


# 医療の「見える化」で国民的合意形成を 医療崩壊からの再生途上にある英国に学ぶ

日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科長教授  
近藤 克則

イギリスは政権交代が起き、労働党から保守党連合政権に代わって、医療政策はどうなるのかが関心の的となっている。先日、イギリスの医療政策を研究しているグループのフランクな飲み会があり、そこで一致したのは、政策なのにポリシーが見えないこと。労働党のときには非常に大きな枠組みがあってすっきりしていたのに、連合政権になったらいろいろな風向きで変わっているという印象が強く、もう少し時間がたたないと評価できないという意見。もう1つ意見は、政権交代が起きたのに変わらないものがあるということ。今日は、どちらかというとその変わらないほうを紹介することで、この十数年イギリスの医療制度改革をいわば貫くものが、日本の制度改革の今後を考えていくうえで参考になるのではないかと思う。

本日の話は、大きく3本の柱で組み立てた（図表1）。まず日本の「医療クライシス」を簡単に振り返り、次に、イギリスでは一体どんなふうに医療制度改革を進めてきたのかということを中心にお話したい。最後に、それを参考に、日本ではどんなことができるのかということ、いろいろな実証研究に取り組んできたので、その成果も紹介しながら、考えてみたい。

図表1

<h2 style="text-align: center;">Contents</h2> <ul style="list-style-type: none"><li>• 日本の「医療クライシス」</li><li>• 英をモデルに日本の医療制度改革を考える</li><li>• クライシスからの脱却に向けた3つの課題ーイギリスの経験に学ぶ</li></ul> <p style="text-align: right;"> Nihon Fukushi University</p>
---

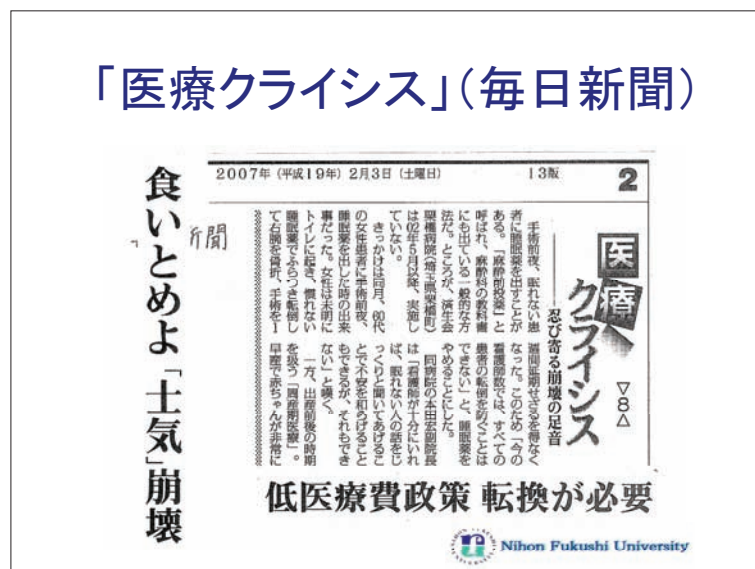
まず、医療クライシスについては、2004年に『医療費抑制の時代を超えて』（図表2）という本を出したが、当時は「医療崩壊」という言葉がまだマスコミに登場する前で、一般の方からは少し大げさなんじゃないかとか言われたこともあるが、その後実際に勤務医たちが病院から去っていく、病棟閉鎖が起きるなど、医療崩壊が次々と報じられるようになった。マスコミの中で最も早く「医療クライシス」と題して連載を打ってくれたのが毎日新聞であった（図表3）。「根本的には医療費を抑え過ぎたことであちこち綻びが出てきている」「イギリスほど同じぐらい医療費を抑えられているのに、崩壊していないのは、日本の現場の士気の高さのおかげ」ということをぜひ書いてほしいと担当デスクにお願いした。

イギリスでは、今年予算がなくなったからと、年度末に「本日から休

図表2



図表3



院」という張り紙が出て、閉じてしまうということが現実にあると聞いた。それに比べると日本はまだ現場の踏ん張りで辛うじてもっているだけなんだということを書いてもらうことで国民の理解も進み、一時期は医療事故の報道も減って、日本の医療もいい方向に行くんじゃないかと期待していた。

ところが、いわゆるエコノミスト系の一部の方には全然理解していただけない（図表4）。例えば吉川洋先生は、2009年のシンポジウムで「医療費抑制が地域医療の崩壊を招いたと（医師会関係者は）言うが、証明は全く不十分」だと医療崩壊が顕在化した後も言っていた。また、印南一路先生も、2011年に出した本で「地域医療崩壊問題の真因は一般に言われているような医師不足や低い医療費ではない」と言っている。あれだけマスコミが医療現場のことを書いてくれたのに、認識がちっとも一致しない。こういう現実がなぜ起きて、どうしたら良いのかを考える必要がある。


そこで、昨年『医療クライシスを超えて』という本で、私がこの間考えてきたこと、あるいは実証してきたことを材料に、医療クライシスから脱出を図るために、どうしたらいいかをイギリスを1つのモデルにまとめたのがこの本である。

結論としては、日本ではもう少し「見える化」を進めないと意見が一致しないだろうということが1つ。また、「見える化」で、事実や過去は見えるが、その将来までは見えず、改革していくためには今後どうするかというゴール設定やそこに至る道筋、つまり「マネジメント」が必要になる。この「見える化」と「マネジメント」2つの要素を強めないと、構造的な変化が来ることがわかっているのに対応が間に合わないのではないかとい

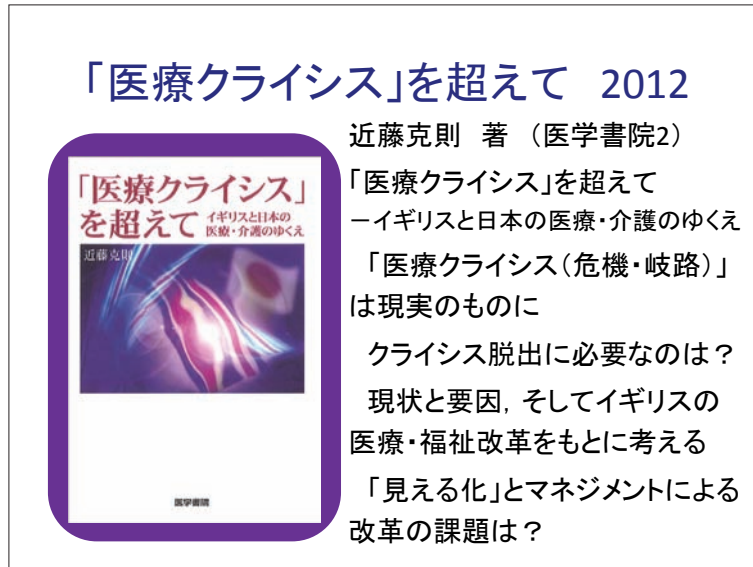
図表4

## いまだに決着はついていない

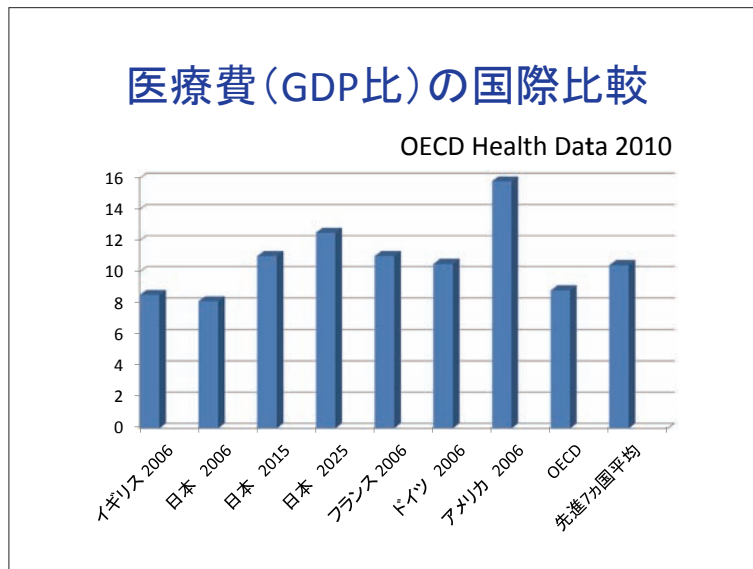
- 吉川洋（東大, 経済財政諮問会議民間議員）  
–「医療費抑制が地域医療の崩壊を招いた」と言うが、証明は全く不十分」2009
- 印南一路（慶大, 医療経済研究機構研究部長）  
–地域医療崩壊問題の真因は一般に言われているような医師不足や低い医療費ではない（「生命と自由を守る医療政策」2011）

 5

図表5



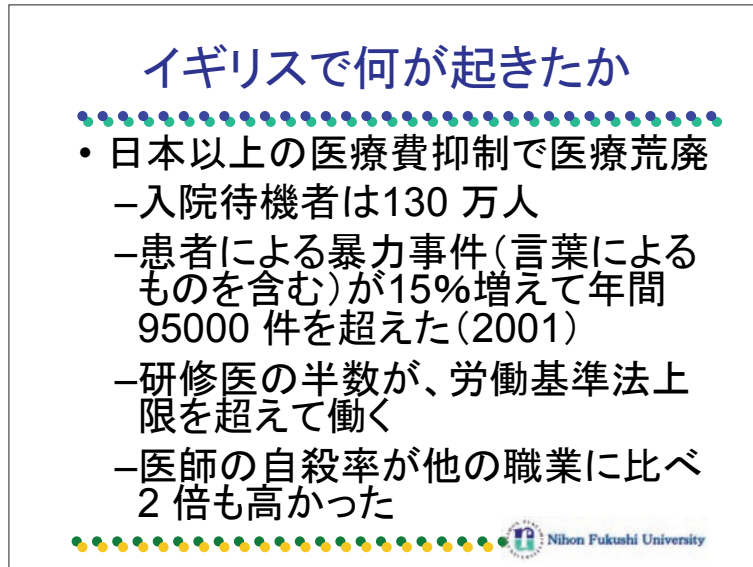
図表6



う危機意識のもと、自分の思いつくことをまとめたのがこの本である（図表5）。

では、なぜイギリスをモデルにするのか。先進国の中で見ると、長らくGDP比の医療水準が、イギリスが第7位、日本が第6位という状態が続き、2004～2005年あたりにその立場が逆転し、今では日本が最下位である（図表6）。日本が6位、イギリスが7位のころ、イギリスの医療が大変だという噂は聞かれたと思う。その後ブレア政権となり、これからご紹介するような大規模な改革を経た結果、良い方向に向かい、医療費も増え、立場が逆転してしまった。日本の医療費は、じわじわと増えてはいるが、ほかの国、例えばイギリスと比べると明らかに抑制されていて、その結果医療崩壊が顕在化した。

図表7



当時イギリスでは、入院を待っている人だけで130万人、これはいわゆる待機的な手術の患者だけではなく、がん患者も含まれていた。がんで手術が必要だと言われているにも拘らず、手術が5回延期され、いよいよ手術のときにはもう広がっていてインオペだったというケースのことが社会問題になっていた(図表7)。

日本では、この「5回延期」の意味がわからないと思うが、例えば、予定手術が3件あって、そこに救急車が来て緊急オペだというと、日本なら4件目の手術をする。しかしイギリスでは、緊急オペが一件入ったら予定手術は1件キャンセルというのが普通らしい。その結果、今日が予定日だというときに急患が来ると、そちらに振り替えられて延ばされるということが5回重なってしまった、というケースだったわけだ。

また、そうした劣悪な環境にさらされているので、患者たちの不満も相当なものがある。言葉によるものも含めた暴力事件が、前年比15%増えて9万5,000件もあり、深刻化していると報じられていた。

図表8



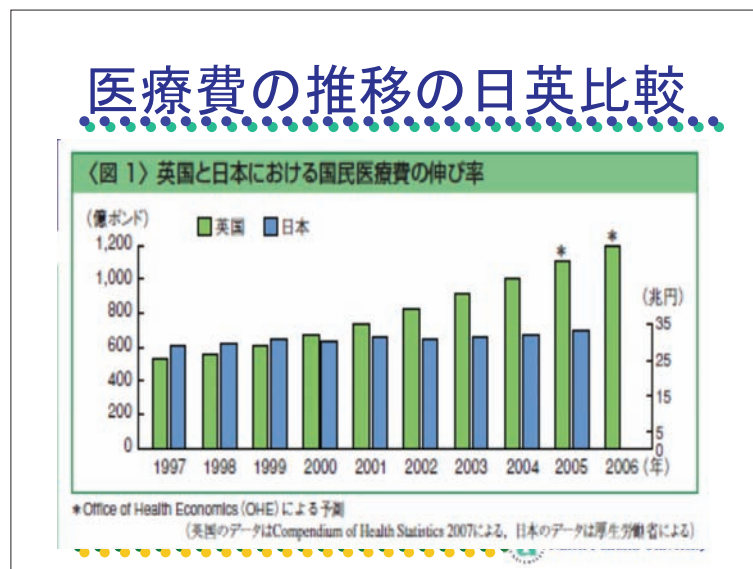
象徴する写真を1枚だけ持ってきた（図表8）。これは救急車の渋滞であるが、先頭の前は車がない。NHSの病院では患者の待機時間も公表されている。そのデータをとるためには定義がある。イギリス政府が使った定義では、待機時間は救急車が病院のゲートを潜ったときにストップウォッチを押すという定義にした。そして、全英の救急病院ごとに救急患者を待たせている時間が、この病院は2時間、この病院は30分と公表される。すると病院の経営者たちは自分の病院が“イギリス一待たせる病院”にならないように努力した。つまり、定義が“ゲートを潜ってから”始まるのであれば、“ゲート潜ってなければいいんですよね”ということになり、救急隊から連絡があった際、病院のそばまで来てもいいがゲートは潜るなどと言って、病院の前で待たせて、渋滞が発生したという写真である。

こういうことが新聞報道され社会問題になった。その結果、停まっていると目立つので、じゃあ病院の周りを旋回してくれということになった。その後しばらくは病院の周りを救急車がぐるぐる回っている、混んでいる時間帯の飛行場のような状態になっていたらしい。こういうのが最近はずすがなくなったことに、状況が改善しているとイギリス人が感じる1つの例だそうだ。

次に、イギリスと日本の医療費の伸び率の比較をみると、日本も高齢化に伴い医療費が毎年1兆円増えているが、イギリスと比べるとこの程度である（図表9）。イギリスはより多くの資源を投入することで先進国7カ国の最下位から第6位に浮上した。

では具体的に何をしたかという点、日本と比べると2つのことが特徴だと思っている。まず1つが、マネジメントがしっかりしている。それからもう1つが、「見える化」が強化されて徹底されている（図表10）。この2つが大きな特徴であり、この2つを日本ふうアレンジして日本に持ち込むことが必要ではないかと考えている。

図表9



図表10

**イギリスでは**

- マネジメントと「見える化」を強化
- 国民への説明責任を果たす“value for money”のための仕組み
  - 医療費(効率)だけでなく多面的な評価
  - 職員の職務満足度も
  - 医療の公平性・健康格差も

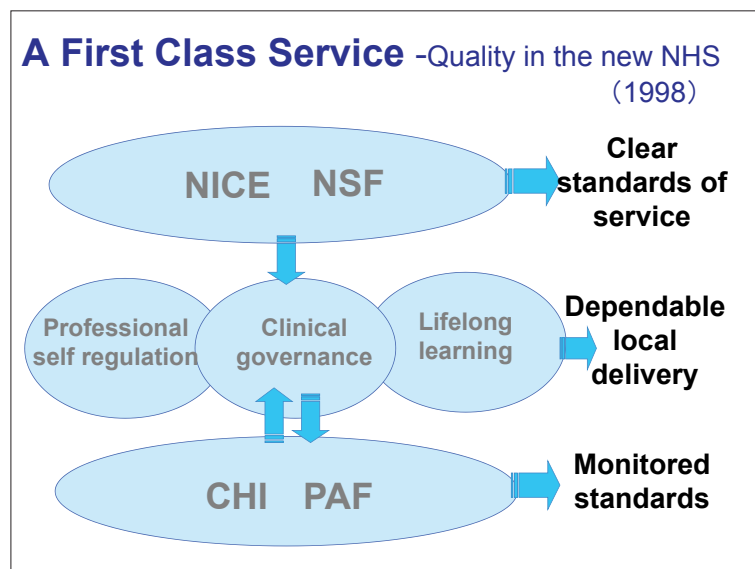
Nihon Fukushi University

当時のスローガンが、value for money。お金に見合う価値を生み出していることを、医療者側あるいは国が国民に説明責任を果たすことが必要とされた。言い方を換えると、それができない限り、国民は増税あるいは医療費の拡大を受入れない。だから、これをやった。

日本も医療費だけはよく見える。毎年1兆円増えたと新聞報道されれば、「医療費が高い」「増え過ぎだ」ということにはばかり目が向かってしまう。日本との違いは、イギリスでは、例えば職員の職務満足度も「見える化」している。現場に頑張れと言ってしわ寄せしても、短期間は踏ん張れるとしても無理は続かない。職員の満足度まで見える化してしまう。さらには、医療の公平性、アクセスの公平性、健康格差、医療の質まで、測れるものから「見える化」を進めた。そして国民に対して、例えば院内感染の多さを改善するためには、医学的にどうすれば院内感染が減るということがわかっており、そのためには医療費は幾らかかると説明して、医療費を上げることに対して理解を求める。そういうことを大変に丁寧にやったと解釈している。

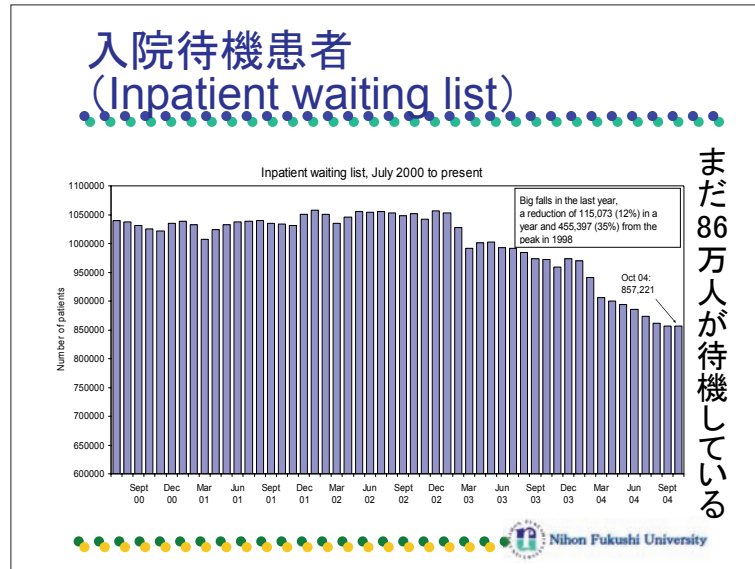
これがそのときのフレームワークで、3層構造になっている(図表11)。一番上のNICE(国立最適医療研究所)とNSF(National Service Framework)で、イギリス国民であれば当然受けられる権利があり、あるいは国として保障するスタンダードはこのレベルである、という目標となるスタンダードを国民に宣言した。それに対し、真ん中の層が現場にあたる。細かいやり方はProfessional self regulation、つまり専門職の自己規制で、自分たちで統治してくださいというclinical governance。生涯学習もプロフェッショナルは自分たちでやってくださいとした。そし

図表11





図表12



てその下の3番目の層が、標準を満たしたかどうかを事後的にモニターする。これを徹底してやっているというのが大きな特徴であり、この点が日本では弱いところだと思う。第一層で目標を示し、第2層でその実現の方法は専門性の高いことだから専門職に任せ、第3層で本当にできているかどうかはチェックする。

例えば、全英でできていないとすれば、それは例えば資源が足りないとか、今の医学水準じゃ無理なことかもしれない。しかし、一部の病院／診療所ではできていて一部のところでできていないとすれば、そのできていないところのガバナンスなり生涯学習なり何か足りないものがあるわけで、そうであるならばそこを直してください。それはその専門職の責任ですよ。という構造を導入したわけだ。

事後評価の一例として、このグラフでは入院待機患者数の推移を示している（図表12）。一番多いときには待機者が130万人もいたが、このグラフでは、その数年後の約100万人のところから始まっている。そして国民に、100万人も待っているから、ベッドを増やしたい。そのためには幾ら必要であると説明する。2000年から医療費を増やし始め、2003年ぐらいから入院待機者が減りだしたと説明した。「医療費を増やしてもらった。おかげで待つ人が減ってきています。しかし、まだ86万人が待っています。だから、さらに医療費を投入してもいいですね」というように国民に説明した。

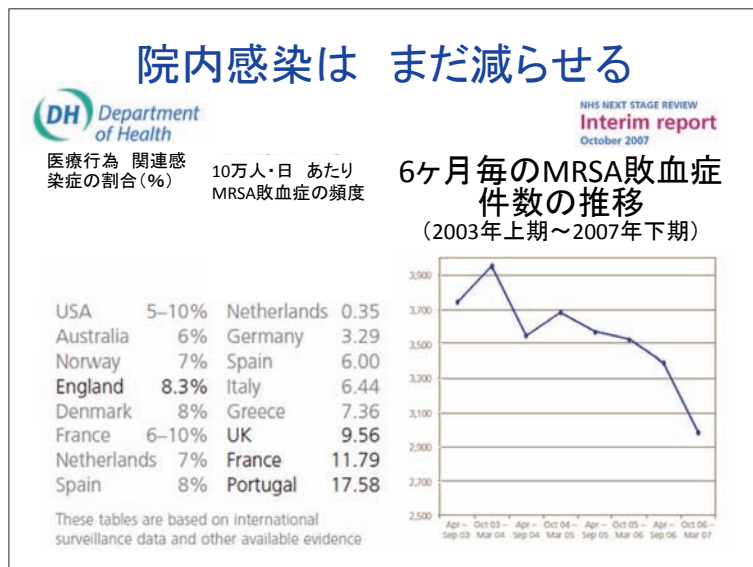
次に院内感染の例をみると、MRSA の敗血症は医療関係者からすればゼロにするのはほとんど不可能だが、ほかの国と比べる、あるいは病院同士で、できるだけ数値指標を使って比較するベンチマークを充実させてきている。

図表 13 の左にある、医療行為関連感染症の割合をみると、アメリカ、オーストラリアから一番下のスペインまで、さすがに0%の国はない。つまりゼロにするのはやはり難しいことを意味している。しかし国によって、5%ぐらいの国もあれば、イギリスのように8%の国もある。ヨーロッパや先進国の中でイギリスはまだ高いのだから、あと1～2%は減らす余地があるということがわかる。あるいは、右のMRSA 敗血症の頻度をみると、イギリスが10万人当たり9.56件、オランダ（ネザーランド）は0.35件となっている。オランダのグッドプラクティスをイギリスに導入するとしたら、こういうことやああいうことが必要だと、エビデンスベーストで示す。そして、それをやるには幾らかかりますと国民に説明する。それで医療費をさらに増やすことに対して理解を求める。こんなことを徹底してやった。

何よりも関心が高いのは、死亡率だろう。幾ら待機者あるいは院内感染が減っても、死亡率が減らないとしたらまだ問題があることになる。これは冠動脈疾患死亡率であるが、年々減っていて最初に立てた目標を、このまま行けば達成できそうですよという資料として使われたものである。

例えば冠動脈疾患の死亡率を地域間で比較すると、死亡率が高い地域と低い地域が出てくる。これはなぜかと分析すると、心筋梗塞が起きてから緊急心カテをやるまでの時間と相関があるというエビデンスが示される。やはり3時間以内でやっている患者の比率が高い地域ほど死亡率が低い。

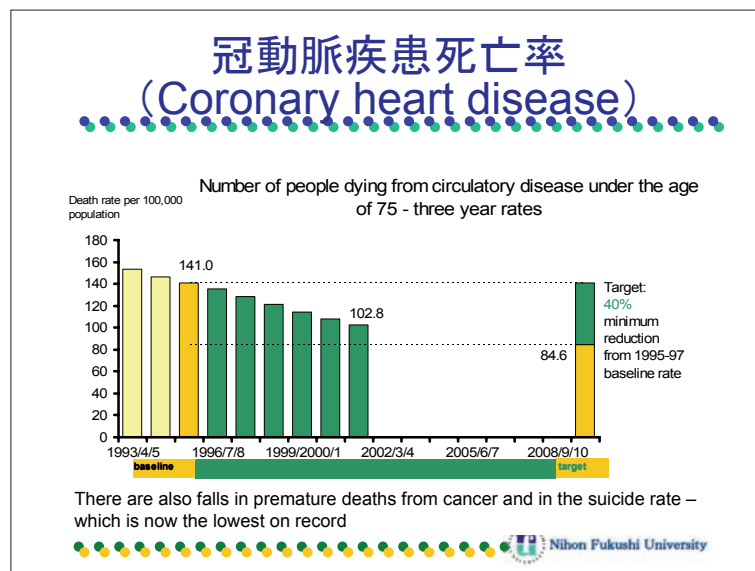
図表 13



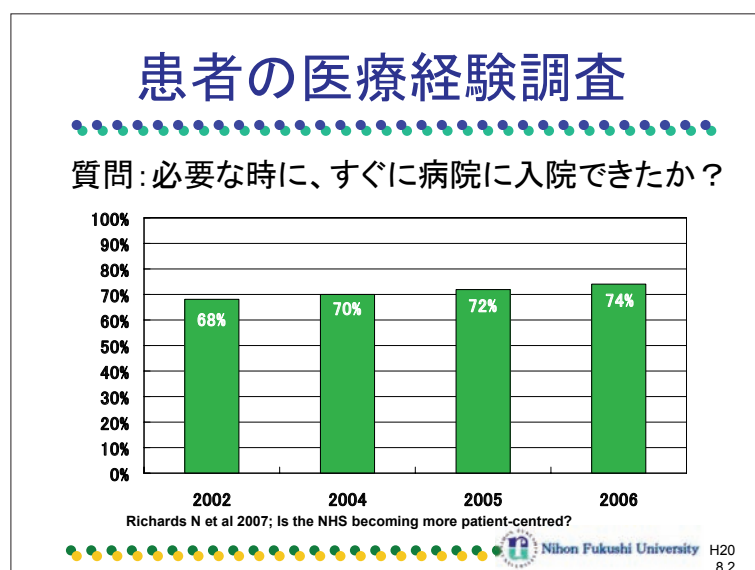
すると、イギリス人すべてが緊急心カテを3時間以内に受けられるようにセンターを全英に配置しようということになる。その結果、「この地域に足りないので1カ所増やす必要があり、そのためには100億円かかります」という評価と説明を丁寧にする事で、国民に医療費増の必要性を納得してもらった（図表14）。

さらに、「患者さんにも聞きました」という調査もやっている（図表15）。退院した患者さんを対象に毎年数万人規模でランダムに満足度調査をしている。例えば「必要な時に、すぐに病院に入院できた」という人が2002年には68%であったが、ベッド数を増やした結果、2006年には74%と。すぐに入院できた人は6%ポイント増えている。皆さんに出してもらった医療費を使った成果ですよと説明したわけだ。

図表14



図表15



図表 16 に示したように、「質の良いサービスへのアクセス」、「健康改善」、「サービス提供」などを多面的にモニタリングしている。特に「サービス提供」の中の「職員意識調査」は、職員が満足して働かずに対人サービスである医療の質が上がるはずがないとして、職員のメンタルヘルスや満足度もモニタリングしている。このような評価の多面性や総合性がイギリスの特徴だと思う。

図表 16

Performance indicators 2003/2004		
質の良いサービスへのアクセス	健康改善	サービス提供
退院後の(医療・介護)ケア提供の遅れ	子宮頸部がんのスクリーニング	コミュニティにおける設備・機器充足率
患者調査 予約までのアクセス・待ち時間	75歳未満の循環器疾患死亡率	抗生物質の処方率
患者調査 よりよい情報提供・より多くの選択肢	糖尿病性網膜症のスクリーニング	ベンゾジアゼピン系薬の処方率
患者調査 清潔・快適・親しみのある場所	インフルエンザワクチン接種率(65歳以上)	職員意識調査 職員の満足度・職務態度

では診療所はどうか。クリニカル（臨床）指標だけで、喘息に始まり、AF（心房細動）、がん、慢性腎疾患等々、主要疾患について指標を設定し、イギリスのすべてのクリニックからデータを集めて、公表している（図表 17）。

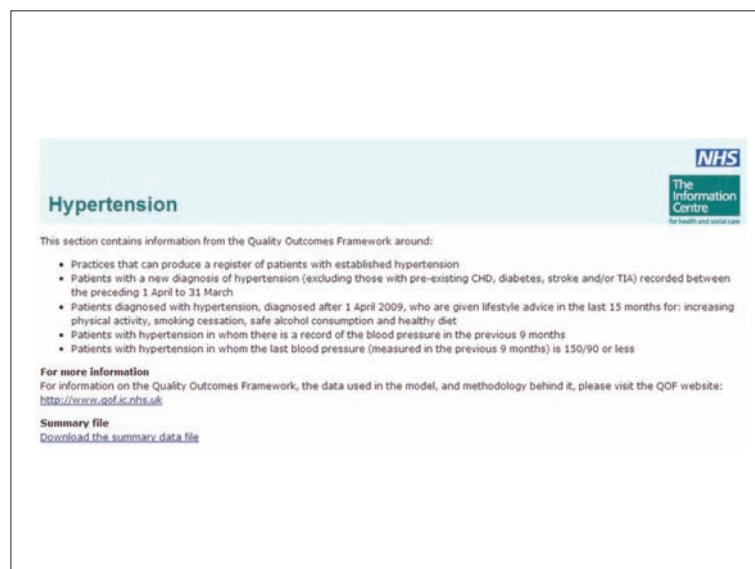
例えば高血圧でどんな指標があるかという例をみると、高血圧として登録された患者の数、禁煙を指導された患者の数、高血圧患者で9カ月以内に血圧測定した患者や、その値が150/90以下であった患者割合などの指標を設定してモニタリングしている（図表 18）。

そして、インターネット上で、例えばカンタベリーと地域名を入れてクリックすると、そこにある13カ所のGPのクリニックがリストアップされて出てきます。地図の上にプロットしてあるので、患者さんにしてみる

図表 17



図表 18

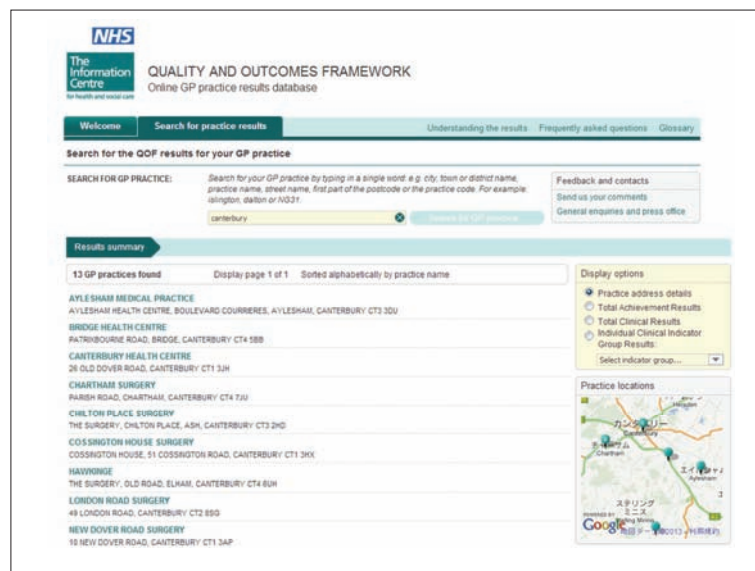


と、どこに行けばいいというのがすぐにわかる（図表 19）。

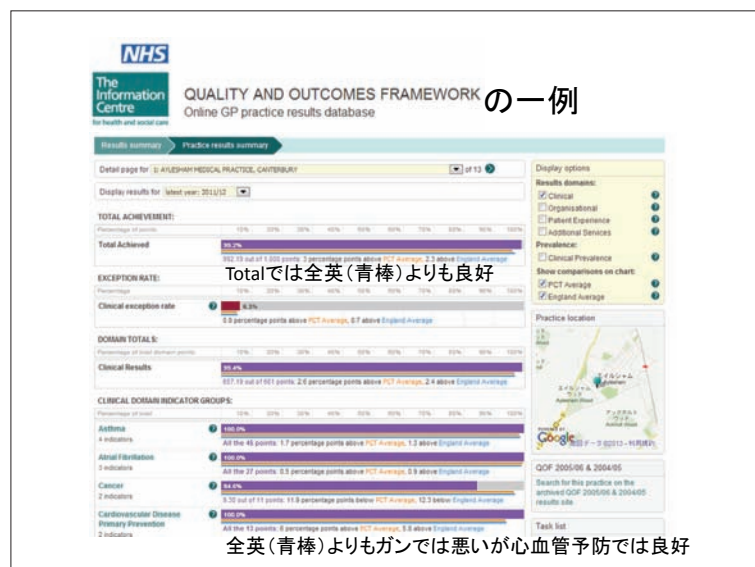
例えば、このクリニックの医療の質を調べる場合、このようなグラフが出てくる（図表 20）。この紫色がそのクリニックの医療の質の成績、青いのが全英の GP の平均値、オレンジ色は、その地域にある 13 の診療所の平均値になっている。そうすると、全英では九十何%指標を満たしているのに対して、このクリニックでは 100% 満たしていますよ、だからこのクリニックは真面目に医療をやっているところです、ということがわかるわけだ。

つまり、イギリス国民に最低限このラインは保証し、GP もそのために努力しますということを示して、国民にそのための費用を負担してもらうことに納得を得るための仕組みである。

図表 19



図表 20



こうしてデータが集まると、研究者がいろいろと分析する（図表 21）。例えば、病院間あるいは地域間で死亡率を調べると、2 倍の差があった。国民としては死なない病院に行きたい。ではどういう病院で死亡率が高く、どういうところが死亡率が低いのか分析した。より高齢な患者が多いところは死にやすい、重症な患者が多いところは死にやすい、という影響を統計学的に調整した。そしてわかったことは、ベッド 100 床当たりの医者の数が多い大学病院などは救命率が高かった。その結果を元に国民に対し、「医療費が高くても死なない病院と、安くてよく死ぬ病院と、どちらがお望みですか」と聞く。すると国民は、「今の技術で助かるものだったら助けて欲しい」という。「では、田舎の病院に医者をあと 3 人増やすためには幾らかかりますが、それは負担していただけるでしょうか」と理解を求めることで、医療費を増やすことを受け入れてもらう。大局的に見ると、国民の納得を得るために、このような「見える化」の仕組みを持ち込んだと言える。

図表 21

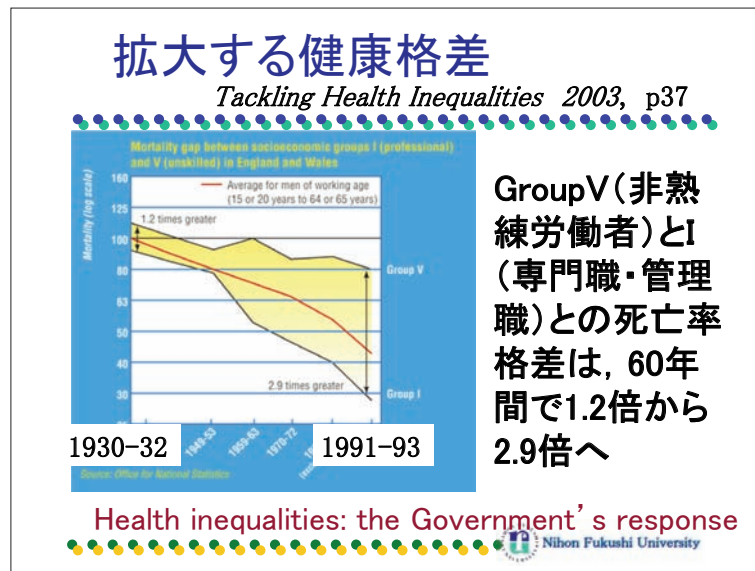
## 評価と説明責任の例

- イギリス国内のNHS病院間で、死亡率には、2倍もの格差がある（Sunday Times, 2003年4月）
- 格差をもたらす要因は何か？
- 年齢・性別・主病名・平均在院日数で調整
- 格差を説明する要因は  
「ベッド100床あたりの医師数」  
「人口あたりのGPの数」
- 医師を増やせば、医療費は上がる

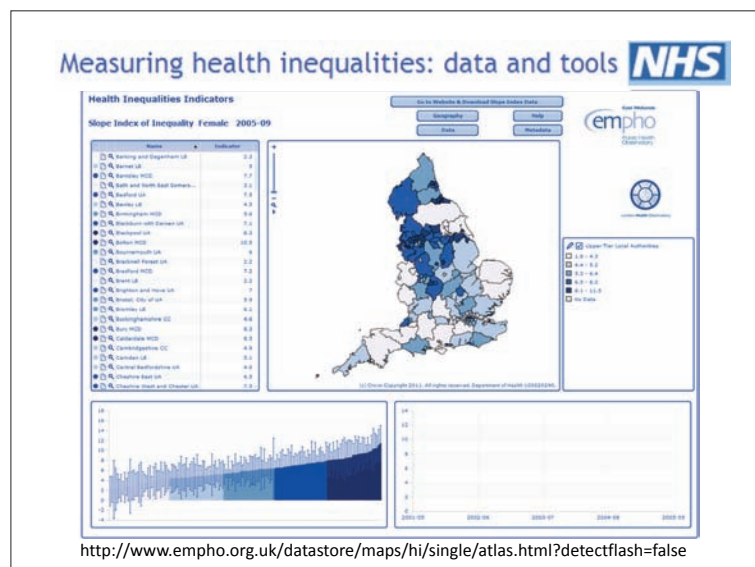
健康における格差についても政府が統計を取って公表している（図表22）。小エリアごとに健康格差がどれくらいあるかを、指標をつくらせて、どの地域で健康格差が大きいのか、全地域について公表している（図表23）。例えばこの黒いところは健康格差が大きいので対策を取るべきところだと一目でわかる。それに基づく対策が、政権交代が起きて以降も続いている。

健康格差なんてなくせるのかという意見もあるので、それについても評価をして「見える化」している。この図表24が対策を始めておよそ5年間の数字である。死亡率の大きい地域と小さい地域の差をモニタリングして、140ぐらいあったのが120ぐらいになってきたと、経過を公表している。

図表22



図表23

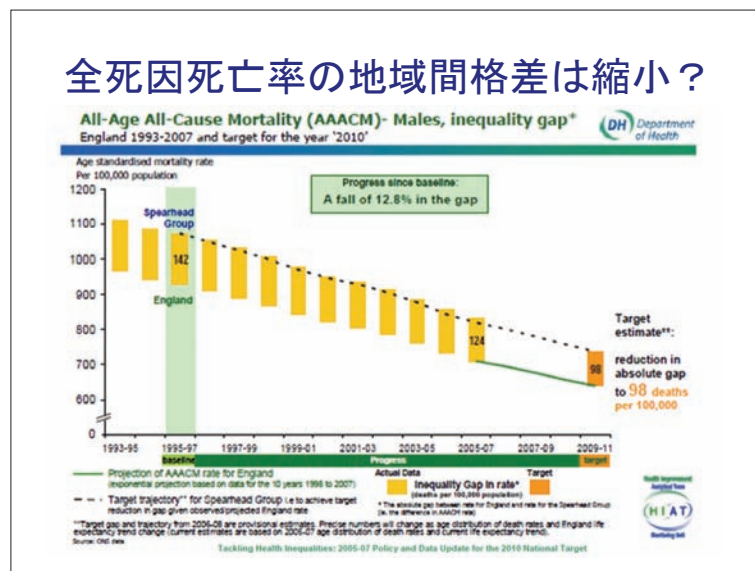




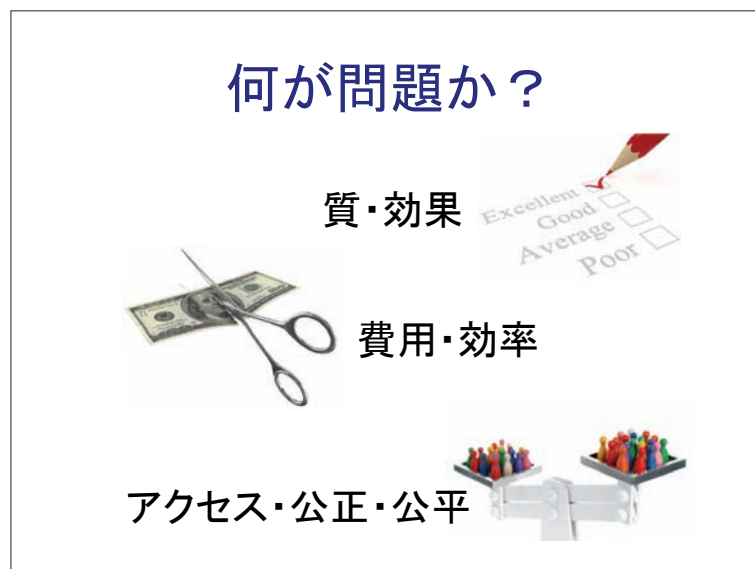
2010年に、10年間の対策と経過の振り返りが行われ、結論としては、「期待したほどうまくいかなかった」と正直に言っている。10年やってみてうまくいかなかったとすれば、やり方が悪かった。その理由は何なのかということ进行分析して、やり方を変える（図表25）。いわゆるマネジメントサイクルを回して、次の10年の方針を定める。こういうことを政権交代が起きてからも行っている。

このようなイギリスを1つのモデルに、今の日本の医療制度改革で何か問題かと考えてみたい。医療費用がどんどん増えており、公的財源がない。しかも高齢化でさらに増えそうだ。費用のことばかりが見えれば、医療費をどうやって抑えるのかということだけが論点として取り上げられやすくなる。しかし、医療にとっては質も大事である。果たして、日本の医療の

図表24



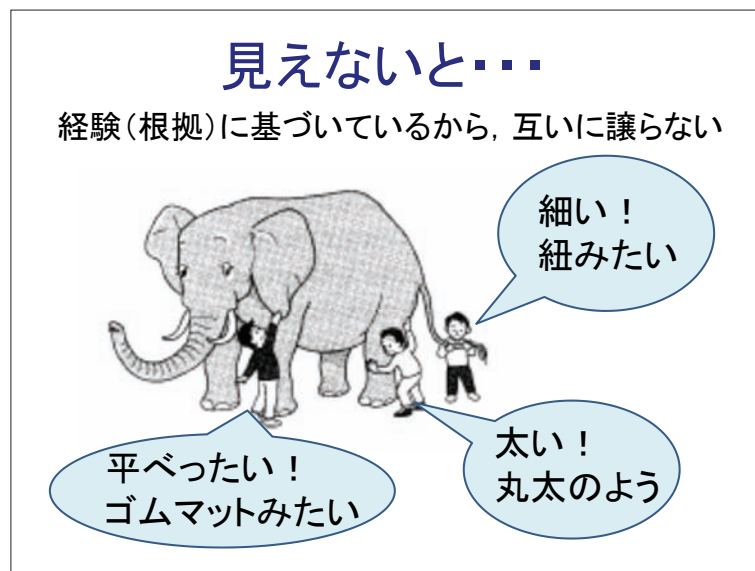
図表25



質が見えているだろうか。どの領域に特に手当てすべきか、そこではどう  
いう手当てをすれば質が上がると予想できるのか、そういう根拠（エビ  
デンス）が日本にあるだろうか。

もう1つのアクセスや健康格差の問題（図表26、27）。これも日本にど  
れぐらいあるのかが果たして見えているだろうか。「見えないものはマネ  
ジメントできない」しかし見えれば、それに対して放置していて良いのか、  
悪いのか、価値判断をして、まずいということになれば、どう減らすのか、  
何割減らすのか、そのためにどうするんだ、10年対策をとって本当に減っ  
たのか、そういう論議が起こるようになって、マネジメントサイクルが回  
る。そのためには、日本でも費用だけでなく医療の質とか格差の問題も、  
もっと見えるようにすることが大事ではないか。それが私の言いたいこと

図表26



図表27

### 「見える化」の時代

- 医療費の拡大は必要. ただし国民が負担しても良いと思える水準まで
  - 効率が悪い・費用が高い→抑制
  - 明らかな不足, 質に問題, 医療崩壊→医療費は引き上げるべき
  - 格差が大きい→是正すべきだ
- どの側面が見えるかで国民は決める=「見える化」が必要

である。

「群盲象をなでる」という言葉がある。なぜ吉川教授が「(医師会の) 証明は不十分」と言うのか。彼の目の前にあるのは財源問題である。あるいは、印南先生からしてみれば医療の質は見えない。すると、医師不足は問題ではないという話になる。お互いに自分の関心のあるところだけ扱っているから意見が正反対で、いつまでたってもまとまらない。医療の全体を見えるような仕組みをつくって、合意形成の基盤をつくるのがまず必要ではないか。

例えば、医療費を増やそうと言うと、今までの日本ではアメリカ型の自己負担を拡大する方法が示される(図表28)。公的財源は限られているから、自己負担しか増やせないという。混合診療とか免責制度とか、名前はいろいろだが、要するに患者負担を増やそうということだ。しかし、それだけが医療費を増やす方法かという、イギリス型の全額公的負担でやった国もあるわけだ。

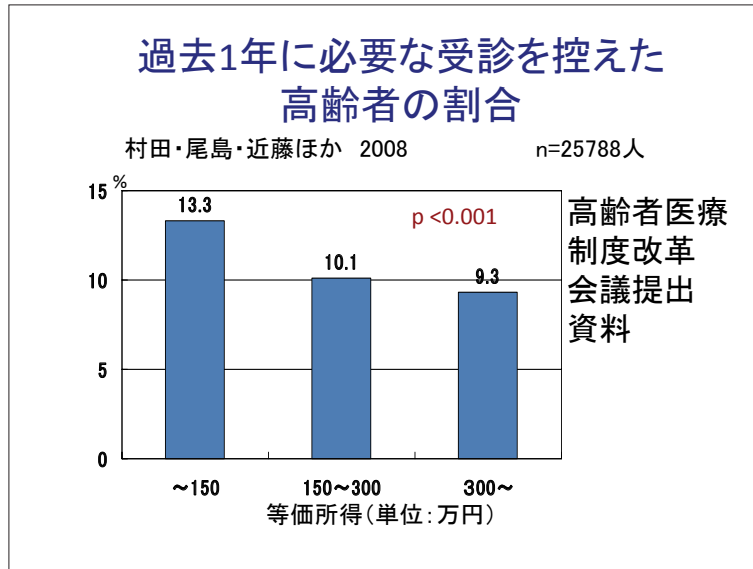
図表28

**医療費拡大の二つの道**

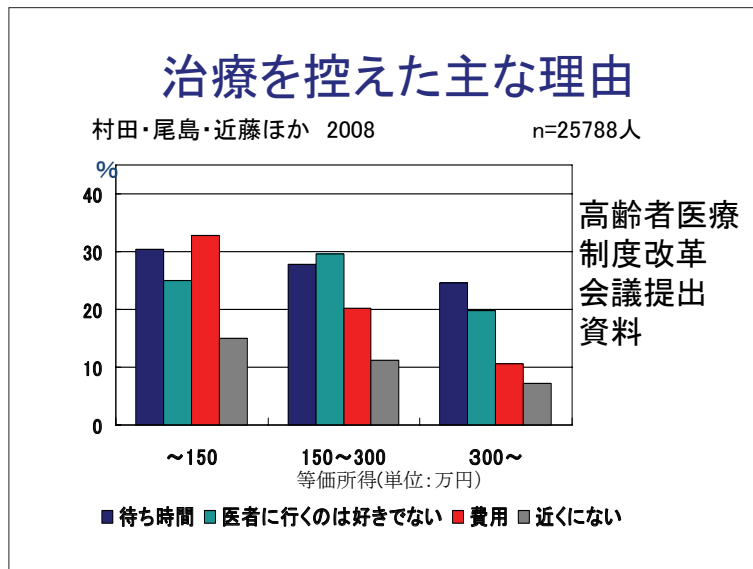
- アメリカ型
  - 自己負担の拡大による医療費拡大
  - 「公的財源はない」が最大の論拠
  - 自己負担増, 混合診療, 免責制度
- イギリス型
  - 公的医療費の拡大

Nihon Fukushi University

図表29

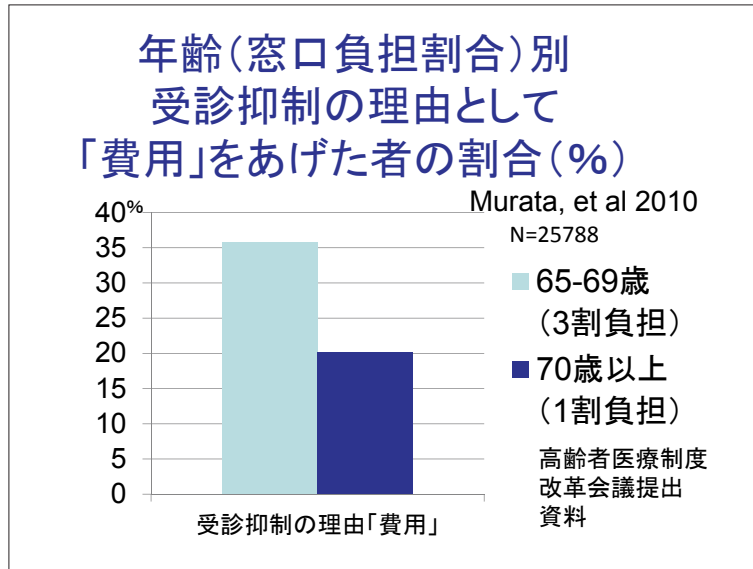


図表30



アメリカ型でやった場合、自己負担が増えるとアクセスに格差が生じるというデータは、日本では多くない。そこで、地域の高齢者2万5,000人あまりを対象にした調査で調べてみた(図表29、30)。すると、4%ポイント、言い方を換えると1.5倍、低所得の方たちは受診を我慢しているという実態を明らかになった。理由を聞いてみると、所得階層間で一番差が大きいのは、赤色。つまり費用が心配で受診をがまんしたという人たちが低所得の人ほど多くて、3倍ぐらい多いことがわかる。さらにこれが自己負担が増えれば、さらに増えそうだという傍証もある(図表31)。3割負担の60代後半では、35%の人が費用を理由に受診を抑制していたが、70歳以上になって自己負担が1割に減ると、これが半減する。今70~74歳の自己負担割合を1割から2割に上げようと論議されているが、それをし

図表31



図表32

**AGES**  
(Aichi Gerontological  
Evaluation Study,  
愛知老年学的評価研究)  
プロジェクト

- 高齢者32,891人のデータで検証
- うつ, 閉じこもり, 歯, 虐待まで
- 健康格差は最大約7倍

**検証**  
**健康格差社会**

編集 近藤克剛

Exploring "Inequalities in Health":  
A large-scale social epidemiological survey for care prevention in Japan.

**介護予防に向けた  
社会疫学的  
大規模調査**

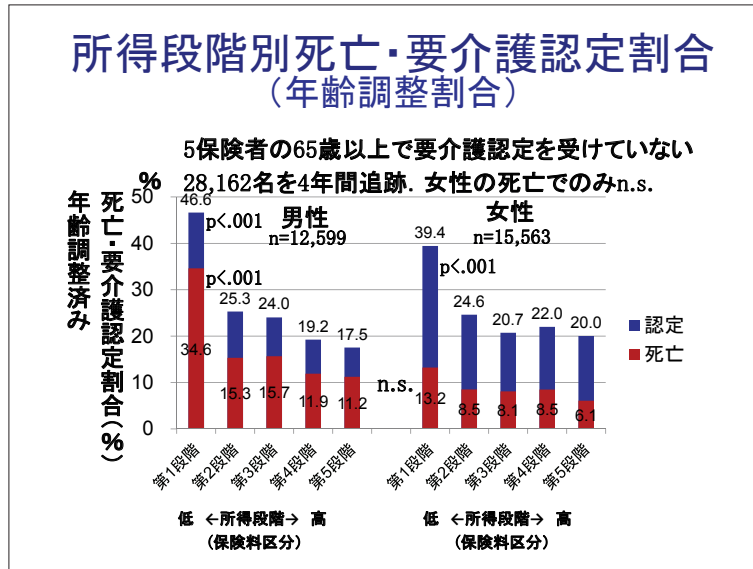
健康格差は最大約**7**倍

うつ, 転倒, 歯, 閉じこもり, 虐待にも  
社会経済的地位による格差があることを高齢者約3.3万人データで検証。  
ソーシャル・キャピタルと健康にも注目!

たら低所得の人たちほど受診が抑制されるというのは確実ではないだろうか。その結果、健康格差が広がるということを国民が知ったうえでどう判断するか。そのための情報を「見える化」してフィードバックすべきじゃないか、と考え、日本における健康格差を描き出す仕事にも取り組んできた。

3万3,000人に聞いた調査データをもとに、健康格差は日本にもありますと公表した(図表32)。しかし、横断分析だけでは、不健康だから所得が下がったという「逆の因果」を含んでいるという批判を受けた。正当な批判なので、縦断追跡調査も行った。

図表33



図表 33 の左が男性 1 万 2,000 人余り、右が女性で 1 万 5,000 人余り、縦軸の赤色が死亡、上の青色が新しく要介護認定を受けた人である。横軸は、介護保険料区分を使って所得段階を見たもので、捕捉率は 99% である。これを見ると、最も高所得の人に比べ保険料区分が第 1 段階の低所得の人たちで、死亡率が 3 倍高いという結果が出てくる。ちょうど今、「1 票の格差が 2 倍を超えたら違憲状態だ」と話題になっているが、「1 票の格差と命の格差どちらをとるか?」。1 票の格差が 2 倍はいけないと言うのに、死亡率が 3 倍ということをおいていいのか、と問えば多くの国民は対策をとるべきだと考えるのではないか。

つまり、自己負担が増えると受診抑制が増え、それは低所得の人に影響が大きく、健康格差を助長する。このような自己負担の引き上げの負の側面が、すでに見えていることを、もっと多くの人に知っていただけるよう声を上げて行かなければいけないと痛感している。

医療クライシスからの脱却には少なくとも 3 つの課題がある (図表 34)。1 点目の課題が、医療費を自己負担の拡大で増やすと健康格差を助長するので、公的な財源でやるべきだという合意を形成する必要があることだ。この主張に対し、自己負担を増やすことを支持しているのが、一般国民よりも実はお医者さんに多いという結果が、日本医師会が昔やった調査で出ていた。医療費拡大の財源を公的財源に求めることについて医師会員も含めた国民の中で合意を形成していくことが、まず 1 つ大事な点ではないかと思う。

また、医療費を増やそうと言うと、「先生たちの懐に入るだけではない


図表34

**クライシスからの脱却に向けた3課題**  
イギリスの経験に学ぶ

---

**・国民の理解が得られる医療制度改革のための3つの課題**

1. 公的な財源で自己負担は抑えて
2. 国民の信頼回復
3. 医療の質を高める仕組み


 Nihon Fukushi University

図表35

**3. 医療の質を高める仕組み作り**

---

- ・医療費の無駄、ムリを排し、増やした医療費が医療の質の改善につながる仕組み作り
- ・「医療費を増やしても無駄が増えるだけ」と映れば、医療費拡大は支持を得られない
- ・モニタリングシステムと戦略的マネジメントが必要

 Nihon Fukushi University

か」という声が出てくる。国民がそういう認識の間は、医療費を増やして欲しいと言っても、国民は納得しないだろう。3番目に、その増やした医療費を何に使って医療の質を高めるのかという、言うならば見積書が必要だ。増やした医療費でこういうことをすることで、医療のどの部分の質を上げるのか。あるいはどうやって健康格差を減らすのか。医療費の使い道に関する見積もり書を用意しない限り、国民は医療費を増やすことを納得しないのではないか。以上が私の考える3つの課題である。

時間の制約があるので、この3番目の「医療の質を高める仕組み」作りに絞って、どんなことが日本でもできるのか、取り組んでいることを紹介したい（図表35）。その目的は、医療費の無駄や無理を排し、使った医療費が医療の質の改善につながることを国民にわかりやすく伝わるような仕

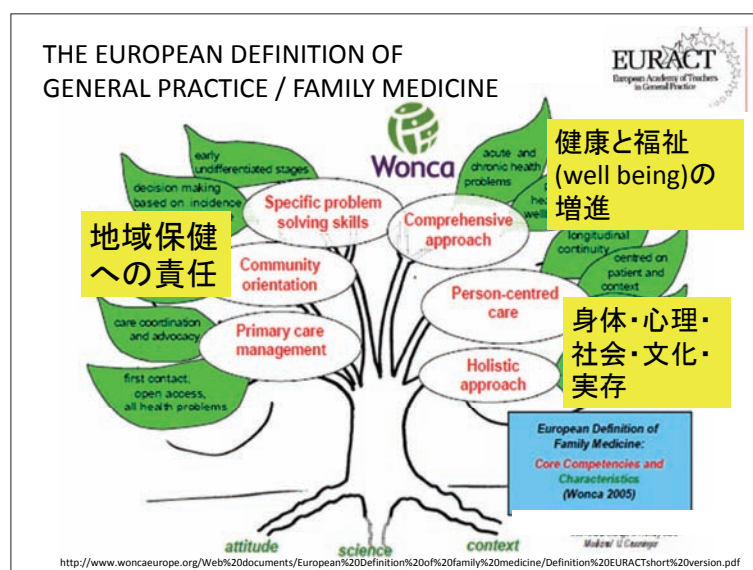
組みを作ることである。そのために、まずは「見える化」を進める、モニタリングシステムを作るべきだと考え取り組んできた。さらにそれを基に戦略を作り合意形成していく場を作るべきで、日本医師会に、それを担うことを期待している

このスライドはヨーロッパのGPたちの学会が出している、GPは何をする人かという定義を表したシェーマである（図表36）。これを見ると、健康だけではなくて、高齢者の福祉や体だけでなく心も社会も全部丸ごと見るのがGPだと言っている。さらに個人に対する責任だけではなくて、自分が担当する地域の保健水準を上げるのも仕事であり、例えば自分の担当している地域の健康状態が悪いとしたら、その要因を分析する者として専門性を発揮し、それに対してどういう手立てを取るべきなのかという助言をするのもGPの役割なんだとしている。

日本にも前例がある。例えば寒い冬に往診に行った時に、トイレで倒れている人がいっぱいいるのでトイレを家の中に作るべきだと助言したり、寒暖差を小さくするために家の建て方まで助言したりする医師たちが沢内村の澤田医師や佐久総合病院の若月医師などが有名だが実際にいた。薬を出すことだけが仕事ではなく、環境もひっくるめて、地域レベルで健康を守る専門職として役割を発揮することが地域医療の担い手には期待されていると思う。

国が特定健診・保健指導のデータを標準化した。同じ定義で全自治体がデータをもっている。それを使って地域の健康状態の「見える化」を試みてみた。

図表36

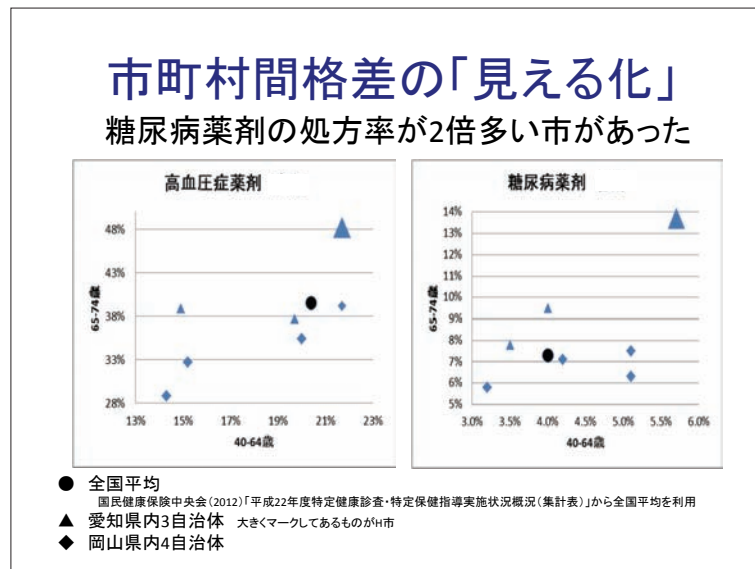




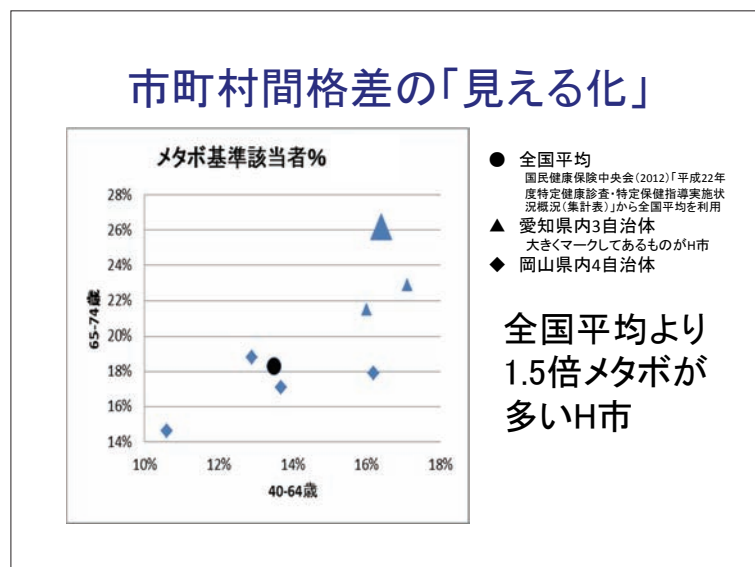
図表 37、38 は、データ提供を受けられた 7 自治体における高血圧の薬投与患者および糖尿病の薬の投与患者の割合のデータである。最も少ない自治体だと 28%、多いところで 48%と、薬の処方を受けている人の割合が 20%ポイント違う。糖尿病のほうは、6%と 13%と 2 倍以上違う。これぐらい地域によって違いがある。

どうしてこういうことが起こるのか、開業医の先生が処方し過ぎじゃないかという批判もあり得る。しかし、分析してみると、さきほどの処方者割合が高い自治体はメタボの人の割合も最も多い自治体であり、そこに暮らしている住民の健康水準も違う。今まではこういうことを「見える化」する努力があまりなされていなかったのではないかと思う。

図表37



図表38



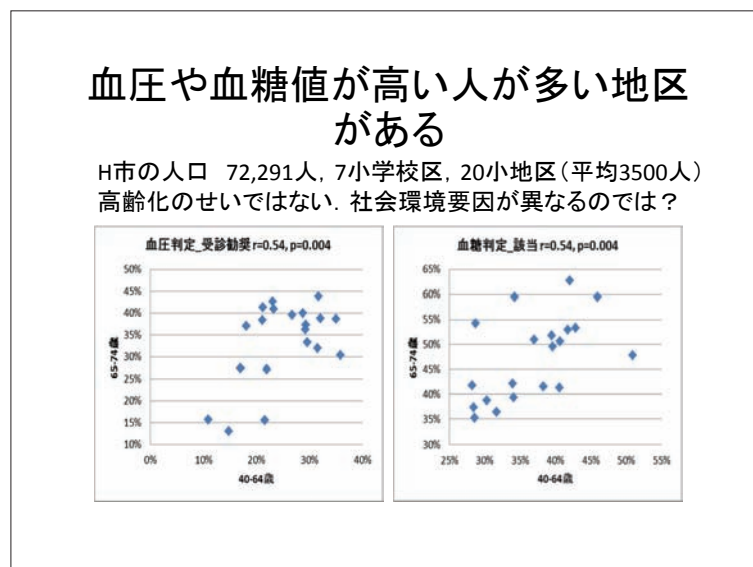
さらに、イギリスでは小地域分析が行われているので、先ほどの市において試しにやってみた。人口7万人、7つの小学校区を20の小地域に分けた（図表39）。平均で1地域の住民数が約3,500人になるので、開業医数でいえば単純平均で3人ぐらいになる。3人の医師達でその小地域に責任を持っているという言い方ができるわけだ。

見てみると、同じ市内であるにもかかわらず、高血圧と判定される率が、少ない小地域だと13%、多いところだと45%の人が該当する。これは高血圧が多い地域と少ない地域で3倍も差があるということだ。あるいは糖尿病についても、35%から64%ぐらいまで2倍弱の差がある。その原因は何であろうか。それは薬だけでコントロールできるものなのであろうか。「見える化」が進むことで、その地域保健に責任を負う開業医としての役割や、医療機関の役割の見直し論議がはじまるのではないかと考えている。

先ほど福祉もGPの仕事に含まれるという定義を紹介したが、介護予防についても、この間研究に取り組んで来た。図表40、41は、4月1日に一般公開する予定の「介護予防政策サポートサイト」である。全国の約1,600の保険者を高齢化率の平均値で、高齢者が多い地域と少ない地域の2つのグループに分けたうえで、例えばうつが少ない自治体から多い自治体まで並べて、上位から2割に入る、うつが多い自治体を5点、最も少ない2割のグループを1点として、シグナル表示したものである。

ちょっと意外なことに、この厚生労働省が交渉しているデータでみると、文京区は下から数えたほうが多い指標が6つのうち5つもある。そう

図表39



すると、文京区の開業医の先生は、介護予防についてもっと助言・指導すべきではないかということが見えてくる。よく「うちは高齢化が進んでいるから」と言われるので、高齢化率5%ずつで層別して、高齢化率が同水準のところだけを比べられるようなフィルター機能もつけた。こうすると同じ高齢化率でもだいぶ差があることも見えてくる。すでにこれらをインターネット上で誰でも見られるようにしてある。

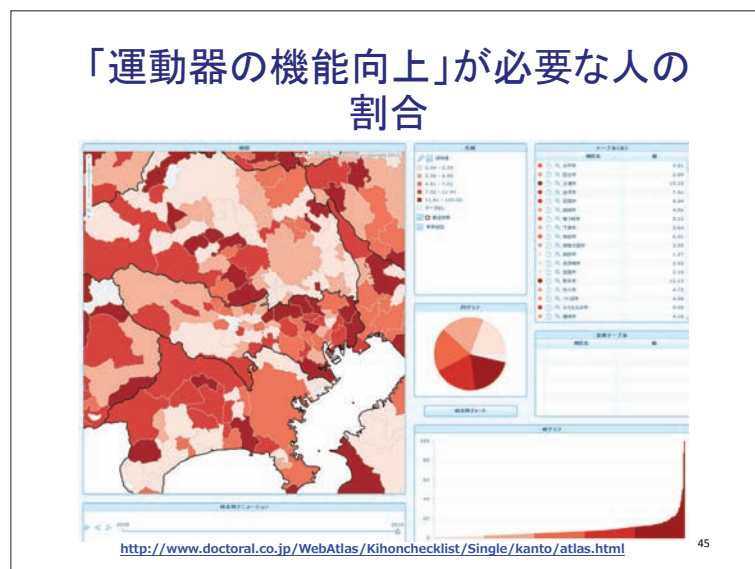
世界中で健康格差あるいは健康の社会的決定要因が重要というレポートが相次いで出ている。日本ではまだ調査・研究がされていないだけで、もう少し社会環境にアプローチすることを地域医療でも見直すべきなのではないかと思っている。

日本でなぜこうした健康格差の問題が話題になるのが遅れたのか。1つ

図表40



図表41



は海外の膨大な蓄積が英語で書いてあるため、研究者が関心のある人でないとちょっと手が出なかったことがある。そこで、今年の1月に、『健康の社会的決定要因－疾患・状態別「健康格差」レビュー』（日本公衆衛生協会、2013）という本を出した（図表42、43）。

まだ余り知られていないが、健康格差の問題は調べてみると相当根強くあるので、対策を強化しようという決議を WHO が2009年の総会であげている。その中では「もっとこの問題を見えるように測定しよう」とうたっている。日本でも政府が今年の7月に発表した「健康日本21（第2次）」の中で、健康格差の縮小を目指すことが明記された（図表44、45）。

図表42



図表43

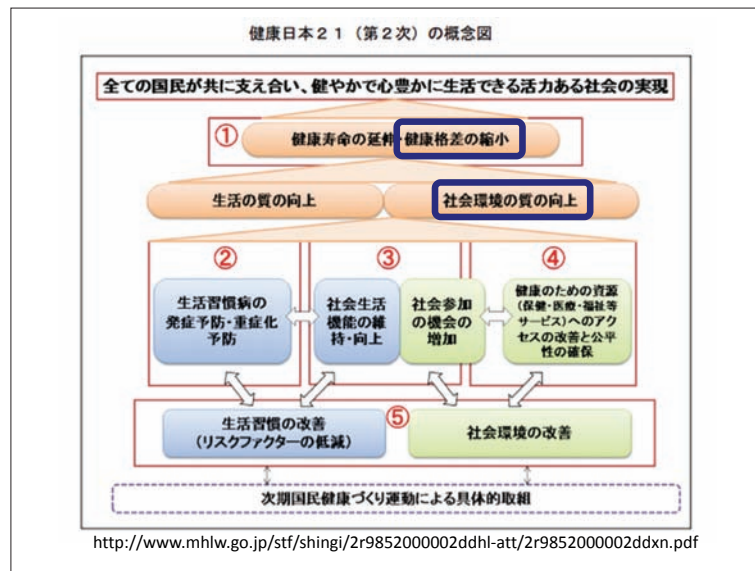
## Recommendations of CSDH final report 2008

- 1 Improve Daily Living Conditions**  
**日常生活の環境条件の改善**
- 2 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources**  
**力、お金、資源の分配の不平等への取り組み**
- 3 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action**  
**問題の測定と理解、活動のパクトのアセスメント**  
**= Health Impact Assessment**

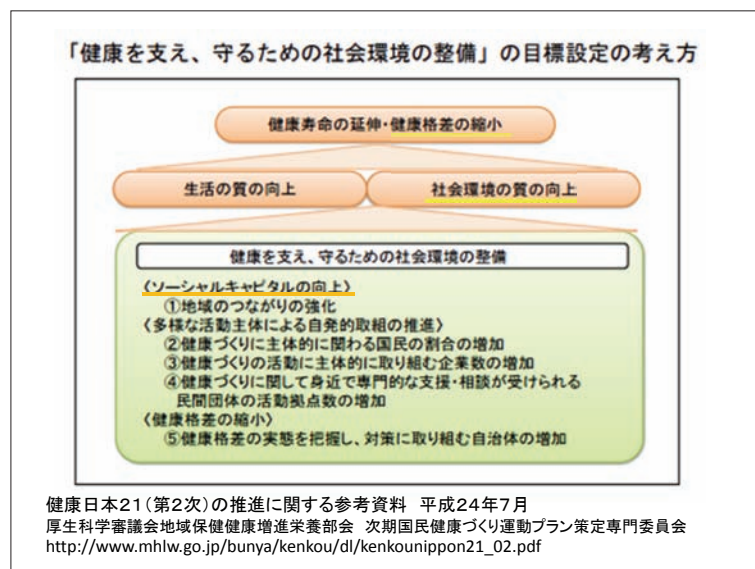
それをどうやってやるか。「社会環境の質の向上」を通じて行うと書かれている。具体的には地域のつながり（ソーシャル・キャピタル）を強める。薬ではないのに、そんなに効くのかと思われるかもしれないが、人々がつながっているコミュニティは健康指標がよいという結果が出てきている。

例えば図表46では、小学校区単位で分析したもので、そこに暮らしている高齢者のうち何%の人が、例えばボランティア団体・老人クラブ・趣味の会といった地域組織に参加している割合を横軸に置いたものである。少ない小学校区では後期高齢者の2割しか参加していないが、多いところで後期高齢者でも7割が地域組織に参加している。縦軸が、認知症リスクがあると判定された人の割合を示している。すると地域につながっている高齢者が少ないところでは、認知症リスク者が多い。つまり、ほけやすい

図表44



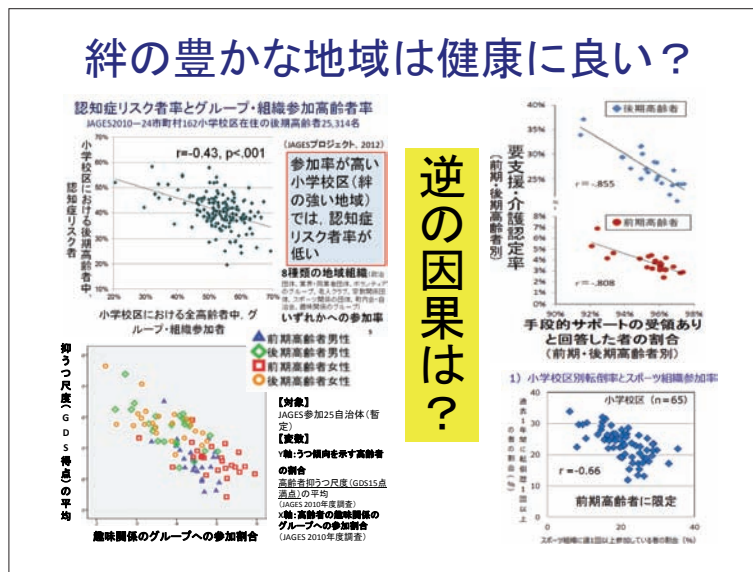
図表45



地域というのがある。もう1例あげると、左下のグラフでは、趣味の会に参加している高齢者の割合を横軸において、25自治体での結果を示した。縦軸は、うつ評価スケールの平均点で、高いほどうつ傾向を意味する。見ると、趣味に参加している高齢者が多い自治体ではうつ得点が低く、メンタルヘルスが良い。メンタルヘルスが良いから趣味の会に行くという逆の因果を含んでいるが、それにしてもきれいな相関関係がみられる。こうなると、今後は抗うつ剤を飲んでる人の割合だけではなく、地域とのつながりも評価すべきではないか。右下のグラフでは、転んでいる人の割合を、小学校区単位で見たものである。一番少ないところが12%、多いところが34%となっており、3倍転びやすい小学校区がある。相関が見られたのは、週に1回以上スポーツ組織に参加している高齢者の割合で、それが多いところは転んだ経験のある人は少ない。

こうしたことを厚労省に報告していたら、保険料に直結する要介護認定率はどうかと言われ、調べてみた。すると、一番相関が高かったのが手段的サポート（病気で数日寝込んだときに世話をしてくれる人がいる割合）である。社会的サポートを受けられる高齢者が多い自治体ほど要介護

図表46



認定率が低い。開業医や医療機関は、「人々のつながりを作る場」（＝待合室）を提供している。サロン化していると批判されてきたが、実はあれが良かったかもしれない。人々のつながりと健康の関連を縦断研究で裏づけしようと思っている。

このように「見える化」で様々なことができる。ただし、日本の医療をよくするためには、国民に見てもらいたい側面は何かなど、戦略を練りながら見せ方を設計していても良いと思う。一方、見えただけでは「医療崩壊」は解決しない。見えた現実からどういう改革のストーリーを描くかも大事だと思う（図表47、48）。

その点でも、NSFと呼ばれる、イギリスで作られた国レベルの医療サービスの枠組みが参考になる。10年後の目標を定め、それを実現するために、

図表47

**「見える化」だけでは足りない**

- どの側面を見せるべきか
- 「見える化」できるのは事実・現状まで
- 戦略的な「見える化」が必要
- 医療崩壊からの脱出には、どんな医療をめざすのか＝目標とそこに至る戦略（ストーリー）が必要

図表48

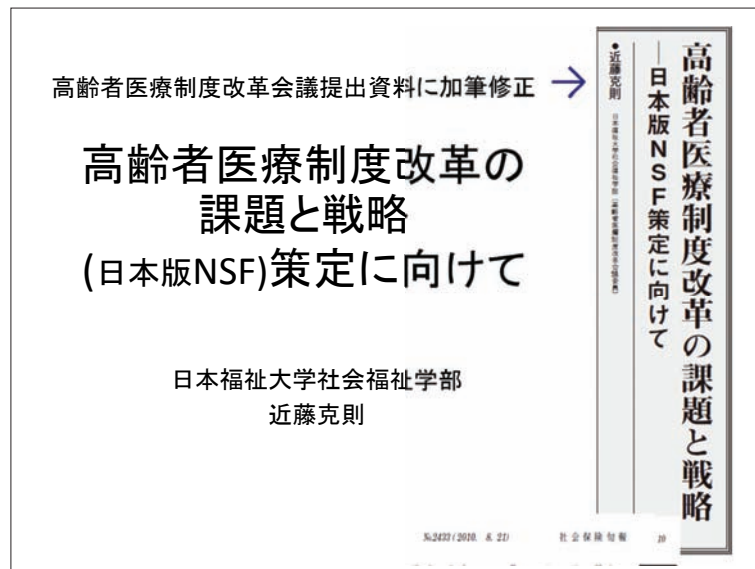
**NSF (National Service Framework) とは**

- 日本より10年早く「医療崩壊」を経験したイギリス政府が、そこからの脱却・再生に向けて策定したもの
- 現状評価に基づき課題抽出、全英で達成されるべき10年後の数値目標、目標に至る戦略を、領域・疾患別に示したもの
- 日本の高齢者医療で、今後10～20年間に起きる構造的なニーズの変化に対応するには構造改革のための「日本版NSF」の策定論議の場が必要である

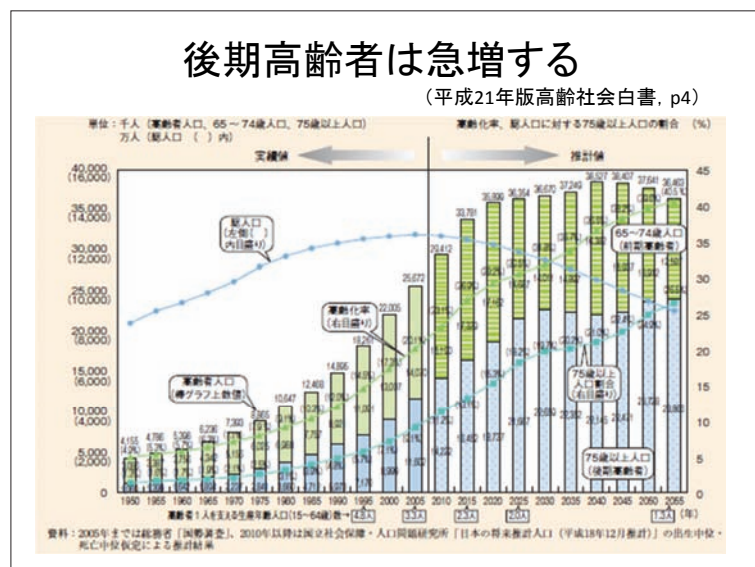
なすべきこと、その道筋が書かれている。このような改革のストーリー・戦略が日本にも必要ではないか。その具体例を、『社会保険旬報』に論文として掲載してもらっているのも、是非ご覧いただきたい(図表49)。これから日本は構造的な変化が起きて、今までの延長線上で考えていると、後手に回って大変じゃないかというのが基本の問題意識である。

例えば、後期高齢者は増加し、急激な人口減少も始まり、死亡者数は1.5倍ぐらいに膨れ上がる(図表50、51)。しかし家族介護力がやせ細っている中で在宅での看取りは果たしてできるのか。今までにない選択肢を準備したり、今までとは違うサービスや提供プログラムを作り出さなければいけないと考えている(図表53)。

図表49

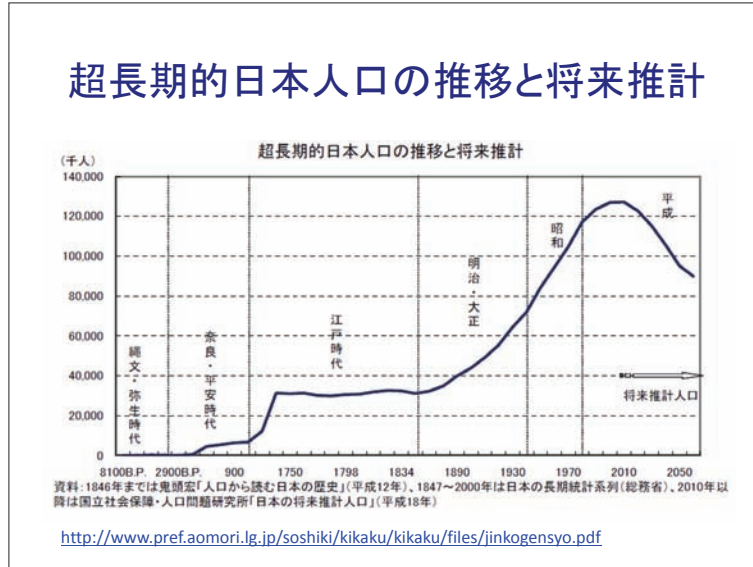


図表50

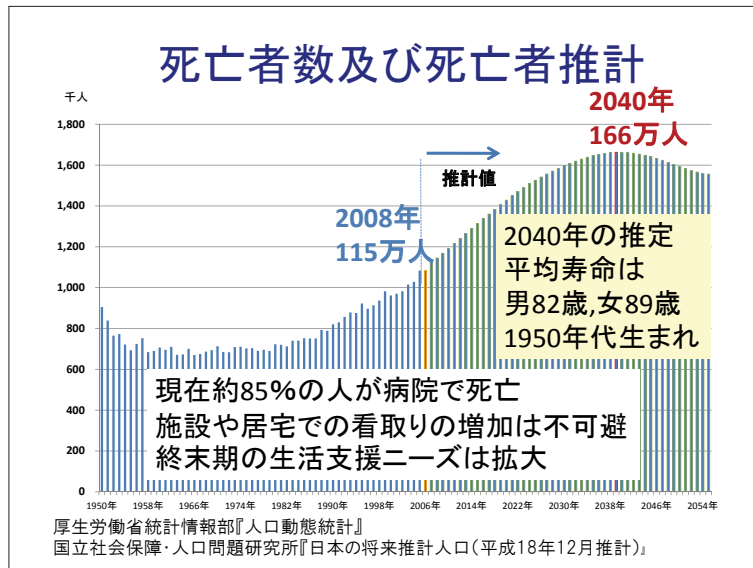




図表51



図表52



図表53

## ケア・プログラムの課題

#### 選択肢の拡大

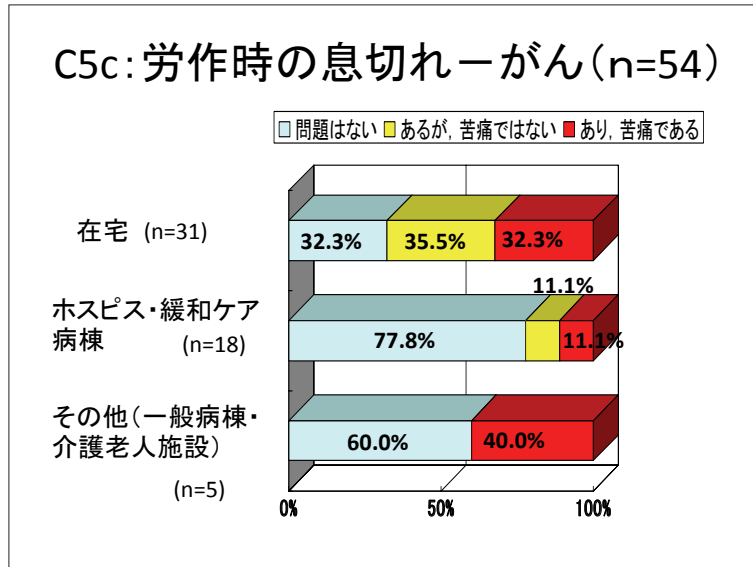
- 病院中心の現状
- 老人福祉・保健施設
- ホスピス・在宅ケア
- 自宅でない在宅
  - ケア付き住宅
  - グループホーム
  - 小規模多機能

#### 新しいモデルの開発

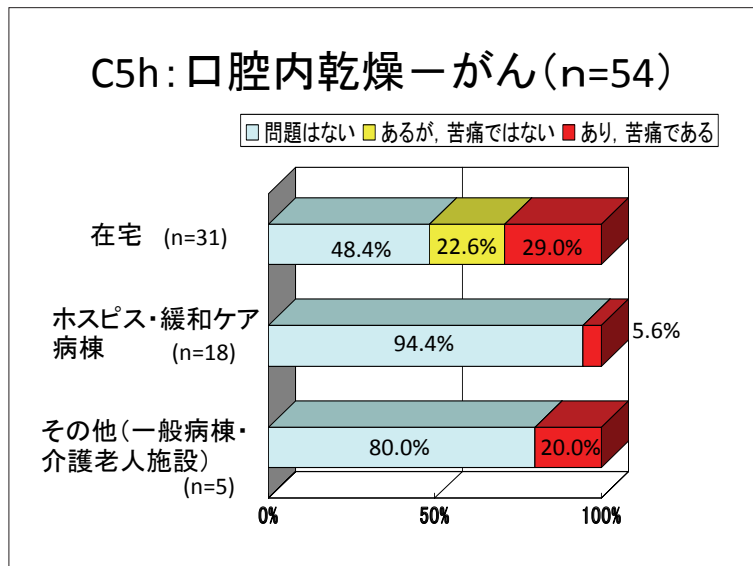
- デイ・ホスピタル:  
早すぎる社会的な  
死の予防
- 24時間ケア
- モバイル緩和ケア  
チーム
- 複数主治医制

どこであってもケアの質向上

図表54

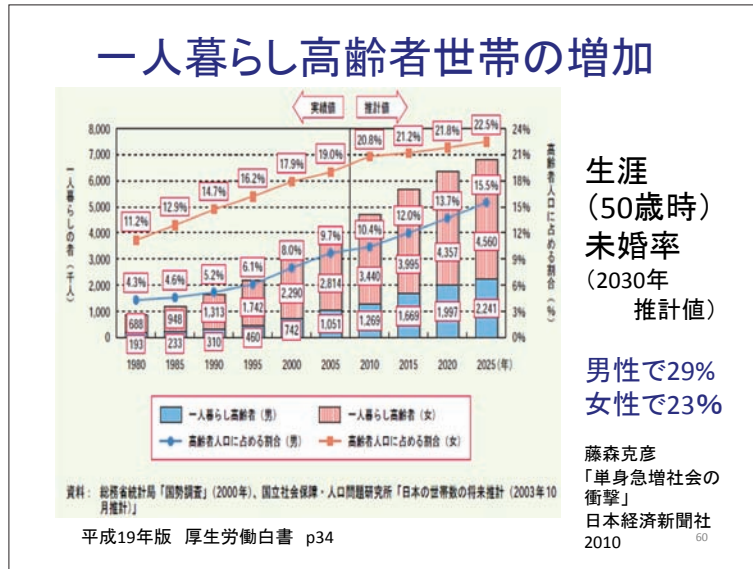


図表55

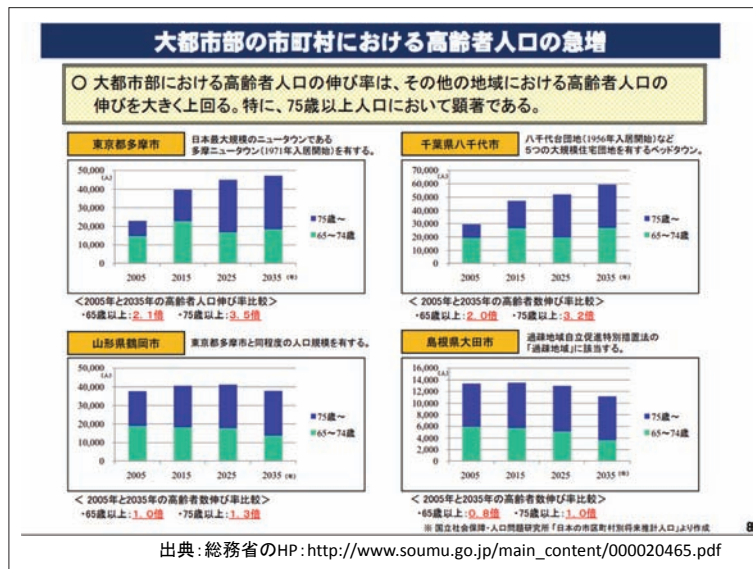


在宅の看取りについては、確かに一生懸命やっている先生のところは医療の質が高い。ただ、一般的などころのデータをみるとかなりの差がある。例えば、がん患者で労作時の息切れがある割合を調べてみると、ホスピスでは苦痛のある方は1割ぐらいしかいない（図表54）。つまり、提供されている質は高い。それに対して在宅では3人に1人が苦しんでいる。同じ日本人でがん患者が対象であるから、ホスピス並みに1割にまで減らせる可能性はある。ホスピスで開発され、使われている様々な技術を在宅に持ち込めば、ホスピスのレベルまで減らせる余地があるのではないか。そのためには医療の質を測り、どうすれば質が上がるのかを明らかにし、それを現場に普及する取り組みが必要ではないか。もう1例あげると、口の中が乾いている割合は、ホスピスであれば5～6%なのに、在宅では3割の

図表56



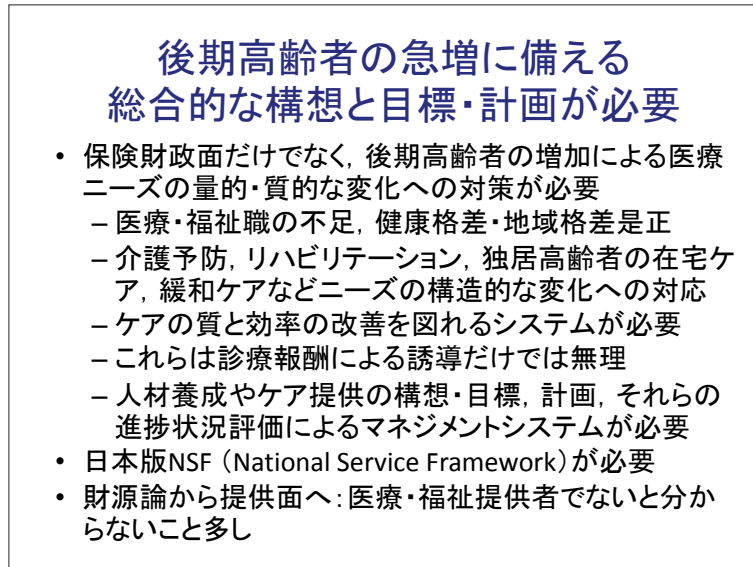
図表57



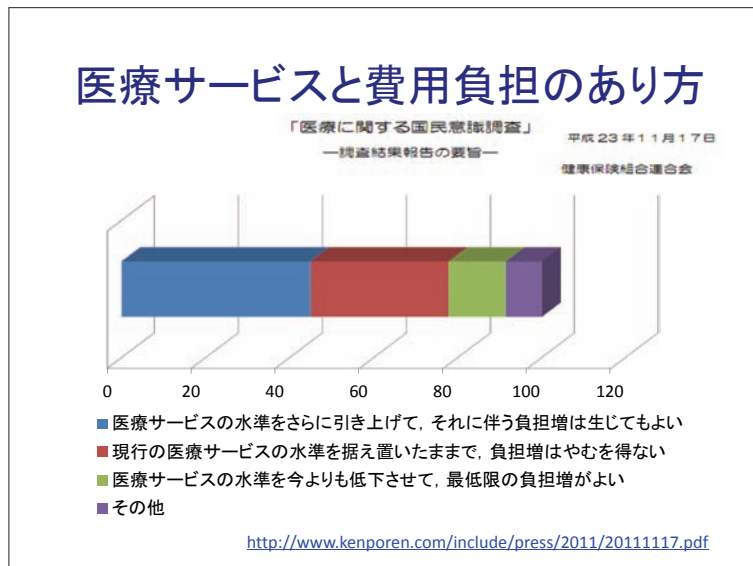
人が苦痛を感じている (図表 55)。減らせる余地があるので、そのギャップを埋めるために一体何をすべきか。その道筋を描いたのが、イギリスの National Service Framework である。

さらに今後、一人暮らしの高齢者、特に都市部で高齢者が急増する (図表 56、57)。すると、今までの家族介護力をあてにしたサービスモデルでは立ち行かなくなるのは明らかで、介護予防・リハビリ・在宅ケア・緩和ケアなど、多くのことを準備しなくてはならない。これらは診療報酬による誘導だけでできるとは思えない。新しいモデルを作り、その効果を継承し、それを担える人材を育てなければならない。卒前教育を担当する文科省も巻き込んだ総合的なアプローチをする必要があるのではないか。それらを描いたのがイギリスの National Service Framework である。日

図表58



図表59



本でも部分的には作られているとは思いますが、その全体像を示す日本版NSFが欲しい。その取りまとめを日本医師会にやっていただけないかと願っている（図表58）。

医療サービスの水準がさらに引き上がるのであれば、負担増が生じてもよいと言っている国民が半数近くいる（図表59）。同じ水準だとしても、負担増はやむを得ないと言う人まで入れれば7割くらいになる。こうしたことを考えると、国民に対して今後10年後20年後を見すえて、医師／医療の専門職として、こういう医療を保証したい、

そのためにはこういうものがある。その実現のためにはいくら必要だ。そういう見積書を用意すれば、国民は少なくとも聞く耳は持っているということだと期待している。

図表60



今までは、どちらかというとな財源論、器の話が大半だったと思う。しかし、これからは社会構造が大きく変わり、求められ提供されるべき医療の中身も変わる。医療の器でなく中身も急いで準備する必要がある。中身を考えることをエコノミストや厚労省に頼めるのか。

中身の話は、医療界が作るべきだと思う。日本医師会が医療界を取りまとめて、見せるべき現状を見えるようにして、改革の目標を提示して、その実現のためにはどういう道筋で進めるのか、そのためにはどれくらい費用がかかるのか、それが実現できればどこまでは保証できるのか、示してほしい（図表60）。

自分のところの診療内容まで見られたくない思いは、多分、会員の中には相当あると思う。しかし、公的な財源からお金を出してもらうのであれば、その前に見積書を出して、目標とそこに至る道筋を示し、その実現のために努力していることを示す必要はないのか。それと引き替えに医療費を負担してほしい。費用負担と見返りとの抱き合わせでないと国民は納得してくれないのではないかと思う。

医療制度には、お金の問題だけではなくて、そのお金でどういうサービスを展開して提供するのかという中身の問題がある。なおかつ、国民が同意してくれた範囲でしか医療費は増やせない。さらに超高齢社会では、これまでの延長線上では考えられない相当大胆な中身の組み直しの必要がある。それにも関わらず前提となる現状認識の段階で意見が割れている。まずは医療費だけでなく、医療の質や受診抑制や健康格差の現状を見えるようにして合意の形成を図る。手間暇はかかるが、合意の形成を図り、それを国民に説明しながら進める以外に方法はないと思う。

医療の提供内容を変えるには、人作りも考えると10年かかる。日本社会に残されている時間的猶予はそんなに長くない。できるところから着手して、モデルを作って進めていく必要がある。医療の中身については、医療界がイニシアチブを取るべきで、その上でこの日本医師会の役割にはほかに代わることができないものがある（図表61）。

以上のように、日本の状況に合わせた「見える化」を進め、マネジメントの強化をしていくことが必要だと思う。


図表61

**「医療クライシス」を超えて**


- 医療制度＝医療保障(器)+提供(中身)
  - 公的な財源による医療保障を守れるか
  - 提供側の改革構想に合意はあるか
- 国民が同意した範囲でしか医療費は増やせない
- 超高齢社会に耐える中身の論議と改革が必要
- 「見える化」による業界内部での合意・政策形成と、国民への説明責任の追求
- 提供内容を変えるには10年かかる
- モデルを作り、マネジメントする主体は医療界
- 中身の「見える化」とマネジメントの強化を

**文 献**

- 近藤克則『医療費抑制の時代』を越えて-イギリスの医療・福祉改革』医学書院, 2004
- 近藤克則『健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか』医学書院, 2005. 社会政策学会賞(奨励賞)受賞
- 近藤克則『健康格差社会』を生き抜く』朝日新聞新書, 2010
- 近藤克則『医療クライシス』を越えて-イギリスと日本の医療・介護のゆくえ』医学書院, 2012



「医療クライシス」  
を超えて  
イギリスと日本の医療・介護のゆくえ  
近藤克則


 Nihon Fukushi University