

FORUM REPORT 009

保健医療のゆくえと課題

「グローバルな文脈での日本」第9回研究会 2016年3月18日

日本の保健医療システムの課題とは何か——比較の視点から

小舘 尚文

アイルランド国立大学ダブリン校
社会科学・法学部 専任講師

日本の保健医療システムは、誰もがアクセスできる皆保険制度であり、質や医療費抑制という面で相対的に高いパフォーマンスを発揮している——そして、その成果（たとえば、平均寿命の長さ）は周知のとおりだ。にもかかわらず、日本の保健医療は近年多くの課題に直面している。その課題は、保健医療システムの外的要因によるもの（人口の変化）から、内的要因によるもの（より開かれた、透明性の高い意思決定プロセスが求められている）まで幅広い。本サマリーレポートでは、日本とアイルランドの周産期医療サービスを比較対照しながら、上述の課題に触れていく。周産期医療は、家庭・社会・国家が交錯する領域に位置づけられる。そして周産期医療は、「保健医療は今後、より幅広い『社会的』視点から検討される必要がある」ことを描き出す。

「高い給与水準の島国」というのが、日本とアイルランドの共通点だ。しかし、両国が直面する社会状況は異なっている。日本は現在、急速な高齢化・人口減少という、未曾有の段階を迎えている。一方、アイルランドでは現在、ベビーブームにも似た時期を経験している。同時に、アイルランドでは女性の地位が急速に向上し、女性による積極的な政治参加もみられるが、日本はいよいよこれから女性の活躍が期待されるという段階である。表1にて両国の基本データを比較しているので、参照されたい。

アイルランドの面積は北海道とほぼ同じくらいであり、人口は日本のおよそ30分の1である（表1）。アイルランドは2つ

の国の中に、32の州を擁している——アイルランド共和国には26、そして（イギリスの一部である）北アイルランドには6つの州がある。（以下、本レポートの「アイルランド」とはアイルランド共和国を指すこととする。）

日本のGDPは高いにもかかわらず、一人当たりGDPに換算するとアイルランドよりも低い（表1）。経済的な不平等は近年、どちらの国でも拡がりつつある。だが、不平等の問題はとくに日本にて顕著である。なぜなら、日本における経済的不平等は高齢者・若年層（ひとり親家庭を含む）の貧困などの、社会問題を引き起こしているからだ。

	Japan	(Hokkaido)	Ireland	
Population (thousands)	125,047	(5,417)	4,592	
Population density (per km ²)	338	(64.9)	65	
Area (1,000 km ²)	376	(83)	70	
GDP (billion USD)		\$4,302	\$178	
GDP per capita (USD)		\$33,772	\$39,778	
Foreign population (percent)		1.6	11.2	
Ethnic composition	Japanese	98.3%	Irish	86.8%
	Chinese	0.5%	British	2.5%
	Korean	0.4%	Other EU	6.1%
	Filipino	0.2%	Other European	0.4%
	Brazilian	0.2%	Asian	1.4%
	Other	0.4%	African	0.9%
			American	0.5%
			Other	1.4%

Table 1. Japan and Ireland in comparison



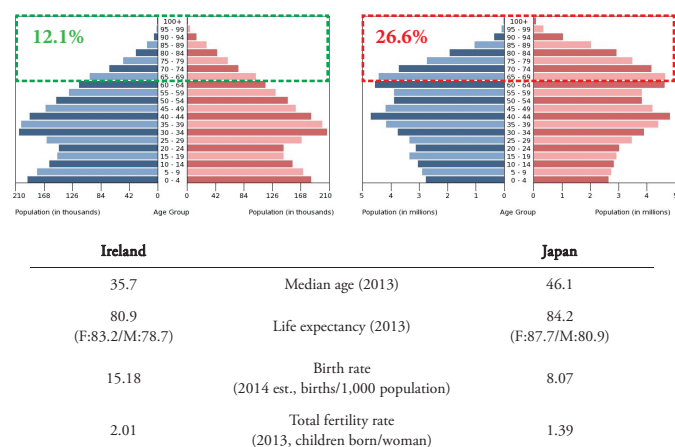


Figure 1. Ireland and Japan, demographics

もっとも注目すべき違いは、アイルランドの人口構成が日本よりはるかに若いことである（図1）。長期的なトレンドをみた場合、アイルランドの合計特殊出生率（TFR: total fertility rate）は横ばいを維持しており、1990年代の半ばからは増加傾向にある。一方、日本の合計特殊出生率は常に減少し続けてきた。1980年から1995年にかけて、アイルランドでは出生率が落ち込んだ。これは、政府が経口避妊薬を認可したことによる。しかし、以降は33%の出生率増加をみて、この落ち込みは完全に回復した。結果として、（日本の合計特殊出生率は1.39と低い一方で）アイルランドの合計特殊出生率は2.01である——世界の先進諸国の中でも、この数字はもっとも高い部類に入る。

統計データの比較がさらに示すのは、両国では結婚に対する態度に明確な違いがあるということだ。第一に、日本ではひとり親家庭の子どもがとても少ない。2011年における日本の婚外子の割合は、わずか2.2%である。対照的に、アイルランドでは36.5%である（婚外子の割合が増えているのは、過去30年にわたるグローバルな傾向である）。第二に、日本とアイルランドでは、結婚と出産の順番が逆である。日本の女性はまず結婚し（平均年齢は29.2歳）、次いで第一子をもうける（30.2歳）傾向にある。アイルランドの女性は、まず第一子をもうけて（30.0歳）のち、結婚する（32.0歳）。アイルランド・日本の女性が母親になる時期は他のOECD諸国に比べて遅くなりつつあるものの（このことが、妊娠をより一層「医療化」させる要因となっているようだ）、日本では結婚と子育てに対する伝統的な文化規範がいまだ根強い。

表2で、日本とアイルランドにおける保健医療のリソースを比較している。頭数という意味では、両国の内科医・看護師の人数は似ているように見える。アイルランドにおける人口1,000人あたりの看護師数（12.2人）は、OECD平均（8.7人）よりも遥かに高い。一方、日本では10.0人と、OECD平均をわず

	Japan	Ireland
Physicians per 1,000 pop.	2.2 (2010)	2.7 (2010)
Nurses per 1,000 pop.	10 (2010)	12.2 (2010)
Total hospital beds per 1,000 pop.	13.4 (2011)	3 (2011)
Curative (acute) care beds per 1,000 pop.	8 (2011)	2.2 (2011)
OB/GYN (number of persons)	12,708 (2012)	387 (2012)
OB/GYN per 1,000 pop.	0.1 (2012)	0.08 (2012)
Midwives (professionally active)	31,835 (2011)	2,085 (2011)
Midwives per 1,000 pop.	0.25 (2011)	0.46 (2011)
MRI units per million pop.	45.9 (2013)	2.0 (2013)
CT scanners per million pop.	101.2 (2013)	4.5 (2010)
Institutions providing intrapartum care	2,868 (2014)	20 (2012)
Deliveries per institution per year	44.1 in hospitals (>20 beds) 30.4 in clinics (<20 beds) (2011)	Huge variations—1,179 in South Tipperary Gen. Hospital to 9,109 in the National Maternity Hospital, Dublin (2012)

Table 2. Healthcare resources in Japan and Ireland

かに上回る数である。内科医の人数は、両国ともにOECD平均（3.2人）を下回る。しかしながら、日本では（急性・慢性疾患の患者双方に対する）病床数が圧倒的に多い。同様に、医療機器（MRIやCTスキャナなど）の数も多い。これら病床数・医療機器数のデータから、日本の長期入院の割合が高く、そして医療技術サービスの利便性が高いことが説明できるだろう。同様に、日本の周産期病棟では、エコー検査機器（膣・腹部）とカーディオトコグラフィー（胎児の心音をモニターする）が、小規模な産婦人科でも備え付けられている。

どちらの国でも同程度に充実した周産期医療を受けられることが、データには示されているようにみえる。しかしながら、データが示す数値は注意深く解釈されねばならない。なぜなら第一に、すべての産科医ないし婦人科医が必ずしも周産期病棟に勤務し、不妊治療を担当し、調査・教育に従事するわけではないからだ。アイルランドに比べて医療機関が多いにもかかわらず、日本における出産件数はとても少ない（2011年では、病院あたり44.1件／月、そして産婦人科医院あたり30.4件／月）。すなわち、日本における出産のニーズを満たすためには、もっと多くの産科医が必要である。加えて、日本の助産師が助産師資格を取得するためには、看護師資格を所有している必要がある（アイルランドでは、必須要件ではない）。日本における31,835人（2012年）の助産師のうち、65%が病院、21%が産婦人科医院、6%が助産院、5%が教育・研究機関、3%が地方自治体のオフィスにて勤務している。日本の助産師が病院で働く際には通常、看護師として様々な病棟を周ることになる。したがって、「助産師」として働いている看護師の多くは、実際には周産期病棟以外で勤務していることもある。

2013年のデータによると、日本ではおおよそ99%の出産が医療機関（52%が病院、47%が産科医院）で行われた。約1%が助産院、そのうちのたった0.2%が自宅あるいは医療機関以外での出産であった。これらの数値が意味しているのは、産科医がほ

ばすべての妊婦を診ているということだ——これは、他の先進国と比べてホームドクター制度が整っていないことによる。産科医は、エコー検査を用いた出産前検診、出産、そして産後検診を担当する。さらに必要であれば、薬の処方、ラボでの検査の依頼、医療的な介入（たとえば、会陰切開や帝王切開）も行う。産科医は助産師や看護師とともに働くことになるのだが、その協働スタイルは様々である。面白いことに、他の多くの国々（含むアイルランド）とは異なり、日本の女性は多くの病院や産科医院にて、主治医として周産期医療を担当する産科医から——たとえ出産前後の時期に助産師の助けを借りないとしても——助産サービスを自動的に受けることになる。

同様にアイルランドでも、出産場所が自宅から大きな周産期病棟ないし病院にシフトしてきた——このことは、「医療化」がさらに進んできていることを意味する。たとえば、アイルランドの女性は以前と比べて、帝王切開を施されることが多くなった（図3）。しかしながら、アイルランドでは日本と異なり、いったん妊娠が確定すると、ホームドクターがまず初期検診を行う。その後、ホームドクターと周産期病棟や病院の医師により、さらに5回の検査が行われる。したがって、ホームドクター・医師の両方から医療処置を受けることは、大多数の女性にとってあたり前のこととなっている。もう一つ、アイルランドが日本と異なっている点がある——アイルランドでは、「助産師」は「看護師」とは明らかに異なる職業として認識されていることだ。アイルランドの一部の地域では1990年代の末から、助産師主導のサービスを発展させる動きがみられる。例として、「ドミノ（DOMINO: DOMiciliary care In aNd Out of hospital）スキーム」（病院内外での自宅出産スキーム）が挙げられる。アイルランドの保健医療システムでは、提供される医療の量と、かかわる専門家の領域（「助産師」と「上級専門医（consultants）」の違い）が、周産期医療サービスを形作るにあたって大きな役割を果たすのだ。

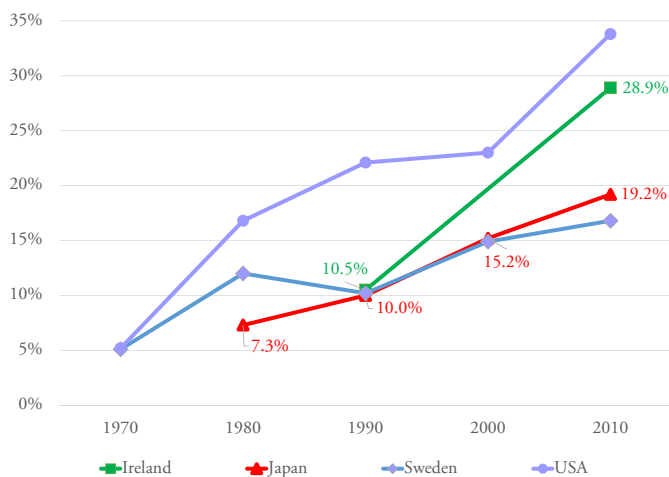


Figure 3. Caesarian section trends



Figure 2. Birth outcomes in Ireland and Japan, 1970–2010

日本は世界で最も低い周産期死亡率を達成した（図2）——この結果は、日本の医療従事者や世間に当然のものと受け取られているかもしれない。しかしながら、医療訴訟は周産期医療にて（他の分野よりも）頻繁に起こされている。リスクマネジメントは重要な 이슈 になっており、周産期医療に従事する人々の態度・実践に影響を及ぼしている。一例を挙げると、2004年12月に、福島県立大野病院で帝王切開を受けた患者が死亡した。死亡した患者の家族との間で調停がすでに進められていたにもかかわらず、帝王切開を担当した産婦人科医は2006年5月に医師法第21条に基づき逮捕された。日本においてこの条項は、「医師は、死体又は妊娠4ヶ月以上の死産児を検査して異状があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定している。何が「異状死」の要件となるかについては、あらゆる国で議論が戦わされている。にもかかわらず、日本においてこのようなケースに対し警察が直接関与してきたことは、医療関係者内部に多大な不安を引き起こした。「異状死」という概念——そして、その名目での逮捕——は、結果として議論や批判を巻き起こした。しかしながら、産科医と助産師の不足は深刻になりつつある。結果、日本中で（地方・都市の区別なく）産科病棟・産科医院は閉鎖を余儀なくされてきた。産科医としてのトレーニングを受けた専門医がいる出産場所を見つけることができない妊婦が多いことを背景に、2006年前後には「お産（出産）難民」なる言葉も生まれた。日本において産科医が不足していること、そして医師の労働環境が粗悪になっていることは、世間一般の不安を引き起こし、専門医を求める抗議の声につながった。2006年7月、「異状死」にまつわる裁判外紛争解決メカニズムの構築を検討するため、日本医師会はワーキンググループを設けた。

2008年8月、福島地方裁判所は殺人の容疑で告発されていた当該の産婦人科医に無罪を言い渡した。この判決では、「起訴過程で『医師の判断』を重要視した」ことが強調された。この

事件を契機として、新たな政策が試行された。その規定にしたがえば、あらゆる病院における医療事故はまず、内部で組織された独立の委員会によって調査される。周産期医療の利便性・安全性に対する不安に対応すべく、政府は2009年に産科医療補償制度を設立した。この制度は、出産時に重度脳性小児麻痺を患った場合に、家族がこうむるあらゆる経済負担への補償を目的としている。このシステムは同時に、事故原因の分析を通じた、事故の再発防止にも役立っており、世界でも珍しい制度といわれる。

アイルランドでも同様に、上級専門医による医療過誤——過剰な数の周産期子宮摘出を施術した——が、2006年に明るみになった。2007年には、アイルランドの保健医療・介護の質と安全をモニタリングするために、政府の資金補助による法定組織として、Health Information and Quality Authority (HIQA) が設立された。この設立の背景には、当時起きていたスキャンダル——長きにわたりその質と安全を誇ってきた、アイルランドの周産期医療システムに疑問を呼び起こした——の影響もあった。

より広範な社会環境や制度の面からみて、日本とアイルランドが異なる方向に歩み出したのは、1990年代のことである。アイルランドでは特に、2008年までの好景気——いわゆる「ケルトの虎(Celtic Tiger)」——の期間以降、急激な社会・経済的变化を迎えている。いっぽう日本では、バブル経済・自民党一党体制の崩壊とともに、日本的な経済成長モデルへの懐疑論が現れた。ほぼ同時期に、「男女平等」の概念が、日本のアジェンダにしっかりと位置づけられることとなる。女性が家庭・労働市場の両方で活躍することを奨励すべく、男女共同参画基本法が1990年代末に施行された。

2000年に、日本は介護保険を導入した。その意図は、家庭内での負担——なによりも女性、そして伝統的には一家の娘あるいは長男の妻にかかってくる——を減らすことである。この保険スキームは、健康保険システムにかかる経済的負担（「療養病棟入院 (social admissions)」の名目での長期入院が原因）を減らすことも意図していた。しかしながら、労働市場の法律と慣習を変えるには長い時間がかかる。加えて、賃金と税金に関する性差別は依然として根強く、専業主婦を労働市場から遠ざけてきた。一方で家族単位は縮小するばかりである。たとえば、日本における3世帯家族の割合は、1986年の15.0%から2014年の6.9%まで減少している。そうして、日本の周産期医療システムにおいて重要な、家庭内でのサポートは修正を余儀なくされたのである。「里帰り」として知られるように、妊婦は妊娠期の終盤に、自身の実家に戻っていたものである。そして、地元で出産をし、出産後の数ヶ月は親元に滞在する。そうすることで、日々のサポートを（夫よりむしろ）母親から受け

ることができた。このようなサポートを（とくに都会で）得ることが難しくなってきたこともあり、家族以外の人物に報酬を払って出産後のケアを受けること、すなわち産後ケアの外部委託が増えてきた。そのような産後ケアの例を挙げると、子どもの一時預かり、家事や乳児保育の訪問サービス、新しく母親になった女性に安心してもらうための相談サービス、年長のきょうだいを対象としたベビーシッターサービス、などである。いくつかの地方自治体はこれらのサービスへの補助に取り組んでいるものの、サービスにかかる料金のほとんどは利用者によって直接支払われる。そのため、家計に余裕のない多くの家庭がこれらのサービスを享受できないでいる。周産期医療・長期医療の両方において、日本の家族のあり様の変化、そして近年の労働市場政策は、保健医療・介護システム全体の構造・効率性に関して多くのことを示唆している。

アイルランドと日本の周産期医療サービスを明確に説明することは、「日本の保健医療システムにとっての重要課題とは何か」を理解する一助となる。人口構造の変化＝高齢化が進むにつれ期待されるのは、日本の周産期医療サービスへのプレッシャーを和らげる（ひいては出生率を上げる）ことなのかもしれない。だが一方、「妊娠の高年齢化」と「安全な出産への高い期待」が合わさって、周産期医療サービスにプレッシャーがかかっている。周産期医療の専門家が不足していることによって、国は周産期医療サービスの質・安全向上のための改革を余儀なくされてきた。しかしながら、都会・地方の格差と社会経済的不平等は、より顕著になってきている。そして高齢化の只中で、医療費抑制の手段ばかりが政策の場で議論されている。だがむしろ、次のような諸問題に、より多くの注意が払われるべきである——「専門性をもつ医療提供者はどのように分業すべきか、そしてそのような分業によって、いかなる効果が見込めるのか」「公的機関は、そして患者は、保健医療システムにどのように関与していくべきか」「どのように専門家をトレーニングすればよいのか、その際の組織的なサポートとは何か」「日本の保健医療システム——平等かつ高いコストパフォーマンスを誇る——の弾力性にかねてから貢献してきた、家庭内介護をどうしていくべきか」。同様に、他の医療分野——精神保健サービスや終末期医療を含む——でも将来的に、分野を横断するような比較研究が必要とされるだろう。



プレゼンテーションに続いて、最初のディスカッサントは自身の人口学者としての専門的知識をもとに、「高齢化は必然的に『人口学的な時限爆弾』になる」という考えには問題があると指摘した。彼いわく、「65歳＝高齢である」「高齢である＝病気もちである」「高齢である／病気もちである＝誰かに依存せざるを得ない」、と一般的に想定されている。しかしながら、これは作られた想定であるため、現実には起こっていることとは必ずしも合致しないし、場合によっては政策の行き詰まりを導いてしまう。「65歳以上」を「高齢者」の基準とする慣習は、100年近く前の疾病率・死亡率を元に行っている。言い方をかえれば、われわれは未来を占うにあたり、とっくに過去のものとなった指標に頼っているのだ——考慮に入れるべきは、平均余命と生活の質の変化である。仮に平均余命を一定とした場合、いまや70歳が新しい「65歳以上＝高齢者」の基準である。1950年と2050年を比較した場合、80歳が「高齢者」の基準となるだろう。もし「高齢者」の線引きを、「余命15年」の時点までシフトするならば、「高齢者であることによって誰かに依存する」割合はかなり低くなる。こう考えるだけで突然、状況はそんなに悪くないように見えはじめる。むろん、イシューは他にもある——特に、「疾病率が超高齢層に集中していくのか、あるいはやや若い高齢層まで拡散するのか」は検討されるべきイシューだ。とりわけ、アルツハイマー病などの疾患は特段、重い負担となる。そういうわけで、「高齢化という時限爆弾」は大袈裟な表現であるかもしれないものの、小館氏の発表にあったとおり、何らかのアクションが求められる。初期診断と治療の改善、医療分野におけるイノベーション、介護へのさらなる投資、現在進行形の年金・社会保険改革、そして経済成長——これらはすべて、日本の保健医療システムを成功に導くための鍵である。

続いて、小館氏の研究の枠組について質問がなされた——なぜ、「周産期医療」「高齢者医療」「患者安全」を取り上げたのか？「周産期医療と高齢者医療というテーマを扱うことで、人生の始まりと終わりにどのような保健医療サービスを受けるのか、を把握することができる」と小館氏は答えた。「日本という文脈では多くの場合、寿命と医療コストがテーマとして取り上げられる。ゆえに——特に、日本政府が出産を奨励している現在——周産期医療サービスは、保健医療とほかの社会政策が重なりあう位置にあり、たいへん興味深い。患者安全については、この概念がどのように積極的な広がりを見せているか、透明性がどのように受け止められているかを通じて、保健医療システムの民主化を観察することができ、興味深い。『周産期医療』『高齢者医療』『患者安全』を同時に見渡すことによって、政府や大学病院といったフォーマルな機関と、家族や個人といったインフォーマルな機関が、保健医療システム全体

に対してどのように異なる影響力を持ちえるのかを浮き彫りにできる」。

2つ目の質問は、保健医療への期待と成果を形作る、社会文化的ファクターの重要性に関してであった。この質問をした参加者は、大学からの「健康診断を毎年かならず受けるように」との要請に、快く応じているという——このような要請は、他の国では自由の侵害と受け止められるかもしれない。小館氏は、そのような社会文化的ファクターがとても重要であるということに同意した。現在、立法と行政を担う機関は、刻々と変化する社会を捉え、対応する必要がある。だが一方で、変化のスピードが遅い部分もいまだにある。たとえば、医師・助産師・看護師たちがどのように協働するかを話し合っている一方で、（特に組織のレベルでは）いまだに上下関係がはっきりとして動けなくなっていたり、保守的な考え方が根強く残っていたりする。個々人の習慣やライフスタイル・家族構成・健康に対する態度は、保健医療システムを支え、国民の健康を維持するためには、非常に重要である。しかし、これらの個々人に帰せられる要素が重要となる日本の文脈では、何が「保健医療政策」の範疇に入るのかに関して、ときに大きなギャップを生み出してしまふ。個々人に帰せられる諸要素の多くは、政府権限の外にある——つまり、政府が生み出すことができる類のものではないのだ。だがこれらは、政府が確実にテコ入れできる類のものでもある。

3番目のコメンテーターは、「素人としての素朴な疑問」を投げかけた——いったいどうすれば「保健医療システムはうまく機能している」との評価を下し得るのだろうか？よりシンプルに言えば——日本の保健医療システムはうまく機能しているのか、あるいはそうでもないのか？

小館氏は、「この質問に答えるのは難しい」と前置きしつつ、「なぜなら、データが不足しているからである。そしてもう一つの理由としては、自身の健康や保健医療サービスの質に対して、人々はあくまで主観的な見方を下すからだ」と返答した。

次の質問は、「『医療化』の流れは、日本の周産期医療をどのようなものに行っているのか？」というものであった。小館氏によると、「（『医療化』の流れの中で）妊娠中の女性や母親たちと彼女らの担当医の間で、どのような会話が交わされ、関係が築かれているのか」という具体的なことについては、あまり把握していない。だが最近では、助産師が昔から担ってきた自宅出産に、以前より多くの注目が集まっているようだ。しかしながら、助産師たちの影響力はじりじりと弱くなってきている。代わりに、上級専門医がより大きな影響力を持つようになってきている」。

次の質問は、ファンディングモデルに関するものである。「特定のファンディングモデルが、『効率』と『サービスの質』のバランスがとれているという意味で——とくに、自己負担(co-payment)スキームに関して——ほかのモデルより優れているということはあるのだろうか？」小舘氏によれば、「日本は、ドイツのスキームをモデルとした社会保険制度を採用し、その出費を抑えようとしている。このスキームは、租税を元にしたスキームと比べ、どうしてもコストが嵩むことから、保険適用範囲が制限される傾向にある。日本政府には長期的に、混合診療などを拡大し、保険を民営化していく意思も見られる。しかし当然のことながら、民営化が進められた場合には、全国どこにいても医療にアクセスでき、保健医療サービス享受できるようになるのだろうか、という疑問も残る。日本は従来、中央政府が医療歳出を抑える一方、個々人には医療サービス選択の裁量を与えることによって、うまくバランスを保つ方法を模索してきた。この方向性は、大枠では効果があったといえよう。しかしこの方向性のなか、多くの医者は満足いく収入を得ているわけではない。その意味では、現在の日本の保健医療システムでは、医者たちが割を食っていることになる——究極的には、質、アクセスの平等およびコスト抑制といったすべての条件を満たす完璧な制度などあり得ない。自己負担は原則的には好ましいスキームとされるが、だからといって万能なわけではない。自己負担の内訳と市場の動向が、常に医療へのニーズと受け取るサービスに影響することとなるからだ。

次のコメンテーターは、「われわれは平均的なデータに頼るよりむしろ、個々人に合わせた健康の見通しを立てたり、個々人別々の雇用形態やライフスタイルに基づいた保険に加入することができるし、また、そうすべきである」と指摘した。「さらには、労働市場・定年退職の見通し・そもそも雇うる病気の、のそれぞれが変化してきたにもかかわらず、さまざまな 이슈を検討・解決するためのツールは70-100年前と未だ同じままである。たとえば、70歳まで働く人々について語るときには、組立ライン工や炭鉱夫はもはや念頭に置かれぬ。労働に勤しんでいる時期から、退職後の時期へとどう移行するのか、そしてそれら2つの時期がどう関係するのか、きめ細やかな理解が必要とされている」。

次に、「医師たちはどう政治的に提携し、このさき現実のものとなるかもしれない保健医療改革に対して、どのような立ち位置を取るのか」という質問がなされた。医師・医療従事者の政治的な自律性のもとに、保健医療システムを成り立たせることは可能なのだろうか？たとえば日本では、医師会は自民党と強く提携しており、党・党員に多大な貢献をなしている。しかしながら、特にこの緊縮財政の只中で、医師たちが十分な見返りを得ているか否かは明確ではない。アメリカの医師たちは

共和党(＝オバマケア反対)の支持母体であるが、大枠としてはオバマケアを支持している。他の参加者が付け加えたコメントによれば、20年前の日本で、もっとも積極的かつ効果的に患者の権利を推進したのは、共産党支持のグループであった。共産党系の病院にいる医師たちも同様に、患者の権利に関する 이슈に取り組んでいた。共産党系の病院で働く医師たちは、自民党を支持する医師と比べて、数の上では取るに足りなかったかもしれない——だが、実際にもたらされた成果は多大であった。患者の同意・医療記録へのアクセス・患者への診断結果説明などを、本当の意味で推し進めたのは、共産党系の医師グループであったのだ。自民党は1990年代半ばまで、これらの変化に抵抗し続けた。しかし上記の 이슈は、患者-医師関係の核心と、医療の本質に迫るものだ。

小舘氏は、「アイルランドの医師は、ある政党の党員としてよりも、無党派として選挙に出る傾向が強い」、と返答した。

「日本では、上述の 이슈を語るような医師にお目にかかることはめったにない。『医師はどの程度、自民党との緊密な関係を維持すべきなのか』という疑問は、常にあった。しかし、安倍首相下の安定した自公連立政権に従うことは、改革よりも現状維持を志向することと同義でもある。患者-医師関係に関していえば、医師の教育方針や研修(とくに手技などの技術面以外について)は勤務する病院によって様々である。したがって、上述の医療安全や質といった問題をどのように扱うかに際して、(政策というよりも)個別の病院組織内の文化がとても重要になってくる。患者-医師関係をどのように築き上げ、形作っていくかにあたっては、医師のやる気をどう引き出すかも重要である。要約すると、システム全体がどのように構築されるか、そしてシステム内部の様々な部分がどのように噛み合うかが、真に問われるべき事柄であるのだ」。

“Lost in (Knowledge) Translation?” : 翻訳過程で失われる知識

——日本の長期保健医療と相互学習

ジェイムズ・ティーセン

ライアソン大学、ヘルスサービスマネジメント大学院 准教授

『ロスト・イン・トランスレーション』（2003）という映画——アメリカ人が日本という国に出会う、というテーマの映画だ——のなかに、病院でのワンシーンがある。日本語のできないスカーレット・ヨハンソン演ずる主人公のシャーロットが、通訳抜きでどうにか、痛めた足のレントゲンをとってもらおうというシーンだ。シャーロットが滞在先のホテルで知り合ったボブ（ビル・マーレイ）——すっかりくたびれた俳優で、なんとサントリーウィスキーのCMに出演するために来日した、という設定だ——は、シャーロットに付き添う形で病院に同行する。ボブは病院の受付スタッフに英語で懸命に喋りつづけるものの、日本語しかできない受付スタッフは、日本語で淡々と説明を続けるだけだ。それでもボブはなんとか、シャーロットの診察を取りつける。そして、診察のシーン——レントゲン撮影後、医師はレントゲン写真について日本語だけで説明するのだが、シャーロットはその説明をなんとなく理解しているのだ。これら一連のシーンは、保健医療サービスを（日本を含めた）国際比較の見地から研究する際の本質とは何か、そしてその国際比較研究を応用するとはどういうことか、その特徴を大まかに描きだしている。つまり、「保健医療システム自体は多岐にわたる要素があり理解が難しいが、医療の臨床的実践は国境を越えた理解がしやすい」ということである。そして、映画の主人公がアメリカ人なのと同じように、国際比較の主な対象もアメリカなのである。

「ロスト・イン・トランスレーション（‘lost in translation’）」というフレーズは、書き／話しことばを別の言語に翻訳する際に、言葉の持つ多様な意味やニュアンスが失われてしまうことを意味する。映画『ロスト・イン・トランスレーション』では最初から最後まで、日米の文化をまたいで相互にやりとりをする間に、いかに多くの物が失われてしまうかを描き出している。その様はまるで、日本人・アメリカ人が互いに決して交差することのない平行世界に生きているかのようだ。なぜこのようなことが起こるのか？ ひとつの理由は、お互いがおさなりな翻訳しかないからである。もう一つの理由は、どうやら言語の壁をはさんだ両者ともが真剣な意思疎通することに興味がないからであるようだ。こうなっているのは、そもそも互いに相手に興味がないからか、意思疎通など概して無駄なことだと思っているからかもしれない。

近年、たとえば医師の意思決定を患者に伝える際に、（異なる言語で書かれた調査研究を援用するといった）知識の翻訳を医師-患者間で活用したり、エビデンスに基づいた薬の処方・病院のマネジメント・医療政策などによって、知識の翻訳を補完することが保健医療・長期医療にかかわる研究者や現場の人々にとっては重要原則となってきた。このような流れのなか、多国間の比較研究が貢献できる場所は大きい。なぜならそのような研究は、多様なコンテキストにおいて、何がうまく機能し、しないのかに関して、参照すべき基準や実例を提供するからだ。それでは、日本を対象に含む保健医療の国際比較とは、どのようなものなのだろうか？

日本を主な対象（あるいは比較対象のひとつ）とする国際比較研究に期待されるのは、「世界各国の医療機関や政府が共通の課題にどのように対処できるのか」を明らかにすることである。日本は過去約60年間にわたり、だれもがアクセスできる健康医療制度を維持してきたし、いまや高齢化の最先端を走っているのである。しかも日本は、他の先進諸国に比べてアクセスのよい、安価な保健医療を提供してきた。これらの特徴は、マクロ指標（平均余命）を基にずっと以前から指摘されていた。エヴァンズとストッダートは健康の決定要因に関する25年以上も前の重要論文で、「どう説明するかはともかく、何かとても重大なことが、これまでもまた現在も日本で起こっていて、それが他国ではみられない、日本の平均余命の延びに反映している」。

こういった認識があるにもかかわらず、日本の保健医療政策・実践にみられるアイディアやエビデンスは他国に比べて、あまり注目されることはない。試しに、‘Japan’、‘health care policy’、‘comparative’のワードをGoogle Scholarの検索にかけてみると、4,270件の検索結果が表示される（2016年3月時点）。‘Japan’の代わりに‘United States’、‘United Kingdom’、‘Canada’、‘Germany’と入力した場合にはそれぞれ、21,600件、12,700件、11,800件、6,700件の結果が表示される。Google Scholarの検索件数は不完全な指標だが、少なくともこれらのデータが示唆するのは、現在の日本の位置づけが、1980-90年代の日本企業の国際競争力を目前にして、日本的経営と産業政策の「秘密」を明らかにしようとする、膨大な数の影響力のある文献が出された時代とは違う

ものになってしまった、ということだ。

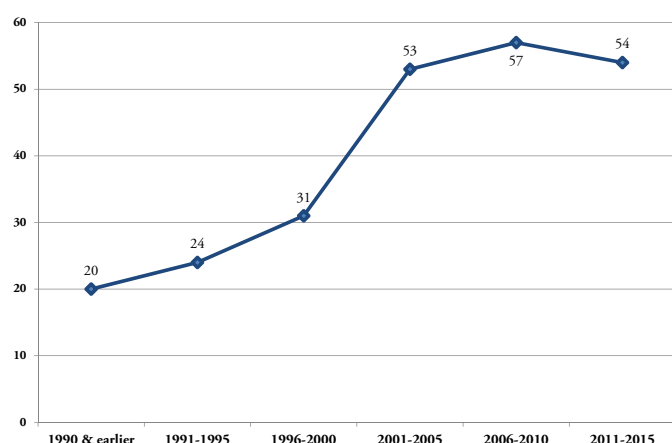


Figure 4. Published comparative health services articles that include Japan

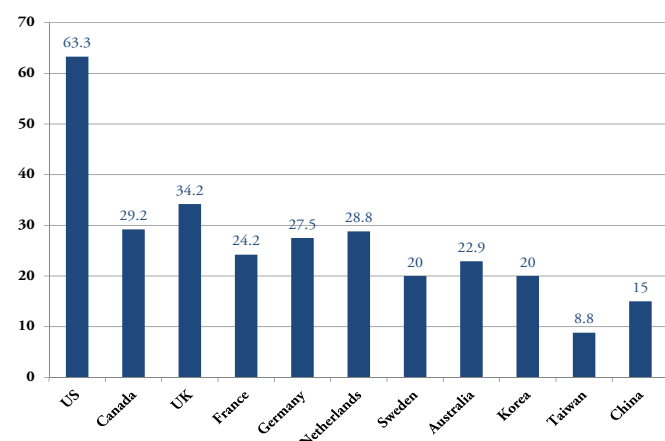


Figure 5. Total share of articles (%) including country with Japan

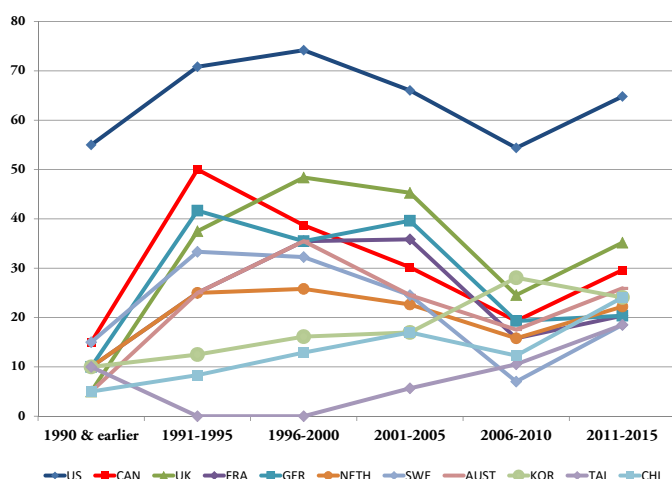


Figure 6. Share of articles (%) including country with Japan by period

ひろく利用されている研究ジャーナル検索用データベースをレビューしてみると、日本を含めた国際比較研究の数は限られたものであることがわかる。2000年以降の年平均掲載数は10本まで増加したものの、1990年には年平均たった4本の論文しか掲載されていなかった(図4)。これらの論文にみられる傾向

は、比較対象国数が少ないということである。3分の1強の論文が日本を他の1ヶ国のみと比較したものであり、4分の1が2～4ヶ国との比較である。残り3分の1は6～19ヶ国との比較である(これらの論文のうち、19ヶ国前後の国々を比較する論文の多くは、OECDのデータを用いている)。約7%の論文のみが、(日本を除く)20か国以上のデータを用いている。扱っている国の数をもっとも多いのはWHOによる研究であり、対象国数は181にものぼる。

「日本と比較される国の数」という指標は、さまざまなレベルの分析に用いられている。たとえば多くの論文は国家を、政策や歳出の単位として用いている。より頻繁にみられるのは、個人(たとえば、患者や医師)や組織を国家間で比較するとき、国を一つのカテゴリー変数として扱うパターンだ。

英語圏の国々は、比較対象にされることがもっとも多い(図5)。アメリカ合衆国は特に頻出しており、60%以上の論文で比較対象に用いられている。次点はイギリス(イングランドの場合がほとんど)で、3分の1以上を占める。カナダとオランダはともに、30%に届くかといった具合だ。ドイツとフランスがそれに続き、約4分の1を占める。最後に、オーストラリアが続く。

面白いことに、20%の論文が韓国を比較対象に含んでいる。韓国や台湾は、比較的最近になってから比較対象に含まれることになった(図6)。その背景にはおそらく、それらの国々が1990年代まで国民誰もがアクセスできる保健医療システムを導入していなかったことが挙げられるだろう。

比較対象の選定にあたり、研究者たちは文脈の類似性や差異を挙げて、選定の正当性を主張する。日本をアメリカ・イギリス・カナダと比較している研究が多いのは、主として日本との差異の方に興味を抱いているからだろう。これら英語圏の国々は、社会保障に基礎がある保健医療システムを有しておらず、この点からいえば、ドイツやフランスなどの国々のほうが日本のシステムに近い。しかしながら、英語圏の国々が比較対象としてひろく選ばれるのは、アメリカ・イギリスと日本の間で培われてきた紐帯と、英語——国際的な学術研究における共通語——の優位性があるのだろう。

1990年代にOECDのデータを用いた複数の研究は、日本が財政効率のよい保健医療システムを有しているという結論に至り、この結論は現在でも変わらない。しかも、日本のシステムが提供している医療行為は量的にも優れている。平均入院日数は(減少傾向にあるとはいえ)ほかの国々に比べて長く、医師による診察回数も多い。さらに、圧倒的なMRI台数が示すように、画像技術の導入は有り余るほどだ。このように医療へのアクセスがよいにもかかわらず、日本の保健医療

療がそこまで高額でないのはなぜか？ それは、保険制度を通じて医療従事者に支払われる報酬が、低額に抑えられているからである。診療費用は日本政府の監視下で定期的に設定されており、この厳しく中央集権的な診療費用管理が、低額での医療を可能にしているのだ。

日本の平均寿命が長いのは、乳児死亡率の大幅な低下、感染症（結核を含む）への適切な対処、そして心臓病治療の改善によりもたらされた。これらは、戦後に公衆衛生制度（とくに妊婦向け医療と、児童の集団検診）がしっかりと確立された結果である。加えて日本は、健康決定要因の成績も良好である。日本人は（アメリカ人に比べ）肥満になりにくく、健康的な食生活のもと、都心部においても日々のウォーキングがしやすいところに住む——これらのすべてが長寿に寄与している。

これまでの比較研究の示すところでは、外科手術や身体疾患への薬物の処方については、日本はどの国よりも消極的な選択をする傾向がある。たとえば、日本における脊髄外科手術割合は、アメリカ・韓国と比べて25–40%低い。またヨーロッパやアメリカと比べて、日本で用いられている化学療法は旧式で、効果の劣るものだが、治療結果に有意な差は見られない。それは、日本ではがん治療が、腫瘍の専門家よりも外科医によって主導される傾向にあるからかもしれない。

日本における臨床的介入はしばしば控えめであるにもかかわらず、それでも効果的なのだ。たとえば、日本の心臓発作治療の質は、他の国と同等かそれ以上であり、重度の腎臓病治療については、アメリカ・カナダ・ヨーロッパ諸国に比べてよい結果を出している。例外は歯科で、日本の歯科診療は予防よりも治療を重視する傾向にある。

ほとんどの研究が、日本では最先端の医療技術の導入に関して遅れがちであることを認めている。医薬品についていえば、規制が足かせになっている。たとえば、厚生労働省が近年、この規制を変更したものの、日本の医学界の（つまり業界主導ではない）研究者も、アメリカ・韓国・イギリスと比べて未承認のがん治療薬の試用が、伝統的に制限されているのである。

日本の保健医療従事者および規制当局が、どのくらい伝統的な方法とは異なる医療実践を取り入れてきたのかを解明しようとする一連の研究がある。このような非伝統的医療行為は、第一に患者中心の医療を目的としている。ここで一つの鍵となるのは、透明性の向上であり、これがひいては医療事故を防止し、患者の安全を高めることにつながる。近年明らかな広がりを見せるこの患者中心主義には、歴史的に偏見をもたれてきた病状（精神衛生や終末期医療など）への臨床治療のやり方を変えることも含まれる。こういった変化はすべて、パターンリスティックな「医者と患者」関係のモデルから、患者に自律性を与えるモデルへの移行を反映している。このような移行がみら

れる一方で、今回検討した数々の研究は変化が進行していることを示唆しているが、医療行為に日本的要素も残っているかもしれない。

たとえば、台湾・日本・アメリカを比較したある概括的研究によると、台湾および日本における保健医療従事者の患者の安全にかかわる文化について認識は類似していて、アメリカに比べて低く評価している。もっとも、同様の比較事例研究によれば、ある事案の報告に、日本の大学病院（京都大学病院）では平均3日を費やすのに対し、アメリカの大学病院（ブリガムヤング病院）では1日だけだとされる。

内科の研修医と、大学附属病院に所属する先輩内科医との関係性を日米比較する研究によれば、患者の安全に関する文化は力を増しているのかもしれない。この研究が示した分析結果は、いささか意外だが、もし先輩の内科医が危険性を孕む医療行為に及ぼうとした場合、研修医がその先輩医師に異議を唱える傾向に、日米で有意な差はなかったとのことである。言い換えれば、日本人なら先輩に敬意を払うだろうと思いがちだが、少なくともこの研究のシナリオに基づけば、そういったことは見いだせなかったことになる。

これもやや意外だが、医師が患者に好ましくない診断結果を告知する際のコミュニケーション様式は（少なくとも、いくつかのケースにおいては）、まだ変化していない。よく知られていることだが、日本ではそのことを患者本人に伝えるか否かの判断が、家族に任されているのが一般的である。告知に関して日米の看護師を比較した研究によれば、日本の看護師はとくに末期の診断を下された患者に対して、より間接的なコミュニケーションを取る。アメリカの看護師はまっすぐに真実を伝えることを好む一方で、日本の看護師は、もし家族が望む場合には、悪い診断結果を患者から遠ざけることを望む。なぜならば、そうすることで患者の尊厳を保つことができる、と考えるからだ。だが、とくに終末期医療の場合には、どちらの国の看護師たちも患者の心の安らぎを何よりも優先している。

ほとんどの社会で——保健医療のプロでさえ——精神障害を告知することは難しい。そのような中で、精神状態が不健康になっていることを（身体疾患と同じように）「病氣」として扱う流れが推進されてきた。この流れは、長らく精神障害につきまとうてきた社会的偏見(stigma)を取り除くという意味で、重要な転換といえる。精神障害の比較研究の結論の傾向は、日本の精神障害医療は他国にくらべ近代化が遅れてもいるが、進歩しているというものである。1990年の論文によると、日本における精神障害による入院患者数は、1950年代から増えてきている（イングランドでは減少傾向にあるのが対照的だ）。統合失調症を日独比較する論文によれば、日本では他の臨床部門と同様、入院期間がより長く、投薬が多く、制限をつけられる可能

性が高い。日本とオーストラリアの比較によると、日本人は、家族以外の人々に抑うつ症を説明したり語ったりするときに、病気を表す言葉をあまり使わないとされる。しかし日本人は、回復への見込みに関してより楽観的で、医師よりもカウンセラーをより信頼する傾向がある。

以上の比較研究には、2つの重要な問題が研究上の盲点になっている。1つ目の問題は、「初期医療」「救急医療」「長期医療」の各段階を総合する医療政策・実践に関する研究がほとんどないことだ。このことと関連するが、2つ目の問題は、生涯健康医療電子記録(EHRs: Electric Health Records)のような保健医療情報の管理で、これは第一の問題である総合の助けとなるのだが、まとまった研究は出ていない。これらは、往々にして寿命が延び複数の慢性的疾患をかかえるようになった人々が増え、IT技術の可能性が広がるにつれ、新たに持ち上がってきた問題である。

何が「ロスト・イン・トランスレーション」の状態にあり、どんな発見ができるのだろうか？ ここでやったように文献をざっと見ると、異なった国どうしが保健医療政策を相互学習する可能性が、言語の壁を越えるうちにいささか失われているのかもしれない。比較研究の論文数は増えてはいるものの、その本数は年間約4～5本から約10本といったところである。イギリスやカナダといった他の英語圏の国々も研究対象になるが、主に登場するのはアメリカ——映画『ロスト・イン・トランスレーション』で主人公たちがアメリカ人だったのと同様に——である。最後に、比較対象となる国の数は比較的少なく、レビューした論文のうち約60%はたった3～4カ国間の比較であった。

日本と海外の研究者間でコミュニケーションが欠落している理由については、推し量るしかない。そもそも、日本の保健医療は国際的に馴染みの薄いものなのだろう。また、かつて日本を有名にした「奇跡」と認識された産業界とは異なり、保健医療サービスは、国際競争に直に晒されることがない分野の典型例である。すなわち保健医療従事者たちに、アイデアを求めて国外に目を向けるよう、圧力がかかることはないのだ。むしろ、日本の文化・政治的コンテキストのせいで、日本のアイデアは効率的に翻訳できず、それを採用することもできないだろうと研究者たちが認識しているのかもしれない。

そうはいつても、知識は、日本からではなく、日本に向けて流れることになりそうである。その理由は、日本の保健医療のなかでもっとも特徴的な部分は翻訳しづらいからなのだ。日本人の健康を支える好ましい諸要因は、例えば健康的な食生活、低い肥満率、教育が広く行き渡っていること、所得分布が比較的平等なことなどである。これらの諸要因を他国のコンテキストに当てはめるのは難しい。なぜなら、それらの諸要因は保健

医療サービスがカバーする範囲をはるかに超えているため、より広範な政治的働きかけと、人々の行動の全般的变化を必要とするからだ。同様に、マクロレベルの予算効率性、関連当局の能力だけではなく、そもそも支出を制御しようとする意志があるかどうかにもかかっているのだ。

対照的に、日本の技術的な意味での効率（つまりは外科手術の手際は良い。これは、国際的に技術がシンプルにコード化され、共有されてきた結果であるようだ。内科医のプロフェッショナルとしての姿勢や、もともとグローバルに発展してきた医療技術産業・学界も、こういった種類の知識の翻訳を豊かにしてきた。ミクロレベル、つまりは医療現場における効率性の向上（たとえば、入院期間を短くしていくことなど）に関して、日本は外国から学んできた。より近代的な医療サービス政策の導入、さらなる透明性の確保、そして患者中心主義は、日本が現在進行形で取り入れている事柄である。これらの事柄に関しては、保健医療の現場ですでに取り組みされていることなので、翻訳はずっと容易にできる。

保健医療に関して翻訳可能なベストプラクティスを見つけ出すには、2段階のステップが求められる。第一に、日本で何か重要で興味深いことが起こっていることを、研究者たちが認識すること。そして第二に、翻訳の努力は不毛だと決めつけないことである。なぜなら、自分たちの制度が重圧にさらされると、歴史的に検討しようとしてこなかった保健医療を実践することも検討せざるをえなくなるからだ。しかしそれは、何が似ていて、何が異なっているのかということ、つまり他国のコンテキストを理解する努力がなされるべきだということも意味する。そうすることで、翻訳・移植すべきアイデアとは何であるのかを区別する際に、思慮深い検討ができるからである。よいアイデアが「翻訳の際に失われる」べき理由など、ひとつも無いのだ。

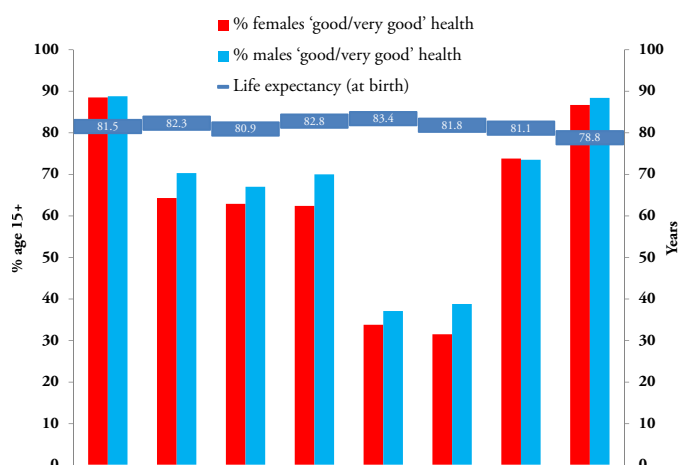


Figure 7. Life expectancy and perceived health



ティーセン氏のプレゼンに続き、最初のディスカッサントは「比較分析」と「保健医療に関する相互学習」の2つに焦点を当て、議論を提起した。彼女は日本を対象とした文献が少ないことに驚き、研究がヨーロッパないし英語圏中心になっているのは、そもそも西洋的な分析ツールは、日本を研究するのに適していないという認識のせいではないかという疑問を提起した。既存の類型に、日本の事例は当てはまらないという可能性はないのだろうか？ 低予算かつ保守的で、組織間協力に基づくコーポラティスト的な日本という事例を包摂するためには、新たな枠組みが必要なのではないか？

日本とアジア諸国との比較について、このディスカッサントは、アジア諸国の保健医療に関するリサーチが増えることは、一般論としては歓迎されるべきことなのは確かだが、どの国が比較対象としてもっとも適しているのかについては、リサーチの目的次第だと強調した。政策論的願意を学ぶことについては、保健医療制度の基礎となっている規範・価値には大きな違いがあることを、心に留めておくのが重要である。つまり、保健医療システムが直面する課題は、固有の文脈に埋め込まれているもので、管轄権を横断した翻訳・学習を制限するかもしれない。

二人目のディスカッサントは、保健医療の比較研究が面白いのは、ひとえにわれわれが保健医療に抱いてしまっている前提に気づき、その妥当性を検証することを可能にするからだとした。そして、日本の保健医療が特に興味深いのは、長寿にかかわる問題のためだ。たとえば、海外に住む日本人は、さまざまな要素を統制すると、日本以外の出自をもつ人々よりも長生きするというわけではない。この事実は以下のような疑問を誘発する。日本という国で、何が起きているのか？ 日本の平均寿命は、同じ時期に発展を遂げた他の国々よりも早いペースで増加したが、保健医療システムにかかるコストが、平均寿命の延びとともに増加したというわけではない。この現象を説明する仮説として、「有病期間の圧縮 (compressed morbidity)」が挙げられる。この仮説が正しければ、どれだけ人々が長く生きようになっても、保健医療のコストはあまり変わらない。なぜなら、保健医療へのニーズとは、人生の最後の6ヶ月に圧倒的な割合で集中する(=圧縮される)からだ。もう一つ、興味深い謎がある。日本人は保健医療の消費者としては世界でも最も知識がある部類に属するが、患者としては保健医療について最も無知である。最も知識がある消費者であるというのは、どこで保健医療を受けるかを常に選択する人々だからだ。専門医にかかる前に最初に診察をする一般開業医(GP: general practitioner)制度が無い日本では、患者はまず症状を自己診断しなければならない。そして次に、自分の住んでいる地域で、その症状を診てくれる最適な医者は誰かを能動的に決定しな

ければならない。そして次に、自分の住んでいる地域で、その症状を診てくれる最適な医者は誰かを能動的に決定しなければいけない。他方で、医者側は何らかの処置を施すか、あるいは何らかの処置を患者に指示する。しかしながら、医者が多くのことを説明してくれるわけではない。このことは、日本における患者の果たす役割と関係しているかもしれない。医者にかかるという行為は高度に儀式化されていて、人々もそれに参加するのを良しとしているということではないのか。

ティーセン氏はまず、他国に比べ日本に関する研究が不足している理由が、ヨーロッパ・英語圏中心主義に由来する、という説明はあり得ることだと認め、たしかに、研究者たちが、自分たちが詳しい西洋諸国からなら、比較研究のために必要な知識を簡単に見つけることができると考えたのかもしれないとした。

もう一つの、なぜ日本の保健医療は他国に比べ低額であるか、という質問に答えてティーセン氏が指摘したのは、比較対象国(たとえばアメリカ)に比べ、日本の医師には——たとえ専門特化したエキスパートにさえ——とても安い給料しか支払われていないということだ。保健医療分野における給与や財政をどう効率よく、イノベティブに処理すればいいのか。このテーマについては、アメリカは比較せざるを得ない対象であり続けている。

続いて、「TPP (Trans-Pacific Partnership: 環太平洋パートナーシップ協定) への参加が、結果として日本の医療サービスの質を低下させるのではないか」という世間一般の懸念に鑑みて、TPPについての質問がなされた。具体的には、アメリカの医薬品の貿易が増えると、日本の利益が損なわれる、という恐怖があるのではないか、というのである。この質問に対してティーセン氏は、TPPにひそむ有利/不利の評価は、何を利益とみなすか次第である、と回答した。たとえば、日本の医薬品業界は人材にも恵まれていて、知的財産権の保護が強化され、貿易がさらに盛んになれば、利益を得ることができるかもしれない。日本も、医薬品の研究を通じて得られる発見を、より多く商業化するようになるかもしれない。真のグローバルプレイヤーになる可能性もある、と答えた。

次に、医師の給料と保健医療コスト全体との関係について質問が出た。開業医と勤務医の取り分は、相対的にどのようになっているのだろうか？ 病院に勤める医師の数は、病院以外の場所に勤める医師に比べ、増えてきているのだろうか？ もしそうであれば、保健医療全体のコストは上がってきているのだろうか？ ティーセン氏は、確かに非常に鋭い質問だが、残念ながら今回のリサーチでは回答できるもの

にはぶつからなかったと返答した。別の参加者はこの論点に関して、もし医院を開業する場合には、自分で一番と考える給料を設定することができ、そのことが医師が開業する動機となっているように思えると述べるとともに、私立大学の医学部と国公立大学の医学部の間の授業料や入試難易度の違いも、医師が開業する動機や設定される給与額、ひいては保健医療コスト全体を形成しているのだろう、と指摘した。

さらに、ジェンダーに関する質問が寄せられた。ジェンダーに関連する保健医療 이슈（たとえば更年期障害など）は、どのように医療化されたり、されなかったりするのか？この質問に対して、今回のレビューでは、この問題を直接扱う論文には出逢わなかったが、医療化や医療サービスへのアクセスに関しては、関連の専門家と政策コミュニティとの関係に依存しているが、日本での女性医師の数は着実に増えてきており、このことが医療化を推進し医療サービスへのアクセスを増加させるかもしれない、とティーセン氏は答えた。

「有病期間の圧縮」という仮説は楽観的なものの見方にすぎず、「保健医療」と「介護」を不自然に区別しないと当てはまらない仮説だとして、これを問題視した参加者もいた。アルツハイマー病を例にあげよう。慢性のアルツハイマー病に関しては、なにも人生の歳晚期だけに「圧縮」されているわけではないし、社会的コストも発生する。この例は「終末期医療にかかる費用」という狭い枠組みの説明では把握しきれない。以上のことは、高齢化が質的に変化していくにしたがって、今まで以上の問題になるかもしれない。さらに、この質問者はティーセン氏に、日本で書かれた論文をレビューに含めることはできたのか、と質問した。ティーセン氏は、論文検索でいくつか日本語による研究もでてきたが、時間的な制約から、要約を検討するにとどまったと述べた。続けて、日本語論文もより詳細に加味すれば、他国の保健医療システムに対する、日本の態度やものの見方が明らかになるので、ここで行った検討も一層面白いものになると思う、と返答した。

最後の質問は、エビデンス・ベースド(evidence based)の政策、とくに社会政策に関する質問であった。エビデンス・ベースドの政策は、社会的偏見を創り出してしまうことが懸念されるのではないか、というものだ。質問者がまず指摘したのは、日本の社会政策では、エビデンスの援用が積極的に避けられる分野がいくつかある、ということだ。なぜなら、社会的偏見が生じ、政策に影響が出てしまうリスクがあるからだ。その指摘の上で質問者が尋ねたのは、日本の保健医療において、どの分野でエビデンス・ベースドの政策が議論され、採用されているのか（そして、どの分野で議論・採用されていないのか）、であった。エビデンス・ベースドの政策は、多かれ少なかれ社会的偏見が生じる可能性がある分野で採用されうるのか？ そし

て日本と他国の間で、社会的偏見にまつわる言説・活動はどのように比較されうるのか？ ティーセン氏は、これはとても重要な質問であり、自身の研究を通じて光をあてたいと望んでいたテーマだ、と返答し、他国に比べて、日本の政策決定者がどのくらいエビデンス・ベースドの政策策定にコミットしているかはっきりとしていないが、心に留めておくべきことは、エビデンス・ベースドの政策は聞こえのよいアイデアだが、政策決定者が実行するのは難しい、ということだと続けた。

グローバルな文脈での日本

第9回

保健医療のゆくえと課題

2016年3月18日

オックスフォード大学セント・アントニー・カレッジ

報告者

小舘 尚文（アイルランド国立大学ダブリン校 社会科学・法学部 専任講師）
ジェームズ・ティーセン（ライアソン大学 ヘルスサービスマネジメント大学院 准教授）

ディレクター

田所昌幸（慶應義塾大学法学部教授）
デイヴィッド・ウェルチ（ウォータールー大学バルシリー国際関係大学院教授）

プロジェクトコアメンバー

久保文明（東京大学大学院法学政治学研究科教授）
遠藤乾（北海道大学公共政策大学院教授）
渡辺靖（慶應義塾大学環境情報学部教授）

参加者

Professor Stuart BASTEN, University of Oxford
Professor Margarita ESTÉVEZ-ABE, Syracuse University
Professor Richard GIBBONS, Weatherall Institute of Molecular Medicine, John Radcliffe Hospital
Professor Roger GOODMAN, University of Oxford
Dr. Ekaterina HERTOGE, University of Oxford
Professor Sho KONISHI, University of Oxford
Professor Marie LALL, UCL Institute of Education
Professor Ian NEARY, University of Oxford
Dr. Rebecca SURENDER, University of Oxford
Dr. Tuukka TOIVONEN, University of London
Dr. Ann WASWO, University of Oxford
Professor Hugh WHITTAKER, University of Oxford

サントリー文化財団

今井渉（専務理事）
前波 美由紀（事務局長）
山内典子（プログラムオフィサー）
工藤高（プログラムオフィサー）

アシスタント

アラディン・ディアクン（国際ガバナンスイノベーションセンター）
山本貴之（オックスフォード大学）



小舘 尚文（アイルランド国立大学ダブリン校 社会科学・法学部 専任講師）

英国ロンドン大学経済政治学院大学院で博士号（政治学）を取得後、英国国立衛生研究機関附属キングズ医療安全・質研究所（ロンドン大学キングズカレッジ）研究員などを経て、2012年より現職。北海道大学公共政策大学院客員講師および東京大学政策ビジョン研究センター上級研究員もつとめる。専門領域は、比較保健・社会福祉政策、患者の安全、科学教育におけるジェンダーの平等。現在、3年計画の科研費助成事業「医療安全システムの比較分析：インシデントデータのライフサイクルの視点から」（挑戦的萌芽研究）に従事している。

主要著作にJapanese Women in Science and Engineering: History and Policy Change (with Kashiko Kodate, Routledge)およびMaternity Services and Policy in an International Context: Risk, Citizenship and Welfare Regimes (with Patricia Kennedy, Routledge)がある。

ジェイムズ・ティーセン（ライアソン大学 ヘルスサービスマネジメント大学院 准教授）

ヨーク大学 シューリック・ビジネススクールで博士号取得。マクマスター大学デグルート・ビジネススクールを経て2008年より現職。両大学でMBAプログラムのディレクターを務める。専門領域は、日本のヘルスケア制度と病院の仕組み。大学ではヘルスケアマネジメントとリサーチメソッドについての講義を担当している。教職に就く前には日本に在住し、日本貿易振興機構（JETRO）に勤務した経験を持つ。Journal of Business Venturing、International Marketing Review、Canadian Journal of Administrative Studiesなどの専門誌に掲載論文多数。カナダ日本研究学会会長を務めた。トロント大学ムンク国際研究所アジアインスティテュートおよび日本の国立人口・社会保障研究所で客員研究員として研究に従事した。



'Reexamining Japan in Global Context' is a proud partner of the Japan Futures Initiative, a network of scholars and practitioners dedicated to the promotion of the policy-relevant social scientific study of Japan. For more information, visit <http://uwaterloo.ca/jfi>



JAPAN FUTURES INITIATIVE
日本の未来プロジェクト
Hosted by the University of Waterloo・ウオーターラー大学主催