

【基調講演2】

ヨーロッパの医療システム改革と日本への示唆

イギリス ヨーク大学教授 ピーター・スミス

1 はじめに

西ヨーロッパは、公的医療制度の先陣を切ってきたと言えると思うのですが、一方で、様々な問題に直面してきた国々でもあります。公的医療での原理原則を守るために、多くの問題に直面してきました。西洋諸国はいろいろな努力を払ってシステムの改善を図ってきました。本日は、そのいくつかをお目にかけたと思います。

まず、コスト効率あるいは費用対効果を改善するための努力についてお話しします。過去25年間、一番力が注がれたのは、どのように効率を高めるかということでした。それと同時に、医療の負担をどのように削減するかということに努力が払われました。

本日は、始めにヨーロッパにおける医療制度の現状についてご紹介し、その後ヨーロッパでどのように費用対効果を高める医療が行われてきたか、「費用抑制」、「市場と効率性」、「質の向上」という3点から、費用対効果の向上について申し上げます。その上で、最後に日本の皆様に示唆を申し上げたいと思います。

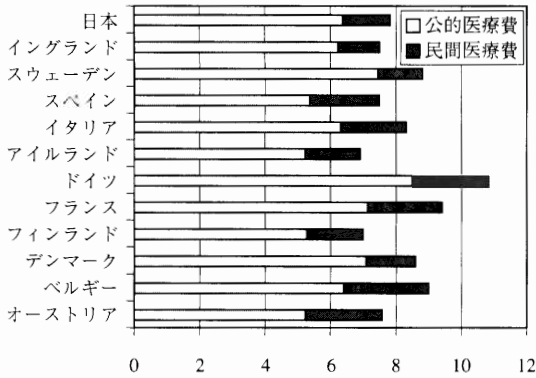
いろいろ差異はありますが、医療システムについては、ヨーロッパでは共通なことが多くあります。まず、主な医療行為のほとんどをカバーする幅広い医療保険のパッケージがあるということです。ただし、全ての国において長期ケアを含むというわけではありません。ほとんど全部の国民をカバーしており、加入に際して、経済状況や健康状態を問いません。また、利用者の自己負担への財政依存度はかなり低くなっています。また、健康状態とは関わりなく、支払能力に応じた自己負担金となっています。約50%は税金ベース、残り50%は社会保険ベースのシステムとなってい

ます。また、医療提供者に対する規制度は高くなっています。そして連帯原則によって、全国民の健康上のリスクをプールし、リスクプールに対して健康状態と関わりなく負担するという共通する特徴を西洋諸国の制度は持っています。

このような類似性がありますが、医療制度の実際の運営方法は国によってさまざまです。医療制度には大きく分類すると4大類型があります。1つは、古い社会保険であり、改革が行われていないものです。例えば、フランスやオーストリアのように、雇用のセクターによって保険のタイプが行われるというものです。これが1番日本に近いものです。一方、多くの社会保険制度では競争を導入しています。保険者間に競争を導入した例として、オランダ、ドイツなどがあります。これが2つ目です。その他のシステムとしては政府部門のものがありますが、スウェーデン、スカンジナビアでは地方政府が行っており、英国、イタリアなどでは中央政府が行っています。これで4つの類型になります。

ヨーロッパでは、GDPの約8%が医療に費やされています。これは国によって異なります。図1は、医療費支出がGDPに占める割合を示しています。また、表1のとおり、欧州諸国では平均寿命は大体同じになっています。さらに、ほとんどの国においてサービスの質は類似しています。

さて、それでは、ヨーロッパの医療制度における優先課題についてお話しします。1980年代の優先課題は費用の抑制でした。1990年代に入ると、優先課題となってきたのは効率性の向上やアウトプットを高めるというものでした。2000年からは優先課題として質の向上が考えられてきました。ということで、私の発表はこの3つの優先課題の大きな分野に分けてお話しします。



出典) OECD医療データ。

図1 医療費支出の公的医療費・民間医療費がGDPに占める割合 (2001年)

表1 平均寿命 (2000年)

オーストリア	78.1
ベルギー	77.7
デンマーク	76.9
フィンランド	77.6
フランス	79.0
ドイツ	78.0
ギリシャ	78.1
アイルランド	76.5
イタリア	79.6
オランダ	78.0
ポルトガル	76.6
スペイン	79.1
スウェーデン	79.7
イングランド	77.9
日本	81.2

出典) OECD医療データ。

2 費用抑制

まず、1980年代に行われた「費用抑制」に関しての努力についてお話しさせていただきます。「費用抑制」という見出しのもとに、3つの点についてお話ししていきます。最初が「ゲートキーピング」, 「患者負担」, そして「コミュニティケア」です。これらが3つの大きな分野になります。最初に「ゲートキーピング」です。ゲートキー

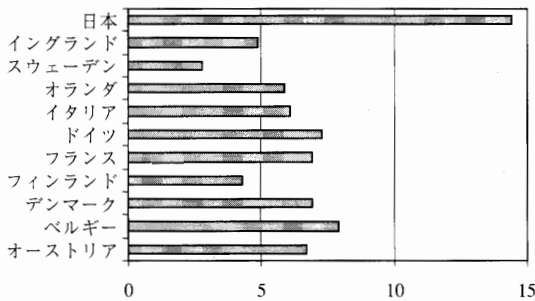
ピングは、国の全ての患者に医師が割り当てられ、医師が患者の他の医療制度、つまり高次ケアや薬などのアクセスに関してコントロールするという制度です。北欧諸国、英国の制度の主要な特徴となっています。ある意味では、このゲートキーピングは、医療の質の向上を指向していると言えます。ゲートキーパー、これは家庭医と呼ばれる人ですが、その人が患者についての記録を取り、患者に対する医療をコーディネートすることができるからです。患者が医療サービスを受けるときに、より良いコントロールをしようとする、すなわち、より良い質の医療を受けられるようにするという意味で、質の向上を志向しています。それがゲートキーピングの1つの目的となります。

ただし、現実には主眼は、高額な医療サービスへのアクセスをコントロールすることにより、費用を抑制することにあります。成功したケースもあるので、これから、それについてのお話をさせていただきます。

社会保険の諸国は、伝統的にゲートキーピングが導入されておらず、患者に対してフリーアクセスを許可していました。外来の患者も専門医など好きなところにアクセスできました。ここで興味深いのは、いくつかの社会保険の諸国が支払メカニズムを通じたゲートキーピングに関心を持っているということです。

例えば、フランスでは、来年この仕組みが導入されることになっています。そこでは患者は、最初にゲートキーパーによらずに専門医に対してアクセスをしようとした場合、手数料を支払わなくてはなりません。図2が、1人当たりの平均医師診察回数に関するOECDの試算です。日本についてははともかくとして、基本的にはゲートキーピングをすることによって、ゲートキーピングをしないときよりは、平均医師診察回数が下がるという傾向があります。

次に、英国の例ですが、英国の家庭医は医療制度でも特に重要な部門でした。家庭医と呼ばれる医師は、大変重要なゲートキーパーとして、高次ケアの前でゲートキーピングをしてきました。1991年から1998年には、予算管理家庭医制度が



出典) OECD 医療データ。

図2 1人当たりの平均医師診察回数(2000年)

施行されたのですが、家庭医は予算管理家庭医になることができました。これは自発的に参加することができるというものでした。どちらかという家庭医1人当たりの患者数が多くなければならず、家庭医1人当たり患者数は7500人でした。1997年までに患者の50%がファンドフォールディングと呼ばれる予算管理家庭医を持つようになりました。予算管理家庭医は保険当局から予算を受け取ります。そして日常的、緊急性のない手術や処方薬を患者に代わって購入することになりました。他の緊急手術や複雑な手術は保険当局が支払いました。この予算管理家庭医制度は1999年に廃止されました。なぜかという、予算管理家庭医と非予算管理家庭医でないところに質の差異が見られなかったからです。しかし、ここで興味深いのは、イギリス政府は2005年にはこれを義務的な形で復活させようと考えていることです。

予算管理家庭医制度は、非常に興味深いある実験だったと言えます。この政策を1999年に廃止したことによってどのような影響があるかを見ることができたからです。図3は、予算管理家庭医と非予算管理家庭医の間での入院率の差を示しています。下の線ですが、予算管理家庭医と非予算管理家庭医で、入院に関して、緊急性のない外科手術として紹介されてきたものの率を見ています。廃止の2年前に、予算管理家庭医の病院に対する紹介率が非予算管理家庭医の紹介率より3.5%低くなっています。しかし、この制度が廃止された後、この差異はなくなり、その差異は現在ではゼロになっています。ところで、予算管理家庭医に

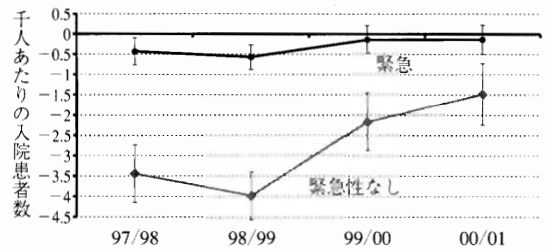


図3 予算管理家庭医と非予算管理家庭医の入院率の差

においても、緊急性のある外科手術についての紹介は、予算管理されておらず、非予算管理家庭医と比較した場合に、これらの中で差異は見られません。したがって、予算管理家庭医の制度によって緊急性のない外科手術の入院率の差が3.5%出たということが、この図から言えると思います。

ゲートキーピングは、この他にも、いくつかのメリットがあります。まず、専門医療への受診を制限します。また、望ましい医療提供者を利用するよう、国民を説得するという点で、ゲートキーパーは患者を効率の高い、あるいは高品質の医療を提供する医師のところに紹介することができます。したがって、費用と質を改善する潜在的な点であると言えます。

そして、ゲートキーピングは、他のさまざまな政策と並行して実施する必要があります。その有効性は、制度が異なると変わってきます。他の医療制度と相互作用があるからです。ゲートキーピングは、検討対象とする政策としては非常に重要ではありますが、導入するという点になれば、どうやってそれを実行するかを非常に注意深く観察して、インパクトを評価する必要があると思います。

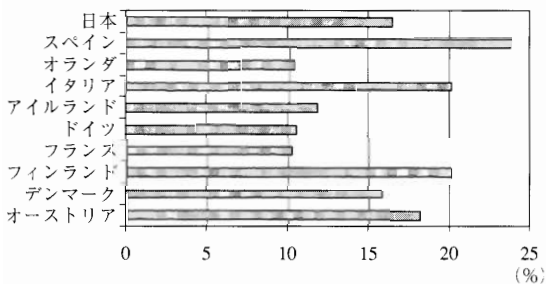
次に、2点目の費用抑制のための「患者負担」の活用についてお話しさせていただきます。日本に比べると、ヨーロッパは伝統的に患者負担水準は低かったのですが、患者負担が高いところ、例えばフランスやアイルランドでは、患者負担を補填するための任意保険がよく普及しており、それによって患者負担による患者行動への動機付けの効果が薄くなっています。もちろん任意保険によ

って、患者が保護されるのですから、任意保険そのものは良いわけですが、コストコントロールの意味でのインセンティブは任意保険があることで希薄化されています。例えば、スウェーデンやオランダでは、それまではあまり大きく患者負担を導入してこなかったのですが、このセミナーの直前に、オランダ議会が患者負担を導入することについて拒否するという事態が起きました。

また、医薬品の患者負担の一形態として参照価格制度というのが行われています。これは、医薬品がある群に分けられ、その群に対して1つの価格が与えられ、これが保険者から伝達されます。もし患者がその群の中でより高価な薬剤を選ぶと、自分が選んだものと参照価格の差を払わなくてはならないというものです。現在、こうした患者負担を、ライフスタイルに応じた形で、例えば喫煙をする人やアルコールをたくさん飲む人には、たくさん負担させるということはある国では検討はしていますが、実施されていません。

図4は、日本も含めた医療費支出総額に占める自己負担額の割合を示しています。フランスやアイルランドについては、任意保険の患者負担分が入っていないため、少し誤解を招きやすくなっているかもしれません。

最近の患者負担の在り方について、ドイツの例を挙げてご説明したいと思います。ドイツは最近になって、3ヵ月間で初診1件につき10ユーロを患者が負担するという制度を導入し始めました。その目的は、患者が、一定の期間に、いろいろな医者のところに行くことを防止するようにしたの



出典) OECD 医療データ。

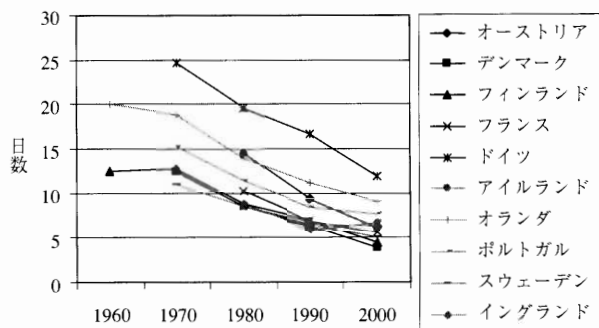
図4 医療費支出総額に占める自己負担額の割合

です。需要に対する効果はある程度見られますが、これはかなり原始的なやり方で、改革が利用パターンを歪める可能性もあります。既に、貧困層や慢性病患者には不利になるのではないかとすることに関心が向いています。

これまでのところ患者負担を補填する民間保険はまだありません。新しい構想があって、社会保険方式の国で新たな試みが始まったわけですが、今後、どうなるか分かりません。次に、参照価格についてですが、これは、欧州で広範に導入されています。例えば、スウェーデン、フランスやドイツですが、一方で、ノルウェーではこれを止めています。これは、技術的に複雑すぎて実施が困難であるということと、あまり効果がなかったということ、特に高額医薬品の使用が目立って減るということがなかったからということとです。

最後に、コスト抑制に関して簡単に「コミュニティケア」について申し上げます。おそらく、欧州における、さらなるコスト削減の余地はここにあるのではないかと私は思っています。目標あるいは目的によって「統合的なケア」という違う表現が使われているところもありますが、つまり不要な入院を回避するということが、万が一入院が発生したとしても在院日数を最小限にするような努力がされています。超長期の入院については、これはベッドブロックという言い方がされていますが、いろいろな試みが始まっています。例えば、ベルギーでは90日の入院を超えた部分には一定料金がかかるという制度が始まっています。ただし、これは、90日の入院の後、転院してしまうのであまり意味がなくなっている場合もあります。オランダでは、あまり病院を使わない、あるいは一定期間、入院をしなかった人については保険料を割引くということが検討されています。また、イギリスでは、地方自治体に対してのインセンティブですが、退院の用意ができていない人に対しては共同体でのケアに移行させるようなインセンティブを考えています。逆に、共同体の方で、受け入れができていない場合には制裁的な料金がかかるということも検討されています。

図5は、欧州で在院日数がどれだけ減少してい



出典) OECD 医療データ。

図5 平均入院日数の傾向 (全て急性疾患)

るかを示しています。1960年から今年まで順調に下がり続けていることが分かります。これにより、さらに短縮の余地があるのではないかと思います。この点をまとめると、「コミュニティケア」を実施することによって得られるメリットは、在院日数を短縮することではなく、入院をなるべくさせないですませるということになります。

3 市場と効率性

さて、次に大きな項目の2番目の「市場の役割と医療における効率性」についてお話しさせていただきます。これは1990年代に一番話題になった問題でした。各国で、市場原理を医療提供者側に導入しようと検討しましたし、支払いのメカニズムを考えることによってサービスの在り方を考えました。また、買い手側の市場にも市場原理を導入しようという話があり、市場の機能を高めるためには情報提供が必要だという話題がありました。一方で、何を購入するのか医療のことが分からないという問題があったので、どういう医療手技、医療技術が、医療サービスのパッケージの中に含まれるべきか、それを考えるために医療技術の評価を試みる動きがありました。それらを順に述べていきます。

まず提供側ですが、より競争的になるように多くの努力が払われてきました。最近の状況を見ても、市場という存在は重要で、特に急性期

には意味があることが分かりました。急性期については特に医療の役割が重要で、その転帰に大きな影響が出ます。しかしそれ以外での分野でも意味があり、特に慢性期の疾患についても意味があります。ほとんどの医療制度のもとでは、まだ慢性期に関しては市場原理を導入していないか、導入したとしてもかなり慎重で規制をかけて導入しています。

一方で、提供者側の市場の効率性向上についてはあまりはっきりした証拠は分かっています。医療提供機関のオーナーシップをどこが持っているかで意味があるのかも分かっています。例えば、スウェーデン、スペイン、イギリスなどでは、医療機関を公的な部門から非営利部門に移すこと、あるいは民間保有も検討はされていますが、それによって効率性向上に大きな影響があるかどうかはまだはっきりとつかめていません。

どのような市場であったとしても、きちんと機能している支払メカニズムが必要です。この支払いのメカニズムは欧州では広く議論されていますが、ほぼ全ての欧州諸国においては、医療提供者に対して何らかのDRGに基づいた制度で償還を行っています。ほとんどのDRGにおいては、前年の平均コストによって点数表を設定しており、それを次の年に伸ばしています。診断群別のものですが、DRGをより能動的に使うことによって、効果的な部分について伸ばしていき、非効率的なところについてはそれを抑えるような方向に活用することはできるはずなのですが、まだ受身的に

しか使われていません。

欧州のほとんどのシステムにおいてはDRGの制度に加えて、他の制度を整備しています。例えば、税による助成とか、基金を設けておくという方法です。例えば、地方自治体が病院を建設する場合には、地方の医療制度に対して助成するという形になります。外来については、あまりこうした展開はされておらず、これまで主として入院について行われてきました。

治療コストのリスクを支払側と提供者との間でどのように分担するかということにも、まだ問題が残っています。個人的にはどこまでコストを共有していくか、それは疾病にもよると思いますし、医療部門によっても変わってくると考えています。詳しい議論は省略しますが、支払メカニズム、例えばDRGに基づいたメカニズムがどのように調整されているか、それによって複数の当事者間でリスクをどう分担しているかですが、例えば、ノルウェーでは、地方自治体の負担は、一部はDRG(つまり現実の活動)に、一部はリスク調整をした人頭割(つまり予想される活動)に基づいて行っています。また、ドイツでは、登録された慢性プログラムに加入している患者がいると、疾病金庫向けにさらに人頭割支払いが行われます。

次に、支払者の市場についてです。医療における支払いは、伝統的には受身である傾向がありました。保険基金あるいは地方自治体が支払うわけですが、これまでは、受動的にある特定の数字あるいは表に基づいて償還していました。つまり効率や質をあまり考えずに、決められた数字と表に基づいて償還をしている傾向がありました。最近では、このような方法では問題があるということで、ある程度受動的ではなく、能動的になる傾向があり、支払者の態度が変わりつつあります。特に、社会保険制度を採っているオランダ、ドイツ、ベルギー、スイスについては、疾病金庫間で競争させようとしています。すなわち、疾病金庫がもっと受身ではない形で、質も効率も考えるように促すということです。

これまでの経験によると、大体リスク調整のプロセスに注目があてられてきました。つまり疾病

金庫に対して償還をする際に、異なる年齢構造あるいは医療プロフィールに基づいて行うということです。そのため、疾病金庫に対する償還あるいは疾病金庫間の移動について、平等の土俵を整備するということが注目が集まりはじめました。そうなりますと、同じ質のケアであれば、同じ保険料あるいは同じ料金を患者から徴収しようとするようになります。

また、金持ちで保険料も多く納めていて健康な人たちだけを選別することを防止することも話題になっています。初期の段階では、これが懸案事項でしたが、改革をすることによって、実際に効率も質も向上していることがわかってきました。一方で、全ての制度に共通した重要な問題があります。1つは、どのようにして支払者が支払う側の立場から改良を促すことができるか、という点です。また、従来から、社会保険制度のもとで患者はどの医療機関を選んでもいいという自由があるわけですが、固定された診療報酬点数表を維持することによって、支払側が医療提供者をどのようにコントロールできるか、さらに患者が効率的な質の良いところに行くようにどのように仕向けていくかが重要な問題だと思われまます。

次に、リスク調整のなかで、どの側面を見れば、保険基金あるいは疾病金庫間で公平な場を設定することができるかを考えたいと思います。図6は

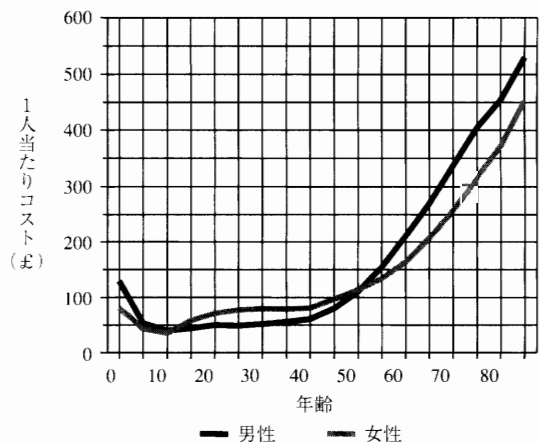


図6 リスク調整その1：年齢・性別：イングランドの急性期治療

日本でもおなじみだと思いますが、これは1人当たりの年齢別の急性期治療における年間のコストについて示したものです。これはイギリスを例にとり、男女別に示したものです。年齢が上がれば上がるほどコストが急増していることが一目で分かります。イギリスの疾病金庫、これは地方の保険当局が行っているわけですが、この差額に関する償還は必要です。一方で、地方が違えば保険者も違い病気の発生の度合いも異なります。年齢構造に関わらず、疾病の発症率に違いがあります。

イギリスでは、複雑な調整算定式を用いて調整することによって、支払者間で異なる発症率を調整しています。死亡率、有病率、失業率のほか、1人で住んでいる高齢者の医療費は高く付く傾向があるので調整を行っています。また、家で介護してくれる人がいない、あるいは片親の家庭については、貧困の1つのインジケータとして調整しています。こういう算定をすると再分配が起きますが、イギリスでは医療地区 (health district) があって、その間での再分配が起きます。図7において、1番上の部分では、リスク調整をしており、1人当たりの予算を平均よりも35%多くとっています。1番下の部分では、平均よりも20%低い額しか受け取らないということです。

表2のとおり、問題があまりないところという意味で、マンチェスターは1番不利で、ウェストサリーが1番豊かで有利なところだということになっています。現在のところ、マンチェスターの死亡率は、平均の135%という高い値で、ウェストサリーの場合は平均の80%という低い死亡率になっています。その点の調整をするわけですが、

平衡交付金 (equalization grant) による利益 (損失) 割合
(イングランドの183の医療地区)

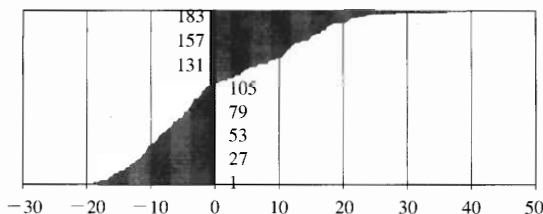


図7 イングランドの再分配システムの結果

マンチェスターには、平均よりも35%多く予算を充て、ウェストサリーは平均よりも20%も少なく予算を充てることで調整しようとしています。今、イギリスでは、いろいろな議論がありまして、このギャップを拡大するべきかどうか、それによって各医療制度の方で格差を縮小するべく努力をする必要があるのではないかという議論になっています。これは公正性の問題です。公正と公平の問題については、議論が進行中でまだ決着がついていません。

次に、情報と市場についてお話しさせていただきます。どの市場であったとしても、質に関する情報がなければ機能はしません。例えば、患者はどの医療機関に行くか決めることができませんし、医者も選ぶことができません。従来、この分野については、支払者にとっても、患者にとってもあまり情報がないことが特徴でした。これからは、欧州においても、より良い情報システムを医療分野で用意する必要があることが話題になっています。これは、IT革命が起こっていますので、革命的に変えることができるはずですが、懸念もあります。公開することによって提供者側の行動に歪みが発生する可能性があるということについて、情報公開を行うとどのような結果になるか、現在、慎重に検討しているところです。

イギリスでは、表3のとおり、これはレストランと同じですが、星マークのランキングを付けています。3ツ星からゼロまでのパフォーマンス格付けのシステムがあります。このランキングの背景にあるターゲットは、ここにイギリスの特徴が反映されていて、表4のとおり、待ち時間が短いか長いかがということが一番重要になっています。皆様もイギリスのことを少しでもお聞きでしたら有名だと思いますが、待ち時間はワールドチャン

表2 負担ギャップをどの程度拡大すべきか？

	75歳未満 死亡率	1人当たり負担 (対全国比(%))
マンチェスター	135.4	133.1
ウェストサリー	79.5	81.7
イングランド	100.0	100.0

表3 イングランドのパフォーマンス格付け：
急性期治療病院

***	パフォーマンスが最高水準にある病院
**	パフォーマンス全体としてはすぐれているが、一貫して高い水準に達しているとはいえない病院
*	特定のキータラゲットに関して何らかの懸念要因がある病院
!	キータラゲットに関するパフォーマンス水準が最も低い病院

出所) <http://www.doh.gov.uk/performancecratings/2002/>

表4 パフォーマンス格付け—2002年のキータラゲット

1.	入院治療を18ヵ月以上待つ患者がいない
2.	入院治療を15ヵ月以上待つ患者が少ない
3.	外来治療を26週間以上待つ患者がいない
4.	ストレッチャー(車輪つき担架)に乗せられて12時間以上待つ患者が少ない
5.	当日キャンセルになる手術が1%未満
6.	ガン疑いがありながら病院での診察を2週間以上待つ患者がいない
7.	職員の職業生活の改善
8.	病院の清潔さ
9.	財務状況が良好
—	さらに…
—	…質の検査が良好

ピオンです。とにかく待ち時間を何とかすることが何よりも政治的に重要な問題になっています。実際、このランキングはとても効果があり、少し待ち時間が下がりつつあります。

格付けにおいて、必要な項目はいくつかありますが、例えば、財務状況のチェックも受けなければなりません。待ち時間だけではなく、財務状況も関連があるということです。質に関する調査もあります。臨床上のクオリティも調べられます。私がかかっている病院、私の同僚アラン・メイナード先生が診ている病院は、2002年に3ツ星をもらいました。このパフォーマンス格付けのおかげで、良い影響が出ています。待ち時間がイギリスでは短縮されつつあるということです。ウェールズでも、同様の制度がありますが、この星による格付けは使っていないので待ち時間は減らずに伸びているという違いがはっきり出ています。

とは言うものの、このいくつかのインジケータ

ーだけで縛りをはけるのはいかがなものか、いわばゲーム的な競争になっていないかという懸念の声もあがっています。実際データで不正あるいは操作が行われているという事例も発生しています。また、星が1つも付かなかったということでクビになったトップもいます。予想されない有害事象、副作用もありました。臨床的な質に関する方面でもこのような試みがあるので、これからはこの面を重点的に考えて格付けを付けなければいけません。

さて、どのようなサービスあるいは財を買いたいと思っているのか、その情報がなければ市場は存在しません。医療部門においては固有の特徴があります。それは、市場を運営しようとしながら、何を購入したいのかが明確にわからないという不思議な市場だということです。欧州の多くの国では、基本的に必須な医療パッケージはどのような中身があるべきであるか定義付けようとしています。市民が公的な医療制度から何を期待してよいのか、また提供者側として何を提供することが期待されているのか決定しようとしています。その際の採用基準は、介入あるいは医療主義のコスト効果です。

費用対効果をどのように測定するかの手法に関する研究も進んでいます。医療技術を評価することによって、それを必須の基本パッケージに入れるべきかどうかを判断しようとしています。これは、ヘルスエコノミストが勉強していますが、イギリスでは専門家不足を痛感しています。現在、この医療分野のエコノミストは、自らの会社の技術について費用効果が高いということを実証したい製薬会社に確保されてしまっていて人材が不足しています。

この医療技術については、これまでは新しい手技にばかり焦点が当たる傾向がありましたが、本来は医学的介入方法全てについて検討すべきです。これは、大変な作業になります。ありとあらゆる技術、しかも複雑なものがあるわけですから。しかし、多くの国では医療技術評価機関を設置しつつあります。重要な事例としてイングランド、フィンランド、ドイツ、スウェーデンの例があります。概

ね始まってまだ間もないですが、費用対効果の評価は、政策立案者としては良いものだと考えているので、今後、どの技術を必須給付パッケージに含めるべきかという議論は良い方向に向かっています。

4 質の向上

さて、最後に、大きな項目の3番目として、「質の向上」についてお話しさせていただきます。

欧州における制度改革の方向性として、質を改善しなければいけないという懸念があります。医療制度では、均質に良質なケアを提供できていないという問題です。情報技術が革命的に進歩していますが、それと同時に複数の手段で医療の質も改善しなければいけないという議論になっています。そのうち3つだけ申し上げます。まず第1に、専門家が提供する医療の専門性を高めることができるようにすること。第2に、患者の力を高めることによって患者からも良い質を求めるように行動すること。第3に、専門家側に動機付けを与えて質を高めていくモチベーションを起すということです。

専門性を高める場合には、2つの違う側面があります。第1は、専門家を支援して専門家がより良い治療を提供できるようにすることで、継続的な質の改善になります。これは、特にオランダやスウェーデンなどの北欧で目立っています。第2は、安全ではないお医者さんがいた場合、これをチェックするということです。イギリスでは、これが深刻な問題になっているので後で例を申し上げます。

まず、「専門性の改善」については、質を改善すればどのようなところで1番大きなメリットがあるか、スウェーデンの例を紹介します。スウェーデンでは、品質の登録簿を作っておかなければいけません。ある特定の手技を集中的に行っている医療機関をまとめ、その情報を臨床医の間で共有しています。また、国家基金があって、データを中央で集めています。毎年会合を開催し、この中で1番質が高かったところについて、医療機関の情報を公開しています。ただし、その一部の登

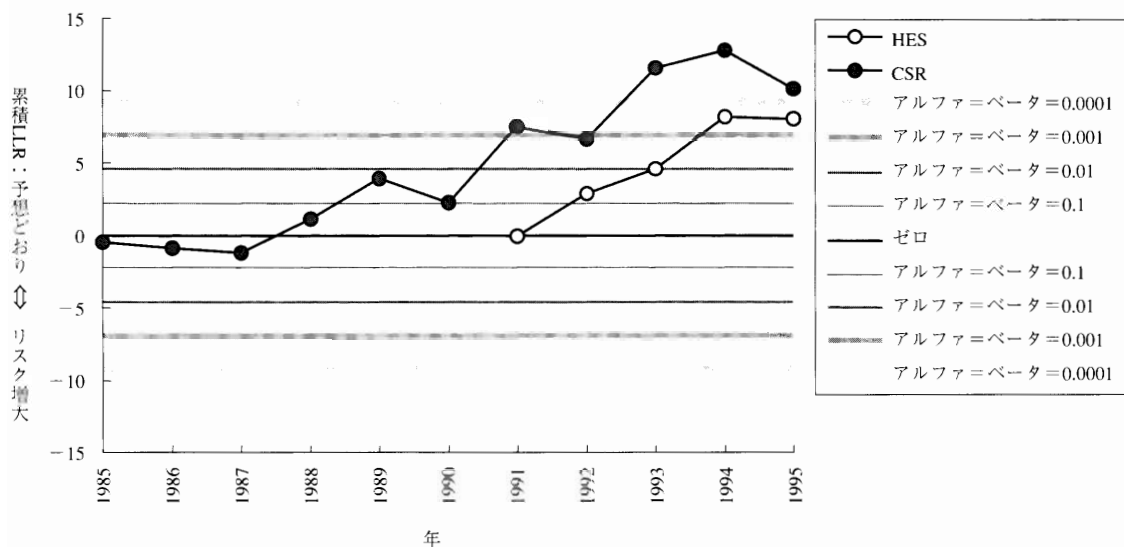
録簿についてはあまりうまく機能しておらず、全く意味がない状況になっているので、スウェーデンではあまり先進的ではない医療機関が、先進的なところからどう学ぶことができるかが今後の課題となっています。

次に、危険な医師がいた場合にどうするかということですが、実際に、スキャンダルが2つ発生しています。お聞きになった方もいるかもしれませんが、少なくとも250人の患者を殺したとされている開業医がいました。しかも10年間以上継続していたにもかかわらず、当局がそれを発見できず、地元の他の先生方も気がつかなかったというスキャンダルが発生しました。これによって少なくともイギリスでは、制度が抜本的に変更され、医療部門において自主規制から第三者によるチェックを入れることになりました。

もう1つのスキャンダルは、プリストルの病院のある1部門での出来事です。子供の心臓手術で長年に亘って非常に転帰が悪い状態が目立っていました。その地域の開業医はその問題に実は気がついていました。子供の心臓手術はあの病院でやると危ないとみんな気がついていたのに、何も行動を起こさなかったのです。

図8のチャートは統計学者が作ったのですが、ルーティンのデータをきちんと分析していたのであれば、このようなスキャンダルについては事前に察知し得たはずであり、特定の医師の手術は危険であると分かったはずであるとされています。これは、子供の特定の傷病における死亡率を国家平均と比較して見ると、危なすぎるということを示しています。水平のラインは、さまざまなリスクの水準を示しており、これを超えたら調査をしなければいけないという閾値になっています。この線をどの段階で引くかということは、どれだけ安全性の違反について深刻だと考えているかどうかによります。聞いたところによりますと、ほとんどの場合において、調査をしなければならないという閾値はレベル5で、それを上回った場合には危険ということになります。

もしここに閾値を設定していれば、1991年のプリストルの病院における調査のきっかけになっ



D. J. Spiegelhalter, R. Kinsman, O. Grigg and T. Treasure (2003) 'Risk-adjusted sequential probability ratio tests: applications to Bristol, Shipman, and adult cardiac surgery', *International Journal for Quality in Health Care* 15: 7-13.

図8 危険な開業医を特定：調査していれば危険な医師を早期発見できたか？

たはずでしょう。ということは、4年早くその診療を止めることができたはずでした。ということで、ルーティンなデータを使ってルーティンな分析をただけでも、問題医療機関に早く介入できたはずであり、それによってそのような危険なチームが事態を改善しない限り、診療行為を継続させないことができたはずだと言われています。

次に、「患者のエンパワーメント」についてです。これについては、ヨーロッパ内部で矛盾するような圧力が作用しています。すなわち、デンマークとイギリスでは患者の選択肢を拡大しようとしていて、医療提供者側に対して待ち時間を短縮するようにプレッシャーがかかっています。一方で、社会保険を採用している国では、患者の選択肢を制限しようとしています。その狙いは、なるべく本当に望ましい医療機関にみんなが集中するように、つまり質的にもコスト的にも望ましいところにみんなが行くように、積極的に選ぶよう促そうということです。そういう意味で、そもそも理念の違いが見られます。

デンマークやイギリスのような国では患者に力を与えることによって、医療者側のパフォーマンス

も上がると期待していて、社会保険の国々では支払側あるいは保険者に力を与えることによってパフォーマンスを改善することができるとしており、考え方の違いがあります。どちらの視点の方が正しいのかは議論すれば面白いと思います。ただし、私は、支払側、すなわち保険者の方が市民よりも力を持ったほうがいいのではないかと考えています。しかし、慢性疾患については違うかもしれません。いわば専門家ようになってしまった患者がいるので、長らく病気を持っている患者の方が慢性疾患については優れた医療機関を選択する力を持っているかもしれません。

もちろん患者のエンパワーメントのためには、質の高い情報がなければなりません。これまでのところ、本当の意味でのそういった情報は存在しませんでした。現時点でも、情報を得た上で、選択を行うに当たっての良い情報はありませんが、将来は変わるはずで、そういう意味で、今後情報はとても大きな役割を果たすはずで、「専門家的患者」の概念はあまりヨーロッパでは定着していませんが、究極的に言えば、患者も支払者としての視点を持つことが大事です。こうした点で、

オランダでは、大変小規模な試みではありますが、現金を慢性患者に与えるという実験が行われています。これはいわば究極的な患者エンパワーメントのロジックです。究極的に患者を支払者の位置に置くという試みでもあります。

ちなみに、イギリスで「drfoster」というデータベースがあり、医療機関のパフォーマンスを比較しています。医師1人1人、それから医療機関ごとに比較対照しています。これはとても儲かっています。「drfoster」から出ている情報は、中立の立場なのです。政府からでもないし、医療機関からでもなく、独立した立場からのデータということで、皆さんお金を払って使っています。

最後に「質に対する動機付け」です。これまでの証拠を見ていきますと、やはり質に大きな違いがあることが分かってきました。最近では質の測定能力も高くなっています。ということであれば、そのデータを公表しない理由はありません。しかし一方で、これは特にアメリカで言われているのですが、医療機関の質のデータを出すだけでは意味がないということです。もっと直接的に医師に動機付けを与えて、医師が自ら質を向上させるようにしていかなければいけないという議論があります。そこでは、医師に対して直接的なモチベーションが必要です。そのなかで最も大胆なやり方が、イギリスで始まっている新しい家庭医契約です。各家庭医がポイントを稼ぐことができます。146の指標がありまして、最高で1050ポイント取ることができます。1ポイントあたり110ユーロ獲得することができるのですが、それも難しい状況であればあるほど、つまり不利な状況あるいは地域であればあるほど、これが増えます。また最低所得保障があるので、家庭医で所得が減ることにはなりません。一方で、うまくやっているのであれば、そしてフルポイントを獲得すれば20%所得は増えるというスキームになっています。

表5のとおり、この指標には、146のインジケータがあり、7つの分野に分けてあります。1番重要なのは臨床分野のパフォーマンスです。ここでは76のインジケータがあり、家庭医の先

表5 GP契約：変動のある指標とポイント

実務分野	PI	ポイント
臨床	76	550
組織	56	184
追加サービス	10	36
患者の経験	4	100
ホリスティックケア（バランスのとれた臨床治療）	—	100
質の支払い（バランスのとれた質）	—	30
アクセスボーナス	—	50
最大値	146	1050

生方は満点で550ポイントになります。この臨床のインジケータを見ると、家庭医がカバーする全ての部門が網羅されています。家庭医の先生方に話すと分かるのですが、精神医療が1番大きな部分の仕事であると皆さんおっしゃっているのですけれども、精神医療はこの中でたった41ポイントにしかなっていません。

例として高血圧を使います。表6では、5つの指標があり、合わせて105ポイントになるのですが、第1に、当該家庭医が、高血圧と確定された患者の記録を作成できれば9ポイントを得ることができます。次に、継続管理あるいは診断がどのような状況であるかでポイントが決まっています。例えば、高血圧の患者で、最後に測った血圧が150-90あるいはそれ以下であるというデータを出すことができるかどうかであり、これが満点の場合は56ポイントを取ることができます。もし患者のうち25%について特定のデータがあれば、ポイントを得ることができます。70%の患者について最新データの数字が出せるということであれば、最高の56ポイントを取ることができます。こういう新しい情報を活用して効率や質を高めようという努力が行われています。

この他、ヨーロッパにおける懸案事項としては、1つは、そもそも財源が持続できるのかどうかということです。特に社会保険方式の国家では、財源が小さすぎるということが心配されています。欧州の国ではこの問題を乗り越えるために、社会保険基金に上乗せして財源を用意しています。例

表6 高血圧：変動のある指標，等級，ポイント

記録	最低	最高	ポイント
BP 1. 当該家庭医は高血圧と確定された患者の記録を作成できる			9
診断と当初管理			
BP 2. 喫煙の有無についての記録が1回以上ある高血圧患者の割合	25	90	10
BP 3. 喫煙する高血圧患者で、禁煙のアドバイスを1回以上した旨の記録がある患者の割合 (%)	25	90	10
継続的管理			
BP 4. 過去9ヵ月間の血圧の記録がある高血圧患者の割合 (%)	25	90	20
BP 5. (過去9ヵ月間の) 最新の血圧が150/90またはそれ以下の高血圧患者の割合 (%)	25	70	56

えば、ベルギーでは社会保険基金に対して税収からの補填が行われています。また、欧州では、広く人材不足が懸念されています。特に医師と看護師の不足が心配されています。さらに、医薬品に関する規制も継続しています。研究開発を促しながらもコスト高にならないようにということが狙いです。

最後に、これはこの会議のトピックでもありますが、人口高齢化は懸念の1つであります。ただし、医療部門においては高齢化の問題は以前思っていたほどではないのかもしれないという傾向が出ています。少なくとも医療費という意味では、以前考えていたほどではないのかもしれないということです。医療費のコストの大部分は死亡直前に発生します。死亡は1回だけですから、1番コストがかかるのは亡くなる直前の人生1回だけであるということ、高齢化だけでは、我々が思っていたほど深刻な事態にはならないかもしれないという傾向があります。

5 日本への示唆

最後に、日本に向けての示唆です。欧州の経験に基づいて日本についてはどうすべきであるか申し上げます。これは、ヨーロッパ発の改革から得た教訓であって、あとは日本に該当するかどうかです。

まず、社会保険制度の4つの弱点について申し上げます。第1に財政基盤が狭いとい

うこと、第2に医療の質や費用に対して保険者の関与が難しいということ、第3に支出増加に対するコントロールが欠如していること、第4に医療提供者の保険者や患者に対する説明責任が欠如しているということです。

さて、これらについては、ヨーロッパで試行された、いくつかのアイデアを使って対応することは可能であると思います。まず一般財源、その他の財源からの相互補助です。これはすぐに導入することが可能です。今の社会保障制度を解体しなくてもできます。また、保険者がより積極的に医療サービスを購入するというのも奨励することはできます。ただし、日本では、保険者は今よりも規模が大きくないとこれが有効性を持たないでしょう。また、患者に対して望ましい医療提供者を利用してもらうための動機付けがあります。例えば、保険料に対して割引を与えるというような動機付けです。また、医療技術評価の適用を拡大するという点に関しては大きな余地があります。つまり、費用対効果の高い手技だけが使われるようにするという点です。社会保険のシステムのなかではゲートキーピングシステムを検討する良い実験をする場所になりますし、患者自己負担に関する政策の改革も考えられます。最後に、大きなポテンシャルがある部分として情報の強化があります。特に、医療提供者の質やコストに関する情報強化です。

次に、私が日本の政策における3つのトップ項

目は何かと言われたら、私は日本制度に関してごくわずかしら知りませんが、表面的な私の理解ではっきりした3つのメリットがあることとして言えるのは、まず、医療提供者、保険者の質や効率性に関する比較のための情報の改善です。

2つ目は、患者に対する費用面での動機付けを実験してみるということです。日本はユニークな利点を持っています。日本ではすでに患者負担が高いという点です。この患者負担を非常にクリエイティブな形で使って、患者が効率の高い医療提供者を使うように奨励したらどうかと考えます。

最後に、これは全医療制度での普遍的な問題ですが、より積極的で柔軟な形で保険者が医療サービスを購入していく必要があると思われます。より良い形で、より高品質かつ効率性の高いケアを購入してもらうように奨励していくということです。

さらに、日本の医療制度の特徴として、保険者

の規模が小さいということがあります。こういった保険者のいくつかが合併してより大きなパートナーと合併することが必要かもしれません。

医療制度改革については、いろいろな興味深いアイデアが、ヨーロッパで台頭してきているということを指摘しておきます。それに関しては、ごくわずかなものしか評価されていません。そして、それが成功するかしないかということはそれぞれの国によって異なってくるということが挙げられます。日本の政策決定者にとっては、ヨーロッパから出てきている新しいアイデアを実験するためには、どのような改革であっても十分に慎重に評価して、日本の文脈で考慮された上で実施されなければいけないと考えます。そうすれば、5年くらい先に今度はヨーロッパの同僚に対して、日本の改革から学んだ教訓は何であるか、逆に、話せる立場になるのではないかと考えています。