

医療制度改革と医療サービス市場

— 地域医療の再編のために —

阿部 功

Medical Reform and Medical Service Market —for Restructuring of the Community Medical System—

Isao ABE

Osaka University of Pharmaceutical Sciences, 4-2-1, Nasahara, Takatsuki, Osaka 569-1094, Japan

(Received November 27, 2006; Accepted December 15, 2006)

In Japan, medical reform acts were approved in 2006. Their ends are mainly to reduce of national medical expenditure and thus to maintain official medical insurances. However, with this reform, the basic problems of the Japanese medical system may not be solved, including restraint of national medical expenditure. And medical insurances for all people will be on the verge of crisis, and our medical system on the whole might be destructed. In this report, 1) we survey this medical reform and extract its problems, and 2) inquire into a new concept of public, discussing against the present public activities and social welfare policy. Then, 3) we study the problems of the present medical fee system and management system of medical bodies for analyzing factors of medical expenditure increase. In conclusion, for the sake of the coming reform, we propose three points: 1) the standard of medical fee shall be limited to the pure value for medical service cost, without capital cost, 2) main medical inspections need to be outsourced to third parties, such as local medical centers or private companies, in order to save the capital cost and 3) the whole medical system shall be restructured around “family doctor” in the community medical system, and all medical resources should be networked around it.

Key words—medical reform; medical fee system; medical insurances; family doctor; communal; community medical system

はじめに

2006年7月、懸案の医療制度改革関連法が成立した。今回の制度改革は2001年に継ぐ大型の改革で、高齢者医療だけでなく医療関連サービス市場全体に大きな変化をもたらすであろう。この改革に関しては、これまで各種保険制度の存続と新設の高齢者保険の成立可能性と公費負担の許容限度について議論が集中し、医師・病院等医療サービス関連市場を俯瞰した上で、わが国の今後の国

民福祉のキーファクタである医療サービス市場の持続的発展の可能性と将来展望（そしてその中での、患者＝受益者を核とした医療サービスとその経済資源の社会的配分）について語られることは少なかった。もちろんたとえば地域医療連携をはじめとして、今後の医療提供システムに重大な影響を与えかねない方策の検討が行なわれてはいるけれども、それも在宅医療の推進による入院費用・期間の削減を目的としたものであって、地域における新しい医療提供システムの構築と社会的便益機会の向上という視座

は、そこから伺い知ることができない。

本稿は、①今回の医療制度改革を概観し、その課題を抽出整理するとともに、②公的セクターと私的セクターの連携の方向性を模索することを通じて、新たな「公益性」の概念構成を行なう。そして③医療制度改革の要をなす診療報酬制度と医療機関経営の課題を抽出し、④その上で、医療制度崩壊の危機の回避のために、地域医療の再編と高度化の方策を提言する。

1. 医療制度改革の方向性と課題

1-1. 国民皆保険の今日的課題

1961年世界的に見ても稀有な国民皆保険の実現を出発点としたわが国の医療サービスシステムは、戦後の社会再編、経済復興、高度成長、都市化の流れ、つまり社会の成長過程に乗り、公的な病院のみならず民間病院の整備、製薬産業の研究開発力の強化等、医療提供体制の構築と低価格による高度な医療機会の提供が実現した。その結果、高度消費社会の実現による国民の栄養状態の向上とあいまって、世界的に注目される長寿国が実現した。しかし、社会経済構造、人口構造の変化に伴って、この理想的とも思われた皆保険制度はここかしこにほころびが見え始めた。

そのひとつは、90年代以降、日本経済が成熟段階に入り大幅な成長が望めなくなったにもかかわらず、医療技術の高度化、とりわけCTスキャナなど検査技術の革新が診断・治療の精度を格段に向上させる一方で、各保険制度の財政を圧迫する要因ともなった。

その上わが国の疾病構造は、高齢化の進行に伴い悪性新生物（癌）、循環器系疾患等を中心とする生活習慣病へと変化し始めたにもかかわらず、医療提供システムは、病因の究明と患部に対する集中的な治療という依然として感染症対応中心のシステムにとどまり、予防—治療—リハビリの相互連携の中で、

患者の日常を医療を基本としたものに作り変えることができなかった。

そもそも、戦前治安維持法の施行と対をなして始まったわが国の健康保険制度は、現在も痕跡を残しているように、被用者保険と地域保険という存立基盤も組合員の組成もそして保険サービスの内容もまったく異なった各種の医療保険をパッチワークのように組み合わせ、隙間を新たな保険制度の形成によって埋めるという、安上がりの手法によって曲がりなりにも国民皆保険を実現した。その後自己負担割合の変化、老人保健制度の成立等々時代の変化に合わせて何度も変更が加えられてきたけれども、パッチワーク型の皆保険制度の基本枠組みに変化はなかった¹⁾。

それがここきて各保険制度の赤字基調の顕在化、公的負担の増加等々により皆保険制度そのものの維持が困難になりはじめている。

1-2. 2006年医療制度改革の狙い

現在の医療保険体制を崩壊の危機と捉えた国は、保険財政の健全化、その中でも公費負担の削減を主目的として改革を主導しようとした。それが現役並み所得のある70歳以上の高齢者の負担割合の増加、75歳以上に対する新しい高齢者保険の創設、療養病床に長期入院している高齢者の食費、住居費の受益者負担を柱とする今回の改革である。確かに保険財政はそれによって一時的に改善するであろう。しかし、2001年の介護保険法がそうであったように、今回の改革も結局は赤字の付回しに過ぎず、国民経済のパイ全体にはこれによってまったく変化は生じない。年金と資産の取り崩しで生活を支える以外にない高齢者にとっては医療費支出の増大による可処分所得の硬直化が進行するに過ぎない。

まずGNPおよび国家財政において国民医療費の増大がどのような意味を持つのかがまず整理され

1) 制度的には「国民皆保険」とはいえ、国民健康保険の未納者は400万世帯にのぼり、1000万人を越える人々が何らかの形で、医療保険給付に制限が加えられている。松山幸弘・河野圭子:医療改革と総合ヘルスケアネットワーク（東洋経済新報社）2005, 7ページ。

なければならない。今回の改革をめぐる議論では国民医療費があたかも冗費であるかのごとく捉えられ、削減対象になること自体が政策論としては問題の回避であると断じざるを得ない。今回の改革は、財政支出の削減を通じてプライマリーバランスの早期回復を図るとする政策目標に多少は寄与するであろうが、国民経済のバランスシートにおいては費目の付け替えに過ぎない。

わが国の医療サービスの提供体制は、公共財と私的財との混合であることがひとつの特徴をなしている。公共財としての医療とは、国民のすべてが公的保険に加入し、公的価格である診療報酬、薬価基準にもとづいた見かけ上低廉な非競争価格で医療を受けることができる。しかし、消費者である患者は、イギリスのようにGP（ジェネラルプラクティショナー）に強制的に登録されてはならず、アメリカのように勤務先の企業が加入する保険会社が契約する医療機関で診察・治療を受けることを義務付けられてもいない。近年、「かかりつけ医」、「かかりつけ薬局」への登録が推奨されているが、原則的にどの病院、診療所で医療を受けるべきかは、患者の判断に委ねられている（フリーアクセス）。それによって医療機関が市場競争にさらされるわけではない。しかし医療機関の立地選択、検査機器等などの資本費用の多寡に少なからず影響を与えている。

加えて、医療を取り巻く保健、リハビリ、介護は地域保健所、介護保険制度等公的なシステムを核とし、それに支えられた「私的市場」に委ねられている。

医療の公共性は日本に限らずあらゆる国で認められている。しかし、その公共性を維持するために社会がどれほど負担することが可能か、公的負

担の増大が国民経済にどのようなゆがみを生じることとなるのかについて、理論的な整理も政策論的な方向性も提示されていない。今回の医療制度改革についても構造改革、規制緩和の大合唱の中で公的負担の増大に対する心理的不安をあおった挙句、いかなる理由であれ削減こそが真理であるというデマゴギーが流布することとなった。あるいは医療給付の世代間格差をあおることで高齢者の自己責任を求めているに過ぎない。高齢者の有病率が他の世代をはるかに上回り、医療費支出の世代間不均衡が生じるからこそ、市場原理に委ねれば「市場の失敗」を招くからこそ、公的保険制度の存在意義がある。そもそも医療費増大について高齢化主因説に対して強い疑念も寄せられている。²⁾

1-3. 国民医療費と国民負担率

ところで、国民医療費が無制限に増大して行くに任せることでいいのか、という疑念が生じるであろう。いくつかの留保条件はあるけれども、答えは是である。

それは、国民負担率の増大をめぐる議論と同じである。負担率の増大は国家財政を硬直化し、歳出超過になり、消費税などの増税により補填しないかぎり、赤字国債の発行圧力が強まり、その償還に一般財源と新たな国債が発行され、財政の硬直化がさらに進行する。これが現在の財務当局と医療を管理する厚生労働省の基本的な認識である。

国民負担率の上限を理論的に想定することは、議論のための議論でしかない。問題にすべきは、負担率と給付率のバランスである。仮にスウェーデンやデンマークのように国民負担率が60%を超えたところで、国民還元率との差が15%程度で収まるならば、所得の再分配効果により、高水準の福祉を实

2) 二木立：日本の医療費—国際比較の視点から（医学書院）1995、3ページ。

二木は、次のように論点を整理している。

- ① わが国では、人口の高齢化は医療費増加の重要な要因であるが、主因ではない。
- ② わが国では人口の高齢化「のみによる」医療費増加率は2000年以降低下する。
- ③ わが国の高齢化のみによる医療費増加率は、90年代は欧米諸国に比べてかなり高いが、2000年以降その差は急速に縮まる。この点については改めて検証する必要がある。

現することが出来る³⁾。その上、安定した福祉基盤の整備をもとに、グループホームズやコレクティブハウジングのような高齢者の自律的活動、それを支えるボランティア活動の世界的モデルにすらなっている。その結果、これらの国は、市場原理、競争原理至上主義のアメリカ、日本よりも国民一人当たりの医療支出が小額に収まっている。

このような高負担、高福祉はその国の活力を奪うものとなり、早晚行き詰まりを見せるとする議論がサッチャーリズム、レーガノミクス、そして亜流の小泉構造改革論が今日猖獗を極めている。しかし世界経済フォーラム（ダボス会議）の発表によれば、経済力ばかりか財政力、文化力、環境力等を総合した国際競争力ランキングでは北欧諸国が世界第2位の経済大国日本をはるかに上回っている⁴⁾。言葉の真の意味での成熟社会を実現しているのは新保守主義が大手をふるってまかり通っている国々ではないことは言うまでもない。

2. 公・共・私の再構築に向けて

2-1. 「第4のS字カーブ」とグローバル社会

広井良典は、旧通産省のデータをもとに、公共事業すなわち社会資本整備にはこれまでS字カーブをもった三つの段階(第1のS:鉄道,第2のS:上水道,道路,第3のS:下水道,公園,ごみ処理施設)を経験してきたとし、今、医療、福祉、健康に関連する整備、「第4のS字カーブ」が課題であるとして

いる⁵⁾。それは、病者、高齢者という無力化する市民の不安を取り除き、ひいては国民の安寧を実現する最も公共性の高い社会資本整備である。この点からすれば連続的に行なわれてきた医療制度、保険制度の改革は受益者負担の強化、自己責任の強調に終始し、社会的、心身的に無力化しつつある社会的弱者を切り捨てるに等しい。

今問われるべき公共性とは何であろうか？本来公的なものとは、人間の私的な営みの相克と相互調整から、他者化された共同性であり、それが措定されることによって概念的秩序として逆に私的領域を支配し、号令し、調整する。問題は、この他者化され、外部化された共同性にある。国家は幻想の共同体であるにしても、そこで秩序化されたものは、あるいは国家意志として、あるいは法的権源として、まさに異教の教義であるかのごとく、一切の批判を排除して規範的価値として私的領域を物象的に支配する。

しかしグローバル化がこのような私的=公的領域の関係を大きく変えることとなった。私的領域はその活動のボーダーレス化に伴い、国家意志の支配概念を超え、グローバルスタンダードという広域的でありながらより現実の調整を可能にする個別的、具象的規範に準拠することとなった。それは具体事例に即応した契約の概念化といっても良い。そこではかつて主権の侵害として国家間紛争の原因となったものでさえ、調整可能な随時契約におきかえられる。

3) 2004年度の社会保障給付額は、85兆6469億円で、過去最高を記録した。しかしその対前年比伸び率は1.6%と低水準にとどまっていた。また、同年の国民所得(361兆126億円)に占める比率は23.72%である。機能別社会保障分類では、「保健医療」が「高齢」について二番目の総額26兆5466億円、31.0%を占めているが、その伸び率は1.8%である。但し、注目すべきは、全体の50.4%を占める「高齢」のうち、老人保健(医療分)給付費は、対前年比0.4%減少している。注2の二木の仮説を検証する上で、看過しがたいものである。(国立社会保障・人口問題研究所：平成16年度社会保障給付費(概要)2006)また、保険医団体連合会は、社会保障審議会の資料をもとに、主要国の国民負担に対する社会保障給付の割合を次のように算出している。スウェーデン75.6%、ドイツ58.6%、イギリス59.0%、民間の医療保険が主体のアメリカですら53.2%であるのに、皆保険の日本は41.6%である。仮に日本の給付率をドイツ並みに引き上げるとすると、未だ31兆円の支出余裕があるとしている。(保険医団体連合会：グラフで見えるこれからの医療、2005)。

4) 世界経済フォーラム：国際競争力ランキング、06-07年、2006。この国際競争力ランキングは、制度的環境、インフラ整備、マクロ経済、保健衛生・初等教育、高等教育・研修、市場の効率性、技術的用意、ビジネスの洗練度、イノベーションの9項目について、125カ国・地域を世界の研究者・経済人1万1000人が7点満点で評価し、総平均を順位付けたものである。因みに今年度のランキングは、1.スイス、2.フィンランド、3.スウェーデン、4.デンマーク、5.シンガポール、6.アメリカ、7.日本、8.ドイツ、9.オランダ、10.イギリスで、北欧諸国が5番以内に3カ国入っている。(WEFホームページより)。

5) 広井良典：医療の経済学(日本経済新聞社)1994、212-215ページ参照。

2-2. 「国家意志」と公共性

もちろん国家意志による反撃は、時に想像力を超えた暴力として現れる。アメリカならびにそれに追随する日本、イギリスをはじめ 20 世紀の国際社会（国家意志の相互調整としての国際連合）を主導してきた国々は、9.11 を従来の国家概念を超える新たな戦争として正しく認識しながら、まさに国家意志の発現の舞台として、「テロリスト・アルカイダの庇護、大量破壊兵器の隠匿」を理由に、（かつて第 2 次世界大戦において宣戦布告なき戦争を国際法違反として断罪したにもかかわらず）フセインのイラクを無差別破壊した。イラクがブッシュの主張のように「ならずもの国家」であったとしても、まがりなりにも主権国家に対する重大な侵犯である。それは、アメリカによる一極支配の強権的な自慰行為であったために、冷戦後の危うい国家間均衡によって保たれてきた国際秩序を一挙にグローバル社会秩序へと転換し、それを構成する支配的国家群の自殺行為に終わったといえよう。

国家意志の発現行為、国家としての幻想的な共同性の実現にたいする危機は、顕教としての外交に明示的に現れるが、国内的な法秩序、とりわけ人心の収攬策としての出自を払拭しきれない社会保障、福祉政策においては、密教的秘事、言葉変えれば国家意志の内面を倫理する規範の崩壊として現れる。

社会民主主義と同様、タブーに近いニュアンスを持つに至った福祉国家の理念と施策パッケージは、今ではその母国イギリスにおいてもマイナスイメージで捉えられている。いわく、競争性の排除によって生じる非効率性、イノベーションへの内発的インセンティブの欠如、制度信仰による顧客（患者）満足の軽視、国民負担率の増大と公費負担の圧迫による国民経済ならびに財政の硬直化等々。あたかも社会保障、医療福祉の肥大化は国家の繁栄にとって何一つ益はないといわんばかりである。そして、市場化・民営化こそが万能の解であるかのようなデマゴギーが大手を振っている。

2-3. 市場の失敗・政府の失敗とコモンの創造

社会保障、医療福祉という、グローバル化の大波の中で辛うじて共同幻想を制度として具体化できる現代国家の存立基盤、還元すれば「公共性」そのものの概念の再検討と脱構築の志向性を持ち得ない市場化・民営化の議論からは、学ぶべきものはほとんどない。主権ないし統治(sovereignty)、公共性(public)の概念と形式が有効性を失いつつあるのかもしれない。なぜならば、近代社会における公共性への国民合意は利潤動機では実現できない「市場の失敗」に対する代償・補完行為に準拠しており、福祉・医療を「政府の失敗」として市場社会の論理に再度ゆだねることは公共性＝統治権源の放棄に等しい。グローバル化は権力中枢の空洞化にまで至っている。

統治権源が自己崩壊を始めているとすれば、「市場の失敗」を代償・補完する公共性に変わる新たなパラダイムの構築を急がなければならない。その胎動はいささか長すぎるとはいえ、すでに始まっている。

95 年、阪神淡路大震災に際して自発的意思の集合として現われ、組織され、法制化にまで至ったボランティア＝NPO が結果として体現した共同性＝相互扶助がそれである。この共同性＝相互扶助は、かつてのムラ社会やそのコピーたる日本的会社主義の「閉じられた共同性」ではなく、したがって、行政用語と堕したコミュニティではなく、開放的でダイナミズムを組織原理とするものであり、コモン(Common)とでも称すべきものである。このコモンはグローバル化の進展によって形骸化するとともに、私的領域に対する支配力を失いつつある公的領域＝統治を私的領域＝生活行動領域に改めて統合するものである。

このコモンこそが、私的領域において生活世界と生産世界の分離と対立を止揚し、生活世界の即自性を軸に生産世界を再編する。また、そうすることを通じて生活世界の多義性を保全したままで、そこに通底する共通価値を相互連関する。言葉を変えれば、決して他者化されない、規範化さ

れない共同性として、生活世界を組織し、方向付ける。すなわちコモンとは、即自性で組織された共同性である。

医療においては、コモンは「病気という生活」を組織し、方向付けることにより、プリンシパル＝エージェント関係として権威的に「治療」する現在の医療の仕組みを根底において再編する可能性を持つことになる。

国家の公共性はどうなるのであろうか？そこにはそれが果たすべき役割は残されているのであろうか？国家が社会のあらゆる資源を動員し、その更なる発展を支える役割は、広井が述べているように、事実上成熟を迎えた。今求められるのは、社会のあらゆるセクター、世代から医療資源を動員し統合することにより、保険者として医療の公共性を制度化し運営することである。必要なのは、ガバナビリティではなくコーディネーションである。ここにこそ、国家の「幻想共同性」の最後の残り火のアリバイ証明がある。

3. 医療制度改革の新たな展開のために

3-1. 医療制度改革の3つのシナリオ

二木立は、21世紀の医療・社会保障制度改革のシナリオとして次ぎの三つに整理している。

1. 市場原理の導入と国民皆保険、皆年金制度の解体
2. 現行制度の大枠を維持した上で、公的給付を削減し、自己負担増と民間保険による補填＝公私二階建て改革
3. 公的医療・社会保障費用の総枠拡大

第1のシナリオは、小泉内閣のもとで、(保険制度の解体までは言及していないものの)いわゆる「骨太の方針」を打ち出した総合規制改革会議・経済財政諮問会議の立場であり、一旦閣議決定されたにもかかわらず、日本医師会、官僚の強い抵抗に会い、

厚生労働省が主張する第2のシナリオに帰着したとする⁶⁾。

皆保険制度の枠組みを前提として事業構築を行い、地域医療計画により参入規制を制度的に保証された医師会の立場は、当然ながら自己の権益の保全と拡大を意図する第3のシナリオになるにしても、それは、公立病院はもとより、民間病院の潜在的倒産状態が4割に及ぶと噂されている医療機関経営者の私利私欲に発するシナリオであり、医療・福祉の公共性・公益性に対する痛苦的な問いかけを経たものでないことは言わずもがなである。

2年に1度の診療報酬の改定の根拠として利用されている中央社会保険医療協議会の「医療経済実態調査(平成17年)」を分析した羽田雅史によれば、公立病院の医業収入と費用の差額は $\Delta 11.1\%$ であり、自治体の租税による補填を受けても $\Delta 0.2\%$ である。かつて地域の医療センターとしてもはやされた公立病院は、80年代の民間病院の相次ぐ開設と増床に狙い撃ちされて大半が経営危機に陥り、自治体財政の大きな圧迫要因となっている。しかし、その勤務医の多くが大学の医局からの派遣に依存しているために、人事を核とした経営に対する当事者能力を持ちえないこと、医療の公益性のため、選挙で票を失うことを恐れる地方議員の合理化の追及が及びにくいことから、地方財政のリストラ対象から病院は外されている。また、民間病院の中心を占める医療法人の経営は、収支差額が 2.3% となっているが、経営難から事実上銀行や商社の管理下に置かれ、見かけ上の黒字を出しているに過ぎない病院の事例は多い。また、地域医療計画の縛りにより、増床が困難になった病院が赤字病院を吸収しながら経営拡大を図る事例も増えている⁷⁾。

また、新保守主義との熾烈な権益争いと妥協の産物である第2のシナリオは、前例を踏襲し、変化を厭う官僚の習性を見事に現している。皆保険

6) 二木立：医療改革と病院(勁草書房)2004、5ページ。

7) 羽田雅史：病床種別／規模別、開設主体別にみる病医院経営、医療経営白書(日本医療企画)2005、281-307ページ。

の維持と財政危機の回避を同時に実現する官僚的手法としては、受益者負担の強化と（介護保険の導入に際して行なわれたように）見かけ上のリスク分散が政策の立案と遂行に伴う当事者責任の回避に最適であった。しかし、社会全体の成熟とグローバル化の進行という皆保険導入時には予測不能な事態に遭遇しているという危機感はこの第2のシナリオからうかがうことは出来ない。市場化・民営化が時代の主潮であるとし、公＝制度疲労、私＝活力の回復とする第1のシナリオに対して守旧派＝「抵抗勢力」として、財政破綻回避のための当面のプログラムを提示しているに過ぎない。

2001年の医療制度改革大綱以来、鳴り物入りで進んできた医療制度改革は、結局、自己負担の増加による公費負担の削減という極めて安直な数字合わせに終わった。

もちろん、①国民健康保険の保険者を基礎自治体から都道府県に移行し、地域における保険財政のアンバランスによる破綻を回避する方向性を模索し、②地域における医療機能の分化と連携を図るため、地域医療計画の見直しを進めるなど、今後のわが国の医療制度、医療政策のあるべき方向の模索は始まっている。さらに、③日本版のDRG/PPS（診断群別包括払い）であるDPC（急性期医療に係わる診断群分類別包括評価）の試験的導入が図られ、伝統的な診療報酬の出来高払いに対する改革が進められている。

①の都道府県を単位とする保険体制の再編は、②の都道府県が主体となる地域医療計画と対になるべきものであるが、後述するように、地域医療計画は病床規制に重きを置くことで地域ごとの医療供給の内容まで踏み込んではいない。また、病院相互、病院・診療所の機能連携に関して97年の第3次医療法改正において地域支援病院の規定が持ち込まれたものの、紹介率80%（後に

70%に緩和）という現実離れした目標設定のため、2001年現在では29病院が登録しているに過ぎない⁸⁾。いずれにしても、保健体制と医療計画を連動させ、地域の医療ニーズに見合った医療提供体制を再編するためには、まず医療保険の一元化を前提にし、その上でイギリスのヘルス・オーソリティやドイツの疾病金庫のように、地域ごとに独立した予算権、医療資源配置計画の立案と執行権をもった体制の整備が必要になる⁹⁾。

また、③の診療報酬の見直しに関しては、後述するように、制度の改変のたびに加算項目を増やして行くのではなく、医療に関わる技術サービス費用と医療機関の経営に関わる費用を明示的に分別する費用体系に再編することが無ければ、たとえ出来高払いを包括払いに改めても医療費削減の効果をさほど期待することは出来ないであろう。

3-2. 診療報酬制度と医療機関の経営

周知のごとく、わが国の医療制度の根幹を構成している診療報酬制度は、国民皆保険の実施に当たって、国・保険者と開業医の利益団体である日本医師会の激しい対立を経て、いわば妥協の産物としてその基準が作られたものである。そして長らく診療報酬改定を定めてきた中央社会保険医療協議会は、今回の制度改革まで医療専門家に有利なメンバー構成になっており、医療機関経営実態調査をもとに経営の安定性を保証しつつ、2年に一度の改定が行われてきた。つまり、専門技術者たる医師ならびに関係者の技術サービスの純粋の対価として診療報酬の基準が定められたのではなく、命をつかさどる彼らの特権的地位を保全し、なおかつ診療所・病院経営の安定性を確保するための「報酬」であるといつてよかった。その上、「トーゴーサン」と揶揄された特別の税控除もさしたる根拠も無くまかり通ってきた。それに薬事法の例外規定を活用した自己処方・

8) 田中滋：わが国の医療提供体制の展開、『講座＊医療経済・政策学』第3巻（勁草書房）2006、33-34ページ。

9) 2001年の「医療制度改革大綱」によれば、平成20年度を初年度として国・都道府県は医療費適正化計画（5年計画）を定め、医療費削減を目的として、①生活習慣病有病者・予備軍を25%削減する、②在院日数の削減を進め、全国平均（36日）と最短の長野県（27日）の差を半分に縮めることを政策目標としている。後者については、地域の医療機能の分化と連携、在宅医療の推進、病床転換の支援によって実現するとしているが、それが地域ニーズに即した医療サービスの提供を同時に可能とするものであるか、大いに疑問である。（厚生労働省ホームページ参照）。

調剤による巨額な薬価差益の収奪がそれに加わる。60年代から70年代にかけて医師が高額所得者に顔を並べたのも当然であったし、医は算術と心得た若者が医学部受験に殺到するのも必然の成り行きであった。

前述のように、パッチワークによって強引に出航したわが国の皆保険を順調に航路に載せるには、民間病院があまり存在していなかった60年代、地域の医院（診療所）を保険医として参加させる必要があった。いわばバーゲイニング・パワーは、当初から医師の手に握られてきたのである。

従って、わが国の診療報酬制度は、開業医に有利なように設定され、彼らの多くが70年代に200床前後の中規模民間病院に成長するにつれ外来診療に重きを置いた報酬体系となり、それに薬価差益が加わってわが世の春を謳歌せんばかりの活況を呈することとなった。

しかし、経済的には全く合理性を欠いた「バルクライン」から、1992年に多少とも市場の実勢価格を反映した「加重平均」に薬価算定方式が切り替わり、大幅な薬価切り下げが断行された。今や、薬価差益に医療機関経営と医師の所得を依存させることはもはやできなくなるばかりか、薬剤の備蓄管理コストが経営の圧迫要因になりはじめた。そして、処方箋の発行に対して診療報酬の加算が行なわれるや否や、90年代以降懸案の医薬分業が怒涛のような勢いで進行し、2010年までには分業率の限界値である75%ラインに達すると見込まれている¹⁰⁾。

当初は、薬価切り下げの代償として診療報酬の引き上げ要求が一部認められてきたものの、医療機関

の経営は、一転して冬の時代に突入した。

それをカバーして有り余る利得をもたらしたのは、一つには医療技術とりわけ検査技術の高度化であり、もう一つは疾病構造の変化である。

前者は、電子工学の医療分野への適用によって医療診断の構造を一変した。それまで、経験と知識と勘というともすれば古典的な医師の専門性に依拠してきた診断と治療が、血液検査、尿検査に始まり、X線写真、CTスキャナ、MRI等、数値データをもとに行なわれることとなった¹¹⁾。それはまさに、EBM（客観的証拠に基づく診療）の基礎となり、データの解釈が医師の専門技術性を表現するものとなった。

いまや、リースであれ、購入であれ、基礎的な検査機械を装備し、数種類の検査を初診時に行なうことが医療の基本スタイルになった。例えば、81年当時9,200余の病院において、X線検査装置は96.4%の病院が保有していたが、CTスキャナは664台、7.0%しか普及していなかった。それが15年後の96年になると、後者は6,929台、全病院9,490のうち66.5%が保有し、一般診療所でも2,109台普及している。高額医療費が日本以上に社会問題化しており、一人当たりの医療費が59万円(2001年)と、わが国の31万円をはるかに上回っているアメリカよりも、このCTスキャナの普及率は高い。「薬漬け」に代わる「検査漬け」医療の横行である¹²⁾。

しかし、このような医療機関の重装備化は、診断の精度を高めつつ検査料収入を確保しうる経営革新の大きな武器となったが、他方では検査機器

10) 二木によれば、医薬分業の展開の発端になったものは、①1973年の日本医師会の医薬分業の推進声明、②それを受けた74年の診療報酬の改定（院外処方箋料の10点から50点への引き上げ、調剤基本料の100点から200点への引き上げ、それに③薬局開設の地域制限に対する最高裁の違憲判決（75年）であるとしている。（二木立：医療改革と病院、225-226ページ）しかし、分業が実際に進むのは90年代になってからであり、ここに示したように薬価算定方式の変化と切り下げという、経済的動機がきめ手となった。

11) 日台英雄によれば、1950年代のストレプトマイシンや各種のワクチンの開発を第一次医療技術革新と呼び、1970年代以降のオートアナライザー、CTスキャナ、MRI、透析装置の開発を第2次医療技術革新とする。前者は感染症の激減をもたらした医療費削減型技術革新であったが、後者は、「多大で集約型の資源を消費する」医療費誘発型革新であるとしている。（日台英雄：第2次医療技術革新としての透析医療、瀬岡吉彦・宮本守編『医療サービス市場化の論点』（東洋経済新報社）2001、143ページ。

12) 厚生統計協会：国民衛生の動向、1983年並びに2000年版。二木によれば、91年のわが国のCTスキャンの設置台数は、8963台で、人口が2倍を超えるアメリカの6,500台を上回っている（二木立：日本の医療費、42ページ参照）。

の購入もしくはリース費用は、固定費比率の増大をもたらし、次第に経営の圧迫要因と化していった。加えて、PET（陽電子放出断層写真）のような数億円に及ぶ高額機器の登場は、その装備が医療機関の信用度、ブランド力維持のために必要とされるものの、もはや特定の選ばれた機関しか対応できないこととなり、特定機能病院と一般病院との差別化とは違う意味で、医療サービス市場そのものの内部から現われた病院の二層化現象のスタートとなることであろう。

後者の疾病構造の変化については、すでに常識化されていることであるが、高齢化の進行と平行して生活習慣病に対する治療の比重が高まり、1ヵ月を超える長期入院が常態化した。しかもわが国の都市社会化が核家族とそれを収容する2DK～3LDKの「ウサギ小屋」団地開発であったため、在宅医療、在宅介護を可能にする空間も人員も不十分であるにもかかわらず、社会通念としては家族介護が美德とされていたために、社会的に高齢者を介護する施設整備、専門家の育成、供給が追いつかないこととなった。それを代償するものが70年代から急成長、急拡大した民間病院である。いわゆる「社会的入院」¹³⁾である。この高齢者の介護施設代替型の病院の役割は、「薬漬け」「検査漬け」に次いで病院の経営を支えることとなった。

世界的にみても例外的とも見えるわが国の長期入院は、その後の医療制度改革の焦点になり、92年の第2次改正の一般病床と療養病床の区別、今回の第5次改正における医療費適正化計画の策定（都道府県ごとに平均入院日数の短縮のために政策目標等を設定し、5年後に検証）と食費、光熱費の自己負担化、在宅医療を目的とした規制緩和が実施されることとなった。

加えて、これまで薬価切り下げの代償として引

き上げを続けてきた診療報酬も、1998年にはじめて引き下げ対象となり、多少の波動があるものの、診療報酬本体の抑制策が定着した¹⁴⁾とあって良い。

4. 地域医療の再編と高度化に向けて

4-1. 論点の整理

これまでの論点を踏まえて、今後の医療制度改革の基本方向を整理すると次のようになる。

- ① 医療・福祉制度は成熟社会における優先度の高い「公共事業」であり、公費負担の軽減と保険財政の破綻の回避を主眼とした医療費削減策は、新たな「政府の失敗」を招くものである。
- ② 医療費削減の内容は、受益者負担の強化を中心とするもので、国民医療費の総枠に対する削減効果は、受診機会の減少を誘導することによってしか実現できないものである。
- ③ グローバル化の進行による国家の役割の変化は、私的領域の無限の拡大を意味するものではなく、それを共同化し束ねる価値軸の変化となって現われるものである。それは電子メディア・ネットワークによって空間や時間を越えて広がるとともに、日常生活圏の再構成を求めつつある。
- ④ とりわけ、保健・医療・療養等は、市民・生活者の側に立てば、日常の中に包摂されるものである。社会が成長期に在るとき、病気は非日常であり、日常の時空から隔離された公的な制度と機関がつかさどる対象であった。
- ⑤ しかし、QOL（生活の質）が治療においても予後の生活でも重視されていることが象徴的に示すように、また、生活習慣病（Lifestyle Disease）という表現が示唆しているように、日常における病気と治療、病気という日常を生活圏において受け止めて行くことが必要になっている。

13) 厚生労働省によれば、「社会的入院」とは、継続する入院が180日を越えるものを言う。

14) 診療報酬の決定のメカニズムとその推移については、高木安雄：わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題、『講座*医療経済・政策学』第2巻（勁草書房）2005、96ページに詳しい。彼によれば、1960年を100とした2004年の診療報酬の伸びは、初診料で1522（診療所）、1417（病院）、再診料でそれぞれ2500、2200。手術部門では、僧帽弁切開術は1314であるが、緑内障手術、大動脈瘤切除術はそれぞれ5880、8000と高い伸びを示している。また、入院部門は総平均2325の伸びである。

- ⑥ ところが、わが国の成長期の社会の象徴である汎都市化現象は、日常共同生活圏＝地域社会を崩壊させるとともに、2DK、3LDK型の住宅、家具什器産業を成長繁栄させる一方で、わが国の家族システムを核家族化させ、多世代共生型のライフスタイルの喪失を招いた。今この核家族が、年を経て老人夫婦世帯、老人独居世帯に推移した。
- ⑦ この老人たちが医療費増大・国家財政破綻の元凶として指弾され始めている。今様姥捨て山、棄民政策であるといわざるを得ない。
- ⑧ しかし、医療制度改革の流れの中に今後の医療のあり方を方向付ける新たな芽も育ち始めている。それは、医療機関の経営に大きな影響を与えることとなる診療報酬制度におけるDPCであり、2次医療圏で進められつつある医療連携である。

4-2. 地域医療の再編のために（三つの提言）

急性期医療に対するDPCは、現実には包括払いと出来高払いの組み合わせであり、医療費の削減効果が直ちに現われるものとはなっていない。しかし、その試行過程で蓄積される医療データは、EBMの基礎をなすと同時にクリティカルパスの作成と開示をより合理的に可能にする根拠を与えるものである。それは、一方では、個々の治療の費用対効果を検証することにより、DPCのもとでの治療の高度化と費用削減の道を開くことになるであろう。また他方では、今日ではプリンシパル＝エイジェント関係をより強める結果に終わっている「インフォームド・コンセント」を客観性をもって実行する可能性を多分に持っている。

しかしながら、DPCによる支払は、実施された医療サービスに対する標準的な対価ではあるが、そこには直接間接の医療スタッフの person 費はもとより、病院施設、検査装置等、医療機関の経営に係わるすべての費用が内包されている。しかも、公定価格である診療報酬は、公的な病院であれ民間病院であれ、1000床を越える病院であれ20～30床の小規模病院であれ、特定機能病院のように重装備の病院であるか否かを問わず、個々の症例に対して等

しい金額が支払われる。DPCの導入に伴い標準的なクリティカルパスが設定されるようになれば、医療スタッフの時間費用も医療検査装置・医療材料の使用回数、消費量も測定可能となるはずである。

診療報酬の基準額を、クリティカルパスに基づく文字通り医療サービスの時間費用に限定する方向を模索すべきである。施設、装置等資本費用の償却に要する費用は、医療の「公益性」「公共性」の大原則に立ち返り、症例の実績と施設規模に応じて標準的な整備水準を定め、実績をもとに設定される当該年度の経営計画に対して補助金として給付する。それが第1の提言である。一般病床、療養病床について、それぞれ必要な医療スタッフが定められている。施設や装置について基準となる整備水準を定めることは不可能ではない。何よりも「検査漬け医療」を回避し、PETをはじめとする高額装置の整備競争がもたらす医療機関の経営危機と医療費の膨張を防ぐことが出来る。

また、すでに血液検査や尿検査は外部委託が一般化しており、診察と診断の間に行なわれる各種の検査は、原則的に外部化して、医療機関とりわけ1次医療圏の診療所の資本費用の軽減を図ることが必要である。その検査は、共同利用機関である地域支援病院が担ってもいいし、地域の医師会がメーカーの協力を得て設立する非営利団体(NPOないし中間法人)、あるいは民間事業者で行なっても良いであろう。それが第2の提言である。その目的は、高度な知識に裏付けられた専門医療技術サービスと機械的・電子的データの処理技術を分離し、その費用体系を整理することで、診療報酬の内実をよりアカウントビリティのあるものにするのである。

第3の提言は、本稿で再三強調してきた「コモン」の再編に係わることであり、入院加療を重視してきたこれまでの医療体系を在宅医療を軸に再編することである。在宅医療に関しては、地域支援病院を核とした病院連携、病診連携、地域連携クリティカルパス等、各地域で様々な取り組みが試行されている。しかし現状では所期の目的を十

分果たしているとはいいがたい。それは、医療を2次医療圏で完結することを前提にしているためであろう。しかし、在宅医療を推進する母体は地域の診療所であることは言うまでもない。「かかりつけ医」の位置づけが強化され、往診に対する診療報酬も高く設定されているとはいえ、医療計画の内実は当初から2次医療圏の病床規制であって、その範囲での機能連携にすぎず、市民の現実の生活行動と日常的な受診行動が行なわれている圏域からすればあまりに広すぎる。

イギリスのGPに相当する役割を担う地域の「かかりつけ医」を軸に、「病気という生活」に対処する医療ネットワークを1次医療圏で完結することが必要である。そのためには言葉の真の意味での「ジェネラル・プラクティショナー」を新たな資格として設定、育成し、その資格が医師ばかりか患者にとっても機能的にも経済的にメリットあるものとする。地域の各診療所は、専門医として「かかりつけ医」の初期診断を受けて治療に当たり、「日帰り手術」も行なう。（現在、一部診療所には学会認定専門医の看板を掲示しているが、その内容は市民に開示されているとはいいがたい。）また、急性期の入院患者は、20床未満の診療所の病床を共同利用することも出来るし、地域医師会が共同利用施設を設置することも可能である。在宅医療といっても2DK、3LDKスタイルの居住空間で、独居ないし老人夫婦世帯でそれを進めることが不可能なことが多い。幼稚園・保育所、小学校の空き教室等、地域の公的施設の利用を図り、地域社会、地域生活から隔離することなく、急性期、リハビリ期、療養期を自宅とその近隣で連続して過ごす地域システムをそれぞれの地域の実情に応じて編成することである。その範囲は中学校区程度で、核となる「かかりつけ医」は地域住民のあ

らゆる医療に関するゲートキーパーになることにより、地域の健康管理・医療・介護のワンストップサービスを担うのである。¹⁵⁾

15) 新聞報道によれば、厚生労働省は、患者の糖尿病治療中断を回避するために、「かかりつけ医」の指示の下で地域に配置された「医療カウンセラー」が患者の食事・運動を指導管理する事業を試験的に導入することを決定したという。これが1次医療圏の再編強化に発展することを願うものである。（読売新聞夕刊、2006年11月25日号）。開局薬剤師にも、地域医療、在宅医療への参加が求められ、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」として500点が診療報酬として算定されているが、その推進に欠かせない調剤業務である中心静脈栄養法輸液、抗悪性腫瘍剤の調整には、40点の加算しか認められていない。そのためクリーンルーム、クリーンベンチを備える薬局はいまだ例外的で、1次医療圏で地域医療を完結することは現状では不可能に近い。