

最適な医療供給を目指して¹

ゲートキーパー方式の有効性の検証

同志社大学 伊多波良雄研究室 医療

外村 卓也
番匠 早苗
平山 磨理
堀本 俊紹
皆谷 達男

2008 年 12 月

¹本稿は、2008 年 12 月 20 日、21 日に開催される、I S F J 日本政策学生会議「政策フォーラム 2008」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、伊多波教授（同志社大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

医療を見るとときには基準となる物差しが3つある。「クオリティ」「アクセス」「コスト」である。このどれをとっても日本の医療は上位に位置している。このことが意味すること、それは日本の医療水準が高いということである。このことは世界保健機関の“World Health Repotr2000”において日本が健康度や医療制度を総合的に評価したランキングで世界一になっていることから明らかである。高水準であり、低価格によるサービスが実現される日本の医療を支えるものは患者側の3割負担を実現する皆保険制度とフリー・アクセス方式である。しかし、少子高齢化が進む昨今では、国民健康保険は破たん寸前である。このような状況のもとで超高齢社会を迎えた今、日本政府は医療政策への関心を強めてきている。

厚生労働省は診療報酬の改定の際に、①超高齢化社会に対応できる医療保険財政の構築、②医療費の適正化、③「予防の重視」による「安心・信頼の医療の確保」という目的を掲げた。制度としては後期高齢者医療制度を導入したり、医療の質を上げようと新看護基準を導入したりと、なかなか最近の動向は激しいものである。しかし、実際の現場での状況を考えずに療養病床の大幅削減を実行に移そうとしたり、医療機関に入る収入を減らすこととなる診療報酬の削減方針を崩そうとしなかったりという政府の姿勢を考えると、国の関心というものが日本国民によりよい医療を提供することに向けられているのか疑問である。そこで、日本政府が目指す最終形態とは何かということをおよこのような政策の内容から探っていく。

まず、後期高齢者医療制度では“かかりつけ医”という考え方を発表した。これはまさにゲートキーパー方式の導入を目指しているものである。また今のところは後期高齢者と入院患者のみであるが、診療報酬についても定額医療としての包括払いという今までの出来高払いとは違う考えを提案し始めた。結論を言えば、政府は低医療費に有効な政策を2つも同時に導入しようとしているということになる。

ゲートキーパー方式の導入は、健康相談などを含めて地域医療体制の確立を目指す第一次医療、入院治療を主体とする医療活動がおおむね完結する第二次医療、先進的な技術や特殊な医療、発生頻度が低い疾患に関する医療需要に対応した第三次医療の住み分けを強制的に行うことで資源配分の最適化を意図するものであるということが出来る。確かに日本で現行のフリー・アクセス方式では、私たち患者側の大病院志向も相まって医療資源の配分は非効率であり、国の求める低医療費政策には不向きであるだろうと考えられる。また少子高齢化によって医療費が増加することが考えられる今、この評価の高いフリー・アクセスという日本の医療の特徴を失ってでもゲートキーパーの考えを導入することは、仕方ないことかもしれない。

しかし、包括払いの導入については疑問が残る。今までの研究によって包括払いでは診療報酬の引き下げにより必ず診療サービスの質が低下することが分かっているからだ。それだけでなく、包括払いという制度そのものが医療供給側の善意に頼った制度であるということができ、その制度自体が医療の過少供給のインセンティブを供給側にもたすものであるからだ。一方、出来高払いではこのようなことは起こらない。合理的な医療機関であれば診療の質を無限に拡大することが合理的であることが分かっている。しかし、出来高払いでは医療の過剰供給が起こってしまうという問題がある。

そこで私たちは、医療の質を上げることで出来高払いにおいても過剰供給を抑制することができるということに気づき、結果、出来高払いの方が包括払い導入よりもよいという結論に至った。しかし、出来高払いでは医療の質を保つことはできるが、医療費を抑制することはできない。そのため、将来、高齢者が増えることで医療費が増大してしまう。

出来高払いにすることで医療の質を保ち、医療費の抑制は第一次医療、第二次医療、第三次医療の住み分けをしっかりと行い、医療を効率的に供給することで医療費抑制が達成できると考えた。そこで政策提言として、ツー・チャンネル方式、開業勤務医制度、出来高払い制度を組み合すことで達成できると考え、これらをあわせた新制度を提案する。

目次

はじめに

第1章 日本の医療制度

- 第1節 日本の医療の現状
- 第2節 医療報酬制度とは
- 第3節 国の医療政策方針
- 第4節 医療保険制度とは
- 第5節 後期高齢者医療制度
- 第6節 医療供給システムの種類

第2章 医療供給の問題

- 第1節 ゲートキーパー方式
- 第2節 フリー・アクセス方式

第3章 先行研究

- 第1節 医療支払い方式の比較
- 第2節 医療供給量

第4章 分析

- 第1節 分析

第5章 政策提言

- 第1節 ツー・チャンネル方式
- 第2節 開業勤務医制度
- 第3節 新制度の考え

参考文献・データ出典

はじめに

医師不足、産婦人科・小児科医療、救急搬送など、医療に対する問題をメディアが多く取り上げている。そういった情報から人々は医療に対する不満や不安が大きくなるだろう。実際に医療の実態は不透明な点が多く、普段通っている病院や診療所などに安心してかかってもいいのかが分からなくなりつつある。このことから私たちは医療について興味や関心を持つようになり、現在の医療の実態や問題について研究しようと考えた。

現在日本では超高齢社会となることが懸念されており、今後の医療費の増大が深刻となっている。厚生労働省が発表した将来の医療費の予測額は2025年には約85兆円を超えるとされている。また、2050年には全国民と65歳以上の割合が35.7%になるとされており、さらに医療費が増大してしまう。つまり、現在医療費を抑制しなければ将来私たちは適切な治療を受けられない可能性が発生するのである。

現行の医療制度であるフリー・アクセス方式では患者は自ら医療機関を選択できる。そのため、薬剤や検査などが重複し、医療資源が非効率となっている。また、支払い方式は出来高払いとなっており、医療の過剰供給が発生し、医療費が増大する原因となっている。つまり、現状の医療制度では限界を迎えており、国は一刻も早く医療費抑制政策を行う必要がある。

そこで国は医療費を抑制するためさまざまな政策を行っている。診療報酬制度の改定や電子カルテの導入などがその典型的な例である。また、2008年4月には後期高齢者医療制度を導入し、最も医療費のかかる高齢者にかかりつけ医や包括払いなどを適用することで医療費抑制を図っている。

将来世代に向けて医療費を抑制することは必須であるが、患者にとってこれらの制度が有益に働くのかどうかは疑問視されている。また、現在導入が考えられている医療供給制度が患者や医療機関に対して現行制度より有益かどうかを検討する必要がある。

本稿の目的は、現在導入が考えられている制度が患者や医療機関にどのような影響を及ぼすのかを検証し、有効であるかを確かめることである。また、患者と医療機関の双方に対して満足度や有効性が高くなる制度を提言する。

第1章 日本の医療制度

第1節 日本の医療の現状

日本の医療水準は世界でもトップであるといえる。医療を見るときには基準となる物差しは3つあり、1つ目は医療の水準がどれだけ高いかを示す「クオリティ」、2つ目は医療の受けやすさ・利用のしやすさを示す「アクセス」、3つ目はどれだけ費用をかけ、どれくらい効率的に制度が運営されているかを示す「コスト」である。先進5カ国（日本、スウェーデン、フランス、ドイツ、英国、米国）で比べてみることにする。

まず1つ目の「クオリティ」について、日本は平均寿命がトップであり、新生児の死亡率は最低である。この2つのデータは生活習慣や衛生状態などの影響を受けるため、直接医療の質だけを反映しているわけではないが、日本は世界的にみてもかなりのレベルを維持していることは間違いないだろう。

次に2つ目の「アクセス」では、日本の年間1人あたりの受診回数は14.4回と2位米国の8.9回と比べてかなり多い。日本では全国民が公的な医療保険に加入し、保険証があれば全国どこの病院や診療所でも受診できる。また、薬を飲んでいればそれほど受診する必要がない慢性的な病気でも定期的を受診する人が多い、といった事情がある。英国やドイツは、原則診療所などで登録した医師を受診して必要と認められないと大きな病院を受診できない。米国では、公的な医療は高齢者と低所得者向けしかなく、国民の7割は民間の医療保険に加入している。

最後に3つ目の「コスト」については、日本では受診回数は多いが、国内総生産に占める医療費全体の割合や年間1人あたりの医療費（ともに自己負担含む）は低くなっている。つまり、「高い質を維持しながら、誰でも利用しやすく、コストも低く抑えられている」ということになる。（図1）

各国で集計基準が異なる場合があるため単純な比較には限界があるものの、世界保健機関の“World Health Report 2000”で日本は健康度や医療制度を総合的に評価したランキングで世界一になっている。

つまり、日本の医療は高水準、低価格によるサービスが実現されており、“いつでも、どこでも、だれでも”医療が受けられるという日本の医療制度の特徴が世界的に認められているということになる。また、日本では医療費の一部を自己負担している。自己負担の割合は世代別で異なっており、一般は3割負担であり、義務教育就学未満では2割、70歳以上75歳未満では2割、75歳以上では1割負担となっている。この料金を決定しているのは診療報酬と呼ばれるものである。これは診察内容や治療内容によって点数化されており、患者が治療を受けた内容によって支払うものである。この日本の医療というものは、患者側の3割負担を実現する皆保険制度とフリー・アクセス方式によって支えられている。フリー・アクセス方式については後ほど説明する。

しかし少子高齢化を迎えた日本では、国民健康保険の運営が難しくなっているという現実がある。現在では、1949年には4.3ほどであった出生率が2006年には1.32まで下がった。

これは4割ほど低下したということであり、1970年（昭和45年）には高齢化社会に、1994年（平成6年）には高齢社会に、2007年（平成19年）には超高齢社会となり、今までにない急激な変化を遂げている。（図2）超高齢社会とは高齢化率が21%以上の社会のことをいうが、2050年には高齢化率35.7%を迎えるとまで考えられている。

医療費の効率化を必要とするのは、医療を最も必要とする65歳以上及び75歳以上の高齢人口比率が急増を続けると予想されているからである。高齢化が進むにつれ医療費が増大してしまうため、現行の医療制度を続けていくことに限界を迎えている。そのため、現在日本は低医療費政策を行おうとしているのである。

【図 1】クオリティに関する比較

平均寿命(2005)		1000人当たり新生児死亡者数(2003)	
日本	82.3 歳	アメリカ	7.0 人
スウェーデン	80.5 歳	イギリス	5.3 人
フランス	80.2 歳	フランス	3.9 人
ドイツ	79.1 歳	ドイツ	4.2 人
イギリス	79.0 歳	スウェーデン	3.1 人
アメリカ	77.9 歳	日本	3.0 人

UNPD、人間開発報告書2007/2008 OECD "Health Date 2005" より作成

アクセスに関する比較

年間1人あたりの受診回数(2005)		医療費全体に占める税金と保険料の割合(2005)	
日本	14.4 回	スウェーデン	85.2 %
アメリカ	8.9 回	イギリス	83.4 %
ドイツ	7.3 回	日本	81.5 %
フランス	6.9 回	ドイツ	78.2 %
イギリス	5.4 回	フランス	76.3 %
スウェーデン	2.8 回	アメリカ	44.4 %

OECD "Health Date 2005" より作成 OECD "Health Date 2005" より作成

コストに関する比較

年間一人当たりの医療費		医療費対GDP比率	
アメリカ	5635 USD	アメリカ	15.3 %
ドイツ	2996 USD	フランス	11.1 %
フランス	2903 USD	ドイツ	10.6 %
スウェーデン	2703 USD	スウェーデン	9.3 %
イギリス	2231 USD	イギリス	8.4 %
日本	2139 USD	日本	8.2 %

OECD "Health Date 2005" より作成 OECD "Health Date 2008" より作成



少子化情報ホームページ: <http://www.ipss.go.jp/syoushika/>より引用

第2節 医療報酬制度とは

病院の収支の内訳をみると、その収入は医業収入と医業外収入、そして補助金によるものであり、医業収入による不足分を補助金が補っている。病院の収入は主に医業収入であるが、その医業収入高を決定するものは診療報酬制度と呼ばれるものである。医療保険を使って診察や治療を行うことを保険診療というが、保険診療のもとでは、診察や検査の料金・薬の値段等、全ての値段が国によって決められている。この値段を診療報酬という。診療報酬は点数で表され、1点は10円と決められている。その点数の公定メニューは「診療報酬体系」として全国一律に定められている。医療機関はこの診療報酬体系を通じて求められる金額から3割の患者自己負担分を除いた額を保険料から受け取るわけである。

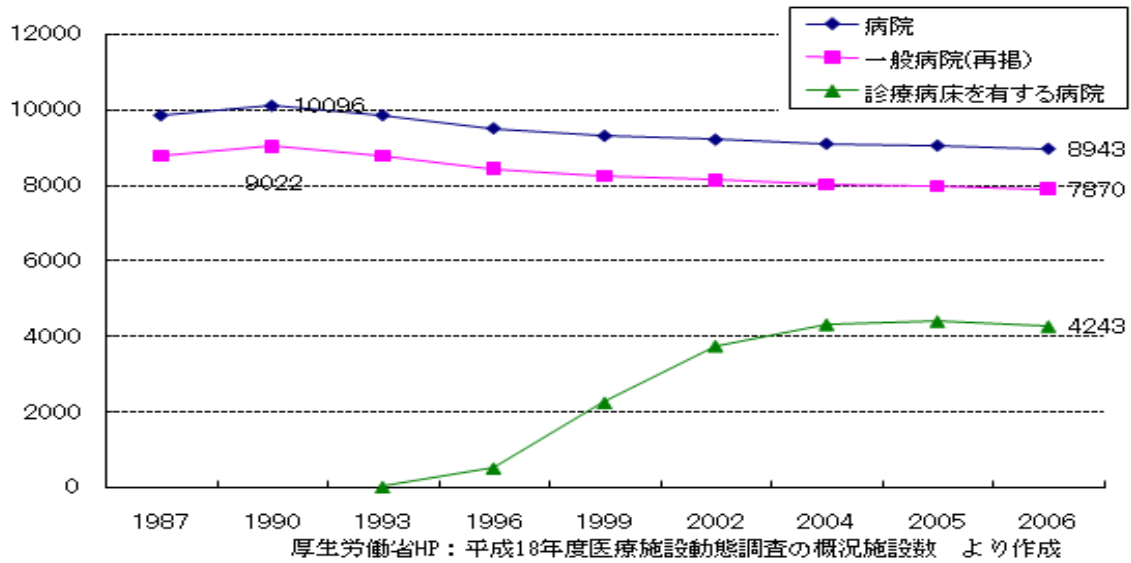
病院の経営状況についてみていくことにする。図3では病院・一般病院・療養病床を有する病院の施設数の年次推移を示しており、一般病院に精神病院などを加えたものが病院数である。病院数は90年度を境に減少し続けており、06年度では8,943棟にまで減少している。また図4から全国の病院の経営状況を調べると、赤字が最も多い平成14年度から多少改善されているが、現在でも全体の7割以上の病院が赤字となっている。また診療報酬（点数）は、厚生労働省の諮問機関である中央社会保健医療協議会（中医協）で2年ごとに改定されている。

中央社会保険医療協議会とは、医療費を使う責任と、医療費を賄う責任を1つの機関が同時に持つ、1950年に発足した厚生労働省の諮問機関である。

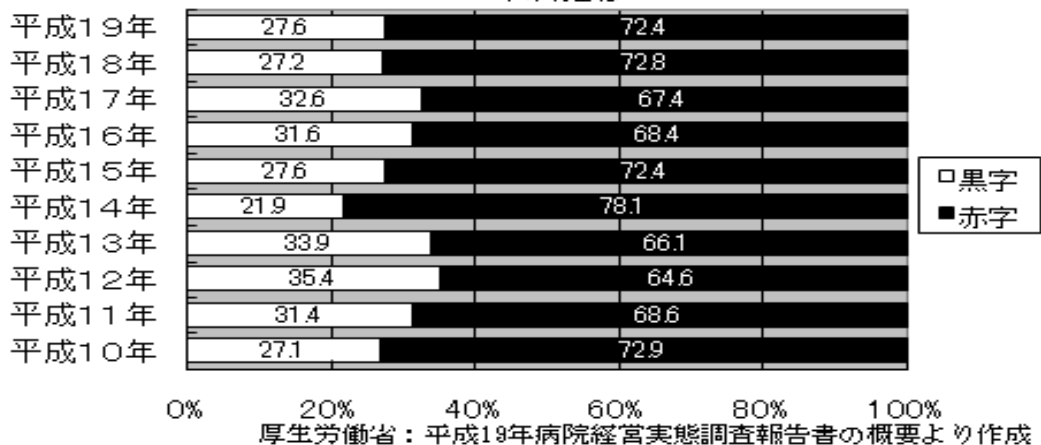
中央社会保険医療協議会は、「健康保険・船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者・事業主及び船舶所有者を代表する委員」、「医師・歯科医師及び薬剤師を代表する委員」、「公益を代表する委員」、「専門委員」という4つの代表区分の構成員から成り立っている。中医協は、2年毎の医療費全体の改定率及び、診療報酬（治療、検査、薬剤など）の改定内容について審議していて、診療報酬改訂内容は、よりよい医療の提供と医療施設の経営の安定を目指す診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師）と保険団体の財政の赤字と被保険者による保険料負担の上昇の抑制とを意図する支払側委員（社会保険庁、連合、経団連など）が交渉をし、意見の対立を公益委員（大学教授など）が調整し決定している。（図5）

平成19年には、支払側、診療側委員任命に当たっての関係団体の推薦規定を規定団体推薦規定の廃止とし、それぞれの立場を適切に代表し得ると認められる者の意見を配慮するととなり、さらに、委員構成の見直しも行われ、「支払側・診療側委員8名、公益委員4名」から「支払側・診療側委員7名、公益委員6名」に改定し、公益委員の主導的役割についての規定を設けた。

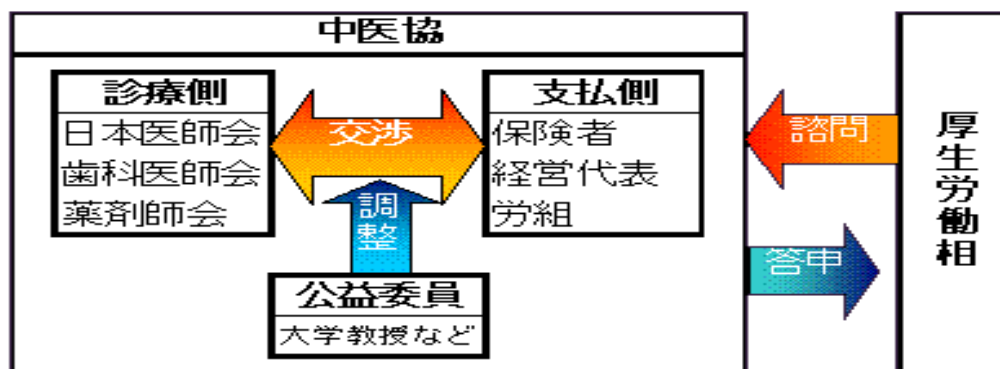
【図 3】 病院・一般病院・診療病床を有する病院の施設数の年次推移



【図 4】 6月1か月分の総収支額から見た黒字・赤字病院数の割合(%)
年次推移



【図 5】 診療報酬改訂の流れ



福岡市医師会医療情報室 医療情報室レポート No.86 から引用

第3節 国の医療政策方針

厚生労働省は、診療報酬の見直しを医療政策の「舵取り」として極めて重視しており、厚生労働省が目指す方向に向かうように、診療報酬点数を増減する。つまり、診療報酬改革の動きを見ることが、その答えとなる。これまでの診療報酬制度改革を考えると改革に伴い問題が生じる例も少なくない。例えば、大病院への外来患者の集中を是正し、外来を診療所へと誘導する名目で平成8年度に行われた改革の内容は、大病院の外来料金を引き下げるということであった。しかしこの改革は裏目にでた。患者の自己負担が減ったため、かえって大病院に外来患者が集中することとなったのである。これに関しては平成10年から毎年改正がなされ、今では270点に統一されたが(図6)、再診料に関しては未だ大病院の方が安く設定されている。

厚生労働省がこれから目指す形とは何かについて考えてみたい。そのため特に変動の大きかった平成18年度の改革についてみていこうと思う。

1つ目はDPC(包括払い)対象病院拡大をあげる。これは、普段の診療行為ではなく入院患者に対して実施されるものである。実際に行った医療行為に対する出来高払いとしての診療報酬という考えから、1日あたりの包括払いとしての診療報酬という考えに移行するものである。しかし、これではコスト高になる重症患者の入院が困難になってしまう。

2つ目は新看護基準の導入である。「患者7人に看護師1人」という、従来よりも手厚い看護基準を設定した。病院に医師・看護職員をより多く配属させて質の高い医療を提供させるという名目で行われた。具体的には、配置した患者当たりの看護職員数に応じて入院料を設定し、医療法の基準を満たしていない場合は入院料を下げるというものであった。しかし、結果として看護師の争奪戦が発生し、地方での看護師不足が顕在化してきている。

3つ目は療養病床の削減と介護療養病床の2012年度廃止である。厚生労働省の集計によれば、「医療療養病床に入院している患者の半数は、医療の不要な社会的入院」として位置づけられている。これは、病院側からの「医療の状態は安定しており、医師の指示の見直しはほとんど必要ない」と回答されたものを、「医師による直接医療提供はほとんど必要なし」と判断して、「社会的入院」としたからである。

この結果から、25万床ある医療療養病床は半分でよい、というのが厚生労働省の結論となったわけである。2012年に介護保険適用の療養病床(介護療養病床)13万床を全廃。23万床ある医療保険適用の療養病床(医療療養病床)は、平成20年8月の修正案で約1万床削減することに踏みとどまった。同病床をめぐっては、医療の必要性の低い患者が長期にわたって入院していることや、介護型と医療型の患者の状況に大きな差が見られないなどの問題が指摘されていた。このため、厚生労働省は「医療の必要な方には医療サービスを、介護がより必要な方には介護サービスを」との考え方に基づいて再編に取り組んでいる。医療の必要性の高い患者に限って入院できるように、診療報酬に大幅な格差をつけている。また、今後の国の方向性であるが、国は『総合医』制度の導入をうたっている。

総合医とは、医療機関への患者登録制を制度の基本とし、患者は特定の一人の総合医に登録される。これを人頭制といい、医療機関は登録した患者しか診療できず、登録した患者数に応じて診療報酬が支払われる制度のことである。他医療機関を受診する時には、原則として総合医との相談の上でなければならない。言い換えると、すべてその総合医との相談の上でなければ、他医療機関を受診はできない。患者を医師の完全コントロールの元におくために、制度により受診抑制をかけられる。総合医による一人主治医制は、現在の、患者が医療機関を自由に選んでいる受療形態を、医療の無駄を除き、かつ患者管理を徹底するために制限する。いわゆる管理医療的な考え方である。そうすることによって、軽症の患者の専門医受診を制限でき、医療費抑制を目指しているのである。この総合医の考え方はゲートキーパー方式に近い。

【図 6】

		H4年	H6年	H8年	H10年	H12年	H14年	H16年	H18年	H20年
病院	初診料	198	208	250	250	250	250	255	270	270
	再診料	45	50	59	59	59	58	58	57	60
診療所	初診料	208	221	270	270	270	270	274	270	270
	再診料	55	61	70	74	74	74	73	71	71

中央社会保険医療協議会より作成

第4節 医療保険制度とは

日本の医療保険制度には、公的医療保険と民間医療保険がある。民間医療保険は基本的に任意加入であり、契約者の財産や所得に応じて、複数の保険会社が用意するプランから選ぶことが可能である。一方公的医療保険はあらかじめ被保険者の範囲が行政によって定められている医療保障制度である。加入者やその家族など（被扶養者）が、医療の必要な状態になったときに、公的機関などが医療費の一部負担をしてくれるという制度である。加入者が収入に応じて保険料を出し合い、そこから医療費を支出するという仕組みになっている。ここで国の制度である公的医療制度について述べていく。

日本では、すべての人が公的医療保険制度に加入することになっていて、これを「国民皆保険制度」と呼んでいる。

公的医療保険制度にはいくつかの種類があり、それぞれの職域、年齢などによって加入する制度が違っている。図7の通り、具体的には医療保険、退職者医療、高齢者医療に分けられる。さらにその中で、医療保険は、健康保険、船員保険、共済組合、国民健康保険に分類される。一般的に加入者が多いのは健康保険で、健康保険の被保険者は健康保険の適用事業所で働くサラリーマン、OL（民間会社の労働者）と健康保険の適用事業所に臨時に使用される人や季節の事業に従事する人等である。被保険者には、世帯主もその家族も一緒に被保険者となる。また、退職者医療である国民健康保険は、厚生年金保険など被用者年金に一定期間加入し、老齢年金給付を受けている65歳未満等の人を対象である。高齢者医療である後期高齢者医療制度は、75歳以上の方および、65～74歳以上で一定の障害の状態であることにつき後期高齢者医療広域連合の認定を受けた人が対象での制度である。

【図 7】

	制度	被保険者		保険者	給付事由
医療保険	健康保険	一般	健康保険の適用事業所で働くサラリーマン・OL(民間会社の勤労者)	全国健康保険協会、健康保険組合	業務外の病気・けが、出産、死亡(船保は職務上の場合を含む。)
		法第3条第2項の規定による被保険者	健康保険の適用事業所に臨時に使用される人や季節的業務に従事する人等(一定期間をこえて使用される人を除く)	全国健康保険協会	
	船員保険(疾病部門)	船員として船舶所有者に使用される人		政府(社会保険庁)	
	共済組合(短期給付)	国家公務員、地方公務員、私学の教職員※		各種共済組合	
	国民健康保険	健康保険・船員保険・共済組合等に加している勤労者以外の一般住民		市(区)町村	
退職者医療	国民健康保険	厚生年金保険など被用者年金に一定期間加入し、老齢年金給付を受けている65歳未満等の人		市(区)町村	病気・けが
高齢者医療	長寿医療制度(後期高齢者医療制度)	75歳以上の方および65歳~74歳以上で一定の障害の状態にあることにつき後期高齢者医療広域連合の認定を受けた人		後期高齢者医療広域連合	病気・けが

社会保険庁 職業・年齢に応じた医療保険制度より引用
<http://www.sia.go.jp/seido/iryo/index.htm>

第5節 後期高齢者医療制度

政府は平成 20 年 4 月より後期高齢者医療制度を導入した。この制度は高齢者(75 歳以上)が診療所の医師をかかりつけ医として指定し、その医師に診察を受ける制度である。また、かかりつけ医に診察を受ける際の支払いシステムは出来高払いではなく包括払いとなる。まず、患者の同意で「担当医」を決め、診療計画をつくったり、服薬状況を確認したりすると、月額一定の包括払いで月 6 千円(患者負担は原則 6 百円)が支払われる。受診時に必要な再診料や薬代などは別に必要である。担当医を決めなければ従来どおり出来高払いとなる。後期高齢者医療制度とは関係のないところで平成 18 年度の DPC 対象病院拡大では出来高払いと包括払いを組み合わせているが、これは入院に限ったことであり、普段の診療に関しては出来高払いであるが、ゲートキーパーを導入した後期高齢者医療制度で包括払いを導入していることから、担当医になるのは原則として開業している診療所の医師で、総合病院の医師は近くに診療所がない場合などのみに認められる。高齢者は、いくつもの病気を同時に抱えていることが多く、複数の病院にかかることがあるが、薬の重複服用など医療の無駄を省くのが厚生労働省の狙いである。

診察料は、検査や画像診断、湿布を張るなど簡単な処置に対する報酬も含んでいる。しかし、医師がいったんある患者の担当医となると、同じ月内に病状の変化に対応するため何度、検査や処置をしてもほとんどの場合、6 千円を超える追加の報酬は得られない。

厚生労働省保険局が平成 20 年 4 月に発表した『長寿医療制度の診療報酬について』での言葉であるが「患者自ら選んだ「高齢者担当医」が病気だけでなく、心と体の全体を診て、外来から入院先の紹介、在宅医療まで継続して関わる仕組み」である。担当医という考え方はゲートキーパー方式の考えである。つまり、医療費がかかる高齢者に関する制度をフリー・アクセスからゲートキーパーよりに転換してきているのである。厚生労働省の政策が低医療費政策であることを考えると、フリー・アクセス方式では医療費がかかるという問題が見えてくる。(図 8)

国がゲートキーパー方式に近い政策を行おうとしていることは、社会保障審議会医療部会の資料からもわかる。階層型構造の医療提供体制から住民・患者の視点に立った医療連携体制への転換というように紹介されている項目である。(図 9)

現在の医療計画制度の問題点として、「医療機関の担う機能に関係なく、大病院重視の階層構造を念頭に置いている」ということがあげられている。つまり、診療所、一般病院、大病院が医療技術の程度別であるかの用にとられるような制度であり、その結果フリー・アクセス方式を導入する我が国では大病院に集中するということである。そこで、厚生労働省が新しく提案したのが「病院の規模ではなく医療機能を重視した医療連携体制」の構築である。

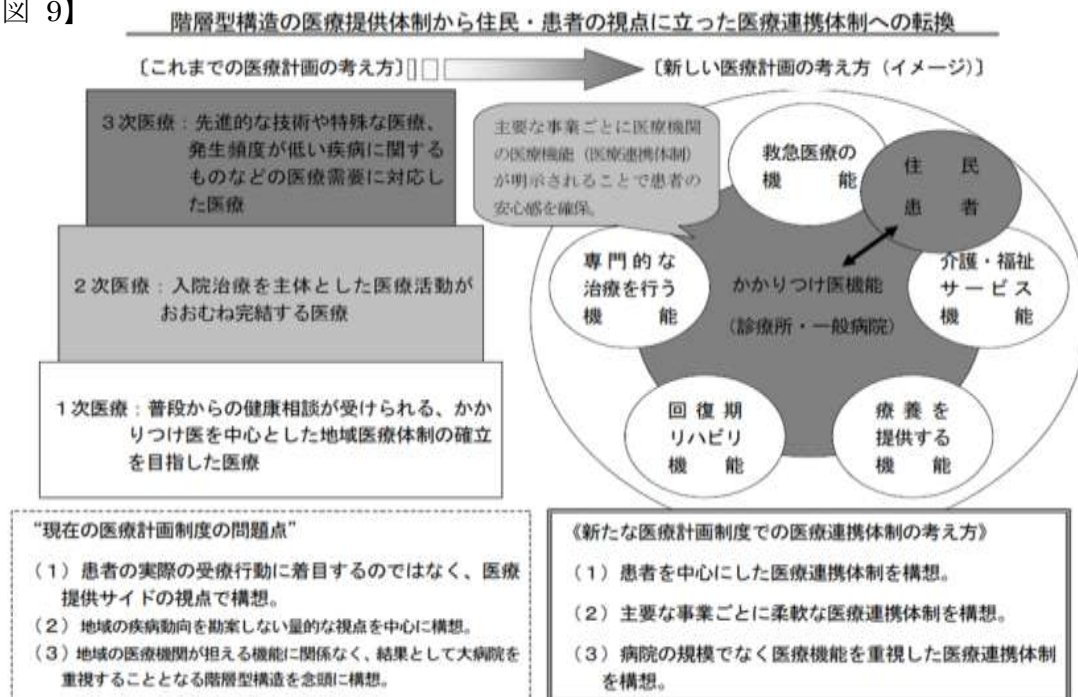
かかりつけ医機能を担う医療機関をまず受診させ、そこから適した治療をしたり、高度な技術を要する病気などにはそれ相応の医療機関を紹介したりするのである。つまり、これはゲートキーパー方式のような制度ということになる。

【図 8】

年齢階級	国民 一般診療医療費				国民 一般診療医療費				国民 一般診療医療費			
	医療費	総数	入院	入院外	医療費	総数	入院	入院外	医療費	総数	入院	入院外
	推計額(億円)				構成割合%				患者一人当たりの負担額(千円)			
総数	331276	250468	122543	127925	100	100	100	100	259.3	196	95.9	100.1
0~4	11706	9022	3287	5735	3.5	3.6	2.7	4.5	212.7	163.9	59.7	104.2
5~9	5997	3571	711	2860	1.8	1.4	0.6	2.2	101.2	60.3	12	48.3
10~14	4431	2990	660	2329	1.3	1.2	0.5	1.8	73.8	49.8	11	38.8
15~19	4012	2786	864	1921	1.2	1.1	0.7	1.5	62.5	43.4	13.5	29.9
20~24	5336	3713	1390	2322	1.6	1.5	1.1	1.8	73	50.8	19	31.8
25~29	7848	5360	2101	3259	2.4	2.1	1.7	2.5	79.9	66.9	26.2	40.7
30~34	10246	6990	2839	4151	3.1	2.8	2.3	3.2	106.3	72.5	29.4	43
35~39	10083	6720	2688	4032	3	2.7	2.2	3.2	108.7	72.5	29	43.5
40~44	10194	6954	2892	4062	3.1	2.8	2.4	3.2	127.7	87.1	36.2	50.9
45~49	12261	8636	3562	5075	3.7	3.4	2.9	4	159.4	112.2	46.3	66
50~54	17973	12819	5705	7114	5.4	5.1	4.7	5.6	213.5	152.3	67.8	84.5
55~59	26973	21958	10192	11766	9	8.8	8.8	9.2	274.1	202.8	94.2	108.7
60~64	30283	22576	10403	12174	9.1	9	8.5	9.5	371.9	277.2	127.7	149.5
65~69	34930	26242	12681	13561	10.5	10.5	10.3	10.6	458.2	344.2	166.3	177.9
70~74	39567	31194	15323	15871	11.9	12.5	12.5	12.4	580.7	457.8	224.9	232.9
75歳以上	96735	78938	47244	31694	29.2	31.5	38.6	24.8	795.1	648.8	388.3	260.5

厚生労働省HP 平成18年度国民医療費の概況より作成

【図 9】



厚生労働省：医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について より

第6節 医療供給システムの種類

現在の医療供給システムは主に、ゲートキーパー方式、フリー・アクセス方式、ツー・チャンネル方式などが挙げられる。

これらの方式を1つ1つ見ていくことにする。まず、ゲートキーパー方式であるが、これは資源配分の最適化を意図するものである。第一次医療を通じて、医師の指示に従って総合病院や高度専門病院に行くという制度である。ゲートキーパー方式の長所は医療施設を計画的に配置できるため、大病院などに患者が集中し待ち時間が長くなることが少なくなる。しかし、第一次医療を経て高度な病院を紹介してもらうため、個人の選択の自由が損なわれるという短所がある。これに対して、わが国は、フリー・アクセス方式をとっている。これは、どの病院に行くかという判断も患者本人がするものであり、患者が直接大病院に行き診察を自由に受けられる。この場合では、個人の選択の自由を尊重するという意味では市場原理に沿う方式ではあるが、高度な医療技術を持つ病院も軽度の風邪や怪我などの治療を行うため資源配分上無駄が発生するという欠点がある。

そして、この2つの方式を併せたものをツー・チャンネル方式という。この方式は患者が第一次診療を経るか、直接専門病院に行くかを自由に選択し、直接専門病院に行く場合にはその患者から社会保険外の追加料金を徴収する方式である。この方式は、ゲートキーパー方式の計画による配分効率という長所と、フリー・アクセス方式の個人の選択の自由の長所を併せて持つのである。しかし、この制度を導入している国がなくまだまだ研究段階である。(図10)

日本での現行システムのフリー・アクセス方式は、上記に触れたように資源配分の面で問題が大きい。軽度な病気でも大病院に行く患者が多いので、医療機関の設備の度合いによる役割分担が中途半端な状況になるのである。

【図 10】

診療システムの方式	長所	短所
①ゲートキーパー方式	医療施設を計画的に配置できる	・個人の自由選択が損なわれる
②フリー・アクセス方式	個人の自由で診療所を選べる	・資源配分が必ずしも合理的には行われない ・病院での患者の待ち時間が長く診療時間が短い
③ツー・チャンネル方式 A: 一次診療所と専門病院との料金体系を別にし、専門病院の料金を高くする B: 専門病院では一次診療所の紹介がない場合は、社会保険対象外の追加別料金を課する	①、②のどちらかを個人が選択できるので、資源の計画的配分の長所と、個人の自由選択の長所とを併せ持つことができる	(Aの場合)専門病院の診療料金が高すぎると、患者に階級が生ずるおそれがある。 (Bの場合)特になし。ただし、一次診療医師が重大な病気を見逃す危険はある

出展：市場指向の医療福祉改革再論より

第2章 医療供給の問題

第1節 ゲートキーパー方式

ゲートキーパー方式では低医療費を実現できるとされている。この制度は欧米諸国で数多く導入されており低医療費が達成されているため日本でも導入を行うことを検討している。日本で行われるゲートキーパー方式はかかりつけ医制度と包括払い制度を導入することで医療費を抑制しようとしているのである。フリー・アクセスとは異なり、患者自身が複数の病院を受診することは出来ない。患者自身がかかりつけ医として病院や診療所を登録し、登録した診療所をまず初めに受診するのである。そこでより高度な治療が必要ならば、大病院で治療を受けるのである。

また支払い方式も診療行為によって決定されている出来高払いではなく、その月に一定額を先払いし、その料金で診療行為を受ける包括払いに移行するのである。出来高払いでは病院は患者を診察すればするほど利益が多くなるため超過供給が発生する要因があるが、包括払いでは診療すればするほど利益が減る医療供給を抑えることが出来る。つまり、過剰な医療行為が減少するので医療費が抑制できるのである。しかし、包括払い方式では医療を提供しすぎると病院や診療所に対して損失が発生してしまうため、月額6千円以内に抑えようとする。そのため必要な検査や診察を控えるというインセンティブが働き医療の質が下がると懸念されている。

1-1 かかりつけ医制度

この制度の考え方は診療所に対してかかりつけ医として登録し、どのような症状であれ、まずその診療所を受診するのである。患者が登録した診療所では治療が行えないと判断された場合、かかりつけ医は大きな病院に紹介状を出し、患者はその紹介された病院で治療を受けるのである。つまり、診療所がゲートキーパーの役割を行うのである。このことにより大病院は外来患者見る必要がなくなり高度で専門的な診療行為を行えるのである。ゲートキーパー方式は第一次医療、第二次医療、第三次医療の住み分けをしっかりと行うことで資源効率化を達成するのである。

また、医療機関に支払われる金額は人頭払いが考えられているが、そのため、患者は前もって医師（診療所）に登録しておく必要がでてくる。ここで考えなければならないことは、旅行先などで急病になった場合はかかりつけ医以外の医師に診てもらえるのかどうかということである。

実際にイギリスの例を考えてみたい。イギリスでは総合医を GP (General Practitioner) として導入しているが、当初は GP 制度が厳格に実施されて患者は特定の GP に行かなければならないなど、この制度は非常に厳格に実施されていた。しかし、仕事場と GP のいる診療所が遠い場合にちょっとした風邪でも 1 日勤務を休まねばならないという問題などが起こった。結果として今ではかなり緩和されて自由に GP を選択できるようになったが、一旦決

めたら変更はできない。日本ではかかりつけ医を自分できめることができ、変更もできるが、変更するたびに手続きを行う必要があるため、状況的にはかわりがないといえるだろう。

またロンドン大学客員教授アリソン・ヒル氏は、『イギリスでは GP 制度が長期間実施されてきたため、専門医にはゲートキーパーとしての能力がなく、複雑な問題に対する処理能力が養われていない。したがって、万一 GP がゲートキーパーの役割を放棄すれば、専門医はこれに対応できず、結局は別のゲートキーパー制を導入せざるをえないだろう。』と発言されている。

第2節 フリー・アクセス方式

では、逆に日本で行われているフリー・アクセス方式について考えていく。

現在日本では、何時でも何処でも誰でもが医療費の一部を負担することで医療サービスを受けることが出来る。しかし、患者が自由に選択できるフリー・アクセス方式のもとでは大病院と診療所・中小病院との間の外来機能の差異を強調できない。そのため患者は症状に関係なく、より設備の整った大学病院などの大病院へと集中する傾向がある。つまり病院設備に見合った診察を行えないのである。この原因は患者側のモラルハザードである。

患者は保険証を提示すれば受診料が 3 割負担で済むため、残りの 7 割を税金でまかなっているということをあまり意識せずに病院へ行く。また、軽症でも大きな病院へ駆け込むということが頻繁に起こっており、大病院では 3 時間待ちの 3 分診療などが発生している。また、患者にとってより設備の整った病院で診察を受けることで、何か重大な病気だった場合でも安心感が発生する。そのため、大病院では患者が集中することになり、さらに資源配分上非効率が発生しているのである。

また、患者が診療所や病院に行く際、診察を受ける科が適切な科であるか判断することは難しい。さらに、高齢者は複数の症状を持っている場合が多く、いくつかの医療施設に通っている患者が多い。そのため検査など重複することになり、医療の資源配分上非効率となっている。

しかし、フリー・アクセスの概念である何時でも何処でも誰でも受けられる医療供給制度は世界に誇れるすばらしい制度であるため、この制度を守りたいと考えられている。だが、資源配分上非効率であり、無駄が多く発生するため、高齢社会を迎えるわが国では更に医療費が増大してしまう。その理由として、現在の支払い方式である出来高払いがある。出来高払い方式では患者が受けた治療によって料金を支払うため、病院は必要ない検査や治療を行おうとする。なぜならより多くの検査や治療を行うことによって病院側の利益が増えるからである。患者が多く診察を受けると医療費が増大してしまうため、この制度にも限界が生じているのである。

2-1 大病院指向

現在行われているフリー・アクセス方式では先ほど説明したとおり、資源配分行非効率であるためさまざまな問題が発生している。3 時間待ちの 3 分診療など大病院指向について説明する。まずは診療に関する料金の観点から述べていく。

病院と診療所の初診料は、270 点で同額である。内科でも、外科でも、整形外科でも、眼科でも、耳鼻科でも、泌尿器科でも、皮膚科でも、どんな病気でも、診療所や病院で最初に診察を受けたときの料金は同じである。しかし、同じ病気で 2 回目以降に診察を受けたときに発生する再診料は病院の規模によって異なる。再診料には、外来管理加算という追加料金が上乘せされる。外来管理加算は、とくに体調に変化のない患者を診察したときの料金で、再診料と外来管理加算をあわせた料金が、実質的な再診料金となる。これが適応されるのは診療所と 200 床未満の中小病院の場合で、200 床以上の大病院では、外来管理加算は加算さ

れない。200床未満の病院の再診料は60点、200床以上の大病院では70点である。一見、大病院の再診料が高くみえるが、加算料金が無いので実質の再診料は中小病院よりかなり安くなる。

次に患者の医療機関の選択に関する調査結果をみると、身体の不調などで最初にかかる医療機関について、「身近な医院」にかかるとする者が62.4%いる一方、「地域の比較的大きな病院」、「遠くても大きな病院や専門病院」にかかるとする者がそれぞれ28.6%、7.9%となっており、大病院志向の患者が多い。また、大病院志向を持つ患者の中で、大病院等を選んだ理由としては主に、「各種医療機器がそろっている」(55.2%)、「高い技術を持った専門医がいる」(36.4%)、「どんな病気でも対応してくれる」(35.9%)、「大きな病院の方が何となく安心できる」(24.2%)という理由が挙げられる。

さらに、患者の大部分が大学病院に対して満足感を得ている。以下は全国の大学病院の外来を受診した患者を対象にしたアンケート結果である。このアンケートで「あなたは、この病院にきてよかったですか」という設問に対して、外来患者の約8割が大学病院に満足している、と回答した。具体的には、非常に満足と回答した人が、35.6%、満足と回答した人が41.4%、普通と回答した人が17.8%であった。一方不満と回答した人が5.2%、非常に不満と回答した人は0%であり、大病院に通うことに対して不満を持っている人はほとんどみられない。そのため、大病院志向が減少せず依然として大病院に患者が集まるのである。

第3章 先行研究

第1節 医療支払い方式の比較

診療報酬制度が出来高払い制度から包括制へと移行することによってどのようなことが起こるのかを理論的に検討することにする。包括制の理論モデルについては、ここでは河合[2000]のモデルを示す。

まず議論の前提となる医療機関の技術条件と患者の需要条件は以下のように想定する。

医療機関 j の利潤： $\Pi_j = R_j - C_j$

医療機関 j の収入： $R_j = (p_0 + p_1 Q_j) N_j$ (p_0 : 1件当り包括料金、 p_1 は質1単位当り定率料金)

医療機関 j の技術条件： $C_j = (c_0 + c_1 Q_j) N_j$, $Q_j \leq Q_M(K_j)$

ただし、 C_j : 総費用、 N_j : 患者数、 Q_j : 診療の質、 Q_M : 提供可能な診療の質の上限、

K_j : 医療機関の保有する物的・人的資源

患者の需要関数： $N_j = N_0 f(Q_j, T_j)$, $f_Q > 0$, $f_T < 0$

ただし、 N_j : 医療機関 j の来院患者数、 N_0 : 平均患者数、 T_j : 患者の自己負担額

患者の自己負担額： $T_j = t_0 + t_1 (p_0 + p_1 Q_j)$ (t_0 : 定額負担、 t_1 : 限界負担率)

医療機関の限界収入と限界費用はそれぞれ、需要の質への弾力性を η とすると

限界収入： $MR_j = p_1 N_j + (p_0 + p_1 Q_j) N_Q = \{(1 + \eta) p_1 + \eta p_0 / Q_j\} N_j$

限界費用： $MC_j = c_1 N_j + (c_0 + c_1 Q_j) N_Q = \{(1 + \eta) c_1 + \eta c_0 / Q_j\} N_j$

のようになるから医療機関の限界利潤は、

$MR - MC = \{(1 + \eta) (p_1 - c_1) + \eta (p_0 - c_0) / Q_j\} N_j$

のようになり、利潤最大化の一階の条件より最適な医療の質

$Q_j^* = k(p_0 - c_0) / (c_1 - p_1)$, $k = \eta / (1 + \eta) = 1 - 1 / (1 + \eta)$, $k' > 0$

が得られる。

ここで医療需要の質への弾力性 η の性質について整理しておく。瀬岡[1995]では、Hottelling-Salopの円冠市場モデルを用いて、患者の病状が重いほど、市場に存在している医療機関の数が多いほど η は大きくなることが示されている。本稿では、自己負担額をモデルに導入したので、自己負担の増加が η にどのような影響を及ぼすのかについて示す。

この弾力性は定義より

$$\eta = \frac{\partial N_j}{\partial Q_j} \frac{\partial Q_j}{\partial N_j} = \left\{ \frac{\partial f}{\partial Q_j} + \frac{\partial f}{\partial T_j} \frac{\partial T_j}{\partial Q_j} \right\} \frac{N_j}{Q_j}$$

のようにかけるが、患者の自己負担が定率負担かつ出来高払い制度 ($t_1 > 0$ and $p_1 > 0$) であれば、 $dT/dQ = t_1 p_1 > 0$ となり、負担率の上昇や出来高払いの診療報酬の増大は η を引き下げる。しかし老人保険のような定額自己負担や定額料金制度 ($t_1 = 0$ or $p_1 = 0$) のもとでは η を目減りさせるような効果が全くないことになる。この括弧内の第2項は、患者のモラルハザードの存在が医療機関の供給する医療サービスの質を引き上げる効果を示している。

1-1 出来高払い制

純粋な出来高払い制度のもとでは $p_0=0$ となるが、このもとでは限界利潤が

$$MR-MC = \{(1+\eta)(p_1-c_1) - \eta c_0/Q_j\} N_j$$

となる。この質に関する限界利潤は Q_j が十分大きいとき、 $p_1 > c_1$ である限り正值となるので、合理的な医療機関は診療の質を無限に拡大することが合理的になる。しかし、技術的な制約より最適な診療の質は $Q^*=Q_M$ となる。一方、 $p_1 \leq c_1$ のときは $Q^*=0$ 、すなわち医療サービスの提供を止めることになる。出来高払い制度のもとでは医療機関 j の利潤は、すべての医療機関が同じ Q_M を提供するならば、 $N_j(Q_M)=N_0$ となるため、利潤は

$$\Pi^*_j = \{(p_1-c_1)Q_M - c_0\} N_0 \text{ となる。経済全体の医療費は、} V = p_1 Q_M N \text{ となる。}$$

1-2 包括払い制

純粋な包括払い制のもとでは $p_1=0$ となり、最適な診療の質供給は $p_0 > c_0$ である限り、

$$Q^*_j = k(p_0 - c_0)/c_1, \quad k = \eta / (1 + \eta) = 1 - 1 / (1 + \eta), \quad k > 0$$

となる。すべての医療機関が同じ Q^*_j を提供するならば、 $N_j(Q^*_j)=N_0$ となるため、医療機関の利潤は $\Pi^*_j = (p_0 - c_0) / (1 + \eta) N_0$ となる。また経済全体の医療費は、 $V = p_0 N$ となる。

包括制のもとでは定義からもわかるように診療報酬 p_0 の引き下げにより必ず医療費を抑制することができる。しかし、包括制の問題点として最も重要なのは、それによる医療の質の低下の問題である。モデルが示すように、包括制のもとでは出来高払い制度に比べて明らかに医療の質は低下する ($Q^* \leq Q_M$)。さらにモデルは、診療報酬 p_0 の引き下げにより必ず診療サービスの質が低下することを示している。

これは、 $dQ_j/dp_0 = -k/c_1 < 0$ より明らかである。

第2節 医療供給量

さらに、小潮[1998]による出来高払いと包括払いに関する議論をあげる。

いま、患者の効用関数は、医療そのものからの効用から保険料を差し引いたものと設定する。患者が医療サービス x から得られる効用を $f(x)$ とあらわす。医療コストが完全に保険料でカバーされることとし、医療サービス単価を w とする。医療コストは医療サービスの量に比例し wx と表されるとする。そのとき、患者の効用関数は

$$U_p(x) = f(x) - wx$$

表現される。 $f(x)$ は x が一定の水準 (x' とする) にいたるまでは増加するものの、その水準を超えると減少すると仮定する。すると患者にとって最適な医療サービスの水準は

$$U_p'(x^*) = 0, \quad \text{すなわち、} f'(x^*) - w \text{ をみたす } x^* \text{ で表される。これは、医療サービスから得られる限界効用とそれを供給するための限界費用が等しくなることを意味する。}$$

一方医師は、患者が医療サービスから受ける効用だけではなく、病院の利益 $\pi(x)$ を考慮して行動する。つまり、医師は、

$$U_d(x) = \alpha f(x) + \pi(x) \quad \alpha > 0$$

という関数の値の最大化を目指すことになる。 α の値が大きいほど、医師は患者の便益をより考慮することになる。

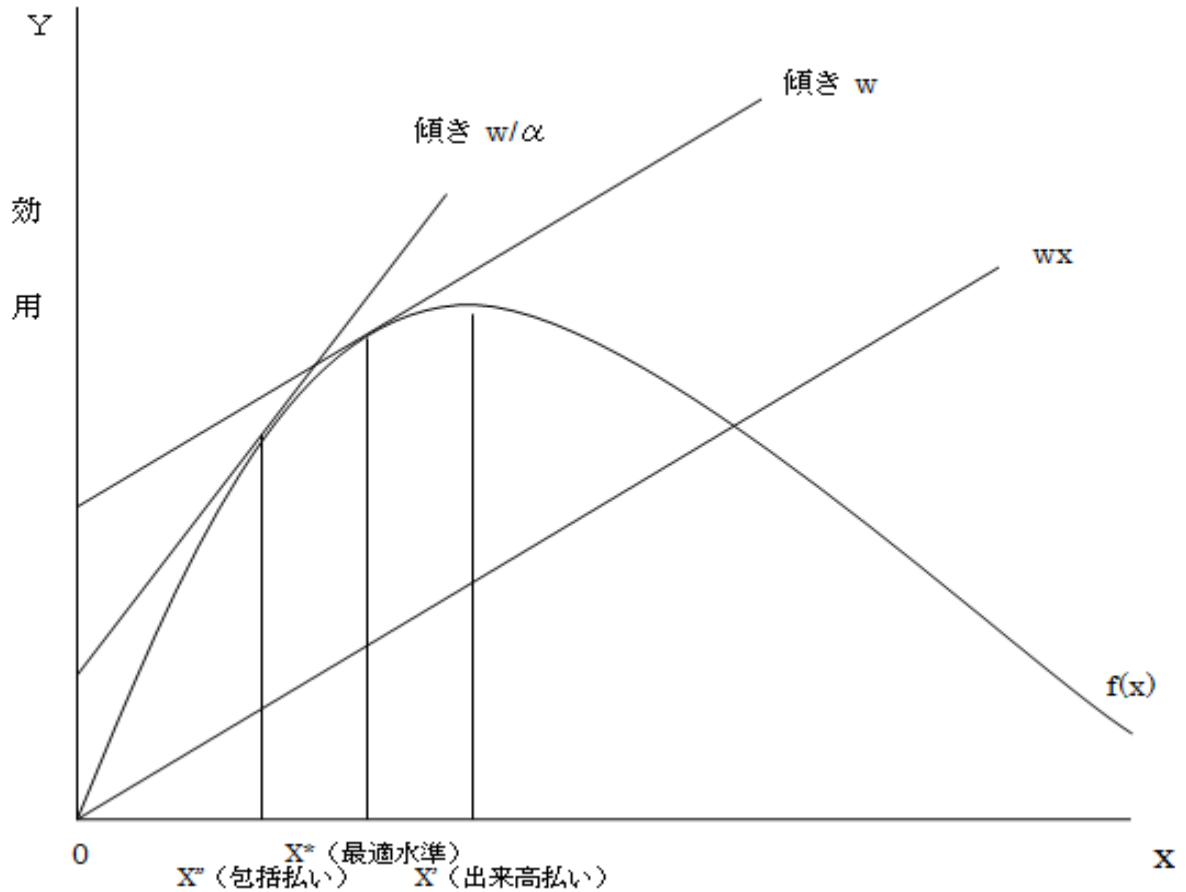
さて、医師は、患者の保険料負担や医療保険の収支には無関心であり、病院が受け取る保険給付を所与として行動するとする。このとき、包括払いの場合は、医療サービスの水準に関係なく、病院は C だけの保険給付を得るとする。したがって $\pi(x) = C - wx$ となるから、 $U_d(x)$ を最大にする $x(x'' \text{ とする})$ は、 $U_d(x'') = 0$ より、

$$f'(x'') = w / \alpha$$

となる。そのため、医師が患者の便益より病院の利益を重視すると ($\alpha < 1$)、この式の右辺の値は w より大きくなり、 $f(x)$ の形状より $x'' < x^*$ となって医療サービスは過少供給されることがわかる。

一方、出来高払いの場合は、病院で支出された医療コストがそのまま保険給付されると想定すれば、病院の利益は常にゼロとなるため（サービス単価 w に病院の-margin が一定比の比率で含まれていると想定してもよい）、 $U_d(x)$ を最大にする x は $f(x)$ を最大にする x^* に等しくなる。しかし、これは、保険料負担も考慮した患者の効用 $U_p(x)$ を最大にする保健サービスの水準 x^* を上回っており、過剰な医療サービスが供給されていることを意味する。

以上より、包括払いでは診療の質の低下、ならびに医療サービスが過少供給されることがわかる。一方、出来高払いでは診療の質を無限に拡大することが合理的な反応であるということと、医療サービスが過剰供給されることがわかる。



第4章 分析

第1節 分析

出来高払いにした際、医療サービスが過剰供給されることをなくすことができないかを考察していくことにする。前提として、 $f(x)$ は患者の効用であるため、医療の質があがれば上方に拡大し、下がれば下方に縮小すると考える。また $f(x)$ を考えるとき、その最大値は患者の望む医療サービス需要量を満たしたときと考えられる。その需要量とは、自らの健康が回復する量であると考えられるため、 $f(x)$ の拡大縮小に際して、その最大値をとる x の大きさは変わらないものとする。

考察の方針として、 x' と x^* を近づけていくことを考える。そのときの方法としては w 自体を小さくしていくという方法がある。その際、 w の傾きを変えることで近づけていくことができる。それは小潮[1998]の考察と図により明らかである。つまり、 w/α が大きくなれば左方に x^* が動くわけであるから、 w/α を小さくしていけばいいのである。出来高払いを考えるときにこのことを満たそうと思えば w を小さくすればいいわけであるが、それは診療報酬を下げることに同義となる。すると患者の一定率負担は変わらないとしても実際の患者負担は減ることになる。

ここで、小山[2001]による議論をあげる。

d を患者の需要量、 s を医師の必要と判断する医療供給量とする。

ケース1: $d < s$

これは例えば、患者自身が自分の病気を軽いと思い込み、 d が s よりも低くなるケースである。

この場合、最終的に取引量は医師の供給量 s で決まる。患者の病気について医師の方が専門的な医療知識を持っているため、医師は患者よりも情報の上で有利な立場にある。医師が患者に対して、より多くの医療サービスを受ける必要があると説明すれば、患者の医療需要は誘発される。医師は、低い水準にある患者の需要 d を高くなるように誘発し、医師の供給水準 s まで引き上げることができる。この結果、最終的な医療費は医師の供給水準 s に決定される。これは、医師による誘発需要理論である。出来高払い制度の下では医療機関は医療供給を増加させればさせるほど利潤が増加するため、患者の低い需要を高めるインセンティブを持っているのである。また、医療単価が下がったことで追加的医療サービスに対する対価が小さくなり、患者も追加的な自己負担の増加が少なくなるので、医療水準を s に高めること、もしくは s に近づけることを同意する。すると、医師は利潤最大化し、患者は効用最大化となり、両者の合理的な行動に基づく均衡が成立する。

ケース2: $s < d$

これは例えば、患者が自分の病気を重病と誤解したケースである。しかし、ケース2が生じる重要なケースは、患者の自己負担額が低すぎるため、患者の医療需要が高くなっている

場合である。例えば老人医療費における高齢者の自己負担額を思い出すと、低い自己負担額は、高い医療需要を生じさせている。

この場合、最終的な取引量は患者の需要dに決まる。問題は医師の行動である。社会診療報酬が出来高払いの場合、医師は利潤最大化行動から医療サービスを増加させるインセンティブを持っている。したがって患者の求める水準まで医師は供給を増加させる。この場合、医師は利潤最大化し、患者は効用最大化しており、両者の間で均衡が成立している。

つまり、医療供給側が供給量を増やすというインセンティブが働き、結果として不必要な供給まで行ってしまうのである。加えて、先述した河合[2000]によれば、wを下げることはすなわち質の低下につながるわけである。

そこで提案する方法は、 $f(x)$ の絶対値を上げてしまう、つまりは上方に拡大するということである。

ここで、考えやすくするため、 $f(x)$ は単純な2次関数として考える。そのとき $f(x)$ に関して最大値をとる x の値は変化せず $f'(x)=0$ となる x の値は等しいため、先に述べたとおり、上方に拡大するだけである。よって $f(x)=0$ となる x の値は同じとなる($x=0, a$ とする)。このとき $f(x)=x(x-a)$ とおける。すると $f'(x)=(x-a)+x=2x-a$ となる。

このとき $U_d(x)$ との交点は $f'(x^\#)=w$ より、

$$x^\# = \frac{a+w}{2} \text{ となる。}$$

次に、 $f(x)$ の絶対値をあげた場合である。このとき $f(x)=bx(x-a)$ とおくことができる。

すると $f'(x)=b(x-a)+bx=2bx-ab$ となる。

このとき $U_d(x)$ との交点は $f'(x^\#)=w$ より、

$$x^\# = \frac{ab+w}{2b} \text{ となる。}$$

$$x^\# - x^\# = \frac{a+w}{2} - \frac{ab+w}{2b} = \frac{w(b-1)}{2b}$$

ここで、 $w>0$ なので $b>1$ であれば、 $x^\#>x^\#$ となり、 x' と x^* が近づくとわかる。

つまり、患者の効用を高めればよいということになる。患者の効用と医療の質は比例傾向にあると容易に想像がつくため、医療の質をあげることが課題となる。

ここで河合[2000]によれば、医療の質を上げるインセンティブは包括払いでは働かず、出来高払いのみで働くことがわかっているため、出来高払い方式が採用されるべきであると結論付けることができる。

医療の質を確保しようと考え、支払い方式を出来高払いで行う場合、医療費が増大してしまう。そこで第一次診療、第二次診療、第三次診療の住み分けをしっかりと行うことで医療費を抑制できると考える。フランスでは支払い方式は出来高払いであるが、かかりつけ医制度など医療機関の住み分けを行った結果、医療費の削減効果はあったため、日本でこのように制度を変更した場合でも削減できると考えられる。

第5章 政策提言

第1節 ツー・チャンネル方式

そこで私たちは医療供給システムをゲートキーパー方式とフリー・アクセス方式とを組み併せたツー・チャンネル方式の導入を提案する。

ツー・チャンネル方式とはゲートキーパー方式とフリー・アクセス方式を組み合わせた制度である。この方式では患者はまず診療所に行き、重症だと判断された場合大学病院や専門病院に紹介状を出してもらおうシステムである。しかし、ゲートキーパー方式とは違い登録医制度などは配置せず、患者は自由に病院を選択し診察を受けることができるが、大病院や専門病院などに直接行く場合、別途保険外の追加徴収金を病院に払う方式である。この制度を行う理由は、大病院に行く患者の抑制と人材などの資源の効率化を目的としている。だが、患者自身もただ決められた病院に行くのではなく、診療所に行くか大病院に行くかを自由に選択できるのである。

また、支払い方式は包括払いではなく出来高払い方式を行う。この理由は上記の分析の数式で求められたように医療費は抑制されるが質が下がるため出来高払いを用いる。出来高払いでは支払い方式は現行と同じであるため医療費抑制の見込みはないが第一次医療、第二次医療、第三次医療と患者の症状に併せた住み分けをしっかりと行うことで資源効率化ができ、現状と比べると抑制は達成される。

第2節 開業勤務医制度

この開業勤務医制度とは、数人の医師が自分のクリニックを持ちつつ、ネットワークを組み、ひとつの「センター病院」を運営するという構想である。このモデルのポイントは、

- ・ 医療器材に関して、極力「センター病院」の物を利用して自分のクリニックの初期投資は最低限とする。
- ・ 同じ専門のドクターがネットワークを組み「センター病院」を共用、複数名で適宜カンファレンスなどを行うことで、高度な医療の質を確保する
- ・ 自分のクリニックとセンター病院での治療を交互に行い、自己の判断と裁量で一人の患者の医療を全うすることで、患者と医師の双方の満足度を高める

などが挙げられる。

また、大学病院や大型病院の勤務医にとって、現場で高いレベルの医療を行えることが大きな魅力である。これら高いレベルの医療技術を持つ医師たちの専門性を維持したまま、患者に充実したサービスを供給することが、このモデルの最大の目的である。

つまり、勤務医が開業医として診療所を開業しながら、センター病院を運営していくのである。診療所では設備の問題などで治療や検査を行えなくても、センター病院では治療や検査が行えるため、同じ医師がその患者を担当することができるのである。つまり、再検査や

薬剤の重複などが抑えられ、患者も信頼している医師に治療を任せられるため満足度が高い。また、診療所では行えない入院もセンター病院では行えるため患者の経過観察も行える。

この制度ではセンター病院は入院や特別な治療が必要な患者のために開業医が治療を行う。そのためセンター病院では外来患者を持つ必要がなく、外来患者は開業医が担当するのである。つまり、医療資源の効率化が行えるのである。

第3節 新制度の考え

私たちはこのツー・チャンネル方式と総合医制度、そして開業勤務医制度を併せ、支払い方式を出来高払いとした新制度を提案する。

この新制度では患者はまず、第一次医療である診療所を受診する。診療所の医師は総合医であるためどのような症状であっても診察が行える。また患者自身別途保険外の徴収金を支払えば大病院に自分の意思で行くことができる。現在でもかかりつけ医を通さず 200 床以上の大病院に行くと保険外の追加別徴収金を支払うようになっている。この徴収金額は病院が定めても良い。しかし、この新制度では追加別徴収金を厳格化し、第一次医療以外で受診すれば発生するようにし、その場合の料金も引き上げる必要がある。

第一次医療で検査を受けた患者は総合医に大病院や専門病院での治療が必要と判断された場合、総合医は専門病院への紹介状を出し、患者はその病院を受診する。第一次医療を担う診療所を介することで大病院では外来患者に対する人的資源を最小限に抑えることができる。そのため大病院での勤務医は専門的な治療に割く時間が多くなり効率化を図ることができるのである。

また、地域間で数箇所の診療所と入院や基本的な設備のある中小の病院でネットワークを組むことで担当した患者を最後まで見ることができる。診療所の医師はもともと大学病院で専門的な分野の技術を持った医師が開業した者が多い。そのためさまざまな専門的な技術を持った医師が地域間でコミュニティを作りひとつの病院と提携するのである。ゲートキーパー方式を採用すれば診療所と大病院さえあれば成り立ってしまうため、中小の病院の存在意義が薄れてしまうと考えた。そこで私たちは中小の病院を地域間のセンター病院として活用し、入院や診療所では行えない治療や手術を行う場として利用するのである。外来患者はセンター病院では一切受け入れず、診療所での患者や救急搬送された患者のみ受け入れる。受診した診療所の担当医が最後まで治療や経過観察を行えるため患者の効用は高くなる。また、開業医にとっても専門的な治療を行えるため開業医に対する満足度も得られる。

これらの制度を併せることで第一次医療、第二次医療、第三次医療の適切な住み分けが行えるため、医療供給の効率化が行えるのである。そのため、薬剤や検査の重複などの無駄な医療供給が抑制でき、医療費の抑制に繋がるのである。

包括払い方式では医療費抑制の効果は確かに認められているが、医療の質が下がってしまうことが懸念されている。後期高齢者社会を迎える日本では現行の医療制度では限界を迎えており、このままでは維持していくことは不可能であるため、医療費を抑制することは必須である。出来高払い方式では医療の質は確保できるが医療費の抑制効果はなく増大してしまう。つまり、支払い方式を変えず医療資源を効率的に運用できれば医療の質を下げずに医療費を抑制することができると考えられ、私たちはこの新制度を医療政策として提案する。

参考文献・データ出典

《先行論文》

- ・ 河合啓希 丸山士行 (2000) 「包括制導入が医療費と診療の質に及ぼした影響に関する分析」
- ・ 小山光一 (2001) 「欧米諸国における社会保障改革の再検討」『財務省財政総合政策研究所『ファイナンシャル・レビュー』February—2001

《参考文献》

- ・ 池上直樹 (2006) 『医療問題』日経文庫ベーシック
- ・ 小塩隆士 (2005) 『社会保障の経済学』日本評論社
- ・ Ellis, Randall P. and Thomas G. McGuire (1990),
“Optimal payment systems for health services”,
Journal of Health Economics 9, pp. 375-396.

《データ出典》

- ・ 厚生労働省 『我が国の保健医療の現状と課題』
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0102-a.pdf#search>
アクセス日時：2008年11月10日
- ・ 全国医学部長・病院長会議 『臨床指標による大学病院の医療の質・安全・患者満足度に関する調査』
http://www.umin.ac.jp/nuh_report/rinshou-shihyou..pdf#search
アクセス日時：2008年11月17日
- ・ 社会保障審議会医療部会 『医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0423-9d.pdf#search>
アクセス日時：2008年11月17日
- ・ 福岡市医師会 『医療情報室医療情報室レポート』
<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/jouhousitsu/report086.html>
アクセス日時：2008年11月10日
- ・ 厚生労働省 『平成18年度医療費の概要』
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/06/index.html>
アクセス日時：2008年10月10日
- ・ 少子化情報ホームページ 『50年後の日本人口－現在と2050年の年齢構成の比較－』
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/>
アクセス日時：2008年10月20日