

ム全体の非効率化につながる。

プライマリ・ケアのサービスの効率化は医療全体の効率の向上という観点からもきわめて重要である(郡司 [1998])。第4節ではプライマリ・ケアを重視し、計画・統制から競争原理へ医療制度の転換を図り(佐藤 [2009])、効率的な運営を行っているオランダの医療制度を考察する。第5節では、高齢者の終末期ケアについて考察をして、最後にまとめと日本への教訓を述べる。

## 2. 先進国の医療制度の比較

日本では医療費の対GDP比が低いにもかかわらず、乳児死亡率は世界でも最も低く、平均寿命も先進国の中でも男女とも最も長い。日本の医療システムのマクロ効率性はとてもよいようにみえるが、医療システムを評価するのに乳幼児死亡率や平均寿命は適切な指標とは考えられていない(郡司 [1998])。

表7-1は医療提供体制の国際比較を示している。人口あたりの医師数はオランダ、ドイツ、フランスが人口1000人あたり3.9から3.34人と多い。一方で、カナダ、日本、韓国は、2.27から1.86人と少ない。

日本の医師数で特徴的なことは、日本には家庭医が制度的に確立していないため、OECDのデータでは家庭医数は空欄になっている点である。医師数に占める家庭医数の割合はフランス、カナダ、オーストラリアでは半分を占めている。日本の医療制度に似ているといわれる韓国でも37%と高い。

日本の医療制度の弱点の一つは効率的なプライマリ・ケアの提供体制がないことであるが、プライマリ・ケアの要の担い手である家庭医が養成されてこなかったことがその要因である。プライマリ・ケアの意味するものは時代とともに進化してきたが、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決し、医療・介護の適正利用や予防、健康維持・増進においても継続的なパートナーシップを築き、家族と地域の実情を考慮して提供されるサービスといえる(図7-1のグレーの部分に対応)。

よく訓練された家庭医は、医療や健康問題の8割をカバーするといわれる。高齢者の多くは、腰痛、糖尿病、高血圧、白内障など一人でいくつもの健康上の問題を抱えている。日本ではこうした高齢者が複数の専門科にわたって受診

表7-1 医療提供体制の国際比較  
(OECD Health Data 2008)

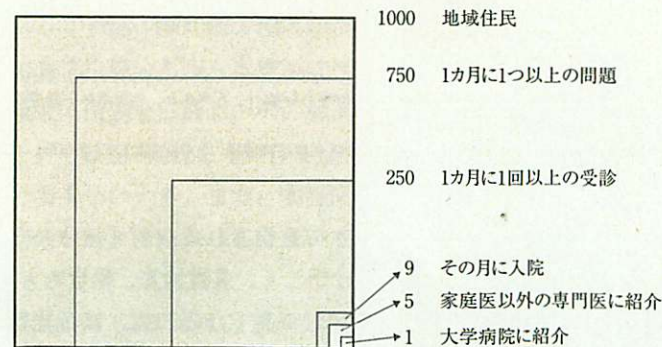
	1000人あたりの医師数(家庭医が占める割合)	1000人あたりの看護師数	1000人あたりの病床数	在院日数	受給率(一年間の外来の回数)	CT/100万人	MRI/100万人	80歳以上の施設入所者の割合	80歳以上の在宅介護の割合
米国	2.43(12%)	10.75 <sup>2)</sup>	3.1	5.5	4	34.3	25.9		
日本	2.15(-)	9.54	13.8	18.8	13.4	97.3	43.1	8.6	
ドイツ	3.56(18%)	10.68	8.2	7.6	7.8			11.5	17.6
英国	2.61(29%)	9.52	3.4	7.1	5.9	7.4	5.6		
フランス	3.34 <sup>1)</sup> (49%)	7.93 <sup>2)</sup>	6.9	5.2	6.9				
カナダ	2.27 <sup>1)</sup> (48%)	9.2	3.5	7.5	5.7	13.9	8	9.7	5.9
韓国	1.86(37%)	4.36	7.8	10.6 <sup>3)</sup>	13	37.1	19	3.9	5
オランダ	3.9 <sup>4)</sup> (29%)	15.05 <sup>4)</sup>	4.3	5.9	5.9	10.3	10.4	19.4	29.8
オーストラリア	2.88(25%)	11.24 <sup>4)</sup>	3.9	5.9	6.4	38.8	5.9	15	5.9

注: GPの定義は各国で異なる。米国では一般内科や小児科、産科等を含むと思われる。

- 1) Professionally active physician
- 2) Professionally active nurse
- 3) 2003年データ
- 4) WHOと Schäfer *et al.* (2010)より筆者が計算

出典: OECD Health Data 2010, WHO

図7-1 地域住民の受診行動



出所: White *et al.* (1961) および Green *et al.* (2001) より改編