

# わが国の医療提供システムと準市場 ——ネットワーク原理に基づく医療提供システム——

遠 藤 久 夫

## I はじめに

医療サービスの提供形態、すなわち医療提供システムをどのように運営すべきか。これは経済体制、経済の発展段階、財政状況、人口構成、国民の価値観などさまざまな要因により、国によって多様な形態が見られる。しかし、医療システムの運営を純粹に市場原理に委ねている先進国は存在しない。その第一の理由は、市場原理では医療アクセスの公平性を確保することが困難だからであり、第二の理由は、医療システムは市場原理によって効率的な資源配分を導くことができない市場の失敗のケースだからである。しかし、公平性や効率性を向上させる目的に、医師や患者の自由度を極端に制限した計画経済のような医療システム運営を行っている国もない。強制によって患者の病状や社会的背景の多様性を無視することや、一律の規制によって医療技術の複雑性や医療効果の不確実性を軽視することは医療提供のあり方としてふさわしくないからである。先進各国では患者や医師の行動の自由を一定レベル保障しつつも、さまざまな規制とインセンティブを張りめぐらせて公平性と効率性を向上させようと試みているのが実態である。その意味では、医療システムは「準市場」原理で運営されているといえよう。

本稿では、はじめに医療提供システムの運営に市場原理が有効でないことを再検討する。次いで医療提供のあり方として市場原理と計画原理の中間形態であるネットワーク原理という概念を提示

し、今日の医療制度改革にとってネットワーク原理に基づくシステム運営が重要であることを示す。最後に、ネットワーク原理によるシステム運営だと考えられる実例を観察する。

## II 医療提供システムと市場原理の非親和性

### 1 医療提供システムと市場の失敗

医療提供システムの運営を完全に市場原理にゆだねている先進国は存在しない。その第一の理由は医療アクセスの公平性の確保である。医療サービスは必需性が高いことと、患者の医療需要量と所得には負の相関が見られることから、所得に制約されることなく必要な医療にアクセスできるべきだという社会的規範は大きい。市場原理に基づく資源配分ではアクセスの公平性を確保する保証はない。そのため全ての先進国では公的医療保険（保障）が導入されている。公的医療保険は強制加入であるから加入者に選択の自由がなく、市場原理の対極にあるといえる。医療提供システムが完全に市場原理にゆだねられない第二の理由は、医療提供システムは市場原理では効率的な資源配分が達成されない市場の失敗のケースだからである。その原因の第一は先の理由で導入された公的医療保険によるものである。公的医療保険では、  
 (i) 医療の価格は公定化される場合が多く、かつ  
 (ii) 患者自己負担額が軽減されるので需要の価格弾力性が小さくなる。これらの理由で公的医療保険の導入は、市場原理の最たる特徴である価格変化による需給調整機能を著しく低下させること

になる。市場の失敗の第二の理由は、医師－患者間の医学知識の偏在により、患者が医療の内容を正確に評価することを困難にしていることである。いわゆる情報の非対称性による非効率である。このように医療システムは市場の失敗のケースであるため、資源配分の効率性を高めるために規制やインセンティブの形でさまざまな公的な介入が行われている。

それでは医療提供システムにはどのような介入方法が望ましいのであろうか。この考察を行うに先立って、予備的考察として (i) 市場原理とその対極にある計画経済の資源配分原理（計画原理）の特性を比較整理し、次いで (ii) 医療サービスの取引を行う上で重要な意味をもつ情報の伝達について整理する。

## 2 市場原理と計画原理の特性

表1は市場原理と計画原理の特性を整理したものである。

- ① 資源配分方法：市場原理では需要者が価格と質を選択のシグナルとして財・サービスを選択することにより調整が行われる。計画原理では中央の命令（規制）によって需給が調整される。
- ② 行動目的：市場原理では市場に参加する需要者、供給者はともに自己利益の追求を目的として取引することが求められる。計画原理では各参加者の自己利益の追求は容認されず、全体利益が追求される。
- ③ 要素間関係：市場原理では自己利益の追求が前提となるため需要者と供給者間、需要者間、供給者間の関係は競合関係となる。計画原理では各要素は中央の命令（規制）に従うので、要素間は競争的にも協力的にもなりうる。
- ④ 情報：市場原理が有効に機能するには、財・サービスの価格と質に関する情報が参加者全員に開示されていることが求められる。計画原理ではこれらの情報が中央に集中することが求められる。
- ⑤ 選択の自由：市場原理が有効に機能するには需要者・供給者とも選択の自由が保証され

表1 市場原理と計画原理の特徴

|          | 市場原理    | 計画原理      |
|----------|---------|-----------|
| ①資源配分の手段 | 市場圧力    | 規制（命令）    |
| ②行動目的    | 自己利益の追求 | 全体利益の追求   |
| ③要素間関係   | 競争      | 規制（命令）に従属 |
| ④情報      | 各参加者に開示 | 中央に集中     |
| ⑤選択の自由   | 高い      | 低い        |
| ⑥取引期間    | 短期的     | 長期的       |
| ⑦システムの構造 | 柔軟      | 硬直        |

ていることが前提となる。この場合の選択の自由とは、権利としての自由だけでなく十分な選択肢が存在することも意味している。計画原理では中央の意向により各要素の選択の自由は大きく制限される。

- ⑥ 取引期間：市場原理が有効に機能するには、取引が短期的で取引のペイオフが個々の取引で完結的であることが求められる。なぜならこのような状況では、取引の開始や終了のタイミングによる不利益が発生しないため、いつでも始められ、いつでも止めることができる。すなわち取引の粘着度が低下して需要者の選択行動の自由度を高めることにつながる。このように、短期的、自己完結的取引は需要者の選好を市場に伝達しやすい。一方、計画原理においては、取引期間は一般的に長期的である。

## 3 医療取引に伴う「情報の束」

次いで医療提供システムの運営原理を考察する上で重要な意味をもつ、医療に関する一連の情報、「情報の束」について整理する。これらの情報が適切に伝達されないと医療のパフォーマンスは低下することとなる。

- (1) 情報の束A：医師（医療機関）から患者へ伝達される情報
  - (A-a) 病状や診療内容に関する情報
 

医師と患者の間では医学知識が医師に偏在しているため、患者は自身の病状を正しく把握することが困難であり、また医師が提供する医療内容が適正なものかどうかを正しく判断することも困難

である。そのため患者の病状や治療内容に関する正確な情報が医師から患者に伝達されることが必要である。

(A-b) 医師や医療機関に関する情報

医師の専門や臨床経験、医療機関の設備や症例数、医療体制などの正確な情報は、患者が医療機関や医師を選択する上で必要である。

(2) 情報の束 B：患者から医師へ伝達される

情報

(B-a) 患者の病歴や受療歴

疾病構造が感染症から慢性疾患に移行するにしたがって、診断精度の向上や的確な治療方法の選択のために、患者の過去の病歴や受療歴などの時系列情報が医師に伝達されることの重要性は高まっている。

(B-b) 他の医療機関での治療や処方に関する情報

高齢者は複数疾患に罹患しやすいことに加え、医療機関の機能分化が進んでいるため、高齢化の進展は複数受診を行う患者を増加させる。このため、他の医療機関での検査・治療や処方に関する情報を共有することは、重複検査や薬剤の重複投与を回避する上で重要である。

(B-c) 生活状況や勤務状況などの生活関連情報

生活習慣病などの慢性疾患の治療は、感染症の治療のように短期間入院して集中的に治療が行われ、完治して退院するというプロセスを経るものではない。日常生活を続けながら経過を観察しつつ長期的に治療が行われる場合が一般的である。そのため、患者の生活状況や勤務状況に関する情報が医師に伝わることは、より適切な治療を選択することに貢献する。

(B-d) 治療に関する患者の選好や価値観

慢性疾患への疾病構造の変化と患者の権利意識の高まりの中で、医療の決定に患者自らが関与する自己決定権が重視されてきている。このため医療に対する患者の選好基準や価値観が的確に医師に伝わることが必要である。

(3) 情報の束 C：医師（医療機関）と医師（医療機関）間で伝達される情報

(C-a) 医師の専門・技能・治療方針や医療機関の医療体制・設備に関する情報

医療機能が分化している中、患者を他の医師（医療機関）に紹介、転院させる機会が増加しているので、医師（医療機関）相互において医師の専門・技能・治療方針や医療機関の医療体制・設備などの情報が伝達される必要が高まっている。

### III 医療提供システムとネットワーク原理

#### 1 医療提供システムが市場原理に適さない理由

市場原理の特性と医療取引に伴う情報の束について整理したが、次に主として情報の伝達に着目して医療提供システムの運営原理が市場原理に適さない理由を示し、望ましい運営原理について考察する。

(1) 自己利益の追求モデルから協働モデルへ

① 自己利益の追求から生ずる非効率

市場原理では、供給者と需要者が自己利益の増加を目的に、財・サービスの質と価格をめぐって駆け引きを行うという交渉モデルが前提となるが、医療現場ではこのようなモデルはあるべき姿として適切ではない。なぜなら、このような交渉モデルでは情報の非対称性を利用した医師の機会主義的<sup>1)</sup>な行動を合理的な行動と見なすことになるからである。この場合、情報が非対称な状態を維持すべく医師（医療機関）から患者に伝達される情報（情報の束 A）の量が抑制される可能性がある。これは患者にとって三つのリスクを高めることになる。第一は、医師や医療機関に関する情報（A-b）の伝達が抑制されたため、患者が病状に最も適した医師や医療機関を選択するのに失敗するリスクである。第二は、病状や診療内容に関する情報（A-a）の伝達が抑制されることにより、患者の医療内容の理解が不十分となり治療の効果が低下するリスクである。特に、長期の服薬や食生活・運動習慣の改善が必要な慢性疾患治療

においてこのリスクは大きい。第三のリスクは、自己利益の追求が優先されて情報の共有ができないと、患者と医師との間に信頼関係を築くことができなくなることである。このような状況下では、患者は医師を盲信するが、期待通りの結果が得られないと反発して訴訟にまで発展する。このようなぎくしゃくした関係は医師を過度に防衛的にさせ、ハイリスクの患者の受療機会を制約することになりかねない。最近の産科医や小児科医不足の背景には、このような医師－患者関係があると考えられる。

## ② 協働モデル

医療の取引において、自己利益の追求を基本とした交渉モデルは患者の不利益につながり、望ましくないことを述べた。これは医師－患者関係のあるべき論、規範論として不適当なだけでなく、現実の医療関係者の行動を普遍化したモデルとしても適切ではない。多くの医療関係者は患者の利益を最優先に行動しているのが実態である<sup>2)</sup>。医師と患者の関係は相互信頼に基づいて、医療者だけでなく患者自身も積極的に治療に参加する協働モデルととらえるのが適切であり、このような医師－患者関係が構築できるような政策介入が行われるべきである。

### (2) 供給者間の競争から相互補完へ

#### ① 供給者間の競争から生ずる非効率

市場原理では供給者間の競争こそが効率化とイノベーションの源泉だととらえ、供給者間は競争関係にあることが前提となる。医療においても医師や医療機関が医療サービスの質の向上のために切磋琢磨することは患者にとって望ましいことはいうまでもない。特に一つの医療機関が自己完結的に医療提供を行う場合は医療機関間の競争効果は大きい。しかし、近年は、患者の専門的医療に対する強い要求、医療費の適正化要請、感染症から生活習慣病への疾病構造変化などを反映して、医療機関の機能分化が進んでいるため、患者は病状の変化に応じて適切なサービスを提供する医療機関・介護施設を移動する必要が生じている。具体例として脳卒中のケースを見てみよう。(i) 脳

卒中を発症した場合、急性期病院の救命センターや脳外科病院に搬送される。そこで専門的な治療を受け、急性期のリハビリテーションが実施される。(ii) その後、リハビリテーション病院や一般病院の回復期リハビリテーション病棟に転院して、身体機能を回復させるリハビリテーションが実施される。(iii) 障害が残れば介護保険施設や在宅等で日常生活を送るとともに、機能維持のためのリハビリテーションが実施される。このように患者の病状によって適切なサービスは変化するので、患者が切れ目なく適切な医療を受けるためには、多様な医療・介護サービス供給者が連携して相互補完的にサービスを提供することが必要となる。医療機関が過度に競争すれば、医療機関相互の連携や情報伝達が抑制されることになり、特にこの場合、患者から医師へ伝達される情報（情報の束B）や医療機関相互間で伝達される情報（情報の束C）の開示が抑制されかねない。その結果、(i) 患者の最適な医療機関選択を失敗させる、(ii) 重複検査・重複薬剤投与などの無駄を生じさせる、といった非効率が生ずる。

#### ② 相互補完モデル

医療機関の機能分化が進む状況下においては、異なる機能をもつ医療機関相互が競合関係ではなく、相互補完関係にあるのが望ましい一方、サービスの質を向上させるという意味からは、同機能を有する医療機関の間には適度に競争関係があることが適当である。

### (3) 短期的取引から長期的取引へ

#### ① 短期的取引から生ずる非効率

取引が短期的であれば、需要者の選好を速やかに市場に反映させることができるが、医療については次に示す情報の伝達効率の観点から長期的な取引が望ましい。

(i) 生活習慣病などの慢性疾患の診断や治療の決定において、過去の病歴や治療歴に関する情報（B-a）は重要な意味をもつ。医師自身が過去から継続して治療に当たっている場合の方が（すなわち長期的取引）、過去は他医にかかっていた患者から問診に

よって情報を入手する場合より正確で豊富な情報を獲得可能である。

(ii) 慢性疾患の治療は日常生活をしつつ長期的に行われる場合が多いため、医師が治療法を選択する際には患者の生活状況や勤務状況などの生活関連情報（B-c）や治療に関する患者の選好や価値観（B-d）の把握が重要である。これらの情報が医師に伝達されるには長期的・継続的な受診を前提とした医師患者間の信頼関係の構築が必要となる。

(iii) いわゆるドクターズショッピングに見られるような過度な担当医の変更は、医師患者間に信頼関係が構築しづらく、医師から患者に伝達される病状や診療内容に関する情報（A-a）に対する患者の理解が不十分となり治療効果にも悪い影響をもたらす可能性がある。

## ② 長期的取引モデルへ

このように慢性疾患の治療では、スポット的な短期取引ではなく長期的で継続的な取引が有効である。そのために誘導することが必要である。

## (4) 需要者の無制約な選択の自由から社会的トリアージ（選別）へ

### ① 需用者の無制約な選択の自由から生ずる非効率

市場原理は需要者が安価で質の高い財・サービスを自由に選択することにより、生産効率の悪い

供給者は駆逐されて市場全体の効率性が向上するというメカニズムであるから、需要者には無制約な選択の自由が保証されることが必要である。しかし、このメカニズムが有効に機能するためには、(i) 価格が伸縮的に変化すること、(ii) 需要者が質に関する正確な情報を持っていること、(iii) 供給者の数が多く需要者にとっての選択肢が豊富にあることが前提となる。しかし、医療システムはこれらの条件を満たしていない。第一に、一律の公定価格が適用されるため価格に供給者間の効率性の違いや需給関係は反映されていない。第二に、患者が医療の内容を適切に評価することは困難である。そもそも患者は自身の病気が何か、その治療に適した医療は何なのかを把握することすら困難なのであるから、合理的な消費者として行動することができない。第三に、医療需要には緊急性が高い場合があり、また医療は生産と消費が同時であるというサービス財としての特性をもつため選択可能な医療機関は一定の空間範囲に限定される。一方、医師などの医療者は免許制であるため、その供給量は制約される。これらの理由で、患者の選択肢は大きく制限される。

このように市場原理の前提が満たされていないため、患者に無制約な選択の自由があると次のような不均衡が生じて調整が困難となる。患者は自身の病気が何であるのか正確には判断できないため、危険回避的な患者であれば高機能病院や専門医を積極的に受診する傾向がある。しかし、公定価格であるから医療の価格変化による需給調整は

表2 医療提供システムに市場原理が適さない根拠と新しいモデル

| 市場原理の前提              | 市場原理から生ずる非効率性   | 望ましいモデル   |
|----------------------|---|---|
| 自己利益の追求<br>(駆け引きモデル) | 情報の東Aの伝達の抑制<br>・医療機関選択の失敗<br>・治療効果の低下<br>・信頼関係の低下（訴訟リスクの上昇） | 協働モデル<br>医師－患者間の協働から生ずる利益を重視                        |
| 供給者間の競争              | 情報の東B, Cの伝達の抑制<br>・医療機関選択の失敗<br>・重複検査などの無駄                  | 相互補完モデル<br>医療機関相互の補完関係から生ずる利益を重視                    |
| 短期的取引                | 情報の東A, Bの伝達が不十分<br>・治療効果の低下<br>・信頼関係の低下（訴訟リスクの上昇）           | 長期的取引モデル<br>長期的な医師－患者関係から生ずる利益を重視                   |
| 無制約な選択の自由            | 不均衡の発生<br>・高機能病院志向<br>・真に必要とする患者の排除                         | 選択の自由の抑制<br>供給制約と不完全な価格機能により選択の自由を抑制しなければ不均衡の調整が不可能 |

行われず、さらに医療機関の数に制約があることから高機能病院には患者が集中し、その結果、高機能病院で専門的な治療を必要としている患者の受診を妨げることになる。

### ② 選択の自由の抑制：社会的トリアージ

このような非効率を改善させるには、患者の選択の自由を制限することになるが、何らかの方法で医療機関の機能に応じて患者をトリアージ（選別）することが必要である<sup>3)</sup>。

以上の検討を整理したものが表2である。

## 2 医療提供システムとネットワーク原理

### (1) 規制かインセンティブか

以上の考察から医療提供システムの運営原理として市場原理は不適当であることが再確認されたが、市場原理の対極にある計画原理は適切なのであろうか。計画原理を最も特徴づけるのは資源配分の手段が規制であることから、Zeckhauser and Zook〔1981〕は、資源配分機能として規制とインセンティブのどちらが優れているのかを、システム（市場）の特性に応じて考察し、医療市場では規制よりインセンティブの方が適していることを示している。表3はシステム（市場）の特性に応じて資源配分機能として規制とインセンティブのどちらが優れているのかを整理したものである。適正な規制を行うためには供給者の行動を規制当局が正確にモニタリングする必要がある。そのため、供給者の数が多い、生産物の構造が複雑、生産物の数が多い、生産費用や生産数量に関する情報の収集が困難、という状況ではモニタリングコストが大きくなるため規制による調整は不利となり、個別にモニタリングの必要のないインセンティブの方が適している。（経済的）インセンティブは価格に影響を与えることであるから、需要や供給の価格弾力性が大きいほどその効果は大きいといえる。さらにpoliticalな面に着目すると、政策介入に対して反対する勢力が大きい場合は、介入が直接的な規制より間接的なインセンティブの方が反対されにくい。また政策介入の目的が複雑、曖昧な場合はきめ細かく規制を構築する必要があるため、規制よりインセンティブの方が

表3 規制とインセンティブの介入効果

|             | 効果的な介入 |         |
|-------------|--------|---------|
|             | 規制     | インセンティブ |
| 供給者の数       | 少数     | 多数      |
| 生産物の構造      | 単純     | 複雑      |
| 生産物の種類      | 少数     | 多数      |
| 価格弾力性       | 低い     | 高い      |
| 費用と数量に関する情報 | 入手が容易  | 入手が困難   |
| 介入反対の勢力     | 小さい    | 大きい     |
| 介入の目的       | 单一、明快  | 複雑、曖昧   |

出所) Zeckhauser and Zook, [1981] を著者が一部修正。

容易に実行できる。

それでは、医療提供システムにおける資源配分手段として規制とインセンティブのどちらがふさわしいのであろうか。供給者の数は医療機関数でみても医師数でみても多数である。医療は専門的な知識や技術を基に医薬品や診断・治療機器を駆使して行うサービスであるから、その構造は極めて複雑だといえる。また、傷病の種類の多さや患者の病状が多様であるため、提供される医療サービスの種類も非常に多い。公定価格の変更、すなわち診療報酬の改定が医師の医療選択に少なからず影響を与えることも知られている。したがって、医療供給に対する公定価格の弾力性は大きいと考えられる。医療サービスの費用を計算するためには複雑な原価計算を用いる必要があり、また、医療機関ごとに費用のばらつきが大きいため、医療サービスごとの費用を正確に把握することは難しい。医療に対する利害関連団体は多く、中には政治的に一定の影響力を行使できる団体もあり、政策介入に対する反対の勢力は大きいといえる。医療政策の目的は、医療の技術進歩の促進、医療アクセスの公平性の確保、医療費上昇の抑制等々多目的である。しかも、これらには相互に対立する概念もある。それゆえ、医療政策の目的は單一で明快なものだとはいえない。

このような考察から、医療システムに対する効果的な介入方法は規制よりインセンティブだといえる。このことは、医療提供システムの運営管理原理としては、市場原理は適さないが規制を調整手段とする計画原理も適さないことを示している。

表4 ネットワーク原理の特徴

|          | 市場原理    | ネットワーク原理   | 計画原理      |
|----------|---------|------------|-----------|
| ①資源配分の手段 | 市場圧力    | インセンティブ    | 規制（命令）    |
| ②行動目的    | 自己利益の追求 | 協働の利益を重視   | 全体利益の追求   |
| ③要素間関係   | 競争      | 相互補完の利益を重視 | 規制（命令）に従属 |
| ④情報      | 各参加者に開示 | 各参加者に開示    | 中央に集中     |
| ⑤選択の自由   | 高い      | 一部抑制       | 低い        |
| ⑥取引期間    | 短期的     | 長期的        | 長期的       |
| ⑦システムの構造 | 柔軟      | 中間         | 硬直        |

## (2) 医療提供システムとネットワーク原理

これまでの考察を基に、あらたな運営原理としてネットワーク原理を提唱する。ネットワーク原理の特性は表4に示したように市場原理と計画原理の中間的な性格をもつ。以下、ネットワーク原理の特徴について概説する。

〔資源配分の方法〕 積極的な情報開示の強制とインセンティブによる調整。

〔行動目的〕 各参加者が近視眼的な自己利益の追求ではなく、参加者間の協力から得られる利益を重視した自己利益の追求（啓発された自己利益）を目的とする。

〔要素間関係〕 参加者の行動目的が単なる自己利益の追求ではないため、要素間関係は自発的な相互補完関係が重視される。

〔情報の流通〕 情報は各参加者に開示される。

〔選択の自由〕 選択の自由は確保されるが、それによって生ずる非効率を意識して自発的に選択の自由を抑制することも重視する。

〔取引期間〕 長期的取引から得られるメリットを重視する。

〔システムの構造〕 メンバー間の関係は自由であり、システムは多様性、柔軟性をもつが、長期取引を重視するため一定の安定性をもつ。

以上を総括すると、ネットワーク原理は、(i) 医師－患者間の協働、医療提供者間の相互補完、長期的な医師－患者関係の構築、選択の自由の自発的な抑制などから得られる利益を重視して、(ii) 情報開示とインセンティブにより、(iii) 参加者の行動変容を引き起こさせる運営原理だといえる。

## IV 現実の医療提供システムとネットワーク原理

### 1 市場原理の失敗の補完

#### (1) 協働モデルへのインセンティブ

医療者と患者が協働するためには、情報の共有を促進することが有効である。信頼関係の上に成立する協働が情報の共有をさらに促進させるという好循環を生み出す。このために具体的に、以下の施策が考えられる。

- ① 診療に関する情報（A-a）や医師や医療機関の特性に関する情報（A-b）が積極的に開示されるインセンティブの構築。
- ② インフォームドコンセントやセカンドオピニオンに対する積極的な診療報酬による評価。
- ③ 医療機関が主催して医療者と患者の交流することに対するインセンティブの構築。
- ④ 院内での苦情や事故後の初期対応の際に患者側と医療側の対話の橋渡しをする「医療メディエーター」の育成を推進するインセンティブの構築。

#### (2) 相互補完モデルへのインセンティブ

医療機関相互の補完関係を強化する施策としては次のような施策が考えられる。

- ① 医療機関相互の連携関係の強化に対する積極的な診療報酬による評価。
- ② 電子カルテの普及により診療情報のポータビリティを高めることに対するインセンティブの構築。

③ 地域における医療機関の交流の場の創設。

(3) 長期的取引モデル

特定の医師と患者の受療関係を継続的、長期的に持続させるためにはかかりつけ医の普及が考えられる。しかし、かかりつけ医制を強制することは、患者の選択権を大きく侵害することになり適切ではない。患者の選択権を維持しつつ、長期的な医師－患者関係を推奨するインセンティブを構築することが必要である。また、ドクターズショッピング的な受療行動のメリットが少ないことを啓蒙する教育活動も重要であろう。

(4) 社会的トリアージ

トリアージの主体が患者自身なのか医師なのかによって二つのスキームが考えられる。

① 患者自身によるトリアージ

医師の専門や医療機関の機能に関する情報(A-b)を積極的に開示することを通じて、患者が自身の病状に合わせて最適な医師や医療機関を選択することを可能にさせる、いわば患者自身による自己選抜のスキームである。これは患者の選択の自由が確保されるものの、患者自身は自分の病状を正確に診断できないため、危険回避度の高い患者は、実際には不需要であっても大病院等の有名病院に集中する傾向に歯止めがからず、資源配分の最適化という点では一つの欠点を有する。場合によっては病院情報の開示は大病院志向、有名病院志向を加速させることも考えられる。

② プライマリーケア医によるトリアージ

医師や医療機関の選択にプライマリーケア医が介入し、患者の病状に最適な医療機関を紹介するというスキームである。このスキームは一般に価格政策と組み合わせて実行される。最初にプライマリーケア医を受診し、専門的高度な治療が必要だと判断した場合に専門の医療機関を紹介する。患者がプライマリーケア医の診断を受けずに大病院や専門医を受診した場合は、紹介がない場合と比較して医療価格を引き上げるという仕組みである。イギリス、デンマーク、スウェーデン、カナ

ダなどは、このタイプのスキームを導入している。このスキームには次の二つの課題が考えられる。第一に、プライマリーケア医がゲートキーパーとして有効に機能するためには、診療科横断的な診断能力をもたなくてはならないが、そのようなプライマリーケア医の育成が課題となる。第二は、患者のプライマリーケア医を選択する自由をどこまで認めるべきかという課題である。選択の自由度を大きくすればトリアージ機能が低下し、自由度を大きく制限すれば患者とプライマリーケア医に良好な関係が形成できなかった場合に患者の不利益は大きくなる。

## 2 最近の事例に見るネットワーク原理の視点からの若干の考察

最近の医療に関連する二つの動きをネットワーク原理の視点から考察してみよう。一つは医療機関の「連携」推進を目的として行政が積極的な情報開示と診療報酬による誘導を行った例である。あと一つは、患者自身が自発的に「協働」と「トリアージ」を行い、医療体制の崩壊を守った例である。

### (1) 政策としての機能分化と連携の促進

#### ① 医療計画の見直し

医療制度改革の一環として、(i) 患者を中心とした医療連携体制、(ii) 主要な事業ごとに柔軟な医療連携体制、(iii) 病院の医療機能を重視した医療連携体制等の構築を目指して、これまでの医療計画が修正された。この新医療計画を実現するための具体的な施策として、「4疾病5事業の連携構築」と「医療機能に関する情報提供制度」がある。前者は、がん、脳卒中など4疾病、救急医療、小児救急医療など主要な5事業ごとに医療連携体制を構築することで、医療機関相互の連携の下で、適切な医療サービスが切れ目なく提供されることを目標としたものである。各都道府県は2008年度を目途に、疾病又は事業ごとに、必要となる医療機能を明らかにした上で、各医療機能を担う医療機関等の名称や数値目標が記載される新しい医療計画を作成することになる<sup>4)</sup>。後者

表5 連携のインセンティブとしての診療報酬の例

| 2006年度改定           |   |                           |                             |
|--------------------|---|---------------------------|-----------------------------|
| 名称                 | 評価する内容  | 点数                        | 目的                          |
| がん診療連携拠点病院加算       | がん拠点病院において他の医療機関からの紹介されたがん患者が入院した場合                     | 200点<br>(入院初日)            | 一般病院とがん専門病院との連携             |
| 地域連携退院時共同指導料       | 退院後に患者を診る医師が入院医療機関の医師と協同して在宅医療について説明・指導した場合             | 310点⇒1000点 (在宅療養支援診療所の場合) | 病院と在宅との連携                   |
| 地域連携診療計画退院時指導料     | 地域連携クリティカルパス (大腿骨頸部骨折)に基づいた退院後の療養計画を説明し、連携医療機関に文書で渡した場合 | 1500点                     | 大腿骨頸部骨折治療における医療機関や介護施設相互の連携 |
| 2008年度改定           |   |                           |                             |
| 名称                 | 評価する内容  | 点数                        | 目的                          |
| がん診療連携拠点病院加算       | がん拠点病院が他の医療機関からの紹介で入院医療を提供した場合                          | 200点⇒400点                 | がん拠点病院と他の医療機関との連携           |
| 地域連携診療計画退院時指導料     | 地域連携クリティカルパス (脳卒中)に基づく退院後の療養計画を説明し、連携医療機関に文書で渡した場合      | 600点                      | 脳卒中における医療機関や介護施設相互の連携       |
| 2008年度改定 (後期高齢者医療) |   |                           |                             |
| 名称                 | 評価する内容  | 点数                        | 目的                          |
| 後期高齢者総合評価加算        | 入院中に生活能力、認知機能などを総合的に評価した場合                              | 50点                       | 退院後の療養生活への円滑な連携             |
| 後期高齢者退院調整加算        | 退院困難な要因がある患者に対し、その要因の解消を含めた退院支援計画を作成した場合                | 100点                      | 退院後の療養生活への円滑な連携             |
| 後期高齢者退院時薬剤情報提供料    | 入院時に投与された薬剤情報等を経時的に管理できる手帳に記載した場合                       | 100点                      | 薬剤投与に関する情報を退院後の療養に連携        |
| 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算  | 診療所から患者の急変時にあらかじめ定められた病院に入院させる場合                        | 500点                      | 病院と診療所の連携                   |
| 在宅患者連携指導料          | 医師が在宅療養患者を訪問して他業種 (看護、福祉)と連携して患者や家族を指導する場合              | 900点                      | 在宅医療における医療と介護の連携            |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス料   | 患者の急変時に主治医が患者を訪問し、関係する医療従事者とカンファレンスを行い、患者を指導する場合        | 200点                      | 在宅医療における緊急時の医療連携            |

は、各医療機関が指定された項目について都道府県に提出し、その内容を都道府県がインターネットで住民に開示するという制度であり、2008年度から実施された。開示項目は診療科目や診療時間などの基本的な情報に加え、医療の実績や医療連携体制や差額ベッドの料金など幅広く病院で56項目、診療所で50項目に及んでいる。

## ② 診療報酬改定

さらに医療機関の連携が推進するように、表5に示したように診療報酬による連携のインセンティブが設けられた。2006年度改定では、がん専

門病院と一般病院との連携を促進する「がん診療連携拠点病院加算」、病院と在宅療養との連携促進を目的とした「地域連携退院時共同指導料」、大腿骨頸部骨折治療における医機連携の促進を図った「地域連携診療計画退院時指導料」などがある。2008年度改定では、「がん診療連携拠点病院加算」の報酬が引き上げられ、「地域連携診療計画退院時指導料」の対象疾患に新たに脳卒中が加わった。また、2008年度から75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度 (長寿医療制度) が導入されたが、その中では、入院患者が退院後の療養

生活に円滑に移行することができるようになると「後期高齢者総合評価加算」「後期高齢者退院調整加算」が設けられ、また診療所と病院の連携を図る目的で「後期高齢者外来患者緊急入院診療加算」が設けられた。在宅療養において医療と介護など多職種間の連携を図る「在宅患者連携指導料」も創設された。情報開示と診療報酬というインセンティブを用いたこの施策が目的通りに医療連携の推進に寄与するかどうかは未知数であるが、大いに注目すべきである。

## (2) 協働と患者自身によるトリアージの実現

特段の政策介入がないにもかかわらず患者が主体となり、医師と患者の「協働」が実現し、同時に患者自身が自発的に「トリアージ」を行って需給調整に成功した事例がある。医師不足から病院の小児科が閉鎖される危機に直面して、母親たちが中心に2007年4月に発足させた「兵庫県立柏原病院小児科を守る会」がそれである。この会の特徴は、署名活動や関係団体への陳情を行って医師の招聘を求めるという活動にとどまらず、病院の小児科医の窮状を理解し、共感し、(i) コンビニ受診（夜間や休日などに受診する）を控えよう、(ii) かかりつけ医を持とう、(iii) お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう、というスローガンをつくり、それを実践した点にある。実際には、小児科医が監修した分かりやすい小児救急に関する冊子を作成して母親に配布し、節度ある受診を促した。また、医師に対して感謝の手紙や手作りのお菓子を贈るなど、患者の感謝の気持ちを積極的に伝えている。このような患者達の行動に対して、医師達も、小児救急に関する冊子の作成に協力したり、ホームページ上で「私たちは柏原病院小児科を守る会の方々に感謝しています。小児科がまだ存続しているのは革命的とも言える柏原病院小児科を守る会ができたからです！」で始まる感謝の意を表明している。このような患者に守られている病院で働きたいという医師も現れたという。この活動の特徴は、(i) 行政の支援なく、自律的に医師と患者が協働関係が構築されたこと、(ii) 小児医療を守るために患者が自発的にトリアージを行ったこと、(iii) ホームページや報道を通じてこの運動が広く知れわたり、他の同様の活動を誘発していることにある。このように政策の積極的な介入がなくとも、必要に迫られてネットワーク原理に基づく行動が取られる場合もあることは注目に値する。

## V おわりに

医療提供システムの合理的な運営原理としてネットワーク原理を提唱した。これは医師－患者間の協働、医療提供者間の相互補完、長期的な医師－患者関係の構築、選択の自由の自発的な抑制などから得られる利益を重視して、情報開示とインセンティブにより参加者の行動変容を引き起こさせる運営原理である。医療機関の機能分化と連携の推進を図る政府は、医療機能に関する情報開示や診療報酬による連携の誘導を開始した。これはネットワーク原理によるアプローチだといえるが、有効に機能するかどうかを見極めることは重要である。一方、「柏原病院小児科を守る会」は特段の政策介入がないにもかかわらず、自律的に医師－患者間の協働、患者自身によるトリアージを実現したケースである。また尾道市の高齢者の地域ケアの有名な事例は、政府が連携のインセンティブを構築する以前に、主治医機能を中核に医療機関（介護施設）相互の補完関係を自律的に達成した先進例だといえる。このように、行政介入がなくてもシステムの参加者が自律的にネットワーク原理に基づく行動をとっている実例が散見できる。このことはネットワーク原理が有効に機能する上で、行政介入以外に重要な要素があることを示唆している。たとえばリーダーシップのあり方、情報伝達手段、医療のタイプ、コミュニティの広がりなどの要素はどのような意味をもつのか。このような考察を省いて、行政が情報開示の促進やインセンティブの設計を行っても「笛ふけど踊らず」ということになるかもしれない。それゆえ、自律的にネットワーク原理が機能するメカニズムについて研究することは大きな意義がある。とりあえず「柏原病院小児科を守る会」のよ

うに「奇跡的」に生まれた自律的なネットワーク原理の火種を、大きな炎にし、広く普及させることに行政は関与すべきではないか、この支援プロセスを通じて、行政もネットワーク原理に火がついたための「触媒」を発見することができるかもしれない。

#### 注

- 1) 機会主義 (opportunism) は、情報の不完全性や交渉力の格差を利用して悪賢いやり方で自己利益を追求すること。
- 2) 医師が収入を増やそうとする行動をとることもあるが、その場合でも病状の改善や治癒を最優先するという範囲内で行われるのが一般的で、収入増を理由に医学的に最善な医療を放棄することは希ではないか。
- 3) 供給者の選択の自由も再検討する必要がある。産科等のハイリスクな医療を行う医師が急速に不足しているし、過疎地で勤務する医師も不足している。診療科や地域での不均衡を何らかの方法で是正しなければならない。
- 4) 4 疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病。

糖尿病。5事業は、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療。

#### 参考文献

遠藤久夫 (1994) 「医療のネットワーク化と情報」『医療経済研究』Vol. 1。

——— (1998) 「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』8 (2)。

柏原病院小児科を守る会 HP  
<http://mamorusyounika.com/> (2008/4)。

川越雅弘 (2008) 「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』No.162。

兵庫県立柏原病院 HP  
<http://www.kaibara-hp.jp/> (2008/4)。

Zeckhauser, R. and C. Zook, (1981) "Failures to Control Health Costs: Departures from First Principles" *A New Approach to the Economics of Health Care*, American Enterprise Institute for Public Policy Research.

(えんどう・ひさお 学習院大学教授)