

地域福祉と医療計画

—医療計画の基本的諸問題—

郡 司 篤 晃

I はじめに

昭和60年医療法が改正されて、都道府県知事に対して、医療計画を作成することが義務づけられた。また、平成2年福祉関係8法が改正され、地域における在宅と施設福祉サービスの一元的かつ計画的な体制づくりが推進されようとしている。そのため、老人福祉法によって老人保健・福祉計画の立案が都道府県に、また実施計画の立案が市町村に義務づけられた。

一方、近年の東欧の歴史的変動は計画経済の失敗により自由主義経済への移行を目指したものである。そこでまず、医療、福祉における計画とは何かについて考察しなければならない。

次に、本稿で与えられたテーマは地域福祉と医療計画であるが、著者の専門から、福祉に配慮しながらも、医療計画を中心に論ずることとしたい。今回の医療法による医療計画は必要的記載事項と任意的記載事項に分かれており、当然のことながら必要的記載事項が中心である。しかし、必要的記載事項は病床数の規制であり、その目的は抑制的である。それに対し任意的記載事項は地域医療供給体制の整備であり促進的である。したがって福祉計画との関連からも、その内容のほうはるかに重要である。

近年、ノーマライゼーションの観点から、在宅ケアの重要性が強調されている。今回の福祉関連法改正のなかでも、この観点が取り入れられた。具体的には、在宅福祉サービスが福祉サービスとして明確に取り入れられた。また、施設への入所

措置権が町村にも委譲された。

医療計画において、二次医療が入院医療であるとする、在宅における医療は一次医療である。したがって、医療計画においても一次医療、あるいはプライマリーケアが議論されなければならない。

II 計画に関するいくつかの基本問題

1. 医療計画の思想的系譜

計画的であることは一般には良いことであり、合理的であると考えられている。計画的でないということは怠慢や知恵の足りないことに対する非難として用いられる。

計画とは未来において実現したい状態があり、一連の行動をとることによってその実現の可能性が著しく高まる場合に、それを実現するための一連の行動を分析・評価する活動である¹⁾。

しかし、現実の社会における諸々の計画はこれほど単純ではない。従来から、計画に対しては多くの議論があった。

そのひとつは合理主義と漸増主義の議論²⁾である。合理主義においては、計画は計画の立案—実行—評価という円環的プロセスであるとする。また、合理主義に基づく計画技法には明確な特徴がある。それらは(1)目標の重視であり、(2)対案を要求すること、(3)モデル化による分析等である。すなわち、まず目標を設定することが重要であり、次にその目標を実現するための有力な複数の案を選び、それぞれのモデルを構築し、客観的なデータを用いて実験をし、その結果を一定の基準をお

いて評価して、最も良い案を選ぶ。したがって、このようにして求められた案は考えられる案のなかでは最も良い (optimum) ことが保証されるというのである。

1960年代にコンピュータが実用化されたことは、社会の各方面に大きな影響を与えた。それまで困難であった計算が容易になったことによって諸々の計画技法が実用化された。特に、宇宙開発でソ連に後れをとったアメリカは、NASAプロジェクトを発足させ、1969年有人ロケットの月面着陸を成功させた。そこでは多くの計画技法が用いられた。このプロジェクトの成功は合理主義的計画技法に対する評価を高め、その後社会の各方面へその技術は応用されていった。この合理主義的計画の医療への適用が health planning (保健計画) である。

そのひとつの例はアメリカにおいて1965年に発足した RMP (Regional Medical Program) である。この基本的な考えは、当時のアメリカの医学・医療技術をもってすれば、主要な疾病である心臓病、癌、脳卒中を半減することぐらいはできるはずであり、そのためには州という行政区画などにこだわらず、医科大学等を中心とした広域を単位としてそのための医療計画を立てることとしたのである。そのプログラムの連邦政府予算は、計画、実行、評価と段階別に出された。しかし、このRMPはその後さしたる成果を収めることなく、人々の関心は当時新しい医療提供システムとして登場してきた HMO (Health Maintenance Organization) へと移っていった³⁾。その後、合理的主義計画技法は工学的な領域では成功しても、社会的な領域では必ずしもうまくいかないという評価が定着していった。

2. 合理主義と漸増主義

漸増主義は合理主義に対する批判として生まれたもので、それ独特の計画技法の提案などを行ったわけではない。しかしその批判と論争を通して、現実の社会における計画に関する重要な問題点が明らかにされてきた。それらは人間の計画能力の合理性の限界と、計画と政治の関係に要約される

といわれている⁴⁾。

合理性の限界とは次のような指摘である。現実の問題は極めて複雑であって、それを認識する人間の能力にはたとえコンピュータの力を借りたとしても限界がある。

NASA プロジェクトの場合は、その成否の最も重要な要素はロケットであった。そしてロケットは複雑ではあるが人間が設計し製造したものであったから、人間はそれを熟知していた。しかし、社会的事象の場合の計画の対象は複数の人間、あるいは社会であり、したがって計画の対象に関して完全な知識と制御手段をもちあわせているわけではない。医療においてはさらに、人間は生命や病気の本質について完全な知識をもっているわけではない⁵⁾。

モデル化にしても、たとえどんな精巧なモデルであっても、それは現実の極端な単純化である。また現実問題として、そのモデルを用いてシミュレーションを行うためには、通常存在しないようなデータを必要とすることが多いため、それを得ることも含めて多大の時間と人手と資金を必要とすることになる。

H. Simon は人間の認識の合理性の限界を認め最大化 (maximizing) を諦め、ある程度で満足 (satisfying) すべきであるとして「限られた合理性 (bounded rationality)」を主張した⁶⁾。しかし、どこで満足すべきであるかについての基準がなければ、その判断は計画者の恣意性にまかされることになる。

一方、漸増主義の典型的な考え方は、あらかじめ目標を設定すること自体否定する。目標はあらかじめ決められるものではなく、むしろ分析や関係者の意見の調整の結果定まってくるものである。目標を定めてそれにかかわるすべての問題を分析するのはそれに要する時間や予算の面で現実的ではない。それよりも、当面問題となっている事柄とそれに直接関係がある事柄だけに関心を絞ってその解決に取り組むほうが現実的である、とする⁷⁾。これは行政をはじめ多くの組織で日常的に行っていることの域を出ない。また、漸増主義には、小さな改善の積み重ねが結局大きな進歩をも

たらずという前提がある。しかし、この前提は必ずしも正しくはない。複雑なシステムの場合には小さな改善と思われることがシステム全体にとっては全く改善にならなかったり、むしろ悪影響となることもあるといわれている⁸⁾。

漸増主義は複数主義的であるといわれている。合理主義においては目標の設定がまず必要とされるが、特に社会的な事柄に対する計画においては多くの人々の利害が絡むことが多く、この目標の設定こそそれらの調整の過程であり、したがって計画の重要な過程である。民主的な国においてはそれは政治的な過程で行われる。

3. 計画の種類

企業などの団体における計画を「団体計画」(corporate planning)といい、計画に関する技法はおもにそのために発展してきた。それに対して、政府の作る計画を「政府計画」(governmental planning)という⁹⁾。この場合には特に利害の調整の過程は重要である。さもないと計画の過程は一部の計画者の手に委ねられ、集権的な傾向を助長する。合理主義の欠陥はこの過程に対する関心が希薄なことである。

政府計画には利害の調整が絡むので多くの場合立法措置を必要とする。法を受権して行政府が作る計画が「行政計画」である¹⁰⁾。行政計画には計画を実効あらしめるために、国家権力による統制や予算措置等による誘導が伴うのが普通である。

今回の医療法に基づく医療計画は、必要的記載事項に関しては抑制であり、その意味では行政計画そのものであるが、任意的記載事項に関しては必ずしも行政計画の範疇に属しないと考えられる。すなわち、後述するように、医療は行政サービス

として行われているわけではなく、わが国においてはその大半は民間の医療施設によって提供されている。したがって、その対象は行政の直接的な制御が不可能な対象である。また、その目的が地域における医療のシステム化という促進的なものであるにもかかわらず予算等による誘導を伴って、その計画は関係者それぞれの努力を前提とした共同の目標という性格が強い。したがって、このような計画を「社会計画」と呼んでおく。

III 医療システム評価尺度と日本の医療

医療システムは社会システムの一部であるが、極めて複雑なシステムである。したがって、この全体を評価し論ずる場合には何らかのフレームが必要である。J. H. Babson は医療システムの評価尺度として、次のようなフレームを用いている¹¹⁾。医療システムの良し悪しは、大きく2つの側面、効果と効率の面から見なければならない。そして、効果を決定する要素は3つあり、接近性と質と統合性である。接近性とは、“かかりやすさ”の意味であり、それを規定する要素が3つある。それらは、サービスの量と分布と経済、文化などである。サービスの量とは、例えば、医療施設の数であり病床数、医師数などである。量が十分あってもそれらが一部の地域に偏在するのでは接近性は悪いということになる。医療を受けるとき、高額のコストがかかるのでは医療は受けにくいことになる。また、世界的に見るならば、例えば女性は女医に診てもらうという伝統のあるところでは、男性の医師だけでは困るということになる。

統合性とは、病気の重症度に応じて、ふさわしい技術水準の医療施設が対応するシステムが体系

表 1 医療システムの評価尺度 (J. H. Babson)

効果 (effectiveness)	接近性 (accessibility)	・量 (quantity) ・分布 (distribution) ・経済、文化 (economy, culture, etc.)
	質 (quality)	
効率 (efficiency)	統合性 (integration)	- 産業効率 (industrial efficiency) - 技術効率 (technical efficiency) - 分配効率 (allocative efficiency)

表 2 医療施設・病床の国際比較 実数・率 (人口1万対)

	医 療 設 施 数	病 床 数			病 床 率 (人口1万対)		
		総 数	(再 掲)		総 数	(再 掲)	
			精神病院	結核病院		精神病院	結核病院
日本	1985年	35,770	247,702	2,640	1,233,609	20.5	0.2
イギリス	1981	52	13,221	...	11,635	...	...
フランス	1981	8,626	540,768	...	476,226	...	...
ドイツ	1981	44,488	44,029	1,278	16,112	1.9	0.9
イタリア	1980	714	71,718	560	13,799	0.1	0.1
アメリカ	1980	...	93,474	8,070	70,129	1.4	1.7
カナダ	1980	7,051	1,333,360	1,540	1,081,348	8.5	0.1
メキシコ	1978	1,226	16,126	...	121,834	6.9	...
スペイン	1974	1,575	6,182	723	33,702	1.1	0.1
オランダ	1969	2,864	133,847	5,434	91,730	8.7	2.3
ギリシャ	1980	849	44,495	...	...	...	...
ポルトガル	1980	300	37,971	400	27,347	...	...
ブラジル	1976	5,426	445,818	...	...	4.0	0.4
ベネズエラ	1978	444	41,386	1,152	...	...	...
インド	1980	46	3,730	...	1,980	10.4	...
インドネシア	1980	209	33,028	479	12,484	38.9	1.4
タイ	1974	...	420,943	...	...	...	...
フィリピン	1979	1,832	554,595	80,480	413,507	14.1	...
オーストラリア	1981	...	84,310	...	...	...	...
ニュージーランド	1980	788	177,265	738	67,445	...	...
韓国	1981	688	59,914	2,673	27,466	18.8	0.5
台湾	1981	474	72,438	1,239	36,531	13.3	2.8
シンガポール	1976	...	...	...	...	27.9	2.0
スウェーデン	1980	711	123,074	803	60,480	22.5	1.0
スイス	1979	1,135	203,819	10,606	137,399	11.2	2.9
ドイツ	1979	132	41,842	...	32,295	18.7	...
フランス	1978	...	177,386	...	...	...	...
イタリア	1980	3,234	707,710	8,038	425,941	17.0	1.3
ノルウェー	1981	928	61,508	138	19,729	16.0	0.3
フィンランド	1981	...	96,272	...	91.7	...	...
ポーランド	1980	...	74,292	...	...	...	...
チェコスロバキア	1977	3,548	567,618	8,500	438,460	...	...
ポーランド	1979	1,086	266,447	16,500	163,561	19.9	1.6
ポルトガル	1978	502	10,970	1,024	34,509	11.2	1.0
ユーゴスラビア	1980	...	10,508	5,904	88,304	4.7	2.6
ルーマニア	1981	25	1,300	...	2,875	35.7	...
エジプト	1981	1,521	86,898	7,342	35,285	1.5	1.7
オーストラリア	1981	...	...	...	94,931	...	...
ニュージーランド	1981	...	...	...	22,482	...	...
ソ連	1978	23,400	3,201,000	...	...	122.5	...

注: 1) 国により病院の定数が異なるが、これは WHO の Hospitals Medical Establishments with Beds に掲載してある数値である。
 2) 日本の医療施設数は病院数と有床の一般診療所数の計である。

資料: World Health Statistics Annual 1983.

的に整備されていることである。

効率には3種類の効率が考えられる。産業効率は通常の産業における効率で、入力に対する出力の割合の意味である。技術効率とは、同じサービスを行うのであれば、技術水準の高い人より低い人が行ったほうが効率が高いという考え方である。分配効率は同じ費用なら、例えば肺癌の検診に用いるよりも禁煙教育に用いたほうが肺癌の予防効果が上がるといった考え方である。

わが国の医療システムをこのような尺度で評価してみると次のようになる。

接近性については、わが国の医療システムは極めて優れている。量に関する諸指標は、世界的視野で見ても極めて多い。なかでも病床数、医師数は重要な指標であるが、一般病床数は単位人口当たりで、アメリカの約2倍である。また、医師数も近い将来確実に過剰になることが予測されている。

道路の整備等が進んで、わが国の無医地区の問題もかなり解決が進み、一部の離島や冬季の豪雪地が残されるのみとなった。

医療の質に関しては、優れているという意見と、問題が多いとする意見があるが、かなりのバラツキがあるのが現実であろうが、確かな証拠はない。何故ならば、わが国には医療の質を評価するシステムが未発達だからである。

統合性は、わが国の医療システムのなかで最大の問題点と考えられる。わが国には明示された紹介（リフェラル）システムがない。このような例は先進国においては例を見ない。そして、これはわが国のこれまでの医療の歴史に深くかかわっており、わが国の医療政策のひとつの結果と見ることができる。

効率については、国民1人当たりの医療費が安いという意味では、日本の医療は世界各国との比較において効率が良いという評価となろう¹²⁾。しかし、薬剤費比率が極めて高いことや、在院日数が異常に長い点などの問題があり、したがって手術料などの医師の技術にかかわる評価が低くなっている¹³⁾。

このように、わが国の医療システムは統合性と

質を確保するためのシステム、一部の効率の指標に問題がある、といえる。医療計画はこれらの諸点を改善することが目指されなければならない。

IV 医療計画小史——統合性の史的背景

わが国においては従来、福祉は公の役割として、主として政府主導によって行われてきた。近年、選別的福祉から普遍的福祉に移行するに伴い、個々のニーズに対してサービスが対応するためには、民間活力の重要性を強調する意見もある^{14,15,16)}。しかし、現状は福祉サービスは量的にもそのほとんどが公的サービスとして提供されている。

それに対し、医療は現状においては民間によるサービスのほうが主流である。すなわち、医療施設の開設主体別にみるならば、医療施設の数においても、また病床数においても国公立に対し民間が大多数を占めている。

しかし、歴史的にみるならば、わが国は医療サービスを公的セクターで行うべきか、民間で行うべきかの二極の間を大きく揺れてきた¹⁷⁾。

明治以前、医療は医師の業として医師が自宅で患者を診療していた。明治になり、国や自治体によって病院の建設が進められていった。しかし、この病院の建設は民間の医師による医業を圧迫することになり、明治12年には、公的な病院医療は貧困者にかぎられるべきであるとの請願が東京府議会に提出され採択されている¹⁸⁾。その後、日本赤十字社の結成、済生会の発足があり、これらの団体が病院の建設に努力をするが、これらの病院もわが国の病院の大勢を占めるにはいたらなかった。このように、医療の中心である病院は、明治初期には公的サービスとして発足しながらも、しだいに民間のほうへ移行していった。

第2次大戦後、この揺れは、もう一度大きく公的サービスの方向に揺れることになる。アメリカの調査団の勧告（ワンデル勧告）に基づいて、医療制度審議会はわが国の医療システムを公立病院を中心に整備すべきことを答申する¹⁹⁾。そして、わが国の開業医制度は、「その欠点を除去して、

公的サービスの行きとどかないところ、あるいは必要のないところに残す」こととされた。この答申に基づき厚生省は県を単位に、各県に1つの広域病院、その下に2, 3の保健所単位に地方病院、さらにその下に地区病院を整備するというものであった²⁰⁾。これがわが国の医療計画としてみるべき最初のものである。これは、当時 WHO の Bridgman の勧めていた方向²¹⁾に沿ったものであり、また現実には、多くの先進国における医療システムである。

この計画は厚生省において推進されるが、この計画は遅々として進まなかった。その原因はこの医療施設の体系を作る財源が、国にも地方自治体にもなかったからである。

わが国の経済が成長の軌道にのり、国民の所得が増え、国民皆保険が実現し、医療への接近性が高まり、医療施設の収入が確保されるようになって、医療の振り子はまた民間の方向に揺れることになった。すなわち、昭和38年の医療制度調査会は3年という長い時間をかけて医療から医学教育まで広い範囲の答申を行った²²⁾。同答申は公的医療施設を中心とした医療計画を戦後における特殊な状況における考えとしてこれを否定し、民間医療施設を中心とした医療施設の整備を促進することとした。その考えに沿って、昭和37年には医療法を改正して、地域ごとに必要病床数を定め、病床過剰地域における公的病院の病床のみを規制した。また、医療金融公庫を発足させ、民間の医療施設や病床建設を促進した。

その結果、医療施設の収入増は病床の建設にま

わされ、私立の診療所の多くが病院へと成長した。その結果一般病床でみると、アメリカの2倍の病床と、現在の私立の中小病院が多数を占めるわが国の医療システムの特徴が形づくられた。

わが国は、いわば民間活力によって比較的短時間に病床を建築することに成功した。しかし医療施設がいわば市場において競争することになったため、統合性の悪さも同時に生み出した。例えば診療所はもよりの病院は強い競争相手として意識されるようになるため、患者の紹介や逆紹介は阻害された。

わが国の高齢化が進み、地域における包括的なケアシステムの構築、すなわち医療と福祉、医療施設間の連携が推進されなければならない状況において、これは本質的な問題点である。今後、これらの施設間の連携を推進していくためには、このインセンティブの構造を改善しなければならないだけでなく、歴史的に形づくられた関係者の間の不信感や感情をも改善してゆかなければならない。

V 医療法に基づく医療計画

1. 医療計画の内容

昭和60年、医療法が改正され、その改正の内容のひとつとして、医療法30条の3～7により、医療計画を立てることが都道府県知事に義務づけられた。具体的な内容や計画の手続き等については、「医療計画作成指針」²³⁾として示されている。

その内容は大きく2つの部分、すなわち必要的

表 3 医療施設の現況 (昭和62年10月1日現在)

	定 義	総 数	開 設 者 別					
			国	厚生省	公 立 ・ 公 的 等	私 的	医療法人	個 人
病 院 ()内病床数	病床20床以上	9,841 (1,582,393)	402 (159,805)	255 (106,201)	1,506 (377,387)	7,933 (1,045,201)	3,680 (563,089)	3,400 (277,446)
診療所 ()内 病床数	一般 無床または 病床19床 以下	79,134 (277,958)	517 (2,417)	10 (5)	4,572 (5,042)	74,045 (270,499)	1,361 (9,211)	66,168 (258,676)
	歯科	48,300 (244)	2 (—)	— (—)	366 (19)	47,932 (225)	726 (30)	46,935 (193)

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」。

記載事項と任意的記載事項である。必要的記載事項は必ず書かなければならない事項であり、任意的記載事項は書いても書かなくてもよい事項である。

必要的記載事項の主な内容は2つあって、その第1は、二次医療圏の設定である。第2は、医療圏ごとの必要病床数の算定である。必要病床数の算定の原理は、その都道府県の属するブロックの入院受療率を、当該医療圏の性・年齢で補正し、それに他の地域からの流入入院患者数を加え、流出入院患者数を引いたものを病床利用率で割って求める。ただし、他の地域への流出患者数の2分の1は加算できる、とされている。なお、ブロックの分け方、ブロックごとの入院受療率、病床利用率は厚生省から告示されている。

医療法は、設定された二次医療圏で必要病床数をすでに上回っている場合には、その圏域内で新たな増床の許可申請があった場合には、知事は増床しないよう勧告することができるとされている。

任意的記載事項は記載してもしなくてもよい事項であるが、厚生省より医療計画作成指針が示されている。それをみると、医療供給体制の整備として以下のことが記されている。

- (1) 二次医療圏における包括的な医療供給体制の整備
- (2) 三次医療の供給体制
- (3) プライマリーケアの推進体制
- (4) 医療施設間の機能分担、連携等
- (5) 病院の開放
- (6) 救急医療体制の確保
- (7) へき地医療の確保
- (8) 医療従事者の確保および研修体制
- (9) 医療と保健対策等との連携・一体化
- (10) 医療情報システムの整備
- (11) 長期目標、整備計画

医療施設間連携と病院の開放には事例が紹介されている。

2. 地域保健医療計画

また、平成2年11月30日付、厚生省健康政策局

計画課長名で、「地域保健医療計画の作成について」なる通知²⁴⁾が各都道府県衛生主管部(局)長あてに出された。この通知の趣旨は、二次医療圏ごとに任意的記載事項を中心に保健・医療計画を作成することを都道府県に指示したものである。そのためには、二次医療圏ごとに地域保健医療協議会を設置して検討をするが、その事務局は圏内の特定の保健所が行う。福祉との調整も十分に行うことが指示されている。この作成される計画は医療法に基づく医療計画の一部であり、同様の手続きを経て公示される。

地域保健医療計画に含まれるべき内容は例示としてあげられているが、医療に関しては前指針とほぼ同様であるが、その他、在宅ケア、リハビリテーション、および従来から行われている保健事業等が列挙されている。また各所に福祉機関・団体との連携・協力が強調されている。

3. 地域における組織化の推進

平成2年、福祉関係8法の改正によって、措置権が市町村に委譲され、在宅福祉が福祉サービスとして重視されるようになった。また老人福祉法によって老人保健・福祉計画の立案が都道府県に、またその実施計画の立案が市町村に義務づけられた。

一方、公衆衛生審議会からも、老人保健、福祉の総合的、計画的推進や在宅ケアの推進等が意見として出されていることを受けて、地域における組織の整備に関する施策が次々に打ち出されている²⁵⁾。

都道府県に「高齢者サービス総合調整推進会議」、保健所に「保健所保健・福祉サービス調整推進会議」、市町村に「高齢者サービス調整チーム」の設置が推進されている。

今後、これらの多数の組織をどのようにして保健医療・福祉計画に結びつけていくかは、地方自治体にまかされることになる。

4. 医療計画の効果

上述のように今回の医療計画の目的は2つある。ひとつは、必要的記載事項による病床増の抑制で

表 4 病床数・人口10万対病床数の推移

	病 院			一 般 診 療 所
	総 数	精 神	一 般	
昭和45年度	1,062,553	247,265	601,978	249,646
50	1,164,098	278,123	721,858	264,085
55	1,319,406	308,554	895,494	287,835
60	1,495,328	334,589	1,080,419	283,390
63	1,634,309	352,504	1,212,436 >132,017	276,603
人口10万対病床数および指数				
昭和45年度	1,024.4(100)	238.4(100)	580.4(100)	240.7(100)
50	1,039.9(101.5)	248.5(104.2)	644.9(111.1) >2.22	235.9(98.0)
55	1,127.1(110.0)	263.6(110.6)	765.0(131.8) >4.14	245.9(102.2)
60	1,235.5(120.6)	276.5(116.0)	892.7(153.8) >4.4	234.2(97.3)
63	1,331.1(130.0)	287.1(120.4)	987.5(170.1) >5.4	225.3(93.6)

あり、他のひとつは任意的記載事項による高齢化社会の到来に対する包括的な地域医療システムの構築である。

表4は医療法施行前後の病床数の増加率を比較したものである。これによると、同法施行前に比べて施行後は病床増加率は高まったといわざるを得ない。しかし、これはいわゆるかけ込み増床の結果であると考えられるので、その効果はより長期的に見なければならぬであろう。

任意的記載事項について効果を計ることは困難である。任意的記載事項には、法的あるいは予算的な特別な措置がないため、特別の事業報告等もなく、したがってその国としての把握はされていない。しかし、医療計画は、県および市町村、専門団体が医療について話し合う場を提供し、さらに知事がそれを公表するわけであるので、その効果に期待したい。しかし、前述したように、わが国の病診連携をはじめ、医療施設間連携が普及しないのは歴史的な背景があり、その改善は容易なものではなからう。また、後述するように、プライマリーケアの促進といえども、促進を阻害する要因は地方自治体のレベルでは変えがたいものが多い。

VI 医療計画の課題

1. 必要的記載事項

今回の医療法改正による医療計画の主要な目的は

必要的記載事項にあると考えるのは当然である。昭和37年の前回の改正では公的病床の規制をしたのに対して、今回の改正による必要的記載事項は私的病床をも規制しようとするものである。したがって、この点に関する第1の課題は病床総数を法によって規制をするという部分的な手直しによって全体としてシステムがどうなっていくかを考察しなければならない。

私的病床を規制することに関しては、法的にも問題があり、医療法では、地域の病床数が基準を超えている場合は公的病床の開設、増床などについては知事が「許可を与えないことができる」となっているのに対して、私的病床に対しては知事は「勧告することができる」(30条の2)となっている。

アメリカの場合も増床や施設の拡大に歯止めをかけるため許可制を導入した。すなわち、施設側にその必要性を証明させた(certificate of need)。しかし、アメリカにおいては施設側の要求はしばしば政治的力が動員されることもあり、この試みは成功しなかった²⁶⁾。そこで、アメリカの連邦政府は medicare と medicaid の医療費の支払い方式を retrospective payment system から prospective payment system に変えた。それによってアメリカの病床利用率は60%台に下がった。

しかし、わが国の場合は、保健医療施設の指定権が行政にあることや、地域社会のきずなの強さを考えると、長期的にはかなりの実効があがる可

能性があると思われる。

このような法による病床の抑制にはいろいろな副作用も懸念されている。例えば、地域により病床数が制限されるため、すでに存在する病床が利権化することが心配されている。また、より長期的に見て、これまでの自由開業制のもとでの競争の減少により医療技術の向上のインセンティブが失われ、技術水準が低下すること、さらに、外部から医療への資本の流入を抑制することになり、医療施設などの老朽化が進行することなどが懸念される。

一般病床の総数を規制したあとで次の課題は、作りすぎた病床をいかにして慢性疾患のため、あるいはいわゆるナースング・ホームに転換するかである。わが国の病床総数は、例えばアメリカのこれらの病床数の合計とほぼ等しい。また、ヨーロッパ諸国においてもほぼ同水準である²⁷⁾。医療法改正にさきだって、老人保健法によって老人病院への転換が進められた。さらに、今回の医療法改正で療養型病床が導入され、ケアを重視した病床が出てくれば福祉計画にも大きな影響がありうるであろう。

2. 医療供給体制の整備（任意的記載事項）

（1）医療計画と福祉計画

今回改定された医療法には「都道府県知事は…公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関係を有する施策との連係を図るように努めなければならない」（30条の3の6）とされている。また、診療や研修目的のために病院の施設、設備を地域の医療従事者にも開放するように努力することが定められている（30条の6）。これには税法上の優遇が認められている。指針のなかにも、医療施設間の機能分担、連携や、病院の開放などが例とともに記されている。

医療や福祉サービスは身近なサービスであり、したがって行政サービスとしてもできるだけ身近な自治体によって、計画的、総合的に行われるほうがよい。したがって、地方自治体、特に市町村への権限の委譲と組織化を推進することは正しい方向であろう。しかし、医療に関しては、むしろ

地方自治体のレベルでは解決できない問題が多いように思われる。

これまでの福祉は、主として公的セクターで行われてきた。普遍的福祉の時代を迎えて、個々人の多様な福祉ニーズに対応するためには民間による福祉サービスの健全育成も必要であろう。しかし、当分の間は、福祉サービスの実質的な部分は公的なサービスが占めるであろう。その意味では福祉計画においては、行政計画の比重が大きい。

それに対し、医療は前述したように、病床建設もいわば民間活力によって行われてきた。そして、現在行われているサービスを量的にみても、民間のほうが多くなっている。医療計画はいわば社会計画であって、行政計画の比重は福祉と比べればはるかに小さい。

今回の医療計画は都道府県に対し義務づけられたものであり、国に対しては、医療計画作成上の重要な技術的事項について都道府県に対し助言をすること（30条の4）、医療施設の不足地域に対する地方公共団体と共同して整備すること（30条の5）などが努力規定として記されているにすぎない。

病診連携をはじめ医療施設間連携はわが国の医療システムの構築の課題であるが、歴史的な背景があり、その推進は極めて困難であろう。何らかの強力な政策手段が必要であろう。

ところが、今回の医療法による医療計画は私的病院も含めた病床の抑制であるから、促進的な計画は困難に直面する場面も少なくなかろう。

（2）医療施設間連携

任意的記載事項の目的は医療のシステム化である。Bridgman が病院を regional, district, rural hospital と分類し²⁸⁾、戦後わが国の医療機関整備計画もこの考えを踏襲した。実際、世界的に見ても多少の変化はあっても医療の構造は大体三層構造になっている。例えば、イギリスの場合では一般医が日常的な医療を提供するが、入院や検査が必要なときにはその地域の病院に紹介される。また、アメリカでは医師の属する病院に送られるが、入院後も同一の医師が診療するのが基本的な形である。これらの国では、基本的には病院は外来で

の一般医療は行わない。今回の医療計画においても、一次、二次、三次医療と3段階に分けている。しかし、わが国では二次医療施設が大きな外来機能を持ち、一次医療を行っており、本来の一次医療施設である診療所と競合している。

また、二次医療施設である病院も小型のものが多くので専門性において偏りがあり対応できる疾病や状態の幅が狭い。したがって、患者の疾病や状態に応じて他の医療施設に紹介しなければならない必要性は西欧の場合と比べると著しく高いはずである。しかしながら、この患者紹介の明示的な仕組みがわが国にはない。

従来から医療には「自己完結性」があると指摘されてきた²⁹⁾。すなわち、患者は一度医療施設に入るとなかなか動こうとしない。患者自身も動きたがらないし、医療側も動かしたからがないといわれている。出来高払い制度は患者の移動に対しては負のインセンティブになっている。紹介した患者が返ってこないという苦情は診療所側から常に聞かれる苦情である。

病診連携についてはいくつかの地域で先進的な試みがなされている。中心になる病院も医師会立病院であったり公立の病院もある。ある地域³⁰⁾では、公立病院が紹介患者用の病床を設け、特別の窓口を通して地域医師会員からの紹介患者を受け入れている。しかし、そのような先進的なある地域でも、実際病院に患者を積極的に送っている診療所医師は地域医師会員の一部に偏っている。

病院側は、入院患者が多く待機者がいるような場合は一般的にはできるだけ効率よく診療して早く退院させたほうが収入は増える³¹⁾。例えば、外科手術の患者の場合は術後は診療行為は少なくなるので収入はコストを下回るようになる。したがって、このような場合には病院としてはできるだけ早く退院させたほうがいいはずである。しかし、このような患者を受け入れる施設を得ることがわが国では難しいし、あったとしても経営的に成り立つことは困難であろう。また、受け入れ側に病院を想定すると、すべての病院はそれなりに診断・治療に従事したいのであって、同じ医療従事者として他人の後始末的な仕事ではやりがい (job

satisfaction) を得られないであろう。もっとケアにインセンティブをもった人々を中心にした組織と施設と報酬の体系が望まれる。

われわれの調査結果によると、ある公立病院の場合は、紹介患者は病院の外来を通して入院した患者と比較すると比較的積極的な治療の適用の少ない、外科系よりも内科系の患者のほうが多かった。

ある地域の住民を対象にしたアンケート調査の結果³²⁾では、軽い病気だと思ったら診療所に行き、重そうだと思ったら病院に行くという答えが多かった。この結果は上記の調査結果と符合する。

3. プライマリーケアの課題

高齢化時代を迎えるに当たって、福祉計画と医療計画の接点を考えると、二次医療よりも一次医療のほうをはるかに重要である。入院については、わが国の病床は過剰であり、老人保健施設、療養型の病床の導入等もあって、福祉との連携も今後は幅広くなっていくであろう。入院患者、および入所者に対しては責任体制も明確であり、施設を移る場合も責任の移行は明確に行われる。

今後、ケアを必要とする高齢者の QOL、ノーマライゼーションの観点から、在宅ケアが充実されなければならないことはたしかである。したがって、今後の医療と福祉計画の最大の課題はこの在宅ケアをどのようにしていくかであろう。

福祉においては、福祉関係8法の改正が行われ、高齢者に対する福祉計画の立案が地方自治体に義務づけられ、従来の福祉サービスに在宅福祉サービスが明確に加えられた。今後人的資源の確保および支援施設等の量的整備が進められることとなるだろう。

一方、医療における課題は、より大きく複雑である。在宅ケアの諸問題のなかで、ケアを受ける本人、あるいは家族の立場で大きな問題は、もしものことがあったときにどうしたらよいかという不安である。不安を解決するのは責任を明確にすること以外にはないであろう。協調や連携のみでは十分ではない。なぜならば、責任を明確にしない協調や連携は責任のたらい回しにもなりうるか

らである。

わが国においては、在宅ケアを含むプライマリケア (PC) を誰が、どのようにして担っていくのかということに関しての展望が現在のところ明らかにされていないといわざるをえない。厚生省が昭和60年に設けた「家庭医に関する懇談会」も家庭医機能を議論するのか家庭医という資格を議論するのかで委員の間で一致が得られず、明確な展望を出すことができなかった。

歴史的に、わが国における PC は、いわゆる開業医によって支えられてきたと考えられている。しかし、わが国では外来における医療は病院においても提供されており、訪問看護も健康保険のうえではごく最近までは病院を前提としてきたし、診療所には看護婦のいないところが多いというのが現実である。

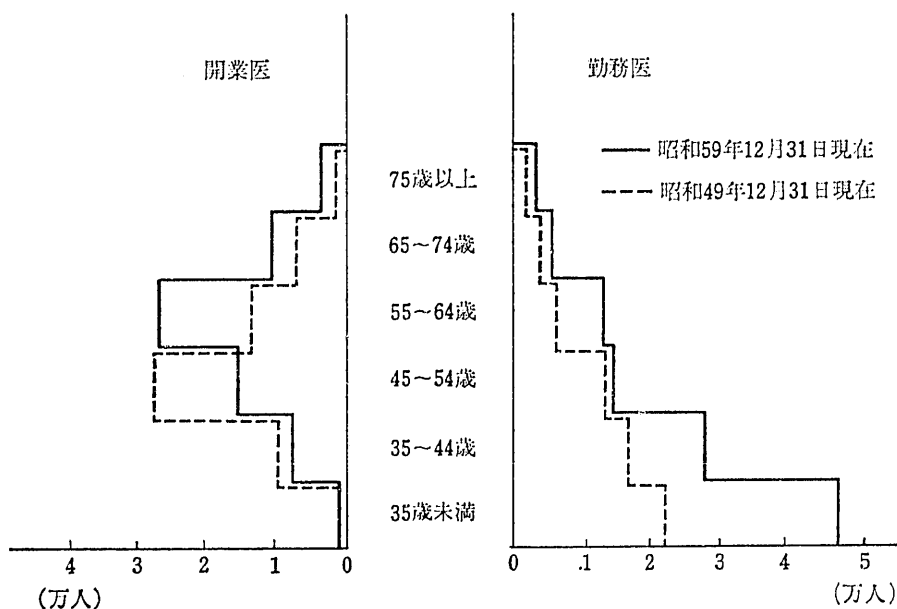
わが国のこの開業という方式が現在大きな曲がり角にきているように思われる。そのひとつの兆候は、開業医の高齢化である。わが国の開業医の平均年齢は急速に高齢化しつつあり、例えば東京の開業医の平均年齢は61歳を超え、毎年0.6歳ずつ高齢化が進んでいるという。図1はわが国の開業医と勤務医の年齢構造を比較したものである。

これを見ると、年齢階層で最も多いのは55～64歳代であり、若い階層が、極端に少なくなっている。図2はイギリスの GP の年齢構造である³⁴⁾。日本の開業医よりはるかに若く、10年経過しても高齢化が進んでいないことが分かる。

一方、全国の医師数将来予測は現在の人口10万対166人 (昭和63年) から、2000年代にはさらに倍増すると予測されている³⁵⁾。また、大学や病院にはしだいに医師が過剰になりつつあるといわれている。

このような状況のなかで PC の担い手としての開業医制の将来には一部楽観論もある。すなわち、過剰になった医師は大学にあふれ、病院にもあふれれば行き先としては開業しかありえないとする見解である。また、悲観論もあり、そのひとつは近年の若い医師たちの勤務医志向をあげるものである。おそらく、この意見は少なくとも部分的には正しいであろう。しかし、これらの悲観論や楽観論に共通の欠点はいずれも思考の停止にあり、計画に導かない点である。

世界的視野で見て、各国の医療システムの特徴は、二次以上の部分にあるのではなく、一次医療、ないし一次と二次医療の繋ぎの部分にある。わが

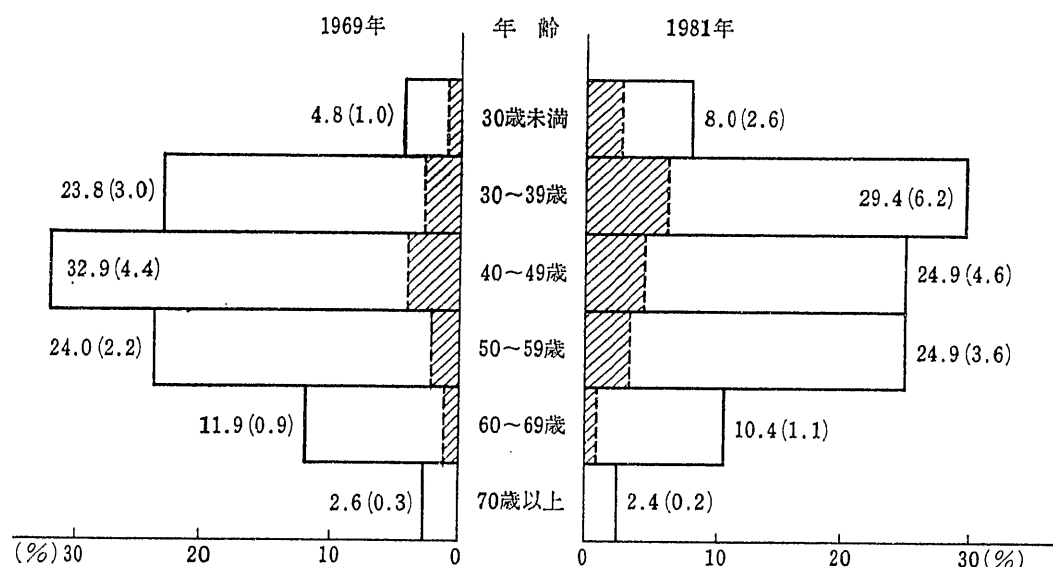


注: 1 開設者は、医療施設の従事者のうち病院または診療所の開設者の合計。

2 勤務者は、医療施設の従事者のうち病院または診療所の勤務者の合計。

資料: 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」。

図1 開設者・勤務者別にみた年齢階級別医師数の推移



注：斜線部分，（ ）内：女性。

資料：DHSS: Health and Personal Social Services for England, 1982. の資料に基づいて作成。
(文献33より引用)

図2 一般医の性別、年齢構成——1969年、1981年対比——

国における開業医制の特徴としては、(1)solo practiceであり、(2)重装備であり、(3)経営のリスクの自己負担などをあげることができる。

しかし、開業を取り巻く環境は大きく変化しつつある。近年の医学は専門分化が進み、1人の医師で患者や患者家族の多様な問題に対応することはますます困難になりつつある。したがって、PCに従事する医師は地域の包括的なケアチームの一員であるという自覚と行動がますます要請されてきている。また、近年の特に大都市部における地価高騰をはじめとする医業コストの上昇は個人の負担能力をはるかに超えるばかりでなく、開業に対する経済的なインセンティブをほとんど失わせている。

近年、若手医師の勤務医志向が指摘されているが、岩崎の調査³⁶⁾によればこれは必ずしも正しくない。表5は、その結果の一部である。これを見ると開業に対する意向をもつものは、明らかに若い医師のほうに多い。また、国立大学より新設の私立医科大学の医師のほうが開業志向が強い。

次に、開業の経営面の分析を行うため、東京都内における新規開業を想定した場合のシミュレーションを行ってみた³⁷⁾。

大都市で土地を購入して医療施設を開設するこ

とは収支からみて全く成り立たない。また、テナントとしてビルのなかに病床をもつことも成り立たない。そこで、ビルのなかにテナントとして入り、診療所を開設する場合について述べる。

このケースは、東京都内で表通りに面していないビルの2階か3階で30坪程度の診療所を個人の医師が1人で開業する場合を想定している。初期投資を7,000万円で、内訳は表6の通りとし、経常収入を月約600万円という条件で5年間の収支を見積もってみたものである。それを見ると医師の収入は年間およそ1,000万円程度であることが分かる。もちろん、その収支や医師の収入、ビルの入居費は場所によって大きく変わるし、現在も変化しつつある。また、資金の準備状況や収入によっても変わる。専門科や地域の人口特性や周囲の既存の医療施設の状況にもよることは明らかである。したがって、この例は単なる一例にすぎない。しかし、これらの結果を見ると、東京都内でビルのなかで診療所を開設した場合、医師の収入は1,000万円を超えることは難しそうである。したがって、この程度の収入と経営の危険負担をするより病院に勤務医として勤めることのほうが好まれるのは理解できよう。また、採算の見通しで無理をして開業をすれば、労働条件その他でも無理

表 5 開業について

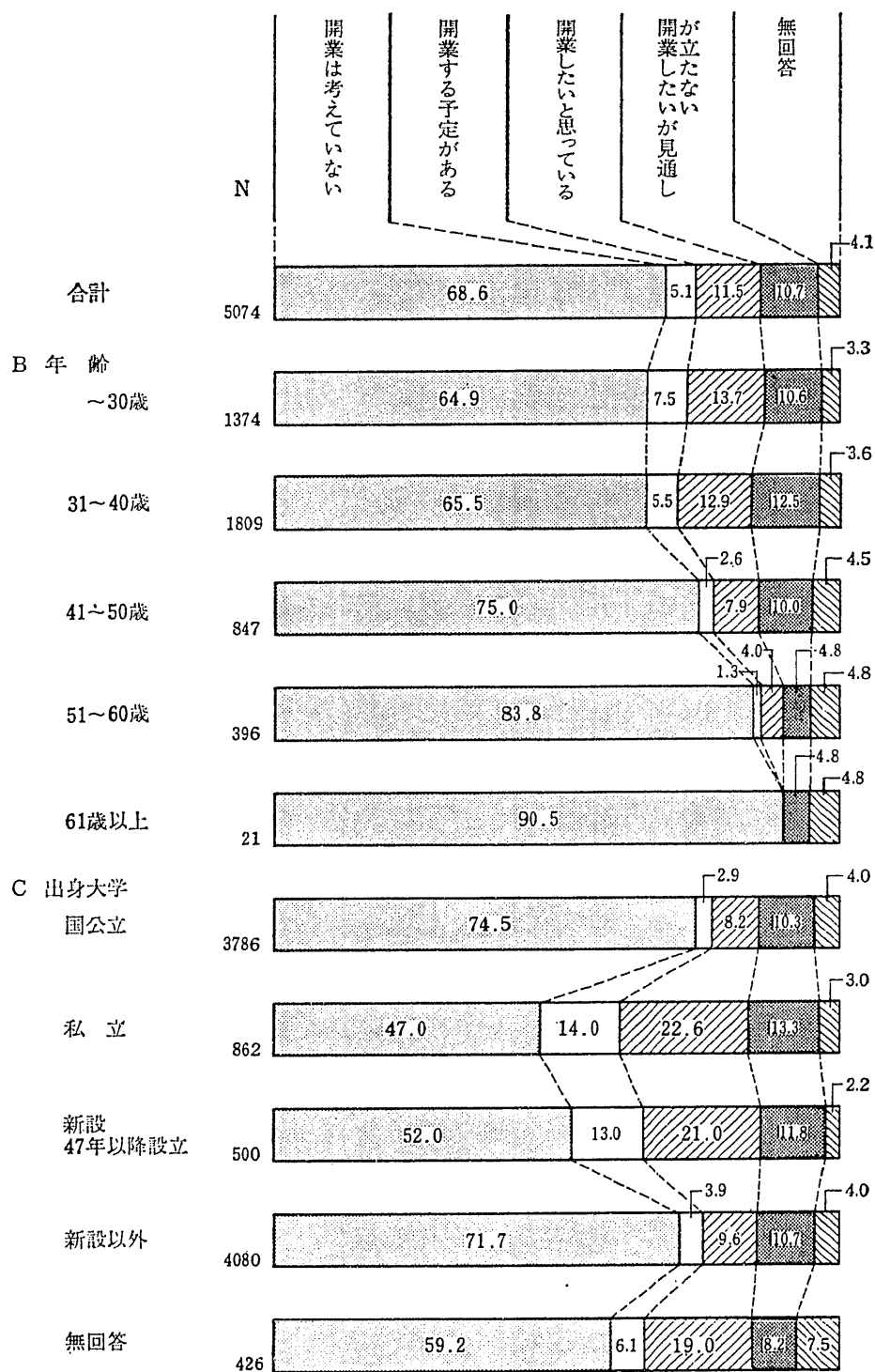


表 6 経営モデルプラン

初期投資		(千円)			
科 目	金 額	内 訳			
保 証 金	15,000	500千円/坪×30坪			
医 療 機 器 費	25,000	一式			
開 業 資 金	30,000	内装費 (800千円/坪×30坪), 開業前人件費, 広告費他			
合 計	70,000				
経常収入		(千円)			
科 目	金 額	内 訳			
外来診療収入	72,000	6,000千円/月×12月			
経常支出		(千円)			
科 目	金 額	内 訳			
人 件 費	14,400	300千円/人×3人×16ヵ月			
家賃(含管理費)	7,200	20千円/坪×30坪×12ヵ月			
材 料 費	18,000	経常収入の25%			
諸 経 費	7,200	経常収入の10%			
償 却 資 産 税	350	医療機器費の1.4%			
合 計	47,150	経常収入のおよそ65%にあたる			
資金調達		(千円)			
科 目	金 額	内 訳			
自 己 資 金	10,000				
借 入 金	60,000	元金均等10年返済, 金利7%			
収支計画		(千円)			
科 目	初年度	2年度	3年度	4年度	5年度
経 常 収 入	61,200* ¹	74,160* ²	76,380	78,680	81,040
人 件 費	14,400	15,120* ³	15,880	16,670	17,500
家 賃	7,200	7,200	7,780* ⁴	7,780	8,400
材 料 費	15,300	18,540	19,100	19,670	20,260
諸 経 費	6,120	7,420	7,640	7,870	8,100
償 却 資 産 税	350	350	350	350	350
経 常 支 出	43,370	48,630	50,750	52,340	54,610* ⁵
支 払 利 息	4,200	3,780	3,360	2,940	2,520
減 価 償 却 費	11,700	9,930	8,660	7,750	7,090
税 引 前 利 益	1,930	11,820	13,610	15,650	16,820
所 得 税 等	190	4,570	5,280	6,100	6,570
税 引 後 利 益	1,740	7,250	8,330	9,550	10,250
(医 師 収 入)	7,440* ⁶	11,180	10,990	11,300	11,340
借 入 金 返 済 額	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000
借 入 金 残 高	54,000	48,000	42,000	36,000	30,000

注: *¹ 72,000千円(表1の外来診療収入)×85%*² 72,000千円(表1の外来診療収入)×1.03(毎年3%アップ)*³ 14,400千円(前年度人件費)×1.05(毎年5%アップ)*⁴ 7,200千円(前年度家賃)×1.08(2年ごとに8%アップ)*⁵ 経常収入の67.4%にあたる*⁶ 1,740千円(税引後利益)+11,700千円(減価償却費)-6,000千円(借入金返済額)

をせざるをえなくなろう。医療の責任と経営責任が分離しておらず医療の質の評価システムをもたないわが国の医療制度のもとでは過度の経営不安のもとで医療を行わざるをえないような状況を作ることは避けなければならない。

以上の結果から、今後の PC の形態は、何らかの形のグループ化、軽装備化、経営の合理化が必要になろう。PC の軽装備化が進めば必然的に諸々の検査や入院といった支援機能が必要となってくることから、病診連携が必須となってくる。ちなみに、イギリスにおける GP の最も多い開業の形態はいまや4人ひと組みのグループ・プラクティスである。

また、わが国の地域におけるこのような医療サービスのコスト差をどのようにして調整していくかは行政技術的にはいろいろの代案が考えられる。例えば、国のレベルで解決するのか、それとも地方自治体のレベルで解決するのか、あるいは健康保険制度で対応するのか、それ以外で解決のかなどである。

アメリカにおいても medicare, medicaid の支払いをめぐって同様の議論が行われている。そのなかには、単にコスト差のみでは医師をはじめ医療資源の都市集中を招くのでアメニティ分を差し引かなければならないという議論³⁸⁾もある。医療コストの地域差は優れて医療経済学の問題であり、行政的に対応するためには明確な根拠を必要とする問題であり今後の検討課題である。

いずれにしても、医師が大学や病院からあふれてくるまえにこれらの人的資源を正しく PC の場に誘導することは重要な政策課題である。この政策的な先導なくしていかなる協議会や情報センターを設けても、地域での PC の推進は多くの困難に直面するであろう。

地域における医療システムの構築に関してはいわゆる難病のケアをきっかけに、多くの先進的で啓発的な活動が行われている。それらはわが国では忘れられていた地域における医療や地域共同体のあるべき姿に対するいわばルネサンス的な運動であるが、行政や政策がこのような活動³⁹⁾にのみ依存することは間違いであろう。これらの活動は

むしろこれまでの歴史的政策的欠落を補おうとする人々の良心とエネルギーであり、それらを補うものではあっても代替するものではない。

高齢化社会に向かって、PC に関する明確なビジョンとその推進の環境を整備することこそ医療・福祉計画の課題である。わが国におけるプライマリーケアの新しい形態については、東邦医科大学の小野らのグループ・プラクティスの実践例や医療法人河北総合病院の病診連携の実践例など民間の注目すべき活動⁴⁰⁾が進められている。今後、これらの事例に学ばなければならない。医療はすでに多くの法的規制のもとにある。したがって、その改善には漸増主義的な法の手直しで対応しようとする危険性が常に存在する。医療システムの構築は文字どおり国家百年の計であり、われわれの英知が求められている。

引用文献

- 1) R. L. Ackoff, *The Concept of Corporate Planning*, Wiley & Sons, 1970.
- 2) 郡司篤晃 監修『保健・医療計画ハンドブック』, 第一出版, 1987年.
- 3) William A. Reinke, *Health Planning*, John's Hopkins University, 1972 (郡司篤晃, 星野桂子, 紀伊国献三訳『保健・医療計画——システム科学によるアプローチ』, 医歯薬出版, 1977年).
- 4) 西尾 勝『行政の基礎概念』6章「行政と計画」, 東京大学出版会, 1990年.
- 5) 大島正光, 石井威望等編, ME 入門講座3『医学と電子計算機』, 石井威望, 郡司篤晃等, 10章「システム工学の医学への応用」, 金原出版, 1974年.
- 6) H. Simon and J. G. March, *Organizations*, Wiley, 1958.
- 7) C. E. Lindblom, *The Intelligence of Democracy*, chapter 9 Strategy of problem solving, The Free Press, 1965.
- 8) *Ibid.*
- 9) 西尾 勝, 前掲書, 191頁.
- 10) 同上, 192頁.
- 11) J. H. Babson, *Health Care Delivery System; A Multinational Survey*, Pitman Medical, 1972.
- 12) J. K. Iglehart, Health Policy Report; Japan's medical care system, *NEJM*, 319(12): 807-812, 1988.
- 13) *Ibid.*, part two, *NEJM*, 319(17): 1167-1172, 1988.
- 14) 東京都社会福祉審議会(答申)「東京都におけるこれからの社会福祉の総合的な展開について」, 1986年7月.

- 15) 東京都保健医療計画調査会「保健医療面からみた在宅サービスのあり方について」(保健サービス部会 中間のまとめ), 1987年10月。
- 16) 京極高宣『長寿社会の戦略』第10章「福祉産業の動向」, 第一法規, 1987年。
- 17) A. Gunji, "Hospitals and the Medical Care System in Japan: past, present and future," *History of Hospitals*, Taniguchi Foundation, pp. 161-176, 1986.
- 18) 厚生省『医制百年史』, ぎょうせい, 1976年, 104頁。
- 19) *Ibid.*, 資料編, 186頁。
- 20) *Ibid.*, 資料編, 188頁。
- 21) R. F. Bridgman, *The Rural Hospital* (谷村秀彦訳『病院の地域化』, 鹿島出版, 1976年)。
- 22) 厚生省『医制百年史』, ぎょうせい, 1976年, 194頁。
- 23) 厚生省昭和61年8月30日健康政策局長通知「医療計画作成指針」。
- 24) 厚生省平成2年11月30日健康政策局計画課長通知「地域保健医療計画の作成について」。
- 25) 厚生省, 平成元年版『厚生白書』。
- 26) A. L. Sorkin, *Health Care and the Changing Economic Environment*, 1986 (大谷藤郎, 濃沼信男監訳『アメリカ社会の医療戦略』, 医学書院, 1987年, 90頁)。
- 27) 一条勝夫『日本の病院』, 日本評論社, 1982年, 140頁。
- 28) R. F. Bridgman, *op. cit.*
- 29) Llewelyn-Davies, H. M. C. Macualay, *Hospital Planning and Administration*, WHO, 1966.
- 30) 医療情報システム開発センター「昭和63年度 医療情報システム研究開発報告書」1.6開放型病院支援システム(兵庫県立尼崎病院), 129頁。
- 31) 同上, 163頁。
- 32) 国分寺市「国分寺市民の健康に関する調査報告書」, 平成元年, 38頁。
- 33) 平成元年度厚生科学研究(特別研究事業)プライマリケアに関する総合的研究, 村瀬敏郎「地域分析」, 10頁。
- 34) 池上直己『成熟社会の医療政策』, 保健同人社, 1987年, 134頁。
- 35) 厚生統計協会『国民衛生の動向』, 1990年, 187頁。
- 36) 平成元年度厚生科学研究(特別研究事業)プライマリケアに関する総合的研究, 郡司篤晃「日本の保健医療システムにおけるプライマリー・ケアの形態」, 87頁, 岩崎 栄「2) 勤務医の未来像アンケート調査の分析」『日本医事新報』No. 3419, 101頁, 1989年。
- 37) 同上, 86頁。水野統夫「3) 大都市におけるプライマリ・ケア施設の困難さについて」。
- 38) G. C. Pope, A geographic index of physician practice costs, *J. Health Economics*, 9: 39-69, 1990.
- 39) 石川左門『ささえあう暮らしとまちづくり』, 萌文社, 1990年。
- 40) 平成元年度厚生科学研究, 前掲書, 97頁, 小林謙「病診連携とプライマリ・ケア」, および99頁, 大川 清「プライマリ・ケアにおける病診連携の意義」。

(ぐんじ・あつあき 東京大学教授)