

医療制度研究会通信(2008年8月)

<http://www.iryoseido.com/>

通信が送れてしまいましたことをお詫び申し上げます。このところ講演会開催と研修会などで立て込んでしまいました。講演会報告第47回の土田先生と第48回の遠藤先生のご講演要旨はまだ出来ていません後ほどHPに掲載させていただきます。

■ 第49回講演会報告:ブンコード孝子先生「デンマークの医療と介護の実際」

ご講演はとても示唆の多いものでした。いままでアメリカを中心に外国の医療制度の勉強はしてきましたが、北欧の社会保障についてはまじめにアンテナを張っていなかったこともあって、新しい発見に驚かされました。高い税金もさることながら、医療・介護・教育を無料で提供し、国家の最重要課題としていること、教育は義務教育から大学・専門領域のすべてが無料、介護の教育に至っては生活費まで支給されるという力の入れようです。それでいて一人当たりの総生産は世界で6位、国民の満足度は世界一、医療・看護・介護の今後の需要増加に向けて、大胆なシステム改革が行われているなど、今の日本とは正反対の仕組みになっていました。

戦後アメリカに傾倒する間に日本が捨て去ったものが、近代的に進化した姿みせていただいたように思えます。重要な部分にはしっかりお金を出し、必要なサービスを提供する国家の信頼感が、大胆なシステム改革も可能にしているようです。日本では重要な分野から予算を削っていて、既得権が温存されるせいか、かえって国民の意識を変えられず、大きな効果を生まないことと関係があるように感じます。デンマークは19世紀にドイツとの敗戦で国家の存亡に関わる危機を体験して現在があるそうで、そのあたりも意識してサマリーを読んでいたかと思えます。

『第49回講演会報告』

→ http://www.iryoseido.com/toukou/kaihou_200808_002.pdf

■ 医療事故報告制度の第三次試案大綱その後

医療事故報告制度は法案化に向けて一步踏み出し、大綱として法案の体裁を持ったものが公開されました。先日日本医学会は公開討論会を行い、当会からも本田、中澤が参加しました。知らなかった新たな事実もあり、何でこんな法案が準備され日本医学会と日本医師会が成立に熱心なのかも判った気がしました。

第21条の拡大解釈で、医療事故摘発が多発することに危機感を持った医師会と医学会が医師の代表として、プロの第三者機関による調査委員会の設置を厚生労働省に要望したことからことは始まっているようです。会場からは医師会や学会に問題解決を頼んだ覚えがないという意見が出ていましたが、内部で議論されていない、あるいは議論する構造が無いことが、事故に直接関係する勤務医の危機感をあおったと考えられます。

厚労省の原案は、航空機や交通の事故調査委員会をイメージし、責任追及と再発防止という、相反する二つの目的と、プロを入れた調査委員会という構造でしたが、議論を進めていく

医制通信 2

間に、業務上過失致死や医師の信頼性が問題になり、医師が権威を持って判定し、医療事故に警察は口を出さないという当初のイメージが崩れ、そこを医師会の代表が司法・警察との交渉で埋めようとして覚書、口約束の苦しい議論の展開となったようです。

現場からは医師会の権威にすぎり、第三次試案の早期制定を願う医師の意見もありましたが、第三次試案に託す当初の医師団体が描いた理想形は既に存在しないと考えるべきでしょう。

重要なのは事故被害者との問題解決で、医師個人が一对一で、逃げないで向き合い、現実を直視し、医療にかかる国民の期待と官憲の認識は、現実とは大きく乖離することを説明し続け、国民の理解を得ること以外に道はなく、病院や医師の指導者は現場医師を助け、偏見と戦うしか方法はないのだと思います。日本医師会および学会は、速やかに第三次試案を引き下げ、第 21 条に限定した議論に戻るべきです。このまま進めば病院勤務医と医師会・学会の対立は決定的になり、医療崩壊も決定的になる気がします。医療制度研究会でも近日中にまたパブリックコメントを出す予定です。

『医療安全調査委員会設置法案大綱に対する意見について』

→ http://www.iryoseido.com/toukou/kaihou_200808_001.pdf

■今後の予定

第 50 回講演会:「さらば財務省—その後」高橋洋一氏 (東洋 大学経済学部教授)

平成 20 年 8 月 30 日 (土) 午後 4 時～6 時 (受付午後 3 時 30 分～) 北里研究所病院 3 階セミナー室 東京都港区白金 5 9 1

医療制度改革の財源はどこからひねり出すか政府としては難問です。物価高騰のあおりを受けダメージが医療界にも広がるのが予想されますが、日本には特別会計という未知の部分があり、財源があるのかないのかははっきりしません。今回は小泉政権当時内閣特命室で財務を担当し、官僚と渡り合った経験を有する高橋先生にご講演をお願いすることにしました。先日 92 歳で亡くなられた「病院が消える」という本を書かれた大先輩、長崎大学名誉教授の医師高岡善人さんの遺言により実現した経緯もあり、有意義なご講演をいただけるものと期待しています。



医療制度研究会

医療は命の安全保障、医療崩壊を食い止めよう!

本 部 栃木県宇都宮市竹林町 9 1 1-1 栃木県済生会宇都宮病院 内

東京事務所 東京都千代田区神田駿河台 2-1-1 9 アルベルゴ御茶ノ水 2 F

海外文献サービス株式会社 内

東北事務所: 宮城県角田市角田字牛館 1 6 医療法人仙南病院 内

仙台office 仙台市青葉区貝ヶ森 1-2-6 ☎080-1808-3241 (事務局 坂詰 清)

なお、本件に関するご質問は、上記の仙台オフィスまでご連絡ください。zumechan@aol.com

第 49 回医療制度研究会講演会 「デンマークの医療・介護制度の実際」

小島ブンコード孝子先生

ユーロ・ジャパン・コミュニケーション社代表

日本は国民というが、デンマークでは市民という。デンマークの電源は 220 ボルト、日本は 100 ボルト、変圧器をかけて見ないと本当の社会の姿は見えない。自分の見方で、見えるものを見るのではなく、意識の部分を見る必要がある。講演では見えない部分を伝えたい。私は日本の現状を心配している。なにか社会が萎縮していると感じている。デンマークが良いというのではなく、私のメッセージから何か今後の日本の模索に役立つものを感じていただければと思う。

<デンマークという国>

デンマークは小さくて大きな国。小さいと表現するのは、サイズの北海道とあまり変わらないからで、大きいと表現するのは、国民一人当たりの総生産が世界 6 位であり（ノルディック 5 カ国全てが 10 位以内）、さらに国際調査でデンマークが幸福度世界一にランクキングされたからだ（ちなみに日本の幸福度は 90 位だった）。幸福度は満足度と言い換えられるだろう。現状に満足している人ばかりではないが、システムは今のままでよいと多くの人が考えている。子供が楽しく学校に通い、働いている人が自分の能力を発揮して、小さい幸せを得ている。小さい日常的な幸せが社会の満足度につながると思う。

デンマークでは資源というとまず人的資源を考える。19 世紀半ばドイツに敗戦したとき、国には人的資源しかないと思うに至った。デンマークのエネルギー源は人にあるからこそ、人をたいせつにし、教育を国最大の投資と考えている。市民として社会的義務を果たすことが教育の目標で、学歴は問題ではない。市民のほとんどが働き、それも良く働く。女性が働くのは当たり前で、男女参画という言葉はデンマークにはない。当たり前だから言葉にする必要は無い。このシステムが実現するためには労働環境が良いことが条件である。そして市民が安心して暮らすために、必要な人がだれでも受けられる公共医療・福祉が整備されている。

これら教育・医療・福祉財源は市民の税負担によってもたらされている。一口に高負担というが、実際に払って見ないとこの痛さはわからないだろう。収入の約半分を税金として納め、中には収入の 7 割近く取られている人もいる。付加価値税といわれるデンマークの消費税は 25%。教育を除くすべての商品・サービスに例外なくかかる。その反面、子供の教育費を親が負担することはほとんどなく、義務教育から大学院まで無料なので、やる気があれば誰でもどこまでも教育を受けることができる。医療費は無料（薬代の一部負担）、福祉も基本的ケアは無償で最低限の保障が受けられる。日本ではよく税金の無駄遣いが指摘されるが、国民は何故か怒らない。辛抱強いと思う。高負担のデンマークでは、税金が無駄に使われたら国民は決して許さない。サービスの質は落とさせない。そのために彼らは効率を追求する。公共分野で働く公務員は労働人口の 3 割だが、無駄なくやっている。

皆が働き税金を払う国の収入源は何か。天然資源がないので頭を使い、国際貿易で外貨を稼いでいる。デンマークは中小企業が多い国だが、過去 35 年間、対日貿易においてデンマークが赤字を出したことは一度もない。時計や家電や車など日本製品を多量に輸入しているが、それでも対日貿易収支は黒字が続いている。デンマーク製品を知る人は少ないが、代表はインシュリンのノボ社。もともと養豚農業の副産物である豚のすい臓から抽出する技術が開発されたのが始まり

医制通信 4

だ。補聴器やバルブ製造も世界トップ。デンマーク産業を一言でいえば他社・他国がやらないことをやる「すきま産業」。この戦略で全世界から富を稼いでいる。

<デンマーク人の生き方>

人生には節目がある。デンマーク人は人生を1) 成長期、2) 生産期、3) 退職後の総まとめ期の三つに区切る。どの区切りも自分で決めるため、定年退職はない。

【第一の人生】おもちゃのレゴもデンマーク製である。レゴは「よく遊べ」という意味である。幼児期の教育方針はまさに「よく遊べ」で、遊びが学びと考えている。そして義務教育の時期から考える力をつけ、人生進路を考え、その後の教育で最終的な資格を取る。医師の資格は大学医学部6年だが、家庭医になるにはその後さらに最低5年はかかる。家庭医は地域の開業医で、すべての住民が家庭医を持つ。ただし開業医の数は地域の人口により決められ、営業権は資格を取得してからお金を貯めて買うシステムになっている。また介護資格は、義務教育終了後いったん社会に出て働いてから専門学校に入学して取得する。授業料は無料で、教育期間中は市と雇用契約を結び給料をもらう（現場実習が約65%）。

【第二の人生】女性の8割は働く人であり、その8割がフルタイム（37時間）で働いているのがデンマークのユニークな点だ。労働条件は4年に一度の労使協定で決める。サービス残業はなく、家庭と仕事の両立が可能だ。合計特殊出生率は現在1.8で日本の1.24より高い。不景気だった80年代でも最低1.38だった。長年の労使協定で、働く人たちは賃金値上げよりむしろ個人にとって有効な時間を要求した。

出産育児は家庭医と保健師が後方支援する。保健師は子供だけ扱い、主に幼児を重点的にみる。正常出産の入院は2日間、帰宅後すぐに保健師が家庭を訪問する。初産であれば一歳になるまで7回家庭訪問があり、親の育児相談にも乗ってくれる。保健師が家庭に入ることによってDVの抑制にもなる。

【第三の人生】デンマークでは老いては子に従うのではなく、従わずという。家族はお互いに独立していて精神的な支えとしてつながっている。自分の人生は自分で決め、いつまでも市民としての役割を果たす。長生きをしたいとは言わず、最後まで自分らしい人生を送ることを願っている。自立生活が維持出来なくなっても子に下の世話はさせず、プロに頼むというスタイルが定着している。

平均寿命は男性75.6歳、女性80.2歳と短い。高齢化率は15%、数年前日本に追い越されたが、いまでもデンマークではゆるやかな右肩上がりが続き、80歳以上の人口が増えている。いきいきタイプが増えるのであれば高齢化も問題ないが、おんぶに抱っこの高齢者が多くなることは問題だ。デンマークには会員数50万人の高齢者全国組織があり、強力なパワーになっている。彼らは高齢者政策にも強い影響力を持ち、同組織や地域の元気な高齢者が多くのボランティア活動を行っている。

<大幅な行政改革>

2007年デンマークでは大幅な行政改革が行われた。従来国は年金と高等教育、県は医療と中等教育、市が福祉と義務教育を管轄していたが、合併で市の数を減らし、サイズを拡大した。さらに県を撤廃し、その代わりに全国を5地区の「リジョン」にまとめて医療に特化した。県税をなくして市税と国税だけにし、市と国がリジョンでかかる医療費を負担することになった（公立病院の人件費と設備は国が負担、患者の入院費は市が負担）。病院には更なる医療の質向上と効

医制通信 5

率・採算性が要求され、市には入院費負担が増大しないよう、予防・保健政策の強化を図ることが求められている。

<デンマークの医療制度>

医療費は税金でまかなわれ、日本のように積み立て式ではない。だれもが家庭医を持っているが、その選択は自由でいつでも変更でき、当然医師の人気之差が出る。病院は公的などころなので入院費の心配はいらぬが、二次以上のケアに特化し、受診するには家庭医を通すシステムになっている。そのため病院の外来は日本のように混むことはない。デンマークでは過去に不況が20年間続き医療費削減政策が長年続いた。その結果医療は治療に特化し、入院日数が短縮された（現在の平均在院日数は約4.5日）。したがって療養型の病院は存在せず、市の福祉が受け皿になっている。現在デンマークでは、無料だが待たされる公的医療より全額負担しても待たされずに治療を受けたいというニーズが出てきて、民間病院が増えつつある。

2007年の行政改革ではリハビリがターゲットになった。急性リハは今まで通り病院で行われるが、回復期リハは病院医師が特殊リハと判断するもの以外は、福祉予算で市のリハセンターが担当することになった。そのためリハ現場は再編成で大変で、病院から多くのOT、PTが市の福祉に流れている。

<デンマークの高齢者福祉制度>

現在の高齢者福祉の流れは戦後女性が急速に社会進出し、子育てと高齢者ケアなど社会の福祉支援が必要になったことに始まる。高齢者福祉は、施設ケア中心から不況時代に在宅ケア中心へ移行したが、1990年代になって統合ケアの考えが導入された。つまり、老人ホームのような施設も入居者の最後の住まいで在宅と全く変わりなく、どこにいてもその人に必要なケアを提供するという方針である。同時に看護と介護も統合された。看護と介護のどこが異なるか、医療行為とは何か、職種の境目でどちらでも良い作業は境目をとったらどうかと考えると合理的になる。訪問看護と在宅介護は同じチームにまとめ、介護と看護の中間ができる社会保健アシスタントという資格が伸びている。同様にOTとPTも統合し、それぞれの専門性を活かして同じチームで予防・リハビリ活動に取り組んでいる。

5年前の法律改正で三者連携という考え方が導入された。公共福祉サービスの内容を決める人と提供する人を分け、利用者が提供者を選択できるシステムだ。市の判定委員（熟練看護師やOT/PT等で構成）が利用者一人一人のサービス内容を決め、サービス提供者には、公的チーム以外に民間企業も参入可能となった。しかし市のサービス基準をクリアできる企業しか参入できない条件が付く。公的チームと民間企業が競合しているが、福祉予算はあくまで市の税収入であり、市が手綱を握っている。デンマークの介護現場には、医師やケアマネジャーはいない。

各市に存在するアクティビティセンターは、いきいき高齢者のためのセンターで、市が設備を用意し、中身はほとんど高齢者自身がボランティアで埋めている。市の職員の顔が見えない所の方が元気が良いようだ。

デンマークでは終末期を在宅で迎える人が多く、高齢者福祉サービスの一環としてターミナルケアがある。寿命は病気と区別して考えられ、ターミナルを迎える目的のために高齢者を病院に入院させることはない。むしろこれ以上治療ができない終末期近くなると、退院して在宅ケアを受けることを本人や家族が希望する場合が多い。

〔高齢者の住まい〕 デンマーク人は土地に執着しない。住まいにはこだわるが、自分のライフスタイルに合わなくなると住まいを変えて行く。自立生活が困難だと判定されると、市が提供している高齢者住宅（バリアフリー住宅）あるいはケアセンター（従来の老人ホームに相当）に移ることができる。ケアセンター内の居室も利用者の住まいなので職員は当然ドアをノックして入り、利用者も部屋を出る際には身なりを整え、女性なら化粧をしてハンドバックを持って外出する。在宅での生活が困難な認知症市民のための専用ケアユニットもある。

〔良いケアとは〕 これまでデンマークの高齢者福祉制度は大きく変化してきたが、高齢者福祉の三原則は変わっていない。一に自己決定・・・いつまでも自分らしく、二に継続性・・・住み慣れた地域でいつまでも、三に残存機能の活用である。デンマークでいう良いケアとは、これら三原則を利用者・サービス提供者双方が守ることである（＝自助のための支援）。そして利用者一人ひとりを取り巻くケア専門スタッフや家族や家庭医が連携して、その人の生活目標を一つにまとめる（ベクトルを合わせる）ことが良いケアにつながると思う。日本の高齢者福祉には残念ながら理念があるようには思えず、そのため各自が抱く良いケアの定義もまちまちで、看護師とケアワーカーの連携も難しく、言葉通りには行かないようだ。個々の感覚ではなく、高齢者福祉そのものに向けてベクトルを合わせる大切だと思う。

〔介護現場の労働環境〕 日本のケアの労働環境は問題が多く、労働安全衛生法そのものが介護スタッフに認知されておらず、50人以上の職場では安全衛生委員会の設置が義務付けられているが殆ど知られていない。法律があるが機能せず、結果的につらい介護をしているのが現状だ。デンマークでは介護する人・される人双方にやさしい北欧式トランスファーテクニック（原則：持ち上げない、自然な動きを取る、利用者の積極的な参加、水平方向の動きに変える）が介護現場に普及しており、障害者の移動の9割はこの技術で身体に負担なく行っているが、どうしても垂直方向の動きしかとれない場合（移動の約1割）は、必ずリフトを使わなければならない。労働環境法という法律が介護現場でも守られている。日本の介護現場はマンパワー不足で時間に追われ、無理してつらい介護をして身体を痛め、結局長く仕事が続けられなくて離職するという悪循環に陥っている。私はこの悪循環を断ち切るためにも、北欧式トランスファーテクニックをなんとか日本に普及したいと思ってセミナーを続けており、今回も全国各地で17回実施してきた。

〔まとめ〕4月－5月にかけてデンマークでは医療福祉専門職（看護師やケアワーカー等）が前代未聞の長期ストライキを実施した。給与の値上げが目的だった。4年に一度の労使協定で12.8%の賃金アップを使用者が飲んだが、彼らは15%を要求し、市民もこれを応援した。デンマークでは看護・介護専門職の社会的ステータスは低く、同レベルの資格教育を受けた他職種の給料レベルを下回る。今均等賃金を要求しなければ、将来若者がケア現場に来なくなる、だから私たちは戦うというのがスローガンであった。

国は、市民がどう生きたいか、どう子どもを生みたいか、どういう人生を送りたいか、どう老いたいかをまず把握し、そのニーズに合うサービスと財源をどう集めてどう使うかを考えてシステムを構築すべきではないか。デンマークでは無駄使いは出来ないし許されない。日本で見られる人（そして税金）の無駄遣いは、日本がまだ余裕があるからできることなのだろうか。人という資源をどう活かすかという原点を考えることが重要で、その上で日本に見合ったシステムを考えれば、きっと進むべき道が見えてくると思う。（完）

医制通信 7

質問 1：死や寿命に関して日本とデンマークの違いはどう考えますか？

デンマークには人間ドックはない。家庭医は具合が悪かったらいらっしやいという。健康も自己管理ということなのだが、これがデンマークの平均寿命を短くしているのかもしれない。健康に問題があつたり病気になれば、当然家庭医や病院のお世話になるが、病気末期になって助からなくなっても寿命だからそれでよいと考え、延命治療を望む人は（家族も）いない。そのためデンマークでは高齢者が寿命で拒食状態になっても胃管は入れない。訴訟に関して言えば、日本はアメリカ型になったと思う。デンマークでは幼稚園で怪我して病院に運ばれても、呼ばれた母親は保育士に適切な処置をしてくれてありがとうと言う。医療ミスに伴う訴訟もあるが、死や寿命に関して医療提供側と利用者の方に意識のギャップはあまりない。ガンに限らず寝たきりになると余分な医療を断る。延命をどこで止めるかというより、そうなる前に延命装置を付ける人がいないので、一筆書く必要もない。尊厳死という言葉がデンマーク語にないのは、それが当たり前だからかもしれない。

質問 2：筋萎縮性側索硬化症人が人工呼吸器をつけ生活しているのを見てデンマークの DR がこういう選択肢もあると言っていた。これについてご意見を下さい。

デンマークでは自分で生きていくという教育が徹底している。最終的には自分らしく死ぬと決めて、呼吸器をつけない患者も多いと思う。要は生き方の問題だと思う。

質問 3：教育の問題と福祉における人材配置はどのようになっていますか？

デンマークでは、自立した人間、考える人間を育てる教育をしており、知識詰め込み式教育ではない。そのため知識不足の点もあり OECD の学力国際比較調査では決して良い結果でなくて問題視されているが、資格教育を終えた若者がその資格で仕事に就き、社会で役立っているのだから私は問題ないと思う。

福祉の人員配置を日本と比較することは難しいが、福祉現場でも週 37 時間労働、年 6 週間の有給休暇が取れる。認知症ケアの場合は現在利用者一人に対して 1.2 人くらいの人員配置にしているところが多く、その代わり一般ユニットケアの人員を 0.7 くらいに落として予算のバランスを工面している。日本では介護難民が出ないだけの最低限の人員を確保しなければならない。受け皿としての介護サービスを削減したり、介護人材を使い捨てにするような政策はやめてほしい。

質問 4：日本では、寝たきりになった人の治療とお金を削るという押し付けで終末期医療を削るのは気になる。その点についてのお考えは？

厚労省がデンマーク福祉制度の根底に流れる理念やこれまでの経緯を理解せずに、現在の政策の一部を切り取って日本の政策に組み入れることは危険だ。私は現時点で日本でも終末期医療予算を削減した方がよいと言っているのではない。すぐに人々の死生観を変えることは難しい。しかし、10 年 20 年先の高齢者は私たち団塊世代であり、私たちや次世代の人たちが高齢者になったときは、今のままの考えで通用するとは思えない。子孫に負債を残して良いのか、まずいのであれば真剣に問題回避に知恵をしばり、新たな価値観に挑戦する気持ちが必要だ。これから先の日本を考えると、もう今からやらなければ追いつかないと感じている。