

住民は地域医療にいかに参画できるか ～英国の改革と住民活動の事例から医療再生を考える～

荘銀総合研究所 主席研究員 加藤和徳

本医療特集の第1回目では、県内の著名な医師などの対談を通じて地域医療の現状と課題を概観した。

第2回目は、国際指標との比較などによって、1960年代から70年代にかけて、日本では一県一医大構想などを始めとして医療提供基盤の拡充が行われたが、80年代以降は医療費抑制策を推し進めた結果、一人当たり医療費も、人口当たりの医師数も、主要先進国の中で最低レベルの現状にあることを明らかにした。

さらに、第3回目の特集では、日本の国民皆保険制度の特徴や課題について検討した。

医療特集最終回の今回は、海外の医療政策の動向や、国内の住民活動の事例などを参考に、今後の日本の医療再生のためのヒントを探っていきたい。

■「第三次医療革命」の波

1970年代の医療基盤拡充の時期から80年代以降の医療費抑制の時代に至る経緯は、日本固有の事情によるものだが、時期の違いこそあれ、このような流れは他の先進国においても同様に観察される潮流である。

日本では1961年に国民皆保険制度がスタートしたが、ほぼ同時期の1960年代にアメリカでは高齢者や低所得者などのための公的医療保険制度メディケア・メディケイドが導入された。また、英国では第2次世界大戦後の1948年に「無料で公平な医療を全国民に」の理想を掲げてNHS（National Health Service；国民医療サービス）が発足した。この時代は、高度経済成長に支えられ医療費も拡大一路の時代で「医療にお金をかけることは良いことだ」という雰囲気が国民の中にあった。この時期に主導権を握っていたのは、医師などの医療の専門家である。

ところが1980年代に入ると、一転して「医療費抑制の時代」を迎えた。米国では1983年、医療費の総枠を押さえるためにメディケアに診断関連群包括払い方式

が導入された。英国では1979年に保守党のサッチャー政権が誕生し、「小さな政府」を目指し、医療費抑制政策が推し進められた。日本でも当時の厚生省保健局長が発表した“医療費亡国論”に象徴されるように、80年代当初から医療費抑制の方向に舵を切った。この時代には主導権が、医療専門職から医療費を払う側（保険者、もしくは政府・行政）に移った。

このような変遷を経て、現在、英国では10年余りにわたり、医療費や医師数などの思い切った増強策とともに、医療再生に向けた壮大な改革が進められている。この段階を、英国で医学雑誌の編集長を長年務めたアーノルド・レルマンは、「第三次医療革命」の時代と位置付け、これからは「評価と説明責任の時代」に向かうと指摘している。そして、この時代に主導権を握るのは、医療専門職でもなく、費用の支払い側でもなく、国民・患者であるという。

日本では、近年になってようやく医療費や医師数の抑制策を転換する方向に向かい始めたが、医療制度全体の将来像は依然として不透明であり、暗中模索の中にある。

果たして、英国の「第三次医療革命」とはいかなるビジョンのもとに、どのような変革を目指しているのだろうか。

以下では、日本の医療の方向性を考えるため、英国の医療改革に至る経緯と現状を概観してみたい。

■医療費抑制政策と市場原理の果て

英国はかつて「揺りかごから墓場まで」をスローガンに掲げ、日本を含めた各国の社会福祉の指針となってきた。

英国は、医療費の水準も医師数も、全国民に医療を保証する公的制度を持つ点も、日本と類似点が多い。

英国の歴代の政権は医療費をGDPの伸び以上に増

やすことに消極的であり、図表1に示すように80年代の医療費の対GDP比は6%弱、90年代は7%前後で推移し、日本と並んで先進国の中では最低水準であった。

また、図表2で示すように、人口当たりの医師数も、OECDの平均を大幅に下回り、2000年までは日本と並び、先進国中最低の人数であった。

このような状況の中で、保守党政権は「医療費を抑制したままでも、競争を重視すれば医療の質は上がる」という信念のもとに改革を進めた。公的な医療保障制度という外部構造はそのままに、医療制度に市場原理を導入し、病院間に「競争」を持ち込んだ。具体的には、それまで国営だった病院をNHSトラスト（独立行政法人）に移行し、独立採算性とした。そして、病院に直接与える予算を減らし、代わりに医療サービスの購入者である一般医や保険当局から患者の紹介や契約をもらわなければ、病院収入が増えないような仕組みにした。

また、民間の資金と経営手法を使って病院などの社会資本を整備していくPFI（プライベート・ファイナンス・イニシアティブ）も導入した。

これらの「競争」や「民間の手法」を取り入れた改革によって、医療費をさほど拡大しなくても効率化が進み、医療の質は高くなるはずであった。しかし、現実にはそうはならなかった。

当時の英国の医療の状況を端的に示すのが、診療や入院までの待機時間の問題である。日本では「3時間待ちの3分診療」と揶揄されるが、英国の待ち時間の長さは日本の比ではない。

英国の保健省が公表した2000年のデータによれば、一般医（かかりつけ医）に診断を申し込んでから受診まで、患者の半数が2日以上待たされている。

また、英国では日本と違い、病気をする前からかかりつけの一般医を登録しておき、そこでまず診てもらうのが原則であり、一般医や専門医が検査や手術が必要と判断すると「待機者リスト」に名前を載せてもらい、手術の順番を待つことになる。この「待機者リスト」への登録者数がピーク時の1998年には126万人を超えていた。この中には、手術を一年半も待たされ、その間にがんの転移が広がり、もはや手術が不可能になってしまった例もあるという。

このような医療の荒廃の陰には、長時間労働や恒常的な人手不足に伴う医療従事者の士気の低下がある。医師の国外流出や自殺率の高さも大きな社会問題になっていた。さらに、医療事故やスキャンダルも相次いで発覚した。

世界で始めてすべての国民に医療を保障して英国人の誇りであったNHSは、長期に及ぶ医療費抑制の結果、「質」が低下し、医療費の「安さ」だけが取り柄になってしまった。

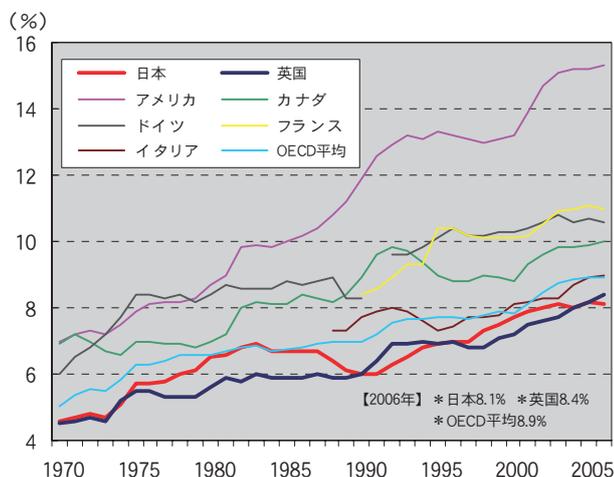
当時の英国の状況は、現在の日本の状況と酷似している点が非常に多い。決して、過ぎ去った「対岸の火事」ではないだろう。

■政治主導による改革の始まり

国民の不満が高まるなか、「第三の道」をスローガンにNHSの改革をマニフェストに掲げ、1997年の総選挙でニューレイバー（新しい労働党）のブレア政権が誕生した。

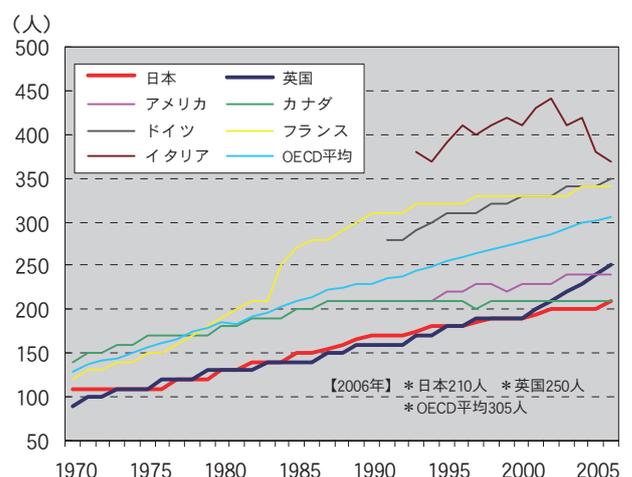
ブレア政権では、当初は「政権を取った後も、公共部門の予算は保守党政権時代の水準を当面維持する」という公約を守り、資源を効率的に使い、無駄と成果

図表1 総保健医療支出のGDPに占める割合



資料：OECD Health Data 2009より作成

図表2 各国の医師数の推移（人口10万人当たり）



資料：OECD Health Data 2009より作成

をチェックできるNHS改革を精力的に打ち出した。しかし、目立った成果は得られなかった。

そして、就任3年目の2000年、ブレア首相はテレビの新春インタビューで突如「金の使い方や制度を改革するだけでは、もはやNHSは良くならない。世界に誇るNHSを良くするために、医療費を拡大する時が来た」という趣旨の演説を行った。しかも、その予算の拡大規模は、5年間で1.5倍という膨大なものである。

当時の英国のマスコミの多くでは、日本の論調とは違い、NHSの危機は低医療費政策の結果によるものだという立場からの論陣を張っていた。裏を返せば、いくら制度改革をしても新たな投資なしには効果が上がらないことが、すでに多くの人にとって明らかだったのである。

ブレアが医療予算の増額を宣言した同年7月には「NHSプラン」が公表され、当時のNHSの抱える問題についての認識と、大幅な医療従事者の増員（医師1万人、看護師2万人増）などを含む、時限を区切った具体的な数値目標が示された。

ブレアは「英国の将来のために、たとえほかのすべての政策が失敗したとしても、医療と教育の改革は必ず成功させなければいけない」と公言していたといわれる。揺らぎない信念に基づく政治のリーダーシップが、大胆な改革に向かわせた原動力であろう。

■地域分権と「医療の可視化」

英国の医療改革の重要なキーワードのひとつが「医療（情報）の可視化」である。

改革の過程ではまず、NHSのサービスとして達成すべき水準（サービススタンダード）の明確化が行われた。そして、そのサービススタンダードの指標に基づいて、医療機関のサービスの質をモニターし、評価を行う。評価するのは、保健省から独立の地位を与えられ、中立的・専門的な機関であるヘルスケア委員会の役割である。

評価の結果はウェブサイトで公開され、国民は簡単に近くの病院の内容を知ることができる。

図表3はインターネット上で実際に公開されている英国東部のノーリッチ(Norwich)という地域にある病院の成績表の例だが、「サービスの品質(Quality of services)」や「財務管理の質(Quality of financial management)」といった項目について、優秀(EXCELLENT)良好(GOOD)普通(FAIR)劣る(WEAK)の4段階で色分けされて分かりやすく表示されている。画面を進む

と、さらに詳細な病院の評価内容も見ることができる。

また、別のウェブサイト(<http://www.apho.org.uk/>)では各自治体の保健・健康状態(平均寿命やガン死亡率など)を32の項目によって評価し、全国の中でどの位置にあるかを定性的に表した資料も掲載されている。

このように国が主導して積極的な情報公開を行う狙いは、住民がより能動的に医療機関を選択することを可能にするとともに、病院の経営状況や、地域の健康水準をオープンにすることによって、医療機関や地域でのサービス向上の動機付けとして働かせることにある。

日本でも、日本医療機能評価機構(JCQHC)によって、病院の評価や情報の公開が行われているが、その内容は病院に対する改善指導の色彩が強く、利用者が最も知りたい診療内容に対する評価項目がないなど、一般利用者向けの内容にはなっていない。また、認定基準に満たなかった病院や、公表を希望しない病院名は公表されないなどの課題も抱えている。

英国のもうひとつの改革の大きな柱が、医療への「住民参加」である。その背景には、医療に対するニーズは全国各地で異なり、全国一律の政策より、地域固有の課題に対し地元で企画された施策や対策の方が効果が高く、そして、地域のことを最もよく知っているのは住民であるとの認識がある。

英国では全国152の地域にプライマリケア・トラスト(Primary Care Trust; 以下PCT)が設置され、医療の地域分権が進められた。PCTとは改革に伴い2000

図表3 インターネット上で公開されている英国の病院のスコアカードの例
“NHSダイレクト”(<http://www.nhsdirect.nhs.uk/>)



年に創設された公益法人で、各地域の「医療のマネージャー」と位置付けられる。NHSの財源のうち8～9割はPCTに配分されており、医療機関と契約をして医療サービスに要した費用を医療機関へ支払う役割を持っており、その点では日本の「保険者」にあたる。

また、PCTは「地域の医療資源を地域住民の健康を維持するために有効活用する」という役割も担っており、地域でどのような医療に対するニーズがあるかを調査・分析し、地域の医療戦略を立案し、各病院との調整を図るなど、日本における「自治体」の役割も併せ持っている。さらに、国が定めた最低限の基準を下回らない限り、特定の医療行為をNHSサービスの対象から外すこともできるなど、医療資源や財源の管理・配分について一定の権限を有している。

PCTは、役員会によって統治・運営される組織だが、この役員会のメンバーの過半数はNHSとは直接関係のない外部から選任することが義務づけられている。ただし、外部メンバーの選任に当たっては、医療について何の専門知識もない住民が選ばれることを避けるため、専門の第三者機関が設けられており、その機関が、保健省の示す一定の基準を満たす人材をリクルートし、専門的知識についての研修を行い、実際の任命までの責任を負っている。

また、PCTの運営委員会は住民に公開されていて、誰でも参加し、議論を自由に傍聴することができる。

さらに2007年からは、地方自治体が主体となって、地域の医療・福祉サービスに対する住民の関与と発言権をより強化するため『地域参画ネットワーク (Local Involvement Networks)』という組織も設立された。

■住民目線での情報の共有

～NPO法人『地域医療を育てる会』の活動～

英国での「医療の可視化」や医療への「住民参加」の動きは政治主導で進められた。ところが、日本ではすでに、住民と医師たちが自らの問題意識で行動を起こし、地域の医療崩壊の危機から脱した実例がある。

千葉県東側の、太平洋側に面した九十九里浜沿岸の山武地域（東金市などを中心とする2市4町）では3つの公立病院があり、救急患者の受け入れなど地域医療の中心を担っている。山武地域は、もともと医師数が少なく全国の半分以下、千葉県内でも最低の地域である。

ところが2004年に入り、山武地域では、医師不足に追い打ちをかけるように、病院から医師が次々といな

くなっていった。

地域の中核病院のひとつである県立東金病院では、当初21名の医師がいたが、新医師臨床研修制度により大学医局への引き上げが始まり、2005年4月には17名に、そして2006年4月には11名にまで医師数が減った。特に内科医の減少が著しく、2004年に10名いた内科医は、2006年9月には院長を含む2人だけになってしまった。さらに、県立東金病院の医師数の減少が引き金となり、2006年2月には山武地域最大の病院である国保成東病院の内科医が一斉退職するという事件が起きた。

このように、まさに地域の医療が危機に瀕しているさなかの2005年12月に、地元の主婦である藤本晴枝さんが中心となり、NPO法人『地域医療を育てる会』は発足した。

藤本さんが、病院から医師が減り始めていることをはっきりと知ったのは、老朽化した県立東金病院の建て替えに関連して、新しい医療センターの建設計画が浮上していた頃だった。2005年1月に新しい医療センター構想について住民説明会が開かれ、藤本さんはそこに出席した。そこで繰り広げられた行政・医療機関と住民のやり取りに、藤本さんは強い違和感を覚えたという。

住民は、行政や医療機関に対して「ああしてくれ」「こうしてくれ」と、不満や要望を訴えるばかり。一方の行政側や医療機関は、「努力していますので理解とご協力を」という答弁を繰り返すばかりだった。

藤本さんからみて、行政も、医療機関も、すでに手詰まり状態なのは明らかだった。

これまで、住民はサービスを受ける側であり、苦情を申し立てる側。それに対して、行政や病院は答えを出す側という対立構造がそこにあった。

藤本さんはその時、「もはや、住民が指をくわえて何かをしてもらえるのを待つ時代ではない」という思いと共に「住民に“理解とご協力を”と言う専門機関は、果たして必要な情報を住民に伝えているのだろうか」という疑問を感じた。

藤本さんはその後、地域住民に声をかけ、仲間とともに『地域医療を育てる会』を立ち上げ、「情報発信」と“対話の場を作る”ことをミッションに活動を続けている。

現在の活動の柱のひとつが、『クローバー』というミニコミ誌の月1回ペースの発行だ。発行数は2万部で、東金市全世帯に回覧板と一緒に配付されるほか、山武地域の60カ所の薬局や医療機関、役場などにも協

力して置いてもらっている。記事の取材から制作、配付まで、すべて市民や会員のボランティアで行われている。

『クローバー』の内容は、生活者ならではの細やかな視点から地域医療の現状や医療政策の課題が取り上げられている。

例えば、同誌の35号では、メンバー自らが夜間救急外来の現場に立ち会い、医師たちの超過密な労働実態をレポートした。また、25号では、藤本さん自身が広域行政組合の事務局長にインタビューし、救急車の出動1件当たりの経費は6万5千円に上ること、安易な救急車の利用は真に救急の必要な患者にとって命に関わる場合があることなどを訴えている。

一般に、医療側からの情報発信は、病気の予防や治療法などについて取り上げられることはあっても、地域医療の課題や自分たち医師の置かれている状況についての情報発信は非常に少ない。

藤本さんは『クローバー』によって、「医療機関、行政、住民のコミュニケーションのギャップを埋め、お互いが対立するのではなく、理解し合えるような情報発信を行いたい」と考えている。

■地域が医師を育てる

もうひとつの会の活動の柱が「対話の場の提供」である。会では2007年4月から、県立東金病院と協力して『医師育成サポーター事業』を始めた。若手医師の

教育は一般に病院などの医療機関が行うものだが、この事業では、住民が若手医師のコミュニケーション能力の向上に一役買っている。

まず医師に医療に関する講話をしてもらい、難しい専門用語を使わずに、いかに分かりやすく説明できたかを、公募で選ばれた年齢も職業も異なる一般住民が評価し、採点する。

この事業も医療者側と患者の間のギャップを埋めたいと願う藤本さんの発想から始まった。医療側では「若手の医師を受け入れて欲しい、若手の医師を見守って欲しい」という希望を持っている。一方患者側は「ベテランの医師に診てもらいたい」と思っている。この両者のギャップは、コミュニケーションと相互理解によって、ある程度解決できるのではないかと思ったと、藤本さんは言う。患者のニーズをさらに掘り下げていくと、きちんとコミュニケーションできる医師に診てもらいたいことを望んでいるということにたどり着いたのだ。

これまで、医師が病気の仕組みやその予防法などを患者に分かりやすく伝えるコミュニケーションスキルは、大学では教える機会がほとんど無く、医師個人の研さんに任されていた。病院と住民が協働して、医師のコミュニケーション能力の研修支援をするというこのまったく新しい取り組みにより、住民は、診察室では気兼ねしてしまうことも聴くことができる。また、医師にとっては「こんなに話が通じていなかったのか」ということを知ることができる。何より、両者の信頼

関係が生まれたことが、双方にとって大きな成果であったという。

さらに、この住民参加の研修を続ける中で、研修が病気予防のための啓発活動の場になること、市民が過去に医療に関わる中で受けた心の傷が癒される機会も得られることなど、当初は予期しなかった効果もみられるようになってきた。

このような住民活動が定着していく過程では、県立東金病院の平井愛山院長を始めとす



『地域医療を育てる会』が毎月発行するミニコミ誌 『クローバー』



『医師育成サポーター事業』風景（中央奥が、藤本晴枝さん）

る病院側の理解と協力も大きな役割を果たしている。

平井院長は、新医師臨床研修制度が始まり、山武地域で医師不足が大きな問題になる以前から、将来的に医師の確保が厳しくなることを予測し、千葉県内のほかの病院・診療所などと共同して、医師にとって魅力的な研修プログラムを作ることに注力してきた。こうした医療側の動きと、『地域医療を育てる会』などを中心とした住民の活動に、全国の若い医師の関心が集まり、一度は2人まで減ってしまった内科医だったが、その後5名の新しい内科医が県立東金病院に勤務するようになった。

病院という建物をいくら立派に建てても、医者がいなければそれはただの箱に過ぎなくなる。また、住民の側も「病院をなくさないで」「医師を増やして」という誓願や署名運動を行うだけでは、医師はかえって引いてしまう。「医療従事者に感謝の気持ちを示し、“この住民がいるから離れられない”と医師が思う地域を作ることが重要だ」と藤本さんは言う。最後は、そこにどんな住民がいるかに成否がかかっている。

■医療再生の処方箋

英国では医療改革のために膨大な財源が投入され、医師の待遇改善などが行われた。その結果、医療の「量」は確保され、深刻な入院待機患者数もピーク時の半分以下（2008年、約54万人）に減少するなど一定程度改善された。しかし一方では、投入された資金が医療従事者の人件費などに使われ、投資に見合うほど患者へのサービス向上に繋がっていないなどの批判もある。

英国の医療改革は現在も途上だが、地域の医療計画の目標やその達成度合い、病院のサービス水準など、

あらゆる情報をオープンにし、住民による「評価」というフィルターを通して、さらなる改革につなげていくのが英国式のアプローチだ。

情報発信によって住民や患者の医療に対する理解を深め、医療サービスの向上に住民自身が参画しようとする点で、英国の改革と、『地域医療を育てる会』の活動は同じベクトル上にある。「医療の可視化」はサービス向上のために関係者が同じ目線で情報を共有し、「質」を高めていくための必須の条件である。

ところが、日本では公的保険制度が、主に自営業者などが加入する国民健康保険のほか、会社員が加入する協会けんぽ・組合健保、公務員が加入する共済組合など多様に分かれており、それぞれの保険者が異なるために、医療情報の一元化の取り組みが遅れている。

今後、わが国で医療の地域分権を進め、地域の実情に即した医療サービスを提供していくためには、県単位のレベルで医療情報をデータベース化し、トータル的に施策を評価するための仕組みが不可欠だろう。

医療制度は国によって歴史や仕組みが違い、また、同じ国内でも地域ごとに事情が異なっている。英国の改革や、千葉県山武地域の取り組みを、他の地域がそのまま模倣することはできない。

国はようやく医師の増員養成に踏み切ったが、現在の医師の卵達が現場で活躍できるのは、まだ十年ほど先である。

今、私たちが暮らしている地域の医療を守り、再生するための処方箋は、住民と医療関係者と行政が対峙するのではなく、それぞれが当事者として、お互いの持てる知恵と力を寄せ合っていくことでしか作り得ないだろう。

*『地域医療を育てる会』 <http://iryousodateru.com/>

*藤本晴枝さんのブログ <http://hello.ap.teacup.com/sodateru/>

〈主な参考文献〉

◇『医療費抑制の時代』を超えて イギリスの医療・福祉改革]

近藤克則 著 医学書院

◇『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』

竹内和久・竹之下泰志 著 集英社新書

◇『地域医療を守れ「わかしおネットワーク」からの提案』

平井愛山・秋山美紀 著 岩波書店

◇『ベーシック医療問題〈第3版〉』

池上直己 著 日経文庫