

長寿社会における高齢者の介護・医療システムの適正化戦略
－ 医療編 －

報告書

平成 23 年 3 月

研究責任者氏名 後藤武

研究員氏名 小山秀夫

兵庫県立大学経営研究科医療マネジメント専攻

まえがき

長寿社会における高齢者の医療システムの適正化戦略医療編は、人口の高齢化が進むわが国の医療問題について、制度的、経済的、政治的側面から分析を行い、実行可能な医療システムの適正化戦略を提案することを研究目的とした。言うまでもなく、わが国の医療問題の多くは、直近 20 年の経済構造や、人口構造をはじめとする社会構造の変化と密接に関連しているが、深刻な財政危機は、医療問題解決のために必要な財政発動を困難にし、政策展開の幅を狭くしている。その中であって、医療供給体制は、制度的には整備が進んできたと評価できるが、医療財源や医師の確保など、制度的対応だけでは解決できない問題を抱えている。

医療制度やサービスの変革を伴う社会的イノベーションは、最終的には、地域と地域住民自体の変革（民主的イノベーション）がなければ完成しない。現在、医学部入学定員の都道府県間格差が、医師の地域偏在、ひいては医師不足の大きな原因になっている。近年の医局の崩壊も、医師の地域偏在、診療科目間の不均衡、病院・診療所間の不均衡を招き、医師不足の一因となっている。最近、複数の都道府県において、国の方針に反して、医学部、あるいはメディカル・スクール（医科専門職大学院）を整備すべく、検討が始められている。欧米では、メディカル・スクール（医科専門職大学院）での医師養成は、医療の質の向上の面からも高く評価されている現状にある。

現在、医療制度の展開過程において、リーダーシップの欠如、脆弱なマネジメントの存在、ガバナンスの視点の欠如などが、医療機関の経営を蝕んでいる。医療政策における分配・再分配といった政策課題の解決や戦略の立案に当たっては、官僚主導、政治主導から市民主導に切り替える必要があると考えるものである。

この報告書では、以下の 6 点を政策提言したい。

1. 医療分野における、制度的・サービスの・民主的イノベーションをつなげる政策を展開する。
2. 医療政策における、官僚・政治主導の再分配戦略から、市民主導の戦略への転換を図る。
3. 財政発動、医療システムの再構築のみならず、不可欠とされる住民参加の促進と、それを支援する政策を充実する。
4. 医師の地域的偏在や診療科目間の不均衡を是正するため、兵庫県においても、大学医局との協働によって、調整組織としての全県医局（仮称）を設置する。
5. 兵庫県立大学における、メディカル・スクール（医科専門職大学院）など、新たな医師養成施設整備を検討する。
6. 医療従事者に対する、マネジメントやガバナンス教育を充実する。

以上の提言が関係各位に理解され、広範な医療問題への具体的解決策として検討されることを強く望みたい。

研究体制

研究責任者 後藤武 (兵庫県立大学経営研究科特任教授)

研究者 小山秀夫 (兵庫県立大学経営研究科教授)

目次

第1章	研究の概要	1
第2章	研究の成果	2
第1節	医療供給制度の現状	2
第2節	医療政策の展開	3
第3節	分析基軸としての社会的イノベーション	5
第4節	経済構造と社会構造の変化	7
第5節	医師養成と臨床研修	8
第6節	医療における市民参加活動	10
第7節	疑似市場下における成長戦略の限界	13
第3章	政策提言	15
	引用参考文献	16

第1章 研究の概要

(1) 研究のねらい

広範な問題を抱える長寿社会における高齢者の医療システムの適正化戦略は、極めて重要な国家的課題である。わが国の社会保障政策は、高福祉高負担の北欧型ではなく中福祉中負担の折衷型であったが、近年の社会保障財源難から給付引き下げが行われる一方、社会保険料引き上げや、消費税などの OECD 各国並み負担が行われないため、低福祉低負担化の傾向が強く、社会的ネットの役割が十分機能していない。医療保障も同様であって、国際的な医療水準と比較した場合、高水準を維持しているにもかかわらず、医師不足や救急医療システムの問題が解決できていない。本研究では、医療問題を制度的、経済的、民主的側面から現状分析し、実行可能な適正化戦略を提案する。

(2) 研究手法

本研究は、近年の新公共マネジメントや公共的ガバナンス論の研究成果を前提に、わが国の医療システムを制度的・経済的・政治的に現状分析し、その課題解決を社会的イノベーションの観点から再構築するものである。手法としては、文献研究や民主的イノベーションの事例研究を進めたものである。なお、検討に当たっては兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメント専攻の12名の大学院生と同・経営研究科の教員が討議に参加した。

(3) 研究の成果及び結論

- ①わが国の医療問題の多くは、直近20年の人口構造・社会構造の変化と密接に関連している。
- ②わが国の深刻な財政危機は、医療問題解決のための財政発動を困難にし、政策展開の幅を狭くしている。
- ③医療問題を、あえて制度的・経済的・政治的に現状分析した場合、医療制度としては整備されている。
- ④経済問題との医療費は、負担と給付の問題以外に、サービスの質との関係を重視するべきである。
- ⑤医師不足は、都道府県別の医師養成数の格差にその主因があることは明らかである。
- ⑥社会的イノベーションは、法律学・経済学・政治学的アプローチが可能で、学際的な検討が必要である。
- ⑦近年の病院ボランティアや医療に関する市民参加運動等の動向に着目することが重要である。

⑧[兵庫県立柏原病院の小児科を守る会]や日本病院ボランティア協会の活動を重視する。

⑨行政指導から政治主導への転換といわれて久しいが、市民主導の政策展開が必要なのではないか。

第2章 研究の成果

わが国の社会保障政策は、高福祉高負担の北欧型ではなく中福祉中負担の折衷型であったが、近年の社会保障財源難のために給付引き下げが行われる一方、社会保険料引き上げや、消費税などの OECD 各国並み負担が行われなため、低福祉低負担化の傾向が強く、社会的ネットの役割として十分には機能していない。医療保障も同様であって、国際的な医療水準と比較した場合、高水準を維持しているにもかかわらず、医師不足や救急医療システムの問題が解決できていない。本研究は、医療問題を制度的、経済的、民主的側面から現状分析し、実行可能な適正化戦略を提案することをねらいとしている。

第1節 医療供給制度の現状

医療法はわが国の医療供給体制の基本となる法律であり、昭和 23(1948)年から 30 回以上の改正が行われているが、特に第 1 次から第 5 次医療法改正といわれる 5 回の大きな改正の特徴は以下のとおりである。

医療法制定時は、感染症等の急性期の患者が中心であり、医療機関の量的整備と、医療水準の確保が必要な時代であった。その後、平均在院日数の増加や病院数の増加に伴い、昭和 60(1985)年に第一次医療法改正が行われ、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進等が行われた。この改正により、都道府県医療計画が導入された。

平成 4(1992)年の第二医療法改正では、患者の症状等に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系を図り、患者サービス向上のための医療に関する適切な情報の提供が行われた。特定機能病院や療養型病床群が制度化され、在宅医療が推進されたのもこの改正においてである。

第三次医療法改正は平成 9(1997)年に行われ、要介護者の増大への対応、医療提供体制の整備等が図られた。医療提供にあたっての患者の説明と理解(いわゆるインフォームド・コンセント)の推進、診療所への療養型病床群の整備、医療計画制度の充実、医療機関の広告制限の緩和等が行われた。

医療の高度化、専門分化や医療に関する情報提供を求める国民の声に応えるために、平成 13(2001)年に第四次医療法改正が行われた。①病院病床の一般病

床と療養病床の区分、②病院等の必置施設についての規制緩和、③医業等について広告できる事項の追加が行われた。この年厚生労働省は、「医療制度改革試案」を発表し、「21世紀の医療提供の姿」を提示するとともに、病床機能の明確化・重点化、医療に関する情報開示の促進による患者の選択の拡大、医療機関が広告できる事項の大幅な規制緩和を進めるようになった。

平成19(2007)年には、「患者の視点に立った質の高い効率的な医療提供体制の構築」を基本理念とした第五次医療法改正が行われた。そして、①医療情報の公表制度の創設や広告規制緩和等による患者の医療に関する選択の支援、②医療安全センターの設置による医療安全の確保、③国による基本方針の新設や医療連携体制の構築等の医療計画制度の見直しが行われた。また、入退院時の文書による説明が位置づけられ、医療機関の管理者は、①入院時に、入院から退院に至るまでの患者に対し提供される医療に関する計画書の作成・交付・説明が義務づけられた。②入院時の診療計画の作成・交付・説明の際に、医療機関の医療従事者の知見を十分に反映させ、医療従事者間の有機的連携を図ることが努力義務規定となり、③退院時の療養計画書の作成については、医療機関の管理者は退院後の必要な保健、医療または福祉サービスに関する事項を記載した退院後の療養に関する計画書を作成・交付・適切な説明を行うことが努力義務とされた。さらに、入院と同様に、退院後の保健・医療・福祉サービスを提供する者と連携を図る努力義務が規定された。この制度によって、厚生労働省は、①患者への情報提供の充実、②インフォームド・コンセントの充実、③チーム医療の推進、④他の医療機関との連携（いわゆる退院調整機能の発揮）の強化、⑤根拠に基づく医療（EBM）の推進等を図ることを意図した。

以上のように医療供給体制については、数度の改正を経て制度的な改善が図られてきたことから、経済的あるいは政治的にはともかく制度的には整備されているものと評価できる。しかし、理想的制度であっても、それが診療の現場の改善につながっているかどうかは、また別の問題であり、医療財源や医師をはじめとする医療従事者の不足問題は、医療制度の制度的対応だけでは、解決することができない。

第2節 医療政策の展開

麻生政権下の平成20(2008)年6月19日、首相府に設置されていた「社会保障国民会議」は、中間報告書を公表した。この中で、医療保険制度とともに介護保険制度の見直しと財源問題および医療・介護職員の大幅な増員のシミュレーションが示され、今後のニーズ拡大と職員増加と財源確保策としての消費税増税の必要性が明らかにされた。翌21年には、総選挙により麻生政権が倒れ、鳩山内閣が誕生した。12月30日には「新成長戦略（基本方針）」が閣議決定さ

れ、その中で「ライフ・イノベーションによる健康大国戦略」が示された。それは、2020年までに「医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約45兆円、新規雇用約280万人」を目標とするもので、主な施策として、次の項目が示された。

- 医療・介護・健康関連産業の成長産業化
- 日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発推進
- 医療・介護・健康関連産業のアジア等海外市場への展開促進
- バリアフリー住宅の供給促進
- 医療・介護サービスの基盤強化

そして、「医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業へ」と題して、次のような説明がなされた。

「我が国は、国民皆保険制度の下、低コストで質の高い医療サービスを国民に提供してきた結果、世界一の健康長寿国となった。世界のフロンティアを進む日本の高齢化は、ライフ・イノベーション（医療・介護分野革新）を力強く推進することにより新たなサービス成長産業と新・ものづくり産業を育てるチャンスでもある。したがって、高い成長と雇用創出が見込める医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けるとともに、民間事業者等の新たなサービス主体の参入も促進し、安全の確保や質の向上を図りながら、利用者本位の多様なサービスが提供できる体制を構築する。誰もが必要なサービスにアクセスできる体制を維持しながら、そのために必要な制度・ルールの変更等を進める」。

さらに、平成22(2010)年12月6日、民主党は、「税と社会保障の抜本改革調査会」（中間整理）を公表した。この中で、次のように述べている。

「世界に先駆けて実現した、わが国の『皆保険』制度は将来にわたって堅持していかなければならない。病気やけがなどで医療を必要とする人がいつでも適切な医療サービスの提供を受けられる『フリーアクセス』は国民の安心感の基盤であり、引き続き、堅持していく。現在の国民の不安に対しては、医師不足が深刻な急性期医療を中心に、『病床機能の効率化・高度化』『地域における医療機能ネットワーク化』『地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み』『急性期からポストホスピタルの一体化』『ガンをはじめとする生活習慣病対策の強化』などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である。また、規制制度の改革などによるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消、在宅での医療介護の充実など、国民がより良質の医療サービスを受けられるようにすべきである。」

その後、平成23(2011)年1月25日には「新成長戦略実現2011」が閣議決定された。この中の「(2)健康」では、次のような項目が述べられている。

○看護師、薬剤師、介護職員等、既存の医療・介護関連職種の活用促進・役割

拡大、医療クラーク等の大幅な導入

○24 時間地域巡回型訪問サービス、レスパイトケア（家族の介護負担軽減）拡充の本格実施

○特別養護老人ホームへの社会医療法人の参入、公益性等を踏まえた運営主体規制の見直し、いわゆる施設サービス等の供給総量に係る参酌標準の撤廃

○地域包括ケア推進の法体系等の整備

以上のように、麻生政権から民主党政権に移行したにもかかわらず、医療や介護政策等の基調としては同様なものである。ただし、深刻な財政危機は、医療問題解決のためのさらなる財政発動を困難にし、政策展開の幅を狭くしていることは確かである。

第3節 分析基軸としての社会的イノベーション

最近の医療政策の展開でも多用されるイノベーションという言葉は、「新結合」や「創造的破壊」言葉に象徴され、わが国では「技術革新」とか単に「変革」と訳されることが多い。P.E.ドラッカーは「技術というよりも経済や社会に関わる用語である」とした上で「社会的イノベーションとその重要性について最も興味ある例は、近代日本である」と述べている（注 i）。近代日本の歴史は、さまざまな国難に対し、時代ごとに社会的イノベーションで対応してきたということもできる。それは、間違いなく「社会的ニーズの充足という目標に動機づけられ、社会性を第一目的とする組織によって主に開発・普及された、革新的な活動・サービス・社会的目的を満たすために機能する新たなアイディア」の結集であった（注 ii）。

例えば、平成 12(2000)年に施行された介護保険制度は、主に「誰でもが利用できる仕組みを創ること」と「サービス量を飛躍的に増加させること」および「高齢者の社会的入院の是正を是正すること」ことを目的とした制度体系で、ドイツ流の社会保険方式と北欧流の市町村主義、それと米国流のケースマネジメントやオーストラリアなどのケアマネジメントの考え方を参考にした、わが国独自のアイディアである。こうした制度の成立過程をみれば、官僚主導型の制度改革であった。この意味では、制度的 (Institutional) イノベーションでもあったと言える。

制度当初導入されたグループホームや福祉用具の貸与や購入費あるいは住宅改修費などは、まったく新しいサービスの導入であったし、要介護認定システムやケアマネジメントの採用は、新しい技術であった。介護を社会保険制度で対応することは、介護と社会保険との「新結合」であり、介護と医療を統合し、在宅サービスの量を飛躍的に増加させるという目的は、制度の仕組みに組み込まれたのである。

介護保険制度は、その第 1 段階としての制度的イノベーションから、第 2 段階としてのケアないしサービス・イノベーションにつながったことにより大き

なインパクトを社会や地域に与えたことになる。そして、制度の本格的実施後も制度的にもサービス実態として変化し続けている。ただし、単一の制度で、広範な高齢者問題を解決することは困難であるばかりか、行政や介護保険事業者のみでは、問題の根本的な解決ができないことは、わが国の医療サービスの展開と同様である。

医療においても、制度改革が端緒となり、ケアやサービスのインベーションが起こることは明らかであるが、それだけでは広範な問題を解決することはできない。最終的には、サービスの受け手である地域や地域住民の積極的参加がなければならない。

社会的イノベーションは、制度やケア（サービス）の変革を伴うが、最終的には地域や地域住民自体の革新がなければ完成しないものである（注 iii）。すでに述べたように、介護保険制度は、その第 1 段階としての制度的イノベーション（Institutional innovation）から、第 2 段階としてのケアないしサービス・イノベーション（Care or Services innovation）につながったことにより大きなインパクトを社会や地域に与えた。つまり、制度的なことが端緒となり、ケアやサービスのインベーションが起こったし、制度施行後の法改正などにより新しいケアやサービスが採用され、それが地域でケアやサービスのイノベーションにつながるという相互浸透が起きたと考えることもできる。しかし、最終的には、いわゆる民主的イノベーションにつながらない限り広範な問題を全て解決できるわけではない（注 iv）。

Graham Smith は、“Democratic innovations” ,という本の中で、どのように市民を（生活にかかわる）政治的な意思決定に参加させるかという視点で、民主的イノベーションの 4 つの評価軸を次のように述べている（注 v）。

- ① **inclusiveness**（包括性）：少なくとも 2 種類の参加（出席と発言）において政治的な平等が実現されること
- ② **popular control**：参加者が意思決定の様々な面に影響力をもつこと
- ③ **considered judgment**：市民が考慮すべき問題の技術的詳細と、他の市民がどのようにそれをみているかを理解すること
- ④ **transparency**（透明性）：参加者と市民一般に対し、手続きがオープンであること

第 2 節でみたように政府が医療や介護を成長戦略に組み入れ、この分野でイノベーションを起こそうという意図は理解できるが、より重要なことは広範な医療問題を民主的イノベーションにつなげていくことが課題となっていると考えられる。つまり、社会的イノベーションは、制度的に創られ、ケアやサービスがつながり、そして変わっていくものと理解できるのである。それゆえ、民主的イノベーションにつなげることによって「創り・つながり・変わっていく」というプロセスから社会的イノベーションを引き起こすことが重要であると考えられるのである。それゆえ、社会的イノベーションという観点から、医療問題を分析することは有効であると考えられるのである。

第4節 経済構造と社会構造の変化

わが国の医療問題の多くは、直近20年の経済構造や人口構造をはじめとした社会構造の変化と密接に関連している。「国際通貨基金（IMF）」によると、地方税を含む一般政府の債務残高は2009年に名目国内総生産（GDP）の217%に達し、2011年1月の最新統計によると2012年には232%に達する」これは、1946年のドイツを除くと「先進国史上最悪の水準とみられる」（2011年2月12日、日経新聞）。言うまでもなく、日本の財政問題は深刻であり、このまま放置することは許されないことである。そして、失われた20年といわれる経済構造の変化は、社会保障制度全体に暗い影を投げかけている。しかし、このような経済構造の変化以上に深刻なのが社会構造の急激な変化である。

介護保険制度が導入された平成12(2000)年10月1日現在の、65歳以上人口は17.4%、75歳以上人口は7.1%であった。これが平成27(2015)年には26.5%と12.6%になると推計されている。さらに、15年後の平成42(2030)年には、31.0%と18.7%に達すると推計されている。平成12(2000)年の75歳以上人口は、8,918万人、平成27年が15,850万人、平成42年には、20,825万人に達する。介護保険施行1年目の75歳以上人口は、15年後に約1.8倍、30年後に約2.3倍となるという。ただし、平成22(2010)年の総人口1億2,549万は、2015年には1億2,349万人に、さらに2030年には1億1,108万人まで減少し、それ以降も急激な人口減少超高齢社会が待ち構えている。

平成21(2009)年の「65歳以上の者のいる世帯」は、全世帯の41.9%にあたる約2,012万世帯で、このうち47.7%が65歳以上の者のみの世帯である。また、高齢者がいる世帯の23.0%が単身世帯で、夫婦のみ世帯は29.8%に達している。ちなみに、平成12(2000)年の65歳以上の単身世帯は、303万世帯であった。これが平成27(2015)年には約562万世帯、平成42(2030)年には約717万世帯に達すると推計されている。これを75歳以上の単身世帯でみると平成12(2000)年139万世帯から、平成27(2015)年に約296万世帯と2.1倍となり、平成42(2030)年には、約429万世帯、30年間で3.1倍に達すると推計されているのである。このような、75歳以上単身世帯の急増は、そのまま社会的ニーズの拡大に直結するものと考えられることができると同時に、高齢者の単身化が、「孤立化」に結び付き、さらに「無縁化」という社会問題に発展することは容易に想定できるのである。

以上のように高齢人口、特に75歳以上人口が増加し、高齢世帯の単身化あるいは夫婦のみ世帯が急増することによって、今後とも医療や介護ニーズは拡大していく。例えば、要介護（要支援）認定者は、10年で倍増し、費用額もわずか10年で2倍以上になっているのである。しかし、医療や介護保険制度は、給付が増えれば増えるほど保険料も税負担分も増える仕組みになっているため、制度の根幹である保険料負担や税負担に耐えることができるかといった財源問題に絶えず曝されているといえる。ただし、保険財政問題があるので、高齢者の単身化、孤立化、無縁化を放置してよいということにはならない。

高齢者ばかりか、若年労働者は、リストラや非正規雇用、ニートや引きこもりなどにより傷ついている。超高齢社会を支えるはずの生産労働人口が減少し、失業率が改善されず、非正規労働などにより賃金が減少すれば、いずれ税収も落ち込み社会保険料も負担できなくなってしまう。わかりきったことではあるが、問題を直視せず無責任な対応に終始すれば、いずれ社会保障制度も維持できなくなってしまう恐れがある。問題は、職場や学校、地域や家庭などの社会を再生しない限り、解決できないと考えざるを得ない。これらの再生には、経済や法律も必要であるが、広い意味での政治の関与が不可欠である。それは、まず住民の発言や参加、1人ひとりの意思決定、さらには、受け手と送り手という関係から、義務と責任を共有する双方向の努力と協力関係の構築などが必要となる。

1990年以降家族、地域、社会は変貌し、それ以前と比較すれば「ほころび、ゆがみ、崩れ去る」というのが、多くの国民の実感である。すでに、多くの若者も高齢者も居場所、行き場所を社会や地域の中で失っているのではないだろうか。

第5節 医師養成と臨床研修

国民にとって望ましい医療提供体制の整備のためには、質量共に豊かな医師の確保が必要なことは、言うまでもない。最近、わが国において、医師の量的不足が指摘されるようになったものの、改善されているわけではない。

昭和36(1961)年の国民皆保険達成などにより医療需要が急増し、昭和45(1970)年に「昭和60年までには人口10万人当たり医師150人を確保すること」との方針が立てられ、昭和48(1973)年「1県1医科大学構想」が閣議決定された。この構想は、医科大学が設置されていない、いわゆる無医大県をなくして医師数の増加を図ろうという趣旨であったが、極めて政治的な判断と言わざるを得ず、必ずしも、全国の都道府県における人口や人口構成、医療需要などを反映して出された政策ではなかった。そして、昭和56(1981)年には1県1大学の設置が実現され、人口10万対医師数150人という目標は昭和58(1983)年に達成されたが、それ以来、医師養成数に関する都道府県格差を有したまま固定される結果となっている。

昭和61(1986)年には、「将来の医師需要に関する検討委員会」から、「平成7年を目途に医師の新規参入を最小限10%削減する」との提言がなされ、医学部入学定員は再び削減されることとなり、平成9(1997)年6月3日の閣議決定「財政構造改革の推進について」の中で、「医療供給体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。合わせて、医師国家試験の合格数を抑制するなどの措置により、医療供給体制の合理化を図る」こととされた。この閣議決定から、「医師国家試験の合格者数は国

において調整」しうるといふ政策展開が図られた。

しかし、その後の医師不足から平成 19(2007)年 5 月の「緊急医師確保対策」において、医学部定員を一定期間緊急臨時的に最大 356 名増員させることになった。その後も「市域枠」「研究医枠」「歯学部定員振替枠」の名目で増員が図られた。現在、医師養成機関数としては、全国で 80 大学 8,846 人(防衛医科大学定員の 80 は除く)が養成されている。

このように、僅か 10 数年前に、国の方針として、医学部定員の削減の方向が示されたこと自体が、今日の医師不足の原因の一つとなっていることは、明らかである。

戦後導入された医師国家試験制度においては、試験の受験資格を得るために、大学卒業後、1 年以上の診療および公衆衛生に関する実地修練(インターン)を経なければならぬこととされており、昭和 43(1968)年、医師法改正により医師は免許取得後に、2 年以上、大学病院または厚生大臣の指定する病院(臨床研修病院)において臨床研修を行うよう努めるものとされた。

この臨床研修制度については、特にプライマリケアの能力に優れた医師の養成・確保が重要であるという観点から、昭和 43(1968)年以降、審議会の意見書を踏まえて、プライマリケアを修得させる臨床研修として推進された。

平成 12(2000)年 12 月では、卒後臨床研修を必修とする医師法の改正が行われ、卒後 2 年間の臨床研修は、平成 16(2004)年 4 月から必修となり、施行後は臨床研修終了者に対して修了証が与えられるとともに、臨床研修を修了した旨が医籍に登録されることとなった。卒後臨床研修を必修化が、最近の国公立・公的病院の勤務医不足、特定診療科医師の偏在・不足の原因であるという指摘がなされている。

医師の養成制度について、海外に目を転じれば、4 年制の一般大学を卒業した後、さらに 4 年制の「メディカル・スクール」に進学するアメリカ方式が、医療の質の向上の面から成果を上げているとして、一定の評価を得ている。わが国においても、メディカル・スクールと同様な教育制度として、改正「教育基本法」上、法科大学院に代表される「専門職大学院」の設置が認められるようになり、医学部における「医科専門職大学院(仮称)」の設置も、法律上、可能であると解釈できる。また、新しい「学校教育法」によれば、「大学は、国、地方公共団体、学校法人のみが設置できることができる」「大学に大学院を置くことができる」「大学院のうち、高度の専門性を担うための深い学識および卓越した能力を培うことを目的とするものは、専門職大学院とする」とされており、その趣旨から、医師こそ、専門職大学院での養成が、最も適切であるとも考えられる。この医科専門職大学院への入学は、メディカル・スクールと同様、最も若くても 22 歳以上となることから、人間的にもより成長し、医師となるべく

醸成された情熱を有する人材の確保が可能となる。

医師養成については、各都道府県で各種の検討が行われている。静岡県の川勝平太知事は、知事選挙のマニフェストの中に「命に格差はない。医療施設の偏在を克服するために東部地域に医科系の大学（医学部・メディカルスクール）の誘致を目指し、1年以内に着手する」とし、現在、「国の動向を注視しつつ、既存大学の誘致を基軸に据えながら、大学や病院の関係者と意見交換し、実現に向け取り組む」としている。

引用：（<http://www.pref.shizuoka.jp/governor/manifesto/report201004.html>）

医学部新設をめぐっては、すでに聖隷クリストファー大（浜松市）、東北福祉（仙台市）、北海道医療大（北海道当別町）、国際医療福祉大（栃木県大田原市）の4私立大学と公立はこだて未来大学（函館市）が設立準備を進めている。また、千葉県成田市のように、地域の医師確保や活性化の観点から、大学医学部の誘致を目指す動きもあるという（河北新報 2011. 02. 16）。

引用：（<http://www.kahoku.co.jp/news/2011/02/20110216t15015.htm>）

以上のような医学部新設の動きは、医師不足が深刻な地域で見られる。わが国の都道府県（従事者）別にみた医療施設に従事する人口10万人対医師数は、全国平均212.1人であるが、完全に西高東低の配置になっている。京都以西で医師数が全国平均以下なのは兵庫県と奈良県のみである。また、1医科大学あたりの全国平均人口は約150万人であるが、静岡県では379万人（第1位）、兵庫県では279万人（第2位）である。このような医師偏在と1医科大学人口の格差を放置したままにすることが、医療問題の解決を一層困難にしていると考えられる。

第6節 医療における市民参加活動

病院医療は、医療従事者の努力により支えられているが、医療の主体は地域であり、地域住民である。本来は、地域住民の積極的参加がなければ、地域医療自体が成立しないという考え方が、重要である。各種の住民参加活動から、いくつかの事例を紹介する。

事例1 「兵庫県立柏原病院の小児科を守る会」

以下では、平成23(2011)年2月5日の医療ガバナンス学会発行のMRIC（<http://medg.jp>）に掲載された、「兵庫県立柏原病院の小児科を守る会に守られた小児科医」和久祥三氏の報告から部分的に引用したい。

兵庫県立柏原病院は、人口約11万の丹波地区に位置する。この地区には、複数の公立・私立病院が存在し、医師が各施設に分散し、医師たちの疲弊が放置され続けていた。特に、新研修医制度導入や医療費抑制政策が医師不足に拍車をかける結果となった。平成16(2004)年、柏原病院では全科当直をする他科医

師の小児診療の負担を減らすため周辺施設に分散する小児科医の集約化を試みたが失敗した経緯がある。平成 18(2006)年にはかつて 3 病院で 7 名の小児科勤務医が 3 病院 4 名に減少したため、病院間輪番制度を開始した。しかし、翌年には、近隣の産科・小児科の撤退が進み、圏域内小児科勤務医は 2 病院 3 名へ減少、結果として産科・小児科患者のみの集約化が進み、壊滅的な状態となった。このような状況において、丹波で注目すべき市民運動が起きた。全国的に注目された「兵庫県立柏原病院の小児科を守る会」の誕生である。

「守る会」は、いわゆるコンビニ受診を含め、住民の医療に対する大きすぎる期待や要求も医療崩壊を加速させる大きな原因である。その是正のため、一部の要求型市民運動ではなく、医療者と住民が対峙せず、相互理解・相互協力のもとに新しい医療体制を探り守っていくことが不可欠であるという認識から、3つのスローガンを掲げた。

☆「コンビニ受診を控えよう」

☆「かかりつけ医を持とう」

☆「お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう」

この運動の結果は顕著で、9割を軽症患者が占めていた時間外受診者数は約4分の1まで減少した。さらに「守る会」の活動に賛同した小児科医達が大学病院などから応援に駆けつけ、平成 20(2008)年 6 月からは柏原病院小児科常勤医が 3 名増員になり、2 病院 6 名まで回復したという。

事例 2 「特定非営利活動法人日本病院ボランティア協会」の活動

「特定非営利活動法人日本病院ボランティア協会」は、日本最大の病院ボランティア支援団体として長年活動を継続している。加盟ボランティアグループは全国で 219 組織である（引用：<http://www.nhva.com/akusesu.html>）。

大阪府が発祥の地ということで、37 団体（17%）が大阪府内であるが、兵庫県内では、28 病院に存在し、都道府県別では 2 番目に多く、人口あたりに換算すると全国で 1 番多いことになる。

この団体に全国の病院ボランティア団体が加入しているわけではないが、このような活動は、高く評価されるべきである。

事例 3 「掛川市・袋井市新病院建設協議準備会」の活動

静岡県の掛川市立総合病院 450 床と袋井市立袋井市民病院 400 床は、深刻な医師不足から、全国でも珍しい市立病院同士の統合を検討し、議論を進めてきた。その結果、平成 19(2007)年 10 月 2 日に「第 1 回掛川市・袋井市新病院建設協議準備会」の発足をみた。この準備会は、約 1 年にわたる協議の末、掛川市と袋井市が協定締結に至り、統合した新病院を建設することになり、平成 21(2009)年 7 月 17 日に「掛川市・袋井市新病院建設事務組合」設置が設置され、現在、新病院を建設中である。

事実はそれだけであるが、「第1回掛川市・袋井市新病院建設協議準備会」以降、毎月のように開催された会議には、毎回300人前後の住民が参加した。その経緯は、「掛川市・袋井市新病院建設事務組合」のホームページ <http://www.shinbyoinkyogi.jp/index.html> に詳しい。両市の地域住民からみれば、病院の統合は大問題であり、自らの住居に近いところに公立総合病院があって欲しいという切実な願いがある。しかし、医師不足が直接の原因となり地域医療が崩壊することは、なんとしても避けなければならない課題であった。この会議では、一時、統合病院の新設をあきらめざるを得ない状況もあったという。また、新設病院の建築場所については、意見の一致がなかなか得られず、結果的には、両病院の中間に建設することに両市の住民は同意した。

このような成果は、全国でも珍しく、住民参加の好例として、高く評価されるものである。

以上の3事例は、病院医療における住民参加の好例として、また、民主的イノベーションとして、参考にされるべきであると考えられる。なお、事例1にみられるように、医療再生は財政発動、医療システムの再構築とともに住民参加が不可欠であり、政策支援が必要である。例えば、救急医療の問題を供給サイドばかりで政策展開することには、限界が明らかである。

事例4 オレゴンヘルスプラン (Oregon Health Plan)

米国オレゴン州で、優先順位のリストに基づいてメディケア（医療扶助制度）がカバーする医療サービスの範囲を決める制度があることは、広く知られている。実際には「医療サービスを743項目に分類し、費用効果分析に基づいてこれに優先順位をつけ、州の財政事情に応じて保険給付の下限を設定している。順位のリストは、医療経済分析に、住民を含む委員会での順位の入れ替えという人為操作とを組み合わせたものである（濃沼信夫, 日本医療・病院管理学会学術情報委員会編, 医療・病院管理用語事典, 2011, 市ヶ谷出版社, P.55.）。

この制度では、風邪や食べすぎなどでは治療が行われるが、医療扶助の対象にはならず、全額自己負担になる。受診を希望する医療扶助対象者にとっては、重大な問題ではあるが、限られた医療資源を有効利用するために採用された制度である。このリストの優先順位決定には、委員会の議論と合わせて、住民公聴会が開催され、住民の合意形成が図られている。制度の評価については、もちろん賛否両論があるが、公的医療サービスの限界を住民参加により解決しようとする試みとして、注目されている。

以上4事例の概略を説明したが、いずれの事例も広範な医療サービスの問題解

決は、制度的あるいは行政的対応や、医療提供者サイドの努力だけでは限界があり、地域や地域住民の参加と行動が重要であることを物語っている。この意味では、住民参加などに対する政策支援が必要である。

第7節 疑似市場下における成長戦略の限界

介護保険制度は、行政主導型のサービスの分野を「疑似市場(quasi-market)」に組み替える仕組みが制度に内包されているといってもよい。このような手法は、欧米あるいは豪州の行財政改革で多用されている「新公共マネジメント(new public management)」の応用である。具体的には、何らかの規制が行われている医療や福祉分野において規制緩和(deregulation)や民営化(privatization)を進めることになる。

疑似市場(quasi-market)という用語は、「市場」(market)という用語が「従来の独占的な公共部門に代わって競争的主体が供給する」という意味で使用されたのに対して、このような公共サービスに市場原理を導入するという改革の結果現れた市場が、以下のような点で従来の市場と異なっているために「疑似」という言葉が付加されている。

疑似市場と純粋な市場との違いは、供給側、需要側(社会保険制度で言えば保険者に相当する)の双方に存在する。まず、供給側では、顧客を巡って独立した供給主体の間に競争が存在するのは、従来の市場と同様であるが、疑似市場の場合は、利益を求めなくても、経営組織が民間である必要もない。例えば、非営利団体も、公的な契約を巡って、時には営利団体と競争する場合がある。

次に、需要側は、消費者(介護保険では原則として要支援・要介護認定を受けた被保険者)の購買力は金銭では示されず「特定の目的と目的に対して割り当てられた公的資金(an earmarked budget)」の形式をとって利用者に配分されるか、政府という単一の購入者に集中するか、どちらかの形をとる。重要なことは、多くの場合、購入に当たって選択を行うのは、直接の利用者でなく、通常、第三者(エージェントという)に委託されることである。第三者とは、たとえば、行政機関であったり、介護保険ではケアマネジャー、医療分野では医師であったりする。このように疑似市場と通常市場との違いは、供給側、需要側、代理(エージェント)機能の3つに特徴づけられている。

医療や福祉サービスにおける疑似市場が、効率性、顧客ニーズへの対応能力、選択の幅の拡大と公平性をより改善するという目的を達成するためには、当然いくつかの条件が必要となる。

介護保険制度創設では、主に経済規制の一部である参入規制を緩和させることによって疑似市場化させようとしたことは明らかである。規制には経済的規制と社会的規制があり、経済的規制(効率志向型規制という)には主に独占規制(参入・価格規制、独占禁止法の適用除外など)がある。最近でも、経済活動がもたらすマイナスの副作用を最小限にとどめ、公共の利益の増進を図る法律的規制と行政的規制(許認可など)からなる社会的規制(価値実現型規制という)については、ほとんど緩和されていない。このことは公共の利益の

増進を図ることが期待でき、疑似市場において過剰競争など経済活動がもたらすマイナスの副作用が最小限にとどめられるのであれば営利企業等に許認可を与えるとこの考え方に依拠していることになる。

わが国の規制緩和議論は、経済的規制である参入制限を問題にするのか、許認可等の社会的規制を問題にしているのかという論理的なものではなく、ある場合には双方を、他の場合はどちらか一方を、そして多くの場合はご都合主義的議論となっているように思う。

規制緩和による疑似市場化については、これまで規制の中で経済活動を進めてきた側からすれば、規制緩和によって有利になるのであれば賛同するが、不利益を受ける恐れがあるのであれば反対するという姿勢にならざるをえない。それゆえ、仮に鮮明に疑似市場化を意図しているとしても、複雑な利害対立の前で、有効な対策が確立できていないという問題が生じたように思うのである。

規制緩和による疑似市場化の課題が、経営責任の明確化や事業全般に関する説明責任、住民への情報提供の促進や住民ニーズへの対応、民間施設におけるサービスの質の確保に関する具体的方法の検討などにあることは明らかである。そして、このような検討が規制緩和によって新しく創造される市場や疑似市場において慎重に考慮され、判断せざるをえなかったのである。

医療や介護政策を公共政策あるいは経済政策の側面から眺めてみると、単なる成長戦略のみでは、今後の市場動向を詳細に理解することは困難である。経済的には成長とともに安定そして分配・再分配の問題が存在する。実は、この3分野をどのように調整するかが大問題である。例えば、成長戦略というのであれば、社会保険サービスも可能な限り規制緩和し競争を促すという成長戦略が考えられる。しかし、疑似市場下で、費用は税や保険料財源であるので、何らかの経済的規制や社会的規制が必要であると長年考えられてきたのである。今後は、規制緩和をどのようにし、その結果としての新たな競争をどのように考えるか、最低限の経済的規制や社会的規制をどのようなしていくのかという明確な戦略が示されなければならないのである。

安定あるいはより厳密な意味では、「安定化」の戦略なり政策のあり方も、明確にするべき課題である。急激に需要が拡大すれば経済は成長するというほど単純なものではないはずである。需要が急激に拡大しても、医師不足に象徴されるように供給が間に合わないのであれば不安定であることになる。同様に、政治や行政のミス・マネジメントにより公立病院の存続が危うくなったり、民間事業者の資金繰りが立ち行かないで倒産が多発するなどということも疑似市場では十分想定できる。また、量的拡大を急ぎ質的向上が間に合わず、医療の質が低下すると、結果として市場に見放され衰退するということが広範囲に起こることも不安定であるといえる。絶えず、重要と供給が量質とも均衡し、全体として安定的に成長することが望ましい姿であると考えられがちであるが、サービスの量的あるいは質的な需要と供給はたえず流動的であって、絶えず均衡しては成長戦略にはならない。

以上のように考えれば、大幅な規制緩和を伴う医療の成長戦略は、たとえ財

源問題を解決できたとしても、理論的に限界があることは明らかであり、疑似市場下における問題解決の方向性は、おのずと限られたものとならざるを得ないと結論できる。

さらに、国の再分配政策である社会保障分野の年金、医療、介護、子育てや障害福祉などの分配は、どのように分配するのかということが政策課題であり、戦略なのである。もちろん、どの分野も優先するなどという制度政策論は、必ずや深刻な財政問題を引き起こす。分配や再分配の戦略的明確化は、安定化戦略と深く関係することになり、そのことが力強い成長を支えることになるのである。逆に言えば、分配・再分配戦略と安定化戦略が未定な成長戦略は、逆に健全な成長を阻害する戦略になりかねないといった恐れもあるのである。

問題は、政治的リーダーシップの欠如であり、公共政策の脆弱なマネジメントであり、公共的ガバナンスという視点の欠如なのである。この意味では、国の再分配戦略である社会保障制度を、政争の具にしないことと、官僚主導・政治主導から市民主導に切り替える必要がある。その意味では公共的ガバナンスの主体が地域住民にあるということも明確に認識する必要があると考える。

同様なことは、医療機関の経営についても主張できる。医療提供組織におけるリーダーシップの欠如、脆弱なマネジメントであり、ガバナンス（最近では医療ガバナンスという研究も進んでいる）という視点の欠如なのである。このことは、医療分野における医療従事者に対するマネジメントやガバナンスに関する専門大学院教育の軽視という課題にもつながるのである。

第3章 政策提言

以上のように本研究では、医療適正化戦略に住民参加を中心とした民主的イノベーションに着目した分析を試みた。その結果から次のように政策提案を行う。

- ①医療崩壊を予防するためには、再分配戦略である医療政策を政争の具にしない配慮が必要。
- ②医療再生は財政発動、医療システムの再構築とともに住民参加が不可欠であり、政策支援が必要。
- ③例えば、救急医療の問題を供給サイドばかりで政策展開することの限界は明らかである。
- ④医師不足に対しては、医師の専門職大学院による養成を政策目標にすることが重要。
- ⑤全国平均人口約150万人に1医科大学の現状から、兵庫県では政策的対応が必要。
- ⑥現任の医療関係職種に対する専門職大学院によるマネジメント教育が不可欠。

- ⑦医療分野の制度的・サービスの・民主的イノベーションをつなげる政策展開が期待される。

引用参考文献

(注 i) P.E.ドラッガー (1985)「イノベーションと企業家精神」『ドラッガー名著集5』ダイヤモンド社：12-13.

(注 ii) Mulgan.Geoff (2007) *Social Innovation: What it is, why it matters and how it can be accelerated*, Oxford SAID Business School.なお、SIについては以下を参照。藤澤由和 (2010)『ソーシャル・イノベーション概念とその可能性に関する検討』静岡県立大学経営情報学部研究紀要『経営と情報』22(2):31-43.

(注 iii) 社会的イノベーションの考察については、以下を参照した。

Greenhalgh T, Robert. G., Bate P., et al. (2005), *Diffusion of innovations in health service organizations : a systematic literature review*, ISBN:9780727918697, (BMJ books) Brackwell Publishing.

この本では、英国の医療領域のイノベーションの定義として「医療技術、構造、管理システム、サービスで、一般的産業にとっても比較的新しいので、新規に病院に導入されるもの（特にマーケット領域で）である。サービス・イノベーションは特定のサービス、あるいはサービスの一群の技術、デザイン、供給における変化を統合するイノベーションである (Goes, Park)。ただし、医療において、プロダクト・イノベーションとプロセス・イノベーションの違いはあまり明確ではなく（区別することで自体が有効とはいえない）、多くのイノベーションがプロダクトとプロセスの混合である (Damanpour) とした上で「、医療機関におけるイノベーションは、一連の行動、日常的な業務手順、業務のやり方であり、あらゆる関連した管理技術やシステムを伴う。それらは、①必要なステークホルダーに新しいことが認識されている。②医療の供給や支援に関連する。③過去の実績と非連続的である。④医療のアウトカム、管理上の効率性、費用効率性、利用者の感知の改善を目指したものである。⑤個人、チーム、組織により、計画されコーディネートされた手段により実施される」と指摘している。

(注 iv) 本論で取り上げた制度的、サービス（ケア）的、民主的イノベーションという考え方は、学術的に必ずしも一般化的なものではないが、以下を参考にした。

トニー・ボーベル、ユルク、ラフラー編、稲澤克祐・紀平美智子監修 (2008) *公共経営入門 - 公共領域のマネジメントとガバナンス*、公人の友社。

なお、この本では、新公共マネジメント (new public management が法令主義→サービス主義→市民主導になること (P. 26) という考え方が示されている。

(注 v) Graham Smith (2009) *Democratic Innovations*, Cambridge

University press.

民主的なイノベーションにおいては、わが国では学術的に定着しているわけではない。なお、この本は政治に対する市民参加の側面で分析されたもので、各国の法案や予算などへの直接的な市民坂を事例として分析している。

参考文献等

財団法人厚生統計協会、『厚生指標 国民衛生の動向 2010/2011』、2010.

厚生労働省、『平成 22 年度 厚生労働白書』、2010.

厚生労働省ホームページ、<http://www.mhlw.go.jp/>

社団法人日本医師会ホームページ、<http://www.med.or.jp/>

なお、文中に引用したインターネットによる情報検索は、2011 年 3 月 3 日 12 時現在を参照したものである。