

---

**特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方**

---

## 医療提供制度を改革する政策手法 ——診療報酬，計画規制，補助金——

島崎 謙治\*

---

### 抄 録

医療提供制度の改革に当たって政策手法の選択は非常に重要である。医療提供制度は複雑系であり、政策手法を間違えると政策意図に反した結果さえ招きかねないからである。わが国では医療提供制度の改革は診療報酬による経済的誘導に依拠してきた。しかし、診療報酬は万能ではない。診療報酬は診療の対価であり、医療機関の統合・集約化にはなじまない面がある。このため、計画規制や補助金等の政策手法との組合せが必要になる。実際、地域医療構想の策定が進められるとともに、医療介護総合確保基金を通じた財政支援措置が講じられている。ただし、地域医療構想の実効性については数多くの課題がある。また、診療報酬と異なり補助金は医療提供と医療財政を接合する機能が脆弱である。地域医療の将来像について医療関係者が共通認識をもつことは大切であるが、計画規制や補助金は診療報酬を代替するものではなく補完にとどまる。

キーワード：診療報酬，計画規制，補助金，地域医療構想，医療介護総合確保基金

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.596-611.

---

### I はじめに 一本稿の目的および構成一

政策は、①現状の問題点の分析、②目指すべき方向性の措定、③それを実現するための手法の選択、の3つから成る。問題点の分析が不十分だとピント外れの政策になる。目指すべき方向が曖昧であれば、政策は一貫性を欠いたものとなる。したがって、政策を論じるうえで①および②は大切であるが、③もこれらに勝るとも劣らぬ重要性をもつ。このことは、とりわけ医療提供制度の改革において強調される。医療提供制度は複雑系（さ

まざまな要素が相互に関連し複雑に入り組んだシステム）であり、政策手法を間違えると効果が減殺されるだけでなく、政策意図に反した結果さえ招きかねないからである。

本稿では医療提供制度の改革手法について論じるが、網羅的ではなく、診療報酬、計画規制、補助金の3つを中心に考察する<sup>1)</sup>。その理由はこれがホットイシューだからである。すなわち、医療計画による病床規制など若干の例外を別にすれば、わが国の医療提供制度の改革手法はこれまで診療報酬一本槍であったといっても過言ではない。しかし、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年

---

\* 政策研究大学院大学教授

<sup>1)</sup> 医療提供制度の改革手法については、筆者は本稿の末尾の参考文献に掲げた著作のなかで既に論じている。本稿はそれらを基に大幅な加筆修正を行ったものであることをお断りしておく。

8月6日)は、診療報酬主導の改革の弊害を指摘し、データに基づく計画的手法の重要性を強調するとともに診療報酬とは別の財政支援制度の創設を提言した。そして、これは現実に立法(略称「医療介護総合確保推進法」)に結びつき、現在、地域医療構想の策定および医療介護総合確保基金制度を通じた改革が進められている。

これをどのように評価すべきなのか。わが国の医療提供制度の改革がもたらす診療報酬に依拠してきたのはなぜか、地域医療構想や基金制度の本質をどのように理解すべきなのか、診療報酬は計画規制や補助金に取って代わられるべきものなのか。本稿の主眼はこれらについて論じることにある。

本稿の構成は次のとおりである。まず、医療提供制度の改革手法について概観する(Ⅱ)。次に、診療報酬の性格・特徴の考察を含め診療報酬の政策誘導について論じたうえで(Ⅲ)、診療報酬主導の改革の是非に関し検討を行う(Ⅳ)。これを受け、地域医療構想による計画規制を取り上げ、その実効性をめぐる課題や診療報酬との関係について論じるとともに(Ⅴ)、基金制度による補助金的手法の評価および診療報酬との関係について考察する(Ⅵ)。

## Ⅱ 医療提供制度の改革手法の概観

### 1 医療提供制度の改革手法の分類

医療提供制度の改革手法はいくつかあるが、切り口の異なる次の2つの分類方法がある。

第1は、市場競争か計画規制かという分類である。これは医療の特性および市場の捉え方に関わる。すなわち、医療も経済的な取引の対象となるサービス財であり、医療サービスの提供者(医療機関)および消費者(患者)から成る市場が存在し、それをうまく機能させれば効率化できるという考え方がある<sup>2)</sup>。しかし、医療分野では市場メ

カニズムは部分的には働くが、十分にはうまく機能しない。医療は消費者が商品を手に取り品質や価格を比べ購入するのとは異なる。主な相違点は、①医師と患者の情報の非対称性が非常に高いこと、②医療は不確実性が高いこと、③医療は必需財であり社会的公正の確保が求められること、の3つである。また、医療提供者間の競争を喚起すれば効率性が高まるという見方も一面的過ぎる。医療機関の地域偏在が生じるとともに、医療提供者間の関係は単純な競争関係ではなく地域の中で協力・連携するという側面もあるからである。こうした医療の特性を強調すれば、計画規制的手法を重視するという考え方が生まれる。けれども、計画規制的手法には、健全な競争を阻害し医療現場の創意工夫や改善意欲を殺ぐという難点がある。さらに、わが国の医療提供体制は民間セクターが中心であり、職業選択(営業)の自由や財産権の保護(憲法第22条第1項および第29条)との兼ね合い上、強権的な規制手法は採りにくいという問題もある。いずれにせよ、医療の特性や日本の医療制度の特質を考えると、極端な競争的手法や計画規制的手法は奏功しない。

第2は、医療保険のファイナンスとの結合の強弱による分類である。医療制度は、医療サービスのデリバリー(提供)に関する制度(医療提供制度)と医療費用のファイナンス(調達・決済)に関する制度(医療財政制度)の2つから成る。両者の結合が弱いと医療制度はうまく機能しない。医療提供制度の改革手法のなかで最もファイナンスとの結合が強いのは診療報酬である。というより、後述するように、診療報酬制度は医療財政制度のサブシステムである以上、これは当然のことである。医療計画に基づく病床規制もファイナンスと繋がっている。都道府県知事の勧告に従わずに病床過剰地域で増床した場合は、当該増床分は保険医療機関の指定を行わないことができるからである。また、保険者機能の発揮(とりわけ中央

<sup>2)</sup> その典型例は「管理された競争」(managed competition)という考え方である。これは、医療においても「市場の失敗」の要因をうまく除去すれば、社会的公正を損なうことなく、質と価格による競争が行われ医療の効率化が図られるというものである。この考え方を政策に採り入れた国はオランダをはじめ少なくないが、必ずしも奏功したとはいえない。その理由等を含め、島崎(2011) pp.128-133を参照されたい。

社会保険医療協議会における診療側との診療報酬額の交渉)もファイナンスとの結合の一形態とみることができる。これらに比べ、医療機能の情報開示と患者の選択を重視する手法等はファイナンスとの結合は弱い。

## 2 主な改革手法の位置づけ

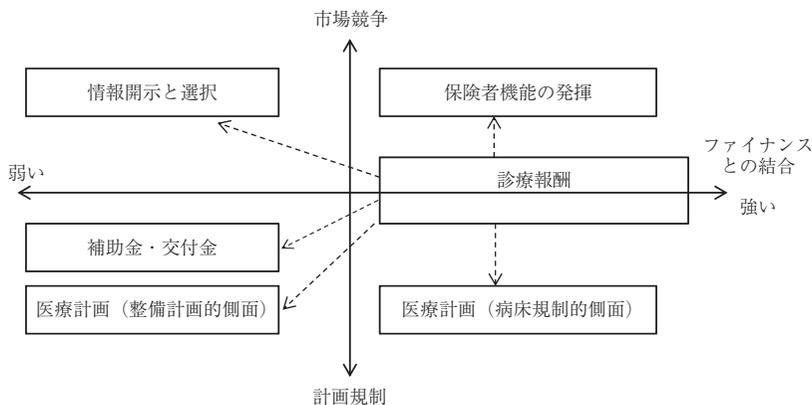
図は、以上の2つの分類方法を踏まえ、わが国でこれまで採られてきた医療提供制度の改革手法の位置づけを示したものである。縦軸は市場競争か計画規制かという軸であり、横軸は医療保険のファイナンスとの結合の強弱を表している。若干説明を加える。

第1は、診療報酬である。この図において診療報酬は、①第1象限と第4象限にまたがるとともに、②縦軸のゼロ付近に位置づけている。①は、診療報酬は「飴」(例：点数の引上げや各種加算の新設)により競争を喚起することもできるし、「鞭」(例：点数の引下げや算定要件の厳格化)により規制に類似した効果をもたせることもできるからである。②は、診療報酬による政策誘導はインセンティブの付与という間接的な手法であり、診療報酬は極端な市場競争的手法や直接的な計画規制ではないことによる。また、この図で診療報酬から出ている破線は、診療報酬は他の手法と組合せ可能であるだけでなく直接連動させ得ることを表している。その例としては、診療報酬の救急

医療管理加算の算定要件(施設基準)として医療計画上の位置づけが明記されている医療機関等に限ること(医療計画との連動性)、総合入院体制加算1の算定要件として日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受審していることを規定すること(情報開示の第三者機関による補完)、各種チーム医療の加算において一定の専門職種が加わることを算定要件とすること(当該職種養成のインセンティブの付与)が挙げられる。

第2は、医療計画である。この図で医療計画を病床規制と整備計画の2つに分けたのは、医療計画には、①病床過剰地域における病床規制、②医療提供の整備目標の設定および連携体制の確保、の2つの異なる性格があるからである。その沿革についていえば、1985年の第一次医療法改正により、都道府県は医療計画を策定することが義務づけられたが、①が必要的記載事項であったのに対し、②は任意的記載事項にとどまっていた。しかし、1997年の第三次医療法改正によって②も必要的記載事項になり、さらに2006年の第五次医療法改正により、都道府県単位で4疾病5事業(現在は5疾病5事業および在宅医療)の医療提供の整備・連携体制の構築を図ることとされたという経緯がある。

第3は、補助金および交付税である。わが国の医療機関の経営原資の大半は診療報酬により賄われているが、例外がないわけではない。1つは国



(出所) 島崎 (2011) p.361の図を一部改変。

図 医療提供制度の改革手法の分類 (概念図)

庫補助金である。その代表例としては、へき地医療拠点病院やへき地診療所等の運営費に対する補助金（医療施設運営費等補助金）、救急医療対策事業や周産期医療対策事業費等の運営費に対する補助金（医療提供体制推進事業費補助金）等が挙げられる。もう1つは公立病院に対する地方交付税措置である。わが国の医療提供は民間セクター中心であり、病院の約8割（病床ベースでは約7割）は医療法人等の民間立であるが、へき地医療や救急・災害・周産期などの不採算・特殊部門の医療は公立病院が重要な役割を担っている。このため、病院事業に対する一般会計からの繰出金等の所要額が毎年度の地方財政計画に計上され、その一部について普通交付税および特別交付税により財政措置が講じられている。

### Ⅲ 診療報酬による政策誘導

#### 1 診療報酬の法的性格

医療提供制度と医療財政制度の関係はしばしば「車の両輪」に譬えられる。両輪を繋ぐ「車軸」を欠けば車はうまく機能しない。日本の医療制度において、この「車軸」に相当するのが現物給付および診療報酬である。すなわち、わが国の医療財政制度は社会保険方式により行われているが、保険者は保険給付を厚生労働大臣が指定する保険医療機関において「療養の給付」という形で現物給付するのが原則である（健康保険法第52条、第63条第1項、第76条第1項等）。そして、保険医療機関が被保険者（患者）に療養の給付を行った場合、保険者がそれに要する費用として保険医療機関に対し支払われるのが診療報酬である（健康保険法第76条第4項・第5項等）。つまり、医療機関は指定を受けることによって、保険者が被保険者のために行うべき療養の給付を保険者に代わって行い、その対価として保険者から診療報酬を受け取るという関係が成立する。

保険医療機関は診療報酬を受け取る権利を得る反面、保険診療ルールに則り適正な診療を行う義務を負う（健康保険法第70条第1項、第72条等）。このルールを定めたのが「保険医療機関及び保険

医療養担当規則」（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という）である。療担規則は訓示的な規定も少なくないが、特殊な療法や薬物使用の禁止（これらは混合診療禁止の根拠となる）など重要な規定も含まれている。また、診療報酬は保険医療機関と被保険者（患者）の間で自由に決められるわけではない。「療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする」（健康保険法第76条第2項）との規定に基づき、「診療報酬の算定方法」（平成20年3月5日厚生労働省告示第59号）が定められており、1点単価10円に点数を乗じて算定されるからである。この点数を具体的に定めたのが「診療報酬点数表」（上記の算定方法の告示の別表。以下「点数表」という）である。点数表は医療サービスの「公定料金表」であるが、保険給付の対象となる診療行為は原則として点数表に掲載されているものに限られるため、点数表は「保険診療一覧表」としての性格も有する。また、点数表には個々の点数につき算定できる要件（例：施設・人員基準、請求上限等）が規定されているため「算定要件集」でもある。そして、レセプトに記載された診療内容が保険診療として適切であるか否かをチェックするのが審査である。つまり、療担規則や点数表が保険診療ルールの事前統制機能を果たしているのに対し、レセプトの審査は事後統制機能を担っている。

要するに強調したいことは、①診療報酬の法的性格は現物給付の対価であること、②診療報酬は一連の仕組（診療報酬制度）として構成されていること、③診療報酬制度は医療財政制度のサブシステムであるが、以上のメカニズムを通じ医療提供制度とも密接に関わっていること、の3つである。

#### 2 日本の診療報酬の特徴

政策誘導に関わる日本の診療報酬の特徴としては次の4点が挙げられる。

第1は、1点単価固定方式が採られていることである。本来、点数は医療行為の難易度等に伴う相対的な指標、1点単価は物価・賃金水準を反映した

経済的指標であり、外国の例をみても1点単価は変動させるのが普通である<sup>3)</sup>。しかし、わが国では、1958年に現在の診療報酬体系の原型が制定されて以来、1点単価は10円で固定されている。その理由としては、1点単価に端数がつくと患者の一部負担金の計算が面倒になること等も挙げられるが、本質的な理由ではない。それよりもはるかに重要な理由は、点数操作を通じた政策誘導の裁量性を確保することにあったと筆者は考えている。実際、国は2年に1度の診療報酬改定のつど、(本来は相対的な配分係数であるはずの)個々の点数を全面的に見直すことにより広範な政策誘導を行ってきた。

第2は、診療報酬の対象経費および原価との関係である。わが国の診療報酬は全体として医業経営が成り立つように設定されており、個々の点数と当該行為の費用は厳密な対応関係にはない。たとえば、欧米諸国では病院の投資的経費は診療報酬ではなく租税財源により賄われる場合が多いが、わが国では建物・機器の購入・更新費等も診療報酬の対象である。こうした投資的経費や間接経費(事務職員の人件費等)は個別の点数として明示されない。これらは各点数に(入院基本料や初診料・再診料に限らず手術料や検査料等にも)「薄く広く」含まれていると考えられる。また、各点数は原価に基づき設定されているものではない。新医療費体系を構築する際に原価計算が試みられたが、結局は中途半端に終わった。しかも、その後の改定において、セクター間のバランスの調整や個々の点数の政策誘導が繰り返された結果、原価との対応関係は一層希薄なものとなっている。

第3は、診療報酬の全国一律性である。診療報酬は原則として全国一律であり地域差が設けられていない。沿革的には、新医療費体系導入時は、甲地(6大都市と周辺)と乙地(それ以外の市町

村)では、甲表では5%、乙表では8%の差が設けられていたが、1963年9月に乙地の診療報酬を甲地並みに引き上げることにより地域差は撤廃された。ちなみに、近年、地域特性に応じた診療報酬にすべきだという議論があるが、「①同一の医療サービスを受けても住んでいる地域により患者の一部負担金が異なる、②診療報酬が高い地域では保険料負担も高くなる、という問題が生じる」(2010年1月13日中医協総会資料)ことから、診療報酬は原則として全国一律である。また、制度的には、医療費適正化の観点から都道府県ごとに診療報酬の特例を設定できるという規定(高齢者の医療の確保に関する法律第14条)があるが、これまでこの規定は発動されたことはない(後述する)。

第4は、出来高払いと包括払いの併用である。出来高払い方式は医師の裁量性が尊重され医学の進歩に即応できるという長所がある一方、過剰診療を招きやすいという短所がある。このため、特に1980年代以降、医療サービスの包括化(いわゆる「マルメ」)が進められてきた。ただし、これは出来高払い方式の下での評価単位(括り方)の変更であり、支払い方式の改革としては、2003年度から、急性期病院を対象にDPC/PDPS(診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度)による包括払いが導入されたことが重要である。DPC/PDPSは「手挙げ方式」(出来高払いを選択することもできる)でありながら、2016年4月現在、一般病床約90万床のうち約49.5万床(約55%)が同方式の適用を受けている。また、2006年度には、療養病床を対象として医療必要度と介護必要度の組合せによる包括払い方式が導入された。こうした包括払いの導入は、支払方式の合理化にとどまらず診療報酬による政策誘導のツールが広がったという意味合いがある。

<sup>3)</sup> たとえば、米国のメディケアのパートB(医師診療部分)の支払方式であるRBRVS(Resources-Based Relative-Value Scale:資源利用度による相対評価尺度)では、相対評価要素(医師の医療密度・時間、診療費用、訴訟費用)に変換係数(わが国の1点単価に相当)を乗じ診療報酬を算定する仕組みとなっている。また、日本の医療保険制度をモデルにした韓国では1点単価固定制が採られてきたが、2001年度から1点単価変動制が導入され、毎年の物価・人件費の変動は換算指数(1点単価)で調整されている。

### 3 診療報酬の政策誘導の意義

わが国の医療政策において診療報酬が果たしている機能は大別すれば3つある。

第1は、医療費のマクロ管理機能である。すなわち、診療報酬の全体の改定率を調整することによって医療費総額（国民医療費）の伸びを制御することができる。いわば診療報酬を通じた「擬似的な予算制」である。たとえば、2005年度から2012年度にかけて国民医療費は年平均約3%伸びたが、2006年度の増加率はほぼゼロ（微減）であった。これは、同年度の診療報酬改定率がマイナス3.16%であったため、高齢化による伸び（1.3%）および医療技術の進歩等の伸び（1.8%）と相殺されたためである。ただし、診療報酬を通じ医療費を制御できるといっても、それはあくまで改定時点での制御にとどまり、その後の医療技術の進歩や高齢化等に伴う医療費の増加までコントロールできるわけではない。

第2は、医療費のセクター間の配分調整機能である。診療報酬の改定に当たっては、全体の改定率の枠内で、医科・歯科・調剤の配分のほか、病院・診療所間の配分、診療科間の配分調整が行われる。たとえば、民主党政権の下で行われた2010年度診療報酬改定では、診療報酬本体の改定率（医科・歯科・調剤の平均改定率）は1.55%であったが、医科1.74%、歯科2.09%、調剤0.52%と医科および歯科に傾斜配分された。また、医科の改定率の内訳をみると、外来が0.31%、入院が3.03%となっており、政策的に入院に手厚く配分された。

第3は、医療提供制度の政策誘導機能である。その主なツールは点数表である。実際、点数項目の改廃、点数（加算を含む）の増減、点数の評価単位の包括化（いわゆる「マルメ」）、DPC/PDPSなど包括払い方式の採用、算定要件の変更など、さまざまな手法を駆使し、その時々々の政策課題に即し政策誘導が行われてきた。その例としては、①医療機関の機能分化や連携の促進（例：急性期入院医療の包括払いの導入、在院期間による診療報酬の逡減制の強化、地域連携クリティカルパスの評価）、②緊急性や必要性が高い医療分野の重

点評価（例：ハイリスク分娩管理加算、栄養サポートチーム加算、在宅療養支援診療所等の創設）、③医療の質の評価（例：高密度の回復期リハビリの評価）など枚挙に暇がない。

以上、診療報酬の機能を3つ挙げたが、それぞれが独立しているわけではない。特に強調したいことは、診療報酬の政策誘導機能は医療費のマクロ管理機能やセクター間の配分機能を支えていることである。その意味は次のとおりである。

わが国の国民皆保険は、国民を漏れなくカバーするだけでなく、混合診療を原則として禁止し、国民が必要とする医療はすべて保険給付の対象としている。このため、医療機関（特に民間セクター）は、経営原資のほぼすべてを診療報酬に依存せざるを得ない。医療機関が診療報酬の点数改定に敏速に反応するのはこのためであるが、もう1つ強調すべきことがある。それは、既述したとおり、点数表は単なる公定料金表ではなく、保険給付の範囲を決めるとともに、算定要件の設定や支払い方式の変更等を通じ、保険診療の内容・質や量をも制御していることである。

日本の医療制度の特徴としては、国民皆保険、フリーアクセス、民間セクター中心の提供体制、現物給付原則、出来高払い等が挙げられるが、これらはいずれも医療費を増加させる要素である。したがって、診療報酬の点数を単純に引き上げれば、医療費は発散してしまう。他方、点数を引き下げれば、生産性が向上しない限り医療の質やアクセスの低下を招く。そこで、点数の増減のほか算定要件の設定・変更などさまざまなテクニックを駆使し、医療機関の行動を望ましい方向に誘導するとともに、好ましくない行動が生じないように制御している。

要するに強調したいことは、診療報酬による政策誘導によって、医療費のセクター間の配分調整や医療費のマクロ管理が実質的に機能し、医療提供制度と医療財政制度が結合しているということである。診療報酬による政策誘導の重要な意義はこの点にある。

## Ⅳ 診療報酬主導の改革の是非

### 1 診療報酬による政策誘導の限界・問題点

わが国の医療政策上、診療報酬による政策誘導は重要な役割を担っている。しかし、診療報酬は万能ではない。診療報酬による政策誘導には次のような限界や問題点がある。

第1に、診療報酬の性格は診療（正確には「療養の給付」に要する費用）の対価であり、診療報酬になじまない領域が存在することである。たとえば、医療機関の統合・集約化を診療報酬だけで誘導することは困難である。医療の再生産に必要な経費は診療報酬の対象に含まれるとしても、統合・集約化に伴う多額の投資経費や除却費は診療報酬で賄うことはできない。

第2は、診療報酬は地域医療の特性や実態の相違を反映しにくいことである。たとえば、医療機能の分化・連携が重要だといっても、医療過疎地で基幹的な病院がプライマリ・ケアから高次医療までを一体的に行っている地域では妥当しない。また、全国的にみれば急性期病床は過剰で回復期病床は不足しているが、急性期病床が不足している地域や回復期病床が過剰である地域もある。しかし、診療報酬は全国一律であり個々の地域の実態に合った政策誘導は行いにくい。

第3は、診療報酬は患者の一部負担金に跳ね返ることである。これは2つの問題を引き起こす。1つは、診療報酬の重点評価を行うと、その政策意図に反した患者（被保険者）の受診行動を招くことである。たとえば、プライマリ・ケアを重視する観点から、病院に比べ診療所の初診料・再診料を高く設定すると、かえって患者の病院での受診を助長しかねない。もう1つは、患者の受益と負担の乖離である。たとえば、へき地等の不採算地域はコストが嵩むため診療報酬の上乗せを設けるべきだという議論がある。しかし、へき地等に住む患者からみれば、医療へのアクセスが悪い上に都会地の患者よりも自己負担が高くなるのは納得できないという反発が生じよう。

第4は、診療報酬の政策誘導が医業経営上のリ

スク要因になりかねないことである。その代表例としては、2006年度改定において、医療療養病床の削減を図るため、医療区分1（医療の必要度が一番低い区分）の包括払い点数について採算割れの設定が行われたことが挙げられる。また、診療報酬の項目や算定要件が短期間で改廃されることも珍しくない。

第5は、政策意図に反する医療機関の行動の誘発である。その典型例としては、2006年度診療報酬改定において導入された手厚い看護体制の評価（7対1入院基本料の導入）が挙げられる。これは一部の高度医療機関だけが取得すると想定されていたが、看護師の配置要件を満たせば高い診療報酬の点数を算定できるため、現実には多くの病院が7対1病床の移行を目指した。その結果、2012年の病床分布をみると、2004年に比べ、7対1病床が急増する一方、13対1病床や15対1病床が減り、いわゆる「ワイングラス型」の形状となっている。この分布は、社会保障制度改革国民会議等が想定している「2025年の一般病床のあるべき姿」（いわゆる「樽型」の病床分布）とは大きく異なっている。

### 2 政策ミックスの必要性

以上、診療報酬の限界や問題点を5つ挙げたが、このうち2番目、4番目、5番目は社会保障制度改革国民会議が批判している点である。そして、同会議はこれを理由に地域医療ビジョン（地域医療構想）による計画的手法や診療報酬に代わる財政支援制度の創設を提言したが、筆者はこれらが診療報酬の致命的な欠陥であるとは考えていない。たとえば、4番目および5番目の問題が生じたのは事実であるが、これは診療報酬の点数や算定要件の設定が不適切であったという見方もできる。ざりとて、筆者は今後も診療報酬一本槍でよいと考えているわけではない。他の改革手法との組合せ（政策ミックス）はやはり必要である。その理由は3つある。

第1は、医療政策の守備範囲の拡大である。医療という言葉で辞書で引くと、「医療で病気を治すこと」（大辞林）と記されている。もとより「病

気を治す」ことは今後とも医学・医療の重要な使命であるが、超高齢社会ではそれだけでは足りない。高齢者は複数の病気を抱えるだけでなく、身体機能の低下や認知症の発現に伴い介護需要も高まる。臓器別ではない全人的・包括的な医療、尊厳ある看取りまで含めた「治し、生活を支える」医療が大切になるゆえんである。そして、これは医療政策の守備範囲の拡大をも迫ることになる。比喩的にいえば、「生活を支える」といった途端、医療政策の「視界」（守備範囲）は、医療の隣接領域である保健、介護、福祉はもとより、住まい、就労まで一挙に広がる。さらにいえば、医療は地域の社会経済と独立して存在し得ない。たとえば、都市部では高齢者向けの住宅などの需要が急増する一方、地方では生活基盤そのものの存立が危ぶまれる自治体が少なくない。したがって、地域の産業・雇用・交通等まで視野に入れ医療政策を展開する必要があるが、診療報酬一本槍の手法ではこうした医療政策の守備範囲の拡大に応え切れない。

第2は、医療機関の再編の必要性である。わが国の病院は、①病床数が多い、②平均在院日数が長い、③病床当たりの医師や看護スタッフが少ない、といった特徴がある。しかも、人口構造の変容のピッチは今後加速する。したがって、医療機能の分化・連携は避けて通れないが、そのなかには医療機関の統合・集約化も含まれる。しかし、診療報酬は診療の対価であり医療機関の統合・集約化にはなじみにくい面がある。また、診療報酬による政策誘導は医療を拡大する場合はうまく機能するが、縮小の方向には概して効きが悪い。

第3は、財政制約が厳しく診療報酬の大きな改定幅は望めないが、そうしたなかで政策誘導しようとする「負荷」が大きくなり過ぎることである。今述べたこととも関係するが、診療報酬はプラスの点数設定による誘導は効くが、マイナスの点数設定の場合は効き方が悪いだけでなく政策意図に反する結果を招きやすい。医療機関が元の採算ラインを維持しようとするからである。その意味で象徴的なのは2006年度診療報酬改定である。同年度の診療報酬本体の改定率はマイナス1.36%

（診療報酬全体ではマイナス3.16%）であった。こうしたなかで、7対1入院基本料の導入や在宅医療や小児・産科・救急等の充実を図ろうとすれば、数多くのマイナスの点数項目（例：医療必要度の低い療養病床の入院基本料の引下げ、紹介率加算の廃止）を設けることが必要になる。率直に言って、2006年度診療報酬改定は失敗例が少なくないが、その最大の要因は、マイナス改定であったにもかかわらず、「無理をし過ぎた」ことである。その教訓は、①マイナスまたは小幅な改定幅の場合は改定項目を厳選すべきこと、②政策意図に反する行動が生じないように点数や算定要件の吟味を十分行うこと、③想定に反する事態が生じたら速やかに是正すること、の重要性である。

## V 地域医療構想による計画規制

### 1 地域医療構想の概要および性格

医療法は、「医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする」（第30条の4第2項柱書）と規定し、その1つとして地域医療構想に関する事項が掲げられている（同項第7号）。そして、同号では、地域医療構想とは「構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床の必要量を含む将来の医療提供体制に関する構想」である旨が規定されている。つまり、法律上は、地域医療構想は、①医療計画の一部を構成すること、②各構想区域における将来の病床機能区分ごとの必要量を含む内容であること、③将来の医療提供体制に関する構想であること、しか規定されていない。しかし、地域医療構想に関連する次のような医療法の条文をみると、地域医療構想の性格が浮かび上がってくる。

第1は、構想区域における協議である。すなわち、都道府県は、構想区域（原則として二次医療圏）ごとに、医療関係者や保険者等で構成される「協議の場」（地域医療構想調整会議）を設け、将来の病床の必要量を達成するための方策など地域医療構想の達成に向けて協議を行うこととされている（第30条の14第1項）。

第2は、病床機能報告制度である。これは、各医

療機関に対し病棟ごとの医療機能の現状および将来の病床機能の予定について報告させる制度である(医療法第30条の13)。現状では、将来の方向性については現状維持あるいは様子見の医療機関が多い。しかし、今後、報告の基準の定量化が進めば、医療機関の報告内容と実際の医療機能の差異の分析等が行われ、病床機能報告制度は本格的に稼動することになる。

第3は、都道府県知事の権限行使の仕組みである。具体的には、医療機関の新規開設・増床の許可に当たって、不足している医療機能を担うという条件を付すことができるほか(医療法第7条第5項)、医療機関が過剰な医療機能病床に転換しようとする場合には、都道府県知事は転換の中止を要請(公的医療機関の場合は命令)し、それでもこれに従わないときは医療機関名の公表等の措置を講じることができる(医療法第30条の16から第30条の18等)。

以上を踏まえれば、地域医療構想の基本的な性格は、医療機関の病床機能を望ましい方向に誘導するための計画規制であると捉えることができる。ただし、この計画規制は医療計画の病床規制に比べはるかに緩やかであることに留意する必要がある。すなわち、医療計画の病床規制の場合には、民間医療機関であっても、病床過剰地域での増床等に対してとりやめの勧告ができ(医療法第30条の11)、さらにこれに従わないときは当該増床分につき保険病床として指定しないことができる(健康保険法第65条第4項第2号)。これに対し地域医療構想の場合は、民間医療機関が過剰な医療機能病床への転換に対して都道府県知事が行えるのは中止の要請にとどまる。こうした相違が生じるのは、医療計画の病床規制は直近の確定値に基づく総病床規制であるのに対し、地域医療構想の規制は将来の推計値に基づく病床機能別規制であり客観性が異なることによる。

なお、財政制度等審議会財政制度分科会では、

①地域医療構想に関する都道府県の権限を医療計画並みに強化すること、②都道府県の疾病別・診療行為別等の地域差の半減に向けて高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例を活用すること、が議論されているので、簡単にコメントしておく<sup>4)</sup>。①については、上述した理由(規制の前提となる客観性の相違)により筆者は賛成できない。また、仮に規制権限を強化しても、実際には権限は発動できないと思われる。地域医療構想の機能別の病床数は一定の前提を置いたうえでの推計値であることから訴訟に耐えられないからである。②については、この診療報酬の特例規定は今まで発動されておらず、立法時にいかなる内容を想定していたのかも定かではないが、最もラディカルなのは都道府県ごとに1点単価を変える方法である<sup>5)</sup>。筆者は診療報酬を通じた過度の政策誘導は好ましくなく、患者の負担や診療へのバイアス(例：1点単価が低い都道府県への受診誘導)等も慎重に見極めなければならないと考えている。いざれにせよ、この特例規定を発動した場合の影響は小さくないため、拙速に走ることなく、その内容や要件(たとえば、同法第14条中の「適切な医療を公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内」)の解釈)については十分詰めておく必要がある。

## 2 地域医療構想の評価と課題

筆者は地域医療構想を策定することに反対ではない。人口動態や疾病構造が大きく変化するなかで、客観的なデータに基づき地域医療の将来像について医療関係者や住民が共通認識を持つことは非常に大切だからである。問題はその内容と実効性である。

第1は、医療機能の区分の相対性である。筆者はかねてから、医療法上、4つの病床機能区分を設けるにしても、それは病床の機能分化の方向性を示すための「説明(道具)概念」ととどめるべき

<sup>4)</sup> 財政制度等審議会財政制度分科会(2016年10月27日開催)資料1の「病床再編や地域差是正に向けた都道府県の体制・権限の整備」を参照されたい。

<sup>5)</sup> これは筆者の勝手な憶測ではない。財務省はこのことを検討していることが窺える(週刊社会保障No.2882, p.48を参照)。

であると主張してきた〔島崎（2011）pp.376-377〕。その理由は、医療資源の分布、人口密度、地勢など地域医療の諸条件は千差万別であり、病棟や病床の機能を無理に特定の類型に当てはめようとすると地域の実情に合わなくなるからである。また、4区分の機能は截然と分かれるものではなく、医療機能別の病床数と病棟機能が厳密に1対1の対応関係にあるわけでもない。

第2は、構想区域の線引きおよび範囲の妥当性である。構想区域は原則として二次医療圏とされている。二次医療圏は1985年の医療法改正により病床規制が導入されたときに設けられた概念であるが、保健所等の行政管轄区域や郡市医師会のエリアを考慮し設定した都道府県が少なくない。それに加え、その後の人口動態や交通事情の変化を踏まえた見直しがほとんど行われていない。その結果、生活圏や患者の流れと適合していない二次医療圏が数多くみられるのが実状である。また、完結すべき地域（圏域）は医療の内容によって異なる。たとえば、在宅医療の圏域は中学校区単位が基本である一方、専門性が高い医療（特に「待てる医療」）の場合は必ずしも二次医療圏で完結させる必要はなく、むしろ基幹病院に高次の医療機能を集積させる方が医療の質や効率性が高まる場合が少なくない。

第3は、病床機能と在宅医療等の関係である。地域における入院医療の需要や病床機能は在宅医療等の推進状況と独立して決まるわけではない。実際、ガイドラインでは慢性期病床は在宅医療等と一体的な区分となっており、療養病床の医療区分1の患者の7割は在宅医療等に移行するなどの仮定が置かれている。しかし、これは一種の「割切り」でその裏づけは乏しい。逆にいえば、都道府県は市町村と協議し、受け皿となる在宅医療等の実現可能性等について「ミクロからの積上げ」を行わなければ、地域医療構想は「机上の空論」となる。その意味では、在宅医療等との接合こそが地域医療構想の肝心要の部分だといっても過言ではない。

第4は、自治体の取組み体制や人材育成の立ち遅れである。計画的手法はそれを差配する者の識

見・力量によって成否が大きく左右される。とりわけ地域医療構想については、NDB（ナショナル・データベース）やDPCデータ等を使いこなすには一定の技術修練を要するうえ、その先には関係者と調整し合意を得るという難題が控えている。さらに、既述したように、医療政策の守備範囲が広がっていることを考えれば、地域医療構想はいわば「地域総合生活構想」として捉える視点が求められる。また、地域医療構想と一対を成す在宅医療や地域包括ケアの推進は一義的には市町村が担うが、これは片手間でできる仕事ではない。その意味では、地域医療構想や地域包括ケアは自治体にとって基本計画の策定に匹敵する大事業であるが、自治体の取組み体制や人材育成の立ち遅れが目立つ。

### 3 地域医療構想と連動する経営戦略の見直し 圧力

地域医療構想に関する筆者の見解は以上のとおりであるが、これは各医療機関が経営戦略の見直しをしなくてすむことを意味しない。地域医療構想と連動する次のプロセスを通じ、病院経営者は地域医療における自院のポジションの取り方の見直しが迫られよう。

第1は、金融機関からの審査圧力である。1985年の医療法改正（病床規制）の際に「駆け込み増床」した病院が建替時期を迎えるが、病院とりわけ民間病院は金融機関からの借入でその資金を調達している。いうまでもなく金融機関が最も恐れるのは貸倒れであり、融資対象の病院は、地域医療のなかでいかなる役割を担うのか、患者数が早晩減少するなかで経営の健全性が確保できるのかが問われることになろう。実際、病院の建替後の経営方針や返済計画の妥当性について、金融機関が医療系コンサルティング会社に対し評価依頼することは今でも稀ではないが、こうした審査圧力は今後強まることになると予想される。

第2は、公立病院改革である。2014年度末に総務省から新しい公立病院改革ガイドラインが発出された。これは2007年12月の旧ガイドラインと基本的な考え方は同じであるが、改革プランの柱の

1つとして「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が加えられているなど、地域医療構想を強く意識していることが特徴的である。具体的な内容として重要なのは、公立病院については病床数に応じ地方交付税措置（1床当たり70万円交付）が行われているが、算定の基礎となる病床数は許可病床数から稼動病床数に変更されることである。これにより、公立病院の稼動していない許可病床の削減（返上）が進むことになろう。また、市町村立病院の新設・建替等に当たって、都道府県が地域医療構想との整合性について審査し、不適合のものは病院事業債に係る地方交付税措置の対象外とする方針が示されていることも注目される。さらに、公的病院（日赤や済生会等の病院）や民間病院等との再編が必要になるケースも公立病院改革の対象となることが明記されており、特に都市部において他の医療機関と競合状態にある公立病院の再編を促す意図が読み取れる。

第3は、医療費適正化計画や国民健康保険制度の改正を通じたファイナンスサイドからの圧力である。実際、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（2015年6月30日閣議決定）では、「地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。（中略）これらの取組を通じて、都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされている。また、2015年の国民健康保険法の改正（施行は2018年度）の主眼は都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体にすることにあるが、これには都道府県に財政責任を負わせることによって医療提供体制の改革に本腰を入れさせるという政策意図がある。また、国の調整交付金の仕組み、所得水準や年齢構成の相違による医療費など保険者の責任ではない要素については調整するが、医療供給が過剰で医療費が高い分については調整しない（保険料に反映させる）といった方向に政策誘導が行われると予想される。要するに、都道府県別に医療費管理するという圧力が高まるということである。

#### 4 診療報酬と地域医療構想の代替補完性

以上述べたように、筆者は、地域医療構想はそれ自体よりもこれに関連する制度の圧力の方が強く作用するのではないかと考えているが、この「関連する制度」には診療報酬も含まれる。というより、地域医療構想の最も大きな推進力は診療報酬である。

そもそもわが国の医療提供は民間セクター中心であり、医療提供制度の改革を計画規制だけで規律することは困難である。また、現行の医療計画の評価にもかかわるが、計画規制は新規参入障壁として働く競争制約性が強い手法であり、地域医療の新陳代謝を阻害する面がある。さらに、医療提供制度を規律するのは医療法であるが、医療法は基本的に衛生規制法であり、機能別の類型に応じた要件を設定しようとする最低基準的なものにならざるをえない。医療機能のきめ細やかな評価は診療報酬の方がはるかに適している。換言すれば、地域医療構想において現状の各医療機関の病床機能の実態や将来の必要量について、NDBやDPCデータ等を用いできるだけ明示することは必要であるが、あるべき姿に向かって、各医療機関に適切な経営判断を促すとともに診療報酬を使って政策誘導することが適切かつ現実的である。実際、2014年度および2016年度の診療報酬改定では、地域医療構想を意識し、医療機能の分化・連携（地域包括ケアを含む）を加速させる政策意図が明確に読み取れるが、医療機関サイドは2018年度の診療報酬と介護報酬の同時改定の成り行きを慎重に見定めようとしているのが実状である。

いずれにせよ、地域医療構想による計画規制は診療報酬による政策誘導を代替するものではない。地域医療構想を通じ将来目指すべき方向性が明示されることを受け、診療報酬がそれに向け政策誘導するという関係に立つ。その意味では、地域医療構想が診療報酬を補完しているのか、診療報酬が地域医療構想を補完しているのかはともかく、両者は相互補完的な関係にあると考えるべきである。

## Ⅵ 基金制度による補助金的手法

### 1 基金制度の概要および性格

2014年6月に「医療介護総合確保推進法」が成立し、医療・介護の総合的な確保を図るため、都道府県および市町村は国が定める基本的な方針に沿って総合確保計画を策定することとされた（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第4条および第5条）。そして、その事業の経費を支弁するため都道府県は地域医療介護総合確保基金（以下「基金」という）を設置するとともに、国は消費税率引上げによる増収分を活用しその財源の3分の2を負担することとされた（同法第6条および第7条）。基金は医療分と介護分に大別され、2014年度は医療分として総額904億円、2015年度および2016年度においては、当初予算ベースで医療分は総額904億円、介護分は総額724億円が計上された<sup>6)</sup>。なお、この医療分の904億円は純増ではない。看護師等養成所運営等事業や地域医療支援センター運営事業など国庫補助対象事業費の振替分が274億円含まれているからであり、これを差し引いた純増額は630億円である<sup>7)</sup>。

基金の対象となる事業は、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業、③公的介護施設等の整備に関する事業、④医療従事者の確保に関する事業、⑤介護従事者の確保に関する事業の5つである（同法第4条第2項第2号、第5条第2項第2号、第6条）。このうち①、②、④が医療分に該当するが、2014年度は①が174億円、②が206億円、④が524億円であったのが、2015年度は①が454億円、②が65億円、④が385億円、2016年度は①が458億円、②が48億円、④が

399億円、となっている<sup>8)</sup>。つまり、医療分の配分は①に大きくシフトし、904億円の半分以上（純増分630億円に対しては7割以上）を占めている。これは都道府県の方針というより国の方針に基づくものである。たとえば、「経済財政運営と改革の基本方針2016」（2016年6月2日閣議決定）では、「地域医療構想については（中略）地域医療介護総合確保基金のメリハリのある配分等により、病床の機能分化・連携を推進する」と記載されている。また、そもそも基金制度が創設されたのは、社会保障制度改革国民会議が診療報酬一本槍の医療提供体制の改革手法を批判し、計画的手法の重要性を強調するとともに診療報酬とは別の財政支援制度を設けることを提言したことにある。既存の国庫補助対象事業の振替分も含まれているためややわかりにくいだが、基金の医療分の性格は地域医療構想の推進を主たる目的とした補助金的手法であるといつてよい。

### 2 基金制度の評価と課題

基金制度の評価・課題は地域医療構想に関し述べたことと重なる点が少なくないが、基金制度固有の論点も含め特に強調したいことが6つある。

第1は、基金による助成の適切性の確保である。基金による助成に当たっては、地域の実情を踏まえ必要性が高い事業にメリハリをつけて配分する必要があるが、その該当性を見極めや優先順位づけは「言うは易く行うは難し」である。また、在宅医療や介護等も基金事業の対象であるため、地域医療構想以上に市町村との調整が必要となる。都道府県の担当職員には、高い識見、深い洞察力、戦略的な発想、高度な調整・交渉力が求められるゆえんである。

第2は、都道府県の利益相反の問題である。都道府県は助成を決定する「レフリー」であると同

<sup>6)</sup> なお、介護分については2015年度補正予算により1,561億円が積み増しされた。これは、2015年11月に閣議決定された「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」の柱の1つとして「介護離職ゼロ」が掲げられ、介護サービスの基盤整備の前倒しが要請されたためである。

<sup>7)</sup> 後述するように、筆者はこの振替は基金制度の性格を曖昧にさせるため適当ではなかったと考えている。なお、274億円の根拠や振替対象の国庫補助事業名を含め、詳しくは前田（2014）p.7を参照されたい。

<sup>8)</sup> 財政制度等審議会財政制度分科会（2016年10月27日開催）資料1の「地域医療構想に沿った医療提供体制の実現（地域医療介護総合確保基金）」による。

時に、都道府県立病院の設立主体という意味では「プレイヤー」でもある。都道府県は後者の利益を優先してはならない。さらに、イコール・フットイング論を詰めていけば、基金の助成の問題にとどまらず公立病院に対する一般会計繰入れの合理性・妥当性の議論にまで波及しよう。筆者は基金による助成の配分比率を形式的に決める（例：官民の配分を1対1とする）ことは適当ではないと考えるが、利益相反の疑念を招かないよう、助成の基準の明確化および決定手続の透明化を徹底する必要がある。

第3は、基金の交付配分である。国が病床の機能分化・連携（特に病床機能の転換）に重点配分する方針であることは既述したが、留意すべきことが2つある。1つは、基金の対象事業は、①病床機能の転換等の一過性の事業、②医療従事者の養成等の経常的な事業（その多くは従来の国庫補助事業の振替分）、の2つが混在していることである。限られたパイのなかで①を増やせば②は減ることになるが、②も大切な事業であり軽々に削減すべきものではない。もう1つは、①に重点を置くにしても各都道府県の実情を十分踏まえる必要があることである。病院の公私のウェイト、在宅医療等の進捗状況、医師・看護師の充足状況等が異なるからである。たとえば、都道府県によっては、在宅医療が十分普及しておらず病床機能の転換の「受け皿」の整備を優先する方が適切な場合がある。こうした実情等を無視して画一的に病床機能の転換等に傾斜配分することは、無駄な事業執行を助長する危険性があるだけでなく、かえって地域の医療機能の分化・連携を遅らせることになりかねない。

第4は、基金の特性を活かすことの重要性である。基金の基本的性格は補助金的手法であるが、補助金と異なり単年度に使い切る必要はなく繰越

可能である。これは複数年度にまたがる事業に柔軟に対応できるだけでなく、各年度の資金需要の多寡に応じた弾力的な執行が可能であることを意味する。たとえば、医療機能の転換は病院の建替時期に行われるのが通例であるが、病院の建替時期は平均化できず年度によって資金需要は大きく変動し得る。したがって、都道府県においては中長期的な視点に立った基金事業の執行が求められる。また、国においても、執行残があった場合は翌年度の交付を減額するのではなく各都道府県の基金の執行方針に耳を傾ける姿勢が必要だと思われる<sup>9)</sup>。

第5は、他の補助金や交付金等との役割分担である。医療機関の再編・集約化は狭義の医療に限定して捉えるべきものではなく、地域の産業・雇用・交通等まで視野に入れ一体的に検討することが望ましいが、このことは基金と他の補助金等との役割分担という問題を生じさせる。たとえば、国土交通省は中山間地等におけるコンパクト・アンド・ネットワークを推進する一環として「小さな拠点」事業を進めているが、医療機関を「小さな拠点」に移転・集約化すれば同事業の対象となり得る。また、基金の事業の使途としてICTを用いた連携の促進事業を計上している都道府県が少なくないが、これは総務省のICT関連の補助金と競合する。さらに、公立病院改革を進めるための費用については地方交付税の特別交付金の対象となり得る。筆者は基金とこれらの補助金や交付金等との競合を排除する必要はないと考えているが、対象事業がまったく重複することも問題であり一定の調整は必要である。

第6は、住宅問題である。住宅は生活の基盤であり、在宅医療や地域包括ケアの最も重要な構成要素である。とりわけ、低所得で持ち家のない者が要介護状態になった場合の「受け皿」について

<sup>9)</sup> 2014年度は基金に904億円が計上されたが、同年度に実施する事業費は計画ベースで603億円（904億円の66.8%）であり、その執行額（実績）は419億円（執行率は69.5%）である。また、このうち「病床の機能分化・連携」に係る事業費は計画ベースで95億円（174億円の54.6%）であり、その執行額（実績）は39億円（執行率は40.5%）と低い（「第5回医療介護総合確保促進会議」（2015年10月28日）資料1-1「平成26年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の執行状況について」）。しかし、2014年度の交付決定が遅かったという事業を別にしても、基金の性格や無駄な事業の実施を避けるという観点に立てば咎め立てすべきものではない。

は、政策的な対応が十分に図られていない。さらに、今後都市部の高齢化が急速に進む中で介護・住宅の整備が喫緊の課題である一方、過疎地域では病院に隣接して住宅を整備することにより集住やコンパクトシティ化を図るためのインフラ整備等が必要になる。基金の用途を住宅まで広げることには抵抗もあろうが、病床機能の転換を進めるために必要な場合という限定を付したうえで基金の対象事業に住宅の整備を組み入れることは検討に値しよう。

### 3 診療報酬と基金による補助金的手法の関係

基金を設け医療機関の臨時的な投資的経費を補填するという考え方は決して突飛なものではない。たとえば、2009年度から2012年度にかけて各年度の補正予算により措置された地域医療再生基金はその代表例である。また、筆者も消費税引上げの増収財源の一部を利用して都道府県ごとに「医療・介護・住宅整備ファンド」（仮称）を設けることを提唱したことがある〔島崎（2011）377頁〕。今般の基金制度はこれと似ているが、コメントすべき点が2つある。

第1は、診療報酬と基金による補助金的手法の主従の関係である。筆者が「医療・介護・住宅整備ファンド」を提唱した趣旨は、診療報酬では賄うことが難しい医療機関の統合・集約化や機能転換に要する経費、小規模多機能施設やケアつき住宅など介護・住宅の投資的経費を対象とする診療報酬による誘導になじみにくいものは補助金的手法を用いるということであって、診療報酬よりも補助金的手法を優先すべきだということではない。端的にいえば、診療報酬と基金による助成（補助）は、前者が「主」で後者は「従」という関係に立つ。

第2は、診療報酬と補助金の性格の異同である。両者は経済的インセンティブの付与という意味では共通点があるが、財政支援制度と一括して扱うのは適当ではない。なぜなら、診療報酬は現物給付である「療養の給付」の対価であり、医療提供制度と医療財政制度を結合させるという重要な役割・機能を担っているからである。診療報酬を補

助金に振り替えることは、診療報酬が有するこの役割・機能を脆弱化させることを意味する。要するに、診療報酬と基金は代替関係に立たない。基金による補助金的手法はあくまで診療報酬の限界を補完する役割にとどまる。

## Ⅶ おわりに —結びに代えて—

以上、医療提供制度を改革する政策手法について、診療報酬、計画規制、補助金の3つを中心に述べた。結論は冒頭の抄録と重複するので省略する。最後に感想めいたことを述べ結びに代えた。

地域医療構想は今年度中に出揃う見通しであるが、策定済みの地域医療構想をみると、その“熟度”は相当ばらついている。具体的な病院名を挙げ地域医療における位置づけを記載している地域医療構想がある一方、単なる数字合せに終わっているものもある。地域医療構想は制度設計主義（法律や制度を仕組みばそうなるという考え方）の発想が強すぎ実効性についても多くの課題があると筆者は考えているが、それは医療提供体制がこれまでの延長線上で済むと思っていることを意味しない。人口構造の変容等に伴い社会経済の基盤が一変しているからであり、財政制約や人的資源制約が今後更に強まる。仮に地域医療構想が何ら成果を上げない場合どうなるか。都道府県別に診療報酬の1点単価を変えるとといった都道府県ごとの医療費管理を徹底する方向に政策の舵が切られることになるのではないと思われる。筆者はこうしたラディカルなシナリオがよいとは考えていない。それを回避するには、地域医療の将来像について住民も含め関係者が認識を共有し、あるべき姿の実現に向けて努力を重ねるよりない。地域医療構想は“大仕掛け”にみえるが、その本質は話し合いを通じ地域医療の最適解を見出すプロセスにある。その意味では、今まさに問われているのは、わが国の民主主義の成熟度である。

### 参考文献

島崎謙治（2011）『日本の医療—制度と政策』東京大学

- 出版会。
- (2015)『医療政策を問いなおす—国民皆保険の将来』筑摩書房。
- (2016)「第5章 日本」加藤智章編『世界の診療報酬』法律文化社, pp.104-140。
- 池上直己 (2014)『医療・介護問題を読み解く』日本経済新聞出版社。
- 尾形裕也 (2016)「ケアの財源調達に関する考察」社会保障研究1巻1号, pp.98-113。
- 田中耕太郎 (2016)「医療提供体制の課題と将来」週刊社会保障No.2887, pp.68-71。
- 二木立 (2015)『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房。
- 前田由美子 (2014)「新たな財政支援制度『基金』の活用に向けて—地域医療再生基金の振り返り」日医総研ワーキングペーパー, No.317。
- 松田晋哉 (2013)『医療のなにかが問題なのか—超高齢社会日本の医療モデル』勁草書房。

(しまぎき・けんじ)

## **Policy Methods for Reforming the Health Delivery System: Medical Fee, Regulation by Planning, and Subsidy**

Kenji SHIMAZAKI\*

### Abstract

Selecting appropriate policy methods is crucial especially when reforming health delivery, because healthcare system is so complicated that adopting wrong methods might bring about unexpected and unfavorable consequences. Reforms in health delivery system have relied heavily on the economic incentives through medical fee-schedule revisions in Japan. This method is not almighty, however, as the medical fee is intended to appraise the medical treatment provided and is not supposed to promote consolidation or downsize medical institutions. Policy mixture with other policies, such as regulation by planning or subsidy, becomes necessary. Therefore, each prefecture is obliged to draw up Regional Healthcare Vision, and medical institutions are subsidized through Fund for Comprehensively Securing Regional Health and Long-term Care. However, various questions are casted onto the feasibility of Regional Healthcare Vision. Besides, the influence to health delivery system reform is weaker for subsidy than the fee-schedule revision. While it is necessary to establish common understanding for the future of regional health delivery among the concerned parties, policies such as regulation by planning or subsidy cannot substitute the medical fee-schedule revision; they only complement it.

Keywords : medical fee, regulation by planning, subsidy, Regional Healthcare Vision, Fund for Comprehensively Securing Regional Health and Long-term Care

---

\* Professor, National Graduate Institute for Policy Studies