

医療制度改革と福祉国家の変容 日米比較研究

我々の研究について、報告したいと思います。

【スライド1】

医療制度改革と福祉国家の変容というテーマで、3つの研究視点から行いました。

1つは、変化する医療環境に、供給主体がどのように変わろうとしているのか。

2つ目は、公的な医療保障制度をいかに市場適合的に改革していくか。

3つ目は、医療環境の変化がどのように法律的・倫理的な問題を起こし、解決しようとしているのか。

具体的には、供給主体の変化では、高齢化社会でこれから大きな問題になるホスピスの日米比較を行いました。制度改革については、日本の医療・介護保険制度の改革とアメリカのマネージドケアについて2つの研究を行いました。法的・倫理的問題では、薬害エイズにどのような政治的・社会的な解決を果たしていったかを考えて、これからの福祉国家のあり方について研究しました。

【スライド2】

まず第1のホスピスですが、イギリスから始まり、これがほぼ同時期に日本とアメリカに導入されたわけですが、日本ではホスピスの普及は遅れました。

それには4つの理由があり、1つは医者抵抗ということ。やはりホスピスは、医学の敗北ということで、なかなか浸透しなかった。国民の間でも、ホスピスに関して「死にゆく場所」と受けとめられ、浸透しなかった。また、財政基盤の確立の上でも、急性期対応の支払い方式が、ホスピスに対する財政的支援を不十分なものにした。さらにガンの告知（インフォームドコンセント）が、わが国では70年代半ばから80年代初頭、なかなか普及しませんでしたので、ホスピスも日本では浸透しなかった。

逆にアメリカでは、イギリスで始まったホスピスが非常に浸透し、1つは消費者の主権、それから「自然に帰れ」という回帰運動の中で、自然分娩や自然な死への関心が高まって、



仙台白百合女子大学人間学部
人間生活学科 教授

高木 安雄

スライド1

研究の視点	具体的研究テーマ
(1) 医療サービスの供給主体はいかに変容する医療環境に対応しようとしているのか？	日米両国におけるホスピスの発展と課題
(2) 公的な医療保障をいかに市場適合的（不適合的）に実施しようとしているのか？	日本の医療・介護制度改革 米国のマネジドケア
(3) 医療環境の変化がいかなる法律的・倫理的な問題を発生させ、いかに解決しようとしているのか？	日米両国における薬害エイズ問題と政治的・社会的対応

スライド2

現状	導入過程（1970年代半ば～1980年代初頭）	その後
●病院の緩和ケア病棟が主流	●遅れた理由 (1)医師の抵抗：ホスピスは、「医療の敗北」 (2)国民の認識不足：ホスピスは、「死にゆく場所」 ●60施設が承認を受ける	●発展の理由 (1)死への関心の高まり：がん患者の増加、メディア・医師 (2)公的財政支援：緩和ケア病棟への定額支払い導入 (3)組織的取組：専門団体による教育・訓練の実施 (4)薬害エイズ問題と医師の抵抗の減少：ホスピスの公認 (5)在院日数短縮化の要請：空床の緩和ケア病棟への転換
●在宅ホスピスが主流	●発達した理由 (1)消費者主権、自然分娩や自然死など「自然に帰れ」の運動の発生 (2)死への関心の高まり：国民はもちろん、専門家・研究者の死ぬことへの関心。死の教育やキューブラー・ロスの「死ぬ瞬間」など。	●発展の理由 (1)1982年にメディアケアの中で保険給付の対象となる。 (2)ターミナルケアの質の改善よりも末期医療における費用増加の削減を目的に導入された。

ホスピスも定着していった。

さらに、死ぬことへの関心について、国民はもちろん、医学者の間でも高まり、Death-Education など様々な動きがあった。

日本でも90年代に入って、ホスピスがようやく定着してきた。

1つは、死への関心の高まりであり、ガンの患者の増加に伴って、メディアとか医者の中でホスピスへの関心が高まった。そして、1990年に緩和ケア病棟に対する診療報酬の定額支払いが導入されて、公的にもホスピスに対する財政支援が行われた。さらに、看護協会とか様々な専門的な団体において、ホスピスへの取り組みの教育や訓練が行われ、国民もホスピスを受容し、医者の間でも抵抗が弱まってきた。

もう1つ大きな要因として、1990年以降、特に90年代半ばから、急性期疾患と慢性期疾患の病院・病棟の機能分化の中で、在院日数を短縮する動きが始まった。その中で、空いた病床を活用していくということで、緩和ケア病棟への転換が大きな病院で始まった。

アメリカも、1982年、ホスピスがメディケアによる保険給付の対象になり、定着していった。しかし、アメリカでは、末期医療の医療費の増大に対する解決策として始まったのに対して、日本での緩和ケア病棟の定額払いは、ケアの質の確保という目的で行われた点で大きく異なると思っています。

【スライド3】

これからのホスピスを考えるにあたって、幾つか問題がある。特に日本は、定着して間もないので、今後の課題をまとめてみた。

1つは、緩和ケア病棟ということで、まだ病院をベースとしたホスピスが一般的です。それゆえに、宗教やホリスティック、精神的なケアの不足が、これから問題になると思います。また、医者以外の様々なスタッフの参加も不足しており、もっと参加する必要がある。

2つ目に、これはアメリカも同様ですけれども、公的な医療保険制度の給付の対象になることによって、公的な統制という問題がある。むしろ、財政的な管理運営への関心が高まって、ホスピスの患者に対する現実的な多様なケアが忘れがちになってしまう。日本でも、このようなケースがインタビューの中で明らかになり、厚生省の緩和ケア病棟の規制と実際の様々な要求とのミスマッチというものが報告されている。

3つ目は、先ほど、日本のホスピスが大病院の空床対策として始まったと述べたが、ホスピスの病棟単位は非常に小さいもので、病院の中での基盤というものが非常に弱い。それ故に、このホスピスを病院内できちんと位置づけるための、強力なリーダーシップが必要となる。

4つ目に、アメリカで主流になっているが、緩和ケア病棟から在宅ホスピスへ、それから地域でのホスピスへの転換を日本でも迫られている。そのためには、看護職や様々なボランティア等の活用、個室など患者・家族のためのプライベートルームの確保、社会的な活動の広がりが必要である。現在、日本では、緩和ケア病棟の中にとど

スライド3

●ホスピスの課題—とくに日本

- (1)病院・病棟をベースとする医療偏重のホスピスの出現：
宗教との関係の欠如。全人的・精神的ケアの不足。
医師以外の専門スタッフの不足、参加の必要性。
- (2)医療保険の対象になることによる統制：
現実的なケアより財政的な管理・運営への傾斜。
- (3)大病院併設の小さな病棟単位=ホスピスの脆弱の基盤：
病院内での強力なリーダーの必要性。
- (4)緩和ケア病棟から地域・在宅ホスピスへの転換の必要性
看護職・ボランティアの柔軟的な活用。
個室や患者・家族のためのプライベートルームの確保。
社会的な活動の組織化。

まっており、まだまだアメリカと比べると不十分なことが明らかになっている。

【スライド4】

次は、日本の医療政策、介護制度の改革について報告したい。

医療サービスには、病気として治療を軸とした急性期疾患、あるいは病気との共存を迫られる慢性期疾患、生活障害との共存を求められる老人病、それからターミナルケア等、いくつか種類があり、それぞれ方向性も違うし、サービス供給の仕組みや人的資源も異なっている。それに見合う医療政策も、当然のように、急性期の出来高払い、慢性期の定額払い、在宅医療の制度化など、政策展開もいくつか異なる。日本において、どのような政策がとられてきたかが次のスライドです。

【スライド5】

これは、急性期疾患、慢性期、老人病、それから終末期等、いくつかの軸で今の疾患像を整理したもので、実は急性期疾患というものは、ほぼ50年代に一応解決している。その後、慢性期疾患が増えてくるが、80年代の半ばぐらいまで急性期を対応とした医療政策が行われており、こういう疾病の転換に関して、政策が非常に遅れてきたのが明らかとなる。

90年に緩和ケア病棟が導入され、97年に介護保険制度の法律が通ったが、このような疾病構造の転換に対して、医療政策は遅れてきた。病床の機能分担も、実質的にはすでに50年代後半から60年代の前半に必要であった。

次に、このような転換の遅れが何故発生したのかを考えてみると、1つは、疾病のこのような構造転換が、非常に速いことです。このような疾病構造の転換について、政策担当者もなかなか問題意識を持ち得ない。さらに改革の阻害要因として、日本では医療サービスの多くを私的医療機関に依存しているため、これが大きな障壁になる。そして、措置制度を軸とする行政主体の福祉サービスが、なかなかこうした構造転換にうまく機能しなかった。普遍主義的な政策展開を阻害してきた要素が、日本では存在している。

【スライド6】

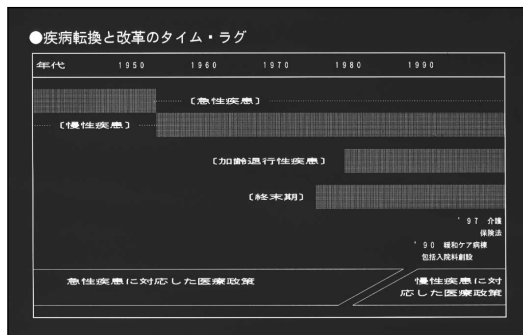
アメリカのHMOについても、これからの制度のモデルとして研究している。

スライド4

●疾病像と政策志向

疾病像	政策目的	方向性	サービス供給の仕組み	人的資源	政策展開、施設機能等
急性疾患：原因・治療法と心に明確	治療	機能集約的医療：Cure	一定の設備を整えた医療施設	医療職	●モノ・技術の評価 ●出来高払い方式
慢性疾患：原因不明確。主に生活習慣病。	病気との共存	全人的ケア：Holistic Approach	長期療養施設 + 在宅ケア	保健・医療・福祉職	●人、質の評価・定額払い ●在宅医療の制度化 ●施設の機能分担と連携
加齢進行性疾患＝老人病	生活障害との共存	生活支援型ケア：Nursing Care	介護施設 + 在宅ケア	上記 + ボランティア	●介護サービスの制度化
終末期：ターミナルケアを迎える	納得のいく死を迎える	全人的ケア	ホスピス + 在宅ケア	上記 + 宗教家	●時間や技術等に合わせた評価

スライド5



スライド6

●HMOの意義と日本への応用

Managed Careの本質：医療費抑制を可能にする医療管理技術の集合体

HMOの機能	日本への応用
<ul style="list-style-type: none"> ●企業報酬制の定額化 ①プライムケア医・給付方式、人払い方式、出来高払い方式の併用 ②定額払、人払い方式が主流（費用は専門職が全面的に負担） ③「医師以外のグループ外専門職」：出来高払い方式、併用制；多くはデスクトップ業務による出来高払い方式。 	<ul style="list-style-type: none"> ●企業（体制）の費用負担 ①医療費抑制の産業・支払い機能がコスト効果的。 ②企業専任の医師、企業専任のスタッフの存在。 ③HMOが企業に所属するも、企業内での活動は少ない。
<ul style="list-style-type: none"> ●HMOの機能の日本への応用 (1)医療機関と企業・保険に跨るサービス提供：各機能分担や人払い、併用制、提供先統合。 (2)医療機関に跨る「情報提供」機能 (3)医療機関に跨る「予防・健康増進」機能 (4)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (5)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (6)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (7)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (8)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (9)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (10)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (11)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (12)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (13)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (14)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (15)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (16)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (17)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (18)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (19)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (20)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (21)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (22)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (23)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (24)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (25)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (26)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (27)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (28)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (29)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (30)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (31)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (32)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (33)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (34)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (35)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (36)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (37)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (38)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (39)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (40)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (41)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (42)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (43)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (44)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (45)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (46)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (47)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (48)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (49)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (50)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (51)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (52)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (53)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (54)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (55)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (56)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (57)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (58)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (59)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (60)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (61)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (62)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (63)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (64)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (65)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (66)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (67)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (68)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (69)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (70)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (71)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (72)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (73)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (74)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (75)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (76)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (77)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (78)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (79)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (80)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (81)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (82)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (83)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (84)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (85)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (86)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (87)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (88)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (89)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (90)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (91)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (92)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (93)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (94)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (95)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (96)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (97)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (98)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (99)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 (100)「企業」に跨る「予防・健康増進」機能 	

このマネージドケアというのは基本的に、医療費抑制を可能にする医療管理技術の集合体と考えています。HMOは様々なタイプがあるけれども、ここでは省略して、HMOが持つ機能について2つ強調したい。

1つは診療報酬の定額化、もう1つは診療行為のモニタリングの機能です。

診療報酬の定額化では、プライマリーケア医、専門医、それからグループ外の専門医、病院などの医療サービスに対して、それぞれ人頭払い、出来高払い、ディスカウントによる出来高払い等、様々な工夫をして診療報酬を支払っている。重要なのは診療行為のモニタリングであり、ユーティリゼーション・レビューとして、提供されるサービスが医学的に必要不可欠であるかどうか、さらに適切な水準で医療サービスが供給されているかどうかをモニタリングをして、適切でないと判断されたサービスには支払いを拒否し、医療費の抑制を実現していく。

その点、日本の支払い制度を考えると、審査支払いには問題があり、このような診療行為のモニタリングは非常に不十分である。こういう問題を解決するために、HMOのスキームというものが、日本でも健保組合等の保険者を通じて、導入できる可能性がある。

【スライド7】

法律的・社会的な問題として、日本・アメリカ・フランスの薬害エイズの問題を取り上げた。

アジア的な法制度の日本、市民法を中心とするフランス、Common Law（慣習法）を中心とするアメリカにおいて、このエイズの問題に対して、どのような法律の関与があったかを検証している。

日本では、96年に大阪と東京地裁で和解勧告が出て、厚生大臣が謝罪すると共にメーカーも謝罪して、和解が成立し、賠償金の支払いを行う。

フランスではパリの法廷が、血液製剤に関わった3つの組織（国立の血液製剤のセンター、厚生省等）の管理責任者3人の個人の不正行為は認めつつも、政府による救済は否定され、製薬企業が賠償金を払うという形で救済がなされている。日本とは異なる判決が下っている。

アメリカについては、裁判所の関与がこのエイズの問題に関しては非常に弱く、製薬企業による賠償の勧告は出たものの、権利と権利の争いの中で法律を決めていくというアメリカの伝統の中で、救済はなされていない。正義の実現の為に、裁判所がうまく機能していないことがアメリカの特徴といえる。

スライド7

●薬害エイズ問題と政治的・社会的対応－日米仏の比較
 輸血は「贈与の社会的関係」：生物学的血液と社会的意味の結合
 （イギリスの社会学者リチャード・ティトマス）

	日本	フランス	アメリカ
訴訟・和解・裁判の法制度	●アジア的な法制度 ●政治目的のために裁判に訴えようという機運は弱い。	●市民法 ●政治目的のために裁判に訴えようという機運は弱い。	●慣習法 ●社会的な争いの解決に法律に頼ろうとする気質。 ●権利にもとづく法制度の改正
判決・和解・示談	●1996年：大阪・東京地裁 ●厚生省と3つの製薬企業による謝罪と和解・賠償金支払い	●1992年：パリ・13回裁判 ●血液製剤に関わる3組織の責任者の個人の違法行為 ●政府による救済の否定、製薬企業の賠償金支払い	●1997年：第7巡回裁判による示談の判決 ●製薬企業による賠償支払いの勧告 ●和解勧告の勧告は弱く、司法による意見は不明確。
まとめ	●裁判所が被害者の救済・責任追求に積極的に対応した。 ●「正義」の尺度が裁判で機能した。		●権利と権利の争い、訴訟好きのアメリカ。 ●正義の実現と法制度

スライド8

- 研究のまとめ：福祉国家の変容とその実現
- (1)医療制度の改革は、ケア・コスト・アクセスの水準について国民・医療提供者の合意形成＝福祉国家の実現が求められている。
 - (2)そのためには、「正義」の実現のための法・社会制度の確立、市場（民間）の活用など新たな視点が必要である。
 - (3)国民福祉の向上、被害の救済などの政策転換は現実の課題に対して時間差が発生する傾向にあり、問題に即応した解決が求められる。

日本とフランスの場合は、被害者の救済に裁判所が正義の尺度として、具体的に機能した。

【スライド8】

これからの福祉国家を考えていく上で、非常に重要な問題として、ケア・コスト・アクセスについて国民・医療提供者の合意形成をどのように行うかということがある。そのためには、正義の実現のための法・社会制度を確立するとともに、市場（民間）の活用など新たな視点が必要である。しかし、現実の政策展開においては、慎重に取り組むということでタイムラグが発生しやすい傾向があり、これが福祉や医療問題の特徴といえる。