

医療システムの再編成と政策課題

大 村 潤四郎

医療システムの構造

医療システムも社会システムの一つである。T. Parsons¹⁾によれば、「社会システムというのは、活動の構成分子の組織化の形態であり、それは個々の活動分子の集合の間に継続して働いているか、秩序立った変化をしている相互作用と関連している」。

システムとはまた前述の個々の構成分子が一つの目標に向かって協力することである。医療システムの場合その目標は何であろうか。医療は健康の早期回復、保持増進を目的とする活動であり、その目標は国民の健康の向上にあることは明らかであるが目標にかかげる要素を列記すれば次のようになる²⁾。

1. 国民のだれもが、どこにいても必要なときに、必要な医療が受けられること。(accessibility)
2. 医療の機会均等。(availability)
3. 高水準の医療の質が保たれること。(quality assurance)
4. 医療が全人的包括的であること。(comprehensiveness as a whole)
5. 人間性の尊重、患者が満足するものであること。(humanity)
6. 公衆衛生、社会福祉の分野の活動と協力。(coordination)
7. 能率のよい制度であること。(efficiency)

医療システムの特性

社会システムはまたシステムとしての形式の維持のほか、分化と総合、適応の性格をもつ。

形式の維持は医療システムの場合、その国その地方に特有な医療文化、制度を規制する法律、その他医学医術に基づく技術規範などによって行われる。

システムはまた社会の変革に適応しなければ生き伸びることは出来ない。現代社会において医療システムに与える最も大きな変動の要因は、高齢化社会の到来、技術革新ならびに情報革命である。また経済的には高度成長時代から低成長時代に移行して、国家財政の引き締め政策が医療システムに顕著な衝撃を与えているということである。このことは昭和58年度で14兆5,438億円と推計された国民医療費の30.6%が国庫負担となっている事実を見れば明らかである。(表1参照)

医学医術の進歩と生活水準の向上に伴って医療サービスの分野でも専門化が進んでいる。内科、外科、産婦人科といった分科は一世紀前のものであったが、近年では内科はまた循環器、消化器、内分泌、などに分けられるほか心療内科という科なども新たに生まれた。外科も脳神経外科、心臓外科、小児外科などと更に専門分化が進み、四肢の接合術などは血管吻合の術者と、神経縫合の術者とが交互に登場するといったような専門分化の世の中となった。

専門分化が進みすぎた結果、多くの医師は専門医を志し、プライマリ・ケアを担当する家庭医の数が少なくなった。地域社会にあって、病気のことは何でも相談に乗ってくれた昔の家庭医の多くは老年化し、家業を継ぐ若い医師が少なくなった。厚生省が今頃家庭医の養成を政策として打ち出したのは専門分化の反動としての総合化への表れで

表 1 国民医療費を財源別にみた百分率の年次推移

	国民 医療費	公 庫			保険料	そ の 他	
		総 数	国 庫	地 方	総 数	総 数	(再 掲) 患者負担
1955	100.0	15.9	11.6	4.2	45.5	38.7	38.7
1965	100.0	25.9	22.1	3.9	53.5	20.6	20.6
1975	100.0	33.5	28.9	4.6	53.5	13.0	12.9
1980	100.0	35.5	30.4	5.1	53.2	11.3	11.0
1981	100.0	35.4	30.3	5.1	53.5	11.1	10.8
1982	100.0	35.6	30.4	5.2	53.6	10.8	10.5
1983	100.0	36.4	30.6	5.7	52.5	11.1	10.8
1984	100.0	32.0	27.0	5.0	56.0	—	12.0
1985	100.0	29.0	25.0	4.0	58.0	—	13.0

(注) 1955～1983年厚生省統計情報部発表, 1984, 1985年厚生省推計。

ある。

医療システムの区分

医療システムも供給, 教育, 研究などいろいろの分野に区分される点の考え方を図1に示した。

医療の供給システムは地域の医療システム, 病院や診療所の配置や運営のシステム, 医療従事者の教育や充足対策, 医薬品, 医療機器などの供給システムなどによって構成される。医療の場合供給システムにおいて, 研究や教育が行われるので供給システム, 研究システム, 教育システムを切り離すことは現実的でない。

医療の経済システムはこの三つのシステム全体に関係するものである。医療経済の命題は, 医療に関する希少資源を如何に有効に活用するかとい

うことであり, 政策の立案に当っては, 各種対策の費用, 便益の比較検討を行い, 政策決定のための資料を提供することにある。

医療経済が他の経済と相違する2, 3の特色をあげれば, 疾病は予測し難い出来事であるということ, 一般的に消費者に医療を評価する能力がないということ, 労働集約型産業であって生産性にはおのずから限界があるということ, 医療は消費的であると同時に投資的であることなどである。この最後の点はしばしば教育に比せられる。

疾病を経済学的に見ると二種類に区分される。投資甲斐のある (proprutic) 疾病と投資甲斐のない (antiprutic) 疾病である。後者は人道的 (humanitic) 疾病とも称される。医療によって労働力を回復し, 生産につながることはないからである。

老年人口の増加によって後者に属する疾病が増加し医療に対する投資価値は減少しつつある。

医療システムの効率

医療経済学における重要な問題の一つは医療のパフォーマンスを何によって測定するかということである。医療のプロセスである医療行為の集積によって測定するのか, あるいは医療の成果による寿命の延長, 国民の健康回復, 健康増進の成果によって評価するのかということである。

後者の考え方によるならば医療システムの効率 (E) は理論的には次式によって表される。

$$E = \frac{\int_0^e H(h \cdot e \cdot a) dt}{C}$$

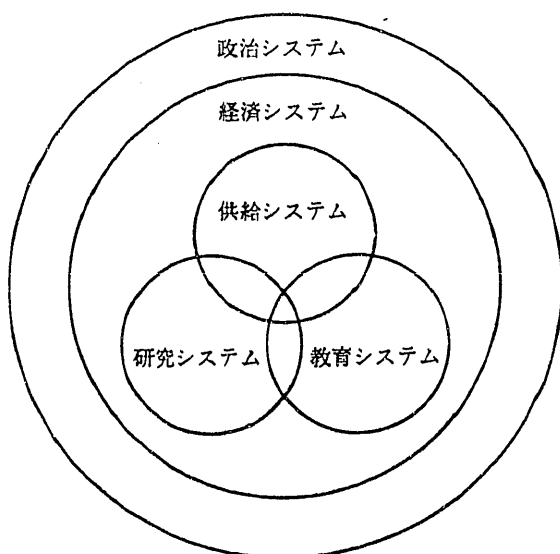


図 1 医療システムの区分

上式における分子は国民の健康量。これは主体 (h)、環境 (e)、病因 (a) の函数である健康を、国民の寿命で積分したものである。分母 C は医療費用。

国民の健康度は医療のみによって向上するものではない。栄養、居住、その他生活水準に関連する生活環境が影響する。ある条件下では医療に投資するより、食料や住宅に投資する方が国民の健康度の上昇に役立つことが知られている。ここに分配効率の問題が登場する。

GNP を企業のとり分と労働者のとり分にどのように配分するのか、国民生活、国民福祉の分野でも教育、医療、福祉などそれぞれの分野にどのように配分するのか、社会保障、公共事業、文教、防衛、警察など、その大部分が国費公費によって賄われているものについては国の政策決定が直接事業の進展に影響をもたらす。

医療システムの再編成とその背景

医療システムの再編成といっても他の社会経済システムが変わらないかぎり、医療システムだけの大変革はおこりえない。前述したような医療をめぐる技術の進歩と急速な人口の老齢化に向かって現在のシステムを如何に適応させていくかということである。以後、近年における医療システム再編成をめざす国の政策を述べ、論評を加えたいと思う。

政府は近年における医療政策の目標やその根拠をいろいろ説明するけれども、その必須要件というべきものは医療費に対する国の負担の膨脹を抑制しなければならぬということである。

1982年の国民医療費は13兆8,659億円でその財源別内訳は国庫30.4%、地方5.2%、保険料53.6%、患者負担等10.8%であった。当時の医療費の対前年増加率は7.7%であり、GNPの増加率5.0%を上回っていた。政府のねらいは、一つには医療費の伸びをGNPの伸びの限度におさえたいということであり、医療費に占める国庫負担の割合を少しでも小さくして当時にして毎年3,000~4,000億円増加する国庫負担をおさえなければならぬということであった。

医療保障制度の発展経過

歴史的に見ると、わが国の医療保障制度は国民健康保険の普及とともに発達した。1948年にはそれまで組合を保険者としていたものを市町村公営を原則とすることに改め、1952年療養給付費に対する助成交付金を国が支出し、1954年には療養給付費に対して2割の国庫負担と5%の調整交付金が明文化されることとなり、この財政的支援でようやく国保の普及が軌道に乗るようになった。

1959年国民健康保険法を全面改正（国庫負担25%、調整交付金5%）、強制設立、強制加入とし、東京、名古屋など大都市への普及をまわって1961年国民皆保険を達成した。当時はGNPの伸び率も2割に近く、高度成長時代が続いたので国庫負担の増額も容易であった。以後給付内容の改善に伴って国庫負担はさらに増額され、国庫の負担は45%に、調整交付金は5%にまで引き上げられた。

1973年老人福祉法によって70歳以上の老人の医療費が無料化された結果、老人の医療需要は急激に上昇し、加入者に老人の比率の多い国保の財政に大きな影響を与え、1973年10月から開始された高額療養費支給制度はこれに拍車をかけるに至った。

老人保健法の制定

1982年8月老人保健法が成立、1983年から70歳以上の老人及び65歳以上70歳未満のねたきり老人はこの法律によって医療給付を受けることになった。この法律の制定によって、政府は次のような目的を達成した。

1. 外来は1日につき400円、入院は1日につき300円（2ヵ月に限り支払う）の一部負担をかけることによって、それまで前年同月比2.5%程度増え続けていた外来受診率は実施後1年の平均で3.4%の減少に転じ、入院受診率増加も5.3%から0.2%におさえられた。

2. 老人保健法のアイデアは各人がそれぞれの保険の加入者でありながら、給付は国（20%）、都道府県（5%）、市町村（5%）、保険者（70%）がプールする老人医療費から行い、70%の保険者負担分は半額を医療費按分、半額を加入者按

分で負担することによって、保険者間の財政調整が行われることとなり、これによって国庫負担を軽減することが出来た。

健保法の改正

1984年10月政府は健康保険法の改正を実施した。その骨子は、①医療費適正化対策、②保険給付の見直し、③医療保険の再編合理化による負担の公平化とうたわれているが、実質的には被用者保険本人の1割負担を実施したこと、退職者医療制度の創設、従来差額徴収といわれたものについて法律上きちんとした規定が設けられたことが主な内容である。

わが国の医療保険は共済、組合、政管などそれぞれの職域集団、地域保険たる国保から出発し、被用者保険にあっても、本人は10割給付、家族は長い間5割給付であった。本人家族に対する給付率の統一は戦後健康保険が、労働保険から社会保障に変換されたときに手をつけられるべきで、むしろ遅すぎた感がある。国民皆保険が実施された現在、全国民が定率の負担をするよう制度の調整を図ることは当然のことである。定率負担の欠点は医療費が高額となれば患者負担額も高額となり、患者がその負担に耐えられなくなる恐れがあることである。

この歯止めとして1973年高額療養費制度が導入された。本人定率負担の導入に伴って、高額療養費制度は本人にも適用され、その額は月5万1,000円に改められた（低額所得者の場合3万円）。そして注目すべきことは負担限度額が個人負担から世帯負担に変えられたことである。また同じ世帯で過去1年間に高額療養費の支給が4回以上になった場合は、患者負担は3万円に軽減される。その他血友病や人工透析患者については月1万円年間12万円の患者負担で済むこととする、など細かい配慮が加えられている。この本人負担の割合は政府原案は8割であった。この原則は「61年度以降国会で承認を受けた日からは8割」という形で残っている。これによって61年度以降医療保険における給付率を本人家族を問わず8割に統一する地ならしが出来たと見てよいだろう。これによ

って生ずる患者負担の重荷については、前述した高額医療費支給制度その他特定疾患、低所得者グループを対象とした特別措置で対処しようというわけである。

一部負担の考え方

政府案は初期の段階ではビタミン剤や給食材料費を給付外とする項目が含まれていたが利害関係団体の反対で消えていった。出来高払いの医療保険の制度の下では、一部負担の制度は医療需要を適正な範囲におさえる有力な手段として利用される。そしてそのかけ方は患者に決定的な経済的負担を与えないように、それによって医学的に必要な医療需要が制限されないように考慮することが必要とされている。また患者と医療機関の関係から過剰に使用されやすい特定項目をねらって課することが効率的であるとされている。薬剤費一部負担はその例である。給食費は家に居ても食事代はかかるという理論でたびたび出る問題ではある。

材料費を給付外にすることは面白い着想である。病院給食における食事の個別的サービスは、後述する医療自由化のポイントの一つで、将来考慮すべき分野である。

退職者医療制度

次に1984年10月改正の重要なポイントは退職者医療制度の創設である。84年度の厚生白書によると年齢階級別医療給付は年齢階級とともに増加するが、60～70歳の階級だけは落ちこんでいる³⁾。これは世帯主の退職に伴って被用者保険から国保に移ることがその原因の一つと考えられる。退職者医療制度は国民健康保険に加入しているサラリーマンOBで被用者年金の老齢年金や退職年金を受ける資格のある人とその家族が対象になるもので、この人々に本人8割、家族入院8割、外来7割の給付を保障しようという制度である。退職者医療の費用はサラリーマンOBや、その家族が支払う国保の保険料のほかは、健康保険からの拠出金で賄われるという医療保険としてはまことに巧妙な仕組みである。退職者医療のための拠出率はさし当り5.67%とされており、本人9割給付の実

施によって、これだけの財源が被用者保険から拠出されても現行料率を引き上げる必要はないとされている。

国保に対する国庫補助は保険給付費の50%と改められ、このうち10%を調整交付金として交付することになっている。この補助率は従来の医療費ベースに引き直すと38.5%となる。この二つによって政府は国庫負担を年5,000億円近く軽減することに成功した。

これらの改正によって1984年度の国民医療費の伸び率は3%程度におさえられ、国庫負担の比率も30%から27%に低下し、その目的を達成した。(表1参照)

医療費自由化の行方

1984年10月改正で見のがしてならないのは、特定療養費制度である。これは保険診療の規格化、医療の自由化、民間保険の参入など将来の動向に対して深い関係を有するからである。今までは保険でまだ取り上げられていない先進医療技術を患者に施用すると、その医療行為だけを給付外として患者負担にすることは差額徴収として禁止されていた。しかしこれについて明確な法的根拠があるわけではなかった。差額徴収が認められていた室料の差額、歯科材料費も行政措置として認められていたにすぎず法的性格はいまいであった。今回の改正でこの点が法的に明確になった。特定療養費制度には二つあり、一つは特定承認医療機関(現在のところ大学付属病院、国立循環器センター、がんセンター、2年後に見直し)で高度先進医療(学会などの評価で安全性は確認されているが有効性、効率性、普及度が確立過程にある保険で未採用の医療)を行った場合、検査や入院料など基礎的な医療については特定療養費として給付をする。高度先進医療の範囲については、まだ確定していないが、がんの温熱療法、脳動脈形成術などが考えられている。

第二は保険医療機関で行われる特定療養費で、これには室料と歯科材料費が定められている。この一部について保険給付が行われるのであるが、医療機関はそれぞれ料金を掲示し、事前に患者の

承認を得ることが必要とされている。

これら法律の規制を受けることとなった差額徴収が今後どのような推移を見せるか、これが大きくなればそこに民間保険の介入の余地が生まれ、自由化の道も開けるのであるが、医療保険における医療給付の水準をどこにおさえるかが今後の動向の鍵を握るといえる。

医療給付の適正化

以上は政府の政策がまがりなりにも実行に移され、それなりの効果を挙げた事項であるが、政府が政策の一つに掲げた医療給付の適正化についてはどうであろうか。

その一つは審査支払制度の改善である⁴⁾。現在支払基金で取り扱う請求明細書の枚数は月4,200万件前後といわれるが、それを全国3,600人の審査員で審査することになる。開催日数は取扱件数に応じ東京・大阪の7日間から沖縄の2日間まで種々あるが、平均して5日ぐらい、おおむね午後1時から5時までが標準である。この限られた人員、会期で上記の膨大な明細書を審査するのであるから、重点審査と称してあらかじめマークされた医療機関を重点的に審査することとなる。

何よりも無駄なことは、3,000人に及ぶ有能な臨床家はもっと医療の第一線でその力を発揮してもらうことが人的資源の有効な利用というものであって、審査のために請求明細書をめくるような機械的な仕事はコンピューターにさせればよいのである。

審査、特に診療内容にかかわる審査は出来高払い制度における必要悪なのだが、この方法には医学的審査法と数理的審査法とあり、医学的審査法は、審査委員が患者を診察すれば別であるが、いたずらに請求明細書の備考欄を賑わすだけで実効を挙げ得ない。これに対して数理的な審査法はそのプログラムが適正であれば、手間もかからず医療費の公平な分配が可能である。厚生省は一時、レインボー・システムとしてアドバルーンをあげたが医師会の反対にあって引っこめてしまった。審査のプログラムをつくるに当たって如何にすれば公正妥当な審査が出来るか、統計的な分析研究が

必要なのであるけれども、今のところ請求明細書を調査研究目的に使用することさえも不可能な現状は何とか解決出来ないか。これは医療をめぐる政治システムの問題とも関連する。保険者の方も最初は支払総額は変えず審査によって節減された額は医療の質の改善のためにつぎこむくらいの決心が必要であろう。世をあげてOA時代にあって支払基金業務の能率化のために今後、真剣に検討をすすめてもらいたい。

供給システムの問題

医療供給システムの再編成として最近当局が考えているのは地域医療計画の策定を中心とした医療法の改正、家庭医制度の推進、医療と福祉の中間施設の再編成、それから最近ようやく気付きはじめた重要項目として、病院の機能評価、医療の質保障の問題がある。

わが国の医療供給システムは明治以来、自由開業医制を取っていた関係から、システムという観点からいえば自由放任主義であった。医療機関に関する基本的法律である医療法は戦後間もない1948年10月施行されたが医療機関の計画的整備については具体的規定はなかった。

1962年には公的性格を有する病院の開設等を規制する医療法の一部改正が議員立法で行われ、公的医療機関の新設、増床や病床の転用について規制が加えられるようになった。

政府は医療審議会が「基幹病院整備計画」を答申した1951年頃は公的医療機関を中心とした整備計画を考えていた。1963年に医療制度調査会が出した「医療制度全般についての改善の基本方針に関する答申」では公的医療機関中心の整備計画は基本的に再検討さるべきであり、医療活動は地区医師会などの共同体制によって組織化される必要があると民間主導型による地域医療計画が打ち出された。

地域医療計画というのは健康増進、疾病予防、治療、リハビリテーション、いわゆる包括医療を目標にして計画しなければならぬことは近年の常識となってきたが、高齢化社会の到来に備えて保健福祉の総合的サービスを目標にした地域計画が

必要となってきた。地域医療計画は病院の配置計画などハード面の計画とともに運営に当たってのソフトの面の計画が重要となった。

医療法改正と地域医療計画

今回政府が提案している医療法改正案では都道府県知事が国の委託を受けて、地域医療計画を策定することとなっている。策定に当たっては都道府県は医師会など診療、調剤の学識経験者の団体の意見聴取、市町村の意見聴取、都道府県医療審議会の意見聴取が義務付けられている。都道府県における地域医療計画の策定に当たっては、厚生省からガイドラインが示されることとなっているが、その内容は、

1. 医療圏の設定、おおむね住民の日常的疾病に対応する市町村域(第一次医療圏)、一般的入院医療を供給する広域市町村域(第二次医療圏)、高度・特殊治療を行う(都道府県域)に区分されることが想定される。市の場合第一次医療圏が分割されることや第一次医療圏を複数の町村とすること、第三次医療圏を複数設定すること、都道府県境における両者にまたがる圏域設定などが問題となる。
2. 病床数の地域的偏在の解消を図り、適切な医療供給体制を確保する必要性があることから、医療圏における必要病床数を算定する。
3. 医療機関の適正な整備水準の確保を図るため、病院、診療所等の機能に応じた水準確保の方策を示す。
4. 医師、看護婦など医療従事者の量的確保と質的向上を目指すとともに地域的偏在を解消し、適正な配置と定着を図るための基本的な方策について示す。
5. 医療供給体制の整備促進。
6. 医療機関相互連携体制のシステム化の推進。
7. 公衆衛生、福祉等関連施策との連携。

医療供給の自由競争社会において病院のリージョナリゼーションの実行はなかなかむずかしい。その方法は法的規制と計画推進へ向かっての経済的援助ということであるが、今回の医療法改正によって都道府県ごとに地域医療計画が作られたと

してもその計画に沿って医療機関の整備を図るためには、公私施設の区別なく過剰地域への新設制限、不足地域への誘導が必要である。この具体的手段が今後の課題となるだろう。

患者の流れと医療システム

地域医療システムの計画に当たって考えなければならぬのは患者の流れと医療機関の機能分担である。地域医療計画のガイドラインによると医療の段階はまず自宅におけるセルフ・ケア、次はプライマリ・ケア（以下、P. C と略記する）、次は二次医療、三次医療となる。日本におけるセルフ・ケアの問題は重要でどんなときに医師にみせなければならぬかという保健教育が重要である。英米の調査によると患者に発生する四つの症状のうち、約三つは家庭内で処理して、あと一つが医師の診断を請うというのが現状であるというのだが、わが国の受診の統計によると四つの症状のうち三つは医師のところへ駆けこむという実情である。

P. C は患者が最初に医療システムの助けを借りるときの基礎的な医療であって、7割の疾病はこの段階で処理可能である。

この供給者は普通その人の健康管理、疾病治

療、専門医等各施設への紹介に責任をもつことになっており、その者の健康に関するすべての分野、すなわち生物学的、行動科学的、社会的な分野において責任をもつという意味でも包括的医療である。

家庭医論議は時代錯誤

当局が最近懇談会を設けて検討をはじめた家庭医というのは、家族ぐるみの健康の相談にのってくれる医師で、健康相談、普通の疾病の処理、特別の疾病については専門施設への紹介という三機能を有するとされているから、P. C を担当する医師といってもよいだろう。昔、医療技術が今ほど発達せず、専門分化が今日ほど進まなかった時代には、地方における多くの開業医はこの家庭医であった。多くは内科、小児科を標榜していたが、外科、産婦人科を標榜していても P. C を担当していたのである。

P. C を誰が担当するか、発展途上国では、医師が少ない関係、あるいは、業務の対象が伝染病、栄養不良、家族計画などである関係で、医師以外のヘルス・ワーカーが担当しているのだが、文明国では P. C を誰が担当しているかは、国によってまちまちである。図2に示すように英国で

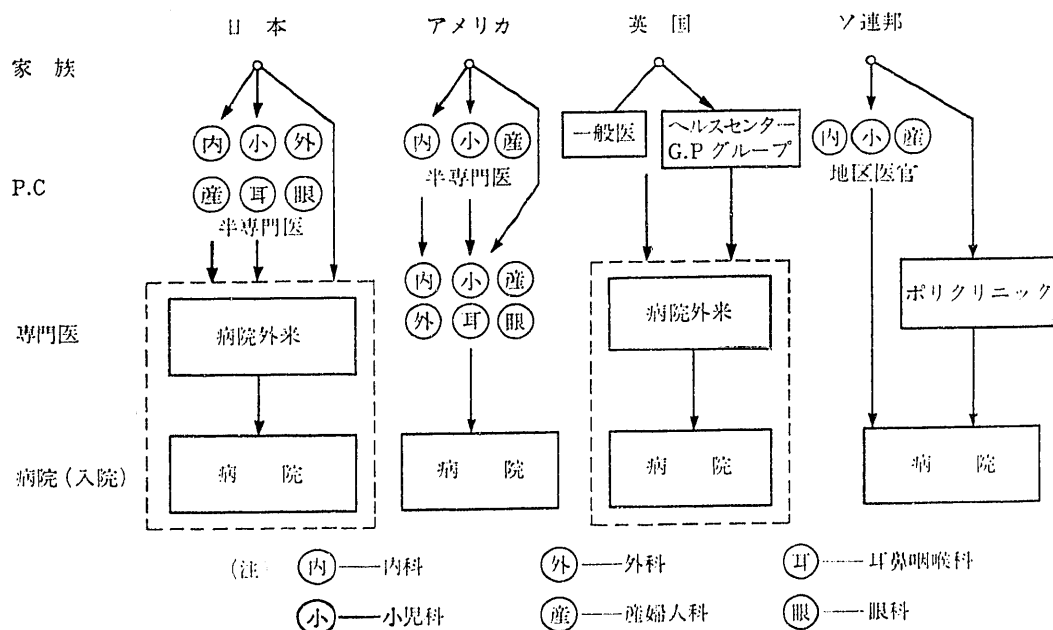


図2 医療の流れ

は P. C 専門の G. P (General practitioner) が担当しており、G. P と専門医は制度上画然と区別されている。患者が医療システムと接触するのが G. P であり、自己の患者を病院サービスの専門医に紹介する調整役を果たすのが G. P である。G. P の大半はグループ診療を行っている。制度がより複雑なアメリカでは、家族はすべての半専門医（小児科、内科、精神科、産婦人科など）と真の専門医を自由に訪れることが出来る。ソ連などの東欧諸国では地区を担当する地区担当医(District doctor)、市ではポリクリニックの医師が P. C を担当するが、その場合英国と違うところは一般に小児科と産婦人科は P. C の段階から専門が分かれているということである。

日本の現状はアメリカと同様、医療機関の選択は全く自由である。医療機関が充分にある都市では普通、眼が悪いときは眼科に、皮膚病は皮膚科に、近所に適当な開業医がある場合には直接訪れる。最近は大病院志向型で成人病やちょっと複雑な病気では大病院の外来を訪れる人が多い。大病院の外来は待ち時間が長いので軽い病気は近所の開業医を利用する。病院では往診をしてもらえないことが多いから、子供のいる家庭や、心臓病をもっている人は往診してもらう医師を決めていることが多い。

昭和 58 年に実施した厚生省の保健衛生基礎調査⁵⁾によると「かかりつけの医師」即ち病気になったとき決まってみてもらう医師をもっている人は 64.8% で、在宅療養者、乳幼児をもつ家庭、60 歳以上の高齢者がいる家庭ではその比率は高い。

神奈川県の実民健康調査によると、20 歳以上の県民が最初に受診する医師は、一般診療所の医師 42.0%、病院 41.0%、他は職場の診療所や大学病院の医師となっており、ここでも高齢者や乳幼児をもつ家庭は一般診療所を利用することが多い。日本の P. C の現状は今や家庭医志向型ではない。地域により、家庭の実情、家族の生活行動圏によって P. C の受け方はまちまちなのである。この問題については今更特定の家庭医論議をむしかえすよりは、どんな形態であれ P. C を充実する方向で政策を考えるべきである。

グループ診療の普及を

P. C に対する患者の要望は、前記調査報告によると夜間や休日でもみてくれる、家から近い、往診してくれるなどが多いのだが、日本人の一般的希望として、専門的な技術をもち、医療機器を整備している施設というのがある。これが大病院指向型のニーズの表れである。

以上のような患者の動向から考えても今後はプライマリ・ケアを担当するグループ診療を普及する政策を打ち出すべきだと思う。

グループ診療の長所としては、

1) 交代勤務が可能となり、休日は夜間診療に輪番制がとりやすく、交代で休日をとったり、研究会に出かけたり、時間制で他の病院に勤務することも可能になる。

2) 看護婦、保健婦、その他の医療従業員を雇う費用、医療機器の整備などで経営の合理化が図られる。

3) 大なり小なり専門分化が生じ、患者の選択を広くし、診断が迅速・正確になる。

4) 個々の医師の失敗は直ちに明らかになるので、診療が真剣になり、技術向上の意欲が湧く。

今度の医療法改正で医師 1 人が働く診療所についても医療法人組織を認めようとする動きがあるが、それよりもグループ診療を行う医療法人に対して一層の経営上の優遇処置を講ずべきである。

医療機関の連携と情報システム

地域医療計画の内容の中に重要な項目として、医療機関相互連携体制のシステム化の推進というのがある。医療機関の機能分担、相互連携は従来から強調されてきたことであるが、言うはやすく、実現はなかなかむずかしかった。今後の医療情報システムの発展は、地域医療における医療機関の連携、役割の分担、患者の流れの適正化に大いに寄与することが期待されている⁶⁾。病院と診療所の間に情報システムがつくられると、診療所は病院に対し、外来でも手軽に予約をすることが可能になる。また入院させた患者のデータは診療所からの検索が可能になる。病院で行う検査も診療所の医師が直接情報システムを介して見ること

が出来る時代がくるだろう。

そうなると病院と診療所の間の信頼関係は今よりも強化され、おのずと機能分化が進むというのである。

10年以上前、地域医療情報システムの一つとして救急医療システムが開発された。最初神奈川県で導入され、現在27府県でいろいろな方式のものが導入されている。このシステムは大部分地方自治体の負担によって設置されたものだが、その利用効率は極めて低い。このシステムは将来、救急医療のためばかりでなく、地域における病院と診療所、患者と医療機関を結ぶ地域医療総合情報システムとして再編成の必要があるだろう。MEDISなどが中心となってこの大型プロジェクトに取り組む必要があるだろう。このような計画にこそ国は先行試行のための計画として財政的な援助をする価値がある。

老人医療の総合化

高齢化社会の到来とともに老人医療が大きな分野を占めるに至った。医療も治療からケアが重視されるようになり、これとともに医療は集中化から再び分散化の方向に向かいつつあるように思われる⁷⁾。老人保健法の制定は老人医療費を国民が平等に負担するという趣旨に基づき、医療保険間の財政調整に成功したことは前述したとおりだが、医療の包括性を明確に打ち出した点は評価出来ると思う。

老人の保健ならびにこれに関連するニーズは多様で、住宅やその他の生活環境にも問題がある。老人の保健サービスは包括医療から日常生活の援助やレクリエーションなどを含む福祉サービスと総合されたものでなければならない。

この老人に対する総合サービスは地域を基盤として、個々の老人のニーズに応じ資源の効率的利用を目的として提供することが必要である。1人暮らしの老人は別として家族と暮らす老人は病気が許せば在宅ケアが望ましく施設への収容は、家族と離れるばかりでなくホスピタリズムの発生を促し、費用もかかる。

在宅ケアの障害は住宅の狭隘、生活環境の不

良、こどもの転動、1人暮らし老人の増加、介助を要する家族の老衰、疲労などであるが、これに対しては、老人を対象とした住宅対策、保健チームによる訪問サービス、訪問看護事業による患者のケア、ならびに家族の指導、施設におけるデイ・ケアあるいはショート・ステイの普及、給食サービス、ホームヘルパーの派遣、ボランティアによる援助活動など、地域保健福祉事業として今後一層充実すべき点が多い。

中間施設の構想

去る8月2日発表された中間施設に関する懇談会の報告書⁸⁾では要介護老人についての国民的要望は「自らが、そして家族が要介護老人となった場合、家族が過重な負担を負わずに家庭内で適切に看護・介護を行いうるよう多様な在宅サービスを用意してほしい。そして家庭で、どうしても処遇することができない場合のために安心して入所出来る施設を作ってほしいということである」とし、この要望に対しどのように対応していくかが政治、行政の最大の課題であると述べているが、正に然りである。

1984年の時点で6ヵ月以上「ねたきりの状態にある65歳以上の老人は約48万人で、このうち約10万人が病院に、11万人が特別養護老人ホームに、残り27万人が在宅療養を行っている」⁹⁾。わが国ではなお「ねたきり老人」の56%が在宅療養を行っているが、この割合は漸減しつつある。高齢化が進むことによって2000年にはねたきり老人の数は100万人を突破すると推計されている。そのうち半数を在宅ケアに依存するとしても50万は施設収容が必要ということになる。

現状は「ねたきり老人」の一部は病院に収容されており、一部は特養に収容され、この両者に収容されている要介護老人にはさほどの差異のないケースがある。ところが入所手続きや費用負担には大きな差異がある。これは福祉施設としての特養と医療機関としての病院との生い立ちの相違に基づく点も多い。

前述の報告書は要介護老人の収容と在宅ケア援助のために中間施設を設けるべきであるとしてい

る。中間施設は、在宅型施設と入所型施設に分かれ、前者はデイ・ケアとショート・ステイが主な機能である。後者は、収容施設で、医学的管理と看護、リハビリテーション、生活訓練が主な機能である。

新聞の報ずるところによると厚生省は1961年度全国10ヵ所にモデル施設をつくる計画を進めつつあるとのこと。最初の考えでは健康福祉施設という中間施設を設け、特養はこの施設に吸収するという考えのようであったが、社会局との調整は難航のようである。

新しい中間施設の費用については、入所者については生活費は自己負担、医療、介護については医療保険という構想である。財政当局にとってこの点は魅力的である。

ニーズの多様性に如何に対応するか

高齢化社会を迎え特養ぬきの医療供給システムは考えられぬ時代となった。リハビリテーションが医療と福祉の中間で伸び悩んでいるように、要介護老人のケアが両者の中間でばらばらにならぬよう対策を立てることが必要である。

全国約2万8,000、病床数29万の有床診療所にも近年は高齢者の入所が増加している。有床診療所を中間施設に転用することも考えるべきであろう。

老人の保健、福祉サービスに対するニーズは極めて多様で流動的である。それゆえ施設の機能を限定すると他施設に移すことが困難な場合措置にこまる。地域によっては多目的施設が必要となる。その意味では老人保健福祉サービス・システムは最も流動的複合的といえるかもしれない。

ま と め

最初にわが国の医療システムの構造について触れ、医療システムの再編成を促している要因とし

て高齢化社会の到来、技術革新、国庫負担の軽減をあげた。

次いで医療経済システムについて、医療保障制度をめぐる改革の動きを述べ若干の批判を行った。

医療供給システムについては、地域医療計画、家庭医制度、中間施設など近年における再編の動きについて解説し私見を述べた。

医療システムをめぐるもう一つの問題は医療の質を如何に保障するかという問題である¹⁰⁾。最近この問題を解決すべく厚生省、日医共同で「病院機能評価研究会」が設けられ、ようやくこの問題にも手がつけられようとしている。今後の展開を期待したい。

文 献

- 1) Talcott Parsons, *The Social System*, p. 24. The Free Press, 1951.
- 2) 山本幹夫編, エセンシャル衛生, 公衆衛生学, 第2版, 第9章, 医療制度, 257頁, 医歯薬出版, 1984.
- 3) 厚生白書, 厚生省編, 大蔵省印刷局発行, 1984.
- 4) 健保連, 診療報酬審査制度の改善方策に関する研究, 1979.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部, 保健衛生基礎調査報告, 1983.
- 6) 開原成允, 情報システム活用による便益, 情報化社会と地域医療計画, 49, 58頁, 病院システム開発研究所, 1984.
- 7) 大村潤四郎, 第21回病院管理学会, シンポジウム, 医療資源の現状と課題, 病院管理, 21巻2号, 72-76頁, 1984.
- 8) 中間施設に関する懇談会報告, 要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について, 1985.
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部編, 厚生行政基礎調査報告, 1984.
- 10) 大村潤四郎, 保健医療サービスの質保障, 健康保険, 38巻11号, 1984.

(おおむら・じゅんしろう 病院
システム開発研究所専務理事)