

公衆衛生学
保健医療行政概説

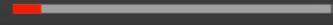
地域包括ケアシステムを含む保健医療行政について

きむあき

コンテンツ

- 0 誰がこの仕事を引き受けるのだろうか？
- 1 保健医療福祉行政とは何か
- 2 公衆衛生が政策を提案する意義
- 3 保健医療福祉行政はシステムということ
- 4 行政が機能して公衆衛生が機能している例

再生 (k)



0:07 / 9:28



QUIZ

- ・次の国々はあることが同じである仲間です。
- ・この仲間は2つに分かれます。違いは何でしょう



ドイツ・日本・フランス

イギリス・スウェーデン・デンマーク



世界の主要な国々の医療保障の方式

・社会保険方式

ドイツ・日本・フランス



pixta.jp - 27153695

・税方式（税金）

イギリス・スウェーデン・デンマーク



医療保障は世界で二つの方式がある

- 世界の主要な国々における医療保障は、**社会保険方式**でやっている国と**税方式（税金）**でやっている国と二つに分かれる。
- 日本はドイツの医療保険制度を見習って、戦前から作ってきた。
- しかし、**ドイツの医療保険は長い間、皆保険体制ではなかった。**
- 高級官僚など高い所得の人は公的な医療保険制度に入らなくていい。
- 85%ぐらいは公的な医療保険制度に入り、残りの人は民間の保険に入つてもいいし、入らなくてもいいという仕組みであった。
- これを**2009年1月から民間保険に必ず入りなさい**と義務付けて、実質的に皆保険体制になった。
- もう一つ、フランスはほぼ99%の方が公的な医療保険に入っていて、ほとんど日本と同じ皆保険体制だと言える。



- それとは逆に、税金を財源にして医療保障をやっている代表的な国は、イギリスやスウェーデン、デンマークなどの北欧諸国。

- 社会保険方式と税方式を比べると、社会保険方式のほうが患者さんに量とつても医療機関にとつても裁量権が広いというか、自由度が広い。
- 税方式でやっている国々は必ずかかりつけの家庭医を持ち、個々にかかりが家庭医を選んで登録し、つまり、受診する仕組みを取つたり、使う医薬品も少なかつたり、自由度は狭い。



日本の今・・・

- 高齢化が激しい、比較的所得が低い、高齢化に伴って疾病確率が高いという三重苦を抱えた大集団になってしまった。
- それがどういうところに表れているかと言うと、**国民健康保険の保険料滞納世帯は約400万世帯ある**のです。滞納して払わない。払えるのに払わない人もいますが、払えない人のほうが多い。



高齢者世帯の5割が年金収入2百万以下！

日本医師会のHPより

- ・ **国民皆保険制度が実現する前は、医療を受けられずに亡くなる人も大勢いました。**

1956年の『厚生白書』には「1,000万人」に近づくほど所得者層が復興の後に取りこなれていました。これまでは、「国民のおよそ3分の1にあたる約3,000万人」が公的医療保険に未加入であり、「国民皆保険制度」の達成は日本の社会保障の大きな課題となっていました。

- ・ その後、1958年に新しい「国民健康保険法」が制定され、1961年に現在の「国民皆保険制度」が完成することになったのです。



日本が無条件降伏したとき、戦時経済はすでに崩壊し、戦後経済が始まったばかりだった。最初の数年は極度に混乱していた。写真は、ゴミ箱から食べ物を探す子供たち



大正	1922年	(旧) 健康保険法
昭和	1938年	(旧) 国民健康保険法
	1958年	国民健康保険法の制定
	1961年	国民皆保険の実現
	1973年	70歳以上の医療費が無料に（自己負担ゼロ）
	1983年	老人保健法の施行
	1984年	職域保険（被用者保険）本人の自己負担1割
平成	1997年	同自己負担2割
	2003年	同自己負担3割
	2008年	後期高齢者医療制度始まる
	2015年	医療保険制度改革法が成立 （国民健康保険への財政支援の拡充、入院時の食事代の段階的引き上げ、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入などが盛り込まれた）
	2018年	国民健康保険の財政運営が、市町村から都道府県単位に変更 (土田武史「季刊・社会保障研究」Vol.47 No.3「国民皆保険50年の軌跡」を基に作表)

1958-1961
(昭和33-35年)
当時の日本



長嶋茂雄がプロ野球デビュー、新人王に
(1958年)



特急「こだま」が登場（1958年）

日本経済は岩戸景気と呼ばれた好況の終盤

その後なお10年ほども順調な成長サイクルは続く。

戦後の復興をとげて高度成長への上昇気流に乗った。



岩戸景気（1958年）



ジョン・F・ケネディがアメリカ大統領に就任（1961年1月）



小児マヒが各地で流行（1961年）



ソ連核実験と死の灰（1961年）



中央公論社社長襲撃事件（1961年2月）



1961年日向灘地震（1961年2月）



福岡県上清炭鉱で火災（1961年3月）

- 1月にアメリカ: ジョン・F・ケネディが43歳で大統領に就任。
- 春にはソ連(当時)が人類初の有人衛星ヴォストーク1号を打ち上げ、ガガーリン飛行士が地球一周に成功。
- 8月、東ドイツ(当時)が東西ベルリンの境界を封鎖。ベルリンの壁。
- この年の本のベストセラー、松本清張の『砂の器』。



- ・社会保障費を削らざるに、必要な医療を受け続けるために
- ・日本では高齢化の進展や医療技術の伸長により、社会保障費は厳しい。この財政は厳しい。
日本ではなにか影響などによって、社会保障費を削減しようとする。しかし、医療技術の伸長による医療の進歩影響などによって、社会保障費を削減するには、多くの困難がある。
日本ではなにか影響などによって、社会保障費を削減しようとする。しかし、医療技術の伸長による医療の進歩影響などによって、社会保障費を削減するには、多くの困難がある。



- ・国民健康保険法は誰が提唱したのか？
- ・生活保護法は誰が提唱したのか？

- <https://www.zenrosaikyokai.or.jp/thinktank/interview/medical/vol01/p02/>

- ・それから、**生活保護の人たちは保険制度から外れて福祉事務所で医療券をもらって、保険料負担や窓口自己負担なしで受診します。**
- ・要するに**保険証がないから医療費を全額税金**で見てもらう人たちです。
- ・**生活保護被保護者がいま210万人を超え、医療扶助を受ける人は170万人を超えています。**
- ・合わせると少なくとも**600万人以上が実は皆保険体制の枠から外れている**のです。
- ・いわば**皆保険体制の空洞化**が広く、深く進行しています。極めて深刻で、どうすれば**保険証のない人たちをもう一度保険証のある世界に引き戻す**ことができるのか、あるいはそっちへ行かないようにどういう手を打つのかということは極めて大きな問題です。

- ・半世紀かけて日本の皆保険体制は毎月自分の支払い能力に応じて払っていれば誰でも、いつでも、どこででもそれほど重い負担なく医療サービスを受けられるという体制をつくってきた
- ・しかし・・・
- ・どこででも受けられるというのはいろいろ問題点があるという。自分で自由にどこの病院へ行こうか、どこの診療所でも行けるというフリーアクセスは日本独特の仕組みです。



- ・それをやっていると、どういうことが起きるか。気楽に軽いけがでも風邪でも大病院に行ってしまう。
- ・そうすると、大病院では1日の外来患者数が5,000人などというすごいところが出てきてしまうわけです。
- ・本来病院は専門的な医療を施し、入院機能を果たすべきところが、外来と入院とがごちゃ混ぜになってしまっている。
- ・病院自体も医療法上は一般病床と療養病床と二つの区別しかなくて、目的や機能が明確ではない。病院と病院間の分担、病院と診療所の分担ができないことが、長い間日本の医療の宿題になってきたのです。



日本の常識は世界の非常識

- 欧米では少なくとも病院は入院機関であって、外来の患者さんは基本的に受け付けない。行こうと思ったら、かかりつけのお医者さんにはまず診てもらい、紹介してもらってから行く。要するに診療所では手に負えない病気を引き受ける、
- **患者が自由に選べる日本の仕組みは国際的には特異な例です。**
- ドイツでも診療所は社会保険方式なので、わりと自由に選べるのですが、
- 入院は診療所の医師の紹介がないとできないのです。フランスは、病院は外来受付をやっていないので基本的に受けないので。



年間平均受診回数はスウェーデンの4倍

- ・日本:平均すると健康な人も若い人も含めて年間で**13回**
- ・オランダですと平均**6回**
- ・スウェーデン**3回**
- ・日本で75歳以上の後期高齢者-
診療所や病院に外来で通院-年間平均受診回数は**45回**
(ほぼ毎週行っているということ)



なぜ？

- オランダやスウェーデンで年間受診回数が少ない理由
- オランダは社会保険方式
- スウェーデンは税金方式
- 両方とも共通しているのは**国民に家庭医への登録を義務付けていて、「自分はこの先生にかかります」とかかりつけ医を決めておいて、そこに行けば何でも相談できる体制**にある。
- オランダやスウェーデンの家庭医は、内科と外科だけではなく耳鼻咽喉科や眼科などの検査や処置も全部やってしまいます。男性のお医者さんが妊産婦検診までやる。そこへ行くと、総合的にみんなの相談にのる。

PHR普及で福祉政策の転換を目指すオランダ【世界の医療DX事情】

PHR

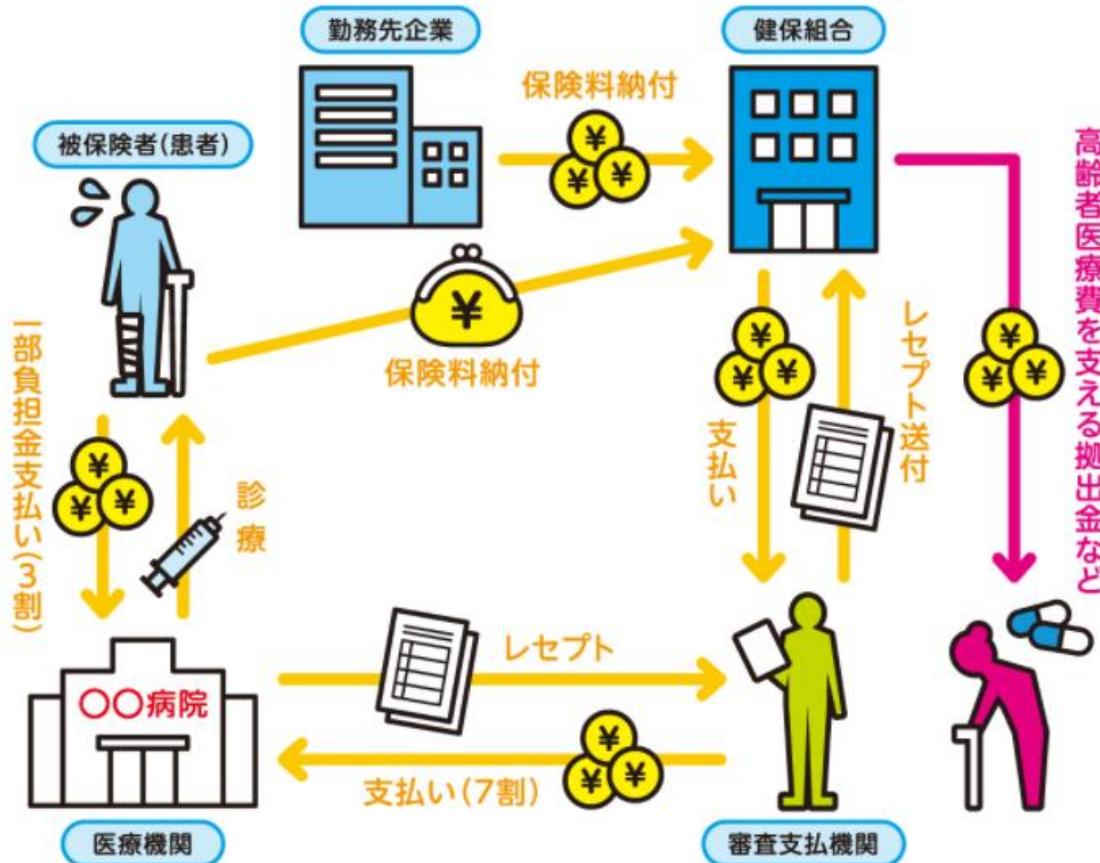




<https://www.drimpy.com/>

「**Drimpy**」は、診療・服薬・画像などの医療データの閲覧と、医療従事者との共有などが可能なサービスである。

日本では1955年頃まで、農業や自営業者、零細企業従業員を中心に国民の約3分の1に当たる約3000万人が無保険者で、社会問題となっていました。しかし、1958年に国民健康保険法が制定され、61年に全国の市町村で国民健康保険事業が始まり、「誰でも」「どこでも」「いつでも」保険医療を受けられる体制が確立しました。



- 日本において最初の公的医療保険は、1922年（大正11年）に施行された健康保険法であり、これは企業雇用者の職域健康保険であった^[4]。
- 農家・自営業者の地域保険については、埼玉県南埼玉郡越ヶ谷町（現・越谷市）の一般住民を対象とした、日本初の地域健康保険制度「越ヶ谷順正会」が1935年（昭和10年）に発足し、その3年後の1938年（昭和13年）に、政府レベルでの国民健康保険法（旧法）が創設された。このため越谷市は「越ヶ谷順正会」を「国民健康保険の発祥」と称しており、国民健康保険法施行10周年を記念して、1948年（昭和23年）には「越ヶ谷順正会」を顕彰する「相扶共濟の碑」が、現在の越谷市役所の敷地内に立てられている。





一連の社会福祉立法の見本は？

- ・イギリスの救貧法を参考につくられた。かつての救貧法としては、以下のものがあった。
 - ・恤救規則（明治7年太政官達第162号）
 - ・救護法（昭和4年法律第39号）
 - ・母子保護法（昭和12年）
 - ・医療保護法（昭和16年法律第36号）
- ・現行の生活保護法は、1946年9月9日に法律第17号として公布された後、同年9月20日发出勅令第437号により同年10月1日より施行された（旧）生活保護法を、連合軍総司令部の指導の下、厚生省社会局保護課長の小山進次郎の主導によって全面改正し、1950年5月4日に法律144号として公布と同時に施行したものである。
- ・なお、小山は生活保護法という呼称の由来をその編著で明らかにしていない。小山は論文で法案作成時にアメリカではなくイギリスの制度を参考にしたと述べ、その成果が法第8条に結実している。そのイギリスの制度は "Income Support" であり日本語訳すれば「所得補助（英語版）」となる。

誰？



- ・ 医療と福祉は切り離せないという認識に立ち、当初から**長谷川保**は福祉的視点で医療事業を充実させてきた。
- ・ それが現在の医療福祉を総合的に展開する聖隸の雛形となつたと言えるだろう。長谷川保について言葉は尽くせないが、彼自身の言葉が社会事業家、医療福祉経営者の本質を物語っている。長谷川保の言葉を紹介してこの稿を終えたい。これらの言葉から我々は大いに学ばねばならない。
- ・
- ・ 「社会福祉法人が事業を企画するのは、予算があり、法律制度が出来て居て、後の運営が円滑に行われる見通しがあるから行うのではない。**寧ろ金もなく法的保護もなくて、そこに生命の危機に泣いて居る人があるから、事業を企画し、実行するのである。この根本的姿勢は、当聖隸保養園の創立以来の姿勢であり、民間社会福祉団体のあるべき絶対的姿勢であります」**

- ・長谷川保は1903年生まれ。
- ・浜松商業高校を卒業後、海外での事業に憧れ、日本力行会海外学校に入学。ここでキリスト教と出会った長谷川保は浜松にもどり、信仰に基づく労働により社会事業を行う目的で大野篁二、山形春人、鳥居恵一らとともに聖隸社を起こした。
- ・長谷川保は日本力行会時代に身に着けた技術で「聖隸社クリーニング店」を開業し、教会を通じて地域の困窮している方への支援を始める。

- ・1930年、「天地の間に5尺の身の置きどころがない」という結核患者の青年を受け入れ看病を始めた。
- ・当時、結核は本邦における死因の第1位であり、有効な治療法がないうえ、感染する可能性があるため大変恐れられ、患者に対する差別的な対応もあった。
- ・そのため、聖隸社の話を聞きつけた貧しい結核患者が集まり、規模は大きくなっていった。

- ・同時に地域住民からの反対運動もあり、数度の移転を繰り返す。そのような状況下、賀川豊彦らキリスト者達の協力により、浜松市三方原に土地を得ることができ、
 - ・聖隸保養農園と称した。
-
- ・渡辺兼四郎医師らの協力を得て、長谷川保、八重子夫妻をはじめ、多くの若者が感染の危険を顧みず献身的に看病や看取りに取り組んだ。当時の聖隸はキリスト教をよりどころに職員は無給で働き、共同生活を送っていた。

- ・貧しい結核患者の希望となっていた聖隸保養農園だが、三方原地区でも反対運動がおこり、さらには運転資金も底をついた。いよいよ事業の閉鎖を決断しようとした1939年12月25日に昭和天皇より御下賜金を拝受し、資金面で救われただけではなく迫害も収まり、事業を継続することができた。
- ・拝受した御下賜金をもとに基金を設立し、病院として病棟などを整備していった。患者は次々と集まり、迫害は止んだものの経営的にはまったく余裕がない状態であった。浜松空襲時は負傷者の救護にあたり、医療機関として役割を果たしている。終戦後は食糧難の時代に困窮する戦災母子の支援に取り組むと共に、国會議員として憲法25条、生活保護法の成立に尽力した。さらに、教育事業として聖隸学園の前身となる遠州キリスト学園や障害児の施設である小羊学園、我が国の特別養護老人ホームの原形となる十字の園など多くの事業に関わった。

② 1946(昭和 21)年 第 22 回総選挙衆議院選初当選

長谷川保は戦後初の衆議院選へ出馬を決意し、みこと当選を果たします。国会議員として、生活

保護法の制定に力を注ぐなど政治を通して、キリスト教精神を基に社会福祉政策の具現化を図っていきます。

③ 1946(昭和 21)年

生活保護法の制定

④ 1951(昭和 26)年

結核予防法の制定

⑤ 1952(昭和 27)年

社会福祉事業法の制定



医療保険制度がないということは・・・

- https://www.youtube.com/watch?v=KxPCQr_Q-2w

行政とは？

- ・行政を英語の**public administration**の訳語と想定すると、それは文字どおりには**公共的仕事・事務の処理ないし管理**を意味する。
- ・公共的事務とは、**社会の全成員ないし多少とも多数の成員**に関連し、**公的費用負担**において遂行される**仕事・事務**であり、**処理ないし管理**には、**公共事務の実施**および**狭義の管理**が含まれる。**実施**とは**事務を実際に履行する活動群**であり、**狭義の管理**とは、それらの**執行をより円滑にし統一化し調整する活動群**である。実施に必要な諸条件を準備する過程といつてもよい。

私の機関や民間、企業とは？

- 例 民間病院と公的病院の違いを考える
- 民間病院は設立が 私（個人）
 > **私のこだわり等に端を発し、公的な機関では実現できないところを補う**活動（原資は私の財源、私の下に集まった人々のもの（資金、労働力）。
- 公的病院は設立が 国か自治体（市町村）
 > **国民、地域住民の最低限度のニーズに応えるため**、国および地方自治体が存続し、機能し続けるための活動（原資はすべての国民から集められたもの）

これを公共的仕事という

コンテンツ

- 0 誰がこの仕事を引き受けるのだろうか？
- 1 保健医療福祉行政とは何か
- 2 公衆衛生が政策を提案する意義
- 3 保健医療福祉行政はシステムということ
- 4 行政が機能して公衆衛生が機能している例

- <https://www.youtube.com/watch?v=FXX0RpALVbA>



原作 明 藤原

生きる



Life is brief

- 市役所市民課の課長 渡辺勘治(志村喬)は、妻に先立たれて30年、一人息子の光男(金子信雄)の為に、ただひたすら官僚機構の事なき主義にどっぷり身を浸けて、ハンコを付き、仕事をたらい回しする無為な日々を送っていた。



- ・そんなある日、渡辺は、自分が胃癌で余命後半年～1年程度であることを知ってしまう。



- 自暴自棄になり、あまり飲まなかった酒に逃げ、酒場で知り合った作家(伊藤雄之助)とキバレー等何軒もハシゴして飲み明かした渡辺だったが、翌朝市役所を辞め転職したいので勘治の印が欲しいと、部下の小田切とよ(小田切みき)が訪ねて来る。



- ・彼女の若さ、元気溌剌として前向きに生きる姿に惹かれ、勘治は市役所を欠勤し続けて、彼女に毎日の様に食事やお茶をおごり、話し相手となってもらう。





- しかし、転職してモチヤ工場で働く様になっていたとよは、工場の忙しさもあり、毎日の勘治の相手は少々辛くなってきた。



- 何故、「課長さんは何故毎日私に付きまとうのか」と正すとよに対して、躊躇いつつも、勘治は自分が「実は胃癌で余命幾ばくもない」ことを告白する。



- ・「残された短い寿命の間何をしたら良いのか判らない」と嘆く勘治に、ふと、とよが「オモチャ工場でオモチャを作る仕事は楽しい、課長さんも何かを作れば良いのに」と言う。



- ・「何かを作るにはもう遅過ぎる」と呟く勘治だったが、何かに射たれたかの様に、彼の目には今までと違う光が宿っていた。



- ここで、映画は5ヶ月後、勘治のお通夜の場面に転じる。



- これまで、勘治の胃癌発覚とその直後について時系列的に追って来た映画が、一転してここからは、勘治の通夜に集まった人々が、勘治のことを回想する形式にガラッと変わるのである。



- この語り口の転換が面白い。

- 勘治は、とよの一言のあつた翌日から市役所の復帰し、死ぬまでの5ヶ月間、陳情のあった橋のたもとの貧しい人々が住む場所に児童公園を作る為に、人が変わったかの様に、それこそ命を削って市役所内を奔走する。



- ・土木課、公園課、総務課等、関係各課と粘り強く交渉、要すれば直談判、時には助役にも反対意見する。



-

部下達が、それぞれの記憶を話していくうちに、それぞれの記憶が補完し合い、忘れかけていたことも思い出されていく。



- そして、お通夜に集まっていた面々は、勘治が自分が胃癌で余命僅かであることを実は知っていて、その最期に何かを残そうとして、地域住民と子供達の為に公園を完成させたことを確信する。



- また、勘治の姿を目撃した警察官がお焼香したいとやって来る。

勘治は雪の舞う夜、勘治が作った児童公園で亡くなっているところを発見されたのだ。



- ・その警官に依れば、勘治はブラ
ンコに乗って「命短し(ゴンドラの
歌)」を歌っており、非常に幸せ
そう見えたと言う。それを聞
いて、驚き心揺り動かされる
市民課会葬者の一団。



- 既に酔っている一同は、「渡辺課長に続け」「役所の事なき主義を打破するぞ」と口々に叫び出す。



- ・数日後、渡辺の後に順当に昇進し課長になった大野(藤原釜足)以下、相も変わらず、ハンコを押し、仕事をたらい回しにする市民課の姿があった。



- ・人間がどう生きるべきかを、やや寓話的に、しかしストレートに描いた、ヒューマニスト黒澤明面目躍如の傑作映画である。

この映画は勘治(志村喬)の顔のアップ[♂]が多用されている。カメラはしつこいくらいにその表情を追う。ギョロッとした大きな特徴のある目の演技が、勘治の不安、悲しみ、絶望、そして希望を、見事に映し出す。

映画に出てくる自分が生まれる遙か前、1951～1952年頃の日本の風俗や昭和の街の風景は却って新鮮で、見ていて興味深い。

- 監督・脚本：黒澤明
脚本：橋本忍、小國英雄
キャスト：
渡辺勘治(市役所市民課課長)：志村喬
小田切とよ(勘治の部下)：小田切みき
木村(勘治の部下)：日守新一
酒井(勘治の部下)：田中春男
野口(勘治の部下)：千秋実
小原(勘治の部下)：左全
大野(勘治の部下)：藤原釜足
光男(勘治の息子)：金子信雄
助役：中村伸郎
小説家：伊藤雄之助
ヤクザの親分：宮口精二
ヤクザ：加東大介

- 上映時間：2時間23分
公開：1952年10月9日
同年ネバ旬報ベストテン：日本映画第1位

コンテンツ

- ・ 0 誰がこの仕事を引き受けるのだろうか？
- ・ 1 **保健医療福祉行政とは何か**
- ・ 2 公衆衛生が政策を提案する意義
- ・ 3 保健医療福祉行政はシステムということ
- ・ 4 行政が機能して公衆衛生が機能している例

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令

↑ ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療

健康・医療

医療

▼ トピックス

▼ 重要なお知らせ

▼ 施策情報

▼ 関連審議会・検討会等

▼ 政策分野関連情報

▼ 政策分野に関するサイト

安全で質の高い医療サービスを提供するために

けがをしたり病気になった時に、安全で質の高い医療サービスを受けることができる医療提供体制を確立し、赤ちゃんからお年寄りまで全ての国民が、健康で長生きできる社会を目指しています。



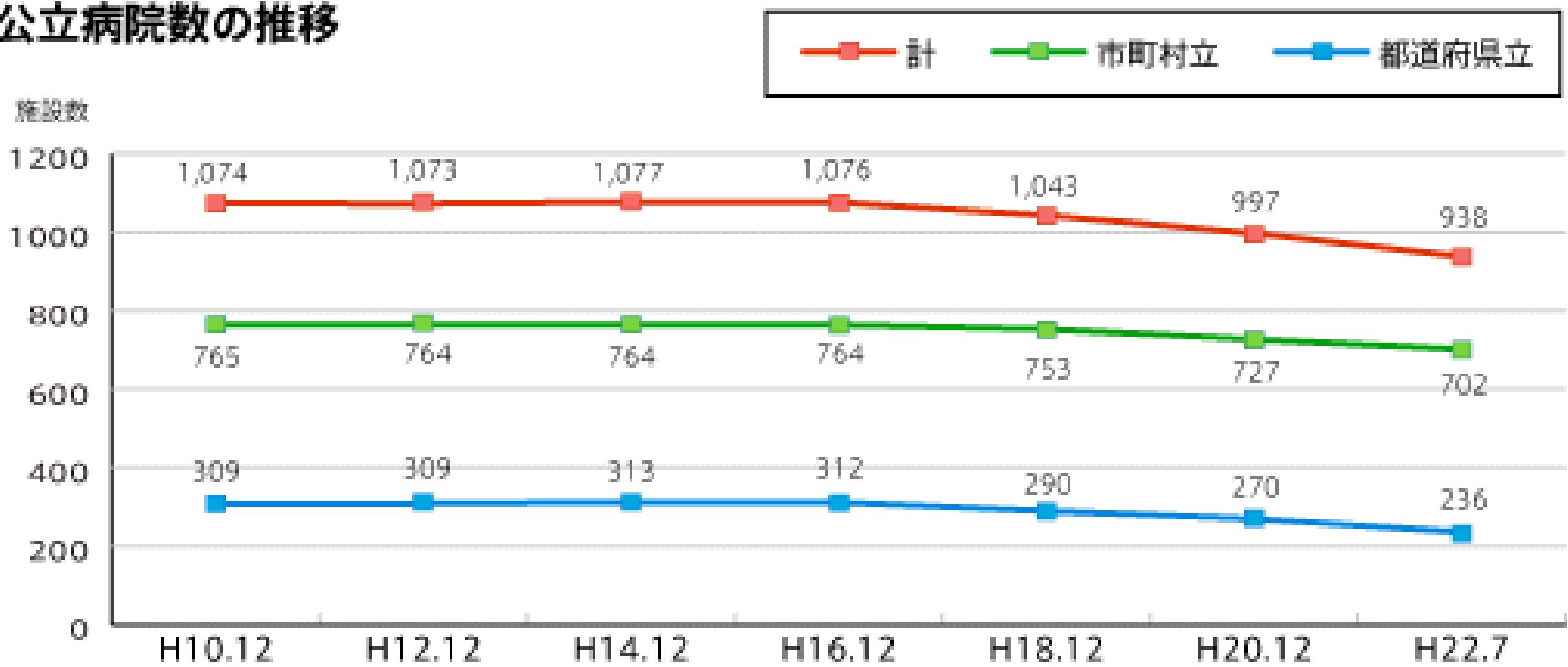
- <https://www.pacific.co.jp/service/public/administration/close-up/iryo-gyosei/>

これから求められる医療行政サービス

・自治体を取巻く医療情勢

- ・超高齢社会が到来する中、医療に対するニーズは高まる一方です。一方、全国的な医療従事者不足や財政の逼迫、総務省による「公立病院改革プラン」の実施等を背景に、公立病院数は顕著な減少傾向にあります（下図）。また、救急医療等のいわゆる不採算事業を担う社会医療法人も増加傾向にあり、公立病院に代わる役割（指定管理者など）を担う例が増えていきます。地域医療の崩壊等も叫ばれる一方、地方分権が推進されている中で、自治体は、「公立病院の運営」という切り口以外に、なすべき医療行政について本腰を入れて考え、実践する時が来ているのではないでしょうか。

公立病院数の推移



なすべき医療行政－医療という「社会保障サービス」への行政の関わり方から考える

- ・なすべき医療行政を見定めるには、その多くが民間（医療法人等）により提供されている「医療サービス」という“極めて重要な社会保障サービス”に対して、行政たる自治体がどのように関わっていくべきかといった「根幹」に立ち戻り、検討する必要があると考えます。

医療分野で自治体に求められることは何か。弊社は、「地域住民（市であれば市民）が、必要な医療サービスを安定的に享受できる環境を確保し続けること」と考えます。

- ・厳しい経営環境におかれど民間病院等の自助努力では、できることに限りがあります。また、各病院は機能分化・連携が求められていますが、その意識・足並みは千差万別です。

地域医療を維持するためには、自治体が地域住民を支えている医療サービスの情報を把握し続け、公共サービスとして必要な施策をタイムリーに立案・実行していくシステムを形づくり、実践することが急務と考えます。

このことは、一見当たり前のようですが、実は、実践されている例はほとんど見受けられません。

エビデンスに基づく施策立案・実行システム

• Step 1：地域住民の目線で考える

- 上記のシステムは、「エビデンスに基づく施策立案・実行システム」であることが求められると考えます。貴重な税金を投じる対応を遅滞なく行うためには、地域住民にご理解いただける「エビデンスに基づく合理的な理由」の提示が重要なからです。

このシステムの基礎となるデータは、一般に医療分野で蓄積・活用されている「個別病院が提出するデータ」では難しい面があります。わが国の受診は「フリーアクセス制」であるため、地域住民が利用している医療サービス（=地域住民を支える医療サービス）は、例えば地域内の医療機関により提供されているとは限らないからです。医療機関の側から見ても、患者に色はなく、特に地域住民であることにこだわる必要はありません。よって、まずは「地域のどこで生活する住民が、どこの医療機関により支えられているのか」を常に“見える化”し、税金を投じた施策で支援すべき可能性のある医療機関を把握することから始める必要があります。

- ・医療に関する各種の議論が、専ら供給側である「医療機関」の目線から捉えたデータに基づきなされる中、需要側である「地域住民」の目線からデータの範囲などを捉え直すことは、自治体ならではの、非常に重要な「アプローチの転換」であると考えます。（下図：イメージ例）
- ・

地域（行政境界）

地域外の病院だが
相当程度地域住民を
支えている

この病院への
依存度を
過大評価しては
いけない！

この病院を
見落としては
いけない！

専ら地域外の
住民を支えている

診療圏
(患者の所在エリア)

データ管理システムの構築

- ・どの医療機関が地域住民を支えているのかを明確にしたら、次は、その「支えられ方」や「支え手の状況」の具体をデータに盛り込み継続的に収集・管理・分析し、「地域住民が、必要な医療サービスを安定的に享受できる環境」が確保できているか否かの経常的な確認・検証が可能となるシステムの構築が必要となります。

- ・その結果、医療環境の変化が地域住民に与える影響の検証（例：科目閉鎖、閉院の影響）や、そもそも地域医療に“ほころび”が生じる懸念が見受けられた時点で、データを活用したエビデンスに基づく合理的な理由を示すことで住民の理解を得た上で、必要な施策の立案・実行を遅滞なく行う「攻めの施策立案・実行」が可能となります。このことは、一方で「保険者」としての顔を持つ上でも、医療費等の適正化を意識した取組みにも寄与するものと考えます。
また、行政の支援等に不満を持つ民間病院が少なくない中、民間病院と自治体が従前以上に密接な協働関係を構築し、「二人三脚で地域医療を確保していく」望ましい姿を具現化できるものと考えます。

地域医療

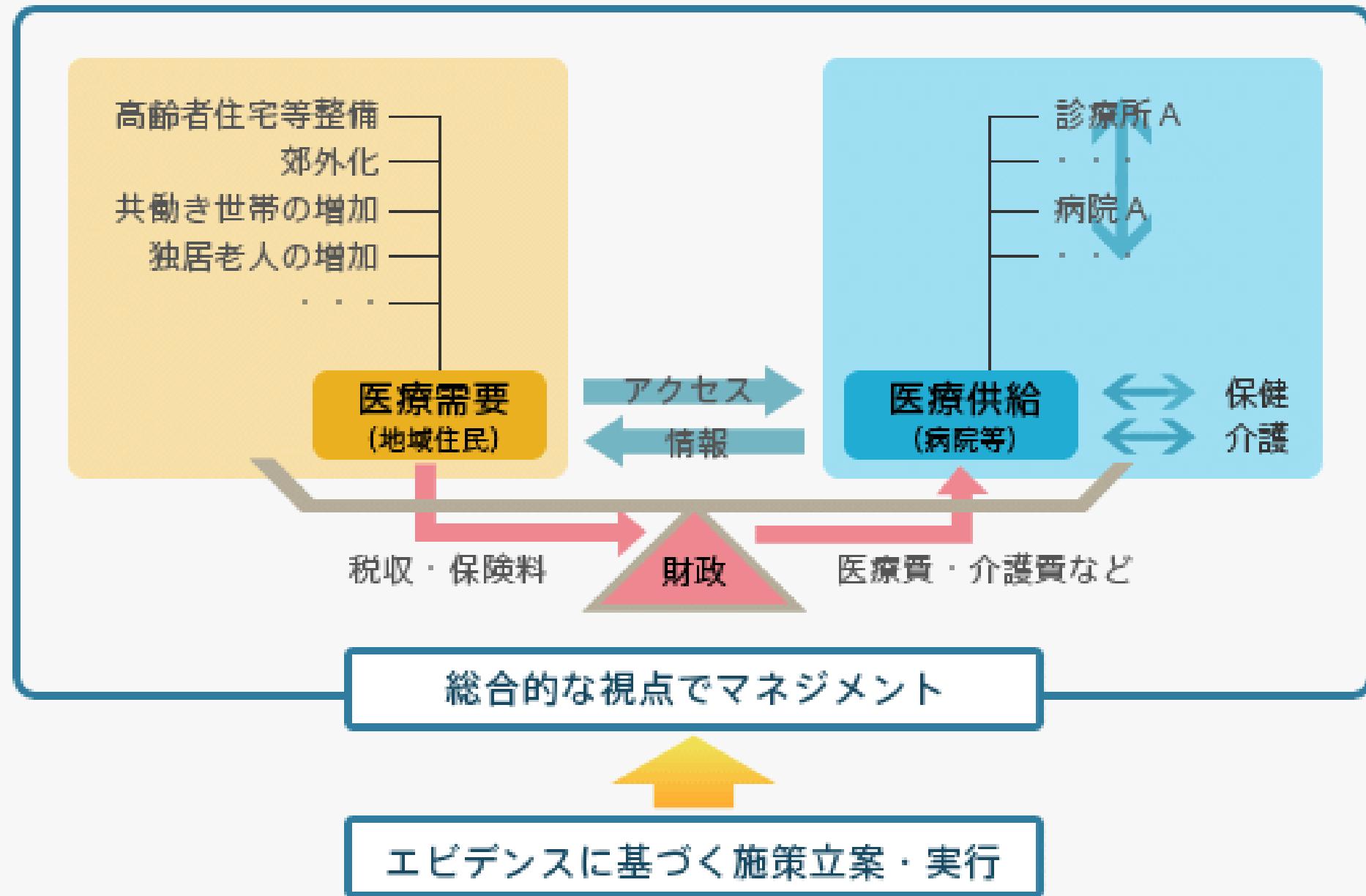
民間病院等

自治体
(行政)



総合的な視点でマネジメント

- 地域医療に関する問題について、サービスを提供する医療者側のみの工夫で対応することは困難な状況にあります。そもそも医療サービスの消費は、需要と供給、それをつなぐ媒体、そしてそれらを支える財政により成り立ちます。また、供給側においても、医療のみならず、保健や介護との一体的な連携が加速度的に求められています。
弊社は、医療分野のみならず、介護・福祉／まちづくり／交通／都市計画／建築／情報技術など、関連領域においても専門のコンサルティングスタッフを有する総合コンサルタントとしての「総合力」を活かし、自治体様においても、領域を横断した、「総合的な視点に基づく施策の立案・実行による、地域医療のマネジメント」が可能となるシステムづくりをご提案します。（下記概念図）



- N H S とは？
- National Health Serviceの略で、国民健康保健制度を意味します。
イギリスに 6 ヶ月以上滞在する場合、G P 登録を事前にしておくと基本的に無料で医療サービスを受けることができます。
処方薬や歯科などは有料になります。

- GPとは？
- General Practitionerの略で、日本でいうかかりつけ医を意味します。
診察を受けたい時は、登録したGPに予約をし受診します。日本では、例えば発疹がでれば皮膚科に、耳に異常を感じれば耳鼻科に行くなど自身で病院を選択しますが、イギリスでは違います。
どのような症状でも、まずはGPに行き診察してもらいます。その上で必要と診断された場合にはこのGPに紹介される形でより大きな病院で専門的な治療を受けることになります。

- こちらのNHSのウェブサイトでポストコードや地名を入力し検索します。
近い順にG P一覧が表示されます。
口コミのレート順や登録患者数順などに並び替え、自分に合うG Pを選びます。
気になるG Pが見つかったら医院名をクリックし、開業時間など詳細をよく確認してください。

電話で確認し、 医院へ

- 選んだ医院に電話し新規患者の受け入れをしているか確認します。
- 受け入れ可能であれば、問診の予約を取ります。
- 必要なものを準備し予約した日時に G P へ行きます。
- ※必要なもの
- ● 写真付き身分証明書（パスポートやビザ、運転免許証）
- ● 住所証明できるもの（銀行の明細書など） ● G P 登録申込書《登録申込書はこちらからダウンロードできます》そして問診や簡単な健康診断を受けます。
- 持病や現在服用している薬などあれば、英訳しておくと安心です。
- 申込書はご自身で用意した方が、事前に確認でき安心、確実ですが、G P でももらえますし問診時に看護師さんが記入してくれます。
- 申込書の内容をご自身でよく確認し、指定の場所に自分のサインをします。

- これで登録され、後日NHSメディカルカードが送られてきます。

これにはご自身と登録先GPの基本情報が記載されています。ただ、地域によってはリクエストしないとカードを発行しないところもあるようです。

緊急時に対応できるようカードを携帯すると共に、GPの電話番号、サイトアドレス、NHSナンバーを控えておくとよいですね。

- GPというのは「General Practitioner（ジェネラル・プラクティショナー）」の略で、イギリスでは俗に「ジーピー」として知られる医師のことです。
- Generalは「総合的な」、Practitionerは「専門的な業務に従事する人」という意味で、簡単に言えば「総合的に診る医師」となります。また、GPが専門とする診療科を「General Practice（ジェネラル・プラクティス）」と言います。
- けれども、このGPという言葉を正確に日本語に訳そうとすると少しばかり厄介です。理由は2つあります。

- Pというのは、小児科や整形外科といったように特定の診療科を専門とする医師を表す名称であるため、これを正しく日本語として命名するには、まずその診療科の中身を十分に理解することが欠かせません。しかし、それは専門的なことであるために非専門家にとっては難しいというのが1つ目の理由です。
- 2つ目の理由は、その専門性が時代とともに変化してきているために日本語訳も変化してきている点です。
- 日本ではこうした事実が殆ど知られておらず、間違った訳が散見されます。間違った情報を間違っていることに気づかずに発信していたり、正しい情報を流す人がいなかつたりすることによってこうした誤訳が広がっていると考えられます。

- 例えば、よくある日本語訳に「開業医」というものがありますが、GPという名称は医師の勤務形態に着目したものではありません。また、「一般医」という訳もよく見られますが、これは中立性が欠ける訳であると同時に、GPの専門性が変化する前の訳でもあります。どちらも誤解を招く恐れのあるミスリーディングな表現です。
- それでは、どういった訳がより適切なのかについて、GPの専門性がどのように変化してきたかと共に説明します。

- ・イギリスの公的保健医療制度（National Health Service）が始
まった1948年から1980年代にかけて、GPは診療所や中小病院な
どで臓器や疾患にとらわれず地域住民のニーズに幅広く応える
医療を行っていました。しかし、こうした医師の専門性は当時
確立されておらず、医学部を卒業して数年の若手医師や領域別
の専門教育の途中で開業を志した医師など、基本医師で初期研
修を修了していれば誰でもGPとして働くことができました。

- ・この時代のGPのことを日本では単純に直訳して「一般医」と訳されていることがあります。しかし、その仕事の特性を考えるに、日本で同じような特性を持つ医師を日本語では「総合医」と表現するのがより一般的ですから、中立性を保つのであれば「総合医」となります。
- ・また、この時代の後、GPの専門性が変わってくる関係上、この訳は時代遅れなものともなります。

- 1980年代に入ると、GPとしての専門性が認知され、初期研修の後、3年間のGP専門研修が必要となりました。欧洲では、GPの専門研修を修了した医師を学術的に「Family Doctor」と定義しています。よって、これ以降のGPの日本語訳は「家庭医」となります。家族を診るから家庭医というロジックをしばしば見かけますが、実はそれも正しくありません。もちろん、家族を診るという視点は家庭医にとって重要ですが、家庭医であるということはそれによって定義されるわけではないからです。家庭医については、[第9回](#)で簡単に説明しました。

- さらに、2000 年代に入ると、新しいGP専門研修と専門医試験が導入され、それ以降はこの両方をクリアし、「Specialist in Family Medicine（家庭医療専門医）」と呼ばれる専門医になることで初めてGPとしての診療が許されるようになりました。よって現在、GPになるには医学部卒業後、初期研修2年、専門研修3年の最短でも5年間の研修修了と専門医資格取得を必要とします。私自身このキャリアパスを進んできました。

- したがって、現在のイギリスのGP集団は家庭医と家庭医療専門医のミックスになります。私たちの親元である学会、**Royal College of General Practitioners**の会員になるには基本、家庭医療専門医の資格が必要になります。一昔前は学会費さえ払えば医師なら誰でも入会することができましたが、今はやや総合医や家庭医であっても、この資格がなければ入会できません。現在、会員数5万人以上を有する医学系としてはイギリス最大の学術団体です。また、この資格は、イギリス国内だけではなく、国外の多くの国でも通用する国際資格となっています。

- ・イギリスでは私のようにGPを目指す医師が多く存在します。けれども、医師なら誰でも望めばGPとしての専門トレーニングを受けられるわけではありません。**Health Education England**による昨年度の専門（後期）研修プログラムへの応募状況を見ると、国内で3763存在するGP研修枠にその上限を超える4987人からの応募がありました。GP専攻医になるには、筆記試験や模擬患者面接などそのための選抜過程を乗り越える必要があるのです。

- ・また、その年に用意された専門研修枠は全診療科で8778でしたので、GP枠が全体の43%を占める結果となりました。
- ・ここからはGPの勤務状況や待遇などについてお話しします。
- ・第11回で説明した通り、GPは民間という立場上、労働時間は人それぞれです。GPを対象にアンケート調査を継続的に行っていけるマンチェスター大学の最近の統計を見ると、週3.5日勤務、42時間労働が平均となっています。夜勤・週末勤務なしが一般的です。

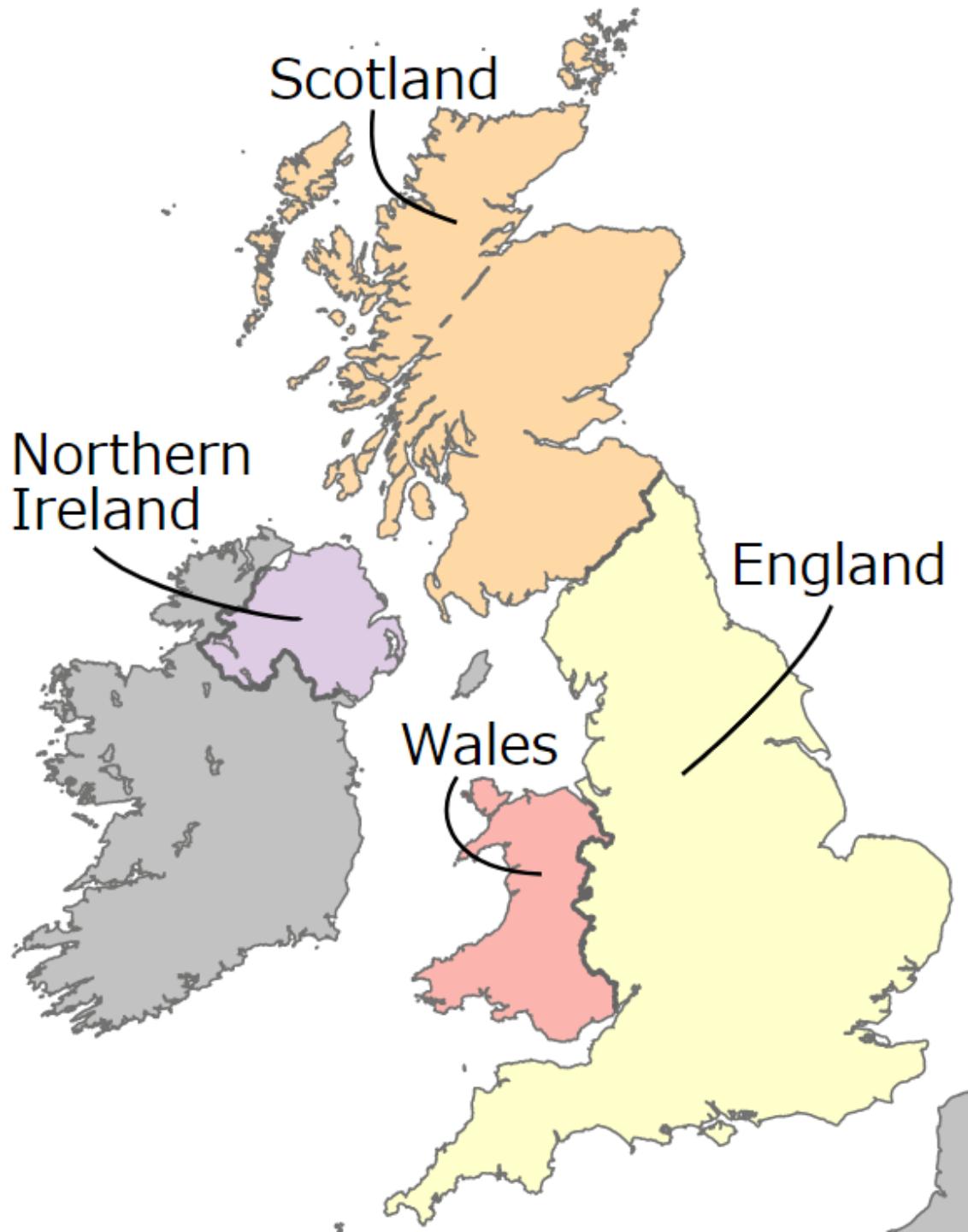
- NHS Digitalの統計によると、GPとして一般的な働き方である私のような開業医の平均年収は11万3400ポンドとなっています。
- 有給休暇に関する公式な統計は把握していませんが、私が知る限りでは最低年6週間が一般的で通常、休暇消化率100%を前提に勤務表が組まれています。
- また、GPの年金に関しては、保健省の資料によると、平均年4万4000ポンド（領域別専門医：4万ポンド）となっています。退職金はその3倍分が一般的です。数年前の年金制度の変化によって一定以上その年金を納めるとそれ以上は税がかかるようになってしまったこと、その年に多く出てしまいまして、労働時間を減らしたり、早期退職するGPや領域別専門医が最近では58歳になりました。以前は退職時の平均年齢は60歳でしたが、医師不足の中、これがさらに拍車をかけており、医師団体は政府に改善を強く訴えています。

- では、英國民はGPをどう思っているのでしょうか。
- 信頼度職種ランキングを継続的に発表している世論調査会社 YouGovの最近のデータによると、GP、学校の先生、BBCジャーナリスト、国會議員などの職種を対象に「本当のことと言っている、どの程度信頼できますか」という問い合わせに対し、85%の回答者がGPに対して「すごく信頼できる」もしくは「かなり信頼できる」を選択しました。学校の先生は同統計が75%、BBCジャーナリストが51%、国會議員は18%であり、これは対象となる職種の中で最も高い数値です。この調査が始まった2003年以降、同調査が20回以上行われてきた中、GPは最も信頼される職種として継続的に選ばれています。

- また、診療所の利用者を対象に定期的に行われる患者体験（Patient Experience: PX）調査GP Patient Surveyの最近の結果によると、診療所が提供するサービスの総合的な体験に対して「すごく良い」もしくは「良い」と答えた回答者は83%でした。この調査が始まった2007年以降、同統計は80-90%台で推移しています。
- 以上、イギリスのGPに関する情報をお伝えしました。これを機に、イギリスのGPについてのより正しい理解が広まればいいなと思っています。
- 次回からはNHSについてさらに踏み込んでいきます。

イギリスの医療 (Healthcare in the United Kingdom)

- では、単一支払者制度によるユニバーサルヘルスケアが実現されており、主に国民保健サービス(NHS)によって税金を原資とした公費負担医療として提供される[1][2]。
- WHOは2000年に、英国の医療制度はヨーロッパにおいて15位、世界で18位と評した[3][4]。米国慈善団体Commonwealth Fundによる2010年の第一世界7カ国の医療制度レポート Mirror, Mirror on the Wall によると、英国は総合で2位、効率性と効果性の部門においては第1位であった[5]。

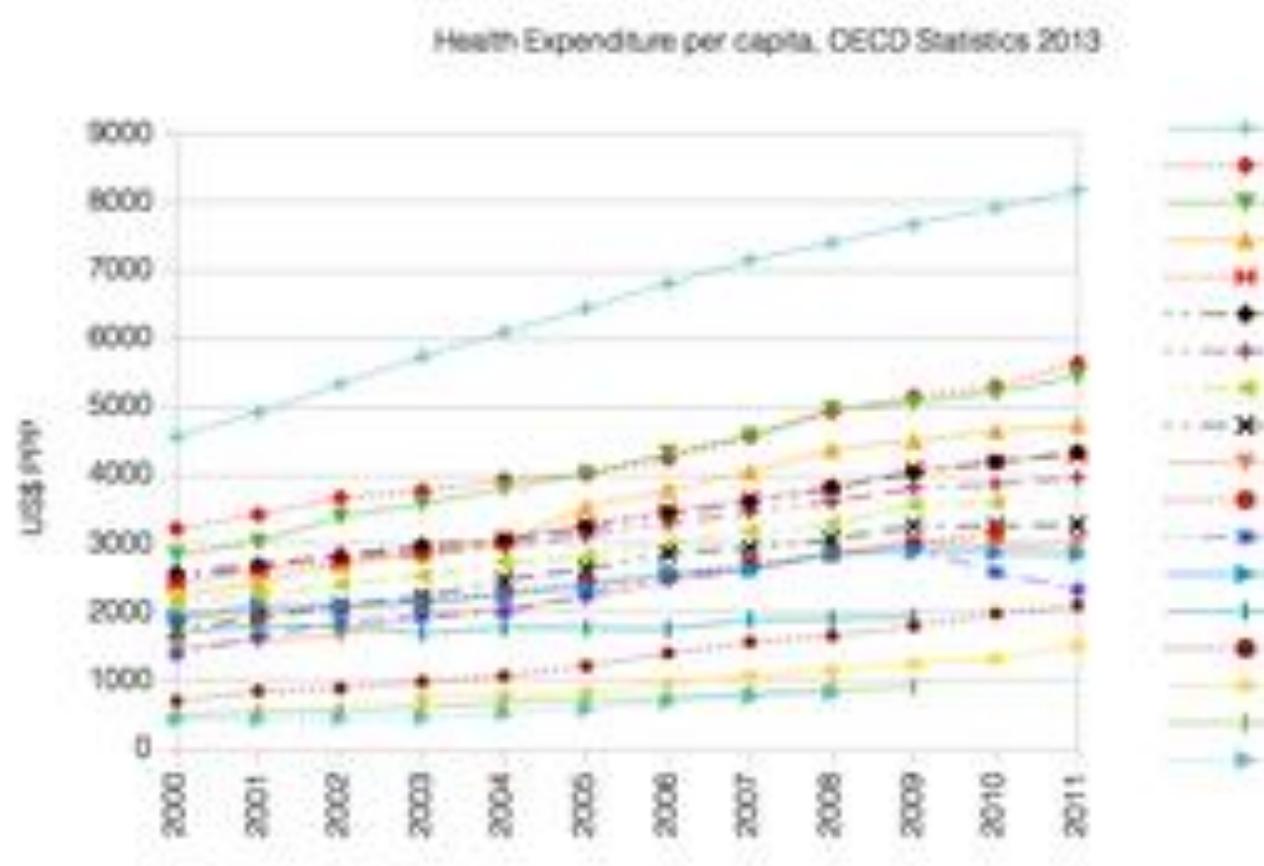


- 保健状態[編集]
- 平均寿命は81.3歳（男性79歳、女性83歳、OECD平均では80歳）で、市民の74%が自己報告にて自分は健康であるとしている（OECD平均は68%）^[6]。保健支出全体に占める自己負担率は10%、またプライベート保険に3%であった^[2]。
- 英国GDPに対する保健支出の比率は9.4%（2011年、OECD平均は9.3%）^[2]、人口一人あたりの保健支出は、3400米ドル（2011年、OECD平均は3300米ドル）であり^[2]、2000-2009年の間に5.3%増額されたが^[2]、2009-2011年の間には財政再建のため1.8%減額された^[2]。
- 世界保健機関が定めている医療政策の結果としての指標である妊産婦死亡率・乳幼児死亡率・成人死亡率は時代の進行とともに減少し^{[7][8]}、平均寿命・平均健康寿命は時代の進行とともに上昇している^{[7][8]}。

医療制度[編集]

OECD各国の人口一人あたり保健支出(米ドル、PPP調整)^[9]

イギリスの医療制度は地方分権制をとっています。イングランド・北アイルランド・スコットランド・ウェールズに分かれ、それぞれの地方において、自立した、privateな(民間)の財源によって営まれている医療、並びにpublicな(公的な)財源によって営まれている医療システムを持っている。そのため地方によって医療政策や医療設備が異なっており、それぞれの医療制度に違いをもたらしている^{[10][11]}。中央政府の保健省は、3年ごとにNHSのフレームワークおよび予算を策定する^[12]。



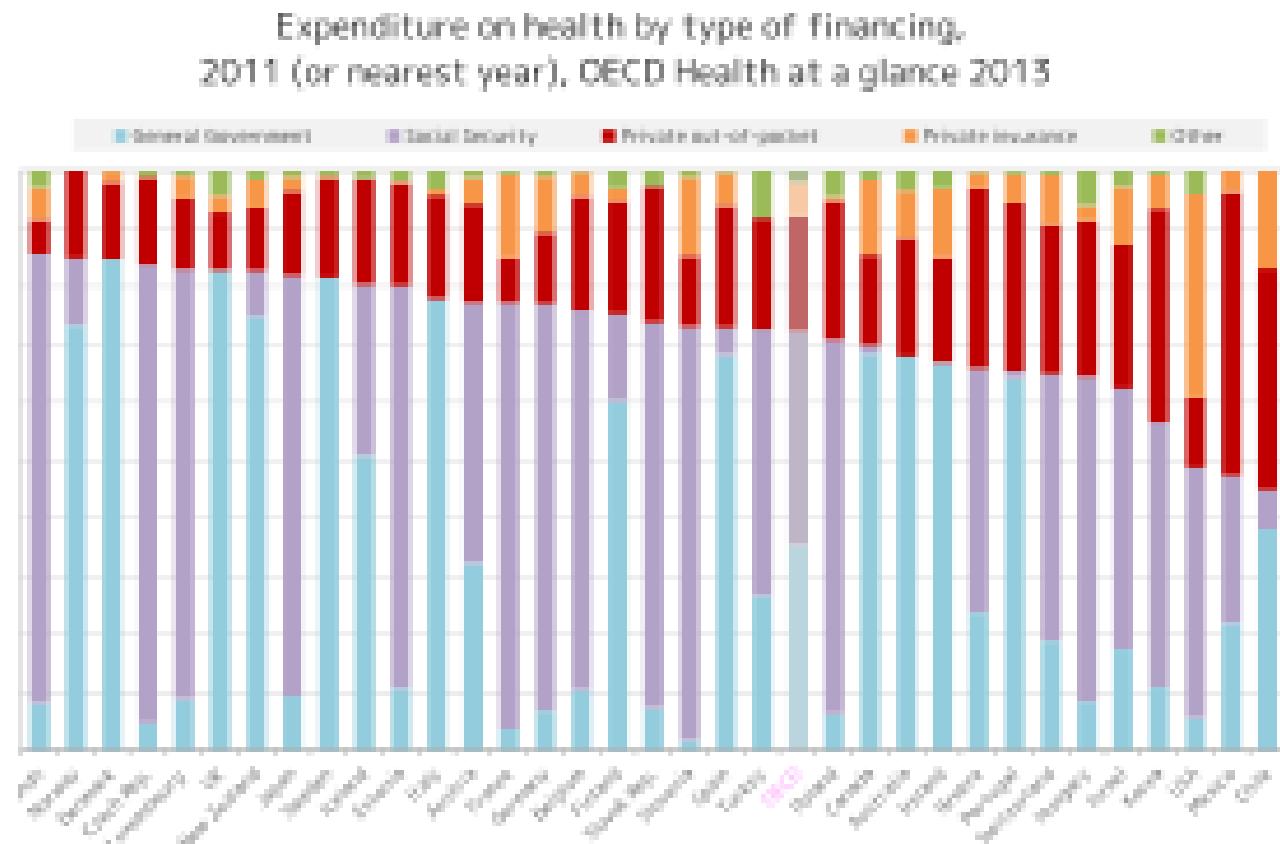
- ・各地方の公的医療機関は、イギリス国籍者に対して必要に応じて医療サービスを提供し、それは国家歳入により維持され、基本的に自己負担なしである（歯科・処方薬などは有償）[\[2\]](#)[\[13\]](#)[\[14\]](#)。
- ・また各地方には民間医療機関も存在し、公的医療とほぼ同様の医療を提供する。プライベート医療では、主に民間医療保険の加入者を対象とし、保険料は雇用主または加入者の負担である。しかしプライベート保険ではHIVなどへの適用範囲は限定されている[\[15\]](#)。人口のおおよそ12%はプライベート保険に加入している[\[2\]](#)。
- ・地域ごとの医療の質の差を検証する取り組みが行われており、NHS RightCareセクションが情報収集しNHS Atlasとして報告する[\[16\]](#)。さらに2013年には医療のアウトカム向上のためのNHS Improving Quality (NHS IQ)が立ち上げられた[\[16\]](#)。

類似する点[編集]

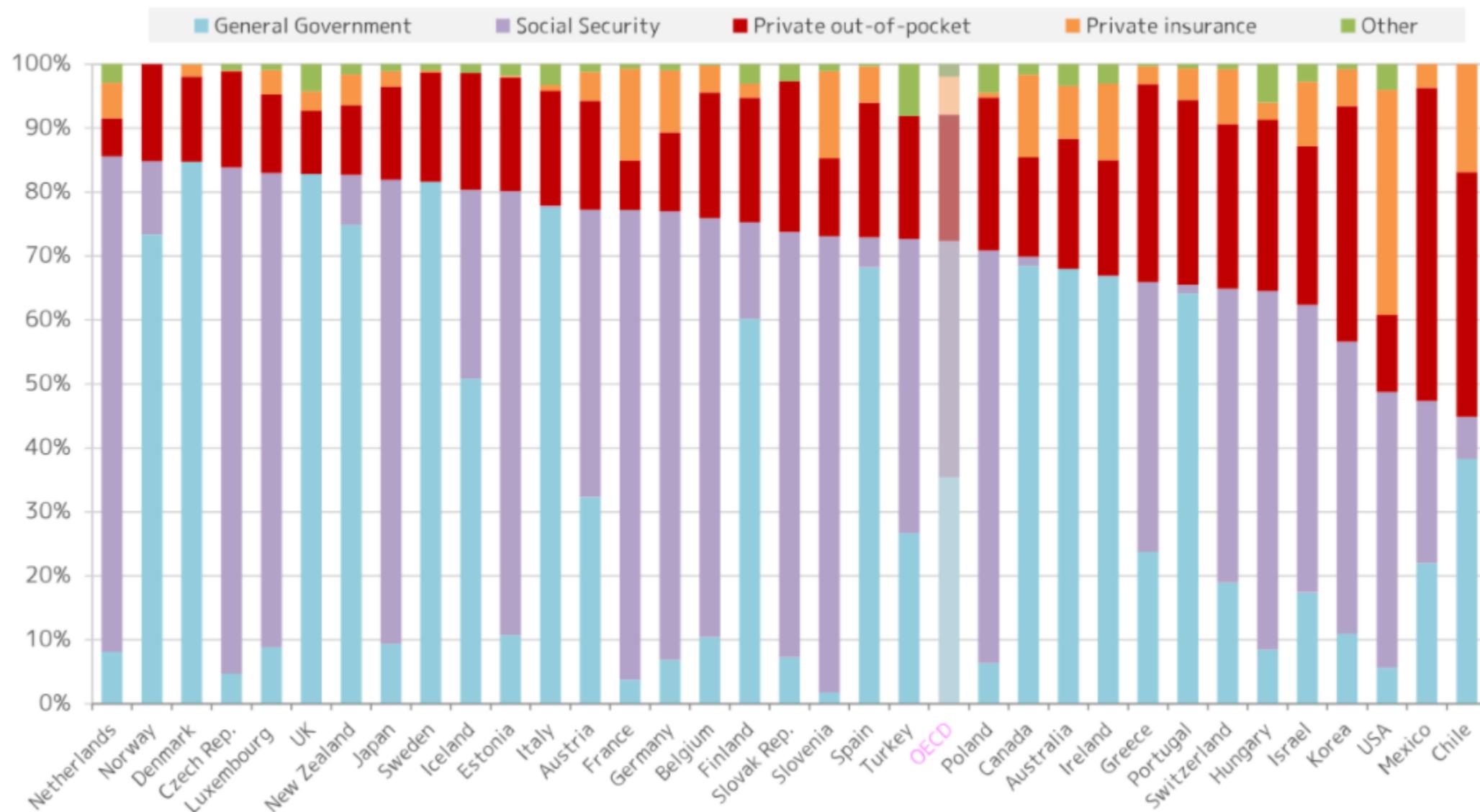
OECD各国の財源別保健支出。
水色は政府一般歳出、紫は社会保険、赤は自己負担、橙は民間保険、緑はその他

「[国民保健サービス#NHSの社会契約](#)」および「[プライマリ・ヘルス・ケア](#)」も参照

各NHS制度において、公的医療はフリーアクセスではなく、機能分担が徹底されており、市民自ら登録を行った総合診療医（GP）によってプライマリヘルスケアが提供される[\[2\]\[14\]\[11\]](#)。政府は市民にGP登録を行うよう求めている（General medical services契約）。GPはゲートキーパー役も担っており、救急などの場合を除いて担当GPの許可なく上位医療を受診することはできない[\[1\]\[14\]](#)。



Expenditure on health by type of financing, 2011 (or nearest year), OECD Health at a glance 2013



の財源別保健支出。水色は政府一般歳出、紫は社会保険、赤は自己負担、橙は民間保険、緑はその他



- ・二次医療は病院が担い、専門的医療・精神疾患ケア・救急救命などを提供する。三次医療は大学病院等が担っている[14]。英国医師の32%はGPとして就業しており[2][13]、またGPの85%は開業医である[17]。
- ・GPへの診療報酬は、従来は人頭払いをベースとしプラスして出来高加算であったが、2004年より「基本サービス」「追加サービス」「高度サービス」に再編され、義務的提供の「基本サービス」は人頭払いだが、後者は任意での出来高払い提供となつた[14]。またペイ・フォー・パフォーマンスにより、治療成績の良いGPにボーナスを支給する試みがなされている。

- 各NHS制度では、民間の歯科医による歯科医療も提供しており、歯科医はNHS患者に対してそれぞれの地区で決められた割合で医療費を請求する。一方で、患者は歯科治療に際し、私的診療としてNHS制度に頼らずに受診することもできる。すべての歯科医がNHSと契約してはいないが、歯科医の収入は半分がNHS診療によるものであった（イングランドの場合）[\[18\]](#)。
- 薬剤師は民間が担っているが、NHS医療において必要となる処方薬を提供する契約がなされている。

救急搬送

- 各公的医療制度には無料の救急搬送サービスがあり、それらは救急搬送スタッフのみが提供できる専門的患者移送が必要である場合、または公共交通機関での患者移動が不適である場合のみに限られる。多くは慈善団体による救急サービス（英國赤十字社・St. Andrew's First Aid・St. John Ambulance）が担っている。



- ・また航空救急搬送サービスは、スコットランドではScottish Ambulance Serviceにより提供され、イングランドとウェールズでは地域救急組合（地元警察の航空部隊と提携運営している場合もある）により提供されている[19][20]。特定状況下では海軍・陸軍・空軍によって航空救急搬送がなされることもある[21]。

- 独自性のある点
- 相談サービス
- それぞれのNHSでは24時間の電話相談サービスを運営している。イングランドはNHS Direct[22]、ウェールズはNHS Direct Wales/Galw Iechyd Cymru[23]、スコットランドはNHS24[24]。
- 医療技術評価
- 「医療技術評価」および「根拠に基づく医療」も参照
- イングランドとウェールズにおいては、国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence、NICE）が医療従事者向けの診療ガイドラインを策定しており、症状に対して行うべき治療手法や、その手技に対して報酬が支払われるか否かが示されている[1][25]。このガイドラインは医療専門家による委員会にて策定され、その分野の専門家によってレビューを受ける。
- スコットランドにおいては、Scottish Medicines Consortium（スコットランド医学委員会）がNHSの理事会に対し助言を行う。
- 費用コントロール
- 国家会計院は毎年NHSイングランドの会計を監査する。またスコットランド会計院もNHS Scotlandに対して同様の監査を行う[26][14]。

- 駐車料
- 病院の駐車料金は、スコットランドにおいては廃止された（3つの民間病院は除く）[27]。ウェールズでも廃止、イングランドの多くの病院では現存している[28]。
- 薬剤処方料
- イングランドでは、1件あたり6.20ポンドの薬剤処方料が徴収されるが[12]、16歳以下（就学中なら19歳以下）、59歳以上、低所得者、避妊薬処方、特定疾患などの場合は免除され[1]、実際に処方料を課されているケースは処方箋の8.9%に過ぎない[12]。
- 北アイルランド、スコットランド、ウェールズでは薬剤処方料は徴収されない。
- ポリクリニック
- Polyclinicsがイングランドで試験実施されており、ロンドンやいくつかの副都心エリアにみられる。

- 医学教育
- 「en:Medical education in the United Kingdom」も参照
- 英国で医師行為を行うためには、英國医学協議会（英語版）(GMC)に登録された者である必要がある。GMCの認定した医科大学（多くは6年間）にて卒業試験に合格した時点で、自動的に医師資格を得ることとなる[29]。卒業後はFoundation programmeとして2年間の臨床研修を受ける必要がある[29]。
- その後の進路について、総合診療医(GP)に進む者は救急医学、小児科学、精神医学の研修を2-3年間受けた後にGPとして就業する[29]。専門医に進む者は、さらに研修を経てCertificate of Completion of Training(CCT)認定取得を目指すこととなる[29]。

- 医薬品
- 医薬品および医療機器の承認は医薬品・医療製品規制庁(MHRA)が行っている[1]。また欧州医薬品庁(EMA)の承認を得ている場合にはMHRAへの別個承認は不要[30]。
- 医薬分業が徹底されており[31]、すべての薬局は英國薬剤師協議会(General Pharmaceutical Council、GPhC)に登録を行わなければならず、登録した薬局は処方薬も含めて通信販売が可能[32]。GPhCへ登録を行ったインターネット薬局は、所定のロゴをウェブサイトに掲載することができる[33]

- 医療経済・財政
- 「イギリスの歴史」も参照
- 1970年代のイギリスは「英國病」「ヨーロッパの病人」と呼ばれるほど経済状況が悪化した。これを脱するため、保守党政権下の英国では小さな政府を目指し、医療サービスにも市場原理を導入することで公的医療費を抑制し、サービスの効率化を目指した[34]。これが病院の入手不足に繋がり、病院は常に混雑しており、診断を受けるのに数週間かかり、さらに診断から実際の治療までの待機時間の長期化が深刻となった[35]。
- その後の労働党政権後期には長期待機リスト問題について改善が進み、おおむねGP受診は2日以内、救急医療は4時間以内に受診できるようになった[1]。また待機期間が一定以上となった場合には、民間医療機関で公費診療ができるよう制度改正がなされた[1]。
- イギリスの保健医療の公費支出は他の先進諸国と同様に、医学・医療技術の向上、平均寿命の上昇、GDPの増大、税収の増大、財政資質の増大に比例して、毎年増大している[36][37][38][39]。
- 英国は医療観光の送出国となっており国外で医療を求める患者も多く、フランスでは2002年頃より英国人患者が待機時間短縮のため、腰・ひざ・臼内障の外科手術を求めて受診するようになった[40]。2006年のE112 European health scheme制度制定により、英国人が医学的至急性のある治療を他EU国内において受給した場合、その費用を英国保健省が負担することになった[41]。

アメリカの医療

- <https://j-seeds.jp/column/post-1012>

- アメリカの医療制度
- アメリカで仕事をする日本人にとって最も関心があることのひとつがアメリカの医療制度でしょう。アメリカには、日本のような国民皆医療保険制度がないとよく言われますが、その具体的な内容はどうなっているのでしょうか。
- まずアメリカの医療費ですが、米国メディケア・メディケイド・サービスセンタによると、2018年度のアメリカの医療費は総額3.6兆ドル（381兆6千億円）で、国民一人当たり11,172ドル（約118万4232円）、GDPに占める割合17.7%となっています。日本の国民一人当たりの医療費が32万1100円ですので、四倍近い高コストとなっています。
- 次に医療機関ですが、日本では株式会社などの営利組織による医療機関経営が認められていない一方、アメリカでは全体の21%の医療機関が株式会社などの営利組織によって運営されています。また、全体の48%が非営利組織、21%が公的組織により運営されています。

- アメリカの医療保険制度
- アメリカの医療保険制度ですが、医療費の64%が公的医療保険から支出されています。アメリカの公的医療保険とは、65歳以上の人人が加入するメディケア、低所得者用医療保険のメディケイド、特定の子供が加入する子供健康保険プログラム、退役軍人が加入するベテラント・ヘルス・アドミニストレーションです。
- 65歳以下のアメリカ人の大半は勤務先の会社が加入している民間医療保険に加入しています。その数は2017年度時点で1億5千万人とされています。また、医療保険に加入していない無保険者が2750万人も存在します。日本人がアメリカで勤務する場合、ほとんどのケースで会社が加入している医療保険に加入することになるでしょう。
- 民間医療保険の加入条件や内容は、プランにより千差万別です。一般的な傾向として、中小企業よりも大企業が提供する医療保険の方が条件はいいようです。大企業の中には、優秀な人材を獲得するために福利厚生制度として医療保険を提供しているところもあり、こうしたケースでは月々の保険料が低めに設定されたりします。
- また、個人事業主や医療保険に加入していない零細事業などにお勤めの場合は、個人で民間の医療保険に加入することになります。その場合は、生命保険などと同様に各社が提供するプランを比較検討し、自分に合った医療保険を選択することになります。

- HMO、PPO、そしてEPO
- 主に企業が加入する医療保険はHMO、PPO、EPOに大別されます。いずれも医療機関をネットワーク化していますが、HMO (Health Maintenance Organization) の場合、緊急時を除いてネットワーク外の医療機関で受診しても保険金が支払われません。また、通常はかかりつけ医が行います。多くの場合、が割り当てられ、受診や治療は原則かかりつけ医が行います。かかりつけ医はゲートキーパーと呼ばれ、患者に安易な入院や治療を受けさせません。
- PPO (Preferred Provider Organization) も医療機関をネットワークしている点はHMOと同様ですが、ネットワーク外の医療機関で受診しても保険金が支払われる点が違います。しかし、通常はネットワーク外の医療機関で受診した場合、自己負担額が増えるケースが多いようです。なお、民間医療保険に加入している人の50%がPPOに加入しています。

- EPO（Exclusive Provider Organization）はPPOをより厳格にしたもので、緊急時を除いてネットワーク外での受診に対し保険金が支払われません。HMOとの違いは、HMOと違ってかかりつけ医を割り当てられる必要がない点です。
- いずれのケースにおいても、医療機関がネットワーク化されており、ネットワーク外で受診すると保険が支払われないか、自己負担額が大きくなる点が共通しています。一方、最近は医療機関の医師不足が慢性化しており、医療機関の都合で「ネットワーク外」の医師を使い、その費用を患者に負担させるケースが増えてきているそうです。なお、一般的に保険料はHMOが安く、EPO、PPOの保険料はHMOよりも割高になる傾向にあります。

- 無保険だとどうなる？
- ところで、今日現在で2750万人も存在する無保険者ですが、彼女らが病気になつたらどうなるのでしょうか。新型コロナウィルスの感染拡大が続く中、無保険者がCOVID-19で治療を受けた場合のコストが計算されています。それによると、COVID-19に罹患して人工呼吸器による治療を行い、96時間入院した場合のコストは40,218ドル（約426万円）だそうです。
- アメリカ人の70%は1000ドル（約10万6千円）未満の貯金しか持っていないので、支払い不能になるケースが圧倒的でしょう。アメリカで無保険者でいることは、非常に大きなリスクを伴うのです。

日本医師会のHP

- <https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/compare/>

	保険制度	外来患者自己負担	かかりつけ医の登録制の有無 (法的義務含む)
イギリス	9割を占める公的（税財源）、および1割の民間自費医療サービスが両立	公的には原則無料（処方箋料等の少額負担あり）	有（登録診療所のみ受診可）
アメリカ	公的な医療保険は「メディケア」と「メディケイド」のみ	保有する保険により年間免責金額、定額負担、負担割合等が異なる	無（保険毎に受診可能な契約医あり）
フランス	公的皆保険（民間保険は二階建て部分をカバー）	3割負担（償還式）。かかりつけ医を通さずに専門医を受診した場合は7割負担（婦人科・小児科・眼科・歯科は除く）	有（かかりつけ医を登録する制度はあるが、紹介状なしに他の医師を受診することができる）
ドイツ	皆保険。公的（90%）、および民間医療保険（10%）の両立（公的保険は選択可能）	原則無料（2013年より自己負担廃止）	無（法的義務はないが、90%がかかりつけ医を持つ。家庭医中心診療に参加しているのは、人口の5%程度）
スウェーデン	税方式による公営の保険・医療サービス	料金はランディング（広域自治体）が独自に決定。自己負担の上限がある	地区診療所を家庭医として登録
日本	公的皆保険	原則3割負担（自己負担額の上限あり）、3歳以下は2割負担	無

順位	都市	費用	入院日数
1	ニューヨーク (アメリカ合衆国)	152.2~440.9万円	1~3日
2	パリ (フランス)	22.1~97.3万円	3日
3	マドリッド (スペイン)	48.6~91.8万円	4日
4	ロンドン (イギリス)	74.1万円	2日
5	ローマ (イタリア)	69.2~73.1万円	3日
6	ジュネーブ (スイス)	27.8~70.5万円	3日
7	バンクーバー (カナダ)	66.7万円	3日
8	シンガポール (シンガポール)	34.9~43.6万円	3日
9	デュッセルドルフ (ドイツ)	35.7万円	3日
10	(一般例) (日本)	30.0万円	6~7日

「世界の医療と安全2010」
 (東京海上日動作成) より
 抜粋

システムとは (system)

- ・相互に影響を及ぼしあう要素から構成される、まとまりや仕組みの全体のこと。
- ・一般性の高い概念であるため、文脈に応じて系、体系、制度、方式、機構、組織といった多種の言葉に該当する。
- ・それ自身がシステムでありながら同時に他のシステムの一部でもあるようなものをサブシステムという。

- <http://tokuteikenshin-hokensidou.jp/news/2016/005730.php>

一人ひとりに寄り添った保健医療へ

- 本提言で実現していく患者・国民にとっての価値 -

ビッグデータ活用やAIによる分析

現在、診断や治療が難しい疾患でも、個人の症状や体質に応じた、迅速・正確な検査・診断、治療が受けられる。



ICTを活用した遠隔診療や見守り

専門の医師がない地域の患者や、生活の中で孤立しがちなお年寄りでも、専門医療や生活支援が受けられる。



地域や全国の健康・医療・介護情報ネットワーク



どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が医師などに安全に共有され、かかりつけ医と連携しながら切れ目ない診療やケアが受けられる。検査や薬の重複も避けられ、負担も軽減される。

ビッグデータ活用によるイノベーション



疾患に苦しむ様々な患者に、最適な治療や新たな薬が届けられる。魅力的な健康づくりサービスが生まれ、自身に合ったサポートが受けられる。

出典：保健医療分野におけるICT活用推進懇談会(厚生労働省、2016年)

患者・国民中心にデータを「つなげる」

分散したデータ → データの統合

- ◆個人の健康なときから疾病・介護段階までの基本的な保健医療データを、その人中心に統合する。
- ◆保健医療専門職に共有され、個人自らも健康管理に役立てるものとして、すべての患者・国民が参加できる
「患者・国民を中心に保健医療情報をどこでも活用できるオープンな情報基盤（※PeOPLe（仮称））」を整備。

※ Person centered Open PLatform for wellbeing

PeOPLe（仮称）

Person centered Open PLatform for wellbeing

患者・国民の基本的な保健医療データを統合。

健康サポート

急性期医療

最善の環境で手術を受けた後、
その情報を共有することで、
最適なリハビリを
自宅の近くで受けることができる

かかりつけ医

かかりつけ医のサポートを
受けながら健康管理や
主体的なサービス選択ができる

リハビリテーション

救急・災害対応

【Aさん】
●基本情報(性別・年齢等)
●既往歴・現病歴 ●治療・検査情報
●アレルギー・副作用 ●健診情報
●介護情報 …etc

国主導で患者のデータの種類や規格を統一

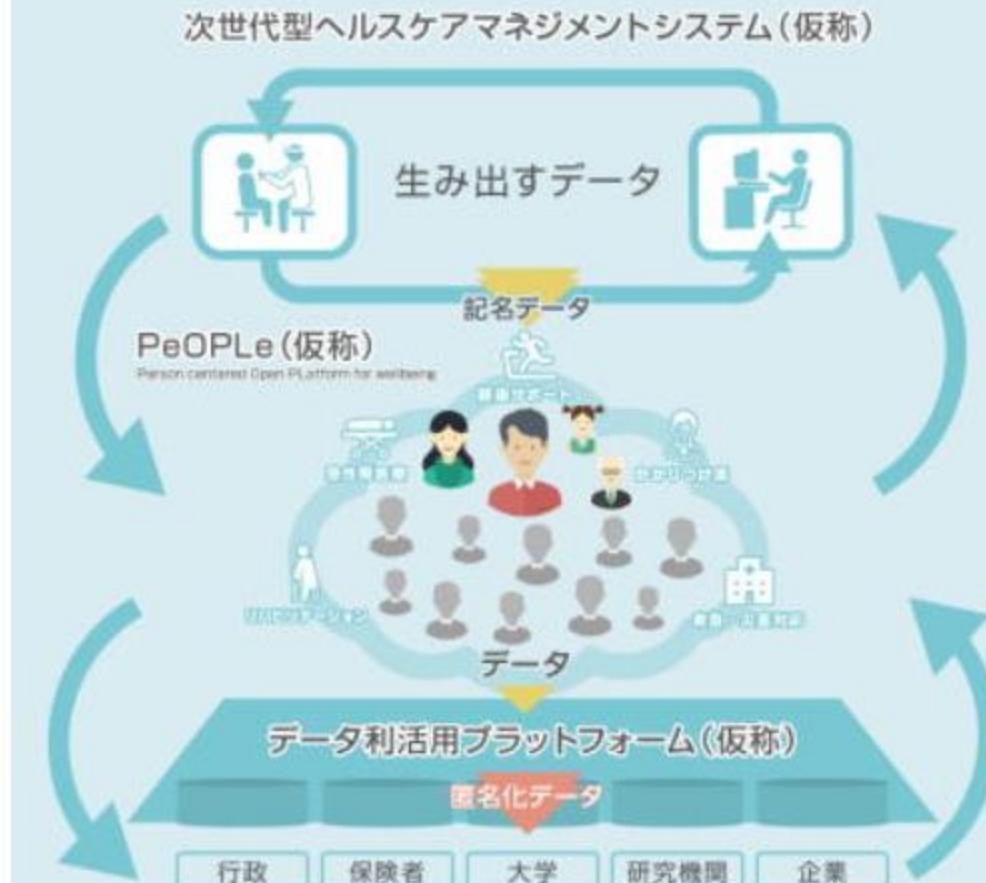
個人の疾病・健康状況に合わせた最適な保健医療が受けられる。

AI等の技術を活用したアルゴリズムを組み込み、質の向上・効率化を図る

※PeOPLeへの参加は、患者・国民一人ひとりの同意を原則とする。

出典：保健医療分野におけるICT活用推進懇談会（厚生労働省、2016年）

ICTを活用した「次世代型保健医療システム」(全体イメージ)



Layer1: つくる

- ◆ 最新のエビデンスや診療データを、AIを用いてビッグデータ分析し、現場の最適な診療を支援する「次世代型ヘルスケアマネジメントシステム」(仮称)を整備。

Layer2: つなげる

- ◆ 個人の健康なときから疾病・介護段階までの基本的な保健医療データを、その人中心に統合する。
- ◆ 保健医療専門職に共有され、個人自らも健康管理に役立てるものとして、すべての患者・国民が参加できる「PeOPLe」(仮称)を整備。

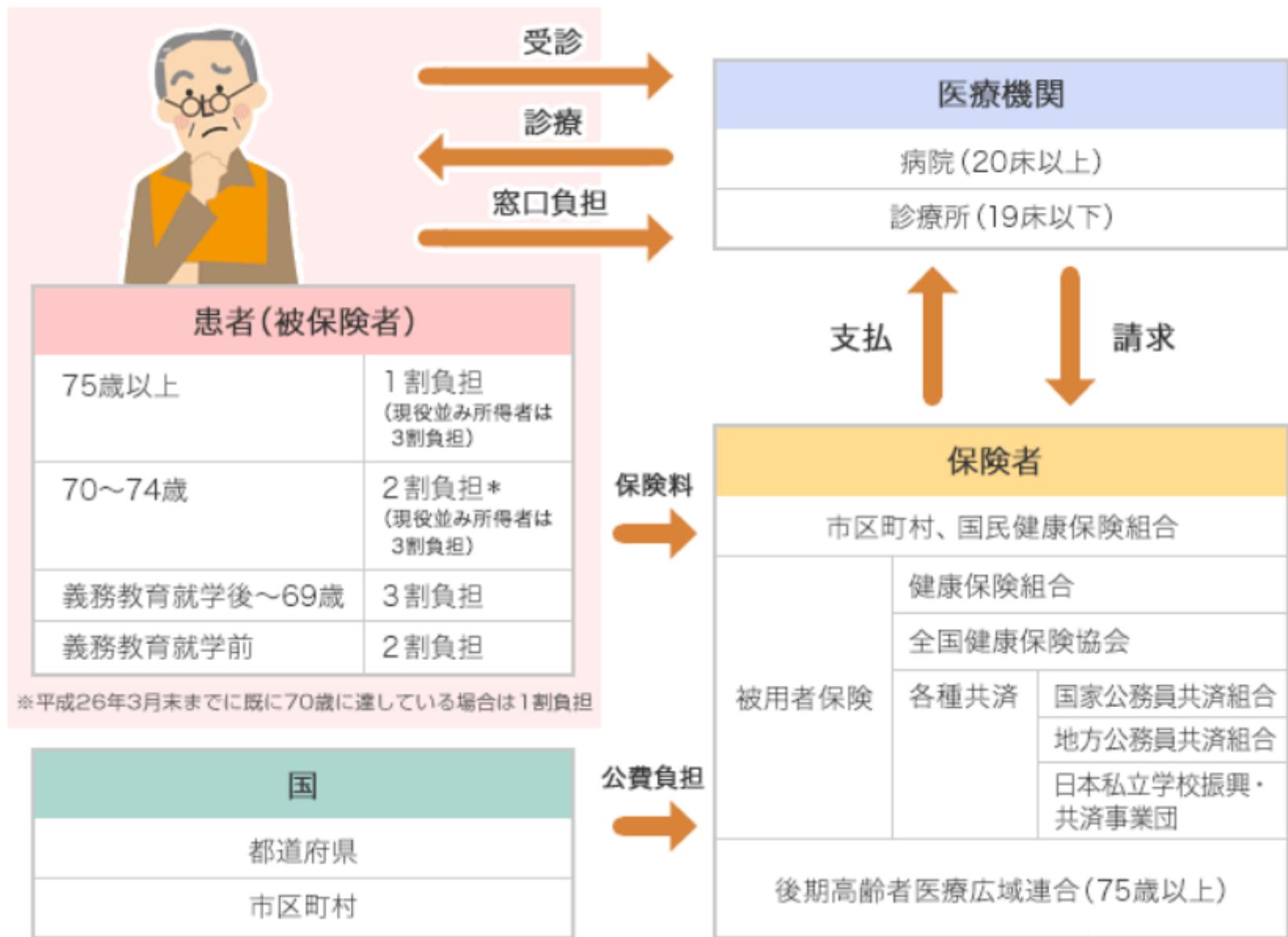
Layer3: ひらく

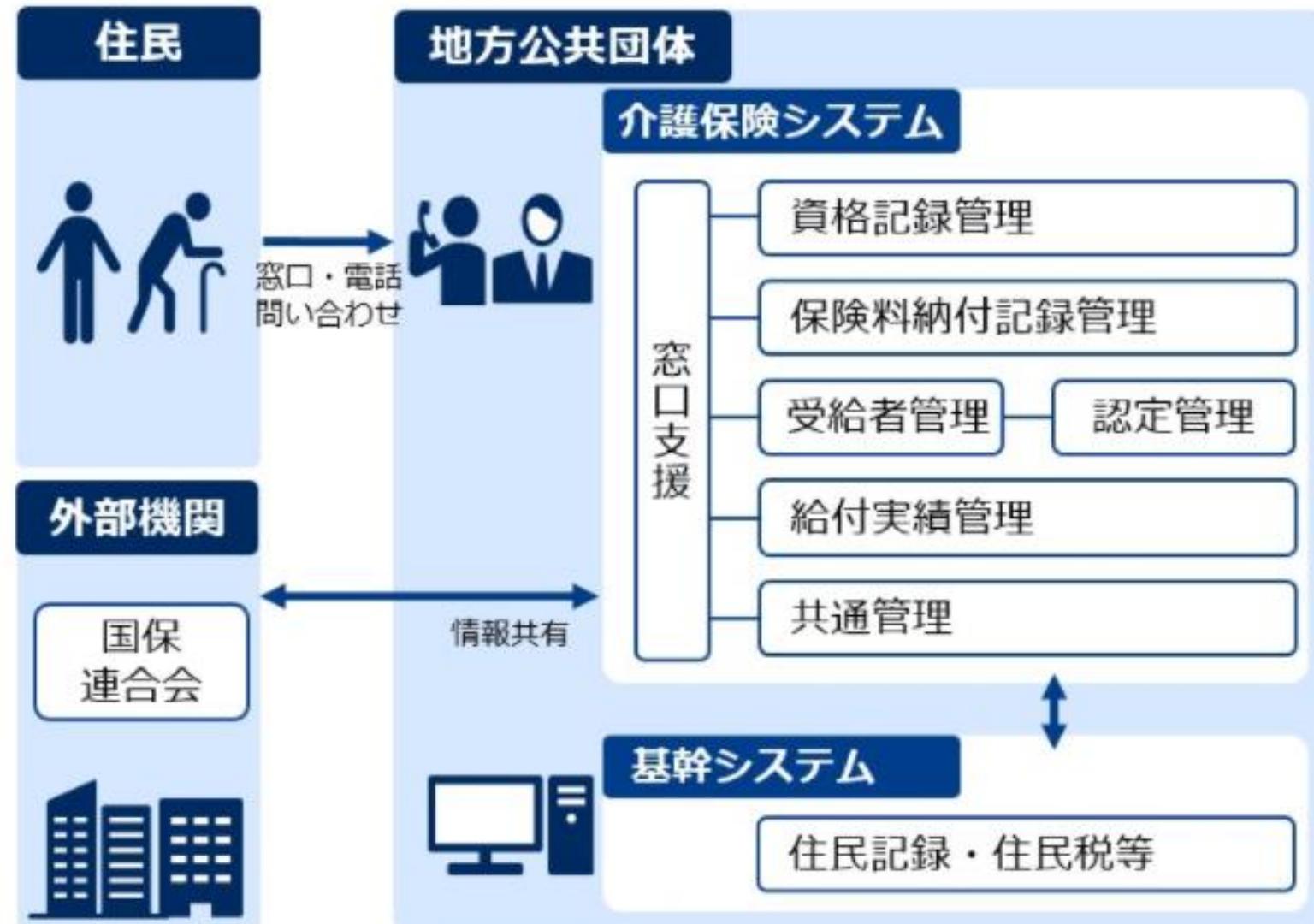
- ◆ 産官学のさまざまなアクターがデータにアクセスして、医療・介護などの保健医療データをビッグデータとして活用する。
- ◆ 「PeOPLe」(仮称)や目的別データベースから、産官学の多様なニーズに応じて、保健医療データを目的別に収集・加工(匿名化等)・提供できる「データ利活用プラットフォーム」(仮称)を整備。

出典: 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会(厚生労働省、2016年)

- <https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/iryo/handbook/system/>

医療保険制度の概要





- https://eemachi.pref.osaka.lg.jp/about/new_system/

地域包括 ケアシステムの姿

病気になったら…

医療



- 病院
急性期、回復期、慢性期

- 日常の医療
 - ・かかりつけ医
 - ・有床診療所
 - ・地域の連携病院
 - ・歯科医療、薬局

相談業務やサービスの
コーディネートを行います。



- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネージャー

住まい

入院
通院



- ・自宅
- ・サービス付き高齢者向け住宅など



介護

介護が必要になったら…

- 在宅系サービス
 - ・訪問介護
 - ・訪問看護
 - ・通所介護
 - ・小規模多機能型居宅介護
 - ・短期入所生活介護
 - ・福祉用具
 - ・24時間対応の訪問サービス
(小規模多機能型居宅介護
+訪問介護)など

- 介護予防サービス
- 施設・居住系サービス

- ・介護老人福祉施設
- ・介護老人保健施設
- ・認知症共同生活介護
- ・特定施設入所者生活介護など

いつまでも元気に暮らすために…

生活支援・介護予防

地域包括ケアシステムは、
おおむね 30分以内に
必要なサービスが提供される
日常生活圏域（中学校区）
を単位として想定

20世紀＝短命社会
「病院の世紀」

- 「治す医療」

- 「病院単独で提供される医療」

- 長期入院
(病院の中で管理された人生の最後)

施設に収容する福祉

- 豊富な若年労働力

- 家族と同居する高齢者

- 専門職依存型のサービス提供

- “支え手”と“受け手”との
分離・固定化(地域コミュニティの衰退)

21世紀＝長寿社会
「地域包括ケアの世紀」

- 「治し、支える医療」

- 「病院を含む地域全体で
提供される医療・介護」

- 時々入院・ほぼ在宅
(自分らしい生活の中での幸福な人生の最後)

地域に展開する介護

- 希少な若年労働力

- 独り暮らしの高齢者

- 地域住民参加型のサービス提供

- “地域支え合い体制づくり”

*大阪府専門部会報告書“大阪府における介護施策の現状と課題、対応の方向性について”より引用

改正前

改正後

介護給付（要介護1～要介護5）

これまでと同じ

介護給付（要介護1～要介護5）

介護予防給付（要支援1・2）

訪問看護・福祉用具等

これまでと同じ

介護予防給付（要支援1・2）

訪問看護・福祉用具等

訪問介護

通所介護

参行

地域支援事業

既存事業所による訪問介護

NPO・民間事業者等による
掃除・洗濯等の生活支援サービス

住民ボランティアによる
ゴミ出し等の生活支援サービス

既存事業所による機能訓練等の通所介護

NPO・民間事業所等によるミニ・デイサービス

住民主体の交流の場・コミュニティサロン

住民主体の
地域の助け合い活動など
多様なサービスを補助する
仕組みが新たに導入

参考



ミュート (消音) (m)



— 0:00 / 3:33

