

医療における規制制度・改革の論点 ～スウェーデン視察も踏まえて～

多摩大学 統合リスクマネジメント研究所
医療リスクマネジメントセンター 教授
(社)農協共済総合研究所 客員研究員 真野 俊樹

1. はじめに

筆者は、『グローバル化する医療—メディカルツーリズムとは何か』（岩波書店）で、医療のグローバル化をメディカルツーリズムという現象から論じた。

その背景には、医療技術の高度化とそれともなう高額化、先進国が直面している人口高齢化がある。この大きなトレンドのもとで、先進国の医療制度は一つの方向、たとえば医療費の削減や効率化に向かっていているように見える。しかし、一方では医療はその国の歴史、国民性が大きく影響するものであるために、様々な国での社会保障政策や経済政策の影響を受ける。

筆者が見るところ、米国のような市場経済重視の医療制度を持っているところは、国民皆保険制度のようなユニバーサルカバレッジに動き、逆に社会民主主義のスウェーデンのような国が、市場経済寄りに振れたりしている。また、新興国もユニバーサルカバレッジに動き、医療制度は、高齢化社会、医療費増加という共通の課題をかかえ、その対応としてある方向に収斂しているようにも見える。

本論文では、このような大きな動きを背景にして、民主党政権で行われている、医療介護の規制制度改革について論じてみたい。

2. 規制制度改革の論点のピックアップ

2011年4月8日に、行政刷新会議、規制・制度改革分科会のとりまとめを踏まえて「規制・制度改革に係る方針」が閣議決定された。その中には、「ライフイノベーション分野」につき、下記の事項が含まれている（以下、抜粋）。

● 規制・制度改革事項

医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し

● 概要

国民皆保険制度を守ることを前提として、以下を行う。

- ① 医療法人と他の法人の役職員を兼務して問題ないと考えられる範囲の明確化を図る。＜平成23年度措置＞
- ② 医療法人が他の医療法人に融資又は与信を行うことを認めることの必要性について検討する。＜平成23年度検討、結論＞
- ③ 法人種別の異なる場合も含めた医療法人の合併に関するルール明確化や、医療法人が合併する場合の迅速化について検討する。＜平成23年度検討、結論＞

- 規制・制度改革事項
施設・入所系サービスの再編

- 概要

- ① 介護保険施設等の施設・入居系サービスと居宅系サービスのあり方について、介護保険施設等の機能の現状と、「ケア付き住宅」の最近の動向を踏まえ、諸外国の例も含めて調査研究する。〈平成23年度中検討開始〉
- ② 高齢者専用住宅等については、保証されるサービスが不明確になっているので、「ケア付き住宅」を、常時ケアが提供される体制のもの、あるいは、24時間常駐・見守りのある体制のもの、そうでないものについて整理する。〈平成23年度中措置〉

- 規制・制度改革事項
特別養護老人ホームの医療体制の改善

- 概要

特別養護老人ホーム等の医務室は医療法上の診療所であり、その構造等が全ての被保険者に対して開放されている等、必要な要件を満たす場合には、保険医療機関として指定を行うことが可能であるとの解釈の周知徹底を図る。〈平成23年度中措置〉

3. 規制制度改革の背景

背景には、医療技術の高度化とそれとともに高額化、先進国が直面している人口高齢化がある。一見、何の関連性もないかに見えるこれらの規制制度改革事項だが、ベースには大きな流れがあり、その対応策として今回の流れがある。

まず、前述した「施設・入所系サービスの

再編」についての概要に記載されている、「『ケア付き住宅』の最近の動向を踏まえ、諸外国の例も含めて調査研究する」、という文言に注目しよう。

なお、この文言は、規制制度改革の委員会のほうからの記載事項ではなく、担当省庁である厚生労働省が加えた文言である。当初は下記のようなであった。

- ① 集中的・特別なケアを実施する機能（短期的リハビリ（認知症リハビリを含む）、虐待、拒否等の利用者への対応、定型的医療的ケア等）を再編・区分することにより、施設・入居系サービスを、「ケア付き住宅」として、統一すべきである。〈平成23年度中措置〉
- ② 高齢者専用住宅等については、保証されるサービスが不明確になっているので、「ケア付き住宅」を、常時ケアが提供される体制のもの、あるいは、24時間常駐・見守りのある体制のもの、そうでないものについて整理するべきである。〈平成23年度中措置〉

要するに、これらは複雑化している施設・入所系サービスの再編をもくろんだものであった。

詳しくは後述するが、これは医療の受け皿としての介護施設の充実、役割分担も意図するものであり、同じく規制・制度改革分科会の当初案に盛り込まれていた地域医療計画という考え方の見直し、言いかえれば地域医療提供体制の再編と密接に関係するものである。人口の高齢化に伴い、生活者が必要とするサービスにおいて変化が生まれ、介護などの生活密着型のサービスが重要になってきて

おり、ウエイトが高くなってきていることがこの改革の背景にある。

ところで、「諸外国の例も含めて調査研究する」とは、日本の仕組みの何が問題で、諸外国の例としてどこがふさわしいのであろうか。この記述からは明らかではないが、本論文ではその例として福祉先進国である、スウェーデンの状況を見てみよう。

4. スウェーデンという国

スウェーデンという国はどんな国であろうか。面積は日本よりやや広く、日本全土に北海道をもう一つ足した程度である。面積の割に人口が少なく、人口は日本の約1/12の930万人、人口密度は約1/19程度、世界の人口密度ランクでは235カ国中187位で、低密度である。

なんといってもこの国のイメージは高福祉高負担であろう。この要因としては過去78年間のうち計65年、政権の座にあった社会民主労働党の存在が大きかった。

スウェーデンはたとえば、エスピン・アンデルセンなどの分類において、社会民主主義の国として知られる。社会民主主義は別の言葉では中道左派と言われる。ただし、社会民主主義と言っても近年では社会自由主義と言われるアメリカのクリントン政権やイギリスのブレア政権に見られるように、中道右派政党の新自由主義・市場原理主義的経済政策をある程度取り入れ、積極的に民営化を行うなどかつての社会民主主義とは異なった考え方も有力である。

しかし、スウェーデンを高福祉高負担の国と考えることには、経済学あるいは社会保障の学者において相違はない。たとえばMRIの

数、CTの数は、日本や米国よりはかなり少ないが、人口当たりのMRI数は英国の約2倍で、CTは約3倍である。

ただ、スウェーデンの国民医療費は、2001年に対GDP比で9.0%であったのが2008年で9.4%、最近数年間でさほど大きな上昇はない。エーデル改革以来急性期の病床は削減しており、英国とほぼ同数でOECD諸国でも最低レベル、対GDP比の薬剤費用は英国の半分という少なさである。

5. 特別な住居

奥村(2008)によれば、福祉先進国と言われるスウェーデンでは、「エーデル改革によって、老人ホーム、ナーシングホーム、サービスハウス、グループホームなどの施設は全て『特別な住居』という言葉に統合された。特別な住居は恒久的住居とショートステイに分けられ、住居はさらに24時間介護の介護住宅と自立できる高齢者を対象としたサービスハウスに分けられるようになった。同時に、介護住宅は介護ユニットレベルにおいて認知症高齢者、身体疾患高齢者用などに分けているのが普通である。

施設の住居化という場合、物理的環境のみに焦点が当てられることが多いが、スウェーデンでは住宅政策及び医療政策との関連の中で施設が住居化された。この結果、施設(特別な住居のうちの恒久的住居)は生活の場になり、高齢者が介護度に応じて施設間を移るという制度から死ぬまで住み続けられる制度になった。」(『海外社会保障研究』164号 P. 26 2008年)という。

「スウェーデンには施設はない」と言われる所以はここにある。日本で言ういわゆる施

設にあたる、スウェーデンでの特別な住宅の概念が重要である。これらはスウェーデンでは住宅なのである。

住宅と施設の違いは何か、一つは契約形態の違いがある。すなわち、賃貸借契約を結び、家賃を支払うものが住宅で、(契約はあるにせよ) 施設は何らかの認定の基準に基づき入所が決定されるものを言う。

住宅は借りているものであるから、家具は(スウェーデンの場合にはベッド以外)は自ら持ちこむことができ、家と同じように住むことができるのである。また、生活が前提であるから部屋にキッチン、風呂(スウェーデンではシャワー)があることが原則である。

これは、こういった契約形態や環境は介護や医療の必要度とは必ずしも関係ない、施設化する必要はない、場合によっては住み慣れた環境を維持したほうが、認知症などが進まない、という概念に基づいている。

また、高齢者特別住宅の職員の多くは准看護師であって、作業診療士(OT)や理学療法士(PT)の指導を受け^(注1)、医療的な支援も行っている。これは、日本でも認知症の介護などで問題になるが、重度の要介護者は医療的な問題を抱えている場合が多いからである。

6. 福祉と医療の流れ

スウェーデンの医療や福祉を議論する場合には、保健医療サービス法と社会サービス法に加え、現在の医療の方向性を形づくったエーデル改革が重要である。

エーデル改革は、1992年、現在の与党である中道右派の穏健党が政権の時に行われた。しかし当時の社会民主党なども賛成したという。

ポイントは、入院患者の退院後のケアを県から市に変更したことである。具体的には、一度国に徴収されその後県に相当するランスタングや市町村に相当するコミュニオンに分配される県税の9割が医療に回され、一方市税で福祉・教育・生活全般をまかなう。スウェーデンは、医療を所得の10%にあたる県税、介護・教育・市民生活全般を所得の20%にあたる市税でまかなう。医療・介護に社会保険も消費税も使わないので、改革では、税の分配を市に厚くしたことになる。

また、エーデル改革では、施設の看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士などが県の職員から市の職員に移る、といったことが行われた。さらに医療責任看護師(MAS)が生まれ、医療を担当する社会庁^(注2)の窓口となり、市が行う医療行為全般の責任を取る。さて、このような動きを経た現在のスウェーデンの医療の状況を眺めてみよう。

7. スウェーデン医療の基本構造

スウェーデンの医療制度は極めて役割分担が明確である。すなわち、患者が体調を崩した場合には、最初に、県の行っている電話トリアージを受けるのが原則である。ここにはその他の健康知識が書かれている。そこで、医療機関受診を勧められた場合には、地域医療センターに電話をする。そこでも電話相談

(注1)スウェーデンのOTは日本のOTに比べ、活動範囲が広く、要介護者の生活に関すること全ての責任を持っている。
(注2)社会省の下に社会庁がある。社会庁は省から独立しており、医療に対する監督・規制などの実務を行う役割である。

は可能であるが、通常予約を取って受診することになる。しかし、予約の状況にもよるが、日本のようにすぐに受診が可能ということではなく、通常は何日か先の予約になる。それが嫌な場合には、救急ということで地域医療センターを訪問するが、その場合には何時間待たされるかわからない。

地域医療センターによっては17時以降の夜間診療を行っているセンターとそうでないセンターがある。これは、行政上の役割分担であり、そのセンターの規模の大小や希望は関係がない。したがって、住民は遠くのセンターに行かねばならない場合もある。

このような、日本と比べてのアクセスの悪さを、医療の質に含めるべきかどうかは難しい。主観的な満足度の範疇であるという見方もありえよう。しかし、後述するように満足度を追求したい人が増えている。特にベビーブーマー世代にその動きがあるようである。

8. 在院日数が短いわけ

エーデル改革以後、スウェーデンでは、病床数が急激に減り、在院日数も減った。いわゆる社会的入院を解消したといわれ、2007年の平均在院日数は、4.5日であり、OECD諸国の中でも最も短い部類に入り、米国より短い。もう一つのこの改革の意味は、福祉の地方主権であると言われる。実際、日本では重要な医療者や介護者の配置基準はスウェーデンではなく、地域の判断に任される。

医師が退院許可を出して5日以内に、市が患者ケアの受け皿を用意できない場合、市は罰則としてその後の医療費用支払いの義務を負い、入院費用を県に払うことになる。このような経済的なインセンティブも重要だが、

他の要素としては、仕事の明確な切り分けと、逆に仕事間の連携が重要である。

仕事の明確な切り分けとは、県であるランスタングと市であるコミューンの役割分担が明確であると言い換えてもいい。具体的には、ランスタングは医療、つまり地域医療センター、訪問看護、在宅リハビリ、救急外来、病院、救急車を担当し、コミューンは住宅改修や訪問介護、ショートステイ、高齢者特別住宅を担当する。

そして、通常の疾患はランスタングでの医療が終わった後にコミューンでの介護、生活にと移っていくので、その橋渡しのポイントになる。ここでは、公務員であるニーズ判定委員が活躍するが、この判定のための会議にはウェブケアと呼ばれるITシステムが活用され、情報交換を円滑にしている。

なお、高齢者特別住宅における医療の提供のみが複雑で、高齢者特別住宅は、コミューンが管轄するが、医師のみがランスタングの所属になる。このように管轄が分かれているので、在宅医療に従事する医師によれば所属のねじれがあるために、情報共有が難しい面があるということであった。

9. データに基づく医療とIT化

スウェーデンの国としての特徴が政策の透明性であることはよく知られている。これは医療についても同じである。むしろ、介護よりも医療のほうが透明性が高い。30程度の疾患ではあるが、日本で言うがん登録のような形で、疾患の転帰などを含めた情報を登録している。

我々が訪問した株式会社病院では膝の特殊な疾患についてのレジストリを作成し、その

登録を全国に展開している。また、医師ごとに手術時間を比較し、経営目標としてのKPI^(注3)に、手術時間が60分以内、総在院7.45時間といったものを設定している。

そのほかにも急性白血病など30ほどの疾患でレジストリが走っているようだ。これは、疾患におけるベンチマークや標準化に役立つことは言うまでもない。

また、ITという点では、処方箋は全て電子化されており、全ての薬局で患者ID（国民ID）とともに閲覧可能である。もちろん、在庫がないために待たされることはありえるが、基本的にどの薬局を訪れても過去の薬歴とともに情報がその薬局に伝えられることになる。

また、ここでは、予約、来院などの予定管理（キャンセルを避ける意味もある）のIT化で年間85,000件のメールを、また手術の様子の電子化による医師同士また患者への共有なども行っている。

このように、国を挙げてあるいは組織としてもITとデータに基づく経営が行われている。

地域医療連携に対してのITの利用は、こういった話に比べれば進んではないが、たとえばカロリンスカ大学病院を中心に「take care」といった、電子カルテの共有化の試みがなされたりしている。

10. スウェーデンに起きている変化

このようなスウェーデンにおいても変化が起きている。

変化と言えばスウェーデンと民営化という

ことが一つのテーマであろう。元来スウェーデンはケインズの言う「投資の社会化」とでも言うべきであろうか、個々人のリスクを社会で受ける、という概念で社会保障を行っており、その背景に、国民の国への信頼があったと言える。そのような国であっても、いわゆるグローバル化の波が押し寄せてきているといってもいい。

スウェーデンがEUにおいて貨幣統合しない理由の一つには、EUという大きな市場経済、規制緩和に巻き込まれたくないという理由がある。

90年代の民営化論は、株式会社化も含めて、組織の民営化であり、2000年代の民営化論は、組織も緩やかに民営化していくのであるが、むしろ消費者の選択範囲を広げることが重要という論点に移っている。その意味では社会民主党ではなく穏健党を中心にした中道右派の政権がどこまで続くかが、ポイントかもしれない。

11. 医療における変化

医療における変化のポイントは、経済学と医療経済の視点で明らかになる。

まず経済学の視点であるが、『現代の経済学』（根井雅弘、講談社学術文庫 1994年）によれば経済学者のハイエクは、全体主義に自由主義、民主主義に権威主義的政府を対比する。これは、前者は政府の大きさ、後者は誰が政府を主導するのかにフォーカスしており、対比軸の違いであるという。

その意味では、通常は民主主義に自由主義、全体主義に権威主義的政府の親和性が高いの

(注3)KPI：key performance indicator、日本語では、重要業績評価指標という。

だが、スウェーデンのように全体主義で民主主義を、逆に中国のように権威主義的政府で自由主義を推進してもおかしくはないのであろう。現在の穏健党を中心とした政権は、この全体主義すなわち大きな政府のところを少しづつメスを入れようとしている。

また、安いコスト、良質な医療の質、アクセスの簡便さという医療経済において両立しないといわれる三つの視点で見てみよう。スウェーデンでは、コストは国が担当しており自己負担は安い。質については、特に悪いわけでもない。問題はアクセスである。

上述した国民性と相まってか、スウェーデンでは日本のようにすぐに医師を受診することはなかった。原則的に最初に看護師による電話トリアージがあり、また、軽い病気と考えられれば予約で何日か待つことになる。逆に救急というのは予約をせずに地域医療センターを受診することを指すが、この場合も何時間も待たされることがある。

このような国であっても、待たずに診察を受けたいとか、風邪のように軽い疾患でも医師を受診したいというニーズが徐々に生まれてきており、民間医療保険にも加入者が増えてきている。このような民営化の流れと相まって、株式会社を含め民間クリニックも数多く生まれてきている^(注4)。そこでは民間保険の患者は待ち時間なく、すぐに受診が可能である。逆に民間のクリニックは質の競争を行って、たとえば公的なクリニックができない最先端のことは行って公的なクリニックから患者を取ろうというのではなく、待ち時間が少ないというアクセスでの優位性を前面に打

ち出して競争している。

頑健な制度であるがゆえに、こういった民間保険購入者に、税を支払いたくないといった流れがもし起きてくれば、スウェーデンの医療制度に大きなひびが入ることになる。しかし、スウェーデンの場合には、医療提供体制の量の充実のために民間（スウェーデンの場合には株式会社を含むが）を使うという姿勢ではなく、効率的医療提供のためにこれを利用しようという姿勢である点は注目に値する。

12. 日本での規制制度改革

さて、以上のように、一つのモデルとも言えるスウェーデンを中心に、世界の大きな流れを考えたうえで、日本における個別の論点を見てみよう。

● 病床規制と地域医療計画

イギリスや北欧諸国のように、財源と供給体制の運営主体が主に政府であるかあるいは民間への業務委託が中心の場合には、医療計画は政府の保健医療分野におけるサービス提供に係る計画そのものであり、いわゆる規制を目的とした計画ではない。

アメリカ、フランス及びドイツは、いずれも1970年代に医療資源の適正化等に係る規制を目的とした医療計画を作成した国々であった。医療費に対して病床や医療機器が与える影響に着目し、医療費を適正化するための手段としていた。

しかし、現在はドイツにおいては医療計画はあるが病床規制はない。アメリカにおいても州ごとに医療機器の導入計画があるのみである。

(注4) 日本で言ういわゆる民営化は、病院では1990年代に行われたストックホルムのカピオ聖ゲラン病院が有名であるが、その後あまり進んでいない。

● 機能分化

前項の医療計画とも関係するが、医療機関、介護施設の機能分化、役割分担をどのように行い、どのように誘導していくのか（あるいは誘導しないのか）は極めて大きな政策課題である。そして、単に機能が分かれば分業化していくのみでなく、生活者にとって必要なサービスを行えるように機能分化を方向付けることも重要になる。

● 家庭医（かかりつけ医）

スウェーデン、イギリス等のゲートキーパーとしてかかりつけ医が制度化された国では、国民は地域でほぼ決まったかかりつけ医に登録する仕組みである。一方、日本や新興国では病院も含めフリーアクセスになっている。

フランス、ドイツなどでもかかりつけ医制度を導入したが、スウェーデン、イギリスのように厳密なゲートキーパーになっていない。ゲートキーパーというとコスト面の効率化が想起されるが、より生活に密着したケアを行う主体としてのかかりつけ医という視点も重要であることは言うまでもない。

前項の組織体の機能分化とも関連するが、機能の整備（たとえば医師の教育）といった問題と密接に関係するので、政策決定が行われたとしても実施に時間がかかる。

この後の二つの論点は、以上を踏まえて具体的な提供主体の役割についての論点になる。

● 公立病院

日本における公立病院は、地域での中核病院であったり、高齢化が進んだ地域、医療過疎地域での病院であったり様々である。

平成22年住民基本台帳年齢別人口（市町村別：平成22年3月31日現在）における高齢化率の上位100団体のうち、病院が所在する施設は37団体となっている（厚生労働省：平成21年医療施設調査）。そのうち、30団体（33病院）が自治体病院という状況にある。

また、33の自治体病院のうち、11病院は療養病棟を持っており、さらに18病院は市町村保健センターや介護老人保健施設等を併設しており、医療だけではなく、介護・福祉にも積極的に展開している。

● 中小病院

厚生労働省では、大病院と中小病院とは、病床数等の規模で一律に区分されるものでないことに留意が必要であるとしたうえで、200床未満の病院を、中小病院とし、診療報酬でもそれ以上のベッド数を持つ病院と区別している。機能的に、病床数で単純に区分できるものでもないが、療養病床、リハビリ、特定健診、訪問看護といったように、国の政策に従ったサービスを提供し、複合体化している病院が半数を超える。

このように、中小病院においての一つの方向性としては、1次、2次救急を中心に、療養サービスや介護サービスを展開していく方向が見て取れる^(注5)。一方では2000年の介護保険の導入以来、民間も含めて介護

(注5)このような方向性の転換においても医師や看護職などの確保、言い換えれば意識変革が重要であることも改めてしめされている。

系サービス提供者も急速に増加中である。

その意味で、改めて規制制度改革の論議である医療・介護の制度設計の簡素化、シームレス化が重要になると思われる。また、記載した三つの制度改革が、この思想に基づいていることもわかる。

参考文献・資料

- ・奥村芳孝『スウェーデンの高齢者ケア戦略』筒井書房 2010年
- ・奥村芳孝「スウェーデンの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』No. 164 国立社会保障・人口問題研究所 2008年
- ・根井雅弘『現代の経済学』講談社学術文庫 1994年
- ・渡辺博明「スウェーデン社会保障研究の動向」『大原社会問題研究所雑誌 No. 518/ 2002. 1』
- ・堤修三『介護保険の意味論』中央法規出版 2010年
- ・猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣 2010年
- ・真野俊樹『グローバル化する医療—メディカルツーリズムとは何か』岩波書店 2009年
- ・橘木俊詔『安心の社会保障改革』東洋経済新報社 2010年
- ・真野俊樹『入門医療経済学 「いのち」と効率の両立をもとめて』中公新書 2006年
- ・橘木俊詔『安心の経済学—ライフサイクルのリスクにどう対処するか—』岩波書店 2002年
- ・神野直彦『「分かち合い」の経済学』岩波新書 2010年
- ・厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書 平成16年9月24日
- ・行政刷新会議「規制・制度改革に係る方針（案）」平成23年4月8日