

中国医療保険における地域医療連携

胡 琦

はじめに

中国における新たな医療保険制度に移行して以来、数年を経た。制度の仕組みを巡り、様々な改革が行われた。たとえば、城鎮職員医保の対象者を拡大したり、三大医療保険に基づき、農民工医療保険、補充医療保険及び公務員補充医療保険などの補助的保険を拡充した。これで、医療保険の加入率が大幅に上昇してきた一方で、「受診が難しく、医療費が高い」という問題を根本的に解決したという実感が湧いていない。そもそもこの問題の原因は医療保険制度自体の問題だけではないと考えられる。医療保険に密接な関係がある医業の現状を考察すべきである。

これに対して、日本では地域連携の方面から医療の改革を行うことが提案されている。これは既発表の拙稿「中国の医療保険制度の歴史的形成過程と「限局性」」で討論してきた医療保険の限局性に応じると考えられる。本稿は限局性に応じる問題を解消するため、地域医療連携の有効性を主張するものである。まず第1節で、近年の医療保険についての改革を説明し、第2節で、医業の現状を患者の受診の傾向、医師・看護師数の不足と偏在、僻地の医療機関の減少と医師不足、病気の傾向の面から論ずる。第3節で、日本医療保険制度の仕組みの現状や改革方向を紹介する。その上で第4節では、コモنزの悲劇、比較優位性、マッチング理論に触れながら、地域連携モデルを作る原理を紹介していく。最後に、地域連携モデルを構想するうえで、今後医療保険及び関連の分野についての対策を提案する。

第1節 医療保険をめぐる改革

中国における公的医療保険制度は城鎮¹職員基本医療保険（以下「城鎮職員医保」と略称する）、城鎮居民基本医療保険（以下「城鎮居民医保」と略称する）及び新型農村合作医療保険（以下「新農合医保」と略称する）の三大医療保険から構成されている。一見不自然ともいえるのだが、なぜ「基本」という言葉を入れているか。それは、「社会主義市場経済に相応し、国民の基本的な医療需要を保障する」という医療保険制度の目的が決定された。「基本」がつけられたからこそ、医療保険制度が「限局性」²を持てるようになる。そして、これに応じて独特な改革方向へ向かっている。

1-1 適用対象者の見直し

医療保険制度が形成された後、まず迫られている改革は医療保険対象者の見直しである。中国人口が多いのはもちろん、地域経済の不均等発展により経済力に格差があるため、短期間で適正かつ有効な医療保険制度を整備・確立することが非常に困難である。そのため、三大社会医療保険における地域集団のメンバーシップ制を重視し、被保険者の一つの判断基準は「戸籍」である。こうした城鎮自由労働者と農民工の医療保険が問題となる。

1-1-1 城鎮自由労働者

城鎮職員医保の適用対象者が城鎮企業の従業員のみ、城鎮自由労働者が該当されていなかった²。城鎮自由労働者とは、国家规定の労働年齢以内かつ労働能力がある城鎮個人経済組織の事業主とその被雇用者、労務を提供することにより報酬を得る自由就労者及び雇用者と雇用契約を解約した労働者（企業倒産、解散、再編、体制改革などの理由で雇用者と労働関係を解除した労働者も含まれる）である。その代表者が個人工商戸及びその被雇用者、城鎮戸籍持ちの短

1 中国の行政区分は、基本的には省級、地級、県級、郷級という4層の行政区のピラミッド構造から成る。県級及び県級以上の所を「城鎮」、郷級及び郷級以下の所を「郷鎮」と総称する。簡単に言えば、「城鎮」が都市部であり、「郷鎮」が農村部である。

2 詳しいことは「中国の医療保険制度の歴史的形成過程と「限局性」」を参考。

時間労働者である。2008年になって以来、個体工商戸の数は右肩上がりである。国家工商総局のデータによれば、2012年年末まで個体工商戸の数が4059.27万戸に至り、総資金額が1.98万億元に上った。したがって、個体工商戸が経済成長はもとより、医療保険に対しても見落とされたいではない課題である。

雇用者の有無や地方政策により、医療保険の加入が異なることについては、次のような説明が可能である。被雇用者がいる場合は、事業主とも被雇用者とも城鎮職員医保に加入し、保険料³率は、当地域の企業側負担率となっており、保険料は当地の前年度の職員平均給与月額⁴の70%（失業手当を受けている人が60%）に保険率を掛けて計算されるのである。被雇用者がいない場合は、事業主が城鎮居民医保にも城鎮職員医保にも加入して構わない。ここで、被雇用者を判断する指標が何かという疑問が湧くだろう。極端な事例を挙げれば、被雇用者が全員家族であり、確かに「被雇用者」というより、「お手伝い」と言った方が適当であるが、実際には給料が家計や小遣いなどの形で支払われ、ある意味では、家族も被雇用者であろう。医療保険法において明確に規定されていないため、参加者が自分の「主観的判断」を持ち込みながら保険に加入する。

城鎮自由労働者の構成者には個体工商戸を除き、国有企業の解散、倒産、再編、私有制の推進などの理由で雇用契約を解約した就労者も大きなメンバーである。その中、一部分の人々は再就業で個体工商戸になったが、大部分の人々は短時間の労働者になる。ちなみに、城鎮職員医保では保険料賦課の年限が設定され、引き続き納付する年数を満たした被保険者が定年退職⁴後、保険料を支払わずにより良い医療が享受できる。満たさずに定年退職した場合は、満たさない年数の保険料を自由労働者と同じ基準で一括するかあるいは年数を満たすまで毎年支払う。また、城鎮職員医保から城鎮居民医保を乗り換えることも可能である。

3 保険料（月額）＝平均給与月額（前年度）＊事業主負担の保険料率＊60%

4 法律規定により、法定定年年齢については、男性60歳、女性50歳、女幹部55歳である。ただし、公傷で障害になった者、高温や鉱石ビン等で過重労働に就く場合は、男性50歳、女性45歳となった。

1-1-2 農民工

城鎮戸籍を持つかどうかは城鎮職員医保に加入する大前提となっている。そのため、農民工⁵をはじめとする農村から出稼ぎに来た労働者が城鎮自由労働者の網の目から漏れた。たとえ地元の新型農村合作医療保険に参加しても、出稼ぎ先でかかった医療費を給付するハンドリングも相当煩雑である一方で、出稼ぎ先の医療保険が加入できない。進退窮まった状態になる。国家統計局のデータによれば、2012年末まで全国中の農民工の総数が2億6261万人であり、概ね中国の人口の1/5となり、その中で僅か16.9%の人が医療保険に加入した。「医療の普通化を実現する」という目標にたどり着くため、農民工向けの医療保険が無視できない課題である。

2006年国務院は「農民工の問題の解決に関する若干の意見」を発表し、農民工医療保険の形成について強調された。農民工が集中している広東、江蘇、浙江等の沿海地域は先頭に立ち、農民工医療保険が導入された。地方によって、保険の仕組が異なるが、大きな共通点は給付対象となる病気にかかった時、医療費の大部分が農民工医療保険の総基金から給付される。農民工の医療問題を根本的に解決できるわけではないが、ある程度緩和するといってもよいであろう。

これに対しては、制度を実施する際に、次のような問題や困難に直面している。1つは、生産コストの縮減を図るため、雇用者の側は医療保険に加入させない。規定には、雇用者が農民工を採用した後、医療保険に加入させるべきであると指摘されたが、中小規模の企業が懲戒処分リスクを背負いながら、雇用違反を繰り返している。2つ目は、農民工の医療保障に対する意識が希薄なことである。これは、大部分の農民工が建築や工場などで体力仕事に就き、若者の比率が高く、病気にかかるリスクが低いため、将来の利益より目下の利益を追求しているからである。3つ目は、監督部署が重要な機能や役割を果た

5 中華人民共和国において、農村戸籍を持ちながら、都市で雇用主に雇われて働く労働者の呼称。特に貧困地帯である内陸部の出身者が沿岸部を中心とする都市へと流入し、第二次、第三次産業に従事する農村労働力。

していない。規定には、雇用者の義務を強調する一方で、これに対する監督部署の役割を明確にしていない。その上、農民工の労働流動性が高いのも原因の1つである。農閑期において都市へ出稼ぎに行き、農繁期に帰省し農作業をし、こういうように繰り返し、あるいは労働需要により、都市から別の都市へ移動するケースも少なくない。こうして保険の引き続きや加入の手続きが煩瑣になるに伴い、監督や管理についての仕事もなかなか進められなくなる。

それでも、農民工に関する話題が注目を集めるにつれて、都市圏で就業した一年後、農民工およびその子女は、戸籍を問わずに就業地や就学地の城鎮居民医療保険に参加できるようになった。これで、農民工の全体も城鎮職員医療保険の対象者となることが今後改革の方向だと考えられる。

1-2 補充医療保険

職員医療保険であれ城鎮居民医療保険であれ、給付にはスタートラインと上限金額が設定されるから、医療費の一部分が支給される一方で、大部分が自己負担となっている。一般家庭にとっては、一旦重病にかかれば、高額医療費が重い負担である。こうした被保険者負担の医療費の軽減を図るため、補充機能を果たす補助保険が登場した。地方規定により、呼び方が異なっており、一般的には「商業補充医療保険」「大病補充医療保険」「大額補充医療保険」という呼び方が多い。便宜のため以下に「大病補充医療保険」と称する。

大病補充医療保険は、業務災害以外の疾病、負傷により、発生した三大公的医療保険の上限給付金額以上の医療費について、その一部又は全部を保険者が給付する仕組みの保険である。大病補充医療保険は三大公的医療保険の被保険者で任意加入であるが、三大公的医療保険に同梱されて加入させるケースが少なくない。地域を単位として行われ、決定規程に基づき、保険料や運営方式などが各省人民政府に設定される。その運営方式を大別すれば、地域政府が商業保険会社（例えば中国人民健康保険株式会社）に委ねることと、政府の行政機関である医療保険経弁機関が運営することとの、2種類がある。そして、保険料の拠出については、城鎮職員医保の場合は、個人負担あるいは労使共担であ

り、城鎮居民医療保険と新型農村合作医療保険の場合は、被保険者の自己負担あるいは公的医療保険の基金総口座から賦課する。各地域の実情により異なっており、たとえば、広州の湛江市では、城鎮居民医療保険と新型農村合作医療保険の基金総口座から保険料の15%を抽出し、当地域の商業保険企業から商業医療保険を購入している。

これに対しては、補助保険は社会保険か民間商業保険かという疑問があろう。社会保険と言えば、政府を中心として行う社会扶助方式である。一方、民間商業保険と言えば、リスクに見合う保険料を設定する。大病補充医療保険の運営方式から見ると、社会福祉事業もあるし、利益目的の民間保険会社も参加しているので、社会保険の本質からずれているとも言える。保険料の算定から見ると、疾病リスクの大小や所得の多寡にかかわらず均一の保険料（定額保険料）が設定されるので、民間保険では病気にかかる確率に比例する保険料を設定するというやり方に反している。大病補充医療保険の性質を一言でまとめると、「商業」という手法を採りつつ「社会」政策的な観点から一定の修正を施すことによりファイナンスする扶助方式であると考えられる。

ちなみに、保険の仕組みについては、大病補充医療保険と公的医療保険に2つの相似点があり、①「収支相等の原則」（保険料総額と給付金総額が相等するという原則）を守る。そのため、給付においても上下限額が設定される。下限は三大公的医療保険の上限金額であり、上限は地域によって異なっている。②給付対象となる医薬品が公的保険の医薬品リストに記載されているものに限られる。大病補充医療保険は地域政府に組織されたが、保険給付の上下限度額の設定から運営まで商業者に操作されるため、商業保険企業が政府に供給した「商品」といっても過言ではない。

大病補充医療保険以外にもう一つの補充医療保険があり、「企業補充医療保険」と呼ばれる。保険の財源は、企業従業員全員の給料総額の4%程で生産コストとして賄う仕組みになっている。こうした保険を創作するかどうかは企業自身で決め、雇用の安定化を維持するため雇用者を商業健康保険に加入させる中小企業もあるし、自主的に保険を形成する大手企業もあり、企業が随意に参

加する。なお、企業補充医療保険の給付範囲は、基本的には大病補充医療保険の上限額以上の医療費が給付対象となっており、具体的な給付措置が加入した保険コースにより決定される。企業補充医療保険の給付範囲は大病補充医療保険よりもっと狭くなる。社会保障というより企業福祉と呼ばれたほうが適切である。

1-3 公務員補充医療保険

前世紀50年代に、公費医療が形成された。これは日本の市・区役所とか政府所属機関に相当する機関事業単位の職員、退職員および幹部向けの医療保険である。過剰医療、医療費高騰という問題や対象範囲や給付率において城鎮職員医療保険との格差が顕著似なれている⁶につれて、「公平かつ対等の立場で制度を立て直してほしい」とか「労働者でも待遇が全然違う」という声が上がってきた。こうした公費医療と城鎮職員医保を統合し、一元的運用を図るべきだという見解が登場した。

21世紀に入ってから、城鎮職員医保基盤の強化と公費医療制度の廃止により、一部の省では公費医療の被保険者が城鎮職員医保に移転することとなった。そして、「国家十二五規綱」に「公共サービスの均等化を実現すること」を導入したのに伴い、圧倒的多数の省は積極的に公費医療の改革を実施し始めた。「人民日報」の報道によれば、2012年の1月までに四川省、湖南省、河南省、河北省をはじめ24省⁷で公費医療保険制度を廃止した。

しかしながら、公費医療から城鎮職員医保へ移転する際には、いくつかの弊害が生じた。①公費医療保険制度の解体が不徹底である。公費医療から城鎮職員医保へ移転する適用対象者が庁級以下⁸の被保険者に限られる。言い換えれば、庁級以上の幹部が相変わらずに公費医療を享受している。②公費医療が廃止された後、提供している医療サービスレベルが以前より一気に低くならない

6 「中国の医療保険制度の歴史的形成過程と「限局性」、2012年。

7 中国には31省がある。

8 中国の幹部の等級である。

よう、公費医療の被保険者に向けた「特別かつ優遇的待遇」である公務員補充医療制度が導入された。この保険は一般労働者向けの企業補充医療保険に相当しているが、両保険が本質から異なっており、企業補充医療保険は会社の福利厚生であるが、公務員補充医療保険は社会福祉である。

まず保険財源については、前者が企業の利潤からの支出で、後者が中央・地方財政からの補助金で構成されている。国営企業の利潤が税金などの形で中央・地方財政に繰り入れられていても、財源を集める出発点が企業補充医療保険と異なっている。次に、保険給付範囲については、前者が企業と保険会社の契約により、後者が地域政府の規定により決定する。商業保険は、営利を目的とし、保険料が高ければ高いほど提供する医療品質が上がる。しかし、雇用者の側から考えると、労働環境を改善するため、良い福利厚生を提供することが事実であるが、企業が公的福祉センターではないことが現実である。したがって、企業補充医療保険の給付範囲が限られている。これに対し、公務員補充医療保険は、仕組みの形成から財源まで社会保障に近い。たとえば、給付率（または給付金額）や対象医薬品などに関しては、政府の公文書として制定された。さらに、保険の監督や管理については、企業補充医療保険が企業自身の願望に従い、民間保険会社と契約するか企業自身で制作するか、自主的に行動を決定する。生産コストを減らすため、形成しない中小企業が少なくない。一方、公務員補充医療保険が地域を単位とし政府に組織されたため、監督・管理部門が設置されるばかりではなく、具体的な施策までも明瞭にした。完備した監督・管理体制や権威ある公文書を根拠とし、安定財源である財政投入も支えているため、正常な運営が確保できる。

ここで筆者は、政府の企業補充医療保険と公務員補充医療保険に対する態度に格差があることを強調しているわけではない。しかし、一般の労働者と幹部間の医療格差がなくなることを前提とし、両被用者医療保険を統合することが提案されたが、公務員補助医療制度の導入にともない、その実現は先送りされたかたちになっている。

第2節 医療保険に対する実感と医業の現状

紆余曲折を経て現行医療保険制度の基本構造が立ち上げられた。2013年末まで全国には、城鎮基本医療保険に加入した人が57073万人に昇り、その中、城鎮職員医保は27443万人、城鎮居民医保は29629万人、前年度比それぞれ958万人と2474万人増加した。そして、全年度城鎮基本医療保険基金の財政状況では、総収入は8248億元、支出は6801億元、収支に前年度の累積黒字を積上げた金額は5794億元（城鎮居民医保基金の累積黒字987億元を含む）、加入者の個人口座累積収支の総額は3323億元となっている⁹。一方、出稼ぎの農民工の5108万人は医療保険に加入され、前年度より22万人上昇した。城鎮医療保険の加入者の増加に対しては、新型農村合作医療保険の加入者は前年度の8.05億人から8.02億人に減少してきた上に、この制度を実施していた県（市、区）では、77県もこの制度を廃止した。それなのに、新型農村合作医療保険の加入率が前年度より0.44ポイント上昇し、基金収入も487.8億元伸び、給付回数が19.42億回、前年比1.97億回もアップした。なぜ加入者が減少したのに、加入率がアップしたかということ、一部分の県では新型農村合作医療保険と城鎮居民医保を統合したからである。上述した各種数字を計算すれば、全国民を公的医療保険に加入するという目標の達成に向け順調に進捗していることが分かる。

2-1 医療保険に対する実感と「逆ピラミッド型」受診

医療保険に対する実感がどうなるのだろうか。以下、城鎮職員医保を例として探してみる。

城鎮職員医保の実施から10年目に向かった2008年には、被保険者に医療サービス利用に対する満足度を調査した。その中、「医療費が給付されるか」という設問がある、これに対する被調査者の回答を見ると、外来の場合では、「個人口座で支払う」41.1%、「一部分だけ給付される」27.9%、「全部給付される」4%、「全部自己負担」26.3%となっており、入院の場合では「医療保険から給付される」94.8%、そして給付率が63.2%であり、2003年比概ね10ポイン

⁹ 「2013年度人力資源と社会保障事業発展統計公報」、2014年。

トアップした。しかし、この結果から「医療費の問題が解決した」と考えるべきではない。なぜなら、「不満に思っている者」にその理由を尋ねた回答（複数回答あり）を見ると、「費用高い」（外来 14.6%、入院 23.2%）が他の理由を引き離しているからである。また、入院を必要と診断された人に入院していなかった人が 23.9%を占め、その最も多い理由は「経済問題」であった。「まだ治していないうちに、自分で退院した」と回答した者に、その理由を尋ねた結果（複数回答あり）を見ると、「経済問題」「費用高い」も上位を占めている。

表2-1は「病気に気づいた時、最初にどのような医療機関にかかったか」についての回答の内訳である。基礎医療機関（開業診療所、衛生室、外来部、衛生院、社区センター）の利用については、大都市 40%弱、中都市 50%弱、小都市 70%弱であり、すなわち都市の規模が大きければ大きいほど利用者が少なくなっており、農村の全体から見ると、利用者が高く 70%を超えており、その中、二・三類¹⁰が 80%台にも達した。「こういった医療機関を選んだ理由」は、56%が「近いから」、16%が「高い技術を持っているから」、9%が「信頼できる先生がいるから」と回答した。患者の側から見ると、便利、医療技術、コミュニケーションというのは、医療機関を選択する指標である。つまり、医療費の自己負担が重いと感じている一方で、より良質な医療サービスを受けようとす

表2-1 最初にかかった医療機関

等級 医療機関	都市			農村			
	大	中	小	一類	二類	三類	四類
開業診療所	2.8	11.8	27.4	11.5	20.2	20.3	12.2
衛生室、外来部	8.2	9.3	20.6	36.7	43.7	41.2	26.2
衛生院、社区センター	25.5	26.7	18.2	26.1	19.5	24.1	36.8
県市区病院	28.2	22.3	18	21.4	13.8	11.8	21.6
地市病院	15.9	20.7	10.9	2.3	1.2	1.2	0.8
省病院	18.3	7.8	3	0.6	0.8	0.6	1.4
他の病院	1.2	1.2	1.8	1.3	0.7	0.9	1.1

出所：「2013年中国衛生統計年鑑」の5-14、5-15により作成。

10 経済のレベルの低さにより、農村が一類から四類まで分類されている。

るとい国民の意識像が浮かび上がってくる。

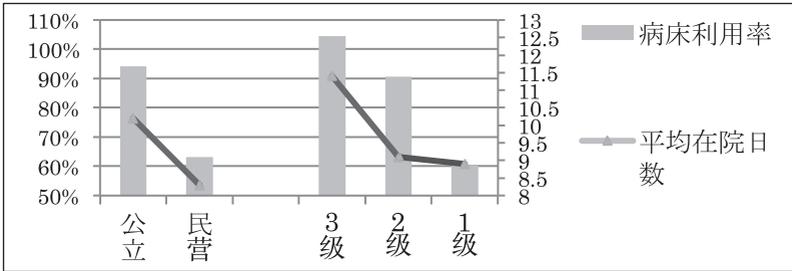
よりよい医療に意欲があるからこそ、病院の等級が高ければ高いほど、利用率が多くなるという「逆ピラミッド型」受診が生じている。ちなみに、日本では患者や地元住民の評判により医療機関の良し悪しを判断するが、中国では、より良い医療サービスを提供することを促進するため、病院規模、医療技術、医療設備、管理水準、医療品質の5つの方面から病院を等級分けする¹¹。医療保険適用の指定医療機関の話をしばらく棚上げにすれば、患者が自分の好みで医療機関を選択できる。これは、医療機関関係の提言やシンポジウムでよく強調される「フリーアクセス」である。したがって、症状の重さ・軽さと問わず、できる限り等級が高い医療機関を受診する傾向がある。これは図2-1で示されている。

2012年病院等級別の病床利用率と平均在院日数¹²については、1級病院58.9%と8.9、2級病院91%と9.1、3級病院104.2%と11.4となっている。すなわち病院等級が高ければ高いほど、病床利用率や平均在院日数が高くなっている。高等級病院では、高度な医療施設設備が揃っており、先進的な医療技術を身につけた医療人材を集めるにつれて、患者に信頼されるため、利用率が高いことが自然なことである。そして、入院から退院にかけては、正確な診断と適切な治療方法を選択し、できるだけ患者の身体に負担をかけずに手術や治療を行い、合併症や医療ミスを防止する教育訓練、患者の回復を助けるリハビリ支援、適切な退院支援や後方受入施設との連携などのプロセスがある。いずれにせよ、少し問題があっても平均在院日数を引き上げる可能性がある。しかしながら、三級病院の病床利用率の104.2%から見ると、病床の供給が患者の需要に満足できなく、緊急時臨時病床を追加しようがない。実際には三級病院が必要超過状態である。ことは先端医療資源の浪費が生じているかもしれないことは示唆している。

11 大きく3段階に分けられ、等級の高さの順番で3級、2級、1級病院となっている。

12 病床利用率 = 実稼働病床数 / 総病床数 * 100%

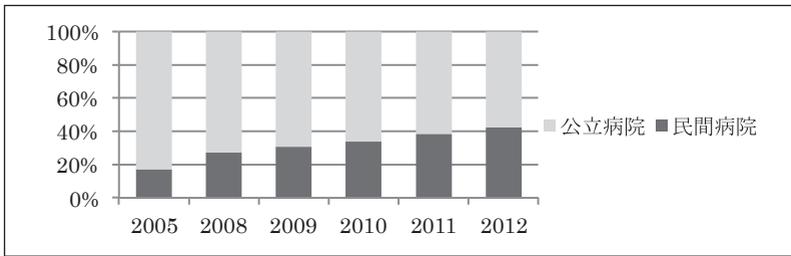
平均在院日数 = 退院者の病床利用の日数 / 退院者数



出所：「2013年中国衛生統計年鑑」の5-6-2、5-6-3、5-6-4により作成

図2-1 2012年開設者・等級別病院の病床利用率と平均在院日数

「逆ピラミッド型」受診がもう一つ表している点は、民間病院数が病院全体に占める割合が高まっているのに、病床利用率や平均在院日数が公立病院より押えられていることである。図2-2は、2005年から2012年まで公立病院と民間病院の割合の推移を掲げたものである。公立病院の全病院数に占めるシェアが低下し続ける一方で、民間病院の全病院数に占めるシェアが上昇してきたており、2005年には全病院数の17.22%であったが、2012年には42.24%へと上昇している。しかしながら、民間病院の割合が2倍強拡大したのにもかかわらず、図2-1からは民間病院・公立病院間に、病床利用率や平均在院日数に激しい格差があることが見て取れる。病床利用率には、民間病院63%、公立病院94%、平均在院日数には、それぞれ8.3及び10.2ということになる。こうした特徴が生まれたのは、改革解放政策の実施以来、計画経済から市場経済へ転換してきたという沿革的な理由によるところが大きい。民間病院の構成割合も無視できない要因である。2012年のデータによれば、民間病院では、61.24%の病院はまだ等級が認定されていなく、残りは1級病院(32.25%)が最も多く、次いで2級病院(5.8%)、3級病院(0.67%)となっている。すなわち民間医療機関では、基礎医療を中心とするクリニックや診療所で集中しており、高度先端医療レベルに到達した病院がわずかにある。なお、民間病院での治療に三大公的医療保険が適用されていないことも病床利用率が低くなる原因の一つである。



出所：「2013年衛生統計年鑑」の1-2-2により作成。

図2-2 公立・民間別にみた病院数割合の年次推移

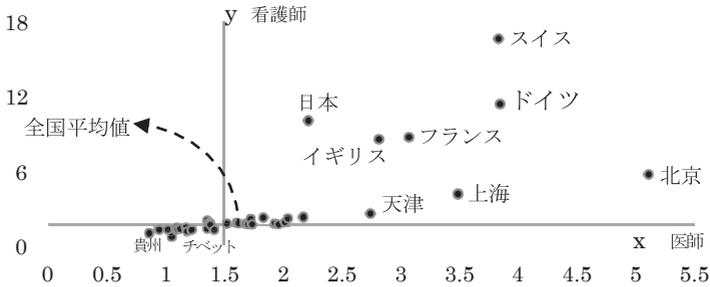
2-2 看護師不足と医師の偏在

1977年「文化大革命」が幕を閉じ、中断されていた全国統一の大学入学試験は11年ぶりの復活をきっかけとし、国民の生死にかかわる学科として医学部の入学定員数¹³は増加した。1975年から2011年の36年間にかけて、入学した学生は191000人から7509238人に年成長率2.71%で増加していた。その一つの原因は人口構造の変化であるが、年平均人口増加率(1.27%)の2倍以上となっていたのは、医学部の人気度と医師数の増加が反映している。しかしながら、これは医療現場とりわけ病院勤務医の実感と合致しない、第四次医師執業状況調査報告によれば、「現在の執業環境に不満である」と回答した人は50%超であり、その大きな理由の一つは仕事量が多いことである¹⁴。医師数が増加したのに、仕事量が増えてきた。具体的に数字を挙げれば総合病院勤務医の一日当たり一人負担の受診人数については、外来は2000年の4.8から2011年の7.2に、入院は2000年の1.4から2011年の2.5に増加していた。医療技術や医療設備の進歩などを考慮しない粗い計算をすると、概ね2倍に上昇してきた。それでは、中国で医師不足の実態がどうなっているのだろうか。

多く国々のように中国も人口偏在問題を抱えており、医師の地域偏在はその問題の縮図である。地方と首都圏、内陸地域と沿海部の景況格差を背景に、よ

¹³ 医学専門学校を含んでいない。

¹⁴ 詳しいことは拙稿「中国における医薬分業の問題点」を参考。



出所：「2012年中国衛生統計年鑑」により作成

図2-3 2011年地域別千人当たり医師数
看護師数と先進国の比較

りよい仕事を求める医師の動きが、医師の地域偏在を生じている。図2-3には縦軸に人口千人当たり看護師数、横軸に人口千人当たり医師数、縦軸と横軸の交点に中国全国平均値(1.49, 1.66)をとった散布図が示されている。国際で比較すれば、千人当たり医師数では、スイス(3.83, 16.6)、ドイツ(3.84, 11.37)、フランス(3.07, 8.71)、イギリス(2.81, 8.57)、日本(2.21, 10.04)であったが、中国では全国平均値(1.49, 1.66)が先進国を遥かに下回っている一方で、北京、上海、天津が先進国よりも高い水準を維持している。また、人口千人当たり看護師数は、全体的に低いレベルで停滞している。なお、省別の人口千人当たり医師数と看護師数をみると、最高の北京(5.11)と最低貴州(0.84)で大きな乖離があり、首都圏都市や沿海部都市では全国平均を上回っている省が多いが、貴州、チベットをはじめとする内陸部都市は平均より低くなっている。一言でまとめると、医療関係者の一人当たり仕事量などを考慮せずに先進国と比べ、中国では医師・看護師が不足している上に、医師の地域偏在が生じている。どころが、医師不足の問題が全国中にあるわけではない。

表2-2に示したことから見ると、都市部では、千人当たり医師数はスイスなどの福祉国家のレベルには至っていないが、基本医療需要に対応できる医師がいる。一方、農村では、千人当たり医師数が1人も至っておらず、医師不足

が非常に深刻な状態ともいえる。たとえ正規の医師免許を持たずに村衛生室に従事している郷村医師や衛生員が数え込まれても、2011年に農村人口千人当たり郷村医師・衛生員（免許取得医師を含む）は1.27であり、そして、郷村医師・衛生員の学歴別構成割合では、最も少ないのは専門学校卒業以上の者5.3%、最も多いのは専門高校卒業者75.59%、残りの29.11%は就職前の検定試験の合格者であった。すなわち、その郷村医師・衛生員には、正規の医療教育を受けていた人が僅かである。さらに、2005年から2011年にかけて、千人当たり郷村医師・衛生員が増減を繰り返しながら、概ね1.2前後で変動してきた。

表2-2 都市と農村医師分布の格差

都 市	人口千人当たり医師数	2.78	
	人口千人当たり看護師数	3.29	
農 村	人口千人当たり医師数	0.96	
	人口千人当たり看護師数	0.98	
	農村人口千人当たり郷村医師・衛生員	1.27	
	学歴別村衛生室の 郷村医師の構成割合	専門学校卒業以上	5.30
		専門高校卒業者	75.59
		就職検定合格者	29.11

出所：「2012年中国衛生統計年鑑」により作成。

なお、医師不足については、診療科別総合診療科¹⁵、小児科が象徴としてよく議論される。中国では総合診療科があまりなじみないの名称であり、80年代後半に導入され始めたが、また発達しておらず、2012年末まで人口万人当たり家庭医数の全国平均値は0.81、総資格医師数に占める比率は4.5%、総受診患者数に占める家庭全科患者の割合（外来・救急13.05%、退院6.24%）から考えると、家庭医不足が深刻な状態であり、そしてこの状態がよりひどく

15 中国で「全科医療科」と呼ばれるが、紛らわしいことにならないようここで総合診療科としている。全科医は主に地域の基礎診療所、衛生所（室）に勤務しており、高齢者医療や予防接種、疾患の予防のための地域普及などの役割を持っており、医学部を卒業後も一定の訓練、研修を受け資格を取得しなければならない。

なる傾向がある。なぜならば、地域による家庭医数に偏りがあるからである。2012年人口万人当たり家庭医数では、東部は1.19、その中、上海(2.24)を中心とする周辺都市(たとえば、江蘇1.90、浙江2.24)では多く家庭医が集中している。そして、中部や西部は0.5台であったが、北京(3.93)が抜群の数字で全国一になっている。もし家庭医は主に地域の診療所や社区病院などの基礎医療機関で勤務するという理由で数が低迷しているというなら、主要な診療科である小児科は医師不足にならないはずである。しかしながら、小児科専門病院の勤務医の一日当たり一人負担の外来受診人数(15.1)は専門病院の平均値(6.2)だけではなく、総合病院(7.3)よりも二倍以上高くなっている。小児科は他の診療科より深刻な医師不足問題に直面している。

ところで、医師にとってスピードは重要なものであり、特に救急・救命の時、一分一秒も大事であり、住民に対して身近な医療機関は万が一の時の心強い味方である。中国の国土が広いので、村ごとに病院を設定することは、医療資源や医療コストなどを考慮すると、実現可能性が低いと断言できる。こういう背景の下で、基礎医療機関が十分に整備されること、特に交通条件、自然的、経済的条件に恵まれていない僻地における医療の確保を図ることは欠かない対策の一つである。しかしながら、農村の基礎医療機関である郷鎮衛生院の数は、2005年の40907個から2012年37097まで年々と減少していく¹⁶。

その理由は、①郷鎮衛生院の資金繰りがうまくいかなく(たとえば、2012年全国郷鎮衛生院の平均収入は444.5万元、その中、医療収入252.2万元、財政補助収入174万元、上級補助収入6.5万元、一方、平均支出は426.5万元であり、補助金等外部からの財政支援に頼らないとぎりぎりの経営も維持できなくなる)厳しい経営状況に陥っていき、他の医療機関に吸収合併される。②郷鎮村の合併に伴い、隣り合う二つあるいは複数の郷鎮衛生院が合体し新たな医療施設を作る。いずれにせよ、地域の医療過疎化を加速させ、最後に「無医療村」り、補助金等外部からの財政支援に頼らないとぎりぎりの経営も維持できなくなる)厳しい経営状況に陥っていき、他の医療機関に吸収合併される。②

16 『2013年統計年鑑』。

郷鎮村の合併に伴い、隣り合う二つあるいは複数の郷鎮衛生院が合体し新たな医療施設を作る。いずれにせよ、地域の医療過疎化を加速させ、最後に「無医療村」さえも出てくる。そして、貧しければ貧しいほど、こういう状況が出やすくなる（表2-3参照）。家と一番近い医療機関の距離について、都市では2キロまで住んでいる住民が90%以上を占めているが、一二三類農村では70%前後、四類農村では僅か50%ほどであった。さらに、2003年と比較すると、医療機関に近いところで住んでいる都市住民が増加している一方で、医療機関から遠く離れる農村住民が増加している。特に、四類農村で医療機関と5キロ及び以上に住んでいる住民の比率は、4.9%アップした。すなわち都市の「医療過密」に対しては、貧困な農村は厳しい「医療疎密」問題に直面している。

表2-3 家と医療機関の最短距離

2008 \ 2003	都市			農村			
	大	中	小	一類	二類	三類	四類
1キロ未満	86.3	84.8	73.7	67.6	69	57.7	37.9
	87.5	87.2	75.3	58.8	64.9	58.8	37.4
1キロ	9.1	9.7	12.6	19.3	17.2	18.7	17
	7.4	8	14.8	19.8	18.8	16.9	14.6
2キロ	2.5	3.1	7.3	7.6	7	11.2	12
	3.5	3.2	6.2	12.6	8.6	10	9.5
3キロ	0.9	1.3	5.3	3.2	2.5	5.1	7.7
	1	0.8	2.2	4.7	3.2	5.2	9.7
4キロ	0.6	0.6	0.8	0.6	1.3	3.2	7.4
	0.3	0.5	0.7	1.8	1.3	3.3	5.8
5キロ及び以上	0.6	0.4	0.3	1.6	3	4	18
	0.3	0.3	0.8	2.3	3.2	5.9	22.9

出所：「2013年中国衛生統計年鑑」の5-15により作成。

2-3 生活習慣病の傾向と定期健康診断の軽視

医療技術の進歩、あるいは社会医療制度の改善などを背景として、中国で主要な死因は、それまでの結核病をはじめとする感染症から、生活習慣に起因する悪性腫瘍、心疾患、脳血管疾患などの慢性疾患に移行してきた。2008年第

四回家庭健康顧問調査（以下「調査」と略称する）によれば、調査地域において居民慢性疾患罹患率は20%（都市28.3%、農村17.1%）、2003年の15.1%（都市24%、農村12.1%）より5ポイントアップしてきた。そして35歳以上の慢性疾病罹患率が急激に増加していく（25-34歳の5.13%から35-44歳の12.17%まで）。これは生活習慣病に顕著に現れており、たとえば、35歳以上の高血圧病罹患率は84.8%（都市69.5%、農村1.05倍）、35歳以上の糖尿病罹患率が69.4%（都市54.2%、農村1.24倍）も上昇した。さらに、主とし生活習慣に起因する高血圧病、糖尿病、虚血性心臓病及び脳血管疾患は慢性疾患総数の41.6%（都市55.8%、農村33.1%）を占めている。大ざっぱに言うと、都市の高生活習慣病罹患率に対しては、農村では慢性疾患の生活習慣病の占める比率が比較的に低かったが、生活習慣病罹患率の増長率が驚くほど早い。なお、呼吸疾患がまだ死因のトップ3に入っていないが、軽視できない疾病であり、三大疾患に次いで第4位を占めており、しかも悪性腫瘍の中でも肺がんの死亡率が上位を占めている。PM2.5が引き起こす大気汚染が問題にされるにつれて、呼吸疾患罹患率が大幅に上昇する見込みである。

1996年に日本厚生労働省の公衆衛生審議会は、すでに生活習慣病を「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義した。一般の人々の関心は、どちらの大学病院が史上初難手術を成功したとか、あそこの病院の癌治療成功率が高いとか、そういった話題性の高い高度医療に集中し、マスコミ報道もそれらにとらわれがちであり、政府関連研究予算配分もこの関心に左右される嫌いがある。しかしながら、健康増進のポイントは日常生活にあり、それは先端医療への追求ではなく、生活過程における自覚行動、慢性疾患が一般の人々を含む社会生活全般にかかわる問題であることを意識することである。これも社会医療費の負荷を軽減する最も有効な方法である。

ところが、中国で健康診断受診率が低く、2008年35歳以上の健康診断受診率が18.8%（都市31.7%、農村13.4%）であり、年齢代別から見ると、最も高いのは65歳以上であり、調査者の学歴、収入別見ると、大学及び大学以上は

最も高く、62.3%（都市 63.2%、農村 43.6%）、次いで短期大学 52.5%（都市 54%、農村 41.9%）、収入最高グループは一番高く、30.6%（都市 53.1%、農村 22.1%）であった。一言でまとめると、年齢・学歴・収入が高ければ高いほど、受診率が高くなっている。高学歴高収入から行政機関で勤務する公務員、大手企業の会社員を思い浮かべ、こうして 35 歳以上健康診断受診率に事業主が組織した定期健康診断を占める比率が高いと推測すれば、自発的健康診断を受ける率は僅かではないだろうか。

ちなみに、「医療ツーリズム、医療観光」といった言葉は近年広まってきており、観光客を対象とし人間ドックや PET（陽電子放射断層撮影）等の健康精密検診と訪日旅行を組み合わせた旅行ツアーである。たとえば、2009 年秋から岡山のシモデンツウリストといった旅行業者が独自に中国人富裕層をターゲットとした「人間ドックと観光を組み合わせたツアー」の本格的な販売を始めた。その内容は、岡山空港から入国後、1～2 日間かけて脳ドック、PET 検診などを受けた後、希望に応じて岡山や京都、東京などを観光するといった 4 泊 5 日～6 泊 7 日程度のツアーである。参加費用は参加者本人負担で、1 人当たり 50～70 万円程度となっていた。なお、日本政策投資銀行によれば、来日する医療ツウリストは、2020 年時点で年間 42.5 万人程度、観光を含む市場規模は約 5,507 億円、経済波及効果は約 2,823 億円と予想され、その中、中国からの観光客が 31.2 万人、総数の 70% 超えを占める見込みである。その高額が経済的に妥当かどうかはここで議論しないが、国内医療機関は、富裕層がわざわざ国境を越え先進医療を受けることに対しての反省を迫る。定期健康診断を受診するという強い意識を持っていないことではなく、長時間待ち、病院内の診療科間をたらいまわしにされることで、より快適な医療サービスを求める意識は高まっていく。良質かつ適切な保健医療が効率的に提供できる体制を整備すべきではないだろうか。

定期健康診断受診率を除き、喫煙率や飲酒率も生活習慣病の危険因子としてよく議論される。2008 年の調査では、15 歳以上居民の喫煙率では、農村が都市より高く（都市 22.5%、農村 26%）、年齢代別で最も高いのは 45～54 歳（都

市 30.6%、農村 32.1%)、次いで 35-44 歳 (都市 27.7%、農村 30%)、55-64 歳 (都市 24.1%、農村 31.1%) であった。一方、15 歳以上居民の飲酒率についても、農村は都市より高いどころか、地域が貧しければ貧しいほど 1 人一回の平均飲酒量が高くなっており、年齢代別で見ると、喫煙率と同じように 45-54 歳 (都市 19.2%、農村 24.3%)、次いで 55-64 歳 (都市 18.1%、農村 23.9%) 35-44 歳 (都市 13.1%、農村 20%) であった。いずれにせよ、農村が都市より高く、年齢代別で 45-54 歳は最も高く、次いで 35-44 歳か 55-64 歳になっており、すなわち 35 歳以上になると、喫煙率も飲酒率も高まっていく。これは「なぜ 35 歳以上の高血圧病や糖尿病などの生活習慣病の罹患率が急激に上昇するのか」を説明できる。

第3節 日本医療保険仕組みの概要と改革方向

近年、多くの国では実質的な国民皆保険が実現することを目指す改革戦略を実施した。たとえば、2007 年の法改正により、ドイツ国民が社会保険か民間保険のいずれかに加入しなければならないものとされた。また、フランスの医療保険制度も、職域別の複数保険者の併存という制度の大枠は維持したままで、1999 年以降、いずれの保険者にも属しないものをフランス国内に居住していることを要件として一般企業の被用者と同じ保険者に所属させるという形で、社会保険の皆保険化を実現するに至っている¹⁷。日本は先進国の中で早く国民皆保険を実現し、人々が平等に健康増進活動に参加する医療環境が整備された。現在日本では平均寿命が 83 歳、世界で最も健康な国になっているが、医療費の対 GDP 比は OECD 加盟諸国の平均値より低く、1 人当たり医療費が低い水準になっている¹⁸。成功の裏にはどのような要因があるだろうか。この節では、これについて検討する。

17 笠木映里「医療・年金の運営方式－社会保険方式と税方式」

18 OECD HEALTH DATA、2011。

3-1 日本の医療保険の概要

3-1-1 二本立ての体系

日本の医療保険は、市町村を保険者とし、農業者・自営業者・無職者などの地域住民を加入者とする地域保険である国民健康保険（以下「国保」と略称）と、民間被用者とその家族を加入者とする健康保険や国家公務員、地方公務員、私立学校の教職員とその家族を加入者とする共済組合などの職域保険との二本立ての体系となっている（表3-1参照）。そして、日本国内に住む75歳以上の後期高齢者全員と、前期高齢者（65～74歳）で障害のある者を対象とし、地域保険と職域保険とは独立した後期高齢者医療保険制度が2008年から施行された。

国保は地域住民ごとに組織した制度なので、保険者が市町村である。これに対して、大企業の従業員とその被扶養者を加入者とする組合管掌健康保険と共済組合の運営者は、各職業の健康保険組合と共済組合である。そして2006年の医療保険制度改革により、中小企業等の従業員とその被扶養者を加入者とする政府管掌健康保険（「政管健保」と略称）や船員として船舶所有者に使用される人とその被扶養者を対象とする船員保険の運営主体を政府から公法人化した全国健康保険協会に切り替え、後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県単位に設立される当該区域内の全市町村が加入する広域連合とされた。

表3-1 日本医療保険制度構造

地域保険 国民健康保険	職域保険			
	政府管掌健康保険	船員保険	組合管掌健康保険	共済組合保険
市町村	全国健康保険協会 (協会けんぽ)		健保組合	共済組合
国内に住所があり、職域保険に加入していない方 (在留期間3ヵ月以上の外国の方)	中小企業等の従業員とその被扶養者	船員とその被扶養者	大手企業の従業員とその被扶養者	国家公務員、地方公務員、私立学校の教職員とその家族
↓ ↓ 75歳あるいは65歳（障害ある） ↓ ↓				
後期高齢者医療制度				
都道府県ごとに設置された後期高齢者広域連合				

3-1-2 医療保険の財源

健康保険の保険料は標準報酬月額と標準賞与額に一定率をかけて算出される。保険料率は健康保険の中でも統一されていない。全国健康保険協会管掌健康保険では都道府県単位で、組合管掌健康保険では組合ごとに、それぞれ3%から12%の間で保険料率を設定する。また、事業主と被保険者が半額ずつ保険料を負担するのが原則となっている。

国民健康保険の保険料は各市町村において保険給付費に応じた保険料設定を行う仕組みとなっており、被保険者の負担能力によって決まる応能割（被保険者の所得や固定資産に応じて決まる所得割）と被保険者の所得にかかわらず決まる応益割（被保険者1人につき定額で定まっている被保険者均等割と一世帯当たり定額で定まっている世帯別平等割）を組み合わせる保険料額を算出する¹⁹。ただし、世帯主と世帯主以外の加入者全員の前年所得の合計が一定の基準額以下と判明した世帯を対象に、国民健康保険料の均等割額と世帯割額（平等割額）を各割合で減額するという軽減制度がある。軽減には、2割軽減、5割軽減、7割軽減があり、前年中世帯全員の所得の合計が、33万円以下7割軽減、33万円+(24万5千円×被保険者数)以下5割軽減、33万円+(45万円×被保険者数)以下2割軽減となっている。

後期高齢者医療制度の保険料は、都道府県の市町村により設立される広域連合の全区域に均一の保険料率（「均等割額」と「所得割率」）を原則とし、被保険者個人を単位に、被保険者数で按分する応益割と所得に応じた応能割とで1対1とすることを標準に算定される²⁰。国保と異なり、資産割と世帯別平等割がなく、完全な個人単位主義が採用されている一方で、国保のように、同一世帯の被保険者と世帯主の所得総金額が一定額以下であれば、保険料の均等割額

19 柴田洋二郎「公的医療保険の財政」、2012年。

20 柴田・前掲注20) 159 - 160 ページ。

について9割、8.5割、5割、2割の軽減を行う²¹。また総所得金額等が91万円以下（65歳以上で公的年金収入のみの場合、年金受給額が211万円以下）の方については、保険料の所得割額について5割の軽減を行う。なお、後期高齢者医療制度の資格取得日の前日まで社会保険²²の被扶養者であった方については、新たに保険料負担が発生することから、激変緩和措置として、保険料の均等割額について9割が軽減され、所得割額はかからない。

被保険者の賦課の保険料は抜きにして、公費投入も医療保険の主たる財源の一つである。健康保険について、協会けんぽの給付費の13%が国庫から補助される。国民健康保険については、国保組合に対して給付費の32%を国が補助することができ、市町村国保では給付費の32%を国庫負担するのに加えて、調整交付金として、国から給付費の9%、都道府県から給付費の9%に相当する額が交付される。さらに、国保では、以下の2つの政策の中で公費が投入されている。1つは、一定の基準を満たす低所得被保険者に認められる国民健康保険料の減額賦課につき、その減額賦課分を公費で補填する。保険料軽減分として、市町村は保険料軽減分相当額を市町村の一般会計から国保特別会計に繰り入れ、国は繰り入れ金の1/4を、都道府県は3/4を負担する。また、被験者の支援分として、低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援するため、保険料軽減世帯数に応じて一定割合を市町村の一般会計から国保特別会計に繰り入れる。負担割合は国1/2、都道府県1/4、市町村1/4である。二つ目は国保財政安定化支援事業である。国保財政の安定化、保険料負担の平準化のため、市町村の一般会計から国保特別会計へ繰り入れを支援する地方財政措置が講じられている。そして、後期高齢者制度では、被保険者の負担する一部負担金を除いた給付費のおよそ5割は公費で負担する。国、都道府県及び市町村それぞれ

21 9割軽減：総所得金額等が33万円（基礎控除額）以下、かつ被保険者全員が年金収入80万円以下。8.5割軽減：33万円以下。5割軽減：①33万円+24.5万円×被保険者数以下、②91万円以下（65歳以上で公的年金収入のみの場合、年金受給額が211万円以下）。2割軽減：33万円+4.5万円×被保険者数以下。

22 被用者保険とは、協会けんぽ（全国健康保険協会管掌健康保険）、組管管掌健康保険、船員保険、共済組合保険などを指します。国民健康保険や国民健康保険組合は該当しない。

れ負担する給付費の比率は4:1:1である。

3-1-3 医療保険の給付

健康保険の給付対象は、被保険者や被扶養者の業務外の事由による病気やケガである。全国保険医療機関(病院・診療所)はいずれにも保険証を提出すると、一部負担金を支払うことで、診察・処置・投薬などの治療を受けることができる。そして、医師の処方せんを受けた場合は、保険薬局でも一部負担金で薬剤の調剤をしてもらえる。ここで言った一部負担金は、本人・家族、入院・外来にかかわらず、年齢等によって医療費の負担割合(2割:小学校入学前、70歳以上75歳未満²³。3割:小学校入学以後70歳未満)が区分されている。一方、よく議論される給付対象外は、美容を目的とする整形手術、近視の手術など、研究中の先進医療、予防注射、健康診断、人間ドック、正常な妊娠・出産、経済的理由による人工妊娠中絶、加害者のいる事故による病気やケガ等である。つまり、病気やケガの治療目的以外のものや、本人の不行(悪行ともいう)によるケガの治療費に対しては、診療費がでなかつたり制限されたりするということである。国民健康保険の給付対象も大体健康保険と同じである。ただし、業務上の原因による病気やケガ、通勤途上に被った災害などが原因の病気やケガについては、健康保険給付は行われず、原則として労災保険の適用となっているが、国保は対応できない。そして、上述した医療保険給付対象外には、例外的に健康保険が使えるケースもあり、たとえば、斜視等で労務に支障をきたす場合、生まれつきの口唇裂の手術、ケガの処置のための整形手術、他人に著しい不快感を与えるワキガの手術、母体に危険が迫った場合に母体を保護するための人工妊娠中絶など。

後期高齢者医療制度の給付も国民健康保険と同様であり、業務外の事由による傷病、死亡が給付対象となっている。ただし、自己負担の割合が異なっており、後期高齢者医療制度では、同一世帯に市町村民税の課税所得が145万円以上あ

²³ ただし、現役並み所得者(税の各種控除後の所得額が145万円以上の者)が3割で負担する。

る被保険者がいる世帯は3割負担、それ以外の世帯は1割負担となっている。

いずれにせよ、世帯で複数の人が病気やけがで同じ月に医療機関で受診した場合や、一人が複数の医療機関で受診したり、1つの医療機関で入院と外来で受診した場合は、かかった医療費は世帯で合算することができ、一定額（自己負担限度額）を超えた場合は、申請し認められると後日所属医療保険から償還される。また、あらかじめ「限度額適用認定証」または「標準負担額減額認定証」を医療機関の窓口で提示することで、窓口での支払が自己負担限度額までとなっている。さらに、高額の治療を長い間続ける必要がある病気（先天性血液凝固因子障害の一部や人工透析に必要な慢性腎不全、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症）の場合、自己負担額は病院などごとに1か月10,000円（人工透析を要する70歳未満の上位所得者は20,000円）までとなっている。これは高額療養費制度と呼ばれる。この制度は1973年に最初に健康保険の被扶養者や国民健康保険の被保険者を対象とし導入され、その後対象者が拡大され、現行制度になった。負担限度額は年齢（70歳未満者か70歳以上者か）や収入を基準に設定されるだけでなく、給付時においても所得別に階層化が図られている。

3-2 診療報酬

(1) 診療報酬の内容

社会保険診療報酬支払基金法の第1条では、診療報酬を「公的医療保険に關する法律の規定に基づいてなす療養の給付及びこれに相当する給付の費用について、療養²⁴の給付及びこれに相当する給付に係る医療を担当する者に対して支払うべき費用」と定義した。診療報酬がよく「医療関係者の収入」と誤解されがちであるが、それだけではなく、人件費や物件費からなる変動費、医療機器も土地建物の固定費も含まれている。ただし、これにかかわる費用が全部含

²⁴ 療養：診察、薬剤又は治療材料の支給、処置・手術その他の治療、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護を含んでいる（健康保険法第63条1）。

まれるというわけではなく、事務職員の人件費や施設の維持管理費用はその例外である。たとえば、精神科作業療法における作業療法士のように、取り扱うべき一日あたりの標準患者数が定められている例もある²⁵。

診療報酬は各診療項目や薬剤の金額が点数化され、10円を1点と表示され、厚生労働省が告示する。診療報酬の改定は2年ごとに行われている。保険医療機関（薬局）が医療サービス（薬剤）を提供する時、診療報酬点数表（薬価基準）に基づき、患者は窓口で一部（3割など）負担分を支払い、保険者は審査支払機関を通じて残りの分を医療機関（薬局）に支払う。ちなみに、日本では保険医療機関及び保険医²⁶のみ保険給付としての療養の給付が提供できる。保険医療機関（薬局）の指定及び指定の取消し並びに保険医（薬剤師）の登録の取消しは、厚生労働大臣は地方社会保険医療協議会（以下「地医協」とする）の建議に基づき決定する。

診療報酬システムといえ、重要な役割果たしている3つの機関に言及すべきである。それは診療報酬改正の諮問機関としての中央社会保険協議会（以下「中医協」とする）と社会保障審議会、そして審査・支払機関としての社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という）である。その中、中医協は委員をもって組織され、2004年の歯科診療報酬贈収賄事件を契機に、2006年に委員構成や所掌事務の見直しなどの改革が行われた。現行制度では、委員は、①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7人、②医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員7人、③公益を代表する委員6人から構成される。委員の任期は、二年とし、一年ごとに、その半数を任命する。なぜこのように委員を構成するかというと、①は医療に要する費用を支払う者の立場、②は地域医療の担い手の立場を代表する

25 加藤 智章「公的医療保険と診療報酬政策」

26 ①厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く）又は薬局、②特定の保険者が管掌する被保険者に対して診療又は調剤を行う病院若しくは診療所又は薬局であって、当該保険者が指定したもの、③健康保険組合である保険者が開設する病院若しくは診療所又は薬局（健康保険法第63条、3）。

意見、それぞれ配慮するものとするからである。一方、基金は、主たる事務所を東京都に、従たる事務所を各都道府県に置く（社会保険診療報酬支払基金法第三条）。よく「公的機関」と思われるが、実際にはそうではなく、一般企業と比べると、営利を目的としなく、資本金や株式を持たなく、事業計画や収支予算には厚生労働大臣の認可を必要とする特別民間法人である。具体的には審査と支払2つの業務を行い、審査業務については、①診療報酬請求書（レセプト）に基づき、保険医療機関における個々の診療行為が、保険診療ルール（療養担当規則、診療報酬点数表、関連通知）に適否しているかどうか審査する、②審査で確定した診療報酬額を、医療機関に代わって保険者へ支払請求する。支払業務については、①保険者から診療報酬の払込みを受ける。②保険者から受け取った診療報酬を、各医療機関へ支払う。

診療報酬の改定は2つの階段を経て行われる。まず、内閣は予算編成過程を通じて全体の改定率を決定する。社会保障審議会の医療保険部会・医療部会は基本的な医療政策について審議した上に、診療報酬改定に係る「基本方針」を策定する。次に、中医協は社会保障審議会で決定された「基本方針」に基づき審議し、個別の診療項目に関する報酬点数の設定や算定条件について議論する²⁷。

(2) 診断群分類包括評価（DPC/PDPS）

日本の医療保険では「出来高払い」制度がよく議論されるが、これに対して診断群分類包括評価（DPC/PDPS: Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System）という診療報酬方式がある。DPCは、患者分類としての診断群分類を意味し、1986年米国エール大学における、一般産業というQC活動を医療に応用するための研究に端を発し、その後、各国でさまざまな形で応用された。1996年国立病院等10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度を踏まえ、日本に導入された。その後、いろいろな検討を通じ、2003年から特定機能病院を対象に、定額算定方式として在院日数に応

²⁷ <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>

じた1日あたり定額報酬を算定するという現行医療費の定額支払い制度が形成された。日本式DPCは、診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度という意味もあるため、DPC/PDPSと呼称される。

DPCの対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性(類似性・代替性)のある診療行為又は患者群のみ厚生労働省に定められた。その計算方式は、従来の診療行為ごとの点数をもとに計算する「出来高払い方式」と異なり、包括評価部分と、従来どおりの出来高評価部分を組み合わせて計算する。

包括評価部分はいわゆるホスピタルフィー的報酬部分、1日当たりの定額点数²⁸、医療機関別係数及び在院日数の3つからなり、具体的には入院基本料、検査、投薬、注射、画像診断、1000点未満の処置等である。1日当たりの定額点数は入院期間²⁹によって逓減性が採用されている。入院期間Ⅲを超えた日から「出来高払い方式」での計算となる。医療機関別係数は、①医療機関群の基本的な診療機能(施設特性)を評価する基本係数、②医療機関での構造的因子(人員配置)を評価する(出来高の入院基本料等加算を係数化して反映)機能評価係数Ⅰ、③診療実績や医療の質的向上等(医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ)を評価する機能評価係数Ⅱの4つを合算したものとすし、病院ごとに設定されている。一方、出来高評価部分はドクターフィー的報酬部分、すなわち医師による疾病の診断や治療等、医師の技術料部分に当たるサービス費用に対する報酬である。具体的には手術、医学管理、麻酔、放射線治療、1000点以上の処置等である。

従来の日本の健康保険制度では、「出来高払い」制度が中心であったため、入院日数を短くすることに対する病院側の経済的なインセンティブはない。しかし、DPC制度の導入により、必要以上に患者が長期間入院すると病院の取

28 1日当たりの定額点数は、「診断群分類」と呼ばれる区分ごとに、入院期間に応じて定められる。入院途中で病状や治療内容が変わり、主治医により決定される診断群分類が変更となった場合(主に治療した病名が変わった場合等)には、入院初日にさかのぼり医療費の計算をやり直す。

29 入院期間Ⅰ：各DPCの25パーセント値に相当する在院日数まで
入院期間Ⅱ：入院期間Ⅰを超え平均在院日数まで
入院期間Ⅲ：入院期間Ⅱを超え平均在院日数+2×標準偏差まで

入が減るため、平均在院日数をいかに短縮するかが、急性期病院の経営を左右する大きなテーマにもなっている。

3-3 定期健康診断

健康診断は、生活習慣病の予防や早期発見のためには欠かせないものである。健診結果から自分自身の生活習慣の問題点を自覚し、改善に取り組むきっかけとし、病気を予防する。あるいは自覚症状のない隠れた病気を早期に発見し、早期治療につなげ、体や時間・費用などの負担の軽減をはかることもできる。

日本において、事業者は、常時使用する労働者に対し、雇い入れるときと、その後一年以内ごとに1回、定期的に、医師による定期健康診断³⁰を実施することが義務づけられている（労働安全衛生法第66条）。そして、労働者の健康確保対策の充実強化を図るため、平成20年4月から生活習慣病の予防に関する特定健診いわゆるメタボ健診が行われている。40代が生活習慣病のリスク形成期のため、実施対象は40-74歳に達した人である。過去の定期健康診断において、脂質異常症や高血圧、糖尿病など脳・心臓疾患などにつながる所見を要する労働者が増加しており、特に中高年の男性を中心に肥満者の割合が増加傾向にある。肥満者の多くが持つ糖尿病、高血圧、脂質異常症などの危険因子が重なるほど、作業関連疾患である脳・心臓疾患を発症する危険が増大することが医学的に判明しており、この点の注意喚起を促す意味で、特定健診の主たるターゲットは内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）である。なお、職場のほか、学校や地方公共団体でも法令により定期健康診断の実施が義務づけられている。集団ごとに強制的に健診を実施することにより、2012年労働安全衛生法に基づき事業者が実施する定期健康診断の実施率は91.9%、全体の特定健康診査の実施率は45%（その中健康保険組合69.7%、共済組合73%）となっており、毎年度着実に増加している。

30 その診断内容は既往歴及び業務歴の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長・体重・腹囲・視力・聴力の検査、胸部エックス線検査及び喀痰検査、血圧の測定、貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査である。

日本は世界に冠たる健診大国・健康づくり大国であると認められている。上述した強制実施はもちろん、健康づくりが「文化」として創造されることや、特定健診・特定保健指導を医療行動より地域事業として推進していくことも肝要である。1978年から相次いで「第一次国民健康づくり対策」、「第二次国民健康づくり対策」が推進され、これらの対策を通し、疾病の早期発見、早期治療のための健康診査・保健指導体制の確立や市町村保健センター等の整備、保健活動に必要なマンパワーの確保及び飲食・栄養に関する普及啓発活動の推進等が図られた。そして、2000年「国民の健康の増進の総合的な推進を図るため」を目標とし、健康づくりの国民運動である「健康日本21」が定められた。これをきっかけとして、生活習慣病に関する知識や指針、地域連携による健康環境の整備が導入された。

地域における積極的に適切な対策が講じられており、たとえば医療費のお知らせはがきの裏面に「年に一度のよかドック（福岡市国保の特定健診）もう受けましたか？」と呼びかけるとか、被保険者に医療保険納付書と健診の必要性についての啓発広報を掛け合わせて送るとかということが行われている。そして、がん検診の受診率向上を図るため、一定年齢の方を対象に（たとえば、今年20歳になった女性に子宮頸がん検診クーポン、40歳になった女性に乳がん検診クーポン及び40歳になった男性に大腸がんクーポン）、がん検診の「検診無料クーポン」と、がんについて理解しやすく解説した「検診手帳」が配布されることとなった。市町村による身近な公共団体の各種広報に健診情報を提供し、住民に健診インセンティブを付与する。

健康日本21（第二次）の改正では、非肥満者への対応を含め、生活習慣病対策としての健診・保健指導を推進するため、現場の健診・保健指導実施者を一層支援する方向で見直しを行った。そのポイントは地域のソーシャル・キャピタルの活用であり、すなわち地域のつながりの強化にとともに、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取組むように展開し、個人の「健康意識」の醸成・向上を図ることである。たとえば、事業所が自主的に特定健診指導及び広報啓発活動を実施し、事後措置の実施徹底及び健診結果の保険者

への提供を推進する。一言でまとめると、医療行動ではなく、医療機関などとの関係機関、民間団体、地域事業者等が緊密に連携し、相互に協力を図りつつ、取組を推進しており、住民が身近な生活環境から健診の必要性を実感したことは日本において定期健康診断の受診率が高い核心である。

3-4 地域医療機関機能連携・分化

患者の視点に立つと、病気になった時に病状に応じて地域のどこでどのような医療が受けられるのか、退院後の在宅療養での支援を含む受けられる医療の流れはどうなっているのかといった不安がある。医療機関の役割分担が必ずしも明確でなく、情報も十分でない下で、万が一の時には高度な医療設備や専門性のある技術をもった地域の中核的な病院に受診に行く。このため、中核的な病院では患者が集中し、本来の機能を十分に発揮できず、病院の勤務医に過度の負担がかかるといった問題が生じている。

日本の厚生労働省は「地域医療機関機能連携・分化」という医療政策を推進している。具体的には、地域における限られた医療資源を有効かつ効率的に活用し、安心して医療を受けられるようにするために、診療所や病院などの医療機関の持つ機能をより明確にし、それぞれが持つ特徴を十分に生かせるよう、適切な役割分担と連携による切れ目のない医療を提供する体制である。ここで言った診療所はかかりつけ医のいる診療所を指し、地域医療を担う第一線の機関として位置づけられている。ちなみに、かかりつけ医は健康管理・相談や初期診療（プライマリ・ケア）など日常的な保健医療サービスを行い、より精密な検査や入院による治療が必要だと判断された場合には、検査や入院のできる医療機関を紹介したり、入院治療の後の在宅での療養管理などの役割を担っている。

日本の医療提供体制では、日常生活で軽度のけがや病気で近くの診療所などへ通院する場合（初期医療）、病状が重く入院が必要な場合（二次医療）、重篤な状況や治療困難な疾病のため高度・専門的な治療を必要とする場合（三次医療）といったように、疾患の程度や症状によって医療機関の機能分化が図られ

てきた。地域の医療機関を連携するため、よく議論されるのは地域連携クリティカルパスである。それは、患者が発症した「急性期」から集中的なりハビリなどをする「回復期」、生活機能維持のためのりハビリをする「維持期」まで、切れ目のない治療を受けるための診療計画表である³¹。患者の病状や障害の内容、日常生活評価などを医師やりハビリスタッフ、看護師らが書き込み、施設ごとの診療内容と治療経過、最終ゴール等が診療計画として明示され、受診する全ての医療機関で共有して用いる。

2008年度診療報酬改定では、様々な点数の新設や項目の見直しが行われたが、大きな注目を集めたものの一つが地域連携クリティカルパス、いわゆる連携パスを評価した「地域連携診療計画管理料」及び「地域連携診療計画退院時指導料」の見直しである。その後、各地域で地域連携クリティカルパスが診療報酬の対象となっている。たとえば、福岡市では、平成18年度から「大腿骨頸部骨折」、平成20年から「脳卒中」、平成22年から「がん」に係る地域連携クリティカルパスが診療報酬の対象となっている。

ここで地域連携クリティカルパスがどのように運営されているかという疑問が湧くだろう。以下脳卒中を例としての流れを説明していく。

- ① 救急要請・搬送。症状が出たとたんに、救急車を呼び急性期病院に搬送される。
- ② 救急医療。来院後一時間以内、専門的治療を開始し、病状によって手術を行うあるいは急性期のりハビリテーションを実施する。
- ③ 身体機能を回復させるりハビリテーション。ある程度病状が落ち着くと、回復期りハビリ病棟のある病院へ転院し、手足の麻痺や言語障害などに対する、損なわれた機能を取り戻すための回復期のりハビリを始める。そして、再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理を行う。
- ④ 日常生活への復帰及び維持のためのりハビリテーション、あるいは生活の場における療養支援。多かれ少なかれ障害が残ることは脳卒中患者の宿命といえる。在宅などへの復帰及び日常生活継続を維持するため、介

31 朝日新聞、朝刊、2008年12月12日。

護保険施設、療養型病院などで入院し維持期のリハビリテーションを実施する。あるいは訪問介護・看護、通常リハビリテーションなどの在宅療養支援サービスを介護保険で使う。

- ⑤ 退院・退所・通院・在宅療養支援。社会福祉士、医療福祉相談員、ケアマネなどと相談した上に、介護保険で提供するサービスを利用する。

地域連携クリティカルパスは、診療にあたる複数の医療機関に対して、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者との信頼関係を構築できるようになる。患者に対しては、回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかを把握できるため、改めて状態を観察することなく、転院早々からリハビリを開始できる。

以上見たとおりに、現在そして今後日本医療保険制度の改革の方向は地域連携である。

第4節 過剰医療と地域医療機関連携

日本における地域連携クリティカルパスを実施する目的は、良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供することである。要するに、医療資源の効率的利用問題である。この節では、これについて経済学のから考察しておく。

4-1 コモンズの悲劇

まず導入したいのは、生物学、環境応用学、経済学などの学科で応用され、特に環境問題に関する研究には頻繁に取り上げられている「コモンズの悲劇」である。これは生態学者ギャレット・ハーディンが1968年『サイエンス』誌に発表した論文「The Tragedy of the Commons」に提唱された。

コモンズの悲劇とは、多数者が利用できる共有資源が乱獲されることによって資源の枯渇を招いてしまうということである。牧草地を例とすれば、コモンズである牧草地に複数の農民が牛を放牧しており、自分自身の利益の最大化を求めため、牛を無尽蔵に増やし続ける。結果として資源である牧草地は荒れ

果て、牛が死んでしまい、すべての農民が損害を被ることになる。これはコモンズの悲劇である。

なぜコモンズの悲劇が起こるか。自身の所有地で放牧すれば、牛が牧草を食べ尽くさないよう数を調整するが、共有地では、自身が牛を増やさないと他の農民が牛を増やしてしまい、自身の取り分が減ってしまうという利己的な動機に基づき、組織全員で協力するよりは自身の利益を得るため行動しがちである。その結果、コモンズ悲劇が発生した。経済学では、共有資源が自由にアクセスできるため、モラル問題により「ただ乗り」行動が起こりやすくなるという議論が多い。

環境学をはじめとする社会科学の研究においては、コモンズの悲劇の解決方法については、「政府管理」と「私有化」の二つの議論が主流であった。「政府管理」では、中央集権的な国家権力が共有資源の保全管理を行うという方法である。上述の牧草地の場合は、入場料を設定し、一頭の牛がたとえば一回に100円の入場料を支払う。自動車税みたいに飼っている牛の数に応じて税金を適切に設定するなどがある。これにたいして、「私有化」では、共有資源の利用を民営化して、資源の配分を市場に委ねるという方法である。しかしながら、二つの解決方法がいずれも十分に機能していなかったことは、環境破壊の進行によって明らかとなった。

ゲーム理論や情報経済学などの新たな経済理論の発展に伴い、コモンズの悲劇の第三解決方法が誕生した。2009年、ノーベル経済賞の受賞者インディアナ大学のエリノア・オストロム (Elinor Ostrom) 教授は、実証研究及びゲーム理論などの理論研究を通じて、共有資源の保全管理のために有効な方法が、共有資源に利害関係をもつ当事者が自主的に適切なルールを取り決めて保全管理をするというセルフガバナンス (自主統治) の可能性を示し、「コモンズの統治」と呼ばれる。

オストロム教授は世界各国の数千の共有資源の事例データを丹念に調査した。たとえば、15世紀から続くスペインバレンシア地方の灌漑システムである。農民たちは川の水をうまく共有するため、自分たちでルールを決めていた。そ

の時々運河の水位によって量を決め、上流の農地から順番に水門を開けて引き込む。無断で水を使う者が出ないように係りを決め、お互いに監視する。もしルールを破ると、罰金が科せられ、罰金は僅かであったが、ルール破りは恥ずべき行為であると考えたから、違反者はほとんどいなかった。また、3年に1回ルールを見直す集会を開き、公平に水が分配されるよう、各メンバーの意見を出し合い調整した。また、学位論文では、米国ロサンゼルス地区における地下水補給計画の改善に1つの自主組織のケーススタディを行い、この組織に自主管理がなければ、ロサンゼルスの地下水の大半は淡水から塩水に変わってしまうリスクがあった。そのため、海岸で淡水を注入する自主管理組織が考案された。こういった実証研究を通じて、長期的持続型共有資源の自主管理が有効的な方法と証明してきた。

理論研究では、ゲーム理論の新たな応用領域である繰り返しゲーム理論を用いて説明される。繰り返しゲームの理論による自主管理における協力行動に重要な役割を果たすのは、協力から離脱したプレイヤーに対して他のプレイヤーが実施する処罰行動である³²。協調行動に違背した場合の取り決めがなければ、構成メンバーは協調行動をとらず、自己の利益を優先するインセンティブを与え、ただ乗りが起きる。制裁や罰金といった拘束力をもった契約が構成員の間で締結されれば、一時的な利益より長期持続的な利益を追求するため、全員で協力し共有資源を適切に保全管理することは可能となる。その他、コモンズの統治には2つのメリットがある。①モニタリングコストが低減する。モニタリングコストというのはコモンズを監視するため、政府などが依頼人を派遣することにかかるコストである。コモンズ統治では、コモンズの利用者同士がお互いに監視するためモニタリングコストを削減した。②環境変化に対する柔軟性があることである。政府の役人などの第三者より牧草地現場で行動している農民のほうが、実情を把握し、その場に応じる適切な対策を講じやすい。

32 岡田 章、2009年。

4-2 医療のコモンズの悲劇

「共有資源」という言葉から多くの人々が想像するのは、川、湖、海洋、魚、森林、牧草地などの我々人類が自然から受けている恵みであろうが、医療資源も属している。なぜならば、年齢、性別を問わず、人々は平等に医療資源を共有しており、医療資源を創造・再生するため、時間も金銭も多大なコストがかかるからである。したがって、医療資源は共有資源と同じで無尽蔵ではなく、限られている資源であり、無理に搾り取ると、枯渇する恐れがある。当然ながら、コモンズの悲劇問題は自然資源に固有のものではなく、医業にもよくコモンズ悲劇を発生させる。

フリーアクセス制度の下で、人々は医療資源を平等かつ公平に利用する権利をもっており、自分の病気の性質を考慮し、個人の好みによる医療機関を選択することができる。この制度自体は患者の選択権利を尊重するもとで創作された制度であるが、現実には医療資源浪費などの歪みを生んでいる。たとえば、医療機関の情報が患者に十分に公開されていないことにより、ただ漠然と先端医療施設の整った大病院で受診すると安心するというような風潮が生まれ、多少の時間もいとわず、普通の風邪でも経験豊富な名医に見てもらおう。こうした有名の大病院に大勢の患者が押しかけ、大量な仕事をうまくこなせない一方で、基礎医療機関の利用率が低い。すなわち第2節で述べた「逆ピラミッド型」受診である。

では、「逆ピラミッド型」受診のもとで、何か起こるだろうか。大病院の勤務医は長時間過密労働で医療ミスリスクが高く、大病院に行く必要がある重症患者は早速に受診できなくなり治療を遅らせるなどのトラブルが起きる。さらに、大学病院の特定の教授の診療をしてもらえるよう、つてを求めて医師に謝礼を払うという話もしばしば聞かれたところである。ミクロ経済の視点から見ると、供給量が限られているが、需要量が増えると消費の価格が高いつけられることは当たり前の話になる。筆者は、謝礼を受けることが倫理的に正しいか判断したいことでなく、ここで強調したいことは、謝礼を受けた名医と謝礼を送る患者と何かのコネクションがあることである。コネクションの存在によ

り、そうした謝礼の支払える人とそうでない人との間に格差が生まれることになる。良質な医療サービスを公平かつ平等に享受できるという建前が崩れてしまうのである。

医師の利益といえば、出来高払制度の下で精密検査費は医師の収入に直接影響を与える。本来問診や簡単な検査を通じても病名を診断できるが、医師は自己利益のため、患者との間の情報の非対称性を利用し、できる限り患者に先端医療設備や検査機器などの物的資源を消費させる。すなわち過剰医療問題である。これにより、医療費の無駄が生じ、医療保険財政を圧迫することになる。これだけではなく、1台の先端医療機器は何万人何十万人の患者の検査を行えるが、1日受けられる検査が限られている。機器の無駄使いで検査を受ける必要がある患者はなかなか検査を受けられない待ち状態になる。1日も早期に病気を発見すれば、治療の成功率が高くなる重病の患者に対しては、これは致命的な打撃にほかならない。

いずれにせよ、自分の利益を最大にするため、共有の医療資源が乱獲され、みんなの健康を支える医療制度や医療財政に損害を与える。これは医療のコモنزの悲劇である。

医療のコモنزの悲劇はどう解決するだろうか。オストロム教授の主張によれば、コモنزの悲劇の最も有効的な解決方法は、規定や懲罰制度により、組織の構成員が自己の利益を追求するインセンティブを抑え、協力し共同で管理できるようになることである。一方、牧草地のコモنزと異なり、医療のコモنزでは、患者同士はもちろん、医師同士や医師と患者の間にも利益の衝突が起こり、そして、異なる立場に立っている患者と医師の間にはすでに大きなギャップがある。ここで考えるのは、地域連携モデルである。このモデルでは運営と監督の2つの部分に分けられる。運営の部分は医師同士の利益の衝突を解決するため、地域全体の医師をコミュニケーションネットワークでつなげ、共同管理する地域医療機関機能分化・連携であり。監督の部分は医師と患者間のギャップを縮めるため、医師、医療保険部門と住民三者で組織される医保監督管理部門である。モデルの仕組みについては第5節で詳しく説明するが、こ

ここで入念に検討したいのは、運営部分の地域医療機関の機能分化と連携である。

4-3 比較優位から考える地域医療機関の機能分化

地域医療機関の機能分化を説明する前に、国際貿易において常識になった経済用語である比較優位を提言する。比較優位 (comparative advantage) はイギリスの経済学者デヴィッド・リカードが提唱した概念である。経済学者デヴィッド・リカードはアダム・スミスの『国富論』に影響を受け、自国の得意な財の生産に特化し、自国も貿易相手国もお互いさらに多くの利益を生むという理論を唱えた。一般的には比較優位論と呼ばれ、比較生産費説ともいい。

比較優位論では、各国は外国に比べて比較優位性を持つ国内で割安に生産できる財を輸出し、逆に他国に比べて国内で割高につく財を輸入し、それで、双方ともより多い利益を得ることになる。では、地域医療機関の機能分化は比較優位論と何か関係があるか。答えは肯定である。比較優位論により、各医療機関は優位性を持っている治療を見つけ、位置づけやすくなる。以下では例で説明する。

A 病院と B 病院がそれぞれ医者 100 人、リハビリと外科の患者を収容しているとす。まずリハビリの治療について、A 病院は医者 50 人で一日診る患者が 400 人、一方 B 病院は、同じ医者 50 人で受診の患者数は 350 人、両病院の受診のリハビリ患者数は合計 750 人である。次に外科では、A 病院が医者 50 人で一日手術施行患者数が 150 人、B 病院は一日手術施行患者数が 50 人、両病院は合計 200 人である。受診患者数から見ると、A 病院はリハビリにも外科にも B 病院より絶対的に工作効率がよいことは一目瞭然である。これは絶対優位と呼ばれる。しかしながら、相対的に見ると、リハビリでは A 病院が 400、B 病院が 350、B 病院が A 病院の 9 割に近づく一方で、外科では A 病院が 150、B 病院が 50、B 病院が A 病院の 4 割弱である。B 病院は A 病院に対して、外科よりリハビリ科のほうが優位であるということがわかる。

そこで、A 病院と B 病院を機能分化してそれぞれ得意治療分野に専念し、それ以外の治療は相手の病院に頼み、治療が完成することを考えると、A 病

表 4 - 1 機能分化前後の比較

	機能分化前		機能分化後	
	外科	リハビリ科	外科	リハビリ科
A 病院	150	400	320	80
B 病院	50	350	0	700
合 計	200	750	320	780

院は 100 人の医者のうち、リスクが高い外科に 90 人、リハビリに 10 人注ぎ込み、こうした A 病院では一日受診患者数は外科 320、リハビリ 80 となっている。一方、B 病院は相対的に優位なりハビリの治療に特化し、医者 100 人全部をリハビリの治療に注ぎ込み、一日受診患者数は 700。A 病院と B 病院の 1 日受診患者の合計はリハビリ 780、外科 320 となり、機能分化する前よりリハビリも外科も一日受診患者数が増加した。

いずれにせよ、A 病院の 1 日受診患者数が絶対的に多いため、自分で治療を賄えばいいじゃないかと思うが、実際には B 病院の相対的な優位性を持つ治療に頼ると、A 病院もより多くの利益を得ることができる。たとえば、A 病院の外科医師が足りないので、リハビリ科から 1 人の医師を移動する。今度、リハビリ科の医師が足りなくなり、他の方法がない下で、B 病院の得意なりハビリ科から 1 人医師を採用する。そうすると、リハビリ科の受診患者が元の 8 人から 7 人に減少する一方で、外科の受診患者が 3 人増加する。言い換えれば、A 病院は B 病院と連携すれば、リハビリ科の患者は前の自給自足の状態と比べて 1 人減少したが、外科患者が 3 人増加する。A 病院が外科、B 病院がリハビリの役割を分担しつつ連携し、両病院ともより大きな利益を得ると断言できる。

比較優位論を地域全体の医療機関まで応用すれば、地域医療機関の機能分化体制を構築することはあえて難事ではない。ステップ 1、医療機関の機能を数値化することである。近年、病院で行われている医療の質を客観的に評価するため、クオリティー・インディケータ（Quality Indicator）という指標が導入された。その中、直接的に医療の質を示す指標が含まれている。たとえば肺炎入院患者の平均在院日数、糖尿病患者の血糖コントロール率、急性心筋梗塞

における退院特アスピリン処方率など。病院内の各分野における指標を設定することを通じて、医療の質を数値で可視化する。ステップ2、ステップ1で設定した数値のもとで、例のように、比較優位論により各医療機関の相対的優位性のある治療を決定することである。ただし、例のB病院が得意リハビリ分野だけを手入れる一方で、相対的な劣位性を持つ外科の治療を中止することになる。もちろん、筆者は劣位性のある治療が続けるのは無理だとか、不要だと主張しているわけではない、強調したいのは優位性を持つ治療に大部分の精力を傾き、相対的な劣位性を持つ診療科が相対的に低いレベルの治療を担当することである。地域医療機関機能分化の実質は効率的に医療資源を利用するため、各医療機関の比較的な得意分野をもとに、分業を実施することである。

4-4 病院マッチング

地域医療機関機能の分化を通じて、それぞれの特色の治療に専念できるようになる。そもそも医療機関同士をどうやって組み替え編成することを考えておく。すでに分化された医療機関を無意識で組み合わせると、数多くセットが編成できるが、どちらの病院とどちらの病院を連携すれば、相性がよくなるか、医療資源を有効活用できるかなどの問題は地域医療機関を連携する時考えるべきである。これを経済的な問題として位置づければ、マーケットデザイン理論を用いて解明することが可能である。

マーケットデザインはどういったものなのであろうか。大阪大学教授の安田洋祐氏は『日本の難題をかたづけよう』の本では、「マーケットデザインとは、経済学、特にゲーム理論やメカニズムデザイン理論などで得られた最新の知見を活かして現実の経済制度の修正や設計を行う新しい研究分野である」と定義している。マーケットデザインは伝統的な経済学の理論にのっとり、実践的な応用を通じて、いち早く市場の失敗を取り組んでより効率的な制度を設計していく理論である。今までの事例は多分野にわたっており、たとえば、臨床研修医制度に導入される「研修医マッチング」、ニュージーランドで行われた「周波数帯オークション」、韓国の延世大学病院における2組のドナーを交換した

腎移植手術の成功をきっかけとし、臓器移植分野に活用している「腎臓交換マッチング」、そして日本では現行の学校選択制度にも影響を及ぼしている。しかしながら、一口にマーケットデザインと言っても、どう組み合わせの方式を策定するかで結果は大きく異なっており、実際の状況に基づき方式の採用を決定する。上で挙げた事例であれば、「腎臓交換マッチング」がTTCアルゴリズム、研修医マッチング³³や学校選択マッチングが受け入れ保留方式、周波数帯がオークション方式はよく提案されている。

いずれにしても、「全能の神」でなく、メリットとデメリットがある。慶応義塾大学準教授の坂井氏は主著『マーケットデザイン』で、平易な例を扱いながらいくつかのアルゴリズム方式の本質に迫っており、それぞれの特徴を考察してきた。TTCアルゴリズムは仕組みが単純で理解しやすく、耐戦略性・パレート効率性・個人合理性を満たす強コア配分を圧倒的なスピードで見つけるアルゴリズムである。しかしながら、TTCアルゴリズムはすべての組み合わせに使えるわけではなく、人と住宅、人と腎臓のように、人と物を組み合わせる際には強力に働くのであるが、人と人の組み合わせを扱うのには向いていない。そこで紹介したのは受け入れ保留方式である。このアルゴリズムは安定マッチングを短時間で見つけるというメリットがある一方で、TTCアルゴリズムの耐戦略性に対して片側耐戦略性を満たす。すなわち選択者の選好を正直に表明できる。これに対して、マサチューセッツ州ボストン市の学校選択マッチングで行われた「早い者勝ち」的なボストン方式は、人気校に出願することが極めてハイリスクがあるため、虚偽の選好を申告し、運任せのゲームを生み出す。では両側にとって耐戦略性、パレート効率性、個人合理性を満たし、かつ安定性が優れているマッチング方式があるだろうか。答えは否定であり、そこまでの完璧な方式が存在しているわけではない。よって、最適な方式というのは、「何に注目し、何を優先するか」を考慮した上に、妥協点を探り、現実の状況に比較的馴染んでいる方式である。

33 日本の臨床研修医マッチング制度は受け入れ保留方式に基づいて修正した方案により設計された。この詳細については、<https://www.jrmp.jp/>に参考。

では、根本的な問いなのであるが、医療機関と医療機関を組み合わせるマッチング問題を定式化すれば、何のアルゴリズムが優れるか。この論文では、筆者は受け入れ保留方式と主張している。なぜかという、この方式を活用している「研修医マッチング」の実例は医療機関マッチング（ここで医療機関と医療機関の組み合わせのことを医療機関マッチングと言う）の話と共通点があるからである。それは、「相手が1つだけでない」という点である。受け入れ保留方式は一体何であろうか、以下で研修医マッチングを例としてその仕組みを紹介する。研修医を1から5、病院を甲と乙で表し、研修医達はそれぞれの選好により病院を順位別に並べ（表4-2参照）、たとえば研修医1にとって病院乙より病院甲のほうを好み、無職になることより病院乙に行くことを選択する。ちなみに、ここでのゼロは、「行くより無職の方がよい」、「採用より定員がない方がよい」を示すものとする。したがって、研修医3にとって、病院乙に行くより無職の方がよい。病院乙にとって、研修医2を採用するくらいなら定員が足りない方を選択する。一方、両病院とも定員数が2名で、病院は研修医の履歴書により研修医の実力を判断した上で、採用の優先順位を並べている（表4-3参照）。病院甲にとって最も理想的な研修医が2番であり、次に研修医1、4、5である。それぞれの選好を納得した後、受け入れ保留方式により研修医と病院の組み合わせを配分する。プロセスが2ステップに分けられる。

表4-2 研修医の選好

研修医 (基礎医療機関)	病院(先端医療機関)への 順位		
	1位	2位	3位
1	甲	乙	0
2	乙	甲	0
3	甲	乙	0
4	乙	0	甲
5	甲	0	乙

表4-3 病院の選好

病院 (先端医療機関)	研修医(基礎医療機関)への 順位					
	1位	2位	3位	4位	5位	6位
甲「脳卒中」	2	1	4	5	0	3
乙「糖尿病」	1	4	5	3	0	2

注：「」の中に専門分野を表示する。

- ① 各研修医が一番好きな病院に履歴書を送り応募する。研修医 1、3、5 が病院甲に、研修医 2、4 が病院乙に応募する。そして、病院甲、乙は応募した研修医の中から優先順位の最も高い研修医を仮採用する。残念ながら、病院甲が一番期待していた研修医 2 の履歴書が届いていない。一応研修医 1、5 も求める人材なので仮採用する。一方で、応募に来た研修医 3 が求めているので落した。同じ方法で選択して、病院乙は研修医 4 の仮採用、研修医 2 の不採用を決めた。すなわち、第一回目選抜の後、仮組み合わせが「病院甲→研修医 1、5、病院乙→研修医 4」となった。
- ② ①で落ちた研修医は、これまで応募していない病院の中で一番気になるのに履歴書を送り、病院は今回応募に来た研修医と、仮採用中の研修医がいる場合はその人を比較し、より気になる研修医を採用する。二回目では、研修医 2 が病院甲、研修医 3 が病院乙に応募する。これで、①で仮採用した研修医 1、5 を合わせると、病院甲に応募した研修医が 3 人となり、定員数を超えた。3 人の採用優先順番を比較すると、研修医 5 の順位が最も低いので、①であげた仮採用を取り消し、研修医 2 を採用する。一方、病院乙に応募したのは研修医 3 だけで、①で採用した研修医 4 と合わせると、ちょうど定員数になり、研修医 3 を採用する。なお、研修医 5 にとって病院乙に応募すれば、採用されることが可能であるが、そこに行くより無職のほうがよいと思っているので、アンマッチになる。これで研修医と病院の配分が終了した。最後の結果は、研修医 1、2 →病院甲、研修医 3、4 →病院乙、研修医 5 は無職となった。

この状況を医療機関マッチングに見立てれば、どちらが「病院」側かどちらが「研修医」側になるか。筆者は、大学病院などの先端医療機関が「病院」側、基礎医療機関を「研修医」の側にすることを提案する。その理由は、2つの視点から考えるべきである。

第一は、片側耐戦略性である。片側耐戦略性を満たす下で、一方にとって正直な選好を申告するのが最適になるが、もう一方がそうなるわけではない。たとえば上述の例で、研修医 3、4 に対しては、自分の選好のとおり病院乙に

入ったが、病院乙にとっては、最適な選択肢が「1、4」であるが、研修医1が病院甲に採用され、そして研修医5に「行きたくない」の理由で断われた後、「4、3」を選択するよりほかはない。これはただ受け入れられる結果である。結論で述べておくと、一方が譲歩する同時に、もう一方の満足度をできる限り向上することである。これをさらに冒頭に述べた医療機関マッチングの話に応用すると、先端医療機関側が妥協する上に、基礎医療機関の満足度を高める。そもそも地域医療機関連携の真の趣旨とはどういうことなのであろうか。それは先端医療機関が持っている過剰の仕事を基礎医療機関に分譲するあるいはより基礎的な医療サービスを引き渡すことにより、両種の医療機関間の仕事量のバランスを取るプロセスと考えられる。そのため、先端医療機関より基礎医療機関のほうが優先的に考慮されるべきである。

第二は、時間効率性である。上述した例の研修医マッチングでは、研修医5人、病院が2つ、受け入れ保留方式を使うとして、安定マッチングを求めるための必要なステップ数は病院の数である。ということは、病院側から働きかければ、アルゴリズムが終了するまで、必要なステップ数は5となる。両方法を比較すると、病院側より研修医側が働きかけたほうがごく短時間に結果を求められる。すなわち数が少ない側から能動的に行動したほうが、時間の効率性が向上する。周知のように地域において何十個何百個の基礎医療機関があるかもしれないが、大学病院などの先端医療機関が僅かである。そのため、医療機関マッチングでは、先端医療機関が「病院」側、基礎医療機関が「医師」側になる。

各プレイヤーの位置を決めた後、次にそれぞれの「選好」を決める。研修医達は自分の好みや病院の知名度などにより自己の「選好」を決め、病院は研修医の成績などを採用の標準とすることが可能である。医療機関マッチングでは、両方は何を判断標準として自己の「選好」を決めるか。ここでちょっと比較優位論の話に戻り、4-3では、各医療機関の機能を数値化し、比較的に優位性を持っている治療を見つけると述べた。基礎医療機関であれ先端医療機関であれ、分化されたそれぞれの機能により「選好」を決めると考えられる。たとえ

ば、脳卒中専門分野の病院は、リハビリ科に比較的に優位性を持っている病院を選択する。

なお、組み合わせについては、研修医マッチングと同じで、表4-2、4-3を用い説明していく。病院甲、乙は先端医療技術のある総合病院であり、それぞれの専門分野が脳卒中と糖尿病、いずれも連携の病院上限数が2である。一方、病院1から5までは基礎病院、規模が病院甲、乙よりずいぶん小さくなり、いずれにも内科とリハビリ科に優位性を持っており、病院4は内科に、病院5はリハビリ科に優位性を持っている。これに基づき、それぞれは連携したい病院の順位を並べる（表4-2参照）。0は「連携するよりしない方がよい」ということである。研修医マッチングのように編成した結果は、病院甲の脳卒中分野が病院1、2のリハビリ科、病院乙の糖尿病分野が病院3、4と連携する。病院5がアンマッチした。これは地域医療機関連携である。

第5節 地域連携モデルと医療保険の改革

地域医療機関の機能分化・連携を踏まえた上で、中国医療保険制度の現状と「地域限局性」という特徴を考え、地域連携モデル（図5-1に参照）に基づき、今後の医療保険制度の改革を検討してみたい。

このモデルは、患者と医師、医師同士間の信頼関係に基づき、地域医療資源の配分や適切な利用に努めることを目的として作られたネットワークである。外側の実線の輪は地域全体の医療機関をITネットワークで連携し、患者情報をオンラインで共有し、紹介・逆紹介をスムーズに行うシステムである。地域の中核病院である三級病院はレベルの低い病院より医療設備にも技術の高さにも一歩先んずるので、難易度の高いあるいは急性期の治療を担当する。一方、一・二級・専門病院は中程度の難易度あるいは回復期の治療、住民の日常生活に深くかかわりのある基礎医療機関は、難易度の低いあるいは維持期の治療を分担する。1つの事例を挙げれば、胃潰瘍は潰瘍の深さによりⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、穿孔の重症度で分類される。そして治療の段階は活動期、治療期、癒痕期に分

けられる。地域医療機関モデルに基づき、I度の患者を基礎医療機関、II・III度の患者を一・二級病院、IV・穿孔度の患者を三級病院で受診し、急性期を過ぎた患者を三級病院から一・二級病院に、回復期を過ぎた患者を一・二級病院に転院する。このように症状の難易度や治療の進行度により、レベルの高い病院からレベルの低い病院へ転院する。各医療機関は過去実績や地域医療実情により比較的な優位性を持つ治療を決める上に、分野に応じる他の病院と連携する。

地域連携モデルのもう1つの部分は医保監督管理部（輪の真ん中の核）である。その主な業務は、医療保険病院の指定や取消し、各医療機関の主な機能や最新治療情報の収集、住民の要望に応じた適切な医療情報の提供である。また、医療のコモンズの悲劇を防ぐため、地域住民、医療関係者は自主管理の一員として地域連携モデルの管理に参加すべきである。医保監督管理部のもとで、地域医療連携の規程を創作する同時に、通報ダイヤルを設置する。住民はもちろん、医師や医療機関も通報ダイヤルを通じて規程に違反した医療機関を通報できる。違反の医療機関に対して、罰金あるいは医療保険の指定病院資格の取り消しに処する。上で地域連携モデルの仕組みを説明したが、実際運営するとき、何かの取り組みを図るべきなのであろうか。

5-1 信頼関係の構築

医療機関連携のネットワークを形成する際に、緩やかなつながりは医師と患者である。医師同士や医師・患者間の交流や信頼関係は、モデル全体が順調に推進できるかどうかを決める。これに関しては、以下で2つの長期的な戦略を提案する。

第1は、基礎医療機関の従事者の教育をレベルアップすることである。農村の衛生院に従事する郷村医師や衛生員の学歴は、ほとんど医学の専門高校卒業や専門学校卒業である(表2-2参照)。たとえ都市部でも、医師資格を持たずに医師として基礎医療機関に従事するケースも少なくない。そもそも郷村医師や衛生員などは取得した資格がいわゆる「助手医師資格」であり、「医師資格」を持つ医師の指導せずに、医師として独り立ちできないことである。学歴や資格が医師の腕の良し悪しを判断する唯一の指標ではないが、医療情報が完全に公開されていないもとは、できる限りに学歴の高い医師に診てもらいたいという患者の気持ちも納得できる。このような環境では、「基礎医療機関の医療技術があまり信用できない」というイメージを根本的に改善できない。これに対しては、医師資格を持たない基礎医療機関の従事者を主要な対象として定期的セミナーや研修を開催することと、基礎病院と連携する病院の医師と基礎医療機関の医師が多対多の医療技術の指導を行うことを提案する。地域連携の主導者が医師なので、順調に推進することに不可欠なものは医師同士の日頃から良好なコミュニケーションである。自分の能力を超えた疾患の場合は、直接に連携の専門医と相談するうえで、患者を紹介する。なお、積極的に参加するよう、基礎医療機関の従事者に対しては、定期的に実践的技術を評価し、その結果が給与の奨励金に係り、連携する病院の医師に対しては、指導活動に参加することが職階評定における業績として認められるなどの取り組みを図る。

第2は、かかりつけ医の制度を導入することである。「長時間の行列、何分間の問診」という文句はよく耳にする。問診時間は病名や診療方針を決定する時間ではなく、医師と患者とのコミュニケーションの時間として捉えるべきである。しかし、医療現場では「○○検査の結果から診ると、○○病気と判断し

ました。今後の治療ですが、(省略)、今日の診療は済みましたので、何番受付までお越してください」の「速断即決」式がよく見られる。説明しても理解できるわけではないし、後ろに並んでいる患者も大勢なので、詳しい説明ができるわけではないという反論があろう。一方患者の側からみると、今後の治療方針より「何でこの病気になるか、この病気は一体何の病気なのか」の方がもっと知りたいのだが、気ぜわしい雰囲気の中で質問したくとも躊躇してしまう。信頼の形成に相応の時間と労力がかかる。こうした行為は医師と患者の信頼関係を損ない、一旦医療事故があったら暴力事件を起こしやすい。しかしながら、周りにかかりつけ医がいれば、このような厳しい医師—患者関係を緩和することが可能である。かかりつけ医は普段に耳を傾けて患者の気持ちに寄り添い、丁寧に病状を説明すれば、きっといつか患者との間の壁を乗り越え、信頼関係の橋を架けるだろう。体調が悪かったときに、大学病院の長時間の待ちより日ごろから顔なじみの医師のほうが相談に乗りやすくなる。大した病気ではなければ、精密な検査を受けずに早速に解決でき、検査が必要な場合は、適切な病院や検査の情報を提供し、必要でない検査を省略する。基礎医療機関の資源を有効的に利用する一方で、無駄な医療費を控除することが可能である。

5-2 医療保険の適用対象と給付率の拡大

地域連携モデルがどんなに効率よく設計しても、住民の協力なしでは台無しである。ここで考えられるのは、医療保険の適用範囲の拡大を通じて、住民に参加インセンティブを与える。なぜならば、中国の医療保険を運営するにあたり、医療費の給付範囲が限られ、医療保険基金の累積黒字が驚くほど高い一方で、医療費の負担が高いという実感が湧いているからである。

まず、民間病院が医療保険の適用範囲内になることである。市場経済の発展に伴い、2012年まで民間病院対全国病院数の比率が42.24%にも達した。そして、数が上昇しつつある。患者データの収集や患者に適切な情報を提供するため、軽視できない医療資源である。ところが、民間病院は、公立病院のように運営戦略や管理などが衛生部門に統一企画されることではない。病院同士の連

携は、緊密は言うまでもなく多少さえない。そのため、「小規模、数多い、不整合」という特徴がある。そして、多くの民営病院が等級につけられていないので、患者に信頼されていない。これに対して、各民営診療所や病院が、医療保険の適用対象になるという取り組みにより、地域住民に民営医療機関を利用するインセンティブを与える。そして、地域の医保監督管理部と契約を結び、公立病院との連携に参加することを通じて、患者からの信頼度がアップする。なお、経営者やスタッフは地域医師会を通じて、民営診療所同士や公立病院の医師との交流を強化することも可能である。

次に、慢性病の外来が医療保険給付対象となり、定期健康検査への取り組みを図ることである。第2節で慢性病の罹病率が高いと述べた。合併症を予防して高額医療費を発生しないよう、慢性疾患は長期的な治療を継続する必要がある。入院が保険対象、外来が対象外となる制度のもとで、初期や維持期の治療が軽視されがちである。ここで、地域連携モデルにおける分化される病院の機能と病院の等級により、慢性疾患の給付率を決めることを提案する。上述した胃潰瘍の例であれば、Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの重症度又は治療期、癒痕期の治療については、病院のランキングが低ければ低いほど保険給付率が高く設定される。また、住民が積極的に定期健康検査を受けることも高額医療費の発生を防止する1つの対策と考えられる。そのため、以下の3つの取り組みを図るべきである。①生活習慣病の35歳以上の罹患率が急増したことに対しては、25歳以上の住民保険の加入者を対象とし、年1回に医療保険の総基金口座から一定の補助金を住民の個人口座に交付する。この補助金は定期健康検査だけに利用でき、使用期限が一年間となる。②一定の基準以下の低所得者の場合には定期健康診断料金の一部が軽減される。③日常の医療の担い手としてのかかりつけ医や住宅地の広報掲示板にも、普段から定期健康診断の重要性を広報する。

最後に、2億6261万人の出稼ぎ労働者及びその子供が医療保険に加入するよう、対策を講じるべきである。数年前も農民工向けの医療保険が導入されたが、実施が順調に進んでいない。それは、監督のプロセスが不透明で責任の所在が曖昧な場合が多く、労働者自身の意識が希薄からである。このため、労働

者の権利を保護する部門は、農民工の医療保険加入の状況を把握し、医療保険に加入しない企業に対して強い姿勢で監督する必要があるだろう。一方で、地域連携モデルの医保監督管理部は医療保険や病院に関する情報を適時に農民工に提供し、医療保険加入の意識を高めることを工夫すべきである。

5-3 僻地医療連携と家庭医・看護師の増員

農民工をはじめとして、僻地で暮らしている人々の医療が深刻な問題である。すなわち多くの国々が直面している僻地医療問題である。これが起きる原因は医師の地域偏在である。北京をはじめとする大都市では大勢の医師が集まっている一方で、僻地の貴州やチベットではなかなか人材を集められない。この問題を根本的に解決するため、国際的に認識される有効な方法はまだない。日本では、僻地の診療所と大きな病院と連携し、医師がいないときには、代替りの医師を派遣したり、専門医による巡回診療したり、緊急時にはドクターがヘリで出動するなどの緩和策が行われている。この政策は中国にも導入されたが、経済、地理などの条件で専門医が常に来るわけではない。しかしながら、日本と異なり、中国では医師に準ずる衛生員がいるという特殊な事情があり、これは医療資源が乏しい僻地に対して、活用すべき資源である。地域医療連携モデルに基づき、僻地の衛生員への技術上の指導監督を行ったり、連携病院の専門医とのコミュニケーションを強化したりするという方策を講じる。衛生員はかかりつけ医として地域住民の健康管理や病気の早期発見、または緊急時、直ちに連携病院の専門医に連絡するという役割を担う。

2-4で述べたとおり、僻地の衛生院数が減少しており、経済のレベルが低ければ低いほど受診が不便になる。実際には衛生院があっても、医療設備を揃えていないので、救急・救命処置を行えない。そして、衛生院と総合病院の間に何十キロの距離があるケースも少なくない。日本のようにドクターがヘリで出動することは経済的に不可能であるが、近くの衛生院の間に救急救命専用通路を開設する必要がある。治療の時間を無駄にしないよう、リレー競走のように各衛生院がそれぞれ一定距離を受け持って患者を目的の病院まで搬送する。

また、家庭医や看護師が定期的に家庭を訪問し、診療や検査を実施することも、僻地医療を緩和する1つの対策として講じるべきである。ちなみに、この数年間に医療費用を節約するため、一部の都市では家庭病床という新たな制度を試し始めた。家庭病床に対する医療保険の給付率が一般の病床より高く、患者の負担が以前より軽減したので、維持期に入る患者やその家族の好評を博している。また、中国人の老親扶養意識は高く、子はたとえ多大な犠牲を強いても病気の親の介護をするシーンがどこの家で見られる。高齢化社会に入るにつれて、家庭病床の利用が上昇する傾向がある。したがって、家庭医と看護師の増員は僻地医療にとっても今後の医療保険にとっても緊急課題である。

終わりに

新医療保険制度に移行して以来、保険参加率が上昇してきたが、「受診が難しい、医療費が高い」という問題はまだまだはっきりとは解決してない、というのが実感である。

本論文では、医療保険制度から関連の医療システムまでの現状を考察した上で、「逆ピラミッド型」受診、看護師の不足、僻地の医療機関の減少、医師の地域偏在、生活習慣病の移行と定期健康診断の軽視という問題が明らかにした。

また、オストロム教授の「コモンズ統治」理論に触れながら、「逆ピラミッド型」受診が医療のコモンズ悲劇であると判断してきた。この問題を解決するため、医療・医療保険の関係者すなわち医師、患者、医療保険監督部門三者が共同で管理すべきである。そこで、日本の医療保険の経験や改革方向を参考にしたうえで、中国の医療保険制度の「限局性」に応じる地域連携モデルを作ってみた。このモデルは地域医療機関の機能分化・連携に基づき、作り上げられた。その原理は、比較優位性により、各医療機関が比較的な優位性を持つ治療を明確する上で、機能分化し、マーケットデザインにより、機能分化した医療機関を組み合わせることで連携することである。

このモデルでは、基礎医療機関の従事者の教育をレベルアップすることやか

かりつけ医制度の導入により、地域における医療機関の従事者同士や医師・患者間のコミュニケーションを強化する。その上で、医療機関の連携を推進し、医療資源を効率的に活用するよう、医療保険適用対象の拡大、定期健康検査への補助金の給付、農民工保険の改善、僻地医療連携及び家庭医・看護師の増員という取り組みが提案された。

ここで見てきたように、地域連携モデルの実現のため、まだまだ山ほどの課題が残っている。今後、医療機関の機能をデジタル化するための具体的な標準の設定、医療機関マッチングにおける低等級の病院のアンマッチ問題、病気の重症度の判定標準などの課題を研究していきたい。

参考文献

- 笠木映里「医療・年金の運営方式—社会保険方式と税方式」、『これからの医療と年金』日本社会保障法学会編、法律文化社、2012年。
- 岡田 章「エリノア・オストロム教授のノーベル経済学賞受賞の意義」、2009年。
- 安田洋介等『日本の難題をかたづけよう』光文社新書、2012年。
- 中華人民共和国衛生部『2012年中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社、2013年。
- 中華人民共和国人力資源と社会保障部「2013年度人力資源と社会保障事業発展統計公報」、2014年。
- 中華人民共和国衛生部『2013年中国衛生統計年鑑』、中国協和医科大学出版社、2014年。
- 中華人民共和国統計局『2013年統計年鑑』中国統計出版社、2014年。
- 衛生部統計信息中心『2008年中国衛生サービス調査研究—第四次家庭健康調査分析報告』中国協和医科大学出版社、2009年。
- 柴田洋二郎『公的医療保険の財政』、2012年。
- 加藤 智章「公的医療保険と診療報酬政策」、『これからの医療と年金』日本社会保障法学会編、法律文化社、2012年。
- <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>
- 朝日新聞、朝刊、2008年12月12日。
- OECD HEALTH DATA、2011。

<https://www.jrmp.jp/>

坂井 豊貴『マーケットデザイン—最先端の実用的経済学』、筑摩書房、2013年。

島崎 謙治『日本の医療制度と政策』、東京大学出版会、2011年。

中医協「DPC制度の概要と基本的考え方」、2011年。

厚生労働省「健康増進法」、2002年。

総務省「シームレスな地域連携医療の実現」、2012年。

安田 洋祐「マーケットデザインが経済を変える」、2009年。

健康局 医薬食品局 労働基準局安全衛生部 保険局「健康づくり推進本部 ワーキングチーム3の
これまでの検討状況まとめ」、2014年。

中医協「地域連携クリティカルパスとは」、診-3-2、2007年。

厚生労働省「健康日本21（第二次）」、『厚生労働省白書』、2010年。

<http://www.taikang.com/tab2168/info250544.htm>

<http://finance.people.com.cn/GB/16917084.html>

<http://irc.iyobank.co.jp/topics/n-report/1102.htm>

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S25/S25HO047.html>

朝日新聞 朝刊、2008年12月12日。

保険局「全国厚生労働関係部局長会議（厚生分科会）資料」、2012年。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/koukikourei/index.html

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/shinsa/syakai/index.html>

「社会保険医療協議会法」、2011年。

胡 琦「中国の医療保険制度の歴史的形成過程と地域限局性」、2014年。