

3 医療施策

我が国は急激に少子高齢化が進み、深刻な国家的社会問題になっている。

日本の医療を支えている公的医療保険制度は、かつて、WHO から世界最高の評価を得たこともあった。そして、OECD から先進国の中にあつて最高水準に達しているとの評価をされていた。

しかし今や、国の試算では、「国民医療費は、2010 年度 37.5 兆円から 2025 年度 52.3 兆円に 14.8 兆円増加」となり、今後、更に高齢化が進むと「75 歳以上の医療給付費（医療保険分）は 2010 年度 11.7 兆円から 2025 年度 22 兆円に 10.3 兆円増加」とされている。

<出典：厚生労働省保険局「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」のポイント>

これまでも、年金、医療、福祉等の社会保障制度が都度見直しされ、医療については 2006 年に制度改革が行われた。

それでも今後も少子高齢化が益々進む状況下において、医療費の伸びの抑制、医療の迅速で機能的な供給体制の構築は都民の健康生活にとって喫緊の課題である。

東京都においては、これまで様々な東京独自の医療改革を実行してきた。

さらに ○患者中心の医療

○365 日 24 時間の安心

この目標を掲げ新たな改革を進めているが、この度都議会自民党として前記した東京都の二つの目標に寄与すべくフランス、オランダ両国を訪問し、医療制度について視察調査を行った。

平成 22 年 11 月 5 日（金）

州保健庁

平成 22 年 11 月 6 日（土）

フランス医療制度研究員 奥田七峰子 氏

■フランスの医療保険制度

フランスには日本の国民健康保険のような地域保険はなく、公的保険を担う商工業の被用者を対象とする国民の 80%が加入している一般制度がある。

また、非被用者を対象とする自営業者のための制度等、職域ごとに実に多くの制度があり、それぞれの制度ごとに医療保険金庫といわれる組織が存在している。もちろん国の監督下にあるが、運営、財政の独立性は保たれている。

また、公的医療保険を補うための民間保険会社（日本の民間保険会社とは異なる）、互助共済による私的医療保険が普及していることが特徴であり、約 80%以上の国民が加入している。



州保健庁で医療制度について、説明を受ける

個人が支払う医療費は 8 割程度を公的医療保険で賄い、不足する分については、私的医療保険により補えるため、自己負担は少ない。

日本において時折議論になる、自己負担率の低さは公的医療保険と補完的な私的医療保険を組み合わせることにより、負担分を補い、所得の多くない患者にとっても必要な医療を受けられることに繋がっている。

ちなみに医療費の支払いは、日本のように受診時に患者が医師や医療機関に自己負担分を直接支払うのではなく、フランスの場合は患者が医師や医療機関に全額支払うことになる。その後、個人で医療保険金庫や補完的な民間医療保険等に請求し、精算するシステムになっている。



州保健庁にて、担当者と

保険の掛け金については、平均的給与所得者で公的医療保険料は給与の約20%、補完的な私的医療保険料は毎月6千円～1万円程度かかる。

こうした医療保険制度は、患者にとって決して低医療費ではないが、いつでも症状に即した医療を受けられるという安心感を得られる。

しかし、病気に対する予防の意識が薄くなりやすく、必要以上の医薬品投与に繋がり、医療費の増大に向かう危惧を感じた。

フランスの2階建て医療保険

2階	私的医療保険 ・民間保険会社 ・互助共済保険 ※国民約80%が任意加入
1階	公的医療保険 ・被用者対象 一般制度 ※国民約80% ・非被用者対象 農協 自営業・開業 公務員、国鉄、炭鉱 パリ地下鉄公団・フランス銀行等

※1階部分が

①疾病、労災、出産

②年金

③家族手当

など社会保障費の財源にもなっている

<出典：フランス医療制度研究員 奥田七峰子氏 資料>

■ かかりつけ医制度について

フランスのかかりつけ医登録制度は2005年に施行した。16歳以上の国民は基本にかかりつけ医に登録することになっている。氏名、生年月日、住所、連絡先等、基本的な情報、患者と医師相互の同意、署名が必要となる。例外として小児科、産婦人科、眼科、精神科及び救急時やかかりつけ医不在時は、かかりつけ医を通さず、病院へ直接連絡することが認められている。



フランス医療制度について、説明を受ける

フランスがかかりつけ医制度を導入する目的として、医療に関わる支出に対する責任感、コスト感を国民一人ひとりに持ってもらうことに繋がるということがある。

イギリスのようなかかりつけ医制度と多少異なり緩やかなしくみである。(例、登録地域を限定しない等)

かかりつけ医は一般的に総合医であり（専門医をかかりつけ医として選択することも出来る）日常的な病気やケガ等で受診する窓口になっている。必要に応じて病院に行かなければならない症状時にはかかりつけ医の紹介が必要となる。

かかりつけ医の診療所（室）には、血圧計や聴診器等の簡単な医療器具のみで看護師や助手、事務員もおらず、医師一人の場合が一般的である。街中に薬局は多く存在しており、かかりつけ医は患者の症状に応じて薬の処方箋を出し

ている。

休日や夜間の患者への対応については、電話の対応や夜間の診療をすることはほとんどなく、夜間診療する往診医や病院と患者の医療情報を共有できるシステムになっている。

なお、日本では病院勤務医と開業医を兼務しているケースはあまり見られないが、フランスでは兼務している医師も多くおり、午前中は病院での診療、午後は診療所での診療と往診をするケースも多い。かかりつけ医の導入によって、かねてからの問題であった専門医から専門医への診療が減少した。

また、重複受診や検査、薬の処方削減やかかりつけ医と専門医の医療の分担によって医療費の削減に繋がった。

かかりつけ医と患者間の信頼関係が強固なものとなることにより、在宅入院制度が更に進み、患者を重んじる医療環境の向上になる。

つまり、かかりつけ医は患者の話を聞いて症状に対応することや長期的な病气（糖尿病や精神病等持病）への対応が主な役割であるような印象を受けた。

日本（東京）では、患者の症状によっては軽度であるにもかかわらず、開業医よりも病院受診が安心という感覚に加え外来受診回数の多いことによる弊害が見られる。フランスが導入したかかりつけ医の目的や運用実態の影響など東京のかかりつけ医のあり方に大変参考になった。

日本とフランスの医療費の比較（2008年度）

	総医療費の 対 GDP 比 (%)		一人当たりの医療費 (ドル)	
		順位		順位
日本	8.1%	22位	2,729ドル	20位
フランス	11.2%	2位	3,696ドル	10位

<出典：OECD HEALTH DATA 2010>

※順位は OECD 加盟国間におけるもの。

■周産期医療について

平成 22 年 11 月 10 日（水）

アムステルダム大学アカデミックメディカルセンター

日本は近年、35 歳以上の高年齢出産が 40%を超え、内 40 歳以上が 1 割を超えるまでになった。そうした高年齢出産に伴い、低体重児、妊娠高血圧症候群等、妊婦のハイリスク出産が増加している。また、出産に関わる医療体制としても産科・小児科医師や対応しうる病院等の減少が大きな課題である。

東京の出生が停滞している現在、安心して子供を産み育てることが出来る環境の充実のために周産期医療体制の一層の整備が求められている。

そこで、比較的先進医療が進んでいるオランダの現場を訪問し、現状を調査した。



新生児専門医 ファンカーム氏と

オランダでは、かかりつけ医制度が充実しており、妊娠しているか否かの確認は通常かかりつけ医の診療を受ける。妊娠している状況であれば、その後の定期検診等を助産師（オランダでは通常自宅出産を望む女性が多く、助産師制度が確立されている）もしくは産科医にかかるか選択し、かかりつけ医に紹介状を書いてもらう。更に自宅出産するか、病院での出産を望むか選択することになる。日本では昨今妊婦が助産師との関わりを持つことは減少しているが、オランダでは助産師もしくは病院産科医の選択が出来るシステムになっており、役割分担がはっきりしているという大きな特徴がある。

妊婦は通常 2 回のエコー診断（2 回時は 20 週目）がなされ、胎児や妊婦の異

常の有無が診断される。助産師による自宅出産を選択している場合に異常が確認された時は、直ちに8大学2地域病院の専門医と助産師との連携のもとで対応する。

助産師を選択し自宅出産を望むケースが多く、特にリスクのあった時に病院受診することになるため、この場合助産師が妊婦をいつ病院に送るかの判断が最も重要になる。

通常分娩の場合は、病院での出産後約6時間もすれば直ちに退院させられる。現に視察後、大学病院を出る際にも朝方出産された女性が退院する場面に出会った。母子共に元気でまるで子供の検診にでもこられたような印象を受け驚いた。出産後の母子ケア、家事、訪問客の対応等必要に応じて、一定期間出産後の自宅での生活ケアも充実している。



開放的な病院のロビー



病院入口でガイドドックと



テディベアホスピタル啓発運動（ポスター）



イベント会場

～子どもたちに病気に対する病院の啓発を行うイベント～

オランダの妊娠時から出産までの増加している出産リスクと新生児死亡率等について、ドクター ファン・カーム氏が特に問題視していた点について記す。

(1) 在宅分娩が多い

自宅出産の場合は、検診も助産師の関わりが一般的なため、リスクのあった時に助産師が妊婦をいつ病院に送るかの判断が最も重要となり、その判断ミスが新生児の死亡に直結してしまう。新生児の死亡率増加に伴う改善策の一つとして、妊婦のリスクを早期に発見するために医師会が定めている助産師マニュアルを改訂する必要がある。

(2) 高年齢者出産の増加

高年齢者出産によるリスクの一つとして早産があり、26週以内で生まれた子供に障害のリスクが高い。

そのために、生まれてくる障害児及び家族に対して説明、指導を行い、生涯（人生）設計を医師等と家族間の相互信頼のもとに確立する必要がある。

(3) 産科・小児科医の安定確保

医師の専門分野においては教育の場でシステムが出来上がっている。医師の数は大学教育の場でアンケート調査を行い、専門分野別の人数の調整が可能である。どの専門分野の医師が足りないか、あるいは将来どの専門分野に医師が必要か、大学の入試をコントロールすることが出来る。医療現場の現状が学生の専門科の募集定員数の割り振りに反映できるシステムになっている。

しかし、産科・小児科の女性医は結婚による退職者もいるため、対象医師に対して毎年アンケート調査を行い退職希望か、臨時医師として継続できるかを確認するなど医師の数を確保することに懸命な努力が必要とされている。

安定した女性医の確保に向けて勤務体制、休暇等プログラムやシステムを強化する必要がある。

オランダでは新生児死亡率の増加等、出産に関わる様々なリスクの対応について、政府の検討が急がれている。今回の視察を踏まえ、ハイリスク妊婦やハイリスク新生児への対応、女性医師の勤務環境整備、助産師の活用、出産後の母子ケアの環境整備等、今後東京で安心して子供を産み育てることが出来る環境づくりについて提言していきたい。