

池上直己著『成熟社会の医療政策——イギリスの「選択」と日本』

(保健同人社 1987年)

漆 博 雄

『成熟社会の医療政策』はイギリスの医療制度の現状と問題点を主に医療供給の側面に焦点を当てて分析している。この本の基本的な視点は、イギリスの医療状況を「実験場」として把握研究するというものである。一般に、自国にある制度を導入しようとする場合に、同様な制度を導入している外国の事例を研究することによって自国にとって貴重な情報を得ることができる。したがって、イギリスの医療システムの功罪の厳密な分析は、日本の医療分野における政策を考える上で重要な情報を提供すると考えられるのである。イギリスの医療状況を「実験場」として把握研究するということは、このような意味においてである。

この本の構成は、一章／はじめに、二章／英国の社会と社会政策、三章／NHSの組織、四章／医療計画、五章／病院勤務医の構造、六章／プライマリケア、七章／住民参加、八章／保健予防、九章／医療と福祉、十章／患者負担と私費医療、十一章／むすびに、となっている。第二章と第三章は英国の社会とNHS (National Health Service) についての一般的な解説を行っており、四章から十章までは医療における各論となっている。各論のテーマをみると、現在わが国が直面している医療政策の問題と密接に関連しているテーマが選ばれていることがわかる。筆者の問題意識が、イギリスの医療制度を分析しながら常に日本の医療問題に向けられていることが理解できるであろう。以下では、各章の論点を簡単に紹介し、最後に若干のコメントを加えることにする。

二章 英国の社会と社会政策では、イギリス社会の特徴と社会政策としてのNHSの理念につい

て説明されている。筆者によれば、日本との比較においてイギリスの社会構造の特徴は、階級制度と人種問題にあるとされる。階級構造が明確な社会というのは、社会が階級によって分断されていることを意味する。したがって、無償で公平な医療の提供を約束するNHSは、社会統合のための役割を果たすことになる。NHSの背景には、医療サービスという特定のサービスはすべての人々に平等に分配されるべきであるという価値判断あるいは理念がある。しかしながら、自由主義社会の枠内で医療サービスを平等に分配するという理念を実現するには、いろいろな現実的な妥協が必要となる。NHSが現在まで存続し続け、国民に広く支持されているのは、NHSにおいてこの理念が基本的には守られてきたためだとされている。

三章 NHSの組織では、1974年、1982年、1983年の三回のNHSの機構改革がどのような経緯で行われたかを病院について説明している。NHSの特徴として、財源的には国の一般会計にほぼ全面的に依存しながら、医療現場では現場の裁量が認められていることがあげられる。NHSにおける病院では、専門分化が高度に進んでおり、各専門職種ごとに独立したヒエラルキーを形成している。すなわち、縦割り傾向の強い組織となっている。また、先に述べたように専門職の自律性が尊重されている。このような分業体系は、病院組織の硬直性を招きやすく、責任の所在が不明確になり業務が遅延しがちになるという欠点がある。NHSの機構改革は、このようなX非効率を解消し病院が効率的になることを目的としていることが説明

されている。

第四章 医療計画は、(1)政策としての医療計画と(2)方法論としての医療計画との二つからなる。(1)政策としての医療計画では、NHSにおける医療計画の歴史的推移を説明し、(1)地域間の公平と(2)患者間の公平に関わる医療計画の現実と問題点について説明している。地域間の公平を達成するための政策手段として RAWP (Resource Allocation Working Parity) が答申した予算配分公式がある。地域に配分される予算総額の決定方式である RAWP 公式の導入によって、ロンドン地区の医療資源の偏在が解消しつつあることが説明されている。これに対して、患者間の公平を達成するための計画は実現が困難であったという。この理由は、患者間の公平を達成するということは既得権を侵害することになるからであると説明されている。(2)方法論としての医療計画では、イギリスにおける医療圏の設定方法と必要病床数の算定方式について説明されている。なお、大都市における医療圏の設定にともなう問題点が指摘されている。

第五章 病院勤務医の構造では、イギリスの顧問医制度について説明されている。イギリスの医師は、顧問医・一般医・訓練医のいずれかに分類することができる。これらのうち主治医として独立の診療活動が行えるのは、顧問医と一般医である。顧問医は、病院において何の管理的な束縛を受けないし、外来の診療日数・手術日なども顧問医の裁量の範囲となっているという。これに対して、訓練医は顧問医・一般医の身分を修得するための研修を受けている医師であり、その仕事内容は激務でありながら経済的な報酬には恵まれないという。顧問医になるには大学を卒業して最低でも10年の間訓練医として研修をうける必要があるという。また、訓練医のうち顧問医となれるのは五人に一人の割合であるという。筆者は、イギリスでは厳しい研修を受けている訓練医と自律性を最大限認められている顧問医とに勤務医を二分することによって、専門医としての質を維持していると指摘している。

第六章 プライマリケアでは、イギリスで現在プ

ライマリケアの充実が進んでいる背景が説明されている。イギリスでは NHS の成立によって一般医にたいして登録医制度が採用された。登録医制度のもとでは、患者は直接病院で治療を受けることができず、高度の治療が必要な場合には一般医に地域の病院や専門病院を紹介してもらわなければならない。すなわち、一般医と病院の専門医との間の役割分担が確立していたわけである。このようなプライマリケアの充実が進行するための土壌があり、そのうえプライマリケアを担う医師と専門医との報酬の格差の是正・部分的な出来高払いの診療報酬の導入・プライマリケアの学術的基礎の確立・病院における専門医療との連携などの条件を整備することにより、イギリスのプライマリケアが充実していったことが述べられている。

第七章 住民参加では、イギリスにおける医療分野での住民参加が盛んである現状が説明されている。具体的には、(1)ボランティアとしての直接対人サービスの提供と(2)住民代表としての医療の計画・運営への参画が取り上げられている。イギリスで住民参加が盛んな理由として、社会基盤としての個人主義志向と階級社会、実施面における周到な準備と整備された体制があげられている。

第八章 保健予防では、医療との一本化が達成されたイギリスの保健予防事業の実態が説明されている。保健予防事業と医療とが一本化され、財源をどのように配分するかを決定するために保健予防の費用効率を検討するようになった。その結果、NHS では子宮がん以外の検診体制は費用効率の点で問題があるとされ整備されていない。また、疾病構造の中心が成人病に移った現在、保健予防事業の内容は個人のライフスタイルの改善をもとめるものとなるため、保健予防事業の位置づけについて模索している段階であることが述べられている。

第九章 医療と福祉では、老人と精神障害者に関する医療と福祉の包括体制について説明されている。イギリスでは現在限られた財源の範囲内で地域ケアの考え方を生かした包括体制が注目されているという。包括体制とは、老人病科あるいは精神科の顧問医を中心とするチーム（顧問医、訓練

医、看護婦、ケースワーカー、作業療法士などをメンバーとする）が、担当地域で発生する症例について責任をもつ体制をいう。包括体制が十分に機能するには医療と福祉の連携が不可欠である。この連携を推進するための制度として、合同財源の制度と相互派遣制度が説明されている（ただし、イギリスでも医療と福祉の関係は必ずしも円滑でないとのことである）。なお、慢性患者のケアという観点からすると医療と福祉とともに住宅の問題が重要であるという認識にたって、地方自治体の公営住宅部門の保護住宅について説明されている。

十章 患者負担と私費医療では、イギリスにおける私費医療の現状が説明されている。私費医療がイギリスの医療全体に占める割合は約7%であり、その対象は二次医療の中の苦痛は多いが直接生命に危険の少ない疾患に対する外科手術であるという。そして、私費医療は、NHS という医療資源の配給制度（医学的な見地から優先順位を決める）に不満をもつ一部の支払い能力がある患者に対する安全弁としての役割を果たしていることが論じられている。

『成熟社会の医療政策』を読んだ感想をいくつか述べてみたい。紙数の制約のため各章の細かい点について議論することはできないので、読後の全体的な感想を述べることにする。全体的な感想としては、二点ある。第一は、イギリスの医療制度に対するこの著書のアプローチの仕方に関することであり、第二は、日本の医療が直面する問題を考える時のこの著書の位置づけに関することである。

この著書は、イギリスの医療制度に対して以下のようなアプローチの方法をとっている。イギリスの NHS は社会的公平を目指す社会政策の一環であり、その根底には医療サービスを受ける機会が、すべての国民に平等に分配されていなければならないという価値判断あるいは理念がある。しかしながら、自由主義経済体制の枠組みの中でこの理念を完全に達成することは不可能であり、現実にはいろいろな妥協が必要となる。NHS の現在の制度はこのような妥協の産物であるが、基本

的には NHS の根底にある理念は守られてきた。したがって、NHS は現在でも国民に広く支持されているのである。

このようなアプローチの方法をとっているから、制度を歴史的に分析しいろいろな制度改革を基本的な理念と現実との妥協として位置づけることになっている。このようなアプローチは、一国の医療制度の現実を深く理解するには有用であるが、一方現実を容認する結論を導く可能性がある。事実、筆者は十一章むすびにおいて「功罪の分析を行うにあたって筆者の医療、あるいは社会に対する基本的な考え方がにじみ出ていることを否定できない。そしてその根底にはイギリスの規範の肯定があることを告白しなければならない。」と述べている。イギリスの医療制度の解説という点では、単なる現状の羅列ではなくどのような経緯で現在の制度があるかという視点で書かれているから非常に興味深い著書となっているが、政策論としてみると物足りなさを感じるのはアプローチの仕方がもつ現実容認の姿勢のためだと思われるのである。

第二の日本医療が直面する問題との関連については、何が日本の参考になって何が参考にならないかの境界線が必ずしも明確でないという感想をもった。イギリスと日本の違いは、第一に著者が述べているようにイギリス社会には階級制度があることであり、第二にイギリスの NHS は国営で医師は公務員であるのに対して、日本では社会保険制度のもとで民間医療機関が主に医療を供給していることである。この著書が扱っている問題は、主に医療供給に関わる問題であるから、医師の行動様式がこれらの問題に対して重要な意味をもつことになる。もしイギリスと日本の医師の行動様式の違いが、階級制度の有無によるものであるならば、イギリスの経験は日本にとって参考にはならないことになるであろう。というのは、イギリスの医師の行動様式は階級制度という歴史が育んできた広い意味での文化に依存することになるからである。また、ある政策にたいする医師の反応は、医師がすべて公務員である場合と民間医療機関が主に供給している場合では当然異なる。した

がって、イギリスの経験を日本の医療問題の参考にするためには、医師の行動様式がどのように異なり、この違いが何によるのかを十分に踏まえて日英の比較を行うことが必要になる。この点の整理が必ずしも十分でないと思われるのである。

以上、読後の感想を二点述べたが、これらの感想は欲張りがいだけ感想なのかもしれない。というのは、豊富な情報がよく整理されておりイギリスの医療制度の紹介ということには、十分成功し

ているからである。また、この著書で紹介されているイギリスの経験を参考にして読者自身が日本の医療問題を考えるべきなのかもしれない。この著書は、イギリスの医療制度の良質な解説を提供しているとともに、日本の医療をとりまく問題を考える機会を提供している良書といえるであろう。

最後に、著者は現在この著書に表明している問題意識にもとづいて日本の医療問題を精力的に研究していることを付け加えておく。

西村周三著『医療の経済分析』

(東洋経済新報社 1987年)

漆 博 雄

『医療の経済分析』は、主にアメリカで議論されている医療経済学のトピックスを参考にして、日本の医療の問題——特に医師の行動に関わる問題を分析している。扱っている問題が医療サービスの供給において中心的な役割を果たす医師に関わる問題に限られているという理由で、「医療の経済分析」というタイトルは妥当ではないという批判が成立するかもしれない。しかしながら、現在の日本の医療問題のうち重要な問題は、医療サービスの供給面の問題であることはほぼ間違いないと思われる。したがって、タイトルが著者の医療問題イコール医療サービスの供給の問題であるという問題意識をあらわしていると考えれば、「医療の経済分析」というタイトルは許容されるのではないであろうか。

この本の構成は、第1章／医療とはなにか、第2章／医療問題を見る眼、第3章／「医師誘発需要理論」をめぐる、第4章／医療の費用効果分析・費用効用分析・費用便益分析、第5章／検査の経済学、第6章／病院組織と医療費、第7章／医師マンパワー問題、となっている。以下では、各章の内容を簡単に紹介し、若干のコメントを述

べる。

第1章は、経済学から見た医療と医療関係者の見る経済という副題が付いているように、経済学者と医療関係者との間にどのような思考パターンのギャップがあるかを説明している。この説明の過程で、著者の医療についての考え方が明示されている。著者の考え方によれば、医療における「効率性」と「公平性」との間でどのようなバランスをとるかが医療経済学の重要な問題であるということになる。

第2章は、各種の研究や著者の推計にもとづいて最近の医療費の動向を展望し、医療費問題を考えるうえで重要だと思われるファクト・ファインディングスが説明されている。これらのファクト・ファインディングスを経済学がよく用いる演繹的な手法で分析説明し、その分析を検証していくことが重要であることが指摘されている。このときの分析の中心は、ファクト・ファインディングスが生活様式や文化的背景によるのか、医療制度によるのかを見分けることであることが述べられている。

第3章は、医療費の決定に関する二つの仮説

——「医師誘発需要理論」と「競争市場理論」との間の理論面・実証面での論争を紹介し、都道府県別データを用いてわが国における両仮説の妥当性を実証的に検討している。結果は、1件当り医療費は医師／人口比率が大きい地域ほど高いというもので、この推計結果は医師誘発需要理論の妥当性を支持していることが述べられている。

第4章は、最近医療経済学の分野で脚光を浴びている医療の技術評価の手法について説明している。具体的には、費用効果分析・費用効用分析・費用便益分析を説明し、これらの手法の意義と問題点とが簡潔にまとめられている。

第5章は、わが国における臨床検査が増大してきている現状を説明し、臨床検査のあり方について規模の経済やマンパワーに関わる問題に焦点を当てて分析している。臨床検査の費用効果分析・費用便益分析とともに外注される検査の品質管理の必要性が指摘されている。

第6章は、日米の病院組織を比較することによって、病院組織の問題と医療費との関連について検討している。病院と医師の関係における日米の違いは、アメリカの病院がオープン・システムを採用しているのに対して、日本の病院はクローズド・システムを主に採用していることである。このように病院のシステムに違いがあるから、当然日米の病院の内部組織は異なることになる。病院経営のあり方を病院の内部組織という観点から検討するための論点が、日米の比較から示されている。

第7章は、プライマリケアと専門医療との間の医師の配分について日英米を比較し、日本の医師マンパワーの配分における問題点が指摘されている。アメリカでは個々の医師がプライマリケアと専門医療を時間で配分し、イギリスではプライマリケアと専門医療を担当する医師が生涯にわたって「人的」に分離（一般医と研修医・顧問医）している。両国はこうにしてプライマリケアと専門医療への医師（医療資源）の配分を決めている。これに対して、日本では医療における「分業による協業」が確立していないことが、医師マンパワーの効率的な配分という観点から問題である

ことが指摘されている。

『医療の経済分析』を読んだ感想をいくつか述べてみたい。

第一に、この著書の構成を一見すると、読者は各章で扱っているテーマがどのように関連しているのかが分かりにくいという感想をもつのではないかということである。したがって、各章の関連についての筆者なりの解釈を紹介しようと思う。ただし、これから紹介する解釈はあくまでも筆者のものであるから、著者からのはずれであるという批判を受ける可能性があることを断っておく。

著者は、最近の医療費の伸びの主内容は、医療の技術進歩による1件当り医療費の増大であることおよび1件当り医療費に占める検査の割合が増大してきていることに注目する（第2章）。わが国の実証例が「医師誘発需要理論」を支持していることを示すことによって、1件当り医療費の増大を説明するには主に医療の供給者である医師の行動の分析が不可欠であることを示唆する（第3章）。医療の技術評価の手法である費用効果分析・費用効用分析・費用便益分析を紹介することによって、現在用いられている医療技術に費用との比較でその効果が疑わしいものが含まれているのではないかという疑問を呈する（第4章）。臨床検査には規模の経済が働くことに注目し、病院の検査部門が黒字になるためには検査が過剰に行われる可能性があることを指摘する。行われている検査の妥当性を判断するには検査の費用効果分析を行う必要があるが、検査の有効性は医師の検査の利用の仕方や診断能力に依存することが述べられている（第5章）。医療費の伸びは病院部門で顕著である。病院部門の医療費の問題を考えると、自由裁量が認められているプロフェッションとしての医師と病院組織の関係——病院の内部組織が重要な視点となることを指摘する（第6章）。このようにみえてくると医療費の問題を考えると、医師の行動様式を理解することが不可欠であることが分かる。著者は、日本のプライマリケアと専門医療との間の医師の配分が、アメリカ・イギリスと比較すると曖昧に決められていることに注目し、

プライマリケアを担当している医師が専門医であることを志向し続けることが、民間医療機関の規模拡大傾向やプライマリケアの場における過剰な診療が行われる動機となっていることを指摘する(第7章)。このように解釈すると、この著書が一つのストーリーをもっているように思われるのである。

第二に、各章で扱われているテーマは医療費問題を考える場合の重要なポイントであり、今後の研究の方向を示すという点では成功していると思われるが、各章の分析には物足りなさを感じたことである。物足りなさを感じる理由はいくつかあるが、その中で一番大きな理由は、医師の主体行動の分析が十分とは言えないからであると思われる。このために、各章の分析が必ずしもクリアでないという印象を受けるのである。このような印象をもつのは、筆者が経済学の演繹的な分析にあまりにも毒されているからであろうか……。

最後に、分析方法に関することで一つコメントしたい。著者は、第1章で「医療についての知識をほとんどもたない経済学者が、医療の経済学的な分析をはじめたときには、……、従来の経済学の手法にこだわってつまづくことが多い。」と述べている。これは、一般には誤解を招きやすい記述であると思う。すなわち、従来の経済学の手法は医療の分析には無力であるという誤解である。たしかに、従来の経済学の手法ですべての医療問題が分析できるということとはありえない。しかしながら、分析の対象によっては従来の経済学の手法が有力な分析手法となり得る。医療技術と同様に従来の経済学の手法も、その使い方によって十分効果を発揮することが期待できるのである。従来の経済学の手法によって医療問題のどこまでが説明できるかという境界線を明らかにすることも必要なのではないだろうか。

(うるし・ひろお 上智大学助教授)