

人権の視点からみた日豪の医療改革と医療保障

木 幡 洋 子

はじめに

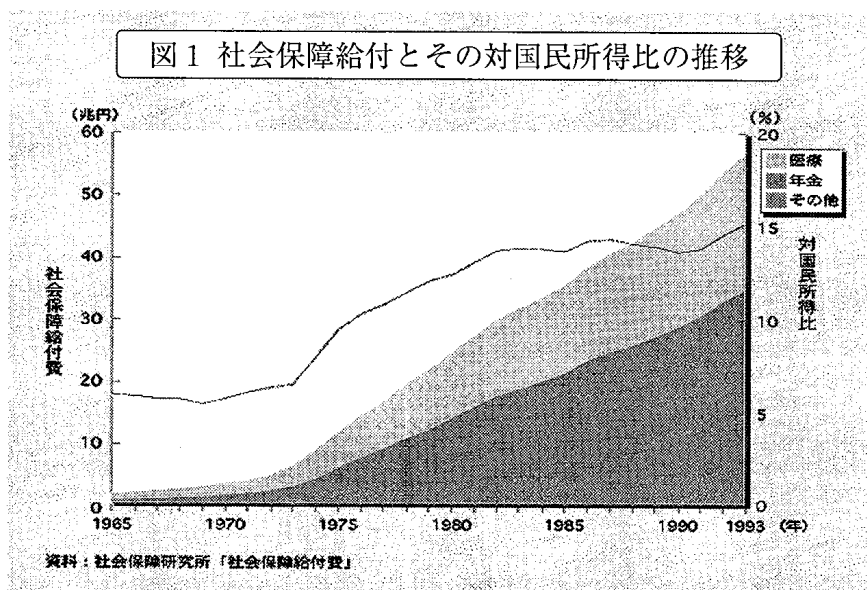
1970年代末から始まった世界的な不況と高齢化の進展の中で、諸国は高騰する医療費をいかに抑制するかを視野にいたした医療改革を進めていくこととなった。多くの国は、マクロ経済改革の中に医療改革を位置づけ、競争原理と自己負担原理の導入を図っているが、患者が過剰診療を求めないシステムとしてプライマリ・ケアの充実を図るシステム整備や医療の人権に対する認識の度合い等の違いにより、患者が医療を保障される度合いは異なってきている。

本稿は、こうした世界的な医療改革の中での日本の改革における人権の捉え方を確認すると同時に、オーストラリアとOECD諸国の取組みをみることで、日本の医療改革における新たな視点の可能性を探ることを課題としている。

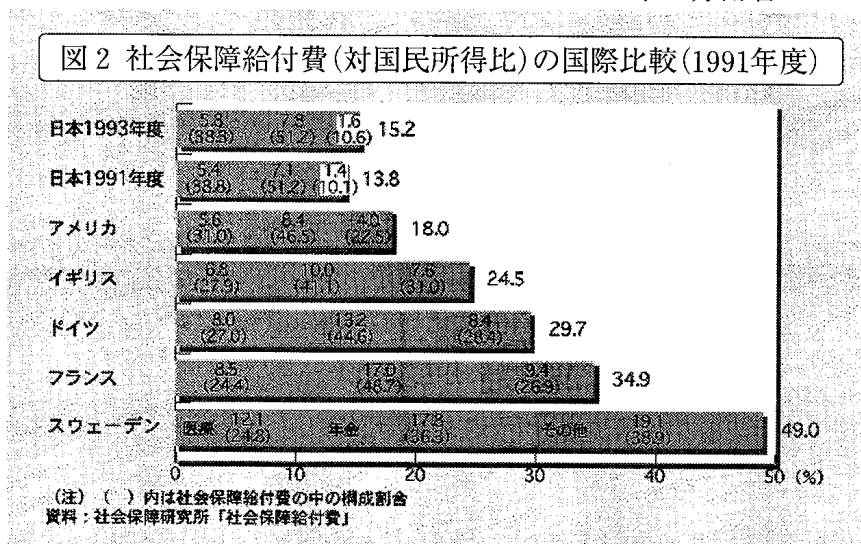
1. 日本の医療改革

福祉元年とその後の不況と高齢化

1956（昭和31）年当時の日本の医療費保障は、健康保険の適用がない自営業や農業従事者など、医療保険の適用を受けていない国民が全体の三分の一という状況であり、その改善のために新たな国民健康保険法が1959（昭和34）に施行された。その後、1961（昭和36）年には皆保険が達成され、給付率も、皆保険達成時には5割であったものが、1963（昭和38）年には世帯主が、1968（昭和43）年には世帯員が7割の給付を受けることとなった。さらに、1973（昭和48）年には、健康保険の給付率の引き上げ、自己負担を一定額に抑えるための高額療養制度、老人福祉法による70歳以上の高齢者に対する医療費無料化が実施され、同年は福祉元年と呼称され、日本の医療における社会保障は充実していった。



厚生労働省HPより



厚生労働省HPより

もっとも、こうした社会保障の充実の反面、財政的には厳しい状況があった。昭和30年代後半から40年代にかけては診療費が引き上げられていき、国民の医療費負担の軽減とあいまって国の医療費負担は財政を圧迫していったのである。

こうした中で、1996（平成8）年に始まった社会保障構造改革の中で、最重要課題として位置づけられたのが老健制度であった。1995（平成7）年3月から、医療保険審議会において、①給付と負担の公平 ②医療費の規模及びその財源・負担のあり方 ③医療保険制度の枠組みおよび保険者運営のあり方、などが審議され、同年の8月には「中間とりまとめ」が公表された。「中間とりまとめ」においては、保険料負担の引き上げ、給付の範囲の見直し、患者負担の

一部引き上げ、老人医療拠出金割合の縮小と公費負担割合の引き上げが示された。これを受けて、2002（平成14）年の老人保健法改正においては以下の改正が行われている。

- ① 70歳から75歳以上に対象年齢を引き上げる。
- ② 一部負担金割合を1割の定率にし、月額上限制と診療所の定額制を廃止して高額医療費制を導入する。
- ③ 公費負担割合を30%から毎年4%ずつ引き上げ2006年以降は50%とする。
- ④ 一定以上所得がある高齢者の医療費は医療拠出金により公的負担の対象外とする。

また、表1にみられる近時の第5次医療改革においても、急速な高齢化、経済の低迷、医療技術の進歩といった社会的な背景のもとで、高齢者の医療保障と医療費抑制は重要な課題として位置づけられてきた。第5次医療改革は、具体的には2006年6月14日制定の「健康保険法等の一部改正」と「良質な医療を提供する体制の確保を図るための医療法等の一部を改正する法律」によって改正された法律にもとづいて推進されているが、その方向を決定したのが政府・与党による医療制度改革大綱¹であった。大綱では、改革の基本的な考え方として、(1)安心・信頼の医療の確保と予防の重視 (2)医療費適正化の総合的な推進 (3)超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現、があげられ

表1：第5次医療改革関連年表

| 年 月 | 事 項 |
|-------------|--|
| 2003年 3月28日 | 【閣議決定】健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の基底に基づく基本方針（医療保険制度体系に及び診療報酬体系に関する基本方針について） |
| 7月16日 | 社会保障審議会「医療保険部会」設置 |
| 8月 | 【厚生労働省】医療提供体制の改革のビジョン |
| 2004年 9月14日 | 【社会保障審議会「医療部会」】医療法等についての議論開始 |
| 2005年10月19日 | 【厚生労働省】医療制度構造改革試案 |
| 11月30日 | 【医療保険部会】医療保険制度改革について（意見書） |
| 12月 1日 | 【政府・与党医療改革協議会】医療制度改革大綱 |
| 8日 | 【医療部会】医療提供体制に関する意見 |
| 2006年 6月14日 | 【国会】健康保険法等の一部を改正する法律（成立） |
| 9月22日 | 良質な医療を提供する体制の確保を図るための医療法等の一部を改正する法律（成立） |
| | 社会保障制度審議会「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」設置 |

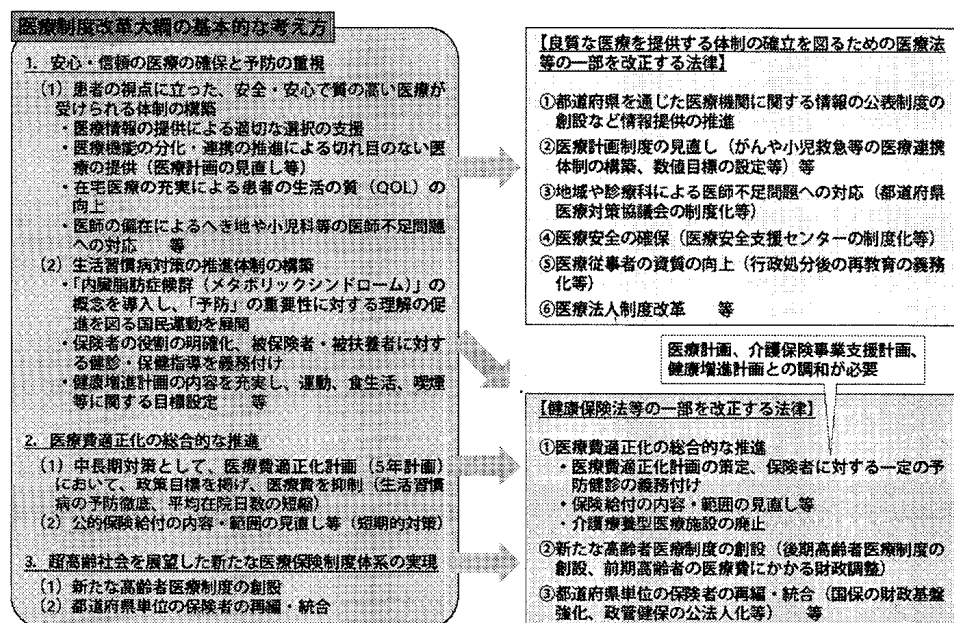


図3 医療改革関連法の概要（平成19年度厚生労働白書より）

ている。高齢者の医療制度については、2003年3月の「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針」²において、すでに75歳以上の後期高齢者と65歳以上75歳未満の前期高齢者という分類がみられ、後期高齢者医療という概念を見ることができる。

高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）

それを踏まえて、2006年の健康保険等の一部改正法第7条により老人保健法の一部が高齢者の医療の確保に関する法律（以下、高齢者医療確保法）として成立し、同法の2008年4月からの施行によって本格的な後期高齢者医療制度が具体化されることとなった³。

同法は、老人保健法の改正という手続きで制定された、老人保健法をいわば親とする子法という形になっているが、以下に見るように、両者の第1条（目的）は、高齢者医療に対する関心の推移をよく表している。下線部から伺うことができるように、支出の抑制と世代間の不公平感に対する関心が強まっている。

日本の医療改革は、急激な高齢化社会への移行による高齢者医療費の増大が大きな引き金となっていることは否めない。とりわけ、老人福祉法による高齢者の医療費無償は、適切な治療の保障という本来の目的の達成の影で、高齢者

| 老人保健法第1条(目的) | 高齢者の医療の確保に関する法律第1条(目的) |
|---|--|
| <p>この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする。</p> | <p>この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、<u>医療費の適正化を推進</u>するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、<u>国民の共同連帯の理念等</u>に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。</p> |

による過剰受診、薬漬け、社会的入院という現象をも引き起こしている。過剰受診は、病院サロンともいわれる高齢者の“たまり場”として病院が利用されるという現象をも引き起こしている。

保険用語としてモラル・ハザードという用語がある。保険に加入することで安心して、用心がおろそかになったり節制を怠るため医療需要を高めるという意味であり、こうした増大する医療費を抑制する方法としては、自己負担の負担率、定額負担などを増やすという方法が一般的手法としてとられている⁴。図4にみられるように、日本の医療費は高齢者の医療費が突出しており、そのため、高齢者医療確保法第1条に掲げられている医療費の適正化は、高齢者の医療費抑制のために必要な措置を、モラル・ハザードへの対処としてとることを明言したものといえる。それに伴い、2008年4月の同法施行による保険給付の削減・縮小が行われるが、それと併せ、都道府県は医療費適正化計画を策定し、5年毎の医療費の検証を行うことが義務づけられることとなる。もっとも、同法第4章の後期高齢者医療制度におけるもっとも大きな医療制度改革は、保険制度を導入し、後期高齢者に保険支払いを義務化することにある。

この点につき、2006年4月21日の厚生労働委員会において「この高齢者医療制度は、なぜ高齢者医療保険制度ではないのか」という質問があったが、それに対する答弁は次のようなものであった。

厚生労働省保険局長答弁

この後期高齢者医療制度についてでございますけれども、これは、後期高齢者を被保険者として保険料を徴収する、そして医療給付を行うという意味で、社会保険方式をとって

いることは間違いのないわけでありまして、ただ、この被保険者であります後期高齢者からいただきます保険料、これは給付費の10%でございまして、残りは公費及び現役世代からの支援により賄う、こういう仕組みになってございます。

したがって、健康保険法等、他の社会保険制度と比較いたしますと、被保険者である後期高齢者からの保険料で賄う部分が小さい、こういうことを考慮しまして、新たに創設される制度につきまして、後期高齢者医療制度という名称を用いることとしたところでございます。

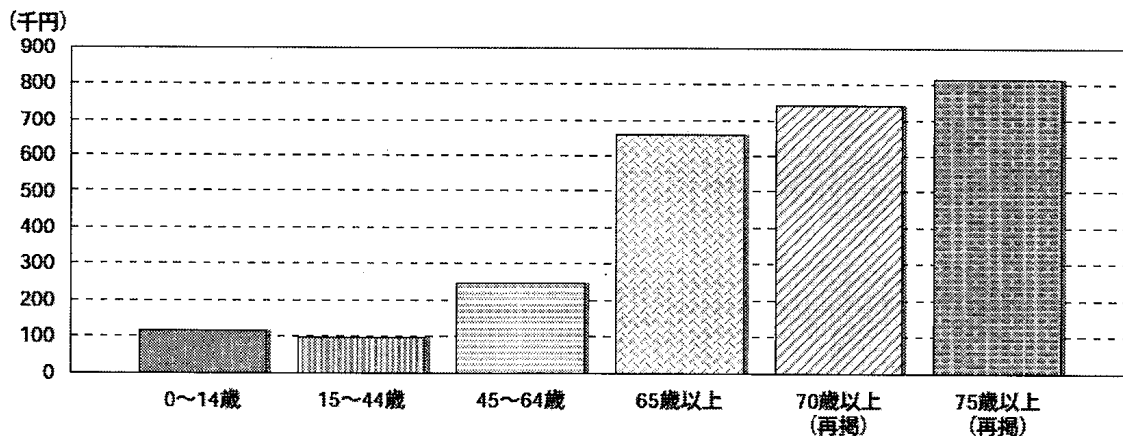


図4 年齢階級別1人あたり医療費（2004年度）
厚生労働白書平成19年版より

後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度とは、高齢者医療確保法の第4章に定められている新たな制度であり、該当条文は47条から138条までであり、全9節からなる。同法は2008年4月1日からの施行であるが、目次を章のみで示すと次のようになっている。

第1章 総則（第1条—第7条）

第2章 医療費適正化の推進（第8条—第31条）

第3章 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整（第32条—第46条）

第4章 後期高齢者医療制度（第47条—第138条）

第5章 社会保険診療報酬支払基金の高齢者医療制度関係業務（第139条—第154条）

第6章 国民健康保険団体連合会の高齢者医療関係業務（第155条—第157条）

第7章 雑則（第158条—第166条）

第8章 罰則（第167条—第171条）

附則（第1条―第51条）

こうした全体構成の中で、第4章は全171条中92条あり、その突出した条文数は同法の半数を占めている。このため、後期高齢者医療に関する新制度のための法として、老人保健法の一部改正という形ではなく、新法として提示することが、国民の関心をひき、議論が明確になったという批判が妥当する。とまれ、同法の試行後には、次のような事態が生じることとなる。

1. 原則として、後期高齢者の年金から、保険料が天引きされる。
 給与者の扶養者であり、従来は保険料納付が不要であった者に対しても、一律に保、険料納付の義務が生じる。（保険料の試算額について以下の表2参照）
2. 年金支給額が年額18万円未満の者は現金により納付⁵し、保険料を滞納した場合は資格証明書が発行され、保険の支給対象外となる。
3. 医療適正化のために国と都道府県は適正化計画を立て、その検証を行う。また、国や都道府県は、保険医療機関に報告を求め、また、診療録、帳簿書類等の提出を求め、それらを検査することができる。

表2 保険料額試算

| | |
|---|-------|
| 基礎年金受給者（基礎年金79万円） | 900円 |
| 厚生年金の平均的な年金額受給者（厚生年金208万円） | 6200円 |
| 自営業者の子どもと同居する者（子 年収390万円 親 基礎年金 79万円） | 3100円 |
| 被用者の子どもと同居する者（子 政管平均年収390万円 親 基礎年金79万円） | 3100円 |

厚生労働省試算 (<http://www.town.ichinohe.iwate.jp/kenkou/koukikourei/1.pdf>) より

こうした内容に対して、すでに全国保険医団体連合会からは、医療費適正化とは「いかに患者に保険医療を使わせないか」を、国の傘下に組み込まれた都道府県に競争させることだという批判が行われている⁶。

国民健康保険料賦課処分取消請求訴訟と日本の医療改革の課題

急激な高齢社会化に伴い、高齢者一人あたりの医療費が増大してきているの

が日本の現状であることは、図4からもみてとることができる。このため、医療費抑制と良質な医療の提供という二つの課題のうち、前者に対して対応しようとするのが高齢者医療確保法である。同法の構成をみると、第二章が医療費適正化の推進にあてられ、医療保険におけるモラル・ハザードを回避するためのあらゆる手法を用いているように見受けられる。確かに、受診しなければ医療費は減少するのであるが、その行き過ぎは、年金額の低い者が保険料を滞納した場合の保険受診資格の剥奪という制度の中にすでにみられるところである。資格証しかもたない高齢低所得層にとって、実質的には診療が拒否されたに等しい事態がすでに現出している。また、生活保護費に対する適正化政策の行き過ぎが指摘されているが⁷、国の指導のもとで各自治体が適正化政策を行い、数字が人間の生活を凌駕する行政を行ったことの結果として、生存権が単に形骸化するにとどまらず、生命を奪う行政へと堕してしまったことは人権無視の謗を免れえない。このため、今後は、理念と行政実務の乖離を常に念頭においた立法がとりわけて福祉法領域においては求められる。そうでない限り、数字のうえでの削減や抑制を人間の生活が見えないところで構想することにより、死をも招く行政が繰り返されないという保障はない。

残念なことに、現在の日本の高齢者医療費抑制も、数字を中心とした同様の手法で行われようとしている。病院サロンに象徴される過剰診療が好ましくないことは確かであるが、良質な医療を保障しようという発想にたったとき、やみくもに高齢者を診療の場から追い出そうとする方法ではなく、後述する海外での取り組みのような他の方法の導入に真剣にとり組む必要がある。もっとも、現実には日本の社会保障行政がどのような方向に進んでいくのかは、平成18年3月1日の国民健康保険料賦課処分取消請求事件最高裁大法廷判決をみる限りでは明るいとはいえない。

本件は本人訴訟であり、条例による国民健康保険の保険料徴収の合憲性が争われた事件であった。原告は「道北生活と健康を守る会」の代表でもあるが、旭川市の国民健康保険条例が租税法律主義（憲法84条）に違反していることと、低所得者に対する非賦課を憲法25条と14条に基づいて求めている。租税法律主義に関する議論は学会においても活発で、本件の評釈においても多くの論稿を

みることができるが、ここでは、本件の高裁と最高裁における生存権に関する保険料減免措置に関する以下の判示部分をもとに、日本における医療改革の課題を指摘するにとどめる。

なお本最高裁判決は、当初、小法廷で審議される予定であったものが大法廷に変更されたという経緯を持つ。それだけに、司法判断における憲法25条・14条と生存権との関係についての判断指標として、今後大きな影響力を持つものと思われる。

平成11年12月21日札幌高裁判決（平10（行コ）8号）

…生活が困窮し最低生活を維持することが困難な状態にあって、保険料を負担することができない者については、憲法25条の規定する理念に基づく生活保護法による医療扶助等の保護の機会が保障されているものと解されることを総合すると、自らの意思によって右保障の機会を利用しない者について、保険料の負担を求めることが憲法25条に違反するものということとはできないというべきである。（下線筆者）

平成18年3月1日最高裁大法廷判決（平12（行ツ）62号）

法6条6号は、恒常的に生活が困窮している状態にある者については生活保護法による医療扶助等の保護を予定して、これを市町村が行う国民健康保険の被保険者としないものとしていること、法81条を受けて定められた本件条例17条は、低額所得被保険者の保険料負担の軽減を図るために、応益負担による保険料である被保険者均等割額及び世帯別平等割額についての減額賦課を定めていること、他方、本件条例10条は、応能負担による保険料である所得割額を、当該一般被保険者に係る賦課期日の属する年の前年の所得を基準に算定するものとしていることからすると、本件条例19条1項が、当該年において生じた事情の変更に伴い一時的に保険料負担能力の全部又は一部を喪失した者に対して保険料を減免するにとどめ、恒常的に生活が困窮している状態にある者を保険料の減免の対象としないことが、法77条の委任の範囲を超えるものということとはできない。そして、上記の本件条例19条1項の定めは、著しく合理性を欠くということとはできないし、経済的弱者について合理的な理由のない差別をしたものということもできない。したがって、本件条例19条1項の定めは、憲法25条、14条に違反しないし、また、上告人について保険料の減免を認めなかったことは、憲法25条に違反するものではない。（下線筆者）

高裁と最高裁の判断によると、生活に困って健康保険料も払えないのであれば生活保護を申請すべきであり、そうすれば医療扶助によって医療を受けることはできるのだから、低所得者に対して保険料を減免していないからといって違憲ではない、ということのようである。確かに、本件の具体的な事実としては、保険料の滞納やそれに伴う自費診療を回避するために診療を受けないです

ます、ということとはなかった。けれども、生活保護行政における適正化政策の中で、地方自治体が数値目標を達成するために保護申請件数を減らしたり、保護を打ち切ったりしたということが現実にある中で、経費を抑制することが第一義的となった適正化政策がいかに人権を軽くみる結果になるかということ、すでに日本は経験している。その経験をもとに、上記最高裁判決の解釈をもとにした行政によって生じる結果の最悪のシナリオを考えるなら、それは次のようなものであろう。

所得が低いため生活保護を申請するために社会福祉事務所に行ったが申請を受理してもらえず、そのため生活に困窮して保険料が滞納となったため保険証を返納することになった。栄養状態も悪く、弱っていたため感染症にかかっても治らないのだが、自費診療をする余裕もないため治療を受けることができず、自宅で寝ていたが、そのまま衰弱死してしまった。

このシナリオは、架空のものとはいえず、現に生じている過酷な生活保護行政の実態に酷似している。このシナリオを後期高齢者医療の場面に置き換えて見るなら、同様のことが生じないとは言い切れないのが現実である。こうした立法や司法の動向をみると、日本の医療改革においては、国民の健康を守るという目的を立法の上で明確にすることが、まず第一に求められているといえる。

2. オーストラリアの医療改革

オーストラリアの医療と行政

連邦国家としてのオーストラリアの歴史は浅い。植民地時代である1850年に英国が6つの植民地に分割したものが現在の州の原型であるが、これら6つの植民地は互いに牽制しあい、他の植民地に併合されることを恐れて競合的な関係にあった。けれども、ドイツ、フランス、ロシア、日本などの当時の列強国に対する防衛、物流を盛んにするための税制の統一、商品規格や通信の統一などの必要性から、連邦として統一する必要性が意識されるようになった。こうした機運を決定付けたのは1889年10月のニューサウス・ウェールズ植民地首相のヘンリー・パークスによって行われた、安全保障の確保のための強力な連邦

政府樹立の必要性を訴えた演説であった。この演説を契機に、連邦憲法制定会議が開催されたが、連邦主義と州権主義の対立は激しく、連邦憲法草案への修正案は286項目にも上り、制定は困難を極めた。結局、連邦憲法が制定されるのは1900年7月9日であり、11年をかけて連邦憲法は制定されたことになる⁸。

こうした経緯から、オーストラリアの行政は、連邦主義と州権主義の折衷として、連邦、州、地方自治体（Local Government）という三層構造のもとで行われることとなった。また、地方自治体は全国で850以上存在しているが、憲法上の規定がないため、各州が州法で自治体について定めており、州ごとに自治体の権限は異なっている。

医療においては、連邦は、1984年に全額税負担の保険としてMedicareを創設したが、州が運営する公立病院における患者の医療費を、連邦は、Australian Health Care Agreementに従って州に支払うシステムとなっており⁹、連邦の課税権の今日的な根拠ともなっている。これに対し、経済復興が著しいビクトリア州では、州の政策によって回復した病院運営の利益を連邦に税として徴収されるため、連邦に対して州の課税権を主張するという現象もみられる¹⁰。

オーストラリアでは、医療政策を決定するにあたって、連邦、州、自治体のみならず、私的機関や専門職グループも参画し、これらは互いに補完的な役割を果たし、専断的な決定を行うことはできない。このため、ネットワーク統治（networked governance）¹¹という言葉がオーストラリアの医療行政を言い表しており、あらゆる医療計画や改革において、多くの団体が参加している。政策について州民の意見を求める政府からの呼びかけには、多くの個人や団体が応え、国民の参加は形骸や儀式ではなく実質的なものとなっている¹²。州は、また、医療へのアクセスは基本的な人権（basic human right）であるにとらえ、医療格差の縮小に努力し、医療関係のサービスは公共の利益（public good）であるという認識のもとに、市場原理にすべて委ねてはならない政府の関与が不可欠な領域だと考えてられてきた¹³。

90年代の医療改革

もっとも、オーストラリアも深刻な不況のなかで、経済の建て直しのために

マクロ経済的視点からの構造改革を実施していき、1984年のMedicareの創設をピークに、福祉国家としての医療の充実の理念と目的は危機に面していった。福祉国家としての医療の充実は、経済的保障と快適な生活、人間の尊厳、社会的連帯、政治参加、そしてエンパワーメントによって、国が安定して格差が減少し、それによって強力な結束の強い国が形成される、という期待のもとに行われていたが、1990年代には、この理念は揺らいでいった。そして、1978年にWHOによって提唱されたプライマリ・ヘルス・ケアに関するアルマ・アタ宣言¹⁴の理念も、経済改革の波に飲み込まれていった¹⁵。

アルマ・アタ宣言は、前年の1977年にWHOが打ち出した「2000年までに全世界のすべての人々に健康を」という目標への到達のために出されたものであり、そもそもは、すべての人が「社会的、経済的に生産的な生活を送ることができるだけの健康」¹⁶に到達することで貧富の格差がない社会が出現する、という理念のものであった。それが、経済改革の中で、自己負担、多様性、競争、コスト抑制などの概念のもとで政府の責任が後退していき、過酷なまでの医療関係予算の削減のもとで、医療従事者の削減、ウェイティング・リストの増大、アクセスの利便性の低下などが生じていった。このため、2007年11月の連邦議会選挙¹⁷においても、政権党であった自由党と野党であった労働党の間で医療と教育に対する見解に相違がみられた¹⁸。国民の支持は伯仲していたが、選挙の結果、11年ぶりに労働党が政権を奪還し、医療政策が転換される可能性も出てきている。

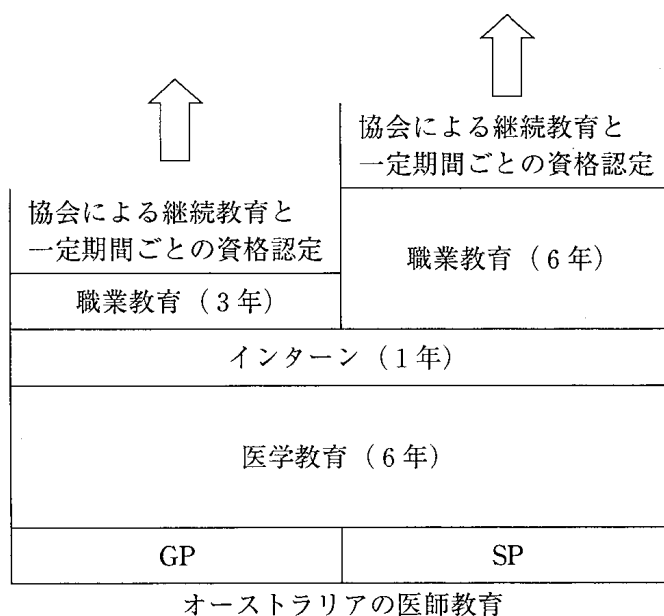
こうした、医療保障にとって厳しい医療改革が進められているオーストラリアであるが、General Practice (GP) による医療費抑制は有効に機能しており、モナシュ大学のJohn Murtagh^{ムータ}教授によって始められた「患者教育」(Patient Education) も医療費削減に貢献している。また、医学情報学 (Health Informatics)¹⁹ も医療システムに組み込まれており、患者の自主性と自己決定を尊重する医療の模索は続いている。

General Practice (GP) の医療システムにおける役割

GPは、一般開業医²⁰あるいは一般医²¹などと訳されているが、オーストラリア

におけるGPの現在の実態からすると一般医が適切であろう。その他、GPは、family medical practitioner、family physician、family doctorという用語で表記されることもあり、診療の実態に応じて用語が多様になっている。オーストラリアでは、専門医と区別される意味での一般医の訳が妥当するため、本稿では日本語で表記する場合には一般医と表記するが、国際的な比較を行う場合にはGPとして統一的に表記する。

とまれ、まずは、GPとは何か、ということを説明しなければならない。GPと専門医（SP）という医師資格は、異なる資格であり、医学部教育も異なっている。GPもSPも6年間の医学部での教育は共通で、6年の課程を修了すると学士が授与される。その後、GPは1年のインターンの後にさらに3年間、SPは6年間の職業訓練を受けることで資格試験の受験資格を得ることができる。試験に合格して医師資格を得た後には、GPはGPの協会（College）²²に、SPはそれぞれの協会に登録し、その後も協会による継続教育を受けて一定期間ごとに資格の認定（accreditation）を受けなければならない²³。



GPは一般診療における専門家であり、1978年のNational Specialist Qualification Advisory Committeeによって一般診療の専門性が認められて以降、専門分野であることが認識されるようになった。その後、1989年にGP登録が始まることでGPが制度として認められることとなり、1999年にはAustralian Medical

Council（AMC）によって17の専門医の一つとしてGPが認められている。現在では、医師の60%以上がGPとして診療活動を行っている²⁴。

医療の世界におけるGPの専門医師としての認定は比較的最近の出来事ではあるが、GPが専門的な職業であり、コスト的にも患者にとっても有効であるという認識は以前から持たれていた。モナシュ大学GP学部のMurtagh教授^{ムータ}によると、GPによる診療システムは「ベスト」との評価であった²⁵。GPは、患者の抱えるすべての医学的な問題に対応することができ、病気の予防や生活改善な

表3 GP診療とGP役割の各国比較

| 国 名 | GP診療 | GP ゲートキーパー？ |
|---------|--|---|
| オーストラリア | GPはFFS（fee-for-service）を選択することができる。FFS利用患者は無料。 | Yes：GPによる紹介状がなければ専門医の治療を受けることはできない。 |
| カナダ | GPはFFSによる報酬。 患者の自己負担なし。 プライマリ・ヘルス・ケア・チームを編成 | Yes：専門医への紹介のほとんどがGPか家庭医による。 |
| アイルランド | 全体の30%の低所得者（Iグループ）は一定額まで無料。高所得者（IIグループ）は全額自己負担。 | グループIについてはYes。ただし救急患者に対しては別。 グループIIに対してはNo。 |
| 米国 | 費用は保険のプランによって大きく変わる。メディケア受給者（人口の13%の人々、高齢者、障害者）は100ドル（HMOはこれより低額）を超えた場合は超過額の20%を自己負担。 | Yes：ただし公的あるいは私的マネジド・ケア・プランを利用している人口の46-50%の人に対して。 |
| デンマーク | グループIとIIを選択できる。グループI（人口の98%）ではGP診療は無料だが、同一のGPに最低6ヶ月はかからないといけない。グループII（2%）では自己負担が必要だがGPを選ぶことができる。 | Yes：ただしグループIに対して。 |
| 英国 | 一定額まで無料。GPは人頭割を主としFFSと給与も組み合わせて混合方式。 | Yes：ただし病院の救急室からの搬送による利用については例外。 |
| ノルウェー | GPの多くはFFSで一部給与。受診料のほぼ18%が自己負担。 | Yes |
| スウェーデン | 自己負担額は少額だが州によって異なる。公的機関のGPは給与、私的機関ではFFS。 | Yes:現実的には、専門医と病院への紹介のほとんどがGPによって行われている。もっとも、ほとんどの州で、小児科、産科、婦人科ではゲートキーパー機能はない。 |

Eddy va Doorslaer et al.,Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries(OECD Working Paper,2004)掲載のデータをもとに作成。See pp.34-40.

ど、病気になることから人々を守ることができる、という趣旨のようである²⁶。また、専門医にかかるためにはGPの紹介状が必要であるが、2003－2004年の統計によると、紹介状が必要だった患者は11.6%となっている²⁷。専門医による治療を必要最低限にとどめるための、ゲート・キーパーとしての機能を果たしていることをみることができる。表3に、GPの各国データを掲載しておく。

GPと「患者教育」

ここでいう「患者教育」とは、医師による「患者教育」のことであり、オーストラリアではMurtagh教授のGPとしての経験から出版されたPatient Education²⁸が唯一²⁹のものである。同書は、GP診療における有力なツールとなっている。1992年に初版が出版されて以降、2007年までに5回の改訂が行われ、次の改訂に備えてすでに50の追加項目の執筆が行われている。

1992年の初版本において、Murtagh教授は、「患者の自己の健康に対する関心の高まりがあり、また、患者は自分の健康に関する情報にアクセスする必要がある、また権利がある」と述べている。筆者の行ったヒアリングにおいて、Murtagh教授は、「患者教育」の内容について、患者が理解できるように簡潔な表現にし、図を取り入れたり分量的にも1頁に納めて患者にコピーしてすぐに手渡すことができる³⁰ようにしていること、時代の流れの中で訴訟回避のための情報も掲載するようになったことを述べておられた。訴訟回避については、5訂版ではHIVの項において「患者にはパートナーへの配慮が必要」という記述を追加し、パートナーがHIV患者から感染した時の医師への責任追及を未然に防ぐための配慮をほどこしたとのことである。

また、日本においてはこうした「患者教育」資料が体系的に作成されていないことについて、「日本の患者も教育レベルが高くなり求めているのではないか」との指摘を受けた。オーストラリアでは、50年前には医師は医療を施しているという意識だったが、「患者教育」を執筆し始めた15年くらい前から徐々に患者が変化していったとの説明を受けた。

日本にはGPという制度がないため、家庭医という名称であってもオーストラリアのようにGPとしての専門性を持っているわけではない。また、GPは、

最低15分間の診療を基準として報酬が支払われるため、患者と向き合う時間が日本と比べて保障されており、体調の不良や頭痛、便秘などの軽微な状態であっても患者は相談して説明を受けることが保障されている。その際に、「患者教育」という説明ツールがGPによる患者への説明を容易にしているのだが、日本では、患者会や製薬会社のパンフレットなどがその役割を代替しているに過ぎず、体系的で網羅的な整理は行われていない。この点、診断学と「患者教育」とは別ものであることがMurtagh教授によって指摘されている。

Medicareの後退と私保険

GPのゲート・キーパー機能は評価されているものの、無料の公立病院の診療は診療までの待機期間が長い。このことをも受け、Private Health Insurance Incentives Act 1997が制定され、私保険に加入して私立病院での診療を促進し、Medicareに要する財政的な負担を軽減しようとする試みが進行している。2006年6月現在で38の私保険者が確認されており、15歳以上の加入者は1998年の38%から2001年の51%まで上昇し、以降、下降したものの50%弱で推移している³¹。

表4 OECD諸国における公的医療負担及び私的医療保険制度の状況(2000年)

| 国名 | 公的医療費支出の 対総医療費支出 | 私的医療保険支出の 対総医療費支出比(%) | 私的医療保険の適用 を受ける者の割合(%) | 私的医療保険の 適用形態 |
|---------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| オーストラリア | 68.9 | 7.3 | 44.9 | 公的制度と重複、 補完・補足的 |
| カナダ | 70.9 | 11.4 | 65.0 | 補足的 |
| アイルランド | 73.3 | 7.6 | 43.8 | 公的制度と重複、 補完・補足的 |
| 米国 | 44.2 | 35.1 | 71.9 | 主要 ^注 |
| デンマーク | 82.5 | 1.6 | 28(1998) | 公的制度と重複、 補完・補足的 |
| 英国 | 80.9 | 3.3 | 10.0 | 公的制度と重複、 補足的 |
| アイスランド | 83.7 | 0 | 無視できる割合 | 補足的 |
| ノルウェー | 85.2 | 0 | 無視できる割合 | NA |
| スウェーデン | 85 | NA | 無視できる割合 | 補完・補足的 |
| 日本 | 78.3 | 0.3 | 無視できる割合 | NA |

OECD編『世界の医療制度改革』（明石書店、2005年）掲載の表をもとに作成

（注）米国以外の掲載国においては公的制度の適用が100%であるのに対し、米国は24.7%しか公的制度が適用されていない。そのため私的医療保険が主となっている。

表5 OECD諸国における公的医療負担及び私的医療負担の状況(2004年)

| 国 名 | 公的医療費支出の 対総医療費支出 | 私的負担の対総医療 費支出比(%) | 私的負担額における 自己負担(out of pocket)額割合(%) | 政府支出額にお ける医療費支出 割合(%) |
|---------|---------------------|----------------------|---|-----------------------------|
| オーストラリア | 67.5 | 32.5 | 61.60 | 18.5 |
| カナダ | 69.8 | 30.2 | 49.40 | 17.1 |
| アイルランド | 79.5 | 20.5 | 65.90 | 16.8 |
| 米国 | 44.7 | 55.3 | 23.80 | 18.9 |
| デンマーク | 82.3 | 17.7 | 81.30 | 12.8 |
| 英国 | 86.3 | 13.7 | 91.80 | 15.9 |
| アイスランド | 83.4 | 16.6 | 100.0 | 18.1 |
| ノルウェー | 83.5 | 16.5 | 95.20 | 17.8 |
| スウェーデン | 84.9 | 15.1 | 92.00 | 13.6 |
| 日本 | 81.3 | 18.7 | 94.90 | 17.2 |
| キューバ | 87.8 | 12.2 | 74.50 | 11.2 |

WHOのサイト内の http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm をもとに作成

国民は、私保険に加入することで私立病院で診療を受けることができ、またGPも選択をすることができるというメリットはあるが、医療における格差が進行する恐れもあり、歯科の分野ではそれが現実的な問題となっている。国民皆保険の達成であったMedicareが形骸化する可能性もあり、私保険に加入しても医療費が自己負担となるout-of-pocketが問題となっており、解決のための診療報酬制度が模索されていっている。

医療情報学と患者への医学情報提供

医療情報学(Health Informatics)は、コンピューターの医療現場への導入というテクニカルな内容を超えて、公衆衛生や患者のための医学情報提供を視野にいれなければならなくなっている。その背景には、1970年代からのセルフ・ヘルプ運動と1980年代の消費者主義の台頭がある。また、医療に対する考え方が、医療を受ければ治癒するという考えから、医療の進歩があってもなおかつ人は死んで行くという現実を受け入れるものへと変わっていったことも、医師に追従する姿勢から満足のいく自己決定を行いたいという姿勢へと患者を変えていった³²。このため、医療情報学は、さらに、消費者医療／医学情報学

（Consumer Health Informatics）へと発展する兆しをみせている。もっとも、オーストラリアにおいては、図書館や医学図書館への予算削減に伴い、患者へのコーナーが閉鎖されたり、図書館経由で情報を提供することが困難になっている。それに代わるものとして、web上に患者への医療情報提供サイトを構築する試みが各州において行われており、医師、司書、患者会など多様な人々が関わっていている。

まとめとして

日本もオーストラリアも財政難に喘ぎ、医療予算を政府が削減している事に変わりはない。オーストラリアは1995年から実施した競争政策による医療と教育へのひずみが顕在化してきており、政権を問う事態になり、遂に2007年11月24日の総選挙の結果、11年ぶりに政権が交替した。選挙での争点は環境問題とイラク派兵が主なものであったが、国民の関心は教育・医療においても大きい。そのため、公的医療保険制度を私保険と併存させる政策をとっていることなどに対して、医療政策の変化が見られる可能性もあり、今後の経過が注目される。

こうした大きな変化を経験しつつあるオーストラリアであるが、日本にとって比較考察として意味があることとして、以下の三点をあげることができる。第一に競争政策のひずみ、第二に国民参加の効用、第三に参加の背景にある民主主義的な発想である。第一の点では、医療費削減に対する大きな反省を知ることができ、第二の点では、変化に対応するために多くの国民の知恵を患者への情報提供において活用していることをみることができる。第三の点では、GPの「患者教育」利用を促しているものは民主主義的な発想にほかならないことから、日本の医療改革が政治的圧力によって非効率な面への資源投入をしている³³現実を変えるために、国民が真摯にシステムや社会のあり方について考える契機を与えてくれることである。医師の教育制度、診療制度、診療報酬など、患者の医療保障を第一にした改革を日本が行う上で、検討すべきことは多い。けれども、多くの国民が議論することで、国民が納得し、必要な負担は負担すると同時に、権利としての医療保障が、診療機会や自己決定などにおいて保障される方法を見出していくことが可能となるのである。

最後に、キューバ憲法の次の規定³⁴を、国民本位の医療についての示唆として掲げておく。

全ての国民は医療と健康の保持に対する権利を有している。国は、この権利を以下の方法によって保障する。

- 無料の医療と郡部の医療サービス施設、外来患者診察所、病院、予防センター、専門治療センターなどのネットワークにおける病院治療
- 無料の口腔内治療
- 医療情報と教育計画、定期的な医療検診、ワクチン接種、その他の病気予防手段の提供。全ての国民はこうした計画と活動に対してコミュニティや社会団体を通じて協力しなければならない。

注記

1 大綱の全文は以下のサイト参照。

<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/1129syakai.html> 【accessed 2007/10/15】

2 同基本方針の全文は以下のサイト参照。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2a.html> 【accessed 2007/10/15】

3 医療保険制度改革を概略的に解説したものとして、岩村正彦「総論—改革の概観」ジュリスト1327号(2007年)18-21頁、医療法制研究会『第5次改正医療法』中央法規出版(2006年)参照。白書としては、厚生白書平成8年版、厚生労働白書平成16, 18, 19年版参照。

4 田中滋・二木立『医療制度改革の国際比較』勁草書房(2007年)48頁。

5 政府試算によると全体の2割と見込まれている。

6 2007年2月28日の政策解説の以下のサイト参照。

<http://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/seisaku-kaisetu/070228kourei.html> 【accessed 2007/10/15】 また、医療政策の観点からも、後期高齢者というエイジング(高齢区分)を用いることは妥当でないという指摘を見ることができる。尾形裕也「日本の医療制度改革の現状と展望」『社会政策研究6』(東信社, 2006)44頁参照。

7 2006年7月に北九州市に生活保護を打ち切られた男性(52歳)が餓死した事件で、2007年に8月24日、北九州市福祉事務局長が告発されるという事態が生じた。

<http://www.asahi.com/health/news/SEB200708200050.html>参照。【accessed 2007/10/15】 適正化政策のもとでの受給打ち切りや申請拒否の水際作戦が、生存権保障とは程遠い実態であることが背景にある。

8 こうした事情について、以下のサイト参照。

<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/document/2003/2/20030206.pdf> 【accessed 2007/10/15】

図書としては、国立国会図書館調査及び立法考査局『諸外国の憲法事情3』(2003年)85-134頁。

9 保険システムの歴史や詳細は以下の文献参照。Palmer, George R.& Stephanie Short, Health Care and Public Policy: An Australian Analysis (3rded), Macmillan Education Australia, 2000, pp61-64.

- 10 The Age, Thursday, 24 April 2003, page3.
- 11 Judith Healy, Evelyn Sharman et al. Health Systems in Transition; Australia, vol8 no5, 2006, at43.
- 12 たとえば、ビクトリア州が構築した市民への医学情報提供サイトである“Better Health Channel” (<http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/supportgroups?open&count=2000>) 【accessed 2007/10/15】のsupport groupsを見ると、数百の団体や個人が連なっており、日々その数は更新されている。情報の正確さや利用方法などについて、広く州民が参加しており、政府も参加を呼びかけている。
- 13 Abby L. Bloom, HEALTH REFORM IN AUSTRALIA AND NEWZEALAND, Oxford University, USA, 2000, at116.
- 14 1978年のアルマ・アタ宣言において、プライマリ・ヘルス・ケア概念が次のように定義された。「プライマリ・ヘルス・ケアとは、実践的で科学的に信頼がおけ、社会的に受け入れられる方法と、コミュニティの構成員である個人や家族にあまねく開かれている技術によって行われるものである。この技術は、また、全住民の参加によって確立されていったものであり、それぞれの地域や国が、住民の自立と自己決定の精神に基づいて達成したあらゆる開発の段階において、負担が可能な費用によって維持することが可能なものでもある。」（木幡訳）アルマ・アタ宣言の全文は以下のサイト参照。
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf#search='WHO%20alma%20ata' 【accessed 2007/10/15】
また、プライマリヘルスケアについては、次の文献参照。中村安秀「アルマアタ宣言とプライマリヘルスケア」公衆衛生61巻9号619頁。
- 15 Heather Gardner & Simon Barraclough, Health Policy in Australia 2nd, Oxford University, 2002, at80.
- 16 アルマ・アタ宣言第5項参照。
- 17 減税については同調しているものの、労働党は医療と教育については予算増加を提示し、自由党のキャンペーンと対立した見解を示している。
http://en.wikipedia.org/wiki/Australian_general_election,_2007 【accessed 2007/10/15】
- 18 コスト削減のための病院再編と医学図書館の状況について、拙稿「規制緩和政策のもとでのオーストラリアの病院図書館」医学図書館53巻3号290頁参照。
- 19 日本においても、日本医療情報学会が1980年に第3回世界医療情報学会が東京で開催されたことに触発されて設立されている。
- 20 『新英和辞典第7版』研究社（2003年）参照。なお、『英和辞典（講談社学術文庫）』講談社では、「一般診療医」と訳されている。
- 21 前掲注4 田中他，48頁。
- 22 Royal Australian College of General Practiceの以下のサイト参照。
<http://www.racgp.org.au/> 【accessed 2007/10/15】
- 23 詳細は以下のサイト参照。<http://www.racgp.org.au/curriculum>
- 24 前掲注11 Healy et al, at94.
- 25 2007年9月12日に、モナシュ大学の新たに増設されたGP学部でヒアリングを行ったときに聞いた評価である。

- 26 Murtagh教授へのヒアリングの後、講師のMee Yoke Lingさんから補足説明と実際に彼女がGPとして勤務している診療所を見学させていただき、GPの実際を知ることができたが、見学の最中に患者から電話がかかってきた。医学的な説明と予見、それに対する患者としての心得を説明している場面を経験することができた。
- 27 前掲注11 Healy et al, at96.
- 28 John Murtagh, Patient Education 5thed, McGraw-Hill, 2007.
- 29 世界的にみても、他にはイギリスで出版されている次のものを見るにとどまる。
Stephen W. Moore, Griffith's Instruction for Patients 7th ed., Elsevier Azunders, 2005. webサイトでは<http://www.patient.co.uk>がMurtagh教授によって推薦されたものとしてある。
- 30 現在ではCDが販売されており、見学に行った診療所のコンピュータにインストールされてすぐに利用できる環境が整っていた。
- 31 Australian Bureau of Statistics, 481.0.55.001, Private Health Insurance.本文書は以下のサイトから入手可能。
<http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs@.nsf/39433889d406eeb9ca2570610019e9a5/be010e1c499d3010ca256db20000c99b!OpenDocument> 【accessed 2007/10/15】
- 32 Edward H.Shortlife, Lesile E.Perreault, Medical Informatics, Springer, 2000, at409.
- 33 泉田信行「日本の医療保険制度改革」海外社会保障研究145号（2003年）68頁。
- 34 Chapter 7 sec.50 憲法の全文は以下のサイト参照。
<http://pdpa.georgetown.edu/Constitutions/Cuba/cuba2002.html> 【accessed 2007/10/15】