

海外社会保障研究

SPRING 2000

No. 130

特集：社会保障給付費の国際比較研究

特集の目的と位置付け

—平成10年度プロジェクト報告「社会保障給付費の国際比較分析」—	勝又 幸子	2
社会保障における国際比較研究の意義と課題	足立 正樹	3
社会保障給付費の国際比較データの見方と分析	勝又 幸子	11
社会保障費からみたアメリカ社会保障の特徴と 社会保障国際比較研究の意義と課題	大西 秀典	23
イギリス社会保障の公民パートナーシップ	中井 英雄	30
ドイツ社会保障給付の概観と構造分析	小林 甲一	42
フランス社会保障制度における財源と給付の構造	加藤 智章	54
スウェーデン社会保障給付費の分析	岡光 昇	65

論文

米国マネジドケアの発展とERISA専占条項	藤川 恵子	75
-----------------------	-------	----

研究ノート

中国における医療保障制度の改革	劉 曉梅	86
-----------------	------	----

動向

Review of the Laws and Regulations regarding the Employees' Social Security in Indonesia	Hironobu Sugaya	96
---	-----------------	----

書評

城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3 カナダ』	村上 雅子	106
古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障4 ドイツ』	小 柳 治宣	110

特集：医療サービスの質の確保をめぐる諸問題 趣 旨

社会保障の中核的給付のひとつである医療は、年金等の所得保障給付ないし金銭給付と異なり、介護（ないし福祉）と同様、サービス給付としての性格をもつ。したがって、そこでは単なる量の多寡のみならず、質の良し悪しが当然に問題とされることになる。

もとより医療サービスの質をめぐる問題は、サービスそのものの質的評価（狭義の「質」をめぐる問題）にとどまらず、サービス提供者たる医療従事者の資格規制、評価の前提となるべき情報開示などに及び、さらには医療へのアクセス保障といった「量」の確保をめぐる問題とも密接に関連するなど、きわめて広い間口をもつテーマといえる。しかしながら、こうした意味で多岐にわたる医療サービスの質をめぐる諸問題に対する学問的アプローチは、わが国ではいまだ研究の緒についた段階とあって差し支えないように思われる。

本特集は、こうした研究状況にある医療サービスの質の確保をめぐる諸問題に対する各国の動向を明らかにすることを目指して組まれたものである。本特集の意義ないし特徴としては、さしあたり以下の諸点を指摘することができよう。

第一に、医療サービスの質をめぐる従来の研究が、医療経済学、医療診断学などからのアプローチが主流であったのに対し、本特集の多くは法学研究者の手によるものであることから、法的ないし法政策的視点からの新たな分析枠組みの提示が期待される。

第二に、研究対象国につき、質をめぐる問題への取り組みは、基本的には経済発展を背景とした医療提供体制の一応の量的充足が前提となつてこそ本格化するのではないかとの想定から、今回はG7に代表される欧米主要国を取り上げることにした。

第三に、比較制度研究を行うひとつの意義が、わが国社会保障制度の発展に資することにあるとの問題意識から、海外研究を主軸とする本誌の性格を承知の上で、あえてわが国を研究対象とする論稿を掲載することにした。他の諸論文における各国研究の進行状況を見定めながら、並行的にわが国の議論状況につき執筆していただいた点、また、おそらくは上述のように本特集テーマの本質的性格上、各論文で取り上げられたテーマが多岐にわたった点において、新田氏には大変困難を伴う執筆作業をお願いせざるを得なかった。

他方、本特集の限界としては、以上述べたことの裏腹の問題として、執筆者の専攻分野ゆえの分析手法等の限界、研究対象国の限界（北欧、豪州・ニュージーランドなどを扱えなかった）、医療サービスの質という間口の広いテーマに関わるすべての問題を扱いきれなかったことなどが挙げられよう。ともあれ、本特集が今後わが国で本格的に取り組まれるであろう医療サービスの質の確保をめぐる諸問題の研究に、少しでも資することになればと祈念する次第である。

（菊池馨実 大阪大学助教授）

日本における医療サービスの質

— 広告規制の議論を中心に —

新田 秀樹

■ 要約

我が国においても活発化しつつある医療サービスの質を巡る議論については、

- その背景として、疾病構造の変化、医療供給量の増加、医学・医術の高度化・専門分化、患者の知識の増大及び権利意識の強化が、

- その基本的方向性として、医師—患者関係の変化、情報の重視、医師から患者への視点の転換が

挙げられ、具体的には、インフォームド・コンセント、診療記録の開示、医療サービスの質の評価、保険者機能の強化等が問題となっている。このうち、医療情報についての古典的な規制とも言える医業・医療機関の広告規制については、歴史的には、情報の非対称性の存在と医師の品位の保持を前提とした規制が行われてきた。しかし、現在では、前者については診療内容の中立的な評価を踏まえた広告システムの構築が求められており、後者については広告規制を医師の品位ではなく医療提供体制の在り方の問題として捉える視点が必要になっている。

■ キーワード

患者の選択（自己決定）、パートナーシップ、情報の非対称性、医師の品位、医療の非営利性の要請

I はじめに

本特集に日本を対象とした本稿が加えられた趣旨は、他の各論稿が取り上げるテーマの対応物についての我が国の議論状況を提示することにより、彼我の異同を明らかにし各国の特徴を際立たせるためのいわば鏡の役割を果たすことを期待されることと思われる。しかし、各論稿で取り上げられるテーマは極めて多岐にわたり、その一つ一つが多くの論点を含んでいるため、それらを網羅的に取り上げて我が国における問題状況を詳細に論じることは筆者の能力的にも紙数的にも難しい。そこで、本稿では、我が国における医療サービスの質を巡る議論の状況をごく簡単に紹介した後、その一例として医業・医療機関の広告規制を巡る

議論について若干の検討を行うことで責任の一端を果たすこととしたい。

II 医療サービスの質を巡る議論

1. 議論の背景

我が国においても、近年、医療制度全般についての改革の議論が進められる中で「医療の質」についての関心も高まりつつあるが、その背景には次のような事情があると考えられる。

第1に、疾病構造が急性疾患（感染症等）中心から慢性疾患（生活習慣病等）中心へと変化した。このことは医療の比重が短期的な治療から長期的な生活コントロールへと移行することを促した。

第2に、地域的な偏在はなお残るものの総体と

して見れば、病床や医師・歯科医師等の医療従事者の供給絶対量が増加し過剰となりつつある。これは患者の立場からすれば、医療機関や医師を選択できる余地が増大したことになる。

第3に、医学・医術の高度化・専門分化が進みすぎ、一人の医師がすべての病気・医療についての専門家たり得ないことが素人である患者の目にも明白になった。また、このことは、医師単独ではなく、種々の医療関係職種が協力しチーム(組織)として医療サービスを提供しなければならない必要性も強めている。

第4に、様々な出版物や報道等による医療関係情報を通じて、医療技術・医師・医療機関・医薬品等についての国民(患者)の知識が、その正確性はともかく、量的には従来と比べものにならないほど増加してきている。

第5に、医療分野に限ったことではないが、所得・生活水準の向上等とも相俟って、主権者としての、また消費者としての国民の権利意識が強まった結果、医療提供サイドに対する要求(ニーズ)も増大・多様化してきている。

2. 議論の基本的方向

1で述べたような事情が複雑に絡み合っ、我が国における医療の質を巡る議論の活発化を招いているが、各議論に共通する基本的方向性として以下のことが指摘できよう。

(1) 医師-患者関係の変化の認識

(パターナリズムからパートナーシップへ)

従来の医師-患者関係をやや図式的に述べれば、基本的には専門的権威としての医師と受け身の患者(医師の診察対象としての存在)とのパターナリスティックな垂直的関係であったということが出来る。そうした関係を支えていたのは、人間の生命・健康に深く関わるものでありながら極めて高度の知識・技術を有する専門家でないとい提供できないサー

ビスであるという医療のもつ特性¹⁾であった²⁾。

しかし、1で述べた要素はいずれも伝統的な医師-患者関係を垂直的なものから水平的なものへと変容させる方向で作用した。長期的な生活コントロールを中心とする医療は患者の理解・協力がなければ成り立たない。また、患者の選択幅の拡大・個々の医師の限界の明白化・患者の知識の増加・患者の権利意識の強化は、専門的権威としての医師像のフィクション性を薄め等身大の医師像に近付けることで相対的に患者の立場を強化した。こうした変化を受けて、医師-患者関係も、医師が一方向的に診療方針を決定するパターナリスティックなものから、医師と患者が対等のパートナーとして共に協力して病気と闘う関係へと変わりつつあるというのが現在の状況と言えよう。後述するインフォームド・コンセントの重視、医療情報開示の必要性の増大、医療サービスの質への要求の高まり等はこうした医師-患者関係の変化の反映にほかならない。

(2) 「情報」の重視(ハードからソフトへ)

医療の質を巡る議論においては、医療に関わる種々の情報のもつ意義・役割が重視される。インフォームド・コンセントの議論は前述の医師-患者関係の変化を医師-患者間の情報交換の在り方にどのように反映させるべきかという問題として捉えることができるし、カルテ等の開示や広告規制の緩和はまさに情報自体の取扱い方についてなされている議論である。また、医療サービスの質の評価の問題は、これまで設備・人員といった目に見えるハードな構造についての情報によりコントロールしていた医療を、よりソフトなサービス内容やその提供プロセスについての情報によってもコントロールしようとする試みと理解できる。さらに、保険者機能を巡る議論も、保険者は種々の医療情報をどこまでコントロール(収集・分析・提供等)できるかという観点からの議論が焦点の一つとなっている。

(3) 議論のスタンスの転換

(医師の視点から患者の視点へ)

医療の質を巡る議論は(1)で述べた医師－患者関係の変化を反映しており、医療の在り方を論じる場合の視点を、今後は医療を提供する医師等の視点から医療を受ける患者の視点へと転換するよう促している。あるいは、供給サイドではなく消費サイドから医療を論じることが可能な時代状況にようやくなったと言ってもよいであろう。こうした議論が通常「患者本位の良質な医療の在り方」、「患者が適切な選択を行うための情報開示」といったスローガンの下で語られるようになってきたことも、そのことを物語っている。

(4) 1992年の医療法改正

— 医療提供の理念 —

以上のような議論の動向は立法にも反映され、1992年のいわゆる第2次医療法改正(平成4年法律第89号)において医療法(昭和23年法律第205号)1条の2として医療提供の理念が規定された。同条1項では、

- (a) 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨として、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、医療を受ける者の心身の状況に応じて行われること
- (b) 医療の内容は、単に治療のみならず、疾病予防措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものであること

との趣旨が述べられ、医師－患者関係の変化に配慮するとともに、今後は医療内容の質的充実に重点を置いて取り組むべきとの姿勢が打ち出されている。また、同時に追加された1条の4においても以上のような医療提供の理念を踏まえ、医師等の医療の担い手はその責務として良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない旨が規定された。これらは理念規定あるいは努力義務規定であり、運用においてこれを実効あるものとするた

めの医療提供者側・患者側双方の努力が求められている。

3. 分野別の議論の動向

(1) インフォームド・コンセント

医師－患者関係がパートナーシップ的なものからパートナーシップの理念を基本とするものへと変化する中で、診療の現場において医師をはじめとする医療提供者から患者への十分な情報提供が行われ、両者が情報と信頼とを共有しつつ、患者自身が積極的に自らの治療方法を選択しそれに取り組んでいくことの重要性が広く認識されるようになってきた。こうした変化を受けて、1997年のいわゆる第3次医療法改正(平成9年法律第125号)において医療法1条の4・2項として、医師等の医療の担い手は、医療の提供に当たり適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない旨の規定が設けられた。この条項は、努力義務規定であること、医療提供者側の視点からの規定ぶりとなっていること等の限界はあるものの、いわゆるインフォームド・コンセント(十分な情報を得た上での患者の選択・拒否・同意)の考え方を明示したものとして意義があるものと考えられ、医療提供者側はその趣旨を尊重して適切な情報提供を行っていくことが望まれる。また、その診療報酬上の評価等についてもさらに検討していく必要があるだろう。

(2) 診療記録の開示

医療情報の開示を巡る問題としては、診療録(カルテ)・看護記録等に記載された個別の患者の診療情報(診療記録)の開示の問題と、より一般的な医療情報に関わる広告規制の問題とがあるが、後者はIIIに譲り、ここでは前者について簡単に述べる。

我が国においては、インフォームド・コンセントにおける診療情報提供の一環として、また、個人情報上の自己コントロールという観点からも、診療記録

の開示を進めるべきとの声が高まりつつある。これに関しては、厚生省の「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」が1998年6月に詳細な報告書をまとめ³⁾、診療情報の提供と診療記録の開示を法律上義務付けることには大きな意義があり、今後法制化の方向に進むべきとする見解を打ち出したが⁴⁾、その後発表された厚生省の医療審議会の「医療提供体制の改革について(中間報告)」(1999年7月)では、法制化を進めるべきとする意見と医療従事者側の自主的取組みに委ねるべきとする意見との両論併記に変わり、当面は開示に向けての環境整備に努めるとするやや後退した内容となった。しかし、このことで医療提供者側に対する情報開示への社会的圧力は却って強まることも予想される。

なお、医療保険における診療報酬明細書等(レセプト)については、1997年6月以降、被保険者から保険者に対し請求があった場合には開示が行われるようになりつつある⁵⁾。

(3) 医療サービスの質の直接的担保

医療サービスの質の向上に、より直接的に関わるものとしては、医療サービスの質の評価と医療従事者の資質の向上とがある。

このうち前者については、1997年から財団法人日本医療機能評価機構による病院機能の第三者的な評価が本格的に実施されている。また、医療行為自体の評価についても、医療技術評価(医療技術を適用した場合の効果・影響を、健康結果を中心とした医学的側面・経済的側面・社会的側面から総合的かつ包括的に評価すること)を推進しその成果を活用することで、医師がより科学的な根拠に基づいて診療方針等を選択・決定すること(Evidence Based Medicine)を支援し普及させるための検討が厚生省等において行われている。今後は、病院機能評価については評価を受ける病院数の拡大、評価内容の公表等が、また、医療技術評

価については評価の効率的実施、評価に基づく診療ガイドラインの作成・活用等が課題となつてこよう。これらはアセスメントに基づく医療の標準化を指向する動きと言えるが、その場合、法学的観点からはこれらに対する法令の関与の範囲と程度をどのようなものとするべきかの検討が重要になるものと思われる。基本的には、法は評価の内容面ではなく、手続面に重点を置いた関与とすべきであろう。

また、医療従事者の資質の向上に関しては、前述の医療審議会報告において、現在努力規定(医師法(昭和23年法律第201号)16条の2等)となっている医師・歯科医師の卒後臨床研修の早急な必修化をめざすべきとの方向性が示された。

(4) 保険者機能の強化

近年アメリカのマネジドケアを巡る議論等を受ける形で、我が国においても、医療保険の保険者が被保険者(患者)のいわば代理人として良質な医療サービスを効率的に提供するための方策を講じることができるよう、保険者に期待される機能の強化を図るべきとの議論がなされており、具体的には診療報酬審査機能の強化、医療情報等の蓄積・分析機能の強化を前提とした被保険者への情報提供・指導の充実、医療機関との直接契約制の導入等の提案が行われている。こうした提案は、これまでいわば保険料徴収機関の地位に甘んじてきた保険者が、保険医療機関(医療提供者側)と並ぶ保険医療の場における自律的な当事者としての地位を復権しようとする動きとしても理解できようが、

- (a) 保険者は常に被保険者の利益を代弁する代理人の地位に立ち得るのか
- (b) 医療の効率と医療の質は常に両立し得るのか
- (c) 仮に保険者機能を強化する方向で制度を改正したとしても、保険者の実態がそれに追いつくことができるのか

といった基本的問題に加え、法技術論も含めた個別の検討をしなければならない論点も多い⁶⁾。

4. 課題

以上のような医療サービスの質を巡る議論全体を通じての課題としては、まず、2の(1)から(3)で述べたような変化は緒に就いたばかりであり、変化を推進していくための具体的方策の多くはこれから検討・実施されなければならないということが挙げられる⁷⁾。医師と患者の対等なパートナーシップの実現と言っても、従来の医師－患者関係に慣れてきた現場の医療関係者には戸惑いもあろうし、患者の側にも、自己決定が必然的にもたらす決定結果への責任の増大を嫌い従来のパートナーリステックな関係に安住しようとする者は多い。また、医療の担い手と受け手との信頼関係に基づいた良質な医療の提供という総論には誰も異存はないであろうが、医療の質の評価や医療情報の開示の具体的手段やスケジュールについてまで関係者の意見が必ずしも一致しているわけではない。

さらにより本質的な問題として、

- (a) 医療における情報の非対称性を完全になくすことは医療の性質上不可能に近く、したがって、医師－患者関係は垂直的關係を強めようとする潜在的傾向を常に有する
- (b) 医療の質の評価は最終的には診療成果(アウトカム)の精密な評価にまで行き着かなければ完結しないはずであるが、現実にはそれは極めて困難である
- (c) 上記(a)、(b)とも関連するが、医療は個々の患者の特質や傷病の状況による個別性が大きく、またその効果も不確実性を免れないため、法令やガイドラインに記載された文言によりその内容をコントロールできる範囲は相対的に狭いといったことがある。

これらの問題を乗り越えて患者自身がより良質な医療を選択(自己決定)することを可能にするために、情報の非対称性の縮小をめざした具体的方策をどれだけ提示し実行できるかが、理論と実務の、また医療提供者側と患者側の、双方に課され

た課題と言えよう。

III 広告規制を巡る議論

本節では、医療の質の確保を考える上で不可欠な医療情報についての、古典的な規制とも言える広告規制を例にとり、規制の論理を探るとともに、広告規制についてはIIで述べたような議論を今後どのような形で展開し得るのかを、もう少し具体的に考えてみることにしたい。なお、広告規制に関する規定は医療法だけでなく、医療関係業務に関わる各法に散見されるが、ここでは最も古くかつ典型的な規制である医師の医業及び医療機関(病院・診療所)に関する広告規制について検討を行う。

1. 広告規制の沿革——医療法制定前——

明治初期には医師の広告について法的な規制は存在しなかったが、1906年に医師法(明治39年法律第47号、以下「旧医師法」という)が制定されて「医師ハ其ノ技能ヲ誇称シテ虚偽ノ広告ヲ為シ又ハ秘密療法ヲ有スル旨ヲ広告スルコトヲ得ス」(7条)という規定が置かれた。これは医師数の増加に伴い相互の競争が激化し、患者誘引のための医業広告の弊害が無視できなくなったためといわれる⁸⁾。

しかし、広告規制の効果が十分でなかったため、さらに1909年には同条が「医師ハ何等ノ方法ヲ以テスルヲ問ハス業務上学位、称号及専門科名ヲ除クノ外其ノ技能、療法又ハ経歴ニ関スル広告ヲ為スコトヲ得ス」と改正されて、医師が行う医業広告は、技能・療法・経歴に関しては学位、称号、専門科名以外は広汎に禁止されることとなった。また、同時に、主として医師以外の者が開設する医療機関の広告規制を狙いとして「病院医院其ノ他診察所治療所ノ広告ニ関スル件」(明治42年内務省令第19号)が制定され、医療機関(の開設者)が行う広告についても旧医師法におけるものと同様の規制が行われた。

その後、1933年の旧医師法改正において、7条はさらに、

- (a) 「医師ハ」を「医業ニ関シテハ何人ト雖モ」に改める
- (b) 「専門科名」を「命令ヲ以テ定ムル専門科名」に改める⁹⁾

(c) 内務大臣は医業広告を制限するため必要な命令¹⁰⁾を発することができる(追加)

というように改正され、広告規制はより強化された¹¹⁾。また、改正後の旧医師法4条ノ2に基づき診療所取締規則(昭和8年内務省令第30号)が制定され、医療機関(診療所)の広告に関し、

- (a) 診療所には医業に関し広告できない事項を表示する名称を付してはならない
- (b) 広告に非常勤の医師の氏名を表示する場合にはその医師の診療日も併せて表示する
- (c) 広告にその診療所で診療に従事しない医師の氏名を表示してはならない

といった規定が設けられた。

さらに、1942年には戦時医療体制樹立の一環として国民医療法(昭和17年法律第70号)が制定され、学位の広告が禁止されるとともに、医師が標榜しようとする科名を、自由に標榜できる「診療科名」14科名と、専門を標榜するときは厚生大臣の(審査→)許可を要する科名(専門科名)18科名に区分した(13~14条)。これは実際には審査終了前に国民医療法が廃止されたため実現を見ることはなかったが、我が国初の専門医国家認定制度導入の試みであったとすることができる。

やがて我が国は敗戦を迎え、1948年に医療法が制定されることになる。

2. 制定時の医療法における広告規制

制定当初の医療法における広告規制(医業に関するもの)の概要は次のようなものであった(39~40条)。

(a) 医業又は医療機関(病院・診療所)に関しては、

何人も、如何なる方法によるを問わず、(ア) 医師である旨、(イ) 法40条1項に規定する診療科名(内科、精神科、小児科等15科名¹²⁾)、(ウ) 医療機関の名称、電話番号、所在地、(エ) 診療に従事する医師の氏名、(オ) 診療日又は診療時間、(カ) 入院設備の有無、(キ) その他都道府県知事の許可を受けた事項以外の事項を広告してはならない。

(b) 非常勤の医師の氏名を広告する場合には、その医師の診療日及び診療時間も併せて広告しなければならない。

(c) (a)に掲げた事項を広告する場合も、医師の技能・治療方法・経歴・学位に関する事項にわたってはならない。

そして、翌年の法改正において概ね以下のような事項が追加された後は、広告規制に関しては1992年のいわゆる第2次医療法改正まで大きな改正は行われなかった¹³⁾。

(d) (a)及び(c)の規定にかかわらず、厚生大臣が特に必要と認めて定める事項は広告することができる。その場合、厚生大臣は広告方法についても定めることができる¹⁴⁾。

(e) 厚生大臣は、(d)の事項・方法を定めるに当たっては、予め医道審議会(医師法25条を参照)の意見を聴かなければならない。

(f) 広告内容は虚偽にわたってはならない。

以上のような医療法の規定は、基本的に1で述べた戦前における広告規制を集大成したものであることがわかる。さらに、(d)という例外規定はあるものの、それまで明示的な規制のなかった技能・治療方法・経歴・学位以外の事項をも含めて医業・医療機関に関し広告できる事項の範囲を明定した点((a)を参照)で、より厳格なものになったとも言える。

このように医療法における広告規制の内容は戦前のものを踏襲したが、その立法趣旨もまた戦前におけるもの¹⁵⁾と同様、

- (a) 広告規制を行わなければ、患者を誘引しようとして広告が虚偽誇大に流れ、一般大衆を惑わすおそれがある
- (b) また、たとえ事実と合致する事項であっても、医師の品位を害するような事項は広告させるべきではない

というものであった¹⁶⁾。そして、当時こうした考え方が採られた背景には、

- (a) 患者は医学的な専門知識が乏しく(=極端な情報の非対称性の存在)、医師に比べて弱い立場にある
- (b) 医師もまた人間であり生活しなければならない以上、多くの患者を集め医業で利潤を上げること(営利性)への強い誘因をもつ
- (c) しかし、医業において営利目的を前面に出すことは、医師の品位に馴染まない

との強い社会的認識乃至意識があったと考えるべきであろう。しかし、医療機関の名称・所在地等も含め一切の事項の広告を禁止すれば、国民(患者)は医療サービスには強い必需性があるにもかかわらずこれにアクセスすることが極めて困難になるので、パターンリスティックな観点から、広告は原則禁止としつつも、国民にもその内容の理解・判断が可能な最小限の客観的事実(医療機関の所在地、診療日時等)についてのみ広告を認めることとしたというのが当時の医療法の論理だったのではないか。

3. 第2次医療法改正から現在まで

1992年の第2次医療法改正においては、広告規制についておおよそ次のような見直しが行われた。

- (a) 厚生大臣は、診療に関する学識経験者の団体及び医療審議会の意見を聴いて、医業・医療機関について広告できる事項とその広告の方法・内容に関する基準を定めることができることとされた¹⁷⁾。改正前と比べると「特に必要がある(と認めて定める事項)」という限定が

外れるとともに、広告内容についての基準も定められるようになった点が注目される。他方で、手続的には、医道審議会ではなく医療審議会の意見を聴くこととされる一方で、診療に関する学識経験者の団体の意見を聴くことが明定された。

- (b) 従前は既述のとおり広告できる診療科名は法律で規定されていたが、改正後は医学医術に関する学術団体及び医道審議会の意見を聴いて政令で定めることができるようになった。これにより診療科名の追加・改廃の手続的ハードルは低くなったと言える。
- (c) 新たに、医療法14条の2として、医療機関の管理者は、管理者の氏名、診療に従事する医師の氏名・診療日及び診療時間、その他厚生省令で定める事項を、利用者に見やすいよう施設内に掲示しなければならないことが規定された。これは院外広告ではなく院内掲示についての規定であり、また掲示事項も現在のところ患者に知らせるべき必要最小限の事項に限定されてはいるが、利用者の便宜という観点から必要な医療情報の提供を法的に義務付けた点で大きな意義が認められよう¹⁸⁾。

こうした改正が行われた背景としては様々な要素が絡み合っているものと思われるが、主要要素の一つとして、IIの1でも触れたような国民の医療知識の増加、医療提供サイドに対するニーズの増大・多様化等を受けて、国民(患者)が自らの判断で適切に医療機関を選択できるよう必要な情報提供がなされるべきであるとの認識が、行政・立法当局においても強まってきたことがあるのは否定できまい。

医療法69条については、その後第3次医療法改正において広告できる事項が若干追加されて現在に至っているが、前述の医療審議会の中間報告(1999年7月)においては、次期医療法改正に向けて「検証可能な情報については、広告の可否を

個々の医療機関の自主的判断に委ねることで患者の要望に添えていくべき」との基本的考え方の下、

- (a) 検証可能な事項(医療機関・医療従事者についての事実や客観的情報、中立的な医療機能評価機関が行う医療機能評価の結果等)は幅広く広告できるようにする
- (b) 検証困難な事項(診療内容に関する事項等)の広告の可否については慎重な検討を加えた上で、個別に広告しうる事項としていく
- (c) 患者を不当に誘導するおそれのある広告への対応や、広告媒体に関する規制の在り方等についても今後検討していく

との方向性が示された。

4. 考察

以上我が国における医業・医療機関の広告規制に関する規定とその背後にある考え方の変化を見てきた。最後に、以上の検討を踏まえ、現在の広告規制の2つの論拠について今後どのように考えていくべきかにつき考察する。

(1) 情報の非対称性(医療の専門性)

広告規制の立法趣旨の一つは「広告規制を行わなければ、患者を誘引しようとして広告が虚偽誇大に流れ、一般大衆を惑わすおそれがある」というもので、その前提には、医療という極めて専門的な知識技術体系については医師-患者間に極端な情報の非対称性が存在するとの認識があることは既に述べた。このため、医業・医療機関につき広告できる事項は、その範囲は徐々に拡大されつつあるものの、これまでは、(a)客観的な事実(医療機関の所在地、診療日時等)、(b)何らかの公的認定に基づく資格(保険医療機関、生活保護指定病院等)、(c)医療のコアとはいえない周辺のサービス(特別の病室の提供、予約診察の実施等)に基本的に限定されている。

しかし、今後は、医療機関にアクセスするのに

必要な(最小限の)情報ではなく、国民(患者)が適切な医療機関を選択するのに十分な情報が要求されるようになる」とすると、求められる広告も、(a)~(c)の範囲の事項数の増大のみにとどまらず、最終的には各医療機関(さらに言えば各医師)が行っている医療のコアに関する事項(診療内容・診療技術・診療結果等)の広告¹⁹⁾にまで至る可能性が高い。しかし、その場合、医療の本質上コア部分についての医師-患者間の情報の非対称性が大幅に縮小することは考えにくいことから、広告の妥当性の判断は専門家である同じ医師に基本的には委ねざるを得まい。そうだとすると、患者が最も知りたいであろう医療のコアに関する事項の広告が可能になるかどうかは、そうした事項について、信頼できる専門家(医師)が中立的な評価(少なくともそう見える評価)を行うシステムを構築できるかどうかにかかるとなる。その意味では、広告規制の緩和は、前述(II-3-(3))の医療の質の評価の進捗状況と連動することになる。前述の医療審議会報告はその困難性を指摘しているが、診療内容を「検証」できるようなシステムを作る努力が求められる。

(2) 医師の品位と医療の非営利性の要請

広告規制のもう一つの立法趣旨は「たとえ事実合致する事項であっても、医師の品位を害するような事項は広告させるべきではない」というものであった。この「品位(を保つこと)」が「営利目的で医業を行わないこと」をその中核としているのは疑いない。行政解釈では「医師としての品位を損するような行為」の例として不当に高額な報酬の要求、患者の貧富による極端な診療差別等が挙げられていること²⁰⁾や、戦前広告規制が創設・改正された時期は医師等の医療機関経営者による営利追求傾向の弊害が目立つ時期であったこと²¹⁾も、そのことを裏付ける。

しかし、現在においては広告規制の在り方を医

師の品位保持や医療の非営利性の要請と常にセットで考える必要はないであろう。広告規制の在り方は、医療機関の開設者が誰であるかに関わりなく、患者への適切な情報提供等の観点から検討されるべき問題であるし、従来医師の品位と関連づけて捉えられてきた虚偽広告や誇大広告の問題は、患者(消費者)利益の保護乃至医療機関相互の公正競争の確保という観点から論ずれば足りると思われるからである。したがって、少なくとも広告規制の問題に関しては、解釈論を行うにせよ立法論を行うにせよ、「医師の品位」という曖昧な概念を根拠とする議論はできる限り避けた方が建設的な議論が期待できるのではないか。

第2次医療法改正において診療科名以外の広告規制に関わる事項について意見を聴く審議会が医道審議会から医療審議会に変更されたことも、広告(規制)の問題が医師の品位乃至モラルの問題というよりは、国民に対する広い意味での医療提供体制の在り方の問題の一環として捉えられるようになったことを示しているように思われる。

IV おわりに

本稿では、我が国における医療サービスの質を巡る議論の概況を一瞥するとともに、医業・医療機関の広告規制の在り方を例にそうした議論のやや具体的な展開を試みた。医療サービスの質の担保・向上を巡る議論は我が国においても既に実行の段階に入りつつあるが、総論(患者の自己決定の尊重等)と個別制度・施策とを整合的に関連づける論理はまだ十分整理されていないように思われる。この点につき、医療の質の向上に関連する諸外国の様々な取組みに学びつつ、我が国においても法学的観点からの議論を早急に深めることが望まれる。

注

- 1) 医療の特性については新田(1998a)36~38頁を参照。
- 2) もちろんそうした一般的理由に加えて、明治以来の我が国医学・医療の歴史的特殊性も考慮する必要がある。
- 3) 同報告書の全文は『ジュリスト』第1142号(1998年10月1日)64~74頁を参照。
- 4) 同報告書の評価及び診療記録の開示を巡る論点につき、法律家サイドのものとして光石(1998)及び森田(1999)を、医療提供者サイドのものとして開原(1998)を参照。
- 5) 詳しくは込山(1998)を参照。
- 6) 個別の論点については加藤(1998)、新田(1998b)等を参照。
- 7) 上原(1999)17頁では、日本における医療の質の取組みの現状について、医療の質を支えるストラクチャーの整備や標準化が不十分、患者代弁者の声が小さく患者中心の医療に向けての推進力が弱い、技術標準が未確立、医療の質を確保する努力が評価される仕組みがない等の指摘を行っている。
- 8) 土井(1934)102~103頁を参照。
- 9) これは、医師等がめいめい勝手に専門科名を創称し混乱を生じていたのを是正するためとされる〔野田(1984)179頁を参照〕。具体的には旧医師法施行規則(明治39年内務省令第27号)が改正され、10条1号として内科、外科、小児科等38専門科名が、また同条2号としてそれ以外の診療科名でそれを標榜しようとする医師が内務大臣の許可を受けたものが規定された。
- 10) 具体的には旧医師法施行規則10条ノ2として、医業報酬の低廉なことを示す事項、避妊・墮胎を暗示する事項及び虚偽誇大にわたる事項の広告禁止が規定された。
- 11) なお、他方で「何等ノ方法ヲ以テスルヲ問ハス」との文言は7条の規定から除かれたが、その趣旨は改正前と変わってはいないようである(1933年2月24日の貴族院医師法中改正法律案特別委員会における東園基光議員の質問に対する大島辰次郎内務省衛生局長の答弁を参照)。
- 12) それ以外にその標榜を希望する医師が個別に厚生大臣の許可を受けた診療科名が認められた。
- 13) この間の改正は1950年の法改正による条名の形式的移動(39条→69条, 40条→70条)及び数回にわたる議員立法による診療科名の追加のみである。
- 14) この規定を受けて昭和25年厚生省告示第72号が定められた。
- 15) 大判大正14年3月11日(刑集4巻4号229頁以下)、大判昭和16年7月31日(法律新聞4721号7頁以下)等を参照。

- 16) 鈴村・松下(1948)23頁を参照.
- 17) これを受けて、昭和25年厚生省告示第72号を承継・拡充する形で平成5年厚生省告示第23号が定められるとともに、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)が改正され42条の3として比較広告の禁止、誇大広告の禁止が規定された.
- 18) このほかの改正内容としては、(a)非常勤医師の氏名の広告ができなくなったこと、(b)「技能・治療方法・経歴・学位に関する事項(の広告禁止)」の文言が条文からは落ちたこと等が挙げられる.
- 19) こうした事項の開示方法として個々の医療機関による広告という方法が適切なのかという問題もあるが、現実には有力な開示手段の一つとなる可能性が高い.
- 20) 厚生省健康政策局総務課編(1994)421頁を参照.
- 21) 例えば新田(1998a)23~26頁を参照.

参考文献

- 植木哲 1998『医療の法律学』有斐閣
上原鳴夫 1999「患者本位の医療の質を求めて」『社会保険旬報』第2009号
開原成允 1998「診療記録の開示と医療者側の課題」『ジュリスト』第1142号
片岡佳和 1992「医療法の一部改正について」『ジュリスト』第1007号
加藤智章 1998「医療保障制度における法主体論—保険者機能を中心に—」『医療保障制度における法主体

- 論』に関する研究報告書』医療経済研究機構
河原格 1998『医師の説明と患者の同意』成文堂
厚生省医務局 1955『医制八十年史』印刷局朝陽会
厚生省健康政策局総務課編 1994『医療法・医師法(歯科医師法)解〔第16版〕』医学通信社
込山愛郎 1998「診療報酬明細書等の被保険者への開示について」『ジュリスト』第1142号
鈴村信吾・松下廉蔵 1948『簡明医療法・医師法解』医学通信社
土井十二 1934『医事法制学の理論と其実際』凡進社
西田和弘 1998「医療保障における医療情報へのアクセス権保障」日本社会保障法学会編『社会保障法』第13号
新田秀樹 1998a「医療の非営利性の要請の根拠」『名古屋大学法政論集』第175号
新田秀樹 1998b「医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性」『名古屋大学法政論集』第176号
野田寛 1984『医事法上巻』青林書院
平林勝政 1993「シンポジウム:インフォームド・コンセント《再論》/1各国の法状況/日本」日本医事法学会編『年報医事法学』第8号
光石忠敬 1998「医療記録の閲覧・謄写請求の現状および問題点」『ジュリスト』第1142号
森田明 1999「医療記録の開示の現状と課題」日本医事法学会編『年報医事法学』第14号
(にった・ひでき 名古屋大学助教授)

医療サービスの「質」確保と「健康権」議論の展開

— 医療における権利指向の意義 —

国京 則幸

■ 要約

白書『新しいNHS』の発表以来、医療の質にかかわる議論が盛んに行われ、さまざまな制度改革が実行に移されてきている。もともとイギリスでは医師が「専門職」を形成し、これが医療の質確保の実質的部分を担ってきている。最近の改革はこの「専門職」の自律への介入を深めていくものとなっている。また、NHSでも、新たな機関の創設のほか、苦情処理制度の改正など、質確保のためのさまざまな施策を実行に移してきている。これによって「専門職」との新たな関係が築かれつつある。他方、イギリスでは近年、医療保障法という領域が確立されつつあり、ここで「健康権」という議論が行われている。この「健康権」という考え方を、イギリスの医療のあり方の基本に据えねばならない。

■ キーワード

専門職、健康権、医療保障法、苦情処理

I はじめに

国民保健サービス(National Health Service。以下、NHSと略す)¹⁾も、1998年には実施50周年記念を迎えることとなった。これを機に、NHSは新たな課題に取り組むもうとしている。1997年12月に、政府は白書『新しいNHS』²⁾を発表した。「新しいNHSでは、質が核心となるであろう。それが欠ければ、正当なものではない。NHSで治療を受ける患者はみな、必要なときに質の高いケアを受けられることを知りたがっている。NHSのあらゆる部署で、そしてその内部で職務に従事する者全員が、質を向上させるために責任を負わねばならない」³⁾として、「質」⁴⁾の確保を中心的論点に据え、質の高いサービスを迅速に提供するための長期的視野におけるサービス改革を提案していた⁵⁾。さらに、白書での質の向上の提案を受けて、1998年には「最上級のサービス」という諮問文書が発表

され、より具体的な提案が行われている⁶⁾。

イギリスでの質確保の議論を検討するに当たって、本稿ではまず、このようなイギリスでの医療の「質」確保の議論が、どのような基礎の上に積み上げられ、またどのような広がりをもつものなのかを、制度と関係付けながら確認していきたい。

また、近年イギリスでは相次いで「医療保障法」という教科書が幾つか出版されるに至っている。そこで、質確保の構造と制度を踏まえた上で、これらの中の、特に「健康権」という議論が、医療の質確保にどのような影響を与えているのか、また与え得るのか、ということを検討してゆきたい。

II イギリスの医療保障制度⁷⁾

『最高級のサービス』でも改めて確認されているように⁸⁾、イギリスでの医療の問題、とりわけ医療サービスの質確保の責任は、第一義的には「医師」

にある。そこでイギリス社会における医師の位置付けを確認した上で、それを制度的に担保している中央医師評議会(General Medical Council。以下、GMCと略す)について概観しておきたい。この点がイギリスの医療、とりわけ質確保の議論を特徴付ける一つの重要な要素となっている。

ところで、イギリスでは、市民および患者は主として、周知のNHSを通じて医療を受けている。したがって、医療を受ける側である市民および患者の側からしてみれば、医療提供過程をコントロールするNHSのあり方が、質に関して特に重要な意味を持つ。そこで先のGMCとの関係を考慮しつつ、これも的確に位置付けられなければならない。

本稿では、医療保障の構造を大きくこの2つの柱でとらえて考察してゆく。以下、この順で紹介してゆきたい。

1. GMCと質の保障

先にも述べた通り、イギリスの医療は、医師によって実質的にコントロールされてきている。より正確に述べれば、この医師が歴史的に「専門職」⁹⁾を形成してきており、社会の中でのこの医療「専門職」がイギリスの医療のコントロールを特徴付けることとなっている。

自由な契約、自発的同意の結果として、社会と専門職とがいわば「暗黙の契約(implied contract)」を締結し、医療を提供する。このとき、この関係は、媒介者や外部からこれを保証する制度なくして成立しており、にもかかわらず機能している。このように、「社会との契約関係に国家が介入しないというのが、イギリスの専門職の顕著な特徴の実質的な部分なのである。彼ら専門職は、大臣や官僚によって統制されるのではなく、自己統治をおこなっている。専門職は、社会の一部である。そしてここでいう社会とは、そこで生じる問題についてかならずしも国家の介入を要求するわけではなく、公的なサービスを提供する者の独立性を認めるよ

うなものなのである」¹⁰⁾という表現は、イギリスの「医師(集団)=専門職」の特徴をよく表現している。そして、ここで示されているような専門職のあり方、イギリスの医療提供・規制の構造は、制定法により制度的に担保されている。それが、GMCである¹¹⁾。GMCを通じた医療の質確保に表れている基本的な考え方は、医療サービスを直接規制するのではなく、医療を提供する「人」(=医師)の資質を規制することによって、これを確保しようという点に特徴がある¹²⁾。

GMCは法定の機関¹³⁾であり、議会によって承認を受けた法的権限を行使しながら医師を規制する。その権限の要となっているのは、医師の診療能力(competence)―と後に健康状態という点からの診療適性(fitness)と―を審査し「登録」することであり、GMCは、医育から登録の抹消のための懲戒権限までの諸過程の権限、およびそれに付随する権限を保持している。これが、GMCの行う質確保の重要な機能の一つである¹⁴⁾。

イギリスで診療を行う医師は、NHS医か否か、あるいはさらにNHSの中のGP(General Practitioner。一般医、家庭医)として開業しているか専門医として病院勤務医となっているか、にかかわらず、すべてGMCの「登録簿」によって管理されている¹⁵⁾。登録簿への「登録」がなければ、例えば、公的な証明書を有効に発行することができないほか、NHSなど公の機関に雇用されることもできない¹⁶⁾。

GMCは、内部の委員会・手続きを通じて、診療能力や適正を欠く医師を審査する。そして懲戒権限の行使により、時には医師の登録を一時停止したり、抹消したりする¹⁷⁾。登録を一時停止または抹消された医師は、先の登録の効果の通り、公的機関で雇用されることができないので、例えばNHSに雇用されている場合は、解雇されることとなる。

このような医師の審査を行う端緒は、2種に大別できる。医師が司法裁判所で无罪判決を受けた

場合と、「専門職として著しく逸脱した行為 (serious professional misconduct. 以下、SPMと略す)」を行ったという嫌疑をかけられた場合である¹⁸⁾。GMCの機能との関係で特筆すべきは、SPMという後者の基準である。これはGMC独自の基準であり、GMCが質確保を行う上での実質的基準であるといえる¹⁹⁾。

このSPMは、専門職たる医師としての責任の無視ということである。具体的には、患者への責任の軽視ないしは無視、専門職の特権・技術の濫用、専門職の評判をおとしめるような行為などがSPMに該当する²⁰⁾。ただ、懲戒過程に非公式な部分が多く、また苦情を申し立てる市民などが臨席できず、結局医師が医師を裁くにとどまるため、依然としてこの「医師として」という規範内容が市民にとってどういうものなのかが曖昧であるといえる。そしてこれが複雑多様化する市民社会の実態と合わなくなってきたといわれる。

近年、GMCは、これまでの伝統的なSPM以外に、performanceという点から、個々の医師の資質への干渉を行うようになってきている。1995年医療（専門職業務能力）法〔Medical (Professional Performance) Act 1995 (c 51)〕により、1997年から新しい規制の手続きが導入された。これによって、さらに「著しく欠陥のある業務能力 (seriously deficient performance)」も、GMCの審査の対象となった²¹⁾。伝統的な基準に業務能力という点が加わることによって、医師による医療の質確保の実質がどのように変化してゆくのかということ、そしてそれが市民にとってどのように機能するのかという点が重要な要素となる。

2. NHSと質の保障

次に、NHSにおける質確保の問題を見てゆきたい。NHSで提供される医療サービスでは、人的に見れば、医師以外の医療専門職ないしは非専門職である職員の態様も質を左右する重要な要素とな

り、さらに内容的に見れば、医療へのアクセスの公平性などが重要な問題になってくる。しかし、NHSが主として医療提供過程をコントロールするしくみであることを考えると、医療専門職の行為・態様をいかに規制するか、という視座が新たな論点を提示することになる。

NHSにおける質確保の傾向を一言で述べれば、集团的・間接的規制から個別的・直接的規制へ、と行うことができる。そして最も象徴的なのが、苦情処理制度による質確保の推進ということになる²²⁾。

NHSでの質確保に関与する機関には、議会の保健特別委員会 (Health Select Committee)、地域保健協議会 (Community Health Council. 以下、CHCという)、監査委員会 (Audit Committee)²³⁾、臨床水準顧問団 (Clinical Standard Advisory Group)²⁴⁾、保健諮問サービス (Health Advisory Service)²⁵⁾、社会サービス監督官 (Social Service Inspectorate)²⁶⁾、保健サービスコミッショナー (オンブズマン)、1977年NHS法84条による調査 (Inquiries) などがある²⁷⁾。ここでは、特にCHCと、苦情処理および保健サービスコミッショナーについて言及しておきたい。

(1) 地域保健協議会

(Community Health Council)

CHCは、1974年のNHS組織改正のときに創設された機関である。設立・運営の義務は大臣にある²⁸⁾。この機関は、医療・保健サービスの地方の利益を代表し²⁹⁾、そして「地区における保健サービスの実施を監督し、当該サービスの向上のために勧告を行い、NHSの地方での実施に関して保健当局に助言を行う」義務を負っている³⁰⁾。イングランドとウェールズには現在、200を超えるCHCが存在している³¹⁾。また、それら地方CHCの業務に助言を行う全国組織、イングランドおよびウェールズ地域保健協議会連合会 (Association of Community Health Councils for England and Wales:

ACHCEW)も1977年に設立されている³²⁾。すべての地方CHCがこの中央機関と連携しているわけではないが、過半数を超えるCHCを代表するものとなっている。

各CHCは、議長、幹事長、その他の職員として、18～30人の非専門職からなっている。構成員の半分は地方自治体によって指名された者で、3分の1は公益団体からの指名、6分の1はNHS(保健当局)による指名である。CHCは、保健当局やNHS信託からは独立している。

CHCの業務は要約すれば、①NHS施設への立ち入り、②地方での保健サービスの計画および展開に関する諮問、③地方サービスに関する情報提供、④消費者調査のようなものを通じての、地方保健サービスの質の監視、⑤苦情処理の援助、などである。

CHCは、NHSにおいて、2つの機能を果たすべく期待されていた³³⁾。まず、消費者主義に基づき、代表を通じて間接的な影響力を行使することで、NHSにおける民主性を確保しようという点である。もう一つは、市民の参加という点である。しかし実際にはいずれの点においても十分に機能してきているとはいえない状況にある³⁴⁾。それには幾つかの原因を考えることができるが、さしあたり次のようなものを指摘することができる。

まず、CHCに関する規定の問題である。代表ということに関して明確な概念は示されてきておらず、そしてこの機関の有する権限が限定されたものでしかないことを挙げることができる³⁵⁾。またこの間の政策動向も、少なからぬ影響を与えてきている。患者の直接的な権限強化一端的には選択肢の増加一が進められてきている点、そして患者の満足を向上させるために保健サービス管理に焦点を当て、管理者の手によって直接消費者の利益保護を行うやり方を進めてきていた点などである。

NHSの中で、市民の一しかし消費者主義に則っ

た一参加によって集団的影響力を行使し、医療専門職の意思決定に影響を与えるというやり方よりも、むしろ今後CHCは、次に見るような苦情処理に関する情報提供および援助の役割を期待されていくのであろう。

(2) 苦情処理と保健サービスコミッショナー (オンブズマン)

CHCのこれまでのような集団的手法による規制に対して、近年特に比重を増してきているのが苦情処理制度であろう。政府は『患者憲章』を発表し、患者個人が行う苦情申し立ての基準を明確化してこれを促進してきている³⁶⁾。また、白書の発表以来、保健サービスコミッショナー(以下、オンブズマンという)は、臨床上の質により注意を払うようになってきている³⁷⁾。

NHSでの苦情処理は、1996年に大きな改正が行われた。オンブズマンを頂点とした苦情処理の手続きの体系をより固めたといつてよい。これまでNHSに関する苦情でも、病院でのサービスに関する苦情³⁸⁾と、GPに関する苦情とは区別して取り扱われていた³⁹⁾。その結果、家庭保健サービスにかかわる手続き、病院およびコミュニティーでの手続き、患者輸送サービスに関する手続き、議員や保健省に直接苦情を申し立てる手続き、さらにオンブズマンに苦情を申し立てる手続きなどのほか、臨床的判断にかかわる苦情はさらに別の手続きが存在し、制度は極めて複雑なものとなっていた。

このような状況の下、保健省は独立調査委員会を設立し、1994年には、その報告書『being heard』(Wilson Report)が提出された。委員会は、その手続きの複雑さに着目し、これを簡素化する提案を行っている。さらにこの報告を受けて政府は、1995年に『Acting on Complaints』を発表し、96年にはこの方向での指針を発表している。

現在、苦情は臨床・非臨床にかかわらず同じ手続きによって調査されることとなっており、さらに、

NHS信託は、苦情処理の責任を負う管理者を任命し手続きとあわせてこれを周知しなければならず、また、GPも苦情処理手続きを定めなければならなくなっている。

苦情処理手続きは、地方レベルと中央レベルの区別がある。地方レベルの手続きは、さらに2段階に分かれる。まず第1段階で、苦情の受け付けに対して2労働日以内に受理書を送達し、受け付けた苦情への対応は20日以内に行われる。この期間で対処できない場合には、その旨を通知する。第1段階の対処に不満な場合、第2段階へと進む。このとき、Convenerと呼ばれる審査会招集責任者に対して、20労働日以内に独立審査会(Independent Review Panel)を設置するよう求めることができる。審査会招集責任者は、20労働日以内に理由を添えて設置如何を苦情申立人に通知する。この独立審査会は、4週間内に任命され、12週間内に調査を完了する。審査のとき、必要であれば、専門的な助言を得ることができる。この段階で依然として苦情処理に満足できない場合、あるいは独立審査会を招集しない旨の決定がなされこれに不満な場合は、中央レベルの手続きにのる。それが、オンブズマンの審査である。これは1973年NHS改正法によって創設された機関で、現在は、1996年の修正を経た1993年保健サービスコミッショナー法によって職務を規定されている。これも、1996年の改正によって、臨床にかかわる苦情やGP、歯科医、薬剤師などにかかわる苦情を調査できるようになっている⁴⁰⁾。

1996年以降の苦情処理ではこのように、手続き体系の簡素化・苦情処理の管轄の拡大(特に臨床判断の審査)といった点が特徴となってきた。利用者の便益をはかり、より個別的直接的な手法を用いるようになってきている。また他方で、専門職への規制を強めてきているといえる。

III イギリスでの医療保障法と「健康権」議論

ここまで述べてきたような医療保障、とりわけ質確保の基本構造を踏まえた上で、最後に、医療の質確保と、最近展開されてきている医療保障法、中でも健康権という議論との関係について述べたい。

1. 医療保障法の展開

法学者による議論として「医療保障法(Health Care Law)」という領域がイギリスで確立されつつある⁴¹⁾。この医療保障法なる議論の射程について、現在までのところまだ確固とした合意があるわけではない。ただ、医事法(Medical Law)とは一重なる部分を持ちつつも一異なる専門分野として意義付けされている。医事法のパラダイムは、医師と患者との臨床上の相互関係を基軸とし、特に医師の業務の内外とということから議論を始める。そしてしばしば、テーマはより個別化されてゆくことになる。しかし、医療専門職というのは医師だけではないこと、イギリスでの医療の提供は、現在、制度上・實際上主としてNHSに責任があること、地域全体の健康の問題がより重要性を増してきていることなどから、臨床医療という脈絡での個別当事者間の相互関係からは抜け落ちてしまう、しかし重要な法的議論の領域があり、これが医療保障法を形成するとしている⁴²⁾。そしてNHS政策の検討にとどまらず、医療保障に関する法的な議論⁴³⁾によって「健康権」を指向する。

先に見てきたような、医師による医療の質確保(評価)の変化、NHSでの質確保における、個人的・直接的な手法への移行などを踏まえると、この議論のもつ意義は、今後さらに大きくなると考えられる。

2. 「健康権」議論

発足から今日に至るまで、NHSという枠組みが社会に対してどのような性質をもつものなのか、と

いうことはさまざまな視点から検討されてきている。ところが、医療サービスの提供の法的構造・効果について検討されることは、これまでほとんどなかった。しかしそのような中で、NHSの下では全市民が平等に医療を受けられるという「理念」とは裏腹に、現実には、医療を受けられないような事態が、特に1980年代後半にNHSの危機として露呈することとなる。長大な待機リストの存在以外に、NHSの直面する困難を象徴する幾つかの事例が司法裁判所に提起された⁴⁴⁾。現在までのところ、裁判所は、NHSにおける医療サービスの提供を、制定法上の一般的義務、という形でしか認識しておらず、個々人の資格、とりわけ権利とは結び付けていない⁴⁵⁾。このように権利という概念に基づいてイギリスの医療保障法を構築することが困難なのは、一般的に、イギリスの裁判所(=司法)そしてごく近年まで議会が、医療専門職の有する診療の自由を侵食するような提案を行うことを避けていたことによる⁴⁶⁾。

NHSのこのような提供構造は、NHS制定当初より基本的に変化していない。つまり、権利基底的なものというよりは、パターンリスティックなものなのである⁴⁷⁾。イギリスでの「健康権」の議論は、このような法的状況の下で、いかにして市民および患者の権限を強化するか、という視点で展開されてきている⁴⁸⁾。1998年には人権法が制定された⁴⁹⁾。これが今後イギリスのとりわけ司法に与える影響によって、この健康権という議論の展開にどのような影響を与えてゆくのか、ということも検討してゆかねばならないであろう。

IV まとめ — 医療における 権利指向の意義

イギリス医療の質確保の基本構造は、大別すれば軸となるGMCによる専門職としての医師の規制の部分と、NHSによる規制の部分とからなる。

近年特に、新しい議会制定法などによって、ますます専門職への自律への干渉が強まってきている。そしてその手法も、これまでの集团的・間接的規制から個別的・直接的な規制の傾向を強めてきている。

しかしこのような事実のみによって、医療の質的向上につながると単純に考えることはできない。というのは、専門職の専門的判断という点や専門職が築き上げてきた職業的価値という点の両方から、医療専門職の貢献を減退させることになるかもしれないからである。専門職の持つこれらの諸特徴が患者中心の治療を強化する質的問題とかわかっているとすれば、むしろこのような傾向は、これを阻害する要因となりかねない。

そこで今後は、健康権という考え方をを用いて、専門職によって創設された規範的価値の表明からではなく、患者の利益という観点から専門職の責任を規定し、患者を診る者たちとの関係において患者を中心に置く関係を形成してゆく必要がある。このような権利指向の発想は、医師の判断と責任とが特に重要な意味を持っていたこれまでのイギリスの医療と、そのような構造を支えてきたイギリスの医療のしくみの根本的な転換を来すことになるであろう。

注

- 1) 本稿では、イングランドの法制・制度を念頭において論ずる。
- 2) The Department of Health (1997). 政府はこのほか、ウェールズに関して *NHS Wales: Putting Patients First*, Cm 3841 を、スコットランドに関して *Designed to Care: Renewing the National Health Service in Scotland*, Cm 3811 を発表してきている。そして白書での提案をより具体化するために、イングランドに関しては、後述 *A First Class Service* のほか、*Partnership in Action* を、ウェールズに関しては、*Quality Care and Clinical Excellence* と *Partnership for Improvement* を発表している。
- 3) The Department of Health (1997), para. 3.2.
- 4) 白書では「質」を広義でとらえられ、臨床上の結果

- として見るばかりでなく、「患者の経験」としての質でなければならないとしている。そしてそれを、迅速なアクセス、[医師と患者の]良好な関係、効率的な運営から評価するとしている。Ibid., para. 3.2.
- 5) これまでの内部市場を、共同 (partnership) を基礎にした統合化されたケアという新しい制度に置き換えてゆくこと (para. 1.3) や、質確保のための新たな枠組み一質の水準の設定に関して National Service Frameworks (para. 7.8-7.9), National Institute for Clinical Excellence (para. 7.11-7.12) を、また質の水準監視について Commission for Health Improvement (para. 7.13-7.14), National Framework for Assessing Performance (para. 8.2), National Survey of Patient and User Experience (para. 8.10) など一の創設・導入についても言及している。
- 6) NHS Executive (1998)。なお、これら文書の提案を踏まえ、1999年6月30日には、Health Act 1999 (c.8) が女王の裁可を得た。この法律は、National Health Service Act 1977 (NHS Act 1977), National Health Service and Community Care Act 1990 (NHSCCA 1990), Health Authority Act 1995, National Health Service (Primary Care) Act 1997などに修正を加えるものである。予算保持GPの廃止や新たな機関の創設などが盛り込まれている。この検討は、別稿に期したい。
- 7) これまで、イギリスの医療の問題はNHSとだけ関連付けて論じられることが多かったように思われる。しかし、イギリス「社会」における医療の「実態」という問題は、NHSという「国家機構」の存在以前の「専門職」の存在とも関連付けて論じられなければならない、と考えている。いうなれば、社会の中の医療の前に、NHSをも相対化し、その他のさまざまな要因(特にこの場合、医療専門職の自律機関としてのGMC)をも視野に入れ、またそれらの相互関係を踏まえて検討することが、イギリスの医療保障を読み解く新たな視点として有用であると考ええる。本稿では、このような問題関心の下、GMCを軸に据え、それとNHSとの関係も視野に収めながら検討を試みる。
- 8) 「政府は引き続き、個々の医療専門家が自らの診療の質に責任を負うべきである、と考えている。専門職による自律は、患者への質の高いサービスを提供する上で必要不可欠な要素として残しておかねばならない」(para. 7.15)として、医療専門職の行う自律と政府の施策との共同関係 (partnership) という点を強調している。
- 9) イギリスの社会にあって「専門職」は、私たちが一般に考えているよりもはるかに重要な意味を持つ。専門職一般につき、A. M. Carr-Saunders and P. A. Wilson (1964) 等参照。特に医療専門職については、Eliot Freidson (1970) 等を参照のこと。また、イギリスの医師(医療専門職)については、Terry Johnson, Gerry Larkin and Mike Saks (1995), Joseph M. Jacob (1998) 等参照。
- 10) Dahrendorf, Ralf. 1984. "In Defence of the English Professions." *Journal of the Royal Society of Medicine* 77: 179. また、医療提供のあり方を専門職と社会・一般市民との間の契約としてみる見方は、メリソン報告でも指摘されているところである。「規制の方法を一般市民と専門職との間の契約として考察することは、非常に有益な方法である。一般市民が専門職のところに治療を求めて訪れるのは、専門職が満足な治療を提供することを保障しているからにはかならない。そのような契約は、すべて自由意思に基づいて締結された一相互利益的—契約としての性格をもつものである」Merison Report (1976), p. 3, para. 4.
- 11) GMCは、医師会ではない。英国医師会 (British Medical Association: BMA) は、イギリスの場合、登録され認証された独立労働組合であり、GMCとはまったく別の組織である。なお、イギリスには、現在、保健 (health care) に携わる「専門職」とそれを統制する専門職機関が幾つかある。医師を統制する機関としてGMCが存在しているほか、看護婦には連合王国看護婦・助産婦・訪問看護婦中央評議会 (The United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting) が、歯科医には中央歯科医師評議会 (General Dental Council) が、そして、検眼士、薬剤師、整骨療法士、指圧療法士、補聴器供給者 (suppliers of hearing aids) についても、それぞれ同様な専門職機関が存在している。
- 12) なお、GMCの組織機構とその意義等について、国京則幸1998「医療保障における医師の位置付けと医療の責任について(二)～(四・完)—イギリスの医療保障構造再考—」『大阪市立大学法学雑誌』44巻3、4号、45巻1号参照。
- 13) 1858年医療法によって創設された。ただし、創設当時は「連合王国医師教育・登録中央評議会」(The General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom) として発足していた。現在は、Medical Act 1983 (c 54) を制定法上の根拠にしており、その他の規則等によって詳細が定められている。
- 14) なお、もう一つの「教育」に関する影響力も、医療の質の確保・向上において重要な意味を持つ。もっとも、GMCは、医学教育の具体的内容を定めるわけではなく、「登録」を認める上で必要とされる基準を設定し、これを各大学医学部において実践させるという間接的な影響力の行使にとどまる。しかし、この影響力は大きなものであるといわれる。国京、前掲(三) p. 601以下参照。
- 15) この登録業務については、国京、前掲(三) p. 599以下参照。

- 16) 医療行為そのものは、法的には可能である。
- 17) 懲戒には、警告のほか、より重いものとして、条件付き登録、登録の一時停止、登録の削除がある。ただし、登録の削除をされても、一定の要件を満たし、手続きをとった後には、登録を回復されることがある。国京、前掲(三)p. 611以下参照。
- 18) 手続き等については、国京、前掲(三)p. 608以下参照。このほかに、主として健康上の理由から診療適性に問題ありとする場合、別の手続きによって登録の一時停止や抹消を行われることがある。同、p. 613以下参照。
- 19) SPMとの関係では、いわゆる Blue book (*Professional Conduct and Fitness to Practice*, GMC 1993)が医師のとるべき重要な行動指針となっていた。
- 20) Russell G. Smith (1994)は、GMC発足の1858年から1990年までの懲戒事例の分析を行っている。
- 21) これにあわせて、GMCが発行する *Good Medical Practice* (2nd ed. 1998)ほかで、医師の責任など良き診療に関する指針が示されている。
- 22) NHSでの質確保を考える際、医師主導の合議制のNHSから管理者(manager)の統括するNHSへ、という運営のあり方の実質的変化が医療の質に与える影響についても考えてみる必要がある。さらに、特に最近のプライマリーケアにおける医療およびコメディカル、福祉の連携によるチーム医療の推進が質確保にどのような影響を与えているのかなどについても検討してみなければならないであろう。
- 23) NHSとの関係では、2つの業務が重要である。正規の外部監査と、サービスの経済性、効率および効果を報告することである。
- 24) NHSCCA 1990 s.62.
- 25) 1969年の病院諮問サービスにはじまり、現在の名称は、1976年に導入された。これによってより幅広い付託を受けるものとなっている。業務は、管理、組織、および患者へのサービスの提供の水準の維持向上のための助言を与えることである。
- 26) 社会サービス監督官は、保健省の一つの課であり、社会サービスおよび関連する保健政策の形成、実施、監督に関して大臣に助言を与える。また、サービスの質を向上させ、効果・効率を向上させるために社会サービスの提供を調査する。
- 27) また、Health Act 1999によって、保健当局、NHS信託、プライマリーケア信託には、質にかかわる新たな法定の義務が課される。また、臨床水準顧問団を廃止し、新たに保健改善委員会(Commission for Health Improvement)を設立することになる。
- 28) 現在は、NHS管理局(Executive)が監督を行うようになっている。Community Health Council Regulation 1996, SI 1996 No. 640.
- 29) NHS 1977, s.20, Sch 7. Community Health Council Regulations 1996, SI 1996 No 640.
- 30) Ibid., r.17.
- 31) スコットランドでは、この機関に相当するのが地方保健協議会(Local Health Council)であり、北アイルランドでは、保健および社会サービス協議会(Health and Social Services Councils)である。
- 32) National Health Service (Association of Community Health Councils) Regulations 1977 SI 1977 No 874; National Health Service (Association of Community Health Councils) Establishment Order 1977, SI 1977 No 1204.
- 33) Rudolf Klein (1995) ほか参照。
- 34) かねてから、「実質的なものというよりむしろ象徴的なもの」という認識も強かった。また、CHCによってその形態や活動に大きな差があった。Rudolf Klein (1976)。
- 35) 例えば、保健当局はNHS信託の設立を含むサービスの「実質的展開」に関する提案をCHCに諮問しなければならない。しかしCHCが出した意見を尊重する義務はない。
- 36) Department of Health. 1995. *The Patient's Charter and You*. この憲章は、英語版のほか、中国語版やトルコ語版、ギリシア語版など11カ国語で発行されている。憲章では、「権利」や「期待できること」を示しているほか、苦情を申し立てる上での具体的な基準となるさまざまな標準を記している。国京則幸 1998「医療保障における医師の位置付けと医療の責任について(一)ーイギリスの医療保障構造再考ー」『大阪市立大学法学雑誌』44巻2号, pp. 259-268に一部を訳出した。なお、これまでの患者憲章を見直し、新しいNHS憲章に向けた提言をまとめた報告書が既に提出されている。Greg Dyke (1998)。
- 37) Health Service Commissioner (1999), para. 4.1.
- 38) Hospital Complaints Procedure Act 1985を根拠にしている。この法律は、各保健当局に苦情処理制度を設けることなどを指導する規則の作成を、大臣に義務付けている。実施は、1988年からである。
- 39) National Health Service. (*Committee and Tribunal Regulations*) 1992, SI 1992 No 664.
- 40) 因みに、GPおよび臨床事例を含めた調査ができるようになってから初めてまとめた1998-99の期間中調査された119件のうち、62件(52%)が臨床に関するもので57件(48%)が非臨床事例であった。Health Service Commissioner, op. cit., para.1.2およびChapter 2以下。
- 41) 1997年には、医療保障法(Health Care Law)という教科書が相次いで出版されるに至っている。Jonathan Montgomery (1997), Jean McHale and Marie Fox with John Murphy (1997)。
- 42) Montgomery, Ibid., p. 1.

- 43) その法源には、コモン・ローや議会制定法・規則のみならず、専門職団体の規範、そしてヨーロッパ共同体法や国際人権法などが含まれる。Ibid., pp. 2-20.
- 44) R v. Central Birmingham Health Authority, ex parte Walker; R v Secretary of State for Social Services and another, ex parte Walker, Queen's Bench Division, 24 November 1987 (unreported) by LEXIS; Ex parte Walker, Court of Appeal (Civil Division), 25 November 1987 (unreported) by LEXIS. など。またこれに先立ち、R v. Secretary of State for Social Services, West Midlands Regional Health Authority and Birmingham Area Health Authority (Teaching), ex parte Hincks and others, Court of Appeal (Civil Division), 18 March 1980 (unreported) by LEXIS も NHS の法的性格を理解するのに役立つ。
- 45) 国京、前掲(一)で検討している。
- 46) Montgomery, Jonathan. 1989. "Medicine, Accountability and Professionalism", *Journal of Law and Society*, 16: 319-39.
- 47) Montgomery, op. cit., p. 82.
- 48) 健康権について積極的に主張しているのは、Jonathan Montgomery である。先の医療保障法の教科書のほか、もう一つの教科書の健康権部分を執筆担当している。また、Jonathan Montgomery. 1992. "Rights to Health and Health Care" in Anna Coote, ed. 1992, pp. 83-107; 1992 "Recognising a Right to Health." in Ralph Beddard and Dilys M. Hill, eds. 1992, pp. 184-203 など。その他、健康権に関する議論として、Raymond Plant (1989), Margaret Brazier (1992); 1993 "Rights and Health Care", in Robert Blackburn, ed. 1993, pp. 56-74 など。
- 49) Human Rights Act 1998 (c. 42).
- Blackburn, Robert. ed. 1993. *Right of Citizenship*. Mansell.
- Brazier, Margaret. 1992. *Medicine, Patients and the Law*. New Edition. Penguin Books.
- Coote, Anna, ed. 1992. *The Welfare of Citizens: Developing New Social Rights*. London: IPPR Rivers Oram Press.
- The Department of Health. 1997. *The New NHS: Modern Dependable*. The Stationery Office, Cm 3807.
- Dyke, Greg. 1998. *The New NHS Charter—A Different Approach*. Department of Health.
- Freidson, Eliot. 1970. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press.
- Health Service Commissioner. 1999. *Sixth Report for Session 1998-99*. Annual Report for 1998-99.
- Jacob, Joseph M. 1998. *Doctors and the Rules: A Sociology of Professional Values*, 2nd ed. Transaction Publishers.
- Johnson, Terry, Gerry Larkin, and Mike Saks, eds. 1995. *Health Professions and the State in Europe*. Routledge.
- Klein, Rudolf, and Janet Lewis. 1976. *The Politics of Consumer Representation: A Study of Community Health Councils*. Center for Studies in Social Policy.
- Klein, Rudolf. 1995. *The New Politics of the NHS*, 3rd ed. Longman.
- McHale, Jean, and Marie Fox with John Murphy. 1997. *Health Care Law: Text and Materials*. Sweet and Maxwell.
- Merison Report. 1976. *Report of the Committee of Inquiry into the Regulation of the Medical Profession*. HMSO, Cmnd. 6018.
- Montgomery, Jonathan. 1997. *Health Care Law*. London: Oxford University Press.
- NHS Executive 1998. *A First Class Service: Quality in the New NHS*. HSC 1998/113.
- Plant, Raymond. 1989. *Can There Be a Right to Health Care?* University of Southampton Occasional Paper.
- Smith, Russell G. 1994. *Medical Discipline: The Professional Conduct Jurisdiction of the General Medical Council, 1858-1990*. Clarendon Press.

(くにきょう・のりゆき 静岡大学専任講師)

参考文献

- Beddard, Ralph, and Dilys M. Hill, eds. 1992. *Economic, Social and Cultural Rights: Progress and Achievement*. Macmillan.

イギリスにおける医療情報とサービスの質

— 患者憲章の実行 —

西田 和弘

■ 要約

イギリスでは、ここ10年、患者憲章の実行を目指してNHS改革が進められてきた。患者憲章は、医療サービスの質の向上・改善を目標に、さまざまな権利や基準を設定した。その中でも特に目立つのが、情報にかかわる諸権利や基準である。医療に関する情報はさまざまな場面で、患者にとって必要不可欠であり、これを保障することも質の高い医療に密接に関連している。現在、イギリスでは患者憲章の問題点も指摘され、新たなNHS憲章の制定に向かう動きがある。新憲章の優先目的としても患者への情報提供が重要とされる。このような情報に関わる権利を自己の医療情報へのアクセスと、行政による情報公開・情報提供の二側面からアプローチし、アクセスの法理と現実に行われている情報公開・提供のシステムを紹介する。

■ キーワード

患者憲章、NHS憲章、医療情報アクセス権、行政の情報開示、医療カード

はじめに

イギリスでは、1972年の「ブリッジレポート」を出発点として、医療サービスの質に関する重要な文書がいくつか出されている。1982年の「グリフィスレポート」、1987年の「よりよい保健医療の促進」¹⁾、1989年の「患者のための医療」²⁾、1991年には「患者憲章」、そして、昨年には「第一級サービス」と題する文書が刊行された。

本稿では、これらのうち特に患者憲章に焦点を当て、そこでの医療サービスの質に関する理念・基準と患者の権利、特に情報を得る権利との関係性を明らかにしていくことを目的とする。というのも、患者憲章の実行を目指して一連のNHS改革が実施され、今一応の区切りを迎えようとしていると思われるからである。情報を得る権利も、患者自身の健康状態、受けた治療などを知るために情報へア

クセスするというアクセス権と、患者の医療サービス受給権の保障装置としての行政からの情報開示の二つの局面を考察する。

I イギリスにおける医療サービスの質に関する考え方

— 患者憲章の意義と役割

本章では、政府がサービスの質に対し、どのような考え方と位置づけ方をしてきたのかを重視し、実際に行われている個別な質保障のためのメカニズム(例えば、メディカル・オーディット、TQMなど)を詳細に検討することは本稿では行わない³⁾。

1. 患者憲章

いくつかのイギリスの文献を見ると、イギリスにおけるよりよい医療サービスを実行するための最も

大きな指針となっているのは、患者憲章のようである。その実行こそが、医療サービスの質を高め、同時に患者の諸権利の保障につながると考えられている。

1991年の「患者憲章」は「水準の向上」⁴⁾、1995年の改訂版「患者憲章とあなた」は「サービスの改善」という副題を持つ⁵⁾。前者は、医療における既存の権利と、憲章により保護されることが期待される新たな権利、サービス基準を全般的に表したものである。それに対し、後者は、前者を前提としてさらに、NHSすべての領域で保障される権利および基準、各サービスでの患者が期待できるサービス基準と政府の約束により構成され、新たに期待しうるサービス基準が盛り込まれている⁶⁾。

患者憲章は、すべての市民に保障される既に確立された権利、全国的なサービス保障と目標、地方レベルでのサービス保障と目標が織り交ぜられている⁷⁾。

それぞれの市民に保障される権利は、簡潔に言うと以下のようなものである。

- ① 個々人のニーズに基づく保健医療受給権
- ② 一般医への登録及び簡易迅速な登録変更権
- ③ 救急医療受給権
- ④ 病院顧問医師への紹介を受ける権利
- ⑤ いわゆるインフォームド・コンセントに基づく治療を受ける権利
- ⑥ 実験的治療ないし医学生研修に参加するか否かを決定する権利
- ⑦ 保健医療記録へのアクセス権とNHS医療関係者の守秘義務を知る権利
- ⑧ NHSサービスについての苦情申し立ての権利と調査・返答を受ける権利
- ⑨ 期待しうるサービス基準や待ち時間、地元の一般医サービスについての情報を含めて、地方において提供されるサービスにおける詳細な情報を与えられる権利
- ⑩ 病院待機者リストに記載された日から18カ月

以内に、日を特定して治療のための入院が保障される権利⁸⁾

- ⑪ 適切な薬剤処方を受ける権利
- ⑫ 入院先が男女混合病棟であるか否かを知らされる権利⁹⁾

上記の諸権利のうち①ないし⑦は1991年以前から既に国民に認められていた権利であり、⑧ないし⑩は1991年の患者憲章により新たに認められ、1992年4月1日から保護されるべき権利とされたものである。⑪および⑫は1995年改訂により付加された権利である。

上記の権利のうち、情報に関わる権利が多いことが特徴である(⑤⑦⑧⑨⑫)。患者のニーズへの対応という姿勢と消費者としての患者という視点から、情報が重要視されているといえる。患者憲章については、過去の論説で触れたことがあるので、本稿では、これらの権利のうち、情報に関わる権利のみ若干の解説を加える¹⁰⁾。

①ないし③は、基本的な医療受給権に関わる権利であり、こうした権利を実行あるものにするためには、特に⑨の権利保障が必要不可欠である。医療供給体制に関わる情報とも言うべきものが国民に開かれていなければ、患者は自らの判断で医療に参加していくことができない。行政や医療サービス提供者による情報公開のあり方が問題となってくる。また、⑦の権利は1990年保健医療記録へのアクセス法により、国民に行使可能な権利となっている。本稿のIIおよびIIIで、こうした情報へのアクセス、公開について述べるが、イギリスではサービスの質保障と患者の権利(特に情報)保障は密接に関連するものとして理解されていることを指摘しておく。

保健医療関係部局の行う契約は、これら憲章の権利や基準の保障を具体化するものであることを要するとされる。というのも、当該部局は、サービスの購入者であり、憲章の定める基準のサービスを提供する最終的な責任を課されているからである。

患者憲章は、また保健関係部局が提供することが求められる一定の基準を設定する。それには以下のものが含まれる。

- ① プライバシー、尊厳、宗教および文化的信念の尊重
 - ② 特殊なニーズを有する人々を含め、誰もがサービスを利用しうることを保障するための手配
 - ③ 近親者および友人への情報提供
 - ④ 救急車の待ち時間(都市部で14分以内、郊外で19分以内に到着)
 - ⑤ 事故および急患部門での初期診断の待ち時間(すみやかに診断が行われ、長時間搬送台の上に放置されないよう、3、4時間以内に入院させることが求められる)
 - ⑥ 外来診療での待ち時間¹¹⁾(個別に予約時間が与えられ、その30分以内に診察)
 - ⑦ 手術の取りやめ
 - ⑧ スタッフの名札着用
 - ⑨ 退院
- ここからは1995年改訂による基準
- ⑩ 清潔かつ安全な環境でのケアへの期待
 - ⑪ 食事の選択への期待
 - ⑫ 在宅療養患者の往診時間相談と2時間の幅での往診への期待
 - ⑬ 地区看護婦もしくは精神保健看護婦から目標時間内に往診を受けることへの期待

2. 患者憲章からNHS憲章へ

NHSでは、現在、患者憲章に代わる新たな憲章(NHS憲章)の策定に乗り出している。

グレッグ・ダイク(Greg Dyke)は、1997年6月に保健医療大臣から、現行の患者憲章に代わる新しいNHS憲章への提言を求められ、1998年11月に「THE NEW NHS CHARTER—A DIFFERENT APPROACH」という報告書をまとめた。この報告書をもとに新憲章が策定され、現行憲章は発展的に解消されることになる¹²⁾。

ダイクは、新憲章の最優先の目的として、① 患者がNHSから期待しうるケアの基準を患者に説明し、その基準が効果的に監督されること、② 患者が受けるケアや治療の種類を決定する際に、患者が(筆者注:医療関係者との)パートナーになりうるように当該患者に情報を提供すること、③ 救済手段についてのわかりやすい説明を含め、患者が受けるサービスについてより理解しやすくなるよう患者を援助すること、④ NHS全体の情報伝達レベルを改善することを挙げる。

ダイクは、NHSの全領域をカバーする単一の全国的な憲章では、目的は果たせないで、三つの要素(NHSの重要原則の申告、地方レベルでの憲章の発展、疾病に関する明確な利用者手引き)に分解した憲章パッケージの形態が望ましいとする。

何故に新憲章が必要とされているのかについては、ダイクによるKing's Fundの報告書¹³⁾の分析が参考になる。彼は、現行憲章の問題点として以下の八点を挙げる¹⁴⁾。

(要旨)

- 患者憲章はトップダウンで、関係者が政治的な鞭と見てしまっ、「自分自身にかかわりの深いもの(ownership)」と感じる人が少なかった。また、その価値についての議論が尽くされなかった。
- あらゆるレベルでNHS主導ではなかった。結果的に、「自分自身にかかわりの深いもの」であるとの意識が欠落していた。
- 権利概念と、保障されなかったときの効果的な救済のない「権利」を患者に与える抱負とを混乱させた。
- NHS職員は一方的な憲章と感じていた。憲章は義務なしの権利を患者に与え、非難文化を生み出したと感じた。
- 必ずしも患者・職員にとって最重要ではない、単に見通しの利くプロセスの部分に物差しを当てただけである。
- 人々がうまく逃れることを助長した。(基準を形

式的に遵守するような例)

- 患者がシステムにのるプロセスに物差しを当てるにすぎず、指図された臨床結果ないしケアの質を押し量るものではない。
- 内部市場競争システムの比較的見通しの利く基準概念を加えていた。

そのほか、消費者協会の調査では、世論調査をした人の三分の二は患者憲章について聞いたことはある一方で、61%の人はそこにある権利や詳しい基準を挙げるができなかったことが指摘されている¹⁵⁾。そもそも患者憲章が国民になじみの深いものだったか疑問であることが分かる。

そのような問題点に対して、ダイクは、「批判は多々あるが、患者憲章は常に失敗続きだったわけではないと考える。憲章導入の最も重要な効果は、以前よりも消費者文化を正面から捉え始めたことである。」と患者憲章への積極的な評価も行っている。

そして、昨年「第一級サービス」¹⁶⁾と題する報告書が保健省から出された。21世紀への指針というべき性質のものである。本稿では、この文書の検討にまで至ることはできなかった。別稿で論ずる所存である。

II イギリスにおける医療情報へのアクセス権

前述のように、患者憲章において、保障されるべき権利として情報アクセスが重要視されている。一口に医療情報といってもさまざまな種類や保管・保持の相違があるので、本章では、患者がどのように自己の情報にアクセス可能なのかという点を見ていくことにする。

1. 保健医療記録へのアクセスを可能にする法

イギリスにおいては、患者が自らの保健医療記録にアクセスすることができるといった一般的なコ

モンロー上の権利はないとされている。それは1995年のマーチン事件控訴院判決(R.v. Mid-Glamorgan FHSA, ex p. Martin [1995] 1 All ER 356 (CA))においても明らかにされているところである。当該事案は、1966年から1972年までの外来および入院時の保健医療記録へのアクセスを求めたものであるが、制定法に基づくアクセス権は認めるが、コモンロー上のアクセス権はないと判断している。

しかし、現在では、患者が自己の保健医療記録へアクセスできるように、いくつかの制定法が存在する。保健医療記録へのアクセスにかかわる法としては少なくとも四つのものがある。1981年最高法院法、1984年データ保護法、1988年医療報告書へのアクセス法、そして1990年の保健医療記録へのアクセス法である。社会サービス部門にも医療が関係していることから、これら四つに加え、さらに1987年個人ファイルへのアクセス法も検討する必要がある。

相互の関係だが、まず1981年法は、わが国でいうところの裁判所法と最高裁規則のようなものといえる。その中に医療記録へのアクセスに関する裁判所の権限が示されている。1970年以降高等法院および県裁判所は係争中あるいは提訴時に患者の医療記録の開示を命ずる一定の権限を有していた。現在開示を命ずる権限はこの1981年法に規定されているということである。1984年法の施行によって、患者は初めて権利としての医療記録へのアクセスを認められることとなった。ただし、この1984年法は電算化された記録の保護とアクセスを認めたにすぎず、同じ患者の情報でありながら、電算化されたものと手書きのもので差が出てしまう結果となってしまった。1988年法は一般医(家庭医)によって提出される記録、および使用者もしくは保険会社によって保持される記録に関してアクセス権を拡大したものである。また、1987年法においてアクセス可能な情報は、公の機

表 1 イギリス医療情報アクセス関連法の比較

	1984年法	1987年法	1988年法	1990年法
アクセス権者	データ主体	ファイル主体	医療報告書の主体	患者, 受任者, 親権者, 裁判所による選任など
義務者	データ利用者	公共機関 (住宅および社会サービス)	医師	記録保持者
アクセス可能な情報	電算記録	上記公共機関の有する情報	雇用または保険の目的のため作成された報告書	保健医療記録 (非電算化記録)
制限条項 (主要なもの)	深刻な害 第三者の秘密保護	規則の定めるところによる	深刻な害 医師の意図 情報提供者の保護	深刻な害 第三者など
手続きおよび期間	データ利用者による 本人確認の後, 40日以内	規則の定めるところによる	作成日から6カ月以内に 申請者または医師に通知	保持者に申請 申請日から40日以内に 作成された記録は21日 以内, それ以外は40日 以内

関が管理する住宅および社会サービスに関する情報である。一見、医療には無関係に見えるその情報も、社会サービスにおいてサービス利用者の保健医療情報が記載された情報が含まれていることから、保健医療記録へのアクセスを考える際に見落とすことはできない。

このようにイギリスにおいては医療における文書情報へのアクセスを容認する立法が徐々に整備されてきた。しかし、例えば、アクセス可能な情報の点で見ても、アクセス権者の点で見ても、これら立法で、すべての保健医療記録をカバーしているとは言えない。そこで1990年に新たな立法が制定されることとなった(表1参照)。

2. 1990年法の概略と問題点¹⁷⁾

本法は1990年7月13日に制定された12条からなる法律であり、労働党のヘンダーソン議員が提出した議員立法である。その提案理由として、アクセス権保障は、民主社会の重要な原則であること、多くの記録が不正確で不完全であること、本法案により医療情報アクセスの一貫性が確保できることなどが説明されている¹⁸⁾。

同法では、カルテにとどまらず、検査記録などの幅広い記録が対象となる。ただし1984年のデータ保護法によるアクセスが可能なものについては対象外となっている。データ保護法は電算処理された記録へのアクセスを認める法であるから、本法は手書きなどの電算化されていない文書記録へのアクセスを認めるものといえる。

次に、記録保持者もおよそ患者の記録を保持している可能性のある者すべてがカバーされている。

第3条はアクセス権者を規定する。アクセス権者は、患者、患者の委任を受けた者、患者が児童の場合にはその親権者、日常生活を正常に行う能力を持たない者の場合には裁判所により選任された者、患者死亡時には代理人またはその死によって生じた請求権の帰属する者と規定されている。アクセスの権利を有する者を法により限定していくことで、第三者からの保護が可能となる。3条で注目すべきは第3項で、専門用語についての説明を法によって要求している点にある。このような規定は素人にも理解できる方法を法で担保する仕組みの一つを示していると思われる。

アクセスが認められない場合については4条に

規定がある。これは3条1項に示すアクセスの申請者によって異なる。いずれも記録保持者がその裁量に基づいて判断する点で客観性に欠けることは否定できないが、不法なアクセスから患者を保護するためには必要な規定といえよう。

第5条はそのようなアクセス権が部分的に認められない場合を規定する。1項a号の1は、患者自身又は他人に対して身体的または精神的健康に重大な損害を与えることになると考えられる情報、2は第三者に影響を及ぼす情報などは一部アクセスを認めないと制限をかけている。2は第三者のプライバシー保護の観点から容易に理解できるが、問題は1の規定である。

これには二つの問題があると思われる。一つは、重大な損害を与えるか否かは記録の保管者の裁量によるのだが、こうした規定がアクセスそのものを形骸化してしまう恐れがあるのではないかということである。二つ目は記録の保管者必ずしも現在の患者の状況をよく知る者ならずという点である。前者の場合は、迅速かつ簡便な救済方法の確立によって裁量の逸脱や誤った判断は是正されうと思われる。後者については記録保管者間の連携がどの程度とれるかにかかっている。第6条では不正確な保健記録の訂正請求権が明記され、第8条は裁判所の権限などを規定している。

3. アクセス権についての小括

以上のように、イギリス法における保健医療記録のアクセスは、請求権者、本人および第三者の保護、訂正請求権などが国にとって参考になる内容を持った立法であるといえる。しかしながら、イギリスの医療情報へのアクセスに関する制定法には問題も指摘されるところである。つまり、アクセス可能な情報の種類、換言すれば、その保有形態や保持者の相違によって適用される法がさまざままで、アクセス権者にとって非常に複雑な制度となっているという問題である。

この問題を解決すべく、イギリス医師会が1995年に発表した草案をもとに1996年に「個人の保健医療情報の開示及び利用に関する法案 (Disclosure and Use of Personal Health Information Bill (1996))」が貴族院に提出され、第二読会まで進んだが、成立しなかった。

アクセス権保障のためには裁判による救済のほか、迅速・簡便・安価な苦情解決手続が必要である。さらに苦情解決手続は違法とまではいえない状態に対する解決法および質の向上に役立つシステムとしてその効果を大いに期待できる。患者憲章においても苦情解決の重要性は強く認識されるところである。

4. 医療情報に関する苦情

1996年度のヘルス・サービス・コミッショナーの年次報告書から医療に関する苦情を見てみると、全部で2,219件あり、1990年度が990件であったことと比較しても年々増加している¹⁹⁾。これらすべてがヘルス・サービス・コミッショナーの調査の対象となるわけではない。1996年度にヘルス・サービス・コミッショナーによる調査が完了したものは545件ある²⁰⁾。これから不満の内容を見てみると、医療情報に関係があると思われるもの、つまりコミュニケーション・同意・相談の苦情としては是認されたもの、是認されなかったもの双方含めて83件、プライバシー・秘密保持義務違反が同じく8件、記録・証明書関係が25件あり、全調査の20%近くを占めることがわかる。この事実は、不適切な医療がますます増えているというよりは、患者憲章の制定を契機に、患者の苦情申し立ての権利が国民に浸透してきていることによるものである。

イギリスでは、1996年4月1日より医療に関する新しい苦情解決手続が動き始めた。以前の手続では、複雑で利用しづらい、手続が多すぎる、苦情解決機関の独立性に欠けるなどの批判があったため、大幅な変更が行われた。

以前の苦情解決手続は、NHS規則によって四つの家庭保健サービスに関する手続が規定され、それとは別に病院と地域医療については公式ガイダンスが苦情解決の方法を規定するという複雑なものだった²¹⁾。新しい苦情解決手続では、病院と地域医療サービスの提供者および家庭保健サービスは同様の方式で処理される。第一段階である地域解決 (LOCAL RESOLUTION) と第二段階である独立調査 (INDEPENDENT REVIEW) を経てそれでも患者が満足できない場合にはヘルス・サービス・コミッショナーの判断に委ねられることになっている。

新たな苦情解決手続の施行日である1996年4月1日は、新たな保健当局の創設の日でもある²²⁾。この新保健当局が一次医療、二次医療から生ずるNHSのすべての苦情の解決手続に責任を持つ。

このような新しいNHS苦情解決手続の導入に関する政府の主な目的は以下の七点にあるとされている²³⁾。

- 患者および苦情申立人のアクセスを容易にすること
 - NHSの一部として提供されるサービスのいくつかについての苦情のための共通の様相を持つ簡便な手続
 - 懲戒手続から苦情を分離
 - 患者サービスを改善するために苦情から質に関する教訓を得やすくする
 - スタッフおよび苦情申立人に公正であること
 - より素早く、開かれた手続
 - 申立人の心配事を解決するというを第一の目的として正直かつ徹底的にアプローチすること
- 苦情解決がサービスの質にフィードバックされ、改善に結びつく機能を期待されている。

III 医療サービスにおける情報公開

イギリスにおいては、医療が全体として公的な枠組みで動いていることもあり、行政からの医療サー

ビスに係る情報公開は、民主主義の当然の帰結とされているようである。

ここでは、行政の医療に関する情報公開の一部を検討する。

1. 保健医療情報サービス

NHS医療において、行政はいかなる情報公開の責務を負っているのか。患者憲章の実行の一環として、RHAは1992年4月に「保健医療情報サービス(HIS)」を立ち上げた²⁴⁾。その目的は、国民に一般的な保健医療にかかわる情報サービスを提供することにある。これらサービスは、無料電話(0800 66 55 44)とサービス名称(保健医療情報サービス)を通して接続されている。電話をかけた人は、自動的に次の事項の情報を提供する最も近いサービスにつながる。それは、医療事情、NHSサービス、地方および全国の自助・援助グループ、患者憲章で示された基準や苦情申し立て方法を含む患者としての権利、健康の維持・改善、病院待機時間である。

保健省のガイダンス(HSG(95)44)でも、全国的な健康促進運動をサポートし、臨床効果に関する情報を提供することにおけるHISの役割が強調されている。1996年4月のRHA廃止により、HISの提供責任は、地域(region)から地方の保健当局に委譲された。

2. 行為規範に基づく情報提供

1995年に発行された「NHSにおける情報公開に関する行為規範(A Code of Practice on Openness in the NHS)」は、NHSトラストおよび統合保健当局は次の情報を文書で公表するか、いつでも利用できる体制をとらねばならないとする(5条)。

- 提供されるサービスの種類、定められた目標や基準およびその達成結果、サービスの費用と効率率性についての情報
- 保健医療政策の重要な提言またはサービス提

供方法の変更提言についての詳細

- 保健医療政策の重要な決定またはサービス提供方法の変更決定の詳細
- 保健医療サービスの運営および提供方法ならびに責任主体についての情報
- NHSが国民とどのようにかかわっているかについての情報
- CHCやヘルスサービスコミッショナーに連絡を取る方法についての情報
- 自分自身の保健医療記録へのアクセス方法についての情報

また、当該行為規範は、第三者の個人情報、開示すると自由な議論が妨げられるような内部の会議内容、非公開を前提に入手した情報など九種の情報については非公開でかまわないとする(9条)が、上記5条に該当しなくても、本条の非開示項目に該当しない限り、国民からの要望があった際には情報公開を行うことが要求されることになる。

3. 一般医の患者への情報提供

一般医は、独立契約者としてNHSの一次医療を担っている。契約のサービス約定によって、一般医ないしそのパートナーは下記の情報を含む診療小冊子を準備するものとされている²⁵⁾。

- ① 当該医師の個人的・専門的詳細情報
氏名、性別、GMC登録医療資格証明書、医師としての初回登録の時期と場所
- ② 診療に関する情報
診療時間、予約制度の有無、予約制度がある場合の予約方法、往診申し込み方法、当該医師の診療時間外に対応する他の医師の氏名と住所、患者が再処方を受ける方法、薬剤調剤診療の場合の処方箋についての取り決め、患者の通院、診察回数・継続期間・目的、医師以外のスタッフの数と役割、産婦人科サービス・避妊サービス・小児健康管理サービス・小規模外科サービスの提供の有無、医師の診療

形態(単独、複数、グループ)、医師またはスタッフがいかにして自己の医療提供に関する患者の意見を受け取っているかの取り決め、スケッチあるいは図による診療地域、障害者への配慮、補助者の経歴、研修中の医師もしくは学生教育の一環として行われる場合の患者への周知取り決め

この小冊子は、正確さを担保するため少なくとも年に一回見直されるべきであり、最新のコピーが保健当局もしくはヘルスボード、登録患者、入手希望者に利用可能であるべきものである。これも前述患者憲章⑨の権利の実効性を担保する装置であるといえる。

4. イギリスの医療カード

日本の保険証や健康手帳などにあたるイギリスの医療カードは、実に多様な情報を患者に提供している。これもまた、行政からの情報提供に当たる。長くなるが、内容を紹介する。なお、このカードは、1997年時点のものである。

重要な情報

- 診察に当たっては医師の求めに応じこのカードを提示してください。提示なき場合は料金が課されますが、償還方法を示した領収書が発行されます。
- 事故および緊急時においては、まず登録している家庭医に連絡を取ってください。もし登録している家庭医が対応不能なら、どの家庭医にかかってもかまいません。
- イギリス国内で3カ月未満の間、自分の居所を離れる場合には、NHS医療に関して、どの家庭医に診察を受けてもかまいません。このカードを見せるか、NHS番号を申告してください。
- 3カ月以上海外に行く予定であれば、イギリス出国予定日をメモして、このカードをあなたの地区のヘルスボードに返却してください。住所は

カードの第一面に記載してあります。帰国後再登録をしてください。

- 住所変更の際には、すみやかに新住所を家庭医に連絡してください。これは、あなたの家庭医があなたに文書を送ったり、訪問したりする必要がある場合のためです。健康維持計画についてあなたに文書で連絡することもありますので、お住まいの地域のヘルスボードにもお知らせください。現在の家庭医の担当地域からはずれてしまう場合には、家庭医にお問い合わせください。もし、家庭医の承諾が得られなければ、速やかに新住所にほど近い医師に登録替えを行ってください。
- あなたの家庭医は、あなたの手助けになるような情報(例えば、診察時間や利用可能なサービス)を内包した診療小冊子を持っています。
- かなり症状が重く、到底診療施設に行けない場合を除き、往診の依頼はお控えください。一刻を争う状況でなければ、できるだけ午前10時までに診療施設に連絡を取ってください。そうしていただけると、医師が往診計画を作る上で助かります。

家庭医を変更希望の場合

いかなるときも変更可能です。特に理由は必要ありません。このカードの4頁目に記入して、新規に登録を希望する家庭医に提出してください。その家庭医が受け入れを承諾する場合、彼はこのカードに署名し、ヘルスボードに送付します。ヘルスボードから新規登録の家庭医の氏名を記入した新カードが送られてきます。家庭医の承諾をもって、新規の家庭医での受診は可能です。16歳未満の方は、親権者により作成された申請書が別途必要です。

あなたの居住する地域のヘルスボードが
お手伝いできること

あなたを新規登録患者として受け入れてくれる
医師が見つからない場合には、ヘルスボードあて

に手紙を書いて、お知らせください。受け入れ医師を探すお手伝いをします。

もし、より多くの情報を必要とされているのであれば、以下のようなことをお教えます。

- あなたの住まいの地域の医師、歯科医師、視力矯正士、薬剤師の住所、氏名。
- お住まいの地域で受けることのできるサービス。例えば、ほかの言語を話せる医師であるとか、児童の健康クリニックのような特別サービス。

苦情

医師、歯科医師、視力矯正士、薬剤師のサービスに苦情がある場合には、ヘルスボードにお便りください。苦情対象事実の発生の日から13週間以内をお願いします。13週間を超過した場合には、苦情に対応することができない可能性があります。

注意事項

ヘルスボードはみなさんの援助をします。お便りをくださるときには、必ず誕生日をお書き添えください。分かれば結構ですが、NHS番号もご連絡ください。この情報をお知らせいただければ、あなたの記録を見つけ、より迅速にお返事することができます。

あなたのNHS番号は、このカードの第一面にあります。(以上)

日本の被保険者証記載事項との大きな相違点は、イギリスの記載事項は患者にとって必要な情報をヘルスボードが提供するという形式をとっていることである。上記のような情報が、NHS医療カードに記載されていることは、患者の権利保障の面で重要な意義がある。つまりサービス受給権、手続的権利、情報を得る権利、苦情申し立ての権利、家庭医選択権の存在をカードの記載事項から容易に読み取ることができるということである。本章では、行政および一般医からの情報提供(公開)を概観した。これらの情報提供システムは、民主主義の要請と同時に、受給権をはじめとする患者の権

利の保障手段・権利の周知手段として重視されなければならない。イギリス国内で、患者が医療サービスを受けるに当たり、最も重要な情報が最も適切な場所に記載されているといえる。

むすびにかえて — 医療情報とサービスの質との関係

医療サービスの質と患者の権利、それも特に情報に関する権利は、相互に密接な関係にある。患者憲章は、サービス水準の向上、サービスの質の改善のための政府の具体的方針の表れであり、そこで保障する権利や基準の中でも情報に関する部分が重要視されていた。

サービスの質が高いということは、一定の基準を満たしているとの評価を示している。ここで重要視される指標は、大きく分けると患者指向のサービスとなっていることと、医療資源(人的・物的・技術的)の充足ということになる。つまるところ両者は、患者が満足したか否かという結果によって評価される性質のものであると思われる。

その患者の満足という抽象的概念をどのように測るかについては、確かに困難な問題ではあるが、患者の権利が保障・保護されているか否かがその際の重要な要素であることは疑いなかろう。要するに、高い質を有する医療サービスは、最終的に患者の権利の保障とリンクしているのである。

サービスの質・水準の向上を目標とする患者憲章が、種々の権利保障によってその目標を達成しようとする方法をとっていることから、質と権利の相関関係を確認することができよう。

保障されるべき患者の権利の内容はさまざまであるが、本稿で取り上げた医療情報にかかわる権利に限って考えれば、それは二つの異なる局面からその意義を理解することが可能である。つまり、一つには、医療情報保有・提供主体の保護と開示であり、二つ目に医療情報取得希望主体の情報ア

クセス権である。

自己情報へアクセス可能であるということは、低い水準のサービス・不適切なサービスは、あってはならないという医療関係者への刺激となり、質を向上させる。また、患者にとっても、自己の健康に対する自覚が促進される効果がある。

サービス情報が行政の責任により提供されるということは、国民が納得しうるレベルのサービス提供をすることへの政府への刺激となり、同時にサービスレベル保障の宣言でもある。

しかし、本稿では、イギリスのすべての医療情報に関わる制度を扱うことはできず、また、上記の考え方を十分論証することもできていないだろう。今後の課題としたい。

注

- 1) HMSO. 1987. *Promoting Better Health*. Cm. 249.
- 2) HMSO. 1989. *Working for Patients*. Cm. 555.
- 3) 拙稿「医療における良質保障の法的枠組」『九大法学』第71号(1996年)参照。
- 4) Department of Health. 1991. *The Patient's Charter*. London: DH.
- 5) Department of Health. 1995. *The Patient's Charter & You*. London: DH.
- 6) 法的権利と“期待”とが混在し、批判の対象となっている。本稿3参照。
- 7) Gritzner, Cathy. 1997. “The Patients’ View of Healthcare.” In *NHS Confederation, NHS Handbook 1997/98*, pp. 230-1.
- 8) 1991年憲章では2年とされていた。
- 9) この権利に関するガイダンスが1995年に出されている。HSG(95)13.
- 10) 拙稿「医療における情報・同意の権利」『九大法学』第69号(1995年)、37から39頁。拙稿「医療における良質保障の法的枠組」『九大法学』第71号(1996年)、8から10頁。そのほか国京則幸「医療保障における医師の位置付けと医療の責任について(1)」『大阪市大法学雑誌』44巻2号(1998年)、259から268頁も患者憲章の検討を行っている。
- 11) 病院外来診療についても1995年改訂は、90%の患者は13週間以内に、26週間以内には誰でも診察を受けることを期待しうるとする新たな基準を設定した。
- 12) EL(97)60. この通知では、新憲章が、パートナーシップの発展、治療の質と効果の向上、国民に利用可能な情

報への容易なアクセスに焦点を当てたものになるとされる。なお、同通知は、新憲章の制定を待たず、事故・救急部門については、先に新基準を策定するとする。

- 13) The King's Fund Report. *The Patient's Charter: Past and Future*.
- 14) Dyke, Greg. 1998. *The New NHS Charter—a Different Approach*. London: D.H., p. 9.
- 15) Gritzner, op.cit., p. 228.
- 16) Department of Health. 1988. *A first class service: quality in the new NHS*. London: DoH.
- 17) 拙稿「医療保障における医療情報へのアクセス権保障」学会誌『社会保障法』13号192頁以下参照。
- 18) Hansard (Commons) Vol. 167, pp. 1227–40.
- 19) Health Service Commissioner. 1997. *Annual Report for 1996–97*. The Stationary Office, p. 82.
- 20) Ibid., p. 95.
- 21) 拙稿(注17)および, Day, Derek, and Peter Merry. "Complaints." In *The NHS Confederation*, op.cit., p. 236.
- 22) 1995年保健当局法により, 地域保健当局は廃止, 地区保健当局と家庭保健サービスは統合されることとなった。1996年4月1日の施行により, 統合後に新保健当局が創設された。
- 23) Derek and Merry. op.cit., p. 236.
- 24) 「Your NHS」<http://www.nhs50.nhs.uk/healthy-atoz-i4148c770.htm>
- 25) Ellis, Norman, ed. 1997. *General Practitioners Handbook*. Radcliffe Medical Press, pp. 33–35.

その他の参考文献

DH and Welsh Office. 1994. *Code of Practice, Mental Health Act 1983*. HMSO.

Ham, Chris, ed. 1997. *Health Care Reform*. Open University Press.

McHale, Jean, et al. 1997. *Health Care Law*. Sweet and Maxwell.

Montgomery, Jonathan. 1997. *Health Care Law*. London: Oxford University Press.

(にしだ・かずひろ 鹿児島大学助教授)

医療の質の評価とアメリカの医療システム

石田 道彦

■ 要約

アメリカでは比較的早い時期から医療の質について関心が向けられてきた。アメリカの医療システムにおいては、連邦政府や州政府による公的規制に加えて、医師や医療機関による自主規制の仕組みが存在している。これらの多様な組織が、それぞれ固有の観点から医療の質の確保にとって重要な役割を果たしている。

■ キーワード

医療の質、同僚評価、自主規制

はじめに

アメリカの医療システムの特徴として、細部における過度の合理性、効率性の追求と大局における非合理性、非効率性が指摘されることがある¹⁾。前者の例としてはDRGの開発を、後者の例としては国民すべてをカバーする医療保険制度の欠如をあげるのが適当であろう。また、これに加えて制度の複雑性もアメリカ医療の特徴として指摘することができるだろう。頻繁な制度の改廃や各種民間保険の分立、多様な利害関係者の存在が医療制度の複雑性を増大させている。

このようなアメリカの医療システムを理解するには何らかのサーチライトを必要とする。試みに医療法(Health Law)というタイトルのケースブック(アメリカのロースクールで使用される教科書)を繙くと、医療の質の確保を基軸に、複雑な諸制度について体系的な叙述がなされていることが注目される²⁾。

アメリカでは比較的早い時期から医療の質の評

価やコントロールに関する研究が盛んである。アメリカ医療に関する研究のうち、わが国に有益な示唆をもたらす可能性のある数少ないものの一つが、サービスの質に関する研究であるとの指摘さえある³⁾。

本稿もまたこの「医療の質」を手がかりに、複雑なアメリカの医療制度を検討することにしたい⁴⁾。医療の質を確保するための諸制度は、公的規制をとっていても連邦法と州法上の規制に分かれており、さらに各種民間団体による自主的規制が存在するなど多様な仕組みから構成されている。紙幅の都合上、本稿では、民間の規制として病院の利用権審査と民間団体による認定制度、公的規制として州の医師免許審査会、メディケアPRO、全米医療従事者データバンクを取り上げることにしたい⁵⁾。これらの検討を通じて、本稿ではアメリカにおける医療サービスの質の評価主体と評価の視点の多様性を明らかにしたいと考える。

I 医療サービスの質の評価

1. 医療の質

アメリカでは医療へのアクセスの平等が軽視された代わりに研究開発に力を注ぎ、国民の健康水準の向上を図る政策が行われてきた⁶⁾。また、これに呼応して比較的早い時期から医療の質に関する研究が進められてきた。とくに近年は産業分野での品質管理の手法を取り入れた医療の質のコントロールの研究が盛んである。

医療の質とは何を指すのであろうか。合衆国医学研究所 (Institute of Medicine) では、医療の質を次のように定義づけている。「医療の質とは、個人や一定の集団に向けられた医療サービスが望ましい結果をもたらす可能性を高めている程度であり、現在の専門的知識と一致している程度である。」⁷⁾

医療の質の研究に強い影響力をもつドナベディアン (Donabedian) によれば、このような疾病への診療技術の適用といった技術的側面に加えて、医師と患者の間の対人関係的側面や医療機関のアメニティも医療の質に含まれるとされる⁸⁾。診療過程における医師と患者とのやりとりにおいては、社会的規範、専門家の倫理規範、患者の期待などへの適合の程度が問題となる。

2. 医療の質の評価の視点

医療サービスを評価する視点として、ドナベディアンがすでに40年前に提唱した「構造」、「プロセス」、「結果」という三つの指標があげられることが多い。最近の合衆国医学研究所の報告書では近年の動向も含めて次のように説明している⁹⁾。

(1) 構造 第一の「構造」とは、病院の設備や医療従事者の配置、医療従事者の資格の有無などに対する評価である。評価の対象が形をとってあらわれているため、判断が容易である。また、こうした条件に問題が多い場合、サービスの内容にも問題がある可能性が高いと考えられるため、

これまで行政機関や民間の認定機関による評価の手段として用いられてきた。医療機関に対する州政府の許可制度や医療従事者に対する免許制度などは、このような観点に立つ制度といえる。

(2) プロセス 第二は、診療行為や疾病管理などサービスの提供過程に焦点を当てた評価である。診断の正確性や、治療方法の選択、治療の際に発生したトラブルへの対処などが問題となる。また、このような技術的側面に加えて、医療サービスの対人関係的側面 (患者への情報提供、患者による質問への対応など) や時間的な適切性も評価の際の考慮の対象となる。このようなプロセスが誤っている場合、何らかの形で患者に危害が及ぼされる可能性が高く、プロセス面での評価は医療の質を測る上で重要な指標である。後述する民間の認定団体による評価では、このプロセスの評価に近年、力点が置かれるようになっている。

(3) 結果 第三は診療の結果に対する評価である。医療においては最終的に望ましい成果が求められているのであり、医療の質の究極の評価方法であるといえる。これまで、結果による評価として症状の改善の程度やリスク修正後の死亡率、感染率などがあげられてきた。また、治療やリハビリテーションによる身体機能の改善については患者自身の満足度も結果の評価に結びつく。しかし、この評価方法は患者を取り巻く環境や個々の患者の遺伝的条件などによって左右されるため、客観的な評価の指標とするには多くの問題が残されている。近年、医療保険財政庁 (Health Care Financing Administration) によるメディケア指定医療機関の審査や民間団体による認定評価においても、結果による評価を取り入れる試みがなされている¹⁰⁾。

II 医療従事者・医療機関による自主的規制

アメリカにおいては、医療従事者の自主規制を基礎とした制度が存在しており、医療に対する規

制の枠組みをとらえる上で無視することのできない要素となっている。以下では、病院の利用権審査制度、民間の認定団体を取り上げる。

1. 病院における利用権審査制度

(1) アメリカでは病院に勤務する医師の割合は非常に少なく、大半の医師は、患者の必要に応じて病院へ出向き、病院内の設備を利用して診療を行っている。ただし、これらの医師が病院の設備を利用するには、病院の利用権(staff privilege)を得ている必要がある。新たに病院施設の利用を希望する医師に対しては、暫定的な利用権を与えた上で、各病院内の審査委員会が審査を行う。委員会はすでに病院を利用している医師から構成されており、申請中の医師が一定の技能を有すると判断すると正式な利用権を与えることになる。いったん利用権が与えられた後も定期的に審査は行われる。利用権審査は、病院が医療サービスの内容をコントロールする手段であるとともに、同僚の医師が他の医師の能力を評価する同僚評価(peer review)としての性格も有している。

現在、いくつかの州法やJCAHOなど民間認定団体の評価基準では、医師の診療活動を審査するプログラムの設置を病院に求めている¹¹⁾。加えて近年は、医師に対して医療過誤訴訟が提起された場合、病院の使用者責任も追求されるため、利用権審査を通じた医師の質の確保に病院は力を入れるようになってきている¹²⁾。

(2) 利用権審査制度は医師に対する利用権の取消しをサンクションとする病院の自主規制として機能しているが、良質保障システムとしてみた場合、次のような限界がある¹³⁾。

第一に、利用権審査は最低限の質の確保を目的としたものであり、サービス内容の審査は最小限のものに限られる。従来、医師の利用権の取消しの理由としてあげられてきたのは、①医療事故を発生させたなど診療能力に問題がある、②薬

物中毒など診療活動の存続に問題がある、③患者への医療サービスに重大な影響を与えるほど他の医師との協調性を欠いている、などである¹⁴⁾。

第二に、利用権審査では、同僚である医師が審査を担当するために判断に歪みが生じているとされる。新たに利用権を申し込む医師に対する審査では、競争相手の出現を警戒して消極的な判断が生じやすいのに対し、すでに利用権を得た同僚の医師に対しては審査が緩やかになる傾向があるとされる。

第三に、適格性を欠いた医師の利用権を取り消したとしても、問題とされた医師は他の病院へ移って診療を続けることになる。つまり問題を病院の外へ移すだけであり、総合的な医療の質の向上に結びつくわけではない。

そして、この第二、第三の問題に対処するために「医療の質の改善に関する法律」が制定されることとなった。

(3) 利用権審査制度などの同僚審査は反競争的性格を有する場合があるために、しばしば審査にあたった医師が訴えられるという問題が生じていた¹⁵⁾。こうした事態に連邦議会も対応を求められることとなり、1986年に「医療の質の改善に関する法律(Health Care Quality Improvement Act、以下ではHCQIAと記す)」が制定された¹⁶⁾。

このHCQIAの規定は大きく二つに分かれる。第一は、良心的な同僚審査に対しては反トラスト法など連邦法上規定された損害賠償責任について免責を与えるというものである。免責規定の導入により同僚審査を促進し、適格性を欠いた医療従事者の発見、処罰を容易にすることをHCQIAは目的としている。免責が与えられる要件は、同僚審査が医療の質の向上を目的としたものであったこと、処罰の対象となった医師に対して告知聴聞手続の機会が保障されたことなどである¹⁷⁾。第二は全米医療従事者データベースの創設である。これについては後にふれる(III-3)。

2. 民間の認定団体

(1) アメリカでは、医師や医療機関の自主規制から発展した民間の認定団体が数多く存在している。医師については、外科医、緊急救命医、神経科医など専門分野ごとに現在25の認定団体があり、専門医の認定を行っている。認定専門医は一般の医師と比べて報酬や社会的地位が高い。認定の取得により、医師は患者からの信用を高めることができることに加えて、病院の利用権の取得が容易になる、医療過誤保険料を低く押さえることができるなどのメリットを享受できる¹⁸⁾。

医療施設についても現在13の認定団体が存在している¹⁹⁾。なかでも医療機関合同認定委員会 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations、以下ではJCAHOと記す)は、病院、ナースিংホーム、在宅ケア事業者など約1万8千の医療機関に対して認定評価を実施しており、最大の認定団体である²⁰⁾。専門の医師、看護婦などから構成された専門の調査員による実地調査にもとづいて医療機関の評価が行われる。長らくJCAHOは施設の構造的条件を中心に評価を進めていたが、1990年代に入って、サービスのプロセスや結果も評価の対象として取り入れるようになってきている。また、認定記録の一部を公開するなど消費者や保険者、事業主に対する情報提供にも力を入れている。

このJCAHOの認定を取得した病院に対しては自動的に営業許可を認める州が存在しているほか、メディケアの指定医療機関とみなされることになっている²¹⁾。

(2) こうした専門の認定団体による評価・認定の仕組みは、医療従事者や医療機関に関して一定の質を保証し、消費者へ向けて表示するという機能を果たしている。認定団体の活動については、専門家による自主的な規制を通じて医療の質の確保に貢献しているとの評価がある一方、同業者による画一的な基準の形成により必要以上に競争を抑制しているとの批判も存在する²²⁾。

III 政府による規制

医療サービスが市場に全くゆだねられる性格のものでないことについては、アメリカでも大半の論者の見解は一致しているように思われる。ただし、政府による規制がいかなる領域で機能すべきかについては議論が分かれる。例えばJostは、政府による規制の役割として、①強制力を有した規制により適格性を欠いた医療従事者を排除し、最低限の質を確保する、②自主規制が反競争的な目的のために利用されないよう監視する、③メディケア、メディケイドを通じた最大の医療サービス購入者として、サービスの内容を監視する、④情報を収集、創出し、市場や自主規制を円滑に機能させる、などをあげている²³⁾。このように政府の役割は多様であるが、以下では州の免許審査会、メディケアPRO、医療従事者データベースを取り上げる。

1. 医師免許審査会

(1) 医師が州内で診療活動を行うためには、州の免許審査会 (medical licensure board) から開業免許を取得しなければならない²⁴⁾。免許制を採用する州の権限は、コミュニティの健康、安全、福祉を守る州の警察権限 (police power) にもとづくとされている²⁵⁾。ただし、医師会が提出した名簿の中から審査会のメンバーを知事が選ぶなど医師会の意向が強く反映される制度である²⁶⁾。

免許審査会は、州で新たに開業しようとする医師の技能に審査を加えることで医療サービスの最低限の質を維持することを目的としている。審査にあたっての判断材料は各州ほぼ共通しており、医学校の修了、卒後研修の実績、医師資格試験の成績、人格面での健全さなどが考慮される。

また免許審査会と懲戒委員会が併設されている州が多く、すでに免許を取得した医師が倫理綱領等に違反した場合には、その適格性が審査される。具体的には、問題のない環境であるにもかかわらず

医療ミスが繰り返されている場合、医療過誤を何度も発生させた場合、法律で禁じられた医療行為を行った場合などに懲罰手続が開始される²⁷⁾。1996年の時点で、処罰の対象となった医師が州内の医師総数に占める割合は、ミシシッピ0.97%、カリフォルニア0.43%、ニューヨーク0.59%となっており、州によりかなりの開きがある²⁸⁾。

(2) 免許審査会の機能は、適格性を欠いた医師を発見し、処罰を加える点にあり、平均的な医師の質の向上に関与するものではない。ただし、医師の質を維持するための何らかの仕組みが必要であると考えられており、アメリカの約半数の州では、免許の更新の際に、医学研修を受けることを義務づけている(例えばミシガン州の場合150時間の研修となっている)。もっとも、このような研修の受講だけでは医師の能力の維持に結びつかないとの批判もある²⁹⁾。

さらに現状の州免許審査会の運用では、実際に問題がある医師のうちのごく一部しか発見されていないとの指摘があり、最低限の質を現実に保証できているのかについても疑問が示されるようになってきている³⁰⁾。このため、より強力な監督を行う州もある。例えばフロリダ州では、医師会の影響を強く受ける免許審査会とは別に監督機関(Division of Medical Quality Assurance)を1988年に設置し、病院による医師の監督を強化させるとともに、医療事故などに関する報告を義務づけている³¹⁾。またニューヨーク州では、医師の再試験を9年ごとに実施する案まで提示されている³²⁾。

2. メディケアPRO

(1) 同僚審査機関(Utilization and Quality Control Peer Review Organization、以下ではPROと記す)は、メディケアによる医療費の支払いの適切性を審査する機関である³³⁾。メディケアでは1970年代に入ると医療支出の抑制が重要な政策課題となっていた。当初は、地域の医師による

審査組織が診療の適切性を審査するPSROs(Professional Standard Review Organizations)が導入された。しかし、期待された成果を上げることができずにPSROsは廃止され、1982年からPROプログラムが導入された。

PROは、医師や看護婦で構成される非営利法人である。連邦保健福祉省(Department of Health and Human Services)は、各州につき、一つのPROを選定し、3年間の契約を締結する。PROは、メディケア受給者に提供される医療サービスが、①医学的に必要なものであるか、②専門家が認めた医療の質の基準を満たしているか、③入院医療が経済的にみて適切に行われているかを審査する³⁴⁾。

(2) PROの審査過程は次のようになっている³⁵⁾。まずPROの審査員(通常、看護婦などの医療従事者)が、選び出された医療記録を審査する。不適切と思われる入院や早期退院を発見した場合、審査員はPROの担当医師へ記録を送付する。また、疑わしい点については医療機関や医師から説明を求めることになる。医療機関に問題があると判断された場合、専門の医師で構成されるPROの審査委員会へ記録が送られる。必要に応じて医療機関には改善計画の提出などが求められる。

問題点が改善されない場合、PROは連邦保健福祉省の監察局(Office of the Inspector General)に対して制裁措置の発動を求めることになる。監察局は、PROの手続は遵守されたか、違反行為は生じたのかなど判断した上で、メディケアによる償還払いの停止や罰金の賦課といった制裁を加える。

(3) PROの活動は三つの時期において変化している³⁶⁾。PROの前身であるPSROsの時期も含めて第一の時期(1972年から1983年まで)は、メディケアの医療支出の抑制に主眼が置かれた時期である。PROプログラムが導入された直後の1983年には、メディケアによる入院費支払いについて診断群別包括支払方式(Diagnosis Related Group/Prospective Payment System: DRG/PPS)が導入され

ている。この時期のPROの任務は、DRGに従わない不正な診療が行われていないかを監視することであった。

第二の時期(1983年から1993年)に入ると、医療支出の抑制に加えてメディケア受給者の保護にも関心が寄せられるようになった。DRGの導入により入院日数の短縮は実現されたが、必要以上に短い日数での退院が患者に強制されるなど医療の質が低下しているとの懸念が世論や議会に生じたためである。1986年の法改正によりPROに消費者代表が参加する仕組みが取り入れられたほか、消費者の苦情にもとづいて医療機関を調査する権限がPROに与えられた。

第三の時期にあたる1993年以降、PROの活動方針は、個々の不正事例の発見からメディケアが提供する総合的な医療の質の向上のための活動へと変化している。個別事例を摘発する従来の方針では、医師の診療行為への介入がはなはだしく、PROと医師との協調関係を妨げ、医療の質の向上を阻害しているとの批判が存在していた³⁷⁾。また、「継続的な質の向上(Continuous Quality Improvement)」といった医療の質の新しい管理手法が提唱されるようになったこともこの変化の大きな要因となっている³⁸⁾。

現在、PROには、「医療の質改善プログラム(Health Care Quality Improvement Program)」が導入されている。これはPROの活動を医療提供者に向けた情報提供活動へと転換するというものである³⁹⁾。活動の方向性として、①医師の直感にもとづく地域的な医療標準から脱却し、診療に関する画一的な全国基準の確立を目指す⁴⁰⁾、②例外的な事例を摘発するのではなく、日常行われている多くの診療行為を達成可能な目標へと近づける、③医療機関との協働活動を促進し、細かい審査は個々の医療機関にゆだねるなどがあげられている。これを受けてPROの個別審査は、メディケア受給者から苦情を受けた場合や、医療データ収

集中に低劣な医療サービスが発見された場合などに限定されるようになってきている⁴¹⁾。

3. 全米医療従事者データバンク

(1) II-1でみたように、利用権や免許の取消しを受けた医師は他の州へ移動して開業を続けることが可能であった。1984年の連邦会計検査院(General Accounting Office)の報告書は、メディケアおよびメディケイド受給者保護の観点からこの問題を取り上げ、免許を失った医師が他の州でメディケア受給者に医療を提供することを防止する対策を連邦議会に求めた⁴²⁾。同時に、この報告書は連邦保健福祉省に対して当時作成中の懲戒処分に関するデータバンクに医師の記録を加えるよう求めていた。これは州の専権領域にまで連邦政府が踏み込むものであったが、当時のメディアがこのような医師の問題を大きく取り上げたため、ニューヨーク州、カリフォルニア州、ニュージャージー州などの州議会でも州免許審査会の機能不全が問題とされるようになっていた。最終的に、当時問題となっていた同僚審査の免責規定とともに「医療の質の改善に関する法律(HCQIA)」は制定され、全米医療従事者データバンク(National Practitioner Data Bank、以下医療データバンクと記す)が創設された⁴³⁾。

(2) 医療データバンクは連邦保健福祉省とユニシス社との契約により1990年から運営を開始している。医療データバンクは、①専門職として倫理に反する行為を行った医師を他の医療従事者が発見し、処罰を加えることを支援するとともに、②適格性を欠いた医師が前歴を開示せず他の州へ移動することを制限し、医療の質の向上を図ることを目的としている。

医療従事者に関するデータの収集のために、州の免許審査会や医療機関には次のような義務がある⁴⁴⁾。第一に、州免許審査会は、医師の免許の停止や取消しを行った場合、30日以内に医療データバンクへ報告する義務がある。第二に、病院そ

の他の医療機関や医師会が、医師に対して病院利用権の取消しなどの懲罰的処分を行った場合、15日以内に州免許審査会に報告書を提出しなければならない。州免許審査会はこの報告書を15日以内に医療データバンクに送付しなければならない。また病院が新しい医療スタッフを採用する際には、医療データバンクに照会することが求められており、既存のスタッフについても2年おきに問い合わせることになっている。第三に、医療過誤保険を運営する保険会社が、医療過誤による損害賠償の支払いを行った場合、30日以内に医療データバンクと州の免許審査会へ報告することが求められている。

(3) 1994年12月の時点で医療データバンクには、医療従事者への懲罰的処分や医療過誤に関する約9万7千件の情報が集められている。これは7万3千人の医療従事者に関するデータであり、その75.1%が医師に関するものである。データバンクへの照会が認められているのは、報告義務が課せられた医療機関、州免許審査会、医師会である。医療従事者は自己に関する情報のみ問い合わせることができる。問い合わせは有料であり、1件につき6ドルが徴収される。医療過誤保険を扱う民間保険会社には医療データバンクへの照会は認められていない。

1990年から1994年までに医療データバンクには約450万件の問い合わせがあったとされる⁴⁵⁾。連邦保健福祉省監察局の報告によれば、このうち実際に病院やマネージドケアにおける医師の選定に影響を与えているのは、全体のおよそ2、3%であるとされている⁴⁶⁾。このため医療データバンクに対する評価は分かれており、2、3%であっても何千人もの患者に影響を与えているとの評価もある一方、アメリカ医師会はその効果を否定している。

現在のところ、一般の市民による医療データバンクへの照会は認められていない。このため消費者団体などはデータの公開を強く要求しており、

1994年に提出されたHCQIA改正法案では市民への公開が法案に盛り込まれた。この改正案は成立しなかったが、医師の側はこうした動きを強く警戒している。

おわりに

アメリカの医療システムの変遷については、次のような理解が一般的であるように思われる⁴⁷⁾。すなわち、1970年代初めまでは医療に関わるあらゆる場面において医師による決定が尊重されたシステムであり、政府や保険会社、医療機関は対抗勢力とはなり得ていなかった。自律的な医師の活動が質の高い医療に結びつくと考えられていたため、自主規制の仕組みが尊重された。続いて1970年代の半ばからは、医療支出の抑制を目的として、医療計画など政府による統制が強化された時代が始まる⁴⁸⁾。しかし、医療支出の抑制は成功せず、政府による規制は発展をみなかった。そして、1980年代半ばからはマネージドケアを中心とした市場主導型の医療改革が進行中である、というものである。

しかし制度の側面からみた場合、それぞれの時代を特徴づけた制度の大半は現在も機能を変えるなどして姿を残している。本稿では、これらの制度の一部を断片的に取り上げたにすぎないが、政府の規制やさまざまな民間団体など多角的な制度から構成された良質保障の仕組みは—それ自体一貫した視点にもとづくものとはいえないが—、わが国医療供給体制の検討にあたり参考とすべき点があると考えられる。

最後に、現在のアメリカの医療システムには、これらの多様な仕組みの存在にもかかわらず、以下のような一定の傾向が観察できると考える。この点を指摘して本稿の結びに代えたい。

第一に、医療の質の改善にあたっては「継続的な質の向上(Continuous Quality Improvement)」や

「総体的な質の向上 (Total Quality Management)」といったキーワードがかかげられることが多い。従来の医療の質の管理は、免許制や利用権審査にみられるように「悪いリンゴを摘み出す (check out bad apple)」のものであった。これに対して、近年は産業分野におけるクオリティ・コントロールの仕組みを参考にシステム全体の改善が目標として設定されるようになってきている。最近のPROの運用の変化や民間認定団体 (JCAHO) の評価方法などにごうした傾向は端的に表れている。

第二に、医療の質の向上を図る方策として、医療情報を積極的に活用する動きがみられる。従来、医療サービスにおいては、医師と患者の間に「情報の非対称性」が存在し、種々の弊害が生じるために政府による規制が必要であるとされてきた。これに対し、近年は情報を積極的に生み出し、活用することで、この「非対称性」を克服しようとする動きがあらわれているとみることができる。政府の活動においても、診療記録の収集・蓄積 (PRO) や、医療従事者に関する記録の活用 (医療データベース) などにごう傾向を認めることができる。本稿では十分にふれることができなかつたが、民間認定団体であるJCAHOも近年、消費者や保険会社、事業主への情報提供に努める傾向にある。膨大な医学知識や技術の習得にもとづく診療行為について消費者が完全な情報を獲得し、医師と対等な立場に立つことはほぼ不可能に近いが、情報を利用した良質保障システムの発展により、消費者や保険者の立場が今後さらに強められてゆくものと予想される。

[付記] 本稿は、1998年度・1999年度科学研究費補助金 (奨励研究A) による研究成果の一部である。

注

- 1) 岡本 (1993) pp. 105-124.
- 2) 例えば Havighurst によるケースブック (第1版) は次の

ような興味深い構成になっている。Havighurst (1988).

はしがき 法と政策を学ぶ実験台としての医療

第1部 医療政策における緊張関係

(1 医療分野と医療問題入門, 2 医療へのアクセス—法律上の権利と義務, 3 プロフェッショナリズム対商業主義, 4 プロフェッショナリズムをめぐる反トラスト法上の諸問題)

第2部 良質保障のメカニズム

(5 医療従事者の認定と規制, 6 施設における医療の質, 7 医療事故における責任)

第3部 医療費のコントロール

(8 医療費抑制への規制的アプローチ, 9 政府プログラムにおける医療費のコントロール, 10 民間主導による医療改革)

第4部 倫理、法、経済の交錯問題

(11 重病患者の治療におけるディレンマ)

- 3) 二木 (1991) p. 216.
- 4) 医療へのアクセスの観点からアメリカの医療システムを考察した論文として菊池 (1993) がある。
- 5) 近年のアメリカの医療システムを語るには、大きな潮流となっているマネージドケアを欠かすことができないが、これについては本特集における菊池論文を参照されたい。
- 6) 広井 (1992) pp. 86-89.
- 7) IOM (1999) p. 3.
- 8) Donabedian (1980) pp. 4-6.
- 9) IOM (1999) pp. 7-10.
- 10) GAO (1996a) pp. 26-27.
- 11) E.g., JCAHO (1996) pp. 266-272.
- 12) Jost (1988) p. 555.
- 13) Ibid.
- 14) 近年、病院の費用節減のために、有能だが費用のかかる手術を行う医師の利用権を取消すことは可能かという問題が生じている。E.g., *Belmar v. Cippolla*, 475 A. 2d 533 (N.J. 1984).
- 15) E.g., *Patrick v. Burget*, 800 F. 2d 1498 (9th Cir. 1986).
- 16) 42 U.S.C. §§ 11101-11152.
- 17) 42 U.S.C. § 11112.
- 18) Jost (1988) p. 543.
- 19) GAO (1996a) p. 45. またマネージドケアの認定団体として National Committee on Quality Assurance が 1979 年に設立されている。
- 20) JCAHO については、石田 (1998) を参照。
- 21) JCAHO 以外にも、病院については American Osteopathic Association, 在宅ケア事業者については Community Health Accreditation Program の認定によりメデイケアの指定機関とみなされる措置がとられている。
- 22) Jost (1988) p. 547.

- 23) Jost (1988) pp. 581-582.
- 24) E.g., California Business & Professional Code § 2050.
- 25) See *Dent v. West Virginia*, 129 U.S. 114 (1889).
- 26) Brennan and Berwick (1996) p. 45.
- 27) 伝統的に免許停止とされてきた事例は、① 精神状態に問題がある、② アルコール中毒者である、③ 刑事的に違法な中絶手術を実施したり、背徳的行為により刑事訴追を受けた、④ 詐欺的な広告を行った、⑤ 免許審査会に対して資格について虚偽の報告を行った、⑥ 無資格者に医療行為を行わせた、などである。Rosenblatt, Law, and Rosenbaum (1997) p. 968.
- 28) Havighurst, Blumstein, and Brennan (1998) p. 842.
- 29) Jost (1997b) p. 32.
- 30) Rosenblatt, Law, and Rosenbaum (1997) p. 969.
- 31) *Ibid.*
- 32) *Ibid.*, p. 970.
- 33) 42 U.S.C. § 1320 c-3.
- 34) 42 U.S.C. § 1320 c-3 (a) (1).
- 35) GAO (1996a) p. 21.
- 36) Yessian and Greenleaf (1998) pp. 173-175.
- 37) GAO (1996a) p. 21.
- 38) 1990年に公表されたメディケアに関する合衆国医学研究所の報告書でもこうした方向性が示唆されている。IOM (1990).
- 39) Brennan and Berwick (1996) p. 183.
- 40) このため診療行為に関するデータの収集が行われている。診療ガイドラインをもとに大量のデータを蓄積し、メディケア受給者に対する医療サービスの向上に用いようと試みるものである。心臓血管疾患、心筋梗塞などの疾病を対象に実施されている。GAO (1996a) p. 28.
- 41) *Ibid.*, p. 27.
- 42) Yessian and Greenleaf (1996) p. 179.
- 43) *Ibid.*, p. 180.
- 44) 42 U.S.C. §§ 11131-11133; 45 C.F.R. Part 60.
- 45) GAO (1996b) p. 82.
- 46) Yessian and Greenleaf (1996) p. 182.
- 47) Brennan and Berwick (1996) pp. 36-38.
- 48) アメリカの医療計画については、石田(1999)参照。
- Approaches to its Assessment*. Health Administration Press.
- General Accounting Office (GAO). 1996a. *Medicare: Federal Effort to Enhance Patient Quality of Care*.
———. 1996b. *Health Care Fraud: Information-Sharing Proposal to Improve Enforcement Effort*.
- Havighurst, C. C. 1988. *Health Care Law and Policy*. Foundation Press.
- Havighurst, C. C., J. F. Blumstein, and T. A. Brennan, eds. 1998. *Health Care Law and Policy*. 2nd edition. Foundation Press.
- 広井良典 1992『アメリカの医療政策と日本』勁草書房
- Institute of Medicine (IOM). 1999. *Measuring the Quality of Health Care*. National Academy Press.
- . 1990. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. National Academy Press.
- 石田道彦 1999「病床規制の『必要性』—アメリカ医療計画の側面」『社会保障法』14号 pp. 162-175
- . 1998「第三者評価による医療の質の確保—アメリカの医療機関合同認定委員会(JCAHO)の活動を素材に」『佐賀大学経済論集』30巻6号 pp. 79-113
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). 1996. *1997 Hospital Accreditation Standards*.
- Jost, T. S., ed. 1997a. *Regulation of the Healthcare Professionals*. Health Administration Press.
- . 1997b. "Oversight of the Competence of Healthcare Professionals." In *Regulation of the Healthcare Professionals*. Health Administration Press.
- . 1988. "The Necessary and Proper Role of Regulation to Assure the Quality of Health Care." *Houston Law Review* Vol. 25, pp. 525-598.
- 菊池馨美 1993「アメリカ医療保障の現状と課題」『日本労働研究雑誌』403号 pp. 16-29
- 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
- 岡本祐三 1993『医療と福祉の新時代』日本評論社
- Rosenblatt, R. A., S. A. Law, and S. Rosenbaum, eds. 1997. *Law and American Health Care System*. Foundation Press.
- Yessian, M. R., and J. M. Greenleaf. 1997. "The Ebb and Flow of Federal Initiative to Regulate Healthcare Professionals." In *Regulation of the Healthcare Professionals*. Health Administration Press.

参考文献

- Brennan, T., and D. Berwick. 1996. *New Rules: Regulation, Markets, and The Quality of American Health Care*. Jossey-Bass.
- Donabedian, A. 1980. *The Definition of Quality and*

(いしだ・みちひこ 佐賀大学助教授)

マネジドケアと医療の質

— 法的側面からの検討 —

菊池 馨実

■ 要約

マネジドケアは、クリントン政権による抜本的医療改革が頓挫した90年代後半に爆発的な展開をみせ、アメリカでの研究者の関心も急速に高まっている。従来の医療・経営といった分野に加え、法学分野での関心の高まりがここ数年来の顕著な特徴としてみられる。ただし、同国でのマネジドケアをめぐる法理論の展開状況は、未だ流動的である。本稿は、こうして急成長を遂げているマネジドケアとの関連での医療の「質」をめぐる「法的」諸問題の本格的分析を行う前段階として、その意義と特徴、現況、医療の質との関連での法的保障状況の解明を目指すものである。アメリカでの議論は、超高齢社会の到来を目前にして、限りある医療資源をいかに配分すべきかが今後マクロレベルでの制度設計の場面で鋭く問われるであろうわが国にとって、「対岸の火事」として片付けられるべきものではないように思われる。

■ キーワード

マネジドケア、アメリカ医療保障、医療の質

I はじめに

1. アメリカ医療保障とマネジドケア

アメリカ医療においては、先進各国の共通課題である医療費の高騰のほか、公私いずれの医療保険にも加入しない多数の無保険者の存在というアメリカ独自の政策課題が存在する¹⁾。これらに対処するため、クリントン政権の手による医療保障法案 (Health Security Act) が連邦議会に上程されたものの、結局成立に至らなかったことは記憶に新しい²⁾。これに代わって、1996年の立法 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) により、企業移動に伴う民間保険のポータビリティの確保などが図られたものの、これで問題が包括的解決をみたとは到底言えない状況にある³⁾。

医療費高騰への対応策としては、従来、公的医

療保険たるメディケアにおける診療報酬抑制策として、DRG=PPS方式(1983年)やRBRVS(1989年)の導入などが行われてきた⁴⁾。他方、民間保険にとどまらずメディケア及びメディケイドも含めた対応策として、マネジドケアの普及・発展が挙げられる。マネジドケアは、1970年代とりわけ1973年HMO法により連邦政府による奨励策が採用されて以来本格的な発展を開始し、抜本的医療改革が頓挫した90年代後半には爆発的な展開をみせ、アメリカでの研究者の関心も急速に高まっている。その際、従来の研究が医療・経営などの分野中心であったのに対し、ここ数年、法学分野での関心が高まっているとの顕著な特徴がみられる⁵⁾。わが国でも医療関係者などを中心に関心を集め、研究成果が出されつつあるものの⁶⁾、法学分野からの研究・分析は未だほとんど手付かずの状況にある⁷⁾。

2. マネジドケアと医療の質

本特集の趣旨でも述べたように、医療は実質的にサービス給付としての性格をもつことから、金銭給付と異なり「質」の問題が生じ得る。他方、アメリカにおける医療費高騰抑制策としてのマネジドケアは、医療サービスの市場原理に基づく需給という同国の基本システムを前提として普及・発展してきた。このため、マネジドケアの進展は、それが本来合理的費用による「質」の高い医療の確保という目的を有するとしても⁸⁾、国民皆保険体制下、相当水準の医療へのアクセスが公的に保障されてきたわが国と異なり、現実には医療サービスの（アクセスの確保まで含めた広い意味での）「質」に深刻な影響を及ぼす可能性がある。ここ数年におけるアメリカでの法学的アプローチの隆盛にも、こうした共通認識が背景にあるものと思われる⁹⁾。

筆者の問題関心は、アメリカで急速な成長を遂げているマネジドケアとの関連での医療の「質」をめぐる「法的」諸問題の解明にある。ただし、同国でのマネジドケアをめぐる法理論の展開状況は、未だ流動的である。したがって本稿でも、マネジドケアの意義と特徴(II)、現況(III)、医療の質の法的保障(IV)につき概観するとどめ、本格的な取組みはまた他日を期さざるを得ないことを予めお断りしておきたい。

II マネジドケアの意義と特徴

1. 小史

いうまでもなくアメリカは、先進各国の中で唯一、民間医療保険が医療保障制度の中核をなす国家である。こうした民間医療保険による給付は、次の三つのモデルに類型化することができる¹⁰⁾。

- ① 償還プラン(indemnity plan)…最も伝統的なプランであり、患者がプロバイダー(医療提供者)に対して支払をなし、後にプランから償還を受けるというもので、金銭給付の形式をとる。
- ② サービス給付プラン…サービスを提供したプ

ロバイダーが、そのサービスにかかる支払を直接プランから受けるというもので、典型的には従来のブルークロス、ブルーシールドなどがこれにあたる。ただし③と異なり、プランそれ自体がサービス提供義務を負うわけではない。

- ③ 直接サービスプラン…保険料受領組織(ないしプラン)と同一の組織体から直接サービスが提供されるもので、後述するスタッフHMOなどの典型的なマネジドケア組織(MCO: Managed Care Organizations)がこれにあたる。

1960年代まで、アメリカにおける医療供給システムは、①、②に代表されるプロバイダー支配による財政システムが主流であり、医療費急騰の主たる理由もこうしたシステムによるものと考えられた。③に属するHMOが登場し、プロバイダーに対する直接的コントロールの拡大を通じてコストダウンを図るとの方策が採られるに至った。

2. マネジドケアの意義と特徴

(1) 意義

現在に至るまで、マネジドケアの通説的な定義は確立していないといわれる。その一因として、現在に至るまで絶えず発展し続け、随時新たな形態が生み出されていることが挙げられる。しかしながら、完全とは言えないまでも概括的にその法的性格付けを行っておくことは無意味ではない。例えば、あるHealth Lawのケース・ブックによれば、マネジドケアは以下のように定義されている。

「事前設定料金(すなわち保険料)で、企業が購入者に一定の給付パッケージを販売するところの医療給付に関する取り決め(health coverage arrangement)であり、そのサービスは、書面による契約もしくは雇用に基づく合意の下で活動する参加プロバイダーのネットワークを通じて登録メンバーに提供され、そのプロバイダーの選択やカバーされる給付を提供する権限はマネジドケア会社によってコントロールされる¹¹⁾」

(2) 特徴

マネジドケアの一般的特徴を、提供される医療の質の問題にも留意しつつ挙げた場合、おおむね以下の諸点が指摘できる¹²⁾。ただし、3で指摘するようにマネジドケアには、保険者機能とプロバイダー機能を完全に統合したスタッフモデル型から、非ネットワークプロバイダーからのサービス受給も認めるPPOに至るまで多様な形態があるため、すべての特徴があらゆるマネジドケアプランの形態に妥当するわけではない。

- ① 契約上の医療提供義務…(1)で述べたように、マネジドケアは従来の伝統的プランと異なり、医療費保障にとどまらず医療サービスの提供を契約内容としている。マネジドケア加入者に医療提供義務を負うのはMCOもしくは(自家保険型プランの場合)企業であり、プロバイダーはプランの診療ガイドライン等に従わざるを得ない立場に置かれる。このことは、後述するように医療過誤責任などとの関連で問題となる。
- ② MCOとプロバイダーとの随意的契約(Contract at Will)関係…両者には随意的契約関係があるとされ、典型的には、30日ないし90日前の通知による正当事由のない解約が認められる。しかし、後述するように、実質的な力関係の大きな差異を鑑みて、最近こうした広範な解約権能に一定の枠をはめようとする動きがある。
- ③ 患者及びプロバイダーによる「選択」の制約…マネジドケアにおいては、一般に患者によるプロバイダーの選択が制限され、多くの場合、門番(gatekeeper)と呼ばれるプライマリケア医師による、患者の生体検査・専門医・入院へのアクセスの可否などにかかる審査を経なければならない。また典型的には、プランとプロバイダーの契約において、前者に医療上の必要の有無にかかる決定権限が付与されており、利用評価(UR: Utilization Review)などの形でプロバイダーの裁量に事実上制約を課しコ

ントロールを及ぼしている。

- ④ 医師側における財政的リスクにかかるインセンティブ…典型的には固定料金での医療提供を行う場合、MCOは費用超過の財政的リスクを負う。このため過剰医療を行わないインセンティブを付与すべく、プロバイダー(ネットワーク)をリスク配分の中に取り込もうとする¹³⁾。ただし、質の問題とも関連して、医学的に必要あるいは適切な医療とは何か、過剰な医療とは何かについての科学的基準が十分に解明されていないため、①、②をめぐる法的紛争が生じる。
- ⑤ 医療サービスの値引き購入…MCOは、典型的には医師・病院・その他のプロバイダーからサービスを値引き購入する。典型的な契約によれば、プランは契約条項をいつでも修正し、事業内容が思わしくない場合には料金を引き下げることでもある。
- ⑥ 診療ガイドライン…③、④とも関連して、プランは医師による診療上の決定に対し、利用評価(UR)などを通じて影響力を及ぼすがゆえに、適切な診療ガイドラインの開発が重要である。HMOの4分の3とPPOの4分の1が書面化されたガイドラインを有しているといわれる。
- ⑦ 認定制度の普及…医療の質に対する関心の高まりとも関連して、医療機関の認定・評価を行う第三者機関(JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)が発展したのと同様、マネジドケアについても、非営利の認定・評価機関による認定が普及しつつある¹⁴⁾。主要組織としてNCQA(National Committee for Quality Assurance)があり、1996年現在、575のマネジドケアプランのうち230が審査を受けている¹⁵⁾。一部の州では、この認定がHMOの設立要件となっている¹⁶⁾。

3. マネジドケアの主な類型

既に述べたようにマネジドケアにはさまざまな類

型がありかつ流動的であること、したがって類型化の仕方自体、論者によって異なることから¹⁷⁾、以下では主要なものを概観するにとどめる¹⁸⁾。

- ① HMO (Health Maintenance Organization) …保険者機能とプロバイダー機能が融合した典型的なMCOであり、保険料前払いによって会員に医療提供がなされるプランである。(a) スタッフモデル (HMOのスタッフである医師がHMOの所有する病院で診療にあたる形態)、(b) グループモデル (HMOと専属契約を締結した医師グループが、HMOの所有する病院で診療にあたる形態)、(c) IPA (Independent Practice Association) モデル (医師はIPAと呼ばれる組織を設立し、これを窓口として診療を行う形態)、(d) ネットワークモデル (HMOが医師グループだけでなく、専門医グループや個人医師とも契約して医療を提供する形態) などがある¹⁹⁾。
- ② PPO (Preferred Provider's Organization) …基本的には伝統的な出来高払い診療の延長線上にあり、保険加入者の医療機関選択の自由を一定程度制限することにより医療機関に一定数の患者を確保する代わりに、医療機関が医療費抑制機構の強化と診療報酬の割引を受け入れる医療プランないし保険契約である。HMOに比べてフレキシビリティが高い反面、費用抑制効果の点ではHMOよりも劣るとされる²⁰⁾。
- ③ POS (Point of Service) …HMOとPPOの中間形態であり、HMOをベースにししながら、契約プロバイダー以外から値引きなしで診療を受けることも認める。

III マネジドケアの現況

1. 全体状況

マネジドケアは、州・地域ごとの格差は大きいものの、90年代に入って急速に普及し、今日では、国民の75ないし80%がマネジドケアに加入し、

1997年現在、メディケイド受給者の40%にあたる1,330万人、メディケア加入者の14%にあたる550万人以上がマネジドケアの適用を受けているといわれる²¹⁾。

マネジドケアの医療費抑制効果については、これにより医療費の伸び率が低下したものの²²⁾、最近では医療費が再び増加に転じつつある²³⁾。

2. アメリカ医療に対する影響

(1) プロバイダー (医療提供者)

マネジドケア契約を締結している病院は、1990年の57%から1994年の70%へと増大した。(2)で述べるような事情もあって、とりわけ急性期病院が急激な変化を遂げつつあり、例えば、全国病院協会(AHA)会員数は1993年の4,694から1996年には4,433へと減少した²⁴⁾。医師の診療も様変わりし、1987年には半数を超えていた自営もしくはこれに準ずる医師は、1994年には37%にまで減少した²⁵⁾。専門職としての自律に対する脅威から、当初マネジドケアに反発していたプロバイダーは、自衛策として、PHOs (Physician/hospital organizations) など自らが財政リスクを負うマネジドケアプラン (プロバイダーネットワーク) を組織化する動きをみせている²⁶⁾。

(2) 非償還医療及び緊急医療など

医療費を支払う資力のない者に対して無料ないし低料金で提供される非償還医療 (uncompensated care) は、無保険者に対する医療の重要な社会的供給源であった。伝統的に、こうした医療を提供する病院は、そのコストを民間保険加入患者などへの診療報酬請求額 (出来高払いが原則であった) に乗せすることにより、補填してきた²⁷⁾。しかしながら、① マネジドケアプランがこうした医療を行うプロバイダーの一部をコストがかかるとの理由でネットワークから除外する動きに出たこと、② プロバイダーがマネジドケアネットワークに参加する際、

大幅な値引き料金を受け入れねばならないことなどから、多くの病院は次第にこうした医療を行うための財政力を失いつつある²⁸⁾。

緊急医療 (emergency care) については、1985年包括予算調整法 (COBRA) が、メディケア参加病院に対し、患者の支払能力やメディケア資格の有無を問わず、緊急医療が必要な場合における制裁付きの診療義務を負わせた。しかしながら、上記のように同法制定当時前提とされていた保険者へのコスト移転が困難となる状況下、こうした医療を円滑に行う環境が失われつつある²⁹⁾。

このほか教育病院及び教育医療機関も、保険者への上乘せ請求によりレジデントその他プロバイダーの教育費用の財源を賄ってきたとの側面があったのであるが、マネジドケアの下での診療報酬の値引きはこうした機関における収入の大幅な減少をもたらし、専門的サービスの閉鎖、訓練プログラムの削減、教育病院の再編といった深刻な影響を及ぼしはじめている³⁰⁾。

IV マネジドケアと医療の質

1. 医療の質の確保

伝統的な出来高払い医療と比較した場合、先に述べた特徴をもつマネジドケアの下では、①患者によるプロバイダー選択に対する制約、②サービス提供の可否にかかる支払側による決定、③プロバイダー(ネットワーク)による財政リスクの負担などの諸点において、本来必要な医療の提供が行われず、あるいは標準以下の医療しか提供されない危険性が生じる³¹⁾。これは一義的にサービスの量に関わる問題であるとともに、医療の質の確保に関わる問題でもある。

マネジドケアにおける医療の質は、例えば、上述したNCQAなどの第三者機関による評価とそれに基づく各プラン間でのサービス競争という、いわば市場志向的解決策によって向上するとの側面

もある。しかしながら、医療サービスは、情報の非対称性ゆえに「市場の失敗」を生じる可能性を常に秘めているため、そもそも市場原理に全面的に委ねることになじまない側面がある。したがって、立法部や司法部による公的介入により、すなわち州及び連邦レベルでの法規制や、医療過誤などの具体的紛争局面における判例法理ないし法理論の発展を通じて、マネジドケアにおける医療の質の確保が相当程度実現することが期待される。ただし、以下に述べるように、マネジドケアの急激な進展にもかかわらず、法制度は未だ十分整備されておらず、当事者関係における実質的正義の実現を目指した法理論の構築も、生成途上にあると言える。

2. マネジドケアに対する法規制

(1) 州

① 州による規制権限の根拠

州によるマネジドケアの規制権限は、(a)判例法上の疑義³²⁾を覆して州に保険事業を規制する権能を付与した1946年マッカラン-ファーガソン法 (McCarran-Ferguson Act)、(b)州民の健康と安全を守る州固有のポリス・パワーに求められる³³⁾。マネジドケアにおいては、保険者にとどまらず、保険者とのサービス提供契約の一部として財政的リスクを受け入れるプロバイダーネットワークも規制対象として含まれ得る。

② マネジドケアの進展への対応

①の規制権限を背景にして、各州は州内におけるマネジドケアプランの規制を行っている。HMOについてはコロンビア特別区を除くすべての州、PPOについては約半数の州において、州が免許を付与し、さまざまな情報開示や料率規制、不服申立て手続などの資格要件を定めることにより、マネジドケアプランの監督を行っている。こうした規制は、新たに生じるマネジドケアの形態を規律する包括的手段となり得る³⁴⁾。

さらに各州では、近時、マネジドケアの活動に対する個別的な規制に乗り出している。例えば、1997年現在、MCOとプロバイダーとの契約において、医師が治療上の選択肢について患者に知らせることを禁じた「口止め条項(gag clause)」³⁵⁾を置くことを規制する立法を有する州は32に及んでいる³⁶⁾。また、出産後まもなくの退院を強いるいわゆる「ドライブ・スルー出産(“Drive-Through” Deliveries)」を規制するため、出産後48時間未満における経産婦の退院を29州で禁止している³⁷⁾。

(2) 連邦

① 連邦による規制

連邦レベルでは、1973年HMO法により、連邦政府による資格要件を満たしたHMOに対する補助金助成などの奨励策が採用された。この助成は1986年までに打ち切られたものの、現在でも同法が手続的保障を含むHMOの資格基準を設定し³⁸⁾、一定水準のHMOの設立を促している。

しかしながら、同法を除くと、後述するERISAでの不十分な規制とも相まって、連邦レベルでのマネジドケアに対する一般的かつ直接的な規制は、本格的にはなされてこなかったと言える。ただし近時、②でみるように個別的な活動規制の立法化が進められており³⁹⁾、さらに、1997年11月20日にクリントン大統領が承認した諮問委員会勧告「消費者の権利と責任に関する章典(Consumer Bill of Rights and Responsibilities)」に代表されるような包括的連邦法制定に向けての動きもみられる⁴⁰⁾。

② ERISA

1974年被用者退職所得保障法(ERISA)により、被用者が提供する年金及び福祉給付プランの運営については、同法が優先適用され(専占:preemption)、州法上の規制が排除されることになった。他方、先に述べたように保険に対する規制は州に委ねられているため、企業が民間保険を購入

するのではなく自ら財政リスクを負担し、場合により運営のみを保険会社、MCOなどに委託する(ASO:Administrative Service Only)形態、すなわち自家保険(self-insurance)が発展した⁴¹⁾。しかしながら、ERISAでは医療給付につき本格的な規制を行っていないことから、専占条項の適否、ERISAの改正による適切な連邦規制の導入などが焦点となっている。

1996年には、「口止め条項」を違法とする法案は立法化に至らなかったものの⁴²⁾、新生児及び経産婦健康保護法(the Newborns' and Mothers' Health Protection Act of 1996)により、(1)で述べた州法と同様に、グループ・ヘルスプランと保険者による経産婦入院期間への恣意的な上限設定(通常分娩の場合48時間以内)などが禁止されるに至った。

③ メディケア及びメディケイド

以上の一般的事情とは異なり、公的医療保障制度であるメディケア及びメディケイドについては、連邦レベルでの法規制を通じてマネジドケアの普及が図られてきた。

メディケアについては、1972年社会保障法改正法により、HMO法の資格基準を満たすHMOの参加が認められた。本格的には、1982年租税均衡財政責任法(TEFRA)により、メディケアへの参加HMOに対する参加要件が緩和され、付加給付の提供を認めるとともに、出来高払いベースの「調整後一人当たり平均費用」の95%を人頭払いで支払うことにした(リスクHMO)。これを機に、メディケアHMO加入者数は安定的に増大した。さらにメディケア・マネジドケアは、メディケア財政危機を背景として、1997年均衡予算法(The Balanced Budget Act of 1997)により多様なマネジドケアプランを提供するメディケア・チョイス(Medicare Choice)プログラムが創設されたのを機に一層拡大した⁴³⁾。ただし現在、メディケアHMOの業績悪化が問題となっているといわれる⁴⁴⁾。

他方、マネジドケアは、医療費高騰の状況下、連邦及び州政府の一連の施策によりメディケアよりもメディケイドにおいて広く普及してきた。1975年連邦規則では、カリフォルニア州に普及したメディケイドHMOを規制し、医療の質を確保する意図の下に⁴⁵⁾、メディケイド参加HMOに適用される最低限のプロバイダー資格が規定され、1976年に立法化された。1981年法では、社会保障法1915条において、州が対象者に対しマネジドケアへの加入を義務付け、プロバイダー選択の自由を制限する特例許可(waiver)を連邦保健福祉省長官から得る途を拓いた。加えて、1976年法による資格基準を緩和したことから、メディケイド・マネジドケアが急速に拡大した。特例許可を得た州プログラムに対する連邦政府の監督規制はごくわずかにとどまる。社会保障法1115(a)条の特例許可に基づく州デモンストレーションプログラムも、連邦法の規制を免れる結果を招いた⁴⁶⁾。さらに1997年均衡予算法は、州に対し基本的に連邦の特例許可を得ることなく対象者にマネジドケアへの加入を義務付けることを認める一方、受給者保護の規定を置いた⁴⁷⁾。

3. マネジドケアをめぐる法理論

(1) 医療過誤責任

従来の不法行為法理においては、医療過誤責任は出来高払い方式の下で広範な診療上の裁量を有していた医師の過誤責任として捉えられてきた。しかしながら、MCOが特定の治療方法に対する支払いを拒否した場合などにおいて、それにより患者が適切な診療を受けられず損害を蒙ったとしてMCO自体が訴えられるケースが増大してきた⁴⁸⁾。これらは、一義的には契約上の文言及びその解釈によって解決される。ただし、医師の選択権、財政的インセンティブ、利用評価(UR)などを背景として、MCOは医師に対する実質的な支配力をもつとの理解を前提にして、MCOの法的責任を問う新たな法理構築の試みがみられる⁴⁹⁾。

例えば、代理法の基本原理としての使用者責任法(vicarious liability)の下、過失の有無にかかわらず使用者は、被用者の不法行為につき責任を負うものとされていることから、この法理をMCO(典型的にはスタッフHMO)と医師との関係にも適用できないかが問われている。判例によれば、医師の過失につき病院に使用者責任を負わせる際、①代位責任(Respondent Superior)理論ないしコントロールテスト(医師が病院の被用者または実質的コントロールに服するか)と②表見代理テスト(病院が医師を通じて治療を提供することへの患者の正当な期待があるか)が用いられる⁵⁰⁾。これをMCOと医師との関係にも用い、MCOが「医療提供者類似のやり方で活動する」場合や医師の選択を制限するなどして医師が「代理人」であるかのようにみえる場合(この場合、スタッフHMOモデルにとどまらない適用可能性がある⁵¹⁾)などにも広げようとするのである⁵²⁾。

また、基本的にはプランによる医師への支配の程度如何にかかわらず、企業責任(enterprise liability)法理によりマネジドケアプランに対して直接損害賠償責任を負わせるべきとの議論が、立法化も念頭に置きつつなされている⁵³⁾。

以上のように、MCOの信頼回復と健全な発展に資するとして、マネジドケア医療における質の問題を争う損害賠償法理論の構築が試みられている⁵⁴⁾。ただし、ERISAによる専占の限界、つまりERISAの適用を受ける自家保険型プランなどにかかる損害賠償訴訟が州裁判所の管轄に服するかも争点となっている⁵⁵⁾。ERISA409(a)条が人身被害による填補損害賠償及び懲罰的損害賠償を認めていないと解釈されてきたことから⁵⁶⁾、ERISAの適用を制限し州法の適用範囲を拡大しようとする学説上の努力がなされており⁵⁷⁾、こうした方向性を示唆した連邦裁判所判決⁵⁸⁾や、HMOに対する害意(bad faith)による不法行為の訴及を認めた州最高裁判所判決⁵⁹⁾もみられる⁶⁰⁾。また過誤の

ある医療上の決定に対する責任をHMOに負わせる立法を制定したテキサス、ミズーリなど州レベルでの立法化の動きがあるほか⁶¹⁾、ERISA自体を改正し、連邦裁判所にこの種の訴訟の管轄を正面から認める必要性も焦点となりつつある⁶²⁾。

(2) 解雇制限法理

MCOとプロバイダーは随意的契約(Contract at Will)関係にあり、契約上、典型的には両当事者に対し一定期日前の通知による正当事由のない一方的解約権限が認められている。法技術的に医師は基本的には請負人(Independent Contractor)の地位にあるとされ、HMOとの間に雇用関係があるわけではない。しかし、医師はHMOによりさまざまな形でコントロールされ、事実上被用者の地位にあるとして、随意的雇用(Employment At Will)の例外法理に準じて、一方的な契約打ち切りを制限する必要性が指摘されている⁶³⁾。具体的には、判例法上、解雇自由原則の例外として認められてきた公序違反と関連して、医師は専門職として倫理規程による制約を受けており、医師-HMO関係の打ち切りは単にその両当事者にとどまらず国民の健康に影響を及ぼすことから、この規程を公序とみて損害賠償請求を認める可能性が指摘されている⁶⁴⁾。さらに害意(bad faith)によるかもしくは報復的な打ち切りを禁止し、打ち切りの際の聴聞など手続的保障を規定したニューヨークなどの州法制定の動きもみられる⁶⁵⁾。

こうした解雇制限法理の準用あるいは立法により、プロバイダーの法的地位が保護され、ひいては医療消費者に適切かつ良質な医療が確保されることとなり得る。

なお(1)、(2)のような流れは、医師の経済的利益を保護し、ひいては患者への質を伴った医療の安定的確保に資する反面、専門職としての医師の自律性の喪失を、事実上のみならず法的にも追認することになる点に留意する必要がある⁶⁶⁾。

(3) 情報開示

診療情報の開示ないしインフォームド・コンセントは医療分野における一般的な要請である⁶⁷⁾。しかし、多くのHMO-プロバイダー間の契約では、医師がHMOの許可なく診療ガイドラインなどについて患者に知らせることを禁じた「口止め条項」を置いている。連邦保健福祉省規則では、加入員25,000人以下のプランにつき開示義務を課しており⁶⁸⁾、連邦裁判所判決の中にも、ERISAの適用を受けるプランにつき、医師による検査の要否、専門医への付託などに関わる判断に影響を及ぼす費用抑制的インセンティブを開示する義務をHMOに課したものがある⁶⁹⁾。しかしながら、州法で医師への「口止め条項」を禁じている州も、費用抑制メカニズムの開示を積極的に要求するものではない。そこで、マネジドケアの普及による保険診療への制約が避けられないとすれば、治療方法の決定時における具体的な開示よりも、プラン加入時点を捉えて、MCOに対し医師への費用抑制的インセンティブを開示すべき義務を負わせるべきではないかとの議論がなされている⁷⁰⁾。

V おわりに

マネジドケアにおける質の高い医療とは、その「質」の測定方法の困難さは措くとして、医療資源の希少性を前提として、加入者ないし患者個人というミクロのレベルではなく、加入者集団ないし患者集団というマクロのレベルにおいて、対費用効果の面で優れた医療との含意をもつように思われる⁷¹⁾。こうした視点は、国民皆保険体制の下で相応の医療へのアクセスが保障されてきたわが国では、必ずしも十分意識されてきたとはいえない。また国民個人の医療保障に対する「権利」の視点を軽視すべきでもない。しかしながら、今後わが国でも、超高齢社会の到来を目前にして、限りある医療資源をいかに配分すべきかが、マクロ的な

制度設計の場面において、鋭く問われるであろうことは想像に難くない⁷²⁾。その意味で、マネジドケアにおける医療の質をめぐる議論は、わが国にとって「対岸の火事」であるとは思われない。

本稿でその一端を垣間見たように、マネジドケアの爆発的拡大とそれに対する政策的対応は、民間保険中心であるアメリカ型医療保障制度の基本枠組みが21世紀においても揺るぎないものとなるか否かの一つの試金石となろう。アメリカの医療提供システムが基本的には「自由」の価値に重きを置く市場競争原理に委ねられるとしても、別の価値理念である「平等」の観点から、立法機能を担う立法部や個別紛争解決機能を担う司法部など政府による公的介入のあり方が、とりわけアメリカ医療政策の展開において一定の役割を果たしてきた価値理念である医療専門職の「自律」が掘り崩されつつある現状にあつては、重要な意味をもつように思われる。しかし、公権力による過度の介入が慎重に忌避されてきたアメリカ的伝統にあつては、そうした介入の限界もまた問題とされざるを得ないであろう⁷³⁾。

注

- 1) 菊池馨実「アメリカ医療保障の現状と課題」『日本労働研究雑誌』403号(1993年)16頁以下参照。
- 2) 西村由美子編『アメリカ医療の悩み』(サイマル出版会, 1995年)参照。
- 3) Litman, Scott D. 1998. "Health Care Reform for the Twenty-First Century: The Need for a Federal and Partnership." *Cornell J. L. & Pub. Pol'y* 7: 871-72.
- 4) 厚生省保険局企画課監修『欧米諸国の医療保障』(法研, 1997年)226-238頁など参照。
- 5) 西田在賢『マネジドケア医療革命』(日本経済新聞社, 1999年)59頁。
- 6) 西田・同書, 広井良典編著『医療改革とマネジドケア』(東洋経済新報社, 1999年), 岩崎榮編『医を測る』(厚生科学研究所, 1999年)。
- 7) 菊池馨実・藤川恵子「シンポジウム・マネジドケアをめぐる課題と展望」『アメリカ法』1999-1号(1999年)100頁以下参照。
- 8) Hyman, David A. 1998. "Consumer Protection in a Managed Care World: Should Consumers Call 911?"

Vill. L. Rev 43: 409, 413-14. HMOには疾病予防・健康維持サービスといった積極的側面があると考えられ、HMOにこうした含意があることは否定できない。マネジドケアの特徴である人頭払いにも、職種横断的・統合的医療を可能にするなど、医療の質の面でプラスの効果をもたらす可能性が指摘されている。Berwick, Donald M. 1996. "Quality of Health Care: Part 5." *N. Eng. J. Med* 335: 1227-28.

- 9) ただし、ジャーナリズムによる評価は別として、マネジドケアがアメリカ医療全体の質を一般的に悪化させたとは、必ずしも捉えられていないようである。Havighurst, Clark C. 1997. "Making Health Plans Accountable for the Quality of Care." *Ga. L. Rev* 31: 587, 592-94; Furrow, Barry R. 1998. "Regulating the Managed Care Revolution: Private Accreditation and A New System Ethos." *Vill. L. Rev* 43: 361, 379-84.
- 10) Rosenblatt, Rand E., et al. 1997. *Law and the American Health Care System*. 8-9.
- 11) *Id.* at 551-52.
- 12) *Id.* at 554-69.
- 13) 西田・前掲書(注5)179頁は、マネジドケアとは、「医療サービス供給システムの関係者の間での費用負担に関するリスク分散の概念である」とする。
- 14) Furrow, *supra* note 9, at 396-406.
- 15) Iglehart, John. 1996. "The National Committee for Quality Assurance." *N. Eng. J. Med* 335: 995, 996.
- 16) 川淵孝一「諸外国における医療の広告規制の現状①」『社会保険旬報』2020号(1999年)18頁。
- 17) DiCicco, Jr., Domenick C. 1998. "HMO Liability for the Medical Negligence of Member Physicians." *Vill. L. Rev* 43: 499, 505.
- 18) 厚生省保険局企画課・前掲書(注4)256-260頁, 西田・前掲書(注5)68-75頁, 広井編・前掲書(注6)35-56頁など参照。
- 19) Caldwell, Jr., Donald H. 1998. *U.S. Health Law and Policy 1999*, 26; MacDougall, Vicki Lawrence. 1998. "The 'Shared Risk' of Potential Tort Liability of Health Maintenance Organizations and The Defense of ERISA Preemption." *Val. U. L. Rev* 32: 855, 865-67.
- 20) Caldwell, *supra* note 19, at 27.
- 21) Brown, Vickie Yates, and Barbara Reid Hartung. 1998. "Managed Care at the Crossroads: Can Managed Care Organizations Survive Government Regulation?" *Ann. Health L* 7: 25, 27-28, 50-51.
- 22) 1966年から93年にかけて平均11.7%であった医療費の伸びは、1993年から96年には平均5%まで減少し、1997年には4.4%となった。Furrow, *supra* note 9, at 362.
- 23) Rosenblatt, et al., *supra* note 10, at 546.

- 24) Kronenfeld, Jennie Jacobs. 1997. *The Changing Federal Role in U.S. Health Care Policy* 143.
- 25) Rosenblatt, et al., *supra* note 10, at 574.
- 26) ただしこの形態は、反トラストや詐欺・濫用 (fraud and abuse) といった法律問題を生ぜしめている。 *Id.* at 575. See Davies, Sharon L., and Timothy Stoltzfus Jost. 1997. "Managed Care: Placebo or Wonder Drug for Health Care Fraud and Abuse?" *Ga. L. Rev* 31: 373; Roeder, Kim H. 1997. "The 1996 Antitrust Policy Statements: Balancing Flexibility and Certainty" *Ga. L. Rev* 31: 649.
- 27) 菊池・前掲論文(注1)23頁。
- 28) Rosenblatt, et al., *supra* note 10, at 581-83.
- 29) *Id.* at 583-84.
- 30) *Id.* at 584-87.
- 31) Cf. Davies, Sharon L., and Timothy Stoltzfus Jost. 1997. "Managed Care: Placebo or Wonder Drug for Health Care Fraud and Abuse?" *Ga. L. Rev* 31: 373, 385.
- 32) United States v. South-Eastern Underwriters Ass'n, 322 U.S. 533 (1944).
- 33) Rosenblatt, et al., *supra* note 10, at 631.
- 34) *Id.* at 632.
- 35) Munoz, Gisela M., et al., 1998. "The Two Faces of Gag Provisions: Patients and Physicians in a Bind" *Yale L. & Pol'y Rev* 17: 249.
- 36) Brown and Hartung, *supra* note 21, at 46.
- 37) Rosenblatt, et al., *supra* note 10, at 633.
- 38) Visocan, Karen. 1998. "Recent Changes in Medicare Managed Care: A Step Backwards for Consumers?" *Elder L. J* 6: 31.
- 39) Price, Elizabeth C. 1998. "The Evolution of Health Care Decision-Making: The Political Paradigm and Beyond" *Tenn. L. Rev* 65: 619, 630-32.
- 40) *Id.* at 637-38; Brown and Hartung, *supra* note 21, at 53.
- 41) マネジドケアの発展に伴い、自家保険から商業保険会社の保険への移行がみられるといわれる。 Rosenblatt, et al., *supra* note 10, at 634.
- 42) ただし、1996年及び1997年の連邦規則は、メディケア及びメディケイドに対する「口止め」ルールを禁じた。 Brown and Hartung, *supra* note 21, at 46.
- 43) Visocan, *supra* note 38, at 45. 西田・前掲書(注5)53頁は、メディケア・マネジドケアの流行は、1988年メディケア破局的医療費保障法(MCAA)が翌年に廃止され、メディケアでカバーされない部分が増えて、従来この部分を賄ってきた民間保険であるメディギャップ(Medigap)保険料が高騰したため、90年代に入り多くの高齢者が医療給付範囲が広いといわれるメディケア・マネジドケアを選択せざるを得なかった旨、述べている。
- 44) 日本経済新聞1999年8月1日朝刊。既に従前から、対象者が高齢であり、メディケアの出来高払い給付水準が相対的に低いことから、医療費節約効果には疑問が呈せられていた。 Rosenblatt, et al., *supra* note 10, at 618.
- 45) *Id.* at 591.
- 46) こうした発展にもかかわらず、メディケイド受給者は民間保険加入者などと異なり、資格期間が相対的に短いことから、保険者側において患者をより健康な状態に保とうとするインセンティブが十分働かない恐れがあるという問題や、メディケイド資格を有することを知らない者がいることからプランに多くの利益がもたらされるといった、医療の質にも関わる問題が指摘されている。 Rosenblatt, *supra* note 10, at 592.
- 47) Brown and Hartung, *supra* note 21, at 51.
- 48) See Hall, Mark A., et al. 1996. "Judicial Protection of Managed Care Consumers: An Empirical Study of Insurance Coverage Disputes." *Seton Hall L. Rev* 26: 1055, 1068.
- 49) 伝統的にアメリカでは、「法人による医療 (corporate practice of medicine)」原理の下、法人による医療の提供が禁じられてきた。これに対し各州では、HMOによる医師の雇用を可能にする立法や、医師グループとの契約を認める立法を設け、実質的にこれを可能にしてきた。その後、全米医師会による同様の倫理規約上の制限を連邦取引委員会 (FTC) 法違反とする FTC の判断が合憲とされたこともあり、州法上の制限を課す州は減少しているものの、なお37の州に制限規定が残っており、州の対応はまちまちである。 Freiman, Adam M. 1998. "The Abandonment of the Antiquated Corporate Practice of Medicine Doctrine: Injecting a Dose of Efficiency into the Modern Health Care Environment." *Emory L. J* 47: 697, 708-32.
- 50) Furrow, Barry R. 1997. "Managed Care Organizations and Patient Injury: Rethinking Liability." *Ga. L. Rev* 31: 419, 452-53.
- 51) *Id.* at 454-57.
- 52) See *Darling v. Charleston Community Memorial Hospital*; *Boyd v. Albert Einstein Medical Center*, 547 A.2d 1229 (Pa. Super. Ct. 1988).
- 53) Furrow, *supra* note 50, at 504-06; Havighurst, *supra* note 9, at 607-34; Grosso, Suzanne M. 1998. "Rethinking Malpractice Liability and ERISA Preemption in the Age of Managed Care." *Stan. L. & Pol'y Rev* 9: 433, 437-40; Wertheimer, Ellen. 1998. "Ockham's Scalpel, a Return to a Reasonableness Standard." *Vill. L. Rev* 43: 321, 355-56; MacDougall, Vicki Lawrence. 1998. "The 'Shared Risk' of Potential Tort Liability of Health Maintenance Organizations and the Defense of ERISA Preemption."

- Val. U. L. Rev* 32: 855, 878-97.
- 54) しかし他方, 損害賠償請求の途を広げることは, MCO 側における保険加入によるリスク分散, 防衛的医療といった行動に結び付き, 再び医療費の高騰を招く危険性があることに留意する必要がある. Brasel, Christine E. 1999. "Managed Care Liability: State Legislation May Arm Angry Members with Legal Ammo to Fire at Their MCOs for Cost Containment Tactics... But Could It Backfire?" *Cap. U. L. Rev* 27: 449, 472-75.
- 55) Gonzalez, Jose L. 1998. "A Managed Care Organization's Medical Malpractice Liability for Denial of Care: The Lost World." *Hous. L. Rev* 35: 715, 761-87.
- 56) Massachusetts Mutual Life Insurance Co. v. Russell, 473 U.S. 134 (1985).
- 57) Furrow, *supra* note 50, at 494-98; Havighurst, *supra* note 9, at 634-40.
- 58) New York State Conference of Blue Cross & BlueShield Plans v. Travelers Insurance Co., 115 S.Ct. 1671 (1995); Dukes v. U.S. Healthcare, Inc., 57 F. 3d 350 (3d Cir. 1995), cert. denied, 116 S.Ct. 564 (1995); California Division of Labor Standards of Enforcement, et al., v. Dillingham Construction, N.A., Inc., 117 S.Ct. 832 (1997).
- 59) McEvoy v. Group Health Cooperative of Eau Claire, 570 N.W.2d 397 (Wis. 1997).
- 60) 州裁判所の陪審員の方が連邦裁判所の陪審員よりも同情的であり, ERISA 関係の訴訟においてはとりわけその傾向がみられるため, 原告(患者側)は州裁判所を志向するとの指摘がある. Anderson, Jennifer S. 1998. "All True Histories Contain Instruction: Why HMOs Cannot Avoid Malpractice Liability Through Independent Contracting With Physicians." *McGeorge L. Rev* 29: 323, 342.
- 61) Stoeckl, Amy. 1998. "Refusing to Follow Doctor's Orders: Texas Takes the First Step in Holding HMOs Liable for Bad Medical Decisions." *N. Ill. U. L. Rev* 18: 387, 400-08; Locke, Julie K. 1999. "The ERISA Amendment: A Prescription to Sue MCOs for Wrongful Treatment Decisions." *Minn. L. Rev* 4: 1027, 1043-45.
- 62) Locke, *supra* note 61, at 1050-55; Grosso, *supra* note 53, at 448-51.
- 63) Jurgeleit, Peter B. 1997. "Physician Employment Under Managed Care: Toward a Retaliatory Discharge Cause of Action for HMO-Affiliated Physicians." *Indiana L. J* 73: 255.
- 64) See General Dynamics Corp. v. Superior Court, 876 P.2d 487 (Cal. 1994) (企業専属弁護士につき公序違反が認められた例); Harper v. Healthsource N.H., Inc., 674 A.2d 962 (N.H. 1996), Aiken v. Business & Indus. Health Group, Inc., 81 F.3d 172 (10th Cir. 1996) (医師とHMOの関係につき公序違反の法理の適用可能性を認めた例).
- 65) Munoz, Gisela M. 1998. "The Two Faces of Gag Provisions: Patients and Physicians In a Bind." *Yale L. & Pol'y Rev.* 17: 249, 260, 268-69.
- 66) フロリダとカリフォルニアというマネジドケアが集中する2州を中心に, 医師の労働組合組織化の動きがみられ, 独占禁止法の適用除外に向けての活動などを行っている. Rosenblatt, et al., *supra* note 10, at 577-79.
- 67) Stewart, Cf. Ann. 1998. "Physician Profiles: Consumer Protection or Excessive Exposure?" *Fla. St. U. L. Rev* 25: 957, 959-70.
- 68) 42 C.F.R. § 417, 479 (1996).
- 69) Shea v. Esensten, 107 F.3d 625 (8th Cir. 1997).
- 70) Hall, Cf. Mark A. 1997. "A Theory of Economic Informed Consent." *Ga. L. Rev* 31: 511.
- 71) Blumenthal, David. 1996. "Quality of Health Care: Part 1." *N. Eng. J. Med* 335: 891, 893.
- 72) 菊池馨実「新たな医療保障(法)原理の構築に向けて」『季刊社会保障研究』33巻1号(1997年)70頁以下参照.
- 73) 例えば, MCOをプラン加入者と信認関係(fiduciary relation)にあるとみて忠実義務を負わせようとする理論的試みがあり, こうした市場志向的解決策は今後も模索され続けるであろう. Price, *supra* note 39, at 640-46. IVの1で触れた第三者機関による質の評価も, 依然として市場を適正に確保するための有効な施策となる. Furrow, *supra* note 9, at 371.

(きくち・よしみ 大阪大学助教授)

フランスにおける医療情報共有化の動向

加藤 智章

■ 要約

フランスでは、1990年代に入り、需要の側面に重点をおいた医療費抑制策から供給体制にもメスを入れる抑制策を採用するようになった。ここで注目されるのは、対前年度伸び率ベースで目標額を設定して医療費を抑制する一方、医療の質もまた確保することを強調していることである。このため、情報の共有化が積極的に導入されようとしている。本稿は、この情報の共有化をふたつの側面から考察した。ひとつは、医療保険カード・医療職カードの側面である。プライバシーの問題とどのような調整を図るかが今後の課題である。いまひとつは、医療施設、特に病院の機能評価という試みである。社会保険方式を採用する点で、フランスとわが国は共通する。フランスの試みと今後の動向は、わが国にとっても貴重な検討材料を提供すると思われる。

■ キーワード

医療供給、医療の質、医療保険カード、機能評価、地方病院局

はじめに

医療費の上昇は、それが財源的な裏付けのある限り大きな問題を生じない。いわば自然の成り行きともいえる。医療費の上昇要因はいくつか存在する。人口高齢化の進行は、同時に有病率の高い人々の増加を意味するため、医療費を上昇させる要因となる。またCTスキャナーやMRI(核磁気共鳴装置)の開発・導入にみられるように、医療分野の技術革新は必ずしもコストダウンに結びつかない。かえって、設備投資を回収するための価格転嫁や、新たな専門技術者を必要とするため人件費の増加を招く。このような医療費の上昇に対応するため、社会保険方式を採用する諸国では、保険料率の引き上げや一部負担金の負担割合を増加させる政策がとられる。フランスも1980年代を通じて、もっぱら医療需要の側面すなわち保険料率や薬剤

の償還率を引き上げることによって、医療保険制度の財政赤字に対応してきた。しかし、このような保険料率や償還率の引き上げが繰り返されると、国際競争力の低下あるいは経済成長の一層の鈍化を招くものとして批判の対象となった。また、財源の逼迫は資金の合理的な投入という側面に目を向けさせ、費用対効果という観点から提供されるサービスの質に関する関心を高める。かくして90年代に入り、医療供給の側面から医療費の抑制策が強力に打ち出されることとなった。医療費抑制策が直ちに医療の質の問題に結びつくものではない。事実、需要の側面に着目した抑制策がとられていた70年代から80年代前半において、医療の質が問われることは少なかったといえよう。しかし、90年代以降の動きは、医療供給の側面に着目した抑制策という性格とも密接に関連して、医療の質という問題を明らかに意識するようになってきた。

本稿では、90年代以降に顕著になる医療の質を確保するという政策動向について、医療情報という側面から検討したい。特に、外来診療と入院診療という診療形態にそって、患者の保有する医療保険カードと病院評価システムを考察する。まず、フランスの医療保障体制を概観した後、90年代の医療費抑制策を考察する。III以下で検討するテーマを理解する前提となるからである。

I フランス医療保障体制の基本的な枠組み

ここではまず、医療保険制度を中心にフランスの医療保障体制を概観する。次に、医療保険制度と関係する範囲で医療供給体制に言及する。いくつかの点で、わが国と事情が異なるからである。最後に、99年7月に成立した普遍的医療保障制度を紹介する。地域住民たることを要件に被保険者資格を与える地域保険の考え方を導入した点で画期的な試みといえるほか、医療保険カードなどの規定を定めているからである。

1. 医療保険制度の概要

フランスの医療保険制度は、業種や職種を同じくする者の職域保険として組織化されてきた。大きく四つの制度からなる。民間労働者のための一般制度、公務員や国有鉄道職員などの特別制度、農業従事者を対象とする農業制度、商工業自営業者、手工業者および自由業者を対象とする自治制度である。わが国の健康保険制度に該当する一般制度の場合、国民全体の約8割を占める労働者およびその家族を対象としている。一般制度を除く特別制度や自治制度などは、さらに職種や業種ごとに組織されるいくつかの個別制度から構成されている。このようにフランスの医療保険制度は、職域保険を基本とするため、業種や職種によっては職域保険の組織化が遅れた。これに加えて、わが国における国民健康保険のような地域保険制度が

存在しなかったことから、職域保険制度の対象とならない人々のために、これまで任意加入の個人保険(assurance personnelle)制度が存在した。しかし99年7月、地域住民であることを要件に被保険者資格を与える普遍的医療保障制度が導入された。このような事情に関連して、わが国の老人保健制度に相当する制度は存在しない。高齢者は、退職ないし引退した後も現役時代に属していた制度に加入し続けることとなる。また、1997年1月1日から要介護給付制度(PSD)が導入された。60歳以上の要介護状態の者で、単身者の場合月額6,000フラン、世帯で月額1万フランの所得制限以下の者を対象に、要介護度と所得額に応じて、月額5,596フランを超えない範囲で現金が支給される制度である¹⁾。わが国の介護保険に相当する制度といえることができる。さらに、医療保険制度に所属していない者に対しては、わが国の生活保護法の医療扶助に相当する医療扶助制度が存在した。しかし、普遍的医療保障制度の成立により、不法入国者などに対する国費での医療扶助は残されるものの、県の行う医療扶助は廃止されることとされた。

一般制度は、全国医療保険金庫を頂点に、全国を16のブロックで分ける地方金庫、県単位で組織される初級金庫という組織によって管理運営されている。全国金庫は公法人であり、開業医の医師組合と全国医療協約を締結するほか、下級金庫の監督を行う。地方金庫は、労災保険給付の支給などを担当するほか、地方医療計画を策定し、営利病院の医療費に関する契約業務などを行っている。しかし、地方医療計画の策定などは、後に検討する地方病院局へ移行することとされた。初級金庫は、基本的に、被保険者の登録や被保険者に対する医療費の償還を行う。地方金庫および初級金庫は、公役務の管理運営を担当する私法人である。保険料率は、被保険者の報酬額全額に対して、使用者12.8%、被保険者0.75%を負担する。一見すると被保険者の負担割合が非常に低いが、これ

は被保険者の所得などに対して目的税として賦課される普遍的社会保障拠出金(CSG)の賦課率を1998年から7.5%に引き上げたことに起因する²⁾。保険給付は、わが国同様、療養の給付に相当する現物給付と傷病手当金などの現金給付が支給される。

2. 医療供給体制の概観

フランスは総じて自由を尊重する国であるが、このことは医療の側面でも妥当する。開業の自由や医師選択の自由が繰り返し強調されるほか、医師と患者との間で診療報酬を決定するという直接取り決めの原則(principe de l'entente directe)が償還払い方式の理論的根拠となっている。より具体的に保険給付との関連およびわが国との比較から、フランスの医療供給体制に関する特徴をいくつか指摘すると、医薬分業体制が確立しているほか、次の三点に集約することができる。

第一に、診療所と病院との違いである。開業医は診療所(cabinet)を開設することができる。病床数に応じて診療所と病院とを区別するわが国の医療法のような法的根拠は存在しないが、診療所は医師1人で運営され、診察用のベッドと若干の診察器具だけの場合が多い。病院すなわち医療施設(établissements de santé)はその設立形態から、公立病院と私立病院とに分かれる。これらの病院は医療保険との関係から、公的病院サービス(service public hospitalier)に参加するものとそうでないものとに分かれる。公立病院はすべてこのサービスに参加するが、私立病院はその参加を選択することができる。診療所および病院ともに、わが国の保険医療機関に関する指定制度は存在しない。しかし、開業医の開設する診療所の場合、その所在地を管轄する医師会の許可を必要とし、病院の場合には、後に述べるように、地方病院局による開設許可が必要である。さらに、医師は医学部に6年間在籍した後に行われるインターン試験の成績により、専門医と一般医とに分かれる。この資

格に応じて開業や勤務先に制限を受けることはないものの、診療報酬額すなわち所得が異なることとなる。保険医療機関と同様、保険医としての登録は必要とされない。

第二に、償還払い方式と第三者支払方式とが併用されていることである。開業医については、療養に要した費用の全額を患者がいったん開業医に支払った後、保険給付申請紙によって費用の償還を受ける。償還払い方式である。これに対して、病院については診療に関わる一部負担金と入院一日あたり70フランの入院滞在費を負担しなければならない。この場合の一部負担金は、償還払い方式ではなく第三者支払方式が採用されている。

第三は、診療報酬の決定システムである。開業医の診療報酬は、原則として、全国医療保険金庫と医師組合との全国医療協約によって決められ、出来高払い方式を採用している。この協約は一般医や専門医の診察、往診、手術など医療行為の類型に応じて単価を定め、別途定められる診療行為分類表の点数を乗じることによって、具体的な診療報酬額を算定する。全国医療協約の交渉当事者となる医師組合は、社会保障法典に定める資格要件を満たさなければならず、職業倫理に基づく懲戒権限を有する医師会とは異なる組織である。これに対し、公的病院サービスに参加する病院には、過去の実績に基づき毎年病院ごとに年間予算額を決定する総枠予算方式が採用されている。

II 医療費抑制に関する政策動向

医療費抑制策は80年代まで医療需要を抑制する施策を中心とするものであった。これを大きく転換して、医療を供給する側にメスを入れることにしたのは1989年4月の閣議であった。その後、矢継ぎ早にしかも相次ぐ改革が行われている。これらの内容を端的に要約すると、薬価を含めた医療費の総額規制、医療を提供する側に対する規制の強

化ということができる。ここでは、90年代に行われた医療費抑制策を経時的に紹介してゆく。その代表的なものが、全国規模の反対運動で記憶に新しい95年に示されたジュベプランである。その枠組みはその後の政治状況の変化にもかかわらず、多くの法令に基づき医療保障政策を推進しており、今後も維持されてゆくものと思われる。

1. 1991年7月31日の病院改革法

1991年7月31日法(L.No.91-748)は、71年法以来ほぼ20年ぶりに病院組織の改革を行った。医療技術の進歩や医療ニーズの多様化に対応するためのもので、ふたつの計画を導入したことが重要である。ひとつは、医療活動の評価と分析に用いるために、すべての公的病院サービス参加病院に病院活動情報化計画(PMSI)の実施を義務づけたことである。PMSIは、病院財政と管理運営の改革のため、1982年に導入が開始され、85年から公立病院を対象に実施されていた。フランス版DRGともいべき同一疾病分類(GHM)³⁾を用いて、病院活動の内容や診療費用等の把握を通じて病院間の比較分析を行い、診療方法の見直しや病院施設の再編成に利用することによって、医療資源の有効活用を図ることを目的とする。91年法は、それまでもっぱら通達やデクレのレベルで運用されていたPMSIに法律上の根拠を与えるとともに、すべての公的病院サービス参加病院にその実施を義務づけた。あわせて、病院や専門家から情報を収集し具体的な評価手法などを研究開発する機関として、全国医療評価開発機構(ANDEM)を設けた。いまひとつは、地方医療計画(SROS)である。これは、1970年から導入された医療地区とともに、各地方における医療資源の配分に関する医療計画であり、後に紹介する地方病院局は、病床数や高額医療機器の規制、医療施設の統廃合などに関する強力な権限を有することとなった。

2. 全国医療協約

先に述べたように、開業医に対する診療報酬は、医療保険制度を管理運営する全国金庫と医師組合との間で締結される全国医療協約によって決定される。全国レベルで診療報酬の協約交渉を行う形式は1971年から採用されている。報酬額をめぐる保険者側と医師側との激しい応酬のため、全国医療協約の締結はしばしば難航してきた。それは、全国医療協約の枠組みを定める社会保障法典の条文の不備や交渉手続きの瑕疵によっても助長されてきた。97年3月に締結された第7次協約も、後に述べるように無効判決が出されるなど混乱している。

しかし、93年10月21日に調印された第6次協約は、医療費抑制という政策目標を実現するため、それまでにない手法を導入した⁴⁾。そしてその手法は、97年3月12日に締結された第7次全国医療協約によって確立したということができる。拘束力ある医療指標(RMO)⁵⁾と全国目標値(OQN)である。RMOは、医療行為の種類ごとに診療内容のガイドラインを示し、不適切な診療行為を規制しようとするものである。RMOに該当する診療を行った場合、医師は患者に渡す処方箋にその旨を記載しなければならない。この記載をしなかったり、RMOの内容を遵守しなかった場合には、診療報酬の支払い停止や医療協約の適用を受ける協約医の資格剥奪などの制裁が科されることとなった。また、OQNの設定は、医療費を総枠で規制しようとする趣旨から導入された。一般医と専門医の類型に分けたうえで、その診療報酬と処方に関する対前年度の伸びに枠をはめるものであった。しかし、医療費の伸びに関する目標値を設定する枠組みは了解されたものの、細部について合意が得られなかった。また、RMOに関する制裁も十分機能したとはいえなかった。このため、第6次協約の問題点を修正する形で、97年3月12日に第7次全国医療協約が締結された。この協約は、ジュベプランに基づいて制定された社会保障財政法の支出

目標額を前提に診療報酬の目標額を設定し、この目標額を達成できない場合には、医師全体が目標額の超過分を金庫に返済することを義務づけた。また、一般医と専門医の医師組合が、それぞれ個別に協約を締結した点でも注目される。しかしその後、一般医に関する協約は、医療保険カードとも関連してコンセユ・デタにより一部無効とされた⁶⁾。

3. ジュベプランに基づく医療費抑制策

ジュベプランは、強引な制定過程に根強い不信感がみられるものの、21世紀に通用する社会保障制度を構築するための大改革といえる。

その概要が95年11月に国民議会および元老院で表明されて以来、翌96年2月までに主要な法令が制定された。改革の指針として責任の強化が打ち出されたことと関連して、96年2月には議会の関与を強化するため、憲法の修正が行われた。これは、社会保障財政法という新しい類型の法律を制定することにより、社会保障財政の均衡を図るため、法定諸制度の収入額を見積もるとともに支出目標額を決定する権限を議会に与えた。1年間の収支予測を基に支出目標額を設定するということは、それに伴うさまざまな施策の策定や実施をも議会に委ねることを意味する点で極めて重要である。社会保障全体に対する強力な財政抑制策となりうるし、医療保険に限定しても、議会の制定した支出目標額が診療報酬の総額を決定するという機能を果たすからである。また、公平の確保を改革の理念としたこととの関係で、医療保険制度の普遍化、年金制度における平等の進展、より有効な家族政策の実施、さらに社会保障財政の改革に関して、矢継ぎ早に法令の制定を行った。医療費の抑制については、財政赤字の主たる要因であったことから、ふたつのオールドナンスが96年4月24日に制定された。医療の充実に配慮した医療費のコントロールに関するオールドナンス(Ord.No.96-345、以下96-345オールドナンスという)と公立および私立

病院の入院制度の改革を行うオールドナンス(Ord.No.96-346、以下96-346オールドナンス)である。96-345オールドナンスは、健康手帳、医療保険カードおよび医療職カード(CPS)の配布・導入、開業医に対する診療報酬請求額の目標値およびRMOの設定などを定めた。また、96-346オールドナンスは地方病院局(ARH)を設立して入院制度に関する決定権限を集約するとともに、病院機能の評価を行う全国医療評価認証機構(ANAES)を設立することなどを定めた。

また99年7月27日の法律(L.No.99-641、以下99年法)は、普遍的医療保険制度(CMU)を導入するとともに、公衆衛生の近代化と題する章を設け、医療保険カードや医療協約の有効性を強化する規定を定めた。後者の規定群はコンセユ・デタの一部無効判決に対応する規定ということもできる。また普遍的医療保険制度は、国民皆保険体制を実現するため、地域住民であることに着目して被保険者資格を付与する制度である。97年社会保障財政法以来、その制定が公約されていた。職域保険制度の複数併存化によって人的適用範囲を拡大してきた体制を見直すものである。ジュベプランにおける公正の確保という理念を実現するものであり注目される。

4. 若干のまとめ

96-345オールドナンスは、その前文「大統領への報告」のなかで、「医療の質を確保することに留意しながら医療費を抑制することは、社会負担の増加か給付水準の低下かという二者択一から逃れうる唯一の道である」と述べている。このことから明らかのように、フランスの近年における医療費抑制策は、医療の質を確保することを強く意識しているといえることができる。そしてここで注目されるのは、医療費を抑制するという要請と医療の質を確保する要請の双方にとって、「情報」が非常に重要な役割を果たしていることである。したがって最

近の動向は、経済学でいう情報の非対称性とも関連して、保険者サイドにおける情報の共有化に関する試みと要約することも可能である。以下では、この情報の共有化に関連して、外来診療における医療保険カードの問題、病院機能に関する全国医療評価認証機構と地方病院局の問題をそれぞれ項を分けて検討して行きたい。

III 医療保険カードシステム

民間労働者が外来診療を受けた場合を例にとると、償還払い方式を採用していることとも密接に関係して、保険者たる初級医療保険金庫はその具体的な診療内容を知るすべを持たなかった。償還されるべき保険給付額の算定根拠となる診療行為の種類を把握するだけだったからである。ここに、患者の受診歴、具体的な診療内容、受診医療機関などの情報を収集するシステムの構築が意図されることとなった。ここではまず、健康手帳に端を発する医療保険カードシステムの導入過程を概観する。その問題点については、病院機能の評価システムともあわせて、最後に検討することとしたい。

1. 1994年1月18日法(L.No.94-43)

健康手帳システムの導入がはじめて意図されたのは、1994年1月18日法であった。そこでは、医療管理記録(dossier de suivi médical)と医療手帳(carnet médical)が定められた。医療の質を確保し、医療施設の連携を図り、医療の継続性を担保するため、患者の選択したかかりつけ医が医療管理記録を管理し、70歳以上の人々ないし6か月以上の治療を必要とする患者に医療カードが交付されることとなった。患者が診療を受けるたびに医療手帳を医師に提示し、検査や投薬などの情報を医療管理記録および医療手帳に記入することによって、不必要な受診行為や不適切な入院を抑制することを主な目的とする。かかりつけ医以外で受診する

ときもまた医療手帳を提示しなければならず、診療を担当した医師は、医療行為の記録や重要な患者に関する情報をかかりつけ医に通知しなければならない。かかりつけ医は年1回、担当する患者の医療管理記録を総括して、初級医療保険金庫に送付することで、その活動について診療報酬を得ることができるものとされた。しかし、医療手帳の提示義務に反した場合の制裁規定が存在しなかったことから十分に普及せず、さらに記載内容が個人のプライバシーと密接に関係するにもかかわらず、「情報処理と自由に関する全国委員会(CNIL)」に意見具申を行わなかったなどの問題が指摘されていた。

2. 96-345 オルドナンス

ジュベプランでは、医療の質を改善すると同時に医療費を抑制することは基本的に医療従事者の問題であるとして、医療従事者の責任を明確にすることが意図された。そして、責任の明確化との関連で、情報の共有化に関する施策が強力に打ち出されることになった。この情報の共有化に関する施策は、医療行為や診断名のコード化、医療施設相互の連携、病院の評価など多くの領域に関連する。しかし96-345 オルドナンスとの関係では、健康手帳制度とICカードシステムの導入が重要である。

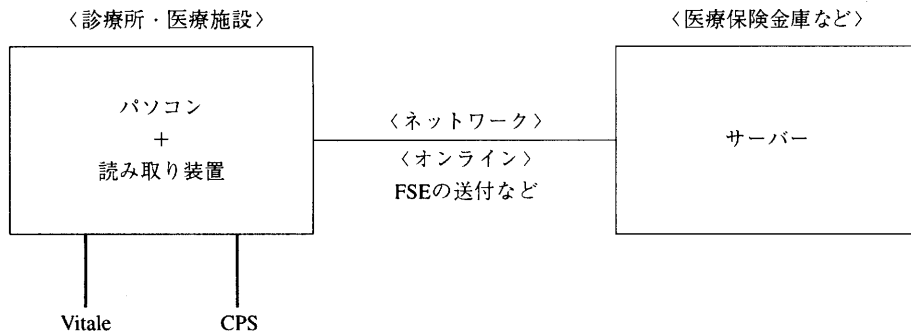
96-345 オルドナンスはまず健康手帳(carnet de santé)について定めた。94年法における医療手帳とは異なり、医療保険の被保険者およびその被扶養者で16歳以上の者すべてを対象に、その所属する医療保険組織、民間労働者の場合には初級医療保険金庫が健康手帳を配布することとした。この健康手帳には、氏名は記載されないが被保険者ないし被扶養者であることを識別する記載がなされており、患者が所持する。患者は診療行為を受ける都度、医師に健康手帳を提示し、診療を行った医師は診療日、報酬額、患者の医療管理のために関連する事実および具体的な診療行為の内容を記入しなければならない。

情報の共有化にとって重要なのは、ICカードシステムの導入である。本オールドナンスは、社会保障法典L第161条の31以下5カ条を新たに設けた。特に、L第161条の32は診療行為の継続性を維持し、医療施設相互の連携を確保するために必要な関連情報をICカードに入力することを定めた。将来的に健康手帳に代わるものとして位置づけられる。オールドナンスに付された大統領への報告には、このシステムは、より質の高い診療を可能とするための情報の提供と、医療保険に関わるすべての当事者のために管理運営体制を刷新することを目的としている。現行の外来診療を例にとると、患者は医師から手交された医療保険請求用紙という文書を保険者に送付することによって、保険給付の請求を行っている。この場合は償還払いとされるから、診療報酬額を全額支払ったうえで、請求用紙を送付することにより、一部負担金を除いた額の払い戻しを受けることになる。しかし、この請求用紙には、請求額を算定するための診療行為の類型を示す記号と点数のみが記入され、診療行為の具体的な内容は記載されていない。このため、ICカードの導入は、より具体的な診療行為を把握すると同時に、迅速な保険給付の支給を目指したシステムである。ある意味では94年法における医療管理記録制度の情報システム化といえることができる。

このICカードは患者と医療従事者双方が保持する。患者に関するカードは、被保険者を対象に、医療保険制度に共通の個人電子カードを保有することとされ、98年4月9日のデクレ(Decr.No.98-275)により、医療保険カード(*carte d'assurance maladie*)と呼ばれることになった。世帯単位で配布され、SESAM Vitale 1と俗称される。このカードの配布およびその後の管理業務は、カード保有者の所属する医療保険組織が行う。カード本体には、発行組織、保有者およびカード本体に関する番号のほか有効期間が示され、それ以外の情報はマイクロチップに入力される。マイクロチップには、保険料

の減免措置の有無など、被保険者および被扶養者の医療保険に関する情報が入力されるほか、被保険者すなわち保有者が承諾している場合には、直近の電子医療保険請求用紙(FSE)に関する情報が記録される。このほか、技術的な情報として、被保険者本人を確認するための暗証番号などの情報が入力される。他方、医療従事者に配布される医療職カード(CPS)は医師、看護婦など医療従事者や医療施設に対し、その請求に基づいて配布され、カードの配布・管理業務は医療職カード公団が行う。医療保険カードと同様、カード本体にはカード番号や有効期間、職名などが記載されるほか、開業医か勤務医かに関する勤務形態、専門標榜科目、一般医か専門医かなど医療従事者に関する法律上の地位あるいは医療協約の適用に関する情報などがマイクロチップに入力される。これらのICカードは、診療現場に設置されるパソコンとカード読み取り装置によって、医療保険金庫とオンラインで結ばれる。診療の都度、医師は自分のCPSと患者のカードをカード読み取り装置に挿入し、診療日、医療行為の内容に関するコード、診療報酬の請求金額、一部負担金の免除該当に関する情報などを入力する。このシステムを利用することによって、医療行為に関する情報と医療保険に関する情報が、患者の所属する医療保険組織に送信・蓄積され、保険給付の具体的な手続が進行するとともに、医療施設相互の情報の共有や医療費の適正化をうながすことが期待されている。(図1参照)

しかし、コンセユ・デタは98年4月27日、96-345オールドナンスが規定した医療保険カードは個人のプライバシー保護に欠けるとの理由から、これを違法とした⁷⁾。このため、99年法は、所要の改正を行った。医療保険カードへの医療情報の入力は、緊急外科手術に必要とされる情報ならびに診療の継続性ないし連携を可能とする領域の情報に限定された。また、場合によっては入力内容の訂正を求める権利を含めて、カード保有者がカードの入



出所：『フランス医療関連データ集 1998年度版』87頁, 松田作成図を簡略化。

図1 医療保険カード・CPSによる医療情報システム

力内容に関して閲覧する権利を有することを明文化し、具体的な入力情報の範囲や内容、閲覧方法の諸条件などについては、全国医師会およびCNILの意見を聴取した後、デクレにより定めることとされた。この99年法により一定の修正を加えられた医療保険カードは、Vitale 2と呼ばれ、Vitale 1が世帯単位であったのに対して個人単位で支給することを予定している。

IV 全国医療評価認証機構と地方病院局

96-346 オルドナンスは、すべての患者に質の保障された適正な医療を提供するために、責任の明確化、医療の質の確保および病院機能の適正化を指導理念として、医療施設の機能評価に関するふたつの組織を設けた点で重要である。ひとつは全国医療評価認証機構(ANAES)であり、いまひとつは地方病院局(ARH)である。

1. 全国医療評価認証機構(ANAES)

ANAESは、診療行為の評価方法を改善するとともに病院すなわち医療施設の認証を行うために設けられた。公衆衛生を担当する大臣の監督を受ける公役務法人であり、91年に設けられた全国医療評価開発機構を発展させた組織ということができる。

ANAESの役割は、評価(évaluation)と認証(accréditation)のふたつに大別される。評価については、病院評価に関する科学的な方法論の探求、よりよい医療活動の明確化、これと密接に関連する予防、診断および治療における行為基準の設定と普及、いわゆる保険診療の対象となる医療行為や装具などに対する助言などを行う。他方、認証の側面では、複数の基準に基づく医療の質を測定・判断するマニュアルの作成、評価マニュアルの普及と改善、および具体的な認証手続きの実行である。

理事会の意見を聴取した後、公衆衛生担当大臣の任命する事務局長のもと、理事会、科学審議会および認証委員会(collège de l'accréditation)から構成される。理事会は、6種類の代表から組織される。医療施設における医師、パラメディカル、技術部門および管理部門の代表、自由診療を行っている医師組合の代表、政府、医療保険組織および共済組織の代表ならびに学識経験者の代表である。政府、医療保険組織および共済組織を代表する理事は、総数で議決権の4分の1以上を超えてはならず、また理事の過半数は医師でなければならない。事務局長の任期は5年、理事は4年とされる。理事会は、機構の予算の採択、決算の承認、内部規則の制定および評価認証に関わる計画を決定する。科学審議会は、評価部門と認証部門

とからなり、評価方法の確立や認証に関する基準などに関する検討を行う。認証委員会は各医療施設に関する認証報告書の妥当性を審査し、認証を行う。認証委員会は、具体的な認証作業を行う専門家のリストを作成し、これらの専門家と協力して認証手続きを遂行する。

具体的な認証手続きは、医療施設の申請によって開始され、ANAESの作成したマニュアルにそった自己評価をもとに行われる。ANAESでは、医療施設の提出した自己評価とは別に、病院経営専門家、医師その他の医療職からなる専門家チームが、認証マニュアルに従い当該施設のサービス内容の評価を行い、認証報告書を作成する。この監査報告書は当該施設に送付され、それに対する施設側の意見書に対し、認証委員会が報告書や意見書の妥当性を判断し、当該医療施設に関する認証を行う。認証委員会の判断は、当該施設ならびに次に検討する地方病院局に通知される。

2. 地方病院局 (ARH)

地方病院局は、地方における入院診療の供給政策を決定・実行し、公立私立を問わず医療施設の活動を分析・調整したうえでそれらの予算を配分することを目的とする。公立病院と私立病院の入院制度に関する決定権限の集約を目指した機関とすることができる。入院制度については、入院する病院が公立であるか私立であるかにより、その方法や手続きおよび責任主体が多様に分散していた。このため、県知事ないし地方知事の有していた病院に関する監督権限、予算配分権、医療供給計画の作成権あるいは病院設立等に関する許可権限などを地方病院局に集約することとした。

この地方病院局は、政府と地方医療保険金庫など社会保障組織とが設立する公団 (groupements d'intérêts publics)ともいうべき組織であり、複数の県にまたがる全国24の地方を管轄する。行政改革と地方分権というふたつの要請を実現するこれ

までにない形態の組織で、連合型の公役務法人とみなされている。後に検討するように病院に関する強力な権限を有するが、地方知事や関係大臣の監督を受けるほか、その予算については公衆衛生、社会保障および財政担当大臣の監督に服する。

地方病院局には、執行委員会が設けられるほか、大きな権限を有する局長が閣議により任命される。執行委員会は局長が主宰し、公衆衛生および社会保障担当大臣により指名された政府代表委員と社会保障組織により任命された委員それぞれ同数の委員から構成される。委員会は、医療施設の開設、拡張、診療科の統廃合に関する許可、高額医療機器の導入や施設の大規模な改修等に関する許可、医療施設との間で締結される医療費目標額等に関する複数年契約などにつき審議する。複数年契約とは、地方病院局とその管轄地に所在するすべての医療施設との間で、個別に締結される。公的病院サービスに参加するか否かを問わない。管轄する地方の状況に応じて、高額医療機器、救急医療体制あるいは病床数などについて、地域的な偏在や施設間の格差を解消するため、財政上の目標額と格差解消のための様々な手段を設定するものである。執行委員会が基本的に審議機関と位置づけられるのに対して、局長は単独で多くの権限を有しており、公衆衛生部門に関する知事ともいわれる。局長は、政府の名において、医療地図に基づく病床数の制限や地方医療計画の策定、公立病院に対する総枠予算の配分、私立病院に対する地方レベルでの財政計画の実施、病院システムが良好に機能しているかの監視などを行う。

むすびにかえて

医療保険カードと医療職カードの導入、全国医療評価認証機構と地方病院局の設立は、いずれも医療費の抑制を、それまでの保険料率や償還率の操作という医療需要の側面ではなく、医療供

給体制に対する規制を試みるものであり、情報の共有化と要約することができる。それは同時に、単なる総量規制にとどまらず、医療の質に対する介入を志向している点で注目される。しかし、Vitale 2・CPSというカードシステムは、すべての診療所、病院などの医療施設と初級医療保険金庫をはじめとする保険者との間にコンピューター・ネットワークを構築することを前提としている。カードの開発や配布、さらにネットワーク立ち上げに莫大な資金を必要とするため、たとえ医療費抑制効果を期待できるとしても、費用対効果の関係で、システム自体の有効性や実現可能性について懸念が表明されている。

しかしここで重要なことは、情報の共有化には、その理論的有效性とは裏腹に多くの危険が内在していることである。医療供給の側面に着目したフランスの医療費抑制策は、プライバシーの保護と医療の領域における自由の問題とに、次のような形で抵触する。第一にプライバシーの問題は、特に医療保険カードに関係する。このカードには、その保有者の病歴、受診歴など個人情報の核心ともいべき情報の入力が可能である。これらの情報のなかには、保険者や使用者はもちろん配偶者にも知られたくない情報が存在しうる。他方、情報の共有化とは、多くの人がこれらの個人情報閲覧することができることを意味するから、情報の管理をどのように行うかが問題となる。先にみたように、99年法は、医療保険カードを利用する要件、さまざまな医療情報のうち入力すべき情報や閲覧可能者の範囲、あるいは情報の修正権や消去権に関する規定の整備を行った。しかし、具体的な細目を定めるデクレ等の整備は今後の問題であり、具体的な運用のあり方が注目される。第二は、医師選択の自由と処方自由に関連する。濫診濫療という言葉に則していうと、フランスでは濫診の弊害が強調されてきた。償還払い方式は受診抑制効果が高いといわれていることからすればやや奇異

な現象ではある。医療保険カードの導入は、受診歴の把握も可能なことから、濫診の抑制効果も期待されている。しかし、それは反面、患者の医師選択の自由を制限する機能を有することが危惧されている。わが国でも保険者機能の強化が注目されている。程度問題との評価も可能であるが、保険者がどこまで患者の受診行動を制約できるか、できるとしてその根拠および手段の検討が求められる。次に、処方自由である。医療職カードは、患者の個人情報と同様、医療職の具体的な医療行為の内容を明らかにする。そして、これらCPSを通じて得られた情報を基に、医療費の対前年度伸び額が決定されたり、RMOに合致した診療行為か否かの判断が行われる。情報の共有化は、医療機関相互の情報連携を通じて、医療資源の有効活用を図ると同時に、診療報酬を厳格に管理する機能も果たす。このため、RMOの設定基準に合理性がなければ、診療報酬との関係で医師の診療行為自体を不当に制約する可能性も生じる。また、医療情報の共有は、患者の病歴や過去になされた診療に関する情報を知りうるので無駄な診療を排除できる反面、当該情報が正確なものでなければ場合により患者の生命身体に害を及ぼす可能性も存在する。かくして、個人情報をどのように管理するかという問題は、医療の質を確保しつつ医療費の適正な配分を実現するために避けては通れない問題であり、フランスの試みは、社会保険方式を採用するわが国にも大いに参考になるものと思われる。

注

- 1) 1997年1月24日法(L.No.97-60)により、同年1月1日から施行された。支給額などの具体的数字は、Liaisons Sociales, légis. No.7740(18 sept. 1997)による。
- 2) 98年社会保障財政法は、98年1月1日から、CSGの賦課率を3.4%から7.5%に引き上げる一方、現役労働者の保険料率を5.5%から0.75%とした。老齢年金受給者については、法定老齢年金額の2.80%、補足退

職年金額の3.80%を保険料として徴収していたのを、法定老齢年金については徴収せず、補足退職年金額の1%を徴収することとした。

- 3) 松田後掲「フランスの医療情報…」社会保険旬報1965号9頁参照。
- 4) 93年1月4日法(L.No.93-8)および94年1月18日法(L.No.94-43)参照。
- 5) RMOは、1994年に非ステロイド性抗炎症薬、抗生物質の処方など23のカテゴリーについて導入され始め、98年11月現在58のカテゴリーが存在するといわれる[99年9月8日開催「保険者機能に関する研究プロジェクト(国立社会保障・人口問題研究所)慶応大学医学部医療政策・管理学教室専任講師池田俊也氏報告]。
- 6) コンセユ・データは、1998年7月3日、締結当事者たる医師組合に、診療報酬の目標額を超過した場合、すべての医師に対しその超過分を負担させたうえで返還することを認める権限はないとして、97年3月の協約を一部無効とした(この判決については、注7参照)。この判決を受けて、98年12月6日、新たな協約が全国医療保険金庫と医師組合の一つであるMG Franceの間で締結されたが、これも目標額を超過した場合の返還方式といわゆる卒後研修についての規定を無効とされた。
- 7) CE, 3 juill. 1998, Syndicat des médecins de l'Ain, Dr.Soc., 1998 No.9/10 p819 et s., req. No.188004.

略語表

ANAES : 全国医療評価認証機構 : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
 ANDEM : 全国医療評価開発機構 : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
 ARH : 地方病院局 : Agence Régionale de l'Hospitalisation
 CMU : 普遍的医療保険制度 : Couverture Maladie Universelle

CNIL : 情報処理と自由に関する全国委員会 : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
 CPS : 医療職カード : Carte de Professionnel de santé
 FSE : 電子医療保険請求用紙 : Feuille de Soins Electronique
 GHM : 同一疾病分類 : Groupes Homogènes de Malades
 OQN : 全国目標値 : Objectifs Quantifiés Nationaux
 PMSI : 病院活動情報化計画 : Programme de Médicalisation du Système d'Information
 PSD : 要介護給付 : Prestation Spécifique Dépendance
 RMO : 拘束力ある医療指標 : Référence Médicale Opposable
 SROS : 地方医療計画 : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

参考文献

藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障6 フランス』東大出版会
 フランス医療保障制度に関する研究会編 1999『フランス医療関連データ集(1998年版)』医療経済研究機構
 松田晋哉「フランスの地方保健医療計画」社会保険旬報2033号(1999.9.11) p.6以下
 松田晋哉「フランスの医療情報に関する近年の改革」社会保険旬報1965号(1997.11.11) p.6以下, 1966号(1997.11.21) p.22以下
 Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, Documentation Française, 1994.
 M. Harichaux, "La télétransmission des feuilles de soins", R.D.S.S. 1998 juill.-sept, p.496 et s.
 J-M. de Forges, "Le volet hospitalier de la réforme de la protection sociale de 1996", R.D.S.S. 1996. oct.-déc, p.713 et s.
 J.Dubois-Lefrère et E.Coca, "Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières: le PMSI", Berger-Levrault, 1991.
 D.Truchet, "Quelques problèmes juridiques posés par le carnet de santé", Dr.Soc., 1997 No.1 p.56 et s.
 (かとう・ともゆき 新潟大学教授)

ドイツにおける医療・福祉労働としてのサービス給付と質確保

上田 真理

■ 要約

医療・福祉労働として提供される給付の質確保にとって、従事者の専門職化 (professionalisierung) が前提条件になる。十分な質を確保できるように公的に財政支援を行うことが不可欠である。提供主体の多元化とは別に、医療・介護での職業像 (Berufsbild) の確立により、専門家が水準の設定や質の改善に集団レベルで関与することがサービス質保障にとって不可欠である。

医師には職業規律をつうじて自らの医療水準の向上に努めてきたという「伝統」があり、疾病保険法に質確保が規定されたことは、確立された自治による職業規律に対する「変容」ないし「介入」と解され、自治の侵害の危惧を抱く専門家集団との緊張関係をうみだした。

他方、ドイツの福祉団体は保険者と対等に協定を締結する交渉力を持っている。とはいえ、医療領域と比べれば、多様な専門職が関与する介護領域では専門職としての地位が確立していない。「職業像」の確立が急務である。

■ キーワード

質の3つのレベル (構造の質、過程の質、成果の質)、専門職 (像)

はじめに

本稿は、公的に組織された、医療・福祉サービス労働として提供される給付の質確保の法理を説明することを課題とする。

ドイツでは、「質の確保」は、患者に対する療養給付の質確保の有効な手続整備について WHO による要請を受けて (WHO 1985)、医療領域で 1988 年に社会法典第 5 編 (疾病保険) (以下、疾病保険法) 135 条以下で明文化された。介護領域をみれば、疾病保険法が家事援助の質について規定した後 (132 条)、連邦社会扶助法が施設サービス領域について質確保の規定 (93 条 2 項) を 1993 年に定め、1994 年に社会法典第 11 編 (介護保険) (以下、介護保険法) が介護給付の質確保について疾病保

険に匹敵する規定をおいた (80 条)。

質の確保が社会法典に明文化されてから 10 年が経過したにすぎないが、医療領域で「良質の医療保障」の議論自体は、決して新しいものではない。医師の職業遂行の質は、職業規則 (Berufsordnung) などで専門家集団により規律されてきた (Ollenschläger 1996)。しかし、ドイツに限らず、公的に組織された人的サービス給付 (医療・福祉・自治体によるサービス給付) は、行政改革の焦点になっている。地方自治体を含む国家を企業として、市民をその顧客や消費者としてとらえ、公的なサービス給付を市場ないし競争にかなう経営効率基準により組織するマネジメントがみられる¹⁾。この新たな組織改革を背景として、質確保は、自治の喪失が専門家に危惧され、医療・福祉労働の統制

をつうじて、より専門性を高めることが期待されるなかで論じられている。社会権の実現の観点から医師・福祉職の職業遂行の透明性を高めることが質確保にとって課題となる²⁾。

本稿は、次の順で検討を進めたい。疾病保険法および介護保険法において給付提供の統制に着目し、その枠組みをまず概観する。そして、医師の医療従事者の質にかかわり、専門家の自治と社会法典による規律の緊張関係を検討する。最後に、介護サービスの質の確保にも言及したい。

I サービス提供における質確保の基本枠組み

1. 質概念

「質とは何か」について社会法典は定義をしていないが、通常、「質」は規範として定められた給付目的と実際に提供された給付の一致する程度と定義される(Görres 1999,S.51)。サービス給付の質は、アメリカのDonabedianの議論に依拠して、「構造の質(Strukturstandard)」、「過程の質(Prozeßstandard)」、「成果の質(Ergebnisstandard)」が論じられてきた(Görres 1992)。すなわち、「構造の質」は、提供者の数や資格、地域での配置状況、財政基盤など、医療が提供されるのに必要とされる人的・物的・財政的資源をさす。加えて、介護施設の「構造の質」には、介護者の就労状況、介護者の社会的保障およびその労働条件(介護労働の質)が含まれる³⁾。

「過程の質」は、治療過程ないし診断、介護などの実施に直接関連するものである。規範として設定された水準と現状の比較、または他の病院ないし施設との比較により示される。「成果の質」は、成果または目的達成の程度をさす。もちろん、3つの次元は、相互に関連しており、構造の質・過程の質は成果の質に影響を与える。たとえば、病院の職員の資格・能力が高まり構造の質が改善され

れば、過程の質も改善され、ひいては成果の質も上昇することになる⁴⁾。

また、質の確保は構造の質、過程の質、成果の質と並んで「内部・外部の質確保」が区別される⁵⁾。「内部の質確保」は病院や部署に管轄権があり、「外部の質確保」は施設や部署の外部からの比較を実施し、公開される。内部の質確保は外部による質確保の前提となるが、さらに外部による質確保は内部の確保にフィードバックされなければならない。他の病院等との外部によるコミュニケーションが、内部の質確保の重要な要素である⁶⁾。

2. 給付提供における質確保

(1) 給付調達義務

サービス給付一般について一定の質および量の供給責任を負うのは社会保障給付主体であり、社会保障給付の実施に必要な社会的サービスおよび施設を調達する義務を負う(Gewährleistungspflicht)(社会法典総則17条1項2文)。保険医による医療領域では、特別法として、医師と保険者が被保険者に対して保険医による療養を確保する義務を負い(疾病保険法72条)、金庫医師協会が保険者に対して療養給付の確保の義務を負うことを規定している(75条1項)。

介護保険法は、保険者が被保険者に対する介護給付の確保に対する責任を負うことを明文化し(12条1項1文)⁷⁾、その責任を一定の水準の介護を調達する義務として具体化している(69条1文)。これによって、保険者は十分な数の介護提供者を調達しなければならないのであり、介護施設を含めた給付提供者による供給を統制しなければならないと解されている(Neumann 1997,S.529)。同様に、連邦社会扶助法も福祉施設について社会扶助主体が調達義務を負うことを定めている(93条1項1文)。

一定の質を確保したサービス給付が要保障者に提供されるように、保険者はサービス提供者と公法上の契約を締結するという方法を取り、その契

約の内容を具体化する過程に質に関する協定ないし契約が含まれる点で、医療給付と介護給付は共通している。それでは、医療・介護での枠組みをみることにしよう。

(2) 保険医による療養給付の質確保

保険医による療養給付は、保険者と保険医の「共同自主運営」の主たる機関である連邦委員会(Bundesausschüsse)の指針(Richtlinie)により具体化される。連邦委員会は、保険者とその連邦連合と連邦医師協会により構成され(91条)、「十分、合目的な、経済的な療養」について指針を作成する権限を立法者から委譲されている(92条)。さらに、法規や指針は、保険者と金庫医師契約の諸契約により具体化される。諸契約には、連邦レベルでの疾病金庫の連邦連合会と連邦金庫医師協会の間で締結される連邦基本契約(Bundemantelvertrag)と、ラントレベルで疾病金庫ラント連合会と金庫医師協会が締結する総契約(Gesamtvertrag)がある。

指針は連邦基本契約の構成要素になる(92条7項)。指針は、保険医に対する拘束力を持ち、保険医の診療の範囲を規定することから、療養の給付の質にとって重要な意味を持っている。総契約の締結に際して連邦レベルで勧告をだすものとされている(86条2項)。

そして、このような法規や指針を具体化する諸契約に、質確保の協定も位置づけられている(図1-1)。疾病保険法は、「給付提供の質の確保」を135条から139条に規定している。そこでは、保険医および保険歯科医による療養の質の確保について規定した135条を核として、通院、入院療養などにわたり医療の重要な領域について質の確保が規定されている。質の3つのレベルについて簡単にみておこう。

- ① 構造の質：1997年の法改正で135条2項に「構造の質」という文言が導入された。ここでは、特別な認識や経験を必要とする治療方法をとるには、連邦基本契約の契約当事者が、

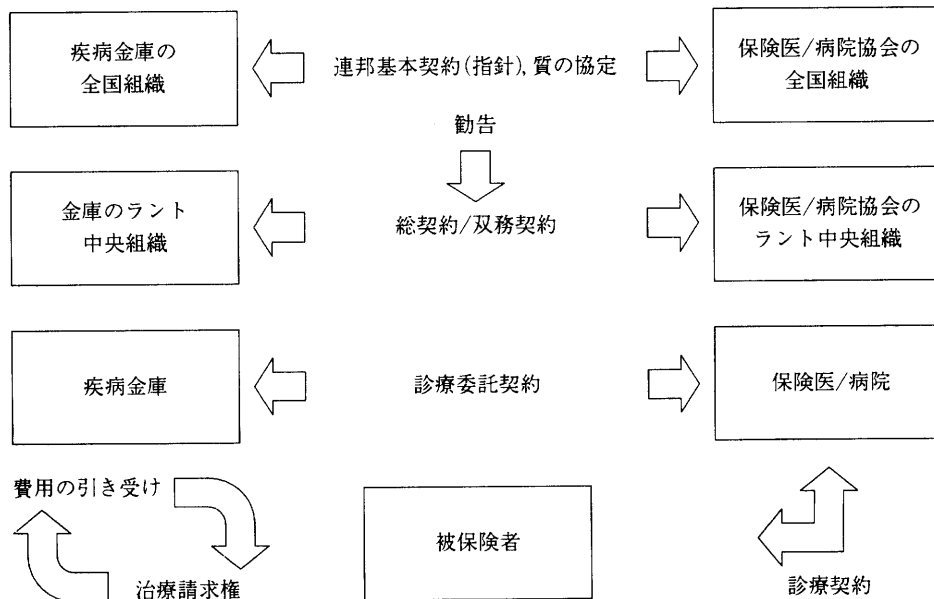


図 1-1 医療給付提供と質の確保

療養に関与する医師の統一的な資格必要や、特別な診療器具、その他の構造の質に対する要求を協定することが規定されている。資格を満たした医師の療養給付だけが報酬の対象になることも規定し、医療従事者の質の確保を明らかにしている(2文)。

- ② 過程の質：過程の質について135条1項は、新たな治療方法を採用するには、連邦委員会の申請に基づき92条1項2文5号による指針の形式で連邦委員会が協定する必要があることを規定している。135条1項は、新たな治療方法は連邦委員会が勧告をだしていない限りにおいては、報酬の対象にならないことも定めている。また、135条は、3項で、連邦保険医協会が通院による療養給付の質の手続を指針で決めることを定め、連邦保険医協会による指針作成の権限を拡大した。
- ③ 成果の質：136条は「個別事例における質審査」として、提供された療養給付を、抽出審査の方法で質の審査を実施するという義務を保険医協会に課している。これは、治療の継続期間と成果(成果の質)と並んで診断(過程の質)も審査される。そして、医師と金庫の連邦委員会は92条の指針により保険医による療養の質判断についての基準(Kriterien)を発展させることを定めている(136条1項2文)。

質の審査は情報公開が前提となることから、保険医は必要な情報を保険医協会に提供し、重要な書類を開示する義務を負うことが136条から間接的に導かれることが判示されている⁸⁾。

(3) 施設療養での質確保

入院療養の委託は、ラント疾病金庫がラント病院協会と入院療養の種類と程度について双務契約(Zweiseitiger Verträge)を締結することでなされる(112条)。病院は、金庫のラント組織と診療委託契約を締結する。双務契約は保険者と許可され

た病院を直接に拘束する(112条2項2文)。双務契約の内容については、疾病金庫の全国組織と病院協会らは勧告をだすものとされている(soll)(112条5項)。双務契約の規律対象は、指針と類似しており、入退院の一般的条件や費用負担を含めた病院療養の条件、効率性審査および質審査の手続原則などである(112条2項)。

病院での療養における質の確保について、疾病保険法は137条で次の内容を規定している。「108条により許可された病院並びに111条により契約を締結した予防施設やリハビリ施設は質の確保の措置に関与する義務を負う。この措置は、治療の質、経過、治療の成果に及ぶものとする。それらの措置は、審査が比較可能となるように形成されるものとする。詳細については、病院については112条の契約において、リハビリ施設に対しては111条による契約において医師会の関与の下で規律される。ただし、契約が介護領域の質確保措置に関連する場合には、看護職(Krankenpflegeberuf)の職業組織の関与の下で規律される。…病院での審査手続に対しては113条が効力を持つ」

137条による施設療養における質の確保は、費用負担者の保険者と病院等の協同の委託として外部の質確保措置を確立することを規定し、費用負担者との契約内容にならない個々の内部のマネジメントは、対象とするものではない(LPK-SGB V,S.696)。2文が示すように、質確保の措置として、治療の質と経過の「過程の質」および治療成果(成果の質)がその対象になる。「構造の質」については、後にみるように、137a条が1997年改正法で導入され、医師の遂行に関わる限りにおいて連邦医師会が規定権限を持つ。たとえば、112条の双務契約で病院に質確保措置の報告書を作成させ、当該措置を実施した病院について、ラント病院協会と保険者が共同で「Aランク証明書(Zertifikat A)」を連邦医師会が関与して発行する。医師の業務遂行以外の介護領域については看護職の専門組織

が関与し、当該病院が介護領域での質確保措置の要求を満たさなければ、医療領域での要請を満たしたとしても「Aランク証明書」を受け取れないことになるという⁹⁾。

ただし、疾病保険法および質確保の協定には、サンクションが定められていない。学説は、病院が質確保措置への関与を拒否する場合に、保険者と病院の合意により契約を解約するか、あるいは保険者から一方的に契約を解約できるのかが論じられている(LPK-SGB V,S.699)。

(4) 福祉給付の提供と質確保

介護給付の質確保は、疾病保険と同様に、介護保険法6章で、「給付提供者との介護保険者との関連」として69条から81条に給付提供を規律している(図1-2)。

80条は、介護保険者連合、社会扶助の広域主体の連邦共同体、連邦自治体連合と連邦レベルの介護施設設置者が、質および質確保の原則およ

び基準ならびに質審査の手続について協定を締結することを定めている(1項1文)。質の確保の基準は、協定により確定され、さらにこれはラント保険者中央組織とラント福祉団体中央組織で締結した枠組み契約により具体化される。介護施設はラント保険者協会と介護委託契約を締結するが、その内容は枠組み契約を基準に形成される(75条および80条による質確保の協定)。介護委託契約の規律事項として列挙されているのは、介護給付の内容(1号)、介護の一般的条件(2号)、職員配置の基準と原則(3号)、介護の必要性とその期間(4号)、介護施設に一時的に要介護者がいないときの報酬減額(5号)、Medizinischer Dienstの立ち入り(6号)、効率性審査(7号)、介護施設のサービスエリア(8号)である。枠組み契約も質に関する協定も保険者と介護施設に対して直接拘束力を持つので(75条1項4文、80条1項3文)、介護施設は個々の介護委託契約を締結することによりはじめて拘束力が生じるわけではない。

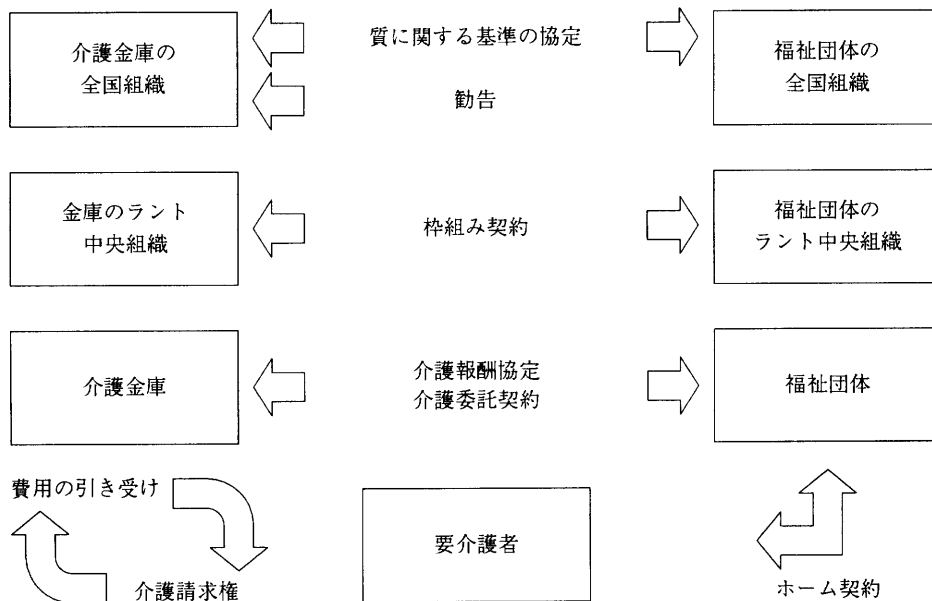


図1-2 介護給付提供と質の確保

介護実務に携わる専門家が介護水準に影響を与えるものとして次の2つの制度が設けられている。1つは、福祉団体の連邦レベルの中央組織連合会が金庫の連邦レベルの中央組織連合会に対して、社会扶助の広域主体の連邦共同体、連邦自治体連合とともに勧告をだすものとされていることであり(75条5項)、拘束力のある枠組み契約の基盤になる。いま1つは、勧告をだす者が関与して、80条の質の原則と基準についての協定を締結することである(80条1項)。

介護・看護領域で質の確保が要請される背景として、慢性疾患の中老年患者の増加により、サービス自体の新たな要請が生じたことが指摘される(Görres 1999,S.36)。医療以外の要素を取り込んだ患者の健康を保障するサービスとして、予防、リハビリ、そして患者の生活に関連する給付の提供が必要になる。しかし、現実には、看護・介護職員が、期待不可能な身体的精神的負担を理由に退職し、勤続年数が短いのが介護領域の特徴であるという¹⁰⁾。こうした新たな要請に対応して、専門職像(Berufsbild)の確立が問題になる。介護領域では、介護職員の労働条件の向上を含め、改めて介護職の専門性・自立性を確立することで介護の質を高めることが不可欠になる。

次に、質確保の手続についてみてみよう。介護保険法80条2項から4項はMedizinischen Dienstによる外部の質確保の手続と権限を規定している。すなわち、2項では、MDおよびラント保険者連合により依頼された鑑定人(Sachverständige)による質審査を受けることを定めている。質審査の特徴を示す3項は、質審査の成果の結果は各施設設置者に対してラント金庫協会から知らされること(1文)、質の瑕疵が確定された範囲において改善措置をとる可能性を定めている。ラント金庫協会は、当該施設設置およびその所属する協会の聴聞の後で、どのような措置がとられなければならないかを決定し、施設設置者に対してそれについての処分を

発し、同時に、確定された瑕疵を除去するための適切な期間を設定する(2文)。期間内に瑕疵が除去されない場合には、介護委託契約の解除がなされうることも定められている(3文)。4項で審査手続におけるデータ保護を規定している。

(5) 施設サービス(通所・入所)の給付の質

連邦社会扶助法は、施設サービス領域について、当該施設または施設団体と次の内容の協定を締結している場合に、要介護者の施設費用を引き受けることを定めている(93条2項1文)。すなわち、給付の内容、範囲および質(給付協定)(1号)、報酬協定(2号)、給付の効率性と質(審査協定)(3号)であり、さらに協定内容について93a条が1996年に挿入された。93a条1項1文によれば、職員の資格並びに必要な物的・人的配置も協定の対象になり、良質の給付提供に必要な専門的水準についての合意を得ることが重要になる(LPK-BSHG,S.974)。協定は、一方的に、すでに確定した報酬を単に通知するのではなく、対等な双方向の交渉の成果でなければならない。交渉は要介護者の請求権の履行過程に位置づけられ、公法上の性格を有する¹¹⁾。介護基準の内容や基準額について一致が見出せない場合には、保険者と施設の同数の代表者により構成された介護基準委員会に委ねられ、介護基準が協定される。こうして、疾病保険法および介護保険法を前史として、給付内容自体、報酬、審査を実施者と保険者の協定によるといったモデルが連邦社会扶助法にも定められたわけである。

II 医療における質確保の規律権限の緊張関係 — 専門職による自治か給付提供法か？

1. 職業規律法と給付提供法の競合？

医師の職業遂行の質確保は、専門家としての医師の職業規律として行われてきた。つまり、専門家

表1 医師の職業規律

法律	規定	権限
連邦医師法	職業保護, 職業許可の剥奪, 資格条件, 報酬規則など	連邦法
免許規則	職業遂行の義務, 注意義務, 職業教育	医師会法
ドイツ医師の職業規則	職業裁判権, 継続教育	ラント法
職業裁判所法	連邦委員会の指針	連邦法
金庫医師法 ・ 社会法典5編 ・ 保険医の許可規則 ・ 連邦委員会の指針	・ 仲裁 ・ 専門医の許可 ・ 医療従事の形式や資格などの規整	連邦法
報酬規則(保険者との協定)		

出典: Hornemann, S.237

集団が自らの職業遂行の水準を設定することが法的にも承認され、疾病保険法はこれを基盤として保険医の規律を行うものである(表1)。

まず、医師の組織を概観しておきたい。保険医は許可を受けることで金庫医師協会の構成員になる。金庫医師協会は、保険者と同様に、医療保険の「公共の任務」を履践する公法上の社団であり、間接的国家行政の主体である。他方、金庫医師協会とは別に、ラント法(Kammer-oder Heilberufsgesetz)により医師会が設置されている。ラント医師会は連邦医師会を形成する。医療の専門家はラント医師会に加入義務を負い、その監督義務に従う(Laufs/Uhlenbruck, S.99)。ラント医師会は包括的な任務を負うが¹²⁾、とくに質の確保にかかわるものとしては、医療の技術進歩に医師が対応できるように、一定の水準を保つ継続教育(Weiterbildung)や職業教育(berufliche Fortbildung)を規律し、促進することがあげられる(Laufs/Uhlenbruck, S.101)。つまり、ラント医師会は、「構造の質」を職業規則(Berufsordnung)で職業教育を義務づけたり、職業裁判所の審査により統制した。たとえば、1926年以来、継続教育規則が定められたが、継続教育を規整し、コントロールすることは医師の「構造の質」にとって不可欠な前提条件であり、これは職業教

育にとっても同様であると解されている¹³⁾。職業教育は質の確保の伝統的な制度であり、これはドイツでは医師の職業義務(Berufspflicht)であった。可能な限り高い質を求めて努力することは「自由な職業」として自明のことであると解されてきた¹⁴⁾。専門を超えて職業遂行上の重要な問題について連邦医師会や薬剤委員会(Arzneimittelkommission)は指針を策定したり、勧告を行ってきた。

また、「構造の質」や「成果の質」については、各ラント医師協会がその他の法人(金庫医師会、保険者、病院協会など)と協同してプロジェクト業務を行う機関をラント医師会に設け、連邦委員会の専門家委員会を形成した。さらに、連邦医師会に設けられた質確保委員会は医師の遂行に関する技術的方法の質の確保についての指針も策定してきたという。

2. 供給統制(Angebotssteuerung)による質確保

(1) 専門医の資格をめぐる医師会との対立と立法による解決

① ラント医師会は資格に関する事項を職業規則で制定する権限を持つ。それにもかかわらず、疾病保険法135条2項で保険医に対する統一的な資

格必要性を協定する権限が連邦基本契約当事者に認められたことが争点になった。この協定は、専門医の領域ごとに、「構造の質」と「過程の質」に関して専門の資格条件、措置の実施などを規律する(Ollenschläger, S.25)。そして、協定内容が連邦基本契約の構成要素となり、保険医に対して直接の効力を持つ。これは、1項による新たな治療方法をとる場合に、必要な資格が連邦委員会による指針の対象になることと関連して、連邦委員会が医師の資格という構造の質を定める権限を持つことを明文化したことになる。

問題は、このような資格に関する規律はラント法やラントレベルでの医師規則の立法権限であって、連邦レベルでの立法権限ではないのではないか、ということであった。基本法上は、競合的立法が及ぶ領域として「医業およびその他の治療業及び医療営業に対する許可」(74条19号)をあげているので、連邦に立法の権限は認められる。しかし、連邦憲法裁判所1972年5月10日決定¹⁵⁾は、基本法74条19号の「許可」について免許の附与、取消し、喪失に関連するすべての規定が含まれ、結果として一般的な職業規則や継続教育から、各専門領域で必要な資格を決めるのはラントの権限であるとした。

これを前提にした上で、さらに問題になったのは、各ラントによる統一的な質確保の規定がある場合に、連邦の立法権限の余地は全くないのか、ということである。連邦社会裁判所の判決をみよう。連邦社会裁判所は、1965年5月28日判決¹⁶⁾で、保険医は医師の一般職業法に拘束されることを明示し、その後の判決でも、一般的な職業規則には質の必要性ないし資格の必要性が存しない場合には、連邦の権限を認めてきた¹⁷⁾。そして、1997年6月18日判決¹⁸⁾では、もっぱらラントの立法権による一般的な医師の職業規則を考慮しており、保険医の特別な規律は(たとえば、疾病保険法の十分、合目的、経済的給付の供給の要請など)そうした一般的な職業規則の延長にあるものとし

ている。つまり、裁判所は、連邦法である疾病保険法は職業規則ないラント法を補完するものと判示してきた。

学説では、裁判所と同様に、疾病保険法の包括的な質確保の規定は、典型的な給付や資格については医師の職業法を基盤にしたものであり、職業法を超えた補足的な給付および資格を社会法典で規整すると解する立場がある¹⁹⁾。しかし、他方で、連邦憲法裁判所の1972年決定からすれば、医師の資格の必要性については、もっぱら立法権はラントにあり、135条2項でこれを質の確保の規定とすることは許されないという強い批判がだされていた²⁰⁾。

② このように、職業規則を補完する範囲で連邦に立法権があるとはいえ、とりわけ資格に関する疾病保険法の規整権限をめぐり、不明確さが残ることは否めなかった。そこで、疾病保険法は、1997年の法改正により、医師による職業規律と給付提供法におけるコントロールについて2つの点で医師の形成権限を強化することを明確にした。

1つは、疾病保険法135条2項は2文に次の規定をおくことで、質確保は医師(Ärztenschaft)自体の任務であって、したがってラント法による医師の職業法での規律が優先することを明確にした。すなわち、「資格として前提とされなければならない必要な良識や経験に対して、医師、なかでも専門医の職務遂行について、ラント法の規律で、連邦全体に内容が同等でかつ1文の質の条件に関して同様の資格が導入されている限りにおいては、それが必要かつ十分な条件となる」。

いま1つは、病院での医師の給付提供の質確保措置について、給付提供法の規律に医師会も関与しなければならないことを明文化し、連邦医師会の権限が強化されている。たとえば、過程・成果の比較可能な質審査を医師会と看護職の職業団体の関与下で行うことを明文化した(137条4文)。また、病院での療養についても、連邦医師会と保

険者、病院協会などの関与者が治療の質と成果について勧告をだすことを定めた上で(137a条1項)、医師の職業遂行に関する範囲において、質確保の措置についての形成は連邦医師会のみ認め(2項1文)。137a条の導入は、職業規律と連邦法(疾病保険法)の緊張関係を解決し、成果にそった質の確保措置について医師の自治の裁量を拡大することを意図したものである。

(2) 連邦委員会の指針策定権限の拡大

資格以外にも、専門を超えて職業遂行上の重要な問題について連邦医師会是指針を策定したり、連邦医師会の専門委員会が医師の遂行に関する技術的方法の質の確保についての指針も策定してきたことはすでに言及した。このように一定の範囲で、医師の業務遂行にかかわる指針は医師の自治により策定されてきたが、疾病保険法135条以下の規定では、指針を策定する連邦委員会の権限が拡大された。つまり、医師の権限を、医師と保険者の連邦委員会へ委譲する事項が拡大されることが問題になる。

保険医療としての新たな診療方法の導入を連邦委員会が指針で策定することについてはすでに規定されていた(92条1項2文5号)。これに加えて、135条1項は、新たな治療方法についての学問の認識の状況に応じた「医療上の必要性」と効率性(1号)について、指針の形式で連邦委員会が勧告することを規定した。新たな治療方法の質の審査(136条)についても医師と金庫の連邦委員会が質判断基準についての指針を策定する²¹⁾。指針により医師の職業遂行の規範設定が許容されることは、一連の連邦社会裁判所判決で判示されている²²⁾。そして、指針の法的性格については争いがあったが、連邦社会裁判所は1996年3月20日判決で労働協約と同様に規範的效果のある契約(規範設定契約)であると判示し、論争に決着をつけた。指針は連邦基本契約の構成要素となることから、

連邦委員会が当該診療方法を指針で認定しない場合には、保険者が費用を負担しないことになる。供給の統制は診療の自由を侵害する局面を持つことから、明確な法規を必要とする。しかし、疾病保険法による規定は、明確性の要請に反し、医師の職業遂行の自由を侵害するものであるという批判が強い²³⁾。

(3) ドイツ医師会と連邦保険医協会による 質確保と質改善の提言

ドイツ医師会は連邦保険医協会とともに、医療の質の確保と質の改善について10の提言を1996年に行った²⁴⁾。紹介しておこう。

- ① 医療の質確保と質改善は患者の療養のために行われること
- ② 医療の質確保と質改善は主として経済の改善に寄与するものではない
- ③ 質確保プログラムは問題にそって、かつ調整されたものでなければならない。また、質は通院と入院で相違があってはならない
- ④ 質プログラムの適切さは一貫して評価されなければならない
- ⑤ 透明性、コミュニケーション、共同(Kooperation)が質確保と質改善を成功させる前提となる
- ⑥ 包括的な内部での質確保が継続的な質改善の基本である
- ⑦ 外部からの質確保は内部の質確保手続を優先して展開する手がかりであること
- ⑧ 質確保が実現する機会を持つのは、個人が質の高い給付を提供し、継続的な診断や改善のための活動を受け、そして他者と比較するように確信を持って努力する場合だけである
- ⑨ 質は高い費用を必要とする
- ⑩ 質確保と継続的な質改善は保険制度における質政策の支柱である。

III 介護給付提供における質確保

1. 専門職の確立の必要

看護や介護では、専門職としての介護労働の確立が急務である。というのも、次のような要介護状況の客観化の困難さに加えて、新たなマネジメントの要請に対応することが求められるからである²⁵⁾。研修・能力開発を含む、包括的な専門職化が質の確保に大きく寄与することが強調されている²⁶⁾。

要介護状況の客観化が困難であるのは、疾病保険による高齢者医療およびリハビリ給付、並びに介護給付が、他の急性疾患の医療に比べて、単に専門家による診療上の評価のみならず、患者の「生活の質」が重要であることによる(Görres 1999,S.91ff.)。構造の質を急性医療と比較すれば、患者の社会的環境や生活条件などの社会心理的次元の考慮がより必要である。それゆえ、主観的な「生活の質」という指標も質の成果にとって重要になるわけである²⁷⁾。

新たなマネジメントの要請に関して、介護保険法は、一般原則として5条で「介護より予防およびリハビリの優先」を規定し、さらに、31条で、介護給付の申請の認定時に介護保険者は、要介護性を克服し、緩和するのに適した、かつ期待可能なりハビリ措置を審査することを定めている。したがって、介護の質を高めるには、医療と介護の交錯する領域で責任を持ってマネジメントをすることが重要になる²⁸⁾。介護の質は、病院・施設内ないし相互間のみならず、医療保険者ないし介護保険者の組織上の課題として、地域での療養給付に関与する者との連携の可能性を追求することを含むものと解されている(Görres 1992,S.106)。このような関与者の多様な期待を採知し、資源と結び付けて調整をはかる行為は、質のマネジメント(Qualitätsmanagement)とよばれている。質のマネジメントに対応できるように、新たな職業教育(Ausbildung)がなされなければならない。

2. 介護水準と職員配置基準

専門職としての介護の水準設定や方法を策定する際には、保険者の費用引き受けの抑制が直接に影響を与えないようにしなければならない(Görres 1999,S.137)。その例として、施設における職員配置を最後にとりあげよう。というのも、公的に組織された人的サービス給付をめぐる、受給者、サービス実施者、費用負担者の三面関係が生じるので、費用の引き受けの程度が受給者に対する給付の質に大きな影響を及ぼすからである(Neumann 1997,S.575)²⁹⁾。介護の一定水準を保持するのに下回ることでできない、職員配置の最低水準が問題になる。たとえ配置される職員数の決定権限が施設に与えられたとしても、費用負担の基盤が明確にされない限り、実効性に乏しい。十分な量と質を備えた職員配置は、構造の質の指標であると同時に、給付の質の前提でもある。個室の準備を例にすれば、個室の準備がされていること自体は直接に構造の質に影響をもたらす。しかし、良質のサービス提供という目的は、単に個室があるだけではなく、十分な職員が配置され、たとえば体位交換によりじょくそうが予防される場合のみ達成される³⁰⁾。職員配置の基準は、質を有効に確保できるように設定されなければならない(Neumann 1997,S.575)。

財政負担を抑制して介護水準を低下させないためにも、介護水準の実現可能性と財政負担の可能性の次元を峻別し、次のような3段階モデルが提言されている³¹⁾。第1段階は、老年医療関係者やケースワーカーにとどまらない広範囲の専門家による議論を基に、介護および援助水準設定についての議論をする段階である。第2段階は、施設設置者、介護職員、高齢者の代表者そして保険者といったすべての関与者が、実現可能性と財政可能性の観点から水準を審査する段階である。第3段階ではじめて、そうした水準が法律で定められた質確保の協定に取り込まれ、拘束力を持つというものである。

おわりに

医療・福祉労働としての給付の質確保にとって、従事者の専門化が前提条件になる。そして、良質なサービス給付の提供は費用を要することから、公的に財政的支援を行うことが不可欠である。医療・介護で専門職像を確立し、専門家集団を社会保障のサービスの提供にいかに関与させていくのが質の確保および改善の重要な課題になろう。

注

- 1) Laux, Unternehmen Stadt?, Die Öffentliche Verwaltung 1993, 523ff.
- 2) Hörnemann, Kassenarzt als Freier Beruf, 1994, S.243 u. 244; Heiner, Ziel und kriterienbezogenes Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit, in: Merchel/Schrappner (Hg.), Neue Steuerung, 1996, S.210ff.
- 3) Görres 1999, S.36; Dalichau/Grüner/Müller/Alten, Pflegeversicherung, S.10c zu § 80.
- 4) Schoeniger, 1991, 399.
- 5) Hölzer, Qualitätssicherung, in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwältinnen im Medizinrecht e.V.(Hg.), Krankenhaus im Brennpunkt, 1997, S.95, 1997.
- 6) Sperl, Qualitätssicherung in der Pflege, 1996, S.108 u.146.
- 7) ただし、最低水準について介護需要がすべて介護保険法で保障されるのではなく、その他の給付主体、とくに社会扶助主体によっても保障されることが前提になっている。介護保険法は、疾病保険法と同様の「効率化要請」(29条)を規定しているが、疾病保険法と異なり、「十分な」という最低基準を継承していない。
- 8) BSG Urt.v. 19.11.1985 E 59, 172.
- 9) Görres 1999, S.44ff.
- 10) Schiemann, Zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege, Deutsche Krankenpflege 1990, 526; Görres 1999, S.37.
- 11) BVerwG Urt.v.30.9.1993 E 94, 202ff.
- 12) 詳細は、宇津木伸「西ドイツ医師職業裁判所」『東海法学』1号(1987年)127頁以下参照。
- 13) Thomeczek/Ollenschläger, Qualitätssicherung und Ärztliche Berufsausübung: Aktuelle Situation und Ausblick, in:Wienke u.a., 51,53.
- 14) Hörnemann, a.a.O., S.236.
- 15) BVerfGE 33, 125, 154f.
- 16) BSGE 23, 97.
- 17) たとえば BSG 26.3.1976 E 41, 269, 273.
- 18) BSGE 80, 256.
- 19) たとえば, Schneider, Rechtliche Grundlagen der

- Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1997, 267, 269.
- 20) Neumann, Ärztliche Berufsfreiheit und Qualitätssicherung, in; Wienke u.a.,107,116.
 - 21) Hörnemann, a.a.O., S. 247.
 - 22) BSGE 78, 80.
 - 23) Jörg, Begrenzungsparameter für untergesetzliche Regelung im Vertragsarztrecht, in: Wienke u.a., 123ff.
 - 24) Ollenschläger, S.47ff.
 - 25) Memorandum zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit der Ersten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit, Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE) 25 (1994), 52, 56.
 - 26) Görres 1992, S.106 ;Schöniger, Pflegestandards-Wege zur Qualitätssicherung?, In : Krankenpflege 1991, 396, 402, 404.
 - 27) Heiner, a.a.O., S.212ff.
 - 28) Rothgang, Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung, 1995, S.62
 - 29) 医療でも同様に、人的資源を含めた組織上の質を保つには、保険者による費用引き受けについての合意が必要になる (Ollenschläger, S.49) .
 - 30) Eckmann, Qualitätssicherung der Sozialhilfe in Behinderteneinrichtungen und ihr Verhältnis zur Evaluationsforschung und zum Qualitätsmanagement, RsDE 28 (1995),15,20.
 - 31) Igl, Rechtliche Frage der Qualitätssicherung bei der Pflege alter und behinderter Menschen, RsDE 21 (1993), 31,39ff.

参考文献

- Bundessozialhilfegesetz:Lehr- und Praxiskommentar LPK-BSHG,1998.
- Gesetzliche Krankenversicherung:Lehr- und Praxiskommentar LPK-SGB V,1999.
- Görres, Qualitätssicherung in der Geriatrie, Archive für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1992,90.
- Görres, Qualitätssicherung in Pflege und Medizin,1999.
- Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts,1992.
- Neumann, Leistungserbringersrecht, in: Schulin (Hg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts Band 4 Pflegeversicherungsrecht, 1997, S.513ff.
- Ollenschläger, Grundlagen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, 1996
- WHO. 1985. *The Principles of Quality Assurance*. Euro Reports and Studies 94.
- Wienke u.a.(Hg.), Die ärztliche Berufsausübung in den Grenzen der Qualitätssicherung, 1998

(うえだ・まり 福島大学助教授)

カナダにおける医療サービスの質の確保をめぐる諸問題

— 改善ネットワークを中心として —

高橋 淑郎

ロス・ベーカー

■ 要約

カナダの病院を中心とする医療機関は、患者の医療機関への信頼の変化や社会構造の変化およびアメリカの病院の統廃合などへの対応に基づく質の改善運動などの影響を受けて、全病的な医療の質の改善運動が1990年ごろから盛んになってきた。特に、病院が単独で行う質の改善では、各病院ごとに成果や評価あるいは資源消費が非効率になり、社会的有効性も高まらないので、病院がネットワークを組むことによりQI活動を行っていくことが志向されている。本稿では、カナダの病院を中心とした医療機関の質の改善への取り組みの経緯と背景を整理した後に、質の改善で影響を受けてきたアメリカとの関係を述べ、カナダでの質の改善ネットワークへの取り組みを中心に議論している。その後、カナダでの医療の質の改善の今後の課題を検討した。

■ キーワード

医療サービスの質、QI、CQI、改善ネットワーク、CCHSA、シニアリーダー

はじめに

良質な医療サービスの提供を保証することは、カナダの病院管理者¹⁾およびヘルスケアの専門家にとって近年特に重要な問題となってきている。

しかしながら、カナダは日本同様、国民皆保険の国であり、さらに、病院数で約95%が州の公的資金を受けて私的な理事会が経営するという半自立的な公的病院であるので、病院間の競争や患者ニーズに合致した病院のサービス提供という面では、アメリカのように、マーケットメカニズムが医療の領域に作用する国とは、病院経営者の経営スタンスが基本的に異なることに注意したい。したがって、カナダはある意味で日本に近い病院経営のスタンスを持つ国といえるのである。

品質改善(Quality Improvement: QI)は、ヘルスケアサービスを提供する組織が、患者のケアおよ

び臨床への支援活動の効果性において継続的な質の改善を行うための手段を提供するものといえる。伝統的な既存の他の産業においては、QIは作業工程の改善を通じたコストの削減と顧客ニーズとより密接に連携した組織的活動をヘルスケア組織にもたらしている。これまでの経験から見れば、製造業においてもヘルスケアの分野においても、このような実績は、長期的な視野で、トレーニングを行い、各職種のチームワークおよび組織的学習を通じてこそQIの目的が達成できるものであるといえる。QIの基本原則についての理解不足あるいは経営責任者の理解と援助のないQI活動の試みは失敗することが多いことが経験的に分かっている。ここでは、QIの適用と発展に挑戦しているカナダのヘルスケア組織が直面している実際の問題について、カナダでのこれまでの質の管理についての経緯を踏まえて、これらの活動を支援し

ている品質改善ネットワークの役割を検証し、今後の課題を示したい。

I QIの進展と直面する問題点

カナダでは、病院、医師、その他の医療関連専門職は、これまで、国民から高い信頼を得ているが、その一方で、それらの人々が提供するヘルスケアの質について疑問や訴えがここ20年間で増大していることは、オンタリオ州政府などの研究(Coyte, et al., 1991)で事実として示されている。さらに、カナダは日本と同様に、アメリカのように病院や医師を告訴することは多くない国であるが、それでもその実数および訴訟率が増加傾向にある。

最近のカナダ国民の傾向として、自分たちが受ける医療サービスの質を見極めたいという意識が強くなってきていることに対して、医療サービスを提供する専門職団体が、そのサービスの提供に際して過誤や手抜きなどの可能性のあることを公に示し、自己規制し、情報を公開しようとしてきた事実はある。このことは専門職団体が情報の非対称性が強い医療分野で、積極的に患者など医療サービス需要者から信頼を得ようとしているように一見見える。したがって、積極的に社会の変化に対応しようという動きになってきたように見えるが、どの国でもそうであるが、情報の非対称性の強い専門的サービスを提供する職能団体は、社会が望むようなあるいは自分たちがこうあるべきだと客観的に考え理解しているほどの統制や規制や懲罰を与えることはないのであり、場合によっては患者よりも専門職を守ろうとする立場を取ろうとすることも多々あるということが浮き彫りになってきている。さらに、医療費のコントロールによって医療資源の偏在や質の低下を危惧する意見も、国民や医療関係者に多くなってきている。このようにカナダの国民がさまざまな点で医療の質に関心を持つようになったので、州政府²⁾もヘルスケアの質と効果を

明らかにしなければならない時期になってきた。

一方、医療サービスを提供する組織は、QI(質の改善)の原理に魅力を感じていることも多い。カナダではヘルスケア組織の多くは2つの問題に直面している。第一に、QIを発展させるには現行の組織的な資源が不十分であると職員が感じていることである。第二に、現在の連邦政府および州政府の危機管理の圧力(特に財政および行政改革)が品質改善への知識の獲得および品質改善活動への時間的投資について、厚生行政の指導者の関心を遅らせていることである。

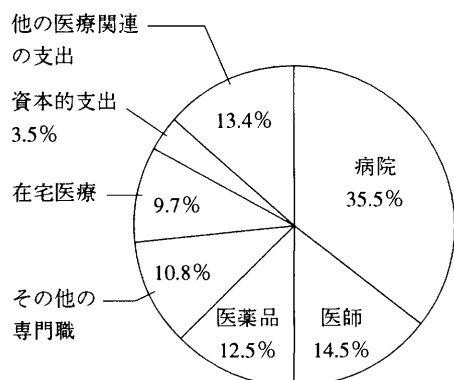
カナダのヘルスケア組織は1990年以来厳しい財政的資源の束縛に直面している。例えば、オンタリオ州では病院に対する州政府の財源が1980年代の年間平均成長11%から3%に減少している(オンタリオ州大蔵省、1992年)。しかしながら、医療のコストはかなりの高率で上昇し続けている。このヘルスケア予算の緊縮、特に病院の経営資金の配分では、管理スタッフ、特に病院の管理スタッフの削減となって表れた。同時に、政府の始めたシステムプランニング奨励の政策は、ヘルスケアシステムにおける組織の役割を明確にすることと現行レベルでの資金を維持する必要性の証明を求めるといふ新しい圧力を病院組織に与えたのである。

連邦政府ベースでも1975年から1991年までカナダの医療費は毎年対前年度比で11%程度上昇し、1991年から1995年までは、年間2.9%程度上昇してきた。1997年の医療費は766億ドルまで達している(図1)。したがって、「福祉国家としてのカナダ」と財政再建という課題を抱えているのがカナダであるが、大胆な行政改革の一環として、聖域のない行政改革の波に、病院数で約95%を占める公的病院³⁾が、州および連邦から財政的に圧迫されてきている。1996年の医療費はGDPの9.5%を占め、1992年の対GDP比10.2%のピーク時に比較して減少してきている。医療費の財源を見ると表1(カナダの財源別医療費)のようになり、州政

府からの支出が64.4%を占めている。これには連邦政府からの州政府への税金の移転などが含まれているので、概算では、州の財政の貧富にもよるが、州政府の支出の35～60%は連邦政府が負担しているといえる。

QIの主要な成功要素として、品質改善を行う上でのシニアマネジメントの役割が重要であるといわれている。例えば、1992年のヘルスケア諮問委員会のレポートは「ヘルスケアの分野にQIを取り入れ成功させる最も重要な因子となるのはシニアリーダーである」と提言している。その仕事の流れは次のようになる。

- ① シニアリーダーは組織のために戦略的なビジョ



注：他の医療関連の支出：公衆衛生、研究、その他。
 その他の専門職：歯科医、視能訓練、その他。
 出所：CIHIの資料による。

図1 カナダの医療費の内訳

表1 カナダの医療費の財源別割合

州からの支出	64.4%
連邦政府からの支出	3.5%
民間からの支出	30.1%
市町村からの支出	1.0%
労災からの支出	0.8%
その他	0.2%

出所：Health Canada 1997

ンを立てる責任がある

- ② シニアリーダーは、そのビジョンを組織に伝達しなければならない
- ③ シニアリーダーは、QIプロジェクトの戦略的選択を確実にしなければならない
- ④ シニアリーダーは、その選択した戦略を実行する組織を作り上げなければならない
- ⑤ シニアリーダーは、QI活動を組織内で支援するために組織的な動機を喚起しなければならない
- ⑥ シニアリーダーは、日常の仕事の中でQI行動を実行しなければならない

しかしながら、シニアリーダーは、最近のヘルスケアの財政的危機の対応に戦略的にも戦術的にも加速し続ける圧力に直面している。逆説的に言えば、組織的に広く品質改善を始める最大の必要性を求められているこれら組織のシニアリーダーは、内部的にも外部的にも管理上の重荷を背負っていることになる。このようにカナダのヘルスケアでの現状を分析してみると、デミングの主張する(Deming, 1986)品質の確立にとって本質的な目的の不変性は、継続する危機管理の要求によりうまく機能していないのが現状である。

II カナダにおける医療の質に関する意識の歴史と現状

カナダは、他の西洋の先進国同様、本質的な医療サービスを提供する医師を中心とする医療関連専門職は、個人で開業していても、病院に勤務していても、専門職としてヘルスケアの質を保証する責任があると、当然なものとして社会から暗黙のうちに認識されてきた。実際の活動にしてもピアレビューが非公式的に行われてきた時代から、公式的にシステムとして行われるように変化してきたのであるが、それは実践に関するレビューから外在的なスタンダードを利用したある意味では実践から離れて確立されたものといえる。しかしなが

表2 CQIとQAの相違

CQI	項目	QA
患者にとっての質	関心の中心	各部署にとっての質
業務のプロセス	焦点	結果
より良くする努力 失敗を減らす努力	日常の判断基準	基準内であれば、内容に関係なく 合格、満足
すべての職員を巻き込む	業務の仕方	質の管理部門中心

出所：高橋淑郎『変革期の病院経営』中央経済社 1997 p. 88

ら、その視点が医師の活動のレビューから他の専門職の活動を含むものにその範囲が広がってきた。その後、アメリカから始まった医療施設で提供されるケアの質を第三者の機関での認定プロセスでレビューするようになった。このように医療の質の評価はより広くなり、より形式化されたものとなってきたのである。

カナダにおける病院などの質の評価活動の発展は、病院認定のプロセスとかなり密接に関わっている。認定プロセスは医療機関の専門職と管理者が、対象病院についての認定のためのスタンダードへの適合度を評価する形で行われる。この認定活動により、各施設で行われている質のレビュー活動状況の差が急速に縮まり、医療の質を構成するある要素に関しては底上げがなされたといえる。したがって、その成果は確実に上がったと国民に認識されている。特に、カナダの施設認定は、アメリカのように保険の支払いとリンクしないので、経済的動機だけではなく、職員のやる気や努力を評価することあるいは国民である患者からの良い病院にかかりたいというプレッシャーなどにつながるものである。また、カナダは病院の評価を医療施設などのセルフコントロールの手段として使うようにCCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditation) が指導しているので、病院の職員が患者中心の医療を行うには何が必要かを考えて、チームで行動することを期待している国であるといえる。

CCHSAは、医師、看護婦、病院、長期ケア施設、消費者代表から構成される非営利の民間団体である。この組織は病院を含むさまざまなタイプの施設認定スタンダードの開発、訪問サーベイ、改善策の提示とカウンセリングなどに権限を持つ組織であり、カナダの首都オタワに本部がある。

歴史的には、アメリカのJCAHOに属していたが、1958年にカナダがCCHFAとして独立し、1996年にCCHSAと名称変更した。カナダ独自のスタンダードは1977年以来、開発が進められてきた。この変遷をたどってみると、医療監視やピアレビュー活動の組織化、拡大化の時期から、組織的なQA活動の開発(1983年改定、85年施行)により、臨床以外の部門も質の保証プログラムの策定が求められた。しかし、その活動の多くは、bad appleを探し出すことに焦点が当てられてきた。各部門のあらゆる逸脱した臨床家を見出すことでは質は改善しないのである。その後、医療サービスの提供プロセスと結果の重視に基づくCQIの思想を取り入れ、患者中心の地域でのケアへとその視点が変化してきた。1995年のスタンダードでは、患者志向アプローチが求められている。(表2)

III カナダのヘルスケアの質の改善に影響を与えたアメリカでの病院QIネットワーク

カナダの多くのヘルスケア組織が、1991年春あたりから、その組織の中で品質改善活動を開始し

た。その中でそれぞれの組織が同様のいくつかの問題に直面している。また、その実施のスピード、そして何をどのように勉強していくかは組織によって異なるのであるが、その学習および活動においてはかなり重複するところがある。したがって、品質改善ネットワークは、組織間で教育、品質改善プログラムおよびシステム提携に関する知識と技術の交換を行うことで、全組織的に品質改善運動の開始と発展を加速するための方法を提供し、組織間で重複している努力を削減し、無駄な努力と費用を削減して効果的にQIを展開しようとしているのである。

品質改善ネットワークは病院のシニアリーダーたちが、各自の役割と品質改善により全病院に行き渡る組織的変革についての理解を促すための、組織的活動と学習の必要性を認識する場を作るという見方もできる。CEO(最高経営責任者)は、中間管理職、医師および職員らがCEOに対して、彼らの抱えている問題に対し答えを出し、また、所属するヘルスケア組織の将来に対する明確なビジョンを作り出すことを期待しているのである。シニアリーダーは自己の所属する病院組織外で他の組織や業界の同じ立場の人々から学ぶ機会を求め、また問題の解決をエキスパートに委ねている。しかし、エキスパートや同じ立場の人々との相互学習は継続的に行われるものではないことが多い。したがって、ヘルスケア組織にとっての限られた資源とシニアリーダーに対する増大しつつある要求の中で、品質改善ネットワークはヘルスケア組織の改良を支援するための資源提供と学習ニーズにこたえる重要な担い手となっている。

品質改善ネットワークの数的増大は、ヘルスケア組織の資源となっている。品質改善ネットワークとしては、ヘルスケア改善協会と連合した品質管理ネットワーク(QMR)、HCAの病院品質技術ネットワーク(HQTN)、ヘルスケアフォーラム品質改善ネットワーク(QINs)、選拔者による継続的品質改

善シンポジウムおよびGOAL/QPCヘルスケア・アプリケーション調査委員会などがある。

おそらくその中で最も知られているのは、ヘルスケアにおける品質改善に関するナショナル・デモンストレーション・プロジェクト(NDP)の経験に基づいて創設された品質改善ネットワーク(QMR)である(Berwick, et al., 1990)。ナショナル・デモンストレーション・プロジェクトはアメリカの21のヘルスケア組織(病院、HMOsおよび規模の大きな多専門診療科を持つグループプラクティス)と産業界や大学の研究者との組み合わせから構成され、産業界での品質管理技法がヘルスケアの領域で質の改善に応用可能であるか否かを評価した。各ヘルスケア組織はデモンストレーション・プロジェクトを選択し、産業界の品質管理アドバイザーからトレーニングおよびアドバイスを受ける機会を得た。8カ月後全参加者が集まり、プロジェクトの結果を発表し、ヘルスケアにおける品質改善プロジェクトの問題点に関する知識を交換した。Berwickやその共同研究者たちが報告しているように(Berwick, et al., 1990)、実行された大多数の実験は、成功したと認識された。また、ほとんどの参加者が、産業界の品質管理の方法とアプローチがヘルスケア組織の改善にとって力強い手段であると認めたのである。

NDPで実施された品質改善プロジェクトの初期の成功とプロジェクト成果の共有に多くの参加者が感じた興奮が、QMNを組織化させる原動力となった。QMNはNDP参加者が産業界の品質改善技法をヘルスケアの分野に適用しようとする努力を支援したのである。1989年に組織化され、今日では32以上のヘルスケア組織がQMNに参加している。これら組織はQI方法の発展とその努力の成果を他の組織と共有している。それぞれが共に教育セミナーや技術支援と教育資源の開発に参加している。ネットワーク病院からの参加者は年に3回行われる2日間の検討会に参加し、品質改善と

品質プランニングについての指導とアドバイスを受け、その鍵となる学習上のニーズと考えられる主要なテーマに関する情報交換を行う。したがって、この研究会をリードする QMN 検討会での発言者は、ヘルスケア組織の指導的エキスパートと他の産業界からの品質改善の指導者であることが多い。

ヘルスケアの品質改善に適用された方法および知識の多くは、産業界における経験から派生したものであるが、ヘルスケアにおける品質改善ネットワークのユニークな構成は、かなり革新的なものである。産業界では企業間の品質に関わる連携は通常1つの組織の周りに供給者のパートナーシップを作り上げることに焦点が当てられた。例えば、アメリカの自動車会社であるフォードは数年かけて主要な工場に資材を供給する組織と供給ネットワークを作り上げた。対照的に、ヘルスケア分野での組織のネットワークは、ヘルスケアにおける QI についての知識の向上のみならず、より広いヘルスケア資源分配のシステムの改善についてのお互いの関心に基づくものであった。すなわち、それぞれの組織での変化の利益がヘルスケア改善における全体の利益とつながっているのである。

アメリカにおける品質改善ネットワークの原形は、外来医療で、より良質の品質評価と改善方法の開発についての関心を刺激する手段として、1970年代後半にミネソタ州ミネアポリスのパークニコレット・メディカルセンターの Batalden 氏によって設立された。Batalden 氏はケロック財団からの基金でアメリカ全土の数多くの指導的多専門科のグループプラクティス間の会議を組織した。この会議により、各組織の代表者はさまざまなクリニックで行っている品質評価の経験を分かち合い、調査および改善方法を検証し、これらクリニックに適用可能な革新的品質改善の方法を開発することが可能となったのである (Batalden, 1992)。

バトルデン氏は、1980年代中頃に HCA (Hospital Corporation of America) に移った後、メディカルケア

担当の副社長として、また品質資源グループの長として、自分のパークニコレット・メディカルセンターでの経験をもとに HCA で全病院的品質技術ネットワーク (HQTN) を構想し、1987年に実行に移した。HQTN は多くの HCA 加盟の病院と HCA 品質資源グループと共同する他の幾つかの病院を結び、ヘルスケアでの一般産業界の品質管理技術と思考方法の導入と実施についての知識を共有した。各組織の CEO および品質管理指導者が一同に会し、それぞれの品質改善活動を討議し、各組織における QI の実施を促進するための方法と知識を共同で開発することを目的として、年3回のフォーラムが行われてきたのである。

アメリカでの HQTN と QMN の成功は、QI に対する関心を強めている組織と結びついている他のネットワークの成長を刺激するものとなった。さらに、他の目的で作られた多くのネットワークが、その関心を広げ、病院での品質改善活動も含むようになった。例えば、本社をシカゴの近くに置くプレミアホスピタルアライアンス株式会社は、当初、病院買収がその目的であったが、会員病院の間で品質改善ネットワークを始めるに至った (Goodhart, 1991)⁴⁾。このようにアメリカでは病院を中心とした医療界で質の管理のネットワークの整備により、加盟病院の理解、知識、技術、経験などを共有化してきた。

一方で、1991年夏には、HCA の本社のあるナッシュビルで、HCA と AUPHA (Association of University Programs on Health Administration)⁵⁾ の合同で、HCA の施設をつかって2日間の交流会が設定された。

ここでは、大学院教育でのヘルスケアにおける質の改善についてのプログラムの発表と意見交換、現場とのリンクを目指した討論が行われた。すべての参加者が自分の考える質の改善あるいは大学院でのプログラムについてレポートをあらかじめ提出し、それが全員に配られて議論が展開された。筆者の高橋も日本での1980年代から1990年まで

の経緯を、日本の医療制度、病院の発達および医療法人制度などと絡ませて報告した。ロス・ベーカーは、トロント大学での医療の質の改善および向上についての大学院の授業プログラムと学生の反応、今後の課題について報告した。このように大学院教育の主たる受講生が社会人であり、病院などに勤務している人々が多いというメリットを生かし、現場と密接に結びつくようになっていることも北米の特徴である。

IV カナダにおける品質ネットワーク

カナダではヘルスケア組織の直面する財政的問題と品質改善運動を支援するための知識と技術が限られていることから、いくつかのヘルスケア組織が共同して研究を行うことおよび共同行動の必要性が一部の有識者から提案されているのであるが、カナダの大多数のヘルスケア組織は個々に品質改善の努力をしており、また品質改善ネットワークのメンバーを通じて他の組織との提携を求める組織は、これまでほとんどなかった。

カナダにおける最初の品質ネットワークはトロント大学医学部ヘルスアドミニストレーション学科の指導によるものであった。ペギー・リート教授、ロス・ベーカー助教授のコーディネートで1991年6月にトロント市郊外のプリンスホテルでヘルスケアの品質改善シンポジウムが開催され、オンタリオ州の主だった病院のトップマネジメントが参加した。このシンポジウムは、カナダの産業界からの経験、例えば、ゼロックスカナダの品質改善の事例とその改善ポイントと成果が報告され、その後、アメリカでのさまざまな病院での質の改善事例が報告され、カナダでの適用可能性について議論された。このシンポジウムは参加者に強い印象を与え、質の改善の必要性を認識させることに成功した。その後、このシンポジウムに出席した病院のCEOたちが、それぞれの病院組織での品質改善努力をより早める方法を検討し始めた。共通の関心と目的

が成果を生むと考え、ヘルスアドミニストレーション学科のロス・ベーカー助教授(当時)と当時の学科長であったペギー・リート教授は必要性の評価と変化のための戦略を開発するための委員会を組織した。それはトロントの6つの病院のCEOとシニアマネージャーがそれぞれの病院でCQIを開始し発展させるに当たり、直面しているニーズと問題点を洗い出すものであった。その結果として共通に理解された事項は、変化に対する主たる障壁は病院のスタッフ、医師、マネージャーの間に深く浸透している変化への抵抗であり、それを克服する組織的強化と品質戦略を立てることであった。そこで、アメリカのNDPのデビット・ガスタフソン氏の指導によるブレインストーミングで種々の戦略が提案された(表3参照)。

表3 Assessment of the Barriers and Needs in Development Quality Improvement at Six Toronto Teaching Hospitals

Topic	
Addressing territorial barriers between departments	11.9%
Dealing with the perception that CQI is a fad	10.4
Perceived threats to professional autonomy	9.7
Resistance to change	9.0
Developing effective teams	9.0
Integration of CQI into the organization structure	8.2
How and where to involve medical staff	8.2
Dealing with limited data for quality improvement	7.5
How to change the organizational culture to support CQI	7.5
Finding time to undertake CQI	6.8
Developing leadership for CQI	5.9
Knowledge of CQI Tools	5.9
	サンプル数 134

出所：ロス・ベーカーの資料による。

この会議での最も重要な結果は、それぞれの組織で確認された問題点には類似性があることおよびその活動を発展するために協力する機会を作っていくことであった。

1991年9月、6つの病院のCEOとヘルスアドミニストレーション学科のメンバーにより第2回の会議がもたれ、ヘルスケアにおけるCQIのオンタリオ・ネットワークの設立とそのための資金の調達を協力して行うことになった。オンタリオ州ロンドンのセントジョセフヘルスセンターはこの活動を支援してトロントの6つの病院と共同し、トロント大学はオンタリオ州保健省病院奨励基金からの資金が得られるまでネットワーク開発を支えるための資金を提供してくれるよう要望した。同省はネットワーク支援のためのトロント大学での資源開発に1年間の資金を提供することを認可し、1991年11月より活動を開始した。

初年度におけるネットワークのメンバーとスタッフの活動は、組織全体の品質改善活動を支援するに当たっての品質改善ネットワークの役割についての知識の向上に焦点が置かれた。品質管理ネットワーク(QMN)のスタッフとの討論、QMN会議への出席、デビット・ガスタフソンやIHIとの提携者の援助により、アメリカのネットワークがどのように運営されているか、また、組織的学習を支援する上でネットワークがどのような活動をするができるか、について深い理解を得ることができた。

ネットワークのメンバーによりフォーラムが数回開かれ、「コーチフォーラム」は組織的变化とリーダーシップのための戦略に関し、シニアリーダーを「コーチ」する責任にある品質の専門家とネットワーク病院のシニアマネージャーから構成されており、品質改善を支援している。このコーチフォーラムは初期に2回開かれており、その後は定期的に引き続き開かれている。そこでは参加者は品質改善チームを発展させるに当たり得た経験を話し合い、チームのメンバーや品質評議会、そしてシニアリーダー

にとって有用な学習資源を検討し、顧客知識の評価方法の作成とその使用法について討議してきた。フォーラムはゲストスピーカーの訪問を後援するとともに、それぞれの組織のニーズに関する情報を提供する。この情報はネットワークのスタッフや大学のコースや会議の発展に使用されている。

「シニアリーダーフォーラム」はメンバー病院のCEO(時にはCOO)と大学の代表者のための学習フォーラムとして設立された。このフォーラムはオンタリオ・キャンサー・インスティテュート/プリンスマーガレット病院のCEOであり病院長のドナルド・カウロー医師が議長を務め、シニアリーダーたちが品質改善を進める上での経験を討議する機会を提供し、そしてさまざまな戦略上の問題を検討するための背景を設定する。最近の会議では、「患者中心の病院」とはどういったものか、また「品質改善活動に組合をどのようにして参加させるか」について討議してきた。このフォーラムでシニアリーダーが指摘したその他の問題は、戦略的品質計画の結果の共有、品質改善を行う上での落とし穴、品質改善活動を指導する上でのCEOの役割の検証などであった。最初の会議ではメンバー組織内における進展についての学習に焦点が当てられたが、現在では品質改善活動から生まれたデータをいかに共有するかに関心が移っている。

QIに医師を加えようと、3番目のグループ「クリニカルフォーラム」が開催された。注目すべき例外もあるが、アメリカの多くの病院は品質改善に医師の目を向けさせ、それを維持することに困難を感じていることも事実である。医師を巻き込む鍵となるのは、地方の指導的医師を募り、その医師たちが品質改善について学び、QI活動に参加している主たる医師の所属する組織を訪問する機会を与えることである。臨床プロセスを確認し、改善する品質改善プロジェクトの開発はハーバードコミュニティヘルスプランおよびインターマウンテンヘルスケア(ユタ州ソルトレーク市)など幾つかの組

織において医師を参加させるための主要な刺激となってきた。ネットワーク病院のそれぞれにおいて医師のリーダーとしての地位が確立され、これらリーダーをリンクさせるフォーラムの設立が医師の知識向上の努力の一助となり、プロジェクトにおけるさまざまな組織の協力を導くことになる。

V オンタリオ・ネットワークの今後の展望

1991年4月、オンタリオ州保健省はオンタリオ・ネットワークがCQIを進めるために2年間の補助金を与えると発表した。しかしながら、同省はネットワークの会員資格に関し当初の、主にトロントの教育病院に焦点を当て、またネットワークに対して、ネットワークに参加している病院によって獲得された経験と知識からそのメンバー病院がメリットを得られることを通じて、ひいてはオンタリオ病院協会に役立つようにオンタリオ病院協会との協力をより強化するよう望んだ。数年間のうちに品質改善活動を開始したオンタリオ州の病院から、実施の成果が上がる可能性のあるメンバーを選抜することは極めて危険な賭けであった。ネットワークのCEOやスタッフの個人的な知識をもとに、メンバーとなる可能性のあるオンタリオ州の病院のリストを作成した。新しいメンバーはオンタリオ州の病院の地域性と役割の多様性を広く代表する人であることという要望に加えて、シニアリーダーのグループからは、候補病院の審査基準として以下の3つが挙げられた。

1. 病院の品質改善活動は品質改善およびシニアリーダーの役割に関する知識を積極的に深め、かつ進んでシニアリーダーフォーラムに参加する組織のシニアメンバー（CEOあるいはCOO）により実質的に経営されている病院であること。
2. 全組織ないし組織の主要部門に対する品質改善活動をすでに開始している病院であること。

3. 組織がネットワークに積極的に参加し、かつネットワークの活動および費用の負担を確実に負えること。

この審査基準は、ネットワークの新しいメンバーが全組織的品質改善を実行し、かつこの新しいメンバーからの参加者が既存のメンバーと同様な発展段階にあることを保証する目的で設定されたとみることができる。新しいメンバーの選抜はネットワーク病院のCEOやオンタリオ病院協会（OHA）の関連上層部からの情報により行われた。この決定は当初は、オンタリオ・ネットワークの規模を12から13の病院とトロント大学ヘルスアドミニストレーション学科、および法人団体としてのOHAに制限するために行われた。シニアリーダーフォーラムのメンバーの多くはオンタリオネットワークをこの規模にとどめることがネットワークにとって、顧客つまりネットワークに参加している病院のニーズにより良く応えるプログラムを作成し、資源を追求することができると考えてきた。

オンタリオネットワークはカナダにおける初めての品質改善ネットワークであり、そのメンバーは他のヘルスケア組織と経験を共有している。メンバーは品質改善に関する知識を向上させるため、カナダにおいて組織されるネットワークを含め、その他の活動に対しても支援するものである。カナダ中部のアルバータ州にあるアルバータ大学病院の院長でありCEOでもあるドナルド・シュアーマンは、カナダでの新しい品質改善ネットワークを独自に組織した。さらに、地域的なネットワークや病院以外の他のヘルスケア組織と提携するネットワークも次々に生まれている。

VI 品質改善ネットワークが直面する問題点

QIネットワークはヘルスケアにおいては新しい制度であり、その焦点をどこに当てるかという、それぞれの組織での品質改善活動の開始と継続

を支援するところにある。メンバーである組織が品質に関する知識をより十分なものとし、かつ顧客の改善、作業手順、そして結果に関する経験をより豊かなものとするにしがたがって、今度は品質改善ネットワークがメンバーの変化するニーズを支援するものへと発展することを期待することができる。この発展の方向は明確に定まっているわけではないが、病院におけるネットワークの有効性と役割の決定に役立つであろう。

品質改善ネットワークはヘルスケア改善のための制度的資源を創造するための共同プロジェクトである。しかし、ヘルスケア組織のあるものは品質改善を競争上での優位性と見ている。アメリカの相当数のネットワークは会員資格をそれぞれのマーケット地域の1つの病院に限定していることが多い。幾つかのネットワークの病院は、自己の病院での品質改善に関する具体的内容について他の病院と共有することに消極的であることもある。アメリカにおけるこのような最近の不調和は、病院のヘルスケア制度における市場メカニズム優先の構造に由来するものと考えられる。しかし、医療サービス供給者間の競争はカナダにおいても程度の差こそあれ同様に存在し、またこの競争圧力はこれまで以上に増大していることも事実である。今日まで、現在のネットワーク会員の大部分を構成するさまざまなトロント大学の教育病院がお互いの競争のために参加を制限しているという証拠はない。実際、いく人かのシニアリーダーは、この参加がより大きな共同活動の刺激となり得るという希望を述べている。しかしながら、ネットワークの活動を基礎作りおよび戦略的品質計画の詳細な検討にまで拡大することは、メンバーの共同行動への関与度を結果的には検証することになる。さらにトロントとロンドン以外(トロント近郊の地名)の大学付属病院以外の病院を加入させることは、ネットワークの焦点を広げることになり、またネットワーク内における否定的な競争的反応を制限することにもなりかねない。

地域に分散したネットワークは、メンバー間における情報交換の深度および頻度の問題に直面している。年に2~3度会議をもち、同じ関心を有する人々が集まって共同して新しいアイデアや技術を研究し、また他の組織における経験を学ぶ機会を提供する方法は、実際の問題としては時間がかかりすぎる。メンバーへの支援を効果的にするため、ネットワークは組織的な改善を促し、結果としての技術革新の評価を支援し、有益なアイデアを実行に移すまでの時間を短縮しなければならない。このことは既存の方式とは違った新しい学習方式の構築、コンピューターの採用、そしてヘルスケア間における新たな協力形式の発展が求められる。各ネットワークはどのような活動がメンバーにとって最も有用であるか検討する必要がある。QI管理ネットワークによって用いられているモデルは地域的に分散しているメンバーに適していると考えられている。つまり、定期的な地方会議と期間ごとの大会議とを結合する方式は地方のネットワークにとってより効果的と考えられるからである。品質改善支援システム(QISS)のようなコンピューター化された情報支援システムの使用もまた効果的な「ネットワーキング」への効果的手段ともなる。

VII ネットワーク活動の資金と評価

オンタリオ州病院奨励基金からの援助がオンタリオネットワークの活動を継続するための当初の基礎を提供したが、長期的成長のためにはネットワークのメンバーからの資金的貢献が必要となっている。それを各メンバーに行わせ、ネットワークに資金を提供するということは、メンバー病院全員がこの活動に価値を見出し、評価していることにつながるのである。またうまく循環すれば、ネットワーク活動への積極的な参加を奨励することにもなる。

影響力の評価に関して考察すれば、ヘルスケア組織の有効性に関する品質改善の影響力はまだ

厳密には評価あるいは議論されていない(Baker, 1992)。同様に、品質改善活動を取り入れている組織への品質改善ネットワークの貢献度についても、しばしば各レベルで検討はなされているが、これまで明確には成果測定されていない。品質改善ネットワークがそのメンバーに対して価値を提供することを保証するためには幾つかのステップが必要であると考えている。

第一にネットワーク参加者がネットワークを一つのシステムとして(Deming, 1986)理解しなければならない。このことはネットワークに対するビジョン、ネットワークの革新となるプロセス、ネットワークの顧客のニーズと期待、そして既になされた作業を改善するための方法、の確認を意味する。品質管理ネットワーク(QMN)のメンバーは既に“システムとしての品質管理ネットワーク”という図式的な見方を発展させる実践を通じてこの作業を始めている(品質管理ネットワーク, 1992. Batalden, 1991)⁶⁾。

第二に、ネットワークのメンバーは、鍵となる品質改善ネットワークの作業を改善するための最新の情報を提供できる核心となるプロセスの実行と、顧客の期待の程度といった品質評価の指標あるいは指針を設定する必要がある。品質改善ネットワークのメンバーである組織がネットワークにとって重要な顧客であり、同時に主たる供給者でもある。したがって、メンバーである組織は品質改善を自分たちのネットワーク活動にも同様に適用しなければならない。

VIII まとめ

アメリカの病院で行われている品質改善運動はいくつかの点でカナダの病院よりさまざまな環境が有利であったことは間違いない。それは第一に、ヘルスケア組織の管理に新しいアプローチの開発というプレッシャーがより強く明白であったことである。それはアメリカでは多くの病院が閉鎖され、

病院にとって生き残りが最大の関心事であり、経営者には病院閉鎖への脅威が常にあったからである。これは、HCAが1980年代に質を上げてコストを下げるという大きな問題に立ち向かったことから理解される。第二に、アメリカのヘルスケア市場の性格そのものがヘルスケア組織のトップマネジメントにとって、患者の期待とニーズに沿うことによって患者収入を増やし、それに合致した、焦点が定まった品質改善の方向性を理解し適用しやすかったからである。第三に、これが最も重要な点であるが、成功したアメリカのほとんどの病院は小規模から中規模であり、あるいはかなりの企業財源を有するマルチシステムのHMOであったことである。このようなシステム(例えば、アメリカ病院協会やアライアントヘルスシステム)もしくは戦略提携関係にあるアカデミック医療センター協会などは、トレーニングや財源捻出のコスト分担が可能であり、顧客の知識や重要なプロセスの水準を向上させるための投資、また指導者が彼ら自身の知識を高めプロセスを改善していくための資源を提供できるのである。

カナダにおいてはこのような財源を有している病院は限られており、ほとんどの小・中規模のヘルスケア組織はこれらを育成するスタッフや資金に欠けているのが現状である。

カナダのヘルスケア組織はヘルスケアにおける政策の見直しと財源的圧迫による変化の緊張を経験し始めている。この危機に対して、多くの組織が品質改善活動を維持するために必要な資源を追求している。効果的な品質改善ネットワークがこの活動を促進すると思われる。これからのネットワークは、シニアリーダーが、効果的な改善戦略を立て、組織の意思決定に顧客の知識を取り入れ、品質改善活動においてスタッフを訓練し巻き込むための戦略を立てるのを支援する「学習組織」となることが求められている。

注

- 1) そのほとんどが非医師であり、病院経営、医療管理、保健管理の大学あるいは大学院教育を受けている。
- 2) カナダでは医療サービス供給の責任は、各州にあることになっている。
- 3) カナダの病院はその95%が公的病院であり、患者を支払う能力で区分して排除することはない。さらに経営資金は州政府から大半を助成され、私的な理事会が州からの資金で経営するという半自立的な経営体である。詳細は参考文献(高橋1991, 1997, 1999)を参照。
- 4) Ross BakerとGoodhartとの個人的な会話から。
- 5) 北米を中心とした医療管理、病院管理、医療政策、病院経営などの大学院教育を行っている大学が作る非営利の組織。
- 6) Ross BakerとBataldenとの個人的な会話から。

参考文献

Baker, G. R. 1992. "Assessing the Impact of CQI on Healthcare." Presentation to *Owning the Future: The Landmark Forum on CQI*. Toronto, Ontario. Oct. 23, 1992.

Berwick, D. M., A. B. Godfrey, and J. Roessner. 1990. *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco: Jossey-Bass.

Cole, R. E. 1991. "Large-Scale Change and the Quality Revolution." In *Large Scale Organizational Change*. pp. 229-254. San Francisco: Jossey-Bass.

Deming, W. E. 1986. *Out of the Crisis*. MIT Center for Advanced Engineering Study.

Gitlow, H., and S. Gitlow. 1987. *The Deming Guide to Quality and Competitive Edge*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

JCAHO. 1992. *Striving Toward Improvement: Six Hospitals in Search of Quality*. Illinois: JCAHO.

Melum, M. M., and M. K. Siniotis. 1992. *Total Quality Management: The Health Care Pioneers*. Chicago: AHA.

Bennett, Arnold, and Orvill Adams, eds. 1993. *Looking North for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Nancy, O. G. 1995. *Quality in Health Care: Theory, Application, and Evaluation*.

Caroln, J. T. 1992. *Policy and Politics in Canada*. Temple University Press.

Dennis, C. K. 1992. *Continuous Improvement and Measurement*

for Total Quality: A Team-Based Approach. Pfeiffer & Company.

Christopher, R. M. 1992. *Strategies in Health Care Quality*. Canada: W. B. Saunders Company.

Hassen, Philip. 1993. *Rx For Hospitals: New Hope for Medicare in the Nineties*. Toronto: Stoddart Publishing.

高橋淑郎 1999「カナダの医療制度」城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 カナダ』東京大学出版会

高橋淑郎「カナダの医療保障」『世界の社会福祉 カナダ』旬報社(印刷中)

Baker, Ross. "Quality Management in Canadian Acute Hospital" (中野夕香里訳 高橋淑郎監訳 1993「カナダの急性期病院における質の管理」) 社会保険旬報 No. 1820 pp. 30-37

高橋淑郎 1997『変革期の病院経営』中央経済社

高橋淑郎/マッキントシュ・ジャネット 1991「カナダの医療制度の現状と課題 その1」社会保険旬報 No. 1727 pp. 16-19

高橋淑郎/マッキントシュ・ジャネット 1991「カナダの医療制度の現状と課題 その2」社会保険旬報 No. 1728 pp. 28-33

高橋淑郎/マッキントシュ・ジャネット 1991「カナダの医療制度の現状と課題 その3」社会保険旬報 No. 1729 pp. 18-23

高橋淑郎/マッキントシュ・ジャネット 1991「カナダの医療制度の現状と課題 その4」社会保険旬報 No. 1730 pp. 28-33

高橋淑郎 1992「カナダの老人ケアの現状と課題」『海外社会保障情報』No. 99 pp. 33-45

高橋淑郎 1992「カナダにおける医学教育とコストに関する研究」文部省科学研究費による研究成果報告書『大学病院における教育コストに関する研究』pp. 84-91

高橋淑郎 1993「病院経営におけるマネジメントスタイルの日本とカナダの比較」『経営教育年報』Vol. 12 pp. 66-70 日本経営教育学会

高橋淑郎 1997「カナダのロングタームケア政策」『海外社会保障情報』No. 120 pp. 59-72

Health Canada. 1998. *National Health Expenditure in Canada*. 1975-1996.

Coyte, P. C., D. N. Dewees, and M. J. Trebilcock. 1991. "Medical Malpractice—The Canadian Experience." *NEJM*. 324, pp. 89-93.

(たかはし・としろう 国際医療福祉大学教授)
(Baker, G. Ross トロント大学準教授)

社会保障セミナー「先進諸国の年金改革」

大石 亜希子

国立社会保障・人口問題研究所は1999年9月8日、財団法人がん研究振興財団国際研究交流会館(国立がんセンター内)にて社会保障セミナー「先進諸国の年金改革」を開催した。国内外から年金研究の専門家5名をパネリストに迎え、橋木俊詔・京都大学経済研究所教授の司会のもと、セミナー参加者と各パネリストとの質疑応答も含めて活発な討議が行われた。本稿では同セミナーの様相を報告する。

I セミナーの目的と参加者のプロフィール

先進諸国は現在、人口高齢化による社会保障財政の悪化に直面している。とくに年金制度に関しては賦課方式をとっている国が多いために高齢化が制度そのものの存続を危うくしつつあり、制度改革の方向性をめぐって各国で議論が続いている。そこでこのセミナーは、各国の年金制度改革論議に共通する論点を明らかにし、年金危機への各国の対応について経験を分かち合うとともに、今後の日本の年金改革に参考となるようなインプリケーションを探ることを目的として開催された。

折からセミナーに先立つ9月6、7日の両日には、東京大学で経済学者による年金制度改革をテーマとした国際会議が開催されており、同会議のために来日した海外の研究者のなかから3名の年金研究専門家をパネリストとして迎えることができた。

オリビア・ミッチェル教授(アメリカ・ペンシルベニア大学)は高名な経済学者であり、企業年金についても多数の著書がある。マッツ・パーソン教授(スウェーデン・ストックホルム大学)は1999年から実施されたスウェーデンの新年金制度に詳しく、スウェーデン年金基金の理事も務めている。ジョン・ピゴット教授(オーストラリア・ニューサウスウェールズ大学)は経済学部長を務めるかたわらオーストラリア退職年金基金協会の委員も務め、引退後の所得保障に関する政策研究に力を注いでいる。

このように各教授とも学術研究だけでなく年金制度改革案の立案や実務にも深くかかわっていることが特徴である。また、3国の年金システムはそれぞれ独自の特徴をもっており、国際比較する上で興味深い対象といえる。すなわち、アメリカでは公的年金に加えて企業年金が老後の所得保障の大きな柱となっているのに対し、スウェーデンでは従来、賦課方式の公的年金が主要な役割を果たしてきたが、今回の制度改革で公的年金の一部に積立方式を取り入れることとなった。また、オーストラリアは伝統的に社会保険方式ではなく税方式の一律年金制度を採用しており、1980年代以降は被用者を対象とする準公的な退職年金(Superannuation)も普及している。

日本側からは司会の橋木教授に加え、公的年金の積立方式への移行を唱える八田達夫・東京大学空間情報科学研究センター教授、および主催者

側から府川哲夫・国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長がパネリストとして参加した。セミナーの冒頭では塩野谷祐一・同研究所長が「単に年金財政の問題にとどまらず、制度改革を通じて広い意味での分配的正義をいかに達成するかという視点から深い議論が行われることを期待する」と述べ、主催者側を代表して挨拶をした。

II パネリストによる報告の要旨

1. アメリカ(オリビア・ミッチェル教授)

アメリカで老後の生活保障の柱となるのは私的貯蓄、企業年金、社会保障年金(公的年金)の3つである。世帯主が62歳に達する時点での家計の総資産額の中央値は38万2,678ドルと推計されているが、このうち約5分の2を社会保障年金資産が占め、企業年金資産、住宅等の実物資産、その他の金融資産が5分の1ずつを占める。それでも貯蓄不足は深刻で、世帯主が62歳で退職した後も生活水準を維持するためには、平均的な世帯は貯蓄率を現在よりも16%高めておく必要がある。ただし引退を65歳まで遅らせる場合には、貯蓄率を7%高めれば足りる。

アメリカでは企業年金は事業主によって決められ、確定給付型(DB)を提供するところもあれば確定拠出型(DC)を提供するところもある。今日、DBは企業年金件数の10%に過ぎず、90%はDCとなっている。DCがこれほど普及している主な理由はきわめて人気の高い401(k)にある。この制度では被用者が負担する掛金は所得控除の対象となり、通常、事業主も一緒に拠出する。この制度の最大の特徴は被用者が自分で積立金の運用方法を選択することにある。

アメリカの社会保障年金が今後75年間にわたって安定性を保つには、給付を約25%削減するか、それに見合う社会保障税の引き上げが必要である。現在でも高齢者世帯は貯蓄不足による生活水

準の大幅な低下に直面しているため、この規模の改革は退職者の経済状態に深刻な影響を与えるであろう。しかしながら、容易な解決策は見当たらない。政府の社会保障に関する審議会が最近報告書を提出し、制度改革のために1つではなく3つの案が提示された。いずれの案にも共通している点は積立金を増やし、株式投資を許容することである。政府あるいは個人が社会保障年金で株式に投資してよいか、よいとした場合の上限值などが現在各方面で議論されている。

政策課題としてはまず第1に、引退後の生活保障に十分なだけの貯蓄がされているかどうかという問題がある。第2に、企業年金の早期引き出しが増加しており、これが引退後の生活資金の大幅な減少をもたらす懸念がある。第3に、年金資産や年金債務をどのような制度設計のもとに管理・運営すべきかという問題がある。

2. スウェーデン(マッツ・パーソン教授)

年金危機の要因として、真っ先にあげられるのは人口高齢化である。しかしながら、民間の個人年金保険が高齢化によって破綻したという話は聞いたことがない。すなわち、年金危機の真の原因は人口構成にあるのではなく、保険数理を無視した制度設計にある。賦課方式であれ積立方式であれ、保険数理に則っているならば、年金制度にとって高齢化は何も問題ではない。本年1月から実施された新しい年金制度では、保険数理的な要素を賦課方式に導入するとともに、部分的に積立方式を採用することとした。具体的には、18.5%の保険料のうち16%を賦課方式で、2.5%を積立方式で運用する。賦課方式で運用される部分についても保険数理的要素を導入し、平均寿命の伸長や経済成長率に左右されないシステムとした。

ここで積立方式についてふれておきたい。積立方式の利回りは賦課方式の利回りよりも高いから、積立方式に移行すべきだという意見もあるが、こ

れは正しくない。利回りだけでなくリスク(分散)にも注目すべきであるし、積立方式に移行する場合、二重の負担問題を避けられない。二重の負担をする世代にとって、利回りは賦課方式の場合よりも低くなってしまふ。

スウェーデンで年金改革の政府審議が始まったのは1984年のことである。しかしながら、改革案が決まったのは1994年で、実施に移されたのはさらに遅れて本年1月となった。国民にとってはほぼ20年間、年金制度の将来像が不明確だったわけで、政治的プロセスにおける意思決定の遅れはまさに経済厚生に損失を招いている。

政治的妥協によって、新制度には技術的な問題点が残されてしまった。例えば、賦課方式の部分についての運用利回りは、平均賃金の伸びにリンクすることとされたが、本来は雇用者所得全体の伸びにリンクすべきである。なぜなら、高賃上げによって多数の失業が発生したような場合、所得全体は増加していないのに、賃上げ率が高いため年金給付額が増えてしまうといった事態が起こりうる。このように、新制度は旧制度よりは安定的とはいえ、十分なだけの制度的安定性が確保されたかどうかは疑問である。政治的リスクの存在や保険数理が貫徹されないこと、また、透明性の欠如といった点で、政府が運営する制度が民間の運営する制度より安全とはいえない。

3. オーストラリア(ジョン・ピゴット教授)

オーストラリアでは、老後の所得保障のために3つの枠組みが用意されている。第1はセーフティネットとしての老齢年金で、全国民一律に男性正規従業員の賃金の25%に相当する年金が支給される(夫婦世帯は減額、ミーンズテストあり)。第2は準公的な被用者年金(退職年金保障税制度 Superannuation Guarantee : SG)で、1992年に施行された。第3は任意の私的貯蓄に対する奨励策で、いくつかの税制上の優遇措置が講じられている。

退職年金のような民間部門における退職貯蓄制度を義務づけたのは、英語圏ではオーストラリアが初めてである。当時、これに類似した制度を採用していたのはスイスとチリの2カ国だけであった。1980年代まで、オーストラリアには所得比例の被用者年金はなかった。退職年金の前身となるPAS(Productivity Award Superannuation)が導入されたのは1983年のことである。実質賃金固定化政策を採用した当時の労働党政権は、生産性上昇に見合った賃上げの代わりに賃金の3%を年金として払い込む制度を提案した。企業にとっては賃金でも年金拠出でも負担は変わらない上に、貯蓄率の上昇が見込めるという利点があり、労働組合は新たな労働者福祉策としてPASの導入を歓迎した。PASは労使協定であったが、それを義務づけて年金制度に発展させたものが退職年金である。被用者の退職年金基金制度への加入率は、1987年の40%から最近では90%に上昇している。

退職年金は事業主が賃金報酬の9%を政府認可の民間の年金基金に払い込むという完全積立方式で、個別管理勘定を持つ確定拠出型年金(DC)である。民間で運用され、運用規制はほとんどない。アメリカの401(k)のように早期引き出しはできないが、受給は一時金でも年金でも可能である。受給権は法的に保護され、転職しても受給権を喪失しないポータブル年金となっている。

現在における退職年金の問題点として以下の5点を指摘したい。第1に、インフレリスクをカバーしていないために一時金での受け取りが多く、貯蓄増強という政策目的が達成されていない。第2に、退職年金の支給開始年齢は55歳であるのに老齢年金は65歳支給というように1階部分との整合性がとれていない。第3に、退職年金は分離課税で一般税制と統合されていない。第4に、運用管理者や被用者への教育が不十分である。第5に、小規模な年金基金が乱立しているために規模の経済が働かず、運営コストが大きい。

4. 日本1 (府川哲夫・当研究所部長)

1961年に国民皆年金が達成され、民間被用者は厚生年金に、自営業者や専業主婦は国民年金に、公務員は共済組合に加入している。公的年金給付総額は名目GDP比で7%に達し、厚生年金(モデル年金)の賃金代替率は48%である。厚生省の「国民生活基礎調査」によると、高齢者世帯(65歳以上の単身または夫婦世帯)の総所得に占める公的年金の割合は1997年で64%に達していた。しかも高齢者世帯の約6割は公的年金以外の収入がない。

日本の公的年金の特徴を主に厚生年金について列挙すると、①被用者と自営業者で制度が別建て(給付水準も負担水準も異なる)、②社会保険方式(拠出によって受給権を獲得;給付は過去の拠出にのみ依存する)、③給付は定額(基礎年金)+報酬比例で、つまり給付は全体として報酬比例(定額給付では現役時代の生活水準を反映した老後の所得保障として役立つ)、④世代内の所得再分配、しかも、生涯所得に基づいた再分配を行っている、⑤財政運営は部分積立方式(賦課方式+積立金)で約5年分の積立金がある、⑥インフレに対する保護:5年毎の財政再計算時にネット賃金スライド、中間年は自動物価スライドがある一である。

厚生年金の最大の問題点は、①現在の給付水準を維持するためには将来の負担が過大になり過ぎることおよび②急激な少子化にともない負担と給付の関係に世代間格差があり過ぎることである。このほかに制度間の整合性の問題や専業主婦優遇の問題などが指摘されている。1999年改正案では、①報酬比例部分の給付水準を5%削減するとともに賃金スライドを当分の間凍結する(物価スライドのみ)、②報酬比例部分の支給開始年齢を2013年度から2025年度にかけて段階的に65歳に引き上げる、③保険料徴収の対象をボーナスを含めた総労働報酬とする、④基礎年金の財源として2004年までに国庫負担の割合を現在の3分の1から2分の1に引き上げること、が提案されている。

1999年改正案は公的年金制度の安定化に確かに寄与するとみられるが、課題もまた多く残している。従って、諸外国の経験から我々が学ぶことは非常に重要であろう。

5. 日本2 (八田達夫教授)

現行の日本の年金制度のもとでは、現在64歳の平均的なサラリーマンが厚生年金から得る生涯受取超過額(生涯受給額と生涯保険料支払額との差)は、5000万円である。しかし現在64歳の彼がこれまで得てきた所得を今年生まれた人たちが直面する保険料率と給付率に当てはめると、厚生年金から得る生涯受取超過額は、マイナス2500万円である。すなわち年金として戻ってこない保険料を2500万円余計に支払うことになる。生まれ年が違うだけで生涯受取超過額が7500万円違うのである。

こうした世代間の不公平が発生するのは、日本の年金制度が「賦課方式」で運営されているからである。小口登良・専修大学教授との共著では、日本の年金制度を積立方式へ移行する具体的な改革案を提案している。これらの提案を基礎づける際には、大阪大学・専修大学年金シミュレーション・モデル(OSUモデル)を使用した。

改革案の一例として、「厚生年金の23%改革案」を取り上げよう。これは保険料率を現在から西暦2150年まで一律に23.1%とする一方で、最終的な一人当たり月額給付を現行システムより20%削減するように給付の伸びを抑制するものである。八田・小口(1999)は、基礎年金の支給の3分の1を現行通り国庫負担額とするならば、この改革案で2150年には完全基金を達成できることを示している。「23%改革案」の保険料率は、現行の保険料率(17.35%)より高いが、高齢化時代の予定料率(34.3%)よりは大幅に低い。この改革の結果、1980年以降生まれの人の生涯の支払超過率は生涯賃金の8.1%になる。現行制度のもとでの支払超過率は13.9%であるから、支払超過率は大幅に

縮小する。すなわち将来世代の二重の負担を軽減する。労働供給の阻害効果も軽減する。さらにインフレ対策としても有効である。

この改革は、純粋な積立方式にしないが、現行制度のもとよりは積立方式に近づける改革である。言い換えると、「23%改革案」は現在35歳以上の世代の負担を増加させる代わりに35歳未満の世代の負担を軽減するのである。直ちに保険料率を引き上げることにより、21世紀の早い時期に基金を積み立てるために、高齢化時代の保険料率を現行制度のもとより低くできる。

III パネル・ディスカッションの概要

セミナー参加者から多数の質問が寄せられたため、主にパネリストが質問に回答するという形式でパネル・ディスカッションが進められた。紙幅の関係上、詳細は割愛するが、パネリストからの報告やディスカッションを通じて明らかになった重要なポイントについて2点、報告しておきたい。

第1は、個人がどこまでリスクを負担すべきかという点である。ミッチェル教授は、①アメリカ国民は政府に全てのリスクを負ってもらうのは不可能だと理解しはじめており、また②転職の多いアメリカ社会では雇用主にリスク負担を求めるのも難しいという認識が浸透している。そのため企業年金における個人のリスク負担に拒絶反応が少ないと説明した。ピゴット教授は、オーストラリアでは一律年金である老齢年金がセーフティーネットの役割を果たしているため、完全積立方式の退職年金について個人がリスク負担しても過酷ではないという見解を示した。オーストラリアでは退職年金の運営に関する規制もほとんどない。一方、1階部分を廃止したスウェーデンでは、積立部分を保険料の2.5%相当分にとどめ、個人のリスク負担に一定の枠を設けている。これについてパーソン教授は、賦課部分と積立部分の比率はまったく政治的に決定さ

れたものに過ぎないが、積立部分の運用に関しては国民に対する投資家教育も必要であるから、最初からあまり大きくすることは問題だと述べた。

ピゴット教授とパーソン教授の発言からは、個人のリスク負担の範囲はセーフティーネットとの兼ね合いで決定されるべきことが示唆される。他方、ミッチェル教授の発言やパーソン教授の報告にあるように、政府のリスク負担能力には限界があることに加え、制度変更や政治的妥協といった別種のリスク(political risk)も存在するため、一定範囲内で個人がリスク負担することは避けられないともいえよう。ただし、海外からの3教授がそろって国民に対する投資家教育と運用機関による情報開示の重要性、および現在におけるそれらの不十分さを指摘していたことは特筆しておきたい。

重要なポイントの第2は、年金と貯蓄、マクロ経済との関係である。アメリカやオーストラリアで企業年金や退職年金といった積立式の私的年金を税制上優遇している背景には、貯蓄率の上昇をはかるという政策目的がある¹⁾。しかしながら、現在のところ両国の貯蓄率に回復傾向は見られない²⁾。パーソン教授は、開放経済下では国内貯蓄と国内投資が一致する必要はなく、貯蓄不足であれば海外から資金が流入するので低貯蓄率は問題ではないという、経済学の教科書通りの解釈を示した³⁾。これに対してピゴット教授は、1980年代に流動性危機に見舞われたオーストラリアの経験に照らして、ある程度の規模の国内貯蓄は必要だと主張した。ミッチェル教授も、現在のアメリカの過剰消費体質は問題であると述べている。1998年のアメリカの家計貯蓄率は0.5%、オーストラリアは2.5%、スウェーデンは1.2%で、いずれの国も日本(13.6%)より大幅に低い⁴⁾(OECD, 1999)。現在のところ日本は低貯蓄に悩むという状況ではないが、賦課方式・積立方式の選択が貯蓄や資本形成、ひいては経済成長に与える影響は年金問題を考える上での重要なテーマのひとつといえよう。

IV むすびにかえて

日本版401(k)の導入が議論されている情勢のなか、セミナーには多数の企業年金関係者やシンクタンク関係者が参加した。海外の年金事情に対する参加者の関心は高く、予定時間を超過して活発な議論が行われた。比較的小規模な会場ではあったが、橋木教授の熱意あふれる司会のもとに、パネリストとの密なコミュニケーションがはかられたのではないと思われる。セミナーでは、各国間の共通点よりも相違点が際立ったが、諸外国がどのような考えのもとに改革にのぞんでいるかを生の声で聞く機会は貴重であった。日本国内においても年金改革論議は続いているが、今回の催しがより建設的な議論へと発展する一助となることを期待したい。

注：本報告はパネリストから提出されたレジュメとセミナーでの報告を合わせてまとめたものであり、セミナーにおける報告内容と完全には一致しない。

注

1) 経済理論では、賦課方式の公的年金はマクロの貯蓄

を減少させるが、完全積立方式の年金はマクロの貯蓄率を左右しない。

- 2) アメリカでは早期引き出しをした企業年金を老後資金として残さずに消費する傾向が懸念されており、早期引き出しができないオーストラリアでは、55歳到達時に一時金として受けとった退職年金を老齢年金が支給される65歳までに使い果たしてしまうという現象が生じている。
- 3) ただし国際間で完全に自由な資本移動が行われているという前提が成立するかという問題が残ることを指摘している(Persson, 1998)。
- 4) 参考までに1997年の国民貯蓄率はアメリカ17.4%、オーストラリア18.4%、スウェーデン16.1%、日本31.1%である。

参考文献

- 八田達夫・小口登良 1999『年金改革論：積立方式へ移行せよ』日本経済新聞社
- 厚生年金基金連合会編 1999『海外の年金制度：日本との比較検証』東洋経済新報社
- OECD. 1999. *Economic Outlook*. June 1999.
- Persson, Matz. 1998. "Reforming Social Security in Sweden." In Siebert, H., ed. *Redesigning Social Security*. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).
- 下野恵子 1999「オーストラリアの年金改革」『海外社会保障研究』第126号 pp. 34-47
- (おおいし・あきこ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第二室長)

ベルテルスマン財団 「国際リフォーム・モニター：社会政策・労働市場・労使関係分野」 プロジェクト進捗報告

阿部 彩

プロジェクトの概要

本プロジェクトは、ベルテルスマン財団(ドイツ)による社会政策・労働市場・労使関係分野における各国の改革(動向)を国際的にモニタリングするための国際ネットワーク構築の試み(International Reform Monitor: Social Policy, Labour Market Policy and Industrial Relations)である。プロジェクトの詳細については、前回(第128号117～120頁)を参照されたい。プロジェクトの結果として、日本を含め15カ国16機関からなるネットワークが構築され、その第一回報告が取りまとめられた。

進捗状況

第一回報告では、15カ国における59の改革が報告された。社会政策分野では、医療14、年金・社会保障9、介護3、福祉・社会扶助5、家族政策4の計35報告が集計された。全報告の総括表を次頁に納める。各報告については、ベルテルスマン財団がインターネット¹⁾上で公開することとなっている(1999年11月に開設予定)ので、日本の研究者からも簡単にアクセスすることができる。

また、第二回報告は1999年後半に作業の開始が予定されており、今後定期的に15カ国の最新情報が入手できることとなるので、大いに活用していただきたい。

注

1) www.reformmonitor.org または www.reform-monitor.org

表1 参加機関リスト

国名	機関名
オーストラリア	Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research
オーストリア	Institute of Advanced Studies
カナダ	Caledon Institute of Social Policy Centre for the Study of Living Standards
デンマーク	The Danish National Institute of Social Research (SFI)
フィンランド	The Research Institute of the Finnish Economy (ETLA)
フランス	Bernard Brunches Consultants
ドイツ	Bertelsmann Foundation
イギリス	IRRU University of Warwick
イタリア	Institute for Studies in Economic Analysis
日本	国立社会保障・人口問題研究所
	日本労働研究機構
オランダ	Amsterdams Instituut voor Arbeids Studeis
スウェーデン	Swedish Institute for Social Research (SOFI)
スイス	Research Institute for Labour Economics and Labour Laws at the University of St.Gallen
スペイン	Fundacio CIREM
アメリカ	The Brookings Institution

表 2 ベルテルスマン財団による国際改革モニター第一回報告(1999年夏)「改革」一覧

Country	Social Policy					Labour market policy	Industrial Relations		Reforms in other policy fields
	Health care	Pension and social security	Nursing and elder care	State welfare/ social assist.	Family issues		Relations unions/emp. fed./intern.	Relations employer/ employee	
Australia	Rebate for private health insurance	-	-	-	-	Privatisation of provision of labour market programs	Workplace relations law	-	-
Austria	Diagnosis related hospital financing	Social security coverage broadened	-	-	-	Apprenticeships occupations	-	a) Distribution option b) Implementation of the Employee Protection Act in SME	-
Canada	-	Canada Pension Plan reforms	-	-	National Child Benefit	Opportunities 2(X)	-	-	-
Denmark	a) Legal Rights for Patients Act b) Creation of National Standard Measurements of the Quality of Hospital Treatment	-	-	Act on Active Social Policy	-	Youth Effort	-	-	New Integration Act
Finland	-	-	-	-	-	Reform of the Finish Employment Policy System	-	Rapidly spreading use of profit sharing in wage formation and in industrial relations	-
France	Universal Healthcare Coverage	Proposal to reform the French Pension System	-	-	-	Reduction of normal weekly working time from 39 to 35 hours	-	-	-
Germany	Structural reform in the public health insurance	-	-	-	-	-	Alliance for Jobs etc.	-	Program for future 2000
Great Britain	-	-	-	-	-	New Deal— part of welfare to work programme	National Minimum Wage	-	-
Italy	Health Care Reform (1999)	a) Transformation of the severance pay into shares or bonds b) Changes in fiscal treatment of pension funds	-	a) Minimum Income Support b) Economic condition indicator —Ise—	-	Reform of the public employment services	-	-	-
Japan	Reform of Medical Insurance System	Public Pension Reform of 1999	Introduction of Long-term Care Insurance System	Basic Structural Reform of Social Welfare	-	a) Reform on working conditions b) Reform on equal employment opportunity	-	-	-

Country	Social Policy					Labour market policy	Industrial Relations		Reforms in other policy fields
	Health care	Pension and social security	Nursing and elder care	State welfare/ social assist.	Family issues		Relations unions/emp. fed./interm.	Relations employer/ employee	
Netherlands	Introduction of market orientation in health care system	Extension of the legal obligation of continued payment of wages during sickness	Reform of the AWBZ	-	Number of places in child care will be doubled	Flexibility and Security legislation	Employability: a new concern in Dutch industrial relations	-	-
Spain	Consolidation and modernisation of the National Health System	Consolidation and Rationalisation of the Social Security System	Introduction of fees in the publicly-funded provision of nursing and elder care services	-	Zero cost of replacement contracts for maternity leave	a) Promotion of indefinite contract b) New Regulation on part-time contracts c) Creation of employment based on the reduction/re-organisation of working time	Expression of collective bargaining	-	-
Sweden	Abolishment of user charges for children in Health Care	Pension Reform	-	New standards and procedures for paying social assistance benefits	Reform of Housing Allowances	-	-	-	-
Switzerland	a) Compulsory Health Insurance b) Financing of hospitals	-	-	-	-	-	-	-	-
USA	"Badger Care"	-	-	-	-	-	-	-	-

(あべ・あや

国立社会保障・人口問題研究所国際関係部第二室長)

岡伸一著
『欧州統合と社会保障—労働者の国際移動と社会保障の調整—』

(ミネルヴァ書房 1999年7月)

白波瀬 佐和子

『欧州統合と社会保障』はEUを社会保障から捉えた400頁あまりにも及ぶ力作である。著者はベルギーのルーヴァン大学で社会保障法の大家であるヴァン・ランゲンドク教授から指導を受け法学博士号を取得し、欧州社会保障研究所での国際的な研究者との交流経験を持つ。そこでの貴重な研究環境を基に、本書は、国際比較の視点から欧州統合を社会保障のサイドから検討するユニークな著である。その内容は3部から構成されており、第一部は「EU加盟国の社会保障制度」、第二部は「EU社会保障政策の構造と機能」、第三部は「EU社会保障の課題と国際保障法」となっている。1995年にスウェーデン、オーストラリア、フィンランドが加入する前の12のEU加盟国を中心に、各国別の社会保障制度とEUという共同体組織との関連について議論されている。ヨーロッパの社会保障というとフランス、ドイツ、イギリスという主要国にその研究対象が集中しがちで、より広範な地域を網羅して国際比較を行う研究書はまだその数に限りがある。本書では、ベルギー、デンマーク、ドイツ、フランス、ルクセンブルグ、イギリス、ギリシャ、アイルランド、イタリア、オランダ、ポルトガル、スペインについて各国の社会保障制度が要約して紹介され、その各国別の状況を踏まえた上でEUという共同体としての国際組織の位置づけについて議論が展開されている。12カ国の社会保障制度が一度に概観できるという意味で、本書は資料として

も価値が高いものである。

第一部では、12カ国の加盟国の社会、経済状況を踏まえて社会保障の基本構造を行政、財政、適用対象について論じている。社会保障制度を管理する行政を(1)政府が統一的に管理する場合、(2)強制加入のみ国が管理し、多数の制度が職域別レベルで管理される場合、(3)自治的に管理される制度を自由に選択できる場合、の3つに分類し、医療、家族給付、老齢基礎給付、補足給付についてその行政タイプが検討されている。補足給付については自由に選択できる自治的な制度が併存するタイプをとる国が多いが、家族給付や老齢基礎給付は、国家による統一的管理(例えば、イギリス、オランダ、デンマーク)か職域レベルの多数制度の管理体制(例えば、フランス、イタリア、ベルギー)を採用する国が多い。社会保障の財源については、政府主導タイプと拠出中心タイプ、混合形態タイプに分かれ、第一のタイプとしてイギリス、デンマーク、アイルランドがあげられ、第二タイプは、労使拠出によって大部分の財源を調達するフランス、ギリシャ、オランダがその例である。第三の混合タイプは、政府、労働者、使用者によって財政負担がほぼ均等に担われており、イタリア、スペイン、ポルトガル、ベルギー、ドイツ、ルクセンブルグがそのタイプにあたる。社会保障の適用対象については、居住を条件とする場合と雇用を条件とする場合があり、各国の制度によってその適用対象が

少なからず異なる。しかし概していうならば、社会保障については雇用に従事していれば国籍にかかわらず適用される場合が多く、「属地主義」(p. 73)が採用されている。一方、公的扶助に関してはその適用要件が厳しく、国籍条項が強い。つまり、最低生活保障に関する問題は、極めて内地性が強く、雇用による移動を想定した欧州共同体において、貧困や公的扶助をEUレベルでどう捉えるかは現在においてもなお重要な検討課題である。

第二部では、EU社会保障政策の歴史と法的根拠について、さらに本書の中心的課題となるEU社会保障の統合について論じられている。EUは1958年に前年のローマ条約を受けて発足した欧州経済共同体(EEC)にその端を発するが、19世紀末に成立した社会保険や20世紀に入って間もなく交わされたフランス—イタリア条約まで遡って社会保障の国際的調整の起源についても言及されている。その後EECは、欧州石炭鉄鋼共同体(ECSC)、欧州原子力共同体(EURATOM)とも統合されて1967年に欧州共同体(EC)となり、翌年には加盟国の労働者は就業のために域内を自由に移動する権利が認められた。1972年にはイギリス、アイルランド、デンマークが加入し、パリ首脳会談において経済面、政治面だけでなく、社会面での議論も必要であることが提言された。しかし、ローマ条約においては社会政策、社会保障に関する記述は少なく、基本的に欧州共同体は各国の社会保障政策に直接関与しない立場が堅持されており、社会保障制度を統合化する可能性についても否定的な見解が提示されている(p. 208)。EC社会保障の位置づけは、労働者の移動があってはじめて付随する事項であって、共同体の使命はあくまで経済的なところにあり、労働者の自由移動を確保するために社会保障が阻害要因とならぬよう監視する程度の権限のみ付与されている。1991年にはマストリヒト・サミットにて欧州連合(EU)が創設され、単一市場ができあがった。これに伴い「欧州市民」

(p. 209)という概念が提示されたが、その中身は具体性に欠け、社会保障政策についても直接的には議論されていない。

EU社会保障の統合については、「整合化」と「調和化」に分けて紹介されている。後者は各国の法規の修正を求め、加盟国に共通する規則や原則を設定しようとする動きであって、国内干渉ともなりうる。事実、1960年代後半から70年代にかけての調和化に対する各国の否定的な反応は、共同体が国内の法律、社会保障制度、生活様式に過度に介入することに対する牽制とみなすことができる。一方整合化とは各国の国内法を尊重し、既存の複数制度が同時にしかも相互に適用されるように促すことにある。つまり、EU社会保障の整合化が問題になるのは、複数の法律が重複したり、排除しあったりして、どちらの国に法律が適用されるべきか不明な場合のみに限定される。例えば、異なった複数の国で就労した者が年金を二重取りしたり、逆にどの国においても拠出期限が満たされずに無年金者となるといった場合である。このケースは当該人に対して給付制度ごとに資格要件が課されるというより、社会保障給付制度が体系的に適用されるという、一法律適用の原則が採用される。その他の整合化の基本原則として、国籍による差別の撤退を意味する内外人行道待遇原則、居住条項の廃止を意味する給付の国外送金保障の原則、年金などについて被保険期間や雇用期間を通算して移民労働者の不利益を解消しようという資格期間通算の原則がある。こうしたEU社会保障整合化の原則は各国の社会保障制度に実質的な効力を持つ。EUは独自の裁判所を持ちそこで成立した法律は国内法に優先され、その拘束力は域内に限定されるが実質的な影響力を持つ。

第三部では、国際的にも議論が活発に行われているテーマについて、国際比較の視点から検討がなされている。それらは、(1)失業保障の制度的諸問題、(2)男女平等待遇、(3)就業形態の多様化と

社会保障、(4)年金と賃金の関連、(5)社会保障の民営化、(6)補足給付制度の発展、である。最初のテーマである失業については、特に女性を中心とした非典型的労働(パート労働や臨時労働など)の増加に伴う「部分失業」(p. 306)について言及し、失業という概念の曖昧さについて、特に新卒者を中心とした若年失業者や女性(専業主婦)を例にとって議論されている。女性の労働力化の問題や就業形態の多様化は既存の社会保障の枠組みでは捉えきれなくなっており、失業保障に対して新たな取り組みの時にきていると、筆者は述べる。第二に、年金制度における男女平等について議論されている。同じ女性の中で、働く女性と専業主婦との関係を世帯単位の中でどのように位置づけるか、女性の家族責任に伴う断続的な就労パターンにどう対応するか、また同じ働く者同士の男女間格差をどうするか、さらには離婚の増加に伴う家族の変容に対しどう対応していくか(特に離婚女性の場合)について、旧西ドイツ、オーストリア、ノルウェーの3カ国を事例に取り上げて検討がなされている。第三に、パートタイム労働、臨時労働、家内労働、季節労働、派遣労働といった就労の多様化を取り上げ、女性の問題を再度強調しながら、社会保障のあり方や労働政策とも絡ませて各国の実態を紹介している。第四に、各国に共通する人口の高齢化と相まって年金財政の問題を取り上げ、年金支給レベルと支給年齢、賃金と年金との関係と、併給について、各国の状況が示されている。さらには賦課方式か積立方式かの議論にも触れて、各国の年金財政への取り組みが示唆されているが、詳しい議論は示されていない。第五に、社会保障の民営化が議論されている。積極的な民営化を推し進めたサッチャー政権はまだ記憶に新しいが、全般としては社会保障における民営化に対して慎重な態度をとる国が多いようだ。しかし、社会保障の民営化は、即時的に市場原理をはびこらせるというよりも、補足給付制度といった周辺領域にお

いてその導入が検討されている。補足制度は各国において多様であり一概に定義づけることは難しいが、社会保障財政に悩むヨーロッパにおいて、社会保障を補填する補足給付制度において民営化を取り入れようという動きは無視できない。社会保障と私的保障の役割分担についての議論(p. 387)を踏まえて、人々の生活を保障するという観点から民営化をはじめとする私的保障と公的保障との効率的な相乗り入れが模索されているようだ。

経済的な存立目的を第一義的に持つEUにおいて、社会的側面の位置づけは決して高いとはいえず、あくまで、経済的、政治的側面に付随する二次的な側面である。その社会的側面の核心部分である社会保障に焦点を当てた本書は、EU研究において挑戦的であるといわねばならない。人々はあくまでよりよい雇用機会、より高い賃金を求めて移動し、移民労働者となる決心をするわけで、社会保障が充実しているからといって働く場がなければ移動してはいかない。事実社会保障が充実していても、その充実した社会保障を支えるための高い負担はつきものであると、高い給付金のみを期待できるものでもない。つまり、EUにおいて社会保障とはあくまで二次的な要因であって、各国が提供する社会保障の程度の違いによって、労働の自由が阻害されないように監督することがEUに期待される任務である。社会保障行動計画においても社会保障政策はそれほど強調されることなく、あくまで雇用政策がその前面に位置する。しかし、1992年のマーストリヒト条約による単一市場の形成はEU域内の競争を激化させたことは明らかで(p. 300)、その際に個々の国が異なった社会保障制度をとることは不公平な競争を助長することになり、社会保障の統合化を積極的に図っていく必要性がますます高まっていることも見逃してはならない。

また企業は低い拠出金で負担が軽く、労働コストの低い地を求めて移動する。欧州という単一市場の中で、ひと、もの、企業が動いていく。その中

で、経済的目的を志向する動きに伴う生活の保障は付随的であるが、同時に本質的な問題ともなりうる。社会保障はもともと一国内での完結性が高い分野とみなされてきた。しかし、国という枠を超えたひとの動きに伴って、その完結性に柔軟性が求められるようになった。事実、EUレベルで特に公的扶助制度の適用は政策対象から除外されてきた。つまり、EUとはそもそも経済的目的を持った労働者の域内移動に派生して必要となった社会保険が議論の中心であって、雇用を求めて移動する者に公的扶助など必要がないというのがその理由であった。しかし、人口が高齢化し、難民問題を抱え、貧困問題も顕在化するようになった今、EUレベルでの最低生活保障制度に関する議論はますますその重要性が高まっていることは疑いない。EU成立に伴う単一市場の確立は、域内競争を激化させ国別に異なる社会保障がその競争をかえって差別化するという状況も生まれてきた。その意味で各国が個々に高い社会保障水準を目指して収斂化していくことを期待すると共に、EUとしての社会保障の整合化をもって域内競争がより平等に行われ、生活の糧を求めて国々を渡り歩く労働者が不当な処遇を受けることのないよう、EUの果

たす役割への期待は高い。

本書は、諸外国の状況記述に終始するたこつぼ的になりがちな国際比較研究に、EUという共同体の存在を介して新たな視点を加えた興味深い書である。ただ、12カ国の加盟国を網羅的に紹介している分、EUという共同体組織とその共同体を構成する加盟国との関連性が結局のところいまひとつ不明なところもある。例えば、共同体に加盟したことによる各国の社会保障への影響は一様ではなかろう。事実、ポルトガルは1974年の内政革命において社会保障制度が急激に進歩したが、1986年の加盟によってはなんらその程度に変化はなかった。しかし一方で、ポルトガルと同時期に加盟したスペインはEC加盟によって特に外国人労働者に関する事項を中心に大きな前進がみられた。EU(EC)に加盟した時点での各国の社会保障レベルの変化や、加盟後の各国のEUとの関わりなど、より詳しい議論が今後の研究に望まれる。いずれにせよ、本書はEU社会保障を専門とする者のみならず、国際比較を目指す者にとっても有益な書となることは疑いない。

(しらはせ・さわこ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第二室長)

小松隆二・塩野谷祐一編
『先進諸国の社会保障 2 ニュージーランド・オーストラリア』

(東京大学出版会 1999年)

藤井 浩司

本書は、国立社会保障・人口問題研究所による先進諸国の社会保障制度改革に関する共同研究プロジェクトのひとつとして刊行された。この研究プロジェクトの下で、先進7カ国(イギリス、ニュージーランド・オーストラリア、カナダ、ドイツ、スウェーデン、フランス、アメリカ)を対象とした一連の地域研究の成果が『先進諸国の社会保障』シリーズとして逐次発表されている。言うまでもなく、これらの共同研究作業は、およそ10年前に社会保障研究所(当時)によって企てられた主要先進6カ国(イギリス、スウェーデン、フランス、西ドイツ、アメリカ、カナダ)の社会保障に関する国際比較研究プロジェクトの延長線上に位置づけられる。

前回のプロジェクトのねらいは、「各国の社会保障をいわば立体的に研究して、その歴史的発展や政治、行政、財政との関係を明らかにして、現状をわかりやすく解説すること」にあった。これに対し、今回の研究プロジェクトでは、1980年代から90年代にかけて先進諸国における社会保障の制度改革と福祉国家の再構築の現状と展望について、「必要な基礎的情報を体系的な形で提供すること」に主眼が置かれている。同一のスペクトラムの上に位置づけられるとはいえ、両プロジェクトの問題関心の所在は大きく異なっている。この相違は、ここ10年前後の社会保障の国際比較をめぐる研究動向の推移を反映しているといえよう。

本書の関心対象であるニュージーランド・オー

ストラリアの社会保障は、前回のプロジェクトでは採用されていなかった。これにはいくつかの理由が考えられる。

まず第一に、当時のわが国における社会保障の研究者群のなかで、ニュージーランド・オーストラリアを地域研究の対象として取り上げていた研究者がごく限られていたという点を指摘できよう。当然ながら、研究業績の集積も乏しかった。インテンシブな地域研究に精力的に取り組んでいた数少ない研究者群が、本書の編著者たちであった。彼らの先行業績が後進の地域研究のガイドポストになり、ひいては本書の研究成果に結実したと言つてよい。

第二に、ニュージーランド・オーストラリアに関する利用可能なデータ、資料、情報が不足していたり、入手困難であったため、「現状をわかりやすく解説する」という前回プロジェクトのねらいからはずれてしまった。特にニュージーランドは、330万人を超える程度の人口規模で、書籍出版市場もかなり小さく、かねて専門学術書の刊行点数が少なかった。しかし、80年代末以降、ニュージーランドが行政改革、規制撤廃、民営化の実験国家としての声望を高めるにつれて、欧米各国の関心が高まり、イギリスを中心にニュージーランド地域研究が活発に行われ、関連図書も数多く出版された。また数多くのニュージーランドの研究者たちが次々と研究成果を公刊していった。本書所収の各

論文の最後でリストアップされている参考文献の多彩さをみれば明らかである。

第三に、これが最も主要な理由だろうが、80年代後半当時、ニュージーランド・オーストラリアの社会保障システムは制度改革の真っ只中におかれ、めまぐるしい変化にみまわれていたため、「現状認識の概観を得ること」すら簡単ではなかった。現行の制度を記述しても、執筆、出版のタイムラグの間に制度変更が企てられるという事態が当たり前想定できた。また、社会保障の現代史のなかで「先進福祉国家」「労働者の楽園」としての華麗な評価を与えられてきたニュージーランド・オーストラリア両国が文字通りリストラクチャリングを経験しているとき、当然ながら観察者にも視座の転換が要請されたが、両国に関する旧来のパラダイムをシフトするのはなかなか容易ではなかった。前回プロジェクトの時点で、両国の福祉国家体制の現状と展望を見定めるのは困難であったといえよう。

その一方で、欧米の学界では、80年代半ば以降、比較公共政策研究の分野でニュージーランド・オーストラリア福祉国家体制に関する研究業績が相次いで発表された。その嚆矢は、F・G・キャッスルズ (Francis G. Castles) の労作、*The Working Class and Welfare: Reflection on the Political Development of the Welfare State in Australia and New Zealand, 1890-1980* (Wellington: Allen & Unwin, 1985) (邦訳、岩本敏夫他訳『オーストラリア・ニュージーランド福祉国家論』啓文堂、1991年)であろう。キャッスルズ以後の欧米の研究業績の集積を視野に入れながら、わが国におけるニュージーランド・オーストラリア社会保障研究の現在の達成水準を示した研究成果として、本書を位置づけることができよう。

本書は、4部19章(総頁数387頁)で構成されている。共同執筆者は15名にのぼり、わが国における関連分野の研究者群を学際的に網羅しているといっていだろう。編者を中心とした共同研究プ

ロジェクトの設計デザインの手堅さと、幅広い組織力がうかがわれる。

本書の内容を目次構成にしたがって紹介する。

まず第1部<総論>では、編者自身による本研究プロジェクトの意義、本書の概要について手際よく解説されている。その際、ニュージーランド・オーストラリア両国における社会保障の歴史的展開の類似性と「普通の福祉国家への転落」という現状を前提認識としたうえで、両国の社会保障・福祉について歴史、現状、実態を総体として明らかにし、再検証することの意義が繰り返し述べられている。また、本書のねらい・課題として、ひとつにはニュージーランド・オーストラリア両国の社会保障・福祉の全体像を明らかにすること、次いで広範で高度の理解・論点を紹介することの2点が強調されている。ここにおいて、編者の問題意識が明確に示されている。

第2部<ニュージーランドの社会保障>および第3部<オーストラリアの社会保障>では、それぞれニュージーランド、オーストラリアの社会保障・福祉について全体像の総合的・体系的な記述と分析が企てられている。両国を対比できるように、ほぼ共通の個別テーマが設定されている。まず、最近の経済動向、行財政改革の展開、社会保障・社会福祉の歴史と現状といったマクロな分析視角から、両国の社会保障システムの構造特性が抽出される。そして、「年金・生活給付」「医療制度と医療保障」「障害者福祉」「高齢者福祉」「児童福祉」といった個別分野別に章が構成され、いわばミクロな分析視角からそれぞれの制度・政策の現状と課題について紹介、検討されている。

第2部および第3部は、章構成でみると第2章から第16章までの15の章を包含しており、本書全体の本論部分に該当する。編者も繰り返し強調しているように、ニュージーランド・オーストラリア両国の社会保障・社会福祉について、その主要な個

別分野を包括的に取り上げ概説するとともに、分析的に論点を摘出し検討している類書はこれまでなかった。両国の地域研究に取り組もうとする後進の研究者にとって、本書の第2部、第3部の本論部分は間違いなくスタンダードなハンドブックになるであろう。わが国の社会保障・社会福祉研究において、ニュージーランド・オーストラリア地域研究は長い間ミッシング・リンクであった。本書はそれを埋める画期的な意義をもっている。

この本論部分の構成について、若干気にかかった点がある。まず、第2部のニュージーランドの社会保障に関する第3章〈社会問題の動向〉の全体構成上の位置づけについてである。この部分の記述内容は、章のテーマが示唆するような定量的/定性的データに基づく社会構造に関する時系列傾向分析ではなく、若干の印象記述と叙情的レトリックによって描写された現代ニュージーランドの社会断面に関する叙述である。他の章での分析視角、記述内容との間にいささか不釣り合いが感じられる。また、第3部のオーストラリアの社会保障に関しては類似の章テーマが設けられておらず、この点でも構成上の違和感もたれた。逆にいえば、第2部、第3部ともに社会構造に関するトレンド分析を主題とした章を設けるほうが望ましかった。その他、「年金・生活給付」から「児童福祉」までの個別分野に関する章のなかで、ほんの一部であるが、制度・政策の全体的な枠組みについてほとんど記述せずに、断片的な施策・事業の紹介に終始していた章があった。担当執筆者の問題関心の多様さを割り引いても、「全体像を総合的・体系的に取り上げ」という編者の問題意識に照らせば、いささか改善の余地があったのかもしれない。

最後に、第4部〈行政改革と社会保障改革の動向〉は、第17章から第19章までの3章によって構成されている。表題にある通り、ここでは80年代にニュージーランド、オーストラリア両国で取り組まれた、小さな政府論に基づく行政改革と福祉国

家の再構築をめざした社会保障制度改革が主題になっている。これに関する問題関心の所在について、編者自身が明確に述べているので、少し長い引用する。「とりわけ1980年代以降の社会保障・福祉の後退、あるいは福祉国家の混迷はどのような内容と意味をもつのか、これからどのような方向に向かおうとしているのか、さらに高度福祉国家の安定的な維持は、市場原理のもとではもともと困難なものであったのかどうか」(第1章所収箇所)。ここで提起されている問題群は、福祉国家体制をめぐる最も論争的なテーマであり続けている。80年代におけるニュージーランド・オーストラリアの経験を検証することで、これらの問題により有効に接近できるのは間違いない。

まず、第17章では、ニュージーランド・オーストラリアにおける行政改革の背景、手法、内容および影響について、両国の類似点・相違点を対比しながら検討が加えられる。続く第18章、第19章では、それぞれニュージーランド、オーストラリア両国の社会保障の課題と改革が論じられる。いずれの章でも、現在進行途上にあるきわめて現代的な問題について、現状・課題・展望をめぐる論点を的確に整理して論述している。ただ厄介なことに、主題が現在進行中の問題であるため、今後の動向について容易に予測しがたい。実際に、ニュージーランドで今年11月27日に実施された総選挙では労働党が勝利をおさめ、政権に復帰することになり、すでに行政改革、社会保障制度改革の既定路線を修正する方針を強く打ち出している。

以上が本書の概要である。もとより、限られた紙数で、19編もの論文が集成された著作の内容を十二分に伝えることなど、評者の能力及ぶところではない。足らざるところが多々あるかと思うが、ご寛恕願いたい。

最後に、本書について、評者個人の雑感を申し述べたい。評者も、ここ10年ばかりニュージーラ

ンド地域研究に手を染めてきた。「手を染めてきた」というのが適切な表現で、本書の編著者たちのような継続的で緻密な研究に到底及ぶものではない。ただ、ニュージーランド地域研究の一端に与するものとして、本書はまさに待望の書であった。いつの頃であったか、本書の出版企画について仄聞して以来、公刊される日を楽しみにしていた。その理由は、本書のなかで編者が述べているように、ニュージーランド社会保障・福祉の全体像を「一書にまとめる研究書は無いに等しく、「基礎的な入門書・概説書のようなものも欠落していた」からである。これまでも繰り返し述べてきたが、めまぐるしい変化の途上にあるニュージーランド・オーストラリアの社会保障を、限られた期日内に的確にフォローするというのは至難であったに違いない。難

事をやり遂げ、本書をまとめられた編著者の労を讃えたいと思う。

社会保障・社会福祉に関するニュージーランド・オーストラリア地域研究は学際的な研究分野である。先述したように、この分野での代表的な先学のひとりであるキャッスルズは、比較公共政策を専門とする政治学者である。先進諸国の福祉政策をめぐる比較研究では、政治経済学的なアプローチがオーソドキシイの位置を占めつつある。本書のような共同研究プロジェクトではより広範な政治学研究者の参加が望ましい。現に、近年、政治学研究者の社会政策学会への加入が目立つようになった。これからの共同研究作業の取り組みに期待したい。

(ふじい・こうじ 早稲田大学教授)

編集委員長

塩野谷 祐一 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

一圓 光彌 (関西大学教授)

埋橋 孝文 (大阪産業大学教授)

岡 伸一 (東洋英和女学院大学教授)

岡沢 憲美 (早稲田大学教授)

菊池 馨実 (大阪大学助教授)

小出 顕生 (厚生省大臣官房国際課課長補佐)

土田 武史 (早稲田大学教授)

萩原 康生 (日本社会事業大学教授)

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

増田 雅暢 (同研究所・総合企画部長)

小島 宏 (同研究所・国際関係部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

尾形 裕也 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

後藤 玲子 (同研究所・総合企画部第2室長)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

増淵 勝彦 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

白波瀬 佐和子 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

浅野 仁子 (同研究所・客員研究員)

海外社会保障研究 No. 129

平成11年12月25日発行

ISBN 4-900849-33-2

編集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0013 東京都千代田区霞が関1丁目2番3号

中央合同庁舎第5号館別館8階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

製作 株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0011 東京都渋谷区東2丁目16番10号

東京日産渋谷ビル8階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: books@infoasia.co.jp

homepage: <http://www.infoasia.co.jp>

ISSN 1344-3062
