、そこでの議論は非常に重要であると思います。日本でも確か福島県矢祭町でしたでしょうか、日当払いにするとところが出てきています。医療や介護において国民や住民の声を反映することにおいて、地方がイニシアティブを取ることができるのではないかとという意味で、地方議会の改革が非常に大きいと思っております。

パネリストの特権を生かして質問を先にしていいということなので、非常に素朴な質問をさせて頂きます。ルグラン先生のご発表の中に、失業者や所得や学歴の低い人たちというのは、自己負担がゼロにもかかわらず、有職者、富裕層、高学歴層に比べて必要以下の保険サービスしか利用していないというのがありました。これは昔から不思議に思っておりまして、GPにかかるのに自己負担が無料でしたら、日本だったらGPに殺到してしまうのではないかと思います。以前イギリスの医療経済専門の人たちに質問しましたら、GPに行っても長く待たされるだけなので行かないのだということや、イギリス人は気軽に医療機関に行かないように教育されているというようなことを聞いたこともあります。実際どうなのかということをお伺いしたいと思います。以上でございます。

司会 それではルグラン先生、お願いいたします。

ルグラン 今、指摘された地方自治体の問題はまさに重要な問題でしょう。おっしゃるとおりだと思います。われわれも同じ問題を抱えております。報酬の制度、あるいは時間配分についても十分熟慮しなければならないと考えております。イギリスの場合、地方自治体に関しては、責任は地方自治体よりも国の方に移転されるケースが出て

きています。地方自治体に対する資金の多くも国から出ており、責任も国の方が負う形になってきています。私は逆に地方自治体にもっと移譲すべきだと思っております。例えば資金調達や制度への資金の投入も、もっと地方自治体に責任を任せるべきだと思っております。

それからGPに関する質問ですが、平均では、GPに訪れる頻度は通常年に4回ぐらいでしょうか。またGPの数も不足しています。これが一つの問題です。さらに、GPは患者さんたちに対して独占体として動きたがるという問題があります。すなわち自らの周りに境界線を引いて、患者の中でもその境界の外から来た患者を受け付けないといった形になっています。これを改善しようということで今、努力をしていますが、競争原理の導入、そして選択を患者に与えるということが考えられています。今、GPの数を増やそうという動きがあります。そして、GPの仕事のあり方も変えようとしています。すなわちまとめて大きな単位にするとか、あるいは民間の企業の参入も認めてGPのサービスを提供してもらおうといったようなことも検討されています。歴史的に見ていろいろな問題があったというのはそのとおりです。ただ、これを是正しようということで努力をしております。GPのメリット・デメリットについて評価を下すには、もう少し待つ必要があるかと思っております。

司会 ルグラン先生、どうもありがとうございます。井伊先生、よろしいですか。

井伊 はい。

司会 シェーラー先生。

シェーラー 追加してよろしいでしょうか。OECD加盟国について、ニーズに応じたアクセスがあるかどうか、市民がGPあるいは専門医にかかりたいときにかかることができるかを見ました。全体としてGPにアクセスができるかどうかを見ると、これは平等もしくは所得が低い人の方

のアクセスの方が多く、専門医へのアクセスの方が特に不平等だったということが分かりました。

司会 どうもありがとうございました。

それでは、郡司先生、先ほどの話で一番最後の方でしたか、準市場の発想をきちんと取り入れたこと、それから地方分権ということも言われました。そこで Queen と Knight の間の信頼関係ということも言われました。先生のアイデアとしてもう少し具体的に、ではどういう形でやっていったらいいのだろうかということがもしありましたら教えてください。あともう一つ、会場からソーシャルキャピタルを生かした QOL の向上策が必要であり、「社会科学系の人とも連携していろいろと学際的にやっていかなければならないと思うのですが、どうでしょうか」というお話がありました。ちょっと違う話が二つで申し訳ございませんが、お答えをいただければと思います。

郡司 大きな問題ですが、私が発言した内容をもう一度申し上げますと、エージェント、あるいはゲートキーパーという機能が医療にはありません。介護は情報の非対称性は少ないのにケアマネージャーがいて、医療には情報の非対称性が大きいのにいないのです。これが非常に問題だと思っています。例えば在宅ケアを推進しようとしても、責任を持ってくれる人がいないと不安ですよ。そうすると、何かちょっとあると救急車に乗って病院の救急窓口押し寄せるわけです。したがって、複雑なシステムというのは1カ所を直してもそう簡単に改善するわけではありません。もっと本質的によく考えていく必要があります。そのためには、例えばほかの国の政策などよく勉強して、こういう可能性もあるのだということをよく学んで、自分たちのビジョンを持つべきではないでしょうか。そのビジョンの中で重要なのは人々のケアをするエージェントが必要だということです。また、どこに期待したらいいかということですが、私は例えば在宅にいる人たちの健康問題に対して何らかの形で責任を持ってくれる人が存在しなければいけないと思っています。つまり不安

に対しては誰が責任を持つという形でしか解決できないと思っています。そう考えると、後期高齢者医療でちょっと失敗しましたが、緩い形でとにかく責任を持つという形をまずつくっていくということが必要なのではないかと思います。日本にはプライマリーケアという代理人がどうしても必要だと思っています。

さらに、地方議会の関係ですが、いつでもどこでも誰でも最高の医療を受けられるというのは難しいでしょう。巨額の投資をすればそれだけコストが掛かりますから、それだけ負担できないというのが問題になっているのではないかと思います。そうすると、ある程度の集中化が必要だと思っています。そういうものは、中央政府が決めることはできません。地域で主体的にそういうことを考えていく必要があります。これが地方自治の本旨で、これはむしろ井伊先生の方がご専門なのですが、地方自治というのは民主主義の学校で、特に費用と給付の関係を学ぶことが重要ですよ。これは先生がどこかで書いていらっしゃると思いますが、教科書的な事実です。そういうことを考えると、できるだけ地域の中でやる仕組みをつくっていくということが必要なのではないかと私は思っています。

司会 ありがとうございました。

では南先生、先ほど患者と医療関係者との信頼関係ということで、郡司先生からジャーナリズムからの批判が相当あったという話もありました。先ほどからいろいろな話もあります。家庭医なり、もしくはそういったもの、患者、国民とドクター、医療関係者との信頼関係というのはどうもなかなかうまくいっていないという感じがあるかと思うのですが、どういう点でうまくいっていないのだろうかという点について、お考えはございますでしょうか。

南 非常に大きな質問だと思いますので、簡略に適切にお答えできるかどうかちょっと分かりませんが、私はマスメディアが発信する情報も含めて、情報が非常に大量になった今という時代に

おける医療の難しさということを、まずご指摘したいと思います。情報が非常に多いということは結構なことではあるのですが、では国民がきちんと科学に基づいた健康教育を万全に受けているかといいますと、学校でも家庭でも社会でも、どれをとっても健康教育については全く不備な現状です。原因は多様であると思いますが、その不備を補うかのように、新聞や雑誌をはじめとするメディアのいろいろな健康情報があるというのが現状です。しかし、適正な教育をきちんと持っていない人が非常に大量の健康法なり健康食品なりの情報にさらされたときにどういうことが起こるかというのは推し量るべくもないことで、消費者と見なされて戦略的に広告にさらされるわけです。したがって、国民が原点に立ち返って考える必要があるということがいえると思います。

もう一つ、今更ですが、1980年代に厚生労働省（当時の厚生省）で、真剣に家庭医というものをつくろうという議論がありました。このときに真摯な議論があったにもかかわらず、結局、医療提供者側に大変な反対があって駄目になり、ついには、家庭医という言葉すらいけないというような時期がありました。今それを私がここで申し上げても、もう昔の話という感じですが、今している議論は、20年前にやっていたらどうだったのかということ、考える必要があると思います。

イギリスについて、私たちは何度も新聞などで「悪名高いNHS」と書きましたが、NHSを守ってきた地域の開業医の先生方に学ぶべきところは非常にたくさんあると思います。専門医がいい、高度な技術がいいという価値観自体が今問われているということではないでしょうか。マスメディアも国民も医療側も、専門医が素晴らしくて、地域で総合的に患者さんを診る医者がまるで素晴らしくないような誤った認識を持ちました。しかしこれは非常に大きな誤りであったということ、真摯に認めるところから始めないと、私どもは決して幸福にはなれないと思います。

司会 どうもありがとうございました。

どうぞ。

シェーラー 私は今のコメントを聞かせていただいて興味を惹かれました。実はわれわれはトルコの医療制度のレビューを行っています。トルコ政府も抜本的に改革を進めたいということで、非常に強い反対に遭ってはいますが、新しい制度で家庭医を導入しようとしています。医師会から強い抵抗がありますが、唯一の方策として、質の高い医療を受けるには数に限りのある病院に競って行くしかないという制度を、家庭医を通して医療をあまねく提供しようという制度に変えようとしています。しかし、これは非常に高価につくだろうと思います。

司会 京極所長、どうぞ。

京極 今の南さんのご発言は大変重要なことです。基調講演では介護の話に限定しましたが、日本の医療は今、大きな転換点を迎えていて、病院医療中心から在宅医療重視へという動きになっていると思います。後期高齢者医療については説明不足もあって少し評判が悪かったのですが、あの中の心は、魂は、在宅医療をこれから進めていこうということだと思います。そういう点で、かつて家庭医を議論したときには、医療の大戦略の転換の中の家庭医という位置付けがないために、言葉は悪いですが、医師会その他の圧力で話が消えてしまいました。しかしこれからは在宅医を充実させていくということで、日本もイギリスのGPと専門医の關係に近いものに変えていかなくてはいけない時期に来ています。したがって、これからの議論ではだいたい変わってくるのではないかと思います。

医学教育においても、専門医教育だけではなくて総合医の教育ということも今は言われておりますので、ちょうど今はその転換点であるということで、歴史をもう1回繰り返すことはできませんが、歴史的な反省に立ってみると、今の時期というのは非常に貴重な転換点だと思っております。

司会 ありがとうございました。

それでは、金子部長に質問をさせていただきたいと思います。経済学を研究されているということで先ほどのお話がありました。これは私の勝手な理解かもしれませんが、ルグラン先生や京極所長のお話はいずれも社会保障制度であり、公的財源でやっている部分が大いわけですが、それがしばしば官僚的、非効率的なものになってしまいます。そのため、それをどうやって利用者のニーズに適した効率的なものにしていくかということの工夫のお話ではないかと理解しております。こうした問題について、市場原理を入れればいいのではないかとということがよく言われるのですが、価格を基にした需給調整という話になってしまうと、社会保障制度の場合には問題があります。例えばイギリスの場合、NHSは無料のサービスです。日本の介護保険も公定価格です。そこで無理やり価格という形を導入してしまうと、今度は低所得者がサービスを受けられないという問題も出てきてしまいます。その意味でいくと、そのイギリスのNHSの改革も、日本の介護保険制度もそうだと思いますが、利用者、もしくは利用者の代理人、エージェントと、こうした形についてのサービスを選択できるようにして競争させる、というアイデアではないかと思えます。経済学の観点から、学者としてのご意見をいただければと思います。

金子 どうもありがとうございます。ミクロ経済学で考えると、基本的には価格メカニズムが資源をうまく配分できるということですので、医療・介護サービスも価格メカニズムでうまく資源を配分できるはずなのですが、なかなかそうはいかないという面があります。もちろん医療も、先ほどシェラー先生の報告で国別に利用者負担が違っているという指摘もありましたし、京極先生からは、利用者負担が呼び水効果になって、それが医療・介護サービスへの公的資金の投入を増やすというお話もありました。したがって、市場原理主義だけではうまくいかないということを補うために公的資金が導入されて、国民のコンセンサスを得るために、それを利用する人にも一部負担して

もらうということになるのだと思います。

一部負担については、ではみんな同じがいいのか、それとも先ほど西山調整官がおっしゃったように低所得者のことも配慮すべきかといったら、これは郡司先生がおっしゃったように経済哲学の問題にかかわるのかもしれませんが、個人的には低所得者に配慮した方がいいかなと思います。市場原理主義ではすべてが解決できないために、価格メカニズムを利用しつつ政府の公的資金を投入することがいいことだというのが私の考えです。ではこれをどういう理論で、どういう理念で説得するかというときに、やはり準市場、国際マーケットの理論や社会市場の理論は説得的なものではないかと思えます。特にルグラン先生のご研究は日本語でも翻訳が出ているということなので、多くの方々がより深く勉強できるのではないかと思います。

あともう一つお話ししたいことがあります。選択肢は誰が提供するのかというと、ここは政府が規制を与えることとなります。別の言い方と言うならば、介入してある土俵を作ってあげることになります。土俵の中のお相撲さんは、横綱になる者もいれば、関脇、前頭としてお相撲を取る人、いろいろなお相撲を取る人たちがいるのかもしれませんが。しかしそこは民間企業のみならず、NPO、あるいは財団や法人というように、プロバイダーとしてある一定水準以上の質を保つことのできる担い手をどんどん育成していくことが必要なのではないかと思います。そういう意味では、先ほど人材育成の話もありましたし、介護報酬をうまく調整して、若い人も働くインセンティブのあるような環境を整えていかなければいけないというお話ともつながります。また、サービスを提供する法人組織の問題と、その中で働く個々の一人一人の働き手の問題というように、いろいろと検討しなければいけないことがたくさんあると思います。今日午前中の基調講演でありました準市場の理論や社会市場の理論は、たくさんのメッセージ、あるいはたくさんの分析道具を持っているということが今回のセミナーで理解できたかと思えます。今後私たちも勉強して

いきたいと思っています。どうもありがとうございました。

司会 どうもありがとうございました。

それでは、次にルグラン先生、会場から出てきた質問で、イギリスのことに關して2点お答えをいただければありがたいと思います。一つは、イギリスで患者が病院を選択していくということは、必然的に競争に負ける病院が出てくることになると思います。それでは、そうした病院が廃止もしくは統合されることもあるでしょうが、そこに問題はないのだろうかというのが1点です。もう1点は、イギリスでは医療費の高騰ということはあまり大きな問題とはなっていないのだろうか、あるいは大きな問題として取り上げられているのだろうかという質問です。この2点についてお聞きしたいという会場からのご質問がございましたので、お答えをいただければと思います。

ルグラン ありがとうございます。まず病院が統合されるかどうか、閉鎖されるかどうかという質問ですが、素晴らしい質問です。これは実際に問題になっています。ご存じのとおり病院の閉鎖は非常に難しいことです。準市場のシステムの中では、有名で立派な病院も財政面で危機に瀕する場合があります。そういった場合まず大事なのは、理由もなく救済されてはならないということです。前に1回、大手の病院が破綻しかけたときに政府が救済したということがありました。これにより、改善しなくても大丈夫だ、助けてもらえるのだということで、インセンティブが損なわれてしまいました。最終的には問題があったとしても政府からお金をたくさんもらえばいいのだとなってしまいます。したがって、それをやってはならないということです。準市場には規制当局が必要なのです。規制当局が、競争抑止的な行為がなかったかどうか、つまり病院が独占的な競争抑制的な振る舞いをしていなかったかどうかチェックする必要があります。また参入も監視しなければいけません。それから、失敗したときの撤退も管理しなければいけません。さらにこの規制当局は自

由な権限を与えられなければいけません。これが非常に重要です。この意思決定を政治のプロセスから切り離し、距離を置かなければ、適切な対応ができないといえます。

医療費の高騰の問題ですが、これはイギリスでは歴史的にそれほど大きな問題ではありません。なぜならば、抑制することに成功を取めてきたからです。ただ、最近医療費は高騰を始めていますので心配はしています。私が奨励して導入されてきている準市場のシステムには、医療費が上がる要因があります。幾つかの病院は、できるだけ患者を取って利益を得たいと考えるわけですが、このとき過剰診療に走る可能性があります。ほかの多くの国々もこの問題を抱えています。したがって私は熱心にGPが予算を管理するということを提唱してきました。もし予算を全部使い切れなかった場合には、直接自分のために使うことはできませんが、自分たちの施設改善や患者のために使うことが許されるのです。したがってコスト抑制のインセンティブがここで働くわけです。不必要に人々を病院に送り込まないということで、これは逆インセンティブといえるでしょう。もう一つ、病院側としては過剰診療をするインセンティブがありますが、GPの方はそれに逆行するインセンティブを持っています。これがうまくいくかどうかはまだ分からないのですが、これはやはり医療費を抑制する一つの鍵になると思います。

司会 どうもありがとうございました。これは私の記憶違いでなければ、ルグラン先生、イギリスは家庭医に予算を持たせるというのを一度確か廃止されて、また復活されたのではないかと思います。ですが、これは正しいですか。

ルグラン そのとおりです。1997年に労働党政権が始まる前の保守党政権がそういう制度を持っていました。GPに予算を与え、非常に成功したのです。病院への送致の件数も減りましたし、処方薬の支出も減りました。まさに私が期待したとおり、費用を抑制するという方向に動いたのです。ただ、残念ながら労働党政権になるやいな

や、これが除去されてしまったわけです。その後、労働党政権が発展していく中で、この制度をなくしたことによってどういう問題が生み出されているのか気が付いてきました。そして、私がまた政府で働き始めたときに再び導入することができました。しかし悲しいことに、すでに熱意が失われてしまっていました。最初に始まったときには本当にGPでも熱心なGPが多かったのです。ところがその熱意が、いったん制度がなくなった間に失われてしまったのです。まだその問題を抱えております。もう一度導入を図って、さらにこれを推進していきたいと思っています。

司会 どうもありがとうございました。

それから、実はシェーラー先生に会場からまた質問が一つございます。先ほどの一人当たりGDPと医療費との分析に関してなのですが、その分析の中で、少子高齢化の影響はどのように出てきていると考えられるかというご質問です。

シェーラー 時間が経過するにつれて医療費の高騰は予測ができるはずですが。高齢化があれば当然医療費は上がることが予想されます。現在総合的なインパクトを計算しようとしています。しかし先のことを予測するときに、年齢別の医療費の増大を予測することは間違っていると思います。今のところは一人当たり何ドル使っている、この人は70歳で今、何ドル使っているから、30年後には高齢化が進むとこれは同じだけ増えるであろうと考えられるほど単純ではないのです。なぜかと言えば、その相関関係がまだはっきりしていないからです。ほとんどの医療における支出は、亡くなる1～2年前の時期に集中します。例えば70代では亡くならず80歳まで生きるのであれば、一番コストが掛かる時期も先送りになります。ただ、GDPが増えていなくても医療費の支出は1～2年の間に大体1%増えていました。そこで直ちにこの医療費の支出をどうコントロールをするか、あるいはその増え方、加速の度合いをどうコントロールするかということは、高齢化とは関係がありません。むしろこれは医療マーケットの性

質を十分に理解していないことから出てくる問題です。確かに高齢化が進んでいくとより多くの資源を医療制度に投入する必要は出てきます。もちろん日本がなさっているように急性期医療の医療機関(acute care facility)が乱用されないようにしなければなりません。また社会的入院を野放しにしてはいけません。それによって医療制度自体も高齢化社会のニーズに適応させていく必要があるのです。ただ、そのような変化を起こしていく際にも、ほとんどの国であれば能力の範囲内で行えるはずですが。したがって、政府が直面している課題は、それ以外のところにあると思います。

司会 どうもありがとうございました。

京極所長にご質問をさせていただきたいと思えます。先ほどからいろいろ地方分権の話、それから利用者の選択権のお話があります。最初の基調講演の中で京極所長が言われた中にもそうした点があったかと思えます。介護に関しての利用者の選択、それから地方分権という形です。そこら辺について、もう少し詳しくお話をいただければと思います。いかがでしょうか。

京極 介護保険に関しましては、先ほど十分に触れられなかったのですが、日本の場合、ドイツの州単位と異なり基礎自治体の市町村主義を取っております。ただ、市町村で単独でやっているわけではなくて、例えば税においても国がその半分を持って、あとは都道府県と市町村で4分の1ずつを持ち合うということでやっていますが、権限としては市町村が責任を持ってやるという形になっています。

介護の場合はそれでいいのですが、問題は医療にあります。後期高齢者医療は都道府県主義になりましたが、私は国民健康保険についても将来的には広域化、ないしはさらに都道府県単位でやっていくのが望ましいのではないかと考えています。私は医療計画などに携わったことがあります。大きな病院というのは市町村主義ではあり得ないわけでありまして、ある一定の中心地域で病院が広域的役割を果たしています。そうすると、

市町村主義でやっている国民健康保険というのはそれとフィットしないわけです。介護の場合はそれでいいのですが、医療では問題になります。だから、もちろん市町村の協力がなければできませんが、かなり広域的な病院については、ユニットとしては都道府県主義にしていくことが必要です。このことは、私は地方分権化に反しないと思います。国から地方へ権限を移譲していくということが地方分権化の基本的なことであって、それをさらに市町村にやれば何でも地方分権化が進むということではあり得ません。先ほどルグラン先生のお話にもありましたが、むしろ国民の声が反映できるような、“Voice”の問題をもっときめ細かく医療の制度のあり方に入れていくということが重要だと思います。各病院においてももっと住民の声が反映できる形にしていく。ただ、ユニットとして、小さければ小さいほどいいというようには考えていません。

もちろん、このことは病院医療を中心にして重装備の形の医療を進めればいいということではなく、病院医療と在宅医療の車の両輪をどうしていくのかを考える必要があります。今は病院の車が大きすぎ、在宅医療の車が小さすぎる状況です。したがって、在宅医療の車をもっと大きくして、車の両輪として真っすぐ進むようにしていく時期に来ているのではないかと考えております。

司会 どうもありがとうございました。

井伊先生、どうぞ。

井伊 今の京極所長のお話にも私も全く同感で、医療に関しては都道府県単位という形で考えていくべきではないかと思っています。日本の医療費は、誰の負担になるのかという財政的な帰結が明らかではないというところに問題があると常々思っています。医療費の問題は深刻だとみんないろいろなところで感じてはいるのですが、今の制度ですと、自分たちの医療費を下げれば自分たちが支払う保険料や自治体の負担が下がるという仕組みになっていません。国保の仕組みでも、三位一体改革における数合わせと言えるのかもしれない

が、都道府県の負担が初めて導入されて、結果として都道府県が医療費の問題に真剣に取り組むインセンティブになったように思います。介護保険は、最初の設計から市町村と都道府県の役割が明確にされていましたが、医療保険制度も参考にすべきであると思います。

日本の医療制度を考えたときに、ファイナンスの方は診療報酬など公的な制度で非常に厳しく決められています。一方で供給側は自由標榜制であったり、先ほど南さんがご指摘されたようにMRIであるとかCTスキャンであるといった高額な医療機器が自由に導入されています。県内で高額な医療機器を適切に配置するとか、予防行動を実施するとか、医療機関を適正に配置するといった意味でも、やはり都道府県の役割は非常に大きいと思います。小さい県でしたら二つの県で協力するというところもあると思います。

知事会などから大変反対の多いところですが、市町村ではあまりにも小さすぎますし、かといって国が一括にというわけにはいきませんので、私もやはり都道府県単位の役割であるべきだと考えています。リスクの分散といった保険の本来の役割を考えた上でも、都道府県の役割はこれからますます大きくなっていくと思っています。

司会 どうもありがとうございました。

郡司先生、どうぞ。

郡司 私は今の井伊先生のお話と同じ意見です。最初に申し上げましたように、戦後、日本で公立病院のネットワークをつくらうという構想ができたとき、一番中心にはリージョナルホスピタル、広域病院を置こうということになりました。その単位は人口100万人でした。医学教育まで考えると人口100万人ないと十分な症例が集まらないからです。現在の日本では大体1県1医科大学ですから、そこは実現しています。しかしその下の、さらにその下、ルーラルホスピタルと言っていた部分、特にプライマリーケアの部分で混乱しているというのが私の意見です。そして、市町村は無理です。私は鹿児島県で働いていたことがありま

すので、離島の小さな村があるのを知っています。人口2,000人といた小さな村が市町村のレベルです。一方で横浜市は300万人ですが、これでは全市町村が同じことはできません。したがって、医療を市町村に下ろすということではできません。やはり県単位で考えるということが適当だと思います。重要なことは、ケアの領域からは道州制は出てこないということです。

司会 どうもありがとうございました。

ルグラン先生、ご質問させていただいてよろしいでしょうか。今、日本のパネリストから医療と、地方分権、住民の参加という話が出ました。イギリスの場合もともと医療は国営という形ですが、そこに対する住民の意見の反映、もしくは地方自治体との関係など、何か改革が進んでいる部分もあるのでしょうか。

ルグラン はい、あります。そして大きく失敗をしてきました。幾つか試みが行われました。システムの“Voice”，意見の反映、改善するための試みがたくさん行われました。いろいろな特別の例えば委員会や、評議会、フォーラムをつくってNHSに意見を反映させようという試みが行われたのですが、すべての試みが失敗しました。なぜならば、リタイアした医師であったり看護師であったりする人たちが場を支配してしまうからです。したがって、うまく機能しませんでした。そして、足を運んで会議に参加した人々、委員会に出た人たちは、いらいらして帰ってしまうのです。病院側もいらいらしてしまうということでした。ただ一つ、ある程度うまくいったケースがあります。それは、患者が病院の理事会のメンバーとなった場合です。病院によっては理事会の理事に患者も入れるということがありまして、これは割とうまくいったケースです。“Voice”よりも“choice”だという理由はそこにあります。それは、この“Voice”，意見を反映させる手段というものは、うまくつくるのはほとんど不可能だからです。医療提供者、例えば病院などが人々に対応を良くするということの効果を発揮させるのがな

かなか難しいという状況があります。一方、“choice”，選択の方が機能します。病院としては、患者からの声を聞かなかった場合には選択されないという意味では、非常に強い道具になるわけです。単に委員会があって、そこで声を聞くというよりはパワフルになるわけです。したがって、全体的に言えばやはり“choice”という道具、この“choiceとcompetition”（選択と競争）の方がVoiceよりもうまく機能するのだと思います。

司会 どうもありがとうございました。

南先生、どうぞ。

南 私もルグラン先生に伺いたいと思ったことがあります。先ほど過剰診療のことをおっしゃいましたが、私は医療費を抑制するというを目的にすることはおかしいと思っています。高齢化し、医療が高度化する中で、抑制を目的化してしまっているような現状は本末転倒でないかと思うのです。ない袖は振れないという財政当局の気持ちも分からないでもないで、負担と給付ということはきちんと考えていかなければいけないことは当然です。しかし民間主体の病院が自分のところを重装備にして、競合し合って、医療の質で患者さんを取り合うということになります。これによりどうしても、非常に高価な機械を買えばそれを使用しなければならぬということになります。使用せず置いておくことももったいないことです。そうすると、例えば今、腎透析は医療費にして1兆円にもなりますが、そのようなものをドル箱にするような病院も出てくるわけです。そのところでどういうチェック機構があるかという、イギリスではGPの方に予算を持っていただいて裁量にまかせていけるわけですね。それも一つの方法だとは思いますが、日本の場合、すぐにGP制度というわけにはいかないと思います。何かアイデアがあるものであれば教えていただきたいというのが一つです。

もう一つ伺いたいのですが、介護保険に関しては、2000年に日本はドイツをお手本にして制度

をつくりました。しかし先ほども申しましたように、医療と介護はどういう関係なのかということにいまだに答えは出ていません。非常に乱暴な言い方をすれば、医療というのは治すもので介護は支えるものだという言い方ができると思うのですが、そこはもう密接不可分だと思うのです。制度は別でもいいのですが、やはり何らかのコーディネーターがなければ全くうまくいかないと思います。、ジュリアン・ルグラン先生のイギリスなり、ピーター・シェラー先生のお住まいのフランスなどでは、介護の部分についてはどのようになっているのかを、簡単に結構なのですが、教えていただきたいと思います。

司会 それでは、ルグラン先生、よろしければお願いいたします。

ルグラン まず二つほど簡単にコメントしたいと思います。まず1点ですが、どのように医療費を抑制するのか、それから過剰診療ということでしたが、そして適切な技術をどう利用し、提供していくのかは、おっしゃるとおり非常に深刻な問題だと思います。イギリスの機関でまだ話題に上がっていないのが、National Institute for Clinical Excellence, NICE (国立最適医療研究所) と呼ばれる機関です。NICE というのはエコノミストのグループ、専門家である経済学者のグループの集まりです。政府に認定されて、異なる治療、異なる医薬品、異なる技術のコストを算定するという仕事をしております。そして、このNICEには、一定のバリア、障壁が設けられています。このバリアとなる数値を超えると、かなりのコスト負担になるような仕組みになっています。またそのバリアは、効果の度合いによって変わってきます。ですから、コストが非能率的である、非効果的であるということになりますと、NHSはサービスの提供者に対して支払い、すなわち還付をしません。この制度は医療費抑制の非常に強力な武器、手段になっています。政治的にもいろいろと論争を呼んでおり、裁判所に訴えられたりもしています。例えば彼らはアルツハイマー薬への資

金負担を拒絶した、コスト効果がないと言っているとして訴えられたりしています。このようにいろいろな問題ははらんではいらぬものの、ほかの多くの国々も関心を寄せている制度です。日本でも検討される価値があるかもしれません。

繰り返しになりますが、介護については問題を抱えています。イギリスでも、医療と介護の間の連携は必ずしもうまくいっていません。ただし、二つほど革新的なお手本を申し上げることができると思います。一つのアイディアとして、例えばある高齢者が病院に入院しており、そろそろ退院する時期になっているとします。ところが、いわゆる社会保障の制度、社会的ケアの制度では、例えば老人ホームに空きがない、あるいは在宅ケアなどが得られないといったような問題にぶつかったとき、病院は社会的ケアサービス、社会福祉に対し、病院にとどまらせるコストを請求する権利が発生します。病院のコストはかなり高いわけですが、社会的ケア、社会福祉の側でも何らかの制度、サービスを提供しなければならないというインセンティブが働くわけです。日本でも高齢者がやはり長期に入院をさせられてしまっている、いわゆる社会的入院という問題があるということはいく承知しております。このように病院がいわゆる社会ケア、社会福祉の方に料金を請求する権利を持つということもいいアイディアかもしれません。

それから、既にこれは日本でも実行されているかもしれませんが、もう一つの工夫があります。高齢者にサービスを提供するのではなく、代わりにお金を与えるというものです。お金をどう使うかは、高齢者自らが決めることになります。前回日本に参りましたときに、社会保険制度との絡みで議論されていると伺いました。もし間違っているならば正していただきたいのですが、日本の制度で提案されたのは、高齢者がサービスを現金で買うというものでした。これは日本のフェミニストによって反対が出たとのことでした。高齢者が現金をもらって娘たちと暮らすようになるという聞きました。それが本当かどうか分かりませんが、もしそうだとするならば確かに問題でしょう。やはり

お金を与えてそれで済みますというのは問題かもしれません。

司会 シェーラー先生、どうぞ。

シェーラー 少し距離を置いて発言をしなければなりません。フランスのことなのですが、あまりフランスのことをきちんと見てきたわけではないという言い訳をしたいと思います。フランスでは日本やイギリスと同じような問題を経験しています。フランスでも高齢化していく中で、より多くの人たちが療養型の治療を必要としています。ただ、フランスの場合は日本よりは問題ではないかもしれません。社会的入院は日本ほどではないと思います。病院もかなり高いコストが掛かりますのでコントロールも十分に掛かっていて、日本ほど在院日数は長くはありません。しかし、療養型の施設に入所した場合には財源のシステムが違っています。これまでのフランスの政府は、ドイツ型の介護保険制度を導入するとコミットしてきました。しかし今では日本のようなものを導入すると言っております。ここで先にお見せしたグラフを思い起こしていただくと、急性期治療のコストは全くコントロールができておらず、そのためフランスでは、納税者あるいは事業所に対して追加的な社会保障費を出して介護制度を上乗せすることができていない状態です。そういうことで行き詰まっています。フランスでは公的財源を増やしています。しかも、ニーズが必要な人々には要介護の分類制度がありますし、重度の障害がある人、特に集中ケアが必要な人に関する分類があります。ただ、資産テストもあります。フランスのナポレオン法典は一部のアジアの国々の法律と同じで、究極的には家族が責任を問われて、家族がお金を持っているのであれば給付はしないという精神があります。日本とは違うかもしれませんが、フランスの場合では市町村が当初に必要なニーズを提供します。家族がお金を持っており、貧窮していないのであれば、必要であれば裁判に訴えてでも、その支給を受けた人々に対して、*pension alimentaire* という民間任意保険に加入せ

よと言われます。そして、市町村に償還するよう訴えることは可能です。これはもちろん社会的には大きな負担です。いきなり想定しなかったような高負担が掛かってくることもあります。しかし、なぜフランスの歴代の政権はドイツのような社会保障制度を導入ができていないのでしょうか。扶助のアプローチも取っているし、併せて、この際、お金を持っている家族にも依存しようというハイブリッドが続いてしまっているのです。多大なる努力が行われて在宅ケアは改善していますし、入所率をなるべく上げないようにしています。なぜかと言えば、そもそも入所は大変コストが掛かるからであって、その抑制の努力は行われているのですが、結局財源の問題が残っています。したがって、フランスでも十分な対応がまだできていないのが現状です。

司会 京極所長、どうぞ。

京極 先ほど南さんのコメントにちょっとあったのですが、若干訂正というか、実は1993年に当時の東京大学の大森彌教授を中心に、私も含めて10人の高齢者介護・自立支援システム研究会というものがつくられました。そこで介護保険の基本構想が練られたわけです。起草委員長は私です。そのときに、ドイツの介護保険はまねしないということにしたのです。ドイツは州ごとにやっていますが、日本は市町村ごとにやっています。ミュニシパリティ (*municipality*)、つまり住民に身近な基礎自治体でやるということです。もう一つは、ドイツは現金給付かサービス給付で選択できるのですが、日本の場合は、先ほどルグラン先生からもありましたが、いろいろな理由からサービス給付に限定しました。運用上、バウチャーなどを入浴サービスに使ったりしているところがありますが、基本は医療保険と同じようにサービス給付という形でスタートしました。今、順調に介護保険は進んでいますので、結果的にはそれで良かったのではないかと考えています。医療においては現金給付の形は恐らく一つも取られていないと思います。例えば生活保護の医療扶助について

も、あくまでかかった医療についてお金を渡すということになっています。したがってわが国の場合、サービス給付に対する対価として介護保険からお金が払われるという形を取り発展しています。ただ、スタート時点において、介護保険と医療保険が二重給付を受けないようにということを強調しすぎてしまいました。在宅医療の推進という点では連携して地域で介護が必要な人、医療が必要な人が生活できるようにといった工夫がもっと必要だったのですが、これはこれからの課題だと思っています。

司会 どうもありがとうございました。
どうぞ、郡司先生。

郡司 このシンポジウムは新しいアプローチとして準市場がはたして妥当なのかどうかということが中心的なテーマだと思うのですが、やはり現実に引きずられて、現実の制度の話になってしまっています。もしまだ制度の改革をする場合に規制緩和ということを言うとしたら、それはルグラン先生の言い方をすれば、利己の人間の方向へ持っていくと効率化が進められる、質が向上するという、そういう議論だと思います。準市場というのはホモエコノミクスというような単純なモデル化はしません。もう少し人間の価値観とかを取り入れて政策を実行していこうということですから、私はケアの領域では非常にまっとうな、自然なアプローチだと思っています。

ただ、それにもいい面と同時に悪い面もあるかなと思います。ここからはルグラン先生に対する質問になるかもしれないのですが、準市場には弱さがあると思います。それは、モデル化できないから、どうなるかということの予想がつかないという点です。市場モデルだったらモデルを分析すると結果の想像がつかます。しかし準市場の人間のモチベーションは、果たして本当にそうなるのかどうかということが保証の限りではありません。例えば私はイギリスの制度改革の懸念として、プライマリーケアトラストとか、ケアトラストが官僚化するのではないかと、政府のエージ

メントになってしまうのではないかと、あるいは今の状態だと Exit Power が失われて、結局“Voice”，民主制が弱まってしまっているのではないかと、と思っています。これは結局はケアの質の悪化につながるのではないかと思います。このようなことを実証的に調べていかなければならないのではないかと思います。その辺の方法論について、準市場による政策の進め方には弱さもあるのではないかと、ということをルグラン先生に質問してみたいと思っています。

司会 ルグラン先生、お願いできますか。どうぞ。

ルグラン おっしゃるとおりです。確かに大きな問題が準市場には付きまといまいます。その幾つかについてはもう議論をしました。例えば情報の問題、さらには病院が失敗したらどうしたらいいのか。それから官僚主義の増強、それらの危険性はあると思います。もう一つ、今、実験をしているアイデアがあります。今、患者に現金を与えるという実験を始めております。特に長期療養している患者、例えば糖尿病の患者には十分な資金、例えば1年分の治療分を与えて、もちろんアドバイスは行われますが、必要な決定を自らしてもらいます。このことによって官僚主義をある程度避けられるのではないかと考えています。例えばプライマリーケアトラストなどの問題も避けられるのではないのでしょうか。

いろいろと問題はありますし、私としても問題がないふりをするつもりはありません。基調講演の中で申し上げましたが、準市場は医療にかかわるすべての問題への完璧な答えにはなり得ません。しかし、すべてとは言いませんが、ほとんどのほかの方法と比べると、準市場モデルの方が問題は少なく済むのではないかと、ということをお願いしたいわけですが、問題を克服する方策については、やはり検討すべきでありましょう。

社人研の方で、そういう研究を進めていただければと思います。今回の会議を主催していただきましたが、将来の取り組みとして、ぜひ社人研に

もお願いしたいと思います。私の方も支援を惜しまないつもりです。

司会 どうもありがとうございました。

【閉会挨拶】

西山 裕

そろそろ時間も終了の時間にまいりました。まだ議論は尽きないところがございますが、よろしければ、私から最後のごあいさつを兼ねまして、簡単な今日の議論のまとめをさせていただければと思っております。

基調講演のシェラー先生のお話にもございましたが、医療や介護につきましては、各国それぞれいろいろな伝統、いろいろな社会経済情勢の違いなどを反映していろいろな制度があります。

例えばイギリスでは先ほどから話がありますナショナル・ヘルス・サービス、これが無料の国営医療制度です。仕組みとしては現代でも国民の強い支持を受けているということを知っております。他方、介護では、イギリスについては介護等の社会サービスは地方自治体が担ってきているという伝統があると知っております。

これに対して日本では、医療は、先ほど話がありました、非営利民間の診療所及び病院が多く、いわゆるフリーアクセスの仕組みが通ってきたところがある。介護につきましては先ほどからお話が出ております介護保険の制度ができたということがあろうかと思っております。

ただ、こうした制度の違いはあるにもかかわらず、やはり両国において社会保障制度改革の進め方ということについて共通の傾向といえますか、共通の理解ができるところがあるのではないかと思っております。

それを私なりに申し上げますと、一つは、医療・介護のサービスについて、画一的な提供ということではない、やはり利用者のニーズを踏まえて多様なサービスを利用しやすい形ということ

がまず第1にあるのではないかと。第2に、それが過大な費用が掛かってしまっただけでは制度としては運営できない。やはり効率的にそれが働く必要があるのではないかと。この二つの点ということになるのかなと理解しております。

ただ、その方向を実現するときに、いわゆる市場原理主義という言い方が正しいのかどうか分かりませんが、ただ規制緩和というだけではうまくはいかない。やはり価格による需給調整は難しいという先ほどの話もありました。そうした意味では、やはりいろいろと工夫をしていかなければならない。そうしたときに、例えばイギリスでは先ほどから話がありましたように、GPにサービスの選択権を与える、もしくはご本人にサービスの情報を出して選択権を与えるということによってサービスの質の向上を図る、ルグラン先生によれば、選択と競争という形でのアイデアが出てきた部分があるのではないかと考えています。ただ、この選択と競争、準市場等のアイデアを実施していくときに、幾つか条件というか、これがなければうまく機能しないというものはやはりあるのだらうと思います。それが、恐らく私としては大きく考えると二つだと思っています。一つは、いわゆるアクセシビリティの問題、もう一つは、やはり選択を適正に行うことができるか、ということではないかと考えています。

まずアクセシビリティの関係では、当然、物理的な意味で利用できるものがなければいけないというサービス体制の整備の問題があるのですが、もう一つ、経済的な意味でもやはり利用ができなければいけない。利用料が高すぎてしまったりすると利用できなくなる。そうした意味でいくと、利用料負担への補助ですとか、先ほどもお話が出ていますバウチャーといったものもあるのではないかと考えています。

もう一つの点につきましては、先ほど郡司先生のお話がありました、いわゆる医療や介護における情報の非対称性という問題があります。利用者自身が自分にとって、どのような治療や介護がいいのかというのはなかなか分からないところがある。これを克服して利用者が適切な選択をするこ